

# Potřeby člověka v terminálním stadiu života v hospicové péči

Jana Bařáková

---

Bakalářská práce  
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2017/2018

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Bařáková**

Osobní číslo: **H14957**

Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Potřeby člověka v terminálním stadiu života v hospicové péči**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti potřeb člověka v terminálním stadiu života, paliativní a hospicové péče.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu metodou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledku výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

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

PAYNEOVÁ, Sheila, Jane SEYMOUROVÁ a Christine INGLETONOVÁ. (eds.). *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, o.s., 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.

STUDENT, Johann-Christoph, Albert MUHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H Ō H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské vydavatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Lucie Blašíková**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **11. ledna 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **27. dubna 2018**

Ve Zlíně dne 11. ledna 2018



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





Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel 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 ..... 26.2.2019

.....  


1) 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 nahlášení 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 vzdělávacího 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 vážného 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 užít 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce seznamuje čtenáře s potřebami člověka v terminálním stadiu života z pohledu pracovníků v hospicové péči. Práce je rozdělená do dvou částí, teoretické a praktické. Tématy teoretické části jsou potřeby člověka, kvalita života, současná organizace péče o lidi v terminálním stadiu života. Praktická část se zabývá pohledem pracovníků na problematiku potřeb umírajících. Cílem je zjistit prostřednictvím dotazníkového šetření jejich nejčastější postřehy a zkušenosti v různých formách hospicové péče získaných při doprovázení umírajících lidí.

### **Klíčová slova:**

Terminální stadium života, kvalita života, potřeby nemocného, paliativní péče, hospic, personál hospiců

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals with human needs in terminal stage of life from points of view of social workers in hospice care. The thesis is divided into two parts – theoretical and practical. The theoretical part includes the topics of human needs, quality of life and current organization of care for people in terminal stage of life. The practical part focuses on workers in hospice care, namely on their opinions on needs of the dying. The main aim is to determine the workers' experiences gained during attending to dying people in various forms of hospice care. The research instrument used to gather data for the practical part was a questionnaire.

### **Key words:**

Terminal stage of life, quality of life, needs of the sick, palliative care, hospice, workers in hospice care

Děkuji vedoucí práce Mgr. Lucii Blašíkové za vedení práce, cenné rady a připomínky, za vstřícnost a ochotu.

Děkuji manželovi a dětem za trpělivost a podporu v průběhu celého studia.

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

*Matka Tereza:*

*„Nemůžeme dělat velké věci,*

*můžeme dělat jen malé věci s velkou láskou.“*



## OBSAH

ÚVOD.....	10
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1 UMÍRÁNÍ VČERA A DNES.....</b>	<b>12</b>
<b>2 TERMINÁLNÍ STADIUM NEMOCI.....</b>	<b>17</b>
2.1 FÁZE TERMINÁLNÍHO STADIA .....	18
2.2 FÁZE SMÍŘENÍ S INFAUSTNÍ PROGNÓZOU PODLE E. K. ROSSOVÉ .....	21
<b>3 KVALITA ŽIVOTA A POTŘEBY ČLOVĚKA V JEHO TERMINÁLNÍM STADIU .....</b>	<b>25</b>
3.1 KVALITA ŽIVOTA.....	25
3.2 POTŘEBY ČLOVĚKA, MOŽNOSTI A ÚSKALÍ SATURACE POTŘEB .....	29
<b>4 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE .....</b>	<b>37</b>
4.1 PALIATIVNÍ PÉČE .....	37
4.2 HOSPICOVÁ PÉČE.....	41
<b>5 STRUKTURA PRACOVNÍKŮ HOSPICOVÉ PÉČE.....</b>	<b>45</b>
5.1 METODY PERSONÁLU A NĚKTERÁ ÚSKALÍ PŘI HODNOCENÍ POTŘEB KLIENTŮ .....	46
5.2 POTŘEBY A ZÁTĚŽ PRACOVNÍKA.....	48
5.3 RIZIKO SYNDROMU VYHOŘENÍ .....	50
<b>6 ZÁVĚR TEORETICKÉ ČÁSTI.....</b>	<b>54</b>
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>55</b>
<b>7 REALIZACE VÝZKUMU .....</b>	<b>56</b>
7.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	56
7.2 STRUKTURA DOTAZNÍKU .....	57
7.3 VÝZKUMNÝ CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	58
7.4 VÝBĚR A OSLOVENÍ VÝZKUMNÉHO SOUBORU, SBĚR ODPOVĚDÍ.....	59
7.5 ANALÝZA DAT.....	60
<b>8 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ A PŘÍNOS PRÁCE .....</b>	<b>86</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>92</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>94</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>99</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>100</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>102</b>

## ÚVOD

Tématem bakalářské práce jsou potřeby člověka v terminálním stadiu života. Nemoc dostává člověka do nepříznivé životní situace a vzniklé okolnosti vytvářejí nové výzvy i potřeby, které, jak ukazuje praxe, je prospěšné řešit celkově. Bakalářská práce se postupně věnuje také změnám v přístupu k umírání v průběhu let, terminálnímu stadiu života, jeho kvalitě a potřebám člověka v tomto stadiu. Snaží se nastínit možnosti a organizaci péče o člověka v závěru života. Zabývá se péčí paliativní a hospicovou.

Snahou je uchopit problém umírání vcelku s důrazem na individuální přání jedince podle bio-psycho-socio-spirito modelu. Přestože jsem studentkou sociální pedagogiky, tak se v bakalářské práci setkáme i s tělesnými symptomy nemocí. Symptomy jsou primárním zdrojem změn v kvalitě života. Mohou omezovat svého nositele méně nebo více a nelze je od něho oddělit. Určují míru soběstačnosti a zasahují do oblasti sociální, ekonomické, psychické, odráží se v hodnotách a spiritualitě. Podíl na kvalitě života vedle osobnostních vlastností umírajícího má i dobré sociálního zázemí klienta. Všechny tyto aspekty ovlivňují subjektivní pohodu člověka a jsou taktéž předmětem péče o jeho celkový komfort.

Potřeby jsou individuální, různorodé a jedinečné stejně jako jejich zdroje a člověk sám. Ovlivňují se a souvisí spolu. Předpokládáme, že čím lépe jsou omezující faktory rozpoznány, tím lépe je možné s nimi terapeuticky zacházet, adekvátně saturovat i suplovat přirozené prostředí jedince. Tato multidimenzionalita potřeb vyvolává potřebu multidisciplinárního týmu. Personál se kvalitou diagnostiky a saturace potřeb svých klientů přímo podílí na kvalitě jejich žití. Úroveň péče ovlivňují jak odborné znalosti, tak osobní angažovanost, hodnoty, zkušenosti, motivace a neméně i možnost regenerace sil. Cílem bakalářská práce je pokusit se odhalit potřeby lidí v závěru života tak, jak je vidí pracovníci hospiců. Otázkou, která se prolíná celou péčí, je: Kde jsou možnosti a rezervy v péči? Co se dá ještě zlepšit a co se musí přijmout? Jedná se o trvalý proces v průběhu pečování, hodnocení výsledků péče, sebereflexi i vzdělávání pracovníků.

Ač se na první pohled zdá, že bakalářská práce pracuje pouze se zdravotně-sociálním tématem, je možné zde pozorovat i výchovné působení mezi všemi zúčastněnými a skrze existenci hospicové péče i nepřímý výchovný vliv na širší veřejnost. Ten vidíme především v zahrnutí reality smrti do životního kontextu současného člověka, v kvalitě osobnostního zrání, v oblasti mezilidských vztahů, postojů ke smrti a především k umírajícímu člověku, v oblasti morálky, etiky a osobní odpovědnosti jedinců.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 UMÍRÁNÍ VČERA A DNES

*Mistr Eckhart:*

*„Jak může někdo žít, aniž byl poučen o umění žití a umírání.“*

V bakalářské práci jde o uchopení života a smrti jako celku s ohledem na člověka i na vývoj a změny, k nimž došlo ve společnosti v průběhu posledních staletí. V tradičních kulturách žilo pohromadě i několik generací a lidé cítili sounáležitost s komunitou nebo rodinou včetně starých a nemocných, o něž se pečovalo se samozřejmostí. (Gidens, 1999, s. 58) Předchozí generace tak měly možnost dávat příklad vzájemného soužití a pomoci mezi generacemi i v době nemoci a umírání, které bylo chápáno jako přirozená součást života. I umírající, kvůli němuž se všichni včetně sousedů, kmotrů a kněze sešli, aby pomohli, mohl vidět, že o jeho nejbližší bude postaráno, až on tady nebude. Sousedky pomohly s domácími pracemi, kmotři přišli, aby pomohli s dětmi, kněz nejen zpovídal, ale poskytoval i útěchu a povzbuzení. Lidé věděli jeden o druhém. Podpora byla spontánní. *Ve středověké Evropě byla smrt daleko viditelnější, než dnes.* (Giddens, 1999, s. 57) Nějaké to trápení a smrt byla normální. Člověk věděl, že něco vydrží. Uměl to nést a unést. Věřil v odměnu v nebi, která byla závislá na tom, jak trpělivě, ochotně, pokorně i odvážně své břímě nesl. (Rossová, 2015, s. 24) Podobně jako míní E. K. Rossová, uvažuje i Martin Kupka, který píše: *Existuje však množství forem utrpení, kam smrt rozhodně patří, které si nepřejeme a nevolíme, ale musíme je přijmout a nést, protože jsou nedílnou součástí života.* (Kupka, 2014, s. 13) Smrt byla samozřejmým jeho završením života. Člověk byl schopen poznat, co se děje a dát své věci již dopředu do pořádku. Předal dědictví, poprosil o odpuštění, sám odpouštěl, dával poslední rady apod. Mohl se vyzpovídat a usebraný v tichosti očekávat svůj odchod. Umírání představovalo rituál, kterým končil život jednotlivce, ale týkal se i celého společenství lidí, rodiny i přátel. Být s nemocným u jeho lůžka bylo povinností a odvrácení se od něj bylo považováno za cynismus a nemorálnost. (Kutnohorská, 2007, s. 76) Člověk se na smrt připravoval. Vycítil ji a urovnával všechny své záležitosti okolo i kolem sebe. Laici se setkávali se smrtí svých dědů a otců a věděli, co mají dělat. Umírající tak zažíval jistotu, že nebude sám, ale že o něj bude postaráno nejen po tělesné stránce, ale i po stránce psychosociální a spirituální. (Haškovcová, 2015, s. 175) Praktický život předchozích generací umožňoval dětem naučit se již v rodině doprovázení umírajícího a také čelit vlastní smrti, až začne volat je samotné. (Kupka, 2014, s. 20)

Dnes se doba mezi zjištěním infaustní diagnózy a smrtí se výrazně prodloužila. Dříve člověk v blízkosti smrti nežil tak dlouho jako nyní. Stejně je to, že každý ho prožije jinak. Někdo toto období prožije plné utrpení a závislosti a jiný ho ještě využije k bilancování svého života, urovnání dluhů, vztahů, smíření se sebou, lidmi i Bohem. To bylo běžné u umírajícího dříve. Člověk se víc styděl za svá morální pochybení a špatné charakterové vlastnosti. Větší starosti si dělal s posmrtným životem, zatímco dnes se lidé spíše stydí za nemohoucnost, vrásky a to, že jsou na vozíčku a nevěra a nahota je chápána jako normální. (Funk, 2014, s. 106) Také se v průběhu posledních dvou staletí změnil způsob života ve společnosti. Příklad péče v přirozeném prostředí stejně jako život v komunitě už je dnes vidět málokde a má to i své důsledky. Zvláště ve velkých městech lidé žijí spíše izolovaně a rodiny mívají 2 – 3 členy, z nichž dva jsou zaměstnaní. (Marková, 2010, s. 17) Jako možné řešení nepříznivé zdravotní a následně i sociální situace se nabízí institucionální péče. *Za instituci považujeme každý obecně praktikovaný způsob jednání sloužící naplnění určité reálné anebo fiktivní potřeby.* (Keller, 2004, s. 37). Běžným standardem se postupně stává to, že péči o člověka v závěru života přebírají instituce, jako nemocnice, LDN a různé typy domovů. Ty jsou jistou formou i odborné pomoci rodinám, avšak k odchodu člověka z tohoto světa dochází v uzavřeném prostředí a bez kontaktu s příbuznými. (Giddens, 1999, s. 57) Hlavní je profesionalita a praktikismus pracovníků. Člověk je sám a odsunutý do ústraní. (Kutnohorská, 2007, s. 76)

Zatím, co lidé umírají v nemocnicích a LDN, představa toho, že smrt je přirozená součást života a že člověk může odejít v klidu a míru je přehlušena přítomností počítačových her, sledováním akčních programů v televizi včetně zpráv, jejichž převážná část je spíše negativní. Smrt je tu většinou spojena s násilím, krveprolitím a působí děsivě. (Marková, 2010, s. 16). Kutnohorská uvádí, že častou příčinou tabuizace smrti je také strach z ní umocněn utrpením v době světových válek ve 20. století. (Kutnohorská, 2007, s. 70). Za další příčinu izolace Kutnohorská považuje potřebu údajného klidu pro umírajícího. Teprve postupně začala být používaná bílá plenta konečně chápána spíše jako příčina ještě větší samoty klienta, přestože mu byla poskytována odborná péče. (Kutnohorská, 2007, str. 77)

Absence zkušenosti se smrtí v období dětství i rané dospělosti ovlivňuje schopnost zpracovat zážitky, když k setkání s lidskou, tím i s vlastní, smrtelností dojde později. Smrt pak vzbuzuje strach a obavy. Začal převládat názor, že myšlenka na smrt může být patologická. Důsledkem absence smrti je též obrat pozornosti člověka k materiálním hodnotám. Dále mizející náboženská víra, rychlé životní tempo a celkový rozvoj společnosti kvalitativně změnil

vztahy a postoje ke smrti. Prioritami se staly spíše kariéra, hmotný nadstandard, technické vymoženosti, zážitky, krása a úspěch. (Giddense, 1999, s. 56) Téměř stejně situaci hodnotí Kupka, když píše, že smrt a vše, co s ní souvisí, se nehodí do dnešní výrazně konzumní společnosti, jež oceňuje tělesnou krásu, pohodlí, materialismus a odvrací se od stárí, smrti a ošklivosti. (Kupka, 2014, s. 12) Podobně i E. K. Rossová srovnává dřívější samozřejmou víru v posmrtný život, který lidi zbaví trápení s nynější touhou žít bez utrpení. (Rossová, 2015, s. 24) Dále i Haškovcová zmiňuje problémy, které způsobila dlouhodobá tabuizace smrti ve 20. století, především po 2. sv. válce. Velikost touhy po slasti přirovnává k velikosti strachu ze smrti. I podle ní vytěsnění smrti a umírání ze společnosti způsobuje neschopnost při setkání s ní správně reagovat. Člověk neví, jak se při setkání s umírajícím chovat. Domácí model chování pro tyto situace už dávno není a nový také ne. Naštěstí období tabuizace je pryč a člověk se ptá, jak správně a eticky přistupovat k lidem v závěru života. I toto podnítilo radu Evropy v roce 1999 ke schválení dokumentu s názvem *Ochrana lidských práv a hodnot nevyléčitelně nemocných a umírajících*. (Haškovcová, 1999, s. 175)

Vytěsnění smrti souvisí jistě také s velkým vzestupem medicíny, jejími úspěchy, lékařskou péčí a prodloužením průměrné délky lidského života. Ale péče jen z pohledu medicíny se věnuje nemoci, léčbě a záchraně života člověka. Můžeme zde zmínit způsob přijetí člověka do nemocnice, které popisuje E. K. Rossová na příkladu pomyslného pacienta, jež rychle někam přepraven na nosítkách a za hluku a spěchu někdo o něm rozhodne, zda půjde na RTG, CT či EKG aniž se někdo stará o jeho názor. Je možné, že pokud by chtěl vyslovit svůj názor, přání a potřeby, tak dostane sedativa. V zájmu záchrany života se podle E. K. Rossové zapomíná na lidskost. Rossová soudí, že se snad jedná o zástěrku nevyrovnanosti se smrtí, jež i ve zdravotnicích snad vyvolává obavy a úzkost. Dosud vítězná medicína a lidé, kteří pečují o člověka, zaslepení vlastní představou o pomoci jiným nakonec nedovedou odpovědět na nejjednodušší otázky a přání nevyléčitelně nemocných. Tak v moderní době pacienti trpí víc ne tělesně, ale emočně. (Rossová, 2015, str. 17-18) Svatošová uvádí, že jsou situace, kdy lékař už může jen tlumit nepříjemné příznaky posledního stadia života s vědomím, že více záleží na tom, jak se člověk cítí. Proto je důležité nastavit systém péče tak, aby člověk závěr života nemusel protrpět v nemocnici s invazivní léčbou, ale prožít poslední úsek života podle svých přání, schopností a s ohledem na jeho tělesnou, psycho-sociální a spirituální oblast. Je dobré položit si otázku, co lze změnit k lepšímu a to měnit. Pokud něco už vylepšit nelze, tak to jen přijmout a pamatovat, že nemocný může činit vlastní rozhodnutí a pro sebe něco udělat sám. Je možné dožít svůj život v kruhu nejbližších tak, jak to bylo běžné v předchozích

generacích na rozdíl od nynější časté praxe institucionální péče. Tuto péči Svatošová zcela neodsuzuje a míní, že je třeba si z obou modelů péče vybrat to pozitivní tak, že se využije jak poznatků medicíny, tak i zapojení rodiny a přátel. Tím by měl být zajištěn tělesný i psychický komfort nemocného. Na jednu stranu je vidět odbornost, na druhou člověk, který s nemocným šel životem. Podle Svatošové lze obě dimenze spojit v hospicové péči. To vyžaduje smíření s vlastní smrtelností a schopnost domluvit se: s lékařem, s pacientem i s rodinou v souladu s aktuálními potřebami. Samozřejmostí je příprava všech zúčastněných na doprovázení nemocného. (Svatošová, 2011, str. 14-17)

Nyní je možné vrátit se k tomu, co o smrti, utrpení a jejich navrácení do běžného života s jejich významem píše Kupka: *Pokud pochopíme a přijmeme smrt jako součást života, potom ji ve chvíli, kdy skutečně přijde, budeme čelit snadněji.* (Kupka, str. 13) Míníme, že zde dochází k sociálnímu začleňování, v našem případě umírajících. Jestliže sociální začleňování je základní ideou sociální pedagogiky (Bendl, 2014, s. 6), můžeme usuzovat, že i umírající, umírání a smrt jsou předmětem jejího pedagogického zájmu. Pokud se někomu přitíží, tak i díky dobré výchově mu ostatní snad pomohou bez říkání.

Pomáhání se postupně opět stává běžným a samozřejmým mezi lidmi. Je to umění vidět trápení jiného a také slušnost. Tato forma pomoci je však pouze laická. Rozhodnutí pomáhat ještě není profesionalita. Ta nastává tam, kde běžné, způsoby selžou. *Všechny pomahačské profese spatřují v pomáhání svůj smysl a k jeho naplnění hledají způsoby, jak podpořit prospěch, zdraví nebo pohodu druhého člověka.* (Úlehla, 2005, s. 9) Míníme, že jedním z takových způsobů je také úprava prostředí jedince. Prostředí a různé sociální vlivy na zdraví člověka, jsou společnými tématem sociálního lékařství a sociální pedagogiky. (Bendl, 2014, s. 15). Sociální pedagogika je odpovědí na danou situaci a její činnost je determinována společenskou objednávkou. Je zde určitá poptávka nápravy nepříznivé situace, kterou se právě sociální pedagogika snaží řešit. (Bendl, 2014, s. 12 – 13). Předmětem péče je celý člověk. Podpora lidskosti a zlepšení kvalityžití se prolíná celou péčí a skrze sociálně pedagogický přístup se týká všech generací a pomáhá vytvářet společenství. (Bakošová, 2008, s. 37) Sociální pedagogika člověka chápe jako bio-psycho-socio-spirituální bytost, klade důraz na sociální aspekty výchovy, prostředí, sociálně integrační pomoc, životní styl, pravé hodnoty i otázky životní pomoci. (Bendl, 2014, s. 9). Dostáváme se ke vztahu sociální pedagogiky a etiky, dobra, kladných osobnostních vlastností a k výchově i vztahu mezi ní a mravní úrovní prostředí. (Bakošová, 2008, s. 78)

Prosociální chování projevující se soucítěním, solidaritou i aktivní pomocí potřebným je podle Vacka signálem správně orientovaného morálního vývoje dítěte. K takovému chování by měly být vedeny i děti předškolního věku. (Vacek, 2006, s. 71) Nemalou roli sehrává výchova k dobrým vztahům projevujících se taktem, úctou k druhým, ochranou slabších a menších. Dobré vztahy přispívají k pocitu štěstí a vzor a osobní příklad je stále jedním z nejvýznamnějších výchovných prostředků (Pelikán, 1997, s. 31-32), skrze něž lze docílit postupné zvnitřnění – interiorizaci norem a chování v konkrétních situacích. Úroveň interiorizace je závislá na věku, úrovni poznání normy i na vnitřních a vnějších vlivech, které dané morální uvědomění mohou rozkolísat. (Vacek, 2006, s. 39) Rozkolísání se netýká jen dítěte, ale i dospělých. Vacek uvádí riziko vlivu peněz a vysokého postavení např. v politice. Je otázkou, zda osoby, které získaly moc a peníze vůbec mají šanci odolat negativním vlivům svého okolí a zda má někdo právo jejich jednání jakkoli posuzovat? Přesto vyjadřuje naději, že jsou mezi námi lidé *pevných zásad a ryzího charakteru*, jejichž existence dává životu smysl a upozorňuje na potřebu neustálého posilování zvnitřněných mravních norem. (Vacek, 2006, s. 41) Mínilme, že pedagogický vliv prostředí, sociální vliv osob v okolí, jejich činnost, způsob prožívání, v našem případě prožívání reality smrti, postoje k ní a příklad přístupu k umírajícímu, nás přivádí k metodě vysvětlování, příkladu i osobního situačního vlivu (Bakošová, 2008, s. 82) a ke známému rčení: „Verba movent, exempla trahunt.“ (Slova povzbuzují, příklady táhnou.)



## 2 TERMINÁLNÍ STADIUM NEMOCI

Hutchinson, 19. Stol.:

*„Lékař může vyléčit někdy, ulevit často, potěšit vždycky.“*

Většina lidí, pokud na sobě pozoruje nějaké trápení, přichází k lékaři proto, aby jej tohoto trápení zbavil. Někdy to možné je, někdy ještě lze zachovat cvičením zbylé funkce a někdy už lze jen tišit nepříjemné příznaky neléčitelného onemocnění. (Parkes, 2007, s. 26) Nemoc obvykle nepřichází náhle, ale hlásí se nejdříve malými popíratelnými příznaky, jako mraky upozorňují na bouři. Časem zesílí, začnou omezovat a člověka přinutí vzít je na vědomí i s jejich závažností. (Křivohlavý, 2002, s. 156).

Diagnostikování život ohrožující nemoci je začátkem terminálního stadia života. Synonymem terminálního stadia je umírání. Je to poslední část života člověka. Dochází v něm postupně k selhávání všech životních funkcí a orgánů. Přesto není možné chápat terminální stadium pouze jako samotné umírání, jelikož, jak jsme již zmiňovali výše, se jedná o dobu od sdělení nevratné diagnózy. V tomto stadiu lze mírnit obtíže způsobené chorobou a tím předcházet možnému omezení lidského života i v oblasti psychiky a sociální stránky života. Haškovcová jmenuje omezení v oblasti sebezpečí, neschopnost, bolest a potíže v psychické, sociální i spirituální oblasti, což může omezit jedince natolik, že mu znemožní kontakt s okolím a účast na společenském životě. Člověka sociálně izolují. Je tu riziko, že dojde k tzv. sociální smrti ještě dříve, než selžou všechny tělesné funkce. (Haškovcová, 2015, str. 171-172.)

Na symptomy způsobující sociální devalvaci a celkově znehodnocující společenský život nemocného upozorňuje i Radka Bužková. (Bužková, 2015, str. 55). Jako příklad bychom mohli uvést např. maligní rány, které klientovi neustále připomínají nevléčitelnost základní diagnózy. Omezují po stránce psychické a skrze zápach, bolestivost a estetické důsledky i po stránce sociální. Nejčastějšími psychickými problémy spojenými s maligními ranami jsou stud, narušení body image, deprese, znechucení, pocit viny i sexuální problémy. Jejich negativní dopad je v sociální oblasti, izolaci, komunikačních problémech, ve vztazích s rodinou apod. Z toho důvodu je žádoucí, aby byla přizpůsobena práce personálu, který v rámci možností může přiměřeně upravit návštěvy u lékaře, dbát na nenápadnost obvazů, poskytnout informace, psychickou a spirituální podporu klientovi i jeho příbuzným podle jejich přání. (Naylor, 2005, s. 174). Mínilo, že sem lze zařadit i problémy, jako jsou stomie,

dušnost, amputace, nauzea, zvracení atd. a s nimi spojená rizika již zmiňované sociální izolace nebo omezení dosavadních zvyklostí, realizace koníčků a záměrů klienta.

Nemocné tělo může být zdrojem nepříjemných pocitů i obav a zároveň je zdrojem identity. Pokud některá jeho část, byť porušená, je amputována, tak to narušuje celistvost bytí postiženého jedince. Bojí se, jak je přijme partner. Objevuje se zármutek nad ztrátou budoucnosti. Fázi takového zármutku je dobré prožít emocionálně a neklást požadavky na rozum a statečnost s tím, že se jednalo jen o nemocné části těla. Časem se klient odpoutává. Začíná se vzpomínat na vlastní život i život s ostatními. Získává k sobě i druhým nový vztah a učí se žít s vědomím, že dnešek může být poslední. Postupné vyrovnávání se s realitou odchodu klienta platí i pro pracovníky hospiců. Odmítnutí procesu truchlení, třebaže kratšího, než prožívá klient, značně omezí schopnost mu pomáhat. Pokud se pracovník emocionálnímu prožití nebrání, tak má na něm podíl spolu s nemocným a ten cítí pochopení a dobrotu těch, jež o něho pečují. (Kastová, 2010, s. 101)

Pro pečujícího je podobně důležitá vyrovnanost s vlastní smrtelností. Té se nelze naučit za jeden den. Je to proces trvající celý život. Míra akceptace vlastní smrtelnosti se pozitivně odráží na schopnosti kvalitně provázet své klienty. Umožňuje to lépe pochopit potřeby a emoce klienta, akceptovat je, ale také znát své vlastní hranice, za které pracovník ví, že už by neměl jít nebo by měl požádat o pomoc a podporu kolegu v pracovním týmu. (Slamková, Poledníková, 2013, s. 35)

Bližící se smrt je připomínkou konce životní pouti, ale nikoli dokončeného životního úkolu. Kdo může s čistým svědomím říci, že vše udělal správně např. ve výchově dětí, že dokončil každou práci, prožil vše, co chtěl a vyřídil všechny účty, že ho nemoc nezaskočila, neobrala ho o čas a o vše, co měl rád? Symbolicky to vyjadřuje obraz orače, jenž nedokončil započatou brázdou. Toto vše se člověk učí právě při setkání se smrtí někoho z blízkých. Především při smrti rodičů skutečnost vlastní smrtelnosti už nelze popřít a je nutné se jí zabývat. Všechny tyto momenty se stávají připomínkou toho, že jednou i my budeme odvoláni od svých nedokončených slibů, úkolů – brázd (Křivohlavý, 2002, s. 156)

## 2.1 Fáze terminálního stadia

Terminální stav je synonymem pro pojem umírání, ale nelze ho chápat jako umírání samotné. Ať už je doba terminálního stadia delší nebo kratší, tak ji většina autorů rozděluje do tří nesejné dlouhých fází (Haškovcová, 2015, s. 172).

