

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

**Percepce životních hodnot u pacientů v terminálním
stádiu nemoci**

Bc. Oldřich Hošek

Diplomová práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Oldřich Hošek**
Osobní číslo: **Z13135**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech**
Název tématu: **Percepce životních hodnot u pacientů v terminálním stádiu nemoci**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:


1. HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
2. KELNEROVÁ, J. Tanatologie v ošetrovatelství. 1. vyd. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.
3. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie smysluplnosti existence: otázka na vrcholu života. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1370-5.
4. MARKOVÁ, K. Sestra a pacient v paliativní péči. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 80-239-8592-2.
5. SVATOŠOVÁ, M. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných? 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: 1. prosince 2013
Termín odevzdání diplomové práce: 4. května 2015


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. března 2015

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, která na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 1. 5. 2015

.....

Bc. Oldřich Hošek

Poděkování:

Velké poděkování patří vedoucí diplomové práce PhDr. Kateřině Čermákové, DiS. za její odborné vedení, cenné rady, ochotu, vstřícnost, profesionální přístup a za konzultace, které vedla v přátelském duchu.

Další poděkování patří vrchním sestřám, které povolily, aby na jejich oddělení mohlo probíhat výzkumné šetření. Poděkování patří i všeobecným sestřám za jejich čas a ochotu. Největší poděkování patří všem respondentkám, které se zúčastnily rozhovorů. Velké díky jim patří za jejich čas, který mi daly.

V neposlední řadě bych rád poděkoval své rodině a přátelům.

Anotace

Diplomová práce s názvem *Percepce životních hodnot u pacientů v terminálním stádiu nemoci* je prací teoreticko-výzkumnou. V teoretické části je popisována problematika umírání a smrti, paliativní a hospicové péče, postojů, hodnot a hodnotové orientace a v neposlední řadě je v práci popsána existenciální analýza, logoterapie a představujeme zakladatele fenoménů V. E. Frankla. V empirické části jsou prezentovány jednotlivé případové studie respondentů, u kterých byla ukončena kurativní léčba a následně započata léčba paliativní či symptomatologická. Rozhovory byly zaměřeny na zmapování životních hodnot u vybraných respondentů, kteří si museli uvědomit blízkost smrti.

Klíčová slova

umírání, paliativní péče, životní hodnoty, existenciální analýza, logoterapie

Annotation

The Diploma thesis „*Perception of life values by patients in the terminal stage of a disease*“ is composed of theoretical and investigatory part. The theoretical part describes the issue of dying and death, palliative and hospice care, attitudes, values and values' orientation. Last but not least it talks about existential analysis with logotherapy and the founder of those phenomena V. E. Frankl. The empirical part presents respective case studies of respondents who have just finished with curative care and have started palliative or symptomatology care. The interviews were focused on mapping life values of those respondents who had to realize their proximity to death.

Key words

dying, palliative care, life values, existential analysis, logotherapy

OBSAH

ÚVOD	11
CÍLE DIPLOMOVÉ PRÁCE	13
I. TEORETICKÁ ČÁST	14
1 Umírání a smrt	15
1. 1 Umírání	15
1. 2 Fáze umírání	16
1. 3 Smrt.....	19
2 Paliativní a hospicová péče	20
2. 1 Paliativní péče.....	20
2. 1. 1 Filosofie paliativní péče.....	21
2. 1. 2 Dělení paliativní péče	21
2. 1. 3 Komunikace s pacientem v paliativní péči	22
2. 2 Hospicová péče	23
2. 2. 1 Hospic	23
2. 2. 2 Domácí hospicová péče (mobilní hospic).....	24
2. 2. 3 Stacionární hospicová péče (denní stacionář).....	24
3 Postoje, hodnoty a hodnotová orientace	26
3. 1 Postoje.....	26
3. 2 Hodnoty a hodnotová orientace	27
3. 2. 1 Dělení hodnot.....	28
4 Existenciální analýza a logoterapie	31
4. 1 Viktor Emanuel Frankl	31
4. 2 Existenciální analýza	32
4. 3 Logoterapie	33
4. 4 Franklovo pojetí smyslu a hodnot.....	34

II. EMPIRICKÁ ČÁST	36
5 Výzkumné otázky	37
6 Stanovení výzkumného vzorku	38
7 Průběh výzkumu	39
7. 1 Přípravná fáze	39
7. 2 Výzkumný design	39
7. 3 Hodnotící nástroj.....	40
7. 4 Realizace a organizace výzkumu	42
7. 5 Analýza získaných dat	43
8 Případové studie	44
8. 1 Případová studie č. 1	44
8. 2 Případová studie č. 2	53
8. 3 Případová studie č. 3	62
8. 4 Případová studie č. 4.....	70
8. 5 Případová studie č. 5	77
9 Vyhodnocení případových studií	85
9. 1 Demografické údaje respondentů	85
9. 2 Aktuální kvalita života.....	86
9. 3 Hodnotová orientace života	88
9. 4 Grafické znázornění životních hodnot.....	92
10 Diskuze	95
11 ZÁVĚR.....	99
Soupis bibliografických citací	101
SEZNAM ILUSTRACÍ	106
SEZNAM TABULEK	107
SEZNAM PŘÍLOH.....	108
Příloha A - Fáze prožívání těžké nemoci dle E. K. Rossové	109

Příloha B - Informovaný souhlas	111
Příloha C - Základní charakteristická data.....	112
Příloha D - Seznam otázek.....	113
Příloha E - Žebříček životních hodnot.....	115
Příloha F - Pozorování ošetřujícího personálu.....	116
SEZNAM ZKRATEK.....	117

ÚVOD

Již od útlého věku, od doby kdy jsme schopni přijímat informace a chápat svět, nám jsou vštěpovány do naší mysli názory, postoje a hodnoty, pomocí nichž se orientujeme v našem životě. Na utváření se podílejí nejenom naši nejbližší - úzká rodina, ale taktéž naši učitelé, spolužáci, kamarádi, přátelé, kolegové a prakticky všichni, se kterými se běžně dostáváme do kontaktu. Naše orientace v dnešním světě není řízena pouze na základě osobních setkání, ale také pomocí masmédií, které na nás mají velmi silný vliv.

Současná západní společnost, kam se řadí i střední Evropa spolu s Českou republikou, je chápána jako společnost konzumní, ve které téměř každý jedinec touží po vlastnění, majetku, penězích, věcech, vysokoškolském vzdělání, postu, moci apod. Stále více přibývá vysokoškolsky vzdělaných lidí a absolventů kurzů, které nabízejí všem spokojený život - kurzy sebelásky, dokonalého vystupování a vyjadřování, kurzy asertivity atd. Pod diktátem touhy po dokonalosti bytí na tomto světě a neustálým tlakem jsou z naší mysli vytěšňovány témata týkající se umírání a smrti. Smrt jsme vytlačili na okraj, pohlížíme na ní jako na něco negativního, v dnešní uspěchané době nemá ani své místo. Jako by se nehodila do života dnešního člověka. Je zahalena jistým tabu a raději činíme, jakoby se nás smrt netýkala. Nejednou každý z nás řekl, že na něco zapomněl jako na vlastní smrt. Pro naše předky byla smrt každodenní realitou, uměli s ní zacházet, společnost si vytvářela rituály jak se smrti zacházet, aby nezraňovala a nepůsobila patologické změny u pozůstalých. Jak uvádí Marková (2010, str. 16), smrt je dnes spíše zdravotnickým problémem než realitou rodinného života.

V každém okamžiku našeho života může nastat chvíle, kdy vážně onemocníme. Každá nemoc zásadně naruší náš obvyklý způsob života a změní nás navyklý stereotyp. I při zdánlivě banální angíně dochází k neuspokojování celé řady potřeb. Vážná, resp. k smrti vedoucí nemoc je nositelkou velkých změn v pozitivním i negativním smyslu. Každého z nás donutí se zastavit a popřemýšlet o našem životě a našich životních prioritách. Doktorka Svatošová (2011b) vidí, na základě zkušeností s nevléčitelnými pacienty, rub i líc vážné nemoci. K smrti vedoucí nemoc chápe jako zlo, se kterým zdravotníci musí bojovat; ale naopak nevléčitelné onemocnění považuje i za příležitost a výzvu k tomu, aby si nemocný uvědomil, co je a není pro něj důležité, co má hodnotu trvalou a co má hodnotu pomíjivou. Nutí člověka bilancovat o tom, jak žil, kým byl, co ve svém životě dokázal a co ne, a uvědomuje si, co vykonat má, poněvadž takto nemocný člověk si velmi dobře uvědomuje hodnotu času, ze kterého nechce promarnit ani jednu minutu. (Sláma, 2013)

Diplomová práce s názvem *Percepce životních hodnot u pacientů v terminálním stádiu nemoci* je rozdělena na dvě části - část teoretickou a praktickou. V teoretické části pojednáváme o problematice umírání a smrti, paliativní a hospicové péči, postojích, hodnotách, existenciální analýze a logoterapii, pomocí nichž může smrtelně nemocný člověk najít smysl ve své zdánlivě nesmyslné životní situaci. Umírání a smrt představují uzavírající mezník lidského života, resp. završující element dané etapy nebo formy existence. Na toto zmíněné období se zaměřuje praktická část diplomové práce a dává si za cíl přiblížit pomocí kvalitativního výzkumu, zdali a jak se mění a přetvářejí životní hodnoty a pohled na život vlivem nevyléčitelné nemoci u pacientů s ukončenou kurativní léčbou.

V podobném duchu jsou publikované i jiné práce, se kterými provádíme komparaci v praktické části. Jedná se o diplomovou práci Kristíny Tóthové (2008) s názvem *Percepčia životných hodnôt u pacientov v paliatívnej starostlivosti (excistenciálne otázky v klinickej praxi)* z Filosofické fakulty Masarykovy Univerzity v Brně, a rigorózní práci Terezy Soukupové (2003) s názvem *Životní orientace v období pre finem* z Filosofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

„Muž hledá práci na farmě. Podává novému zaměstnavateli doporučující dopis. Stojí v něm jen: „Za bouřky spí.“ Majitel farmy zoufale potřebuje pomoc, proto muže najme. Uběhne několik týdnů a najednou se do údolí uprostřed noci přičene silná bouře. Majitele farmy probudí prudký déšť a vytí větru a vyskočí z postele. Volá svého nového pomocníka, ale ten tvrdě spí. Tak běží do stodoly. Ke svému údivu vidí, že zvířata jsou v bezpečí a mají dostatek krmení. Vyběhne na pole. Vidí, že spony jsou svázané k sobě a pokryté nepromokavou plachtou. Utíká do sila. Dveře jsou zajištěné a zrní suché. A pak pochopí. „Za bouře spí.“ Přátelé, pokud se staráme o věci, které jsou v životě důležité, pokud se dobře chováme k těm, které milujeme, a řídíme se svou vírou, pak naše životy nebudou prokleté utrpením z nenaplněného. Naše slova budou vždy upřímná, naše objetí pevná. Nikdy nepodlehne mučivým myšlenkám: „Mohl jsem, měl jsem.“ Budeme moci za bouřky klidně spát. A až nastane čas, naše sbohem bude upřímné.“

Inspirativní příběh od Mitcha Alboma (In: Kosová et al., 2014, str. 103)

CÍLE DIPLOMOVÉ PRÁCE

V rovině teoretické:

1. Uvést do problematiky v oblasti umírání, paliativní péči, hospicové péči a smrti.
2. Uvést do problematiky v oblasti postojů, hodnot a hodnotové orientace.
3. Uvést do problematiky v oblasti existenciální analýzy a logoterapie dle E. V. Frankla.

V rovině empirické:

4. Zmapovat, jaký postoj zaujímají vážně nemocní k onemocnění.
5. Zmapovat, jaké pocity nejčastěji prožívají nemocní v terminální fázi nemoci.
6. Zmapovat, zda dochází k transformaci životních hodnot u pacientů v terminální fázi nemoci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Umírání a smrt

Věda, zabývající se fenomény umírání a smrti, se nazývá thanatologie. Slovo thanatologie je složeno z řeckých slov *thánatos* (smrt) a *logos* (věda). Název thanatologie je odvozen od jména řeckého boha smrtelného spánku a smrti. (Špatenková et al., 2014, str. 19) Bůh Thanatos je znázorňován jako mladý muž s červenými křídly, se zhaslou pochodní či kosou. (Zamarovský, 2013, str. 176)

Thanatologie je často definovaná jako interdisciplinární vědní oblast, která pojednává o všech aspektech, jež jsou spojeny s umíráním či smrtí. (Haškovcová, 2007, str. 24) Obor je úzce spjat i s jinými disciplínami, kterými jsou především medicína, ošetrovatelství, psychologie, filosofie, teologie a právo. Z pohledu těchto oborů v thanatologii pojednáváme o otázkách jako jsou klinická smrt, pomoc při umírání, stanovení a definice smrti, zážitky při umírání, víra v posmrtný život apod. (Kelnarová, 2007, str. 9-10)

Za zakladatele thanatologie považujeme francouzského sociologa a antropologa Roberta Hertze, který vypracoval v roce 1907 první studii na toto téma. (Haškovcová, 2007, str. 25) Do oboru thanatologie přispěli i jiné významné osobnosti. Prvním z nich byla Elizabeth Kübler-Rossová, psychiatrická švýcarského původu, která formulovala základy moderní thanatologie a na základě jejího díla se začalo otevřeně mluvit o umírání. (Kelnarová, 2007, str. 10; Špatenková, 2013, str. 32) Do oboru taktéž přispěl i R. A. Moody svým empirickým výzkumem, ve kterém přináší zajímavý pohled na posmrtný život. (Ulrichová, 2009, str. 38)

1.1 Umírání

Umírání spolu se smrtí jsou tématy, které se týkají každého žijícího jedince. Umírání se vyznačuje postupným nezvratným selháváním životně důležitých funkcí, což má za následek smrt a zároveň představuje proces, který má různou délku, podobu, je individuální a ve svém slova smyslu zcela jedinečný. (Kelnarová, Matějková, 2010, str. 121)

Pokroky v medicíně a v ošetrovatelství přinesly nesporné výhody, jakými jsou odborná péče a dobré materiální i technické zabezpečení pro důstojné dožití. Nevýhodou tohoto pokroku je fakt, že při péči o umírajícího často chybí lidská upřímná účast a podpora v umírání. (Kelnarová, 2007, str. 12) Pokrok v medicíně má i své nevýhody. Jak uvádí Haškovcová (2007, str. 21), žijeme v době, kdy medicína je neskutečně mocná, technicky na velmi vysoké úrovni,

všeobecně je v ní přijímána strategie úspěchu, doslova a do písmene lékaři bojují o život každého z nás. Tento boj se většinou děje na úkor kvality života těžce nemocného, i když je jeho prognóza neslučitelná se životem, neboť smrt je v medicíně chápána jako „prohra“. Postupy, které slouží pouze k udržování nevléčitelně nemocného člověka v terminální fázi nemoci, pomocí přístrojové podpory či náhrady vitálních funkcí, nazýváme *dysthanazií*. Dysthanazie se dá vysvětlit jako smrt zadržovaná, kdy je těžce nemocnému zabráněno přirozeně zemřít. (Haškovcová, 2007, str. 31-32; Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2011, str. 323)

Problematiku dysthanazie či euthanazie dále uvádět nebudeme, neboť by svým obsahem převyšovala záměr této práce, i když si uvědomujeme provázanost této problematiky, která je úzce spjata s tématy, o kterých pojednáváme v naší práci.

1. 2 Fáze umírání

Umírání představuje proces, který můžeme rozdělit do třech časově nestejných, avšak významných období. V klinické praxi mluvíme o fázích *prae finem*, *in finem* a *post finem*. (Kupka, 2014, str. 17)

1. fáze - PRAE FINEM

V překladu znamená stav „*před smrtí*“. Fáze *prae finem* začíná okamžikem, jeli pacientovi sdělena diagnóza s infaustní prognózou. Jedná se zejména o psychologické pojetí umírání. Dochází k uvědomování si svého závažného stavu, ale mimo jiné taktéž k vytěšňování nepříjemného. (Kupka, 2014, str. 102)

Fázi *prae finem* často provází úzkost, pocit nejistoty a strach ze smrti. Z těchto důvodů je nutné, aby vedle péče lékařské, byla nabídnuta těžce nemocnému i péče psychologická. (Yalom, 2006, str. 143) Avšak péče psychologická by neměla být nabídnuta pouze nemocnému, ale i jeho rodině od okamžiku sdělení diagnózy až do nástupu samotného terminálního stavu. (Svatošová, 2011b)

Pacient v této fázi prožívá velké změny, které zásadně mění jeho život. Pomineme-li samotný fakt, že je smrtelně nemocný, dochází zpravidla ke ztrátě zaměstnání, změně socioekonomického statusu jedince, ke ztrátě některých kontaktů ze sféry přátel, což vše negativně působí na psychiku vážně nemocného pacienta. (Kupka, 2014, str. 103) Umírání můžeme označit za specifickou životní krizi.

Naprostou žádoucí je správně a vhodně zvolená komunikace s takto nemocným jedincem, zejména v době, kdy je mu sdělována závažná diagnóza, resp. i prognóza. Poměrně často většina těžce nemocných touží po otevřeném a pravdivém dialogu mezi zdravotnickým personálem a pacientem. (Sláma, 2013) Komunikace s umírajícím člověkem je velkým tématem, které činí problémy mnoha zdravotníkům, ať už lékařům či jiným nelékařským profesím. Proto tomuto tématu věnujeme větší pozornost v kapitole 2.1.3 Komunikace s pacientem v paliativní péči.

Do fáze *prae finem* bezesporu patří i přehled jednotlivých stádií procesu vyrovnávání se s vážnou nemocí, který přehledně formulovala lékařka Elisabeth Kübler-Rossová na základě poznatků, které získala trávením času s umírajícími a jejich rodinami. Definovala celkem pět fází, které popisují přijímání faktu, že smrt je nám nablízku a člověk si je vědom její reálnosti. Zmíněnými fázemi jsou *negace*, *agrese*, *smlouvání*, *deprese* a *smíření*. Umírající nemusí zákonitě projít všemi etapami chronologicky, k poslední fázi častokrát nemusí ani dojít či může stagnovat v některé ze zmíněných fází, avšak zpravidla projde jedinec postupně všemi fázemi vyrovnávání se s vážnou nemocí. Kromě nemocného těmito fázemi prochází i jeho rodina, která se nemusí shodně nacházet ve stejné fázi jako pacient samotný. (Raudenská, Javůrková, 2011, str. 209-210; Kupka, 2014, str. 96) Můžeme se setkat i se situací, kdy pacient je se svým stavem a svou prognózou smířen, avšak jeho rodina není v souladu s prožíváním umírajícího a stále ještě bojuje s nezvratitelností osudu. (Svatošová, 2011b) Boj rodiny může být pro vážně nemocného extrémně zatěžující. Rodina nemocného člověka žádá např. o *second opinion*, neboli o druhý názor jiného lékaře. Vyžádá si dokumentaci nemocného, kterou chce předložit jinému odborníkovi, nebo dokonce chce vážně nemocného převést do jiného zařízení, např. na další, pro něj zcela zbytečná, diagnostická vyšetření. (Sláma, 2013)

Fáze dle E. Kübler-Rossově podrobněji popisujeme v Příloze A na straně 109

K pěti zmíněným fázím dle Elisabeth Kübler-Rossově dodává profesorka Haškovcová i fázi nultou, nebo také nulitní, která předchází všem ostatním fázím a jedná se o úvodní fázi. Podle profesorky Haškovcové tato fáze nastává tehdy, když si jedinec začíná uvědomovat, že není vše v pořádku na základě různých symptomů. Tato úvodní etapa je časově proměnlivá, někdy krátká, někdy relativně dlouhá, avšak vysoce významná, neboť v této fázi může dojít k prodlužení z odkládání návštěvy u lékaře. (In: Raudenská, Javůrková, 2011, str. 212)

2. fáze - IN FINEM

Fáze in finem je synonymem lékařského pojetí terminální stavu a dá se volně přeložit jako „*umírání ve vlastním slova smyslu*“. Zpravidla se jedná o období posledních hodin či dnů života. V tomto stádiu umírajícímu pozvolna ubývá sil jak fyzických, tak psychických. Umírající člověk se v tomto období soustředí spíše na své vlastní prožívání, klesá zájem zprvu o cizí lidi a následně i celkově o mezilidské vztahy s přáteli a známými. Umírající si často přejí být s nejužší rodinou, někdy chtějí být sami. Pro takového pacienta ztrácejí slova význam, mnohem důležitější jsou pro něj doteky, např. držení za ruku. (Špaténková, 2014, str. 32-33) Toto doporučení potvrzuje i onkopsycholožka Kalvodová (2013), která zdůrazňuje všeobecně známý fakt, že umírající nesmí zůstat sami - přítomnost rodiny je doslova žádoucí a taktéž vyzdvihuje potřebu doteků, které pacientovi dodávají jistotu a pocit kontaktu s nejbližšími a okolím vůbec.

Mezi projevy blížící se smrti, které mohou, ale nastat nemusejí, řadíme slábnoucí puls, klesající krevní tlak, snižující se výdej moči, studené ruce a nohy nebo naopak horečka, pootevřená nebo otevřená ústa, zornice stále méně reagují na osvit, postupně se špičatící rysy ve tváři, spodní strana těla, nohy, kolena a ruce se tmavě zbarvují. Umírající má stále méně tělesných sil, je unavitelnější, prospí většinu času. Někdy se však nemusí jednat o spánek, třeba pouze se zavřenými očima přemýšlí o mnoho důležitých věcech. (Kupka, 2014, str. 107; Špinková, 2013, str. 5-6) V posledních hodinách se projevuje nepravidelné, tzv. Cheyne-Stokesovo dýchání. (Youngová, 2010, str. 18) Taktéž je popisováno chrčivé dýchání, které je způsobeno kumulací sekretu v dýchacích cestách. (Kabelka, Sláma, 2009, str. 8)

3. fáze - POST FINEM

Nejedná se o fázi umírání v pravém slova smyslu, neboť smrt již nastala. V této etapě provádíme péči o mrtvé tělo a taktéž pečujeme o pozůstalé. Těm věnujeme dostatek pochopení, ale i pozornosti jejich žalu a zármutku, který je zcela přirozený. (Špaténková, 2014, str. 31) Doktorka Svatošová (2011b) potvrzuje, že hospicová péče nekončí smrtí nemocného, ale pokračuje péčí o pozůstalé, je-li potřebná. Dle zkušeností doktorky Svatošové v českých podmínkách potřebuje přibližně třetina pozůstalých po různě dlouhou dobu nějakou formu další pomoci. V akutní fázi se jedná především o poskytnutí podrobných informací o okolnostech úmrtí příbuzného, pokud u něj v té době nebyla přítomna rodina. Tato fáze zahrnuje i fyzické rozloučení se zemřelým. V rámci péče o pozůstalé hospice rovněž pravidelně pořádají setkání pozůstalých, které jim umožňuje sdílení prožitků s lidmi, kteří si prošli obdobnou situací.

Rodina zemřelého má nadále zachovanou možnost zůstat v kontaktu s pracovníky hospice a to např. formou návštěv či korespondence.

1. 3 Smrt

Definovat smrt je poměrně složitou záležitostí, jelikož rozhodující je, z jakého pohledu se na smrt díváme. Psychologové chápou smrt jako dovršení života a všech vývojových funkcí a stádií. Pro teology znamená smrt ukončení pozemského života a začátek jiného, sociologové na smrt zase pohlížejí jako na naplnění životní dráhy. Jak sama upozorňuje Špaténková (2014, str. 34-35), klíčové je stále medicínské pojetí smrti, neboť pouze lékař je plně kompetentní prohlásit někoho za zemřelého.

Umírání se projevuje specifickými znaky, které se vyznačují oslabováním oběhové, dýchací a nervové soustavy. Stav, při kterém jsou známky života minimální, tzn. nehmatný pulz, minimální dýchání a auskultačně stěží zachytitelná srdeční akce, se nazývá smrt zdánlivá, *vita minima*. V případě zdánlivé smrti lze těžko bez použití přístrojové techniky určit, zda jedinec žije, nebo smrt již nastala. Se zdánlivou smrtí se můžeme setkat, např. při intoxikaci hypnotiky, u úrazů elektrickým proudem, při silném podchlazení, u utopených a u jedinců v bezvědomí. (Štefan, Mach, 2005, str. 11) V roce 1968 definovala Světová zdravotnická organizace smrt mozku jako závazné kritérium smrti.

Před samotnou smrtí popisujeme tzv. předsmrtnou fázi, agónii. Jedná se o období, v němž dochází k selhávání základních životních funkcí. Nejprve selhávají játra a ledviny. (Vytejšková, 2013, str. 244) Následuje smrt klinická, při které dochází k zástavě dechu a srdeční činnosti, avšak činnost mozková je prozatím zachována. Po různě dlouhou dobu umírají všechny buňky a buněčné systémy, období přežívání až po zánik poslední buňky nazýváme smrt totální, intermediární život. (Štefan, Mach, 2005, str. 11) Poslední etapou je smrt biologická, při které dochází k zániku všech buněk v těle a na EEG není žádná aktivita mozku. (Vytejšková, 2013, str. 244)

2 Paliativní a hospicová péče

Níže uvádíme dvě velká témata, která jsou si velmi blízko, avšak je nutné je rozlišovat a poukázat na jisté nuance mezi nimi, neboť by bylo velkým omylem chápat hospicovou péči jako synonymum péče paliativní. (Marková, 2010, str. 20) Paliativní péče je koncept a s myšlenkou této péče se pracuje v hospicových zařízeních (ať již v kamenném hospici či v jiných formách, které níže uvádíme). Oproti tomu v hospicovém zařízení, kde poskytujeme hospicovou péči, pracujeme s konceptem a myšlenkou paliativní péče. Jak uvádí Marková (2010, str. 20): „*zaměřovat paliativní péči s péči hospicovou by mohlo mít nedozírné následky na kvalitu ošetrovatelské péče pro všechny umírající, kteří se do hospice nedostanou*“. Dobrou paliativní péči by měli být schopni poskytnout všichni zdravotníci, což vyplývá například z Věstníku Ministerstva zdravotnictví (2004, str. 1), který pojednává o koncepci ošetrovatelství. Ve Věstníku MZ je psáno: „*součástí ošetrovatelství je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti*“. Dále je zde zmíněno: „*ošetrovatelská péče je poskytována v rámci integrované i paliativní péče*“.

2. 1 Paliativní péče

Definice paliativní péče existuje celá řada, žádná z nich však není ustanovena jako základní. Ve všech definicích můžeme najít společné rysy, na které se paliativní péče zaměřuje. Jedná se především o kvalitu života těžce nemocného, řešení obtížných symptomů - zejména je zdůrazňována bolest a specifikace skupin pacientů, kterým je paliativní péče indikována. (Marková, 2010, str. 19) International association for hospice and palliative care nabízí následující definici: „*Paliativní péče je péče o pacienty s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Předmětem péče je úleva, prevence utrpení a kvalita života*.“ (IAHPC, 2013)

Sláma, Kabelka a Vorlíček (2011, str. 24) uvádějí taktéž výstižnou a rozšířenou definici paliativní péče, podle nich by tato péče měla představovat aktivní, komplexní a na kvalitu života orientovanou péči poskytovanou pacientovi s nevléčitelnou chorobou v pokročilém či terminálním stádiu nemoci. Cílem paliativní péče je zmírnění bolesti a dalšího strádání ve všech dimenzích jedince, zachování důstojnosti a poskytnutí podpory rodině nemocného.

WHO dodává: „*paliativní péče by měla být nabídnuta a poskytnuta od sdělení diagnózy, v době progresu nemoci, až do konce života*“. (in Hall, 2011, str. 12) Nezaměřuje se tudíž pouze

na pacienty ve fázi in finem, neboli na pacienty bezprostředně před smrtí, ale má být uplatněna v průběhu trvání nemoci, kdy mají být kontinuálně řešeny všechny obtíže spojené s onemocněním. (Marková, 2010, str. 19)

2. 1. 1 Filosofie paliativní péče

Z etymologického hlediska slovo paliativní pochází z latinského slova pallium. Pallium je pruh látky tkané z ovčí vlny, kterou papež v Římě předával metropolitům. (Král, 2012) Podstatou paliativní péče je „zakrýt“ rouškou nepříjemné symptomy spojené s nevléčitelným onemocněním. (Munzarová, 2005, str. 62)

Cílem paliativní péče je dosažení a udržení co nejlepší možné kvality života nevléčitelně nemocného. Světová zdravotnická organizace (2014, str. 5) stanovila hlavní zásady, podle nichž paliativní péče *„poskytuje úlevu od bolesti a jiných tísnivých symptomů, podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na zcela přirozený děj (nesnaží se o urychlení, ani o oddálení smrti), zahrnuje do péče i aspekty psychologické a spirituální, nabízí systém podpory pacientovi tak, aby mohl žít co nejaktivněji až do smrti, nabízí systém podpory pro rodinu ve zvládnutí umírání a následně v době zármutku a v neposlední řadě využívá týmového přístupu“*.

2. 1. 2 Dělení paliativní péče

Paliativní péči můžeme rozdělit na obecnou a specializovanou.

Obecná paliativní péče

Touto péčí označujeme dobrou klinickou péči, kterou nevléčitelně nemocným jedincům poskytují zdravotníci všech odborností v rámci své rutinní činnosti. Obecná paliativní péče představuje především kvalitní komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem, využívání léků k mírnění bolesti a jiných symptomů, ochotu lékařů tyto léky předepisovat, dostupnost psychologické péče apod. (Sláma, Kabelka, Špinková, 2013, str. 3)

Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je aktivní mezioborová péče poskytovaná týmem odborníků, tzv. paliativním týmem, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně školeni. Paliativní tým by se měl skládat z lékařů různých odborností, všeobecných sester, sociálního pracovníka, psychologa, fyzioterapeuta, pastoračního pracovníka a dle potřeby může obsahovat i další odborníky. (Mach, 2013, str. 179) Tato forma péče je poskytována v lůžkových a mobilních

hospicích, na odděleních a v ambulancích paliativní péče. (Sláma, Kabelka, Špinková, 2013, str. 3)

2. 1. 3 Komunikace s pacientem v paliativní péči

Na komunikaci s vážně nemocným pacientem v paliativní péči musíme pohlížet jako na kruciólní záležitost, neboť právě samotná komunikace může mít rozhodující vliv na následné prožívání a chování těžce nemocného pacienta.

