Péče o umírající v domácím prostředí

Kateřina Regecová

Bakalářská práce
2019

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Kateřina Regecová**
Osobní číslo:	**H160114**
Studijní program:	**B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor:	**Sociální pedagogika**
Forma studia:	**kombinovaná**
Téma práce:	**Péče o umírající v domácím prostředí**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti péče o umírající, rodinného prostředí, paliativní a hospicové péče.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvalitativního výzkumu formou případových studií.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BYOCK, Ira. Dobré umírání: možnosti pokojného konce života. Vyd. 2. Přeložil Ladislav ŠENKYŘÍK. Praha: Vyšehrad, 2013. Cesty (Vyšehrad). ISBN 978-80-7429-134-0.
NEZBEDA, Ondřej. Průvodce smrtelníka: prakticky o posledních věcech člověka. V Praze: Paseka, 2016. ISBN 978-80-7432-747-6.
KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Hovory s umírajícími. Přeložil Bohumil DVOŘÁČEK, ilustroval Eva BUREŠOVÁ. Nové Město nad Metují: Signum unitatis, 1992. ISBN 80-85439-04-2.
KUPKA, Martin. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.
ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĎOVÁ, Klára a kol. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 2. vydání. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

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

Datum zadání bakalářské práce: **10. ledna 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **26. dubna 2019**

Ve Zlíně dne 10. ledna 2019

L.S.

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

Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 20. 02. 2019 .....

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

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

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

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:
(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:
(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.
(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.
(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřené přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou péče o terminálně nemocné osoby v domácím prostředí a rodinnými příslušníky, kteří se na jejich péči podílí. Teoretická část se snaží zmapovat potřeby umírajících osob a jejich možnosti péče. Vysvětluje paliativní a hospicovou péči a její formy. Druhá kapitola teoretické části je věnována rodinným příslušníkům. Zaměřuje se na problematiku pečování o druhou osobu z pohledu rodiny a na doprovázení blízkých osob. Poslední část teoretické části řeší truchlení a jeho fáze, kterými prochází pozůstalé osoby. Praktická část zkoumá péči o terminálně nemocné osoby z pohledu pečujícího rodinného příslušníka. Cílem je zjistit, jak péče o vážně nemocnou blízkou osobu ovlivňuje rodinného pečujícího příslušníka.

Klíčová slova: umírání, pečující, rodina, paliativní péče, hospicová péče

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with the problem of care for terminally ill people in the home environment and family members who are involved in their care. The theoretical part seeks to map the needs of the dying people and their possibilities of care. It explains palliative and hospicic care and its forms. The second chapter of the theoretical part is devoted to family members. It focuses on the issue of caring for the other person from the perspective of the family and for accompanying people. The Last part of the theoretical part solves the mourning and its phases through which the surviving person. The practical part examines the care of terminally ill person from the perspective of a caring family member. The aim is to find out how caring for a seriously ill close person affects a family caregiver.

Keywords: dying, caring, family, palliative care, hospice care

Děkuji své vedoucí práce Mgr. Lucii Blaštíkové za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování bakalářské práce a samozřejmě také za veškerý čas, který mi věnovala konzultacemi.

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

OBSAH

ÚVOD **10**
I TEORETICKÁ ČÁST **11**
1 UMÍRÁNÍ A SMRT **12**
1.1 Umírání a smrt dříve a dnes 13
1.2 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Ross 14
1.3 Potřeby umírajících 15
1.4 Péče o umírající 17
1.5 Paliativní medicína 18
1.6 Formy paliativní péče 20
1.7 Hospic a hospicová péče 21
1.8 Formy hospicové péče 22
1.9 Domácí hospicová péče 23
2 ROLE PEČUJÍCÍHO RODINNÉHO PŘÍSLUŠNÍKA V PÉČI O UMÍRAJÍCÍHO V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ **27**
2.1 Potřeby členů rodiny 28
2.2 Doprovázení pozůstalých 29
2.3 Potřeby doprovázejících 32
2.4 Truchlení 33
2.5 Shrnutí teoretické části 34
II PRAKTICKÁ ČÁST **36**
3 METODOLOGIE VÝZKUMU **37**
3.1 Výzkumný problém 37
3.2 Cíle výzkumu 37
3.3 Výzkumné otázky 37
3.4 Metoda výzkumu 37
3.5 Metoda sběru dat 38
3.6 Výzkumný soubor 38
3.7 Případové studie 38
3.8 Metoda analýzy dat 46
3.9 Zpracování získaných dat 46
3.10 Interpretace výsledků 50
3.11 Doporučení pro praxi 52
ZÁVĚR **54**
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY **56**

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK 59

ÚVOD

Erich Maria Remarque:

„Život je nemoc a smrt začíná narozením. Každé vydechnutí a každý tep srdce je zároveň tak trochu umíráním – malým krůčkem ke konci.“

Umírání a smrt. Témata, o kterých lidé neradi hovoří. Dříve bylo běžné, že lidé umírali doma v obklopení rodiny a přátel. S dobou se ale umírání přesunulo do nemocničních zařízení, kde lidé umírají často nedůstojně a o samotě. Dnes je situace taková, že lidí v seniorském věku dramaticky stoupá a zařízení, kde by se o ně dokázali profesionálně postarat, není dostatek. Proto je důležité usilovat o navrácení umírání do domácího prostředí.

Současná společnost je přesvědčena o tom, že nejlepší péče, která jejich blízkému může být poskytnuta, je právě v nemocničních zařízeních. Rodiny si často nejsou vědomy toho, že by jejich vážně nemocnému blízkému bylo nejlépe právě doma v jejich přirozeném prostředí. Moderní společnost upustila od péče o umírající blízké osoby a smrt stále tabuizuje. Tématy umírání a smrti se lidé začnou většinou zabývat až ve chvíli, kdy jim umírá někdo blízký či se sám ve vážné nemoci ocitne. A je pouze malá část, která se rozhodne pro péči v domácím prostředí. Ti, co se rozhodnou pečovat o umírající blízkou osobu, pak hledají pomoc právě od domácí hospicové péče.

Tématem této bakalářské práce je péče o umírající v domácím prostředí a snaží se čtenáři přiblížit současný stav možností péče o umírajícího člověka. Cílem práce je zjistit, jaká úskalí má pro rodinu péče o terminálně nemocnou blízkou osobu. Tyto informace budu zjišťovat kvalitativním výzkumem formou případových studií.

V prvních kapitolách teoretické části se zaměřím na to, jakým způsobem byly umírání a smrt vnímány v minulosti a jak k nim přistupujeme dnes. Představím jednotlivé fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Ross. Popíšu potřeby umírajících, které hrají při péči o ně důležitou roli. Objasním paliativní a hospicovou péči a její formy. Na závěr této kapitoly se podrobněji budu věnovat domácí hospicové péči. V druhé kapitole se snažím přiblížit potřeby rodiny a doprovázejících osob a na závěr se budu zabývat truchlením a jeho formami.

V praktické části navážu na problematiku péče o umírající z pohledu pečujících rodinných příslušníků. Bude použit kvalitativní výzkum, který je zpracován do případových studií.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 UMÍRÁNÍ A SMRT

Démokritos:

„Nerozumí, bojíce se smrti, chtějí stárnout.“

Tato kapitole je věnována charakteristice umírání a smrti, na kterou navazuje objasnění paliativní péče a následně hospicové péče, kde jsou podrobněji rozebrána specifika a problematika domácí hospicové péče.

Umírání a smrt jsou zásadními lidskými tématy. Jsou to základní jistoty, které spolu s narozením máme. Jistota, která se proměňuje v nejistotu, která nás zneklidňuje. Nikdo nám neřekne, kdy nebo jak přijde, jestli to bude rychlé nebo bolestivé. S jistotou ale můžeme říci, že snad každý si přejeme, aby smrt přišla ve vysokém seniorském věku, bezbolestně a ideálně ve spánku. (Haškovcová, 1990, s. 351) Uvědomění si, že každý život má svou konečnost, nás doprovází historicky i aktuálně. Nicméně jak jde čas, tak se akceptace umírání a smrti mění. Dříve bylo běžné, že umírali lidé ve středním věku, kojenci i malé děti. Umíralo se na nemoci, které jsou dnes běžně léčitelné, a je těžko představitelné, že by se to v dnešní době stávalo. V minulosti střední délka života nebyla příliš vysoká, ať už právě kvůli rané úmrtnosti nebo brzkému umírání na nemoci. (Haškovcová, 2000, s. 23) Dnešní doba smrt tabuizuje. Soustředíme se na zdravý životní styl a plnohodnotný život, ale o smrti pouze žertujeme, abychom strach z ní oslabili. Když ale nastane situace, kdy stojíme smrti tváří v tvář, jsme překvapeni a nevíme si rady. (Byock, 2013, s. 13)

Každý z nás jistě použil několikrát v životě frázi, která obsahuje smrt, například: kamarádství na život a na smrt. Kolikrát jsme se ale nad smrtí opravdu zamysleli? Odmítáme vlastní smrt do té doby, dokud nám neumře někdo blízký. V takovou chvíli si teprve uvědomujeme, že smrt je nedílnou součástí našich životů. (Slámová, Marková, Kubáčová, Antonová, 2018, s. 82) Strach ze smrti je přirozený, ale mnohem víc nás děsí umírání a s ním spojená bolest. Při dlouhodobé a nevyléčitelné nemoci je smrt považována za vysvobození. Dnešní mladí lidé si smrt nepřipouští, je to pro ně něco vzdáleného, co se jich momentálně netýká. Ale ani lidé středního věku se ke smrti nestaví jako k něčemu, co je čeká. Žijí v přesvědčení, že umírání a smrt patří k vysokému seniorskému věku. Jak bychom si mylně mysleli, že senioři přemýšlí o své smrti, tak tomu tak většinou není. Smrt odkládáme, dokud nepřijde správný čas. Kdy ale takový čas nastane, nikdo sám říci nedokáže. (Haškovcová, 1990, s. 351–2)

1.1 Umírání a smrt dříve a dnes

To, že každý život je podmíněn smrtí, jsme si uvědomovali vždy. S dobou se postoj k umírání a smrti změnil. V minulých dobách bylo větší samozřejmostí zemřít než žít. Přirozenou součástí života každého bylo pomáhat těm, kteří umírali. Pozorováním druhého při umírání se lidé učili umírat. Lidé neumírali jen doma, ale také na ulicích v nedůstojných podmínkách. Umíralo se rychle po krátkodobé nemoci. (Haškovcová, 2000, s. 23–24) Umírání a smrt měly svůj řád. V případě, kdy člověk věděl, že se blíží jeho odchod, svolal blízké, aby se s nimi mohl rozloučit a říct svá poslední přání. Každý věděl, co se v té chvíli od něj očekává, každý měl svou danou roli. Informace o tom, jak se chovat k umírajícímu, se předávaly z generace na generaci. Se smrtí se vyrovnávali ritualizací, kdy se udržoval smutek a bylo také možné ulevit emocím. Díky tomu lidé kdysi neměli ze smrti takový strach jako lidé dnes. (Haškovcová, 1990, s. 361–362)

Nacházíme se v době, která je zrychlená, plná nových technik a možností, ale zmizel osobní kontakt. Dnešní člověk neví, co ho čeká. Rádi bychom umírali v domácím prostředí, ale smrt nastává velice často v nemocnici. O smrti se pak dozvídáme často po telefonu, kdy už náš blízký je na onom místě, bez rozloučení a objetí či posledních vlídných slov. (Haškovcová, 1990, s. 364) Dnešní doba vytrhla umírání z rodinného prostředí. Vyspělá medicína se snaží za každou cenu léčit do poslední chvíle, díky čemuž odděluje umírání od přirozeného koloběhu života. Medicína nám dává naději, že zvládne vše. (Marková, 2010, s. 14)

Se smrtí se každý setkáváme téměř denně prostřednictvím médií. Vidíme ji v seriálech, filmech, novinách či večerních zprávách. Děti se s ní setkávají často v počítačových hrách, které jsou spojeny s brutálním zabíjením a násilím. Ponětí o smrti vzniká tedy ve virtuální realitě, nikoli v každodenním životě. V tomto případě se opět utlačuje smrt jako přirozená součást života. (Marková, 2010, s. 16)

I přes snahu vrátit umírání do domácího prostředí stále umírá v institucích 80 % naší populace. Naše životy začínají v nemocnici a tam většinou i končí. Smrt může mít mnoho podob, je ale nutné, aby byla respektována jako důležitá událost každého z nás i z pozice blízké osoby. Zásadním problémem je, že smrt nemá pozornost od lidí v žádné věkové kategorii. Péči přenecháváme profesionálům s domněním, že oni se o umírajícího postarají lépe. Jak kdysi ale poznamenal Kay Blumenthal-Barby *„na smrt nemá nikdo příslušné vzdělání“.* (Haškovcová, 2010, s. 319)

1.2 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Ross

Elisabeth Kübler-Ross byla významnou psychiatričkou a lékařkou 2. pol. 20. století, která se celý život věnovala práci s pacienty v terminálním stádiu. V jejím nejvýznamnějším autorském díle „O smrti a umírání“ představuje pětifázový model vyrovnávání se se smrtí. (Kübler-Ross, 2015, s. 301–3)

Prvním stádiem je **popírání a izolace**. Tento stav nastává při diagnostikování terminální nemoci pacienta a jeho první reakcí je odmítnutí. Pacient si v té chvíli nechce připustit, že by měl zemřít, a hledá různé způsoby jak tomuto popírání napomoci. U pacientů, kteří byli seznámeni s nemocí předčasně nebo neadekvátním způsobem, je typické až úzkostné popření nemoci. Téměř každý pacient prožívá určitou formu popírání, někteří v první fázi nebo okamžitě po diagnostikování nemoci, příp. v pozdějších fázích. Popírání je pro jedince stav, který mu pomáhá se s diagnózou vyrovnat. Působí jako obranná bariéra, kterou střídá přijmutí reality. Výjimečně se však stává, že člověk se tohoto popření drží až do poslední chvíle. (Kübler-Ross, 2015, s 51–53)

