

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Tereza Losová



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra klinických a preklinických oborů

Bakalářská práce

Vnímání hospicové paliativní péče
rodinnými příslušníky klientů
hospitalizovaných v hospicu

Vypracovala: Tereza Losová

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na poskytování hospicové péče. Zmiňuji zde obecnou charakteristiku hospicové péče. Součástí je i historický vývoj od úplného počátku, kdy péči o umírající zajišťovala především rodina až po založení prvního hospice a jeho vývoj a dále historické formy péče o umírající.

V další kapitole rozebírám jednotlivé formy hospicové péče, které zahrnují domácí hospicovou péči laickou, odbornou, stacionární a lůžkovou.

Ostatní kapitoly věnuji tématům úzce spojených s hospicovou problematikou jako je např. stáří a změny se stářím spojené, paliativní medicínu a její principy, smrt a stadia vyrovnávání se se smrtí.

Stáří je nevyhnutelné a stejně důležité jako ostatní životní etapy. Změny spojené se stářím ve své práci rozdělují na změny tělesné, psychické a sociální.

Paliativní medicína je zdravotnická péče, kterou poskytuje hospic. Cílem paliativní medicíny je dosažení nejlepší možné kvality života nejen pacientů, ale i jejich rodin. Zajišťuje, aby člověk mohl co nejplněji a nejaktivněji prožít poslední chvíle, pokud možno s rodinou a nejbližšími.

Samostatnou kapitolu věnuji smrti, jež je přirozeným důsledkem života, zmiňuji zde, jak to bylo se smrtí v minulosti, ale především se věnuji modelu vyrovnávání se se smrtí dle Elizabeth Kübler-Ross.

Poslední kapitolu věnuji konkrétně Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích, který byl za účasti vysokých státních, krajských a církevních činitelů slavnostně otevřen 1. listopadu 2005.

Z výzkumné části mé práce vyplývá, že hospicovou péči vnímají rodinní příslušníci kladně. Je to především díky zajištění profesionální zdravotní péče, výborně sešranému a ochotnému personálu a také díky neomezenosti návštěv. Pozitivně vnímáno bylo také prostředí, ať už venkovní, díky krásnému parku, ale také vnitřní. Interiér hospice totiž nepřipomíná žádné neosobní zdravotnické zařízení, ale působí dojmem útulného domova.

Abstract

In my bachelor's work I focused on providing a hospice care. I mentioned general attributes of hospice care. Part of it is also a historical development from the very beginning, where the care of dying persons was provided mainly by family's members. Next step of the care was establishment of the first hospice. I also mentioned all historical forms of care and its development.

In the next the chapters I analyze particular forms of hospice care, which covers non-professional home hospice care and professional hospice care, both stationary and care on the bed.

In the rest of the chapters I analyzed themes which are closely connected with the hospice care, e.g. old age and changes accompanied with it, palliative medical care and its principle and finally a death and phases of reconciliation with the death.

Old age is inevitable and it is as important as other phases of live cycles. In my work I divided changes connected with the old age to changes physical, physical and social.

Palliative medical care is a medical care which is provided by hospices. Target of palliative medical care is an achievement of the most possible quality of life of the patients and their families too. Palliative medical care enables filled and most possible active life to the end, possibly with family and close relatives.

Separate chapter is focused on the death, which is considered as a natural consequence of life. Here I mentioned how it was with the death in the past. Finally I concentrated on a scheme of reconciliation with the death according to Elizabeth Kubler-Ross.

In the last chapter I focused on the Hospice St. Jana N. Neumanna in the city of Prachatice. The hospice was ceremonially opened on 1st. November 2005. From the research part of my work suggests that hospice care is perceived positively family members. It is mainly through the provision of professional medical care, excellent and helpful staff and also due to the unlimited visits. We were also positively perceived environment, whether outdoors, thanks to the beautiful park, but also internal. The interior resembles a hospice is no impersonal medical equipment, but gives the impression of a cozy home.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12. 8. 2015

.....

(Tereza Losová)

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí práce Mgr. Petře Zimmelové Ph.D. za odborné vedení, ochotu a cenné rady při zpracování této práce.

OBSAH

ÚVOD	9
O HOSPICOVÉM HNUTÍ	10
1 Myšlenka hospice	10
1. 1 Definice pojmu hospicové péče	11
1. 1. 1 Dle WHO (Světové zdravotnické organizace)	12
1. 1. 2 Dle MZ ČR (Ministerstva zdravotnictví České republiky)	12
1. 1. 3 Dle světové organizace domácí a hospicové péče	12
1. 2 Historie hospicové péče	12
1. 2. 1 Historické formy péče o umírající	13
1. 3 Formy hospicové péče	14
1. 3. 1 Domácí hospicová péče laická	14
1. 3. 2 Domácí hospicová péče odborná	15
1. 3. 3 Stacionární hospicová péče	16
1. 3. 4. Lůžková hospicová péče	17
1. 4 České mýty o hospicích	17
2 DOPROVÁZENÍ TĚŽCE NEMOCNÝCH	19
2. 1 Stáří 21. století v České republice	19
2. 1. 1 Změny způsobené stářím	21
2. 1. 2. Podpora zdravého stárnutí	23
2. 2 Paliativní medicína	24
2. 2. 1 Principy paliativní medicíny	25

2. 3 Smrt.....	26
2. 3. 1 Stadia vyrovnávání se se smrtí (dle Elizabeth Kübler-Ross)	27
3 HOSPIC SV. JANA NEUMANNA V PRACHATICÍCH	29
3. 1 Úhrada za služby.....	29
3. 2 Poradna a půjčovna kompenzačních pomůcek	30
3.3 Vzdělávací centrum	31
4 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	32
4. 1 Cíl výzkumu.....	32
4. 2 Výzkumná otázka	32
5 METODIKA	33
6 VÝSLEDKY	35
7 DISKUZE	47
8 ZÁVĚR	50
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	51
PŘÍLOHY	55

ÚVOD

"V hospici se pod rouškou starostí skrývá nevšední tvář radosti."

PhDr. Robert Huneš

Umírání a smrt jsou velmi těžká lidská témata, o které se však dnešní populace začíná zajímat. V této souvislosti vznikají taková slovní spojení, jako je např. důstojné stáří či důstojný odchod ze života. A právě za tímto účelem vznikla hospicová hnutí.

Hospic je zařízení, jež pečuje o pacienty v terminální fázi jejich onemocnění. Přichází na řadu ve chvíli, kdy medicína vyčerpala veškeré možnosti vedoucí k vyléčení a nepostačuje, či není možná v domácím prostředí.

Hospicová péče klade důraz na jedinečnost člověka a respektuje jeho lidskou důstojnost. Péče se odehrává v multidisciplinárním týmu, který zahrnuje lékaře, zdravotní sestry, psychology, sociální pracovníky atd. a především dobrovolníky, kteří mají pro hospicovou péče velký význam. Moderní hospicová paliativní péče se zaměřuje nejen na hospitalizované klienty, ale zejména také na jejich rodinné příslušníky. Být obklopený svou rodinou a nejbližšími, které máme rádi a na kterých nám záleží, je pro klienty hospice to nejdůležitější.

Myšlenka zřídit hospic se rodila někdy na zlomu tisíciletí. První moderní hospic byl založen v 60. letech minulého století a od té doby se hospicové hnutí ve světě šíří velmi rychle. V České republice se v současné době nachází celkem 18 hospiců.

O HOSPICOVÉM HNUTÍ

1 Myšlenka hospice

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. (Svatošová, 1995)

Hospic nemocnému garantuje, že:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen (Svatošová, 1995)

Slovo hospic pochází z německého Hospitz - noclehárna spravovaná církví, ale vztahuje se k lat. Hospitium - pohostinství, přátelské přijetí, hostinec (Umírání, 2014). Anglický výraz hospic znamená útulek nebo útočiště (Haškovcová, 2007).

Útulek, útočiště pro poutníky, obvykle zřízený, nebo obývaný řeholníky. Ve středověku byl tento termín používán pro domy odpočinku, které sloužily zejména poutníkům při cestách do Palestiny (Misconiová, 1998).

Myšlenku hospice lze při dobré vůli a za předpokladu splnění určitých podmínek uplatnit kdekoliv. Jde o to naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny. Důraz je kladen především na kvalitu života nemocného a to kvalitu života až do konce, doslova do posledního vydechnutí. (Svatošová, 1995)

Hospic je zařízením, jež pečuje o pacienty v terminální fázi jejich onemocnění a přichází na řadu ve chvíli, kdy medicína vyčerpala veškeré možnosti vedoucí k vyléčení a nepostačuje, nebo není možná v domácím prostředí. (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2015)

Kvalita života umírajících je spojena se zajištěním takových podmínek, které dovolí umírajícímu prožít své poslední dny v prostředí známém, v kruhu svých blízkých, bez fyzické i duševní bolesti a zbytečného utrpení (Misconiová, 1998).

