

Hospic – miesto nádeje

Aurel Štefko SJ

Človek poznáva bolesť od svojej najútlejšej mladosti. S bolestným výkrikom prichádza na svet, bolesť ho sprevádza životom ako kruté poznanie jeho nedokonalosti a zraniteľnosti. Napriek tomu, že proti nej bojuje, je to práve bolesť, ktorá ho privedie najprv k pocitu, potom k vedomiu ohraničenosti života. Nemožno ju teda definovať iba určitými podnetmi, lebo ide aj o špecifickú osobnú skúsenosť, ktorá závisí od výchovy v určitej sfére, od významu určitej situácie. Veľmi významnú úlohu tu zohráva aj filozofia bolesti u jednotlivca, podľa ktorej trpiaci človek vymedzuje bolesti rôzny význam, zmysel a miesto v hierarchii hodnôt.

Usporiadanie sveta, ktorý obklopuje ľudí, otvára pohľad človeka na vznešeného, veľkého, múdreho Usporiadateľa – Boha, ktorý ho stvoril z lásky a pre lásku. Na druhej strane, človek je dennodenne konfrontovaný s bolesťou, a to aj s bolesťou nevinných (vojny, násilie, organizovaný zločin, sociálna bieda). Na konci tejto konfrontácie stojí otázka: Prečo? Odpoveď môžeme hľadať v zjavení. Starý zákon nám práve tento typ bolesti predstavuje ako tajomstvo, ktoré človek nepochopí svojím rozumom. Príkladom je postava spravodlivého Jób. Jeho utrpenie nebolo trestom, ale skúškou. Násť odpoveď o význame a zmysle utrpenia predpokladá otvoriť sa Božej láske, ktorá dáva zmysel všetkému, aj utrpeniu. Pochopiť tajomstvo utrpenia sme schopní iba natoľko, nakoľko pochopíme vznešenosť Božej lásky, ktorá sa v najvyššej forme zjavila v Ježišovi Kristovi a v jeho obete kríža. Pre túto skutočnosť si každý človek zaslúži úctu. Tak sa spája ľudský postoj súcitu s imperatívom viery, ktorej prejavom je láska.

Človek od začiatku svojich dejín proti bolesti bojuje. Hľadá spôsob, ako ju zmierniť. Aj keď vedecké poznatky v tejto oblasti veľmi pokročili, na konci tohto úsilia je vždy okamih, keď sa každý boj stáva zbytočným. Je to okamih konca – smrti.

Dnešný človek pozerá na problémy bolesti, zomierania, a najmä smrti veľmi povrchno. Pre dnešného človeka je téma smrti nepopulárna. No napriek tomu skúsenosť núti človeka konfrontovať životné postoje so skutočnosťou vlastnej smrteľnosti. Človek môže žiť, akoby smrti nebolo, a vtedy jeho život bude ustavičným útekem pred smrťou do zhonu horúčkovitej činnosti, prázdnych zábav, až nakoniec sa predsa stretne, prekvapený a nepripravený, s momentom vlastnej smrti, akoby narazil hlavou do múru.

Druhým ľudským postojom je vedomé prijatie smrti, ba vedomie smrteľnosti môže človek urobiť centrom svojho života a chápať smrť ako zavŕšenie diela, ktorým je jeho život. Tu vystupuje smrť ako jav ľudsko-osobný, ktorý nás núti zaoberať sa ňou ako dimenziou života.¹ S tým súvisí aj jeden z páčivých problémov našej doby – starostlivosť o zomierajúcich.

¹ Porov. L. CSONTOS – E. KRAPKA, „Človek a smrť,“ in *Nad tajomstvom človeka*, Bratislava: Teologický inštitút sv. Alojza, 1992, s. 101.

ZOMIERAJÚCI ČLOVEK V RODINE

Rodina je spoločenstvo, ktorého úlohou je aj to, aby sa jeho členovia naučili starať sa i o tých, ktorí sa z rôznych dôvodov (choroba či staroba) ocitli vo finálnom štádiu života. To môže urobiť iba vtedy, keď sú splnené tri podmienky.

