

Univerzita J. A. Komenského

Roháčova 63, Praha 3 - Žižkov 130 00

SEMINÁRNÍ PRÁCE

Studijní předmět:	Etika v pedagogice
Téma:	Paliativní péče a hospice a jejich rozvoj v současnosti
Zpracovala:	Scarlet MÁNKOVÁ (1102130045)
Obor studia:	Speciální pedagogika – vychovatelství (Bc.)
Forma studia:	kombinovaná
Ročník:	1.
Studijní skupina:	M023
Akademický rok:	2013/2014
Vyučující:	PhDr. Olga Nytrová

OBSAH

1 ÚVOD	3
2 PALIATIVNÍ PÉČE.....	3
3 HISTORIE VZNIKU HOSPICE	7
4 SOUČASNOST HOSPICŮ V ČR.....	8
5 PERSPEKTIVY PALIATIVNÍ PÉČE V SOUVISLOSTI SE STÁŘÍM	10
6 ETIKA V PALIATIVNÍ PÉČI	11
7 KAZUISTIKA	13
8 ZÁVĚR	15
9 POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE	16

1 ÚVOD

Až budete naslouchat chudým a trpělivě vyslechnete jejich nářky, věnujte největší pozornost právě těm, kteří jsou nejméně milováni a nežádoucí. Dnes není nejhorší nemocí lepra nebo tuberkulóza – dnes je to pocit, že jsem zbytečný, nemilovaný, pohrdaný, nežádoucí, všemi opuštěný.¹

(Matka Tereza)

Smrt a umírání jsou přirozenou součástí každého z nás. Konečnost lidského bytí v kontextu samotné existence je nevyhnutelná. Výběr a zpracování daného tématu **Paliativní péče a hospice a jejich rozvoj** je *iniciován* vlastní zkušeností, v letošním roce mi zemřeli prarodiče. U obou byla stanovena diagnóza Alzheimerova choroba, žádný z nich nebyl umístěn v hospici, ani v jiném zařízení, poskytujícím dlouhodobou péči. V následujícím textu budou vymezeny základní pojmy, definována cílová skupina paliativní hospicové péče, zmapován její současný stav v České republice, a to s přihlédnutím k historickým i prognostickým skutečnostem, na základě etických norem. Uvedená kazuistika má potvrdit důležitost hospicové paliativní medicíny a její další rozvoj.

2 PALIATIVNÍ PÉČE

Vymezení pojmu *Paliativní péče* je citováno ze *Standardu o hospicové paliativní péči*, dokumentu vydaného skupinou pracovníků ministerstva zdravotnictví ČR ve spolupráci s Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče.

„Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.“²

¹ Citáty z knihy: Duchovní texty Matky Terezy z Kalkaty. In: *Pastorace.cz* [online]. 1. vyd. Samizdat, 1977 [cit. 2013-12-05]. Dostupné z: <http://www.pastorace.cz/Tematicke-texty/Citaty-z-knihy-Duchovni-texty-Matky-Terezy-z-Kalkaty-1.html>

² *Standardy hospicové paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. 2006

Z uvedené citace je již zřejmá hluboká etická povaha daného dokumentu, který vnímá lidskou bytost jako jedinečnou existenci. Paliativní péče pohlíží na smrt jako na součást života, umírání je přirozeným procesem, avšak snahou paliativní péče je tuto etapu života zlepšit, a to jak umírajícím, tak i okolí pacienta.³ Paliativní péče má zlepšovat kvalitu života včasnou identifikací a vyhodnocením diagnózy, má za úkol zaměřit se na symptomy a potřeby pacienta v pokročilém, či konečném stadiu onemocnění. Paliativní péče má poskytnout umírajícím úlevu a umožnit jim lépe snášet strach z blížící se smrti. Cílovou skupinou paliativní péče jsou nevléčitelně nemocní v preterminálním a terminálním stádiu života. Paliativní komplexní péče je poskytována pacientům s pokročilými formami onkologických onemocnění, chronických orgánových onemocnění (srdeční, renální, jaterní), chronických plicních onemocnění, AIDS a neurodegenerativních onemocnění. R. Bužgová uvádí také další skupiny klientů, kterým je poskytována paliativní péče, jsou to: polymorbidní geriatričtí pacienti, pacienti v persistujícím vegetativním stavu a pacienti s nevratným multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče.⁴ Nevléčitelně nemocní pacienti mají základní lidské právo netrpět bolestí. Strach z umírání a bolesti jsou dominujícím vjemem umírajícího pacienta.

