

Paliatívna medicína a liečba bolesti

S2
2012

www.solen.sk
ISSN 1337-9917

Suplement 2

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Milí priatelia,

tento časopis vychádza pri príležitosti konania 6. ročníka medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti, ktorý sa uskutočnil pod záštitou EAPC dňa 21. apríla 2012 v Trnave. Veľmi sa teším, že aj tí, ktorí nemali možnosť osobne sa zúčastniť na konferencii, prípadne chceli počuť aj prednášky z rokovanií v iných sekciách, majú teraz možnosť oboznámiť sa s väčšinou z nich v tomto špeciálnom vydaní časopisu.

V hlavnej časti konferencie dominovala prednáška profesora Westa z USA, ktorý upozornil na významné atribúty na viere založeného vodcovstva, v ktorom rozlišujúcim znakom je láska, pričom v prvom rade ide o dôstojnosť pacienta a až potom o starostlivosť. Vodca – manažér v zdravotníckom zariadení by mal postupovať na základe myšlienky založenej na demokracii a sociálnej spravodlivosti, mal by mať schopnosť inšpirovať a motivovať stúpcov na dosiahnutie vyšších pozitívnych výsledkov, než sa očakávalo. Mal by pracovať mimo vlastných záujmov, pričom všetko sa to začína prirodzeným citom chcieť slúžiť iným.

Veľkú diskusiu vyvolala aj prezentácia profesora Pyšného o možnostiach využitia marihuany v hospicovej starostlivosti. Nemenej zaujímavými boli aj ďalšie odborné príspevky účastníkov, či už v hlavnom dopoludňajšom rokovaní, alebo popoludní v jednotlivých sekciách. Prínosnou bola aj posterová časť konferencie.

Dôležitou udalosťou tohto dňa bolo aj zasadnutie predsedníctva Asociácie Hospicovej a Paliatívnej Starostlivosti Slovenska (AHAPS), pričom významným bodom programu bola správa o snahe o prijatie do Európskej Asociácie Paliatívnej Starostlivosti. V tejto chvíli vám môžem s radosťou oznámiť, že sme oficiálne prijatí predsedníctvom EAPC (European Association of Palliative Care) za kolektívneho člena. Keďže predsedníctvo AHAPS si vytýčilo oblasti a aj zodpovedné osoby, ktoré ich budú manažovať, svedčí to o jeho smerovaní k poskytnutiu toho najlepšieho, čo sa na Slovensku v rámci hospicovej a paliatívnej starostlivosti dá urobiť. Za rokovanie s poisťovňami a štátnymi orgánmi je zodpovedný Ing. Vlasák, pre oblasť pripomienkovania legislatívy s cieľom dostať sa do zoznamu pripomienkovateľov bola určená Ing. Mellenová, pre oblasť komunikácie s masmédiami, ktorých prostredníctvom sa má verejnosť informovať o činnosti AHAPS bola schválená MUDr. Otrubová, pre vedeckú oblasť s cieľom získavania nových odborných poznatkov z vedeckých konferencií a informovanie o možnostiach účasti na vedeckých podujatiach bola určená Ing. Veselská. Za rozvoj spolupráce s medzinárodnými štruktúrami, konkrétne s EAPC, som zodpovedná ja, pričom môžem konštatovať, že všetky schválené zodpovedné osoby úspešne začali svoju činnosť v danej oblasti. Popoludní prebehlo aj Valné zhromaždenie AHAPS, na ktorom sa zúčastnila väčšina jeho členov, ktorých o momentálnej situácii informovala prezidentka AHAPS MUDr. Alena Kollárová.

Ako si z uvedeného môžeme všimnúť, oproti roku 2003, keď sme organizovali 1. ročník medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti, sa situácia na Slovensku zmenila. Už nie sú len projekty budúcich hospicov, ale reálne fungujúce hospice, už sa nediskutuje o tom, ako postaviť budovu, ale ako udržať chod zariadenia, nezbierame informácie len na Slovensku, ale prepracovali sme sa aj do medzinárodných štruktúr, venujeme sa aj zložitým medicínskym, psychologickým, sociálnym a spirituálnym témam hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Čo však veľmi nenapreduje a, žiaľ, riešime to už niekoľko rokov, je financovanie starostlivosti o pacienta a s tým súvisiace platby zdravotných poisťovní. Dúfam, že na budúcom 7. ročníku konferencie skonštatujeme, že aj v tomto sa posúvame dopredu, podobne ako aj v iných oblastiach a základným problémom hospicového tímu nebudú financie, ale stála snaha o zvyšovanie kvality života zomierajúcich.

doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD.

hlavný organizátor a garant 6. ročníka medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti predsedsa predsedníctva Asociácie Hospicovej a Paliatívnej Starostlivosti Slovenska

**Paliatívna medicína
a liečba bolesti**

Ročník 5, 2012, Suplement 2

Vychádza v spolupráci s:

- Slovenskou spoločnosťou pre štúdium a liečbu bolesti (www.pain.sk)
- Českou spoločnosťou paliatívnej medicíny (www.paliativnimedicina.cz).

Redakčná rada:

prof. MUDr. Katarína Adamicová, PhD.,
doc. MUDr. Peter Beržinec, CSc.,
doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD.,
MUDr. Stanislav Fabuš,
MUDr. Darina Hasarová,
MUDr. Hedviga Jakubíková, PhD.
MUDr. Mária Jasenková,
MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.,
MUDr. Peter Križan, CSc.,
MUDr. Kristína Križanová,
MUDr. Marta Kulichová, CSc.,
doc. MUDr. Igor Martuliak, Ph.D.,
Mgr. Jiří Prokop, Ph.D.,
MUDr. Olga Sadovská,
MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.,
Kjell Erik Strømskag, MD, PhD.
prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.

Odborní editori:

MUDr. Kristína Križanová
MUDr. Marta Kulichová, CSc.

Editorka rubriky Zo zahraničnej tlače:

MUDr. Hedviga Jakubíková, PhD.

Vydavateľ:

SOLEN, s.r.o.

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Adresa redakcie:

SOLEN, s.r.o., Lovinského 16, 811 04 Bratislava, www.solen.sk
tel.: 02/5465 1381, fax: 02/5465 1384, redakcia@solen.sk

Redaktorka:

Mgr. Miroslava Doubková,
02/5413 1381, 0911 900 599, doubkova@solen.sk

Grafická úprava a sadzba:

Ján Kopčok, kopcok@solen.sk

Obchodné oddelenie:

Renata Kajanovičová, 02/54 65 06 47, kajanovicova@solen.sk

Predplatné na rok 2012:

Cena predplatného za 3 čísla na rok 2012 je 9 €.

Časopis si môžete objednať na www.solen.sk,

e-mailom: predplatne@solen.sk,

faxom: 02/5465 1384

Všetky publikované články prechádzajú recenziou.**Registrácia MK SR pod číslom EV3582/09****ISSN 1337-6896**

Časopis je indexovaný v Bibliographia Medica Slovaca (BMS).

Citácie sú spracované v CiBaMed.

Citačný index: Paliat. med. liec. boles.

Vydavateľstvo SOLEN, s.r.o., SR má na základe zakúpenej licencie výhradné právo na preberanie a publikáciu článkov z časopisov vydavateľstva SOLEN, s.r.o., ČR.

Akákoľvek časť obsahu alebo článku nesmie byť kopírovaná alebo inak rozmnožovaná s cieľom ďalšieho šírenia akýmkoľvek spôsobom a v akejkoľvek forme bez písomného súhlasu vydavateľstva SOLEN, s.r.o., ako vlastníka autorských práv.

Vydavateľ nenesie zodpovednosť za údaje a názory autorov jednotlivých článkov či inzerátov.

Úvodné slovo

- 3 doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD.
Úvodné slovo

Prehľadové a pôvodné práce

- 6 prof. MUDr. Ladislav Pyšný, CSc., MPH., doc. PhDr. Ondrej Botek, PhD.,
prof. PhDr. Ing. Lenka Hajer-Müllerová, PhD.
**Marihuana a možnosti jejého vhodného využítí u pacientů
v hospicové péči v České republice**
- 9 Mgr. Anna Michňová, doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD.
Bazálna stimulácia v hospicovej starostlivosti
- 12 Ing. Magdaléna Veselská, Dip Mgmt
Finančná hodnota personálu v hospici
- 15 doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD.
**Benefity multidisciplinárnej spolupráce v starostlivosti
o nevyliciteľne chorých – potreba tímových stretnutí**
- 17 prof. MUDr. Ladislav Pyšný, CSc., MPH., doc. PhDr. Ondrej Botek, PhD.,
prof. PhDr. Ing. Lenka Hajer-Müllerová, PhD., doc. PhDr. Jana Pyšná, PhD.
**Řešení syndromů imobility a hypomobility, dekondice a svalové
slabosti u seniorů v domácí hospicové péči**
- 20 MUDr. Mária Paceková, PhD., MUDr. Zuzana Otrubová
Medicínsko-etické dilemy hemosubstitučnej liečby v paliatívnej medicíne
- 22 MUDr. Jana Trizuljaková, PhD.
Keď zomiera lekár...
- 24 Mgr. Anna Michňová
Malígne rany
- 26 PhDr. Jarmila Bramušková, PhDr. Eva Balogová
Koma vigile očami sestry
- 27 Mgr. Erika Slamková
Hypodermoklýza u pacienta v domácom prostredí
- 29 PhDr. Alica Slamková, PhD., Mgr. Ľubomíra Jagelková
**Využitie moderných nástrojov ošetrovateľstva v podpore
rodín zomierajúcich pacientov**
- 31 PhDr. Mgr. Marta Jakubíková, PhD.
**Racionálna verzus emocionálna rovina študenta ošetrovateľstva
v starostlivosti o umierajúceho pacienta**
- 33 prof. PhDr. Ing. Lenka Hajerová-Müllerová, PhD., prof. MUDr. Ladislav Pyšný, CSc., MPH.,
doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD., Jana Müllerová,
doc. PhDr. Jana Pyšná, PhD.
Vliv kauzální atribuce na komunikaci v domácí hospicové péči
- 35 PhDr. Peter Rusnák, PhD.
Chápanie smrti v existenciálnej etike a daseins analýze
- 37 MUDr. Jana Pulmannová
**Metódy logoterapie – modulácia postoja a jej využitie
v rámci paliatívnej medicíny**

- 39 PhDr. Marie Macková, PhD.
Péče o pozůstalé v hospicích
- 41 doc. PhDr. Martina Žáková, PhD., Mgr. Lenka Berová
Interkultúrnny pohľad na smrť
- 43 Mgr. Veronika Hanzalíková, Mgr. et Mgr. Katarína Levická, PhD.
Sociálna opora v procese smútenia
- 46 Mgr. Katarína Mária Vadíková, PhD.
Význam porozumenia zomieraniu ako osobnému tajomstvu v podmienkach hospicovej a paliatívnej starostlivosti
- 49 doc. Dr. Otto Csámpai, CSc., doc. PhDr. Marta Vaverčáková, PhD., MPH
Sociológia smrti a smútku
- 51 Mgr. Natália Kacianová, PhD.
Služba sprevádzania – jej význam pre duchovný rast
- 53 Mgr. Ivan Farský, PhD., Michaela Štítová
Spiritualita detských pacientov s infaustnou prognózou
- 56 doc. PhDr. Miriam Šramatá, PhD., Mgr. Michaela Hromková
Teoretické východiská sociálnej práce v hospicovej a paliatívnej starostlivosti
- 59 doc. PhDr. Nadežda Kovalčíková, PhD., Mgr. Ivana Hnatová, Mgr. Lucia Kováčová
Motivačné faktory determinujúce rozhodnutie pracovať v pozícii sociálneho pracovníka v hospici
- 62 PhDr. Martin Vereš, PhD.
Špecifiká zomierania ľudí bez domova
- 64 Mgr. Barbora Brlejová
Dobrovoľník – člen multidisciplinárneho tímu v hospici
- 67 PhDr. Elena Janiczeková, PhDr. Tatiana Rapčíková, PhD.
Špecifiká ošetrovania chorých v paliatívnej starostlivosti
- 68 PhDr. Tatiana Rapčíková, PhD., PhDr. Elena Janiczeková
Psychologické aspekty prístupu sestry k chorým v terminálnom štádiu
- 70 prof. MUDr. Ladislav Pyšný, CSc., MPH., doc. PhDr. Ondrej Botek, PhD.,
doc. PhDr. Jana Pyšná, PhD., Mgr. Dominika Petru
Možnosti řešení funkčních poruch pohybového systému u seniorů v domácí hospicové péči
- 72 Mgr. Gabriela Nytra
Zájem veřejnosti o možnostech paliativní péče v České republice
- 74 doc. PhDr. Marta Vaverčáková, PhD., MPH., doc. Dr. Otto Csámpai, CSc.,
Mgr. Michaela Hromková, Mgr. Kristína Traegerová
Motívy pracovnej činnosti a priebeh motivácie dobrovoľníka v hospicovej a paliatívnej starostlivosti
- 76 PhDr. Marie Macková, PhD.
Percepce paliativní péče českou veřejností

Marihuana a možnosti jejího vhodného využití u pacientů v hospicové péči v České republice

prof. MUDr. Ladislav Pyšný¹, CSc., MPH., doc. PhDr. Ondřej Botek¹, PhD.,

prof. PhDr. Ing. Lenka Hajer-Müllerová², PhD.

¹Katedra sociální práce, Fakulta zdravotnictví a sociální práce, Trnavská univerzita, Trnava

²Vysoká škola manažerské informatiky a ekonomiky, Praha

Marihuana je v posledních letech hojně diskutovanou drogou. Vedle určitých negativních účinků na zdraví člověka a značné „oblíbenosti“ jejího příjmu, zejména mezi dospívající částí populace, má ale také své benefity, pravděpodobně využitelné u většiny pacientů v hospicové péči. Příspěvek se také snaží objektivně zhodnotit diskutovanou otázku, kterou je pěstování marihuany, využitelné v domácí hospicové péči, i s ohledem na současnou legislativní situaci v České republice.

Klíčová slova: pacienti v hospicové péči, marihuana, konopí, léčebné účinky, legislativní podmínky.

Marijuana and possibilities of its appropriate use in patients in hospice care in Czech Republic

Marijuana is widely discussed recent years drug. In addition to certain negative effects on human health and the significant popularity of its income, especially among teenagers of the population, but also has its benefits, probably useful for most patients in hospice care. The paper also seeks to objectively assess the debated issue, which is the cultivation of marijuana, available in home hospice care with regard to the present legislative situation in the Czech Republic.

Key words: patients in hospice care, marijuana, cannabis, medical effects, the legislative conditions.

Úvod

Každá droga působí stimulací centrálního nervového systému. Tato oblast reguluje chování organismu, způsobené navozením příjemně vnímaných pocitů. Zapojuje neuronální systémy, které ovlivňují lidské emoce, motivace. Nutí tak jedince vyhledávat konkrétní stimuly, které působí jako odměna (1). Rozhodující jsou dráhy z ventrálního tegmentu do limbického systému a prefrontálního kortexu /jedná se o dráhy odměny/ (2, 3). Podněty mohou být stimulovány, samozřejmě, nejen určitými drogami, ale i přirozenými zdroji jako jsou například sexuální podněty, potrava či fyzická aktivita. Základem stimulu je zvýšení dopaminergní neurotransmise /zvýšené vyplavení dopaminu/ s velice příjemně vnímaným pocitem, důležitým v evoluci člověka pro zlepšení jeho učení (4). Tento základní dopaminergní mechanismus je ovlivňován dalšími neurotransmiterovými systémy, k nimž řadíme i systém kanabinoidní. Fyziologické funkce kanabinoidního systému jsou obecně velmi komplexní a zahrnují například paměť, chuť k jídlu, modulaci bolesti, udržování homeostázy či pohybovou koordinaci (5).

Kanabinoidní systém je schopen rozpoznat celou skupinu látek. Známé 3 typy kanabinoidů, a to kanabinoidy rostlinné (fyto-kanabinoidy), endogenní (endokanabinoidy) a syntetické. Pojem konopí (kanabis) nebo konopné drogy zahrnuje různé formy psychoaktivních fyto-kanabinoidů. Konkrétně bhanga je směs listů, stonků a květů

konopí /označovaných jako marihuana, tráva, dagga, kif, grass atd., ganja jsou usušené a slisované neopylené horní květy samičích rostlin a charas je koncentrovaná pryskyřice z konopí, získaná z květů konopí mnutím a proséváním / je známý spíše jako hašiš/ (6). Konopí obsahuje alespoň doposud známých 489 chemických složek. Sedmdesát z nich tvoří fyto-kanabinoidy, tvořené celou řadou podskupin, kdy hlavními složkami jsou Δ^9 -THC /tetrahydrokanabinol, THC/ a CBD /kanabidiol/. Δ^9 -THC má vysokou / má psychotropní účinky/ a naopak CBD nízkou afinitu /nemá psychotropní účinky/ ke kanabinoidním receptorům. Právě zejména receptory CB₁ jsou v centrálním nervovém systému odpovědné za účinky kanabinoidů včetně efektu odměny, tolerance a fyzické závislosti (7).

Negativní účinky kanabinoidů

Konopí působí na tělesné i psychické funkce uživatele. K fyzickým změnám můžeme řadit například tachykardii, vasodilataci, hypotermii, bronchodilataci, hyposalivaci i hormonální a imunitní změny v organismu. Mezi hlavní psychické účinky řadíme afektivní změny s euforií, sensorické se zvýšeným vnímáním vnějších podnětů i podnětů vlastního těla, kognitivní s narušeným vnímáním prostoru i času a změny somatické s pocitem padání či „plovoucího těla“. Rychle vznikající akutní účinky konopí jsou většinou zcela vratné, minimálně toxické a závisí na individuálních dispozicích jedince /fyzický

i psychický stav, předchozí zkušenost i citlivost na působení/, sociálním prostředí, dávce a způsobu užití. Chronické působení již přináší organismu řadu nepříznivých změn, jejichž popis již překračuje zaměření tohoto příspěvku. Obecně k nim náleží zejména pravděpodobné poškození dýchacího systému s možným vznikem zhoubného onemocnění či chronické obstrukční choroby bronchopulmonální (např. 8). U uživačů konopí /adolescent je ovlivněn více než dospělý jedinec/ nalézáme také určité kognitivní deficity, které přetrvávají řadu dnů i týdnů po přerušení příjmu drogy, ale postupně odeznívají. Jedná se o narušení paměťových funkcí, pozornosti a schopnosti organizovat a integrovat komplexní informace (9, 10). Existuje pravděpodobně také riziko /zatím ale nepotvrzené/ vzniku psychotických stavů při užívání konopí, protože kanabinoidní systém ovlivňuje funkci řady neurotransmiterových systémů, důležitých v patofyziologii schizofrenie, úzkosti, poruch nálady, úzkosti i neurodegenerativních onemocnění (11, 12).

K nejvíce diskutovaným změnám můžeme řadit potenciál kanabinoidů na rozvoj závislosti. U některých chronických kuřáků marihuany nalézáme syndrom z odnětí drogy /abstinenční příznaky/ (13), který ale dominantně neurčuje závislost. U konopných drog se dříve předpokládalo, že nejsou návykové, ale toto tvrzení není jisté. Například Goodman (14) popisuje rozhodující účinky kanabinoidů. Ty spočívají v regulaci

nebo kontrole chronického stresu v mozgovém systému odměny a v emoční odezvě na stres. Narušení endokanabinoidního systému tak může zvyšovat hladinu chronického stresu a tak podpořit vývoj závislosti. Vznik závislosti je u konopných drog podstatně menší, než například u tabáku, alkoholu nebo opiátů a je ovlivněn spíše psychologickými než fyziologickými faktory (15).

Léčebné účinky kanabinoidů

V posledních letech se objevuje stále více informací o léčebných účincích kanabinoidů. Některé jsou prokázány, jiné ve fázi výzkumného ověřování. Můžeme k nim řadit příznivé účinky na spasticitu způsobenou poraněním míchy nebo roztroušenou sklerózou, na poruchy pohybu / Parkinsonovu chorobu, třes, dystonii atd./, astma, glaukom i jejich využití v léčbě obezity a kardiometabolických rizikových faktorů (9). K méně potvrzeným účinkům, protože mechanismy působení nejsou přesně odhaleny, můžeme řadit jejich vliv např. na zlepšení projevů infekcí, zánětů, alergií, ale i neuroprotektivní účinky na autoimunitní choroby, poruchy krevního tlaku a některá nádorová onemocnění (6).

U pacientů v hospicové péči lze pravděpodobně některé účinky kanabinoidů využít. Můžeme k nim řadit, vedle již výše zmíněných příznivých účinků na poruchy pohybu, zánětlivé projevy a zhoubná onemocnění, příznivý vliv na řešení poruch spánku, úzkostných poruch a zejména antiemetický účinek a tlumení bolesti. Antiemetický účinek je možné využít například u léčby celé řady maligních onkologických onemocnění. Zvracení je vážným rizikem jakékoliv radioterapie či cytostatické léčby a pro jeho řešení je nutná jeho profylaxe a léčba. Právě použití kanabinoidů /např. dronabinolu/ je v současnosti novým způsobem léčby, zejména tam, kde pacienti nereagují na konvenční léčbu (16).

Ještě přínosnější je možnost využití kanabinoidů k řešení bolesti, která doprovází naprostou většinu klientů v hospicové péči. Bolest můžeme dělit podle etiopatogeneze na somatickou, viscerální a neuropatickou, podle doby trvání na akutní a chronickou. Chronická bolest je syndromem, kdy maligní je projevem onkologických onemocnění a benigní bolest u nenádorových chorob. Nověji je chronickou bolestí /CHB/ chápána pouze nenádorová bolest a je také nazývána syndromem chronické nenádorové bolesti. Podle patofyziologických mechanismů ji můžeme dělit na následující typy: bolest nociceptivní, neuropatickou, dysautonomní, psychogenní a smíšenou (17).

Účinky konopí pro tlumení bolesti se využívaly již v 19. století. Ale až poslední desetiletí ukazuje na obrovský experimentální zájem o analgetické účinky kanabinoidů. Mechanismus působení není ještě zcela jasný. Předpokládá se, že je podobný, i když ne identický, jako u opioidů, protože kanabinoidy využívají ke svému analgetickému působení stejných okruhů mozkového kmene. Vedle vazby na specifické receptory CB₁ a CB₂ jsou pravděpodobně jejich účinky zprostředkovány i vazbou na další odlišné typy receptorů. Vedle analgetického účinku se na tlumení bolesti spolupodílejí například i jejich protizánětlivý účinek a stimulace některých specifických opioidních receptorů. Např. studie Abramse et al. (18) potvrzuje významnou podporu analgetických účinků opioidů /vnímání chronické bolesti se snížilo o 27 %/ při současné inhalaci konopí/.

Popsané účinky tak podporují léčebné využití kanabinoidů v řešení různých typů bolesti, jako jsou například chronická nenádorová bolest, nádorová bolest, centrální bolest u roztroušené sklerózy, neuropatická bolest či bolest pooperační. Mohou být využity pravděpodobně nejen samostatně, ale také v kombinaci se zástupci jiných lékových skupin (17,19). Tyto účinky potvrzuje celá řada „shrnujících“ studií z posledních let. Například Lynchův a Campbellův (20) přehled randomizovaných kontrolovaných studií využití kanabinoidů při léčbě chronické nenádorové bolesti prokázal u 15, z celkového počtu 18 výzkumů, významný analgetický účinek ve srovnání s placebem. Navíc nebyly současně zjištěny žádné závažné nežádoucí účinky.

Současná situace možnosti léčebného užití konopí v České republice

Předchozí část dokladuje, že léčebné využití konopí je výhodné u celé řady klientů v hospicové péči, kdy cílovými účinky jsou zejména chronická bolest, poruchy spánku, stavy úzkosti a úporné zvracení. Od roku 2010 nabyl v České republice účinnosti nový Trestní zákoník /zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník/, který nově upravil problematiku nedovoleného nakládání s omamnými a psychotropními látkami. Tedy jejich výrobu, přechovávání, pěstování rostlin atd. Pozor, nejedná se o žádnou legalizaci. Následně, po této legislativní změně, se formují v České republice dva názorové proudy. Jeden, který ukazuje na další nutné represivní kroky /zastoupený zejména zástupci Národní protidrogové centrály/, druhý, který usiluje o další vývoj v legalizaci léčebného využívání marihuany. K jeho

aktivitám můžeme řadit například semináře organizované Zdravotnickým výborem Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky /ZV PSP ČR/. Seminář „Perspektivy léčby konopím: zdraví, legislativa, politika“, realizovaný v roce 2010, či následný vědecký seminář ze září 2011 „Léčebné využití konopí a konopných přípravků ve světle novelizace zákona č. 167/1998 sb. O návykových látkách a nejnovějších vědeckých poznatků – krátkodobá a střednědobá perspektiva vývoje“. Mezi příspěvky odborníků i politiků např. z parlamentu, Ministerstva zdravotnictví České republiky, Státního ústavu pro kontrolu léčiv /SÚKL/ či Národní protidrogové centrály patřily k nejzajímavějším výstupům semináře z roku 2011. Například místopředseda ZV PSP ČR Štětina poukázal zejména na významnou podporu léčebného využití konopí u veřejnosti v České republice a rizika zneužívání. Záborský z Centra adiktologie upozornil na to, že restriktive současné legislativy jdou vysoko nad rámec požadavků mezinárodních smluv Organizace spojených národů, které obecně léčebné využití omamných látek umožňují a poměrně přesně specifikují podmínky a kontrolní mechanismy. Zdůraznil také určité výhody využití, k nimž řadíme nízké náklady, snadnou titraci léčebné dávky i nemožnost předávkování. Náměstek ministra zdravotnictví Plíšek se vyjádřil proti možnostem využívání samoléčby, tedy i samopěstování a doporučil vytvoření skutečně kvalitně propracovaného systému preskripce. Ředitel SÚKL Beněš ukázal na možnost hrazení léčebného konopí ze systému veřejného zdravotního pojištění a podpořil myšlenku dovozu hotového výrobku firmy Bedrocan /Holandsko/. Jedná se o palice tří odrůd konopí, u kterých se cena pohybuje na úrovni ceny konopí na černém trhu /tj. 40 – 45 eur za pětigramové balení/. Profesor Hanuš z Izraele podotkl, že ekonomicky vhodnější je konopí pěstovat v České republice, nebo jej dovážet ve velkém. Současně upozornil na benefity léčebného účinku konopí a popsal vývoj a situaci v Izraeli, kde se v současnosti konopím, pěstovaným státem licencovanými firmami, léčí 7 500 pacientů. Pro bezpečné užívání kvalitního produktu není vhodné, aby si pacienti pěstovali konopí sami. Doktor Bém podpořil využití léčebného konopí, protože pravděpodobnost jeho zneužití pacienty je velmi nízká a nežádoucí účinky, včetně závislosti jsou mizivé. Případná psychická závislost spíše souvisí se sociálním prostředím uživatele, nemocného. Také upozornil, že synergický účinek všech látek obsažených v konopí může být efektivnější, než jednotlivé izolované, někdy syntetické složky /

např. dronabinol/. Závěry semináře tak nepodpořily možnost samopěstování či samoléčby konopím. Diskutovala se pouze otázka, zda konopí dovážet, či pěstovat v České republice.

Závěr

Jak lze tedy shrnout současnost v možném léčebném využívání konopí? Existují zde stanovené podmínky a faktory, jejichž řešení pravděpodobně zůstane nejen na ošetřujícím lékaři, ale také na osobním rozhodnutí jedince v hospicové péči a jeho rodiny. Ty jsou založeny na předpokladu pravděpodobně vysoce pozitivních účinků kanabinoidů a potřebě zajistit co nevhodněji jeho zdravím podmíněnou kvalitu života v tomto období. Chceme současně upozornit, že náš příspěvek má objektivně zhodnotit současnou situaci a není návodný k porušování legislativních norem v České republice. Lze jistě využít i celou řadu dalších léčiv s podobnými, možná i lepšími účinky, než mají kanabinoidy. Jaká jsou východiska?

a) Čekat na další vývoj legislativních změn. Poslanecká sněmovna České republiky má v tomto období projednávat další návrh legislativních změn pracovní skupiny pod záštitou premiéra Nečase, která vysoce pravděpodobně neumožní samopěstování konopí. Předpokládá se, že podpoří proces, který umožní užití konopí pro léčbu a výzkum. Výsledkem bude vytvoření systému, kdy bude stát řídit vydávání léčebného konopí pacientům. K jeho základním charakteristikám bude pravděpodobně patřit vznik seznamů nemocí vhodných pro léčbu kanabinoidy, systém kontrolované preskripce a poměrně vysoké finanční nároky na tyto léky. Stát totiž předpokládá dovoz konopí ze zahraničí a bude souhlasit s poměrně vysokou finanční spoluúčastí pacienta. Lze předpokládat, že pacient, který bude potřebovat na svou měsíční léčbu asi 50 – 100 gramů konopí, zaplatí možná téměř 20-tisíc Kč, tj. částku, která je v současnosti srovnatelná s cenami na černém trhu.

- b) Nakupovat výrobky, které jsou dostupné a vyráběné z technického konopí /zejména masti/. Zákonem je dovoleno pěstovat rostliny konopí, označované jako „technické“, které obsahují méně než 0,3% Δ^9 -THC. Prodejci dokladované působné ostatních kanabinoidů obsažených v technickém konopí ale jistě nezastoupí účinky Δ^9 -THC.
- c) Nakupovat suroviny a výrobky z léčebného konopí na černém trhu. V tomto případě se jedná o finančně poměrně nákladnou záležitost a porušíme současnou legislativu. Trestní zákoník neřeší samotný akt nákupu, postihuje ale neoprávněné přechovávání či pěstování konopí.
- d) Zejména v domácí hospicové péči existuje možnost samopěstování konopí, které může být po zpracování následně aplikováno nejen lokálně /ve formě masti/, ale také inhalačně či perorálně /čaje, oleje, másla, mléka atd./. Existují zde tisíce nabídek prodeje různých rostlin /dokonce existuje akce Semínka seniorům, s nabídkou semen léčebného konopí zdarma všem žadatelům/, zejména na internetu. Jedná se v tuto chvíli o poměrně velice „levnou záležitost“, protože vypěstováním 3 - 5 vzrostlých rostlin konopí lze získat až 3 kg zelené sušiny konopí. V tomto případě si musíme ale uvědomit, že jsou zde nastaveny podmínky Trestního zákoníku. Neoprávněné pěstování a také přechovávání konopí, i pro vlastní potřebu, je nezákonné a postižitelné. Při malém množství může být v přestupkovém řízení uložena pokuta až do výše 15 000 Kč, při větším množství může být uložen trest odnětí svobody až na 1 rok u přechovávání a u pěstování na 6 měsíců, peněžité trest nebo propadnutí věcí a majetku. Malým množstvím je chápáno zajištění marihuany v množství menším než 15 gramů sušiny, u hašiše je to méně než 5 gramů.

Literatura

- Haber SN, Knutson B. The reward circuit: linking primate anatomy and human imaging. *Neuropsychopharmacology* 2010; 35(1): 4-26.

- Bromberg-martin ES, Matsumoto M, Hikosaka O. Dopamine in motivational control: rewarding, aversive, and alerting. *Neuron* 2010; 68(5): 815-34.
- De araujo IE, Ren X, Ferreira JG. Metabolic sensing in brain dopamine systems. *Results Prob. I Cell. Differ.* 2010; 52: 69-86.
- Lajtha A, Sershen H. Heterogeneity of reward mechanisms. *Neurochem. Res.* 2010; 35(6): 851-867.
- Fernandez-ruiz J, Hernandez M, Ramos J. Cannabinoid-dopamine interaction in the pathophysiology and treatment of CNS disorders. *CNS Neurosci. Ther.* 2010; 16(3): 72-91.
- Fišar Z. Kanabinoidy a duševní poruchy. *Čes. Slov. Psychiatr.* 2008; 104(6): 297-307.
- Mcpartland JM, Glass M, Pertwee RG. Meta-analysis of cannabinoid ligand binding affinity and receptor distribution: interspecies differences. *Br. J. Pharmacol.* 2007; 152(5): 583-593.
- Aldington S. et al. Cannabis use and cancer of the head and neck: case-control study. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2008; 138(3): 374-380.
- Fišar Z. Phytocannabinoids and Endocannabinoids. *Current Drug Abuse Reviews* 2009; 2(1): 51-75.
- Solowij N, Battisti R. The chronic effects of cannabis on memory in humans: a review. *Current Drug Abuse Reviews* 2008; 1(1): 81-98.
- Ben Amar M, Potvin S. Cannabis and psychosis: what is the link? *J. Psychoactive Drugs* 2007; 39(2): 131-142.
- D'souza DC. Cannabinoids and psychosis. *Int. Rev. Neurobiol.* 2007; 78: 289-326.
- Budney AJ, Hughes JR. The cannabis withdrawal syndrome. *Curr. Opin. Psychiatry* 2006; 19(3): 233-238.
- Goodman A. Neurobiology of addiction. An integrative review. *Biochem. Pharmacol.* 2008; 75(1): 266-322.
- Nutt D. et al. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet* 2007; 369(9566): 1047-1053.
- Vyzula R. et al. Zásady cytostatické léčby maligních onkologických onemocnění. Brno: Masarykův onkologický ústav 2012: 2010 ISBN 978-80-867-9322-1.
- Nosková P. Chronická bolest, diagnostika, terapie. *Interni Med.* 2010; 12(4): 200-204.
- Abrams DL. et al. Cannabinoid-opioid interaction in chronic pain. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2011; 90(6): 844-851.
- Vondráčková D. Farmakoterapie neuropatické bolesti. *Klin. Farmakol. Far.* 2009; 23(4): 181-186.
- Lynch ME, Campbell F. Cannabinoids for treatment of chronic non-cancer pain: a systematic review of randomized trials. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 2011; 72(5): 735-44.

prof. MUDr. Ladislav Pyšný, CSc., MPH.,
*Katedra sociální práce, Fakulta
 zdravotnictví a sociální práce
 Trnavská univerzita, Univerzitné
 námestie 1, 918 43 Trnava
 l.pysny@seznam.cz*

Bazálna stimulácia v hospicovej starostlivosti

Mgr. Anna Michňová, doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD.

DOM Božieho milosrdenstva, n. o. – hospic, Banská Bystrica

Katedra sociálnej práce, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava

Koncept bazálnej stimulácie má pôvod v oblasti špeciálnej pedagogiky. V 80. rokoch minulého storočia bol integrovaný do ošetrovateľskej starostlivosti profesorom Christelom Biensteinom. Základnými prvkami konceptu sú vnímanie, pohyb a komunikácia. Bazálna stimulácia rešpektuje rôzne vývojové stupne schopnosti vnímať. Rozvíja sa už v embryonálnej fáze. Pracuje s dotykom a kladie veľký dôraz na kvalitu dotyku aj u pacientov v bezvedomí i v záverečnom štádiu ochorenia. Nečakané a necielené dotyky vyvolávajú pocit neistoty a strachu. Vhodnými miestami na dotyk sú miesta na celej hornej končatine. Aj komunikácia s ľuďmi, ktorí sa nedokážu vyjadrovať, je veľmi náročná. Vyžaduje si nielen znalosť danej problematiky, ale i dostatočnú dávku vlastného citu, zaznamenávanie reakcií človeka, pretože tie sa môžu prejavovať len nepatrnými signálmi. Pri príprave individuálnych plánov a poskytovaní profesionálnej starostlivosti je dôležité spísanie biografickej anamnézy.

Kľúčové slová: bazálna stimulácia, bezvedomie, iniciálny dotyk, pacient.

Basal stimulation in hospice care

The concept of basal communication has its origin in the sphere of special pedagogy. In 80-ties resp years of last century this concept was integrated into nursing care by professor Christel Bienstein. Basic elements of concept are perception, movement and communication. Basal stimulation respects various developmental degrees of ability to perceive. It develops already in embryonal phase. It Works with touch and it puts great emphasis on the quality of touch also at unconscious patients and patients at terminal stage of illness. Unexpected and aimless touches raise the feeling of uncertainty and fear. Suitable places for touch are places on whole upper limb. Also communication with people who cannot express themselves is very demanding. It requires not only knowledge of given problematics, but also sufficient dose of own feeling, recording the reactions of man, which can be expressed only by slight signals. It is important to make a list of biographic anamnesis at the preparation of individual plans and providing professional care.

Key words: basal stimulation, unconsciousness, initial touch, patient.

V hospicovej starostlivosti sa snažíme naplniť dni chorého človeka činnosťami, ktoré ho zaujímajú a naplňujú. Sprevádzame jeho i rodinných príslušníkov, pretože majú nezastupiteľnú rolu v hospicovej starostlivosti. Hospicová starostlivosť nesľubuje uzdravenie, ale pomáha v utrpení a skvalitňuje vnútorné prežívanie pacientov aj vhodnou ošetrovateľskou metódou prostredníctvom bazálnej stimulácie (BS). K BS sa využívajú podnety, ktoré pacient poznal pred ochorením: hlasy príbuzných a priateľov, ich dotyky, obľúbené a známe vône, polohy tela a obľúbená hudba. Nie je v rozpore s filozofiou hospicu, ale naopak, dopĺňa ju.

Koncept bazálnej stimulácie

Autorom konceptu bazálnej stimulácie je pedagóg profesor Dr. A. Frohlich. Pracoval s deťmi postihnutými somatickými a intelektovými zmenami. Ľudské telo má schopnosť vnímať a prijímať signály a reagovať cez komunikačný kanál somatického, vestibulárneho a vibračného vnímania. Na tomto princípe nadviazal úspešnú komunikáciu s postihnutými deťmi. Profesorka Ch. Biensteinová (pôvodne zdravotná sestra) priniesla koncept do ošetrovateľskej starostlivosti v 80. rokoch minulého storočia. Koncept sa rozšíril do oblasti geriatrickej, neontologickej,

psychiatrickej i paliatívnej. Vďaka dosiahnutým výsledkom sa stal komunikačným, interakčným a vývoj podporujúcim stimulačným konceptom. Využíva sa u telesne i mentálne postihnutých pacientov, u pacientov v kóme a umierajúcich, u ľudí s postihnutým vnímaním (1).

BS podporuje v najzákladnejšej rovine ľudské vnímanie. Každý človek vníma pomocou zmyslov seba samého a okolie. Základnými prvkami sú pohyb, komunikácia a vnímanie, ktoré sa navzájom ovplyvňujú. BS podporuje všetky oblasti cielenou stimuláciou zmyslových orgánov. Cieľom BS je aktivácia mozgovej činnosti. Orientuje sa na oblasti ľudských potrieb a kladie dôraz na stav pacienta a jeho vek (1).

BS znamená ošetrovateľskú, vysoko profesionálnu, terapeutickú, kvalitnú, individuálnu a humanú starostlivosť. Dôležité je umožniť klientovi vnímať vlastný život, poznať okolitý svet, zaistiť vývoj, rozvíjať vlastný rytmus, poskytnúť pocit istoty a dôvery. Príbuzní sú takisto vyzývaní do aktivity. Prinášajú obľúbené veci s charakteristickou vôňou domova. Ošetrovateľská intervencia by mala byť prevádzaná s vedomím cielennej stimulácie zachovalých aj oslabených pacientových zmyslov. Nezabúdame pacientovi umožniť zažiť zmysel a význam vecí alebo konaných činností (2).

Ak má mať bazálna stimulácia pozitívne výsledky, mali by byť všetci pracovníci, ktorí prichádzajú do styku s pacientom, preškolení. Aj keď sa fyzicky nezapájajú do aktivít, sú súčasťou prevádzky na oddelení, musia rešpektovať zásady bazálnej stimulácie: napríklad oznámiť svoj príchod aj odchod z izby, komunikovať s pacientom počas práce, použiť iniciálny dotyk. Musia chápať dôvod používania BS a jej význam. Bazálna stimulácia dáva ošetrovateľstvu úplne inú dimenziu a chápe ošetrovateľské zásahy ako individuálne odporúčania. Na pacienta s poruchami vnímania, hybnosti a komunikácie pozerá ako na partnera a nepracuje s jeho deficitmi, ale so zachovalými schopnosťami.

Medzi prvky BS zaraďujeme nasledovné **formy stimulácie:** somatickú, vestibulárnu, vibračnú, optickú, auditívnu, orálnu, olfaktorickú a taktilno-haptickú. Nezabúdame dodržiavať „Desatoro bazálnej stimulácie“.

Somatická stimulácia

Somatická stimulácia umožňuje sprostredkovať klientove vnemy zo svojho tela a stimulovať vnímanie. Imobilita a nečinnosť má za následok stratu spomienok na pohyb a zmeny vo vnímaní vlastného tela: pacienti po úrazoch mozgu, po náhlej cievnnej mozgovej príhode, deti s detskou

mozgovou obrnou... Najzákladnejšou formou somatickej stimulácie je dotyk, je to najjednoduchšia prirodzená forma komunikácie bez slov. Lakavé a chaotické dotyky môžu viesť k zvýšenému svalovému tonusu a k nežiaducej reakcii organizmu (3).

Upokojujúca somatická stimulácia

Podľa Friedlovej (3) sa somatická stimulácia využíva aj pri celkovom kúpeľi. Upokojujúcu somatickú stimuláciu aplikujeme u pacientov s ťažkým somatickým postihnutím s cieľom stimulovať ich hybnosť a vlastnú aktivitu, u predčasne narodených detí, u pacientov vo vigilných kómach s cieľom stimulovať vnímanie vlastného tela, u nepokojných pacientov, u pacientov v predoperačnej starostlivosti s cieľom zmierniť úzkosť, v pooperačnej starostlivosti s cieľom redukovať stavy zmätenosti a dezorientácie v prebúdzajúcej sa fáze po anestézii, u pacientov s hyperaktivitou, s tachykardiou, s rôznymi typmi demencií, s poruchami spánku, s úzkosťou a so zvýšeným svalovým tonusom s cieľom uvoľniť svalové napätie. Využíva sa aj ako nefarmakologická možnosť na tlmenie bolesti, u umierajúcich pacientov s cieľom poskytnúť empatickú a humánnu sprevádzajúcu starostlivosť. Umývame v smere rastu chlpov od ramien ku končekom prstov a dolné končatiny od panvy ku končekom prstov. Používame vodu teplú 37 °C až 40 °C, umývame vrecúškom alebo hubkou.

Povzbudzujúca somatická stimulácia

Ak potrebujeme pacienta povzbudiť kúpeľom, aplikujeme **povzbudzujúcu somatickú stimuláciu**. Uplatňujeme ju u pacientov so zníženým svalovým napätím, u depresívnych a apatických pacientov, u pacientov v kóme, vo vigilných kómach, v sopore a somnolencii. Nepoužívame ju u klientov dezorientovaných, nepokojných, s čerstvým krvácaním do mozgu a so zvýšeným intrakraniálnym tlakom, s Morbus Parkinson, s hypertenziou a tachykardiou (3).

V našej praxi sa nám osvedčilo umývanie vrecúškami alebo hubkami, pričom voda je teplá 28 – 33 °C. Je potrebné dať pozor na hodnoty krvného tlaku.

Neurofyziologický stimulujúci kúpeľ

Klientom s poruchami hybnosti na jednej polovici tela alebo v niektorých častiach tela umožňujeme znovu vnímať **neurofyziologickým stimulujúcim kúpeľom**. Dôraz kladieme na to, aby pacient počas stimulácie opticky kontroloval stimulované časti tela. Pri asistovanej stimulácii terapeut vedie postihnutú ruku klienta. Dráždením (opakovaním) sa obnoví pamäťová stopa, napríklad chytíme hornú končatinu za

lakeť, dáme mu do ruky žinku a umývame s ním jeho tvár alebo inú časť tela – robíme s ním pohyb, ktorý dlho poznal.

Polohovanie

Podľa Friedlovej (3, 4) po 30 minútach dochádza k strate pocitu vlastných telesných hraníc.

Polohovanie podporujeme technikami polohovania, telo pacienta ohraničujeme pomôckami. Po takzvanom mikropolohovaní dlhšom ako 90 minút dochádza k habituácii. Telesnú pozíciu meníme:

- prepletením prstov na rukách,
- položením rúk na hrudník,
- ohnutím horných končatín smerom k telu,
- prekřížením dolných končatín,
- uchopením nohy rukou,
- polohovaním na tvrdých a mäkkých matracoch,
- zmenou polohy pomocou zrolovaných uterákov a malých vankúšov,
- polohovaním pomocou perličkových polohovacích vankúšov.

U pacientov dlhodobo ležiacich, u nepokojných a agresívnych pacientov používame polohu **múmie**. Pacienta zabalíme do deky tak, že dáme pod pacienta deku a balíme ho do deky zatahovaním od dolných končatín smerom k hlave. Niekedy použijeme dve deky. V tejto polohe sa odporúča nechať pacienta 20 až 30 minút, pretože je to veľký zásah do organizmu. Ak pacient zaspí, pomaličky ho odbalujeme tak, aby sme ho nezobudili. V polohe **hniezdo** umožňujeme pacientom oddýchnuť si a navodiť príjemné pocity. Pomocou pomôcok robíme okrúhly alebo oválny tvar. Pacient leží na chrbte, prípadne ľavom a pravom poloboku.

Najdôležitejšia stimulácia je somatická a jej najdôležitejší prvok je dotyk. Je dôležité, aby sa pacientovi dostávalo jasných a cielených dotykov. Iné dotyky vyvolávajú neistotu, strach a zmätok. U pacienta sa objavujú aj obranné reakcie: zmena pulzu, zvýšený svalový tonus, zvýšená tvorba slín, zrýchlené dýchanie, krik. Ošetrovateľská starostlivosť je zameraná na obnovenie pamäťovej stopy (4).

Masáž stimulujúca dýchanie

Masáž stimulujúca dýchanie (MSD) je jedna z najťažších techník konceptu BS. Jej cieľom je dosiahnutie pokojného a hlbokého dýchania. Dýchanie je biologická potreba. Zmenené dýchanie signalizuje telesné alebo psychické aktivity, prípadne ich obmedzenie. MSD dostatočným kontinuálnym tlakom našich rúk je prevedená masážou v oblasti chrbta alebo hrudníka. Medzi pacientom a terapeutom vzniká komunikačný proces, ktorý poskytuje uvoľnenie a pocit istoty. Najvýznamnejšie

postavenie majú zohriate ruky ošetrojúceho bez rukavíc a šperkov. MSD je účinná u pacientov s bolestami, poruchami spánku, u depresívnych, onkologických a dementných pacientov (3).

Vestibulárna stimulácia

Vestibulárna stimulácia je založená na zlepšení priestorovej orientácie a vnímaní pohybu. Zdravý človek sa neustále pohybuje, vestibulárny aparát tak získava stály prísun podnetov. Človek s obmedzenými pohybovými aktivitami dostáva vestibulárnych podnetov veľmi málo. Vestibulárne vnímanie nás informuje o našej polohe a pohybe v priestore. Ak dochádza k zmene polohy len veľmi málo, stráca vestibulárny aparát schopnosť reagovať na zmenu polohy a dochádza k:

- nauzei,
- poruchám orientácie na vlastnom tele a priestore,
- zmenám svalového napätia,
- ku kolapsu.

Indikáciou na vestibulárnu stimuláciu sú pacienti imobilní dlhšie ako 3 dni, pacienti s obmedzenou možnosťou pohybu, nepokojní, tí, ktorí sú dlhší čas na umelej pľúcnej ventilácii, pacienti vo vigilnej kóme a predčasne narodené deti. Vykonávame ju veľmi pomalými a ľahkými otáčavými pohybmi hlavy, hojdačmi pohybmi na lôžku, napr. v polohe múmie, v hojdačkách, hojdačích kreslách, trampolínach a závesných látkových hojdačích vakoch (3).

Vibračná stimulácia

Pomocou **vibračnej stimulácie** stimulujeme kožné receptory, sprostredkujeme klientovi intenzívne vnemy z jeho tela. Využíva sa predovšetkým u pacientov vo vigilných kómach, s hlbokou mentálnou retardáciou, pri príprave na vnímanie pohybu pri následnej vertikalizácii a mobilizácii. Na vibráciu sa využívajú technické predmety: batériové vibrátory, holiaci strojček, elektrická zubná kefka, vibrujúce hračky, ležadlá a sedadlá alebo vlastné ruky.

Alternatívami sú:

- hlas – položíme ruky pacienta na hrudný kôš a necháme ho hovoriť,
- ruky – ošetrojúci vibruje oboma rukami na tele pacienta,
- elektrické prístroje – necháme ich pôsobiť na matraci, na ktorom pacient leží alebo mu ich vkladáme do ruky,
- vibračné hračky,
- vibračné hadice.

Miestami aplikácie vibračnej stimulácie je dľaň, lakeť, rameno alebo päta, vnútorná alebo vonkajšia strana kolena a hrebeň bedrovej kosti (3).

Optická stimulácia

Zahraničná literatúra uvádza, že až 24 % obyvateľov DSS je zrakovo natoľko postihnutých, že ich môžeme zaradiť do kategórie slepých a 35 % všetkých ľudí závislých od ošetrovateľskej starostlivosti trpí zrakovou nedostatnosťou. Príčinami sú zmeny zrakového vnímania v dôsledku starostlivosti, zmeny zrakového vnímania spôsobené pôsobením liekov, zmeny na podklade ochorení následkom úrazu. Okolie pacientov v rôznych zariadeniach je nemenné, bez podnetov, čiže destimulujúce. Ide o prostredie stále rovnaké, v odbornej terminológii nazývané ako homogénne pole. Dôležitá je **optická stimulácia**: ponúkať podnety, ktoré sú zreteľne svetlé a zreteľne tmavé, voliť farebné oblečenie klientov, personálu a posteľnej bielizne. Obrázky majú mať dostatočnú veľkosť, vystavujeme tie, ktoré pacient pozná a majú byť umiestnené do zorného poľa pacienta. Nebezpečné sú abstraktné kresby. Fotografie a obrázky umiestňujeme na okraj jeho zorného poľa tak, aby bol nútený vyvinúť pohybovú aktivitu. Bezpečné sú detské kresby – sú vždy definovateľné, majú jednoduché tvary a výrazné farby. Nesmieme zabudnúť na nasadenie okuliarov, ak ich pacient pred ochorením nosil (1).

Auditívna stimulácia

Cieľom **auditívnej stimulácie** je stimulácia sluchového vnímania a rozlišovacia schopnosť pre jednotlivé zvuky. Vhodná je kombinácia s iniciálnym dotykom. Treba zvoliť zreteľnú formu: rozlíšiť, kedy sa hovorí s pacientom a kedy s jeho okolím. Možnosti auditívnej stimulácie:

- hudba – ponúknuť slúchadlá, ak má pacient túto skúsenosť (nasadené slúchadlá eliminujú možnosť prirodzenej zvukovej kulisy),
- rozprávanie – najvhodnejší je hlas príbuzných a čítanie známych príbehov,
- spev – využíva sa ako rozprávanie, môže slúžiť ako forma nácviku reči logopédom,
- nástroje, ktoré cítiť aj telom (4).

U umierajúcich pacientov využívame na auditívnu stimuláciu hlasy rodinných príslušníkov. Ak pacient v agónii už nerozpráva, na základe rôznych svedectiev sa predpokladá, že počuje. Preto najbližších príbuzných nabádame do toho, aby pacientovi rozprávali to, čo je vhodné, aby počul. Aby mu oznámili každý výkon, ktorý budú realizovať v jeho blízkosti, aby sa nezľakol. Je veľmi vhodné, aby ho držali za ruku alebo predlaktie. Signály, ktoré pacient vysiela, vidíme napríklad na malíčku: pohne sa. Zrýchli sa mu akcia srdca, ktorú meriame na zápästnej tepne. U niektorých pacientov pozorujeme zmeny v dýchaní alebo slzy v očiach.

Orálna stimulácia

Orálna stimulácia sprostredkuje pacientovi vnemy z jeho úst a stimuluje vnímanie. Umožňuje pacientovi ochutnávať niečo príjemné, obľúbené, na základe jeho autobiografickej anamnézy. Ústa umožňujú človeku zistiť, akú majú jednotlivé veci:

- chuť
- vôňu
- konzistenciu
- tvar

Friedlová (4) odporúča pred orálnou stimuláciou najskôr aplikovať somatickú stimuláciu tvárovej časti hlavy – sú tak stimulované slinné žľazy. Pri prijímaní potravy i orálnej stimulácii je dôležitá poloha človeka. U pacientov prijímajúcich potravu na lôžku je nutné udržať pozíciu sedu, panva by nemala byť predsunutá pred pleťenec horných končatín. V starostlivosti o ústnu dutinu sú vhodné molitanové štetôčky. Na orálnu stimuláciu je vhodné používať tzv. **cmúľacie vrecúška**. Ide o kúsky potravy zabalené v gáze. Vačok vložíme do ústnej dutiny a vhodným spôsobom sa zafixuje. Pri jedení a kŕmení treba umožniť pacientovi vhodnú pozíciu, neponáhľať sa, po každom prehltnutí chvíľku počkať. Skôr ako vložíme pacientovi do úst ďalšiu porciu, musia byť jeho ústa vyprázdnené. Po jedle umožníme pacientovi starostlivosť o ústnu dutinu. Po jedle nechať pacienta 30 minút v sede, ak je to možné.

V praxi sa nám stáva, že ak pacientovi v bdelej kóme vložíme v cmúľacom vrecúšku známu a obľúbenú stravu, fixuje na nás pohľad, akoby čakal, čo sa bude diať ďalej. V súčasnosti využijeme u pacienta podávanie cukríkov, ktoré mal rád ešte pred ochorením. Zabalíme ich do gázového štvorca, zaviažeme šnúrkou a vložíme do ústnej dutiny. Vonkajší koniec gázy prifixujeme o líce pacienta leukoplastom. Výzor pacientovej tváre sa zmení, akoby „ožil.“ Roztvorí oči, pomaly pohne perami a kýva jazykom. Je to krásne, ak pacient spolupracuje aj v takomto stave.

Olfaktorická stimulácia

Vône a pachy sú pre ľudský organizmus hlavné provokatéri spomienok. Mnoho vôní a pachov je obsiahnutých v autobiografii v spojení s pozitívnymi či negatívnymi spomienkami. Úzko súvisí **s orálnou stimuláciou**. Zisťujeme, aké vône pacient uprednostňoval, aby sme nevyvolali negatívnu stimuláciu (1).

Taktilno-haptická stimulácia

Ľudské ruky majú schopnosť rozpoznávať predmety – počas života sa skúsenosti uchovávajú v pamäti. Nepokojní pacienti majú ruky veľ-

mi aktívne a ťahajú za zavedené permanentné katétre. Robia to z nasledovných dôvodov:

- potrebujú identifikovať predmet, ktorý nahmatali,
- potrebujú taktilno-haptickú stimuláciu,
- ruka je spolu s ústami najaktívnejšia časť tela.

Medzi predmety používané **na taktilno-haptickú stimuláciu** patria obľúbené predmety, hračky, predmety užívané na výkon povolania, predmety denného života. Taktilno-haptická stimulácia je založená na vnímaní dotyku, tlaku, napätia, chladu, tepla, vibrácie. Schopnosť ľudskej ruky rozpoznávať predmety umožňuje získavať skúsenosti a uchovávať ich v pamäti. Ruka je spolu s ústami najaktívnejšie miesto na tele (1).

Biografická anamnéza

Spísanie biografie je dôležitá časť ošetrovateľského procesu. Môže výrazne pomôcť pri príprave individuálnych plánov a poskytovaní profesionálnej starostlivosti. Starostlivosť poskytovaná na základe biografickej anamnézy znamená porozumieť jedincovi a pochopiť jeho správanie (4).

Integrácia konceptu bazálnej stimulácie do ošetrovateľskej starostlivosti

Kapacita ľudského mozgu je veľká. Rozvíjať stratené vnímanie je možné na základe pridávania vhodných podnetov. Ak má byť stimulácia úspešná, musíme úzko spolupracovať s rodinou. Získané informácie majú cenu zlata.

Aj chuťová stimulácia je veľmi silná. Využili sme ju aj u pána J., ktorý bol v kóme. Jeho matka mala skúsenosti s BS, pretože s ním absolvovala pobyt vo viedenskej nemocnici Otta Wagnera, kde sa špecializujú na bdelú kómu prostredníctvom BS. S matkou sme sa dohodli na tréningu príjmu potravy, ktorá mu bola predtým aplikovaná len cez perkutánnu endoskopickú gastrostómiu (PEG). Priniesla z ich záhradky jahody, roztlačila vidličkou a pridala cukor. Pána J. sme posadili do špeciálneho vozíka tak, aby bola hlava opretá o vozík. Pred prvým podaním som najskôr manuálne stimulovala slinné žľazy somatickou stimuláciou tváre. Pacientovi sme umožnili jahody nielen vidieť, ale aj vnímať čuchom. Lyžičku s popučenými jahodami som priložila na peru, potom na jazyk. Nečakala som, že pacient prehltne už prvú dávku. Potom pokračovali ďalšie. V nácviku príjmu potravy sme pokračovali aj na ďalší deň tvarohovým krémom, potom ďalšími obľúbenými jedlami v kašovitej forme, ktoré matka nosila z domu. Dnes je pacient už štyri mesiace doma – v známom prostredí. Udržiava očný kontakt

s okolím, vydrží sedieť v kresle alebo v špeciálnom invalidnom vozíku až päť hodín, pozerá televíziu, po záťaži počas dňa v noci mierne chrápe, cez deň vydáva zvuky, prijíma potraviny v kašovitej forme, tekutiny rodičia aplikujú cez PEG.

Záver

Pacient nevie, čo sa deje s jeho telom. Prechádza štádiami spánku a plného bdenia. Tento stav nie je pasívny, ale aktívna životná činnosť, ktorá sa zastavila na najhlbšej úrovni vedomia. BS je spôsob, ako chorému s postihnutým vnímaním môžeme uľahčiť chápanie okolitého sveta a niekedy i návrat späť. Hlavným východiskom je predpoklad vcítania sa do vnímania chorého, venovať pozornosť jeho potrebám a požiadavkám (6).

Bazálna stimulácia nie je závislá od špeciálnych prístrojov alebo pomôcok a nie je preto záťažou pre zdravotnícke zariadenie. Je náročná na kreativitu zdravotníckeho personálu, zabraňuje syndrómu vyhorenia, lebo personál musí rozmýšľať. Jedinou podmienkou je dobre vyškolený personál a motivácia humánneho prístupu v ošetrovateľskej praxi smerom k potrebám chorého.

Literatúra

1. Friedlová K. Bazální stimulace v základní ošetrovateľské péči. Praha: Grada Publishing, a. s. 2007: 168, ISBN 978-80-247-1314-4.
2. Friedlová K. Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství. 3.vyd. Frýdek-Místek: Institut bazální stimulace s. r. o. 2009: 50, ISBN 80-239-6132-2.
3. Friedlová K. Bazální stimulace. Nadstavbový modul II. 8. vyd. Frýdek-Místek: Institut bazální stimulace, s. r. o. 2011: 25.

4. Friedlová K. Bazální stimulace. Základný modul I. 10. vyd. Frýdek-Místek: Institut bazální stimulace s. r. o. 2011: 3.
5. Martinková J. Možnosti bazální stimulácie. In: Sestra a lékař v praxi, ISSN 1335-9444, 2010; (9): 42–43.
6. Šandorová I. Bazální stimulace u klientů s dg. perzistentního vegetativního stavu. In: Sestra, ISSN 1210-0404, 2008; (18) 9: 8–9.

Mgr. Anna Michňová

DOM Božieho milosrdenstva, n. o. – hospic
Ul. Tibora Andrašovana 44,
974 01 Banská Bystrica
michnova.anna@gmail.com

Finančná hodnota personálu v hospici

Ing. Magdaléna Veselská, Dip Mgmt

Rímskokatolícka cyrilometodská bohoslovecká fakulta UK

Slovenská katolícka charita, Bratislava

Tento článok sa zaoberá analýzou finančnej hodnoty personálu v hospici. V analýze autor vychádza z legislatívneho a ekonomického prostredia na Slovensku a konkrétne údaje spracúva na základe osobnej skúsenosti a zo zdrojov poskytnutých 60 % hospicmi. Pri pokuse o určenie finančnej hodnoty personálu hospicu je potrebné vychádzať jednak z manažérskych a finančných teórií používaných v praxi, ako aj zohľadniť špecifickosť poskytovanej služby v rámci neziskového sektora a charitatívnych organizácií.

Kľúčové slová: hospic, zdravotná starostlivosť, náklady na poskytovanie služby, zdroje financovania, mzdové náklady.

Financial value of the hospice staff

This article comprises the analysis of the financial value of the hospice staff. Author based the analysis on legislative and economic background in Slovakia and the analysis was prepared on concrete data from 60% of hospices in Slovakia. To estimate the financial value of the hospice staff it is important to use managerial and financial tools used in praxes and to take into consideration specific type of this service within the non-profit sector and charitable organizations.

Key words: hospice, health care, costs of services, financial resources, personal costs.

Úvod

„Spôsob, ako ľudia zomrú, ostáva v pamäti tých, ktorí žijú naďalej.“
(Dame Cicely Saundersová) (1)

Hospic je zdravotnícke zariadenie zamerané na starostlivosť o terminálne chorého pacienta a jeho blízkych. Hospic nie je len inštitúcia, ale aj filozofia a komplexný a holistický prístup ku klientovi. Hospicová starostlivosť sa zameriava na kvalitu života a lieči v prvom rade pacienta, nie iba chorobu a jej symptómy. Zakladateľka hospicu moderného typu Dame Cicely Saundersová zaviedla nový prístup k manažmentu bolesti, ale aj komplexný a holistický prístup k pacientovi a jeho blízkym v napĺňaní nielen jeho fyzických potrieb medicínskej a ošetrovateľskej starostlivosti, ale aj psychologických, sociálnych a spirituálnych potrieb. Hospicová

starostlivosť je orientovaná na klienta a poskytuje ju multidisciplinárny tím odborníkov a laikov.

Svetová zdravotnícka organizácia WHO (2) definuje paliatívnu starostlivosť ako „prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich blízkych zoči-voči život ohrozujúcemu ochoreniu tak, že včas identifikuje a neodkladne diagnostikuje a lieči bolesť a iné fyzické, psychosociálne a duchovné problémy, a tým predchádza a zmierňuje utrpenie.“

Hlavným poslaním hospicovej a paliatívnej starostlivosti je byť s človekom a byť pre človeka v posledných chvíľach jeho života.

Podľa zakladateľky prvého hospicu v Českej republike Marie Svatošovej myšlienka hospicu vychádza z úcty k životu a z úcty k človeku, ktorý je jedinečnou a neopakovateľnou bytosťou. Hospic chorému a jeho blízkym garantuje, že:

- nebude trpieť neznesiteľnou bolesťou,

- v každej situácii sa bude rešpektovať jeho ľudská dôstojnosť

- v posledných chvíľach svojho života nezostane sám. (3)

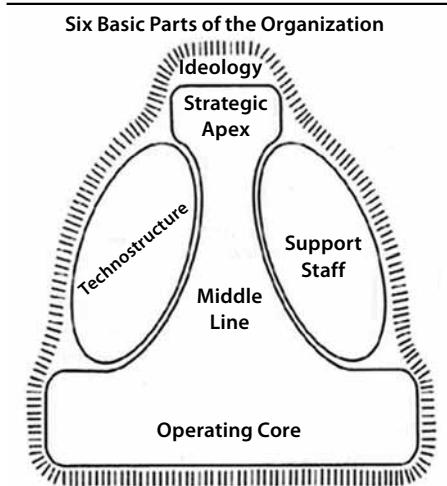
Menované zásady, ktoré vychádzajú z hlavného posolania hospicu, zároveň tvoria hlavné ciele pre manažment zabezpečujúci hospicovú a paliatívnu starostlivosť.

Paliatívna starostlivosť zahŕňa zdravotnú starostlivosť, ošetrovateľskú starostlivosť, rehabilitáciu, psychologickú starostlivosť, liečebno-pedagogickú starostlivosť (u detí), duchovnú starostlivosť a sociálne poradenstvo. (4)

WHO (2) vymenúva a špecifikuje jednotlivé úlohy paliatívnej starostlivosti, medzi inými aj:

- zabezpečiť tímovú starostlivosť o potreby pacienta a jeho blízkych vrátane podpory smútiacich,

Obrázok 1. Organizačná štruktúra podľa Mintzberga (6) (7)



- integrovať psychologické a spirituálne aspekty starostlivosti o pacienta.

Paliatívnu starostlivosť by mal preto zabezpečiť multidisciplinárny tím lekárov, sestier a iných zdravotníckych pracovníkov, psychológov, špeciálnych pedagógov/liečebných pedagógov, sociálnych pracovníkov, duchovných a dobrovoľníkov.

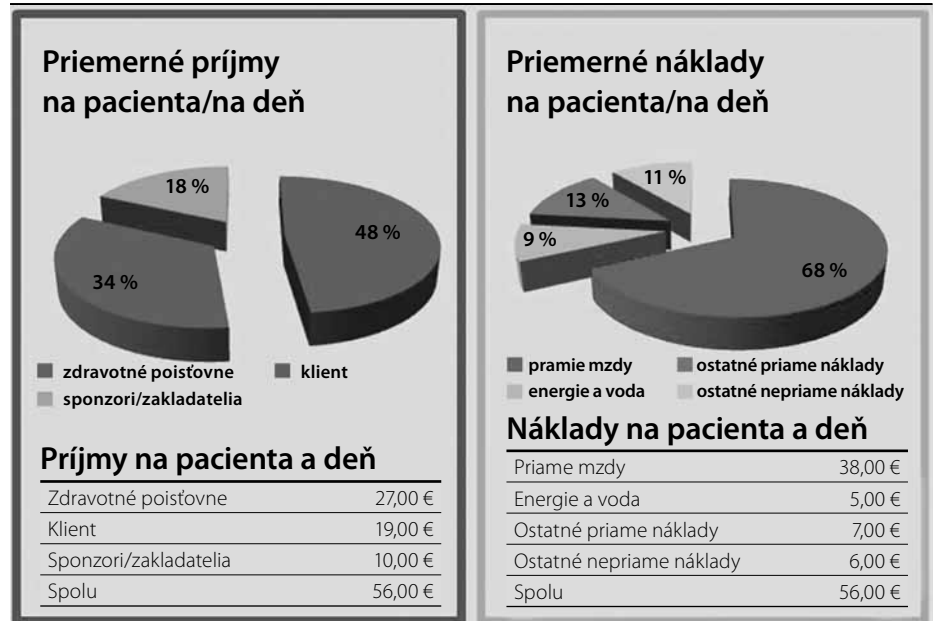
Napriek tomu, že od založenia prvého hospicu (St. Christopher's Hospice v Anglicku) uplynulo už takmer 50 rokov a vďaka celosvetovému hospicovému a paliatívne hnutiu dnes funguje veľa hospicových a paliatívnych zariadení po celom svete, stále je veľa lekárov, ktorí z dôvodu nepochopenia alebo neznanosti tohto prístupu posielajú pacienta zomierať domov s tým, že sa už viac nič pre neho nedá urobiť.

Na Slovensku dnes existuje jedenásť hospicov a paliatívnych oddelení zazmluvnených najväčšou zdravotnou poisťovňou, pričom päť z nich funguje samostatne, tri v kombinácii so sociálnymi službami a tri ako súčasť liečebne alebo nemocnice. Z hľadiska analýzy zriaďovateľov a typu organizácie, štyri hospice boli zriadené Rímskokatolíckou cirkvou ako súčasť príslušnej diecéznej charity, pričom jeden z nich existuje ako samostatná nezisková organizácia. Štyri ďalšie hospice boli zriadené občianskymi aktivistami, z toho tri fungujú ako neziskové organizácie a jeden ako občianske združenie. Jeden hospic bol zriadený obcou ako nezisková organizácia. Jeden z hospicov pri nemocnici je súčasťou neziskovej organizácie a dva hospice, resp. paliatívne lôžka pri liečebni a nemocnici sú súčasťou ziskových organizácií. (5) Na Slovensku okrem tzv. kamenných hospicov existuje veľa mobilných hospicov, z ktorých najznámejší a najväčší je detský mobilný hospic Plamienok.

Hospice a ich organizačná štruktúra

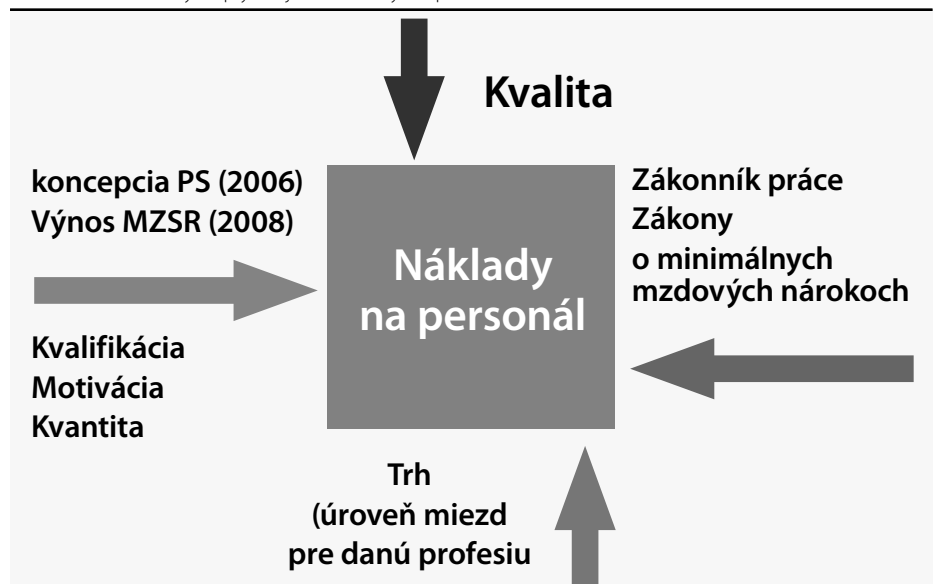
Pre úspešné naplnenie hlavného poslania hospicu a dosiahnutie stanovených cieľov, je dôležité, aby mala organizácia vhodnú organizačnú

Obrázok 2. Náklady a príjmy hospicovej starostlivosti



Zdroj: Vlastné spracovanie na základe finančných údajov zo 60 % hospicov v SR

Obrázok 3. Faktory ovplyvňujúce náklady na personál



Zdroj: Vlastné spracovanie prezentované na posterí na medzinárodnej konferencii EAPC v Lisabone, máj 2011

štruktúru. Na základe analýzy typu hospicu, či už ide o samostatný hospic alebo súčasť sociálnej alebo nemocničnej starostlivosti, môžeme povedať, že tieto organizačné štruktúry budú rozdielne. Preto pre potreby analýzy sa budeme zaoberať len samostatným strediskom – hospic.

