

Paliatívna medicína a liečba bolesti

S2
2010

www.solen.sk

ISSN 1337-9917

ROČNÍK 3

**ZBORNÍK PREDNÁŠOK Z 5. ROČNÍKA
MEDZINÁRODNEJ KONFERENCIE
HOSPICOVEJ A PALIATÍVNEJ
STAROSTLIVOSTI**

Suplement 2

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

ZBORNÍK PREDNÁŠOK Z 5. ROČNÍKA MEDZINÁRODNEJ KONFERENCIE HOSPICOVEJ A PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

24. APRÍLA 2010

Aula Pazmanium FZaSP Trnavskej univerzity
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnava

Pam Firth The work of the European Association of Palliative Care and its task forces	6
Dr. Włodzimierz Wieczorek Ethical aspects of communication in the case of paediatric palliative care	7
doc. MUDr. ThDr. Mgr. Max Kašparů, Ph.D. Rodina – její definice, prostor, problém	10
Ing. Magdaléna Veselská Ekonomika a manažment hospicov na Slovensku	12
MUDr. Alena Mažgútová, doc. MUDr. Želmíra Fetisovová, PhD., MUDr. Igor Ondrejka, prof. MUDr. Katarína Adamicová, PhD. Intervencia lekára so zreteľom na dôstojnosť terminálneho pacienta	15
doc. MUDr. Želmíra Fetisovová, PhD., prof. MUDr. Katarína Adamicová, PhD., MUDr. Alena Mažgútová, MUDr. Zuzana Kalabová Limity a presahy paliatívnej starostlivosti	17
MUDr. Hedviga Jakubíková, MUDr. Eleonóra Klímová Zásady liečby bolesti v paliatívnej starostlivosti	19
MUDr. Klára Hottmarová, MUDr. Mária Jasenková Manažment GIT symptómov v detskej paliatívnej starostlivosti – kazuistika	20
MUDr. Zuzana Otrubová Syndróm opioidmi indukovanej neurotoxicity – kazuistika	22
Mgr. Helena Kisvetrová, doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc. Úzkost ze smrti jako ošetrovatelský problém v domácí péči	23
Mgr. Anna Michňová Komunikácia s pacientom v bezvedomí	25
Mgr. Lenka Špirudová, PhD. Klinická supervize v ošetrovatelství – mají sestry o čem diskutovat?	26
Bc. Slamková Erika Ošetrovatelská starostlivost' o nevyliciteľne chorých pacientov s dekubitmi	30
PhDr. Jana Martinková Osobnostné predpoklady a rola sestry v paliatívnej a hospicovej starostlivosti	32
PhDr. Slávka Démuthová, PhD. Dekompenzačné psychologické činitele v paliatívnej starostlivosti o deti	34
doc. PhDr. Mgr. Patricie Dobříková, PhD. et. PhD., MUDr. Jana Pulmannová Logoterapia a jej využitie u zomierajúcich pacientov	36
Mgr. Katarína Mária Vadíková, PhD. Hospicová a paliatívna starostlivost' ako vzťah	38
Mgr. Andrea Križanová Psychologické aspekty onkologického pacienta v paliatívnej starostlivosti	40

PhDr. Marie Macková, Ph.D., RSW. Poradenství pro rodinu pacienta po jeho smrti	41
Mgr. Dušana Pčolková, doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et. PhD. Využitie logoterapie v starostlivosti o pozostalých	43
Mgr. Natália Kacianová, PhD. Podporná skupinka pre smútiacich – skúsenosti z praxe	44
Mgr. Miriam Prášilová Vybrané aspekty profesionálnej etiky duchovnej starostlivosti	46
PhDr. Mgr. Marta Hošťálková, Th.D. Hlavní rysy spirituální péče o umírající seniory ve zdravotnických zařízeních	48
Ing. Viktória Vasilenková, Mgr. Ľubica Grebečiová Príklady dobrej praxe: Sprevádzanie onkologických pacientov dobrovoľníkmi, ich skúsenosti a vplyv supervízie	50
doc. PhDr. Mária Dávideková, PhD. Dôstojnosť zomierajúceho človeka	52
PhDr. Dagmar Magurová, PhD., PhDr. Gabriela Kuriplachová, doc. PhDr. Darina Wiczmándyová, PhD. Možnosti využitia tvorivých techník a metód vo výučbe paliatívnej a hospicovej starostlivosti	53
PhDr. Zuzana Polakovičová, doc. PhDr. Marta Vaverčáková, PhD., MPH Manažment programov zlepšovania kvality v hospicovej starostlivosti	55
Mgr. Ivana Hnatová, doc. PhDr. Nadežda Kovalčíková, PhD. Problematika syndrómu vyhorenia pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti	57
Andrea Bratová, Alica Slamková Psychologické aspekty a profesionálna záťaž v zdravotníckej profesii	58
PhDr. Vojtech Ružička, PhD. Postavenie a úlohy sociálneho pracovníka v hospicovom tíme	59
Mgr. Dušana Pčolková, Mgr. Lukáš Pavelek Zmysluplné utváranie života ako možnosť pacientov s infaustnou prognózou	61
Jiřina Hosáková, Roman Adamczyk Postoje sestery z klinické praxe k paliatívnej péči	62
Mgr. Miroslava Kolajová Médiá a hospicová a paliatívna starostlivosť	64

The work of the European Association of Palliative Care and its task forces

Pam Firth

Isabel Hospice Ltd, Welwyn Garden City, Hertfordshire

This article describes some of the activities of the European Association of Palliative Care such as research, its collaboration with the European Parliament and publications. The final part of the article is focused on the work of the newer task forces.

Key words: the European Association of Palliative Care, task forces, projects, research forum.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 6–7

The European Association of Palliative Care was formed in December 1988 in Milan, Italy. Forty two founding members from nine countries committed themselves to forming this influential association, which is now a NGO of the European Union. (The Association of Palliative Care Social Work) was one of the first members. The aim of the EAPC is to increase the awareness and to promote the development of palliative care at a scientific, clinical and social level.

By 2008 the EAPC had 41 collective members from 25 European Countries and had members from all over the world. There are twenty three collective members from USA, ten from Canada, six from Japan, five from Australia and two from Saudi Arabia. Its bi-annual congresses attract over 2,000 delegates from all over the world. The last two congresses have been held in Hungary and Vienna and have enabled more of our colleagues in the Eastern parts of Europe to come.

This presentation will look at some of the activities of the European Association of Palliative Care such as research, its collaboration with the European Parliament and publications. The final part of the lecture will focus on the work of the newer task forces. In the past a great deal of work was done in looking at the education of Nurses and Doctors and in the joint work with the Observatory on mapping world wide services. The more recently formed task forces, for example the task force on Carers and the proposed task force on the education and competencies of psychologists, physiotherapists and social workers, will be addressed.

The beginning

1988 seems a long time ago now. A group of physicians from Europe and North America were already co-operating by sharing ideas and research with each other. Kathy Foley a physician from USA and Geoffrey Hanks from UK are still active members of the EAPC but sadly Vittorio

Ventafriidda the leader died in 2008 and two other founder members Frances Sheldon and Dame Cicely Saunders died in 2004 and 2005.

The organisation

It has always been based in the large cancer unit in Milan. The secretariat is small led by Heidi Blumhuber and supported by Amelia Giordano. The EAPC is a charity supported by the fees paid by the collective members. It has a board of 13 directors all of whom are unpaid and stand for four years with the possibility of re-election just for four more years. The current board consists of physicians, nurses, a sociologist, psychologist and a social worker. They represent the following countries UK, Hungary, Germany, Denmark, Belgium, Switzerland, Holland, Sweden, Italy, France, Israel, Spain and Norway. Geoffrey Hanks and Franco Di Canno are honorary presidents and Stein Kassa heads up the research network.

The EAPC's aims and objectives are clear they are to

INCREASE THE AWARENESS AND PROMOTE THE DEVELOPMENT AND DISSEMINATION OF PALLIATIVE CARE AT SCIENTIFIC, CLINICAL, AND SOCIAL LEVELS. INTERNATIONAL NETWORK FOR THE EXCHANGE OF INFORMATION AND EXPERTISE

In 2005 it was estimated that 50,000 people were members through their collective organisation and by 2008 many more countries had joined and increased the membership. Members are now drawn from 52 countries

Activities

The Congresses and Research Forums have been part of the core business of the EAPC since the beginning and provide the base to disseminate information and expertise. They also provide income.

The congresses support the work of us all by giving opportunities for participants to share

expertise through poster and oral presentations. At my first congress in Geneva I was thrilled to have a poster accepted. Now the biannual congresses have up to 2000 participants. The programme is organised by a scientific committee. As you can see host countries change, last year the congress was in Vienna and two years before it was in Budapest.

The breakdown of countries attending the Budapest Congress demonstrates that Central and Eastern European Countries are under-represented. However things are changing. The EAPC always tries to support members from resource poor countries by having a reduced fee system.

The research forums are also held bi-annually. This year it will be in June in Glasgow Scotland and so far over 1000 people have registered. The EAPC is proud of its activities in promoting multi-site, multi-country research.

Publications

There are two scientific journals. They are European Journal of Palliative Care and Palliative Medicine. Both journals are used widely. If any of you do want to share good practice and receive feedback then a good place to start is the European Journal.

Task Forces and projects

I will talk a little about the task forces now. All the published works are on the website www.eapcnet.org

The ethics task force produced our first paper on the controversial subject of euthanasia. As we speak things are changing in Europe and the ethics group will be updating their work. Another very recent paper is on Sedation

The task force on the development of *Palliative Care in Europe* produced the map I showed you and then gave out free copies of their work. It has been useful at all levels of national programme development.

In 2004 the task force on *Nursing Education* was published. The work was completed by four palliative care nurses and sets out ideas about curriculum planning, aims and objectives and looks at competencies. It is probably ready for an update but still useful. There is similar group working on *Medical Education*. This document will be a free publication and will be widely available.

Three groups of palliative care professionals who are currently setting up task forces are the physiotherapists, social workers and the psychologists. At the congress in Vienna a group of physiotherapists planned and executed a dedicated conference day for fellow professionals. It was really well accepted and they will be running a two/three day conference in the UK in September. This will promote the idea of a task force to look at training, support and competency of physiotherapists.

Palliative Care Social Work It is clear from my work on the board and contact with fellow social workers in Europe that palliative care social work as a specialism is under threat. In the UK generalist social workers have become care managers and the therapeutic aspect of our work has been severely undermined. The UK government have further threatened the palliative care social workers by totally excluding them from the psychological care of cancer patients and their families in all their documentation and planning. Employers will be commissioned on the basis of governmental planning.

Part of the problem is that there is confusion and muddle about the specialist training that palliative care social workers require. Many have been in post for many years some have extra training in counselling and family therapy. In the UK we have a specialist organisation to support our work. It is the "Association of Palliative Care Social Workers" and there are nearly 400 members. Other countries are following this model e.g. Holland and Ireland. Can I draw your attention to "Progress in Palliative Care" a quarterly peer reviewed journal published in USA which has a special palliative care social work edition for its June journal.

A very useful project which has been published by the EAPC has been the document on *Standards and Norms*. Using a Delphi on line research method it has produced a consensus on Standards. This document is currently being published and will also be available on the web. I have found that new organisations are reporting the benefits of using the document to secure funding.

One of the most successful projects has been the setting up of the CEE and FSU newsletter. Katalin Hegedus, a board member started this project with funding from the EAPC, The End of Life Observatory and the Open Society in 2005. I hope everybody here sees it regularly.

I am a member of the task force on family carers which has obtained some research funding and its report which is in two parts can be read on line and in *Palliative Medicine*. I am sure this

will be of great use to many of you and of course feedback is really vital for us. We are aware that the practice and art of palliative care is different all over the world and the role of family carer is key.

Research Forum

I have talked earlier about the collaborative research that takes place through the EAPC. We are very pleased to obtain funds through the EU for the ATOME project. There is also collaborative research being carried in Spain for the WHO so this is an area of growth. Feedback again will be through the EAPC journals and at the Congresses. It is early days for the ATOME project.

Conclusions

It is so good to be here to share in your conference and hear about your work. If you have suggestions for topics for the Lisbon Congress next year I am happy to hear them and take them back to the scientific committee. The congress will be at the huge conference centre on the waterfront in Lisbon in May next year. The organisers are making registration financially viable for resource poor countries and accommodation will reflect the diversity of need. Hope to see some of you there. Thank you.

Pam Firth

Isabel Hospice Ltd

61 Bridge Road East, Welwyn Garden City, Hertfordshire, AL7 1JR

pam.firth@isabelhospice.org.uk

Ethical aspects of communication in the case of paediatric palliative care

Dr. Włodzimierz Wieczorek

John Paul II Catholic University of Lublin, Lublin, Poland

The aim of the article is to describe the moral obligation in the context of the pediatric palliative care. The practical aim is to answer the question about proper attitude of the family and the medical staff toward a dying child. The answers take into account the right of the child to the truth about his or her physical state, the possibility of taking part in the decision making process and the spiritual care of the dying children. The theoretical reflections are confronted with the empirical survey among the physicians. The answers for the twelve questions of the questionnaire illustrate the practice of the doctors who deal with the sick children and their families.

Key words: pediatric palliative care, ethical aspects of autonomy; truth telling to a patients, the patient as the person.

Affirmation of patient dignity, inter alia, requires the respect of their rights to true information and accepting subjectivity in therapy. This assumption is rooted in the natural law and reflected by the Church teaching, documents

of medical deontology and is quite commonly recognised. In special situations these rules may, however, be variously interpreted, which may bring about a number of moral dilemmas. Such special situations include paediatric palliative ca-

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 7-9

re. Theoretical deliberations on the issue in question have been operationalised in questions of a questionnaire completed by 94 professionally active doctors of various specialisations, who declared believing in God. The aim of this article

is to present the results and attempt to provide them with ethical commentary.

1. Execution of ill children's rights to true information

Deontological codes, studies in bioethics and documents produced by the Church entitle patients to true information about their health. Medical law obliges doctors to inform persons aged 16 and over about their diagnoses. Nonetheless, next to the knowledge of the basic rules, attitude characteristic of "great flexibility and openness, considering the very widely-understood time and place determinants" (1) is necessary so as the truth telling should serve the patient.

Family is a natural environment in which a child may receive what it needs the most at the time of severe disease and death. The experience of unconditional love, affirmation of subjectivity, respect, understanding and trust can be implemented in close family relations to the fullest (2). Close cooperation of the medical personnel and the family involves communication to a large extent. Thanks to the parents and siblings a child is able to accept the truth of its health and experience unconditional love in a manner more adjusted to its cognitive skills (2).

Family members are privileged in the group of people taking care of a child suffering from a terminal disease. This assumption is confirmed by the opinion of doctors. 82 % of the respondents replied positively to the question *whether a family is the best intermediary to inform the child of its health*. 42 % of them answered *definitely yes*, 20 % said *rather yes* and 20 % gave a yes answer. 13% said *rather no* and further 7 % had no opinion. These opinions relate to primary school children. In the case of secondary school children 61 % of doctors claim that family is best to describe health to a child. 29 % of the respondents are of a different opinion, saying *rather no*. The majority of parents assume that they know what their children need best, what is the best for them and what decisions will meet their expectations. However, the problem arises when the parents do not want to or cannot inform the child of the fact that it should prepare for death.

In respect of primary school children, 33% of doctors asked *if informing a child about its health should be limited to the boundaries established by its parents* replied *yes*, where only 10% answered *definitely yes*. 67% of the respondents maintain that doctors may cross the boundaries drawn

by parents if the child's good requires so. As regards secondary school children, the majority of doctors claim that parents should refrain from establishing such boundaries; 42 % said *no*, 20 % answered *rather no* and 8 % said *definitely no*. 30 % of the respondents maintain that parents have such right in respect of secondary school children.

In the case of near death, 70 % of doctors maintain that a primary school child should be informed of its health by the medical personnel if it asks this question itself. Similar results were obtained for secondary school children. 28% of the respondents assume that the medical personnel should not inform primary and secondary children of the risk of death. It seems that this group of doctors leaves it to the family or some other person to decide in this case. When a child is dying and does not ask about its health, 30 % of the respondents maintain that the medical personnel should inform it of the fact, regardless of whether it is a primary or secondary school child. 72 % of doctors replied that a child not asking about its health should not learn about the diagnoses or be informed of its health. 50% of the respondents gave a *rather no* answer to the question.

The above mentioned replies seem to have been accompanied by a conviction that it is the family who should care to inform the child of its health. However, if parents are unwilling to inform a child of an unfavourable diagnosis in the case of direct risk of death and the lack of such knowledge would involve the child's spiritual harm, doctors maintain that the medical personnel is authorised to provide the child with such information. 22 % of doctors claim they *definitely have* such right, 50 % maintain that they *rather have* such right and 28 % are of the opinion that they *have* such right. The same ratio is maintained for primary and secondary school children.

To prove informing children about death right, one may quote the results of research carried out in Japan in 2006. The research covered children having cancer and being subject to palliative care (3). The said results have shown that informing a child about the possibility of death did not effect nervous breakdown, i.e. depression. Other research carried out by *Karolinska Institute* proves that none of the 147 parents who discussed death with their children regretted their decisions later on. On the other hand, 69 in 258 parents who concealed the truth from their children regretted not having discussed death with them (4). It turned out that the majority

of parents who regretted their decision were aware of their children's sensing the approaching death (5).

2. Active child participation in the therapy decision-making process

The question of whether the medical personnel should take into account the child's opinion depends on three factors. Firstly, it should be borne in mind that the way children perceive the disease, the forms of therapy, prognoses depends on whether the family and the medical personnel discuss the disease and therapy with them in an honest and open manner. Secondly, the level of emotional and intellectual capabilities of children depends on the extent to which their psychological and spiritual needs in relation to the family and friends are met. Finally, age, disease advancement, emotional balance and personal skills to allow for a positive absorption of information about the health condition are important determinants (5).

The majority of the responding doctors claim that children are emotionally and intellectually prepared to actively participate in the decision-making on their therapy. 70 % of the respondents claim the above mentioned fact is true for primary school children, where 20 % maintain that children are absolutely mature in this respect, whereas 50 % claim that children at this age are rather emotionally and intellectually competent in this regard. 30 % of the respondents maintain that such children are not completely prepared to such participation. 80 % of the respondents considered secondary school children ready to take part in the decision-making process; however, only 20 % were absolutely certain about their opinion. 20 % maintained that the secondary school children rather lack such competences.

If the child's decision is not focused on its well-being, the majority of doctors claim that the child's opinion cannot be taken into account. 74 % of the respondents share this view. A surprisingly high percentage of doctors claims that even in the above mentioned situation, when the child's opinion is not good for its health, it should be considered. This view is shared by 26% of the respondents. The same answers were provided in the case of primary and secondary school children.

3. Religious and spiritual matters

Parents often go through extreme and conflicting moods in view of their child's termi-

nal disease. On the one hand, they might feel being abandoned by God who let the innocent child suffer. On the other hand, they hope that God will allow the child to live after death and in a way still be with them (6). Interestingly, the hope of eternal life is similar among the practising believers, those who don't practice, atheists and agnostics. This is connected with experiencing sorrow in grief that can be called a child's sorrow because it is accompanied by inability to express pain, longing, by accusing oneself. These experiences are characteristic of childhood (7).

Moral dilemmas related to children's religious independence may also occur in this context. They appear in situations when children's and parents' views on religion differ and when the family disagrees in their religious beliefs. The question arises whether the believing medical personnel is morally entitled to exert indirect or direct religious impact on the child when the parents do not wish so. Does the child's independence in the religious dimension precede the parents' right to raise the child?

Research has shown that Catholic doctors are quite unanimous in their opinion on spiritual support they are obliged to in respect of dying children. When asked: *Should the medical personnel talk to the children about their faith, fears, anxieties*, they all replied affirmatively. This relates to both age groups. Among this group of doctors, 42% considered this need definite. This view is, however, accompanied by the conviction that they are not ultimately prepared to hold such conversations. Only 27 % of them claim that the medical personnel is prepared to make conversations on the spiritual and religious aspects of life, while 73 % maintain that it is *not* or *rather not* prepared. It turns out that three in four doctors face a certain dilemma resulting from the sense of responsibility of having such conversations and experience of lack of competences in this respect.

The last two questions related to the situation of difference in faith between a child and its parents and the fact whether the medical personnel is allowed to give witness of faith in such situations. All the respondents gave affirmative replies to the question *if the medical personnel should give witness of their own faith in God and eternal life when parents reject believing in God and the child asks questions of its life after death* (?). 59 % of the respondents maintained that doctors and nurses had definite right to do that. The opinion is identical in respect of primary and

secondary school children. Doctors hold that children are independent from their parents in respect of religion. This is confirmed by replies to the next question: *Should the hospital's chaplain pay visits to a child on its request despite the fact that parents do not wish so?* As regards secondary school children, all the answers were positive, where 81 % of the respondents voted *yes* and *definitely yes*. Similar replies were expressed in respect of primary school children, though 12 % of the respondents replied negatively, claiming that the chaplain should rather not visit a child in such a situation.

Children subject to palliative care should be treated with due dignity, respect and honesty. As regards functional families parents are the best witnesses of such attitude to children. Parents know their children and are thus appropriate intermediaries to communicate the truth about their children's health, therapy initiated and possible consequences. Children should be allowed, if they wish so, to openly discuss such matters.

In principle, it is the family which should determine the scope of information to be provided to a child as parents can best establish the dynamics with which the child can be informed about its health and the parents are familiar with the child's ability to assimilate the truth in an un-harmful manner. But in crises, when the disease disintegrates the family system, not only a child that is a patient but also the whole family.

When a family is unable to fulfil its function the medical personnel may provide the child with information about its health, in particular in the case of the risk of its death. Such truth should, however, be communicated progressively and the dynamics of informing about the unfavourable diagnosis should be determined by the patient. Many doctors claim that children can be told any truth, even the hardest one. Yet the way the truth is told should be adjusted and the child should be allowed to decide on what and when it wants to be told by asking questions.

If a child refrains from asking questions about its health and if life is at risk, it may mean that the child non-verbally demands particular attention and care. It should, however, be borne in mind that the child's suffering due to awareness of upcoming death is difficult to imagine for the medical personnel. The phenomenon of the child's calmness and courage in the face of death is frequent. It does not necessarily mean that the child fails to experience it deeply and in pain.

Such calmness may be misleading and should not encourage to "forcibly" burden it with unfavourable diagnosis, subsequently leaving the child to itself. The fact that patients are not fully competent to constructively accept the truth about their health and consciously participate in therapy may indicate the need of particular care of an interdisciplinary team, composed of a doctor and a confessor or a psychologist (8).

Children may to an extent – which is always an individual issue – participate in taking decisions about therapy on the condition that they are competent. The patient's independence should, however, be subject to the generally understood interest of a child. If children's decisions are not aimed at their spiritual and bodily well-being, parentalism would be perfectly justified.

The medical personnel failing to make effort to fulfil the child's spiritual needs does harm to such a child. If children are not spiritually supported by the loved ones, the scope of obligations of the medical personnel increases. It should be borne in mind that spiritual concern is as important for therapy as bodily concern. Despite the difficulties and negative emotions which may arise from the discussion of spiritual matters, it should be pointed out that faith of children facing death is frequently characteristic of deeper confidence in continuation of life after death. Children in such situations may be more open to discussions of life after death than their parents.

Bibliography

1. Wróbel J. Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych. Kraków 1999.
2. Papieska Rada Cor Unum. Niektóre kwestie etyczne dotyczące ciężko chorych i umierających (27. 07. 1981) W: W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej. Red. K. Szczygieł. Tarnów 1998: 437–452.
3. Hilden J M, Watterson J, Chrastek J. Tell the children. *Journal of Clinical Oncology* 2000; 18(17): 3193–3195.
4. Kreicbergs U, Valdimarsdottir U, Onelov E, Henter J, Steinck G. Talking about death with children who have severe malignant disease. *The New England Journal of Medicine* 2004; 351(12): 1175–1186.
5. Wolfe L. Discussing death with a dying child. *Cancer Journal for Clinicians* 2005; 55(1): 2–3.
6. Fujii Y. In: Analysis of the circumstances at the end of life in children with cancer: A single institution's experience in Japan. *Pediatrics International* 2003; 45(1): 54–59.
7. Jan Paweł II. Przemówienie do personelu medycznego w rzymskim szpitalu Bambino Gesù (8 stycznia 1982 r.).
8. Hartman J. Bioetyka dla lekarzy. Warszawa 2009.

Dr. Włodzimierz Wieczorek

John Paul II Catholic University of Lublin
Al. Raclawickie 14, 20-950 Lublin, Poland
wwieczorek@kul.pl

Rodina – její definice, prostor, problém

doc. MUDr. ThDr. Mgr. Max Kašparů, Ph.D.

N O R B E R T I N U M, Centrum pro pastorální medicínu a soudní psychiatrii, Pelhřimov

Smysl života najde jen ten, kdo zná jeho původ a cíl. Smysl života, bolesti i smrti se tvoří v rodinách, které mají hluboké morální kořeny a vysoké etické cíle. Jsou k tomu naše dnešní rodiny zralé a připravené? Je v rodinách klima pro tvorbu kvalitního prosociálního citění?

Klíčová slova: tvar postmoderní rodiny, změna obsahu pojmů, krize vztahů, sociální souvislosti v lékařství, paliativní péče a morální hodnoty.

The family and its definitions – space – problem

Sencon de la vivo nur tiu trovos, kiu konas ĝiajn devenon kaj la celon. La sencoj de la vivo, doloro kaj la morto kreigas en la familioj kun profundaj moralaj radikoj kaj altaj etikaj celoj. Ĉu estas niaj familioj por ĉi tio maturaj kaj preparitaj? Ĉu estas en la familioj klimato por kreado de la bonkvalita sociala sento?

Key words: postmoderna formo de familio, konverto de enhavo de ideoj, krizo de rilatoj, socialaj aspektoj en medicino, paliativa terapio kaj moralaj valoroj.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 10–12

Úvod

Nic, v celém našem vesmíru, se neděje bez souvislostí, nic není náhodné, vše má svoji příčinu. A protože i naše planeta a my, lidé na ní, jsme součástí vesmíru, dotýkají se pravidla souvislostí i nás.

V tomto aspektu lékařská péče, paliativní medicína zvláště, nevisí ve vzduchoprázdnu, ale odehrává se v prostoru, který má svá pravidla, a mezi lidmi, kteří mají svoji duši. Péče o nevyčísitelně nemocného člověka se odehrává v jedné ze dvou možných lokalit. Buď:

- v léčebném zařízení, které je ovlivňováno pravidly té které společnosti,
- nebo v rodině, která je ovlivňována vlastními duchovními hodnotami a hierarchií etických norem. Na nich, právě na nich závisí kvalita přístupu ke členu rodiny v terminálním stádiu onemocnění.

Dovolte mi, abych se dnes věnoval onomu prostoru, kterému se říká rodina, protože od ducha rodiny, od jejího paradigmatu, který v ní vládne, odvisí do veliké míry také kvalita přístupu k těžce nemocnému člověku. Ale dříve, než se dostanu k tématu tohoto příspěvku o devíti kapitolách, dovoluji si v úvodu ocitovat zkrácený literární příběh od mého oblíbeného anglického spisovatele G. K. Chestertona. Existují totiž společenské jevy i situace, které se lépe než vlastní definicí vyjádří příběhem.

Kapitola 1 – Plynová lampa

Představte si velký sběh lidí, kteří chtějí konečně zbourat plynovou lampu na náměstí, proti níž už tak dlouho známé osobnosti v obci hovořily jako o naprostém přežitku. A teď se na

jednou v šedém hábitu objeví mezi nimi mnich, reprezentant křesťanských hodnot, a nezáživným způsobem po vzoru scholastiků praví: „Milí bratři, posuďte nejdříve, než budete bourat onu plynovou lampu, jakou hodnotu má světlo. Tedy je-li samo v sobě dobré...“

A v tomto okamžiku ho někdo celkem omluvitelně srazí k zemi a dav se vrhne na lampu. V deseti minutách je po ní a všichni si gratulují, jak jsou – na rozdíl od onoho křesťana – moderní a praktičtí.

Jenže! Chod světa není přece jen tak jednoduchý. Brzy se ukáže, že někteří lidé se chtěli zbavit plynové lampy (možná to byli majitelé energetických závodů) a nahradit ji elektrickým světlem, jiní zase (možná zaměstnanci Sběrných surovin) chtěli získat litinu, z níž byla vyrobena, další (možná místní alkoholici) chtěli měděné trubky potřebné k pálení slivovice a ještě jiní si přáli tmu, neboť jejich úmysly nebyly zcela čisté. Jedni se domnívali, že lampa dost neosvětluje, druzí, že příliš oslňuje. Jedni chtěli zničit obecní majetek, druzí chtěli prostě ničit jen tak z plezíru.

Když ovšem už první noc došlo v obci pro absolutní tmu k chaosu a zmatku, ukázalo se, že měl mnich vlastně pravdu. Všechno nakonec závisí na filozofii světla.

Kapitola 2 – Souvislosti

Předem se přiznávám k tomu, že nejsem mravokárce, a proto je mi cizí moralizování, ani státní úředník, ani ekonom, právník nebo teoretik z výzkumného ústavu, a proto jsou mi cizí definice. Jsem praktik z terénu, který se už pětatřicet roků pohybuje mezi alkoholiky,

toxikomany, vrahy i sebevrahy, mezi psychopaty a navíc v silně patologickém prostředí jakým jsou výchovné ústavy mládeže, kriminály a rozvrácené rodiny. Pokaždé, když uzavírám soudně znalecký posudek nebo předepisuji medikament mladému člověku, kladu si dvě otázky: Z jaké rodiny vyšel a jakou rodinu on sám jednou vytvoří. A protože lidská společnost má tu vlastnost, že v ní všechno souvisí se vším, vynoří se mi pokaždé otázky další. Například otázka, jak se pod střechou, kde žijí tito jedinci, cítí jejich nemocný nebo umírající příbuzný a potažmo, co je to vůbec rodina.

Působení souvislostí je značné. Když v Kuvajtu zdrazí ropu, tak u nás v obci zdrazí pekař rohlíky. Ač je vzdálenost obou lokalit obrovská, vzájemně se ovlivňují. Oč silnější a větší jsou potom souvislosti a vazby uvnitř jednoho malého státu, potažmo jedné rodiny, jedné společné domácnosti.

Kapitola 3 – Co je rodina, co je manželství?

Není problém najít si na internetovém vyhledávači definici rodiny a máme skoro jasno. Ne zcela jasno, spíše polojasno, protože mimo jiné dojdeme také k poznání, že pojem rodina je v současné době těžko definovatelný. Můžeme zde například číst (vycházím z Českých poměrů): *Ačkoliv právní řád České republiky rodinu výslovně nedefinuje, pokládá za ni především rodinu založenou manželstvím. Rodinu lze však zároveň chápat také jako malou skupinu osob, které jsou navzájem spojeny nejen manželskými a příbuzenskými, ale i jinými obdobnými vztahy a zvláště společným způsobem života.*

Další definície popisujú rodinu prostredníctvom jejich funkcií: funkcie reprodukčné, funkcie sociálne ekonomická, funkcie kultúrne výchovná, funkcie sociálne psychologická a funkcie emocionálna. A opäť som u definícií, ktoré nemám rád. Pokud budu pátrat dál po významu těchto pěti funkcí, dojde na rodinné subfunkce, mikrofunkce až nanofunkce a současně s tím k závěru, že je lepší se neženit. Vzhledem ke globalizujícímu se světu, v kombinaci s lidskými právy a občanskými svobodami, dojde dozajista brzy k tomu, že budeme povinni pokládat za rodinu také orientální polygamii, eventuálně kombinace soužití několika mužů plus několika žen pod jednou střechou, povícero mužů samotných ve společné domácnosti, ať už s dětmi nebo bez nich. To všechno bude „rodina“. Našlápnuto už k tomu máme, Brusel a lidská práva dokonají své. Pokud dnes politické strany hlásají před volbami podporu rodinám, chci vidět – v případě dodržení jejich slibu – jak zítra zvládnou podporovat všechny, protože všechno bude rodina. Pregnantně se vyjádřil jistý plaše zbožný český politik poté, když bylo uzákoněno registrované partnerství osob stejného pohlaví slovy: „To je správné, ehm, manželství přece není teletník, že...“.

Kapitola 4 – Český Babylon

V naší zemi se rodina v tradičním pojetí rozpadá zhruba od sedmdesátých let 20. století, kdy došlo k překonání společenského odsudku rozvodu. V počátcích byl definován jako moderní a pokrokový zákon. Důsledkem je generace již dnešních čtyřicátníků a padesátníků, kteří z rodinného prostředí neznají některé vzorce chování, protože je nemohli odpozorovat z interakce a komunikace vlastních rodičů. Nedokáží řešit vlastní problémy, nebyli vedeni k účtům vůči partnerovi, k důsledné a odpovědné výchově dítěte, toleranci, odpuštění, sebezáporu, oběti a ani k účtům k vlastním předkům. Nemohli tudíž nic z toho předat dál a jejich potomci se rozvádějí také a nebo se manželství sami už bojí uzavřít. Nyní vyrůstá třetí generace, která se hůře orientuje v takzvaných tradičních hodnotách. Nárůst kriminality mládeže, rozšiřující se drogová scéna a jiné sociálně patologické jevy jsou toho částečným následkem. Co s tím? Zatěžuje to společnost především po stránce ekonomické. Hledá se proto pomoc a řešení. A bohužel je v naší zemi, a k tomu ještě současně u moci, mnoho lidí, kteří se domnívají, že úpadek rodinného života lze sanovat penězi a paragrafy. Hrozím se však důsledku tohoto omylu. Moderní ekonomové a právníci mají své moderní iluze a jednou z nich je právě tento omyl. Pokud možno mají iluzi ještě instantní, snadno rozpustnou. Mimo to se ve spo-

lečnosti přeceňuje materiální. Ale ještě nebezpečnější, než přeceňování materiálního, je v této zemi nedocenení duchovního. Ony totiž svoji nezanedbatelnou roli ve společnosti hrají také substance, které nelze měřit kalkulačkou. Stará matka, která má v Domově důchodců od jídla, přes teplo a lékařskou péči všechno materiální zabezpečení, marně čeká na návštěvu svého syna. Nechodí. Podniká přece. Onen akcident, kterému se říká láska, jí nevyhradí žádná materiální hodnota ani rádooby psychoterapeutická moudra bakaláriátem ověřené sociální pracovnice. Bohužel cit pro uvedené rozdíly (materiální – duševní – duchovní) je otupen. Pokud není přímo otupen, je změněn a není-li změněn v obsahu, je změněn v nomenklatuře. A tím došlo k tomu, že se naše liberálně tržní společnost pomalu stává starozákonním Babylonem, pro který bylo charakteristické zmatení pojmů. To, co dříve katolická církev nazývala hříchem, dostalo nová, moderní a přitažlivá pojmenování. Dnes se:

- pýcha změnila ve zdravé sebevědomí,
- lakomství v zákon ekonomiky,
- nestřídmost ve vyšší životní úroveň,
- závist v boj o spravedlnost,
- hněv ve zdravou reakci nad hloupostí druhých,
- hulvátství ve svobodu projevu,
- okrádání ve svobodný trh,
- zanedbaná výchova dětí se změnila ve tvorbu vlastního názoru,
- mateřství bez manželství v moderní formu existence,
- likvidace pozitivních hodnot ve zbavení se předsudků,
- neúcta k tradici ve vítězství zdravého rozumu,
- a lenost se změnila v sociální dávku.

A slušnost je přežitek doby, jak mi řekl jeden mladý inženýr ekonomie, protože za tu si ještě nikdo nic nekoupil. A v téhle hodnotové džungli Povltavského Kocourkova budujte solidní prorodinnou politiku a tvarujte lidské, potažmo dětské charaktery.

Kapitola 5 – Máňo, nechod' ven...

Ale jak víme, tak děti, budoucí generace národa, se nevychovávaly tzv. „přes ucho, ale přes oko.“ Nejde vůbec o to, co jim o slušném chování říká ve škole sexuálně promiskuitní paní učitelka nebo jen občas střízlivý pan učitel, ale jak děti vidí jejich vlastní životní styl. Chtějte ovšem na kantorech, zpěvačkách nebo hvězdách české politiky, aby žili příkladným a mravným životem. Chtějte to. Ale v tu chvíli narazíte na jejich lidská práva + občanské svobody a budete rádi, když obžalobu

za omezování jejich práv uhradíte na pár hodin veřejně prospěšných prací. O rodičích už nemluví. Uvážím-li, jak vycházím ze své zkušenosti, že značná většina pedagogů jsou solidní lidé, dělají si tím právě u rodičů značné problémy. Chce-li učitel naučit jejich dítě dobrým mravům, je napaden tatínkem, že tím „omezuje rozvíjející se osobnost a právo na sebevyjadřování se jeho potomka...“ Učitel by vlastně neměl ani pochválit žáka před celou třídou, protože ho tím pozitivně diskriminuje a druhým dětem vyvolává komplexy. Ve školách je nejlepším útokem obrana. Na ulici naopak. Tam je skoro trestným činem bránit se proti útočníkovi, protože on, chudák, se může cítit ohrožen neúměrnou obranou bránící se oběti. Celkové klima v tomto směru vystihl jistý kreslíř, který pod obrázek dvojice manželů sedících doma u stolu připsal větu: „Máňo, nechod' ven, řádějí tam lidský práva...“

Kapitola 6 – Schizofrenie po česku

Současné směřování společnosti, jeví se mi, jako psychiatroví, poněkud schizofrenní. A mimo jiné to odnáší právě rodiny. Uvedu čtyři příklady. Na jedné straně jsme fascinováni relativismem, který všechno zpochybňuje, v jehož optice nic není jisté, zásadní, úplně správné, zcela pravdivé, mravné, etické a neměnné. Ale na druhé straně vynakládáme nemalé prostředky na pomoc rodinám, kde se manželé rozvádí, podvádí a dovádí, investujeme do různých typů výchovných zařízení, ústavů a věznic. Ale právě delikventi a zločinci zcela pochopili, že u nás není nic zásadního, neměnného, morálního a správného. Oni pochopili propagovaný relativismus – a my je za to trestáme. Dalším Molochem, který požírá rodiny, je konzumismus. Pokud se blíží vánoční svátky, máme tu horentně zadlužené rodiny, pro které vánoce pod 50 000,- Kč nejsou svátky hodné sjednoceného Evropana. Ježíšek ovšem nechodí sám. V patách mu běží exekutor.

Mladí konzumují zábavu. Pokud naše národy vyhynou, bude to tím, že se ubavily k smrti. Na jedné straně jsou minimální až žádné tresty pro dealery drog a na druhé straně se investují horentní částky do léčení toxikomanů.

Na jedné straně existuje paragraf týkající se ohrožování mravní výchovy mládeže, ale na druhé straně obsah pojmu mravnost je zcela relativní a co je a co není mravné si určuje každý občan sám.

Kapitola 7 – Politický kutil najde řešení

Bují vám ve škole šikana? Namontujte si tam kamery a máte po problému. Řádí vám na fotbalových stadionech vandalové? Zkonstruujte

tam vyšší železná ohrazení a máte po problému. Existuje v rodinách domácí násilí? Vylepte plakáty s číslom linky pomoci a není co řešit. A když už toho bude s mladými delikventy příliš, snížíme věk trestní odpovědnosti. Jak je to všechno prosté a jak jednoduché. Ministerstva všech rezortů to budou monitorovat a v budoucnu přijímat účinná opatření. Na morální díru nalepíme technickou záplatu a máme po problémech.

Uvědomme si ovšem, že kopnutím banánové slupky pod postel máme uklizeno pouze opticky, nikoli fakticky.

Kapitola 8 – Informace bez formace

Technické prostředky jsou objektivně na vysoké úrovni. To, co však lidem často chybí, je obyčejné lidské štěstí. Jak řekl filozof Martin Heidegger: „Technika překonala všechny vzdálenosti, ale nevytvořila žádnou blízkost.“ Rodiče dnes ví, co se děje v Tararinga-Patamu na druhém konci planety, ale neví, co se děje v duši jejich dítěte ve vedlejší místnosti. Jako houby po dešti rostou lidé informovaní, ale zcela se vytrácí lidé formovaní ke kvalitnímu způsobu života. Vytratila se všeobecná lidská slušnost a korigující vliv veřejného mínění. Máme stále rychlejší auta, počítače a komunikační techniku, ale stále méně času pro sebe a pro druhé. Máme větší domy a byty, ale

méně dětí a menší rodiny. Máme více soudů, ale méně soudnosti. V jádru mnoha současných společenských problémů je nedostatek rozlišování mezi dobrem a zlem a nedostatek vůle jednat v zájmu dobra. Právě to vede k již zmíněné relativizaci pojmů a postojů.

Kapitola 9 – Ale přesto...

Je potěšitelné, že v mnoha anketách rodina stále figuruje jako jedna z nejvyšších hodnot, se kterou se pojí představa štěstí, jistoty, pocitu bezpečí a přijetí. Rodina je stále místem efektivního, často nejefektivnějšího řešení těch nejtěžších sociálních problémů. Fungující rodina „neprodukuje“ bezdomovce, sirotky žijící rodičů, prostitutky, nešíří se v ní AIDS. Dobrá rodina vychovává člověka k tomu, aby využíval své talenty, aby se vzdělával. Tím dává lepší předpoklady také pro zaměstnanost.

V současnosti mnoho odborníků i laiků pochybuje o možnosti dalšího setrvání „tradiční“ rodiny, ale zkušenosti ukazují, že – pokud pomíneme hmotnou stránku existence – stává se v rodině prvořadou péče o děti a jejich výchova v tradičním slova smyslu. Dítě potřebuje znát vzorce chování, jaké se mimo úplnou rodinu, pokud možno i s širším okruhem příbuzných, nikdy později nemůže „douchit“.

Bohužel, čím dál tím častěji se to nenaučí už ani v ní.

Závěr

Snad se některým z vás mohlo jevit, že téma mého dnešního příspěvku nemá souvislost s obsahem, který se týká paliativní péče. Možná, že ne na první přečtení. Ale na druhé snad ano. Vždyť péče ti zdraví, kteří budou jednou pečovat o nemocné, musí vyrůst v nějakém prostředí, v nějakém klimatu, v nějakých hodnotách, tedy v nějaké rodině. A v tom je ona souvislost, o které jsem psal hned na začátku.

Stále se hovoří o nedostatku peněz na řešení všech společenských problémů, především ve zdravotnictví. Osobně se domnívám, že v našich zemích není nedostatek peněz, ale nedostatek onoho světla z plynových lamp. Nebourejme proto další.

Právě těm plynovým lampám přeji delší životnost a vám všem dlouhé a neobyčejně pevné duševní zdraví.

doc. MUDr. ThDr. Mgr. Max Kašparů, Ph.D.

NORBERTINUM, Centrum pro pastorální medicínu a soudní psychiatrii
393 01 Pelhřimov
max.esperanto@gmail.com

Ekonomika a manažment hospicov na Slovensku

Ing. Magdaléna Veselská

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

Nevyhnutnou podmienkou existencie hospicov je správne nastavený manažment a efektívnosť ekonomiky samotnej prevádzky. Hospice už od svojho vzniku čelia značnému poddimenzovaniu úhrad zdravotných poisťovní za ošetrovací deň. Paradoxne tieto úhrady nekryjú ani minimálne mzdové náklady na odborný zdravotný personál definovaný príslušnými vyhláškami a zákonmi. Napriek zložitosti ekonomickej situácie je potrebné, aby všetky zainteresované strany (zriaďovatelia, manažment, zamestnanci, prívrženci, dodávatelia, sponzori, dobrovoľníci, klienti ale aj vládne a štátne inštitúcie), v záujme zachovania hospicovej starostlivosti a poskytovania kvalitnej služby klientovi, hľadali relevantné riešenia spoločnými silami.

Kľúčové slová: ekonomika, manažment, hospic.

Economy and mangement of the hospices in Slovakia

Inevitable condition for the hospice existence is accurate establishment of the organisational management and financial effectiveness its core activities. From the very beginning of the Slovak hospice history hospices are facing underestimated level of financing the day care by insurance companies. In paradox these payments do not cover minimal costs of personal salaries required and defined by the law and the state and government orders. Despite the complication of the economic situation it is important that all stakeholders of the organisation (founders, management, employees, supporters, suppliers, sponsors, volunteers, clients and state and government institutions), having on mind hospice care future existence and quality of client services, will be trying to find relevant solutions together.

Key words: economy, management, hospice.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 12–15

Úvod

Príspevok sa zaoberá manažmentom a ekonomikou lôžkovej paliatívnej starostlivosti posky-

tovanej v hospicoch ako samostatných zdravotníckych zariadeniach. V ostatných typoch zariadení lôžkovej paliatívnej starostlivosti sú manažment

a ekonomika obdobné, pričom takéto zariadenie je posudzované ako samostatné stredisko. Vo všeobecnosti platí, že ak organizácia poskytuje mix

sociálno-zdravotných alebo čisto zdravotných služieb pre širšiu klientelu, ekonomika je efektívnejšia, ale manažment náročnejší na zabezpečenie starostlivosti orientovanej na klienta. Z hľadiska klienta je ideálna domáca (mobilná) hospicová starostlivosť, kde pacient ostáva v kruhu svojej rodiny a odborná starostlivosť je zabezpečovaná multidisciplinárnym tímom, obvyčajne zloženým z lekárov, sestier, rehabilitačných pracovníkov, sociálneho pracovníka, psychológa, duchovného a z dobrovoľníkov (1).

Nie vždy je možné poskytovať takúto starostlivosť v domácom prostredí, či už je to chýbajúca, resp. zlyhávajúca rodina (sociálny aspekt), alebo zdravotne náročnejšia starostlivosť vyžadujúca hospitalizáciu pacienta. V malých hospicových zariadeniach je možné vytvoriť takmer rodinné prostredie nielen pre pacienta, ale aj pre jeho rodinu, pre ktorú je vytvorený pobytový priestor s možnosťou stráviť so svojím príbuzným posledné chvíle jeho života. V správne fungujúcom zariadení poskytovaná paliatívna starostlivosť smeruje k zlepšeniu novej kvality života osoby až do smrti, k zmierneniu jej utrpenia a bolesti, k stabilizácii jej zdravotného stavu. Paliatívna starostlivosť zahŕňa aj podporu a pomoc osobe a jej rodine, pri riešení súvisiacich psychických, sociálnych a duchovných problémov (1, 2).

Manažment hospicov

Pre manažment akejkoľvek organizácie sú najdôležitejší ľudia, ich odborná kvalifikácia a zručnosti, ako aj ich nasadenie pre vec a schopnosť spolupracovať so všetkými zainteresovanými stranami (manažment, zamestnanci, majitelia alebo zriaďovatelia, dodávatelia, klienti, sponzori, vládne a štátne inštitúcie, dobrovoľníci a pod.) (3). Výber správnych ľudí a určenie ich zodpovedností a kompetencií v rámci vhodnej organizačnej štruktúry je kľúčom k úspešnému manažmentu. Organizácia, ktorá má záujem poskytovať služby v oblasti paliatívnej a hospicovej zdravotnej starostlivosti, musí splniť podmienky získania licencie, ktorú vydáva príslušný samo-

správny kraj podľa zákona NR SR č. 578/2004 Z. z. (4), pričom pre zahájenie prevádzky hospicového zariadenia je potrebné splniť minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálne-technické vybavenie podľa príslušného výnosu MZ SR (5) a Konceptie MZ SR (2).

Minimálne personálne zabezpečenie tvorí z manažérskeho hľadiska tzv. líniový personál, ktorý je v priamom kontakte s klientom a ktorý zabezpečuje hlavnú činnosť organizácie alebo jej jedného strediska – v tomto prípade hospicu. Na základe teórie Henry Mintzberga a jeho koncepcie organizačnej štruktúry, ktorú publikoval v 80-tych rokoch minulého storočia (6), okrem líniového personálu má organizácia ďalší podporný personál a tzv. technostruktúru. Týmto podpornými strediskami sú, okrem správy a administratívy: kuchyňa, práčovňa, upratovanie, rehabilitácia a pod. (obrázok 1). Tieto podporné činnosti môže zabezpečovať organizácia vlastnými pracovníkmi alebo subdodávkou, pričom rozhodnutie závisí od veľkosti organizácie, počtu klientov a podmienok prevádzky. Napríklad všeobecne platná zásada je, že prevádzka stravovacieho zariadenia nie je finančne efektívna, pokiaľ má menej ako 100 stravníkov. Konkrétne zariadenie o väčšej kapacite stravníkov však nemusí mať priestorové alebo finančné možnosti na to, aby zriadilo vlastnú kuchyňu. 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, pričom rodinou sa rozumie všetky osoby, ktoré sú pre danú osobu významné (1).

Fungovanie hlavnej a podporných činností hospicu by malo maximalizovať efektívnosť a kvalitu zabezpečenia hlavných cieľov a zámerov organizácie v zmysle poslania hospicu a Konceptie MZ SR (2):

- zlepšiť kvalitu života pacienta až do smrti,
- poskytnúť pacientovi úľavu od bolesti a iných závažných symptómov ochorenia,

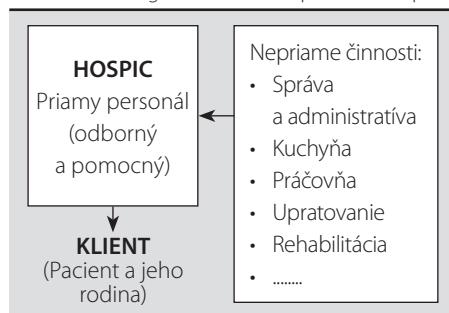
- zmierniť utrpenie pacienta a stabilizovať jeho zdravotný stav,
- neurýchľovať ani neodďaľovať smrť,
- zabezpečiť pacientovi komplexnú liečbu a starostlivosť tímom zdravotníckych pracovníkov s odbornou spôsobilosťou,
- integrovať psychologické a spirituálne aspekty starostlivosti o pacienta,
- poskytovať podporný systém, aby pacient mohol žiť čo najaktívnejšie až do smrti,
- poskytovať pomoc príbuzným, blízkym osobám pacienta na zvládnutie problémov počas jeho choroby a aj po jeho smrti v čase smútenia.

Vyššie uvedené ciele sú náročné a niekedy na prvý pohľad ťažko merateľné a hodnotiteľné, a preto je nesmierne dôležitá spolupráca dobre fungujúceho hospicového tímu a vzdelávanie a formácia pracovníkov. Služba ľudí pracujúcich v hospici je viac povolaním a poslaním ako len obyčajným zamestnaním. Pritom práca ľudí v hospicoch nie je finančne ohodnotená tak, ako by si podľa spravodlivosti zaslúžila.

