

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra sociologie a andragogiky

HOSPIC A JEHO KLIENT

Bakalářská diplomová práce

Ester Palová

Vedoucí bakalářské diplomové práce: PhDr. Eva Klimentová, Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne.....

Vlastnoruční podpis

„Účinnou pomoc poskytnete pouze ten, kdo nehledá vlastní prospěch, ani vděčnosti a uznání, sám vyrovnaný se smrtí.“

Jiří Vorlíček, Zdeněk Adam a kol.

(Paliativní medicína, 1998, s. 387)

Anotace

Hlavním tématem bakalářské práce je role rodiny, přátel a dobrovolníků v sociální opoře klienta hospice ve srovnání prostředí velkého města a malého města. První část práce popisuje vznik hospicového hnutí a jeho počátky a rozšíření v České republice, zabývá se rovněž zásadami a principy fungování hospice. Další část je zaměřena na psychologii nemocného, vnímání nemoci, konfrontaci s diagnózou zhoubné nemoci. Procesem socializace se člověk začleňuje do společnosti, stává se součástí primárních a sekundárních sociálních skupin. Neformální i formální sociální skupiny, do nichž se jedinec v průběhu svého života postupně začleňuje, vytvářejí sociální síť, v rámci které se jedinci dostává sociální opory v obtížné situaci. Sociální opora se liší v závislosti na prostředí. Sociologické studie zabývající se srovnáním prostředí velkoměsta a venkova zjišťují významné rozdíly ve struktuře sociálních skupin a vztahů. Empirické šetření se zaměřuje na srovnání role rodiny, přátel a také dobrovolníků při poskytování sociální opory klientovi hospice v rozdílných podmínkách velkoměsta a malého města. Diskuze se vrací k výsledkům šetření a vyslovuje další hypotézu, která naznačuje možný směr následného průzkumu na poli sociální opory klienta hospice. Diskuze rovněž představuje výsledky několika průzkumů zaměřených na srovnání sociální soudržnosti a sociální sítě v prostředí města a venkova v různých geografických oblastech. Závěrečná část práce obsahuje zamyšlení nad rolí dobrovolníků jako aktivních poskytovatelů sociální opory klienta hospice.

Klíčová slova

Hospic. Klient hospice. Sociální skupiny. Sociální síť. Sociální opora. Dobrovolník.

Annotation

The main topics of the bachelor thesis are roles of family, friends and volunteers at the social support of hospice client in comparison of big city and small town environments. The first part describes the hospice movement genesis, its beginnings and expansion in the Czech Republic. Hospice operations principles are presented. Another part is focused to the psychology of patient, his/her decease reception, and his/her confrontation with malignant decease diagnosis. Socialization is a process of integration to society when a human being becomes a part of primary and secondary social groups. During his/her life one becomes part of informal and formal social groups. Those groups create social network which provides social support to their members who find in difficulties. Social support varies in dependence on environment. Sociological studies dealing with urban and rural social environment comparison find outstanding differences in social groups and relations structures. Empiric research is focused to the roles of family, friends and volunteers when providing social support to hospice clients in different conditions of big city and small town. Returning back to the research results the discussion expresses another hypothesis suggesting possible direction for consequent research in the field of social support of hospice client. Other results of urban and rural comparison of social coherence and social support studies from various geographic areas are introduced as a part of the discussion, too. Some thoughts concerning volunteer role as active providers of social support to hospice clients are presented in the closing part.

Keywords

Hospice. Client of hospice. Social groups. Social network. Social support. Volunteer.

| | |
|--|-----------|
| Obsah | |
| Úvod | 7 |
| Cíl práce a metodika | 7 |
| Struktura práce | 8 |
| Kapitola 1: Hospic | 9 |
| 1. 1 Historie hospicového hnutí | 10 |
| 1. 2 Zásady a východiska hospicové péče | 12 |
| 1. 3 Paliativní péče | 13 |
| 1. 4 Rozšíření hospiců v České republice..... | 15 |
| 1. 5 Význam hospice | 16 |
| Kapitola 2: Člověk a nemoc | 19 |
| 2. 1 Objasnění pojmů zdraví a nemoci | 19 |
| 2. 2 Individuální vnímání nemoci | 19 |
| 2. 3 Oznámení diagnózy, zpracování informace..... | 21 |
| 2. 4 Období léčby | 22 |
| 2. 5 Pobyť v hospici..... | 25 |
| Kapitola 3: Sociální opora | 26 |
| 3. 1 Definice sociální opory..... | 26 |
| 3. 2 Sociální skupiny a jejich funkce | 27 |
| 3. 3 Role rodiny a přátel v systému sociální opory klienta hospice | 28 |
| 3. 4 Sociální vazby v prostředí města a venkova..... | 29 |
| Kapitola 4: Empirické šetření: sociální opora poskytovaná klientovi hospice rodinou a přáteli | 31 |
| 4. 1 Východiska šetření | 31 |
| 4. 2 Cíl šetření | 31 |
| 4. 3 Metodika šetření | 32 |
| 4. 4 Realizace empirického šetření..... | 33 |
| 4. 5 Analýza výsledků empirického šetření..... | 34 |
| Kapitola 5: Diskuze | 39 |
| 5. 1 Nástin dalšího možného průzkumu..... | 39 |
| 5. 2 Výsledky průzkumů zaměřených na sociální soudržnost v kontextu rozdílů města a venkova..... | 39 |
| Kapitola 6: Závěr | 41 |
| 6. 1 Vyhodnocení srovnání sociální opory klienta hospice v prostředí velkoměsta a malého města | 41 |
| 6. 2 Role dobrovolníků v sociální opoře klienta hospice | 41 |
| Seznam použité literatury | 42 |
| Seznam příloh | 46 |

Úvod

Pracuji v hospici. Někteří lidé v mém okolí říkají, že v tak bezprostřední blízkosti smrti by pracovat nemohli. Osobně jsem přesvědčena, že se nejedná o deprimující, ale obohacující práci, která přináší setkání se zajímavými lidmi, ať už se jedná o klienty nebo zaměstnance. Práci s lidmi v jejich kritické fázi života někdy provází psychické a ostatně i fyzické vyčerpání, ale současně nabízí jedinečné zprostředkování životní moudrosti, povzbuzení a inspiraci. Setkání se smrtí a umíráním vytváří prostor k sebereflexi, k zamyšlení nad vlastním životem, nabízí šanci nepromarnit současnost.

Hospic a jeho klient jako téma závěrečné práce je tak přirozeným vyústěním propojení mé práce a studia. Věřím, že intenzivní a hlubší pohled na klienta a personál hospice a jejich vzájemné vztahy, získaný při studiu látky i vlastním praktickém průzkumu mi pomohou k lepšímu pochopení mé práce a povedou i k mému profesnímu zdokonalení.

Velmi výraznou inspirací a pobídkou pro volbu této problematiky mi bylo i osobní setkání s MUDr. Marií Svatošovou, zakladatelkou hospicového hnutí v České republice. Z každého jejího vystoupení a z každé její přednášky jsou patrné její úplné odevzdání a osobní zaujetí hospicem, kterými dokáže získat posluchače a vtáhnout do hospicové problematiky do té míry, až se obávám, že některé její postřehy a názory jsem převzala tak automaticky, že bych je mohla pokládat za své. Velice si jí vážím pro její angažovanost a nasazení.

Cíl práce a metodika

Cílem předložené bakalářské diplomové práce je zjistit a popsat sociální zázemí klientů vybraných hospiců (šetření probíhající v hospicích Citadela ve Valašském Meziříčí a Štrasburk v Praze v průběhu let 2009-2010) se zaměřením především na úroveň sociálního zázemí poskytovaného klientům jejich rodinou a okruhem přátel.

Dále si kladu za cíl provést srovnání sociálního zázemí klientů hospice malého města a velkoměsta. Předpokládám přitom, že sociální zázemí klientů z malého města bude širší než u obyvatel velkoměsta. Srovnávací položkou bude počet navštěvujících osob a četnost návštěv.

Dotazem bude ověřen také zájem klientů hospice o návštěvy dalších osob (duchovní, psycholog, dobrovolník).

Pro zpracování tématu bude použita odpovídající odborná literatura, metodické příručky hospicových zařízení a zdroje na internetu. Pro srovnání sociálního zázemí

konkrétních klientů poslouží údaje jednoduchým empirickým šetřením metodou strukturovaného rozhovoru. Výběr klientů zařazených do šetření bude proveden v součinnosti s pečujícím personálem hospice. Hlavním kritériem bude schopnost klienta komunikovat v závislosti na jeho zdravotním stavu. Bude také přihlédnuto k tomu, aby komunikační schopnost klientů zařazených do šetření nebyla ovlivněna užíváním opiátů. Otázky budu respondentům sama číst a jejich odpovědi si při rozhovoru budu sama zapisovat do předem připraveného záznamového archu.

Struktura práce

První část předložené bakalářské práce bude věnována vzniku fenoménu hospice a šíření myšlenky hospicového hnutí. Záměrem je zmínit nejdůležitější osobnosti hospicového hnutí, představit zásady fungování hospiců a zmapovat jejich rozšíření v České republice.

S hospicem souvisí problematika paliativní péče, které rovněž bude věnována část práce.

V další části se chci zaměřit na nemocného člověka, než se stane klientem hospice. Zjistit a popsat jeho osobní situaci, která je poznamenána závažnou chorobou, přiblížit okruh osob, které vytváří jeho sociální zázemí, sociální oporu. Sledovat, co předchází přijetí do hospice, co klient během svého pobytu v hospici prožívá, jak ho přitom ovlivňuje jeho okolí a personál hospice.

Ráda bych se okrajově dotkla také tématu dobrovolníků a jejich úlohy v hospici. Domnívám se, že tam, kde dobrovolníci fungují, výraznou měrou se spolupodílejí na upevňování sociálního zázemí klientů. Zprostředkovávají klientům kontakt s okolním světem a s ohledem na svou pozici mohou klientům v dostatečné míře naslouchat.

V poslední části práce budou prezentovány a vyhodnoceny zjištěné údaje empirického šetření s ohledem na cíl práce. Je skutečně sociální zázemí klienta malého města širší a pevnější, je kontakt se známými a rodinou četnější? Mají k sobě lidé na vesnicích a v malých městech blíže než ve velkoměstě? Dokáží příbuzní a známí vůbec vytvořit funkční sociální zázemí a poskytnout pevnější sociální oporu?

Kapitola 1: Hospic

Záměrem první kapitoly je popsat vznik myšlenky hospice, zmínit nejdůležitější osobnosti hospicového hnutí, představit zásady fungování hospice a sledovat jejich rozšíření v České republice. Pozornost bude věnována i posunu ve vnímání významu a úlohy hospiců ze strany laické i odborné veřejnosti.

S tím, jak populace stárne, čelí naše společnost novým problémům, které souvisí s rostoucím jejím průměrným věkem. Jsme postaveni před celospolečenské otázky, jako je finanční zajištění seniorů, jejich zdravotní péče při vzestupné tendenci zhoubných onemocnění i demencí. Na národní rovině se problematikou stárnoucí populace a problémům z plynoucím z tohoto trendu zabývá Rada vlády pro seniory a stárnutí populace. Okruhy problémů a úkolů, které naše společnost musí řešit v souvislosti s trendem stárnutí populace jsou zmapovány například v dokumentu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR nazvaném „Kvalita života ve stáří, Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012“.¹ Na osobní rovině se v určité fázi svého života potýkáme s různými obtížemi stáří. Mnozí lidé v produktivním věku musí individuálně řešit otázku, jak se při své vytíženosti postarat o nemohoucí a nemocné rodiče nebo prarodiče. A přestože většina starých lidí i ve svém zhoršeném zdravotním stavu nejraději zůstává doma, ne vždy je to možné. Často tomu brání omezené možnosti k umístění stárnoucího rodiče v bytě dětí, obava ze ztráty zaměstnání v důsledku intenzivní péče o seniora v domácnosti nebo obava z nezvládnutí péče o seniora po odborné nebo po fyzické stránce.² V opačném případě hledáme ve svém okolí možnosti, jak situaci vyřešit ke vzájemné spokojenosti.

V počátečním stadiu horšícího se zdravotního stavu, kdy je starší či nemocná osoba ještě schopna samostatného pobytu v domácnosti, je řešením docházka pečujících do domácnosti této osoby jen za specifickým úkolem, např. donáškou oběda, nákupem, obstaráním léků či jen k prostému rozhovoru, aby nemocní a staří nezůstávali osamoceni. Jakmile se s narůstajícími zdravotními obtížemi situace v domácnosti stává těžko zvladatelnou, hledáme další možnosti. K pečujícím rodinným příslušníkům se přidávají profesionální ošetřovatelé, kteří docházejí do domácnosti na základě uzavřeného smluvního vztahu mezi klientem a agenturou domácí péče a jejich úkony jsou hrazeny objednatelům služeb dle ceníku.³ V určitém stadiu je vhodným řešením denní stacionář, kdy pečující rodina přiváží starší či nemocnou osobu denně

¹ <http://www.mpsv.cz/cs/5045> (dokument schválený usnesením vlády z 9.1.2008 č. 8)

² Jeřábek, H. a kolektiv. *Rodinná péče o staré lidi*, UK FSV CESES, Praha 2005, s. 61

³ Jednotlivé výkony pečovatelské služby jsou hrazeny podle vyhlášky č. 505/2006Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v aktuálním znění.

do speciálně upravených prostor, kde se o ni postará vyškolený personál, zajistí program, stravování, hygienickou péči. Pobyť ve stacionáři současně zprostředkovává kontakt s okolním světem. Některá zařízení nabízejí služby stacionáře s týdenním provozem, kde jsou senioři ubytováni během týdne a vracejí se domů na víkendy, kdy péči o nemohoucí osobu přebírají členové rodiny. Pokud se ale situace dále zhoršuje, či se potýkáme s diagnózou ohrožující život, je potřeba řešit situaci komplexně, radikálně. V případě běžných obtíží stáří se rozhodujeme mezi speciálním zařízením či domovem pro seniory s trvalým pobytem. Když se potýkáme s diagnózou neslučitelnou se životem, je na výběr pobyt v nemocnici nebo nachází své uplatnění hospic.