Doprovázení umírajících ubere kus sil, ale přidá kus moudrosti a zralosti. Právě od našich umírajících pacientů se učíme poznávat pravé hodnoty života. Kdybychom byli schopni dosáhnout stadia přijetí již v mládí, prožili bychom mnohem smysluplnější život, dokázali bychom se radovat z maličkostí a jistě bychom měli i jiný žebříček hodnot (Kübler-Ross, 1994).

Personální obsazení

Rozhodně v hospici nemůže pracovat každý. Nestačí jenom být lékařem, zdravotní sestrou, ošetrovatelkou; odbornost je sice bezpodmínečně nutná, celoživotní vzdělávání je samozřejmou povinností všech, ale to samo o sobě nestačí. V hospici může pracovat jen ten, kdo má skutečně a bezvýhradně rád lidi. Ale i to je ještě nedostatečné. V hospici nikdy dlouho nevydrží pracovat ten, kdo není vyrovnán se svou vlastní konečností, se svou vlastní smrtelností (Svatošová, 1995).

V čele hospice stojí lékař a skladba zdravotnických pracovníků je obdobná jako v nemocnicích (sekundární lékaři, staniční sestry, zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci, ošetrovatelky atd.) Důraz je kladen na přítomnost sociální pracovnice, psychologa, kněze a pastoračního asistenta (Haškovcová, 2007).

Žádný hospic se neobejde bez dobrovolníků. Především oni mají velkou zásluhu na tom, že se prostředí hospice podobá více láskyplnému a útulnému domovu než nemocnici. Dobrovolníci jsou plnohodnotnými členy hospicového týmu a jejich práce je společensky vysoce ceněna. Tyto profese jsou zajišťovány velmi pečlivě vybranými a plně kvalifikovanými zaměstnanci (Svatošová, 1995).

1. 1 Definice pojmu hospicové péče

Hospicová péče je dle různých pramenů pojímána v rámci obecných principů podobně, rozdíly je možné identifikovat v komplexnosti vnímání potřeb umírajícího, např. ve vztahu k jeho prostředí, sociálním vztahům a potřebám jeho blízkých (Misconiová, 1998).

1. 1. 1 Dle WHO (Světové zdravotnické organizace)

Hospicová péče je integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče poskytovaná klientům všech indikačních, diagnostických a věkových skupin, u nichž je prognózou ošetřujícího lékaře předpokládána délka dalšího života v rozsahu méně než 6 měsíců. V rámci hospicové péče je poskytována zejména paliativní péče (Misconiová, 1998).

1. 1. 2 Dle MZ ČR (Ministerstva zdravotnictví České republiky)

Hospicová péče je komplexní multidisciplinární paliativní péče, kterou tvoří souhrn odborných lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačních činností, poskytovaných terminálně a preterminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny potíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohlednit bio-psycho-sociální potřeby nemocného (MZ ČR, 1998).

1. 1. 3 Dle Světové organizace domácí a hospicové péče

Hospicová péče je centrálně řízený program paliativní péče-cíleně zaměřený na zmírnění symptomů nemoci u terminálně nemocných, kterým bylo prognosticky určeno pravděpodobné přežití v maximálním rozsahu do šesti měsíců. Filosofii hospicové péče je úcta k životu a umožnění maximální kvality života umírajícímu člověku, realizované poskytováním péče a podpory umírajícím a jejich rodinám. Život má být žit tak plně a bez zbytečného utrpení, jak jen to je možné. Smrt je vnímána jako nedílná součást života každého jedince. Hospicová péče smrt neoddaluje ani neurychluje (MZ ČR, 1997).

1. 2 Historie hospicové péče

Haškovcová (2010) uvádí, že z historického pohledu pečovala o nemocné a umírající u nás především rodina. Tradiční model umírání se na území dnešní České

republiky odehrával v domácím prostředí za účasti všech rodinných příslušníků a blízkých, kteří pomáhali spolu s duchovním ulehčit poslední hodinku umírajícímu. Umírání mělo charakter sociálního aktu a tak každý člen rodiny věděl, že nezemře opuštěn. Součástí rituálu umírání byla poslední vůle, zpověď a svátost smíření.

Ve středověku byl termín hospic používán pro domy odpočinku, které sloužily zejména poutníkům při cestách ke Svatému hrobu v Palestině (Misconiová, 1998).

Hospicová péče je poměrně mladou disciplínou, a to z celosvětového pohledu. Prvý hospic moderního typu byl založen příslušnicí Charity irských sester madam Cicely Saundersovou v Londýně v roce 1967 (Historie hospicového hnutí a situace v ČR, 2014).

V České republice je historie hospicové péče poněkud kratší, první oddělení paliativní péče bylo otevřeno až v listopadu 1992 v rámci nemocnice TRN v Babicích nad Svitavou nedaleko Brna (Haškovcová, 2007).

O vznik samostatného lůžkového hospicu se zasloužila lékařka Marie Svatošová, zakladatelka občanského sdružení na podporu domácí péče a hospicového hnutí „Ecce Homo“, jehož prvním počinem bylo zbudování Hospice Sv. Anežky České v Červeném Kostelci (Haškovcová, 2007).

V současné době existují ve světě řádově tisícovky hospiců, zejména v západní civilizaci. Strategie poskytování hospicové péče je zde založena především na husté síti domácích hospiců doplněných lůžkovými hospici (Historie hospicového hnutí a situace v ČR, 2014).

1. 2. 1 Historické formy péče o umírající

Péči o nemocné a staré lidi zajišťovala tradičně a téměř bezvýhradně rodina a proto ležela tato péče často mimo horizont společenského dění. Ve chvíli, kdy rodina na péči nestačila, nemohla nebo nechtěla pečovat, potřební se dostávali na okraj společnosti a stávali se břemenem, které vzhledem k vzrůstajícímu počtu nebylo možné přehlížet (Haškovcová, 2010).

Nutně se tedy musely začít rozvíjet charitativní formy pomoci a péče, iniciované bohatými lidmi, církevními i laickými snahami o zlepšování situace takto potřebných. Postupně byly zakládány chudobince, později transformované na špitály, jejichž provoz a vedení zajišťovaly kláštery, později za podpory obecních a městských rad (Haškovcová, 2007).

Dalším typem ústavní péče byly klášterní nemocnice, ty ovšem byli určeny pouze pro velmi omezený okruh nemocných, převážně z řad řeholníků a šlechtických rodin (Křivohlavý, 1991).

V 17. století se postupně začaly měnit i nemocnice směrem k dnešní terapeuticky pojímané péči, začínalo se více skutečně léčit a azylový charakter těchto zařízení se tak postupně vytrácel (Haškovcová, 2010).

Ve druhé polovině 20. století byly budovány jednotlivé systémy zdravotnické a sociální péče, tyto systémy byly radikálně oddělovány, následně se v průběhu času ukázalo, že takové rozdělení je spíše ke škodě (Haškovcová, 2002).

1. 3 Formy hospicové péče

1. 3. 1 Domácí hospicová péče laická

Je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující (Svatošová, 1995).

Domácí hospicová péče laická nabízí podporu rodinám, které se rozhodly umožnit svému blízkému zemřít v domácím prostředí, důstojně, s respektem na potřeby jeho a jeho blízkých (Acmepece, 2014).

Domácí hospicová péče laická je poskytována umírajícím všech věkových skupin, u kterých nevyžaduje jejich stav odbornou péči a těm, kteří mají takové sociální podmínky, které dovolují poskytování péče bez ohrožení, či snížení kvality života umírajících a jejich blízkých (Misconiová, 1998).

Domácí hospicová péče laická je poskytována tzv. pečovatelem - člen rodiny, příbuzný, dobrovolník atd. (Misconiová, 1998).

Součástí domácí hospicové laické péče je rodinná péče a pomoc blízkých, sousedská výpomoc, péče dobrovolníků, cílená sociální a materiální pomoc státní správy a samosprávy (Misconiová, 1998).

Domácí hospicová péče laická v sobě kombinuje péči ošetrovatelskou, lékařskou, psychologickou a duchovní. Těžce nemocný potřebuje svoji rodinu a rodina potřebuje oporu, která jim pomůže zvládnout toto těžké období. Péče vychází z přání a potřeb nemocného a jeho rodiny. Důležitá je i péče o rodinu nemocného, neboť poslední dny a týdny života jejich blízkého jsou náročné a vyčerpávající. Ošetřující rodině je nabídnuta pomoc ve chvílích strachu a nejistoty. Poslední dny života mohou být naplněny smířením, odpuštěním, poděkováním a důstojným završením života (Acmepece,2014).

1. 3. 2 Domácí hospicová péče odborná

Domácí hospicová péče odborná je integrovanou formou zdravotní, sociální a laické péče, poskytovanou umírajícím v jejich vlastním sociálním prostředí (Misconiová, 1998).

Doplňuje, či nahrazuje domácí hospicovou péči laickou a je dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu (Misconiová, 1998).

O přijetí do domácí péče rozhoduje ošetřující lékař svým doporučením, se kterým musí pacient souhlasit prostřednictvím informovaného souhlasu a současně musí být zajištěna osoba z okruhu blízkých pacienta, která bude zodpovědná za kontinuální péči 24 hodin denně (Haškovcová, 2007).