Jako všichni pacienti mají i umírající své potřeby, a to nejen potřeby týkající se jejich fyzického stavu. M. Svatošová definuje priority jednotlivých potřeb, a to jak se v průběhu postupující nemoci mění, kdy se z původně silné fixace na fyzickou stránku svého těla pacient začíná zajímat o potřeby duchovní. Můžeme se domnívat, že se zde v člověku podvědomě aktivuje proces smíření se s končící fází života. Jednotlivé potřeby tvoří obecně uznávaný model bio-psycho-sociálně-spirituálního komplexu péče o člověka. Tento komplex péče je zcela specifický druh péče a je efektivní právě pro svůj celek. Jednotlivé potřeby pacienta, o které je nezbytné pečovat, lze blíže charakterizovat takto:

Biologické potřeby jsou takové, které jsou pro fyzickou existenci podmíněné. V péči o fyzickou stránku (bolest, příjem potravy, spánek ad.) jde o zajištění symptomatické léčby, která vede ke zmírnění obtíží. Uspokojování biologických potřeb lze chápat jako

³ Okolí pacienta nemusí být v příbuzenském svazku s nemocným, přesto zde mohou být silné citové vazby.

⁴ BUŽGOVÁ, R. *Paliativní a hospicová péče*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2012. ISBN 978-80-7464-208-1

prioritní, avšak, jak je patrné z následujícího textu, nelze opomenout další oblasti potřeb.

Psychologické potřeby jsou umírajícím vnímány se zvýšenou emotivností. Je nezbytné vnímat člověka jako jedinečnou bytost s respektováním jeho lidské důstojnosti.

Jako třetí prioritu M. Svatošová uvádí *sociální potřeby*, které souvisejí s lidskou potřebou společenského kontaktu. I v tomto případě je nezbytné respektovat individualitu člověka a jeho vztah ke společnosti.

Současná medicína již uznává skutečnost, že vedle péče o tělo je důležitá i péče o „duši“. *Spirituální potřeby* jsou vlastní každé lidské bytosti, obzvláště silnou potřebu této péče potřebuje člověk, který je vážně nemocen a jeho život končí.⁵ Péče o duchovní stránku člověka může být stejně důležitá, jako péče o jeho biologické, psychické či sociální potřeby.

Význam péče v jejím komplexu tj. uspokojování fyzických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb je pro pacienta i jeho rodinu nedozírný. Komplexní péči, pro uvedené znaky, označujeme jako specializovanou paliativní péči. Smyslem hospicové péče je doprovázení umírajícího na jeho poslední cestě, je mu garantována bezbolestnost, respektována jeho lidská důstojnost a v těžkých chvílích nezůstane osamocen.⁶

Specializovaná paliativní péče má jisté organizační formy, a to od nejméně nákladné formy - specializované poradny, dále - denního stacionáře, paliativního oddělení v nemocnici, mobilního hospice až po nákladnou péči v hospici, který zajišťuje lůžkovou paliativní péči.⁷ Organizační formy paliativní péče se mohou vzájemně lišit, a to podle jednotlivých zemí, způsobu financování, odlišné klientely a dalších faktorů. Jako podstatný se jeví faktor právní legislativy, který řeší postavení těchto zařízení v rámci zdravotnictví a sociálních služeb. Lze se domnívat, že přes různost organizačních forem spojuje tyto instituce realizování cílů Standardu hospicové paliativní péče v daných podmínkách.⁸

⁵ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 7. doplněné vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1

⁶ JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6

⁷ Tamtéž s. 11

⁸ STUDENT, J. - CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vyd. Jinočany : H & H, 2006. ISBN 80-7319-059-1

V podmínkách České republiky je realizována struktura paliativní hospicové péče v těchto formách:

1. *Domácí hospicová péče*, která se může jevit jako ideální, neboť pacient je ve známém prostředí, obklopen rodinnými příslušníky. Avšak tato péče má kromě uvedených pozitiv také jistá negativa. Mezi zásadní nedostatky domácí péče patří omezené znalosti a zkušenosti rodiny, jak za daných okolností postupovat. Problematika této péče spočívá také v její časové náročnosti (může jít i o dobu mnoha měsíců), což rodinu neúměrně zatěžuje. Z důvodu uvedeného se pacient opakovaně podrobuje hospitalizaci v nemocnici, řadě vyšetření a léčebných postupů, která již nepřinášejí žádoucí efekt.
2. *Stacionární hospicová péče (denní pobyty)* je vhodná kombinace pobytu pacienta v domácím i ošetrovatelském prostředí. Denní stacionář tak nabízí alternativu pro pacienty, kteří jsou schopni i přes vážnost onemocnění absolvovat denní přesuny. Důvody pro využívání této formy péče mohou spočívat například v možnosti úpravy tisících léků a jejich dávek. Kontakt pacienta s pracovníky hospice může plnit významnou psychologickou pomoc při zvládání stresového stavu.
3. *Lůžková hospicová péče* přichází v úvahu tehdy, kdy medicína ukončila veškeré léčebné postupy se snahou zvrátit či zastavit průběh onemocnění a stav pacienta již není možné v domácím prostředí zvládat. V hospici je nemocný umístěn v samostatném pokoji, kde mohou rodinní příslušníci setrávat bez časového omezení. Vybavení hospice (např. polohovací postele a vozíky) výrazně napomáhají manipulaci s umírajícím. To vše přispívá prožít závěr života pacienta co nejplněji. Hospic nelze zaměňovat za léčebnu, jde o zcela komplexní zařízení speciální péče o umírající.

Zajištění hospicové paliativní péče realizuje multiprofesní tým, složený z lékařů, zdravotních sester, ošetrovatelů, pečovatелů, sociálních pracovníků, duchovních, pastoračních asistentů, psychologů a dobrovolníků. Vykonnávají takovou činnost, kde přicházejí do přímého kontaktu s klienty a s rodinnými příslušníky. Činnost týmu

v její komplexnosti je nezastupitelná.⁹

3 HISTORIE VZNIKU HOSPICE

Historie vzniku hospiců sahá hluboko do středověku. Útulky – hospice existovaly podél cest poutníků, poskytovaly ošetření a také duchovní oporu. Byly to domy odpočinku, ale také poslední útočiště. Zde registrujeme první nástin komplexní péče o umírající. Tato péče zdaleka nesplňovala dnešní vytýčená kritéria, tuto činnost však lze považovat za počátek dalšího hnutí, jak uvádí R. Bužgová¹⁰. Ve Francii, Anglii a Irsku v 19. století vznikají první domy určené pro nevyléčitelně nemocné - první hospice. Zrod myšlenky komplexní péče o umírající se připisuje *dr. Cecilly Saundersové*, která v Anglii založila první hospic s názvem *St. Christopher Hospice*. Inspirace hospicem *St. Christopher's* v Sydenhamu způsobila další zakládání hospiců v Británii a dalších zemích. Hospicová péče je v angloamerických zemích podporovaná a je součástí jejich způsobu řešení závěru života.

Počátky budování hospiců v České republice jsou kladeny do první poloviny 20. století, první lůžkový hospic *Anežky České* byl postaven v Červeném Kostelci roku 1995. MUDr. Marie Svatošová, zakladatelka hospicového hnutí v ČR, měla na jeho založení určující zásluhu. Přístup k rozvoji paliativní hospicové péče v České republice ze strany institucí byl značně konzervativní, stejně předsudečně k hospicům přistupovali sami těžce nemocní a jejich rodinní příslušníci. V minulosti bylo zcela běžné, že lidé umírali v domácím prostředí obklopeni svými blízkými, proto v mnohých vyvolává pouhá zmínka o hospici hororovou představu domu smrti a spoustu dalších mýtů. Je však třeba o nich hovořit, odstraňovat je, vysvětlovat je a také je nutné mít na paměti, že změny ve společnosti, zásadním způsobem se měnící sociální vazby v rodinách a mnohdy extrémní pracovní vytížení jsou hlavními faktory, jež zásadním a často negativním způsobem ovlivňují možnosti zhostit se péče o své blízké.

⁹ JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6

¹⁰ BUŽGOVÁ, R. *Paliativní a hospicová péče*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2012. ISBN 978-80-7464-208-1

4 SOUČASNOST HOSPICŮ V ČR

Současný počet hospiců v České republice již dosáhl čísla čtrnáct, avšak tento počet lůžkových hospiců stále nepokrývá skutečnou potřebu hospicové péče u nás.¹¹

Lůžkové hospice:

1. Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích
2. Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech
3. Hospic Anežky České v Červeném Kostelci
4. Hospic Štrasburk v Praze Bohnicích
5. Hospic sv. Lazara v Plzni
6. Hospic v Mostě
7. Hospic v Chrudimi
8. Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad u Brna
9. Hospic na Svatém Kopečku - Olomouc
10. Hospic Citadela, Valašské Meziříčí (Diakonie ČCE)
11. Hospic sv. Alžběty v Brně
12. Hospic sv. Jana N. Neumanna - Prachatice
13. Hospic sv. Lukáše - Ostrava – Výškovice
14. Hospic Hvězda ve Zlíně