1. Chce sa o zomierajúceho starať. Tu hrá dôležitú úlohu morálna kvalita rodiny.

2. Môže sa o zomierajúceho starať. To závisí od viacerých podmienok – bytových, finančných a pod.

3. Vie sa o zomierajúceho starať.²

V rodine sa formujú základné postoje nielen k životu, ale aj k zomieraniu. Práve rodina môže podstatne prispieť k otupeniu negatívnych javov pri zomieraní.

S určitou dávkou smútku musíme konštatovať, že existencia trojgeneračnej rodiny, v ktorej sa človek naučil adekvátnemu prístupu k umierajúcim, je otázkou minulosti. Zatlačením rodiny do anonymity panelákov sa prístup k umierajúcim postupne inštitucionalizoval presunutím do nemocníc, a tak umieranie a smrť boli odosobnené a stratili aj sociálne črty. Preto je potrebné opäť hľadať lásku, úctu k blížnemu, a to aj v čase najfinálnejšom – počas zomierania.

OBČIANSKA SPOLOČNOSŤ A ZOMIERAJÚCI ČLOVEK

Veľmi často sa stretávame s postojom niektorých rodín, že štát sa lepšie postará o zomierajúceho človeka. Niekedy je tento postoj úprimný, inokedy je iba zastieracím manévrom napätia medzi dovoľávaním sa vlastných práv a pocitmi viny voči zomierajúcim, napr. rodičom. Obidvom postojom sa vyhovieť nedá, a tak prehrávajú tí slabší.³ Nie je úlohou spoločnosti odsudzovať túto kategóriu ľudí, ale treba si uvedomiť, že v týchto súvislostiach nie je aktuálna len problematika zomierajúceho človeka ako takého, ale čoraz viac sa stáva aktuálnou problematika starostlivosti o neho. Pre nemožnosť, neschopnosť a často aj neochotu rodiny musí túto úlohu čoraz viac preberať na seba štát. Na celom svete sa dnes zvyšuje tlak na inováciu programov tejto starostlivosti. Všetci si musíme uvedomiť, že spôsob, akým sa s týmto problémom vyrovnáme, bude mať ďalekosiahly efekt na starostlivosť o zomierajúcich ľudí v budúcnosti.

V súčasnosti sa čoraz viac uplatňuje tendencia skracovať a obmedzovať pobyt starých a chorých ľudí v nemocnici. Jedným z modelov dlhodobej starostlivosti o starých a zomierajúcich ľudí s etickým riešením je revitalizácia myšlienky hospicov.

Chápanie tejto myšlienky je rôzne. Niekedy je pojem hospic spojený s predstavou zdravotného zariadenia pre chorých a starých ľudí, ktoré predstavuje akoby faksimile rodinného prostredia, kde vzájomný vzťah opatrovaných a ošetrojúcich je popretkávaný empatiou a láskou. Kapacita hospicu by nemala presahovať 25–30 opatrovaných. Inokedy o hospici hovoríme všade tam, kde sa terminálne chorý

² Porov. V. PACOVSKÝ, *Geriatría*, Praha: Scientia medicae, 1996, s. 111–112.

³ Porov. M. KORCOVÁ, „Metodika vyučovania témy „etické problémy v geriatrii“,“ in *Zborník prednášok: Prvý bratislavský deň ošetrovateľskej etiky*, Bratislava, 1966, s. 56–62.

práve nachádza. Môže to byť doma, v nemocnici, v sociálnej inštitúcii a pod. Hospic rozvíja služby domácej starostlivosti, ktorú uskutočňujú odborníci a laici. Predovšetkým lekársku starostlivosť zabezpečuje geriatricky orientovaný lekár. Je len samozrejmé, že táto požiadavka platí aj pre ošetrovateľský personál. Okrem toho všetci zúčastnení si musia uvedomiť, že v hospicioch zomiera človek, túžiaci okrem zdravotníckej starostlivosti po pomocnej ruke iného človeka, ktorý o neho prejavuje záujem práve vo finálnom štádiu života a pri zomieraní.