Pre analýzu štruktúry základnej hospicovej starostlivosti môžeme použiť Mintzbergov model organizačnej štruktúry, ktorú publikoval v 80-tych rokoch minulého storočia (6). Podľa tohto modelu má organizácia okrem líniového personálu, vrcholového a stredného manažmentu, aj ďalší podporný personál a tzv. technoštruktúru. Tieto podporné strediská sú, okrem správy a administratívy: kuchyňa, práčovňa, upratovanie, rehabilitácia a pod. (obrázok č. 1). (5)

Podporné činnosti môže zabezpečovať organizácia vlastnými pracovníkmi alebo subdodávkou, pričom rozhodnutie závisí od veľkosti organizácie, počtu klientov a podmienok prevádzky. Pracovníci podporných činností by mali byť vedení k maximálnej podpore líniových pracovníkov, ktorí sú ich internými klientmi a ich spokojnosť sa prejaví v kvalitnej službe konečnému, teda externému klientovi, čo v prípade hospicovej starostlivosti je nielen pacient, ale aj jeho rodina a blízki. (5)

Základ pre štruktúru personálu hospicového oddelenia je definovaný koncepciou paliatívnej a hospicovej starostlivosti z roku 2006 a Výnosom Ministerstva Zdravotníctva z roku 2008. Hlavným garantom a vedúcim je lekár, zodpovedným za komplexnú zdravotnícku starostlivosť. Druhým

Tabuľka 1. Analýza minimálnych personálnych nákladov v hospici a na oddelení paliatívnej starostlivosti od 1. 1. 2012, resp. 1. 4. 2012 pri dodržaní zákonov na minimálne mzdové požiadavky lekárov a sestier a minimálnej mzde ostatného personálu

Priamy personál	prepočet potreby personálu na 16 pacientov	prepočet potreby personálu vrátane vedúcich	mzdový stupeň podľa Zákonníka práce	koeficient minimálnej mzdy	hrubá mzda na úrovni minimálnej mzdy	celková cena práce	mzdové náklady na predpísaný personál	
vedúci lekár (ZP)		1	6	2	1 296,40 €	1 760,51 €	1 760,51 €	
lekári (ZP)	3	2	5	1,8	1 230,40 €	1 670,88 €	3 341,77 €	
vedúca sestra (ZP)		1	5	1,8	976,35 €	1 325,88 €	1 325,88 €	
sestry (ZP)	8	7	4	1,6	783,78 €	1 064,38 €	7 450,64 €	
zdravotnícki asistenti (ZP)	5	5	2	1,2	392,40 €	532,88 €	2 664,40 €	
rehabilitačná sestra	0	0	3	1,4	457,80 €	621,69 €	0 €	
klinický psychológ	1	1	5	1,8	588,60 €	799,32 €	799,32 €	
sociálny pracovník (Mgr.)	1	1	4	1,6	523,20 €	710,51 €	710,51 €	
SPOLU	18	18					18 053,03 €	
duchovný platený z MK SR	1	koeficient na výpočet celkovej ceny práce					1,36 €	
špeciálny liečebný pedagóg (pre deti)	1							
dobrovoľníci (neplatený personál)	podľa možností							
minimálna mzda od 1. 1. 2012	327 €							
počet pacientov v zariadení	16							
počet dní v mesiaci (priemer)	30,417 dňa							
MZDOVÉ NÁKLADY na 1 pacienta a 1 ošetrovací deň						37,10 €		
MZDOVÉ NÁKLADY na 1 pacienta a 1 ošetrovací deň - len zdravotnícky personál (ZP)						33,99 €		

Zdroj: vlastný prepočet podľa Výnosu MZ SR č. 09812/2008-OL a ustanovení Zákonníka práce

garantom je vedúca sestra zodpovedná za ošetrovateľský proces. Psychológ, sociálny pracovník, fyzioterapeut a dobrovoľník, resp. ich koordinátor sú rovnocennými členmi multidisciplinárneho tímu.

Priemerné náklady na ošetrovací deň v hospici sa pohybujú od 50 € do 60 € podľa úrovne miezd na trhu práce v príslušnom regióne, energetickej náročnosti budovy hospicu a efektívnosti podporných činností. Výslednú hodnotu nákladov za lôžko/deň ovplyvňuje aj obsadenosť zariadenia. (obrázok č. 2) (5)

Základné poslanie hospicu je starostlivosť o terminálne chorého pacienta s cieľom zlepšiť a udržať kvalitu posledných dní jeho života, čo je zabezpečované multidisciplinárnym tímom. Preto najväčšou položkou nákladov sú mzdy personálu, tvoriace až 60 – 70 % celkových nákladov. Okrem nákladov na mzdy sú to priame náklady na lieky, zdravotnícky materiál, stravu a pod., náklady na energie a vodu a ostatné nepriame náklady. Ak je hospic súčasťou väčšieho sociálno-zdravotníckeho zariadenia, náklady na správu a administratívu, resp. podporné činnosti sú menšie, avšak náročnosť riadenia väčšieho komplexu je vyššia. (5)

Úhrady zo strany zdravotných poisťovní sa pohybujú okolo 50 % sumy nákladov. Straty, ktoré v hospicioch vznikajú, sú hradené hlavne zriaďovateľmi, sponzormi a klientmi, pričom ekonomická sila klientov priplácať si za zdravotnú a sociálnu starostlivosť v hospicioch je rozdielna v rámci jednotlivých regiónov Slovenska

Náklady na priamy personál sú ovplyvnené niekoľkými faktormi, ako to zobrazuje obrázok č. 3. V prvom rade potrebná odbornosť a počet pracovníkov je definovaná príslušným výnosmi a zákonmi, mini-

málna výška mzdy je určená platným Zákonníkom práce. Navyše od 1. 1. 2012 bola zákonom ustanovená minimálna mzda lekárov a od 1. 4. 2012 platí zákon o minimálnych mzdách sestier a pôrodných asistentiek. Reálna výška mzdy je ovplyvnená trhom pracovných síl v danom regióne, dostatkom kvalifikovaného personálu a jeho kvalitou a motiváciou.

Na základe analýzy a kalkulácií minimálnych mzdových nákladov na priamy personál hospicu prepočítaný podľa definovaného personálneho zabezpečenia z výnosu Ministerstva zdravotníctva SR a minimálnych miest stanovených príslušnými zákonmi bola minimálna finančná hodnota personálu v hospici vypočítaná na úrovni 37,10 € (tabuľka č. 1).

Zdravotné poisťovne v súčasnosti preplácajú lôžko/deň za bežného hospicového pacienta na úrovni 32 €, čo je výrazne pod úrovňou vypočítanej finančnej hodnoty priameho personálu. Ak by sme ostatný ako priamy zdravotnícky personál vyčlenili, finančná hodnota by bola vo výške 34 €. Priamy zdravotný materiál a lieky tvoria minimálne 5 € na deň, čo spolu so zdravotnými pracovníkmi tvorí hodnotu 39 €. Minimálne túto sumu by mali zdravotné poisťovne preplácať, ak sa dohodneme, že ostatné náklady ako strava, ubytovanie a ďalšia starostlivosť, budú hradené pacientom.

Záver

V ziskovej organizácii platí, že náklady na poskytnutú službu alebo produkt musia byť menšie ako tržby z ich predaja. Neziskové organizácie nevytvárajú zisk, ale finančná hodnota služieb (výnosy) by mala pokrývať náklady. V prípade momentálnej situácie vo financovaní hospicov

zo strany zdravotných poisťovní na Slovensku by za predpokladu vyrovnanosti hospodárenia mala táto služba pacienta stať minimálne 25 – 30 €. Táto suma je však pre 80 % občanov príliš vysoká a z etického hľadiska je nespravodlivé, ak si má klient doplácať na základnú zdravotnú starostlivosť. Z hľadiska hodnoty ľudského života a aj každej jednej jeho poslednej minúty je finančná hodnota personálu nevyčísliteľná. Paradox je, že nám je ľúto túto hodnotu obetovať, pričom bežný občan utráca oveľa väčšie peniaze za nadštandard a štát neefektívne spravuje zdroje tým, že ich mnohokrát zabúda dávať tam, kde ide o ľudí a ľudské životy.

Literatúra

1. Who. Palliative Care for Elderly people: Better Practices. Copenhagen: World Health Organization, 2011. ISBN 978 92 890 0224 0.
2. Definition of Palliative Care. [Online] <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
3. Dobříková-Porubčanová P. a kol. Nevyčítateľne chorí v súčasnosti. Význam paliatívnej starostlivosti. Trnava: SSV, 2005. ISBN 80-7162-581-7.
4. Hospice. Hospice na Slovensku. [Online] www.hospice.sk.
5. Veselska M. Financovanie hospicov na Slovensku. Quo vadis, management? Zborník z vedeckej konferencie doktorandov a mladých vedeckých pracovníkov FM UK Bratislava: FM UK 2011. ISBN: 978-80-89553-02-0.
6. Mintzberg H. Mintzberg on Management. New York: The Free Press 1989. 0 02 921371 1.
7. 12_Manage. Organizational Configurations (Mintzberg). 12 manage. [Online] http://www.12manage.com/methods_mintzberg_configurations.html.
8. Robbins Stephen P. and Coulter Mary. Management. New Jersey 07458: Prentice Hall, 2011. ISBN 978-0-13-216384-2.

Ing. Magdaléna Veselská, Dip Mgmt

Rímskokatolícka Cyrilometodská

bohoslovecká fakulta UK

veselska@gmail.com

Benefity multidisciplinárnej spolupráce v starostlivosti o nevyliciteľne chorých – potreba tímových stretnutí

doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD.et PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava

Príspevok sa zaoberá nevyhnutnosťou tímových stretnutí zameraných na komplexnú analýzu a z toho vyplývajúce intervencie so zreteľom na pacienta ako multidimenzionálnu osobnosť zahŕňajúcu bio-psycho-sociálno-spirituálne zložky, ako i na jeho blízkych. Stretnutia hospicového tímu taktiež pomáhajú zlepšovať komunikáciu, a tým aj vzťahy jednotlivých odborníkov.

Kľúčové slová: multidisciplinárny tím, spolupráca, zomierajúci, tímové stretnutia, hospic.

Benefits of multidisciplinary cooperation in care of seriously ill – the need of team meetings

The paper deals with the necessity of team meetings focused on a comprehensive analysis and the resulting intervention with regard to the patient as a multidimensional personality containing the bio-psycho-social and spiritual components as well as his relatives. Hospice team meetings also help to improve communication and relationships of the individual experts.

Key words: multidisciplinary team, cooperation, dying patients, team meetings, hospice.

Úvod

Ak máme zabezpečiť adekvátnu komplexnú starostlivosť o nevyliciteľne chorých a zomierajúcich, musíme prestať s redukovaním človeka len na biologický komponent, prípadne posudzovať celok len na základe jednej či dvoch dimenzií osobnosti, ale je nevyhnutne vnímať každého ako jedinenčnú bio-psycho-sociálno-spirituálnu entitu, ktorej zložky sú navzájom poprepájané.

Potreby nevyliciteľne chorých a ich prieniky z hľadiska dimenzií osobnosti

Potreby človeka môžeme rozdeliť na štyri základné podskupiny: biologické, psychické, sociálne a spirituálne. Z hľadiska multidisciplinárnej spolupráce je potrebné upozorniť na prelínanie niektorých skutočností v rámci potrieb človeka s prihľadnutím na jednotlivé dimenzie osobnosti so zreteľom na ich pochopenie a možnosť kvalitného uchopenia a spolupráce jednotlivých členov hospicového, resp. paliatívneho tímu, aby sme zabezpečili vysokú kvalitu života pacienta i jeho blízkych.

Potreby zahŕňajúce viaceré dimenzie osobnosti

Najvýznamnejší bio-psycho-sociálno-spirituálny prienik v paliatívnej starostlivosti tvorí **bolesť a potreba jej tíšenia**, pričom bolesť bola niekoľko storočí podľa Descartovho učenia považovaná za čisto fyzickú, bez akýchkoľvek spolupôsobiacich činiteľov. Výskumné smerovania aj v iných oblastiach sa sústredili na človeka v biologickom kontexte a ostatné aspekty boli považované za nevedecké.

Systematický prístup na vysvetlenie bolesti vymedzuje vrátková teória bolesti, podľa ktorej vstupné signály z primárnych sensorických neurónov v mieche aktívne upravuje neurálny mechanizmus, tzv. vrátka. Vznik bolesti je ovplyvnený aktivitou slabo myelinizovaných A-delta a nemyelinizovaných C-vlákien, ktoré bránu otvárajú a silne myelinizovaných A-beta vlákien, ktoré prichádzajú veľmi rýchlo a bránu uzatvárajú. Nociceptné vlákna C aktivujú bunky substantia gelatinosa Rolandi, z ktorých vychádzajúce vzruchy pokračujú ascendentnými vláknami do talamu. Vzruchy sú interpretované v mozgovej kôre a vo frontálnych lalokoch ako bolesť. Rýchle vlákna A-alfa alebo pomalšie A-beta môžu modulovať aktivitu C-vlákien a vlákien A-delta. Z psychologického hľadiska je dôležitá rola impulzov prichádzajúcich z ústredia. Tie sú ovplyvňované okrem iného aj psychologickými, konkrétne kognitívnymi vplyvmi. Na celkovom vnímaní bolesti sa tak podieľajú nielen sensorické, ale aj kognitívne, emocionálne a motivačné zložky. Existujú viaceré endogénne látky modulujúce bolesť, ako napríklad excitčné aminokyseliny, prostredníctvom ktorých si organizmus dokáže sám regulovať bolesť. Na druhej strane sa zistilo, že v tele existujú chemické látky, ktoré umožňujú prechod bolestivým podnetom (sérotónin, bradykinín, prostaglandín, P-substancia...). Podľa najnovších výskumov existujú oblasti v mozgovej kôre, ktoré sa zaoberajú priamou kontrolou bolesti. Tým môžeme vysvetliť efekty elektrickej stimulácie a je to zrejme taktiež podklad psychologického pôsobenia bolesti (1, 2, 3).

Definovať a vymedziť bolesť so zohľadnením aj jej psychickej, sociálnej a spirituálnej zložky je veľmi zložitá. Môžeme konštatovať, že sa nedá presne vymedziť hranica medzi bolesťou a utrpením. Vo fáze chronickej bolesti bolesť stráca svoju ochrannú funkciu proti organizmu a stáva sa zbytočnou a škodlivou. Súčasťou chronických ochorení býva veľmi často aj psychická bolesť. Vyskytujúcim sa sprievodným znakom je u mnohých pacientov aj depresia. Z psychologického hľadiska sú významné behaviorálne dôsledky chronickej bolesti, ktoré môžu byť rôzne. Bolesť typicky mení správanie ľudí, obmedzuje ich sociálnu interakciu, znižuje množstvo ich aktivít, mení mimiku tváre a veľakrát aj celkový pohľad na život smerom k pesimizmu a beznádeji. Špecifickým prípadom je rakovinová bolesť, pri ktorej môže ísť o kontinuálnu stimuláciu nociceptorov v spojení s psychickou, so sociálnou a spirituálnou bolesťou. V tomto prípade je namieste hovoriť o totálnej bolesti, ktorá zohľadňuje všetky dimenzie osobnosti. Taktiež pri prežívaní psychických útrap vyplývajúcich z rôznych strát (aj očakávaných), z obviňovania sa a pod. môže posturika človeka v takomto strese spôsobovať vznik spazmov, a tak dôjde k aktivácii nociceptorov a vznikne bolesť. Stres vo všeobecnosti oslabuje descendný antinociceptný systém. Musíme si však uvedomiť, že vznik bolesti v tomto prípade nie je viazaný len na aktiváciu nociceptorov, čiže bolesť môže byť človekom vnímaná aj bez nociceptného podnetu. Pri anxiózných stavoch môže byť bolesť spôsobená zvýšením tonusu sympatika, z čoho logicky vyplýva zníženie prahu bolesti. Prienikom medzi psychickou a spirituálnou bolesťou je exis-

tenciálna bolesť, objavujúca sa v situácii ohrozenia života človeka alebo v situáciách, keď človek prežíva svoju existenciu ako nezmyselnú (4).

Systematický prehľad identifikoval spojenie medzi psychologickým distresom, nedostatkom sociálnej opory a rakovinovou bolesťou. Kognitívne, emocionálne, socioenvironmentálne a nociceptívne aspekty bolesti a interakcie, ktoré medzi nimi vznikajú, sú predmetom mnohých diskusií (5,6).

Na základe uvedeného je namieste pri liečbe bolesti zohľadňovať komplexný pohľad na pacienta a uplatňovať efektívnu a prospešnú tímovú spoluprácu.

Ak hovoríme o kooperácii členov hospicového tímu vychádzajúcej zo znalosti prienikov jednotlivých potrieb pacienta, je nevyhnutné spomenúť aj **potrebu odpustenia**, ktorá priamo zasahuje do psychickej, sociálnej i spirituálnej roviny človeka, ba dokonca pocity viny, a tým spôsobený stres môžu viesť k zvýšenému vnímaniu bolesti, takže preniká aj do fyzickej dimenzie človeka.

Veľmi veľa potrieb nachádzame v prieniku psychickej a sociálnej dimenzie človeka. Ide o **potrebu komunikácie, potrebu byť užitočný, potrebu autonómie**. Každý človek potrebuje byť autonómny až do svojej smrti – táto potreba preniká najmä do jeho sociálnych vzťahov, ovplyvňuje jeho psychiku, konkrétne jeho sebahodnotenie a sebaobraz.

Aj **potreba lásky** úzko súvisí s psychikou, so sociálnymi aspektmi a aj so spirituálnou zložkou osobnosti.

Existenciálne otázky a s tým súvisiaca **potreba nachádzania zmyslu života** sa prekrýva v psychickej a spirituálnej rovine, pričom najlepšou odpoveďou je uplatňovanie logoterapeutického prístupu V. E. Frankla.

V starostlivosti o zomierajúcich považujeme za jednu z dominantných potrieb aj **potrebu pravdivosti**. Pacient by mal vedieť o svojej diagnóze a pred hospitalizáciou v hospici dokonca musí podpísať slobodný informovaný súhlas, kde je uvedené, že v tomto zariadení už nejde o liečbu ochorenia v zmysle vyliečenia sa, ale o liečbu symptómov. Z našej praxe vieme, že napriek podpísanému súhlasu, ktorý nám rodina doručí, pacient v skutočnosti nevie, že dané ochorenie je nevyliečiteľné. Potom z toho vznikajú rôzne problematické situácie pre tím, ale najmä pre pacienta a jeho rodinu.

Zaujímavý prienik tvoria aj biologické potreby, ako je prijímanie potravy so spirituálnou **potrebou pôstu, resp. pôstneho jedla**. Niektorí pacienti majú takúto požiadavku a vychádzajú z filozofie hospicovej starostlivosti by im to malo byť umožnené.

Multidisciplinárna spolupráca ako dôsledok prienikov jednotlivých dimenzií osobnosti

V hospicovom (prípadne paliatívnom) profesionálnom tíme by mali byť zastúpené všetky profesie, ktoré svojím spolupôsobením dokážu komplexne posúdiť a efektívne intervenovať v prospech pacienta i jeho blízkych. Nemali by tam chýbať lekári, sestry, opatrovatelia, fyzioterapeuti, psychológ, sociálny pracovník a duchovný. To považujeme za základnú zostavu profesionálov, ak chceme uplatňovať holistický princíp v starostlivosti o pacienta. V niektorých (najmä zahraničných hospicioch) sú členmi tímu aj farmakológovia, ergo-arte a muzikoterapeuti, zubní lekári, logopédi, nutriční poradcovia a špeciálne vyškolení smútkoví poradcovia. Nemenej dôležitou zložkou tímu sú aj dobrovoľníci a pozornosť treba venovať aj príbuzným, ktorí sa spolupodieľajú na starostlivosti o pacienta, preto aj ich chápeme v kontexte tímovej spolupráce ako esenciálnu súčasť.

Tímové stretnutia

Čo sa týka tímových stretnutí, je potrebné odpovedať na zásadné otázky: KTO? PREČO? KEDY? AKO?

KTO A PREČO?

Na tímových stretnutiach by sa mal zúčastniť zástupca každej profesie, ktorá sa spolupodieľa na paliatívnej starostlivosti o pacienta. Dôvod je ten, že je potrebné obsiahnuť všetky dimenzie pacienta jednotlivo (multidisciplinárne) a súčasne porozumieť aj ostatným oblastiam svojich kolegov, ktoré majú spojitost s vlastným profesijným zameraním, a tak pôsobiť na zabezpečenie spoločného benefitu pre človeka. Keďže prieniky potrieb sú veľmi rozsiahle (ako napríklad pri potrebe tíšenia bolesti), tak sa z multidisciplinárneho prístupu na tímových stretnutiach stáva interdisciplinárna spolupráca, kedy sa viaceré profesie zamerajú na zvládnutie spoločného cieľa so svojimi vlastnými špecifickými intervenciami a v niektorých prípadoch až transdisciplinárna spolupráca, pri ktorej dochádza k vzájomnému prelínaniu hraníc jednotlivých profesií zdieľaním vedomostí a zručností v rámci jednotlivých disciplín. Dôraz sa kladie na vzájomné vzdelávanie, pričom výsledkom je vynikajúca spolupráca založená na vzájomnom posudzovaní možných rozhodnutí týkajúcich sa pacienta odborníkmi, ktorí majú vlastnú základnú špecializáciu a získané špecifické vedomosti a zručnosti z paliatívnej starostlivosti aj z iných profesií. Takže, keď lekár konzultuje s tímom, či je vhodné nasadiť určitú terapiu, pri transdisciplinárnej spolupráci sa môže rovnocenne a erudovane každý člen tímu vyjadriť z pozície vzdelaného odborníka na paliatívnu

starostlivosť všeobecne a súčasne zo svojej špecifickej profesijnej orientácie. V zahraničí prebiehajú rôzne tréningy jednotlivých členov hospicového tímu, ktoré sú založené transdisciplinárne.

KEDY A AKO?

Ideálne a dá sa povedať, že aj reálne sú stretnutia jeden- až dvakrát do týždňa, pričom základnou myšlienkou je:

- Referovanie o každom pacientovi z hľadiska všetkých aspektov jeho osobnosti i rodinných súvislostí, pričom každý odborník hovorí o svojej oblasti, plus čo si všimol z iných oblastí.
- Rozvinutie diskusie k jednotlivým pacientom a intervenciám, ktoré boli urobené i tým, ktoré sú naplánované.
- Zapisanie informácií do vopred pripraveného formuláru, ktorý by mal byť súčasťou pacientovej dokumentácie v zariadení, aby mali možnosť sledovať a participovať na starostlivosti aj ostatní členovia tímu, ktorí sa nezúčastnili stretnutia (týka sa to najmä sestier).

Problémom pri tímových stretnutiach môžu byť najmä nasledovné bariéry, ktoré je potrebné odstrániť, aby sa dosiahol maximálny možný výsledný efekt spolupráce odborníkov:

- Strach – radšej nič nepoviem, aby ma neposudzovali, čo ak to bude nesprávne a zne-možním sa
 - Postoje – urobiť si najdôležitejšie veci okolo pacienta a nestrácať čas rozprávaním
 - Domnienky – nebudem predsa „napomínať a poučovať“ nadriadeného
 - Pracovné prostredie – nemám podporu od ostatných, čas ani supervíziu, stále sú tu konflikty, je nás málo, tak načo sa snažiť
 - Vzdelanie, schopnosti a zručnosti – môžu mať negatívny vplyv na komunikáciu, najmä ak u človeka prevláda pýcha a nie pokora
- Benefity tímových stretnutí sú rozsiahle a zahŕňujú do viacerých oblastí, ktoré patria do pôsobnosti paliatívnej starostlivosti. Spomenieme tie najdominantnejšie:
- Rešpektovanie človeka z hľadiska jeho multidimenzionality
 - Riešenie problémov pacienta pri zohľadňovaní všetkých možností (aj málo pravdepodobných)
 - Zlepšenie komunikácie o pacientovi medzi odborníkmi i komunikácie navzájom – ústna i písomná forma komunikácie
 - Prevencia nedorozumení medzi členmi tímu (najčastejšie sestra vs. lekár ohľadom indikovanej liečby) – možnosť objasnenia
 - Zlepšenie starostlivosti o klienta i jeho blízkých

Záver

Na záver chceme podotknúť, že v hospicovom a paliatívnom tíme sa hranice medzi profesiami stierajú, čo je spôsobené predovšetkým snahou jednotlivých profesií o komplexný prístup k pacientovi a nevyhnutnosťou osobnostnej vyspelosti odborníkov smerujúcej k pokore pred životom i človekom samým osebe.

Literatúra

1. Křivohlavý J: Psychologie nemocí. Praha: Grada 2002.
2. Masár O: Liečba bolesti pri malígnych ochoreniach. Bratislava: Charis 2000.
3. Rokyta R: Fyziologie a patofyziologie bolestivé transmise. In: Bolest. 1, 2000: 12–16.
4. Dobříková P: Kategorie psychické bolesti.
5. Breitbart W, Payne D. In: Holland J, editor. Psycho-oncology. New York: Oxford University Press 1998: 450–67.

6. Zaza C, Baine N. Cancer pain and psychosocial factors: a critical review of the literature. J Pain Symptom Manage 2002; 24: 526–42.

doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Trnavská univerzita
Hornopotočná 23, 918 43 Trnava
dobrikp@gmail.com

Řešení syndromů imobility a hypomobility, dekonďice a svalové slabosti u seniorů v domácí hospicové péči

**prof. MUDr. Ladislav Pyšný¹, CSc., MPH., doc. PhDr. Ondrej Botek¹, PhD.,
prof. PhDr. Ing. Lenka Hajer-Müllerová², PhD., doc. PhDr. Jana Pyšná³, PhD.**

¹Katedra sociální práce, Fakulta zdravotníctva a sociální práce, Trnavská univerzita, Trnava

²Vysoká škola manažerské informatiky a ekonomiky, Praha

³Pedagogická fakulta, Univerzita J. E. Purkyně, Ústí nad Labem

Syndromy imobility i hypomobility, dekonďice a svalové slabosti jsou důležitým aspektem kvality života u seniorů v domácí hospicové péči. Příspěvek se věnuje možnostem hodnocení a řešení svalové slabosti. Existují poměrně jednoduché pohybové režimy, které tyto projevy těchto syndromů výrazně snižují.

Klíčová slova: senioři, syndrom imobility, syndrom hypomobility, dekonďice a svalové slabosti, domácí hospicová péče.

Solution to the immobility syndrome, hypomobility syndrome, loss of physical incapacity and muscle weakness in the elderly in home hospice care

Solution to syndrome of immobility and syndrome of hypomobility syndrome, dekonďice and muscle weakness in the elderly in home hospice care. Immobility syndrome and hypomobility syndrome, dekonďice and muscle weakness are an important aspect of quality of life for seniors in home hospice care. The paper deals with the possibilities of assessing and addressing muscle weakness. There are relatively simple exercise regimes that these manifestations of these syndromes significantly reduced.

Key words: seniors, immobility syndrome, syndrome of hypomobility, dekonďice and muscle weakness, home hospice care.

Úvod

U seniora v domácí hospicové péči musí řešit nejen základní onemocnění, ale také involuční změny organizmu, které významně ovlivňují pohybové schopnosti a samobslužnost nemocného. Naším cílem je udržet tyto schopnosti seniora co nejdéle a významně tak zlepšit jeho zdravím podmíněnou kvalitu života.

V průběhu stárnutí narůstají typické klinické projevy, geriatrické syndromy, odrážející nově vznikající příznaky a funkční deficity. Na vzniku hypomobility se podílí více faktorů tělesných, psychických, sociálních i faktorů vnějšího prostředí. Pohyb bývá omezen ale zejména somatickými změnami stárnoucího organizmu, ke kterým řadíme bolest, svalovou slabost či instabilitu, ale také klesající vůli a sníženou motivaci. Senioři s narůstajícím věkem také stále častěji vnímají pohyb jako určitý dyskomfort, nově vnímanou únavu, kterou nechťejí překonávat (1).

Syndrom hypomobility, dekonďice a svalové slabosti

Podle Kalvacha a Novotné (2) řadíme do klinického obrazu geriatrické hypomobility zejména nápadně omezený rozsah pohybových aktivit/předešších chůze/, pohybový dyskomfort a zhoršenou výkonnost dolních končetin se zpomalením chůze a změnou chodeckého stereotypu. Důsledkem snížené pohybové stimulace je rozvoj dekonďice seniora s poklesem zejména jeho vytrvalostních a částečně silových schopností. Jedná se o komplexní proces, spojený s řadou změn některých systémů organizmu, například s nižším krevním objemem, poklesem tlaku krve či nárůstem inzulinoresistance. Výkonnost se snižuje tak, že senioři nejsou postupně schopni provádět běžné úkony potřebné k jejich soběstačnosti /ta je kolem 4 METs, násobků klidového metabolického ekvivalentu/ (3). Stále více prováděných každodenních obvyklých činností začíná být pocíťováno jako dyskomfort.

Dříve obvyklé aktivity ale nyní způsobují dušnost, pocení, palpitace, pocíty únavy a vyžadují dlouhý odpočinek. Kalvach a Novotná (2) popisují jako devastující /zničující/ dekonďici stav seniora, s prudkým poklesem zdatnosti, která vede při omezení pohybové stimulace k závažnému snížení kvality života včetně jeho sebeobslužnosti.

Snížená pohybová stimulace vede k výraznému úbytku svalové hmoty, sarkopenii. Ve svalech se snižuje počet vláken i motorických jednotek, zmnůžuje se zde tuk a vazivo, nastupuje selektivní úbytek vláken II. typu s fragmentací i mizením Z-linií /do nich kotví bílkovina aktin/ a atrofují myocyty (2,4). Úbytek svalové hmoty se rozvíjí zejména na končetinách. Nejvíce patrné jsou tyto změny při hodnocení funkce svalů dolních končetin, kdy nalézáme hypomobilitu a instabilitu u seniora. Chůze se stává pomalou a nejistou a zvyšuje se riziko pádů v závislosti na poruše stability /snížené schopnosti jedince vyrovnávat vznikající vychýlení z rovnováhy/. Při

pádu seniora se současně významně zvyšuje riziko mechanického poranění kostí /typické u zlomeniny krčku stehenní kosti/, protože zde chybí dostatečně „tlustá krycí“ vrstva svalů. Kloubní decentralizace také podporuje vznik osteoartrózy zejména nosných kloubů. Popsané změny tak podporují rozvoj disability. Senior přestává být chopen zvládnout běžné denní aktivity a přestává být samoobslužný.

Syndrom imobility

Dlouhodobé omezení pohybové stimulace seniora, zejména při jeho upoutání na lůžko, vede ke vzniku souboru nepříznivých následků a projevů nazývaných syndrom imobility nebo též imobilizační syndrom. Často jde o projev pokročilé deteriorace, akutní dekompenzace zdravotního stavu nebo terminální fáze geriatrické křehkosti, který úzce souvisí s hypomobilitou, dekonicí, úbytkem svalové tkáně, pády, malnutricí apod. K nejčastějším změnám, které u seniora nalézáme a které lze řešit vhodnou pohybovou stimulací, řadíme:

a) Poruchu ortostatické, posturální regulace s rozvojem ortostatické hypotenze.

Kardiovaskulární systém reaguje na delší imobilizaci maladaptací spojenou s mozkovou hypoperfuzí při změně polohy do stoje. Postiženému zčerná zorné pole /ischemie sítnice/, hučí mu v uších, pociťuje závratě, nestabilitu a často padá. Vznikající bezvědomí je někdy doprovázeno křečemi (5).

b) Dekonici a přestavbu oběhového systému.

U imobilního jedince nalézáme podstatné, komplexní stavební změny oběhového systému, které jsou spojeny s rozvojem klidové tachykardie /i přes 90 tepů/minutu/ a významným snížením srdečního výdeje (6).

c) Plicní hypoventilaci se stagnací hlenu a rizikem vzniku pneumonie.

Poloha ležícího pacienta a pokles silových schopností dýchacích svalů zhoršují dýchání i odkašlávání a vedou k hypoxemii. Toto prostředí umožní běžně přítomné endogenní floře rozvoj infekce. Je klinicky zajímavé, že příznakem těchto změn nejsou febrilie a kašel, ale alterace psychologického stavu s apatií či zmateností seniora.

d) Vznik otlaků, proleženin, dekubitů.

Ischemie tkáně, v místě soustavného tlaku, způsobuje tyto zánětlivé nekrotické kožní a podkožní změny. Etiologie není dosud plně potvrzena, ale podílí se na ní řada faktorů, jako jsou např. stlačení měkkých tkání mezi kostí a pevnou podložkou s nepříznivou reakcí tkáně na tento tlak či tření, které poškozují povrch kůže (7).

e) Vznik flekčních kontraktur.

Rozvíjející se svalové dysbalance a zaujímání stereotypní polohy při imobilizaci vleže i vsedě /současné snížení až chybějící pohybová aktivita/, zkracující měkké tkáně kloubů a vedou ke vzniku flekčních kontraktur.

f) Svalovou atrofii s poklesem silových schopností, zhoršení pohybové koordinace při chůzi a osteoporózu.

Pokud u imobilizovaného pacienta nebudeme pracovat na udržení jeho svalové síly /například „prošlapáváním podlahy“, kdy při sezení pokládáme nohy seniora na pevnou podložku a procvičujeme s ním přenášení z nohy na nohu/, může dojít k poruše pohybové koordinace při chůzi. Ležící pacient často volně pohybuje končetinami, ale „zapomněl“ chodit, protože se rychle rozvinul obraz frontální apraxie korového původu. Pokud současně při imobilitě nepředává pohybový systém podněty kostní tkáni /chybí napětí svalů ovlivněné gravitací a stimulační tah svalových úponů při fyzické činnosti/, snižuje se činnost jejích osteoblastů, stoupá kalcie a vzniká osteoporóza zejména kostí dolních končetin. Narůstající ztráty kalcia močí již během prvního týdne imobility přesahují 10 gramů (8).

g) Obstipaci a/nebo inkontinenci stolice a poruchy mikce.

Při imobilizaci se zpomaluje střevní pasáž a rozvíjí se obstipace. Distendující obsah rektu, při neúspěšných pokusech seniora o defekaci, může postupně povolit svěrač konečníku a stolice může samovolně odtékat. Současné poruchy mikce vedou také, obvykle u mužů, k retenci moči. Popsané změny podporují vstup a rozvinutí infekce, která může být postupně zdrojem závažné urosepsy, doprovázené projevy neklidu a poruchami pacientova vědomí.

h) Vznik flebotrombózy a plicní embolie.

Hypokineticá cirkulace, srdeční a žilní nedostatečnost a nefunkčnost „svalové pumpy“ dolních končetin jsou faktory, kdy obvykle již 3. den imobilizace může vzniknout riziková flebotrombóza. Plicní embolizace se následně obvykle projevuje pleurální bolestí, kašlem, dušností a případně hemoptýzou i plicním infarktem.

Speciální hodnocení zaměřená na soběstačnost a tělesnou zdatnost

Pro hodnocení každodenních aktivit života seniora můžeme použít celou řadu testů vhodných také pro sociální práci. Například Hodnocení každodenních aktivit běžného, každodenního života /ADL/, kdy sledování není zaměřeno na onemocnění, ale odhaluje případné znevýhodnění, tělesné a so-

ciální fungování respondenta. V základním sledování zjišťujeme sebeobslužné aktivity seniora, jeho přemísťování /chůze kolem lůžka, přesun z lůžka do křesla/, používání toalety, koupání, stravování, oblékání a kontinenci (9). Pro hodnocení aktivit denního života můžeme využít i další metody vycházející z ADL, jako jsou například „Index Barthelové“, který zahrnuje také upravenost, chůzi a stoupání do schodů (10) či „Sickness impact profile“, posuzující aktuální změnu obvyklých denních činností (11).

Tyto testy lze provádět i v domácím prostředí, stejně jako testy, které sledují základní pohybové schopnosti a dovednosti či výkonnost seniora. Můžeme k nim řadit (např. 12,13):

a) Test rovnováhy.

Při stožení /např. s otevřenými či zavřenými očima, na jedné noze apod./ obvykle hodnotíme stabilitu a čas výdrže. Nalezení kompenzačního rozšíření základny dolních končetin, či úchyly až pády k jedné straně ukazují na možnost poškození například rovnovážného ústrojí nebo nedominantního parietálního laloku. Tento test umožňuje sledovat také výsledky nácviku stability seniora.

b) Test chůze.

Často používaný test, při kterém u seniorů nalézáme řadu odchylek od normy. Může se jednat například o „chůzi o rozšířené bázi se směrovými odchylkami“, či „chůzi o rozšířené bázi se změnami kadence kroků“, kdy je typická nerovnoměrnost v trvání kroků a v kladení nohou.

c) Test rychlosti chůze.

Hodnotíme obvykle chůzi dosaženou vzdálenost v určeném časovém intervalu /obvykle 5-6 minut/, někdy doplněnou otočkou. U „křehkých“ pacientů sledujeme rychlost na podstatně kratší vzdálenost pouze několika metrů /4 až 10 metrů/.

d) Test „chodecké aktivity /walking behaviour“.

U seniora zaznamenáváme pohyb mimo byt /nejčastěji rozsah procházek/ v časovém úseku či podle ušlé vzdálenosti, například podle počtu oběhových domovních bloků za týden. Při objektivizaci chůze můžeme využívat nové přístroje, jako jsou například různé krokoměry či přístroje na principu GPS.

e) Test schopnosti „vstát ze sedu na židli“.

Zaznamenáváme čas jednoho či více opakovaných postavení bez opory pažemi, které můžeme doplnit různými modifikačními testy s aktivitami, jako je například chůze /test „up and go“/. Testem vyjadřujeme svalovou sílu a může být obdobou používaného hand gripu i vyšetření

síly dolních končetin. Současně může poskytnout také informace o stabilitě či koordinaci chůze.

f) Testy „zámek a klíč“ a „oblečení košile“.

Umožňují nám sledování jemné motoriky i mentální schopnosti seniora při zamykání a odemykání nebo oblékání košile.

g) Test opakovaných výstupů na schůdek.

Opakované výstupy na testovací schůdek s hodnocením doby výstupu i zjištěním případně stanoveného indexu zdatnosti, z ukazatelů oběhového systému ve fázi zotavení, jsou poměrně vhodným jednoduchým testem. V praxi jsou některé z těchto testů slučovány do vybraných baterií, hodnotících například motorické činnosti, jako jsou psaní, oblékání, chůze po rovině i do schodů apod.

Pohybová stimulace

Při řešení syndromů imobility i hypomobility, dekkondice a svalové slabosti je základním terapeutickým i preventivním řešením motivace seniorů k pravidelné a přiměřené pohybové aktivitě, která zlepší a prodlouží kvalitu a délku jeho života. Je vhodné vytvořit, nejlépe ve spolupráci se specialistou, pohybový či rehabilitační program, který zahrnuje celou řadu činností. Při jeho přípravě a následné realizaci si musíme uvědomit některé zásady, jako jsou například specifikace dávkování, začlenění mentálních aktivit a nelze nezapomínat také na motivaci a adherenci k tělesnému cvičení. Nelze v tomto sdělení objasnit všechna specifika (více např. 12), ale k hlavním zásadám můžeme řadit tato doporučení.

Základní potřebnou pohybovou aktivitu musíme stále považovat vytrvalostní /aerobní/ cvičení, nutné pro zachování funkčního potenciálu jedince. Má být vhodně doplněno odporovým tréninkem pro řešení svalové hmoty a silových schopností i zdravotní kondiční gymnastikou, nutnou pro zachování základních funkcí pohybového aparátu (např. 14, 15).

Vytrvalostní /aerobní/ cvičení prokazatelně udržuje funkční zdatnost organismu. Nejjednodušší formou této zátěže zůstává chůze. Můžeme ji zahájit tak, že podporujeme procházkové aktivity, kdy obvyklý vytrvalostní trénink v podobě chůze pro seniory má být realizován v celkovém objemu 16 km týdně při její rychlosti 4 km/hod. (16). Chůze je vhodná v létě, podobně jako její obdoba severská chůze, plavání nebo kolo. V zimním období můžeme využít různé ergometrické přístroje, chůzi na místě, jízdu na běžkách, tanec nebo jiné formy cvičení s hudbou. Pohybovou aktivitu spojenou s během spíše seniorské populace nedoporučujeme, neboť tento pohyb může být spojen i s rizikem přetížení nosných kloubů dolních končetin i s rizikem pádu. Doporučované zachování vyšší intenzity zátěže můžeme „uspokojit“ energeticky

náročnější rychlou chůzí, při které zapojujeme také svaly horních končetin a trupu. Novou modifikací je chůze, která využívá speciálně upravené chodecké hole – severská chůze /nordic walking/. Hole jsou vyrobeny z odolného, lehkého a nárazy absorbujícího materiálu. Tato správně technicky provedená chůze má řadu možných příznivých vlivů na zdravím podmíněnou kvalitu života seniora. Zapojení zádových svalů při chůzi s holemi snižuje svalovou tenzi i vnímání bolesti v oblasti krku a ramen a zvyšuje mobilitu krční, hrudní i bederní páteře a současně se vyrovnává pozice pánve při extenzi v kyčelním kloubu.

Požadovanou intenzitu aerobní zátěže může zprostředkovat cvičení s hudbou. U seniorů je nejčastěji využívanou formou obvykle klasický nebo lidový tanec. Zajímavou formou cvičení může být aerobik pro seniory, zejména v zimním období /špatný terén neumožňuje pravidelné procházky/. Aerobní cvičení musí být ale pro seniory upraveno. Musí být koordinačně jednoduché, nižší intenzity a doprovozené „pro seniory přiměřenou“ hudbou. V tomto provedení se může stát významně pozitivní formou pohybové aktivity, s preventivním i léčebným vlivem na organismus seniora. Tento typ zátěže by měl být realizován nejlépe 3x týdně po dobu 40 minut (12).

V posledních letech se zejména s ohledem na involuční změny kosterního svalstva nedoporučuje u starších osob pouze vytrvalostní, ale také odporový /rezistenční, silový/ trénink. Jeho působení zpomaluje involuční změny ve struktuře kosterního svalu, ale také kostí, šlach a vaziva. Pravděpodobně nejvýhodnější formou odporového tréninku je jeho intenzita kolem 60 % 1RM ve dvou až čtyřech sériích po 8 až 15 opakováních. Snažíme se při daném cviku zapojit co nejvíce svalových skupin a procvičit kosterní svaly celého těla s důrazem na svalstvo dolních končetin a udržujeme pravidelnost tréninkových jednotek vhodně zařazených nejlépe 2-3krát týdně. Jedním ze základních problémů stanovení intenzity zátěže je zjištění testované 1RM, které by měl provést nejlépe lékař nebo fyzioterapeut, podobně jako kontrolu nad celým pohybovým programem (16,17). 1 RM je maximální síla při jednom opakování.

Odporový trénink u seniorů má svá specifika zejména s ohledem na větší křehkost a zranitelnost pohybového systému. Musíme jej vždy zahájit rozcvičením, které zlepšuje prokrvení svalů a zvýší minutový srdeční výdej. Při zahájení tréninku využíváme nižší zátěž vzhledem k nedostatečné adaptaci pohybového systému a pohyb provádíme v plném rozsahu kloubní pohyblivosti. Vhodné pro cvičení je zapojení svalových skupin, které jsou využívány ke každodenním aktivitám seniora, k nimž řadíme svaly pletence ramenního, hrudníku, zad a svaly pohybujiící kyčelním a kolenním kloubem. Pohyby s přidaným závažím provádíme jako koncentrickou a zpět jako excentrickou kontrakci (18).

Závěr

Můžeme konstatovat, že klinické projevy syndromů imobility i hypomobility, dekkondice a svalové slabosti jsou z velké části řešitelné vhodně indikovanou pohybovou stimulací. Příspěvek umožňuje sociálnímu pracovníkovi i rodině, starající se o seniora, zhodnotit jednotlivé základní klinické projevy, využít některé jednoduché testy zaměřené na hodnocení jeho soběstačnosti a tělesné zdatnosti a vytvořit základní pohybový režim, který může vhodně podpořit seniorovu zdravím podmíněnou kvalitu života v této důležité etapě jeho žití.

Literatura

1. Monty M. et al. Construct and predictive validity of a self-reported measure of preclinical mobility limitation. Arch. Phys. Med. Rehabil., 2007; 88(9): 1108-1113.
2. Kalvach Z, Novotná E. Syndrom hypomobility, dekkondice a svalové slabosti. In Kalvach, Z. a kol. (ed). Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada Publishing 2008: 145-159. ISBN 978-80-247-2490-4.
3. Radvanský J. Pojetí a hodnocení tělesné zdatnosti seniora. In: Kalvach Z. a kol. (ed). Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing 2004: 190-195. ISBN 80-247-0548-6.
4. Argiles JM. et al. Muscle wasting in cancer and ageing: cachexia versus sarcopenia. Adv. Gerontol. 2006; 18: 39-54.
5. Bureš I. a kol. Syndrom imobility. In: Kalvach Z. a kol. (ed). Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada Publishing 2008: 194-214. ISBN 978-80-247-2490-4.
6. Dorfman TA. et al. Cardiac atrophy in women following bed rest. Scand. Med. Sci. Sports, 2007; 17(5): 611-612.
7. Reger SI. et al. Support surface interface pressure, microenvironment, and the prevalence of pressure ulcers: an analysis of the literature. Ostomy. Wound Manag. 2007; 53(10): 50-58.
8. Chen JS. et al. Effect of age-related chronic immobility on markers of bone turnover. J. Bone. Miner. Res. 2006; 21(2): 324-331.
9. Katz S. et al. Progress in the development of the index of ADL. Gerontologist, 1970; (10): 20-30.
10. Ranhoff AH, Laake K. The Barthel ADL Index: scoring by the physician from patient interview is not reliable. Age Ageing 1993; 22(3): 171-174.
11. Bergner M. et al. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. Med. Care 1981; 19(8): 787-805.
12. Pyšná J. a kol. Kvalita života seniorů a pohyb. Bratislava: INFOPRESS; 145 s. ISBN 978-80-8540-298-8.
13. Růžička E. a kol. Syndrom instability s pády. In: Kalvach Z. a kol. (ed). Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada Publishing 2008: 168-193. ISBN 978-80-247-2490-4.
14. Máček M. Stárnutí a tělesná aktivita. In: Kalvach Z. a kol. (ed). Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing 2004: 154-164. ISBN 80-247-0548-6.
15. Pyšná J. a kol. Vybrané terapeutické postupy řešící vadné držení těla při patologickém posturálním programu. In: Kvalita života II. Ústí n. L: UJEP 2008: 140-146. ISBN 978-80-7414-045-7.
16. Máček M. a kol. Jaké cvičení je ve vyšším věku nejvýhodnější, vytrvalostní či odporové? Med. Sport. Bohem. Slov. 2006; 15(1): 33-41.
17. Máček M. a kol. Proč a jakou pohybovou aktivitu ve vyšším věku? Praktický lékař 2006; 86(6): 336-340.
18. Máček M, Máčková J. Potřeba pohybové aktivity ve vyšším věku. Med. Sport. Bohem. Slov. 2008; 17(1): 34-42.

prof. MUDr. Ladislav Pyšný, CSc., MPH.

Katedra sociální práce, Fakulta zdravotnictví a sociální práce
Trnavská univerzita, Univerzitní
náměstí 1, 918 43 Trnava
l.pysny@seznam.cz

Medicínsko-etické dilemy hemosubstitučnej liečby v paliatívnej medicíne

MUDr. Mária Paceková, PhD., MUDr. Zuzana Otrubová

DOM Božieho milosrdenstva, n. o. – hospic, Banská Bystrica

Cieľom paliatívnej medicíny je udržanie najvyššej možnej kvality života pacienta až do jeho smrti. Rovnako dôležitými úlohami sú poskytnúť pacientovi úľavu od závažných symptómov ochorenia, zmierniť utrpenie pacienta, stabilizovať jeho zdravotný stav, neurýchľovať ani neodďalovať smrť. Splniť tieto kritériá môže u pacientov s ťažkou anémiou pomôcť hemosubstitučná liečba. Podanie transfúzných prípravkov však musí byť opodstatnené a prísne zvažované. Na hemosubstitučnú liečbu treba pristúpiť iba vtedy, keď jej priaznivý účinok presiahne prípadné riziká spojené s transfúziou. Problematike indikácie a aplikácie hemosubstitučnej liečby sa venuje daný príspevok.

Kľúčové slová: hemosubstitučná liečba, pacient, paliatívna medicína.

Medical and ethics problems of hemosubstical therapy in paliative medicine

The aim/purpose of palliative medicine is to keep the highest possible quality of life of patient until his death. Equally important role to provide the patient relief from severe symptoms of the disease, alleviate the suffering of the patient, stabilize his condition, not speeded up or postponed death. The hemosubstical therapy can meet these criteria of patients with severe anemia. Submission of transfusion products it must be justified and strictly considered. The hemosubstical treatment should proceed only when it exceeds the positive effect of potential risks associated with transfusion. The issue of indications and applications of hemosubstical treatment is given through these post.

Key words: hemosubstical treatment, patient, paliative medicine.

Každý má právo žiť a zomierať dôstojne, prežiť svoju smrť ľudským spôsobom bez toho, aby premenil vlastnú smrť na niečo technické a umelé. Existuje určitá fáza choroby, určitý moment, keď už nemá zmysel naliehať napr. na vyčerpávajúcu a už neúčinnú liečbu, pretože už žiadnym spôsobom nevláda na priebeh choroby, ale iba prináša škodu a ťarchu pacientovi. No hoci intenzívna špecifická liečba pacienta bola už ukončená, stále ostáva povinnosť pokračovať v liečbe paliatívnej a symptomatickej (1).

Jej úlohou je zlepšiť kvalitu života pacienta až do smrti, poskytnúť pacientovi úľavu od bolesti a iných závažných symptómov ochorenia, zmierniť utrpenie pacienta a stabilizovať jeho zdravotný stav. Medzi základné princípy a garancie hospicovej starostlivosti patrí aj to, že nepríjemné príznaky choroby budú minimalizované (1).

Etické dilemy hemosubstitučnej liečby v paliatívnej medicíne

Medzi veľmi časté príznaky, ktoré sprevádzajú pacientov s nevyliciteľným ochorením (najmä onkologickým) sú napr. slabosť, depresia, nechutenstvo... Mnohé z týchto príznakov vyvoláva nielen základné ochorenie, ale aj sprievodné či druhotné komplikácie, akými je napríklad veľmi často sa vyskytujúca anémia. Indikácia hemosubstitučnej liečby pri anémii ťažkého stupňa musí spĺňať prísne kritériá a v paliatívnej medicíne sa k nej prikláňame po dôkladnom zvážení. Indikácia substitučnej terapie krvnými derivátmi (najčastejšie erytrocytového koncentráty) musí jednoznačne spĺňať kritériá be-

neficiencie a non-maleficiencie. Dôraz sa kladie na dobrodennosť, ktoré pacient v presne danej klinickej situácii môže získať zo špecifickej terapie (2).

Dobro je pre každého jednotlivca subjektívny pojem, rovnako ako kvalita života a jeho dôstojnosť. Dobro pre pacienta nemusí byť totožné s predstavou zdravotníka – je potrebné hľadať ho vzájomným dialógom, načúvaním a argumentáciou. Ideálny nástroj je teda pravdivá a empatická komunikácia (3). Tu vstupuje do rozhodovania o indikácii hemosubstitučnej liečby ďalší zo základných etických princípov v paliatívnej medicíne – princíp autonómie, t. j. rešpektovanie zodpovednosti človeka za svoje zdravie a rozhodovanie. Prania pacienta by mali byť plne rešpektované, aj keď vo finálnej fáze ochorenia môžu mať za následok úmrtie pacienta. Princíp autonómie však môže a zároveň musí byť naplnený len pri súčasne splnenom ďalšom etickom princípe, ktorý je nesmierne dôležitý a mal by byť v paliatívnej liečbe dodržiavaný, a to úplná a jasná informovanosť pacienta, ktorá je základom na pacientovo racionálne rozhodovanie (3).

Medicínske dilemy hemosubstitučnej liečby v paliatívnej medicíne

Paliatívna medicína zahŕňa širokú škálu pacientov, ktorí môžu byť v rozličných štádiách neliečiteľného ochorenia. Vo fáze kontrolovaného (kompenzovaného) ochorenia sa vzhľadom na predpokladanú dĺžku prežitia niekoľko mesiacov až rokov pokračuje v zavedenej prevencii a liečbe ostatných chronických ochorení. V prípade potreby je obvykle

indikovaná plne intenzívna liečba, teda aj podanie krvných derivátov. Vo fáze zlomu, keď dochádza k postupnému zlyhávaniu jednej alebo viacerých orgánových sústav, zhoršovaniu celkového stavu pacienta, odhadnúť prognózu dĺžky prežitia je veľmi ťažké. Je potrebné prehodnotiť indikáciu zavedenej dlhodobej liečby. Indikácia intenzívnej liečby a aj podania transfúzných prípravkov je individuálna. V prípade prognostickej neistoty je však vždy indikovaná plná liečba. V terminálnej fáze dochádza k postupnému nezvratnému zhoršovaniu celkového stavu v dôsledku zlyhávania jedného alebo viacerých funkčných systémov. Cieľom liečby v tejto fáze je minimalizovať diskomfort, ktorý pacientovi ochorenie spôsobuje a umožniť chorému pokojnú a dôstojnú smrť. Intenzívna liečba obvykle nie je indikovaná (3), podanie krvných derivátov je zvažované veľmi starostlivo, individuálne, skôr výnimočne, zohľadňujúc predpokladaný čas prežitia pacienta. Transfúziu liečbu neindikujeme u umierajúceho pacienta a tam, kde podanie erymasy opakovane nevedlo k zlepšeniu stavu či úľavy od symptómov (3).

Výskyt anémie v pokročilých a konečných štádiách onkologických i neonkologických ochorení je veľmi častý. Klinický obraz anemického syndrómu zahŕňa únavu, slabosť, námahovú dýchavicu, bolesť na hrudi, zhoršenie nálady, zhoršenie koncentrácie, anorexiu, tinitus, zhoršenie mestnaveho srdcového zlyhávania, posturálnu hypotenziu. Vnímanie ťažkostí je individuálne. Ich intenzita iba čiastočne súvisí s koncentráciou hemoglobínu (Hb). Dôležitý faktor je rýchlosť, s akou vznikol

pokles Hb. Pacienti môžu byť funkčne adaptovaní na postupne vzniknutú nízku koncentráciu Hb.

Najčastejšie príčiny anémie:

- znížená produkcia červených krviniek v dôsledku nádorovej infiltrácie kostnej drene,
- iatrogénne indukovaná anémia – dreňový útlm, najčastejšie po chemoterapii,
- krvné straty: tráviacim traktom, hematória, hemoptýza, gynekologické krvácanie,
- malnutícia/malabsorpcia (napr. po gastrektomii): nedostatok vitamínu B₁₂, folátov,
- hemolýza,
- chronické obličkové zlyhanie,
- anémia chronických ochorení v súvislosti s malígnym ochorením – kombinácia rôznych príčin: znížená produkcia erytropoetínu a transferínu, skrátené prežitie erytrocytov (3).

U pacientov v paliatívnej starostlivosti sa často kombinuje niekoľko rôznych príčin.

Cieľom hemoterapie je dosiahnutie optimálnej liečebnej účinnosti pri čo najmenšom ohrození chorého vedľajšími účinkami potenciálne súvisiacimi s transfúziou. Na dosiahnutie tohto cieľa je potrebné rešpektovať niekoľko zásad:

1. Transfúzia plní zásadne len substitučnú (náhradnú) funkciu.
2. Chýbajúcu zložku krvi treba nahradiť čo najbezpečnejším transfúznym prípravkom s čo najmenšou prímiesou ostatných zložiek krvi.
3. Každá indikácia transfúzneho prípravku sa má svedomito zvážiť a k transfúzii pristúpiť iba vtedy, keď jej priaznivý účinok presiahne prípadné riziká spojené s transfúziou. Každá indikácia krvného produktu musí byť opodstatnená a každú neindikovanú transfúziu treba považovať za kontraindikovanú (4).

Na druhej strane môže hemosubstitučná liečba výrazne prispieť ku skvalitneniu života pacienta napriek závažnému základnému ochoreniu.

Indikácia krvnej transfúzie by sa mala opierať o potrebu zmierniť symptómy hypoxie a zabrániť vzniku ďalších nežiaducich následkov vyplývajúcich z poškodenia tkanív hypoxiou (5).

Podanie krvnej transfúzie (obvykle erytrocytového koncentráту) je najrýchlejší spôsob úpravy anémie. Prejavy anemického syndrómu odznievajú v priebehu hodín až jedného dňa po aplikácii. Podaním jednej erymasy sa dá doceliť vzostup koncentrácie Hb asi o 10 až 20 g/l. Počet podaných transfúzií sa riadi vstupnou hodnotou Hb a závažnosťou klinických prejavov.

Indikácie transfúzie erytrocytového koncentrátu:

- akútna stratová anémia: výraznejšia krvná strata, rýchly pokles hodnoty Hb za krátky časový úsek – pravidelné podávanie transfúzií je niekedy

jediná terapeutická možnosť u pacientov s neriešiteľným protrahovaným krvácaním z inoperabilného nádoru alebo pri refraktérnej dysfunkcii krvotvorby (napr. myelodysplastický syndróm), anémia ako vedľajší účinok protinádorovej liečby,

- postupne sa prehľbujúca chronická anémia s pozvoľným poklesom Hb a pozvoľným narastaním klinických symptómov,
- u pacienta s chronickým srdcovým zlyhaním pri ICHS je hemosubstitúciu potrebné zvážiť už pri asymptomatickom poklese koncentrácie Hb pod 100 g/l (3).

Pri postupnej strate krvi, opakovaných menších stratách krvi, chronickom krvácaní, pri anémii z nedostatočnej tvorby červených krviniek alebo ich predčasného rozpadu je indikovaná transfúzia erytrocytov. Pri jej indikácii je potrebné zistiť rýchlosť vývoja málokrvnosti, stav srdcovocievneho systému pacienta a zvážiť medikamentózne možnosti ovplyvnenia anémie. Až potom možno pristúpiť k transfúzii erytrocytov. Hladina hemoglobínu u choreho je len ukazovateľom pri indikovaní transfúzie. Hodnota hemoglobínu 70 g/l je zvyčajne indikáciou transfúzie. Pri hodnote hemoglobínu 50 g/l a menej je transfúzia erytrocytov absolútne indikovaná, (4), samozrejme, so zohľadnením spomínaných etických princípov liečby v paliatívnej medicíne.

Celá krv je indikovaná len pri aktívnom krvácaní so stratou viac ako 25 % cirkulujúceho objemu (5).

Krvácavé stavy sú pomerne častá komplikácia v paliatívnej medicíne. Príčinou krvácania môže byť porucha aspoň jedného z troch hlavných hemostatických mechanizmov, ktorými sú plazmatické koagulačné faktory, trombocyty a cievy (6). Tieto príčiny sa však môžu kombinovať.

Klinické prejavy krvácania (nezávisle od ich etiológie) môžu byť rôznej intenzity. Je potrebné previesť základné hodnotenie krvného obrazu a koagulácie, ktoré nám ozrejmi príčinu krvácania. Naliehavosť riešenia prejavov hemoragickej diatézy závisí od rýchlosti krvných strát a na celkovom klinickom kontexte – posúdení stavu základného ochorenia, prognózy, cieľov liečby (3).

Trombocytopenia vzniká v dôsledku poruchy tvorby doštičiek v kostnej dreni alebo je dôsledkom ich zvýšeného zániku, spotreby či straty z periférnej krvi. K najzávažnejším trombocytopeniám patria idiopatická trombocytopenická purpura (ITP), trombocytopenia sprevádzajúca dreňový útlm (idiopatický, poliekový) alebo útlak kostnej drene nádorovou alebo leukemickou infiltráciou. Trombocytopenie, ktoré vo svojich klinických dôsledkoch vedú k vzniku hemoragickej diatézy, sa prejavujú skorým – čo do dĺžky trvania času od

poranenia či úrazu do prvých prejavov krvácania – a petechiálnym kožným alebo slizničným krvácaním. Petechie môžu splyvať do plošných ekchymóz a sufúzií. Príznačné sú epistaxy, krvácanie z ďasien, hematória, krvácanie z tráviaceho systému a gynekologické krvácanie

Hemoragická diatéza môže mať nevýrazný charakter, môže sa objavovať po poranení, úrazoch... V niektorých prípadoch prebieha skryto alebo zostáva stranou pozornosti (krvácanie z ďasien pri čistení zubov pričítané paradontóze, nevýznamná epistaxa). V niektorých prípadoch sa môže objaviť krvácanie v súvislosti s novonasadenými liekmi. K spontánnemu krvácaniu dochádza väčšinou až pri poklese počtu doštičiek pod hodnotu $20 \times 10^9/l$ (7).

Transfúzia trombocytov je indikovaná pri ich zníženom počte. Spravidla ide o substitučnú liečbu pri útlmovej trombocytopenii vyvolanej cytostatickou liečbou hematologických malignít alebo iných zhubných ochorení. Trombocyty sú indikované v prípade krvácania alebo invazívneho zákroku (v paliatívnej medicíne napr. pred inštaláciou PEGu, pred nevyhnutnými zákrokmi, akými sú napr. punkcia pleurálneho výpotku, punkcia ascitu) pri počte trombocytov $50 \times 10^9/l$ a menej. Preventívne sa trombocyty podávajú u chorých s cieľom predísť rozvoju trombocytopenického krvácania. V týchto prípadoch je ich transfúzia indikovaná pri hodnotách menej ako 10, resp. menej ako $20 \times 10^9/l$ (4), v paliatívnej medicíne je však táto indikácia veľmi zriedkavá, zohľadňujúca stav a prognózu pacienta.

Podanie čerstvej mrazenej plazmy je indikované pri poklese hladiny koagulačných faktorov z rôznych príčin, pri liečbe trombotickej trombocytopenickej purpury. Ak je dostupný vhodný bezpečný koncentrát chýbajúceho faktora, treba uprednostniť takýto prípravok.

Substitučná liečba erytrocytovými koncentrátmi, trombocytovými koncentrátmi má svoje špecifické miesto v onkohematológii.

Podanie ostatných druhov krvných derivátov: albumínu a stabilného roztoku plazmatických bielkovín, imunoglobulínov je v paliatívnej medicíne zriedkavejší či skôr výnimočný (v období kompenzovaného ochorenia). Do úvahy prichádza najmä podanie koncentrátov koagulačných faktorov, ktorých jedinou indikáciou je vrodený alebo získaný defekt daného plazmatického koagulačného faktora, resp. Faktorov, (4) v liečbe ktorých je pri krvácaní potrebné pokračovať v indikovaných prípadoch aj v paliatívnej medicíne.

Záver

Medicína, ktorá je ľudská, musí vedieť držať za ruku toho, kto odchádza, musí vedieť prijať, že je potrebné starať sa o pacienta, hoci nie

je nádej na uzdravenie a má prikryť paliom, milosrdným pláštom tých najbiednejších – trpiacich.

V paliatívnej medicíne cieľom zdravotníckej starostlivosti o chorých nie je ochrana, navrátenie a upevnenie zdravia, ale miernenie utrpenia a udržanie dobrej kvality života v krátkom čase, ktorý nevyliciteľne chorému ostáva. V závere života je cieľom paliatívnej starostlivosti dôstojné a pokojné zomieranie (3). Zmierniť utrpenie, zlepšiť kvalitu života môže v indikovaných prípadoch pomôcť aj hemosubstitučná liečba. Pri zvažovaní jej podania musíme mať vždy na pamäti – ako jedno z hlavných kritérií nášho rozhodovania – dobro pacienta.

Literatúra

1. Leone S. Alimentazione artificiale. In: Leone S, Privitera S. cur., Dizionario, 34. Porov: Pont. Accademia Delle Scienze, Prolungamento artificiale della vita, Città del Vaticano 1987; Vescovi Cattolici Pennsylvania, Nutrizione e idratazione. Considerazioni morali, 2. 12. 1991, In: „Medicina e Morale“ 42(1992): 739-763. 20.
2. Abele F, Accanimento terapeutico. In: Leone S, Privitera S. cur., Dizionario, 3-6
3. Sláma O. a kol: Paliatívna medicína pro praxi. Praha: Galén 2007: 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
4. Sakalová A. a kol: Hematológia a transfuziológia, Martin: Vydavateľstvo Osveta 1995: 527 s. ISBN 80-217-0444-6.
5. Kubisz P. a kol: Hematológia a transfuziológia. Bratislava: Grada Slovakia, spol. s. r. o. 2006: 323 s. ISBN 80-8090-000-0.

6. Lafférs M. in MEŠKO D: Krvácavé stavy. Dostupné na www.medinfo.sk/?s=heslo&id=710 (citované 4. 4.2012).

7. Penka M. a kol: Hematologie I. Neonkologická hematologie. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o. 2001: 201 s. ISBN 80-247-0023-9.

MUDr. Mária Paceková, PhD.

DOM Božieho milosrdenstva, n. o. – hospic
Ul. Tibora Andrašovana 44, 9
74 01 Banská Bystrica

Keď zomiera lekár...

MUDr. Jana Trizuljaková, PhD.

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LF UK, Bratislava

Lekár sa vo svojej profesii stretáva so smrťou častejšie než človek bežnej populácie. Musí sa tiež osobne vyrovnáť s vlastnou smrteľnosťou. Ide o celoživotnú úlohu. V istej chvíli bude vystavený situácii vlastného zomierania. Zomieranie sa môže stať pre neho tým ťažšie, čím hlbšie budú jeho odborné medicínske poznatky a skúsenosti. Úlohou sprevádzajúcich osôb a okolia je rešpektovať zomierajúceho lekára vzhľadom na špecifickosť vyplývajúcu z pacientovej profesie a usilovať sa porozumieť pacientovi-lekárovi dôstojne naplniť životný projekt. Text uvádza dve kazuistiky. Prvá poukazuje na zložitosť situácie, ak pacient-lekár nebol informovaný o svojom zdravotnom stave. Druhá ilustruje opačnú situáciu a poukazuje na niektoré paradoxy, ako i na absenciu mobilného hospicu.

Kľúčové slová: lekár ako pacient, zomieranie, mobilný hospic, etika.

When a doctor dies...

A doctor, by the nature of his job, regularly faces death. The finality of life lies before him as a fact, by which he is being confronted more often than a common man. However, also the doctor, himself, faces the issue of his own mortality, and it is impossible to cope with this fact already during the medical studies. It is a lifelong task and the doctor can fulfil it towards the end of his life, when he finds himself in the position of a patient as a consequence of a serious illness or when, following various circumstances and complications, he experiences his own "departing". The deeper the doctor's professional medical knowledge of the particular disease, the harder does dying become for the doctor. The role of the accompanying person, be it a nurse, relative or a doctor, is to respect the dying patient-doctor bearing in mind the uniqueness of his situation, and to secure him a dignified departure. Casuistic.

Key words: the doctor as a patient, experiencing a disease, dying, ethics.

Úvod

Lekár sa pravidelne vo svojej profesii stretáva so smrťou. Konečnosť života je pre neho fakt, s ktorým je konfrontovaný častejšie než človek v bežnej populácii. O to naliehavejšie sa pred ním osobne otvára problém vyrovnávania sa s vlastnou smrteľnosťou. Vyrovnáť sa s faktom vlastnej smrteľnosti nie je jednorazový krok. U poslucháča medicíny sa neudeje zo dňa na deň, rovnako u aktívneho pôsobiaceho lekára. Vyrovnávanie sa so smrťou je celoživotný údel. Lekár ho rieši v priebehu celého svojho života, naplní vari až v jeho závere.

Zomiera lekár inak než človek pôsobiaci v inej profesii? Sú nadobudnuté odborné medicínske poznatky pre neho výhodou alebo naopak? Stretáva sa v závere života s väčším pochopením, ústretovosťou, súcitom kolegov či optimálnejšou zdravotnou starostlivosťou?

Priznávame, že otázky v úvode textu nás zamestnávajú v súvislosti s nedávno prežitými udalosťami. Jednoznačné odpovede sme nenašli ani v odbornej literatúre. Odpovedať zodpovedne by vyžadovalo uskutočniť seriózny výskum, ktorého súčasťou by bolo dôsledné analyzovanie kazuistík a premyslený záver. Vyžadovalo by to svoj čas. Pre krátkosť času si dovoľujeme iba malú sondu do nacrtnutej problematiky, ktorá nemá ambíciu zovšeobecňovať, napriek tomu cítime potrebu vyjadriť sa. Využijeme ľudské príbehy na ilustráciu hľadania odpovedí, či od čias, keď medicínska etika a bioetika začala byť uznávaným odborom nielen v zahraničí, ale i u nás, kde medzi iným nastolila aj problematiku zomierania a víziu maximálnej dostupnosti a kvality komplexnej paliatívnej starostlivosti, došlo k zmene prístupu k zomierajúcemu pacientovi.

Keď pracuje lekár...

Keď je lekár plný zdravia, plánuje, organizuje, riadi svoje aktivity. Je schopný na základe svojich rozhodnutí a potrieb strieďať činnosti sebaobslužné, individuálne, ale aj aktivity v prospech druhých. Vo svojej profesii denne dosahuje až na dno ľudského bytia a nebytia. Kráča po ceste nielen ako odborník, ale aj estét, dobrý politik a znalec ľudskej duše, ale aj ako znalec života. Lekár tým, že rozhoduje v krucíálnych situáciách človeka v momentoch choroby, v okamihu ľudského zrodu i zániku, zastáva mimoriadne postavenie. Je nesporne predstaviteľom skupiny, ktorej sa najmä v minulosti dostávalo úcty a rešpektu. Dnes sú jej výsostné práva v spoločnosti skôr mýtus, zostala jej iba vysoká miera zodpovednosti a s ňou spojené riziká povolania (1).

Vykonávanie profesie predstavuje pre každého lekára realizáciu podstatnej časti životného projektu. Životný projekt je predstava, kam by mal život konkrétneho človeka smerovať a čo by mal život, ktorý chce byť úspešným naplnením životného projektu, obsahovať. Lekár musí byť osobnosťou, nespornou individualitou, aby svoj životný projekt naplnil (2).

Býva to však práve choroba, ktorá v ktoromkoľvek časovom horizonte realizáciu jeho osobného životného projektu, zastavuje.

Keď ochorie lekár...

Choroba je pre lekára mnohovrstvový problém, ktorý vyvára napätie medzi ním a okolím. V tejto situácii činí vlastnú skúsenosť s tým, že ani súbor získaných dát, laboratórnych výsledkov, záverov zobrazovacích metód, názory konziliárnych spolupracovníkov nezaručia komplexnosť obrazu o jeho stave. Pre pacienta je totiž dôležité aj prežívanie vlastnej choroby a schopnosť okolia mu porozumieť (2). Pri tom taká dôležitá otázka, ako pacient prežíva vlastnú chorobu, zostáva často nepovšimnutá, nevyslovená a obchádzaná...

