

UNIVERZITA KARLOVA
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Diplomová práce

Hodnoty a potřeby pacientů v hospicové péči

Bc. Robert Vitek

Katedra praktické teologie
Vedoucí práce: Mgr. Monika Ulrichová, Ph.D.
Studijní program: Teologie
Studijní obor: Komunitní krizová a pastorační práce – diakonika

Praha 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem Hodnoty a potřeby pacientů v hospicové péči napsal samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

V Jenišovicích dne

.....

Bc. Robert Vitek

Anotace

Diplomová práce reflektuje hodnoty a potřeby pacientů v hospicové péči a zkoumá, jak se tyto hodnoty a potřeby mění v průběhu postupujícího onemocnění. Cílem práce je lépe porozumět tomu, co pacienti považují za důležité ve své závěrečné fázi života. Obsah práce je rozdělen na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část se člení do tří kapitol. První kapitola se zabývá historií hospicového hnutí, současnou paliativní péčí a jejím právním rámcem v České republice. Druhá kapitola vymezuje hodnoty jednak v obecné rovině a dále pak se zaměřuje zejména na význam hodnoty rodiny a křesťanské víry. Třetí kapitola podrobně popisuje širokou škálu potřeb pacientů v terminálním stádiu. Výzkumná část se zaměřuje na kvalitativní analýzu konkrétních případů a má za cíl přispět k hlubšímu porozumění potřeb a hodnot pacientů, což je nezbytné pro poskytování kvalitní hospicové a sociální péče.

Klíčová slova

Hospicová péče, hodnoty, potřeby, kvalita života, život ohrožující onemocnění, rodina, křesťanská víra

Summary

This diploma thesis reflects on the values and needs of patients in hospice care, and explores how these values and needs change as the disease progresses. The thesis aims to better understand what patients consider as important in their final phase of life. The content of the thesis is divided

into a theoretical and research section. The theoretical part is divided into three chapters. The first chapter deals with the history of the hospice movement, to current palliative care and its legal framework in the Czech Republic. The second chapter defines the values in general terms and then focuses in particular on the importance of family values and Christian faith. The third chapter describes in detail the wide range of needs of patients in the terminal stage. The research section focuses on the qualitative analysis of specific cases and aims to contribute to a deeper understanding of patients' needs and values, which is essential for the provision of quality hospice and social care.

Keywords

Hospice care, values, needs, quality of life, life -threatening illness, family, Christian faith

Poděkování

Touto cestou bych chtěl poděkovat všem, kteří mi byli nápomocni při zpracování této práce. Především pak paní Mgr. Monice Ulrichové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce.

Obsah

Úvod.....	11
1. Paliativní a hospicová péče.....	14
1.1 Paliativní péče.....	14
1.2 Vznik hospicového hnutí a hospicové péče v České republice.....	15
1.3 Hospicová péče a její formy.....	17
1.3.1 Lůžková hospicová péče.....	18
1.3.2 Stacionární hospicová péče.....	19
1.3.3 Domácí hospicová péče.....	20
1.4 Legislativní ukotvení hospicové péče.....	21
1.5 Shrnutí první kapitoly.....	23
2. Hodnoty pacientů v hospicové péči.....	25
2.1 Definice pojmu hodnota.....	26
2.2 Klasifikace hodnot a hodnotová orientace.....	27
2.2.1 Hodnotová orientace.....	30
2.3 Rodina jako základní hodnota pacientů.....	31
2.4 Křesťanská víra jako hodnota u pacientů v hospicové péči.....	34
2.5 Shrnutí druhé kapitoly.....	36
3. Potřeby pacientů v hospicové péči.....	38
3.1 Definice pojmu potřeba.....	38
3.2 Dělení potřeb.....	38
3.3 Potřeby pacientů.....	40
3.3.1 Respektování a podpora od personálu.....	40
3.3.2 Potřeba autonomie.....	42
3.3.3 Smysl života, usmíření se.....	43
3.3.4 Péče o fyzické symptomy nemoci.....	44
3.3.5 Potřeby v sociální oblasti.....	44
3.3.6 Potřeba možnosti sdílení emocí.....	46
3.3.7 Potřeby religiózní.....	47
3.4 Kvalita života.....	48
3.5 Shrnutí třetí kapitoly.....	50
4. Výzkumná část.....	51
4.1 Výzkumný problém.....	51
4.2 Výzkumný cíl.....	51
4.3 Výzkumné otázky.....	51
4.4 Metodologie.....	51
4.4.1 Stanovení výzkumného vzorku.....	52
4.4.2 Technika sběru dat.....	53
4.4.3 Provedení a organizace výzkumu.....	53
4.4.4 Analýza získaných dat.....	53

4.5	Kazuistiky.....	55
4.5.1	Kazuistika č. 1	55
4.5.2	Kazuistika č. 2	62
4.5.3	Kazuistika č. 3	69
4.5.4	Kazuistika č. 4	76
4.5.5	Kazuistika č. 5	81
4.6	Diskuze.....	87
4.7	Závěr	91
	Seznam literatury.....	93
	Přílohy	98
	Biografický list.....	98
	Sociální šetření.....	99
	Denní záznamy	111

Úvod

Tato diplomová práce se zabývá zkoumáním hodnot a potřeb pacientů v hospicové péči. Hospicová péče se věnuje osobám s nevyléčitelným, život ohrožujícím onemocněním, kdy klade důraz na zachování důstojnosti a kvality jejich zbývajících života. Hospicová péče reprezentuje možná nejnáročnější oblast zdravotního systému. Proto je nesmírně důležité v rámci poskytování tohoto druhu péče porozumět tomu, co pacienti považují v těchto svých kritických chvílích za důležité, jaké mají hodnoty, potřeby, a to z toho důvodu, aby jim mohla být poskytnuta co nejlepší a nejvhodnější pomoc a podpora. Cílem diplomové práce je reflektovat a analyzovat změny, které mohou v hodnotách a potřebách pacientů nastat v souvislosti s postupujícím stádiem onemocnění. Mezi stěžejní otázky, na které má tato práce získat odpověď, patří: Dochází ke změnám hodnot a potřeb u pacientů domácí hospicové péče v průběhu jejich onemocnění? Obracejí se tito pacienti na sklonku svého života k Bohu či víře jako takové?

Převládajícím důvodem pro výběr tohoto tématu je hlubší pochopení potřeb a hodnot pacientů v hospicové péči. Charakteristickým rysem hospicové péče je holistický přístup k pacientovi. Tento přístup nezahrnuje pouze lékařskou péči o fyzické symptomy, ale poskytuje podporu i z hlediska spirituálního, sociálního, náboženského a psychologického. Dívá se na člověka jako celek, který má různé potřeby a hodnoty.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část se skládá ze tří kapitol, z nichž se každá věnuje konkrétní oblasti související s poskytováním hospicové péče. První kapitola popisuje historický vývoj a vznik hospicového hnutí. Následně s pomocí odborné

literatury je popsána současná praxe paliativní péče, která vychází z nutnosti zajistit pacientům komplexní péči skrze multidisciplinární týmy. Jsou zde definovány formy poskytování hospicové péče, kam patří lůžková hospicová zařízení, denní stacionáře nebo domácí hospicová péče, které mohou přispět k důstojnému prožívání posledních chvil života. Podstatnou kapitolou je právní rámec poskytování paliativní a hospicové péče v České republice. Ve druhé kapitole jsou popsány dvě základní hodnoty, které mohou být pro pacienty v hospicové péči prioritní, a to rodinu a křesťanskou víru.

Rodina pro řadu pacientů představuje základní kámen jejich života, zdroj pomoci, podpory, lásky a klidu. Zapojení rodiny je jednou z podmínek poskytování domácí hospicové péče. Křesťanská víra může být pro některé pacienty zdrojem síly, smyslu a naděje, že život smrtí nekončí. Třetí kapitola se zabývá širokou škálou potřeb pacientů v poslední fázi onemocnění. Cílem této kapitoly je poskytnout podrobný přehled potřeb pacientů a zaměřit se na jejich zvládnutí. Hospicová péče se musí umět vypořádat nejen s fyzickými potřebami nemocných, kam může patřit bolest, či nevolnost, ale také musí umět reagovat na potřeby sociální, spirituální a měla by umět respektovat důstojnost a autonomii nemocného. Teoretická část vychází ze studia odborné literatury a její analýzy. Jako další významný zdroj informací se ukázali také zkušenosti pracovníků pobytové odlehčovací služby.

Na teoretickou část navazuje část výzkumná. Výzkumná část práce je zaměřena na kvalitativní výzkum, který je založen na konkrétních kazuistikách. Výsledkem diplomové práce má být hlubší porozumění pacientům v hospicové péči a zdůraznění konkrétních hodnot a potřeb, které by měly být v péči o tyto pacienty zohledněny. Jsem přesvědčen, že porozumění a podpoření hodnot a potřeb, které pacient považuje

za důležité, je nezbytné pro poskytování kvalitní a empatické hospicové péče.

1. Paliativní a hospicová péče

1.1 Paliativní péče

Termín paliativní péče pochází z latinského slova pallium, které je přeloženo do češtiny jako maska, anebo také zakrytí pláštěm. V této souvislosti termínu rozumíme jako zakrytí, zamaskování projevů nevléčitelné nemoci. Podle Slámy spočívá tato péče v mírnění bolesti u pacienta, v péči o další tělesné a duševní potíže, jež pacienta v souvislosti s nemocí provázejí, a udržením co nejvyšší možné kvality jeho života.¹

Velký lékařský slovník definuje paliativní péči jako „léčbu, která zmírňuje utrpení nevléčitelně nemocných, ovlivňuje samotné projevy nemoci, zvyšuje jejich snesitelnost pro nemocného, ale nemá rozhodující vliv na příčinu nemoci a její průběh.“²

Paliativní péči lze rozdělit na paliativní péči obecnou a specializovanou.

Obecnou formu paliativní péče může poskytovat každé zdravotnické zařízení v rámci své specializace. Obecná forma zahrnuje rychlé a správné posouzení zdravotního stavu pacienta, rozhodnutí o vhodnosti a smysluplnosti pokračování v intenzivní léčbě, pravidelné monitorování zdravotního stavu a poskytování takové léčby, která je klíčová pro zlepšení kvality dožití pacienta. Mezi hlavní prvky obecné paliativní péče patří uznání pacientovi autonomie, účinné zmírnění bolesti a jiných nepříjemných příznaků, stejně tak podpora rodině pacienta nebo případné předání dalším specialistům.³

Specializovanou paliativní péči již provádí lékařská zařízení, u kterých je paliativní péče hlavní náplní jejich činnosti. Pod specializovanou péči

¹ SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011, s. 125.

² VOKURKA, Martin. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2009. s. 769.

³ MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010, s. 20–21.

patří například oddělení paliativní péče, domácí hospice, lůžkové hospice, ambulance paliativní péče, konziliární týmy, denní stacionáře. Důležitou součástí je kvalifikovaný personál s různými specializacemi.⁴

Pozitivní přínos paliativní péče spočívá ve zlepšení kvality života nemocného, ve snížení bolesti a utrpení, které zákeřná nemoc přináší, a v některých případech dokáže prodloužit život i o několik měsíců.⁵

1.2 Vznik hospicového hnutí a hospicové péče v České republice

Z historického hlediska v období středověku jsme si pod slovem hospic mohli představit dům pro odpočinek, který využívali zejména poutníci, kterým byl poskytnut potřebný odpočinek na jejich cestě. Krom odpočinku v řádech několika dní jim zde byla také poskytnuta nejen strava, místo pro spánek, ale také základní ošetření, které bylo při jejich náročné cestě potřeba. Ošetřování se nejvýrazněji týkalo péče nemocných nohou, na kterých putování zanechávalo neblahé následky. Majitel tehdejšího hospice tedy musel mít znalosti nejen z oboru pohostinství, ale také ranhojičství. První nemocnice, která nesla název *Hospic*, a jež se zaměřovala na umírající, byla otevřena v 18. století v Dublinu. Vznik tohoto hospice je připisován Mary Aikdenheadové, jež zavedla poskytování péče na principech sesterské charity.⁶

Za první hospic v moderní době je považován hospic sv. Kryštofa v Londýně, který v roce 1967 založila Cicely Saundersová. Tato lékařka také jako první přinesla do oblasti zdravotní péče pojem „total pain“. Tento pojem znamenající celkovou bolest je jedním ze základních a důležitých prvků v přístupu k umírajícím pacientům. Úspěšné výsledky

⁴ Tamtéž., s. 21.

⁵ MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. Praha: Cesta domů, 2015. s. 9.

⁶ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. s. 39.

její práce, jež se zaměřovala na tělesné, sociální a psychospirituální aspekty byly inspirací jak pro ostatní profesionály, tak i laiky, kteří navázali na její práci, a postupným rozšiřováním tohoto druhu služby došlo ke vzniku hospicového hnutí.⁷

Loučka věnující se rozvoji paliativní péče u nás, přirovnává vývoj naší paliativní a hospicové péče k britskému modelu, který charakterizuje zpočátku budování lůžkových hospiců, ty zakládají, provozují a financují křesťanské, charitativní nebo občanské organizace.⁸

V České republice je spojen vznik hospicové péče s lékařkou Marií Svatošovou. Přístup k hospicové a paliativní péči Svatošové vychází z úcty k jedinečnosti lidského života, ve kterém je garantováno, že umírající nebudou trpět pro ně nesnesitelnou bolestí, bude vždy respektována jejich důstojnost a nebudou při umírání sami.⁹

V roce 1993 Svatošová založila občanskou společnost *Ecce homo*, jejímž smyslem je podporovat domácí péči a hospice. Dva roky poté stála u zrodu prvního lůžkového hospice v Červeném Kostelci.¹⁰

S průběhem let a zvyšující se osvětou v oblasti paliativní a hospicové péče došlo k jejímu rozvoji a nyní je plně pokryt alespoň jedním lůžkovým hospicem každý kraj v České republice. Všeobecná zdravotní pojišťovna uvádí, že k 1. 1. 2023 má podepsanou smlouvu se 25 poskytovateli hospicové péče.¹¹

⁷ SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: *Ecce homo*, 2003, s. 123.

⁸ BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 9.

⁹ *Paliativní medicína pro praxi*. Galén, 2011, s. 323.

¹⁰ Marie Svatošová. In: *Wikipedie* [online]. 2023 [cit. 28.10.2023]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Marie_Svato%C5%A1ov%C3%A1&oldid=22298811

¹¹ Hospice - VZP ČR. In: [cit. 28.10.2023]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/seznamy-center-a-szz/hospice>

1.3 Hospicová péče a její formy

Slovník cizích slov definuje slovo hospic jako: „způsob péče o umírající prováděný v instituci (hospici), stacionáři nebo doma, s cílem kvalitně žít až do konce.“¹² Munzarová ve své knize *Proč ne eutanazii, aneb proč Být či nebýt* popisuje hospicovou péči jako péči, zaměřující se jen na nemocné, nacházející se v konečném stádiu nemoci.¹³

Podobně také popisuje hospicovou péči Marková, podle níž je hospicová péče poskytována nemocnému člověku, u kterého je stanovena prognóza života v řádech dnů, týdnů, nanejvýš jednotek měsíců. Tedy v čase, kdy se nemocný ocitá v poslední fázi svého onemocnění.¹⁴

Svatošová hospicovou péči vymezuje nejen jako komplexní, zaměřenou na pacienta a jeho kvalitu života do samotného konce, ale ještě k tomu připojuje péči o blízké příbuzné, kteří také potřebují péči a podporu.¹⁵

V souvislosti s hospicovou péčí je spjato konečné stádium nemoci či poslední fáze onemocnění. Toto stádium nebo fáze se nazývá terminální.

Sláma popisuje terminální stádium jako období, které trvá několik posledních měsíců před smrtí, kdy se projevuje narůstající nestabilita onemocnění, dochází k častějšímu zhoršení zdravotního stavu a zrychlení určitých příznaků, které nám říkají, že nemoc a život člověka směřuje ke svému konci.¹⁶ Zatímco terminální stav stejný autor považuje za období, kdy je nemoc v takovém rozvoji, že nemocného může přímo

¹² *Slovník cizích slov*. Praha: Encyklopedický dům, 1996, s. 137.

¹³ MUNZAROVÁ, Marta. *Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt?*. V Kostelním Vydří: Pro občanské sdružení Ecce homo vydalo Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 42.

¹⁴ MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy*, s. 8.

¹⁵ SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 123.

¹⁶ KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Praha: Mladá fronta, 2018, s. 321.

ohrožit na jeho životě a smrt může přijít v řádu dnů, týdnů, jelikož dochází k vážnému selhávání životně důležitých orgánů.¹⁷

Haškovcová ve své knize *Thanatologie, Nauka o umírání a smrti* rozděluje hospicovou péči do tří základních forem, kterými jsou lůžková, stacionární a domácí hospicová péče.¹⁸

1.3.1 Lůžková hospicová péče

Lůžková hospicová péče se poskytuje ve specializovaných zařízeních, jako jsou hospice nebo paliativní oddělení v nemocnicích.

Sláma definuje lůžkovou hospicovou péči jako zařízení s průměrnou kapacitou 25 lůžek, které je tvořeno prostředím, kde se bude nemocný i jeho blízká rodina cítit dobře. Personál zde pečuje díky specializované paliativní péči o nemocné pacienty, kteří se nacházejí převážně v préteritálním a terminálním stádiu nemoci. Vzhledem k těmto stádiím je u nemocného obvyklá délka pobytu několik týdnů. Dle Slámy není smyslem lůžkové péče jen nemocného „léčit“, ale také naplňovat jeho přání a potřeby vycházející z individuality každého člověka. Jednou z vícero předností lůžkové hospicové péče je, že rodinní příslušníci mohou být stále v přítomnosti nemocného až do je samotného konce.¹⁹

Ulrichová popisuje hospic: „...jako místo, které se snoubí s paliativní medicínou...jehož úkolem je naplnit poslední dny nemocného životem...“²⁰

O přijetí do lůžkového hospice rozhoduje výhradně hospicový lékař na základě zdravotních podkladů. V případě, kdy o pobyt žádají rodiny pacientů, u nichž je velmi pravděpodobné, že smrt nastane ve velmi krátké

¹⁷ Tamtéž., s. 321.

¹⁸ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, s. 42.

¹⁹ SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 32.

²⁰ ULRICHOVÁ, Monika. *Hledání smyslu ve smrti a umírání: zdravotně sociální aspekty konce života v perspektivě existencionální analýzy*. Moravapress, 2014, s. 26.

době, tak takový pacient má vždy přednost v přijetí na lůžko, než pacient s prognózou života v řádech týdnů nebo měsíců.²¹

Nutnou podmínkou pro přijetí do hospicové péče je mít vždy podepsaný písemný informovaný souhlas. Tímto podpisem nemocný nebo opatrovník stvrzuje, že byl informován o vážnosti své nemoci a sám se rozhodl pro paliativní péči. Zároveň tento souhlas chrání lékaře před případnými soudními spory, které by mohla například vyvolat pozůstalá rodina, nebo další příbuzní, například v souvislosti s léčbou navrhouvanou lékařem.²²

1.3.2 Stacionární hospicová péče

Podstatou stacionární hospicové péče je, že pacient dopoledne přichází a odpoledne se vrací zpět domů, do svého domácího prostředí. Tato forma je vhodná pro ty, které jejich nemoc ještě neomezuje natolik, aby museli využít jinou formu hospicové péče. Smyslem této péče je nemocnému pomoci tak, aby mohl být co nejdéle v domácím prostředí. Nemocný může využít čas v denním stacionáři k podání nebo nastavení léků, chemoterapie, kontrole zdravotního stavu.²³

Důležitou pomoc stacionáře nabízejí také v oblasti sociální pomoci, péče o tělo v oblasti hygieny a zajištění psychické pomoci a podpory. V rámci stacionáře je možné využít různé druhy psychologické podpory a terapie. Velmi významnou úlohu hraje stacionář i v životě pečující rodiny, která má díky času tráveného nemocným ve stacionáři, možnost odpočinku, oddechu od náročné péče. Pro pečující rodinu tedy stacionář poskytuje jistou formu respitní péče.²⁴

²¹ SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. s. 130-131.

²² HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*. s. 45.

²³ KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, 2014. str. 32.

²⁴ PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. s. 440.

Stacionáře mají také významnou sociální úlohu pro nemocné, poněvadž tuto sužbu využívá více nemocných pacientů současně v jeden den. Nemocí mají možnost sdílet své starosti, zkušenosti, emoce se stejně nebo podobně nemocnými lidmi. V České republice je zatím tato forma hospicové péče velmi málo realizována.

1.3.3 Domácí hospicová péče

Péče poskytovaná formou domácího hospice je klíčovou složkou zdravotní péče, která se zaměřuje na ošetřování pacientů v pokročilé a konečné fázi jejich nemoci. Primárním úkolem této péče je udržet nejvyšší možnou kvalitu života pacientů v pohodlí jejich domova, v rodinném kruhu a prostředí, které je jim dobře známé.

Domácí péči po odborné stránce zajišťuje multidisciplinární tým terénních pracovníků. Tým se skládá z lékaře, zdravotních sester, sociálního pracovníka, psychologa případně psychosociálního pracovníka, kaplana. Členové tohoto týmu mají společný cíl, kterým je zajištění komfortu a kvality života nemocného v domácím prostředí, za pomoci specializované péče, již sami garantují. Tato péče pak vede u nemocného a jeho rodiny k naplnění očekávání v oblasti zdravotní, duchovní, psychosociální.²⁵

V praxi se setkáme s označením této služby pod jiným názvem, a to „mobilní hospic“.

Aby mohla být tato služba poskytována, je nutné splnit některé předpoklady. Nemocný se musí nacházet v takovém zdravotním stavu, který mu dovolí zůstat v domácím prostředí. Nemocný musí mít někoho, kdo s ním bude sdílet domácnost a poskytovat mu potřebnou péči. Pečující totiž nejenom provádí běžné úkony potřebné péče o nemocného,

²⁵ MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy*. s. 12.

ale v určitých případech je pečující edukován profesionály z domácí hospicové péče i k provedení náročnějších úkonů v případě náhlých komplikací, které mohou nastat v domácím prostředí. Dalším předpokladem je rozhodnutí rodiny vzít si nemocného člena rodiny domů, se všemi konsekvencemi, které toto rozhodnutí přináší. Je nutné připravit se na fyzickou i psychickou náročnost péče, přizpůsobit zázemí bytu, domu tak, aby to, že nemocný zůstane v domácím prostředí, bylo pro něj přínosem. Je důležité vytvořit klidné prostředí, které zajistí soukromí a možnost odpočinku jak nemocnému, tak pečujícímu. Při poskytování péče nemocnému členu rodiny v delším časovém horizontu může dojít spíše k psychickému a fyzickému vyčerpání pečujícího, což může negativně ovlivňovat kvalitu poskytované péče pečujícím.²⁶

Nemocný má garantovanou dostupnost péče a ošetření po celých 24 hodin 7 dnů v týdnu poskytovatelem domácí hospicové péče.²⁷

1.4 Legislativní ukotvení hospicové péče

Poskytování hospicové a paliativní péče v České republice je multioborové. Právní oporu tak nacházíme zejména ve dvou zákonech. Jednak v zákoně o zdravotních službách, dále pak v zákonu o sociálních službách. Za základní pilíř můžeme považovat Zákon č. 372/ 2011 Sb, o zdravotnických službách a podmínkách o jejich poskytování. V § 5, písmeno h je definována paliativní péče *„jejímž cílem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí.“*²⁸ V tomto zákoně je také definován pojem hospic, který upravuje § 44 písmeno a, kde se uvádí že: *„hospicem se rozumí poskytovatel, který*

²⁶ SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. s. 127.