1. 1 Historie hospicového hnutí

Výraz *Hospic* pochází z latinských výrazů *hospitium* (útulek)⁴ a *hospitale* (místnost pro hosty) a český tvar byl převzat z německého *Hospitz* (výraz používaný pro církví provozovanou noclehárnu).⁵ Počátky tradice útulků pro poutníky a umírající sahají až do starého Říma.⁶

V Evropě přichází se spojením hospice a umírajících Francouzka Jeanne Garnierová, když pečuje o umírající v Lyonu, a Matka Mary Aikenheadová z Řádu irských Milosrdných sester, která zakládá v 70. letech 19. století hospic v Dublinu a následně v roce 1905 v Londýně. Jejich pomoc však omezovala nedokonalá znalost povahy bolesti a nedostatek účinných léků.⁷

Na tuto myšlenku v nedávné minulosti navázala Cicely Saunders (1918 - 2005) a zasloužila se o založení prvního moderního zařízení tohoto typu, St. Christopher hospice v Londýně v roce 1967.⁸

„St. Christopher’s hospice se pokusil z její iniciativy poprvé realizovat paliativní péči pro terminálně nemocné zaměřenou na pacienta, kombinující emocionální, spirituální a sociální podporu se specializovanou lékařsko-sesterskou péčí. Tato praxe byla v Británii a ve světě kopírována a rozvíjena. Současný St. Christopher’s hospice poskytuje péči více jak 2 000 pacientům a jejich rodinám ročně. Za dobu své existence

⁴ <http://cs.wikipedia.org/wiki/Hospic> (převzato 21.3.2011)

⁵ <http://www.umirani.cz/historie-slova-hospic.html> (převzato 21.3.2011)

⁶ <http://cs.wikipedia.org/wiki/Hospic> (převzato 21.3.2011)

⁷ Doporučení Rec (2003) 24. *O organizaci paliativní péče*. Praha: Cesta domů, 2004, s. 17

⁸ Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 123

vyškolil více než 60 000 profesionálů a tím ovlivnil standard péče o umírající napříč celým světem.“⁹

Cicely Saunders vnesla do péče o nevléčitelně nemocné umírající pacienty nový, ve své době odvážný přístup k mírnění bolesti. „Potvrdila si a posléze odvážně zveřejňovala názor, který je i dnes široce přijímán, že intermitentní mírnění průlomové bolesti je mnohem méně efektivní než dosažení stabilizovaného stavu v kontrole bolesti, kdy pacient je ještě schopen si udržet určitou bdělost a dokonce jistou kvalitu života.“¹⁰

Za své dílo Cicely Saunders obdržela více než 25 čestných titulů ve Velké Británii i v zahraničí, včetně zlaté plakety Britské zdravotnické organizace za svou práci pro lékařskou vědu.¹¹

V České republice se o prosazení a realizaci myšlenky dobrého umírání zasloužila zejména MUDr. Marie Svatošová. Po absolvování medicíny působila v Praze přes 20 let jako praktická lékařka. Cíleně se věnovala rodinám, které byly zasaženy nevléčitelnou nemocí některého ze svých blízkých a tehdejší zdravotnictví neumožňovalo dostatečnou péči či domácí ošetřování. Nevhodnost péče se týkala především zatajování skutečného zdravotního stavu, neumožnila nemocnému připravit se na nadcházející umírání. V lednu 1990 odchází Marie Svatošová ze svojí ordinace a věnuje se realizaci hospice. V roce 1993 zakládá Ecce homo, sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí. Spolu s královéhradeckou Charitou získává státní dotaci, shání další peníze a stavební materiál a výsledkem je otevření prvního českého hospice v Červeném Kostelci v prosinci 1995.¹²

Marii Svatošovou jsem při přednášení několikrát potkala a tak vím, že na propagaci hospicového hnutí stále pracuje a pomáhá širší společnosti přijmout hospice za své.

⁹ <http://hospice.cz/hospice1/data/upraveny%20zivotopis%20Cicely%20Saunders%20a%20muj%20komentar.doc> (převzato 3.9.2010)

¹⁰ <http://hospice.cz/hospice1/data/upraveny%20zivotopis%20Cicely%20Saunders%20a%20muj%20komentar.doc> (převzato 3.9.2010)

¹¹ <http://www.stchristophers.org.uk/page.cfm/link=496> (převzato 18.3.2011)

¹² Svatošová, M. *O radosti*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2003, s. 5

1. 2 Zásady a východiska hospicové péče

Posláním hospice je pečovat o nevléčitelně nemocné osoby, poskytnout jim individuální péči v příjemném prostředí, zachovat jejich důstojnost i ve smrti.¹³

Hospicová péče byla nejdříve provozována na základě zvláštních smluv se zdravotními pojišťovnami. Od července roku 2006 je poskytována na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, kdy byl doplněn do tohoto zákona §22a s názvem „Zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková – ve znění: Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu.“¹⁴

„Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že

1. nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
2. v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost,
3. v posledních chvílích života nezůstane osamocen.“¹⁵

Hospicová péče může být poskytována třemi základními způsoby¹⁶:

1. lůžková forma,
2. stacionární forma, nemocný je přivážen k denní péči
3. domácí hospicová péče

Každá z nich má své výhody a specifika. Lůžková forma je nejběžnější z nich, probíhá v budově hospice, na péči se podílí multidisciplinární tým. Multidisciplinární tým tvoří lékař, zdravotní sestry a pečovatelky, sociální pracovník, psycholog, duchovní, může se k němu řadit i dobrovolník.¹⁷

Stacionární forma je provozována u některých hospiců, kdy je nemocný dovážen k péči na určitou část dne, na noc je dopravován zpět domů. Tato forma je vhodná pouze v některých případech, kdy je nemocný schopen převozu a příliš to nezatěžuje jeho organismus. Vedle úlevy pro pečující rodinu umožňuje denní hospic nemocnému

¹³ <http://www.hospic.cz/poslani-a-cile.html> (převzato 19.3.2011)

¹⁴ § 22a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

¹⁵ Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, s.115

¹⁶ Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, s.127

¹⁷ Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, s.127

udržování sociálních kontaktů spojené s nabídkou aktivit a programů, včetně pomoci při řešení zdravotních problémů.¹⁸

Domácí hospicovou péčí, někdy nazývanou mobilní hospic poskytují vybrané hospice. Jejich úkolem je co nejvíce usnadnit péči o těžce nemocného v domácím prostředí, k tomuto účelu nabízejí zapůjčení vhodných zdravotních a kompenzačních pomůcek, návštěvu odborné sestry, zaškolení pečujících osob, konzultaci lékaře, psychologa i duchovního. Zaměřují se také na podporu pečujících osob.¹⁹

Hospicovou péčí můžeme dělit také podle časového kritéria²⁰:

- období *prae finem* – péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stavu;
- období *in finem* – péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých během terminálního stavu, tj. umírání v užším slova smyslu;
- období *post finem* – kromě péče o tělo zemřelého doprovázení pozůstalých podle potřeby i dlouhodobě, zpravidla po dobu 1 roku.

V každém formě hospicové péče i v každém období nemoci je nemocnému poskytována paliativní péče s ohledem na jeho aktuální stav a potřeby. Problematice paliativní péče se věnuje následující kapitola.

1. 3 Paliativní péče

Hospic poskytuje tzv. paliativní péči. „Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.“²¹

„Paliativní péče je péče o celistvého člověka nejen v tom smyslu, že předmětem péče je celá osobnost pacienta (tělo, mysl, duše), ale také celá osobnost pečovatele. Paliativní péče je péče par excellence, která je poskytována prostřednictvím mezilidských vztahů.“²²

¹⁸ <http://www.centrum-cercany.cz/hospic-dobrego-pastyre/centrum-dennich-sluzeb> (převzato 16.3.2011)

¹⁹ <http://domaci.hospic.cz/>

²⁰ Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, s.122

²¹ www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html, (převzato 14.10.2009)

²² O'Connor, M., Aranda, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005, s. 45

Potřeba a způsob paliativní péče závisí na základním onemocnění, stupni jeho pokročilosti, případné přítomnosti více závažných onemocnění, psychickém stavu nemocného, jeho informovanosti o onemocnění, duchovní orientaci, věku a sociální situaci.²³

K základním principům paliativní péče patří ochrana důstojnosti a kvalita života nemocných, úspěšné zvládnání bolesti a dalších průvodních jevů při umírání. Paliativní péče nahlíží na smrt jako na přirozený proces, neusiluje o urychlení ani oddálení smrti, je založena na interdisciplinární spolupráci a holistickém pohledu na člověka, vychází z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority, zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocného. Podporuje přirozené sociální vazby nemocných a nabízí oporu také příbuzným a přátelům umírajících. Snaží se, aby umírání nebylo doprovázeno strachem, bolestí a nesmyslným utrpením.²⁴

Při nedostatečné paliativní péči nemocný nebo někdy jeho nejbližší požadují uspišení smrti. Chtějí se tak vyhnout utrpení a závislosti, nejsou spokojeni s kvalitou svého života. Euthanasie není v České republice povolena v žádné svoji podobě, ani aktivní, ani pasivní. V roce 2008 neprošel návrh zákona „o důstojném umírání“ požadující uzákonění možnosti euthanasie.²⁵

Požadavek euthanasie označuje Svatošová i Munzarová za selhání paliativní péče.²⁶

Kromě paliativní péče poskytované nevyléčitelně nemocnému klientovi nabízí hospic kvalitní a odbornou pomoc i blízkým klienta v náročném období umírání. Pomoc poskytovaná pozůstalým nemusí končit smrtí klienta, ale může pokračovat i v období truchlení.²⁷

²³ Malíková, E. *Komplexní ošetrovatelská péče o nevyléčitelně nemocné v terminálním stadiu onemocnění a doprovázení umírajících*. Zlín: Edukační centrum, Dům služeb seniorům 2010, s. 3

²⁴ Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing 2010, s. 19

²⁵ <http://www.umirani.cz/detail-clanek/eutanazie-v-cesku-zustava-nelegalni-senat-zmeny-zamitl.html> (převzato 16.3.2011)

²⁶ Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 31

²⁶ Munzarová, M. *Euthanasie, nebo paliativní péče*. 1. vydání, Praha: Grada, 2005, s. 77

²⁷ Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing 2010, s. 76

1. 4 Rozšíření hospiců v České republice

Přes počáteční nedůvěru a neznalost úlohy hospice se přece jen hospice stávají stále běžnější alternativou pro dobré umírání. Jejich počet v České republice a kapacitu jednotlivých zařízení ukazuje následující tabulka.

Tabulka č. 1: Údaje o počtu hospiců v ČR (stav ve 4. čtvrtletí 2010)²⁸

| Název zařízení | Kraj | Kapacita |
|---|------------------|----------|
| Hospic sv. Alžběty v Brně | Jihomoravský | 16 |
| Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Brně | Jihomoravský | 50 |
| Hospic Anežky České v Červeném Kostelci | Královeshradecký | 30 |
| Hospic Štrasburk v Praze | Praha | 25 |
| Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích | Ústecký | 26 |
| Hospic v Mostě | Ústecký | 30 |
| Citadela – dům hospicové péče ve Valašském Meziříčí | Zlínský | 28 |
| Hospic sv. Lazara v Plzni | Plzeňský | 28 |
| Hospic sv. Jana N. Neumana v Prachaticích | Jihočeský | 30 |
| Mobilní hospic Ondrášek, Ostrava | Moravskoslezský | 0 |
| Hospic na Svatém Kopečku Olomouc | Olomoucký | 30 |
| Hospic sv. Lukáše Ostrava | Moravskoslezský | 30 |
| Hospic Dobrého Pastýře Červany | Středočeský | 30 |
| Hospic Cheb, hospic. lůžka při LDN Nejdek | Karlovarský | 12 |
| Cesta domů | | 0 |
| Hospic Frýdek-Místek | Moravskoslezský | 30 |
| Celkem lůžek | | 383 |

Dle odborné metodiky britského *St. Christopher Hospice*, který slouží jako výukové pracoviště pro další provozovatele hospiců a doporučení Světové zdravotnické organizace, je optimálním počtem 5 hospicových lůžek na 100 000 obyvatel.²⁹ Jak vyplývá z tabulky č. 1, v České republice vychází v roce 2010 v průměru asi 3,8 hospicových lůžek na 100 000 obyvatel.

Vzhledem k demografickému vývoji lze předpokládat, že požadavek na počet hospicových lůžek se bude v budoucnu zvyšovat. V tomto směru jsem zaznamenala nedávno zajímavý ohlas v místním tisku ve městě, kde bydlím (Vsetínské noviny 22.10. 2010). Radnice na stránkách novin prezentovala výsledky referenda mezi občany, co považují za hlavní problémy města. Vedle nedostatku parkovacích míst a chybějící prodejní plochy pro drobné pěstitele se objevila absence hospice. Přitom v nedalekém, asi 20 km vzdáleném Valašském Meziříčí funguje hospic Citadela. A ten svou

²⁸ Zpracováno na základě podkladů z <http://www.hospice.cz/adresar-hospicu/> (převzato 28.12.2010)

²⁹ Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 123

kapacitou 28 lůžek pro specializovanou hospicovou paliativní péči³⁰ a spádovou oblastí pojme i obyvatele Vsetína. Pro okres Vsetín (cca 146 tis. obyvatel)³¹ a okresy Přerov (cca 134 tis. obyvatel)³² a Nový Jičín (cca 152 tis. obyvatel)³³, které dosud nemají vlastní hospic, vychází díky hospici Citadela v průměru asi 6,5 hospicových lůžek na 100 000 obyvatel.

Z uvedeného výsledku vsetínského referenda ovšem vyplývá pozitivní závěr, že i mezi laickou veřejností je věnována pozornost otázce dobrého umírání a dostupnosti zařízení poskytujících služby v této oblasti. Za touto změnu smýšlení veřejnosti stojí podle mého názoru úspěšné prosazování hospicové myšlenky.

Otázkou zůstává, zda i lékaři učinili výrazný posun ve svém uvažování a dokáží svého pacienta včas doporučit k nástupu do hospice. Současný ekonomický model zdravotnictví může vést k tomu, že lékaři chtějí udržet pacienta co nejdéle ve svém zařízení a hospicovou péči doporučí pozdě, pokud k tomu vůbec dojde.

1. 5 Význam hospice

Z různých průzkumů a šetření prezentovaných občas v mediích vyplývá, že asi 80% obyvatelstva si přeje zemřít doma.³⁴ Jak ovšem zazní téměř jedním dechem, většina z nich nakonec stejně zemře v nemocnici. A právě hospic nabízí možnost alespoň částečně se přiblížit přání a původním zvyklostem, kdy umírající zůstává mezi svými nejbližšími. Hospic přebírá velký díl péče o těžce nemocné, ale svojí otevřeností poskytuje prostor a čas pro nejbližší, aby se dle svých schopností a možností na péči také podíleli.

Jak vypadá typický hospic? Podle mých profesních zkušeností se většinou jedná o samostatně stojící budovu v klidné části města s dobrou dopravní dostupností. K budově v ideálním případě přiléhá i zahrada, kam je možné nemocného dopravit i s lůžkem. Důležitým znakem hospice také je, že je otevřený návštěvám v kteroukoliv denní i noční dobu, umožňuje pobyt příbuzného přímo v pokoji umírajícího. Někdy je

³⁰ <http://www.citadela.cz/html/hospic.html> (převzato 28.12.2010)

³¹ http://cs.wikipedia.org/wiki/Okres_Vset%C3%ADn (převzato 21.3.2011)

³² http://cs.wikipedia.org/wiki/Okres_P%C5%99erov (převzato 21.3.2011)

³³ http://cs.wikipedia.org/wiki/Okres_Nov%C3%BD_Ji%C4%8D%C3%ADn (převzato 21.3.2011)

³⁴ Petroušková, H. Hospicová a paliativní péče v domácím prostředí. *Vsetínské noviny*, 2011, č.2 (28.1.2011)

nocleh příbuzných řešen v samostatných pokojích. Za poplatek si mohou příbuzní objednat stravu.³⁵

Hospicová péče dává prostor k tomu, aby se s umírajícím setkávali blízcí a příbuzní všech věkových skupin, včetně vnoučat a malých dětí. Dětem není potřeba odírat kontakt se starými, nemocnými a umírajícími, v obavě, aby neutrpěly psychickou újmu. Vždyť ještě nedávno se v rámci soužití více generací v jediné domácnosti i děti setkávaly se smrtí a umíráním. To jim umožňovalo vnímat umírání jako součást života. Doma umírali staří a nemocní, ani smrt dítěte nebyla kvůli nedostatečným možnostem medicíny až tak neobvyklá. Blízcí příbuzní a dokonce i blízcí sousedé vytvářeli nevědomky fungující prostředí sociální opory a soudržnosti, každý se snažil pomoci postiženým jak uměl. Je pochopitelné, že se k tomuto modelu v dnešní individualizované společnosti, kdy většina rodin bydlí samostatně a při pracovní vytíženosti obtížně hledá čas k péči o své nejbližší, budeme jen těžko vracet.