U pacienta-lekára so závažným zdravotným problémom a infaustnou prognózou postupne narastá strata sebestačnosti a dochádza k redukcii sociálnych kontaktov. Pacient-lekár mnoho ráz videl trpieť iných. V minulosti poskytoval útechu on. Dnes sám potrebuje pochopenie v novej životnej situácii a podporu svojich ľudských potrieb.

Na jednej strane sa nevzdáva nádeje žiť, túži byť uzdravený, túži po optimálnej medicínskej starostlivosti najvyššej odbornej úrovne. Túži po personalizovanej medicíne, súkromí, pocite ľudskej dôstojnosti, podpore hľadať zmysel, podpore všetkého, čo možno ešte v živote, nie v smrti, využiť (3). Úspechy medicíny sú obdivuhodné, avšak každá minca má dve strany. Budia zároveň obdiv i obavu. Preto sa na druhej strane desí dystanázie (zadržanej smrti) a kladie si otázku, či bude môcť zo života odísť prirodzeným spôsobom, keď príde jeho čas (4). Čím ťažší je jeho zdravotný problém, tým dôležitejšia je pre neho podpora okolia, ústretovosť, priateľskosť, empatia, prístupnosť a znalosť jeho ľudských potrieb vrátane potrieb spirituálnych.

Keď zomiera lekár...

Zomierajúci lekár sa stáva čoraz krehkejším. Nechce byť pacient, chce byť človek. Vo svojom prostredí budí súcit i snahu pomôcť. Uvažovanie a konanie okolia sa uberá smerom podľa toho, či ide o ľútosť sentimentálnu, bezduchú, alebo o ľútosť kreatívnu, o pravý súcit chorým. Sentimentálna ľútosť nie je chorému nič platná. Ľútosť kreatívna je schopná plného nasadenia a niekedy až nadľudskej obety (4).

Začiatkom deväťdesiatych rokov, krátko po začatí výučby medicínskej etiky, sme na seminároch so študentmi analyzovali prípad, ktorý takúto sentimentálnu ľútosť ilustroval:

Štyridsaťšesťročná pacientka-lekárka. Pred prijatím na kliniku mala nešpecifické ťažkosti trvajúce niekoľko týždňov po návrate zo služobnej cesty v Oriente. Pozitívne hepatálne testy, CT nepresvedčivé, konzultovaná bola na viacerých klinických pracoviskách s predpokladom výskytu parazitárneho alebo infekčného ochorenia nadobudnutého na služobnej ceste. Opakované CT pečene vykazovali spočiatku solitárne, neskôr viaceré ložiská. Klinický obraz sa postupne zhoršoval (nauzea, dyskomfort, epigastralgie, úbytok hmotnosti, subicterus). Laparoscopia a cielená biopsia neskôr dokázali pokročilé štádium primárneho hepatocelulárneho karcinómu. Pacientka bola prijatá na podpornú a symptomatickú liečbu. Pacientke sa diagnóza neoznámila. Členovia jej rodiny však boli plne informovaní (manžel-lekár, starší syn-lekár, mladší syn-študent VŠ). Všetci mali k matke úctivý a citlivý vzťah. Všetkým lekárom a sestram prikázal prednosta kliniky, starý dobrý priateľ pacientky, aby jej neprezradili nič z diagnózy. Viedla sa oddelená dvojitá dokumentácia (fiktívny chorobopis pre pacientku a reálny chorobopis uložený a zabezpečený na zvláštnom mieste mimo dosahu pacientky). Zhoršovanie stavu, vzťahov medzi niektorými lekármi kliniky a pacientkou (docenti, prednosta, zástupca prednostu). Postupné prerušenie kontaktov s lekármi kliniky („starými priateľmi“) a pacientkou, neskôr počas viacerých týždňov vyhýbanie sa vizitám na izbe, resp. ich rýchly priebeh. Zhoršili sa rodinné vzťahy. Pacientka zomrela po 6-mesačnom období progresujúceho zhoršovania stavu a utrpenia (5).

Ak by záujem ošetrojúcich kolegov o pacientku bol býval úprimný, nemuselo dôjsť k smutnej situácii, ktorá viedla k jej vyhýbaniu. Bolo potrebné porozumieť skutočnému obsahu pacientkiných vyjadrení, tomu, čo pacientka naozaj prežívala. Bolo potrebné sa zaoberať osobným prežívaním choroby pacientkou vzhľadom na aktuálnu situáciu. Povedané a myslené – dve roviny, na úrovni ktorých sa informácia môže meniť na dezinformáciu a viesť k pochybeniam (2). Pripomíname, že udalosť sa odohrala v 80. rokoch 20. storočia.

Preskočme niekoľko desaťročí. Dnes s odstupom takmer dvadsiatich rokov od nežnej revolúcie má každý pacient šancu a právo byť primerane informovaný o zdravotnom stave. Niekedy otázka stojí, či si to pacient (všimneme si pacienta-lekára) praje:

Osemdesiatročný lekár sprevádzal chorú manželku na urologické vyšetrenie. Počas voľne plynúceho rozhovoru mu kolega navrhol vyšetrenie PSA. Prešiel čas a na vyšetrenie aj zabudol.

Pripomenul ho neskôr telefonátom kolega, ktorý ho informoval o vysoko patologickej hodnote PSA. Telefonát predznačil ďalšie vyšetrenia a viedol k záveru o existencii nádorového ochorenia. Pacient-lekár po stanovení diagnózy dlho obviňoval kolegu, ktorý ho „nahovoril“ na vyšetrenie PSA z neetického a neprofesionálneho správania realizovaním (i keď kamarátom a dobre mieneným) vyšetrenia pacientovi v jeho pokročilom veku.

Prežívanie ochorenia je vysoko individuálna záležitosť a, paradoxne, môže vyvolať aj uvedenú reakciu.

Napriek tomu, že nádor nespôsobil v tom období žiadne ťažkosti, pacient sa začal mimoriadne pozorovať a úzkostlivo sledoval svoj zdravotný stav. V prežívaní ochorenia sa u neho spočiatku striedali fázy negácie a vyjednávania, neskôr s nástupom fyzických komplikácií býval depresívny a apatický. Sužoval sa. Ochorenie, ktoré tak detailne poznal a sám liečil celý život u iných, vyvolalo u neho strach, úzkosť a nespavosť. Pacient bol dlho opatrovaný a ošetrovaný v domácom prostredí. Postupne kachektizoval, komplikácie a následné hospitalizácie v dôsledku zlyhávania životne dôležitých orgánov viedli k imobilizácii. Mal veľký strach z objavenia dekubitov. V istej chvíli rozhodol ošetrojúci lekár postupovať v zmysle paliatívnej medicíny. Pacient opakovane vyslovil pranie zomrieť doma. Po ukončení hospitalizácie pokračovala niekoľko dní domáca starostlivosť. Objavila sa však extrémna dýchavičnosť. Bola privolaná RZP a pacient bol opäť hospitalizovaný, tentoraz na koronárnej jednotke. Skonal siedmy deň po prijatí.

Pacient si prial zomrieť doma, čo nebolo možné bez odbornej pomoci a príslušných pomôcok, resp. zdravotníckej techniky a vybavenia. Príbuzní sa pokúsili umiestniť pacienta na hospicové lôžko (čo v kompetentnej inštitúcii zamietli s tým, že nejde o „paliatívneho pacienta“) a hľadali teda pomoc mobilného hospicu, žiaľ, v hlavnom meste SR v Bratislave opäť nedostupná pomoc. Nielen v tomto prípade príbuzným neostáva iné, než kontaktovať a žiadať o pomoc všeobecného obvodného lekára, ktorý má iba minimálnu bezprostrednú skúsenosť so zomieraním a zomierajúcim. Je, samozrejme, limitovaný pevne stanoveným časom vyžadujúcim jeho stálu prítomnosť v konkrétnej ambulancii. Jedinou možnosťou pre príbuzných zostáva prvolať rýchlu záchrannú službu, ktorá sa dostaví a transportuje zomierajúceho tam, kam si neprial. Opakuje sa začarovaný kruh s nežiaducim pacientom, ktorý chciac-nechtiac svoj život končí v najbližšej inštitúcii podľa miesta bydliska osamotený a bez prítomnosti svojich najbližších...

Záver

Všade vo svete je preferovaná domáca hospicová starostlivosť. Je najčastejšie preferovaná

i pacientom. Otázka nezná, či potrebujeme lôžkovú, alebo domácu hospicovú a paliatívnu starostlivosť. Potrebujeme obe, pretože pacientovi v určitej fáze ochorenia najlepšie vyhovuje jedna a v ďalšej druhá. Veď ako píše Marie Svatošová „...lůžkový hospic bez mobilního jsou totiž jako jedna plíce bez druhé...“(4) Osobne vnímame naliehavú potrebu zrealizovať lôžkovú i mobilnú hospicovú sieť v Bratislave a blízkom okolí.

Pacient-lekár nakoniec prechádza poslednou etapou svojho života tak, ako mnohí iní a činí vlastnú skúsenosť. V zmierení s finalitou života zohráva rozhodujúcu rolu miera jeho

ľudského poznania a intímne vnímanie toho, čo človeka presahuje – hĺbka jeho transcendentálneho rozmeru.

Myslíme si, že v existenciálnej situácii zomierania si zasluhuje pacient-lekár zvláštnu pozornosť vzhľadom na špecifické potreby vyplývajúce z nadobudnutého vzdelania, celoživotne vykonávaného zamestnania a ľudského potenciálu vynaloženého v minulosti v prospech mnohých núdznych.

Otázku, či pre zomierajúceho lekára je zomieranie tým ťažšie, čím sú tesnejšie prepojenia medzi jeho vlastnou chorobou a ním získanými medicínskymi poznatkami, nechávame otvorenú.

Literatúra

1. Kukumberg P. K niektorým etickým otázkam súčasnej medicíny. Bratislava: Herba, spol. s. r. o. 2007: ISBN 978-80-89171-52-1.
2. Matějka J. 2011. Dříve projevovaná přání pacientů. Výhody a rizika. Praha: Galén 2011: ISBN 978-80-7262-850-6.
3. Kalvach Z, Čeledová L. a spol. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada Publishing 2011: ISBN 978-80-247-4026-3.
4. Svatošová, M. Umírající už nechce být pacientem, chce být člověkem. Katolický týdeník 02/2008. <http://www.katydz.cz/index.php?cmd=page&type=11&article=5682> [cit.30-03-2012]

MUDr. Jana Trizuljaková, PhD.

Ústav sociálneho lekárstva

a lekárskej etiky LF UK

Sasinkova 2, 813 72 Bratislava

jana.trizuljakova@fmed.uniba.sk

Malígne rany

Mgr. Anna Michňová

Dom Božieho milosrdenstva, n. o. – hospic, Banská Bystrica

Zhubná choroba u pacientov sa často zhoršuje a nedá sa vyliečiť. Túto skutočnosť pripomína zapáchajúca a nehojaca sa rana. Malígne rany sa častejšie vyskytujú u pacientov s pokročilým nádorovým ochorením. Rany sa často zhoršujú. Problémy spojené s malígnymi ranami výrazne znižujú kvalitu života pacientov. Medzi typické príznaky malígnych rán patrí nepríjemný zápach, silná sekrécia, krvácanie, svrbenie v okolí rany a bolesť spôsobená tlakom nádoru alebo odkrytím rany pri preväze. Holistický prístup berie ohľad na pacienta na uspokojovanie jeho potrieb.

Kľúčové slová: malígna rana, pacient, bolesť, liečba, holistický prístup.

Malignant wounds

Malignant illness at patients often gets worse and cannot be cured. This reality is still reminded by stinking and not healing wound. Malignant wounds occur more often at patients with advanced tumour disease. The wounds often get worse. The problems connected with malignant wounds significantly lower the quality of patient's life. Typical symptoms of malignant wounds are unpleasant smell, strong secretion, bleeding, itching in wound surrounding, and the pain caused by the pressure of tumour or uncovering the wound at bandaging. Holistic access takes into consideration the gratification of patient's needs.

Key words: malignant wound, patient, pain, treatment, holistic access.

Ľudské telo je zvláštny mechanizmus pozostávajúci z mnohých zložitých častí, ktoré vykonávajú dôležité telesné funkcie. Tento mechanizmus je tvorený desiatimi telesnými sústavami, ktoré vzájomnou spoluprácou zaisťujú správny chod organizmu. Pre zdravé fungovanie a výkonnosť je nutná ich spolupráca, pretože každá zo sústav plní jedinečnú a životne dôležitú úlohu. Vonkajší kryt tela je tvorený kožnou sústavou – kožou, vlasmi a nechtami, ktoré chránia všetky ostatné sústavy. Ľudský organizmus je nepretržite vystavovaný útokom. Musí sa chrániť pred votrelcami, ako sú baktérie, vírusy, plesne, parazity. Koža je vonkajším ochranným puzdrom a vnútorné prostredie je vybavené bunkami a látkami, ktoré organizmus aktívne bráni. Čírou tekutinou, nazývanou lymfou alebo miazgou, sú prenášané imunitné bunky, ktoré sú dôležitou súčasťou obranného mechanizmu organizmu. Útočník, ktorý obranným mechanizmom unikne, vedie k infekcii. (6)

Terminológia zhubných rán nie je jednotná, najčastejšie sa používa výraz: ulcerujúca malígna

rana. Poškodenia môžu narásť v hubovité alebo karfiolovité útvary. Ulcerujúce rany vytvárajú kráter. (3)

Ak bol pacient niekoľko mesiacov či rokov niekde liečený a nevidí žiadaný výsledok, stráca dôveru v zdravotníckych pracovníkov. Problematiku mu treba trpezlivo vysvetľovať a získavať ho na spoluprácu. Ak je porušené tkanivo nezhojené niekoľko mesiacov, nemusí sa podariť vyliečiť ho za jeden mesiac. Pozitívnym výsledkom u zhubných rán je aj ich stabilizácia. Hlavným cieľom pri ranách, ktoré sa nehoja, je mať pod kontrolou bolesť, vytvoriť pocit pohodlia a zabrániť zhoršeniu stavu.

Malígne rany sa častejšie vyskytujú u pacientov s pokročilým zhubným ochorením. Ak je nádor lokalizovaný, môžu s ním pacienti žiť ešte veľa rokov. Rany sa časom zhoršujú. Problémy spojené s malígnymi ranami môžu mať často devastujúci účinok na fyzický, psychický i sociálny stav a môžu výrazne znížiť kvalitu života. (3)

Vznik malígnych rán

Malígne rany vznikajú nasledujúcimi spôsobmi:

- primárnym kožným nádorom, napr. bazálny karcinóm, malígny melanóm,
- priamou inváziou nádoru do kože, napr. nádor prsníka alebo mäkkých tkanív,
- metastázami.

Metastázy sa môžu šíriť okolo tkaniva kapilárnymi alebo lymfatickými cievami. K šíreniu do kože môže dôjsť aj následkom implantácie alebo uhniesdením buniek napríklad do brušnej steny pri operácii nádoru vaječníkov alebo kolorektálneho karcinómu. Medzi nádory, ktoré majú tendenciu vytvárať malígne rany, patrí nádor prsníka, hlavy, krku, pľúc, obličiek, hrubého čreva, vaječníkov, penisu a močového mechúra, aj lymfómy a leukémie. V úvodných štádiách sa zvyčajne vyvinie nenápadná, nebolestivá uzlina v koži. Keď sa uzlina zväčšuje, narušia sa kožné kapiláry a lymfatické cievy, čo zároveň so zmenou koagulácie a mikrocirkulácie

v nádore vedie k hypoxii tkaniva a následnej nekróze kože. Menej často sa zhubná rana vytvorí v dôsledku zhubných zmien v chronickej rane, napríklad v jazve po popálení, dekubite alebo vrede predkolenia. Tomuto malignemu skratu sa hovorí „Marjolinov vred“ a ide obyčajne o agresívny karcinóm, ktorý sa vyznačuje častými metastázami. (3)

Faktory ovplyvňujúce vznik rán

Medzi **systémové faktory** patrí základná príčina. Chronické rany, v ktorých je možné príčinu odstrániť (napr. operáciou varixov u bercových vredov), majú dobrú hojivú tendenciu, naopak maligne, exulcerujúce rany, kde príčina je liečbou neodstrániteľná a neovplyvniteľná, v hojivom procese stagnujú, prípadne rana pokračuje, šíri sa. Ďalšími faktormi sú: pridružené ochorenia, vek, nutričný stav, lieky, hematologické poruchy, centrálna hypoxie, imunita, nádorové choroby, spánok, psychický stav, systémová infekcia, návyky, spôsob života. (1)

Do miestnych faktorov je zaradená porucha hemodynamiky, hĺbka rany, veľkosť rany, spodina rany, lokalizácia rany, okraje rany, mikrobiálna infekcia, pokročilosť rany, hypoxia rany a jej teplota, cudzie telesá v rane, macerácia kože v okolí.

Ultrafialové žiarenie zo solárií je rovnako nebezpečné ako slnko, pri neopatrnom dávkovaní dokáže kožu spáliť tiež. Podporuje predčasné starnutie kože a v konečnom dôsledku i vznik kožných nádorov. Pri návšteve solárií, najmä pri ich kombinácii s následným pobytom pri mori, dopadne na kožu celkovo výrazne viac ultrafialového žiarenia, a tým dochádza k väčšiemu poškodeniu kože. Solária znamenajú nebezpečné opaľovanie. (2)

Príznaky maligných rán

Rozpoznanie hlavných príznakov a symptómov maligných rán pomáha pri plánovaní starostlivosti. Medzi príznaky patrí: krvácanie, nekrotické tkanivo, silná sekrécia, infekcia v rane, nepríjemný zápach, bolesť, svrbenie v okolí rany, poškodenie okolia rany sekrétom vytekajúcim z rany, fistuly a podmínovanie. Medzi najčastejšie príznaky patrí zápach, sekrécia, krvácanie a bolesť. (3)

Najčastejšia príčina **zápachu** je anaeróbna infekcia v hypoxickej a devitalizovanej rane. Všadeprítomný je zápach, ktorý môže vyvolať nauzeu, vracanie alebo odpor v starostlivosti o pacienta. Zápach môže pochádzať aj zo starej sekrécie v obvaze, ktorý nebol vymenený niekoľko hodín alebo dní. (3)

Zápach môže byť nekonečný a možno ho zvládnuť iba pomocou dezodorantu alebo pohlcovača zápachu. Osvedčené sú aj výpary z harmančeka, ktorý varíme priamo v izbe pacienta.

Maligne rany veľmi často produkujú veľké množstvo **sekrétu**. Najpravdepodobnejšou príčinou zvý-

šenej sekrécie je zvýšenie priepustnosti krvných ciev v nádore a zvýšenie faktoru priepustnosti ciev nádorovými bunkami. „Sekrécia sa zvyšuje aj v prítomnosti infekcie v dôsledku zápalu a rozkladu tkaniva bakteriálnymi proteázami.“ (3) Veľmi častý príznak je aj **bolesť**. Pacienti opisujú bolestivé miesto ako pálenie alebo hlbokú bolesť. Bolesť v malignej rane môže byť spôsobená tlakom nádoru na nervy a cievy alebo obnažením kože. Ak došlo k poškodeniu nervu, pacient pociťuje neuropatickú bolesť. Môže byť spôsobená aj prilnutím obväzu k rane alebo nešetrným čistením rany. Ak nádor nahodí veľkú cievu, môže dôjsť k veľkému **krvácaniu**, ktoré pôsobí nepríjemne pre pacienta i jeho rodinu. Krvácanie môže byť spôsobené aj následkom činnosti pri prevázovaní. (3)

Psychosociálne rany

Na sociálny a psychický stav pacienta, ktorý trpí pokročilým nádorovým ochorením, majú maligne rany výrazný vplyv. Pre príbuzných a zdravotníkov môže byť veľkým problémom zápach z rany, ktorý je aj pre pacienta pravdepodobne najzávažnejším príznakom. Jeho prítomnosť môže viesť k ostychu, znechuteniu, depresii či sociálnej izolácii. Následne pociťujú aj ostych z toho, že sa budú musieť stretávať s následkom sexuálne problémy, ktoré môžu ovplyvniť medziľudské vzťahy pacienta. (3)

Pacientov najviac trápi znečistenie oblečenia, postelnej bielizne a zápach. K zvyšovaniu ich sebavedomia a pohody vedie účinné riešenie týchto problémov. Zdrojom ostychu môže byť lokalizácia rany či už na viditeľnom, alebo chúlolistvom mieste, napríklad na prstoch či genitáliách. Estetická prijateľnosť obväzu je pre pacientov veľmi dôležitá, pretože chcú pokračovať v aktívnom sociálnom živote a udržiavať si pocit normalnosti. Vhodné je najst kozmeticky vyhovujúci obväz, ktorý obnoví asymetriu tela a posilní sociálne kontakty pacienta i jeho sebavedomie. (3)

Kvalita ošetrovania

Kvalita ošetrovania rán je závislá od vedomostí ošetrojúceho o hojení rán, najmä o ich fázovom hojení, o znalostiach účinku prostriedkov, ktoré sa v miestnej liečbe používajú, od ich vhodnom výbere a od spôsobu ošetrovania. Predpoklad kvalitného ošetrovania rany je správne zhodnotenie objektívneho nálezu s určením fázy hojenia a identifikácia príčiny onemocnenia. Ošetrovanie abscesov, furunklov či karbunklov je „denným chlebom“ hospicovej starostlivosti. Stratégia ich liečby spočíva v „Ubi pus, ibi evacua!“ (kde je hnis, tam vypuť). (1)

Je ošetrovanie maligných rán finančne náročné? Výrobcovia obväzovej techniky tvrdia, že používanie ich výrobkov je lacnejšie, ako ošetrovanie klasickým spôsobom. Áno, niektoré štúdie to tvrdia. Pred niekoľkými rokmi som sa venovala porovnávaniu

nákladov oboma spôsobmi. Najlacnejšie vychádza vlhké hojenie rán, nehovoriac o komforte pacienta. Môžeme konštatovať, že vlhké hojenie sa stáva na mnohých pracoviskách samozrejmosťou. O postupe tohto hojenia rán je veľký záujem aj zo strany sestier. Ak chceme byť vo svojej práci prospešné, musíme mať na pamäti, že veľa rán v určitej fáze hojenia vyžaduje prácu dvojice: lekár – sestra.

Ani liečba vredov nie je vždy jednoduchá. Vo väčšine prípadov je dlhodobá, vyžaduje čas a trpezlivosť. Choroba je výsledkom predchádzajúcich, niekoľko rokov sa rozvíjajúcich zmien a je ovplyvnená niektorými špecifickými faktormi organizmu. Preto musí byť každý prípad riešený jednotlivito, s individuálne prispôbenou terapiou a s komplexným prístupom. (4)

Cesta ku zdraviu

Pri liečbe ochorenia využíva súčasná klasická medicína veľké množstvo liekov, ktorých cieľom je zničiť škodlivé baktérie alebo pôvodcov ochorenia. Málokto z nás si však položí otázku, prečo naše telo dovoľuje baktériám alebo vírusom, aby spôsobili vznik ochorenia alebo infekcie. Ak sa nedostaneme ku koreňu problému, budeme ošetrovať ochorenie, ale nebudeme odstraňovať jeho príčinu. Mnohí sú prekrmení, ale ich telo trpí aj napriek tomu nedostatkom. Nadmerná a nesprávna výživa vedie k tomu, že telo ukladá nezužitkovateľné látky vo forme tuku, odpadu a toxínov. Črevné steny sa zanášajú, ak prijímame priveľa potravín. „Následkom je zápcha, postupná intoxikácia organizmu a poškodenie črevnej flóry. V takom stave sa nemôžu vytvárať laktobaktérie, ktoré črevo potrebuje pre svoju činnosť. Črevo sa deformuje a stáva sa nepriepustné. Takto zanesené črevo vysiela jedy do celého organizmu.“ (5)

Maligne rany sú pre pacienta veľmi ťažké. Okrem svojich negatívnych vplyvov je maligna rana aj stála pripomienka toho, že pacient trpí postupujúcou a nevyliciteľnou chorobou. Holistický prístup, ktorý berie ohľad na názory pacienta, umožní identifikovať oblasti s ohľadom na kvalitu života vyžadujúcu najväčšiu starostlivosť. (3)

Literatúra

1. Bureš I. 2006. Léčba rány, 1. vyd. Praha: Galén 2006: 78 s. ISBN 80-7262-413-X.
2. Krajsová I. 2011. Kožní nádory, 1. vyd. Praha: Mladá fronta 2011. 55 s. ISBN 978-80-204-2404-4.
3. O'Coonor M. – Aranda, S. 2005. Paliatívni péče. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
4. Pospíšilová A. 2004. Bercový vred I, 1. vyd. Praha: Triton 2004: 140 s. ISBN 80-7524-469-1.
5. Romanová H. Cesta za zdravím. 152 s.
6. Smithová M. 2011. Lidské tělo. 2. vyd. Praha: Fragment 2011: 48 s. ISBN 978-80-253-1334-3.

Mgr. Anna Michňová

DOM Božieho milosrdenstva, n. o. – hospic
Ul. Tibora Andrašovana 44, 974 01 Banská Bystrica
michnova.anna@gmail.com

Koma vigile očami sestry

PhDr. Jarmila Bramušková, PhDr. Eva Balogová

Fakulta zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity, Banská Bystrica

Koma vigile je porucha vedomia, ktorá znamená bdely stav pacienta, vyžadujúci si náročnú ošetrovateľskú starostlivosť. Vzniká ako následok dlhodobej hypoxie, ktorá zapríčini ťažké poškodenie mozgovej kôry. Pacient v kome vigile sa stáva úplne závislý od poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti, preto je veľmi dôležité, aby boli sestry, ktoré budú poskytovať takúto starostlivosť alebo ju už poskytujú, dostatočne informované a pripravené na túto neľahkú úlohu. Práca sestry musí byť založená na rešpektovaní úcty, dôstojnosti a holistickom prístupe aj napriek tomu, že sa kvalita života pacienta v kome vigile výrazne líši od kvality života zdravých ľudí. A ak sestry vložia do starostlivosti o pacientov v bdelej kóme najmä „srdce“, bude to znamenať úspech nielen pre pacientov, ale aj pre ne samotné.

Kľúčové slová: kóma, pacient, sestra, ošetrovateľská starostlivosť.

Coma vigile via eyes of nurse

Coma vigil is a disorder of consciousness, which means the patient is awake and requiring intensive nursing care. It arises as a result of prolonged hypoxia, which causes severe damage to the cortex. The patient in come vigil becomes completely dependent on the nursing care, that's why is very important that nurses who will provide a proper nursing care or who have already provided be informed and be prepared to take a challenging task. The work of nurses have to be based on respect, dignity and a holistic approach, even though the quality of patients life in coma vigil is significantly different from the quality of healthy people life. And if the sisters placed in the care of patients in coma vigil "heart", it will reach success not only for patients but also for the nurses.

Key words: coma, patient, nurse, nursing care.

Úvod

Názov stavu – kóma vigile, v ktorom sa pacient nachádza, prešiel svojim vývojom. Po prvýkrát v tejto podobe bol tento názov použitý až v roku 1959. Dnes kóma vigile vyjadruje jeden z príznakov 2. štádia apalického syndrómu. Môžeme povedať, že tento názov označuje „zvláštnu poruchu vedomia“, pretože pacient v takomto stave otvára oči, čím vytvára dojem bdeleho stavu (5).

Výraz apalický syndróm vychádza z názvu „apalium“, čo znamená „bez mozgovej kôry“, kedy u pacienta ide o stav ťažkého poškodenia mozgovej kôry alebo subkortikálnych štruktúr. V tomto stave má pacient zachované kmeňové reflexy vrátane zachovania spontánneho dýchania a srdcovej akcie (2).

Pacient v kóme vigile reaguje na podnety z okolia, ale pohyby sú neúčelné a nekoordinované. V mnohých prípadoch máme dojem, že má pacient kľče, čo umocňuje aj absencia emočných reakcií. Celkové držanie tela a hlavy je atypické, končatiny flektuje, svaly hlavy a trupu majú zvýšený svalový tonus. Keďže je prítomná nestabilita vegetatívneho nervového systému, často vznikajú u pacienta poruchy srdcovej aktivity a telesnej teploty (2).

Môžeme povedať, že títo pacienti nepatria do skupiny akútneho a kritického stavov v medicíne, ale z hľadiska ošetrovateľskej starostlivosti patria medzi najnáročnejších, pretože sú úplne závislí od pomoci druhých a ich starostlivosti (3).

Stav označovaný ako kóma vigile nemusí znamenať pre pacienta nezvratný a nenapraviteľný stav. Je však nutné si uvedomiť, že tieto prípady si vyžadujú dlhodobú starostlivosť zameranú na komplexnú

ošetrovateľskú starostlivosť vrátane rehabilitačnej starostlivosti. A aj napriek tomu, že je pacient plne závislý od ošetrovateľskej starostlivosti, významnú úlohu zohráva aj rodina a následná domáca starostlivosť o pacienta. Rodina, ktorá sa odhodlá na tento „ťažký boj“, by mala byť dostatočne informovaná a následne edukovaná zdravotníckym personálom o stave kóma vigile, ako aj o tom, že tento stav môže trvať aj niekoľko rokov, pretože dĺžka prežívania ľudí v takomto stave je rôzna. Veľmi dôležitá je aj psychická podpora ľudí poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť pacientom v kóme vigile – sestry, rodina – pretože táto práca je nesmierne vyčerpávajúca nielen z fyzickej, ale aj psychickej stránky. Sestry by mali mať možnosť zmeniť prostredie, v ktorom pracujú (zmena oddelenia, rekondičné pobyty) a rodinným príslušníkom by mal štát umožniť „oddýchnuť si“ na určité obdobie od každodenných povinností.

Komplexná ošetrovateľská starostlivosť je zameraná najmä na:

- 1. Vitálne funkcie** – aj keď sa pacient nachádza v stabilizovanom stave, mnohokrát dochádza k zmenám srdcovej frekvencie a telesnej teploty.
- 2. Dýchacie cesty** – vo väčšine dýchajú pacienti spontánne, a pretože nie sú schopní spútom efektívne vykašľovať, je potrebné zabezpečiť toaletu dýchacích ciest, preto je nutné, aby mal pacient zavedenú tracheostomickú kanylu, ktorá umožňuje pohodlné odsávanie z dýchacích ciest nielen pre pacienta, ale aj pre sestru. Zavedením takejto kanyly predídeme možným komplikáciám. Sestry by mali mať na pozor-

nosti: zvlhčovanie dýchacích ciest, podávanie liekov na riedenie hustoty hlienov a pravidelne kontrolovať tlak v obturačnej manžete tracheostomickej kanyly. Vykašľovanie hlienov napomáha aj vhodná rehabilitačná starostlivosť, kde sa pomocou „vyklepávania“ hrudníka a následným uložením pacienta do drenážnej polohy uvoľňujú hlieny a pacient ich vykašľáva.

- 3. Výživa** – prevencia malnutrie u pacienta v kóme vigile je prvoradá najmä v počiatočných fázach. Pacienti majú zavedenú nazogastričnú sondu, ktorá sa postupne vymení za PEG (perkutánnu endoskopickú gastrostómiu). PEG predstavuje komfortný spôsob aplikácie výživy počas jej dlhodobého podávania. Aplikácia je jednoduchá a je možné správnou edukáciou naučiť túto aplikáciu aj príbuzných. PEG zabezpečuje pre pacienta požadovanú kvalitu života. Starostlivosť o PEG spočíva v dennom čistení a kontrole okolia invazívneho vstupu, udržiavaní jej priechodnosti preplachovaním vodou alebo čajom (1).
- 4. Vyprázdňovanie – moč:** v počiatočných fázach majú pacienti zavedený permanentný močový katéter, pretože iba tak je možné zvládnuť inkontinenciu. Postupne sa ako prevencia možných komplikácií vykonáva epicystostómia, ktorá predstavuje pre pacienta a aj pre sestru komfortné riešenie inkontinencie. **Stolica:** jej vyprázdňovanie znamená pre život pacienta výrazný problém. Pretože sa pacient stáva imobilným, črevná peristaltika sa spomaľuje, následkom čoho často vzniká obstipácia.

V takýchto prípadoch je potrebné zvýšiť príjem tekutín a vlákniny, prípadne aplikovať farmaká do tráviaceho traktu na zmäkčenie stolice. Len v ojedinelých prípadoch sa u pacientov v kóme vigile vyskytne diarrhea, ktorá je veľkým rizikom na vznik preležanín.

5. **Hygienická starostlivosť** – pacient je imobilný, preto je potrebné znásobiť hygienickú starostlivosť ako základný predpoklad prevencie preležanín, ale aj jeho psychického stavu. Každý z nás môže určite potvrdiť, že po osobnej hygieene sa cítime ako „znovuzrodení“. A aj keď nám pacient neodpovedá, je možné jeho spokojnosť vypozerovať spokojným výrazom tváre, pokojným dychom a srdcovou frekvenciou. Hygienická starostlivosť by sa mala vykonávať aspoň 2-krát (ranná toaleta a večerný celkový kúpeľ).
6. **Prevenia preležanín** – imobilita pacienta v mnohých prípadoch zapríčiňuje vznik preležanín. Preležaniny sú v súčasnosti asi najväčší strašiak, pretože spôsobujú mnohé komplikácie zhoršujúce pacientov zdravotný stav. A keďže patria preležaniny do skupiny chronických rán, ich hojenie je zdĺhavé a často aj finančne náročné. Vhodným a správnym polohovaním, vhodnou a dostatočnou výživou, ale aj používaním antidekubitových pomôcok je možné oddialiť ich vznik. Už neznámy autor povedal: „najlepšia preležanina je tá, ktorá nikdy nevznikne“.
7. **Rehabilitačná starostlivosť** – výsledkom imobility u pacienta sú najčastejšie kontraktúry svalov a šliach, ich atrofia, obmedzená pohyblivosť kĺbov a následná bolestivosť pohybu. Je dôležité, aby sa rehabilitačná starostlivosť

zaradila do denného režimu pacienta ihneď, ako to jeho zdravotný stav dovolí. Odporúčaná je najprv pasívna rehabilitácia, následne aktívna rehabilitácia, dychová gymnastika a ak je to možné a pacient „spolupracuje“, je možné vykonávať aktívne cvičenie proti odporu.

8. **Komunikačné zručnosti** – mnohým laikom sa pacient v kóme vigile môže javiť ako človek, ktorý nechce rozprávať. Dojem, že sa pacient pozerá, usmieva, plače, prežíva alebo zívá, vyvoláva u mnohých nadviazať komunikáciu s ním. Preto je nutné, aby sme v starostlivosti o takýchto pacientov zvládli a osvojili si komunikačné zručnosti, ktoré využívajú najmä neverbálny prejav, ale nesmie chýbať ani verbálna komunikácia, pretože by mohol vzniknúť dojem „hluchonemého filmu“. Počas komunikácie s pacientom môžeme mať často dojem, že sa zbytočne snažíme, ale opak je pravda. Nikdy nemôžeme povedať, do akej miery pacient vníma našu prítomnosť a manipuláciu s ním. Je dokázané, že aj pacienti v kóme vigile vnímajú vonkajšie podnety a reagujú na ne zmenou rýchlosti dýchania alebo zvýšením počtu pulzov. Obrovský úspech je, ak sa do ošetrovateľskej starostlivosti zahrnie aj koncept bazálnej stimulácie, ktorý ponúka pacientovi zlepšenie jeho kvality života. Pomocou bazálnej stimulácie zvyšujeme pacientovi prísun podnetov a impulzov z vonkajšieho prostredia. Koncept bazálnej stimulácie má význam pre pacienta iba vtedy, ak je sestra odhodlaná a presvedčená vykonávať ho. Ak si sestra sama na sebe môže vyskúšať prvky bazálnej stimu-

lácie, umocniť to jej využívanie v starostlivosti o pacienta.

Záver

Práca sestry s pacientmi v kóme vigile je veľmi náročná, nielen z fyzickej, ale aj psychickej stránky. Sestra poskytuje odbornú ošetrovateľskú starostlivosť zameranú na zvyšovanie alebo zachovanie stupňa kvality života pacienta. Ošetrovateľská starostlivosť sa vykonáva tímovo, preto by sa mali jednotliví členovia tímu navzájom rešpektovať a spolupracovať, čo znamená pre pacienta prvý krok zvyšovania kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Je nutné, aby aj ona sama mala dobré rodinné zázemie, podporu rodiny, zameriavala sa na svoje záujmy, čím predchádza vzniku syndrómu vyhorenia (4).

A ak budú sestry do svojej práce vkladať aj „srdce“, bude určite úspešná!

Literatúra

1. Grofová Z. 2007. Nutričná podpora – praktický rádce pro sestry. Praha: Grada Publishing 2007: 227 s.
2. Kapounová G. 2007. Ošetrovateľství v intenzivní péči. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2007: 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
3. Maršálková K. 2004. Apalický syndrom – vegetativní stav. In: Sestra, 2004; 1(1). ISSN 1335 – 9444.
4. Martinková J. 2010. Osobnostné predpoklady a rola sestry v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. In: *Paliatívna medicína a liečba bolesti - Suplement 2*, 2010; 3(2): 32 – 33. ISSN 1337-9917.
5. Strnad P., Strnadová V. 1987. Traumatický apalický syndróm. Praha: Avicenum 1987: 192 s. ISBN 08-045-87.

PhDr. Jarmila Bramušková

FZ SZU, Banská Bystrica
Sládkovičova 21, 974 05 Banská Bystrica
jarmila.bramuskova@szu.sk

Hypodermoklýza u pacienta v domácom prostredí

Mgr. Erika Slamková

ADOS sv. Tadeáša, Bánovce nad Bebravou

Dehydratácia ako i aplikácia liečiv u ťažko chorých a zomierajúcich pacientov v domácom prostredí je častý problém. Ako východisková alternatíva intravenózne aplikácie môže byť aplikácia liečiva subkutánne. Hypodermoklýza je pre pacienta bezpečná, ľahká a hlavne dostatočne komfortná možnosť.

Kľúčové slová: dehydratácia, domáca starostlivosť, subkutánna aplikácia.

Hypodermoclysis of patients at home

Dehydration as well as application of drugs is a common problem of severely ill and dying patients in the home care. As a baseline alternative of intravenous administration can be subcutaneous drug administration. Hypodermoclysis is safe for the patient, it is easy and above all comfortable option.

Key words: dehydration, home care, subcutaneous administration.

Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti na Slovensku sa snažia v rámci svojich možností suplovať mobilný hospic, hlavne v krajoch, kde služby mobilného hospicu nie sú dostupné. Častý ošetrovateľský problém u ťažko chorých a zomierajúcich pacientov v domácom prostredí je dehyd-

ratácia. Obzvlášť u terminálne chorých pacientov, kde je problém s perorálnym príjmom potravy a aj tekutín, je nutná infúzna rehydratačná terapia. V podvedomí zdravotníckeho personálu je zakorenovaný názor, že parenterálne podávanie tekutín a liečiv je výlučne intravenóznou formou. Priorita

pri akútnych ochoreniach je určite nesporná, predovšetkým pre jej rýchly účinok. Predovšetkým vplyvom predchádzajúcej onkologickej liečby býva kvalita periférneho žilového systému nízka, žily sú skolabované, častá býva výmena kanyly v dôsledku upchatia, vypadnutia zo žily alebo aj násilným vy-

padnutím u zmätených terminálne chorých. O i.v. prístup sa treba starať – pravidelný aseptický preväz, preplach kanyly, častá býva fixácia končatiny.

Každé obmedzenie ťažko chorého a zomierajúceho pacienta znižuje kvalitu jeho života. U dehydratovaných, nepokojných terminálne chorých pacientov, kde aj intravenózný prístup je ťažko zabezpečiť, ale i udržať, je jednoduché, nenáročné a pre pacienta komfortné riešenie podanie infúznej terapie subkutánne. Ide o jednoduché podanie infúzneho roztoku do podkožia a nie je potrebné žiadne iné vybavenie, len také ako pri podaní intravenózneho infúzie (1).

V praxi sa v domácej ošetrovateľskej starostlivosti stretávame s týmto problémom pomerne často. Predovšetkým ide o aplikáciu rehydratačného roztoku a podania analgetík. Tento ošetrovateľský výkon je v paliatívnej starostlivosti častý a niekedy i jediný momentálny dôvod hospitalizácie.

Hypodermoklýza bola v minulosti často používaná a nie je žiadnou novinkou. Využívaním práve tejto formy aplikácie v domácej ošetrovateľskej starostlivosti možno považovať za určité znovunájdenie (2).

To, že táto metóda nie je novinka, dokazuje aj písomná zmienka v knihe Comm. Arnalda Cantanillo a o ošetrovaní cholery z roku 1884, kde opisuje HDC ako jednu z kľúčových terapeutických postupov pri liečbe cholery v talianskom Neapole.

V roku 1915 kanadský pediater Roy P. Smith uverejnil štúdiu zameranú na aplikáciu HDC u dojčiat a malých detí pri hnačkách. Výsledok bol uspokojivý, pretože HDC sa ukázala ako bezpečná a efektívna. V 50. rokoch minulého storočia, keď sa vyvinuli nové techniky pre i. v. prístup a bolo opísaných niekoľko kazuistik o závažných vedľajších účinkoch, (išlo tam však buď o podaný nevhodný roztok, alebo o rýchlu aplikáciu), dostala sa HDC do úzadia. V roku 1990 dochádza k znovuoobjaveniu HDC. V roku 1994 bola bezpečnosť HDC potvrdená veľkou štúdiou Schena a Singer – Edelsteina, kde pri podaní asi 1 850 subkutánnych infúzií sa asi u 270 pacientov objavili lokálne nevýrazné nežiaduce účinky – opuch.

Za zmienku stojí napríklad fakt, že v roku 2004 v Rakúsku MZ oficiálne v rámci delegovaných kompetencií povolilo diplomovaným sestram aplikáciu HDC na základe písomnej ordinácie ošetrojúceho lekára. Bola stanovená i zodpovednosť, že za ordináciu, správnu medikáciu, načasovanie ako i množstvo podaného roztoku zodpovedá lekár a za aplikáciu a dodržanie ordinácie zodpovedá poskytujúca sestra (3).

Indikácia HDC: Subkutánnu infúziu možno použiť pri ľahkej až stredne závažnej dehydratácii u chorých, ktorí nie sú schopní perorálneho príjmu tekutín, pri hnačkových či horúčkovitých stavoch, vracaní, problémy s prístupom a následným udržaním i. v. prístupu (obzvlášť v domácom

prostredí) u terminálne chorých z etického hľadiska v rámci zachovania maximálnej kvality života a zabráneniu diskomfortu pacienta.

Za výhody HDC môžeme považovať jednoduchú aplikáciu, šetrenie času personálu, odpadá riziko tromboflebitídy alebo infekcie, šetrenie žíl na akútne aplikácie liečiv u chorého a, samozrejme, pohodlie pacienta.

Kontraindikácie HDC sú predovšetkým život ohrozujúce stavy, ako je šok, sepsa, elektrolytová dekompenzácia, akútna dehydratácia, kde je nutné použiť viac ako 3 litre tekutín za 24 hodín.

Nevhodná je aj pri diagnózach, kde je nutné sledovanie príjmu a výdaja tekutín, ťažká koagulopathia, antikoagulačná terapia (warfarín, pelentan), ťažká trombocytopenia, ťažká kardiálna insuficencia, anasarka, hypoalbuminémia, hypovolémia, kožné ochorenia v mieste aplikácie. Napríklad pri ascite treba zväziť miesto aplikácie. Kontraindikáciou sú aj stavy ťažkej kachexie, kde prakticky chýba podkožná vrstva. Dôležité je pripomenúť, že HDC nie je náhrada orálnej hydratácie (2).

Samotná aplikácia HDC sa pri jednorazovej aplikácii robí klasickou subkutánnou ihlou a pri potrebe aplikovať HDC viackrát denne sa zavádza Vasocan Braunule 22G, čiže ihla s „motýlikom“. Miesto vpichu sa stanovuje podľa aktuálneho stavu pacienta tak, aby čo najmenej narušila jeho komfort. Miesto vpichu je brušná stena, horný vonkajší kvadrant na stehne DK, medzi lopatkový priestor, ktorý sa využíva hlavne u nepokojných pacientov. Kanylu je možno ponechať maximálne 72 hodín, potom je nutné ju vymeniť. Rýchlosť podávania by nemala presiahnuť 2 ml za minútu, to je 2 litre za 24 hodín.

Vhodnými roztokmi pre HDC sú najčastejšie používaný FR 1/1 (NaCl 0,9%), FR 1/2 (NaCl 0,45%) kombinované roztoky NaCl a 5% glukózy, Ringerov roztok. Celkový objem tekutín sa pri hypodermoklýze pohybuje od 500 do 2 000 ml za 24 hodín. K infúznym roztokom je možné pridávať napríklad morfín, haloperidol, midazolam, dexametazon, ale i veral, dolmina či tramál. Medzi roztoky nevhodné na HDC aplikáciu sú koloidné a hyperosmolárne roztoky a bezelektrolytové roztoky (4).

Postup pri podávaní HDC sestrou v domácom prostredí znamená predovšetkým kontrola písomnej ordinácie lekára vzhľadom na neznámu metódu pre pacienta a jeho rodinu ako i nedôvera v HDC metódu dôsledná edukácia pacienta a rodiny. Príprava roztoku a pomôcok, príprava pacienta, kde je zahrnutý i informovaný súhlas pacienta, kontrola pripraveného roztoku a pomôcok a samotná aplikácia. Dezinfekcia miesta vpichu, uchopenie kožnej riasy a pod 45° uhlom zavedenie ihly do podkožia. Pustiť roztok a skontrolovať, či je správne zavedená ihla a fixovať ihlu alebo kanylu leukoplastom a nastá-

venie rýchlosti infúzneho roztoku. Počas aplikácie sledovať miesto vpichu, komunikovať s pacientom a cielene sa pýtať na možné komplikácie ako napr. bolesť, svrbenie, nevoľnosť a iné.

Ukončenie aplikácie znamená oboznámiť pacienta, odstrániť ihlu z podkožia, dezinfikovať miesto vpichu, ubezpečiť rodinu o postupnom vstrebaní tekutiny z podkožia, v prípade dlhšieho vstrebávania priložiť na miesto chladivý obklad a na záver odstrániť použitý materiál v zmysle nakladania s nebezpečným odpadom (1).

HDC je infúzna terapia ako každá iná, a preto si vyžaduje písomnú ordináciu ošetrojúceho lekára, informovaný súhlas pacienta.

Subkutánnu infúzna terapia je užitočná a bezpečná aplikačná cesta, ktorá otvára nové alebo pozabudnuté možnosti starostlivosti o pacientov v domácej paliatívnej starostlivosti. Je dokázané, že vysoké percento hospitalizovaných pacientov je len z dôvodu podávania liekov a roztokov intravenózne, čo má negatívny vplyv hlavne u zomierajúcich pacientov, ktorí chcú posledné dni svojho života prežiť v domácom prostredí v kruhu svojej rodiny.

Intenzívnejšie využívanie podávania liekov a roztokov subkutánnou formou by pravdepodobne znížilo počet hospitalizácií, a tým aj následných druhotných komplikácií zomierajúcich pacientov a efektívnosť nie je zanedbateľná ani z ekonomického hľadiska (1).

HDC je staronová forma podávania liečiv a tekutín a podľa výsledkov z rôznych krajín sa ukazuje jednak pozitívny prínos do moderného ošetrovateľstva, ako i nová možnosť uspokojovania potrieb zomierajúcich pacientov v domácom prostredí, a tým zvýšenie kvality posledných dní ich života.

Literatúra

1. Pikora M. Hypodermoklýza krok vpred pri starostlivosti o umierajúceho In: Zborník z medzinárodnej konferencie Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti na tému Manažment starostlivosti o umierajúceho pacienta v podmienkach domáceho prostredia. SKSaPA Poprad 2011: s. 31 – 37, ISBN 978-80-970482-9-7.
2. Šťastná V. Naše skúsenosti so subkutánnou rehydratáciou: In: České geriatrické revue 2009; 7: 46 – 48.
3. Frühwald T. Ist die subkutane Infusion eine praktische Alternative in der Geriatrie Journal für Ernährungsmedizin 2001; 3(3) (Ausgabe für Österreich), 16-18.
4. Sláma O. Podkožná aplikácia lieku v paliatívnej medicíne In: Paliatívna medicína a liečba bolesti 2008; 1: 64 – 66, ISSN 1337-6896.

Mgr. Erika Slamková

ADOS sv. Tadeáša, Bánovce nad Bebravou
slamkova1@centrum.sk

Využitie moderných nástrojov ošetrovateľstva v podpore rodín zomierajúcich pacientov

PhDr. Alica Slamková, PhD.¹, Mgr. Ľubomíra Jagelková²

¹UKF Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva, Nitra

²Hospic u Bernadety – dom pokoja a zmiery, Nitra

Problematika zomierania a smrti bola vždy predmetom záujmu ľudí. Dost často sa však zabúda na starostlivosť o príbuzných a rodinu zomierajúcich pacientov. Sestry v paliatívnej starostlivosti majú vychádzať zo skutočnosti, že uspokojenie potrieb členov rodiny skvalitňuje ich podiel na starostlivosti o zomierajúcich. Cieľom príspevku je poukázať na možnosti využitia nových prvkov ošetrovateľstva vo forme klasifikačných systémov ošetrovateľstva NANDA-I (the North American Nursing Diagnosis Association International) a NIC (Nursing Interventions Classification) práve pri podpore príbuzných zomierajúcich pacientov. Autorka prezentuje najčastejšie problémy príbuzných pri ošetrovaní zomierajúcich v jednotlivých oblastiach potrieb, prostredníctvom vybraných ošetrovateľských diagnóz (NANDA-I Taxonómia II). V súvislosti s často stanovenou ošetrovateľskou diagnózou v tejto oblasti: „Záťaž v roli opatrovateľa 00061“, prezentuje skúsenosti pri aplikácii ošetrovateľských činností vybraného súboru „Podpora opatrovateľa 7040“ sestrami v klinickej praxi. Výsledky krátko prieskumu so sestrami poukazujú na obmedzené množstvo aplikovaných ošetrovateľských činností, ktoré môžu byť rozšírené o nové činnosti práve z predloženého vybraného súboru.

Kľúčové slová: paliatívna starostlivosť, zomieranie, podpora príbuzných, preťaženie opatrovateľa, klasifikačné systémy ošetrovateľstva.

Use of modern tools of nursing in support for families of dying patients

People have always been interested in the issues of dying and death. However, the care for the relatives and families of the dying is quite often forgotten. Nurses in palliative care should have in mind that meeting needs of the family members increases the quality of their participation in care for the dying. The objective of the paper is to present the possibilities of the use of the new tools of nursing in the form of the nursing classification systems NANDA-I (the North American Nursing Diagnosis Association International) and NIC (the Nursing Interventions Classification) in supporting the relatives of the dying patients. The author presents the most frequent problems of the relatives in care for the dying in the individual areas of the needs using the selected nursing diagnoses (NANDA-I Taxonomy II). In connection with the frequently used nursing diagnosis in this situation – Caregiver Role Strain (00061), the author presents the experiences with applying the nursing activities of the selected set – Caregiver Support (7040) by the nurses in clinical practice. The results of the short enquiry with the nurses show the limited number of the applied nursing activities that can be extended by the new activities from the above-mentioned set.

Key words: palliative care, dying, support for relatives, caregiver overload, nursing classification systems.

Problematika zomierania a smrti sa dostáva v poslednom období viac do povedomia odbornej aj laickej verejnosti. Sestry podieľajúce sa na ošetrovateľskej starostlivosti o zomierajúcich si uvedomujú, že kvalita posledného úseku života jedinca je zabezpečená uspokojením jeho potrieb aj prostredníctvom najbližších **príbuzných**. Prepojenie starostlivosti o zomierajúceho pacienta a jeho príbuzných zdôrazňuje aj definícia paliatívnej starostlivosti (WHO, 2002) ako prístupu, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich **rodín** zoči-sočiči život ohrozujúcemu ochoreniu tak... (1).

Zomieranie predstavuje rôzne dlhý, viac alebo menej intenzívny proces v živote človeka. Priebeh ochorenia, časté hospitalizácie, izolácia a mnohé iné faktory ovplyvňujú kvalitu zvyšného obdobia života pacienta. Ťažkým, rovnako náročným a intenzívnym obdobím prechádzajú aj najbližší **príbuzní** zomierajúceho. Dôsledkom ich častej neschopnosti vyrovnáť sa s náročnou stresovou situáciou neraz býva vzájomné odcudzenie a izolácia. Niektorí rodinní príslušníci sa vyhýbajú kontaktu so zomierajúcim, pretože si nedokážu predstaviť, že život člena ich rodiny speje ku koncu. Príčina ich

správania však nie je v nezájme, ale v zlyhaní, ktoré je dôsledkom dlhodobej inštitucionalizácie smrti.

Úlohy sestry v podpore rodín zomierajúcich pacientov

Pozornosť venovaná rodine pacienta v paliatívnej starostlivosti je teda pomerne nový koncept a mnohí zdravotníci nie sú na prácu s rodinou pripravení. Prvou požiadavkou na úspešnú spoluprácu s rodinou je jej začatie už v čase stanovenia diagnózy a liečby pacienta (2). Ako môže sestra v tejto situácii príbuzným pomôcť? Sestra je významný prvok podporného systému zomierajúcich a ich príbuzných. V starostlivosti o členov rodiny vystupuje vo svojej mnohostrannej profesijnej role ako poskytovateľka ošetrovateľskej starostlivosti (holistické chápanie jedinca – príbuzného), sestra edukátorka, manažérka, nositeľka zmien (formovanie postojov a správania príbuzných prostredníctvom najnovších poznatkov pri ošetrovaní zomierajúcich), sestra advokátka (reprezentuje a vysvetľuje práva pacientov, tlmočí názory a požiadavky zomierajúceho) atď. (3). Na účinnú spoluprácu a podporu s rodinami je potrebné zabezpečiť dôležité činnosti ako pohodu

pacienta, informovanosť rodiny, emocionálnu podporu rodiny a praktickú pomoc rodine (2). Výsledky interakcie so sestrami však poukazujú na skutočnosť, že starostlivosť o terminálne chorých je často náročná hlavne pri poskytovaní psychosociálnej podpory príbuzným. Práve tieto oblasti kladú vysoké nároky na zručnosti sociálnej komunikácie, ktorých nadobudnutie predpokladá vysoký záujem a osobné nasadenie pri ich rozvíjaní a upevňovaní.

Pomerne novou témou v ošetrovateľstve v našich podmienkach, ktorú chceme prezentovať v príspevku v súvislosti s danou problematikou, sú *klasifikačné systémy ošetrovateľstva* a ich využitie v ošetrovateľskom procese pri podpore rodín zomierajúcich pacientov. Počas obdobia zomierania pacienti prechádzajú rôznymi fázami prežívania a vyrovnávania sa s ochorením a blížiacou sa smrťou. Štádiá zomierania, ako ich opísala E. Küblerová-Rossová, možno aplikovať nielen na zomierajúceho, ale aj jeho **príbuzných**. Je dôležité chápať a podporovať všetkých zúčastnených v každom štádiu procesu. Nový nástroj na ich pomoc sú aj klasifikačné systémy ošetrovateľstva aplikované v ošetrovateľskom procese.

Klasifikačné systémy ošetrovateľstva v ošetrovateľskom procese pri podpore rodín zomierajúcich pacientov

V interakcii s príbuznými pri starostlivosti o zomierajúcich uskutočňuje sestra **posúdenie** uspokojenia potrieb nielen chorého, ale aj členov rodiny. Zameriava sa na problémy príbuzných z hľadiska celostnej teórie. Identifikuje a rieši nielen somatické problémy, ale aj ťažkosti v oblasti uspokojovania psychosociálnych a duchovných potrieb. Potreba holistického prístupu vyplýva zo zvýšeného rizika vzniku **psychosomatických** problémov a ochorení z nedostatočného zvládania záťažovej situácie.

V rámci svojich kompetencií sestra u príbuzných zomierajúceho rieši najčastejšie **diagnostické kategórie**, ktoré vznikajú najmä v súvislosti s celkovým psychosomatickým vyčerpaním príbuzných, častými depresiami, intenzívnou starostlivosťou o zomierajúceho v domácom prostredí, nedostatkom súkromia, odpočinku, zníženou možnosťou sebarealizácie a uspokojenia psychosociálnych a duchovných potrieb, nedostatkom skúseností s ošetrovaním zomierajúceho a s komunikáciou so zomierajúcim, chýbaním podporných systémov, nedostatkom síl a času na plnenie úlohy rodiča atď. V oblasti jednotlivých potrieb ide najmä o tieto ošetrovateľské diagnózy: (NANDA International, Taxonómia II, 2009-2011) (4):

A. Biologické potreby

Doména 1. Podpora zdravia

Trieda 2: Manažment zdravia

- Neefektívne udržiavanie zdravia 00099, Narušené udržiavanie domácnosti 00098,

Doména 2. Výživa

Trieda 1: Príjem potravy

- Nevyvážená výživa: menej, ako je potreba organizmu 00002,

B. Psychosociálne potreby

Doména 4. Aktivita/Odpočinok

Trieda 1: Spánok/odpočinok

- Nedostatok spánku 00096, Narušený vzorec spánku 00198,

Trieda 3: Rovnováha energie

- Únava 00093,

Doména 5. Percepčia/kognícia

Trieda 4: Kognícia

- Nedostatočné vedomosti 00126

Trieda 5: Komunikácia

- Zhoršená verbálna komunikácia 00051

Doména 6. Vnímание seba samého

Trieda 1: Sebakoncepcia

- Beznádej 00124, Bezmocnosť 00125, Riziko bezmocnosti 00152, Riziko osamelosti 00054

Doména 7. Rola – vzťahy

Trieda 1: Roly opatrovateľov

- Záťaž v role opatrovateľa 00061, Riziko záťaže v role opatrovateľa 00062, Narušená rodičovská rola 00056, Riziko narušenia rodičovskej roly 00057

Trieda 2: Rodinné vzťahy

- Narušené procesy v rodine 00060

Trieda 3: Vykonávanie rolí

- Neefektívne vykonávanie rolí 00055, Narušená sociálna interakcia 00052

Doména 9. Zvládanie/tolerancia záťaže

Trieda 2: Reakcia na zvládanie záťaže

- Úzkosť 00146, Úzkosť zo smrti 00147, Strach 00148, Smútok 00136, Neefektívne zvládanie záťaže 00069, Zhoršené zvládanie záťaže rodinou 00074

C. Duchovné potreby

Doména 10. Životné princípy

Trieda 3: Súlad hodnôt, viery a konania

- Zhoršená religiozita 00169, Riziko zhoršenej religiozity 00170, Duchovná tieseň 00066, Riziko duchovnej tiesne 00067, Konflikt v rozhodovaní 00083.

Dôvody na používanie klasifikačných systémov ošetrovateľstva

Rozvoj a používanie štandardnej terminológie je jeden zo základných znakov ošetrovateľskej profesie v 21. storočí. Cieľom jej používania je presné vymedzenie a vyjadrenie činností, ktoré sestry vykonávajú vo vzťahu k určitým potrebám pacienta tak, aby dosiahli určité výsledky (NIC – Nursing Interventions Classification). Bez spoločného ošetrovateľského jazyka sestry používajú na opis pacientových problémov lekárske diagnózy. Tento jazyk je užitočný, avšak z pohľadu sestry nekompletný pre opis všetkých pacientových problémov a reakcií, ktoré potrebujú posúdenie a intervencie od profesionálnych sestier. Mnohé praktické sestry si myslia, že ošetrovateľské diagnózy NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) nie sú relevantné pre ich klinickú prax. Často ich dokumentovanie vnímajú ako záťaž pri používaní. Pre jednotlivé klinické pracoviská sú však aplikovateľné iba niektoré skupiny diagnóz. Identifikovaním prioritného súboru – skupiny ošetrovateľských diagnóz a pridružených problémov, ktoré majú prednosť pred ostatnými – sestra môže najlepšie namieriť zdroje na dosiahnutie cieľa (5). Napríklad ošetrovateľské diagnózy: Záťaž v role opatrovateľa 00061, Riziko záťaže v role opatrovateľa 00062, sú aktuálne práve v paliatívnej starostlivosti pri podpore príbuzných. Klasifikačný systém ošetrovateľských činností NIC je založený na dlhodobom výskume ošetrovateľských

činností, reflektuje súčasnú ošetrovateľskú prax a výskum má jednoduchú organizačnú štruktúru, používa štandardizovanú terminológiu – jednotný jazyk a používa klinicky využiteľný jazyk.

Záťaž v role opatrovateľa (00061)

Ošetrovateľská diagnóza „**Záťaž v role opatrovateľa (00061)**“ patrí do **7. Domény: Vzťahy medzi rolami, Trieda 1: Rola opatrovateľov. Definícia: Problémy pri výkone roly opatrovateľa v rodine** (4). Na stanovenie ošetrovateľskej diagnózy postupujeme od identifikácie určujúcich znakov k súvisiacim faktorom. Ak nájdeme minimálne jeden určujúci znak, pristúpime k druhému kroku algoritmu, čo znamená vyhľadávanie minimálne jedného súvisiaceho faktora. V ďalšom kroku overíme, či je pacient skutočne v situácii, alebo v stave opísanom v definícii danej ošetrovateľskej diagnózy. Ak je výsledok kladný, zapíšeme prítomnosť danej dysfunkčnej potreby v podobe názvu ošetrovateľskej diagnózy s číselným kódom do ošetrovateľskej dokumentácie pacienta (6).

V súvislosti s danou témou sme uskutočnili krátky pilotný prieskum v Hospici u Bernadetty – dome pokoja a zmiernosti v Nitre. Naším **cieľom** bolo zistiť:

- ktoré určujúce znaky a súvisiace faktory sa najčastejšie vyskytujú pri ošetrovateľskej diagnóze „Záťaž v role opatrovateľa 00061,
- porovnať najčastejšie sestrami uskutočňované ošetrovateľské činnosti zamerané na podporu rodín zomierajúcich, s činnosťami intervencie NIC (Nursing Interventions Classification)

Podpora opatrovateľa 7040.

Prieskumnú vzorku predstavovalo $n = 7$ sestier z Hospiciu v Nitre. Vo **voľnom rozhovore** so sestrami sme zisťovali, na základe akých informácií, objektívneho pozorovania alebo subjektívnych výrokov príbuzných identifikovali potrebu pomoci rodine. Tieto informácie sme zaradili k určujúcim znakom a súvisiacim faktorom ošetrovateľskej diagnózy „**Záťaž v role opatrovateľa (00061)**“. Pri vyhľadávaní **určujúcich znakov** (symptómov) sestry identifikovali najčastejšie nasledujúce: *Opatrovateľské aktivity* (dysfunkčná zmena v opatrovateľských aktivitách), *somatický stav* (bolesti hlavy, hypertenzia, problémy GIT – gastrointestinálneho traktu, únava, zmenená telesná hmotnosť), *Emočný stav* (frustrácia, narušený spánok, pocit depresie, hnev, zvýšená emočná labilita, zvýšená nervozita), *Socioekonomický stav* (stiahnutie sa zo spoločenského života, zmeny v aktivitách voľného času), *Vzťah opatrovateľa a príjemcu starostlivosti* (smútok zo zmeneného vzťahu s príjemcom starostlivosti). Pri vyhľadávaní **súvisiacich faktorov** (etiologie) identifikovali najčastejšie nasledujúce, vhodné na podmienky hospicovej starostlivosti: *Zdravotný stav príjemcu starostlivosti* (nepredvídateľnosť priebehu ochorenia, psycho-

logické problémy, vážnosť ochorenia), *Zdravotný stav opatrovateľa* (nerealistické očakávania od seba samého, psychické problémy, somatické problémy), *Vzťah opatrovateľa a príjemcu starostlivosti* (nerealistické očakávania príjemcu od opatrovateľa).

Na riešenie ošetrovateľskej diagnózy „**Záťaž v role opatrovateľa (00061)**“ je možné využiť niekoľko intervencií s príslušnými činnosťami, ktoré uskutočňujú sestry. Na účely príspevku sme vybrali intervenciu NIC **Podpora opatrovateľa 7040: Definícia:** Poskytovanie nevyhnutných informácií, obhajoby a podpory na zabezpečenie primárnej starostlivosti o pacienta osobou, ktorá nie je zdravotník (7).

Najčastejšie aplikované ošetrovateľské činnosti určované sestrami sme zaradili k činnostiam intervencie NIC **Podpora opatrovateľa 7040**. Z uvedenej intervencie, ktorá obsahuje 31 ošetrovateľských činností, sestry aplikovali najčastejšie toto:

Akceptujte vyjadrenia negatívnych pocitov, Uznajte neľahkosť roly opatrovateľa, Preskúmajte s opatrovateľom silné a slabé stránky, Uznajte závislosť pacienta od opatrovateľa podľa potreby, Poskytujte informácie o pacientovom stave podľa želania pacienta, Naučte opatrovateľa terapiu pacienta podľa želania pacienta, Naučte opatrovateľa techniky na zlepšenie bezpečnosti pacienta, Poskytujte následnú asistenciu pre opatrovateľa prostredníctvom telefónu a/alebo komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti, Preskúmajte s opatrovateľom, ako zvláda záťaž, Podporujte opatrovateľa v procese smútenia, Naučte opatrovateľa stratégie na dodržia-

vanie zdravotnej starostlivosti na zachovanie vlastného fyzického a duševného zdravia, Podporujte sociálne vzťahy opatrovateľa, Identifikujte zdroje respitnej starostlivosti, Konajte za opatrovateľa, keď sa preťaženie stáva zrejým, Prediskutujte s pacientom hranice opatrovateľa, Poskytujte opatrovateľovi povzbudenie v čase problémov pacienta, Podporujte opatrovateľa pri stanovovaní vlastných hraníc a v starostlivosti o seba samého.

Z uvedeného vyplýva, že sestry poskytujú príbuzným praktickú pomoc prostredníctvom edukácie o ošetrovateľských činnostiach, rozhovorov zameraných na psychosociálnu a duchovnú podporu, najčastejšie však na základe vlastných skúseností. Ďalšie ošetrovateľské činnosti danej intervencie, ktoré sestry neuskutočňovali, poukazujú na potrebu *úzkej spolupráce sestry s ostatnými členmi multidisciplinárneho tímu*, hlavne so psychológom, sociálnym pracovníkom, prípadne duchovným. Ide o nasledujúce činnosti: Určite opatrovateľovu akceptáciu roly, Poskytujte podporu rozhodnutí, ktoré opatrovateľ urobil, Podporujte akceptáciu vzájomnej závislosti medzi rodinnými príslušníkmi, Vyjadrujte sa pozitívne o snahe opatrovateľa, Monitorujte interakčné problémy v rodine v súvislosti so starostlivosťou o pacienta, Monitorujte pre možné indikátory stresu, Naučte opatrovateľa techniky stresového manažmentu, Poučte opatrovateľa o procese smútenia, Povzbudzujte opatrovateľa, aby sa zúčastňoval na podporných skupinách, Naučte opatrovateľa stratégie na prístup a maximalizáciu využívania zdravotnej starostlivosti a komunitných zdrojov.

Ošetrovanie zomierajúceho v podmienkach zdravotníckych zariadení predstavuje proces, ktorého neoddeliteľnou súčasťou je aj riešenie problémov príbuzných pacienta. Sestra realizuje naplánované ošetrovateľské činnosti zamerané na uspokojovanie potrieb príbuzných, ktorých deficity vznikajú v súvislosti s terminálnym ochorením blízkeho človeka. Úzkostlivý, plačlivý, nedostatočne informovaný, nevyrovnaný, znepokojený, izolovaný príbuzný, ponechaný sám na seba pri riešení problémov má negatívny vplyv na zomierajúceho, čo zhoršuje aj kvalitu jeho zostávajúceho života.

Literatúra

1. Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti z r. 2006, Vestník MZ SR, Dňa 31. augusta 2006, s. 7 – 12, Ročník 54.
2. O'connor M, Aranda S. 2005. Paliatívni péče pro sestry všech odborů. Praha: Grada Publishing 2005; 3: 24 s. ISBN 80-247-1295-4.
3. Farkašová D. et al. 2005. Ošetrovateľstvo – teória. Martin: Osveta 2005: 246 s. ISBN 80-8063-182-4.
4. Herdman TH. et al. NANDA International. Ošetrovateľské diagnózy: Definícia a klasifikácia 2009 - 2011 Praha: Grada Publishing 2010: 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
5. Carpenito-moyet LJ. Invited Paper: Teaching Nursing Diagnosis to Increase Utilization After Graduation. In: International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. 2010; 21(3): 124-133. ISSN 1541-5147.
6. Marečková J. Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménach. Praha: Grada Publishing 2006: 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
7. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Nursing Interventions Classification (NIC). 5th Edition, Missouri U.S.A.: Mosby, Inc., 2008: 938 ISBN 978-0-323-05340-2.

PhDr. Alica Slamková, PhD.

UKF Nitra, FSVaZ, KO
Kraskova 1, 949 74 Nitra
aslamkova@ukf.sk

Racionálna verus emocionálna rovina študenta ošetrovateľstva v starostlivosti o umierajúceho pacienta

PhDr. Mgr. Marta Jakubíková, PhD.

Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva, Prešovská univerzita, Prešov

Príspevok rozoberá najčastejšie problémy študentov ošetrovateľstva v oblasti starostlivosti o umierajúceho pacienta na rovine racionálneho a hlavne emocionálneho spracovania.

Kľúčové slová: študent ošetrovateľstva, ošetrovateľská starostlivosť, umierajúci pacient.

The rational versus emotional level of students studying Health Care in regard to looking after dying patients

The article discusses the most common problems regarding the rational and emotional state of mind of students studying Health Care when caring for dying patients.

Key words: nursing student, nursing care, dying patient.

Vysloviť sa o zložitom a náročnom procese prípravy budúcich sestier do ošetrovateľskej praxe, je ako povestné „nosenie dreva do hory“. Vysloviť sa však na adresu zložitej prípravy budúcich sestier

v oblasti starostlivosti o umierajúceho pacienta budí azda väčší záujem a pozornosť, pretože každý, kto sa spomínanou problematikou zaoberá profesionálne, alebo aj nezainteresovaný človek,

potvrdí s presvedčením, že starostlivosť o dôstojné zomieranie pacienta je jedna z najťažších úloh sestry. Celkom otvorene treba priznať, že vzdelávacie inštitúcie majú v odbornej príprave na tomto úseku

stále dlžobné úcty. Zložitost vzdelávania a výchovy sestier, ale aj lekárov tkvie v tom, že na jednej strane vidíme evidentný rýchly rast poznatkov, komplikovaného prístrojového vybavenia či sofistikovaných postupov v medicíne, ktoré sa orientujú hlavne na úspech, teda víťazstvo nad chorobou či újmou pacienta a pretrvávajúcu „nekomplikovanú“ hlavne somaticky orientovanú medicínu a ošetrovateľstvo a na druhej strane vzdelávacie inštitúcie so svojimi metódami a formami, ktorým významne konkurujú informačné technológie. Uvedené konštatovanie je naznačením toho, že vo výučbe sestier sú stále v popredí technologické ošetrovateľské postupy a starostlivosť o biologické potreby, na rozdiel od psychologicko-etických sú tieto témy lepšie rozpracované aj v študijnej literatúre.