Kupka (2014, str. 98) tvrdí, že pro člověka, který se dozví svou infaustní prognózu, je velmi důležitá nejenom léčba bolesti a jiných symptomů doprovázejících samotné onemocnění, ale také jasné rozhodování a zejména průhledná komunikace s lékařem. Podobného názoru je i lékař a specialista v paliativní péči O. Sláma (2013), který na základě svých zkušeností potvrzuje, že většina pacientů s nepříznivou prognózou touží po férové komunikaci. Férová komunikace představuje komunikaci *empatickou*, ale zároveň *otevřenou* a *pravdivou*. Jedině když lékař hovoří s pacientem „férově“, může se následně pacient aktivně spolupodílet na rozhodování a plánování. Je dobré, když se pacient svému lékaři, ke kterému si vybudoval důvěru na základě férové komunikace, svěří s tím, co by chtěl ještě v čase, který mu zbývá, učinit. S ohledem na vyjádřené přání nemocného se může lékař pokusit přizpůsobit péči o pacienta tak, aby mu pomohl s naplněním jeho cíle. Každopádně nedoporučuje pacienta nechávat v nejistotě, poněvadž neinformovaný pacient není schopen se podílet na rozhodování o své vlastní osobě. Možnost spolurozhodování rovněž zachovává autonomii pacienta. Identického názoru je česká zakladatelka hospicového hnutí, doktorka Marie Svatošová (2011c), která apeluje, aby se za každou cenu pacientovi nelhalo. Vážně nemocný si totiž uvědomuje hodnotu času, ve kterém musí vykonat pro něj důležité záležitosti (provést návštěvy, urovnat vztahy v rodině, napsat závěť aj.)

V dnešní době je již zřídka kdy využívána strategie milosrdné lži - *pia fraus*. Jedná se o situace, kdy lékař ví všechno, rodina podstatně a samotný pacient nic. (Ptáček, Bartůněk et al., 2011, str. 92) Při milosrdné lži se často zdravotníci (zejm. lékaři, neboť jsou jako jediní kompetentní ve sdělování diagnózy) odvolávají na to, že „berou ohledy“ na pacienta a nechtějí mu brát naději. Doktorka Svatošová (2011c) i přední český onkolog profesor Vorlíček (2013) jsou oba takového názoru, že při sdělení pravdy nemocnému naději nebereme, protože je mnohovrstevnatá, a v případě vážně nemocných a umírajících se naděje zaměřuje na klidné a důstojné umírání.

Co se týče sdělování diagnózy, tu pacientovi nabízíme pokaždé. Nesdělujeme jí pouze pacientům, kteří si to výslovně nepřejí. To se však stává u minimálního počtu pacientů. (Vorlíček, 2013) Pacienta o jeho zdravotním stavu informuje vždy, ale rodinu až s jeho souhlasem. Jen on ví, komu o své diagnóze říct chce a komu ne. Opačný postup by byl nejen nekorektní vůči pacientovi, ale hlavně protizákonný. (Svatošová, 2011c) Oproti tomu prognózu pacientovi zpravidla nenabízíme, jestliže se na ní sám nezeptá. Pakliže naléhá, odpovídáme velmi obecně než je tomu v případě diagnózy. (Vorlíček, 2013)

V paliativní péči je neodmyslitelná změna cíle. V případě rozvinutého onkologického onemocnění a přestupu z kurativní léčby na léčbu paliativní, robotující či symptomatologickou, již není cílem odstranění nádoru z těla ven, ale cílem je, co můžeme vykonat, aby nádor nemocnému působil co nejmenší obtíží při zachování co nejvyšší možné kvality života. (Sláma, 2013)

2. 2 Hospicová péče

Jedná se o zvláštní typ zdravotní péče, která se zaměřuje zejména na kvalitu konce života umírajícího. (Kupka, 2014, str. 31) Hlavní myšlenkou hospicové péče je úcta k člověku a k jeho životu. (Svatošová, 2011a, str. 115)

Hospicová péče může být rozdělena do více forem. Jednak na *lůžkovou hospicovou péči* (kamenný hospic), *domácí hospicovou péči* (dnes se více vžil termín mobilní hospic) a na *stacionáře*.

2. 2. 1 Hospic

Podoba dnešních hospiců vznikla v kolébce hospicového hnutí, ve Velké Británii. Za propagátorku je považována původně zdravotní sestra, později lékařka, Cicely Saundersová. (Munzarová, 2005, str. 78) Již v mladém věku byla přesvědčena, že umírající potřebují specifickou formu péče, kterou naleznou v hospici. (Kelner, 2014, str. 30) První hospic byl otevřen v roce 1967 snahou Cicely Saundersové. Prvním hospicem v České republice byl hospic Anežky České v Červeném Kostelci, otevřený v roce 1995 zásluhou MUDr. Marie Svatošové. (Kavlach, 2011, str. 224)

Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, za každé situace bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen. (Svatošová, 2011a, str. 115)

Aby mohl být pacient přijat na hospicové lůžko, musí splnit následující čtyři kritéria. Nemocného choroba ohrožuje na životě, potřebuje paliativní léčbu a péči, není již nutná hospitalizace v nemocnici a v neposlední řadě nestačí nebo není možná péče v domácím prostředí, kterou se snažíme upřednostňovat. (Kelner, 2014, str. 30; Svatošová, 2011b)

V hospici je obvykle 25 lůžek, interiér je zařízen tak, aby spíše připomínal domov než nemocnici, které mají pacienti po náročných léčbách dost. Denní režim se výrazně liší od nemocničního a je zcela uzpůsoben umírajícímu. Návštěvy jsou povoleny 24 hodin denně, taktéž je možná trvalá přítomnost rodiny. Pokud rodina vyjádří souhlas, může se podílet na péči o umírajícího. (Kalvach, 2011, str. 224; Kupka, 2014, str. 32-33)

Dle doktorky Svatošové (2010) velký problém tkví v tom, že se lidé ho hospice dostávají pozdě, častokrát ne zcela informováni a připraveni.

2. 2. 2 Domácí hospicová péče (mobilní hospic)

Z pohledu umírajícího se jedná o ideální formu hospice, neboť může být ve svém známém, láskyplném prostředí. (Kupka, 2014, str. 31) Cílem je, pokud je to alespoň trochu možné, co nejdéle ponechat umírajícího v jeho domácím prostředí. (Svatošová, 2011b) Pro mobilní hospicovou péči by měl přijít v úvahu každý pacient, který vyjádří přání. Svatošová nadále uvádí, že ve velké většině se rodina o umírajícího postarat chce. Pokud umírající vyjádří přání zůstat doma, a rodina se taktéž přikloní k domácí hospicové péči, nesmíme je nechat bez pomoci. Na zdravotnících je poskytnout psychickou pomoc, praktické rady, naučit některé ošetrovatelské výkony, které mohou rodinní příslušníci zvládnout sami - zprvu za asistence zdravotníka. (Kelner, 2014, str. 31-32)

2. 2. 3 Stacionární hospicová péče (denní stacionář)

Stacionáře jsou ve světě běžné, zejména v Anglii, v našich podmínkách se zatím příliš nevžily. Tyto stacionáře fungují převážně jako „klubová záležitost“ pro nemocné, kteří jsou ještě v relativně dobrém stavu, ale už nemohou být sami doma. Výhodou pohybu ve stacionáři je, že si zde mohou nemocní popovídat i o věcech, kterými nechtějí zatěžovat svou rodinu, ale

potřebují o nich mluvit. (Svatošová, 2011b) Prakticky je ráno pacient přijat a odpoledne či večer se vrací domů, dopravu zajišťuje buď sama rodina, nebo hospic. (Kupka, 2014, str. 32)

3 Postoje, hodnoty a hodnotová orientace

3.1 Postoje

V psychologii existuje celá řada chápání tohoto pojmu. Výrost (2009, str. 129) definuje postoje jako systém, pomocí kterého vyjadřujeme své pozitivní či negativní hodnocení. Postoje jsou součástí osobnosti, úzce souvisí se sklony a zájmy, předurčují chápání, myšlení a citění. Obsahují složku *kognitivní* (poznávací), *afektivní* (citovou) a *behaviorální* (konativní). Nejsou vrozeným prvkem osobnosti, formují se postupně od útlého věku, v rámci procesu nazývaného socializace. Utvářejí se výchovou, vzděláváním a učením, působením sociálního okolí a taktéž na základě našich zkušeností. I když postoje představují vlastnost relativně stálou, může dojít v průběhu života k jejich změně, např. na základě našich zkušeností. Postoje jedince lze kvantitativně měřit či obsahově analyzovat podle vztahu k hierarchii hodnot. (Hartl, Hartlová, 2009, str. 442) Lze je taktéž chápat jako psychickou dispozici, která trvale a nepřetržitě vede jedince v životě k výběrovosti při přijímání vlivů z vnějška. (Výrost, 2008, str. 153)

Profesor Nakonečný (2009, str. 249) rozlišuje *postoje centrální* a *okrajové*. Postoje centrální jsou ty, které se týkají klíčových objektů, např. rodiny, druhých lidí, sexu a celkově hodnot, které považujeme za důležité. Centrální postoje mají pro jedince velký význam, neboť upevňují sebevědomí a pomáhají překonávat úzkost. Oproti tomu postoje okrajové, někdy také nazývané jako marginální, jsou pro nás velmi málo významné nebo jim nepřisuzujeme prakticky žádný význam. Může se například jednat o zahraniční politiku a vztahy v cizím státě.

Postoje mají svou funkci, která umožňuje adaptovat se člověku na prostředí. (Výrost, 2008, str. 127) Rozlišujeme 5 funkcí postojů. *Funkce instrumentální* spočívá v dosažení prospěchu nebo vyhnutí se trestu, resp. maximalizace zisků a minimalizace ztrát. *Funkce kognitivní*, nebo také funkce vědomostní, pomáhá vytvářet si názor na svět. Pomocí *hodnotové funkce* můžeme vyjadřovat hodnoty a utvářet si vlastní sebepojetí. Funkce *ego-obranná*, nazývaná rovněž jako ego-defenzivní, napomáhá chránit před úzkostí, ohrožením vlastní úcty a k udržení obrazu vlastní stability. Ego-obranná funkce umožňuje překonávat konflikty a náročné životní zkoušky. Poslední funkcí je *sociálně-adjustační funkce*, která souvisí s pocitem sociální sounáležitosti a umožňuje zprostředkování vztahů s jinými lidmi. (Nakonečný, 2009, str. 248-249; Výrost, 2008, str. 127-128)

3. 2 Hodnoty a hodnotová orientace

Jedná se o poměrně složitou problematiku, neboť pojem svým významem zasahuje i do jiných vědních disciplín, jako je například filosofie, lékařství či ekonomie.

Hodnoty řadíme do dynamické části osobnosti (Yalom, 2006, str. 28) a spadají spolu s potřebami do psychologie motivace, poněvadž spolu tvoří elementární komponenty naší životní motivace. (Mikšík, 2007, str. 89) Hartl a Hartlová (2009, str. 192) hodnoty definují jako vlastnosti, které jedinec přisuzuje objektům, situacím, událostem či činnostem ve spojitosti s uspokojováním jeho potřeb a zájmů. Tyto hodnoty si jedinec vytváří a postupně diferencuje v rámci socializace, ve které se odpoutává od světa vrozených smyslových hodnot. (Nakonečný, 2009, str. 295) Výrost (2008, str. 152-153) vysvětluje hodnoty jako objektivní a společenské jevy hmotné či duchovní povahy, které slouží k uchování a rozvoji základních vztahů mezi člověkem a společností, člověkem a přírodou, k zachování a vývoji samotného lidského života. Pro Maslowa jsou hodnoty něčím, pro co má cenu žít. (In: Křivohlavý, 2006, str. 35) Podobně smýšlí o hodnotách i Šebek, podle kterého představují to, co lze nazvat individuálním životním smyslem a jsou mírou ceny života vůbec. (In: Soukupová, 2003, str. 8) To potvrzuje i Hoskovec (2002, str. 67), podle kterého jsou hodnoty pro člověka velmi významné, neboť dávají životu směr. Dá se vyvozovat, že hodnoty o nás vypovídají, co považujeme v životě za nejpodstatnější, čeho si vážíme a ceníme. Synonymem pro hodnoty by mohly být životní priority. (Mikšík, 2007, str. 88) Dle profesora Nakonečného (2003, str. 437) v užším slova smyslu v psychologii hodnota znamená subjektivní pojetí dobrého, a hodnotné je to, co je atraktivní.

Kromě výše zmíněného, můžeme najít i další význam hodnot v životě člověka, a to, že jsou v neposlední řadě důležitým faktorem sociální regulace a mezilidských vztahů. (Nakonečný, 2009, str. 241)

Hodnoty jsou úzce spjaty s postoji, neboť právě z nich vycházejí. (Nakonečný, 2009, str. 253) Říčan (2010, str. 105) tvrdí, že hodnoty (lidově žebříček hodnot) jsou nejobecnějšími postoji, které určují celý náš životní styl a orientaci člověka ve světě. Hodnoty můžeme chápat i jako nejvyšší abstrakci konkrétních postojů. Projevují se totiž v chování jedince - určují naši selekci při volbě mezi možnostmi, v preferenci a při rozhodování.

Hodnoty jsou, podobně jako postoje, do jisté míry spjaty se zájmy, dokonce můžeme hodnotovou orientaci označit za „dominantní zájmy“. Prakticky se jedná o to, že jakmile pronikne jistý zájem celým našim životním stylem, významně určuje hodnotovou orientaci

každého z nás, např. zájem o umění. Naopak ani sebesilnější zájem nemusí znamenat pro jedince hodnotu. Diferenciace mezi hodnotou a silným zájmem je v tom, že hodnota je přijímána jako norma, resp. má normativní aspekt. (Říčan, 2010, str. 106)

Hodnoty, které si seřadíme dle subjektivní důležitosti, pojmenováváme jako hodnotovou orientaci, hierarchii hodnot. (Hoskovec, 2002, str. 67)

3. 2. 1 Dělení hodnot

Hartl a Hartlová (2009, str. 192) dělí hodnoty na *pozitivní*, to co je příjemné či žádoucí, na *negativní* - co je naopak nepříjemné, nežádoucí a nechtěné a dále na *přímé* a *nepřímé*. Rozdíl mezi přímou a nepřímou hodnotou spočívá v tom, zda k uspokojení potřeby dojde přímo nebo díky něčemu. V případě nepřímé hodnoty je uspokojena potřeba pomocí něčeho, např. pocítujeme-li hlad, můžeme si koupit jídlo za peníze, které máme. Kromě toho můžeme rozlišovat hodnoty nižší, které jsou u všech živočichů a hodnoty vyšší, které jsou specifické pouze pro člověka. Nižší hodnoty vybízí jedince k zachování, příp. k usnadnění a zpříjemnění života. Prakticky se jedná o pudové uspokojování potřeb. Taktéž jsou spojovány s první signální soustavou. Oproti tomu vyšší hodnoty se zaměřují na potřeby přejaté výchovou, kulturou či na základě našeho úsudku. Do kategorie vyšších potřeb řadíme krásu, čest, spravedlnost, poctivost, soucit, lítost aj. (Hartl, Hartlová, 2009, str. 192)

Nakonečný (2009, str. 253) ve své práci rozlišuje *hodnoty materiální, sociální a duchovní*. *Materiální hodnoty* jsou typické pro západní konzumní společnost. Do této skupiny hodnot řadíme majetek, peníze, jídlo, ale i pohodlí a zdraví. V kontrastu s materiálními hodnotami jsou hodnoty duchovní, které uspokojují potřeby a zájmy jedinců, ale nejsou při samostatném uspokojování spotřebovávány. Duchovní hodnoty jsou spjaty s kulturou, vzděláváním, vědou, ale řadí se sem i hodnoty morální jako je dobro, a estetické hodnoty - krásu. Produktem mohou být literární, vědecká a umělecká díla, např. v malířství. Do dělení jsou zahrnuty i *sociální hodnoty*, které se vyjadřují ve vztahu k ostatním ve společnosti, řadíme sem např. přátelství, lásku, sounáležitost, kooperaci, ale můžeme si pod nimi představit i právo na bezpečí v době nemoci či ve stáří, ale taktéž právo na ochranu dětí, mládeže aj. Následně Nakonečný (2009, str. 253) rozděluje hodnoty i z hlediska obecnosti, na hodnoty obecné a instrumentální. Svoboda, štěstí, moudrost, zdraví aj. reprezentují obecné hodnoty. Ve srovnání s obecnými hodnotami, jsou instrumentální hodnoty ty, pomocí nichž se smysl života o obecné hodnoty naplňuje, tedy prostředky k jejich dosažení. Mohlo by se jednat o manželství, které může být

pokládáno za prostředek k dosažení životního štěstí. Ještě specifičtější hodnotou pak může být určitý typ manželského partnera. O obecných hodnotách se zmiňuje i Krivohlavý (2006, str. 35), který rozlišuje hodnoty obecné a osobní. Osobními hodnotami můžeme rozumět klasifikaci nějakých událostí v životě, při kterých pokládáme otázku: „*Co má pro mě cenu?*“ Při obecných hodnotách pokládáme otázku „*Co vůbec cenu má?*“

Hodnotovou orientaci můžeme dělit i dle Sprangerovy typologie. Spranger byl německý psycholog a pedagog. Rozlišuje celkem 6 typů hodnotových orientací. Prvním typem je *teoretický typ*. Pro jedince, u kterého převládá tento typ hodnotové orientace, je velmi významné poznání a pravda. Jedinec má tendenci být za každou cenu racionálně kritický, logický a systematický. Klade důraz na empirické výzkumy, nebo se ubírá filosofickou cestou. Často najde uplatnění jako vědec či filosof. Druhým typem je *typ estetický*. Dominantní hodnotou v jejich životě je krása, touha po dokonalosti a jeho cílem je prožívat harmonii. Upřednostňuje prožitek, je citově založený. Spranger dále rozlišuje *ekonomický typ*. Jedná se o praktického jedince, u něhož jeho hlavní hodnotou je užitečnost. Životním cílem je dosažení bohatství a blahobytu, komfortu a mít se celkově dobře. Takový člověk se orientuje zejména na životní jistoty, maximalizaci příjmů a pohodlné bydlení. Ústřední hodnotou pro jedince *sociálního typu* je láska k druhým, sebeobětování se. Projevuje se touha pomáhat druhým, bývá altruistický a humánní, dokáže se vcítit. Hodnoty jako pravdu, majetek a peníze či krásu, považuje za důležité, pokud jsou ku prospěchu i ostatním. V kontrastu se sociálním typem je *typ politický*, pro kterého je hlavní hodnotou moc, touha vládnout, mít přesilu, podmanit si ostatní ve společnosti a vybojovat si své společenské postavení tak, aby ostatní na něm byli závislí. Poslední *náboženský typ* vyjadřuje lhostejnost k materiálním hodnotám, oceňuje duchovní hodnoty. Hledá smysl života, vyšší realitu a touží po transcendenci. (Kelnarová, Matějková, 2014, str. 18; Mikšík, 2007, str. 94-95)

Velmi zajímavý pohled na klasifikaci hodnot přinesl humanistický psycholog, filosof a sociolog, Erich. S. Fromm, který je autorem teorie nazývané *Nová společnost*, kterou popisuje ve své publikaci *Mít, nebo být?* V knize pojednává o rysech nového člověka, toužícího po vlastnění, jakožto člena konzumní společnosti. E. Fromm rozlišuje dva způsoby vnímání světa, resp. přístupy ke světu. První je *Mít*, neboli *hodnota „míti“*, která je orientována na majetek a zahrnuje v sobě chtivost po penězích, statcích, movitostech, věcech atd. U jedinců s touto dominantní hodnotou je patrná agrese a chamtivost. Druhým způsobem vnímání světa je *Být*, neboli *hodnota „byti“*, která je zaměřena na procesy, tvorbu a změny. U jedinců s touto

hodnotou je možné naopak sledat touhu po poznání a sebevývoji. (Fromm, 2001; Nakonečný, 2003, str. 61)

4 Existenciální analýza a logoterapie

Logoterapie a existenciální analýza, které Frankl založil, jsou psychoterapeutickými směry, jež se zaměřují na duchovní stránku lidské existence, která je výsadou člověka samotného. Duchovní stránka se projevuje svobodou v osobních volbách, odpovědností za ně a prožíváním jejich smysluplnosti či nesmyslnosti vzhledem k životním hodnotám. Frankl podává existenciální analýzu jako antropologii a teorii o možnostech plné existence, logoterapii představuje jako praktické uplatnění v tématech o smyslu. (Vymětal, 2010, str. 257)

Před samotným pokračováním o existenciální analýze a logoterapii si dovoluujeme představit již zmíněného zakladatele existenciální analýzy a logoterapie, významného rakouského lékaře, neurologa, psychiatra Viktora Emanuela Frankla. Bez uvědomění si jeho životního příběhu a všech souvislostí, bychom jen stěží pochopili jeho pohnutky a základy jím vytvořené teorie.

4.1 Viktor Emanuel Frankl

V. E. Frankl se narodil v roce 1905 ve Vídni, kde také v roce 1997 zemřel. Franklovy kořeny sahají do Čech - do Prahy a na jižní Moravu. Jeho matka pocházela z pražské židovské rodiny, otec z jižní Moravy. Na matku V. E. Frankl vzpomínal jako na velmi milou a dobrou ženu. Otce charakterizoval jako muže se stoickým přístupem k životu, plného zásad a povinností. Dá se říci, že po otci zdědil racionálnost, a svou schopnost vcítit se a vnímavost získal po své matce. Už jako malé dítě měl sklony k sebezpozorování a již na základní škole učitele překvapoval hloubkou svých dotazů. Při studiu na střední škole Frankla velmi ovlivnila sebevražda spolužáka, který byl nalezen mrtvý s Nietzscheho knihou vedle sebe, čímž se Frankl ujistil, jakou sílu mají filosofické myšlenky na člověka a jak zhoubný je nihilismus. Po střední škole Frankl studoval lékařskou fakultu, po jejímž absolvování zahájil svou dráhu v psychiatrii. Frankl ve třicátých letech začal pracovat na neuropsychiatrické klinice Vídeňské univerzity. Doba se vyznačovala velkou hospodářskou krizí a vysokou nezaměstnaností. Frankl využil příležitosti a začal se ve svém volném čase věnovat poradenské činnosti s problematickou mládeží v poradnách, které si sám založil. Tady se postupně začaly rýsovat základy jeho teorie. Při práci s mladými lidmi, kteří měli problémy, si začal uvědomovat, že mnozí frustrovaní nezaměstnaní lidé, se začali cítit lépe, když jim byla nabídnuta jakákoliv práce, třebaže bezplatná. Vycítil, že pocit prázdnoty života pro mladé nezaměstnané byl mnohem horší než

chybění placeného zaměstnání. (Drapela, 2008, str. 145-146; Kučera, 2013, str. 30; Plháková, 2006, str. 214)

Během několika dalších let začala německá armáda okupovat Rakousko. Frankl dostal možnost zem opustit, ale rozhodl se zůstat se svými starými rodiči. Zanedlouho musel do koncentračního tábora pro svůj židovský původ, kde se setkal s nelidským zacházením a ponižováním své osoby. Právě možná tyto zkušenosti se staly katalyzátorem jeho teorie. Frankl si své myšlenky během věznění zaznamenával. Bohužel, jeho rukopis byl vězeňskými dozorci nalezen a zničen, avšak myšlenky, které obsahoval, byly zachovány. Evidentně to byla zkušenost z tábora smrti, která dodala jeho teorii na síle a věrohodnosti. Po návratu z koncentračního tábora bylo pro Frankla velkým zklamáním zjištění, že celá jeho rodina byla Němci vyvražděna, s výjimkou jeho sestry. I přes tuto tragédii v jeho osobním životě našel tolik síly, aby se vrátil zpět ke své odborné práci, získal vedle lékařského titulu i doktorský titul z filosofie, napsal spoustu knih, přednášel na Vídeňské univerzitě, ale i na mnoha jiných místech po celém světě. Pracoval jako přednosta neurologického oddělení, je zakladatelem Rakouské společnosti pro psychiatrii a vláda mu udělila rakouskou státní cenu za veřejné vzdělávání. (Drapela, 2008, str. 146)

4. 2 Existenciální analýza

Na začátku by bylo vhodné definovat samotný pojem *existence*, který pochází z latinského *existentia*, což se dá přeložit jako něco, co vystupuje, jde vně. Existence tedy znamená, že něco opravdu je ve skutečném, resp. fyzickém světě a toto slovo je synonymem českého slova *bytí*. Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu (2011) definuje existenciální analýzu jako „*psychoterapeutický přístup, zabývající se fenomenologickou analýzou podmínek naplnění života (existence)*“. Existenciální analýza učí člověka vidět život jako něco, co mu je dáno a svědomí vede jedince k jeho vlastním životním úkolům. Frankl nahlížel na existenciální analýzu jako na vysvětlení lidské existence, při které odpovídáme na otázku smyslu života. (Kosová, 2014, str. 15)

Franklova existenciální analýza stojí na jeho přesvědčení, že „*člověku jde především a naposledy o smysl a nic než smysl*“. (Frankl, 1994, str. 74) Frankl dokonce tvrdí, že život je smysluplný za jakýkoliv okolností, dokonce i za těch nejbídnějších. (In Tavel, 2007, str. 179) Dá se konstatovat, že existenciální analýza klade důraz na to, aby si člověk uvědomil svou odpovědnost, zejména vůči konečnosti své existence, a také vzhledem k jedinečnosti svého osudu. (Plháková, 2006, str. 214)

Vnesení existenciální analýzy do praxe představuje logoterapie, o které pojednáváme v následující kapitole.

4. 3 Logoterapie

Logoterapie je praktické uplatnění existenciální analýzy a je označována jako třetí vídeňský směr, vedle psychoanalýzy Sigmunda Freuda a individuální psychologie Alfreda Adlera. (Kratochvíl, 2006, str. 67) Frankl považuje třetí vídeňský směr za dovršení předchozích směrů z toho důvodu, že k „*psychologii hlubin*“ dodává „*psychologii výšin*“. S. Freud v psychoanalýze definuje „*touhu po slasti*“, A. Adler „*touhu po moci*“ a V. E. Frankl v logoterapii formuluje třetí lidskou potřebu: „*touhu po smyslu*“. (Kalina, 2013, str. 150) Samotná logoterapie stojí na pomezí existencialismu, fenomenologii a holismu. (Kučera, 2013, str. 30)

Pojem vychází z řeckého slova *logos*. Výraz má obecně široký význam, překládá se především jako slovo. (Špaténková, 2014, str. 19) V případě logoterapie má význam smyslu, myšlenkového obsahu. (Kosová, 2014, str. 14)

E. Lukasová, přímá žačka V. E. Frankla, vidí logoterapii jako formu psychoterapii zaměřenou na smysl (In Kosová, 2014, str. 2014), která poskytuje pomoc při jeho hledání smyslu. Teoretickou základnou pro logoterapii je soustava, která je založena na třech pilířích, kterými jsou svoboda vůle, vůle ke smyslu a smysl utrpení. (Tavel, 2007, str. 150)

V souvislosti s logoterapií mluvíme také o tzv. tragické triádě - utrpení, vině a smrti. Tragická triáda by měla být chápána jako něco, co dává příležitost pro nejhlubší lidský život, neboť člověk je neustále vystaven nevyhnutelné situaci, z níž není úniku, a kdykoliv se musí postavit osudu, který nelze zvrátit. (Drapela, 2008, str. 151) Zvládnutí vyžaduje od jedince schopnost přeměnit stinné stránky života v něco smysluplného, kladného a konstruktivního a říci přesto životu *ano*. Frankl doufal, že člověk je schopen obrátit utrpení v čin, vinu uchopit jako příležitost pro změna svého já k lepšímu a vědomí vlastní konečnosti využít jako podnět k naplnění času a k odpovědnému jednání. (Slezáčková, 2012, str. 74)

Nevhodné by bylo nahlížet na logoterapii, jako psychoterapeutický směr, který by měl předčít všechny ostatní, naopak má je doplňovat. Práce logoterapeuta spočívá při práci se slovy při nalézání smyslu v životní situaci. (Tavel, 2007, str. 151)

Frankl interpretoval logoterapii jako „*nauku o tvořivých, zážitkových a postojových hodnotách*“. (Tavel, 2007, str. 150) Vzhledem k faktu, že chceme dosáhnout kompaktnosti v této problematice, uvádíme hodnoty v další kapitole.