²⁷ *Paliativní medicína pro praxi*. s. 31.

²⁸ 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách* [online] [cit. 08.12.2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

poskytuje zdravotní služby nevyлéčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu, ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu, nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta.“

V zákoně je dále uvedeno, že hospic poskytuje pacientům navazující služby, které jsou však již upraveny jinými právními předpisy. Mezi tyto předpisy patří Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Nejčastěji navazující služby při poskytování hospicové a paliativní péči jsou upraveny ve výše zmíněném zákoně o sociálních službách pod paragrafy 37 a 44 a 52.

Paragraf 37 popisuje základní a odborné sociální poradenství. Jedna z částí odborného sociálního poradenství se zaměřuje na potřeby lidí... *ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu.*²⁹ Paragraf 44 definující tři formy odlehčujících služeb. *‘Terénní, ambulantní a pobytovou formu.’*³⁰ Tento paragraf umožňuje organizacím zabývajícím se poskytováním hospicové péče zaregistrovat si a provozovat některou z těchto služeb, jež úzce spolupracují s domácí hospicovou péčí. Dále je možné pod paragrafem 52 registrovat hospicové zařízení jak sociální službu ve zdravotnickém zařízení, známější pod termínem „sociální hospitalizace“. Dále je nutné také zmínit doporučení Rady Evropy 1418/1999, nesoucí název „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících“, které je také známo pod názvem „Charta práv umírajícího“.³¹ Svoji významnou roli má i etický kodex Práva pacientů MZ ČR, jenž byl přijat Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR dne 25.2.1992. Zde se doslova uvádí: *“...nemocný v závěru*

²⁹ 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách [online] [cit. 08.12.2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

³⁰ Tamtéž

³¹ DOMŮ, E.-learning Cesta. Práva umírajících. In: *E-learning Cesta domů* [online] [cit. 08.12.2023]. Dostupné z: <https://elearning.cestadomu.cz/elearning/pro-psycho-socialni-pracovniky/pohled-na-prava/>

*života má nárok na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud nejsou v rozporu s platnými zákony.*³²

Dalším důležitým zákonem ovlivňující poskytování paliativní péče je Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, díky kterému je paliativní péče hrazená ze zdravotního pojištění.³³

V praxi se však ukazuje, že stanovená výše úhrady je nedostatečná. Většina poskytovatelů hospicové péče je nucena spoléhat se na finanční dary a příspěvky jak od samosprávních organizací, tak od firem a soukromých dárců. Pro zajištění dodatečného financování svých služeb organizují tyto instituce různé benefiční akce, jejichž výtěžek je používán k doplnění finančních prostředků na poskytovanou péči.

1.5 Shrnutí první kapitoly

První kapitola, která nese název *Paliativní a hospicová péče*, rozebírá na základě odborné literatury komplexní přehled paliativní a hospicové péče, včetně její historie a legislativního ukotvení v České republice.

Paliativní péče odvozená od latinského termínu „pallium“, se zaměřuje na zmírnění bolesti a dalších obtíží, které souvisejí s nevyлéčitelným, život ohrožujícím onemocněním, a to s cílem udržet co nejlepší kvalitu života pacientů. Tato péče se dělí na obecnou paliativní péči, kterou mohou poskytovat všechna zdravotnická zařízení, a na specializovanou paliativní péči, kterou poskytují zařízení se zaměřením na paliativní péči, kam patří například paliativní oddělení nemocnic, nebo hospice.

³² TOMEŠ, Igor. *Rozvoj hospicové pece a její bariery*. Prague, Czech Republic: Karolinum, 2015. s. 35.

³³ 48/1997 Sb. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění* [online] [cit. 28.10.2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

Z pohledu historie byly hospice vnímány jako místa odpočinku pro poutníky, ale v současnosti se hospicová péče zaměřuje na poskytování komplexní péče pacientům v poslední části jejich života, včetně podpory blízkých rodinných příslušníků. V České republice se o vznik hospicové péče bezesporu zasloužila lékařka Marie Svatošová a občanská iniciativa Ecce homo. Formy hospicové péče se liší dle potřeb pacientů a obsahují lůžkovou, domácí a stacionární péči.

Legislativně je paliativní a hospicová péče v České republice ukotvena v zákoně o zdravotních službách, zákoně o sociálních službách, které definují a popisují pravidla pro poskytování těchto služeb. I přes legislativní ukotvení a podporu se organizace poskytující hospicovou péči setkávají s nedostatkem finančních prostředků, kdy jsou důvodem nízké úhrady od zdravotních pojišťoven. Důsledkem toho jsou mnohé organizace odkázány na samo dofinancování, které se děje formou fundraisingu, konáním benefičních akcí nebo skrze další zdroje financování, jako jsou peněžní dary a projekty. Důležitým bodem této kapitoly je popsání významu hospicové péče ve smyslu zachování určité kvality života pacientů s terminálním onemocněním a podpory jejich rodiny až do samotného konce života.

2. Hodnoty pacientů v hospicové péči

Hodnoty nás provází celým naším životem. Hodnoty jsou v nás a každý je máme jiné. Hodnoty dávají našemu životu směr, kterým se chceme ubírat. Hodnoty ovlivňují jak jednotlivce, tak celé skupiny lidí. Hodnoty lidi spojují i rozdělují a dávají našemu životu smysl. V obecné rovině hodnota u člověka nabývá na významu ve spojitosti s vlastní rodinou, zdravím, vírou, pracovitostí, poctivostí. Přesto mohou v životě člověka nastat situace, kdy některé hodnoty nabývají na větším významu. Můžeme se domnívat, že člověk si začíná uvědomovat tyto hodnoty a jejich změny nejen ve spojitosti s jejich definitivní ztrátou, ale tak při konfrontaci s vlastním ohrožením jeho života, ke kterému v hospicové péči dochází. Nevyléčitelně nemocný člověk má řadu hodnot. Ty mohou zahrnovat lásku, úctu, odpuštění, vděčnost, zdraví, rodinu. Láska bližních může být to, co člověku pomůže se vyrovnat s jeho vážnou nemocí. Hodnota spojená s úctou zase umožňuje člověku vyjadřovat svůj respekt vůči druhým i sobě, hodnota odpuštění pomáhá nemocnému zbavit se negativních emocí, které vážná nemoc sebou přináší. Hodnota sebeúcty může člověku pomoci si uvědomovat, že přesto že je nemocen, stále má určitou sílu a je schopný něco konat. Hodnota rodiny je zdrojem podpory, síly a pomoci nemocnému v boji se zákeřnou nemocí.

Šiklová ve své knize *Vyhoštěná smrt* uvádí jak lidé, kteří se setkali s životem ohrožující nemocí a byli schopni přijmout svoji neodvratnou smrt, začali přehodnocovat své životní hodnoty. Najednou se staly pro ně některé věci nepodstatné a zbytečné. Začali se více soustředit na přítomný moment a obecně se jejich hodnoty a priority změnili oproti těm, které měli před onemocněním. Když se lidé postavili tvář v tvář smrti, začali přehodnocovat své životní priority. Malicherné

spory a povrchní cíle, jako je kariéra nebo sociální status, ztratily svou důležitost. Místo toho se zaměřovali na hlubší a významnější aspekty života. Toto nové uvědomění jim umožnilo naplňovat jejich zbývající dny smysluplnými prožitky. S blížící se smrtí se u nich začalo měnit hodnocení toho, co bylo pro ně důležité. Přicházející smrt může změnit hloubku charakteru, může změnit jeho pohled na svět a jeho vnímání.³⁴ Také I. D. Yalom ve své knize *Existenciální psychoterapie* popisuje zkušenosti ze své práce s nevyлéčitelně nemocnými pacienty, kteří dokázali využít svou životní krizi, kterou přinesla nemoc a riziko smrti, k pozitivní transformaci svého já, k vnitřní změně a k osobnímu růstu. Tato změna se projevovala přeskupením životních hodnot, tito pacienti se začali dívat na svět jinak, přehodnocovali, co je pro ně opravdu důležité, méně dbali na maličkosti, cítili se svobodnější, odmítali vykonávat činnosti, které je netěšily, a navázaly hlubší vztah s lidmi, na kterých jim záleželo.³⁵

2.1 Definice pojmu hodnota

Pajanotis Cakirpaloglu ve své knize *Psychologie hodnot* píše: „Hodnoty představují přesvědčení o dobrém nebo prospěšném, ale také o špatném nebo nežádoucím, které regulují individuální nebo skupinovou aktivitu.“³⁶ Velký psychologický slovník definuje pojem hodnota takto: „Hodnota je vlastnost, kterou jedinec přisuzuje určitému subjektu, situaci, události či činnosti, a to v souvislosti s uspokojováním jeho potřeb. Hodnoty se vytvářejí a diferencují v průběhu socializace.“³⁷

Podle Sekoty jsou hodnoty vnímány jako základní pravidla, které se týkají vzájemného ovlivňování individuálních nebo kolektivních názorů

³⁴ ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich, 2013, s. 26–27.

³⁵ YALOM, Irvin D. a Ivo MÜLLER. *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál, 2020, s. 45.

³⁶ CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Psychologie hodnot: [přehled pro humanitní obory]*. Olomouc: Votobia, 2004. s. 277.

³⁷ HARTL, Pavel. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010, s. 192.

na to, co vnímáme jako správné, chtěné a žádoucí, nebo naopak co je označováno za nežádoucí, nesprávné a nechtěné, v určitém období v konkrétní společnosti. Tyto hodnoty pak fungují jako směrnice pro stanovení osobních a skupinových cílů a slouží nám jako kritéria pro hodnocení chování druhých, a tvoří také základ pro ocenění přínosu jedince nebo skupiny pro naši společnost.³⁸

2.2 Klasifikace hodnot a hodnotová orientace

Hodnoty se utvářejí z mnoha různých prvků, jakými jsou kulturní, společenské, rodinné a osobní zkušenosti a zážitky. Na základě nich můžeme tyto hodnoty klasifikovat.

Kučerová ve své knize *Člověk, hodnota, výchova*, klasifikuje hodnoty na *Přírodní, civilizační a duchovní*. Přírodní hodnoty Kučerová ještě dělí na hodnoty *vitální, životní*.

1) Přírodní hodnoty:

a) *Hodnoty vitální a životní*: tyto hodnoty jsou klíčové pro udržení existence. Reprezentují snahu o zachování, prosazení, udržení a rozvoje života jednotlivce i celého druhu. Do těchto hodnot řadíme zdraví, tělesnou kondici, vitalitu, fyzický komfort. Člověk je stále součástí přírody a jeho existence a život pro něj mají nepředstavitelnou hodnotu.

b) *Hodnoty sociální*: vyplývají z přirozeného vztahu člověka ke svým bližním a k sobě samému. Člověk má potřebu být součástí společnosti a společenství, touží po lásce a chce být milován. Je pro něj důležité dosahovat úspěchu, uznání, oceňování. Hodnotami jsou zde pozitivní mezilidské vztahy.

³⁸ SEKOT, Aleš. *Sociologie v kostce*. Brno: Paido, 2004, s. 23.

- 2) *Civilizační hodnoty*: souvisejí s civilizací a jsou jak předpokladem, tak i důsledkem sociální organizace, od malých skupin, přes rodiny až po národy.
- 3) *Duchovní hodnoty*: člověk má potřebu hledat smysl života, dobro, krásu, pravdu, svobodu. Tyto hodnoty se právě utvářejí v oblastech, jako je sebeřízení, které je ovlivněno naší morálkou, sebevýrazem, ten je utvářen uměním a krásnem, sebereflexí, jenž obsahuje náš životní názor nebo vyznávané náboženství. Duchovní hodnoty mohou zahrnovat víru, lásku, soucit, pokoru, modrost. Jsou to ty hodnoty, jež odrážejí naše vnitřní a duchovní aspekty života.³⁹

Další klasifikaci hodnot uvádí V. E. Frankl, který se na základě vlastní zkušenosti, která mu pomohla přežít Auschwitz, domnívá, že i v tom nejtěžším životním období člověk může stále učinit vlastní volbu, ta mu pomůže nalézt smysl života a dát mu tím hodnotu i ve stavech, které by jiní zcela jistě nechtěli prožívat.

Frankl dělí hodnoty na *tvůrčí, prožitkové, postojové*. Tvořící hodnoty Frankl vysvětluje jako hodnoty, které jsou vytvářeny tvůrčí činností.⁴⁰

Svatošová vystihuje obsah tvůrčích hodnot takto: „Hodnoty tvůrčí, které představují především práci, lidé oceňují nejvíce, přestože právě v jejich uskutečňování jsme nejvíce omezeni, a to i v období plného hříchu.“⁴¹

Prožitkové hodnoty popisuje Frankl jako hodnoty, které jsou naplňovány na základě prožitků tohoto světa. Těmi mohou být příjemné prožitky vyvolané vnímáním krásy kolem nás nebo například skrze umění. Přestože se může pro každého člověka jednat jen o krátké, jednotlivé

³⁹ KUČEROVÁ, Stanislava. *Člověk, hodnoty, výchova: kapitoly z filosofie výchovy*. Prešov: ManaCon, 1996, s. 72–73.

⁴⁰ FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, 2006, s. 61.

⁴¹ SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995, s. 44.

a v malém množství prožité okamžiky znamenající něco hodnotného, tak svou silou mohou být velmi významné v životě člověka.⁴²

Svatošová vidí v prožitkových hodnotách lásku, pocit štěstí a radosti, které vyvolává vnímání krásy umění, přírody a všeho, co přináší radost z prožitku. Je na každé člověku, zda dokáže prožívat tyto hodnoty, které život a svět kolem nás nabízí. Nezáleží na tom, kde se člověk nachází a jak se cítí, ale na tom, zda se těmto hodnotám dokáže otevřít a prožít je.⁴³

Postojové hodnoty přisuzuje Frankl k hodnotám nejvyšším, a to na základě chování člověka v situacích, v nichž je jeho život nějakým způsobem omezen. Dle Frankla se jedná o situace, ve kterých je člověk vystaven nepřízni osudu, kde jedinou možností je jeho přijetí. Z křesťanského pohledu má na mysli situace, které jdou interpretovat slovy, že každý si neseme svůj kříž. Jedná se například o situaci, ve které člověk může již jen jednat dle svého postoje, jako například být statečný ve svém utrpení a nemoci, nebo být důstojný na konci svého života. I přestože člověk čelí těm nejdestruktivnějším okolnostem, tak i přesto má jeho život smysl, a to do posledních chvil. Má-li člověk omezené možnosti a schopnosti, jak čelit nepřízni osudu, tak vždy má poslední možnost volit to, jak se k této situaci postaví, jaký postoj v této situaci zaujme. Vždy je možnost zaujmout postoj a zvolit si postojové hodnoty.⁴⁴

Dle Svatošové „Člověk se může ocitnout v situaci, která je nějakým způsobem těžká. Pak si musí ujasnit, jestli je v jeho silách ji změnit nebo ne. Pokud ano, je povinen pro to něco udělat (hodnoty tvůrčí). Pokud je to

⁴² FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši*, s. 62.

⁴³ SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. s. 45.

⁴⁴ FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši*. s. 62.

opravdu nezměnitelné, například neodvratnost smrti, zbývá tu ještě prostor pro hodnoty postojové.“⁴⁵

2.2.1 Hodnotová orientace

Naše hodnotová orientace odráží to, co žijeme a jakým způsobem žijeme. Hodnotová orientace je tvořena a ovlivňována našimi postoji, názory, cíli, které toužíme v našem životě dosáhnout. Díky hodnotové orientaci dokážeme rozlišovat, co je pro nás více či méně důležité, jaké má být naše morální chování, a stanovuje nám hranici, která je pro nás již nepřekročitelná.

Nakonečný popisuje, jak moc jsou pro člověka důležité hodnoty, které vyznává. Právě tyto vyznávané hodnoty tvoří jeho hodnotový systém, jenž je tvořen hierarchicky uspořádanými hodnotami. Tento hodnotový systém může, ale i nemusí, být celý život stabilní. Může se například změnit traumatizujícím zážitkem, když to člověk nedokáže zpracovat. Právě proto bývá označován hodnotový systém jako hodnotová orientace.⁴⁶

Například Svatošová uvádí, že právě vážná nevléčitelná nemoc, může být tím, co přivede nemocného ke změně hodnotové orientace. Těžká nemoc může nutit jedince přemýšlet nad hodnotami, kterých si doposud cenil. Pokud je tento okamžik správně využit a zhodnocen, může se nemoc stát tím nejproduktivnějším a nejhodnotnějším obdobím života.⁴⁷

Poslední zjišťování hodnotové orientace české společnosti probíhalo v období června a července roku 2023. Výsledky ukazují že, dle důležitosti se umístily na prvních třech místech hodnoty:

- 1) Žít ve spokojené rodině
- 2) Mít přátele, se kterými si dobře rozumíme

⁴⁵ SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. s. 45.

⁴⁶ NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. Praha: Academia, 2004, s. 422.

⁴⁷ SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 38.

3) Žít ve zdravém prostředí

Jako nejméně důležité se naopak ukázaly:

1) Žít podle náboženských zásad

2) Mít hezké věci, které nemá každý

3) Prosazovat politiku své strany nebo hnutí⁴⁸

2.3 Rodina jako základní hodnota pacientů

Rodina je pro pacienty důležitou hodnotou, jelikož jim může být oporou a podporou v těžkém období, které nemoc přináší. Rodina a její nejbližší nemocnému poskytují lásku, zajišťují péči, pomáhají finančně nebo radou, sdílejí zkušenosti, vytváří bezpečné a podporující prostředí. Rodina je také zdrojem emocionální a psychické podpory, která nemocnému pomáhá překonávat stress, úzkost a mírnit fyzické projevy nemoci, které jsou s léčbou a nemocí spojeny. Rodina má velký význam pro pacienta i z hlediska nutnosti ujištění, co bude potom, až nemocný člen rodiny odejde z tohoto světa. Rodina může dokončit nebo pokračovat v díle, které nemocný započal ještě za plného zdraví. Rodina vnáší klid do odchodu nemocného tím, že přebere a zajistí péči o další rodinné příslušníky nemocného, zejména jeho děti, a tím mu například umožní klidný odchod z tohoto světa. Rodina a blízcí nemocného mají velmi významnou a nezastupitelnou úlohu jak v průběhu nemoci, tak v posledních dnech, které nemocnému zbývají.

V kontextu významnosti a hodnoty pro jednotlivce rodina vždy zaujímá nejvyšší příčku. V roce 2004 provedla výzkum na toto téma společnost

⁴⁸ TUČEK, Milan a Centrum pro výzkum veřejného mínění AVČR. Hodnotové orientace – červen/červenec 2023. In: *CVVM - Centrum pro výzkum veřejného mínění* [online] [cit. 08.12.2023]. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=5724:hodnotove-orientace-cerven-cervenec-2023&catid=44:vztahy-a-zivotni-postoje

CVVM. Výzkum potvrdil, že rodina je pro člověka nejdůležitější.⁴⁹ V roce 2011 výzkumná agentura Stenmark realizovala studii pro hospicové sdružení Cesta domů. Zjištění z tohoto výzkumu uvádějí, že 69 % respondentů by si přálo být obklopeno svou rodinou v posledních chvílích života, 45 % by si přálo být se svým partnerem v těchto okamžicích a pouhých 5 % by upřednostnilo být v přítomnosti zdravotnického personálu při svém umírání.⁵⁰

Vagnerová poukazuje na to, že kdykoliv člen rodiny vážně onemocní, dochází ke změně hodnot, které jsou spojeny s nemocným. Navzdory tomu, že každá vážná nemoc nejvíce ovlivňuje nemocného, tak tato situace nevyhnutelně ovlivňuje také životy všech členů rodiny. V rodině dochází ke změně rolí některých členů, způsobu života a fungování rodiny se přeorganizuje. Rodina se často musí vzdát svých zálib, přátelství, a to jen za účelem věnovat veškerý svůj čas poskytování podpory, péče a přítomnosti nemocnému.⁵¹

Elisabeth Küblerr – Ross popisuje ve své knize *O smrti a umírání*, jak moc může vážně nemocnému pacientovi pomoci zapojení jeho rodiny. Jako příklad uvádí situaci, kdy jeden z partnerů vážně onemocní, což následně pro druhého a celou rodinu přináší obrovské změny, jež na ně klade nové nároky. Zajištění domácnosti a péče o rodinu se náhle stává záležitostí jediného partnera. Pokud onemocní manžel, zůstane na manželce finanční zajištění rodiny. Pokud onemocní manželka,

⁴⁹ ČERVENKA, Jan. Hodnotové orientace v naší společnosti 2004. [online]. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c3/a557/f28/100044s_cervenka-hodnoty.pdf

⁵⁰ JAN TUČEK, Lenka BERANOVÁ a Barbora VEČERKOVÁ. *SMRT A PÉČE O UMÍRAJÍCÍ, Pohled laické i zdravotnické veřejnosti* [online] [cit. 08.12.2023]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/2023-04/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2011.pdf>

⁵¹ VÁGNEROVÁ, Marie, ed. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 92–93.

tak manžel může čelit náročnosti a problémům při zajištění každodenního fungování rodiny.⁵²

Zkušenosti z praxe v odlehčovací službě, která přijímá hospicové klienty na odlehčovací pobyty, vypovídají ale i o situacích, kdy rodina ne vždy má ten vhodný přístup k nemocnému. Je to i z toho důvodu, že rodinní příslušníci se nezládají vyrovnat s vážnou nemocí svého člena rodiny, nebo s délkou jejího trvání a náročností, která tuto krizovou situaci doprovází. Časem se rodinní příslušníci v důsledku nemoci distancují od nemocného a ztrácejí zájem o jeho zdravotní stav, jako by byl již mrtvý. I přes zlepšení zdravotního stavu se nechtějí zaobírat myšlenkou na návrat nemocného domů. Vznikají pak momenty, kdy se rodina snaží přesvědčit nemocného, že v této jeho situaci je pro něj nejlépe zůstat tam, kde je a nevracet se již domů. Toto jednání pak vede k rozporům mezi nemocným a jeho blízkými.

Colin M. Parkes vysvětluje význam rodiny jako klíčového prvku v knize *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Podle něj rodina nepředstavuje jen soubor jedinců spojených krevním pouty. Je to mnohem více a její význam se projevuje jak v dobách úspěchu, tak v časech těžkostí. Rodinu vnímá jako sociální strukturu, která nám poskytuje harmonický život, podporu, pomoc a bezpečí. Pakliže je toto narušeno vážnou nemocí člena rodiny, obracíme se na rodinu jako na zdroj pomoci a podpory.⁵³

Člověk na svět nepřichází sám, ale v přítomnosti svých nejbližších, kteří jsou s ním během jeho prvních dnů na zemi a poskytují mu péči a ochranu. Taktéž by neměl opouštět tento svět o samotě, ale v obklopení své rodiny, která mu nabízí lásku, oporu a bezpečí. Pokud se náhle ocitneme ve stínu

⁵² KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015, s. 174–175.

⁵³ PARKES, Colin Murray, Marilyn RELF a Ann COULDRICK. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 11–12.

smrtné nemoci, možná právě v té chvíli si plně uvědomíme nedoceněnou hodnotu rodiny a její roli v našem životě. Řekli bychom, že umírající může být šťastný, pokud je obklopen fungující rodinou.