Je tu sice možnost opustit zaměstnání a finance do rodinného rozpočtu částečně doplnit příspěvkem na péči, na který má dlouhodobě nemocná osoba nárok. Výše příspěvku se odvíjí od stupně závislosti. Pokud se pečující osoba rozhodne kvůli péči opustit zaměstnání, vystavuje se riziku, že po úmrtí svého blízkého bude další zaměstnání hledat obtížně.

Z tohoto hlediska je zajímavý princip sociálních dávek, který v roce 2010 schválili zákonodárci ve Francii. Osoba, která se rozhodne být svému blízkému umírajícímu k dispozici, má nárok na denní dávku ve výši 49 eur. Dávka je poskytována po dobu 21 dnů. K jejímu schválení je potřeba vyjádření lékaře. Má sice své omezení v tom, že se týká jen osob, jejichž příbuzný umírá v domácnosti, dalším úskalím je také nemožnost předem určit, kolik dnů života nevyléčitelně nemocnému zbývá, ani lékař neodhadne dobu smrti přesně. Přesto návrh vyjadřuje ocenění těm, kteří se chtějí v posledních dnech před smrtí o své nejbližší postarat a představuje tak i signál vyslaný těm, kdo se o umírající hodlají postarat, že společnost takovému osobní nasazení oceňuje.³⁶ Z hlediska pracovně právního mají zaměstnanci ve Francii možnost čerpat neplacené „volno rodinné solidarity“ nejvýše dvakrát po dobu tří měsíců.³⁷ U nás je podpora poskytována při ošetřování člena domácnosti po dobu prvních 9 kalendářních dnů.³⁸

³⁵ Informační leták „Hospic Citadela“ (Valašské Meziříčí)

³⁶ Koubová, K. Umírá vám otec? Buďte s ním doma. *MF Dnes*, 18. února 2010, s. A13

³⁷ Koubová, K. Umírá vám otec? Buďte s ním doma. *MF Dnes*, 18. února 2010, s. A13

³⁸ Zákon 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, § 40, odst. 1a

Jestliže chce člověk v České republice poskytnout svým nevléčitelně nemocným nejbližším tu nejlepší péči a nemůže se o ně starat doma, ať z důvodu vlastní vytíženosti, s ohledem na zdravotní stav nemocného nebo z jiných důvodů, je nejhodnějším a nejdostupnějším řešením umístění do hospice. Hospicová péči dává obrovskou šanci využít zbývající čas ke vzájemnému rozloučení a obdarování, protože blízká osoba už není zatěžkána náročnou denní péčí.

O potřebě a, pokud to tak lze říct, i oblibě hospiců svědčí mimo jiné poměrně ustálený počet klientů, kteří prošli v uplynulých letech hospicem Citadela ve Valašském Meziříčí. Přes počáteční obtížné naplňování kapacity hospice počet klientů vzrostl a přes občasné výkyvy se drží na průměrném počtu 157 klientů za kalendářní rok v období 2006-2010. Pro lepší přehlednost jsem zpracovala údaje o počtu přijatých klientů hospice Citadela do následující tabulky.

Tabulka č. 2: Počet klientů přijatých do hospicu Citadela v letech 2004-2010³⁹

| Rok | Počet přijatých klientů |
|------|-------------------------|
| 2004 | 71 |
| 2005 | 99 |
| 2006 | 185 |
| 2007 | 177 |
| 2008 | 112 |
| 2009 | 151 |
| 2010 | 160 |

Propagaci myšlenky hospice se každoročně věnuje Den hospicové péče organizovaný od roku 2006 výborem Světové aliance hospicové péče. Den hospicové péče nemá pevné datum, spadá vždy do první poloviny října.⁴⁰

³⁹ Osobní konzultace s Mgr. J. Růčkovou, sociální pracovnící hospice Citadela ve Valašském Meziříčí, ze dne 18.1.2011

⁴⁰ <http://www.worldday.org/about/>

Kapitola 2: Člověk a nemoc

Následující část bakalářské práce se zaměřuje na popis stavu, kdy se člověk dozvídá o své nevyléčitelné nemoci. Čím vším musí člověk projít, než se dostane do fáze, kdy si musí vybrat, jak chce prožít závěr svého života, a stane se z něj klient hospice.

2. 1 Objasnění pojmů zdraví a nemoci

Zdraví považujeme za základ našeho spokojeného života a úspěchů. Dokládá to i znění téměř všech gratulací, kdy si při různých příležitostech přejeme hodně zdraví a dlouhá léta.

Světová zdravotnická organizace z roku 1946 definuje zdraví jako „stav celkové tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo slabosti.“⁴¹

Nemoc proto vidíme jako nedostatek v alespoň v jedné z oblastí. I ze samotného slova ne-moc je patrné jisté omezení, nemohoucnost. Může se jednat o fyzické potíže, duševní nemoc či narušené sociální vazby.⁴²

2. 2 Individuální vnímání nemoci

V této části se chci zaměřit na vliv nemoci na život člověka, na ovlivnění psychického stavu a na následné narušení sociálních vazeb.

Na nemoc lze nahlížet z různých hledisek, v každém případě se nemoc odrazí:⁴³

- v rodinném životě,
- v zaměstnání,
- v sociálních kontaktech nemocného.

Pro potřebu posouzení narušení sociálních kontaktů dobře poslouží Křivohlavého dělení nemocí na:⁴⁴

- akutní
- chronické, nemoci s trvalými následky

⁴¹ Constitution of the World Health Organization, str. 2: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity.“ (převzato dne 3.9.2010 z http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf)

⁴² Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, s. 15

⁴³ Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, s. 18

⁴⁴ Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, s. 27

- cyklické

K tomuto výčtu bych s ohledem na téma práce přidala jako samostatnou skupinu nemoci nevyléčitelné, které Křivohlavý přímo nezmiňuje.

Každá nemoc člověka zasáhne, málokdy je jedinec na příchod nemoci připravený. I když v období chřipkové epidemie je pravděpodobnost onemocnění vyšší, člověk s možností vlastního onemocnění moc nepočítá. V případě *akutní* nemoci je vliv na psychiku jednotlivce a narušení sociálních vazeb malý. Aktuální zdravotní potíže, ať už se jedná o chřipku, zažívací potíže či zlomeninu omezí možnosti pohybu, vyžadují nutnost změnit osobní plány, podrobit se léčebnému režimu, užívat předepsané léky, v případě zlomenin rehabilitovat a čekat, až organismus zdravotní potíže překoná. Pacient předpokládá, že je stav nemoci jen přechodným, byť nepříjemným obdobím.⁴⁵

Výraznější zásah do psychiky a sociálních vazeb představuje chronické onemocnění, které omezuje nemocnou osobu doživotně. Chronické onemocnění už výrazněji ovlivňuje život jednotlivce, poznamenává i život ostatních členů domácnosti a odděluje ho od vybraných sociálních skupin, protože nemocný se nemůže do některých oblastí lidských činností zapojit. Nemoc sice není přímo smrtelná, ale není zcela vyléčitelná, mění kvalitu nebo i délku života. Současná medicína dokáže u mnoha chronických onemocnění usměrňovat a zpomalovat jejich průběh, ale nedochází k úplnému uzdravení. Může se jednat o diabetes melitus, sklerózu multiplex, astma apod., které si vytváří stálý nárok zasahovat do života nemocného. Nemocný s touto diagnózou je závislý na pravidelně užívaných lécích, musí pravidelně navštěvovat odborného lékaře, aby bylo možné průběh nemoci kontrolovat a korigovat. Nemoc postiženého úplně nebo částečně vyřazuje z některých činností. Nemocný musí neustále myslet na omezení, která je nucen respektovat. Nemoc vytváří zábrany a překážky ve společenském styku, v důsledku čehož se nemocný může cítit méněcenný nebo považovat svůj život za neplnohodnotný. Záleží na každém jednotlivci, jeho psychických dispozicích a dalších okolnostech, jak se ke svému zdravotnímu stavu postaví, jak dalece na něho bude působit a ovlivňovat jeho život. Nemocný na svůj stav může reagovat až přehnanou sebe-izolací, straněním se společenského života, a to i přesto, že nemoc nemusí být pro okolí vůbec postřehnutelná.⁴⁶

⁴⁵ Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, s. 130

⁴⁶ Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, s. 132

Nejvýraznější zásah do života a nápor na psychiku představuje oznámení závažné, těžce léčitelné choroby. Nejčastěji si pod tímto termínem veřejnost představí onkologickou diagnózu, i když se může jednat také o atrofie či jiné závažné nemoci, které v konečném důsledku také vedou ke smrti. Tady dochází k výrazným změnám schopností nemocného, onemocnění provází postupný úbytek fyzických sil, změně vzhledu, vlivem léčby často k odloučení, léčba obvykle probíhá v nemocnici. Všechny tyto faktory přímo působí na psychiku nemocného a obvykle vedou ke špatnému psychickému stavu, depresím a izolaci. V takové situaci zasahuje závažná diagnóza nemocného, jeho rodinu, přátele. Podrobně se působení nemoci na člověka věnuje ve své knize *Psychologie nemoci* Jaro Křivohlavý.⁴⁷

2. 3 Oznámení diagnózy, zpracování informace

Na to, jak se nemocný vyrovná s oznámením nepříznivé diagnózy, má vliv několik faktorů. Vidím paralelu v situaci zjištění vlastní závažné nemoci a úmrtí blízkého člověka. Pančochová uvádí tyto faktory ovlivňující proces truchlení⁴⁸:

- pohlaví a věk pozůstalého
- jeho osobnost
- tělesné a duševní zdraví
- náboženské a filozofické přesvědčení
- předcházející životní zkušenosti
- dostupnost a povaha sociální opory
- vzory a modely z primární rodiny
- okolnosti, za kterých se pozůstalý o smrti dozvěděl.

Pančochová upozorňuje také na obtížnější vyrovnání se s více nepříznivými zprávami souběžně.⁴⁹ Jestliže dochází k rozvinutí onkologické nemoci, opustí postiženého partner a postižený má navíc i finanční potíže, je nápor na psychiku nemocného značný.

⁴⁷ Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*, Praha: Grada Publishing, 2002.

⁴⁸ Pančochová, S. *Úvod do problematiky práce s truchlícími a pozůstalými-smrt blízkého*. Zlín: Profima Efektive, s.r.o., 2011, s. 5.

⁴⁹ Pančochová, S. *Úvod do problematiky práce s truchlícími a pozůstalými-smrt blízkého*. Zlín: Profima Efektive, s.r.o., 2011, s. 5.

I v této fázi oznámení nepříznivé diagnózy sehrává svou roli sociální zázemí nemocného. Kebza uvádí: „...opora, které se jedinci dostává od druhých osob, skupin a širší společnosti, může ovlivnit způsob, jakým se vyrovnává s náročnými situacemi, a tím i jeho duševní pohodu a zdraví.“⁵⁰

2. 4 Období léčby

Jestliže svoji pozitivní úlohu sehrává sociální opora už ve fázi oznámení závažného onemocnění, o to více její hodnotu příjemce ocení v době léčby, při pobytu v nemocnici a v hospici.⁵¹

Osobu, u níž se objeví zdravotní potíže s podezřením na závažnou chorobu, stojí velké úsilí už jen návštěva lékaře. Jako by se dotyčný bránil mít jistotu, že nemoc je vážná. Specializovaná vyšetření nutná pro potvrzení nebo vyvrácení konečné diagnózy sama o sobě nemusí být příjemná. Přitom i během nich trvá nejistota, jestli byly obavy z nejhoršího oprávněné.⁵²

Jak uvádí Anna Mei Theová, po stanovení diagnózy přichází beznaděj a existenciální krize. Optimismus při nasazení a dílčích úspěších léčby střídá zoufalství při potížích. Theová poukazuje, že lékař často špatně komunikuje s pacientem. Jestliže lékař nevysvětluje celou situaci, jen bodově sdělí diagnózu a přejde k popisu léčby, pacient nepozná závažnost onemocnění a vyhlídky. Lékař mu přináší jen krátkodobé perspektivy, stále něco slibuje a pokud má léčba uklidňující účinky, nemocný nemá šanci připravit se na smrt.⁵³

Dojde-li k potvrzení diagnózy závažného onemocnění, měl by lékař navrhnout další postup léčby a předestřít nemocnému reálné vyhlídky průběhu choroby. Neměl by onemocnění bagatelizovat ani brát naději. Samozřejmostí by měl být citlivý přístup a podpora ze strany lékaře.⁵⁴

Brzy po vyslovení diagnózy je zahájena léčba, protože včasnost zákroku je důležitá. Zvláště onkologická léčba je náročná, často provázena komplikacemi a nepříjemnými vedlejšími účinky. Nejčastěji dochází ke krátké hospitalizaci a chirurgickému zákroku. Další léčba může probíhat i ambulantně. Jestliže je potřeba

⁵⁰ Kebza, V. Šolcová, I. *Sociální opora jako významný protektivní faktor*. Československá psychologie 1/1999, s. 20

⁵¹ Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, s. 127

⁵² Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, s. 28

⁵³ The, A.-M., *Paliativní péče a komunikace*, Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 197

⁵⁴ Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, s. 64

další chirurgický zákrok nebo se stav nemocného zhorší, dochází k hospitalizaci. Kromě toho, že návrh na (opakovanou) hospitalizaci signalizuje nemocnému závažnost jeho zdravotního stavu a zřejmě nepříznivý vývoj léčby, může s ní být spojeno několik nepříjemných jevů⁵⁵:

- depersonalizace nemocného,
- neosobní jednání,
- omezení rozhovorů a potřeb,
- omezení aktivity,
- přítomnost bolesti,
- nerespektování přirozeného studu nemocného,
- nepřesná, malá nebo žádná informovanost nemocného o jeho nemoci a postupu léčby,
- izolace nemocného od běžného světa,
- nemocniční provoz a nemocniční prostředí (buzení časně ráno, sled úkonů, jimž se pacient musí podřídit bez ohledu na svůj momentální stav)
- pobyt mezi těžce nemocnými.

I při pobytu v nemocnici je rodina oporou. A jak mám možnost hovořit s klienty hospice, kteří jsou ochotni se rozdělit o své zkušenosti z hospitalizace na specializovaných onkologických odděleních, přístup personálu hodnotí jako citlivý a vstřícný.