### **Prae Finem**

Začátek této fáze vymezuje fakt infaustní prognózy. Příchod smrti je pravděpodobný během různě dlouhé doby. Péče o člověka se zaměřuje především na mírnění symptomů onemocnění a zajištění jejich nejlepšího zvládnutí ve všech oblastech. Klient má mít jistotu, že nebude sám a bude mu poskytnuta pomoc odborná i lidská. Psychická a sociální podpora může působit jako prevence sociální izolace, rezignace, beznaděje a zoufalství, které by mohly naopak dříve otevřít bránu smrti. Jistě jsou rodiny a nemocní, kteří dokáží sami pomoc vyhledat. Je správné respektovat rozhodnutí klientů, ale také na tuto skutečnost nespoléhat a svěřit koordinaci všech typů péče do rukou lékaře. V souvislosti s tím se i ve světě začíná hovořit o nové – sociální roli lékaře. (Haškovcová, 2015, s. 173)

Život člověku přináší řadu úkolů. Jejich splnění je lidskou potřebou. (Marková, 2010, s. 67) Nemoc naplnění této potřeby narušuje. Tak úkol, který nemocný ještě má, zůstává zčásti nesplněn a úkoly stárí a umírání se posunou do současnosti. Pečující by tato úskalí měli znát a uvědomit si, že např. umírající mladý rodič má potřebu stále být matkou nebo otcem dětí a potřebu vědět, že o ně bude postaráno, až on tu nebude. Toto období je charakterizováno snahou člověka dokončit cíl svého života a zároveň ho povzbuzuje vědomí, že stále ještě, ač ležící na lůžku, mohou být užiteční a plnit svá poslání. (Marková, 2010, s. 69) Tak strach, který prožívá, není strachem ze smrti, ale z konce života před tím, než své úkoly dokončí. (Haškovcová, 2015, s. 173)

### **In Finem**

In Finem je totéž, co nazývá terminálním stadiem medicína. (Kutnohorská, 2007, s. 75) Spadá sem problém eutanazie, dříve vyslovené přání, marná léčba a ritualizace smrti. Rituál je řád s určitými pravidly. V období In Finem tato pravidla umožňují snížit vysokou emotivitu posledních chvil. Rituál umírání se předával z generace na generaci, ale dnešnímu člověku chybí v důsledku jeho institucionalizace. Je potřeba opět vrátit smrti její sociální význam a péči institucionální kombinovat s péčí blízkých osob. V LDN, nemocnicích, v pečovatelských sociálních či charitativních zařízeních nebo v hospicích je potřeba umožnit asistenci nejbližších a doma naopak odbornou pomoc. (Haškovcová, 2015, s. 176 - 77)

Stadium In Finem je kratší. Je dobré zvážit skutečný smysl překlada umírajícího do hospice nebo jeho ponechání v domácí s ohledem na jeho stav. Mnohdy traumatizující manipulace s už tak rozbolavělým nemocným daleko převyšuje prospěch plynoucí z překládání do jiného typu péče. (Šamánková, 2006, s. 99)

## Post Finem

Post Finem začíná hned po smrti klienta. Hlavní náplní je péče o mrtvé tělo a potom hned péče o příbuzné. (Šamánková, 2006, s. 99) Pro ně začíná období žalu. Jako prevence rozvoje patologického truchlení jim může být poskytnuta podpora formou poradenství pro pozůstalé, o jehož rozvoj u nás usiluje Naděžda Špatenková. K zdárnému prožití smutku přispívají i pohřební rituály. (Haškovcová, s. 178).

Z uvedeného popisu terminálního stadia usuzujeme, že kvalita života člověka v tomto těžkém období vychází nejen z tělesné oblasti, ale i z duševního života, z kvality sociálních vazeb, hodnot i spirituality, jež se ptá po smyslu prožitého i nynějšího života. Mníme, že nelze jednoduše pečovat pouze jednostranně, ale je potřeba k člověku přistupovat celostně s ohledem na jeho vlastní hodnoty a přání a povzbudit pacienty k tomu, aby za svůj život vzali zodpovědnost do svých rukou a rozhodovali o něm jako vedoucí pečujícího týmu tak, jak jim to umožňuje celkový stav, který bývá často ovlivněn únavou a vyčerpáním. Péče o tyto lidi vyžaduje pečlivé diagnostikování potíží, posuzování zdrojů utrpení tělesného i duševního, jejich mírnění a podporu při přijetí psychické i duchovní změny, která se týká nemocného i jeho blízkých. (Parkes, 2007, s. 27) K tomu, aby se klient mohl správně rozhodovat a ve svobodě utvářet svůj další život, potřebuje informace. To souvisí s potřebou mít pravdivé informace o postupu léčby a prognóze. (Marková, 2010, s. 70) Jiný pohled na právo a potřebu pravdivých informací uvádí Haškovcová. Problematiku pravdy u lůžka dává do souvislosti s prodloužením doby od zjištění diagnózy do smrti. V tomto úseku se střídají dvě etapy nemoci. V jedné je nemoc na vzestupu a ve druhé se uklidní. Přesto však člověk má jisté potíže a musí se učit s nemocí žít. V obou fázích potřebuje pomoc jak v podobě zvládnutí nepříjemných symptomů, tak i v podobě provázení různými psychickými dysbalancemi. Tuto pomoc nelze poskytovat bez pravdivých informací. (Haškovcová, 2015, s. 236)

Mníme, že přímou souvislost s přijetím pravdivé informace o nepříznivé prognóze má i způsob, jak je pravda sdělena. Svatošová nevhodně sdělenou pravdu považuje za opak milosrdné lži. O neomaleně plácnuté pravdě píše, že *pravda, která není laskavá, vyvěrá z lásky, která není pravdivá*. (Svatošová, 2011, s. 13). Mníme, že k umění sdělit pravdu patří určitá dávka moudrosti, jež člověka vede při sdělování pravdy. Nejde tu však o strohé, rozumové informace, ale právě o způsob, jak citlivě, s taktem a úctou je slovo pravdy vysloveno. Tuto skutečnost velmi výstižně vyjadřují slova M. Mráze, jak je uvádí Křivohlavý: *Moudrost je mysl, která je přiložená k srdci*. M. Mráz, 2006. (Křivohlavý, 2009 str. 121)

Člověk, který se dozví pravdu o charakteru nemoci, potřebuje podporu při zvládání různých životních omezení. Tu může poskytnout i lékař, který dosud léčil tělo a nyní přijímá sociální roli v životě klienta. Na pomoci se podílí i další profesionálové. Někdy je klient vyhledá sám, jindy je nutné, aby se i o toto postaral lékař. Ten se tak stává koordinátorem celkové péče, na níž se začnou podílet i další profesionálové jako jsou psycholog, kaplan i sociální pracovník. (Haškovcová, 2015, s. 173 – 174) Pomoc vychází z humanismu a je založena na úctě k člověku, na partnerství, důvěře i solidaritě. Přesto, že se člověku snaží pomoci, dochází tu k poznání vlastní slabosti, jejíž přijetí člověka mnohdy posune o kus dopředu, zatímco její nepřijetí může být bráno jako nezodpovědné. Podstatou účinné péče je respekt a přijetí člověka takového jaký je se snahou podnitit jeho vlastní iniciativu i zprostředkováním poznání, že vyhledání pomoci není selhání. Důležité je při poskytování pomoci dosáhnout toho, aby klient pochopil, že za svůj život je zodpovědný jen on sám a personál jej pouze doprovází při hledání vlastních možností. Toto lze přirovnat ke známému *rčení pedagogičky a lékařky M. Montessoriovej*: „Pomóż mi, abych to urobil sám.“ ( Bakošová, 2008, s. 58 - 59)

Míníme, že zde se uplatní také práce na poli smutkového poradenství, protože stav smutku se obvykle dostaví při dlouhodobém prožívání nějaké ztráty. Může se jednat o neúspěchy, o změny v důsledku věku, ztrátu atraktivity, krásy, partnera a v našem případě o ztrátu zdraví a s ním i jiných důležitých aspektů plnohodnotného života tak, jak jej náš klient dosud chápal. To vyžaduje um při výběru metod a přístupů při práci s klientem a také vedle vzdělání a zkušeností především lidský přístup ke konkrétnímu člověku. (Kozoň, 2013, s. 216-217).

## 2.2 Fáze smíření s infaustní prognózou podle E. K. Rossové

Problematiku přijetí nepříjemných informací, mezi něž patří i infaustní prognóza, popsala E. K. Rossová ve své knize O smrti a umírání, co by se lidé měli naučit od umírajících. Reakce na sdělení nepříznivých zpráv popsala a rozdělila do pěti fází vyrovnávání se s krizovou situací. Marie Svatošová upozorňuje na skutečnost, že se fáze mohou různě střídat, i několik v jednom dni nebo některé mohou chybět. Příbuzní, zpracovávající nepříjemné informace o infaustní prognóze nemoci svého blízkého, těmito fázemi také všelijak prochází. Potíž je podle Svatošové v tom, že je nemusí prožívat zároveň a tak nedochází ve stejném tempu ke smíření, kterému by měl personál být nápomocen. Mnohdy je to daleko těžší pro příbuzné, než pro nemocného, jež je třeba už se svým koncem vyrovnán, zatím co jeho děti, partner nebo rodiče ještě stále doufají v uzdravení a zázrak. (Svatošová, 2011, s. 24).

Rossová zmiňuje vedle potřeb nemocných i potřebu každého člena personálu zkoumat vlastní reakce. Ty se vždy odráží v chování klienta. Pokud ten, kdo pečuje, je ochoten provádět i vlastní sebereflexi, tak skrze kontakt s umírajícím může dozrávat a moudřet. (Rossová, 2015, s. 62). Mníme, že je možné se tak postupně zdokonalovat v solidaritě a milosrdenství v každodenním životě a naplnit i vlastní život smysluplně a trvalými hodnotami, které budou akceptovatelné nejen pro jednotlivce, ale i pro celou společnost. Vidíme, že tu jde nejen o zranění umírajícího, ale i o výchovu či sebevýchovu všech zúčastněných. Taková výchova má pomáhající charakter a *vedie človeka k tomu, aby bol človekom.* (Bakošová, 2008, s. 52). Při postupném odkrývání nezvratné reality také pracovník zraje vedle svého klienta na cestě průvodce. Stává se oporou při hledání smyslu nezvratných změn. S laskavostí, upřímností v postojích a s holistickým pohledem na člověka se snaží kompenzovat újmy, úpravou sociálního prostředí, vztahy, s materiálními prostředky aktivizací, vlastních dispozic klienta a dokonce s možností jeho zpětné vazby. To působí jako prevence vyčlenění umírajícího ze společenského života. Protože výchova je spíše v kompetenci jiných vědních disciplín, má tak péče o klienta vedle pomoci i pedagogický charakter. (Kozoň, 2013. s. 29-30).

### **Popírání a izolace**

Člověk odmítá přijmout skutečnost. První reakcí na zlou zprávu může být šok a otřes. Vliv na prožití této fáze má to, jak se o zákeřnosti své nemoci klient dověděl. Klienty ovlivňují i způsoby řešení krizí tak, jak to vidí u pečujícího personálu. (Rossová, 2015, s. 55). Odmítání netrvá po celou dobu fáze. Klient nepotřebuje jen myslet na smrt, ale také žít. Je dobré, aby v rozhovoru byla respektována míra schopnosti přijmout pravdu. (Rossová, 2015, 52). Rossová dále považuje za důležité udržet správný poměr mezi realitou a potřebou naděje. (Rossová, 2015, s. 55).

### **Zlost**

Tato emoce je zaměřená na všechno a všechny. Všichni a vše je špatně. Personál dělá vše špatně a rodina si s dotyčným neví rady, špatně se u něho cítí a omezí návštěvy. Klient si pustí televizi, která je plná buď mladých, zdravých lidí anebo je plná válek. Ty jsou důležitější a na něj se zapomíná. Nemocný se ptá, proč on a dá se říci, že závidí úspěšným a zdravým okolo. Pokud personál projeví zájem o potřeby klienta, ptá se na ně, tak strach z opomenutí postupně vymizí (Rossová, 2015, s. 66). Nemocný člověk se stává více závislým a je dobré ponechat mu prostor k samostatnému rozhodování. Mnohé zdroje hněvu tkví i v minulosti, dokonce až v dětství. Může se jednat o cokoli. Nenaplněné potřeby lásky z dětství, potřeby

vlastní identity a odlišnosti mohou být příčinou zatrpklosti vůči okolí. To se k němu pak také nechová dobře. Někdy stačí s člověkem promluvit a umožnit mu, aby nenaplněné potřeby v rámci možnosti naplnil nyní. (Rossová, 2015, s. 95)

### **Smlouvání**

Klienta Rossová přirovnává k dětem, které naslibují nevíme co, aby mohly získat nějakou výhodu, třeba přespat u kamarádky. Podobně klient slibuje lidem i Bohu poté, co se přestal zamykat u sebe v pokoji a vztekat. Je to nově zvolená strategie obrany, kdy si klient jako odměnu za dobré chování kupuje čas navíc (Rossová, 2015, s. 98). Toto dobré chování mívá souvislost s pocitem viny a s něčím, co daný člověk zanedbával v průběhu života a svůj stav považuje za trest. Mnohé sliby proto spíše uslyší kaplan. Interdisiplinární přístup s intervencí duchovního je v této fázi vhodný. Na jeho práci mohou navázat ostatní a podpořit člověka v odmítnutí iracionálního přijetí trestu za nějaké provinění. (Rossová, 2015, s. 100)

### **Deprese**

Nemoc člověka postupně připravuje o spoustu kvalit, které uznává tento svět, a měly pro něho význam. Může jít o tělesnou krásu, u žen po operaci o pocit ztráty ženství, ztráta zaměstnání, finanční problémy, nemožnost postarat se o děti, jejich svěřením do náhradní péče, úbytek sil a nárůst projevů nemoci. Sociální pracovníci a duchovní v tomto období mohou přispět ke zlepšení chodu domácnosti a zvládnutí projevu deprese nasloucháním, podáním ruky, pochvalou apod. Zdrojem deprese jsou selhání v životě, ale také ztráty všeho, co člověk miloval. Toho má člověk plné srdce a chce si o tom popovídat. Jindy už jen mlčí a tiše se připravuje na to, co přijde. To, co člověk potřebuje nyní, není být vytržen ze svého smutku, ale třeba jen obyčejné sdílení, přítomnost a naslouchání, zatímco jeho okolí ještě není připraveno a snaží se ho rozveselit (Rossová, 2015, s. 102 - 103).

### **Akceptace**

Akceptace je poslední stadium vyrovnávání se s krizí. Člověk je už vyčerpaný fyzicky i duševně. Už se dost navztekal, nasmlouval i nazáviděl těm, kteří jsou zdraví. Většinu času mlčí a vyhledává samotu. To neznamená, že nepotřebuje péči. Když za ním personál chodí, tak tímto získává jistotu, že není zapomenut a že nezůstane sám. Postupně se odpoutává od vnějšího světa a potřebuje hlavně tiché naslouchání a přítomnost. (Rossová, 2015, s. 135). Celý proces smířování se s bolestnou skutečností infaustní prognózy člověka postupně přivádí k akceptaci situace, celkovému přijetí i odevzdání dosavadního života v naději, že nebyl

marný a míníme, že bychom mohli říci spolu s Haškovcovou slovy českého přísloví: *Nemoc si člověka připraví*. (Haškovcová, 2015, s. 174)

Řada umírajících, ač je nemocná, tak stále žije a má strach nikoli ze smrti samotné, ale o životní úkoly, které ještě chce dokončit. Strach tu má jinou kvalitu. Nemocný má právo na pravdivé informace a otevřeně si je nárokuje. Svou situaci umírající vnímají jako nepřehlednou a nespravedlivou a je žádoucí, aby měli alespoň jednoho člověka, který jej bude provázet úskalími, jež jim poslední stádium života přináší, a s kterým by bylo možné vést otevřenou komunikaci. (Haškovcová, 2015, s. 174) Součástí péče o umírající je celkový přístup k problematice z pohledu zakladatelky hospicového hnutí zdravotní sestry a lékařky Cicely Saundersonové a jejího konceptu totální bolesti, který spolu s fyzickou bolestí zahrnuje i utrpení sociální, emoční a duchovní. Nyní přibývají i pojmy jako kvalita života, zvládnutí symptomů a psychosociální péče. Rozvíjí se paliativní a hospicové péče a vzniká řada specializovaných zařízení, jejichž snahou je uведенé nároky na péči naplnit co nejlépe. (Bužková, 2015, s. 16).

Míníme, že uvedené lze shrnout do potřeby pravdivé komunikace uvnitř pečujícího týmu, mezi členy týmu a pacientem a jeho rodinou. Můžeme uvést také to, že informace o stavu klienta podává jemu či členům rodiny lékař. Ostatní členové týmu však také svou empatií, zájmem a vystupováním výrazně přispívají k vytvoření příjemné atmosféry, naděje a bezpečí v prostředí umírajícího člověka při hledání orientace v nové situaci a k celkově lepšímu prožití společně strávených chvil. Dobrá komunikace umožňuje diagnostikovat individuální potřeby klienta i v dalších oblastech a plánovat podle zjištěných informací kvalitní péči. Považujeme za vhodné zmínit i potřebu zohlednit kulturní zvyklosti klienta, jeho preference, přání, rodinné názory a zvyky a také fázi, ve které se nemocný či jeho příbuzní právě nacházejí, což klade na personál vysoké nároky jak po stránce odborné, tak po stránce lidské. (Standardy paliativní péče, s. 11 – 12) Komunikace v závěru života má zvláštní váhu. V těžkých chvílích je dobré ke spolupráci přizvat psychologa. Dobrá, citlivá a otevřená komunikace *dává prostor nemocnému, respektuje jeho přání a potřeby*, přispívá k celkově dobré pohodě všech zúčastněných a má výrazný podíl na kvalitě života nemocného i jeho příbuzných. (Milerová, 2015, s. 29)



### 3 KVALITA ŽIVOTA A POTŘEBY ČLOVĚKA V JEHO TERMINÁLNÍM STADIU

Elizabeth Kubler- Rossová:

*„Nikoli délka a povrchní úspěšnost, ale kvalita života je rozhodující.“*

#### 3.1 Kvalita života

Kvalita života je velmi široký pojem. Poprvé byl použit v roce 1920 v souvislosti s ekonomickým a sociálním zabezpečením. Nesetkal se však s úspěchem. Teprve až po 2. světové válce, když WHO rozšířila svou definici zdraví o fyzickou, duševní a sociální pohodu a došlo v průběhu 60. let 20. století k prohloubení sociálních rozdílů, začíná být pojem „kvalita života“ opět skloňován (Vadurová, 2005, s. 7). WHO ve své nové definici zdraví už nevidí zdraví jako absenci choroby, ale svůj pohled obrací na vliv zdraví a podmínek na kvalitu života jedince a více začíná záležet na tom, jak jedinec své momentální schopnosti dokáže využít ve svém prostředí (Hnilicová, 2005, s. 207). Koncept kvality života proniká do medicíny, ošetřovatelství, sociologie a pedagogiky. Tento multidimenzionální rozměr značně komplikuje jeho přesné vymezení (Vadurová, 2005, s. 6). Ač člověk pojmu kvalita života rozumí, nelze jej v případě nemocného člověka popsat jedinečně z biologického hlediska jako souhrn možností, omezených dysfunkcí jeho organismu. (Opatrný, 2017, s. 48).

Existuje mnoho studií na téma kvalita života a ani jedna není všeobecně akceptována. Lze pouze konstatovat, že kvalita je souhrnem několika vzájemně se ovlivňujících činitelů, k nimž patří zdravotní, sociální, ekonomické a environmentální podmínky spolu s objektivní a subjektivní dimenzí. (Hnilicová, 2005, s. 207). Při vzájemných interakcích se také jedná o objasnění rolí všech zúčastněných, kteří v daném problému mají svůj podíl, včetně pracovníků. Všichni se vzájemně ovlivňují. Schopnost empatie vnímáme jako nezbytnou pro rozpoznávání reakcí klienta na návrhy a konání svého okolí i pracovníka. Také se může jednat o schopnost artikulace klientových pocitů. *Být empatický znamená domýšlet se, jak je asi tomu druhému.* (Úlehla, 2005, 111)

Specifickou oblastí zkoumání kvality života je terminální stadium. (Vadurová, 2005, s. 11). Koncept kvality života přispěl ke změně přístupu k nevléčitelně nemocným. Začaly se objevovat otázky po smyslu terapie, která neměla jasnou prognózu a navíc snižovala kvalitu života více, než nemoc samotná. Často jsou pro pacienta subjektivně důležitější jiné oblasti

života, než agresivní terapie. Může se jednat o vztahy, sociální podporu a emocionální prožívání. Tak se terapie postupně nezaměřuje na vyléčení, ale na zkvalitnění života s nemocí. (Hnilicová, 2005, s. 212). Hodnotit kvalitu svého života dokáže pouze člověk, který ten život prožívá. Je možné upozornit na klientem přehlížené pozitivní elementy, ale vždy je na místě jeho hodnocení respektovat. (Opatrný, 2017, s. 49). Kvalita života je tedy dána osobním významem, který konkrétní potřeba má pro konkrétního člověka, kvalitou její saturace a následného „užívání si“ života. (Hnilicová, 2005, s. 209).

Při posuzování kvality života těžce nemocných další riziko plyne z toho, že ji posuzuje člověk zdravý s prostředky běžnými pro aktivní a bezbolestné životní fáze. (Opatrný, 2017, s. 49). Klient ztrácí spoustu věcí, jež zdravý ani nepostřehne. Může se jednat o sociální role a status, zaměstnání, stud, stravování, rytmus života, soukromí a výměnou za ně dostává bolest, slabost, jinou stravu, nechutenství, umělou výživu, dušnost, která sníží už tak omezený pohyb, nepříjemná vyšetření a případně i nepříjemné spolupacienty. (Svatošová, 2011, s. 18).

Pro zdravého člověka znamená kvalitní život něco jiného než pro nemocného. To, co by zdravý vůbec nehodnotil jako kvalitní, pro nemocného nabývá zcela jiný, individuální význam pro něj a pro příbuzné. Jde o to správně rozpoznat to, co je klientem považováno za vysokou hodnotu právě teď, protože hodnoty se v průběhu života mohou měnit. Někdo žil pro manželství, jiný pro kariéru, další byl členem nějakého spolku apod. Z individuální situace se odvíjí individuální potřeby. Jejich diagnostikování a správné naplňování souvisí s kvalitou prožívaného období. K tomu, aby pečující mohl správně rozeznat hodnoty a potřeby nemocného, je podle Markové nutné, aby znal hodnoty vlastní. Zároveň podstatné je to, že nejde pouze o diagnostiku a tišení fyzické bolesti a tělesných projevů onemocnění. Kvalita života se mění v závislosti na druhu nemoci, způsobu prožívání krizí a způsobu sdělení nepříznivé diagnózy (Marková, s. 38 - 39). Nemocný na vzniklou situaci může reagovat úzkostně, mít poruchy chování, být zmatený i agresivní. Negativní odezva okolí může všechny zmiňované reakce ještě zhoršit. Prevencí jsou osvěta a přednášky nabízené pracovníky hospiců veřejnosti. Lépe připravené okolí se tak může pro svého nemocného člena rodiny stát významnou oporou a pomocí. (Svatošová, 2011, s. 18). Usuzujeme, že sociální zázemí jedince, jeho vlastnosti, přání, vztahy s jejich kvalitou, vzdělání nemocného i to, zda nemoc postupuje pozvolna nebo udeří akutně jako rána z čistého nebe, má vliv na momentální potřeby i kvalitu života umírajících. (Šamánková, a kolektiv, 2011, s. 24).

Kastová míní, že přístup klienta k nemoci a její význam pro něj ovlivňují kvalitu prožívaného období. Jednu stránku tohoto problému je možné vidět v přístupu k sobě. Nemoc umožňuje člověku přehodnotit svůj život. Vedle myšlenek na výkon a zodpovědnost se nemoc stává příležitostí pečovat také o sebe a neplnit jen povinnosti, ale chovat se k sobě co nejlépe. To je velký přínos psycho-somato-sociálního paradigmatu. Přesto to bývá chápáno klienty jako náprava dosud něčeho špatného nebo jako výměna za zdraví. Myslí si, že změnou přístupu k sobě se uzdraví. Pokud ne, tak může mít pocity viny. (Kastová, 2011, s. 100).

Jaro Křivohlavý kvalitu života dává do souvislosti s naplněním času, který člověk dostal jako dar. To podle něj úzce souvisí se smyslem života a samotným bytím, se sebe pochopením a zkoumáním materiálních, psychologických, sociálních, duchovních i dalších podmínek pro plnohodnotný a šťastný život. Jde o to jak naplnit čas, který člověku v poslední fázi života zbývá jako kairós, čas příhodný k tomu, aby se stala konkrétní věc. Míjíme, že i poslední měsíce, týdny či dny života jsou takovým darovaným časem a záleží na tom, jak jej člověk prožije. (Křivohlavý, 2011, s. 124) Také Viktor Frankl zmiňuje hodnoty, které čekají na svou realizaci v příhodném okamžiku a pokud bude zmeškána příležitost, tak tato hodnota zůstane neuskutečněna – *člověk o ni přišel*. (Frankl, 1996, s. 68) Podobně uvažuje i Marie Svatošová ve své myšlence o správném kladení otázek, kdy se neptá na to, co ještě lze od života čekat, ale na to, co ještě život očekává od nás. Všimá si také toho, že jsou lidé, kteří snad mají vše v tomto materiálním světě a přece se necítí být šťastní, zatímco lidé žijící ve skromnějších podmínkách jsou spokojenější. (Svatošová, 2011, s. 40) Křivohlavý dále uvádí, že se na kvalitě života výrazně podílí to, jakým způsobem svůj život člověk uchopí, jaké jsou jeho cíle, hodnotový žebříček a to, jak a pro co se rozhoduje. (Křivohlavý, 2009, s. 100) Mnohdy právě setkání s krizí, nečekanou událostí, se smrtí i nemocí se stane bodem, ve kterém člověk musí rozlišit to důležité od méně důležitého včetně sociálních vztahů, představ, myšlenek. Jinde (2009, s. 11) uvádí vztah moudrosti a směřování života, jeho smyslu, vztah k pořádku ve vnitřním životě a integraci člověka, k jeho identitě. Dále píše, že dle M. E. Seligmana a Ch. Petersona moudrost je sice znalostí, ale liší se od akademických hodnot, hromadění knižních vědomostí a účasti na mnoha přednáškách tím, že jsou získány díky životním těžkostem. (2009, s. 9) Ukazuje se, že moudrost má vztah k tomu, zda je, nebo není člověku dobře (well-ness) – a to má v našem životě svou cenu. (2009, s. 11). Ve vztahu ke kvalitě života Křivohlavý chápe moudrost jako nejvyšší hodnotu, protože člověka vede k tomu, aby svůj život žil co nejlépe. (Křivohlavý, 2009, s. 101) Míjíme, že se tu ukazuje potřeba

smyslu života, ale i určitého bilancování a uvědomění si toho důležitého, jak jsme již zmiňovali výše.

Vážnost onemocnění dostává člověka před nové otázky. Konfrontuje jej s dosavadními postoji a hodnotami, vytváří obavy, nejistoty a otazníky žádající si odpovědi. Hodnoty jsou podle Kabelky součástí spirituálního života člověka a základním pilířem rozhodování, aniž by si je člověk přímo uvědomoval. To začíná teprve s příchodem neléčitelného onemocnění (Kabelka, 2017, str. 10), v němž Svatošová vidí příležitost, která pokud je uchopena dobře, tak se může stát velmi plodným úsekem života. Dává mu možnost objevit i jiné hodnoty než ty, kterým přikládal význam po celý dosavadní život. Může milovat, odpouštět, vidět krásu přírody a umění. (Svatošová, 2011, s. 33). O toto nás připravila honba pouze za materiálními hodnotami. I když už člověk nemůže pracovat a vytvářet hodnoty tvůrčí, tak může pracovat na hodnotách prožitkových, k nimž patří láska, radost z maličkostí a záleží na člověku, jak čas k jejich prožití využije. Jestliže už je situace neměnná, tak jsou na řadě hodnoty postojové. To znají křesťané jako nejvyšší výzvu Krista: „Vezmi svůj kříž a následuj mě“. (Svatošová, 2011, s. 34). Křivohlavý však upozorňuje na skutečnost rozdílného prožívání víry a vnějších a vnitřních projevů zbožnosti. Ty vnější se týkají vnějších úkonů víry a dogmatiky církve, jíž je klient členem. Druhou stránku tvoří vnitřní prožitek víry. U někoho jde o pozitivní prožitek, kdy věří v odpuštění a milosrdného Boha a někdo více věří ve spravedlnost Boží a odměnu nebo odplatu za život. Třetí oblastí je prožívání úzkosti a strachu ze smrti podobně jako to prožíval Kristus v Getsemanech a na kříži, kdy svým sebeobětováním vše odevzdal do Vůle Boží, ale zároveň s nadějí na radost Vzkříšení o Velikonoční neděli, což přesahuje konečnost pozemského bytí do věčnosti. Tyto skutečnosti výrazně přispívají k mírnějšímu prožívání úzkosti u věřících pacientů. (Křivohlavý, 2002, s. 158).