2.4 Křesťanská víra jako hodnota u pacientů v hospicové péči

Při sčítání lidu v roce 2021 se k náboženské víře hlásilo 18,7 % a 68,3 % obyvatel uvedlo sebe bez vyznání náboženské víry.⁵⁴ Náboženské přesvědčení a křesťanská víra může v životě člověka plnit různorodé funkce, a to před vznikem vážného onemocnění, tak i po vzniku a samotném průběhu vážného onemocnění. Jak významnou roli bude hrát víra u nemocného, se může lišit od člověka k člověku, záleží na osobním nastavení člověka, na jeho osobním přesvědčení, na vlivu kultury a společnosti obklopující nemocného. Zkušenost s vážným onemocněním může prožívat každý jedinec jinak. Pro někoho může být důležitější medicínský postup a názor lékaře, zatímco pro druhého může být posilující duchovní přesvědčení. Důležitost a vliv víry je velice individuální a může se v průběhu života i nemoci proměňovat například tak, že člověk svou víru v Boha objeví, posílí nebo naopak ztratí.

Vágnerová uvádí, že stabilita hodnot a identifikace s určitým životním názorem snižuje obavy z konečnosti vlastní existence. Zejména má podle ní zásadní úlohu víra a náboženské směřování. Křesťané, kteří jsou věřící, se často setkávají se smrtí s menší úzkostí a dokážou se s jejím příchodem lépe vyrovnat, jelikož smrt pro ně není koncem, ale oddělení duše od těla, a pokračování života v jiné formě duchovní existence.⁵⁵ Na základě tohoto

⁵⁴ ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Náboženská víra. In: *Sčítání 2021* [online] [cit. 17.02.2024]. Dostupné z: <https://scitani.gov.cz/nabozenska-vira>

⁵⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000, s. 505.

tvrzení se můžeme domnívat, že věřícím křesťanům se odchází z tohoto světa snadněji než nevěřícím a věřící pozůstali se také snadněji vyrovnávají s úmrtím blízkého.

Všechny křesťanské církve jsou jednotného názoru, že nejdůležitější je svátost křtu. Přesto to není jenom křest, ale i ostatní svátosti jsou umírajícímu poskytovány jako zdroj duchovní útěchy v těch nejtěžších chvílích. Pravoslavná a katolická církev uznávají celkem sedm svátostí (křest, biřmování, eucharistie, pokání, svěcení kněžstva, manželství a pomazání nemocných). Vznik reformačního hnutí pod vedením Martina Luthera v 16. století zapříčinilo, že jednota církví již přestala být zachována a protestanské církve uznávají jen dvě svátosti, kterými jsou křest a Večeře páně.⁵⁶

Opatrný upozorňuje, jak by bylo mylné automaticky předpokládat, že nábožensky založený a praktikující jedinec vždy čelí nemoci, umírání a své vlastní konečnosti na tomto světě s lehkostí a bez potíží. Takoví lidé mohou stejně tak prožívat období nemoci a umírání v bolesti a zoufalství, zatímco naopak, osoby bez náboženské víry mohou přistupovat ke konci svého života s pokojem a vyrovnaností.⁵⁷ Pro věřícího křesťana je důležité účastnit se církevních obřadů, mít možnost individuální nebo společné modlitby, protože právě tyto věci mu mohou přinášet úlevu a být opěrným bodem v momentech, ve kterých se může cítit bezradný, závislý, osamělý. Je proto důležité, aby nemocný v hospicové péči věděl, že má možnost využití duchovní péče, a je jen na něm, zda se jí rozhodne využít. Velmi významnou roli v tomto odhalení víry jako hodnoty u nemocných má

⁵⁶ BRABEC, Ladislav. *Křesťanská thanatologie*. Praha: Gemma 89, 1991, s. 87.

⁵⁷ OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017, s. 121.

kterýkoliv člen ošetřujícího týmu, nejbližší však přeci jen duchovní nebo pastorační pracovník.

Marková potvrzuje, jak je zásadní pochopit a respektovat hodnoty nemocného, který se nachází na sklonku života, a tím mu zajistit důstojnost a kvalitu v jeho posledních dnech. Je důležité u všech členů ošetřujícího multidisciplinárního týmu umět reflektovat odlišnost vlastních hodnot a jejich významnosti od hodnot nemocného a být si vědom možného konfliktu a napětí, které mohou z těchto rozdílů vyplynout.⁵⁸

Přesto je klíčové uvědomovat si, že osobní prožitek spojený s duchovní vírou se může značně odlišovat a je ovlivněn individuálním charakterem člověka, typem onemocnění nebo předchozí náboženskou zkušeností. Pro určité pacienty může mít víra hluboký význam, zatímco pro ostatní může být méně významná nebo mohou čerpat potřebnou oporu a energii z jiných alternativních zdrojů. Vzhledem k procentuálnímu zastoupení věřících v naší společnosti bychom neměli být překvapeni, když u většiny vážně nemocných pacientů nebude hodnota křesťanské víry často zmiňována.

2.5 Shrnutí druhé kapitoly

Tato kapitola popisuje hodnoty, které jsou důležité pro pacienty v hospicové péči a můžou se v souvislosti s vážnou nemocí měnit. Hodnoty jsou zde popsány jako klíčové prvky, které udávají směr našemu životu a jsou ovlivňovány osobní, kulturní a sociální zkušeností.

Jako významné konkrétní hodnoty jsou zde zmíněny láska, úcta, odpuštění, vděčnost a rodina, které se stávají pro pacienty zvláště

⁵⁸ MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 38.

významné. Dle odborné literatury pacienti v hospicové péči často přehodnocují své životní priority a zaměřují se na závažnější a hlubší aspekty života. Definice pojmu hodnota je představena z pohledu různých autorů, kteří ji vymezují jako něco, co je dobré nebo špatné z hlediska jednotlivců, nebo skupin. Hodnoty jsou dále v této kapitole rozděleny na přírodní, civilizační a duchovní. Blíže se věnuji rodině jako základní hodnotě, která poskytuje oporu a podporu nemocnému. Rodinné vztahy jsou klíčové pro poskytování domácí hospicové. Sama rodina a její členové mohou být zdrojem emocionální a psychické podpory, stejně tak jako přímí pečující.

Křesťanská víra je zmíněna v kontextu jejího významu pro některé pacienty v hospicové péči, pro které může představovat důležitý a nevyčerpatelný zdroj síly, energie, útěchy, smyslu a pokoje. Víra je u každého individuální, a zatímco pro někoho může být velmi významná, tak pro druhé nikoliv.

Tato kapitola popisuje, jak hodnoty mají klíčový vliv a význam na způsob, jakým se jednotlivci postaví k životním výzvám, mezi něž patří i osobní setkání se s nevléčitelnou a život ohrožující nemocí a jak se tyto hodnoty mohou proměnit v důsledku blížícího se vlastního konce života.

3. Potřeby pacientů v hospicové péči

Potřeby pacientů v hospicové péči jsou odlišné u každého pacienta. Nicméně obecné potřeby pacientů v hospicové péči zahrnují fyzickou, emocionální a duchovní péči. Pod fyzickou péčí rozumíme lékařskou a ošetrovatelskou péči, léky, lékařské a ošetrovatelské postupy, pomůcky. Emocionální péče znamená podporu, porozumění a útěchu. Duchovní péče obnáší vhléd, porozumění, modlitby a duchovní rituály. Pacienti v hospicové péči ale mají navíc ještě také další potřeby, jako je zajištění bezpečného prostředí, poradenství a podpora rodiny, přátel.

3.1 Definice pojmu potřeby

Urban popisuje potřeby jako „...soubory vrozených či získaných požadavků organismu, které u daného jedince, skupiny či společnosti jako celku vyvolávají pocity jistého nedostatku, nebo nadbytku (v každém případě duševního napětí), čímž ho/je motivují k cílenému jednání, k nutnosti něco získat nebo se něčeho zbavit. Potřeby tedy podminují lidské chování a ovlivňují jeho pravděpodobnost, tj. stávají se klíčovou pohnutkou určité aktivity...“.⁵⁹

3.2 Dělení potřeb

Na potřeby se dá nahlížet z mnoha úhlů pohledů a také se dají dělit. Geist dělí potřeby na *primární* a *sekundární*. Primární potřeby jsou ty, které zajišťují samotné přežití člověk. Do těchto potřeb patří hlad, žízeň, spánek, dýchání, vyměšování, přístřeší, udržování optimální teploty. Za sekundární potřeby jsou považovány ty, které se vyvíjejí jako důsledek způsobu,

⁵⁹ URBAN, Lukáš. *Sociologie: klíčová témata a pojmy*. Praha: Grada, 2022, s. 115.

jakým jsou uspokojovány potřeby primární.⁶⁰ Sociolog Keller například ve své knize *Až na dno blahobytu* dělí potřeby na *přirozené a vynucené potřeby*.⁶¹ Mezi nejznámější autory zabývající lidskými potřebami patří Abraham Maslow, který dospěl k závěru, že u člověka existuje určitá hierarchie potřeb. Maslowova notoricky známá hierarchie potřeb, která často bývá vyobrazena ve formě pyramidy, začíná základními biologickými potřebami, po kterých následují složitější potřeby, jako potřeba bezpečí, ochrany, jistoty, společenské potřeby, jako jsou potřeba lásky, přijetí, sounáležitosti, potřeba uznání, prestiže a úcty a na vrcholu je potřeba seberealizace. Tyto potřeby souvisejí s psychologickými motivacemi. Maslow tvrdí, že člověk nejprve musí uspokojit potřeby na jedné úrovni, aby poté mohl uspokojovat potřeby na další vyšší úrovni.⁶² Pro tuto diplomovou práci je jeví jako nejbližší dělení potřeb dle Svatošové. Svatošová dělí potřeby z pohledu pacienta v hospicové péči na biologické, psychologické, sociální a spirituální. Svatošová uvádí: „*Priorita potřeb se v průběhu onemocnění mění. Jestliže na začátku byly prvořadé potřeby biologické, v závěrečné fázi velmi často na důležitosti potřeby spirituální.*“⁶³

Biologické potřeby zahrnují všechny ty, které jsou potřebné pro udržení zdraví nemocného člověka, jako například příjem potravy, její trávení, vylučování, dýchání a odpočinek. Psychologické potřeby se vztahují k uznání lidské důstojnosti a ke schopnosti vnímat jednotlivce jako unikátní bytost s jeho vlastním posláním, které na tomto světě má. Proto je důležité, abychom komunikovali s nemocným tak, aby nedošlo ke konfliktu a nebyla ztracena jeho důvěra a mohla se mu poskytnout psychická podpora. Potřeba sociální znamená, že když o nemocného

⁶⁰ GEIST, Bohumil. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing, 1992, s. 289.

⁶¹ KELLER, Jan. *Až na dno blahobytu*. Praha: EarthSave, 2005, s. 34.

⁶² ATKINSON, Rita L. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Praha: Portál, 2012, s. 565.

⁶³ SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 21.

pečujeme, je důležité být mu k dispozici, ale také při tom mít na paměti, že nemocný občas může chtít být sám. Nemocný má právo vybrat si, s kým bude trávit čas, s kým si bude chtít povídat. Pečující osoba by měla mít schopnost to rozpoznat a respektovat přání nemocného. Pro ty, kteří věří, mohou být spirituální a duchovní potřeby zdrojem uspokojení. Ti, co vědí, co hledají, mohou najít odpovědi na své otázky v duchovní rovině. Ti, co v Boha nevěří, by měli být ujištěni, že jejich život není zbytečný a že má smysl až do konce.⁶⁴

3.3 Potřeby pacientů

Pacienti v hospicové péči se potýkají s mnoha různými potřebami, které je třeba řešit tak, aby byla zaručena kvalita jejich života a do jejich posledních dnů. Některé potřeby jsou pro pacienty z jejich pohledu významnější, více některé méně.

Jako velmi důležitý zdroj informací se ukázala publikace Bužgové, *Preference potřeb při hospitalizaci pacientů v konečném stádiu nemoci*, která pojednává o výzkumu zaměřeném na potřeby pacientů v konečném stádiu nemoci. Výzkum probíhal v rozmezí let 2011–2014. Na provedení výzkumu Bužgová spolupracovala s fakultní nemocnicí v Ostravě. Kvantitativního výzkumu se účastnilo 349 respondentů, starších 18 let, z nichž se všichni nacházeli v konečném stádiu nemoci.⁶⁵ Z provedeného výzkumu se ukázali tyto nejdůležitější potřeby.

3.3.1 Respektování a podpora od personálu

Potřeba respektu a podpory u pacientů v hospicové péči znamená, že každý pacient je vždy považován za jedinečnou bytost s vlastními

⁶⁴ Tamtéž, s. 23.

⁶⁵ BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*, s. 48.

hodnotami a potřebami a přáními. A z tohoto pohledu je také nutné k nim přistupovat.

Z výzkumu vyplývá, že pro 98 % respondentů byla nejdůležitější uvedenou potřebou *respekt a podpora od zdravotnického personálu*.⁶⁶ Vytvoření důvěry mezi pacientem a týmem zdravotníků je klíčovým faktorem pro uspokojení potřeby respektu a podpory pacientů. Křivohlavý uvádí, že důvěra pacienta v lékaře, který ho ošetřuje, má obrovský význam. Pacientovo přesvědčení, že jeho lékař bude vždy přítomen v náročných situacích, kdy mu bude oporou, zvláště když bude potřeba zmírnit bolest a kdy lékař nedovolí, aby se pacientovo utrpení zhoršovalo, je pro pacienta důležité a užitečné.⁶⁷

Ira Byock v knize *Dobré umírání* říká: „Ignorováním, pomíjením nebo bagatelizováním aspektů lidské identity lékaři či rodinní příslušníci zvyšují pacientovo utrpení. Toto utrpení u některých aktivně umírajících jedinců přetrvává, dokud se nepodaří integritu osoby vyléčit nějakým jiným způsobem.“⁶⁸ Je nesmírně obtížné dosáhnout těchto potřeb bez skutečně autentického zájmu o pacienta, který by měl být ze strany zdravotnického personálu projevován skrze laskavost a důvěryhodnost v jejich jednání. Je klíčové tedy věnovat pacientovi dostatek času, aby se tyto potřeby mohly naplňovat. U pacientů v hospicové péči je však čas rychle se zmenšující zdroj a být pacientovi nablízku je jedním ze základních kamenů hospicové péče. Pacient, který pocítuje svoji důležitost, respekt od okolí a ví, že není na obtíž, se pak lépe vyrovnává se všemi potížemi a situacemi, které nemoc přináší.

⁶⁶ Tamtéž, s. 52.

⁶⁷ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Pub., 2002, s. 160.

⁶⁸ BYOCK, Ira a Ladislav ŠENKYŘÍK. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Praha: Vyšehrad : Cesta domů, 2013, s. 107.

3.3.2 Potřeba autonomie

Potřeba autonomie v hospicové péči znamená, že pacient má pravomoci a právo činit rozhodnutí o své léčbě, péči a podpoře ze strany zdravotníků, rodiny či příbuzných. Tento aspekt autonomie je právě klíčový pro zachování důstojnosti a sebeúcty pacienta v takto těžkých momentech jeho života, ve kterých se nachází. Pacient má právo si rozhodovat například o místě, kde se chce léčit, o způsobu léčby, o nastavení potřebné podpory a péče a v neposlední řadě má právo vyjadřovat své emoce, obavy a přání spojené s koncem jeho života. V samotné praxi to vyžaduje, aby zdravotnický personál a celý multidisciplinární tým podporoval pacienta v jeho volbách a rozhodnutích. Poskytoval mu všechny relevantní informace a zároveň respektoval jeho přání a hodnoty. Respektování pacientovi autonomie v hospicové péči je stěžejní, jelikož umožňuje pacientovi prožít zbytek jeho posledních dní s maximálním pocitem kontroly nad svým životem.

Potřeba autonomie byla pro respondenty druhá nejdůležitější. V této oblasti 94 % respondentů považovalo za důležité mít informace o svém zdravotním stavu. Pro 89 % respondentů bylo důležité mít možnost činit svá rozhodnutí. Zároveň z výzkumu vyšlo najevo, že pacienti, u kterých nebyla naplňována potřeba autonomie, hodnotili svoji celkovou kvalitu života jako nižší.⁶⁹ Je tedy nezbytné myslet na to, že když pracujeme s pacienty, a to nejen v závěru jejich života, tak naše jednání, činy a postoje vůči nim by neměly, jakkoliv omezovat jejich možnosti a právo rozhodovat o sobě. Musíme ctít a respektovat jejich vůli a rozhodnutí, i když se nám mohou zdát v daném momentě nelogická. Proto je klíčové nezapomínat, že o svých potřebách a přáních si rozhoduje každý pacient individuálně.

⁶⁹ BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*, s. 91–96.

K potřebě pacientů znát svůj zdravotní stav Křivohlavý píše: „Ve většině případů je hlavním zájem pacienta dozvědět se diagnózu. V případech, kdy vyšetření trvá nějaký čas a pacient se nemůže diagnózu dozvědět, to má vliv na jeho psychiku. Pacienta napadají špatné myšlenky, v hlavě se mu odehrává nejčernější scénář, s prodlouženou dobou čekání na diagnózu rostou pacientovi obavy, které zhoršují jeho psychický stav.“⁷⁰

3.3.3 Smysl života, usmíření se

Hledání smyslu života a usmíření se, je při nevyлéčitelném onemocnění a blížícím se konci života velmi náročný proces, plný emocí, slz, hněvu, lásky, odpuštění. Tento proces se dotýká emočních, duchovních, spirituálních a fyzických oblastí. Pro potřebu nalezení smyslu života a usmíření je důležitá podpora rodiny, přátel, zdravotníků a duchovních a všech členů hospicových týmů. V oblasti fyzického smíření se může jednat o vyrovnání se například s bolestí, únavou, úzkostí. V duchovní a spirituální oblasti může jít o vyrovnání se s nemocí, svým osudem skrze víru, hledání útěchy v modlitbě nebo jiných duchovních aktivitách, popřípadě v meditaci. V emoční oblasti může jít o smíření se a přijetí nemoci, vyrovnání se pocitem strachu, smutku, viny, lítosti.

Důležitost potřeby nalezení smyslu života v konečné fázi nemoci uvádělo 89 % respondentů. Pro další 88 % respondentů byla důležitá potřeba být naplněn klidem a 86 % respondentů považovalo za důležité mít pozitivní náhled na život.⁷¹ Z pohledu Frankla žít život a naplnit jej, znamená v konečném důsledku přijmout zodpovědnost za adekvátní reakce na životní dilemata, za úspěšné zvládnutí výzev, které nám život předkládá, a za naplnění očekávání našich blízkých. Tyto nároky a s ním

⁷⁰ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*, s. 71–72.

⁷¹ BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*, s. 86.

spojený účel života se liší od jednotlivce k jednotlivci, situace od situace. V situacích, kdy nám život připraví nějakou bolest a utrpení, je pak na člověku, aby i v této situaci viděl jedinečné poslání a smysl.⁷²

3.3.4 Péče o fyzické symptomy nemoci

V rámci hospicové péče jsou prováděny různé lékařské postupy a terapie, jejímž cílem je zlepšit komfort a kvalitu života pacientů v pokročilém stádiu nemoci. Mezi klíčové fyzické symptomy, na které je potřeba se zaměřit, patří zvládnutí bolesti a její úlevy od ní. Mezi další fyzické potřeby nemocných, na které se zaměřuje hospicová péče, patří nevolnost, dehydratace, dušnost, zácpa a vyčerpání.

Respondenti umístili tuto potřebu na čtvrté místo z pohledu důležitosti. Svatošová uvádí, že péče v hospici zajišťuje pacientovi, že nebude muset snášet nesnesitelnou bolest.⁷³ Přesto právě bolest je to, z čeho mají pacienti obavy. Nejenom pacienti mají velké obavy z bolesti. Také jejich příbuzní, mají obavy, aby jejich nevléčitelně nemocný příbuzný neumíral v bolestech. Jak velké je téma bolesti v hospicové péči potvrzuje také Ulrichová: „*Velký důraz se samozřejmě klade na tišení bolesti, pacient by neměl umírat v bolesti, která je nekontrolovatelná.*“⁷⁴

3.3.5 Potřeby v sociální oblasti

Saturování sociálních potřeb patří také mezi klíčové dovednosti hospicové péče. Vážné onemocnění nejenže postihuje zdravotní stav jedince, ale také mnohdy zasahuje i do jeho sociálního života. Může dojít k odříznutí

⁷² FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši*, s. 97.

⁷³ SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 123.

⁷⁴ ULRICHOVÁ, Monika. *Hledání smyslu ve smrti a umírání: zdravotně sociální aspekty konce života v perspektivě existencionální analýzy*, s. 75.

od rodinného života, přátel, práce, koníčků, zálib. Onemocnění může také ovlivnit finanční situaci, kariéru a pracovní postavení.

Vágnerová uvádí, že závažné onemocnění může mít vliv na to, jak se jedinec vnímá, jak je vnímán okolím. Projevy nemoci mohou být viditelné fyzicky, například ztrátou hmotnosti, nárustem otoků, padáním vlasů, úbytkem svalové hmoty či třesem. Tyto projevy mohou ovlivnit způsob, jak je vnímám nemocný svým okolím a jak nemocný vnímá své okolí. Postupně pak dochází k dalším klíčovým sociálním ztrátám, které zahrnují ztrátu schopnosti komunikace, ztrátu nezávislého dýchání bez pomoci oxygenátoru, schopnost pohybu a schopnost kontroly vylučování moči a stolice.⁷⁵ Nemocný postupně ztrácí spojení se širším sociálním okolím. Sociální kontakt mu později zajišťuje již jen nejbližší rodinní příslušníci. Existují ale v životě i situace, kdy dokonce ti nejbližší nemohou vydržet projevy nemoci a začnou se od nemocného psychicky i fyzicky distancovat.

Z výzkumu Bužgové vyplynulo, že potřeba v sociální oblasti byla důležitější pro nemocné mladšího věku, zejména pro ty, co měli děti.⁷⁶

V praxi se ukazuje, jak je důležité mít proškolený tým zdravotníků a dalších členů multidisciplinárního týmu v oblasti naslouchání a komunikace s pacienty a pečujícími rodinami. Skrze kvalitní komunikaci a opravdový zájem o pacienty a jejich rodiny je možné adekvátně reagovat na sociální potřeby pacientů a tím je podporovat v jejich sociálním životě i v posledních dnech jejich života. Jen tak může docházet k naplňování sociálních potřeb.

⁷⁵ VÁGNEROVÁ, Marie, ed. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 89.

⁷⁶ BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*, s. 72.

3.3.6 Potřeba možnosti sdílení emocí

Sdílení emocí je zásadní součástí péče o hospicové pacienty. Emoce mohou výrazně ovlivnit fyzický i psychický stav pacienta, proto je nesmírně důležité, aby měl pacient možnost s někým otevřeně své emoce sdílet. Hospicoví pacienti jsou často vystaveni různým formám emocí. Může jít o strach, úzkost, vztek ale také lásku. Všechny tyto emoce mohou vycházet z jejich zdravotního stavu, z nedobrych vyhlídek na jejich život, kterému zbývá pár dní, týdnů. Pacienti mají obavy o ztrátu své nezávislosti o svoji rodinu. Každá možnost sdílení emocí umožní pacientům být pochopeni, vyslyšeni nebo necítit se osaměle. Je tedy důležité, aby pacienti měli možnost sdílet své emoce dle svých potřeb a možností. Každé sdílení emocí může nemocnému pomoci lépe zvládat jeho nepříznivou, život ohrožující situaci.