Nemoc mohou provázet potíže v oblasti⁵⁶:

- tělesné – bolest, celková tělesná slabost, ztráta chuti k jídlu, nevolnost,
- psychické – úzkost, strach, deprese, někdy zmatenost,
- sociální utrpení – izolace, ztráta sociálních rolí, obavy z nedostatku financí, tlak konfliktů v rodině,
- duchovní utrpení – ztráta smyslu života, ztráta naděje, „pevné půdy pod nohama“, strach ze smrti.

V průběhu léčby prochází nemocný různými stavy, bojuje s nemocí a sám se sebou. Jednotlivá stadia prožívání těžké nemoci a umírání popsala E. Kübler-Rossová⁵⁷:

⁵⁵ Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 52

⁵⁶ Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 19

⁵⁷ Kübler-Rossová, E. *Hovory s umírajícími*. 1. vydání.. Hradec Králové: Signum Unitatis, 1992, s. 135

- fáze šoku, popření, negace, odmítání: nemocný si nemoc nechce připustit, doufá v záměnu výsledků vyšetření,
- fáze agrese, hněvu, zloby: nemocný cítí nespravedlnost, proč onemocněl zrovna on?, vylévá si zlost na zdravých osobách,
- fáze smlouvání: nemocný slibuje, prosí o pomoc, zkouší léčitele a vše, co předtím odmítal,
- fáze deprese, rezignace, smutku, strachu: nemocný prožívá deziluzi, nenašel pomoc, je konfrontován s nevyhnutelností smrti, může se objevit strach o blízké osoby, někdy se objeví apatie a pasivita,
- fáze smíření: ideální stav, nemocný akceptuje situaci, snaží se vyřídit důležité věci, rozloučit se s okolím, snaží se maximálně a hodnotně využít zbývající čas.

Jednotlivá stadia nemusí vždy následovat v pořadí, jak jsou uvedena, mohou se prolínat a vracet. Stejnými fázemi prochází i nejbližší okolí nemocného. Jejich prožívání nemusí časově odpovídat prožívání nemocného a o to je vzájemné podporování těžší.⁵⁸

„Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti.“⁵⁹

Je-li kurativní léčba vyhodnocena jako neúspěšná, je ukončená a nastupuje paliativní péče.⁶⁰ Přesto je pobyt v nemocnici nepříjemný, po propuštění se pacienti cítí „ohroženi“ a bojí se, že budou přítěží pro svoji rodinu.⁶¹ Před nemocným a jeho nejbližšími stojí rozhodnutí jak dál. Zvolit náročnou, ale pro nemocného většinou nejpříjemnější variantu pobytu a péče doma, hledat pomoc specializované agentury, která s péčí doma pomůže, nebo vyhledat nejbližší hospic.

Myslím, že nemocný nebo jeho nejbližší volí hospic často až ve fázi, kdy už nejsou schopni péči doma zvládnout, ale chtěli by zachovat co největší kvalitu dalších dnů. Pobyt v hospici, podle mého, už většinou znamená, že si nemocný prošel všechna stadia až do fáze smíření.

⁵⁸ Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, s.24

⁵⁹ Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, s.25

⁶⁰ Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010, s. 19

⁶¹ Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 129

2. 5 Pobyt v hospici

Pobytu v hospici předchází ukončení kurativní léčby. K pobytu v hospici je potřeba vyplnit a podat žádost. Žádost nemocného o přijetí do hospice je doporučena ošetřujícím lékařem a vyhodnocena týmem⁶² (komisí), tvořeného např. lékařem hospice, sociálními pracovníky, staničními sestrami.⁶³

Při nástupu je klient informovaný o podmínkách pobytu, je s ním sepsána smlouva o podmínkách pobytu v hospici.⁶⁴ Zdravotní péče a pobyt klienta jsou hrazeny za zdravotního pojištění, na služby nezdravotního charakteru klient hospice finančně přispívá. Klientovi je poskytnuta lékařská a ošetrovatelská péče, sociální péče, v případě potřeby psychologická intervence i spirituální služba.⁶⁵

Pro navození pocitu domácího prostředí si klient může vzít nějakou maličkost z původní domácnosti, např. oblíbený obrázek, hrníček, fotografie. Také návštěvy rodiny a známých jsou vítané a umožněny v každou denní dobu. Za úhradu mohou blízcí zpravidla také přespát a objednat si stravování.⁶⁶

⁶² <http://www.hospic.cz/prijeti-do-hospice.html> (převzato 18.3.2011)

⁶³ Informační leták *Hospic Citadela*, Valašské Meziříčí.

⁶⁴ Vzor smlouvy o podmínkách pobytu v hospici: <http://www.hospic.cz/res/data/000218.rtf> (převzato 18.3.2011)

⁶⁵ Informační leták *Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa*. Rajhrad u Brna.

⁶⁶ Informační leták *Hospic Citadela*. Valašské Meziříčí.

Kapitola 3: Sociální opora

Po úvodním vymezení pojmu sociální opora se chci ve 3. kapitole zaměřit na sociální skupiny, jejich vznik, funkce a zaujímání rolí jedince v rámci těchto skupin. Následně se soustředím na rozdíly mezi sociálními vazbami v prostředí města a v prostředí venkova na pozadí historického společenského vývoje.

3. 1 Definice sociální opory

„Sociální opora („social support“) byla jedním z prvních faktorů, jež byly identifikovány jako faktory, moderující vliv nepříznivých životních událostí na psychickou pohodu a zdraví člověka.“⁶⁷ Jedná se o pomoc, kterou jedinec dostává v případě potřeby prostřednictvím vazeb a vztahů k druhým osobám.⁶⁸ Přímý pozitivní vliv rozvinuté sociální opory na zdraví jedince a na to, jakým způsobem zvládá nemoc, prokázaly výzkumy v 80. letech minulého století.⁶⁹

Jako jeden z prvních definoval sociální oporu Cobb (1976), jako „víru jedince, že je o něj pečováno, že je milován, uctíván a ceněn, že patří do sítě komunikace a vzájemných závazků“.⁷⁰ Povzbuzení, kterého se jedinci takto dostává, mu pomáhá zvládnout jeho problém.

House (1981) rozlišuje 4 typy nebo složky sociální opory:⁷¹

- emocionální, zahrnující projevy lásky, důvěry, empatie, zájmu
- hodnotící, nabízející zpětnou vazbu, pomoc při vyhodnocení situace
- informativní, poskytující rady nebo pokyny, které mají pomoci příjemci řešit situaci
- instrumentální, do níž patří hmotná a finanční pomoc nebo také věnovaný čas

Volba vhodné formy nebo vhodné kombinace má zásadní význam pro to, aby poskytnutá opora byla účinná. Nevhodný projev opory může stres u příjemce zvýšit, namísto aby jej mírnil.⁷²

⁶⁷ Kebza, V. Šolcová, I. *Sociální opora jako významný protektivní faktor*. Československá psychologie 1/1999, s. 20

⁶⁸ Kebza, V. Šolcová, I. *Sociální opora jako významný protektivní faktor*. Československá psychologie 1/1999, s. 20

⁶⁹ Kebza, V. Šolcová, I. *Sociální opora jako významný protektivní faktor*. Československá psychologie 1/1999, s. 21

⁷⁰ *Social Support – Definition and Scope*. http://www.euphix.org/object_document/o5479n27411.html (převzato 19.3.2011)

⁷¹ Kebza, V. Šolcová, I. *Sociální opora jako významný protektivní faktor*. Československá psychologie 1/1999, s. 25

Sociální opora je někdy také definována jako nárazníková zóna (buffering), která pomáhá jedinci bránit se proti vlivu stresové události.⁷³

Souvisejícími pojmy jsou sociální síť a sociální soudržnost.

3. 2 Sociální skupiny a jejich funkce

Každý člověk se rodí jako biologická bytost. Všechny jeho základní biologické potřeby v ranném dětství uspokojuje rodina. Její základní funkcí je uvést své nové členy do konkrétního kulturního prostředí, naučit je společenským zvyklostem, seznámit je s hodnotami společnosti, návykům slušného chování, sebeobsluhy, tělesné hygieny. Tento proces seznamování člověka s konkrétním kulturním prostředím a osvojování si kulturních způsobů chování se nazývá socializací.⁷⁴

„Proces socializace znamená pro jedince postupné přebírání závazků a povinností.“⁷⁵ Říčan socializaci vykládá jako přizpůsobení se pravidlům skupiny (společnosti) a přispívání k její stabilitě.⁷⁶ Jak dítě roste, osamostatňuje se, dostává se do kontaktů mimo rodinu, stává se postupně členem různých skupin, navazuje ve skupinách vztahy.

Říčan uvádí také funkce skupiny⁷⁷:

- Oficiální, vyhlášená: Sdružení osob na základě společného zájmu nebo cíle. „Společný zájem, pro který byla skupina založena, určuje pravidla její činnosti, způsob organizace, práva jednotlivých členů vůči druhým, zejména nadřazených vůči podřízeným, a naopak, toky informací atd.“⁷⁸
- Sociálně-psychologická motivace: „Skupinové dění je kromě věcných zájmů ovlivňováno i sociálně psychologickými motivy členů skupiny: potřebou být pohromadě s druhými v práci i odpočinku a zábavě, potřebou osobního uplatnění a vyniknutí, potřebou ovládat druhé, stejně jakou potřebou pomáhat jim, potřebou bezpečí atd.“

⁷² Baum, A. a kol.: *Handbook of Psychology and Health*, Hillsdale, New Jersey 1984, s. 256

⁷³ Kebza, V. Šolcová, I. *Sociální opora jako významný protektivní faktor*. Československá psychologie 1/1999, s. 21

⁷⁴ Nakonečný, M. *Základy psychologie osobnosti*. 1. vydání. Praha: Management Press, 1993, s. 19

⁷⁵ Štefanovič, Josef. *Psychologie*. 3. vydání. Praha: Avicenum, 1987, s. 221

⁷⁶ Říčan, P. *Psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005, s. 204

⁷⁷ Říčan, P. *Psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005, s. 205

⁷⁸ Říčan, P. *Psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005, s. 205

Jak uvádí Říčan, v rámci skupiny se vytvářejí vazby, které umožňují člověku uspokojovat jeho potřeby.⁷⁹ Z uspokojení potřeby být akceptován a potřeby bezpečí může člen skupiny čerpat v nepříznivých okamžicích.⁸⁰

Stejně i Kebza uvádí: „Sociální integrace, sociální začlenění člověka do sociální struktury je významnou determinantou jeho psychické pohody a zdraví. Prostřednictvím sociálních vazeb k druhým osobám, skupinám a širší společnosti je jedinci přístupná sociální opora, tj. jakýsi sociální fond, ze kterého lze čerpat v případě potřeby, systém sociálních vztahů, jejichž prostřednictvím se člověku dostává pomoci při snaze dostat nárokům a dosáhnout cílů. Zdroje sociální opory („support resources“) jsou součástí systému sociálních vztahů („social network“) jedince.“⁸¹

Dle Štefanoviče a Greisingera se člověk rodí do primární skupiny, toto společenství si jedinec nevybírá. „Primární skupinu charakterizují přímé a důvěrné přirozené vztahy, vzájemná pouta, intimní citové vazby, spolehlivost, úzké spojení rolí (např. otec – matka – dítě) a spolupráce. Členové vždy komunikují tvář v tvář. V primární skupině se vždy angažuje celá osobnost.“⁸² Sekundární skupina je každá další skupina, do které člověk v průběhu života dostane. Sekundární skupiny vznikají na základě zájmů a činností, nemusí být vždy trvalé, neangažuje se v nich celá osobnost, nemají tak výrazný vliv na členy jako rodina, tj. primární skupina.⁸³

3. 3 Role rodiny a přátel v systému sociální opory klienta hospice

Na pozadí členění složek sociální opory podle House se nejprve pokusím zmapovat, jakou sociální oporu poskytují klientovi hospice jeho rodina, přátelé a známí:

- Emocionální opora – projevy lásky, důvěry, přijetí a ocenění může podle mého názoru nemocnému nejbyťostněji vyjádřit právě jeho nejbližší, jeho rodina.
- Hodnotící opora – v hodnocení situace, pomoci získání odstupu a nadhledu od své vlastní situace mohou rodina, přátelé a známí sehrát také důležitou roli. Je přitom ale důležité, aby se vyvarovali laciného utěšování, zlehčování stavu nemocného nebo milosrdných lží.

⁷⁹ Říčan, P. *Psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005, s. 203

⁸⁰ Říčan, P. *Psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005, s. 212

⁸¹ Kebza, V. Šolcová, I. *Sociální opora jako významný protektivní faktor*. Československá psychologie 1/1999, s.20

⁸² Štefanovič, J. Greisinger, J. *Psychologie*. 3. vydání. Praha: Avicenum, 1987, s.232

⁸³ Štefanovič, J. Greisinger, J. *Psychologie*. 3. vydání. Praha: Avicenum, 1987, s.232

- Informativní opora – v tomto směru jsou příbuzní klienta hospice zpravidla příjemci opory podobně jako klient sám. Instrukce a pokyny od odborníků, zdravotnického personálu, sociálních pracovníků nebo psychologa zahrnují nejen klienta, ale i jeho rodinu.
- Instrumentální opora – v některých případech může hrát materiální opora poskytnutá klientovi důležitou roli a může účinně omezovat stresový faktor (např. strach klienta z toho, jak zvládne svou tíživou finanční situaci vzniklou v důsledku zhoubného onemocnění).

3. 4 Sociální vazby v prostředí města a venkova

Sociologické studie a průzkumy, které jsem našla, se zaměřují na vztah venkov – město. Studie a průzkumy zaměřené na vztah malé město – velkoměsto se mi nepodařilo najít. Pro účel této své práce vycházím z předpokladu, že spádová oblast vybraného hospice v menším městě zahrnuje podstatně větší podíl venkovského obyvatelstva, než spádová oblast hospice ve velkoměstě a proto mají srovnání venkov – město pro účel této práce vypovídací hodnotu.