Domníváme se, že i zde jsou dvě potřeby člověka. Jednu, potřebu naplnění – potřebu smyslu, jsme již zmiňovali. Tou druhou je potřeba autonomie, kdy člověk sám rozhoduje o tom, jaký smysl svému životu ještě může dát, jak a čím jej naplní. I tom se zmiňuje Svatošová ve své myšlence o chybně položené otázce, která se ptá na to, co ještě lze od života očekávat místo, aby se ptala, co život očekává od člověka. Jde tu o naplnění dnů životem a nikoli život dny. Také se domníváme, že tyto otázky můžeme zařadit do kategorie spirituálních potřeb, spolu s otázkami po konkrétním smyslu života daného klienta a jeho konečného naplnění. To bychom mohli přirovnat i k poslední vývojové fázi podle E. H. Eriksona, kde podle něj jde

o překonání zoufalství a beznaděje a dosažení vědomí, že život není marný, ale smysluplný. Jestliže člověk svůj život prožil péčí o druhé, o věci kolem sebe, dokázal překonat i neúspěchy a výzvy, dokázal vytvořit nové věci i ideje a byl plodný, tak nyní tyto plody je schopen vydávat a přijmout vlastní prožitý život se vším, co v něm bylo a docílit i integrity a moudrosti. Vše prožité, i to těžké, integruje do jednoho celku jako součást svého života. Naopak tam, kde toto naplnění a smysl chybí, dochází k zoufalství, beznaději a ke strachu ze smrti. Člověk pociťuje, že má málo času, aby život začal znovu a jinak. (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 231) Myslíme si, že se tady dostáváme k dalším konkrétním spirituálním potřebám a míníme, že k potřebě odpuštění sobě i jiným a k potřebě smíření se s tím, co už nelze změnit, ale jen přijmout. To, co se někdy stalo, už se nezmění. V každém je dobro i zlo, láska i nenávist. Naštěstí je tu i opravné řešení – lítost. Mnoho lidí si v době plné síly neuvědomuje výčitky svědomí. O to více ony udeří v závěru života při bilancování. Míníme, že je tu možnost nabídnutí služeb duchovních, nemocničního kaplana, pastoračního asistenta či kněze. Pokud je naším klientem katolický křesťan, tak ho pravděpodobně bude chtít přivolat. Tuto službu Svatošová přirovnává k neodkladné první pomoci zraněnému. (Svatošová, 2011, s. 41) I když nezbývá moc času, tak se stále nabízí možnost naplnit potřebu naděje. Z mnohých rozhovorů vyplývá, že většina terminálně nemocných lidí si ponechává určitou kapku naděje na zázrak, nebo na objevení zázračného léku. Ať už svou naději vkládají do čehokoli, ukázalo se, že důvěru mají k těm, kteří jim naději ponechávají. Problém nastává tehdy, když klient naději potřebuje a personál nebo příbuzní mu ji už nedávají, nebo tehdy, když klient je smířený, ale rodina stále čeká na zázrak. Řada nemocných bývá propuštěna do domácí péče a tento návrat považuje za zázrak, samotou a neúčast na rozhodování za podraz. Závěrem tedy můžeme spolu s Rossovou konstatovat, že otevřené rozhovory pomáhaly vyladit zúčastněné na společnou strunu. (Rossová, 2015, s. 156-158)

### **3.2 Potřeby člověka, možnosti a úskalí saturace potřeb**

*Potřeby nemocných se po staletí nemění, mění se jen naše schopnost vycházet jim vstříc. (Rossová, 2015 s. 19)* Potřeba je stav, který je vnímán jako nedostatek něčeho. Mezi základní potřeby lze zařadit ty, které mají všechny živé organismy a jsou nezbytné k přežití. Patří zde např. potřeba jídla, spánku i rozmnožování. Člověka od těchto organismů odlišují další druhy potřeb, vyplývající z 2. signální soustavy: potřeby sociální, psychické a duchovní. Dyskomfort v saturaci plyne jak z nedostatku, tak z nadbytku, např. nedostatek lásky je

zdrojem nespokojenosti a nadbytek může člověka spoutávat a navodit pocit okupování (Šamánková, 2006, s. 53).

Potřeby člověka byly zmiňovány již v předchozím textu v souvislosti s tělesným omezením, nepříjemnými symptomy, s potřebou blízkosti, komunikace, bilancování a především v souvislosti s celkovou kvalitou života. Mníme, že nelze od sebe jednotlivé druhy potřeb oddělit a celkový přístup při jejich saturaci má přímý vliv na kvalitu života. Jedna oblast ovlivňuje druhou spolu se subjektivním prožíváním nemoci, jejích příznaků, bolesti, vztahů, sociálních jistot, rozhodování i řešení stresových situací a existenciálních otázek samotným nemocným. Mníme, že záleží na tom, co v jeho životě je zásadní a jaký je přístup jeho okolí ke smrti jako takové. Mníme, že se opět dotýkáme potřeby autonomie, kdy člověk zůstává pánem svého života, jsou respektována jeho přání a je ponechán tím, kým je tak, aby nebyl jen pacientem. K hodnocení je proto důležité přistupovat komplexně – holisticky. Kvalita života je považována za pocit pohody, který vychází současně z celkové pohody tělesné, psychické i sociální (Šamánková, 2011, s. 39 – 40) a ztráta autonomie patří k nejčastějším pochybením v péči o umírajícího člověka, kterému není umožněno předem se vyjádřit ke způsobu léčby a vyslovit třeba přání nebýt resuscitován (DNR) nebo být uměle vyživován apod. Je možné, že si nemocný nepřeje domácí péči a má své vlastní představy o ní. Jistou možností při prevenci ztráty autonomie představuje podpora samostatnosti klienta v sebeobsluze a dotazování na spokojenost s péčí nebo na přání klienta. Péče se tak stává více asistenční a podpůrnou (Kalvach a kol., 2010, s. 28 – 29) Ten, kdo o člověka v terminálním stadiu pečuje, se může ptát sám sebe např.: Co můžu udělat právě teď, v této situaci? Co se očekává ode mne, abych udělal pro to, aby můj bližní mohl prožít hezké chvíle? Je možné se takto stejně ptát přímo i člověka, kterého se naše péče týká: Co mohu pro Vás udělat? Potřebujete ještě něco? Trápí Vás něco? Takto píše o přáních Šamánková a jako řešení mnohých potíží s jejich sdělováním nabízí tzv. vějíř potřeb: např.: „Kde vám mohu pomoci?“, „Máte bolesti?“, „Trápí Vás něco?“. (Šamánková, 2011, s. 15). Za zajímavé považujeme mínění Šamánkové o potřebě pojmenovat potřebu pacientem, což mu může usnadnit či komplikovat jeho povaha a způsob prožívání životních těžkostí. Uvádí stesky nemocných na to, že jim není dobře, na divný pocit, pocity těžkosti aniž by byli schopni uvést, co je skutečně tíží. Na jiném místě píše o bariérách v naplnění potřeb a vnímá problém i jako zástupný. Nejde vždy o popisovanou těžkost, ale třeba o touhu nebýt sám. Uvádí osobní bariéry jako je ostych vyslovit přání, znovu se zeptat, psychické bariéry i pramenící z neznalosti onemocnění a jeho příznaků či z neschopnosti je nazvat. (Šamánková 2011,

s. 39). K těžkostem při saturaci potřeb může docházet i v důsledku nemocničního prostředí, vzájemného neporozumění, fyziologické bariéry apod. (Šamánková, 2011, s. 14).

Míníme, že je vhodné zmínit i sexuální potřeby klienta a s nimi spojený stud a tabuizace. K těmto potřebám patří nejen pohlavní funkce, ale také prožívání sociální role manžela/ky, rodiče a body image. Vysoká unavitelnost nemocným znemožňuje pečovat o svůj vzhled, hygienu, upravit si vlasy nebo se obléci. (White, 2005, s. 202) To souvisí s možnou ztrátou osobní důstojnosti, se stálou přítomností obav z inkontinence, ze závislosti na péči o vylučování apod. Od pečujících to vyžaduje citlivý přístup, vysokou míru taktu a umění komunikace (White, 2005, s. 204). Ta je důležitá mezi pečujícími a oběma partnery. Při soukromém nerušeném rozhovoru je možné překonat zmiňované bariéry, zjistit přání i představy klientů a následně zajistit péči o vzhled, každodenní oholení, účes, oblíbený oděv a podle individuálních přání umožnit více času stráveného v soukromí a o samotě s partnerem třeba i zajištěním dvojitého lůžka či hygienické péče podle přání klienta. (White, 2005, s. 207)

Analýzou dat kvalitativního výzkumu bylo zjištěno, že lidé v konečném stadiu nemoci preferují péči o symptomy a léčbu bolesti, což by mělo značně přispět k celkové fyzické pohodě člověka. Respektování autonomie má být zajištěno dostatkem informací s možností rozhodovat o sobě. V sociální oblasti byly upřednostňovány potřeba podpory ze strany rodiny, zdravotníků, sociální aktivity a úprava prostředí. Věk člověka může mít vliv na psychické potřeby jako sdílení emocí a smíření se se smrtí. V spirituální oblasti šlo hlavně o nalezení smyslu života. (Bužková, 2015s. 52).

Již jsme zmiňovali, že úpravou prostředí se zabývá sociální pedagogika. Ta může přispět také k tomu, aby člověk mohl své poslední chvíle prožít hodnotně, důstojně a ve společnosti ostatních lidí. Tím je naplněna její základní linie – sociálního začlenění, nalezení rovnováhy mezi jedincem a společností a sociální pedagogiky jako pomoci bližnímu. (Bendl, 2014, s. 17 – 18). Takovou pomocí může být podpora ze strany blízkého, dobré slovo, blízkost i materiální pomoc každému, kdo ji potřebuje. Potřebným je každý, kdo se ocitl v nepříznivé situaci, kdo ztratil smysl života, rodina v krizi, děti, mladí i staří. (Bakošová, 2008, s. 56)

Přestože se v současné době setkáváme s trendy objektivně diagnostikovat individuální potřeby jednoho každého klienta, tak se také setkáváme se subjektivním viděním vlastní situace samotným klientem a je možné shledat rozdíl v těchto hodnoceních. Dalšími faktory, které modifikují saturaci potřeb, jsou osobnost jedince, vývojové stadium, mezilidské vztahy a druh nemoci s okolnostmi, které podmínily jeho vznik. Nemoc znemožňuje člověku, aby se

o sebe postaral sám. Závažnost onemocnění, jeho délka, prognóza, péče doma nebo v instituci, nemoc dítěte nebo matky, starého člověka i individualita a sebepojetí vždy ovlivňují psychickou odezvu. Vliv má také naučená důvěra k lidem v průběhu dosavadního vývoje a s tím i pocit jistoty a bezpečí. Ti, kteří sami sebe přijali a znají svou hodnotu, se zpravidla na saturaci podílejí větším dílem a stávají se postupně méně závislými. Čím více je zvládnuta oblast tělesných potřeb, tím více se člověk začíná zabývat potřebami z jiných oblastí. (Trachtová, 2001, s. 17) Podobně o změně v prioritách v oblasti potřeb píše i Svatošová: *Jestliže na začátku byly prvořadé potřeby biologické, v závěrečné fázi velmi často nabývají na důležitosti potřeby spirituální* (Svatošová, 2011, s. 19).

### **Hodnocení saturace**

Při hodnocení míry naplnění potřeb používáme podobné terminologie jak u síly impulsů: podprahové, prahové a nadprahové.

*Podprahová* saturace se stává zdrojem stresu, frustrace i deprivace. Na psychické úrovni se projevuje změnami v psychice, např. pocitem opuštěnosti a při delším trvání je možné zaznamenat i změny ve fyziologických funkcích jako je vyšší krevní tlak, poruchy zažívání, bolesti hlavy apod.

*Nadprahové* naplnění je charakterizováno ochranným, hyperprotektivním, přístupem pečujících. Následkem může být pocit kontroly, nesvobody a možného útěku, násilí, ztrátu vlastních názorů i somatické onemocnění.

*Prahové* uspokojení potřeb v optimální míře poskytuje vyrovnanost a celkovou pohodu. (Šamánková, 2006, s. 58)

Svatošová za selhání v saturaci považuje žádost o euthanasii. Příčinou je nezvládnutá bolest, nebo strach z ní, z osamocení, ztráty důstojnosti, pocitu, že jsem na obtíž. Když si klient potřebuje popovídat, ale setkává se se zatajováním skutečností, hledá bezpečí, ale nenalézá, tak se obrací na lékaře. M. Svatošová jako nejčastější příčinu žádosti o eutanazii uvádí neúctu k člověku jako jedinečné neopakovatelné bytosti. (Svatošová, 2011, s. 27)



### **Rozdělení potřeb podle základního bio-psycho-socio-spirito modelu**

Z definice zdraví je možné odvodit čtyři základní okruhy potřeb: tělesné, psychické, sociální a spirituální. Z tohoto praktického rozdělení je možné snáze posoudit to, co může udělat lékař, co ostatní personál, rodina i klient sám, třebaže s pomocí přiměřené asistence. Je dobré si uvědomit jeho vlastní podíl na svém životním údělu, který může svým postojem si buď ulehčit, nebo ztížit. (Svatošová, 2011, s. 19).

#### ➤ Biologické potřeby

Do oblasti biologických potřeb patří vše, co se týká péče o tělesný komfort. Je to potřeba zbavit se nemocného orgánu, terapeutické punkce, hygieny, jídla, i speciálně upraveného, vyměšování, tišení bolestí, léčba symptomů, přiměřená aktivita jako prevence zakrnění nebo dekubitů. Personál se o tyto potřeby většinou dovede postarat, ale nerušený spánek zpravidla bývá kvalitnější doma. (Svatošová, 2011, s. 19) Biologické potřeby lze považovat za základní. (Šamánková, 2006, s. 57) Podobně jako např. masáž může zmírnit dušnost, tak odpočinek a úlevu je možné člověku poskytnout polohováním. Bonusem navíc při polohování metodou „mumie“ nebo „hnízdo“ je naplnění psychické potřeby jistoty a bezpečí. Může vyvolat libé pocity a celkové uklidnění klienta. (Friedlová, 2006, s. 36-38)

#### ➤ Psychologické potřeby

Sem řadíme především potřebu lidské důstojnosti, potřebu jedinečnosti a komunikace. Zvlášť je nutné si dávat pozor na soulad řeči těla s verbálním projevem. Je potřeba být dbalými na pravdivost sděleného. (Svatošová, 2011, s. 20). Mezi časté problémy v oblasti psychiky patří strach ze ztráty kontroly, ze smrti, z léčby symptomů a úzkosti. (Pollard a Swift, 2005, s. 35). Příbuzní i klienti potřebují rady a informace, které jim pomohou snížit nejistotu, reálně posoudit stav věcí a lépe se tak připravit na budoucnost. Předpokladem odhalení psychických potřeb jsou efektivní komunikační schopnosti personálu. (Pollard, Swift, 2005, s. 31) Důležité je člověku říkat jen tolik, kolik chce slyšet a tehdy, kdy on to chce slyšet a také nezapomínat na možnosti komunikace s člověkem v agónii. (Svatošová, 2011, s. 19) Tuto náročnou komunikaci mohou zprostředkovat metody bazální stimulace, jež vychází už z prenatálního vývoje a získané primární důvěry. Předpokladem úspěchu je objevení společného komunikačního kanálu, který může být na úrovni vibrační, vestibulární, orální, optické, taktilní, olfaktorické a somatické, k nimž řadíme především doteky. Proto by doteky měly být promyšlené, kvalitní a u lidí se změnou vnímání by každé činnosti měl předcházet dohodnutý iniciační dotek. (Friedlová, 2006, s. 20)

Míníme, že s potřebou komunikace se postupně dostáváme k potřebám sociálním.

➤ Sociální potřeby

Člověk v závěru života potřebuje kolem sebe ty, kteří mu rozumí, dávají mu pocit jistoty, naděje, jsou s ním schopni nést jeho těžkosti a doprovázet jej. Neměl by zůstat sám. (Opatrný, 2017, s. 25) Potřebuje návštěvy. On sám určuje kolik a kdy. Sociální pracovník mu může pomoci řešit např. praktické otázky kolem možné domácí péče, financí apod. Jindy zase může svěřit někomu problém s nedostavěným domem. (Svatošová, 2011, str. 20). Považujeme za vhodné upozornit na dvě úskalí vycházející ze společenského kontaktu. Stává se, že člověk, který prožívá bolest, si sám vybírá jen ty kontakty, jež je schopen unést a vidí je jako přínosné. Jsou však i lidé, kteří si s nemocným nevědí rady a vyhýbají se mu. Oba aspekty jsou zdrojem možné sociální izolace. (Opatrný, 2017, s. 23.) Mezi další sociální potřeby patří informovanost, potřeba ještě pečovat o své blízké, sounáležitost, ekonomické zabezpečení a určitá míra aktivity a prožitků. (Šamánková, 2006, s. 57).

Prožívání bolesti vede člověka k vnímavosti k bolesti jiných. Někdy se stává citlivějším, jindy znečitliví a trápení jiných považuje za menší než své. Objevuje se i přecitlivělost na vnější podněty a větší soustředěnost na své nitro. (Opatrný, 2017, s. 24) To je plně bolesti, která velmi lehce zabere všechnu pozornost člověka spolu s otázkami po smyslu života a bytí. (Opatrný, 2017, s. 25). Opatrný také jmenuje úkoly, s nimiž se klient potýká. Jsou to potřeba zorientovat se v nové situaci, dát ji do souvislosti s dosavadním životem, najít v ní smysl, zpracovat strach o sebe i blízké, s bilancí života, s křivdami skutečnými i domnělými a i s manky vlastní odpovědnosti vůči sobě i jiným. Završením procesu by mělo být odpuštění sobě i druhým a smíření. Jsou to věci, jimiž se zabývá každý člověk na konci své pouti, ať už o nich komunikovat chce nebo nikoli. V každém případě o nich nebude mluvit s každým. Existenciální otázky patří do nitra, kde jsou snad poslední zbytky jistoty, zkušeností, někdy i těch předaných rodiči. Jestliže nitro je už spirituální oblast, tak se tu jedná o spiritualitu. (Opatrný, 2017, s. 25-27)

➤ Spirituální potřeby

Svatošová uvádí, že právě v době těžké, život ohrožující nemoci, se člověk začíná zabývat smyslem svého vlastního života. Pokud se jedná o člověka věřícího, tak ten ví, co má dělat. Problém je u člověka nevěřícího. Každý člověk potřebuje odpuštění, má i potřebu odpouštět a chce znát smysl svého života. Pokud smysl nenalézá, dostává se podle Svatošové do velké duchovní nouze. (Svatošová, 2011, str. 21) Podle Kellera moderní společnost nabídla člověku

pouze náhražky s jejich negativním sociálním dopadem. Službu jednotlivce nadosobním cílům, jako je třída a pokrok považuje za sekularizované náboženství a nástroj politické manipulace. Přes veškerý pokrok, se vědě nepodařilo člověka integrovat do společnosti jako plnohodnotnou bytost proti náhodné individuální existenci. (Keller, 2004, s. 36). Naštěstí spiritualitu je možné chápat i obecně jako výraz nejnítěrnějšího zakotvení nitra člověka, jeho zacílení, orientaci v životě a jeho niterným tajemstvím. (Opatrný, 2017, s. 28). Lidé se vždy snažili rozumět světu a dění v něm. Věda vidí smysl ve věcech samotných a náboženství dává věcem smysl konečný pocházející z nadpřirozena. Věda nemůže dát jevům a věcem konečný smysl tím, že je znovu sestaví lépe. V tom ji náboženství předčí zvláště při hledání smyslu lidské existence v kritických fázích života. *Zvláštní marginální situaci představuje pro jednotlivce zkušenost se smrtí druhých a v důsledku toho předjímání smrti vlastní.* (Keller, 2004, str. 36). Tak jako úkolem vědy a medicíny není smrti bránit ve vstupu, když už nelze obnovit aktivitu organismu, tak úkolem náboženství není tuto smrt konstatovat. *Náboženství nezdůrazňuje lidskou smrtelnost jako biologickou nutnost, nýbrž jako morální příležitost pro každého, aby svůj život využil co nejlépe.* (Hill, 2000, s. 205). Věda neumí čelit realitě smrti, jež ohrožuje vše, co bylo považováno za jistotu. To, že smrt vysvětlí jako cyklus látkové přeměny, lidi neuklidní. *Náboženství je schopno zakomponovat moment smrti do svého výkladu způsobem, který neruší, naopak posiluje pocit ontologického bezpečí.* (Keller, 2004, str. 36) Za náboženství se považuje vše, čemu je dána nejvyšší hodnota a jistota, k níž se člověk vztahuje. Tak je dnes spiritualita chápána velmi široce. Jde v ní především o pochopení konkrétní situace konkrétního člověka a o *hledání odpovědi na existenciální otázky, nikoliv o definování a hodnocení úplnosti, hloubky či „správnosti“ jeho spirituality.* (Opatrný, 2017, s. 29).

Řešení pro nevěřícího člověka nabízí Frankl, když píše, že nemocný je schopen přijmout život jako hodnotu teprve tehdy, když mu pomůžeme najít jeho smysl a cíl. Vysvětluje Nietzchovu větu: „Kdo má proč žít, snese téměř každé jak.“, tak, že čím více vystupuje smysl života, tedy otázka proč žít, tím více ustupuje to, jak se žije. Považuje za spojení lidského života s jeho jedinečným úkolem ušitým člověku na míru tak, že tento úkol nikdo jiný vykonat a prožít nemůže. Tato specifčnost životního úkolu pomáhá převést klienta ze stavu „patients“ do stavu „agens“ a učinit ho za jeho splnění odpovědným. (Frankl, 1996, s. 68). Tak nakonec neklade otázky člověk, ale život člověku. Podobně jako člověk našel svůj životní úkol, tak nalézá odpovědi skrze svůj instinkt, kterým je svědomí. V intimním rozhovoru s hlasem svědomí se mu partnerem stává jeho Bůh. (Frankl, 1996, s. 72)

Zmíníme také rozdělení potřeb člověka podle obecných kritérií jako je podstata člověka, počet osob, jichž se potřeby týkají, podle jejich obsahu, ekonomického pohledu, způsobu vyvolání, naléhavosti, četnosti výskytu a podle času. Saturace je ovlivněna subjektivními a objektivními faktory. Za objektivní potřeby Šamánková považuje ty, jež jsou objektivně hodnotitelné jako jídlo, pomoc při pohybu, hygieně, uspořádání sociálního prostředí, vývojové stadium jedince, věk, rodina, vzdělání, společenské postavení. Subjektivní potřeby jsou definovány osobními vlastnostmi jedince jako pudem, zájmy, aspiracemi, cíli, ideály a přesvědčením. Šamánková dále míní, že potřeby se mění. To se týká hlavně potřeby jistoty, ochrany a blízkosti druhých lidí. K základním potřebám ještě přidává potřebu bezpečí, lásky a sounáležitosti a také potřeby estetické, sociální, kulturní a sebevyjádření, kde řadí touhu nazvat přání a prezentovat se životem. (Šamánková, 2011, str. 23) Jinde Šamánková potřeby dělí podle významu na primární-základní, biologické a sekundární-vyšší. Primární jsou nezbytné pro zachování života. Jde o dostatek vzduchu, potravy, odpočinku, tepla apod. Vyšší potřeby v sobě zahrnují seberealizaci, společenství, blízkost jiného člověka, lásku, kulturu i hodnoty. Hodnotový žebříček a motivace mají přímý vliv na schopnost odolávat překážkám a souvisí s morální vyrovnaností a zralostí svého nositele. *Soulad mezi hodnotovou orientací a jejím naplněním přináší jedinci duševní klid a vyrovnanost* (Šamánková, 2006, s. 56).

Závěrem této kapitoly můžeme konstatovat, že vše souvisí se vším. Péče o tělo ovlivní psychickou stránku a pocit samoty, nepochopení, problémy ve vztazích, ztráty kontaktů a další sociální záležitosti i nevyřešené otázky v duši mohou být zdrojem stresu a člověku mohou přivodit problém v oblasti tělesné. Míníme, že odtud plyne holistické zaměření péče. Ta je náročná nejen pro klienta, ale i pro jeho rodinu, která se také může cítit vyčerpaná. Naštěstí jsou oblasti, ve kterých je rodina zastupitelná a může tedy něco obstarat někdo jiný a poskytnout tak možnost odpočinku. Pomoc se může týkat maličností, jako je odvoz autem, nákup či pohlídání dětí a pobyt s nemocným. V hospicích se dostávají ke slovu dobrovolníci. Svatošová míní, že pomoci by měli i členové sboru a farnosti. (Svatošová, 2005, s. 23)

## 4 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE

S prodloužením celkové délky života téměř o 8 let souvisí i délka života v nemoci. Ta často tvoří až jednu čtvrtinu z celkové délky žití. Vývoj populace nyní je poznamenán rozvodovostí, materiálními hodnotami a snížení vícegeneračního soužití. Tabuizace nemoci a smrti vede k nepochopení nemocného člena rodiny. K nedostatečné péči přispívá i nedostatek multidisciplinární péče ve zdravotnictví, komplexního zdravotně-sociálního přístupu, jež by umožňoval zvládnutí zdravotních potíží a zároveň setrvání klienta v jeho přirozeném prostředí. (Kabelka, 2017, s. 9). Dosud se lékař věnoval pouze léčení, nyní se jeho péče rozšiřuje na celou osobu klienta. Vztah mezi lékařem a klientem se stává méně léčebným a více etickým. Důraz je kladen spíše na informované souhlasy, než na technologie, které by mohly život prodloužit i za pro klienta velmi nepříznivých podmínek. Člověk s nemocí ztrácí společenské kontakty, tak se péče zaměřuje na všechny osoby v okolí nemocného. Ty by měly být nápomocny při udržení sebeúcty a důstojnosti klienta. (Hill, 2000, s. 24)

Přístup, který se zabývá zabezpečením, co největší kvality života s nevléčitelnou nemocí se nazývá **paliativní péče** (Slamková, Poledníková, 2013, s. 12), která je základem **péče hospicové**. (Svatošová Marie, 2011, s. 26). Její snahou je rozpoznávat všechny problémy, které stav člověka způsobuje. (Slamková, Poledníková, 2013, s. 12). Také je možné říci, že paliativní, nebo též útěšná péče je jednou z nejstarších lékařských a ošetrovatelských disciplín. (Kupka, 2014, s. 26)

### 4.1 Paliativní péče

Základním mottem paliativní péče je kvalita života. (Marková, s. 38). Slůvko „paliativní“ je odvozeno od latinského slova „pallium“. V překladu to je překrytí, rouška nebo také plášť. To vysvětluje význam paliativní péče, jejímž cílem už není léčba, ale tišení či překrytí nepříjemných symptomů nemoci hojivým pláštěm či rouškou. Definice paliativní péče je mnoho, ale všechny uvádějí jako její hlavní účel mírnění a prevenci utrpení a tím zvyšování kvality života pacientů a jejich rodin (Bužková, 2015, s. 17). Podle § 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, je paliativní péče vymezená jako druh zdravotní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí. (Zákon č. 372/2011Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, část druhá, hlava první, § 5, (2), písm. h)).