Weinert popisuje, jak je vyjadřování pocitů zásadní pro pacienty trpící vážnou nemocí, nebo pro ty, jenž se nacházejí na sklonku svého života. Právě skrze své vyjádření jsou nemocní schopni čelit své budoucí existenci. Emoce se mohou projevovat různými způsoby, někdy slzami, pláčem, sténáním.⁷⁷ Opatrný uvádí jak pacienti čelící vážným zdravotním problémům a výzvám často procházejí obdobím adaptace na změněné životní podmínky, kdy se jejich hodnotový systém a bezpečné základy otrásají. Je pro ně zásadní mít příležitost sdílet své pochyby, strachy a úvahy s těmi, kdo si získal jejich důvěru.⁷⁸

Umět komunikovat a sdílet pocity související se smrtí a umíráním vyžaduje velkou odvahu jak ze strany nemocného, tak doprovázejícího,

⁷⁷ PERA, Heinrich, Patrik MUNZAR a Bernd WEINERT. *Nemocným nablízku: jak pomáhat v těžkých chvílích*. Praha: Vyšehrad, 1996, s. 376.

⁷⁸ OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*, s. 32.

lékaře nebo rodinného příslušníka. Základem je vytvoření důvěry a dostatek času.

V knize *A caregiver(s) guide* je uvedeno, že přenos emocí, pocitů, myšlenek může proběhnout i beze slov, pouhou přítomností někoho blízkého. Slova se nemusí vždy používat k vyjádření našich emocí a pocitů. Někdy postačí být jen na blízku, dotknout se, držet za ruku, nebo pohlédit či obejmout.⁷⁹

3.3.7 Potřeby religiózní

Pro člověka, který vyznává víru, mají náboženské potřeby důležitý význam a mají klíčovou roli pro jeho celkové blaho, štěstí a pohodu. Víra pomáhá poskytnout útěchu a naději v obtížných životních situacích, jako například při ztrátě někoho blízkého nebo při zvládnutí závažné nemoci. Je tedy důležité respektovat náboženské potřeby nemocných pacientů, i když třeba nesouhlasíme s jejich vírou nebo praktikami.

Religiózní potřeby ve výzkumu Bužgové zahrnovali náboženskou podporu, obřady, návštěvu duchovního. Religiózní potřeby považovalo za důležité jen 17 % respondentů. S vyšším věkem pacienta byly religiózní potřeby považovány za důležitější. Pro 12% respondentů bylo důležité účastnit se bohoslužeb a pro 17% respondentů bylo důležité být v kontaktu s duchovním.⁸⁰ Ulrichová objasňuje, že důvodem, proč se někteří lidé na sklonku svého života věnují duchovním a postojovým hodnotám, je to, že umírající jedinci již často nejsou schopni naplňovat hodnoty tvůrčí a prožitkové.⁸¹ Výklad Wienerta o vztahu mezi blízcím

⁷⁹ MACMILLAN, Karen. *A caregiver's guide: a handbook about end-of-life care*. Ottawa: Military and Hospitaller Order of St. Lazarus of Jerusalem, 2014, s. 18.

⁸⁰ BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*, s. 87–88.

⁸¹ ULRICHOVÁ, Monika. *Hledání smyslu ve smrti a umírání: zdravotně sociální aspekty konce života v perspektivě existencionální analýzy*, s. 30.

se koncem života a náboženskou vírou naznačuje, že smrt by neměla být považována za něco destruktivního, zničujícího a konečného. Podle něj, jak to ukazují různá náboženská učení, smrt je pro člověka jen začátkem jeho nové existence.⁸²

Z praxe se ukazuje, jak zásadní je pro personál hospicové služby vzdělávání zaměřené na religiózní a kulturní znalosti, protože jedině tak budou moci být zaměstnanci poskytovat citlivou, vnímavou péči, která bude reflektovat individuální náboženské potřeby nemocných. Snáze se pak také vytvářejí podmínky, které umožňují pacientům praktikovat jejich víru a obřady do té doby, dokud jim to zdravotní stav dovolí.

3.4 Kvalita života

Termín kvalita života se zejména v posledních letech stal často používaným. Navzdory tomu, že jeho obsah není jednoznačně vymezen a definován. Obecně tento pojem „...představuje cíl lidského úsilí přesahující materiální hodnoty vyjádřené objemovými ukazateli...“⁸³ Za indikátory jsou v této souvislosti považovány fyzické zdraví, duševní a sociální pohoda.

Literatura uvádí různá pojetí a definice, já bych se v souvislosti s tématem mé práce orientoval zejména na pojetí psychologické a medicínské, která mi s ním korespondují. Psychologické pojetí kvality života se vztahuje „...ke snaze postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým...“⁸⁴ V *Psychologickém slovníku* je kvalita života definována jako „...vyjádření pocitu životního štěstí...“⁸⁵ Je patrné, že je zde kladen důraz na spokojenost.

⁸² PERA, Heinrich, Patrik MUNZAR a Bernd WEINERT. *Nemocným nablízku*, s. 185.

⁸³ MATOUŠEK, Oldřich a Alois KŘIŠŤAN. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013, s. 223.

⁸⁴ PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005, s. 209.

⁸⁵ HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 284.

Dá se předpokládat, že se jedná o osobní hodnocení vlastního života jedincem, které vychází z jeho osobních hodnot (představy, naděje, očekávání, přesvědčení atd.).

Oproti tomu v medicinském pojetí „...je těžiště zkoumání kvality života posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví...“⁸⁶ Z toho tedy vyplývá, že kvalita života je vnímána opět jako subjektivní pocit životní pohody, která však vychází z fyzického a psychického stavu jedince (přítomnost bolesti, intenzita únavy, schopnost sebeobsluhy, prožívaná míra úzkosti a napětí atd.). Kvalitu života člověka tak můžeme posuzovat podle toho, jak se jedinec podle vlastního názoru cítí schopný fungovat jak fyzicky, tak emočně, mentálně a sociálně.

Kvalita života se v průběhu života člověka mění v návaznosti na jeho životní události a situace, kterými prochází. Pro zdravého člověka zpravidla znamená kvalitní život něco jiného pro nemocného. V případě vážného onemocnění vyvstávají u nemocného nové otázky. Dochází ke konfrontaci s dosavadními postoji, vytváří se obavy a otazníky. Vzniká tak prostor pro objevení i nových hodnot než těch, kterým nemocný přikládal význam pro celý dosavadní život.

Kvalitu života nemocného může posuzovat výhradně sám nemocný. Vymezení toho, co je pro něj významné a důležité, je potřeba respektovat. Jinak by mohlo dojít k tomu, že okolí bude dané vymezení posuzovat optikou „bezbolestné fáze života“. Pro těžce nemocného není mnohdy důležitý jeho objektivní stav, ale důležitější je jeho subjektivní prožívání.⁸⁷

V hospicové péči hraje kvalita života klíčovou část při péči o nevléčitelně nemocné. Kvalita života u těchto pacientů spočívá v zajišťování takového stavu, kdy je nemocný udržován v určitém

⁸⁶ Tamtéž, s. 211.

⁸⁷ OPATRŇ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*, s. 49.

komfortu. Netrpí bolestmi, nevolnostmi a dalšími obtěžujícími příznaky a je mu zajišťována i potřebná péče v náboženských, sociálních a spirituálních potřebách.

3.5 Shrnutí třetí kapitoly

Třetí kapitola se věnuje potřebám pacientů v hospicové péči a kvalitě života. Kapitola je zaměřená na různé teoretické přístupy, které vedou k definování a kategorizaci potřeb. Urban a Geist rozlišují mezi primárními a sekundárními potřebami, zatímco Maslowova hierarchie potřeb popisuje uspořádání potřeb v pyramidě, která začíná od základních fyziologických potřeb a na vrcholu pyramidy se nachází potřeba seberealizace. Svatošová se již věnuje specifické kategorizaci potřeb hospicových pacientů a rozlišuje u nich mezi biologickými, psychologickými, sociálními a spirituálními potřebami. Dále popisuje klíčové a preferované potřeby pacientů v konečném stádiu nemoci, u kterých vycházím z výzkumu Bužgové, který probíhal v letech 2011 až 2014. Podle Bužgové patří mezi základní potřeby respekt a podpora personálu, zachování autonomie a možnost sdílení emocí, hledání smyslu života a usmíření se, péče o fyzické symptomy, stejně jako sociální a religiózní potřeby.

Závěr třetí kapitoly se věnuje kvalitě života. V hospicové péči je kvalita života nevyhlášeně nemocných prioritou, která zahrnuje udržování pacientů v určitém komfortu. Tento komfort může znamenat, že pacient netrpí bolestí, nevolností, nedusí se a netrpí dalšími možnými obtížemi. Zároveň je mu stejně tak poskytována péče v oblasti náboženských, sociálních a spirituálních potřeb. Je potřeba nezapomínat, že kvalitu života může posoudit pouze sám nemocný, a proto je důležité respektovat jeho volbu v tom, co pro něj samotného kvalita života znamená.

4. Výzkumná část

4.1 Výzkumný problém

Tato diplomová práce se zaměřuje na hlubší pochopení hodnot a potřeb pacientů v hospicové péči skrze kvalitativní výzkum a následnou analýzu konkrétních kazuistik. Výzkumný problém je formulován následovně: Dochází ke změnám hodnot a potřeb u pacientů domácí hospicové péče v průběhu onemocnění? Obracejí se tito pacienti na sklonku svého života k Bohu či víře jako takové? Při zjišťování těchto změn bude zásadní analýza kazuistik, které jsou odrazem sociálního šetření, denních záznamů, příběhu klienta, práce sociálních pracovníků a personálu poskytující přímou péči.

4.2 Výzkumný cíl

Poskytnout hlubší porozumění hodnotám a potřebám pacientů v hospicové péči s důrazem na význam rodiny a roli křesťanské víry, a to především v návaznosti na konkrétní změny, které u nich mohou nastat v reakci na postupující stádia onemocnění.

4.3 Výzkumné otázky

Dochází ke změnám hodnot a potřeb u pacientů domácí hospicové péče v průběhu jejich onemocnění?

Obracejí se tito pacienti na sklonku svého života k Bohu či víře jako takové?

4.4 Metodologie

Pro tento výzkum byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, a to s ohledem na téma celé diplomové práce. Právě holistický přístup

kvalitativního výzkumu mi přišel jako nejvhodnější metoda. Dle Žiakové je kvalitativní výzkum méně strukturovaný než kvantitativní výzkum. V průběhu kvalitativního výzkumu je možné měnit hypotézy, a to dle zjištěných skutečností. Je zde kladen důraz na výzkumníka, který výzkum provádí. Je důležité, aby nezakreslil data, byl vnímavý a kreativní. Velmi důležitá je výzkumníková znalost zkoumaného terénu.⁸⁸

Žiaková popisuje u kvalitativního výzkumu reliabilitu jako problematickou, a to pro jedinečnost jevů. Výzkumný výsledek nelze generalizovat. Validita je ale dle ní silnou stránkou kvalitativního výzkumu.⁸⁹ S tím koresponduje názor Dismana, který také uvádí validitu jako silnou stránku kvalitativního výzkumu.⁹⁰

4.4.1 Stanovení výzkumného vzorku

V rámci přípravy výzkumné části diplomové práce bylo nezbytné stanovit relevantní výzkumný vzorek, jenž je reprezentativní pro zkoumanou problematiku. Výběr kazuistik, které byly zahrnuty do analýzy, byl podmíněn následujícími kritérii:

1. Individuální kazuistiky musely odpovídat osobám, které byly pacienti domácí hospicové péče.
2. Osoby zahrnuté ve vzorku musely současně procházet péčí pobytové odlehčovací služby.
3. Osoba byla v průběhu poskytování pobytové odlehčovací služby v kontaktu se sociálním nebo psychosociálním pracovníkem. Roli psychosociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu hospicové péče je potřeba vnímat jako klíčovou. Psychosociální

⁸⁸ ŽIAKOVÁ, Katarína. *Ošetrovatel'stvo: teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 2009, s. 255.

⁸⁹ Tamtéž, s. 257.

⁹⁰ DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021, s. 287.

pracovník se věnuje komplexní podpoře pacientů a jejich rodin. Poskytuje psychickou, sociální a spirituální péči.

4. Osoba zemřela v prostředí pobytové odlehčovací služby.

Pro tento výzkum bylo předpokládáno, že bude zahrnuto 5 kazuistik, které splňují uvedená kritéria. Tento počet byl zvolen s ohledem na hloubkovou analýzu a kvalitativní přístup, který umožňuje detailně pospat a pochopit jednotlivé případy.

4.4.2 Technika sběru dat

V rámci tohoto výzkumu, budu vycházet z analýzy kazuistik, které jsou odrazem sociálního šetření, denních záznamů klienta, biografického příběhu klienta, práce sociálních pracovníků, personálu poskytující přímou péči a psychosociálního pracovníka.

4.4.3 Provedení a organizace výzkumu

Výzkum byl realizován v prostředí pobytové odlehčovací služby, která se nachází v regionu Východních Čech. Výzkum byl prováděn v časovém rozmezí od poloviny roku 2022 do konce roku 2023. Při sběru dat byla pečlivě dodržována všechna ustanovení a etické normy daných organizací, aby bylo zajištěno, že údaje osob zůstanou anonymní a soukromí jednotlivců bude chráněno. Proto nebyla použita jména osob ani další názvy domácí hospicové péče nebo odlehčovacích služeb.

4.4.4 Analýza získaných dat

V každé prezentované kazuistice bude zahrnuta anamnéza, odvozená z biografického příběhu klienta a výsledků sociálního šetření, společně s katamnézou, která je založena na sociálním šetření a denních záznamech klienta. Miovský uvádí, že analýza kvalitativních dat se právem řadí mezi nejnáročnější části výzkumu. Důvodem může být například malá míra standardizace jednotlivých kroků, nebo velká možnosti ve výkladu

jednotlivých metod.⁹¹ Diskuse se bude následně odvíjet od otevřeného kódování těchto kazuistik, kde bude kódování založeno na identifikaci a spojení podobných nebo identických jevů, jež budou následně rozděleny do odpovídajících kategorií. Kódování podle Miovského představuje systematickou techniku označování a přiřazování klíčových slov nebo symbolů, určitým částem textu, podle předem stanovených kritérií, což umožňuje pakt snadnější a rychlejší práci s těmito částmi textu.⁹² Tyto jevy budou vzájemně porovnávány. Podle Žiakové v závěrečné fázi výzkumu, výzkumník provádí hlubší reflexi shromážděných dat, přičemž se neomezí pouze na analýzu, ale provádí i syntézu. V této fázi může dojít k formulaci nových hypotéz či teorií.⁹³

⁹¹ MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, s. 219.

⁹² Tamtéž., s. 219.

⁹³ Tamtéž., s. 262.

4.5 Kazuistiky

4.5.1 Kazuistika č. 1

Anamnéza

Žena – věk 78 let.

Klientce byla pře dvěma měsíci ukončena léčba a byla předána do domácí hospicové péče, z důvodu nevléčitelného život ohrožujícího onemocnění. Žije společně se svou dcerou, a to poslední dva měsíce, do té doby docházela dcera několikrát v týdnu o klientku pečovat. Tato péče přestala stačit, klientka potřebuje podporu ve většině sebeobslužných činností. Z důvodu psychické i fyzické únavy dcery, byla klientce poskytnuta pobytová odlehčovací služba s podporou domácí hospicové péče.

Klientka se narodila do rodiny jako jediné dítě, otec zemřel, když jí bylo 7 let. Navštěvovala Sokol a hrála na klavír. Ve škole jí nešla matematika, vyučila se prodavačkou. Ve 20 letech se vdala a narodila se jí jediná dcera, manžel rodinu opustil po 8 letech. Od mládí kuřačka, s dcerou má kamarádský vztah. Starala se o svou nemocnou matku, pomáhala s výchovou vnoučat.

Během sociálního šetření bylo u klientky zjištěno, že se klientka cítí často unavená a slabá, trpí na nevolnosti. Občas trpí bolestí nohou a při kašlání ji bolí v oblasti hrudníku.

V podpoře je nutný doprovod na toaletu. Dle jejích slov má často nutkání na malou stranu, ale moč neodchází. Trpí na zácpy. Je nutná kompletní pomoc při hygieně velké i při hygieně na lůžku. Potřebuje pomoc při oblékání kalhot a ponožek. Pečovatelka dopomáhá s přípravou stravy. Klientka jí velmi málo, strava se upravuje pro lepší polykání. Jsou nutné doprovody v prostorách odlehčovací služby. Klientka

má potíže se spaním, často se budí a pak pospává přes den. K přesunu používá chodítka.

Poslední měsíc je v kontaktu primárně s dcerou. Je na dceru velmi emočně navázaná. Silná kuřačka, ráda si k cigaretě dá kávu.

Katamnéza

Pobyt v odlehčovací službě dle denních záznamů

První den příjezd na středisko v dopoledních hodinách. Přesun pro klientku náročný, po přijetí na odlehčovací pobyt požádala o odpočinek (krátký spánek). Klientka se probouzí na oběd, který však odmítá, nemá chuť k jídlu. Přeje si projít středisko, ukázat prostory, koupelnu, WC, terasu, a uvařit kávu. Klientka tráví čas na terase s cigaretou a kávou, poté si povídá o životě s personálem. Povídá o své dceři, má obavu, že jí její zdravotní stav dělá starost. Odmítla nabídku trávit společný čas s dalšími klienty. Žádá o pomoc při volání dceři. Telefonuje zhruba 1 hodinu. Klientka se omlouvá personálu, že často potřebuje personál při potřebě na WC. Je ujištěna, že to je v pořádku, že od toho tu je personál, aby jí pomáhal. Celé odpoledne až do večera střídá odpočinek na pokoji s terasou, kde kouří. Dle jejích slov, jí cigareta uklidňuje. Klientka má obavy, že se jí tu bude hůře spát, těší se, až za ní přijde zítřka dcera. K večeři snědla půlku jogurtu a vypila skleničku čaje. Nemá chuť k jídlu. Na terase kouří cigaretu. Večerní hygiena na lůžku. Je nutná kompletní dopomoc. Klientka se cítí po celém dni velmi slabá. V 21:00 klientka nemůže spát, ptá se, zda je možné jít na cigaretu i v noci. Ujištěna že ano. V 23:30 je klientka na poslední cigaretě. Poté doprovozena na pokoj, pomoc s přesunem do lůžka. Využívá prášku na spaní. Po 4. hodině několikrát doprovod na WC.

Druhý den vstává po 9 hodině, je nutná celková dopomoc při ranní hygieně a oblečení. Snídá celý jogurt, čaj, poté cigareta a káva na terase. Rozhovor s pečovatelkou, klientka vzpomíná na svou maminku, jak o ni pečovala, že to bylo náročné. Klientka si přeje hezky učesat od pečovatelky, aby vypadala dobře, až přijde dcera na návštěvu. Dopoledne tráví čas odpočinkem na lůžku, povídáním s pečovatelkou a cigaretou na terase. Mluví o své dceři, z vyprávění je zřejmé, že jí má velmi ráda a že jí velmi chybí. Má obavu, aby dcera o ní neměla strach. Na přání oběd posunut na 13 hodinu, snědla jen trochu polévky, na druhé jídlo nemá chuť. Klientka si přála dát kávu a cigaretu na terase. Poté opět odpočinek kvůli únavě (po chvílce usíná). Probouzí se po 15 hodině, má přání uvařit kávu a dát si cigaretu na terase, kde počká na dceru. Návštěva dcery, odchod kolem 17 hodiny. Kontrola zdravotního stavu zdravotní sestrou a lékařem domácí hospicové péče v 18 hodin. K večeři necelý jogurt, čaj, cigareta na terase. Dopomoc s večerní hygienou, dopomoc s uložením do lůžka. Klientka se doptává pečovatelky, zda neví, jak se domluvila s dcerou na další návštěvě. Klientka ujištěna, že to personál zjistí a řekne jí to. V průběhu noci častý doprovod na WC bez úspěchu. Klientce nabídnuto k lůžku toaletní křeslo, aby nemusela daleko chodit. Klientka odmítá, že by se cítila „blbě“.

Třetí den klientka vstává po 8 hodině, odmítá celkovou hygienu, ale souhlasí s provedením hygieny na lůžku, kompletní dopomoc. Snídá jen trochu jogurtu, půlku suchého rohlíku. Poté si přeje kávu na terasu a cigaretu. Dopoledne odpočinek na lůžku. K obědu si přeje trochu polévky. Po obědě káva a cigareta na terase. Celé odpoledne je na lůžku a odpočívá. Svačinu odmítá. Stěžuje si na horší dýchání. Konzultace klientčina zhoršeného dýchání se zdravotní sestrou domácího hospice, nasazen oxygenerátor. Klientka je poté již celý den v lůžku a opakovaně

se ptá na dceru. Nabídnut rozhovor s psychosociálním pracovníkem. Souhlasí, ale až zítra, dnes se již na nic necítí. Večeře probíhá na lůžku, snědla půlku jogurtu. Přeje si volat dceři, nutná dopomoc pečovatelky, po konci hovoru se jí viditelně lepší nálada. Využívá lék na spaní. V průběhu noci několikrát doprovod na WC. Horší přesun, proto použit invalidní vozík. Klientka je slabá, riziko pádu.

Čtvrtý den se klientka probouzí kolem 8 hodiny, přeje si být ještě v lůžku, dýchání prý lepší. Na její přání hygiena na lůžku, dopomoc s oblečením, sundáním oxygenerátoru a doprovod na cigaretu. Poté oxygenerátor opět nasazen. Cítí se unavená, v průběhu dopoledne doprovody na WC. Klientka se omlouvá za starosti. Vysvětleno, že to je naše práce. Ptá se na dceru, kdy přijde, přeje si zavolat dceři. Nutná dopomoc pečovatelky při volání z mobilu a přidržení telefonu. Po rozhovoru s dcerou se prý cítí lépe, cítí „úlevu“. Poté odpočinek a spánek na lůžku. Obědvá jen jogurt, čaj, poté opět odpočinek na lůžku. Opět nasazen oxygenerátor, informována sestra z domácí hospicové péče. Návštěva psychosociálního pracovníka, povídala si o tom, co prožila, jaké zažila muže ve svém životě, je veselá až rozverná. Dle svých slov si ráda povídá. Nabídnuty různé možnosti duchovní péče. Toto odmítá, není věřící a chce si povídat tak jako dnes. Domluvena návštěva na druhý den. Volala dcera, že máme mamince vyřídit, že dnes nepřijde, necítí se dobře. Klientka informována, dělá si starost o dceru a její zdravotní stav. Volá dceři, nutná dopomoc při telefonování. Dcera ji klidní. Domlouvají se na návštěvě zítra. Klientka je po telefonátu klidnější. Večer pije půlku nutridrinku. Večerní hygiena v koupelně ve dvou pečovatelkách, nutná kompletní dopomoc, klientka užívá lék na spaní. Usíná s oxygenerátorem. V průběhu noci náročné doprovody na WC, má nutkání, ale nic neodchází – nutné informovat hospicovou zdravotní sestru.