Domácí (mobilní) hospice:

15. Domácí hospic "Cesta domů", Praha
16. Domácí hospic - Uherské Hradiště
17. Domácí hospicová péče - Jihlava
18. Domácí hospicová péče - Nové Město na Moravě
19. Domácí hospicová péče - Třebíč

¹¹ Jednotlivé odkazy počtu hospiců se v literatuře a internetových zdrojích liší. Data jsou čerpána z webových stránek Hospicového hnutí ČR. *Umění doprovázet: Hospicové hnutí v ČR*. [online]- [cit. 2013-12-5]. Dostupné z: <http://www.umenidoprovazet.cz/cs/Hospicove-hnuti-v-CR-30.htm>

20. Domácí hospicová péče - Žďár nad Sázavou
21. Mobilní hospic Dobrého pastýře v Benešově
22. Mobilní hospic Most k domovu - Praha 5 - Zbraslav
23. Mobilní hospic Ondrášek o.p.s. - Ostrava

Hospic dosud nebyl zřízen v kraji Karlovarském, Libereckém a na Vysočině.

Prezidentka Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče a zakladatelka hospicového hnutí v ČR MUDr. Marie Svatošová definovala hospic takto - „hospic je umění doprovázet“.¹² Činnost Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (dále jen APHPP) má v ČR nezastupitelné poslání: „... sdružuje poskytovatele hospicové péče a garantuje kvalitu jejich služeb.“¹³ Na tomto místě je nezbytné o činnosti APHPP uvést několik zásadních údajů:

- APHPP vznikla v roce 2005
- do roku 2007 bylo prosazeno uzákonění lůžkové i mobilní hospicové péče
- aktivně se účastní možností podílet se při prosazování změn v legislativě týkající se hospicové péče
- členové APHPP jsou zapojeni do zpracování standardů kvality hospicové paliativní péče a se zapojením členů do výsledné podoby materiálu
- pořádání odborných konferencí k hospicové paliativní péči
- podílí se na řešení projektů souvisejících s HPP
- pořádání benefičních koncertů pro hospice
- informují veřejnost elektronickým i tištěným časopisem *Rovnováha* s problematikou hospicové paliativní péči.¹⁴

¹² SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 7. doplněné vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1

¹³ *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče: Poslání asociace* [online]- [cit. 2013-12-5].

Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/>

¹⁴ *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče: Poslání asociace* [online]- [cit. 2013-12-5].

Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/>

5 PERSPEKTIVY PALIATIVNÍ PÉČE V SOUVISLOSTI SE STÁŘÍM

V souvislosti s demografickým vývojem obyvatelstva České republiky je třeba vzít v úvahu skutečnost, že spolu s narůstajícím počtem starších lidí bude přibývat osob, které z důvodu špatného zdravotního stavu nebudou schopni z důvodu nemoci vykonávat samostatně běžné aktivity a budou se stávat závislými na pomoci dalších osob. Stále platí, že za péči o své stárnoucí příbuzné je zodpovědná především rodina, avšak demografický vývoj naznačuje, že v následujících letech bude společnost vystavena novým problémům. Pokles porodnosti, intenzivní stárnutí populace a rozpad tradičních rodinných vazeb jsou faktory, které negativně ovlivní možnosti využití potenciálních pečovatелů z řad rodiny.

Potřeba kvalitní institucionální péče s důrazem na etický rozměr těchto služeb, především v paliativní péči se stává stále více naléhavou. Rozvoj hospicové paliativní péče je zřejmý ve světle pracovních setkání odborníků, jejich publikačních aktivit a konferenčních setkání na národním i mezinárodním fóru. Významnou událostí v letošním roce byl *13. světový kongres Evropské asociace pro paliativní péči* konaný ve dnech 30. 5. - 2. 6. 2013 v Praze.^{15,16} Účastníkům kongresu byl představen významný dokument *Atlas paliativní péče v Evropě*, který dává globální pohled na poskytování paliativní péče a strategii jednotlivých evropských zemí.¹⁷

Dne 31. 10. 2013 se v Hospici Dobrého Pastýře v Čerčanech konala konference s aktuálním tématem *Mohou obce zlepšit kvalitu života umírajících?*. Na konferenci zazněla přednáška výrazné osobnosti, zakladatelky hospicové péče v ČR MUDr. Marie Svatošové, jež ve svém vystoupení zdůraznila provázanost systému hospicové paliativní péče, vzdělávání pracovních týmů a řešení zdrojů financování. Následně v kritickém

¹⁵ Evropská asociace pro paliativní péči vznikla roku 1988, posláním asociace je poskytovat vedení a podporu všem, jejichž cílem je zlepšit kvalitu a dostupnost paliativní péče. V současnosti zahrnuje tisíce členů ze 47 zemí světa a 54 národních asociací.