Ak chceme hovoriť o dôstojnom zomieraní človeka, celú otázku musíme otvoriť multidisciplinárne. Svoju úlohu tu má nielen lekár a sestra, ale aj psychológ a kňaz, a vlastne všetci ľudia dobrej vôle, ktorí vo vzájomnej spolupráci neopúšťajú pacienta, aj keď vidina na uzdravenie je nereálna a liečebnú aktivitu treba presunúť do rozsahu zabezpečenia možnej kvality života.⁴ V tomto ohľade má nezastupiteľné miesto spirituálna starostlivosť, najmä o terminálne chorého geronta, v ktorej dominujú štyri základné kategórie:

1. spomínanie (panoramatický pohľad na vlastný život),
2. uspokojenie (uistenie),
3. zmierenie,
4. zjednotenie.⁵

Faktory, ktoré ovplyvňujú kvalitu života, delíme takto:

- objektívne – fyzický stav, kognitívne funkcie, emocionálny status, funkčná kapacita, sociálna funkcia, sexuálna funkcia,
- subjektívne – morálne, spokojnosť so životom, sebaúcta, možnosť kontroly svojho života, duchovný život a viera, osobné vzťahy,
- vonkajšie – spokojnosť s vládou a s verejnými inštitúciami, kriminalita, bývanie, prostredie, sociálna sieť a podpora.

Zatiaľ čo kvalitu života môžeme len ťažko definovať, pomerne jednoduché je rozpoznať jej deficit u starých ľudí. Dobrá kvalita života sa prejavuje pocitom zmyslu života a možnosťou prejaviť svoju osobnosť, bohatými interakciami a dobrou motiváciou činnosti, a to aj pri zhoršených fyzických schopnostiach. Filozofia hospicovej starostlivosti umožňuje intenzívnejší záujem ošetrojúceho tímu hospicu o spirituálne potreby terminálne chorého pacienta. Každý člen hospicového tímu by mal mať kapacitu poskytovať aj duchovnú podporu. Ide o schopnosť načúvať a rešpektovať individuálny výraz spirituality človeka. Načúvať iným s empatiou a rešpektom.⁶

Jedným z cieľov hospicovej starostlivosti je citlivý manažment bolesti a dôraz na nádej. Kde je nádej, tam je život.⁷ Hospice sú miestom, kde sa môže naplno rozvíjať tzv. paliatívna starostlivosť, ktorá je definovaná takto: Paliatívna starostlivosť zna-

⁴ Porov. Š. LITOMERICKÝ, „Chronicky chorý starý človek a dlhodobá starostlivosť,“ *Lekársky obzor*, roč. 47, 1998, č. 3, s. 88–90.

⁵ Porov. B. S. DERICKSON, „The spiritual work of the dying: A framework and case studies,“ *The Hospice Journal*, roč. 11, 1996, č. 2, s. 29.

⁶ Tamtéž, s. 12.

⁷ Porov. R. G. TROYCROSS, „Where is hope, there is life: A view from the hospice,“ in J. KEOWN (ed.), *Euthanasia Examined: Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, Cambridge: Cambridge University Press, 1995, s. 141–168.

mená aktívnu komplexnú starostlivosť o pacientov, ktorých choroba neodpovedá na kuratívnu liečbu. Najdôležitejšou úlohou je kontrola bolesti a ďalších symptómov, psychologických, sociálnych a spirituálnych problémov, spolu s dosahovaním čo najlepšej kvality života pre pacientov a ich rodiny. Paliatívna starostlivosť je aplikovaná výsostne individuálne. Personál nemôže umožniť liečbu, ale môže pacientovi umožniť komfort.⁸ To znamená, že v hospici:

1. sa rešpektuje v každej situácii dôstojnosť človeka,
2. človek netrpí neznesiteľnými bolesťami,
3. zmiernujú sa nepríjemné pocity (strach, úzkosť, dušnosť a pod.),
4. človek ani v posledných chvíľach neostáva osamelý (psychická a duševná podpora).