V tradiční společnosti, kdy většina obyvatel zůstávala po celý život v místě svého bydliště, byly vzájemné vazby pevně dané, kontakty četné a role a očekávání z nich plynoucí všem zřejmé. Lidé tvořili sociální oporu spontánně. K oslabení vzájemných vztahů na venkově dochází vlivem průmyslové revoluce a stěhování do měst.⁸⁴

Sociologií města a jejími specifiky se u nás dlouhodobě zabývá Jiří Musil.⁸⁵ Musil úzce spojuje růst individualismu a pokles významu rodiny s urbanizací a industrializací (u nás zvláště po r. 1918), kdy se rostoucí vliv sekundárních skupin projevoval mimo jiné sílící činností spolků.⁸⁶ Stejně tak Musil považuje za důsledek industrializace a stěhování do měst vyčlenění některých sociálních skupin na okraj společnosti. Upozorňuje však, že tento trend se v budoucnu se do stále většího vyloučení může dostávat naopak venkovské obyvatelstvo.⁸⁷

⁸⁴ Keller, J. , Novotný P. *Úvod do filozofie, sociologie a psychologie*. Liberec: Dialog, 2008, s. 11

⁸⁵ Musil, J., Bayer, I. a kolektiv. *Pojetí sociální soudržnosti v soudobé sociologii a politologii*, UK FSV CESES, Praha 2005

⁸⁶ Musil, J., Bayer, I. a kolektiv. *Pojetí sociální soudržnosti v soudobé sociologii a politologii*, UK FSV CESES, Praha 2005, s. 14

⁸⁷ Musil, J., Bayer, I. a kolektiv. *Pojetí sociální soudržnosti v soudobé sociologii a politologii*, UK FSV CESES, Praha 2005, s. 12

Bayer poukazuje na to, že neexistuje jednotný názor o tom, zda se primární a sekundární skupiny doplňují, konkurují si nebo jsou v neutrálním vztahu.⁸⁸ V konkurenčním pojetí je začlenění jedince do sekundárních skupin možné pouze na úkor oslabení tradiční a soudržné rodiny jako primární skupiny.⁸⁹

⁸⁸ Musil, J., Bayer, I. a kolektiv. *Pojetí sociální soudržnosti v soudobé sociologii a politologii*, UK FSV CESES, Praha 2005, s. 38

⁸⁹ Musil, J., Bayer, I. a kolektiv. *Pojetí sociální soudržnosti v soudobé sociologii a politologii*, UK FSV CESES, Praha 2005, s. 38

Kapitola 4: Empirické šetření: sociální opora poskytovaná klientovi hospice rodinou a přáteli

4. 1 Východiska šetření

Klient hospice je osoba nacházející se v kritické životní situaci. Stav klienta a to, jakým způsobem prožívá svou situaci, je velkou měrou ovlivněno sociální oporou, které se mu dostává od jeho okolí. Vedle profesionálních pracovníků, zdravotnických pracovníků, sociálních pracovníků, psychologa a duchovního, poskytují sociální oporu klientovi hospice také laici. Především jeho příbuzní a přátelé, v některých případech se přidávají i dobrovolníci. Pro první skupinu, tedy rodinné příslušníky, je specifické, že jsou významnými poskytovateli emocionální opory, a přitom bývají současně těmi, kdo sami přijímají oporu ze strany sociálních pracovníků, psychologů a duchovních. I oni jsou totiž ve stresové situaci, v níž potřebují ulehčení. Dobrovolnictví je fenomén, který je podle mého názoru indikátorem etické vyspělosti společnosti. Fenomén, který u nás není zdaleka tak využíván, jako je tomu např. v Anglii, v Holandsku nebo v jiných zemích, kde má dobrovolnictví, ať už ve formě poskytování hmotné nebo psychologické pomoci, dlouhodobou a hlubokou tradici.

4. 2 Cíl šetření

Cílem empirického šetření je provést srovnání sociálního zázemí klientů hospice v malém městě se spádovou oblastí s významným podílem venkovského obyvatelstva (Valašské Meziříčí) se sociálním zázemím klientů hospice ve velkoměstě (Praha).

Hypotéza: Předpokládám, že sociální zázemí klientů z malého města bude širší než u obyvatel velkoměsta.

Srovnání prostředí velkého města na straně jedné a venkova na straně druhé je předmětem mnoha odborných studií, ale i tradičních představ, které se předávají z generace na generaci. Především venkov, ale i malé město jsou tradičně nahlíženy jako místo, kde na sebe mají lidé více času, kde lidé více drží spolu. Životu ve velkém městě je připisována vyšší míra stresu a nedostatek času. Mají lidé v menším městě a ve venkovském prostředí více času jeden na druhého, v tomto případě na svého nevyčísitelně nemocného příbuzného nebo známého? Je sociální síť jedince, v tomto případě klienta hospice, širší na malém městě a venkově než ve velkoměstě?

4. 3 Metodika šetření

Srovnávací položkou pro prověření platnosti hypotézy bude počet navštěvujících osob a četnost návštěv. Šíře sociální sítě poskytující klientovi zázemí a oporu bude šetřena zjištěním počtu osob, které klienta hospice navštěvují. Zvlášť bude zjišťován počet příbuzných a zvlášť počet známých a přátel. Následně bude vypočten průměrný počet rodinných příslušníků a příbuzných a průměrný počet známých a přátel na 1 osobu pro každý hospic zvlášť a výsledky u obou hospiců budou srovnány. Výstupní data z těchto srovnání budou převedena do grafů.

Průměrný počet rodinných příslušníků a příbuzných navštěvujících 1 osobu v rámci jednoho hospice bude vypočten jako:

$$\bar{R} = (R_1 + R_2 + R_3 + \dots R_k) / k$$

\bar{R} - průměrný počet rodinných příslušníků a příbuzných na 1 dotazovanou osobu

R_1 - počet rodinných příslušníků a příbuzných navštěvujících dotazovanou osobu č.1

k - celkový počet dotazovaných osob v rámci jednoho hospice

Rovněž bude zjišťována četnost návštěv ze strany rodinných příslušníků a příbuzných. Zjištěná data týkající se četnosti návštěv budou převedena na statistický průměr, vyjádřený jako průměrný počet návštěv příbuzných za týden u 1 osoby. Průměrný počet bude vypočten následovně:

$$\bar{N} = (N_1 + N_2 + N_3 + \dots N_r) / k$$

\bar{N} - průměrný počet návštěv rodinných příslušníků nebo příbuzných na 1 dotazovanou osobu za týden

N_1 - průměrný počet návštěv rodinného příslušníka č. 1 za týden

r - celkový počet rodinných příslušníků a příbuzných navštěvujících všechny dotazované osoby v rámci jednoho hospice

k - celkový počet klientů - dotazovaných osob v rámci jednoho hospice

Průměrný počet známých a přátel navštěvujících 1 osobu v rámci jednoho hospice bude vypočten následovně:

$$\bar{Z} = (Z_1 + Z_2 + Z_3 + \dots Z_k) / k$$

\bar{Z} - průměrný počet známých a přátel na 1 dotazovanou osobu

Z_1 - počet známých a přátel navštěvujících dotazovanou osobu č.1

k - celkový počet klientů - dotazovaných osob v rámci jednoho hospice

Druhá část otázek pro strukturovaný rozhovor s klienty je věnována tématu dobrovolníků a jejich úlohy v hospici. Je zjišťován počet dotazovaných osob – klientů, které dobrovolník navštěvuje a zájem o jeho návštěvu v případě, že dotazovanou osobu – klienta dosud žádný dobrovolník nenavštěvuje. Je také zjišťována spokojenost klientů s návštěvami dobrovolníků. Počet osob navštěvovaných dobrovolníkem je pro srovnání doplněn o zjištění počtu osob navštěvovaných duchovním a psychologem. Cílem je získat základní informace o tom, jakou roli hrají dobrovolníci ve vytváření sociální opory klienta hospice.

Z údajů získaných šetřením bude také možné provést srovnání, jak velkou část sociálního zázemí klienta hospice tvoří jeho rodina, přátelé a známí a jak velkou měrou dotvářejí toto sociální zázemí pracovníci poskytující psychologickou a spirituální pomoc, tj. duchovní, psychologové a dobrovolníci.

4. 4 Realizace empirického šetření

Empirické šetření bylo realizováno v hospici Štrasburk v Praze a hospici Citadela ve Valašském Meziříčí v letech 2009-2011.

Průzkum a sběr dat pro účel bakalářské práce byl proveden se souhlasem R. Kopecké, vedoucí sociální pracovnice v hospici Citadela ve Valašském Meziříčí, a M. Schubertové, vrchní sestry v hospici Štrasburk v Praze, a také se souhlasem všech dotazovaných.

Kritérii pro výběr respondentů byla schopnost klienta komunikovat v závislosti na jeho zdravotním stavu a s přihlédnutím k tomu, aby jeho komunikační schopnost nebyla ovlivněna užíváním opiátů. Všichni dotazovaní klienti byli seznámeni s cílem strukturovaného rozhovoru a byly jim poskytnuty potřebné informace pro adekvátní zodpovězení dotazů. Otázky byly respondentům předčítány a jejich odpovědi jsem sama zapisovala do předpřipraveného záznamového archu.

Průzkumu se zúčastnilo 15 respondentů z každého hospice. Celkem se tedy jednalo o 30 respondentů. Respondenti z pražského hospice všichni měli bydliště v pražské aglomeraci s výjimkou ženy, která měla bydliště v jiném městě a v pražském hospici byla umístěna proto, že v Praze bydlel její jediný syn. Respondenti z valašsko-meziříčského hospice měli všichni bydliště ve spádové oblasti hospice, tj. v okresech Vsetín, Nový Jičín nebo Přerov.

4. 5 Analýza výsledků empirického šetření

Tabulka č. 3: Počet rodinných příslušníků a příbuzných navštěvujících klienty hospice

| | K1 | K2 | K3 | K4 | K5 | K6 | K7 | K8 | K9 | K10 | K11 | K12 | K13 | K14 | K15 |
|---------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Val. Meziříčí | 2 | 3 | 4 | 4 | 6 | 3 | 6 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 |
| Praha | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 1 | 1 | 5 | 0 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 |

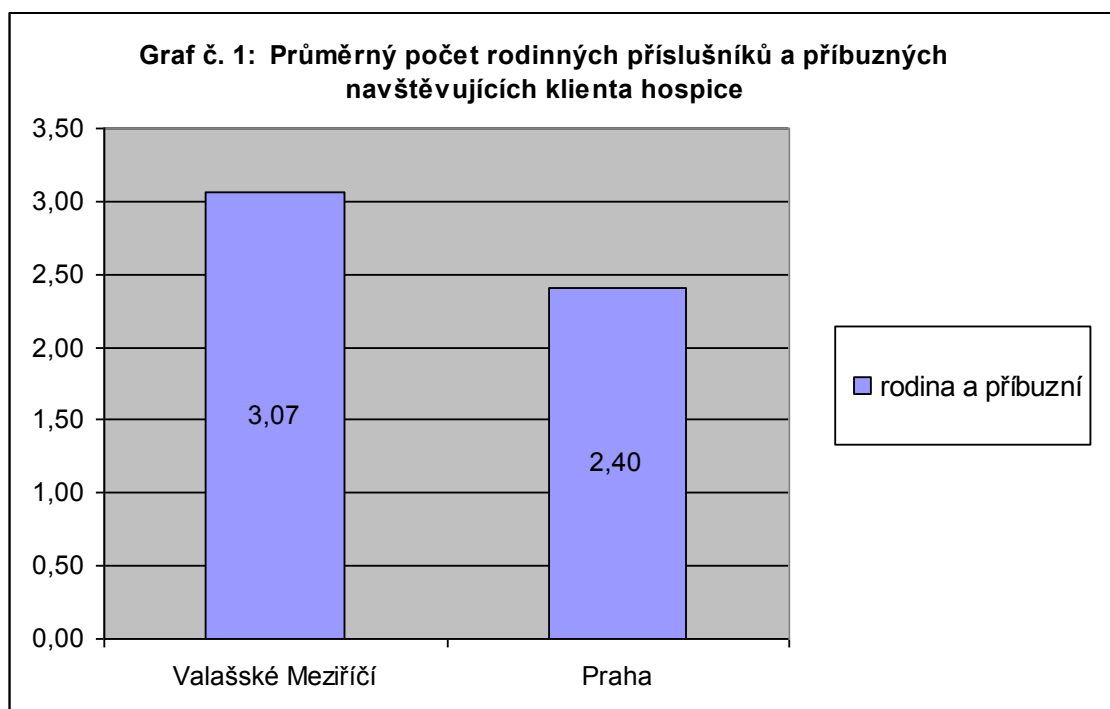
Vysvětlivky: K1 až K15 – klient č. 1 až klient č. 15 (tak i tabulky na dalších stranách)

Celkem Valašské Meziříčí 46 příbuzných

Praha 36 příbuzných

Průměr Valašské Meziříčí 3,07 příbuzných / klienta

Praha 2,40 příbuzných / klienta



Z odpovědí na otázku č. 2 („Kolik příbuzných vás celkem navštěvuje?“) vyplývá, že v prostředí malého města je část sociální sítě tvořená rodinou a poskytující sociální oporu klientům hospice širší (o 28%), než ve velkoměstě. Data získaná z odpovědí na otázku č. 2 potvrzují platnost hypotézy uvedené v podkapitole 4.2.

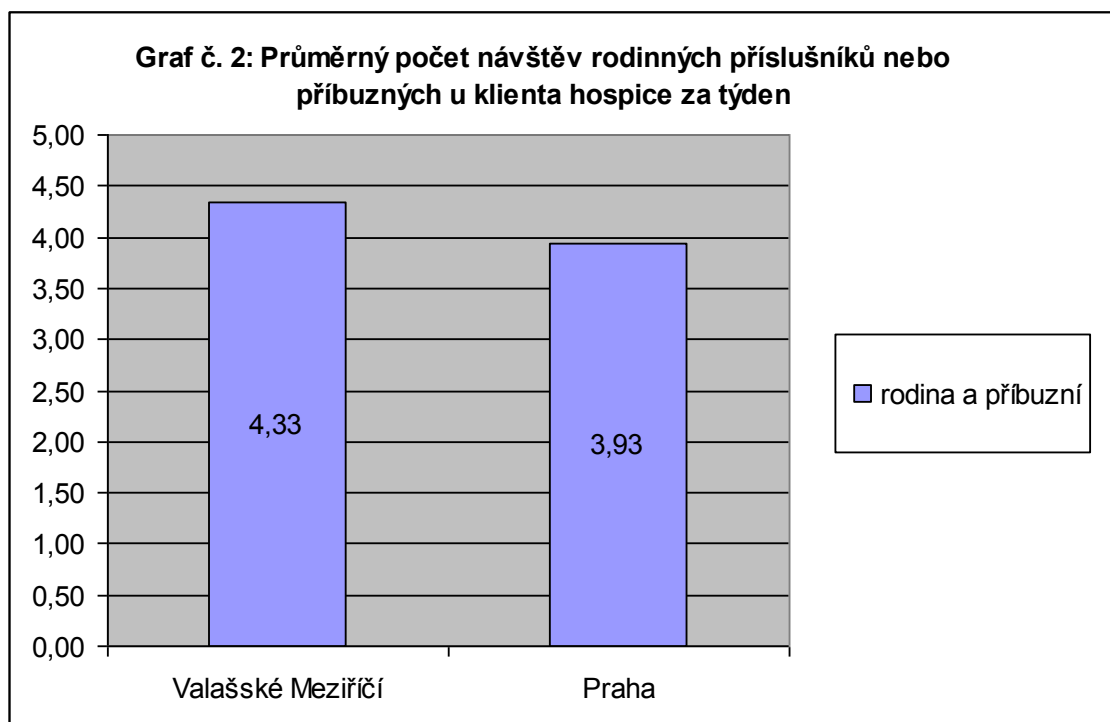
Tabulka č. 4: Četnost návštěv rodinných příslušníků a příbuzných u klientů hospice ve Valašském Meziříčí

| Val. Meziříčí | K1 | K2 | K3 | K4 | K5 | K6 | K7 | K8 | K9 | K10 | K11 | K12 | K13 | K14 | K15 |
|---------------|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Osoba 1 | 7 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 |
| Osoba 2 | 0,5 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | | | 2 | 0,5 | 0,5 | 0,3 | 0,5 |
| Osoba 3 | | 0,3 | 1 | 1 | 2 | 0,5 | 2 | 1 | | | | 0,5 | 0,5 | | |
| Osoba 4 | | | 1 | 0,5 | 2 | | 2 | | | | | | 0,5 | | |
| Osoba 5 | | | | | 0,3 | | 2 | | | | | | | | |
| Osoba 6 | | | | | 0,3 | | 0,5 | | | | | | | | |