Kabelka zmiňuje, že oblasti péče jsou širší a netýkají se pouze oblasti fyzické, ale i sociální, psychické i spirituální. Přitom ne vždy se jedná pouze o onkologické nemoci. Velkou část, 55-60%, představují jiné druhy onemocnění, kde přechod „z *intervenovatelné situace*“ do „*terminálního stavu*“ se může odehrát v *hodinách až dnech, a poté, co nemocný „bludný kámen“ překročí, není již cesty zpět.* (Kabelka, 2017, s. 10). K takovým nemocem patří např. pokročilé stadium CHOPN, kraniocerebrální traumata, CMP, středně těžká až těžká demence, poruchy příjmu potravy, imobilizační syndrom, pokročilá orgánová selhání nebo odmítnutí jejich přístrojové léčby, pokročilá stadia neurodegenerativních chorob (např. roztroušená skleróza) a také sem řadíme pacienty ze skupiny old-old seniorů s rozvinutou geriatrickou křehkostí (syndrom frailty) s rizikem geriatrické deteriorace. (Kabelka, 2017, str. 24)

### **Dělení paliativní péče**

Paliativní péči také rozdělujeme na obecnou a specializovanou. Obě oblasti mezi sebou vzájemně komunikují, přičemž obecná péče spadá do rukou praktického lékaře a probíhá především v domácím prostředí. Zde jde o rozpoznání nevléčitelnosti nemoci a včasnými intervencemi zajištění kompenzace symptomů ve spolupráci lékaři specialisty, se službami domácí péče, s dobrovolníky i s pastoračními pracovníky. Dále se může jednat i dlouhodobou péči, např. v LDN. Specializovanou paliativní péči již poskytují speciálně vyškolení odborníci multidisciplinárního týmu, pracujícího v nemocnici nebo v kmenovém či mobilním hospici. (Kabelka, 2017, str. 21).

Domníváme se, že druhy paliativní péče vychází také z rozdělení potřeb člověka, jež jsou satureovány ve čtyřech základních oblastech: biologické, psychické, sociální a spirituální. Celá paliativní péče je zaměřena na potřeby nemocného. S tím souvisí základní principy, jako je individuální přístup, léčba zaměřená na zvýšení kvality života, přičemž kurativní a paliativní postupy se mohou prolínat. Dále se počítá s účastí daného klienta na rozhodování o míře intervencí, upuštění od zbytečného vyšetření nebo léčby, která nemá pozitivní vliv na kvalitu jeho života. Samozřejmostí je péče o příbuzné a pozůstalé multidisciplinárním týmem. Ten je tvořen lékaři, zdravotními sestrami, duchovními, sociálními pracovníky, a odborníky z jiných oborů např.: psychoterapeuty, fyzioterapeuty, nutričními terapeuty, dobrovolníky apod., jež mají přispět k naplňování potřeb klienta. (Kabelka, 2017, str. 24 – 25).

Biologickým potřebám se věnuje zdravotní péče. Ta se stará o tělesné bolesti, dýchání, hydrataci těla, polohování, prevenci dekubitů, hygienu i aktivizaci člověka. Patří sem i lékařské tišící zákroky a ošetřovatelství.

Psychologická péče se snaží zajistit pocit bezpečí, jistoty, komunikaci, naslouchání, empatii, pomoc při zpracování negativních emocí a navození pozitivních. Promítají se do ní poznatky, které popsala E. K. Rossová ve fázích vyrovnávání se s konečností života.

Sociální péče úzce souvisí s kvalitou vztahů v rodině, oporou, kterou rodina může a chce poskytnout. Je tvořena především doprovázením nejbližšími lidmi. (Jankovský, 2003, s. 144). Umírající by neměl zůstat sám. Často bilancuje, vzpomíná na své dětství a životní zážitky. Je proto vhodné, aby mu někdo naslouchal. Také potřebuje dát najevo své city, rozloučit se apod. Proto je vhodná přítomnost blízkých osob. (Milerová, 2015, s. 33)

Spirituální péče se také nazývá pastorální péče. Od ní se odvozují další interdisciplinární obory jako pastorální medicína a pastorální psychologie. (Jankovský, 2003, str. 144) Přestože jsou oblasti, ve kterých laik nemůže nahradit duchovního (vysluhování svátostí), tak tuto péči může dobře erudovaný laik poskytovat. Také nelze tvrdit, že tuto péči potřebují jen věřící či praktikující věřící. (Jankovský, 2003, str. 150).

Psychospirituální pracovník nebo nemocniční kaplan při své práci používá rozhovor, mlčení a naslouchání. Může provázet i kolegy při vážných rozhodnutích např. o přechodu na symptomatickou léčbu a po smrti klienta se podílí i na péči o pozůstalé. Základními atributy jsou nehodnotící přístup, bezpodmínečná akceptace a prostor pro emoce. (Měřička, 2015, s. 43- 44)

## **Symptom**

Paliativní péče neodstraňuje nemoc a pracuje především se symptomem. Termín „symptom“ je odvozen z latinského slova „synthoma“ a znamená to „dění“ nebo „neštěstí“. V souvislosti s příznaky se začal používat už v 17. Století. ( O'Concor, Sanchia, 2005, s. 79). V paliativní péči jde o léčbu nepříjemných symptomů, které ztratily ochrannou funkci. Ochrannou funkcí rozumíme schopnost nepříjemných příznaků nemoci upozornit člověka na přítomnost něčeho, co ho ohrožuje a přimět ho k tomu, aby tuto situaci začal řešit. V našem případě příznaky už svého nositele pouze obtěžují a omezují. ( O'Concor, Aranda, 2005, s. 80) Tuto skutečnost se pokusíme objasnit na tak běžném příznaku, jakým je bolest. Bolest je tu proto, aby nás upozornila na případné nebezpečí. Např. onemocnění slepého střeva se hlásí bolestí. Kdyby to tak nebylo, tak by prasklo a obsah střev by se vylil do břišní dutiny. Bolest má ochrannou funkci, což se týká především bolesti akutní. Chronická bolest toto poslání ztrácí. Většinou je průvodním znakem nevyléčitelného onemocnění a značně snižuje kvalitu života nemocného, nedovolí mu myslet prakticky na nic jiného. Je nutné se bolestí zabývat a hledat možnosti,

kterých už v dnešní době není málo a které poskytnou našemu klientovi úlevu. Způsoby terapie se volí podle příčiny bolesti. Může se jednat o operativní zákroky, blokády nervů, hormonální terapie. Rozhodně sem patří i pochopení a jistota, že život má smysl i v takto těžkých chvílích a poskytnutí podpory. Je důležité léčbu aplikovat včas, dříve než bolest překročí hranici, za níž by dávka léku musela být vyšší. Např. nemocný, který dostává ve čtyřhodinovém intervalu pravidelnou dávku morfia v nemocnici, ji může dostávat ze speciálních dávkovačů doma i při pohybu venku. (Svatošová, 2011, str. 26).

Charakter symptomů je multidimenzionální. Vždy je třeba pamatovat, že jejich příčina může mít různé jádro, jako je samotné umírání, smrt, ztráta, změny v sociálních rolích, schopnostech a vztazích. Je třeba myslet na to, že vnímání a prožívání symptomů je velmi ovlivněno duševním stavem pacienta a tím, jaký význam nemoci a symptomům dává klient. Klientem chápaný jejich význam přímo ovlivňuje ochotu klienta řídit se pokyny pečujících osob. Pacient může někdy symptomy popírat, protože se bojí hospitalizace, léčby anebo skutečnosti, že jeho stav se zhoršil. (O'Concor, Sanchia, 2005, str. 80).

Míníme, že symptom má negativní dopad na život. Může člověka omezovat v jeho denních aktivitách, protože mu způsobuje fyzické, sociální či psychické utrpení. Klient nemůže vykonávat své povolání. S tím souvisí ekonomické zabezpečení sebe i jeho rodiny, plnění jeho role v rodině, sociální status, atmosféra uvnitř rodiny a výchova dětí. Také se klient nemůže plně nebo vůbec věnovat zálibám a i v důsledku opakovaných hospitalizací a návštěv lékařů se dostává do sociální izolace a je ohroženo nebo vůbec nepobývá ve svém přirozeném bydlení. (Kuzníková, 2011, s. 102) To se potom odráží i na celkové psychické pohodě klienta a jeho reakcích na přítomnost nepříznivé životní situace. (Kuzníková, 2011, s. 104) Tu se sleduje to, jak člověka příznak omezuje např. v jeho soběstačnosti, ve vztazích, v sebeúctě apod. Oblast důsledků symptomu nazýváme distresem. Distres je spíše následek, který symptomu způsobuje. V praxi se tedy hodnotí vždy obě dimenze, jak symptom tak i distres. Podobně jako se u symptomů sleduje vyvolávající faktor, anamnéza, způsob, jakým pacient symptom popisuje, jeho délka, frekvence, intenzita, lokalita, tak u distresu se sleduje smysl symptomu, jeho vliv na denní aktivity a stupeň prožívaného utrpení klientem. Toto je velmi individuální a proto za hlavní v hodnocení se považuje to, jaký smysl v symptomu vidí sám pacient a i jeho blízcí. Jen on sám ví, jak se jím cítí být ovlivněn v běžném životě při svých aktivitách a zda u něj symptom vyvolává obavy a utrpení a v jaké míře. Toto vše je velmi individuální a podává objektivnější informace o účincích léčby zmírňující symptomy.



Podstatným kritériem v hodnocení není to, kdy ustoupila bolest zcela, ale to, zda člověk může např. vstát z lůžka, obléknout se, umýt, najíst, zkrátka žít pokud možno běžný život. To znamená, že utrpení, které mu bylo způsobeno symptomem, i když neustoupilo úplně, je mírnější. To je podstatou paliativní péče – mírnit obtíže nemocného a umožnit částečný návrat do běžných aktivit a tím zlepšit kvalitu jeho života. (O'Concor, Sanchia., 2005, str. 80).

Za hlavní otázky při hodnocení míry distresu O'Concor uvádí: Jaký smysl v symptomu vidí sám klient i jeho příbuzní, jak ovlivňuje jeho běžný život a kolik mu způsobuje obav a utrpení. (O'Concor, Sanchia, 2005, str. 84) Základním pravidlem léčby bolesti je důvěra věnovaná pacientovi a reálné cíle jako jsou např. bez bolesti odpočívat, pohybovat se a vyspat se. On sám ví nejlépe, jak ho to bolí a může se i vědomě rozhodnout něco bolesti snášet a nabídku tišícího léku odmítnout. Je to něco, co nesdělujeme. Je to intimita, kterou má s Bohem. Splácí dluh svůj nebo svých blízkých. Je to něco zcela jiného, než co lze pozorovat ve fázi smlouvání. (Svatošová, 2011, str. 27).

## 4.2 Hospicová péče

Jako odpověď na požadavek naplnění všech potřeb na konci života a zachování důstojnosti člověka vznikají hospice. Hospicová péče je dnes velmi skloňované téma hlavně v souvislosti s kvalitou života nevyléčitelně nemocného a umírajícího. Její snahou je poskytnout co nejlepší úlevu od všech možných obtíží vyplývajících z těžké diagnózy, z momentální situace, psychického stavu apod. a zároveň suplovat přirozené prostředí jedince a smrti vrátit zpět její přirozené místo v životě. Je to odpověď na potřeby a problémy člověka v současné společnosti, jejíž změny a pokrok v medicíně se dotýkají způsobu zdravotní péče a rodinného života. Problémy, jež s těmito, ač na jednu stranu pozitivními, změnami souvisí jako např. nepřítomnost blízkého člověka v nemocnici u umírajících nebo zaměstnanost, která znemožňuje či komplikuje domácí péči, se snaží řešit právě péče hospicová. Ta k péči o nemocného zve i jeho blízké a zdravotní péči mu přináší buď do hospice, nebo domů (Svatošová, 2011, s. 17) a *nemocnému garantuje, že:*

- *nebude trpět nesnesitelnou bolestí*
- *v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost*
- *v posledních chvílích života nebude osamocen*

(Svatošová, 2011, s. 115)

Hospicová péče vychází z holistické filosofie a zahrnuje komplexní paliativní péči o člověka s neléčitelným onemocněním. Poskytuje služby i rodinám, které o své blízké pečují doma nebo za ním přichází do kamenného hospice. (Slamková, Poledníková, 2013, s. 14-15) Podobně píše Monika Marková: *„Pro zajištění kvality života je nutné dobře rozpoznávat potřeby v rodině s nemocným člověkem a adekvátně na ně reagovat. V žádném případě nelze říci, že pacientovi k prožívání kvalitního života stačí, když je bez bolesti a dalších tělesných symptomů.“* (Marková, 2010, s. 38)

Kolébku hospicového hnutí je Velká Británie, kde nejdříve zdravotní sestra a později lékařka dr. Cicelly Saundersová založila první hospic st. Christopher Hospice. U nás byl první hospic otevřen v Červeném Kostelci lékařkou Marií Svatošovou a rozvíjí se dále v celé České republice. Jedná se o kombinaci zdravotně-sociálních služeb, kde je poskytována péče zdravotnická a sociální v podobě poradenství a sociální pomoci nejen samotným nemocným, ale také jejich příbuzným. Pokud je nemocný klientem kmenového hospice, je příbuzným umožněno se v hospici ubytovat. Režim v hospici je maximálně přizpůsoben domácímu prostředí. Pokud to stav klienta dovolí, je možná i domácí péče. (Marková, 2010, s. 27)

Podle Marie Svatošové je podstatné, aby si všichni zúčastnění, tedy pečující i sám nemocný, jasně stanovili cíle svého snažení. Nejde tu už o uzdravení, ale o důstojné a klidné umírání a pomoc při zvládnutí toho, co je nezměnitelné. Je potřeba vzájemná shoda a vytříbení problémů na ty, které vyřešit lze a tam o to bojovat, a na ty, které se už nezmění a ty přijmout. Podobně je nutné smířit se s vlastní smrtelností, jinak totiž nelze cíl spolehlivě stanovit. (Svatošová, 2011, s. 15) Přesto, že lze hodně z takto chápané péče uplatnit i v nemocnici, tak v ní jde především o nemoc a nemocný nějak není vidět. I tak myšlenku hospicové péče uplatnit i v nemocnicích lze, dokonce i na jednotkách intenzivní péče. Ale klient se musí přizpůsobit režimu, který tu vládne. (Svatošová, 2005, s. 118) Hospic se snaží přirozené prostředí suplovat, ale domov nenahradí zcela. Proto jsou nabízeny nejen lůžkové formy péče. Mnohé lze řešit i doma a institucionální péče není nutná. Také se může jednat pouze o zvládnutí bolesti a správné nastavení léčby či pomoc s organizací péče a zajištění oddechu a běžného fungování pro příbuzné. Požadavky jsou různé, proto jsou různé i formy nabízených služeb v péči o nevléčitelně nemocné.

O přijetí do hospice, nebo o stacionární péči apod. rozhoduje hospicový lékař. Čím dříve rodina nebo nemocný začne spolupracovat, tím více může být uděláno. Přednost v přijetí mají ti, kteří jsou smrti blíže. (Svatošová, 2011, s. 122). Indikací k přijetí do hospicové péče

je postupující život ohrožující nemoc, nutnost paliativní péče a léčby, bez nutností akutního ošetření či léčbu nemocniční a domácí péče nestačí nebo není možná. (Svatošová, s. 125).

### **O formách hospicové péče**

V současné praxi se tedy setkáváme s několika formami hospicové péče. Vždy se jedná o kombinaci zdravotně-sociálních služeb a míníme, že formy hospicové péče jsou odvozeny z forem sociálních služeb. Konkrétně jde o služby pobytové, ambulantní a terénní. (Zákon č. 108/2006 Sb., §33, (1)). Zdravotní služby jsou poskytovány podle Zákona o zdravotních službách č. 372/2011Sb. ve znění podle pozdějších předpisů. Konkrétně se jedná o paliativní péči, jejímž účelem je *zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí* (Zákon č. 372/2011SB, § 5, h)). Součástí paliativní péče je i paliativní ošetrovatelská péče, která přispívá k *zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti*. (Zákon č. 372/2011SB, § 5, g)). Z oblasti sociální jsou poskytovány nejčastěji služby poradenské a služby sociální péče. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 32, a), b)). Podle stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby se odvíjí výše příspěvku na péči (Zákon 108/2006 Sb. §7 a §8). Nárok na příspěvek má osoba závislá v míře, jak je stanovena v §8, pokud péči poskytuje osoba blízká nebo asistent. V jiném případě je to poskytovatel sociálních služeb nebo i *speciální zdravotnické zařízení hospicového typu*. (Zákon č. 108/2006 Sb., §7, (2)).

V posledních letech se stále více rozšiřují domácí formy hospicové péče. Ve spolupráci s praktickými lékaři, zdravotními sestrami, sociálních pracovníků, dobrovolníky atd. zajišťují domácí péči o lidi v závěru života v jejich přirozeném prostředí. Jedná se o domácí nebo také mobilní hospice. Zdravotní sestry i pečovatelé denně navštěvují své klienty doma. Hodnotí jejich stav a zároveň poskytují podporu členům rodiny. Mobilní tým zohledňuje místní zvyklosti poskytování služeb a také na míru zapojení domácích pečovatelů. Vždy musí být dostupný 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. (Standardy a normy hospicové a paliativní péče, 2010, s. 54) Tato forma je pro klienta nejideálnější. Její nevýhodou jsou vysoké nároky na rodinné příslušníky. Je nutné, aby byl někdo, kdo bude s nemocným stále doma. Při soužití více generací jsou třeba přítomny malé děti, které nemocný může rušit při psaní úkolů, spaní a způsob regenerace sil pečovatelů (sledování televize, radia) může naopak rušit nemocného atd. To vše přispívá k vyčerpání na obou stranách. Pokud ke všemu ještě chybí i sesterská agentura, tak nemocný často při zhoršení stavu skončí v nemocnici. (Svatošová, 2011, s. 118-119)

Na problém zajištění péče doma reaguje služba stacionární. Stacionáře mohou být denní i týdenní. Struktura pracovního týmu je prakticky stejná jako v předchozím modelu. Pro přijetí do této formy péče je několik důvodů:

- Diagnostický důvod - kontrola bolesti, která se nepodařila zvládnout
- Léčebný – chemoterapie, paliativní léčba – vyladění léčby bolesti
- Psychoterapeutický důvod - prevence osamělosti, rodina nedokáže s nemocným komunikovat, tak přichází za vrbou sem
- Respirační – odlehčovací – potřeba odpočinku pro rodinu, prevence konfliktů, vyčerpání zbytečné hospitalizace (Svatošová, 2011, s. 119-120)

Může se stát, že nemocný vysloví přání prožít poslední chvíle mimo rodinné prostředí. Tak přijde na řadu třetí forma péče – lůžková. (Svatošová, 2011, s. 120) Zde se jedná o krátkodobé i dlouhodobé opakované pobyty, které jsou nutné, protože není možná péče stacionární pro velkou vzdálenost bydliště. Další překážkou může být rodinné zázemí, v němž chybí potřebné předpoklady pro péči o člověka doma. Režimově se hospic podobá zdravotnickému zařízení. Probíhají zde lékařské vizity a také sesterské vizity. Ale celkově je prostředí upraveno nejen bezbariérově, ale tak, aby zajistilo soukromí a maximální pohodlí nemocnému i jeho návštěvám. Častost návštěv si klient určuje sám a mohou být 24h denně, takže potřebují zázemí i ony. Péči zajišťuje personál, ale dle přání mohou i návštěvy. Klient zde spí, jak chce, vstává jak, chce, jí kdy chce a co chce. Vše se děje v rámci možností. Je tu snaha, aby hospic připomínal domov. Klient se ráno oblékne do svých šatů, pohybuje se v rámci svého stavu v celém objektu hospice. Pro mnohé klienty se jejich pokoje tak mohou stát pouze ložnicemi, tedy jen místem k přespaní a také místem jistého azylu, chtěné samoty. (Svatošová, 2011, 120-121)

## 5 STRUKTURA PRACOVNÍKŮ HOSPICOVÉ PÉČE

*Kaz 4,9–12:*

*„Lépe dvěma než jednomu, mají dobrou mzdu ze svého pachtění. Upadne-li jeden, druh jej zvedne. Běda samotnému, který upadne; pak nemá nikoho, kdo by ho zvedl. Také leží-li dva pospolu, je jim teplo; jak se má však zahřát jeden? Přepadnou-li jednoho, postaví se proti nim oba. A nit trojitá se teprv nepřetrhne!“*

*Kvalitní, respektive opravdová paliativní péče je vždy týmová, multioborová. Ať už se paliativní péče poskytuje ve specializovaných zařízeních nebo doma, je složení týmu, jeho multidisciplinární zaměření, spolupráce mezi členy i dobrovolníky, jejich kvalifikace a práce s dokumentací velmi podobné. Toto multidisciplinární zaměření vyplývá z preferencí většiny pacientů strávit poslední úsek života doma nebo alespoň v prostředí podobném domácím. Součástí týmu se stávají zdravotní sestry a lékaři se speciálním výcvikem. Ti tvoří tzv. jádro týmu, jež doplňují ještě psycholog, sociální pracovník a fyzioterapeut. Ostatní pracovníci jsou buď členy týmu, nebo spolupráce funguje formou konsiliárních kontaktů. Celý tým by měl vykazovat vysokou kvalifikovanost a paliativní péče by měla být jeho hlavním profesním zaměřením. Jeho úkolem je poskytování odborné konzultace i koordinace péče odborníkům, kteří poskytují obecnou paliativní péči - domácím službám, praktickým a ošetřujícím lékařům. Každý v týmu by měl jasně znát své kompetence, ale zároveň i kompetence ostatních profesí. Tím by mělo být zajištěno vzájemné zastoupení v základních úkonech práce, ale také zhodnocení potřeby zajistit odborníka z jiného oboru. Všechny tyto aspekty přispívají ke kvalitní, bezpečné a ucelené paliativní péči. (Kalvach, 2010, s. 32 – 33).*

Mezi pracovníky hospicové péče, kromě lékařů, zdravotních sester a asistentů, najdeme sociální pracovníky, odborníky na psychosociální hygienu, léčbu ran, podporu truchlení, ergoterapii, logoterapii, výživu, mízní otoky, fyzioterapeuty, pracovníky v administrativě, koordinátory duchovní péče, kaplany, lékárníky, školitelé, knihovníky a dobrovolníky (Standardy a normy hospicové a paliativní péče, 2010, s. 46), kteří věnují svůj čas a pracují pouze pro radost. Zásadou je že nikdo nesmí být přetížen, ale také to, že je na ně stoprocentní spolehnutí. Služby jsou závazné stejně jako v běžném zaměstnání. Oblasti služeb mohou být různé. Příklad můžeme vidět fundraisingu (opatřování peněz), second handech, službách na recepci, knihovně, kadeřnické a manikúrní služby, návštěvy, nákupy a též kulturní program apod. (Svatošová, 2011, s. 124)

## 5.1 Metody personálu a některá úskalí při hodnocení potřeb klientů

Již jsme uváděli, že pochopení potřeb jiných lidí umožňuje stanovit priority v jejich saturaci. Lepší poznání klienta skrze jeho zájmy a potřeby předpokládá také lépe zvládnutou podporu, edukaci i seberealizaci klienta, udržení jeho identity, sebeocení, doprovázení a nabytí pokoje v procesu přijetí nevyhnutelného. (Trachtová, 2001, s. 17)

Pomáhající profese si velmi rychle osvojily především medicínský systém práce. Ten pomáhá pracovníkovi v diagnostice pomocí anamnézy, ve zjištění příčin nemoci a pak k intervenci. Anamnéza dává profesionálům nahlédnout do pacientovy minulosti a najít příčinu potíží. Jde o třístupňový proces *(vy)šetření vedoucí k diagnóze a následnému zákroku*. (Úlehla, 2005, 109-110) Před tím, než je zvolena metoda práce, je potřebné sbírat informace a diagnostikovat problém. (Bakošová, 2008 s. 60).

Další fází je funkcionální přístup, zdůrazňující empatii, jež umožňuje pochopení klienta. Pracovník svou empatii používá za účelem poznání problému. Vychází z toho, že každý člověk je v zásadě dobrý a vyhýbá se tak moralizování. *Je-li základním nástrojem empatie, je třeba být empatický, je-li základním pojátkem mezi lidmi láska, je třeba mít se rádi* (Úlehla, 2005, s. 111) a akceptovat všechny stránky osobnosti, stavět na důvěře, pochopení, úctě, partnerství a skrze pomoc přivést člověka k poznání, že zodpovědnost za svůj život má on sám. Tím se dostáváme k metodě posilnění vlastní kompetence klienta rozbořením životního stylu a hodnotového žebříčku. Klient dostane šanci být spoluvůrcem náplně posledního úseku svého života, saturovat své potřeby identity a autonomie výběrem z nabídky zájmových činností. To souvisí i s metodou podpory seberealizace i prevence, do níž spadá pro klienta plánování volného času a pro pracovníka koordinace spolupráce s kolegy jiných oborů v rámci metody plánování pozitivní perspektivy, kdy sociální pedagog sice poskytuje klientu možnost vidět svou situaci jako důsledek různých faktorů přítomných v jeho životě, ale nabízí pohled z jiné perspektivy bez jakékoli možnosti manipulace. Využití nabídky závisí především na svobodné vůli a osobní volbě daného jedince.

Pomoc lze poskytovat také dalšími metodami sociální pedagogiky: *poznáváním osobnosti, jej výchovy, vztahov, súvislostí, komunikácie i analýzou problému*. Tak je možné určit požadavky klienta, poznat, co je pro něho důležité a metodou kompenzace nabídnout alternativní řešení. (Bakošová, 2008, s. 58-62)

Při realizaci různých činností se nabízí metoda pozorování a metoda různých rozhovorů: standardizovaného, nestandardizovaného i skrytého nebo možnost vypracovat kazuistiku: zjistit věk, vzdělání, životní styl, úroveň, hodnotovou orientaci i vztahy v rodině.

Získání důvěry klienta usnadňuje návštěvu v jeho přirozeném prostředí a možnost vypracovat i případovou studii. Ta už obsahuje bližší údaje i o ostatních členech rodiny, o jejich počtu, soužití více generací, vzájemných vztazích mezi nimi, dominanci, zvyčích a celkové kvalitě života a faktorů charakteristických pro život v dané rodině. (Bakošová, 2008, 72 – 75).

Mezi dovednosti, které se osvědčily při práci s lidmi s neléčitelným onemocněním, patří *používání otevřených otázek s psychosociálním zaměřením (např. „Jak se dnes cítíte?“), objasnění psychických projevů a shrnutí problémů*. Přestože se pořádají kurzy komunikace, tak dochází úbytku motivace k používání získaných dovedností v důsledku každodenní rutiny či chybějící zpětné vazby. (Pollard, Swift, 2005, s. 37) i nedostatku času. V takovém případě se komunikace stane spíše náhodnou, ač je nezbytná ke zjištění a zhodnocení emocionálních projevů, pacientových obav a starostí. (Pollard, Swift, 2005, s. 30)

Kupka uvádí, že pohled pečujícího personálu je ovlivněn faktory, vycházejícími z osoby profesionála: vlastními hodnotami a potřebami, schopností sebereflexe i věkem. Myšlenka na vlastní smrtelnost je prožívána jinak u mladého člověka, který od života určitě ještě něco očekává, má své plány, chce si založit rodinu a předpokládá, že bude žít. Toto je závislé na vnitřním osamostatnění, což souvisí i s tím, že na smrt zůstává sám. Pokud je věřící, tak jako bezpečnou jistotu má Boha. (Kupka, 2014, s. 84) I přes víru je však potřeba uvědomit si vlastní postoje k existenciálním otázkám smrti a utrpení. V tomto jim může pomoci podpora kolegů v prostředí důvěry a positivity, kde je možné vzájemné sdílení zkušeností i odlišných názorů. (Pollard, Swift, 2005, s. 39). Základní činností člověka v rané dospělosti je práce. V ní člověk nachází smysl, uplatnění a také sbírá první zkušenosti. Profesní kariéra *souvisí s potřebami rodiny, se společenským postavením i potřebou seberealizace*. Entuziasmus mladého člověka je konfrontován s postojem starších pracovníků i s poměry na pracovišti. Start tak může provázet šok z reality. Pokud nedojde ke stabilizaci, může dojít k bilancování a hledání nové alternativy pro další životní uplatnění. (Zacharová, 2012, s. 71) Vágnerová v souvislosti s potřebou seberealizace uvádí uzavření manželství a dále potřebu otevřené budoucnosti spojuje s plánováním společného rodinného života (Vágnerová, 1999, s. 263) Mírně tedy, že mladý člověk více plánuje, než bilancuje a smrt je pro něho vzdálená.