Druhým stádiem je **zlost**. Stav, kdy už popírání nelze déle udržet a přichází emoce hněvu, rozhořčení, mrzutosti a nepřejícnosti. Vyvstávají otázky typu: „Proč já?“ Tato fáze je mnohem těžší jak přímo pro nemocného, tak i pro jeho rodinu. Všechen vztek si vylívá na každém, kdo je zrovna po ruce, ať už jsou to rodinní příslušníci, doktoři či zdravotní sestry. Rodina reaguje pocity zármutku, které pouze pacienta utvrzují v jeho nespokojenosti. Postupem času pacient zjišťuje, že pozornost od svých blízkých nebo zdravotního personálu získá, aniž by musel vytvářet negativní prostředí. Je nutné učit se naslouchat nemocným a přijímat jejich zlost jako jejich úlevu. (Kübler-Ross, 2015, s. 64–65)

Třetí fází je **smlouvání**. Toto stádium nemá dlouhé trvání. V předešlých fázích pacientův hněv nijakým způsobem nedocílil pocitu vyrovnání se s diagnózou. Proto se v této fázi snaží zvolit opačnou strategii a to, že bude pokornější vůči lidem i Bohu. Smlouvání je v tomto případě jakási prosba o odklad smrti, která by měla být odměnou za dobré chování. Nejčastější smlouvy uzavírají nemocní lidé s Bohem. Tyto sliby ale zůstávají v tajnosti. Jediný, kdo prosby nemocného většinou vyslechne, je kaplan. (Kübler-Ross, 2015, s. 98–100)

Čtvrté stádium je **deprese**. V tomto stádiu již nemoc nelze popírat. Příznaky nemoci jsou viditelné a je třeba léčba či hospitalizace. Pacientovi ubývají síly a pociťuje své nedostatky a ztráty – např. ženy s rakovinou prsu se budou špatně vyrovnávat se vzhledem své

postavy. Deprese také doprovázejí finanční problémy, které vznikají nákladnými platbami za léčbu. V případě onemocnění matky deprese zesilují z pocitu viny. (Kübler-Ross, 2015, s. 101)

Páté stádium je **akceptace**. Tento stav nastává v případě, že pacient měl dostatek času na to, aby se smířil s vlastní konečností. Překonal všechna předešlá stádia. Zlost ani deprese se v něm již neprobouzí. Umírající člověk dosahuje svého vnitřního klidu, začíná chtít vlastní klid. Jsou ale pacienti, kteří se realitě vzpírají do poslední chvíle. Dávají si planou naději, kterou nepřestávají živit. Jejich boj končí až ve chvíli, kdy už psychicky ani fyzicky nejsou schopni jít dál. (Kübler-Ross, 2015, s. 127–129)

Všechny tyto fáze umírání na sebe mohou navazovat a postupně odeznít. Může ale také nastat stav, kdy se umírající do nějaké fáze vrátí a celý tento proces prožije znovu. Důvodem bývá nedostatečné vyrovnání se se situací v dané fázi. Těmito fázemi neprochází jen umírající osoba, ale i rodina a blízké osoby. Při prožívání těchto fází se umírající a rodina často rozchází. Umírající může být už v pozdější fázi, kdežto rodina či blízcí ještě k takové fázi dojít nemuseli. Poté může nastat stav, kdy se umírající nebo rodina musí vrátit do předešlých fází. Je tedy vhodné, aby umírající osoby a jejich rodiny a blízcí byli doprovázeni každý zvlášť. (Hatoková, 2013)

1.3 Potřeby umírajících

Okruhy potřeb pacienta vycházejí z definice pro zdraví. Definice zdraví podle Světové zdravotnické organizace WHO zní: *„Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo zdravotního postižení.“* Z této definice jsou odvozeny čtyři okruhy potřeb: (Svatošová, 2011)

- **Potřeby biologické**

Biologické potřeby zahrnují vše, co je potřebné pro nemocného pacienta. Spolu s nemocí přicházejí potíže, které mu nedovolují normálně fungovat. O biologické potřeby se nejlépe postarají ve zdravotnických zařízeních až na spánek, který je většinou mnohem lepší doma. Někdy nemoc vyžaduje takovou léčbu, kdy se pacient o sebe nedokáže postarat nebo to není ani možné. Nemocný potřebuje přijímat potravu a taky ji co nejpřirozenějším způsobem vyloučit. V případě, že nemoc postihla dýchací ústrojí nebo srdce, je třeba dodat buňkám dostatečný kyslík. (Svatošová, 2012, s. 21–22)

- **Potřeby psychologické**

Umírající během své nemoci pociťují utrpení, která zvyšují tlak na jejich psychický stav. V těchto chvílích je nejdůležitější potřeba respektování lidské důstojnosti. Každý nemocný, bez ohledu na to, v jakém je stavu, je jedinečnou bytostí a je nutné to respektovat především ve fázi, kdy nemocný svou roli tady završuje. Je důležité s nemocným dostatečně komunikovat a nezapomínat, že za nás mluví naše mimika. Zásadní je říkat pouze to, co umírajícímu nemůže nějakým způsobem ublížit, příp. jen tolik, kolik slyšet chce. (Svatošová, 2012, s. 22)

- **Potřeby sociální**

Celý život se všichni setkáváme s různými lidmi. Stejně tak chceme, aby i v posledních chvílích s námi byli jak blízcí, tak přátelé. Nikdo nechce umírat v osamělosti. Každý nemocný by měl mít právo určit si, kdy chce být sám a kdy ne. Stává se, že nemocný nedokončil věci, které mohou později ovlivnit finančně jeho rodinu. (Svatošová, 2012, s. 22–23)

- **Potřeby spirituální**

Spirituální potřeby byly ještě donedávna považovány za uspokojování potřeb věřících. Z tohoto důvodu byly pro nemocného i další lidi tabu. Během nemoci se většina nemocných začíná zabývat otázkami smyslu života. Každý potřebuje vědět, že jeho život na tomto světě měl nějaký smysl. Při nenaplnění této potřeby člověk trpí. Je třeba mu ukázat, že za každé situace může být život smysluplný. Nemocný potřebuje uspokojit odpuštěním ostatních a sám v takové situaci také začne odpouštět. (Svatošová, 2012, s. 23)

Haškovcová (2007) uvádí příklad potřeb a přání umírajících v následujícím seznamu **Charty umírajících:**

- Mám právo na to, aby semnou až do smrti bylo zacházeno jako s lidskou bytostí.
- Mám právo na naději, a nezáleží na tom, že se moje životní perspektiva mění.
- Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti.
- Mám právo podílet se na rozhodnutích, která se týkají mé péče.
- Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl uzdravení mé nemoci mění na zachování pohodlí a kvality života.
- Mám právo nezemřít opuštěn.
- Mám právo být ušetřen bolesti.

- Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky.
- Mám právo nebýt klamán.
- Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.
- Mám právo zemřít v klidu a důstojně.
- Mám právo zachovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů.
- Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat tváří v tvář.

1.4 Péče o umírající

S dobou se péče o umírající mění. Dříve byla idealizovaná do domácího modelu umírání. V dávných dobách byla péče laická až téměř žádná. Tento model ale začal být reálný až v posledních stoletích, kdy se umírajícímu poskytovalo alespoň základní materiální zázemí a pokrytí základních potřeb. (Haškovcová, 2000, s. 25) V posledních letech se ale péče o umírající přesouvá do zdravotnických zařízení, kde se mu nedostává takové péče, protože se stává jedním z mnoha, kde umírá opuštěný a sám. Umírající nemocní pacienti si přejí umírat v domácím prostředí s nejbližšími, ale rodina má často strach, že situaci nezvládne. (Holeksová, 2002)

V péči o umírající osoby se prolínají a někdy střetávají dva přístupy. První přístup je humanistický, který usiluje o co nejlepší péči a podporu nemocných a jejich blízkých. Vychází z vědomí celkového utrpení nemocných, některých speciálních potřeb a ohrožení umírajících pacientů i jejich blízkých a také z vědomí nedostatečnosti nemocničního umírání. Dále usiluje o smysluplné využití zbývajícího času. Druhý přístup je fiskální. Tento přístup se snaží o stabilní veřejný rozpočet včetně zdravotní péče a o její zlevnění. Napomáhá ke snížení nákladů na léčbu terminálně nemocných pacientů a vychází z vědomí, že zdravotní péče je nejdražší v posledních měsících života pacienta. (Kalvach, 2010, s. 14)

Délka života se s posledním stoletím prodloužila o několik desetiletí. Muž narozený v dnešní době se pravděpodobně dožije 76 let a žena 82 let. Zatímco v roce 1920 se muži mohli dožít 47 let a ženy necelých 50 let. Neprodlužuje se pouze délka života ale také

doba, kterou prožíváme ve zdraví. Zdravotní problémy pak tvoří jedna pětina, kdy při délce života 82 let tvoří jedna pětina 16 let zdravotních problémů. S vyšším věkem dožití se zdravotní stav obyvatelstva zhoršuje. Přibývá pacientů s chronickým onemocněním, zvyšuje se počet nádorových onemocnění, a to nejen v seniorském věku. Vzhledem k tomu, že nejvíce lidí u nás umírá v nemocnicích, vyvstává otázka, zda jsou na to připravené. Dnešní nemocnice nejsou nastaveny, aby se o umírající postaraly. Umírajícího pacienta léčí kurativní léčbou, dokud pacient nezemře. V posledních letech naštěstí vznikají centra doprovázení, kde se umírajícímu a jeho rodině věnují. V některých nemocnicích se zřizují paliativní oddělení, kde se jim dostává přiměřené péče. (Slámová, Marková, Kubáčková, Antonová, 2018, s. 82–84)

V rámci statistiky jsou od roku 2007 zjišťovány údaje o místě úmrtí. V roce 2017 došlo v nemocnicích či v léčebných ústavech ke 2/3 ze všech úmrtí, dalších 8 % v sociálních zařízeních a doma zemřela jedna pětina osob. Nejčastější příčinou smrti v roce 2017 u nás byly nadále nemoci oběhové soustavy. Na celkovém počtu úmrtí se podílely u mužů ve 40 % a u žen ve 48 %. Druhou nejčastější příčinou jsou dlouhodobě zhoubné novotvary. Třetí nejčastější příčinou jsou nemoci dýchací soustavy. (Zemřelí, ÚZIS ČR)

1.5 Paliativní medicína

Paliativní medicína se v České republice začala rozvíjet stejně jako mnohé další obory až po roce 1989. Zdravotníci měli možnost podívat se do zahraničních institucí, kde se přesvědčili, jak lze paliaci začlenit do zdravotní péče. Až v posledních letech se u nás paliativní medicína začala rozvíjet systematicky a začleňuje se do systému komplexní péče o nemocného. Jedná se o poměrně nový obor, který si hledá své místo. Péče o vážně nemocné pacienty vyžaduje vysoké nároky na profesionální znalosti a dovednosti na úrovni jak obecné, tak specializované péče. (Slámová, Marková, Kubáčková, Antonová, 2018, s. 72–73)

Existuje několik definic paliativní péče, uvádím zde ale dvě, které jsou nejčastěji citované.

„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.“ American Academy of Hospice and Palliative Medicine

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení

psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ Světová zdravotnická organizace *WHO*

Tyto definice říkají, že paliativní medicína pečuje o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. To znamená, že se to týká i těch, u kterých nemoc probíhá, nikoliv jen těch, kdo jsou bezprostředně před smrtí. Definice dle WHO zahrnuje také péči o rodinu a ne jen o nemocného. Zdůrazňuje, že péče by měla být brána jako celek. (Marková, 2010, s. 19)

Paliativní medicína se elementárně zaměřuje na pacienty, jejichž nemoci jsou chronické. Jedná se o nemoci, které nelze vyléčit. U pacientů, kteří mají terminální onemocnění, je hlavním úsilím zmírnění a potlačení nepříjemných stavů. (Kupka, 2014, s. 26) Každý nemocný má právo na kvalitní paliativní péči, která by měla být obecně dostupná. Okruhy onemocnění a zdravotních stavů, které vyžadují paliativní péči, jsou v zásadě tři:

- Onkologicky nemocní pacienti – typická paliativní problematika, u které je proces umírání nejlépe odhadnutelný.
- Lidé v terminálních fázích nenádorového onemocnění – jedná se o orgánová selhání např. srdeční. Proces umírání je špatně odhadnutelný.
- Lidé s chronickým onemocněním – nezlepšitelný dlouhodobý stav, který se zhoršuje, např. mozková mrtvice, pokročilá stádia demence aj. (Kalvach, 2010, s. 15)

Primárním cílem paliativní péče není prodlužování života, nýbrž docílení co nejlepší kvality života terminálně nemocných pacientů, a to v oblastech fyzických, duchovních, sociálních i duševních. (Kupka, 2014, s. 26)

Paliativní péči rozdělujeme podle komplexnosti péče na obecnou a specializovanou. **Obecná paliativní péče** je taková péče, kterou by mělo být schopné poskytnout každé specializované zdravotnické zařízení. Součástí této péče by mělo být diagnostikování stavu pacienta, případná léčba a péče, sledování vývoje stavu pacienta a udržení co nejlepší kvality života. (Marková, 2010, s. 20) **Specializovanou paliativní péči** poskytují taková zařízení, která mají tuto péči jako hlavní činnost. Pracují zde odborně vzdělaní zaměstnanci. Služby poskytované zařízením by měly být dostupné ve všech formách péče, a to v domácím prostředí či zdravotnickém zařízení. (Marková, 2010, s. 21) Z obecné na specializovanou paliativní péči se přechází v případě, že obecná již nemá možnosti, jak

pacientovi pomoci. Mezi zařízení specializované paliativní péče patří lůžkový hospic, ambulance paliativní medicíny, domácí paliativní péče, oddělení ve zdravotnických zařízeních aj. Specializovaná paliativní péče je ukotvena v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Největší využití má lůžkový hospic a domácí hospicová péče. (Bužgová, 2015, s. 19)