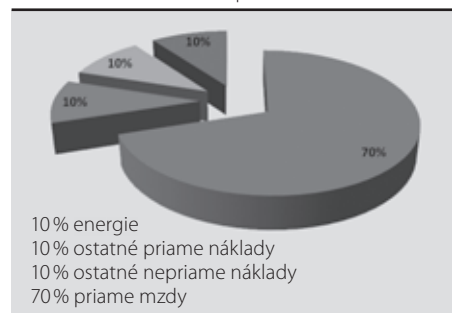
Ekonomika hospicov

Keby hospice a paliatívna starostlivosť neboli založené na entuziazme a odhodlaní ľudí nadšených pre službu životu, živenej duchovnou a psychickou podporou prívržencov a držané nad vodou ochotou sponzorov, z ekonomického hľadiska rečou zdravotníkov by bolo potrebné konštatovať, že hospice na Slovensku sa nachádzajú v terminálnom štádiu svojej existencie. Názornejšie ako rečou čísel a grafov sa už ekonomická situácia asi nedá lepšie vyjadriť (obrázok 2 a obrázok 3). Priemerné náklady na ošetrovací deň v hospici sa pohybujú od 50 € do 60 €, pričom úhrady zo strany zdravotných poisťovní sa pohybujú od 40 do 55 % tejto sumy. Straty, ktoré v hospicoch vznikajú, sú hradené hlavne zriaďovateľmi a sponzormi a z časti klientmi, pričom ekonomická sila klientov priplácať si za zdravotnú a sociálnu starostlivosť v hospicoch je rozdielna v rámci jednotlivých regiónov Slovenska.

Obrázok 1. Organizačné zabezpečenie hospicu



Obrázok 2. Priemerné náklady na 1 pacienta a 1 ošetrovací deň v hospici



Obrázok 3. Priemerné náklady na 1 pacienta a 1 ošetrovací deň v hospici



Tabuľka 1. Sadzby minimálnych mzdových nárokov platné od 1. 1. 2010

Stupeň	Koeficient	MM / mesiac	MM / hod. (40 h)	MM / hod. (38,75 h)	MM / hod. (37,5 h)
1	1	307,70 €	1,768 €	1,825 €	1,886 €
2	1,2	369,20 €	2,122 €	2,190 €	2,263 €
3	1,4	430,80 €	2,475 €	2,555 €	2,640 €
4	1,6	492,30 €	2,829 €	2,920 €	3,017 €
5	1,8	553,90 €	3,182 €	3,285 €	3,395 €
6	2	615,40 €	3,536 €	3,650 €	3,772 €

Vysvetlivky: MM = minimálna mzda

Tabuľka 2. Analýza minimálnych personálnych nákladov v hospici a na oddelení paliatívnej starostlivosti

Personál	Na 20 pacientov	Prepočet na 16 pacientov	Mzdový stupeň podľa Zákonníka práce	Koeficient minimálnej mzdy	Hrubá mzda (v €)	Celková cena práce (v €)	Mzdové náklady na predpísaný personál (v €)
Vedúci lekár (ZP)		1,0	6	2,0	615,40	808,73	808,73
Lekári (ZP)	3	1,4	5	1,8	553,86	727,86	1 019,00
Vedúca sestra (ZP)		1,0	5	1,8	553,86	727,86	727,86
Sestry (ZP)	15	11,0	4	1,6	492,32	646,98	7 116,82
Zdravotnícki asistenti (ZP)	5	4,0	2	1,2	369,24	485,24	1 940,95
Klinický psychológ	1	0,8	5	1,8	553,86	727,86	582,29
Sociálny pracovník (Mgr.)	1	0,8	4	1,6	492,32	646,98	517,59
SPOLU	25	20,0				681,64	12 713,23

Personál	Na 20 pacientov
Duchovný	1
Špeciálny pedagóg / liečebný pedagóg	1
Dobrovoľníci (neplatený personál)	podľa možností
Minimálna mzda od 1. 1. 2010	307,70 €
Počet pacientov v zariadení	16
Počet dní v mesiaci (priemer)	30,417 dní
Mzdové náklady na 1 pacienta a 1 ošetrovací deň	26,12 €
Mzdové náklady na 1 pacienta a 1 ošetrovací deň – len zdravotnícky personál (ZP)	23,86 €

V pôvodnej koncepcii financovania hospicov sa počítalo s viac zdrojovým financovaním tejto nielen zdravotnej, ale aj sociálnej starostlivosti, kde by časť príjmov tvorili príspevky sociálnej poisťovne, resp. samosprávnych celkov, čo sa v súčasnej situácii poddimenzovaného financovania v sociálnej sfére javí ako utópia. Tiež z dôvodu veľmi pozvoľného budovania legislatívnej podpory a ešte stále prekonávania nevedomosti

a postupného budovania povedomia verejnosti je sponzoring zameraný na podporu a pomoc hospicov u nás, na rozdiel od krajín s dlhšou históriou hospicov, pomerne málo rozvinutý (7, 8).

Náklady na starostlivosť o klienta hospicu sú dobrovoľne obetované zdroje na kvalitné zabezpečenie tejto starostlivosti. Z hľadiska hľadania finančnej efektívnosti na strane nákladov je nezanedbateľnou skutočnosťou fakt, že 70% nákladov tvoria personálne náklady. Vyššie bolo spomenuté, že ľudia sú najdôležitejšou zložkou hospicovej starostlivosti a ich finančné ohodnotenie je už teraz poddimenzované, a preto šetriť v tejto položke je takmer nemožné. Ostatné priame náklady sú lieky a zdravotnícky materiál, ktoré musí plne hradiť hospic v zmysle podmienok platby zdravotných poisťovní za ošetrovací deň. Šetriť v tejto položke by bolo na úkor kvality poskytovaných služieb klientovi. Riešenie by bolo v priamom hradení liekov a zdravotníckeho materiálu na klienta zdravotnými poisťovňami.

Možné hľadanie úspor je len v nepriamych nákladoch a energiách. Organizácie, ktoré prevádzkujú hospice, sú častými žiadateľmi

v grantových výzvach a projektoch, pretože pre vyššie uvedené skutočnosti je problémom zabezpečiť samotnú prevádzku hospicu, nielen ešte financovať nákup a udržiavanie vybavenia hospicu, prípadne investovať do vzdelávania pracovníkov.

Paradoxy (nielen) hospicov

Legislatíva a zdravotné poisťovne

Personálne zabezpečenie hospicovej starostlivosti je dané koncepciou MZ SR, pričom nesplnenie týchto podmienok môže byť dôvodom pre stratu licencie alebo zmluvného vzťahu so zdravotnými poisťovňami. Na druhej strane, podľa Zákonníka práce (9) je zamestnávateľ povinný priradiť každému pracovnému miestu stupeň v súlade s charakteristikami stupňov náročnosti pracovných miest a sadzba minimálneho mzdového nároku pre príslušný stupeň je násobkom hodinovej minimálnej mzdy (tabuľka 1). Ak by líniový personál hospicu dostal mzdu na úrovni minimálnej mzdy v zmysle vyššie uvedeného zákona, potrebné mzdové náklady na toto personálne zabezpečenie by boli vo výške viac ako 26 € na 1 pacienta a 1 ošetrovací deň (tabuľka 2). Na trhu práce však nie je možné získať odborný personál (mzdový stupeň 3 a vyššie) za cenu minimálnej mzdy. Paradoxom tejto situácie je, že platby zdravotných poisťovní sa pohybujú na úrovni okolo 23 € – 28 € za 1 ošetrovací deň. Nie je možné ani znížiť počet priamych líniových pracovníkov. Pri 16 klientoch a potrebnom množstve sestier a pomocného zdravotníckeho personálu slúži v dennej zmene 5 ľudí (4 + 1) a v nočnej 3 ľudia (2 + 1) (tabuľka 3). Pri plnom obsadení kapacity pacientmi v ťažkom zdravotnom stave je personál preťažený a nemôže kvalitne vykonávať službu.

Ďalším paradoxom je, že ceny za ošetrovací deň za obdobie posledných 3 – 5 rokov stagnujú, preto hospice nedokážu zabezpečiť rast miezd v zdravotníctve na úrovni 37%, ako to bolo deklarované Ministerstvom zdravotníctva v apríli tohto roku.

Ak by bolo možné osobitne financovať lieky a zdravotnícky materiál, nedochádzalo by k paradoxu, kedy hospic hradí aj nákladne drahú liečbu (nie kauzálnu), ktorú „zdedil“ a nemôže ju vysadiť, lebo by priamo ohrozil život pacienta, a ktorá nie je základnou liečbou hospicového zariadenia.

Klienti

Takmer každý pacient si v priebehu svojho života hradil odvody do zdravotnej poisťovne,

Tabuľka 3. Výpočet potrieb sestier a zdravotných asistentov (15 – 20 pacientov)

Personál	Potrebný počet pracovníkov na deň	Počet pracovných hodín na deň (3 zmeny)	Priemerný počet pracovných dní v mesiaci	Počet pracovných hodín spolu so zohľadnením dovolenky	Počet pracovníkov zariadenia
Sestry	6	7,5	20	148	15
Zdravotnícki asistenti	2	7,5	20	148	5

Výpočet zahŕňa plánovanú dovolenku.
Počet pracovníkov v dennej zmene: 4 sestry + 1 zdravotnícky asistent
Počet pracovníkov v nočnej zmene: 2 sestry + 1 zdravotnícky asistent

a preto je veľmi prekvapený, že za hospicovú starostlivosť musí doplácať, aj keď by tieto platby nemali byť za základnú zdravotnú starostlivosť, ale za sociálne služby a nadštandard. Na druhej strane ľudia na Slovensku nie sú naučení platiť za služby starostlivosti, pretože boli zvyknutí, že všetko bolo zadarmo. Tiež je paradoxom fakt, že mnohokrát má rodina našetrené peniaze na drahý pomník a už si v duchu delí dedičstvo pacienta, a pritom zabúda, že to, čo môže ešte svojmu príbuznému v posledných chvíľach jeho života dať, je okrem lásky a obetovaného času tiež finančná podpora zariadeniu, ktoré mu umožňuje prežiť posledné chvíle v dôstojnosti, bez bolesti a v spoločnosti milujúcich ľudí.

Každý z nás sa môže ocitnúť v podobnej situácii na konci svojho života, a to, čo dokážeme pochopiť a podporiť dnes, možno sami oceníme v blízkej, či vzdialenej budúcnosti.

Sponzori

Paradoxne najväčšími sponzormi hospicov sú ich vlastní pracovníci (podhodnotené mzdy) a dobrovoľníci. Táto situácia je však neúnosná, pokiaľ tento sponzoring nie je dobrovoľný, ale vynútený zlou a nespravodlivou ekonomickou situáciou. Paradoxom je, že v mnohých ohľadoch je sprostredkovane poberateľom sponzoringu nie hospic alebo klient, ale samotný štát a jeho inštitúcie, ktoré nevytvorili podmienky pre spravodlivé a viac zdrojové financovanie hospicovej starostlivosti.

Záver

Napriek pesimizmu tohto príspevku a zložitej situácii v teréne hospicovej starostlivosti je nádej, že existuje veľa priaznivcov hospicov, napríklad aj na strane vládnych a štátnych inštitúcií a hlavne zdravotných poisťovní, ktorí budú hľadať uspokojivé riešenia v záujme cieľového klienta, ako aj samotná slovenská spoločnosť,

ktorá dokazuje svoju vyspelosť a humánnosť schopnosťou postarať sa o svojich trpiacich, slabých a bezmocných ľudí.

Literatúra

1. Dobříkova - Porubčanová P. a kol. Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti. Význam paliatívnej starostlivosti. Trnava: SSV 2005. ISBN 80-7162-581-7.
2. Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti. Koncepcia MZ SR č. 17463/OZS zo dňa 19. 6. 2006.
3. Arnold J, Hope T. Accounting for management decisions. 2nd edition. Prentice Hall International (UK) 1990.
4. Zákon NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
5. Výnos č. 16480/2009-OL Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 10. augusta 2009, ktorým sa mení a dopĺňa výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálne-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení výnosu č. 25118/2008-OL z 10. decembra 2008.
6. Mintzberg H. Structure in 5's: Designing effective organizations. Prentice Hall United States 1983. ISBN 013855479X.
7. Dobříková P. Postoje verejnosti k hospicovej starostlivosti. Úvodné slovo. Paliat. med. lieč. boles. 2010; 3(1): 3.
8. Dobříková P, West DJ. Management of hospice and palliative care in Slovakia. Proceedings of the Business and Health Administration Association. Chicago 2006 March 15. – 17.: 61–62.
9. Zákon NR SR č. 311/2001 Z. z., § 120 Minimálne mzdové nároky, ods. 3 a 4.

Ing. Magdaléna Veselská, Dip Mgmt (Open)
DOM Božieho milosrdenstva, n.o. – HOSPIC
Ul. Tibora Andrašovana 44, 974 01 Banská Bystrica
veselska@gmail.com

Intervencia lekára so zreteľom na dôstojnosť terminálneho pacienta

MUDr. Alena Mažgútová, doc. MUDr. Želmíra Fetisovová, PhD., MUDr. Igor Ondrejka, prof. MUDr. Katarína Adamicová, PhD.

Psychiatrická klinika JLF UK a MFN, Martin

Autori sa v práci zaoberajú pojmom dôstojnosť v starostlivosti o terminálneho pacienta. Na niektorých príkladoch ukazujú možnosti ohrozenia dôstojnosti u pacienta aj lekára.

Kľúčové slová: dôstojnosť, terminálny pacient, lekár.

Medical intervention with regard to the dignity of the terminal patient

In the paper the authors deal with the term of dignity in the health-care of patients in the terminal states. The possibilities of dignity threatening of patient and doctor are demonstrated by way of several cases.

Key words: dignity, terminal patient, doctor.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 15–17

Vymedzenie pojmov

Často sa v súvislosti s touto vážnou a zvyčajne ťažkou životnou situáciou kladie požiadavka

dôstojnosti, napr. v podobe: dôstojné umieranie, zachovať či chrániť dôstojnosť pacienta (napr. pri ošetrovateľskej či opatrovateľskej starostlivosti

prekračujúcej intimitu, pri sprievodných duševných poruchách...), umožniť človeku dôstojné podmienky a pod.

Ako však poskytnúť či chrániť dôstojnosť? Ako ju brať do úvahy a narábať s ňou?

Počula som vetu: „Nemožno dôstojne umierať, ak sme predtým dôstojne nežili“. Znie pekne. Skoro ako bonmot. Dovtedy, kým sa nad dôstojnosťou človeka, teda jeho života, nezamyslíme naozaj. A potom sa začne vynárať jej neústupná jednoznačnosť, takmer až obviňujúca a krutá podmienenosť. Implicitne totiž ponúka – „nežili ste dôstojne, tak čo teraz chcete“ – a sprevádzajúci môže ostať (po tomto rozsudku) buď v pasivite, alebo prevezme na seba iluzórne a ideagénne bremeno štedrého donora dôstojnosti zachraňujúceho svojho pacienta pred nedôstojnosťou.

Pochopenie a osvojenie si významu pojmov nám však ukazuje priestor a vymedzuje hranice, v ktorých konáme, čo je v hospicovej práci rovnako dôležité ako hociaký konkrétny liečebný či ošetrovateľský úkon.

Čo je ľudská dôstojnosť? Ako možno mať, zachovávať, ochraňovať dôstojnosť? A možno to vôbec?

S pojmom ľudská dôstojnosť (dignitas humana) sa zaoberá najmä teológia a filozofia, ale aj (obmedzenejšie a špecifickejšie) napr. právo, politika, bioetika, psychológia, sociológia. Aj Všeobecná deklarácia ľudských práv predkladá zásadné tvrdenie, že „všetci ľudia sa rodia slobodní a rovní v dôstojnosti a právach“.

Najpočetnejšie odkazy v počítačových databázach má teologické vymedzenie pojmov, čo môže byť znakom záujmu teológie o tento pojem a túto problematiku.

Etymologické vymedzenie pojmu objasni nielen význam pojmov, ale naznačí aj to, ako s nimi v súčasnosti narábame.

Termíny „ľudia“, „ľudský“, „ľudskosť“ majú prastarý pôvod a označujú „slobodných jednotlivcov“. Základom je staroindický pojem „ródha“ – „osoba“, „človek“ – s prešmyčkou v plurále „leudh“ – „slobodní ľudia“, z čoho vychádza aj všeslovanské „ljudi“ (či grécke „eleutheros“ – slobodný).

Termín „dôstojnosť“ je priamo odvodený od človeka ako slobodnej bytosti a poukazuje na „kompetencie a schopnosť dostať niečomu, stačiť na niečo, byť schopný zvládnuť nejakú úlohu“. Vyjadruje teda status, schopnosti a kompetencie človeka ako osoby (1).

Obidva termíny teda označujú stav slobodných ľudí schopných určitých úloh a schopných dostať záväzkom z týchto úloh vyplývajúcich.

Prastaré jazykové korene pojmov môžu poukazovať na to, že ich obsah bol pre ľudí dôležitý a pravdepodobne samozrejmy. Postoj ľudí k pojmu ľudská dôstojnosť a jeho významu sa

však historicky vyvíjal – spolu s vývojom kultúr – čo podmienilo aj zmenu jeho obsahu aj jeho používanie (najmä frekvenciu a oblasti života, v ktorých je dôležitý).

Po dlhom období *etiky motivovanej nábožensky*, v ktorej je ľudská dôstojnosť odvodená práve stvorením človeka na obraz Boží, sa začiatkom novoveku objavuje sekulárna etika so svojím imperatívom povinnosti, redukujúca človeka i svet na objekt. Tú však od polovice 20. storočia vystriedala tzv. *etika tretieho typu*, podľa Lipovetského, ktorá pri ešte rozvinutejšom racionalizme ešte vytláča morálku do subjektívnej oblasti (2) a vyúsťuje do nihilizmu a život bez zmyslu charakterizuje len možnosťou lepšej realizácie pudu života (3), kde už neexistuje rozdiel medzi schopnosťou a možnosťou konať (2).

Ján Pavol II. však povedal, že „... osobná dôstojnosť je najcennejším bohatstvom, ktoré človek vlastní a ... jediným správnym a plnohodnotným vzťahom k inej osobe môže byť iba láska“ (4). Prakticky sa hovorí o tom, že hoci proces uznania ľudskej dôstojnosti trval tisícročia, v súčasnosti treba toto uznanie najmä uskutočňovať (3).

Dôstojnosť v hospicovej starostlivosti

V hospicovej starostlivosti sa ľudská dôstojnosť môže uskutočňovať v rozličných konkrétnych situáciách, a to pri plnom uvedomovaní si svojich schopností a kompetencií, najmä odborných, a rešpektovaní dôstojnosti terminálneho pacienta – najmä jeho schopnosti zvládať svoju situáciu, prípadne pomôcť mu chrániť dôstojnosť v tých oblastiach, v ktorých nie je schopný si ju pre daný status (chorobu) chrániť sám.

Neustále však treba mať na pamäti, že dôstojnosť sa aj v tejto situácii uskutočňuje len v interakcii s druhými, teda bilaterálne. Navyše, J. Ratzinger aj v tejto súvislosti hovorí, že „*pohľad, ktorý sa rozhodne slobodne upriamiť na druhého, rozhoduje o mojej vlastnej dôstojnosti*“, teda „*pohľad, akým sa dívam na druhého, rozhoduje o mojej ľudskosti*“ (2). Zo strany sprevádzajúceho sú to najmä úlohy vyplývajúce z jeho odborného zamerania pri pomoci udržať dôstojnosť umierajúceho. Zo strany terminálneho pacienta sú to jednotlivé úlohy každého dňa, ako aj posledná možnosť realizovať postoj k dôležitým otázkam svojho života.

Uvedieme niekoľko príkladov situácií/interakcií, v ktorých možno vybadať prejavy ľudskej dôstojnosti, event. ktoré možno dôstojne zvládnuť. Niektoré sa môžu zdať banálne, no vždy ide o spoločne zdieľaný priestor ľudského stretnutia.

Úlohy pre lekára (zachovanie dôstojnosti):

- **spirituálna oblasť:** pľúcny pacient s rútiacimi sa hodnotami predchádzajúceho ateistického života, v ktorom veci fungovali podľa jeho vôle a zaužívaných schém. Úzkosť zo zhoršujúceho sa zdravotného stavu projikoval do kritiky takmer všetkých lekárske aj ošetrovateľských intervencií, ako aj kritiky nemocničných podmienok, systému zdravotníctva a spoločenského systému vôbec. Prakticky neposkytoval komunikačný priestor. Bolo možné len skúsiť odhadnúť štádium jeho psychickej odozvy na nevyliciteľné ochorenie (podľa Kübler-Rossovej 2. a 4., teda zloba/hnev a depresia), venovať čas počúvaním jeho nespočetných sťažností, nekonfrontovať ho s ním nežitými hodnotami (5). Pri svojom zvyku zvládať nepriaznivé situácie autoritatívnymi zlobnými odsudkami napokon prijal anxiolytickú liečbu, ale až po prejavenej kompetencii v zmysle ešte autoritatívnejšieho vystupovania, zároveň však akceptujúceho jeho zlobný prejav strachu. Potreboval nejako prejavenu istotu.

- **psychická oblasť:** hematologický pacient s akcelerovanou progresiou ochorenia, od prijatia zhoršovanie a komplikácie vo viacerých systémoch. Pri oznámení psychiatickej špecializácie odmieta intervenciu, napriek očividnej potrebe (depresia). Spochybňuje odbornosť, možnosť pomoci, odmieta návrh možnosti liečby (zmiernenie príznakov v paliatívnom zmysle), šomre, ostáva negativistický až do konca stretnutia. Bolo potrebné vydržať pacientovo spochybňovanie, nekonfrontovať jeho tvrdenia, neurážať sa, nesľubovať „vylicenie“ smútku duše nad progredujúcim zhoršovaním zdravotného stavu (pacient antidepresívnu liečbu prijal).
- **emocionálna oblasť:** hematologický pacient, ležiaci pri vyšetrení v posteli plnej vypadávajúcich vlasov, konštatujúci „to som dopracoval“ pri predstavení sa psychiatra. Po chvíľke sa posunie na kraj postele a urobí pozývajúce hostiteľské gesto na posadenie sa k nemu, ktoré je bez zaváhania prijaté. Nemožno neregistrovať postel' plnú vlasov, nemožno však prehliadnuť a neprijať gesto pozývajúce do spoločného priestoru.

V prvom prípade mohol lekár prísť o svoju dôstojnosť nadmernou konfrontáciou a pacientovu ohroziť nútením pripustiť/prijať neosvojené hodnoty, v druhom prípade sa dá stratiť dôstojnosť prejavenu ješitnosťou pri

spochybnení odbornosti a v treťom ohroziť svoju i pacientovu dôstojnosť prejavom, hoci neverbálnym, štitivostí a neprijatím priestoru hostiteľa.

Úlohy pre pacienta (zachovanie dôstojnosti):

- **spirituálna oblasť:** pacientka pľúcnej kliniky pred smrťou slobodne uskutočnila svoje spirituálne potreby po 30-ročnom manželstve s ateistom postupnými krokmi – spočiatku v spoločnosti spolupacientiek v nemocničnej kaplnke, neskôr sama, napokon v kostole, aj keď mimo miesta bydliska (na zmenu rodinných a sociálnych zmien už nemala síl). Vyhodnotila, čo najviac potrebuje, bez čoho nechce umrieť. Bolo potrebné hovoriť s ňou o tom, povzbudzovať, dávať návrhy, ktoré ona podľa jej uváženia a výberu bola schopná uskutočniť.
- **sociálna oblasť:** onkologický pacient, v predchorobí dlhodobo liečený aj psychiatricky, si už dávnejšie zvykol distancovať sa od vážnejších rodinných rozhodnutí, k čomu prispievalo aj bagatelizujúce a zúžené hodnotenie rodinou. Túto tendenciu v terminálnom období ešte vystupňoval do podoby svojej bezvýznamnosti. S postupujúcou fyzickou slabosťou bol po opakovaných intervenciách schopný rovnocenne vyjadrovať svoj názor, navyše bol schopný radiť pri problémoch v širšom príbuzenstve (nevesta, vnučka). Dôstojne a sebavedomo prežíval fakt, že jeho názory sú vypočítané aj akceptované.

- **rodinná oblasť:** onkologická pacientka – lekárka s recidívou ochorenia s úplným uvedomovaním si terminálnosti svojho stavu ponúkala ideálne riešenia roky trvajúcej nepriaznivej rodinnej situácie (druhé manželstvá aj s deťmi). Bola schopná vzdať sa nereálnych nárokov na insuficientného manžela, ako aj akceptovať spoločné úvahy o pravdepodobne reálnejších možnostiach zabezpečenia svojho syna z predchádzajúceho manželstva.

- **somatická oblasť:** onkologická pacientka, ktorá celoživotne poskytovala podporu a pomoc (zdravotná a rádová sestra), nevedomky opakovane spôsobovala ošetrovateľské problémy pre vysoké nároky na seba – čo všetko musí vydržať, aby neobťažovala. Bola schopná akceptovať svoje fyzické potreby ako rovnako dôležité v porovnaní s jej spirituálnymi, čím umožnila reálne a oveľa slobodnejšie ošetrovateľské vzťahy a intervie.

V týchto prípadoch išlo najmä o povzbudenie pacientov k dôstojnosti.

Z uvedených príkladov možno konštatovať, že pri stretnutí s pacientom môže hocikedy nastať situácia, v ktorej je ohrozená dôstojnosť tak pacienta, ako aj lekára. Ak by sme pristupovali k problémom podľa zaužívaných schém, vnucovali svoje predstavy o ťažkostiach, problémoch či hodnotách, reagovali prirýchlo na všetko alebo len pudovo-emocionálne, event. len argumentačno-rationálne, boli by sme na najlepšej ceste, ako svoju dôstojnosť stratiť a pacientovu ohroziť.

Záver

Záverom možno zhrnúť, že ľudskú dôstojnosť, hoci imanentnú človeku, možno realizovať len v sociálnom rozmere a styku. Treba ju však sústavne/denne v sebe i druhých objavovať a podľa potreby a schopností druhého a vlastných naplňať, chrániť a brániť.

Každou významnou interakciou s iným človekom v rozličných sociálnych situáciách je možnosť všimnúť a všímať si jedinečné prejavy dôstojnosti života, pričom situácia umierajúceho človeka svojou vážnosťou, krajnosťou až extrémnosťou interakcie navyše kladie obidvom stranám rozličné otázky o našich „...kompetenciách a schopnostiach dostať niečomu, stačiť na niečo, byť schopný zvládnuť nejakú úlohu...“. Každým ďalším stretnutím a zdieľaním prítom možno byť bohatším nielen o otázky, ale práve o uskuutočňovanie hodnôt pre zmysel života.

Literatúra

1. Machek V. Etymologický slovník českého jazyka. Praha: Academia 1971.
2. Ratzinger J. Benediktova Európa v kríze kultúr. Trnava: Spolok svätého Vojtecha – Vojtech, spol. s r. o. 2008. 85 s.
3. Mráz M. Etika. Základné a špeciálne problémy. Trnava: FH TU 2001. 143 s.
4. Ján Pavol II. Christifideles laici. Bratislava: Lúč 1990.
5. Kübler-Rossová E. Odpovědi na otázky o smrti a umírání. Praha: EM Reflex 1995. 289 s.

MUDr. Alena Mažgútová

Psychiatrická klinika JLF UK a MFN
Kollárova 2, 036 01 Martin
mazgutova@mfn.sk

Limity a presahy paliatívnej starostlivosti

doc. MUDr. Želmíra Fetisovová, PhD., prof. MUDr. Katarína Adamicová, PhD., MUDr. Alena Mažgútová, MUDr. Zuzana Kalabová

Ústav nelekárskych študijných programov a Dermatovenerologická klinika JLF UK, Martin

Autori analyzujú poskytnutú starostlivosť 28-ročnému imobilnému pacientovi s vrodeným malformačným ochorením komplikovaným rozsiahlou bakteriálnou infekciou kože. Vzhľadom na charakter ochorenia boli najviac limitované možnosti medicínskeho ovplyvnenia, pomerne náročná ale aj efektívna bola poskytnutá ošetrovateľská starostlivosť. Za presah paliatívnej starostlivosti považujú výrazný pokrok v socializácii chorého. Akcentujú, že aj v paliatívnej starostlivosti je nevyhnutným princípom kontinuálny a komplexný bio-psycho-spirituálny a sociálny prístup.

Kľúčové slová: paliatívna starostlivosť, limity, presahy, komplexnosť a kontinuita starostlivosti.

Limits and exceeds of palliative care

Authors analyse the provided care for 28-years old immobile patient with congenital malformation disease which is complicated by an extensive bacterial infection of skin. Because of the nature of the disease, possibilities of medical influences were also limited. Relatively complicated, but effective nursing care was provided, a significant progress in the patient socialization is considered as palliative care exceeds. They underline, that a continual and complex bio-psycho-spiritual, and social approach, is essential within the palliative care.

Key words: palliative care, limits, exceeds, complexity and continuity of the care.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 17–19

Úvod

Zachovávanie princípov kontinuálnosti a komplexnosti prístupu k chorým vyžaduje vzájomné dopĺňovanie vedomostí a praktických skúseností jednotlivých zdravotníckych ale aj nezdravotníckych profesií a zmenu postojov v mnohých otázkach.

Pre dosiahnutie funkčnej spolupráce v tímoch zložených z rôznych odborností je veľmi aktuálne vysporiadanie sa s ideou monizmu v medicíne a vymedzenie kompetencií jednotlivých profesií zastúpených v pracovných tímoch (1). Postupne sa mení aj postavenie chronického pacienta v zdravotníckom systéme; pacienti spolu s ich rodinami by mali byť chápaní ako klienti poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti a kompetentní spolutvorcovia plánu manažmentu.

Kontinuum starostlivosti o jedinca s chronickým ochorením znamená okrem diagnostiky a liečby podľa zásad medicíny založenej na dôkazoch, dodržiavania zásad ošetrovateľského procesu, prirodzenej ľudskej účasti na osude ošetrovaných, zahŕňať aj služby a systémy poskytujúce: 1) informovanosť a vzdelávanie pacientov a ich rodín, 2) sprostredkovanie potrebných sociálnych podporných služieb pacientom a ich rodinám a 3) pomoc pacientom a ich rodinám systémy pri organizovaní denného života (2).

Cieľom príspevku je dokumentovať na príklade pacienta so zriedkavým vrodeným ochorením, že v prípadoch, kde v súčasnosti nie je kauzálna liečba možná, nemožno rezignovať na komplexnosť a kontinuálnosť starostlivosti.

Vlastné pozorovanie

Pre zapálené, hnisavo mokvajúce rozsiahle plochy na tele bol na naše pracovisko prijatý 28-ročný muž (147 cm, 31 kg). Podobné prejavy na koži mal už v minulosti niekoľkokrát, niekedy s vysokými teplotami. Stav sa vyvinul počas púte vlakom do Lúrd a organizátori zabezpečili vyšetrenie v zdravotníckom zariadení dostupnom pri návrate vlakom na Slovensko.

V popredí celkového obrazu bol polymalformačný obraz s dominujúcimi príznakmi nízkeho vzrastu, kĺbových a kostných deformít s imobilitou. Najnápadnejšie boli: 1) početné tuhé podkožné nebolestivé tumory na čele, ušniciach, v ovlasenej časti hlavy, na krku, hrudníku, kolenách, lakťoch a na rukách, 2) hyperplastické gingívy a kariézny, defektný chrup.

Po prijatí bol nápadne plachý, s nevôľou prijímal liečebné a hygienické úkony, so zdravotníckym personálom komunikoval len obmedzene. Iba postupne, po získaní si dôvery pacienta a pri

opakovaných návštevách príbuzných bolo možné získať anamnestické údaje.

Z anamnézy. Rodičia zdraví, údajne nie sú v príbuzenskom pokrvnom zväzku. Sesternica a bratranec boli telesne postihnutí, nikdy nechodili, nezoznávali a zomreli vo veku 14 a 20 rokov. Pacient žije s rodičmi v malej osade, zdržiava sa prevažne v dome situovanom v kopcovitom teréne, rodina je hlboko nábožná, pacienta navštevujú niekoľkí mladí z cirkevného zboru. Kvôli predpisu potrebných medikamentov chodí matka k lekárovi v strediskovej obci, tento navštevuje pacienta v prípadoch akútnych ochorení. Pacient nikdy do školy nechodil, matka ho naučila čítať a veľmi pekne písať.

Priebeh základného ochorenia. V 2. mesiaci života sa objavili flekčné kontraktúry. 2-ročnému počas hospitalizácie na detskej klinike v Bratislave odstránili výrastky v okolí nosa a za ušnicami. V dokumentácii nie sú uvedené výsledky histologického vyšetrenia, ani to, či bolo realizované. Postupne vznikala hypertrofia gingív, ako 3-ročný podstúpil ich plastickú úpravu, 4-ročný bol hospitalizovaný pre infekciu na koži, podľa záznamov bol vtedy už imobilný pre kontraktúry veľkých kĺbov, neboli prítomné známky mentálnej retardácie. Odvtedy nebol vyšetřovaný v odbornej ambulancii ani nebol hospitalizovaný.

Vyšetrenia. Z mnohých vyšetrení počas hospitalizácie, kvôli dokumentovaniu našich zistení, považujeme za potrebné uviesť – ortopedické vyšetrenie: dysproporciálny nanizmus, kratšie flektované končatiny, vynútená poloha v ľahu, na lôžku sa otáča len s pomocou, s pomocou si sadá so spustenými dolnými končatinami, nestojí, nechodí – psychologické vyšetrenie: intelektové schopnosti na úrovni mentálnej subnormy ako následok vedomostnej a sociálnej deprívácie pri základnom ochorení, depresívne nálady.

Prehľad starostlivosti poskytnutej pacientovi počas hospitalizácie:

Z medicínskeho hľadiska: 1) celková antibiotická a lokálna dermatologická terapia, 2) stanovenie diagnózy základného ochorenia histopatologickým vyšetrením, 3) chirurgické odstránenie najväčších tumorov na krku, ušniciach a chrbáte, ablácia hypertrofických gingív, 4) stomatologické ošetrovanie chrupu s následným zhotovením zubnej náhrady, 5) zmena stravovacích návykov (pacient ustúpil od surovej stravy laktovegetariánskeho charakteru).

Z ošetrovateľského hľadiska: 1) aplikácia systémovej a lokálnej dermatologickej terapie, 2) stanovenie a riešenie ošetrovateľských diagnóz

(bezmocnosť, úzkosť, nedostatok sebaopatery v jedení, obliekaní a pri hygienických úkonoch, nesúhlas s obnažovaním, kúpaním, ošetrovaním intímnych častí tela, narušená adaptabilita zo sociálnej izolácie), pomoc pri riešení psychických a spirituálnych potrieb – praktizovanie náboženských úkonov, vzdelávanie, záujmové činnosti (3).

Z hľadiska sociálnej pomoci: v spolupráci so sociálnymi sestrami MFN dosiahnutý kontakt s odborom sociálnych vecí, príslušným podľa bydliska pacienta, a vykonané kroky na zabezpečenie elektrického invalidného vozíka.

Pacient, zvyknutý iba na domáce prostredie a opateru rodičov, bol pri prijatí vystrašený, odmietal vyšetrenia a ošetrovanie. Bol po dlhých rokoch prvý raz v zdravotníckom zariadení. Citlivým prístupom ošetrojúceho personálu, pochopením jeho potrieb, ohľaduplnosťou sestier pri hygienických úkonoch a ošetrovaní sa pacient postupne upokojoval a začal sa zoznamovať s prostredím nemocnice. Napokon súhlasil s navrhovanými vyšetreniami (vždy až po dôkladnom, často opakovanom vysvetlení ich významu a postupu), súhlasil s vyšetrením a ošetrovaním intímnych častí tela. V priebehu následných hospitalizácií, indikovaných postupnými operačnými zákrokmi a dopĺňujúcimi vyšetreniami, sa zlepšovala komunikácia s personálom aj s ostatnými pacientmi. Až po získaní dôvery pacienta a prekonaní spočiatku nesúhlasného stanoviska rodičov bolo možné realizovať plánované chirurgické zákroky a napokon navrhnúť a získať súhlas s fotodokumentáciou. Po odstupe niekoľkých rokov, pričom bol pacient stále v písomnom kontakte s niektorými sestrami, konštatuje psychológ pri opakovanej hospitalizácii: nález rovnaký v kognitívnych schopnostiach, zlepšenie úrovne emotivity, zlepšenie úrovne sociálnych kontaktov, ústup depresívnej nálady.

Diskusia

Chronické ochorenie ovplyvňuje obvykle všetky zložky života jednotlivca a jeho rodiny, často narušuje aj ďalšie sociálne väzby. V prípadoch málo efektívnych liečebných postupov alebo častých recidív majú chronickí pacienti prirodzenú tendenciu rezignovať a odmietajú ďalšie či nové liečebné postupy ako „pokusy“. V nami opísanom prípade nešlo o rezignáciu pacienta na liečbu (po nej až dychtivo prahol), ale o rezignáciu jeho okolia vrátane zdravotníkov. Pacient nebol dlhé roky na odbornom vyšetrení, hospitalizovaný bol naposledy ako 4-ročný. Napriek tomu, že boli prítomné všetky typické hlavné aj vedľajšie znaky ochorenia, nebola diag-

nóza určená až do prijatia na naše pracovisko. Aj tu trvali diagnostické rozpaky napriek mnohým konziliárnym vyšetreniam veľmi dlho. Prípad bol neúspešne konzultovaný aj so zahraničnými odborníkmi v oblasti kostných deformít. Až na základe histopatologického nálezu kožných a podkožných štruktúr a štúdia literatúry bola napokon otázka diagnózy základného ochorenia uzatvorená (4). Ide o juvenilnú hyalínovú fibromatózu, extrémne zriedkavé ochorenie detí mladšieho veku (doteraz bolo vo svetovej literatúre popísaných 50 prípadov). Ochorenie sa definuje ako dysplázia mezenchýmu s autozomálne recesívnym typom dedičnosti, prejavujúca sa mnohopočetnými, pomaly rastúcimi podkožnými uzlami, hyperpláziou gingív, kontraktúrami a osteolytickými ložiskami v kostiach (5).

Z medicínskeho aspektu bolo možné u pacienta vykonať, vzhľadom na dedičný základ, len symptomatické liečebné zásahy (odstránenie najväčších tumorov v miestach tlaku tela o podložku), zlepšenie výživy (úpravou chrupu a zmenou zloženia stravy pribral za 6 mesiacov 5 kg, pôvodne znížená hladina kalcia v krvnom sére sa normalizovala). Po zvládnutí bakteriálnej infekcie kože boli pacientovi a rodičom vysvetlené zásady správneho ošetrovania kože v rámci prevencie recidív pyodermií.

Významný vplyv na pacienta mali najmä sestry, ktoré hlavne v prvých týždňoch hospitalizácie vlastne sprostredkovali komunikáciu s ním a aj po prepustení do domáceho ošetrovania písomne povzbudzovali pacienta. Majú veľký podiel na zmenách konštatovaných pri psychologickom vyšetrení pacienta s odstupom niekoľkých rokov (6). V tomto čase už pacient používal invalidný vozík, ktorý mu bol pridelený na základe odborných ortopedických a neurologických náleзов, vykonaných počas hospitalizácie.

Pri návšteve pacienta v jeho bydlisku navštívila ošetrujúca lekárka príslušného lekára prvého kontaktu, aby v rozhovore s ním rozobrala niektoré problémy jeho komunikácie s pacientom zistené pri návšteve a dohodla zabezpečenie správneho ošetrovania kože chorého.

Záver

Opísaný prípad raritného ochorenia prejavujúceho sa obvykle od mladšieho detského veku, diagnostikovaného u nášho pacienta až v dospelosti, komplikovaného opakovanými kožnými infekciami, poukazuje na zlyhávanie zdravotníckej starostlivosti – chýbanie jej kontinuity a komplexnosti. Iba vďaka náhode sa pacient dostal do zariadenia disponujúceho nielen

odbornosťou, schopnosťou interdisciplinárnej a multidisciplinárnej spolupráce, ale aj ľudskou účasťou a tak sa podarilo aspon čiastočne napraviť zistené nedostatky v starostlivosti, ktoré šťastie vyplývali aj z jeho sociálnych podmienok.

Literatúra

1. Fetisovová Ž. Manažment pacientov so psoriázou. Habilitačná práca. Martin: UK Bratislava 2001. 137 s.
2. Bopp KD, et al. Continuum of Care. In: The Aupha manual of health services management. Maryland: Aspen Publishers, Inc. 1994: 623–340.
3. Čapčíková Z. Ošetrovateľský proces a jeho realizácia v praxi na dermatovenerologickej klinike pri pacientovi s deficitom sebaopater. Diplomová práca. Martin: SZŠ M. R. Štefánika 1995. 22 s.
4. Adamicová K, et al. Mikroštruktúra podkožných lézií juvenilnej hyalínovej fibromatózy. Česko-slovenská patológia 1988; 34(3): 99–104.
5. Braun-Falco et al. Dermatológia a venerológia. 1. slov. a čs. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta 2001. 1 495 s. ISBN 808063-080-1.
6. Fetisovová Ž, et al. Medicínske a ošetrovateľské aspekty starostlivosti o chronického pacienta. In: Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve. Martin: UK Bratislava, JLF UK v Martine 2005: 300–305. ISBN 80-88866-32-4.

doc. MUDr. Želmíra Fetisovová, PhD.
 ÚNŠP JLF UK
 Malá Hora, 036 01 Martin
 fetisovova@jfm.uniba.sk

Zásady liečby bolesti v paliatívnej starostlivosti

MUDr. Hedviga Jakubíková¹, MUDr. Eleonóra Klímová²

¹Neurologická a algeziologická ambulancia, Prešov

²Neurologická klinika FNsP J. A. Reimana a FZ PU, Prešov

Jedným z najzávažnejších a najčastejších symptómov v paliatívnej liečbe je bolesť. Nedostatočne liečená bolesť vedie k telesnému a psychickému utrpeniu, znemožňuje základné denné aktivity a ovplyvňuje náladu pacienta. Pre rozhodovanie o liečbe je dôležité rozlíšiť, o aký typ bolesti sa jedná. Najvýznamnejším kritériom však je intenzita bolesti. U pacientov s chronickou bolesťou v paliatívnej starostlivosti preferujeme neinvazívne podávanie analgetík. Zložité bolestivé stavy vyžadujú multidisciplinárny prístup.

Kľúčové slová: paliatívna liečba, chronická bolesť, typy bolesti, analgetiká, koanalgetiká.

Principles of treatment of pain in palliative care

Pain is one of the most serious and most common symptoms in the palliative care. Pain treated inadequately leads to physical and psychological suffering, makes impossible basic daily activities and affects the mood of the patient. It's important to distinguish what type of pain is before deciding on treatment. The most important criterion is intensity of pain. We prefer non-invasive administration of analgesics for patients with chronic pain in palliative care. Multidisciplinary approach is required for complicated pain states.

Key words: palliative care, chronic pain, types of pain, analgesics, co-analgesics.

Bolesť je jedným z najčastejších symptómov pokročilých štádií ochorení, ktorými sa zaoberá paliatívna medicína. Má zásadný vplyv na komfort a náladu pacienta, ale aj na radosť zo života, nádej a motiváciu pacienta k životu a k spolupráci v liečbe. Neliečená bolesť vedie k zníženej pohybo-

losti až imobilite, nechutenstvu, malnutrii až kachexii a k sociálnej izolácii. Bolesť nemožno vnímať len ako somatický vnem. Bolesť je jednou zo zložiek utrpenia na konci života (1). Madame Cicely Saundersová, zakladateľka St. Christopher hospicu a priekopníčka koncepcie celkovej bolesti, identi-

fikovala niekoľko komponentov celkovej bolesti: bolesť telesnú, psychickú, sociálnu a spirituálnu.

V paliatívnej starostlivosti sa s telesnou bolesťou stretávame jednak u pacientov s nádorovým ochorením, ale aj u pacientov s nenádorovým ochorením. Väčšina pacientov s nádorovým

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 19–20

ochorením má viac ako jeden zdroj bolesti. Medzi najčastejšie bolestivé stavy u pacientov s nádorovým ochorením patria ischemické bolesti pri oklúzii ciev, bolesti pri napínaní puzdra vnútorných orgánov, kostné metastázy, neuropatické bolesti pri útlaku a infiltrácii nervov a plexov a bolesti pri obštrukcii dutých vnútorných orgánov (2).

Bolesť môže byť spojená aj s protinádorovou liečbou. Môže ísť o rôzne akútne a chronické bolestivé stavy. Po chemoterapii môžu vzniknúť polyneuropatie, artralgie, myalgie, bolesti hlavy, po rádioterapii mukozitída, enteritída, plexopatie, myelitída (3).

U pacientov s nenádorovým ochorením býva bolesť často podmienená spasticitou, degeneratívnymi zmenami chrčtice a kĺbov, rôznymi neuropatickými stavmi, kožnými léziami.

Podľa časového priebehu rozoznávame bolesť akútnu a chronickú. Chronická bolesť trvá dlhšie ako 3 mesiace a spôsobuje v centrálnom nervovom systéme zmeny v zmysle senzitivizácie. U pacientov s chronickou bolesťou sa môžeme stretnúť v priebehu dňa s epizódami vzplanutia bolesti, ktoré nazývame prelomová bolesť. Môžu sa vyskytnúť na konci dávkovacieho intervalu v posledných hodinách pred podaním ďalšej dávky analgetika, alebo vo forme incidentálnej bolesti, vyvolanej konkrétnym faktorom – pohybom, kašľom, ošetrovaním rany.

Základné zásady liečby chronickej bolesti:

- Základným faktorom pri voľbe analgetika je intenzita bolesti.

- Podľa charakteru bolesti sú indikované koanalgetiká, ktoré možno kombinovať s analgetikami na všetkých stupňoch rebríčka.
- Pri trvalej bolesti podávame analgetiká v pravidelných intervaloch – podľa hodín, a nielen podľa potreby. Dávkovací interval má byť taký, aby sa udržala vyrovnaná plazmatická koncentrácia lieku a ďalšia dávka lieku bola podaná pred znovuoobjavením sa bolesti.
- Veľkosť dávky je individuálna. Dávku titrujeme do dosiahnutia dobrej úľavy bolesti pri znesiteľných nežiaducich účinkoch lieku.
- Analgetiká podávame čo najmenej invazívnym spôsobom, uprednostňujeme perorálne formy s predĺženým uvoľňovaním alebo transdermálne formy liekov.
- Súčasťou liečby je pravidelné hodnotenie analgetickej účinnosti, nežiaducich účinkov a celkového vplyvu liečby na kvalitu života.
- Nevyhnutnou súčasťou komplexného liečebného plánu je profylaxia a liečba nežiaducich účinkov analgetík.
- Súčasťou liečby je hodnotenie psychosociálnych súvislostí vnímania, prežívania a vyjadrovania bolesti a ich kvalifikované ovplyvňovanie.
- V prípade nedostatočnej úľavy od bolesti pri systémovom použití analgetík treba zvážiť invazívne analgetické postupy (1).

V liečbe chronickej nádorovej bolesti sa zvyčajne postupuje podľa analgetického rebríčka WHO, teda od neopioidných analgetík, cez

slabé opioidy k silným opioidom. Všetky stupne analgetík možno kombinovať s koanalgetikami (antikonzulzíva, antidepresíva).

U pacientov liečených vysokými dávkami opioidov je špecifickým problémom hyperalgezia a alo-dýnia. U starších pacientov a pri renálnych a hepatálnych ochoreniach začíname liečbu opioidmi v nižších dávkach a s dlhšími dávkovacími intervalmi.

Bolesť je jednou z najčastejších foriem utrpenia ťažko chorých a umierajúcich pacientov a jej tíšenie patrí k najzákladnejším povinnostiam a cieľom paliatívnej liečby. V liečbe bolesti v terminálnych štádiách ochorenia sme povinní využiť všetky terapeutické možnosti, ktoré poznáme, sú nám dostupné a bezpečne ich ovládame (4).

Literatúra

1. Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J. Paliatívni medicína pro praxi. 1. vyd. Praha: Galén 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
2. Rokyta R, et al. Bolest. Monografie algeziologie. 1. vyd. Praha: Tigris 2006. 684 s. ISBN 80-235 00000-0-0.
3. De Leon-Casasola OA. Cancer Pain. Pharmacologic, interventional and palliative approaches. 1 st. Ed. Elsevier 2006. 591 p. ISBN 0-7216-0261-4.
4. Martuliak I, Otrubová Z. Liečba bolesti v paliatívnej medicíne. In: Dobříková-Porubčanová P a kol. Nevyliciteľne chorí v súčasnosti: Význam paliatívnej starostlivosti. 1. vyd. Trnava: Spolok svätého Vojtecha 2005: 130–149. ISBN 80-7162-581-7.

MUDr. Hedviga Jakubíková

Neurologická a algeziologická ambulancia
Janouškova 22, 080 01 Prešov
hjakub@gmail.com

Manažment GIT symptómov v detskej paliatívnej starostlivosti – kazuistika

MUDr. Klára Hottmarová, MUDr. Mária Jasenková

Detský hospic Plamienok n.o., Bratislava

Príznaky zo strany GIT sú u detí v hospicovej starostlivosti pomerne časté. Výskyt a zhoršenie GIT príznakov závisí od základného ochorenia, od koexistujúcich faktorov a celkového aktuálneho zdravotného stavu dieťaťa. Ide o príznaky ochorenia GIT systému alebo GIT príznaky ochorenia iných systémov. Aké máme možnosti zvládnuť ich v domácom prostredí? Kazuistika: V prednáške sa zameriavame na symptómový manažment ileózneho stavu v domácom prostredí u pacienta Vincka M., 2-ročného chlapca s malígnym rabdoidným tumorom obličky s metastázami do lymfatických uzlín a pľúc. V starostlivosti Plamienka bol 24 dní. V posledných dňoch jeho života sme riešili, okrem iných príznakov, najmä obstipáciu a vracanie v rámci ileu.

Kľúčové slová: GIT príznaky, hospicová starostlivosť, detský pacient, domáci manažment.

Case report: Management of GIT symptoms in paediatric palliative care

The symptoms of gastrointestinal tract (GIT) are very frequent in paediatric palliative care. The incidence and worsening of GIT symptoms depend on the disease, on coexisting factors and whole actual clinical state of the child. Symptoms of diseases straightly affecting GIT and GIT symptoms of diseases of other organ systems could be distinguished. Which possibilities do we have to manage the symptoms at home? A case report: We describe symptom management of the small patient Vincko M., 2-years old boy with rhabdoid tumor of brain and kidney, with metastasis into the lymph nodes and lungs. He was in the care of Detský hospic Plamienok 24 days. In the last days of his life beside other symptoms, we treated constipation and vomiting because of obstructive ileus.

Key words: GIT symptoms, hospice care, child patient, home care.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 20–22

Úvod

Poslaním Detského hospicu Plamienok je poskytovanie paliatívnej a hospicovej starostlivosti smrteľne chorým a zomierajúcim deťom a im blízkym osobám v domácom prostredí, ktorej cieľom je zlepšenie kvality ich života. Poskytujeme starostlivosť formou návštevnej služby (tzv. mobilný hospic) v okruhu Bratislavy do 200 km. V našom hospici je na prvom mieste dobro dieťaťa a jeho potreby. Ponúkame odbornú pomoc a ľudskú podporu priamo doma. Druhou našou prioritou je vzdelávanie. Vzdelávame najmä odborníkov a študentov pomáhajúcich profesií. Venujeme sa aj rodinám po úmrtí dieťaťa. Pripravujeme projekt Denného centra.

