

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

PAVLÍNA SCHUBERTOVÁ

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Paliativní péče v onkologii

Pavλίna Schubertová

vedoucí práce:

MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2012

Prague college of psychosocial studies



Palliative care in oncology

Pavλίna Schubertová

The Diploma Thesis Work Supervisor :

MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2012

Anotace

Cílem této práce je výklad a zamyšlení nad tím, jak vypadá paliativní praxe v onkologii. První část pojednává o paliativní péči, především v našich podmínkách. Zabývá se také přístupem pečujících k onkologicky nemocným. Pozornost se věnuje psychickým aspektům, tedy emocím a také psychoterapeutické podpoře v onkologii. Práce neopomíjí ani otázku chronické bolesti. Psychoterapie v tomto oboru má nezastupitelný význam, proto se o ní pojednává podrobněji. V souvislosti s touto problematikou se nelze vyhnout ani úvaze o smrti a jejímu vlivu na pozůstalé. Na konci se práce také zmiňuje o eutanázii.

Pojmy: Bolest, eutanazie, psychoneuroimunologie, smrt, truchlení.

Abstract

The goal of the thesis is explaining practices in palliative oncology. The first part deals with palliative care, in particular palliative care at our conditions. It also discusses the approach to taking care of cancer patients. The next chapter follows the psychological aspects, ie emotions and psychotherapeutic support in oncology. The penultimate section is devoted to chronic pain, its perception and pathophysiology. As in the previous chapter also deals with psychotherapeutic support. The last chapter describes death in palliative oncology, its perception and accompanies mourners. Chapter ends with the questions of euthanasia.

Key words: Pain, euthanasia, psychoneuroimmunology, death, grief.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením MUDr. Olgy Dostálové, CSc. V práci jsem použila jen uvedené informační zdroje.

V Praze dne 30. 4. 2012

.....
Pavλίna Schubertová

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí mé bakalářské práce MUDr. Olze Dostálové, CSc., za ochotu, cenné rady a čas věnovaný mé bakalářské práci.

Obsah:

ÚVOD	7
1 VYMEZENÍ POJMŮ	9
1.1 Pojem: bolest	9
1.2 Pojem: eutanazie	9
1.3 Pojem: psychoneuroimunologie	9
1.4 Pojem: smrt.....	9
1.5 Pojem: truchlení	9
2 POJETÍ A CÍLE PALIATIVNÍ PÉČE	11
2.1 Definice paliace.....	11
2.2 Paliativní péče v ČR.....	13
2.3 Přístup pečujících k umírajícím pacientům.....	16
3 PSYCHIKA ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH	20
3.1 Emoce.....	20
3.2 Faktory ovlivňující postoj nemocného	23
3.3 Psychoterapie v paliativní onkologii	26
4 CHRONICKÁ BOLEST V PALIATIVNÍ ONKOLOGII ..	30
4.1 Pojetí chronické bolesti	30
4.2 Patofyziologie chronické bolesti	33
4.3 Chronická bolest a psychika	35
5 SMRT V PALIATIVNÍ ONKOLOGII	39
5.1 Pojetí smrti	39
5.2 Doprovázení truchlících	42
5.3 Eutanazie	45
ZÁVĚR	49

LITERATURA

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

ÚVOD

Téma bakalářské práce „Paliativní péče v onkologii“ jsme si vybrala, jelikož je to v současnosti, díky stále se zvyšujícímu výskytu onkologických onemocnění v naší populaci, rychle se rozvíjející obor. V naší minulosti byla téměř každá onkologie paliativní, nebylo třeba dělení. V současnosti díky pokroku v technice dokážeme zajistit delší a především kvalitnější život pro pacienty nacházející se v terminálním stadiu rakoviny. Zajímalo mě, jakým způsobem paliativní onkologie dokáže udržet lidský život stále ještě kvalitní.

Pro mě zajímavým důvodem je také vysoká pravděpodobnost, že se v budoucnosti s paliativní onkologií na vlastní kůži seznámí vysoké procento z nás.

Práce je rozdělena do pěti základních kapitol, přičemž nejkratší, první kapitola se zabývá vymezením důležitých pojmů.

Druhá kapitola rozebírá pojetí paliativní péče, je rozdělena na charakteristiku paliace, paliativní péči v naší republice a je zakončena přístupy pečujících o onkologicky nemocné. Sleduje současnou situaci v paliativní praxi vzhledem k minulosti.

Třetí kapitola se věnuje psychologické stránce v paliativní onkologii, kapitola je rozdělena na podkapitoly věnující se emocím, jakožto nejdůležitějším psychickým činitelům pro potřeby této práce, faktorům, které ovlivňují postoj nemocných k blížící se smrti a psychoterapií v tomto oboru.

Čtvrtá kapitola popisuje neoddělitelnou součást paliativní onkologie a to chronickou bolest. Je popsána její patofyziologie a také možnosti jejího tišení psychologickými prostředky.

Poslední kapitola je nazvána smrt v paliativní onkologii a je zaměřena především na pozůstalé. Poslední podkapitola této bakalářské práce také nastiňuje problematiku eutanazie.

Pokud není uvedeno jinak, je předkládaná bakalářská práce zaměřena především na starší klienty a klienty ve středním věku, dětem pozornost věnována není.

V práci je použita především knižní literatura věnována tomuto tématu a jemu podobná, včetně zahraniční literatury.

1 VYMEZENÍ POJMŮ

Aby mohla být následující problematika správně pochopena, je nezbytné se seznámit s následujícími pojmy: dlouhověkost, eutanazie, smrt, psychoneuroimunologie a truchlení, které jsou vysvětleny v této kapitole.

1.1 Pojem: bolest

Kozák definuje bolest jako: „*nepříjemný smyslový emoční zážitek spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkání, nebo popisovaný výrazy pro takové poškození. Bolest je vždy subjektivní*“ (KOZÁK, 2010, s. 9).

1.2 Pojem: eutanazie

Munzarová uvádí holandskou definici eutanazie, tedy: „*úmyslné ukončení života někým jiným než člověkem samotným na jeho vlastní žádost*“ (MUNZAROVÁ, 2005, s. 49).

Špinková a Špinková upozorňují, že: „*důležité je mít na paměti, že eutanazii se dnes běžně nerozumí jakékoli usmrcení člověka na jeho žádost, ale výlučně usmrcení lékařem*“ (ŠPINKOVÁ a ŠPINKA, 2006, s. 15).

1.3 Pojem: psychoneuroimunologie

Tschuschke tento pojem definuje jako: „*vztah mezi prožitkem (psychika) a imunitním systémem lidského organismu*“ (TSCHUSCHKE, 2004, s. 145).

1.4 Pojem: smrt

Smrt je „*stav, kdy u člověka dochází k nevratným změnám mozku, při nichž nastane selhání funkce a zánik center řídících krevní oběh a dýchání*“ (VOKURKA a HUGO, 1998, s. 408).

1.5 Pojem: truchlení

Dle Vymětala je truchlení „*a s ním spojený smutek prožitkem a stavem, který nastává, jestliže u jedince došlo ke ztrátě něčeho (nebo někoho), co*

pro něho představuje vysokou hodnotu, případně nastane ohrožení jeho sebepojetí“ (VYMĚTAL, 2003, s. 245).

2 POJETÍ A CÍLE PALIATIVNÍ PÉČE

Ve druhé kapitole se seznámíme s charakteristikou paliace a následně s paliativní péčí v České republice. Na konci této kapitoly se zaměříme na přístupy lidí, kteří pracují s umírajícími klienty.

2.1 Charakteristika paliace

Podle historických pramenů je paliativní péče poskytována již od antiky. Paliativní medicína byla v naší době poskytována především onkologicky nemocným pacientům, přičemž se o ně nestarali pouze lékaři, ale celý paliativní tým (zdravotní sestry, členové rodiny, duchovní). Hospice, jak je známe dnes, vznikaly na konci 19. století a začátkem století následujícího na popud katolických řádů ve Francii, Irsku a Anglii. Již tehdy byl kladen velký důraz na respektování jedinečnosti každého klienta. Důležitým přelomem bylo otevření St. Christopher Hospice v Londýně roku 1967 (VORLÍČEK aj. 1998).

Nejprve se pojem paliace objevuje v léčebných záměrech u radioterapeutů. Paliativní léčba zmenšuje nebo zpomaluje nevléčitelné onemocnění, které je bez vyhlídky na uzdravení. Následně pojem paliace převzaly i jiné obory.

Paliativní medicína se zaměřuje na zmírnění či odstranění potíží pacienta. Důležité je najít rovnováhu, aby intenzita léčby svými nežádoucími vedlejšími účinky naopak ještě více nezhoršila pacientův stav (JAKOUBKOVÁ, 1998). Světová zdravotnická organizace definuje paliativní medicínu jako celkovou léčbu o nemocné, pokud již není možná kurativní léčba. Za nejdůležitější považuje zmírňování bolesti a udržení co nejdéle kvalitu života (cit. dle VORLÍČKA aj. 1998).

Podle nabízených služeb se paliativní péče dělí na dvě části – na péči obecnou a péči specializovanou. O obecné paliativní onkologii mluvíme při dobré klinické praxi v terminálním stadiu onemocnění (kvalitní komunikace

mezi pečujícím a klientem, orientace na léčbu a péči, psychosociální podpora). Obecná paliativní onkologie tvoří větší část než péče specializovaná, která se poskytuje speciálně vyškoleným personálem na tuto problematiku. Mezi takováto zařízení patří hospice, specializovaná domácí péče apod.

Paliativní péče:

- umírání chápe jako přirozenou součást lidského života a vychází z toho, že každá lidská bytost je jedinečná a jako taková má také jedinečný způsob prožívání vlastního umírání,
- klade důraz na kvalitu života a zároveň na lidskou důstojnost a
- pečuje také o rodinu a přátele klienta (SKÁLA aj. 2005).

Aby byla paliativní péče účinná, musí být cílená. K tomu byly vytvořeny několikery cíle, podle kterých lze poznat, jestli je postupováno „lege artis“. Skupiny cílů jsou následující:

1. fáze kompenzovaného onemocnění (délka přežití v řádu měsíců). Cílem léčby je udržet stav kompenzace co nejdéle zároveň s co nejvyšší funkční zdatností,
2. fáze nenávratně progredujícího onemocnění (délka přežití v řádu týdnů maximálně měsíců). Cílem je udržení co nejvyšší kvality života, primární tedy není maximální prodloužení života. V této fázi už není na rozdíl od předchozí indikována resuscitační léčba,
3. terminální fáze (délka přežití v řádu několika týdnů, dnů a hodin). Cílem léčby je maximalizace důstojnosti při umírání, jeho zbytečné neprodlužování, respekt a minimalizace dyskomfortu. Resuscitace není indikována (tamtéž).

V onkologii se používají metody chirurgické paliativní léčby, paliativní radioterapie a chemoterapie. Chirurgické zákroky se používají zejména u nádorů trávicího ústrojí. Radioterapie se zaměřuje na radiosenzitivní nádory, má také

analgetický účinek. Zmíněné metody jsou používány samostatně nebo podle charakteristiky nádorového onemocnění jako součást multimodální léčby. Léčbu považujeme za úspěšnou, pokud nádor alespoň částečně reaguje. Paliativní léčba je indikována při zvážení několika faktorů, jako je věk nemocného, přidružená onemocnění a celkový pacientův stav (JAKOUBKOVÁ, 1998).