1.6 Formy paliativní péče

Podle Slámy (2011) paliativní péče zahrnuje tyto formy:

Lůžková hospicová péče: Péče v lůžkovém hospici má spíše podobu domova než nemocnice. O umírajícího nepečují blízcí, pouze docházejí na návštěvy. Péče probíhá přibližně 3 týdny a cílem je udržení co nejlepší kvality života umírajícího. V hospici je pozornost soustředěna na paliativní ošetřovatelskou péči. Jsou zde pomůcky, které nejsou součástí běžného zdravotnického vybavení, např. polohovatelná lůžka, mobilní dávkovače léků, pojízdné vany aj. Pacient zde zůstává až do smrti, ale není to podmínkou. V hospicích se často nachází vzdělávací centrum a poradna. (Kupka, 2014)

Domácí hospicová péče: Péče v domácím prostředí je možná pouze v případě, že je rodina ochotná se o umírajícího postarat. Je nejideálnější formou péče, protože umírající tráví poslední chvíle ve svém přirozeném prostředí s blízkými a často je doplněna i o jiné služby. Podmínkou domácí hospicové péče je dostupnost domácího hospice. Tato péče může být pro blízké zátěží ať už psychickou, fyzickou nebo finanční. (Kupka, 2014)

Ambulance paliativní medicíny a konziliární paliativní tým: Pacient může ležet na jakémkoliv oddělení, kde je mu péče poskytována. Tým se skládá z lékaře, zdravotní sestry a sociálního pracovníka. Tento tým může ovlivňovat kvalitu péče a pomáhá k edukaci. Ambulance zajišťuje péči pacientovi, který je v domácí péči nebo v sociálním zařízení. (Kupka, 2014)

Oddělení paliativní péče: Oddělení paliativní péče poskytuje komplexní péči o nemocného. Sídlí zde i konziliární paliativní tým. (Kupka, 2014) Oddělení paliativní péče se nachází v nemocničním zařízení. Jeho výhodou je plné financování z nemocenského pojištění a také je možná spolupráce mezi lékaři z jiných oddělení. Mezi nevýhody patří propouštění pacientů z důvodu limitu délky pobytu, kdy je tento limit stejný u všech onemocnění. (Student, 2006)

Stacionární paliativní péče: Ve stacionářích probíhá péče od rána do večera, kdy pacient bydlí blízko zařízení. Dochází zde pacienti z důvodů respitních, psychoterapeutických, rehabilitačních, diagnostických či terapeutických.

Speciální hospicová poradna: Zařízení poskytující poradenství pro pacienty, jejich blízké nebo pro pozůstalé. Je možné telefonicky, po internetu či osobně.

1.7 Hospic a hospicová péče

Výraz hospic byl původně používán ve středověku pro tzv. domy odpočinku pro poutníky. Můžeme ho přeložit jako útulek či útočiště. Myšlenka hospice znovu ožila v 18. století, kdy byla otevřena speciální nemocnice pro umírající v Dublinu. Dostala název Hospic a poskytovala péči podle principů sesterské charity. Hospicové hnutí v dnešní podobě vzniklo ve Velké Británii, jeho zakladatelkou byla Cicely Mary Saundersová, která založila Hospic Svatého Kryštofa. Zásadním člověkem v jejím životě byl David Tasma, který jí před svou smrtí daroval finanční prostředky jako příspěvek na další výstavbu hospice, který byl díky i tomuto příspěvku postaven. Tento hospic byl otevřen roku 1967 v Londýně a vedla ho právě Saundersová.

U nás v České republice je považována za zakladatelku hospicového hnutí MUDr. Marie Svatošová, která stála u zrodu prvního českého hospice, a to byl Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Hospic začal přijímat pacienty roku 1996. (Haškovcová, 2000, s. 39–41) Dnes je u nás několik lůžkových hospiců a jiných zařízení, které poskytují hospicovou péči. Většina funguje díky sponzorům, dotacím a z části z peněz z veřejného zdravotnictví. Největší zřizovatel lůžkových hospiců je u nás katolická Charita. (Slámová, Marková, Kubáčková, Antonová, 2018, s. 92)

Hlavní myšlenkou hospicového hnutí je úcta k člověku a respekt k jeho životu. Hospic je zdravotnické zařízení poskytující komplexní péči o umírajícího, aby mohl dožít důstojně se svými blízkými. Hospicová péče se tedy zaměřuje na to, aby měl umírající co nejkvalitnější závěr života. (Kupka, 2014, s. 30)

Hospic je možné požádat o radu i tehdy, kdy nemocný není v tomto zařízení umístěn. Je možné zkonzultovat některé problémy, které se v péči o nemocného vyskytují. Pokud péče o umírajícího není zvládnutelná v domácím prostředí je umístění do hospice tou nejlepší alternativou. (Holeksová, 2002) Do hospice musí napsat doporučení praktický lékař, příp. ošetřující lékař. Častou komplikací poté je kapacita hospice. Pacient musí čekat buď

v nemocnici, příp. jestliže je to možné, tak doma, než se pro něj místo v hospici uvolní. Další problém může nastat, když lékař nepovažuje přesun do hospice za vhodný. Někteří lékaři nepovažují stále hospice za rovnocennou variantu péče, snaží se pacienta a rodinu přesvědčit o tom, že nejlepší péči dostanou v nemocnici. Ze strany pacienta pak může nastat strach z hospice jakožto slova. Pacienti hospic považují za konečnou svého života. Poté ale řada nemocných říká, že kdyby věděli, co je čeká, přišli by mnohem dříve. (Slámová, Marková, Kubáčková, Antonová, 2018, s. 94–95)

1.8 Formy hospicové péče

Lůžková hospicová péče: Tato forma péče je především pro pacienty, kteří mají natolik rozsáhlou nemoc, že je nutné, aby jim byla poskytnuta intenzivní paliativní péče a léčba. V případě, že je pacient schopný, může si sám vytvořit vlastní režim dne. Klade se zde důraz na kvalitu života. Návštěvy blízkých jsou zde součástí péče. Pokud je to možné, podílí se blízcí na ošetřování nemocného. (Kupka, 2014, s. 32)

Stacionární hospicová péče: Stacionář navštěvuje pacient ráno a odchází večer. Tato forma péče je vhodná pro pacienty, co žijí v blízkosti hospice. Díky této možnosti péče je oddalován pobyt ve zdravotnických zařízeních a pacientovi je umožněno trávit čas v domácím prostředí. V zahraničí je tato forma velmi oblíbená. (Haškovcová, 2000, s. 48–49) V určitých fázích je tento způsob péče nejideálnějším řešením z několika důvodů. Uvedu zde ty nejzávažnější.

- Diagnostický důvod – pacient dochází kvůli bolesti, kterou se nepodařilo vyléčit doma či v sociálním zařízení.
- Léčebný důvod – pacient dochází nejčastěji na chemoterapie, jiné paliativní léčby.
- Psychoterapeutický důvod – pacient má problém s rodinou navázat otevřenou komunikaci. Pacient pak v hospici může mít někoho, s kým nemá problém otevřeně komunikovat.
- Azylový důvod – pacient dochází kvůli preventivnímu opatření, které brání případné hospitalizaci. Zároveň slouží k tomu, aby si rodina a pacient od sebe odpočinuli. (Kupka, 2014, s. 32)

Domácí hospicová péče: Je jisté, že každý nemocný pacient by chtěl zemřít doma, v prostředí mu známém. Z různých důvodů pacientovi může zdravotnické prostředí přitížit,

ale také domácí prostředí může někomu uškodit. Této formě péče je podrobněji věnována následující podkapitola.

1.9 Domácí hospicová péče

Dříve bylo běžné, že lidé pečovali o své blízké umírající v domácím prostředí. V dnešní době se ale péče o umírající přesouvá z větší části do ústavní péče. O navrácení umírání do domácího prostředí se snaží domácí hospicová péče neboli domácí hospic. Nejvýznamnějším průkopníkem domácího hospice je u nás hospicové občanské sdružení Cesta domů., které bylo založeno roku 2001. Jejich práce značně přispívá do problematiky spojené s domácím hospicovou péčí. (Slámová, Marková, Kubáčková, Antonová, 2018, s. 98)

Domácí hospicová péče neboli mobilní hospic je zdravotní služba, kterou poskytují lékaři a zdravotní sestry. Tato péče je poskytována 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. U této péče je nutné propojení zdravotních služeb se službami sociálními. (Slámová, Marková, Kubáčková, Antonová, 2018, s. 98) Každý umírající, který nemá zájem o péči ve zdravotnických zařízeních a jeho rodina je ochotna se o něj postarat, má možnost využít domácího hospice. V tomto případě hraje velkou roli rodina a její ochota se o blízkého postarat. Rozlišujeme dva druhy domácí péče, a to domácí péči prováděnou laiky – home help a domácí péči prováděnou profesionály – home care. (Kupka, 2014, s. 31)

Rodina, která chce o blízkého pečovat, musí také umět a mít možnost pomoci. Je důležité, aby rodina dokázala nemocnému vytvořit vhodné podmínky. Ve většině případů je rodina schopna pečovat o svého blízkého téměř samostatně. Pomoc od zdravotnického personálu vyžadují minimálně. Rodina umírajícímu poskytuje laickou péči, doplněnou o některé ošetřovatelské úkony, které jim ukázal zdravotnický personál. Domácí hospicová péče zahrnuje především péči o umírajícího, ale také se zaměřuje na pomoc rodinným příslušníkům. (Haškovcová, 2000, s. 53)

Předpoklady pro péči v domácím prostředí:

- Pacient si přeje, aby péče probíhala v domácím prostředí.
- Rodina je ochotna převzít část péče.
- Zásadní roli hraje praktický lékař a jeho schopnost a ochota, která je důležitá pro celý průběh péče v domácím prostředí.

- Společný pohled všech zúčastněných na klinickou situaci.
- Stanovení plánu pravidelné péče a plánu řešení akutních situací.
- Rozhodování v kritických situacích, zda je péče zvládatelná ještě v domácím prostředí.
- Lékař pečující o terminálně nemocné a umírající by měl mít léky pro většinu klinických stavů a situací, které mohou závěr života provázet. (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011)

Multidisciplinární tým

Tým mobilního hospice musí splňovat daná kritéria stanovená Českou společností paliativní medicíny. Tým se nesnaží řešit pouze zdravotní problém, ale snaží se, aby pacient měl co nejlepší podmínky k životu. Tým musí mít vždy kvalifikovaného lékaře, který celý tým organizuje a zaručuje se za něj. Zdravotní sestry zabezpečují nepřetržitou pohotovost. Součástí týmu je také sociální pracovník, který rodině může pomoci s vyřizováním úředních věcí. V případě, že pacient potřebuje psychickou pomoc, je přizván psycholog, se kterým může přijít i duchovní. Součástí domácího hospice jsou doplňující služby jako respitní, pečovatelské aj. (Slámová, Marková, Kubáčková, Antonová, 2018, s. 99)

Přijetí do domácího hospice

Při přijetí pacienta do domácího hospice hraje největší roli praktický lékař, který určuje, zda má pacient nárok na indikaci této péče. Lékař v případě indikace domácí hospicové péče přijímá zodpovědnost za pacienta. Je důležité, aby mezi lékařem, pacientem a rodinou byla vzájemná důvěra. Pacient očekává nejen kvalitní léčbu a péči, ale také zájem o sebe jako o člověka. O péči většinou žádá rodina. Je vhodné, aby jednání proběhlo osobně, ale je možné také telefonicky či emailem. Na jednání je nutné mít s sebou dokumentaci nemocného. Při setkání se rodina dozví, jaké možnosti péče domácí hospic nabízí. Během setkání je možné, že nabízené služby nebudou odpovídat představám či možnostem rodiny. První kontakt s pacientem by měl uskutečnit lékař spolu se zdravotní sestrou v přirozeném prostředí pacienta. Může proběhnout jen jako seznamovací setkání nebo přímo jako vstupní vyšetření pro posouzení stavu pacienta a prostředí, ve kterém žije. Jestliže je

pacientův stav a jeho životní podmínky vyhovující k indikaci domácího hospice, podepíše se informovaný souhlas s péčí, který zahrnuje i léčebné postupy. (Kalvach, 2010, s. 47–56)

Průběh péče v domácím hospici

Důležitou roli při péči domácího hospice hraje zdravotní sestra, která péči koordinuje. Návštěvy u pacienta se odvíjí od jeho aktuálního zdravotního stavu a potřeb. Rodina má možnost zdravotní sestru kdykoliv kontaktovat pro pomoc či radu. V průběhu přichází psychosociální pracovník, který řeší smlouvu o poskytnutí péče mezi pacientem a pečujícím a informuje rodinu o možnostech příspěvku na péči a možných sociálních službách. Při zhoršení stavu pomáhá s přijetím do lůžkového zařízení, případně pomoc při nezvládání situace. Ve chvíli, kdy pacient zemře, zdravotní sestra přijede ohledat tělo, případně pomáhá s přivoláním pohřebním služby a provází blízké během loučení. Je možné pro pozůstalé zajistit podporu psychosociálního pracovníka, který pozůstalým pomáhá zvládat situaci bezprostředně po smrti nebo v době truchlení. (Cesta domů)

Péče o umírajícího v domácím prostředí není služba pro každého. Každý pacient potřebuje vedle sebe někoho, kdo se o něj postará kdykoli to bude nutné, ať už ve dne či v noci. Někoho, kdo s ním bude řešit všechny nastalé mimořádné situace, které jsou u takového typu časté. Někoho, kdo v případě zhoršení stavu zavolá pomoc sestry a lékaře domácího hospice. Tuto roli většinou rodiny zvládají tak, aby pacient nebyl úplně sám. Zřídka se ale stává, že rodina péči z různých důvodů nezvládne. Nejedná se o selhání a není to žádná tragédie. Jestliže je možnost, může rodina umírajícího přeložit do lůžkového hospice, kde péče bude pokračovat v podobném režimu jako v domácím prostředí. (Slámová, Marková, Kubáčková, Antonová, 2018, s. 104) Péče končí úmrtím pacienta. V den úmrtí rodina nejprve volá zdravotní sestře, která k rodině přichází a ohledá mrtvého. Pomáhá při přípravě zesnulého a kontaktování pohřební služby. Rodina může požádat o pomoc psychosociálního pracovníka, psychoterapeuta či duchovního po úmrtí blízkého či při přípravě posledního rozloučení nebo v době truchlení. (Cesta domů)