GIT príznaky v detskej paliatívnej starostlivosti

Vo všeobecnosti gastrointestinálny trakt je senzitívny a veľmi reaktívny systém, ktorý nielen monitoruje prechádzajúcu potravu, ale tiež odzrkadľuje poruchu funkcie alebo integrity iných systémov tela. Príznaky zo strany GIT sú u detí v hospicovej starostlivosti veľmi časté. Výskyt a zhoršenie GIT príznakov závisí od základného ochorenia, od koexistujúcich faktorov a celového aktuálneho zdravotného stavu dieťaťa (1). Medzi najčastejšie príznaky zo strany GIT sú nauzea, vracanie, zápcha, hnačka, poruchy prehltnutia, nechutenstvo. Chronické GIT ťažkosti sú väčšinou u neonkologických pacientov, kým akútne skôr častejšie u onkologických pacientov.

Epidemiológia

Formálne by sme mohli výskyt GIT príznakov rozdeliť takto:

- ochorenia gastrointestinálneho traktu,
- gastrointestinálne príznaky ochorení iných systémov.

Ochorenia gastrointestinálneho traktu: sú v detskej paliatívnej starostlivosti pomerne vzácne. Môže ísť o vrodené malformácie (atrézia ezofagu, gastroschíza, omfalokéla, biliárna atrézia (ak nie je možný operačný zákrok) a ďalšie), vrodené poruchy metabolizmu (napr. Allagile sy, Schwachman-Diamond sy, cystická fibróza), neoplazmy (napr. hepatoblastóm, črevné non-Hodgkin lymfómy, kolorektálne karcinómy, karcinóm pečene, karcinóm žalúdka).

Gastrointestinálne príznaky iných ochorení: neurodegeneratívne ochorenia (napr. SMA).

Vrodené metabolické ochorenia (napr. Lesch-Nyhan sy), malignity rôznej lokality (tumo-

ry mozgu, miechy, priame prerastanie do brucha, rabdomyosarkóm, neuroblastómy atď.).

Nauzea, vomitus

Nauzea a vomitus sú jednými z najčastejších príznakov. V praxi uvažujeme, či je príčinou základná, smrteľná choroba (napr. zvýšený intrakraniálny tlak pri nádoroch mozgu), alebo príznaky môžu vyvolávať aj lieky (napr. opioidy, chemoterapia, ak je podávaná), bežné detské ochorenia ako napr. rotavírusová gastroenteritída, alebo môžu byť aj príznakom infekcie inej lokality (vracanie pri kašli a respiračných infekciách) alebo aj reakcia na prijatú potravu.

Nauzea a vracanie sú vysilujúce a obťažujúce pre pacienta aj jeho rodinu. Dieťa stráca tekutiny, živiny a energiu. Dôležitým faktorom priebehu a manažmentu vracania je celkový stav dieťaťa a stav jeho základnej choroby.

Manažment vomitu v domácom prostredí

Kauzálne sa snažíme liečiť príčinu, ak je to možné. Snažíme sa dieťa uložiť do úľavovej polohy a zároveň polohy, aby boli priechnodné dýchacie cesty. Snažíme sa použiť lieky na zmiernenie vracania (antiemetiká) s rôznym mechanizmom účinku. Ak to stav vyžaduje, zavádzame nazogastričnú sondu a indikujeme sedáciu. Rehydratáciu volíme pokiaľ možno per os. V terminálnom stave postupujeme podľa pravidla: „tekutiny podľa chuti“. Ak vracanie zvládneme (väčšinou v prípadoch, keď nie je vyvolané základnou chorobou), nasleduje postupná realimentácia a diéta.

Antiemetiká:

- prokinetiká: domperidon, metoclopramid (gastrická stáza, ileus), po, iv, sc: 0,033 – 0,1 mg/kg/d,
- fenotiazidy: chlorpromazin, po, iv 0,5 – 1 mg/kg/d (všetky typy nauzey, vracania),
- antihistaminiká: cinnarizine, difenhydramin, promethazin po 0,5 mg/kg/d, iv, im 0,25 – 1 mg/kg/d (intestinálna obštrukcia, zvýšený intrakraniálny tlak, vestibulárna stimulácia),
- butyrofenóny: droperidol, haloperidol 0,15 mg/kg/d (vomitus indukovaný opioidmi),
- 5-HT₃ antagonisti: granisetron, ondansetron, tropisetron (vomitus indukovaný chemo-, rádioterapiou, ondansetron, iv 0,15 mg/kg/dávku, po 4 – 8 mg á 8 – 12 hod,
- ďalšie lieky na zmiernenie vomitu: kortikosteroidy, kanabinoidy, antagonisti neurokinínu 1, oktreotid (syntetický analóg somatostatínu): redukuje intestinálnu sekréciu, benzodiazepíny (1).

Manažment ileu v domácom prostredí

Symptómy ileu (nauzea, vracanie) sú veľmi stresujúce nielen pre detského pacienta, ale aj pre rodičov. Ak je príčinou základná (nevyliciteľná) choroba a celkový stav dieťaťa je zlý, nie je indikovaná chirurgická liečba. Po zavedení nazogastričnej sondy (NGS) dochádza k dekompresii GITu, zmierneniu vomitu a rýchlej úľave. Volíme per os príjem „podľa chuti“, sonda dostatočne oddrňuje „nadbytok“ tekutín. Ak pacient zvracia napriek sonde, pristupujeme k sedácii.

Farmakológia ileu v domácom prostredí

Farmakológia závisí od etiológie a je symptomatická. Ak ide o obštrukčný ileus, zavádzame NGS, podávame antiemetiká, ev. kortikoidy. Pri paralytickom ileu sa snažíme morfín nahradiť fentanylom, môžeme použiť syntostigmín, účinnok prokinetik je sporný.

Somatostatíny – oktreotid a nové analógy, napr. vapreotid je vhodný pri obštrukčnom ileu s vysokým odpadom z NGS, inhibuje uvoľňovanie a pôsobenie GIT hormónov a znižuje sekréciu a motilitu žalúdka i čriev.

Kazuistika

V Detskom hospici Plamienok sme sa starali o 2-ročného pacienta Vincka M. s rabdoidným nádorom ľavej obličky metastazujúcim do lymfatických uzlín a pľúc. Vincko bol odoslaný do nášho hospicu z Detskej KDOaH DFNSP v Bratislave. O prijatie do hospicu požiadala matka po ukončení paliatívnej rádioterapie brucha. Vincko bol už pri prijatí vo veľmi zlom celkovom stave, s postupne progredujúcimi príznakmi nauzey a vracania pri rozvíjajúcom sa paralytickom ileu. V starostlivosti Plamienka bol 24 dní. Celkovo sme vykonali 14 návštev. Zamerali sme sa najmä na riešenie obťažujúcich symptómov a podporu rodičov, najmä matky.

Symptómy. V popredí boli: bolesť, nechutenstvo, nauzea, vracanie, obstipácia, retencia moču, retencia tekutín (ascites, edémy), striedajúca sa agitácia, apatia, úzkosť dieťaťa.

Symptómový manažment:

- bolesť: Tramal, Sevredol, Durogesic, Morfín,
- nechutenstvo, nauzea, vracanie: Dexametazón, NGS,
- obstipácia: Duphalac,
- retencia tekutín, edémy: Verospiron,
- agitácia: Haloperidol,
- krvácanie do kože, slizníc: Dicynone.

Terminálne zhoršovanie stavu. Vincko vyžaduje trvalú prítomnosť matky. Rodičia cítia, že

koniec je blízko. Matka: „cítim z neho strach, keď spí“. Strieda sa agitácia, apatia, somnolencia. Bolesť je kontrolovaná.

Posledné hodiny – jedenkrát hemateméza, paralýza čreva, obstipácia.

Terminálny stav, hemateméza. Redukujeme per os príjem, per os medikamenty. Zavádzame NGS, dochádza k okamžitej úľave, upokojeniu. Preplachujeme žalúdok cez sondu chladným FR. Podávame kortikoid per rectum, indikujeme terminálnu analgosedáciu (Morfín, Dormicum). Vracanie ustáva.

Áké boli Vinckove posledné dni? Čo sme priniesli Vinckovi a rodine?

Rodina bola spolu až do konca. Podľa vyjadrenia matky, netrpel neznesiteľne a prežil aspoň chvíľky radosti doma, v bezpečí, obklopený najbližšími. Vianoce celá rodina slávila „predčasne“, aby to Vincko stihol a chvíľku sa potešil z darčiekov a vianočného stromčeka. Zomrel v pokoji, v náručí oboch rodičov. Rodina nebola sama, sprevádzali ich v najťažších chvíľach pracovníci hospicu.

Záver

Môžeme konštatovať, že s GIT symptómami sa v detskej paliatívnej starostlivosti stretávame takmer dennodenne. Odhaliť presnú príčinu

u detí nie je vždy ľahké, ale aj napriek závažným príznakom sa dajú tieto stavy zvládnuť aj v domácom prostredí.

Literatúra

1. Goldman A. Oxford textbook of palliative care for children. Oxford: Oxford University Press 2007: 342–349.

MUDr. Klára Hottmarová

Detský hospic Plamienok n.o.

Zadunajská cesta 6, 851 01 Bratislava

info@plamienok.sk

Syndróm opioidmi indukovanej neurotoxicity – kazuistika

MUDr. Zuzana Otrubová

DOM Božieho Milosrdenstva – Hospic, Banská Bystrica

Práca prezentuje rozhodovací a liečebný postup v liečbe nádorovej bolesti u 74-ročnej pacientky s inoperabilným sarkómom urogenitálneho traktu s prejavmi syndrómu opioidmi indukovanej neurotoxicity pri vysokej eskalácii dávok silných opioidov. Aplikačné cesty podania opioidov postupovali od neinvazívnych – perorálnych a transdermálnych k invazívnym – kontinuálnym subkutánnym. Pre nežiaduce účinky vysokých dávok opioidov v zmysle hyperalgézie a kognitívnych porúch bola indikovaná invazívna intraspínálna analgetická liečba, ktorá zlepšila analgéziu a umožnila redukovanie dávok systémovo podávaných opioidov. Rozlíšenie nežiaducich účinkov liečby a progresie nádorového ochorenia pri zmene kognitívnych funkcií nie je vždy jasné.

Kľúčové slová: nádorová bolesť, neinvazívne a invazívne liečebné postupy, syndróm opioidmi indukovanej neurotoxicity, hyperalgézia.

Opioid induced neurotoxicity syndrom – case report

In this lecture is presented decision making process about analgetic treatment of cancer – related pain of 74-years old patient with inoperable sarcoma of the urogenital tract, with opioid induced neurotoxicity syndrom by using escalation doses of strong opioids. Route of administration of opioids lead from non-invasive – oral and transdermal ways to invasive continuous subcutaneous route. Adverse effects of high doses of opioids as hyperalgesia and deterioration of cognitive functions caused indication of invasive intraspinal analgetic treatment, which improve analgesia and allowed doses reduction of the used systemic opioids. In the conditions of deteriorated cognitive functions is not clear to distinguish between adverse effects of the treatment and symptoms of the progress of the illness sometimes.

Key words: cancer-related pain, noninvasive and invasive methods of treatment, opioid induced neurotoxicity syndrom, hyperalgesia.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 22–23

Kazuistika

74-ročná pacientka s diagnostikovaným leiomyosarkómom vulvy, napriek ERT a CHT s progredujúcim priebehom, exulceráciou tumoru, inoperabilným rozsahom. Pre vystupňovanú algicitu s častými návštevami LSPP prijatá na symptomatickú liečbu do Hospicu Domu Božieho milosrdenstva.

Pacientka s viscerálnou lokalizovanou páliovou a šklbavou bolesťou vnútorných genitálií bola v úvode liečená neinvazívnymi aplikačnými cestami analgetík, perorálnymi opioidmi a perorálnymi alebo rektálnymi formami nesteroidných analgetík. Pre silnejúcu intenzitu a frek-

venciu bolestí s výraznou nočnou gradáciou bola po opakovanej rotácii opioidov nastavená na kombináciu bazálnej transdermálnej analgétie FNT 250 ug á 60 h a kontinuálne podávaného morfínu v celkovej dennej dávke 60, neskôr 80 – 100 mg.

Z adjuvantných analgetík boli postupne empiricky podávané tricyklické antidepresíva, antikonvulzíva, neuroleptiká, antidepresíva SSRI a baklofen. Z nežiaducich účinkov liečby opioidmi boli prítomné pruritus kože a zápcha, neskôr stavy dezorientácie, sporadické svalové záškľby. Po zavedení epidurálneho katétra (EK) bola dosiahnutá niekoľkokrát efektívna anal-

gétzia, zavedený systém však vycestoval, nové zavedenie EK pacientka odmietla.

Bolesť pacientky nebolo možné objektivizovať, jej konštantné výrazné hlasové prejavy podľa nej samej nekorelovali vždy s prítomnosťou bolesti. Napriek postupne narastajúcim dávkam analgetík na prelomovú bolesť a kombinácii sedatívnych liekov mala pravidelné nočné bolestivé stavy, resp. stavy excitácie, dožadovala sa ďalšej medikácie. Rozvinul sa obraz opioidmi indukovanej neurotoxicity.

Pokus o zavedenie intratekálneho katétra bol pre bolestivosť a neúčinné polohovanie neúspešný. Zároveň evidentne lokálne postúpila

progresia tumoru, narastali problémy s odchodom stolice.

Pri dennej dávke opioidov ekvianalgetickej s.c. morfinu 300 mg bolo indikované zavedenie intratekálneho katétra v celkovej anestézii počas hospitalizácie na onkologickom oddelení. Po zavedení intratekálnej cievky bola bolesť lepšie

kontrolovaná, umožnila ukončenie subkutánneho podávania morfinu, zlepšenie stavu vedomia.

Pacientkin celkový stav sa však progresívne zhoršoval, rozvinula sa susp. postrenálna renálna insuficiencia, ďalšie invazívne postupy liečby príbuzní pacientky odmietli. 14 dní po zavedení IT katétra exitovala.

MUDr. Zuzana Otrubová

DOM Božieho milosrdenstva, n.o.

Ul. Tibora Andrašovana č. 44, 974 01 Banská Bystrica
lekar@dombm.sk

Úzkosť ze smrti jako ošetrovatelský problém v domácí péči

Mgr. Helena Kisvetrová, doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Ústav ošetrovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého, Olomouc

Výzkumná sonda realizovaná metodou focus group prokázala, že sestry v domácí péči dokáží identifikovat diagnostické prvky vedoucí ke stanovení ošetrovatelské diagnózy *Úzkosť ze smrti*. Ošetrovatelské aktivity, které sestry označily jako relevantní při ošetrování terminálních pacientů s oš. dg. *Úzkosť ze smrti*, byly součástí NIC intervencí: *Péče o umírající (5260)*, *Duchovní podpora (5240)* a *Zmírnění úzkosti (5820)*. Dále se účastníci diskuse shodli na důležitosti spirituálních intervencí a považovali za významný aspekt pro hodnocení úzkosti ze smrti skutečnost, je-li pacient v nemocnici nebo v domácím prostředí.

Klíčová slova: úzkosť ze smrti, terminálně nemocný, ošetrovatelská intervence, domácí péče, sestra.

Death anxiety as a nursing problem in home care

The research probe realized by a Focus Group method showed that the nurses in home care are able to identify the nursing diagnosis Death anxiety on the basis of defining characteristics and related factors. Nursing activities which nurses declared as relevant in the nursing of terminally ill patients with the nursing diagnosis Death anxiety were parts of NIC interventions: Dying Care, Spiritual support and Anxiety reduction. Discussion participants further agreed on important spiritual interventions and considered to be an important aspect for evaluation of death anxiety the fact if a patient is in hospital or at home.

Key words: death anxiety, terminally ill, nursing intervention, home care, nurse.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 23–24

Úvod

Smrt jako nevyhnutelná součást života vede člověka k nutnosti přemýšlet o konečnosti své existence a vyvolává úzkost, kterou se zabývali nejen filosofové, např. Kierkegaard a Heidegger (1), ale i spisovatelé. L. N. Tolstoj výstižně ilustroval lidskou pochybnost a úzkost v konfrontaci s nevyhnutelností smrti v novele *Smrt Ivana Iljiče* (2). Fenomén úzkosti a smrti se objevuje i v díle E. A. Poa v povídce *Předčasný pohřeb* (3).

V klasifikaci NANDA International je zařazená v 9. doméně (zvládnutí/tolerance zátěže) ve 2. třídě (reakce na zvládnutí zátěže) oš. diagnóza *Úzkosť ze smrti* (00147) a je definovaná jako „vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu vytvořený vnímáním skutečné nebo imaginární hrozby něčí existence“ (4). I přesto bylo v oblasti ošetrovatelství zatím jen málo studií zaměřených na úzkost ze smrti (5, 6). Vlivem nedostatku české literatury o ošetrovatelské diagnostice a intervencích (první oficiální český překlad NANDA–I. připravuje naklada-

telství Grada), ale i v důsledku sociokulturního kontextu tabuizace smrti totalitním režimem, nejsou české sestry zvyklé se cíleně věnovat úzkosti pacienta. Přitom úzkost umírajícího vnímají často jako problém, který péči o umírající ztěžuje (7, 8).

Výzkumná sonda

Cílem výzkumné sondy bylo zjistit, které diagnostické prvky vedoucí ke stanovení oš. dg. „*Úzkosť ze smrti*“ sestry v domácí péči identifikují u svých pacientů, a které ošetrovatelské aktivity pomáhají úzkost pacienta řešit. Pro realizaci byla zvolena metoda ohniskové skupiny (focuss group). Diskuse řízené moderátorem se zúčastnily sestry ze zařízení Arcidiecézní charity Olomouc (ACHO) a Diecézní charity ostravsko-opavské, které poskytují domácí péči i terminálně nemocným, ale nejsou zaměřené pouze na domácí hospicovou péči. Focuss group navazoval na seminář *Umírání v domácím prostředí* konaný v rámci vzdělávacího programu *Moderní ošetrovatelství v domácí péči* pořádaném ACHO

v 2008 – 2009. Účastníkům diskuse byla předložena dvě témata k diskusi:

- Na základě čeho se domníváte, že pacient prožívá úzkost ze smrti?
- Jakým způsobem konkrétně řešíte v rámci svých kompetencí pacientovu úzkost?

Shrnutí výsledků k tématům diskuse

Na základě čeho se domníváte, že pacient prožívá úzkost ze smrti? – Výstupy byly kategorizovány podle definovaných diagnostických prvků (12 určujících znaků a 15 souvisejících faktorů) oš. dg. *Úzkosť ze smrti* (00147) dle klasifikace NANDA–I. (4). Určující znaky a související faktory, které sestry v diskusi definovaly, jsou uvedeny v tabulce 1.

Jakým způsobem konkrétně řešíte v rámci svých kompetencí pacientovu úzkost? – Konkrétní aktivity, které účastnice diskuse uváděly, jsou kategorizovány podle definovaných intervencí klasifikace NIC (9), která uvádí 25 intervencí vztahujících se k oš. dg. *Úzkosť ze smrti*. Intervence, které sestry v diskusi definovaly, jsou uvedeny v tabulce 2.

Tabulka 1. Stanovení oš. diagnózy *Úzkost ze smrti*

Určující znaky (NANDA-I.)	Výpovědi sester (přesný přepis)
Uvádí obavy z přepracování pečovatele	Jak to rodina zvládne, když jsem tak nemocná a už nic nezvládnou, děti jsou ještě malé. Na manželku je toho čím dál víc, už není nejmladší. Ta nejistota a strach o ní je horší než strach z mojí bolesti.
Uvádí hluboký smutek	Pacient to sám říká, že je moc smutný z toho, že se jeho život končí... , často řekne: „Sestro, já se bojím smrti“. Poznám to ale i z neverbálních projevů: je neklidný, má úzkost v očích, vystrašený výraz ve tváři.
Uvádí strach z bolesti v souvislosti s umíráním	Hlavně u dlouhotrvajícího onemocnění, kdy pacienti často mají obavu, jestli se doma zvládne bolest dostatečně utlumit. Mají strach, že budou muset trpět velké bolesti než umřou a říkají: „Než trpět bolestí, raději bych to nějak skončil“.
Uvádí strach z předčasné smrti	Ještě bych potřeboval alespoň pár let, abych mohl dokončit svou práci. Někdy se pacient bojí, že se neusmíří s dětmi. Často říkají: „Já už se syna nedočkám, abych mu řekl, jak mne to mrzí...“.
Uvádí strach z procesu umírání	Jaké to bude, v těch posledních minutách, budu úplně sám, nebo u mě někdo bude? Mají strach z toho, co je čeká v okamžiku smrti a chtěli by se tomu vyhnout. Často jsem slyšela: „Mám opravdu strach z toho prožívání umírání, přála bych si usnout a už se neprobudit, nic nevěděť“.
Související faktory (NANDA-I.)	Výpovědi sester (přesný přepis)
Předvídaní dopadu smrti na druhé	Mají obavu z toho, jak budou jejich blízcí žít, až odejde. Často mi pacientky říkají: „Mám strach, kdo vychová moje děti, když už tu nebudu. Jaká bude ta žena, kterou si možná můj muž přivede domů“, „... děti se budou hádat o majetek; dřív jsem jim majetek nechtěl rozdat, aby se o mě nepřestaly zajímat, a teď už je na to všechno pozdě“.
Diskuze na téma smrti	Sám začne mluvit o smrti a umírání. Ptá se na věci související se smrtí: „Jaké to bude, až zemřu doma? Co musí manželka všechno vyřídit?“
Nejistota ohledně setkání se s vyšší mocí	Nevím, jestli je moje víra dostatečná a jak před Bohem obstojím... co Bůh řekne na konkrétní pochybení... Lidé si myslí, že věřící mají všechno vyrovnané a nemají takový strach, ale každý to musí prožít. I řádová sestra má strach ze smrti a z toho, jak se setká s Bohem. Ale když je člověk smířený s Bohem, tak je vyrovnaný a nemá už takovou úzkost.
Nejistota ohledně existence vyšší moci	I věřící má pochybnosti... Možná to nevěřící má jednodušší, když si myslí, že žádný Bůh není a smrtí všechno končí... Ale co když někdo je? Ta pochybnost je tu pořád...
Nejistota ohledně života po smrti	Mají obavy z toho, co bude po smrti... Té nejistoty se bojí víc než samoty, ... jak to tam bude vypadat... mají strach z neznáma... Když ale nevěřící bere smrt jako naprostý konec, tak je to také hrozné... ta beznadě, že už nic nebude.

Tabulka 2. *Úzkost ze smrti* – intervence NIC

NIC intervence	Aktivity sester (přesný přepis výpovědi)
Péče o umírající (5260)	Důležité je zajistit perfektně základní péči – hygiena, jídlo, tekutiny, poloha na lůžku. Snažím se, aby pacient neměl bolest a nebyl dušný. Umožním mu mluvení o pohřbu, když vidím, že to chce. Snažím se mu zajistit klid.
Duchovní podpora (5240)	Pokud je věřící, tak se s ním modlím. Když o to pacient neprojevuje zájem, tak se modlím v duchu. Když je pak v agónii, tak se modlím u něj potichu nebo nahlas... Snažím se do modlitby zapojit i rodinu, pokud tam je. Nabídnu většinou zajištění kněze a zprostředkování svátostí. Někdy se kněz rodina sama neodvážá požádat, má strach, že by to mohlo nemocného vylekat. Ale spíš má z té návštěvy kněze strach rodina než ten nemocný. Nemocný si někdy o duchovní pomoc sám neodvážá říct, tak by se mu mělo pomoci, aby dokázal vyslovit to svoje přání. Člověk musí mít pochopení pro jejich názory a chápat projevy jejich nejistot, ale nejdůležitější je to, co je nejlepší pro umírajícího...
Zmírnění úzkosti (5820)	Ptám se často, z čeho má strach. Snažím se, aby to nějak pojmenoval a mluvil o tom, někdy se na to snažím přijít sama. Mluvim s pacientem o posledních věcech člověka, snažím se mu to nějak vysvětlit a uklidňuji ho. Určitě ho držím za ruku, aby cítil, že jsem s ním. Někdy už ten člověk ani moc nemluví, ale když se ho zeptám, tak dá posunkem najevo, že mně vnímá.

Závěrečné usnesení účastníků diskuse

Všichni diskutující se shodli na *důležitosti spirituálních intervencí*, které umožňují redukovat úzkost ze smrti u terminálně nemocných v domácí péči, což se shoduje i s výsledky za-

hraničních studií (10, 11), ale v kontextu ateistické kultury současného českého prostředí je to celkem překvapující. Dále považovali *pro hodnotu úzkosti ze smrti za významnou skutečnost, zda pacient umírá ve zdravotnickém zařízení nebo*

v domácím prostředí. Při péči o pacienta v domácím prostředí se sestra stává „členem rodiny“ a pacient se jí spíše svěří se svou úzkostí.

Závěr

I když účastníci diskuse neznaly přesně definované diagnostické prvky NANDA-I. pro oš. dg. *Úzkost ze smrti*, prokázaly, že na základě empatie a zkušeností z praxe jsou schopné správně identifikovat úzkost ze smrti u pacienta. To, že některé diagnostické prvky nebyly v rámci diskuse sestrami uvedeny, může být ovlivněno spektrem pacientů, ale i časovou dotací diskuse. Lze předpokládat, že pokud bude český překlad definovaných diagnostických prvků NANDA-I. a NIC, nebude problém oš. dg. *Úzkost ze smrti* implementovat do oš. dg. praxe v rámci domácí péče. Empatický přístup sester pak bude doplněn cíleným poskytováním péče v rámci daných struktur mezinárodních klasifikací.

Literatura

1. Heidegger M. Bytí a čas. 2. vyd. Praha: Oikoymenth 2002. 487 s. ISBN 80-7298-048-3.
2. Tolstoj LN. Dvě smrti. 1. vyd. Praha: Havran 2003. 154 s. ISBN 80-86515-27-3.
3. Poe EA. Jáma a kyvadlo a jiné povídky. 1. vyd. Praha: Odeon 1978. 421 s.
4. Herdman TH, et al. NANDA International – Ošetřovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2009 – 2011. Přel. Pavla Kudlová. 1. vyd. Praha: Grada 2010. Přel. z: NANDA-I. Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2009 – 2011. Philadelphia: NANDA International 2009. 435 p. ISBN 978-1-4051-8718-3. (vyjde v květnu).
5. Nyatanga B, de Vocht H. Towards a definition of death anxiety. International Journal of Palliative Nursing 2006; 12(9): 410–413.
6. Lehto RH, Stein KF. Death Anxiety: An analysis of an evolving concept. Research and theory for nursing practice. An International Journal 2009; 23(1): 23–41.
7. Kalvach Z, Mareš J, et al. Umírání a paliativní péče v České republice (situace, reflexe, vyhlídky). 1. vyd. Praha: Cesta domů 2004. 103 s. ISBN 80-239-2832-5.
8. Kisvetrová H. Názory sester na péči o umírající v institucionálních podmínkách následné oš. dg. péče. In: Kisvetrová H. (ed.) Důstojné umírání II. 1. vyd. Olomouc: VUP 2009: 49–57. ISBN 978-80-244-2381-4.
9. Mc Clucky JC, Bulechek GM. Nursing Interventions Classification (NIC). 4. ed. Iowa: Mosby 2004. 1 062 s. ISBN 0-323-02392-4.
10. Coenen A, Doorenbos AZ, et al. Nursing interventions to promote dignified dying in four countries. Oncology Nursing Forum 2007; 34(6): 1152–1153.
11. Cavendish R, et al. Spiritual care activities of nurses using Nursing interventions classification (NIC) labels. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications 2003; 14(4): 113–124.

Mgr. Helena Kisvetrová

Ústav oš. dg. péče, Fakulta zdravotnických věd,
Univerzita Palackého
Hněvotínská 3, 779 00 Olomouc
helena.kisvetrova@upol.cz

Komunikácia s pacientom v bezvedomí

Mgr. Anna Michňová

DOM Božieho milosrdenstva, Banská Bystrica

Tam, kde sa stretne človek s človekom, nastupuje proces komunikácie. Komunikácia úzko súvisí so životom každého človeka a významne ho obohacuje. Pacient v bezvedomí dokáže komunikovať neverbálne. Môžeme využiť každú formu jeho telesného prejavu, naviazať na reč tela, sledovať rytmus dychu, pohyby očných viečok, rias a mihalníc. Signály môžu vychádzať aj z pohybov prstov. Prejavy chorého je možné zachytiť, nadviazať na ne napríklad jemným stiskom zápästia. Potvrdením kontaktu môže byť zvýšený počet dychov alebo stisk ruky. Možnou komunikáciou môže byť aj bazálna stimulácia.

Kľúčové slová: komunikácia, bezvedomie, pacient, kóma, bazálna stimulácia.

Communication with unconscious patient

Where one encounters with the man starts the communication process. Communication is closely linked with the lives of everyone and greatly enriches this process. Unconscious patient can communicate nonverbally. We can use any form of physical expression, bind to the body language, follow the rhythm of breath, the movements of the eyelids, eyelashes and eyebrows. The signals may also be movements of the fingers. We can respond on manifestations of the ill by capture of fine grip wrist. Verification of contact can be increased by the number of breaths or handgrip. A possible communication may be a basal stimulation.

Key words: communication, unconsciousness, patient, coma, basal stimulation.

Komunikácia je vzájomná výmena informácií, správ a významov medzi jednotlivcami či skupinami. Bezvedomie, alebo presnejšie nazvané porucha (strata) vedomia, je dôležitá zmena duševného stavu, ktorá obsahuje kompletný alebo takmer kompletný výpadok reakcií na ľudí a iné stimuly z okolia. Postihnutá osoba prestáva byť v kontakte s okolím. Bezvedomie nesie v sebe dva aspekty – bdenie a vedomie. Bezvedomie je pojem veľmi široký. Vyjadruje zlyhávanie alebo zlyhanie centrálného nervového systému. Existuje niekoľko stupňov bezvedomia. Vyjadrujú a opisujú sa slovne, na presnejšie vyjadrenie hĺbky bezvedomia sa používajú číselné skórovacie systémy. Pre orientáciu sa na označenie hĺbky bezvedomia používajú výrazy:

- somnolencia – pacient je orientovaný alebo dezorientovaný, zobuditeľný, hýbe sa, odpovedá s latenciou,
- sopor – pacient sa prebúdzá veľmi ťažko, odpovedá oneskorene, neadekvátne alebo neodpovedá, hýbe sa veľmi málo alebo vôbec,
- kóma – pacient je nezobuditeľný, neodpovedá, reflexy má zachované alebo vymiznuté.

Samotná kóma má ďalšie stupne až po označenie smrť mozgu. Je sprevádzaná úplnou imobilitou, pacient nie je schopný vykonávať nijaké aktivity. Možnými príčinami môžu byť: úraz hlavy, nízka alebo vysoká hladina cukru v krvi, mozgové krvácanie, strata krvi, podchladenie, alergická reakcia, otrava, topenie sa, dusenie, ťažké otravy, IM, rôzne pády, ťažké dopravné nehody...

Mnohí sa mylne domnievajú, že s pacientom v kóme netreba komunikovať, pretože nás nepočuje a ani nám nemôže odpovedať. Opak je pravdou. Je našou povinnosťou komunikovať aj s pacientom v kóme a pristupovať k nemu vždy s predpokladom, že nás počuje. Hoci sa medicínsky môže javiť, že vzhľadom k mnohým poškodeniam pacient už nevníma z okolia nič, nesmieme zabúdať na to, že existuje aj mimozmyslové vnímanie, ktoré nie je dostatočne prebádané (1).

Vnútny proces, pri ktorom stratí človek vedomi, je, laicky povedané, poškodenie mozgu v dôsledku jeho nedokrvnenia alebo otrasu. Pri bezvedomí nepracuje pamäťová časť mozgu a pacient si často nepamätá ani na prvé rozhovory po prebudení. Niektorí pacienti však potvrdili, že počas bezvedomia vnímali niektoré zvuky, ako je napríklad škripanie dverí alebo pocítovali chlad. Človek pri prebúdzaní z bezvedomia vníma ako prvé práve zvukové podnety. Niektorí pacienti si síce nepamätajú, čo ich blízki hovorili, no spomínajú si na ich hlasy.

Veľkým problémom v praxi je často kontakt zdravotníckych pracovníkov s pacientom v bezvedomí, pretože pacient nevykazuje žiadne reakcie a verbálne nekomunikuje. Aj v komunikácii ide predovšetkým o záujem pacienta. Často pociťujeme bezmocnosť a bezradnosť z ticha, ktoré pacienta obklopuje, pretože nevieme, čo prežíva, do akej miery vníma okolie a čo by sme mohli pre neho urobiť. Ťažko a s neistotou sa orientuje v priestore a čase, je zmätený nepravidelným hlukom.

Preto pri komunikácii s pacientom:

- jednajme pokojne a zdvorilo,

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 25–26

- oslovujeme ho pán/pani, priezviskom a vyznejme mu,
- nehovorme s ním ako s dieťaťom, nepoužívajme detské (paternalistické) výrazy a zdobneniny,
- predstavme sa po príchode do jeho izby, poučme o tom aj príbuzných,
- pokúsme sa pacientovi uľahčiť jeho situáciu vcítením sa do jeho situácie, ľahšie sa nám budú nachádzať slová,
- nezaťažujme pacienta svojim súcitom,
- rešpektujme práva pacienta, presvedčme sa o nevyhnutnosti nášho postupu, nikdy nekričme, pred vstupom do izby zaklopte na dvere,
- pokúsme sa obmedziť rušivé vplyvy: zvuk otvárajúcich dverí, odsunutie stoličky...
- vysvetlime mu náš postup výkonov a cieľ, ktorý chceme dosiahnuť,
- každú činnosť v jeho prítomnosti komentujme, aby sa nezľakol,
- hovorme s ním o tom istom, čo by sme mu povedali, keby nebol v bezvedomí (rozdiel bude v tom, že nám nebude odpovedať),
- popíšme mu prostredie, v ktorom sa nachádza,
- obmedzme výroky len na nevyhnutne potrebné, pretože ich môže pacient vnímať aj v hlbokom bezvedomí,
- pristupujme k nemu vždy s predpokladom, že nás počuje,
- ak potrebuje odpustenie od svojich blízkych, od Boha a aj odpustenie sám sebe, skontaktujme príbuzných, resp. kňaza,
- informujme ho aj o odchode z izby.

Ľudský mozog disponuje schopnosťou uchovávať svoje životné návyky v pamäťových dráhach viacerých oblastí, čo dáva možnosť cieleňou stimuláciou uložených spomienok opäť aktivovať jeho činnosť. Jednou z ošetrovateľských a liečebných metód je aj bazálna stimulácia. Umožňuje vnímať pacientovi vlastnú identitu, napomáha zlepšiť komunikáciu s okolím a zvládnuť orientáciu v priestore a čase. Metóda je u pacientov v bezvedomí veľmi vhodná, pomáha pacientom vnímať vlastné telo a okolie. V kolektíve musí byť každý oboznámený s postupom bazálnej stimulácie, aby boli jednotní.

Pre ošetrojúcich je ťažké pristupovať k pacientom, ktorí nereagujú, hoci dnes už neprevláda názor, že ľudia v kóme nič nevnímajú. Väčšina ošetrojúcich napriek tomu viac komunikuje s tými pacientmi, ktorí na komunikáciu reagujú. Bezvedomie považujú za nejakú stratégiu prežitia, ku ktorej dochádza k úpadku vedomia na nižšiu úroveň. Pokiaľ budeme k ľuďom v bezvedomí pristupovať ako k osobám so schopnosťou cítiť, vnímať a reagovať a využijeme u nich vhodnú formu komunikácie, môžeme ich schopnosť vnímať kontrolovať a overovať. Základom je použiť jeho formu komunikácie a rozlišovať aj nepatrné reakcie pacienta. Medzi ne patria znaky príjemného pocitu. Patrí sem žmurkanie očami, hlboké dýchanie, vzdychanie, stenanie, „bručanie“, otváranie očí a úst, úsmev, uvoľnenie svalového tonusu, mimiky a pohybu, pokojný pohľad

na okolie a stimulačné elementy. Medzi znaky nepríjemného pocitu patrí zatváranie očí a úst, bledosť, nepokojné a nepravidelné dýchanie, plač, stenanie, zvýšenie svalového tonusu, kŕčovité držanie tela, kŕčovitá mimika a pohyby končatín, motorický nepokoj, manipulácia na vlastnom tele a sebapoškodzovanie (2).

Pri komunikácii s pacientom v bezvedomí je potrebné dodržiavať určité pravidlá, ktoré poznáme ako desatoro bazálnej stimulácie:

1. Privítajte sa a rozlúčte sa s pacientom vždy rovnakými slovami.
2. Pri oslovení pacienta sa ho vždy dotknite, pokiaľ je to možné, na rovnakom mieste.
3. Hovorte jasne, zrozumiteľne a zreteľne.
4. Nezvyšujte hlas, hovorte prirodzeným tónom.
5. Pri rozhovore používajte takú formu komunikácie, na ktorú je pacient zvyknutý.
6. Verbálny prejav nech je v súlade s neverbálnym.
7. Nepoužívajte v reči zdrobneniny.
8. Nehovorte s viacerými osobami naraz.
9. Pri komunikácii sa pokúste redukovať rušivý vplyv okolia.
10. Umožnite pacientovi reagovať na vaše slová (3).

Bazálna stimulácia dáva pacientovi v bezvedomí zreteľné vnemy a skúsenosti z vnímania vlastného tela, ale tiež z jeho okolia. Opakujúci sa priebeh ošetrovateľských činností mu umožňuje kvalitnejšie vnímať a spracovávať nové zážitky a skúsenosti.

Dôležitým médium pri ošetrovaní pacienta v bezvedomí je podložka, na ktorej pacient leží, a ruky ošetrojúcich, ktoré podávajú rôzne informácie a sú vnímané pacientom príjemne alebo nepríjemne. Komunikácia personálu s pacientom je potrebná i napriek tomu, že nepoznáme svet, v ktorom sa pacient nachádza. Môže to byť cesta k návratu, ale aj cesta k smrti. Dôležité je, aby pacient neostal vo svojom svete sám, že sme mu poskytli ľudský kontakt, zabezpečili pocit istoty a bezpečia v cudzom prostredí.

Medzi nebom a zemou sú zázraky, ktoré ani celá lekárska veda nedokáže vysvetliť. Niekedy proste veda nestačí.

Literatúra

1. Dobříková-Porubčanová P, et al. Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti. 1. vyd. Trnava: Spolok svätého Vojtecha 2005. 95 s. ISBN 80-7162-581-7.
2. Friedlová K. Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství. 1. a 2. díl. 3. vyd. Frídek-Místek: Institut Bazální stimulace 2007. 100 s. ISBN 80-239-6132-2.
3. Friedlová K. Bazální stimulace v ošetrovatelské péči. Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace. 5. vyd. Frídek-Místek: Tiskárna Kleinwächter 2006. 32 s.

Mgr. Anna Michňová

DOM Božieho milosrdenstva, n.o.

Ul. Tibora Andrašovana č. 44, 974 01 Banská Bystrica
michnova.a@centrum.sk

Klinická supervize v ošetrovatelství – mají sestry o čem diskutovat?

Mgr. Lenka Špirudová, PhD.

Ústav ošetrovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého, Olomouc

Článek je orientací v oblasti současné klinické ošetrovatelské supervize v ČR. Kvalitativní pilotní studie ukazuje na možné problémy, které by sestry z oboru paliativní a hospicové péče mohly přinášet do supervizí.

Klíčová slova: supervize, klinická supervize, sestra, hospicová péče, individuální rozvoj.

Supervision in nursing, the possibility of using supervision by nurses providing the long term and terminally sick patient's care

Article is to focus on current clinical nursing supervision in the Czech Republic. Qualitative pilot study shows the potential problems that nurses in the field of palliative and hospice care can bring to supervision.

Key words: supervision, clinical supervision, nurse, hospice care, individual development.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 26–29

Úvod

Sestry v oblasti hospicové péče vykonávajú jednu z najnáročnejších ošetrovateľských praxí a mäly by proto mít kromě adekvátního finanč-

ního ohodnocení také dostatek opor, které by jim sloužily k odžití různých zátěží a také jim pomáhaly najít odpovědi na aktuální profesní otázky, problémy a nejasnosti v bezpečném

a neohrožujícím prostředí. Jednou z takových opor by mohla být profesní klinická supervize vykonávaná nezávislým profesionálem přímo z oboru ošetrovatelství. Klinická supervize (kli-

nické konzultácie – poradenství) v ošetrovatelství jako metoda profesního rozvoje sester je v podmínkách českého ošetrovatelství poměrně neznámá a v reálné praxi není prakticky vůbec využívána.

Vlastní sdělení

Profese sester a ošetrovatelů jsou řazeny do kategorie *pomáhajících profesí* (vedle např.: sociálních pracovníků, psychologů, lékařů, učitelů, kněžích, ale také např. dobrovolníků aj.). Pro výkon všech pomáhajících profesí je třeba disponovat specifickými znalostmi a dovednostmi, ale také uměním vytvářet potřebnou kvalitu mezilidských vztahů (v případě ošetrování nemocných se jedná zejména o primární vztah sestra – pacient) a mít i odpovídající vztah k sobě samému (1). Klíčovou v rovině interpersonálních terapeutických vztahů je osobnost pomáhajícího.

Supervize

Pojem supervize pochází z anglického *supervision* = dohled, dozor, kontrola, řízení, inspekce. V tomto původním významu je pojem v ČR využíván v manažerských kontextech (např. Ministerstvo vnitra ČR má odbor interního auditu a supervize, který se věnuje kontrole. Manažeři všech úrovní mohou ve svých sděleních místo pojmu kontrola také používat pojem supervize a volně tyto dva pojmy zaměňovat). Daleko častěji je ale pojem supervize v současné době užíván ve značně posunutém smyslu v psychoterapii a odtud postupně proniká do dalších pomáhajících profesí – do sociální práce, pedagogiky, zdravotnictví ... (2).

Definování supervize úhlem pohledu pomáhajících profesí:

Hawkins P, Shohet R. odkazují na definici od Hesse, který definuje supervizi jako „... čistou mezilidskou interakci, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, setkávala s druhou osobou, supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnost supervidovaného účinně pomáhat lidem“ (3).

Velmi používaná je v supervizi také definice Loganbila a kol.: „Supervize je intenzivní, mezilidsky zaměřený individuální vztah, v němž je úkolem jedné z osob usnadňovat rozvoj terapeutické kompetence druhé osoby.“ (4).

Britská poradenská asociace ve svém prvním dokumentu k supervizi uvádí: „prvořadým smyslem supervize je ochrana nejlepších zájmů klienta.“ (5).

V zahraniční ošetrovatelské literatuře se objevují společně dva pojmy: *supervize a reflexe*. Pojem reflexe je klíčovým pro supervizi. Pojem

pochází z latinského *reflexio* = obrácení zpět či obrácení k sobě. „*Reflexe předpokládá zastavení a obrácení pozornosti na určitý úsek zkušenosti. Je-li toto zastavení spojeno s tvůrčí otevřeností, s vytvořením prostoru v mysli pro něco nového, může dojít k reflexi, v níž je určitá zkušenost nebo její část nazarována nově.*“ (6).

Supervize ve zdravotnictví je označována jako supervize klinická. **Klinická supervize** může být definována např. takto:

- „... je to výměna zkušeností mezi profesionály z praxe sloužící k podpoře jejich profesionálních dovedností.“ (7).
- *Klinickou supervizi (KS) je nesprávně vykládat jako součást řídicího úkolu, nebo „v souvislosti s vedením školitelem – mentorem“. KS by neměla být mylně považována za výkon manažerské odpovědnosti a manažerského dohledu. Neměla by být používána jako formální systém hodnocení výkonů jednotlivců* (8).
- *Takže co je to klinická supervize? „Odborné zorganizování času, kdy se můžeme dotýkat své zkušenosti, kdy se pokoušíme najít smysl, pochopit, ocenit a dozvědět se, abychom mohli lépe pracovat, více zodpovědně, dynamicky a kreativně.“* (9).

Pro obor ošetrovatelství by definice klinické supervize mohla např. znít takto: „*Klinická supervize v ošetrovatelství je poradenská metoda i proces vedoucí k reflexi vlastního profesionálního jednání sester a to skrze intenzivní, mezilidsky zaměřený individuální (skupinový) vztah, v němž je úkolem supervizora usnadňovat rozvoj kompetence sestrám/ošetrovatelům. Prvořadým smyslem supervize je ochrana nejlepších zájmů klienta (např.: pacienta, jeho blízkých, jeho komunity, ale i např. jiných poskytovatelů péče či studentů).*“

Od roku 1989 ve světě došlo k významnému posunu v používání poradenských a terapeutických přístupů v mnoha pomáhajících profesích. Tato realita se vysvětluje zejména nárůstem pomáhajících služeb v domácích podmínkách klientů a potřeba pomáhajících, kteří pracují individuálně, s někým sdílet své zkušenosti a jejich potřeba mít oporu a bezpečné zázemí při hledání cest z různých obtíží a neúspěchů. Dalším důvodem je jistě také orientace služeb na kvalitu a bezpečnost.

V prosinci 2009 v Olomouci proběhla konference „*Důstojné umírání II*“, v rámci které byl zrealizován hodinový workshop orientovaný právě na klinickou ošetrovatelskou supervizi. Cílem této pilotní sondy bylo vytvoření si představy o aktuálních názorech, zkušenostech, možnostech a potřebách zúčastněných zdravotníků

(zejména sester) ve vztahu k možnostem klinické supervize. Hodinový prostor workshopu byl rozdělen do tří základních částí: 1. úvodní přednáška (10), 2. sepsání problémů pro supervizi, 3. diskuse nad vybranými problémy.

Úvodní přednáška objasnila klinickou supervizi v ošetrovatelství a uvedla obecné příklady problémů, které by sestry mohly do supervizních sezení přinášet (tabulka č. 1). (Poznámka: *Příklady problémů byly v přednášce uvedeny širěji, než jen se zaměřením na klinickou ošetrovatelskou supervizi (práce s pacientem), protože z předchozích výzkumných sond máme zjištěno, že sestry mají potřebu ve výrazně vyšší míře diskutovat problémy svých provozů, vztahů v týmech, ošetrovatelské dokumentace, nedostatek pomůcek, nekvalitní standardy apod., než problémy pacientů a práci s nimi.*) Následně účastníci workshopu – pouze ale sestry, které poskytují přímou péči – mohly anonymně sepsat své problémy, které by si přály diskutovat v bezpečném, neohrožujícím prostředí, a které by si přinesly jako téma do supervize. Respondentkami na workshopu byly sestry (ženy) z hospiců, agentur a nemocnic. Své problémy sepsaly na lístečky a vložily je do krabičky na stole (1 problém = 1 lístek). Množství vložených problémů od jednoho účastníka nebyl limitovaný (tabulka č. 2 uvádí přesný přepis problémů od sester – účastníků workshopu). Krabičky s popsanými lístky byly následně mezi jednotlivými stoly vyměněny tak, aby žádné osazenstvo stolu neřešilo své vlastní problémy. Za velmi důležité jsme považovali maximálně možné zajištění pocitu bezpečnosti sdělujících i diskutujících. Osazenstvo každého stolu si společně prostudovalo ob-

Tabulka 1. Problémy pro supervizi – obecné příklady z přednášky pro sestry

Poř. č.	Možné problémy sester pro supervizi – obecné příklady z přednášky
1.	pocity zbytečnosti a ztráta perspektivy
2.	podlomení sebedůvěry a sebehodnocení
3.	pocity otupělosti a cynismu k utrpení jiných
4.	ale také: precitlivlost a osobní zraňování se utrpením jiných
5.	bezmoc kokoliv změnit, rezignace
6.	interpersonální konflikt (s kolegyněmi, s ostatními členy týmu, s pacientem, s jeho rodinou...), potřeba zvládnout šikanu
7.	problém unést svůj aktuální zdravotní problém
8.	problém unést osobní, rodinnou krizi
9.	problém začlenit se do kolektivu pracoviště
10.	problém vyrovnat se s profesním pochybením, které poškodilo (mohlo poškodit) jinou osobu aj.