¹⁶ *Praha hostila světový kongres paliativní medicíny* [online]- [cit. 2013-12-5]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/praha-hostila-svetovy-kongres-paliativni-mediciny-471010>

¹⁷ „*Atlas paliativní péče v Evropě*, který poskytl globální vhled do oblasti „paliativních“ služeb, politik a strategií (resp. aktivit zaměřených na zkvalitnění konce života) jednotlivých evropských zemí. Atlas, který je dílem výzkumníků EACP (prof. Carlos Centeno z Navarrské univerzity a prof. David Clark z Glasgowské univerzity), ukazuje vztah mezi programy paliativní péče a výdaji na zdravotní péči a zahrnuje detailní zprávy o aktuální paliativní péči v každé zemi.“ [online]- [cit. 2013-12-5]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/praha-hostila-svetovy-kongres-paliativni-mediciny-471010>

článku *Nevyléčitelně nemocní na okraji zájmu lékařů i politiků* MUDr. Svatošová uvádí statistické údaje, z nichž vyplývá naléhavá potřeba se situací v hospicové paliativní péči vážně zabývat. Totiž, každoročně přibývá 60–70 tisíc pacientů s potřebou paliativní péče, přitom kapacita lůžkových hospiců může poskytnout péči jen 4% těchto pacientů. Obdobně špatná situace je u domácí hospicové péče s možností pečovat pouze o 8% těchto pacientů. Jako zásadní pak MUDr. Svatošová označuje nesystémové a nedostatečné financování.¹⁸ Podle informací je Ministerstvem zdravotnictví připravována novela zákona o zdravotních službách, která má změnit systém zdravotní a sociální péče a vytvořit tak podmínky pro paliativní péči.

6 ETIKA V PALIATIVNÍ PÉČI

Etika je součástí filozofie, její vědecký základ poskytuje pravidla a normy lidského jednání a chování, je teorií způsobu lidského života. Obecné principy etiky přebírají v současném světě profese jako lékaři, ošetřovatelé, psychologové, učitelé apod., a to jako aplikovanou etiku. Na základě výzkumu změn lidského konání, rozvoje medicíny a celkového společenského vývoje se výrazně změnil význam etiky v medicíně. V rámci studia budoucích lékařů a zdravotnických pracovníků se stala samostatným předmětem pro osvojení teoretického základu lidského chování a jednání. Současná medicínská etika preferuje *bioetiku*, která se zabývá mravními otázkami rození, života a smrti, tématu, které je součástí umírání. Poskytování paliativní péče vyžaduje akceptování etických pravidel a principů tak, aby byla realizována v odpovídající etické rovině. Lékaři a ošetřující personál se v péči o těžce nemocné a umírající řídí jistými etickými zásadami, vůči těmto pacientům je nutné si uvědomovat důležitost úcty a empatie. Etický kodex je dokument, který upravuje pravidla činnosti v jednotlivých profesích, jež jsou založeny na úctě a respektu k lidským právům, k životu, a respektuje důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení. Základní etické principy lékařského povolání obsahuje Hippokratova přísaha, tento text v průběhu staletí

¹⁸ *Nevyléčitelně nemocní na okraji zájmu lékařů i politiků* [online]- [cit. 2013-12-5]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/nevylecitelne-nemocni-na-okraji-zajmu-lekaru-i-politiku-472940>

procházel změnami, avšak etický princip zůstal zachován.¹⁹ Pacienti v terminálním stadiu vyžadují hluboce empatický vztah zdravotníků. Mezi etické zásady práce zdravotníků o pacienty v terminální péči patří zejména:

- autentičnost (s nemocným hovoříme o jeho nejistotě, úzkosti, obavách)
- upřímnost (vždy hovořit pravdu, aby nedošlo k narušení důvěry)
- akceptovat pacienta takového jaký je
- trpělivost, uctivost a empatický přístup
- partnerství (akceptace individuality, autonomie, intimity)
- spolupráce s rodinou²⁰

Člověk je jediný tvor vědomý si své smrti.