Paliativní péče se celosvětově velmi rychle rozvíjí (reakce na zvyšující se délku dožití a modernější léčebné metody, které dokážou udržet pacienta při životě mnohem déle, než kdykoli v minulosti). Zaměřuje se na nevléčitelně nemocné, umírající a péči o jejich rodiny. Cílem paliativní péče je především zmírňování bolesti, psychoterapeutická pomoc a umožnění důstojného odchodu ze života. Je potřeba zdůraznit, že paliativní péče je pojem širší než hospicová péče (MATOCHOVÁ, 2009).

Sestává ze tří základních velkých oblastí: kontroly bolesti a dalších symptomů (např. dýchací potíže, únava či nausea), rozhodnutí o nasazení nebo pokračování v úkonech, které udržují život, podpora umírajících i jejich rodin. Pro lékařskou paliativní onkologii je podstatné, že lékařovou primární starostí je tlumit vždy a všude bolest (KOPS aj. 2010).

Ve Velké Británii sestavili žebříček nejčastějších příčin úmrtí v paliativní onkologii. Na prvním místě stojí infekce a sepse, následuje trombóza a kachexie (HOSKIN a MAKIN, 1998).

2.2 Paliativní péče v ČR

V zahraničí je paliativní péče na vyšší úrovni než v naší zemi. Situace je důsledkem nepříznivé politické situace v minulosti. První vlaštovka přišla v podobě lůžkového oddělení nemocnice v Babicích nad Svitavou v roce 1992. O několik let později, v roce 1995, byl otevřen první samostatný hospic v Červeném Kostelci. Za zakladatelku hospicové péče v České republice je považována MUDr. Marie Svatošová (MATOCHOVÁ, 2009).

Postupem času byly otevírány další hospice v Praze, Plzni, Litoměřicích a Olomouci, které poskytují především péči lůžkovou. Jsou ale schopné také

zajistit službu, při které dojíždějí zaměstnanci hospice do domácího prostředí klienta (tzv. mobilní hospic, který je předstupněm hospice lůžkového) nebo mu také zajistit potřebné vybavení. Současné tendence směřují k zajištění kvalitní hospicové péče i v nemocnicích a domovech důchodců.

Podle zdravotnického systému jsou lůžkové hospice zařazeny jako nestátní zdravotnická zařízení. Vznikají nejčastěji na popud katolické Charity nebo občanských zařízení s pomocí Ministerstva zdravotnictví České republiky. Jelikož u nás není hrazena domácí hospicová péče, je více rozšířena kamenná péče, která je z poloviny hrazena ze zdravotního pojištění. S tímto souvisí získávání prostředků vůbec. Hospice musejí vynakládat velké úsilí, aby svoji péči mohly realizovat. Hledání finančních prostředků z dotací ministerstev, městských úřadů a od darů sponzorů je problém, se kterým se musí každý hospic v naší republice potýkat (STUDENT aj. 2006).

V současnosti je u nás hospicová péče na vysoce kvalitní úrovni, ovšem je nedostupná pro širší vrstvy obyvatelstva. Snaha o zvýšení počtu hospiců naráží na ekonomické, právní a také společenské překážky. Tým autorů projektu Podpory rozvoje paliativní péče v České republice považuje za nejdůležitější zařadit paliativní péči do postgraduálního i negraduálního vzdělání u lékařů, zlepšení léčby bolesti a zlepšení podmínek pro domácí hospicovou péči (cit. dle STUDENTA aj. 2006).

Sociální práce v paliativní onkologii není v současné literatuře podrobně definována. Pokud dochází k rozvoji sociální práce ve zmíněném oboru, je to zásluha konkrétního hospice, nikoliv celkové příznivé situace v naší republice. Sociální pracovníci se snaží v hospicích pozvedat jejich obor na stále vyšší a vyšší úroveň. Dá se říci, že se jim to daří. Sociální práci může v hospici vykonávat zdravotnický personál, ovšem naopak, tedy aby sociální pracovníci vykonávali lékařskou činnost, to není možné. Ministerstvo zdravotnictví doporučuje jednoho sociálního pracovníka na sto lůžek. Jelikož je obvyklý počet lůžek v zařízení hospicového typu třicet, bývá sociální pracovník zaměstnáván na půl úvazek, což pro něho není výhodné. Povinnosti sociálního pracovníka jsou

zajišťování sociálního fungování klienta v rodině, komunikace s okolním světem. Ovšem pevné zařazení role sociálního pracovníka v paliativní péči neexistuje (tamtéž).

Existují čtyři formy hospicové péče – domácí laická péče, domácí odborná péče, stacionární péče a lůžková péče. Pro potřeby této práce je nejvýznamnější poslední jmenovaná. Důvodů, proč je zvolena lůžková péče, je několik. Především se jedná o nemožnost či nechuť rodiny postarat se o nemocného doma. Dalším důvodem mohou být velké bolesti, které nejdou v domácím prostředí kontrolovat. Do této péče jsou přijímáni klienti, u kterých se předpokládá, že nepřežijí déle jak 6 měsíců. Existuje možnost, že v hospici bude s nemocným i někdo blízký, nemusí tam tedy pobývat sám. V hospici probíhá každý den lékařská vizita, ovšem režim se liší od nemocničního – klienti nejsou ráno buzeni, ošetřování probíhá podle denní doby, na kterou jsou zvyklí z domova. Návštěva může přijít kdykoliv a jsou tolerována i domácí zvířata.

Mezi laickou veřejností převládá názor, že pacient, který je přijat do hospice, nemá již žádnou naději, že ho ještě někdy opustí. Ovšem v hospicích umírá pouze 60 % klientů, ostatní se dostanou domů nebo se do hospice několikrát vracejí. Před přijetím do hospice je nutný informovaný souhlas. Přijati bývají nejčastěji onkologicky nemocní, které choroba ohrožuje na životě, nepotřebují nemocnici, potřebují paliativní léčbu a domácí péče není možná (ULRICHOVÁ, 2009).

Rozšířeným názorem je také to, že hospic je především domem smutku. Tento názor převládá i u studentů, kteří jezdí do hospiců na stáže, i přes to, že mají načtenou příslušnou literaturu. Ovšem ukazuje se, že v hospici panuje příjemnější atmosféra než v okolním světě. Mnozí lidé, kteří v hospici pracovali, se sem spontánně vracejí na jím pořádané akce. Pohled na hospic je tedy odlišný zevnitř nebo zvenku. Podle reakcí lze soudit, že lidé, kteří poznali, jak to v hospici vypadá, mají převážně kladné zkušenosti (SVATOŠOVÁ, 1998).

SVATOŠOVÁ (1998) mluví o „nemoci“ morbus universalis, která se týká téměř každého z nás. Mezi klasické příznaky patří snaha mít se dobře, sobeckost a egoismus. Dále neschopnost rozlišit důležité věci od nedůležitých, podstatné od nepodstatných. V hospicích je kladen důraz na „vyléčení“ této „nemoci“. Stává se velmi často, že teprve vážné onemocnění takovému člověku pozmění žebříček hodnot. Pro pečující se to může stát zdrojem poučení pro jejich vlastní život.

V jednom z našich nejznámějších hospiců, v Hospici Anežky České, byl v roce 1998 proveden výzkum. Z něho vyplynulo, že 90 % žádostí o přijetí do hospice plyne z faktu, že se rodina o umírajícího nedokáže sama postarat, ať už z důvodů fyzických, psychických či odborných. Průměrná ošetrovací doba se v hospici pohybovala kolem 38 dnů. Většina, tedy 92 % všech diagnóz, se týkala onkologických onemocnění, převažují bolestivé stavy, jako jsou kostní metastázy. Věk nemocných je častěji vyšší, ale ne nějak razantně, stále častěji jsou přijímáni lidé ve středním věku (tamtéž).

2.3 Přístup pečujících k umírajícím pacientům

Paliativní péče se nestává často cílem mladým absolventům vysokých škol. Na tento druh práce je potřeba mít osobnostní předpoklady. I přes důslednou duševní hygienu a častou supervizi, dochází často k syndromu vyhoření a k fluktuaci zaměstnanců. Ve většině případů to není práce na celý život.

Pacienti v paliativní onkologii ve většině případů vědí, že umírají, ale často si vážnost situace nepřipouštějí. Dochází tak mezi pacientem a lékařem k „mlčenlivé dohodě“, která se týká toho, že se baví v dlouhodobé nikoli krátkodobé perspektivě. Mluví spolu v náznacích, ani jeden z nich se nevyjadřuje jednoznačně. Dochází k paradoxní situaci, kdy pečující chce i nechce říct klientovi o jeho blížící se smrti, a klient to chce i nechce slyšet. To se vztahuje i na pacientovy blízké osoby, které taky většinou blížící se umírání bagatelizují. Toto řešení situace nebývá šťastné. K prozření u pacienta dříve nebo později dojde a pak si obě strany často vyčítají, že si věci nevyjasnily dříve. Rozloučení s blízkými probíhá ve zbytečné časové tísní (THEOVÁ, 2007).

Oproti minulosti se v současné době pacientům sdělují pravdivé informace. Lékař sdělí základ diagnózy a objasní léčbu. Obecně se má za to, že pokud se pacient dále nevyptává, další informace již znát nechce. Takto lékař zjišťuje, kolik toho ve skutečnosti chce pacient vědět. Do sedmdesátých let minulého století lékaři pacientům špatné prognózy nesdělovali (GLASER a STRAUSS, 1965).

Umírající člověk nesmí být v první řadě sám. Tím není myšleno, že u jeho postele neustále někdo sedí. Znamená to, že je stále někdo k dispozici, kdyby si chtěl promluvit. Není snadné začít mezi svými blízkými hovor o smrti, často je takovýto pokus o hlubší promluvu bagatelizován a ukončen větami typu „ale, prosím tě, ty nás ještě všechny přežiješ“. Umírající už pak nemá odvahu se k tématu vrátit a umírá s nevyslovenými obavami ze smrti.

Otevřít téma smrti by měl sám umírající. Podstatné je, nevnucovat mu náš vlastní názor, ani to, že musí smrt přijmout (akceptovat). Pečující osoba je tu od toho, aby vyslechla, vyjádřila pochopení a umožnila umírajícímu utřídit si myšlenky. Důležitější než promlouvání je v tomto případě naslouchání. Sám pečující může od takového otevřeného rozhovoru odejít obohacen (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Podle zkušenosti se zdá, že je neverbální stránka rozhovoru s umírajícím pacientem důležitější než verbální. Beze slov jde v tomto případě vyjádřit mnoho – přátelským a autentickým postojem. Za tímto postojem se skrývá mimika, doteky, držení pacienta za ruku a trpělivost (KŘIVOHLAVÝ, 2002). Pokud je pečující nucen setrvat u umírajícího delší dobu, měl by pak dbát také sám o sebe. Dýchání umírajících bývá mělčí, pomalejší a pečující mívají tendenci s nimi svůj vlastní dech nevědomky synchronizovat. Může pak dojít až k omdlení (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Nový pacient v hospici ztrácí mnoho ze svého současného života. Jedná se o postavení, životní jistoty, práci, volnost pohybu, zvyklosti ve stravování. Oproti tomu nastupuje bolest, nepříjemná vyšetření, obavy. Není tedy neobvyklé,

že pacienti reagují úzkostí, zmateností, depresí a také agresí. Pečující musí být na agresi připraven, zcela nežádoucí (i když přirozené) je oplácet stejno mincí – vytváří to pak další agresi u pacienta a dostáváme se do začarovaného kruhu. Pracovat s agresi se pečující učí na přednáškách a seminářích, které často pořádají samy hospice (SVATOŠOVÁ, 2011).