Nevyliečiteľne chorý alebo zomierajúci pacient býva považovaný za vyústenie zlyhania medicíny alebo jednotlivca, čo je dnes zvlášť nepopulárne a ťažko sa priznáva. Problematika najmä starostlivosti o zomierajúceho pacienta, resp. paliatívna starostlivosť tak zostáva na okraji záujmu. V rámci prípravy na zdravotnícke povolanie sa štúdiu potrieb umierajúcich, rovnako ako spôsobom ich uspokojenia venuje malá pozornosť (1). Napriek presadzovaniu filozofie celostného prístupu k pacientovi v každej fáze ochorenia, prijatej v rámci transformácie zdravotníckeho vzdelávania, výučba uvedenej problematiky je nedostačujúca a jej dôsledky sú nezriedka evidentné aj v praxi hlavne mladých sestier. Potvrzuje to napr. porovnávací prieskum v roku 2010 s počtom 50 našich a 50 nórskych sestier (2), (3), kde medzi najproblematickejšie prekážky pri poskytovaní paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti zaradili naše sestry svoju kvalifikačnú úroveň a negatívne vnímanie fyzickej a psychickej záťaže, pričom nórskye sestry považovali za najväčšiu prekážku spoluprácu so samotnými umierajúcimi pacientmi a ich rodinami.

Problematika prípravy budúcich sestier v oblasti starostlivosti o umierajúceho pacienta naráža v praxi na mnohé ťažkosti. Okrem uvedených, ktoré sú viac-menej obrazom súčasnosti, chceme spomenúť dve, s prekonávaním ktorých edukátor aj edukant-študent ošetrovateľstva musia počítať: rovnu racionálnu a emocionálnu. V rovne racionálnej je dôležité nadobúdanie poznatkov na základe procesu vonkajšieho zámerneho pôsobenia vzdelávacej inštitúcie spolu s vnútorným chcením a formovaním vplyvom vlastnej vôle študenta. Faktory, ktoré napomáhajú proces učenia, sú: motivácia ako vnútorná pohnútko človeka, ktorá je najúčinnejšia vtedy, ak daná osoba verí, že nebude uspokojená získaním potrebných vedomostí, ďalším faktorom je pohotovosť, t. j. prejav motivácie v určitom čase, tu je vhodnou a veľkou úlohou pedagóga pohotovosť u študenta podporovať a ešte jeden faktor

považujeme za podstatný – spätnú väzbu (4), ktorá je určitou informáciou pomáhajúcou dosiahnuť cieľ, nápomocná pri overovaní vhodnosti zvolených metód a prostriedkov.

Rozsah poznatkov týkajúcich sa starostlivosti o umierajúcich presahuje oblasť poznatkov paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Úspešná paliatívna starostlivosť tak vyžaduje multidisciplinárny prístup za účasti multidisciplinárneho tímu odborníkov vrátane erudovanej sestry. Preto poznatky sestry musia zahŕňať oblasti rôznych medicínskych a ošetrovateľských disciplín a aplikovaných vied z oblasti psychológie, sociológie, práva. Pripomíname, že oblasť racionálneho poznania je dobre spracovaná a dosažiteľná v odbornej a študijnej literatúre. Za predpokladu vzájomnej pozitívnej interakcie študenta ošetrovateľstva a vzdelávacej inštitúcie je temer isté, že nároky v tejto oblasti je možné s úspechom zvládnuť a vytvoriť u študenta potenciál na ďalší profesionálny rast.

Vzdelávanie a vzdelanie nie sú len vedomosti, ale aj formovanie hodnotovej orientácie jedinca (5). Emocionálna rovina v starostlivosti o umierajúceho pacienta je výsledok osobnostného a hodnotového formovania budúcej sestry. Osvojovanie adekvátneho profesionálneho správania je však proces oveľa zložitejší a dlhodobejší ako proces nadobúdania vedomostí. Pedagóg nemá v spomínanej oblasti k dispozícii tak dobre spracovaný obsah, metódy či prostriedky. Navyše je tu sťažená spätná väzba osvojovania správania, musí počítať s tým, že emocionálne správanie sa môže za rôznych podmienok u študenta meniť, hrať a fixovať podľa individuálnych životných skúseností napriek úsiliu pedagóga. Je jasné, že realitu umierania môže pedagóg v rámci výučby študentovi len priblížiť, napr. v predmete profesijná etika a komunikácia a predmete paliatívna a hospicová starostlivosť, ale aj tak je nevyhnutné a veľmi dôležité venovať sa príprave študentov na túto situáciu, ktorá v praxi môže nastať už v prvý deň a nebude ľahká.

Pozornosť študentov treba upriamiť na úzkosť, ktorá sa spája s problematikou smrti a umierania. U niekoho je strach zo smrti latentne prítomný. Nemáme na mysli strach a úzkosť umierajúceho, ale úzkosť sestry, ktorá ju prežíva v konfrontácii s pesimistickou atmosférou, negatívnymi asociáciami a pocitmi bezmocnosti. Vnucujú sa aj myšlienky na vlastnú smrť. Pedagóg by mal upozorniť na fakt, že aj skrývaný strach a neistota sestry sa premieta do prežívania pacienta a vedie aj k nekonštruktívnemu správaniu sestry v podobe vyhýbania, zahmlievania či klamlivých informácií. Podobné správanie sa môže, samozrejme, vyskytnúť aj u pedagóga, ktorý sám nemá vysporiadané vlastné postoje. Strach a úzkosť zo smrti sa znižujú, ak sa o nich

otvorene hovorí, táto problematika by nemala preto chýbať v rámci sebapoznávania a sebahodnotenia, v rozhovoroch študentov s ľuďmi, ktorým dôverujú. Pedagóg by mal študentov motivovať a zdôvodniť potrebu rozhovorov na túto tému.

Dôležitým ukazovateľom profesionality sestry je vyrovnaná komunikácia. V rámci nácviku komunikácie s umierajúcimi je dôležité realizovať rôzne komunikačné techniky, napr. načúvanie a reflexiu pacientovho komunikačného obsahu, kladenie vhodných otázok a umenie odpovedať, sumarizácia obsahu komunikácie, ktorá ukáže cestu ďalej a je dôkazom záujmu a pozornosti sestry, využívanie ticha a pod. Ukážky komunikačných techník vo vyučovacom procese sú len predpokladom a návodom na komunikáciu v praxi. V profesionálnej komunikácii by sa mala budúca sestra zdokonaľovať na základe komunikačného prejavu každého pedagóga vzdelávacej inštitúcie, lekára i sestier bežne v praxi.

Každá budúca sestra je individualita rovnako ako pacient. Jej osobnosť je formovateľná, v rozkveti mladosti stále zraniteľná a citlivá. V profesionálnej príprave je preto nutné prihliadať aj na ochranu psychiky pred zvýšenou záťažou, ktorú starostlivosť o umierajúceho prináša. Účelným postupom je upozorniť na nutné reagovanie sestry na celý rad prejavov umierajúceho pacienta. Tie bývajú rôznej intezity a závažnosti a vnútorné sú rôzne spracované. Preto reakcie môžu byť aj neštandardné (fyzický, slovný atak) a považujeme ich za zdroj objektívnej záťaže sestry (6). Okrem objektívnej záťaže je potrebné pripraviť sestry aj na pôsobenie subjektívnej záťaže. Závažnosť tejto záťaže závisí od osobnosti sestry. V procese starostlivosti sa tak môžu manifestovať rizikové faktory, napr. slabší typ osobnosti, negatívne alebo žiadne skúsenosti, nedostatočná podpora pracovného kolektívu alebo rodiny, absencia konkrétnych vedomostí o nutnej starostlivosti a pod., ktoré v prípade zanedbania riešenia môžu ohroziť osvojovanie profesionálneho správania sestry. Prospešné faktory vo zvládaní starostlivosti o umierajúceho pacienta, naopak, znižujú negatívny vplyv prežívania na psychiku a pôsobia ozdravujúco. Medzi najdôležitejšie patria: podpora profesionálneho okolia a rodiny, primerané znalosti teoretické a praktické, nefalšovaný záujem o povolanie, ale aj dodržiavanie zásad duševnej hygieny. O všetkých pozitívnych aj negatívnych faktoroch by mal pedagóg nielen učiť, ale zároveň pôsobiť presvedčivo, ľudsky, chápať študenta v neistých začiatkoch, neváhať podať pomocnú ruku. Veľmi dôležité pri formovaní profesionálneho správania budúcej sestry sú skúsenosti z prejavov správania lekárov a sestier v klinickej praxi. Netreba zabúdať, že nielen správanie študentov v praxi je veľmi sledované, ale aj študenti sú vnímaní pozorovateľmi.

V súčasnom ošetrovateľstve spolu s nárastom počtu starých a chronicky chorých pacientov

narastá potreba profesionálneho zvládania citlivého prístupu k človeku v hraničných situáciách spolu s potrebou pochopenia faktorov podieľajúcich sa na vzniku a zvýšení odolnosti proti psychickej záťaži. Svojím príspevkom chceme podporiť profesionálnu snahu všetkých, ktorí sa aj v zložitejších podmienkach usilujú, aby budúce sestry boli čo najlepšie pripravené na starostlivosť o umierajúceho pacienta a vyzvať na podporu úsilia o minimalizáciu nedostatočnej prípravy sestier v tejto oblasti, napr. v podobe kurzov paliatívnej starostlivosti pre všetky sestry.

Literatúra

1. Balogová E, Husáriková M. Zomierajúci pacient na oddelení intenzívnej starostlivosti. In: *Sestra a lekár v praxi*. Bratislava: Ecopress, a. s. 2012; 11(3-4): 34 – 35, ISSN 1335-9444.
2. Cínová J, Andraščíková Š, Šantová T, Výrostek D. Identifikácia prekážok pri poskytovaní paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. In: *MOLISA 8. PU Prešov, FZO 2011: 6 – 8*, ISBN 978-80-555-0507-7.
3. Cínová J, Kilíková M. Ošetrovateľstvo komparatívny prieskum – Ošetrovateľský proces a paliatívna starostlivosť. In: *Sestra a lekár v praxi*. Bratislava: Ecopress, a. s. 2011; 10(11-12): 14 – 15, ISSN 1335-9444.
4. Hudáková A, Majerníková L. Potreba edukácie v geriatrickej. In: *Interdisciplinárna kooperácia v ošetrovatelstve, pôrodnej asistencii a sociálnej práci* – zborník z 2. medzinárodnej vedeckej konferencie, Ružomberok: Katolícka Univerzita v Ružomberku, FZ a PF. 2010; 1: 71 – 82, ISBN 978-80-7318-978-5.

5. Petlák E. a kol. Kapitoly zo súčasnej didaktiky. Bratislava: Iris 2005; 1: 8, ISBN 80-89018-89-0.

6. Šuličová A, Šimová Z, Šantová T. Závaž rodinných príslušníkov pri starostlivosti o pacienta s Alzheimerovou chorobou. In: *Globalizácia a kvalita života a zdravia* - zborník príspevkov 5. vedecko-odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou, Košice: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. Bratislava, 2010; 1: 397-401. ISBN 978-80-89284-66-5.

PhDr. Mgr. Marta Jakubíková, PhD.

FZO PU, Prešov

Partizánska 1, 080 01 Prešov

marta.jakubikova@unipo.sk

Vliv kauzální atribuce na komunikaci v domácí hospicové péči

prof. PhDr. Ing. Lenka Hajerová-Müllerová, PhD.¹, prof. MUDr. Ladislav Pyšný², CSc., MPH.,
doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková², PhD.et PhD., Jana Müllerová³, doc. PhDr. Jana Pyšná⁴, PhD.

¹Vysoká škola manažerské informatiky a ekonomiky, Praha

²Fakulta zdravotníctví a sociální práce, Trnavská univerzita, Trnava

³Středisko výchovné péče pro děti a mládež, Ústí nad Labem

⁴Pedagogická fakulta, Univerzita J. E. Purkyně, Ústí nad Labem

Článek se věnuje problematice komunikace rodiny s vážně nemocným členem rodiny a s pracovníky pomáhajících profesí. Za pomoci představení kazuistiky ukazuje problematiku uplatňování základní atribuční chyby. V tomto smyslu je třeba na odstranění atribučního chybování pracovat nejen s příslušníky rodiny, ale i se samotnými pracovníky pomáhajících profesí (vzdělávání v možnostech funkční analýzy chování, využití supervize). Příspěvek ukazuje na výhody používání mobilní hospicové péče, která poskytuje nemocnému paliativní, především symptomatickou léčbu a péči a současně se snaží uspokojit i jeho potřeby psychické, sociální a spirituální.

Klíčová slova: atribuce, atribuční chyba, pomáhající profese, rodina, komunikace, domácí hospicová péče, mobilní hospicová péče.

The influence of causal attributions on communication in home hospice care

This article focuses on communication with seriously ill family member and workers in helping professions. With the help of case studies it shows the issue of application of the fundamental attribution errors. In this sense, it is necessary to eliminate mistakes in attribution by work with not only family members, but also with the workers in helping professions themselves (education opportunities in the functional behaviour analysis use of supervision). It shows the benefits of using the mobile hospice care, which provides palliative sick, especially with symptomatic treatment and care while trying to satisfy his mental, social and spiritual needs.

Key words: attribution, attribution error, helping professions, family, communication, home hospice care, mobile hospice care.

Úvod

Komunikační dovednosti chápeme, v souladu s M. O'Connor a S. Aranda (1), jako jeden z hlavních faktorů optimálního uspokojení potřeb pacienta s terminálním onemocněním. Záměrné použití verbálních a neverbálních komunikačních dovedností v průběhu interakce mezi pracovníky týmu a nemocným a jeho rodinou označujeme za terapeutickou komunikaci, jejímž cílem je zhodnocení problémů, emocionálních projevů a zjištění pacientových obav a starostí. Terapeutická komunikace je prvním krokem pro zjišťování a potřeb, problémů pacienta s terminálním onemocněním. V další fázi pak následuje profesionální intervence.

V zařízeních poskytujících paliativní péči, podle provedeného výzkumu W. Breitbarta a kol. (2) se až u 77 % pacientů vyskytují afektivní poruchy. Tito pacienti si až čtyřikrát silněji přejí zemřít. Podle Heavena a Maguirea (3) se pacienti trpící afektivní poruchou svěřují méně se svými problémy, především se svými psychickými obtížemi. Více než 60 % svých problémů zamlčují.

Je třeba si uvědomit možnost chybného úsudku, že pacient, jenž nehovoří o svých potížích, žádné potíže nemá, ale je třeba zvažovat možnou tíseň pacienta. Tato zjištění jsou důležitá pro efektivní terapeutickou komunikaci, která ve výsledku má za cíl zlepšit kvalitu života pacienta i jeho rodiny.

Tíseň je možné definovat jako nepřijemný pocit, jehož příčinou jsou psychické (afektivní, behaviorální a kognitivní), fyzické, sociální nebo spirituální problémy. Tíseň u pacientů s terminálním onemocněním může vycházet z konfrontace s podstatou existence člověka. Lze ji označit jako tíseň existenciální, kdy pacient řeší otázky smrti, smyslu života, odpovědnosti, svobody, volby a pocitu vlastní hodnoty. Ta představuje výrazný klinický problém, neboť ohrožuje samotnou podstatu osobnosti. Mezi příznaky existenciální tísně lze zařadit strach z umírání, strach z nejisté budoucnosti, bezmoc, touha zemřít, plačtivost, smutek, zloba, depresivní nálady, zlost ze ztráty kontroly, strach ze sociální izolace, osamění, strach ze závislosti na ostatních

lidech, strach z přítěže pro ostatní. Diagnostika příznaků, posouzení potřeb pacienta a predikce potenciálních problémů pacienta umožní efektivní plánování poskytované péče nejen pacientovi samotnému, ale i jeho rodině (1).

Zkušenosti a citliví pracovníci týmu poskytující paliativní péči vnímají problémy, které pacienty s terminálním onemocněním trápí, ale je třeba s pacientem o existenciálních otázkách hovořit. Možné usnadnění rozhovoru bude ovlivňovat nejen výběr adekvátního místa a času, ale i vlastní hodnoty a přesvědčení samotných pracovníků týmu. Pracovníci týmu měli by si uvědomit, jak je jejich uvažování ovlivněno svými vlastními postoji. Tyto postoje by neměly ovlivnit posuzování pacienta.

Pokud lze dospět k závěru, že za chování pacienta je zodpovědná nějaká vnější příčina, jedná se o vnější, tedy situační atribuce. Pokud je příčina vztahována k osobě samotného pacienta, úsudek lze označit jako vnitřní, tedy dispoziční atribuci (4). Podle H. Jüna (5) přisuzování příčin (atribuování) se děje prostřednictvím předchozích zkušeností s pacientem a na základě získaných životních zkušeností pracovníka týmu, ale i na základě životního přesvědčení (o sobě, o ostatních lidech, o světě). F. Heider (6) za základní atribuční chybu označuje tendence podceňovat situační vlivy na chování a předpokládat, že chování je vyvoláno určitou vlastností jedince. Např. chování pacienta s terminálním onemocněním vede rodinné příslušníky k pátrání po příčině, s očekáváním, že diagnostika příčiny umožní hledat a najít cesty k jejich odstranění a sekundárně tak odstranit chování příbuzného, které považují za „problémové“.

Kombinace temperamentu a dalších vlastností klienta a vnější okolnosti rozhodují o pravděpodobnosti výskytu problémového chování. Proto vrozené dispozice, životní zkušenost a konkrétní situace, při níž se problémové chování objevilo, jsou informace, které by pomáhající pracovník měl znát, aby mohl správně volit další postup, další individuální terapii (5). „Základní atribuční chyba“ ovlivňuje usuzování pracovníků týmu, ale i rodinných příslušníků v neprospěch vnějších spouštěčů, chování pacienta je ve větší míře přisuzováno vnitřní příčině, tedy pacientovi samotnému. V tomto smyslu je třeba na odstranění atribuční chyby pracovat s rodinou pacienta, ale i se samotnými pracovníky týmu. Možností pro pomáhající pracovníky je využít vzdělávání v možnostech funkční analýzy chování (přístup k odhalování kauzality, zákonitostí chování, tedy co nejpřesněji zjistit vztahy mezi podmínkami prostředí a chováním jedince) tak, aby chápal, že za většinu chování sám klient nemůže (7). Další možností je využít supervize. Základním posláním supervize je podle L. Novosada (8) reflektovat práci i vztahy s klienty a společně zvažovat možné postupy a možnosti řešení, ale i dalšího rozvoje spolupráce.

Pomůže nahlédnout na problém pacienta nezátíženým způsobem, bez předsudku typu: „pacient se takto chová schválně, to si nesmí dovolit, agresivní chování = agresivní pacient, atd.“, a změnit postoje vůči němu. Změna postojů pracovníků týmu mění i emoční prožívání s pacientem. Vzájemná informovanost, pozitivní postoje k pacientům, ale i k sobě samotným, znalosti a dovednosti terapeutické komunikace jsou při poskytování paliativní péče klíčové.

Případová studie

Zaměření pomoci: Pomoc rodině s nevládnutelnými projevy agresivního chování 79 letého dědečka Z.Z. Manželka požaduje umístění manžela do nemocničního zařízení. Má obavy, že se o něj nedokáže postarat.

Vymezení problému: Klient Z. Z. s diagnózou chronická myeloidní leukemie v blastickém zvratu. Je v domácí péči. Paní má údajně problémy s manželem, který je agresivní, zlostný, nechce respektovat doporučení od ošetřujícího lékaře.

Klinický obraz: Klient je dušný, uavřený, bolesti neudává, má subfebrilie, na kůži viditelné krvácivé projevy (petechie, sufuze), málo jí, udává pocit nasycenosti (hepatosplenomegalie), málo pije.

Geneze problému: Manželka uvádí, že se manžel v poslední době změnil, ví, že ji opustí, že je vážně nemocný, je jí to líto. Prožili spolu hezký život, vychovali dvě děti, mají 4 již dospělá vnoučata. O to víc citlivě prožívá jeho ataky agresivního chování, které je podle ní obtížně předvídatelné. Bojí se, že se nevládne o manžela postarat.

S klientem je veden rozhovor, zjištěny důvody agresivní reakce. Mají souvislost s přípravou jídla. Klient má pocit, že se udusí, vadí mu vůně jídla, pára, která se vařením uvolňuje do celé kuchyně. Snaží se žádat o větrání místnosti. To mu rodina odpírá z obavy, aby se klient nenachladil. Je prosinec, venku je zima. Klient se snaží pečovat o svůj zevnějšek, denně se holí. Každý den se pořeže, rány krvácí, krvácení se nedaří zastavit, trvá to dlouhou dobu. Zamítá návrh na možné řešení holení elektrickým holicím strojkem, nechce se učit holit se jinak. Už podle něj nemá význam, aby se pro něj kupoval, je drahý a už je to zbytečné.

Řešení:

Domluva s dcerou klienta, jídlo se bude připravovat v jejím bytě a klientovi se bude do domu pouze přinášet v nádobách tak, aby se nemuselo ani přihřívát. Každé ráno bude s pánem prodiskutováno, na co má ten den chuť. Zeť klienta mu donese elektrický holicí strojek, který sám používá, ukáže mu manipulaci s ním. Pánové došli společně ke shodě, že manipulace se strojkem je poměrně snadná. Zeť klientovi slíbil, že mu s čištěním strojku vždy pomůže. Druhý den odpoledne holicí strojek

dostal od zeť jako dárek a má z něj velkou radost. Celý život pracoval jako technik, oceňuje podobu strojek a jednoduché používání. V malém bytě, ve kterém bydlí se svou ženou, se mu lépe dýchá, jí častěji a relativně větší porce. Aktivně je vybízen k příjmu tekutin. Agresivní reakce se neprojevují.

Závěr: Podrobnou diagnostikou a vzájemným informováním všech zúčastněných příslušníků rodiny došlo k pomoci při řešení situace klienta. Rozhodně bylo odmítnuto hodnocení manželky, že klient se změnil v agresora, o kterého se zvládnou postarat pouze odborníci v nemocničním zařízení. Rodina společně prožila Vánoce, byli rádi, že jsou všichni spolu.

Závěr a doporučení

Pro většinu terminálně nemocných představuje rodina primární síť sociální podpory. Efektivní paliativní péče vyžaduje zapojení všech členů rodiny. M. O'Connor a S. Aranda (1) upozorňují, že pokud se věnuje pozornost vztahům v rodině, zvýší se schopnost členů rodiny podpořit umírajícího. Pro eliminování příznaků existenciální tísně, sociální izolace atd., pokud chceme zabránit vzájemnému odcizení, je možným řešením pro rodinu, která si přeje o svého člena pečovat ve svém přirozeném prostředí, zajistit služby mobilního hospicu. Mobilní hospic poskytuje služby celého týmu pracovníků, kteří poskytují paliativní péči, konkrétně lékaře, diplomovaných sester, zdravotnických asistentů, ošetřovatelů, sociálního pracovníka, psychologa, případně duchovního. Mobilní hospicová péče zahrnuje péči pacienta i o jeho rodinu, podporu blízkých osob během doprovázení nemocného i po jeho smrti. Kvalitní péče tedy může zajistit, že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí, utrpením a izolací od svých blízkých.

Literatura

1. O'Connor M, Aranda S. Paliativní péče. Praha: Grada Publishing 2005: 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
2. Breitbart W, Chochinov H, Passik S. Psychiatric aspects of palliative care. In: Doyle D, Hanks G, MacDonald N. eds Oxford Textbook of Palliative Medicine 3 Edition, New York, Oxford University Press 2005, 933-956 p. ISBN 0-19-262566-7.
3. Heaven CM, Maguire P. Disclosure of concerns by hospice patients and their identification by nurses. Palliative Medicine 1997; 11: 283-290.
4. Atkinson R. Psychologie. Praha: Portál 2003: 752 s. ISBN 80-7178-640-3.
5. Jün H. Moc pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví. Strategie práce s klienty, krizové scénáře. Praha: Portál 2010: 141 s. ISBN 978-80-7367-590-5.
6. Heider F. The psychology of interpersonal relations. New York: John Wiley & Sons, 1958.
7. Vašátková D. Atribuční procesy. Hardec Hrálové: Gaudeamus 1995: 43 s. ISBN 80-7041-433-2.
8. Novosad L. Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním. Praha: Portál 2009: 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7.

prof. PhDr. Ing. Lenka Hajerová-Müllerová, PhD.

Vysoká škola manažerské informatiky a ekonomiky
Vltavská 14/585, Praha 5
lenka.hajerovamullerova@vsmie.cz

Chápanie smrti v existenciálnej etike a daseins analýze

PhDr. Peter Rusnák, PhD.

Katedra etiky, Filozofická fakulta, Trnavská univerzita, Trnava

Autor v texte poukazuje na aktuálne chápanie významu života a smrti v súčasnej filozofii, etike pomáhajúcich profesií a fenomenologickej psychológii. Na základe porozumenia temporality ľudského života (Husserl, Heidegger, Patočka, Lévinas, Boss, Casper) autor skúma z etického hľadiska významné fenomény, ktoré oblasť temporality indikujú – telesné prežívanie, smrteľnosť a nádej.

Kľúčové slová: čas, smrť, fenomenológia, intersubjektívita, starosť.

Interpretation of death in existential ethics and „dasein“ analysis

Author in the text points out actual interpretation of the life and death meaning in present philosophy, ethics of assisted professions and phenomenological psychology. Based on understanding the temporality of human life (Husserl, Heidegger, Patočka, Lévinas, Boss, Casper) the author studies from the ethical point of view important phenomenon which indicate the area of temporality – physical living out, mortality and hope.

Key words: time, death, phenomenology, intersubjectivity, care.

Otvorenie problematiky *druhého* v modernej a súčasnej filozofii a etike so sebou prináša nárok aj na nové myslenie, na nový prístup k svetu a človeku, na nové porozumenie času. Vo filozofii raného Heideggera je myslenie času spojené s ľudskou existenciou, ktorá je charakterizovaná starosťou (*Sorge*) a úsilím vydržať krajný nárok svojho bytia – vlastnú konečnosť (*Sein-zum-Tode*). Odhodlanosť čeliť svojej smrti znamená autenticky byť „so svojou smrťou pred očami“. Bytie-k-smrti sa pre Heideggera stáva miestom počiatku časovosti. Existencia je autentickou odpoveďou na výzvu svojej smrti, ktorú v úzkosti zakúša. Úzkosť však prináša cudzotu, ktorá existenciu (*Dasein*) odkazuje do samoty, osamocuje. Autentická existencia zakúša cudzosť bytia, svoju vrhnutosť do sveta a svoju opustenosť. Ako píše švajčiarsky psychológ, popredný predstaviteľ existenciálnej psychológie a tzv. daseinsanalýzy Medard Boss „každý musí svoju smrť umierať v dokonalej osamotenosti.“ (2) Podľa Heideggera, len autentický čas vedomia radikálnej konečnosti umožňuje existencii dospieť k svojej jedinečnosti.

Heideggerova metafyzika smrti

Heideggerovým zámerom je myslieť práve jedinečné. Znamená to preňho: opustiť myslenie esencie (Husserl), zamerať pozornosť na konečnosť času a tematizovať pluralitu *Dasein*. Spolubytie má existenciálno-ontologický zmysel, t. j. neplynie výlučne z faktickej prítomnosti druhého, ale je stálym spolubytím s druhými. Tak napríklad samota, ako nedostatok druhého, odkazuje práve cez chýbanie k druhému. Alebo reálna ne-prítomnosť druhého, ktorá sa sprítomňuje v očakávaní. To je zjavné napríklad

v materstve, kde očakávanie narodenia (i počatia) dieťaťa je už vlastnou dispozíciou mať dieťa; dispozíciou pre druhého v akte túžby.

V inom kontexte o tom píše Dasturová, keď tvrdí, že práve „najkrajnejšia osamelosť je vlastne predpokladom spolubytia vôbec. Lebo táto osamelosť – osamelosť v smrti – neznamená nič iné než nutnosť starania sa o seba samého, t. j. nutnosť faktickej existencie.“ (3) A smrť je tu tým, čo umožňuje existencii zakúsiť samotu, ktorá – ako *principium individuationis* – individualizuje a vytvára predpoklad na pôvodné vzťahy medzi existenciami. Preto Heidegger zdôrazňuje, že bytie (*Sein*) je vždy spolubytím (*Mitsein*) a nie individuálnym prejavom ľudského ja. A preto môže Heidegger tvrdiť, že existencia je, v ontologickom zmysle, predpokladom každého fakticko-ontického vzťahu Ja – Ty. Z toho dôvodu Heidegger kritizuje Husserlov pojem aprezentácie, t. j. neprítomnosti druhého, ktorá však vždy predpokladá spoluprítomnosť. Heidegger Husserlovi vytýka, že sprítomnenie (aprezentácia) nemôže prvotne konštituovať spolubytie, ale práve naopak – aprezentácia je možná len a len na základe skúsenosti spolubytia, skúsenosti intersubjektivity. Až **človek ako bytie-k-smrti**, ktoré otvára možnosť druhého, je cez individuálnu skúsenosť schopný aprezentácie, pričom však táto skúsenosť zostáva vždy skúsenosťou s *alter ego*, a teda nemôže byť analogickým vcítením sa ja do druhého. „Nepotrebujem vstupovať vcítením do druhého subjektu, môžem ho však pochopiť jedine zo sveta. Vcítenie nie je pôvodným, existenciálnym fenoménom.“ (3)

Heideggerova „metafyzika smrti“, t. j. myslenie konečnosti bytia ako takého (nielen *Dasein*), umožňuje vidieť v smrteľnosti základ spolubytia

a dejinnosti. A práve tematizácia fenoménu smrti Heideggerovi nedovoľuje obsiahnuť transcendentiu, a teda inakosť času *druhého*! Pritom práve zážitok transcendentie vari najadekvátnejšie sprístupňuje skúsenosti fenomén *druhého*, ktorý nie je *alter egom*, ale nekonečnou inakosťou.

Myslieť čas na základe transcendentie, t. j. toho, čo je za hranicami bytia; myslieť čas, ktorý je „vzťahom ‚myslenia‘ k Inému, vzťahom k Celkom Inému, k Transcendentnému, k Nekonečnému,“ (7) nám pomôže sprístupniť fenomén *druhého* tak, ako sa nám dáva poznať v živote. Transcendentná, vždy unikajúca inakosť *druhého* spätne pomáha novej tematizácii času, ako aj sprístupneniu časovosti v našej skúsenosti.

Lévinas: človek je bytím proti smrti

V tomto zmysle Lévinas kritizuje Heideggera, ktorý síce neustále zdôrazňuje význam bytia, pričom však zabúda na skúsenostne vykazateľný, a teda fenomenologicky relevantný, zážitok stretnutia s inakosťou, ktorou je tvár *druhého*. (1) Vzťah k *druhému* je vzťah k nekonečnu a až táto vzťahovosť zakladá čas. Podľa Lévinasa život nie je striktným bytím-k-smrti, ale práve naopak – je **bytím-proti-smrti**, bytím, ktoré sa usiluje svoju smrť vždy odložiť. Človek, ktorý vie o svojej smrti, prácou, spoločenstvom, vzťahmi a láskou túto sebevlastnú určenosť odkladá do budúcnosti. Ale tento odklad nie je a nemôže byť atribútom neautentickej existencie, ale často je aktívnym uchopením vlastných životných možností.

Smrť sama sa nám zjavuje nie osebe (ako naša vlastná možnosť), ale až skrze *druhého*, skrze jeho utrpenie a smrteľnosť. Pre človeka nie je vlastná smrť prítomnosťou, ale skôr mystériom, je vzťahom k neznámemu, kde „smrť ohlasuje

udalosť, nad ktorou subjekt nemá moc, udalosť, vzhľadom na ktorú subjekt už nie je subjektom." (7) Smrť ako absolútne *iné* a nepoznateľné je a zostáva pre človeka tajomstvom.

Nová interpretácia smrti

Tu si však musíme uvedomiť, že radikálne *iné* a nové chápanie časovosti musí zároveň ponúknuť inú interpretáciu smrteľnosti, inú analýzu fenoménu smrti, než ako ju predstavuje fundamentálna ontológia. Nová interpretácia smrti plánuje takisto vychádzať zo skúsenosti, lenže nie zo skúsenosti vlastnej smrti, lež zo skúsenosti smrti blížneho. Pretože vlastnú smrť nemôžeme zakúsiť v zmysle neskoršej výpovede o nej, vychádzame z toho, že naša smrť pre nás je a zostáva mystériom, ktoré síce človeka oslovuje, ale zároveň mu stále uniká. Človek sa aktívne podieľa na odkladaní svojej smrti do budúcnosti. Z hľadiska klinickej psychológie môžeme hovoriť o dvoch extrémnych formách oslovenia smrťou, pričom „*pohľad do obidvoch extrémnych možností správania sa (das Verhalten) k smrti: do toho, ktorý sa panicky bojí smrti ako zničenia všetkého, ale aj do toho, ktorý smrť s jasnou pohodou prijíma ako uvádzanie do lona všetkého súcna*" (2) poukazuje na to, že aj útek pred smrťou je len neustále obsesívnym vzťahovaním sa k nej. Lévinasov argument, že **smrť k nám prichádza od druhého** a že až skrze *druhého* ju prvotne v živote tematizujeme, môžeme nájsť v našom geopriestore spolu s objavením významu individuálnej smrti v období neskorého stredoveku. Objav smrti, ktorá je v texte perzonifikovaná smrťou blížneho, je objavom človeka ako seba samého v zmysle časového celku. „*Beda-prebada, z hĺbky srdca kvílím nad prekliatym rokom, nešťastným dňom a bolestnou hodinou, keď môj pevný, tvrdý diamant pukol, keď mi bola z rúk nelútočne vyrazená palica vedúca ma správnou cestou, keď mi bola zahradená cesta k studni mladosti obnovujúca moju blaženosť. Nekonečné ach, neustále jaj a biedne hynutie, upadanie a večný pád nech sú vám, Smrť, dané dedičným lénom!*" (4) Vidíme, že v stredovekom texte sa smrť tematizuje v intimnom rozhovore a v privátnej skúsenosti smrti blížneho. Takto prijatá a pochopená smrť rozširuje jej heideggerovské chápanie smrti ako starosti o rozmer „*mať starosť o zraniteľnosť a smrť druhého*". Práve v *druhom*, ktorý pred nami stojí predovšetkým na spôsob telesného diania, a ku ktorému sa vzťahujeme ako k živému telu; v *blížnom* sa nám smrť zjavuje ako „*možnosť premeny našej vlastnej existencie ako ,existencie k smrti‘ (Sein zum Tode) v dôsledku skúsenosti smrti blížneho človeka.*" (6)

Spolúčenie vitálnej bolesti hlboko preniká celou existenciou. Myslíme si, že skúsenosť bolesti

a utrpenia celkom iste nepatrí do oblasti neosobného „*sa*" (*das Man*). V skúsenosti smrti blížneho sa súciti stáva mostom k utrpeniu druhého, ktorý sa nám v smrti stráca. Tak sa mi smrť, na spôsob tohto strácania, vždy sprítomňuje až cez druhého. Smrť nie je bytostne vlastná človeku. Človek, ako bytosť schopná súcitu, nádeje a odpustenia, je existenciou zameranou na sebauskutočnenie a večnosť. Čas, ktorý je vzťahom k nekonečnu (inakosti druhého či nekonečnu Boha), nie je len výkonom bytia, ale permanentným sebaapresahovaním, transcenciou.

Diachronia smrti

Čas je v Lévinasovej filozofii a etike analyzovaný ako vzťah, ktorý je vzťahovaním sa k nekonečnu. Čas je teda diachronický. „*Pohyb času, ktorý chápeme ako transcenciu k Nekonečnu ,celkom Iného‘, sa nečasuje lineárnym spôsobom, nepodobá sa priamosti intencionálneho lúča. Značí tak (a spôsob, ktorým značí, je poznamenaný mystériom smrti), že robí oblúk, lebo vstupuje do etického dobrodružstva vzťahu k druhému človeku.*" (7) Čas, ktorý je diachroniou odhaľujúcou neprekonateľné tajomstvo inakosti blížneho, ukazuje, že človek nie je kontinuitou bytia-v-čase, ale práve naopak – je možnosťou diskontinuity, možnosťou zámerného prerušenia, možnosťou nových začiatkov. Je to nový čas, „*čas, ktorý nanovo začína s každou bytosťou, nespojitý čas plodnosti, umožňuje absolútnu mladosť, nový začiatok a slobodný návrat k minulosti, existenciu, ktorej bolo odpustené.*" (10) Až takýto čas, ktorý je pochopený ako šanca, ako nová možnosť, ako možnosť začiatku skrze odpustenie, otvára cestu **novj etike**, ktorá je etikou zodpovednosti voči druhým. „*Etika zodpovednosti je pre človeka možná len vtedy, ak je doplnená dvomi ďalšími bytostne etickými a časovými fenoménmi: lútosťou a odpustením. Bez nich si ju smrteľník nemôže dovoliť.*" (9) Až sama možnosť odpustenia zakladá mravnosť, ktorá je zásadne odlišná od spravodlivosti a práva, a teda od všetkých synchronných klasických (imperatívnych a normatívnych) etických systémov. Etika, ktorá dokáže prijať diachroniu časovosti, ktorou sa časuje *druhý* voči mne; etika, ktorá je schopná vykročiť k transcencii, do priestoru, kde človek presahuje svoje možnosti; etika, ktorá dokáže preberať zodpovednosť aj (a práve) za výsledok konania, je jedinou etikou, ktorá berie *druhého* vážne.

Smrť v kontexte existenciálnej nádeje

Heideggerova fundamentálna ontológia, ktorá vychádza zo zabudnutosti bytia, sama zabúda na existenciál odpustenia. Pre existenci-

álnu analytiku smrteľnosti pobytu je príznačné, že zároveň neberie do úvahy ani **existenciál nádeje**, ktorý vždy vykladá na spôsob upadlosti pobytu, neautentickej existencie. A pritom nádej je vykázaťelným štruktúrnym modom bytia-vo-svete, ktorý sa osvedčuje ako existenciál práve v bytostnej možnosti pobytu, v bytí človeka ako bytí-k-smrti. Istý základ na tematizáciu nádeje by sme mohli nájsť v Heideggerovom chápaní existencie, ktorá je otvorená svojim možnostiam, t. j. v istej základnej existenciálnej nehotovosti. Následne aj vo fenoméne očakávania, ktoré je vzťahovaním sa existencie k svojim možnostiam. Avšak nedostatkom takto pochopenej nádeje zostáva predovšetkým to, že obchádza moment tzv. „*pravej nádeje*“, ktorá sa osvedčuje až v krajných existenciálnych situáciách núdze a zúfalstva. Až bytostná núdza chorého človeka odhaľuje charakter pravej nádeje, ktorá pramení – možno paradoxne – v beznádejnej situácii. Hoci sa neskorý Heidegger v období *Zollikonner Seminare* venuje aj otázkam choroby, ktorú chápe ako „*zbavenosť, ktorá bezprostredne odkazuje k zdravému spôsobu existencie, ako určitá možnosť prebývania, t. j. ako určitý modus bytia pobytu,*" (5) už jeho priateľ a organizátor zollikónskych seminárov, Medard Boss upozorňuje na nedostatoknosť rozpracovania patologických stavov človeka (*Dasein*) u Heideggera, keď píše, že „*ak je patologickým spôsobom narušený niektorý z bytostných momentov otvorene stojaceho prebývania, medzi ktoré spadá nielen prežívaná telesnosť, ale aj naladenosť či spolubytie s druhými, sú nutne zasiahnuté aj všetky ostatné.*" (5) Pravá nádej, prenikajúca celú osobu, tak ako choroba, vzniká z obyčajnej, každodennej nádeje, ku ktorej (v jej predmetnej intencionalite) však patrí aj moment sklamania. Avšak pravá, t. j. existenciálna nádej smeruje vždy k neurčitému, pričom jej imanentným obsahom je ďalšie trvanie osoby, jej sebauskutočnenie v budúcnosti. **Existenciálna nádej** má *eo ipso* transcendentný charakter, kde pri skúsenosti vzťahu transcendujúceho faktickej existencie, „*je táto nádej personálnym aktom, najzávažnejším výrazom sebaopotvrdenia našej existencie, prejavom jej úsilia o uskutočnenie a zdokonalenie.*" (8) A nevyhnutná možnosť transcencie zabezpečuje absenciu možného sklamania.

Nádej, ako antropologická skutočnosť, je významnou štruktúrnou zložkou života vôbec, pričom jej temporálny charakter je určovaný budúcnosťou (očakávanie vyslobodenia), ktorá sa v nádeji prejavuje a uplatňuje v prítomnostnom mode času. „*Nádej je možné pochopiť len z jej ciela; žije z budúcnosti, ktorá je však zároveň prítomnosťou; vo svojich obrysoch je síce neurčitá*

a neznáma, avšak vo svojej podstate je to záchrana osoby. V ľudskom živote je teda bytostne zakotvené určité „smerovanie k niečomu“ a tento moment je základom personalizácie.“ (8)

Nádej sa tak stáva bytostným určením osoby a konštitutívnu zložkou každého človeka, lebo ktokoľvek žije, žije z nádeje. Nádej ako kresťanská (teologálna) cnosť je typ nádeje *par excellence*, kde jej jedinečnosť zabezpečuje fenomén vzkriesenia a epifánie: kresťanská nádej je vždy nádejou vo vzkriesení.

Literatúra

1. Barbaras R. (1998). Druhý. 1. vyd. Praha: FILOSOFIA – ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ.
2. Boss M. (1992). Nárys medicíny a psychologie. 1. vyd. Praha: J&J.
3. Dasturová F. (1992). Čas a druhý u Husserla a Heideggera. 1. vyd. Praha: FÚ ČSAV.
4. Jan Ze Žatce (1985). Oráč z Čech. 1. vyd. Praha: Vyšehrad.
5. Kouba P. (2006). Fenomén duševní poruchy. 1. vyd. Praha: Oikoymenh.
6. Landsberg PL. (1990). Zkušenost smrti. 1. vyd. Praha: Vyšehrad.
7. Lévinas E. (1997). Čas a jiné / Le temps et l'autre. 1. vyd. Praha – Liberec: Dauphin.

8. Plügge H. (1971). O naději. In NĚMEC, J. (ed.) Bolest a naděje. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, s. 241-254.
9. Sokol J. (1997). Etika a čas. Texty k problému temporality. 1. vyd. Praha: Sofis.
10. Sokol J. (1996). Rytmus a čas. 1. vyd. Praha: Oikoymenh.

Štúdia bola vypracovaná v rámci grantovej úlohy VEGA č. 1/0250/12.

PhDr. Peter Rusnák, PhD.

Katedra etiky, Filozofická fakulta,
Trnavská univerzita
Hornopotočná 23, 918 43 Trnava
peter.rusnak@truni.sk

Metódy logoterapie – modulácia postoja a jej využitie v rámci paliatívnej medicíny

MUDr. Jana Pulmannová

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava

Zmysel nášho života môžeme nájsť aj vtedy, keď sa ocitneme v beznádejnej situácii, keď čelíme osudu, ktorý nemôžeme zmeniť. Tento príspevok je zameraný na opísanie možnosti logoterapie, ktorá má svoje miesto v sprevádzaní zomierajúcich a ich blízkych príbuzných.

Kľúčové slová: logoterapia, modulácia postoja, utrpenie, zmysel života, zomierajúci pacient.

Methods of Logotherapy – modulation of attitude and using of it for palliative medicine

A sense of our live can also be found when we find ourselves in a hopeless situation, when we face the fate that can not be changed. This paper aims to describe the possibility of logotherapy, which has its place in accompanying the dying and their close relatives.

Key words: logotherapy, molulation of attitude, sence of life, suffering, dying patient.

Dovoľte mi tento príspevok venovať našej drahej kolegyni MUDr. Kataríne Chylovej, PhD., ktorá pracovala na Klinike paliatívnej starostlivosti blahoslavennej Zdenky Schellingovej ako lekárka a logoterapeutka, kde sa venovala zmierňovaniu utrpenia nevyliciteľne chorých, prevažne onkologických pacientov.

Domnievame sa, že logoterapia má svoje miesto v sprevádzaní zomierajúcich a ich blízkych príbuzných počas dôležitej etapy života a veríme, že v paliatívnej medicíne bude plne implementovaná aj vďaka oboznamovaniu odbornej verejnosti s metódami logoterapie.

Základné atribúty, ktoré logoterapia považuje za kľúčové v zmysluplnosti prežívania, sú sloboda a zodpovednosť. Sú dôležité pre zmysluplnosť prežívania, ak do života vstúpi utrpenie, ako je to pri nevyliciteľnej chorobe.

V našej práci sme vychádzali z predpokladu, že ak sa zužuje priestor ostávajúci možnosťami, práve logoterapia má potenciál v zmierňovaní utrpenia pomocou podpory zmysluplného prežívania, pretože minimálne jediné, čo ostáva, je posledná z ľudských slobod – možnosť zvoliť si svoj postoj v danom súbore okolností. (1)

Nikdy nesmieme zabúdať, že môžeme nájsť zmysel nášho života aj vtedy, keď sa ocitneme v beznádejnej situácii, keď čelíme osudu, ktorý nemôžeme zmeniť. Lebo to, na čom vtedy záleží, je byť svedkom výhradne ľudského potenciálu a využiť ho – je to potenciál transformovať osobnú tragédiu na triumf, premeniť nešťastie človeka na jeho osobný rast.

Keď nie sme schopní zmeniť našu osobnú situáciu – pomyslite na takú nevyliciteľnú chorobu, akou je neoperovateľná rakovina – čelíme výzve zmeniť seba samého. (1)

Na ilustráciu uvádzame ukážku z praxe profesora Frankla:

Poskytnem jasný príklad: raz za mnou prišiel jeden postarší praktický lekár na konzultáciu pre ťažké depresie. Nevedel prekonať stratu svojej manželky, ktorá zomrela pred dvoma rokmi a ktorú nadovšetko miloval. Ako som mu mohol pomôcť? Čo som mu mal povedať? Nakoniec som mu nič nepovedal a namiesto toho som mu položil otázku: „Čo by sa bolo stalo, pán doktor, keby ste zomreli pred ňou a vaša žena by vás bola prežila?“ – „Ach,“ povedal, „pre ňu by to bolo strašné, ako hrozne by trpela!“

Na to som mu odvetil: „Tak vidíte, pán doktor, tohto utrpenia bola ušetrená a boli ste to vy, kto

ju od neho ušetril – a teda len za tú cenu, že ste ju prežili a oplakávate ju.“ Nepovedal ani slovo, len mi stisol ruku a pokojne odišiel z mojej ordinácie. Utrpenie akosi prestáva byť utrpením vo chvíli, keď dostane zmysel, napríklad keď je obetou (1).

Na záver dovoľte zhodnotiť naše spoločné úsilie v podpore psychickej a duchovnej oblasti nevyliciteľne chorých a zomierajúcich pacientov na Klinike paliatívnej starostlivosti.

Na zdokumentovanie našej práce sme použili kazuistiky, ktoré pre rozsah prekračujú možnosti uverejnenia a vo všetkých uvedených prípadoch majú jeden spoločný prvok, a tým je práve **zmena postoja-modulácia postoja**.

Počas práce na Klinike paliatívnej starostlivosti prešlo pracoviskom viac ako 500 pacientov, pričom pri prijatí všetci pacienti absolvovali vstupné lekárske vyšetrenie. Ak sa počas prvého rozhovoru ukázalo potrebné venovať viac času konkrétnej potrebe alebo problému pacienta, ktorý pacient predostrel, v takom prípade sme si našli vhodný čas, kedy rozhovor s pacientom pokračoval ďalej a na problém sme sa snažili pozrieť z rôznych strán.

Ak to bolo potrebné, podrobili sme ho testu hodnôt. Vo väčšine prípadov pacient sám po vypo-

čutí a preskúmaní existujúcich možností, prípadne prehodnotení priorit a následnom povzbudení prehodnotil svoje stanovisko a prepracoval sa k novému pohľadu, výsledkom čoho bola **modulácia postoja**. Takáto modulácia postoja potrebná na dosiahnutie vyrovnanosti pacienta má kľúčový význam počas záverečnej etapy života pacienta a môže prispieť k zlepšeniu kvality života pacienta.

Je nepochybne prínosom, ak sprevádzajúci logoterapeut je sám ochotný vo svojom vlastnom živote čeliť ťažkostiam a výzvam, ktoré jeho život prináša a sám je ochotný realizovať zmenu postoja potrebnú na zlepšenie.

Potreba povzbudení je rovnako významná pri posune do štádia akceptácie vlastnej situácie a pohľad z inej strany na skutočnosti, ktoré duši čas vnímame ako objektívne nemenné, (čo však neznamená aj nemennosť subjektívneho postoja) umožňuje nadobudnúť odstup od problému. Tento odstup je nevyhnutne potrebný, aby mohlo dôjsť k modulácii postoja a dá sa dosiahnuť pomocou nadhľadu, respektíve rozšírením obzoru.

Toto zistenie považujeme za významné z hľadiska možnosti pomoci zomierajúcim, kedy dôsledné preskúmanie ostávajúcích možností môže byť dôležitý až kľúčový moment a veľký prínos pre pacienta.

„Kopernikovsky obrat“, ako takúto zmenu v postoji nazýval Frankl, je potom výsledkom práve spomenutého rozšírenia obzoru o ďalšie možnosti predtým nevedomené, ďalej nepochybne svoju úlohu zohráva podpora zdravého hodnotového rebríčka a povzbudenie, pomocou ktorého pacient nasmeruje svoj pohľad na zmysluplné postoje, ktoré sú také potrebné počas záverečného úseku života.

Kazuistika

M. K., 82-ročná pacientka bola prijatá na Kliniky paliatívnej starostlivosti s bazocelulárnym karcinómom na tvári, výraznými bolesťami hlavy aj ucha.

Pri prijatí na kliniku bola vystrašená, negativistická, nepokojná, chvíľami odmietala komunikovať. V popredí symptómov bol u pacientky výrazný strach z budúcnosti, ktorú si pacientka nedokázala predstaviť a psychické utrpenie a duševnú bolesť u nej zvýraznil strach zo smrti. Keďže pacientka bola hlboko veriaca osoba, jej viera ovplyvňovala postoje a pohľad na svet, konkrétne na situáciu, v ktorej sa pacientka ocitla v dôsledku nevyliciteľnej choroby. Nedokázala sa zbaviť pocitu, že jej choroba je dôsledok viny a že takýmto spôsobom ju „Boh trestá“ za jej chyby, ktoré počas života urobila.

Prekonať tento pocit bolo pre pacientku o to ťažšie, že si nevedela predstaviť nič konkrétne, čo by spôsobilo to, že si „zaslúžila takýto trest“. Nešpecifikovaný pocit viny, ktorý sa neviazal na konkrétnu udalosť, podporovala predstava prísneho

Boha, ktorý čaká a striehne na človeka, aby našiel hoci aj nepatrnú maličkosť a za to ho potom trestal.

V pracovnej anamnéze pacientky bola práca kosťolníčky. Pacientka sa nedokázala vyrovnáť so svojou situáciou a odmietala striedavo komunikáciu a podporu od zdravotníkov. Boli však aj chvíle, keď veľmi túžila nebyť sama a v týchto momentoch pozvala na rozhovor nás, členov multidisciplinárneho tímu Kliniky paliatívnej starostlivosti, kde sa vždy našiel človek pripravený poslúžiť formou načúvania a rozhovoru. Tejto pacientke pomáhala podpora zdravého postoja a ocenenie hodnôt, ktorým počas života zasvätila svoj čas aj energiu. Patrila sem pacientkina rodina i práca a v neposlednom rade viera.

Jej vystupňované bolesti pomohla zmierniť paliatívna liečba, konkrétne liečba bolesti lokálna liečba nádoru. Po úspešnom zmiernení hlavných príznakov nastúpila vytrvalá snaha zdravotníkov o zvládnutie pretrvávajúcej depresie, ktorá sa po opakovaných pokusoch podarila zmierniť na prijateľnú mieru pomocou logoterapeutickej intervencie. Po zlepšení celkového stavu bola pacientka v stabilizovanom stave prepustená do domácej starostlivosti.

Úplný obrat v pohľade na vlastnú situáciu urobila samotná pacientka počas rozhovoru, ktorý bol v súlade s logoterapeutickými princípmi. Pomoc bola poskytnutá vo forme povzbudení, pochopenia, trpezlivého vypočutia pacientkiných ťažkostí, obáv a zodpovedania mnohých jej otázok ohľadom zmyslu utrpenia, ale aj odborných otázok ohľadom zdravotného stavu.

Rozhovor prebiehal formou otázok pacientky, ktoré sa týkali predstavy viny a trestu vo forme choroby. Otázka, ktorá bola zrejme kľúčová na vyrovnanie sa s ťažkou situáciou pacientky, bola takáto:

„Čo konkrétne urobila ako chybu vo svojom živote pacientka, keď ju postihlo takéto ochorenie?“

„Či je to spravodlivý trest, ktorý Boh nevyhnutie uvrhol na ňu, hoci počas hľadania príčiny narážala pacientka opakovane na nejasnosti?“

Keďže nemohla nájsť odpoveď na svoju otázku, položila ju nám. Tu k zásadnému obratu napomohla otázka, ktorá poukazovala na inú možnú alternatívu a to, či existuje aj iné vysvetlenie preto, aký zmysel by mohla mať jej choroba.

K obratu v postoji pomohlo položiť nasledovnú otázku:

„Je možné, že nejde o „trest Boží“ ani o žiadny iný trest, (ako pacientka vysvetľovala a vnímala svoju chorobu a utrpenie). Či je možné aj inak vysvetliť utrpenie ako „trest od Boha“. „Či by bolo možné, že Boh ju iba skúša, a ona obstála dobre v tejto ťažkej skúške a jej hrdinské znášanie utrpenia je veľmi cenným, ničím nezamazateľným dôkazom jej statočnosti?“

Zhodnotenie kazuistiky

Pomocou logoterapeutickej intervencie, kedy položením otázky bol dosiahnutý obrat a zmena pohľadu s následnou zmenou – moduláciou postoja, vyjadrenia podpory a úcty pacientke, sa podarilo dosiahnuť u pacientky stav vyrovnanosti.

Zmena postoja pacientky od negatívneho odmietavého uzavretého postoja s negatívnym hodnotením prežitého a neustáleho hľadania viny smerom k akceptujúcemu a vyrovnanému postoji priniesla efekt vo forme zlepšenia zdravotného stavu pacientky. Čo považujeme za kľúčové, bola otázka pacientky, či môže byť jej choroba Božím trestom.

Odmietnutie takéhoto pohľadu a aj odmietnutie nesprávneho postoja a viery v „krutosť a nevyspytateľnú pomstyčtivosť Boha“ pomohli pacientke získať zdravšie postoje k vlastnej chorobe a nájsť spokojnosť a hrdosť nielen na vlastný život, ktorý prežila, ale aj hrdosť na hrdinské znášanie neľahkého utrpenia.

Odstániť prekážku vo viere v dobrotu ako základnú vlastnosť Božiu pomohlo v jej prípade jednoduché láskavé pevné objatie bez slov, ktoré prelomilo bariéru osamotenosti u pacientky a odstránilo nezdravú predstavu o nej samej ako osobe hodnej trestania. Naopak, predstava milovania hodnej, resp. láskyhodnej osoby, ktorá si zaslúži veľké uznanie a úctu a obdiv, povzbudili pacientku k väčšej otvorenosti a väčšej ochote komunikovať.

Zvláštnosť tohto prípadu je fakt, že dlhšie trvajúce rozhovory s pacientkou, ktoré prebiehali postupne v priebehu 3 týždňov, boli spočiatku bez efektu a významný posun a obrat v postoji nastal po vyjadrení úcty nielen slovnou, ale súčasne mimoverbálnym prejavom prijatia vo forme pevného láskavého objatia pacientky, v ktorej akoby sa niečo pohlo a uzdravilo a pomohlo odstrániť prekážku v posune pacientky do štádia vyrovnanosti, posilnilo schopnosť veriť v lásku, dobrotu a milosrdenstvo.

U nevyliciteľne chorých pacientov, ktorí potrebujú podporu a pomoc pri udržaní vnútorných síl a nadobudnutí spokojnosti, veľmi pomáha postoj vďačnosti za všetko dobré v tom, čo prežili, aby získali odstup a následne sa mohli posunúť ďalej do ďalšieho štádia smerom k vyrovnanosti, pričom s odstupom sa môže podaríť dosiahnuť modulácia postoja.

Literatúra

1. Frankl VE. Hľadanie zmyslu života (Napriek všetkému povedať životu áno), Eastone books: Bratislava 2011: 95–97.

MUDr. Jana Pulmannová

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,

Tmavská univerzita, Tmava

pulmann@stonline.sk

Péče o pozůstalé v hospicích

PhDr. Marie Macková, PhD.

Katedra ošetrovatelství, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

Příspěvek se věnuje formám pomoci rodinným příslušníkům, jejichž blízký zemřel v hospici. Byly ověřovány faktory ovlivňující potřebu kontaktu pozůstalého se členy hospicového týmu a faktory ovlivňující účast pozůstalých na vzpomínkových programech. Analýza a interpretace získaných dat poskytuje informace o názorech pozůstalých na služby, které jim byly ze strany hospice v době truchlení poskytnuty.

Klíčová slova: hospicová péče, poradentví pro pozůstalé, truchlení.

The care about bereaved in hospices

The papers deals with formel of assistance to family members, whose loved one died in the hospice. Further are examined factors affecting contacts bereaved with members of the hospice team and participation on the memorial programs for bereaved. Analysis and interpretation of collected data provides information about bereaved views on counseling service which offered the hospice at the time of mourning.

Key words: hospice care, counselling for bereaved, mourning.

Hospic je moderní zdravotnické zařízení poskytující léčbu nevléčitelně nemocným lidem, jejichž nejčastěji onkologické onemocnění již nereaguje na kurativní léčbu a je u nich indikována léčba symptomatická neboli paliativní. Paliativní péče v sobě zahrnuje i péči o pozůstalé. Členům ošetřujícího týmu hospice není další život pozůstalých lhostejný. Jejich cílem je pokračovat i po úmrtí nemocného v péči o rodinu, být s příbuznými v případě potřeby v kontaktu a poskytovat pozůstalým pomoc během období zármutku.

Smrt milovaného člověka patří k nejtěžším ztrátám v životě člověka. Pozůstalí při ztrátě blízkého člověka prožívají hluboký zármutek, cítí se opuštěni, zoufalí a bezmocní. Mají pocit, že jejich život ztratil smysl (1). Zpráva o úmrtí blízkého je pro rodinu vždy bolestivá. Intenzita této bolesti je dána typem vztahu mezi zesnulým a rodinným příslušníkem. Nejintenzivnější bolest lze spatřit u pozůstalých při ztrátě manžela či manželky, maminky a dítěte. Pro každého pozůstalého však daná ztráta může mít i jiný charakter.

Le Poidevin vytýčila sedm oblastí, které jsou při ztrátě blízké osoby postiženy. Nazvala je „dimenze ztráty.“ Jsou užitečným nástrojem, který nám umožní systematicky prozkoumat, jak bolestná ztráta ovlivňuje lidskou mysl, tělo a sociální vztahy a upozorní nás na možné problémy (2).

Truchlení lze popsat jako proces, který má několik fází. V odborné literatuře panuje nejednotnost v názoru, kolik těchto fází je. Macková (3) se domnívá, že existují dvě fáze, Kastová (4) popisuje čtyři fáze, Kubíčková (5) preferuje třífázový model. Proces truchlení může být nekomplikovaný nebo komplikovaný. Nekomplikované truchlení je normální reakcí na ztrátu blízkého

člověka. Komplikované truchlení je abnormální zármutek po smrti milované osoby.

Podpora pozůstalé rodiny hospicovým týmem začíná v okamžiku úmrtí, kdy je vhodné zachovat několik okamžiků ticha a poté nabídnout modlitbu. Rodina by měla mít možnost setrvat u zesnulého tak dlouho, jak si přeje. Pokud rodinní příslušníci chtějí, mohou pomoci s omytím, oblečením a upravením těla zesnulého. Následující den si rodina obvykle přichází pro věci zesnulého. Zde je nutné vyjádřit soustrast, zodpovědět případné dotazy a zhodnotit potřebu poradenských služeb. Pokud se členové hospicového týmu rozhodnou pro účast na pohřbu, sdělují tak příbuzným, že jsou s nimi. V prvních týdnech po ztrátě je vhodné, aby členové ošetřujícího týmu kontaktovali pozůstalé písemně či telefonicky. Pohledníci či dopis s vyjádřením účasti a nabídkou podpory, vnímají pozůstalí obvykle velmi pozitivně. Další vhodnou příležitostí k vyjádření podpory pozůstalým je dopis v období prvního výročí od úmrtí. Formou podpory jsou i vzpomínkové akce, které hospice pořádají.

Cíle: Cílem výzkumného šetření bylo zjistit názory pozůstalých na služby, které poskytuje hospic pozůstalým po úmrtí jejich blízkého. Dále byly zjišťovány faktory ovlivňující potřebu kontaktu pozůstalého se členy hospicového týmu a faktory ovlivňující účast pozůstalých na vzpomínkových programech.

Metody a soubor: Data byla získávána za pomoci dotazníku vlastní konstrukce, který obsahoval 27 otázek. Výzkumný soubor tvořilo 214 pozůstalých, jejichž blízký zemřel v hospici minimálně rok před sběrem dat. Sběr dat probíhal od května 2010 do listopadu 2011. Data byla podrobena kvantitativní analýze za pomoci

programu Statistica 9.1, české verze. K testování hypotéz byl použit Pearsonův chí-kvadrát test. Za hladinu významnosti byla zvolena hodnota $p = 0,05$.

Výsledky: První část dotazníku zjišťovala demografické údaje. Mezi oslovenými pozůstalými byla nejčastěji zastoupena věková kategorie 50 – 69 let (54,4 %). Co se týče skladby respondentů podle pohlaví, převažovaly ženy (64,3 %). Dle rodinného stavu respondentů byli nejčastěji zastoupeni lidé žijící v manželství (42,0 %) a lidé ovdovělí (39,3 %). O životního partnera přišlo v hospici 38,0 % pozůstalých, u ostatních to byly většinou rodiče. 64,3 % pozůstalých se označilo za věřící. Přes polovinu pozůstalých uvedlo, že jejich bydliště je vzdáleno od hospice do 50 kilometrů.

Druhá část dotazníku mapovala okolnosti hospitalizace v hospici. Nejčastěji trávila hospitalizace v hospici 1 měsíc. Tuto možnost zvolilo 32,3 % pozůstalých. Na pokoji s nemocným bylo ubytováno 35,7 % pozůstalých. Všichni pozůstalí byli spokojeni během hospitalizace s ošetrovatelskou péčí o jejich blízkého.

Třetí část dotazníku pak byla zaměřena na vlastní proces truchlení. 91,9 % pozůstalých uvedlo, že kontakt s personálem hospice v době zármutku pro ně byl důležitý. Za nejtěžší období po ztrátě označilo 33,0 % pozůstalých první rok a 26,8 % pozůstalých první tři měsíce. Potřebu s někým sdílet svůj zármutek mělo 76,8 % pozůstalých. Podporu jim poskytovali nejen jejich příbuzní, ale i jejich okolí. Blíže je tato podpora zachycena na obrázku číslo 1.

Poslední část dotazníku byla věnována problematice vyjadřování podpory pozůstalým ze strany hospice. 83,9 % pozůstalých obdrželo v několika týdnech po ztrátě jejich blízkého

z hospice pohlednici. 92,5 % pozůstalých tuto pohlednici vnímali kladně a byla podle jejich názoru zaslána ve vhodném časovém údobí od ztráty. 56,4 % pozůstalých na tuto pohlednici nějakým způsobem odpovědělo. Způsoby odpovědí jsou zachyceny na obrázku číslo 2. Pozvánku na vzpomínkové setkání obdrželo 93,7 % pozůstalých. 81,9 % pozůstalých vnímalo toto pozvání pozitivně a 33,3 % pozůstalých se tohoto setkání zúčastnilo. Až na jednoho respondenta hodnotili všichni pozůstalí vzpomínkové setkání kladně.

U vybraných sociodemografických faktorů (věk, pohlaví, rodinný stav, osamělost pozůstalých a hospitalizace životního partnera v hospici) bylo zjištěno, že nemají vliv na potřebu kontaktu pozůstalého s personálem hospice.

Co se týče účasti na vzpomínkových setkáních, byla potvrzena závislost mezi ubytováním rodinného příslušníka na pokoji s nemocným během hospitalizace a následné účasti na vzpomínkových setkáních ($p = 0,002$) a dále byla potvrzena závislost mezi vírou pozůstalého a účastí na vzpomínkových setkáních ($p = 0,000$). Délka pobytu v hospici ani vzdálenost bydliště pozůstalého od hospice nemají vliv na účastí pozůstalých na vzpomínkových programech pořádaných hospicem.

Diskuze: Péče o pozůstalé není v České republice příliš diskutovaným tématem. Pracovala jsem ve dvou českých hospicích a v obou jsem se snažila využít své zahraniční zkušenosti s prací s pozůstalými. Ze strany svých kolegů jsem se neselekta vždy s pochopením a zavádění různých forem podpory pozůstalých nebylo jednoduché. Nakonec se však dílo podařilo. S odstupem několika roků, kdy již podpora pozůstalých v rámci hospicové péče je více či méně běžnou součástí českých hospiců, mne zajímalo, jak tuto podporu vnímají samotní pozůstalí. Některá zjištění pro mne byla překvapující, jiná potvrdila pouze mé zkušenosti z praxe.

Zajímavým zjištěním pro mne byl fakt, že 35,7 % pozůstalých využilo možnost být ubytován na pokoji s nemocným a naprosto stejný počet pozůstalých (35,7 %) uvedl, že pro ně byl kontakt s personálem hospice po ztrátě jejich

blízké osoby důležitý. Dle Tausch-Flammer (6) zejména v prvních třech týdnech po úmrtí je pro pozůstalé důležitá podpora ze strany stejných lidí, kteří se o rodinu i pacienta starali před jeho smrtí, tj. personál hospice.

Ačkoli nebyla zjištěna závislost mezi potřebou kontaktu pozůstalého s personálem hospice a ztrátou životního partnera, lze přesto pozorovat tendence těchto pozůstalých personál hospice navštěvovat častěji než ostatní pozůstalí. V praxi hospiců se často stává, že pozůstalý manžel či manželka přijíždějí navštívit členy ošetřujícího týmu poté, co obdrží pohlednici po měsíci od úmrtí člena rodiny. Často přijíždí v doprovodu svých dětí i širší rodiny, chtějí znovu vidět personál, který byl u posledních okamžiků života jejich manžela či manželky.

Byla prokázána statisticky významná závislost mezi životním přesvědčením pozůstalého a účastí na programech pro pozůstalé. Lze se domnívat, že tato vzájemná závislost je dána skutečností, že hlavní součástí programů je bohoslužba a tedy věřící se jí chtějí účastnit. Tuto naši úvahu mohou podpořit názory i jiných autorů, kteří hovoří o důležitosti rituálů pro pozůstalé členy rodiny.

Za nejtěžší období označilo 33,0 % respondentů první rok po úmrtí. 25,1 % respondentů označilo jako těžké období delší než 1 rok. U těchto pozůstalých by již bylo vhodné nabídnout odborné poradenství pro pozůstalé, neboť se může jednat o komplikované truchlení.

Fakt, že obdržení pohlednice v období několika týdnů po úmrtí vnímala většina pozůstalých kladně, můžeme podpořit i tvrzením Kissane (7). Podle tohoto autora je je soustrastný dopis se sdělením, že tým je stále k dispozici, aby poskytl radu a podporu, pro pozůstalého zdrojem uklidnění.

Pozůstalí, kteří se zúčastnili vzpomínkového setkání v hospici, byly mezi těmi, kteří uvedli, že kontakt s personálem hospice v době zármutku pro ně byl důležitý. Lze se domnívat, že pozůstalí, kteří vnímali podporu ze strany ošetřujícího týmu, se s členy tohoto týmu chtěli po čase opět osobně setkat. Kissane (7) říká, že právě členové ošetřujícího týmu jsou hlavní součástí

těchto pořádaných vzpomínkových obřadů, neboť právě oni se s rodinami zesnulých pacientů osobně znají.

Závěr: Hospicové hnutí má za sebou v České republice 15 let. Zatímco péče o umírající se pomalu dostává do podvědomí veřejnosti, péče o pozůstalé je stále na okraji zájmu. Ne všechny hospice tuto péči poskytují. V hospicích, které tuto péči poskytují, je tato péče obvykle omezena na okamžiky bezprostředně po smrti, kontakt po určité době po úmrtí, bohoslužbu za zemřelého a vzpomínkové setkání, na než bývají pozůstalí pozváni. Systematická individuální péče formou poradenství pro pozůstalé není v současné době českými hospici nabízena.

Dle našeho názoru by bylo v tomto směru přínosem vzdělávání hospicového týmu v komunikaci s pozůstalými, seznámení s procesem prožívání zármutku, schopností vyhodnocovat rizikové faktory patologického truchlení apod.

K zajištění dostatečné péče by bylo vhodné v rámci hospiců zřídit poradnu pro pozůstalé, v níž by poskytovali pomoc a poradenství odborní poradci.

Literatura

1. Špatenková N. Krizová intervence pro praxi. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004; 1: 200 s. ISBN 80-247-0586-9.
2. Parkes CM, Relfová M, Couldricková A. Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 2007; 1: 184 s. ISBN 978-80-87029-23-7.
3. Macková M. Péče o pozůstalé v praxi. Diagnóza v ošetřovatelství-Supplementum Diagnóza v ošetřovatelství. 2012; 8(3): 5-6. ISSN 1801-1349.
4. Kastová V. Krize a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence. Praha: Portál 2010; 1: 168 s. ISBN 978-80-7367-800-5.
5. Kubičková N. Zármutek a pomoc pozůstalým. Praha: ISV nakladatelství, 2001; 1: 268 s. ISBN 80-85866-82-X.
6. Tausch-Flammer D. Čas zármutku. Benešov: Občanské združení TRl, 2011; 1: 42 s. ISBN 978-80-254-8944-4.
7. Kissane D. Podpůrné služby pro pozůstalé. In: Payneová S, Seymourová J, Ingletonová Ch. (ed.). Principy a praxe paliativní péče. Brno: 2007; 1: 808 s. ISBN 978-80-87029-25-1. S.568-584.