Ve středním věku už člověk vidí změny v psychických i tělesných funkcích svých rodičů. Změny i příchod smrti vede tuto generaci k uvědomění si vlastní zranitelnosti. Konfrontace se smrtí blízkého člověka upozorňuje na její realitu a boří dosavadní obranné mechanismy. Vede k zamyšlení nad trvalejším smyslem života. Člověk středního věku přehodnocuje postoj k sobě i k okolí a snaží se realizovat skutečné hodnoty. (Vágnerová, 1999, s. 311)

Jiné to nejspíš bude u člověka, který už svým věkem překročil věkovou hranici 50 let. Tato hranice definitivně potvrzuje začátek stárnutí. To je umocněno nástupem zdravotních problémů a úbytkem smyslových schopností. Člověk si už nedělá iluze a nestojí o změnu. Pokud zemře někdo z blízkých nebo vrstevník, začíná se objevovat strach ze smrti. Padesátník ji považuje za nevyhnutelnou, ale stále ji ještě klade do vzdálené budoucnosti. (Vágnerová 1999, s. 318) Pozitivum pro něj je to, že zkušenosti, získané v průběhu svého života ho vedou k lepšímu využití informací při hodnocení různých situací. Uvažují více komplexně, integrují a koordinují získané znalosti i řešení do jednoho celku. Projevuje se zde prožitá zkušenost s podobnými problémy a bere se v úvahu více možností. (Vágnerová, 1999, s. 323) Lidé této věkové kategorie se stávají zralejšími, *umí ocenit dary života* (Zacharová, 2012, s. 78), bilancují a objevují skutečné hodnoty, které je přesahují. (Vágnerová, 1999, s. 328)

## 5.2 Potřeby a zátěž pracovníka

*Ludwig Feuerbach:*

*„Tvou první povinností je udělat šťastným sám sebe. Jsi-li šťasten, učiníš šťastnými i ostatní.“*

Citát by mohl pokračovat historkou, kterou uvádí Radim Honzák v knize Svépomocná příručka pro sestry: *Jeden šéf jednou kolem poledne potkal na chodbě mladou lékařku a otcovsky se jí zeptal, zda už byla na obědě. „Nebyla, nebyla,“ zaševalila horlivě oslovená. „Musím se nejdříve postarat o pacienty...“ „Tak to mi řeknete ještě jednou a máte padáka,“ zahřměl šéf. „Doktor, který se neumí postarat o sebe, neskýtá záruku, že se odpovědně postará o kohokoli jiného.“* (Honzák, 2015, s. 37)

Pouze zdánlivě se může zdát, že naším zájmem jsou nyní potřeby doprovázejících. Uvádíme zdánlivě, protože *jen dobrý nástroj, může dobře pracovat*. Porozumění vlastním potřebám předpokládá porozumění potřebám jiných a dobře poskytovanou péči. Ta se stává zdrojem radosti z vykonané práce (Marková, 2010, s. 12). Podobně uvažujeme v oblasti sebereflexe, vzdělávání, motivace i hodnot. Lidé s vyššími hodnotami vykazují menší zájem o zábavu,



potěšení, fyzické rozkoše, požitky i pohodlí a mají větší zájem o hodnoty osobního růstu, přátelství, smířčí postupy, zájem o sociální a humanitární záležitosti i schopnost převzít zodpovědnost za svá svobodná rozhodnutí (Křivohlavý, 2009, s. 132). Usuzujeme, že tento jejich přístup lze považovat za jejich potřebu a podílí se na kvalitě naplnění vlastního života i života klientů, jež mají v péči, na zachování úcty k životu a k člověku jako k jedinečné neopakovatelné bytosti. Paliativní medicína je pilířem hospicové péče. Vyžaduje ochotu se učit, sledování odborných časopisů, novinek v ošetrovatelství, školení výstavy apod. Ale přesto největším učitelem zůstává sám nemocný. Každý z nich uděluje nějakou jedinečnou lekci. (Svatošová, 2011, s. 136) Přesto práce s lidmi trpícími mnohými těžkými symptomy klade na personál vysoké psychické nároky. Péče přináší řadu stresových faktorů. Pracovníci jsou stále vystaveni utrpení a ztrátě. Za další faktory s negativním dopadem na psychiku pečovatелů lze počítat pracovní prostředí, konflikty s kolegy, povahu pečovatele, jeho osobní předpoklady, vedení, řízení péče a konflikt rolí. Je možné říci, že z těchto oblastí je zátěž větší, než ze samotné práce s klienty. (Vachon, 2005, s. 43)

Důraz na morálku personálu se klade už před tím, než se setkají s klientem. Máme kodexy. Ty jsou pouze úvodem k práci a zjednodušením etického pohledu na práci pomáhajících. Přesto však, tak jako je respektován klient, tak má právo být respektován i pracovník. Má mít pro práci příhodné podmínky. Na druhou stranu také on může do vztahu s klientem vnášet své potřeby, např. uspokojení potřeby vydělat si na sebe, otevírat druhým cestu k životu, být tím úspěšnějším ve vztahu ke klientu, být potřebný a být profesionálem. To vše se odráží v pracovním kontaktu, a pokud pracovník není schopen dobré sebereflexe, může i škodit. (Úlehla, 2005, s. 114-115)

Odpověď na to, jak moc je konkrétní situace zátěžová, není zcela jednoduchá. Říká se, že jak se do lesa volá, tak se z něho ozývá. Klíčové je, s kým se dotyčný v tom lese potká. *Jinak bude odpovídat loupežník, jinak poustevník a jinak plachá laň.* (Honzák, 2015, s. 28). Způsob vyložení situace zúčastněnými určí její vážnost a to, jak moc se dotýká jejich osobních hodnot. *Ukazuje se, že ohrožení je tím větší, čím více se dotýká samého jádra osobnosti, našeho „já“, našeho sebevědomí, naší sebeúcty.* Objektivizace by snad byla možná jen v případě extrémních hodnot. Záleží na tom, jak ji dotyčný vidí, interpretuje a vyhodnocuje jako nadměrnou a na tom, zda vidí možnosti k jejímu zvládnutí či nikoli. (Křivohlavý, 1994, s. 28) *Osobnostní výbava, zvyky a způsoby jednání někomu vyhovují a jinému vadí* a vlastnosti jedince se mohou měnit při vzájemné interakci. Honzák

to přizpůsobuje k zamilovaným, kteří po odeznění prvního okouzlení odkrývají mnohdy překvapující realitu. Základní projevy chování v interpersonálních vztazích popsal ve 20. století americký psycholog Timothy Leary při studiu lidského chování. Proti sobě v kruhu postavil dominanci a submisi, mezi ně pak snahu řídit a poroučet, jejímž protipólem je podřízenost a ochota nechat se vést. Druhá osa je tvořena přátelstvem – afiliací a agresí. Mezi ně vložil asertivitu, ukřivděnost, závislost a hyperprotektivitu, která představuje nadměrnou péči a nese znaky dominance. (Honzák, 2015, s 27) Snaha pečovat nemusí být nezištná. Pečovatel může očekávat, že ho jeho svěřenci budou poslouchat a spolupracovat. Pokud ne, tak vzniká riziko pocitu pečujících, že klienti jsou nevděční, pocitu frustrace a neúspěchu, což je rizikem vzniku ukřivděnosti a následně až vyhoření. (Honzák, 2015, s 29).

Uvědomění si, kým pracovník je a kým není, znalost sebe sama je předpokladem poznání druhého člověka. (Honzák, 2015, s 18). Je dobré si s pomocí učitelů, kolegů a supervizorů klást otázku na svou motivaci, proč to dělá, jak a ne jinak (Úlehla, 2005, s. 115). Pracovníci pomáhajících profesí jsou vystaveni zvýšenému stresu, nečekaným situacím a zvrátům. To vše jsou okolnosti, které odkrývají dobré i špatné vlastnosti jedince. Jejich poznání však prohloubí empatii a pochopení slabostí i bolesti ostatních. (Honzák, 2015, s. 30). Podle Úlehly pro dobrou práci pracovník potřebuje tři osoby: učitele, kterého respektuje, jako někoho, kdo ho zná víc, s nímž si popovídá o tom, co neví, kolegu, který je na tom stejně jako on a může společně s ním řešit jeho případ, poskytnout nadhled řešit potíže atd. přímo a hned na pracovišti, a supervizora. Možnost někoho požádat o pomoc a radu, když se něco zasekne a nejde to dál, nedaří se, práce utíká pod rukama a nebaví, je pro pracovníka přínosná. Mezi náplň práce supervizora patří podpora pracovníka, zajištění osobního růstu, znalost účinných způsobů práce, stanovení priorit, ale také pomoc při ujasnění filosofie organizace, prevenci zahlcenosti a přepracovanosti, pocity bezmoci a viny... (Úlehla, 2005, s. 118).

### 5.3 Riziko syndromu vyhoření

*Immanuel Kant:*

*„Proti trampotám života dal Bůh člověku tři věci: naději, spánek a smích.“*

Svatošová píše, že personál vyhoří průměrně do dvou let a musí být nahrazen jiným. Prevencí je podle ní jejich dobrý výběr. Nebrat ty, kteří nejsou smíření se smrtí (např. sestra ARO). Jiná prevence vychází ze způsobu práce pracovníka. Pracovník by se měl umět bránit rutinně,

vytvářet a upravovat příjemné prostředí, umět odpočinout, odreagovat se a mít smysl pro humor. (Svatošová, 2011, s. 137) Práce v hospicové péči vyžaduje hluboký lidský přístup a zároveň profesionalitu. Klade nároky na pracovníky v oblasti osobnostních charakteristik, jako jsou láska k lidem a smíření s vlastní smrtelností. (Svatošová, 2011, s. 16)

Míníme, že tyto požadavky souvisí rizikovým faktorem, jak jej uvádí Vachon a Honzák. Vachon uvádí identifikaci s trpícím klientem a blízkou osobou, která prodělala danou nemoc. To se může týkat i pečovatele, který sám také prodělal těžkou nemoc. Přichází tu strach z dědičné zátěže a z podobného konce. (Vachon, 2005, s. 46). Honzák píše, že identifikace s utrpením jiného člověka je úzce spojena s empatií pracovníka. Tato skutečnost byla prokázána experimentálně na dvojicích zamilovaných lidí pomocí zobrazovacích vyšetřovacích metod mozku, při nichž se jeho aktivní části rozsvítí. Experimentátoři jednotlivým dvojicím dávali elektrošoky a sledovali mozkovou aktivitu při vnímání bolesti. Potom byly dvojice rozděleny a dívka sledovala, jak šoky dostává její partner. Při šubnutí jeho ruky se rozsvítily ty části jejího mozku, jakoby ránu dostala sama. Totéž se dělo jen při pohledu na bolestí zkrivenou tvář na fotografii. Honzák tyto skutečnosti uvádí ve vztahu k sestřám a upozorňuje na to, že málokdo se setkává s takovým množstvím bolesti a utrpení jako ony. Postupem času dochází k jejich adaptaci, ale v prvním roce praxe více, než odborníkem je sestra citlivým člověkem a *dostává empatickou nálož bolesti*. To ji přibližuje riziku vyhoření. Stres, který je s tím spojený a který je rizikovým faktorem možných psychosomatických obtíží, se musí naučit zvládat. Vzhledem k uvedenému experimentu a Honzákovu tvrzení, že *empatie a soucit jsou emoce, které sdílíme se svými nejbližšími příbuznými – primáty, ale také zcela jistě se slony, velrybami a delfíny a velmi pravděpodobně i s ostatními žijícími tvory*, (Honzák, 2015, s. 38) se odvažujeme rozšířit tuto skutečnost sdílené bolesti na všechny pracovníky hospice. Míníme tedy, že empatie jako osobnostní předpoklad pro práci v hospicové péči je zároveň rizikovým faktorem pro vznik syndromu vyhoření.

Haškovcové píše, že mladý člověk teprve plánuje, je i ctižádostivý a dravý. Chce spoustu věcí vylepšit. Je to normální a potřebné pro pokrok ve světě (Haškovcová, 2010, s. 12). Zároveň však nadšení, vysoká motivace a práce chápána jako povolání a nikoli zaměstnání jsou dalším rizikovým faktorem pro vznik syndromu. Prvotní nadšení je většinou přímo úměrné psychickým i fyzickým problémům, které se dostaví při déle trvajícím stresu. Mezi příznaky vyhoření Křivohlavý řadí pocit bezmoci, beznaděj, negativismus k práci i kolegům a tělesné

zhroucení. Tito pracovníci mají pocit, že všechno je špatně a že selhali. Vše vnímají jako marné a je zřejmé, že ztratili iluze o tom, že jejich práce by mohla řešit vlastní existenciální otázku po smyslu života. (Křivohlavý, 2012, s. 18 - 19) Jinde jako další příčiny uvádí nedostatek personálu a odpočinku, pracovní dlouhodobé přetížení absenci ocenění, urážky, ponižování, krátké termíny, nemožnost vlastního seberozvoje, diktátorství i soupeřivost. Riziko také plyne z profese, jež vyžaduje vysoké nasazení a nepoměr mezi dáváním a přijímáním, které se měří v psychologických jednotkách – tzv. užitcích. (Křivohlavý, 2012, s. 35). Křivohlavý dále uvádí, že na příčkách syndromu vyhoření vedle řady jiných profesí zaujímají přední místa zdravotničtí a sociální pracovníci. (Křivohlavý, 2012, s. 41)

Křivohlavý ukazuje na poměr dvou protikladných sil. Jde o stresory a salutory. Stresory definuje jako soubor faktorů, které působí jako zátěž a jsou vnímané jako negativní. Salutory považuje za obranné schopnosti. Pokud je síla mezi nimi vyrovnaná nebo dokonce stresory převažují, tak i u personálu se dá hovořit o distresu, tj. *negativnom, často až patologicky posobiacim strese*. Upozorňuje také na subjektivitu vnímání těchto faktorů. Co jiný považuje ještě za normální a snesitelné, jiný unést nemusí. (Křivohlavý, 2012, s. 51). K výbavě, která ovlivňuje zvládání těžkých situací, radí nezdolnost, tvrdost, optimismus nebo pesimismus, nepoddajnost, přístup ke změnám a životní a pracovní podmínky (s. 140). Mezi preventivními faktory Křivohlavý uvádí sociální podporu, kdy člověk člověku poskytne pomoc v krizové situaci, vyslechne ho, je empatický a je s ním. Při tom se učí tomu, jak zvládat podobné krize ve vlastním životě (s. 144- 145). Jako další faktory jmenuje organizaci práce (s. 165), úpravu pracovních podmínek (s. 167), spolupráci, méně administrativy, obohacení – zpestření práce, úprava pracovního prostředí, hluk, světlo, teplo pokoj, velikost prostoru i s ohledem na individuální potřeby jedince. (Křivohlavý, 2012, s. 169 – 171). Jinde dává doporučení na správný způsob relaxace. Jmenuje způsoby uvolnění napětí, jako je hluboké a zdravé dýchání, rychlé uvolnění několik minut sevřených pěstí, osvěžení studenou vodou, představa místa pokoje – vizualizace a imaginace, dále krátká procházka, čtvrt hodinka klidu, poslech hudby, hra na nástroj, práce v zahradce a radost vidět, jak všechno roste, zpěv, smyslové zážitky – vůně, chutě, hmat, masáže, změny činnosti, humor a smích, přátelství a dobrou nezraňující komunikaci. Je třeba podle něho znát smysl konání, rozlišit podstatné od nepodstatného, akceptovat nezměnitelné, mít nadhled, upřednostnit dobré myšlenky. Jinde uvádí, že lidé, kteří si uvědomovali různé kvality hodnocení lidmi ve svém okolí, nepropadali tak často zoufalství a vykazovali větší míru jistoty a pevnosti, což lze považovat za významný faktor prevence vyhoření. Je tedy dobré vše postavit nejen před soud lidský, ale především

vyšší – nechat věci zkoumat z hlediska či soudu věčnosti: *sub specie aeternitatis*. (Křivohlavý 2012, s. 192 - 206).

## 6 ZÁVĚR TEORETICKÉ ČÁSTI

V průběhu celé teoretické kapitoly jsme se věnovali péči lidem v posledním úseku života. Pro pracovníky je klient tím, kdo chce získat informace, poučit se o tom, jaké má možnosti. Každý člen multidisciplinárního týmu poskytuje informace, rady a péči ze svého oboru. Lékař poučí o zacházení s léky, o životosprávě, zdravotní sestra či fyzioterapeut může ukázat použití kompenzačních pomůcek, celkovou péči, sociální pracovník mimo jiné může zajistit náplň volného času. Přesto, že záleží na velké sumě vědomostí, které pracovník získal vzděláním či zkušeností, je vždy podstatnější to, jak moudře s nimi umí zacházet. Je možné zapojit klienta otázkou na jeho představu o tom, co by se dneska mělo dít. (Úlehla, 2005, s. 36). Míjíme, že zde jasně vidíme možnosti, jež má pracovník hospice při utváření prostředí, atmosféry a života člověka, který nemusí zrovna jen čekat na smrt. Je možné mu nabídnout návštěvu knihovny, případně číst, zprostředkovat zapůjčení, poskytnout svůj čas k rozhovoru, něco vytvořit spolu s ostatními klienty, kteří sami se mohou stát zdrojem mnohého pochopení. Stejně uvažuje i Svatošová, když zmiňuje nečekanou integraci zdravých a nemocných prostřednictvím návštěvy bohoslužeb a kulturních akcí navštěvovaných lidmi zvenčí. Ti mnohdy zcela dobrovolně nabídnou pomoc při rozvozu pacientů a pak už jde vše samo. Tak se uskutečňují koncerty profesionální i amatérské, návštěvy dětí, je tu smích mladých i přítomnost domácích mazlíčků. Je to prvek, který pomáhá navodit civilní prostředí a tím atmosféru normálního života. (Svatošová, 2011 s. 138 – 139)

V této části práce jsme se také pokusili vymezit některé aspekty pramenící z osobnosti pracovníka a mající vliv na jejich hodnocení potřeb klientů. Upozornili jsme na možné stresory a nároky, které jsou na pracovníky kladeny v souvislosti se vzděláváním a zvládnutím psychické zátěže při styku s umírajícími i jejich příbuznými. Pokusili jsme se nastínit také možnosti relaxace pracovníků, získání podpory u kolegů a jiné způsoby prevence syndromu vyhoření. Mohli jsme si všimnout, že podobně jako stresové situace a dlouhotrvající negativní faktory působí různé odezvy v chování klientů, tak je to i u pracovníků, přičemž některé mohou být společné jako prostředí, v němž se jedinec nachází, a jiné mohou pramenit např. z nemohoucnosti klienta.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 7 REALIZACE VÝZKUMU

Výzkum nelze zcela definovat. Jeho základní vlastností je, že určitou dobu trvá, dává nové informace či odstraňuje nesprávné mínění o daném problému. I toto nové poznání však není úplné, *protože realita se mění a naše poznání ji musí dohánět*. Pracuje se především s fakty, jež se zaznamenají a interpretují. Nelze říci, že výzkumníkem je pouze jedinec, ač je aktérem. I on diskutuje třeba s kolegy a měl i další informační zdroje. (Gavora, 2000, s. 11)

Design našeho výzkumu byl zvolen kvantitativní s metodou dotazníkového šetření. Tato metoda umožňuje rychle a ekonomicky oslovit co největší množství respondentů (Chráska, 2007, s. 164), v našem případě pracovníků hospiců, a hromadně od nich získat velké množství údajů. (Gavora, 2000, s. 99). Právě to nás vedlo k rozhodnutí použít tuto metodu. Dalším důvodem volby designu byla anonymita, s níž je možné omezit pravděpodobnost zamlčení nepříjemných skutečností, nepoctivosti a neupřímnosti. (Švec, 1998, se 144). Pro účely našeho šetření byly všechny profese tříděny podle bio-psycho-socio-spirito modelu potřeb. Ostatním profesím či službám, byla nabídnuta možnost jiné bez nutnosti jejich konkretizace. V dotazníku byl zachován také základní model potřeb: bio-psycho-socio-spirito tak, jak jej uvádí řada autorů, zabývajících se paliativní a hospicovou péčí. Byl také zohledněn věk, vykonávaný druh práce a délka praxe, zdroje stresu či napětí a zároveň ponechán prostor na zamyšlení a kreativitu v dotazu na to nejtěžší v práci, možná zlepšení, motivaci, případně motto a přínos práce pro pracovníka. Závěrečné položky byly věnovány způsobům podpory, péče o sebe sama, relaxaci a též zamyšlení nad tím, zda by se respondent znovu rozhodl pracovat s danou skupinou klientů.

### 7.1 Výzkumný problém

Budeme se zabývat pohledem pracovníků v hospicové péči na potřeby klientů. V dotazníkovém šetření se pokusíme zjistit, jak potřeby klientů vnímá personál, nejčastěji používané metody práce s klienty v závěru života, ale také způsoby relaxace pečujícího personálu. Budeme se snažit zohlednit věk, druh profese společně s délkou praxe a kvantitativně vyhodnotit nejčastěji vnímané potřeby klientů personálem v různých věkových kategoriích, jeho názor na důležitost jednotlivých potřeb, jejich vzájemné souvislosti, oblasti největší náročnosti v péči, její rezervy či nedostatky a vyhodnotit je tak, jak je vidí personál.



**Výzkumný problémem** je pohled pracovníků hospiců na potřeby klientů.

Naznačili jsme, že hodnocení potřeb je závislé na osobnosti klienta a také na osobnosti pracovníka. Při tom jsme zmiňovali také možné faktory, které mohou ovlivnit kvalitu hodnocení. Může se jednat o osobnostní charakteristiky pečujícího, jeho hodnotový žebříček, motivaci, odbornost, úroveň schopnosti komunikovat, vlastní vztah ke smrtelnosti a také únava spojená s možným syndromem vyhoření. Problémem pro nás je kvalita vnímání a diagnostiky potřeb klientů hospiců. Posoudit jejich kvalitu pro nás není zcela reálné, považujeme však za možné zjistit to, co personál nejčastěji hodnotí jako stěžejní při péči o klienty a zjištěné skutečnosti vyhodnotit kvantitativně.

## 7.2 Struktura dotazníku

Dotazník je sestaven z otázek otevřených, uzavřených a polouzavřených.

**Uzavřená položka** nabízí hotové odpovědi a respondent vybírá jednu označením. Uzavřené položky nepředstavují pro respondenty výraznou zátěž a je možné je využít hned v úvodu dotazníku jako položky zjišťující fakta či demografické údaje (Chráska, 2007, s. 168). Do této skupiny patří dichotomické otázky, kdy respondenti volí pouze mezi ano/ne (Gavora, 2000, s. 102), což ulehčuje formu a dává oddechnout i v průběhu vyplňování dotazníku. (Chráska, 2007, s. 168). Tato možnost však nutí tázaného k jednoznačné odpovědi a nedává žádný prostor k vyjádření vlastního názoru a může tak zkreslit výsledky. To řeší nabídka odpovědi „*neumím se vyjádřit*“ nebo „*jiné, (prosím popište)*“ (Gavora, 2000, s. 102-103). Příkladem uzavřené dichotomické otázky je otázka č. 13, 20, 21 a 24. Jiným druhem uzavřených otázek jsou otázky polytomické. V nich jsou respondentům nabídnuty více než dvě možnosti odpovědí. Tyto otázky je možné dále dělit na výběrové, výčtové a stupnicové (Chráska, 2007, s. 166). Výběrovou položkou v našem dotazníku jsou položky č. 1, 2, 3, 4 a týkají se věku, praxe, druhu a místa vykonávání profese. Nám poskytly informace o struktuře respondentů. Výčtovou otázkou je položka č. 5, 15 a 23. Zde účastníci volili metody práce s klienty, přínos hospicové péče a nejčastější formy regenerace vlastních sil. Ve stupnicové položce č. 6. respondenti řadili potřeby bio-psycho-socio-spirituální od 1. do 4. tak, jak tuto důležitost vidí oni sami a kde 1 je nedůležitější.

Dalším typem je **položka polouzavřená**, která vyžaduje buď jednoznačnou odpověď, nebo dává ještě jinou možnost s požadavkem bližšího vyjádření (Gavora, 2000, s. 104). Do této

kategorie položek spadají otázky č. 8, 9 a 11. Týkaly se např. proměnlivosti potřeb v závislosti na nemoci či jejich významu pro kvalitu života nemocných.

Přesto, že vyhodnocení **otevřených položek** je složitější a jejich široký záběr vyžaduje nejdříve kategorizaci odpovědí (Gavora, 2000, s. 104), tak v dotazníku byly použity také ony a to především s ohledem k tematickému zaměření práce a vysokému podílu individuality při práci s klienty hospiců.

### 7.3 Výzkumný cíl a výzkumné otázky

V práci jsme pojednávali o potřebách klientů v různých etapách smířování se s infaustní prognózou. Také jsme se zabývali možnými dysbalancemi plynoucími z individuality a vzájemné interakce mezi klienty a personálem, který potřeby diagnostikuje a po té saturuje. Zmiňovali jsme možné oblasti nároků, které naopak plynou z potřeb umírajících lidí a jsou kladeny na personál. Cílem není potvrdit ve výzkumu to, co tu bylo řečeno, ale zjistit ty potřeby, které vnímá nynější personál spolu s metodami práce a náročnými oblastmi péče. Mníme, že pochopení potřeb umírajících je stejně individuální, jako pracovník a klient. Vnímání potřeb je ovlivněno jak vlastním životem a osobností, tak znalostmi a odbornou praxí. Rozmanitost aspektů ovlivňujících hodnocení a přístup k problematice byl důvod, proč byla zvolena kvantitativní strategie výzkumu. Cílem výzkumu tak také není skutečná diagnostika potřeb nemocných lidí na sklonku života a jejich jakékoli zobecnění, ale pouze kvantitativní zpracování nejčastěji viděných potřeb tak, jak je vidí současný personál v hospicové péči. Za výzkumný cíl považujeme pouze zjištění nejčastěji zaznamenávaných potřeb klientů v hospicové péči pečujícími odbornými osobami. Vzhledem k rozmanitosti a vzájemné propletenosti různých aspektů péče byla zvolena kvantitativní metodologie formou deskriptivní statistiky s uvedením absolutních a relativních hodnot ve výsledcích výzkumu.

**Hlavním cíl výzkumu:** zjistit nejdůležitější potřeby klientů hospicové péče pohledem pracovníků hospiců

Dílními cíli jsou:

1. zjistit nejčastější potřeby klientů v jednotlivých oblastech podle modelu bio-psycho-socio-spirito a v jednotlivých stádiích smíření se s krizovou situací podle E. K. Rossové.
2. nejčastěji používané metody práce s klienty
3. oblasti náročnost péče pro personál

4. oblasti největšího přínosu hospicového typu péče podle personálu
5. motivace a relaxace personálu

Výzkumné otázky vyplývají z výše uvedených skutečností a z cíle výzkumu.

**Hlavní výzkumná otázka:** Které potřeby lidí v závěru života jsou nejdůležitější z pohledu pracovníků hospiců?

1. Které nejčastější potřeby současného člověka na sklonku života vidí personál podle modelu bio-psycho-socio-spirito a podle stadia smíření se s krizovou situací podle E. K. Rossové?
2. Které oblasti potřeb byly pro personál nejnáročnější při jejich saturaci?
3. Jaké metody práce personál nejčastěji volí ke zjištění potřeb klientů?
4. V čem personál jednotlivých typů hospiců vidí přínos hospicové péče?
5. Jaká byla nejčastější motivace personálu pro práci s touto cílovou skupinou a jaké volí metody relaxace?