Financování

Financování hospicové péče je vícezdrojové. Největší část pokryjí platby z veřejného zdravotního pojištění, poté dotace a nakonec sponzorské dary. V letech 2015–2017

probíhal pilotní program VZP o úhradách služeb mobilních hospiců a přinesl financování a nároky, které doposud nebyly. Pojišťovny se začaly lépe stavět k uzavírání smluv se zařízeními nabízející mobilní hospicovou péči. Všechny pojišťovny podepsaly smlouvu alespoň s některým z mobilních hospiců. Přáním mobilních hospiců ale je, aby byla péče pro pacienty bezplatná. Zdravotní péče o terminálně nemocného v domácím hospici stojí přibližně 1 900 Kč denně. Pojišťovny péči pokrývají ale pouze částkou 1 152 Kč až 1 463 Kč na den dle rozsahu onemocnění. Tato částka pokrývá pouze péči zdravotní. Nezdravotní péči, jako např. pomoc s péčí o domácnost, musí zařízení pokrýt z vlastních zdrojů. Ministerstvo práce a sociálních věcí se touto problematikou zabývá. V roce 2019 se chystá opětovně předložit návrh na změnu zákona o sociálních službách. V minulém volebním období se Ministerstvo práce a sociálních věcí pokoušelo prosadit návrh vzniku nové sociální služby hospicové péče, která by byla doplněna o péči zdravotní, nicméně sněmovna tuto novelu neschválila. (ČT24, 2019)

Mobilní hospic Cesta domů uvádí, že jejich služby jsou zpoplatněné částkou 100 Kč na den v případě smlouvy se zdravotní pojišťovnou, jinak 200 Kč. Tento poplatek je vůči reálné částce za péči pouze symbolický, ale má dvojí funkci. V případě, že by tato služba byla bezplatná, lidé by se mohli cítit zavázaně a tento poplatek může sloužit jako jakési vyrovnání vztahu. Bohužel ani polovina pacientů nároku na úhradu ze zdravotního pojištění nedosáhne. (Info, 2019)

Legislativa

Domácí hospic je zařízení hospicového typu, které je registrováno jako poskytovatel zdravotních služeb dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a provozující hospicovou péči dle zákona č. 48/1997 Sb., v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb. a zároveň poskytuje registrované služby dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (Asociace hospiců, 2017) Dalo by se říci, že v roce 2019 nastal průlom v historii českého zdravotnictví. Letošní úhradová vyhláška obsahuje dohody všech segmentů poskytovatelů zdravotní péče a nově reflektuje také kvalitu a efektivitu zdravotní péče. (MZČR, 2019)

2 ROLE PEČUJÍCÍHO RODINNÉHO PŘÍSLUŠNÍKA V PÉČI O UMÍRAJÍCÍHO V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Jedna z lidských přirozeností je pečovat o své blízké. Tato kapitola je věnována rodině umírajícího a doprovázejícím, kteří pečují o umírajícího člena rodiny. Rodina představuje přirozené prostředí pro péči a poskytuje nemocnému pocit bezpečí a zázemí. Největší břímě, které svým objemem ani kvalitou nelze srovnat s jakoukoli institucí, připadá na pečující osobu. (Slámová, Marková, Kubáčková, Antonová, 2018, s. 113)

Důležitou roli v péči o nemocného zastávají blízcí lidé umírajícího. Chování těchto lidí značně ovlivňuje to, jak nemocný reaguje na svou nemoc. V případě, že vážně onemocní partner, přichází do chodu domácnosti zásadní změny, které musí partnerka přizpůsobit nastalé situaci. Je nutné, aby partnerka nemocného převzala jeho povinnosti, které měl na starosti, a stává se jedinou živitelkou rodiny. Pokud ale vážně onemocní partnerka, jsou často pocity ztráty větší. V některých případech partner musí převzít každodenní péči o děti a domácnost s čímž se hůře smiřují obě strany. Muž reaguje na nemoc své ženy velmi podobně jako malé děti. Je velmi vyčerpávající chtít po komkoli, aby pečoval o nemocného každý den. Proto je důležité, aby pečujícího někdo alespoň jednou týdně vystřídal. Pokud je to možné, je vhodné udržet standardní chod domácnosti, neomezovat se na úkor nemocného. Stejně jako umírající nemůže pořád myslet jen na smrt, není žádoucí, aby zbytek rodiny byl odříznut od kontaktu s okolím. Členové rodiny by měli dbát na své osobní potřeby a zájmy. Může totiž velice snadno dojít k situaci, kdy rodina nebude schopna umírajícímu členovi pomoci. Je zapotřebí zachovat si zdravou rovnováhu mezi poskytováním péče a svými vlastními potřebami. Rodinní příslušníci prochází podobnými stádii jako umírající osoby. Mohou mít problém uvěřit, že jejich blízký je opravdu vážně nemocný, hledají způsoby, jak tuto skutečnost vyvrátit, např. vyhledáváním dalších lékařů s nadějí, že se předchozí lékař v diagnóze spletl. Nedokáží se vyrovnat s tím, že jejich blízký umírá, a stává se, že pomoc hledají u léčitelů a jasnovidců. U rodin, kde komunikace mezi sebou pokulhává, je situace mnohem dramatičtější než u rodin, kde všichni vzájemně komunikují a sdílejí společné starosti. Stejně jako nemocný prožívá pocity hněvu, není tomu jinak u jeho blízkých. Rodina se taktéž zlobí na lékaře či nemocniční personál. Když tyto fáze rodina překoná, přichází stejně jako u umírajícího pacienta fáze, kdy se všichni mohou připravit na fázi zármutku. Nejtěžší fází je ta konečná, kdy umírající pomalu opouští svět i své blízké. V tomto období nejvíc podpory potřebuje

právě rodina, nikoli umírající, protože ten už je se situací smířený a jeho podpora není tolik nutná. (Kübler-Ross, 2015, s. 174–175)

Rodina hraje hlavní roli při péči o umírajícího v domácím prostředí. Aby rodina mohla převzít péči o umírajícího člena, musí nejen chtít, ale také umět a moci. Převzetí této péče rodinou není samozřejmostí. Rodina se pro tuto péči musí rozhodnout sama, protože na jejich péči bude nejvíce záviset stav osoby v terminálním stádiu. Je třeba myslet i na to, že péče o umírajícího člověka představuje velký psychický stres a fyzickou zátěž a může způsobit problémy v zaměstnání, z čehož vyplývají finanční problémy, jejichž důsledkem je ještě větší zhoršení stresu. (Kalvach, 2010, s. 44–45)

Jedním z problémů péče o terminálně nemocného člověka je komunikace mezi rodinou a umírajícím členem. O zdravotním stavu nemocného se často jako první dozvídá manžel či manželka nemocného. Na tomto člověku pak závisí, zda diagnózu partnerovi oznámí či ne, případně kolik informací jemu či rodině sdělí. Také musí rozhodnout o tom, zda informovat děti, kdy se může jednat o velmi nelehký úkol, zvláště když jsou děti nižšího věku. V těchto dnech záleží hodně na vztazích v rodině, na jejich soudržnosti a komunikačních schopnostech a také na tom, zda jsou v rodině spolehliví přátelé. Po smrti blízké osoby odcházejí problémy spojené pouze s jeho odchodem, ty v rodině ale zůstávají. Tyto problémy lze zmírnit tím, že se začnou řešit ještě před smrtí nemocného člověka. Další problém nastává tehdy, kdy mezi umírajícím a rodinou není žádná komunikace. Rodina u nemocného je sice fyzicky, ale mezi nemocným a rodinným příslušníkem není žádný verbální ani neverbální kontakt. (Kübler-Ross, 2015, s. 177–180)

2.1 Potřeby členů rodiny

Potřeby rodiny lze definovat jako vnímání přání a požadavků pro podporu a péči ze strany zdravotnických či sociálních pracovníků. Naplnění těchto potřeb může sloužit jako ukazatel kvality péče, kterou rodina poskytuje. (Bužgová, 2015, s. 113) V případě, že členové rodiny nemají uspokojené vlastní potřeby, odráží se to poté na jejich péči o pacienta. Mezi nejdůležitější čtyři potřeby rodinných příslušníků řadíme tyto následující:

Ujištění o tom, že jejich blízký netrpí. Pro rodinu nemocného je zásadní, aby měli pocit, že jejich blízký nemocný netrpí velkými bolestmi. Tento pocit je nezbytný pro vyrovnání se s danou situací. Právě díky příbuzným pak mohou nastat situace, kdy nemocného bolest není dostatečně léčena z důvodu obav z nežádoucích účinků z léčiv. Nemoc doprovázejí

často také další symptomy, které v příbuzných vyvolávají pocity bezmocnosti a zoufalosti. Rodina, která viděla umírat svého blízkého bez bolesti a dalších symptomů, se s umíráním smiřuje mnohem lépe než ti, co nechali svého blízkého trpět na úkor obav z nežádoucích účinků léčiv. (O´Connor, 2005, s. 223)

Informovanost. Rodina potřebuje informace jak o zdravotním stavu pacienta, tak i o tom, jak o něj pečovat. Tyto informace rodině pomáhají situaci lépe zvládnout. V případě, že rodina pečuje o nemocného doma, jsou zejména informace o péči nejužitečnější. (O´Connor, 2005, s. 224)

Běžné potřeby rodiny. S péčí o blízkého přichází řada problémů, které příbuzné zatěžují. Příbuzní jsou vnímáni jako podpora nemocného, ale často se sami setkávají s problémy (únava, vyčerpání či pocit vyhoření). V domácí péči potom hrozí také finanční neschopnost, která zvyšuje zátěž v rodině. (O´Connor, 2005, s. 224)

Psychická podpora. Je důležité klást důraz na emocionální potřeby rodiny tak, aby se rodina zvládla postarat o nemocného. Je zapotřebí, aby se rodina zvládla vyrovnat s umíráním a následnou smrtí blízkého. (O´Connor, 2005, s. 225)

Pro pečující, kteří pečují o svého nemocného blízkého v domácím prostředí, řadíme další důležité potřeby, jako je ochrana zdraví pečujících osob a finančního dopadu, dostupnost a bezpečnost respitní péče, vhodné pracovní podmínky, edukace a příprava na roli pečovatele, trénink a supervize pečující role. (Bužgová, 2015, str. 116)

2.2 Doprovázení pozůstalých

Hlavní zdroj pomoci pozůstalých by měla být především rodina. Rodina poskytuje prostředí, ve kterém jsou její členové ochotni a připraveni poskytnout pomoc a podporu. Existují případy, kdy rodina není schopna pozůstalým poskytnout přiměřenou pomoc. Úmrtí v rodině tedy může prohloubit již existující problémy a následně zhoršit komunikaci mezi jejími členy. Rodinný systém nemusí fungovat již před smrtí člena rodiny, díky čemuž se v rodině mohou projevit dysfunkce či se může rodina rozpadnout. Spolu s úmrtím člena rodiny přichází změna struktury rodinného systému a narušení stability a fungování. Mimo rodiny mohou truchlící hledat sociální oporu také mimo rodinný systém, např. u přátel, sousedů apod. Tyto vztahy ale mívají mnohem menší váhu, protože ve většině případů jsou omezeny na minimum. (Špatenková, 2014, s. 135)

Pro pozůstalé hraje velkou roli neformální pomoc blízkých osob. Neformální pomoc poskytují příbuzní, přátelé či známí. Řadí se k tradičním a nejobvyklejším způsobům pomoci, která zahrnuje svépomoc a vzájemnou pomoc. Svépomoc zahrnuje situace, kdy si pozůstalý pomocí vlastních schopností a dovedností chce pomoci sám. Vzájemná pomoc zahrnuje situace, kdy se angažují všichni členové rodiny, příbuzní či známí. Pro truchlící má velký význam zájem. Úlehla (1999, s. 118) píše: „*je pro ně velmi důležité, že je někdo vyslechne, povzbudí, že se vypláčou, že nejsou tak opuštění, tak sami, jak si mysleli“*. Zájem pomáhajících může být narušen zlehčováním, odmítáním, moralizováním aj. Častým problémem u laické pomoci bývají fráze *„vím, co prožíváš“*, kdy jsou tato slova pro truchlícího zraňující a mohou vyvolat agresivní reakci. Tímto pak může být prohlubována sociální izolace truchlících. U pečující osoby je důležité, aby měla motivaci k pomáhání a také trpělivost a vytrvalost. (Špatenková, 2014, s. 133–4)

Smrt blízké osoby představuje velký zásah do života pozůstalých. Tato ztráta nezpůsobuje pouze emoční reakci, ale nabourává také:

- **Pocit vlastní identity.** Pozůstalá osoba si pokládá otázky, zda je ještě manželka či matka apod.
- **Pocit vlastní integrity.** Pozůstalá osoba prožívá pocit ztráty části svého vlastního já.
- **Vztahy.** Pozůstalá osoba se necítí dobře sama, ale ani mezi lidmi.
- **Přesvědčení.** Pozůstalá osoba si není jistá, zda je svět stabilní a bezpečný.