PhDr. Marie Macková, PhD.

Katedra ošetřovatelství, Lékařská fakulta,
Masarykova univerzita
Kamenice 3, 625 00 Brno
mackova@med.muni.cz

Interkultúrny pohľad na smrť

doc. PhDr. Martina Žáková, PhD., Mgr. Lenka Berová

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity, Trnava

Smrť je v rôznych kultúrach vnímaná rôzne. Pohľad na smrť je do veľkej miery závislý aj od náboženstva, líšiť sa však môže aj od spôsobu výchovy a od miesta, kde človek vyrastá, či od filozofie každého jednotlivca. Rozdielny pohľad býva v spoločnostiach, kde v jednej domácnosti žije rozšírená rodina, teda aj starí rodičia a smrť v rodine je bežnejšia. Slovensko sa stáva spoločnosťou, kde žijú vedľa seba viaceré kultúrne či nábožensky odlišné spoločenstvá a pre profesionálny výkon sociálneho pracovníka v zariadeniach, kde ľudia zomierajú, považujeme za nevyhnutné, aby boli oboznámení so základnými rozdielmi vo vnímaní smrti. Cieľom tohto príspevku je podať základné informácie, ktoré môžu byť sociálnymi pracovníkmi v praxi využiteľné.

Kľúčové slová: smrť, pohľad na smrť, kultúra, náboženstvo, sociálny pracovník.

Intercultural view of death

Death is perceived differently in different countries. View on death is dependent on a religion, mainly, however, it may differ from way of upbringing and from a place where a person grow up or a philosophy of each of us. A different view is also in societies where extended families live in one house, together, ie grandparents, and even death in families is common. Slovakia is becoming a society where they live next to each other more culturally or religiously different communities and a professional performance of social workers in facilities where people are dying, we consider it necessary to be familiar with basic differences in a perception of death. The aim of this paper is to give basic information that social workers can be useful in practice.

Key words: death, view of death, culture, religion, social worker.

Úvod

Pohľad na smrť a zomieranie v dnešnej spoločnosti je iný ako v minulosti a rovnako sa v minulosti málokedy hľadali spôsoby, ako zvládnuť zomieranie a smrť. V poslednom období vznikajú rôzne pomocné spolky na sprevádzanie zomierajúcich, skupiny pre aktívnu pomoc pri umieraní či diskusné relácie na podporu vzniku hospicov a pod. Konkrétne zomieranie konkrétneho človeka často žijúceho vedľa nás sa však práve naopak tabuizuje a je na okraji sveta zdravých a živých jedincov – každý druhý jedinec zomiera v nemocnici, teda v cudzom prostredí a nie v kruhu svojej rodiny, zabraňujeme deťom, aby videli mŕtveho člena svojej rodiny a pod. Ľudia sa stali nespôsobilí smútiť a zomierať. (1)

Pohľad na smrť je však do značnej miery ovplyvnený aj vierovyznaním či zvykmi v danej komunite. Žijeme v časoch, keď nie je nič nezvyčajné, že v jednej krajine žijú vedľa seba osoby rôznych etník, národností či náboženských vierovyznaní.

Spoločné na vnímaní smrti rôznymi náboženstvami je to, že smrť nie je považovaná za niečo konečné, ale skôr ako prechod do iného – lepšieho – života. Odlišnosti medzi kultúrami vidíme v tom, do akej miery je vhodné vyjadrenie emócií a prejavenie žiaľu na verejnosti. V niektorých kultúrach je vyjadrovanie všetkých emócií smútenia na verejnosti považované za terapeutické, kým v iných spoločnostiach (napr. severoeurópske spoločnosti) je smrť považovaná

za súkromnú záležitosť a ľudia vyjadrujú emócie obmedzene. Vo východných kultúrach je smrť vnímaná ako prirodzená súčasť života. Býva témou bežnej konverzácie. Euro-americká kultúra však smrť presunula z verejného prostredia a deti sú jej viac vystavené skôr cez zobrazenia v médiách, kde je často prezentovaná ako násilná udalosť. (2)

Rozdiely medzi kultúrami existujú i v chápaní „dobrej“ a „zlej smrti“. Tento koncept akoby bol najnovší stupeň vo vývoji vzťahu k smrti. Dobrá smrť je v protiklade s presvedčením, že smrť ako taká je zlá, že je neprávost'. Je vnímaná ako možnosť výberu a kontroly nad časom, spôsobom či miestom úmrtia. Toto zahŕňa istotu, že človek nezomrie sám, že posledné hodiny strávi v jemu blízkom prostredí, že má možnosť sa rozlúčiť. Najvhodnejšie miesto úmrtia sa v jednotlivých kultúrach líši. V Južnej Ázii je za takéto miesto považovaný posvätený priestor v dome. Zomrieť v nemocnici je nečisté, znesväčujúce. Naopak, Afričania si myslia, že zomrieť v nemocnici je lepšie, pretože toto prostredie poskytuje nádej. (3, 4, 5)

Byť prítomný v momente zomierania a počuť posledné slová zomierajúceho je dôležité vo všetkých kultúrach a náboženstvách. Posledné chvíle života majú spirituálnu i emocionálnu stránku. Mnohí prisťahovalci, ktorí sa v nových krajinách necítia ako doma, majú v posledných hodinách svojho života pranie vrátiť sa domov, alebo tam aspoň byť pochovaní. Ak to nie je

možné, hľadajú si iné spôsoby, ako by sa mohli zachytiť niečoho známeho. Firth uvádza príklad Indov žijúcich v Británii. Ak nie je možné, aby hinduisti odniesli popol svojich blízkych do Gangy, nachádzajú si svoje posvätné miesta v riekach Anglicka. V nasledujúcich častiach príspevku sa budeme podrobnejšie venovať vybraným náboženstvám – islamu, hinduizmu a budhizmu. Tieto tri náboženstvá sme si vybrali pre nárast migrantov žijúcich na našom území. (3)

Islam

Smrť v islamskej tradícii nie je dôvod na smútok, pretože ide iba o prechod medzi životom na zemi a životom po smrti. To je dôvod na neúčast žien na pohrebe, prorok Mohammed totiž neodporučil expresívne prejavovanie smútku a smútočnou farbou je biela. (6)

Po úmrtí pozostalí chvíľu počkajú recitujú Korán a spomínajú Alaha. Potom prebieha umytie zomrelého s prejavením úcty, muži umývajú muža, ženy zas ženu nehanobiac tela a neďavajúc sa na jeho nahotu. Následne sa navoňajú vonnými esenciami a zabalia sa do bieleho plátna. (7)

Pohreb sa zvyčajne koná do 24 hodín a zúčastňujú sa na ňom iba tí, ktorí boli pri mŕtvom, keď zomrel. (6) Prebieha jednoduchou a skromnou procedúrou. Pozostalí sa zoradia k zomrelému a pomodlia sa za neho pohrebnú modlitbu. Potom sa preniesie na miesto posledného odpočinku na drevenej doske a uloží sa

do hrobu. Na Slovensku sa musia pochovávať v rakve. Každý z prítomných hodí do hrobu hrst hliny, čím je symbolizovaná jednota moslimov a ich vzájomnosť. (7)

Väčšia pohrebná slávnosť je po 40 dňoch a na tejto slávnosti sa zúčastňujú aj vzdialenejší príbuzní a priatelia. V islame nie je zvyk navštevovať hroby, niektoré smery dokonca hroby vyhľadávajú, aby sa predišlo ich uctievaniu. U niektorých významných osobností sa však slávi ich deň úmrtia – tzv: Narodeniny pre nebo. (6)

Hinduizmus

Hinduizmus je náboženstvo, ktoré prostredníctvom jogy aktivizuje schopnosti človeka. Je založený na osobitej filozofii, seba výchove, sebaovládaní a špeciálnych telesných cvičeniach. (8)

Hinduizmus zastáva predstavu kolobehu života. Život je kruh, ktorý sa začína bodom narodenia a končí sa bodom smrti. Tento bod smrti je zároveň ďalší bod narodenia, začiatok nového kruhu života. Svoje postavenie v spoločnosti považujú za dané bohom, čo spôsobuje delenie ľudí na kasty a nemožnosť jednotlivca prejsť počas života z jednej kasty do druhej. Cieľom života je dosiahnutie mókše – vymanenie z kolobehu znovuzrodení a vyústenie do spojenia s brahmou – čírym bytím. Brahma pozostáva z duše a mysle a neexistuje v ňom žiadne fyzické bytie. S brahmou sa spojí átman – čistá duša – čiže najvnútornejšia podstata ľudského ja a takto človek dosiahne mókšu.

Móksu môže človek dosiahnuť prostredníctvom jednej z troch ciest – cestou múdrosti a života v meditácii, cestou skutkov alebo cestou oddanosti bohu, teda cestou viery. (9)

Hinduisti sú presvedčení, že človek by mal zomierať za meditovania a s dobrými myšlienkami, pretože to ovplyvňuje formu prevtelenia. Aj z tohto hľadiska je považovaná náhla smrť za zlú, pretože zomrelý si nestihol vylepšiť svoju karmu. (10)

Počas meditácie má byť človek sám, postel' s chorým môže byť prenesená do inej izby. Dôležitá je prítomnosť malých sošiek alebo obrázkov bohov pod vankúšom, modliaciach korálikov alebo amuletov. (5)

Ak je človek vážne chorý, rodina a priatelia ostávajú pri jeho posteli od začiatku do konca. To je povinnosť rodiny. V rodine sa zaoberá dľa so smrťou podľa učení shastras, svätých náboženských textov, na vykonanie všetkých očakávaných obradov a rituálov, zaistenie úcty a dobroty na ochranu pokojného odpočinku duše, ktorá opúšťa telo.

Keď nejaký hinduista zomrie, jeho mŕtve telo je umyté, natreté olejom a spálené. Ak sa jeho popol rozpraší do rieky Gangy, je to pre neho šťastím a vráti sa do kolobehu života. Na pevnine sa ostatky po spálení jednoducho zakopú. (10)

Budhizmus

Budhizmus má svoju históriu asi 2500 rokov, jeho učenie je založené na nenásilí a hľadaní spirituálneho rastu. Pomáha jednotlivcovi pokojne a vyrovnane zomrieť. Učenie Budhu spočíva v tom, že každý jeden z nás nakoniec sa pominie ako súčasť v prirodzenom procese narodenia, starobe a smrti. Podľa Budhu by ľudia mali mať na pamäti svoju pomínelosť. Ide o vieru v znovuzrodenie, forma života jedinca v nasledujúcom živote závisí od toho, ako žije v tomto živote. Ak človek žije podľa učenia budhizmu, v každom ďalšom živote sa učí z predošlých skúseností a postupne postupuje k dokonalosti, nirváne (5). Gielen udáva, že medzi najväčšími svetovými náboženstvami je to práve budhizmus, ktorý je vnímaný ako náboženstvo s blízkym vzťahom k smrti. Zdôrazňuje aj význam utrpenia, ktoré nevyhnutne sprevádza pomínelosť. Hlavnými skutočnosťami utrpenia sú choroba, staroba a smrť. (11) Hytych uvádza, že v sinhálskej kultúre je za odborníka na utrpenie, smrť a jej zvládanie považovaný mních. (12)

Budhizmus akcentuje dôležitosť útechy v bolesti a utrpení, napriek tomu budhista, ktorý zomiera, si nepraje, aby sa priblížil k smrti so zatemnenou myťou, a preto nie je ochotný užívať lieky proti bolesti. (5)

Po smrti človeka, karma osoby, ktorá je pretrvávajúcim morálnym vplyvom všetkých jeho akcií v jeho predošlých životoch, poskytne zárodok na jeho reinkarnáciu, znovuzrodenie v jednej z mnohých oblastí existencie. Budhistická doktrína chápe smrť ako prerušenie životnej sily či úplnú nečinnosť fyzického tela a mysle. Životná sila nie je plne zničená so smrťou tela, ale je presunutá, transformovaná a pokračuje svoju činnosť v inej forme. Každé narodenie je chápané ako znovuzrodenie. Theraváda budhisti veria, že znovuzrodenie nastáva priamo po smrti. Vajrajána budhisti uznávajú, že medzi smrťou a znovuzrodením je 49 dní prechodného stavu. (13).

Záver

Z uvedeného jasne vyplýva, že existujú rozdiely v pohľade na smrť medzi jednotlivými kultúrami a náboženstvami. Myslíme si, že je potrebné poznať tieto odlišnosti. V jednotlivých krajinách už nežijú ľudia rovnakej národnosti,

kultúry či náboženstva a aj na Slovensku v súčasnosti žijú cudzinci s povoleným pobytom z rôznych krajín, ktorí si so sebou priniesli aj svoje kultúrne zvyky a vierovyznanie. Niektorí z nich majú aj naše občianstvo, takže môžeme očakávať, že v hospicioch či na paliatívnych oddeleniach budú aj takíto klienti. Považujeme teda za potrebné, aby aj pracovníci pracujúci so zomierajúcimi, medzi ktorých patria aj sociálni pracovníci, vedeli, ako vnímajú smrť rôzne kultúry a dovolili im dodržiavať svoje zvyky a napĺňať spirituálne potreby. Takto je možné predísť zbytočným nedorozumeniam a nespokojnosti zomierajúcich a ich blízkym.

Literatúra

1. Pompey H. 2004. Zomieranie. Trnava: Dobrá kniha 2004: 184 s. ISBN 80-7141-462-X.
2. Umírání a smrt v islámu [online] [cit. 2012-02-15]. Dostupné na internete: <http://e-islam.cz/node/475>.
3. Parkers CM, Laungani P, Young B. (eds.). Death and bereavement across cultures. New York : Brunner - Routledge 2003: 263 s.
4. Firth S. In: Oliviere D – Monroe B. (eds.). Death, dying, and social differences. Oxford University Press, 2004.
5. Farber E. Farber A. In: Berzoff J. – Silverman P. (eds.). Living with dying: A Handbook for end-of-life Healthcare Practitioners. Columbia University Press 2004.
6. Neuberger J. Dying well: A guide to enabling a good death. UK: Radcliffe Publishing Ltd, 2004.
7. Kropáček L. Duchovné cesty islámu. Vyšehrad, 2011: 312 s. ISBN 9788070219256.
8. Umírání a smrt v islámu [online] [cit. 2012-02-17]. Dostupné na internete: <http://www.e-islam.cz>.
9. Lišková M, Nádáska I. a kol. Základy multikultúrneho ošetrovateľstva. Martin: Osveta, 2006: 70 s. ISBN 80-8063-216-2.
10. Hinduizmus [online] [cit. 2012-02-17]. Dostupné na internete: http://www.svetlozivota.ichtys.sk/view.php?cisloc_lanku=2005051801.
11. Umírání a smrt z pohledu různých náboženství [online] [cit. 2012-02-15]. Dostupné na internete: <http://apostol.webnode.cz/o-smrti/umirani-a-smrt-z-pohledu-ruznych-nabozenstvi/>.
12. Gielen UP. In: Parkers, C. M. - Laungani, P. - Young, B. (eds.) 2003. Death and bereavement across cultures. New York: Brunner-Routledge 2003.
13. Hytych R. Sociální reprezentace smrti v České republice a na Srí Lance. Brno: Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU 2010.
14. Laungani P. In: Parkers CM, Laungani P, Young B. (eds.). Death and Bereavement Across Cultures. New York: Brunner-Routledge 2003.

doc. PhDr. Martina Žáková, PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavskej univerzity, Trnava
martina.zakova@truni.sk

Sociálna opora v procese smútenia

Mgr. Veronika Hanzalíková, Mgr. et Mgr. Katarína Levická, PhD.

Trnavská Univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra sociálnej práce, Trnava

Pri strate blízkeho človeka v rodine prežívajú jej členovia novú situáciu, ktorá môže vyvolávať nečakané zmeny v správaní jednotlivcov. Prežívanie smútku v rodine ovplyvňuje niekoľko faktorov a strata je jedným z nich. Pri strate blízkeho človeka sa môžu objaviť nové sociálne problémy. Čo je vhodné povedať človeku, ktorý stratil blízkeho milovaného? Aká rada je dostatočne dobrá pre matku, ktorej práve zomrelo dieťa? Sociálna opora bola identifikovaná ako najdôležitejší prvok pri práci so smútiacimi rodinami. Nedostatok sociálnej opory môže ovplyvniť proces zotavovania sa zo straty. Sociálna opora je považovaná za jeden z dvoch hlavných rizikových faktorov, ktoré sa spájajú s následkami straty.

Kľúčové slová: strata, proces smútenia, sociálna opora.

Social support for bereaved families

The article provides useful information about the social work with bereaved families. Topics as loss, factors affecting grieving, and potential social problems may discover after loosing a close person from family. What to say to person who just lost the love one? What kind of advice is good for mother who just lost her child? What kind of advice will be the best for people who lost everything by the tragic accident? Social support has been identified as one of the most important moderators for bereavement families. The lack of it may influence the recovery of the loss. Social support was identify as one of the two major risk factors associated with post – bereavement outcome.

Key words: bereavement process, loss, social support.

Význam sociálnej opory v procese smútenia

V živote človeka je veľa situácií, v ktorých prežíva pocity smútku, úzkosti a straty. Patria k nim udalosti, ktoré majú negatívny vplyv na sociálnych život a v istej miere prinášajú len ťažko meniteľné situácie. K takýmto udalostiam radíme napríklad rozchod, rozvod, úmrtie, odchod do dôchodku, chorobu, neveru, nechcené tehotenstvo, impotenciu, potrat, závislosti, živelnú pohromu a mnohé iné. Jednoduchšie by sme tieto okamihy mohli nazvať krízou v živote človeka (1). Tieto situácie zasahujú do všetkých sfér ľudského života, a to spôsobom, ktorý sa nedá jednoznačne opísať. Zmeny v osobných vzťahoch, zmeny v sociálnych vzťahoch a v samotnom prístupe k riešeniu problémov vyvolávajú mnohé otázky, na ktoré si ľudia prežívajúci stratu odpovede nevedia nájsť sami. Prežívanie straty je veľmi individuálny proces, vzhľadom na jedinečnosť a individualitu osobnosti. Stratíť sa dá v živote veľa vecí, od zamestnania, cez materiálne veci, postavenie, až po stratu človeka. Každý deň sa prostredníctvom médií stretávame so smrťou cudzích ľudí, ktorých strata sa nás osobne netýka. Avšak rastúci počet tragických nehôd s nezvratným koncom v nás vyvoláva pocity ľútosti a spoliečenia. Umieranie sa vytráca z našich domovov a väčšina životov sa končí v inštitúciách paliatívnej starostlivosti, sociálnych domovoch alebo na cestách. Doma zostáva smútiaca rodina. Smrť je súčasťou života každého človeka. Bolesť a strata sprevádzajú zo-

mieranie a smrť a jediný spôsob, ako sa s touto realitou vyrovnáť, je prijať ju v jej celistvosti. Smrť ovplyvniť nedokážeme, ale sme schopní zmierniť umierajúcemu jeho utrpenie a zmierniť proces smútenia pre pozostalých. Sprevádzanie rodiny v procese smútenia je poslanstvo centier hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Preto je dôležité, aby spoločnosť chápala smrť ako prirodzenú súčasť života a v prípade potreby sa naučila vyhľadávať a prijímať túto pomoc. Domnievame sa, že prežívanie straty blízkeho človeka veľmi úzko súvisí s oporou a podporou, ktorú smútiaci hľadajú vo vlastnej rodine a širšom okolí. Avšak nie vždy sú príbuzní schopní premôcť pocity vlastného diskomfortu a strachu, a preto z obavy, aby niečo neurobili nesprávne, neurobia radšej vôbec nič. Sociálna opora sa stáva skrytou potrebou, ktorá by bola v tom momente vhodná pre všetkých účastníkov procesu smútenia.

Sociálnu oporu môžeme opisovať z viacerých hľadísk: v pojmoch existencie alebo množstva sociálnych vzťahov vo všeobecnosti, v pojmoch štruktúry, ktoré majú sociálne vzťahy človeka alebo prostredníctvom funkčného obsahu vzťahov (2). Sociálna opora je vo všeobecnosti definovaná ako vnímanie a/alebo zažívanie podpory, ktorá ukazuje, že človeka si niekto váži a stará sa oň. Takto definovanú sociálnu oporu môžeme deliť do 3 typov: **informačnú**, ktorá pozostáva z poskytovania vedenia a rád; **inštrumentálnu**, ktorá predstavuje hmotnú pomoc vrátane poskytovania tvorov, služieb a peňazí;

a **emocionálnu**, ktorá zahŕňa poskytovanie vrúcnosti a empatie (3).

Sociálnu oporu môžeme získavať z viacerých zdrojov, od neformálnych zdrojov ako sú rodina a priatelia, prípadne kolegovia v práci, až po profesionálnu oporu poskytovanú prostredníctvom špecifických služieb na individuálnej báze alebo formou skupinových stretnutí.

Rodina a priatelia, blízke okolie sú primárnymi zdrojmi sociálnej opory, čo znamená, že získavanie opory z týchto zdrojov je zvyčajne najbežnejšie. V prípade nepohody a bolesti je jedným z hlavných aspektov zdravého fungovania rodiny práve vyjadrovanie emócií, pocitov a rovnako je dôležitá komunikácia o prežívaných pocitoch práve medzi rodičmi a deťmi (4, 5).

Avšak skúsenosti smútiacich rodín so sociálnou oporou, získavanou zo strany rodiny a blízkych priateľov, môžu byť aj negatívne. Pre mnohých ľudí je nepríjemné rozprávať sa o smrti alebo jednoducho nevedia, ako vyjadriť svoju podporu, a preto sa radšej v takýchto situáciách dištancujú od svojich smútiacich priateľov. Táto skutočnosť je zjavná najmä, ak ide o úmrtie dieťaťa (3, 6). Rodina je tak poznamenaná nielen stratou svojho člena, ale navyše aj stratou blízkych priateľov. Rodiny, ktoré takto stratili mnoho zo svojich priateľov, nezískavajú potrebnú podporu zo svojho prostredia, ich smútok nie je uľahčovaný prostredníctvom neformálnej sociálnej opory. Pravdepodobne, práve takéto rodiny budú skôr vyhľadávať pomoc odborníka.

Čo môže ponúknuť sociálny pracovník v rámci formálnej sociálnej opory, ktorú poskytuje smútiacej rodine?

Predtým než začneme s rodinou pracovať, mali by sme najskôr:

- preskúmať všetky dostupné zdroje sociálnej opory pre smútiacich (rodinu, v prvom rade je potrebné zistiť, či vôbec existujú osoby, ktoré by vedeli pomôcť (a ak tieto osoby sú ochotné spolupracovať, v akej miere budú nápomocné),
- preskúmať, kto a ako dosiaľ pomáhal smútiacim (1).

Sociálna opora je považovaná za zdroj podpory, ktorý v záťažových situáciách pomáha človeku s ich zvládaním prostredníctvom akejkoľvek formy pomoci. Scott (7) delí formy sociálnej opory/podpory na:

- emocionálnu oporu
- informačno-sociálnu oporu
- podporu úcty a sebavedomia
- konkrétnu/skutočnú podporu

Emocionálna opora obsahuje taký druh podpory, ktorý sa spája s fyzickým komfortom, ako sú úprimné a chápané dotyky, podanie ruky alebo pohladenie. Scott (7) sem taktiež radí aktívne počúvanie a vcítenie do krízovej/záťažovej situácie. Pri emocionálnej opore je nápomocné priateľské objatie. Dobříková, Lekárová (8) k emocionálnej opore radia dodávanie pocitov lásky, súcitu a nádeje.

Informačno-sociálna opora kryštalizuje a objasňuje situáciu, v ktorej sa smútiaci ocitá. Zber informácií o smutnej udalosti, následná interpretácia a spoločné prežívanie atmosféry dôvery umožňujú poskytovateľovi opory podávať odporúčania, ktoré by zmierňovali vplyvy straty na sociálny život (7). Dobříková, Lekárová (8) zaraďujú do tejto kategórie zisťovanie potrieb a predstáv o tom, čo by bolo vhodné a žiaduce pre smútiacich.

Podpora úcty a sebavedomia/hodnotiacia podpora je charakterizovaná prejavmi dôvery a povzbudzovania. Ponúka sa podpora v silných stránkach, na ktoré sa počas udalosti spojených so stratou blízkej osoby najčastejšie zabúda. Prejavu dôvery voči klientovi v ňom vyvolávajú pocity istoty, zainteresovanosti a viery v seba samého.

Hmotná podpora/inštrumentálna podpora je veľmi konkrétna forma pomoci, od vybavenia rôznych potrebných záležitostí až po poskytnutie materiálnej pomoci (8). Scott (7) opisuje hmotnú podporu ako prevzatie zodpovednosti za osobu v krízovej situácii, ktorá sa

potrebuje vyrovnáť so stratou alebo aktívnym prístupom pomáhajúcej osoby umožniť riešenie danej situácie pozostalej osobe/prípadne celej rodine. Nieкто, kto ponúka hmatateľnú pomoc, môže priniesť večer, keď smútiaca osoba potrebuje a je chorá, skôr ako poskytovať rady, spoločne vyskúšať brainstormingovú metódu, iným spôsobom pomôcť aktívne zvládať straty v živote.

Sociálna opora by mala byť poskytovaná v niekoľkých oporných pilieroch. Jej prínosom pre smútiaceho je:

1. orientácia v novovzniknutej situácii v rodine a v jeho živote,
2. prijatie novej životnej roly po smrti blízkeho človeka,
3. nájsť zmysel života v tejto úzkostnej situácii a nájsť také hodnoty, ktoré by potešili a naplnili život smútiacich,
4. prejavnený záujem o vlastné obavy smútiaceho (bolesť, smrť, bezmocnosť) a obavy o blízkych ľudí, ktorí s ním žijú,
5. podpora, odpustenie a uzmiernenie vzťahov (9).

Konkrétna pomoc, ktorú by sociálny pracovník mohol smútiacej rodine poskytovať, sa môže orientovať na dynamiku smútiacej rodiny. Strata jedného člena rodiny narúša existujúcu rovnováhu rodiny. Dynamika rodiny môže pomôcť zvládať smútok alebo, naopak, môže jeho prežívanie ešte zhoršovať. Fungovanie rodiny po smrti jedného z jej členov závisí do veľkej miery od toho, aké roly zastávajú jej jednotliví členovia (vrátane roly, ktorú mal zosnulý), od toho, ako sú si členovia rodiny navzájom blízki a od spôsobov, akými rodina vyjadruje svoje emócie a komunikačné vzorce.

Problémy nastávajú, ak jeden z členov rodiny smúti iným spôsobom, než smúti zvyšok rodiny (3). Smútok každého jedinca je jedinečný a nemusí byť v súlade so smútením ostatných členov rodiny. To znamená, že tradície rodiny, ktoré doteraz viedli správanie, sú narušené, takže členovia rodiny sú ponechaní, aby sa starali sami o seba vo vákuu.

K najväčším zmenám v rámci rodinných väzieb dochádza zvyčajne medzi manželmi, ktorí prežívajú stratu svojho dieťaťa. Spoločnosť predpokladá, že rodičia budú túto udalosť prežívať spolu ako smútiaci pár, avšak partneri sa často stávajú dvoma smútiacimi ľuďmi. Matky a otcovia smútiť rozdielne. Zvyčajne matky prejavujú súčasne viacero symptómov smútku alebo depresie, zatiaľ čo otcovia vyzerajú, akoby sa vyrovnávali s každodennou rutinou. Muži môžu neznášať bezmocnosť svojich manželiek, kým ženy neznášajú zdanlivé bezproblémo-

vé zvládanie svojich manželov. Pre sociálneho pracovníka je dôležité vedieť, že v čase, keď žena spracovávala svoj smútok, manžel môže začať pociťovať plnú silu svojho smútku a môže začať prejavovať prejavy smútenia, ktoré boli doteraz potlačené (10).

Rozdielne smútenie medzi partnermi môže vyústiť do problémov v komunikácii, ba v najhorších prípadoch až do rozvratu partnerského vzťahu, či do jeho ukončenia. Alam et al. (11) uvádza, že stúpajúcim časovým odstupom od úmrtia dieťaťa, narastá v niektorých prípadoch u manželov aj ich vzájomné odlúčenie. K zlepšeniu vzťahu medzi manželmi dochádza najmä vďaka profesionálnej pomoci. Avšak u partnerov, medzi ktorými pretrvávajú rozpory v komunikácii, dochádza k zhoršovaniu ich vzájomného vzťahu.

Rodina sa často vyhýba rozhovorom s deťmi o úmrtí blízkeho človeka. Jednak to môže byť v snahe ochrániť dieťa pred bolestivým prežívaním. Avšak často tak konáme v presvedčení, že deti sú ešte príliš malé na to, aby smrti a odchodu milovaného človeka rozumeli. Matějček, Dytrych (12) však upozorňujú, že u dieťaťa sa trúchlenie za milovanou osobou objavuje už koncom prvého roka jeho života. Prežívanie straty pozostalého súrodca môže pre rodinu v procese smútenia byť potenciálnym zdrojom ďalších problémov.

Deti pravdepodobne nebudú svoje pocity prejavovať verbálne, ale skôr prostredníctvom správania. Typickými prejavmi sú uzavretosť do seba, apatia, nechutenstvo, prípadne vývinové regresie. V niektorých prípadoch prežívanie bolesti je navonok prejavované prostredníctvom zlostného a nahnevaneho správania (10, 12). Takéto správanie je často sociálne neakceptovateľné a provokatívne, čo pre rodinu predstavuje ďalšie problémy, ktoré musí zvládať. Alebo môže pozostalý súrodenec potlačiť akékoľvek prejavy straty, pretože je presvedčený, že to je priveľmi bolestivé pre rodičov (ktorí majú svoj vlastný smútok) zaoberať sa pocitmi prázdnoty a samoty svojho dieťaťa.

Navyše, rodičia prežívajúci svoj vlastný smútok môžu byť voči pozostalému dieťaťu buď nadmerne ochranárski, alebo, naopak, zostávajú menej vnímaví voči jeho potrebám (11).

Sociálna opora zo strany sociálneho pracovníka by sa preto mala zameriavať predovšetkým na zvládanie zmien vo vzťahoch v rodine. Sociálny pracovník by mal rodine pomôcť pochopiť, že náročnosť prežívanej situácie sa odráža v náročnosti zvládania ich vzájomných vzťahov, mal by pomôcť partnerom nájsť spo-

ločné porozumenie a viesť ich k vzájomnej podpore. Rovnako by mal sledovať prístup rodičov k pozostalému dieťaťu a smerovať rodičov k tomu, aby ich správanie voči dieťaťu nebolo ignorujúce jeho potreby.

William J. Worden (13) rozlíšil 4 kľúčové úlohy v procese smútenia. Sociálny pracovník môže rodine tieto úlohy pomôcť zvládnuť, preto úlohy opisujeme práve z hľadiska toho, čo môže byť úlohou sociálneho pracovníka.

- **Akceptovať realitu straty** – pomôcť rodine uvedomiť si, že zosnulé dieťa sa už nikdy nevráti. Povzbudiť rodičov a súrodencov, aby rozprávali o všetkých aspektoch života a smrti dieťaťa. Najdôležitejšia úloha sociálneho pracovníka je byť dobrým poslucháčom.
- **Pracovať s bolesťou zo smútku** – pozostalí prežívajú emocionálnu, ale aj fyzickú bolesť zo straty milovanej osoby. Sociálny pracovník by mal pomôcť rodine túto bolesť identifikovať a spracovať ju, inak sa bude manifestovať prostredníctvom nepriamych symptómov alebo v inom neželanom správaní.
- **Prispôbiť sa prostrediu, v ktorom zosnulý chýba** – táto úloha súvisí najmä s potrebou nahradiť predchádzajúce úlohy, ktoré zastával zosnulý. Napr. vdovec sa musí naučiť variť, prať, vykonávať všetky domáce práce. Alebo, naopak, žena sa musí naučiť riadiť hospodárenie celej domácnosti. V mnohých prípadoch je osvojenie si nových zručností a schopnosti vnímané smútiacim pozostalým ako jeho zisk, čo je znakom toho, že táto úloha v procese smútenia je úspešne zvládnutá.
- **Emočne premiestniť zosnulého a pohnúť sa v živote ďalej** – Worden túto úlohu pôvodne nazval *vybrať emocionálnu energiu od zosnulého a reinvestovať ju do iného vzťahu* (17). Avšak vzhľadom na to, že takto naformulovaná úloha viedla k chybnjej interpretácii, podľa ktorej mal smútiaci mechanicky zabudnúť na svojho blízkeho a nahradiť ho v živote niečím iným, viedla Wordena k preformulovaniu názvu poslednej úlohy. Úlohou sociálneho pracovníka nie je teda pomôcť smútiacim uzavrieť ich vzťah so zosnulým, ale pomôcť im nájsť pre zosnulého v ich emocionálnom živote také miesto, ktoré im umožní efektívne pokračovať vo svete.

Ktorý druh sociálnej opory je pre klienta najúčinnější?

Sociálna opora je charakterizovaná ako jeden z najdôležitejších pozitívnych faktorov, ktoré upra-

vujú nepriaznivý vplyv negatívnych (stratových) životných situácií na celkový zdravotný stav človeka (14), sociálna opora v procese smútenia významne redukuje izoláciu a zmierňuje úzkosť (15).

Vzhľadom na individualitu osobnosti človeka a jeho jedinečnosť je hľadanie odpovede nemožné. Domnievame sa, že všetky druhy sociálnej opory sú opodstatnené a pracujú v prospech smútiacej rodiny, ale nie pre každého člena rovnako a nie v tom istom zmysle. Práve faktor rôznorodosti a jedinečnosti človeka je určujúci determinant preferovaného typu sociálnej opory alebo kombinácie niekoľkých druhov. Na to, aby bola poskytovaná sociálna opora efektívna, je potrebné nielen poznať, ktorý typ sociálnej opory klient potrebuje, ale navyše opora musí byť dostupná, dostačujúca a tými, ktorí ju dostávajú, musí byť vnímaná ako užitočná a nápomocná. Za dôležité považujeme uvedomiť si, že nesprávna podpora môže mať pre smútiacich skutočne nepriaznivé dôsledky v ich živote, preto by sme v procese sprevádzania smútiacich rodín považovali za primárne hľadanie správneho typu sociálnej opory, prípadne klientovi vyhovujúcej kombinácii druhov sociálnej opory. Sociálna opora, ktorá je vnímaná ako neužitočná, je, naopak, pre človeka zraňujúca a môže viesť k ďalšiemu zhoršeniu zvládania situácie (2).

Výsledkom úspešného zvládnutia náročnej situácie prostredníctvom ktoréhokoľvek druhu sociálnej opory je pocit vlastnej zdatnosti, ktorý sa z povedomia smútiacich vytráca. Sprevádzanie rodiny a poskytovanie sociálnej opory je možné len v prípade, že sa medzi sprevádzajúcim a smútiacim vytvorí vzťah. Vstupom do intímnej udalosti človeka, za ktorú smrť a zomieranie považujeme, sa vytvára pomáhajúci proces, ktorý sa časom a intenzitou práce premieňa na vzťah. Aktívnym počúvaním a empatickým prístupom zabúdame na nás samých a stávame sa nástrojom opory pre smútiaceho. Prostredníctvom empatie dokážeme so smútiacimi komunikovať aj neverbálnymi prejavmi. Empatia je v prípade sprevádzania a poskytovania sociálnej opory nevyhnutnou súčasťou vzťahu.

Záver

Chceli by sme zdôrazniť význam komunikácie ako prostriedku hľadania sociálnej opory. Do akej miery je potrebné v sprevádzaní smútiacich využívať slová? Je profesionálne sprevádzať rodinu potichu? Fredman (16) uvádza, že je potrebné hovoriť so smútiacimi o procese zomierania, pričom sa domnieva, že ľudia, ktorí sú schopní otvorene a slobodne rozprávať o smrti blízkych, sa týmto spôsobom vyrovnávajú aj s možnos-

ťou vlastnej smrti. Pri kontakte s každou novou smútiacou rodinou alebo smútiacim človekom sa mení spôsob komunikácie, mení spôsob myslenia a štýlu práce. Flexibilitu a empatiu, ako aj schopnosť prispôbenia sa smútiacemu považujeme za kľúčové zručnosti poskytovateľov sociálnej opory. Len vtedy môže byť sociálna opora efektívna, keď poskytne dostatočný priestor na vyjadrenie emócií, strachu a kvalitného sprevádzania procesom smútenia.

Literatúra

1. Špatenková N. Krízová intervence pro praxi. Praha: Grada Publishing 2000: 200. ISBN 978-80-247- 2624-3.
2. Kaunonen M. Support for a Family in Grief. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis. Electronic dissertation. 2000. Dostupné na: <http://acta.uta.fi> [2012-04-08].
3. Breen LJ, O'Connor M. Family and social networks bereavement: experiences of support, change, isolation In Journal of Family Therapy, 2011; (33): 98-120 [Ebsco]
4. Mareš J. a spol. Kvalita života u dětí a dospívajících I. Brno: MSD. 2000.
5. Vágnerová M, Hadj-Moussová Z. Psychologie handicapu. 2. část: Rodina a její význam pro rozvoj handicapovaného jedince. Liberec: PedF TU 2003.
6. Thompson A. et al. A Qualitative Study of Advice from Bereaved Parents and Siblings in Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care 2011; 7(2-3): 153-172 [PubMed] [2012-04-03].
7. Scott E. Types of social support. 2010. Dostupné na <http://stress.about.com/od/relationships/a/types-of-social-support.htm> [2012-04-11]
8. Dobříková P, Lekárová L. Sociálna opora a jej význam pre onkologicky chorých pacientov In: Paliatívna medicína a liečba bolesti, 2010; 3(2): 73-75.
9. Carter B, Levetown M. Palliative care for Infants, children and adolescents – a practical handbook. The John Hopkins University press, Baltimore 2004: 69-90, 112-127, 141-160, 220-242.
10. For Social Workers. Dostupné na <http://www.bfotoronto.ca/> [2012-04-09].
11. Alam R. et al. Bereavement Experiences of Mothers and Fathers Over Time After the Death of a Child Due to Cancer In Death Studies. 2012; (36): 1-22 [Ebsco] [2012-04-05].
12. Matějček Z, Dytrych Z. Krízové situace v rodině očima dítěte. Praha: Grada. 128 s. ISBN: 80-247-0332-7.
13. Worden JW. Grief Counselling and Grief Therapy (2nd ed.). London: Routledge, 183 s. ISBN: 0-415-07179-8.
14. Křivohlavý J. Psychologie zdraví. Praha: Portál 2001: s 278, ISBN : 8071787744.
15. Renzenbrink M. Foundations of Bereavement Support in Hospice and Palliative Care. 2002. Dostupné na http://www.hospice.foundation.ie/up_documents/Foundations_of_bereav_support.pdf [2012-04-10]
16. Fredman G. Death talk, Conversations with children and families. Karnac Books, London 2003: s. 176, ISBN: 1 85575 174 7.

Mgr. Veronika Hanzalíková

Trnavská Univerzita, Fakulta
zdravotníctva a sociálnej práce
Katedra sociálnej práce, Trnava
vhanzalikova@gmail.com

Význam porozumenia zomieraniu ako osobnému tajomstvu v podmienkach hospicovej a paliatívnej starostlivosti

Mgr. Katarína Mária Vadíková, PhD.

Katedra etiky a morálnej filozofie, Filozofická fakulta Trnavskej Univerzity, Trnava

Zomieranie je osobná výzva pre každého človeka, tajomstvo, neoddeliteľná súčasť osobného životného príbehu. **Problematizovať (riešiť) síce možno jeho jednotlivé aspekty, ale ako konkrétne dianie naň možno iba nazerať (rešpektovať a prijať).** Nazerané zomieranie sa človeku ukazuje ako bytie v situácii (1) a v ňom aj riešenie jeho jednotlivých aspektov. Uvedomiť si osobnú prítomnosť a zaangažovanosť v tomto dianí je jedinečný objav možnosti jeho využitia vzhľadom na celý životný príbeh a jeho zakomponovanie do príbehov tých, čo ho prežívajú, a to nielen v podmienkach paliatívnej a hospicovej starostlivosti.

Kľúčové slová: zomieranie, filozofické tajomstvo, prežívanie, dialogický vzťah, osoba, hospicová a paliatívna starostlivosť.

Value of the understanding for dying as for personal mystery in the circumstances of hospice and palliative care

Dieing is a challenge, a personal mystery, an inseparable part of personal life-story. It is possible to problematise it only in its partial aspects, however as a concrete happening it is possible only to look within it (to respect it and to accept it). As such - the 'looked-in-mystery', it shows itself to person as his/her own 'being in the situation' (1). The recognition of own personal presence and engagement in this happening could be seen as a unique discovery of its advantage for the whole personal life-story and also for the life-stories of those, who are sharing the situation .

Key words: dieing, philosophical mystery, sharing, dialogical relation, person, hospice-care, palliative-care.

Zomieranie predstavuje prirodzený proces zavŕšenia ľudskej existencie. V podmienkach hospicovej a paliatívnej starostlivosti sa dotýka vzťahovej línie zverenej, terminálne chorej osoby a jej opatrovateľa. Zasahuje človeka ako osobu – v plnosti jeho existencie a samo osebe predstavuje nielen pre zomierajúceho, ale i pre okolitý svet tajomstvo.

V našom príspevku budeme vychádzať z antropológie dialogického personalizmu, ktorý človeka chápe ako osobu uprostred medziľudských vzťahov (2) a hospicovú a paliatívnu starostlivosť ako vzťah (3). Zároveň využijeme aplikáciu terminologického vymedzenia rozdielu medzi filozofickým tajomstvom a filozofickým problémom podľa francúzskeho filozofa G. Marcela (1889 – 1973), ktorá nám pomôže lepšie uchopiť problematiku zomierania, ľudskej existencie, ľudského príbehu a zmyslu ľudského života.

Hlavným cieľom príspevku nie je iba opísať proces zomierania ako filozofické tajomstvo, ale najmä špecifikovať vybrané dôsledky porozumenia procesu zomierania ako filozofickému tajomstvu a ako filozofickému problému, a to tak zo strany zomierajúceho, ako aj tých, ktorí mu poskytujú starostlivosť. V príspevku nevymedzujeme časové parametre procesu zomierania; nerozlišujeme fázy zomierania; nedefinujeme pojem zomieranie, zomierajúci; a pod.

Vymedzenie procesu zomieranie v kontexte myšlienok G. Marcela

Problematika zomierania zasahuje človeka v plnosti jeho existencie. V kontexte G. Marcelových myšlienok zachytených v diele *Prítomnosť a nesmrtnosť* (4) možno povedať, že existencia človeka transcenduje determináciu vymedzenia pojmu pozemský život. Ak by sme totiž ako východisko nášho uvažovania prijali skutočnosť, že život človeka sa začína a končí prítomnosťou v ľudskom príbehu, potom by sme spolu s Heideggerom (5) hovorili o jeho existencii ako o bytí-vo-svete (tzv. ľudskej existencii) a nezaoberali sa začiatkom ani koncom jeho existencie, ani jej esenciou. G. Marcel v diele *Nástin fenomenologie bytí v situácii* (6) však o ľudskom údele, tzn. o pozemskom živote, hovorí ako o bytí v situácii.

Situovanosť človeka v bytí pre človeka znamená, že osobne zaujme stanovisko k svojmu životu, a to napĺňaním zmyslu svojho bytia v hraniciach, ktoré určuje jeho vlastná identita. Zangažovanosť človeka na vlastnej „púti za pravdou“ je podmienka možnosti dynamiky celého ľudského príbehu. ňou hýbe činorodosť, intencionalita, kreativita. Totožnosť, meno a kvalitu jej dáva identita. Silu jej vlieva slobodná vôľa. Prežaruje ju nádej, úcta a pochopenie v celom spektre svojho významu, ktorý pre konkrétny ľudský príbeh má ľudská dôstojnosť. Marcelovo

zvolanie: „*Dúfam v teba, kvôli nám.*“ (7) by mohlo byť mottom ľudskej existencie usilujúcej sa o naplnenie vlastného údely. Znamená, že človek nie je izolovaný, osamotený, ale uprostred interpersonálnych vzťahov, v ktorých si utvára aj ten svoj – intrapersonálny.

V tomto zmysle potom možno pozemský život rozumieť ako čas darovaný, tzn. vyhradený, v kontinuu ľudskej existencie na získanie vlastnej tváre – identity. Každé rozhodnutie, voľba maľuje črty tváre nezameniteľným perom sebaidentifikácie. Človek sa v presne určenom čase tohto výseku „tvárni“ v prospech svojej identity, stáva sa osobnosťou. Vo svojom príbehu získava meno, aby bol pre seba a pre iných Nieкто, koho možno osloviť, Komu bude prináležať zmysel a význam (hodnota). Existuje svojím telom, aby žil ako Menovaný uprostred vzťahov. V identite získava status jedinečnosti a nezameniteľnosti. Telo nie je pre neho objektom, ale predĺžením jeho existencie – subjektom, v ktorej zasahuje do materiálneho sveta, aby sa v ňom uchopil ako tvar. Charakteristiky tváre a tvaru sú jedinečnou kombináciou vyjadrenia podstaty jeho existencie, nezameniteľne identifikovateľné a spojené s jeho menom. Preto možno povedať, že neželaný zásah do jeho tváre či tvaru siaha na jeho ľudskú dôstojnosť. V tomto zmysle možno porozumieť i právu na zdravotnú starostlivosť v celom spektre jej rôznorodých typov, pretože

„ľudské práva chránia jednotlivca žijúceho v spoločnosti s druhými ľuďmi, chránia človeka pred narušením jeho slobody a ľudskej dôstojnosti.“ (8)

V tomto kontexte možno rozumieť zomieraniu a priblížiť si jeho význam. Základným východiskom je porozumenie zomieraniu ako prirodzenému procesu završenia životného príbehu, a nie ako koncu osobnej existencie. Zasahuje však celú ľudskú bytosť, ktorá mu svojou existenciou čelí. V pozemskom trvaní svojej existencie je ľudská bytosť primárne volaná k životu, ktorý ju tváří. Z tohto stanoviska aj nazerá vlastné a iných zomieranie a vo svojom prípade je jediná, ktorej sa ukazuje v plnosti. Menovaný je oslovený žiť, životu vstúpiť svoju identitu (zmysel života) a dosiahnuť k jeho hraniciam postupným napĺňaním životného plánu, tzn. cieľa (šťastie). Rozprávkovým, želaným ideálnym završením každého ľudského príbehu je nájsť šťastie – tzn. dospieť k spokojnosti, dosiahnuť svoj životný cieľ.

V procese zomierania by mal človek svoj životný cieľ vnímať odlišne od čiastkových cieľov, čím dokáže odlišiť blaženosť od šťastia. Záleží na axiologicko-aretologickej výbave zomierajúceho, pretože môže byť a je blažený a šťastný.

Chvilkové obdarovanie seba samého blaženosťou je možné aj v prípade nešťastného človeka. Samo osebe však neprispieva k celkovému šťastiu, ale prehľbuje vnímanie nedostatku a poukazuje na nedosiahnuté šťastie. Vychádzame z predpokladu, že pocit blaženosti nedokáže nahradiť pocit šťastia.

Rozmanité drobnosti napriek ťažkostiam môžu napĺňať životný príbeh človeka radosťou z ich dosiahnutia. Stav alebo frekvencia prítomnosti takýchto zážitkov blaženosti závisí viac od neho ako niekoho, kto si praje, želá, dúfa či chce – tzn. od jeho vôle, ako od rušivých vplyvov. Ide o determináciu hmatateľných dôkazov vlastnej úspešnosti. Vnímanie šťastia, a to aj za veľmi nepriaznivých podmienok, však závisí od človeka ako existencie – tzn. niekoho, kto presahuje dokonca aj svoj vlastný životný príbeh a dokáže sa prijať vcelku, tzn. ako osoba. Môžeme predpokladať, že prijatie seba samého ako osobu vo svojom svedomí znamená podmienku možnosti na vnímanie šťastia. V inom prípade pôjde iba o zážitok blaženosti, ktorý je čiastkový, dočasný a prchavý.

V tejto súvislosti možno procesu zomierania porozumieť aj ako procesu postupného ukončovania rozličných drobných vzťahov s hmotným svetom v prospech vzťahu so sebou samým uprostred interpersonálnych vzťahov – v prospech vlastnej existencie a šťastia.

Ako ukážeme v nasledujúcej časti, ľudská bytosť je konfrontovaná s procesom zomierania, na ktorom sa vo svojej existencii sama podieľa. Nazerá ho ako tajomstvo, ku ktorého pochopeniu a prijatiu má vo svojom prípade omnoho bližšie ako v prípade iných, napr. tých, ktorí jej poskytujú starostlivosť. Dôvodom je práve spomenutá skutočnosť, že vo vlastnom zomieraní sa ocitá v situácii, čo znamená jej bytostnú zaangažovanosť.

Zomieranie ako filozofický problém a ako filozofické tajomstvo

Dôsledky, ktoré so sebou prináša porozumenie zomieraniu v tomto kontexte, sa pre poskytovanie hospicovej a paliatívnej starostlivosti javia ako významné z toho dôvodu, že sa ukazuje ako možné vzťahovať proces zomierania iba na výsek z ľudskej existencie, a to na tú časť, ktorú možno nazvať ľudským príbehom alebo pozemským životom.

Pre človeka, ktorý svoj príbeh žije, sa prítomnosť tohto deja javí ako skladba minulých a budúcich dejov, tzn. ako dianie – trvanie. Nevníma ho ako prítomnosť vo výseku svojej existencie ani ako výsek v čase samotný. Vníma skôr dynamiku, intimitu, hĺbku a detail. Ak by sa bol na seba schopný pozrieť vcelku, stratil by sa živý moment autentickej existencie – človek by sa stal sám sebe prípadom, nie situáciou; tzn. niekým iným, ba až cudzím.

Inak sa na jeho životný príbeh môžu pozerat tí, ktorí ho s ním prežívajú. Záleží na kvalite vzťahovej väzby, statusu opatrovateľa a spôsobe starostlivosti (3). Môžu ho vnímať vcelku, práve ako výsek vo svojom životnom príbehu, ktorý s ním prežívajú. Nazerajú ho ako určitý statický, aj keď vnútorne dynamický útvar v čase a priestore, ktorý je charakteristický svojou tvárou a tvarom. Oslovujú ho po mene, vnímajú v prítomnosti spolubytia, v ktorom si vzájomne môžu participovať na existencii. Vzhľadom na kvalitu vzťahu zainteresovaných sa jedni pre druhých stávajú súčasťou životného príbehu do miery, ktorú určuje ľudská dôstojnosť.

Životný príbeh znamená pre človeka, a tak i okolitý svet v prvom prípade tajomstvo (bytie), v druhom prípade ide o problém (vlastníctvo). Zangažovanosť vo vlastnom životnom príbehu potom znamená jeho tvorbu, existencia napĺňa jeho tvar so špecifickou tvárou. Identifikovať sa človek so svojím životom v procese sebaidentifikácie. Zomieranie potom znamená dokončovanie tvaru, ktorý existencia počas životného príbehu nadobudne. Tento útvar ostáva potom v mysliach ľudí prezentovaný určitým

menom a tvárou po dlhý čas tak, ako sa odtlačil v spolubytí s iným pôsobením v ich životných príbehoch. Takto chápané zomieranie má inú výpovednú hodnotu tak pre jeho tvorca – zomierajúceho, ako i pre tých, ktorí mu poskytujú starostlivosť. V prenesenom význame ide o zanechanie daru – hodnoty v životoch iných, iným. Znamená sebadarovanie, sebazhodnotenie a v konečnom dôsledku sebatranscendenciu v prospech vlastnej existencie.

Zomieranie sa prednostne vzťahuje k životu, tzn. životnému príbehu. Zomieranie je osobná záležitosť, avšak to neznamená, že súkromná. Zomieranie je dialóg s vlastnou existenciou uprostred iných existencií a samo osebe môže človeka povzniesť nad hranice, transcendovať ho k podstate jeho existencie a k sebanaplneniu.

Z hľadiska zomierajúceho potom zomieranie znamená osobnú výzvu: angažovať sa na tomto dianí; rešpektovať a využiť jeho trvanie v osobnom príbehu; prijať ho ako tajomstvo, a nie ako problém. Marcel pri odlišení pojmu filozofický problém a tajomstvo píše: „Problém je niečím, na čo narážame, čo nám zahradzuje cestu. Je celý predom mnou. Tajomstvo je, naopak, niečím, v čom sa angažujem, ku ktorého bytnosti taktiež patrí, že nie je celé pre do mnou. Akoby v tejto sfére strácalo rozlišovanie medzi predom mnou a vo mne význam.“ (4)

Následkom prijatia zomierania ako problému bude snaha o jeho odstránenie; budú tu stavy úzkosti, depresie; potreba úniku; fatalizmus; rezignácia na život; beznádej, a pod. Následkom prijatia zomierania ako tajomstva bude jeho zakomponovanie do vlastného životného príbehu, zaangažovanie sa na jeho priebehu, úcta k životu a jeho naplnenie; nádej, a pod.

V oboch prípadoch zomierajúci zaujíma postoj k vlastnému životu, a nie k smrti. V prvom prípade sa existencia prejavuje prirodzenou túžbou po vlastnení niečoho, čo sa stráca. V druhom prípade existencia rozpoznáva zmysel života. V tomto vidíme podstatný obrat v prístupe k zomieraniu, ktorý v podmienkach hospicovej a paliatívnej starostlivosti je zásadnou podmienkou dôstojnej smrti. Odlišenie procesu, tzn. zomierania, od jeho výsledku, tzn. smrti, porozumenie zomieraniu ako nádeji – darovanému času na nájdanie osobného šťastia, môže znamenať pre zomierajúceho významnú udalosť z hľadiska celého jeho ľudského príbehu, pretože v tomto akte sa ctí jeho dôstojnosť ako jedinečnej, nezameniteľnej, potrebnej a nenahraditeľnej bytosti, ktorá je hodná rozlúčenia.

Z hľadiska tých, ktorí proces zomierania so zomierajúcim prežívajú, tzn. napr. poskytovatelia

hospicovej/paliatívnej starostlivosti, sa porozumenie zomieraniu ako problému priamo spája s aplikáciou techník starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu. Mieru snahy o elimináciu sprievodných, tzv. empirickou vedou zaznamenanateľných znakov zomierania, vymedzujú odporúčania etických kódexov rôznych profesií. Základným kritériom ostáva zachovanie ľudskej dôstojnosti. V tomto ohľade je však potrebné zdôrazniť, že samotné zomieranie je nezvratný proces, a sú to práve jeho znaky, ktoré možno chápať a riešiť ako jednotlivé problémy.

Avšak obmedzenie starostlivosti iba na riešenie týchto znakov, tzn. napr. ich systematické odstraňovanie, tiež možno označiť ako nedôstojné. Uskutočnil by sa tým násilný zásah do tvaru a tváre zomierajúceho človeka so všetkými následkami, ktoré takýto skutok v sebe obsahuje. Starostlivosť by sa sústredila výhradne na odstránenie vecí, pričom v konečnom dôsledku by mohol byť odstránený aj samotný zomierajúci, ktorý touto vecou disponuje, alebo ju reprezentuje. Preto riešenie jednotlivých problémov, ktoré sa objavujú v procese zomierania, je nevyhnutné nazerať vzhľadom na celý proces zomierania, s ohľadom na zomierajúceho, a nie na možnosti manipulácie s ním.

V prípade, že by proces zomierania tí, ktorí zomierajúceho v tomto procese svojou starostlivosťou sprevádzajú, rozumeli ako problém, by ho s ním neprežívali. Následkom by nebol iný prístup k aplikácii samotného balíka služieb poskytovanej starostlivosti, ale prístup k zomierajúcejmu. V extrémnych prípadoch by sa zmenil až na tzv. „robotickú starostlivosť“ založenú na prípadovej etike, štatistikách, kazuistikách, empirii a tzv. „racionálnom“ prístupe k práci a životu. V tomto prípade by sme nemohli označiť poskytovanie hospicovej a paliatívnej starostlivosti ako „vzťah“, ale iba ako „výkon činnosti“. Fatálnym následkom takéhoto porozumenia procesu zomierania by mohla byť samovražda alebo eutanázia.

Inak by sa k zomieraniu postavili tí, ktorí by rešpektovali zomieranie ako prirodzený súčasť ľudského príbehu; ako tajomstvo zomierajúceho, ktorý mu čelí; prirodzené zavŕšenie jeho života. V tomto prípade by sa snažili o spolubytie, o vy-

trvanie vo vzájomnosti, dialóg, mali by starosť o druhého a v nej by mu pomáhali vziať na seba následky a dôsledky rozhodovania a čeliť konečnému zavŕšeniu snáh života. Zomierajúci by mal komu odovzdať svoj životný príbeh ako hodnotu a s kým sa rozlúčiť, a to v nádeji, ktorú dáva ich vzájomnosť, starosť, vzťah. Situovanosť v procese zomierania niekoho iného, tzn. osobná zaangažovanosť na tejto jeho ceste, na spôsobe, ako mu čelí a participácii v jeho príbehu, predstavuje výzvu na zamyslenie aj pre nich samotných a aj pozvanie k odpovedi vlastnému životu o šťastí.

V podmienkach hospicovej a paliatívnej starostlivosti preto má význam porozumieť zomieraniu ako tajomstvu tak pre zomierajúceho, ako aj pre tých, ktorí sú s ním. Napriek tomu môže zomieranie prekvapiť, vyvolať údiv, zdesenie či pochybnosti, neistotu, obavy, akútny pocit nedostatku času. Základným spúšťačom negatívnych vnemov zomierania u zomierajúceho je nespokojnosť, a to či už s tvarom, alebo tvárou svojej existencie; sú obavy z nedokončeného, nedotvoreného, nedopovedaného vyjadrenia svojich predstáv o vlastnom príbehu; je neistota. V tomto ohľade je dôležité ponúknuť oporu, povzbudenie a participáciu. Dialóg, čo i len vo forme prežívaného mlčania je nevyhnutná podmienka upokojenia a stabilizácie. Každé umelecké dielo, a ľudský príbeh tým viac, ašpiruje na dokonalosť. Avšak aj v tomto prípade platia parametre sebaidentifikácie. Zomieranie získava akosť prostredníctvom konkrétneho človeka, ktorému patrí. Získava jeho meno, jeho ľudský príbeh, jeho identitu. Ide o prirodzený osobný proces, a preto každý človek bez rozdielu ním prechádza pri zachovaní svojej ľudskej dôstojnosti. Nemožno ho posudzovať, hodnotiť, tvárniť – vtedy by pokleslo na problém. Pozitívny scenár života, ako o ňom píše Šauerová (9), úzko súvisí s aktívnym prijatím hodnôt, tzn. s priradením významu a zmyslu (hodnotenie), a nielen zoradením v pláne života (priority) či zrovnávaním s matériou zmyslu života (oceňovanie). Zomieranie je výzva k zavŕšeniu svojho životného príbehu v súlade so svojím svedomím, pomocou svojej axiologicko-aretologickej výbavy. Znamená prijať a odovzdať sa ako osoba uprostred interpersonalných vzťahov.

Záver

Zomieranie je osobná výzva pre každého človeka, tajomstvo, neoddeliteľná súčasť osobného životného príbehu. Problematickejšie (riešiť) síce možno jeho jednotlivé aspekty, ale ako konkrétne dianie naň možno iba nazerať (rešpektovať a prijať). Nazerané zomieranie sa človeku ukazuje ako bytie v situácii a v ňom aj riešenie jeho jednotlivých aspektov. Uvedomiť si osobnú prítomnosť a zaangažovanosť v tomto dianí je jedinečný objav možností jeho využitia vzhľadom na celý životný príbeh a jeho zakomponovanie do príbehov tých, čo ho prežívajú, a to nielen v podmienkach paliatívnej a hospicovej starostlivosti.

Literatúra

1. Marcel G. Postavení ontologického tajemství a jak se k němu přiblížit. In: Marcel G. K filosofii naděje. Praha: Vyšehrad 1971: 139.
2. Glasová K. K vymedzení pojmu osoba v kontexte dialogického personalizmu, s. 5 – 7. In: Medicínska etika a bioetika, 2006; (13): 3-4.
3. Vadíková KM. Hospicová a paliatívna starostlivosť ako vzťah. (38-39) In: Paliatívna medicína a liečba bolesti – Supplement 2. 3/2010.
4. Marcel G. Prítomnosť a nesmrtnosť. Praha: Mladá fronta 1998: 143 s.
5. Heidegger M. Bytí a čas. Praha: Oikúmené 1996: 477 s.
6. Marcel G. Nástin fenomenologie bytí v situaci. In: Marcel G. Od názoru k víře. Praha: Vyšehrad 2004: 288 s.
7. Marcel G. Nástin fenomenologie a metafyziky naděje. (87 – 132). In: Marcel G, K filosofii naděje. Praha: Vyšehrad 1971: 139 s.
8. Rusnák P. Identita a teória ľudských práv ako témy súčasnej etickej reflexie. (53 – 58) In: Hrehová H. a spol. (Eds.) Transformácia ľudskej identity v strednej Európe po roku 1990. Trnava: FF TU 2009: 136 s.
9. Šauerová M. Aktivní přijetí hodnot jako součást vytváření pozitivního scénáře života. (211 – 220) In: Naništová E, Fotta P. (Eds.) Existenciální významné hodnoty v osobnom, spoločenskom a kultúrnom kontexte. Trnava: FF TU 2010: 276 s.

Mgr. Katarína Mária Vadíková, PhD.

Katedra etiky a morálnej filozofie,
Filozofická fakulta Trnavskej
Univerzity, Trnava

Sociológia smrti a smútku

doc. Dr. Otto Csámpai, CSc., doc. PhDr. Marta Vaverčáková, PhD., MPH

Katedra sociálnej práce, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity, Trnava

Napriek tomu, že prvé špeciálne sociologické disciplíny sa objavili už v 20. rokoch 20. storočia, začiatky konštituovania sociológie smrti a smútku sa datujú na pomerne neskoršie obdobie. Bolo to spôsobené najmä skutočnosťou, že výskumy súvisiace so smrťou patrili najmä do okruhu pôsobnosti psychiatrov a psychológov. Neskôr sa do tohto okruhu pripojili kultúrni antropológovia, etnografi a v neposlednom rade aj sociológovia. Pozornosť sociologických výskumov sa zameriava popri otázkach premortálneho obdobia hlavne na formy spoločenského vedomia súvisiace so smrťou, ako aj na výskum symbolov a variácií ritualizovaných spôsobov správania v postmortálnom období (období po smrti). Z uvedeného hľadiska sa príspevok snaží o sociologickú charakteristiku „kultúry smrti“ a smútku, ktorá síce vychádza z tradícií, ale za posledné desaťročia zaznamenala výrazné zmeny ako reakciu na zmenené životné situácie.

Kľúčové slová: smrť, smútok, sociológia, kultúry smrti.

Sociology of death and sorrow

Despite of the fact that special sociological disciplines appeared in 1920s of 20th century, the beginnings of sociology of death and regret are dated in later periods. This was caused by the fact that surveys connected to death came under the field of psychiatry and psychology. Later on, cultural anthropologists, as well as ethnographers and sociologists joined such surveys. Sociological surveys were focused, not only on questions of pre-mortal period, but mainly on forms of sociological consciousness connected to death and the attention was paid to surveys of symbols and variations of ritualized ways of behaviour in post-mortal period (period after the death) as well. Considering the aspect mentioned above, this thesis is trying to characterize, from the sociological point of view, the “culture of death” and regret, which on the one hand is rooted in traditions, but in last decades experienced remarkable changes as a reaction to changed life situations.

Key words: death, regret, sociology, cultures of death.

Doterajšie dejiny spoločností ukazujú, že s fenoménom smrti sa nedokáže úplne vyrovnáť ani jedna z minulých alebo súčasných civilizácií, podobne ako ho nedokáže ani úplne obísť. Členovia každej spoločnosti stáli a stoja zoči-voči smrti, obchádzajú ju a práve tento spôsob obchádzania, tento „tanec smrti“, ktorý sa mení v každej historickej etape, sa stáva zaujímavým pre tých, ktorí sa aj vedecky zaoberajú životom a zároveň smrťou. Odpoveď našich čias na otázku smrti, vzťah spoločnosti a individua k smrti, k umieraniu a k smútku oproti predchádzajúcim storočiam sa za niekoľko desaťročí úplne preformuloval. Filozofické otázky tajomstva smrti, vzájomného vzťahu bytia a nebytia, jestvovania a ničoty vždy patrili k otázkam, na ktoré sa v každej historickej etape zrodili odpovede odrážajúce danú kultúru a civilizáciu. Naše úsilie smerujúce k odhaleniu tajomstva smrti, spôsob myslenia o našom bytí, je základná sila, ktorá formuje kultúru spoločností, veď „kultúra smrti“ charakteristická pre danú spoločnosť je aj zrkadlom vzťahu danej spoločnosti ku skutočnosti, jej obrazu sveta. Naša túžba o pochopenie pomínuteľnosti, úsilie na to, aby sme dali zmysel nezmyselnému, je zrejme najväčšia motivačná sila vývoja ľudskej kultúry. Mnohí myslitelia sa odvolávajú na T. Manna, ktorého sa opýtali ku koncu svojho života, čo bola preňho najvyššia hodnota, odpovedal, že pomínuteľnosť. Tá dáva životu najvyššiu hodnotu a dôstojnosť. Iní v súvislosti so vzťahom pomínuteľnosti a procesmi vývoja spoločnosti si oprávne

kladú aj ďalšiu otázku: „Aká by bola spoločnosť, kam by smerovala, keby sme neumierali?“

Napriek tomu, že 20. až 40. roky 20. storočia vo vývoji sociologického myslenia sa označujú aj ako etapa formovania úsekových (špeciálnych) sociologických disciplín, smrť a smútok ako sociálne javy sa dostali do centra pozornosti tejto vednej disciplíny s istým fázovým posunom. A popri tom práve toto obdobie je obdobie, keď vo svete umiera najviac ľudí. Len straty na životoch v druhej svetovej vojne predstavujú vyše 70 miliónov ľudí. Ich pozostalí dozaista tiež smútili za nimi. V týchto časoch už existuje sociológia vojny a armády, ale smrť a smútok ako výsledok ich vyčíňania sa ešte nestali objektom sociológie. Prvé štúdie o týchto fenoménoch sa objavujú až v 50. rokoch 20. storočia. Dokonca ani v súčasnom období nie je známy predstaviteľ sociológie, ktorého by sme mohli považovať za výsostného predstaviteľa tejto disciplíny. Táto disciplína zatiaľ nemá svojho Keplera alebo Einsteina. No zároveň je potrebné podotknúť, že existujú veľmi výstižné sociologické prístupy k smrti, resp. k jej blízkosti, i keď z pera psychológov alebo psychiatrov. Je paradox, že sám otec psychoanalytickej školy S. Freud, ktorý vo svojej stati Smútok a melanchólia (1) výstižne analyzuje proces smútenia, je zároveň považovaný za predstaviteľa psychologizmu ako jedného zo sociologických prúdov. Odborníci zaoberajúci sa smrťou veľmi často sa odvolávajú na názory americkej psychiatricky E. Kübler-Ross (2), ktorá okamihy terminálne chorého pacienta rozdelila do niekoľ-

kých fáz – popieranie, hnev, vyjednávanie, depresia a prijatie. No ona zároveň so sociologickou precíznosťou definuje blízkosť smrti človeka ako proces zhustenej socializácie, ktorým sa končí jeho život. (Post)moderný človek smrť často chápe ako trest, odplatu za niečo a kladie si otázky: Prečo práve ja? Prečo práve môj blízky? Britský sociológ A. Giddens (3) správne podotýka, že v tradičných spoločnostiach, kde v jednej domácnosti žilo niekoľko pokolení, kde jedinec sa cítil organickou súčasťou rodiny a komunity, ktorá práve pozostalými pretrváva ďalšie obdobie, si ľudia skôr uvedomovali súvislosť medzi smrťou a prirodzeným striedaním generácií.

No naša „kultúra smrti“ je v období aj ďalších veľkých zmien, ktoré sociológia registruje. Hoci kratšie alebo dlhšie obdobie sa opiera na tradície, zvyklosti a rituály, je tak zároveň zásadne odlišná od predchádzajúcej a musí zodpovedať novým výzvam, ktoré nás nútia do sformovania novej kultúry smrti a smútku zodpovedajúcej zmenenému pohľadu na život.

Napriek tomu, že hovoríme o sociologickom, a nie psychologickom prístupe, v skutočnosti tieto dve disciplíny pri štúdiu zážitku smútenia sú neoddeliteľné, lebo psychické procesy spracovania straty a individuálne a spoločenské odpovede na ňu, sú nepochopiteľné jeden bez druhého.

Na pochopenie zmien v našej (západnej, európskej) kultúre smútenia nie je možno dospieť bez skúmania nášho prístupu k smrti. Doslova je axióma, že žijeme v spoločnosti, ktorá na jednej

strane akoby negovala smrť – do centra sa dostáva súťaženie, výkon, ktorá odcudzuje všetko, čo narúša absolutizovanú ideu „večnej krásy a mladosti“. Na strane druhej tabuizovanie smrti vytvorilo čoraz silnejší jav „boomu smrti“. Kým v nedávnej minulosti čierna kronika bola na konci spravodajských relácií, dnes si už nedokážeme predstaviť správy v médiách, ktoré by sa nezačínali úmrtím.

Keď vidíme, ako sa komercializuje smrť, mohli by sme sa domnievať, že sa uvoľňujú tabuizované hranice, uvoľňujú sa ňou spojené individuálne a spoločenské obmedzenia, veď nie je deň, keď by sme sa nestretli s nejakou formou smrti. Fakt je, že každý jav, ktorý spoločnosť nevie (vy)riešiť, vyvoláva úzkosť, psychologické problémy u jedincov, nevyhnutne riešením sa objavuje jeho „spotreba“ a „stráviteľnosť“. Britský sociológ a antropológ G. Gorer tento jav označil „pornografiou smrti“ (4), čím názorne spojil dve najväčšie tabu európskej civilizácie – smrť a sexualitu. Podľa všeobecne prijatých názorov tabuizovanú rolu, ktorá dosiaľ bola stelesňovaná sexualitou, preberá smrť. No téma sexuality v porovnaní so smrťou nikdy nebola zakázaná téma, veď ľudia medzi sebou, najmä v intímnejších kontaktoch, verejne hovorili o sexualite, kým na otázky smrti doliehalo tajomné ticho.