I přesto, že se klient nachází v hospicovém zařízení, nikdy se mu nebere naděje. Naděje je pro život nutná. Dodávat naději nevylučuje podávání pravdivých informací. Situace může být vážná či těžká, ale nikdy není beznadějná. Naděje se nemusí týkat nutně uzdravení, ale i malých kroků v budoucnosti (například těšení se na vnouče, které se má narodit za měsíc). Klient se „*raduje ze spousty malých, ale dosažitelných cílů, a i když jsou krůčky stále kratší, naděje zůstává*“ (SVATOŠOVÁ, 2011 s. 30). Zvláště v případě onkologického onemocnění může mít klient za sebou už mnohá dodávání naděje a mnoho následných zklamání z navrácení nemoci. I přesto bychom měli v sobě i v klientovi pocit naděje posilovat.

Pečující o umírající musí mít určité osobnostní kvality. Jedná se o odolnost vůči stresu, depresi a úzkosti. Pečující jsou v každodenním kontaktu se smrtí, musí tedy mít vyřešený vlastní vztah k ní. V tomto ohledu je vhodná vlastní psychoterapie, kde si pečující vyřeší své pocity ohledně smrtelnosti. Mohou se také stále objevovat vzpomínky na mrtvého blízkého – i tady je indikována psychoterapie.

V paliativní onkologii se pečující můžou vyrovnávat s pocitem bezmoci a agresí. Ta může mít následně za následek pocit viny (DOSTÁLOVÁ, 1986). Tyto pocity se pak zvyšují, pokud pacient zemře. Poučení pro pečujícího je jasné – raději se citově neangažovat. Otázku, jestli je to správná cesta, si musí zodpovědět každý sám.

Co si pacienti přejí od hospicového personálu? Nejčastější odpovědí by pravděpodobně byla laskavá péče. Pod tímto si klienti představují:

- přijdete ke mně i přesto, že umírám,

- přijdete a věříte v mé uzdravení,
- trávíte se mnou čas,
- berete mě jako individualitu,
- vzpomenete na mně blízké lidi nebo na maličkosti, které mám rád,
- zajímáte se o mou minulost a také dokážete mluvit o mé budoucnosti,
- přehlížíte mé nálady a díváte se na mě jako na celek,
- dokážete se smát, i přes těžkost své práce (cit. dle SVATOŠOVÉ, 2011).

Práce v paliativní onkologii je psychicky velmi náročná. Aby si personál udržel zdravý nadhled a chuť do práce, musí o sebe ve zvýšené míře dbát. K tomu slouží tzv. duševní hygiena. Člověk, aby mohl vykonávat takovouto práci, potřebuje mít stabilní rodinné zázemí bez napětí. Je nutné, aby se věnoval i něčemu jinému, než je pouze jeho práce, tedy pěstoval své koníčky, sportoval. Samozřejmostí je pravidelná dovolená, nejlépe aktivní. Uměním, které je třeba se naučit, je nenosit si práci domů. Také kvalitní supervize a zázemí týmu je prevencí před syndromem vyhoření.

Z uvedeného vyplývá, že se liší laický názor na hospice u nás a skutečnost, která je mnohem pozitivnější. Důležitým poznatkem se jeví dodávání naděje, byť v omezenějším množství. Osobnostní kvality v paliativní onkologii jsou stěžejní. V následující kapitole se zaměříme na psychiku onkologicky nemocných.

3 PSYCHIKA ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH

Ve třetí kapitole se budeme zabývat emocemi v paliativní onkologii, dále faktory, které pravděpodobně ovlivňují postoj onkologicky nemocných k vlastní blížíci se smrti a na závěr psychoterapií.

3.1 Emoce

Pacienti nacházející se v terminálně-paliativní fázi mají ve většině případů především strach. Ten se týká izolace od své rodiny, protože nikdo nechce umírat sám. Dále mají pacienti strach ze samotného umírání, z toho neznámého, co přijde po smrti, případné bolesti. Pokud nejsou se smrtí smíření, dochází k depresím a hlubokému smutku spojeného s nářky (TSCHUSCHKE, 2004). Se strachem se pojí i úzkost. Ta se od strachu liší tím, že její předmět leží v hlubších vrstvách vědomí a není cílený (DOSTÁLOVÁ, 1986).

O strach ze smrti (tanatofobii) se vědělo už v dávné historii lidstva. Lidé se snažili si smrt vyložit racionálním způsobem, strach ze smrti se pak snížil. Ovšem pravda je taková, že člověk není pouze „homo rationalis“, tedy rozumný a logický. Emocionální stránka vždy zůstává, zůstává tedy i strach (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

V praxi nejčastěji pacienti procházejí třemi nežádoucími psychickými odevzami. Jedná se o prožívaný stav bezmoci a beznaděje, sekundární zisk a regresi. Bezmoc a beznaděj je předchůdcem zoufalství, které může skončit i sebevraždou. Sekundární zisk z nemoci může pacientovi přinášet například „zajímavost“ před okolím. Také může docházet k „tyranizování“ svého okolí, které pramení ze msty či agrese. Regrese znamená, že se pacient vývojově vrátí zpět, bývá tedy vzdorovitý, nespolupracující a emočně labilní. Mezi další způsoby vyrovnávání patří psychické obranné mechanismy. Mezi ně patří například vytěšňování nebo popření (VYMĚTAL, 2003).

Pacienti reagují na blížící se smrt několika způsoby. Nejčastěji jsou uváděny:

- pasivní rezignovanost,
- vyrovnání a smíření,
- vzpomínání na to, jaké to bylo kdysi,
- uvažování o vlastní nesmrtelnosti,
- snaha o dokončení rozdělaného díla a
- alkohol, drogy nebo přejídání (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Známé je pojetí ELISABETH KÜBLER – ROSSOVÉ (1992), která uvádí pět fází procesu, jež nastávají, když se klient dozví, že umírá (platí i pro klientovy blízké osoby):

1. šok – popírání nastalé situace,
2. vzpoura – bouřlivé projevy negativních emocí, jako jsou hněv a agrese,
3. vyjednávání – pacient se snaží smlouvat, nabízí něco výměnou za život,
4. smutek a deprese – projevy lítosti, zármutku, pláč a
5. přijetí – ne každý se do této ideální fáze dostane.

Po psychické stránce se mění sebepojetí nemocného. Dochází ke zhoršení sebeúcty a sebehodnocení, což souvisí s tím, že nemocný nemůže stoprocentně plnit své dřívější role. Podle povahy nemocného se postaví k onemocnění submisivně, smířlivě, asertivně či hostilně. Nemocný se začne řadit mezi ostatní nemocné, rozvíjí se rozdíl mezi „my“ a „oni“, tedy rozdíl mezi stejně nemocnými a zbytkem zdravé populace. K tomuto častému rozdělování dochází také kvůli

posilujícím reakcím zdravých lidí, kteří se vyskytují v okolí nemocného (JAKOUBKOVÁ, 1998).

Záleží na konkrétním člověku a jeho schopnosti se adaptovat na vzniklou situaci. Klient může na své blížíci se umírání reagovat dvěma způsoby – úspěšně a neúspěšně. K úspěšnému adaptivnímu chování patří tyto aktivity:

- hledání informací o rakovině a možnostech jejího léčení,
- najít znovu vnitřní vyrovnanost a klid, s cílem odolávat stresu a
- svobodně si volit možnosti léčby.

K neúspěšnému adaptivnímu chování řadíme:

- emoční reakce, které klientovi brání vyhledat možnosti léčby,
- reakce, která ve svém důsledku způsobuje více bolesti a stresu než vlastní choroba,
- reakce, které narušují každodenní prožívání a
- rizikové chování jako je zvýšené kouření nebo alkohol (BOLELOUCKÝ, 1999).

V rodině dochází ke změně rolí. Je samozřejmé, že bývalý živitel rodiny nemůže zastávat funkce, které mu dřív patřily, dostává se naopak do submisivní role, kde sám musí přijímat od ostatních. Tato situace se zase může negativně odrazit na jeho sebepojetí.

Mezi časté emoce patří také agresivita, které obvykle předchází hněv. Agresivita se vyznačuje na rozdíl od hněvu svojí stálostí, je to dispozice k útočnému jednání, která je člověku vlastní. Pacient reaguje agresivně následkem kumulace následujících okolností – pocit ohrožení a strachu, pocit bezmocnosti, intenzivní bolest, celkově větší zátěž (VYMĚTAL, 2003).

Člověk je především bytostí sociální. Nic jiného ho nedokáže udělat šťastnějším, než když ví, že s ním v době jeho umírání někdo je. Sdílení „okamžiku“ je pro tuto chvíli podstatné. Už pouhá přítomnost blízkých lidí působí uklidňující atmosféru. Žádný člověk by neměl umírat sám (ŽALOUDEK, 2004).

3.2 Faktory ovlivňující postoj nemocného

„Těžké a nevyléčitelné onemocnění představuje jednu z největších životních zátěží, která nějakým způsobem ovlivní člověka i psychicky a může více či méně změnit některé vlastnosti jeho osobnosti“ (JAKOUBKOVÁ, 1998, s. 73). Vlastní postoj ke smrtelnému onemocnění se tvoří na základě souhrnu nepříznivých ztrát a změn v oblasti psychické, somatické a sociální.

Míra úzkosti před smrtí bude záviset na několika faktorech. První faktor se týká naší biologické existence. Strach nelze úplně vyloučit, je zakotven v naší podstatě, každý živý tvor se snaží zachovat si svůj život (výjimky opomím) a jeho možná ztráta vzbuzuje děs. Umírající přemýšlí, jak bude jeho odchod vypadat, zda to zvládne „na úrovni“, přemýšlí i nad takovými věcmi, aby si před personálem a svými blízkými neudělal ostudu (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Pokud se člověk už před svým onemocněním vyznačoval laskavou, radostnou povahou, bude se mu blížící smrt jevit jako lehčí, než pro člověka, který svůj život prožil pesimisticky, beze smyslu pro humor. Jakým směrem se bude nálada umírajícího ubírat, lze soudit podle jeho vrozených a získaných pozitivních emocí. K vrozeným emocím patří prožitek tělesného kontaktu, který se formuje už v těle matky. Získané pozitivní emoce jsou pak další zkušenosti, které člověk získává během celého života (SVATOŠOVÁ, 2011).

Vnitřní představa je velmi důležitá. Člověk, který věří, že smrt neznamená konec, ale nový začátek, se s ní vypořádá daleko lépe než člověk, který na posmrtný život nevěří. A na druhou stranu nejvyšší míru úzkosti bude vykazovat člověk, který ví, že neprožil „dobrý“ život a věří v peklo. Výše

zmíněné faktory se v naší zemi týkají především křesťanského náboženství (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Optimističtí lidé mohou vidět i v poslední fázi svého života příležitost. Teprve v tomto období si mnoho lidí uvědomí, co vlastně od života chtějí, co je pro ně opravdu důležité. Pokud je příležitost přehodnotit hodnoty správně využita, může se terminální stadium onkologického onemocnění stát neplodnějším a nejcennějším obdobím klientova života. Stále může milovat, obdivovat umění či přírodu a odpouštět (SVATOŠOVÁ, 2011).