Domácí hospicová péče odborná je poskytována multidisciplinárním týmem složeným dle aktuálních potřeb umírajícího, či jeho blízkých. Tým zahrnuje odborné lékaře, sestry, rehabilitační pracovníky, sociálního pracovníka, psychologa, či duchovní (Misconiová, 1998).

Domácí hospicová péče odborná je ordinována ošetřujícím lékařem po hospitalizaci klienta (Misconiová, 1998).

1. 3. 3 Stacionární hospicová péče

Je určena mobilním klientům, jejichž stav nevyžaduje umístění na lůžko. Klient je zpravidla v ranních hodinách přijat do stacionáře, a odpoledne nebo k večeru se vrací domů (Haškovcová, 2002).

Dopravu nemocného zařizuje buď rodina, nebo hospic. Záleží na domluvě a místních podmínkách. Je pochopitelné, že tato forma je vhodná pouze pro nemocné v místě nebo z blízkého okolí (Svatošová, 1995).

V určité fázi onemocnění může být stacionární hospicová péče pro některé nemocné tím nejvhodnějším řešením. Svatošová (1995) uvádí tyto důvody takových pobytů:

Diagnostický důvod - nejčastěji za účelem kontroly bolesti, kterou se doma nepodařilo zvládnout, ale důvodů k diagnostickému pobytu může být celá řada.

Léčebný důvod - např. za účelem aplikace chemoterapie a nejrůznější paliativní léčby. Když se tak pod odbornou kontrolou podaří např. vyladit dávky léků tišících bolest, může nemocný opět zůstat v domácí péči.

Psychoterapeutický důvod - ten mívají k přijetí zvláště nemocní osamělí anebo ti, s nimiž rodina nechce nebo prostě není schopna o jejich problémech hovořit. Ti pak někdy velice rádi docházejí za svojí "vrbou" do hospice.

Azylový důvod - bývá dosti častý. Čeho je moc, toho je příliš a když nemoc trvá dlouho, potřebuje si občas odpočinout na chvílku jak rodina od nemocného, tak nemocný od své milující a milované rodiny. Není na tom nic špatného. Naopak, může to být skvělé preventivní opatření, které zabrání pozdější zbytečné hospitalizaci, ale i vyčerpání rodiny, někdy i konfliktům, které mohou ještě po létech člověka mrzet.

1. 3. 4. Lůžková hospicová péče

Důvodem lůžkové hospicové péče může být vše, co bylo uvedeno u péče stacionární, a to tehdy, není-li možné každodenní dojíždění nemocného, buď pro jeho zdravotní stav, nebo vzdálenost bydliště od hospice (Svatošová, 1995). Přijetí nevyléčitelně nemocného do hospicového programu je podmíněno jeho právoplatným informovaným souhlasem (Misconiová, 1998).

Režim dne v lůžkovém hospici se od nemocnice dosti výrazně liší, a je-li to jen trochu možné, určuje si ho sám pacient. Nikdo ho ráno nebudí s teploměrem, spí podle své vůle a potřeby. Myje se, kdy chce, jí kdy chce a v rámci možností, i co chce (Svatošová, 1995).

V popředí je snaha, aby hospic nemocnému připomínal spíše domov než nemocnici (Minibergerová, Dušek, 2006). Důraz je kladen na kvalitu života, a pokud není zdravotní důvod k celodennímu ležení v pyžamu v posteli, nemocný se ráno oblékne do svých šatů a může se pohybovat jak v objektu hospice, tak s vědomím personálu, i mimo něj (Svatošová, 1995).

Není pravda, že nemocný, který přijde na hospicové lůžko, na něm musí i zemřít (Minibergerová, Dušek, 2006).

Všechny hospice mají řadu společných prostor, kde se mohou nemocní i jejich návštěvy, včetně dobrovolníků hospice, neomezeně scházet. Všechny prostory hospice musí být bezbariérové, aby byly dostupné i nemocným na lůžku - to platí jak pro společenskou místnost, tak pro kapli i pro zahradu (Svatošová, 1995).

1. 4 České mýty o hospicích

Haškovcová (2007) uvádí tyto mýty o hospicích:

Hospic je dům smrti

Přestože nemocný je přijat do hospicového programu skutečně s vysokou pravděpodobností, že nakonec v hospici zemře, je třeba uvedený názor korigovat a to proto, že hospic poskytuje péči, která umožňuje nemocným vést i v přítomnosti smrti

důstojný a hodnotný život. Označení dům smrti haní ušlechtilé cíle i vstřícný přístup k trpícím lidem.

Hospic se hodí pro všechny umírající

Hospicový program není vhodný pro všechny lidi na konci jejich životní cesty. To proto, že ne všichni splňují základní podmínky přijetí. Indikace pro přijetí se zakládá na následujících kritériích:

- postupující choroba ohrožuje pacienta na životě
- nemocný toho času nepotřebuje nemocnici – nemá mu co nabídnout
- nemocný potřebuje paliativní léčbu
- nestačí nebo není možná domácí péče

Hospic je luxusní léčebna pro dlouhodobě nemocné

Záměna hospiců s jinými zařízeními je běžná, ale věcně nesprávná. Někteří staří nemocní lidé nejsou schopni poskytnout informovaný souhlas, a tudíž nemohou využít aktivní hospicový program. Nesplňují ani kritérium výrazně limitované doby života. Samotný věk však není kontraindikací k přijetí do hospice.

Hospic je jen pro věřící

Církev jsou nezřídka zakladateli nebo plnými či částečnými provozovateli hospiců. To je zřejmě důvod, který vede k chybným závěrům, že do hospicové péče může být přijat pouze věřící. Ve většině hospiců se nachází modlitebna, ale bohoslužby jsou důsledně ekumenické (všeobecné, světové, týkající se všech křesťanských církví). Pokud se některý pacient považuje za nevěřícího, nemusí se bohoslužeb účastnit a odmítnutí spirituální pomoci je respektováno (Haškovcová, 2007).

2 DOPROVÁZENÍ TĚŽCE NEMOCNÝCH

2. 1 Stáří 21. století v České republice

Stáří je nevyhnutelnou perspektivou každého živého tvora (Haškovcová, 1990). Etapa stáří je stejně důležitá jako každá jiná a zaslouží si stejný důraz na rozvoj jako dospělost a mládí (Klevetová, 2008).

Stáří není choroba, i když je zvýšeným výskytem chorob provázeno, a ztráta soběstačnosti není nezbytným zákonitým důsledkem stárnutí. Zdravotní a funkční stav seniorů se historicky generačně zlepšuje a je účelné, smysluplné a aktivně usilovat nejen o zabezpečení nemocných a závislých starých osob, ale především o další zlepšování zdravotního a funkčního stavu (Kalvach, 1997). Stářím potom označujeme výsledný stav, který vznikl procesem stárnutí (Minibergerová, Dušek, 2006).

Stárnutí je v podstatě dlouhodobý proces, jenž začíná velmi brzy a trvá celý život (Dessaint, Dlabalová, 1999). Jde o proces individuální, který probíhá značnou inter individuální variabilitou danou nejen různou genetickou výbavou, ale také různými životními podmínkami, interakcemi s prostředím, odlišným zdravotním stavem i životním způsobem (Kalvach, 1997).

Lidstvo provází po celou dobu jeho existence zájem o procesy stárnutí, pátrání po příčinách a důvodech stárnutí (Pokorná, 2010).

V současné době se významně zvyšuje průměrný věk populace vyspělých zemí světa a tento trend je patrný i u nás. Naše společnost proto hledá východiska, která by umožnila, aby lidé ve vyšším věku žili smysluplně, zajímali se o své okolí, prožívali své radosti a především aby jim to umožnilo jejich zdraví (Štílec, 2004).

Dle Klevetové a Dlabalové (2008) lze stanovit tři kategorie stáří, podle způsobu života:

- ÚSPĚŠNÉ STÁŘÍ (25%)

Lidé z této skupiny tvoří elitu mezi starými lidmi. Jsou velmi aktivní, vitální, čilí, zvědaví, otevření novým věcem a dokážou stále experimentovat (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Lidé se dožívají stáří ve stále lepší kondici než minulé generace. K hlavním důvodům patří civilizační vývoj, prevence chorob a změny životního stylu označované jako úspěšné stárnutí. K jeho důsledkům patří i vytváření společnosti bez věkových bariér, v níž se příznivě mění i role a aktivity seniorů. Vzrůstají ambice, ale i zodpovědnost starých lidí za kvalitu jejich života a seberealizaci (Boučková, 2007).

- NEÚSPĚŠNÉ STÁŘÍ (10%)

Tito lidé jsou smutní, zmatení, nudí se a neumí se během dne zaměstnat. Mají často špatnou náladu, zlobí se a neustále si na něco stěžují (Klevetová, Dlabalová, 2008).

- OČEKÁVANÉ STÁŘÍ (65%)

Stáří a smrt představuje pro tuto skupinu lidí přirozené vyústění, na které je potřeba pasivně čekat. Spokojují se s všedním, jednotvárným životem, nevyhledávají nové zkušenosti a nejsou aktivní (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Hodnoty skrývající se za těmito kategoriemi mohou být diskutabilní. Přijmout stáří a vyrovnaně očekávat smrt může být úctyhodné, stejně jako může být pochybné, když se někdo za každou cenu snaží být aktivní (Dessaint, Dlabalová, 1999).