4. 4 Franklovo pojetí smyslu a hodnot

Frankl spatřuje smysl v životě člověka ve vykonávání činu (myšleno především v sebezpřesahujícím smyslu, tzn. v takovém, jež je konáno s ohledem na ostatní), v prožití hodnoty (tzn. prožívání zážitků, které člověka obohacují, přičemž nejhodnotnějším zážitkem je opravdová láska) a v utrpení (proměnil-li ho člověk ve své morální vítězství). (Kalina, 2013, str. 150)

Frankl zdůrazňuje význam hodnot k nalezení smyslu a vyzdvihuje jisté hodnoty ve vztahu k situacím, které mohou jedince během života potkat. Tyto hodnoty logoterapie i existenciální analýza třídí do třech kategorií: *hodnoty tvůrčí, hodnoty zážitkové a hodnoty postojové*. Hodnoty jsou uspořádány hierarchicky tak, jak jsou uvedené výše, resp. nejvyšší jsou hodnoty postojové. (Frankl, 1994, str. 61; Kosová, 2014, str. 48)

Tvůrčí hodnoty se nejčastěji plní, pokud jedinec něco vytváří. Dává člověku smysl, že je nějakou hodnotou světa. Tvořivost není nutně zaměřena na vytvoření díla, ale může se jednat i o vykonání nějakého činu. Z toho vyplývá, že není stěžejní, co člověk koná, ale jaký postoj při činnosti zaujímá a zda aktivitu vykonává opravdově a věrně. Proto převratné literární dílo může mít stejnou váhu jako má například výchova dítěte, vychováváme-li ho nejlépe jak umíme. Z tohoto tvrzení lze vyvodit závěr, že pokud jedinec nenaplnuje jeho povolání, je potíže v jeho postoji (může chápat práci pouze jako zdroj příjmu). Zážitkové hodnoty se uskutečňují v prožívání toho, co člověk přijímá z vnějšího světa. Smysl se uskutečňuje prožitím něčeho dobrého, pěkného, příjemného a vyjadřují se ve vztahu k umění, sportu, přírodě či lásce, ke které je potřebný partnerský vztah. Lásku podle Frankla prožíváme v rovině tělesně-duševně-duchovní. Na pomyslném vrcholu stojí postojové hodnoty, které se uplatňují při nezměnitelných osudových situacích, kdy jedinec musí přijmout něco daného. Může se jednat o ztrátu blízké osoby, životního partnera, vážné onemocnění apod. Na scénu přicházejí postojové hodnoty, není-li možné realizovat hodnoty tvůrčí či zážitkové. To je ve chvíli, kdy se jedinec dozví např. své vážné onemocnění, je konfrontován tváří v tvář se smrtí s vědomím, že ho již nic jiného nečeká. I v této bídné chvíli, kdy je osud nezměnitelný, se vždy nabízejí

možnosti, jakým způsobem se zachovat a jaký postoj k dané situaci zaujmout. (Kosová, 2014, str. 42; Plháková, 2006, str. 215; Tavel, 2007, str. 70-82)

II. EMPIRICKÁ ČÁST

5 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1

Dochází vlivem vidiny blížící se smrti k transformaci životních hodnot?

Výzkumná otázka č. 2

U kterých životních hodnot došlo k nejvýraznější transformaci?

Výzkumná otázka č. 3

Vidí vážně nemocní ve svém onemocnění význam?

Výzkumná otázka č. 4

Jaké pocity prožívají těžce nemocní?

6 Stanovení výzkumného vzorku

Pro výběr respondentů jsme si stanovili následující kritéria:

- hlavním kritériem výběru respondentů bylo, aby se jednalo o pacienty s nevléčitelnou chorobou v pokročilém či terminálním stádiu, u kterých byla ukončena kurativní léčba a zároveň byla započata léčba paliativní či symptomatologická;
- respondenti museli být prokazatelně seznámeni se svou diagnózou a infaustní prognózou;
- dobrovolně souhlasili se zapojením se do výzkumné části diplomové práce;
- věk nad 60 let;
- podstoupení MMSE testu (Mini Mental State Exam);
- v případě, že vybraní respondenti splňovali výše napsaná kritéria, podepsali Informovaný souhlas o dobrovolné účasti ve výzkumném šetření diplomové práce.

Jak je výše zmíněno, nejdůležitějším kritériem bylo, aby se jednalo o pacienty s nevléčitelnou chorobou. Důvodem, který nás vedl se orientovat na tyto pacienty je fakt, že nemocní s nevléčitelnou chorobou se potýkají s tzv. logoterapeutickou tragickou triádou - utrpení, vina, smrt (viz teoretická část, str. 33), která je nutí zaujmout postoj k životu, nemoci i ke smrti a k rozvaze nad svým životem. (Kosová et al., 2014, str. 72)

Před samotným zahájením interview byly nemocným objasněny podmínky, cíle a obsah diplomové práce. Respondenti byli dále informováni o nahrávání rozhovoru, s analýzou výsledného zvukového záznamu a jeho přepisu. Byli rovněž ujištěni o tom, že veškerá data o jejich osobě budou využita pouze k sepsání diplomové práce a výzkumník rozhovor neposkytne třetí osobě. Dotazování dostali možnost si případovou studii o sobě přečíst a následně provést úpravy.

Pokud tázaní splňovali všechny podmínky a souhlasili s průběhem výzkumu, podepsali Informovaný souhlas se zařazením do výzkumné práce. Vzor uvádíme v Příloze B, str. 111.

Před zahájením rozhovoru byl s respondenty proveden MMSE, ve kterém museli prokázat dobrou úroveň kognitivních funkcí, aby byla zajištěna relevantnost a validita jejich výpovědí. Výsledky testů jsou uvedeny u každého respondenta zvlášť v rámci jeho případové studie. Pohlaví, rodinný stav či vzdělání pacientů nebyly rozhodujícími kritérii pro zařazení do výzkumu.

Předpokládaný počet účastníků výzkumu byl 8 respondentů.

7 Průběh výzkumu

V následujících podkapitolách překládáme dílčí výzkumné kroky. V první řadě popisujeme metodiku výzkumu, která vychází z kvalitativního přístupu. Dále přibližujeme přípravnou fázi a samotnou organizaci výzkumného šetření.

7.1 Přípravná fáze

V přípravné fázi jsme se zabývali studiem literatury, odborných článků a sledováním dokumentů souvisejících s danou problematikou. V této etapě byla vyhotovena rešerše. Následně jsme vytyčili cíle diplomové práce, které se týkaly teoretické i praktické části a stanovili si výzkumné otázky. Na základě prostudování dostupných informačních materiálů byl vytvořen seznam otázek pro polostrukturovaný rozhovor s respondenty, který byl rozdělen na dvě domény a skládal se ze 17 otázek.

7.2 Výzkumný design

Existují dva základní typy výzkumu, a to kvantitativní a kvalitativní výzkum. Každá forma má své výhody, sílu, ale i omezení. (Kutnohorská, 2007, str. 99). Vzhledem k citlivosti tématu a zkoumané povaze jsme přistoupili ke kvalitativnímu výzkumu, který byl realizovaný pomocí polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. (Hendl, 2012, str. 61)

Kvalitativní výzkum je vhodný za podmínek, jestliže výzkumník zajímá konkrétní a specifický případ, který chce monitorovat do hloubky. (Hendl, 2012, str. 61) Kutnohorská (2009, str. 20) ve své práci tvrdí, že je vhodnější se v ošetrovatelství přiklánět ke kvalitativnímu výzkumu, neboť vychází z holistického přístupu k člověku a dokáže ho zachytit v bio-psycho-sociální jednotě. Kvalitativní výzkum je svým způsobem jedinečný. Je především zaměřen na subjektivnost a narativní materiál z pohledu a zkušeností těch, kteří jsou předmětem výzkumu, kdežto kvantitativní výzkum je založen na objektivním přístupu a má tendenci generalizovat. (Kutnohorská, 2009, str. 21; Kutnohorská, 2007, str. 99) Na druhou stranu právě v tomto spočívá nedostatek kvalitativního výzkumu, protože poskytuje mnoho údajů o malém počtu jedinců a není tudíž možné výsledky paušalizovat na populaci. Nevýhodou je i časová náročnost všech etap a možné zkeslení konečných výsledků výzkumníkem na základě jeho preferencí. (Čermák, 2000, str. 11)

V rámci kvalitativního výzkumu je nejčastěji volenou formou sběru dat rozhovor. Obecně má rozhovor široké uplatnění jak v každodenním životě, ve výzkumu, tak ve všedních činnostech v ošetrovatelství. (Šnýdrová, 2008, str. 103; Zacharová et al., 2007, str. 87) Rozhovor je nejpřirozenější a zdánlivě nejsnadnější způsob sběru dat. Jedná se však o poměrně nesnadnou metodu z pohledu výzkumníka, poněvadž vést rozhovor vyžaduje vysokou připravenost, koncentraci a interpersonální porozumění. (Říčan, 2010, str. 33)

7. 3 Hodnotící nástroj

V přípravné fázi výzkumu jsme vypracovali seznam položek, pomocí kterého jsme nejdříve zjišťovali demografické údaje o respondentovi. Jednalo se o pohlaví, věk, rodinný stav, dosažené vzdělání, zaměstnání (v produktivním věku), hlavní a vedlejší diagnózy, základní informace stran anamnézy, ve které jsme se zaměřili zejména na „příběh nemoci“, resp. na její vývoj. Informace byly získávány od respondenta a od ošetřujícího personálu. Seznam vkládáme do Přílohy C, str. 112.

V další fázi jsme vypracovali okruh otázek pro polostrukturovaný rozhovor, který se nachází v Příloze D, str. 113. Polostrukturovaný rozhovor znamená vést rozhovor pomocí návodu. Jak zmiňuje Hendl (1999, str. 111): „*návod k rozhovoru představuje seznam otázek nebo témat, které je nutné v rámci interview probrat*“. Návod je jakýmsi pomocníkem výzkumníka, který mu zaručí, že s respondentem proberou všechna vybraná témata. Výhodou je možnost přizpůsobovat pořadí otázek, což zmiňuje ve své práci i Hendl (1999, str. 11), kde uvádí: „*tazatelé zůstává volnost přizpůsobovat formulace otázek a jejich pořadí podle situace*“. Při výběru otázek jsme se inspirovali z diplomové práce Kristíny Tóthové (2007), z rigorózní práce Terezy Soukupové (2003) a rovněž na základě výsledků z rešerše. Otázky byly formulovány také na základě stanovených výzkumných otázek, které uvádíme v úvodu empirické části diplomové práce.

Okruh otázek je rozdělen na dvě domény. V první doméně se soustředíme na aktuální kvalitu života, neboť základním mottem paliativní péče je kvalita života pacienta a jeho rodiny. (Marková, 2010, str. 38) Dotazujeme se, jak se respondent cítí po fyzické a psychické stránce, jaké pocity nejčastěji prožívá, a zda má možnost s někým o svých obtížích a strastech mluvit. Tato doména se rovněž zaměřuje i na samotnou chorobu. Otázky jsou mířené na to, jakým způsobem nemoc změnila život respondenta, ať v pozitivním či negativním smyslu, a zda ve své nemoci spatřuje nějaký význam. Soubor otázek zaměřujících se na kvalitu života vychází

z dotazníku kvality života SQUALA (Subjective Quality of Live Analysis), který je orientován na obecnou kvalitu života ve vztahu ke zdraví (Gillernová et al., 2011, str. 29; Vaďurová, Mühlpachr, 2005, str. 63).

Druhá doména je zacílena na hodnotovou orientaci v životě respondentů. Je rozdělena na dvě části, na minulost a přítomnost. Z minulosti věnujeme zájem dětství, dospívání, manželství, osudovým setkáním a taktéž je pozornost směřována na činnosti, které respondenti vykonávali, a jež jim přinášely radost a při kterých prožívali pocit spokojenosti. V rámci minulosti jsme dále zjišťovali, zda respondenti litují některých svých voleb a rozhodnutí, které v životě učinili, neboť život je o volbě mezi možnostmi. Jak například Kupka (2014, str. 12) dokládá ve své práci: *„každá volba, kterou v životě učiníme, znamená, že se něco uskuteční, a tudíž něco přežije, zůstane zachováno, a něco jiného nikoliv. S každou volbou se pojí prožitek smyslu - posouzení, zda ona volba byla správná, lépe řečeno smysluplná“*. Nutnost neustálé volby a výběru je dána na základě utváření postojů a hodnot, což popisujeme v teoretické části. V neposlední řadě dáváme prostor respondentům na bilancování nad svým životem v otázce, co jim život dal a co vzal. V druhé části se soustředíme na současnou situaci dotazovaných, ve které jsou konfrontováni s vlastní smrtelností a nezvratitelností osudu. Zde se zaměřujeme na přání a postoje respondentů, co považují v daný okamžik za nejvýznamnější, jaké vztahy mají se svými nejbližšími. V otázkách týkajících se přítomnosti nezapomínáme i na fenomén nazývaný se strach ze smrti, popř. úzkost ze smrti, neboli thanatofobie, který popisuje např. Křivohlavý (2002, str. 157), ale i Kupka (2014, str. 73), a dotazujeme se, čeho se obávají nejvíce. Touto otázkou lze nepřímou zjištění i postoj respondentů ke smrti. Tato část otázek vychází z teoretické koncepce smyslu života, jak jej pojala existenciální analýza a logoterapie. Jedná se o soubor otázek z Logo-testu a testu smysluplnosti života P-I-L. (Kosová et al., 2014, str. 163-166)

Současně s návodem otázek jsme vypracovali i žebříček deseti životních hodnot. Respondenti měli deset životních hodnot zachytit ve třech časových úsecích - v mladém věku (okolo 18 let), v produktivním věku (okolo 40. roku života) a v přítomnosti. Cílem tohoto kroku bylo zjistit, jakým způsobem věk respondenta, zkušenosti a hlavně vážná nemoc mění hierarchii hodnot. Žebříček deseti životních hodnot je uveden v Příloze E, str. 115.

Pro vyšší validitu jsme do výzkumu zařadili i fázi pozorování. Je to jeden ze způsobů, jak o respondentech získat více informací. Naším předpokladem bylo, že na základě častějšího, resp. každodenního kontaktu, může ošetřující personál znát pacienta více. Odhadujeme, že bychom mohli od ošetřujícího personálu získat cenná data a tím celistvěji pochopit vybrané

tázané. V rámci tohoto pozorování byly pokaždé osloveny dvě všeobecné sestry s žádostí, aby vyplnily formulář týkající se vybraného respondenta. (viz Příloha F, str. 116)

7. 4 Realizace a organizace výzkumu

Výzkum probíhal v hospicovém zařízení a na onkologickém oddělení v nemocnici krajského typu.

Výzkumné šetření v hospicovém zařízení probíhalo v květnu 2014 v rámci stáže výzkumníka. V tomto zařízení jsme požádali o povolení rozhovorů vrchní sestru a ředitelku, které nám udělily souhlas s provedením výzkumu.

Na onkologickém oddělení výzkum probíhal od října 2014 do března t. r. Na tomto oddělení jsme oslovili taktéž vrchní sestru oddělení, která nám poskytla souhlas, a následně jsme požádali o svolení s prováděním výzkumu oddělení vzdělávání. Tento postup byl dán vnitřním předpisem nemocnice.

Všem zainteresovaným osobám byly, před samotným udělením souhlasu, dány k dispozici rozhovory v tištěné podobě, které by byly s respondenty vedeny, plné znění informovaného souhlasu a teze diplomové práce.

Pokud splňovali pacienti kritéria pro zařazení do výzkumného vzorku, byli osloveni, zda by se chtěli podílet na výzkumném šetření. Po oslovení a vyjádření souhlasu byla sesbírána základní charakteristická data, demografické údaje a potřebné informace, které jsme následně obohacovali výpověďmi respondentů. Poté jim byl předložen v tištěné podobě soubor otázek, na které jsme se v rámci interview zaměřovali. Jestliže se k souboru otázek nevyskytla námitka, kvůli které by dotazovaný nechtěl rozhovor absolvovat, byl podepsán informovaný souhlas. I přesto byli upozorněni, že pokud se v průběhu rozhovoru objeví nějaká otázka či téma, o kterém nebudou chtít hovořit, mohou odmítnout odpovědět nebo celý rozhovor ukončit bez vysvětlení důvodu. Soubor otázek respondentům zůstal až do doby samotného zahájení interview, a to z důvodu, aby měli dostatek času se na otázky připravit a popř. si promyslet své odpovědi. Sami respondenti si určovali, kdy se cítí být na rozhovor dostatečně připraveni.

Před samotným zahájením interview bylo nutné přihlídnout k aktuálnímu stavu dotazovaných vzhledem k progredující chorobě. Aktuální stav respondentů byl vždy konzultován s vrchními sestrami. Taktéž jsme museli před počátkem rozhovoru zohlednit i jiné aspekty, abychom

nenarušovali léčebný režim, např. provedení terapeutických úkonů ordinovaných od. Dále bylo nutné vytvořit si vztah, navodit přátelskou a nenucenou atmosféru, což bylo nezbytné k získání důvěry. Kromě výše zmíněného, byli respondenti seznámeni s tím, že nejsme na rozhovor limitováni časem. Interwiew probíhala buď bez přerušení, nebo s pauzami, jelikož si někteří dotazovaní museli odpočinout. Průměrný čas rozhovorů byl 103 minut. Celý průběh rozhovoru jsme zaznamenali na diktafon a následně jsme jej přepisovali.

Dohromady jsme oslovili 14 pacientů, 10 žen a 4 muže. Žádný s mužů se nechtěl podílet na výzkumné části diplomové práce. S rozhovorem souhlasilo 9 žen. Se všemi bylo zahájeno interview, dokončeno bylo však u 5 respondentek. Důvodem, proč u 3 tázaných nebylo možné dokončit rozhovor, byl jejich zhoršující se stav, neboť sbírání dat probíhalo na etapy. Jedna pacientka se v průběhu rozhodla rozhovor ukončit.

7. 5 Analýza získaných dat

Získaná data byla hodnocena pomocí obsahové analýzy dat (content analysis). Jedná se o analýzu textů, jež si dává za cíl rozkrýt jejich vlastnosti s ohledem na položenou otázku. Díky obsahové analýze lze zjistit četnost výskytu předem daných kategorií a případné vztahy mezi výskyty jednotlivých kategorií v jednotkách textu. (Hendl, 2012, str. 338)

V rámci hodnocení získaných dat byl vytvořen formulář, pomocí kterého jsme sledovali výpovědi respondentů, projevy, výskyt jejich četností, vzájemných vztahů a souvislostí. Poté mohly být vytvořeny závěry, které dokládáme přímými citacemi z přepsaných rozhovorů.

8 Případové studie

Na základě předem připravených otázek proběhl rozhovor celkem s pěti respondentkami. Data jsou prezentována pomocí případových studií.

Jak uvádí Hendl (2012, str. 102) ve své publikaci, že „v případové studii jde o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. Zatímco ve statistickém šetření shromažďujeme relativně omezené množství dat od mnoha jedinců (nebo případů), v případové studii sbíráme velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců. V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti.“

Jelikož se našeho výzkumného šetření zúčastnily pouze ženy, budeme dále v textu mluvit o respondentkách.

8.1 Případová studie č. 1

Základní charakteristická data

Iniciály:	H. J. (respondentka č. 1)
Pohlaví:	žena
Věk:	79 let
Stav:	vdova (1x vdaná)
Vzdělání:	SOU (střední odborné učiliště)
Zaměstnání:	v současné době starobní důchodkyně; v produktivním věku respondentka pracovala jako prodavačka v samoobsluze a následně jako dělnice ve skladu
Hlavní dg.:	Zhoubný nádor slepého střeva s generalizací do jater
Vedlejší dg.:	Vředová gastropatie, Coxarthrosis bilat., gonarthrosis vpravo, kompenzovaná forma ICHS, esenciální hypertenzní nemoc, DM 2. typu na dietě, dyslipidemie, osteoporóza, chronická venózní insuficience, cholecystolitiáza
Zařízení:	Hospic
MMSE:	29 bodů - pásmo normálu
RA:	otec suicidium v ebrietě, matka zemřela na CMP, onkologické onemocnění se v rodině nevyskytovalo
SA:	respondentka žije sama v rodinném domě na vesnici; ve stejné vesnici žije syn dotazované
FA:	Amicloton 10 mg p.o. 1 - 0 - 0 - 0 (diuretikum)

Cipralex 20 mg p.o. (antidepressivum)	1 - 0 - 0 - 0	
Espumisan p.o. (digestivum, deflatulens)	1 - 1 - 1 - 0	
Furon 40 mg p.o. (diuretikum)	1 - 0 - 0 - 0	
Helicid 20 mg p.o. (antacidum - antiulcerotikum)	1 - 0 - 0 - 0	(ráno nalačno)
Ibalgin 400 mg (antiflogistikum, analgetikum, antipyretikum)	1 - 0 - 1 - 1	
Lexaurin 1,5 mg p.o. (anxiolytikum)	při úzkosti, max. 3x denně	
Stilnox 10 mg p.o. (hypnotikum)	0 - 0 - 0 - 1	
Fentalis 200 mcg/h (analgetikum - anodynum)	výměna po 72 hodinách	
Morphin 20 mg s.c. (analgetikum - anodynum)	při bolesti VAS 4 a více, max. 4x denně ā 6 hod.	

TA: exkuřačka, alkohol dodnes (i 2 sklenky denně), 2 - 3 šálky černé kávy denně

Zhodnocení z ošetrovatelského hlediska

Jedná se o nechodící paní, která je částečně soběstačná v rámci svého lůžka. Chůze není takřka možná, ani za využití kompenzačních pomůcek (berle, chodítka). V lůžku se obslouží sama, co se týče příjmu potravy a tekutin. Chuť k jídlu zachovaná, dobrá. Je závislá na ošetrovatelském personálu stran vylučování moče a stolice. Stolica je v poslední době (asi týden) frekventovanější, průjmovitá, využívají se pomůcky k inkontinenci - pleny. Nadále je nutná dopomoc v oblasti hygieny, kterou sama nezvládá, a také při oblékání. S menší dopomocí dokáže změnit polohu, na stupnici dle Nortonové získala 22 bodů, tudíž hrozí riziko vzniku dekubitů. Ošetrovatelský personál provádí preventivní opatření ve smyslu zvýšené péče o kůži a využívá polohovacích pomůcek na paty. Dotazovaná trpí iniciální insomnií, která ji celkem trápí - je řešena hypnotiky, viz FA.

Je plně orientovaná místem, časem, situací a svou osobou, verbální projev koherentní. GCS 15 bodů. V průběhu dne je tázaná smutná, úzkostná, a v některých situacích reaguje velmi citlivě,

negativisticky až agresivně (např. křičí, nadává). Za pobytu v hospicovém zařízení využívá pomoc psychologa, jedná se obyčejně o jedno sezení týdně.

Respondentka je vdova, manžel jí zemřel před rokem (tj. 2013). Má celkem tři děti - dva syny a jednu dceru. Dcera za ní pravidelně dochází, téměř každý den. Jeden ze synů dojde za respondentkou jedenkrát za týden, zpravidla o víkendu. Vždy se však jedná o velmi krátkou návštěvu (cca do třiceti minut). Třetí syn s pacientkou dle vyjádření personálu bližší vztah evidentně nemá. Za pobytu v hospici (necelý měsíc) na návštěvě nebyl. Dceru si vybrala jako osobu, které je možno podávat informace o zdravotní stavu. Rodiče již nežijí, sourozence nemá - je jedináček.

Péči duchovního rezolutně odmítla. Nepřeje si, aby ji navštěvoval a doprovázel ji na její poslední cestě. V Boha nikdy nevěřila.

Paní H. J. je plně informována o svém zdravotním stavu. Ví o své onkologické diagnóze i o infaustní prognóze. Diagnóza jí byla sdělena na chirurgickém oddělení, kde byla hospitalizována před pobyt v hospici, lékařem a za přítomnosti dcery. O prognóze si promluvila až s ošetřujícím lékařem v hospici, tou však prý byla velmi šokována, jelikož věřila, že se postupem času vyléčí.

Cílem paliativního ošetřovatelství je především kontrola bolesti, která pacientku trápí a empatické doprovázení v umírání.

Vývoj nemoci

Respondentka v roce 2013 na sobě začala pozorovat větší únavnost, zvýšenou spavost, občasné nechutenství a postupně se zhoršující břišní dyskomfort. Taktéž se zhoršovaly obtíže s chůzí, kterými však v posledních letech trpěla. Stupňovaly se obtíže s vylučováním stolice - střídala zácpa s průjemem. V srpnu t. r. paní doma upadla. Druhý den ráno ji dcera našla ležet na zemi v kuchyni, paní byla velmi zesláblá. Odvezla svou matku k praktickému lékaři, který je odeslal k vyšetření do nemocnice. Teprve až při příjmu v nemocnici přiznala, že má problémy s vyprazdňováním stolice spolu s tím, že ve stolici vyzorovala krev. Po vyšetření byla přijata na chirurgické oddělení k observaci. Z výše zmíněných důvodů byla provedena kolonoskopie. Z kolonoskopického vyšetření byl diagnostikován maligní novotvar tlustého střeva s enteroragii, což verifikovala i histologie. Respondentce byla nabídnuta operace (mělo se pravděpodobně jednat o paliativní chirurgický výkon), kterou společně po domluvě s dcerou odmítla. Z chirurgického oddělení byla respondentka přeložena na interní oddělení, kde

proběhla hemosubstituce pro nízkou hladinu hemoglobinu. Z interního oddělení měla být plánovaná dimise do domácího prostředí, která však nepřipadala v úvahu, neboť pohyblivost respondentky se zhoršovala. Z tohoto důvodu se společně s dcerou dohodly a vyjádřily přání, aby byla respondentka přeložena do hospicového zařízení. V současné době je respondentka v hospici necelý měsíc.

Rozhovor s respondentkou

I. doména - aktuální kvalita života

Jak se cítíte po fyzické stránce?

Respondentku sužuje především celková slabost a únava. Samotný pohyb v lůžku činí taktéž respondentce problémy, vysiluje ji. *„Mně to připadá, jak kdybych měla celé tělo snad ze železa. Dělá mi to takovej problém se otočit. I jen to, když se chci otočit k oknu a podívat se, jaký je venku počasí, tak mi to dělá problém. Musím si zavolat sestru.“* Respondentka rovněž popisuje silnou bolest kloubů, neboť ji trápí degenerativní onemocnění postihující kyčle a pravé koleno. *„Ty klouby mě už bolejí dlouho. Snad asi 10 let. Hold ty moje nohy se nachodily. Jó, ten věk je už sakramentsky znát.“* Bolesti ale hodnotí za pobytu v hospici mnohem lepší, než byly v nemocnici nebo doma. Za poslední týden bolest nebyla vyšší než VAS 5. V medikaci má Morphin při bolesti VAS 4 a více, o který si pravidelně říká večer před spaním. *„Když mě to chytne, tak si řeknu o injekci, co mi píchaj sem do ruky. Ale nechávám si jí píchnout až večer, než jdu spát, jinak jsem taková pitomá a furt bych spala.“*

Jak se cítíte po psychické stránce?

Respondentka má obavy, co nastane a jak se její stav bude vyvíjet dál. *„Sice jsem odmítla tu operaci, ale přeci mi ta nemoc nemůže vyžrat břicho. Ten doktor, co za mnou chodí, tak mi říkal, že se to jako už vyléčit nedá. Tak já nevím. Člověk furt nad tím musí přemejšlet. Honí se mi to hlavou.“* Paní H. J. má opakované tendence skutečnost a neodvratitelnost svého nevléčitelného onemocnění popírat. Respondentka využívá pomoc hospicového psychologa. Jedná se o jednu návštěvu za týden. *„Jednou za tejdén za mnou přijde ten psycholog, no, (pauza) víte, já si o něm myslím taky svoje. Většinou povídám já, on mi na všechno odkývá a přitom se furt na mě směje nebo mě hladí. Kloudnýho slova z něj nedostanu. Ale to víte, dopoledne mi je dlouhá chvíle, tak si mám s kým popovídat. No, ale taky na něj musím mít náladu.“* Když je respondentce „ouvej“, řekne si o anxiolytikum, po kterém se „cítí klidnější“. Cítí však pocity

ponížení ve chvílích, kdy potřebuje od personálu pomoc při vyprazdňování. „*To je tak ponižující, když mně někdo utírá zadek. Toho jsem se dočkat nechtěla.*“

Má nemoc ve Vašem životě nějaký význam?

„*No, (pauza), řekla bych, že ne. Já v tom žádnéj význam nevidím.* Respondentka také přemýšlí, zda jí osud nemocí za něco netrestá.

Změnila nemoc nějakých způsobem Váš život? Co Vám přinesla a v čem Vás omezuje?

„*Ta rakovina mi úplně zpřeházela život. Omezuje mě, strašně mě omezuje. Už tenkrát jsem byla poloviční mrzák na ty moje nohy. Ale teď už jsem úplně. Mám barák, tam bejt nemůžu. Kdybych to alespoň nějako upajdala, ale to už nezvládnou. Najednou to tělo řeklo dost.*“ Pohled respondentky na její nemoc je negativní. Na otázku, zda se rodina nezačala více o ni zajímat, odpovídá následovně: „*Dcera je furt se mnou. Ta byla i předtím, je i teď. Jeden syn za mnou pravidelně chodí. A ten druhý je mrzák imrvére. Stará máma je mu ukradená. Já bych mu potřebovala tak vyčinit. Ale copak se odsud můžu vyhrabat? Ani telefon mi nebere.*“

Jaké pocity nejčastěji prožíváte? Máte možnost o nich s někým mluvit?

„*No, tak prožívám, (pauza), ten strach, o kterým jsme Vám říkala.*“ Své obtíže může probírat se svou dcerou, která za ní pravidelně dochází. „*Tak to v životě je. Holka se vždycky držela u mě, i když má svoji rodinu. Tak to máte. Holky jdou spíš vždycky za mámou, kluci ne.*“ Respondentka také upozorňuje, že celou situaci zvládá díky své tvrdosti a hrdosti. „*Já vím, že to asi není vyléčitelný, ale na pokaždý si řeknu, nemůžeš tu vostat, doma máš barák, v něm psa, kočku.*“

II. doména - hodnotová orientace života

• Minulost

Povězte mi, prosím, něco o svém mládí, své práci, co jste ráda dělala a vykonávala ve svém volném čase. Co Vás bavilo a přinášelo Vám radost.