Tabulka č. 5: Četnost návštěv rodinných příslušníků a příbuzných u klientů hospice v Praze

| Praha | K1 | K2 | K3 | K4 | K5 | K6 | K7 | K8 | K9 | K10 | K11 | K12 | K13 | K14 | K15 |
|---------|----|----|-----|-----|-----|-----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Osoba 1 | 3 | 3 | 0,5 | 3 | 1 | 1 | 2 | 7 | 1 | | 1 | 3 | 7 | 1 | 2 |
| Osoba 2 | 3 | 3 | 0,5 | 3 | 0,5 | 1 | | | 1 | | 0,5 | | 1 | 1 | 2 |
| Osoba 3 | | | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | | | 1 | | 0,5 | | | 0,3 | 0,5 |
| Osoba 4 | | | | 0,3 | | | | | 2 | | | | | | |
| Osoba 5 | | | | | | | | | 0,5 | | | | | | |

Průměr Valašské Meziříčí 4,33 návštěv příbuzných / klienta za týden
 Praha 3,93 návštěv příbuzných / klienta za týden



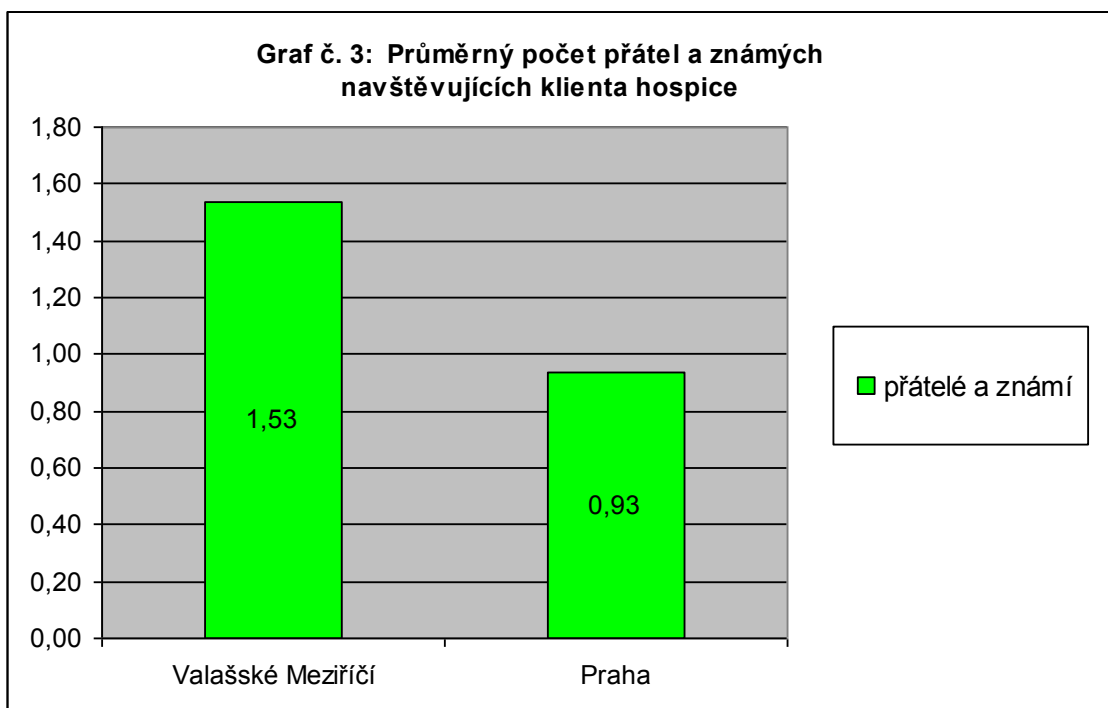
Z odpovědí na otázku č. 3 („Jak často vás navštěvují vaši příbuzní?“) vyplývá, že v prostředí malého města je sociální opora poskytovaná klientovi hospice ze strany rodinných příslušníků a příbuzných vyjádřená četností návštěv vyšší (o 10%), než je tomu v prostředí velkoměsta. Data získaná z odpovědí na otázku č. 2 potvrzují platnost hypotézy uvedené v podkapitole 4.2.

Tabulka č. 6: Počet přátel a známých navštěvujících klienty hospice

| | K1 | K2 | K3 | K4 | K5 | K6 | K7 | K8 | K9 | K10 | K11 | K12 | K13 | K14 | K15 |
|---------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Val. Meziříčí | 6 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 4 | 1 | 0 | 2 | 2 | 3 | 0 |
| Praha | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 5 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 |

Celkem Valašské Meziříčí 23 známých
 Praha 14 známých

Průměr Valašské Meziříčí 1,53 známých / klienta
 Praha 0,93 známých / klienta

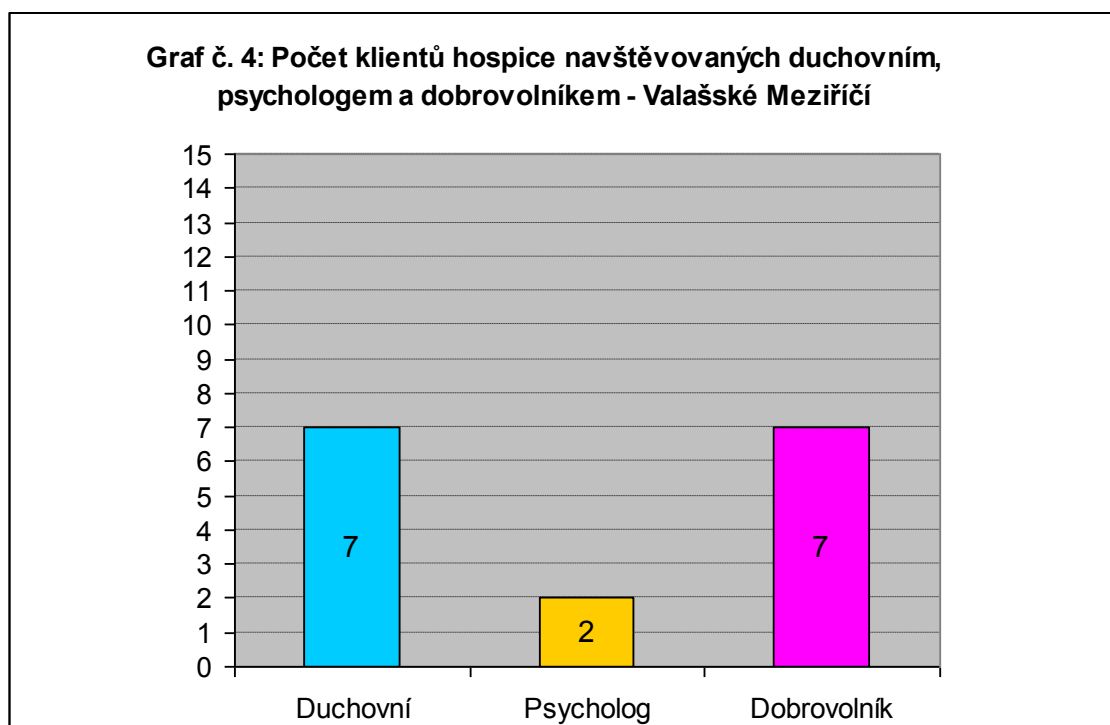


Z odpovědí na otázku č. 4 („Kolik známých (mimo příbuzné) vás celkem navštěvuje?“) vyplývá, že v prostředí malého města je část sociální sítě tvořená příbuznými a známými a podílející se na vytváření sociální opory klientům hospice širší (o 64,5%), než ve velkoměstě. Data získaná z odpovědí na otázku č. 2 potvrzují platnost hypotézy uvedené v podkapitole 4.2.

U skupiny známých a přátel je rozdíl mezi prostředím malého města a mezi prostředím velkoměsta o poznání větší, než u skupiny rodinných příslušníků a příbuzných.

Tabulka č. 7: Počet klientů navštěvovaných duchovním, psychologem a dobrovolníkem – Valašském Meziříčí

| | Počet | Procent |
|-------------|-------|---------|
| Duchovní | 7 | 47% |
| Psycholog | 2 | 13% |
| Dobrovolník | 7 | 47% |

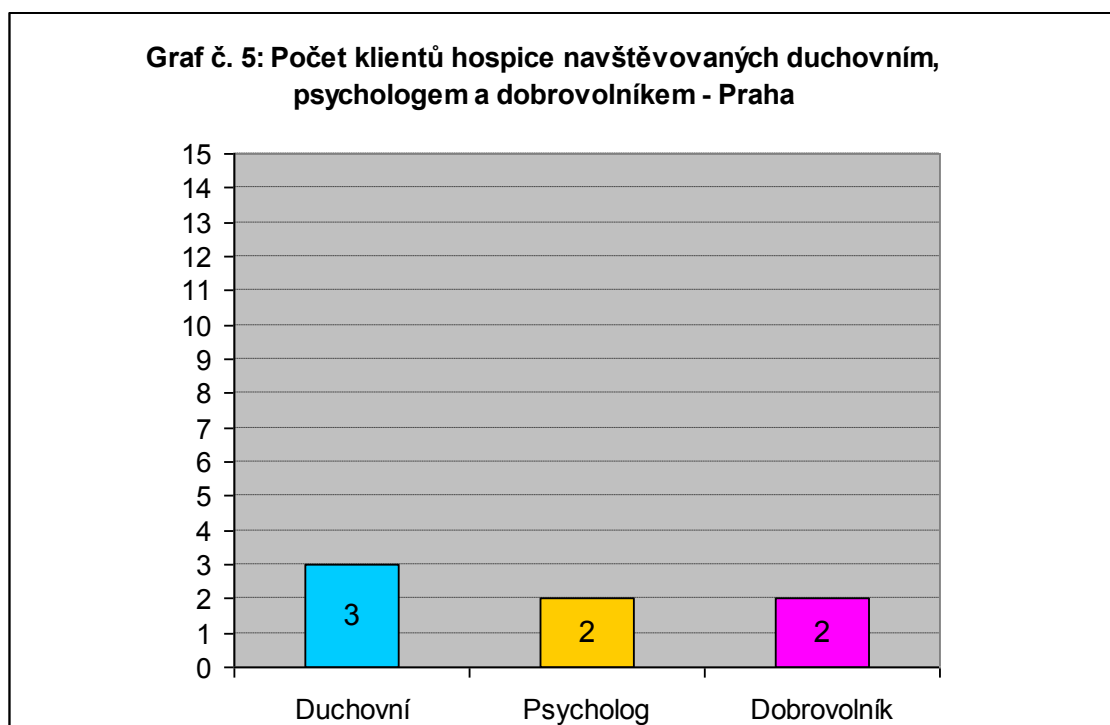


Ve Valašském Meziříčí je zajímavý vysoký počet osob využívajících návštěv dobrovolníků. Klienti využívají možnosti rozhovoru s dobrovolníky ve stejné míře, jako možnosti rozhovoru s duchovním. Jedná se o téměř polovinu klientů (45%).

Jedna dotazovaná osoba uvedla, že ji dobrovolník nenavštěvuje, přičemž ona by měla o jeho návštěvy zájem. Všechny ostatní osoby, které duchovní, psycholog nebo dobrovolník nenavštěvuje, odpovídaly negativně na otázky č. 7, 9 a 12, zda mají o takové návštěvy zájem.

Tabulka č. 8: Počet klientů navštěvovaných duchovním, psychologem a dobrovolníkem – Praha

| | Počet | Procent |
|-------------|-------|---------|
| Duchovní | 3 | 20% |
| Psycholog | 2 | 13% |
| Dobrovolník | 2 | 13% |



V Praze je možné sledovat výrazně nižší využití návštěv jiných osob (tzn. mimo rodinné příslušníky a známé. Na otázky č. 7, 9 a 12, zda mají osoby, které duchovní, psycholog nebo dobrovolník nenavštěvuje, zájem o takové návštěvy, byly všechny odpovědi negativní. Přesto se domnívám, že bez přezkoumání dalších faktorů (náboženské vyznání, počet duchovních a dobrovolníků k dispozici) nelze ze získaného srovnání mezi menším městem a velkoměstem vyvodit žádné další závěry.

Všichni dotazovaní klienti v Praze i ve Valašském Meziříčí, které navštěvuje dobrovolník, v odpovědi na otázku č. 11 („Jak hodnotíte rozhovory s dobrovolníkem?“) vyjádřili naprostou spokojenost s prací dobrovolníků.

Ani u jedné skupiny dotazovaných nebylo možné vysledovat souvislost mezi zájmem o návštěvy duchovních, psychologů a dobrovolníků a mezi celkovou navštěvovaností klienta ze strany rodiny a přátel.

Kapitola 5: Diskuze

5. 1 Nástin dalšího možného průzkumu

Z výsledků šetření je zřejmé, že v prostředí malého města (venkova) je okruh příbuzných a známých, kteří aktivně poskytují sociální oporu klientovi hospice, širší, než ve velkoměstě. V menším městě navštěvuje klienta hospice o 24% příbuzných více. Přitom četnost návštěv příbuzných u klienta hospice tak velký rozdíl nevykazuje. V menším městě je četnost návštěv příbuzných u klienta hospice vyšší jen o 10%, než je tomu ve velkoměstě. Lze z toho vyvodit, že soudržnost nejužší rodiny ve velkoměstě je větší, než na malém městě? Bylo by zajímavé věnovat další průzkum tomuto tématu.