Na celém světě přibývá starších lidí. S prodlužující délkou života se stále více lidí dožívá vysokého věku (Klevetová, 2008).

Péče o staré občany se stává zájmem a aktivitou civilizované společnosti. Stárnutí populace je celosvětovým problémem, který je potřeba nejen akceptovat, ale také mu přizpůsobit další vývoj civilizované moderní společnosti, v níž má každý jedinec právo na kvalitní život (Pokorná, 2010).

2. 1. 1 Změny způsobené stářím

Přestože každý člověk prožívá svůj život originálním způsobem, lze se shodnout na významných okamžicích, které přicházejí s vyšším věkem. Změny se odehrávají v rovině tělesné, psychické i sociální (Venglářová, 2007).

Tělesné změny

Ve stáří dochází k omezování jednotlivých tělních systémů (Novotný, Hruška, 2002). Jednotlivé systémy v těle zaznamenávají zpomalení a oslabení dřívějších funkcí a pokles biologických adaptačních mechanismů (Klevetová, 2008).

Změny však neprobíhají u každého jedince stejně, jsou determinovány genetickými dispozicemi a životním stylem (Klevetová, 2008).

Holmerová, Jurášková a Zikmundová (2002) říkají, že stárnutí je proces individuální, který probíhá u jednotlivých lidí rozdílně, přesto existují obecné rysy, které stáří charakterizují. Tyto změny se týkají různých systémů následujícím způsobem:

Adaptační schopnost

Tato schopnost je ve stáří snížena, starší lidé hůře a pomaleji reagují na veškeré změny vnitřního a vnějšího prostředí.

Srdce a cévní systém

Ve stáří dochází ke snížení elasticity cév a ke snížení průtoku krve.

Pohybový systém

Ve stáří dochází k úbytku svalové hmoty a kostní hustoty. V důsledku toho jsou kosti křehčí, ochranná funkce svalového aparátu menší a dochází k častým zlomeninám.

Nervový systém

Ve stáří pravidelně přicházejí senzorické poruchy = zhoršení zraku, sluchu i chuti. Omezená je také propriocepce tzn. ta část vnímání, která umožňuje identifikovat průběh a stav hybnosti.

Vylučovací systém

Ve stáří je snížena funkce ledvin, a to jak jejich filtrační, tak koncentrační schopnost.

Psychické změny

Psychické stárnutí přináší přehled nových poznatků souvisejících s problematikou stárnutí a stáří. Popisuje negativní stereotypy spojené se stárnutím a upozorňuje na nejnovější poznatky diferenciatní gerontologie. Zabývá se tzv. úspěšným stárnutím a jeho sebehodnocením. Popisuje očekávání spojená se stárnutím i to, jak se v procesu stárnutí a ve stáří mění některé funkce a procesy (Šolcová, 2011).

Vystihnout podstatné osobnostní rysy staršího člověka je značně komplikované, protože se každý utváří v odlišných společenských a sociálních podmínkách. (Štilec, 2004).

Za nejobecnější charakteristiku stárnutí se považuje zpomalení psychiky (Štilec, 2004). Změny psychiky se mohou projevit zejména v poznávacích schopnostech – vnímání, pozornost, paměť, představy, myšlení. Často dochází ke snížené schopnosti adaptace na nové životní situace a podmínky, toto snížené vnímání způsobuje strach, úzkost a přináší nejistotu (Klevetová, 2008).

Mezi psychické změny ve stáří můžeme dle Venglářové (2007) zařadit:

- zhoršení paměti
- obtížnější osvojování nového
- nedůvěřivost
- snížená sebedůvěra
- sugestibilita
- emoční labilita
- změny vnímání
- zhoršení úsudku

Sociální změny

Sociální změny ve stáří jsou dány změnou rolí životního způsobu a ekonomického zajištění (Kalvach, 1997).

Důležitým momentem je odchod do důchodu. Vyrovnat se s tím není snadné, protože s odchodem do důchodu mění člověk svou identitu a s touto realitou se musí vyrovnat a přijmout ji (Minibergerová, Dušek, 2006).

Partnerova smrt je jednou z nejtěžších zkoušek, se kterou se staří lidé musí vyrovnat. Partner, jenž zůstává, cítí opravdové roztržení, něco se rozbíjí, jedna část jeho bytosti umírá (Minibergerová, Dušek, 2006).

K sociálním změnám u seniorů dále patří: změna životního stylu, stěhování do zařízení sociální péče, ztráta přátel, osamělost, finanční obtíže atd. (Venglářová, 2007).

Je nesmírně důležité chápat stáří v jeho souvislostech pohledem biopsychosociálním. Medicína stále podceňuje somatizaci psychických problémů a hledá potíže v tělesných orgánech (Klevetová, 2008).

2. 1. 2. Podpora zdravého stárnutí

WHO (2002) vymezila zdravé stárnutí jako „proces optimalizace příležitostí pro zdraví, participaci a bezpečí s cílem zvýšení kvality života v průběhu stárnutí.“

Do roku 2020 by měli mít lidé nad 65 let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti (Zdraví21, cíl 5).

Podpora zdraví a zdravotní informace o zdravé výživě mají prokázaný efekt v každém věku. Trénink paměti a další duševní aktivity dokážou zabránit rozvoji demence nebo ho zpomalit. Sociální kontakty a pocit potřebnosti a užitečnosti u starých lidí snižují výskyt deprese a psychiatrických onemocnění (SZÚ, 2015).

Cílem zdravého stárnutí je prodloužení zdravého života v souladu s hodnotami jedince, jeho způsobem života a v jeho vlastním prostředí. Koncept úspěšného stárnutí a scénář komprese morbidit předpokládá, že délka života ve zdraví se bude zvyšovat

rychleji než střední délka života. Jinými slovy, že délka života v nemoci a disabilitě se zkrátí (WHO, 2002).

2. 2 Paliativní medicína

Paliativní medicína bývá označována jako nová specializace. Jde však o nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínu. Vždyť celá historie medicíny je především ve znamení tlumení symptomů (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004).

Definice paliativní medicíny dle WHO: Paliativní medicína je léčba o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.

Obsah pojmu paliativní medicína není ustálen. V každém případě je slovo pallium latinského původu a znamená plášť nebo obal. Použití slova paliativní znamená, že cílem je poskytnout nemocnému ochranu (plášť) v extrémně nepříznivé situaci hrozícího vlastního zániku (Haškovcová, 2007).

Paliativní neboli útěšná medicína představuje ucelený a nadějný systém pomoci umírajícím a jejich rodinám (Haškovcová, 2007). Koncept paliativní medicíny vychází z filozofického přesvědčení, že smrt je součástí života (Minibergerová, Dušek, 2006). Paliativní péči můžeme považovat za protipól eutanazie. Její historie je velice krátká, sahá pouze do sedmdesátých let minulého století (Dolista, Sapík, 2007).

Odborníci ve Velké Británii podobně uvádějí, že paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života (MZ ČR, 1990).

Světová zdravotnická organizace podporuje paliativní medicínu a konstatuje, že paliativní péče:

- poskytuje úlevu od bolesti a jiných forem utrpení,

- přisvědčuje životu a chápe umírání jako přirozený proces,
- neusiluje ani o urychlení, ani o nepřiměřené zadržování smrti,
- integruje psychologické a spirituální aspekty péče o pacienty,
- nabízí systematickou podporu pacientům, která jim dovoluje žít přiměřeně aktivní život až do smrti,
- nabízí rovněž systematickou podporu rodinám nemocných, která jim umožňuje vyrovnat se s pacientovým onemocněním i s vlastním zármutkem,
- pěstuje týmový přístup, který umožňuje účinně reagovat na potřeby pacientů a jejich rodin, včetně konzultací v době zármutku, jsou-li zapotřebí,
- podporuje kvalitu života a může pozitivně ovlivňovat průběh onemocnění (MZ ČR, 1990).

Z uvedeného vyplývá, že důraz je kladen na kvalitu nemocí omezeného života, který se rozhodně nemá stát stadiem obtížného přežívání těžkých chvil (Haškovcová, 2007).

2. 2. 1 Principy paliativní medicíny

Obecně platí, že paliativní péče má být zahájena tehdy, když jsou negativní důsledky kurativní terapie větší než očekávaný přínos. Protože kurativní léčba je redukována, nebo zcela chybí, je paliativní péče koordinovaným programem odborných i podpůrných služeb prováděných v hospici, dalších institucích, nebo doma (Haškovcová, 2007).

Principy paliativní péče jsou v současnosti stále ve větší míře zahrnovány do lékařské kultury všech zemí. Avšak jejich uvádění do života se i dnes střetává s řadou problémů. Lékařský personál je v této problematice nedostatečně vyškolen (Dolista, Sapík, 2007).