„*Tak narodila jsem se v jedný vesnici tady kousek od Litoměřic, naši měli rodinej domek. Sourozence jsem neměla. Byla jsem jedináček. Moje maminka byla zlatá ženská, měly jsme se hrozně rády, ale s otcem to bylo horší. Byl to alkoholik, měl jen to pivo a pivo, nic jinýho, my jsme ho s maminkou nezajímaly. Tenkrát, když jsme se měli stěhovat, oběsil se. Byl v tom chlást, prostě se opil a oběsil se. Po měšťance jsem šla na učiliště, vyučila jsem se prodavačkou, tu jsem ale dělala jenom chvíli, mě to vlastně ani nebavilo. Pak jsem chvíli před mateřskou dělala skladnici, tam jsem se po mateřské vrátila. Když mi bylo 24, tak jsem otěhotněla a čekala jsem syna, po roce dceru. Moje třetí dítě, jako mýho druhýho kluka, jsem měla s mým chlapem až po*

4 letech. Pak jsem celej život dělala v tom skladě, to mě bavilo. Byla to čistá práce. V zimě jsem nebyla v mrazu. Když přšelo, byla jsem pod střechou. Krom toho, jsme v práci byli dobrá parta. Jo, to jsme byli mladí, srandy kopec. Vymejšleli jsme si furt nějaký vtípky. Pak jsem se v tom skladě stala vedoucí. No, mně se to líbilo. To víte, já jsem ráda, když můžu velet. Do práce jsem chodila ráda. Kromě práce jsem měla tři děti a chlapa, ten doma taky moc neudělal a taky měl rád hlavně ten chlást a kamarády, tak bylo všechno na mě, na žádný radovánky moc čas nebyl. Když si to vezmete, co tenkrát člověk mohl. Kdybych chtěla s dětskama někam vyjet, tak bych nás nikam nedostala. Pomalu nikam se nemohlo“.

Máte ve svém životě nějaká setkání, které považujete za osudové nebo pro Vás nějakým způsobem významné?

Respondentka prý musela dlouho vzpomínat na nějaké setkání, které by mělo být pro ni osudové. Napadl ji její manžel, ale setkání s ním nepovažuje za osudové. „*Prostě jsem se do něj tenkrát zamilovala a bylo.*“

Udělala byste ve svém životě něco jinak? Litujete některých svých rozhodnutí?

Respondentka uváděla, že toho ve svém životě lituje mnoho. Co jí ale trápilo nejvíc, bylo to, že si vzala svého manžela. „*Byl jak přes kopírák mého táty. Nedokázal to vydržet, aby byl s náma doma, furt musel do hospody, to jsem strašně těžko nesla*“. Na všem ale nedokáže zpětně pochopit, proč se se svým mužem nerozešla. Teď, když má čas v hospici nad tím přemýšlet, se ptá sama sebe, proč to neudělala nebo mu nedala nějaké ultimátum. Asi se prý bála reakce okolí a rodiny, že by jí řekli: „*co blbneš. Máš tady tři haranty, tak proč se rozvádíš nebo ses rozvedla*“.

Respondentka uváděla, že jí taktéž vadila povaha jejího manžela. Prý se všemu hned poddal, nechal sebou cloumat. Je prý tvrdošíjná a tak, i když její manžel minulý rok zemřel, musí vše zvládat tak, jak jí to život servíruje. Pochybuje ale o tom, že by to zvládal bez ní její muž. V rodině vždy prý zařizovala všechno dotazovaná.

Co vám život dal a co vzal?

Respondentka uvedla, že děkuje životu, který jí dal děti. „*Ty moje děcka, za to jsem nejvíc ráda. Hlavně jsem koukala, aby nefetovaly nebo neházely ty koruny do automatu a něco z nich bylo. Aby dostudovaly a měly se dobře*“.

Oproti tomu na dotaz, co pacientce život vzal, uvedla, že mládí. „*Asi to mládí, tu vitalitu. Jinak na nic si stěžovat nemůžu. Je mi 79 let, to se toho málokdo dožije.* Čeho ale respondentka lituje

je, že nemá sourozence. „*Jsem tu teď sama. Schází mi, že se nemám o koho opřít. Kamarádky jsou kamarádky, to je prostě cizí člověk*“.

- Přítomnost

Kdybyste měla tři přání, jaká by byla?

„*Hlavně aby se měly dobře moje děcka. Aby se dožily dobrého života. No a taky bych si přála, abych tady ještě nějaký rok byla. Abych viděla, co budou dělat moje mrňata (respondentka mrňatami myslí vnoučata)*“.

Souhlasíte s tvrzením, že člověk potřebuje v životě něco, pro co by žil?

„*Jo, to souhlasím. Určitě potřebuje. Já měla ty děti, žila jsem pro ně. Já si myslím, že každá máma, až na nějaký krávy, kouká, aby se děti měly dobře*“.

Co je pro Vás momentálně nejdůležitější?

Respondentka odpovídá, že její síla a naděje, ale také její dcera.

Jaký máte vztah s Vašimi nejbližšími? Kdo Vám nejvíce rozumí?

„*Mám celkem dobrou vztah s děčkama, jen ten nejstarší syn mě štve, nepřijede. Ten druhý jen na chvíli a šup, je pryč. Nejlepší vztah mám s dcerou*“.

Co Vám dávají Vaši nejbližší.

Paní H. J. zdůrazňuje, že nejbližší jí dávají lásku.

Co naopak můžete dát Vy Vašim nejbližším?

Prý jí dávají rady, aby se měli rádi a nebyli na sebe zlí. Co mají v životě dělat, co ne a taky, aby mysleli sami na sebe.

Pokládáte se za osobu, která určuje svůj osud.

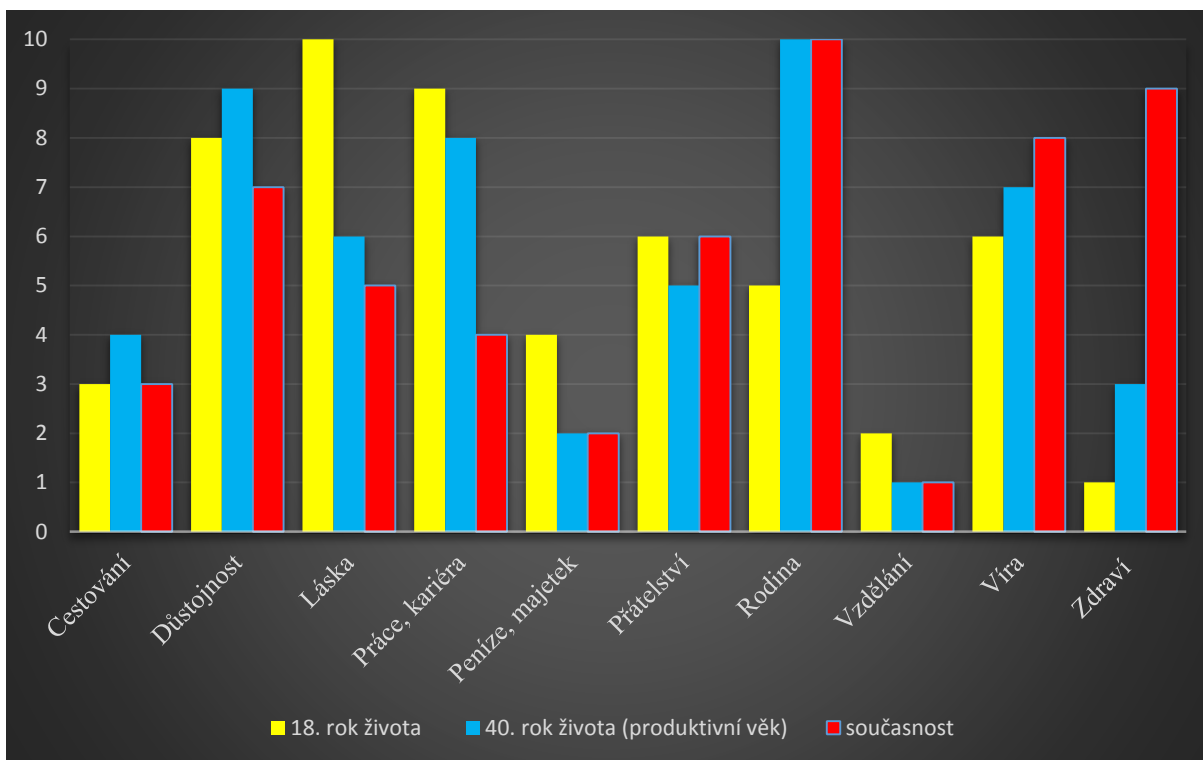
Respondentka rezolutně odpovídá, že ano a nepochybuje. „*Chci, aby bylo po mém. A i když není teď, protože jsem marod, vybojuju si to i tak*“.

Tázaná chce, aby celkově v životě bylo po jejím. Je spokojená, když může mít poslední slovo.

Čeho se nejvíce obáváte?

Dotazovaná se obává, že úplně ztratí soběstačnost. Bojí se umírání, smrti ne. „*Bojím se toho umírání. Já nevím. Přepadá mě to třeba navečer. Bojím se, že mě všechno bude bolet. Vlastně jen budu čekat, až sem někdo dojde, budu úplně odkázaná na ostatní lidi*“.

Žebříček životních hodnot



Obr. 1 Životní hodnoty respondentky H. J.

Pozorování ošetřujícího personálu

1. V jaké fázi se dle E. K. Rossové nachází Váš pacient/ka?

Sestra A: *b) fáze agrese, hněvu*

Sestra B: *b) fáze agrese, hněvu*

2. Popište, prosíme, běžnou emocionalitu pacienta/ky. Domníváte se, že prožívá radost ze života?

Sestra A: *„Rozhodně bych neřekla, že prožívá radost ze života. Je celý den vzteklá, urážlivá, nadává.“*

Sestra B: *„Paní H. J. je negativistická. Vidí svět kolem sebe černě. Vše ji hned naštvě, rozzlobí. Není smířená se svým stavem. Odmítá to a zlobí se na všechny kolem.“*

3. Spolupracuje pacient/ka na léčbě?

Sestra A: *„To rozhodně ne. Leží, sleduje televizi, cpe se, pije u toho víno a furt si něco poroučí. Nedej Bože, když ji nevyhovíme hned, jak ona zavelí.“*

Sestra B: „Řekla bych, že spíše ne. Spolupracuje na léčbě třeba tím, že neodmítá jídlo, léky apod. Ale že by si sama aktivně chtěla zacvičit v lůžku, protáhnout se nebo se nechat vyvést na terasu, to nechce.“

4. Jaké má pacient/ka vztahy s personálem na Vašem oddělení?

Sestra A: „Řekla bych nic moc, když tady po každé z nás hned huláká.“

Sestra B: „Vím, že není oblíbenou pacientkou. Taky ji mám zafixovanou jako nepříjemnou pacientku, ale jednou je to moje pacientka, tak se o ni dobře postarám, i když někdy z toho pokoje vycházím sama rozrušená.“

5. Jaké má pacient/ka vztahy se svou rodinou?

Sestra A: „Taky nic moc. Má 3 děti. Pravidelně za ní chodí jenom dcera. Jeden syn za ní pro jistotu nechodí vůbec a ten druhý jenom o víkend.“

Sestra B: „Paní má tři děti. Dochází každý den dcera. Ta je strašně hodná. Má mamku ráda i přesto, jaká je. Častokrát odcházela smutná, někdy měla i slzy v očích a říkala, že to s mamkou není jednoduchý. Nikdy jsem se víc neptala, co se děje. Ale vím, že byla dcera zklamaná, protože jsem paní H. J. dovedla vnoučata, která se na babičku těšila a ona prý byla stejně jedovatá jako vždycky.“

8. 2 Případová studie č. 2

Základní charakteristická data

- Iniciály:** R. M. (respondentka č. 2)
- Pohlaví:** žena
- Věk:** 72 let
- Stav:** vdova (1x vdaná)
- Vzdělání:** základní
- Zaměstnání:** v současné době starobní důchodkyně; v produktivním věku respondentka pracovala jako dělnice a šlechtitelka ovoce a zeleniny
- Hlavní dg.:** Karcinom rektosigmatu se zavzatým distálním úsekem pravého močovodu, hydronefrózou, hydroureterem, zmnožené uzliny a infiltrace okolí tumoru, metastáze do jater a plic
- Vedlejší dg.:** Arteriální hypertenze, divertikulóza sigmatu, diabetes mellitus II. typu na dietě
- Zařízení:** Hospic
- MMSE:** 27 bodů - pásmo normálu
- RA:** matka zemřela v 86 letech „na stáří“, otec zemřel v 76 letech na infarkt myokardu
- SA:** starobní důchodce, v aktivním životě vícero povolání; před pobytem v hospicovém zařízení bydlela společně v rodinném domě se synem
- FA:**
- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|----------------|
| Algifen 30 gtt. p. o. | 1 - 0 - 1 - 0 | |
| (analgetikum - spasmolytikum) | | |
| Haloperidol gtt. p. o. | 5 - 0 - 5 - 10 | |
| (antipsychotikum - neuroleptikum) | | |
| Helicid 20 mg p. o. | 1 - 0 - 0 - 0 | (ráno nalačno) |
| (antacidum - antiulcerotikum) | | |
| Neurol 0,5 mg tbl. p. o. | 1 - 0 - 0 - 1 | |
| (anxilytikum) | | |
| Stilnox 10 mg | 0 - 0 - 0 - 1 | |
| (hypnotikum) | | |
| Tritace 1,25 mg p. o. | 1 - 0 - 0 - 0 | |
| (antihypertenzivum) | | |
| Zoloft 50 mg p. o. | 0 - 0 - 1 - 0 | |
| (antidepresivum) | | |
| Fentanyl 25 mcg/hod. empl. | výměna po 72 hodinách | |

(analgetikum-anodynum)

Lexaurin 1,5 mg p. o. při úzkosti max. 3x denně ā 8 hod.

(anxiolytikum)

Morphin 10 mg s.c. při bolesti VAS 4 a více, max. 3x denně ā 4 hod.

(analgetikum-anodynum)

TA: kouřila asi dva roky po škole při nástupu do zaměstnání, potom již nikdy; alkohol pila příležitostně (např. oslava, 1 - 2 sklenky vína), 1x denně káva

Zhodnocení z ošetrovatelského hlediska

Jedná se o pacientku, která je za dopomoci ošetroujícího personálu a za využití kompenzačních pomůcek (francouzských berlí) chodící, plně soběstačná v rámci svého lůžka. V lůžku se obslouží sama, co se týče příjmu potravy a tekutin. Chuť k jídlu nižší. Pozoruje na sobě, že poslední dobou jí menší porce. Přibližně za poslední měsíc zhubla více jak 3 kg (za 12 měsíců ztratila více než 30 kg na váze). Dopomoc nutná v oblasti hygieny a vylučování. Stolica je v posledních čtrnácti dnech frekventovanější, hlenovitá, při vyprazdňování občas pociťuje křeče v břiše. V péči o vyprazdňování jsou využívány pomůcky k inkontinenci - pleny. Hygienu zvládá s dopomocí ošetroujícího personálu. Paní polohována není, i když na stupnici dle Nortonové získala 23 bodů, což znamená zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů. Polohu v lůžku dokáže měnit sama, bez dopomoci. Ošetrovatelský personál provádí preventivní opatření ve smyslu zvýšené péče o kůži. Trpí iniciální insomnií, řešeno hypnotiky - viz FA.

Tázaná je při vědomí, lucidní, orientovaná místem, časem, situací a svou osobou, verbální projev má koherentní. GCS 15 bodů. V průběhu dne respondentka občas pociťuje úzkost, reaguje však klidně a adekvátně. V průběhu pobytu v hospicovém zařízení za ní dochází psycholog.

Respondentka je vdova, manžel jí zemřel před 15 lety na Ca jícnu. Porodila tři děti - dvě dcery a jednoho syna. Mladší dcera však zemřela před 7 lety, na Ca gynekologického původu. Starší dcera za respondentkou pravidelně dochází. Dá se říci, že až na některé dny je u respondentky denně na návštěvě. Syn dojíždí každý víkend - častěji nemůže, má bydliště vzdáleněji od hospice a nedovoluje mu být u matky častěji jeho pracovní vytížení (je podnikatel). Respondentka má dvě vnoučata - vnučku od dcery a vnuka od syna. Tázaná má ještě dva sourozence, sestru a bratra. Sestra, vzhledem k věku a vzdálenosti, za paní nedojíždí, jsou však v kontaktu přes telefon. Její bratr se snaží za ní dojíždět o víkendu, jelikož bydlí blíže k hospici.

Péči duchovního přijala, sama o ní požádala při příjmu do hospicového zařízení. Pakliže nebude moci být rodina u respondentky, až bude umírat, přeje si, aby v její přítomnosti byl duchovní. Paní R. M. je plně informována o svém zdravotním stavu. Je seznámena se svou onkologickou diagnózou i infaustní prognózou.

Cílem paliativního ošetřovatelství bude co nejvyšší možná eliminace nepříjemných symptomů doprovázejících generalizovaný nádor rektosigmatu a taktéž empatické doprovázení v umírání ve spolupráci s duchovním pracovníkem.

Vývoj nemoci

Paní R. M. před 5 lety byla pro pozitivní test na okultní krvácení poslána na kolonoskopii, při které byla odebrána histologie, na jejímž základě a také na základě kolonoskopického nálezu byl diagnostikován karcinom rektosigmatu. Podstoupila neoadjuvantně radioterapii, následně však měla následovat operace, při které by se zhotovila stomie. Tuto možnost respondentka rezolutně odmítla, neboť t. č. se cítila dobře, obtíže neměla a nedokázala si představit život se stomií. Následovaly kontroly, při kterých byla opakovaně zjištěna recidiva základního onkologického onemocnění. Již zmiňovaná operace jí byla nabídnuta celkem 4x, vždy však odmítla. Postupně přestala chodit na všechny kontroly. V listopadu r. 2013 byla přijata na interní oddělení pro celkovou slabost a pro výrazné hubnutí. Původně vážila přes 100 kg, na váze ztratila okolo 30 kg, postupně se začaly objevovat výraznější křečovitě bolesti břicha při vyprazdňování a časté stolice s hlenem, bez příměsi krve. Na základě plejády vyšetření, která proběhla za hospitalizace, byl potvrzen rozsáhlý tumor rektosigmatu se zavzatým distálním úsekem pravého močovodu, hydronefrózou, zmnožené uzliny, infiltrace okolí tumoru a zjištěné mnohočetné metastázy do jater a plic (u metastáz do plic nelze vyloučit primární nádor).

Pacientce byla doporučena symptomatologická a paliativní péče. Z interního oddělení byla propuštěna do domácího prostředí, cestou praktického lékaře vyjednán hospic, v lednu r. 2014 přijata do hospice k paliativní péči.

Rozhovor s respondentkou

I. doména - aktuální kvalita života

Jak se cítíte po fyzické stránce?

Respondentka hodnotí svůj fyzický stav převážně pozitivně, i když se občas nepříjemnosti od žaludku dostaví. Velkou měrou má na tom podíl podle paní R. M. i pobyt v hospici. *„Jsem tady vcelku spokojená a opečovávána. Kdybych vstala doma, tak už dávno nežiju, o tom jsem přesvědčena. To víte, nemoc je nemoc, choroba časem oslabuje, ale v tomhle prostředí to tak nepociťujete. Já tomu neříkám hospic, ale uzdravovna, tady každéj pookřeje. Péče je tady opravdu vzorná.“*

Jak se cítíte po psychické stránce?

Respondentka hodnotí svůj psychický stav taktéž z velké části pozitivně a domnívá se, že je to i díky pobytu v hospici. *„Víte, snažím se myslet na to hezké, protože chci odvíst od špatného myšlenky. A taky se snažím zapomenout na to nehezký. Neříkám, že to vždy jde, ale kolikrát se vyspím a cejtím se, jako kdybych byla zdravá. Hodně poslouchám rádio, který dokáže odpoutat myšlenky a pomůže mi zapomenout, když jdou na mě chmury.“* Dotazovaná si velmi cení přístupu všeobecných sester a pomocného personálu v hospicovém zařízení. *„Mně se tady třeba líbí, jak se ke mně chovají ty sestřičky. Třeba když mi řeknou beruško nebo když mi ten chlapec (respondentka myslí sanitáře) řekne sluníčko, to je krásný.“*

Má nemoc ve Vašem životě nějaký význam?

Tázaná se díky nemoci naučila chápat hodnotu času. V tomto období je ráda, že může být se svými milovanými, i když třeba jenom v myšlenkách. Naučila se také děkovat Bohu za každý den, který jí byl dán. Kromě toho, že se paní R. M. díky své nemoci naučila chápat čas, vidí význam nemoci i v tom, že se opět setká s těmi, kteří tento svět již opustili.

Změnila nemoc nějakých způsobem Váš život? Co Vám přinesla a v čem Vás omezuje?

Jak je uvedeno v předešlé otázce, respondentce nemoc přinesla to, že se naučila chápat hodnotu času a také naději, že se opět setká s těmi, kteří zemřeli. Oproti tomu by chtěla být více se svými blízkými, zejména se tázané stýská po vnoučkovi. *„Každý víkend za mnou syn s vnoučkem jezdí. Jak já říkávám, chodí za mnou mládí. Potěšíme se s malým. Moje další vnučka si přeje být lékařkou, je teď na gymnáziu. Tak trochu mě mrzí, že už jí pak neuvidím. Už tady nebudu.“*

Jaké pocity nejčastěji prožíváte? Máte možnost o nich s někým mluvit?

Dotazovaná své pocity hodnotí ambivalentně, avšak převažuje pozitivní smýšlení. *„Někdy dobrý, někdy špatný, ale těch je málo. Nešťastná jsem z toho, když potřebuji péči a nedostaví se třeba hned. Neříkám, ta péče se dostaví vždycky, ale není to třeba hned, jak bych potřebovala nebo vyžadovala a tak jsem někdy z toho tak trochu rozmrzelá. Ale zase přístup personálu mě pozitivně naladí. To víte, když Vás někdo pohladí, to je něco tak posilujícího. Je to jako kdyby se mě dotkl svatej. (smích)“*

O svých pocitech má respondentka možnost mluvit jak s členy ošetrovatelského týmu, tak s rodinou. *„Je tady kolem mě dost lidí, kteří mě vyslechnou. Sestřičky, sem tam nějaká stážistka. Všechny si na mě udělají čas. I dcera se synem. S dcerou o tom můžu mluvit otevřeně. Voláme si. Se synem je to složitější, to víte, je to mužskej. Někdy mi řekne, mami a dost a musím mlčet.“* Co se týče rodiny, je paní R. M. ráda, že má „čistý stůl“ stran majetkového vyrovnání, respektive dědictví. *„Než jsem šla do hospice, rozdělila jsem majetek svým dětem. Dceři a synovi, aby nebyly nějaký mrzutosti po mojí smrti. To mi hodně pomáhá, když vím, že mám tuhle jistotu. Nechtěla jsem, aby se děti rozkmotřily kvůli majetku.“*

II. doména - hodnotová orientace života

- **Minulost**

Povězte mi, prosím, něco o svém mládí, své práci, co jste ráda dělala a vykonávala ve svém volném čase. Co Vás bavilo a přinášelo Vám radost.

„Narodila jsem se, jak já říkám, v nejhorším roce války, to byl dvaadvacátý rok, když maminka prožívala Heydrichiádu, Lidice, Ležáky a já se v září narodila, to musel být pro ni velkej stres. Jsem pokřtěná jako husitka, už ve třech dnech. Celá rodina jsme husiti. Vychodila jsem osmiletku, tam jsem docházela od pondělí do soboty a v neděli jsem navštěvovala takzvanou nedělní školu. A když mi bylo čtrnáct, nastoupila jsem do zaměstnání. Bylo to zaměstnání takový, že se tam brousily markazity. Tam jsem zůstala do svých sedmnácti let, než jsem se odstěhovala, kde jsem si našla manžela. No spíš, manžel si našel mě, když jsme jeli do Brna na vejlet na motorkový závody. Mě to jako děvče nezajímalo, ale zaujal mě tam ten chlapec, kterej hrál na harmoniku a byl galantní k děvčatům a když jsme přijeli zpátky, dali jsme si schůzku a začali jsme spolu chodit. No ale zemřela mu maminka brzo po tom, co jsme se seznámili a on žil s tatínkem, takový dva chlapi v chalupě, tak jsem se z lásky k němu a on z lásky k tomu, aby měli nějakou hospodyňku (smích), přestěhovala k nim do chalupy ve svých sedmnácti. Tehdy to

ale nebyla móda, bylo to zapovězený. V chalupě jsme zůstali až do smrti tatínka. V osmnácti jsme se vzali, v devatenácti se mi narodila první dceruška. Shodou okolností se narodila v tomto domě, kde je teď hospic. V tomto domě jsem porodila dvě děti. Starší dceru a syna. Po první dceři jsem zase chvíli chodila do zaměstnání, to jsem pracovala na poli ve šlechtitelské stanici, kde se šlechtilo ovoce a zelenina. Za čtyři roky se mi narodila druhá dcera, která mi před sedmi lety zemřela, v padesáti letech na rakovinu ženského původu. Pak léta běžely, pracovala jsem ve školce jako kuchařka a potom se nám s manželem narodil vytožený syn. Tak jsem měla dvě holky a vytoženého syna, kterýho si přál strašně manžel, jako každé chlap. Tak to bylo největší překvapení mého života, protože se mi narodil ve třiceti šesti, tehda tak v pozdním věku. Potom jsem až do důchodu dělala v továrně, kde se vyráběly pojistky do motoru.“

„Ve svém volném čase jsem nejraději, kromě rodiny, pečovala o kytičky. Měla jsem asi šedesát květináčů v bytě. Když jsem měla třeba špatnou náladu, ale i dobrou, tak jsem ty kytičky obcházela, pozaljšavala, pooprašovala a tím se třeba i uklidnila. Vynahrazovala jsem si tím, že jsem nikdy neměla zahrádku. Bydleli jsme v partajovém baráku, ve vnitrobloku jsem měla taky kytičky a chlapy, tátové od rodiny dětem udělali dětem pískoviště. Tak jsem si tam ráda s dětma chodila. Posadila jsem se, děti si hrály a já se kochala kytičkama.“

Máte ve svém životě nějaká setkání, které považujete za osudové nebo pro Vás nějakým způsobem významné?

Za osudové setkání považuje tázaná shledání se svým manželem. „Byl to hodnej muž, se kterým jsem měla rovnocenný manželství. Byla jsem s ním celkem 40 let, od mých 17 let. Taky jeho odchod byl jednou z největších ran v mém životě.“ Podobně jako setkání se svým manželem, považuje respondentka za osudové to, že měla hodného a chápavého tchána.

Udělala byste ve svém životě něco jinak? Litujete některých svých rozhodnutí?

Dotazovaná se domnívá, že by ve svém životě nic neměnila. „Rozhodně bych neměnila chlapa. Toho mi snad poslal sám Pán Bůh. A děti bych neměnila. Ty jsou dobrý, i moje dcera, která zemřela, byla úžasná.“

Co vám život dal a co vzal?

Manžela, děti a vnoučata považuje paní R. M. za dary života. „Život mi vzal dceru, manžela a rodiče. Víte, rodiče, ty už byly starý, to je normální, je to koloběh života, který se nedá zastavit. Ted' na starý kolena, když tak bilancuju svůj život, můžu říct, že jsem měla krásnej život.“

- Přítomnost

Kdybyste měla tři přání, jaká by byla?

Dotazovaná by si především přála, aby její děti a vnoučata byly zdravý a aby vyrůstaly v míru a v pokoji.

Souhlasíte s tvrzením, že člověk potřebuje v životě něco, pro co by žil?

„Samozřejmě, samozřejmě. To vám klidně podepíšu. Hlavně tu rodinu.“

Co je pro Vás momentálně nejdůležitější?

Respondentka opět ihned po položení otázky zmiňuje její rodinu. „Hlavně ti moji potomci a jejich příbuzenstvo. A všechno dobrý přeju i svejm sourozencům. Mám mladšího bratra, kterému je šedesát jedna let a starší sestru, které je sedmdesát devět let.“

Jaký máte vztah s Vašimi nejbližšími? Kdo Vám nejvíce rozumí?

„Dobrej, dobrej. Jak s dětma a jejich rodinama, tak se svou. Jako s rodinou svého bratra a s ním, tak s rodinou sestry a s ní. Vždycky jsem měla. Vycházeli jsme spolu dobře, nikdy jsme se nehádali.“ Nejvíce si paní R. M. rozumí s dcerou.

Co Vám dávají Vaši nejbližší.

„Sílu, povzbuzujou mě, jen jez mámo, jen jez, ať tu ještě seš (smích), protože byl takovej předpoklad, že v prosinci minulýho roku odejdu a já jsem tu ještě dnes a máte už květen. Asi to má být, asi to tak Pán Bůh chtěl. Můj zeťák, jako manžel od dcery, on má cukrovku od čtyř let a asi necelých deset let je slepej. Je to úžasnej chlap. Ten když mi volá, ten mi dává po telefonu takovou sílu, to by nikdo nevěřil.“

Co naopak můžete dát Vy Vašim nejbližším?

„Já jim můžu dát dobrý slovo, lásku jim můžu dávat, i když jenom na dálku.“

Pokládáte se za osobu, která určuje svůj osud.