Tabulka 2. Konkrétne problémy zformulované účastníkmi workshopu pro klinickou supervízi

Přesný přepis problémů pro klinickou supervízi od účastníků workshopu (kurzívou jsou uvedeny problémy, které byly diskutovány ve skupině v rámci workshopu)
1. <i>Hledám rovnováhu mezi prací a svým vlastním životem. Zatím nenacházím a řeším následky v podobě problémů – astma, poruchy imunity, poruchy činnosti štítné žlázy, obezita, diabetes. Vztah ke členům rodiny je více než problematický – napětí, nervozita...</i>
2. Nevím, jak to udělat, abych mohla: – lépe motivovat studenta k výkonu povolání (zdnalivá laxnost studentů), – předat všechny informace, které považuji za důležité pro výkon profese sestry (čas).
3. Tento problém mne jen trápí. Můžu ho řešit se svými kolegyňkami, ale nevyřešíme. Ale je to přístup rodiny k sociálním příspěvkům na své příbuzné, nevyužívají ji v plné míře pro ně, zneužívají.
4. Problém role muž a žena.
5. Špatná spolupráce rodin klientů v domácí péči i přes velkou snahu zdravotní sestry.
6. Problém se vztahováním – zbytečné zahlcování se maličkostmi.
7. Když je v hospici dlouho klient, je docela problém se s ním při umírání rozloučit, být s ním při umírání. Třeba rok je v našem zařízení, velmi se sblížíme a pak poslední den nemůžu, nejde mi to být s dotyčným v kontaktu, i když je v komatu.
8. Jedna sestra se nezapojuje do péče o klienty ve smyslu ranních a odpoledních toalet – tzn., že fyzickou práci nedělá a přenechává vše na nižší ošetrovatelský personál. Naše ošetrovatelky to trápí a stěžují si mi a také ostatním, avšak sestra, které se to týká, nic neví, bojí se jí to říct. Jak jim pomoci, dodat odvalu?
9. Pomaly se rozpadající v některých situacích kolektiv, který předtím fungoval. Zejména kvůli příchodu některých lidí, který se těžko zapojují do myšlenky naší práce.
10. <i>Potlačovaná agresivita vůči pacientům, kteří jsou nějakým způsobem „problémoví“ (mají např.: ↑ nároky na péči – ať už vědomě či nevědomě, demenční pacienti, zcela nesoběstační...).</i>
11. <i>Klientka, 86 let, stále simuluje nemoci, stále „umírá“, každý den má nějaké potíže, přitom je v pořádku.</i>
12. 60-tiletá klientka nemá pochopení pro práci zdravotní sestry, která se zpozdí kvůli tomu, že chtěla posloužit jinému klientovi (ležícímu, upoutanému na lůžko).
13. <i>Pracuji v klášteře jako ošetrovatelka. Pečuji o staré řeholní sestry. Zaměstnavatelem je... Starám se o sestřičku s Parkinsonovou nemocí. Byla před nedávnem hospitalizovaná s žilní trombózou, která se v těle značně rozšířila. Sestřička je nyní již v klášteře, užívá antibiotika a má značné bolesti. Staniční sestra kromě Tramalu zamítla jakékoliv jiné tišící prostředky bolesti s tím, že se domnívá, že v léčebných dlouhodobě nemocných prý pacienta utlumí natolik, že brzy umře. Zajímá mě, jak to řeší v hospicích? A je-li názor sestry pravdivý?</i>
14. Jako zdravotní sestra alergicky reaguji na hrubé jednání (hulvátství, sprostá slova) = je to přenesená zloba na mého manžela.
15. Nedostatečná spolupráce – zdravotní sestra – lékař – ředitel – sociální pracovníci. Nedostatek času na pacienty, nedostatek personálu.
16. Nedostatek času k doprovázení při důstojném umírání (málo personálu). Pocit → nechávám ho v tom samotného, nedokážu mu ulehčit.
17. Pocit bezmocnosti – důvod – zbytečně mnoho administrativy, mnohdy nedostatečný počet zdravotnického personálu – a z toho pramení nedostatek času na klienty. Klient by si zasloužil více spoluúčasti – možnosti světit se, ne ukrajované minuty času.
18. Zneužívání zvonku pro přivolání sestry = klient zvoní zbytečně (známe ho) verus nařízení nadřízených, abychom šly ke každému zazvonění (sestra právě plní jiné dané povinnosti).
19. Špatná firemní kultura v sociálně zdravotních oborech.
20. <i>25-ročná rodička po pôrode dieťaťa bola informovaná, že dieťa má rázštep chrbtice. Jej reakcia: „o také dieťa sa neviem starať – chcem ho dať do ústavu.“ Keď sa sestra a pôrodná asistentka pokúšala podať informácie o takejto starostlivosti, matka odpovedala, že čo ona vie o takejto starostlivosti, keď ona takéto dieťa nemá...</i>
21. <i>Rozdielne vnímanie faktu smrti, umierania u profesionálov (sestry, lekári) a z toho vyplývajúci postoj k ošetrovateľskej starostlivosti o umierajúcich a k ich príbuzným.</i>
22. Odmietnutie intervencií klientom.
23. Vysvetliť v noci zmätenému pacientovi, že jeho zážitok bol klamný (šalebný) – napr.: že ho sestra zbila.
24. Problém sdělit dg. maligneho onemocnění pacientovi, na ktorom mi osobne záleží.
25. Dementný zmätený pacient „úmyselne“ ničí svoje oblečenie, veci okolo seba.
26. Sťažnosť pacientky v pokročilom štádiu demencie, že ju jedna sestra, ktorá ju ošetruje, okradla.
27. Nedostačující počet sester na oddělení u počtu pacientů (kvalita péče).
28. Obava být na pracovišti sama v noci, kdy umírá klient nebo rozhodnout kdy a co udělat při zhoršeném stavu klienta.
29. Vedoucí rozhodne, že se klientce nebude volat lékař – nechá se v klidu zemřít, ale já uvidím jinak – jako nedostatečnou péči – pokud lze ještě něco udělat (i vůči rodině).
30. Pracovní přetížení sester na pracovišti z nedostatku personálu. Zdravotní sestry mají mnoho hodin přesčasů, někdy musí být i odvolávány z dovolených. Nové pracovníky se nedaří získat, sestřím začínají docházet síly.
31. Říci svůj názor hlasitě před vedoucí – mám pocit, že se to použije vůči mé osobě.
32. Pečuji o umírajícího, kdy rodina si nepřeje, aby znal pravdu = pravdu, že umírá. Pacient klade otázky, na které se mi špatně odpovídá, když nemohu mluvit na rovinu. Tedy když nemohu lhát, ale ani nemohu říct úplnou pravdu.
33. Některé pracovnice se mezi sebou téměř nesnášejí, nedokáží si někdy až předat objektivní informace o pacientovi, jejich konflikty vždy sklouznou k osobním nesnášenlivostem.

sah dodané krabičky a dohodli se na tématu, které budou diskutovat a hledat pro autora nějaká doporučení, rady, nabídky, možnosti.

Problémy, které byly přímo na workshopu diskutované ve skupinách, jsou v tabulce č. 2 zvýrazněny a zapsány kurzívou. V této fázi již

byli zapojeni do aktivit u stolů také ostatní účastníci workshopu – tzv. „ne-sestry“ (lékaři, filosofové, psychologové, pedagogové, so-

ciálni pracovníci, akademici). Výstupy diskuse u stolu každá skupina následne sdělila celému fóru workshopu a tím tedy také anonymnímu autorovi. Nejednalo se vždy jen o doporučení jak problém řešit, ale také o úvahy hledající příčiny, kontexty, zprostředkované osobní zkušenosti apod. Workshopu se zúčastnilo celkem 47 účastníků (sester i „ne-sester“), pracovalo 6 skupin. Atmosféra ve skupinách byla tvůrčí, každý měl čím přispět do diskuse. Základním problémem u všech stolů i v závěrečných prezentacích byl nedostatečný časový prostor.

Výstupy studie

Při zpracovávání materiálů z workshopu nás mimo jiné také zajímalo, jakou konkrétní podobu dali účastníci workshopu předloženým obecným příkladům problémů pro klinickou ošetrovatelskou supervizi, zda uvedené příklady vůbec využili a jak dalece jsme dokázali obecné problémy sester v naší přednášce predikovat. K třídění informací jsme použili z kvalitativního výzkumu techniku utváření trsů, přičemž nám za jejich základ posloužily definované obecné problémy z naší úvodní přednášky. Třídění získaných konkrétních problémů od účastníků workshopu je provedeno čistě formálně, jelikož vzhledem ke způsobu získání informací nebyla možnost si u autora výpovědi ověřit, jak on svůj problém skutečně vnímá, jaký konkrétní kontext je pro něho nejdůležitější a zda jeho sdělení správně interpretujeme.

Zistili sme, že sestry asi nejvíce trápí řada problémů, ve kterých jim chybí potřebná kompetence ke změně a problémy stran pracovního prostředí a vztahů. Byly formulovány problémy pro klinickou ošetrovatelskou supervizi. Z deseti obecně formulovaných problémů nebyly respondentkami využity tři, a to: 1. problém unést svůj aktuální zdravotní problém, 2. problém začlenit se do kolektivu pracoviště, 3. problém vyrovnat se s profesním pochybením, které poškodilo (mohlo poškodit) jinou osobu.

Závěr

Na základě dosavadních zjištění lze konstatovat, že české sestry nemají s klinickou ošetrovatelskou supervizí zpravidla přímou zkušenost, ale pokud se k ní mají vyjádřit, tak ji vnímají spíše jako ohrožující a zbytečnou („další kontrola a bič na sestry“) (11). Jakmile ale mají možnost v bezpečném prostředí otevřít diskusi a společně s odborným partnerem hledat možná východiska a řešení pro své pochybnosti či těžkosti, pak toto vnímají velmi pozitivně a jako potřebné. V českém prostředí mají nejméně zkušenosti se supervizí sestry pracující v sociálních službách, nebo v oboru psychiatrie. Tyto supervize jsou jen zcela výjimečně vedeny ošetrovatelským profesionálem, nejčastěji je supervizorem psycholog, nebo manažer. Vedou-li supervize u sester lidé v manažerských pozicích (např. PR manažer) či psychologové a také pokud jsou v pracovních týmech problematické vztahy, a nebo pokud se supervidovaní dovědí o tom, že supervizor „donášší“ vedení organizace co se na supervizích řeší, pak tyto supervize nejsou sestrami hodnoceny jako bezpečné a nezávislé pro otevření skutečných problémů. Sestry v takových situacích sice budou z povinnosti na tyto supervize chodit, ale zároveň budou hledat obranu. Proto budou k diskusím nabízet problémy spíše zástupné, které ony samy vyhodnocují pro sebe jako neohrožující a zvládnutelné. Velmi podstatným inhibátorem pro implementaci a rozvoj klinických supervizí do ošetrovatelství je, podle našeho názoru, neustále se udržující mýtus jak sester, tak jejich nadřízených, o samozřejmé neomylnosti každého „schopného zdravotnického profesionála“. Jakékoli zaváhání či přiznání pochybností či omylu je v rámci pracovního týmu interpretováno jako slabost, neschopnost a nedůvěryhodnost. Z tohoto důvodu jsou také zdravotníci (zdaleka nejen sestry!) velmi opatrní a nedůvěřiví zda, komu, kde a při jaké příležitosti svěří své profesní pochybnosti, či dokonce selhání a omyly. Sestrám by z výše uvedených důvodů v této době mohly pomáhat vedle introvizí

(sebereflexe) např. peer supervize, tj. neformální poradenství mezi kolegy/-němi navzájem podle osobních preferencí a na základě neformálních vztahů. Pokud se jedná o formální supervize, pak je důležité, aby sestry měly možnost si své supervizory vybírat. Pro skupinové sesterské – ošetrovatelské supervize (týmové, profesní) by bylo v některých případech efektivnější, aby supervizor jako nezávislý pozorovatel a znalec oboru do supervize přinášel a aktivně nabízel témata, pokud se sestry cítí být supervizí ohroženy, nebo pokud před sebou navzájem nechťejí otevírat profesní problémy. Klinická ošetrovatelská supervize jako jedna z metod profesního rozvoje sester by měla být zařazena do systému celoživotního vzdělávání registrovaných sester a měla by mít své kredity.

Literatura

1. Kopriva K. Lidský vztah jako součást profese. 5. vydání. Praha: Portál 2006: 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
2. Kopriva K. Lidský vztah jako součást profese. 5. vydání. Praha: Portál 2006: 136 s. ISBN 80-7367-181-6.
3. Hawkins P, Shohet R. Supervize v pomáhajících profesích. Praha: Portál 2004: 208 s. ISBN 80-7178-715-9.
4. Loganbill C, Hardy E, Delworth U. Supervision, a conceptual model. *The Counseling Psychologist* 1982; 10(1): 3–42.
5. Hawkins P, Shohet R. Supervize v pomáhajících profesích. Praha: Portál 2004: 59 s. ISBN 80-7178-715-9.
6. Havrdová Z, Hajný M, et al. Praktická supervize. Praha: Galén 2008: 20 s. ISBN 978-80-7262-532-1.
7. Butterworth T, Faugier J. Clinical Supervision and mentorship in Nursing. London: Chapman and Hall 1998. ISBN 978-0-7487-3304-0.
8. Farrington A. Models of clinical supervision. *British Journal of Nursing* 1995; 4(15): 876–878.
9. Jenkins ER. Clinical supervision. PowerPoint Presentation [online]. 2009. [Cit. 2009-10-06]. Dostupný na [www: <http://shsfaculty.swan.ac.uk/emrysjenkins/>](http://shsfaculty.swan.ac.uk/emrysjenkins/).
10. Špirudová L. Mohla by supervize sloužit i sestřím v ČR? Důstojné umírání II. Olomouc: UP 2009. ISBN 978-80-244-2381-4.
11. Keclíková H, Špirudová L. Problémy sester a supervize v ošetrovatelství. Bakalářská práce. Olomouc: FZV UP 2010. Práce je před dokončením.

Mgr. Lenka Špirudová, PhD.

Ústav ošetrovatelství

Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého

Hněvotínská 3, 779 00 Olomouc

spirudo@seznam.cz

Ošetrovateľská starostlivosť o nevyliciteľne chorých pacientov s dekubitmi

Bc. Erika Slamková

ADOS sv. Tadeáša, Bánovce nad Bebravou

Absencia dekubitov je jedným z najdôležitejších znakov dobrej ošetrovateľskej starostlivosti. Tento príspevok je zameraný na prevenciu a liečbu dekubitov v paliatívnej starostlivosti.

Kľúčové slová: dekubity, ošetrovateľská starostlivosť, paliatívna starostlivosť.

Nursing care for terminally ill patients with decubitus

The absence of decubitus is one of the most important sign of a good nursing care. This article is focused on the prevention and treatment of the decubitus in the palliative care.

Key words: decubitus, nursing care, palliative care.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 30–31

Úvod

Môcť zomrieť doma – toto takmer zabudnuté želanie z viacerých dôvodov opäť oživa. Značne sa rozšírili aj možnosti liečby v ambulancijnej oblasti. V dôsledku skrátenia pobytu v nemocnici sa ťažko chorý s nepriaznivou prognózou nezriedka prepúšťa v zdravotne labilnom stave (1). Želaniu mnohých ťažko chorých a zomierajúcich pacientov, aby strávili posledný úsek svojho života v domácom prostredí, možno vyhovieť aj prostredníctvom Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS), ktoré sa javia ako podstatný prínos pre zomierajúceho, pretože nie všade a vždy má pacient a rodina možnosti využiť umiestnenia v hospici.

Podľa interných štatistických údajov môžeme konštatovať, že v ADOS sv. Tadeáša máme mesačne v starostlivosti cca 4 až 5 zomierajúcich pacientov. Za najväčší problém v ošetrovateľskej starostlivosti o ťažko chorého pacienta v domácom prostredí považujeme dekubity.

Dekubity

Dekubity sú jednou z najväznejších komplikácií imobilnosti, ktoré predstavujú v zdravotníctve závažný medicínsky, ošetrovateľský a ekonomický problém. Rozhodujúci význam má identifikácia rizikového pacienta a následná cieľená prevencia. Problém dekubitov zasahuje do všetkých oblastí ošetrovateľstva a absencia dekubitov u pacientov je považovaná za indikátor hodnotenia dobrej ošetrovateľskej starostlivosti.

Dekubit je vlastne rana vyvolaná tlakom. Veľkosť dekubitu je daná pôsobením intenzity tlaku, dobou pôsobenia tlaku, celkovým stavom

pacienta a vonkajšími podmienkami. Koža dokáže počas krátkeho času tolerovať aj vyšší tlak, ale ak tento pretrváva dlhšie, dochádza ku kompresii kapilár, ktoré zbavujú tkanivo kyslíka a živín, hromadí sa metabolický odpad a dôsledkom toho dochádza k odumieraniu tkaniva – vzniká anoxia a následný bunecný rozvrat (2).

Hlavnými vonkajšími faktormi vzniku dekubitálneho vredu sú tlak a čas tlaku v danej oblasti kože, ďalej je to zosúvanie sa na podložke a trenie, ktoré je zvýšené vlhkom a teplom, napr. potenie, inkontinencia. Pôsobením moču, potu a stolice sa koža maceruje a porušená koža je menej odolná voči mechanickým vplyvom a infekcii.

Najrizikovejšie miesta, kde sa dekubity najčastejšie vyskytujú, sú miesta, kde tlak tela a protitlak podložky pôsobí kolmo na povrch kože nad kostennými výbežkami, ktoré nie sú kryté dostatočnou vrstvou svalov a tuku (3). Predilekčnými oblasťami vzniku cca 95 % dekubitov sú: sakrálna, päťová, trochanterická, laterálna a maleolárna ischiadická oblasť.

Medzi vnútorné faktory ovplyvňujúce vznik dekubitu patrí odolnosť kože voči tlaku, pohlavie (ženy sú na vznik dekubitu náchylnejšie, lebo tukové vrstvy sú u žien silnejšie), vek, kachexia, hydratácia, celková hybnosť (4).

Pre hodnotenie rizika vzniku dekubitov existuje celá rada posudzovacích stupníc (v zahraničí bolo publikovaných 17), ale najčastejšie používaná je stupnica podľa Nortonovej, Bradenovej či Waterlova. Všetci autori sa zhodujú v preventívnom význame vstupných hodnotení rizika vzniku, preto i v ADOS sa pri prijímaní pacienta do starostlivosti vykonáva posudzovacia škála vzniku dekubitov.

Klasifikácia dekubitov:

- I. stupeň – erytém – tlaková lézia bez poškodenia kože. Na neporušenej koži sa objavuje neblednúce sčervenanie, oblasť je opuchnutá, teplá a nebolestivá. Napriek tomu však chorý pociťuje pálenie, svrbenie pokožky.
- II. stupeň – pluzgier – tlakové lézie s čiastočným poškodením kože. Dochádza k poškodeniu pokožky a kože, vytvárajú sa pluzgieri. Táto fáza je veľmi bolestivá.
- III. stupeň – nekróza – tlaková lézia so zničením tkanív medzi kosťou a pokožkou. Poškodenie zasahuje do podkožnej vrstvy, v ktorej môže dochádzať k odumieraniu tkaniva. Tvorí sa hlboký vred, ktorý je často krytý suchou čiernohnedou chrastou z odumretých buniek alebo vlhkým žltouhnedým povlakom. Objavuje sa teplota a nechutenstvo ako jedny z mnohých odpovedí ľudského tela na prebiehajúci zápal.
- IV. stupeň – vred – tlakové lézie sprevádzané ostitídami a artritídami. Dochádza k rozsiahlej deštrukcii, odumiera svalové tkanivo, poškodená je i kosť. I táto rana môže byť pokrytá čiernohnedou chrastou z buniek odumretého tkaniva (5).

Preventívne opatrenia proti vzniku dekubitov

Vzhľadom na to, že dobre poznáme príčiny vzniku dekubitov, poznáme i spôsob ako im predchádzať. Dobre organizovaná a kvalitná ošetrovateľská starostlivosť má zásadný význam nielen v prevencii, ale i v liečbe dekubitov. V domácom prostredí musí byť ošetrovateľská starostlivosť komplexná a koordinovaná sestrou ADOS v spolupráci so všetkými členmi domácnosti pacienta.

Zásady prevencie:

- pozorovanie a kontrola ohrozených miest tela (aplikácia ochranných krémov),
- dostatočná hygiena,
- starostlivo osušená koža, kožu nie je vhodné vysušovať trením, pretože tak vzniká riziko vzniku mikrotraumatov a erózií, používať adekvátne prostriedky na starostlivosť o kožu podľa druhu pokožky (krémy, telové mlieka a pod.),
- pri inkontinencii treba ošetrovanie kože zintenzívniť (pravidelná výmena plienky, podložky ako i posteľného prádla),
- dôležitá je priedušnosť materiálu, na ktorom pacient leží (nepripustné sú umelohmotné podložky, igelity),
- jemná masáž kože, bruškami prstov, predovšetkým na ohrozených miestach tela,
- správna výživa (strava bohatá na bielkoviny – tvaroh, syry, zelenina, mäso, ktoré obsahujú látky potrebné pre metabolizmus buniek, dostatočná hydratácia organizmu),
- polohovanie na lôžku (u osobitne ohrozených chorých je potrebné polohovanie podľa presne stanoveného plánu napr. podľa „polohovacích hodín“). Podľa stupňa ohrozenia je možné robiť zmeny polohy i v kratších intervaloch, ale vždy tak, aby zotavovacia fáza nezaťažených častí tela bola dostatočne a rovnako dlhá. Pri polohovaní na boku je vhodný 30° šikmý ľah (6).

Ekonomika zvládania dekubitov

Dekubity sú spojené s humanitárnymi problémami a značnými finančnými nákladmi. Medzi finančné náklady spojené s dekubitmi môžeme zaradiť: opatrenia pre prevenciu a liečbu, výchovné programy pre ošetrojúcich, nákup vybavenia a pomôcok, chirurgické zákroky, lieky, obvazy a potravinové doplnky, predĺžená doba hospitalizácie, žaloby, úrazy ošetrojúceho personálu. Nielen skúsenosti z európskych i amerických nemocníc, ale i naše potvrdzujú, že znížením výskytu dekubitov a tým i pobytu pacienta v nemocnici sa znížili náklady na nevyhnutnú liečbu o stovky eur.

Základný princíp liečby dekubitov

Hlavným krokom pri liečbe dekubitov je reštitúcia krvného zásobenia, postihnutej oblasti, ktorú možno dosiahnuť elimináciou tlaku, ktorá musí pretrvávajúť počas celého obdobia liečby. Bez toho nie je hojenie možné a akékoľvek ďalšie aktivity sú zbytočné. Akékoľvek vystavenie tlaku zastavuje proces hojenia. Ošetrojúci personál si musí uvedomiť, že polohovanie neznamená elimináciu tlaku jednotlivých častí tela. Ide o ovplyvnenie tela ako celku, pretože nesprávne polohovanie môže narušiť respiráciu a cirkuláciu, pohyblivosť kĺbov a môže spôsobiť rôzne kontraktúry (7).

Dekubit je sekundárne sa hojaca rana s minimálnou tendenciou k hojeniu, preto je správne fázovo špecifické ošetrovanie veľmi dôležité. Hydroaktívne krytia vlhkej terapie zabezpečujúce vysokú efektívnosť liečby sú považované za štandardný terapeutický prístup pre čistenie rán, podporu ich granulácie a epitelizácie.

Medzi prípravky, ktoré sa v súčasnosti najviac používajú pri ošetrovaní dekubitov, patria:

- Tender-Wet – vankúšik na ranu so super absorpčným jadrom. Jeho vysoká účinnosť je daná zvláštnou schopnosťou kontinuálne „preplachovať“ ranu. Roztok je sterilný a svojim zložením zodpovedá Ringerovmu roztoku. Nemá kontraindikácie, môže byť použitý aj na infikovanú ranu. Tender-Wet je k dispozícii v rôznych vyhotoveniach, okrúhlych aj hranatých tvaroch. Výmena krytia by mala byť realizovaná á 12 hodín, Tender-Wet 24 á 24 hodín.
- Suprasorb A – kalciumalginátové krytie s výbornou prispôsobivosťou je vhodný do hlbokých rán s potrebou čistenia a úpravy prostredia rany. Kalciumalginát pozostáva z prírodných alginátových vlákien s vysokou absorpčnou schopnosťou, ktoré sa vyrábajú z morských rias. Vďaka svojej extrémnej absorpčnej schopnosti je vhodný na ošetrovanie silne secernujúcich dekubitov.
- Suprasorb gel – svojou gelovou konzistenciou účinkuje ako vlhké krytie a zabraňuje vyschnutiu rany. Frekvencia výmeny krytia

rany je individuálna. Vo fáze čistenia môže byť potrebná každý deň, vo fáze granulácie môže stačiť výmena suprasorbu raz za dva dni, závisí od množstva exudátu.

- Perma Foam – hydroaktívne penové krytie, jeho účinok je založený na špeciálnej pórovitej štruktúre a je indikované na neinfikované rany so strednou až výraznou exudáciou vo fáze čistenia a granulácie.
- Hydrocoll – absorpčné hydrokoloidné krytie je samolepivé absorpčné krytie určené na čistenie a starostlivosť o neinfikovanú ranu s miernou až silnou secernáciou.

Záver

Aby sme ťažko chorému v domácom prostredí čo najviac pomohli v týchto ťažkých chvíľach, musíme sa postarať o to, aby boli uspokojené jeho biologické, psychologické, sociálne a spirituálne potreby, pričom ošetrovateľská starostlivosť o dekubity je jednou z nich.

Literatúra

1. Bärden I, Vogel A, Wodraschka G. Starostlivosť o chorých v domácnosti. 8. vyd. Bratislava: Veda SAV 1999: 288. ISBN 80-88932-08-4. 319 s.
2. Mikula J, Mullerová N. Prevencia dekubitov. 1. vyd. Praha: Grada 2008: 12. ISBN 978-80-247-2043-2. 96 s.
3. Mikula J, Mullerová N. Prevencia dekubitov. 1. vyd. Praha: Grada 2008: 13. ISBN 978-80-247-2043-2. 96 s.
4. Mikula J, Mullerová N. Prevencia dekubitov. 1. vyd. Praha: Grada 2008: 14. ISBN 978-80-247-2043-2. 96 s.
5. <<http://www.zdravie-sk.eu,14.4.2010>>
6. Bärden I, Vogel A, Wodraschka G. Starostlivosť o chorých v domácnosti. 8 vyd. Bratislava: Veda SAV 1999: 182. ISBN 80-88932-08-4. 319 s.
7. Grayová C. Ako opatrovať chorých. Praktická príručka starostlivosti o chorých a imobilných ľudí v domácom prostredí. 1. vyd. Bratislava: Príroda 2009: 136. ISBN 987-80-07-01671-2. 192 s.

Bc. Erika Slamková

ADOS sv. Tadeáša
Radlinského 10, 957 04 Bánovce nad Bebravou
slamkova1@centrum.sk

Osobnostné predpoklady a rola sestry v paliatívnej a hospicovej starostlivosti

PhDr. Jana Martinková

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

Povolanie sestry patrí medzi jedno z najnáročnejších, ktoré si vyžaduje od sestry pracovať modernou technikou, zniesť veľkú psychickú a fyzickú záťaž. Osobnosť sestry, ktorá pracuje v paliatívnej a hospicovej starostlivosti, by mala byť vyrovnaná, osobnostne zrelá a vysporiadaná so smrťou. Všeobecne by mala sestra disponovať altruistickým cítením, ale tak isto jej nesmie chýbať ani určitá miera egoizmu, ktorá by sestru chránila pred prílišnou, patologickou zaangažovanosťou vo vzťahu k pacientovi. Umieranie je veľmi psychicky náročný proces a prístup k zomierajúcemu zo strany sestry je ovplyvňovaný vlastným postojom k umieraniu a smrti. Sestra v paliatívnej a hospicovej starostlivosti je pre pacienta a jeho rodinu veľmi dôležitá, preto je potrebné, aby si osvojila vedomosti a zručnosti k vykonávaniu veľmi náročnej starostlivosti.

Kľúčové slová: sestra, osobnosť sestry, rola sestry, paliatívna a hospicová starostlivosť.

Moral assumptions and the nurse's role in palliative and hospice care

The profession of a nurse in one of the most demanding, which require nurses to work with modern technology and sustain a great mental and physical burden. Personality of a nurse working in palliative and hospice care should be balanced, with mature personality and settled with death. Generally nurse should have altruistic feelings, but as well she should possess a certain degree of selfishness that would protect her against pathological commitment in relation to the patient. Death is psychologically very difficult process and access to the dying is influenced by their own attitudes towards death and dying. Nurse in palliative and hospice care is very important for the patient and his family, therefore it is necessary for nurses to acquire the knowledge and skills for the implementation of very difficult nurturing.

Key words: nurse, nurse personality, the role of nurses, palliative and hospice care.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 32–33

Vo všetkých pomáhajúcich profesiách je vlastná osobnosť tým najdôležitejším nástrojom, pretože hranice možností jeho zaťaženia a flexibility sú zároveň hranicami nášho konania. Povolanie sestry patrí medzi profesie, ktoré sú nielen fyzicky, ale predovšetkým psychicky náročné, vzhľadom na vytváranie dobrých vzájomných vzťahov medzi pacientom a sestrou, ktoré umožňujú dobrú spoluprácu a tým urýchľujú edukačný a terapeutický efekt ošetrovateľského procesu. Pre vytvorenie dobrého interpersonálneho vzťahu je dôležité množstvo vlastností a zručností, ktorými musí sestra disponovať, prípadne, ktoré je potrebné si osvojiť. Obzvlášť dôležité sú komunikačné zručnosti sestry, aktívne počúvanie, porozumenie a primeraná dávka empatie. Prirodzenou zložkou osobnosti každej sestry by mala byť určitá miera inteligencie a túžba obohacovať svoje poznatky a disponovať nimi. K vytvoreniu dôvery ako základu vzájomnej spolupráce prispieva veľkou mierou i vzhľad a upravenosť (1).

Základným osobnostným predpokladom sestry pracujúcej v paliatívnej a hospicovej starostlivosti je vyrovnanosť, osobnostná zrelosť a predpoklad vyrovnania sa so smrteľnosťou človeka. V pomáhajúcej profesii, akým je aj povolanie sestry, by pracovník mal byť altruisticky zameraný, čiže nesebecky myslieť, cítiť a nezištne konať v prospech druhých. Altruizmus je opakom

egoizmu, ktorý preferuje vlastný prospech a k tomuto vlastnému prospechu prispôsobuje svoje správanie a konanie. Sestry v praxi by mali disponovať altruistickým cítením, ale nesmie im chýbať ani určitá miera egoizmu, ktorá by ich chránila pred prílišnou patologickou zaangažovanosťou vo vzťahu k pacientovi. Prehnané altruistické konanie môže viesť k syndrómu vyhorenia, preto je potrebné, aby každá sestra pracujúca v paliatívnej a hospicovej starostlivosti dodržovala zásady duševnej hygieny (2). Termín osobnosť zahŕňa všetko, čo sa týka správania jedinca a spôsob usporiadania a koordinovania správania jedinca, keď vstupuje do interakcie so svojim okolím. Osobnosť môžeme charakterizovať pomocou rysov alebo typov, ktorú môžeme definovať ako relatívne stabilnú. Rysy predisponujú človeka správať sa určitým spôsobom v množstve rôznych situácií. Osobnostné charakteristiky sa môžu odlišovať v: spôsobilosti (schopnosti a zručnosti), konštruktoch (pojmový rámec, ktorý určuje, ako človek vníma svoje okolie), očakávaníach (čo sa človek naučil očakávať v súvislosti so správaním), hodnotách (čo človek považuje za dôležité) a osobnostných plánoch (3). Medzi predpoklady, ktoré sú potrebné v profesii sestry, patria: senzomotorické predpoklady – zaraďujeme sem šikovnosť, zručnosť, pohybovú obratnosť; estetické predpoklady, ktoré zahŕňajú úpravu svojho zovňajšku a úpravu prostredia, v ktorom sestra

pracuje. Medzi intelektové predpoklady zaraďujeme schopnosť riešiť stále meniace sa situácie a neustále vyberať tie najoptimálnejšie riešenia; sociálne predpoklady, ako je pozitívny vzťah k ľuďom, schopnosť empatie a vedenia dialógu a autoregulačné predpoklady, kam zaraďujeme zvýšenú odolnosť voči fyzickému a psychickému stresu a adaptáciu. Už v roku 1938 zostavila Americká národná liga pre vzdelávanie sestier požiadavky na osobnosť sestry. Sestra by podľa požiadaviek mala byť citovo vyzretá, vnímavá, dôsledná, kritická a kritiku prijímajúca, lojálna, nadšená, nezávislá, odvážna, poriadna, premýšľavá, prispôsobivá, spoľahlivá, srdečná, sympatická, šetrná, taktná, tolerantná, úprimná, vynaliezavá, vytrvalá a zdvorilá. Ďalej by sestra mala byť schopná dobrého úsudku, dobrej spolupráce a plánovania práce a dobre vykonávať jednotlivé ošetrovateľské výkony. Nesmieme opomenúť ani sebakontrolu, mať rešpekt k autoritám a nadriadeným, naviac by mala mať široký kultúrny a spoločenský rozhľad, zmysel pre krásu a zmysel pre humor (4). V starostlivosti o pacienta hrajú významnú úlohu aj sympatie. Vnímanie niektorých pacientov ako nesympatických vychádza z toho, že nevnímame objektívne, ale subjektívne, selektívne a emocionálne. Väčšinu informácií si o človeku vytvárame na základe nášho očakávania a skúseností. Významnú úlohu tu hrajú tri fenomény ľudského vnímania – prvý dojem,

halló efekt a fenomén prenosu. Vzhľadom na to, že sestra môže byť ovplyvnená týmito subjektívnymi procesmi, je potrebné, aby si zachovala profesionálny prístup. Vystupovať by mala autenticky, otvorene a snažiť sa aj na nesympatickom človeku nájsť niečo pozitívne, pretože pacient sympatie a záujem sestry cíti. Pre každú profesiu, rovnako i pre sestru, je dôležitá sebarealizácia. Sebarealizácia u sestry je spojená s poznáním a pocitom, že využíva všetky svoje možnosti k tomu, aby bola prospešná ľuďom, s ktorými sa stretáva. Pokiaľ má sestra priniesť povolenie pocit sebarealizácie, musí splniť očakávania ľudí, pacientov, s ktorými sa pri svojej práci dostáva do interakcie. Pacientmi je potom kladne hodnotená a získava pozitívnu spätnú väzbu. Sestra sa môže stotožniť so svojou profesiou a dobre pracovať, pokiaľ vykazuje väčšinu charakteristík sociálne zreleho človeka. Stručná charakteristika zrelej osobnosti sestry zahŕňa: sociocentrizmus, toleranciu, prispôbovivosť, autonómiu, primerané sebahodnotenie, kooperáciu a schopnosť niesť zodpovednosť za iných. Pracovným nástrojom sestry sa tak stáva jej osobnosť, ale paradoxne jej najlepšie osobnostné vlastnosti môžu zapríčiniť vznik syndrómu vyhorenia.

Rola sestry v paliatívnej a hospicovej starostlivosti

Osvojenie si roly sestry má veľký význam pre kvalitu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Pre rolu sestry platia vzory správania sa: funkčné špecifiká, univerzalizmus kolektívnej orientácie a emocionálna neutralita. Povolanie sestry tvorí celý systém spoločenských rolí, ktoré sú rôzne horizontálne i vertikálne členené. Samotná rola sestry prechádza veľmi búrlivými zmenami, ktoré súvisia s rozvojom medicíny, ošetrovateľstva a iných príbuzných vied. Jedná sa o rolu sestry ako poskytovateľky ošetrovateľskej starostlivosti, komunikátorky, edukátorky, poradkyne, advokátky, nositeľky zmien, líderky, manažérky, výskumníčky a mentorky.

Rola sestry ako poskytovateľky ošetrovateľskej starostlivosti v paliatívnej a hospicovej starostlivosti – cení si pacienta, jeho jedinečnosť a dôstojnosť bez ohľadu na pohlavie, etnickú skupinu, rasu, kultúru, náboženstvo alebo ekonomický status (5). Rola sestry ako komunikátorky v paliatívnej a hospicovej starostlivosti – komunikuje nielen s pacientom, jeho príbuznými, so svojimi spolupracovníkmi, ale aj za bránami zdravotníckeho zariadenia. Okrem bežnej komunikácie, ktorá ovplyvňuje imidž a status sestry, je tu aj odborná komunikácia na rôznych podujatiach (6). Rola sestry edukátorky v paliatívnej a hospicovej starostlivosti – ovplyvňuje získavanie nových vedo-

mostí, zmien postojov a presvedčení, motiváciu a zmeny prežívania, správania a konania človeka. Rola sestry ako poradkyne v paliatívnej a hospicovej starostlivosti – radí pacientom, rodinným príslušníkom ako lepšie zvládať záťažové situácie, pomáha rozvíjať medzilidské vzťahy, usmerňuje v rôznych činnostiach. Rola sestry ako advokátky v paliatívnej a hospicovej starostlivosti – je obhajkyňou pacienta, obhajuje práva a rozhodnutia pacienta, sestra vždy obhajuje práva pacienta, aj keď sa s nimi nestotožňuje. Rola sestry ako nositeľky zmien v paliatívnej a hospicovej starostlivosti – zmena je základnou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti, v záujme rozvoja sa sestra musí stotožniť so zmenou. Rola sestry ako manažérky v paliatívnej a hospicovej starostlivosti – je súčasťou všetkých činností, nestotožnenie sa sestry s touto rolou má za následok nekoordinovanú a neefektívnu ošetrovateľskú starostlivosť. Rola sestry ako výskumníčky v paliatívnej a hospicovej starostlivosti – predpokladá primerané vzdelanie, možnosti a potenciál pre výskumnú činnosť aj v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Rola mentorky v paliatívnej a hospicovej starostlivosti – preberá zodpovednosť za mladšiu generáciu, vzhľadom na svoje skúsenosti, osobnosť a pedagogickú spôsobilosť (7).

Umieranie je psychicky veľmi náročný proces a prístup k umierajúcim pacientom zo strany sestier je ovplyvňovaný ich postojom k umieraniu a smrti. Sestry mladších vekových skupín smrť negligujú. Negligácia smrti znamená vytesnenie smrti, čiže predstieranie nezájmu, je to fyziologický proces. Sestra v paliatívnej a hospicovej starostlivosti sa často stretáva so smrťou. Starostlivosť o zomierajúceho pacienta musí mať osobný charakter. Mnohé sestry sa boja hovoriť o smrti a môžu trpieť chorobným strachom zo smrti. Existujú techniky konfrontácie so smrťou, ktoré majú sestry naučiť vnímať a vyrovnávať sa so smrťou. Sestra v paliatívnej a hospicovej starostlivosti pacienta a jeho rodinu sprevádza, preto je veľmi dôležité, aby si osvojila vedomosti a zručnosti potrebné k vykonávaniu takto náročnej starostlivosti. Musí poznať princípy paliatívnej a hospicovej starostlivosti, etické otázky umierania a smrti, biologickú stránku, ktorá sprevádza umieranie a smrť. V kontakte a v práci s pacientmi sa osvedčila a využíva sa logoterapia. Logoterapia sa zameriava na hľadanie zmyslu v nezmyselnej situácii. Konkrétne v paliatívnej a hospicovej starostlivosti sa využíva technika modulácie postoja, ktorého cieľom je zmeniť nezdravý postoj, ktorý môžeme vyjadriť slovami nemôžem, pretože ..., na zdravý postoj, ktorý hovorí môžem, hoci Sestra, ktorá pracuje s umierajúcimi, musí mať

dobrý vzťah k pacientom, byť empatická, mať pozitívny vzťah k ľuďom, disponovať so schopnosťou nedirektívneho prístupu, vedieť ovládať emócie a mať zmysel pre humor. V rámci ošetrovateľskej starostlivosti si sestra musí zaradiť svoju prácu tak, aby mala dostatok času na pacienta, je dôležité, aby rešpektovala pacientov hodnotový systém a nechala pacientovi priestor, aby si stanovil svoje vlastné priority (8). Sestra pracujúca v paliatívnej a hospicovej starostlivosti potrebuje mať i dobré rodinné zázemie. Dobré rodinné zázemie, podpora rodiny, zameranie sa na svoje vlastné záujmy ako stále myslieť na pracovné povinnosti, je jedným z dôležitých faktorov prevencie syndrómu vyhorenia.

Úlohou sestry v paliatívnej a hospicovej starostlivosti je: poskytovať kvalifikovanú ošetrovateľskú starostlivosť pacientom i rodine, citlivo ošetrovať pacienta s maximálnou podporou k sebestačnosti, posudzovať, sledovať symptómy sprevádzajúce umieranie a sledovať účinko liečebných prostriedkov, koordinovať starostlivosť v rámci multidisciplinárneho tímu, plánovať starostlivosť o rodinu a pacienta, definovať v spolupráci s pacientom prijateľnú mieru komfortu, realizovať vopred dohodnutý plán ošetrovateľskej starostlivosti, prispôbiť prostredie podľa prania pacienta, kontinuálne uspokojovať biopsycho-sociálno-spirituálne potreby pacienta, dôsledne viesť ošetrovateľskú dokumentáciu, ktorá je jedným z faktorov poskytovania kvalitnej kontinuálnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Literatúra

1. Plevová I. Zdravotní sestra a pomáhající profese. Profese 2008; 3(1). ISSN 1803-4330.
2. Haškovcová H. Thanatologie. Nauka o umírání a smrti. Praha: Galén 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.
3. Armstrong M. Řízení lidských zdrojů. Praha: Grada Publishing 2002. ISBN 80-247-0469-2.
4. Čechová V, Mellanová A, Rozsypalová M. Speciální psychologie. Praha: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně 1999. ISBN 80-7013-197-7.
5. Musilová M, et al. Vybrané kapitoly z ošetrovateľstva. Martin: Osveta 1993. ISBN 80-217-0573-6. 163 s.
6. Gondárová-Vyhničková H, Pilková O, Matejová M. Sestra komunikátorka za dverami oddelenia a bránami zariadenia. Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metódik 2008; XIV(2): 94. ISSN 1335-5090.
7. Farkašová D, et al. Ošetrovateľstvo teória. Martin: Osveta 2005. ISBN 80-8063-182-4. 148 s.
8. Vorlíček J, Abrahámová J, Vorlíčková H, et al. Klinická onkologie pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s. 2006. ISBN 80-247-1716-6. 328 s.

PhDr. Jana Martinková

Katedra ošetrovateľstva
 Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
 Trnavská univerzita
 Hornopotočná 23, 918 43 Trnava
 jana.martinkova@truni.sk

Dekompenzačné psychologické činitele v paliatívnej starostlivosti o deti

PhDr. Slávka Démuthová, PhD.

Katedra psychológie Filozofickej fakulty, Univerzita sv. Cyrila a Metoda, Trnava

V paliatívnej starostlivosti o detských pacientov sa prvoradý dôraz kladie na intervenciu smerujúcu k zlepšeniu zdravotného stavu dieťaťa, prípadne k zmierneniu problematických faktorov negatívne vplyvajúcich na pacienta. Okrem lekárskeho postupu zameraného na samotné ochorenie a jeho príčinu, terapia smeruje i k zmierneniu bolesti, nauzey, nechutenstva, obštipácií, nespavosti a pod. Popri somatických ťažkostiach však nemožno zabúdať na činitele, ktoré pôsobia z oblasti psychiky a dekompenzujú psychický, ale i zdravotný stav chorého dieťaťa. Pre priebeh liečby, maximalizáciu účinkov terapií, ale najmä pre zvládnutie terminálnych fáz ochorenia sa javia práve psychologické činitele ako obzvlášť dôležité. Práca sa zameriava na strach, bezmocnosť, depresie, interpersonálne problémy, nefunkčnú komunikáciu a odmietanie dieťaťa, ktoré sú výrazne rizikové pre celkový stav detského pacienta.

Kľúčové slová: umierajúce dieťa, kvalita života, psychologické činitele.

Decompensational psychological factors in children's palliative care

Within palliative care of child patients the primary emphasis is set on the intervention aiming at improvement of physical health of a child, eventually at the reduction of problematic agents that have negative effects on the patient. Except the medical procedures directed on the very illness and its cause, the therapy tends to lower the feelings of pain, nausea, retention, insomnia, etc. Alongside the somatic difficulties, the factors working from the area of psyche which decompensate psychical and also health state shouldn't be forgotten. It seems, that for the process of treatment, maximization of the effect of the therapies, but mainly because of coping with terminal phase of illness the psychological agents are extremely important. The paper focuses on two fear, hopelessness, depression, interpersonal problems, non-functioning communication, and repulsion of a child, which are markedly high-risk for overall condition of a child patient.

Key words: dying child, quality of life, psychological factors.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 34–35

Situácia, kedy sa dieťa alebo adolescent musí vyrovnáť s faktom, že trpí smrteľným ochorením, je sama osebe extrémne záťažová. Komplikuje ju zhoršujúci zdravotný stav, nepríjemné terapie, ale aj ich bolestivé dôsledky. Okrem tých skutočností zhoršujúcich celkový stav, ktoré majú pôvod v somatickej oblasti, existujú mnohé, ktoré na dieťa pôsobia z oblasti psychickej a značne ho dekompenzujú.

1. Strach

Strach síce nevyhnutne patrí k životu (1), no zároveň platí, že je výrazným dekompenzačným činiteľom psychickej pohody umierajúceho dieťaťa. Ovplyvňuje jeho prežívanie choroby, situácie, budúcnosti, má dôsledky na chápanie seba samého, ako i na celkový zdravotný stav. Napriek snahám okolia minimalizovať intenzitu negatívneho prežívania, je strach neoddeliteľnou súčasťou smrteľnej choroby.

Strach môže mať u umierajúceho dieťaťa rozličné prejavy. Okrem strachu zo smrti ako takej často sužujú deti a adolescentov mnohé obavy. Intenzívnejší ako strach zo smrti je strach zo samotného umierania (2). Deti a adolescenti netušia, čo ich čaká, ako budú zvyšok svojho života prežívať, kde a s kým, či budú mať bolesti... Širokú paletu strachov možno zjednodušene rozčleniť na strachy spojené s fyzickým

telom, existenciálne strachy a strachy spojené so „sociálnym Ja“. Skupiny strachov sú vzájomne prepojené; prítomnosť jedného strachu často vyvoláva objavenie sa iného.

Deti a adolescentov charakterizuje skutočnosť, že chápajú svet cez svoje vlastné telo; strach oň je potom zároveň strachom o seba samého. Súčasťou *strachov spojených s fyzickým telom* je napríklad strach z medicínskych zákrokov, pri ktorých deti a mladiství anticipujú bolesť, strach zo zmeny fyzického vzhľadu, z vypadnutia vlasov, straty končatín alebo častí tela, extrémneho úbytku váhy, alebo naopak z prílišného pribratia, z toho, že budú vyzeráť zvláštne, že budú príliš bledí, že budú mať katétre alebo budú kŕmení cez sondu a pod. Strach o vlastné telo vyvoláva strach o celú svoju existenciu – pri zlepšení zdravotného stavu sa strach zo smrti vytráca a naopak, jeho zintenzívnenie súvisí s ťažkosťami v somatickej oblasti.

„Najprv som na to vôbec nemyslela, ale po čase som sa začala naozaj báť, keď som si uvedomila, že teraz ani nemôžem ísť do kuchyne a najesť sa – a to nie je dobré...“ (3, s. 135).

Ďalšou skupinou strachov sú existenciálne strachy. Na začiatku ochorenia ide najmä o strach z neznámych, ďalej z toho, čo sa stalo telu, keď prišli tak fatálne následky. V prípade

hospitalizácie sa strach rozširuje na samotný spôsob ďalšieho fungovania, existencie – dieťa prestáva žiť svoj obvyklý život, býva vyčlenené zo svojho prostredia. Menšie deti trpia osamelosťou – chýbajú im kamaráti, či obľúbené hračky, vlastná posteľka... a pod. (3). V prípade existenciálnych strachov je však dôraz kladený práve na ten moment, že pri nich ide o obavy o nebytie ako také. Na existenciálne strachy má vplyv aj okolie dieťaťa – často sa strach o vlastný život objaví až v dôsledku spozorovania vážnosti situácie z reakcií rodičov a blízkych.

„Nie, myslím si, že som sa nebála, ale všetci okolo mňa boli veľmi smutní a tak. Tak aj ja som začala byť nejako smutná, pretože všetci ostatní boli...“ (3, s. 136).

Strachy spojené so „sociálnym Ja“ predstavujú ďalšiu skupinu združujúcu strachy z toho, že dieťa opustia kamaráti; že bude iné než všetci ostatní, a preto ho okolie nebude medzi sebou prijímať; že bude na ľudí pôsobiť odpudzujúco; že sa kvôli handicapom už nikdy nezačlení do skupiny priateľov/triedy/spoločnosti a v neposlednom rade, že bude odlúčené od rodičov a najbližšej rodiny. Strach zo smrti je veľmi úzko prepojený so separačnou anxiétou – intenzívnym negatívnym zážitkom straty pocitu istoty, ktorý vyplýva z odlúčenia od blízkej osoby, prí-

padne aj zo strachu z potenciálneho odlúčenia. Ďalším problémom v súvislosti so strachmi spojenými so „sociálnym Ja“ sú viditeľné prejavy toho, že dieťa trpí smrteľnou chorobou. Tieto sa stávajú stigmou, ktorá je zároveň pre okolie podnetom k tomu, aby sa dieťaťu vyhli, ľutovali ho, prípadne z neho fascinovaní blízkosťou smrti nevedeli odtrhnúť zrak. Strachy viažuce sa k obavám z odmietnutia alebo vyvolania nepríjemných pocitov v okolí znásobujú už aj tak dosť komplikovanú situáciu, ako v rámci možností naďalej umierajúce dieťa socializovať.

2. Bezmocnosť

Ďalším značne dekompenzačným činiteľom, ktorý pochádza zo strany chorého dieťaťa, je bezmocnosť. Ide o stav, kedy dieťa napriek viacerým pokusom vyriešiť problém zlyháva a nenachádza žiadne riešenie. Takáto situácia môže nastať veľmi rýchlo, pretože podstata letálnych ochorení a zdravotných komplikácií spočíva práve v tom, že neexistuje spôsob, ako ich pokoriť, a je jasné, že smrť je len otázkou času. Poznanie, že akákoľvek aktivita je vopred márna, spôsobuje pocit obrovskej beznádeje. Dôsledok takejto skúsenosti je však omnoho širší – tzv. naučená bezmocnosť spôsobuje, že dieťa nebojuje ani v situáciách, ktoré by zdoľať mohlo. Skúsenosť s permanentným zlyhávaním a neschopnosťou zdoľať chorobu dieťa generalizuje na svoj celý zdravotný a psychický stav a vzdáva boj vopred i v oblastiach, ktoré by mohli viesť k zlepšeniu kvality svojho života. Navyše, viacerí psychológovia poukazujú na vzťah medzi naučenou bezmocnosťou a výskytom depresii (4).

3. Depresie

Depresie zhoršujú nielen psychickú pohodu, ale aj celkový zdravotný stav chorého dieťaťa. Okolie ich vníma ako prirodzený dôsledok prítomnosti smrteľného ochorenia, no viaceré výskumy poukázali na to, že u množstva pacientov dosahujú klinicky významný stupeň (5) a vážne ovplyvňujú prežívanie chorého. Depresívny syndróm predstavuje súbor príznakov zahŕňajúcich depresívnu náladu spolu s plačlivosťou, podráždenosťou, stratou energie, chuti do jedla, či nespavosťou (6). Okrem radikálneho zhoršenia psychickej pohody, kvality života a preukázateľného negatívneho vplyvu depresie aj na zdravotný stav, má depresia aj ďalšie vážne dôsledky v podobe porúch koncentrácie pozornosti, či myslenia, nespavosti, nechutenstva, hypobulie, únavy (7)..., ktoré ešte

väčšmi dieťa dekompenzujú. Nezanedbateľným faktom je, že depresia v kombinácii s letálnym ochorením radikálne zvyšuje pravdepodobnosť samovrážd u detí a adolescentov (8).

4. Interpersonálne problémy

Interpersonálne problémy bývajú často opomínanou oblasťou zdroja nepohody u chorého dieťaťa. Vo vzťahoch dieťa – rodič môžu nastať problémy pri nezvládnutej komunikácii (napr. rodičia pred dieťaťom zatajujú fakty, dieťa pred rodičmi zatajuje a maskuje svoj strach), ktorá môže vyústiť až do vzťahových problémov (dieťa sa cíti ignorované, klamané, rodič trpí zvýšenou agresivitou zo strany dieťaťa). Vzťahové problémy sa objavujú aj v kontakte so súrodencami – títo môžu pociťovať (a aj dávať chorému súrodencovi najavo) žiarlivosť; naopak, chorý súrodenec zas zdravému závidí to, že ho nepostihla choroba, že si môže užívať život. Choré dieťa môže trpieť i stratou (resp. výrazným oslabením) väzieb ku kamarátom, v období adolescencie môže byť obrovskou tragédiou zmarenie lásky dvoch mladých ľudí smrteľným ochorením.