(Voltaire)

Od této skutečnosti se lidský život odvíjí. Naplnění vztahu člověka k životu, jeho úcty ke všemu živému, a to od jeho početí až po jeho skon. Z pohledu historického i společenského lze sledovat různý vztah člověka k umírání a ke smrti, významnou měrou zde formuje jeho životní hodnoty společnost. Utrpení, nemoc a smrt jsou součástí života, ptáme se však, jaké postoje k nim máme zaujmout v dnešním světě, neboť vše probíhá jedinečně a neopakovatelně. Utrpení, které přináší nemoc, bolest a umírání, zjištění závažného onemocnění s fatálním průběhem má podle Elisabeth Kübler-Rossově jisté fáze psychické odezvy. Elisabeth Kübler-Rossová²¹ byla jednou z prvních, která upozorňovala na problémy umírajících pacientů a jejich potřeby, charakterizovala také fáze, které prožívá umírající pacient:

1. příchod nemoci – počáteční šok
2. popření faktu nemoci
3. období hněvu a agrese
4. deprese, smutek, úzkost

¹⁹ Hippokratova přísaha je uvedena v příloze.

²⁰ VRUBLOVÁ, Y. *Etika v ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006

²¹ Americká psycholožka Elisabeth Kübler-Rossová poprvé uvedla v roce 1969 charakteristiku pěti fází umírání.

5. akceptace pravdy – dva protipóly – buď podoba smíření, nebo rezignace a zoufalství.²²

Tyto charakteristiky jsou významné především z důvodu promítání vlastních prožitků nemocného do jeho sociálních vztahů. Znamená to, že nemocí a její fatální prognózou je zasažen jak pacient, tak jeho rodinné a blízké okolí, se kterým tvoří jisté sociální vazby. Popsané jednotlivé fáze nemusí nutně nastávat v uvedeném pořadí a nemusí se vyskytovat všechny a u všech pacientů, charakteristika jednotlivých fází umírání byla později dalšími autory doplňována, přijímána i odmítána.

7 KAZUISTIKA

Anamnéza – žena A. P., narozena v r. 1921, zemřela v r. 2013. Paní A. P. byla pracovně aktivní do svých 70 let, disponovala pevným zdravím až do svých 86 let. Vyznačovala se dynamickou a kreativní povahou s aktivním zájmem o cestování. Informace o paní A. P. poskytuje její dcera.

Lékařská diagnóza: Alzheimerova demence

Rodinná anamnéza: matka - infarkt myokardu, angina pectoris, ischemická choroba srdeční, otec - cévní mozková příhoda.

Sociální anamnéza: vdova, dcera bydlela ve společné domácnosti – pečovala o A. P. společně se svou dospělou dcerou.

Osobní anamnéza:

V roce 2007 proběhla první evidence v psychiatrické gerontologické ambulanci pro drobné paměťové výpadky. Od roku 2007 si průběžně stěžovala na neustálé bolesti hlavy, opakovaně byla vyšetřována a hospitalizována na interním oddělení. V roce 2010 došlo k náhlému zhoršování kognitivních funkcí, kdy začaly nastávat potíže při ovládání přístrojů (rádio, televize, konvice na čaj apod.). A. P. začala vynechávat jídlo a omezovat pitný režim. V létě byla pro prekolapsový stav způsobený dehydratací organismu přivolána rychlá záchranná služba (dále jen RZS) a A. P. byla transportována do nemocnice. Prekolapsové stavy se v průběhu 3 let několikrát opakovaly. Průběh hospitalizací vykazoval zhoršující se orientaci v prostoru i čase kombinovanou

²² KÜBLER-ROSSOVÁ, E. In: JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2003, s. 132. ISBN 80-7254-329-6

s agresivitou nebo naopak s netečností. Po návratu do domácího prostředí se stav vždy částečně stabilizoval. Výsledky testu MMSE²³ však dokazovaly prudké zhoršení kognitivních funkcí ve srovnání s výsledky testu z roku 2009.

V průběhu roku 2012 byla několikrát hospitalizována jako polymorbidní geriatrický pacient, nejčastěji z důvodu dušnosti, zažívacích obtíží a bolestí hlavy. S nástupem do nemocnice téměř vždy propukly příznaky hyperaktivního stařeckého deliria spojeného s autoagresí, které jsou u demenčních pacientů typické. Dcera vypovídá: *„Ošetřující personál v nemocnici neměl o maminku žádný zájem. Nacházela jsem ji utlumenou sedativy a současně přikurtovanou k posteli, bez schopnosti verbálně komunikovat a neschopnou pohybu. Z rozhovoru s ošetřujícím lékařem jsem necítila žádný zájem o maminku jako o člověka. Maminku jsem ihned převezla domů.“*