Kvalita života je pojem, který se v současnosti hojně používá. Jedná se o parametry sociálního, emocionálního a duchovního aspektu lidského života. Kvalita života je výslednicí působení těchto faktorů a schopností uspokojit především následující znaky: soběstačnost při obsluze vlastní osoby, pohyblivost, míra seberealizace a duševní harmonie, životní úroveň a omezení plynoucí z chronické choroby. Aby bylo možné posoudit kvalitu života klienta, je nutné od něho získat informace pomocí několika rozdílných škál (cit. dle DUŠOVÉ, 2007).

To jak člověk reaguje na smrtelné onemocnění, závisí na:

- a) kvalitě rodinného zázemí (záleží na to, zda rodina onemocnění akceptuje a podřizuje se mu nebo zda dochází naopak ke snaze nemocného někam umístit),
- b) projevech onemocnění (zápach, viditelnost stigmat, zhoršená komunikace s okolím),
- c) strachu z umírání a
- d) celkové kvalitě života (VYMĚTAL, 2003).

SVATOŠOVÁ (2011) uvádí, že těžce nemocný člověk má čtyři okruhy potřeb: biologické, psychologické, sociální a spirituální. Každou dimenzi může uspokojovat někdo jiný, například biologickou lékař a sociální rodina.

Převládající nálada člověka bude taková, jakou bude cítit nasycenost ve všech čtyřech oblastech, přičemž každý člověk upřednostňuje jinou dimenzi. Často se také priority v průběhu onemocnění mění, z počátku prvořadá biologická potřeba se mění na spirituální. Výsledný postoj pomáhá umírajícímu v jeho prožívání situace nebo naopak.

Do biologických potřeb patří to, co nemocné tělo vyžaduje, tedy potrava, vyměšování, dýchání, aktivita. Tělo se také potřebuje zbavit nemocného orgánu, který je napaden rakovinou (operace) a vypořádat se s následky chemoterapie. Psychologické potřeby pacient uspokojuje pomocí druhých lidí, kteří ho respektují, projevují pochopení a chovají se k němu důstojně. Zásadou je říkat pravdu a jenom tolik, kolik chce umírající slyšet. Člověk, jakožto tvor sociální, potřebuje uspokojovat také sociální potřeby. Měl by mít možnost návštěv. Poslední potřeba, spirituální, se netýká pouze věřících. Spíše se jedná o hledání smyslu života. Silná je touha po odpuštění (SVATOŠOVÁ, 2011).

Umírání je velmi intimní záležitostí a jako taková je to také nepřenosná zkušenost. Každý klient umírá svým jedinečným způsobem. I přes to se pokusil Stern specifikovat několik častých skupin umírajících lidí:

- pacienti se silnou vírou a nadějí,
- pacienti „psychicky mrtví“, kteří jdou apatičtí a lhostejní,
- pacienti při plném vědomí, ti berou smrt jako přirozené zakončení života,
- pacienti, kteří nechtějí zemřít,
- pacienti euforičtí a v dobré náladě, vyznačují se přetrvávající nadějí, že se zázrakem smrti vyhnou,
- pacienti duchem jinde, kteří jsou již na smrt připraveni,
- pacienti nemocní, zesláblí a kteří již po smrti touží a

- pacienti filozofující, kteří konec života nechtějí vzít na vědomí (cit. dle KALNEROVÉ, 2007).

Pacient, který neví, že umírá, je zvláštní kapitola. Podle Theové to pak vypadá tak, že pacienti jsou si vědomi smrti, ale také zároveň nejsou. Tuto situaci nazývá skryté pochopení smrti. Když se pak pacient dozví pravdu, nebývá naštvaný, jelikož už něco „tušil“. V naší demokratické společnosti je zvykem, že pacienti vědí, co se s nimi děje a mají možnost se k dění, které se týká jejich osoby, vyjadřovat. Ovšem stává se, že lidé nechtějí mít rozhodující slovo v tak závažné věci jako je rakovina. Pacient „ví a zároveň vědět nechce“. Empatický pečující personál dokáže odhadnout, jestli pacient chce či nechce znát vážnost situace a podřídí se tomu. *„Pacienti potřebují něco jiného než ideál otevřenosti a sebeurčení. To, po čem opravdu toužili, byla péče a pozornost“* (THEOVÁ, 2007, s. 205).

3.3 Psychoterapie v paliativní onkologii

„Pacient by měl mít pocit celospolečenského zájmu o vlastní osobu, pocit plynulé celkové péče, důvěru k terapeutickému týmu (DOSTÁLOVÁ, 1986, s. 86). Psychoterapií se zabývají profesionálové, ovšem v tak citlivé oblasti jako je paliativní onkologie, je potřeba, aby všichni, kteří o pacienta pečují, měli v psychoterapii určité znalosti.

V naší společnosti je žádoucí, aby člověk na svém životě lpěl, aby mu nebyl lhostejný. Pokud na tomto základě pacient odmítne léčbu, je potřeba s ním o tom mluvit. Ovšem právě v paliativní péči není potřeba podávat vyčerpávající informace o pacientově stavu. Vždy respektujeme přání pacienta a jeho volby léčby. Pokud pacient léčbu odmítá, pečující se s tímto faktem sami musí vyrovnat a nedávat pacientovi najevo svoji nevoli.

Psychoterapií v paliativní onkologii se snažíme pomoci pacientovi překonat pocit izolace, který umírání často doprovází (DOSTÁLOVÁ, 1986). K tomuto účelu je zvláště vhodná skupinová psychoterapie, pokud je možná. Ve skupině lidí se stejným problémem pacient zjišťuje, že jeho problémy nejsou jedinečné.

Skupina dokáže své členy emočně povzbudit, dochází tím ke změnám postojů a chování. Psychika pacientů se zlepšuje.

Umírající lidé v mladším středním věku se trápí starostmi o své děti, o nedokončenou práci apod. Starší lidé se s nadcházející smrtí obecně vyrovnávají lépe. Nebojí se smrti jako takové, ale bolesti při umírání. Pokud pacient prožívá déle trvající intenzivní bolesti, přivítá smrt snáz, někdy je dokonce i vítaná.

Častou agresivitu v paliativní onkologii také můžeme tišit psychoterapeutickým působením. Při jednání se slovně agresivním pacientem se osvědčily čtyři zásady – zachovat klid, pozorné vyslechnutí, reflektování, vyhovění. První zásadou rozumíme neautoritářské chování, absenci výčitek, nereagování stejným způsobem. Více zmůžeme vlídností a zdvořilostí. Pozorným vyslechnutím ukážeme pacientovi, že ho plně akceptujeme. Třetí zásada, reflektování, se vyznačuje empatií a porozuměním. Snažíme se sumarizovat řečené, což pomáhá oběma stranám se v problému zorientovat. Vyhověním se rozumí, že pokud můžeme, pacientovo přání splníme. V opačném případě vysvětlíme důvody, pro které to není proveditelné (VYMĚTAL, 2003).

Důležitým psychoterapeutickým projevem je úsměv. Úsměv povzbuzuje, vyjadřuje přátelskou náklonnost, chválí, dodává odvalu. Navíc nás nic nestojí. Pacienti ovšem velmi rychle dokážou odhalit, zda jde o úsměv upřímný nebo zda jsme se ušklíbli ironicky. S úsměvem souvisí také pohled. Podle toho, jak se na nás pacient dívá, dokážeme mnoho zjistit. Je našťvaný, vyrovnaný, má bolesti? Chce nám něco říct nebo by raději byl sám? Psychoterapeuticky kladně působí pokojný, klidný hlas, přiměřená vzdálenost, laskavý úsměv, vlídný pohled a také dotyk.

V psychoterapii onkologicky nemocných se využívá několik směrů, které zde nebudeme rozebírat, jelikož se jedná o rozsáhlé téma. Nejčastěji se tedy využívá racionální a kognitivní, empatická, náhledová, sugestivní psychoterapie. Dobré zkušenosti také máme s hypnózou, s relaxačními a imaginačními

technikami (DOSTÁLOVÁ, 1986). Výběr konkrétní techniky záleží na osobnosti pacienta a na dostupnosti.

V terapii se osvědčily tzv. psychoedukační kurzy. Ty se vyznačují svojí krátkostí, nejčastěji šesti sezeními. Na nich se rozebírají informace týkající se rakoviny, tedy strategie zvládnání situace, metody zvládnání stresu a pojetí onemocnění obecně. Není vhodné, aby klient byl pouze pasivním příjemcem péče (informací), jelikož to může posilovat pocity bezmocnosti a ztráty kontroly. Sociálnímu vyloučení brání aktivní účast na skupině, která je terapeutem citlivě podporována. Jeho úkolem je dále mimo jiné pomáhat klientům zvládat řadu příznaků, kterých bývá uvedeno deset:

- strach ze ztráty blízkých osob, izolace,
- strach z nepochopení od svého okolí,
- strach z vedlejších účinků terapie a recidiv,
- strach ze ztráty tělesné integrity,
- strach z pasivního vydání se a ze závislosti,
- strach ze ztráty sebekontroly,
- strach z agresivity a žárlivosti vůči zdravému okolí,
- strach z vlastní vnitřní agrese,
- strach z bolesti a
- samotný strach ze smrti.

Jako i jinde v paliativní onkologii, také v psychoterapii se klade důraz na osobnost terapeuta. Setkání je nedirektivní, terapeut musí opustit pomyslný krunýř své profesionality, umět mlčet tehdy, když je třeba a umět mluvit, když je potřeba. Terapeut tedy musí umět překonat vlastní strach z ticha (BELOLUCKÝ, 1999).

V současnosti rychle se rozvíjející obor, psychoneuroimunologie, tvrdí, že psychika a funkce našeho imunitního systému jsou úzce provázány. Podle psychoneuroimunologů mohou emoční faktory (například stres) vyvolávat maladaptivní způsoby chování (zdraví ohrožující chování, které může mít za výsledek mnoho typů rakoviny). Je tedy možné zvážit, jestli imunitní systém nemůžou lékaři ovlivňovat skrze psychiku. Daří se to s metodami, jako je relaxace, hypnóza a meditace (zdá se tedy, že technikami, které bojují se stresem). Klienti zvládají lépe své deprese, úzkost a vykazují více radosti ze života (TSCHUSCHKE, 2004).

Z výše uvedeného textu vyplývá, že pro adekvátní prožívání vlastního umírání je podstatná již premorbidní osobnost. Emoce jsou neoddělitelnou součástí v paliativní onkologii a je třeba s nimi umět pracovat, například pomocí psychoterapie, která má v tomto oboru své nezastupitelné a stále se zvyšující místo. Následující kapitola rozebírá problematiku chronické bolesti.

4 CHRONICKÁ BOLEST V PALIATIVNÍ ONKOLOGII

V předposlední kapitole se zaměříme na chronickou bolest, která je neoddelitelnou součástí paliativní onkologie, a na jako takovou je na ni v tomto oboru brán velký ohled. Nejdříve se seznámíme s jejím pojetím, následuje patofyziologický popis a kapitola končí popsáním vztahu mezi chronickou bolestí a psychikou.