5. 2 Výsledky průzkumů zaměřených na sociální soudržnost v kontextu rozdílů města a venkova

Američtí psychologové Lemke, Lynn a kol. tvrdí: „Městská společnost přichází do kontaktu s větším množstvím rozdílných skupin, z nichž každá má jiné poslání-zvěst. Obyvatelé měst jsou méně vystaveni vlivu širší rodiny v oblasti zaměstnání, vzdělání, náboženství, trávení volného času a politických zájmů. Venkovská společnost klade větší důraz na rodinu a společenství na rozdíl od městské společnosti, která nabízí větší ekonomické a kulturní možnosti.“⁹⁰ Lemke a Lynn navíc ale uvádějí, že zvl. v důsledku krize, která postihla zemědělskou výrobu v 80. letech došlo k oslabení tradičních sekundárních vazeb amerického venkova (např. církve) a tím i sociální soudržnosti venkovské společnosti a sociální opory, které se dostává jedinci žijícímu v této společnosti.⁹¹

V roce 2008 byl v Gruzii prováděn průzkum zaměřený na srovnání sociální sítě a sociální opory v prostředí hlavního města, ostatních měst a venkova.⁹² K výroku, že „ve svém okolí mají dostatek lidí, na které se mohou spolehnout v případě problémů“, se přihlásilo nejvíce dotazovaných ve Tbilisi (48%), následoval venkov (42%) a po něm ostatní města (30%). S výrokem, že ve svém okolí mají nedostatek osob, na které se mohou v problémech spolehnout, se ztotožnilo nejvíce lidí ve městech mimo hlavní

⁹⁰ Lemke, Lynn, A. a kol. Differences in social support between Rural and Urban Communities, přednáška prezentovaná na výroční konferenci Americké asociace psychologů, Washington, D.C., 1992, s. 16 (převzato z <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED348587.pdf> dne 18.3.2011)

⁹¹ Lemke, Lynn, A. a kol. Differences in social support between Rural and Urban Communities, přednáška prezentovaná na výroční konferenci Americké asociace psychologů, Washington, D.C., 1992, s. 6 (převzato z <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED348587.pdf> dne 18.3.2011)

⁹² <http://www.girodivite.it/Social-networks-in-rural-and-urban.html> (převzato 20.3.2011)

město (18%), jen těsný rozdíl byl mezi respondenty ve Tbilisi (14%) a na venkově (13%).⁹³

⁹³ <http://www.girodivite.it/Social-networks-in-rural-and-urban.html> (převzato 20.3.2011)

Kapitola 6: Závěr

6. 1 Vyhodnocení srovnání sociální opory klienta hospice v prostředí velkoměsta a malého města

Z provedeného empirického šetření se ve třech bodech potvrdila hypotéza, že sociální opora klientova hospice poskytovaná rodinou a přáteli je větší, než je tomu u klienta hospice ve velkoměstě (počet navštěvujících příbuzných, počet navštěvujících přátel, celková frekvence návštěv ze strany příbuzných).

6. 2 Role dobrovolníků v sociální opoře klienta hospice

Výsledky šetření týkající se zájmu klientů o kontakt s dobrovolníky nejsou jednoznačné. Naproti nízkému zájmu klientů hospice ve velkoměstě (13%) stojí poměrně vysoký zájem v menším městě (47%, připočteme-li dotazovaného, který projevil zájem o tuto službu, kterou dosud nevyužívá, jedná se o 53% dotazovaných). Více vypoví srovnání se zájmem o službu duchovních. Jsou-li v malém městě na stejné úrovni a navíc se zájem týká zhruba 50% klientů, mám za to, že práce dobrovolníků představuje významný prvek ve vytváření sociální opory klientům hospice. S ohledem na to, že práce dobrovolníků u nás nemá tak dlouhou tradici, jako je tomu v některých jiných zemích (Holandsko, Velká Británie, USA a Kanada)⁹⁴, a s ohledem na to, že vznik legislativního rámce pro tuto službu se datuje do roku 2003, lze čísla zjištěná šetřením ve Valašském Meziříčí považovat za dobrý signál. Prosazování myšlenky dobrovolnictví je třeba se dále věnovat. V hospici mohou vykonávat užitečnou práci. Mohou klientům věnovat čas pro soukromý rozhovor, který zdravotnický personál kvůli jiným úkolům zpravidla není schopen klientům poskytnout.

Každý z nás se někdy v životě dostaneme do situace, kdy intenzivně vyhledáváme oporu od svého okolí. Mělo by pro nás být samozřejmé, že ji budeme umět sami v pravý čas poskytnout. Z množství knih a studií na toto téma je vidět, že to samozřejmé není a musíme se tomu učit.

⁹⁴ Matoušek, O a kolektiv. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 61

Seznam použité literatury

- Doporučení Rec (2003) 24. *O organizaci paliativní péče*. Praha: Cesta domů, 2004.
- Jeřábek, H. a kolektiv. *Rodinná péče o staré lidi*, Praha: UK FSV CESES, 2005.
- Kebza V., Šolcová I. *Sociální opora jako významný projektivní faktor*. Československá psychologie 1/1999, ISSN – 1803-6619.
- Keller, J. Novotný P. *Úvod do filozofie, sociologie a psychologie*. Liberec: Dialog, 2008.
- Koubová, K. Umírá vám otec? Budte s ním doma. *MF Dnes*, 18. února 2010, s. A13
- Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002.
- Kübler-Rossová, E. *Hovory s umírajícími*. Hradec Králové: Signum Unitatis, 1992.
- Malíková, E. *Komplexní ošetrovatelská péče o nevléčitelně nemocné v terminálním stadiu onemocnění a doprovázení umírajících*. Zlín: Edukační centrum, Dům služeb seniorům, 2010.
- Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010.
- Matoušek, O a kolektiv. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003.
- Munzarová, M. *Euthanasie, nebo paliativní péče*. Praha: Grada, 2005.
- Musil, J. Bayer, I. a kolektiv. *Pojetí sociální soudržnosti v soudobé sociologii a politologii*. Praha: UK FSV CESES, 2005
- Nakonečný, M. *Základy psychologie osobnosti*. Praha: Management Press, 1993.
- O'Connor, M., Aranda, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005.
- Pančochová, S. *Úvod do problematiky práce s truchlícími a pozůstalými-smrt blízkého*. Zlín: Profima Efektive, 2011.
- Petroušková, H. Hospicová a paliativní péče v domácím prostředí. *Vsetínské noviny*, 2011, č.2 (28.1.2011)
- Říčan, P. *Psychologie*. Praha: Portál, 2005.
- Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008.
- Svatošová, M. *O radosti*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2003.
- Štefanovič, J. Greisinger, J. *Psychologie*. 3. vydání. Praha: Avicenum, 1987.

The, A.-M., *Paliativní péče a komunikace*, Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007.

Vorlíček, J., Adam Z. a kolektiv. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 1998.

Tištěná literatura bez uvedení autora:

Informační leták *Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa*. Rajhrad u Brna.

Informační leták *Hospic Citadela*. Valašské Meziříčí.

Internetové zdroje – literatura:

Baum, A. a kol.: *Handbook of Psychology and Health*, Hillsdale (New Jersey) 1984.

Dostupné na internetu: (převzato 19.3.2011). Dostupné na internetu:

<<http://www.psy.cmu.edu/~scohen/buffer84.pdf>>

Constitution of the World Health Organization. (převzato dne 3.9.2010). Dostupné na internetu: <http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf>

Lemke, L. A. a kol. *Differences in social support between Rural and Urban Communities*, přednáška prezentovaná na výroční konferenci Americké asociace psychologů, Washington, D.C. (převzato 18.3.2011). Dostupné na internetu:

<<http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED348587.pdf>>

Internetové zdroje – ostatní:

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Hospic>

<http://domaci.hospic.cz/>

<http://www.citadela.cz/html/hospic.html>

<http://www.hospic.cz/poslani-a-cile.html>

<http://www.hospic.cz/prijeti-do-hospice.html>

<http://www.hospic.cz/res/data/000218.rtf>

<http://www.hospice.cz/adresar-hospicu/>

<http://hospice.cz/hospice1/data/upraveny%20zivotopis%20Cicely%20Saunders%20a%20muj%20komentar.doc>

<http://www.centrum-cercany.cz/hospic-dobreho-pastyre/centrum-dennich-sluzeb>

http://www.euphix.org/object_document/o5479n27411.html

<http://www.girodivite.it/Social-networks-in-rural-and-urban.html>

<http://www.mpsv.cz/cs/5045>

<http://www.stchristophers.org.uk/page.cfm/link=496>

[http:// www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html](http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html)

<http://www.umirani.cz/detail-clanek/eutanazie-v-cesku-zustava-nelegalni-senat-zmeny-zamitl.html>

[http:// www.umirani.cz/historie-slova-hospic.html](http://www.umirani.cz/historie-slova-hospic.html)

<http://www.worldday.org/about/>

Seznam příloh

- Příloha A Otázky pro strukturovaný rozhovor
- Příloha B Informační leták „Dům bolesti s hospicem sv. Josefa“, Rajhrad u Brna
- Příloha C Informační leták „Hospic Citadela“, Valašské Meziříčí
- Příloha D Vsetínské noviny č. 19, ročník 2010 (22.10.2010), s. 3
- Příloha E Vsetínské noviny č. 2, ročník 2011 (28.1.2011), s. 7

Příloha A Otázky pro strukturovaný rozhovor

1. Kde bydlíte?

.....

2. Kolik příbuzných vás celkem navštěvuje?

.....

3. Jak často vás navštěvují vaši příbuzní?

a. Osoba 1

b. Osoba 2

c. Osoba 3

d. Osoba 4

4. Kolik známých (mimo příbuzné) vás celkem navštěvuje?

.....

5. Jak často vás navštěvují vaši známí?

a. Osoba 1

b. Osoba 2

c. Osoba 3

d. Osoba 4

6. Navštěvuje vás duchovní?
a. ano
b. ne
7. Pokud ne, máte zájem o návštěvu/návštěvy duchovního?
a. ano
b. ne
8. Navštěvuje vás psycholog?
a. ano
b. ne
9. Pokud ne, máte zájem o návštěvu/návštěvy psychologa?
a. ano
b. ne
10. Navštěvuje vás dobrovolník?
a. ano
b. ne
11. Jak hodnotíte rozhovory s dobrovolníkem?
.....
12. Pokud ne, měl(a) byste zájem o návštěvu/návštěvy dobrovolníka?
a. ano
b. ne

Příloha B Informační leták „Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa“, Rajhrad u Brna



Diecézní charita Brno
Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
Jiráskova 47
654 61, Rajhrad

e-mail: hospice@dlbsh.cz
tel.: +420 547 232 223
fax: +420 547 232 247
www.dlbsh.cz

IČO: 44990260
DIČ: CZ44990260
Číslo účtu: 406002799116800, Volksbank, a.s.

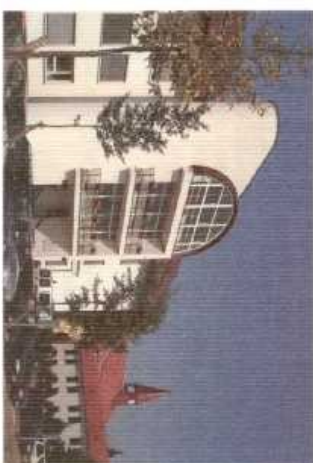
Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě (DLBSH Rajhrad) byl založen v roce 1999 jako největší hospic v České republice. Jeho základním posláním je pečovat o lézce nemocné lidi, kteří chtějí zažít důstojnou, kvalitní individualizovanou péči v příjemném klidném prostředí s výbornou dostupností z Brna.

Na 50 lůžkách je péče zaměřena na aktuální potřeby pacientů – zejména na kvalitní odbornou léčbu bolesti, kterou zajišťují speciálně vyškolení odborníci, řešení dalších symptomů, které doprovázejí pokročilé stavy závažných onemocnění (komplikace s příjmem potravy, dýchání, závratě, zvracení).

Soutěží paliativního přístupu je přijet člověka i s jeho dalšími potřebami, které mohou být nejen fyzické, ale i sociální, psychologické nebo spirituální. Pro všechny tyto oblasti disponuje DLBSH Rajhrad specialisty, kteří vhodným způsobem nabízejí svou pomoc všem pacientům i osobám blízkým.

Pacient má možnost, aby byla rodina (osoby blízké) u něj po celou dobu, kdy ji sám potřebuje nebo vyžaduje. Hospic nabízí ubytování pro ty, kteří přijedou z dálky nebo umožňuje pobyt přímo na pokoji pacienta. Rámec péče dodává maximální možný důraz na důstojnost, svobodu a přání pacienta.

**DŮM LÉČBY BOLESTI
S HOSPICEM SV. JOSEFA
RAJHRAD U BRNA**



CHCEME VAM BYT NABLÍZKU...

HOSPIC

Hospic sv. Josefa nabízí největšího nemožným a umřelým lidem odbornou a individualizovanou paliativní léčbu. Klienti mohou prožít závěrečnou etapu života v kulturovaném prostředí dostupné, svobodné a tělesně i psychicky komfortní a to za nepřetržité přítomnosti rodiny a blízkých osob.

Hospic sv. Josefa disponuje jednolůžkovými a třílůžkovými pokoji, které jsou vybaveny pro potřebný komfort pacientů a ze je upraveno dle přání klienta (obrazy, květiny, nábytek, atd.). V hospici je přítomen lékař 24 hodin denně, kvalitní vyškolení sestřičky a pediatrický personál, dva psychologové, dvě sociální pracovníce, které pomohou s vyřízením potřebných úředních náležitostí, a také asistent spirituální péče nabízející rozhovory, útechu, pomoc při rozhodování nebo modlitbu a světosť těm, kdo projev zájem.

Klientům a jejich rodinám je k dispozici kaple, kde se pořádají pravidelné bohoslužby nebo koncerty, sál na promítání kina, společenské prostory a tři zmiňované zahrady. Za dobrého počasí mohou trávit obvyklé hospice čas se svými blízkými v parku, který je kompletně bezbarierový.

Vize hospice je postavena na těchto hodnotách:

- ❖ Kristánská láska k blížním.
- ❖ Jedinečnost člověka
- ❖ Svoboda člověka.
- ❖ Důstojnost, respekt a úcta k člověku
- ❖ Kvalita života člověka.
- ❖ Kvalitní péče a aplikace moderních poznatků a postupů.



PALIATIVNÍ LÉČBA A PÉČE

Charakteristickou specializovanou paliativní péče je její komplexnost a multidisciplinárnost.

Lékařská a ošetrovatelská léčba a péče

Hospic je zdravotnické zařízení sjele jako jiná nemocnice, průběh zdravotní péče je tedy na předním místě. Těžka nemoc se většinou vyvíjí nepředvídatelně, proto je nutný individuální kontinuální přístup v léčbě nepřímých příznaků (zejména bolesti, nechtěnsiv, zcpy, dušnost, srdečních komplikací, atd.). Všechny personál podléhá průběžnému systému kvality a vzdělávání v oboru paliativní medicíny, celý průběh péče je sledován, vyhodnocován a korigován.

Sociální péče

Naši prioritou je podporovat rodinné prostředí hospice (vzdoba pokoje dle přání, kultura, atd.) Přítomnost blízkých osob je velmi žádoucí, nabízející jejich zapojení do péče (mohou pomáhat s péčí o klienta, připravit vlastní domácí jídlo, atd.), blízké osoby mají možnost přenocoovat po dobu hospitalizace v hospici. Klientům se nasává aktivní trávení času – rukodilné aktivity, pobyt venku na čerstvém vzduchu, filmy nebo společnost dobrovolníků – všo dle požadavků a možnosti klienta.

Psychologická intervence

DLBSH Rajhrad disponuje dvěma psychology. Kterí jsou schopni adekvátně diagnostikovat psychologické problémy, pomoci člověku nebo jeho blízkým osobám se zvládnutím celé situace spolupracují s personálem na lepším pochopení každého člověka a tím i efektivnější pomoci. Psychologové jsou nezbytní i v etapě smrtovány se s negativní informací jak u klienta, tak i u jeho blízkých. Psycholog je využíván pro sritcování prožívání bolestivosti a diskomfortu, stresu, strachu a úzkosti plynoucí z nemoci.