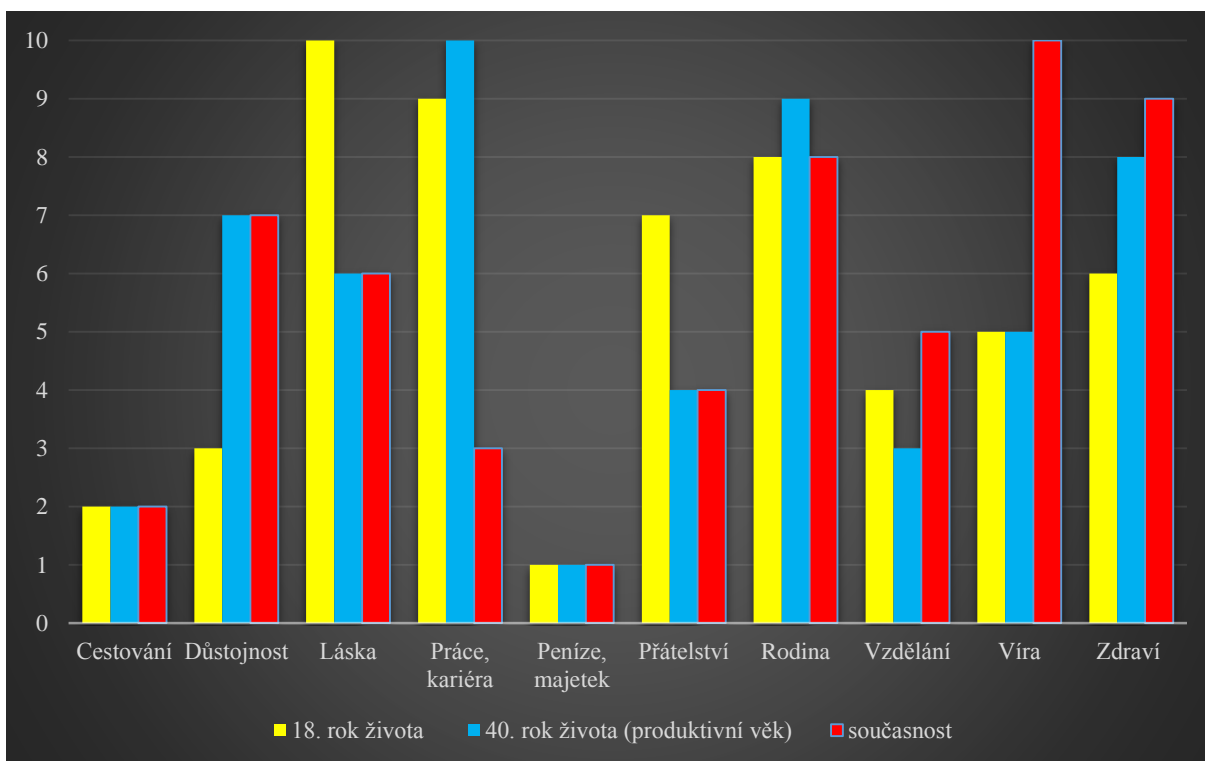
„Ano, to jo. Svůj osud jsem si udělala sama. Protože když jsem se dozvěděla o tý rakovině, tak jsem byla na ozárkách a pak jsem měla jít po nějaký době na operaci, na vývod, a já jsem nešla. Mně to nedělalo nějaký zvláštní obtíže a hlavně jsem to nechtěla. Nenašla jsem tu sílu, když jsem si představila, že bych měla bejt s pytlíkem. Chodila jsem na kontroly, kdy mi furt říkali, jak se to zvětšuje a zvětšuje. Celkem jsem to myslím odmítla čtyřikrát. Takže si myslím, že jsem si svůj osud řídila já. Abych umřela normálně, přirozenou cestou.“

Čeho se nejvíce obáváte?

„No, trošičku si říkám, aby ten můj konec byl důstojnej. Abych neumírala ve velkejch bolestech. Abych vydržela to, co mi Pán Bůh určil, nepodlehla panice, nervově se nezhroutila. Doufám

v důstojnej konec. Myslím si, že to tady má v hospici smysl. Kdybych byla doma, asi bych už nežila.“

Žebříček životních hodnot



Obr. 2 Životní hodnoty respondentky R. M.

Pozorování ošetřujícího personálu

1. V jaké fázi se dle E. K. Rossové nachází Váš pacient/ka?

Sestra A: „e) fáze smíření“

Sestra B: „e) fáze smíření“

2. Popište, prosíme, běžnou emocionalitu pacienta/ky. Domníváte se, že prožívá radost ze života?

Sestra A: „Ano, řekla bych, že se dokáže radovat ze života i tady v hospici.“

Sestra B: „Paní M. je vesměs klidná. V průběhu dne, když jí navštívím, se kolikrát usmívá.“

3. Spolupracuje pacient/ka na léčbě?

Sestra A: „*Spolupracuje s námi.*“

Sestra B: „*Rozhodně ano. Patří mezi ukázněné pacienty. Je s ní dobrá komunikace, potřebujeme-li vyřešit nějaký problém.*“

4. Jaké má pacient/ka vztahy s personálem na Vašem oddělení?

Sestra A: „*Myslím si, že dobrý.*“

Sestra B: „*Řekla bych, že my s ní a ona s námi navázala dobré vztahy již od jejího přijetí do hospice. Jak nám sama říká, líbí se jí tu a těší se z nás.*“

5. Jaké má pacient/ka vztahy se svou rodinou?

Sestra A: „*Myslím si, že taky dobrý. Dochází za ní pravidelně.*“

Sestra B: „*Rozhodně má paní M. s rodinou vřelé vztahy. Často za ní dochází dcera, buď sama, nebo s vnučkou a syn o víkendu. Někdy víkend jezdí i její bratr. Co vím od ní, volá si i se sestrou nebo i telefonicky v kontaktu s dcerou, když nemůže za ní dojít.*“

8. 3 Případová studie č. 3

Základní charakteristická data

Iniciály: V. P. (respondentka č. 3)

Pohlaví: žena

Věk: 60 let

Stav: vdova

Vzdělání: SOU (střední odborné učiliště)

Zaměstnání: starobní důchodkyně, v produktivním věku vystřídala vícero zaměstnání (pracovala jako kuchařka, dělnice, prodavačka apod.), v předdůchodovém období pracovala v rodinném podniku (přítel vlastní hotel s jídelnou pro turisty), kde uklízela a vařila

Hlavní dg.: Karcinom tlustého střeva - flexura hepatica s metastázemi do peritonea a retroperitonea

Vedlejší dg.: Ascites, kachexie, nevolnost a zvracení

Zařízení: Onkologické oddělení

MMSE: 27 bodů - pásma normálu

RA: matka zemřela v 72 letech na infarkt myokardu, otec v 59 letech na Ca plic

SA: bydlí v rodinném domě s přítelem a jeho synem

FA: Algifen Neo gtt. p. o. 30 - 30 - 30 - 0

(analgetikum - spasmolytikum)

Cipralex 10 mg p. o. 0 - 0 - 1 - 0

(antidepresivum)

Helicid 20 mg p. o. 1 - 0 - 1 - 0 (nalačno)

(antacidum - antiulcerotikum)

Kalnormin 1 g p. o. 1 - 1 - 1 - 0

(minerál, iont - sůl draselná s acidifikačním účinkem)

Reasec 2,5 mg p. o. 1 tbl. při průjmu max. ā 8 hodin

(antidiaroikum, antipropulzívum)

Spofax supp. p. r. při krvácení z konečníku max. 5 denně

(antihaemorrhoidalia)

Stilnox 10 mg p. o. 0 - 0 - 0 - 1

(hypnotikum)

Morphin 10 mg s. c. 4:00 - 10:00 - 16:00 - 22:00

(analgetikum - anodynum)

Degan 1 amp. i.v. 4:00 - 12:00 - 20:00

(antiemetikum, prokinetikum)

100 ml FR + Dexamed 2 ml/8 mg + Quamatel 20 mg na 30 min. 2x denně

(Dexamed: glukokortikoidní steroid, Quamatel: antacidum, antiulcerotikum)

TA: fumator asi od 20 let 5 až 6 cigaret denně, alkohol prakticky nepije, kávu taktéž nepije

Zhodnocení z ošetřovatelského hlediska

Paní V. P. je ležící pacientka s minimální soběstačností v rámci svého lůžka. Pro špatný celkový stav a slabost se již nedokáže pohybovat. U respondentky zajišťuje ošetřovatelský personál komplexní péči. Je na personál odkázána stran vyprazdňování (řešeno plenami, stolice je v posledních dnech dosti frekventovaná, přibližně 5-6 x za den průjmovitého charakteru), výživy (v poslední době téměř nechce přijímat tuhou ani mletou stravu, řešeno sippingem, který pacientka toleruje). Trápí ji také nauzea, za dobu hospitalizace na onkologii však bez vomitu. Ošetřovatelský personál zajišťuje také u paní hygienickou péči, která je prováděna na lůžku. Hygienu v koupelně odmítá. Paní V. P. je polohována pro vysoké riziko vzniku dekubitů, v testu dle Nortonové získala 16 bodů. Měnit polohu sama v lůžku takřka nedokáže. Ošetřovatelský personál provádí preventivní opatření ve smyslu zvýšené péče o kůži a využívá polohovacích pomůcek k polohování. Přes den je paní V. P. polohována ā 2 hodiny, přes noc ā 3 hodiny. U respondentky jsou nadále řešeny bolesti břicha tenzního až kolikovitého charakteru, přes nastavenou analgoterapii hodnotí bolesti na VAS 4. Má obtíže se spánkem. Usínání a kontinuitu spánku narušuje zejména úzkost, která respondentku trápí a současně bolest, neboť bolest popisuje ve večerních hodinách jako intenzivnější a velmi obtěžující.

Pacientka je při vědomí, lucidní, orientovaná místem, časem, situací a svou osobou. GCS 14 bodů. Verbální projev koherentní. V průběhu dne pospává, je úzkostná, plačtivá, reaguje citlivě. V průběhu hospitalizace na onkologickém oddělení za respondentkou dochází klinický psycholog. Toho si však vyžádala již dříve - asi 4 měsíce nazpět - respektive v čase, kdy pociťovala, že se její zdravotní stav zhoršuje a vše se celkově odrazilo na jejím psychickém stavu.

Dotazovaná je vdova, nyní žije s přítelem v jeho rodinném domě. Rodiče respondentky nežijí. Má sestru, se kterou se vidí zřídka, častokrát pouze příležitostně, tj. o Velikonocích a Vánocích.

Má dvě děti, dceru a syna. S dcerou udržuje kontakt po telefonu, pravidelně si prý volají. Syn bydlí nedaleko tázané, v době hospitalizace za ni nebyl, prý nemá rád nemocnice.

Péči duchovního pracovníka nechce, věřící není. Ze spirituálních potřeb je třeba zaobírat se potřebou naděje.

Paní V. P. je plně informována o své onkologické diagnóze a infaustní prognóze. Velmi těžce nesla pravdu, kterou ji sdělil ošetřující lékař stran prognózy.

U respondentky je ukončena aktivní onkologická léčba, již se nepodají ani plánované paliativní chemoterapie. Na onkologické oddělení je přijata k symptomatologické péči pro celkové zhoršení stavu, uvažuje se o přeložení na lůžko následné péče nebo do hospicového zařízení. Cílem paliativního ošetřovatelství bude co nejvyšší možná eliminace nepříjemných symptomů doprovázejících nádor s metastázemi, mírnění bolesti na snesitelnou míru a současné zaměření se na péči o psychický stav pacientky.

Vývoj nemoci

Respondentka postupně na sobě pozorovala příznaky nemoci. Prvně se začaly objevovat různá škroukání v břiše, někdy mírné tlaky, stav doprovázela únava. Následně se projevíly i změny ve vyprazdňování stolice - střídala se zácpa s průjmem. Svým obtížím nepřisuzovala žádný velký význam. Domnívala se, že původem břišního dyskomfortu je psychická zátěž, kterou prodělávala (v době, kdy začala na sobě pozorovat tyto změny, musela být stále v práci - jak říká dotazovaná - musela se otáčet, aby podnik prosperoval; rovněž dostal syn výpověď z práce, doma zůstal se ženou a s dítětem, bez příjmu, tak chtěla pomoci i jemu). Jednoho odpoledne začaly bolesti břicha stoupat, pociťovala výrazný pocit plnosti v břiše, nauzeu. Byla převezena na chirurgické oddělení v místě bydliště, kde byla přijata pro bolesti břicha a subileózní stav. Ještě týž den jí byla provedena revize dutiny břišní, při kterém byl zjištěn karcinom tlustého střeva, resp. tumor v omentu, infiltrace hilu jater a sleziny. Byla vyhotovena resekce omenta a ileosigmoideoanastomóza. Při operaci proveden odběr tkáně na histologii z omenta a peritonea. Výsledkem z patologického ústavu bylo určení mucinózní adenokarcinom s nejasným primárním původem (původ může být v kolorektu, pankreatu, ale i jinde), K-RAS mutován. Odeslána na onkologické oddělení, do konziliární ambulance. Pacientce určili chemoterapie FOLFOX - absolvovala 9 sérií a 7 sérií biologické terapie Avastinem. Poté pacientka podstoupila přešetření, při kterém zjištěna progrese onemocnění a navíc elevace onkomarkerů. Po tomto zjištění byly pacientce podány 2 linie chemoterapie FOLFIRI a následně byla připojena biologická terapie Zaltrap, celkem 3 série.

Rozhovor s respondentkou

I. doména - aktuální kvalita života

Jak se cítíte po fyzické stránce?

Dotazovanou trápí poměrně silné bolesti břicha tenzního charakteru i přes nastavenou analgetickou terapii. „*Strašně mě bolí břicho, mám ho šíleně nafouklý. To je strašnej pocit, jako kdybych tam měla balvan, šurt či co. (pauza) Ke všemu mě strašně bolí ten konečník, furt mě přebalují, je to hrozný, už mě to nebaví.*“

Jak se cítíte po psychické stránce?

Respondentka popisuje, podobně jako ve fyzické oblasti, únavu ve smyslu psychického vyčerpání. „*Takhle jsem si svůj konec nepředstavovala. Jsem vyšťavěná jako citrón.*“

Má nemoc ve Vašem životě nějaký význam?

„*Já nevím. Nevím, jestli bych měla vidět nějaký význam v té rakovině. Řekla bych, že ne.*“

Změnila nemoc nějakým způsobem Váš život? Co Vám přinesla a v čem Vás omezuje?

Tázaná vnímá svou nemoc ryze negativně, nedokáže najít na svém onemocnění pozitivum. „*Takovou dobu chodím na chemoterapie a koukejte se, jak vypadám. Bylo to snad k něčemu? Bylo mi akorát špatně. A teď mi je snad nejhůř, co jsem zažila. (pauza, slzy v očích) Dotazovaná má obavy, co se bude dít, kdyby zemřela nebo se již nemohla vrátit domů. Znepokojena je z toho, jak vše zvládne přítel, co bude s domácími mazlíčky, s hotelem apod.*

Jaké pocity nejčastěji prožíváte? Máte možnost o nich s někým mluvit?

„*No jaký, přepadá mě strašnej smutek, beznaděj. Nemám z ničeho radost. Nemám chuť. Je mi smutno, stýská se mi po životě, kterej ztrácím. Nemůžu bejt doma, s přítelem, se psy. Radši bych naposledy vydechnula tam.*“

II. doména - hodnotová orientace života

- **Minulost**

Povězte mi, prosím, něco o svém mládí, své práci, co jste ráda dělala a vykonávala ve svém volném čase. Co Vás bavilo a přinášelo Vám radost.

„*Tak narodila jsem se před 60 lety. Letos jsem na podzim oslavila 60 let, letí to. Narodila jsem se v horách. Vlastně kousek od baráku, ve kterým žiju teď. Jsem prostě holka z hor. Po škole,*

dneska je to základní škola, jsem šla na učňák. Vyučila jsem se švadlenou, ale tou jsem se živila asi jenom dva roky, to se tenkrát muselo. Když jsem se učila u toho závodu, tak pak se muselo něco u nich odpracovat. Pak jsem šla dělat kuchařku do školní jídelny. Tam jsem poznala svého muže. On tam byl jako údržbář, školník. Tak mě jednou pozval na tancovačku. Tam jsme protančili spolu snad celý večer, zamilovali jsme se do sebe a začali spolu chodit. No a pak jsem otěhotněla, musela bejt veselka. Za rok jsem otěhotněla podruhé a narodil se nám syn. Chvilku jsem byla s dětma doma, pak jsem musela jít do práce. Tehdá platy nebyly moc vysoký, musela jsem jít taky pracovat a nastoupila jsem jako dělnice v továrně. Denně jsem dojížděla do zaměstnání, děti jsem dávala do jeslí.“ Paní V. P. měla povinnosti k rodině, bydlela s manželem v rodinném domku, ve kterém byli i rodiče od manžela. Po práci se musela s nimi společně starat o dobytek a zahradu. O tu dbala ráda. Milovala hory. Proto ve volných chvílích brávala děti do přírody. V jejich 48 letech jí zemřel manžel na infarkt myokardu. „Byla to hrozná rána. Děti sice byly už velký, ale já tam vstala sama na barák, na zvířata. To jsem jako sama ženská nemohla utáhnout. Dcera se přestěhovala za přítelem, no, dneska za manželem do Prahy a syn nemohl se mnou oblítat celý hospodářství. Tehdá jsem se seznámila s mým teď už partnerem, on vlastní hotel, je to asi 10 kilometrů ode mě. Hospodářství jsem zrušila a v domě, ve kterém jsem žila, teď bydlí syn s rodinou. Já se přestěhovala k přítelovi. A tam bylo práce dost. Na hotelu bylo práce jako na kostele, ještě měli k tomu stravování, tak jsem vypomáhala, kde se dalo. Uklízela jsem, ubytovávala, vařila, roznášela jídla. Snad všechno, na co si vzpomenete. Kdybych tu neležela jak ten lazar, jsem v jednom zápřahu do teď.“

Máte ve svém životě nějaká setkání, které považujete za osudové nebo pro Vás nějakým způsobem významné?

Za osudové paní V. P. považuje setkání s manželem, ale i s přítelem, se kterým v současné době žije. „Můj manžel byl dobrej chlap, postaral se o rodinu, zastal práci. Jsem ráda, že jsem potkala takovýho mužskýho. Ale po jeho smrti jsem nemohla být sama. Když je sama ženská, není to dobrý. A tak jsem potkala svého přítele, co s ním žiju. To je fajnovej chlap. On byl rád, že má vedle sebe ženskou.“

Udělal byste ve svém životě něco jinak? Litujete některých svých rozhodnutí?

Respondentka lituje, že se více nezajímala o své zdraví. Podceňovala příznaky dnes potvrzeného onkologického onemocnění a symptomům nepřisuzovala žádnou váhu. „Měla jsem se o sebe víc zajímat. Když je hodně práce, tak jsem si nemohla dovolit marodit. Kdybych se na to tenkrát nevykašlala, nemuselo to takhle dopadnout.“

Co vám život dal a co vzal?

„Život mi dal děti. Sice se vidíme málo, ale vím, že je mám.“ Oproti tomu respondentce život vzal zdraví, sílu, energii a vitalitu. Má doma nemocného přítele s Parkinsonovou chorobou.

- Přítomnost

Kdybyste měla tři přání, jaká by byla?

„Přála bych si jen jedno, aby tahle nemoc nepostihla nikoho z mé rodiny. Aby byli všichni šťastní, zdraví a spokojení.“

Souhlasíte s tvrzením, že člověk potřebuje v životě něco, pro co by žil?

„To víte, že jo. Nevím, co by to bylo za život, kdyby neměl člověk pro co žít. (pláč)

Co je pro Vás momentálně nejdůležitější?

„Kéž bych věděla, jak to bude přítel doma zvládat sám. Je nemocný, už na vše nestačí. Pomáhá mu syn, ale já jsem byla jeho pravá ruka. Kdyby to šlo vzít všechno zpátky.“

Jaký máte vztah s Vašimi nejbližšími? Kdo Vám nejvíce rozumí?

Vztah s nejbližšími respondentka hodnotí na dobré úrovni. „Mám přítele, který je sám nemocný, a možná proto se máme tak strašně rádi. Ta nemoc nás víc spojila. Stejně jako s dcerou i synem. Ale syn sem za mnou nechce jezdit, on nemá rád nemocnice. Je celej po manželovi, ten byl taky takovej.“ Za nejbližší považuje svého přítele a rovněž svou dceru, která je jí blízká a rozumí nejvíce tázané.

Co Vám dávají Vaši nejbližší.

Nejbližší ji poskytují především lásku a pochopení. Dávají pocit, že ji někdo má rád. Dcera respondentky si evidentně uvědomuje, jaký je stav paní V. P. „Dcera mi nedávno do telefonu řekla, mami, chci, abys věděla, že jsem měla tu nejlepší mámu na světě, (pauza, pláč), tohle když Vám řekne Vaše dítě, co chcete víc.“ (pláč)

Co naopak můžete dát Vy Vaším nejbližším?

„Já si myslím, že taky lásku. Tu jim dávám dlouho. Dětem od doby, co se mi narodily. Stejně tak přítelovi, kterého mám.“

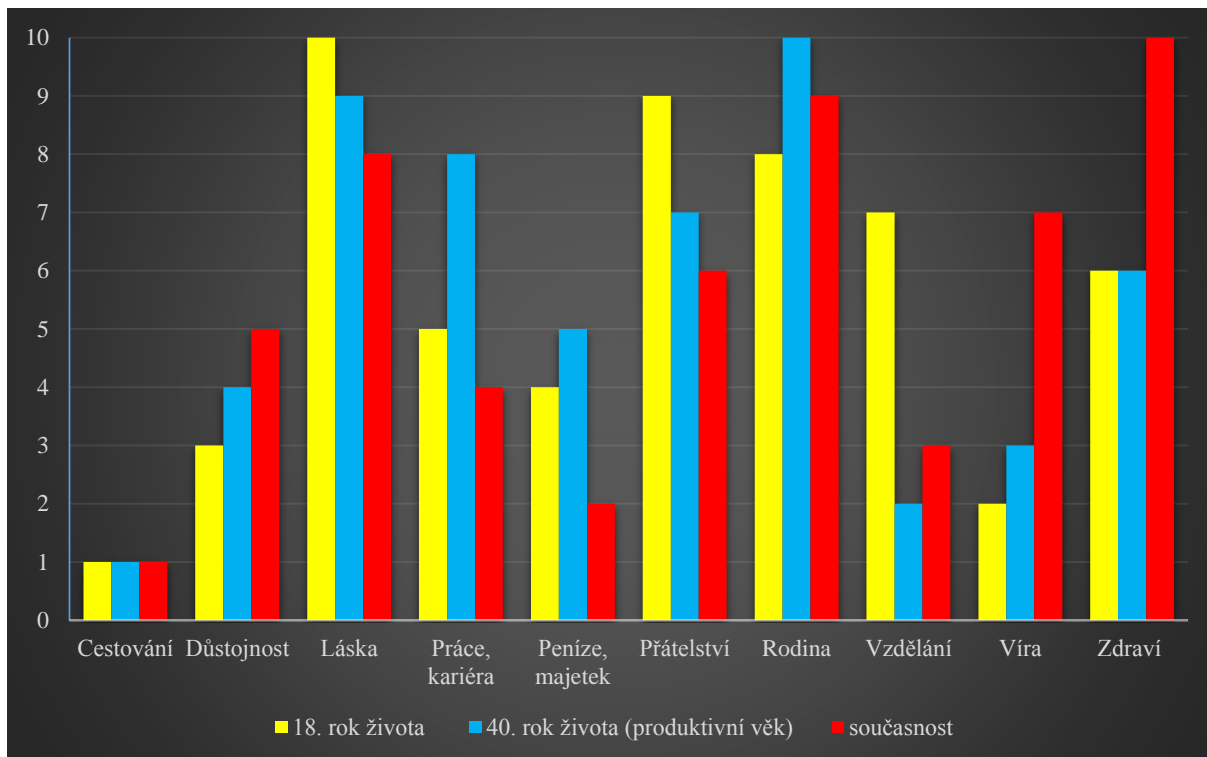
Pokládáte se za osobu, která určuje svůj osud?

„To rozhodně ne. Copak můžu o něčem teď rozhodnout? Jsem vláčená jako kus hadru. Jen čekám, co bude dál. Teď asi budu jenom čekat. Čekat, čekat a čekat. To mě tak ubijí a bere síly. Kéž bych měla dost sil na to zvednout se a udělat něco. Ne bejt tady jak troska.“ (pláč)

Čeho se nejvíce obáváte?

„Svého konce. (pláč) Víte, s koncem mám hodně obav, nejenom o sebe. Já nevím, co bude s přítelem, až tu nebudu.“ Paní V. P. se rovněž obává, jak budou vypadat poslední chvílky jejího života. „Bojím se bolesti, toho, že nebudu moc dechat; že tu zůstanu sama. Strašně se bojím.“

Žebříček životních hodnot



Obr. 3 Životní hodnoty respondenty V. P.

Pozorování ošetřujícího personálu

1. V jaké fázi se dle E. K. Rossové nachází Váš pacient/ka?

Sestra A: „Fáze deprese“

Sestra B: „Fáze deprese“

2. Popište, prosíme, běžnou emocionalitu pacienta/ky. Domníváte se, že prožívá radost ze života?

Sestra A: „Pacientka je plačtivá, smutná, úzkostná. Dle mého nemá radost ze života.“

Sestra B: „Emoce paní P. jsou spíše negativní. Plačtivá, smutná. Smutek, který prožívá, je vidět i v očích.“

3. Spolupracuje pacient/ka na léčbě?

Sestra A: „*Ano.*“

Sestra B: „*Spolupracuje v rámci možností, které má.*“

4. Jaké má pacient/ka vztahy s personálem na Vašem oddělení?

Sestra A: „*Myslím si, že má se všemi dobrý vztah.*“

Sestra B: „*Řekla bych dobrý. Je naší pacientkou delší dobu, známe se vzájemně. Vždycky to byla energická ženská, na kterou jsme se těšili.*“

5. Jaké má pacient/ka vztahy se svou rodinou?

Sestra A: „*Rodina za pacientkou moc nedochází, prakticky vůbec, tak nevím.*“

Sestra B: „*Vzhledem k tomu, že byla pacientka přijímaná vždy přibližně na 4 dny, rodina tu nebyla. Hodně paní P. mluví o svém přítelovi. Mluví i o dětech, hodně o dceři, se kterou má evidentně dobrý vztah. Častokrát si večer volali. Ona snad bydlí daleko od paní P.*“

8. 4 Případová studie č. 4

Základní charakteristická data

- Iniciály:** M. L. (respondentka č. 4)
- Pohlaví:** žena
- Věk:** 63 let
- Stav:** vdaná (1x vdaná)
- Vzdělání:** základní
- Zaměstnání:** v současnosti starobní důchodkyně dříve pracovala jako dělnice v JZD, pošťačka, poté jako servírka v hospodě
- Hlavní dg.:** Ca těla děložního s krvácivými projevy
- Vedlejší dg.:** Arteriální hypertenze (esenciální), diabetes mellitus II. typu na PAD, hypercholesterolemie, obezita, st. p. erysipelech (dlouhodobá ATB terapie azitromycinem)
- Zařízení:** Onkologické oddělení
- MMSE:** 29 - pásma normálu
- RA:** matka zemřela v 82 letech - pravděpodobně na RS, otec zemřel nešťastnou náhodou v 52 letech
- SA:** žije v rodinném domě s manželem
- FA:**
- | | |
|--|--|
| Euthyrox 100 mg tbl. p.o.
(hormon štítné žlázy) | 1 - 0 - 0 - 0 (nalačno) |
| Neurol 1,0 mg tbl. p.o.
(anxiolytikum) | 1 tbl. při úzkosti, max. 3x die ā 8 hod. |
| Prestarium neo 5 mg tbl. p.o.
(hypotenzivum) | 1 - 0 - 0 - 0 |
| Simvastatin 20 mg tbl. p.o.
(hypolipidemikum - statin) | 0 - 0 - 1 - 0 |
| Siofor 500 mg tbl. p.o.
(perorální antidiabetikum - biguanid) | 1 - 0 - 0 - 0 |
| Stilnox 10 mg tbl. p.o.
(hypnotikum) | 0 - 0 - 0 - 1 |
- TA:** nekouří (nikdy ani nekouřila), alkohol příležitostně (1 x za měsíc sklenka vína, při oslavě přípitek), kávu nepije

Zhodnocení z ošetrovatelského hlediska

Paní M. L. je chodící pouze za využití kompenzačních pomůcek (v chodítku s opěrnou deskou), bez kompenzačních pomůcek nemůže chodit pro nestabilitu v nohou. V lůžku soběstačná, obslouží se sama. Chut' k jídlu malá. Nepocit'uje hlad ani chuť. Řešeno dietou Výběr a sippingem, který toleruje. Má zavedený PMK, má pleny pro intermitentní krvácení z pochvy.

Pro vyprázdnění stolice se dává pacientce podložní mísa. V hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové respondentka získala 25 bodů - při tomto výsledku hrozí riziko vzniku dekubitů. Paní polohována není, dokáže měnit polohu v lůžku sama, bez pomoci ošetrujícího personálu. Ošetrovatelský personál provádí preventivní opatření ve smyslu zvýšené péče o kůži v oblasti genitálních, na predilekčních místech a využívají se polohovací pomůcky na paty. Respondentka trpí iniciální insomnií pro úzkosti, které má večer, což je řešeno anxiolytiky a hypnotiky, viz FA. Bolest neuvádí.

Pacientka je plně orientovaná místem, časem, situací a svou osobou, verbální projev koherentní. GCS 15 bodů. V průběhu dne se jeví paní M. L. vyrovnaněji, horší pocity se dostávají navečer, například když odchází návštěva a ona zůstává na pokoji sama a stav jí nutí přemýšlet. Při těchto pocitech popisuje tíhu na prsou. Někdy reaguje plačtivě. Byla ji nabídnuta pomoc psychologa, kterou však odmítla.

Respondentka je vdaná, má dvě děti (dcera a syna), obě děti za paní M. L. denně docházejí - střídají se. O víkendu za ní docházejí i vnoučata od dětí, má celkem 3 (dva vnuky a jednu vnučku).

Věřící není.

Paní M. L. je plně informována o svém zdravotním stavu. S onkologickou diagnózou a infaustní prognózou je obeznámena. Na onkologické oddělení byla přijata pro krvácení z rodidel. Je ordinováno podání infúzí s minerály, hemosubstituce pro nízkou hladinu hemoglobinu a paliativní radioterapie (celkem 5 frakcí). V plánu je následný překlád na lůžko následné péče.

Cílem paliativního ošetrovatelství bude doprovázení v umírání a rovněž doprovázení k fázi smíření.

Vývoj nemoci

Pacientka přeložena na Onkologické oddělení z Porodnicko-gynekologické kliniky pro Ca těla děložního s krvácivými projevy. Původně přijata na Porodnicko-gynekologickou kliniku

k operaci pro histologicky verifikovaný G2 endometroidní adenokarcinom z kyretáže. Dle interního a následně ARO vyšetření bylo riziko výkonu značně vysoké, proto se od operace odstoupilo. Doporučena paliativní radioterapie, která naplánovaná v 5 frakcích.