#### **7.4 Výběr a oslovení výzkumného souboru, sběr odpovědí**

Výběr výzkumného souboru proběhl různými způsoby a ve dvou fázích. Byl nejdříve záměrný, na základě určení společného znaku důležitého pro dané zkoumání. (Gavora, 2000, s. 63) Tímto společným znakem pro nás byla práce respondentů v hospicové péči. Záměrně tedy byly osloveny hospice. Kontakty na vedoucí pracovníky hospiců jsem získala prostřednictvím internetu. Korespondence proběhla zpočátku pouze elektronicky. Vedoucí pracovníci byli v emailovém dopise požádáni jak o vyplnění dotazníků, tak i o jeho předání či přeposlání ostatním pracovníkům hospiců. Průvodní dopis obsahovala jak emailová zpráva, tak byl umístěn i v úvodu dotazníku. Dotazník byl poslán v příloze emailu v souboru Word i PDF. Pouze v jednom případě si vedoucí hospice vyžádal zaslání dotazníků v tištěné podobě. Vedoucímu pracovníku byl tedy zaslán požadovaný počet tištěných formulářů se zpětnou obálkou, poštovními známkami a vyplněným podacím lístkem. V tomto případě se vrátili vyplněné všechny mnou poslané formuláře. Jindy si vedoucí pracovník vytiskl formuláře sám a potom je vyplněné zaslal na mou adresu. V ostatních případech byly odpovědi vráceny emailem. Na žádost vyplnit dotazník kladně odpověděli všichni oslovení vedoucí pracovníci. Kdybychom tedy při určení návratnosti vycházeli z každého osloveného hospice, tak by tato mohla být prezentována jako 100%. Jelikož se z hospiců vrátil někdy jen

jeden dotazník, jindy dva či tři atd., usuzujeme, že jeho předání buď neproběhlo anebo se pracovníci našeho šetření nezúčastnili v očekávané míře. Skutečný počet pracovníků jednotlivých hospiců nám není znám, tak nemůžeme určit přesnou míru návratnosti dotazníku. Kdybychom vycházeli z předpokládaného reálného počtu pracovníků, což je jistě více, než jeden či dva nebo tři, a z toho, že dotazník byl předán, tak bychom museli vyslovit tvrzení, že jeho návratnost 100% nebyla a zájem o šetření byl spíše nízký. Z toho důvodu byl dotazník umístěn také na portál Survio.cz. Účast ve výzkumu byla dobrovolná a jedinci se do výběru dostávali na základě vlastního uvážení. Můžeme tedy říci, že náš záměrný výběr měl znaky výběru anketního. (Chráska, 2007, s. 22) Dále bylo využito možnosti oslovit některá zařízení osobně, prostřednictvím známých a výběr souboru tak nesl i znaky výběru dostupného (Gavora, 2000, s. 64). Protože většina pastoračních pracovníků je z řad externích pracovníků, byli někteří tito pracovníci osloveni zvlášť a také osobně. I tak sběr dat způsoboval jisté těžkosti a někteří s oslovených známých sami mnohdy nabídli přeposlání dotazníků dalším svým známým v jejich oboru. V konečném stadiu sběru se vrátilo celkem 121 vyplněných dotazníků.

## 7.5 Analýza dat

Při popisu různých eventualit u klientů i personálu jako jsou osobnostní individuální charakteristiky, úroveň poznání, hodnotového žebříčku, zkušeností i povahových rysů a momentálního rozpoložení, únavy a vyčerpanosti jsme si mohli všimnout jejich vysoké individuality a také provázanosti. Od utváření hypotéz bylo upuštěno právě vzhledem k vysoké individualitě jednotlivců a jejím odrazu i při interpersonálních interakcích a tím menší možnosti zobecnit poznatky na jeden celek a vytvořit tak např. hypotézu o tom, že věk jednoznačně ovlivňuje pohled na potřeby klientů bez ohledu na vliv osobnostních individualit respondentů, které na tomto věku nemusí být závislé. Mníme, že se může jednat o osobní prožitky, praktikování víry, setkání se smrtí či prožití vlastní zkušenosti s provázením blízkého člověka apod. Odpovědi na jednotlivé položky dotazníku byly hodnoceny výhradně kvantitativně metodou deskriptivní statistiky a prvním tříděním. Tím jsme zjistili postupně počet respondentů vždy s jedním určeným společným znakem. V našem případě se jednalo např. o společnou profesi nebo společnou významově blízkou odpověď u položek otevřených. (Chráska, 2007, s. 177) U otevřených položek jsme při sčítání odpovědí využili metody kategorizace. Sčítání odpovědí probíhalo ručně čárkovací metodou.

**Kolik je Vám let?**

Tabulka č. 1: Věkové kategorie

<b>Staří respondentů</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
51 - 65	27	22,30%
18 - 30	29	24,00%
31 - 50	65	53,70%
<b>Součet</b>	<b>121</b>	<b>100,00%</b>

Ze získaných odpovědí respondentů vidíme, že nejvíce pracovníků, kteří se zúčastnili šetření, bylo ve věku 31 – 50 let (53,7%), potom věková kategorie 18 – 30 let a nakonec 51 – 65 let. Důvodem tohoto rozdělení byl předpoklad rozdílného chápání důležitosti v oblasti potřeb klientů. U starších pracovníků předpokládáme důraz na spirituální hodnoty, empatii, porozumění v důsledku péče o vlastní stárnoucí rodiče a vyšší pravděpodobnosti setkání se smrtí u svých známých nebo i rodičů. Mohli bychom tedy uvažovat o tom, že čím je člověk starší, tím větší význam pro něj mají hodnoty vztahové – sociální, psychické a spirituální před materiálními.

**Jak dlouho pracujete s lidmi v terminálním stadiu života?**

Jistou informací o struktuře vzorku respondentů, kteří se zúčastnili šetření, nám poskytla otázka na délku praxe. Nejméně pracovníků je ve skupině do 1 roku praxe - 25 účastníků, hned za ní je skupina s 10letou a delší praxí - 27 dotázaných a po delší mezeře následuje poslední skupina s 1 – 9letou praxí - 69 respondentů. Uváděli jsme, že mladý empatický člověk ještě nemá tolik zkušenosti se zpracováním bolestivého nákladu a utrpení jako člověk se zkušeností v delší praxi. Mínilme, že to předpokládá odchod ze zaměstnání v hospici v důsledku rizika syndromu vyhoření a zároveň bychom mohli uvažovat o nedostatku absolventů v potřebných oborech. Vidíme, že nejvíce pracovníků je nikoli s nejdelší praxí, ale uprostřed. Nejdelší délka praxe se téměř shoduje s praxí 1 roku a méně. Zároveň si můžeme všimnout shody mezi délkou praxe a věkem respondentů. Naprostá shoda je u 10leté a větší praxe a nejstaršími účastníky. V obou případech představují podíl 22,3% a absolutní četnost 27 pracovníků. S menšími odchylkami lze totéž sledovat u ostatních dvou kategorií.

Tabulka č. 2: Délka praxe

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 roka méně	25	20,70%
10 let a více	27	22,30%
1 - 9 let	69	57,00%
<b>Součet</b>	<b>121</b>	<b>100,00%</b>

### Na jaké pracovní pozici pracujete?

Mezi vrácenými dotazníky není ani jeden, který pro naše účely vyplnil lékař. Největší podíl, 55,4% mají zdravotní sestry a ošetřovatelé. Potom jsou to sociální pracovník, dobrovolník, duchovní a jiné. Bližší hodnoty vidíme jasně v tabulce četností.

Tabulka č. 3: Profesní struktura

Profese	Absolutní četnost	Relativní četnost
lékař	0	0%
jiná	5	4,10%
duchovní	11	9,10%
dobrovolník	12	9,90%
sociální pracovník	26	21,50%
Zdravotní sestra, ošetřovatel	67	55,40%
	121	100%

### Jste pracovníkem

Další poznatky o souboru nám poskytuje zjištění typu hospice, v němž respondenti pracují. Ukazuje se, že nejvíce pracovníků je zaměstnáno v lůžkových typech (83) a nejméně (12) ve stacionářích. Poslední dobou se začínají rozvíjet hospice mobilní a z tabulky je zřejmé, že i pracovníků je tu více, než ve stacionáři, ale stále podstatně méně, než v kmenových hospicích.

Tabulka č. 4: Typy hospiců

Typ hospice	počet pracovníků	Relativní četnost
mobilní	26	9,90%
stacionář	12	21,50%
lůžkový	83	68,60%
	<b>121</b>	<b>100,00%</b>

### Vyberte tři metody, které nejčastěji používáte při zjišťování potřeb uživatelů hospice

V uvedené tabulce vidíme, že nejvíce je používaná metoda rozhovoru a naslouchání a pak metoda pozorování. Pouze účastníci, kteří volili odpověď: jiná profese, nejčastěji pracují s dokumentací.

Tabulka č. 5: Metody práce podle druhu profese

Metoda/ profese	pozorování	rozhovor, dotazování, naslouchání	případová studie	kazuistika	práce s dokumentací
lékař	0	0	0	0	0
jiná	4	5	0	5	33
dobrovolník	6	11	0	4	11
duchovní	6	11	0	1	1
Zdravotní sestra, ošetřovatel	42	61	5	0	4
<b>Celkem</b>	<b>73</b>	<b>115</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>53</b>

**Hospicová péče a paliativní péče je komplexní a zabývá se čtyřmi základními oblastmi potřeb nevyléčitelně nemocného. Seřadte tyto oblasti podle Vámi myšlené důležitosti od č. 1 – 4, kde č. 1 je nejdůležitější.**

➤ Celkové vyhodnocení

Respondenti za nejdůležitější považovali potřeby tělesné. Na druhém místě se umístily potřeby psychické, potom sociální a nejméně voleb obdržely potřeby spirituální.

➤ Hodnocení podle profese

Podobně potřeby seřadili i zdravotní sestry a ošetřovatelé, ale potřeby sociální a duchovní se dostaly na stejnou příčku našeho žebříčku. Ani u sociálních pracovníků se pořadí nezměnilo. Jsou zde jen vidět větší rozdíly v dosažených hodnotách. Dobrovolníci už pořadí změnili. Prvenství u nich získaly potřeby psychické, za nimiž hned následovaly potřeby tělesné. Potom pro ně byly důležité potřeby duchovní a nakonec potřeby sociální. Pastorační asistenti a duchovní uváděli pořadí: tělesné potřeby, psychické, duchovní a jako poslední sociální. U profesí, kterým byla nabídnuta možnost jiné, je největší důležitost přikládána tělesným potřebám. Po větší mezeře jsou po sobě ve stejných intervalech řazeny potřeby psychické, duchovní a nakonec sociální.

➤ Podle délky praxe

Dalším kritériem je délka praxe. Pořadí tělesné potřeby, psychické, sociální a spirituální zůstává stejné u kategorie 1 rok a méně, u 1 – 9 let a u kategorie 10 let a více praxe se potřeby duchovní dostaly před potřeby sociální. Jinak se pořadí nezměnilo.

➤ Podle věku

Podobně tomu bylo i při třídění podle věku. Základní pořadí tělesné, psychické, sociální a duchovní bylo zachováno respondenty ve věku 18-30 let, u 31-50letých se duchovní dostaly před sociální. U poslední věkové skupiny – 51 – 65 zůstává opět zachován základní model potřeb.

➤ Podle místa výkonu povolání

V kmenových hospicích pracovníci kladli důraz na tělesné potřeby a potom psychické. Sociální a spirituální se dostaly na stejnou příčku. Ve stacionářích a v mobilních hospicích se respondenti drželi základního pořadí modelu.



Závěrem našeho hodnocení si shrneme rozdíly. Ty jsme zaznamenali u dobrovolníků, kteří na prvním místě nejčastěji uváděli potřeby psychické a spolu s pastoračními asistenty upřednostnili duchovní potřeby před sociálními. To jsme vyzorovali také u kategorie délky praxe 10 let a více a věkové skupiny 31-50letých.

### **Které konkrétní potřeby Vás hned napadnou za potřebami**

Potřeby člověka byly rozděleny podle základního modelu. Jiné možnosti nabídnuty nebyly. Respondenti odpovídali podle vlastního uvážení a podle odpovědí byly pojmenovány kategorie, do nichž byly rozděleny uváděné potřeby.

#### **a) tělesnými**

Odpovědi respondentů byly rozděleny do tří kategorií: celková péče, mobilita a rehabilitace a tělesný komfort spolu se symptomy a bolestí. Do celkové péče byla zahrnuta hygiena, strava a léky, vyprazdňování a celková péče o tělo. Do mobility spadalo polohování, rehabilitace a mobilita nemocného. Tělesný komfort obnášel spánek, léčbu příznaků a bolesti, doteky a též teplo.

Tabulka č. 6: Potřeb tělesné

<b>TĚLESNÉ</b>	<b>Celková péče</b>	<b>Mobilita a RHB</b>	<b>tělesný komfort, symptomy a bolest</b>
lékař			
jiná	3	1	1
duchovní	22	2	6
dobrovolník	11	5	3
sociální pracovník	26	6	13
zdravotní sestra, ošetřovatel	77	13	30
<b>Celkem</b>	<b>139</b>	<b>27</b>	<b>53</b>

## b) psychickými

Tabulka č. 7: Potřeby psychické

PSYCHICKÉ	duš. pohoda	pravdivé informace	přístup ke klientovi	podpora	vztahy
lékař					
jiná	1	0	0	0	0
duchovní	2	0	4	1	0
dobrovolník	4	2	3	0	1
sociální pracovník	10	1	18	4	2
zdravotní sestra, ošetřovatel	17	2	15	4	4
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>5</b>	<b>40</b>	<b>9</b>	<b>7</b>

PSYCHICKÉ	komunikace	empatie	zpracování negativ	přijetí stavu	nevím
lékař					
jiná	4	0	1	0	0
duchovní	4	3	0	0	0
dobrovolník	1	3	2	0	0
sociální pracovník	1	8	0	2	1
zdravotní sestra, ošetřovatel	9	8	10	8	1
<b>Celkem</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>2</b>

Z uvedené tabulky je vidět, že pracovníci hospiců považují za stěžejní dobrý přístup ke klientům a jejich duševní pohodu. Další je empatie, komunikace, zpracování negativních emocí, přijetí stavu, podpora, vztahy a pravdivé informace. Jedna zdravotní sestra a sociální pracovník odpověděli nevím. U zdravotních sester a ošetřovatelů první

místo zaujala duševní pohoda a druhé dobrý přístup. Následovalo zpracování negativních prožitků, komunikace a na stejné přičce se dostalo přijetí stavu a empatie. Další společné místo obsadily podpora a vztahy a poslední byly pravdivé informace. Sociální pracovníci nejvíce hodnotili dobrý ošetřovatelský přístup.

Příklady jmenovaných potřeb v jednotlivých kategoriích:

*Duševní pohoda:* potřeba klidu, ticha, bezpečí, uklidňování a radosti,

*Pravdivé informace:* byly ponechány samostatně

*Přístup ke klientovi:* individuální přístup, pastorece, zájem, nebýt na obtíž, přijetí a nejvíce se objevovaly takt a úcta

*Podpora:* rodiny a personálu

*Přítomnost blízkých:* nebýt sám, pocit sounáležitosti, rodina

*Komunikace:* naslouchání a rozhovor

*Empatie:* pochopení, útěcha, dobré slovo

*Zpracování negativních emocí:* strach, i ze smrti, deprese, úzkost, bolest nad ztrátou soběstačnosti, dezorientace, úzkost, možnost zvážit psychoterapii a medikaci

**c) sociálními**

Mezi sociálními potřebami byly nejdůležitější ty, které představovaly kategorii kontaktů a vztahů. Následovalo zajištění a nakonec aktivita. Pořadí významnosti potřeb bylo u všech profesí stejné. Výjimkou byli dobrovolníci, kteří za nejdůležitější považovali aktivitu.

Kategorie:

*Kontakty a vztahy:* láska, patřit někam, hospic, který podle respondentů představoval také možnost společenských kontaktů, rodina a blízcí byli respondenty jmenovaní nejčastěji

*Zajištění:* finance, které byly na prvním místě a hned potom bydlení, kompenzační pomůcky a právní úkony

*Aktivita:* zapojení do činnosti, ergoterapie a canisterapie

Tabulka č. 8: Potřeby sociální

SOCIÁLNÍ	Kontakty a vztahy	Zajištění	Aktivita
lékař			
jiná	0	5	0
duchovní	5	0	1
dobrovolník	11	1	3
sociální pracovník	20	9	1
zdravotní sestra, ošetřovatel	22	11	1
<b>Celkem</b>	<b>58</b>	<b>26</b>	<b>6</b>

## d) spirituálními

Tabulka č. 9: Potřeby spirituální

SPIRITUÁLNÍ	společné	soukromé	vnitřní	nevím
lékař				
jiná	1	0	3	0
duchovní	6	5	5	0
dobrovolník	5	4	3	0
sociální pracovník	14	16	10	0
zdravotní sestra, ošetřovatel	36	14	12	1
<b>Celkem</b>	<b>62</b>	<b>39</b>	<b>33</b>	<b>1</b>

Spirituální potřeby byly rozděleny do čtyř kategorií. Volili jsme podle toho, zda je možné je praktikovat společně nebo v soukromí a v nitru. Nejdůležitější podle účastníků byly společné, potom soukromé a vnitřní. Pořadí zůstalo zachováno u všech profesí. Pouze sociální pracovníci na první místo vložili potřeby spíše soukromého charakteru a na druhé ty společné. Jeden zdravotnický pracovník odpověděl, že neví, jaké potřeby by měl sem zařadit.

Kategorie:

*Společné:* duchovní rozhovor, kontakt s knězem bohoslužby a svátosti. První příčku zaujaly kontakt s kněze a bohoslužby. Je možné namítnout, že rozhovor našeho charakteru

je spíše niterný a probíhá v soukromí, stejně jako kontakt s knězem nebo svátost smíření. Je však pravdou, že jsou přítomny minimálně dvě osoby, bohoslužeb se účastní více lidí a také některé svátosti jsou vysluhovány ve společenství ostatních věřících, např. eucharistie, pomazání nemocných, je-li potřeba i křest, biřmování a třeba i manželství, přestože konečný prožitek je zakoušen v nitru konkrétního člověka. Mohli bychom zde zařadit i společnou modlitbu, ale právě pro osobní nasazení vztahu k Bohu jsme ji zařadili do potřeb spíše soukromých.

*Soukromé:* podle respondentů na prvním místě modlitba, smysl života, poslední přání, tišení úzkosti, úvahy o životě po smrti, duchovní četba a hudba, bilancování

*Vnitřní klid:* naděje, pokoj, odpuštění, ticho, Bůh, smíření, svoboda a víra jako nejdůležitější.

**Myslíte si, že všechny výše uvedené oblasti potřeb mají stejný vliv na kvalitu lidského života v jeho posledním úseku nebo některou vnímáte jako významnější? Kterou?**

Tabulka č. 10: Význam potřeb

VĚK 18 - 30		31 - 50		51 - 65		CELKEM	
ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE
18	11	27	38	17	10	62	59
<b>Celkem</b>	<b>29</b>		<b>65</b>		<b>27</b>	<b>121</b>	<b>121</b>

Respondenti ve věku 18 – 30 let nejčastěji uváděli, že potřeby mají stejný vliv. Těchto odpovědí bylo celkem 18. Dva respondenti odpověď ještě dále rozvinuli o tvrzení, že se potřeby vzájemně ovlivňují. Udávali vzájemnou závislost mezi tělesnou pohodou, konkrétně bytím bez bolesti a možností řešit své záležitosti např. dědictví či něco v rodině. Žádají si léky a po zvládnutí bolestí opět mohou řešit problémy nebo se věnovat zájmům. Jinou závislost jmenoval další respondent – závislost mezi smířením na duchovní úrovni a lepším snášením bolesti a utrpení. Ti, kteří uvedli, že potřeby nemají stejný vliv na kvalitu života, a že některé jsou důležitější, nejčastěji jako nejvíce ovlivňující kvalitu života jmenovali potřeby sociální – 5x, psychické – 4x a duchovní 1x. Jeden respondent, který uvedl duševní klid, uvedl také tišení bolesti.

Účastníci ve středním věku odpovídající, že potřeby mají stejný vliv, zdůrazňovali jejich vzájemnou závislost a jejich individualitu. Ti, kteří některou z nich považovali za důležitější, ve 12 případech uváděli potřeby psychické, následovaly spirituální, sociální a na posledním místě tělesné.

Ve věku 51 – 65 let jsme se mohli setkat s celkem 10 negativními odpověďmi respondentů. Ti za nejdůležitější považovali nejdříve potřeby psychické a sociální, následovaly potřeby duchovní a tělesné. Podle 17 respondentů mají všechny potřeby stejný vliv na kvalitu života a případné rozdíly se odvíjí od individuální situace a úrovně saturace, např. když má bolesti je právě potřeba zvládnout ji a pak se může věnovat ostatním.

**Pozorujete, že se potřeby nemocného mění v závislosti na pokročilosti onemocnění a celkovém stavu nemocného?**

Tabulka č. 11: Změny v potřebách v průběhu terminálního stadia

Věk 18 - 30		Věk 31 - 50			Věk 51 - 65		CELKEM		
ANO	NE	NEVÍM	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE	NEVÍM
25	4	4	48	13	24	3	97	20	4
CELKEM	29			65		27	121		121

Respondenti ve věku 18 – 30 let uváděli, že se potřeby nemocného mění v závislosti na pokročilosti stadia. Na otázku, jak se mění, 2x odpověděli neví, 4x je to individuální, z toho jeden uvedl, že se ovlivňuje oblast psychická/spirituální a sociální/fyzická. Další odpovídali, že je to oblast sociální, potřeba kontaktu s blízkými, vztahy, podpora, klid, potřeba útěchy, jindy touha po samotě, i ze strachu, že pohled na jeho konec ostatním nebude milý. Dále jsou to potřeby duchovní, smíření, uzavření se do nitra, samota, potřeba kněze. Naposled jmenovali také tělesné potřeby spíše v souvislosti s komplikacemi či celkovým chřadnutím.

Respondenti ve věku 31 – 50 let odpovídající ano, nejčastěji uváděli změnu směrem od tělesných k duchovním potřebám, odpuštění smíření, přehodnocení priorit, úbytek potřeby komunikace a uzavření do nitra. V tělesné oblasti byla často uvedena větší závislost na péči okolí a bezbolestnost, potom následovaly vztahy a individuální změny v potřebách i v závislosti na stadiu smíření.

Většina respondentů ve věku 51 – 65 let, kteří mínili, že potřeby mění v závislosti na pokročilosti nemoci, uváděli, že tato změna v potřebách probíhá směrem od tělesných k duchovním. Dochází také ke zvýšené potřebě hygienické péče a člověk se obrací na oblast vztahů k lidem, chce s nimi být, poslední chvíle prožít v lásce, rozloučit se a v klidu čekat na svůj odchod. Většina respondentů zdůrazňovala závislost změn na hodnotovém žebříčku a individualitě klienta.

**Umírání, nebo spíše smíření se s konečností života je podle Kubler – Rossové rozčleněno do pěti fází: 1. popírání a izolace, 2. zlost, 3. smlouvání, 4. deprese, 5. akceptace. Co podle Vás potřebuje člověk v jednotlivých fázích od těch, kteří o něj pečují? (péči o tělo, trpělivost, naslouchání, čas, cílené otázky, úctu, takt apod.) Doplňte dle vlastního názoru.**

Odpovědi respondentů ve věku 18 – 30 let ukázaly, že nejdůležitějšími potřebami, které se prolínají všemi fázemi, jsou podle nich potřeby psychické a sociální, a postupně přibývají potřeby spirituální.

Tabulka č. 12: Vnímání potřeb ve fázích podle E. K. Rossové

potřeby	psychické		důstojná péče	sociální			spirituální	
stadium	empatie pochopení	Čas		trpělivost	sdílení	komunikace	naděje	smysl života
1.	5	4	2	7	2	12		
2.	3	1	6	9	1			
3.	3	2	1		2			
4.	6	3	2	3	4		1	
5.	1	1	12	2	6	2		1

Respondenti ve věku 31 – 50 let odpověděli 5x nevim. Jeden upozornil na riziko podvodníků, využívající fázi smlouvání. Přibyla podkategorie v oblasti sociální: dovolit klientu jeho zlost, respektovat ji, chránit se a nevztahovat ji na sebe. V 1. stadiu vedla komunikace. Jí ubývalo a přibývaly spirituální potřeby, především naděje a potom pochopení, empatie, trpělivost, důstojná péče i v oblasti tělesné byly důležité ve všech stadiích smíření.

Tabulka č. 13: Vnímání potřeb ve fázích podle E. K. Rossové

potřeby	psychické		důstojná péče	sociální				spirituální	
stadium	Empatie pochopení	čas		dovolit zlost	trpělivost	sdílení	komunikace	naděje	smysl života
1.	1	1	7	2	7	1	11		
2.	2	2		2	5			1	
3.	1	1	1	1	2	2			
4.	2	2	1		2	1	9	1	
5.	2	2	3		1	3	2	7	

Respondenti ve věku 51 – 65 let jako nejčastější potřeby vnímali potřebu komunikace, kterou viděli jako nejpotřebnější v 1. a 3. stadiu. V 5. Stadiu to byla potřeba sdílení. Následovala empatie a pochopení. Ve spirituálních potřebách se začalo objevovat smíření a odpuštění. V souvislostech se zlostí klienta ve 2. a 3. stadiu považovali pracovníci pro sebe za důležité nebrat si jejich projevy zlosti osobně a zároveň je respektovat, zachovat si k nim úctu a nesoudit je. Důstojná péče, včetně péče o tělo, nároky na čas a trpělivost se podle respondentů tohoto věku prolínají všemi stadii provázení klientů.

Tabulka č. 14: Vnímání potřeb ve fázích podle E. K. Rossové

potřeby	psychické		důstojná péče	sociální				spirituální	
stadium	empatie pochopení	čas		dovolit zlost	trpělivost	sdílení	komunikace	odpuštění a smíření	naděje
1.	5	2	2		3	3	6		1
2.	1	4	4	2	4		1		
3.		4	3	1	3	1	7		1
4.	2	4	5		2	1	4		1
5.	1	3	4		2	8	2	2	



**Na konci života lidé hodnotí celý svůj život. Mnoho věcí chtějí dát do pořádku. Bilancují. Je něco, co v takových chvílích očekávají od pečujícího personálu, tedy od Vás?**

Na tuto otázku odpovědělo „ne“ 19 respondentů. 102 z nich míní, že klienti přece jen něco požadují.

Tabulka č. 15: Bilancování

NE	ANO
19	102
	121

V následující tabulce jsou tyto potřeby seřazeny sestupně podle toho, jak často je respondenti uváděli. Dva z této skupiny respondentů dále uvedli, že k bilancování v podstatě už ani nedochází, protože mnozí klienti do hospicové péče přicházejí v pokročilém stadiu nemoci a mohou mít své záležitosti buď vyřešené, nebo stále mají naději, že se jejich stav ještě zlepší a o smrti mluvit nechtějí. Jiným jejich zdravotní stav v důsledku metastáz nebo zmatenosti vlivem opiátů už nedovoluje ani běžnou komunikaci ani bilancování.

Tabulka č. 16: Bilancování

naslouchání	Kontakty, jejich zprostředkování, vztahy	pochopení	trpělivost	přítomnost	nesoudit	souhlas se životem
46	18	12	10	6	6	5

individuální	čas	láska	plnit poslední přání	kněz
4	3	2	1	1

**Které faktory nejvíc ovlivňují kvalitu prožívání závěru života? (Např. způsob přijetí onemocnění a smíření se smrtí, schopnost adaptace, kvalita citového života, partnerský vztah, rodinné zázemí, hodnotový žebříček, víra, minulost, povahové rysy apod.) Opět doplňte dle vlastního názoru.**

Následující tabulka ukazuje pořadí faktorů, které ovlivňují kvalitu smíření se s nepříznivou životní prognózou. V jednom případě bylo uvedeno, že toto smíření ve velké míře ovlivňuje lékař, který diagnózu sděluje, a také přístup personálu.