V takových situacích pozůstalí potřebují podporu a pomoc, které se jim často nedostává. Pomoc by měla poskytnout rodina, která toho není schopna, protože je sama zasažena smutkem. Proto truchlící vyhledává pomoc od profesionálů, u pracovníků pomáhajících profesí, např. u lékařů, sociálních pracovníků, duchovních aj. Je také možné, že truchlící osoba se raději svěří některému z odborníků než členovi vlastní rodiny. Důvodem může být i to, že smrt děsí a připomíná smrt vlastní. Dalším důvodem jsou nedostatečné zkušenosti s truchlením. Není podstatné, kdo poskytuje pomoc pozůstalému. Záleží na citlivosti pomáhajícího vůči potřebám pozůstalých. (Špatenková, 2008, s. 9)

Péče o pozůstalé může mít různé formy. Profesionální pomoc pozůstalí vyhledávají až ve chvíli, kdy ostatní zdroje pomoci selžou nebo nejsou dostatečné. Profesionální pomoc pozůstalým může mít tyto formy:

- **Doprovázení.** Pozůstalému pomáhá poradce k přijetí a zvládnutí dané situace, která není ovlivnitelná.
- **Vzdělávání.** Pozůstalý vyhledává pomoc za cílem získání informací, které si chce ověřit či potvrdit. Aby mu bylo možné pomoci správným způsobem, je nutné, aby měl poradce patřičné informace a vzdělání.
- **Konzultační činnost.** Poskytování odborných rad jinému odborníkovi v rámci péče o pozůstalé.
- **Poradenství.** Vedení pozůstalého k hlubšímu zamyšlení na svůj problém. Poradce mu poskytne různá vhodná řešení a pozůstalý si z nich může vybrat optimální.
- **Terapie.** Terapie se poskytuje tehdy, chce-li se sám pozůstalý daného problému zbavit. Společně hledají tu nejlepší cestu a možná řešení.

Za nejvhodnější formu profesionální pomoci pro truchlící je považováno poradenství pro pozůstalé. Toto poradenství je vhodné při nekomplikovaném truchlení. Při komplikovaném truchlení je vhodná terapie pozůstalých. Tato terapie se indikuje v případě, že u pozůstalého přetrvává závislost na zesnulém. Poradenství pro pozůstalé je možné pochopit dle Gabury (Pružinská, 1995, s. 13) jako *„poradenství založené na vztahu pomoci, přičemž má poradce snahu podpořit růst, rozvoj, zralost a uplatnění klienta, aby se efektivněji orientoval ve světě a vyrovnával se s životem“*. U pozůstalého jde o vyrovnání se s nastalou situaci, která mu změnila život. Cílem tohoto poradenství je navrácení pozůstalých do co nejlepší úrovně fungování. (Špatenková, 2008, s. 13–14)

V současné literatuře se problematika doprovázení spojuje primárně s doprovázením umírajících osob. Doprovázející osoby se v tomto smyslu dostávají do role převozníka, který umírajícího doprovází na hranici života a smrti. Každý z nás – i ten, co si vytváří svůj vlastní svět – má ve svém životě ty, kteří ho doprovázejí. Přítomnost druhých osob lze nazvat jako doprovázení. Doprovázení můžeme rozdělit na laické a profesionální. Laické doprovázení chápeme jako doprovázení, které uskutečňují lidé v našem blízkém okolí. Tyto osoby nemají žádné odborné vzdělání, proto ho označujeme jako laické. V případě, že doprovázející má odbornou pomáhající profesi, jedná se o doprovázení profesionální. Může se jednat o sociálního pedagoga, pracovníka v sociálních službách apod. Profesionální doprovázení je vždy spojené s doprovázením laickým, protože většinou probíhá souběžně. Je tedy nutné, aby se laické doprovázení nepodceňovalo. (Vávrová, 2012, s. 65–68)

2.3 Potřeby doprovázejících

Doprovázení vážně nemocného představuje vždy náročné období a po každé je jiné. S každým umírajícím a doprovázejícím přichází jiný příběh, který je jedinečný. Doprovázení se liší typem onemocnění či věkem pacienta. (Svatošová, 2012, s. 66) Doprovázení umírající osoby je možné pouze tehdy, je-li mezi umírající osobou a doprovázejícím důvěrný vztah. Každá doprovázející osoba, která chce pečovat o terminálně nemocného, by měla splňovat základní předpoklady, kterými jsou:

- Odolnost vůči psychické zátěži, kdy je důležité nenechat se pohltit bolestí umírajícího.
- Neprožívání procesu smutku ze smrti jiné osoby.
- Smíření se s vlastní smrtí. (Hatoková, 2013)

Podíváme-li se na potřeby doprovázejících, vidíme, že přání doprovázejících jsou často podobná přáním umírajících. Necítí-li se dobře umírající, blízcí zoufají. Mají-li problémy příbuzní, trpí tím i umírající. Blízké osoby, které prožívají umírání a smrt milovaného člověka prožívají čtyři druhy strachu, které se podobají obavám umírajících.

1) **Strach z nejistoty.** V dnešní době se smrt z běžného života vytěsňuje. V životech nám chybí zkušenosti s umíráním a se smrtí, nevíme jak se chovat a díky tomu máme strach z pečování o blízkého doma. Péči pak přenecháváme na profesionálech v institucích. Tento strach lze omezit jasnými informacemi i v případě, že se blíží smrt. Je důležité komunikovat o dané situaci s nemocným i blízkými pro hlubší pochopení ve zbývajícím čase.
2) **Strach z utrpení**. Pod pojmem utrpení si většina lidí představí bolest. Utrpení neprožívá pouze umírající, ale také jeho blízcí. Úlevu přinášejí informace o možnostech léčby bolesti. K povzbuzení blízkých, aby zůstali u umírajícího, přispívá přislíbení od doktorů, že udělají vše pro to, aby nemocný netrpěl bolestmi. Se zmírněním bolesti přichází i zmírnění utrpení pro všechny zasažené.
3) **Strach ze ztráty**. Spolu se smrtí přichází velká ztráta. K odloučení dochází již během umírání. V takové situaci rodina potřebuje podporu. V případě, že umírající spolu s rodinou žijí normální běžný život, je větší pravděpodobnost, že se se smrtí blízkého vyrovnají lépe. Jsou schopni se připravit na umírání i na smrt samotnou.
4) **Strach ze selhání**. Strach ze selhání přichází velmi zřídka. I tak ale patří ke standardnímu procesu smutku. Pocit selhání, který je vyvolán pocitem smutku, lze

zmírnit v případě, že se zeslabí jeho příčiny. Zde přichází příležitost, kdy se s umírajícím může rozloučit rodina a přátelé. Přichází na řadu nedořešené konflikty, rozhovory o nemocech a nespravedlnostech nebo o potlačených citech. Je důležité vytvářet spojenecký vztah a odvahu vydržet nastalou bolestivou situaci. (Student, 2006)

2.4 Truchlení

Truchlení je proces, který je reakcí na ztrátu nějaké blízké osoby. Doprovázejícími jevy jsou zármutek, stavy úzkosti či deprese s doprovodnými úzkostnými stavy. (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007) Součást truchlení je akutní žal. Mezi jeho projevy patří smutek, nervozita, úzkost, podrážděnost, nespavost, nechutenství aj. Tento stav může mít trvání v řádu týdnů až měsíců. Postupem času ustupuje bolest a truchlící osoba přestává primárně myslet na zemřelého. (Ratislavová, 2016) Pozůstalí většinou truchlení zvládnou bez nutnosti zvláštní pomoci profesionálů. Ovšem nastávají i situace, kdy dochází ke komplikovanému truchlení. Komplikované truchlení se projevuje intenzivní a neobvyklou dobou smutku, komplikacemi typu deprese a projevy psychosomatických poruch. Mezi obvyklé fáze běžného procesu truchlení patří šok, který může trvat v rozsahu minut až dní. Dále akutní reakce na ztrátu, tzn. truchlící má intenzivní vzpomínky na zemřelého, pocit viny aj. Poslední fází je restituce a reorganizace, kdy truchlící nalézá novou rovnováhu. (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007)

Pozůstalí prožívají šok, otřes, a to i tehdy, kdy je smrt blízké osoby očekávaná. Je tedy důležité pozůstalým osobám poskytnout dostatek času v klidném prostředí. Pozůstalí prožívají proces truchlení, které je obdobím, kdy se pozůstalí smiřují se smrtí blízké osoby. Truchlení probíhá ve třech fázích:

1. **Otřes**. Tato fáze je velmi intenzivní a probíhá v čase mezi úmrtím a pohřbem. Pozůstalý prožívá konfuzi, kdy může mít problém zvládnout běžné věci.
2. **Smutek, žal.** Tato fáze může být různě dlouhá. Každý pozůstalý tuto fázi prožívá individuálně. Čím je pozůstalému zesnulá osoba bližší, tím je jeho doba truchlení delší. Pozůstalý se denně dostává do konfrontace se situacemi spojenými se zesnulou osobou, které musí nyní zvládnout sám. Je možné, že se během procesu truchlení vrátí na začátek. Může se mezi ostatními cítit nepatřičně, zvláště mezi

těmi, co už smutek neprožívají tak intenzivně. Je důležité udělat této osobě prostor, aby o svém smutku hovořila.

3. **Akceptace.** V této fázi dochází ke smíření se se smrtí blízké osoby. Pozůstalí přijímají skutečnost, že jejich blízká osoba zesnula. Při dosažení této fáze již pozůstalý dokáže žít a běžně fungovat bez zesnulé osoby. Začíná žít nový život, nachází nové vztahy nebo nový způsob života. V této fázi už není nutná pomoc od odborníků. (Marková, 2010, s. 117–118)

V minulém století bylo běžné, že si každý prošel smutkem, který byl časově omezený. V dnešní době se ale již nepředpokládá, že truchlící projde procesem truchlení od první fáze až k té poslední, a že by musel být smutek nějakým způsobem ukončen. Připouští se novější přístupy, kdy má proces truchlení otevřený konec. To znamená, že ztráta blízké osoby může pozůstalého natolik ovlivnit, že promění jeho další život. Je tedy možné, že pozůstalý bude truchlit až do vlastní smrti. Např. při úmrtí dítěte, kdy jeho smrt matku ovlivní na celý její život. (Nešporová, 2013, s. 259–260)

Pozůstalý by měl být schopný se vrátit do svého každodenního života zhruba po dvou měsících od úmrtí blízké osoby. Po stejně dlouhé době se vrací do normálního stavu i ti, co pečovali o terminálně nemocného člověka. V této fázi je překonána ta největší bolest a truchlení nadále pokračuje. Jak uvádím výše, k adaptaci dochází až po roce od úmrtí blízké osoby. (Kupka, 2014, s. 125)

2.5 Shrnutí teoretické části

První kapitola se zaměřuje na to, jak vnímáme umírání a smrt v dnešní době a jak ji vnímali lidé v minulosti. Na to jsem navázala fázemi umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové, kde vysvětluji pětifázový model umírání, který prožívají umírající, a potřeby umírajících, které je nutné respektovat a dodržovat. Dále se snažím objasnit možnosti péče pro umírající pacienty. Vysvětluji základní pojmy – paliativní a hospicová péče – kde následně popisuji jejich formy. Poslední část této kapitoly jsem věnovala domácí hospicové péči, kterou popisuji konkrétněji. Objasňuji její fungování, možnosti a problematiku.

V druhé kapitole se věnuji osobám, které se podílejí na péči o terminálně nemocného pacienta. Hlavní roli v péči o umírajícího hraje rodina, proto na začátku kapitoly vysvětluji to, jak je rodina v takové situaci důležitá a nezbytná a jaké jsou její potřeby. Poukazuji na

problematiku péče ze strany pečujících a doprovázejících osob. V závěru se potom věnuji truchlení a jeho formám.

Na teoretickou část bude navazovat praktická část, která se zaměřuje na terminálně nemocné pacienty, kteří jsou v péči domácího hospice, a na jejich rodiny, které se podílejí na jeho péči.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODOLOGIE VÝZKUMU

3.1 Výzkumný problém

Hlavní výzkumný problém toho výzkumu je: **Jaká je problematika péče o umírající v domácím prostředí z pohledu pečujících rodinných příslušníků.**

3.2 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jaká omezení a potíže vyplývají z péče o terminálně nemocnou osobu rodinnými příslušníky v domácím prostředí.

Dílčí cíle:

Zjistit, jaké jsou potřeby umírajícího a jeho blízkých osob.

Zjistit, zda péče o umírajícího ovlivňuje rodinné vztahy.

Zjistit, zda rodinu péče o umírajícího nějakým způsobem zatěžuje.

Zjistit, zda jsou pacienti a jejich blízcí spokojeni s péčí mobilního hospice.

3.3 Výzkumné otázky

Jaké potřeby měli terminálně nemocný pacient a jeho rodina?

Jakým způsobem nemoc v rodině ovlivňuje rodinné vztahy?

Je zatěžována rodina nemocného finančně?

Jsou služby poskytované mobilním hospicem dostačující?

3.4 Metoda výzkumu

V praktické části této bakalářské práce byl použitý kvalitativní výzkum formou případových studií – kazuistik. Skutil (Skutil, 2011, s. 256) uvádí, že *„není jednodušší než kvantitativní výzkum. Naopak použití kvalitativní metodologie vyžaduje velmi dobrou orientaci ve zkoumané oblasti, předvídavost a přizpůsobivost, ale i vědomí určitého rizika, a také větší množství času pro sběr dat a jejich vyhodnocení“*.

Kvalitativní výzkum je jakýkoliv výzkum, jehož výsledky nebyly vytvořeny pomocí statistických procedur či jiných způsobů kvantifikace. Tento výzkum může obsahovat

příběhy ze života lidí, chování či chodu nějaké organizace. (Strauss, Corbinová, 1990, s. 10)

3.5 Metoda sběru dat

Dle Švaříčka a Šeďové (Švaříček, Šeďová a kol., 2007, s. 147) můžeme definovat metody sběru dat jako *„specifické postupy, poznávání určitých jevů, které badatel užívá s cílem rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé interpretují a vytvářejí sociální realitu“*. Technikou sběru dat v tomto výzkumu byl polostrukturovaný rozhovor. Zdrojem informací byly lékařské zprávy pacientů a blízké osoby terminálně nemocného člověka. Rozhovor byl veden online přes sociální síť. Z každého rozhovoru byl utvořen zápis, ze kterého byly následně vytvořeny případové studie. Rozhovory byly pořízeny během března 2019. Délka rozhovorů se lišila podle participantovi výřečnosti. Všechny rozhovory trvaly v průměru 35 minut.