Základní principy paliativní péče:

- komplexní, celostní přístup k léčbě, která zahrnuje oblast tělesnou, psychickou, sociální a spirituální
- uplatňuje se interdisciplinární týmová péče – lékař, sestra, rehabilitační pracovník, sociální pracovník, psycholog, dobrovolníci. Součástí týmu je i rodina
- převažují symptomatické léčebné postupy, ale uplatňují se i kurativní postupy. Cílem je úleva od obtěžujících symptomů, komfort a kvalita života
- komunikace, naslouchání, empatie a autentičnost poskytované péče všemi členy týmu
- dostupnost péče 24 hodin
- zvážení nejvhodnější alternativy pro místo poskytování péče (Topinková, 2005)

Principy paliativní péče byly zavedeny v České republice poprvé v hospici Anežky České v Červeném Kostelci v lednu 1996, kde velký podíl na jeho otevření má bezesporu MUDr. Marie Svatošová (Dolista, Sapík, 2007).

2. 3 Smrt

„Umírání je nepřesně ohraničený proces, který směřuje ke smrti. Z klinického hlediska se poslední fáze umírání označuje jako terminální stav. Vyznačuje se postupným, nezvratným selháváním životně důležitých funkcí.“ (Hegyí, 2001).

Není lidský život bez smrti. Smrt je přirozeným důsledkem života a je od něj neoddělitelná (Minibergerová, Dušek, 2006). Ničeho se člověk nebojí tolik, jako smrti, tedy toho, že přestane existovat se všemi důsledky (Misconiová, 1998).

V průběhu historického vývoje lidstva je problematika umírání a smrti velmi úzce svázána s vývojem náboženského pojetí, s vývojem filosofického poznání,

etnického cítění a se sociokulturním rozvojem dané společenskoekonomické formace (Kelnarová, 2007).

V minulosti lidé umírali častěji tzv. přirozenou smrtí. V současnosti je zpravidla smrt konečným stadiem nějakého patologického procesu. Tento pojem asociuje smrt, která nastává v důsledku nemoci (Haškovcová, 2007).

Na smrt jako na akt se nelze připravit. Nikdo z nás neví, kdy a jak nastane. Smrt se totiž považuje za nejvyhrocenější mez lidské existence (Kutnohorská, 2007).

Současná společnost se bojí o smrti mluvit a téma smrti vytěsňuje, protože pro ni smrt znamená ohrožení. Smrt přestala být součástí a běžnou zkušeností lidského života (Minibergerová, Dušek, 2006).

Důstojné umírání a dobrá smrt v sobě vždy nerozlučně zahrnují kvalitu poskytované péče a pacientovo hodnocení a prožívání konce života (Bužgová, 2011). V posledních letech bohužel dochází k přesunu starých nemocných do nemocnice nebo jiného zdravotnického zařízení, a v minulosti běžná péče o umírajícího doma, selhává (Holeksová, 2002).

Proces umírání a smrti je bolestná kapitola lidského života a neudivuje, že se postiženého, členů rodiny i zdravotníků zmocňují obavy, jak ji přiměřeným způsobem zvládnout (Haškovcová, 2007).

2. 3. 1 Stadia vyrovnávání se se smrtí (dle Elizabeth Kübler-Ross)

1. fáze – Negace (*šok, popírání*)

V tomto období přijímá člověk informace výběrově, tedy to, co se neslučuje s jeho nadějemi, to nepřijímá a přesvědčuje sám sebe, že jde o omyl, který se nějak vysvětlí.

2. fáze – Agrese (*hněv, vzpoura*)

Nemocný je plný negativních emocí, zmatku a protestu, nechápe, proč zrovna on musel onemocnět. Snaží se přijít na to, co ve svém životě udělal špatně.

3. fáze – Smlouvání (*vyjednávání*)

Nemocný již ví, že je situace dána chorobou a uvažuje o smyslu života. Přemýšlí, jak naplnit čas, který mu zbývá a zamýšlí se nad tím, co by ještě rád zažil.

4. fáze – Deprese (*smutek*)

Stav nemocného se zhoršuje. Je velmi silně konfrontován se skutečností, že směřuje ke smrti a že není vyhnutí.

5. fáze – Smíření (*souhlas*)

Jedná se o přijetí pravdy, kdy nemocný akceptuje svůj zdravotní stav a situaci, ve které se nalézá. Do stavu vnitřního smíření se však zdaleka nemusí dostat každý.

Pro lepší přehlednost uvádím tyto fáze v tabulce, v příloze č. 2.

3 HOSPIC SV. JANA NEUMANNA V PRACHATICÍCH

3.1 Úhrada za služby

Úhrada za služby se platí po skončení péče, nebo po uplynutí kalendářního měsíce dle vyúčtování (viz tabulka).

V případě obtížné sociální situace klienta, kdy by měla být případná insolvence jedinou překážkou přijetí, lze po dohodě poplatků snížit či prominout (Hospic sv. Jana Neumanna v Prachaticích, 2015).

Měsíční příjem pacienta	Úhrada – denní sazba (Kč)	tj. Kč za měsíc
do 8 000,-	200,-	6 000,-
do 9 000,-	230,-	6 900,-
do 10 000,-	260,-	7 800,-
do 11 000,-	290,-	8 700,-
do 12 000,-	320,-	9 600,-
do 13 000,-	350,-	10 500,-
do 14 000,-	380,-	11 400,-
do 15 000,-	410,-	12 300,-
nad 15 000,-	440,-	13 200,-

tabulka č. 1 – Úhrada za služby

Úhrada za služby zahrnuje:

a) Poplatek za služby nezdravotního charakteru

Zdravotní pojišťovny hradí hospici pouze část nákladů. Ostatní finanční zdroje jsou získávány od dárců a sponzorů, bez jejichž pomoci se hospic neobejde. Pojišťovny hradí svým pojištěncům pouze úzce specifikovanou zdravotnickou péči. Vzhledem k tomu, že hospic poskytuje svým klientům širokou péči zahrnující i služby nezdravotnického charakteru, např. nadstandardní vybavení pokojů, které pojišťovna neproplácí, klient si tyto služby může zaplatit (Hospic sv. Jana Neumanna, Prachatice, 2015).

b) Zákonný regulační poplatek za pobyt v lůžkovém zdravotnickém zařízení dle platné legislativy (Hospic sv. Jana Neumanna, Prachatice, 2015).

Pokud chce rodinný příslušník či jiná doprovázející osoba zůstat se svým blízkým, platí 50,- Kč za noc. Může si též objednat stravování v kuchyni, či využít kuchyňku na každém z oddělení a stravovat se z vlastních zásob (Hospic sv. Jana Neumanna, Prachatice, 2015).

3. 2 Poradna a půjčovna kompenzačních pomůcek

Cílem poradenství je nabízet usnadnění života nemocnému a pomoc a podporu také jeho rodině a blízkým, kteří se rozhodli zajišťovat o něj péči doma. Poradenské služby jsou poskytovány bezplatně (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2015).

Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek. Půjčovně se řídí dle platného ceníku, viz příloha č. 1 (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2015).

Služba je poskytována v souladu s platnými právními předpisy České republiky, zejména podle zákona č.108/2006 Sb. O sociálních službách a vyhlášky 505/2006 Sb. kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2015).

3. 3 Vzdělávací centrum

Vzdělávací institut sv. Jana N. Neumanna, o. p. s. zahájil svoji činnost na podzim roku 2013 a vychází z dlouholetého působení Vzdělávacího centra při Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích (Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice, 2015).

Vzdělávací institut sv. Jana N. Neumanna o.p.s. je dceřinou organizací Hospice sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. Klade si za cíl vzdělávání odborné, ale i laické veřejnosti v otázkách zdravotnické a zdravotně sociální péče o těžce nemocné a umírající pacienty. Nabízí též ucelený pohled na problematiku demencí a přístupy k lidem s Alzheimerovou chorobou (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2015).

Vzdělávací programy jsou řádně akreditovány Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, čímž splňují podmínky pro celoživotní vzdělávání sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách, vedoucích pracovníků sociálních služeb a fyzické osoby, které poskytují pomoc příjemci příspěvku na péči (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2015).

4 CÍL PRÁCE A VÝZKUMU

4. 1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem práce je pomocí kvalitativního výzkumu zjistit, jak vnímají hospicovou paliativní péči rodinní příslušníci klientů hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích.

Dílčím cílem je zjistit, zda jsou v názorové shodě s personálem hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích.

4. 2 Výzkumná otázka

Výzkumná otázka vychází z cíle Bakalářské práce, konkrétně:

V jakých faktorech vnímají rozdíly v hospicové paliativní péči zdravotnický personál a rodina klienta?

5 METODIKA

Vybraná technika sběru dat

Pro dosažení stanoveného cíle jsem si zvolila kvalitativní výzkum, tento výzkum probíhal pomocí polostrukturovaných rozhovorů.

Dle Miovského (2006), metoda polostrukturovaného rozhovoru (interview) patří mezi nejobtížnější a současně nejvýhodnější metody pro získávání kvalitativních dat.

Polostrukturovaný rozhovor (interview), částečně řízený rozhovor s předem připravenými otázkami, pořadí otázek se může měnit a mohou se další otázky tvořit i během rozhovoru (Mioviský, 2006).