5. Hyperprotektivita

Hyperprotektivita ako nadmerná starostlivosť a ochrannárske správanie je ďalším činiteľom, ktorý spôsobujú najčastejšie nechtiac samotní rodičia. Z dôvodu (opodstatneného) strachu sa často snažia eliminovať akékoľvek vplyvy, ktoré by mohli poškodiť dieťaťu a zhoršiť jeho stav. Prílišnou protektivitou však rodič môže brániť dieťaťu vykonávať aktivity, ktoré sú stále zlučiteľné s jeho chorobou (9), a tak mimovoľne zhoršovať kvalitu jeho života. Dieťaťu pod vplyvom prílišnej opaterky klesá sebadôvera, ako aj celková motivačná úroveň, čo v procese vzdorovania chorobe môže mať kontraproduktívny účinok. Treba však priznať, že pre rodiča je veľmi ťažké určiť správnu mieru starostlivosti o svoje choré dieťa, najmä v prípade, že hrozba blízkej smrti je neodvratná.

6. Odmietanie dieťaťa

Odmietanie dieťaťa nie je častým, ale je predsa sa vyskytujúcim problémom (9). Rodičia pri letálnom ochorení pociťujú veľkú psychickú záťaž. Celý ich život sa mení, všetok svoj čas a energiu venujú chorému dieťaťu, musia navyše finančne zabezpečovať rodinu, chod celej domácnosti a vo väčšine prípadov sa venovať aj svojim ostatným, zdravým deťom. Musia spracovávať šok a smútok z faktu, že ich dieťa umiera, bývajú oporou pre ostatných členov rodiny. Trpia

nedostatkom spánku, nemajú dostatočný príjem energie. Takéto extrémne nasadenie veľmi rýchlo spôsobí fyzickú vyčerpanosť a podpiše sa aj na psychickej pohode. Rodičia v takomto stave prichádzajú do nemocnice, prípadne v nej trávajú väčšinu času a prežívajú každý zákrok, zhoršenie stavu, bolesti ... spolu s dieťaťom.

„Pozrite sa na mňa. Nespala som štyri noci, kúpala som sa pred dvomi dňami, vlasy som si neumývala týždeň. Som uzlík nervov a ako rodič zlyhávam. Niet divu, že manžel so mnou nechce mať nič spoločné, že deti sa nestarajú a moje choré dieťa ma irituje...“ (10, s. 38).

Neadaptívnym, no do istej miery pochopiteľným spôsobom zvládnutia tejto situácie je tak snaha obmedziť kontakt so zdrojom ich trápenia, a tak sa dieťaťu môžu začať vyhýbať, unikajú zo stresujúcej situácie. Pre dieťa sa tak stráca jediný zdroj istoty a lásky, zostáva samo, opustené, čo výrazne zhoršuje jeho celkový psychický, ale i fyzický stav.

Okrem uvedených dekompenzačných činiteľov existujú i ďalšie, ktoré môžu vychádzať ako z jeho prostredia, tak aj z neho samého. Pri hodnotení a zlepšovaní kvality života dieťaťa v paliatívnej starostlivosti tak treba zvládať aj jeho anxiету, prípadnú smrť spolupacienta, dlhodobý pobyt mimo domov, rozpad rodiny a pod.

Literatúra

1. Riemann F. Základní formy strachu. 2. vydanie. Praha: Portál 2007.
2. Hinton J. Dying. 2. vydanie. New York, Ontario, Auckland: Penguin Books 1979.
3. Carlsson AA, Kihlgren A, Sørlie V. Embodied suffering: experiences of fear in adolescent girls with cancer. *Journal of Child Health Care* 2008; 12(2): 129–143.
4. Colman AM. Dictionary of psychology. New York: Oxford University Press 2001.
5. Nezu AM, et al. Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny. Brno: Společnost pro odbornou literaturu 2004.
6. Elliot J, Place M. Dítě v nesnázích. Prevence, příčiny, terapie. Praha: Grada Publishing 2002.
7. Colman AM. Dictionary of psychology. New York: Oxford University Press 2001.
8. Pompili M, et al. Childhood suicide: A major issue in pediatric health care. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 2005; 28(1): 63–68.
9. Krejčířová D. Reakce rodiny na sdělení závažné diagnózy u dítěte. In: Řičan P, Krejčířová D, et al. Dětská klinická psychologie. Praha: Grada Publishing 1995: 55–59.
10. Gulay JE. The dying child. McGraw-Hill Company, Inc. 1978. 38 s.

PhDr. Slávka Démuthová, PhD.

Katedra psychologie Filozofické fakulty
Univerzity sv. Cyrila a Metoda
Nám. J. Herdu 2, 917 01 Trnava
demuthovci@yahoo.com

Logoterapia a jej využitie u zomierajúcich pacientov

doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et. PhD., MUDr. Jana Pulmannová

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava

Keďže v posledných chvíľach sa človek často pýta na zmysel života, smrti a utrpenia, je potrebné pomôcť mu hľadať odpovede na tieto existenciálne otázky. Tento príspevok sa zaoberá využitím logoterapie u zomierajúcich pacientov.

Kľúčové slová: zmysel života, utrpenie, zomierajúci pacient, paliatívna starostlivosť, logoterapia.

Using Logotherapy for the terminal ill patients

In the last days of life the person is always asking about the sense of life, death and suffering. It is important to help him or her with the answers on these existential questions. This article is focused on the using of logotherapy for dying patients.

Key words: sense of life, suffering, dying patient, palliative care, logotherapy.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 36–37

Úvod

Patológia súčasnej spoločnosti, ktorá sa prejavuje takými symptómami ako napríklad absencia morálky, kariérizmus, vyzdvihovanie materiálnych hodnôt alebo deštruktívny postoj voči životu, má negatívny vplyv na človeka, ktorý už vlastne ani nedokáže byť zodpovedným. A práve zodpovednosť je jedna z najdôležitejších vlastností, prostredníctvom ktorej môžeme dať životu zmysel. Nie sme predsa otrokmi svojich pudov alebo potrieb. Napriek tomu vplyvom mnohých patologických fenoménov doby človek neraz stráca svoju slobodu a stáva sa závislým na veciach, ktoré ho svojou podstatou brzdia. Akoby ani nemal potrebu zamýšľať sa nad zmyslom svojho života. Aj Max Kašparů súčasnému svetu vyčíta najmä umelo vytvorený stud z pýtania sa na zmysel (1).

Veľký problém nastáva, keď človek zrazu nemôže pokračovať v napĺňaní svojich pôvodných plánov. Stáva sa to aj v období, keď ho diagnóza nevyliciteľnej choroby pripúta na lôžko a prinúti hľadiť na svet iným spôsobom. Na smrteľnej posteli končí každá konformita, každá racionalizácia konania a umlčaného svedomia – z klinických skúseností pri lôžku pacienta vieme, že zomierajúci majú tendenciu hľadať transcendentnú hodnotu zmyslu. Pri hľadaní zmyslu tu ide o iné vnútorné nasmerovanie sa človeka, ktorý sa snaží zvládať svoje utrpenie a prijať fakt infaustnej prognózy.

Zomierajúci človek a logoterapia

Radosť, šťastie, bolesť i utrpenie sú súčasťou každého ľudského života. U zomierajúcich pacientov je však utrpenia a bolesti viac, pričom nemyslíme iba bolesť fyzickú, ale aj psychickú, sociálnu a spirituálnu.

V oblasti paliatívnej starostlivosti sa často stretávame s limitmi. Sú to limity ako ľudské,

tak medicínske. Vyvolávajú otázky, ktoré nie sú triviálne a inšpirovali a stále inšpirujú k skúmaniu nových spôsobov liečby, ako utrpenie nevyliciteľne chorých aspoň zmierniť, ak nie je možné úplne ho odstrániť. Práve uvedomenie si limitov nás pobáda k hľadaniu nových spôsobov na zmiernenie utrpenia pacientov, zvlášť nevyliciteľne chorých a zomierajúcich.

Jedným z priekopníkov v hľadaní nových spôsobov zmiernenia utrpenia bol Viktor Emil Frankl, rakúsky neurológ a psychiater, ktorý je známy aj ako zakladateľ logoterapie – tretej viedenskej psychoterapeutickej školy. Logoterapia je stručne charakterizovaná svojím názvom. Ako sám názov hovorí, ide o liečbu, pri ktorej sa využíva hľadanie zmyslu. Základným princípom je hľadanie zmyslu konkrétnej situácie (nie všeobecne).

Podľa Frankla patria k základným tézom logoterapie nasledovné predpoklady (2, 3, 4):

1. Život je potenciálne zmysluplný za akýchkoľvek podmienok. Neexistuje taká životná situácia, ktorá by bola skutočne nezmyselná. Z toho vyplýva, že zdanlivo negatívne stránky ľudskej existencie, osobitne takú tragickú trojicu, ktorú tvorí utrpenie, vina a smrť, možno pretvoriť aj na niečo pozitívne, na výsledok, keď k nim človek zaujme správny postoj.
2. Život neprestáva mať zmysel do posledného okamihu, do nášho posledného vydýchnutia.
3. Zmysel života nemôže byť vynájdený, musí byť odkrytý.
4. Zmysel nemožno predpísať, ale len opísať.
5. Človek má možnosť premeniť aj utrpenie na výkon, uskutočniť najvyššiu hodnotu a naplniť najhlbší zmysel. Utrpenie znamená podávať výkon a rásť. Ale znamená to aj dozrievať. Pretože človek, ktorý prerastá sám seba, zreje v seba samého. Vlastný výkon utrpenia nie je nič iné ako proces zrenia. Zrenie ale

spočíva v tom, že človek dospieva k vnútornej slobode – napriek vonkajšej závislosti.

Logoterapia je univerzálna metóda so širokým spektrom využitia, avšak jej základné črty ju predisponujú k efektívnemu využívaniu v oblasti paliatívnej starostlivosti. Nevyliciteľne chorí a najmä zomierajúci pacienti sú konfrontovaní s otázkou zmyslu. Ich najbližší príbuzní a ošetrojúci zdravotnícky personál má možnosť ich na tejto ceste sprevádzať a asistovať im v procese hľadania.

Napĺňanie potrieb chorého

Človeka je stále nutné vidieť v jeho sociálnej, psychickej, somatickej a spirituálnej celistvosti, a preto je potrebné kontinuálne prehodnocovať potreby chorého v kontexte jeho subjektívnej hodnotovej orientácie i meniacich sa symptómov jeho ochorenia (5, 6).

Prínosom logoterapie je ten fakt, že akceptuje človeka ako komplexnú bytosť, a pretože neredukuje jeho samého ani jeho potreby, môže účinnejšie pomáhať v procese napĺňania všetkých potrieb. Pri vyčerpaní možností kauzálnej liečby zostáva priestor pre paliatívnu liečbu, kde pri zmiernení utrpenia pacienta z hľadiska holistického prístupu máme napomáhať pri napĺňaní aktuálnych potrieb pacienta.

Ak potrebou, ktorá sama prichádza do predia u zomierajúcich pacientov, je práve túžba po zmysle, tak potom má svoje miesto medzi inými zložkami terapie práve logoterapia, ktorá prichádza s komplexným pohľadom, a v bio-psycho-sociálno-spirituálnych súvislostiach napĺňa potrebu zmyslu. Ignorovanie všetkých existujúcich potrieb by mohlo znamenať prekážku na ceste dosiahnutia dôležitého cieľa, akým je spokojnosť a vyrovnanosť pacienta. Pri liečbe a sprevádzaní zomierajúcich pacientov

je veľmi dôležité rešpektovať dostupné fakty a poznať prirodzené fázy, ktorými prechádzajú pacienti počas nevyliciteľnej choroby a najmä v terminálnom štádiu.

Hierarchia hodnôt v logoterapii

Pri využití logoterapie v oblasti paliatívnej starostlivosti je tiež dobré vziať do úvahy fakt, že logoterapia pracuje s hodnotovým systémom a hierarchiou hodnôt. Preto je vhodné u zomierajúcich pacientov používať túto metódu, nakoľko v záverečnej fáze života dochádza často k spontánnej revízii hierarchie hodnôt.

V. E. Frankl kategorizuje hodnoty na tvorivé, zážitkové a postojové. Okrem toho rozlišuje hodnoty večné (platné vždy a pre každého človeka) a hodnoty situačné (uskutočnené v danej chvíli) (2).

Logoterapia nás vedie k uvedomeniu si skutočných hodnôt a prostredníctvom tohto uvedomenia privádza človeka bližšie k nachádzaniu zmyslu a tým napomáha k dosiahnutiu vyrovnanosti. V situácii ťažkej choroby už človek väčšinou nie je schopný naplniť tvorivé hodnoty, ale stále môže uskutočňovať hodnoty zážitkové a postojové.

Uskutočňovanie zážitkových hodnôt spočíva v tom, že človek vstupuje do životne významných vzťahov a skúseností. Realizujú sa napríklad v ponorení sa do krásy prírody alebo umenia (výtvarného, hudobného a pod.). Aktuálny zmysel konkrétnej chvíle ľudského bytia môže byť naplnený takýmto jednoduchým prežívaním. Od veľkosti chvíle tak možno merať veľkosť života, a pritom tieto hodnoty nie sú meradlom užitočnosti pre spoločnosť (7).

V našej praxi sme mali pacienta, ktorý skutočne až do poslednej chvíle svojho života uskutočňoval zážitkové hodnoty. Svojim pôvodným povoláním bol husľový virtuóz a napriek tomu, že sa nemohol hýbať, ba ani hovoriť, dokázal dať neverbálne najavo svoju radosť a potrebu počúvať hudobné skladby. Samozrejme sme mu radi vyšli v ústrety a striedali sme mu hudobné diela, aby mal čo možno najlepší hudobný zážitok.

Je potrebné si uvedomiť, že ľudský život má zmysel aj keď človek nie je schopný utvárať tvorivé hodnoty alebo prežívať zážitkové hodnoty. Stále má ešte možnosť uskutočňovať hodnoty postojové, ktorých realizácia sa odvíja od toho, ako sa človek stavia k náročnej životnej situácii – napríklad k situácii utrpenia a blížiacej sa smrti. Niektorí pacienti sa snažia vystúpiť zo svojho JA a byť tu pre TY. To znamená, že sa snažia zmierniť utrpenie z budúcej straty, ktoré prežívajú ich najbližší, a ich vlastné utrpenie sa odsúva do úzadia.

Veľmi dobre to zhrnula Klčovanská, ktorá komparovala tieto tri kategórie hodnôt, pričom tvorivé a zážitkové hodnoty, v porovnaní s postojovými, sú v prvom rade zamerané na istý zisk, ktorý chce človek dosiahnuť pre seba a ktorý až v druhom rade prináša úžitok aj iným (7). V tvorivej a zážitkovej oblasti sa tak prekrýva hodnota a cieľ. To, čo odlišuje postojové hodnoty od ostatných je skutočnosť, že predstavujú hodnoty pre iných a nie bezpodmienečne pre osobu, ktorá ich realizuje. Napriek zvláštnemu postaveniu postojových hodnôt, spájajúcim prvkom triády hodnôt je, že spoločne predstavujú možnosti ľudského naplnenia zmyslu, ktoré má každý človek k dispozícii.

Logoterapeutický rozhovor

Logoterapia chce priviesť človeka k nachádzaniu zmyslu. Hľadanie zmyslu je vlastne hľadanie pravdy. Logoterapeut používa riadený rozhovor a kladením otázok napomáha posilneniu zdravého postoja zodpovednosti a statočnosti, ponúka pohľad z inej strany na situáciu človeka. Medzi prvky logoterapeutického rozhovoru patria všetky znaky bežnej kvalitnej medziludskej komunikácie, existujúce aj mimo terapeutického vzťahu. Sú to nasledovné prvky:

1. prejavíť uznanie,
2. pomôcť ujasniť,
3. pracovať s alternatívami,
4. hľadať zmysel (8).

Vrcholný bod, akým je pochopenie zmyslu, prichádza zväčša na záver. Ak prirovnáme život človeka k umeleckému dielu, tak záverečné ťahy

štetca umelca umožňujú celistvý pohľad na vzácne a jedinečné umelecké dielo, akým je život každého človeka. Dôležité je, ako sa človek tejto náročnej úlohy zhostí a aký postoj k nej zaujme.

Záver

Domnievame sa, že je dobré čerpať z užitočného zdroja, akým je logoterapia, a šíriť tento zdroj medzi tými, ktorí venujú svoj čas nevyliciteľne chorým a zomierajúcim pacientom. Dovoľte nám preto na záver konštatovať, že logoterapia má vysoký potenciál využitia v oblasti paliatívnej starostlivosti. Veríme, že praktikovanie logoterapie v tejto oblasti sa postupne naplno realizuje, a preto sme vďační všetkým, ktorí prispievajú k implementovaniu logoterapie do praxe akýmkoľvek spôsobom.

Literatúra

1. Kašparů M. Růst osobnosti na nemocničním lůžku anebo otázky přímo Jobovské. Zborník príspevkov z 3. ročníka Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Trnava 2005: 19–22. ISBN 80-88949-84-X.
2. Frankl VE. Lékařská péče o duši. Brno: Cesta 1996. 237 s. ISBN 80-85319-50-0.
3. Frankl VE. Psychoterapie pro laiky. Brno: Cesta 1998. 158 s. ISBN 80-85319-80-2.
4. Frankl VE. Trpiaci človek. Bratislava: Lúč 2007. 155 s. ISBN 978-80-7114-638-4.
5. Dolista J. Smrt a umírání v současné společnosti. Zborník príspevkov z 3. ročníka Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Trnava 2005: 13–18. ISBN 80-88949-84-X.
6. Šramatá M. Sociální práce a paliativna starostlivost. Zborník príspevkov z 3. ročníka Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Trnava 2005: 174–176. ISBN 80-88949-84-X.
7. Klčovanská E. Hodnoty a ich význam v psychológii. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis 2005. 232 s. ISBN 80-8082-039-2.
8. Lukasová E. Základy logoterapie. Bratislava: Lúč 2009. 272 s. ISBN 978-80-7114-704-6.

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

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita
Hornopotočná 23, 918 43 Trnava
dobrikp@gmail.com

Hospicová a paliatívna starostlivosť ako vzťah

Mgr. Katarína Mária Vadíková, PhD.

Katedra etiky a morálnej filozofie TU, Trnava

V príspevku sa hospicová a paliatívna starostlivosť predstavujú ako dynamické sociálne vzťahy. Centrom takto pochopenej starostlivosti je jej prijímateľ – chápaný ako osoba, tkanivom takéhoto vzťahu je interpersonálny dialóg a výsledkom je ľudská dôstojnosť. Stála axiologická orientácia dialógu k centru starostlivosti zabezpečuje transformáciu starosti o druhého (smútku) na radosť s druhým (spoluprácu), tzn. porozumenie, súzvuk srdc – uzmierené umieranie a pokojnú smrť.

Kľúčové slová: hospicová starostlivosť, paliatívna starostlivosť, sociálne vzťahy, ľudská dôstojnosť, interpersonálny dialóg, E. Lévinas, H. Pompey.

Hospice and palliative care as a relationship

Paper presents the hospice and the palliative care as dynamic social relations. The centre of such a care is its receiver as a person, the texture of such a relation is an interpersonal dialogue and the consequence of it is human dignity. In such a relation, the transformation of a solicitude for the Other (sadness) into the joy within the Other (cooperation) is shown to be assured by a continual axiological orientation of the dialogue into the centre of the care. That means, it causes the dialogical understanding, the concordance of hearts – the dying reconciliation and the peaceful death.

Key words: hospice care, palliative care, social relations, human dignity, interpersonal dialogue, E. Lévinas, H. Pompey.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 38–39

Hospicovú a paliatívnu starostlivosť si možno predstaviť ako obrovský rozkonárený zakvitnutý listnatý strom, ktorý prijíma svojich zverencov ako zranené vtáčatá, pričom im pomáha ostať, ale nebráni uletieť.

V našom príspevku pri používaní pojmu *paliatívna starostlivosť* budeme mať na mysli zabezpečenie všestrannej interdisciplinárnej pomoci v tíšení bolesti osobe v akomkoľvek prostredí (rodina, nemocnica, hospic). Pojmom *hospicová starostlivosť* budeme označovať všestrannú interdisciplinárnu starostlivosť o pacienta v terminálnej fáze ochorenia (1, 2, 3).

Interdisciplinarita odbornosti vykonávateľov tejto zvláštne osobnej starostlivosti je pevným pilierom pre porozumenie základnej charakteristiky stavu jej prijímateľa. Jednosmerné, tzv. „odovzdávajúce“ chápanie tejto starostlivosti však môže spôsobiť nielen nedorozumenie, ale aj utrpenie obidvom stranám. Postaviť si ako východiskový bod, pri rozvíjaní všetkých činností spojených s poskytovaním paliatívnej a hospicovej starostlivosti, budovanie vzťahov, je odvážny, riskantný, ale zároveň potrebný krok k vyváženiu vzájomnosti, ktorú obidve strany nielen potrebujú, ale si aj vyžadujú. Predpokladom k zvládnutiu tohto náročného povolania je predovšetkým intrapersonálny vzťah, ktorého jadrom je sebaopoznanie.

V našom príspevku by sme radi priblížili vzťahovú dimenziu v hospicovej a paliatívnej starostlivosti s ohľadom tak na jej poskytovateľov, ako aj prijímateľov.

Paliatívna a hospicová starostlivosť ako dynamický vzťah

Pri poskytovaní paliatívnej a hospicovej starostlivosti sa rozvíja dynamika rôznych typov vzťahov (4). Z hľadiska typológie vzťahov by sa paliatívnu a hospicovou starostlivosťou mohli ozdraviť nielen neosobné (spoločenské a sociálne vzťahy), ale aj osobné, ktoré sa prinášajú z rodinného prostredia.

Predstaviť paliatívnu a hospicovú starostlivosť ako dynamické sociálne vzťahy možno z viacerých dôvodov. Pre potreby tohto príspevku si spomenieme dva:

1) Už v procese socializácie sa osoba zvláštnym jedinečným spôsobom viaže k rôznorodým skupinám a komunitám v spoločnosti, pričom nie je prijímaná ako originálny celok, ale skôr ako ďalší reprezentant určitého súboru vlastností, ktoré charakterizujú príslušníkov určitej sociálnej skupiny alebo komunity. V našom prípade skúmania paliatívnej a hospicovej starostlivosti ako dynamických sociálnych vzťahov sa osoba v priebehu ochorenia začleňuje do skupiny „My v bolestiach“, „My v utrpení“. V tomto zmysle predstavuje určitým spôsobom objekt tíšenia bolesti alebo objekt poskytovania (odovzdávania) starostlivosti z pozície poskytovateľa. Nesklzuť do chápania prijímateľa starostlivosti ako jedného zo skupiny ošetrovaných a naopak postaviť si každého z ošetrovaných vo svojej starostlivosti do centra svojej pozornosti je

základným apelom na svedomie každého poskytovateľa tohto druhu starostlivosti.

2) Z hľadiska ošetrovanej osoby by sa paliatívna alebo hospicová starostlivosť ako dynamický sociálny vzťah mohla skúmať ako výsledok rozhodovacieho procesu ošetrovanej osoby (JA), ktorá sa na komunitu odborníkov (MY – personál hospicu) alebo skupiny odborníkov (MY – interdisciplinárna komisia) obracia ako na poskytovateľa. Prosba, žiadosť, požiadavky sú adresované skupine, ako keby to bola jediná osoba, ktorá má zabezpečiť „dodanie“ starostlivosti. V núdzi, v zúfalstve, v bolestiach a utrpení sa stieranie rozdielu medzi ľudskou bytosťou a vykonávateľom prianí nachádza veľmi ťažko.

Zmeny v spoločenských vzťahoch, charakteristické najmä zmenou statusu v sociálnom prostredí nevyliciteľne chorého alebo osoby v bolestiach, môžu významne vplývať na elastickú a krehkú štruktúru sociálnych vzťahov najmä ošetrovanej osoby, ale aj poskytovateľa starostlivosti. Preto je nevyhnutné získať informácie o rozvinutých sociálnych a spoločenských vzťahoch ako na strane poskytovateľa, tak aj prijímateľa starostlivosti. Analýza prítomných sociálnych a spoločenských vzťahov na obidvoch stranách môže poslúžiť ako pomôcka pri voľbe adekvátneho prístupu k poskytovaniu starostlivosti a zároveň ako mapa nového územia pre ošetrovanú osobu.

Nevyliečiteľne chorý sa prijímaním starostlivosti vyrovnáva so zmenou svojich prítomných,

súčasných a blízko budúcich sociálnych vzťahov. Preto je dôležité im venovať zvláštnu pozornosť. Identifikácia ťažkostí, ktoré sú spojené so zmenou statusu vzhľadom k prostrediu, kde sa uskutočňujú medziľudské vzťahy, tzn. sociálnu, predstavuje kľúčový moment pre prijatie starostlivosti. Odmietanie starostlivosti, protestovanie a nešťastie často pramení z nevládnutia tejto základnej etapy poskytovania starostlivosti. Tu je potrebná pomoc na oboch stranách – poskytovateľovi, aby získal informácie a porozumel štruktúre sociálna prijímateľa; – prijímateľovi, aby dokázal popísať a vysvetliť štruktúru svojich sociálnych vzťahov.

Dialóg je cenným prostriedkom na preklenutie prvej fázy odmietnutia (5). Komunikácia sa javí ako nedostatočná a plošne formálna, i keď sa najčastejšie využíva. Čo však ďalej? Ako poskytnúť starostlivosť tak, aby ani poskytovateľ, ani ošetrovaná osoba netrpeli smútkom z toho, že „si niekto a ako si niekto robí starosti“?

Poskytovateľ a prijímateľ starostlivosti tvárou v tvár

Francúzsky mysliteľ Lévinas vo svojej *filozofii tváre* upozorňuje na jeden zvláštny aspekt ľudskej komunikácie – interpersonálny dialóg v prostredí osobného stretnutia tvárou v tvár: „Pristupovať k človeku ako k tvári znamená osloviť ho ako tvár a hneď rozumiť reči tváre. Tvár je to, čo hovorí skôr ako hovorí reč, je to výraz ešte predtým, ako prídu slová. Nevie, či druhého vnímam v jeho „bytí“. Vnímam tvár druhého ako nahotu – ako istú obnaženosť – ako úbohosť – ako bezbrannosť: ako vystavenie smrti. Tvár druhého znamená volanie po mne, zavolanie. Nesmiem ho nechať zomrieť v samote. Nesmiem ho tiež zabiť. Je tu nejaký príkaz a zákaz.“ (6, str. 17).

V paliatívnej a hospicovej starostlivosti sa poskytovateľ a prijímateľ stretávajú tvárou v tvár – psychicky i fyzicky. Často bez slov alebo bez adresných slov, ktoré by dokázali v sebe obsiahnuť všetku bolesť a utrpenie a všetku spolupatričnosť. Sú si blízki. Gestá a mimika sú nezriedka jedinými prejavmi, na ktoré obidve strany nájdu silu.

Vnímať reč tváre, na ktorú upozorňuje Lévinas – stelesnená výzva, apel, prosba, vysvetlenie, žiadosť, je cenným prostriedkom tam,

kde už dialóg technicky nie je možný. Nie je správne predpokladať, že v tomto momente sa dialóg neodohráva.

Nemecký mysliteľ Buber popisuje zvláštny jav, tzv. dialogické ticho. V zvláštej atmosfére, ktorá môže nastať medzi dvoma úplne cudzími a myslením vzdialenými osobami, v tichu a bez slov, či giest alebo mimiky, môže za určitých okolností nastať tzv. súzvuk srdca. V poznaní, ktoré sa akýmsi zvláštnym spôsobom objaví v ich vedomí, sa otázkam dostáva odpoveď. Dialogické ticho je dynamický stav, ku ktorému dochádza v podmienkach osobného stretnutia. Uskutočňuje sa mlčaním. Ide o doteraz vedecky nepopísaný fenomén. Buber píše: „Na tomto mieste už nie je potrebné žiadne poznanie, pretože tam, kde medzi ľuďmi zavládla hoci aj bezslovná otvorenosť, sa dialogické slovo stalo sviatosťou.“ (7, str. 64). Dar – ten druhý, nie je ohraničený našim poznaním, ani poznávaním, ale prijímaný ako celok. V tichom prijatí sa uskutočňuje vyrovnaný vzťah medzi Ja a Ty.

Práve v procese hospicovej a paliatívnej starostlivosti sa dialogické ticho môže plne využívať na jednej strane ako zmiernenie alebo tíšenie bolesti – vo forme tichej účasti, napr. podanej ruky a prítomnosti pri lôžku, alebo formou empatičkej aplikácie vybraných foriem hospicovej starostlivosti.

Transformácia starosti o druhého (smútku) na radosť s druhým (spoluprácu)

V prostredí dialogického ticha možno predpokladať podmienky pre významnú premenu základného postoja k poskytovaniu starostlivosti. Slovo starostlivosť v sebe obsahuje základ slova starosť.

Poskytovateľ má zvyčajne na starosti (zodpovednosť) využiť *nevyhnutné prostriedky* (povinnosť) vo svojej starosti o *zverenú osobu* (odovzdanosť). Snaží sa zo všetkých prostriedkov (technika, medikácia, emocionalita, profesionalita, dialogika), ktoré má k dispozícii, ponúkať a dať, čo má a pozná. Ľudovo povedané: *Robí si starosti. Má starosti.*, čo v preklade znamená, že sa *trápi PRE druhého*. Túžba po tíšeni bolesti, po zmiernení utrpenia akoby zapríčinila trápenie jeho samého. Áno, často sa deje.

V dialogickom tichu, v podmienkach osobného stretnutia, v reči tváre však nastáva zmena v bežne komunikovanom obsahu, ktorý by sa bol schopný zmestiť do slov. V pohľade, v stisku ruky, v prítomnosti (i keď spiaceho) NIEKOHOTO, sa *starosť* O mení na radosť S NIEKÝM. V dialogickom tichu poznávame blahodárne účinky ľudskosti, ktorá je jedným z najúčinnějších liekov paliatívnej a hospicovej starostlivosti vôbec. Vedomie spolupatričnosti, vzájomnosť a najmä vedomie prítomnosti druhého S osobou v bolesti, premieňa pocity strachu, beznádeje, zúfalstva na radosť s NIEKÝM.

Tvárou v tvár sa v dialogickom tichu môže rozvinúť spolupráca na konkrétnom spoločnom projekte s názvom *Bolesť a utrpenie*. Dialóg však nie je monológ.

Literatúra

1. Scheidová L. Vysvetlenie základných pojmov a ich vzťahov v rámci paliatívnej a hospicovej liečby a starostlivosti [online]. [cit. 2010-04-09]. Dostupné z [www: <http://hospice.cz/vysvetlenie.html>](http://hospice.cz/vysvetlenie.html).
2. Hospic. Hospicová péče. Jednotky paliatívni péče. IN: Slovníček [online]. [cit. 2010-04-09]. Dostupné z [www: <http://hospice.cz/slovnicek.htm>](http://hospice.cz/slovnicek.htm).
3. Svatošová M, Jirmanová M. Hospic slovem a obrazem [online]. 1. vyd. Praha: ECCE HOMO 1998. [cit. 2010-04-12]. Dostupné z [www: <http://www.hospice.cz/svatosova/hospice2/hospice2.pdf>](http://www.hospice.cz/svatosova/hospice2/hospice2.pdf).
4. Pompey H. Zomieranie. 1. vyd. Trnava: Dobrá kniha 2004. 184 s. ISBN 80-7141-462-X.
5. Marcel G. K filosofii naděje. Praha: Vyšehrad 1971. 135 s.
6. Lévinas E. Být pro druhého. 1. vyd. Praha: Zvon 1997. 71 s. ISBN: 80-7113-217-9.
7. Buber M. Sdělující mlčení. IN: Buber M. Rozhovor. Citované podľa Poláková J. Filosofie dialogu. Uvedení do jednoho z proudů filosofického myšlení 20. století. Ukázky z děl. Praha: FU AV ČR 1993. 89 s. ISBN: 80-7007-035-8.
8. Melich J. Starostlivosť o umierajúcich a dlhodobo chorých a jej vnímanie laickou verejnou. In: Medicínska etika a bioetika 2006; 13(3-4): 2-4. ISSN 1335-0560.
9. International Association of Catholic Bioethicists: Consensus statement of dignity in illness, disability and dying and a response to the UNESCO Universal Draft Declaration on Bioethics and Human Rights. In: Medicínska etika a bioetika 2006; 13(3-4): 20-24. ISSN 1335-0560.

Mgr. Katarína Mária Vadíková, PhD.

Katedra etiky a morálnej filozofie TU
Hornopotočná 43, 914 63 Trnava
katarina.maria.vadikova@truni.sk

Psychologické aspekty onkologického pacienta v paliatívnej starostlivosti

Mgr. Andrea Križanová

Onkologický Ústav sv. Alžbety, Bratislava

Príspevok sa zameriava na psychologické aspekty onkologického pacienta v paliatívnej starostlivosti, akými sú vyrovnávanie sa so smrťou, negatívne prežívané emócie, zdroje hľadania pomoci u príbuzných, lekárov, kňazov, reholných sestier a taktiež v psychologickom poradenstve. Bilancovanie je súčasťou vyrovnávania sa so smrťou. Príspevok poukáže na zložitosť týchto javov vplyvom rodinných vzťahov, veku, pohlavia, náboženského vyznania. Autorka zameriava pozornosť na dôležitosť celého tímu a komunikácie s tímom ľudí, ktorí sa podieľajú na sprevádzaní pacienta (lekár, sestra, dobrovoľníci, sociálna sestra, psychológ, rodina).

Kľúčové slová: strach zo smrti, vyrovnávanie sa so smrťou, viera, sprevádzajúci, potreby zomierajúceho.

Psychological aspects of cancer patients in palliative care

The contribution is focused on the psychological aspects of palliative care which are coping with death, negative expressed emotions, intrafamilial support, finding assistance with physicians, priests, nuns and psychological consultation too. Balancing is a part of coping with death. Contribution describes the complexity of these phenomena which are influenced by familial relationship, age, gender and religion. Author paid attention on the importance of team and communication with team members who are guiding the patient (physician, nurse, volunteers, social nurse, psychologist, family).

Key words: coping with death, balancing with death, religion, needs of dying patient, oncological care guidance.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 40–41

Komunikácia s pacientom v paliatívnej starostlivosti

Keď sa ľudia blížia k smrti, často vstupujú na striedavé obdobia do viac či menej vzdialených stavov vedomia. Tieto stavy môžu byť pre umierajúcich bolestivé a zvyčajne spôsobujú aj zármutosť u príbuzných. Ale my, ktorí sprevádzame, sme presvedčení, že to môže byť obdobie doriešenia nedokončených konfliktov, vytvárania spirituálnych vzťahov a hlbokých vnútorných zážitkov (1).

Lekárska intervencia je zameraná na dosiahnutie zmenšenia prejavov nádorovej choroby, predĺženie života chorého a zmiernenie ťažkostí pacienta. Veľmi dôležitú úlohu tu zohráva práve vzťah lekár – pacient, ktorý môže prístupom pomôcť sprevádzať pacienta v ťažkých chvíľach a podporovať ho. Empatický prístup lekára a zdravotnej sestry je aj prevenciou syndrómu vyhorenia, s ktorým „zápasia“ lekári a zdravotné sestry častejšie ako pracovníci v iných odboroch (2).

Tím ľudí môže zabezpečiť kvalitnú paliatívnu starostlivosť a naplňovať potreby umierajúceho. U lekára to môže byť zmiernenie bolesti pacienta, u zdravotnej sestry udržiavanie hygieny pacienta, u príbuzných vnímanie zmyslu života pacienta, u psychológa potreba rozprávať o nevyriešených konfliktoch, u duchovného túžba po večnosti, u dobrovoľníka potreba záujmu.

Psychologická intervencia by sa mala zamerať na:

- sprevádzanie pacienta a porozumenie jeho prežívania,

- citlivo vnímať a počúvať želania a prania pacienta,
- komunikovať s ošetrovateľom lekárom,
- komunikovať s príbuznými a usmerňovať ich,
- pomáhať pacientovi prechádzať štádiá vyrovnávania sa so smrťou.

Viera ako zdroj sily

Mohli by sme predpokladať, že veriaci ľudia sa budú so smrťou lepšie vyrovnávať ako neveriaci. Viera i nevieria sa v procese vyrovnávania sa s blížiacou sa smrťou prehlbujú. To, akým procesom sa to uberá, je odrazom životných postojov a hodnôt duchovna v živote človeka. Najstabilnejší sú hlboko veriaci a na druhej strane krivky presvedčení neveriaci. Vieru možno považovať za zdroj sily pri vyrovnávaní sa so smrťou. Vlažní veriaci majú veľa vnútorných otázok, ktoré ich vedú buď k prehĺbeniu viery, alebo k jej strate (2).

Rodinní príslušníci

Pri vyrovnávaní sa so smrťou je dôležité, aby psychológ pracoval aj s pocitmi viny, hnevu, ľútosť a aby dával možnosť pacientovi verbalizovať negatívne emócie. Takéto negatívne pocity sa často viažu na vzťahy s rodinnými príslušníkmi. Ak pacient preukáže potrebu rozprávať aj o negatívnych pocitoch, dáme mu tú možnosť a snažíme sa pacientovi preukázať porozumenie (psychológ, lekár, dobrovoľník, duchovní...). V takomto prípade by intervenciu mal zabezpečiť

psychológ, v inej role sa odporúča počúvať. Je dobré pripomenúť, že blízke vzťahy charakterizujú aj pekné chvíle aj ťažšie chvíle....

Rodinní príslušníci majú častokrát nereálne očakávania od pacienta a prenášajú ich smerom k pacientovi. Neodporúčajú sa vety typu: „To bude dobré“. „Nesmieš sa poddať“. „Musíš sa vyliečiť“. „To chce čas.“ Prečo mi to robíš?“. Takéto výroky možno počuť od blízkych príbuzných často a v sprevádzaní pacienta nepomáhajú, ale skôr v ňom vytvárajú pocity viny a úzkosti.

Strach zo smrti

Podľa Křivohlavého je strach zo smrti zložitým javom a môžeme v ňom diagnostikovať niekoľko zložiek. Je dôležité pomenovať povahu strachu, jeho obsah (3).

Wittkovský J. rozlišuje strach z telesného utrpenia, z poníženia, zo straty osobnej dôstojnosti a strach zo osamelosti (4). Strach z vlastnej smrti pomenúva obavu zo zrieknutia sa dôležitých životných cieľov, z dôsledkov vlastnej smrti pre príbuzných, strach z trestu na druhom svete, strach pred neznámou, pred zánikom tela. Ďalej konštatuje, že strach zo smrti a umierania je vo vyššom veku nižší ako vo veku strednom, podobne u žien je väčší ako u mužov. Úroveň vzdelania, povolanie, príjem, miesto bydliska sú z pohľadu obáv a strachu smrti takmer bezvýznamné.

Fawzy uvádza 5 fáz nádorového prežívania (5):

1. Zistenie liečby: V priebehu diagnostickej liečby sa pacienti často pokúšajú bagatelizovať

vážnosť svojho ochorenia (popretie). Niekedy odmietajú návrhy liečby a zároveň reagujú fatalistickým postojom. Často prežívajú smútok, zlosť, depresiu. Znižuje sa ich schopnosť koncentrácie, dochádza k psychomotorickému spomaleniu a zmenám, ako sú poruchy chuti, spánku a celková motivácia. V tejto fáze môže byť užitočná psychologická pomoc a farmakologické opatrenia.

- Liečba: Behom liečby pacienti prežívajú silný strach, smútok, stratu kontroly, pocity viny. Pacienti, ktorí sa musia podrobiť operácii, prežívajú smútok na základe očakávanej zmeny tela. Pri operáciách gynekologického ochorenia prežívajú ženy stratu ženskosti a nevedia ako komunikovať s manželom, partnerom.
- Zotavovanie: I keď je pacient zdravý, zvládnutie rakoviny môže byť celoživotným problémom. Takmer každý pacient sa zaoberá tým, že príde k recidíve.
- Prípadný nástup recidívy: Pacienti, ktorí prežili recidívu, vykazujú rovnaké reakcie ako v dobe zistenia diagnózy, avšak ešte

intenzívnejšie. Reagujú prvotným šokom, popretím (to nemôže byť pravda), strachom a hlbokou depresiou. Psychické prispôsobenie sa situácii je omnoho ťažšie.

- Terminálno-paliatívne opatrenie: Pacienti v terminálno-paliatívnej fáze sa obávajú izolácie od rodiny. Obávajú sa neznámeho, procesu umierania a toho, čo príde po smrti. Majú strach z bolesti, vyskytujú sa problémy s dýchaním a strata telesných funkcií.

Záver

Pri vyrovnávaní sa so smrťou je dôležitou potrebou nádej pacienta alebo aj krátkodobé ciele, ktoré si pacient môže vytvárať aj počas choroby (2):

- nádej na ulavenie od bolesti,
- nádej na budúcnosť svojej rodiny,
- nádej na prítomnosť blízkych pri umieraní,
- nádej na život po smrti,
- navštíviť miesto bydliska, kde sa pacient narodil.

Psychologická intervencia spočíva porozumiť, v ktorom štádiu sa pacient nachádza,

a akceptovať a trpezlivo vnímať jeho myšlienky, názory, prania a potreby. Ak má pacient potrebu plakať, dávať mu povolenie a podporovať ho empatickým prístupom. Komunikácia so správdzajúcim by nemala byť časovo obmedzená, tón hlasu by mal byť nižšie položený, v prípade, ak to pacient prijíma, dotýkať sa ho. Ideálne je, ak chcú byť príbuzní pri lôžku správdzajúceho a môžu „smútiť“ spoločne.

Literatúra

- Tomandl S. Coma wak and palliative care. Canada: Coma communications 1991.
- Hatoková M, et al. Správdzanie chorých a zomierajúcich. Bratislava 2009.
- Křivohlavý J, Kaczmarczyk S. Poslední úsek cesty. Praha: Návrat domů 1995.
- Pompey H. Zomieranie. Trnava: Dobrá kniha 2004.
- Tschuschke V. Psychologické aspekty vzniku a zvládnutia rakoviny. Praha: Portál 2004.

Mgr. Andrea Križanová

Onkologický Ústav sv. Alžbety, s.r.o.
Heydukova 10, 812 50 Bratislava
križanova.a@gmail.com

Poradenství pro rodinu pacienta po jeho smrti

PhDr. Marie Macková, Ph.D., RSW.

Katedra ošetrovatelství, Lékařská fakulta, Brno

Příspěvek se zabývá podporou rodiny po úmrtí pacienta. Péče by měla být poskytována lidmi, které pozůstali znají. Následně se příspěvek věnuje indikacím pro poradenství pro pozůstalé a popisu praktického rámce pomoci pozůstalým. Věnuje se i některým speciálním problémům, s kterými se pozůstalí setkávají.

Klíčová slova: truchlení, poradenství, rodina, klient, riziko.

Counseling for family after patient death

The paper deals with the support of the family after the death of the patient. Care should be provided to people who know survivors. Consequently, the contribution deals with indications for counseling for survivors and a description of a practical framework to help survivors. He also describe some special problems with which the survivors face.

Key words: grieving, counselling, family, client, risk.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 41–42

Po úmrtí některého z členů rodiny by se rodině mělo dostat podpory. Podpora, kterou truchlící členové rodiny mohou potřebovat, se během času liší. Období po úmrtí člena rodiny lze rozčlenit do dvou fází – prvotní fáze a přizpůsobovací fáze. Prvotní fáze trvá obvykle od okamžiku úmrtí člena rodiny do doby krátce po pohřbu, kdy se rodina stmelená za účelem pohřbu opět rozchází. Toto období obvykle trvá dva týdny. Přizpůsobovací fáze pokračuje po celý následující rok (minimálně), může však

trvat i mnohem déle – záleží na typu ztráty. Poradenství je potřeba právě v této fázi.

V úvodní fázi by měla být pomoc a podpora poskytována lidmi, kteří pečovali o umírajícího a jeho rodinu v době před úmrtím. Může se jednat o širší rodinu, přátel, nemocniční nebo hospicový tým. V českém prostředí velmi často nemocniční tým nepovažuje tento druh pomoci za součást své práce. Opačná situace je v hospicové péči, kde tento druh podpory je považován za součást péče o rodinu. U osamělých a starých

klientů může nastat situace, kdy chybí rodina i přátelé. Pokud z jakýchkoli důvodů nemůže být podpora poskytnuta výše uvedenými způsoby, je třeba zapojit do pomoci poradce již v této fázi. Danburyová uvádí, že většině pozůstalým není pomoc poskytnuta v době, kdy to nejvíce potřebují, tedy v prvotní fázi (1). Ke stejným závěrům dospěla i Macková (2). Ne každý truchlící však potřebuje podporu poradce, a proto by nabídce služeb mělo předcházet pečlivé zhodnocení situace dané truchlící rodiny nebo jednotlivce.

Po pohřbu obvykle nastane situace, kdy se rodina i přátelé rozptýlí a pozůstalí začínou nad celou situací přemýšlet a vyskytne se u nich potřeba vnější pomoci. Svatošová uvádí, že potřebu pomoci má zhruba jedna třetina pozůstalých (3). Bohužel možnosti pomoci jsou v českém prostředí stále omezené, i když se situace mírně zlepšuje. Obvykle jsou k dispozici psychologické a psychiatrické služby, sociální služby a dobrovolnické poradenské služby.

Psychologické a psychiatrické služby jsou nejčastější, ale jsou určeny jen pro malou skupinu pozůstalých, u kterých se následkem ztráty blízké osoby objeví psychické problémy. Do péče psychologa, ale častěji psychiatra jsou pozůstalí v naprosté většině odesíláni praktickými lékaři. Tato péče však není často vůbec indikována, neboť truchlící reagují přiměřeně situaci ztráty a o psychických problémech či poruchách nemůže být ani řeč. Kdo by tedy měl být indikován do této péče a kdo ne? Indikací je úzkostná porucha osobnosti, fobie, panický syndrom, obsedantní porucha a celá řada stresových reakcí včetně posttraumatických poruch a patologických reakcí na ztrátu blízké osoby. U ostatních truchlících není tato péče indikována.

V praxi se bohužel velmi často setkávám s opakem. Z mnoha případů uvedu jen jeden modelový. Setkala jsem se náhodou při cestě do práce na autobusové zastávce se starší ženou, která byla oděna do černého a plakala. Žádala mne o kus papíru a tužku. Když jsem jí obojí poskytl, žena si na papírek poznamenala název antidepresiv. Nedalo mi to a zeptala jsem se, zda jí někdo zemřel. Potvrdila moji domněnku a dala se do usedavého pláče. Postupně mi vylíčila, že ztratila před třemi měsíci náhle manžela, s kterým žila spokojeně 48 let. Děti žily v jiném městě, ona zůstala sama. Pokud s dětmi volala nebo ji přijeli navštívit, nemohla o své ztrátě hovořit. Děti ji nabádaly, aby se už vzchopila a přestala *na zemřelého manžela myslet. Nakonec jí při posledním telefonátu doporučily psychiatra, totéž následně učinil její praktický lékař, s kterým se šla o všem poradit. Nabídla jsem této ženě pomoc formou setkání a rozhovorů. Zpočátku jsme se scházely jednou za 14 dnů na hodinu, po dvou měsících jsme se dohodly na měsíčním intervalu. Paní sama ukončila poradenský proces po 7 měsících, krátce po prvním výročí smrti jejího manžela. Poradenský proces hodnotila jako velmi nápomocný, psychiatra nenavštívila a neužívala nakonec ani žádná antidepresiva.*

Sociální služby poskytují pomoc a podporu obvykle pouze v sociální oblasti. Truchlící (zejména pak muži) mohou mít potíže se zajištěním

základního chodu rodiny. Tyto služby pak nabízí zajištění základních potřeb – dovoz stravy, pomoc s osobní hygienou, pomoc při vyřizování osobních záležitostí a podobně.

Konečně dobrovolnické poradenské služby nabízejí pomoc jak profesionálů, tak vyškolených laiků. Jedná se zejména o pomoc při zmírňování projevů stresu i při zajišťování praktických záležitostí. Tyto dobrovolnické služby nabízejí často hospice nebo neziskové organizace působící při zdravotnických a sociálních zařízeních.

Samozřejmě poradenství pro pozůstalé je komplexní pouze tehdy, pokud je truchlící osobě poskytnuta nejen emoční podpora, ale i praktická podpora. V ideálním případě by tak všechny tři typy služeb měly spolupracovat. Objevují se již první vlaštovky v podobě poradenských center (Cesta domů – Praha nebo Hospicové hnutí Vysočina), která tuto podmínku splňují. Můžeme jen doufat, že tato centra časem pokryjí celé území České republiky.

Cílem poradenství pro pozůstalé je umožnit truchlícím lidem projít si zármutkem a vyrovnat se se zkušeností ztráty blízké osoby. Zármutek může být zmírněn následovně: ustanovením podporujícího vztahu, pomocí identifikovat a vyjádřit pocity, ujištěním o normalnosti a obvyklosti prožívání zármutku, asistencí při řešení praktických problémů a konečně poskytováním průběžné a spolehlivé podpory. Průběh poradenského procesu byl popsán již řadou autorů, například Worden (4) nebo Špatenková (5), a není účelem tohoto příspěvku blíže se jím zabývat. Naopak se nyní věnujeme některým specifickým problémům při poskytování poradenství. Jedná se o poradenství poskytované truchlícím, kteří ztratili blízkou osobu v důsledku sebevraždy, vraždy nebo neštěstí a katastrofy.

Ke ztrátě blízké osoby v důsledku sebevraždy dochází obvykle nečekaně a náhle. Truchlící často mohou trpět pocitem úzkosti a protože se jedná o dobrovolnou smrt, vyvolává u pozůstalých smíšené pocity hněvu a viny. Proč to udělal/a? Chtěl/a nás tím potrestat? Je to naše vina? Šlo tomu zabránit? Sebevražda je pozůstalými často vnímána jako určité stigma a pozůstalí mají často obavy o pomoc požádat, neboť se domnívají, že na ni nemají právo. I jejich okolí cítí rozpaky, a proto málokdy pomoc nabídne. Proto je velmi důležité, aby profesionálové zvláště u této skupiny pozůstalých aktivně pomoc a podporu nabízeli.

Vražda je pravděpodobně nejtraumatičtější příčinou ztráty blízké osoby. Nejvhodnější podobou poradenství se jeví svépomocná skupina, kde by se sešli lidé s podobným osudem.

Bohužel v českém prostředí tento typ pomoci zcela chybí, alternativní formu pomoci by snad mohl nabídnout Bílý kruh bezpečí, který se bývá podporou a pomocí osobám, které se staly obětí domácího násilí.

Za neštěstí či katastrofu považujeme událost, při které zahyne více než deset lidí nebo která způsobí rozsáhlé materiální škody. Nemocnice i záchranné služby mají obvykle vypracovány podrobné plány pro případ nějaké katastrofy, ale málokdy tyto plány zahrnují i psychosociální pomoc. V místě katastrofy by mělo být neprodleně zřízeno informační centrum, které bude poskytovat informace o dostupné pomoci a kontakty, na něž se mohou postižení obracet. Riziko postižení psychiky všech zúčastněných je tak velké, že je třeba aktivně vyhledávat ty, kteří pomoc poradců potřebují. Poradenské dovednosti by měli být součástí výcviku všech záchranářů.