3.6 Výzkumný soubor

Výzkum byl realizován spolu s rodinnými příslušníky, kteří měli zkušenost s péčí o umírajícího v domácím prostředí. Byli vybráni celkem 4 participanti, kteří byli s výzkumem a jeho podmínkami seznámeni. Všechny rozhovory byly vedeny přes internet. Byl proveden záměrný výběr. Participanti byli vybráni podle toho, kdy se s touto zkušeností setkali. Hlavním předpokladem respondenta byla zkušenost s péčí mobilního hospice. Aby výzkum byl co nejvíce aktuální, byli vybráni ti, co měli nejčerstvější zkušenost s péčí blízké osoby v domácím prostředí.

3.7 Případové studie

KAZUISTIKA Č. 1

Pohlaví: muž

Věk: 72

Bydliště: Praha

Diagnóza: rakovina jater

Zdroj informací: dcera

Osobní, sociální a pracovní anamnéza:

Pan Jiří se narodil roku 1946 v Českých Budějovicích. Vystudoval ČVUT v Praze, kam se po studiích přestěhoval. Pracoval jako stavební inženýr v jedné z pražských firem, kde se i seznámil se svou manželkou. Pracoval na stavbách několika přehrad, později se účastnil výzkumu stavebních hmot. Práce pro něj byla velmi důležitá a věnoval jí spoustu času. Vztahy v rodině byly vždy dobré i přesto, že byl pan Jiří cholerik a občas to doma zajiskřilo. Pan Jiří měl pouze jedno dítě – dceru. Mezi jeho koníčky patřily cizí jazyky, umění a hudba.

Zdravotní anamnéza:

V roce 1997 pan Jiří ochrnul následkem krvácení do mozku, kterému nepředcházel žádný úraz. Byl zhruba dva měsíce v umělém spánku, kdy měl zavedenou umělou podporu dýchání. Po probuzení strávil několik měsíců v nemocnici a následně začal rehabilitovat. Krvácení se dostalo do mozkového kmene, tudíž už nikdy neudržel rovnováhu, špatně viděl a špatně artikuloval. Kromě toho měl výrazně slabší jednu stranu těla. V červenci 1998 si rodina pana Jiřího odvezla do domácí péče. V domě ve spodním patře udělali bezbariérové bydlení. K rodičům se nastěhovala dcera s manželem, aby se na péči mohli podílet všichni. Díky rehabilitacím se stav pana Jiřího zlepšil tak, že mohl trávit čas na invalidním vozíku a s podporou dvou lidí dokázal dojít na zahradu. Po krvácení do mozku se pan Jiří změnil, ale jeho vědomosti mu zůstaly. Začal být ale plochý, úzkostlivý a později i agresivní, což rodina přisuzuje nemoci, která zrovna propukala. V červnu 2018 pan Jiří silně zežloutl. Odvezli ho nemocnice, kde mu diagnostikovali rakovinu jater. Vzhledem k jeho postižení nebyla možná spolupráce. Po deseti dnech jej rodina odvezla domů. V nemocnici dostali kontakt do domácí hospic, který kontaktovali ihned po propuštění z nemocnice. Dříve o této službě neslyšeli. Spolupráce trvala tři měsíce.

Průběh péče:

Péči jim zajišťoval domácí hospic Most k domovu. Sestřičky vyhrazené na paliativní péči dojížděly obden. Udělaly odbornou péči, donesly léky. Také dávaly praktické informace k péči o otce. Ve dnech, kdy sestry nejezdily, se telefonicky informovaly, zda je vše v pořádku a pan Jiří něco nepotřebuje. Všechny sestry byly velmi vstřícné a empatické a byly pro rodinu velkou podporou. Byly jim nabízeny i sociální služby, ale ty nebyly potřeba. Pan Jiří zemřel v září, po třech měsících od stanovení diagnózy. V den, kdy zemřel, rodina volala nejprve do hospice. Přijela zdravotní sestra, která potvrdila úmrtí.

Poté byla přivolána zdravotní záchranná služba. Po smrti pana Jiřího rodina služeb domácího hospice již nevyužívala. Co se týká finanční stránky v závěrečné fázi, platili poplatek 100 Kč na den za služby mobilního hospice. Také se platil drobný poplatek za půjčení polohovací postele. Největší zátěž na finance byly pleny, různé krémy na opruzeniny a proleženiny, speciální strava a léky. Pan Jiří měl schválený příspěvek na péči ve výši 4 400 Kč. Měl by jistě nárok na větší částku, ale celý proces získání příspěvku byl náročný, tak jej již nechtěli znovu absolvovat. Největší péči věnovala panu Jiřímu právě dcera, která zůstala doma, aby mohla o otce pečovat. Péči v terminálním stavu by sama nezvládla, a proto celá rodina ocenila pomoc domácího hospice. Bez něj by pana Jiřího nedokázali doprovodit až do konce.

Péče z pohledu pečující osoby:

p. Pavla, dcera pana Jiřího

Paní Pavla byla jedinou dcerou pana Jiřího. Vzhledem k tomu, že její maminka byla starší než otec, musela svou péčí o tatínka přispět. Když otec ochrnul, paní Pavla se připravovala na mateřskou dovolenou. Díky společnému bydlení se na péči mohl podílet i její manžel. Největším omezením pro paní Pavlu byla omezenost vlastního výdělku. Nemohla se věnovat sobě a vlastním koníčkům. V případě, že by manžel nebyl ochotný se nastěhovat k jejím rodičům, nebylo by možné situaci finančně udržet. A otec by musel být v ústavní péči. Vzhledem k tomu, že Pavla svého otce vozila na prohlídky, vyšetření aj., musela vyslýchat od lékařů diagnózy, které pak musela sdělit otci a zbytku rodiny, což pro ni bylo psychicky náročné. Paní Pavla měla dva syny, kteří jí s péčí o otce pomáhali. V té době už byli dospělí a silní, takže když bylo potřeba pomoci např. při koupání, byli k dispozici. I když pan Jiří zemřel v kruhu milované rodiny, byla to pro paní Pavlu velmi bolestná zkušenost. Často přemýšlela nad tím, co by se stalo, kdyby to vzdala. Je ale ráda, že otci mohla pomoci. Po této zkušenosti si paní Pavla nedokáže představit, že by o ni její rodina ve stejném případě měla pečovat. Péče o otce pro ni byla velká zátěž a nechtěla by, aby to musela její rodina prožít také. Říká si, že je to možná tím, že má dva syny, ale kdyby měla dceru, možná by uvažovala jinak. Zároveň nevylučuje, že kdyby ji nějaká nemoc postihla, že by názor nakonec změnila. V současné době by ale určitě zvolila lůžkový hospic a snažila se rodinu užívat pouze na návštěvách než ji zatěžovat celodenní péčí.

KAZUISTIKA Č. 2

Pohlaví: muž

Věk: 57

Bydliště: Praha

Diagnóza: rakovina slinivky

Zdroj informací: dcera

Osobní, sociální a zdravotní anamnéza:

Pan P. se narodil roku 1960 v Praze. Vystudoval střední odbornou školu a poté studoval dva roky na Karlově univerzitě, kde studium nikdy nedokončil. Pracoval jako liniový manažer v technickém odvětví. Práce to byla velmi náročná, zejména na stres. Do práce chodil i nechodil rád. Kvůli stresu v práci do ní sice nechodil někdy rád, ale na druhou stranu se kariérně realizoval, což ho uspokojovalo. K jeho koníčkům patřilo sbírání známek, stolní tenis a posezení s přáteli. Žil v rodinném domě spolu s manželkou, svým otcem a mladším synem kousek za Prahou. Pan P. měl dvě děti – syna a dceru, v té době měl syn 24 a dcera 26 let. Dcera již bydlela s přítelem ve vlastním bydlení. Vztahy v rodině byly běžné. Rodina se pravidelně setkávala několikrát týdně a byla k sobě vždy otevřená.

Zdravotní anamnéza:

Pan P. onemocněl v říjnu v roce 2017, v 57 letech. Ze začátku ho trápily velké bolesti hlavy a motání. Lékaři jeho stav nijak zvlášť neřešili. S pomocí léků se jeho stav zklidnil. O měsíc později začal trpět častými průjmy a silnými nevolnostmi. Trvalo velmi dlouhou dobu, než se lékaři rozhodli udělat nějaká vyšetření. Po čase pana P. poslali na všechna vyšetření, a to na CT, SONO, kolonoskopii, endoskopii a další a byl krátce hospitalizován v nemocnici. Poté mu byl diagnostikován karcinom slinivky s metastázemi na plicích.

Průběh péče:

Průběh nemoci byl velmi rychlý. V prosinci byl poslán do Ikemu a poté mu v lednu nasadili léčbu chemoterapií. Již od prosince byl pan P. v domácím léčení, kde se o něj starali manželka s dcerou. Pan P. potřeboval celodenní péči druhé osoby, nebyl schopný zvládnout sám ani běžné potřeby. V této době manželka pana P. byla bez práce, tak se péči o manžela mohla plně věnovat spolu s dcerou, která si vzala v práci neplacenou

dlouhodobou dovolenou. Kvůli nemoci se pan. P uzavřel do sebe a nechtěl u sebe kromě blízké rodiny nikoho dalšího. Otevřený byl komunikaci o nemoci, věřil, že by se mohl uzdravit. Rozhovory o smrti byly ale naprosté tabu. V posledních týdnech rodina využila služeb domácího hospice. Z důvodu zvládání péče rodinou dojížděli pracovníci hospice pouze jednou týdně. Každý den z hospice ale volali a ptali se, zda je vše v pořádku a jestli není třeba s něčím pomoci. Personál hospice byl oproti tomu nemocničnímu velmi milý a vstřícný. Rodina se o možnosti domácího hospice dozvěděla v onkologickém centru. Vztahy v rodině se nijak zvlášť nezměnily. Rodina se spíš více sblížila. Samozřejmě to bylo pro rodinu velmi stresové období. Všichni k sobě byli otevření, kromě otce pana P., který odmítal jakoukoli diskuzi o synově nemoci a případné smrti. Rodina se snažila udržet normální chod domácnosti, i přesto, že to bylo někdy velmi náročné. Pan P. zemřel po 5 měsících od stanovení diagnózy, v dubnu 2018. V den úmrtí přijely zdravotní sestry a psycholog na přání rodiny. Sestry pomohly s přípravou pana P. pro pohřební službu a psycholog pomohl rodině zvládnout úmrtí blízkého člověka. Finanční zátěž tato rodina nijak zvlášť nepocítila. Za domácí hospic rodina neplatila žádné poplatky, péči proplatila pacientova pojišťovna. Platil se jen poplatek za půjčení speciální polohovací postele a za léky, které pan P. potřeboval.

Péče z pohledu pečující osoby:

dcera pana P.

Dcera pana P. se plně podílela na péči svého otce. Ze začátku tušila, že tato situace bude velmi náročná, a to psychicky i fyzicky. Když se rodina dozvěděla o otcově diagnóze, dcera neváhala a vzala si v práci neplacené volno, aby mohla strávit s oběma rodiči pohromadě poslední chvíle. Už od začátku bylo jasné, že otec zemře, a byla malá pravděpodobnost, že by se vyléčil. Bylo nutné, aby někdo vozil pana P. po všech vyšetřeních a chemoterapiích. Tuto funkci zastala právě dcera pana P. Manželka pana P. se snažila udržet běžný chod domácnosti. Péče o svého otce měla značná omezení. Nebylo možné trávit čas svými koníčky, chodit normálně do práce, trávit čas s přáteli apod. I když by to bylo možné, dceři pana P. to přišlo nevhodné, aby si užívala života, když její otec leží na smrtelné posteli. Její a rodiny prioritou bylo dopřát sobě i panu P. co nejvíce společně strávených chvil. Pro dceru i zbytek rodiny bylo nejtěžší vidět, jak jejich blízká osoba trpí bolestmi a před očima chřadne. Nejhorší je bezmoc, kdy trpí milovaná osoba a vy jí nemůžete pomoci.

KAZUISTIKA Č. 3

Pohlaví: muž

Věk: 27

Bydliště: Plzeň

Diagnóza: rakovina slinivky

Zdroj informací: sestra

Osobní, sociální a rodinná anamnéza:

Pan J. se narodil roku 1991 v Plzni. Žil sám ve vlastním bytě. Vystudoval střední školu se zaměřením na stavebnictví. Pracoval jako truhlář, měl svou vlastní malou firmu. S matkou se nestýkal, neměl s ní dobré vztahy. Otce nikdy nepoznal. Jedinou rodinou mu byla jeho sestra a babička. Mezi jeho koníčky patřila práce se dřevem, chození do posilovny a vaření. Jeho dětství nebylo zrovna standardní. V domácnosti panovalo násilí, proto se ihned po nabytí plnoletosti odstěhoval a začal žít sám.

Zdravotní anamnéza:

Rakovina slinivky mu byla diagnostikována v prosinci roku 2017. Dlouhou dobu před diagnostikováním se pan J. necítil fyzicky ani psychicky příliš dobře. Přikládal tento stav své náročné práci. Poté byl po náhlém kolapsu převezen do nemocnice, kde podstoupil řadu vyšetření, která potvrdila rakovinu slinivky. Nemoc byla ve velmi pokročilém stádiu a léčba by byla podle odborníků zřejmě zbytečná.