Polostrukturovaný rozhovor je často používanou technikou; to ovšem neznamená, že je tomu tak vždy dobře, má své opodstatnění tam, kde chceme zjistit subjektivní vědění (teorie) lidí nebo jejich prožívání, sedimentovanou subjektivní zkušenost světa nebo jejich životní vyprávění (Hendl, 2005)

Polostrukturovaný rozhovor navíc nabízí dostatek prostoru pro práci s konkrétními informacemi jejich upřesňováním, vysvětlováním údajů získaných od informaticů. To dovoluje ověřovat si správnost pochopení a interpretace dat, klást doplňující otázky a tím rozpracovávat jednotlivá témata do hloubky vzhledem k cíli práce (Mioviský, 2006).

Vybraná metoda analýzy dat

Při metodě vytváření trsů se jedná o uspořádání dat či výroků do skupin na základě jejich podobnosti či přeryvu. (Hendl, 2005).

Metoda vytváření trsů je založena na seskupování a konceptualizaci pojmů podle konkrétních znaků. Skupiny pojmů seskupených na základě podobnosti, vybraného konkrétního znaku vytvářejí „trsy“, někdy také obecnější kategorie. Metoda směřuje k hierarchizaci pojmů, neboť seskupováním pojmů vzniká vyšší úroveň obecnějších (Hendl, 2005).

Výsledky jsem za pomoci metody trsů, shrnula do tabulky. V levém sloupci je výběr klíčových informací z rozhovoru a v pravém sloupci zobecnění informace.

Charakteristika výzkumného souboru

Předmětem výzkumné části bylo zkoumání, v jakých rozdílných faktorech vnímají hospicovou paliativní péči rodinní příslušníci klientů hospice a personál hospice.

Stanovila jsem si tedy dva výzkumné soubory, z čehož první soubor zahrnoval 4 rodinné příslušníky klientů hospitalizovaných v hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. Konkrétně:

R1 – manželka

R2 – sestra

R3 – vnuk

R4 – synovec

Druhý výzkumný soubor zahrnoval 4 pracovníky z hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. Konkrétně:

P1 – zdravotní sestra

P2 – sociální pracovnice

P3 – lékař

P4 - ošetřovatelka

6 VÝSLEDKY

Rozhovor s respondentkou (R1), jsem za pomoci metody vytváření trsů shrnula do následující tabulky. Přepis rozhovoru uvádím v příloze č. 3.

Levý sloupec: výběr klíčových informací z rozhovoru

Pravý sloupec: zobecnění informace

Respondentka: žena

Věk: 74

Kdy jste poprvé začala uvažovat o hospicové péči?	„když se zdravotní stav zhoršil“	<ul style="list-style-type: none"> • uvědomění si nedostatku sil
	„uvědomila jsem si, že už na něj nestačím“	<ul style="list-style-type: none"> • strach, aby byla manželovi poskytnuta dostatečná péče
	„bála jsem se, abych doma nic nezanedbala“	
Jak jste spokojena s péčí personálu?	„jsem velmi spokojená“	<ul style="list-style-type: none"> • výborná komunikační úroveň
	„komunikace s nimi funguje na výborné úrovni“	
	„vždy mi vše ochotně vysvětlí“	<ul style="list-style-type: none"> • ochota spolupráce
	„vím vše o zdravotním stavu mého muže“	
	„jsou stále usměvaví“	<ul style="list-style-type: none"> • výborná informovanost
	„nesetkáte se s arogantním chováním“	

Rodinné vztahy	„celá naše rodina stojí při něm“	<ul style="list-style-type: none"> • vysoká soudržnost rodiny
	„vždy jsme jako rodina fungovali“	
	„i naše dospělé dcery si na tátu udělají čas, jak jen to jde“	<ul style="list-style-type: none"> • časté návštěvy
	„vnoučata mu dělají velkou radost“	
	„rozzáří se mu oči, když vnoučata povídají a přinesou mu namalovaný obrázek“	<ul style="list-style-type: none"> • radost z vnoučat
	„je moc fajn, když se všichni sejdeme a jsem ráda, že je to tak často“	

Rozhovor s respondentkou (R2), jsem za pomoci metody vytváření trsů shrnula do následující tabulky. Přepis rozhovoru uvádím v příloze č. 4.

Levý sloupec: výběr klíčových informací z rozhovoru

Pravý sloupec: zobecnění informace

Respondentka: žena

Věk: 69

Rodinné vazby	„bratr má syna, ale on je to takovej darebák“	<ul style="list-style-type: none"> • respondentky bratr má velmi negativní vztah se synem
	„synovec se z domu nikdy neodstěhoval ani se nepostavil na vlastní nohy“	
	„nikdy nepracoval a jenom z rodičů tahal peníze“	
	„nikdy doma s ničím nepomohl“	
Jaké bylo očekávání od hospice?	„že bratr konečně bude mít svůj klid“	<ul style="list-style-type: none"> • zajištění kvalitní péče o zdraví
	„že si psychicky odpočine“	
	„hlavně, že bude postaráno o jeho zdraví“	<ul style="list-style-type: none"> • psychický klid
	„aby byl pod profesionálním lékařským dohledem“	

Kdy jste poprvé začala uvažovat o hospici?	„zdraví mu šlo od desíti k pěti“	<ul style="list-style-type: none"> • zhoršení zdravotního stavu a smrt manželky
	„je to ideální řešení, protože mu pomůžou s tím zdravím“	
	„když přišel o ženu“	

Rozhovor s respondentem (R3), jsem za pomoci metody vytváření trsů shrnula do následující tabulky. Přepis rozhovoru uvádím v příloze č. 5.

Levý sloupec: výběr klíčových informací z rozhovoru

Pravý sloupec: zobecnění informace

Respondent: muž

Věk: 38

Kdy jste o hospici začal uvažovat?	„když babička ovdověla“	<ul style="list-style-type: none"> • ztráta manžela
	„špatný psychický stav“	
	„zhoršení zdravotního stavu“	<ul style="list-style-type: none"> • rodina chce zamezit samotě
	„musí mít lékařský dohled“	
	„samotné by se jí doma mohlo něco stát“	<ul style="list-style-type: none"> • zajištění lékařského dohledu
	„je společenská a vždy byla ráda mezi lidmi“	

Jak vnímáte hospic jako zařízení takové?	„hospic představuje příjemné domácí prostředí“	<ul style="list-style-type: none"> • příjemné prostředí
	„jsou tu hodní a ochotní doktoři a sestry“	
	„dbá se tu na náboženství“	<ul style="list-style-type: none"> • možnost neomezených návštěv
	„líbí se mi, že tu nejsou omezené návštěvy“	
Co jste od hospice očekával?	„o hospici jsem nikdy předtím neslyšel“	<ul style="list-style-type: none"> • respondent očekával obdobné zařízení, jako je nemocnice
	„představoval jsem si ho jako nemocnici, kde budou staří a nemocní lidé a o ně se starají sestry“	

Rozhovor s respondentem (R4), jsem za pomoci metody vytváření trsů shrnula do následující tabulky. Přepis rozhovoru uvádím v příloze č. 6.

Levý sloupec: výběr klíčových informací z rozhovoru

Pravý sloupec: zobecnění informace

Respondent: muž

Věk: 42

Jaké bylo Vaše očekávání od hospicového zařízení?	„očekával jsem, že to tady bude stát za to“	<ul style="list-style-type: none"> • pozitivní očekávání
	„hlavně, že si teta odpočine“	<ul style="list-style-type: none"> • fyzický odpočinek
	„bude postaráno o její zdraví a nebudeme se o ni muset bát“	<ul style="list-style-type: none"> • zajištěná péče o zdravotní stav
V čem vidíte výhody pobytu v hospicovém zařízení?	„máme ta za tetou blíž a můžeme ji častěji navštěvovat“	<ul style="list-style-type: none"> • možnost častějších návštěv
A jaké jsou nevýhody pobytu?	„vzdálila se svým kamarádkám“	<ul style="list-style-type: none"> • absence kamarádek
	„chybí jí péče o dům a práce na zahradě“	<ul style="list-style-type: none"> • absence koníčků

Rozhovor s respondentkou (P1), jsem za pomoci metody vytváření trsů shrnula do následující tabulky. Přepis rozhovoru uvádím v příloze č. 7.

Levý sloupec: výběr klíčových informací z rozhovoru

Pravý sloupec: zobecnění informace

Respondentka: žena

Věk: 45

Proč pracujete právě v hospici?	„od malička se mi líbila práce doktorů a sestřiček“	<ul style="list-style-type: none"> • chuť pracovat ve zdravotnictví
	„zdrávka byla jasná volba“	
	„nechtěla jsem dělat sestru v obyčejné nemocnici“	<ul style="list-style-type: none"> • práce zdravotníka na neobvyklém místě, ne v nemocnici
	„chtěla jsem něco neobvyklého, to splnil hospic“	
Co říká okolí na Vaší práci?	„nic moc“	<ul style="list-style-type: none"> • negativní ohlasy
	„že bych měla dělat něco veselejšího“	
Spolupracují s Vámi rodinní příslušníci?	„ta komunikace probíhá, někdy trochu více, někdy trochu méně“	<ul style="list-style-type: none"> • aktivní zjišťování informací rodinou
	„rodina se zajímá o zdraví“	
	„chtějí informace“	

Rozhovor s respondentkou (P2), jsem za pomoci metody vytváření trsů shrnula do následující tabulky. Přepis rozhovoru uvádím v příloze č. 8.