V tomto roce (2012) gradovala závislost na druhé osobě, a to jak v oblasti přijímání potravy, tak i v oblasti sebeobsluhy. Začaly se objevovat stavy dezorientace, A.P. nepoznávala své nejbližší a nepamatovala si své okolí, také již nebyla schopna určit původ svých obtíží. Fáze spánku se neúměrně prodlužovaly a stíraly se rozdíly mezi spánkem a bděním. Koncem roku 2012 byla přechodně hospitalizována pro srdeční selhávání. Po návratu do domácí péče přetrvávala emoční labilita a častý pláč. Sebeobslužné činnosti již v tuto chvíli nezvládala, nevěděla, jak se obléknout, jak se učesat, nastaly problémy se samostatným příjmem potravy a musela být krmena, musela mít pleny. Verbální kontakt byl omezený. Žádný z lékařů a sester dceru ani vnučku neupozornil na možnosti využití jakékoliv formy paliativní hospicové nebo i jiné péče. Dcera vypovídá: *„Měla jsem pocit, že jsou rádi, že se jí zbavili. Bylo to těžké a vše, co maminka prožívala, jsme v rodině prožívali také.“* V únoru 2013 se zdravotní stav paní A. P. prudce zhoršil (nespecifikované bolesti a ztížené dýchání), proto byla ve večerních hodinách převezena prostřednictvím RZS do nemocnice, kdy za 2 hodiny po příjmu zemřela. Dcera byla o úmrtí své matky informována druhý den ráno prostřednictvím telefonického hovoru, kdy byla požádána, aby se dostavila na oddělení vyřídit administrativní náležitosti. První formulář, který byl dceři předložen, byl účet na jednodenní pobyt v nemocnici.

²³ Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Komentář ke kazuistice

Případ paní A. P. proběhl podle institucionálního modelu umírání. Byla jí poskytnuta domácí hospicová péče, avšak ve chvíli, kdy nastala potřeba medicínské péče, byla pacientka převezena do nemocnice, kde se opakovaně podrobovala řadě vyšetření a léčebných postupů, která již nepřinášela žádoucí efekt, bylo pečováno výhradně o její tělesnou schránku, a to někdy diskutabilním způsobem. S pacientkou rozhodně nebylo v průběhu hospitalizací nakládáno v duchu etických zásad zdravotnického personálu. Byla ignorována její osobnost, byť narušená Alzheimerovou demencí, ze strany personálu nebyla zaznamenána ani empatie, ani trpělivost, natož uctivost, či náznak partnerství, ať již s ní samotnou, nebo s ošetřujícími členy rodiny. Pacientka byla degradována na úroveň bezduchého těla, které odborníci udrží naživu, ale dále je nezajímá. Byly respektovány její biologické potřeby, avšak její sociální, psychologické, či spirituální potřeby byly odsunuty jako zbytečná marginálie. Na samotném konci nebylo pacientce ani rodinným příslušníkům umožněno se rozloučit, rodina byla ze samotného procesu umírání vyloučena. Pacientce se v nemocnici dostalo jen chladné profesionální péče namísto pochopení a prosté úcty jedné lidské bytosti ke druhé.

8 ZÁVĚR

Ze zpracování daného tématu *Paliativní péče a hospice a jejich rozvoj* vyplývá, že i závěrečnou fázi života je možné prožít důstojně. Jak vyplynulo z uvedených dokumentů, perspektivy rozvoje hospicové paliativní péče působí značně povzbudivě, avšak na základě srovnání vědecky podložených tvrzení, aktuálních informačních zdrojů a průběhu uvedené kazuistiky lze tvrdit, že odbornou literaturou vytýčené perspektivy paliativní péče se prozatím neslučují s reálným stavem. Lze se domnívat, že pro rozvoj hospicové paliativní péče je nezbytná aktivní činnost nejen ministerstva zdravotnictví a dalších odborníků, kteří podpoří rozvoj hospiců, ale také učitelů, vychovatelů a rodin. Je v zájmu každého z nás vštěpovat našim dětem již od malička základy slušného chování, pěstovat v nich základní lidské ctnosti a učit je hodnotám. Naučit je toleranci, pochopení, ale i laskavosti a úctě k životu samému. Jen tak může být etický kodex budoucími lékaři, zdravotníky a ošetřovateli naplněn a realizován.