V souvislosti s nedávným leteckým neštěstím polské delegace je třeba také připomenout, že díky médiím se o neštěstí či katastrofě může poměrně rychle dozvědět široký okruh lidí a i u těchto lidí může vzniknout potřeba podpory a pomoci, přestože této katastrofy nebyly přímými svědky. Krásným příkladem hromadné vzájemné podpory postižených polských občanů mohou být spontánní setkání lidí na ulici nebo bohoslužby za oběti neštěstí.

Na závěr bych podotkla, že potřeba poradenství je přísně individuální jak z hlediska časového, tak z hlediska prostorového. Někomu stačí jedno setkání krátce po úmrtí, jiný potřebuje podporu po řadu měsíců. Někdo je ochoten docházet za poradcem, jiný upřednostňuje poradenství doma. Úkolem poradce je mapovat tyto potřeby pozůstalých a truchlících a citlivě na ně reagovat.

Literatura

1. Danbury H. Bereavement Counseling Effectiveness: A client opinion study. Aldershot – Avebury 1996. 288 p. ISBN 85972292X.
2. Macková M. Paliativní péče o seniory – hudba budoucnosti? Praha: Nakladatelství Mladá fronta. Sestra 2009; 1: 2. ISSN 1210-0404.
3. Svatošová M. Hospic slovem i obrazem. Ecce Homo 1998. 150 s. ISBN 80-902049-1-0.
4. Worden JW. Grief Counselling and Grief Therapy. A handbook for the mental health practitioner. 2. vyd. London 1991. 179 p. ISBN 0-415-07179-8.
5. Špatenková N. Poradenství pro pozůstalé. Grada 2008. 140 s. ISBN 978-80-247-1740-1.

PhDr. Marie Macková, Ph.D., RSW.
Katedra ošetrovatelství, Lékařská fakulta
Kamenice 3, 625 00 Brno
mackova@med.muni.cz

Využitie logoterapie v starostlivosti o pozostalých

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

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

Autorky popisujú možnosť využitia logoterapeutického prístupu v starostlivosti o pozostalých. Človeku zostáva až do posledného okamihu sloboda zaujať určitý postoj k nezmeniteľným skutočnostiam, a tak dať zmysel aj na pohľad nezmyselnému utrpeniu.

Kľúčové slová: logoterapia, zmysel, utrpenie.

Using Logotherapy in the care for mourners

The authors describe the possibility to use logotherapy in the care for survivors. Man has a freedom to take a position to the unalterable facts until the last moment of the life, and find the sense in the unreasonable suffering.

Key words: logotherapy, meaning, suffering.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 43–44

Úvod

V živote človeka občas nastanú chvíle, keď tí, ktorých miloval, tu zrazu nie sú a nevrátia sa späť. Je čas rozlúčiť sa s tými, ktorí boli súčasťou nášho bytia. I chvíle bolesti a zármutku sa nám však môžu stať vzácnym darom. Priradenou reakciou na stratu blízkeho človeka je zármutok, ktorý ovplyvňuje ľudí z viacerých hľadísk, a to z fyzického, emocionálneho, behaviorálneho, kognitívneho a spirituálneho (1, 2).

Logoterapia akcentujúca existenciu zmyslu v každej (i v na pohľad nezmyselnej) životnej situácii je využívaná v paliatívnej starostlivosti nielen o pacienta s infaustnou prognózou, ale aj v období post finem – v starostlivosti o pozostalých.

Tragická triáda a proces smútenia

Práve pozostalí bývajú často konfrontovaní s „tragickou triádou“: utrpením, vinou a smrťou.

1. Utrpenie

Strata milovanej osoby je jedna z najväčších strát. Smrťou blízkeho človeka nik nezostane nedotknutý.

Len sám trpiaci môže voľiť, aký postoj k nezvratnému osudu zaujme: môže ho trpezlivo akceptovať, alebo seba a svoje okolie preklínať, môže ho hrdinsky znášať, alebo sa pod ťažkým bremenom zrútiť, môže mať odvalu a dôveru v budúcnosť, alebo môže začať zúfať. Rozhodnutie, ako sa zachová, je potrebné ponechať jemu samému. Ten, kto sa vie prebojovať k pozitívnemu a hrdinskému postoju i vzhľadom k negatívnym okolnostiam osudu, ten nájde veľkú útechu v tom, že pri všetkej tej prežitej „biede“ nemusí stratiť úctu sám pred sebou, ale môže byť hrdý na to, že svoje utrpenie dôstojne znáša (3). Canfield – Hansen tvrdia, že pred človekom stojí vždy mož-

nosť voľby – buď bude svoju situáciu považovať za porážku, alebo za počiatočný, východzí bod. Môže sa zamerať na tisíce vecí, ktoré skrze smrť milovanej osoby stráca, alebo sústrediť pozornosť na tie, ktoré mu v živote ešte zostali. Vždy môže odmietnuť rany života ako zámienku na kapituláciu alebo sa pozrieť na veci z novej perspektívy. Ono totiž nejde o to, čo sa človeku stalo, ale o to, ako sa s tým vysporiada (4). Utrpenie obyčajne núti človeka byť citlivejším, vnímavejším. Utrpenie spôsobené stratou milovanej osoby sa dokonca môže premeniť na zisk. Utrpenie je pre človeka súčasne darom i náročnou úlohou.

2. Vina

V období smútenia sa často stretávame s pocitom viny u pozostalých. Mnohokrát sú v spomienkach konfrontovaní s konkrétnymi skutkami, v ktorých sa odrážalo ich zlyhanie.

Pocit viny vyplývajúci z vedomia vlastného „pádu“ či konania proti vlastným hodnotám a presvedčeniu je prejavom zdravého duchovného a emocionálneho vývinu. Tento pocit môže byť stimulátorom poháňajúcim nás k zmene. Ak sme si vedomí zlyhania a nedovolíme, aby nás pocit viny celkom pohltili, mali by nás priviesť k úsiliu získať odpustenie a zmeniť svoju cestu (3). Človek sa obyčajne snaží urobiť istú nápravu toho, čo pokazil, či poprosiť o odpustenie. Čo ale robiť v prípade, keď ten, ktorý si zaslúžil naše „prepáč“, už nežije a pocit viny zostáva hlboko zakorenený v nás? Je potrebné si uvedomiť, že odpustenie je jednostranný akt (takže ho nemusíme vyjadriť osobe, ktorá krivdu spôsobila), a tak nie je problém odpustiť aj mŕtvemu.

Vinu môžeme chápať aj ako podnet na vnútornú premenu a nápravu. Náprava však nie je vždy možná. To, čo ale možné je, je „vyvážiť“ ju inými dobrými skutkami, ale aj úprimnou ľútos-

ťou a odhodlaním vinníka polepšiť sa a svojmu správaniu dať spätne nejaký zmysel. Vina zväzda človeka k odpusteniu, teda k najvyššiemu ľudskému výkonu vôbec (5)!

3. Smrť

Tvárou tvár smrti a ohraničeniu ľudských možností, nachádzajú sa aj pozostalí pod nátlakom využiť čas svojho života a nenechať bez úžitku prejsť okolo seba jedinečné príležitosti, ktorých konečný súhrn neskôr utvára celý život (6). Smrť je pre nás istým stimulom k životu. Keby sme mali na svoje plány nekonečne dlhý čas, chýbal by nám dôvod konať teraz a tu. Keďže nežijeme večne, je nutné, aby sme každý jeden deň uchopili a uskutočnili ponuku žiť ho zmysluplne (7). Mysliac na okamihy strávené pri lôžku našich blízkych konfrontujúcich sa s vedomím blížiacej sa smrti, sme nútení na chvíľu spomaliť, zamyslieť sa nad vlastnou každodennosťou, zmyslom prítomného okamihu, nad tým, čo životu môžeme sami ponúknuť. Tomuto uvažovaniu bývame vystavení práve v momentoch, kedy do popredia vystupuje utrpenie a bolesť. Tomuto uvažovaniu môžeme byť vystavení i vtedy, keď čelíme smrti milovanej osoby.

Ak chceme pomôcť tým, ktorých postihol osudový úder v podobe straty blízkeho človeka, musíme poukázať na skutočnosť, že podľa toho, ako sa vnútorne k strate postaví, ako ju prekonajú a akceptujú, podľa toho môžu získať vo svojom živote nové hodnoty vyrovnávajúce stratu na „vyššej úrovni“. Uskutočnenie postojových hodnôt je pripísané najmä ľuďom konfrontujúcim sa s nezmeniteľným osudom, ku ktorému sa môžu postaviť len heroicky. Tí, čo tak robia a svoje utrpenie zapríčinené stratou milovanej osoby prijímajú bez zlostnej hádky s Bohom a so svetom, uskutočňujú čosi hodnotné (6).

Elizabeth Lukasová vychádzajúca z Frankla akcentuje 4 oporné body pri aplikácii metódy modulácie postoja využívanéj aj v logoterapeutickom prístupe k pozostalým:

1. ukázať hodnotu – ukázať hodnotu znamená poukázať na skutočnosť, že pozitívny a statočný postoj k strate milovanej osoby je veľkolepý ľudský výkon. Útechou a zmiernením ťažkostí môže byť už samotné vyzdvihnutie toho, že je chvályhodné nepoddať sa nepriaznivej situácii. Toto súcitné uznanie vyjadrujúce úprimne mienenú úctu k schopnostiam ľudského ducha môže zmeniť utrpenie na triumf.
2. ukázať zmysel – ukázať zmysel znamená poukázať na to, že v utrpení sa napriek všetkému nachádza i čosi zmysluplné a dobré. S týmto bodom je potrebné zaobchádzať mimoriadne citlivo, aj keď nezúčastnený môže „toto dobré“ objaviť skôr než sám trpiaci.

3. ukázať zvyšok – ukázať zvyšok predstavuje poukázanie na pozitívne životné šance, ktoré človek má a ktorých sa utrpenie ešte nedotklo, šance, ktoré nemá zmyť ani prežívaná bolesť.
4. ukázať perspektívy – spolu s truchliacim človekom môžeme zvážiť perspektívy ukazujúce situáciu v pozitívnejšom svetle (6).

Záver

Využitie logoterapeutického prístupu v paliatívnej starostlivosti je veľmi užitočné nielen v období prae-finem – v prístupe k pacientovi s infaustnou prognózou, ale aj in finem – v jeho terminálnej fáze života a napokon aj v post-finem – v starostlivosti o pozostalých.

Literatúra

1. Šramatá M. Sociálna práca a paliatívna starostlivosť. Zborník príspevkov z 3. ročníka Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Trnava 2005: 174–176. ISBN 80-88949-84-X.

2. Kovalčíková N. Postavenie sociálneho pracovníka v systéme starostlivosti o onkologické dieťa a jeho rodinu. Dizertačná práca. Trnava: FzaSP TU 2002.

3. Lukasová E. I tvoje utrpení má smysl. Logoterapeutická útecha v krízi. Brno: Cesta 2006. 191 s. ISBN 80-85319-79-9.

4. Pčolková D. Utrpenie ako cesta k osobnému rastu a sociálnemu správaniu. Diplomová práca. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce 2007. 62 s.

5. Padovani HM. Hojenie zranených emócií. Zdôlvanie životných rán. 2. vyd. Nitra: Spoločnosť Božieho Slova 2000. 115 s. ISBN 80-85223-55-4.

6. Lukasová E. Základy logoterapie. 1. vyd. Bratislava: LÚČ 2009. 272 s. ISBN 978-80-7114-704-6.

7. Frankl EV. Lékařská péče o duši. Brno: Cesta 2006. 237 s. ISBN 80-7295-085-1.

Mgr. Dušana Pčolková

Katedra sociálnej práce
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity
Univerzitné námestie 1, 918 43 Trnava
pcolkovci@gmail.com

Podporná skupinka pre smútiacich – skúsenosti z praxe

Mgr. Natália Kacianová, PhD.

Biblická škola, Martin

Cieľom príspevku je oboznámiť čitateľa s konceptom podpornej skupinky pre smútiacich. Čo je to podporná skupinka pre smútiacich? Aké má pravidlá, čo je jej úlohou, obsahom jej stretnutí? Aké sú skúsenosti s jej facilitovaním na Slovensku? Autorka čerpá z vlastných skúseností a poukazuje na to, ako podporná skupinka naplňa duchovné potreby smútiaceho človeka.

Kľúčové slová: sprevádzanie v smútku, podporné skupinky pre smútiacich, duchovná bolesť, nádej.

Support groups for mourners – experiences from practice

The goal of this article is to present the concept of a grief support group. What is it? What rules, task and content does it have? What are the experiences of facilitating a grief support group in Slovakia? The article comes out of the author's practical experiences, showing how such a group helps to fulfill spiritual needs of the grieving and bereaved.

Key words: befriending in loss and grief, grief support groups, spiritual pain, hope.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 44–46

Úvod

Sprevádzanie v smútku pri strate milovanej osoby je pre súčasného človeka veľkou výzvou. Ľudia zomierajú a mnohokrát zomierajú práve tí, ktorí pre nás samých znamenajú veľmi veľa. Keď mi v roku 2003 zomrela na rakovinu mama, ostala som so svojím žiaľom sama. Po jej pohrebe ma mnoho známych utešovalo a dávalo mi mnoho vzácnych rád. Avšak to, čo mi skutočne pomáhalo, neboli rady a dobre mienené slová. Pomáhalo mi, keď ma niekto bez pripomienok vypočul, keď som si s niekým mohla bez výčitiek poplakať, či jednoducho

pochopiť, že k žiaľu patrí aj prázdnota, zatrpknutosť a hnev.

Počas môjho študijného pobytu v USA som mala možnosť zúčastniť sa podpornej skupinky pre smútiacich (ktorá v plnej miere naplnila moju potrebu po vypočutí a vyplakaní sa). Taktiež som získala cenné informácie ohľadom zakladania a facilitovania podporných skupiniek pre smútiacich, ktoré som neskôr aplikovala vo svojom cirkevnom zbore v Martine. V tomto príspevku by som sa o ne rada podelila. V prvej časti príspevku sa budeme zaoberať konceptom podpornej skupinky – čo to je, aké má pravidlá,

aká je úloha facilitátora, čo je obsahom jednotlivých stretnutí. V druhej časti sa zameriame na skúsenosti z facilitovania podpornej skupinky pre smútiacich v Martine. V závere poukážeme na jej prínos, konkrétne na to, ako obohacuje duchovný (spirituálny) život smútiaceho človeka.

Úloha podpornej skupinky

Podporná skupinka pre smútiacich vytvára priestor k vzájomnému zdieľaniu sa a spoločnému prekonávaniu žiaľu. Je to forma organizovanej, skupinovej terapie smútiacich,

pod vedením facilitátora, ktorý na základe vlastnej skúsenosti vie, že kvalita a kvantita ľudského pochopenia môže mať zásadný vplyv na priebeh žiaľu a mieru konečného uzdravenia. Koncept podpornej skupinky vychádza z predpokladu, že „mať možnosť zažiť pochopenie priateľov a tých, ktorí sami smútiť, nie je slabosť, ale prirodzená (zdravá) ľudská potreba“ (1).

Úloha podpornej skupinky pre smútiacich je definovaná nasledovne (1):

- spája ľudí s podobnými zážitkami, myšlienkami a pocitmi,
- odstraňuje nepochopenie a izoláciu, ktorú v kultúre vyhýbajúcej sa smrti a žiaľu smútiaci pociťujú,
- vytvára bezpečné prostredie a ponúka fyzickú, duševnú aj duchovnú podporu,
- umožňuje ľuďom, aby podporu prijali a zároveň boli účastní na žiali druhých,
- vytvára bezpečný priestor na duchovné otázky, na hľadanie zmyslu smrti a utrpenia, ponúka nádej,
- povzbudzuje účastníkov, aby sa o seba dokázali oprieť,
- učí ich pristupovať k sebe a k svojej strate novým spôsobom (umožňuje im prijať seba samých a svoju bolesť tak, ako to oni sami najlepšie dokážu).

Úlohou podpornej skupinky je teda inšpirovať človeka k boju so žiaľom, k tomu, aby ho dokázal prejsť, zdieľať a nájsť jeho miesto v príbehu svojho života (2). Mnohokrát ale ľudia od podporných skupiniek očakávajú oveľa viac. Preto je veľmi dôležité hneď na začiatku smútiacim zdôrazniť, že úlohou podpornej skupinky nie je smútiacich od žiaľu úplne oslobodiť. Skupinová pomoc spočíva iba v poskytnutí podpory a nádeje, nie rád a receptov, ako sa žiaľu čo najrýchlejšie zbaviť.

Pravidlá podpornej skupinky

Stanovenie si pravidiel dodáva účastníkom skupinky pocit dôvery a bezpečia. Tieto pravidlá sú zároveň prvou známkou vzájomnej komunikácie a je potrebné, aby ich všetci rešpektovali. Pravidlá podpornej skupinky, tak ako sa nám osvedčili v praxi, sú nasledovné (1):

1. Jedinečnosť žiaľu. I napriek tomu, že môžeme mať podobné skúsenosti, nikto z nás neprežíva žiaľ rovnakým spôsobom. Rešpektujeme a prijímame to, čo je spoločné, aj to, čo je pre nás jedinečné.
2. Bezpečný priestor na zdieľanie sa. Podporná skupinka poskytuje bezpečný priestor na zdieľanie akýchkoľvek pocitov.

3. Aktívne počúvanie. Človeka, ktorý zdieľa svoj žiaľ, neprerušujeme a nekladíme mu otázky.
4. Dôvera. Všetko vypovedané v rámci skupinky sa zachová v dôvere. Mimo skupinky o vypovedaných veciach s nikým nediskutujeme.
5. Rovnaký časový priestor na zdieľanie sa. Účastníci skupinky si sami určia mieru zdieľania alebo mlčania.
6. Presný príchod a pravidelná účasť. Rešpektujeme časový limit trvania skupinky, skupinka začína a končí o presne stanovenej hodine.
7. Prijímanie druhých takých, akí sú a rešpektovanie ich názorov. Pokúšame sa pochopiť myšlienky a pocity účastníkov bez toho, aby sme ich posudzovali, odsudzovali alebo menili. Naším cieľom je podpora, súciti a pochopenie.
8. Právo myliť sa a mlčať. Spoločne vytvoríme atmosféru, v ktorej sa budeme cítiť prijatí a pochopení.

Úloha facilitátora

Facilitátor podpornú skupinku zakladá, organizuje, vedie a zabezpečuje jej program a priebeh (3). Jeho úloha spočíva v príprave miestnosti, otvorenia a ukončenia stretnutia, v zabezpečení občerstvenia. Počas skupinky motivuje účastníkov k otvoreniu svojho vnútra a nachádzaniu vlastných riešení. Usmerňuje postupnosť zdieľania, reflektuje povedané, snaží sa o udržanie zdravej atmosféry. Neponúka správne odpovede, nepresviedča, nepôsobí autoritatívne, vyhýba sa prehnanej ľútosťi a uisťovaniu. Nepoužíva klišé, nekladie zbytočné otázky, dokáže prijať mlčanie. Pre smútiaceho človeka je sprievodcom v spleti jeho pocitov, ktoré pomenúva a v konečnom dôsledku pomáha prijať.

Obsah jednotlivých stretnutí

Podporná skupinka sa stretáva počas šiestich týždňov, stretnutia sú raz týždenne v podvečerných hodinách. Dĺžka trvania stretnutí je maximálne dve hodiny. Štruktúra stretnutí pozostáva z privítania, krátkeho príbehu (úvahy, básne, modlitby), témy týždňa a zdieľania účastníkov k danej téme. Záver podpornej skupinky tvorí modlitba, záver posledného stretnutia spomienkové Služby Božie.

Témy stretnutí sú vždy dôkladne pripravené a účastníkom sa rozdáva v tlačenej forme. Prvé a posledné stretnutie je tematicky výnimočné, závisí od množstva účastníkov (ideálny počet je šesť účastníkov na jedného facilitátora) a obdo-

bia v roku (či sa skupinka stretáva pred Veľkou nocou, Vianocami atď.). Témy jednotlivých stretnutí počas trvania jednej podpornej skupinky môžu napr. vyzeráť nasledovne:

1. Zdieľanie príbehov
2. Charakteristika a proces žiaľu
3. Primárne a sekundárne straty
4. Uzdravenie skrze vieru
5. Zmierenie sa so stratou
6. Prežívanie žiaľu počas sviatkov (napr. pred Vianocami), Služby Božie.

Skúsenosti s facilitovaním podpornej skupinky

Podpornú skupinku pre smútiacich sme v Martine po prvýkrát zorganizovali v roku 2009. V rámci skupinky sa schádzalo sedem účastníkov a dve facilitátorky. Účastníkov podpornej skupinky spájala nielen strata blízkeho človeka (manžela, manželky, dieťaťa), ale aj príslušnosť k Evanjelickej cirkvi a. v. na Slovensku. Schádzali sme sa s cieľom duchovnej opory, možnosti rastu vo viere a utvrdenia sa v nádeji vzkriesenia.

Pravidlá podpornej skupinky nám vytvorili priestor pre dôverovanie si aj na úrovni zdieľania duchovnej bolesti a hnevu. Účastníci skupinky ocenili priestor pre vyjadrenie svojich skutočných pocitov vyplývajúcich z otázok typu: Ako to Boh mohol dopustiť? Prečo sa to stalo? Kde som urobil(a) chybu? Uvedomili si, že aj veriaci človek po strate milovanej osoby prežíva bolesť a sklamanie z Boha a nemusí sa za to hanbiť.

Zdieľanie pocitov, otvorenosť voči bolesti a vyjadrenie hnevu malo za následok duchovný rast a prijatie nádeje. V Biblii sa mnohokrát stretávame s uistením, že žiaľ nie je hriech, práve naopak, prináša potešenie (Mt 27:46) a nádej (1 Tes 4:13) (4). Biblické texty nikde nehovoria o neprejavovaní žiaľu, ale o kontraste medzi prejavovaním žiaľu s nádejou vo vzkriesenie alebo bez nej (5). K vyvrcholeniu podpornej skupinky patrili aj spomienkové Služby Božie (6).

Záver

Podporné skupinky pre smútiacich sú súčasťou starostlivosti o fyzické, duševné a duchovné potreby smútiacich vo viacerých krajinách sveta. Vytvárajú priestor na prejavenie žiaľu, zdieľanie žiaľu druhých a v neposlednom rade aj oporu vo viere, duchovný rast a utvrdenie sa v nádeji opätovného stretnutia sa so svojimi blízkymi (k tomuto účelu slúžili aj spomienkové Služby Božie v závere posledného stretnutia).

Podpornú skupinku pre smútiacich zakladá a vedie pripravený a vyškolený človek, tzv. facilitátor. V rámci skupinky sa dodržiava niekoľko

pravidiel, na ktorých sa účastníci dopredu dohodnú a vzájomne ich rešpektujú. Takýmto pravidlom napr. je, aby sa informácie o účastníkoch v rámci skupinky nešírili ďalej, aby sa všetci cítili slobodní prejaviť svoj žiaľ alebo ho neprejavíť vôbec, aby mal každý rovnaký priestor na zdieľanie svojich pocitov atď. Obsah jednotlivých stretnutí je navrhnutý tak, aby sa od zdieľania smútku a bolesti postupne prešlo k podnetom, ktoré nám umožňujú stratu prijať a zmieriť sa s ňou.

Počnúc pravidlami (vytvorenie priestoru na duchovné otázky), cez obsah stretnutí (od hnevu a sklamaní k uzdraveniu vo viere) až po Služby Božie, podporná skupinka pre smútiacich umožňuje napĺňanie duchovných a spirituálnych potrieb svojich účastníkov. V rámci

skupinky majú účastníci priestor na vyjadrenie akýchkoľvek pocitov, napr. aj hnevu a sklamaní z Boha, pričom vedia, že za svoju úprimnosť nebudú nikým odsudzovaní. Dokážu si byť oporou, utvrdiť sa vo viere a nádeji, a vidieť aj za horizont ľudskej bolesti a utrpenia. Na záver by som chcela spomenúť citát z listu jednej účastníčky podpornej skupinky v Martine: „Vďaka podpornej skupinke sa zmiernili naše pocity ľudského utrpenia, bolesti a prázdnoty. Naše stretnutia boli presiaknuté dobrosrdečnosťou, spolupatričnosťou, vierou a Božou milosťou.“

Literatúra

1. Wolfelt A. The understanding your grief support group guide: Starting and leading a bereavement support group. Companion 2004.

2. Kacianová N. Problematika žiaľu: Pastorálne výzvy a teologické riešenia. Dizertačná práca 2008.

3. Wolfe B. Bereavement support group facilitator training (presentation). Duluth 2006.

4. Biblia. Slovenský ekumenický preklad. Slovenská biblická spoločnosť 2007.

5. Mitchell RK, Anderson H. All our losses, all our griefs. Louisville: Westminster John Knox Press 1983.

6. O'Brien M. Praying through grief: Healing prayer services for those who mourn. Ave Maria Press 1997.

Mgr. Natália Kacianová, PhD.

Biblická škola

M. R. Štefánika 17, 036 01 Martin

natalia.kacianova@gmail.com

Vybrané aspekty profesionálnej etiky duchovnej starostlivosti

Mgr. Miriam Prášilová

Evanjelická Diakonia ECAV na Slovensku

Národný onkologický ústav, Bratislava

Dobrovoľnícka skupina Vríba

Príspevok objasní pojem profesionálnej etiky, jej zameranie a význam v duchovnej službe a v praxi duchovného (farára). Autorka poukáže na témy: integrovanie osobných hodnôt v duchovnej/pastorálnej starostlivosti, farár ako osoba a profesionál. Príspevok sa tiež bude zaoberať potrebou starostlivosti o seba ako etickým mandátom aj v duchovnej službe, potrebou ďalšieho profesionálneho vzdelávania ako i kolegiálnou konzultáciou a supervíziou.

Kľúčové slová: profesionálna etika, duchovná starostlivosť, integrovanie osobných hodnôt.

Some aspects of professional ethics in spiritual care

The report will clarify the term of professional ethics, its purpose in spiritual care and the praxis of the pastor. The author explores the themes of integration of personal values in spiritual/pastoral care and pastoral counseling, the pastor as a person and professional. The lecture deals with the need of self-care as an ethical mandate also in the spiritual care, the need of further education as well as the consultation with colleagues and the supervision.

Key words: professional ethics, spiritual care, integration of personal values.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 46–48

1. Úloha profesionálnej etiky a etických kódexov

Základnou otázkou na úvod by mohlo byť, čo je to profesionálna etika a na čo ju potrebujeme, ak sa v duchovnej službe riadime základnými kresťanskými princípmi a pravidlami. Zahraniční autori upozorňujú, že stať sa etickým profesionálom je skôr komplexným procesom než jednoduchým nasledovaním pravidiel (1). Jednou z hlavných úloh profesionálnej etiky a profesionálnych etických kódexov je schopnosť premýšľať o etických dilemách, ktoré sa

týkajú danej profesie, v našom prípade duchovného, a rozvíjať vnímanie toho, čo znamená byť etickým odborníkom v rozličných pastorálnych situáciách. Ide tiež o schopnosť reflexie vlastného profesionálneho správania a rozhodovania vo vzťahu ku klientom/pacientom, kolegom, inoveriacim a neveriacim, či vlastnej profesii. O angažovaní sa do programov a komisií pre riešenie etických otázok hovoria aj štandardy pre nemocničných duchovných v Európe – Európskej siete nemocničných duchovných (2).

Etické kódexy rôznych pomáhajúcich profesií sa začali vyvíjať najmä v zahraničí a je to od osemdesiatych rokov 20. storočia, ako uvádza Lund K. (3), odkedy sa pozornosť venuje rozvoju etických smerníc s obnoveným záujmom v morálnej filozofii. V posledných rokoch sa začína klásť väčší dôraz na etické aspekty v pomáhajúcich profesiách, súčasne však často dochádza k zmätku v rozlišovaní medzi osobnými a profesionálnymi vzťahmi, vhodnými hranicami pri poskytovaní starostlivosti, alebo tiež dochádza k duálnym vzťahom a pod.

1.1 Morálne princípy v rozhodovacom procese

K základným morálnym princípom, ktoré formujú etické správanie profesionála podľa Kitchenera a Meara (4), patrí šesť nasledovných: autonómia, neškodenie, užitočnosť, spravodlivosť, spoľahlivosť a vierohodnosť. Užitočnosťou sa myslí podporovanie dobra voči ostatným. Duchovná starostlivosť pomáha rastu a rozvoju pacienta aj uprostred paliatívnej starostlivosti. Na tomto mieste azda najvýraznejšie vnímame princíp autonómie pacienta. Práve autonómiu uvádza aj nemocničný farár Payne G. ako jednu z viacerých duchovných potrieb zomierajúcich (5). Pacient potrebuje prejavovať svoju slobodnú vôľu i autoritu, chce mať vplyv na svoj život a rozhodovať o ňom aj v procese umierania. Je dôležité, aby mohol ostať nezávislý tak dlho, ako je to len možné.

2. Integrovanie hodnôt v duchovnej starostlivosti

Sme zvyknutí, že v slovenských podmienkach si pacient v terminálnom štádiu choroby alebo jeho rodina zavolá duchovného/kňaza podľa vierovyznania pacienta a keď duchovný príde, poskytne ťažko chorému/zomierajúcemu „duchovné/posledné zaopatrenie“, ku ktorému patrí často sviatostná služba (spoveď, eucharistia/Večera Pánova, pre Rímsko-katolíckych veriacich aj pomazanie chorých, príp. iné). Je však často domnienkou a možno aj nepochopením príbuzných, že viera v Boha ťažko chorého/zomierajúceho možno tiež vošla do krízy a on možno prestane mať záujem o zaužívané duchovné/náboženské prostriedky ako kedysi. Je na mieste otázka, či je etické automatické privolanie najbližšieho kňaza pre zomierajúceho človeka, alebo je etické mať spoluprácu so „špecializovaným duchovným“, ktorý má citlivé a empatické načúvanie a vnímanie duchovného rozmeru pacienta, a to s rizikom, že bude vo fáze, keď nebude mať záujem o duchovnú starostlivosť podľa zaužívaných predstáv. Rovnako je na mieste otázka, ako sú napĺňané spirituálne potreby tých pacientov, ktorí nie sú „praktizujúci veriaci“, tých, ktorí sú ateisti a iného náboženstva.

Podľa autorov Holmes a Edwards, Bess nie je úloha „pomáhajúceho či sprevádzajúceho“, pričom oni hovoria skôr o terapeutoch a psychológoch, schváliť alebo neschváliť pacientove hodnoty, systém viery, ale skôr objasniť hodnoty a vieru, ktorú má pacient a pomôcť mu aplikovať ju pre jeho problém (6). Poradenstvo a sprevádzanie pacienta, a môžeme dodať, že aj duchovná starostlivosť v prostredí nemoc-

nice, paliatívneho oddelenia, či hospicu, nie je kázaním, presvedčaním, smerovaním pacienta „na správnu cestu“. Pacienti potrebujú úprimnosť od tých, ktorí ich sprevádzajú, a rovnako tak potrebujú, aby na nich nikto netlačil duchovné hodnoty alebo im ich predpisoval. Je dôležité mať vlastné hodnoty integrované vo svojom hodnotovom systéme a nechávať otvorený priestor, slobodné vyjadrenie aj pre pacienta a jeho vlastné hľadanie hodnôt. Za etické aj zo strany duchovného považujem schopnosť odlíšiť svoju spiritualitu od spirituality pacienta, rozpoznanie duchovných potrieb a poskytovanie skôr podpory v hľadaní spôsobu napĺňania duchovných potrieb ťažko chorého a zomierajúceho pacienta ako aj jeho príbuzných.

3. Farár ako osoba a ako profesionál

Odborníci v paliatívnej starostlivosti, a to sa týka aj duchovných, si musia byť vedomí svojich vlastných potrieb, osobných konfliktov, hraníc, zraniteľnosti, „nedokončených záležitostí“ a ako toto všetko môže zasahovať do služby a práce. Kľúčovým pojmom je sebauvedomenie (7), ktoré je na rozdiel od duchovných/farárov spájané u terapeutov a psychológov s istým počtom absolvovania hodín vlastnej terapie. Tendencia Západu smeruje k ponuke možnosti vlastnej terapie aj pre duchovných, ak je to vhodné. V podmienkach strednej a východnej Európy sa s touto tendenciou v duchovnej službe zatiaľ nestretávame. Okrem individuálnej terapie môžu ako nástroje pre sebauvedomenie čiastočne slúžiť aj nasledovné: konzultácie s kolegami, kontinuálne vzdelávanie (najmä zážitkové), skupinové poradenstvo. Menej formálnymi cestami osobného a profesionálneho rastu je reflektovanie a hodnotenie zmyslu služby a života, otvorenosť voči významným ľuďom v živote, cestovanie a zažitie rôznych kultúr, meditácia, zapájanie sa do cirkevných aktivít, radosť z fyzického cvičenia, trávenie času s rodinou a priateľmi ako aj vnímanie tých oblastí a situácií, v ktorých sa duchovný cíti nepohodlne.

Ukazuje sa, že je žiaduce, aby aj duchovní rozumeli fenoménu prenosu a protiprenosu v rozhovore s pacientom (reakcie pacienta voči pomáhajúcemu odborníkovi a reakcie pomáhajúceho voči pacientovi) (8), aby mohli rozpoznať isté vzory správania a pomôcť pacientovi zmeniť staré dysfunkčné spôsoby. K etickým dôsledkom protiprenosu, podľa opisu Watkinsa (9), patria: 1. prílišné ochraňovanie pacienta, čo môže reflektovať hlboké strachy pomáhajúceho; 2. správanie sa voči pacientom iba vlúdnym

spôsobom, čo môže naznačovať strach pomáhajúceho z hnevu pacienta/klienta; 3. potreba neustáleho súhlasu; 4. videnie seba vo svojom pacientovi môže byť tiež formou protiprenosu, kedy odborník, v našom prípade duchovný, nie je schopný rozlíšiť svoje emócie; 5. rozvinutie romantických alebo naopak odmietavých pocitov voči pacientovi. Dôležitejšie ako existencia takýchto pocitov je spôsob, ako sa s nimi profesionál vysporiada; 6. dávanie rád – môže nastať pri pacientoch, ktorí hľadajú okamžité odpovede. Príležitosť dávať rady stavia duchovného do nadradenej pozície a domnienky, že on musí vedieť dať odpoveď pacientovi; 7. rozvinutie sociálnych vzťahov s pacientmi. Niekedy môžu pacienti dať najavo, že by chceli svojho „pomáhajúceho“ spoznať v úlohe „obyčajného človeka“. Zmiešanie osobných a profesionálnych vzťahov (napr. vytvorenie tzv. duálnych vzťahov) často zničí alebo naruší „pomáhajúci vzťah“.

K profesionalite pomáhajúcich odborníkov tiež patrí nástroj pomoci, ktorým je supervízia. V našich podmienkach funguje v oblasti psychológie a v sociálnej práci, je však zatiaľ neznámou v duchovnej službe. Zahraniční autori uvádzajú supervíziu ako jeden z najdôležitejších komponentov pre rozvoj kompetencií odborníkov, teda aj duchovných (10). Tento proces rozvoja zahŕňa ochotu pýtať sa seba kontinuálne, či sme vykonali svoju službu tak dobre, ako sme mohli, a hľadať spôsoby, ako byť efektívnejší ako osoba a ako profesionál.

3.1 Starostlivosť o seba ako etický mandát

Nie je luxusom starať sa o seba (7), je to skôr etický mandát. Nie je možné poskytovať napĺňanie duchovných potrieb druhým, ak človek sám nenaplnia svoje potreby. Tí odborníci, teda aj duchovní, ktorí venujú väčšinu svojho profesionálneho času starostlivosti o druhých, si potrebujú osvojiť umenie starostlivosti o svoje emocionálne, fyzické, duchovné „ja“, potrebujú sa starať o svoj humor, zábavu, rekreáciu, financie, stanovovanie si priorit a ostatné. Je veľmi žiaduce vytvoriť si na to plán a pevne ho dodržiavať. Duchovný, podobne ako iný pomáhajúci odborník, je eticky zodpovedný za starostlivosť o seba osobne aj profesionálne.

Literatúra

1. Handelsman MM, Gottlieb MC, Knapp S. Training ethical psychologist. *Professional Psychology* 2008; 36(1): 7. In: Corey G, Corey SM, Callanan P. *Issues and ethics in the helping professions*. Brooks/Cole, Belmont, USA 2007. ISBN 10: 0-534-61443-4.
2. European Network of Health Care Chaplaincy: *Building Bridges Growing Hope*, 9th Consultation.

3. Lund K. Why ethics? [on-line] On-line ethics course. WLU Wilfried University 2009.
4. Kitchener KS. Intuition, critical evaluation and ethical principles. 1984. Meara NM, Schmidt LD. Principles and virtues: A foundation for ethical decisions, policies and character. 1996: 15. In: Corey G, Corey SM, Callanan P. Issues and ethics in the helping professions. Brooks/Cole, Belmont, USA 2007. ISBN 10: 0-534-61443-4.
5. Payne G. Prednáška pre zdravotnícky personál. SunnyBrook and Womens Colledge, Toronto, Canada 2001.
6. Holmes J. Values in psychotherapy. American Journal of Psychotherapy 1996; 50(3). Edwards JK, Bess JM. Developing effectiveness in the therapeutic use of self. Clinical Social Work Journal 1998; 26(1). In: Corey G, Corey SM, Callanan P. Issues and

- ethics in the helping professions. Brooks/Cole, Belmont, USA 2007. ISBN 10: 0-534-61443-4.
7. Corey G, Corey SM, Callanan P. Issues and ethics in the helping professions. Brooks/Cole, Belmont, USA 2007. ISBN 10: 0-534-61443-4. 49 s.
8. Gelso CJ, Carter JA. The relationship in counseling and psychotherapy. 1985. In: Corey G, Corey SM, Callanan P. Issues and ethics in the helping professions. Brooks/Cole, Belmont, USA 2007. ISBN 10: 0-534-61443-4.
9. Watkins CE. Countertransference: Its impact on the counseling situation. 1985. In: Corey G, Corey SM, Callanan P. Issues and ethics in the helping professions. Brooks/Cole, Belmont, USA 2007. ISBN 10: 0-534-61443-4.

10. Jourard S. Disclosing man to himself. Princeton, NJ: Van Nostrand 1969. In: Corey G, Corey SM, Callanan P. Issues and ethics in the helping professions. Brooks/Cole, Belmont, USA 2007. ISBN 10: 0-534-61443-4.

Mgr. Miriam Prášilová

Evanjelická Diakonia ECAV na Slovensku
Gogolova 6, 036 01 Martin
miriam.prasilova@gmail.com

Hlavní rysy spirituální péče o umírající seniory ve zdravotnických zařízeních

PhDr. Mgr. Marta Hošťálková, Th.D.

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého, Olomouc

Příspěvek se zabývá problematikou duchovní péče o umírající seniory. K základním úkolům, které se umírající senioři snaží řešit, patří otázky po smyslu uplynulého života a vyrovnání se s nemocí a stářím. Nemocniční kaplan pomáhá v jejich řešení svou osobní blízkostí, rozhovorem, nasloucháním, modlitbou a udílením svátostí.

Klíčová slova: existenciální, duchovní a náboženské potřeby, klinická pastorační péče, nemocniční kaplan.

The main features of spiritual care for dying elderly people in health care facilities

The paper deals with the issue of pastoral care for dying elderly people. To the basic problems dying seniors try to solve belong the issues of their previous life and settling with the disease and old age. The hospital chaplain helps to solve them with his personal closeness, dialogue, listening, prayer and celebration of sacraments.

Key words: existential, spiritual and religious needs, clinical pastoral care, hospital chaplain.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 48–49

Úvod

Na význam péče o duchovní a existenciální potřeby pacientů v terminálním stádiu života upozorňuje *Doporučení Rec O organizaci paliativní péče* (1). Zdůrazňuje tak nezbytnost holistického přístupu k umírajícím, který usiluje o uspokojení jejich biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb. Nepřetržitým poskytováním komplexně zaměřené péče, s důrazem na tlášení bolesti, včetně existenciální úzkosti, sleduje pomoc jim prožít kvalitně a důstojným způsobem závěrečné období života.

Existenciální a spirituální otázky umírajících seniorů

Utrpení terminálně nemocného zasahuje celou jeho osobu: kromě fyzické bolesti, podmíněné nemocí, je to utrpení v důsledku hlubokých změn, které v něm probíhají (psychická bolest), uvědomování si změn v nejdůležitějších citových vztazích (sociální bolest) a hledání významu radikální změny vlastního života (existenciální bolest) (2).

„Umírám.“ – Tato věta vyjadřuje aktivitu, výkon, práci, zvláštní činnost. Je opakem pasivity narození. Je-li těžce nemocný při plném a jasném vědomí, znamená umírání ohromnou práci, při které si musí jednak znovu promyslet smysl svého dosavadního života a jednak vyrovnat se se svou nemocí. Tvořivost, vitalita a schopnost zvládat úkoly se u něho soustředí do jeho nitra, aby zaujal postoj k těmto dvěma významným otázkám. Osobní zrání pak svědčí o jejich řešení (3).

Existenciální a spirituální otázky spolu úzce souvisejí. Dvě významné otázky o smyslu života a vyrovnání se s nemocí obsahují dílčí témata:

- zorientovat se v situaci, která je pro něho nová.
- uvést do souvislosti dosavadní život s životem v nemoci.
- najít smysl života i v nové situaci.
- vyrovnat se se strachy jak o sebe, tak o své blízké.
- vyrovnat se s bilancí vlastního života.

- vyrovnat se s domnělými nebo skutečně utrpenými křivdami a neúspěchy.
- vyrovnat se s nedostatky vlastní odpovědnosti (4).

Cílem je dospět:

- k přijetí sebe sama,
- k smíření a odpuštění sobě, druhým (a Bohu),
- k přijetí života v jeho úplnosti, a tím i k přijetí smrti,
- k osobnímu díky za život (5).

K jeho dosažení, čili k ztišení existenciální tísně, která představuje velkou překážku při snižování míry utrpení pacienta, tedy celkové bolesti, přispívá duchovní péče o nemocné.

Duchovní péče o umírající ve zdravotnických zařízeních

Každý umírající prožívá svůj stav jedinečným a neopakovatelným způsobem, a proto vyžaduje mimořádně zodpovědný přístup ze strany těch, kteří o něho pečují. Komplexní léčba a péče o všechny příčiny utrpení vyža-

duje multidisciplinárny prístup. Proto má byť členom tímu, kromě lékařů, zdravotních sester, ošetrovatelů, sociální pracovníce, psychologa i pastorační pracovník, označovaný jako „nemocniční kaplan“. Jeho práce spočívá v péči o existenciální, duchovní a náboženské potřeby umírajících i těch, kdo se o ně starají (zdravotníci, příbuzní a přátelé) (6).

Duchovní (spirituální) péči v širším slova smyslu se rozumí takové jednání s člověkem, ve kterém je respektován ve své jedinečnosti, doprovázení v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání k lidsky důstojnému zvládnutí životní situace včetně smrti, se zřetelem a podporou jeho spirituality, kultury či filozofie (7).

Podle Křivohlavého duchovní péče o umírající seniory probíhá ve třech fázích:

1. premortální duchovní péče – spirituální péče u moribundních pacientů (v době před úmrtím);
2. perimortální duchovní péče – spirituální péče u moriendních pacientů (při vlastním umírání);
3. postmortální duchovní péče – spirituální péče po úmrtí pacienta, do které zařazuje též pastorační pomoc pozůstalým a zarmouceným (8).

V tomto procesu pak nemocniční kaplan plní úlohu průvodce umírajícího pacienta i jeho blízkých, je oporou v jejich vnitřních nejistotách, úzkostech, hledání naděje. Tyto činnosti jsou charakterizovány výrazem „doprovázení“, které se vyznačuje:

- empatickou blízkostí nemocničního kaplana. Umírající si všímá jeho chování, z postoje, pohledu očí i výrazu tváře vyvozuje, zda

přichází silný nebo slabý člověk, z povinnosti nebo autentické účasti, služebně či osobního zájmu. Ze stisku ruky, tónu hlasu a celé řady nonverbálních projevů testuje jeho nezdolnost, sílu postoje k faktu smrti i míru bezradnosti.

- opravdovostí ochoty jít s pacientem kus neznámé cesty. Umírající prochází úsekem života, kterým dosud nešel, proto tápe, klade otázky, které ho trápí. Očekává, že nemocniční kaplan bude jeho obavy brát vážně.
- autenticitou – hodnověrností a ryzostí vztahu. Nemocniční kaplan hovoří s umírajícím nejen obecně, ale zcela konkrétně, zabývá se jeho vlastními pocity nejistoty a úzkosti. Zároveň se nehalí do závoje neomylnosti, ale otevřeně přízná i své obavy.
- pravdivostí. Umírajícímu nemusí být sdělena hned celá pravda. Platí však, že vše, co je mu nemocničním kaplanem sdělováno, musí být pravdivé, předkládané s účastí na jeho emocionálním stavu, s láskou.
- tolerancí – snášenlivým přijímáním pacienta. Každý umírající má svůj způsob chování, jednání i mluvení. Nemocniční kaplan akceptuje jeho projevy takové, jaké jsou, snáší je a dává mu svobodu v jejich vyjádření (9).

Konkrétní podoba péče nemocničního kaplana o existenciální, duchovní a náboženské potřeby umírajících seniorů a rovněž jejich příbuzných spočívá v individuálním přístupu, naslouchání, rozhovorech a bohoslužbách. Na přání pacienta zajišťuje kontakt s duchovním církve nebo náboženské společnosti, jejíž je pacient členem (10).

Závěr

Ten, kdo skutečně žil, je schopen také dobře zemřít. Smrt, chápaná jako smysluplný cíl, představuje završení lidského života a stává se něčím zcela přirozeným. Akceptování této nezvratné skutečnosti napomáhá k přijetí stáří a nemoci vyrovnaným a klidným způsobem. Samotné umírání pak je duchovním úkolem, k jehož zdárnému splnění přispívá spirituální péče.

Literatura

1. Rada Evropy. Výbor Ministrů. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům: O organizaci paliativní péče. Přel. Agentura Sarah. Praha: Cesta domů 2004: 44.
2. Dačok J. Človek, utrpenie, nemocnica. Niektoré hľadiská pastoračnej služby. Trnava: Dobrá kniha 2000: 135.
3. Pera H, Weinert B. Nemocným nablízku. Přel. Patrik Munzar. Praha: Vyšehrad 1996: 123.
4. Martinek M, et al Praktická teologie pro sociální pracovníky. Praha: JABOK – Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická 2008: 141–142.
5. Pera H, Weinert B. Nemocným nablízku. Praha: Vyšehrad 1996: 52, 140.
6. Martinek M, et al. Praktická teologie pro sociální pracovníky. Praha: JABOK – Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická 2008: 152–153.
7. Opatrný A. Pastorační péče v méně obvyklých situacích. Část I. 3. vyd. Praha: Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupstvím pražském 2001: 4.
8. Křivohlavý J, Kazzmarczyk S. Poslední úsek cesty. Praha: Návrat domů 1995: 51.
9. Křivohlavý J, Kazzmarczyk S. Poslední úsek cesty. Praha: Návrat domů 1995: 63–65.
10. Opatrná M. Etické problémy v onkologii. Praha: Mladá fronta 2008: 87.

PhDr. Mgr. Marta Hošťálková, Th.D.

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého
Hněvotínská 3, 771 11 Olomouc
hostalkova.marta@seznam.cz

Príklady dobrej praxe: Sprevádzanie onkologických pacientov dobrovoľníkmi, ich skúsenosti a vplyv supervízie

Ing. Viktória Vasilenková^{1,2}, Mgr. Ľubica Grebečiová^{2,3}

¹ Rada mládeže Slovenska

² Dobrovoľnícka skupina Vríba

³ Fakulta telesnej výchovy a športu, Univerzita Komenského, Bratislava

Cieľom príspevku je opísať proces vývoja zručností dvoch dobrovoľníčok Dobrovoľníckej skupiny Vríba (DS Vríba), ktoré niekoľko rokov sprevádzajú onkologických pacientov v Onkologickom ústave Sv. Alžbety (OÚSA) v Bratislave. Dobrovoľnícka skupina Vríba vyberá, školí a v supervízii sa stará o dobrovoľníkov, ktorí poskytujú laickú psychosociálnu podporu pacientom. V článku autorky opisujú vlastné očakávania od dobrovoľníctva, prvé chyby a skúsenosti zo sprevádzania, ako aj ich uvedenie si, ktoré nastalo v kvalitnom supervíznom procese.

Kľúčové slová: sprevádzanie, dobrovoľníčka, onkologický pacient, supervízia.

Good examples of accompanying oncology patients by volunteers, their experiences and the influence of supervision

The aim of the report is describing the process of improving skills of 2 volunteers in the voluntary group Vrba (Willow). These volunteers accompany patients in Oncology Institute of St. Elisabeth in Bratislava for several years. The voluntary group chooses trains and takes care for volunteers in supervision who offer a psychosocial support for patients. The authors describe their own expectations of voluntarism, their first mistakes and experiences of this ministry as well as the awareness during the process of supervision.

Key words: accompanying, volunteer, oncology patient, supervision.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 50–51

Byť vybranými a vyškolenými dobrovoľníkmi s dobrou znalosťou teórie neznamená byť neomylnými sprevádzajúcimi. V našom príspevku sme sa rozhodli venovať sa oblastiam a situáciám, ktorým sme museli ako dobrovoľníčky – začiatovníčky čeliť. Tieto oblasti sa menili a vyvíjali, rovnako ako aj my, vďaka kvalitnej supervízii a starostlivosti školiaceho tímu DS Vríba. Preto pri retrospektíve našich návštev na oddelení budeme zámerne opisovať chyby, ktorých sme sa dopúšťali. Upozorníme tak aj na vlastný osobnostný a „profesionálny“, resp. dobrovoľnícky rozvoj.

1. Motívy a prvé predstavy o dobrovoľníctve

Správnych a zdravých dôvodov (na rozdiel od patologických), prečo sa uchádzači rozhodujú o dobrovoľníctvo s onkologickými pacientmi, nie je podľa skúseností tímu DS Vríba veľa. Príchodu do Vríby predchádza konkrétne rozhodnutie – venovať svoj voľný čas, energiu a schopnosti v prospech dobrej veci, v prospech iných – onkologicky chorých. Uchádzači o dobrovoľníctvo hľadajú zmysluplnú činnosť, výber nemocničného prostredia však môže súvisieť

napríklad s osobnou skúsenosťou v nemocnici, alebo – ako aj v našom prípade – s profesionálnym zameraním.

„Rozhodnutie pre dobrovoľníctvo ovplyvnila do určitej miery moja profesijná skúsenosť s prácou v mimovládnom sektore, kde by práca bez dobrovoľníkov bola takmer nepredstaviteľná. Uvažovanie smerovalo k hľadaniu oblasti, ktorá by mi vyhovovala aj osobnostne. Zároveň mi vnútorný hlas našepkával, že toto je tá správna voľba.“ (1).