Korene hospicovej starostlivosti siahajú do dávnej histórie ľudstva. Už vládca Indie Ašoka zakladá akýsi útulok pre opustených, ktorí sem prichádzajú zomrieť s tým, že po smrti bude ich telo spoločné a popol vysypaný do posvätnéj rieky Gangy.

Obdobie kresťanstva prináša myšlienku milosrdného Samaritána a obraz služby trpiacemu Kristovi. Napríklad vo 4. storočí vzniká útočisko pre chorých z iniciatívy sv. Bazila v Kapadócií. Podobne v období križiackych výprav v 11. storočí vznikajú hospice, ktoré okrem fyzickej opatery poskytujú aj duchovnú službu. V 16. storočí sa v hospicovej starostlivosti rozvíja komponent fyzický i duchovný.

Hospic v dnešnom chápaní sa stáva súčasťou paliatívnej starostlivosti, ktorá zahŕňa sledovanie faktorov, ktoré ovplyvňujú kvalitu života. Po prvýkrát bola definovaná v rámci rádioterapeutickej liečby. Znamenala tu brzdenie nevyliciteľného patologického procesu. Dnes sa tento termín používa aj v súvislosti s inými medicínskymi odbormi. Znamená úsilie zmierniť až odstrániť u nevyliciteľne chorých ich ťažkosti. Liečba je upravená tak, aby sa ňou nezhoršil celkový stav a aby sa zlepšila kvalita života. V poslednej etape ide o liečbu symptomatickú. WHO definuje paliatívnu starostlivosť ako aktívnu totálnu starostlivosť o pacientov, ktorých ochorenie neodpovedá na kuratívnu liečbu, cieľom je zlepšenie života.⁹ Obsahuje

- kontrolu fyzických symptómov, predovšetkým bolesti,
- osobný kontakt a emocionálnu oporu,
- rešpektovanie práv pacienta,
- účasť rodiny a dobrovoľníkov, prípadne emocionálnu podporu príbuzných.

Paliatívnu terapiu teda charakterizuje

- pozornosť pre všetkých pacientov, ktorá zmierni aj fyzické a emocionálne ťažkosti použitím všetkých metód i odborných personálnych zdrojov,
- úprimná ľudská opora,
- cesta otvorenosti a primeranosti informovania pacienta,
- pozornosť všetkým osobným prániam,
- účasť rodiny na liečbe,
- miesto liečby, ktoré si vyberie sám pacient.

⁸ Porov. I. FINLAY, „What can palliative care offer?“ *Medical Ethics and Bioethics*, roč. 2, 1995, č. 2, s. 11.

⁹ Porov. M. KULICHOVÁ – S. FABUŠ, „Nevyhnutnosť vzniku paliatívnej starostlivosti a hnutia ‚Hospic‘ v našich podmienkach,“ in M. NEMČEKOVÁ a i., *Človek medzi životom a smrťou*, Martin: ILF UK, 1996, s. 13–19.

Hospicová starostlivosť tak spĺňa vrcholné požiadavky ľudskej etiky. Zameraná je na odstránenie utrpenia človeka, keď už sám nie je schopný sa brániť. Je komplexná, zahŕňa aj rodinu chorého a jeho pozostalých. Je dôkazom mravnej vyspelosti a humánnej orientácie danej spoločnosti.