4.1 Pojetí chronické bolesti

Chronická bolest se charakterizuje jako bolest, která trvá déle než půl roku, buď trvale, nebo se v pravidelných či nepravidelných intervalech opakuje (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Na rozdíl od akutní bolesti je bolest chronická samostatným onemocněním. Toto onemocnění působí celosvětově problémy, jelikož špatný zdravotní stav má následný negativní vliv na ekonomiku dané země. Pro nás je ale důležité, že chronická bolest způsobuje utrpení především samotnému nemocnému. Udává se, že 25 % obyvatel Evropy má zkušenosti s chronickou bolestí trvající déle než 3 měsíce.

V současnosti už můžeme chronickou bolest zařadit mezi civilizační zdravotní příznaky. Celosvětově jí trpí 10 – 30 % obyvatelstva. Je nedílnou součástí takových onemocnění, jako je diabetes mellitus, kardiovaskulární a právě onkologické onemocnění. Příčiny chronické bolesti však nejsou vždy jasně identifikovatelné (KOZÁK aj. 2010).

Pacienti trpící bolestí jsou v některých případech rozpoznatelní. Dozvíme se to nejen tak, že nám o tom pacient přímo řekne, ale také neverbálně. Mění se mimika obličeje, pohyby končetin, dochází ke vzdechům, úpěním a nářkům, tedy k tzv. paralingvistickým akustickým sdělením. Podle Melzackovy škály rozlišujeme základní dělení bolesti: mírná bolest, nepříjemná bolest, silná bolest,

krutá bolest a nesnesitelná bolest (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 2002). V češtině existuje kolem padesáti výrazů, kterými definujeme bolest, která může být např. vnitřní, povrchová, řezavá, tupá, vystřelující nebo bodavá.

V literatuře se dočteme, že existuje asi 15 % populace, která má tzv. zvýšený práh bolesti, který se projevuje sníženou citlivostí na bolest. Tito pacienti musí být zvlášť pečlivě sledováni, protože i malé navýšení intenzity bolesti může ukazovat na vážnější problém. V praxi se ale častěji setkáváme s opačným případem, tedy se sníženým prahem bolestivosti, který je vyvoláván osobností pacienta ale také jeho zkušeností a očekáváním (VYMĚTAL, 2003).

Není snadné dlouhodobě žít s vysokou mírou bolesti, pacienti nezdídko přemýšlejí o ukončení života. Proto je důležité snažit se bolest lokalizovat a co nejvíce mírnit.

Lidé se po stanovení onkologické diagnózy obávají kromě smrti také veliké bolesti. Až 70 % nemocných udává, že by dokázali přemýšlet nad sebevraždou, kdyby míra bolesti byla nesnesitelná. Ta je jedním z nejvíce častých příznaků, které doprovázejí nádorová onemocnění. Současná medicína ovšem již dokáže bolest udržet na snesitelné úrovni. Ovšem udává se, že až u 80 % onkologicky nemocných je dosavadní léčba bolesti nedostatečná. Důvodů je několik:

- nedostatečný odhad míry bolesti,
- pacient o bolesti neinformuje,
- pacient nechce užívat opioidy nebo je sestry nechtějí aplikovat,
- nedostatečný přístup k analgetikům či
- nadměrná regulace preskripce opioidů ze strany státu (BAUER, 1994).

Při stanovení diagnózy trpí chronickou bolestí 30 % pacientů, v průběhu léčby udává bolest 60 % a v terminálním stadiu již 90 % pacientů (cit. dle

KOZÁKA aj. 2010). Z čísel je patrné, že bolest je neodmyslitelnou součástí zakončení onkologického onemocnění, se kterou je třeba počítat.

Léčba bolesti sleduje dva cíle – paliativní (zmírnění) a rehabilitační (udržení/obnovení funkční zdatnosti). V konečné fázi onemocnění převažuje cíl paliativní. Míra bolesti je u rakoviny různá podle druhu onemocnění. Například vysoká míra se udává u nádorů kostí a nižší u rakoviny kůže nebo u leukemického onemocnění (KOZÁK aj. 2010). Dle Hronovské je nejhorší bolest u karcinomu ovaria, děložního čípku a pankreatu (HRONOVSKÁ, 2010). Dělení bolesti podle vztahu k onkologickému onemocnění zobrazuje Tab. č. 1.

Tab. č. 1. Dělení bolesti podle vztahu k nádorovému onemocnění

VZTAH K NÁDOROVÉMU ONEMOCNĚNÍ	PŘÍKLADY
Bolest vyvolaná nádorem	prorůstání nádorů do měkkých tkání, kostní metastázy
Bolest vyvolaná diagnostikou a protinádorovou léčbou	bolestivé diagnostické procedury: punkce, bolest po radioterapii
Bolest bez přímé souvislosti s nádorovým onemocněním	migréna, bolest při dekubitech

Tabulka vypracována z publikace Kozáka Léčba chronické bolesti.

Při podávání silných analgetik, které zmírňují velkou bolest, je nutno počítat s jedním důležitým vedlejším účinkem – mohou urychlit smrt. Paliativní onkologie se zaměřuje na zmírňování utrpení a bolesti, ne na prodloužení života za každou cenu. Proto je podávání analgetik správnou volbou, i přes to, že víme, že život může být zkrácen (ŠPINKOVÁ a ŠPINKA, 2006).

Základním pravidlem je, že každý bolest vnímá jinak. Je tedy nutno klientovi věřit a nezaobírat se myšlenkami, že udávaná míra bolesti se nám zdá neadekvátní. Respektujeme klienta, pokud si nepřeje podávání analgetik, tedy chce bolest snášet. Někdy to může souviset s tím, že nemocný chce takovýmto způsobem odčinit vinu, kterou cítí. Jde o něco jiného, než o smlouvání, tito lidé si tedy zaslouží náš respekt a úctu (SVATOŠOVÁ, 2011).

Jelikož je bolest multimodální jev, terapie je také multimodální. K hodnocení bolesti se používají stupnice, nejznámější a nejpoužívanější je VAS (numerická vizuální analogová stupnice). Tato stupnice má 10 stupňů od 0 do 10. Pro lékaře má zjištění stupně bolesti význam pro volbu léčby. Pacient sám ohodnotí stupeň bolesti, rozpětí je od žádné bolesti po nejhorší možnou (JAKOUBKOVÁ, 1998).

4.2 Patofyziologie chronické bolesti

V této podkapitole se seznámíme s patofyziologií chronické bolesti. Terminologie je obtížnější, je ovšem důležité jí porozumět pro úplné pochopení dané problematiky.

Chronická bolest je charakteristická tím, že trvá i po odstranění příčiny, která ji původně vyvolala. Proto musí být chronická bolest neustále znovu a znovu léčena. V onkologii se bolest odstraňuje především léčením primárního onemocnění, existuje tedy snaha o zničení nádorových buněk.

Od chronické bolesti nemůžeme oddělit složku psychosomatickou. Špatný psychický stav může způsobovat zhoršení bolesti a naopak, při dobrém psychickém stavu se často stává, že bolest ustupuje. Rozlišujeme bolest psychosomatickou a bolest psychogenní. Psychogenní bolest se vyskytuje u lidí s psychiatrickou diagnózou (deprese, bipolární afektovaná porucha). Na rozdíl od bolesti psychosomatické nezačíná na periférii, ale v mozkové kůře a v limbickém systému (KOZÁK aj. 2010). BAUER (1994) uvádí také psychologický mechanismus vzniku nemoci, o kterém můžeme hovořit, pokud se

prokáže, že bolest nemá nocicepční ani neuropatickou příčinu (viz níže). Zároveň ale uvádí, že je v onkologii velmi vzácná.

Chronická bolest je vedena jinými drahami než bolest akutní. Jedná se o dráhu spinoretikulotalamickou přes retikulární formaci od mediálních talamických jader. Dále do limbického systému, frontálního laloku, na mediální stranu frontálního laloku a do gyrus cinguli (tamtéž). Následující tabulka zobrazuje typy bolesti, které doplňuje charakteristika s příklady.

Tab. č. 2. Dělení bolesti podle převažujícího patofyziologického mechanismu

TYP BOLESTI	CHARAKTERISTIKA	PŘÍKLADY
Nociceptorová somatická	vyvolaná drážděním nervových zakončení při poškození tkáně	kostní metastázy, prorůstání nádoru do kůže
Nociceptorová viscerální	vyvolaná drážděním nociceptorů v orgánech dutiny břišní a malé pánve, neostře lokalizovaná	postižení střev, jater
Neuropatická	vzniká poškozením periferního nebo centrálního nervového systému	neuropatie po chemoterapii
Smíšená	současně nociceptorové i neuropatické vlastnosti	nádor v oblasti malé pánve, který prorůstá do kostí a svalů

Tabulka převzata z publikace Kozáka Léčba chronické nemoci.

Rozlišení typu bolesti je důležité kvůli odhadnutí intenzity nemoci a především následné léčbě. Nocicepční bolest je citlivá na standardní analgetika a bolest neuropatická vyžaduje ještě kombinaci s tzv. adjuvantními analgetiky

(látky, jejichž primární účinek není protibolestivý, ale tuto schopnost mají). Psychologický mechanismus vzniku bolesti pak vyžaduje mimo jiné psychofarmaka.

Bolestivé impulsy jsou vedeny do CNS prostřednictvím vláken. Přicházejí z periferie a pokračují až do zadních míšních rohů. Tato oblast je také důležitá pro modulaci smyslového vstupu. Odtud se řídí emoční složka bolesti a její intenzita a lokalizace. Bolest je pak vnímána v thalamu. Porucha thalamu může vést k tomu, že minimální podnět vede k velmi těžkým bolestem (tzv. thalamický syndrom). Oproti tomu prefrontální lobotomie se vyznačují tím, že nemocný sice bolest cítí, ta ho ale nijak neobtěžuje. Především v CNS se nacházejí opioidní receptory, které se podílejí na modulaci bolesti. Tyto receptory mohou vázat buď endogenní opioidy (endorfin) nebo exogenně podávané opioidy, které ruší bolestivý vzruch (BAUER, 1994).

Při objevení neurotransmiterů se také přišlo na to, že oblasti mozku jsou citlivé na opiáty – pokud jsou pacientovi podány, dochází k tlumení bolesti. Obdobný efekt mají i látky, které si tělo dokáže „vyrobit“, např. endorfiny, naopak existují látky, které mají efekt opačný, mezi ně řadíme serotonin. Při jeho působení dochází k zvyšování bolesti (KOZÁK aj. 2010).

Pokud farmakoterapie nezabírá, existuje v paliativní onkologii zákrok, který přeruší nerovnováha vláken vedoucí k bolesti. Tento postup je ovšem využíván až jako poslední možnost. Častější je farmakoterapie. Pokud je bolest veliká a nesnesitelná, jsou indikovány silné opioidy. Dávky se zvyšují bez ohledu na možný vznik závislosti. Nejznámějším ze skupiny silných opioidů je morfin. Fyzická závislost vzniká rychle oproti tomu psychický u terminálních stadií zřídka. K nežádoucím účinkům při léčbě opioidy patří tlumivé účinky na CNS, zmatenost, nauzea a zvracení, zácpa a retence moči (tamtéž).