Je zaujímavé, že dva najosobnejšie a zároveň najvýznamnejšie zážitky nášho života, narodenie a smrť, ako sa presunuli zo svojho prirodzeného prostredia do inštitucionálneho rámca. Jeden z dôležitých činiteľov tohto zložitého procesu bola urbanizácia, ktorá v základoch ovplyvnila našu „kultúru smrti“. Výstavba mestskej infraštruktúry, predĺženie veku dožitia, oslabenie roly náboženstva a paralelne s tým narastajúca medikalizácia, ako aj vytvorenie nových hygienických noriem a nová byrokracia verejného zdravotníctva, vytvorilo aj iný vzťah k smrti. Proces medikalizácie smrti je zároveň aj prejav a udržiavateľ odcudzenia smrti. Do tej miery, do akej individuum a potom aj spoločnosť sa stali neschopnými, aby zodpovedajúcim spôsobom sa starali o umierajúceho a smútili za mŕtvym, do takej miery prenáša túto úlohu na inštitúcie. Vzťah človeka k človeku sa tak postupne mení na vzťah človeka k inštitúcii – sociálne zariadenie, nemocnicu. Prechodným alebo trvalým prevzatím zodpovednosti za umierajúceho, teda medikalizáciou smrti, práve umierajúci a smútiaci ľudia sa dostávajú mimo pozornosti spoločnosti. No zároveň je nezanebateľný fakt, že ak rodiny sú naďalej považované za základnú bunku spoločnosti, ich zdravé fungovanie vrátane umierania doma medzi svojimi blízkymi, odbreňuje zdravotnícke a sociálne služby, ktoré sú momentálne zaťažené riešením veľkého množstva iných problémových prípadov a situácií.

V dôsledku procesov, ktoré sme v súvislosti s komercializáciou, urbanizáciou a medikali-

záciou smrti načrtli, podľa niektorých „mestské“ a „vidiecke“ vzory postojov proti smrti sa od seba výrazne vzdialili. Podľa týchto názorov už len rurálne spoločenstvá strážia tradičné poznatky súvisiace s narodením a so smrťou, ktorých charakter uľahčuje prijatie smrti a pomáha spracovať smútenie. Lenže ani vidiecky človek v tejto spoločnosti už nevie jednoznačne, ktoré sú jeho skutočné tradície.

Popri spracovaní našich strát, pri socializácii napomáhajúcej prijatie smrti sú dôležité aj možnosti podeliť sa so zážitkami straty prostredníctvom rituálov, tradícií, spoločného spomínania. Spoločenské prežívanie smútenia, stretávanie pozostalých má veľmi dôležitú duchovnú integrujúcu funkciu, veď každá smrť spôsobuje trhlinu nielen v individuálnej, ale aj v spoločenskej súvislosti. Táto trhlina z procesov individuálneho spracovania vytvára akúsi sociálnu inštitúciu, keď predpisuje, aké formy správania, v akých situáciách a dokedy sú potrebné na to, aby sa tieto rany zahojili.

Dôležitosť spoločenského prežívania smútku nastoľuje aj problém individualizácie, ktorá v takomto prípade nemusí búrať spoločenské hranice. Proces individualizácie nemusí byť nutne charakterizovaný protikladom spoločenského a individuálneho bytia, podobne ako spoločenského života a individuálnej smrti. Podľa nemeckého sociológa N. Eliasa (5), u človeka, ktorý je osamotený pri svojom umieraní, paralelne sa posilňuje aj pocit, že bol osamotený aj v priebehu svojho života. Obraz človeka vytvoreného o smrti úzko súvisí s obrazom, ktorý vytvára o sebe a spoločnosti, ktorý ho obklopuje. V spoločnosti, v ktorej sa preceňuje miesto a postavenie jednotlivca, často obava zo smrti prerastá do obavy zo straty vlastného subjektu. Používajúc kategoriálny aparát Heglovej filozofie, smrť sa stáva problémom vtedy, keď individuum sa stane nekonečne dôležitým pre seba, lebo vtedy smrť znamená negáciu tohto nekonečne a jedine dôležitého činiteľa. Tento jav sa objavuje aj pri skúmaní procesu sekularizácie, keď pozorujeme, že počas niekoľkých desaťročí ako vzrástol záujem o tzv. individuálne náboženstvá. Domnievame sa, že rolu religiozity v našom vzťahu k smrti netreba až tak hľadať v predstavách – či už upokojujúcich, alebo odstrašujúcich – o druhom svete, ako skôr v tom, aké poskytuje dané náboženstvo skutočné, živé spoločenské prostredie chrániace život a smrť človeka od samoty. Dnes sa nepochybne zmenila rola spoločenstiev, veď vedomie narodenia do spoločenstva, do komunity už nie je také rozhodujúce, nehovoriac o tom, že rozšírením individuálneho životného priestoru, mobilitnými možnosťami, ľudia si často musia sami nájsť svoju spoločenskú identitu. Hoci toto často ťažké a celoživotné hľadanie posilňuje naše úsilie o upevnenie, stabilitu našej identity, domnievame

sa, že požiadavka spoločensky podeliť sa s individuálnym bytím, dôležitosť a význam „vedomia my“ sa nezmenila. Práve možnosť podeliť sa stala zložitejšou v súvislosti s narastajúcimi mobilitnými procesmi, ktoré uvoľňujú, dokonca rozrušujú komunitné a príbuzenské väzby. Z uvedených dôvodov ktorýkoľvek prípad úmrtia sa dotýka len najužšieho spoločenského prostredia. Podeliť sa s bolesťou, t. j. skutočnú sústrasť odmietame s akousi ilúziou pokoja a s námietkou, že smútenie je každého „osobná“ záležitosť. Ale spoločenská podstata človeka sa prejaví aj v tom, že udalosť biologického odchodu zo života má množstvo spoločenských súvislostí. Preto popieranie smrti znamená vážny problém nielen na individuálnej, ale aj na spoločenskej úrovni. V uvedených súvislostiach je potrebné pripomenúť, že na skúmanie a pochopenie vplyvov pôsobiacich na naše nazeranie na otázky života a smrti zástancovia „negácie negácie“ koncom 60. rokov 20. storočia vytvorili interdisciplinárnu vedeckú disciplínu – tanatológiu ako prvý krok k reintegrácii smrti. Je však otázne, či smrť a najmä postmortálna etapa človeka, ktorá z každej novej skúsenosti sa nám vyklučuje, do akej miery môže byť predmetom vedeckých výskumov? Táto pochybnosť však v žiadnom prípade neznižuje význam tanatologického záujmu.

V závere je nutné vrátiť sa k problému, ktorý sme nastolili v predchádzajúcich častiach: Je možné považovať za tabu tú oblasť, o ktorej tak na úrovni masovokultúrnej (médiá), ako aj vedeckej, sa tak veľa hovorí? Smrť v podobe mediálnej senzácie alebo skutočného záujmu vyvoláva požiadavku, aby sme o nej hovorili. Ale táto požiadavka sa dotýka najmä smrti iných. Často sa totiž domnievame, že smrť je osud druhých ľudí. V takomto zmysle „smrť iných“, najmä bez citových a akýchkoľvek iných väzieb k našej osobe, je naozaj menej „zakázanou“ oblasťou. O svojej vlastnej konečnosti a smrteľnosti premýšľame skôr potajomky. Ale keď stratíme niekoho, tak „ja“ a smrť pri smútení za blízkou osobou sa nevyhnutne stretávajú.

Literatúra

1. Freud S. Smútok a melanchólia. In: Podoby psychoanalýzy. Slovenský spisovateľ: Bratislava 2003.
2. Kübler-Ross E. Death: The Final Stage of Growth. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall 1975.
3. Giddens A. Sociologie. Argo: Praha 1999.
4. Gorer G. The Pornography of Death. In: Death, Grief, and Mourning. Anchor Books: New York 1965: 192-199.
5. Elias N. A haldoklók magányossága. Helikon Kiadó: Budapest 2000.

doc. Dr. Otto Csámpai, CSc.

Katedra sociálnej práce, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity, Trnava
csottoster@gmail.com

Služba sprevádzania – jej význam pre duchovný rast

Mgr. Natália Kacianová, PhD.

Biblická škola, Martin

Služba sprevádzania je dvojsemestrálny program vzdelávajúci študentov v oblasti pastorálnej starostlivosti o ťažko chorých, zomierajúcich a smútiacich. Vytvára priestor na vyrovnanie sa s vlastným žiaľom a strachom zo smrti, rovnako ako ponúka možnosť získať skúsenosti a zručnosti na prácu so zomierajúcimi ľuďmi a smútiacimi rodinami. Program prebieha diaľkovou formou na Biblickej škole v Martine už 3 roky. Absolvovalo ho 60 študentov pochádzajúcich z rôznych náboženských tradícií. Cieľom príspevku je program predstaviť a poukázať na to, ako takýto typ vzdelávania vplýva na duchovný rast a sebaepochopenie viery jeho absolventov.

Kľúčové slová: služba sprevádzania, vzdelávanie, starostlivosť o smútiacich, Biblická škola v Martine, duchovný rast a viera.

Guiding service and its importance for spiritual growth

Guiding service (similar to BeFriender Ministry program in USA) is one year program preparing its students for the pastoral care ministry of the terminally ill, dying and bereaved. It offers space for dealing with own grief and fear from death as well as an opportunity to learn new skills for the service to dying people and their bereaved families. Program is running at the Bible school in Martin for three years. So far it has 60 students (absolvents) from different religious backgrounds. The goal of the article is to introduce the program and show its influence and meaning for the spiritual growth and understanding of the faith of its students.

Key words: BeFriender Ministry, education, ministry to the bereaved, Bible school in Martin, spiritual growth and faith

Úvod

Myšlienka založenia vzdelávacieho programu v oblasti sprevádzania ma „sprevádzala“ už od ukončenia štúdia na Evanjelickej bohosloveckej fakulte UK v roku 2001. V tom čase sa rozbiehalo aj vzdelávanie laikov v oblasti biblických vied, tzv. dvojročné diaľkové štúdium na Biblickej škole v Martine (1). Aj keď som vtedy o sprevádzaní (čo to je a ako je možné sprevádzať) skoro nič nevedela, bola som nekompromisne postavená do tejto roly – sprevádzania mojej mamy, ktorá zomierala na rakovinu. Bola to moja prvá skúsenosť so sprevádzaním milovanej osoby. Práve vďaka nej som pochopila, aké ťažké môže byť zomieranie a čo všetko môže človek, ktorý sprevádza a zároveň smúti, prežívať. Keď sa mi v roku 2005 naskytla príležitosť intenzívnym štúdiom v USA konkretizovať moju predstavu o vzdelávaní sprevádzajúcich, napísala som projekt, na základe ktorého mi jednotlivci a partnerské cirkevné zbory Biblickej školy ponúkli financovanie programu na obdobie troch rokov.

Služba sprevádzania – ako sa tento program od roku 2008 nazýva – bola následne konfrontovaná s realitou na Slovensku. Začalo sa moje „turné“ prednášok a motivovania ľudí, aby sa prihlásili na štúdium a svoje nadobudnuté skúsenosti a zručnosti začali uplatňovať v svojich cirkevných zboroch či pomáhajúcich profesiách. V čase otvorenia programu som dúfala a na modlitbách prosila o 10 študentov, ktorí by chceli spolu so mnou splavovať zatiaľ neznáme vody takéhoto štúdia. Prihlásilo sa ich 30, prevažne žien, rôzneho veku, vzdelania a náboženstva. Bol to krásny a zároveň náročný rok objavovania a získavania skúseností, čo všetko by takýto vzdelávací program mal obsahovať. Počas ďalších dvoch ro-

kov sa nám podarilo niektoré veci lepšie definovať a spresniť. Do dnešného dňa program absolvovalo 60 študentov a môžeme povedať, že naša námaha nebola zbytočná. Tento príspevok sa pokúsi program predstaviť a zároveň poukázať na to, aký je prínos takéhoto vzdelávania pre samotného študenta (absolventa) a jeho duchovný rast.

Služba sprevádzania

Služba sprevádzania (SLZA) je pastorálno-psychologický program zameraný na pastorálnu starostlivosť o ťažko chorých, zomierajúcich a smútiacich. Štúdium je určené hlavne tým, ktorí chcú zmysluplne pomáhať ľuďom vyrovnávajúcim sa s ťažkou chorobou alebo smrťou milovanej osoby. Zároveň je otvorené aj pre tých, ktorých vlastná skúsenosť so žiaľom motivuje do hlbšieho záujmu o danú problematiku.

Okrem štúdia je Služba sprevádzania aj konkrétny model laickej pastorálnej služby umožňujúcej trpiacim podeliť sa o smutný príbeh svojho života bez toho, aby sa cítili odsudzovaní, posudzovaní či tútorovaní inou osobou (2). Vo svete je tento model známy od roku 1953 ako Befriender ministry, tzv. Služba vypočutia. S konceptom tejto služby som sa stretla počas môjho študijného pobytu v USA a po návrate domov som ho zahrnula do svojej dizertačnej práce (3) a pastorálnej praxe. Služba vypočutia alebo Služba sprevádzania je aj úvodným kurzom študijného programu, ktorý zároveň nesie jej názov.

Štúdium SLZA trvá jeden rok (dva semestre) a prebieha diaľkovou formou každú druhú sobotu v mesiaci. Podmienkou prijatia je zaslanie prihlášky a životopisu, ktorý má obsahovať motivačný pa-

ragraf – prečo sa dotyčná osoba zaujíma o danú formu štúdia. Študenti sú prevažne ľudia z praxe a do štúdia ich motivuje láska k klientom ako aj odvaha čeliť vlastným smútkom a zraneniam. Štúdiom prebieha zážitkovou formou a práve preto je možné prijať ročne maximálne 15 študentov. Prví absolventi štúdia (bolo ich 30) boli o takúto formu štúdia ukrať, pretože pre počet nebol priestor na individuálne prežívanie a zážitkové aktivity v skupine.

Výber tém

V rámci prvého stretnutia si študenti sami definujú očakávania od programu. K najčastejšie definovaným očakávaniam patria otázky typu:

- ako mám porozumieť smrti a eliminovať strach, ktorý vo mne vzbudzuje?
- ako mám pristupovať k zomierajúcemu človeku?
- ako mám pristupovať k smútiacej rodine?
- kde je Boh v čase našich zápasov a utrpenia?
- čo mi pomôže, aby som v službe trpiacim nevyhorel?
- kedy je pri sprevádzaní čas na modlitbu?
- ako mám sprevádzať „človeka bez viery v Boha“?
- ako mám komunikovať s trpiacim dieťaťom?
- aké sú najčastejšie omyly sprevádzania a ako je možné sa im vyhnúť?
- čo sa odo mňa pri sprevádzaní očakáva?

Už v rámci prvého stretnutia je zrejmé, že študenti nemajú záujem iba o teoretické poznatky, chcú, aby im štúdium dalo odpovede na konkrétne otázky, majú potrebu byť vypočutí, učiť sa od druhých. Aj preto sa v rámci štúdia kladie veľký dôraz

na jednotlivca, jeho životný príbeh, jeho skúsenosť s bolesťou a žiaľom, jeho múdrosť, ktorú získal životným poznaním. V rámci programu sa študenti navzájom otvárajú, obohacujú, prežívajú svoje skúsenosti, definujú svoje pocity, hľadajú korene svojej viery, učia sa prijímať druhých takých, akí sú. Skupina si stanovuje a pevne dodržiava určité zásady, ktoré jej vytvárajú bezpečný priestor a umožňujú otvorenú komunikáciu. K zásadám patrí napr. právo myliť sa, aktívne počúvať, právo mlčať, rešpektovať názor druhých, vypovedané veci mimo skupiny neposúvať atď. Na konci štúdia v záverečnej práci študent vyhodnocuje, nakoľko sa jeho očakávania naplnili a dopomohli mu k lepšiemu sebaopoznaniu a pochopeniu tých, ktorých bude sprevádzať.

S očakávaniami študentov korešponduje aj výber tém. Témy sú volené strategicky a pokrývajú rôzne oblasti týkajúce sa smrti, bolesti, duševného zdravia, žiaľu, viery atď. Prednášajúci sú odborníci v oblasti praktickej a biblickej teológie, psychológie, psychiatrie, psychoterapie, hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Rozvrh štúdia a témy na rok 2010/2011 vyzerali takto: Úvod do Služby sprevádzania, Služba vypočutia – nástroje aktívneho počúvania, Komunikácia so súcitom. Princípy komunikácie, Prvý kontakt. Pastorálna návšteva. Budovanie vzťahu, Skupinová reflexia, Zdravé smútenie. Proces žiaľu, Nezdravé smútenie. Chorobné prejavy žiaľu, Duchovné sprevádzanie dospelých, Duchovné sprevádzanie detí a adolescentov, Podporné skupinky pre smútiacich, Psychologický obraz Boha. Dobrovoľníctvo, Hospicová a paliatívna starostlivosť vo svete a na Slovensku, Pediatrická paliatívna starostlivosť. Sprevádzanie po strate dieťaťa (súrodencia), Biblický pohľad na smrť a utrpenie, Nádej a večný život. Koniec sveta a Kristova parúzia, Syndróm vyhorenia, Psychoterapia ako nástroj sebaopoznávania, Záver školy. Slávnostné odovzdanie certifikátov

Štúdium SLZA patrí k neakreditovaným diaľkovým programom Biblickej školy v Martine. Absolventi štúdia získavajú certifikát Služby sprevádzania. Je dokladom o absolvovaní 102 vyučovacích hodín a duchovného sústredu v hospici alebo inom zariadení pre ťažko chorých a zomierajúcich. Po skončení štúdia sa niektorí absolventi uplatňujú vo svojich cirkevných zboroch, kde ako dobrovoľníci sprevádzajú chorých, zomierajúcich a ich smútiace rodiny. V svojich zboroch alebo pracoviskách (hospicoch, domovoch dôchodcov, strediskách) vytvárajú bezpečné prostredie na stretávanie smútiacich na podporných skupinkách.

Vedľajší produkt štúdia – duchovný rast

Študenti v ročníkoch 2008 až 2011 študijného programu SLZA pochádzali z rôznych miest

Slovenska, Česka, dokonca aj Srbska. Boli príslušníkmi rôznych cirkví: Evanjelickej cirkvi a. v., Rímsko-katolíckej cirkvi, Cirkvi bratskej, Apoštolskej cirkvi. Boli to kňazi, diakoni, zdravotné sestry, hospicové sestry, psychológovia, teológovia, učitelia, sociálni pracovníci, pracovníci v rôznych cirkevných a svetských zariadeniach či strediskách. Ale v prvom rade to boli otvorení a úprimní ľudia, ľudia ochotní duchovne rásť a pod vplyvom štúdia oprašovať a obohacovať svoju vieru.

K svojmu duchovnému rastu mali hneď niekoľko príležitostí. Samotné miesto štúdia – Biblická škola v Martine – je miesto, kde sa soboty začínali vždy spoločnou piesňou, príhovorom na základe biblického textu a modlitbou. Kontakt s prednášajúcimi, taktiež príslušníkmi rôznych cirkví, pravidelne otváral otázky viery a skúsenosti s bolesťou, pochybnosťami, prázdnotou a nádejou. Duchovné sústredu, v rámci praxe, dávali študentom možnosť spoznať sa ešte viac a lepšie a ešte viac a hlbšie konfrontovať svoju vieru so smrťou a s utrpením (prax prebiehala v hospicoch v Bardejovskej Novej Vsi a na Sliezsku). Seminára so zahraničnými lektormi (z USA a Austrálie) vytvárali priestor na objavovanie nových modelov a nástrojov sprevádzania, ktoré v našich podmienkach zatiaľ nepoznáme (4).

Samotné očakávania študentov korešpondovali s ich záujmom prežívať svoju vieru, ako aj spoznávať vieru iných. A tak sme sa v rámci mnohých hodín dotýkali tém duchovného sprevádzania, jeho vplyvu na nás, našu vieru a rast. Samotná forma pastorálnej služby, ktorej sme sa venovali v úvode štúdia, Služby sprevádzania, nám vytvárala priestor na otázky sprevádzania a viery, komunikácie evanjelia, a to priamym aj nepriamym spôsobom (5). Študenti sa zhodli na tom, že aj hlboko veriaci ľudia sú iba ľudia a nemajú dokonalé odpovede na otázky týkajúce sa ľudskej bolesti a utrpenia. Ich viera im však dáva silu sprevádzať a vďaka nej im sprevádzanie prináša uspokojenie a radosť.

Záver

Namiesto záveru by som rada citovala samotných študentov, ich slová vyberám z niektorých záverečných prác, v ktorých sa venovali aj otázke svojho duchovného rastu:

- „Počas štúdia som hlbšie pochopila problematiku utrpenia, dokonca som ju akoby prežila – pre svoje požehnanie a duchovný rast...“ (Eva)
- „Moje štúdium zaujalo aj moju 87-ročnú mamu. Každú sobotu večer som jej musela porozprávať, čo všetko som sa na prednáške dozvedela, pochopila, prežila. Povedala, že moje rozprávanie jej pomáha duchovne rásť, a to aj napriek starobe a vysokému veku...“ (Rút)

- „V rámci štúdia som pochopila, že myšlienka na niekoho, kto trpí, nie je náhodná. Aj keby som nič iné neurobila, iba si s ním poplakala, urobila by som presne to, o čom hovorí Kristus: Plačte s plačúcimi (R 12:15)... Utrpenie nás zblízuje a slzy povedia niekedy viac ako tisíc slov...“ (Emília)
- „V poslednom čase ma nič tak neposunulo dopredu ako práve štúdium SLZA. Môj duchovný rast si dokonca všimli aj moji cirkevníci, keď mi v jednu nedeľu povedali: Pani farárka, na vašich kázňach sme si všimli, ako rastiete... a my s vami...“ (Darina)
- „V rámci štúdia som získala akoby „osobné skúsenosti“, pretože sme mali prednášateľov z praxe a vyučovanie bolo dopĺňané videozáznamami, autentickými príbehmi a zážitkami. Všetky tieto zážitky obohatili môj vnútorný život, duchovne ma posilnili a pri všetkej skromnosti a pokore – urobili lepšou...“ (Katka)
- „Pochopila jsem, že doprovázení druhých má zůstat doprovázením, a ne přemlouváním je na nějakou mou cestu nebo víru...“ (Natalie)
- „Toto štúdium som si predstavovala úplne inak. Nečakala som, že sa budem musieť zapodievať sama sebou. Bola som z toho nervózna. Štúdium ma zmenilo, mala som možnosť si sama v sebe poupratovať...“ (Zuzana)
- „Naučila som sa, že ľudia majú o Bohu rôzne predstavy, ktoré nie je potrebné vždy teologicky a dogmaticky hodnotiť. Treba sa nám viac pýtať, čo predstava pre danú osobu znamená, a keď jej to pomáha, tak jej ju nevyvracaj...“ (Anna-Mária)
- „Škola byla pro mne cestou za objevováním vlastního vnitřního světa a postojů jako i své identity v Bohu ve vztahu k umírání, utrpení a plnosti života...“ (Romana)

Literatúra

1. Biblická škola v Martine. Dekáda zárazkov 1998 – 2008.
2. Bale C. Befriending in Macmillan Encyclopedia of Death and Dying, ed. Kastenbaum, N.Y: Thomson Gale 2003.
3. Kacianová N. Problematika žiaľu: Pastorálne výzvy a teologické riešenia. Dizertačná práca 2008.
4. Zalaznik P. Dimensions of Loss and Death Education. Edu-Pac Publishing Company 1992.
4. Renzenbrink I. Fluttering on Fences, Stories of Loss and Change. Lakeside Education and Training 2010.
5. Kacianová N. Sprevádzanie v smútku ako misijný impulz pre komunikáciu evanjelia, v zborníku Apoštol Pavel pre 21. storočie, ed. Gulán 2011.

Mgr. Natália Kacianová, PhD.

Biblická škola, Martin

M. R. Štefánika 17, 036 01 Martin

natalia.kacianova@gmail.com

Spiritualita detských pacientov s infaustnou prognózou

Mgr. Ivan Farský, PhD., Michaela Štítová

Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského, Bratislava

Onkologické ochorenie s infaustnou prognózou je okrem iného aj spirituálny problém. Nájsť zmysel a účel svojich posledných dní, nájsť nádej čeliac svojmu koncu možno chápať ako istú formu spirituálnej výzvy či cesty. Cieľom našej práce bolo posúdiť vybrané aspekty spirituality u detí s infaustnou prognózou onkologického ochorenia a u zdravých detí. Spiritualita a religiozita zohrávajú dôležitú úlohu u detských pacientov. Detskí pacienti sa napriek ochoreniu snažia nájsť zmysel a nádej aj v čase utrpenia, pričom napr. modlitbu využívajú ako kopingový nástroj. Výpovede niektorých detí poukazovali na prežívanie spirituálneho distresu. Každé dieťa, či už zdravé, alebo choré, má svoju spirituálnu dimenziu a spirituálne potreby. Spirituálne potreby u zdravých i chorých detí sú podobné, menia sa však vplyvom choroby a skúsenosti z blížiacej sa smrti, pričom u chorých detí bola spirituálna dimenzia výraznejšia. Spiritualita detských pacientov môže prinášať úľavu, na druhej strane môže byť aj zdrojom výraznej nepohody. Neschopnosť posúdiť, diagnostikovať a riešiť spirituálny distres je v rámci paliatívnej starostlivosti rovnaké ako ponechanie pacienta s neriešenou telesnou bolesťou.

Kľúčové slová: spiritualita, detský pacient, infaustná prognóza.

Spirituality of pediatric patients with terminal prognosis

Oncologic diseases with terminal prognosis may constitute, inter alia, spiritual problems. Finding the purpose and meaning of the last days, and finding hope when the end is drawing near, can be seen as some kind of a spiritual challenge or a spiritual journey. Purpose was to assess some aspects of spirituality in children with a terminal prognosis associated with an oncologic disease when compared to healthy children. Spirituality and religiosity play an important role in the lives of pediatric patients. Even in times of suffering, they are trying to find the meaning and hope, using a prayer as a means of coping with the disease. The statements of the children indicate that some of them were experiencing spiritual distress. Every child, whether healthy or sick, has its own spiritual dimension and spiritual needs. Spiritual needs in healthy and sick children are similar, yet the illness and approaching death make the difference. Spirituality of pediatric patients can bring relief; on the other hand can be a source of considerable discomfort. Failure to assess, diagnose and solve the spiritual distress in palliative care is the same as leaving the patient with unsolved physical pain.

Key words: spirituality, pediatric patients, terminal prognosis.

Úvod

Napriek tomu, že v rámci teórie je deklarovaný holistický metodologický prístup ošetrovateľstva v starostlivosti o pacienta, do klinickej praxe tento prístup preniká len veľmi pozvoľna. V našich podmienkach pretrvávajú dôraz na biomedicínsky model zdravia a somatickej choroby, s minimálnym dôrazom na ich psychický, sociálny a spirituálny aspekt. Táto dominancia sa následne prejavuje absenciou diagnostiky a riešenia spirituálnych problémov pacienta, vo vzdelávaní nedostatočnou prípravou sestier na poskytovanie spirituálnej starostlivosti či len malým záujmom o túto oblasť vo výskume. V paliatívnej starostlivosti je však takýto prístup nedostatočný a neadekvátny. Nestačí sa zamerať len na samotné ochorenie, ale poskytovať takú starostlivosť, ktorá umožňuje dosiahnuť čo najväčšiu kvalitu života zostávajúcich dní. Svetová zdravotnícka organizácia odporúča, aby paliatívna starostlivosť „integrovala psychosociálne a spirituálne aspekty starostlivosti o pacienta (1). U detských pacientov je riziko nezáujmu o spirituálnu dimenziu o to väčšie, že sa môžeme

domnievať, že táto oblasť sa u dieťaťa nevyskytuje, že jej dieťa ešte nemôže rozumieť. Dieťa je rovnako ako dospelý človek spirituálna bytosť, ale jeho vyjadrovanie spirituality je obmedzené schopnosťou dospelých porozumieť mu (2). Z holistického pohľadu je spojením biologického, psychologického, sociálneho a spirituálneho aspektu vo svojej existencii. Prepojenosť jeho osobnosti spojená s týmito aspektmi odráža všetko, s čím sa vo svojom doterajšom vývoji dieťa stretlo. Vážne ochorenie a hospitalizácia negatívne ovplyvňujú jeho prežívanie a môžu spôsobiť spirituálny distres vplyvom neuspokojovania spirituálnych potrieb.

Spiritualita je široký koncept, ktorý je pre svoju subjektivitu a abstraktnosť ťažko definovateľný. Európska asociácia paliatívnej starostlivosti ju definuje takto: „Spiritualita je dynamická dimenzia života človeka, ktorá sa vzťahuje k spôsobu, aký osoba (jednotlivec a komunita) zažívajú, vyjadrujú a/alebo hľadajú zmysel, účel a transcendentiu a spôsobu, akým sú oni spojení s momentom, so sebou samými, s druhými, prírodou, významným či posvätným (3). V našej

práci sa prikloníme k tým, ktorí považujú spiritualitu za širší koncept, ako je religiozita (4, 5). Spiritualita teda môže, ale nemusí byť spojená s nejakou formou náboženského života a religiozitu budeme chápať ako jednu z foriem prejavov spirituality.

Cieľ

Cieľom našej práce bolo posúdiť vybrané aspekty spirituality u detí s infaustnou prognózou onkologického ochorenia a u zdravých detí. Ďalším cieľom bolo zistiť možné rozdiely vo vnímaní spirituality u detí zdravých v porovnaní s deťmi v terminálnom štádiu onkologického ochorenia.

Súbor a metodika

Súbor tvorilo 6 chorých detí s infaustnou prognózou z Kliniky hematológie a onkológie DFNP v Bratislave s priemerným vekom 15,7 roka (min. 14, max. 18 rokov) a 6 zdravých detí bez akéhokoľvek vonkajšieho prejavu ochorenia s priemerným vekom 15,5 roka (min. 13, max. 18 rokov). V oboch súboroch boli 4 chlapci a 2

dievčatá. Vek ani pohlavie nebolo rozhodujúce vstupné kritérium, pretože bolo veľmi náročné nájsť 6 detí v terminálnom štádiu onkologického ochorenia, ktoré boli vzhľadom na zdravotný stav schopné rozhovoru.

Vybrané spirituálne aspekty boli posudzované prostredníctvom nami vytvoreného štruktúrovaného rozhovoru, pozostávajúceho z 11 otvorených otázok. Otázky boli inšpirované a zostavené na základe publikácie Stilla (6). Uvádzame použité otázky:

1. Akú máš obľúbenú vec alebo hračku? 2. Čo robíš, keď si smutný? 3. Rozmýšľal si niekedy nad tým, prečo si ochorel? Otázka položená zdravým deťom bola preformulovaná. Rozmýšľal si niekedy nad tým, prečo človek ochorie? 4. Veríš v Boha? Ak áno, ako si ho predstavuješ? 5. Modlíš sa? Ako často a aké modlitby? 6. Myslíš si, že ti Boh pomáha? 7. Rozmýšľal si niekedy nad smrťou? 8. Každý raz odletí z tohto sveta. Akú máš predstavu o tom, čo sa bude diať po smrti? 9. Ako Ti choroba zmenila život? Otázka položená zdravým deťom bola preformulovaná. Čo nemôžeš robiť, keď si chorý? 10. Čo je pre teba v živote najdôležitejšie? 11. Keby si si práve teraz mohol niečo želať, čo by to bolo?

Výsledky a diskusia

V práci sme sa zamerali na posúdenie spirituality u onkologicky chorých detí, ktoré boli v terminálnom štádiu ochorenia. Bolo náročné nájsť pracovisko, kde by boli ochotní s nami spolupracovať pri získavaní údajov od onkologicky chorých detí. Oslovili sme niekoľko pracovísk a odborníkov pracujúcich s touto skupinou detí. Väčšina sa vyjadrila, že ide o veľmi zaujímavú tému, ale neboli otvorení spolupráci. Poukazuje to na to, že spiritualita ešte stále patrí medzi problematiku, ktorá je v klinickom prostredí skôr popieraná a je spojená s obavami. To však môže v praxi znamenať vážny problém. Tabuizovanie spirituality môže viesť k tomu, že spirituálna tieseň a bolesť nie sú identifikované. Pacient by sa mal mať právo sám rozhodnúť, či sa chce o tejto téme rozprávať, alebo nie. Rovnako ako personál môže očakávať, že pacient začne hovoriť sám od seba, tak môže aj pacient očakávať, že mu personál položí tie správne otázky.

V otázke č. 1. Akú máš obľúbenú vec, alebo hračku? sa odpovede detí z oboch skupín výraznejšie neodlišovali. Zdravé aj choré deti majú rady podobné predmety, ktoré sú individuálne spojené s ich vlastným svetom a možno aj prostredníctvom týchto vecí si uspokojujú svoje spirituálne potreby. V odpovediach možno nájsť paralelu s „posvätným“ (7). Aj „bežnej“ veci mô-

žeme prisúdiť spirituálny rozmer, ak jej prisudzujeme neobvyklý význam. V prípade chorých detí veci ako hokejka, lopta, knihy či pes neodkazujú len na samotnú potrebu relaxácie či hry, ale odkazujú aj na obdobie, keď boli zdravé a zároveň sú spájané s budúcimi plánmi a túžbami.

V otázke č. 2. odpovedali na to, čo robia keď sú smutní. U onkologických detí sa častejšie vyskytovala modlitba ako spôsob zvládania smútku, napr. „Keď som smutný, som radšej sám alebo idem spať, pošlem otca preč, aby to nevidel a ešte sa modlím občas.“ Ide o potvrdenie využitia modlitby ako aktívneho kopingového mechanizmu na zvládanie negatívnych emócií, stresu a vyrovnávaní sa s traumou (8, 9).

V otázke č. 3. deti odpovedali na to, ako si zdôvodňujú svoje ochorenie. Choré deti vnímajú chorobu buď ako trest za niečo, alebo ako obeť, ktorá niekomu môže pomôcť. Napr. „Možno som bol zlý, keď som bol malý chlapec, alebo má moja choroba nejakému chlapcovi alebo dievčaťu pomôcť, ktorý bývajú napríklad v Amerike alebo niekde inde.“ „Rozmýšľam nad tým každý deň. Mama mi povedala, že za to nemôžem, ale asi som bola zlá predtým na ňu. Niekedy.“ Tým, že sa ochorenie a zmena v živote s ním spojená stala súčasťou ich každodenného života, sa ich pohľad diametrálne líši od zdravých detí, ktoré podobnú skúsenosť nemajú. Prežívanie pocitu viny môže súvisieť so spirituálnou potrebou odpustiť sebe a iným. S dieťaťom by tieto pocity mali byť komunikované tak zo strany rodičov, ako aj zo strany zdravotníkov. Pocity viny sú vnímané veľmi negatívne, sú prejavom spirituálneho distressu a v konečnom dôsledku zvyšujú utrpenie spojené s umieraním a so smrťou. Na druhej strane snaha vnímať vlastné ochorenie ako niečo pozitívne pre niekoho iného poukazuje na potrebu prisúdiť ochoreniu nejaký vyšší zmysel, ktorý umožňuje lepšie prijať ochorenie a umieranie. Odpovede smerovali k tomu, že zdravé deti sa nezamýšľajú nad tým, prečo človek ochorie: „Nikdy som nad tým nerozmýšľal“, čo sa dá jednoducho vysvetliť chýbajúcou skúsenosťou konfrontácie s vážnejšou chorobou.

Ako sme uviedli, religiozitu chápeme ako jednu z foriem spirituality, otázky č. 4, 5 a 6 boli venované viere, vzťahu k Bohu a modlitbe. „Detskú spiritualitu môžeme definovať ako detský rozvoj vedomého vzťahu k Bohu, v kontexte spoločnosti veriacich, ktoré opísaný vzťah utvrdzuje. Detská spiritualita zároveň zahŕňa spôsob, akým dieťa vzťah k Bohu chápe a ako naň odpovedá“ (10). Nezistili sme rozdiely vo vyjadrovaní viery a predstavách o Bohu medzi zdravými a chorými deťmi. Napr. „Áno, verím. Aj

som chodil do kostola, ale teraz nemôžem. Boha si nepredstavujem. On je nepredstaviteľný“, či „Verím v Boha a predstavujem si ho ako duchovnú bytosť.“ Fowler je presvedčený, že funkčná a primeraná forma viery umožňuje človeku nájsť zmysel a poriadok v každej perióde života (11). Na vznik myšlienkového reprezentácie Boha sú rozhodujúce skúsenosti dieťaťa s rodičmi. V iniciačnej fáze formovania predstáv o Bohu je obzvlášť dôležitý vplyv matky. Ponímanie Boha, ktoré sa ustálilo v dôsledku vplyvu rodičov, sa neskôr stáva od rodičovských predstáv nezávislé. Z odpovedí detí aj na ďalšie dve otázky č. 5 a č. 6. *Modlíš sa často? Ak áno, aké modlitby? Myslíš si, že ti Boh pomáha?* sme zistili, že choré deti majú často svoje vlastné súkromné modlitby napr. „Modlím sa každý deň, aj také vlastné modlitby“, kým zdravé deti využívajú skôr bežné ritualizované modlitby, napr. „Modlím sa raz týždenne Otče náš“. To poukazuje na osobnejší vzťah chorých detí k Bohu, čo naznačuje aj fakt, že neuvádzali nejaký konkrétny vymedzený čas, resp. určený na modlitbu, ale modlia sa vtedy, keď majú chuť, resp. takú potrebu. Choré deti zároveň častejšie mali pocit, že im Boh pomáha v porovnaní so zdravými deťmi. Predstava Boha ako milujúceho a starostlivého pozitívne koreluje so zmyslom a účelom života (11).

V otázkach č. 7 a 8 sme sa zamerali nad uvažovaním detí o smrti a ich predstave, čo sa bude diať po nej. Zistili sme, že väčšina detí sa už nad smrťou zamýšľala, aj keď pohľady na ňu sú v oboch skupinách odlišné. U detí s onkologickým ochorením je vnímanie smrti vyzretejšie než u ich rovesníkov. Sú si vedomé možnosti, že aj ony samy môžu zomrieť. Zdravé deti považujú smrť za niečo veľmi negatívne spojené s trápením a sprevádzané rozlúčkou s kamarátmi, rodinou a pod., napr. „Najťažšie je opustiť tých, ktorých som tu mal rád.“ Zároveň zdravé deti častejšie vnímali smrť ako niečo definitívne, napr. „Za smrťou už nie je nič. Je to definitívny koniec“, „To bude to isté ako pred narodením, keď som ešte neexistoval“. Skupina onkologicky chorých detí má vlastnú, veľmi konkrétnu predstavu o smrti, ktorú chápe ako proces „odchádzania“ z tohto sveta. Väčšina týchto detí nevníma smrť ako konečno alebo niečo zlé, skôr predpokladajú, že im tam, ako hovoria, v „nebi“ bude lepšie ako tu na zemi. Napr. „Nebude tam bolesť ani hádky a stretnem tam samých dobrých ľudí, čo zomreli na onkológii“, „Asi tam bude pekne a teplo a nebude tam bolesť a ani slzy“. Vnímanie smrti ako pokračovania života, resp. prechodu k niečomu lepšiemu môže byť zároveň zdroj nádeje do budúcnosti. Z odpo-

vedí chorých detí je zrejme, že sú si vedomé blížiacej sa smrti a nepopierajú strach, ktorý z tejto skutočnosti pramení, napr. „*Rozmýšľam nad smrťou, lebo viem, že asi zomriem. Bojím sa*“. Nechcú byť samy, keď nastane ten nevyhnutný okamih sprevádzajúci koniec ich ochorenia. Obavy, ktoré deti opisujú, sú charakteristické pre spirituálny distress v súvislosti so smrťou. Otvára sa tu veľký priestor nielen pre sestry, ale aj ostatných členov tímu na uspokojovanie spirituálnych potrieb. Jednou z najzákladnejších spirituálnych intervencií je „byť prítomný“ pri pacientovi. Nejde tu o samotnú fyzickú prítomnosť sestry, ale ako opisujú Martins and Basto, sesterské sprevádzanie je „vzájomné, dynamicke, integrujúce a systematické“ (12).

Na otázku č. 9 *Ako ti choroba zmenila život?* zdravé deti odpovedali jednoznačne negatívne, pretože ich oberá o časť bežných denných aktivít, ktoré majú najradšej. Napr. „*Najviac mi vadí, že nemôžem ísť von*“. Nemajú skúsenosti s následkami choroby, ktoré by ich dlhodobejšie ovplyvňovali v obľúbených činnostiach. Ani sa nepokúšajú hľadať niečo pozitívne, čo im môže choroba do života priniesť, lebo predpokladajú z predošlej skúsenosti alebo zo skúsenosti rodičov, že ide len o krátkodobý a zvrtný stav. Naopak, choré deti vnímajú ochorenie aj pozitívne, napr. „*Naučil som sa byť viac trpezlivý*“, „*Iste mi dala viac pokory a trpezlivosti*“. Ďalšie štyri deti trápí hlavne sociálna izolácia a zmena vzhladu zapríčinená chorobou. Napr. „*Nemám už žiadnych kamarátov*“. Pri porovnávaní odpovedí onkologicky chorých detí je zrejme, že okrem iného ich choroba vedie k zmene charakterových vlastností a hodnotového rebríčka. Aj keď ju vnímajú najskôr negatívne, neskôr ju niektorí vnímajú ako niečo, čo dáva ich existencii zmysel a vedie k pozitívnej zmene seba samého.

V otázkach č. 10 a 11 sme sa zamerali na hodnotový systém a túžby detí. V hodnotovom systéme sa odpovede detí z oboch skupín zásadnejšie nelíšili. Rodinu, kamarátov a Boha uvádzali ako najdôležitejších vo svojom živote. Aj napriek svojmu veku a obmedzeným skúsenostiam zo života si uvedomujú, že rodina je na prvom mieste. U chorých detí, ktoré práve zažívajú krízu v živote vo forme hospitalizácie a vážneho ochorenia, je rodina najväčší oporný bod. Prichádzajú do situácie, kedy samy pochopia, že ani kamaráti, ani materiálne veci im nebudú nápomocné v boji s chorobou a následkami s ňou spojenými do takej vysokej miery ako mama, otec a iní členovia rodiny. U pacientov, ktorí sa približujú k smrti, často dochádza od zamerania na seba, k zameraniu na rodinu, blízkych (13).

Túžby dieťaťa sa vplyvom ochorenia menia. U skupiny onkologicky chorých prevládajú túžby, ktoré sa tykajú takmer výlučne potreby byť zdravý. Dokonca v mnohých prípadoch ide o želanie zdravia aj pre ostatných. Takéto vnímanie potreby zdravia pre celú skupinu dokonca i spoločnosť môže súvisieť so spirituálnou potrebou spolupatričnosti, ktorá môže byť vplyvom ochorenia a prežitého utrpenia výraznejšia ako u zdravých ľudí.

Skupina zdravých detí hovorila o túžbach, ktoré sú prirodzené pre ich vek a očakávané od okolia. Napr. „*Aby som dostala zajtra dobrú známku z angličtiny*“. Opäť sme dospeli k záveru, že bez ohľadu na vývojové obdobie spirituality a veku sa túžby detí zmenili vplyvom ochorenia. Choré dieťa už vie oceniť hodnotu zdravia, a to nielen svojho, ale aj ostatných detí. Uvedomuje si, že tak ako jeho niečo bolí, podobne to bolí aj iné dieťa. Choré deti túžili len po vyliečení a prinavrátení predošlého stavu pohody. Chceli ísť do školy, medzi kamarátov a ani raz nespomenuli nejakú materiálnu vec.

Zaujímavé zistenie je aj to, že napriek otvoreným otázkam boli odpovede veľmi stručné. U chorých detí to možno jednoducho pripísať únave, prípadne ďalším somatickým problémom. Na druhej strane to mohlo byť spôsobené aj nevhodnými otázkami, resp. ich nevhodným kladením. Poukazuje to na potrebu ďalšieho výskumu v tejto oblasti so zameraním na to, akým spôsobom deti vyjadrujú ich spiritualitu, detský jazyk používaný pri jej opisovaní a vytvorení aspoň orientačných odporúčaní, ako pri jej posudzovaní postupovať a aké otázky klásť.

Záver

Problematike spirituality sa v ošetrovateľskej praxi ešte stále nevenuje dostatok pozornosti. Z nášho výskumu vyplýva, že spirituálne potreby u oboch skupín detí sú podobné, ale u onkologicky chorých detí sa menia vplyvom skúsenosti z choroby a uvedomovania si blížiacej sa smrti. Základnou túžbou u každého z týchto detí je návrat do známeho prostredia, teda domov, do školy a medzi kamarátov. Spiritualita deťom slúžila ako spôsob zvládania stresu a utrpenia a bola zároveň zdrojom nádeje. Mnohé choré deti uviedli, že majú svoje vlastné súkromné modlitby, čo poukazuje na ich osobnejší vzťah, ktorý sa pravdepodobne vyvinul v dôsledku ochorenia. Viera v tomto prípade slúži ako ich oporný systém.

Zakomponovanie posudzovania spirituality do ošetrovateľskej starostlivosti a poskytovanie spirituálnej starostlivosti je nevyhnutná

podmienka priblíženia holistickým princípom a skvalitneniu celkovej starostlivosti.

Literatúra

1. World Health Organization. 2011. WHO Definition of Palliative Care. www.who.int/cancer/palliative/definition/en (citované: 10. 4. 2011).
2. Mueller CR. Spirituality in Children: Understanding and developing interventions. In: *Paediatric Nursing* 2012; 36(4): 197–208.
3. European Association for Palliative Care. 2010. EAPC Taskforce on Spiritual Care in Palliative Care. <http://tinyurl.com/4xea3aq> (citované: 10. 4. 2012).
4. Mcsherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. In: *Journal of Clinical Nursing* 2011; 20(11-12): 1757–1767.
5. Yonker JE. et al. The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. In: *Journal of Adolescence* 2012; 35(2): 299–314.
6. Still, J. How to assess spiritual needs of children and their families. In: *Journal of Christian Nursing* 1984; (2): 4–6.
7. Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. In: *American psychologist* 2003; 58(1): 64–74.
8. Carpenter TP, Laney T, Mezulis A. Religious coping, stress, and depressive symptoms among adolescents: A prospective study. In: *Psychology of Religion and Spirituality* 2012; 4(1): 19–30.
9. Karekla M, Constantinou M. Religious Coping and Cancer: Proposing an Acceptance and Commitment Therapy Approach. In: *Cognitive and Behavioral Practice* 2012; 17(4): 371–381.
10. Sheldrake P. What is spirituality. In: Collins KJ. *Exploring Christian spirituality: An ecumenical reader*. Michigan: Baker Books 2000; (1): 21–42. ISBN0-8010-2233-9.
11. Stroope S, Draper S, Whitehead AL. Images of a loving god and sense of meaning in life. In: *Soc Indic Res*. DOI 10.1007/s11205-011-9982-7. In: Press Fowler W. 1995. *Stages of Faith: The psychology of Human Development and the Quest for Meaning* San Francisco: Harper 1995; 3: 322. ISBN 006-06-2866-9.
12. Martins C, Basto ML. Relieving the suffering of end-of-life patients: a grounded theory study. In: *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2011; 13(3): 161–171.
13. Mitchell D. Spiritual and cultural issues at the end of life. In: *Medicine* 2011; 39(11): 678–679.

Mgr. Ivan Farský, PhD.

Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova
lekárska fakulta, Martin
Univerzita Komenského v Bratislave
Malá Hora 5, 036 32 Martin
Ivan.Farsky@jfm.uniba.sk

Teoretické východiská sociálnej práce v hospicovej a paliatívnej starostlivosti

doc. PhDr. Miriam Šramatá, PhD., Mgr. Michaela Hromková

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej Univerzity, Trnava

Príspevok sa zameriava na teoretické východiská sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti. Aktivity sociálnej práce vychádzajú z potrieb cieľových skupín, na ktoré sa sociálni pracovníci vo svojej praxi zameriavajú. Ide o klientov a ich rodiny a zároveň aj o odborníkov, s ktorými sociálni pracovníci spolupracujú. Koncepty, ktoré autorky vo svojom príspevku uvádzajú, sú iba jedny z mnohých, ktoré sociálni pracovníci môžu v praxi aplikovať. Ich použitie je v zásade dané objednávkou klienta.

Kľúčové slová: paliatívna starostlivosť, sociálna práca v paliatívnej starostlivosti, koncept straty a smútku, humanistické teórie, symbolický interakcionizmus, ekologický prístup, multidisciplinárny tím, krízová intervencia.

Theoretical basis of social work in hospice and palliative care

The contribution focuses on the theoretical backgrounds of social work in palliative care. Activities of social work are based on the needs of the target groups, on which social workers focus in their practise. These are clients, their families and also the professionals who come into contact with social workers. The concepts which are mentioned in this contribution by authors are one of many possible concepts which social workers can apply in their practise. Their use is essentially done by contract of clients.

Key words: palliative care, social work in palliative care, concept of loss and grief, humanistic theories, ecological approach, multidisciplinary team, crisis intervention.

Za posledné roky sme svedkami posunu vo vnímaní paliatívnej starostlivosti od pomoci ľuďom trpiacim závažnými onkologickými ochoreniami, ako i ľuďom zomierajúcim, k jej širšiemu chápaniu ako aktívnej starostlivosti poskytovanej multiprofesionálnym tímom so zameraním na kvalitu života pacientov s (ďalšími) chronickými ochoreniami s využitím holistického prístupu.

WHO definuje paliatívnu starostlivosť ako *prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín, vyrovnávajúci sa s ťažkosťami, ktoré sú spojené so život ohrozujúcim ochorením, a to prostredníctvom prevencie a zmiernením utrpenia, včasným zistením a bezchybným hodnotením a liečbou bolesti a iných telesných, psychosociálnych a spirituálnych problémov.*

Sociálna práca ako integrálna časť tohto prístupu zahŕňa do svojich aktivít okrem pomoci samotnému klientovi aj prácu s rodinnými príslušníkmi, neformálnymi opatrovateľmi, dobrovoľníkmi a profesionálmi s cieľom pomôcť im vykonávať rolu, ktorú si vybrali, prípadne predísť nadmernému vyčerpaniu a vyhoreniu. Na rozdiel od iných oblastí je jedinečnosť sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti práve v jej zameraní na dve skupiny klientov, na nevyliciteľne chorých a ich rodinných príslušníkov (pozostalých). Táto úloha si, samozrejme, vyžaduje vedomosti, zručnosti a kompetencie, ktorými by mali sociálni pracovníci disponovať. Sociálni pracovníci sú kľúčoví v hodnotení sociálnych potrieb klientov a v poskytovaní sociálnej podpory a pomoci.

Small (1) uvádza 4 dôvody, prečo je sociálna práca súčasťou paliatívnej starostlivosti:

V mnohých prípadoch sa sociálna práca zaoberá stratou, takže smrť ako strata je jasný kandidát na využitie zručností sociálnej práce.

Sociálna práca aplikuje systémový prístup na riešenie problému umierania, prirodzene do oblasti zdravotnej starostlivosti zahŕňa rodinu, komunitu a miestne kultúrne vzorce.

Sociálna práca sa zameriava na zlepšenie praktických a sociálnych vplyvov životných zmien.

Sociálna práca sa podieľa na vzdelávaní a podpore členov multidisciplinárneho tímu a usiluje o zachovanie tzv. mainstreamového charakteru

Podľa Smalla (2) takto chápaná sociálna práca v paliatívnej starostlivosti je buď ovplyvnená prístupmi typickými pre paliatívnu starostlivosť, alebo vychádza z tzv. širšie použiteľných prístupov. Sheldonová (3) podporuje stanovisko Payna (4), ktorý identifikoval tri pohľady na sociálnu prácu:

- reflexívno-terapeutický
- socialisticko-kolektivistický
- individualisticko-reformačný

Reflexívno-terapeutický pohľad nazerá na sociálnu prácu ako na reaktívnu terapeutickú odpoveď zameranú na dosiahnutie najlepšieho možného blahobytu pre jednotlivcov, skupiny a komunity v spoločnosti prostredníctvom *podpory a pomoci* ich rastu a seberealizácie. Podľa socialisticko-kolektivistického prístupu sociálna práca sa snaží hľadať možnosti spolupráce a vzájomnej podpory v spoločnosti tak, aby väčšina utláčaných a znevýhodnených osôb mohla *získať moc nad svojimi vlastnými životmi*. Konečne, individualisticko-reformačný pohľad vníma sociálnu prácu ako terapeuticky pôsobiacu na jednotliv-

ca a rovnako zameranú na zlepšovanie systémov poskytovania služieb, ktorých je sám jednotlivec súčasťou. Uvedené prístupy nachádzame v práci sociálneho pracovníka v paliatívnej starostlivosti pri *podpore spokojnosti klienta a jeho pozitívnej sebaakceptácii* ako aj v presadzovaní *antidiskriminačných postojov* a snahe kultivovať a zlepšovať prostredie, v ktorom je klientovi pomoc poskytovaná.

Clausen et al. (5) uvádza šesť oblastí, ktoré považuje za dôležité pre prax sociálneho pracovníka špecializovaného na oblasť paliatívnej starostlivosti, v ktorých môže priamo či nepriamo pomôcť k skvalitneniu služieb a zlepšeniu kvality života klientov. Uvedené oblasti sú sformulované na základe výpovedí klientov:

- „strata a závislosť“ – klienti si uvedomujú, že v dôsledku ochorenia strácajú svoju nezávislosť, nemôžu plniť svoje roly a povinnosti v rámci rodiny i mimo nej. Redukuje sa ich množstvo sociálnych kontaktov, uvedomujú si postupnú stratu priateľov a pod.
- „problémy spojené s rodinou“ – napriek vlastnému utrpeniu je pre klientov dôležité odbremeniť svojich príbuzných. Cítia sa zodpovední za ich smútok a starosť. Nechcú sa s nimi rozprávať o smrti, niekedy dokonca klamú o svojich problémoch a pocitoch.
- „potreby opatrovateľov“ – opatrovatelia sú okrem klientov paliatívnej starostlivosti ďalšou rizikovou skupinou. Mnohí z nich sa cítia osamotení, izolovaní a vyčerpaní. Nemajú sa o koho oprieť a prežívať svoju osamotenosť.

■ „praktické problémy“ – niektorí pacienti potrebujú pomoc pri vybavení vecí súvisiacich s ich sociálnym zabezpečením, prípadne s dedičským konaním a pod.

■ „emocionálne a spirituálne problémy“ – medzi klientmi paliatívnej starostlivosti môžeme nájsť rozdiely aj oblasti uspokojovania emocionálnych a spirituálnych potrieb. Zatiaľ čo klientom s onkologickým ochorením bola táto pomoc poskytovaná, u iných klientov (napr. klientov s kardiálnym zlyhávaním) bola táto požiadavka prijímaná s prekvapením.

■ „podpora personálu“ – personál, najmä lekári a zdravotné sestry, pociťujú nedostatok podpory a supervízie. Chýbajú im stretnutia, kde by si vymieňali informácie a analyzovali záťažové situácie, ktorým čelia. Clausen navrhuje využiť kapacity sociálnych pracovníkov na iniciovanie a vedenie tzv. interdisciplinárnej peer supervízie.

Uvedený výpočet svedčí na zameranie sociálnej práce v paliatívnej oblasti na tri kľúčové oblasti:

■ Klient – sociálny pracovník poskytuje poradenstvo, zastupuje klienta, informuje ho o možných zdrojoch pomoci, poskytuje psychickú oporu a pod.

■ Rodina klienta (práca s pozostalými) – intervnuje v prípade narušených rodinných vzťahov, informuje o dostupných službách pre klienta i jeho blízkych, pomáha pri kontakte s ďalšími inštitúciami.

■ Interdisciplinárny tím – sociálny pracovník na základe vyhodnotenia potrieb aktívne vstupuje do intervenčného procesu, informuje o svojich možnostiach pomoci a aktívne jedná v prospech klienta

Špecifikum sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti je práca s ľuďmi, ktorí sa vyrovnávajú so stratou. Na jednej strane ide o klientov, ktorí musia prekonať ťažkosti spojené s ich život ohrozujúcim ochorením a na strane druhej sú to rodinní príslušníci, ktorí strácajú svojho blízkeho, resp. pozostalí vyrovnávajúci sa s definitívnou stratou človeka.

Koncept straty a smútku sú na pochopenie a výkon práce sociálneho pracovníka kľúčové.

Ľudia budujú svoj život v rámci určitého sociálneho kontextu, miesta, vzťahov a spoločenských inštitúcií, ktorých sú súčasťou. V priebehu života rozvíjajú svoje očakávania, vytvárajú si predstavy, ako bude ich život pokračovať. V závislosti od toho, v ktorej fáze života sa človek nachádza, konštruuje a plánuje svoj život, napr. rozmyšľa o manželstve, deťoch, profesijnom úspechu, spoločenskom uznaní alebo šťastnom odchode do dôchodku, možnostiach cestovať, stretávať sa so zaujímavými ľuďmi a pod. Naša životná cesta buduje našu osobnú identitu cez postupnosť vzťahov, z ktorých

sa učíme. Identita nás charakterizuje a postupne sa vyvíja a mení, takže nie sme stále tá istá osoba, akou sme boli. Úmrtie blízkeho človeka alebo závažné ochorenie predstavuje prerušenie týchto plánov a očakávaní a zásadne mení našu perspektívu. Vážna choroba prináša strach zo straty identity a vzťahov, ktoré ju vytvárajú.

Umierajúci človek si uvedomuje, že postupne stráca nielen svoj život, ale aj veľa vecí, ktoré sú dôležité a spojené s jeho životom. Pozostalí nenávratne strácajú milovanú osobu. Strata má vždy dvojaký rozmer: osobný a sociálny. Cieľom sociálnej práce preto musí byť práca s rodinou budovanie sociálnych sietí, ktoré slúžia na pomoc zomierajúcim a pozostalým.

Bruce a Schultz (1) navrhujú niektoré dôležité zásady pri práci s ľuďmi, ktorí sa vyrovnávajú so stratou blízkej osoby:

■ Pomoc ľuďom získať kontrolu nad ich sociálnou situáciou a ich životom.

■ Pomoc ľuďom chrániť ich osobnú identitu.

■ „Otopovať ostriu“ straty, ktoré ľudia zažívajú.

Tieto zásady vytvárajú agendu na sociálnu prácu s pozostalými. Jedným z najdôležitejších cieľov je pomôcť im získať späť kontrolu. Podľa publikovaných výsledkov výskumov (Clausen et al. Beresford, Adshead, a Croft,) (6) pacienti a ich rodiny ocenia všeobecné zameranie sociálnej práce schopnej riešiť široké spektrum rodinných problémov a pripravenosť sociálnych pracovníkov, ktorí orientujú svoj záujem ku klientovi a jeho rodine rešpektujúc ich vlastnú definíciu svojich potrieb.

Keď chceme charakterizovať teoretické východiská na sociálnu prácu v paliatívnej starostlivosti nachádzame širokú škálu teórií a autorov, vzťahujúcich sa k predmetnej problematike. Pri výbere teórií a prístupov je základným východiskovým princípom požiadavka, resp. objednávka klienta. Na základe očakávaní a potrieb klientov je sociálny pracovník schopný reagovať na definované potreby. V literatúre zahraničnej proveniencie nachádzame humanistické a existenciálne teórie (Payne) (7), symbolický interakcionizmus (Sanders, Swails) (8), ekologický prístup (Reese, Raymer) (9), case management (Lloyd) (10), interdisciplinárny prístup a pod. Vzhľadom na obmedzený priestor uvádzame vybrané koncepty, ktoré tvoria teoretický rámec k sociálnej práci v paliatívnej starostlivosti.

Humanistické a existenciálne teórie a priori zamerané na človeka a jeho ľudskú prirodzenosť sú východiskovým bodom na sociálnu prácu. Zaoberajú sa ľuďmi (profesionálmi), ktorí sa starajú a pomáhajú ľuďom (klientom, skupinám, rodinám, komunitám). Humanistické chápanie vidí človeka ako kompetentného rozmyšľať, rozhodovať sa a konať slobodne. Existencializmus sa zameriava na schopnosť človeka získať vlastnú silu kontrolovať

a riadiť svoj vlastný život. Vníma človeka ako individuum na jednej strane ovplyvňované prostredím a na strane druhej prostredie ovplyvňujúce. Oba modely vnímajú klienta ako hodnotnú autonómnou bytosť s vlastnými názormi, interpretáciou a prežívaním. Sociálny pracovník v tomto prípade pomáha klientovi pochopiť situáciu, v ktorej sa klient nachádza, i to, ako jeho vlastné vnímanie a interpretácia prežitého spätne na klienta pôsobí.

Historicky sa humanistické teórie vyvíjali od psychodynamických, ktoré vychádzali z prác Sigmunda Freuda a jeho pokračovateľov, cez behaviorálne teórie a teórie učenia až po prácu Carla Rogersa, ktorá sa stala základom na klienta orientovaného prístupu.

Práve tento prístup je základ práce sociálneho pracovníka v mnohých oblastiach. Mnohé prístupy prípadovej sociálnej práce potvrdzujú nevyhnutnosť a prospešnosť tzv. základných podmienok pomoci. Rogers ich nazval *otvorená komunikácia, empatia, autentickosť, pozitívne bezpodmienečné prijímanie klienta*. Tieto majú napomáhať vedenie klienta k osobnostnému rastu a rozvoju, posilňovaniu vlastnej autonómie a správneho sociálneho fungovaniu. V sociálnej práci v oblasti paliatívnej starostlivosti majú ústredné postavenie pri budovaní vzťahu sociálneho pracovníka a klienta. Sami klienti ich vysoko oceňujú a označujú za najpodstatnejšie v prístupe sociálneho pracovníka. Výsledky štúdie Beresforda a spol. (11) potvrdzujú, že profesionalita sociálnych pracovníkov je klientmi v paliatívnej starostlivosti charakterizovaná (a oceňovaná) pojmami *priateľstvo, vzájomnosť, vrátnosť, ochota počúvať, spoľahlivosť, citlivosť, súcit, všímavosť a pod.* Uvedené charakteristiky, ktoré klienti uviedli, sú v podstate zručnosti a hodnoty, tvoria základný rámec na prácu s klientom.

Tému „existenciálnej sociálnej práce“ rozpracoval Neil Thompson (4), ktorý sa opiera o myšlienky Sartrovej ontológie a rozlišuje „bytie o sebe“, ktorým je označovaná naša holá existencia a „bytie pre seba“ ako vedomú existenciu človeka schopného konať, plánovať svoju existenciu podľa vlastných želaní.

V rámci existencializmu sú na sociálnu prácu v paliatívnej starostlivosti dôležité myšlienky existenciálnej analýzy a logoterapie V. E. Frankla, ktorý sformuloval obraz človeka ako duchovnej, slobodnej a zodpovednej bytosti smerujúcej k uskutočňovaniu hodnôt a naplňaniu zmyslu. Ústrednou témou Franklovej logoterapie a existenciálnej analýzy je „vôľa k zmyslu“, pričom úlohou logoterapie je viesť človeka k uvedomeniu si vlastnej zodpovednosti. Stratú zmyslu života alebo frustráciu vôle k zmyslu označuje Frankl ako „existenciálnu frustráciu“, „existenciálne vákuum“, „existenciálnu prázdnotu.“ „Je to márna túžba človeka po čo najzmyslupnejšej existencii, ktorá by práve mohla urobiť jeho život hod-

ným toho, aby ho žil" (12). Pri práci s nevyliciteľne chorými je „hľadanie zmyslu v utrpení“ veľmi náročné. Cieľom práce sociálneho pracovníka je priviesť klienta k pochopeniu jeho utrpenia ako príležitosti k rastu, zreniu, sebaaprekonaniu. S klientom pracuje prostredníctvom jeho interpersonálnych vzťahov a vzťahov k okoliu, ktoré mu pomáha obnoviť, zlepšovať, budovať. Klient je slobodný nie „od týchto vzťahov“, ale slobodný zaujať postoj proti nim.

Symbolický interakcionizmus zdôrazňuje vzájomnú interakciu medzi ľuďmi, ktorí sú v kontakte, reagujú na seba navzájom, vymieňajú si medzi sebou významy. Táto vzájomná interakcia závisí od schopnosti človeka nielen tieto významy vyslať, ale aj pochopiť a správne vyhodnotiť. Symbolická komunikácia, ktorou rozumieme nonverbálnu komunikáciu, reč tela, mimiku a ďalšie všeobecne známe znaky – symbolické interakcie, vytvára základ na pochopenie toho, ako ľudia vnímajú svoje roly a ako reagujú na sociálne situácie, v ktorých sa nachádzajú. Práve znalosť a schopnosť „dešifrovať“ gestá pomáhajú sociálnym pracovníkom pochopiť klientov a, naopak, správne použité gestá sociálnych pracovníkov môžu mať veľký význam aj pre klientov samotných. V paliatívnej starostlivosti je dôležité, aby týmto spôsobom sociálni pracovníci poskytovali svojim klientom podporu, pomáhali zvládať pocity osamotenosti, prejavovali svoju účasť a pochopenie.

V rámci **ekologického prístupu** sa sociálny pracovník snaží *identifikovať problémy v prostredí*, ktoré by mohli pomoc klientovi negatívne ovplyvniť. Spolupracuje pri tom s *rodinou* a snaží sa podporovať jej kontakt s klientom a zároveň aj spoluprácu s odborníkmi a ďalšími inštitúciami, ktoré by mohli byť klientovi a jeho rodine nápomocné. Sociálny pracovník by mal disponovať schopnosťami a zručnosťami, ktoré sú dôležité na identifikáciu rizikových faktorov, ako sú strach zo smrti a zomierania, narušené vzťahy v rodine, nedostatočná informovanosť členov rodiny a pod. Na základe zistených informácií sociálny pracovník *vytvára plán pomoci klientovi s cieľom mobilizovať všetky dostupné zdroje vrátane odborného personálu a rodiny*.

K najčastejším charakteristikám sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti patrí jej zapojenie do tzv. **multidisciplinárnych tímov**. Tento fakt vychádza z potrieb pacientov, ktoré sú nielen fyzické, psychické, ale aj spirituálne a sociálne či psychosociálne. Sociálny pracovník tak participuje na zisťovaní a hodnotení potrieb klientov a zároveň aj na ich následnom uspokojovaní. Tímová spolupráca je v tomto smere nenahraditeľná, keďže jednotlivé potreby klientov sú navzájom súvisiace, závislé alebo kompatibilné. Pre tímovú spoluprácu odborníkov nachádzame v literatúre označenia ako multiprofesionálna či interprofesionálna. Thylefors

a kol. (13) analyzoval jednotlivé prístupy a k dvom uvedeným pridal tretí – transprofesionálna spolupráca. Termínom „multiprofesionálny“ je označovaný proces spolupráce, v ktorom každý člen pracuje s klientom samostatne a o informácie sa delí s členmi tímu. „Interdisciplinárny“ predstavuje hlbšiu formu spolupráce, kedy je proces hodnotenia potreby a vytváranie stratégie plánu pomoci tvorený spoločne za účasti všetkých odborníkov, pričom každý z členov tímu prispieva svojimi odbornými vedomosťami a zručnosťami. „Transprofesionálne“ tímy využívajú integrovaný spôsob práce. I keď úlohy členov sú špecializované, členovia sú pripravení nielen dopĺňať sa, ale v prípade potreby sa navzájom zastúpiť. Postavenie sociálnej práce v rámci uvedených charakteristík varuje a je závislé od aktuálnych okolností (kultúra organizácie, vyťaženosť personálu, typ zariadenia). Dôležité však je, aby jednotlivé tímové roly boli navzájom komplementárne a neboli vnímané ako konkurenčné.

Krízová intervencia je forma intervencie, ktorá je poskytovaná klientom a ich rodinám, ktoré často čelia viacnásobným problémom spôsobeným závažným ochorením klienta. Najzávažnejšou situáciou je uvedenie, že priebeh ochorenia je nezvratný a možnosti liečby sú veľmi obmedzené. V tomto prípade sociálny pracovník pomáha klientovi a jeho rodine vyrovnávať sa s bolesťou a smútkom, ventilovať svoje pocity frustrácie a hnevu a zároveň pomáha nájsť možnosti pomoci v rámci rodiny, komunity a inštitúcií, ktoré by mohli byť v tejto situácii nápomocné. Krízová intervencia sociálneho pracovníka by mala zahŕňať nasledovné princípy:

- Pomoc je poskytovaná tak rýchlo, ako je len možné
- Poskytované intervencie sú rýchle a časovo limitované
- Rola sociálneho pracovníka je aktívna
- Primárnym cieľom je redukovanie symptómov/problémov
- Zároveň je poskytovaná podpora a praktické informácie
- Sociálny pracovník mobilizuje zdroje sociálnej pomoci
- Sociálny pracovník povzbudzuje klienta, aby vyjadril svoje pocity a obavy
- Sociálny pracovník povzbudzuje klienta do zvládania záťaže s cieľom čo najskôr prinavrátiť kompetencie zvládať situáciu vlastnými silami
- Sociálny pracovník overuje kognitívne schopnosti klienta správne vyhodnotiť situáciu, v ktorej sa klient ocitol (14)

Krízová intervencia zahŕňa širokú škálu postupov, ktoré sú determinované závažnosťou problému, typom klienta, možnosťami pomoci, systémom

služieb a pod. Sociálny pracovník využíva svoje kapacity v prospech klienta s cieľom mobilizovať zdroje pomoci, ktoré môžu prispieť k skvalitneniu klientovho života.

Záver

Pole pôsobnosti paliatívnej starostlivosti sa postupne rozširuje. Historicky je paliatívna starostlivosť spojená s ľuďmi, ktorí trpia (malignými) onkologickými ochoreniami. Prax nás však presvedča, že jej záber sa postupne rozširuje a do centra pozornosti sa dostávajú pacienti s kardiálnymi zlyhaniami, ľudia s AIDS, pacienti trpiaci Parkinsonovou chorobou či demenciou. Paralelne s tým sa vytvára priestor na intervenciu sociálnej práce, ktorá využíva rôzne prístupy s cieľom zabezpečiť svojim klientom a ich rodinám maximálne blaho. Uvedené koncepty a postupy využívané v sociálnej práci v paliatívnej starostlivosti sú dôkazom jej nezastupiteľnosti. Je zdrojom pomoci a podpory pre klientov a poskytuje informácie ďalším odborníkom. Jej primárnym cieľom naďalej zostáva zachovanie dôstojnosti človeka od narodenia až po jeho smrť.