Průběh péče:

Po diagnostikování nemoci se pan J. rozhodl, že by chtěl poslední chvíle svého života strávit doma. Ze začátku, kdy byl ještě schopný se o sebe postarat, nechtěl žádnou péči druhých osob. Ale už zjišťoval informace o službách mobilních hospiců. Vzhledem k tomu, že neměl rodinu, která by se o něj postarala, byl pro něj mobilní hospic nejlepším řešením. Podmínkou mobilního hospice však je, aby terminálně nemocná osoba měla někoho, kdo mu bude pomáhat. Požádal tedy o pomoc svou sestru, která se k němu přestěhovala. Pan J. se ke své nemoci postavil velmi zodpovědně. Věděl, že jeho život nebude už mít dlouhé trvání, proto se snažil zařídit všechny důležité věci. Připravil si seznam, co je třeba udělat před smrtí – např. kam je nutné oznámit smrt (operátor, dodavatel energií apod.). Svou smrt v tak mladém věku nesl až nezvykle dobře. To, že

umře, vzal jako fakt. Říkal, že má výhodu v tom, že nemá žádné děti ani ženu. Místo toho, aby o něj mělo obavy okolí, měl obavy o ostatní on. Neustálé se ujišťoval, zda péči jeho sestra zvládá. V posledním měsíci požádal o péči mobilní hospic. Poslední měsíc jeho života byl velmi náročný. Ložiska, která měl na zádech, mu nedovolovala žádný pohyb. Trpěl velkou bolestí, kterou zdravotní sestry mírnily morfiem. Potřeboval celodenní péči. V posledních dnech byl velmi otupělý, hodně spal, příliš nekomunikoval, ale vnímal, co se děje kolem něj. Mobilnímu hospici byl velice vděčný za jejich péči. Nejvíc oceňoval to, jak dokáží zmírnit bolest. Zemřel v dubnu 2018. Po úmrtí ho sestry ohledaly a připravily jej pro pohřební službu. Mobilní hospic si účtoval denní poplatek 100 Kč. Vzhledem k tomu, že pan J. žil sám, našetřil si peníze, díky kterým mohl zůstat v domácí péči.

Péče z pohledu pečující osoby:

Sestra pana J. byla jedinou možnou pomocí v jeho situaci. Kdyby nebylo jí, tak by pan J. byl nucen zemřít v nějakém ústavním zařízení. Jeho sestru velmi překvapil přístup ke smrti jejího bratra. Často se stávalo, že situaci psychicky neunesla a bratr byl tím, kdo ji uklidňoval. Bylo pro ni těžké pochopit, že může umřít někdo tak mladý. Nedokázala se smířit s tím, že má zemřít. Sestra pana J. v té době studovala vysokou školu v Brně, které kvůli péči o bratra musela zanechat. Škola nebyla tak soucitná a důvod péče o blízkou osobu nepřijala. Nic méně toho jeho sestra nelituje a děkuje za každý okamžik, který mohla s bratrem strávit. Vzhledem k tomu, že nebyla výdělečně činná, neměla žádnou finanční újmu. Nicméně tato zkušenost byla pro ni velmi bolestivá a musela později docházet k psychologovi.

KAZUISTIKA Č. 4

Pohlaví: žena

Věk: 57

Bydliště: Ostrava

Diagnóza: rakovina prsu

Zdroj informací: dcera

Osobní, sociální a rodinná anamnéza:

Paní Jana se narodila roku 1961 v Bohumíně. Žila v bytě s manželem v Ostravě. Vystudovala krejčovství a celý život pracovala jako švadlena v jedné soukromé firmě v Ostravě, kde poznala i svého manžela. Paní Jana měla dceru a syna. Dceři bylo v té době 32 a synovi 24 let. Jejími koníčky byla péče o domácnost a vaření. Vztahy v rodině byly normální. Dcera ani syn už s rodiči nežili, ale pravidelně se navzájem navštěvovali.

Zdravotní anamnéza:

Vše začalo v květnu 2018, kdy si paní Jana nahmatala v podpaží zvláštní bulku. Ze začátku tomu nevěnovala pozornost. Po měsíci zjistila, že bulka je stále na svém místě. Navštívila tedy svého praktického lékaře. Lékař dal paní Janě najevo, že by se mohlo jednat o nádor. Byla tedy vyslána na vyšetření, kde se potvrdilo, že v podpaží je opravdu nějaký útvar, který tam nepatří. Během několika dní byla paní Jana hospitalizována, aby jí byl útvar vyjmut a jeho vzorek byl poslán na rozbor. Bohužel během operace lékaři zjistili, že nádor je zhoubný a začal metastázovat. Diagnóza byla rakovina prsu s metastázemi.

Průběh péče:

Nastal tedy boj o čas. Paní Jana začala s chemoterapií, kterou ale po pár návštěvách vzdala. Odmítla další léčbu. Byla z toho velmi nešťastná, ale nedávala to najevo. Vzhledem k tomu, že žila pouze s manželem, bylo jejím přáním nechat se umístit do lůžkového hospice, aby rodinu nezatěžovala. Její manžel a dcera zařídili všechno potřebné, aby mohla do lůžkového hospice jít. Po pár týdnech se uvolnilo místo a paní Jana byla přijata. Vše se ze začátku zdálo skvělé. Po pár dnech si rodina ale matku odvezla do domácí péče, protože nebyla spokojená s přístupem personálu lůžkového hospice. Dcera se rozhodla, že otci s péčí o matku pomůže. Dcera se na čas tedy přestěhovala zpět k rodičům. Bohužel paní Jana ještě před první návštěvou mobilního hospice zemřela. Paní Jana zemřela v létě roku 2018. V rodině probíhal velký chaos. Nevědělo se, co dříve zařídit. Celý rodinný systém byl naprosto narušen. Rodina do poslední chvíle nevěřila, že se to děje. Pořád doufali, že je to nějaký omyl, že přeci nemůže tak náhle zemřít.

Péče z pohledu pečujícího:

Nejvíc času s paní Janou strávila její dcera. Manžel nevěděl, jak své ženě pomoct, a proto se vždy obracel na dceru. Dcera paní Jany ji doprovázela od začátku nemoci až na konec. Velmi lituje toho, že si maminku nevzala do domácí péče ihned. To, že jí umírá matka,

nestihla ani nijakým způsobem prožít. Vše proběhlo velmi rychle. Nestačili se ani jako rodina rozloučit, říct si poslední slova.

3.8 Metoda analýzy dat

V tomto výzkumu byla použita metoda analýzy dat pomocí otevřeného kódování. *Otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů.“* (Strauss, Corbinová, 1990, s. 43) Jedná se o techniku, která byla vyvinuta v rámci zakotvené teorie. Kódování je proces, jehož prostřednictvím se získaná data rozebírají, konceptualizují a následně se skládají novým způsobem. Při otevřeném kódování se zjištěná data zpracují tak, že text se rozdělí na jednotky, které jsou následně pojmenovány, a poté s nimi výzkumník pracuje. Tyto jednotky mohou být ve formě slov, vět či odstavců. Vytvořením těchto jednotek zjišťujeme, kde se jednotky významově shodují. Těmto jednotkám se přiřazuje kód, který se vyznačuje tím, že vystihuje určitý typ nebo je odlišitelný od ostatních. Po vytvoření seznamu kódů se začíná se systematickou kategorizací. To znamená, že kódy, které vyplynuly z textu, seskupujeme podle toho, zda je něco spojuje. V této fázi se jedná o výsledek popisný, příp. může sloužit jako slovník. Tato technika poté směřuje k vytvoření analytického příběhu. (Švaříček, Šeďová, 2007)

3.9 Zpracování získaných dat

Zde se budu věnovat analýze dat, které jsem získala pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory jsou analyzovány pomocí otevřeného kódování. Pomocí kódů byly označeny důležité pojmy, které vyvstaly z pročítání rozhovorů. Kódy byly seskupeny z rozhovorů do kategorií, které byly pro všechny společné.

Tabulka č. 1 - Charakteristika participantů

Participant	Vztah k pacientovi
P1	dcera
P2	dcera
P3	sestra
P4	dcera

Tabulka č. 2

Kategorie		Kódy
I.	Prožít to spolu	Společné chvíle, neustálá péče, strach, starosti, umírání doma
II.	Rodina je základ	Stres, vysoká náročnost, sdílení
III.	Újma rodiny	Náročnost, zátěž, bezmoc, bolest
IV.	Pomoc druhých	Podpora, vděk, péče, informace

I. KATEGORIE: Prožít to spolu

P1: (…) jeho umírání třeba ve srovnání s tetou, která zemřela v nemocnici, bylo důstojné a byl obklopen láskyplnou rodinou. (…) jsem ale ráda, že jsem otci mohla pomoci.

P2: (…) potřeboval celodenní péči druhé osoby, nebyl schopný zvládnout sám ani běžné potřeby. (…) abych mohla strávit s oběma rodiči pohromadě poslední chvíle.

P3: (…) chtěl poslední chvíle svého života strávit doma.

P4: (…) lituji hlavně toho, že jsem si maminku nevzala do domácí péče ihned.

První kategorie se snaží ukázat, jak je důležité, aby lidé neumírali sami a ideálně doma. Z odpovědí vyplývá, že pro rodiny hraje velkou roli, aby jejich blízký umíral doma s rodinou. I přesto, že je nutné o něj pečovat celý den. Tato kategorie byla pojmenována jako „Prožít to spolu“, protože je z odpovědí vidět, že je důležité strávit poslední chvíle spolu i přes možné překážky.

II. KATEGORIE: Rodina je základ

P1: (…) Abychom mohli zajistit péči, udělali jsme v domě bezbariérové bydlení a sestěhovali jsme se. (…) vím, že jsme udělaly pro tátu maximum. (…) pro nás hlavně mě to byla taková zátěž, že já sama bych to po své rodině asi nechtěla. (…) spíš mám teď obavy, co by se dělo, kdyby stejnou péči potřebovala máma.

P2: (…) pro nás všechny bylo hrozně důležité, abychom ten poslední čas strávili všichni pohromadě. (…) rodina se díky tátově nemoci hodně sblížila.

P3: (…) jsem hodně vděčná, že jsem alespoň já mohla být u něj v těch těžkých chvílích.

P4: (…) celou dobu jsem u ní byla, ale vzhledem k tomu, že jsem nevěřila, že se může stát nejhorší, neřekly jsme si nic na rozloučenou, čehož hrozně lituju.

Druhá kategorie ukazuje, jakou roli hraje při péči o umírajícího rodina. Z odpovědí vyplývá, že pro rodiny je důležité, aby poslední chvíle umírajícího prožili všichni spolu. Tato kategorie je pojmenována jako „Rodina je základ“, protože podle výpovědí je zřejmé, že rodina v těchto situacích hraje velkou roli.

III. KATEGORIE: Újma rodiny

P1: (…) nutno zmínit omezenost možnosti výdělku. (…) s normální pracovní dobou, tak by to řešit doma rozhodně nešlo. (…) což pro mě bylo psychicky náročné.

P2: (…) pro celou rodinu to bylo hodně stresové období. (…) musela jsem si kvůli tomu vzít v práci dlouhou dovolenou. (…) hrozná je ta bezmoc, kdy nemůžete nijak pomoc trpícímu člověku, kterého máte rádi.

P3: (…) já to psychicky špatně nesla, často mě musel on sám uklidňovat. (…) nedokázala jsem s jeho nemocí smířit.

P4: (…) nemohli jsme se smířit s tím, že by měla odejít.

Třetí kategorie se snaží poodhalit potíže, se kterými se rodina po čas péče o umírající osobu potýká. Z odpovědí můžeme vidět, že taková situace je pro rodiny často velmi psychicky náročným obdobím. Mimo jiné také může znamenat finanční újmu. Tato kategorie je pojmenována jako „Újma rodiny“, protože je dle výpovědí zřejmé, že pro rodinu péče o umírajícího znamená různé potíže.

IV. KATEGORIE: Pomoc druhých

P1: (…) v té době nám moc pomohl domácí hospic, s jeho pomocí jsme pečovali o tátu až do konce, zemřel doma. (…) tehdy jsme domácí hospic nesmírně ocenili, bez něj bychom péči doma nezvládli tátu doprovodit až do konce. (…) dělala takovou tu odbornou péči. Radila nám. (…) opravdu pro nás byly velkou podporou. (…) se vším nám pomohly.

P2: (…) volali a ptali se, zda je vše v pořádku a jestli není třeba s něčím pomoci.

P3: (…) mobilnímu hospici byl velice vděčný za jejich péči.

P4: (…) bylo jejím přáním nechat se umístit do lůžkového hospice, aby rodinu nezatěžovala.

Poslední kategorie se snaží ukázat, to jak je důležité, aby rodinu někdo v péči o umírající osobu podpořil. Jak je důležité, aby v té těžké situaci věděli, že se mají na koho se obrátit nebo že na to nejsou sami. Z odpovědí vyplývá, že díky pomoci mobilního hospice je situace mnohem lépe zvládnutelnější. Proto je tato kategorie pojmenována jako „Podpora druhých“.

Vysvětlivky: (…) nehodící se část textu výpovědi

3.10 Interpretace výsledků

Každá osoba na světě i jeho prožívání je jedinečné. To, co může platit na jednoho, nemusí být uplatnitelné na druhého. Praktická část této bakalářské práce se zaměřuje na problematiku péče o umírající v domácím prostředí z pohledu pečujících rodinných příslušníků. Prostřednictvím výzkumu jsme hledali odpovědi na výzkumné otázky.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaká omezení a potíže vyplývají z péče o vážně nemocnou blízkou osobu v domácím prostředí. Bylo zjištěno, že největším úskalím pro rodinu je psychická a fyzická zátěž. První participantka říká, že i když je ráda, že mohla své blízké osobě takovou péči poskytnout, byla to pro ni náročná zkušenost. Díky této zkušenosti má obavy z toho, co bude dělat ona sama až se v takové situaci ocitne. Největší omezení pro ni bylo omezení výdělku. Druhá participantka se vzdala naplnění vlastních potřeb (koníčky, volný čas) jen pro to, aby se mohla podílet na péči o svého otce. Pro třetí participantku bylo těžké takovou situaci zvládnout, musela přestat chodit do školy a věnovat svůj čas svému nemocnému bratrovi. Pro všechny participanty vyplývá hlavní omezení v tom, že musí blízké osobě věnovat celodenní péči a tím pádem se nemůže věnovat vlastním potřebám. Je tedy evidentní, že rodiny věnují svým vážně nemocným blízkým osobám spoustu času a často zapomínají na vlastní potřeby. Jak je psáno v teoretické části, je na místě zachovat si rozumnou rovnováhu mezi poskytování péče blízké osobě a vlastními potřebami.