Rozhovor s respondentkou

I. doména - aktuální kvalita života

Jak se cítíte po fyzické stránce?

Respondentka se cítí fyzicky velmi špatně. Nejvíce jí trápí celková slabost a únava. „*Já jsem tak unavená, že si myslím, že přichází konec. Propadám se jako by do nějakýho bezvládí. Musím mít aj to chodítka, nemám jistotu v nohách.*“

Jak se cítíte po psychické stránce?

Psychicky se respondentka cítí vyčerpaná a „na dně“. „*Vlastně o tom vůbec neuvažuju, že mi jde o život. Nedokážu to asi vstřebat.* Respondentka popisuje zvláštní stav mysli. Jako by ji psychika nedovolovala přemýšlet o aktuální situaci. „*Možná se mi to nechce řešit, nebo to nehodlám řešit. Někdy večer přijde úzkost, jak to vlastně celý dopadne. Beru na to Neurol.*“

Má nemoc ve Vašem životě nějaký význam?

„*První, co mě napadlo, proč já? Celej život jsem byla člověk plnej energie.*“ Respondentka se domnívá, že nemoc jim možná posílila vztah se synem. Nikdy ho neměli špatný, ale momentálně je intenzivnější.

Změnila nemoc nějakých způsobem Váš život? Co Vám přinesla a v čem Vás omezuje?

Tázaná omezuje především to, že nemůže být doma se svou rodinou. Velmi jí limituje také celková únava a nestabilita při chůzi.

Jaké pocity nejčastěji prožíváte? Máte možnost o nich s někým mluvit?

Dotazovanou přepadá úzkost, zejména večer. O svých obtížích má možnost mluvit s rodinou, především s dcerou a sestrami, které ji rády vyslechnou. Podobně má spřízněnou duši v kamarádce J.

II. doména - hodnotová orientace života

- Minulost

Povězte mi, prosím, něco o svém mládí, své práci, co jste ráda dělala a vykonávala ve svém volném čase. Co Vás bavilo a přinášelo Vám radost.

„Dětství jsem měla asi jako každé jiné dítě. Pocházím ze tří dětí, jsme tři holky. A brzy jsem si založila svou vlastní rodinu. Dělala jsem pošťačku a přitom jsem poznala svého chlapa. Bylo mi sedmnáct let, seznámila jsem se s mým manželem a v osmnácti letech jsem s ním otěhotněla. Tenkrát byla doma docela mela, když jsem to řekla našim. Kluk se mi ale narodil, když mi bylo devatenáct, šla jsem bydlet k manželovi a jeho rodičům, měli velký dům. To jsme už byli svoji. Po roce a dvou měsících se mi narodila dcera. Po mateřské jsem nastoupila do JZD, dělala jsem pokladní a byla jsem u hospodářsko-technických služeb, tak se to jmenovalo. Dělala jsem klukům vejplaty podle stazek. O děti se mi starala babička, maminka manžela. Já jsem celý život v zářahu. Horší bylo, když zemřela babička. Musela jsem bejt doma já a měla jsem na starosti dědu, děti, barák, zahradu. Manžel začal bejt chromej na ruku, tak mu nabídli, aby vzal hospodu. Dceru se synem jsem dala do školky a já jsem šla s manželem do té hospody, byla jsem tam tak na půl úvazku. Chodila jsem hlavně pomáhat v silný dny, třeba v pátek, no podle lidí. A tam jsem s manželem strávila strašně dlouhou dobu, než jsem onemocněla. Mě to bavilo, bejt mezi lidma. Já jsem to s něma uměla. Ve volnu jsem milovala háčkování.“

Máte ve svém životě nějaká setkání, které považujete za osudové nebo pro Vás nějakým způsobem významné?

Za osudové považuje setkání s její kamarádkou. Poznały se v Karlových lázních, ve kterých byla paní M. L. na pobytu. „Je pro mě taková vzpruha. Ta mi tak pomáhala, když jsem se dozvěděla, jak jsem nemocná. Ona sama měla rakovinu, ví, o čem mluví. Jsme pořád spolu v kontaktu. Bydlíme daleko od sebe, ale buď si píšeme dopisy, nebo si voláme. To je jako kdybych měla sestru.“ Za osudové považuje taktéž setkání s manželem.

Udělala byste ve svém životě něco jinak? Litujete některých svých rozhodnutí?

„No, určitě lituju. Lituju. Když jsem odcházela k manželovým rodičům, tak mně táta nabízel, abysme si zvedli barák o jedno patro. To jsem neudělala dobře. Tchán mě neměl rád. Leč jsem se o něj pak starala. Ale ať jsem udělala cokoliv, všechno bylo špatně. Jednou mi řekl, že jsem utáhla manžela na to, že jsem byla těhotná. Obrečela jsem to, ale od té doby jsem ho už neměla ráda.“ Rovněž respondentka lituje toho, že se v mládí více nevěnovala vzdělávání, jak sama říká: „zvorala jsem to“.

Co vám život dal a co vzal?

„Manžela, děti, vnoučata. Já miluju vnučku z celého srdce. Tu holku jsem si vymodlila, jak jsem starej nezaboh. Dal mi taky úžasnou práci. Jestli mě něco bavilo, tak to byla hospoda.“

„Vzal mi tatínka, byla to tenkrát zbytečná smrt. Svým způsobem mi vzal i děti, když jsem byla furt v práci, nebo když jsem tam musela bejt s manželem.“

- Přítomnost

Kdybyste měla tři přání, jaká by byla?

Chtěla by být co nejdřív doma a vykonávat to, co jí naplňovalo. Jedná se o práci na zahrádce a háčkování. Přáním je, aby se zase uzdravila a byla šťastná s rodinou.

Souhlasíte s tvrzením, že člověk potřebuje v životě něco, pro co by žil?

Paní M. L. souhlasí s tímto tvrzením a dodává, že člověk musí poznat bezbřehou lásku, aby to pochopil.

Co je pro Vás momentálně nejdůležitější?

Za nejdůležitější považuje respondentka naději a víru v dobrý konec. Potom také své nejbližší, kteří ji drží nad vodou.

Jaký máte vztah s Vašimi nejbližšími? Kdo Vám nejvíce rozumí?

„Se všema mám dobrý vztah. S nikým nejsem rozkmotřená. Nejbliže mi je asi dcera. Vím, že to zní hloupě, syna miluju z celého srdce, ale ta holka je prostě nejenom dcerou, ale i kamarádkou a přítelkyní. Syn byl hodně tvrdohlavý a tíhnul hodně ke své ženě.“

Co Vám dávají Vaši nejbližší.

„Lásku. Dávají mně pochopení, sílu a naději bojovat. Bez nich by to nešlo.“

Co naopak můžete dát Vy Vaším nejbližším?

„Lásku, pohlázení na duši. Já jsem jim dala hodně. Vypiplala jsem si je od malinka.“

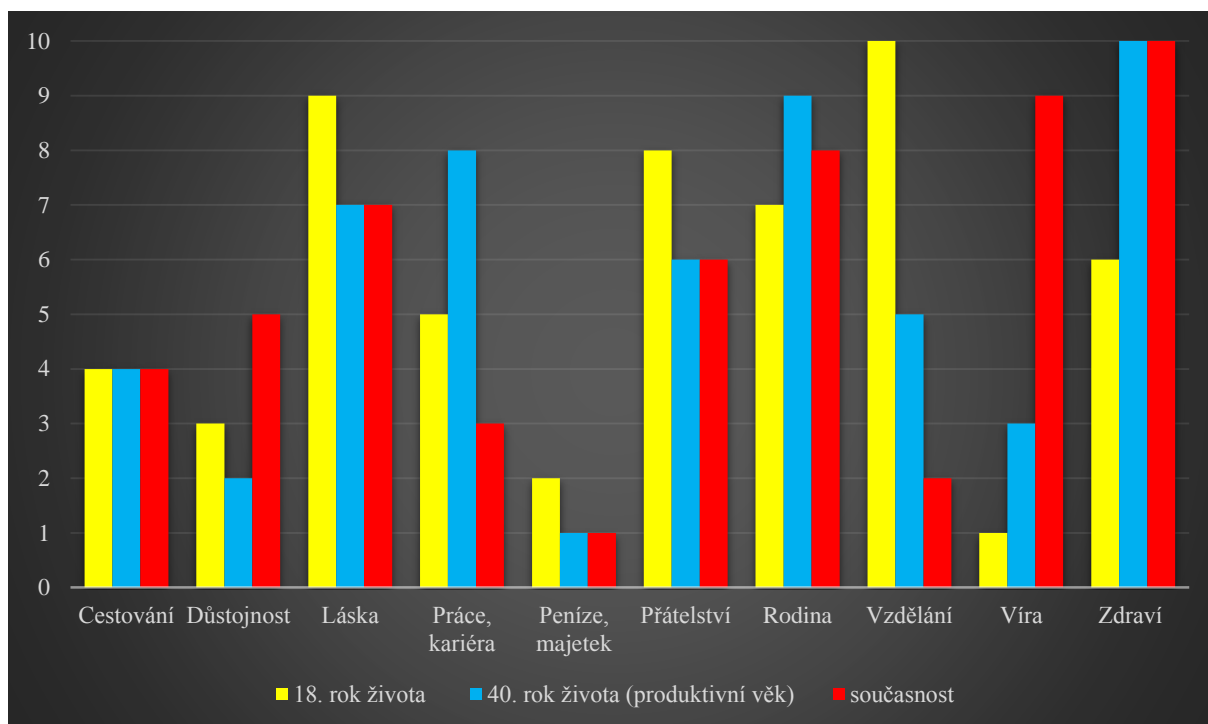
Pokládáte se za osobu, která určuje svůj osud.

„Jsem tvrdohlavá jako mezek. To o mně ví všichni. Já si myslím, že snad pořád si určuju svůj osud.“

Čeho se nejvíce obáváte?

„Strašně se bojím toho, že nebudu schopná nic dělat.“ Obává se, že se nebude moc věnovat svým zálibám, ztráty soběstačnosti ne - nechce na to pomýšlet.

Žebříček životních hodnot



Obr. 4 Životní hodnoty respondentky M. L.

Pozorování ošetřujícího personálu

1. V jaké fázi se dle E. K. Rossové nachází Váš pacient/ka?

Sestra A: „*fáze smlouvání*“

Sestra B: „*fáze smlouvání*“

2. Popište, prosíme, běžnou emocionalitu pacienta/ky. Domníváte se, že prožívá radost ze života?

Sestra A: „*Běžně se pacientka projevuje normálně. Někdy je třeba smutnější. Hodně je smutná, když odejde rodina. To pláče na pokoji.*“

Sestra B: „*Řekla bych, že je víc smutnější, než že má radost. Přeci jenom ví o tom, jak na tom je a nechce se s tím smířit.*“

3. Spolupracuje pacient/ka na léčbě?

Sestra A: „*Spolupracuje.*“

Sestra B: „*Ano, dodržuje léčebný režim.*“

4. Jaké má pacient/ka vztahy s personálem na Vašem oddělení?

Sestra A: „*Já bych je hodnotila jako celkem dobrý.*“

Sestra B: „*Řekla bych, že má s námi vztahy v pořádku.*“

5. Jaké má pacient/ka vztahy se svou rodinou?

Sestra A: „*Zřejmě dobrý. Jsou tu u ní každý den.*“

Sestra B: „*Myslím si, že nadstandard. Přeci jenom, hodně paní L. navštěvují, volají si, často o nich mluví v dobrém. Kdyby tam něco bylo, nemluvila bych o nich hezky.*“

8. 5 Případová studie č. 5

Základní charakteristická data

- Iniciály:** E. H. (respondentka č. 5)
- Pohlaví:** žena
- Věk:** 89 let
- Stav:** vdova (1x vdaná)
- Vzdělání:** středoškolské s maturitou
- Zaměstnání:** v současné době starobní důchodkyně, v produktivním věku pracovala jako telegrafistka, poté jako účetní
- Hlavní dg.:** Metastazující Ca plic
- Vedlejší dg.:** Arteriální hypertenze (esenciální), diabetes mellitus II. typu na PAD, hypercholesterolémie, chronická ICHS - stabilní AP, chronické srdeční selhávání, st. p. fraktury krčku kosti stehenní vlevo (2006), varixy, venózní insuficience
- Zařízení:** Hospic
- MMSE:** 30 bodů - pásmo normálu
- RA:** matka zemřela v 83 letech na následky napadení, otec zemřel v 53 letech na infarkt myokardu
- SA:** žije v rodinném době se synem a jeho rodinou (jedná se o vícegenerační rodinný dům)
- FA:**
- | | |
|--|--|
| Anopyrin 100 mg tbl. p.o.
(antiagreganc) | 0 - 1 - 0 - 0 |
| Degan 10 mg tbl. p.o.
(antiemetikum) | 1 tbl. při nevolnosti max. 3x die ā 8 hod. |
| Detralex 500 mg tbl. p.o.
(venofarmakum - venotonikum, vazoprotektivum) | 1 - 0 - 1 - 0 |
| Digoxin 0,125 mg tbl. p.o.
(kardiotonikum) | 1 - 0 - 0 - 0 |
| Enap 10 mg tbl. p.o.
(antihypertenzivum) | 1 - 0 - 0 - 0 |
| Erdomed 300 mg cps. p.o.
(mukolytikum, expektorans, bronchoprotektivum) | 1 - 0 - 1 - 0 |

Euphyllin 200 mg cps p.o. (brochodilantans, antiastmatikum)	1 - 0 - 1 - 0
Furon 40 mg tbl. p. o. (diuretikum)	1 - 0 - 0 - 0
Lyrica 150 mg cps. p.o. (antiepileptikum, antikonvulzivum, koanalgetikum)	1 - 0 - 1 - 0
Metformin 1000 mg p.o. (perorální antidiabetikum)	1 - 0 - 1 - 0
Torvacard 20 mg tbl. p.o. (hypolipidemikum)	0 - 0 - 1 - 0
Verospiron 25 mg tbl. p.o. (diuretikum)	0 - 1 - 0 - 0
Zaldiar 37,5/325 mg tbl. p.o. (analgetikum - anodynum)	1 - 1 - 1 - 1
Transtec 52,5 mcg/h (analgetikum - anodynum)	výměna po 96 hodinách

TA: nikdy nekouřila (pasivní kouření ano - manžel byl silný kuřák, kouřil i doma), alkohol denně (každý večer „štamprle“ sladkého likéru před spánkem), černá káva 2x denně (ráno, odpoledne)

Zhodnocení z ošetřovatelského hlediska

Paní E. H. chodí s dopomocí francouzských berlí a je plně soběstačná v rámci pokoje. Chůzi s holí má stabilní, ale chodí pomaleji pro námahovou dušnost. Chuť k jídlu má zachovanou, za poslední 3 měsíce zhubla asi 3,5 kg. Problémy s vyprazdňováním nemá, stolice je pravidelná, formovaná, bez příměsí či bolestí při vyprazdňování. Problémy s vylučováním moče jsou minimální - trpí stresovou inkontinencí, která je řešena vložkami. Hygienu zvládá sama, dopomoc není nutná a ani ji pacientka nevyžaduje. V hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové respondentka získala 26 bodů - při tomto výsledku není riziko vzniku dekubitů. Se spánkem problémy prakticky nemá, doma je však zvyklá si dát před ulehnutím „štamprli“ sladkého likéru (vaječný nebo čokoládový likér). V době hospitalizace ji personál večer před spaním vaří meduňkový čaj. Bolesti na nastavené analgoterapií udává na VAS 1-2, sama je hodnotí jako minimální.

Pacientka je při vědomí, lucidní, plně orientovaná místem, časem, situací a osobou, verbální projev koherentní. GCS 15 bodů. Paní E. H. působí klidně, pokojně a vyrovnaně. Reaguje adekvátně, s rozvahou a je pozitivně naladěná.

Respondentka je vdova, manžel ji zemřel v r. 1989. Má dva syny (54 a 52 let) a 3 vnoučata (dvě vnučky a jeden vnuka). Oba synové za paní E. H. pravidelně dojíždějí. Od staršího syna dochází rovněž i vnuk. Starší syn dojíždí, když mu čas dovolí (pracuje na směny), mladší syn dojíždí častěji, takřka obden (hospicové zařízení je nedaleko trvalého bydliště mladšího syna). Respondentka sourozence nemá, je jedináček.

Péči duchovního při příjmu uvítala a přijala. Je věřící.

Paní E. H. je plně informována o svém zdravotním stavu. Ví o své onkologické diagnóze i o infaustní prognóze.

Cílem paliativního ošetřovatelství je taktní doprovázení v umírání, eliminace symptomů souvisejících s metastazujícím Ca plic a doprovázení mladšího syna, viz rozhovor.

Vývoj nemoci

Dotazovaná byla odeslána praktickým lékařem na RTG srdce a plic, dle vyjádření respondentky se jednalo o běžný snímek kvůli dušnosti. Na RTG snímku pozitivní nález, následně byla pacientka odeslána na bronchoskopii, kde byla provedena cytologie a potvrzen pulmomediastinální TU pravé plíce (dle cytologie se jedná o málo diferencovaný nemalobuněčný Ca, spíše epidermoidní). V lednu r. 2014 provedena paliativní iradiace plicního tumoru pro progredující syndrom HDŽ dávkou 30 Gy/10 frakcí. Paliativní chemoterapie není indikována.

Cestou praktického lékaře byla podána žádost o přijetí na lůžko do hospicového zařízení na přání respondentky a její rodiny.

Rozhovor s respondentkou

I. doména - aktuální kvalita života

Jak se cítíte po fyzické stránce?

Bolesti při současné analgoterapii hodnotí jako minimální. „*Občas jsou znát ty záda, pobolívá mě to v bedrech a v kříži, ale to je taky tím věkem.*“ (smích) Udává také dušnost při námaze. Jiné obtíže neuvádí a shledává svůj celkový fyzický stav jako víceméně uspokojivý.

Jak se cítíte po psychické stránce?

„*Jsem spokojená. Možná, no, kdybych si mohla vybrat, raději bych umírala doma. Doma je přeci jenom doma. Ale nechci být doma mladým na obtíž. Syn pracuje na směny, snacha taky a vnuk jezdí ještě do školy. Mají toho sami dost.*“ Paní E. H. je nadšená z hospicového zařízení, ve kterém se momentálně nachází. „*Nikdy jsem netušila, jak to tady chodí. Já znám jenom nemocnice. Hodně jsem ležela na interně, tam je přístup sester úplně jinej. Mile mě to tady potěšilo.*“

Má nemoc ve Vašem životě nějaký význam?

„*Všechno v našem životě má význam. I sebemenší skutečnost je významnější, než se nám může zdát. Nic se neděje bezvýznamně.*“

Změnila nemoc nějakých způsobem Váš život? Co Vám přinesla a v čem Vás omezuje?

„*Řekla bych, že nezměnila. Už mám hodně let. Byla to jen otázka.*“ Dotazované přinesla nemoc častější kontakt s mladší synem a vnučkou. „*Víte, M. (syn), jezdíval jedenkrát za měsíc nebo jedenkrát za dva měsíce. Potom, co se dozvěděl, že jsem takhle nemocná, jezdí pravidelněji.*“ Mladší syn bydlí kousek od hospice. „*Když za mnou jezdil, vždycky vzal I. (vnučka), tu ráda vidím.*“ Nemoc respondentku prý v ničem neomezuje.

Jaké pocity nejčastěji prožíváte? Máte možnost o nich s někým mluvit?

„*Řekla bych, že jsem vyrovnaná. Urovnala jsem si všechno, co jsem musela, abych mohla odejít na onen svět. Víte, kdybych to tak neudělala, možná bych neměla vnitřní klid, že můžu odejít.*“ Paní E. H. myslí především majetkové vyrovnání.

II. doména - hodnotová orientace života

- Minulost

Povězte mi, prosím, něco o svém mládí, své práci, co jste ráda dělala a vykonávala ve svém volném čase. Co Vás bavilo a přinášelo Vám radost.

„Narodila jsem se ve dvacátých letech. Prezidentem byl Tomáš Garrigue Masaryk. To snad už ani není pravda. Tatínkovi bylo 50 let a maminka byla o dost mladší. Tatínek mi taky v mých třech letech zemřel. Zůstala jsem s maminkou sama na celý barák u nás. Maminka pronajímala dva pokoje v domě a my obývaly spolu ten třetí. Jednak to dělala, abychom to utáhly, doba byla zlá a pak, že jsme potřebovaly chlapa do baráku. My samy ženský toho moc neuděláme. Vychodila jsem měšťanku a pak reálnou školu. Po reálce jsem se hlásila na vysokou školu, ale nezvali mě. Nebylo mi to přáno. Místo studia jsem šla pracovat. Nastoupila jsem u drah jako telegrafistka. Byla válka, muselo se hodně dělat pro Němce a tak jsem byla nucena se naučit německy. Kupodivu mě bavilo učit se jazykům. Musela jsem se pak naučit rusky a sama jsem se učivala po večerech a u jedné paní anglicky, protože máme příbuzné v Americe. Emigrovali do Ameriky před 1. světovou válkou. Po válce, asi dva roky, mě přeřadili na chvíli k výpravcům, dělala jsem tam asistentku, jak se dneska říká, (smích), ale tam jsem dlouho nesetřvala. Potom jsem šla do účtárny, kde jsem zůstala po zbytek času až do důchodu. Dělala jsem běžnou pracovníci a pak ze mě udělali vedoucí účtárny. Práce s čísly mě bavila. Byla jsem spokojená. Poznala jsem mnoho dobrých lidí díky účtárně. (smích)“ Ve volných chvílích paní E. H. trávila čas v přírodě. Miluje zeleň, stromy, hory. *„Pro mě není dovolená u moře, ale na horách. Kdo na horách nikdy nebyl, neví, o čem mluvím. Každé místo má svého ducha.“*

Máte ve svém životě nějaká setkání, které považujete za osudové nebo pro Vás nějakým způsobem významné?

Za osudové dotazovaná považuje setkání se svou kamarádkou. Poznali se v práci, ve které spolu pracovaly až do důchodu. Současně spolu trávily dovolené a volný čas, který měly. Její kamarádka zemřela před 7 lety.

Rovněž za významné považuje střetnutí s Dalajlámou, se kterým se naživo viděla v Praze.

Udělala byste ve svém životě něco jinak? Litujete některých svých rozhodnutí?

„To je těžký. Rozhodně bych udělala něco ve svém životě jinak, ale kdybych věděla to, co vím teď. Tehdy jsem to nevěděla.“ Kdyby to bylo možné, respondentka by si nikdy nevezala svého muže. *„Vědět, jaký bude můj manžel, nikdy bych s ním nebyla. Nikdy bych s ním neměla děti. Byl alkoholik a tyran. Byl tak nepraktický, že si ani sám neuvařil čaj.“* Paní E. H. dokáže vidět

na všem zlém něco dobrého. „Kdybych neměla jeho, nikdy bych neměla R. a M. (syny), R. by nepostavil po vojně patro a já bych v tom baráku asi nemohla strávit svůj podzim života.“ Kromě tohoto respondentku trápí taktéž doba, ve které žila, neboť nemohla žít podle své, ale žila dle očekávání druhých. Otevřeně přiznala, že kdyby byla jiná doba, s mužem by nežila.

Co vám život dal a co vzal?

„Na otázku, co mi život dal, musím odpovědět děti. Děti jsou dar. Mám dva kluky, které zbožňuji. Kromě dětí mám tři vnoučata, dvě vnučky a jednoho vnuka, jsou pokladem mého života.“

„Pokud se mám zamyslet, co mi život vzal, řekla bych asi maminku. I když, život mi maminku přímo nevzal. Dopomohl tomu můj manžel. Jednou na mě křičel a maminka se mě zastala, vzal jí a hodil s ní na zem. Byla už starší, křehká. Už nikdy se nezvedla, na následky zemřela. Byla celá proleželá. Nikdy jsem mu to nezapomenula. Nenávist jsem sice k němu necítila, ale s jeho smrtí ze mě spadlo jakési břímě. Pro maminku jsem plakala asi celý rok, pro něj jsem neuronila ani slzu.“

- Přítomnost

Kdybyste měla tři přání, jaká by byla?

Tázaná má pouze jedno přání, a to, aby její rodina byla zdravá, šťastná a měli se všichni v rodině rádi. Doma jim zanechala vzkaz, ve kterém své přání vyjádřila.

Souhlasíte s tvrzením, že člověk potřebuje v životě něco, pro co by žil?

„Potřebuje lásku, přátelé, smysl bytí. Potřebuje i mít co jíst, pít, kde spát. Ano, souhlasím.“

Co je pro Vás momentálně nejdůležitější?

„Nejdůležitější? Abych měla rychlý konec. Třeba ve spánku, jak si ho přejeme. Co bude pak, je mi jedno.“

Jaký máte vztah s Vašimi nejbližšími? Kdo Vám nejvíce rozumí?

„Řekla bych, že tak normální. Někdy jsou neshody, jako v každých jiných rodinách. Ale těch dnů, kdy jsme se neshodla se syny, je opravdu málo.“ Nejvíce jí rozumí starší syn, který je smířen s odchodem paní E. H. Syn stále bojuje s nezvratitelností osudu a nechce si přiznat fakt, že jeho matka je nevléčitelně nemocná.

Co Vám dávají Vaši nejbližší.

Tázaná uvedla, že nejbližší ji dávají jejich čas, když jsou pospolu.

Co naopak můžete dát Vy Vašim nejbližším?

„Dobré rady do života aniž bych obtěžovala. Vždycky jsem se bránila tomu vstupovat do života klukům. Sice jsem byla jejich matka, ale svobodu a volnost jsem jim dávala vždycky. Už proto, že neměli s mým manželem kdovíjaký dětství.“

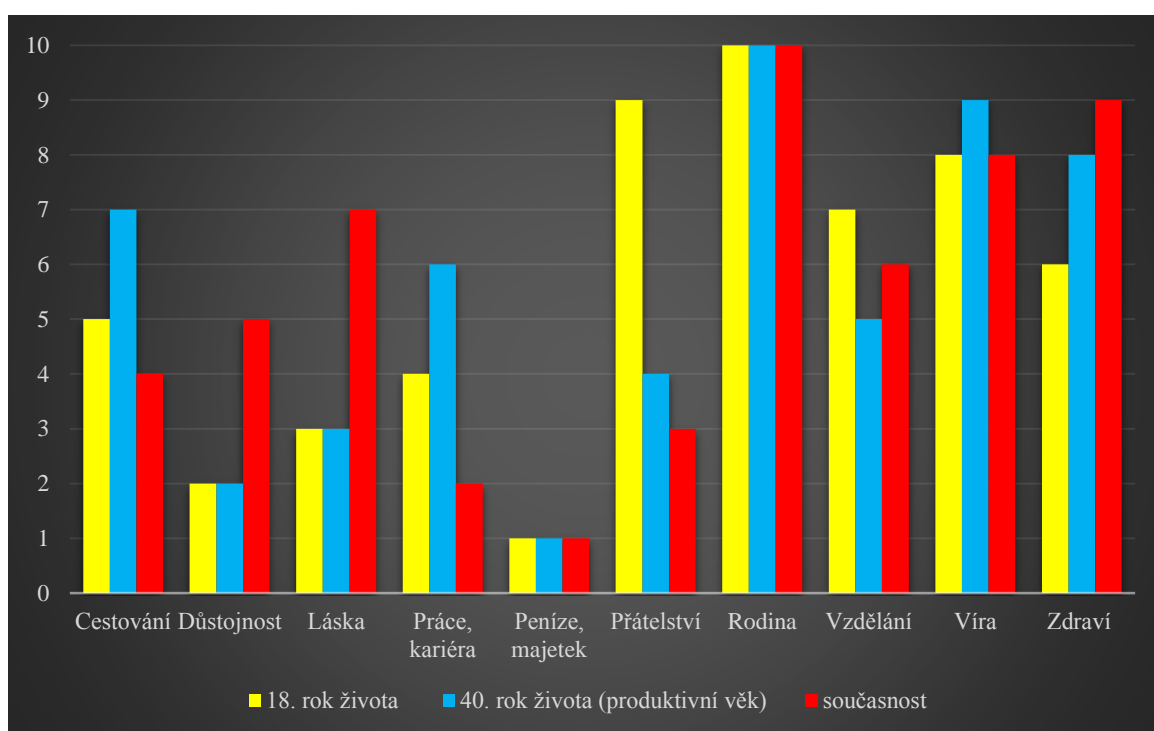
Pokládáte se za osobu, která určuje svůj osud.

„Jsem přesvědčena o tom, že náš osud už je předurčen, než se narodíme.“

Čeho se nejvíce obáváte?

„Přílišně zdlouhavého konce. Ve spánku vydechnout bych brala jako dar od Boha.“ Dotazovaná dodává, že smrti se vůbec nebojí. Život prý prožila a smrt považuje za přechod jinam. Tělo po smrti bere pouze a jenom za tělesnou schránku.

Žebříček životních hodnot



Obr. 5 Životní hodnoty respondentky E. H.