Levý sloupec: výběr klíčových informací z rozhovoru

Pravý sloupec: zobecnění informace

Respondentka: žena

Věk: 31

Proč pracujete právě v hospici?	„vždycky u nás bylo takové to soucítění s lidmi“	<ul style="list-style-type: none"> • sociální citění v rodině
	„uvědomila jsem si, že bych chtěla pomáhat lidem“	
	„moje máma pracovala v DD a já jsem za ní často chodila do práce“	<ul style="list-style-type: none"> • chtít pracovat se starými a nemocnými po vzoru matky
	„práce s nemocnými a starými mi je proto blízká“	
Spolupracují s Vámi rodinní příslušníci?	„to musím říct, že rodina fakt spolupracuje“	<ul style="list-style-type: none"> • aktivní účast rodiny
	„často chodí na návštěvy“	
	„ptají se, jak můžou pomoci“	<ul style="list-style-type: none"> • informují se, jak pomáhat
	„ptají se, co mají dělat a co zase ne“	

Co Vám v práci chybí?	„i když mám náročnou práci, mám kolem sebe báječné kolegy, to je pro mě maximum“	<ul style="list-style-type: none"> • díky dobrému pracovnímu kolektivu nic nechybí
	„tím pádem mi nemůže nic chybět“	
	„jakmile máte kolem sebe správné lidi, máte vyhráno“	

Rozhovor s respondentem (P3), jsem za pomoci metody vytváření trsů shrnula do následující tabulky. Přepis rozhovoru uvádím v příloze č. 9.

Levý sloupec: výběr klíčových informací z rozhovoru

Pravý sloupec: zobecnění informace

Respondent: muž

Věk: 45

Proč právě hospic?	„hlavně ta chuť pomáhat lidem“	<ul style="list-style-type: none"> • chtít pomáhat lidem
	„dal jsem do toho kus srdce, pár měsíců si tady poležela tchýně“	
	„vnímáte to jinak, pokud se Vás to osobně dotýká“	<ul style="list-style-type: none"> • osobní důvody
	„v této práci jsem se našel a nelituju toho, že tady pracuji“	
Spolupracují s Vámi rodinní příslušníci?	„spolupráce tady probíhá“	<ul style="list-style-type: none"> • dobrá spolupráce
	„musím říct, že na dobré úrovni“	
	„rodina se aktivně zajímá, mají chuť pomáhat“	<ul style="list-style-type: none"> • aktivní zapojení rodiny
	„nebojí se za námi přijít a na něco se zeptat“	
Co Vám pomůže se odreagovat?	„rodina, přátelé“	<ul style="list-style-type: none"> • výlety s rodinou, či přáteli
	„když si s rodinou vyrazíme na výlet“	
	„příroda, kola, stan, památky“	

Rozhovor s respondentkou (P4), jsem za pomoci metody vytváření trsů shrnula do následující tabulky. Přepis rozhovoru uvádím v příloze č. 10.

Levý sloupec: výběr klíčových informací z rozhovoru

Pravý sloupec: zobecnění informace

Respondentka: žena

Věk: 41

Proč právě hospic?	„nikdy jsem netoužila po tom, pracovat s malými dětmi“	<ul style="list-style-type: none"> • respondentka chtěla pracovat se starými nebo nemocnými v Prachaticích
	„přitahovala mě práce se seniory“	
	„chuť pomáhat nemocným“	
	„chtěla jsem tady pracovat“	
Spolupracují s Vámi rodinní příslušníci?	„rodina se zajímá a stará“	<ul style="list-style-type: none"> • komunikují
	„chodí za svými blízkými“	
	„komunikují s námi“	<ul style="list-style-type: none"> • informují se
	„zajímají se o zdravotní stav“	

Co říká okolí na Vaší práci?	„jsou rozpačití, neví, co si pod hospicovou péčí představit“	<ul style="list-style-type: none"> • respondentku obdivují
	„ale po vysvětlení, jsem v jejich očích za hrdinku“	
	„ a obdivují mě“	
Čím se odreagujete?	„uzavřu se sama do sebe“	<ul style="list-style-type: none"> • být sama
	„napustím si vanu“	
	„přečtu knížku nebo časopis“	<ul style="list-style-type: none"> • koníčky, relaxace
	„jdu pracovat na zahradu“	

7 DISKUZE

Předmětem výzkumné části mé bakalářské práce je pomocí kvalitativního výzkumu zjistit, jak vnímají hospicovou paliativní péči rodinní příslušníci klientů hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích.

Smrtelně nemocnému člověku nemůžeme opravdu účinně pomoci, pokud do všeho nějak nezapojíme jeho rodinu (Kübler-Ross, 1994).

Dotazovaný personál (P1, P2 a P3) potvrdil velkou oporu rodiny pro klienty, nejen tím, že často chodí na návštěvy, také se ptají, jak mohou pomoci a na své blízké se opravdu často informují. Důležité však je soustředit se také na péči o samotné rodinné příslušníky, což potvrzuje i Student, Mühlum (2006): V rámci hospicové péče je kladen velký důraz také na péči o rodinu nemocného.

Blízcí lidé hrají v průběhu nemoci dost podstatnou roli, a jejich chování má značný vliv na to, jak pacient na svou nemoc reaguje (Kübler-Ross, 1994).

Dle Bužgové (2011) pečující přátelé ani příbuzní nemocných nejsou povzbuzováni v tom, aby je doprovázeli, a chybí jim profesionální podpora. Během mého výzkumu se mi ale toto tvrzení vyvrátilo. Naopak, rodinní příslušníci klienta jsou podporováni a spolupracují s personálem, viz rozhovory s respondenty P3 a P4.

Domněnku Bužgové (2011) vyvrací i Student, Mühlum (2006): rodiny spolupracují obvykle poměrně dobře a využívají možností, které jim hospic nabízí, včetně péče po úmrtí blízkého. Někteří pozůstalí rodinní příslušníci zemřelých klientů se podílejí i na dobrovolnické činnosti.

Dobrovolníci jsou plnohodnotnými členy hospicového týmu a jejich práce je společensky vysoce ceněna, přestože, anebo možná právě i proto, že ji dělají jen za radost (Svatošová, 2008).

V něčem je rodina nemocného nezastupitelná, ale v něčem zastupitelná je. A musí mít možnost si odpočinout a nabrat dech. Už to samo o sobě je dostatečným důvodem k tomu, aby se do doprovázení nemocných zapojilo i širší okolí nemocného, z řad dobrovolníků (Svatošová, 2008).

Čím dříve těžce nemocný a jeho rodina hospic kontaktují, tím více pro ně hospic může udělat. Z téhož důvodu je nesmírně důležitá dobrá a včasná spolupráce ošetřujících lékařů s rodinou a hospicovým týmem (Svatošová, 2008).

To potvrdila respondentka R1, která je spokojena s komunikací personálu, protože když něco potřebuje, personál jí vše ochotně vysvětlí a poradí jí.

Příbuzní, kteří nedostanou včas dostatečné množství informací, ztrácejí důvěru ve zdravotní systém (Kelnarová, 2007). Respondent P2 si spolupráci s rodinou pochvaluje, vyzdvihuje to, že je dobře, jak často chodí na návštěvy.

Že je důležitá četnost návštěv potvrzuje i Svatošová (2008): „Pro umírající je důležité udržovat rodinné vazby. Zejména mimo domácí péči např. v hospicích, patří návštěvy k vysokým prioritám a umírající by měl být plně respektován v požadavcích na jejich četnost“.

Velkým pozitivně vnímaným faktorem rodinných příslušníků u hospicové péče byl personál. To potvrdil respondent R1, kterému se líbí, že je personál, i přes jeho náročnou práci neustále usměvavý. Souhlasí s ním i respondent R2, který si usměvavý personál také pochvaluje.

Respondent R3 s předchozími respondenty souhlasí a srovnává personál hospice s personálem nemocničním, kterému vytýká, že tam jsou většinou všichni protivní.

Při rozhovorech s rodinnými příslušníky vyplynulo, že hospicovou péči vnímají pozitivně zejména díky zajištění profesionální péče o zdraví svých blízkých.

Do hospiců jsou přijímáni pacienti v terminálním stádiu s některými z onemocnění, jako jsou chronické kardiální selhávání, chronická obstrukční choroba plic, či degenerativní neurologická onemocnění.

Haškovcová (2010) uvádí, že stále zůstává největší počet přijatých pacientů, kteří trpí onkologickým onemocněním, jedná se přibližně o 80%. I Svatošová (2008) říká, že se v běžném lůžkovém hospici nachází více než 90 % nemocných s nádorovým onemocněním.