Pátý den klientka vstává kolem 7 hodiny, cítí se dobře, dle jejích slov ji asi udělal lépe oxygenerátor. Snídá celý jogurt, poté káva a cigareta na terase, povídání s pečovatelkou o vnoučatech, o výchově dcery, v období, když zůstala sama. Vypráví, jak je dcera pro ni velmi důležitá. Dopoledne odpočinek na lůžku. K obědu si klientka přeje trochu polévky. Kontrola zdravotní sestrou z domácího hospicové péče, řešena zácpa a vyprazdňování. Po obědě odpočinek na lůžku, ke svačině si dává kávu, ptá se personálu, kdy přijde dcera. S pomocí personálu voláno dceři, dcera nepřijde, je nemocná, nechce ničím ohrozit maminku ani ostatní. Klientce nabídnut rozhovor se sociálním pracovníkem – vítá jej. Večeří půlku jogurtu, stěžuje si na opětovné horší dýchání, nasazen oxygenerátor, zbytek dne již nekouří. V noci doprovody na WC. V noci u klientky stolice, stěžuje si na nevolnost, motání hlavy.

Šestý den se probouzí kolem 7 hodiny, ptá se na dceru, kdy přijde, přeje si být v lůžku, pije trochu vody, jídlo odmítá, ranní hygiena na lůžku, kompletní dopomoc dvou pečovatelek. Klientka se cítí slabá, nabízenou kávu neguje, kouřit si též nepřeje, zapojen oxygenerátor, stolice na mísu, informována zdravotní sestra z domácího hospice. Celé dopoledne je klientka v lůžku, stále udává malátnost, křeče v žaludku, bolest neguje. S pomocí pečovatelky telefonuje dceři, ta se již cítí lépe. Oběd odmítá, přeje si trochu vody. S pomocí pečovatelky znovu volá dceři, dcera slibuje příchod další den. Klientka si přeje odpočívat. Pospává celé dopoledne. V podvečer kontrola domácí hospicovou sestrou, lepena náplast na bolest, doporučení nesundávat oxygenerátor. Klientka spává, po domluvě s klientkou na noc nasazeny inkontinenční pomůcky. V průběhu noci spí i nespí, stěžuje si na žízeň, ale nedaří se jí polknout. Svlažování rtů, na bolest si nestěžuje, jen zmiňuje horší dýchání a křeče v oblasti břicha.

Sedmý den klientka po probuzení není schopna chůze, hygiena na lůžku s kompletní dopomocí. Odmítá jídlo, kávu i cigaretu. Použity inkontinenční pomůcky. Přeje si odpočívat, rty pravidelně zvlhčovány. Stěžuje si na špatné dýchání. Kontrola domácí hospicovou sestrou. Pokud se bude stav nadále zhoršovat, máme zdravotní sestru kontaktovat. Klientka pospává. Po probuzení klientka velmi hlasitě a rychle dýchá, chce vidět dceru, nechce nic jíst, zvlhčování úst. Klientka drží za ruku pečovatelku a přeje si, aby s ní zůstala, nechce být sama. Kontaktování dcery. Dcera přijíždí ve 13 hodin. Klientka spí. Ústa pravidelně zvlhčována. Dcera tráví čas s klientkou. Klientka po celou dobu návštěvy dcery spí. Konzultace s domácí hospicovou sestrou. Dcera odchází kolem páté hodiny. Klientka pravidelně kontrolována. V 20:30 při kontrole klientky zjištěny dlouhé dechové pauzy, kontaktována dcera. Příjezd dcery v 22 hodin. Ve 23 hodin úmrtí klientky, kontaktován vedoucí služby a zdravotní sestra domácí hospicové péče.

Analýza

Z této kazuistiky je zřejmé, že u klientky dochází během pobytu v odlehčovací službě k určitým změnám v hodnotách a potřebách, některé aspekty se ale nezměnily.

Hlavní hodnotou pro klientku byla rodina, zejména vztah s dcerou. Tato hodnota zůstala konzistentní a byla důležitá pro klientku, což se projevovalo pravidelnými telefonáty a návštěvami dcery. Naopak křesťanská víra v životě klientky nehrála žádnou roli. Její nevíra zůstala stejná až do posledních okamžiků. To jen potvrzuje, že i při blížícím se konci života nemusí docházet ke změně náboženského přesvědčení.

V oblasti sociálních potřeb je patrná změna. Zatímco dříve klientka udržovala kontakty s kamarádkami, v posledním období svého života

se její sociální interakce omezovali především na rodinné vazby a kontakty s personálem odlehčovací služby. Přestože odmítla účast ve společenské místnosti s ostatními klienty, uvítala kontakt s personálem a psychosociálním pracovníkem.

V oblasti fyzických potřeb došlo ke změnám v důsledku postupujícího onemocnění. Klientka, která měla dříve kladný vztah k jídlu, začala stravu odmítat a neměla chuť k jídlu, což je typické pro terminální stádium onemocnění. Také se objevily potíže s dýcháním, které vyžadovaly nasazení oxygenerátoru, a klientka začala trávit více času v lůžku kvůli únavě a slabosti.

V oblasti sdílení emocí klientka na konci svého života vyhledávala podporu a společnost personálu, s nímž sdílela své obavy i vzpomínky. Na sklonku života nechtěla být sama, což ukazuje na zvýšenou potřebu emoční podpory.

Klientka byla podporována v autonomii, měla možnost rozhodovat o svých zvyklostech a rituálech, což pro ni bylo důležité. I když například kouření bylo jejím dlouhodobým rituálem, v posledních dnech života tento zvyk opustila, což může být interpretováno jako změna v potřebách nebo přizpůsobení se fyzickému stavu.

4.5.2 Kazuistika č. 2

Anamnéza

Muž – 49 let

Klientovi byla po 8 měsících ukončena neúspěšná léčba a byl předán do domácí hospicové péče z důvodu nevléčitelného život ohrožujícího onemocnění. Klient je ženatý a v domácnosti žije se svou manželkou a dcerou školního věku. Manželka se psychicky zhroutila a přestala zvládat péči o manžela. Společně se domluvili na dočasném využití pobytové odlehčovací služby.

Narodil se jako druhorozený, má starší sestru. Se sestrou má dobrý vztah. Jeho tatínek byl ředitel, maminka byla učitelka. Maminka úzkostlivá. Od mládí byl aktivní, hrál fotbal, ve škole premiant, vystudoval vysokou školu. Rád si užíval života, nechtěl se vázat, chodíval na zábavy. Klient byl zaměstnán na manažerské funkci, dle jeho slov si uměl vydělat pěkné peníze. S manželkou se poznal, když mu bylo 27 let. Byl to jeho první vážný vztah. Dlouho se manželkou snažili o dítě, to se narodilo v jeho 38 letech. Na svou dceru je velmi fixovaný.

Během sociálního šetření bylo zjištěno, že domácí hospicová péče klientovi lepší náplasti proti bolesti. Klient si přeje vést záznam o stolici, v současné době trpí na zácpy, pokud nemá stolici 3 dny, domácí hospicová péče mu zavádí glycerínový čípek. Klient je často unaven, snaží se vše zvládnout sám nebo za mírné pomoci. Je pro něj důležité, aby nebyl cítit močí, nebo jiným nepříjemným pachem. Po hygieně používá parfém, pokožka se promazává, s dopomocí druhé osoby. Pokud to jeho zdravotní stav dovolí, chce být sprchován, chce být doprovázen na toaletu, případně toaletní křeslo. Inkontinenční pomůcky si přeje používat jen dle jeho

rozhodnutí. Klient bude mít s sebou kávovar. Klient si dle svého zdravotního stavu řekne, zda chce být ve společenské místnosti nebo na pokoji. Nechce být viděn ostatními klienty v situacích, které mu budou činit potíže (neschopnost vložit sousto do úst). Při zdravotních potížích je nutná dopomoc s oblékáním, ale klient se snaží o co největší soběstačnost. Oblečení si vybírá sám, je nutné se doptat, co si přeje obléknout. Oblečení je nutné udržovat v naprosté čistotě.

Katamnéza

Pobyt v odlehčovací službě dle denních záznamů

První den příjezd klienta do zařízení v odpoledních hodinách, v doprovodu dcery, manželky a její matky. Byl unaven, přeje si odpočinek na lůžku. Večeřel na denní místnosti ve společnosti dalších klientů. Nabídl dort ostatním klientům, který pro něj udělala jeho dcera. Večer trávil na terase, dál si skleničku vlastního vína. Chtěl být sám. Ve 22 hodin doprovázen do lůžka, hygiena na lůžku, dopomoc s převlečením. Poslouchal rozhlasovou hru přes tablet. Průběžně kontrolován. V průběhu noci chtěl pomoc s přesunem na toaletní křeslo.

Druhý den ráno kontrola zdravotního stavu zdravotní sestrou z domácí hospicové péče, konzultace s klientem, nalepena náplast na bolest. Klient chtěl snídat v lůžku. Poté dopomoc s oblečením. Přeje si kávu, poté udává únavu, přeje si odpočívat. Domlouvá si s personálem použití toaletního křesla i přes den na jeho přání. Přeje si být doprovázen při přesunech. Žádá doprovod do koupelny a celkovou hygienu. Nutná dopomoc. Po hygieně unaven, odpočívá v lůžku. Oběd po probuzení, ve 14 hodin, snědl polovinu porce. Klient udává, že necítí hlad. Telefonuje dceři s lehkou dopomocí personálu. Návštěva dcery, čas tráví spolu na terase. Po odchodu klient žádá personál o zakoupení pěti čokolád pro svoji dceru

na další dny, kdy přijde na návštěvu. Večeří na lůžku, cítí se unavený. Večerní hygiena na lůžku s dopomocí. Na noc si žádá inkontinenční pomůcku. Spí neklidně, často se budí v průběhu noci. Žádá pracovníci o rozhovor, udává špatný psychický stav „neví, co má dělat, má obavu, že na něj dcera zapomene“, pláče, mluví o smrti. Klient má obavy z neznáma.

Třetí den ráno noční služba předává informace vedoucímu služby. Klient si ráno přeje velkou hygienu na koupelně, má obavy, že by byl po hygieně na lůžku cítit močí. V rámci celkové hygieny nutná celková dopomoc. Klient se cítí unaven, ale přeje si snídat na společenské místnosti. Nabídnuata psychosociální pomoc, klient odmítá. Tráví čas s dalším klientem na společenské místnosti. Prohlížení fotek s dalším klientem, káva na terase. Udává dobrou náladu ve společnosti klienta. Obědvá jen polévku. Po obědě odpočívá v lůžku. Odpoledne návštěva dcery. Přeje si pro sebe kávu a pro dceru kakao a čokoládu na terasu. Odchod dcery před večeří, klient udává velkou únavu, nutný přesun v polohovacím křesle, nemá sílu jít. Večeři i večerní hygienu odmítá, žádá si inkontinenční pomůcku. Usíná kolem 19 hodiny. V průběhu noci opět neklidný, často se budí, pláče, povídá si o dceři s noční službou, sděluje, že mu chybí dcera, manželka a jejich byt. Mluví o tom, jak by si rád pohladil svého psa. K ránu usíná.

Čtvrtý den po probuzení si klient přeje hygienu ve sprše, dle svých slov se cítí unaveně, chuť k jídlu nemá, chce pouze mléko. Přeje si odpočívát na lůžku, ptá se po klientovi P. Dopoledne kontrola domácí hospicovou péčí, přidán lék na noc po souhlasu klienta. Návštěva psychosociálního pracovníka, hned v úvodu klient řekl „nevím, v co věřím, teď není čas na změny, nebo pochybnosti“, tráví spolu něco přes hodinu. Klient si přeje k lůžku toaletní židli, má obavu, že nezvládne dojít ani s doprovodem

na toaletu. Usíná před obědem, i po probuzení kolem 13 hodiny jídlo odmítá. Je propocený, žádá o hygienu, nutná kompletní dopomoc. Odpoledne tráví čas ve společnosti klienta P. Povídají si spolu. Odpoledne přichází na návštěvu dcera, klient chce kávu a pro dceru kakao a čokoládu. Klient je brzy unavený, má viditelný třes rukou, kávu nepije, pomoc personálu odmítá. Dcera odchází, klient je odvezen na polohovacím křesle na lůžko. Nutný přesun s kompletní dopomocí. Ptá se personálu, zda je na něm nemoc vidět. Večerní hygiena s kompletní dopomocí, používá na vlastní žádost inkontinenční pomůcku. Ve 21 hodin klient užívá noční lék na spaní, cítí se unaven, chtěl by spát celou noc.

Pátý den se klient probouzí kolem 7 hodiny. Přeje si hygienu ve sprše, žádá o doprovod při chůzi. Nutná velká dopomoc personálu ve dvou pečovateli. Snídá kousek koláče a čaj. Dopoledne kontrola domácí hospicovou péčí. Klient udává částečné zlepšení, „cítím se lépe“, prý má pocit, že je v něm život. Přeje si trávit čas ve společnosti klienta P. Sedí spolu na zahradě, je slyšet smích. Klient volá personál pouze na doprovody na toaletu. Obědvá polévku a část hlavního jídla na svém pokoji. Poté odpočinek, přeje si poslouchat rozhlasovou hru. V případě spánku, klient žádá personál o probuzení při příchodu dcery. Návštěva dcery kolem 16 hodiny. Klient tráví čas se svou dcerou na zahradě. Přeje si pro sebe kávu a pro dceru kakao. Při odchodu dcery jí dává čokoládu, objímají se. Klient si přeje být doprovoben na lůžko. Zvládá přesun s pomocí jedné pečovatelky. Povídá si s pečovatelkou o své dceři, ptá se, jak se jí dcera líbí, mluví o manželce, o svém životě, má pocit, že mu vše protéklo mezi prsty, cítí se vyčerpaný, pláče. Klient říká, že ví, že jde do finále. Nabídnuta psychosociální pomoc, s tou souhlasí. Usíná kolem 22 hodiny, spí klidně celou noc.

Šestý den se klient probouzí poměrně pozdě, až v průběhu dopoledne. Cítí se slabý, odmítá hygienu ve sprše, přijímá pouze hygienu na lůžku. Na žádost klienta je poskytnuta inkontinenční pomůcka. Snídá jen trochu čaje a pár lžiček kaše, kterou mu připravila pečovatelka. Přeje si zůstat v lůžku, omlouvá se klientovi P., že se necítí dobře. Návštěva psychosociálního pracovníka, tráví spolu přibližně hodinu. Rozhovor je zaměřen na pomoc s vyrovnáním se s pocitem obav z blížícího se konce. Návštěva dcery, jejich setkání je tentokrát tišší, klient je velmi unavený, málo mluví. Po odchodu dcery zůstává klient na lůžku, udává pocit žízně, nutná dopomoc s podáním vody. Klient pospává zbytek dne, v noci spí klidně celou noc.

Sedmý den ráno se probouzí kolem 7 hodiny, udává velkou slabost a silné bolesti celého těla, přeje si zůstat v lůžku. Hůře se mu komunikuje, řeč je pro něj namáhavá. Domácí hospicová péče je přivolána dříve, aby zhodnotila jeho zdravotní stav, konzultace s lékařem, klient napojen na lineární dávkovač, na potlačení bolesti. Klient si přeje být opakovaně polohován na levý bok, přináší mu to úlevu. Snídani odmítá, přeje si vodu k pití. Hygiena probíhá na lůžku. V poledne příchod dcery a manželky, tráví společný čas u klientova lůžka. Pokusy o podání oběda manželkou a dcerou, klient odmítá, má obavu z nevolnosti. Celé odpoledne tráví v lůžku v přítomnosti manželky a dcery. Odcházejí v 18 hodin. Klient po jejich odchodu usíná, kontrolován každou hodinu. Občasné probuzení klienta, udává žízeň, ale nedaří se mu polykat. Pravidelně zvlhčovány rty.

Osmý den je klient většinu dne v hlubokém spánku, jeho dech je mělký a nepravidelný. Dcera i manželka jsou u klienta od samého rána, promlouvají k němu, klient nereaguje. V průběhu dne zvlhčování rtů, častá výměna inkontinenčních pomůcek, základní hygiena v lůžku. Manželka

s dcerou odchází před večerem. Noc beze změn, klient v hlubokém spánku.

Devátý den ráno klient v bezvědomí, příchod manželky a dcery. V dopoledních hodinách klient v klidu odchází ze života v přítomnosti svých nejbližších.

Analýza

Tato kazuistika odhaluje, že u klienta dochází při pobytu v odlehčovací službě k jisté proměně hodnot a potřeb.

Hlavní hodnotou je pro klienta rodina, je zde zřejmá silná vazba na dceru a manželku, která o něj od začátku zjištění nemoci pečovala. Je patrné, že má klient snahu sdílet s dcerou hezké chvíle. Jeho rodina s ním tráví i poslední chvíle.

Pro tohoto klienta není víra hodnotou ani na sklonku života.

V oblasti sociálních potřeb je vidět, že klient byl vždy přístupný sociálním kontaktům. V odlehčovací službě navázal poměrně rychle neformální vztah s jiným klientem. Přistupoval otevřeně i k personálu odlehčovacích služeb, rodina a kontakt s ní byl pro něj prioritou.

V oblasti fyzických potřeb došlo ke změnám v důsledku zhoršujícího onemocnění. Klient během pobytu potřebuje stále větší asistenci a pomoc při sebeobslužných úkonech. Je znát snaha udržet si osobní hygienu na vysoké úrovni, což může odrážet jeho dřívější životní styl a hodnoty. Jeho zdravotní stav si vyžaduje pravidelné zásahy, jako je podávání léků proti bolesti a pomoc s hygienou.

V oblasti sdílení emocí došlo s největší pravděpodobností k posunu. Klient měl potřebu s blízcím se závěrem svého života komunikovat o svých pocitech s personálem odlehčovacích služeb.

Klient byl podporován ve své autonomii, rozhodoval o všech činnostech, které se ho týkaly, a to až do svého konce. Klient v rámci svých potřeb

nebo fyzických možností rozhodoval, zda a jak chce mít provedenou hygienu, či zda chce použít inkontinenční pomůcky. Toto rozhodování přispělo k dodržování důstojnosti a vlastního rozhodování.

4.5.3 Kazuistika č. 3

Anamnéza

Muž - 74 let

Klientovi byla před 5 týdny ukončena léčba a nyní je v péči domácí hospicové péče. Manželka a dcera o něj pečují od propuknutí onemocnění. V současné době se však péče navýšila, manželka i dcera v noci často nemohou spát, celou situaci těžce prožívají a cítí se vyčerpané fyzicky i psychicky. Proto se všichni společně domluvili na využití pobytové odlehčovací služby.

Klient se narodil do rodiny jako nejmladší sourozenec, bratr byl o pět let starší a sestra byla o dva roky starší. Maminka pracovala jako zdravotní sestra a tatínek jako lékař. Od dětství se věnoval hře na housle. Byl talentovaný a po vystudování gymnázia pokračoval ve studiu hudební konzervatoře. Po studiu začal hrát v hudebním tělese, se kterým postupně procestoval celý svět. Oženil se ve svých 29 letech a narodila se mu jedna dcera. Od narození dcery nerad jezdil na delší vystoupení a odmítl i nabídnuté angažmá v zahraničí. Chtěl trávit čas s rodinou. Úmrtí rodičů pro něj bylo traumatickým zážitkem, právě proto, že nebyl v České republice a nestihl se s nimi rozloučit. Se sourozenci nemá vřelé vztahy, trápí ho to, ale nechce dělat první krok. Po ukončení umělecké dráhy, několik let vyučoval hru na housle doma. Rád se staral o zahradu a věnoval svůj čas manželce a již dospělé dceři.

Na sociálním šetření bylo zjištěno, že klient je unavený, usíná během dne. V posledních dnech měl převrácený režim, ve dne spal více nežli v noci. Klient je v současnosti při pohybu odkázán částečně na pomoc druhé osoby, většinu času tráví na lůžku. Na velkou i malou potřebu nutná

dopomoc s přesunem na WC. Poslední dny převážně jí jen polévky a probiotické kaše. Rád poslouchá vážnou hudbu, hovoří velmi tiše.

Katamnéza

Pobyt v odlehčovací službě dle denních záznamů

První den přijetí klienta na středisko ve 13 hodin v doprovodu manželky a dcery. Po odchodu manželky a dcery si klient přeje natočit noční stolek tak, aby lépe viděl na jejich fotografie. Odpočívá na lůžku do večerních hodin, nepřeje si být na denní místnosti s dalšími klienty. K večeři si přeje probiotickou kaši a čaj. Nutná částečná dopomoc při převlečení. Poslouchá svoji oblíbenou hudbu do pozdních hodin. Od 23 hodin spí klidně celou noc.

Druhý den se probouzí až kolem 9 hodiny, udává únavu ze včerejšího převozu k nám. Ranní hygiena s částečnou dopomocí na sprše. Klient si žádá snídat v lůžku, cítí se unavený, přeje si odpočívat, obědvat chce ale na denní místnosti s dalšími klienty. Obědvá jen polévku a trochu kaše. Poté odpočinek na lůžku do večerních hodin. Kontrola zdravotní sestrou domácího hospice, výměna náplasti na bolest. Večeří na přání probiotickou kaši. Povídání se personálem na témata rodina, hudba. Večerní hygiena provedena na sprše dle přání klienta s dopomocí pečovatelky. Přeje si jít dříve spát při puštěné hudbě. Spí klidně celou noc.

Třetí den vstává kolem 8 hodiny, přeje si ranní hygienu na sprše. Nutná částečná dopomoc pečovatelky. Zjištěn únik moči a stolice do lůžka, klient nepřipouští konverzaci na téma inkontinenčních pomůcek. Personál respektuje jeho rozhodnutí být i nadále bez inkontinenčních pomůcek. Snídat si přeje na denní místnosti ve společnosti dalších klientů. K snídani si přeje bylinkový čaj, ovesnou kaši. Poté odpočinek na lůžku a poslech hudby. Obědvá na denní místnosti jen polévku. Druhé hlavní jídlo odmítá.

Přeje si odpočívat v lůžku. Klient informován o možné účasti na bohoslužbě v odpoledních hodinách. S díky odmítá, rád by si ale popovídal s psychosociálním pracovníkem. Nutná dopomoc s přesunem do lůžka. Odpoledne návštěva psychosociálního pracovníka. Rozhovory o životě klienta, jeho povolání, nemoci. Domluva na dalším společném setkání. K večeři si přeje čaj a probiotickou kaši na denní místnosti ve společnosti dalších klientů. Večerní hygiena dle přání klienta na sprše, nutná dopomoc pečovatelky. Večer si přeje poslouchat hudbu. Spí klidně celou noc.

Čtvrtý den od rána častěji kontrolován personálem v přímé péči z důvodu dlouhého spánku. Probouzí se až kolem 10 hodiny. Hůře se mu komunikuje, přeje si být v lůžku, na ranní hygienu na sprše se necítí. Nutná celková hygiena v lůžku s kompletní pomocí dvou pečovatelek, zjištěny velké uniky moči a stolice. Přeje si vyřešit úniky moči a stolice, nepřeje si, aby ho takto viděla dcera s manželkou. Souhlasí s použitím inkontinenční pomůcky. Snídat na denní místnosti odmítá, není mu dobře. Daří se mu vypít nutridrink. Informována zdravotní setra domácího hospice. V průběhu dopoledne klient začíná udávat větší bolesti a nevolnosti. Kontrola zdravotního stavu hospicovou sestrou, po konzultaci s lékařem domácí hospicové péče zaveden lineární dávkovač na bolest. Konzultace s klientem o informování manželky. Klient odmítá, prý si manželka potřebuje odpočinout, přeje si ale volat dceři. Nutná dopomoc s přidržáním telefonu. Klient si nepřeje obědovat, přeje si zůstat v lůžku. Nutná dopomoc pečovatelky při podávání pití. Klient usíná kolem 13 hodiny, probouzí se po 17 hodině. Nutná výměna inkontinenčních pomůcek, celková pomoc dvou pečovatelek. Klient se ptá, zda nezaspal návštěvu dcery, vysvětleno že ne. Domluvený rozhovor s psychosociálním

pracovníkem ruší, přeje si být sám a mít puštěnou hudbu. Spí klidně celou noc.