Pozorování ošetřujícího personálu

1. V jaké fázi se dle E. K. Rossové nachází Váš pacient/ka?

Sestra A: „*fáze smíření*“

Sestra B: „*fáze smíření*“

2. Popište, prosíme, běžnou emocionalitu pacienta/ky. Domníváte se, že prožívá radost ze života?

Sestra A: „*Paní H. je pozitivně naladěná, usměvavá, příjemná.*“

Sestra B: „*Příjemná, hodná pacientka. I přes to, že má vážné onemocnění, prožívá radost ze života.*“

3. Spolupracuje pacient/ka na léčbě?

Sestra A: „*Spolupracuje.*“

Sestra B: „*Ano, spolupracuje. Snaží se, co to jde.*“

4. Jaké má pacient/ka vztahy s personálem na Vašem oddělení?

Sestra A: „*Kladné.*“

Sestra B: „*Myslím, že se všemi má dobré vztahy. Však i my ji máme rády.*“

5. Jaké má pacient/ka vztahy se svou rodinou?

Sestra A: „*Taky kladné.*“

Sestra B: „*V pořádku. Často jí někdo navštěvuje. Berou si jí ven do areálu.*“

9 Vyhodnocení případových studií

Jako metodu pro sběr dat našeho výzkumu jsme zvolili polostrukturovaný rozhovor, kterého se zúčastnilo 5 respondentek. Po dokončení rozhovoru byla provedena doslovná transkripce. Každé tázané byla nabídnuta možnost si vlastní rozhovor po přepisu přečíst a provést změny. Získaná data jsme hodnotili pomocí obsahové analýzy a zaznamenávali do předem vytvořeného formuláře, jehož prostřednictvím jsme vyhledávali klíčová slova a stanovovali četnosti jejich výskytu a případné vzájemné vztahy.

9.1 Demografické údaje respondentů

Výzkumný vzorek byl složen ze skupiny tázaných, které měly nevléčitelnou chorobou v pokročilém či terminálním stádiu, a u kterých byla ukončena léčba kurativní a zároveň byla započata léčba paliativní či symptomatologická.

Tab. č. 1 Souhrnné demografické údaje o respondentkách

	Věk	Rodinný stav	Vzdělání	Hlavní diagnóza	Zařízení
H. J.	79 let	vdova	SOU	Ca slepého střeva	Hospic
R. M.	72 let	vdova	základní	Ca rektosigmatu	Hospic
V. P.	60 let	vdova	SOU	Ca flexura hepatica	Onkologické oddělení
M. L.	63 let	vdaná	základní	Ca těla děložního	Onkologické oddělení
E. H.	89 let	vdova	středoškolské	Ca plic	Hospic

9. 2 Aktuální kvalita života

Většina respondentek udává změny ve fyzické i psychické stránce vlivem nevyléčitelného onemocnění.

Kategorie - fyzická oblast

Co se týče fyzických změn, nejčastěji se jedná o fyzickou slabost a celkovou únavu, nepříjemnosti spojené se základním onkologickým onemocněním.

Respondentka č. 1: *„Kolikrát když odejde dcera, jak je za mnou na návštěvě, tak si musím odpočinout, třeba i usnu. Teď naposledy, co tu byla, odešla jenom kvůli tomu, že jsem byla unavená. Říkala mi, mami já už půjdu, jsi unavená. A to mě strašně štve. Já mám na sebe pak takovej vztek.“*

Respondentka č. 2: *„Občas nějaká nepříjemnost od žaludku je. Jinak žádný intenzivní bolesti nemám. Zaplať Pán Bůh. Musím se přiznat, že jsem se strašně toho bála, no, i když vono to může přijít každým dnem.“*

Respondentka č. 3: *„Cejtím se hrozně, jak kdybych se vrátila z války. Jsem strašně unavená.“*

Respondentka č. 4: *„Když jsem jednou četla knihu, bylo tam napsané, že hrdina byl unavenej až k smrti. Nikdy jsem to nechápala, jak může bejt někdo unavenej až k smrti. Až v tuhle chvíli jsem měla pocit, že to chápu.“*

Respondentka č. 5: *„Abych pravdu řekla, cítím se dobře. Nemůžu si stěžovat. Lékaři a sestřičky se o mě vzorně starají.“*

Kategorie - psychická oblast

Nevyléčitelné onemocnění má významný dopad na psychickou oblast respondentek. Prakticky pokaždé se jedná o strach, úzkost, obavy, nejistota či tíseň.

Téměř všechny respondentky, vyjma respondentky č. 5, mají v medikaci psychofarmakum. Ať se jedná o antidepresiva, anxiolytika, hypnotika či antipsychotika. Tyto medikace mají úzkou spojitost s vážným onemocněním, které prodělávají.

Respondentka č. 1: *„Ta nejistota mě tak ničí. Mám strach, jestli budu ještě vůbec chodit. Já nevím, furt si říkám, že to snad dobře dopadne.“*

Respondentka č. 3: „Už nemám ani sílu bojovat. Jsem tak unavená, bez sil, bez chuti něco dělat.“

Respondentka č. 4: „Psychicky jsem byla úplně mimo. Psychika mi zůstává stát, je zastřena takovou zvláštní mlhou.“

Každá z dotazovaných měla možnost o svých potížích s někým mluvit. Shodně se jednalo o členy z rodiny, především děti. Pokud měly tázané dceru, uvedly ji jako osobu jim nejbližší s tím, že dcera vždy tíhne k matce.

Respondentka č. 2: „Dcera mi asi rozumí nejvíc. Syn taky, ale kluci jsou vždycky víc vzdálenější od té maminky než ty holky.“

Kategorie - význam nemoci

Na tuto otázku se nám dostávalo mnoho individuálních odpovědí. Jako pozitivum dvě respondentky udávají, že nemoc jím utužila vztahy v rodině a naučily se chápat hodnotu času.

Respondentka č. 2 vidí konkrétní význam nemoci ve svém životě. Především, že se naučila chápat hodnotu času na tomto světě a nebere každý další den jako samozřejmost. „Moje nemoc mě přivedla do takového stádia života, že si vážím každé minuty, co dechám a jsem tu. (...) Naučila jsem se děkovat za každý další den, kterej mi Bůh dal. Už to neberu jako samozřejmost.“

Rovněž se domnívá, že opět spatří své blízké, kteří již zemřeli. „Když mi umírala dcera, říkala jsem jí, ať se nebojí, že za ní přijdu a budeme opět spolu. Kdo ví, možná je v tom ten smysl, že se s ní chci zase vidět. Byla to moje láska. Tak bych tam ráda opět potkala své rodiče.“

Respondentka č. 4 ve své nemoci jasný význam neshledává. Pakliže přemýšlí nad otázkou delší dobu, uvažuje, že nemoc pravděpodobně upevnila vztah mezi respondentkou a jejím synem. Prozatím měli spolu normální vztah, ale syn si začal vážit její osoby a projevoval jí svou lásku. „Možná se mi utužil vztah se synem. Nikdy mě tak neoslovoval, ale teď když mi volá, říká mi, maminko, mám Tě rád.“

Respondentka č. 1 a 3 nevidí význam nemoci ve svém životě. Dokonce respondentka č. 1 uvažuje, že nemoc je trestem od osudu. „Já vám ani nevím, jestli mě osud třeba za něco netrestá, že jsem takovej marod.“

Kategorie - vliv nemoci na život

Pro většinu dotazovaných je typické, že nemoc má negativní dopad na jejich život a s ním spojenou kvalitu. Onemocnění má negativní vliv na soběstačnost, celkový stav z důvodu progredující choroby či nemožnost být ve vlastním sociálním prostředí a taktéž se svými nejbližšími. Objevovaly se i obavy, co bude potom, až zemřou, např. obavy o pozůstalé, domácí mazlíčky, apod.

Respondentka č. 2: „*Omezení vidím v tom, že nemůžu být s mým vnoučkem a synem doma a mazlit se s ním. Ten mi schází nejvíc.*“

Respondentka č. 3: „*Nemoc mi změnila všechno, jde to všechno s kopce. (pláč) Musím být doma, mám nemocného přítele. Kdo se o něj postará? Kdo ohlídá psy? Kdo bude u nás v hotelu? Kdyby mě to nepostihlo, mohla bych žít normálně a ne tady být jako lazar.*“

9. 3 Hodnotová orientace života

- **Minulost**

Kategorie - dětství, dospívání, období produktivního věku

Již na samotném počátku je nutné si uvědomit, že každá lidská existence na tomto světě je jedinečná a neopakovatelná. I když v životních příbězích našich respondentek, především v období dětství a raného mládí, vidíme velkou shodu, každá tázaná prožila dospívání výjimečně a neopakovatelně. Analogie je dána limity dětství a mladší dospělosti. Produktivní věk je již ovlivněn životními rozhodnutími tázaných, které chtěly nebo musely učinit.

Ve zkoumaném vzorku je patrná shoda stan životní orientace v dětství a dospívání. Za nejvýznamnější hodnotu toho období může být označena láska. Pod tuto hodnotu lze zařadit také blízkost k rodině, nejenom mileneckou lásku. Dospívání je však spjato s první láskou a hledáním životního partnera. Téměř ve všech rozhovorech je totožně zmíněno sbližování a hledání osudového muže. Za podstatné hodnoty označily naše dotazované taktéž přátelství a rodinu. Údobí je rovněž svázáno se vzděláváním, které dotazované také vybíraly jako významné.

Nejvýznamnější hodnotou pro tázané v produktivním věku (střední dospělost) byla rodina. Prakticky všechny respondentky berou svou rodinu, respektive děti jako životní dar. Dá se konstatovat, že děti pro tázané jsou smyslem života. U respondentky č. 5 byly děti tak

významné, že jí dávaly odpověď na otázku, proč žít v tak nelehké a z jistého pohledu nezměnitelné situaci (žila s mužem, který byl tyran, alkoholik a ke všemu nežila vlastní život). *Neříkám, že ten život s ním byl lehký, kolikrát jsem přemýšlela, že si něco udělám. Nebylo to snadné, ale nemohla jsem kvůli klukům, skončili by v domově. Musela jsem být tady pro ně. Neměla jsem snad jiný důvod, proč tu být dál.*“ (respondentka č. 5) Významnou roli v životě dotazovaných hrála práce. K významným hodnotám se v tomto věku začíná řadit i hodnota zdraví (zaujala 3. místo v žebříčku hodnot).

Pro vyšší orientaci na str. 92 - 94 uvádíme grafické znázornění životních hodnot v průběhu života dle priorit respondentek.

Kategorie - osudová setkání

Za osudové setkání považují 3 tázané shledání se svým manželem. Jedna z respondentek si našla přítele po smrti manžela. Uvedla ho jako druhé osudové setkání v jejím životě.

Respondentka č. 2: *„Tchán zůstal sám. Žena, moje tchýně, mu zemřela ještě před tím, než jsem se seznámila s mým mužem. A po delší době, co jsme s nimi žila, mi povídal, nemůžu Vám, R., přivést ženskou do baráku, protože dvě ženy u plotny, to by nedělalo dobře. (smích) Tak on se vlastně nikdy znovu neoženil kvůli mně. To byl hodnej a vzornej tchán.“*

Respondentka č. 5: *„Prvně to byla moje kolegyně H. D. Dělal se mnou v účtárně, moc milá ženská. Měly jsme se rády. Trávily jsme spolu hodně času. Dovolené jsme jezdily taky spolu, podobně jako já měla ráda hory. Tatry a Alpy nám byly malé.“ (smích) „Mám v životě i setkání, které považuji za významné. A je to setkání s Dalajlámou. Osobně jsem se s ním setkala v Praze. Setkání s ním bylo pro mě nezapomenutelné. Ta síla a energie. Víte, jsem stoupenec buddhismu. Neříkám, že souhlasím se vším, ale buddhismus je pro mě nejpříjemnějším směrem.“*

Kategorie - Životní rozhodnutí

Dvě respondentky litují, že si vzaly svého manžela. V manželství pak s ním nebyly spokojené. V obou případech se jednalo o zvýšenou konzumaci alkoholu manžela, nedostatečnou péči o rodinu, respektive o děti. Jedna tázaná se neměla stěhovat k manželovým rodičům, neboť tchán ji dělal obtíže a nechtěl ji přijmout.

Jedna dotazovaná vidí chybu v tom, že se málo zajímala o své zdraví a nestihla podchytit onemocnění v časném stádiu.

Pouze jedna respondentka se nechala slyšet, že nelituje žádného rozhodnutí ve svém životě.

Respondentka č. 1: „*Lituju toho dost, ale nejvíc toho, jakože jsme se s manželem vůbec vzali. Jsem si ho vůbec neměla brát. Měla jsem s ním dýl chodit, než jsem s ním přišla do jinýho stavu a vzali jsme se. On byl horník. Tam a na vojně se naučil jít do hospody a pak teprve domů a zase do hospody a domů.*“

- **Současnost**

Kategorie - tři přání

Žádná z oslovených neuvedla celkem tři přání. Vesměs však panovala shoda, co se týče přání. Při vyjadřování svých tužeb myslely především na své rodiny, a to zejména na děti a vnoučata. Nejvíce si přály, aby potomci měli v životě štěstí, pevné zdraví a byli spokojení.

Respondentka č. 2: „*Největší moje přání je, aby moje děti a vnoučata byly zdraví a aby vyrůstaly v míru a v pokoji.* (pauza, pláč) *Aby s touto zemí se nestalo nějaký neštěstí, jako se stalo* (pauza), *válka. Válka aby nebyla. Prostě aby ty děti a vnoučata včetně jejich rodin, mám teď dvě děti a čtyři vnoučata, byly spokojený. To je největší moje přání. Aby vydrželo manželství synovi a dceři.*“

Respondentka č. 5: „*Stačilo by jedno. Přála bych si, aby má rodina byla zdravá, šťastná a nic zlého je nepotkalo. Než jsem odjížděla do hospice, zanechala jsem jim dopis doma, aby si ho přečetli, až zemřu.*“

Pouze jedna respondentka vypověděla, že by chtěla být zpátky doma se svými nejbližšími a vykonávat věci, které ji bavily.

Kategorie - rodinné vztahy

Všechny oslovené mají dobrý vztah se svým příbuzenstvem, především s dětmi. Dokonce se dá uvažovat o tom, že vztahy v rodině se u některých dotázaných utužily.

Dále je nutné poznamenat, že každá strana si navzájem něco dává. Rodina respondentkám a naopak. Všechny tázané shodně odvětily, že rodina jim dává lásku, pochopení, porozumění, povzbuzení, sílu a naději bojovat s nemocí. Jedna respondentka uvedla, že rodina jí dává svůj volný čas, jehož hodnotu si uvědomuje.

Respondentka č. 3: „*Lásku, pochopení. Pocit, že mě má někdo rád.*“

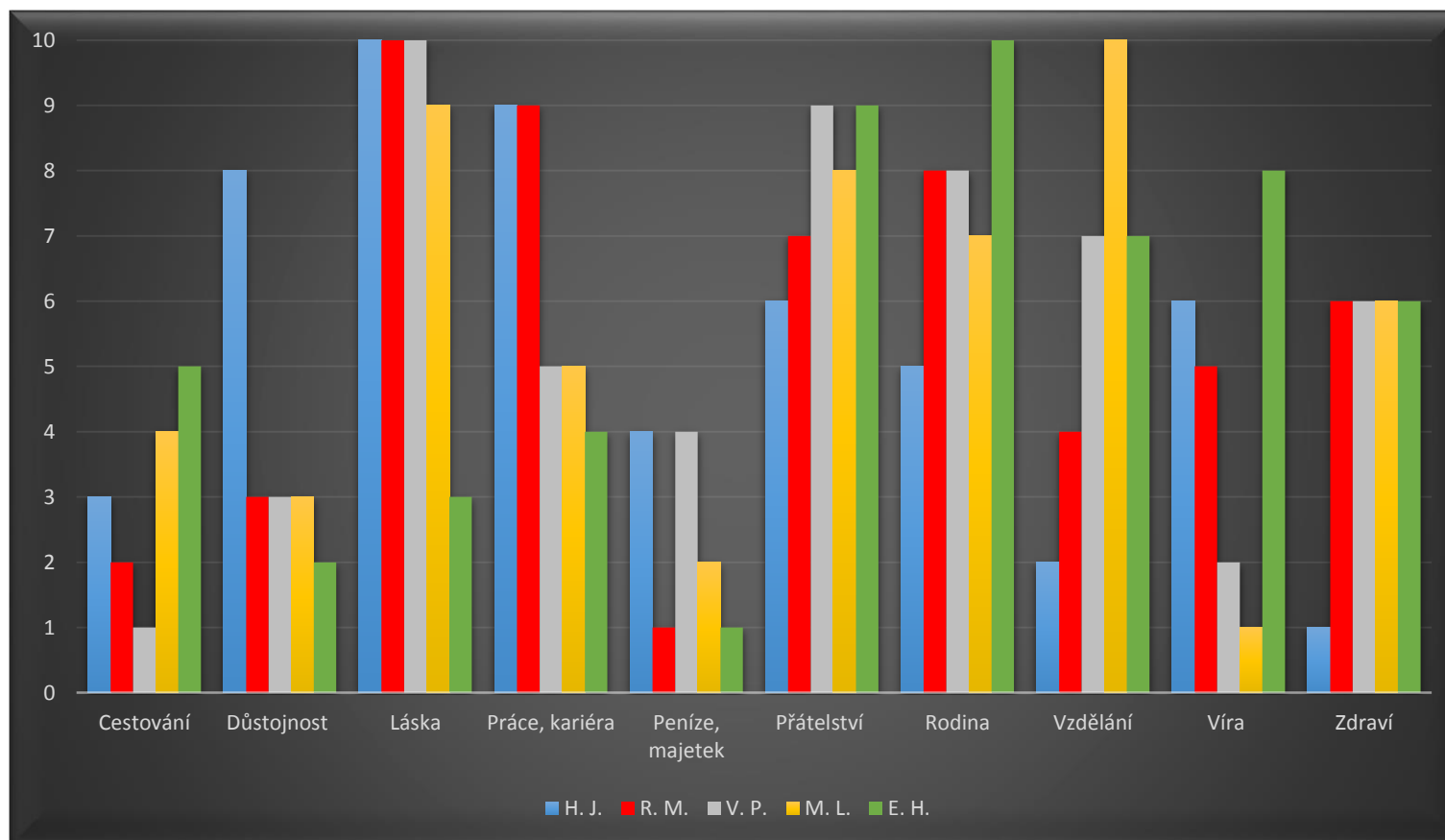
Respondentka č. 5: „*Každý z rodiny, když je se mnou, mi dává svůj čas. A v dnešní uspěchané době si toho vážím.*“

Podobné odpovědi byly i v případě, co mohou dát ony svým nejbližším. Prakticky ve všech odpovědích se jednalo rovněž o lásku a dobře míněné rady do života, ve kterých uplatňovaly své životní zkušenosti.

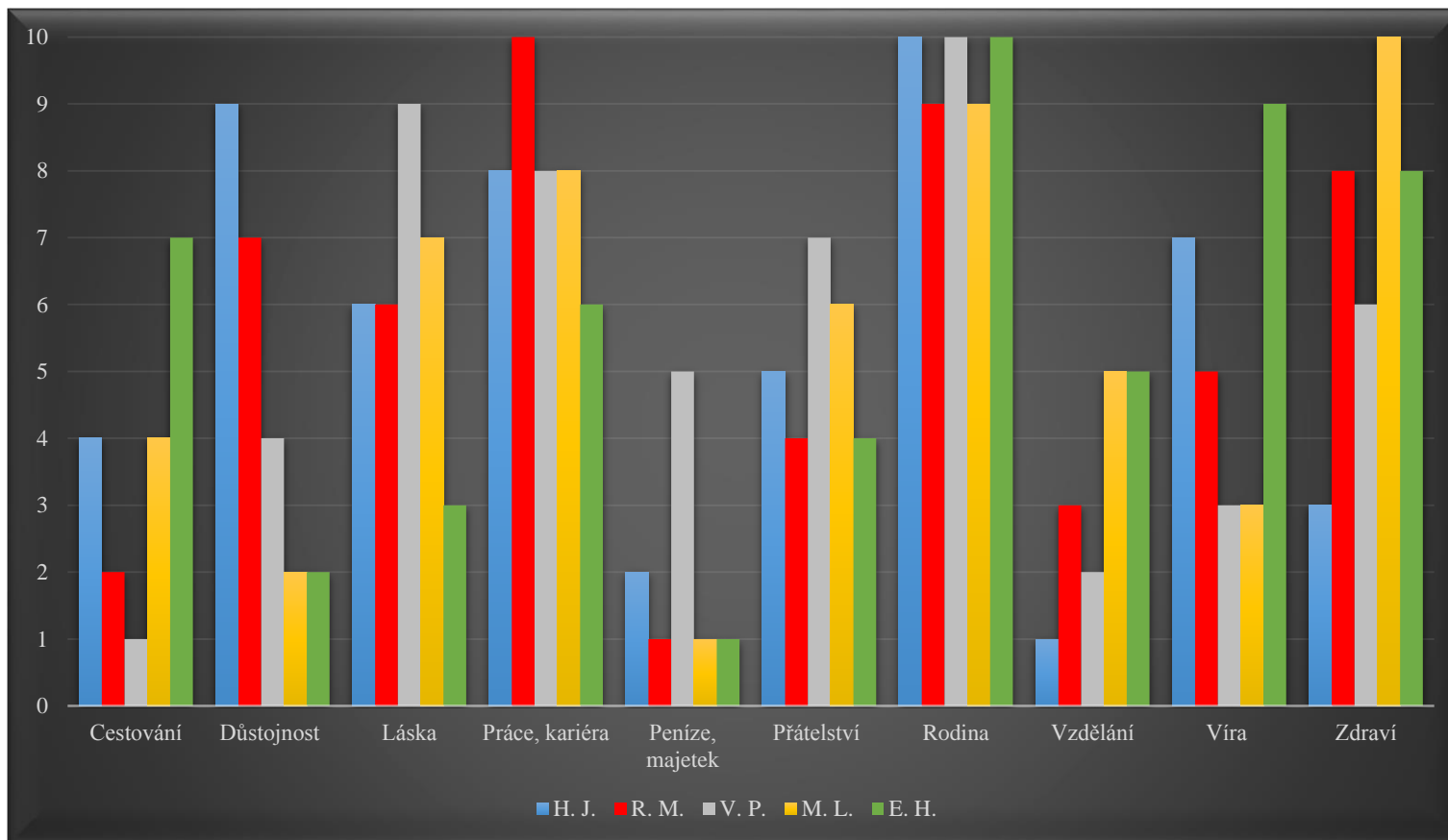
Kategorie - obavy z budoucnosti

Všechny pochybnosti, které respondentky zmiňovaly, byly ve spojitosti s nevyléčitelným onemocněním stran umírání. Nejvíce se obávaly ztráty soběstačnosti, vlastního konce života - vyjádřily obavy nad představou nedůstojného odchodu z tohoto života a z protražovaného konce jejich posledních dní. Jedna respondentka se obávala, co bude s jejím druhem.

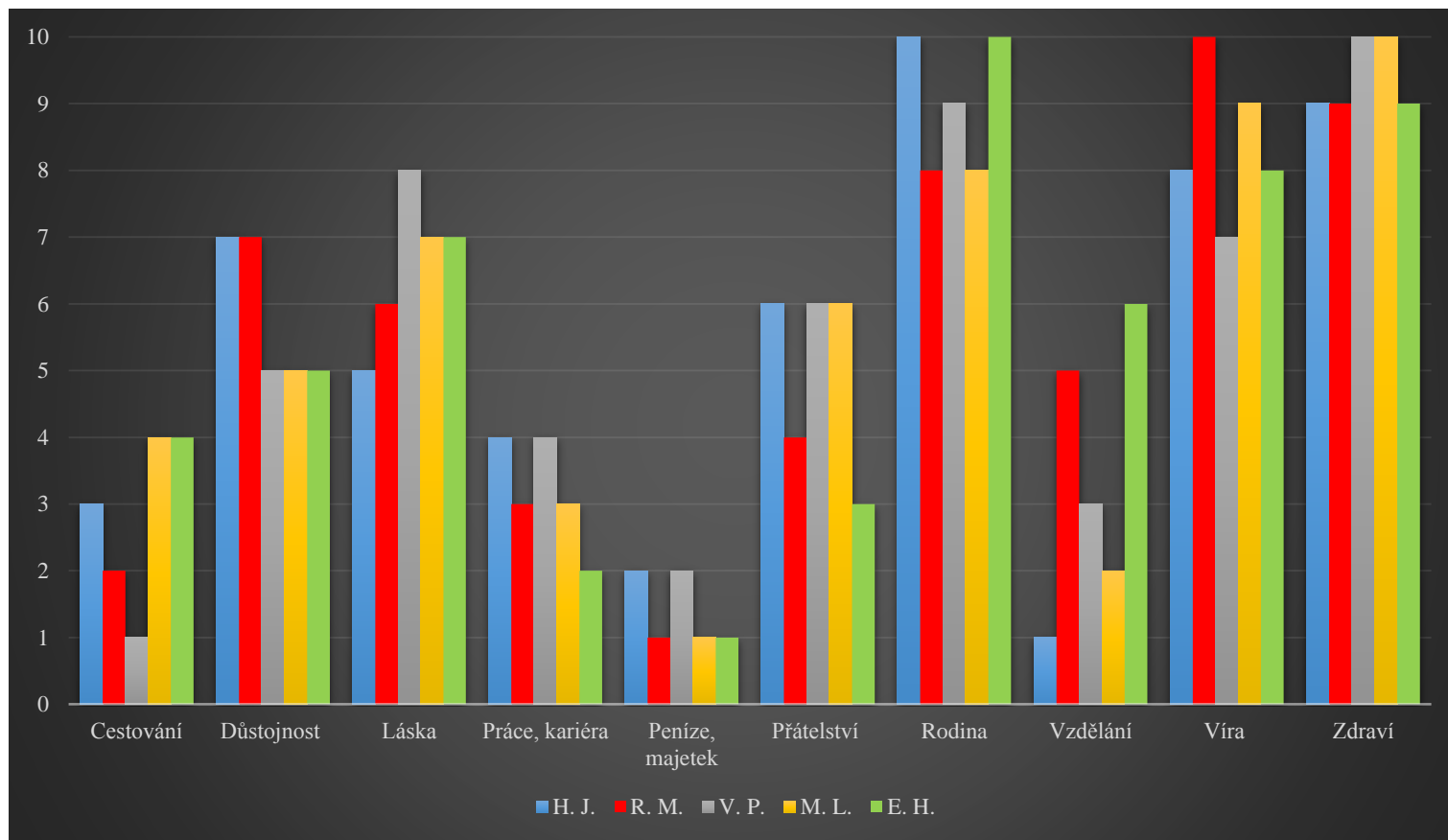
9. 4 Grafické znázornění životních hodnot



Obr. 6 Životní hodnoty v mládí (18. rok života)



Obr. 7 Životní hodnoty v produktivním věku (okolo 40. roku života)



Obr. 8 Životní hodnoty v současnosti

10 Diskuze

Výzkumná otázka č. 1

Dochází vlivem vidiny blížící se smrti k transformaci životních hodnot?

Ve výzkumné otázce č. 1 jsme se zaměřili na to, zda má uvědomění si omezenosti lidské existence vliv na hierarchii životních hodnot. Otázka byla hodnocena podle žebříčku životních hodnot, který vyplňovaly respondentky a taktéž podle výpovědí.

V. E. Frankl (1994), zakladatel logoterapie tvrdí, že se náš život skládá z jednotlivých situací, v nichž život vyplňujeme hodnotami. Rozlišujeme 3 druhy hodnot, a to tvůrčí, prožitkové a hodnoty postoje. V případě postojových hodnot jde o zaujetí stanoviska v nezměnitelné situaci, což smrt každopádně nezměnitelnou situaci představuje. MUDr. Marie Svatošová (2004) se přiklání k názorům od V. E. Frankla s tím, že hierarchie hodnot se vlivem smrtelného onemocnění mění.

Pakliže porovnáme hierarchii životních hodnot dle výběru a výpovědí našich respondentek, z našeho výzkumu lze konstatovat, že **dochází k transformaci životních hodnot vlivem vidiny blížící se smrti v případě dotazovaných.**

Bezesporu dochází k posunu od tvořivých hodnot k hodnotám vztahovým či prožitkovým. Příkladem může být hodnota práce (kariéry, zaměstnání). Ve výpovědích všech pěti tázaných byla práce v mladším a produktivním věku významnější, než v současnosti. V mládí se zaměstnání u dvou respondentek umístilo jako druhá nejdůležitější hodnota, v produktivním věku ji jedna dotazovaná označila jako nejdůležitější hodnotu a v současnosti ji tázané nepřisuzovaly takovou váhu (v průměru se umístila jako 7. hodnota z 10).

K identickému závěru dospěla v diplomové práci i Kristína Tóthová (2007, str. 104), která taktéž na základě svého výzkumu vyjádřila tvrzení, že dochází k transformaci hodnot vlivem terminálního stádia nemoci. Tentýž výsledek přináší i Tereza Soukupová (2003, str. 121) v rigorózní práci. V jejím výzkumném vzorku zaznamenala u všech respondentů transformaci hodnot od tvůrčích k hodnotám zážitkovým.

Výzkumná otázka č. 2

U kterých životních hodnot došlo k nejvýraznější transformaci?

Druhá výzkumná otázka úzce souvisí s otázkou předešlou, respektive na ní navazuje. Jak již bylo zmíněno, vlivem uvědomění si omezenosti lidské existence dochází k proměně životních hodnot, respektive ke změně s odrazem na hierarchii. V rámci druhé výzkumné otázky chceme odpověď, u jakých hodnot byla transformace nejvýraznější.

V mladším věku (okolo 18. roku života) označily respondentky za nejvýznamnější hodnotu, hodnotu lásky. Poté dle preference se jednalo o přátelství, rodinu a práci (zaměstnání). V produktivním věku (přibližně okolo 40. roku života) byla nejvýznamnější hodnotou rodina. Jako další velmi podstatné dotazované označily hodnotu práce (zaměstnání), zdraví a lásky. V současnosti - v době s vědomím omezené konečnosti vlivem nevyléčitelného onemocnění - označovaly téměř všechny tázané jako nejvýznamnější hodnotu zdraví. Následovala rodina, víra a láska.

Evidentně **nejvýraznější transformaci zaznamenala hodnota víry**. Ta nebyla respondentkám nabídnuta pouze ve spojitosti s náboženstvím, ale např. víra v dobrý, klidný a důstojný konec. V období současnosti se umístila na 2. místě dle preference, v předešlých údobích zaujímal menší podstatnost.