Spirituální služba

DLBSH Rajhrad nabízí prostor pro vyjádření osobních duchovních postojů bez předstupu a zcela otevřeně. V tomto prostoru dva profesionálové na spirituální péči a mají tak prostor se dle potřeby věnovat lidem na úzkou i těm, kteří za ními přicházejí nebo o ně počítají. Tématem jsou problémy etické, existenciální nebo ryze náboženské. Tento odborník provází celou hospitalizaci klienta jako červená nit: Kdo jej přijme, záleží číst na něm. V nabídce je rovněž možnost pro společné prožívání zejména náboženských rituálů (mše sv., adorace, čtení, atd.).

PŘIJETÍ A PRŮBĚH HOSPITALIZACE

DLBSH Rajhrad přijímá klienty na základě doporučení ošetroujícího lékaře, který vyplňuje žádost. O tu mohou lidé sami lékaře požádat. Pro přijetí je nutné, aby byl klient přímo určen pro naši péči, jediné tak mu jsme schopni pomoci co nejlépe. Aktuální počet volných míst a indikaci kritéria jsou na internetových stránkách. Jedná se především o pacienty s onemocněním, které jele ohrožuje ne životě (tj. terminální stavy – onkologické i neonkologické paliativní pacienty) a sněha o vyřešení byla ukončena, dále nabízíme diagnostický pobyt (závažné zdravotní, nastavení terapie) a učenčovaci pobyt (ušetření v domoci péči a cpeťovny návrat do rodiny nebo jiného zařízení).

Zdravotní péče je plně hrazena pojistovnami, DLBSH Rajhrad a všechny jeho složky mají uzavřeny smlouvy se všemi zdravotními pojistovnami.

Za sociální část péče si klient přijímací na pobyt cca 155 Kč/cen ze svého příjmu a další část je hrazena z příspěvku na sociální péči, který lze vyřádit i u nás. Klient v prokázane sociální nouzi může žádat o snížení plateb. Příjem a další úřední náležitosti v průběhu péče zajišťují sociální pracovníce a je možné se tak na ně kdykoliv obrátit pro informace.

Celá péče probíhá dle platných standardů a v jejím zájmu je spokojenost a celkový komfort klienta.

FYZIOTERAPIE

Fyzioterapeutické centrum působí jako podpůrná složka paliativní péče u klientů hospice a zároveň zajišťuje provoz fyzioterapeutické ambulace, která provádí výkony dle doporučení příslušných lékařů. Dopřívově nabízíme fyzioterapeutické úkony, které si klient hraje sám (masáže, vodní lázeň, atd.). Péče na předpis je hrazena zdravotní pojistovnou. V případě úzkové péče působí fyzioterapie preventivně a podporuje co nejdéle udržení mobility a samostatnosti pacienta, zvyšuje fyzickou i psychologickou kondici a napomáhá odstraňovat bolesti.

MOBILNÍ HOSPICOVÁ PÉČE

DLBSH Rajhrad na území Brna-venkov nabízí od roku 2008 možnost mobilního hospice, který za pomoci blízkých osob umožní pobyt těžce nemocného člověka v domácnosti prostřední až do doby přirozeného úmrtí.

Příloha C Informační leták „Hospic Citadela“, Valašské Meziříčí

Úhrady za sociální služby jsou stanoveny vyhláškou č. 505/2006 Sp. pro sociální poskytovatele podle stejného předpisu.

CENÍK

HOSPICOVÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Zdravotní péči poskytují pacienti trvalí pobyt v zdravotní péči.

Klient platí za služby neodkladného charakteru 130 Kč denně (mrazničné 5500 Kč za měsíc).

SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNÍ LŮŽKA

Klient platí za jeden den pobytu:
Za celodenní péči 130 Kč
Úhrady na dlouhodobou péči 150 Kč

Za ošetřovatelskou péči je vybrána úhrada ve výši příspěvků na péči v příslušné VSTL.

ODLEHČOVACÍ SLUŽBA

Klient platí za jeden den pobytu:
Za celodenní péči 130 Kč
Úhrady na dlouhodobou péči 150 Kč

Za ošetřovatelskou péči je vybrána úhrada dle rozsahu sazebního poskytnuté péči, maximálně do výše příhradební příspěvků na péči.

V případě, že by klientovi po úhradě pobytu a strojů nezůstalo z jeho příjmu k dispozici alespoň 15% kapesné, je úhrada snížena a rozdíl může doplňat osoba blízká.

KONTAKTY

Diakonie OČE - hospic Citadela
Zeměňova 1421
757 01 Valašské Meziříčí

telefon:
571 629 084 - recepce
571 629 080 - 900 - pracovníce
fax: 571 629 085

e-mail:
hospic@citadela.cz
socialni@citadela.cz
www.citadela.cz

Poskytovatel informací v době:
Fonděk ať oštek
8.00 - 18.30 hodin

Bankovní spojení:
Č.ú. 94 285 638 0247 / 0100



HOSPIC CITADELA

Diakonie
Ceskoslovenská církev evangelická

Pomoc má
mnoho tváří

HOSPICOVÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Pro převážně neumožně a unifikovatelnou závažnou s onkologickou triviální onemocnění, u kterých již není možné léčit příčiny nemoci vedoucí k uzdravení, ale je možné zmírnit symptomy, tedy důležitý by omezení.

Odborní péče je poskytována nemocnému v oblasti medicínské, biologické, sociální, psychologické a duchovní.

Hospice nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, vždy bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života mu bude poskytnuta.

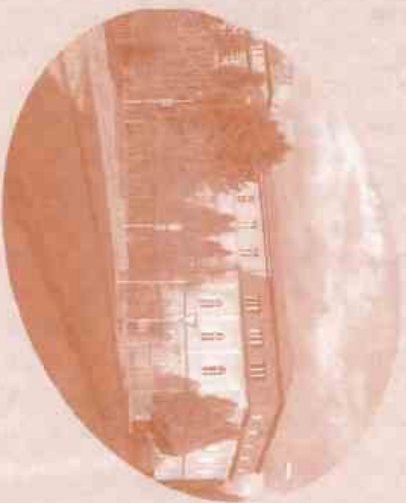
Jednotlivková a individuální péče, podle příání klienta a jeho rodiny, jedinečné povahy a přání slyšet pro blízce osoby, s možností doprovázení nemocného dvacet čtyři hodin denně.

Sociální, psychologická a spirituální podpora podle jejich přání také blízkým nemocného.

Pobyt v hospici může navrhovat a doporučit praktický či odborný lékař nebo si ho může vyzvat sám nemocný a jeho blízcí.

O přijetí do hospice rozhoduje komise, v jejíž složení jsou lékaři, na základě písemné žádosti, jejíž součástí je informovaný souhlas klienta, zdravotního záznamu.

Pobyt v hospici není podmínkou pro pacienta, není v hospici časově omezen.



SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNÍ LŮŽKA

Pro osoby, jejichž zdravotní stav již nevyžaduje hospitalizaci v nemocnici, ale je takový, že mají potřebu pobyt v domácnosti prostředím ani za pomoci rodiny a agentur domácí péče.

Pro osoby, zejména seniory, se skupením závislosti II, III, a IV., převážně těžcí nebo dlouhodobě s dlouhodobě těžkými onemocněními, které v domácí péči vyžadují odbornou pomoc a péči v jejich věku.

Pro osoby dlouhodobě závislé na péči jiné osoby. Pobyt je omezen na dobu několika měsíců.

ODLEHČOVACÍ SLUŽBA

Je určena rodinám, které se dlouhodobě starají o blízkého závislého na péči jiné osoby.

Dávodem může být poskytnuta odborná, rehabilitační, léčebná, péče, péče, úprava bydlení, apod.

Je též určena osobám, které čelí na unifikovanou péči pro seniory a rodina není schopna plně zajistit jejich celodenní péči.

Pobyt je časově omezen na dobu několika týdnů.

ŽÁDOSTI

Pro všechny tyto poskytované péče jsou k dispozici cíle na stránkách www.citadella.cz, případně u sociálních pracovníků v hospici.

Na základě podané žádosti rozhoduje o přijetí do zařízení odborná komise složená z lékaře, sester, sociálních pracovníků.

Komise posoudí, zda zdravotní diagnóza klienta odpovídá možnostem zařízení poskytnout odpovídající rozsah zdravotní péče a sociálních služeb.

V případě naplnění kapacity zařízení je vytvořen čekací listina s úředním ověřením těch klientů, kteří vyžadují neodkladnou péči.



22. října 2010

Vsetínské
NOVINY
tiskovnictví občanské města Vsetína

Vsetiňané ukázali na největší problémy města ▶

(Pokračování ze str. 1.)

Město se však v uplynulém roce nezabývalo jen řešením parkování, ale i dalších problémů, které občané označili. Například pro omezení prodeje alkoholu osobám mladistvým a regulaci negativního chování mládeže byla přijata nová vyhláška o zázkazu kouření na dětských hřištích a sportovištích a městská policie společně se státní policií pokračuje v kontrolách pohostinských zařízení, hřišť a parků.

Jedním z největších problémů loňského roku bylo také málo míst v domovech pro seniory. „Letos byl otevřen domov pro seniory s poruchami paměti na Strmé ulici a Zlínský kraj připravuje výstavbu domova pro seniory na Jasence. Diakonie s podporou města podala žádost o dotaci na rozšíření a rekonstrukci domova pro seniory na Ohradě, kde by mělo vzniknout dalších deset míst,“ uvedl k řešení tohoto problému Gajdušek.

V oblasti podpory zaměstnanosti pak město ve spolupráci se Společností pro komunitní práci Vsetín, úřadem práce a dalšími organizacemi realizovalo projekty, jejichž výsledkem je vznik téměř 50 nových pracovních míst. „Letos zatím realizujeme 6 projektů, jejichž cílem je podpora až 80 osob v oblasti rekvalifikace a vznik až 40 pracovních míst. Dalších 6 nových pracovních míst bylo letos podpořeno v rámci společného grantového programu města a úřadu práce, jehož cílem je podpořit neziskový sektor,“ pokračoval v bilancování Gajdušek.

Pro zlepšení podmínek pro sportování a kulturu pak bylo investováno do stávajících sportovišť přes 25 milionů korun, navíc letos bylo rozhodnuto o vyněti mimo jiné i Lidového domu z konkurzní podstaty firem Wojtoň Kovex, což je základní předpoklad pro zahájení rekonstrukce tohoto kulturního stánku.

A jaké byly největší problémy, které trápí občany v letošním roce? Diskutovalo se o nich u devíti tematických stolů, které se zabývaly kulturou a sportem, dopravou a parkováním, životním prostředím, bezpečností, podnikáním a zaměstnaností, sociální oblastí, školstvím a vzděláváním, bydlením a neziskovým sektorem. Za největší problémy pak byly označeny:

- ✘ Absence hospicového zařízení pro důstojné ukončení života.
- ✘ Negativní dopady dopravy na životní podmínky, zejména na ulici Štěpánské a v Rokytnici v okolí výpadek na Zlín.
- ✘ Podpora místní řemeslné i zemědělské produkce.
- ✘ Nedostatek finančních prostředků pro neziskový sektor.
- ✘ Potřeba změny grantového systému pro podporu sportu mládeže.
- ✘ Negativní chování mládeže jako je vandalismus, alkoholismus.
- ✘ Absence amfiteátru pro možnost vystoupení souborů nebo využití jako letní kino.
- ✘ Negativní dopady provozu hracích automatů.
- ✘ Řešení čistoty města.

- ✘ Absence chráněného bydlení pro osoby se zdravotním postižením.
- ✘ Zřízení jeslí pro děti od 2 do 4 let.

Všemi problémy se budou opět zabývat představitelé města a komise Rady města Vsetína. O konkrétních návrzích opatření pro řešení uvedených problémů však už budou rozhodovat noví zastupitelé, kteří vzešli z komunálních voleb. —jž—

U jednoho z tematických stolů diskutoval s občany i ředitel městské policie Nikolaj Martinák.

Dračí dny sblížily

V rámci mikroprojektu „Dračie Trenčianské Teplice se na konci září u té třídní setkání žáků základních škol jazykových zkušeností, hry a soutěž

Mikroprojekt „Dračie dni“ je doplnkovým projektem k realizovanému mikroprojektu „Vsetín a Trenčianské Teplice - zelená přeshraniční turistice“. Oba projekty jsou spolufinancované z prostředků Evropské unie - Operačního programu přeshraniční spolupráce mezi Slovenskou republikou a Českou republikou. Jejich cílem



PROGRAM
CEZHRANIČNEJ
SPOLUPRÁCE
SLOVENSKÁ REPUBLIKA
ČESKÁ REPUBLIKA

Oprav se doč

Další bezmála tři miliony korun uvolněním zasedání na opravy povrchů chodníků. Oprav by se tak v nejbližší době, ve většině měst, zejména v okolí Zlína.

Hospicová a paliativní péče v domácím prostředí

Rok 1910

85 % lidí umíralo doma.

15 % lidí končilo svůj život v nemocničních a sociálních zařízeních nebo na ulici.

Rok 2010

80% lidí si představuje konec života mezi svými blízkými.

80% lidí umírá v sociálních a zdravotnických zařízeních.

NAŠE INZERCE

◆ Hledám práci v dopol. hodinách i so a ne – hlídání dětí, péče o nemoc. osoby, výpomoc v kuchyni, pokojská a pod. Tel.: 736 187 822.

◆ Koupím starší ojeté auto na splátky. Volejte 608 533 778.

◆ Prodám byt 2+1 v Rokytnici, os. vl. tel.: 732 621 991.

◆ TAOISTICKÉ TAI CHI ve Vsetíně. Zveme vás na ukázkovou hodinu v úterý 22. února od 18.00 hodin v tělocvičně SOŠ Jos. Sousedíka Vsetín, Rybníky. Jemné cvičení protahuje, posiluje a uvolňuje celé tělo, je vhodné pro každý věk. Prosíme o přezutí sebou. Bližší informace <http://www.taoist.cz>. Kontakt: 721 052 562.

Na podzim roku 2010 realizovala organizace Zdislava Vsetín, o.p.s. – domácí pečovatelská služba za finanční pomoci Sociálního fondu Zlínského kraje projekt Hospicová a paliativní péče v domácím prostředí.

Snahou projektu bylo pojmenovat toto dosud často tabuizované téma, připravit propagační brožuru pro rodinné pečovatele a proškolit pracovníky organizace v péči o terminálně nemocné.

Výstupy projektu jsou k dispozici na webových stránkách organizace: www.agentura-zdislava.cz.

Mgr. Helena Petroušková

Vsetínská správní a investiční,
příspěvková organizace

NABÍZÍ K PRONÁJMU NEBYTOVÉ PROSTORY:

Smetanova 1484 (věžák)

- kanceláře v 7. NP 14 - 30 m²
- zasedací místnost 64 m²
- kanceláře v 5. NP od 14 do 37 m²

Rokytnice 413 – Kotovo

- 2 kanceláře 15 a 18 m²

Sychrov č. p. 53

- kancelář 37 m²

Smetanova 1056 – 2. NP lego

- obchod cca. 22 m²
- obchod cca. 41 m²

Informace na tel.: 571 491 219,
p. Hříbková nebo na vývěsce
VSI před městským úřadem.



MONEL - LÁNO, s.r.o
Fotovoltaické elektrárny
Elektroinstalace
tel.: 603 915 379
www.monel-lano.cz