Po úspešnom dvojkolovom výbere (dotazník a osobný pohovor) dobrovoľníkov DS Vríba čakajú školenia z rôznych oblastí, ktoré ich vyzbroja pre mimoriadne citlivý terén, akým sprevádzanie ťažko chorých a zomierajúcich ľudí bezpochyby je (2).

Každá aktivita, činnosť, do ktorej sa vstupuje, vyvoláva v človeku určité očakávania. Naša laická predstava, založená na minimálnom množstve odborných informácií, sa začala dopĺňať a formovať školeniami a neskôr aj prvým a ďalšími príchodmi na oddelenie. Podľa našich skúseností dôležitú úlohu pri sprevádzaní zohrá osobnostné nastavenie, povaha, vlastnosti, „vzorce“, akými spracovávame realitu.

2. Prvé návštevy pacientov alebo prvé chyby

Prvý kontakt s pacientom je dôležitý. To si uvedomujeme a pripomíname pri každom vstupe na oddelenie. Prísť, pozdraviť a predstaviť sa nie je pre dobrovoľníkov problém, no čo potom? Čo ak ani jeden z pacientov na izbe nezareaguje, neodpovie, nebude komunikovať, odmietne ma? „Moja prvá návšteva oddelenia pod dohľadom služobne staršej dobrovoľníčky bola rýchla a taká „mimovoľná“. Spolu s ďalšou novou dobrovoľníčkou som len postávala „na okraji“ a dívala sa na zmätok, chaos a tíšenie vystresovanej pacientky. Nezapájali sme sa do ničoho, celý čas sme len pozorovali. Druhá návšteva pod dohľadom staršej dobrovoľníčky už bola viac „učebnicová“, príchod do izieb, pozdravenie, predstavenie sa a pokus o nadviazanie rozhovoru podľa situácie. Pamätám sa, ako som vnútorne riešila, ako sa zapojiť, čo sa opýtať, ako sa opýtať, či moja otázka bude vhodná. Išlo o „opatrný postoj.“ (1). Na začiatku si dobrovoľníci pre uľahčenie prvého kontaktu s pacientom a prehľadu situácie na oddelení vypomôžu rozdávaním teplomera, ktorý akosi prirodzene „pustí“ dobrovoľníkov do každej izby. Potom sa môžeme vrátiť tam,

kde máme pocit, že by sme mohli ísť (vylúči sa, resp. minimalizuje odmietnutie a nepríjemné pocity, ak dobrovoľníkov na izbe nebude „nikto potrebovať“). Zámerne uvádzame „kde máme pocit, že by ste mohli ísť“ a „nikto nebude potrebovať“, pretože toto bola naša optika pri chytaní kľučky dverí a vyhodnocovaní situácie na izbe. V tomto prípade došlo k chybe subjektívneho hodnotenia situácie z našej strany. Naše vzorce nám zbytočne nedovoľovali vnímať situáciu (len v čistej podobe) takú, aká reálne bola. Neradi sme sa pýtali priamo pacientov, ako sa cítili s nami, skôr sme mali tendenciu spoliehať sa na to, že si veci domyslíme, že situáciu vyhodnotíme správne aj za pacienta. Iste, niektoré prejavy sa dajú pomerne jasne vybadať (to sa praxou zlepšuje viac a viac). Predsa len, každý človek je iný a nikto nevidí do vnútra toho druhého, takže vždy je najlepšie jednoducho spýtať sa. Časom sme zistili, že odmietnutie nie je „o mne“, ale o momentálnej potrebe pacienta.

Ďalšou chybou bol pocit, že je dobré stále niečo hovoriť, že v komunikácii s pacientom nemôže nastať ticho, lebo vtedy sme mali dojem, že asi komunikujeme nesprávne.

Rovnako bolo niekedy ťažké zotrvať v roli dobrovoľníka. *„Napriek tomu, že som teóriu poznala, keď som sa dostala k posteli zomierajúcej mladšej ženy vo veku mojej dcéry, zrazu som bola matkou. Alebo som sprevádzala mladého muža, ktorý bol vôbec po prvýkrát vo svojom živote v zdravotníckom zariadení, nemal kartičku poistenca, neplatil si zdravotné poistenie, nemal prácu, dokončenú školu... Vtedy som zrazu bola v pozícii sociálnej pracovníčky a jeho problémy som začala riešiť nie ako dobrovoľníčka, ale ako sociálna pracovníčka.“* (3).

Poslednou chybou, s ktorou sme dlho vstupovali na oddelenie, bol „supermanovský“ syndróm, súvisiaci s očakávaním nami zadefinovanej spätnej väzby od pacienta – mal napr. pookriať, začať sa usmievať, keď s nami hovoril, mal sa začať cítiť lepšie a pod.

Tieto komunikačné „brzdy“ nám komplikovali kontakt s pacientom. K ich poznaniu a odstráneniu sme sa dopracovali skúsenosťami z praxe – zo sprevádzania a v neposlednom rade vďaka

pravidelným skupinovým supervíznym stretnutiam, ktoré absolvujeme raz za mesiac.

3. Supervízne stretnutia

Supervíziu vnímame ako priestor, kde môžeme v bezpečnom prostredí hovoriť o všetkom, čo zažívame na oddelení. Jej cieľom je v dôvernom medziľudskom stretnutí medzi supervízorom a sprevádzajúcim zlepšiť schopnosť sprevádzajúceho účinne, bezpečne a kompetentne sprevádzať sprevádzaného. Je tiež súčasťou neustálej profesionalizácie cez vzdelávanie a spätnú väzbu umožňujúcu vlastný osobnostný rast. Je priestorom pre vyjadrenie pocitov a konzultáciu postojov a postupov sprevádzajúceho (4).

Veľmi nám pomáhajú skúsenosti a „zážitky“ iných dobrovoľníkov/-čok, ktoré sme ako modelové situácie rozoberali niekedy (podľa potreby) veľmi podrobne. Reakcie ostatných na situáciu, s ktorou sme si napr. nevedeli dať rady, spôsob komunikácie, možno aj vzor dialógu, ktorý by sa dal „použiť“, sú pre nás prínosom. Odborné vedenie, možnosť konzultácií (individuálnych či skupinových) vnímame ako nenahraditeľné a veľmi užitočné.

Počas supervízie sme sa naučili:

- odosobniť sa od seba a svojho nazerania (vyhodnocovania) vecí za iných (nikdy nemôžeme vedieť, čo práve prežíva druhá strana, čo v danom momente cíti, čo potrebuje – to neplatí len pre pacientov), preto sa stačí pýtať, samozrejme citlivo a empaticky;
- ticho je vítané, je dokonca príjemné, rovnako ako aj emócie, ktoré súvisia s autenticnosťou;
- okrem ticha je príjemný aj dotyk – toto uvádzame osobitne, nakoľko dotyk je veľmi individuálna vec a ak sa na neho na oddelení necítíme, nemusíme ho „aplikovať“;
- ujasniť si, „kto som“ pri pacientovi, v akej som úlohe, akú rolu zastávam, byť autentická a zastávať rolu dobrovoľníčky – nie rolu niekoho iného.

Na záver k výnimočnosti každého sprevádzania

Momenty a chvíle s pacientmi sú vždy individuálne (aj s rovnakými pacientmi), niekedy je

to o zdieľaní ich aktuálnych pocitov, či životnej cesty, útrap a vyzozprávaní sa z problémov v rodine. Inokedy o smiechu, radovaní sa z úspechov detí, vnúchat, ale častokrát je to aj o tichu, slzách, objatí, bolesti. *„Pamätám sa na mladú ženu, rovesníčku, ktorej kombinácia sily bojovať, ale i krehkosti tohto rozhodnutia ma fascinovali, dojímali, ale zároveň robili vnímavějšíu pri kontakte s ňou. Alebo mladého muža, pri ktorom sa úvodné vtipkovanie a komentáre k vedomostnej súťaži v televízii (ktorú sme spolu absolvovali) zmenilo na tiché mlčanie.“* (1).

Sprevádzanie je obojstranným procesom, v ktorom nielen dávame, ale veľmi veľa dostávame. Naučilo nás to pozeráť sa na mnohé veci inak, meniť postoj k životu ako takému, a to nielen na oddelení, ale aj mimo neho. To, že sme poznali ľudí, o ktorých píšeme, ich rodiny, že sme sa o nich starali a snažili im poskytnúť aj trochu útechy, vnímame ako privilégium. Vďaka tomu, čo sme sa od nich naučili, sa naše životy od základu zmenili (5). Naše skúsenosti zo sprevádzania nám odpovedajú na otázku života a smrti, ozrejmujú nám skutočnosť, prečo žijeme, a učia nás k úcte k životu a uvedomeniu si jeho prirodzeného kolobehu.

Literatúra

1. Denník dobrovoľníčky DS Vřba Viktórie Vasilenkovej, ktorý si vedie pri sprevádzaní pacientov Onkologického ústavu sv. Alžbety v Bratislave.
2. Hatoková M, et al. Sprevádzanie chorých a zomierajúcich. 1. vyd. Bratislava: Don Bosco 2009: 153. ISBN 978-80-8074-095-5.
3. Denník dobrovoľníčky DS Vřba Ľubice Grebečiovej, ktorý si vedie pri sprevádzaní pacientov Onkologického ústavu sv. Alžbety v Bratislave.
4. Hatoková M, et al. Sprevádzanie chorých a zomierajúcich. 1. vyd. Bratislava: Don Bosco 2009: 161. ISBN 978-80-8074-095-5.
5. Callananová M, Kelleyová P. Poslední dary. 1. vyd. Praha: Vydavatelstvo Vyšehrad 2005: 218. ISBN 80-7021-819-3.

Ing. Viktória Vasilenková
Rada mládeže Slovenska
Farského 10, 851 01 Bratislava
viktoria.vasilenko@gmail.com

Dôstojnosť zomierajúceho človeka

doc. PhDr. Mária Dávideková, PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava

Každý ľudský život má jedinečnú, neopakovateľnú a neodhateľnú hodnotu a dôstojnosť, ktorá vyplýva zo samej podstaty „byť človekom“. Hlavným poslaním každého z nás je byť človekom zodpovedným vo všetkých rovinách – byť zodpovedný k sebe samému, k okolitému svetu a samozrejme k tým, ktorí potrebujú našu pomoc – ku klientom. Celkom prirodzene sa týchto rovín dotýka každá činnosť v rámci sociálnej práce, ktorá je pomocou, podporou, službou a sprevádzaním. Preto si len veľmi ťažko vieme predstaviť túto činnosť s absenciou etických súvislostí.

Kľúčové slová: dôstojnosť, klient, etické hodnoty, život, etika, právo.

The dignity of human being in sickness and dying

Every human life has its unique, unrepeatable value and dignity, which result from a heart of a matter „to be a human“. Main mission of every man is to be a human responsible in all areas – to himself/herself, outside world and clients who need our help. Naturally, every social activity concerns each of these areas, i.e. help, support, service and attention. That is why it is difficult to imagine this activity without ethical connections.

Key words: dignity, client, ethical values, life, ethics, law.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 52–53

Úvod

Otázka života a smrti je jednou z najstarších, najťažších a najzákladnejších otázok, ktoré si kladieme. Otázkami života a smrti sa zaoberajú všetci ľudia, kladie si ich každý človek. Skúsenosť nás však učí, že témy bolesti, smrti a zomierania boli a niekedy sú aj dnes spoločensky tabuizované. Je to do určitej miery pochopiteľné, pretože ide o tému, ktorá prináša so sebou emócie ľútoty, smútku, ktoré sa snažíme potlačiť do podvedomia.

Ludská dôstojnosť

Ludská dôstojnosť v pomáhajúcej profesii nie je len predstavou a ideou o statuse človeka, ale je to najdôležitejšie právo človeka, ktoré veľmi úzko súvisí s právom človeka na život.

Život určite predstavuje základnú a východiskovú hodnotu, podstatu našej subjektivity a základný prejav bytia. V hierarchii hodnôt patrí životu (vlastnému i životu ako takému) popredné miesto.

S ohľadom na kresťanské učenie môžeme tvrdiť, že žijeme iba raz, a to teraz. Využívame svoj život tak, ako by sa patrilo? Veci odkladáme na neurčito, hovoríme si „možno niekedy inokedy“. Ale čo ak to niekedy už nebude. Je človek pripravený na to, že už možno zajtra tu nebude? Človek sa obáva smrti. No viac ako smrti samotnej sa bojí spôsobu zomierania. Má strach, že bude zomierať dlho, v bolestiach, osamotene. Každý človek chce svoj život prežiť plnohodnotne, dôstojne. Keď je človek na prahu smrti, odkiaľ niet návratu, pochopí, čo je život.

V situáciách, keď je človek zmierený s tým, že si vie zrátať dni alebo mesiace, ktoré mu ešte ostávajú, mení sa zásadne kvalita jeho života, jeho návyky, denný režim. Snaží sa čo najlepšie využiť svoj život, pričom kvalita jeho života je niekedy neporovnateľná s tou našou.

Ak sa však dostane do situácie, kedy sa kvôli chorobe nevie postarať sám o seba a nemá nikoho, kto by prevzal na seba túto starostlivosť, prichádza na rad spoločnosť. Človek si zaslúži dôstojnosť v chorobe, zomieraní, bez rozdielu veku, pohlavia, národnosti či farby pleti, má právo zomrieť pokojnou a dôstojnou smrťou. Je len na nás, aby sme mu to umožnili.

Duchovný svet človeka a náboženské presvedčenie má na smrť a veci s ňou spojené významný a dôležitý vplyv. V časoch, kedy si človek uvedomí, že proti smrti je úplne bezmocný, obracia svoju tvár s vierou v niečo nadpozemské, v Boha. Náboženstvo má obrovský vplyv na zmierenie sa s myšlienkou smrteľnosti a na kvalitu života zomierajúceho človeka.

Všetky duchovné tradície nám jasne hovoria, že smrť neznamená koniec. Všetky si v sebe zachovali a predávajú víziu ďalšieho života, ktorý príde po smrti, čím dávajú tomuto životu posvätný zmysel.

Potreby zomierajúceho

Za predpokladu dôsledného uznania celostného princípu sme oprávnení uvažovať o štyroch dimenziách ľudského bytia, z ktorých vychádzajú i jeho potreby, a to biologické, psychologické, sociálne a spirituálne. Tieto dimenzie ne-

môžeme od seba oddeľovať. Všetky sú špecificky ľudské a žiadnu z nich nemôžeme považovať za významnejšiu ako ostatné.

Biologické potreby

Pri uspokojovaní biologických potrieb vychádzame z hlavného cieľa paliatívnej starostlivosti, ktorým je minimalizácia fyzickej bolesti, ktorá si vyžaduje pravidelnú kontrolu a sledovanie jej intenzity. Popri liečbe bolesti je dôležité i zvládnutie ostatných symptómov choroby, ktoré pacientovi znepriemňujú život.

Psychologické potreby

Jednou zo základných psychologických potrieb je rešpektovanie ľudskej dôstojnosti a psychickej pohody. Dôstojnosť môžeme chápať ako pojem morálneho vedomia, ktorý vyjadruje predstavy o hodnote človeka ako bytosti rovnoprávnej, slobodnej a autonómnej. Potrebuje komunikáciu, získanie dôvery, pocit bezpečia a prejavovanú lásku. Základom je zmierenie duševného utrpenia, častokrát stačí pohladenie, stisk ruky alebo iné neverbálne prejavy súcitu, nádej v ňom prebúdza novú životnú energiu. Depresia, hnev, úzkosť, strach a osamelosť sa spolu s fyzickou bolesťou podieľajú na celkovej bolesti. Každý človek by sa mal tiež slobodne rozhodnúť, či chce vedieť pravdu o svojom zdravotnom stave. Treba ju oznamovať opatrne s úctou a dôstojnosťou. A to aj vtedy, ak sa zdá, že chorý je pripravený na to najhoršie. Odpoveď na túto otázku je dôležitá pri preberaní starostlivosti o pacienta

hospicovým lekárom a je zakotvená v žiadosti o prijatie do hospicu. Byť oboznámený s pravdou je podmienkou pre vyrovnaný odchod z tejto reality.

Sociálne potreby

Človek ako tvor spoločenský žije v určitom sociálnom prostredí, má svoju rodinu, svoju prácu, problémy, záujmy, ktorým sa venuje. Preto je vhodnejšie, aby trávil svoje posledné chvíle v známom prostredí domova obklopený svojimi blízkymi.

Spirituálne potreby

V minulosti boli tieto potreby zanedbávané a nebol im pripisovaný žiadny alebo len minimálny význam. V súčasnosti sa tento jav mení, uspokojovanie duchovných potrieb nie je výsadou len veriacich, ale majú obrovský význam aj pre neveriacich, hľadajúcich v posledných dňoch či mesiacoch význam a zmysel svojho života.

Práva zomierajúcich pacientov

Rovnako tak, ako má človek svoje potreby, taktiež má aj svoje práva, ktoré musia byť rešpektované. Tieto práva sú zakotvené v Charte práv zomierajúcich. V tomto pomerne rozsiahlom dokumente nás zaujali niektoré skutočnosti. Parlamentné zhromaždenie Rady Európy vyjadrilo presvedčenie, že zomierajúci by mali odchádzať zo sveta predovšetkým v pokoji, dôstojne, a ak je to možné aj s podporou svojich rodín a priateľov. Dodržiavanie týchto práv je dôležitým predpokladom pre pokojnú a dôstojnú smrť každého človeka.

Záver

Každý človek musí raz zomrieť, či si to pripúšťa alebo nie. Má však túžbu i právo zomrieť prirodzenou, pokojnou, dôstojnou a bezbolestnou smrťou. Na to, aby mohol človek zomrieť dôstojne a bez straty svojej tváre, je potrebné zabezpečiť vhodné prostredie a psychickú podporu rodiny a profesionálneho tímu.

Starostlivosť o zomierajúcich obohacuje i nás samotných, je síce náročná, ale záujem a láska, ktorú chorému dávame, sa nám mnohonásobne vracia vo forme šťastia, že sa nám podarilo spríjemniť a skvalitniť posledné chvíle života človeka.

Všetci si uvedomujeme, že ťažko chorí a zomierajúci ľudia si zasluhujú, aby sme im venovali v ich zložitej životnej situácii ľudskosť a dôstojnosť. Netýka sa to iba rodiny, zdravotníkov, je to veľká výzva pre všetkých ľudí, aby nezostávali ľahostajní voči utrpeniu vo svojom okolí. Umieranie a smrť sú prejavy ľudského života v jeho celistvosti. Právo na dôstojné zomieranie patrí k základným ľudským právam.

doc. PhDr. Mária Dávideková, PhD.

FZaSP, Trnavská univerzita

Univerzitné nám. č. 1, 917 01 Trnava

maria.davidekova@gmail.com

Možnosti využitia tvorivých techník a metód vo výučbe paliatívnej a hospicovej starostlivosti

PhDr. Dagmar Magurová, PhD., PhDr. Gabriela Kuriplachová, doc. PhDr. Darina Wiczmandyová, PhD.

Fakulta zdravotníctva, Prešovská univerzita, Prešov

Súčasťou prípravy sestier na výkon povolania je aj problematika paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Stanovenie cieľa vo výučbe ovplyvňuje aj adekvátny výber použitých metód, organizačných foriem a ďalších didaktických prostriedkov. Vzhľadom na to, že ide o špecifickú problematiku, je nutné v rámci aktivizácie študentov využívať čoraz viac kreatívne, tvorivé metódy, ktoré študentom umožnia svojou podstatou objavovať nové poznatky nielen intenzívnym myslením, induktívnou či deduktívnou cestou, ale aj cestou vlastného prežívania a zážitkového učenia. Jednou z možností je využitie metód ako napr. brainstorming, analýza prípadu (case study), hranie rolí (role play), akvárium so zlatou rybkou (gold fish bowl), philips 66, technika mať a byť, metóda nekrológu, životná línia priamky a mnohé ďalšie. Ich možné využitie je napr. pri zameraní na problematiku zamyslenia sa nad zmyslom života, uvedomenia si vlastnej konečnosti, vizualizácia vlastnej smrti, špecifiká komunikácie s vážne chorým a umierajúcim klientom atď.

Kľúčové slová: metóda, paliatívna a hospicová starostlivosť, výučba.

Possibilities of using creative techniques and teaching methods in palliative and hospice care

Part of the preparation of nurses to the profession is also the issue of palliative and hospice care. Setting objectives in tutoring also affects the choice of adequate methods, organizational forms and allied teaching resources. Given that specific issue is necessary within activation of students are taking more and more creative methods, which allow students naturally discover new knowledge by not only intensive thinking, inductive or deductive channels but also through its own survival teachings and experiences. One of the options is to use methods, such as brainstorming, analysis of the case, role play, aquarium with goldfish, philips 66, method of having and being, method of obituary, life line and many more. Their possible applications are focused on the subject of reconsidering the meaning of life; understanding of their own finality; visualizing their own death; specification of communication with seriously ill and dying clients etc.

Key words: method, palliative and hospice care, teaching.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 53–55

Pojem metóda je odvodený z gréckeho slova *methodos* – cesta, spôsob. Prostredníctvom vhodne zvolených metód smerujeme k dosiahnutiu výchovno-vzdelávacích cieľov. Pri výbere metód a foriem vzdelávania berieme do úvahy vek študentov, predchádzajúce vzdelanie, poprípade dĺžku ošetrovateľskej praxe. Pri vymedzení pojmu didaktickej metódy vychádzame z analýzy jej vzťahu k objektívnym a subjektívnym činiteľom didaktického procesu s ohľadom na stanovené ciele, obsah, princípy, prostriedky, organizačné formy výučby, vyučujúceho a študenta (1). Voľbu vyučovacej metódy, techník ovplyvňuje: druh a stupeň školy; charakter predmetu; cieľ výučby

témy; psychologická charakteristika študentov ako celku; zaradenie metódy do systému iných metód; osobnosť vyučujúceho. Vhodne zvolené metódy umožňujú využiť nielen aktivitu a kreativitu študentov, ale aj prostredníctvom zážitkového učenia lepšie pochopiť, ako sa cíti pacient v ťažkých životných situáciách (2).

Zámena klasických vyučovacích metód za nové alternatívne, tvorivé alebo modifikované metódy umožnia študentom napr. zamyslieť sa nad zmyslom života, lepšie pochopiť problematiku umierania, uvedomiť si vlastnú konečnosť, rozvíjať empatické správanie, nácvik komunikačných zručností (3, 4).

Výhody modifikovaných, tvorivých metód pre študentov spočívajú hlavne v týchto špecifikách:

- ponúkajú alternatívu ku klasickým metódam,
- vedú k integrácii vlastných poznatkov a názorov,
- rozvíjajú hodnotiace, kritické, tvorivé myslenie a umožňujú stimuláciu myslenia,
- zdokonaľujú sebaopoznanie a sebahodnotenie,
- sprostredkovávajú učenie zážitkom a vzbudzujú záujem,
- umožňujú študentovi aktívne sa podieľať na procese výučby,

Tabuľka 1 – 2. Cieľové zameranie a využitie metód v problematike paliatívnej a hospicovej starostlivosti

Metóda	Cieľ	Využitie
Životná línia priamka	– zamyslenie sa nad zmyslom života – životné ciele a perspektíva – úspechy a neúspechy	fenomén smrti; proces umierania; eutanázia
Myšlienková mapa	– identifikovať a lepšie pochopiť štruktúru analyzovanej problematiky umierania – vizualizovať a pochopiť dôležité vzťahy a väzby problému	úvod do problematiky paliatívnej a hospicovej starostlivosti; podstata filozofie hospicovej starostlivosti
Metóda nekrológu	– uvedomiť si vlastnú konečnosť a vlastnú cenu – akú hodnotu by sme chceli predstavovať pre druhých ľudí – napísaný nekrológ si každý ponechá alebo vyhodí	problematika post finem; ritualizácia smrti; psychosociálne intervencie
Kruh	– konfrontácia študentov s problematikou umierania a smrti – rozvoj empatických schopností a asertívneho správania	fenomén smrti; umieranie; riešenie modelových situácií – kazuistika, empatia, asertivita
Metóda načúvania a interpretácie stavu ohrozenia, nebezpečnosti	– uvedomenie si vlastnej konečnosti – zamyslenia sa nad zmyslom života	pacient s nevyliciteľným ochorením; slová a situácie vyvolávajúce zármutok; konfrontácia s problematikou umierania a smrti; vizualizácia vlastnej smrti
Metóda konfrontácie so smrťou	– človek v živote stráca svojich najbližších, priateľov, známych a preživa množstvo bolestivých strát, až nakoniec ostane sám	úvahy o smrti; umieranie z časového hľadiska; konštatovanie smrti; pozostalosť; starostlivosť o pozostalých; problematika zármutku a žiaľu; rozvoj profesionálneho správania
Konfrontácia so smrťou dva	– verbalizovať prežitú pocity – vizualizácia vlastnej smrti	rizikové skupiny pozostalých; problematika zármutku, žiaľu; psychická podpora rodiny
Bzučiace skupiny	– aktivizácia študentov po dlhšom časovom úseku bez aktivity	pri neverbálnej komunikácii; pri sprístupnení teoretických východísk paliatívnej a hospicovej starostlivosti
Metóda	Cieľ	Využitie
Technika mať a byť	– stratil všetko, čo si za peniaze kúpil „kategória mať“ – keď postupne prežíva „kategóriu mat“, dospeje ku „kategórii byť“	hierarchia potrieb; špecifiká bio-psycho-sociálnych potrieb umierajúceho klienta; hodnotový systém klienta
Heuristický rozhovor	– aktivizovať študentov a rozvíjať ich myslenie a tvorivosť – rozvoj empatického správania	komunikácia s umierajúcim klientom; problematika zármutku a žiaľu
Brainstorming	– voľnosť nápadov – získanie čo najväčšieho počtu návrhov, postojov, názorov a myšlienkových nápadov v čo najkratšom čase	úvod do hospicovej starostlivosti; pojem hospice; umenie doprevádzať; eutanázia; komunikácia; devalvácia; evalvácia; asertivita
Analýza prípadu	– prešetrenie, analýza, diagnóza podrobného popisu problému, situácie – prehranie celého príbehu	v situáciách, kedy študenti nevedia reagovať na problémy pacienta; pri uspokojovaní potrieb, napr. spirituálnych
Hranie rolí	– demonštrácia schopností, nápadov, predstáv a pocitov študentov v simulovaných situáciách na základe skúseností	komunikácia s umierajúcim; pozostalými; pri nácviku empatie a asertívneho správania
Akvárium so zlatou rybkou	– študenti aktívne diskutujú na určenú tému vnútri kruhu – vonkajší kruh komentuje pozorovanie	oznamovanie onkologickej diagnózy, zlej prognózy; pri výučbe problematiky prejavov aktívneho počúvania
Kruhy	– hodnotenie, riešenie problému – pozitívna motivácia – vyjadrenie pocitov vyvolaných nezáujmom inej osoby	problematika smrti; neverbálna komunikácia; devalvácia
Snehová guľa	– znížiť aktivitu dominantných študentov	úvahy o smrti, zomieraní; umenie doprevádzať; elevácia a eutanázia; devalvácia;
Situačné metódy	– analýza situácie konfliktnej povahy zo života z praxe – vecný rozbor situácie, jadra problému, ale i rozbor správania	problematika zmierenia sa so smrťou; strach zo smrti
Inscenačná metóda	– praktické simulovanie a hranie modelovej situácie – rozvoj komunikačných schopností – uplatnenie teórie v modelových situáciách	situácie vyžadujúce riešenie problému vyplývajúceho napr. z interakcie sestry – pacient; uspokojovanie potrieb psychosociálnych

- umožňujú získať vedomosti, praktické zručnosti vlastnou aktivitou,
 - udržiavajú pozornosť študentov a umožňujú ich motiváciu,
 - výučba sa stáva prirodzenejšia, prítlačivejšia,
 - umožňujú komunikovať, diskutovať, argumentovať, obhajovať vlastné názory – tvrdenia,
 - umožňujú hľadať optimálne varianty postupov.
- zamyslenia sa nad zmyslom života,
 - životné ciele, perspektíva a hodnotový systém jedinca,
 - slová a situácie vyvolávajúce zármutok a radosť,
 - uvedomenie si vlastnej konečnosti,
 - nácvik verbálnych a neverbálnych komunikačných zručností,
 - verbalizácia prežitých citov,
 - evalvácia a devalvácia v profesionálnej praxi,
 - rozvoj empatického správania,
 - nácvik asertívneho správania,
 - konfrontácia s problematikou umierania a smrti,
 - vizualizácia vlastnej smrti,
 - sebahodnotenie a sebaopoznanie,
 - špecifiká komunikácie s vážne chorým a umierajúcim klientom,
 - relaxačné techniky a autogénny tréning.

Záver

Všeobecne môžeme povedať, že neexistuje jediná správna alebo univerzálna metóda, ktorú by sme využili pri edukácii problematiky paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Vždy záleží na viacerých činiteľoch, ktoré majú vplyv na proces výučby. Dôležité je, že dosiahneme nielen stanovené ciele, ale i to, že študenti budú erudovaní v problematike starostlivosti o vážne chorých a umierajúcich pacientov, čo sa prejaví

v ich aktívnom prístupe, empatii, rešpektovaní a zabezpečení dôstojného umierania s hlbokým ľudským prístupom k umierajúcim, naplnených láskou a porozumením, uvedomujúc si, že najmenšie činy sú často prejavom najväčšej lásky.

Literatúra

1. Průcha J. Moderní pedagogika. Praha: Portál 2002: 481. ISBN 80-7367-047-X.
2. Petlák E. Všeobecná didaktika. Bratislava: Iris 2004: 311. ISBN 80-89018-64-5.
3. Jakubíková M, Ondriová I. Tvorivé vyučovacie metódy v ošetrovatelstve. In: Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve. Martin: Jeseniova lekárska fakulta 2005: 593–596.
4. Magurová D, Wiczmandyová D. Využitie techník a špecifických metód vo vyučovacom procese v príprave sestier so zameraním na konfrontáciu so smrťou a problematiku starostlivosti o umierajúcich. Zdravotníctvo a sociálna práca 2008; 3(2): 48–53.
5. Lemon II. Učebný materiál pre ošetrovatelstvo. Bratislava: SKSZP 1997: 207. ISBN 80-967818-1-2.
6. Hlinková E. Alternatívne vyučovacie metódy používané pri edukácii pacientov v nemocničnom prostredí. In: Multioborová, interdisciplinárna a medzinárodná kooperácia v ošetrovatelstve. Ostrava 2002: 400. ISBN 80-215-4507-7.
7. Magurová D, Majerníková L. Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve. Martin: Osveta 2009: 155. ISBN 978-80-8063-326-4.

PhDr. Dagmar Magurová

Fakulta zdravotníctva, Prešovská univerzita
Partizánska 1, 080 01 Prešov
dmag@unipo.sk

Manažment programov zlepšovania kvality v hospicovej starostlivosti

PhDr. Zuzana Polakovičová, doc. PhDr. Marta Vaverčáková, PhD., MPH

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava

Život každého človeka je preplnený radosťami, ale aj bolesťou. Ak nás naplnia radosť, vtedy si neuvedomujeme a nepocítujeme potrebu mať pri sebe blízkeho človeka. V situácii, kedy sa náš život stáva naplnený ťažkými chvíľami si uvedomíme, že danú situáciu nezvládneme bez pomoci. V prípade, že náš život nie je naplnený radosťou, láskou, ktorá môže uzdravovať, liečiť, strácame zmysel života, chuť žiť. Je veľmi dôležité pre zachovanie ľudskej dôstojnosti sprevádzanie umierajúceho na „poslednej ceste“, avšak je to aj veľmi náročné, no nájdu sa aj takí ľudia, ktorí sa na takúto prácu odhodlajú.

Kľúčové slová: systém kvality, parametre prvkov zdravotníctva, terminálna starostlivosť, kvalita zdravotníctva, manažment kvality.

Management improvement programs of care for clients in hospice care

The life of every person is filled with joy but also with suffering. When we are filled with joy then we do not realize and feel the need to be in company of a close person. In the situation when our life becomes filled with difficult moments we realize that we cannot handle the situation without help. In case that our life is not filled with joy, love which can cure, heal, we lose the meaning of life and desire to live. To preserve human dignity it is very important to accompany dying person on his "last journey". Even though it is a very demanding task there are people who resolve to do it.

Key words: system of the quality, parameters of the health care factors, terminal care, quality of the health care, management of the quality.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 55–56

Systém kvality pre pacientov v zdravotníckych zariadeniach

Pod systémom kvality rozumieme súhrn štruktúry organizácie jednotlivých zodpovedností, procedúr, procesov a zdrojov, ktoré sú potrebné k zlepšeniu kvality poskytovaných zdravotníckych služieb (1). Konečným cieľom všetkých zúčastnených je zvyšovanie kvality života, spokojnosť obyvateľov, o ktorých sa starajú. Cieľom starostlivosti o smrteľne chorých je vo všeobecnosti zlepšiť kvalitu prežívania pri plnohodnotnom naplnení ich opodstatnených potrieb a priání.

Parametre prvkov zdravotníctva

Kvalita zdravotníckej starostlivosti obsahuje tri vzájomne spojené prvky:

- štruktúru starostlivosti,
- vlastný proces,
- výstupy.

Kvalita zdravotníctva môže byť definovaná ako súhrn výsledkov dosiahnutých v prevencii, diagnostike a liečbe, ktoré sú určené potrebami obyvateľov na základe poznatkov lekárskeho vied a praxe.

Starostlivosť o zomierajúceho pacienta a nevyčerpateľne chorého prebieha vo všetkých rovinách ľudskej existencie:

- biologickej,
- sociálnej,
- spirituálnej.

Sociálna rovina terminálnej starostlivosti

Sociálna rovina terminálnej starostlivosti zahŕňa spoluprácu zdravotníckeho personálu so zomierajúcim a s jeho rodinou. Spolupráca s rodinou a známymi predpokladá organizačne riešiť prácu na oddelení tak, aby nevznikali prevádzkové problémy a nedorozumenia. Zabezpečenie týchto kontaktov zomierajúceho s rodinou a s ľuďmi, ktorých má rád, je veľmi dôležité, lebo formou rozlúčky s nimi sa môže ľahšie vyrovnáť so svojim odchodom. Ak je cho-

rý členom náboženského spoločenstva a má záujem o pastorálnu starostlivosť, je potrebné umožniť prístup a kontakt duchovným či iným osobám z tohto spoločenstva.

Psychologická rovina terminálnej starostlivosti

Pojmom starostlivosť na psychologickú úroveň v terminálnom štádiu života pacienta sa rozumie uskutočňovanie psychoterapie zomierajúceho, takzvanej tanatopsychoterapie, ktorá si vytyčuje nasledujúce ciele:

- zvládnutie ťažkostí, ktoré vyplývajú z realizácie somatickej liečby,
- psychologické zvládnutie bolesti,
- pomoci pri vyrovnávaní sa s faktom choroby a akceptovaní vlastného zomierania a smrti,
- pomoc chorému čo najlepšie využiť zostávajúci čas k naplneniu, sebarealizácii, osobnostnému vyzretiu,
- pomoc zomierajúcemu pri hľadaní a nachádzaní zmyslu života a smrti, duchovného naplnenia.

Etické zásady v terminálnej starostlivosti

Etickými zásadami, ktoré uplatňuje zdravotnícky/–a pracovník/–čka v rámci starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu, rozumieme súhrn takých zásad, ktoré sú vyjadrením jeho/jej postoju a vlastností, nevyhnutných na úspešné zvládnutie svojej práce.

Zdravotnícky pracovník, ktorý sa chce starať o zomierajúceho, musí vedieť zaujať postoj k sebe samému. Ak svoje city sám pred sebou skrýva alebo ich úmyselne zapiera, nebude citlivý ani k citom iného človeka. Starostlivosť o ťažko chorých a zomierajúcich však kladie nároky predovšetkým na citovú účasť a až potom na odborné znalosti. Je dôležité naučiť sa akceptovať vlastné pocity, i tie nepríjemné, hľadať odpovede na psychologické, ale aj na duchovné, náboženské otázky. Každý chorý si vyžaduje iný, individuálny spôsob, ktorý treba prispôbiť

danej situácii. Oznámenie pravdy takto ťažko chorému nikdy nesmie zmať jeho nádej. Pravda a nádej sa navzájom nevyklučujú.

„Nikto sa nerodí sám a nikto by nemal zomrieť sám“ – táto veta v sebe nesie dôležitý prvok, ktorý robí umieranie dôstojným, a tým je blízkosť druhého človeka. Prítomnosť druhých ľudí činí z procesu zrodu i skonu sociálny akt, ktorý so znalosťami základného rituálu láskavého doprovodu skutočne môže vytvoriť reálny predpoklad pre dôstojný rámec umierania a smrti. Fyziologická tvár smrti nie je ľuďom známa, a možno preto ju pokladajú za „nepatričnú“, či „škaredú“, čím sa vo všeobecnosti preferuje pohľad na smrť len z tej „estetickej“ stránky.

Iste je možné byť svedkom závideniahodnej smrti, teda takej, pri ktorej je zomierajúci kľudný, vyrovnaný a zmierený, a v podobnom stave sa nachádzajú aj všetci v jeho okolí.

Dôstojnosť smrti by sme teda mohli vidieť v dôslednom a obetavom ošetrovaní človeka, ktorý našu profesionálnu i laickú starostlivosť potrebuje, a mali by sme sa vedome odkloniť od estetických kritérií, ktoré nám zabraňujú prirodzene prijímať nevyhnutné fyziologické prejavy. Práca ošetrovateľského kolektívu, ktorý sa stará o chorých a zomierajúcich, je veľmi náročná, vyžadujúca adekvátne spoločenské ocenenie. Zdravotnícky personál poskytuje svojim pacientom popri odbornej pomoci útechu, povzbudenie a nádej a stojí pri nich do poslednej chvíle s pochopením, že etika terminálnej starostlivosti spočíva v schopnosti zobrať na seba zodpovednosť za svojho pacienta.

Literatúra

1. Gladkij I, et al. Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Computer Press, a.s. 2003. ISBN80-7226-996-8.

PhDr. Zuzana Polakovičová

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita

Univerzitné námestie 1, 918 43 Trnava
gasparova@ttonline.sk

Problematika syndrómu vyhorenia pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti

Mgr. Ivana Hnatová, doc. PhDr. Nadežda Kovalčíková, PhD.

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

V našom príspevku by sme sa chceli venovať výskytu syndrómu vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov pracujúcich v oblasti paliatívnej starostlivosti.

Kľúčové slová: syndróm vyhorenia, paliatívna starostlivosť, zdravotnícky pracovník, utrpenie, smrť.

Burn out syndrome in the area of palliative care

In our contribution we would like to address the occurrence of burn syndrome in health workers in palliative care.

Key words: burnout syndrome, palliative care, health worker, suffering, death.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 57–58

Paliatívna starostlivosť (z latinského pallium – plášť) je komplexná starostlivosť o chorých, ktorých život sa neodvratne blíži ku koncu. „Cílem paliatívni léčby je provádět integrovanou komplexní péči, která je předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného.“ (1).

Syndróm vyhorenia (tzv. *burnout syndrome*) sa definuje ako „stav telesného, citového a duševného vyčerpania, ktorý pramení z dlhodobého pracovného zataženia ľudí, ktorí sú zapálení pre svoju prácu, venujú sa jej celou svojou bytosťou, nevedia odpočívať“. „Kto je vyhorený, len ťažko môže zapáliť iných.“ Ak sa niekto ocitne v stave vyhorenia, zdá sa, akoby išlo o iného človeka. Kto bol nadšený z nových podnetov, uteká pred životom a má chuť ukryť sa pred svetom (1). Nedostatočným prísunom nových síl a plameň nadšenia sa pomaly mení v plamienok a i ten neskôr vyhasína.

Ľudia, ktorým nechýba zmysel života, dávajú veci do pohybu, sú ochotní čeliť akejkolvek nepriazne osudu, tí, ktorí ho nemajú, nie sú ochotní vyskúšať nič, pretože sa nepriazne osudu boja a tak nechávajú veci voľne plynúť. Psychicky vyhorený človek pociťuje celkové duševné vyčerpanie, pokles a stratu motivácie. Dochádza k útlmu celkovej aktivity, redukcie kreativity. Objavuje sa presvedčenie o vlastnej bezcennosti. Človek pociťuje sebaľútosť, intenzívne prežíva nedostatok uznania (2).

Dochádza k redukcii spontaneity, kreativity, iniciatívy a invencie. Náročnou je aj práca zdravotníckeho pracovníka v paliatívnej starostlivosti, ktorého sociálna klíma je charakterizovaná viacerými stresogénnymi faktormi. Pracovne sa dostáva do situácií, v ktorých je konfrontovaný požiadavkami iných, ktorí očakávajú ich najrýchlejšie a najpresnejšie splnenie. Často sa mnoho veľkolepých cieľov stáva nedosiahnuteľnými, strata dôvery vo vlastné schopnosti ide ruka v ruku so

stratou zmyslupnosti svojej práce. Povolanie stráca zmysel, avšak zaťaženie stále viac vyčerpáva, až dôjde k vyhoreniu.

Konfrontácia s utrpením, zomieraním, smrťou a pocitom vlastnej bezmocnosti sú jednou z hlavných príčin vzniku syndrómu vyhorenia. Práca zdravotníckeho pracovníka v paliatívnej starostlivosti je náročná na psychickú vyrovnanosť, odbornosť. Profesia je charakteristická vysokými nárokmi na výkon, bez možnosti oddychu a závažnými následkami v prípade omylu (3).

Výkon takejto práce býva spojený s veľkou zodpovednosťou a nasadením, niekedy s pocitovaním „poslania“ profesie. Pracovník poskytujúci paliatívnu starostlivosť pracuje oddane, s vidinou nutnosti absolútne pochopiť každého klienta, neustále sa o neho zaujímať, cítiť sa do neho, úplne ho prijať takého, aký je, avšak problém nastane, ak zistí, že je to prakticky nemožné (4).

Starostlivosť o pacientov v poslednom štádiu života aj o ich rodiny môže byť pre zdravotných pracovníkov stresujúca, ale môže prinášať so sebou aj pocit uspokojenia. Práca s pacientmi snažiacimi sa vyrovnáť s blížiacou sa smrťou kladie na zdravotníkov vysoké nároky. Sprevádzanie pacientov v poslednom štádiu ich života a ich blízkych v najťažšom období ich života a účasť na zmierňovaní ich utrpenia môžu byť pre zdravotníka nesmierne obohacujúcou skúsenosťou. Avšak na strane druhej, pri neustálom vystavovaní pracovníkov utrpeniu a stratám môže mať negatívny dopad na psychiku opatrovateľov. Záťaž má svoj pôvod v osobných faktoroch opatrovateľa, medzi ktoré patria pracovné prostredie, konflikty medzi členmi zdravotníckeho tímu, otázky vedenia, riadenia a konflikt rolí. Problémy môžu nastať aj vtedy, ak pacienti majú iné predstavy o tom, ako majú zomrieť než sestry, ktoré sa o nich starajú. Neustále

vystavenie utrpeniu a strate môže mať na členov personálu psychický dopad, pokiaľ si osoby poskytujúce starostlivosť klientovi v terminálnom štádiu neuvedomia, že musia dbať a dopriať starostlivosť aj sebe, uspokojiť potreby nielen pacientov.

Častým problémom sa stáva to, že zdravotnícky pracovník si vytvorí úzky vzťah k pacientovi, ktorému poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť, čím dochádza k tomu, že je pre neho náročnejšie vyrovnáť sa s úmrtím pacienta. Smrť pacientov vníma osobne, často ako osobnú prehru, a mnohokrát prežíva pocit, že pre umierajúcich neurobil dosť, hoci už sa blížiacej smrti nedalo zabrániť.

V pracovnom procese môže byť príčinou vyhorenia predovšetkým napätie prameniace zo stálej nevyhnutnosti rýchlo a správne reagovať na náhlu zmenu zdravotného stavu pacienta.

Faktorom prispievajúcim k vzniku vyhorenia je pocit bezmocnosti a vlastnej neschopnosti v situáciách, kde sa pracovník cíti byť zodpovedný za zmiernenie bolesti u svojich pacientov, kde sa skraca doba hospitalizácie a zdravotnícki pracovníci, ktorí nemajú dostatok skúseností, musia poskytovať starostlivosť veľmi chorým pacientom v ich domácnostiach bez prítomnosti lekárov, ktorí dokážu poskytnúť efektívnu paliatívnu starostlivosť a liečbu príznakov.

Pracovníci paliatívnej starostlivosti sa starajú o ľudí, ktorí zomrú v krátkom čase po sebe a s tým spojený zármutok sa môže nahromadiť behom niekoľkých rokov a spôsobiť ťažké depresie, mnohopočetné straty môžu vyústiť do chronického zármutku, pretože skôr, ako dôjde k ďalšej strate, nie sú vysporiadaní s tou predošlou.

K vyhoreniu prispieva veľká emocionálna záťaž, nereálne očakávania a strata ideálov pri vstupe do zamestnania s presvedčením, že bude poskytovať kvalitnú starostlivosť a ochotne pracovať nad

rámec svojich pracovných možností. Počiatkové nadšenie a motivácia však klesajú (5).

Aby sa mohol zdravotný pracovník podieľať na poskytovaní starostlivosti a podpory pacientom v paliatívnej starostlivosti, musí si uvedomiť svoje vlastné potreby, byť schopný sebareflexie, aby mohol naďalej existovať v paliatívnej starostlivosti ako človek podávajúci pomocnú ruku, teda zdravotný pracovník. Každý pracovník zapojený do starostlivosti o pacienta musí mať jasnú predstavu vlastnej profesionálnej identity, vrátane svojich slabých aj silných stránok, nutnosť vzájomnej komunikácie a úzkej spolupráce, čím sa zabráni plytvaniu síl, či presýteniu pacienta (6).

V podstate k vyhoveniu prispieva taktiež nedostatok zdravotného personálu, poskytujúceho starostlivosť v terminálnom štádiu ochorenia, či zlá ekonomická situácia v zdravotníctve.

Ak je sociálna komunikácia nedostatočná, prevláda nízka informovanosť, resp. zlá informovanosť

vedenia alebo podriadených, chýbanie skupinových rozhovorov o tom, čo všetkých trápi, môže byť jednou z mnohých príčin spôsobujúcich vyhorenie u pracovníkov nielen paliatívneho oddelenia.

Dôležitý podiel v tom, ako sa strániť vyhoreniu, je aj diskusia o pracovných problémoch s kolegami, ktorí majú podobné problémy, snažiť sa nájsť nové spôsoby riešenia problémov, udržiavať si duchovný život, ktorý nemusí byť vždy náboženský (7).

Práca zostane zdrojom mnohých stresových situácií, ale aj ľudského uspokojenia. Postoj človeka hrá podobnú úlohu ako lodné kormidlo. Zatiaľ čo kormidlo určuje smer, ktorým loď pláva, postoj človeka rozhoduje o jeho životnom smerovaní. Pozitívny postoj nás môže na mori života previesť i tými najhrozivejšími búrkami a doviest nás bezpečne do prístavu úspechu.

Literatúra

1. Rush M. Syndrom vyhošení. Praha: Návrat domů 2004. 200 s. ISBN 80-7255-074-8.

2. Kebza V. Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

3. Nešpor K. Závislost na práci. Praha: Grada Publishing 1999. 144 s. ISBN 80-7169-764-8.

4. Praško J, Prašková J. Proti stresu krok za krokem aneb Jak získat klid a odolnost vůči nepohode. Praha: Grada Publishing 2004. 256 s. ISBN 80-247-0068-9.

5. Kilíková M, Šramka M. Příčiny a důsledky syndromu vyhorenia v zdravotníctve. Ošetrovateľský obzor 2006; 3. ISSN 1336-5606.

6. O'Connor M, Aranda S. Paliatívni péče pro sestry všech oborů. Praha: Grada Publishing 2005. 324 s. ISBN 80-47-1295-4.

7. Vorlíček J, Adam Z, Pospíšilová Y, et al. Paliatívna medicína. Praha: Grada Publishing 2004. 544 s. ISBN 80-247-0279-7.

Mgr. Ivana Hnatová

Katedra sociálnej práce, FZaSP, Trnavská univerzita, Univerzitné námestie č. 1, 918 43 Trnava
ivahnatova@gmail.com

Psychologické aspekty a profesionálna záťaž v zdravotníckej profesii

Andrea Bratová, Alica Slamková

Katedra klinických disciplín a urgentnej medicíny, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa, Nitra

Psychologické aspekty zvládania profesionálnej záťaže v zdravotníckej profesii majú nesmierny význam už od prípravy na povolanie. Problematika záťažových situácií a z toho vyplývajúceho stresu sa teda bytostne dotýka každého z nás, ktorý pracujeme v zdravotníckej profesii. Záťažové situácie a ich dôsledky môžu mať vplyv i na život samotných zdravotníkov.

Kľúčové slová: psychologické aspekty, profesionálna záťaž, zdravotnícka profesia, zdravotnícky pracovník.

Psychological aspects and professional burden of the health professions

Psychological aspects of coping with the burden of professional medical profession are of paramount importance from the training. The issue of stressful situation and the resulting stress is therefore inherently affects all of us who work in the medical profession. Stress situations and their consequences may affect the lives of health professionals themselves.

Key words: psychological aspects, professional burden, medical profession, health care worker.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 58–59

„Psychológia a psychoterapia môže byť sestram nápomocná pri práci s pacientmi, s kolegami na oddelení aj v osobnom živote.“ (1).

Podstata veľkosti psychickej záťaže závisí od skutočnosti, aký veľký je rozpor medzi súhrnom požiadaviek z vonkajšieho prostredia a našou pripravenosťou sa s nimi vyrovnáť. Tento rozpor môže skutočne existovať alebo môže byť len výplodom našich predstáv. Ako sa dokážeme so vzniknutou záťažou vyrovnáť, závisí predovšetkým od nášho subjektívneho prežívania záťažovej situácie (3). Zdravotnícka profesia je pomáhajúce povolanie,

vysoká náročnosť sa prejavuje v oblasti fyzickej, duševnej a emocionálnej. Príprava na povolanie a zvládnutie profesionálneho výkonu je nesmierne dôležitou úlohou. Kontinuálne vzdelanie je nutnosťou a zároveň aj individuálnym predpokladom etablovania sa a pôsobenia v ošetrovateľstve. Uplatnenie sa v povolani sestra je podmienené aj psychickými vlastnosťami jedinca a je dlho osobnostnými rysmi. Medicína v poslednom období čoraz väčšmi zdôrazňuje priamu úmeru a vzájomnú prepojenosť medzi psychickým a fyzickým zdravím (1).

„Pomáhajúce profesie by mali využívať nové kritériá a kvality svojej práce, ktoré sa opierajú o poznanie prirodzených ľudských tendencií“ (2).

Čím väčší je rozpor medzi novými nárokmi, požiadavkami prostredia a vybavenosťou a pripravenosťou človeka ich zvládnuť, tým väčší je stupeň psychickej záťaže. Jednotlivé stupne psychickej záťaže možno charakterizovať takto:

1. stupeň – bežná záťaž – nevzniká na základe nesúlady medzi požiadavkami prostredia a našimi možnosťami. Nemusíme siahnuť do našich rezerv a vyburcovať vlastnú psychiku k zvýšenej činnosti.