Pátý den se klient probouzí kolem 9 hodiny. Komunikace s klientem je ještě obtížnější než včera, reaguje pomalu, mluví tiše. Ranní hygienu preferuje na lůžku, nutná celková dopomoc dvou pečovatelek. Výměna inkontinenčních pomůcek. Na snídani si přeje trochu čaje a několik lžiček kaše. Hůře se mu však polyká. Bolesti neudává, jen únavu, proto si přeje zůstat v lůžku po celý den. Během dopoledne návštěva dcery. Společně volají manželce. K obědu si klient nepřeje nic jíst, pije jen malé množství vody. Dopomoc s podáním vody zajišťuje dcera. Klient v průběhu dne pospává v přítomnosti dcery, která mu pouští hudbu. K večeři klient zvládne sníst pár lžiček kaše a vypít trochu vody s dopomocí dcery. Dcera odchází kolem 18 hodiny. Poté večerní hygiena na lůžku, nutná výměna inkontinenčních pomůcek. Klient po hygieně udává velkou únavu, přeje si pustit hudbu a nechat spát. V průběhu noci spí celou noc, dvakrát nutná výměna inkontinenčních pomůcek.

Šestý den se klient probouzí až kolem 10 hodiny dopoledne. Jeho stav je oproti včerejšku horší. Klient má zpomalené reakce na okolí. Komunikace je náročnější, mluví velmi tiše, potřebuje mnohem delší čas na odpovědi. Místy ani neodpovídá. Nutná celková hygiena v lůžku, výměna inkontinenčních pomůcek. Snídani odmítá, nepřeje si ani malé množství kaše. S pomocí pečovatelky se mu daří spolknout pár lžiček čaje. Oproti včerejšku znatelně hůře polyká. Informována manželka s dcerou o zhoršujícím se stavu. Celé dopoledne je klient v polospánku, probouzí se jen občas, komunikace minimální. V poledne přichází manželka s dcerou. Manželka se snaží klientovi podat trochu kaše, nutridrinku. Klient to odmítá, přeje si jen trochu vody. Klientovi se nedaří polykat, vyvolán dávivý kašel, domluveno s rodinou, že se budou zvlhčovat rty

kostkou ledu. V odpoledních hodinách stav nezměněn. Manželka s dcerou u lůžka po celý den až do večerních hodin. Klient odmítá nabídnuté jídlo jeho manželkou a stejně odmítá i tekutiny. Nutná večerní hygiena a výměna inkontinenčních pomůcek. Poté klient usíná. Manželka s dcerou odchází ve 23 hodin, dcera ještě žádá personál o nevypínání hudby, kterou tatínkovi pustila. V průběhu noci nutná častá výměna inkontinenčních pomůcek. Při výměně a péči v průběhu noci se klient ani neprobudil, celou noc v hlubokém spánku, žádné známky nepohodlí nebo bolesti.

Sedmý den ráno je klientův stav horší. Je spavý, občasné otevření očí, ale bez reakce na okolí. Dýchání má mělké a zrychlené. Zvlhčování rtů. Poté ranní hygiena a výměna inkontinenčních pomůcek ve třech pracovnících a s maximální péčí o klienta vzhledem k jeho stavu. Na otázky ohledně péče, jídla pití nereaguje, neudává žádné přání nebo potřeby. Rodina a domácí hospicová péče jsou informovány o zdravotním stavu. V poledne příjezd dcery a manželky. Celé odpoledne klient v hlubokém spánku, nereaguje na podněty. Zvlhčování úst. Nutná večerní výměna inkontinenčních pomůcek. Dýchání přerušované. Stav se rychle zhoršuje, dýchání mělké a dlouhé pauzy. Dcera s manželkou jsou u klienta i v nočních hodinách, kdy klient poklidně odchází ze života v jejich přítomnosti.

Analýza

Tato kazuistika poukazuje, že u klienta došlo v určitých oblastech k některým změnám potřeb, zatímco hodnoty zůstaly zachovány do posledních dní.

Hodnota náboženské víry nebyla u klienta v průběhu jeho života a ani nemoci nijak zaznamenána. Klientovi byla v rámci pobytu v odlehčovací službě nabídnuta možnost účasti na bohoslužbě, kterou ale klient odmítl.

Toto odmítnutí může znamenat, že klient neměl potřebu se účastnit náboženských rituálů, protože to vyjadřovalo jeho osobní přesvědčení. Raději volil osobní rozhovor s psychosociálním pracovníkem, což lze účinkem srovnat s psychoterapií a pastorační péčí.

Hodnota rodiny měla pro klienta velký význam. Můžeme tak usuzovat z toho, že pro klienta bylo důležité přání, natočit noční stolek tak, aby měl fotografii manželky a dcery lépe na očích. O důležitosti svědčily také časté návštěvy dcery a manželky. Dcera byla pro klienta velkou oporou jak emocionálně, kdy zajišťovala poslech oblíbené hudby, tak i fyzicky při podávání stravy a pití. Přítomnost rodiny byla pro klienta důležitá a poskytovala mu určitý komfort a pocit bezpečí.

V sociální oblasti byly klientovy aktivity částečně omezené, ale zároveň cílené. Preferoval soukromí, klid a odpočinek na lůžku. Dokud se cítil dobře, udržoval dobré vztahy s personálem, o čemž svědčí večerní povídání na různá témata. Klient také ocenil rozhovory s psychosociálním pracovníkem, které mu umožnily reflektovat svůj život, nemoc a přípravu na umírání.

Oblast sdílení emocí byla u klienta naplňována skrze jeho přání a potřeby, komunikoval jak s rodinou, tak pečujícím personálem. To v určitých oblastech přispívalo ke sdílení jeho myšlenek a obav, což je důležité pro pacienty v tomto stádiu nemoci.

V oblasti fyzických potřeb docházelo k určitým změnám v závislosti na postupu nemoci. Postupně byla u klienta navyšována potřebná pomoc a péče v oblasti hygieny, vylučování až po úpravu léčby a tím minimalizaci bolesti.

Potřebu autonomie byla pro klienta nesmírně důležitá, přál si ji respektovat po celou dobu pobytu. Vycházíme z toho, že klient si nepřál navštěvovat denní místnost nebo používat inkontinenční pomůcky, dokud

to nebylo nezbytně nutné, stejně jako tak poslouchání své oblíbené hudby, která ho provázela po celý život.

4.5.4 Kazuistika č. 4

Anamnéza

Žena - 77 let

Klientce byla před 3 týdny ukončena léčba, a to z důvodu nevléčitelného, život ohrožujícího onemocnění a byla předána do domácí hospicové péče. Žije ve společné domácnosti se svým synem, ale dcera za ní pravidelně dochází. Poslední tři týdny doma klientku navštěvuje každý den domácí hospicová péče, která jí převazuje rány v tříslech, ošetřuje stomii. Klientka před 14 dny upadla a zlomila si ruku, není tedy schopna žádného samostatného úkonu sebeobsluhy. Rodina v současné době není schopna poskytnout plnohodnotnou péči, a tak se s klientkou domluvila na krátkodobém poskytnutí pobytové odlehčovací služby s podporou domácí hospicové péče.

Narodila se do věřící rodiny jako prostřední dítě, měla staršího bratra a mladší sestru. Vyrůstala na vesnici. U nich doma se věřilo v Boha, i za komunismu. Nejlepší kamarádka byla sousedka Blanka. Ráda háčkovala, šila, pletla. Maminka zemřela, když jí bylo 17 let. Tato ztráta byla pro ni velmi bolestivá. Klientka se vyučila švadlenou a v 18 letech poznala svého budoucího muže, který byl voják z povolání. Ve 23 letech se s manželem se přestěhovala do města. Narodily se jí dvě děti, chlapec a dívka. Manžel kvůli svému povolání vojáka nebyval často doma, veškerá péče o rodinu byla na ní. Klientka na děti pletla a šila, dle jejích slov měla děti doslova z cukrkandlu. Pracovala jako švadlena a šila oblečení i na zakázku. Zákaznice byly s její prací spokojené. Pravidelně se setkávala se svou kamarádkou z dětství. S manželem navštěvovala pravidelné plesy a celá rodina jezdila na výlety. Dojížděla pomáhat svému otci. O otce

na sklonku jeho života pečovala, a i o svého manžela, který zemřel v 68 letech. Po roce 1990 aktivní členkou místní farnosti. Ráda vzpomíná na péči o svá vnoučata, která jí vždy vykouzila úsměv na tváři.

Během sociálního šetření bylo u klientky zjištěno, že při chůzi má tendence k pádu. V současné době se snaží být i přes zdravotní indispozici co nejvíce samostatná, ale nejde jí to. Je nutné, aby jí personál pomáhal do stoje, sama se nezvedne. Dle svých slov a slov a vyjádření rodiny léky užívá sama, dle rozpisu domácí hospicové péče a chtěla by v tomto pokračovat i v odlehčovací službě. Je nutná dopomoc při hygieně, jak na lůžku, tak při hygieně ve sprše. Hygiena ve sprše bude plánována vždy před návštěvou domácí hospicové péče. Nutná dopomoc s oblékáním a svlékáním, včetně inkontinenčních pomůcek. Klientka si vezme s sebou mobilní telefon a přijede za ní kamarádka a „její pan farář“. Je pro ni důležité mít možnost dívat se na programy pro věřící TV Noe a mít naladěné rádio na stanici Proglas.

Katamnéza

Pobyt v odlehčovací službě dle denních záznamů.

První den příjezd klientky na středisko v dopoledních hodinách. Cítila se unavená, prohlédla si pokoj, chtěla si na chvíli odpočinout. Domluvila se s personálem na připomenutí času, kdy užívá léky, které si sama lékuje. Klientka povečeřela a s ostatními sledovala televizní soutěž. Potě si přeje sledovat TV Noe. Užití léků ve 20 hodin. Klientka se v 21 hodin dožaduje svých léků, které však již užila. Personál klientku ujišťuje, že své léky již užila. K přechodu potřebuje podporu pečovatelky, aby se dostala do svého lůžka. Klientka je zmatená, začíná halucinovat. Volána zdravotní sestra z domácí hospicové péče. Doporučení klientku slovně tišit. Klientce podána voda, dopomoc s hygienou na lůžku. Klientka se v noci budí,

je neklidná, při použití toaletní židle nutná dopomoc pečovatelky. Bez opory z toaletního křesla padá. Přeje si mít zapnuté rádio, stanice převážně pro věřící, Proglas, aby se necítila sama. K ránu usíná.

Druhý den se probouzí kolem 8 hodiny, cítí se unavená, velkou hygienu ve sprše odmítá, proto hygiena v lůžku. Kontrola zdravotní sestrou z domácí hospicové péče, převaz stomie. Nutné podání léků hospicovou sestrou, na tomto postupu se s klientkou domlouvají i při každém dalším užití léků. Klientka si stěžuje na paměť a možnost užít jiného množství léků, než měla. Snídaná až po 9 hodině, na denní místnosti, ve společnosti ostatních klientů. Dle svých slov se cítí lépe. Klientce začínají prosakovat obvazy v tříslech. Průsaky velmi zapáchají. Klientka uložena do lůžka, přivolána hospicová sestra, převazy budou nutné převazovat dvakrát denně. Doporučení hospicovou sestrou, že pokud to půjde a klientka bude souhlasit, tak provádět velkou hygienu ráno kvůli převazům tříslel, před příjezdem hospicových sester. Dopoledne cvičí klientka chůzi s pečovatelem, před obědem ještě krátký odpočinek na lůžku. K obědu klientka snědla polovinu porce, poté si přála odpočívat na lůžku. Přeje si zavolat psychosociálního pracovníka. Mluví spolu asi hodinu, hovor je veden s ohledem na víru klientky, je domluvena návštěva „jejího pana faráře“. Po odchodu psychosociálního pracovníka se přeje dívat na TV Noe ve společnosti dalších klientů na denní místnosti. Večer přichází na návštěvu dcera a syn klientky. Klientka večerí se svou rodinou na pokoji. Dcera konzultuje rychle se zhoršující stav s personálem, vyjadřuje obavu o svoji maminku. Po odchodu dcery a syna večerní hygiena na lůžku. Klientka si přeje mít puštěné rádio Proglas. Spí celou noc.

Třetí den ráno si klientka stěžuje na nevolnost a velkou únavu. Z důvodu únavy klientky je ranní hygiena provedena na lůžku. Po domluvě

s klientkou je použita inkontinenční pomůcka. U klientky registrovány průsaky ran. Provedeny převazy třísel a stomie domácí hospicovou péčí. Klientka udává slabost, komunikace s ní je obtížnější, přesto vyjadřuje personálu vděčnost za péči. Snídá v lůžku jen čaj a půlku jogurtu. Přeje si opět odpočívat v lůžku kvůli únavě a mít puštěný program TV Noe, těší se na pana faráře. Oběd klientka odmítá. V odpoledních hodinách návštěva faráře. Klientka je viditelně klidnější. Celé odpoledne odpočívá v křesle na denní místnosti ve společnosti dalších klientů služby. V podvečer návštěva dcery a syna, dcera přinesla vývar, ten klientka jí. Večerní ošetření domácí hospicovou péčí, konzultace dcery s personálem. Klientka si přeje poslouchat rádio Proglas, usíná kole 21 hodiny, spí klidně celou noc.

Pátý den je klientka od samého rána velmi malátná, odmítá stravu. Ranní hygiena na lůžku. Udává velké bolesti při provádění hygieny a každém dotyku pečovatelek, nutná výměna inkontinenčních pomůcek. Konzultováno s domácí hospicovou péčí. Po příjezdu převaz průsaků v tříselech a stomie zdravotní sestrou domácího hospice. Dále aplikace lineárního dávkovače, na bolest. Informována rodina vedoucím služby. Klientka ospává celé dopoledne. V poledne při kontrole klientky zjištěny pečovatelkou prohlubující se dlouhé dechové pauzy. Je kontaktována dcera. Příjezd dcery, syna a faráře kolem 15 hodiny. Klientčin stav se zhoršuje, v 16 hodin odpolední kontrola domácí hospicovou péčí. V 17:30 hodin klientka umírá v přítomnosti dcery a syna a pana faráře.

Analýza

Kazuistika této klientky ukazuje změnu v některých oblastech a potřebách v průběhu onemocnění a při pobytu v odlehčovací službě.

Pro klientku byla v závěru života hodnotou nejen rodina, ale i její víra v Boha, která se projevovala přáním sledovat televizní program pro věřící a poslouchat rádio Proglas.

Sociální oblast je pro klientku důležitá, od mládí se navštěvuje s kamarádkou, pravidelně ji navštěvuje dcera. V odlehčovací službě tráví čas ve společenské místnosti s ostatními klienty.

Oblasti rodiny je pro klientku velmi důležitá, v průběhu pobytu o ni dcera se synem pečují a navštěvují ji. Společně sdílejí závěr klientčina života.

V oblasti sídlení emocí klientce pomáhá její víra. Klientka má možnost hovořit s knězem a sdílet své emoční pochody prostřednictvím slov a rituálů spojených s její vírou. Víra byla součástí celého jejího života a můžeme soudit, že jí v nemoci na konci jejího života byla přínosem.

V oblasti fyzických potřeb docházelo k postupné změně, byla nutná zvýšená podpora domácí hospicové péče. Ta zajišťuje co nejkomfortněji strávené poslední dny jejího života. V době pobytu v odlehčovací službě byla klientce navýšena péče s ohledem na postupující onemocnění a její potřeby, kde docházelo úspěšně k léčbě bolesti.

Potřeba autonomie byla pro klientku důležitá a byla v ní podporována. Určovala si, kdy a jakým způsobem chce trávit čas v odlehčovací službě. Byla podporována ve své víře a přístupu k ní. Klientka byla respektována ve využití hygienických pomůcek.

4.5.5 Kazuistika č. 5

Anamnéza

Žena - 44 let

Klientce byla před 4 týdny ukončena léčba a byla předána do domácí hospicové péče. Domácnost sdílí se svými dvěma syny staršího školního věku. V současné době se k ní nastěhovala dcera, která se snaží pečovat o svou maminku a zároveň o své nevlastní bratry. Klientka v současné době potřebuje podporu při oblékání, hygieně, ale jsou i dny, kdy potřebuje pomoc s podáním stravy. Je velmi unavená. Jednou týdně dochází pečovatelská služba, která klientce pomáhá s hygienou. Rodina péči o klientku přestává zvládat a po konzultaci s psychosociálním pracovníkem se rozhodla využít pobytovou odlehčovací službu. Klientka s využitím pobytové odlehčovací služby souhlasí.

Klientka se narodila jako jediné dítě do rodiny, kde otec byl strojvedoucí a maminka pracovala jako dělnice. Klientka dle svých slov byla vždy introvertní a měla ráda svůj klid. V dětství trávila téměř veškerý volný čas u babičky, ta ji naučila vařit. Klientka vystudovala střední ekonomickou školu a následně pracovala jako administrativní pracovnice. Dvakrát se vdala. S prvním manželem měla dvě děti, dívku a chlapce. S druhým manželem měla dva syny. Ani s jedním z bývalých mužů nemá dobrý vztah. Klientka pracovala vždy ještě brigádně. Chtěla koupit byt, aby nemusela žít v podnájmu. To se jí povedlo. S rodiči se ve svém dospělém věku nestýkala, prakticky o nich nemluvila. Starší děti se po maturitě odstěhovaly do Prahy, avšak v době nemoci jí přijely pomoc. Ona i okolí mluví o velmi pracovité a čistotné matce, která u dětí vyžadovala vždy absolutní kázeň. S postupujícím onemocněním jí preciznost v těchto

oblastech opouští. Na sociálním šetření bylo zjištěno, že klientku navštěvuje každý den domácí hospicová péče a stará se o léčbu bolesti. Klientka potřebuje podporu v oblasti hygieny, v současné době dojíždí jednou denně pečovatelská služba, která klientku myje v době, kdy jsou děti ve škole. Klientka potřebuje pomoc s oblékáním, v současné době si není schopna obléknout ponožky, pomáhají jí synové. Klientka jí velmi málo, občas je nutné jí dopomoc s podáním stravy. V noci špatně spí, řešeno v rámci domácí hospicové péče. Klientka potřebuje doprovod na toaletu a toaletní křeslo.

Katamnéza

Pobyt v odlehčovací službě dle denních záznamů

První den klientka přijíždí do odlehčovací služby v doprovodu svých dětí, je unavená, ale chce se alespoň trochu najíst. Snědla polévku, byla doprovozena na lůžko, přála si odpočívat. Chtěla mluvit se sociálním pracovníkem. Hovor se týkal převážně jejích malých dětí, klientka je velmi racionální a chtěla by se setkat s otcem svých dětí za přítomnosti sociálního pracovníka. Mluví o blížící se smrti a nemožnosti tento konec oddálit. Hovoří o svém bývalém manželovi a jejich vztahu, který dle klientky nebyl ideální, ale ujišťuje sociálního pracovníka o tom, že vztahy s dětmi byly pro bývalého manžela důležité, ale ona zabraňovala jejich styku. Tématem jsou i rodiče klientky, ani zde nejsou vztahy ideální, klientka se s rodiči nestýká a ani teď to nechce měnit. Starší děti jsou momentálně její oporou a dohlížejí na chod domácnosti, mladší synové dochází k psychologovi. Celou situaci špatně zvládají. Nejmladší syn má zhoršený prospěch ve škole a jeho bratr začal být velmi agresivní a začal mít problémy s ostatními spolužáky. Klientka má obavu, co bude, až zemře, zda je její bývalý manžel přijme. Je domluveno kontaktování

bývalého manžela. Klientka se uklidňuje a prosí o chvíli odpočinku. Večer si přeje být vysazena do polohovacího křesla, večeří na pokoji. Následně je doprovozena na toaletu. Hygiena probíhá na lůžku, klientka se snaží pomáhat, užití nočních léků.

Druhý den se klientka probouzí kolem 5 hodiny. Nemůže spát, chce být doprovozena na toaletu a přeje si hygienu v koupelně, ne na lůžku. Snídá krupicovou kaši a po 7 hodině telefonuje dětem. Kontroluje, zda je vše v pořádku a zda jsou nachystaní k odchodu do školy. Po ukončení telefonu je emočně rozrušená, chce si jít odpočinout na lůžko. Dopoledne kontrola zdravotního stavu domácí hospicovou péčí, výměna náplasti proti bolesti. Setkání se sociálním pracovníkem ohledně zítřejšího příchodu bývalého manžela. Klientka si přeje přítomnost sociálního pracovníka u zítřejší schůzky s exmanželem. Klientka snědla k obědu trochu polévky, následně si přála být doprovozena na toaletu, kde zvracela. Zbytek dne si přála být v lůžku, už nic nejedla, přála si jen vodu k pití a mít puštěné rádio. Zdravotní stav průběžně kontrolován pracovníci v přímé péči. Večer návštěva nejstarší dcery, klientka se ptá na své děti, dcera přislíbila jejich návštěvu. Večer před usnutím kolem 2 hodiny podán na přání klientky nutridrink.

Třetí den klientka vstává kolem 5 hodiny, nemůže spát, ale cítí se unaveně. Na toaletu nutný přesun s pomocí toaletního křesla. Snídá nutridrink a pije vlažnou vodu. Přeje si hygienu na lůžku. Dopoledne kontrola stavu domácí hospicovou péčí, výměna náplasti na bolest. Návštěva bývalého manžela v doprovodu sociálního pracovníka, klientka se manželovi omlouvá, že ho ruší. Mluví s ním o společných dětech, omlouvá se, pláče. Sociální pracovník je v roli mediátora. Po této schůzce je klientka vyčerpaná, žádá inkontinenční pomůcku a chce si odpočinout. Oběd si nepřeje. Odpoledne ji navštívily všechny děti. Klientka má

viditelně radost z tohoto setkání, po chvíli je ale vyčerpaná, celou návštěvu tráví na lůžku, pije vlažnou vodu a usíná. V noci se klientka budí, udává velkou bolest břicha, příjezd domácí hospicové péče, která aplikuje morfin. Klientka po chvíli usíná.

Čtvrtý den se probouzí kolem 8 hodiny, chvíli poté kontrola zdravotního stavu domácí hospicovou péčí, nasazen lineární dávkovač. Klientka požádala o hygienu na lůžku, a o inkontinenční pomůcku, přeje si odpočívat na lůžku. Dopoledne vypije jen část nutridrinku a vlažnou vodu. Obědvat si nepřeje, nemá chuť k jídlu, chce pouze vodu. Udává pocity na zvracení. Odpoledne pospává v lůžku. V podvečer telefonuje s pomocí pracovnice v přímé péči dětem a svému bývalému manželovi. Mladší děti jsou u něj na návštěvě. Po skončení hovoru je klientka pozitivnější, mluví o svých dětech s personálem. Nevečeří, pije jen vlažnou vodu. Večerní hygiena na přání klientky na lůžku. Cítí se unavená, brzy usíná. K ránu se budí s velkou bolestí břicha, kontaktována domácí hospicová péče.