9 POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

BUŽGOVÁ, R. *Paliativní a hospicová péče*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2012. ISBN 978-80-7464-208-1

JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6

KUŘE, J. *Kapitoly z lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2010

MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2

NYTROVÁ, O., PIKÁLKOVÁ, M. *Etika a logika v komunikaci*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2007. ISBN 978-80-86725-7

STUDENT, J. - CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vyd. Jinočany : H & H, 2006. ISBN 80-7319-059-1

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 7. doplněné vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1

Standardy hospicové paliativní péče. 1. vyd. Praha: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. 2006

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče [online]- [cit. 2013-12-5]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/>

Citáty z knihy: Duchovní texty Matky Terezy z Kalkaty. In: *Pastorace.cz* [online]. 1. vyd. Samizdat, 1977 [cit. 2013-12-05]. Dostupné z: <http://www.pastorace.cz/Tematicke-texty/Citaty-z-knihy-Duchovni-texty-Matky-Terezy-z-Kalkaty-1.html>

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví: subkatedra Paliativní medicína [online]- [cit. 2013-12-5]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/pracoviste/2122/kontakty-pracoviste.aspx>

Umění doprovázet: Hospicové hnutí v ČR. [online]- [cit. 2013-12-5]. Dostupné z: <http://www.umenidoprovazet.cz/cs/Hospicove-hnuti-v-CR-30.htm>

Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN: Nevyléčitelně nemocní na okraji zájmu lékařů i politiků [online]- [cit. 2013-12-5]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/nevylecitelne-nemocni-na-okraji-zajmu-lekaru-i-politiku-472940>

Praha hostila světový kongres paliativní medicíny [online]- [cit. 2013-12-5]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/praha-hostila-svetovy-kongres-paliativni-mediciny-471010>

Analýzy a statistiky úmrtí v ČR [online]- [cit. 2013-12-5]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_analyzy=&PHPSESSID=ea284b930bd7ea638038e0d04ee23436

Analýza: Na co umíráme? [online]- [cit. 2013-12-5]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=463

Hippokratova přísaha [online]- [cit. 2013-12-5]. Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/cs/zsf/k-odstraneni/hipokratova-prisaha>

Quo vadis, česká paliativní péče? [online]- [cit. 2013-12-5]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/quo-vadis-ceska-paliativni-pecce-469985>

PŘÍLOHA

Hippokratova přísaha

Hippokratova přísaha „Přisahám při lékaři Apollonovi a Asklepiovi a Hygiei a Panacei a při všech bozích a bohyních, jež беру za svědky, že budu plnit podle svých schopností a podle svého úsudku tuto přísahu a smlouvu: Budu považovat toho, který mě naučil tomuto umění, za rovnocenného svým rodičům a budu žít svůj život v partnerství s ním; bude-li mít potřebu peněz, rozdělím se s ním o svůj díl; budu se dívat na jeho potomky tak jako na své bratry v mužské linii a budu je učit tomuto umění - budou-li si přát být tomuto učení, a to bez odměny a bez smluvní listiny; podělím se o předpisy, ústní instrukce a o všechny ostatní vědomosti se svými syny a se syny toho, který mě učil, a s žáky, kteří podepsali závazek a složili přísahu dle lékařského zákona, ale s nikým jiným. Budu aplikovat dietetická opatření pro dobro nemocných podle svých schopností a podle svého úsudku; budu je chránit před poškozením a před křivdou. Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhuji. Podobně nepodám ženě abortivní prostředek. V čistotě a v posvátnosti budu střežit svůj život a své umění. Nepoužiji nože, dokonce ani ne u lidí trpících kameny, ale ustoupím ve prospěch těch, kteří se zabývají touto prací. Navštívím-li kterýkoliv dům, přijdu pro blaho nemocného a budu prost jakékoliv záměrné nepravosti, veškeré zlomyslnosti a obzvláště sexuálních vztahů ať se ženami, nebo s muži, ať se svobodnými, nebo s otroky. Cokoliv uvidím nebo uslyším v průběhu léčení nebo dokonce mimo léčení v pohledu na život lidí, to, co se v žádném případě nesmí šířit mimo dům, vše si nechám pro sebe; vždyť bych se musel stydět o tom mluvit. Jestliže splním tuto přísahu a neporuším ji, mohu mít zaručeno, že se budu radovat ze života a z umění a že budu ctěn a proslulý mezi všemi lidmi na všechny časy, které přijdou; jestliže ji však poruším a budu přísahat falešně, ať je opak toho všeho mým údělem.“²⁴

²⁴ Hippokratova přísaha [online]- [cit. 2013-12-5]. Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/cs/zsf/k-odstraneni/hipokratova-prisaha>