Zvyčajne sme sa s takými požiadavkami už veľakrát stretli a dokázali sme ich neraz úspešne vyriešiť.

2. stupeň – zvýšená záťaž – sa týka životných a pracovných situácií, v ktorých nevystačíme s bežnými, zaužívanými spôsobmi riešenia a konania. Stretávame sa s nimi po prvýkrát a sú pre nás nové, a preto, ak ich máme zvládnuť, vynakladáme zvýšené úsilie. To znamená, že sa pasívne neprispôbime nárokom okolia, ale vyburcovaním našich psychických síl buď uvidíme vonkajšie podmienky do pôvodného stavu, alebo meníme sami seba, aby sa rozšíril rozsah našich možností riešiť takéto situácie. Práve zvýšená záťaž je pre náš život nevyhnutná, pretože posúva náš vývin dopredu, núti nás pracovať na sebe a urýchľuje náš osobnostný rast.

3. stupeň – hraničná záťaž – vzniká vtedy, keď sa objavuje výrazný nesúlad medzi našou vybavenosťou a pripravenosťou a nárokmi vonkajšieho prostredia na nás. Riešiť takéto situácie môžeme len s vynaložením mimoriadneho úsilia, ak zmobilizujeme všetky naše psychické sily. To predpokladá ísť až na doraz, siahnuť až na dno svojich psychických rezerv. V tomto prípade kladné účinky záťaže končia, v organizme dochádza k výrazným fyziologickým zmenám. Zvyšuje sa počet nežiaducich dôsledkov na psychiku a celkový zdravotný stav človeka. Avšak práve tretí stupeň hraničnej záťaže odhaľuje skutočnú kvalitu osobnosti.

4. stupeň – extrémna záťaž – sa objavuje vtedy, keď medzi požiadavkami vonkajšieho prostredia a našimi možnosťami na ich zvládnutie je ob-

rovský rozpor – taký veľký, že nie je v našich silách aktívne vzdorovať. Psychické zlyhanie sprevádzajú výrazné poruchy v správaní, zmeny vo fyziologických a psychických procesoch v organizme, často s trvalými následkami na zdravie človeka.

Určením stupňa záťaže získame informáciu nevyhnutnú na prognózovanie priebehu ďalšej činnosti človeka, predvídanie dôsledkov na jeho zdravie a na prijatie účinných opatrení, nevyhnutných na predchádzanie nežiaducim javom. Dôsledkom psychickej záťaže je aktivita psychickej činnosti, ktorá sa mení v troch na seba nadväzujúcich fázach: prvá fáza sa prejavuje mobilizáciou psychických síl, druhá fáza spočíva v riešení záťažovej situácie, tretia fáza predstavuje buď vyrovnanie sa s psychickou záťažou a obnovenie rovnováhy s prostredím, alebo zlyhanie v záťažovej situácii a podľahnutie záťažovým vplyvom. Všetky tri fázy tvoria súčasť jediného procesu adaptácie (3). Pokiaľ by sme chceli, každý človek prežíva stres a záťaž inak. Do popredia sa dostávajú nižšie emócie. Veľmi často je prítomný strach, úzkosť a pocit bezmocnosti. Každý, kto sa snaží poskytnúť pomoc inému človeku, musí počítať aj s nečakanými reakciami a správaním zo strany postihnutého, ako aj jeho príbuzných (4). So stresom je treba vedieť sa vyrovnáť a pripravovať sa naň. Základnými termínmi v tejto oblasti sú: adaptácia, coping a stratégia boja so stresom. Pri adaptácii ide o riešenie problémov, o hľadanie spôsobu riešenia situácií, pre ktoré poznáme potrebné spôsoby postupu a na ktoré stačíme

svojimi znalosťami a schopnosťami. Pri copingu ide o riešenie kríz, pomerne neobvyklých, mimoriadne ťažkých, kde nemáme k dispozícii potrebné znalosti a schopnosti. Je to snaha riadiť, tolerovať, redukovať a minimalizovať vnútorné a vonkajšie požiadavky kladené na človeka. Ide pritom o požiadavky mimoriadne vysoké. Stratégia boja so stresom môže byť stratégia obrany a stratégia útok. Ako príklad slúžia štyri vytypované stratégie: stratégia apatie, stratégia vyhnutia sa pôsobeniu noxy (jedu), stratégia napadnutia útočníka, stratégia posilňovania vlastných zdrojov sily (5).

Literatúra

1. Dobšovič L, Ilievová L, Bekö L. Humanistická psychológia v práci sestry. (1. časť). Sestra a lekár v praxi 2009; VIII(3–4): 46–47. ISSN 1335-9444.
2. Dobšovič L, Ilievová L, Bekö L. Humanistická psychológia v práci sestry. (2. časť). Sestra a lekár v praxi 2009; VIII(5–6): 46–47. ISSN 1335-9444.
3. Bratská M. Osobnosť v situáciách psychickej záťaže [online]. 2008 [cit. 2008-12-20]. Dostupné na www: <http://www.cdruk.sk/blade/index.php>.
4. Sollárová E, Popelková M, Šramová B, Verešová M, Hamranová A. Sociálna psychológia. Nitra: Fakulta sociálnych vied UKF v Nitre 2002. ISBN 80-8050-579-9.
5. Křivohlavý J. Jak zvládat stres. Praha: Grada 1994. ISBN 80-7169-121.

Andrea Bratová

Katedra klinických disciplín a urgentnej medicíny,
FSVaZ
UKF Kraskova 1, 949 74 Nitra

Postavenie a úlohy sociálneho pracovníka v hospicovom tíme

PhDr. Vojtech Ružička, PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava

Sociálny pracovník v rámci hospicového tímu plní dôležitú funkciu, ktorého úlohou je skvalitniť poslednú fázu ľudského života. Aby dokázal zabezpečiť čo najlepšiu kvalitu života zomierajúceho, musí k práci pristupovať komplexne a multidisciplinárne. Dokázať, že hospic nie je iba miesto pre umieranie, ale predstavuje aj priestor, v ktorom umierajúci dostávajú nádej, že ich rodiny nezostanú sami v ťažkej životnej situácii, a že im bude poskytnutá kvalitná pomoc s ohľadom na ich city. Mal by využívať všetky dostupné prostriedky, ktoré sú mu v dnešnej neľahkej dobe k dispozícii, aby svoje vedomosti neustále zdokonaľoval a pracoval na nich.

Kľúčové slová: sociálny pracovník, hospicová starostlivosť, tím.

The status and role of social worker in the hospice team

The social worker in the hospice team performs an important function, whose task is to make precisely this last phase of life. To prove ensure the best quality of life must be dying to work in a comprehensive and multidisciplinary approach. Demonstrate that hospice is not just a place for dying, but is also an area in which the dying receive the hope that their families are not left alone in difficult life situations, and that they will be quality assistance with respect to their city. It should use all means available to him in today's difficult times and available to continuously improve their knowledge and worked on them.

Key words: social worker, hospice care, team.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 59–60

Sociálna práca v hospicovej starostlivosti

Sociálna práca sa rozličnými formami zameriava na mnohostranné, komplexné transakcie medzi ľuďmi a ich okolím. Jej poslaním je umožniť všetkým ľuďom rozvinúť svoj potenciál, obohatiť svoj život a zabrániť dysfunkciám. Profesionálna sociálna práca sa sústreďuje na riešenie problémov a na zmeny, je to vzájomne prepojený systém hodnôt, teórie a praxe. Sociálna práca sa vyvinula z humanitárnych a demokratických ideálov a jej hodnoty sú založené na rešpektovaní rovnosti, hodnoty a dôstojnosti všetkých ľudí.

Postavenie a úlohy sociálneho pracovníka v hospicovom tíme

Sociálny pracovník je odborník, ktorý sa zaoberá sociálnou pomocou jednotlivcom alebo skupine, keď sa dočasne alebo trvale nachádza v problémovej sociálnej situácii, vyžadujúcej spoločenskú intervenciu (1). Zameriava sa na konkrétnu sociálnu situáciu konkrétnej osoby. Ponúka praktickú aj citovú pomoc chorým a osobám starajúcim sa o chorých v terminálnom štádiu ochorenia. Musí byť schopný pomáhať aj v zložitých situáciách, napr. pri konfliktoch medzi chorými a starajúcimi sa o chorých pacientov, musí mať prehľad o vhodných dostupných službách na podporu chorých v terminálnej fáze a ich rodín, vedieť, čo ponúka štátny a neštátny sektor a byť schopný pracovať s ľuďmi, čo utrpeli stratu (2).

Ideálne by bolo, keby sociálny pracovník bol členom tímu už od začiatku starostlivosti a od začiatku mal zodpovedajúce postavenie, už od začiatku nadviazal spoluprácu so sociálnym odborom na príslušnom okresnom úrade a dobrovoľníckymi organizáciami v regióne, mal vlastnú pracovňu s telefónom, bolo mu umožnené štúdium a prípadne aj účasť na výskume.

Práca s umierajúcimi je natolko špecifická a náročná, že je potrebné venovať maximálnu starostlivosť výberu sociálneho pracovníka pre zariadenia typu hospic. Je na mieste riadne výberové konanie, s možnosťou praxe v hospici s cieľom poznať samotnú prácu a hospicový tím. Členmi konkurznej komisie by mali byť okrem zástupcov vedenia hospicu aj skúsený sociálny pracovník z iného hospicu. Vybratému uchádzačovi by mala byť umožnená skúšobná doba na zaučenie, kde sa prejaví jeho schopnosť, umenie sprevádzať umierajúcich, umenie počúvať a chápať, mať na chorého čas, neskrývať bolesť, byť autentický, byť schopný a ochotný pracovať

v tíme. Má to svoje východy. Spolupracovníci sa navzájom podporujú a povzbudzujú, ale tiež sa vzájomne napomínajú (2).

Medzi základné činnosti sociálneho pracovníka v hospicovej starostlivosti môžeme zaradiť nasledovné úlohy:

- Zoznamuje sa s potrebami pacienta a jeho rodiny: zhodnotiť potreby emočné, sociálne, finančné a pod.
- Posudzuje silu a schopnosť pacienta a jeho rodiny zvládnuť vzniknutú situáciu, v prípade potreby navrhuje pomoc.
- Vytvára podmienky chorému, rodine a tým, ktorí sa starajú o chorého, vyjadriť svoje pocity, a to jednotlivo a aj spoločne.
- Chápe etnické a náboženské vplyvy na chorého v terminálnom štádiu choroby alebo zármutku.
- Pomáha rodine prekonať komunikačné problémy, urovnáva problémy a využíva správne čas, ktorý zostáva chorému.
- Pomáha všetkým zúčastneným prispôsobiť sa novej a zmenenej situácii a priebežne sa vyrovnávať s neustále sa meniacou situáciou.
- Radí, asistuje v spolupráci s inými organizáciami, zohľadňuje potreby chorého a osôb, ktoré sa starajú o chorého, pomáha pri vybavovaní žiadosti o dávky.
- Je spojkou medzi rodinou.
- Zaisťuje pozostalým potrebnú pomoc, sprostredkuje pomoc okolia.
- Vybavuje pacientove posledné prania, odkazy pred smrťou či predstavy o vlastnom pohrebe, ktoré pacienti často majú.
- Zaisťuje výber finančných prostriedkov od chorých a ich rodinných príslušníkov za pobyt podľa stanoveného cenníka hospicu. Podľa šetrenia navrhuje prípadné zníženie poplatku za pobyt.
- Poskytuje pomoc aj členom zdravotníckeho tímu tým, že pôsobí ako neutralizačný prvok pri konfliktoch medzi pacientom a zdravotníckym personálom, a tým vytvára atmosféru pohody a pokoja, ktorá je veľmi dôležitá pri práci zdravotníkov v práci s pacientmi, a tak zlepšuje kvalitu života aj samotných pacientov (3).

Starostlivosť sociálneho pracovníka o pozostalých, varovné signály a rizikové faktory

Hospicová starostlivosť nekončí smrťou pacienta, pokračuje v starostlivosti o pozostalých. Šetrenia ukázali, že približne dvom tretinám pozostalým stačí jednorazová, ľudská a úprimná

podpora bezprostredne po strate blízkej osoby, ktorú v hospicoch formou rozhovoru, praktických rád, ale hlavne empatickým počúvaním najčastejšie poskytujú špeciálne vyškolené zdravotné sestry, lekár a sociálny pracovník. Pracovník, ktorý uzatvára dokumentáciu, musí rozhodnúť, či je treba s rodinou ďalej pracovať alebo nie. Pre objektívne rozhodnutie je potrebné položiť si niekoľko dôležitých otázok týkajúcich sa varovných signálov a rizikových faktorov:

- Bol niekto na zosnulom silne citovo závislý?
- Bol niekto na zosnulom existenčne závislý?
- Stratil niekto úmrtím pacienta domov?
- Javí sa vám niekto z pozostalých nápadne sklesnutý, nerozhodný a bezbranný?
- Cíti sa niekto previnilo vo vzťahu k zosnulému?
- Bol niekto z blízkych na smrť nepripravený?
- Vládol v rodine vážny nesúlad?
- Očakáva niekto v rodine v blízkej dobe stres?
- Je niekto neschopný sa o seba postarať?
- Bola pre niekoho starostlivosť o zosnulého výnimočne stresujúca a vyčerpávajúca?
- Hovoril niekto z pozostalých o strate zmyslu života alebo o samovražde?
- Je niekto v rodine duševne chorý?

Na základe týchto odpovedí sociálny pracovník rozhodne, či je potrebné udržiavať kontakt s pozostalými alebo akou formou má byť ešte udržiavaný kontakt. Možnosti sú viaceré – korešpondencia, telefonáty, osobné návštevy, stretnutia a pod. Bežnou praxou v hospicoch je korešpondencia s pozostalými, ktorá sa udržiava rôzne dlho, ale spravidla asi po roku končí (2). Z uvedeného vyplýva, že sociálni pracovníci vykonávajú svoju činnosť na základe profesie sociálna práca.

Literatúra

1. Žilová A. Kapitoly z teórie sociálnej práce. 2. vyd. Badín: Mentor 2003. 170 s. ISBN 80-968932-0-3.
2. Matoušek O, et al. Sociální práce v praxi. Praha: Portál 2005. 281 s. ISBN 80-7367-022-X.
3. Vorlíček J, et al. Paliativní medicína. 2. vyd. Praha: Grada Publishing 2004. 480 s. ISBN 80-7169-437-1.

PhDr. Vojtech Ružička, PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Trnavská univerzita
Univerzitné námestie 1, 918 43 Trnava

Zmysluplné utváranie života ako možnosť pacientov s infaustnou prognózou

Mgr. Dušana Pčolková, Mgr. Lukáš Pavelek

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

Autori popisujú možnosť pacienta trpiaceho chorobou s infaustnou prognózou utvárať zmysluplne svoj život do konca. Človeku zostáva až do posledného okamihu sloboda zaujať určitý postoj k nezmeniteľným skutočnostiam, a tak dať zmysel aj na pohľad nezmyselnému utrpeniu.

Kľúčové slová: zmysel, utrpenie, choroba s infaustnou prognózou.

Meaningful formation as a way of life of patients with infaust prognosis

The authors describe the terminally ill patient's possibility to create a meaningful life. Man has a freedom to take a position to the unalterable facts until the last moment of the life, and find the sense in the unreasonable suffering.

Key words: meaning, suffering, disease prognosis with infaust.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 61–62

Deň čo deň kladieme svetu mnoho otázok, mnoho sa pýtame, chceme vedieť viac. Žijúc si vlastný život, často sa náhlime kamsi do neznáma. Zrazu však nastáva chvíľa, keď všetok ruch akoby utíchol. Vtedy sa život začína pýtať nás...

Progredujúca choroba s infaustnou prognózou človeka častokrát nielen vyruší, ale aj zastaví. Vo chvíli, keď sa všetko okolo „mení“, bývame konfrontovaní s otázkou zmyslu minulého i prítomného okamihu, čelíme viere, (bez)nádeji, ale i láske. Na pozadí nezmeniteľnej skutočnosti sa nám však otvárajú nové perspektívy.

21. storočie je obdobím, kedy stoja v popredí materiálne hodnoty. Zmysel má pre človeka život, v ktorom niečo vybudoval, dosiahol určitý zisk, získal úspech či obdiv okolia. Niekedy je práve choroba oslobodením z otroctva mamony. Vo chvíľach, kedy je pacientovi diagnostikovaná choroba s infaustnou prognózou, sa obyčajne vynárajú otázky volajúce po zmysle a príčine utrpenia. Človek uvažuje nad tým, že je už zbytočný, keďže nie je schopný vytvárať čosi hmotné, postupne ho však robí choroba vnímavejším. Utrpenie niekedy radikálne mení život človeka a často i hierarchiu uznávaných hodnôt (1).

Život mnohých poukazuje na to, že nie sme úplne vydaní osudu. Aj vtedy, keď je osud nezmeniteľný a nedá sa mu vyhnúť, vždy sa nám ponúkajú možnosti, ako sa v prítomnom okamihu zachovať. Predpokladom toho je, že sa človek neupne kľúčovite na vlastné požiadavky voči osudu, aby sa zmenilo nemeniteľné (2).

Vo chvíľach utrpenia a bolesti sa obyčajne vynárajú otázky, na ktoré často nebol čas odpovedať. Práve tie sa mnohokrát nedotýkajú

toho, čo máme, ale toho, kým v skutočnosti sme. Pýtajú sa priamo, prenikajú do hĺbky našej osobnosti a vyžadujú si naše pravdivé odpovede.

Aj nevyhnutné utrpenie, ktorého podstatou je, že sa nedá odstrániť ani sa mu nedá vyhnúť, môže mať zmysel. Ten je ukrytý v tom, aký postoj k nemu zaujmeme, ako sa k danému osudu postavíme, ako znášame vlastný kríž. Práve v spoločnosti, akým utrpenie znášame, máme možnosť naplniť jeho zmysel a dať tak zmysel svojmu životu. Túto šancu má aj nevyliciteľne chorý (3). Zmysel, ktorý danému okamihu dáme, ovplyvní aj zmysel nášho života. Z okamihu žijúceho dnes utvárame svoj zajtrajšok.

Rozhodujúci obrat v prežívaní nezmeniteľného osudu môže nastať u pacienta s infaustnou prognózou aj vďaka takzvanému „Aha-zážitku“. Ten predstavuje údiv nad možnosťou voľby akceptovať nezmeniteľný osud alebo premôcť vlastnú slabosť. Je to okamih, kedy pacient vo svojom vnútri pochopí, že on sám nie je tým, kto má kľásť otázky a kritizovať údel osudu, ale je tým, ktorý dáva odpovede rôznym životným situáciám. Tieto odpovede ponúka len on sám. Jeho správanie nepredstavuje žiadnu reakciu (4), jeho konanie je proaktívne. To, či prijme svoju diagnózu ako výzvu, vďaka ktorej môže vnútorné dozrievať a rásť, to, či si uvedomí, že až do posledného okamihu má možnosť i vďaka vonkajším závislostiam zmysluplne utvárať svoj život, toto skutočne ovplyvní i jeho posledné chvíľe života.

Zmysluplne žiť znamená plniť úlohu, ktorá pred nami stojí tu a teraz. Zmysluplne žiť znamená rozpoznať najvyššiu možnú hodnotu daného okamihu a uskutočniť ju. Zmyslom je to, čo práve teraz máme urobiť. Zmysel – ten sa nedá nájsť.

Ten musí byť rozpoznávaný, nájdený, zmysel je vycítený a uchopený v svojej hodnote človekom samým (2).

Aj na smrteľnej posteli má človek mnohokrát možnosť milovať, darovať sa iným, povzbudzovať, načúvať, či ponúknuť životnú múdrosť tým, ktorí ju ochotne prijímajú. Tieto hlboké chvíle lúčenia sa človeka s človekom môžu byť darom pre všetkých zúčastnených. Darom, ktorý je vzácny aj preto, že nemôže byť darovaný dvakrát.

Zranení a utrpení ľudia hľadajú uzdravenie vychádzajúce zo súciteľného načúvania toho, ktorý ich bolesť prijíma. Keď sa pacienti emocionálne uzdravia, mnohokrát urobia vhodné rozhodnutia o vlastnom živote (5) a urobia svoj život hodnotnejším. Častokrát dodá odvahu prekročiť seba práve načúvajúce ucho iného, či ponúknutá vystretá dľaň.

Ľudský život sa môže stať zmysluplný tým, že vytvára nejaké dielo, niečo alebo niekoho prežíva – prežívať niekoho v jeho jedinečnosti a neopakovateľnosti znamená milovať ho. Zmysel je napĺňaný buď v službe nejakej veci, alebo v láske k nejakej osobe. Tam, kde sme konfrontovaní s nezmeniteľným osudom, ktorým je napríklad choroba s infaustnou prognózou, tam, kde sme vystavení ako bezmocné obeť beznádejnej situácii, teda tam, ba práve tam, sa dá ešte život utvárať zmysluplne. Práve vtedy môžeme uskutočniť to najľudskejšie v človeku, a tým je schopnosť premeniť tragédiu (z ľudského pohľadu) na triumf. A tu sa stretávame s tajomstvom bezpodmienečnej zmysluplnosti života, s tým, že človek je v určitých životných situáciách vyzvaný k tomu, aby podal svedectvo o tom, čoho je schopný (6).

Vo chvíľach utrpenia a bolesti sa obyčajne život pýta viac ako inokedy.

Človek sa stáva sám sebou, uskutočňuje sa, je plne ľudskou bytosťou v tej miere, nakoľko sa nesústreduje na seba samého, vlastnú realizáciu či svoje šťastie, ale venuje sa niečomu inému (7). Ukazuje sa, že život zbavený egocentrickosti, život ponúknutý iným, život transcendentovaný, sa javí ako život s hlbokým zmyslom.

„Utrpenie dnešných dní. Nechcené, odmietané. Nechápané krútime hlavami, bežíme radšej preč. Bojíme sa naň pozrieť zblízka, čeliť mu, privlastniť si ho. Akoby sa nás ani netýkalo, akoby nebolo súčasťou reality – reality dneška. Ono samo sa však niekedy hlási – je tu. Hoci mnohokrát nepozvané...“ (8).

Keď človek trpí, keď znáša utrpenie, zároveň rastie vnútorne, cíti, ako v ňom rastie morálna sila. Utrpenie je výkon a rast, ale aj dozrievanie. Človek vyrastajúci nad seba dozrieva k sebe samému. Tak ako stromy v hustom lese stojace blízko seba nemôžu rásť do šírky, sú teda nútené rásť do výšky, tak sa aj pacient s infaustnou prognózou následkom zúženía a obmedzenia vlastných možností rozvíja

a otvára smerom hore. Proces dozrievania je najdôležitejšou vecou odohrávajúcou sa pod vplyvom utrpenia. Dozrievanie však spočíva v tom, že človek napriek vonkajšej závislosti získava vnútornú slobodu. Extrémne životné situácie umožňujú človeku získavať vnútornú zrelosť. Takéto situácie sa stávajú skúškou zrelosti človeka. Utrpenie má zmysel len vtedy, keď ide o „niečo“. Keď ho prijímame, napĺňame intenciou nielen samotné utrpenie, ale cez utrpenie smerujeme ešte k niečomu, čo nie je s ním identické – prežívané utrpenie transcendujeme. Zmysluplné utrpenie ukazuje vždy mimo seba, a teda na to, kvôli čomu trpíme, zmysluplné utrpenie je predovšetkým sebaobetovaním (9).

Aj vo chvíľach ťažkých životných skúšok má človek možnosť obstáť a ukázať svoju veľkosť tým, že dá svojmu utrpeniu zmysel a ukáže sa svetu ako odvážny a statočný.

Literatúra

1. Porubčanová P. Nachádzanie zmyslu života cez utrpenie. Katedra a inštitút psychológie jubilujúcej trnavskej univerzity

(1992–2002). Zborník príspevkov z vedeckej konferencie Problémy a perspektívy filozofických, humanitných a sociálnych vied. Trnava: Fakulta humanistiky 2007. 62 s.

2. Langle A. Smysluplné žít. Aplikovaná existenciálna analýza. 5. vyd. Brno: Cesta 2002. 79 s. ISBN 80-7295-037-1.
3. Frankl EV. Psychoterapia pre laika. 13. vyd. Bratislava: LÚČ 2009. 169 s. ISBN 978-80-7114-690-2.
4. Lukášová E. I tvoje utrpenie má zmysel. Logoterapeutická útecha v krízi. Brno: Cesta 2006. 191 s. ISBN 80-85319-79-9.
5. Padovani HM. Hojenie zranených emócií. Zdolávanie životných rán. 2. vyd. Nitra: Spoločnosť Božieho Slova 2000. 115 s. ISBN 80-85223-55-4.
6. Frankl EV. Vúle ke smyslu. 3. vyd. Brno: Cesta 2006. 212 s. ISBN 80-7295-084-3.
7. Frankl EV, Lapide P. Hľadanie Boha a otázka zmyslu. 1. vyd. Bratislava: LÚČ 2009. 132 s. ISBN 978-80-7114-766-4.
8. Pčolková D. Utrpenie ako cesta k osobnému rastu a prosociálnemu správaniu. Diplomová práca. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce 2007. 62 s.
9. Frankl E. Trpiaci človek. 1. vyd. Bratislava: LÚČ 2007. 155 s. ISBN 978-80-7114-638-4.

Mgr. Dušana Pčolková

Katedra sociálnej práce, FZaSP Trnavskej univerzity
Univerzitné námestie 1, 918 43 Trnava
pcolkovci@gmail.com

Postoje sester z klinické praxe k paliatívnej péči

Jiřina Hosáková, Roman Adamczyk

Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik, Slezská univerzita, Opava

Umírající člověk potřebuje specifickou péči, která není zaměřená na vyléčení choroby, ale na zmírnění utrpení a obtěžujících syndromů. Hovoříme o paliativní péči, kdy se interdisciplinární tým pracovníků snaží o dosažení co nejvyšší kvality života pacienta i jeho rodiny. Cílem práce bylo zjistit postoje sester při poskytování péče umírajícím pacientům, úroveň vědomostí sester o paliativní péči a identifikovat oblasti péče, které sestry vnímají při poskytování péče jako náročné. Dalším cílem bylo porovnat výsledky sester z hospiců se sestrami z léčených dlouhodobě nemocných.

Klíčová slova: paliativní péče, umírající, postoj, ošetrovatelská péče, sestra.

Nurses in clinical practice attitudes to palliative care

Dying people need specific care, which is not directed toward complete cure of the disease, but alleviation of suffering and troubling symptoms. This approach is called palliative care, where an interdisciplinary team tries to ensure the best possible quality of life for the patient and his or her family. The goal of the present article was to ascertain the attitudes of nurses while taking care of dying patients, the nurses' level of knowledge on palliative care, and to identify the sub-fields of care perceived by nurses as demanding.

Key words: palliative care, dying, attitude, nursing care, nurse.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 62–63

Úvod

Téma smrti je ve společnosti tabuizováno. Lidé o ní nemluví, přesto o ní často přemýšlejí. Na počátku života se o člověka nejlépe dokáží postarat jeho blízcí. Stejně je tomu i na konci života, kdy umírající potřebuje ty, kteří jej mají rádi a rozumějí mu. V běžném životě je ale příbuzenský kontakt často narušen. Umírající jsou umisťováni do institucí. Blízcí nechtějí vidět bolest a utrpení, ne vždy

jsou schopní také se o nemohoucího postarat, nemají potřebné znalosti a dovednosti, případně nedokáží zajistit nepřetržitou péči. Rozvoj medicíny podstatně změnil způsob stonání a umírání. Zdravotní péče je primárně zaměřená na vyléčení a pokud k úzdavě nedochází, je to považováno za selhání, prohru či neschopnost zdravotníků. Klient nepotřebuje znát dokonale všechny detaily svého zdravotního stavu, ale potřebuje cítit lidskou

náklonnost. Ošetrování umírajícího přináší zdravotníkům rozpaky, těžce se hledají vhodná slova a přiměřený způsob chování, který by umožnil adekvátním způsobem doprovodit umírajícího. Znalosti o paliativní péči, jejich prioritách a přednostech jsou mezi zdravotnickými pracovníky velice povrchní, ani při dobré vůli nemohou tedy kvalitní péči provádět. Při ošetrování umírajících je pro sestru mimo jiné důležitý i její vlastní postoj

ke smrti a umírání, který je ovlivňován různými faktory, například vlastní zkušeností, podněty z prostředí či sebehodnocením. Vlivem stresu, úzkosti a potlačované lítosti se mohou změnit postoje pracovníků k pacientům, což se může projevit například vyhýbáním se přímému kontaktu s pacientem, únikem k jiným činnostem, ale i hrubým jednáním nebo netaktním chováním. Takový přístup je pro pacienty nepříjemný a poškozující, pacient trpí a často si nevhodné chování vysvětluje jako pohrdání svou osobou.

Cíl: Cílem práce bylo zjistit:

- jaké emoce se vyskytují nejčastěji u sester při poskytování péče umírajícím pacientům,
- jaká je úroveň vědomostí sester o paliativní péči,
- které oblasti péče vnímají sestry při poskytování péče umírajícímu jako náročné,
- zda jsou rozdíly mezi informacemi získanými od sester z léčených dlouhodobě nemocných (LDN) a z hospiců.

Metodika

V rámci průzkumu bylo osloveno celkem 90 sester z klinické praxe. Vzorek respondentů tvořilo 33 sester z hospiců a 35 sester z léčených dlouhodobě nemocných. Průzkum byl anonymní. Pro sběr informací byl použit anonymní dotazník. Dotazník byl vlastní konstrukce a byl rozdělen do tří částí. Úvodní část obsahovala název dotazníku, vysvětlení významu jeho vyplnění a instrukce k vyplnění. Průzkumná část obsahovala položky, které poskytly informace o prožívání a přístupu sester při poskytování péče paliativně nemocným, část položek byla zaměřená na zjištění míry vědomostí o paliativní péči a část byla věnována otázkám, jejichž cílem bylo zmapovat problematické oblasti péče. V závěrečné části byly otázky zaměřené na získání demografických údajů.

Analýza výsledků

Celkem bylo distribuováno 45 kusů dotazníků do hospiců a 45 kusů dotazníků do léčených dlouhodobě nemocných. K vyhodnocení bylo vráceno celkem 68 dotazníků, z toho 33 kusů z hospiců a 35 kusů z LDN. Celková návratnost byla 75,6 %. Při porovnání výsledků se ukázaly určité rozlišnosti mezi sestrami ze zvolených typů pracovišť. Ukázalo se, že v hospicích je vyšší věkový průměr sester oproti sestram v LDN (39,9 let oproti 34,4 letům). Rozdíl byl i ve výši dosaženého vzdělání, kdy v hospicích pracuje 21,2 % sester s ukončeným vysokoškolským vzděláním oproti 2,9 % vysokoškolaček v LDN. Zajímavým se jeví zjištění, že 60 % sester z LDN neví o existenci Charty práv umírajících pacientů. V hospici o existenci tohoto dokumentu

nevědělo 30,3 % respondentek. Statistický rozdíl se ukázal v otázce, kde sestry volily nejdůležitější vlastnost pro pečující o umírající. Položku duševní zdraví zvolilo 36,4 % respondentek z hospiců a jen 8,6 % respondentek z LDN. Rozdíl se vyskytl rovněž v položce, která monitorovala nabídku služeb duchovního umírajícím klientům. Zatímco v hospicích je služba nabízena v 51,5 %, v žádné z LDN klienti na tuto možnost upozorňování nejsou. 8,6 % respondentek z LDN dokonce uvedlo, že tuto službu nikdy neumožňují. Významné rozdíly se vyskytly ve výběru emocí, které při ošetřování umírajících sester v jednotlivých typech zařízení prožívají. Sestry z hospiců prožívají radost, naplnění, štěstí i naději, což sestry z LDN uvádějí minimálně. Sestry z LDN ale častěji udávají pocit lítosti a beznaděje.

Diskuse

Péče o chronicky nemocné a umírající znamená nejen fyzickou, ale i psychickou zátěž. Haškovcová uvádí, že každý pracovník by si měl být vědom ušlechtilé stránky altruismu, ale i rizik, která s sebou přináší (1, s. 189). Pečující by měl být schopný pomoci při potížích, které umírajícího trápí, a zároveň by měl být schopný vcítit se do pocitů pacienta. Jeho prožitky by se ale neměly s prožitky nemocného ztotožnit. Spoluprožívání choroby, utrpení a bolesti totiž může mít za následek změny postoju, např. lhostejnost, nezájem, podráždění či dokonce odmítání pacienta a následně až rozvinutí syndromu vyhoření. Výsledky průzkumu poukazují na pouze částečné znalosti o dané problematice, a to i u pracovníků hospiců. Většina respondentek má tento typ péče spojen pouze s onkologickým onemocněním, bolestí a smrtí. Žádná ze sester nevedla například chronické onemocnění, které končí smrtí. Také význam paliativní péče vidí sestry hlavně v tišení bolesti, která je pro část pracovníků synonymem paliativní péče. Z uvedeného vyplývá, že sestry nečekají uplatňování principů tohoto specifického přístupu na všech klinických pracovištích, ale pouze na specializovaných pracovištích. Rozdíly mezi pracovníky zvolených typů jsou i v postojích k péči o umírající. Sestry v hospicích udávaly při výkonu své práce častěji prožitky naplnění, vyrovnanosti, naděje, radosti, lítosti a štěstí, a méně často a méně intenzivně prožitky úzkosti, strachu a zoufalství. V léčebnách dlouhodobě nemocných je péče o umírající nejčastěji doprovázena prožitkem lítosti, beznaděje a úzkosti. Naopak minimální rozdíly se vyskytly při identifikaci problémových oblastí v péči o umírajícího. Ukázalo se, že v obou typech zařízení jsou negativně vnímány nevládnuté symptomy a v léčebnách dlouhodobě nemocných navíc nesmiřeni se se smrtí. Sestry v LDN navíc mají problém

i s komunikací, kdy se raději komunikaci s umírajícím buď vyhýbají, nebo samy určí téma rozhovoru a neumožní pacientovi hovořit o tom, co ho trápí. Je možné, že částečně jsou tyto problémy dány nedostatečnými znalostmi o principech paliativní péče. Sestry nejsou v rámci pregraduální přípravy dostatečně připravovány na péči o tuto specifickou skupinu nemocných. Předmět Paliativní a hospicová péče je sice součástí národního kurikula oboru Všeobecná sestra v ČR, rozsah hodin je ale minimální. Jiným důvodem může být fakt, že práci v hospici si vybírají sestry s delší praxí, tedy věkově starší. Je otázkou, jaká je motivace sester pracovat v léčebnách dlouhodobě nemocných. Může jít o potřebu pomáhat této skupině pacientů, mohou zde ale také být umístovány sestry, které se neosvědčily na akutních odděleních, případně ty, které nemají v místě bydliště jinou možnost pracovního uplatnění.

Závěr

Vše živé je podřízeno biologickým zákonitostem a smrt je přirozeným koncem, který nelze změnit. S rozvojem medicíny došlo ke změně vnímání smrti a k následné tabuizaci a institucionalizaci smrti a všeho, co je hodnoceno jako neúspěch. Pocit prohry se dostává u zdravotníků téměř vždy, když jsou s umírajícím konfrontováni. Typy zvolených pracovišť poskytují rozdílnou péči. Personál v hospicích poskytuje denně péči chronicky nemocným a umírajícím a snaží se o dosažení co nejvyšší kvality života ve zbývajícím čase. Léčebny dlouhodobě nemocných sice pečují o chronicky nemocné, prvořadým cílem je ale zlepšení zdravotního stavu i za cenu úporné terapie. Rozdíl v přístupu vede k tomu, že je umírajícím v léčebnách dlouhodobě nemocných často uměle prodlužován nejen život, ale i utrpení. Tento fakt s sebou přináší nadměrnou zátěž, se kterou se sestry nedokáží vždy vyrovnat a následkem může být přístup, který umírajícího poškozují. Doporučením pro praxi je nejen dostatečná příprava v oblasti paliativní péče jak v pregraduálním, tak postgraduálním vzdělávání, ale i pečlivý výběr pracovníků, kteří o umírající pečují.

Literatura

1. Haškovcová H. Thanatologie: Nauka o umírání a smrti. Praha: Galén 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.

Mgr. Jiřina Hosáková

Ústav ošetřovatelství, Fakulta veřejných politik
Slezská univerzita
Olbrichova 25, 746 01 Opava
jirina.hosakova@fvp.slu.cz

Médiá a hospicová a paliatívna starostlivosť

Mgr. Miroslava Kolajová

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava

Médiá – noviny, časopisy, televízia, rozhlas ... okrem klasických tém, ako je politika, šport, kultúra, zdravie a pod., informujú aj o náročnejších obsahoch, ako je hospicová a paliatívna starostlivosť. Médiá majú problém s neoverovaním informácií, povrchnosťou, bulvarizáciou, negativizmom, nízkou úrovňou novinárskeho profesionalizmu a pod. Paliatívna a hospicová starostlivosť nie je témou číslo jedna v médiách. Dôvodov je viacero.

Kľúčové slová: médiá, hospicová starostlivosť, paliatívna starostlivosť.

Media and hospice and palliative care

The media – newspapers, magazines, television, radio... besides classical topics such as politics, sport, culture, health care etc. inform about most serious contents as hospice and lenitive care. Media have problems with unauthenticated information, superficiality, yellow journalism, negativizm, low level of journalistic professionalism etc. Lenitive and hospice care isn't theme number one for media. There is many reasons.

Key words: media, hospice care, palliative care.

Paliat. med. lieč. boles. Supl. 2010; 3 (Supl. 2): 64–65

Médiá zohrávajú významnú úlohu v spoločnosti, pretože zabezpečujú šírenie širokého rozsahu informácií rôznymi spôsobmi. Tieto informácie majú silný vplyv na postoje, presvedčenie a správanie ľudí a súčasne majú významnú úlohu v politike, hospodárstve a spoločenskej praxi (1). Vďaka obrovskej sile a vplyvu médií môžu byť práve médiá aktívnymi partnermi pri napĺňaní cieľov a poslaní hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Je možné, aby médiá prispeli k dosiahnutiu:

- cieľa hospicového hnutia podľa Svatošovej sprevádzať ťažko chorých a zomierajúcich na poslednom úseku ich života a pomáhať rovnako aj príbuzným znášať ťažké chvíle lúčenia (2);
- odporúčaní Rady ministrov Rady Európy z roku 2003 dotýkajúcich sa paliatívnej starostlivosti, ktoré sú morálne zaväzujúce aj pre vládu Slovenskej republiky, kde:
 - paliatívna starostlivosť je aktívna celková starostlivosť o pacientov s pokročilými, progredujúcimi chorobami s cieľom liečby bolesti a iných príznakov a poskytujúca psychologickú, sociálnu a spirituálnu podporu; kde jej cieľom je dosiahnutie najlepšej možnej kvality života pacientov a ich rodín;
 - paliatívna starostlivosť chce pomôcť mužom, ženám a deťom s pokročilou a progredujúcou chorobou tešiť sa z najlepšej možnej kvality života do konca a nechce urýchľovať ani spomaľovať smrť;
 - paliatívna starostlivosť prítakáva životu a smrť považuje za normálny proces a nie je motivovaná beznádejou ani fatalizmom;

- paliatívna starostlivosť je integrálnou časťou systému zdravotníckej starostlivosti a neodňateľný prvok občianovho práva na zdravotnícku starostlivosť, a preto je zodpovednosťou vlády garantovať, že je paliatívna starostlivosť dostupná každému, kto ju potrebuje;
- je potrebné rozvíjať kvalitnú starostlivosť vykonávanú humánne s cieľom, aby sa stala základnou súčasťou zdravotníckej starostlivosti o pacientov na konci ich života;
- všetci ľudia blížiaci sa ku koncu svojho života túžia byť liečení zdravotníckymi profesionálmi ako hodnotné osoby a chcú si zachovať dôstojnosť pri starostlivosti, ktorá posilní ich nezávislosť pomocou zmiernenia príznakov a maximalizácie komfortu;
- paliatívna starostlivosť, podobne ako všetka medicínska starostlivosť, musí byť orientovaná k pacientovi, vedená potrebami pacienta a musí brať do úvahy jeho hodnoty, preferencie, dôstojnosť a autonómia sú hlavnými cieľmi pre pacientov, ktorí potrebujú paliatívnu starostlivosť (3);
- či naplneniu definície WHO, kde paliatívna starostlivosť:
 - zabezpečuje úľavu od bolesti a iných stresujúcich príznakov,
 - schvaľuje život a považuje zomieranie za normálny proces,
 - nemá za cieľ urýchliť ani odsúvať zomieranie,
 - zahŕňa psychologické a spirituálne aspekty v starostlivosti o pacienta,

- ponúka podporný systém pomoci pacientovi žiť aktívne tak, ako je to len možné, a to až do smrti,
- ponúka rodine podporný systém pomoci, ktorý jej umožňuje vyrovnáť sa s pacientovou chorobou a prejsť procesom smútenia,
- používa tímovú spoluprácu na reflektovanie potrieb pacienta a jeho rodiny vrátane poradenstva v procese smútenia,
- zvyšuje kvalitu života a môže pozitívne ovplyvniť smer choroby, aplikuje sa v skorom procese ochorenia spolu s ostatnými druhmi terapie, ktoré si kladú za cieľ predĺžiť život (4);
- alebo šíriť myšlienku, že hospicovú starostlivosť je možné poskytnúť všade (5). Ak chceme, aby sa médiá stali aktívnym partnerom hospicovej a paliatívnej starostlivosti, musíme vychádzať zo základných skutočností, že:
 - médiá nesprostredkujú jednoduchý odraz reality, ale prezentujú a predkladajú starostlivo vypracované konštrukcie tým, že vysvetľujú, akým spôsobom vznikajú,
 - médiá sú zdrojom mnohých až väčšiny informácií, skúseností a znalostí, na základe ktorých si ľudia vytvárajú osobnú predstavu o svete a o tom, ako tento svet funguje,
 - médiá tým, že zasahujú do formulovania ľudského obrazu reality, ovplyvňujú význam všetkých individuálnych faktov vo vzťahu jednotlivca k okolitému svetu,
 - väčšina z mediálnej produkcie je komerčného charakteru, kde hlavným cieľom je dosiahnuť zisk,

- všetky mediálne obsahy možno nazvať druhom reklamy, a to z dôvodu, že svojím spôsobom propagujú isté hodnoty a spôsob života,
- médiá zohrávajú významnú úlohu v politike a pri formovaní spoločenských zmien,
- každé médium má svoj vlastný spôsob jazyka (Ako pochopíme jeho význam? Ako médiá vyrábajú význam? Kódy a konvencie. Naratívne štruktúry.), gramatiku a súčasne špecifickým spôsobom kóduje realitu a pod. (6).

Je potrebné si uvedomiť, že médiá, informácie a znalosti sú fenoménom, ktorý výrazne ovplyvňuje náš každodenný život. To, ako budeme vnímať my a spoločnosť paliatívnu a hospicovú starostlivosť, závisí do značnej miery od médií, od intenzity záujmu, ktorý budú venovať tejto téme, od prístupu médií ku skutočnej realite a pravdivému priblíženiu danej problematiky alebo od komerčného dosiahnutia zisku a bulvárnej prestíže.

Vychádzajúc z mapovania niektorých médií na Slovensku sme zistili, že do 12. apríla 2010:

- denník SME uverejnil 13 článkov týkajúcich sa hospicovej a paliatívnej starostlivosti, z toho:
 - 3 boli uverejnené v tlačenej vydaní SME dňa 30. 10. 2004, 30. 10. 2009, 31. 10. 2009,
 - 5 bolo uverejnených na www.korzar.sme.sk dňa 27. 11. 2001, 28. 02. 2003, 05. 04. 2004, 04. 04. 2005, 20. 06. 2008,
 - 2 boli uverejnené na www.bystrica.sme.sk dňa 04. 04. 2005, 09. 04. 2010,

- 2 boli uverejnené na www.dennik.sme.sk dňa 09. 08. 2005, 02. 06. 2007,

- 1 bol uverejnený na www.trnava.sme.sk dňa 16. 03. 2010;

- denník PRAVDA uverejnil 7 článkov týkajúcich sa hospicovej a paliatívnej starostlivosti, z toho:

- 5 bolo uverejnených v rubrike Regióny dňa 30. 05. 2006, 30. 05. 2006, 08. 03. 2008, 12. 06. 2009, 03. 04. 2010,

- 2 boli uverejnené v rubrike Domáce dňa 01. 09. 2008, 27. 02. 2010;

- denník HOSPODÁRSKE NOVINY uverejnil 3 články týkajúce sa hospicovej a paliatívnej starostlivosti, a to 02. 12. 2003, 05. 01. 2006 a 10. 2. 2007.

Slovenská televízia uverejnila prvú správu týkajúcu sa hospicovej a paliatívnej starostlivosti 5. septembra 2004 s názvom „V Nitre sa dnes začala výstavba nového hospicu“. Následne, 7. septembra 2004 informovala verejnosť s titulkom „Výstavba kontroverzného hospicu v Nitre sa začala“. V roku 2005 pripravila a odvysielala 5 reportáží, ktoré sa týkali paliatívnej a hospicovej starostlivosti: 4. apríla, 19. augusta, 19. a 20. septembra, 17. októbra. V roku 2007 uverejnila Slovenská televízia reportáž 8. júla, v roku 2008 taktiež predstavili verejnosti jednu reportáž, a to 18. decembra. Rovnako aj v roku 2009, a to konkrétne 1. apríla. Dňa 9. apríla 2010 odvysielala Slovenská televízia v spravodajstve reportáž „Malým pacientom budú slúžiť tri autá detského mobilného hospicu“.

Na základe takto získaných informácií môžeme predpokladať, že médiá nemajú záujem

o tému hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Vychádzajúc z hore uvedených údajov je zrejme, že ani regionálne denníky zastrešené denníkom SME sa témou paliatívnej a hospicovej starostlivosti nezaobierajú. Môžeme predpokladať, že ak sa daná situácia nezlepší, čiže ak médiá nevstúpia do partnerského vzťahu s hospicovou a paliatívnou starostlivosťou, nemožno očakávať, že dôjde k zmene spoločenského vnímania a participácie všetkých aktérov spoločnosti v tejto, ako aj v akejkoľvek spoločensky aktuálnej téme a problematike.

Literatúra

1. Bertolote M, et al. Prevencia samovrážd: príručka pre pracovníkov zamestnaných v médiách. Trenčín: Vydavateľstvo F 2007: 7. ISBN 978-80-88952-45-9.
2. Svatošová M. Hospic. Umenie správdzať. Bratislava: Lúč 2001: 157 s. ISBN 80-7114-335-9.
3. Križanová K. Paliatívna medicína [online]. [cit. 2010-02-23]. Dostupné na [www: <http://www.bedekerzdravia.sk/?main=article&id=260>](http://www.bedekerzdravia.sk/?main=article&id=260).
4. WHO. Cancer pain relief and palliative care in children. Geneva: World Health Organization 1998.
5. Porubčanová P. Seminár zameraný na hospicovú a paliatívnu starostlivosť a skúsenosť zo stáže v hospici sv. Michala vo Veľkej Británii. Sociálna práca a zdravotníctvo 2002; 3-4: 59-62.
6. Poláková M. Médiá v službách výchovy. In: QUO VADIS MASS MEDIA – Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie doktorandov 2009. Trnava: Fakulta masmediálnej komunikácie UCM v Trnave 2009: 476-490.

Mgr. Miroslava Kolajová

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita
Univerzitné námestie 1, 918 43 Trnava
kolajova.mirka@gmail.com

Zborník prednášok z 5. ročníka Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti

Paliatívna medicína a liečba bolesti – Supplement 2

Citačný index: Paliat. med. lieč. boles. Supl.

Vychádza ako príloha časopisu Paliatívna medicína a liečba bolesti.

Časopis je indexovaný v Bibliographia Medica Slovaca (BMS).

Citácie sú spracované v CiBaMed.

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Spracovala spoločnosť SOLEN, s.r.o., vydavateľ časopisu Paliatívna medicína a liečba bolesti

Adresa redakcie: SOLEN, s.r.o., Lovinského 16, 811 04 Bratislava

www.solen.sk, e-mail: redakcia@solen.sk

Redaktorka: Ing. Jana Repiská, repiska@solen.sk

Obchodné oddelenie: Mgr. Jana Chrenková, chrenkova@solen.sk

Grafická úprava a sadzba: Ing. Danka Pohlodová, pdanka@chello.sk

Zostavovateľ:

Mgr. Dušana Pčolková

Recenzenti:

doc. MUDr. ThDr. Mgr. Max Kašparů, PhD.

doc. PhDr. Mgr. Patrícia Dobříková, PhD.etPhD.

doc. PhDr. Nadežda Kovalčíková, PhD.

MUDr. Kristína Križanová

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

Reprodukcia obsahu je povolená len s priamym súhlasom redakcie.

ISSN 1337-9917

Paliatívna medicína a liečba bolesti – Supplement 2 | 2010; 3 (S2) | www.solen.sk

POLOHOVATEĽNÉ LÔŽKA PRE HOSPICOVÚ A DOMÁCU STAROSTLIVOSŤ

BETA

- ✓ 2- alebo 4-dielna ložná plocha, s pevnou výškou
- ✓ ovládanie chrbtového dielu plynovou pružinou
- ✓ ovládanie stehenného dielu plynovou pružinou (4-dielna ložná plocha)
- ✓ lýtkový diel – ovládanie mechanickým rastrom (4-dielna ložná plocha)
- ✓ nosnosť lôžka 170 kg
- ✓ spustiteľné celodrevené postranice
- ✓ celodrevené čelá M05
- ✓ kolieska 4 x 100 mm, diagonálne brzdené



od 498,61 €
(15 021,12 Sk)



3.222,52 €
(97 081,64 Sk)

LATERA THEMA

- ✓ 4-dielna ložná plocha
- ✓ elektrické ovládanie zdvihu, chrbtového a stehenného dielu, laterálneho náklonu
- ✓ obojstranný laterálny (bočný) náklon 15°
- ✓ ložná plocha na 3-stĺpovej konštrukcii – vysoká nosnosť a stabilita lôžka
- ✓ kardio poloha
- ✓ pozdĺžne spustiteľné postranice s hliníkovými lištami
- ✓ lôžko prináša komfort pre ležiaceho aj ošetrojúcu osobu
- ✓ zníženie fyzickej námahy pri bežných ošetrovateľských úkonoch

TERNO PLUS

- ✓ najpredávanejší model elektricky polohovateľného ošetrovateľského lôžka v našom sortimente
- ✓ 4-dielna ložná plocha
- ✓ elektrické ovládanie zdvihu, chrbtového a stehenného dielu
- ✓ nosnosť lôžka 170 kg
- ✓ spustiteľné celodrevené postranice a celodrevené čelá
- ✓ zvýšená samostatnosť ležiaceho a uľahčenie práce ošetrojúceho
- ✓ kolieska 4 x 100 mm, zabrzditel'né



891,31 €
(26 851,61 Sk)