4.3 Chronická bolest a psychika

Bolest je výslednicí subjektivního strachu a hodnocení vlastních schopností vzdorovat jí. Nápor na psychiku je značný, jelikož se narušuje integrita člověka

a také je pro člověka signálem ohrožení života, tedy „*nebezpečím nejvyšší priority*“ (KOZÁK aj. 2010, s. 17).

Člověk, který se potýká s chronickou bolestí, prochází utrpením. To v sobě nese kognitivní zpracování a z něho vycházející strach, deprese, úzkost a zlost. Pro onkologického pacienta znamená chronická bolest nedílnou součást jeho života. Postupně se kvůli ní mění pacientům pohled na sebe samého a na život kolem něho. Je důležité naučit ho s bolestí zacházet. K tomu slouží mimo jiné psychoterapie.

Každé psychoterapii bolesti musí v paliativní onkologii předcházet zevrubná diagnostika. Musíme zjistit, co ji vyvolalo, udržuje a popřípadě zmírňuje. Následná psychoterapie klade na personál vysoké nároky. Objevují se vztahové problémy mezi pacientem a pečujícím, který se může cítit bezmocný (VYMĚTAL, 2003). Bolest je často na psychoterapii alespoň zpočátku rezistentní a pečující personál snadno ztrácí sebevědomí. To se odrazí především na pacientovi, dostáváme se do začarovaného kruhu. Ten může prolomit pouze pečující, nejlépe na supervizi.

Cílem terapie je dostat bolest pod pacientovu kontrolu, zvyšovat jeho toleranci. Ve většině případů neodezní chronická bolest úplně, terapie se tedy zaměřuje i na to, aby pacient dokázal žít i s tzv. zbytkovou bolestí. Nejužívanějšími postupy v psychoterapii bolesti jsou relaxační metody (Jacobsonův trénink), biologická zpětná vazba (biofeedback), kognitivně – behaviorální postupy a imaginativní techniky (VYMĚTAL, 2003).

Psychoterapie chronické bolesti se zaměřuje na uvolnění endogenních opioidů (např. endorfin). Tím se vlastně využívá placebo efektu. Placebo efekt je zvláštní jev, který je založený na důvěře v lékaře a účinku metod, které jsou právě využívány při léčení pacienta (KOZÁK aj. 2010).

V psychoterapii onkologického pacienta je primární odstranit bolest nebo ji co nejvíce snížit a stabilizovat, teprve pak je možno s pacientem

psychoterapeuticky pracovat. V opačném případě nebude soustředěný na práci, ale na svou bolest, což je kontraproduktivní.

Komplexní péče se zaměřuje na tři základní procesy, které spolu souvisejí:

- procesy, které se vztahují k neurofyziologickým mechanismům bolesti, afektů a strachu (analgetické tlumení bolesti sníží strach a také psychoterapeutické působení má kladný vliv na míru očekávatelné bolesti),
- procesy kognitivně zprostředkované (pokud dojde u pacienta ke korekci jeho pohledu na bolest, redukuje se tím strach) a
- procesy sociálně – psychologické (sociální prostředí pacienta ovlivňuje jeho vnímání bolesti).

Souhrou těchto tří procesů vzniká klientovo jedinečné vnímání bolesti (KOZÁK aj. 2010).

Paliativní péče v onkologii se často odehrává za hospitalizace. Psychika pacienta se mění. Zdravý člověk je totiž hlavním aktérem svého života, v nemocnici se musí značně podřizovat. Snižuje se jeho sebedůvěra, jelikož musí dělat činnosti, které neumí. Dále jsou pacienti vyčleněni ze svého sociálního prostředí, ocitnou se v relativní izolaci, což má na psychický stav velký vliv, zvláště když umírá. Nesmíme také opominout emoce, které jsou charakteristické strachem, obavami a beznadějnou budoucností (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

U bolesti rozlišujeme tři aspekty, které jsou vzájemně propojené:

- a) smyslový (senzorický): se týká vlastního posouzení pacienta, kdy sám bolest lokalizuje a hodnotí kvalitu a intenzitu,
- b) emoční: pokud pomineme, že v některých případech může být bolest příjemná (u masochismu) prožívá člověk většinou v souvislosti s bolestí nelibé pocity,

- c) hodnotící: jedinec jedná na základě vlastního hodnocení, srovnává bolest se svými zkušenostmi a vytváří si očekávání (VYMĚTAL, 2003).

Chronické bolesti se v terminálním stadiu rakoviny nevyhne téměř žádný pacient a také vzhledem k tomu, že je tišení bolesti jedním z nejdůležitějších cílů paliativní péče, je problematika chronické bolesti výše podrobně probrána. Poslední kapitola se zabývá pojetím smrti.

5 SMRT V PALIATIVNÍ ONKOLOGII

V poslední kapitole se zaměříme na smrt, která je přes všechno neoddelitelnou součástí paliativní onkologie. Smrtí klienta práce paliativního týmu nekončí, stále je ještě prostor pomoci pozůstalým, touto problematikou se zde také budeme zabývat. Kapitola končí podkapitolou o eutanazii.

5.1 Pojetí smrti

Smrt je nejzákonitější jev v našem životě. Podle některých názorů se člověk rodí proto, aby umřel. Dá se říci, že již v okamžiku našeho zrození spějeme ke smrti. Nikdo z nás se jí nemůže vyhnout a lze říci, že neexistuje na světě větší spravedlnosti, než je právě smrt.

Každý člověk ke smrti zaujímá nějaký postoj. Některé postoje jsou lhostejné, jiné potlačující. Podle vztahu k našemu životu lze usuzovat na vztah ke smrti. Každá životní dekáda má své charakteristiky. Malé děti si například nedokážou konečnost vůbec představit. Mladí dospělí ji často potlačují a staří občané bývají smířenější. Smrt dává našemu životu smyslu, pokud bychom neměli vědomí konečnosti, nic by nás nenutilo žít opravdově (DOSTÁLOVÁ, 1986).

Zdravotnický personál a vůbec všichni, kteří se ve své práci setkávají se smrtí, k ní musí mít nějaké stanovisko, v nejlepším případě dochází k vyrovnání. Ostatní populace se většinou smrtí příliš nezaobírá až do doby, kdy jim odchází někdo blízký nebo se do takovéto situace dostanou sami. Také ve druhé polovině života je přemýšlení o ní častější (KELNAROVÁ, 2007).

Nejvyužívanější a také nejstarší je formou, jak se lidé vypořádávají s vlastní konečností, je představa, že po životě nás čeká ještě další. Vytěsnění představ o smrti, zahánění myšlenek na ní, je také častý způsob vyrovnávání, charakteristický spíše pro nezrálé jedince. Poslední možností je uspořádat si svůj život takovým způsobem, abychom umírali s pocitem, že život byl prožit

smysluplně. Smrt má pro člověka veliký smysl v tom, vytváří celý jeho život. „*Smrt je v představě člověka především tečkou za větou, neboť navždy ukončuje jeho fyzickou existenci*“ (ULRICHOVÁ, 2009, s. 46).

Obavy ze smrti zmírňují různé rituály, které lidstvo doprovází odnepaměti. Rituály v sobě zahrnují dvě složky: jedinec není se svým strachem ze smrti sám, jelikož smrt je vnímána ve společenství a učí jedince, jak by sám měl ke smrti přistupovat – ten pak tedy netápe. Rituály byly využívány hojně do dvacátého století, pak nastala tendence (která ještě nevymizela) umírající lidi a potažmo i smrt skrývat, lidé tedy umírají v izolaci od společnosti. Rituály odstraňují strach (STUDENT, 2006).

V současnosti se již smrt posunula z osobní roviny do roviny lékařské. Téměř každý člověk si přeje umírat doma, ovšem častěji se odehraje v nemocnicích či v pečovatelských zařízeních. Tři čtvrtiny pacientů umírají v nemocnicích po rozhodnutí přerušit či odepřít si léčbu. Smrt je tak v mnoha případech právě v rukou lékaře a ne přírody, jak v naší nedávné minulosti. Rodinu, která byla v minulosti umírajícímu nablízku, nahradil personál nemocnic. I když se rodina snaží trávit v nemocnici co nejvíce svého volného času, je mnohem pravděpodobnější, že okamžik smrti promeškají, než kdyby o umírajícího pečovali doma. S touto situací nebývá lehké se vypořádat a pozůstalí si dělají výčitky, že člena rodiny opustili v té nejdůležitější chvíli. Nezřídka musí podstoupit psychoterapii. I přes to jsou ale výčitky většinou přítomny po celý život (MATOCHOVÁ, 2009).

Smrt může být klinická (zástava krevního oběhu a dýchání, lze ji zvrátit resuscitací), biologická (nezvratný zánik činnosti buněk různých orgánů, nastupuje po 4 – 5 minutách) a mozková (činnost buněk je nenávratně vyhaslá, ostatní životní funkce mohou být uměle udržovány). Tím ovšem dělení nekončí, smrt může být náhlá, rychlá či pomalá nebo předčasná a přirozená (ULRICHOVÁ, 2009).

U nás nejrozšířenější náboženství, křesťanství, hlásá víru v posmrtný život. Umírání je jistě snazší, pokud člověk věří, že smrtí jeho existence de facto nekončí. Ovšem náboženství také upozorňuje na tzv. poslední soud, kde se všechny hříchy člověka sečtou. Pro umírajícího člověka je tedy na druhou stranu těžší umřít, pokud považuje svůj život za hříšný a věří, že se jeho další cesta bude ubírat do pekla.

Z fenomenologického hlediska smrt nastává, když si člověk již nedokáže uvědomit svojí existenci. Za smrt se tedy považuje i umělé udržování při životě přístroji, například po autonehodě. Psychicky totiž pacient není schopen reagovat. Další variantou pro fenomenology je degenerativní postižení mozku – demence (DOSTÁLOVÁ, 1993).

Z výzkumu provedeného Hytychem vyplývá, že Češi mají pocit, že nemají s kým otázku smrti sdílet. Problematiku smrti vnímají spíše individuální záležitostí, než kolektivní. Shoda panovala v otázce náboženství, které jim pomáhalo vyrovnat se s vlastní smrtelností. Jejich stížnosti se týkaly onkologů, kteří podle Čechů nedostatečně sdílejí téma smrti. Rozhovor s výzkumníkem byl vnímán jako příjemný a pomáhal utřídit myšlenky, což podporuje tezi, že lidé by se o smrti dokázali bavit, kdyby měli s kým (HYTYCH, 2008).

Smrti je v hospicích věnována řada předpisů, které se týkají nemocenského pojištění, hygieny, ohlášení, trestně-právní předpisy týkající se ohledání mrtvého a zacházení s ním a konečně zásady pro pohřbívání. Právní předpisy jsou nutné kvůli zneužití a zneuctění, ale je třeba dávat pozor na důstojnost všech zúčastněných lidí (STUDENT, 2006).

I když platí, že oproti minulosti je téma smrti tabuizováno, vzestup hospiců v České republice naznačuje, že se situace pomalu zlepšuje. Tato tendence se objevuje zhruba od sedmdesátých let minulého století ve světě, u nás po roce 1989. Vychází také velké množství knih věnující se tanatologii (nauka o smrti a umírání), které jsou hojně čteny (KELNAROVÁ, 2007).