Z uvedených skutočností sa odvodzujú aj štandardy hospicovej starostlivosti:

- Cieľom je adekvátna liečba.
- Ak nie je možná ďalšia liečba, najvhodnejšia je paliatívna starostlivosť.
- Cieľom paliatívnej liečby je prevencia úzkosti a iných ťažkostí.
- Prijatie do hospicu závisí od potrieb chorého a jeho rodiny.
- Starostlivosť poskytujú odborníci a laici.
- Hospicová starostlivosť je kontinuálna.
- Chorý a jeho rodina sú jednotkou starostlivosti.
- Rodina je stredom hospicového tímu.
- Hospicová starostlivosť pokračuje aj v čase smútku a opustenosti.
- Starostlivosť sa poskytuje dvadsaťštyri hodín denne a sedem dní v týždni.
- Hospicovú starostlivosť poskytuje multidisciplinárny tím.
- Programy hospicovej starostlivosti zodpovedajú štandardom SZO, zákonom a nariadeniam.
- Služby koordinuje centrálna administratíva.
- Hospic má zdravotníckeho riaditeľa, lekárov a spolupracuje s ošetrojúcim lekárom pacienta.
- Starostlivosť sa poskytuje aj extramurálne podľa potreby chorého.
- Medzi aktivity patrí aj vzdelávanie pracovníkov.
- U všetkých sa vedie presná dokumentácia.¹⁰

Hospicová starostlivosť sa realizuje dnes v týchto formách:

1. Domáca hospicová starostlivosť. Služí pacientom v prvom období ochorenia, t. j. od diagnostikovania choroby až po nástup terminálneho stavu.
2. Domáca hospicová starostlivosť s formou denného hospicu. Zahŕňa prvé obdobie ochorenia a môže zasahovať do druhého.
3. Lôžková hospicová starostlivosť. Zahŕňa druhé obdobie ochorenia – t. j. starostlivosť a sprevádzanie chorého a jeho najbližších počas terminálneho stavu s ukončením života. Pokrýva aj obdobie *post finem* – starostlivosť o telo zosnulého a starosť o pozostalých.

ZÁVER

Starostlivosť poskytovaná v hospici rešpektuje individualitu každého pacienta. Je zameraná na riešenie biologických potrieb pacienta (napr. potreba prijímania jedla, tekutín, potreba vyprázdňovania, spánku, odpočinku, aktivity, polohovania, tlšenia bolesti atď.), psychických potrieb (potreba rešpektovania ľudskej dôstojnosti, potreba bezpečia, istoty, dôvery atď.), sociálnych potrieb (potreba medziľudských

¹⁰ Porov. LITOMERICKÝ, „Chronicky chorý starý človek a dlhodobá starostlivosť,“ s. 88–90.

vzťahov, komunikácie, kultúrneho života, potreba práce atď.) a spirituálnych – duchovných potrieb (potreba sebaaprijatia, zmyslu života, nádeje, vzťahu k Bohu, vzťahu k ľuďom, veciam atď.).

Starostlivosť v hospici zabezpečuje multidisciplinárny tím – lekári, sestry, diétna sestra, rehabilitačný pracovník, psychológ, psychiater, kňaz a podľa potreby aj ďalší – členovia rodiny, priatelia, dobrovoľníci.

Hospicová starostlivosť pomáha umierajúcim žiť čo najlepšie až do poslednej chvíle. S pacientom sa personál rozpráva otvorene, pomáha mu vyrovnať sa s ťažkou chorobou a žiť s ňou. Neberie chorému nádej, naopak, pomáha mu hľadať zmysel života, pomáha mu uvedomiť si, kde je užitočný a kde môže byť užitočný. Podpora takéhoto postoja pomáha zomierajúcemu vyrovnať sa so smrťou a spôsobí, že nad strachom prevládne nádej.

Hospice – Place of Hope

Key words: Hospice; Ethics; Terminally ill patients

Abstract: The scientific and technical achievements applied also in medicine since the beginning of the 20th century prolonged the medium life expectancy. Because of this, the scientists, physicians and all of society face new questions and problems, e. g., how to care for the terminally ill patients who completely rely on the help of others. The natural family environment that cared for the dying people in the past does not exist any more. The care for the dying was institutionalized in hospitals and asylums, and the dying thus became impersonalized. That originated the idea of the necessity of revitalization of hospices. There treatment of the dying is multidisciplinary and holistic. The terminally ill patients find all the comfort and support they need in the hospice, in order to live as well as possible until their last moments. A team of experts and volunteers helps her/him to find the meaning of life and to face the death as a part of life.