První výzkumná otázka se zaměřuje na to, jaké potřeby má rodina a pacient v jeho terminální fázi onemocnění. Bylo zjištěno, že nejdůležitější potřebou těchto osob je potřeba strávit poslední chvíle pospolu. Téměř každý člověk, který se ocitne v těžké nemoci a potřebuje péči druhé osoby si přeje umřít ve svém přirozeném prostředí v obklopení rodiny. Málo komu je to ale dopřáno, ať už z důvodů, že rodina nemá možnosti či ani nechce nebo to neumožňuje jeho stav. Z pohledu rodiny jde hlavně o uspokojení potřeby pomoci blízkému člověku. Naplnění této potřeby pomáhá pečujícím zvládat lépe péči o blízkou osobu. Jak již zmiňuji v teoretické části potřeby umírajících a pečujících jsou si velmi podobné. Pro rodinu péče o blízkou osobu vyjadřuje potřebu, která slouží jako ukazatel kvality péče, kterou jako rodina poskytuje. Platí zde tvrzení, že když nejsou-li uspokojené potřeby pečující osoby, odráží se to poté negativně na péči o nemocného člověka.

Další výzkumná otázka měla zjistit, zda péče o nevyléčitelně nemocného nějakým způsobem nenarušuje rodinné vztahy. U všech participantů vzešla shoda, že péče o terminálně nemocnou blízkou osobu je nepopsatelně náročná, a to psychicky i fyzicky. U všech participantů se ale vztahy při nemoci blízké osoby semkly. Jen u třetí participantky nebyly před nemocí dobré vztahy a nemoc situaci také nezměnila. Jinak ale participantky potvrzují, že nemoc blízké osoby rodinu sblížila. Jak je zmíněno v teoretické části, rodinné vztahy nemusí být vždy funkční, nemoc může prohloubit již existující problémy, díky kterým se rodina může rozpadnout.

Třetí výzkumná otázka se vztahovala na to, zda je péče o nemocného finančně náročná. S nevyléčitelným onemocněním přichází ztráta výdělku. V takové chvíli všechny problémy, včetně těch finančních spadají většinou na partnera nemocného či někoho blízkého. Dva z participantů měli našetřenou jistou hotovost, díky které mohli dožít doma bez toho, aniž by je to nějakým významným způsobem ovlivnilo. Jedna z participantek uvádí, že příspěvky, které poskytuje stát jsou nedostačující, aby pokryly všechny náklady spojené s péčí doma. Vzhledem k tomu, že je nutné, aby někdo o nemocnou osobu pečoval celý den přichází o výdělek i druhý z partnerů či jiný blízký. Pro pečující osobu pak následně může být problém se do zaměstnání vrátit. Podle jedné z participantek je velmi těžké postarat se o druhou osobu, pokud se na péči nepodílí více osob. Jak je již zmíněno v teoretické části, s péčí o blízkého přichází řada problémů. Jedním z nich je finanční neschopnost, která zvyšuje zátěž rodiny.

Poslední výzkumná otázka řeší, zda jsou služby domácích hospiců dostačující. Tři z participantů využili služeb domácího hospice. První participantka říká, že bez této služby by jejich rodina péči o tatínka nezvládli. Hodnotí kladně empatické sestry, které k nim docházeli a také to, jak se o jejího tatínka starali a jak se zajímali o jeho stav. Druhá participantka uvádí, že i když péči od domácího hospice využívali málo, tak se vždy starali o to, jak se jejímu otci i rodině daří. Třetí participantka oceňuje nejvíc to, jak jejímu bratrovi dokázali léčit bolest. Čtvrtá participantka se bohužel nedožila ani první návštěvy domácího hospice. První byla umístěna do lůžkového hospice, kde rodina nebyla spokojená s jejich péčí. Proto se rodina následně rozhodla pro domácí hospic, kterého se paní už nedožila. Beze sporu domácí hospic pro všechny participantky znamenal podporu, s kterou péči o druhého zvládli. Z tohoto výzkumu vyplývá, že služby domácího hospice jsou dostačující. Vyvstává akorát otázka, zda je o této péči dobrá informovanost. Jak uvádí první participantka, doporučení na domácí hospic dostala až v nemocnici. Jak je již

zmíněno v teoretické části, nejdůležitějším člověkem z týmu mobilního hospice je zdravotní sestra, která celou péči o umírajícího koriguje. Zdravotní sestra znamená pro rodinu umírajícího velkou podporu, díky které rodina situaci lépe zvládá.

3.11 Doporučení pro praxi

Z výzkumu vyplývá, že s domácí hospicovou péčí jsou pravděpodobně lidé spokojeni. Přesto má nedostatky, které jsou k řešení. Jedním z nedostatků je informovanost o tomto druhu péče. Existuje spoustu literatury, článků, organizací, které pořádají různé semináře pro veřejnost na témata hospicové péče. Lidé se ale o tyto informace zajímají až ve chvíli, kdy se ocitají v situaci vyžadující tuto péči nebo v případě, že tuto péči potřebuje někdo z jejich blízkého okolí. Prvním zdrojem, od kterého se lidé dovídají o této péči je zdravotnický personál. Měli by být tedy zdravotní sestry a lékaři zaškolováni v této oblasti, aby mohli svým pacientům podat správné informace. V dnešní době se o tématech umírání a smrti mluví velmi zřídka. Bylo by tedy žádoucí zařadit tuto problematiku do vzdělávání. V tuto chvíli probíhá edukace pouze na zdravotnických školách nebo vysokých školách s humanitním zaměřením. Vhodným řešením by mohlo být zařazení kapitoly o možnostech péče o terminálně nemocné osoby do vzdělávání na středních školách zaměřených na humanitní obory. Dnešní doba funguje nejvíc na sociálních sítích, proto by bylo vhodné je využít k šíření informací o hospicové péči. Tímto způsobem by se o této péči mohli dozvědět více lidé, kteří by mohli být v budoucnu potencionálními klienty domácího hospice. Vhodné by bylo i zařazení těchto témat do televizních pořadů. Dalším problémem, o kterém se zmiňuji v teoretické části, je nedostatek zařízení, které poskytují domácí hospicovou péči. I přesto, že je tato péče mnohem dostupnější než ostatní, těchto zařízení u nás stále několik chybí. Problém tvoří i samotné financování této péče. Od roku 2019 zdravotní pojišťovny začaly proplácet péči mobilních hospiců, ne plnou částku ale i tak je zde určitý pokrok. Nic méně by bylo vhodné vyvinout tlak na vládu naší země ohledně vytvoření vhodných zákonů, týkající se této problematické oblasti. Vzhledem k tomu, že rodina zde hraje hlavní roli, je důležité, aby rodina a jejich blízké osoby byli podporovány v péči o umírající. O nemocného pečují většinou osoby, které nemají zkušenosti s touto péči, proto je na místě, aby lidé byli v této oblasti zaškoleni, čímž se stane jejich péče o druhou osobu mnohem efektivnější. Rodinu je nutné podporovat. Nutnosti tedy je, aby dostávali všechny informace o péči, průběhu nemoci nebo v případě úmrtí nemocného člověka. Také, aby měli dostatečné informace o nabízených službách

mobilního hospice a příspěvcích od státu. Další potřebou je i péče o rodinu, jako o pozůstalé. Tato služba by měla být více propagována. Po úmrtí blízké osoby, rodiny prožívají stav, který je může poznamenat na celý život. Proto je důležité, aby o této problematice pozůstalí byli dostatečně informováni.

ZÁVĚR

Umírání a smrt jsou stále tabuizovanými tématy. Situace se mírně zlepšuje, ale lidé se tomuto tématu raději vyhýbají. Ať už ze strachu z bolestivého umírání, neznalosti této problematiky, nebo ze strachu ze samotné smrti. Problematika umírání a smrti je dostatečně popsána v literatuře i na internetu. Problémem ale je, že lidé tyto informace nečtou a nezajímají se o ně. Cílem této práce je ukázat čtenáři, že umírání a smrt není tabu, ale přirozená součást života, která lze zvládnout bez větších obtíží.

Tato bakalářské práce byla zaměřena na terminálně nemocné osoby, které jsou v péči v domácím prostředí a na osoby jim blízké. Cílem této bakalářské práce bylo zmapování problematiky tohoto tématu v teoretické části a následné propojení poznatků v praktické části. Teoretická část je rozdělena do dvou kapitol. První kapitola objasňuje problematiku umírání a smrti v minulosti i současnosti. Popisuje fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové. Přibližuje potřeby umírajících a objasňuje paliativní a hospicovou péči a její formy. V druhé kapitole se zaměřuji na problematiku péče o umírající osoby z pohledu pečujících rodinných příslušníků. Na závěr se věnuji tématu truchlení a jeho formám. Cílem praktické části bylo zjistit, jaká omezení má rodina v případě, že pečuje o blízkou terminálně nemocnou osobu. Jako výzkumná metoda byla použita případová studie.

Péče o terminálně nemocnou osobu představuje velkou psychickou zátěž jak pro samotného nemocného, tak pro rodinné příslušníky a blízké. Nejde jen o psychickou, ale také o fyzickou zátěž. Pro rodinu taková situace znamená mnohdy vyšší a dlouhodobější stres než pro osobu, která je v nemoci. Rodina se snaží trávit poslední chvíle s nemocným. Snaží se mu vynahradit to, co před nemocí nestihla, a přitom zanedbává často své potřeby. Výzkumná část potvrzuje, že péče o terminálně nemocnou blízkou osobu v domácím prostředí má velký vliv na psychiku pečující rodiny. Pro všechna tato období znamená velké emoční zatížení. Pro některé by bylo vhodné využít pomoci psychologa či psychiatra.

Zátěž tvoří také finanční stránka. I když stát podporuje rodinné příslušníky různými formami příspěvků, jsou tyto částky nedostačující. Obzvlášť velkým problémem je, když pečující osoba musí odejít ze zaměstnání kvůli péči o blízkou osobu a poté může mít problém s navrácením. Tyto důvody vedou často k tomu, že rodina nechává svého blízkého strávit poslední chvíle života na LDN v nemocnici nebo v lepším případě v lůžkovém hospici. Je důležité se tématům umírání a smrti nadále věnovat. Čím víc se o těchto

tématech bude ve společnosti diskutovat, tím je větší pravděpodobnost, že se smrt odtabuizuje. Je důležité uvědomit si, že smrt čeká na každého z nás. Je nutné o ní mluvit a usilovat o navrácení umírání do rodinného kruhu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

[1] BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

[2] BYOCK, Ira. *Dobré umírání.* Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-134-0

[3] GABURA, Ján. *Poradenský proces.* 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. 147 s. Studijní texty, Sv.7. ISBN 8085850109.

[4] HATOKOVÁ, Mária a kolektiv. *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich: Dobrovol´nictvo v emocniciach a paliatívnych zariadeniach.* Druhé upravené vydanie. Košice: EQUILIBRIA, s.r.o., 2013. IBSN 978-80-8143-125-8.

[5] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, c2000. ISBN 8072620347.

[6] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. Pyramida (Panorama). ISBN 80-7038-158-2.

[7] HOLEKSOVÁ, Taťána. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí: praktická příručka jak pečovat o málo mobilního a zcela imobilního člověka doma*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0212-6.

[8] KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.

[9] KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

[10] KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.

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

[12] MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

[13] NEŠPOROVÁ, Olga. *O smrti a pohřbívání*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2013. ISBN 978-80-7325-320-2.

[14] O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4.

[15] RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0121-4.

[16] SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.

[17] SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-505-5.

[18] SLÁMOVÁ, Regina, Alžběta MARKOVÁ, Petra KUBÁČKOVÁ a Barbora ANTONOVÁ. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika, 2018. ISBN 978-80-266-1279-7.

[19] STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-x.

[20] STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H & H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.

[21] SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

[22] SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

[23] ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

[24] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-138-4.

[25] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 143 s. ISBN 978-80-247-1740-1.

[26] ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe.* Vyd. 2. Praha: Sociologické nakladatelství - Slon, 1999. 128 s. Studijní texty. ISBN 8085850699.

[27] VÁVROVÁ, Soňa. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0087-1.

Elektronické zdroje:

[28] Jak pečujeme a kolik to stojí / Cesta domů. *Cesta domů – poskytujeme odbornou péči umírajícím a jejich blízkým* [online]. Dostupné z: https://www.cestadomu.cz/jak-pecujeme

[29] Mobilním hospicům proplatily pojišťovny 17 milionů. Bezplatné ani tak stále nejsou – ČT24 – Česká televize. *ČT24 — Nejdůvěryhodnější zpravodajský web v ČR — Česká televize* [online]. Dostupné z: https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/2727305-mobilnim-hospicum-proplatily-pojistovny-17-milionu-bezplatne-ani-tak-stale-nejsou

[30] Kdo chce zemřít, měl by mít možnost, říkají v hospicu Cesta domů / info.cz. *Info.cz - Česko, svět, politika, zpravodajství, analýzy, události, byznys.* [online]. Dostupné z: https://www.info.cz/cesko/kdo-chce-zemrit-doma-mel-by-mit-tu-moznost-rikaji-v-hospicu-cesta-domu-40387.html

[31] AsociaceHospicu.cz – Právní rámec pro hospice. *AsociaceHospicu.cz – Home* [online]. Dostupné z: http://asociacehospicu.cz/pravni-ramec-pro-hospice/

[32] Ve sbírce zákonů vyšla úhradová vyhláška, která je poprvé výsledkem dohody mezi pojišťovnami a poskytovateli. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ve-sbirce-zakonu-vysla-uhradova-vyhlaskaktera-je-poprve-vysledkem-dohody-mezi-_16006_3801_1.html

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CT Počítačová tomografie

ČVUT České vysoké učení technické

LDN Léčebna dlouhodobě nemocných

NAPŘ Například

POPŘ Popřípadě

SONO Sonografické vyšetření

TZV Takzvaně

VZP Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO Světová zdravotnická organizace