5.2 Doprovázení truchlících

Po smrti blízkého člověka nastává čas truchlení. Každý z nás potřebuje různou dobu na to, aby se vyrovnal se smrtí někoho důležitého. Podstatné je, jakým způsobem blízký umřel, obecně se lidé snadněji vyrovnávají se smrtí staršího člověka, který měl čas se rozloučit, než se smrtí dítěte, které zemřelo neočekávaně, například po agresivní formě rakoviny. Pomoc a podpora truchlícím je také součástí paliativní onkologie.

Péče o pozůstalé je v našich podmínkách stále ještě na nízké úrovni oproti západním zemím. I přesto se zvyšují tendence o větší podporu a pomoc těm, kterým někdo v hospicové péči umřel. Několik českých hospiců pořádá každoroční setkání pozůstalých, kde jsou připomínáni zemřelí a péče, kterou jim hospic poskytl. Tato akce je ovšem jenom jednorázová, nemá tedy větší terapeutický efekt, ten nabízejí skupiny, které se setkávají i několikrát týdně, podle potřeby. Využívají je spíše lidé, kteří netrávili se zemřelým v jeho posledních týdnech mnoho času – trpí pocity viny (STUDENT, 2006).

Po smrti někoho blízkého vznikají pocity a prožitky, se kterými se lidé vyrovnávají různými způsoby. Někdo se zaměří na práci či na sport, pro jiného je snadnější uzavřít se do sebe. Pro truchlícího může být nesnadné se v sobě samém vyznat, zvláště pokud takovou situací prochází poprvé. Klasickým projevem je tak zmatenost. Úkolem pomáhajících je zmatenost snižovat. Dalšími typickými pocity, které doprovázejí truchlení je neklid, únava, zoufalství, zloba, vina, bezmocnost, šok ale také úleva či vysvobození.

Prvým pocitem je obvykle šok, a to i přes to, že smrt bývá v paliativní onkologii předvídatelná. Následující myšlenky se zmítají v otázkách, jak to truchlícímu mohl zemřelý člověk udělat, jak teď najednou život nemá cenu, jak teď bude žít dál. Stává se také, že myšlenky jsou úlevné, tedy například teď jsem konečně volný nebo konečně je konec jeho trápení. Truchlení také doprovází často otázka „Proč“ (TAUSCH – FLAMMEROVÁ, 2011).

Žal a smutek po odchodu blízké osoby má podle Winklera několik fází:

- fáze šoku, trvající několik hodin až dva dny, vyznačuje se popřením skutečnosti,
- snaha ovládnout se, která trvá až do pohřbu,
- fáze regrese, trvající do tří měsíců po pohřbu, žal je projevován v plné míře a
- fáze adaptace, která se vyznačuje smiřováním s odchodem milované osoby (cit. dle KALNEROVÉ, 2007).

Potřeby truchlících jsou velmi často hodné s potřebami umírajících. Pozůstalí trpí čtyřmi druhy strachů: z nejistoty, z utrpení, ze ztráty a ze selhání. Strach z nejistoty pramení z všeobecného vytěsnění smrti z našich životů. Ti, kterým někdo umírá, pak „nevědí, do čeho jdou“. Volí tedy pro ně snazší způsob, nechávají blízkého člověka umřít v některém ze zařízení. Řešením je osvětlující rozhovor se všemi zúčastněnými. Strach z utrpení je spojen s fyzickou bolestí, ale také s bolestí psychickou sociální a spirituální. Se strachem ze ztráty se lépe vyrovnávají rodiny, které mohly poslední dny s umírajícím strávit blízko něho v bezpečné atmosféře. Strach ze selhání řeší personál vysvětlením, že zbývá omezený čas na vyřešení věcí, které jsou nutné. Je nutné vydržet bolestný proces a neutíkat před ním (STUDENT, 2006).

Zásadou je, že truchlení je v první řadě rodinnou záležitostí, intervence pečujících přichází pouze na jejich žádost. „*Truchlení lze přirovnat k hojení rány*“ (VYMĚTAL, 2003, s. 281). Zajímavá je otázka, jak dlouho by mělo vlastně truchlení trvat a kdy už není normální. Pozůstalí si již mnohdy myslí, že veliký smutek překonali a i přesto se znovu a znovu objevuje. Dopřáváme truchlícím čas.

První pomoc pozůstalým odpovídá psychologické první pomoci – poskytnutí citové opory, projevení pochopení a účasti. Pomůžeme truchlícímu odžít si jeho pocity, čímž dochází alespoň k částečné katarzi. V paliativní onkologii dochází především k očekávaným úmrtím, pozůstalí tedy často bývají psychicky i fyzicky

vyčerpání. Výjimkou není ani špatný somatický stav, protože „teď už si to mohu dovolit“. Pocity viny se většinou objevují, když k nim nejsou důvody, naopak tam, kde by se objevovat měly, se neukážou. Psychologická pomoc o pozůstalé se zaměřuje především na osamělé truchlíci, kteří se nemohou se svým trápením podělit s rodinou. Pomoc spočívá v empatických, nedirektivních rozhovorech, které povzbuzují v projevení citů. Nedostatek projevení citů může být totiž příčinou depresivních rozlad a neakceptování faktu, že blízký člověk je mrtev (VYMĚTAL, 2003).

Staří lidé, kterým umřel životní partner, jsou zvláště náchylní k sebevražedným pokusům. Mimo jiné se u nich častěji objevují depresivní stavy, izolace od okolí a nestaráni se o sebe. Pomáháme jim najít nový smysl života a adaptovat se na novou situaci, na život bez partnera. Pomáhají nám v tom například spolky důchodců. Pokud je to možné, apelujeme na příbuzné, především děti, aby poskytovali adekvátní oporu (tamtéž).

Existuje několik doporučení, které můžeme truchlícím předat a pomoci jim tak trápení překonat. Truchlíci by se od nás měli dozvědět, že:

- pocity viny jsou obvyklé, ale je vhodné se jim vyhýbat,
- dostatek klidu je důležitý,
- je nutné pečovat o své tělo (výživa, pohyb),
- odreagování může probíhat hudbou, malbou nebo psaním deníku,
- byt by se měl prozatím ponechat beze změn, čas na odstranění věcí zemřelého ještě přijde a
- není slabost požádat o pomoc a promluvení s lidmi, kteří prožili podobnou situaci je osvobozující (TAUSCH – FLAMMEROVÁ, 2011).

Smrt milované osoby nás samotné přivádí na myšlenku, že ani my zde nebudeme věčně. Přemýšlíme, zda je náš život takový, jaký ho chceme mít,

a mnohdy dojde k přehodnocení našeho žebříčku hodnot. Pokud si dokážeme ze smrti druhého vzít ponaučení, stává se náš život smysluplnější a intenzivnější (KELNAROVÁ, 2007).

5.3 Eutanazie

Pojem eutanazie v dnešní době znamená lékařské jednání za účelem navození či uspíšení smrti. Od vraždy se liší předponou „eu“, je tedy vedena kladným úmyslem, jde o to, aby smrt byla z etického hlediska dobrá. Důvodem je vyhnutí se utrpení a veliké bolesti. Do tohoto pojmu se promítá více vlivů, nejdůležitější jsou následující čtyři motivy: utrpení nemá smysl, rostoucí role medicíny, osvícenské přesvědčení o klíčové roli sebeurčení člověka a skryté představy o schopnostech „optimalizace“ lidského života (ŠPINKOVÁ a ŠPINKA, 2006).

Rozlišujeme dvě formy eutanazie – aktivní a pasivní. Aktivní eutanazie znamená podání přípravku, který má za následek smrt. Pasivní eutanazií rozumíme nejednání, které v konečném důsledku vede ke smrti, tedy například nepodání léku nebo neposkytnutí pomoci při zástavě srdce (v některých zemích je proto zaveden písemný souhlas pacienta, který označí zákroky, které si v případě potřeby nepřeje, tedy například tzv. DNR – do not resuscitate, tj. neresuscitovat. Podstatné je, že přání neresuscitovat není totožné s žádostí o eutanazii). Rozlišování je ovšem nejednoznačné, jelikož i pasivní eutanazie vychází z našeho rozhodnutí, aktivní eutanazii se tedy značně přibližuje. „*Nejednat také někdy znamená jednat*“ (ŠPINKOVÁ a ŠPINKA, 2006, s. 11). Špinková a Špinka tvrdí, že bychom o eutanazii měli mluvit pouze v její aktivní verzi.

Další dělení je na přímou a nepřímou eutanazii. V přímé je hlavním cílem usmrcení druhého člověka. U nepřímé je hlavním cílem zbavit nemocného bolesti a utrpení. Jako příklad nepřímé eutanazie můžeme uvést podávání vysokých dávek analgetik. Třetí dělení je na dobrovolnou a nedobrovolnou eutanazii. Toto rozdělení se týká toho, kdo má přijít o život. Dobrovolná se děje na základě pacientova přání, předpokládá se tedy jeho duševní schopnost

takovéto rozhodnutí učinit. Nedobrovolná eutanazie dochází na přání rodiny a z rozhodnutí lékaře takovéto přání splnit. Pacient už není sám schopen se vyjádřit a lékař uzná, že eutanazie je opravdu na místě (tamtéž).

Na počátku minulého století docházelo ke změně vztahů v rodině. Důvodem byla lepší ekonomická situace rodiny, která umožňovala nezávislost. Rodina mimo jiné dříve držela pohromadě právě díky hmotnému zabezpečení svých členů. Právě do tohoto období datujeme zvyk umírající izolovat. V sedmdesátých letech nastal proces detabuizace smrti, který pokračuje dodnes, ovšem v naší zemi je tento trend výrazně opožděný.

S rozpadem tradiční role rodiny souvisí i neschopnost doprovázet člena rodiny při umírání. Jedinec pak sám nemá s umíráním zkušenost a pravděpodobně v budoucnu dopadne stejným způsobem – bude umírat sám. Člověk, který touží po eutanazii má strach z utrpení a bolesti, nechce být nikomu na obtíž a bojí se toho, že ztratí svou důstojnost. Právě všeobecně rozšířené odmítání utrpení má na svědomí velkou podporu eutanazie v laické veřejnosti (MATOCHOVÁ, 2009).

Otázka, zda eutanazii ano či ne, není zcela zodpovězena. Odpověď záleží na mnoha faktorech. Díky pokroku medicíny dokážeme prodloužit lidský život a zvýšit jeho kvalitu, na druhou stranu tak ale uměle oddalujeme smrt a mnohdy zvyšujeme utrpení. Převládající názor je, že člověk má právo rozhodovat o svém životě sám. Podle dostupných informací je většina společnosti pro podporu eutanazie. První evropská země, která právně definovala podmínky, při kterých je eutanazie dovolena, bylo Holandsko. Stalo se tak v roce 2001, v účinnost zákon vešel v roce 2002. V tom samém roce následovala Holandsko Belgie (v prvním roce platnosti bylo lékaři nahlášeno 170 případů). V Oregonu je podobný zákon platný od roku 1994. Dále je eutanazie tolerována ve Švýcarsku, zákon totiž neumožňuje případný postih (tamtéž).

Ve všech evropských zemích je stále ukončení života jiným člověkem trestný čin. Pouze pokud život ukončí lékař v Belgii a Holandsku za určitých podmínek, není naplněna podstata trestného činu. Podmínky jsou:

- pacientova žádost je dobrovolná a zakládá se na nesnesitelném utrpení, přičemž není naděje na zlepšení zdravotního stavu,
- pacient je lékařem informován o své situaci,
- společně došli k názoru, že neexistuje jiná možnost,
- splnění výše uvedených podmínek je kontrolováno dalším a nezávislým lékařem a
- k ukončení života dojde s náležitou péčí lékaře (ŠPINKOVÁ a ŠPINKA, 2006).