Literatúra

1. Reith M, Payne M. Social Work in End-Of-Life and Palliative Care, Lyceum Books 2009.
2. Small N. Theories of grief: a critical review, In: Hockey J, Katz and Small N. (eds.), Grief, Mourning and Death Ritual, Buckingham, Open University Press 2009.
3. Sheldon F. "Dimension of the role of the social worker in palliative care", Palliative medicine, 2000; 14: 491-8.
4. Payne M. Modern Social Work Theory, 2nd edn. London, Macmillan 1997.
5. Clausen H. et al. Would palliative care Patients Benefit from Social Workers' Retaining the Traditional "Casework" Role rather than Working as Care Managers? A Prospective Serial Qualitative Interview Study, British Journal of Social Work 2005; 35: 277-285.
6. Beresford P, Adsheed L. and Croft S. Palliative Care, Social Work And Service Users: Making life possible, London, Jessica Kingsley 2005.
7. Payne M. Humanistic Social Work: core principles in practice, Lyceum Books 2005.
8. Sanders S, Swails P. A Quest for meaning: Hospice Social Workers and Patients with End-Stage Dementia, Social Work, Volume 56, No.2. 2011.
9. Reese DJ, Rayment M. Relationship between Social Work Involvement and Hospice Outcomes: Result of the National Hospice Social Work Survey, Social Work, Volume 49, No.3. 2004.
10. Lloyd M. „Dying and bereavement, spirituality and social work in a market economy of welfare“, British Journal of Social Work 1990; 27: 175-90.
11. Beresford P, Croft S, Adsheed L. „We don't see her a social worker“: Case Study of the Importance of the Social Worker's relationship and Humanity, British Journal of Social Work 2008; 38: 1388-1407.
12. Frankl VE. Teorie a terapie neuróz. Praha: Grada Publishing 1999.
13. Emilsson UM. The Role of Social Work in Cross-Professional Teamwork: Examples from an Older People's Team in England, British Journal of Social Work, 2011; 29: 1-19.
14. Turner JF. Social Work Treatment, The Free Press 1996.

doc. PhDr. Miriam Šramatá

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavskej Univerzity, Trnava
miriam.sramata@centrum.sk

Motivačné faktory determinujúce rozhodnutie pracovať v pozícii sociálneho pracovníka v hospici

doc. PhDr. Nadežda Kovalčíková, PhD., Mgr. Ivana Hnatová, Mgr. Lucia Kováčová

Katedra sociálnej práce, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity, Trnava

V príspevku publikujeme výsledky realizovaného výskumu zameraného na motivačné faktory, ktoré determinujú rozhodnutie študentov sociálnej práce pracovať v pozícii sociálneho pracovníka v hospici. Hlavnými teoretickými východiskami na spracovanie praktickej časti boli odborné a vedecké práce zaoberajúce sa profesijnou orientáciou a problémami pri výbere povolania. Z výsledkov usudzujeme, že študenti majú vzhľadom na nedostatočnú osobnostnú výbavu a neschopnosť zmieriť sa s vlastnou smrteľnosťou preukázateľné obavy pracovať so zomierajúcimi, ale aj napriek tomu by pre 20 % respondentov bola práca v hospici zaujímavá hlavne pre vlastné vnútorné uspokojenie.

Kľúčové slová: hospic, sociálna práca, profesijná orientácia, motivácia, študent.

Motivational factors determining the decision to work in a position of social worker in hospice

In this paper we have published the results of the research on the motivational factors that determine the decision of social work students to work in a position of social worker in hospice. The theoretical base of practical treatment were part of professional and scientific work dealing with the problems of the professional orientation and vocational guidance. At the base of results we concluded, that the students are given the lack of personality and are not able to deal to terms with their own fears of mortality proven to work with dying people, but is interesting that by 20% of respondents were working in hospice because of their own satisfaction.

Key words: hospice, social work, professional orientation, motivation, student.

Teoretické východiská

Sociálna práca ako praktická činnosť môže byť realizovaná v rôznych sférach života. Sociálnu prácu v praktickej rovine realizujú sociálni pracovníci. Strieženec (1) definuje sociálneho pracovníka ako profesionála, ktorý disponuje osobitnými predpokladmi, vlastnosťami a schopnosťami. Podľa Tokárovej (2) je sociálny pracovník odborník (profesionál) a svojou činnosťou pomáha saturovať životnú funkčnosť jednotlivca, skupiny, alebo komunity tým, že prispieva k mobilizácii zdrojov, ktoré sú na toto riešenie potrebné. Úroveň odbornosti sociálneho pracovníka a jeho efektívnej činnosti závisí od osvojenia teórie sociálnej práce (teoretickej pripravenosti), od skúseností, znalostí sociálnej situácie, problémov a reálnych možností ich riešenia a v neposlednom rade od osobnostných predpokladov na výkon tejto profesie. Praktické uplatnenie sociálnej práce aj z pohľadu delenia klientov je pomerne široké a sociálna pomoc sa sústreďuje na pomoc, podporu, vedenie v rôznych sociálnych situáciách a sociálnych problémoch. Sociálne problémy vychádzajú z rôznych príčin, rôzne sociálne javy vo svojom sociálnom kontexte znamenajú diferentný vplyv na človeka, individualitu človeka a jeho vlastné obranné mechanizmy signalizujú rôznu potrebu pomoci a aj nie každá problémová situácia v živote znamená nevyhnutne potrebu sociálnej pomoci. V súvislosti s praktickým uplatnením sociálnej práce je dôležité spomenúť polia sociálnej práce – prostredie, v ktorom pôsobí sociálny pracovník. Ku klasickým

praktickým poliam sociálnej práce zaraďujeme: sociálnu prácu kuratívnu, terapeutickú, poradenskú, preventívnu, rehabilitačnú, resocializačnú, edukačnú a podobne. Pracovné polia sú: sociálna patológia, sociálna práca s občanmi vyššieho veku, sociálna práca kuratívna, sociálna práca s občanmi so zdravotným postihnutým, sociálna práca v zdravotníctve, sociálna práca s rodinou a pod. (3) K novodobým poliam sociálnej práce u nás možno zaradiť aj oblasť práce so zomierajúcimi.

V druhej polovici 90. rokov minulého storočia sa objavuje snaha o humanizáciu zomierania a starostlivosti zameranej na poskytnutie komplexnej starostlivosti o klienta, zohľadňujúcej jeho bio-psycho-sociálne a spirituálne potreby s participáciou sociálnej práce a psychológie ako humanitných odborov. (4) Filozofia starostlivosti o zomierajúcich nadobudla konkrétne črty v koncepcii zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti, ktorá nadobudla účinnosť v roku 2006. Šimková (5) považuje paliatívnu starostlivosť za osobitný druh zdravotnej starostlivosti, ktorá smeruje k zlepšeniu kvality života zomierajúceho, k zmierneniu jeho utrpenia a bolesti a k stabilizácii zdravotného stavu.

Hospic ako zdravotnícke zariadenie sa špecializuje práve na poskytovanie paliatívnej starostlivosti a celková myšlienka hospicu vychádza z úcty k životu a z úcty k človeku. (6)

Komplexnú starostlivosť o klientov v hospici zabezpečuje multidisciplinárny tím, kde okrem

profesionálov patrí aj rodina a aj samotný pacient. (7) Dôležitá schopnosť pracovníkov starajúcich sa o umierajúcich je vedieť zaujať v každej situácii adekvátne stanovisko, čo si vyžaduje odvahu odkloniť sa od zaužívaných schém, vedieť objektívne situáciu posúdiť, byť empatický a mať schopnosť poskytnúť pacientom pocit, že ich individuálne želania budú rešpektované a neostanú sami. (8)

V rámci zabezpečenia holistického a komplexného prístupu v starostlivosti o zomierajúcich patrí k členom multidisciplinárneho tímu aj sociálny pracovník. Potreba sociálnej práce ako praktickej činnosti v službe zomierajúcim a pozostalým stavia nás, teda vzdelávateľov v sociálnej práci pred nové výzvy, ktoré sa týkajú hlavne obsahových štandardov vo vzdelávaní s cieľom pripraviť práve pre túto ľudsky náročnú pozíciu kvalifikovaných profesionálov. Kvalita edukačného procesu teda môže pripraviť erudovaných odborníkov. Otázna je však motivácia a vôľa samotných študentov pôsobiť v starostlivosti o zomierajúcich. Preto sme sa rozhodli v rámci tohto príspevku publikovať výsledky uskutočneného kvantitatívneho výskumu u študentov sociálnej práce zameraného na zisťovanie faktorov, ktoré determinujú ich rozhodnutie pracovať v súčasnosti alebo blízkej budúcnosti v systéme starostlivosti o zomierajúcich. Je jasné, že samotné rozhodnutie študovať sociálnu prácu by malo byť znakom toho, že študenti chcú v budúcnosti pracovať s ľuďmi, chcú im pomáhať a sú (mali by byť) vnútorne pripravení pracovať v špecifických podmienkach ľudskej núdze

a utrpenia, v rôznych krízových situáciách a pod. Ale aj napriek uvedenému je jasné, že pri výbere konkrétneho poľa sociálnej práce po skončení štúdia do popredia vstupuje aj vnútorný pocit pripravenosti, viac informácií o danej problematike, znalosť, aj keď možno len teoretická, náročnosti práce vo vzťahu k výkonu, ale aj vo vzťahu k sebe samému, atraktivita konkrétnej oblasti sociálnej práce, miera utrpenia klientov, viditeľné možnosti zlepšenia po intervencii a pod. Tieto faktory sa určite podpisujú pod rozhodnutie pracovať s konkrétnym typom klientov na konkrétnom úseku sociálnej práce.

Povolanie človeka je dôležitý faktor, ktorý ovplyvňuje celý jeho život. Vo vhodne zvolenom povolaní sa človek môže sebarealizovať, uskutočňovať plány, plniť sny v zhode so svojimi hodnotami, zažívať úspech, prinášať osobám iným. Pri voľbe povolania by mali byť v zhode požiadavky povolania a osobnostné vlastnosti ako črty, schopnosti a zájmy. Okrem želaní v ranom školskom veku, záujmov a schopností v puberte sa zdôrazňuje aj faktor hodnôt. Utváranie profesijného zamerania je dlhodobý proces. Nesúlad medzi voľbou štúdia a profesijným zameraním býva vážnou prekážkou v utváraní priebehu ďalšej kariéry. Profesijné zameranie možno definovať ako súbor činiteľov, ktoré majú vplyv na voľbu profesie a následnej kariéry, ako aj na výkon, úspešnosť a spokojnosť vo zvolenom povolaní. K činiteľom, ktoré tvoria profesijné zameranie, možno priradiť zájmy, hodnoty, motívy, schopnosti, resp. hodnotenie vlastných schopností alebo dôvera vo vlastné schopnosti a osobnostné vlastnosti. (9) Keďže existujú preukázateľné súvislosti medzi týmito činiteľmi a výberom pracovnej Porcie, je možné vďaka nášmu výskumu zistiť, či a v akej miere sa tieto činitele podieľajú na rozhodnutí, prípadne úvahách pracovať v budúcnosti so zomierajúcimi.

Ľudia majú tendenciu vyberať si povolanie, ktoré najviac zodpovedá ich záujmom. Mnohí autori tvrdia, že spokojnosť s prácou je trikrát vyššia u tých, ktorí si vyberajú povolanie v súlade so svojimi záujmami. Záujem určuje aj kvalitu a hĺbku človeka k jednotlivým druhom činnosti.

Ľudia majú tendenciu i voliť si povolania, o ktorých predpokladajú, že im umožnia realizovať hodnoty, ktoré vyznávajú. Ferjenčík a kol. (9) zistili napr. rozdiely v preferencii pracovných hodnôt altruizmu, sociálnej prestíže, pracovnej pohody a tvorivosti medzi odlišnými študijnými odbormi. Je neodškriepiteľným faktom, že preferencia hodnôt ako život, láska, rodina, altruizmus výrazne ovplyvňujú aj výber povolania. Pravdepodobnosť dosiahnutia kvalitného rozhodnutia človeka je vyššia, ak sú jeho záujmy a hodnoty kompatibilné.

Schopnosti tvoria výkonovú stránku osobnosti a špecifické schopnosti veľmi výrazne orientujú jedincov na vyhľadávanie určitých oblastí práce. Človek však môže disponovať určitými špecifickými schopnosťami, no nemusí týmto schopnostiam vôbec dôverovať. Preto okrem objektívnych schopností rozlišujeme aj tzv. sebahodnotenie schopností a dôveru vo vlastné schopnosti. Osobnostné vlastnosti sú dôležité na úspešný, plnohodnotný výkon v určitých profesiách. Hospicová a paliatívna starostlivosť je oblasť, ktorá kladie vysoké nároky na profesionalitu, ale aj na ľudskosť a na dôveru v samého seba, preto sa domnievame, že schopnosti samej osebe budú mať podstatný vplyv na výber budúcej pracovnej pozície. Najdôležitejší činiteľ profesijného zamerania je záujem, ktorý má v sebe motivačný aspekt. Na rozdiel od hodnoty je záujem spojený len s pozitívnym emočným ladením a prežívaním. Okrem záujmu je dôležitá aj dôvera vo vlastné schopnosti, kde bola zistená vysoká korelácia v súvislosti s voľbou povolania. Menšou mierou sa v modeli na voľbu povolania podieľali hodnoty a osobnostné vlastnosti. (9) Okrem spomínaných faktorov, ktoré determinujú rozhodnutie pracovať v hospici, je nutné spomenúť aj problémy, respektíve ťažkosti, ktoré v podstatnej miere ovplyvňujú rozhodnutie študentov. Výber budúceho pracovného uplatnenia je považovaný za centrálny pojem sociálnej integrácie a sociálnej mobility človeka v spoločnosti, preto nie je žiadnym prekvapením, že u mnohých študentov tento výber nebude jednoduchý. Taxonómia ťažkostí pri voľbe, resp. výbere povolania zahŕňa tri hlavné kategórie ťažkostí. Prvá kategória je nedostatočná pripravenosť (nedostatok motivácie začať voľbu povolania, všeobecná nerozhodnosť, disfunkčné presvedčenia a iracionálne očakávania). Druhá kategória je nedostatok informácií (o sebe, o krokoch v procese rozhodovania, o spôsoboch získavania ďalších informácií). Poslednou treťou kategóriou sú neúplné informácie (ťažkosti súvisiace s nespohľivými alebo odporujúcimi si informáciami, vnútorný konflikt, ktorý vzniká pod vplyvom pre osobu významných ľudí). K ďalším ťažkostiam možno zaradiť nerozhodnosť o osobnostnú črtu, nesúhlas okolia, difúziu identity a pod. (10), preto sme uvedené fakty premietli aj do nášho výskumu.

Interpretácia výsledkov kvantitatívneho výskumu

Hlavný cieľ nášho výskumu bolo zistiť motivačné a demotivačné faktory, ktoré prispievajú, respektíve môžu ovplyvniť rozhodnutie pracovať v hospici. Čiastkovými cieľmi sme chceli zistiť preferenciu záujmov a hodnôt u samotných študentov, pretože aj tieto sa podľa dostupných vedeckých zdrojov podieľajú na rozhodovaní. Ďalším cieľom bolo zistiť mieru

motivácie pracovať v hospici, pričom sme zisťovali aj motivačné aj demotivačné faktory. Okrem toho nás zaujímalo aj to, akým spôsobom bol ovplyvnený výber študovaného odboru (sociálna práca), pretože záujem študovať nemusí byť kompatibilný s budúcim profesijným zameraním.

Respondentmi nášho výskumu boli študenti sociálnej práce v rôznom stupni denného štúdia v počte 93. Distribuovaných bolo 103 dotazníkov, návratnosť bola 90 %. Vo vzorke respondentov dominovali osoby ženského pohlavia v počte 89 a muži boli 4. Vekovo sa respondenti pohybovali od 19 do 25 rokov.

Hlavná metóda realizovaného výskumu bol vlastný dotazník, ktorý pozostával z 18 otázok. Pri jeho zostavovaní sme sa opierali o existujúci a výskumne overený Dotazník ťažkostí pri voľbe povolania a doplnili sme ho okrem demografických otázok aj o otázky, ktorými sme chceli zistiť aj v teoretických prácach uvedené dôležité faktory, ktoré majú preukázateľný vplyv na voľbu povolania. Dotazník obsahoval 18 položiek, jedna otázka bola otvorená, v ostatných mali respondenti možnosť výberu odpovede. Na vyhodnotenie výsledkov sme použili štatistický program SPSS Windows.

V nasledujúcich riadkoch ponúkame najdôležitejšie a najzaujímavejšie zistenia. Na začiatku nás zaujímalo, čo a do akej miery ovplyvnilo výber študijného odboru, teda sociálnej práce. Je samozrejmé, že už samotný výber vysokoškolského odboru predpovedá ďalšie smerovanie budúceho pracovného uplatnenia. Z ponúkaných možností študenti bola najviac frekvencovaná odpoveď atraktivnosť odboru (takmer 47 %), druhá najviac frekvencovaná bola možnosť získať titul (43 %). Študenti boli pri výbere študijného odboru najmenej ovplyvnení vzdialenosťou školy od miesta bydliska a čo bolo prekvapujúce, až 46 % odpovedí študentov sa týkala otázok, že záujem o problematiku (sociálnu prácu) nebol faktor, ktorý ich pri výbere školy ovplyvnil. Osobná skúsenosť so študovanou problematikou ovplyvnila 30 % študentov.

Ďalšie otázky v dotazníku boli smerované k skutočnosti, či študenti majú, prípadne mali nejakú skúsenosť so starostlivosťou o zomierajúcich. Osemdesiat percent študentov nemalo nikdy skúsenosť s touto prácou, iba 18 osôb, teda necelých 19 % respondentov, má skúsenosť. Respondenti, ktorí uviedli konkrétnu skúsenosť so starostlivosťou o zomierajúcich, mali v nasledujúcej otázke špecifikovať túto skúsenosť. Najčastejšie sa objavovala možnosť, že sa s touto prácou stretli počas študentskej praxe a 6 študentov uviedlo, že ich príbuzný bol klientom hospicu. Nikto z respondentov nepracoval v hospici ako dobrovoľník. Osobná skúsenosť s touto prácou môže veľmi výrazne ovplyvniť budúci

záujem, prípadne nezájum, ale aj napriek tomuto predpokladu sme nezistili štatisticky významný vzťah medzi skúsenosťou s hospicovou starostlivosťou a úvahou pracovať v hospici.

Osobný záujem o problematiku hospicovej starostlivosti sme zisťovali otázkou, či a ako často študenti uvažujú o práci v hospici. Odpoveď „uvažujem väčšinou“ sme zaznamenali takmer u 5 % respondentov, necelých 9 % respondentov uvažuje o tejto práci často. Najvyššie percento odpovedí sme zaznamenali pri položke „uvažujem málokedy“, a to 45 %. O práci v hospici nikdy neuvažovalo 41 % študentov. O problematiku hospicovej starostlivosti sa málokedy zaujíma až 73 % odpovedí, takmer 10 % sa o túto problematiku nezaujíma vôbec. Predpokladali sme, že študenti, ktorí častejšie uvažujú o práci v hospici, sa budú o túto problematiku aj častejšie zaujímať.

Po vyhodnotení výsledkov sme zistili štatisticky významnú kladnú koreláciu medzi úvahou študentov pracovať so zomierajúcimi a záujmom študentov o problematiku hospicovej starostlivosti s výslednou hodnotou Spearmanovho koeficientu poradovej korelácie $r = 0,259$. Výsledná hodnota sa nám potvrdila na hladine významnosti 0,05, teda môžeme tvrdiť, že existuje významný vzťah medzi záujmom o problematiku starostlivosti o zomierajúcich a úvahou pracovať v danej oblasti. Čím viac sa študenti zaujímajú o danú problematiku, tým viac budú uvažovať o práci v danej oblasti. Znalosť danej problematiky má podľa nás, ale aj podľa dostupných literárnych zdrojov, pomerne vysoký vplyv na naše rozhodovanie. Preto sme sa študentov pýtali, či poznajú hospicovú starostlivosť a samotný pojem hospic a zaujímať nás ešte, či medzi dostatočnými informáciami o hospici a hospicovej starostlivosti a úvahou pracovať v hospici existuje významný vzťah.

Z výsledkov vyplýva štatisticky významná záporná korelácia medzi uvažovaním o práci so zomierajúcimi u študentov a ich informovanosťou o hospicovej starostlivosti s výslednou hodnotou Spearmanovho koeficientu poradovej korelácie $r = -0,246$. Výsledná hodnota sa nám potvrdila na hladine významnosti 0,05. Teda môžeme tvrdiť, že naozaj existuje súvislosť pri uvažovaní o práci so zomierajúcimi a poznatkami o hospicovej starostlivosti. Čím viac študenti poznajú pojem hospicová starostlivosť, tým menej uvažujú o možnosti pracovať so zomierajúcimi. Práca v hospici kladie vysoké nároky na osobnostné a profesionálne schopnosti, okrem toho ľudia pracujúci v tejto oblasti sú rizikovými z pohľadu syndrómu vyhorenia, preto možno študenti po získaní informácií pociťujú strach z toho, či by túto prácu zvládli aj vo vzťahu ku klientom, aj vo vzťahu k sebe samému.

V nasledujúcich otázkach nás preto zaujímalo, čo študentov pri úvahe pracovať najviac motivuje. Nami uvedené možnosti mali študenti zoradiť podľa subjektívne pociťovanej preferencie. Najviac uvádzaným motivačným faktorom bolo vnútorné uspokojenie (33 %), na druhom mieste bola možnosť uplatniť svoje záujmy a schopnosti. Študenti boli pre prácu v hospici najmenej motivovaní mzdovým ohodnotením a práca v hospici nie je pre 22 % respondentov atraktívna. K faktorom, ktoré pôsobia na študentov skôr demotivácie, sme zaradili rôzne možnosti. Študentov najviac demotivuje pocit osobnostnej nepripravenosti (takmer 31 %), napr. neschopnosť, prípadne slabá schopnosť pracovať v záťažových situáciách, nedostatočná schopnosť psychohygieny, nedostatočná viera vo vlastné schopnosti. Hodnotenie vlastných schopností a hlavne dôvera v nich je v literatúre opisovaná ako dôležitý faktor determinujúci akékoľvek rozhodnutia. V otázke, ktoré schopnosti si na sebe najviac ceníte, respondenti uvádzali najviac možnosť empatia 73 %, ktorá je pri práci so zomierajúcimi veľmi cenená, samých seba považujú za komunikatívnych (až 51 % odpovedí) a až 41 % študentov je ochotných pracovať v tíme. Aj napriek tejto skutočnosti si pravdepodobne študenti málo veria. Pri porovnávaní vzťahu medzi na sebe cenenými schopnosťami a ochotou pracovať v hospici nebol zistený žiadny štatisticky významný vzťah.

Neschopnosť zmieriť sa s vlastnou smrteľnosťou je druhá najviac frekvencovaná možnosť, ktorú študenti najviac uvádzali ako faktor, ktorí ich demotivuje. Všetci odborníci pracujúci v oblasti paliatívnej a hospicovej starostlivosti sa zhodujú hlavne v tom, že pre túto prácu je dôležitá práve skutočnosť zmierenia s vlastnou smrteľnosťou. Odbornú nepripravenosť pre túto prácu uviedlo 12 % respondentov. Rovnaké percento respondentov uviedlo, že ešte vôbec nevedia, čo v budúcnosti chcú robiť. Odborná nepripravenosť môže byť pociťovaná hlavne pre skutočnosť, že študenti nemajú ukončené vysokoškolské vzdelanie, prípadne majú absolvovaný len prvý stupeň. Tiež mnohí z nich ešte neabsolvovali predmet SP v paliatívnej starostlivosti.

V teoretickej časti príspevku sme opisovali aj záujmy a hodnoty ako dôležité determinanty, ktoré ovplyvňujú budúcu profesijnú orientáciu. Študentov sme sa preto pýtali aj na ich preferované záujmy. Väčšina z nich sa vo voľnom čase venuje športovým aktivitám a prírodovedno-ekologickým záujmom. Necelých 9 % respondentov sa venuje dobrovoľníctvu a práci s ľuďmi. Dôležitosť hodnôt sme skúmali v 17. otázke. Najpodstatnejšia hodnota pre študentov je láska, zdravie a viera, najmenšie percento odpovedí sme zaznamenali pri hodnote moc a úspech. Pri porovnávaní vzťahu medzi záujmami a preferovanými

mi hodnotami a ochotou pracovať v hospici nebol zistený žiadny štatisticky významný vzťah.

Záver

Záverom možno konštatovať, že motivácia študentov o pozíciu sociálneho pracovníka v hospici je determinovaná hlavne subjektívnym hodnotením vlastnej osobnostnej nepripravenosti a aj neschopnosťou vyrovnáť sa s vlastnou smrteľnosťou. Pocit vnútorného uspokojenia je, naopak, najvyšší motivačný faktor. Aj na základe uvedeného, ale aj na základe všetkých výsledkov môžeme konštatovať, že študenti pristupujú v úvahách o práci v hospici naozaj rozvážne, s vnútornou sebareflexiou svojich schopností a zručností. Preukázalo sa, že tých, čo uvažujú o tejto práci, bude posúvať dopredu snaha získať o tejto práci viac informácií. Čo je však prekvapivé, čím viac o tejto problematike vedia, tým menej sa v budúcnosti chcú tejto práci venovať. Získanie dostatočných informácií otvára iný, hlbší pohľad, preto je pochopiteľné, že ak študenti cítia osobnostnú a odbornú nepripravenosť a nie sú schopní pochopiť vlastnú smrteľnosť a spoznajú, že práve tieto atribúty sú nevyhnutné na prácu so zomierajúcimi, majú z možnosti pracovať v hospici obavy.

Literatúra

1. Strieženec Š. Úvod do sociálnej práce. Trnava: Tripsoft 2001: 200 s. ISBN 80-968294-6-7.
2. Tokárová A. Sociálna práca. Prešov: Akcent print 2003: 572 s. ISBN80-968367-57.
3. Levická J a spol. Úvod do sociálnej práce. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave 2004: 124 s. ISBN 80-89104-35-5.
4. Andrejiová L. – Mikuláš M. Sociálny pracovník v hospici „áno a či nie“? In: Zdravotníctvo a sociálna práca. 2011; 6: 1-2. ISSN 1336-9326.
5. Šimková M. Konceptia paliatívnej starostlivosti. In: Zborník medzinárodnej konferencie paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Trnava: FZaSP TU, Trnava 2003: 47/53.
6. Porubčanová P. In: Levická J. a spol. Úvod do sociálnej práce. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce TU, Trnava 2004: 124 s. ISBN 80-89104-35-5.
7. Marková M. Sestra a pacient v paliatívnej péči. Praha: Grada 2010; 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
8. Dobříková P. et al. Nevyliciteľne chorí v súčasnosti. Trnava: Spolok svätého Vojtecha, 2005: 280 s. ISBN 80-7163-581-7.
9. Kapová J. Pojem profesijného zamerania a jeho činitele. [online] [cit. 6.4.2012] Dostupné na: http://www.pulib.sk/el-pub2/FHPV/Kubani3/pdf_d_oc/kapova.pdf.
10. Vendel Š. – Lepeňová D. In: Kapová J. Pojem profesijného zamerania a jeho činitele. [online] [cit. 6.4.2012] Dostupné na: http://www.pulib.sk/el-pub2/FHPV/Kubani3/pdf_d_oc/kapova.pdf.
11. Bruncková M. – Vendel Š. Rozdiely v ťažkostiach pri voľbe povolania medzi chlapcami a dievčatami a medzi študentami gymnázií a stredných odborných škôl. [online] [cit. 6. 4. 2012] Dostupné na: http://www.kpsv.fsvaz.ukf.sk/PhD%20konf%202010/SUBORY/PDF/09_Brunckova-Vendel.pdf.

doc. PhDr. Nadežda Kovalčíková, PhD.

Katedra sociálnej práce, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity, Trnava
nada.kovalcikova@gmail.com

Špecifiká zomierania ľudí bez domova

PhDr. Martin Vereš, PhD.

Katedra sociálnej práce, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity, Trnava

Príspevok je obsahovo zameraný na problematiku ľudí bez domova. Autor v ňom poukazuje na zníženú kvalitu života ľudí bez domova, pričom sa zameriava najmä na dimenziu zdravia. Poukazuje na nedostatky v zdravotnej starostlivosti, ako aj na špecifické okolnosti ich zomierania a smrti.

Kľúčové slová: ľudia bez domova, legislativa, zdravotná starostlivosť, vyššia úmrtnosť.

Specifics of dying of homeless people

This contribution is focused on issues of homeless people. Author points out decreased quality of life in homeless people, with particular focus on health dimension. He refers to deficiency in health care as well as peculiar circumstances of their dying and death.

Key words: the homeless people, legislativ, health care, the higher mortality.

Úvod

Chudoba je veľký problém súčasnej spoločnosti, ktorá plodí rôzne fenomény, medzi nimi i bezdomovecť. Tento problém je problém celosvetový a ťažko hľadať komplexné riešenia. So životným štandardom je úzko spojená aj kvalita života, ktorú ľudia bez domova majú veľmi narušenú vo všetkých jej dimenziách. Tak ako skutočnosť, že nemajú svoj domov, narušuje ich psychickú pohodu, zasahuje aj vzťahy, ovplyvňuje zdravotný stav i podmienky, v ktorých títo ľudia dožívajú svoj život. Pre nedostatočnú zdravotnú starostlivosť, zlé hygienické podmienky i nevhodnosť iných zomierajú ľudia bez domova často v neľudských podmienkach.

Ľudia bez domova

Pojem bezdomovec v slovenskom právnom poriadku nie je doteraz definovaný, napriek tomu, že sa s týmto označením stretávame už asi 20 rokov. Podľa Striežencu (1), „za bezdomovcov pokladáme občanov, ktorí sú z najrozličnejších dôvodov v momentálnej situácii bez možnosti trvalého či prechodného ubytovania, bez možnosti užívania základných hygienických potrieb a bez možnosti pravidelného stravovania. Ide prevažne o ľudí nachádzajúcich sa v sociálnych kolíziách, ktorí sú neprispôsobiví spoločenským normám, ľudia vracajúci sa z výkonu trestu, alkoholikov, narkomanov, ako aj trvalo či prechodne nezamestnaných.“

V slovníku sociálneho zabezpečenia Gajdošíkovej a Rusiňáka (2) je bezdomovec definovaný ako: „občan alebo skupina občanov, ktorí v dôsledku spôsobu svojho života potrebujú osobitnú pomoc, nemajú miesto svojho trvalého pobytu a ak ho aj majú, tak sa na tomto mieste nezdržiavajú, sú nezamestnaní a zdrojom ich príjmu, ich obživy, sú najčastejšie prostriedky získané v rámci poskytovania – sociálneho zabezpečenia (najmä – sociálnej starostlivosti), resp. iné zdroje (získané darmi, zobraňím, prípadne aj protiprávnym konaním.“

Medzinárodná organizácia FEANTSA (3) definuje bezdomovcov ako „ľudí, ktorí nie sú schopní získať

vlastné trvalé a primerané obydľie, alebo nie sú schopní takéto obydľie si udržať z dôvodu nedostatku finančných prostriedkov alebo iných sociálnych prekážok.“

Čo sa týka príčin vzniku tohto závažného problému, väčšina ľudí zaoberajúcich sa problematikou bezdomovectva sa zhodne na tom, že príčina tohto fenoménu tkvie tak v **subjektívnych faktoroch konkrétneho človeka**, ako aj v **objektívnych podmienkach spoločenského nastavenia** – sociálneho a ekonomického.

Najčastejšie udávané subjektívne príčiny bezdomovectva z praxe sú:

- vzťahové problémy v rodine – partnerské, súrodenecké alebo rodičovské,
- úmrtie partnera alebo rodičov (respektíve blízkej osoby),
- zdravotné postihnutie,
- strata zamestnania, rôzne znevýhodnenia v prístupe na trh práce,
- migrácia za prácou do veľkých miest, kde je jedinec odkázaný sám na seba,
- neschopnosť plniť podmienky spojené s užívaním bytu/domu (platba nájomného a energií),
- strata bytu/domu v dôsledku iných okolností (podvod, právny nárok iných osôb),
- výstup z ústavného zariadenia (detský domov, psychiatrická liečebňa),
- návrat z výkonu trestu odňatia slobody,
- sklon k nekonvenčnému spôsobu života prijatý ako riešenie problémov,
- rôzne druhy závislostí.

Objektívne dôvody bezdomovectva väčšinou súvisia so sociálnou politikou štátu alebo spoločenskými zmenami. Rozhodujúcu úlohu pritom zohráva bytová politika, dostatok či nedostatok pracovných príležitostí, sociálne zabezpečenie rizikových skupín (starí, chorí, nezamestnaní, siroty, matky s deťmi a pod.), vymožitelnosť práva, rovnosť príležitostí a prevencia straty domova zakotvená aj v legislatíve. Nezanedbateľné sú aj nepísané pravidlá a mechanizmy, ktorými sa riadi spoločnosť, miera diskriminačného myslenia či

dodržiavanie princípov spolupatričnosti a vzájomnej pomoci medzi obyvateľmi. (4)

Dá sa povedať, že bezdomovecť postihuje človeka na troch úrovniach:

- **materiálnej** – materiálny nedostatok vzniká na základe absencie domova (týka sa základných fyziologických potrieb (prístrešku, stravovania, obliekania...),
- **sociálnej** – vylúčenie z rodinných, priateľských a pracovných vzťahov,
- **zdravotnej** – bezdomovci sú vystavení v dôsledku nevyhovujúcich životných podmienok a celkového životného štýlu mnohým zdravotným problémom. Životný štýl, ktorým žijú spôsobuje, že sa nedožijú vysokého veku, zomierajú na špecifické ochorenia a často v neľudských podmienkach. Často sú im odopierané základné práva, či im je poskytovaná nedostatočná zdravotná starostlivosť. Preto sa chceme zamerať práve na opis týchto faktorov, ktoré robia život i umieranie ľudí bez domova odlišným od života a smrti ostatných ľudí. (5)

Zdravotná starostlivosť o ľudí bez domova

Najdôležitejšie právo človeka je právo na život. Každý človek má právo na život a jeho ochranu, a tým aj na ochranu zdravia. Jedným zo základných etických princípov v zdravotníctve je spravodlivosť tzn. poskytovať rovnaké zaobchádzanie s ľuďmi, ktorí sú v podobnej situácii, nerobiť rozdiely medzi pacientmi, poskytovať zdravotnú starostlivosť každému, kto ju potrebuje, bez diskriminácie. (6)

Postarať sa o zdravie ľudí je v záujme spoločnosti. Zvlášť o zdravie ľudí zo zraniteľných skupín, kde sa mnohé infekčné choroby šíria rýchlejšie, ak nie sú včas liečené. Nedostatočný prístup k základnej lekárskej starostlivosti pre niektorých ľudí znamená nielen zhoršenie kvality života toho človeka, ale môže ovplyvniť i zdravotný stav ďalších ľudí, ktorí nevhodne prechádzajú okolo. (7)

Právo každého občana na ochranu zdravia je zakotvené v Ústave SR, kde v Hlave II sa uvádza, že „na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon.“ (8)

Choroba, psychická alebo fyzická, môže byť spúšťačím mechanizmom životnej krízy človeka, ktorá môže viesť i k strate bývania. Nie vždy zdravotné problémy spôsobia bezdomovecť, ale takmer vždy ho sprevádzajú. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti ako aj zdravotný stav ľudí bez domova je v Slovenskej republike jeden zo závažných verejno-zdravotníckych problémov. Nie je to len chyba zdravotníckych zariadení, ale predovšetkým nezájem pacientov – ľudí bez domova – o ich vlastné zdravie. Dôsledkom ich životného štýlu je podľahnutie chorobám, ktorým pomáha nedostatočná hygiena a stravovanie, dlhé státie, nedostatočný spánok v chlade a vlhkosti, nadmerné užívanie alkoholu a omamných látok, neúčast na preventívnych prehliadkach a očkovaníach. Ľudia bez domova často vyhľadávajú lekársku pomoc veľmi neskoro, často keď je už nutná hospitalizácia. Po ukončení hospitalizácie často potrebujú doliečenie. Možnosti poskytnutia doliečenia sú buď na oddelení dlhodobých chorých, alebo v niektorých útulkoch, kde však kapacity postačujú len na malé množstvo klientov – pacientov. Práve zdravotný stav ľudí bez domova je príčinou zlej kvality života. (9)

Medzi najčastejšie problémy zdravotnej starostlivosti o ľudí bez domova v Slovenskej republike môžeme zaradiť:

– **Nevyjasnený vzťah bezdomovec** – zdravotná poisťovňa – poskytovateľa zdravotnej starostlivosti – systém zdravotnej starostlivosti na Slovensku predpokladá trvalé bydlisko poistencov. Od tejto skutočnosti sa odvíjajú administratívne úkony. Bezdomovci, aj keď majú formálne bydlisko, zvyčajne sa v okolí nezdržiavajú a často im chýba doklad totožnosti, ktorá zdravotná poisťovňa potrebuje na vydanie zdravotného preukazu. Bez platného preukazu poistenca bezdomovcom môže byť poskytnutá starostlivosť len vtedy, ak ide o ohrozenie života. Ľuďom bez domova je odopieraná bežná zdravotná starostlivosť, pretože sú nezamestnaní, neplatia odvody, neprispievajú do systému zdravotnej starostlivosti, ale ich životný systém ich robí zraniteľnými v čase choroby a nepriaznivého počasia. (10)

V § 3 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o zdravotnom poistení“) sa uvádza, že každá fyzická osoba, ktorá má trvalý pobyt na území SR, je povinne verejne zdravotne poistená, pričom verejnú zdravotnú starostlivosť podľa § 4 ods. 1

uvedeného zákona „vzniká narodením, ak ide o fyzickú osobu s trvalým pobytom na území SR.“ (11) Problematickou skutočnosťou u ľudí bez domova je určenie ich trvalého bydliska, resp. jeho dokladovanie, ale nepopierateľná je skutočnosť, že väčšinou sú obyvateľmi SR, len nie s presne špecifikovaným miestom trvalého pobytu. Podľa § 5 zákona č. 253/1998 Z. z. o hlásení pobytu občanov SR a registri obyvateľov SR v znení neskorších predpisov, sa občan bez prístrešia môže prihlásiť na trvalý pobyt v ohlasovni v mieste, kde sa zdržiava, po predložení občianskeho preukazu alebo potvrdenia o občianskom preukaze a ako miesto trvalého pobytu sa uvedie iba obec pobytu. V zmysle § 9 zákona o zdravotnom poistení má každý poistenec právo na poskytnutie zdravotnej starostlivosti, v prípade neplatenia predplátok má právo na poskytnutie len neodkladnej zdravotnej starostlivosti.

Podľa § 25 ods. 2 písm. a/ zákona o zdravotnom poistení príslušná zdravotná poisťovňa je povinná zabezpečiť poistencovi zdravotnú starostlivosť v rozsahu ustanovenom v zákone o zdravotnej starostlivosti.

– **Chýbajúca kontinuita zdravotnej starostlivosti** – v medicíne sa opierame o tri základné piliere, a to zodpovednosť, dôvera a kontinuita. Kontinuita v poskytovaní zdravotnej starostlivosti, kontinuita v medicínskom vzdelávaní. Ľudia bez domova nemajú väčšinou svojho obvodného lekára, z dôvodu sťahovania do veľkých miest, ktorý by sa o pacienta kontinuálne staral, viedol zdravotnú dokumentáciu. Zúženie perspektívy života a narušenie sociálnych väzieb narušuje bezdomovcovi vnímanie nutnosti starať sa o vlastné zdravie.

1. – Chronicky chorí ľudia bez domova s náročným ošetrovaním – chronické choroby sú často náročné aj pre ľudí, ktorí majú kde bývať. Pre ľudí bez domova znamená chronická choroba bezradnosť a bez pomoci sa ich život skrúcaje. Vzhľadom na široké spektrum ochorení či úrazov, u tejto skupiny ľudí môže byť bezdomovec ošetrovaný tak v rámci v ambulancii, ako aj ústavnej starostlivosti. Bezdomovci sú najčastejšie hospitalizovaní na chirurgickom, traumatologickom, infekčnom, pľúcnom, doliečovacom oddelení a OAIM. Už samotný príjem pacienta (bezdomovca) je sprevádzaný mnohými problémami, ako sú napr.:

- veľmi nízka hygienická úroveň tela a odevu (nutná hygienická očista),
- žiadne doklady (občiansky preukaz, karta poistenca, pacient zvyčajne nie je evidovaný u všeobecného lekára),
- žiadne osobné veci (osobná bielizeň, papuče, hygienické potreby...),
- bez kontaktu na príbuzných, podporné osoby,

- ťažkosti pri získavaní anamnézy (zamlčanie prekonaní ochorení, úrazov...),
- ťažkosti s komunikáciou (psychické zmeny, závislosti, jazyková bariéra, nevhodné vyjadrovanie – vulgarizmy a pod.),
- celkový zlý zdravotný stav (polymorbidita,, infekčné ochorenia...),
- odmietanie pobytu v nemocnici, odmietanie nemocničného a liečebného režimu,
- odmietanie pacienta pacienta, bezdomovca zo strany spolupacientov pri umiestňovaní na izbu (9)

2. – Doliečovanie po ukončení hospitalizácie – ľudia bez domova po prepustení z hospitalizácie sa zvyčajne vracajú späť na ulicu, čo neľahčuje celkové doliečenie a uzdravenie. Zodpovednosť pri prepustení bezdomovca na ulicu nesie nemocnica, ale pri odvoze do iného zariadenia už preberá zodpovednosť iná inštitúcia. V Bratislave sa na **bezdomovcov prepustených z hospitalizácie**, ktorí nemajú kam ísť a potrebujú sa doliečiť, zameriava Útulok sv. Lujzy De Marillac. Útulok je v prevádzke od roku 2008, má kapacitu 35 lôžok a okrem osobnej hygieny, stravy a ošatenia v ňom poskytujú aj sociálnu asistenciu, sociálne poradenstvo, sprostredkovanie lekárskeho ošetrovania a liečenia zo závislostí. (12) V dôsledku zdravotných problémov a celkového životného štýlu ľudí bez domova je vysoká miera úmrtnosti.

Vyššia morbidita ľudí bez domova

Vyššia morbidita vyplýva z ich nesprávneho zdravotného štýlu. (9) Ľudia bez domova často umierajú sami. Okolo 32 % bezdomovcov sa našlo mŕtvych v útulkoch, každý štvrtý umiera na klinike, život každého piateho končí na „verejnom priestranstve“, teda na ulici, v parkoch, pod mostom. Priemerný vek ľudí bez domova je 46,5 roka, to znamená dobré tri desaťročia pod priemerom ľudí, o ktorých je dobre postarané. (13) Ľudia bez domova sú často obeťami zimy. Veľa z nich zamrzne v dôsledku opitosti alebo veľmi zlého fyzického stavu, niektorí pre zranenia, ktoré sa ťažko ošetrojú a hoja. (4) V riešení tejto otázky výrazne pomáhajú streetworkeri. Keď v zime na ulici zaspí bezdomovec a hrozí mu zamrznutie, odvezú ho do nocľahárne či k lekárovi, ošetrí omrznuté nohy a ruky, za ľuďmi bez domova chodia priamo do záhradných chatiek, upustených budov či dokonca do šacht a kanálov. (14) Na Slovensku chýba zariadenie, ktoré by umožňovalo ľuďom bez domova dožiť so zabezpečenou zdravotnou starostlivosťou v dôstojných podmienkach. Isté snahy o založenie hospicu pre ľudí bez domova sú v Českej republike. Touto problematikou sa zaoberalo napríklad mesto Ostrava, kde vedenie magistrátu zvažovalo vznik špeciálneho hospicu. Podľa neziskových organizácií na ulici žije

veľa ľudí, ktorí potrebujú špeciálnu starostlivosť. Ide napríklad o bezdomovcov v dôchodkovom veku alebo ťažko chorých ľudí. Zariadenia pre seniorov ich však nechcú, často nemajú nárok na sociálne dávky či príspevky. V Ostrave by tak mohol vzniknúť špeciálny hospic pre ľudí bez domova. (15)

Problém pri umieraní ľudí bez domova je aj rozlúčka s nimi pri snahe zachovať ľudskú dôstojnosť. Zákon 131/2010 Z.z. o pohrebníctve v § 30 ods.2 hovorí, že ak do 96 hodín od úmrtia nikto nezabezpečí pochovanie alebo ak sa nezistila totožnosť mŕtveho do siedmich dní od úmrtia, pochovanie zabezpečí obec, na ktorej území došlo k úmrtiu; ak nie je známe miesto úmrtia, pochovanie zabezpečí obec, v ktorej katastrálnom území sa ľudské pozostatky našli. (16) Ľudia sa však často sťažujú na to, že o hroby bezdomovcov sa nikto nestará a špatia okolie. Mestá sa snažia riešiť túto situáciu rôzne. V Nitre, aby sa s týmito ľuďmi nezaobchádzalo ako s neľuďmi, sa rozhodli na cintoríne na Cabajskej ceste vybudovať spoločnú hrobku. V súčasnosti mesto dáva ľuďom bez domova na kremáciu. Správca cintorínov potom urnu vyzdvihne a pochová ju do spoločnej hrobky. V nej je už nejakých 20 urien a ďalších päť až šesť urien čaká v krematóriu, pretože hrobka sa otvára len raz za čas, približne raz za pol roka. Takže aj bezdomovci sú dôstojne pochovaní, je to pekny hrob, aj s jednoduchým pomníkom. (17)

Záver

Bezdomovecť narúša kvalitu života vo všetkých dimenziách. Dotýka sa rodiny, vzťahov, psychického a predovšetkým fyzického zdravia a v neposlednom rade i ekonomickej situácie. Ľudia

bez domova žijú v zlých hygienických podmienkach, často na lacnom víne bez poriadnej stravy.

Zdravotný stav bezdomovcov a poskytovanie zdravotnej starostlivosti je veľmi vážny problém umocnený nezáujmom pacientov o vlastné zdravie. Lekársku pomoc vyhľadávajú často až veľmi neskoro. Mnohí z nich z dôvodu chýbajúceho trvalého bydliska nemajú svojho praktického lekára, nezúčastňujú sa preventívnych prehliadok a povinných očkování. Príjem do nemocnice je problematický, pacient, bezdomovec, nemá doklady, preukaz poistenca, nespupracuje so zdravotníckym personálom, často je pod vplyvom alkoholu. Namiesto doliečenia v domácom prostredí pacienti – ľudia bez domova, skončia opäť na ulici, kde sa ich stav znovu zhoršuje a vzniká tak bludný kruh ulica – nemocnica, ktorý znamená zníženie kvality života a jeho skrátenie oproti majoritnej spoločnosti. (18) Zlý zdravotný stav ľudí bez domova, podmienky, v ktorých žijú, nedostatočná následná zdravotná starostlivosť, ako i absencia zariadení na pokojné a dôstojné dožitie robia ich život i smrť špecifickými. Práve preto by im mala byť venovaná zvýšená pozornosť zo strany jednotlivcov, záujmových skupín i celej spoločnosti.

Literatúra

1. Strieženec Š. Slovník sociálneho pracovníka. Trnava: AD 1996. ISBN 80-967589-0-X.
2. Schavel et al. Sociálna prevencia. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2010; 3: 266 ISBN 978-80-89271-22-1.
3. Štěchová M, Luptáková M, Kopoldová B: Bezdomovecť a bezdomovci z pohľadu kriminológie. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci 2008. ISBN 978-80-7338-069-4.
4. Beňová N: Bezdomovci, ľudia ako my. Bratislava: O. z. Proti prúdu, 2008. ISBN 978-80-969924-1-6.
5. Kasanová A: Bezdomovecť a formy pomoci. In: Chudoba v Slovenskej spoločnosti a vzťah Slovenskej spoločnosti

k chudobe. Zborník príspevkov z konferencie Unesco Most: 2006. ISBN 80-85544-43-1.

6. Mojto M. Sociálna práca v zdravotníctve. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, 2008: 137. ISBN 978-80-89271-45-0.
7. Bodnárová B. Sociálna a právna ochrana zraniteľných jednotlivcov a skupín v dospelom veku. Bratislava: Stredisko pre štúdium práce a rodiny 2005: 58 s.
8. Ústava Slovenskej republiky Z. z. č. 460/1992.
9. Gogoláková P. a spol. Bezdomovci – problém verejného zdravotníctva. In:
10. Verejné zdravotníctvo. ISSN 1337-1789, 2010; 7(1): s. 1-8.
11. Matoušek O. a spol: Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2008: 2. ISBN 978-80-7367-502-8.
12. Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
13. útulok sv. Lujzy De Marillac. 2008 [online]. [citované 2012-04-14]. Dostupné na: <http://www.depaulslovensko.org/our-services/our-mission/>
14. Puschel K. et al. Sterbende Menschen begleiten. Hamburg: Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, 2011.
15. Za bezdomovcami idú aj do kanálov. [online]. [citované 2012-04-18]. Dostupné na internete: http://www.vagus.sk/vagus_o_nas1.html.
16. Mikulcová S, Tichý F. V Ostravě možná vznikne speciální hospic pro bezdomovce. 2010. [online]. [citované 2012-04-18]. Dostupné na internete: http://www.rozhlas.cz/ostrava/aktualne/_zprava/822802.
17. Zákon č. 131/2010 Z. z. o pohrebníctve.
18. Ľudia nechcú mať s bezdomovcami nič spoločné ani po smrti. 2009. [online]. [citované 2012-04-18]. Dostupné na internete: <http://nitra.sme.sk/c/5083637/ludia-nechcu-mat-s-bezdomovcami-nic-spolocne-ani-po-smrti.html#ixzz1sWyW0aY5>.
19. Gogoláková P. a spol. Bezdomovci – problém verejného zdravotníctva. 2010 [online]. [citované 2012-04-18]. Dostupné na internete: <http://verejnezdravotnictvo.szu.sk/SK/2010/1/Gogolakova.pdf>.

PhDr. Martin Vereš, PhD.

Katedra sociálnej práce, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity, Trnava

Dobrovoľník – člen multidisciplinárneho tímu v hospici

Mgr. Barbora Brlejšová

Hospic Milosrdných sestier, Trenčín

V príspevku sumarizujeme základné teoretické východiská dobrovoľníctva, najnovšie výskumné zistenia o dobrovoľníctve na Slovensku a praktické skúsenosti s dobrovoľníckou činnosťou v našom zariadení – Hospic Milosrdných sestier v Trenčíne.

Kľúčové slová: dobrovoľník, dobrovoľníctvo, hospic.

Volunteers as a part of multidisciplinary team in hospice care

In the article we summarize the basic theoretical background of the volunteering, the latest research findings on volunteering in Slovakia and practical experience in volunteering at our facility - Sisters of Mercy Hospice in Trenčín.

Key words: volunteer, volunteering, hospice.

Definícia pojmov

Pri problematike dobrovoľníctva je veľmi potrebné jasné definovanie kľúčových pojmov. V slovenskej legislatíve dlhodobo absen-

toval pojem dobrovoľníctva a následne bolo problematické definovanie dobrovoľníckej činnosti a postavenie dobrovoľníkov v organizáciách.

Daná situácia sa zmenila až v roku 2011, ktorý bol vyhlásený Radou Európy za Európsky rok dobrovoľníctva a aj vďaka tomu sa začala problematike dobrovoľníctva venovať zvýšená pozornosť.

Koncepcia roka 2011 si stanovila dva základné ciele: realizáciu výskumu v oblasti dobrovoľníctva a kampaň zameranú na zapojenie čo najväčšieho počtu ľudí do dobrovoľníctva (1). V závere roka 2011 bola prijatá platná legislatíva zaoberajúca sa problematikou dobrovoľníctva. Nový zákon číslo 406/2011 Z.z. o dobrovoľníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (2) (ďalej len zákon o dobrovoľníctve) „upravuje právne postavenie dobrovoľníka a právne vzťahy pri poskytovaní služieb, činností a iných výkonov dobrovoľníkom“.

Dobrovoľník je „fyzická osoba, ktorá na základe svojho slobodného rozhodnutia bez nároku na odmenu vykonáva pre inú osobu s jej súhlasom v jej prospech alebo vo verejný prospech dobrovoľnícku činnosť založenú na svojej schopnosti, zručnosti alebo vedomosti“. Dobrovoľník vykonáva dobrovoľnícku činnosť na základe zmluvy o dobrovoľníckej činnosti.

Zákon o dobrovoľníctve definuje viacero oblastí, v ktorých dobrovoľník vykonáva dobrovoľnícku činnosť. My uvádzame oblasti, ktoré súvisia s našou organizáciou. Dobrovoľnícku činnosť vykonáva dobrovoľník najmä pre znevýhodnené skupiny obyvateľov alebo pri poskytovaní verejnoprospešných činností a ďalších činností v oblasti sociálnych vecí a zdravotníctva; pri odstraňovaní foriem sociálneho a ekonomického znevýhodnenia a znevýhodnenia vyplývajúceho z dôvodu veku a zdravotného postihnutia; pri začleňovaní osôb žijúcich v sociálne vylúčenom spoločenstve do spoločnosti. Zákon definuje vekovú hranicu na 15 rokov, pričom dobrovoľník, ktorý nedovršil vek 18 rokov, môže dobrovoľnícku činnosť vykonávať len so súhlasom svojho zákonného zástupcu a len pod dohľadom zodpovednej plnoletej fyzickej osoby. Podľa zákona je povinná evidencia dobrovoľníkov a zákon ďalej upravuje právnu podobu zmluvy o dobrovoľníckej činnosti. Významným prvkom je zvýšenie asignačného mechanizmu na úroveň 3 %, „ak ide o daňovníka, ktorý v zdaňovacom období ktorého sa vyhlásenie týka, vykonával dobrovoľnícku činnosť podľa osobitného predpisu počas najmenej 40 hodín v zdaňovacom období a predložil o tom písomné potvrdenie podľa osobitného predpisu“.

Z hľadiska historického vývoja dobrovoľníctva uvádza Majdúchová (3) dva základné modely: Európsky model dobrovoľníctva (komunitný model) – vývinovo starší model. Pri tomto modeli je kľúčové spoločenstvo – komunita, ktorá funguje na základe dobrých medziľudských vzťahov a dobrovoľníci sa stretávajú na základe spoločných záujmov v prirodzenom spoločenstve. Americký model dobrovoľníctva (manažérsky model) – V tomto prípade je kľúčové profesionálne vedené dobrovoľnícke

centrum, ktoré pracuje s dobrovoľníkmi – altruisticky zameranými občanmi.

V našich podmienkach sa objavujú obidva modely. Komunitný model prevláda tam, kde sú dobré medziľudské vzťahy alebo aj tam, kde sú dostatočným spojovateľom cieľ a poslanie organizácie. Manažérsky model prevláda vo väčších mestách (4).

Status dobrovoľníka v nemocničnom zariadení vystihuje jedna dobrovoľníčka: „Nebolo však jednoduché preniknúť do takého uzavretého systému, akým nemocnica je. Počas celých desaťročí tu existujú rovnaké skupiny ľudí, každá osoba má zložitú náplň práce: doktori, sestry, sanitári, pacienti,...Vtesnať do takéhoto rozloženia kategórií „dobrovoľník“ je problém. Kto to je? Čo tu bude robiť? Vie vôbec, ako taká nemocnica funguje?“ (4)

Výskum dobrovoľníctva na Slovensku

Nasledujúci výskum (5) dobrovoľníctva sa zaoberal jeho súčasným obrazom na Slovensku. Realizovaný bol v roku 2011 v rámci Národnej kampane k Európskemu roku dobrovoľníctva s podporou Európskej únie. Realizovaný bol na vzorke 973 občanov SR starších ako 15 rokov. Zistenia ukázali, že sa do dobrovoľníckej aktivity v rámci nejakej organizácie (formálne dobrovoľníctvo) zapojilo 27,5 % ľudí. Môžeme teda konštatovať, že Slovensko patrí medzi krajiny so strednou mierou participácie ľudí v dobrovoľníckych aktivitách (20 – 29 % dospeléj populácie). Z hľadiska frekvencie prevažujú pravidelní dobrovoľníci (71,3 % formálnych dobrovoľníkov) a väčšina sa venuje dobrovoľníckej aktivite dlhodobo (88,4 % formálnych dobrovoľníkov pracuje dobrovoľnícky viac ako 1 rok). Takúto formu dobrovoľníckej práce je teda možné považovať za akúsi súčasť životného štýlu.

Do neformálneho dobrovoľníctva (t. j. priama pomoc mimo rodiny a domácnosti dobrovoľníka) sa zapojilo 47,1 % ľudí. Aj tu prevažujú dlhodobí a pravidelní dobrovoľníci. „Pre Slovensko je charakteristická vyššia miera zapájania ľudí do neformálnych dobrovoľníckych aktivít v porovnaní s formálnymi.“ Ako významná sa ukázala aj súvislosť medzi formálnym a neformálnym dobrovoľníctvom, pričom vysoký počet dobrovoľníkov, ktorí sú aktívni vo formálnom dobrovoľníctve, sú rovnako aktívni aj v neformálnom dobrovoľníctve a naopak.

Spomínaný výskum sa zaoberal aj sociálnym profilom slovenského dobrovoľníka. Z hľadiska pohlavia sa muži aj ženy zapájajú do dobrovoľníctva v rovnakej miere. Z hľadiska veku neboli zistené v rámci formálneho dobrovoľníctva významné rozdiely a všetky vekové kategórie sa do formálneho dobrovoľníctva zapájajú v rovnakej miere. Naopak v neformálnom dobrovoľníctve boli zistené významné rozdiely. Výrazne nižšia angažovanosť

v neformálnej pomoci bola vo vekovej kategórii 15- až 19-ročných. (27,8 %). Vyššiu mieru neformálnej pomoci vykazuje veková skupina 20- až 29-ročných (53,8 %). V ostatných vekových skupinách angažovanosť s vekom stúpa. Najväčšia angažovanosť je vo vekovej skupine 70- a viac ročných. Z hľadiska vzdelania výskum odhalil, že čím je vyššie vzdelanie ľudí, tým je vyššia aj ich angažovanosť v dobrovoľníckych aktivitách. Lokality byvania respondentov sa neukázala ako významná pri formálnom dobrovoľníctve. Neformálne dobrovoľníctvo prevažuje viac u osôb z vidieka. Život na vidieku je charakteristický práve vzájomnou susedskou pomocou. Najvyššiu mieru zapojenia do formálneho dobrovoľníctva vykazujú študenti vysokých škôl a pracujúci respondenti. Najnižšiu mieru dobrovoľníckych aktivít vykazujú nezamestnaní respondenti. Z hľadiska vierovyznania sa do formálneho dobrovoľníctva zapájajú rovnako ľudia veriaci, ako aj ľudia neveriaci. Odlišnosť bola len v dĺžke angažovanosti, pričom veriaci dobrovoľníci majú tendenciu venovať sa pomoci v rámci formálneho dobrovoľníctva dlhodobejšie. Môžeme konštatovať, že dané výskumné zistenia sa zhodujú aj so zisteniami staršieho výskumu (6) a môžeme sa teda domnievať, že sociálny profil dobrovoľníka neprekonal výrazné zmeny.

Najviac formálnych dobrovoľníkov pôsobí v neziskových a mimovládnych organizáciách. Výskum (3) sa zaoberal aj otázkou – ako získavajú dobrovoľníci informácie o možnosti a potrebe pomoci. Výsledky ukázali, že preferujú priame zdroje informácií (priatelia, známi, príbuzní; aktívni dobrovoľníci; pracovník organizácie a iné). Z hľadiska motivačných faktorov sa ako najsilnejší u slovenských dobrovoľníkov ukázal faktor hodnôt (silné presvedčenie, že je dôležité, aby človek pomáhal druhým). Významným motívom bola aj sociálna interakcia, pochopenie, reciprocita, sebaúcta, rozvoj kariéry a uznanie. Naopak, najmenej významnými faktormi boli obrana a reaktivita, a teda dobrovoľníctvo nie je spôsobom úniku pred negatívnymi emóciami voči sebe. Medzi najtypickejšie bariéry, ktoré bránia ľuďom zapojiť sa do dobrovoľníctva, patria neinformovanosť a nedostatok času. Zaujímavé zistenie je, že skúsenosti získané počas dobrovoľníctva nie sú ešte stále vnímané ako prenosné do oblasti profesijného života a rastu.

Ďalší výskum (7) bol venovaný poznávaniu dobrovoľníkov očami dobrovoľníkov na Medzinárodných táboroch dobrovoľníckej práce. Výskumnú vzorku tvorilo 115 mladých ľudí z 27 krajín sveta vo veku 17 až 36 rokov, väčšinu tvorili ženy (61 %). Z hľadiska frekvencie zapájania do dobrovoľníckej činnosti autori určili 4 typy dobrovoľníkov: aktívny dobrovoľník, ktorý sa zapája do dobrovoľníckej činnosti pravidelne každý týždeň alebo denne a zúčastnil sa v priemere na piatich medzinárodných dobrovoľníckych projek-

toch. Časť dobrovoľníci, ktorí sa do dobrovoľníckej práce zapájali niekedy počas roka a zúčastnili sa na 2 až 4 medzinárodných dobrovoľníckych projektoch. Neúčastník, ktorý sa na dobrovoľníckych aktivitách nezúčastňuje vôbec alebo len zriedka a raz sa zúčastnil na medzinárodnom dobrovoľníckom projekte. Pasívny dobrovoľník, ktorý sa zúčastňuje na dobrovoľníckych aktivitách niekedy počas roka, ale nezúčastňuje sa vo veľkej miere na medzinárodných projektoch. Najväčšie zastúpenie v danej výskumnej vzorke mali pasívni dobrovoľníci a neúčastníci. Len tretinu tvorili aktívni a časť dobrovoľníci.

Výskum (8) zistil, že dobrovoľníctvu sa vo svojom voľnom čase venujú hlavne ľudia vo veku 26 – 36 rokov. Dobrovoľníckej činnosti v rámci voľného času sa venujú hlavne mladí ľudia zo západnej Európy a z Balkánu. Najčastejšími a najaktívnejšími účastníkmi na medzinárodných dobrovoľníckych projektoch sú zamestnaní ľudia. Z hľadiska motivácie uvádzali mladí ľudia najčastejšie dôvody, ako spoznávanie mladých ľudí, nájsť si nových priateľov, byť užitočný alebo pomáhať. Mladí ľudia uvádzali ako najčastejší zdroj informácií o dobrovoľníckej činnosti internet a priateľov.

Zaujímavé sú výskumné zistenia z roku 2003, ktoré preukázali, že dobrovoľníci sú vnímaní ako ľudia, ktorí si zaslúžia spoločenské uznanie a ktorí prispievajú k dobrej veci, no zároveň u 74 % opýtaných dominoval názor, že dobrovoľníctvo by nebolo potrebné, keby si štát plnil svoje povinnosti (9). Môžeme teda konštatovať, že ľudia nevnímajú dobrovoľníctvo ako nezastupiteľný segment spoločnosti, ale skôr ako „záplatu“ na oblasti, kde štát neplní svoju funkciu. Autorky Balogová, Mráčková a Repková (10) vidia aktuálne problémy dobrovoľníctva na Slovensku v nízkej informovanosti o dobrovoľníckych programoch, podceňovanie investovania do kvalitného dobrovoľníckeho programu, absenciu zdrojov na zabezpečenie pozície koordinátorov dobrovoľníkov v organizáciách, absencia zdrojov na uhrádzanie nákladov súvisiacich s výkonom dobrovoľníckej práce (napr. cestovné náklady). Ako prioritné potreby definujú pripraviť národnú stratégiu pre oblasť dobrovoľníctva, vytvoriť mechanizmy verejného financovania zameraného na podporu dobrovoľníctva a zvyšovať informovanosť o dobrovoľníckych aktivitách.

Naše skúsenosti s dobrovoľníckou prácou v našej organizácii

Vo vyspelých štátoch sveta je dobrovoľníctvo jedna z nenahradiateľných súčastí fungovania nemocníc a hospicov (11). Rovnako aj naša organizácia sa snažila začleniť dobrovoľníkov do multidisciplinárneho tímu už od svojho vzniku v roku 2006. Od tohto roku pôsobilo v našom zariadení viacero dobrovoľníkov. Niektorí dobrovoľníci patria

do nášho tímu od vzniku až po súčasnosť. Väčšina našich dobrovoľníkov u nás vykonáva dobrovoľnícku činnosť dlhodobo a pravidelne. Priemerná dĺžka dobrovoľníckej činnosti u nás v zariadení je 4 roky. Z hľadiska roly dobrovoľníka v zariadení (4) nie je dobrovoľnícka činnosť pre chod zariadenia až taká nutná, ale výraznou mierou zvyšuje kvalitu života našich pacientov. Proces začlenenenia dobrovoľníka do nášho dobrovoľníckeho tímu prebieha v niekoľkých krokoch. Prvý kontakt prebieha s koordinátorom dobrovoľníkov – pri prvom rozhovore sa zisťujú motívy dobrovoľníka a o akú dobrovoľnícku činnosť by mal záujem. Koordinátor dobrovoľníkov sleduje prienik našich potrieb a požiadaviek dobrovoľníka. K neoddeliteľnej súčasťi prvého rozhovoru patrí zisťovanie, či v rodine dobrovoľníka nedošlo v priebehu predchádzajúceho roka k úmrtiu blízkej osoby. V prípade, ak sa nevyskytnú žiadne prekážky, dobrovoľník sa zúčastní na školení, kde je oboznámený s našou filozofiou, históriou hospicovej starostlivosti, informáciami, ako nadviazať prvý kontakt s pacientom, získa informácie týkajúce sa komunikácie s pacientom – dôverný rozhovor, sprevádzanie, fázy zmierenia so smrťou a aké sú možnosti pomoci. Po školení nasleduje ďalší rozhovor s koordinátorom dobrovoľníkov. Koordinátor zisťuje, či sa nezmenila motivácia a či je dobrovoľník stále ochotný vykonávať dobrovoľnícku činnosť. V prípade pretrvávania záujmu sa dohodne prvé stretnutie pri pacientovi a podpisuje sa dohoda o dobrovoľníckej činnosti. Dohoda o dobrovoľníckej činnosti má šesť článkov: vymedzenie činnosti, účasť dobrovoľníka, zmluvné záväzky organizácie, zmluvné záväzky dobrovoľníka, záverečné ustanovenia. Neoddeliteľnou súčasťou dohody je etický kódex dobrovoľníka, zásady mlčanlivosti a čestné vyhlásenie o zdravotnom stave. Dobrovoľník je poučený, koho môže kontaktovať v prípade akýchkoľvek otázok alebo problémov. Pri doplňujúcich otázkach kontaktuje prioritne koordinátora dobrovoľníkov, no môže sa obrátiť na hocikoho z personálu hospicu. Taktiež je informovaný o možnosti kontaktovať psychológa zariadenia. V rámci starostlivosti o našich dobrovoľníkov máme raz mesačne supervízne stretnutia. Na stretnutí sa zúčastňujú dobrovoľníci, ktorí prichádzajú do priameho kontaktu s našimi pacientmi, psychológ a supervízor. Raz ročne je spoločná aktivita pre všetkých dobrovoľníkov nášho zariadenia (napr. duchovná obnova, spoločné stretnutie v prírode). V rámci ocenenia a vďaky za dobrovoľnícku činnosť oceňujeme našich dobrovoľníkov nie len slovne, ale aj malými symbolickými darčekom na Vianoce.

V súčasnosti máme v zariadení 19 pravidelných dobrovoľníkov (dobrovoľnícka činnosť 3- až 4-krát mesačne) – 18 žien a 1 muža. Naši dobrovoľníci tvoria dve skupiny podľa náplne dobrovoľníckej

činnosti. Dobrovoľníci, ktorí poskytujú laickú psychosociálnu podporu našim pacientom, a teda prichádzajú do priameho kontaktu s našimi pacientmi. Túto skupinu tvorí 10 dobrovoľníkov (1 muž, 9 žien) vo veku od 62 – 75 rokov. Druhú skupinu tvoria dobrovoľníci, ktorí pri svojej dobrovoľníckej činnosti neprichádzajú do priameho kontaktu s pacientmi, vykonávajú podporné činnosti – napr. žehlenie, starostlivosť o záhradu, spravovanie knižnice. Túto skupinu tvorí 9 dobrovoľníkov (9 žien). Nášmu zariadeniu pomáhajú svojou dobrovoľníckou činnosťou aj nepravidelní dobrovoľníci (dobrovoľnícka činnosť 1- až 2-krát ročne), a to hlavne pri prípravách rôznych jednorazových podujatí (pomoc pri príprave občerstvenia, atď.). Špecifická skupina dobrovoľníkov je modlitebná skupina, ktorá sa cielene stretáva a obetuje modlitby na pomoc nášmu zariadeniu.

Prínos dobrovoľníkov do nášho zariadenia je významný v podobe zvýšenej kvality života našich pacientov, a preto by sme odporúčali začlenenie dobrovoľníkov aj do iných zdravotníckych zariadení. Situácia s dobrovoľníctvom na Slovensku nie je jednoduchá, no budúcnosť vidíme v zlučovaní teoretických a vedeckých poznatkov s praktickými skúsenosťami.

Literatúra

1. Kollár M, Mesežnik G, Bútorá M. Správa o stave spoločnosti a demokracie a o trendoch na rok 2011. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky.
2. Zákon číslo 406/2011 Z.z. o dobrovoľníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
3. Majdúchová H. Neziskové organizácie: vybrané problémy ekonomiky a manažmentu neziskových organizácií. Bratislava 2003: Sprint dva.
4. Tošne J, Sozanská O. Dobrovoľníci a metodika práce s nimi v organizáciách. Praha: Portál 2006.
5. Brozmanová Gregorová A, Matulayová T, Mráčková A, Vavrinčíková L, Vlašičová J. Dobrovoľníctvo – keď pomoc baví a zábava pomáha. Bratislava: Úrad vlády Slovenskej republiky 2011.
6. Woleková H. a spol. Dobrovoľníctvo vo svetle výskumu. Bratislava: SPACE – Centrum pre analýzu sociálnej politiky 2002.
7. INEX Slovakia. Typy dobrovoľníkov - exploračný výskum. Bratislava 2001.
8. INEX Slovakia. Dobrovoľníctvo a mladí ľudia z rôznych krajín – exploračný výskum. Bratislava 2001.
9. Brozmanová Gregorová A, Mráčková A. 10 rokov dobrovoľníctva na Slovensku. príspevok C.A.R.D.O. na konferencii o dobrovoľníctve – Kroměříž (5. – 6. 5. 2008) dostupné na: http://www.dobrovolnictvo.sk/clanok-0-11/1403_Vyskumy-_a_publicacie.html.
10. Balogová B, Mráčková A, Repková K. Policy brief 3. Dobrovoľníctvo v dlhodobej starostlivosti o starších ľudí – čo o ňom nevieme a čo potrebujeme riešiť. Bratislava 2011.
11. Hatoková M, a spol. Sprevádzanie chorých a zomierajúcich. Dobrovoľníci v nemocniciach a paliatívnych zariadeniach. Bratislava: Don Bosco 2009.

Mgr. Barbora Brlejšová
Hospic Milosrdných sestier, Trenčín

Špecifiká ošetrovania chorých v paliatívnej starostlivosti

PhDr. Elena Janiczeková, PhDr. Tatiana Rapčíková, PhD.