Pátý den v ranních hodinách přijíždí domácí hospicová péče a zvyšuje dávku morfinu v lineárním dávkovači. Klientka téměř okamžitě usíná. Celý den je klientka na lůžku a většinu času spí. Rodina informována. Rty jsou pravidelně zvlhčovány. V poledne přicházejí děti s bývalým manželem a tráví celé odpoledne u klientky na pokoji. Po celý den klientka nejí, nepije, většinu času spí. Po odchodu dětí a manžela provedena hygiena na lůžku. Celou noc klientka klidně spí.

Šestý den je klientka pravidelně kontrolována, ranní hygiena provedena na lůžku, výměna inkontinenčních pomůcek. Po celou dobu klienta spí, nereaguje, jsou jí zvlhčovány rty. Přijíždí domácí hospicová péče a kontroluje zdravotní stav klientky. V odpoledních hodinách se začínají

prohlubovat dechové pauzy, je kontaktována rodina a vedoucí služby. V podvečerních hodinách klientka umírá v přítomnosti své rodiny.

Analýza

Z této kazuistiky vyplývá, že u klientky došlo k určitým změnám v oblasti hodnot a potřeb, ale některé aspekty zůstaly beze změn, jako například klientčina nevíra v Boha a křesťanskou víru. Ze získaných dat můžeme usoudit, že hodnota křesťanské víry nehrála v životě klientky důležitou roli jak za jejího života, tak na jejím konci.

Rodina jako hodnota pro klientku důležitá do konce jejího života. Přes komplikované rodinné vztahy byla rodina zdrojem její podpory. Dcera i synové se snažili pomáhat, přestože situace pro ně byla extrémně náročná. Kontaktování bývalého manžela, telefonáty a návštěvy, ukazují snahu klientky zajistit model rodiny pro své děti i po její smrti.

K oblasti sociální můžeme říci, že se klientka nacházela ve velmi náročné situaci, protože i když měla podporu svých dětí, tak byla její sociální síť omezená. Proto došlo v této oblasti k určité změně. Nefungující vztahy s rodiči a bývalými manželi jí pomáhalo řešit zapojení sociálního pracovníka.

V oblasti fyzických potřeb docházelo k postupným změnám, které byly zapříčiněny zhoršujícím se zdravotním stavem a postupující nemocí. Změny, u kterých docházelo k navyšování pomoci a péče, se týkaly zejména oblastí hygieny, oblékání, stravování, mobility a zejména pak také léčby bolesti.

Potřeba v oblasti sdílení emocí byla u klientky důležitá a projevovala se schopností sdílet své emoce jak s rodinou, bývalým manželem, tak i se sociálním pracovníkem. Klientka využívala možnost mluvit o svých

pocitech a obavách týkajících se budoucnosti svých dětí a blížící se smrti. Toto sdílení bylo klíčové pro zpracování náročné situace a pro přípravu na konec jejího života.

I v oblasti autonomie docházelo k určitým změnám. Smrtelná a život ohrožující nemoc postupně zvyšovala závislost klientky na pomoci druhých. Přesto si ale klientka do posledních chvil uchovávala kontrolu nad rozhodováním v oblastech hygienické péče, stravování a zapojení sociální služby.

4.6 Diskuze

Cílem výzkumu této diplomové práce bylo zjistit, zda dochází k proměně hodnot a potřeb pacientů domácí hospicové péče v průběhu jejich onemocnění. Stěžejní bylo získat odpovědi na tyto otázky: Dochází ke změnám hodnot a potřeb u pacientů domácí hospicové péče v průběhu jejich onemocnění a během pobytu v odlehčovací službě? Obracejí se tito pacienti na sklonku svého života k Bohu či víře jako takové?

Z výše uvedených kazuistik, které poskytují bohatý zdroj informací, vyplývá, že u klientů dochází k určitému posunu v prioritách a přístupech k různým oblastem života, některé hodnoty a potřeby ale zůstávají neměnné.

Například kazuistika 78leté ženy nám ukazuje, jak historie její rodinné vazby dokáže ovlivňovat její současný psychický stav. Emocionální závislost mezi matkou a dcerou je oboustranně silná a jen nás utvrzuje v tom, že hodnota rodiny je pro ni důležitá a neměnná. Na tomto případě můžeme vidět, jak je důležité pro zdravotní a ošetrovatelský personál umět rozpoznat nejen fyzické potřeby ale také emoční a sociální potřebu klientů. Všechny kazuistiky nám reflektují autonomii klientů, a jejich vůli pro zachování důstojnosti a kontroly nad vlastním životem, přestože jim to postupující onemocnění ztěžuje. U již zmíněné 78leté klientky to bylo její přání kouřit cigaretu na terase a její potřeba být v kontaktu s dcerou. Právě to nám ukazuje nutnost respektovat osobní přání klientů a zahrnovat je například do individuálního plánu péče. I další kazuistiky ukazují, že i v pokročilém stádiu nemoci, kdy se stávají klienti čím dál více závislí na pomoci druhých, je jejich autonomie stále důležitá.

Další kazuistika 77leté klientky demonstruje, že pro tuto klientku byla víra důležitou hodnotou, která ji provázela celý život, a v období vážného onemocnění pro ni byla zdrojem síly a útěchy. Zatímco zkoumání dalších kazuistik ukazuje, že vztah ke křesťanské víře a hledání duchovní podpory pro klienty, zasažené život ohrožující nemocí, je velice individuální a liší se od člověka k člověku. Proto není možné tvrdit, že každý člověk trpící vážnou nemocí, která ho smrtelně ohrožuje, se automaticky obrací ke křesťanské víře nebo Bohu.

Sociální potřeby klientů se také mění a z kazuistik vyplývá, že nemoc v některých případech vedla k redukci sociálních kontaktů, což může vést k osamělosti či úplné izolaci. Opět se ale ukázal velký význam rodiny, která byla pro některé klienty jeden z mála zdrojů sociálních kontaktů. Dalším důležitým zdrojem, který pomáhal zvládat nepříznivou situaci, byl ošetřující personál, sociální a psychosociální pracovník. Pro klienty bylo důležité navázat kontakt i s dalšími osobami mimo rodinu, a to z důvodu pro ně pozitivních sociálních interakcí, které jim pomáhali zvládat jejich těžkou sociálně-zdravotní situaci.

V oblasti fyzických potřeb všechny kazuistiky potvrdily jejich změnu. S postupující nemocí u všech klientů docházelo postupně ke zvyšování závislosti na pomoci druhých. Pro všechny klienty bylo v oblasti fyzických potřeb důležité řešení bolesti, která se s postupujícím onemocněním objevovala stále častěji a nabývala na větší intenzitě.

Potřeba sdílení emocí se ukázala jako klíčová ve všech kazuistikách. Pro klienty bylo důležité mít s kým sdílet jak pozitivní, tak méně pozitivní emoce. Můžeme se domnívat, že tomu bylo i díky bezpečnému prostředí, ve kterém se nebáli otevřeně komunikovat.

Potřeba autonomie pro klienty zůstává vysoce důležitá i ve stavech pokročilejší fáze onemocnění. Jak byla tato potřeba důležitá v době

před onemocněním, tak i v době nemoci měli klienti potřebu sami si rozhodovat o osobních záležitostech a tím si udržet co nejdéle kontrolu nad svým životem. Ukazuje se, jak je důležité pro klienty, mít možnost účastnit se rozhodování o tom, jak bude péče probíhat a tím si udržet pocit kontroly a důstojnosti.

Hodnoty rodiny

Vyplývá nám, že klíčovou hodnotou pro většinu klientů zůstává rodina, která je pro ně zdrojem pomoci, podpory a bezpečí. Navzdory změnám ve zdravotním stavu a nutnosti řešení dalších zatěžujících situací, zůstává rodina základním pilířem v životě klientů. Je důležité zmínit, že hodnota rodiny byla pro nemocné důležitá již před propuknutím nemoci. Rodina má nezastupitelný význam jak v dobách štěstí, tak i žalu. S tím koresponduje názor Parkese, který tvrdí, že kdykoliv čelíme nemoci my sami nebo naši blízcí, je to právě rodina, kde hledáme útočiště a zdroj podpory.⁹⁴

Hodnota křesťanské víry

Odpovědí na otázku křesťanské víry a duchovních potřeb, zaznamenáváme u klientů rozdílné přístupy. Pouze v jedné kazuistice z pěti, byla klientka praktikující křesťanka, pro kterou byla její víra v Boha významnou hodnotou a jako jediná využila možnosti setkávání se s duchovním. Nabídky a možnosti využít setkání s duchovním nikdo z ostatních klientů uvedených v kazuistikách nevyužil. Přestože je zažitá představa, ve které se klienti v pokročilém stádiu nemoci obracejí k víře, kde hledají útěchu, pokoj, tak na základě výše uvedených kazuistik tomu nebylo. Domnívám se, že pokud pacient – člověk nemá potřebu obracet

⁹⁴ PARKES, Colin Murray, Marilyn RELF a Ann COULDRICK. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*, s. 11.

se kvíře ani v posledních chvílích svého života, je to způsobeno předchozím životním nastavením, stylem a celkovým přesvědčením jednotlivce. U generace vyššího seniorského věku jejich postoj významně ovlivnil minulý režim, který se snažil vychovávat k ateismu a který praktikující věřící diskriminoval.

Potřeby sociální

Z kazuistik je zřejmé, že s postupujícím onemocněním se klienti stávají více závislí na rodině a personálu hospicové péče a odlehčovací služby. Vztahy mimo rodinu a sociální službu oslabovali, dokonce v jednom případě i vymizeli. Přesto zůstala u většiny klientů potřeba zachování nějaké formy sociálních vztahů.

Fyzické potřeby

U všech klientů dochází k postupným změnám v oblasti fyzických potřeb. Pro klienty je náročné se vyrovnat s postupnou závislostí na pomoci druhých vzhledem k narůstající omezením a ztrátě soběstačnosti v běžných sebeobslužných činnostech. Všichni klienti měli jednu stejnou potřebu, a to tlumení bolesti. Tlumení bolesti je právě jednou z klíčových domén hospicové péče, které se úspěšně daří zajišťovat úlevu od bolesti, nebo ji zcela potlačit.

Potřeba sílení emocí

Emocionální potřeby byly pro všechny klienty velmi významné. S postupující nemocí bylo pro ně důležité mít možnost sdílet své emoce, starosti, radosti, obavy jak v rodinném kruhu, tak s pracovníky hospicové péče nebo sociální služby. Aby tato potřeba mohla být u klientů saturována, je zapotřebí mít odborně zaškolený personál na všech úrovních a mít v týmu empatické pracovníky.

Potřeba autonomie

I přes postupující onemocnění si klienti snaží udržet v co nejdelší možné míře kontrolu nad svým vlastním životem a rozhodováním o něj. Respektování a podporování potřeby autonomie je pro klienty důležité zejména z hlediska zachování jejich respektu, důstojnosti a pocitu vlastního sebeurčení.

Z kazuistik je tedy patrné, že se hodnoty a potřeby pacientů v hospicové péči mohou měnit, ale některé základní aspekty jako je význam rodiny a potřeba autonomie zůstávají. Na význam víry a duchovních potřeb lze nahlížet jako na individuální potřebu, kterou ostatní klienti neměli potřebu saturovat.

4.7 Závěr

Tato diplomová práce poskytla vhled do hodnot a potřeb pacientů v hospicové péči. Odkryla potřeby a hodnoty, které jsou pro pacienty v tomto náročném období důležité, a jejichž naplnění může přispět k lepší péči a empatictějšímu přístupu.

Cílem práce bylo reflektovat a analyzovat změny, které mohou v hodnotách a potřebách pacientů nastat v souvislosti s postupujícím stádiem onemocnění. Dochází ke změnám hodnot a potřeb u pacientů v hospicové péči v průběhu jejich onemocnění? Obracejí se tito pacienti na sklonku svého života k Bohu či víře jako takové? Odpovědi na dané otázky přispěly k hlubšímu porozumění celého tématu, které je rozpracované v teoretické části této práce.

Praktické poznatky přinesl výzkum, který byl zaměřen na kazuistické případy konkrétních pacientů v hospicové péči. Tyto kazuistiky byly podloženy biografickými příběhy klientů, sociálním šetřením a denními záznamy z přímé péče. Dané kazuistiky ukazují, že u těchto pacientů došlo

k posunu v prioritách a přístupech k různým aspektům jejich života, ale část hodnot a potřeb zůstala neměnná.

Z těchto kazuistik vyplývá, že pro pacienty byla důležitější hodnota rodiny oproti hodnotě víry. Klienti, kteří nebyli věřící, se k víře neobrátili ani na sklonku svého života. Dalším podstatným poznatkem byla silná potřeba sdílení emocí. Ukázalo se, že ve fázi konce života mají pacienti tuto potřebu zařazenou vysoko, stejně jako potřebu autonomie. Toto zjištění je důležité pro všechny pečující, ať už profesionály nebo laiky. Empatická podpora sdílení emocí a autonomie člověka může přispět k důstojnému konci života.

Seznam literatury

- ATKINSON, Rita L. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Vydání 3., přepracované. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0083-3.
- BRABEC, Ladislav. *Křesťanská thanatologie*. Praha: Gemma 89, 1991. ISBN 978-80-85206-06-7.
- BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vydání. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.
- BYOCK, Ira a Ladislav ŠENKYŘÍK. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Vyd. 2. vyd. Praha: Vyšehrad: Cesta domů, 2013. ISBN 978-80-7429-134-0.
- CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Psychologie hodnot: [přehled pro humanitní obory]*. Olomouc: Votobia, 2004. ISBN 978-80-7220-195-2.
- ČERVENKA, Jan. Hodnotové orientace v naší společnosti 2004. [online]. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c3/a557/f28/100044s_cervenka-hodnoty.pdf
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Náboženská víra. In: *Sčítání 2021* [online] [cit. 17.02.2024]. Dostupné z: <https://scitani.gov.cz/nabozenska-vira>
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Páté, nezměněné vydání. vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-5053-1.
- DOMŮ, E.-learning Cesta. Práva umírajících. In: *E-learning Cesta domů* [online] [cit. 08.12.2023]. Dostupné z: <https://elearning.cestadomu.cz/elearning/pro-psychosocialni-pracovniky/pohled-na-prava/>

- FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, 2006. ISBN 978-80-7295-085-0.
- GEIST, Bohumil. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing, 1992. ISBN 978-80-85605-28-0.
- HARTL, Pavel. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4., V Portálu 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 978-80-7178-303-9.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. vyd. Praha: Galén, 2000. ISBN 978-80-7262-034-0.
- JAN TUČEK, Lenka BERANOVÁ a Barbora VEČERKOVÁ. *SMRT A PÉČE O UMÍRAJÍCÍ, Pohled laické i zdravotnické veřejnosti* [online] [cit. 08.12.2023]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/2023-04/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2011.pdf>
- KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. vyd. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-5049-4.
- KELLER, Jan. *Až na dno blahobytu*. 3. vyd. vyd. Praha: EarthSave, 2005. ISBN 978-80-903085-7-2.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. vyd. Praha: Grada Pub., 2002. ISBN 978-80-247-0179-0.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Vydání druhé, přepracované, v Portále první. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
- KUČEROVÁ, Stanislava. *Člověk, hodnoty, výchova: kapitoly z filosofie výchovy*. Vyd. 1. vyd. Prešov: ManaCon, 1996. ISBN 978-80-85668-34-6.

- KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Vydání 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. Psyché. ISBN 978-80-247-4650-0.
- MACMILLAN, Karen. *A caregiver's guide: a handbook about end-of-life care*. Revised 2014. vyd. Ottawa: Military and Hospitaller Order of St. Lazarus of Jerusalem, 2014. ISBN 978-0-9686700-1-9.
- MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. vyd. Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-905809-4-7.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MATOUŠEK, Oldřich a Alois KŘIŠŤAN. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1362-5.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt?*. Vyd. v KNA 2. vyd. V Kostelním Vydří: Pro občanské sdružení Ecce homo vydalo Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-304-3.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. Vyd. 1., dotisk. vyd. Praha: Academia, 2004. ISBN 978-80-200-1290-6.
- OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017. Bibliotheca theologica; svazek 8. ISBN 978-80-7465-269-1.
- PARKES, Colin Murray, Marilyn RELF a Ann COULDRICK. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 1. vyd. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-23-7.
- PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. vyd. V Praze: Triton, 2005. ISBN 978-80-7254-657-2.

- PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-25-1.
- PERA, Heinrich, Patrik MUNZAR a Bernd WEINERT. *Nemocným nablízku: jak pomáhat v těžkých chvílích*. Vyd. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1996. ISBN 978-80-7021-152-6.
- SEKOT, Aleš. *Sociologie v kostce*. 2., rozš. vyd. vyd. Brno: Paido, 2004. ISBN 978-80-7315-077-8.
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 5., dopl. vyd. vyd. Praha: Ecce homo, 2003. ISBN 978-80-902049-4-2.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 3. vydání. vyd. Praha: Ecce homo, 1995.
- ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Vyhoštěná smrt*. 1. vyd. vyd. Praha: Kalich, 2013. ISBN 978-80-7017-197-4.
- TOMEŠ, Igor. *Rozvoj hospicové péče a její bariery*. Prague, Czech Republic: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2972-8.
- TUČEK, Milan a Centrum pro výzkum veřejného mínění AVČR. Hodnotové orientace – červen/červenec 2023. In: *CVVM - Centrum pro výzkum veřejného mínění* [online] [cit. 08.12.2023]. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=5724:hodnotove-orientace-cerven-cervenec-2023&catid=44:vztahy-a-zivotni-postoje
- ULRICHOVÁ, Monika. *Hledání smyslu ve smrti a umírání: zdravotně sociální aspekty konce života v perspektivě existencionální analýzy*. 1. vyd. Moravapress, 2014. ISBN 978-80-87853-21-4.

- URBAN, Lukáš. *Sociologie: klíčová témata a pojmy*. 2., doplněné a aktualizované vydání. vyd. Praha: Grada, 2022. ISBN 978-80-271-3056-6.
- VÁGNEROVÁ, Marie, ed. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 978-80-7178-802-7.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 978-80-7178-308-4.
- VOKURKA, Martin. *Velký lékařský slovník*. 9. aktualizované vyd. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-202-5.
- YALOM, Irvin D. a Ivo MÜLLER. *Existenciální psychoterapie*. Vydání druhé. vyd. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1587-5.
- ŽIAKOVÁ, Katarína. *Ošetrovatel'stvo: teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-304-2.
- Hospice - VZP ČR. In: [cit. 28.10.2023]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/seznamy-center-a-szz/hospice>
- Marie Svatošová. In: *Wikipedie* [online]. 2023 [cit. 28.10.2023]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Marie_Svato%C5%A1ov%C3%A1&oldid=22298811
- Paliativní medicína pro praxi*. 1. elektronické vydání. vyd. Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-871-1.
- Slovník cizích slov*. Praha: Encyklopedický d'um, 1996. ISBN 978-80-901647-8-9.

Přílohy

Biografický list

Biografie klienta - paní 1946- únava strava cigareta káva dcera a blízcí

Dětství	Mládí	Dospělost	Stáří
<ul style="list-style-type: none"> - bez sourozenců, velmi blízký vztah s matkou - měla oblíbenou panenku Aničku, všude jí brala s sebou - Otec zemřel, když jí bylo 7 let - Navštěvovala sokol - Byla vedena k hudbě, hrála na klavír - Vzpomíná, jak ráda chodila s maminkou na návštěvy k příbuzným - ve škole neměla problémy s učením, něco jí šlo, něco méně – matematika jí moc nešla 	<ul style="list-style-type: none"> - Ráda trávila čas se svými kamarádkami, - Patřila k těm, co neudrží tajemství - Pomáhala mamince v domácnosti - Uměla sama zatopit, uvařit a celkově se postarat. - Maminka pracovala u krav a brzo ráno a večer nebývala doma - Ráda hrála na klavír - Měla ráda písňě Voskovce a Wericha. - vyučila se prodavačkou - S partou kamarádek začala kouřit 	<ul style="list-style-type: none"> - Po ukončení studia provdávala v galanterii, - Vdala se ve 20 letech- manžel byl její první velká láska - stěhování do města - Do roka se jí narodila dcera - Po 7 letech manželství, manžel odešel za jinou ženou, velmi jí to zranilo, nevzpomíná na tuto dobu ráda. - Zůstala sama s dcerou a začala pečovat o svoji nemocnou maminku. - Stěhování k mamince na vesnici - Na klavír hraje dceři, učí jí - Nemají moc peněz - Ve volném čase se ráda stýká se svými kamarádkami a vtipkují - Miluje kávu a cigaretu - úmrtí maminky - narození pravnoučat 	<ul style="list-style-type: none"> - pomáhala dceři s výchovou dvou dětí, hlídáním. - Jezdí s dcerou na dovolené, - vídá se s dcerou několikrát v týdnu, - Má s dcerou velmi blízký vztah - Udržuje pravidelný kontakt se svými kamarádkami - Stále má zálibu v kouření a kávě - Chodí na koncerty vážné hudby

Sociální šetření

Záznam ze sociálního šetření

Únava -
Strava
Cigareta a káva
Dcera a blízcí
Čas s klienty
Pomoc a podpora
Obavy
Špatný spánek
Dýchání
Zdravotní potíže
bolest

Zájemce o sociální službu: XXXX

Datum narození: 1946 – 78 let

Datum provedeního šetření: XXXX

Adresa trvalého pobytu: XXXX

Místo, kde bylo šetření provedeno: Tamtéž

Pracovníci provádějící šetření: XXXX

Další přítomné osoby: pečující dcera

Průběh šetření (kdo odpovídal, jak se zájemce při jednání choval, apod.):

Při vstupu do pokoje byl velmi intenzívně cítit kouř. Paní XXX nás velmi vřele uvítala, požádala nás, abychom si k ní přisedli na pohovku. Zeptala se nás, zda by nevadilo, kdyby si v průběhu sociálního šetření zapálila cigaretu. V průběhu sociálního šetření se několikrát ukázal velmi vřelý vztah se svojí dcerou, která sama sdělila, že jsou spíše jako sestry než matka a dcera. V průběhu sociálního šetření pečující dcera několikrát propukla v pláč. Maminka měla tendenci vše zlehčovat, vyprávěla různé historky ze svého života.

Popis nepříznivé sociální situace (požadavky, očekávání, osobní cíle, přání, důvody, které vedou zájemce k žádosti o službu apod.):

Paní XXX byla po celý život **velmi aktivní, plná energie**. Přišlo ji divné, že začíná být postupně **více a více unavená, malátná**, měla návaly slabosti a nevolnosti. Před 6 měsíci byla paní XXX diagnostikována vážná nemoc. Paní xxx se postupně zhoršoval zdravotní stav. Nejdříve stačilo, když k ní dcera docházela ob den, kdy jí pomáhala zajišťovat stravu a provoz bytu. Postupně však tato péče od dcery přestávala být dostatečná a dcera se musela k mamince přestěhovat. Před dvěma měsíci byla paní xxxxx ukončena léčba na onkologii a stala se pacientkou domácího hospice. Poslední tři týdny byli pro pečující dceru velmi náročné a cítí se naprosto psychicky a fyzicky vyčerpaná, a proto se domluvila s maminkou na využití pobytové odlehčovací služby na dobu 10 dní. Vzhledem k akutní situaci bude paní XXX přijata na krizové lůžko (lůžko okamžitého přijetí). Dcera chce tento čas využít k odpočinku, načerpání nových sil pro další péči o maminku v domácím prostředí.

U níže uvedených okruhů, je-li to vhodné, používat členění - zvládám samostatně, zvládám se slovní pomocí, zvládám s dopomocí, zvládám s kompenzační pomůckou. Položky ve formuláři uvedené nejsou uzavřeným výčtem, v případě potřeby lze šetření rozšířit a konkretizovat s ohledem na daného jedince a situaci.