Podobně, jako je tomu u víry, velkých změn doznala i hodnota zdraví. V mladším věku se umístila v průměru na 6. místě, v produktivním věku tomu nebylo jinak. Až v současnosti nabývá na síle a umísťuje se na 1. místě (dvě respondentky hodnotu zdraví označily jako nejvýznamnější, další tři jako 2. nejvýznamnější po víře a rodině). Každopádně, **hodnota zdraví doznává rovněž transformace** a v případě našeho výzkumu ji můžeme na základě výsledků označit jako nejdůležitější v hierarchii hodnot u našeho výzkumného vzorku.

Totožný výsledek uvádí ve své práci i K. Tóthová (2007, str. 104), a to takový, že hodnotu zdraví označili její respondenti jako nejvyšší hodnotu. Ke stejnému výsledku dospěla i Tereza Soukupová (2003, str. 121), která ve své rigorózní práci uvádí, že zdraví jako hodnota vstupuje do popředí u všech respondentů v jejím výzkumu.

Výzkumná otázka č. 3

Vidí vážně nemocní ve svém onemocnění význam?

V rámci 3. výzkumné otázky jsme se zabývali tím, zdali vidí vážně nemocní ve svém onemocnění nějaký význam.

Doktorka Marie Svatošová (2011b) se domnívá, že vážné onemocnění význam má, neboť může pro nemocného znamenat výzvu a příležitost k bilancování nad svým životem a uvědomění si, co je pro člověka v životě důležité a podstatné. Podobného názoru je i lékař Ondřej Sláma (2013), který předpokládá, že k smrti vedoucí nemoc znamená pro člověka chvíli, ve které musí popřemýšlet o svém životě a vede k uvědomění si hodnoty času. S tímto fenoménem jsme se setkali v odpovědi u jedné respondentky, která si díky nemoci začala vážit každé chvíle na tomto světě. Stejně tak nemoc upevnila vztahy v rodině. O upevnění vztahů v rodině mluvily tři respondentky. O utužování rodinných vztahů díky nemoci se taktéž zmiňuje doktorka Svatošová (2011c), která v hospici nejednou zažila, že se zásluhou k smrti vedoucímu onemocnění napravily vztahy v rodině.

Respondentka č. 1 neviděla za svou nemocí žádný význam, dokonce uvažovala o tom, že nemoc může být trestem. S tímto pohledem se setkala i Soukupová (2003, str. 120 - 121) ve své rigorózní práci. Podobně jako naše respondentka se její dotazovaný nacházel ve fázi deprese dle E. K. Rossové.

Pakliže tázané viděly v nemoci význam, jednalo se o posílení vztahů v rodině či k pochopení hodnoty času. Dá se také uvažovat i o tom, že význam nemoci koreluje s fázemi prožívání vážné nemoci dle E. K. Rossové. Jestliže prožívaly fázi akceptace, viděly vesměs význam v nemoci nebo si připustily, že význam momentálně nedokáží pochopit, ale určitě mu porozumí. Naopak pokud respondentky byly ve fázi smlouvání, agrese či deprese, nedokázaly vidět v nemoci význam.

Výzkumná otázka č. 4

Jaké pocity prožívají těžce nemocní?

Ve výzkumné otázce č. 4 se orientujeme na to, jaké pocity mají dotazovaní, kteří jsou konfrontováni nemocí s infaustní prognózou.

Každé onemocnění, byť sebevíce triviálnější, představuje pro člověka více či méně náročnou životní situaci, se kterou se musí vyrovnat. Intenzivnější reakce pak můžeme shledat u pacientů

s nevyhléditelným onemocněním, při kterém psychika hraje významnou roli. (Kupka, 2014, str. 95; Moroviscová, 2006, str. 13)

Z našeho výzkumu lze konstatovat, že prožívání úzce souvisí s tím, v jaké fázi se tázaná dle E. K. Rossové nacházela. **Respondentky, které procházely fází smíření, dokázaly prožívat pozitivní emoce a radost ze života.** Naopak **respondentky, které se nesmířily se svou nemocí, pociťovaly smíšené či negativní emoce.** Bužková (2015, str. 62) ve své publikaci předkládá, že v tomto období se umírající nejvíce trápí strachem z bolesti, ze ztráty soběstačnosti a důstojnosti i se strachem, že roli umírajícího nikdo v rodině nezastane. I s těmito pochybnosti jsme se v rámci výzkumu setkali. Obavám a nepříjemným prožitkům v období umírání se v paliativní péči věnuje velká pozornost. Jak uvádí Marková (2010, str. 112-116), v paliativní péči se můžeme obecně setkat s úzkostí, strachem, depresemi, pocitem viny, nespravedlností či zlostí.

Zajímavým úkazem je, že respondentky, které se nacházely ve fázi smíření, byly věřící. Dokázaly se radovat ze života a samotné smrti se prakticky neobávaly. Jedna respondentka považuje konec života za ryze transcendentní skutečnost. Tento jev popisuje Vymětal (2003, str. 272), který tvrdí, že výraznější strach ze smrti se projevuje u lidí s převládající hédonistickou a konzumní orientací, kteří neprožívají žádnou duchovní dimenzi. Podobně o tomto fenoménu pojednává i Marková v jejím díle (2010, str. 17), která píše, že lidem, kteří vyznávají Boha, jako milujícího Otce, stvořitele světa a toho, který řídí tento svět a běh dějin i každý konkrétní život, se ze života odchází jinak, než těm, kteří víru nesdílejí.

11 ZÁVĚR

Diplomová práce na téma *Percepce životních hodnot u pacientů v terminálním stádiu nemoci* je prací teoreticko-výzkumnou.

V teoretické části jsme pozornost věnovali umírání a smrti, paliativní a hospicové péči, psychologickému pojetí postojů a hodnot. V této pasáži pojednáváme kromě toho také o existencionální analýze, logoterapii a též o zakladateli těchto fenoménů Viktorovi Emanuelovi Franklovi.

Empirická část je tvořena na základě pěti rozhovorů s nemocnými, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém či terminálním stádiu s ukončenou kurativní léčbou a probíhající léčbou paliativní či symptomatologickou. V úvodních kapitolách tohoto úseku předkládáme, jaká kritéria byla pro výběr respondentů, dále ilustrujeme jednotlivé fáze našeho kvalitativní výzkumu, představujeme výzkumné otázky a prezentuje kazuistiky s respondentkami, které vyhodnocujeme pomocí obsahové analýzy dat.

V rámci empirické části jsme mapovali, zda dochází k transformaci životních hodnot u pacientů vlivem vidiny blížící se smrti a jakých hodnot se změna nejvíce dotýká. Kromě toho jsme se zabývali také tím, jaké pocity prožívají nemocní s infaustní prognózou nejčastěji. Rovněž zjišťujeme, zda dotazované vidí ve své nemoci význam. Z výzkumného šetření se dá závěrem konstatovat, že k smrti vedoucí nemoc má vliv na žebříček životních hodnot, který pozměňuje. Přebývá odklon od tvůrčích hodnot k hodnotám zážitkovým a na pomyslný vrchol životních hodnot se dostává zdraví a víra. Rodina zaujímá také přední pozici v hierarchii. Co se týče významu nemoci, u některých tázaných došlo vlivem onemocnění k upevnění vztahů v rodině a také k uvědomění si hodnoty času. Zajímavým úkazem je, že respondentky, které byly ve fázi akceptace, dokázaly ve své nemoci vidět význam. Oproti tomu dotazované, které nebyly smířené se svým onemocněním, neviděly v nemoci žádný význam. Prožitky se též odvíjely od fáze, kterou respondentky procházely. Pokud došlo k přijetí, dokázaly se radovat a těšit se ze života. Nicméně, objevovaly se společně obavy, které pramenily ze samotného konce na tomto světě.

Práce ukazuje, že lidské příběhy a osudy jsou nevyzpytatelné. Potvrzuje to, že lidé ve stavu ohrožení své existence více přemýšlejí nad svým uplynulým časem. Vzpomínají, radují se ze zážitků i litují. Jsou pacienti, kteří se nedokážou nebo se nechťejí svěřovat zdravotnickému personálu, ale jsou i tací, kteří rádi sdílejí své myšlenky. Ze své praxe můžu potvrdit to, že

pokud pacienti vycítí upřímný zájem, otevřou se. Onkologické oddělení je specifické tím, že pacienti se často vracejí na další léčebnou kúru, vztah personálu k pacientům proto často přerůstá anonymitu. Myslím si, že je správné či žádoucí, aby tito pacienti při nástupu na další hospitalizaci věděli, že se o ně bude starat někdo, kdo o ně bude mít lidský zájem. Onkologická diagnóza z lidí dostane to nejlepší i to nejhorší, pokud se personál bude zajímat o jejich příběhy, může jim to pomoci více pochopit chování a nálady nemocných. Domnívám se, že by sestry pracující s onkologickými pacienty měly být více podporovány v rozvoji svých komunikačních vlastností s nemocnými s nepříznivou prognózou. Rovněž by měly být více motivovány v této snaze o projevení zájmu vůči lidským příběhům na názorných příkladech toho, jak může taková empatická péče člověku obohatit den. Vědomí toho, že lidem nejste jedno, že nejste jen další pacient v řadě, že vás sestra vnímá a snaží se vás celistvě pochopit, už to je vnímáno nemocnými jako nadstandardní péče, kterou máme každý v nás a máme ji možnost poskytovat. Jenže není správné tohle po personálu chtít automaticky. Všechno je pro sestru psychicky náročné, a pokud se má takhle chovat dlouhodobě, musí i ona cítit podporu od vedoucích pracovníků a kolegů. Jsou zde na místě nejen různé praktické školení, provádění pravidelných a účelných supervizí, ale mít také na směně možnost pozastavit se u nemocného při vši odborné práci.

Sbírání dat, respektive provádění rozhovorů a shromažďování informací o respondentkách, bylo nejenom časově ale především psychicky náročné, neboť komunikace s tak vážně nemocnými vyžadovala precizní připravenost a vysokou koncentraci v samotném vedení interview. Na druhou stranu pravdou však je, že každý rozhovor byl pro mne osobně obohacující a vedl mě k tomu, abych se zamyslel nad spoustou věcí ve svém životě. Nejvíce ovlivňující bylo uvědomění si omezené existence na tomto světě a fakt, že člověk musí žít tak, jako by byl dnešek jeho posledním dnem v životě a přitom bral ohledy ve zdravé míře na svou osobu, neboť okolí náš život nežije a každý je zodpovědný pouze za své skutky, činy a rozhodnutí. K tomuto závěru mě vedou jednotlivé výpovědi respondentek a také dle mého názoru velmi zdařilá kniha *Čeho před smrtí nejvíce litujeme: jak nám život změnil naši drazí, když umírají* od Bronnie Ware, která uspořádala své několikaleté zkušenosti v paliativní péči do zmiňované publikace. Dílo, které je mimo jiné velmi inspirativní, má úzkou spojitost s tématem diplomové práce.

Soupis bibliografických citací

1. ČERMÁK, Ivo. *Kvalitativní výzkum v psychologii: problémy a výhledy*. In Sborník z konference Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí. Brno: PsU AV ČR, Nakladatelství Albert, 2000.
2. DRAPELA, Victor J. *Přehled teorií osobnosti*. 5. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-807-3675-059.
3. FRANKL, Viktor Emil. *Člověk hledá smysl: úvod do logoterapie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1994. ISBN 80-901-6014-X.
4. FROMM, Erich. *Mít, nebo být?* 1. vyd. Praha: Aurora, 2001. ISBN 80-729-9036-5.
5. GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA a Milan RIMEŠ. *Psychologické aspekty změn ve společnosti: Člověk na přelomu tisíciletí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 80-247-7448-8.
6. HALL, Sue. *Palliative care for older people: better practices*. Copenhagen: World Health Organization, 2011. ISBN 978-928-9002-240.
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007, 224 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
8. HENDL, Jan. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-246-0030-7.
9. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 80-262-0219-8.
10. KABELKA, Ladislav a Ondřej Sláma. *O možnostech lékařů a sester u pokročile nemocných geriatrických pacientů*. Lékařské listy, 2009, roč. 19, č. 18, str. 8. ISSN 0044-1996.
11. KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-802-4743-615.
12. KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-802-4740-263.
13. KUČERA, Dalibor. *Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4621-0.
14. KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Littera, 2007, 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
15. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-802-4732-701.

16. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie 2. díl: pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-3600-6.
17. KOSOVÁ, Martina. *Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4346-2.
18. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 5. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-736-7122-0.
19. KUPKA, Martin. *Psychologické aspekty paliativní péče*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 134 s. ISBN 978-80-244-2931-1.
20. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-802-4746-500.
21. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 80-247-6654-X.
22. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
23. MACH, Jan. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-802-4751-139.
24. MIKŠÍK, Oldřich. *Psychologická charakteristika osobnosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 80-246-130-48.
25. MOROVISCOVÁ, Eva. *Nemoc v prožívání člověka. Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2006, č. 4. ISSN 1210-0404.
26. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
27. NAKONEČNÝ, Milan. *Úvod do psychologie*. 1. vyd. Praha, Academia, 2003. ISBN 80-200-0993-0.
28. NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Academica, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.
29. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-802-4739-762.
30. RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 304 s. ISBN 978-802-4722-238.
31. ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6. rev. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-802-4731-339.

32. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi: pro studenty zdravotnických oborů*. 2. nezměn. vyd. Praha: Galén, 2011, 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.
33. SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-802-4735-078.
34. SOUKUPOVÁ, Tereza. *Životní orientace v období pre finem*. Praha, 2003. Rigorózní práce. Univerzita Karlova v Praze, Filosofická fakulta. Vedoucí práce: doc. PhDr. Jiří Špíček, CSc.
35. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7. dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011a, 149 s. ISBN 978-807-1955-801.
36. ŠNÝDROVÁ, Ivana. *Psychodiagnostika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 80-247-2165-1.
37. ŠTEFAN, Jiří a Jan MACH. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi: pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0931-7.
38. ŠPINKOVÁ, Martina. *Jak být na blízku: provázení posledními týdny a dny života*. 3. vyd. Praha: Cesta domů, 2013. ISBN 978-80-904516-5-0.
39. TAVEL, Peter. *Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla: potřeba smyslu života, přínos Viktora E. Frankla k otázce smyslu života*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-915-3.
40. ULRICHOVÁ, Monika. *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009, 143 s. ISBN 978-80-7041-743-0.
41. VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MŮHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
42. VÝROST, Jozef. *Sociální psychologie*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-802-4714-288.
43. VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-802-4726-670.
44. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
45. VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. Sestra. ISBN 978-802-4734-300.

46. YALOM, Irvin D. *Existenciální psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál 2006, 527 s. ISBN 80-736-7147-6.
47. YOUNGOVÁ, Adriana. *Terminální stavy a paliativní péče*. Lékařské listy. 2010, roč. 20, č. 18, str.18. ISSN 0044-1996.
48. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 80-247-6916-6.
49. ZAMAROVSKÝ, Vojtěch. *Bohové a hrdinové antických bájí*. 7. upr. vyd. Praha: Deus, 2005. ISBN 978-808-7408-261.

Internetové odkazy:

50. KALVODOVÁ, Libuše. [online] 2013. [cit. 2014-07-11]. *Péče o umírajícího pacienta*. Dostupné také z WWW: <<http://www.youtube.com/watch?v=6e434rVPtro>>.
51. KRÁL, Jan. [online] 2013-05-23. [cit. 2014-11-23]. *Hospic Anežky České - z dokumentu o historii hospiců v Čechách*. Dostupné také z WWW: <<https://www.youtube.com/watch?v=yhyz8zgytKY>>.
52. SLÁMA, Ondřej [online] 2013. [cit. 2014-07-11]. *Péče o umírajícího pacienta*. Dostupné také z WWW: <<http://www.youtube.com/watch?v=6e434rVPtro>>.
53. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Martina ŠPINKOVÁ. *Paliativní péče v ČR v roce 2013: perspektiva České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP* [online]. Brno, Praha, 2013 [cit. 2014-11-23]. Dostupné také z WWW : <http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/paliativni_medicina_v_cr_v_roce_2013.pdf>.
54. SOCHOROVÁ, Nataša a Karla KREJČÍŘÍKOVÁ. Sdělování onkologické diagnózy. *Urologie pro praxi*. 2009, roč. 10, č. 1. ISSN: 1803-5299. Dostupné také z WWW: <<http://www.urologiepropraxi.cz/artkey/inf-999910-0002.php>>.
55. SVATOŠOVÁ, Marie. Může mít život smysl i v nemoci a umírání? [online]. 2004 [cit. 2014-03-26]. Dostupné také z WWW: <<http://www.vira.cz/Texty/Online-Rozhovory/Muze-mit-zivot-smysl-i-v-nemoci-a-umirani.html>>.
56. SVATOŠOVÁ, Marie. *V hospici už bývá na evangelium pozdě* [online]. 2010 [cit. 2014-11-23]. Dostupné také z WWW: <<http://www.krestandnes.cz/article/marie-svatosova-v-hospici-uz-byva-na-evangelium-pozde/16700.htm>>.

57. SVATOŠOVÁ, Marie [online] 2011b-12-21. [cit. 2014-07-17]. Marie Svatošová: *Hospice a umění doprovázet I.* Dostupné také z WWW: <<http://www.youtube.com/watch?v=0jEB78ckGrU>>.
58. SVATOŠOVÁ, Marie. *39 lůžkový hospic pro pacientky s gynekologickým onemocněním* [online]. 2012-08-26 [cit. 2014-11-23]. Dostupné také z WWW: <<http://www.youtube.com/watch?v=qPk3BLF1F30>>.
59. The IAHP C Manual of Palliative Care 3rd Edition. Houston: IAHP C Press, 2013. ISBN 978-0-9834597-6-7. Dostupné z WWW: <<http://hospicecare.com/uploads/2013/9/The%20IAHPC%20Manual%20of%20Palliative%20Care%203e.pdf>>
60. Věstník MZČR 9/2004. [online]. 2010. [2014-11-03]. Dostupné z WWW: <http://www.fnusa.cz/files/kliniky/oop/Koncepce_osevovatelstvi.pdf>.
61. WORLD PALLIATIVE CARE ALLIANCE; WHO. *Global atlas of palliative care at the end of life* [online]. 2014 [cit. 2014-11-23]. Dostupné také z WWW: <<http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/>>

SEZNAM ILUSTRACÍ

Obr. 1 Životní hodnoty respondentky H. J.	51
Obr. 2 Životní hodnoty respondentky R. M.	60
Obr. 3 Životní hodnoty respondentky V. P.	68
Obr. 4 Životní hodnoty respondentky M. L.	75
Obr. 5 Životní hodnoty respondentky E. H.	83
Obr. 6 Životní hodnoty v mládí (18. rok života)	92
Obr. 7 Životní hodnoty v produktivním věku (okolo 40. roku života)	93
Obr. 8 Životní hodnoty v současnosti.....	94

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1 Souhrnné demografické údaje o respondentkách	85
---	-----------

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Fáze prožívání těžké nemoci dle E. K. Rossové.....	14
Příloha B - Informovaný souhlas.....	16
Příloha C - MMSE.....	18
Příloha D - Základní charakteristická data.....	20
Příloha E - Seznam otázek.....	22
Příloha F - Žebříček životních hodnot.....	24
Příloha G - Pozorování ošetřujícího personálu.....	26

Příloha A - Fáze prožívání těžké nemoci dle E. K. Rossové

V této části vyjmenováváme jednotlivé fáze, na které odkazuje v kapitole 1. 2 Fáze umírání, str. 15.

1. fáze - NEGACE (ŠOK, POPÍRÁNÍ, IZOLACE)

Umírající nevěří vyřčenému verdiktu. Snaží se hledat a najít jiné lékařské (ale i nelékařské) authority, které by vyvrátily nepřijatelnou informaci o nadcházející smrti. (Špaténková, 2013, str. 32) Snaží se izolovat od nepříjemné pravdy. Nejsou schopni pochopit, že taková událost postihla právě je. Fáze šoku je výrazná zejména u lidí, kteří v průběhu svého onemocnění nezakoušeli nepříjemné pocity, neboli mají minimum obtíží (netrápí je bolest apod.). Lidé se mohou při sdělování diagnózy domnívat, že se jedná o omyl, který se stejně nějakým způsobem vysvětlí. (Kupka, 2014, str. 96)

Mohou reagovat následovně: *„Ne, to pro mě neplatí. To není možné. Jde tu o omyl. Zaměnili jsme výsledky.“* V tomto období je nutný navázat vztah, získat důvěru a vyčkat, až tato fáze odezní. (Svatošová, 2011c)

2. fáze - AGRESE (ZLOST, HNĚV, VZPOURA)

Umírající pociťuje hněv, vztek, který se nejčastěji obrací na jeho sociální okolí - na lékaře, sestru, přátelům, ale i proti Bohu, kterému vyčítají nespravedlnost. (Špaténková, 2013, str. 32) Časté jsou při hospitalizaci stížnosti, které se týkají banálních záležitostí - černá káva místo bílé, čaj je moc sladký, špatně ustlaná postel. (Kupka, 2014, str. 96) Umírající hledá viníky. Může reagovat větami: *„Proč zrovna já? Vždyť mi nic nebylo. Je to chyba lékaře, měl mě dřív poslat na ten krevní obraz.“* V každém případě je v této etapě potřebné dovolit odreagování a nebrat si nic osobně. (Svatošová, 2011c) Za pocity hněvu a zlosti musíme vidět prožívanou životní krizi, úzkost, zoufalství, beznaděj umírajícího a vystupňovaný pocit nespravedlnosti, bezpráví a frustrace. (Kupka, 2014, str. 96) Svatošová (2011c) upozorňuje na to, že každý umírající má právo na svou fázi agrese a zdravotníci se musí zachovat profesionálně.

3. fáze - SMLOUVÁNÍ (VYJEDNÁVÁNÍ)

Údobí charakterizované pokusy o odklad toho, co zákonitě musí přijít. Umírající mohou regredovat do nižších vývojových stádií (*chová se jako malé dítě, které za cukrovinku slibuje hory doly*). (Špaténková, 2013, str. 32) Výstižné je také smlouvání o čas. Často jsou kladeny otázky lékaři, zda má šanci se dožít pro něj významných životních událostí. Hledá domnělé

viny, kterých se v životě dopustil a dává sliby, pokud se uzdraví, vše odčiní a napraví se. Nemoc chápe jako zlo, které si zasloužil a umírání je trestem. V této etapě nemocný může vyhledávat alternativní způsoby léčby či obracet se k víře. (Kupka, 2014, str. 96) Na zdravotních je, aby nemocného chránili před podvodníky, měli s ním trpělivost a nebrali mu naději, avšak ne za cenu naděje falešné. (Svatošová, 2011c)

4. fáze - DEPRESE (SMUTEK)

Umírajícího ve stádiu deprese trápí smutek, úzkost, obavy a strach z budoucnosti - co bude *potom*. (Špaténková, 2013, str. 32) Začíná si plně uvědomovat ztrátu všech dosavadních životních hodnot, cílů a možností. V této fázi by neměl člověk zůstat sám, potřeba blízkosti je v tomto období výraznější. Spoluúčasť můžeme vyjádřit dotykem, pohlazením, nebo i společným mlčením. (Kupka, 2014, str. 96) Svatošová (2011c) tvrdí, že je nutné dovolit umírajícímu verbalizovat jeho pocity. Fáze deprese je nejvhodnějším okamžikem pro urovnání vztahů v rodině.

5. fáze - AKCEPTACE (SMÍŘENÍ, PŘIJETÍ, SOUHLAS)

Umírající přijímá fakt konečnosti a nevyhnutelnosti smrti, smiřuje se s nemocí i se smrtí. (Špaténková, 2013, str. 32) Působí jasným dojmem vyrovnanosti, klidu a míru. Patrná je i aktivita stran uspořádání si posledních důležitých záležitostí. (Kupka, 2014, str. 96)

Je nezbytné upozornit na fakt, že stádium akceptace nelze chápat jako rezignaci. E. K. Rossová popisuje rozdíl mezi smířením a rezignací následovně: *„Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří jen na svůj osud rezignovali, tento výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího smíru. Tento výraz je velmi snadno odlišitelný od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového stadia přijetí pravdy.“* (In: Sochorová, Krejčířiková, 2009, str. 42)

Příloha B - Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Název diplomové práce:

Percepce životních hodnot pacientů v terminálním stádiu nemoci

Autor diplomové práce:

Bc. Oldřich Hošek

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.

Já,, níže podepsaný/á stvrzuji svým podpisem, že souhlasím a dobrovolně chci spolupracovat na výzkumné části diplomové práce Oldřicha Hoška s názvem Percepce životních hodnot u pacientů v terminálním stádiu nemoci. Byl/a jsem seznámen/a s podmínkami, cílem a obsahem diplomové práce. Rozumím jim a souhlasím s nimi.

Dávám výzkumníkovi souhlas, aby materiál, který jsem poskytl/a, použil za účelem sepsání diplomové práce, popř. odborného článku či jakékoliv další odborné publikace a prezentace vycházející z tohoto výzkumu.

Souhlasím i se způsobem, jak bude zachována důvěrnost a jak bude má identita chráněna během i po skončení výzkumu. Autor se zavazuje, že nahraný rozhovor neposkytne třetí osobě.

Dále dávám souhlas s nahráváním mého rozhovoru s výzkumníkem, s analýzou výsledného zvukového záznamu a jeho přepisu. Dávám souhlas, že výzkumník může v odborné publikaci citovat informace, které mu poskytují.

Rozumím tomu, že pokud se v průběhu rozhovoru objeví pro mne obtížná témata, mohu odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku nebo kdykoliv ukončit celý rozhovor.

Datum a místo:

Podpis respondenta:..... **Podpis výzkumníka:**.....

Příloha C - Základní charakteristická data

Iniciály:

Pohlaví:

Věk:

Stav:

Vzdělání:

Zaměstnání:

Hlavní dg.:

Vedlejší dg.:

Zařízení:

MMSE:

OA:

SA:

FA:

TA:

Příloha D - Seznam otázek

I. doména - aktuální kvalita života

Jak se cítíte po fyzické stránce?

Jak se cítíte po psychické stránce?

Má nemoc ve Vašem životě nějaký význam?

Změnila nemoc nějakých způsobem Váš život? Co Vám přinesla a v čem Vás omezuje?

Jaké pocity nejčastěji prožíváte? Máte možnost o nich s někým mluvit?

II. doména - hodnotová orientace života

- Minulost

Povězte mi, prosím, něco o svém mládí, své práci, co jste ráda dělala a vykonávala ve svém volném čase. Co Vás bavilo a přinášelo Vám radost.

Máte ve svém životě nějaká setkání, které považujete za osudové nebo pro Vás nějakým způsobem významné?

Udělala byste ve svém životě něco jinak? Litujete některých svých rozhodnutí?

Co vám život dal a co vzal?

- Přítomnost

Kdybyste měla tři přání, jaká by byla?

Souhlasíte s tvrzením, že člověk potřebuje v životě něco, pro co by žil?

Co je pro Vás momentálně nejdůležitější?

Jaký máte vztah s Vašimi nejbližšími? Kdo Vám nejvíce rozumí?

Co Vám dávají Vaši nejbližší.

Co naopak můžete dát Vy Vaším nejbližším?

Pokládáte se za osobu, která určuje svůj osud.

Čeho se nejvíce obáváte?

Příloha E - Žebříček životních hodnot

Vážená paní, vážený pane,

máte před sebou 10 životních hodnot abecedně seřazených. Prosím, vyberte následující životní hodnoty pro Vás od nejdůležitějších po nejméně důležité v závislosti na životním období (v průběhu Vašeho života).

Číslicí 10 dáváte najevo, že Vámi vybraná hodnota byla či je pro Vás ta nejvýznamnější. Oproti tomu, číslicí 1 vyjádříte, že hodnota nebyla nebo není ve Vašem životě absolutně důležitá.

Žebříček životních hodnot

	18. rok života	40. rok života	současnost
CESTOVÁNÍ	_____	_____	_____
DŮSTOJNOST	_____	_____	_____
LÁSKA	_____	_____	_____
PRÁCE, KARIÉRA	_____	_____	_____
PENÍZE, MAJETEK	_____	_____	_____
PŘÁTELSTVÍ	_____	_____	_____
RODINA	_____	_____	_____
VZDĚLÁNÍ	_____	_____	_____
VÍRA	_____	_____	_____
ZDRAVÍ	_____	_____	_____

Příloha F - Pozorování ošetřujícího personálu

1. V jaké fázi se dle E. K. Rossové nachází Váš pacient/ka? Vyberte, prosím.

- a) fáze šoku, popření
- b) fáze hněvu, agrese
- c) fáze smlouvání
- d) fáze deprese
- e) fáze smíření

2. Popište, prosíme, běžnou emocionalitu pacienta/ky. Domníváte se, že prožívá radost ze života?

.....

.....

.....

.....

3. Spolupracuje pacient/ka na léčbě?

.....

.....

4. Jaké má pacient/ka vztahy s personálem na Vašem oddělení?

.....

.....

5. Jaké má pacient/ka vztahy se svou rodinou?

.....

.....

.....

.....

SEZNAM ZKRATEK

AP	Angina pectoris
CMP	Cévní mozková příhoda
DM	Diabetes mellitus (lidově cukrovka)
EEG	Elektroencefalografie
FA	Farmakologická anamnéza
FR	Fyziologický roztok
GY	Gray (jednotka dávky záření)
HDŽ	Horní dutá žíla
GCS	Glasgow Coma Scale
ICHS	Ischemická choroba srdeční
LDK	Levá dolní končetina
K-RAS	Prediktivní molekulární marker
MMSE	Mini Mental State Exam
PAD	Perorální antidiabetika
P-I-L	Purpose in Life (Test smyslu života)

PMK	Permanentní močový katétr
P. O.	per os (podání léčiva ústy)
RA	Rodinná anamnéza
SA	Sociální anamnéza
SOU	Střední odborné učiliště
SQUALA	Subjective Quality of Live Analysis
TA	Toxikologická anamnéza
VAS	Vizuální analogová škála