Fakulta zdravotníctva SZU, Banská Bystrica

Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť o hospitalizovaných pacientov je zameraná na pacienta a jeho príbuzných. Predchádza a zmierňuje utrpenie hospitalizovaného pacienta, zlepšuje kvalitu jeho života a neskôr aj zomierania. Sestry musia poznať a byť pripravené implementovať paliatívnu starostlivosť, podporu a symptómový manažment pre pacientov a ich rodiny, ktorí prechádzajú významnými životnými krízami. Tímový prístup zmierňuje fyzické, psychosociálne, sociálne, emocionálne a spirituálne utrpenie pacienta a rodiny, predchádza a zmierňuje fyzickú bolesť pacienta a zmierňuje existencionálne utrpenie rodiny (1). V príspevku popisujeme dôležitosť špecifických prístupov sestry v paliatívnej starostlivosti o pacienta. Zameriavame sa na manažment symptómov, ktoré jednotlivé fázy vážneho, respektíve onkologického ochorenia môžu sprevádzať. Poukazujeme aj na dôležitosť špecifickej komunikácie sestier v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Kľúčové slová: paliatívna starostlivosť, kvalita života, sestra, onkologické ochorenie.

Specifics of treating úatients in palliative care

Palliative nursing care of hospitalized patients is focused on the patient and his relatives. Prevents and relieves the suffering of hospitalized patients, improving quality of life and later dying. Nurses must be aware and be prepared to implement palliative care, support and symptom management for patients and their families who are going through major life crisis. A team approach reduces the physical, psychosocial, social, emotional and spiritual suffering of patients and families, prevents and relieves physical pain and relieves patient suffering existencional family (1). This paper deals with the importance of specific approaches nurses in palliative care patients. We focus on the management of symptoms that different stages of cancer or serious illness may be accompanied. It also highlights the importance of specific communication of nurses in palliative nursing care.

Key words: palliative care, quality of life, nurse, cancer.

Úvod

Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť je aktívna a komplexná ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná sestrami s odbornou spôsobilosťou pacientom, ktorých ochorenie neodpovedá na kuratívnu liečbu (2). Termín „paliatívna starostlivosť“ sa čoraz viac používa aj v súvislosti s inými chorobami ako rakovina. Sem zaraďujeme: chronické progresívne pľúcne ochorenia, ochorenia obličiek, chronické ochorenia srdca, HIV/AIDS a progresívne neurologické ochorenia. Za celosvetový fakt považujeme i to, že veľa pacientov hospitalizovaných na jednotkách intenzívnej starostlivosti (JIS), oddeleniach anestéziológie a intenzívnej medicíny (OAIM) i štandardných oddeleniach nemocnice zomiera pre závažnosť ochorenia (3). Preto je podľa nás dôležité venovať zvýšenú pozornosť poskytovaniu paliatívnej starostlivosti práve na týchto oddeleniach, ktoré svojou špecifickosťou a zameraním neposkytujú paliatívnu starostlivosť v pravom slova zmysle. Pretože, ako povedal Dr. Rick Levene, špecialista v paliatívnej starostlivosti: „Všetka hospicová starostlivosť je paliatívna starostlivosť, ale nie všetci pacienti v paliatívnej starostlivosti predstavujú hospic.“

Poukazujeme práve na špecifiká paliatívnej starostlivosti aj v nemocničných zariadeniach, kde by v ideálnom prípade tím paliatívnej starostlivosti krátko po určení diagnózy vysvetlil pacientovi a jeho rodine všetky lekárske možnosti, zostavil pre pacien-

ta a jeho príbuzných čo najkvalitnejší liečebný plán, aby sme sa už dopredu vyhli nepohodliu a stresu pacienta spôsobeného vážnosťou ochorenia.

Štúdie sledujúce pacientov s onkologickým ochorením, konkrétne s karcinómom pľúc, zistili, že i napriek voľbe menej agresívnej liečby ich rakoviny, tí pacienti, ktorí dostali včasnú a priebežnú paliatívnu starostlivosť žili, v priemere o dva a pol mesiaca dlhšie ako tí, ktorí dostali štandardnú liečbu (11,6 mesiaca oproti 8,9).

Rovnaká štúdia publikovaná v roku 2006 v Journal of Critical Care Medicine zistila, že tí, ktorí dostali paliatívnu starostlivosť, vykazovali lepšiu kvalitu života a boli menej agresívni.

Kým paliatívna starostlivosť môže ponúknuť širokú škálu služieb, paliatívna ošetrovateľská starostlivosť sestier a ciele liečby v paliatívnej starostlivosti sú konkrétne. Sú zamerané na nasledovné oblasti: participácia na zostavení paliatívneho tímu a liečebného plánu, manažment bolesti, monitorovanie nepríjemných symptómov vyplývajúcich z progresie ochorenia, maximalizovanie prínosu liečby pacientovi žiť čo najlepšie s následkami choroby, správna komunikácia, využitie všetkých dostupných evaluačných prvkov v komunikácii, uspokojovanie biologických potrieb, poskytovanie a integrovanie psychologických a duchovných aspektov starostlivosti o pacienta, systém podpory pomôcť pacientom žiť čo najkvalitnejšie až do smrti, systém

podpory pomôcť rodine pacienta vyrovnáť sa so zámutkom vyplývajúcim z ireverzibility ochorenia, potvrdiť a integrovať do praxe filozofiu úcty k životu a k umieraniu ako prirodzenú a neoddeliteľnú súčasť nášho bytia.

Aj napriek tomu, že sestry pracujúce na jednotlivých úsekoch nemocničnej starostlivosti uplatňujú vo svojej práci niektoré z prvkov paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti, nemajú dostatočné vedomosti a zručnosti v danej oblasti, čím vzniká nejednotnosť postupov pri poskytovaní paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti o hospitalizovaného pacienta.

V oblasti komunikácie prax ukázala, že sa vyskytujú problémy v komunikačných zručnostiach sestier. Sestry pociťujú neistotu pri komunikácii s ťažko chorým a umierajúcim pacientom a len ťažko hľadajú vhodné slová. Podľa Byocka (4) v štúdiu zo Saudskej Arábie u zahraničných sestier pracujúcich na JIS existuje len málo kvalifikovaných sestier, ktoré by vedeli uplatňovať adekvátnu komunikáciu berúc do úvahy kultúru a náboženstvo pacientov v paliatívnej starostlivosti.

Sestry pracujúce na oddeleniach poskytujúcich aj paliatívnu starostlivosť nemajú adekvátne vedomosti a zručnosti pri smútení príbuzných. Cítia sa nepríjemne, keď vidia príbuzných plakať a nevedia zvládnuť situáciu. Mnohé sestry sa obávajú, že by mohli povedať

niečo nevhodné, čo by sa mohlo dotknúť samotného pacienta alebo príbuzných, a tak im spôsobiť utrpenie (5).

Emocionálna podpora zo strany ošetrojúceho personálu zahŕňa dobrú spoluprácu a informovanosť príbuzných o stave pacienta, vytváranie príležitostí na dialóg medzi pacientom a sestrou, povzbudzovanie príbuzných vyjadriť ich stres a obavy a zabezpečenie súkromia medzi pacientom a najbližšími príbuznými.

I napriek dobrým úmyslom, mnohé sestry nemajú odvahu v komunikácii s pacientom a za najvhodnejšiu osobu pri poskytovaní informácií o pacientovi v rozsahu svojich kompetencií považujú lekára (5).

Záver

V našom príspevku sme sa pokúsili identifikovať najčastejšie sa vyskytujúce problémy sestier pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti v nemocničných zariadeniach.

Z identifikovaných problémov poukazuje na špecifiká ošetrovania chorých sestrami v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti, kde hlavným prvkom paliatívnej starostlivosti je zabezpečenie najvyššej možnej kvality života umierajúceho a jeho rodine.

Literatúra

1. Catlin A. Carter B. Creation of a Neonatal End-of-Life Palliative Care Protocol. In: Journal of Perinatology 2002; 22(3): 184-195, ISSN 0743-8346.

2. WHO. Definition of Palliative Care [online]. [cit.2010-01-25]. Dostupné na internete: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

3. Becker R. Fundamental aspects of palliative care nursing: An evidence-based handbook for student nurses (2nd Ed). London: Quay Books 2010.

4. Byock I. Improving palliative care in intensive care units: Identifying strategies and interventions that work. In: Journal of Critical Care Medicine 2006; 11(34): 302-305.

5. Zanutová M, Ovšonková A. Prvky paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti v neonatológii. In: Ošetrovateľství a porodní asistence. 2010; 2: 61-65. ISSN 1804-2740.

PhDr. Elena Janiczeková

Fakulta zdravotníctva SZU, Banská Bystrica
Sládkovičova 21, Banská Bystrica
elena.janiczekova@szu.sk

Psychologické aspekty prístupu sestry k chorým v terminálnom štádiu

PhDr. Tatiana Rapčíková, PhD., PhDr. Elena Janiczeková

Fakulta zdravotníctva SZU, Banská Bystrica

Terminálne štádium ochorenia predstavuje konečný úsek života človeka, ktorého vyústením je smrť. V tomto štádiu už diagnostické a terapeutické postupy nie sú pre pacienta také podstatné, ale prioritnejším sa stáva posúdenie a uspokojenie jeho biologických a v neposlednom rade psychosociálnych a spirituálnych potrieb. V súvislosti so psychologickými aspektmi prístupu sestier k chorým v terminálnom štádiu je potrebné rešpektovať ich individualitu a skutočnosť, že epicentrom snahy zdravotníkov by mal byť pacient a nie jeho choroba. Kladieme akcent na adekvátnu verbálnu a neverbálnu komunikáciu, umožníme chorému kontakt s jeho blízkymi, pomáhamo mu prijať fakt blížiacej sa smrti a ak si to chorý želá, zabezpečíme uspokojenie jeho spirituálnych potrieb. Uvedené skutočnosti si vyžadujú profesionalitu, osobnú zrelosť a hlboko taktný prístup nielen zo strany sestier, ale od všetkých členov zdravotníckeho tímu podieľajúcich sa na starostlivosti o terminálne chorých.

Kľúčové slová: terminálne chorý, smrť, prístup, sestra.

Psychological aspects of nurses' attitudes towards care of the terminally ill

The end stage of an illness is the final period of human life. It leads to death. Diagnosis and treatment are of less importance in this stage. Priority is to meet biological, psychological, social and spiritual needs of the terminally ill. Psychological aspects of nurses' attitudes towards care of the terminally ill should respect the individuality of the dying patient. Nurses should focus on the patient, not on the illness. We highlight the role of adequate verbal and nonverbal communication, and contact with family members. We focus on professional commitment of nurses to help the terminally ill to learn to accept death. If the dying patient has spiritual needs, nurses should address them. Care for the terminally ill requires professionalism, maturity, and careful and sensitive behavior of nurses and other health care providers.

Key words: terminally ill, death, attitude, nurse.

Starostlivosť o pacientov v terminálnych štádiách ochorenia je jedno z najnáročnejších a najpálčivejších problémov nielen v profesii zdravotníkov, predovšetkým sestier, ale i celej spoločnosti.

Väčšina chorých v terminálnom štádiu ochorenia si uvedomuje svoje fyzické obmedzenia i psychické utrpenie výrazne determinujúce kvalitu ich života a aj hodnotovú orientáciu.

Pacient v terminálnom štádiu choroby prežíva psychicky najťažšie životné obdobie. V tom čase chorý i jeho rodina prechádza fázami, ktoré už v 60. rokoch 20. storočia opísala americká lekárka Elisabeth Küblerová-Rossová, a to fázami

šoku, agresivity, vyjednávania, depresie, prípadne rezignácie a akceptácie neodvratiteľnej skutočnosti. Vyrovnanie sa s danou skutočnosťou je zložitý proces, ktorý vyžaduje čas (1).

Z uvedeného vyplýva, že hierarchia potrieb sa u človeka na sklonku života mení a prioritnými sa stáva najmä uspokojovanie psychických, sociálnych a v neposlednom rade i spirituálnych potrieb chorého.

Mnohí pacienti v terminálnych štádiách ochorenia trpia závažnými zdravotnými problémami, ktoré im neumožňujú zostať posledné dni či týždne života v im prirodzenom domácom prostredí, ale nútia

ich vyhľadať pomoc v často neosobnom prostredí nemocnice, resp. v zariadení plne prispôbenom starať sa o terminálne chorých, a tým je hospic. Práve toto zariadenie preferuje špecifickú filozofiu starostlivosti garantujúcu, že terminálne chorý nezostane v najťažších okamihoch sám a do poslednej chvíle bude zachovaná jeho ľudská dôstojnosť.

Cieľ medicínskej i ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta v terminálnom stave je odlišný od cieľa starostlivosti o pacientov hospitalizovaných s akútne vzniknutým ochorením, resp. so zhoršeným zdravotným stavom už pri diagnostikovanom chronickom ochorení. Hlavnou úlohou starostlivosti je

eliminovať utrpenie, rešpektovať ľudskú dôstojnosť a práva terminálne chorých, uspokojovať ich potreby a ak je to reálne, snažiť sa vyplniť ich prania. Je dôležité, aby chorí cítili skutočný nefalšovaný záujem zo strany zdravotníckych pracovníkov, ktorí by mali byť kľúčovými partnermi pomáhajúcimi chorým niesť neľahké bremeno, ktorým terminálne štádium choroby nesporne je.

Terminálne štádium ochorenia je bolestná skúška pre všetkých zúčastnených a predstavuje náročnú výzvu, ktorá konfrontuje každého z nás s otázkami života a smrti. Členovia pomáhajúcich profesií sú najčastejšie v kontakte s terminálne chorým a pomáhajú mu v situáciách, ktoré sú pre väčšinu ľudí stresujúce. Ide o závažné momenty, keď je ohrozená ľudská dôstojnosť pacienta, jeho autonómia, či keď sa pacient lúči so životom (2).

Práve pri realizovaní uvedených atribútov starostlivosti o terminálne chorých zohráva dôležitú úlohu sestra, ktorá je s pacientom i jeho rodinou v najužšom kontakte, je pripravená účinne mu pomôcť a poskytuje mu istý druh sociálnej opory.

Sociálna opora obsahuje silný emocionálny náboj, pretože okrem pomoci prináša aj intenzívne pocity sympatie, pocit spolupatričnosti, ľudskej vzájomnosti, náklonnosti a podobne. Sociálna opora je spojená s pozitívnym emočným zážitkom a ako podporná aktivita je zameraná hlavne na prekonanie záťažovej situácie (3).

Nájsť správny prístup k vážne chorému, resp. k umierajúcemu človeku je nesmierne ťažké a patrí k vrcholným profesionálnym schopnostiam a zručnostiam sestier (4).

Mnohé kliniky považujú služby psychológa za nadštandard, a preto ho nemajú. Takže „psychoterapia“ neraz zostáva na pleciah sestier, ktoré s terminálne chorým trávajú najviac času a najlepšie ho poznajú. Sestry musia rešpektovať individualitu a jedinečnosť pacientov a svojím citlivým a individuálnym prístupom sa majú snažiť, ak nie prekonať, tak aspoň zmierniť stres,

ktorý finálne štádium ochorenia so sebou nevyhnutne prináša (5).

Pod pojmom psychologická rovina terminálnej starostlivosti rozumieme uskutočňovanie psychoterapie jedinca v terminálnom štádiu, tzv. tanatopsychoterapie, ktorá má nasledovné ciele:

- zvládnutie ťažkostí vyplývajúcich z realizácie somatickej liečby,
- zvládnutie psychickej bolesti,
- pomoc pri vyrovnávaní sa s chorobou a akceptovaním jej finálnej fázy,
- pomôcť chorému čo najlepšie využiť zostávajúci čas na naplnenie sebarealizácie,
- pomôcť chorému pri hľadaní zmyslu života, duchovného naplnenia a smrti (6).

Prostriedok na dosiahnutie cieľov tanatopsychoterapie je predovšetkým vzťah, ktorý vzniká medzi ošetrovateľským personálom a pacientom hneď pri ich prvom vzájomnom kontakte. Ďalší dôležitý prostriedok predstavuje neverbálna komunikácia (6).

Okrem uvedeného by sme chceli zdôrazniť, že psychologický prístup sestry k chorým v terminálnom štádiu zahŕňa aj:

- nedirektívny prístup prostredníctvom technik nedirektívneho rozhovoru,
- nepoužívanie slov znásobujúcich strach a úzkosť,
- neprognozovanie zostávajúceho času života chorého,
- poskytnutie nádeje – nie na vyliečenie, ale dôstojný odchod,
- poskytnutie pravdivých informácií, ak si to pacient želá,
- rešpektovanie piatich fáz procesu prežívania záveru života,
- umožnenie kontaktu rodinným príslušníkom a blízkym priateľom chorého (ak to pacient neodmieta),
- poskytnutie dostatočného množstva informácií a odbornej pomoci rodine pri zvládaní

náročnej situácie počas choroby i po smrti chorého (4).

Ošetrovanie a starostlivosť o terminálne chorých je komplexná, nepretržitá, končiaca vari len smrťou pacienta. Vyžaduje nielen rokmi skúsenú a erudovanú sestru, ale predovšetkým človeka, ktorý si váži pacienta ako osobnosť (5).

Psychologický prístup k terminálne chorým predpokladá predovšetkým hlbokú spoluprácu s pacientom a úctu k trpiacemu, ktorý neodvratne odchádza tam, odkiaľ niet návratu.

Literatúra

1. Svatošová M. Záludnosť takzvané milosrdné lži. In: Sestra. 2010; 20(6): 64 - 65. ISSN 1210-0404.
2. Ralbovská R, Knezovič R. Prístup k umierajúcim. In: Ralbovská R, Knezovič R. a spol. Aspekty verejného zdravotníctva a ošetrovateľstva v 21. storočí. Medzinárodný súhrn vedeckých prác. Bratislava: VÚP 2011; 1: 231 s. ISBN 978-80-89088-95-9.
3. Verešová M. Psychológia. Učebnica pre fakultu ošetrovateľstva. Martin: Osveta 2007; 1: 191 s. ISBN 80-8063-239-1.
4. Zacharová E, Hermanová M, Šrámková J. Zdravotnícká psychológia - teorie a praktická cvičení. Praha: Grada Publishing, 2007; 1: 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
5. Berč A, Palková L. a spol. Onkologické ošetrovateľstvo I. ZZ design studio - Ing. Zvonimír Záviš 2008; 1: 182 s. ISBN 978-80-969605-3-8.
6. Kopáčiková M. Starostlivosť o umierajúcich z pohľadu etiky. In: Ralbovská R, Knezovič R. Etické aspekty práce pomáhajúcich profesií v oblasti zdravotníctví a sociálnej péče. Souhrn vedeckých a odborných prací. Praha: Evropské vzdělávací centrum 2010; 1: 130 s. ISBN 978-80-87386-13-2.

PhDr. Tatiana Rapčíková, PhD.

Fakulta zdravotníctva SZU, Banská Bystrica
Sládkovičova 21, Banská Bystrica
tatiana.rapcikova@szu.sk

Možnosti řešení funkčních poruch pohybového systému u seniorů v domácí hospicové péči

prof. MUDr. Ladislav Pyšný¹, CSc., MPH., doc. PhDr. Ondrej Botek¹, PhD.,
doc. PhDr. Jana Pyšná², PhD., Mgr. Dominika Petrů²

¹Katedra sociální práce, Fakulta zdravotnictví a sociální práce, Trnavská univerzita, Trnava

²Pedagogická fakulta, Univerzita J. E. Purkyně, Ústí nad Labem

Vhodně realizovaná domácí hospicová péče bude v dalších letech procházet dynamickým rozvojem. Důležitým předpokladem zdravím podmíněné kvality života i v tomto „konečném“ období života je správná funkce pohybového systému. Umožňuje co nejdéle zachovávat odpovídající mobilitu jedince, jeho samoobslužnost a žítí bez výraznější bolesti. Mezi základní funkční poruchy pohybového systému řadíme zejména svalové dysbalance /nerovnováhy/. Příspěvek popisuje některé základní vyšetřovací metody a vybrané postupy, které vhodně kompenzují tyto změny. Mohou je provádět nejen zdravotničtí pracovníci, ale cvičení s klientem mohou realizovat také samotní členové rodiny.

Klíčová slova: senioři, svalová nerovnováha, diagnostika, kompenzace, domácí hospicová péče.

Ways of dealing with functional disorders of the musculoskeletal system in elderly patients in home hospice care

Properly implemented home hospice care in the years through a dynamic development. An important prerequisite for health conditional quality of life in this "final" life is a proper function of the locomotor system. It allows, as long as possible, to maintain adequate mobility of individuals, the self-service and living without significant pain. The basic functional disorders of the locomotor system belong mainly muscle imbalance / imbalance /. This paper describes some basic investigative methods and procedures selected to appropriately compensate for these changes. They can only carry medical personnel, but training with a client can implement the family members themselves.

Key words: seniors, muscle imbalance, diagnosis, compensation, home hospice care.

Úvod

Nové století sebou přináší také nové demografické změny naší společnosti. Zejména v důsledku zlepšujících se životních a pracovních podmínek, ale i kvality zdravotní péče a sociální ochrany umírá stále méně osob středního věku. V naprosté většině průmyslově vyspělých zemí světa se prodlužuje délka života a celá populace stárne. Například Český statistický úřad (1) zpracoval prognózu dalšího demografického vývoje, podle které bude např. v České republice žít v roce 2050 přibližně půl miliónu občanů ve věku 85 let a více /ve srovnání s rokem 2006, kdy jde o 101 718 osob/ a téměř tři miliony osob starších 65 let. Tento demografický aspekt ještě více ovlivní v tomto století věkové složení klientů v domácí hospicové péči. Nelze opomenout, že při léčbě základního onemocnění u terminálně nemocného seniora se musíme věnovat i dalším aspektům, potřebným pro odpovídající zdravím podmíněnou kvalitu života v tomto období. Obecně s narůstajícím věkem pacienta ubývá potenciál jeho zdraví, zejména v závislosti na poklesu zdatnosti, odolnosti i adaptability. V důsledku involučních, režimových i chorobných změn se následně rozvíjejí zejména stařecká křehkost a funkční deficit (2).

Stárnutí je ale také doprovázeno řadou změn pohybového systému, zejména změnou držení těla a omezením kloubního rozsahu pohybu. Vznikající útlumové a hyperaktivační změny,

podporují vznik svalových dysbalancí (3). Dále se zhoršující funkce pohybového systému snižuje mobilitu jedince, jeho samoobslužnost a současně je velice často doprovázena také narůstající bolestí dané lokality. Máček a kol. (4) upozorňují na riziko významného omezování pohybových aktivit seniora, zejména jeho lokomoce a snižování svalové hmoty i síly. Nedochozí pouze k funkčním změnám pohybového systému, ale také k úbytku svalových vláken, přestavbě oběhového systému či kostní tkáně s rozvojem osteoporózy (5).

Na vzniku hypomobility se podílí více faktorů tělesných, psychických, sociálních i faktorů vnějšího prostředí. Při léčbě základního onemocnění se lékař obvykle věnuje ještě řešení následků funkčních poruch, jako jsou osteoartróza nebo konkrétní myopatie. Přitom nejen školení zdravotníci, zejména rehabilitační lékaři a fyzioterapeuté, ale také samotní členové rodiny mohou tyto funkční změny pohybového systému s klientem řešit.

Svalové dysbalance

Podle Jandy (6) je svalovou nerovnováhou narušení vztahu mezi svaly. Cailliet (7) vidí ve svalové nerovnováze nadřazený, nedostatečný vztah, kdy jeden z páru synergistických svalů převládá v průběhu pohybu. Bohužel právě optimální funkce svalů je závislá na svalové rovnováze mezi dvěma systémy svalových vláken (8). Vzniklou dysfunkci v pohybovém systému můžeme zjis-

tit podle změny pohybového vzorce, objemu, elasticity svalu, rozsahu pohybu v kloubu i otoků dané lokality. Jedinec si může současně stěžovat také na únavu, pocity tuhosti, místní bolest či její iradiaci do jiných svalů a struktur. Skupina zkrácených svalů může dále dráždit a poškozovat periferní nervy i ovlivňovat řídicí funkci centrálního nervového systému. Rozvíjející se změny jsou závažné zejména místním chronickým svalovým spasmem i poměrně intenzivní bolestí a v ovlivněném kloubu se rozvíjejí degenerativní změny (9,10). Pokud se současně snižuje stimulující pohybová aktivita, zkracují se měkké tkáně kloubů a vznikají flekční kontraktury.

Pokud chceme hodnotit svalovou nerovnováhu, zaměříme se na následující oblasti těla seniora (8).

1. Oblast krku a horní části trupu, kde nalézáme zvýšené prohnutí v krční páteři, předsunutí hlavy, zkrácené prsní a ochablé svaly zádové.

2. Oblast beder, kde je svalová nerovnováha charakterizována postupným zkrácením čtyřhlavého svalu bederního a vzpřimočáče trupu.

3. Oblast pánve a kyčelního kloubu se zkrácením svalů bedrokyčlostehenního, přírného stehenního, napínače povázky stehenní a ochabnutím svalů hýžděových. Současně také břišní svaly zde mají tendenci k ochabování, nebrání přetěžování bederní páteře a podporují nevhodné zvětšení bederní lordóza.

4. Pokud nalézáme svalovou nerovnováhu také v oblasti dolních končetin, může se jednat o závažný problém, protože se obvykle zvyšuje odchýlení postavení od osy končetiny a může být ovlivněno celkové držení těla.

Hodnocení svalových dysbalancí

Hodnocení svalových dysbalancí by mělo příslušet odborníkovi z týmu, který řeší komplexní hospicovou péči klienta seniora, nejlépe rehabilitačnímu lékaři nebo fyzioterapeutovi. Mezi základní metody hodnocení funkčních změn pohybového systému řadíme kineziologické vyšetření /pomocí aspekce a palpáce/ a manuální vyšetření. Mezi novější, poměrně přesné metody řadíme využití systému biomechanické 3D analýzy lidského pohybu pomocí některého zobrazovacího zařízení, jako jsou vysokorychlostní kamery, videokamery nebo radiografické systémy. Principem hodnocení pohybového systému je využití nejméně dvou různých perspektiv pohledu a s pomocí fotogrammetrických principů určíme prostorové souřadnice přesně specifikovaných značek, bodů na těle klienta. Pasivní systémy používají značek, jež odrážejí záření a objevují se na obrazovce monitoru jako světlé body (11).

Dojde-li k úspěšné identifikaci všech projekcí značek v kamerách, můžeme použít fotogrammetrické rekonstrukce k výpočtu 3D prostorových souřadnic každé značky. Značky se připevňují na kůži nejčastěji do blízkosti vespod ležících kostních výběžků či definovaných anatomických útvarů. Větší počet kamer, například videografická metoda 3D analýzy pohybu pomocí optoelektrického systému Qualisys, samozřejmě zvyšuje přesnost měření (12, 13).

Řešení svalové nerovnováhy

Postupy, které řeší svalové nerovnováhy, zahrnují kompenzační /vyrovňovací/ cvičení (14). Toto cvičení pomáhá udržet optimální funkční schopnost pohybového aparátu a je složené z uvolňovacího, protahovacího a posilovacího cvičení vhodného i u seniorů v hospicové péči. Cviky, které protahují a posilují určité segmenty pohybového systému, mohou provádět s klientem i členové jeho rodiny (8).

Při uvolňovacím cvičení se provádí střídavě tlak a tah na kostní spojení, které reflexně uvolňuje svaly, zlepšuje prokrvení a současně v kloubu uvolňuje synoviální tekutinu, která zde usnadňuje tření. Protahovacím cvičením obnovujeme fyziologickou délku zkrácených svalů, upravujeme napětí vláken tonických svalů a snižujeme tah v místě úponů do periostu. Kloub tak postupně obnovuje svou funkci, která umožní zvětšit rozsah jeho pohybu a snížit jeho bolestivost (15). Kompenzační cvičení musí dodržovat

některé metodické zásady, kdy podle Kyrálové a Matoušové (16) jsou jimi zejména tyto zásady:

- základní poloha by měla být pohodlná a stabilní, kdy protahovaný sval je relaxován,
- vedený pohyb je pod stálou kontrolou a korekcí,
- výdrž provádíme do pocitu tahu v protahovaném svalu, výdrž umožňuje volní relaxaci, oddálení napínavého reflexu a adaptaci svalu na protažení,
- správné dýchání s protahovací fází s výdechem, který přechází do klidného dýchání ve výdrži.

Abychom zlepšili funkční zdatnost již oslabených svalů, musíme je samozřejmě současně posilovat. Při posilování zvyšujeme klidové napětí svalstva a upravujeme tonickou nerovnováhu v příslušném pohybovém segmentu, odstraňujeme současně funkční útlum a zlepšujeme koordinaci uvnitř svalu. Důsledkem je vyšší schopnost svalu ekonomicky pracovat. Důraz klademe na metodické zásady posilování. Cvičení zahájíme uvolněním a protažením všech zkrácených svalů, kdy dosáhneme fyziologického kloubního rozsahu, využijeme odporu s optimálním počtem opakování. Toto posilovací /odporové, rezistenční, silové/ cvičení současně zpomaluje u seniora involuční změny ve struktuře kosterního svalu, ale také kostí, šlach a vaziva. Například svalovou hmotu a sílu takto můžeme nejen udržovat, ale také výrazně zvyšovat (17, 18).

Pravděpodobně nejvýhodnější formou odporového tréninku je jeho intenzita kolem 60 % 1RM ve dvou až čtyřech sériích po 8 až 15 opakováních. 1-RM /one-repetition maximum/ je maximální hmotnost, kterou je jedinec schopen jedenkrát uzvednout. Snažíme se vždy při konkrétním cviku zapojit co nejvíce svalových skupin a procvičit kosterní svaly celého těla s důrazem na svalstvo dolních končetin a udržujeme pravidelnost tréninkových jednotek vhodně zařazených nejlépe 2- až 3-krát týdně. Jedním ze základních problémů stanovení intenzity zátěže je zjištění testované 1RM, které by měl provést nejlépe tělovýchovný lékař nebo fyzioterapeut, podobně jako následně kontrolovat kvalitu realizovaného pohybového programu u seniora (4, 19). Konkrétní příklady jednotlivých cviků nalezneme v řadě dostupných odborných publikací, jako jsou např. Hálková, Hošková, Hošková a Matoušová či Kyrálová a Matoušová (8, 15, 16, 20).

Závěr

Funkční poruchy pohybového systému jsou obtěžující součástí kvality života také u klienta, seniora v domácí hospicové péči. K základním funkčním změnám v tomto věkovém období patří svalové nerovnováhy, které mohou významně

obtěžovat nemocného zejména pro svou bolestivost a postupné snižování jeho mobility i samoobslužnosti. Komplexní řešení zdravím podmíněné kvality života klienta je týmová práce, která by měla řešit i tyto změny pohybového systému. Vedle základního vyšetření odborníkem se na kompenzačním cvičení mohou vedle samotného klienta podílet i rodinní příslušníci. Vytvoření vhodného pohybového režimu, se zařazením protahovacích cviků a vhodně vedeným odporovým tréninkem, může zlepšit kvalitu života seniora i v této jeho terminální fázi života.

Literatura

1. Český statistický úřad. Projekce obyvatelstva ČR do roku 2050. Praha: ČSÚ 2004: 21 s.
2. Drbal C. Budoucnost zdraví a zdravotnictví. Praha: Studie Národohospodářského ústavu J. Hlávky, 2008: 65 s. ISBN 978-80-867-2939-8.
3. Kolář P. Vývojová kineziologie a svalové dysbalance ve stáří. In: Kalvach Z. a spol. (ed) Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada 2004: 619-621. ISBN 80-247-0548-6.
4. Máček M. a spol. Proč a jakou pohybovou aktivitu ve vyšším věku? Prakt. lékař 2006; 86(6): 336-340.
5. Chen JS. et al. Effect of age-related chronic immobility on markers of bone turnover. J. Bone. Miner. Res. 2006; 21(2): 324-331.
6. Janda V. Muscle strength in relation to muscle length, pain and muscle imbalance. Internat. Persp. Phys. Ther. 1993; 23(8): 83-91.
7. Cailliet R. Soft tissue pain and disability. Philadelphia: FA. Davis co. 1996: 545, ISBN 978-08-036-0110-9.
8. Hošková B. Kompenzace pohybem. Praha: Olympia 2003: 60 s. ISBN 80-7033-787-7.
9. Janda V. Vyšetřování hybnosti. Praha: Avicenum 2002: 235 s. ISBN 80-7254-187-0.
10. Macková E, Pyšná J, Hajer M. Diagnostika pohybem. In Fhv umb exercitatio coropolis-motus-salus. Banská Bystrica: FHV UMB, 2008: s. 86-92. ISBN 978-80-8083-541-5.
11. Pyšná J. Hodnocení vlivu kompenzačního cvičení na korekci antevertze pánve. Disertační práce. Praha: FTVS UK 2007: 179 s.
12. Gross J. a spol. Vyšetření pohybového aparátu. Praha: Triton 2005: 599 s. ISBN 80-725-4720-8.
13. Leardini A. et al. Human movement analysis using stereophotogrammetry. Part 3. Soft tissue artifact assessment and compensation. Gait and Posture 2005; 21(6): 212-225.
14. Bursová M. Kompenzační cvičení. Uvolňovací, protahovací, posilovací. Praha: Grada 2005: 196 s. ISBN 80-247-0948-1.
15. Hálková J. Zdravotní tělesná výchova: speciální učební texty. I. část – obecná. Praha: ČASPV 2001: 120 s. ISBN 80-865-8615-4.
16. Kyrálová M, Matoušová M. Zdravotní tělesná výchova. II. část. Praha: Onyx 1996: 175 s. ISBN 80-852-2839-4.
17. Máček M. a kol. Silový trénink. Med. Sport. Bohem. Slov. 2003; 12(2): s. 133-139.
18. Máček M, Máčková J. Potřeba pohybové aktivity ve vyšším věku. Med. Sport. Bohem. Slov. 2008; 17(1): s. 34-42.
19. Máček M. a kol. Jaké cvičení je ve vyšším věku nejvýhodnější, vytrvalostní či odporové? Med. Sport. Bohem. Slov. 2006; 15(1): s. 33-41.
20. Hošková B, Matoušová M. Kapitoly z didaktiky zdravotní tělesné výchovy. Praha: Karolinum 2005: 136 s. ISBN 80-718-4621-X.

prof. MUDr. Ladislav Pyšný, CSc., MPH.

Katedra sociální práce, Fakulta zdravotnictví a sociální práce
Trnavská univerzita, Univerzitní náměstí 1,
918 43 Trnava
l.pysny@seznam.cz

Zájem veřejnosti o možnostech paliativní péče v České republice

Mgr. Gabriela Nytra

Fakulta sociálních studií, Ostravská Univerzita, Ostrava

Tato stať je zaměřená na možnosti paliativní péče v České republice a na odhalení zájmů české veřejnosti právě o tyto možnosti.

Klíčová slova: paliativní péče, hospic, terminální stádium, hospicové služby.

Public interest in the possibilities of palliative care in the Czech republic

The intention of this article is to the possibility of palliative care in the Czech Republic and to identify the interests of the Czech public about these options.

Key words: palliative care, hospice, terminal stage, hospice services.

Úvod

Touto statí bych chtěla reagovat na problém, na nějž mě upozornily mé osobní zkušenosti, tedy na uzavřenost paliativní péče širšímu okolí. Statí bych proto chtěla přispět k rozkrytí nedostatků v interakci paliativní péče a laické veřejnosti a upozornit na potenciál, který lze za účelem zlepšení situace rozvíjet. Konkrétně si kladu otázku, **jak a v čem spočívá zájem veřejnosti o možnostech paliativní péče v České republice?**

Předložení výzkumných otázek

V této práci se chci konkrétně zaměřit na zájem veřejnosti o možnostech paliativní péče v České republice. V návaznosti na hlavní výzkumný cíl, se můžeme ptát: Jak je veřejnost informována o tom, komu je paliativní péče určena? Jak je veřejnost informována o tom, jakými službami paliativní péče disponuje? Uvedené dílčí výzkumné otázky jsou podkladem pro výzkumné šetření.

Vyvozené hypotézy: 1. Veřejnost se převážně domnívá, že paliativní péče je určená pouze umírajícím lidem. 2. Většina veřejnosti se domnívá, že paliativní péče poskytuje pouze zdravotnické služby.

Při realizaci výzkumného šetření jsem použila metodu vysvětlení, která je založena na testování modelu faktorů a platnosti stanovených hypotéz. Za účelem výzkumu jsem zvolila kvantitativní výzkumnou strategii, která lépe nejlépe odpovídá cílům a povaze mého šetření. Konkrétní výzkumnou technikou, kterou jsem zvolila pro získání dat v rámci výzkumu, je dotazník. Tento dotazník má standardizovanou formu. Respondent odpovídá písemně na otázky předloženého formuláře. V rámci výzkumu jsem zjišťovala dané vlastnosti u široké, tzv. laické veřejnosti v ČR. Kritériem je, že se jedná

o dospělou populaci, tzn. od 18 roku života. Informace jsem zjišťovala u respondentů dospělé populace. Jednalo se o vzorek celkem 240 respondentů. Respondenti byli zařazeni do výzkumu na základě záměrného výběru.

Informovanost veřejnosti o tom, komu je paliativní péče určena

Abych zjistila odpověď na tuto otázku, ptala jsem se respondentů jednou konkrétní otázkou. Zjišťovala jsem, zda respondenti očekávají, že hospicové zařízení nějakým způsobem poskytnou pomoc i rodině nemocného. Tato otázka byla uzavřená s pěti alternativními odpověďmi škálovitého charakteru. Druhá otázka po respondentech vyžadovala uvést okolnosti, za kterých by začali vyhledávat služby hospicové péče. Tato otázka byla formulována otevřeně s cílem zjistit, zda respondenti mají konkrétní představu o tom, komu je péče určena ze zdravotního hlediska.

Z výzkumu vyplývá, že 70 % respondentů očekává, že v rámci paliativní péče bude poskytnuta pomoc i blízké rodině. 25 % respondentů se domnívá, že žádné pomoci se rodině v paliativní péči nedostane a 5 % respondentů zůstalo bez názoru. Co se týká konkrétního uvedení, komu je paliativní péče určena, pouze 35 % respondentů uvádí konkrétnější definici. Tedy že paliativní péče je určena především lidem „se závažným, nevyléčitelným, zdravotním stavem“. Nikdo však neuvádí, že by se mělo jednat o onemocnění onkologického charakteru. Zbývá většina, 65 % respondentů, uvádí např. že „péče je určena pro staré a osamocené lidi, pro nemocné věřící“, atd.

Jedním z vnitřních principů paliativní péče je zaměření se na cílovou skupinu. V centru pozornosti nestojí pouze člověk s onemocněním. Nýbrž základní jednotku v procesu paliativní péče tvoří rodina jako celek (1). Což je jedno z od-

lišení od klasického přístupu na nemocničních odděleních. Vypadá to, že daný rozdíl vnímají respondenti poměrně výrazně. Toto můžeme vnímat jako pozitivní zjištění. Lze předpokládat, že ocitnou-li se tito respondenti v roli rodinného příslušníka potýkajícího se s nevyléčitelně nemocným blízkým člověkem, budou připravenější oslovit hospicový multidisciplinární tým a požádat jej o pomoc. Najdou tak zázemí i pro sebe, mohou se vypovídat ze svých těžkostí a přijmout nabízenou psychickou oporu. Na druhou stranu můžeme vyzorovat, že mezi respondenty nepanuje přílišné uvědomění, komu konkrétně je péče určena. Což může znamenat, že ve společnosti panuje matná představa opředaná rouškou nevědomí, pouze jakéhosi tušení. Tato konkrétní nejasnost může následně vyvolat i nedůvěru a strach vedoucí k záměrnému vyhýbání se zařízení paliativní péče.

Informovanost veřejnosti o tom, jakými službami paliativní péče disponuje

Za účelem zjištění odpovědi na tuto otázku jsem respondentům v dotazníku dala na výběr z několika možností. Mohli uvést, na které potřeby podle nich se paliativní péče zaměřuje. Záměrně jsem se nedotazovala přímo na systém služeb, abych předešla používání odborných výrazů v samotném dotazníku. Pokud respondenti očekávali krytí určitých potřeb, můžeme vyvodit, že se tak děje přes některou z profesionálních služeb paliativní péče, kterou respondenti nemusí vždy umět pojmenovat.

Více než 50 % respondentů se domnívá, že hospic dokáže běžně zajistit svým klientům následující potřeby: příjem potravy, potřeba nezůstat osamocen, pomoc s vyprazdňováním, individuální přístup, rozhovor s duchovním, potřeba popovídat si o svých těžkostech a po-

třeba nerušeného spánku. V popředí je však očekávání zajištění biologických a psychických potřeb, zejména zajištění individuálního přístupu a možnosti popovídat si o svých problémech. Výrazně je také očekáváno krytí duchovních potřeb klientů, 60 % respondentů se domnívá, že paliativní péči je možnost rozhovoru s duchovním. Naopak v pozadí zůstává očekávání krytí psychických potřeb, jako je zajištění soukromí a pocitu uznání (uvádí 30 % respondentů). Ze sociálních potřeb je v pozadí předpoklad neomezených návštěv (uvádí 40 % respondentů).

Podíváme-li se na problematiku hospice drobnohledem, zjistíme, že se nejedná pouze o kamennou budovu architektonicky přitažlivě řešenou s nádechem zdánlivého luxusu. Kvalita péče se odráží především ve vnitřním přesvědčení týmu poskytujícího paliativní péči. Jedná se o přístup k člověku jako k neopakovatelné lidské bytosti se svými specifickými nároky a potřebami. Proto je pro hospicovou péči specifická starost nejen o fyzickou stránku člověka, ale také o jeho psychické, sociální a spirituální potřeby (2).

Na základě výzkumu si můžeme všimnout, že respondenti převážně připisují hospici péči především zaměřenou na uspokojování biologických potřeb nemocných. Tímto směrem je orientována péče především v nemocnicích. Z toho lze odvodit, že respondenti nevnímají výraznější rozdíly mezi danými druhy péče. Přetrvávají-li v nich neblahé vzpomínky na nemocniční prostředí, nepřidá to ani na důvěře vůči hospici či jiným zdravotnickým zařízením.

Krytí duchovních potřeb předpokládají respondenti taktéž ve většině. Podle dosavadní literatury se jedná se o jednu z nejočekávanějších orientací v hospicové péči. Což může být zavádějící. Veřejnost si nejspíš v povědomí stále uchovává názor, že hospic je určený výhradně věřícím nebo příslušníkům některé z církví. Což koresponduje s chybnými mýty o hospicích, jak uvádí Haškovcová (2).

V pozadí zůstává ze strany veřejnosti péče o psychické potřeby nemocného. Nejkritičtější je hodnoceno uspokojování potřeby uznání. To souvisí s přístupem stvrzujícím důstojnost lidského života za všech okolností. A takovýto přístup respondenti od pracovníků v paliativní péči téměř neočekávají. Což je alarmující.

Pak nejspíš největším „strašákem“ veřejnosti při představě umírání není samotná bolest fyzická, ale zranění pramenící z odmítavého přístupu okolí. Z pozbytí vlastní lidskosti, kdy vina je připisována fyzické stránce člověka – nemoci jako takové. Tímto se lidé zbavují viny vlastní z neschopnosti uznat člověka v těle ztrýzněného namáhavou chorobou za bytost lidskou, plnohodnotnou, zasluhující si úctu.

Z předešlého můžeme vyvodit, že veřejnost očekává především poskytování zdravotnických a duchovních služeb a v určité míře i služby zaměřené na zajištění psychické opory.

Závěr

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že respondenti se především ohánějí relativně dobrou informovaností o možnostech paliativní

péče v ČR. V pozadí zůstává, zda by tyto své vědomosti dokázali nebo byli ochotní uplatnit i prakticky ve chvílích potřeby. Na druhou stranu by bylo zajisté ku prospěchu, kdyby se zvětšila míra informovanosti o tom, komu konkrétně je péče určena. Co se týká služeb paliativní péče, dokáže si veřejnost zařadit paliativní péči do kategorie tzv. „zdravotnického sortimentu“, což je svým způsobem správné, ale může to být zavádějící. Ač se jedná primárně o služby, které jsou poskytovány zdravotnickým personálem, jedná se o krytí všech lidských potřeb a na to by bylo potřeba upozornit a klást důraz.

Závěrem výzkumu mohu deklarovat, že jednu ze dvou hypotéz se podařilo potvrdit a to: Většina veřejnosti se domnívá, že paliativní péče poskytuje pouze zdravotnické služby. Druhá hypotéza byly na základě výzkumu vyvrácena: Veřejnost se převážně domnívá, že paliativní péče je určená pouze umírajícím lidem.

Literatura

1. Možný I. Sociologie rodiny. Praha: Slon 2002: s. 250.
2. Haškovcová H. Thanatologie. Nauka o umírání a smrti. Praha: Galén 2007: s. 244.

Mgr. Gabriela Nytra

Fakulta sociálních studií, Ostravská
Univerzita, Ostrava

Motívy pracovnej činnosti a priebeh motivácie dobrovoľníka v hospicovej a paliatívnej starostlivosti

doc. PhDr. Marta Vaverčáková, PhD., MPH., doc. Dr. Otto Csampai, CSc.,
Mgr. Michaela Hromková, Mgr. Kristína Traegerová

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej Univerzity, Trnava

Príspevok je zameraný na potreby motivácie v dobrovoľníctve v hospicovej a paliatívnej starostlivosti, ktorá sa v posledných rokoch dostáva čoraz viac do popredia záujmu odbornej a laickej verejnosti. V každej spoločnosti, v kultúre ľudia pomáhali tým, ktorí pomoc potrebovali. V súčasnom globalizovanom svete plnom kontrastov predstavuje dobrovoľníctvo fenomén prekračujúci hranice štátov, náboženských a sociálnych skupín a ukazuje na možnosť súžitia založenom na vzájomnej pomoci a solidarite. Nemenej významná je aj skutočnosť, že dobrovoľníctvo sa zároveň stáva prejavom aktívneho občianstva a sociálnej zodpovednosti.

Kľúčové slová: hospicová a paliatívna starostlivosť, multidisciplinárny tím odborníkov, dobrovoľník, úloha dobrovoľníka, motivácia, priebeh motivácie.

Motives of labour activity and process of motivation of volunteer in hospice and palliative care

The article focuses on the needs of motivation in volunteering in hospice and palliative care, which belongs to the professional and laic public forefront. In every society and culture people help to those who need help. Nowadays in globalized world which is full of contrasts, volunteering is a phenomenon, which transcends the national boundaries, religious and social groups and shows the possibility of coexistence, which is based on mutual help and solidarity. Also very important is the fact that volunteering also become the expression of the active citizenship and social responsibility.

Key words: hospice and palliative care, multidisciplinary team of professionals, volunteer, the role of volunteer, motivation, process of motivation.

Dobrovoľník ako člen tímu v hospicovej a paliatívnej starostlivosti

Vhodné riešenie situácie zomierajúcich ľudí v podmienkach Slovenska je hospicová a paliatívna starostlivosť. Ide o komplexnú starostlivosť o človeka, ktorú nie je možné poskytovať bez uplatňovania tzv. holistického prístupu, v chápaní jeho biopsychosociálnej jednoty. Táto starostlivosť nezahŕňa iba starostlivosť o pacienta, ale aj o jeho rodinu, ich vzájomné vzťahy, potreby a problémy. Je to starostlivosť, ktorá rešpektuje potreby tela, mysle i ducha. (1) Dobrovoľník je človek, ktorý bez nároku na finančnú odmenu venuje svoj čas, schopnosti, vedomosti či energiu v prospech iných ľudí. Dobrovoľníci majú v hospicovej a paliatívnej starostlivosti svoje nezastupiteľné miesto a ako súčasť multidisciplinárneho tímu patria k filozofii hospicovej starostlivosti. Fungovanie žiadneho hospicu sa nezaobíde bez činnosti dobrovoľníkov. Stávajú sa akousi spojnicou klienta v ťažkej životnej situácii s vonkajším svetom a aj možným nositeľom zmeny v jeho prístupe k životu.

Motivácia dobrovoľníka do pracovnej činnosti v hospicovej a paliatívnej starostlivosti

Vzhľadom na fakt, že dobrovoľník je človek, ktorý za svoju dobrovoľnícku činnosť neočakáva

žiadnu finančnú odmenu, nastoľuje sa otázka, čo ho k dobrovoľníckej práci motivuje.

Osobná motivácia spočíva v tom, že človek ako budúci dobrovoľník si musí byť vedomý toho, že sa vydáva na slobodne zvolenú cestu, na ktorej koná dobro v prospech druhých bez nároku na odmenu. Ponúka sám seba, svoje schopnosti, vedomosti, zručnosti. Dobrovoľník je obvykle empatický, vnímavý, schopný sebareflexie a vyjadrenia svojich emócií, preto jeho osobná motivácia spočíva predovšetkým v upevňovaní a zlepšovaní všetkých spomínaných vlastností. Pri priebehu osobnej motivácie dobrovoľníka je dôležitá podľa Ščehovičovej (3) predovšetkým viera dobrovoľníka, skúsenosť s umieraním v rodine a aj snaha pomôcť trpiacim. Hospice Foundation of America (4) uvádza, že dôležitý osobný motivačný faktor dobrovoľníka pre prácu v hospici je to, že túto prácu vnímajú ako osobne potešujúcu, intelektuálne stimulujúcu a citovo zmysluplnú pomoc ľuďom v núdzi. Motivácia zo strany hospicu sa týka najmä toho, čo robia pracovníci hospicu pre to, aby získali pre svojich klientov schopných dobrovoľníkov. Dôležité je, aby hospic ozrejmil svoje požiadavky a očakávania, ale aj to, aby svojim dobrovoľníkom vysvetlil, čo im môže ponúknuť. Pri priebehu motivácie sú dôležité aktivity, ktorými sa hospic snaží získavať dobrovoľníkov do svojich radov. Motivácia dobrovoľníka zo strany hospicu spočíva i v programoch a rôznych tréningových aktivitách, ktoré môže

hospic dobrovoľníkom ponúknuť. Prostredníctvom nich sa dobrovoľníci stávajú školenými na prácu s klientmi v hospicovej a paliatívnej starostlivosti, a tým zvyšujú svoje zručnosti, vedomosti, formujú si svoju osobnosť a môžu rozvíjať svoje talenty. (5) Motivácia zo strany hospicu spočíva aj v ponuke rôznych výhod dobrovoľníckej práce v hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Podľa Help the Hospices (6) sa ide najmä o:

- Možnosť vytvárania nových priateľstiev
- Venovanie času a zručností komunite
- Učenie sa novým schopnostiam a zručnostiam
- Možnosť nájsť si novú (neskôr aj) platenú prácu, prípadne úplne zmeniť zamestnanie

Motivácia je teda zložitá záležitosť. Manažérom v hospicoch, ktorí sa chcú naučiť motivovať nielen seba, svojich podriadených, ale aj dobrovoľníkov, sa môže zdať nadmiera teoretických vedomostí problematická. Manažéri v hospicovej a paliatívnej starostlivosti by sa mali pri snahe o motiváciu ľudí riadiť predovšetkým týmito bodmi:

- mali by identifikovať potreby, hnaciu silu a ambície každého jednotlivca a výstupy, po ktorých jednotlivci túžia, ale zároveň si uvedomiť, že ľudia sa líšia vo svojich osobnostiach a potrebách
- tieto charakteristiky by manažéri dobrovoľníci mali prispôsobiť povahe úloh pre daných jedincov a poskytnúť im príležitosť usilovať sa o vnútorné a vonkajšie odmeny

- manažéri dobrovoľníci by mali jednotlivcom objasniť potenciálne výstupy, ktoré môžu svojím úsilím dosiahnuť, predovšetkým ak sú tieto výstupy pozitívne, žiaduce, realistické a dosiahnuteľné
- mali by sa usilovať o rovnováhu medzi podporou vhodnej úrovne a typu rivality, ktorá pôsobí na zamestnancov stimulujúco a mali by sa usilovať o odstránenie negatívnych aspektov konfliktu
- mali by si uvedomiť následky zmien na motiváciu zamestnancov a využiť komunikačné schopnosti na obmedzenie nežiaducich účinkov zmien na psychiku jednotlivých zamestnancov
- pri vytváraní alebo zmenách individuálnych alebo tímových úloh by manažéri dobrovoľníci mali zväžiť teóriu motivácie a vedeckú prácu tých, ktorí túto teóriu uplatnili pri vytváraní štruktúry pracovných miest

Pracovná činnosť dobrovoľníka v hospicovej a paliatívnej starostlivosti

Hospice Foundation of America (4) uvádza konkrétnu pracovnú náplň dobrovoľníka v hospicovej a paliatívnej starostlivosti, ktorá spočíva vo výkone nasledovných činností:

- Podpora klientov, ktorá zahŕňa návštevy, čítanie, prechádzky, písanie listov, podporné návštevy so zvieratami a iné
- Odľahčovacia služba a podpora členov rodiny, dobrovoľníci môžu prispieť starostlivosťou o domácnosť, v ktorej sa nachádza klient hospicovej a paliatívnej starostlivosti, v rámci odľahčovacej služby zaisťujú starostlivosť o klienta v čase, keď si opatrovateľ/rodinný príslušník potrebuje na istý čas odpočinúť od povinnosti opatrovania
- Pomoc so starostlivosťou o dieťa
- Podporné programy pre pozostalých

- Získavanie finančných prostriedkov a administratívne práce, dobrovoľník prevažne vybavuje jednoduchšie administratívne práce a môže aj kontaktovať potenciálnych darcov, respektíve sponzorov

Organizácia Help the Hospices (6) uvádza veľmi podobné pracovné činnosti dobrovoľníka a dopĺňa ich napríklad o poskytovanie informácií o sprevádzaní pozostalých, stretávanie sa nielen s klientmi, ale aj ich rodinnými príslušníkmi a priateľmi či sprevádzanie klientov do denných centier.

Podľa Ščehovičovej (3) konkrétnou úlohou dobrovoľníka v hospici je forma návštev a ponúkaných rozhovorov podať klientom hospicu a ich rodinným príslušníkom potrebnú podporu v čase silnej emocionálnej záťaže. Význam dobrovoľníckej práce v hospici spočíva predovšetkým v posilňovaní rodinných a medzigeneračných vzťahov, predchádza dlhodobým traumám pozostalých, ale najmä môže poskytovať oporu klientom pri strachu z osamelého umierania.

Namiesto záveru

V našom príspevku zdôrazňujeme, že dobrovoľnícke programy poháňa motivácia dobrovoľníkov a pracovníkov organizácie. Problémy spojené s udržaním si dobrovoľníka vedú zvyčajne k problémom s motiváciou. Motivovaný dobrovoľník je taký dobrovoľník, ktorý chce robiť prácu, ktorú je potrebné robiť podľa pravidiel organizácie. Ľudia sa správajú motivovane, keď práca naplňuje ich potreby. Motivácia dobrovoľníka vychádza z jeho vnútra a pochádza zo súboru potrieb, ktoré ho uspokojujú robením vecí, ktoré považuje za produktívne.

Každý dobrovoľník má odlišnú kombináciu potrieb, každý podáva najlepší pracovný výkon v odlišných pracovných podmienkach. Pre niekto-

rých dobrovoľníkov môžu byť vysokomotivačným faktorom napríklad získanie pracovných skúseností, pre iných to môže byť stretávanie s novými ľuďmi. Potreby dobrovoľníka sa môžu po čase zmeniť. Kľúčom na udržanie dobrovoľníka je zaistiť, aby sa naplňal špecifický komplex jeho motivačných potrieb prostredníctvom dobrovoľníckej skúsenosti. Znamená to, že ak dobrovoľníka jeho skúsenosti z dobrovoľníckej práce uspokojujú, dobrovoľník bude chcieť pokračovať v dobrovoľníckej práci.

Literatúra

1. Laca S. Paliatívna a hospicová starostlivosť ako súčasť etiky života. In: Aplikovaná etika v sociálne práci a ďalších pomáhajúcich profesiách. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety 2010: 413 s. ISBN 978-80-89271-89-4.
2. Ščehovičová L. Sociálna práca v podmienkach hospicovej starostlivosti: diplomová práca. Brno: Masarykova univerzita 2010: 108 s.
3. Hospice Foundation of America. Volunteering and hospice. Be a hospice volunteer [online]. [citované 2012 – 04 - 12]. Dostupné na: <http://www.hospicefoundation.org/volunteering>.
4. Dom božieho milosrdenstva. Dobrovoľníci v hospici [online]. [citované 2012 – 04 - 12]. Dostupné na: <http://www.dombm.sk/dobrovolnici-v-hospici>.
5. Help the hospices. Volunteering [online]. [citované 2012 – 04 - 12]. Dostupné na: <http://www.helpthehospices.org.uk/getinvolved/volunteering/#who>.
6. Brooks I. Firemná kultura. Brno: Computer Press 2003: ISBN 80-7226-763-9.
7. Bělohávek F. Desatoro manažera. Brno: Computer Press 2003: ISBN 80-7226-873-2.
8. McCurley S, Lynch R. Manažment dobrovoľníkov: ako zmobilizovať všetky zdroje komunity. Bratislava: Slovenská akadémická informačná agentúra – Servisné centrum pre tretí sektor 2000: 120 s.

doc. PhDr. Marta Vaverčáková, PhD., MPH.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavskej Univerzity, Trnava
marta.vavercakova@gmail.com

Percepce paliativní péče českou veřejností

PhDr. Marie Macková, PhD.

Katedra ošetrovatelství, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

Paliativní péče je zaměřena na těžce nemocné a umírající pacienty. Česká veřejnost má nízkou znalost pojmu „paliativní péče“, lepší je to u pojmu „hospice“. Služeb hospice by v případě neléčitelného onemocnění využila značná část veřejnosti jak pro sebe, tak pro své blízké.

Klíčová slova: paliativní péče, percepce, veřejnost, Česká republika.

Czech public perception of palliative care

Palliative care is focused on terminally ill and dying patient. The Czech public has low knowledge of the term „palliative care“, it is better for the term „hospice“. Hospice services in the event of malignancy will use much of the public both for themselves and for their loved ones.

Key words: palliative care, perception, public, Czech republic.

Úvod

Téma paliativní péče není v naší zemi zatím dostatečně diskutované a to jak mezi zdravotníky, tak i mezi laickou veřejností. Přesto, že se v posledních několika letech zlepšilo povědomí mezi veřejností odbornou, a to díky různým organizacím působících v České republice a propagujících paliativní péči jako plnohodnotnou formu zdravotní péče o nevléčitelně nemocné, nedaří se stále prosadit paliativní péči do popředí zájmu médií a široké veřejnosti.

U paliativní péče dochází v Evropě i na celém světě k mohutnému rozvoji. Při bližším zkoumání a porovnávání se ukázalo, že v různých zemích existuje odlišná terminologie. Odlišnosti se nachází jak v odborných knihách či dokumentech, tak ve vyhláškách a zákonech. Například výrazy „hospicová péče“, „kontinuální péče“, „podpůrná péče“ či „péče o pacienta v závěru života“ jsou pojmy, které poukazují na podobné oblasti péče (1). Tato nejednotnost a zmatek v terminologii se z odborné veřejnosti přenáší i na laickou veřejnost a zpětně poškozuje vnímání paliativní péče jako takové.

Paliativní péči lze dělit dle způsobu a komplexnosti poskytovaných služeb na péči obecnou a specializovanou. Obecná paliativní péče může být poskytována v běžné klinické praxi i v domácí péči u nemocných. Specializovaná paliativní péče může být poskytována různými formami. Nejrozšířenější formou jsou kamenné hospice. V roce 2011 působilo v České republice 16 hospiců. Další formou jsou mobilní hospice, které poskytují paliativní péči v domácím prostředí. Tato forma je v České republice rozšířena málo (2). Kritéria pro mobilní hospice (dostupnost lékaře specialisty po 24 hodin denně minimálně telefonicky) splňují v roce 2011 v České republice pouze 3 mobilní hospice. Dále může

být specializovaná paliativní péče poskytována na odděleních specializované paliativní péče a na hospicových lůžcích jiných zdravotnických zařízení. Formou specializovaných ambulancí paliativní péče je péče poskytována v roce 2011 pouze na dvou místech České republiky – v Brně a Hradci Králové. Zcela v České republice chybí konziliární týmy paliativní péče, které by působily v rámci zdravotnických zařízení a denní stacionáře paliativní péče.

Podle údajů Světové zdravotnické organizace je u 75 % pacientů s maligním onemocněním indikována paliativní léčba ihned nebo v dalším průběhu nemoci. Totéž platí i pro chronická neoplastická onemocnění (3).

Cíle: Cílem výzkumného šetření bylo zjistit znalost veřejnosti pojmu „paliativní péče“ a „hospice“. Dalším cílem bylo zjistit zájem veřejnosti o hospicové služby v případě svého neléčitelného onemocnění nebo neléčitelného onemocnění u svých blízkých.

Metody a soubor: Data byla získávána pomocí dotazníku vlastní konstrukce, který obsahoval 23 otázek. Výzkumné šetření bylo realizováno v rámci české populace starší 18 let, soubor tvořilo 2 670 respondentů. Sběr dat probíhal od ledna 2011 do října 2011. Data byla podrobena kvantitativní analýze za pomoci programu Statistica 9.1, české verze. K testování hypotéz byl použit Pearsonův chí-kvadrát test. Za hladinu významnosti byla zvolena hodnota $p = 0,05$.

Výsledky: První část dotazníku zjišťovala identifikační údaje. Více než polovinu respondentů (64,5 %) tvořily ženy. Respondenti byly rozděleny do čtyř věkových kategorií. Kategorie 18-35 let, 36-50 let a 51-65let byly zastoupeny téměř stejně okolo 30 %. Kategorie 66 a více let byla zastoupena nejméně, pouhými 6 %. Dle vzdělání byly nejčastěji zastoupeni středoškolsky vzdělání lidé (47,5 %) a vysokoškolsky

vzdělání lidé (30,7 %). 2/3 respondentů uvedly, že jsou bez vyznání, 1/3 se přihlásila k nějaké víře. 2/3 respondentů měly bydliště ve městě, 1/3 na vesnici. V otázce na zaměstnání byli respondenti zařazeni do dvou kategorií, buď mezi zdravotníky (např. lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka, ošetrovatel, aj.) nebo mezi nezdravotnické profese (např. technik, učitel, úředník, aj.). Výzkumu se zúčastnily 3/4 nezdravotníků a 1/4 zdravotníků.

Druhá část dotazníku zjišťovala skutečnou znalost pojmů „paliativní péče“ a „hospice“. Z celého souboru pouze 18,7 % respondentů znalo pojem „paliativní péče“ a dokázalo ho vysvětlit. Mnohem lepší výsledky byly zaznamenány u pojmu „hospice“. Ten znalo a dokázalo vysvětlit 50,6 % respondentů. Subjektivně hodnotilo 85 % respondentů své znalosti z oblasti paliativní péče jako nedostatečné. Pokud měli informace, tak je nejčastěji získali ze školy (37,5 %) a z médií (26,0 %). Od lékaře mělo informace pouhých 15,6 % respondentů.

V poslední části dotazníku byl vysvětlen pojem „hospice“ a následně byly respondenti dotazováni, zda by služeb hospice využily v případě neléčitelné nemoci pro sebe nebo pro své blízké. Pro sebe by služeb kamenného hospice chtěla využít více než polovina respondentů, pro své blízké pak 67,4 % respondentů. Služby mobilního hospice by pro sebe využily necelé 3/4 respondentů, pro své blízké pak 86,9 % respondentů.

Nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi náboženským vyznáním a znalostí pojmů „paliativní péče“ a stejně tak nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi zaměstnáním a znalostí pojmu „paliativní péče“. Statisticky významná závislost však byla prokázána mezi náboženským vyznáním a znalostí pojmu „hospice“ ($p = 0,011$) a mezi zaměstnáním

a znalostí pojmu „hospic“ ($p = 0,002$). Graficky jsou tyto vazby zachyceny na obrázku 1 a 2.

Diskuze: Zajímavým zjištěním bylo, že respondenti, kteří chybně uváděli popis paliativní péče vlastními slovy se většinou domnívali, že paliativní péče je označení pro péči intenzivní nebo také nadstandartní. Často se také objevoval názor, že paliativní péče je synonymem pro eutanazii. Z těchto výsledků je možné usuzovat, že paliativní péče je širokou veřejností chápána jako „něco“, co není dostupné každému a jako „něco“ o čem sám nemocný nemůže rozhodnout.

Zarážející je nízký podíl získávání informací o paliativní péči od lékaře, je tedy otázkou, zda nezaměřit edukaci o paliativní péči na praktické lékaře.

Subjektivní hodnocení znalostí o paliativní péči můžeme srovnat s výzkumem provedeným ve Skotsku (4). Při tomto výzkumu uvedlo 81 % dotazovaných, že subjektivně hodnotí své znalosti o paliativní péči jako nedostatečné.

Z výsledků je zřejmé, že pro veřejnost je mnohem známější pojem „hospic“, než „paliativní péče“, přestože oba pojmy jsou zaměřeny na stejnou problematiku. Důvodem by mohla být nejasná terminologie, kdy paliativní péče, hospicová péče, péče v terminální fázi aj. jsou užívány jako termíny totožné. Vzhledem k tomu, že hospice jsou v současné době prezentovány a propagovány před veřejností laickou i odbornou jako místa důstojného odchodu ze života, je ve spojení s hospicem logicky více užíváno termínu hospicová péče. Naopak vzhledem k poměrně nízké rozšířenosti jiných forem specializované paliativní péče v ČR jako např. specializovaná oddělení paliativní péče a lůžka paliativní péče není termín „paliativní péče“ u široké veřejnosti příliš znám.

Veřejnost by měla větší zájem o služby mobilního hospice. Je zjevné, že lidé považují domácí prostředí jako nevhodnější pro odchod ze života, ale zároveň nemají jistotu, zda jim v domácím prostředí bude poskytnuta dostatečná péče a také zda dokáží sami umírajícímu kvalitní péči poskytnout. Výsledky lze srovnat s výzkumem Cesty domů z roku 2011, ve kterém se potvrdilo, že 78 % lidí chce umírat doma, v 88 % jsou ochotni se o své blízké starat až do konce a 88 % zdravotníků rovněž považuje domácí prostředí za nejlepší místo pro umírající. Pouhá osmina by nebyla ochotna se o svého blízkého starat, většina populace říká, že by se postarala.

Fakt, že zdravotníci neznají pojem „paliativní péče“ více než nezdravotníci je zarážející, ne však překvapující. Vorlíček a Sláma (5) rovněž poukazují na to, že odborná veřejnost má v oblasti paliativní péče značné mezery.

Závislost mezi vírou a znalostí pojmu „hospic“ zřejmě souvisí s tím, že církev je jedním ze zřizovatelů hospiců a domácí hospicové péče v ČR, kamenné hospice jsou často umístěny do blízkosti církevních institucí a duchovní péče o nemocné je jednou z nejdůležitějších složek hospicové péče vůbec.

Stejně tak závislost mezi vzděláním a znalostí pojmu „hospic“ je pochopitelná. Tato skutečnost jistě souvisí se vzděláváním zdravotníků a poukazuje na správně vedenou prezentaci hospiců a hospicové péče mezi zdravotníky.

Závěr

Z výsledků dotazníkového šetření je patrné, že pojem „hospic“ zná veřejnost mnohem lépe než pojem „paliativní péče“. Veřejnost by v případě neléčitelného onemocnění využila jak pro sebe, tak pro své blízké spíše služeb mobilního

hospice. Výsledky výzkumu jasně ukázaly, že veřejnost stále není o možnostech paliativní péče dostatečně informována a že je nutné, aby se rozvoj paliativní péče ubíral jak směrem k lepší informovanosti veřejnosti, tak k zakládání nových zařízení poskytujících tuto specializovanou péči. Může se jednat o nové kamenné hospice, či lůžka specializované paliativní péče, především však zlepšit podmínky pro rozšíření domácí paliativní péče.

Literatura

1. Hanks G. et al. *Oxfords Textbook of Palliative Medicine*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press 2010: 1 666 s. ISBN: 978-0-19-857029-5.
2. Marková M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada 2010; 1: 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
3. Skříčková J. Dvacet let paliativní péče v České republice – ohlédnutí za významnými etapami. In: *Sborník z III. Česko-slovenské konference paliativní medicíny, konané 24. -25. 11. 2011 v Olomouci*. Olomouc: Solen 2011: s. 11. ISBN 978-80-87327-74-6.
4. Wallace J. *Public awareness of palliative care* [online]. Edinburgh: Scottish Partnership for Palliative Care 2003. [cit. 15.3.2012] ISBN 0-9542396-4-4. Dostupné z: <http://www.palliativecarescotland.org.uk/content/publications/PublicAwareness-PalliativeCare.pdf>
5. Vorlíček J, Sláma O. *Paliativní medicína - historie a současnost*. Sanquis 2005; 41: s. 34. ISSN 1212-6535.

PhDr. Marie Macková, PhD.

*Katedra ošetrovatelství, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno Kamenice 3, 625 00 Brno
mackova@med.muni.cz*

- POLOHOVATEĽNÉ LÔŽKA
- ANTIDEKUBITNÉ MATRACE
- NÁBYTKOVÉ VYBAVENIE
- KOMPLEXNÉ ZARIAĐOVANIE NEMOCNÍC A DOMOVOV DÔCHODCOV
- ZASTÚPENIE VÝROBCU LINET
- VYSOKÉ TECHNICKÉ PREVEDENIE, KVALITA A DIZAJN VÝROBKOV
- NA TRHU OD ROKU 1996
- BOHATÉ REFERENCIE

Lôžko LATERA THEMA s laterálnym náklonom

4-dielna ložná plocha polohovaná elektromotormi, laterálny náklon ložnej plochy, elektrické výškové nastavenie, stĺpová konštrukcia s vysokou stabilitou a nosnosťou 200 kg, patientský ovládač, odnímateľné čelá, 2 držiaky pre hrazdu a infúzny stojan

**Lôžko ALTURA THEMA so stĺpovou konštrukciou a kardio polohou**

4-dielna ložná plocha polohovaná elektromotormi, autoregresia chrbtového dielu, elektrické výškové nastavenie, stĺpová konštrukcia s vysokou stabilitou a nosnosťou, patientský ovládač, odnímateľné čelá, 2 držiaky pre hrazdu a infúzny stojan

Lôžko TERNO PLUS

4-dielna ložná plocha polohovaná elektromotormi, núdzové mechanické odblokovanie chrbtového dielu, elektrické výškové nastavenie 39 – 81 cm, nosnosť 170 kg, patientský ovládač s magnetickým kľúčom, 2 držiaky pre hrazdu a infúzny stojan

**Lôžko BETA**

dvoj- alebo 4-dielna ložná plocha mechanicky polohovateľná pomocou plynových pružín, integrované celodrevené postranice s bezpečnostnou aretáciou, drevené čelá, nosnosť 170 kg, 2 držiaky pre hrazdu a infúzny stojan