Jelikož je lékař ten, co život zachraňuje, nabízí se otázka, jaký důvod je ten, který mu dovolí druhého člověka usmrtit. Pravděpodobně se jedná o nevyřešený lékařův strach z vlastní smrti, který se projevuje nevědomým přáním lékaře „být pánem nad životem a smrtí“. Eutanazií se takovýmto pánem stává (STUDENT, 2006).

Současné diskuse ohledně eutanazie se zaměřují na legalizaci dobrovolné eutanazie, ale také na legalizaci eutanazie nedobrovolné. Ta by se mohla týkat lidí, u kterých lze předpokládat, že jejich život ztratil smysl, důstojnost a kteří trpí. Jako příklad slouží oficiální holandské úvahy o eutanazii novorozenců a dětí, které jsou postižené a také u těžce nemocných a starých lidí (ŠPINKOVÁ a ŠPINKA, 2006). Otázkou zůstává, jestli postižené děti vždy vykazují míru utrpení a samozřejmě existuje možnost nápravy stavu, i když se to tak zpočátku nemusí jevit. V každém případě narůstají tendence postižené děti usmrtit eutanazií, i přes to, že se zdravému rozumu takovéto chování přičí.

Podle SVATOŠOVÉ (2011) si klient smrt nepřeje, pokud se mu dostává veškeré péče. Souhlasí pouze s výjimkou, která představuje duševní choroby.

Přání smrti od klienta znamená, že personál by se měl zamyslet, kde dělá chybu a okamžitě ji napravit. Chyba se může nacházet ve všech čtyřech oblastech bio-psycho-socio-spirito. Vedle bolesti je nejčastější důvod žádosti o ukončení života strach z ní. Mnohdy je také takováto žádost voláním po pozornosti, které se klientovi dostává nedostatečně.

Z textu poslední kapitoly vyplývá, že smrt je oproti minulosti přesunuta do izolace, stává se vysoce individuální událostí. Hospice se snaží tuto tendenci nepodporovat. Při doprovázení truchlících je podstatný nedirektivní a chápající přístup. V naší zemi se zvyšuje tendence k legalizaci eutanazie, ovšem pravděpodobně k tomu ještě nějakou dobu nedojde.

ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce se zabývá paliativní onkologií, především v našich podmínkách.

Paliativní péče se vyvíjí již od dob antiky, hospice začaly vznikat na konci 19. století. Rok 1967 byl důležitý pro rozvoj moderních hospiců, byl totiž otevřen St. Christopher Hospic v Londýně. Nárůst onkologických onemocnění zároveň s rozvojem medicíny staví současnou paliativní onkologii na čestné místo ve zdravotnictví. Lze soudit, že se jedná o obor, který bude v budoucnosti progresivní.

Na personál ve zmíněném oboru se kladou vysoké nároky. Měli by to být lidé sami smíření se smrtí a vyznačující se schopností hluboké empatie a akceptace. Základem je umění pracovat s emocemi klientů, které jsou často úzkostné, hněvivé až agresivní. Je možné si se situací pomoci psychoterapií, která je již nedílnou součástí paliativní onkologie. Nejlepší možností se jeví krátké a cílené terapie, jako je kognitivně-behaviorální nebo psychoedukační kurzy.

Jedním z hlavních cílů paliativní onkologie je udržet život i nadále v co nejvyšší možné kvalitě, důležitou součástí je tedy tišení chronické bolesti, která se vyskytuje v terminálním stadiu až u 90 % pacientů. Bolest může být tišena nejenom farmakologicky ale také psychoterapií.

Zajímavé je zjištění, že názor na hospice se hodně liší od skutečnosti. V laické veřejnosti převládá názor, že se jedná o domy smutku, kde se pouze umírá. Ovšem v hospicích je plno radosti a klidu, a také se tam pouze neumírá, naopak, celých 40 % lidí hospic opouští.

Smrtí nekončí práce paliativního týmu, ten by se měl nyní zaměřit více na pozůstalé. Pomocí je v tomto případě nehodnotící vyslechnutí, které mnohdy postačuje. Pro neadaptivní pozůstalé je opět indikována psychoterapie. Eutanazii se paliativní onkologie také zabývá, i když pouze okrajově. Současné tendence spějí k její legalizaci, ovšem podle zkušenosti našich předních odborníků si člověk, který má od svého týmu uspokojeny všechny potřeby, smrt nepřeje.

Pokud mohu soudit, je potřeba se nadále zaměřovat na tišení bolesti a snižování negativních vedlejších účinků analgetik, jelikož, jak už bylo několikrát řečeno, bolest je největší překážkou na cestě ke kvalitnímu prožitku zbývajících života. Také neschopnost pečujícího týmu mluvit o smrti se zdá jako překonatelný problém.

LITERATURA

BAUER, J. *Nádorová bolest a její farmakoterapie*. Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-09-4.

BOLELUCKÝ, Z. *Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní medicíně*. 2. vyd Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1999. ISBN 80-210-2064-4.

DOSTÁLOVÁ, O. *Jak vzdorovat rakovině*. Praha: Grada Avicenum, 1993. ISBN 80-7169-040-6.

DOSTÁLOVÁ, O. *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným*. Praha: Avicenum, 1986.

DUŠKOVÁ, B. *Chronická bolest jako ošetrovatelský problém*. Ostrava: Repronis Ostrava, 2007. ISBN 978-80-7368-461-7.

GLASER, B., STRAUSS, A. L. *Awareness of Dying*. New York: Adline Publishing Company, 1965.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

HOSKIN, P., MAKIN, W. *Oncology for Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1998. ISBN 0-19-2628127.

HRONOVSKÁ, L. *Paliativní onkologická terapie*. Praha: Liga proti rakovině, 2010. ISBN 978-80-254-8027-4.

HYTYCH, R. *Smrt a nesmrtelnost*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-092-8.

JAKOUBKOVÁ, J. aj. *Paliativní medicína*. Praha: Galén, 1998. ISBN 80-85824-78-7.

KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.

KOPS, R. aj. *Dříve vyslovená přání a pokyny do not resuscitate v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2010. ISBN 978-80-87146-31-6.

KOZÁK, J. aj. *Léčba chronické bolesti*. Olomouc: Solen, 2010. ISBN 987-80-87327-45-6.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KÚBLER – ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. Nové Město nad Metují: Signum unitatis, 1992. ISBN 80-85439-04-2.

MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etikety*. Brno: Masarykova univerzita/nakladatelství, 2009. ISBN 987-80-210-4757-0.

MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.

SKÁLA, B. aj. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2005. ISBN 80-86998-03-7.

STUDENT, J., MŮHLUM, A. a STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Přel. Marek Sigmunt. Praha: Nakladatelství H and H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem*. Praha: Ecce homo, 1998. ISBN 80-902049-1-0.

SVATOŠOVÁ, M. *Umění doprovázet*. 7. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 987-80-7195-580-1.

ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Euthanasie, víme, o čem mluvíme?* Praha: Cesta domů, 2006. ISBN 80-239-8592-2.

TAUSCH – FLAMMER, D. *Pomoc pro truchlíci a ty, kteří je doprovázejí*. Přel. Miroslava Lédlová. Čerčany: Občanské sdružení tří, 2011. ISBN 978-80-254-8944-4.

THEOVÁ, A. *Paliativní péče a komunikace*. Přel. Jiří Ogrocký. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 987-80-87029-24-4.

TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie*. Přel. Lucie Simonová. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.

ULRICHOVÁ, M. *Různé tváře smrti*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0.

VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 5. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1998, s. 408. ISBN 80-85800-81-0.

VORLÍČEK, J. aj. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-437-1.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

ŽALOUDEK, P. *Myšlenky během ozařovací terapie*. Praha: Gloria, 2004. ISBN 80-86760-08-1.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora/ky: Pavlína Schubertová

Studijní program: Zdravotně sociální péče

Studijní obor: Zdravotně sociální pracovník

Název práce: Paliativní péče v onkologii

Počet stran (bez příloh): 54

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 29

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 2

Počet internetových odkazů: 0

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Rok dokončení práce: 2012

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má bakalářská práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:.....

.....

Pavλίna Schubertová

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou práci využijí ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucího bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Pavlína Schubertová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Paliativní péče v onkologii

Vedoucí práce: MUDr.Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 53

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 29

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

0				
---	--	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

0				
---	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

0				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Přístup autora k řešení problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

0				
---	--	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Autorka zastává názor, že každý umírající chce mít u sebe své příbuzné nebo přátele. Moje dlouholetá osobní zkušenost není takto jednoznačná, naopak jsou lidé, kteří si v konečné fázi přejí klid a samotu. Co si o tom autorka myslí?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Téma je aktuální a vhodné. Práce je teoretická. Autorka dokázala, že umí pracovat s literaturou a projevovat k ní i vlastní názory. Citace v textu tu a tam vykazují drobná opomenutí v interpunkci. Na s.15 ř.2 posl. odstavce je překlep „...kteří jezdí ho hospiců“, má být „do“.

Je nedostatkem současné koncepce, že nejsou vymezeny kompetence a možnosti sociálního pracovníka v paliativní medicíně, autorka se však zabývá činnostmi, které by bylo možno sociální pracovníci svěřit.

Celkové pojetí paliativní medicíny je srozumitelné a správné a na bakalářskou práci má tato závěrečná práce velmi slušnou úroveň.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně, pokud tomu bude odpovídat i obhajoba.

Datum, podpis:
19. 5.2012


MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: **Pavčina Schubertová**

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: **Paliativní péče v onkologii**

Oponent práce: PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 53

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 31

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

		X		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		X		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	X			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		X		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	X			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

0				
---	--	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

0				
---	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

0				
---	--	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěla

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		X		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

0				
---	--	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		X		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

			X	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Citace jsou sice jinak správně, ale za aj. v textu autorka zásadně nedělá čárku (viz s.11, 12, 13 a další). Zřejmě si neuvědomuje, že tečka za aj. patří ke zkratce a čárka se dělá normálně před rokem vydání. Bylo by vhodné, aby si to autorka uvědomila alespoň dodatečně. Na s.18 za rokem u Svatošové pouze zapoměla před stránkou udělat čárku (ř. 12 shora), ale zde jde zřejmě o opominutí.

Kapitola první je nezvykle krátká, pouze na jednu stránku. K některému pojmu by bylo možno dát ještě i názor jiného autora, nebo vlastní názor autorky.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Téma práce je aktuální, ale týká se více jiných absolventů pomáhajících povolání než právě sociálního pracovníka. Autorka také nijak nevymezuje rozsah práce, kterou by mohl sociální pracovník v oblasti paliativní medicíny v onkologii vykonávat. Jinak práce podává slušný přehled o literatuře v této oblasti, proto ji lze uznat jako práci teoretickou.

Je to tedy kompilační práce, nevykazuje příliš vlastní originality. Na druhé straně je nutno hodnotit, že stylisticky, gramaticky i formálně je práce na slušné úrovni.

Doporučení k obhajobě: doporučuji k obhajobě.

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis:
18.5.2012

PhDr.Pavla Kodymová, Ph.D.