Tabulka č. 17: Faktory kvality smíření

Vztahy, i s Bohem	smíření	víra	rodina	minulost	povaha	způsob přijetí nemoci	hodnoty	kvalita života	křivdy	medikace
27	26	23	22	19	17	12	9	2	2	1

**Myslíte si, že věřící člověk se s krizemi, které závěr života přináší, vyrovnává lépe než ten, kdo víru nemá nebo nepraktikuje?**

Předchozí tabulka ukázala, že nejdůležitějšími faktory jsou vztahy včetně vztahu s Bohem, smíření a víra. Toto mínění respondentů se nám potvrdilo i nyní. Jeden respondent dále uvedl, že záleží na kvalitě praktikované víry, že „není víra jako víra“ a že nelze na tuto otázku odpovědět zcela jednoznačně ano či ne.

Tabulka č. 18: Faktor víry

<b>ano</b>	94	77,70%
<b>ne</b>	27	22,30%
<b>Celkem</b>	<b>121</b>	<b>100,00%</b>

**Kdybyste měl/a, podle Vašeho pohledu, zásadní potřeby člověka v hospicové péči shrnout několika vlastními slovy, které potřeby byste uvedl/a?**

Uváděné potřeby byly rozděleny do kategorií podle základního modelu a seřazeny sestupně.

Tabulka č. 19: Zásadní potřeby podle základního modelu

sociální	tělesné	psychické	spirituální	vše je důležité	nevím
51	33	32	14	9	6

Tabulka č. 20: Zásadní sociální potřeby

SOCIÁLNÍ			
<i>rodina</i>	<i>komunikace</i>	<i>sdílení</i>	<i>záležitosti</i>
	<i>naslouchání</i>		
17	16	14	4
			51

Mezi sociálními potřebami respondenti uváděli také jistotu doprovázení, kontakt s okolím, příbuznými i knězem, jejich zajištění, mít u sebe domácího mazlíčka, případně zemřít doma, ale zároveň mít možnost být i sám a utřídit si myšlenky.

Tabulka č. 21: Zásadní tělesné potřeby

TĚLESNÉ		
<i>snesitelné bolesti, ale nebýt tlumen</i>	<i>neprodłużovat utrpení</i>	<i>péče o tělo</i>
25	4	4
		33

V oblasti tělesných potřeb byla důležitá důstojnost klienta, snesitelné bolesti a léky s ohledem na potřebu nebýt tlumen a mít možnost normálně komunikovat.

Tabulka č. 22: Zásadní psychické potřeby

PSYCHICKÉ	
<i>citlivý přístup</i>	<i>pojmenovat potřebu</i>
<i>takt, empatie, respekt, porozumění</i>	
30	2
	<b>32</b>

V tabulce máme přehled nejdůležitějších potřeb v oblasti psychické.

Tabulka č. 23: Zásadní spirituální potřeby

SPIRITUÁLNÍ			
<i>smíření</i>	<i>odevzdání celého života</i>	<i>odpuštění</i>	<i>víra</i>
5	4	3	2
			<b>14</b>

V oblasti spirituality jsme se mohli nejvíce setkat s potřebou odpuštění, smíření a celkovým odevzdáním života do rukou Božího Milosrdenství. Zmíněná byla také naděje na shledání a život věčný.

### Shrnutí

V odpovědi na tuto položku jsme si mohli všimnout toho, jak se potřeby vzájemně prolínají mezi sebou. Vidíme sociální potřebu mít u sebe rodinu, potřebu komunikace a sdílení, ale zároveň tělesnou potřebu nemít bolesti a současně nebýt příliš tlumen a neztratit tak možnost být s blízkými a okolím. Dále se dostáváme k potřebě být i sám a utřídit si myšlenky, což lze také jen při plném vědomí. Tuto potřebu jsme uváděli mezi potřebami sociálními, protože podle našeho názoru úzce souvisí s tím, jak sociální okolí klienta dokáže rozpoznat, kdy už komunikace bylo dost, ne-li příliš a dovede se stáhnout a respektovat jeho rozhodnutí a soukromí. Právě zde zasahuje do potřeb už psychických, do potřeby respondenty jmenovaného citlivého přístupu. Vzhledem k potřebě duchovního rozhovoru, kontaktu s knězem bychom mohli říci, že zasahuje i do potřeb spirituálních. Ze spirituálních potřeb bychom mohli dále v této souvislosti jmenovat potřebu zpytování svědomí, odpuštění, smíření se s lidmi i s Bohem a odevzdání života, což jsou boje vybojovávané klientem v jeho vlastním srdci.

**Největší přínos hospicové péče pro člověka v terminálním stadiu života vidím:**

Podle výsledku našeho šetření má přínos v péči o psychické potřeby pouze péče lůžková a stacionární.

Nejčastěji byly voleny možnosti: ve všem zmíněném, v komplexnosti a holistickém přístupu, v suplování přirozeného prostředí a v přítomnosti blízkých. Poslední bylo přizpůsobení individualitě a přání klienta. Jednotlivé četnosti odpovědí pracovníků různých typů hospiců na otázku přínosu hospicové péče jsou uvedeny v tabulce.

Tabulka č. 24: Přínos hospicové péče

DRUH PÉČE	lůžková		mobilní		stacionární		celkem	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
o tělo	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%
o psychiku	3,00	3,60%	0,00	0,00%	1,00	8,30%	4,00	11,90%
spirituální p.	0,00	0%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%
sociální p.	0,00	0%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%
komplexnost, holistický přístup	19,00	22,90%	6,00	23,10%	4,00	33,30%	29,00	79,30%
přizpůsobení indiv. a přání klienta	11,00	13,30%	1,00	3,80%	3,00	25,00%	15,00	42,10%
suplování přirozeného prostředí, přítomnost blízkých	14,00	16,90%	2,00	7,70%	0,00	0,00%	16,00	24,60%
ve všem zmíněném	36,00	43,40%	17,00	65,40%	4,00	33,30%	57,00	142,10%
	<b>83,00</b>	<b>100,10%</b>	<b>26,00</b>	<b>100,00%</b>	<b>12,00</b>	<b>99,90%</b>	<b>121,00</b>	<b>300,00%</b>

**Komunikace s umírajícím člověkem klade zvýšené nároky na schopnosti pracovníků. V čem tyto nároky vidíte? (např. v množství času, schopnosti naslouchat, tázat se, pozorovat, mimice, empatii apod.)**

Nejtěžší komunikační nároky s umírajícími byly rozděleny do kategorií. Samostatnými kategoriemi se staly 2 odpovědi nevím, 2 odpovědi, že péče je náročná ve všem a 1 respondent uvedl, že žádné nároky nevidí. Nejnáročnější podle zjištěných údajů je pro personál komunikace a s ní související empatie a časová náročnost spolu s pozorováním. V souvislosti s časem respondenti také uvedli potřebu soustředěné pozornosti, kdy čas je skutečně věnován jen a jen klientu a v daný okamžik nic jiného kolem neexistuje. Ve dvou případech byl uveden nedostatek času a ne vždy možnost být s klientem v jeho poslední hodině. Jinde uváděli potřebu odhadnout správnou míru empatie a nelitovat, udržet pozornost, lásku, individualitu a také pochopení sděleného a tím úskalí správné diagnostiky potřeb v dané situaci a zároveň potřebu omezit pocit osamocení v nemoci. Důležité pro personál byla i prevence syndromu vyhoření. Uváděli potřebu správně poznat míru mezi pomocí a vlastním stavem a jako zátěžové viděli prostřednictví mezi lékařem a klientem. V oblasti psychiky vnímali nároky na svou psychickou odolnost, silnou osobnost a charakter a zátěžové pro ně bylo zvládání setkávání se smrtí, s utrpením klientů i jejich rodin, pláč, přijetí vlastní bezmoci, zůstat lidský a být sám sebou.

Tabulka č. 25: Oblasti potřeb náročných pro personál

Komunikace	empatie	čas	nevyhořet	pozorování	psychická náročnost	trpělivost	diagnostika potřeb
84	57	56	14	13	8	7	6

Uvedené četnosti ukazují, že jako nejvíce náročnou personál vnímá komunikaci. Z toho důvodu byly vytvořeny i podkategorie, které uvádíme v následující tabulce.

Tabulka č. 26: Náročné oblasti komunikace

Komunikace					
<i>naslouchání</i>	<i>umění komunikace</i>	<i>mimika a gesta</i>	<i>tázání</i>	<i>umění odpovídat</i>	<i>mlčení, práce s tichem</i>
50	13	8	7	4	2
					84

Shrnutí

Celkově respondenti viděli náročnost v čase a v komunikaci, v pozorování, pozorném naslouchání a především ve schopnosti správně určit míru efektivní saturace s ohledem na prevenci syndromu vyhoření. Jeden respondent konkrétně uvádí: „Komunikace s terminálně nemocným pacientem je velmi těžká za každých okolností. Při ní musíme hledět na pacienta a ne na sebe. Je velmi potřebné, aby měl pracovník/dobrovolník čas a formy, kde může psychicky i fyzicky ventilovat.“

**Co Vás motivovalo a motivuje v práci s lidmi v terminálním stadiu života? Jaké je vaše motto?**

Tabulka č. 27: Motivace a motto

služba pomoc	poslední chvíle	duchovní motivace	nemám	osobní zkušenosti	personál a způsob práce	Změna zaměstnání
37	28	25	11	8	4	6

Někteří respondenti své odpovědi dále rozvíjeli. Nejčastěji uváděli, že chtějí pomáhat a být užiteční, že i oni také jednou budou staří a to nejkrásnější, co mohou zažít, je právě krásný odchod klienta v kruhu svých nejbližších, úleva a dva upozornili na také na to, že svou prací poskytují i odpočinek pečujícím příbuzným. Další kategorií jsou příjemně prožité poslední chvíle. K nim jsme zařadili úctu k nemocným, prevenci osamocení, důstojné umírání a doprovázení. Některé z odpovědí např. zněla: „umřít lépe, (v hospici určitě lépe, než v nemocnici)“, „Důstojně jim pomoci odejít ze života. Představuji si na jejich místě sebe.“ nebo „Lidé jsou krásní v každé situaci, je dobré být u toho, když krásně a v klidu opouští tento svět.“. Do kategorie duchovních motivací byly zařazeny: modlitba, smysl práce a vlastního života, křesťanství, nalezené povolání a motto: „těšit trpící navštěvovat nemocné“. Jeden tuto práci považoval za rozmanitou a jako své motto uvedl: „Hakuna Matata“, jiný obdivoval úžasné chování personálu k lidem a dodržování lidské důstojnosti a další konstatoval to, že v dobrém kolektivu jde zvládnout vše. Někteří respondenti motto neuvodli vůbec a jiní uvedli pouze motto: např.: „Nečiň jiným, co nechceš, aby oni činili Tobě“, „Don spiro spero.“, „Být světlem ve tmě.“, „Svatý Karle Boromejský oroduj za nás!“, „Víra, Naděje, Láska.“, „Žít a nechat žít.“ a touha sloužit tam, kde jsem a co umím (snad) nebo se o to snažím.

### Co pro Vás bylo nejtěžší po nástupu do zaměstnání v hospici?

Při vyhodnocení této položky byly odpovědi řazeny do kategorií. Přesto však některé byly více individuální a pokusíme se je shrnout pouze slovy. Bezprostředně po nástupu do hospice se jako nejtěžší ukázaly vlastní orientace v systému práce a spolupráce s kolegy, práce s rodinou a potom s pozůstalými. Respondenti uváděli jako nejtěžší sdělení informace příbuzným o smrti jejich blízkého člověka. Následovalo smíření se s častým odchodem klientů, především mladých lidí a matek, přítomnost utrpení, i duševního. Nároky personál viděl komunikaci s klientem, hlavně s mladým, na umění ticha, naděje, v psychice a v práci se zlobou klienta. Tady jeden respondent uvedl odpověď: „Vyrovnat se s realitou, vydržet zlost a zoufalství některých svěřenců a najít pro každého způsob, jak jim zprostředkovat naději, víru a lásku.“ Jiný uvedl, že sám musel bojovat o překonání utrpení: „vidět ho očima naděje dát mu smysl u sebe sama a povzbudit.“ Dále uváděl, že je náročný přístup k pozůstalým, kteří na rozdíl od klienta, ještě smíření nejsou, ale i když je to těžká práce, tak je krásná. Také byly jmenovány oblasti zátěže z přílišné administrativy a z práce na sobě jako nedávat najevo city, zachovat klid, přijmout vlastní bezmoc a nedokonalost a nebrat si starosti domů. 4 respondenti uvedli, že nic nebylo náročné a 4, že neví, co pro ně bylo nejtěžší. Jeden konstatoval, že zpočátku ani nevěděl, co to všechno obnáší a jeden uvedl, že sebelepší teorie člověka na smrt nepřipraví. Jiný uváděl, že „nejtěžší bylo zvyknout si, že tu pacienti často umírají – ze začátku to bylo těžké. Často jsem si někoho oblíbila a pak jsem z toho byla smutná. Nebrat si to domů.“ I další odpověděl, že pro něj bylo těžké „zavřít za sebou dveře po práci“ a „nebrat si starosti domů.“ Jiní měli těžkosti s přijetím agresivních pacientů a omezených možností personálu a zároveň s tím, vše vidět na vlastní oči, s přizpůsobením a přijetím, že konec člověka může být i krutý a jinde se objevila odpověď, že těžké bylo zvyknout si na dvanáctihodinovou pracovní dobu, „sladit se s některými kolegyněmi a oproštění od ideálů“ a „zůstat v klidu a udělat si čas na lidi“.

Tabulka č. 28: Zátěžové situace plynoucí z potřeb klientů

kolegové a systém práce	práce s rodinou, pozůstalými	komunikace s klientem a odchod klienta	práce na sobě	administrativa
29	17	17	8	8



**Je něco, co by šlo vylepšit v péči o tyto lidi? Pokud ano, tak co, případně jak?**

Na tuto položku většina pracovníků hospiců odpovídala, že rezervy vidí především v oblasti množství hospiců, míst v nich a v počtu pracovníků. Uváděli také potřebu mít u hospice zahradu, individuální přístup závislý na počtu pracovníků, více kvalifikovaného personálu pro komunikaci s klienty, např. psychology. Viděli závislost kvality péče a věnovaného množství času klientům na přílišné zátěži plynoucí z množství úkonů a práce kolem provozu hospice a administrativy, dále právní ukotvení, spolupráci s pojišťovkami a financování. Podobný problém uváděli i při péči o blízkého člověka rodinnými příslušníky, kteří by podle respondentů měli být státem více podporováni. Jinde zmiňovali, že péče o příbuzné má také ještě rezervy. Za důležitou považovali sebereflexi a regeneraci vlastních sil.

Tabulka č. 29: Rezervy v péči, návrhy na zlepšení

dostatek míst a personálu	nevím	více času, individuální přístup méně administrativy	rodina pozůstali	ne, péče je dostačující
33	23	20	18	11

sebereflexe, regenerace	stále je něco, je to individuální	ne	kolegové	právní ukotvení, pojištění
9	9	9	8	5

**Práce s lidmi v terminálním stadiu života vyžaduje smíření se i s vlastní smrtelností.****Uvažoval/a jste někdy nad vlastní smrtí?**

Mnoho autorů uvádí, že je potřeba, aby i ten, kdo pečuje, byl smířen s vlastní smrtelností. Z tabulky je zřejmé, že skutečně většina pracovníků nad svou smrtí alespoň uvažovala.

Tabulka č. 30: Smíření s vlastní smrtelností

Ano	115	95,00%
Ne	6	5,00%
	121	100,00%

**Přiměla Vás práce s těmito lidmi někdy uvažovat a zamyslet se nad hodnotami a smyslem vlastního života?**

Uváděli jsme, že pro správné hodnocení potřeb člověka, je potřeba znát vlastní hodnotový žebříček. Na otázku, zda i práce s naší cílovou skupinou má vliv na případné přehodnocování vlastního žebříčku hodnot, většina respondentů odpověděla, že ano.

Tabulka č. 31: Hodnoty vlastního života a práce s klienty

Ano	114	94,20%
Ne	7	5,80%
	121	100,00%

**Je něco, co na prožívání závěru života u těchto lidí můžete obdivovat a vzít si z toho příklad do vlastního života? Učíte se od nich?**

Tabulka č. 32: Příklad do života

ano	ne	nevím	
108	5	8	121
84,27%	6,05%	9,68%	100,00%

Respondenti odpovídající na tuto ano, nejčastěji uváděli jako obdivuhodné pokoj, vyrovnanost, trpělivost a celkově smíření se s vlastním koncem, statečnost, umění smířit se, i s křivdami, nerebelovat a nezlostit se, sílu, pokoru a odevzdanost. Také uváděli, že je to individuální a je možné vedle pozitivních zkušeností se také poučit z chyb klienta nebo ho dokonce brát jako varování či odstrašující případ. Jeden respondent to vyjádřil takto: „Jak od koho. Všeobecně vidím konečnost života a potřebu zvažovat rozhodnutí tak, aby jich později nebylo nutné litovat a těžce napravovat, pokud na to vůbec zbude čas, ochota a síla.“ Jiní uváděli schopnost odvahy, síly a lásky, kterou oni sami dávají, aniž by si stěžovali na všechny projevy nemoci a dokážou podle možností prožít poslední dny v radosti z maličkostí, které si zdravý ani neuvědomí.

**Péče o umírajícího člověka je celkově náročná. Jaký způsob odpočinku a regenerace využíváte?**

Tabulka nám ukazuje nejčastější způsoby relaxace našeho výzkumného souboru. Jednoznačné prvenství zde zaujal pobyt v přírodě a potom rozhovor s kolegy a přáteli. Třetí příčku obsadil sport a četba, potom modlitba a ztišení, koníčky, wellness a nakonec možnost jiná. Ti, kteří uváděli možnost jiná, svou odpověď upřesnili a dále jmenovali pobyt s rodinou, s domácími mazlíčky, poslech hudby, vytváření programů během církevního roku, zahradu, malování a jógu. Jeden účastník svou odpověď nekonkretizoval.

Tabulka č. 33: Regenerace sil

sport	pobyt v přírodě	četba	koníčky	rozhovor s kolegy a přáteli	wellness	ztišení, modlitba	jiná
53	88	53	38	59	13	46	11

**Rozhodl/a byste se znovu pracovat s lidmi v terminálním stadiu nemoci?**

Na tuto položku odpovědělo negativně 9 respondentů. Jednalo se konkrétně o 7 zdravotnických pracovníků (77,8% ) a dva pracovníky sociální (22,2%). Naším zájmem bylo zjistit, jaká byla jejich motivace při nástupu do hospicové péče a co pro ně bylo nejtěžší při saturaci potřeb naší skupiny klientů. Také nás zajímal jejich názor na náročnost komunikace s klienty hospicové péče.

Z uvedené tabulky četností můžeme vyčíst, že nejvíce pracovníků, kteří by už nechtěli pracovat s naší cílovou skupinou je ve věku 18 – 30 let, s praxí 1 – 9 let a pracujících v lůžkovém hospici. Vidíme, že jsou to spíše mladší ročníky, které jsou podle Svatošové i podle Křivohlavého nejvíce ohroženi syndromem vyhoření v důsledku zažívání velké emocionální zátěže, původního nadšení, ale také se setkávají s realitou, která může být jiná, než původně očekávali. Tito respondenti viděli náročnost komunikace především v empatii, umění naslouchat a v množství času. Dále uváděli nároky na silný charakter, osobnost a altruismus. Schopnost potěšit jeden z nich vnímal jako psychicky náročnou

a jeden upozornil na potřebu odhadnout správnou míru mezi litováním a zlehčováním situace klienta.

Tabulka č. 34: Regenerace sil u respondentů odpovídajících „Ne“ - podle věku, praxe druhu péče

<i>Podle věku</i>	18 - 30 let	31 - 50 let	51 - 65	
	5	3	1	9
	55,60%	33,30%	11,10%	100,00%
<i>Podle délky praxe</i>	1 rok a méně	1 - 9 let	10 let a více	
	3	5	1	9
	33,30%	55,60%	11,10%	100,00%
<i>Podle druhu péče</i>	lůžková	stacionární	mobilní	
	6	2	1	9
	66,70%	22,20%	11,10%	100,00%

Na otázku č. 18, na motivaci či motto, jeden respondent odpověděl, že nemá ani motto ani motivaci a jeden odpověděl nevím. Tři jako motivaci zmínili pomoc druhým a z nich jedna respondentka k tomu dále uvedla, že také bude jednou stará a nemocná a nebude chtít umírat v osamění. Dalšího motivovala smysluplnost práce a užitečnost, jiného zaměření na člověka jako na jedinečnou bytost. Jeden odpověděl, že i pečující si potřebuje odpočinout a jeden odpověděl citátem: Don spiro spero (Dokud dýchám, doufám).

V otázce č. 19 se objevovaly odpovědi: 3x spolupráce a pochopení mezi kolegy, způsob myšlení, 2x vidět utrpení lidí upoutaných na lůžko, a 1x to byla psychická zátěž, hygiena, smíření se s odchodem klienta a zvyknout si.

Na otázku č. 20, na možná zlepšení péče, se 2x objevila odpověď nevím, 2x více zařízení hospicového typu, 3x zlepšení v sociální oblasti, konkrétně sociálního zázemí, většího množství empatických sociálních pracovníků a ve větší četnosti návštěv rodiny a příbuzných. 1x bylo vzpomenuáno právní ukotvení a 1x méně byrokracie.

Na položku č. 23, zda mohou něco na lidech v závěru života objevovat nebo zda se od nich něco naučili, jsme 1x zaznamenali odpověď ne a nevím, 1x statečnost a 1x učení se pokoře, 1x bylo konstatováno vytváření vlastního pohledu na život tak, aby byl žitý

co nejlépe a 1x byla zdůrazněno, že u každého je to jiné, tak nelze rozhodnout, co je stěžejní, 3x to bylo smíření se s osudem, s nichž jeden vyjádřil obdiv nad tím, že ač tito lidé mají těžkosti, tak nedají to na sobě znát, dělají jakoby se nic nedělo a o svém konci mluví s naprostým klidem.

Naposled se podíváme na způsoby relaxace této skupiny respondentů. V tabulce jasně vede pobyt v přírodě, sport a rozhovor s kolegy a přáteli. Můžeme tedy usuzovat na preferenci sociálních kontaktů, snad i při sportovních aktivitách a v přírodě. Zároveň je možné, že nikdo z této skupiny není věřící a tudíž z této oblasti ani podporu nečerpá. A na otázku č. 14, zda si myslí, že se věřící člověk s krizemi vyrovnává lépe než nevěřící, odpovědělo 6 respondentů z 9, že ano, 7 z 9 se zamyslelo nad vlastní smrtelností (ot. č. 21) a 8 uvedlo, že jich tato práce přiměla uvažovat nad hodnotami a smyslem svého života. (ot. 22).

Tabulka č. 35: Regenerace sil u respondentů odpovídajících „Ne“

sport	pobyt v přírodě	četba	koníčky
5	5	3	2

rozhovor s kolegy, přáteli	wellness	ztišení, modlitba	jiná
4	0	0	0

## 8 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ A PŘÍNOS PRÁCE

Jako cíl práce jsme si stanovili určení nejdůležitějších potřeb, které vidí personál hospiců. Nyní se pokusíme interpretovat výsledky našeho šetření podle odpovědí, které jsme získali na stanovené výzkumné otázky.

**Hlavní výzkumná otázka:** Které potřeby lidí v závěru života jsou nejdůležitější z pohledu pracovníků hospiců?

Při celkovém sečtení odpovědí, se jako nejdůležitější potřeby ukázaly potřeby tělesné, následovaly psychické, sociální a nakonec potřeby spirituální.

Při zohlednění profese se ukázalo, že zdravotní sestry, ošetřovatelé a sociální pracovníci potřeby vnímají podobně a potřeby sociální a psychické jsou jimi považovány za stejně důležité. Dobrovolníci jako nejdůležitější popsali psychiku klientů, potom tělesnou stránku, duchovní a nakonec sociální. Podobně potřeby seřadili i příslušníci jiných profesí.

Při zvolení kritéria podle praxe zůstal zachováno pořadí potřeb bio-psycho-socio-spirito u pracovníků v délce praxe 1 rok a méně a 1 rok – 9let. Respondenti pracující s naší cílovou skupinou 10 let a více před sociální potřeby zařadili duchovní stránku člověka.

Respondenti ve věku 18 – 30 let a 51 – 65 let ponechali zachování základní pořadí, zatímco jejich kolegové ve věkové kategorii 31 – 50 let duchovní potřeby vyhodnotili jako důležitější, než sociální.

V kmenových hospicích pracovníci kladli důraz na tělesné potřeby a potom psychické. Sociální a spirituální se dostaly na stejnou příčku. Ve stacionářích a v mobilních hospicích se respondenti drželi základního pořadí modelu.

### Dílní otázky:

**1.** Které nejčastější potřeby současného člověka na sklonku života vidí personál podle modelu bio-psycho-socio-spirito a podle stadia smíření se s krizovou situací podle E. K. Rossové?

Za podstatné naši respondenti považovali potřeby sociální, potom tělesné, psychické a duchovní. 9 respondentů odpovědělo, že je důležité vše a 6 neví.

V sociálních potřebách se nejdůležitější stala rodina, komunikace, sdílení a vyřízení záležitostí klienta. Uváděny byly i potřebu a jistotu doprovázení, kontakty s okolím, knězem, mít domácího mazlíčka a také možnost být i sám.

Tělesné potřeby se vyznačovaly touhou být bez bolesti, ale zároveň nebýt příliš tlumen léky. Po delší mezeře se objevila potřeba neprodlužovat utrpení a péče o tělo.

Zde jsme si mohli všimnout vzájemné souvislosti potřeby nebýt tlumen a být bez bolesti a sociální potřeby komunikace se svými blízkými. Zároveň to souvisí s potřebou samoty a utřídění myšlenek. Při tom potřebuje klient také nemít zastřené vědomí. Míjíme, že toto už zasahuje do oblasti spirituálních potřeb. Můžeme tedy konstatovat souvislost mezi nimi a potřebami tělesnými.

Mezi psychickými potřebami se nejčastěji objevila potřeba citlivého přístupu jako takt, empatie, respekt, porozumění a také potřeba pojmenovat svou potřebu.

Další souvislosti vidíme v oblasti psychiky a citlivého přístupu, kdy i pečující i příbuzní by měl umět vycítit, že komunikace už bylo dost a „stáhnout sám sebe ze scény“, aby umírající mohl být sám.

Po spirituální stránce podle respondentů byla nejčastěji pozorována potřeba smíření, odevzdání celého života, odpuštění a víra, naděje na shledání a život věčný.

Jako základní faktory ovlivňující kvalitu smíření se s infaustní prognózou pracovníci považovali taktéž spirituální potřeby, konkrétně vztah s Bohem, víru a smíření, dále sociální potřebu přítomnosti rodiny, minulost, hodnoty, křivdy a celkovou kvalitu dosavadního života.

V 1. stadiu vyrovnání se s konečností života se ukázala ve všech věkových kategoriích nejdůležitější potřeba komunikace a ve dvou mladších potřeba trpělivosti. Nejstarší respondenti uvedli na druhém místě potřebu empatie a pochopení.

2. stadium se podle všech respondentů vyznačuje potřebou trpělivosti, potřebou důstojné péče a věnování času.

Ve 3. stadiu respondenti ve věku 18 – 30 let nejčastěji viděli potřebu empatie a pochopení, ve věku 31 – 50 let trpělivost a důstojnou péči a nejstarší respondenti uvedli potřebu komunikace, potřebu času, důstojné péče a trpělivosti.

4. stadium se vyznačuje podle personálu ve věku 18 – 30 let potřebou empatie a sdílení, ve věku 30 – 50 potřebou komunikace a ve věku 51 – 65 let důstojnou péčí, komunikací a nároky na čas.

Poslední, 5. stadium, pro respondenty nejmladší věkové kategorie je charakterizováno potřebou důstojné péče a sdílení, střední kategorie za podstatou považuje naději, sdílení a důstojnou péči a nejstarší respondenti uváděli potřebu sdílení a také důstojnou péči.