ZDRAVÍ:

(přivolání pomoci, prevence pádu či zranění, prevence zdravotních rizik, rozpoznání zhoršujícího se zdravotního stavu, ošetření rány – použití dezinfekce, leukoplasti, obvazu, návštěva lékaře, pravidelné cvičení, dodržování diety, dýchání, bolesti, smyslové hendikepy apod.)

Paní XXX říká: „Mám vysoký cholesterol, beru léky na ředění krve, na tlak, na spaní. Docházela jsem na onkologii, mám za sebou chemoterapii, teď už nikam nedocházím. Trpím na nevolnosti a cítím se někdy taková slabá a unavená. Léky si dokážu brát ještě sama, ale postupně jich beru čím dál míň.“

Dle domluvy s klientkou budou při případném zhoršení zdravotního stavu klientky u nás podávat léky zdravotní sestry z domácího hospice.

Rizikové situace:

Nejistota při chůzi – riziko pádu. Riziko akutního zhoršení zdravotního stavu – **NEVOLÁME ARO** – paní XXX má podepsaný informovaný souhlas – proto **voláme domácí hospic – zdravotní sestra na tel.xxx xxx xxx.**

Jméno praktického lékaře a telefonní kontakt: XXX

LÉKY: v režii domácí hospicové péče

Domácí zdravotní péče: ANO – Domácí hospicová péče

BOLEST: žádná - mírná - velká

Stěžuje si na občasné **bolesti nohou**, a **při kašlání** které ale postupně mizí (**Léčba bolesti** náplastí v péči DHP)

ALERGIE: žádné

Únava -
Strava
Cigareta a káva
Dcera a blízcí
Čas s klienty
Pomoc a podpora
Obavy
Špatný spánek
Dýchání
Zdravotní potíže
bolest

VÝKON FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY: zvládne sám/a - zvládne

s pomocí - nezvládne

(použití WC, dojití přes den – v noci, manipulace s oděvem, spláchnutí, použití toaletního papíru, umytí rukou, inkontinenční pomůcky a jejich výměna, apod.)

Paní XXX chodívá i 20x za den na wc, má potřebu, ale nakonec se nezadaří, nebo naopak chodí často na malou. Vykonání potřeby do inkontinentních pomůcek si zatím nepřeje. **Nutný doprovod na wc**, dle situace u nás se bude nutnost naší pomoci zvyšovat.

ZÁZNAM O STOLICI: ANO - NE

Po více jak 4 dnech, kdy nebude stolice, budeme informovat DHP, který bude situaci řešit.

**TĚLESNÁ HYGIENA: zvládne sám/a - zvládne s pomocí -
nezvládne**

(dojítí do koupelny, puštění/vypnutí vody, nastavení správné teploty, svlékání/oblékání, použití mýdla/šampónu, umytí, ošetření pokožky apod.)

Nutná komplexní dopomoc, sprcha si přeje každý den v týdnu a dle domluvy. Může se stát, že se určitý den nebude zdravotně cítit na sprchování Paní XXX potřebuje **dopomoc s hygienou na lůžku i ve sprše**. Sama se otírá např. vlhčenými ubrousky. Kam si dosáhne, tam se snaží umýt sama.

PÉČE O TĚLO: zvládne sám/a – zvládne s pomocí – nezvládne

(použití zubního kartáčku, příprava zubní pasty, péče o zubní náhrady, použití hřebenu, ostříhání si nehtů, použití brýlí/kontaktních čoček a péče o ně, použití naslouchadla a péče o něj, použití břitů/holícího strojeku apod.)

ZRAK: brýle na blízko

CHRUP: vlastní

SLUCH: naslouchátko nepoužívá

KOMPENZAČNÍ POMŮCKY: Oxygenerátor bude připraven na pokoji

Pedikúra – ANO – NE

FREKVENCE

Kadeřnice – ANO – NE

FREKVENCE

OBLÉKÁNÍ SE, SVLÉKÁNÍ SE: zvládne sám/a - zvládne

s pomocí – nezvládne

(výběr oblečení, obuvi a doplňků, vhodné vrstvení, manipulace se zipy/knoflíky, obouvání/zouvání, použití tkaniček, celková úprava vzhledu apod.)

Paní XXX potřebuje **dopomoc zejména s oblékáním ponožek a kalhot**, zbytek oblečení si většinou **zvládne obléct jen s malou dopomocí** personálu.

STRAVOVÁNÍ: zvládne sám/a - zvládne s pomocí -

s podporou - nezvládne

(dojít ke stolu, přinesení/odnesení nádobí, použití příboru, porcování jídla, podání jídla na talíř, napití, oblíbené/neoblíbené jídlo, dieta, druh stravy apod.)

Klientka uvádí: „V mládí jsem byla velkým jedlíkem, ráda jsem vařila sobě ale i ostatním, sbírala jsem recepty. Jak jsem onemocněla už mi nechutná.“ **Nutné upravovat jídlo** pro lepší polykání dle domluvy s klientkou.

Nutné donést jídlo ke stolu nebo k lůžku.

Jí hrozně málo – oběd má na dva i tři dny – rodina nakoupí na tři dny jogurty pak budeme chodit nakupovat mi dle potřeby paní XXX.

K snídani **si dvakrát kousne do rohlíku a je prý nasycená.**

0,5 litru vypije přes den, dcera říká, že jí nemáme nutit pít více, že to konzultovali s lékařem paní XXX.

Kávu si dává ráno a odpoledne, na tu se moc těší. Ke kávě si dopřává cigaretku a to i několikrát přes den.

PŘÍJEM TEKUTIN zvládne sám/a – zvládne s pomocí

- s podporou – nezvládne

(způsob podání tekutin – sklenice, hrnek, brčko, láhev s pítkem, injekční stříkačka a jiné, oblíbené nápoje)

Nutné nápoj připravit a donést ke stolu, jinak se napije sama.

ZÁZNAM O PŘÍJMU TEKUTIN: ANO - NE

ČINNOST V DOMÁCNOSTI: zvládá sám/a - s pomocí -

nezvládne

(vaření/ohřev jídla, příprava nápojů, mytí nádobí, přepírání/skládání/uložení prádla, stání lůžka, výměna lůžkovin, obsluha spotřebičů apod.)

ORIENTACE: orientována – nelze posoudit - částečně orientován

- neorientován

(v místě – ve vlastním prostoru a mimo domov; čase – datum, hodiny, denní doba, dny v týdnu, rok, roční období; v osobách – rodina, známí, lékaři apod.)

Podpis smlouvy: **sama** – opatrovník – soc. odbor města

MOBILITA: Chodí sám – chodí s podporou druhé osoby – s pomocí

kompenzačních pomůcek - imobilita

(chůze po rovině, po schodech; změna polohy na lůžku, posazení se, vstání, ulehnutí, podání věcí ze stolku, přesun na vozík, použití polohovacích, fixačních a kompenzačních pomůcek, sezení mimo lůžko apod.)

Paní XXX nyní k přesunu používá chodítko, vozíček, ujde jen pár kroků,

nutný doprovod personálu a dopomoc.

KONTAKT SE SPOLEČENSKÝM PROSTŘEDÍM: soběstačnost – závislost – jaká

(schopnost vyjádřit svůj vlastní postoj a přání **ANO** – NE – S PODPOROU)

Dříve trávila volný čas ve **společnosti kamarádek**, ještě pár měsíců zpátky byla s nimi na víkendovém pobytu. Nyní přerušené kontakty, doslova říká „**nechci, aby mě viděly nemocnou.**“

Poslední dva měsíce je již v kontaktu jen s dcerou, dříve vedla velmi společenský život (návštěvy divadel, setkávání s kamarádkami) Klientka upřesňuje: „jak mě zjistili tu nemoc, o **všechno jsem ztratila zájem, chci být už jen s dcerou, je pro mě to jediný důležitý a zároveň jí nechci být na obtíž.**“

UPLATŇOVÁNÍ PRÁV: **samostatně** – s pomocí/ s doprovodem – **nezvládne**

(zařizování osobních záležitostí, banka, lékař, nákupy...)

Veškeré **zařizování je na pečující dceři** – jídlo, strava, platby nájemného atd.

PORADENSTVÍ:

má zajištěné příspěvky: **ANO** – NE

je informován o navazujících sociálních službách v dané lokalitě: **ANO**

– NE

jiné:

SCHOPNOST KOMUNIKACE: **bez problémů** - s obtížemi
- nekomunikující

(písemná, slovní – dostatečná slovní zásoba pro vyjádření vlastních potřeb a navázání kontaktu, používání alternativní a augmentativní komunikace – předměty, fotky, obrázky, cílené pohledy očí, gesta, mimika, piktogramy, písmena, komunikační tabulky apod.)

Velmi vřelá a přátelská v komunikaci, při delších větách se zadýchává.

NAKLÁDÁNÍ S PENĚZI: soběstačnost - **s pomocí** -
nezvládne

(placení v obchodě, samostatná správa financí apod.)

Zajišťuje pečující dcera.

TELEFONOVÁNÍ: soběstačnost - **s pomocí**

(manipulace s telefonem, odpověď na zavolání, znalost tísňových či jiných telefonních čísel):

Paní XXX používá mobilní telefon. **Nutná podpora v případě aktuální situace**. Může se stát, že vše zvládne nebo nikoliv. Záleží na aktuálním zdravotním stavu.

OBSTARÁVÁNÍ OSOBNÍCH ZÁLEŽITOSTÍ: soběstačnost - **s pomocí**

(nakupování, jednání se zdravotnickými zařízeními, orgány veřejné moci, hájení práv, využívání poštovních služeb, návštěva restaurace apod.)

Zajišťuje pečující dcera.

ZVYKLOSTI A AKTIVITY ZÁJEMCE:

(čtení, poslech hudby, sledování TV, sportovní aktivity, návštěvy kostela, sběratelství, používání internetu, ruční práce, výtvarné činnosti apod.)

Velmi silná kuřačka. Doma ráda sedává u okna a kouří. I přes onemocnění stále kouří cca 15 cigaret denně. Stále má tuto potřebu si zachovat i v našem zařízení. Nejvíce jí chutná cigareta u kávy. Klientka říká: „cigareta je to jediné co mě donutí vstát z postele a dojít na terasu, doufám že u vás budu taky moc kouřit.“ Klientce vysvětleno že ano, ale jen na určeném místě (terasa, zahrada). Velmi ráda má puštěnou TV po celý den, zejména prima Zoom, Riskuj, soudkyně Barbara. Klientka uvádí: „když tv běží, nemyslím nato co mi je, pomáhá mi zapomenout, odvést myšlenky do té nemoci a všeho okolo.“

VOLNOČASOVÉ AKTIVITY: zvládne sám/a - zvládne s pomocí - nezvládne

(práce s dobrovolníkem (čtení, povídání, hraní her). Terapie v doprovodu zvířat – pes, morče, aj. Divadelní představení, hudební představení).

U nás si Přeje trávit volný čas na terase, nebo zahradě s cigaretou, na pokoji mít puštěnou tv. Jinak se nechce zapojovat do skupinových aktivit.

REŽIM DNE:

Vstává: kolem 8

Chodí spát: kolem 19 hodiny

Spánek během dne: ano

Spánek bez problémů - s problémy - s rituály: užívá léky na spaní

Paní XXX má potíže se spaním. Často se budí – potřebuje na wc
Velmi brzo vstává, protože se brzy budí, nemůže spát. Poté dospává
přes den. Dopřává si cigarety několikrát denně. Přes den sleduje své
oblíbené pořady v TV.

Únava -
Strava
Cigareta a káva
Dcera a blízcí
Čas s klienty
Pomoc a podpora
Obavy
Špatný spánek
Dýchání
Zdravotní potíže
bolest

PŘÍPADNÉ PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ (popis + postup):

(co zájemci není příjemné, náhlé změny nálad a chování, postup pro předcházení či zmírnění negativního chování)

Doposud žádné problémové chování nebylo doma zaznamenáno. Paní xxx se snaží být stále pozitivní, dle jejich slov je velice fixována na dceru. Místy potíže s pamětí, někdy „lehce mimo“, nutné častější vysvětlování a doptávání ze strany pečujících.

KOURENÍ, ALKOHOL: Velmi silná kuřačka, cca 15 cigaret denně.
Alkohol nepije.

SHRnutí PROVEDENÉHO ŠETŘENÍ:

(uvést poznámku, zda výše uvedené položky bylo možno (ne)ověřit – v případě ověření vypsát konkrétní oblasti a způsob ověření, zjištění zda zájemce splňuje podmínky cílové skupiny apod.)

Na základě sociálního šetření a zjištění akutní nepříznivé sociální situace (akutní psychické a fyzické vyčerpání pečující dcery), bude paní XXX poskytnut pobyt v charitní pobytové odlehčovací službě na krizovém lůžku po dobu 14 dní. V případě pokračující nepříznivé sociální situace a dle možností může být pobyt paní XXX prodloužen přeložením na OS. Paní XXX s využitím pobytové OS souhlasí.

ZÁVĚR:

(uvést zda bude uzavřena smlouva o poskytování sociální služby, kdy dojde k jejímu uzavření, jak bude probíhat platba, jak bude zajištěn příjezd a odjezd)

Kontaktní osoba tel.: xxxxxx

Nástup na pobyt:xxxxxxxxxx

Ukončení pobytu:xxxxxxxxxx

Vyúčtování:xxxxxxxxxxxxxxxx

PODPISY PRACOVNÍKŮ PROVÁDĚJÍCÍCH SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ: XXXX

Denní záznamy

DENNÍ ZÁZNAMY O PRŮBĚHU SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Jméno a příjmení klienta: XXX

Jsou evidovány informace týkající se poskytování sociální služby a jejího průběhu. Jedná se např. přání a potřeby klienta, odmítání, změny nálad či zdravotního stavu (výskyt opruzenin, dekubitů).

Datum	Informace	Podpis pracovníka
1 den	Příjezd na středisko v krátkce po 10 hodině, charitními dopravou. Přesun pro kl. náročný, po příjmu požádala o odpočinek - krátký spánek. Domluveno, že s dalšími věcmi bude seznámena po odpočinku. 12:00 kl.se probouzí na oběd, který však odmítá, nemá chuť k jídlu. Přeje si projít středisko, ukázat WC, terasu, a uvařit kávu.	Únava - Strava Cigareta a káva Dcera a blízcí Čas s klienty Pomoc a podpora Obavy Špatný spánek
1 den	Kl. tráví čas na terase s cigaretou a kávou, poté povídání o životě s personálem. Klientka při kouření cigarety povídá o své dceři, má obavu, že jí její zdravotní stav dělá starost. Kl. odmítla nabídku trávit čas s dalšími klienty. Žádá o pomoc při volání dceři. Telefonuje cca 1 hodinu	Dýchání Zdravotní potíže
1 den	Kl. se omlouvá, že často potřebuje personál při potřebě na WC. Klientka ujištěna že to je v pořádku, že od toho tu je personál, aby jí pomáhal. Celé odpoledne až do večera střídá odpočinek na pokoji s terasou, kde si kouří. Dle jejích slov, jí cigareta uklidňuje. Má obavy, že se jí tu bude spát hůře, těší se až za ní přijde zítřa dcera.	
1 den	K večeři půlka jogurtu, sklenička čaje. Nemá	

	<p>chuť k jídlu. Na terase kouří cigaretu, poté hygiena na lůžku. Je nutná dopomoc, kl. je velmi slabá.</p>	
1 den	<p>21:00 Nemůže spát, ptá se, zda je možné jít na cigaretu i v noci - ujištěna že ano.</p>	
1 den	<p>23:30 po poslední cigaretě doprovozena na pokoj, uložena ke spánku, užívá si prášek na spaní - v průběhu noci několikrát doprovod na WC</p>	
2 den	<p>Ráno nutná celková dopomoc při hygieně a oblečení, snídaně celý jogurt, čaj, poté cigareta káva na terase. Dnes klientka vzpomíná na svou maminku, jak o ní pečovala, že to bylo náročné. Chce se nechat učesat, aby vypadala dobře, až dcera přijde.</p>	
	<p>Dopoledne tráví čas odpočinkem na lůžku, povídání s PSS a cigaretou na terase. Mluví o své dceři, z vyprávění je zřejmé, že jí má velmi ráda a že jí velmi chybí. Má obavu, aby dcera neměla o ní strach. Dle jejích slov, si dcera zaslouží trochu klidu.</p>	
	<p>K obědu si vzala trochu polévky, na druhé jídlo nemá chuť. Chtěla udělat kávu a chtěla cigaretu na terase, poté se cítila unavená</p>	
	<p>Probouzí se kolem 14,30, svačinu odmítá, přeje si uvařit kávu a donést na terasu, kde počká na dceru</p>	
	<p>15:30 návštěva dcery – 2 hodiny</p>	
	<p>Večer kontrola stavu zdr. sestra + lékař DHP. K večeři necelý jogurt, čaj, poté cigareta na terase.</p>	
	<p>Dopomoc s večerní hygienou, dopomoc s uložením do lůžka, kl. se ptá personálu, zda neví, jak se s dcerou domluvila na další návštěvě - zjistí a dá vědět - v noci doprovody na WC. Nabídnuto toaletní křeslo k lůžku, klientka toto nechce, cítila by se dle svých slov blbě.</p>	<p>Únava – Strava Cigareta a káva Dcera a blízcí Čas s klienty Pomoc a podpora Obavy Špatný spánek Dýchání Zdravotní potíže</p>

3 den	Kl. odmítá ranní hygienu, nutná kompletní dopomoc, snídá jen trochu jogurtu, suchý rohlík 1/4, poté si přeje kávu na terasu a cigaretu.	
	Dopoledne odpočinek na lůžku, k obědu si přeje trochu polévky, po obědě cigareta na terase, odpočinek na lůžku	
	PSS nabízí svačinu, kl. odmítá. Stěžuje si na horší dýchání, konzultace s DHP, nasazen oxygenerátor	
	Kl. po zbytek dne na lůžku, odpočívá, ptá se po dceři, nabídnut rozhovor s psychosociálním pracovníkem - souhlasí na zítra, dnes se již na nic necítí-večeře na lůžku. Telefonuje s dcerou, to jí viditelně zlepšuje náladu. K večeři snědla 0/5 jogurtu, čaj, 20:00 dopomoc s lékem na spaní - v noci doprovody na WC - horší přesun v jednom PSS na invalidní vozík a WC	
Datum	Informace	Podpis pracovníka
4 den	Odmítá snídání, přeje si jen kávu a cigaretu - dýchání je prý lepší - na cigaretu sundán oxygenerátor.	
	Cítí se unavená, doprovody na WC, omlouvá se za starosti, vysvětleno, že to je naše práce, ptá se na dceru, kdy přijde, přeje si zavolat dceři - nutná dopomoc s vytočením a přidržováním telefonu. Prý cítí úlevu po rozhovoru s dcerou. Po telefonátu opět usíná.	
	Oběd je jogurt, čaj, poté odpočinek na lůžku nasazen oxygenerátor, informována sestra z DHP.	
	Návštěva psychosociálního pracovníka, povídala si o tom co prožila, jaký zažila muž, je veselá, až rozverná. Dle svých slov si ráda povídá. Nabídnutý různé možnosti duchovní péče. Toto odmítá, není věřící a chce si povídat tak jako dnes, domluvená návštěva na druhý den.	Duchovní potřeby
	Dcera volala, máme mamince vyřídít, že dnes	

	<p>již nepřijde, není jí dobře. Klientka informována, dělá si starost o dceru a její zdravotní stav. Klientka volá dceři, nutná dopomoc, dcera jí klidní. Domlouvají se na návštěvě zítra. Klientka je po telefonátu klidnější</p>	
	<p>Večer pije kl. část nutridrinku. Večerní hygiena v koupelně ve dvou PSS, nutná kompletní dopomoc, klientka užívá lék na spaní. Usíná s oxygenerátorem</p>	
	<p>V noci náročné doprovody na WC, má nutkání, ale nic neodchází - nutné informovat zdr. sestru z DHP</p>	
5 den	<p>Klientka vstává kolem 7, cítí se dobře, dle jejích slov jí asi udělal lépe oxygenerátor. snídaně celý jogurt, poté káva cigareta, povídání s pečovatelkou o vnoučatech, o výchově dcery, když zůstala na výchovu dcery sama. Dcera je pro ní velmi důležitá. Dopoledne odpočinek na lůžku.</p>	
	<p>K obědu si přeje trochu polévky, informována o dnešní kontrole sestrou DHP - řešena zácpa, po obědě odpočívá na lůžku</p>	
	<p>ke svačině si dává kávu, ptá se personálu, kdy přijde dcera, s pomocí personálu voláno dceři, dcera nepřijde, je nemocná, nechce ničím ohrozit maminku ani ostatní - nabídnut rozhovor se sociálním pracovníkem - vítá jej</p>	
	<p>večeře 0/5 jogurtu, stěžuje si na opětovné horší dýchání, nasazen oxygenerátor, zbytek dne a noci bez cigarety, jen doprovody na WC.</p>	Zdravotní potíže
	<p>v průběhu noci u kl. stolice, stěžuje si na nevolnost, motání hlavy,</p>	
6 den	<p>po probuzení se ptá na dceru, kdy přijde, přeje si být v lůžku, k pití trochu vody, jídlo odmítá, ranní hygiena na lůžku, kompletní dopomoc dvou PSS, kl. se cítí slabá, nabízenou kávu neguje, kouřit si též nepřeje, zapojen oxygenerátor, stolice na mísu - informována</p>	Zdravotní potíže

	zdr. sestra z DHP	
	celé dopoledne v lůžku, kl. udává malátnost, křeče v žaludku, bolest neguje. S pomocí PSS volá dceři, ta se cítí lépe.	
	oběd odmítá, přeje si jen trochu vody, s pomocí pss znovu volá dceři, dcera slibuje příchod druhý den. Kl.si přeje odpočívát - pospává celé odpoledne	
	v podvečer kontrola zdr. sestrou DHP, lepena náplast na bolest, doporučení nesundávat oxygenerátor, kl. spavá	Zdravotní potíže
	po domluvě kl. na noc nasazeny inko. pomcky	
	v průběhu noci spí i nespí, stěžuje si na žízeň, ale nedaří se jí polknout, svlažovány rty, na bolest si nestěžuje, jen udává křeče v žaludku, udává horší dýchání	
7 den	Klientka po probuzení není schopna chůze, hygiena na lůžku s kompletní dopomocí. Odmítá jídlo, kávu i cigaretu. Použity inko, pomůcky. Přeje si odpočívát, rty pravidelně zvlhčujeme. Stěžuje si na špatné dýchání. DHP – kontrola - pokud se bude nadále zdravotní stav zhoršovat, kontaktovat DHP.	Zdravotní potíže
	Klientka po probuzení velmi hlasitě a rychle dýchá, chce vidět dceru, nechce nic jíst, zvlhčení úst, klientka drží za ruku PSS a přeje si, aby s ní zůstala. Nechce být sama. Kontaktování dcery. Dcera přijíždí ve 13 hodin. Klientka spí. Ústa pravidelně zvlhčována. Dcera tráví čas s klientkou, klientka po celou dobu návštěvy spí, nereaguje na podněty. Dcera odchází kolem páté hodiny. Klientka pravidelně kontrolována. Dlouhé dechové pauzy, kontaktována dcera, příjezd kolem 22 hodiny.	obavy
	23:35 úmrtí klientky, kontaktován vedoucí služby, DHP.	