Závěrem bychom mohli konstatovat, že celkově všechny fáze jsou charakterizovány potřebami důstojné péče, empatie, komunikace a sdílení.

## **2. Které oblasti potřeb byly pro personál nejnáročnější při jejich saturaci?**

Nejnáročnější oblastí saturování potřeb klientů těsně po nástupu do hospicové péče byla souhra s kolektivem pracovníků, práce s rodinou a příbuznými, komunikace s klienty, empatie a naslouchání, odchod klienta a dále administrativní práce.

Při práci s klienty bez ohledu na délku praxe, věk i druh profese všichni jako nejnáročnější hodnotili potřebu komunikace, naslouchání, nároky na čas, empatii a také chránit se před vyhořením.

## **3. Jaké metody práce personál nejčastěji volí ke zjištění potřeb klientů?**

Náš výzkum ukázal, že nejčastější metodou všech pracovníků je komunikace s klientem, rozhovory, naslouchání. Za důležitou považovali také metodu pozorování. Uváděna byla také často práce s dokumentací a to pracovníky, kteří volili v dotazu na profesi možnost jiná.

## **4. V čem personál jednotlivých typů hospiců vidí přínos hospicové péče?**

Jako možnosti odpovědí byly respondentům jednotlivě nabídnuty všechny oblasti potřeb podle modelu bio-psycho- socio-spirito. K tomu byl přidán komplexní, holistický přístup, přizpůsobení individualitě klienta, suplování přirozeného prostředí, přítomnost blízkých a možnost ve všem zmíněném.

Při vyhodnocení byly zohledněny druhy hospicové péče a ukázalo se, že pracovníci ve všech typech hospiců největší přínos vidí ve všem zmíněném a komplexní, holistický přístup. Potom následoval přínos ve všech typech péče v oblasti suplování přirozeného prostředí klienta.

## **5. Jaká byla nejčastější motivace personálu pro práci s touto cílovou skupinou a jaké volí metody relaxace?**

Prvenství ve výběru způsobů relaxace zaujal pobyt v přírodě a potom rozhovor s kolegy a přáteli. Následoval sport a četba, modlitba a ztišení, koníčky, wellness a nakonec možnost jiná. Ti, kteří uváděli možnost jiná, jmenovali pobyt s rodinou, s domácími mazlíčky,



poslech hudby, vytváření programů během církevního roku, zahradu, malování a jógu. Jeden účastník svou odpověď nekonkretizoval.

Nejčastěji jmenované motivace byly služba bližním, pomoc, utváření příjemných chvil a náboženská motivace. Jiní respondenti jmenovali také způsob práce personálu a objevila se také nutnost změnit zaměstnání.

### **Shrnutí**

Z našeho výzkumu vyplynulo, že nejdůležitější jsou podle pracovníků hospiců potřeby tělesné. Potom následovaly potřeby psychické, sociální a nakonec potřeby spirituální.

Pracovníci hospiců považují za stěžejní dobrý přístup ke klientům a jejich duševní pohodu.

Další je empatie, komunikace, zpracování negativních emocí, přijetí stavu, podpora, vztahy a pravdivé informace, duševní pohoda, dobrý přístup a zpracování negativních prožitků.

Z tělesných potřeb je podle nich nejdůležitější celková péče o tělo, o nepříjemné projevy nemoci a také mobilita. V této souvislosti můžeme vzpomenout to, že jako možné zlepšení péče byl uveden také dostatečný počet kompenzačních pomůcek.

Spirituální potřeby se ukázaly, že úzce souvisí s potřebami sociálními. Společné bohoslužby a modlitby zajišťují i kontakty s okolím. Zároveň však bylo prokázáno, že i soukromí a samota má pro klienta význam.

Ve fázích smíření se jako nejdůležitější ukázala důstojná péče, sdílení, smíření a komunikace. Podle pracovníků klienti potřebují ve všech fázích s někým mluvit, aby jim někdo naslouchal a sdílel s nimi jejich starosti, radosti. To vše pracovníci často spojovali s potřebou empatie.

Komunikace a empatie je podle personálu hospiců také nejnáročnější oblastí péče. Souvisí s nimi i jejich časová náročnost a schopnost pozorování.

Jako náročnou pečující personál vnímal i schopnost určit správnou míru lítosti i empatie a prevencí osamocení klienta, ale zároveň i prevenci syndromu vyhoření sebe sama.

Další nároky vidí v psychické odolnosti, v síle vlastní osobnosti a charakteru a též ve zvládnutí samotného setkávání s utrpením a smrtí klientů a smutkem rodin.

Komunikace se ukázala nejen jako nejnáročnější, ale také nejčastěji používaná metoda práce s klientem.

Srovnatelné bylo pozorování a snad i práce s dokumentací. Mínilo, že jsme si zde mohli všimnout souvislosti mezi potřebami klienta, používanou metodou a také náročností pro personál.

Všechny aspekty se týkají právě komunikace s klientem či s rodinou a pak pozůstalými, a zároveň jsou personálem vnímány jako nejnáročnější na jejich schopnosti.

V práci jsme zmiňovali komunikaci také v souvislosti se zjišťováním potřeb z jiných oblastí péče, přičemž komunikace sama je také prostředkem saturace potřeby sociálních kontaktů a potřeby autonomie. Prolíná se tak všemi oblastmi a míníme, že tak naplňuje zároveň základní atribut hospicové péče a to komplexní, holistický přístup. Komplexní přístup pracovníci všech typů hospiců považovali za jeden největších přínosů péče v hospicích. Dále se komunikace ukázala také jako nejdůležitější prostředek regenerace sil. Pracovníci uváděli, že je jim velkou oporou možnost rozhovoru s kolegy, sport, pobyt v přírodě, ztišení i modlitba, kterou věřící také nazývají jako rozhovor, tedy komunikaci, s Bohem. Hlavními motivacemi personálu pro práci v hospici byla služba bližnímu, zpříjemnění posledních chvil člověka a duchovní motivace, jako je modlitba.

Vzhledem k výsledkům našeho šetření bychom mohli největší přínos práce vidět v odhalení zásadních potřeb našich umírajících bližních právě v oblasti citlivého přístupu k nim a důstojné péče. Míníme, že to je oblast, která se dá ovlivnit díky novému přístupu k smrti v dnešním světě. To znamená, že před člověkem stojí úkol smrt zapracovat do života, nebát se jí a přijmout ji jako součást lidského života. K tomu lze přispět sebevzděláváním a výchovou již ve školách např. zařazením do výchovných předmětů jako je rodinná výchova nebo i občanská nauka, případně dějepis, kde se dá probrat např. kultura pohřebních rituálů. Toto tvrzení bychom mohli opřít o tvrzení Vacka, které jsme uváděli již v předchozích kapitolách, o potřebě výchovy k prosociálnímu chování i dětí na 1. stupni základních škol a o potřebě interiorizace morálních norem. Podobně jsme uváděli i Pelikánovo mínění o potřebě výchovy k dobrým mezilidským vztahům. Míníme, že se zde nabízí široká možnost působení skrze sociálně pedagogický přístup a tím přispět ke zdárné socializaci budoucích generací a tím i potencionálních pracovníků hospicové péče a doprovázejících.

Nemalou měrou k pozitivnímu přístupu k umírajícím lze přispět i vlastním příkladem. Aby však člověk byl takovým dobrým příkladem, musí pečovat i sám o sebe. Míníme tedy, že je na místě se vzdělávat: pořádání přednášek, kurzů péče ať už odborných pro personál nebo i pro pečující doma. Míníme, že je možné částečně možnosti domácí péče zmínit právě i v rodinné výchově. Nemyslíme tím pouze finanční ohodnocení pečovatелů či péči o hygienu apod., ale především důraz na lidskost, lásku k bližnímu, věnovaný čas či dokonce možnosti zpracování praktických zážitků s pomocí bližnímu i ve slohové práci, pořádání vhodných kulturních akcí či besídek pro umírající bližní, na kterých žáci mohou účastnit. Míníme, že námětů, jak upozornit na potřebu solidarity v úzkém společenství lidí

je mnoho. Záleží na umu a fantazii pedagoga, rodičů i lidí okolo a samotných pracovníků hospiců.

Vzhledem k tomu, že komunikace se ukázala velkou potřebou klienta i častou metodou personálu, považovali bychom za přínosné, kdyby se jí věnovala značná pozornost při školeních personálu. I s potřeby pozitivního přístupu ke klientům vyplývá požadavek na sebevzdělávání, sebereflexi a takt pečujících. Mníme, že není možné dosáhnout výsledku za jedno školení nebo za jeden den, ale výchova k solidaritě, soucítění a vzájemné pomoci by měla být součástí každodenního života ve škole i v rodině a v oblasti sebevýchovy.

Dále míníme, že jestliže intervence sociální pedagogiky je determinována společenskou poptávkou z oblastí, které se vyznačují nepříznivou sociální situací a volají po pomoci a nápravě, tak nynější potřeby umírajících a ve výchově dětí i dospělých v oblasti přístupu k umírajícím mohou být takovou objednávkou. Sociální pedagogika v něm může nalézt uplatnění např. při aktivizačních činnostech v hospicích, pořádání kulturních akcí, začlenění klientů do společenského života hospice a míníme, že i v osvětové činnosti a ve školství právě ve výchově k morálním hodnotám, správnému jednání a zodpovědnosti za život svůj i kolem sebe a kvalitu naplnění vlastního života a jeho opravdového smyslu.

## ZÁVĚR

Celá práce byla zaměřena na potřeby našich umírajících bližních. Jejím cílem bylo zjistit nejčastější potřeby klientů hospiců skrze pohled pečujících a snažili jsme se nastínit možnosti saturace prostřednictvím komplexního, holistického přístupu ke klientům, aby jejich a také náš život dohromady nebyl jen životem vedle sebe, ale spolu. Zabývali jsme se vzájemnou interakcí, podmínkami péče a také závislostí kvality péče na osobnostních kvalitách jednotlivců. Mohli jsme si všimnout propletenosti potřeb, jejich vysoké individuality a také závislosti jedné potřeby na druhé. Zároveň jsme si mohli všimnout vlivu minulosti, vztahů, hodnot, způsobu chápání smyslu života a osobních vlastností všech zúčastněných. S tím úzce souvisí často skloňovaná potřeba citlivého přístupu, empatie a především kvalitní komunikace, jež umožňuje sdílení a také diagnostiku dalších potřeb. Při tom, se nejedná pouze o komunikaci verbální, ale také o naslouchání či práci s člověkem, který verbální projev nezvládne, a práci s tichem. Dostali jsme se tak k závislosti kvality života klienta na kvalitní diagnostice a saturaci potřeb. V souvislosti s kvalitou saturace byly zmiňovány takové pojmy jakým je distres a angažovanost i motivace či zapálení pracovníků, jehož počáteční míra souvisí s mírou rizika syndromu vyhoření a v důsledku s mírou kvality péče.

Uváděli jsme i souvislost současné izolovanosti smrti a umírajících v institucích a způsobu života zaměřeného více materialisticky. Tato realita vytváří potřebu přehodnocení situace a integrace smrti do běžného života jako normální a samozřejmou.

To vše klade na člověka vysoké požadavky v podobě poctivého přístupu k sobě i k jiným, schopnosti sebereflexe, sebevzdělávání, sebezříjetí, odpovědnosti, morálky, hodnot a osobnostního zrání. Domníváme se, že k pozitivní změně ve zmiňovaných oblastech může přispět dobrá výchova a osobní příklad. Uváděli jsme nezanedbatelnou úlohu sociálního prostředí i kvality sociálních vztahů v procesu vyrovnávání se s těžkostmi v životě. Mníme, že toto je oblast, která může a má být ovlivňována již výchovou v rodině. Výchova v rodině začíná již v dětství, dokonce už v prenatálním období. Dnes je již známo, že dítě vnímá vše, co prožívá jeho matka. Její emocionální rozpoložení má výrazný vliv na to, jak se cítí její dítě. Bylo zjištěno, že děti matek, které je chtěly a těšily se na ně, byly více emocionálně zdravé, než děti nechtěné. (Pelikán, s. 47). Na ženy zase působí kvalita jejich prostředí. (Pelikán, s. 48). Pelikán při hodnocení života vidí situační vliv. Situace rozlišuje na obecně významné a osobně významné, které mají význam jen

pro konkrétního člověka. Oba typy však mohou být startem přehodnocení dosavadního života. (Pelikán, s. 54). Mníme, že takovou situací je i jeho nastupující konec, k jehož zdárnému prožití přispívá již výchova k zodpovědnému rodičovství, k dobrým vztahům ve škole i doma. Podle Pelikána je důležité, aby si dítě postupně osvojilo zdravou sebedůvěru, své místo v životě a své kompetence a tím mělo i možnost ovlivnění vlastního života. Za předpoklad vstupu do samostatného života Pelikán považuje přijetí vlastní svobody, ale též jejích hranic, a přijetí zodpovědnosti za sebe i za jiné. Základními charakteristikami rodin, z nichž vyšli takto vybaveni jedinci, jsou: pocit šťastného dětství, dobré porozumění s rodiči a byly zde přítomny základní životní vzory. (Pelikán, s. 98)

Vidíme vysoké nároky na péči i změnu hodnot a na morální uvědomění. Široké pole, na kterém lze podporovat potřebu rozvoje osobnosti a právě těch vlastností, které umožní efektivní saturaci potřeb našich umírajících lze spatřit ve výchově k taktnímu, citlivému přístupu, ke schopnosti empatie a úctě k člověku jako jedinečné bytosti, k nezištnosti a ochotě věnovat svůj čas a umění dobré komunikace včetně utváření nejbližšího prostředí. Vedle potřeb klientů a pečujících zde můžeme pozorovat potřebu osvěty a kvalitní výchovy v rodinách, ve školách a i prostřednictvím samotné existence hospiců i jejich pracovníků tak jak je uvádí Bakošová: utváření návyků kooperativní interakce, asertivní, podporující a efektivní komunikace, akceptace osobnosti i jejích potřeb, respekt k lidským právům a pochopení smyslu života a vedení ke zlepšení života a k tomu, aby člověk byl člověkem. (Bakošová, s. 52). Mníme, že základním předpokladem úspěšného zvládnutí života, včetně umírání blízkých i vlastního je zakotveno již ve výchově k rodinnému i společenskému životu se všemi jeho nároky, včetně umírání.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1.] BAKOŠOVÁ, Zlatica. *Sociálna pedagogika jako životná pomoc*. Vyd. 3. rozšířené a aktualizované., Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, Filozofická fakulta, nakladatelství: public promotion, s. r. o., 2008, 251 s., ISBN 978-80-969944-0-3.
- [2.] BENDL, Stanislav. *Nárys sociální pedagogiky*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, tisk: tiskárna Nakladatelství Karolinum, 2014, 68 s., ISBN 978-80-7290-668-0
- [3.] FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, 1996. 237 s., ISBN 8085319500.
- [4.] FUNK, Karel. *Provázení stářím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*. Praha: Malvern, 2014, Adam a Eva. ISBN 978-80-87580-70-7.
- [5.] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
- [6.] GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Praha: Argo, 1999, ISBN 80-7203-124-4
- [7.] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Vyd. 4. aktualizované a rozšířené., Praha: Galén, 2015., 225 s., ISBN 978-80-7492-204-6.
- [8.] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přepracované a doplněné. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9
- [9.] HILL, Patrick. *Péče o umírajícího: pohled etiky*. In KUSHNER, Thomasine Kimbrough a David C. THOMASMA. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Praha: Mladá fronta, 2000, 389 s., s. 204 – 211. ISBN 80-204-0883-5.
- [10.] HNILICOVÁ, Helena. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- [11.] CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007, 265 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [12.] JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003, 223 s. ISBN 80-7254-329-6.

- [13.] KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče*. Vyd. 1., Praha: Mladá fronta a.s., 2017., 315 s., ISBN 978-80-204-4225-3.
- [14.] KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
- [15.] KASTOVÁ, Verena. *Krize a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Vyd. 2., Praha: Portál, 2010, 167 s. Spektrum. ISBN 978-80-7367-800-5.
- [16.] KELLER, Jan. *Úvod do sociologie*. Vyd. 5., Praha: Sociologické nakladatelství Slon, 2004., 204 s. Studijní texty. ISBN 80-86429-39-3 .
- [17.] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994, 190 s. ISBN 8071691216.
- [18.] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie moudrosti a dobrého života*. Praha: Grada, 2009, 138 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2362-4.
- [19.] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha, Grada, 2002, 198 s. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.
- [20.] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada Publishing, 2011, 141 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3604-4.
- [21.] KOZOŇ, Antonín a kol. *Etické otázky socializácie sociálnej práce a príbuzných vedných disciplín*. Trenčín: SpoSoIntE, 2013. 474 s., ISBN 978-80-89533-10-7.
- [22.] KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014, ISBN 978-80-247-4650-0.
- [23.] KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011, 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
- [24.] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Vyd. 3., přeprac. a dopl., Praha: Grada, 1998, 343 s. Psyché. ISBN 80-7169-195-X.
- [25.] MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010., 128 s., ISBN978-80-247-3171-1.

- [26.] MĚŘIČKA, Vojtěch., *Psychospirituální péče*. In BYDŽOVSKÝ, Jan., Jiří KABÁT a kol. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Praha: Most k domovu a Příbram: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna, 2015, s. 42-44., ISBN 978-80-905867-1-0
- [27.] MILEROVÁ, Jana. *Komunikace s umírajícím*. In BYDŽOVSKÝ, Jan., Jiří KABÁT a kol. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Praha: Most k domovu a Příbram: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna, 2015, s. 29-33., ISBN 978-80-905867-1-0
- [28.] NAYLOR, Wayne. *Maligní rány*. In O'CONCOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005., s. 165 -175. Sestra. ISBN 80-247-1295-4.
- [29.] O'CONCOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005., 324 s., Sestra. ISBN 80-247-1295-4.
- [30.] *O organizaci paliativní péče: Doporučení Rec(2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům: přijaté Výborem ministrů 12. listopadu 2003 na 860. zasedání zástupců ministrů*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4332-4.
- [31.] PARKES, Colin Murray., Marilyn RELF a Ann COULDRICK. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 180 s. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-23-7
- [32.] PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR Christine INGLETON. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 807 s. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-25-1.
- [33.] PELIKÁN, Jiří. *Výchova pro život*. Praha: ISV nakladatelství, 1997, 108 s. ISBN 80-85866-23-4.
- [34.] POLLARD, Annabel a Kathleen SWIFT. *Komunikační dovednosti v paliativní péči*. In O'CONCOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005., s. 29 - 41. Sestra. ISBN 80-247-1295-4.
- [35.] SLAMKOVÁ, Alica a Ľubica POLEDNÍKOVÁ. *Klinické a ošetrovaľské aspekty paliatívnej starostlivosti*. Martin: Osveta, 2013, 146 s. Vysokoškolská učebnica. ISBN 978-80-8063-379-0.



- [36.] *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě, Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči. Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, 2010, 63 s.*
- [37.] *Standardy paliativní péče. 2016, s. 17., Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče Karlovo náměstí 317/5, Praha 2, PSČ 128 01 IČO: 270 02 659*
- [38.] SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.*
- [39.] ŠAMÁNKOVÁ, Marie., a kolektiv. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011., 143 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3223-7.*
- [40.] ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství. Praha: Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4.*
- [41.] ŠVEC, Štefan., a kolektiv. *Metodológia vied o výchove. Kvantitatívno-scientické a kvalitatívno-humanitné prístupy v edukačnom výskume. Bratislava: Iris 1998, 303 s. ISBN 80-88778-73-5.*
- [42.] TRACHTOVÁ, Eva, Dagmar MASTILIAKOVÁ a Gabriela FOJTOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Vyd. 2., nezměn. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 185 s. ISBN 80-7013-324-4.*
- [43.] ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat.: učebnice metod sociální praxe. Vyd. 3., V Sociologickém nakl. 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005, 128 s. Studijní texty. ISBN 80-86429-36-9*
- [44.] VACEK, Pavel. *Průhledy do psychologie morálky. 2. Vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006, 123 s. ISBN 80-7041-188-0.*
- [45.] VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 145 s. ISBN 80-210-3754-7.*
- [46.] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál, 2000, 528 s. ISBN 8071783080.*

- [47.] VACHON, Mary. *Psychická zátěž v paliativní péči*. In O'CONCOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005., s. 43 - 50. Sestra. ISBN 80-247-1295-4.
- [48.] WHITE, Kate. *Sexualita a body image*. In O'CONCOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005., s. 201 - 210. Sestra. ISBN 80-247-1295-4.
- [49.] ZACHAROVÁ, Eva. *Základy vývojové psychologie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2012. ISBN 978-80-7464-220-3.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

- [1.] *Zákon č. 108/2006Sb O sociálních službách*. [online]. c2017. [cit. 2018-02-13] Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108/zneni-20171001#cast2>>
- [2.] *Zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*. [online]. c2017. [cit. 2018-02-15]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372/zneni-20171101#cast2>>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

WHO	Světová zdravotnická organizace
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
DNR	Do not resuscitate
CT	Počítačová tomografie
RTG	Rentgenové vyšetření
EKG	Elektrokardiografické vyšetření srdce
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
CMP	Cévní mozková příhoda
Apod.	A podobně
Např.	Například

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1: Věkové kategorie .....	61
Tabulka č. 2: Délka praxe .....	62
Tabulka č. 3: Profesní struktura .....	62
Tabulka č. 4: Typy hospiců.....	63
Tabulka č. 5: Metody práce podle druhu profese .....	63
Tabulka č. 6: Potřeb tělesné .....	65
Tabulka č. 7: Potřeby psychické .....	66
Tabulka č. 8: Potřeby sociální.....	68
Tabulka č. 9: Potřeby spirituální.....	68
Tabulka č. 10: Význam potřeb.....	69
Tabulka č. 11: Změny v potřebách v průběhu terminálního stadia .....	70
Tabulka č. 12: Vnímání potřeb ve fázích podle E. K. Rossové.....	71
Tabulka č. 13: Vnímání potřeb ve fázích podle E. K. Rossové.....	72
Tabulka č. 14: Vnímání potřeb ve fázích podle E. K. Rossové.....	72
Tabulka č. 15: Bilancování .....	73
Tabulka č. 16: Bilancování .....	73
Tabulka č. 17: Faktory kvality smíření .....	74
Tabulka č. 18: Faktor víry.....	74
Tabulka č. 19: Zásadní potřeby podle základního modelu .....	75
Tabulka č. 20: Zásadní sociální potřeby .....	75
Tabulka č. 21: Zásadní tělesné potřeby .....	75
Tabulka č. 22: Zásadní psychické potřeby.....	76
Tabulka č. 23: Zásadní spirituální potřeby .....	76
Tabulka č. 24: Přínos hospicové péče.....	77
Tabulka č. 25: Oblasti potřeb náročných pro personál .....	78
Tabulka č. 26: Náročné oblasti komunikace.....	78
Tabulka č. 27: Motivace a motto .....	79
Tabulka č. 28: Zátěžové situace plynoucí z potřeb klientů.....	80
Tabulka č. 29: Rezervy v péči, návrhy na zlepšení .....	81
Tabulka č. 30: Smíření s vlastní smrtelností.....	81
Tabulka č. 31: Hodnoty vlastního života a práce s klienty .....	82
Tabulka č. 32: Příklad do života .....	82

---

Tabulka č. 33: Regenerace sil .....	83
Tabulka č. 34: Regenerace sil u respondentů odpovídajících „Ne“ - podle věku, praxe druhu péče .....	84
Tabulka č. 35: Regenerace sil u respondentů odpovídajících „Ne“ .....	85

## SEZNAM PŘÍLOH

<b>PŘÍLOHA P 1: DOTAZNÍK PRO PERSONÁL HOSPICŮ.....</b>	<b>103</b>
--	------------



**6. Hospicová péče a paliativní péče je komplexní a zabývá se čtyřmi základními oblastmi potřeb nevléčitelně nemocného. Seřad'te tyto oblasti podle Vámi myšlené důležitosti od č. 1 – 4, kde č. 1 je nejdůležitější.**

tělesné potřeby

sociální potřeby

psychické potřeby

duchovní potřeby

**7. Které konkrétní potřeby Vás hned napadnou za potřebami**

a) Tělesnými:

c) Sociálními:

b) Psychickými:

d) Spirituálními

**8. Myslíte si, že všechny výše uvedené oblasti potřeb mají stejný vliv na kvalitu lidského života v jeho posledním úseku nebo některou vnímáte jako významnější? Kterou?**

a) všechny mají stejný vliv

b) za významnou považují:

**9. Pozorujete, že se potřeby nemocného mění v závislosti na pokročilosti onemocnění a celkovém stavu nemocného?**

a) Ne

b) Ano. Popište stručně jak?

**10. Umírání, nebo spíše smíření se s konečností života je podle Kubler – Rossové rozčleněno do pěti fází: 1. popírání a izolace, 2. zlost, 3. smlouvání, 4. deprese, 5. akceptace. Co podle Vás potřebuje člověk v jednotlivých fázích od těch, kteří o něj pečují? (péči o tělo, trpělivost, naslouchání, čas, cílené otázky, úctu, takt apod.) Doplňte dle vlastního názoru.**

1.....

3.....

2.....

4.....

5.....

**11. Na konci života lidé hodnotí celý svůj život. Mnoho věcí chtějí dát do pořádku. Bilancují. Je něco, co v takových chvílích očekávají od pečujícího personálu, tedy od Vás?**

a) Ne

b) Ano. Co?



**12. Které faktory nejvíc ovlivňují kvalitu prožívání závěru života?**

(Např. způsob přijetí onemocnění a smíření se se smrtí, schopnost adaptace, kvalita citového života, partnerský vztah, rodinné zázemí, hodnotový žebříček, víra, minulost, povahové rysy apod.) **Opět doplňte dle vlastního názoru.**

**13. Myslíte si, že věřící člověk se s krizemi, které závěr života přináší, vyrovnává lépe než ten, kdo víru nemá nebo nepraktikuje?**

a) Ano

b) Ne

**14. Kdybyste měl/a, podle Vašeho pohledu, zásadní potřeby člověka v hospicové péči shrnout několika vlastními slovy, které potřeby byste uvedl/a?****15. Největší přínos hospicové péče pro člověka v terminálním stadiu života vidím:**

a) v péči o tělo

b) v péči o duševní pohodu

c) v péči o spirituální potřeby

d) v péči o sociální potřeby

e) v komplexnosti péče, v holistickém přístupu

f) v přizpůsobení se individualitě klienta, respektování jeho přání

g) v přítomnosti blízkých osob, v suplování přirozeného prostředí klienta

h) ve všech výše zmíněných oblastech

**16. Komunikace s umírajícím člověkem klade zvýšené nároky na schopnosti pracovníků. V čem tyto nároky vidíte? (např. v množství času, schopnosti naslouchat, tázat se, pozorovat, mimice, empatii apod.)****17. Co Vás motivovalo a motivuje v práci s lidmi v terminálním stadiu života? Jaké je vaše motto?****18. Co pro Vás bylo nejtěžší po nástupu do zaměstnání v hospici?****19. Je něco, co by šlo vylepšit v péči o tyto lidi? Pokud ano, tak co, případně jak?**

**20.** Práce s lidmi v terminálním stadiu života vyžaduje smíření se i s vlastní smrtelností. Uvažoval/a jste někdy nad vlastní smrtí?

- a) Ano b) Ne

**21.** Přiměla Vás práce s těmito lidmi někdy uvažovat a zamyslet se nad hodnotami a smyslem vlastního života?

- a) Ano b) Ne

**22.** Je něco, co na prožívání závěru života u těchto lidí můžete obdivovat a vzít si z toho příklad do vlastního života? Učíte se od nich?

**23.** Péče o umírajícího člověka je celkově náročná. Jaký způsob odpočinku a regenerace využíváte?

- |                    |                               |
|--------------------|-------------------------------|
| a) sport           | e) rozhovor s kolegy, přáteli |
| b) pobyt v přírodě | f) wellness                   |
| c) četba           | g) ztišení, modlitba          |
| d) koníčky         | h) jiné:                      |

**24.** Rozhodl/a byste se znovu pracovat s lidmi v terminálním stadiu nemoci?

- a) Ano b) Ne

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku váš čas.