Dalšími vnímanými pozitivy byla neomezenost návštěv, či útulné a čisté prostředí připomínající domov. Hospic si klade za cíl vysokou kvalitu života až do jeho konce. (Hospic sv. Jana Neumanna, Prachatice, 2015).

Ideálem je, aby člověk umíral bez bolesti fyzické, psychické, sociální a spirituální a s vděčností za život, který mu byl dán. Vycházíme z úcty k člověku jako neopakovatelné lidské bytosti, z křesťanského pohledu na něj (Hospic sv. Jana Neumanna, Prachatice, 2015).

Smrt jako fenomén vypadla z běžného pole sociální pozornosti lidí, je však vysoce aktuální zabývat se problémem lidské konečnosti (Kutnohorská, 2007).

Příbuzní smrtelně nemocného pacienta jsou při péči o jeho fyzickou, psychickou a duchovní stránku vystaveni velkým nárokům (Kelnarová, 2007).

Že závěr života vnímají dnešní umírající i jejich rodiny jako krizi, kterou je obtížné překonat, potvrzuje Haškovcová (2010).

To, že se vyhýbáme všemu, co se smrti a umírání týká, popisuje i Misconiová (1998), která dále dodává, že jsme pohlcováni každodenností, a tak volíme mnohdy nesprávnou volbu léčebného procesu a tím můžeme způsobit nemocnému pocit opuštěnosti a samoty.

Kutnohorská (2007) dodává, že každý člověk potřebuje ke svému životu naději a potřebují ji posilovat.

8 ZÁVĚR

Jak již bylo řečeno v úvodu, umírání a smrt jsou velmi těžká lidská témata. Díky hospicové paliativní péči je možné zachovat si svou lidskou důstojnost a pocit užitečnosti až do konce života. A to nejen díky sehraému personálu, který v hospici poskytuje péči na profesionální úrovni.

Z uvedeného výzkumu vyplynulo, že důležitou roli pro klienty hospice hraje rodina. Právě rodina je velkou psychickou oporou v životě nemocného. Dotazovaný personál se shodoval na tom, že rodina je nenahraditelná, rodinní příslušníci své blízké často navštěvují, zajímají se o to, co pro ně mohou udělat, jak mohou pomoci. Mezi rodinnými příslušníky a personálem probíhá spolupráce.

Při rozhovorech vedených s rodinnými příslušníky bylo zjištěno, že hospicovou péči svých blízkých vnímají velice kladně. Je to především díky zajištění profesionální zdravotní péče, tudíž zajištění bezpečnosti. Dalším bodem byla spokojenost s personálem, na který byly samé kladné ohlasy. Pro dotazované rodinné příslušníky bylo velkým pozitivním bodem neomezenost návštěv. Dále si rodina pochvalovala prostředí, ať už venkovní, díky krásnému parku, ale také vnitřní. Interiér hospice totiž nepřipomíná žádné neosobní zdravotnické zařízení, ale působí dojmem útulného domova.

Vnímání hospicové paliativní péče rodinných příslušníků a personálu je v názorové shodě.

Současná situace se pro hospicovou péči vyvíjí obecně příznivě, problémem však zůstává nedostatečně informovaná společnost a proto je na místě šířit a prohlubovat informace pro širokou veřejnost, díky nimž lze hospicovou péči neustále rozšiřovat.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BUŽGOVÁ, Radka, 2011. Hodnocení psychosociálních potřeb terminálně nemocných. Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky. Č. 3, s. 265-274. ISSN 1212-4117.
2. DESSAINT, Marie-Paule, DLABALOVÁ, Irena, 1999. *Nezačínajte stárnout*. 1. vyd. Praha: Portál, 231 s. ISBN 8071782556.
3. DOLISTA, Josef, SAPIK, Miroslav, 2007. *Studie z bioetiky: etika v biomedicíně a biotechnice*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 3 sv. ISBN 978-80-7394-004-1.
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2.přepřac.vyd. Praha: Galén, 244 s. ISBN 987-80-7262-471-3.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 272 s. ISBN 80-726-2132-7.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. 2. vyd., podstatně přepřac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
7. HEGYI, Ladislav, 2001. *Klinické a sociální aspekty ošetrovania starších ľudí*. Trnava: SAP, 128 s. ISBN 80-88908-80-9.
8. Hendl, Jan (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
9. HOLEKSOVÁ, Taťána, 2002. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí: praktická příručka jak pečovat o málo mobilního a zcela imobilního člověka doma*. Vyd. 1. Praha: Grada, 91 s. ISBN 80-247-0212-6.
10. HOLMEROVÁ, Iva, JURAŠKOVÁ, Božena, ZIKMUNDOVÁ, Květuše, 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přepřac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
11. Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice - Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2015. [online], [cit. 2015-07-23]. Dostupné z: <http://hospicpt.cz/prachatice>

12. KALVACH, Zdeněk, 1997. *Úvod do gerontologie a geriatricie: integrovaný text pro interdisciplinární studium*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 193 s. ISBN 80-7184-366-0.
13. KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno: Littera, 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
14. KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 202 s. Sestra. ISBN 9788024721699.
15. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1991. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 122 s. ISBN neuvedeno
16. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 163 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.
17. KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1994. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Vyd. 1. Překlad Jiří Královec. Turnov: Arica, 148 s. ISBN 80-85878-12-7.
18. MINIBERGEROVÁ, Lenka, DUŠEK, Jiří, 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 67 s. ISBN 8070134364.
19. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
20. MISCONIOVÁ, Blanka, 1998. *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky, 96 s. ISBN 978-802-3919-158.
21. NOVOTNÝ, Ivan, HRUŠKA, Michal, 2002. *Biologie člověka*. 3., rozš. a upr. vyd. Praha: Fortuna, 239 s. ISBN 8071688193.
22. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 158 s. Sestra. ISBN 9788024732718.
23. PORADNA - Hospic sv. Jana N. Neumanna, 2015. Odborné sociální poradenství, půjčovna kompenzačních pomůcek [online], [cit. 2015-02-18]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/poradna-pujcovna-pomucek>
24. STUDENT Johann, MÜHLUM Albert a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Vyd. 1. Praha: Nakladatelství H&H Vyšehradská s.r.o., 2006. 161 s. ISBN 80-731-9059-1

25. SVATOŠOVÁ, Marie, 2008. *Hospice a umění doprovázet*. 6., dopl. vyd., (V KNA 1.). V Kostelním Vydří: APHPP, 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.
26. ŠOLCOVÁ, Iva, 2015. Psychosociální aspekty stárnutí: Československá psychologie. [online], [cit. 2015-01-20]. Dostupné z: <http://cspych.psu.cas.cz/result.php?from=703&to=703>
27. ŠTILEC, Miroslav, 2004. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál, 135 s. ISBN 80-7178-920-8.
28. TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 270 s. ISBN 8072623656.
29. UMÍRÁNÍ. Paliativní péče [online], [cit. 2015-03-14]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/paliativni-pece.html>
30. ÚHRADA POBYTU - Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice, 2015. [online], [cit. 2015-02-18]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/uhrada-pobytu>
31. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 96 s. ISBN 9788024721705.
32. VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zděnek, POSPÍŠILOVÁ, Yvona, 2004. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada-Avicenum, 537 s. ISBN 8024702797.
33. VÝROČNÍ ZPRÁVY – Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice, 2015. [online], [cit. 2015-02-18]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/vyrocní-zpravy>
34. VZDĚLÁVACÍ CENTRUM - Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice, 2015. [online], [cit. 2015-02-18]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/vdelavaci-centrum-o-nas>
35. Zdravotnické noviny č. 19. z roku 1998 – příloha Zdravotní politika, strana 7, Ministerstvo zdravotnictví – Koncepce dlouhodobé následné péče v ČR.

36. Zdravotnické noviny č. 53 z roku 1997 – příloha Lékařské listy, strana 3 – 6.,
S. Semonská – Léčba bolesti.
37. Zpráva komise odborníků SZO, 1990. Zmírnění bolesti při rakovině a paliativní
péče. Praha: MZ ČR – Dokumentační centrum DC SZO 93. /Série technických
zpráv 804/

PŘÍLOHY

Seznam příloh

- Příloha č. 1: Přehled půjčovaných pomůcek v Hospici sv. Jana N. Neumanna
v Prachaticích
- Příloha č. 2: Tabulka – Fáze umírání dle Kübler-Ross
- Příloha č. 3: Přepis rozhovoru s rodinným příslušníkem - R1
- Příloha č. 4: Přepis rozhovoru s rodinným příslušníkem - R2
- Příloha č. 5: Přepis rozhovoru s rodinným příslušníkem - R3
- Příloha č. 6: Přepis rozhovoru s rodinným příslušníkem - R4
- Příloha č. 7: Přepis rozhovoru s personálem – P1
- Příloha č. 8: Přepis rozhovoru s personálem – P2
- Příloha č. 9: Přepis rozhovoru s personálem – P3
- Příloha č. 10: Přepis rozhovoru s personálem – P4

Příloha č. 1

Přehled půjčovaných pomůcek v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích

Pomůcka	Vratná záloha (Kč)	Poplatek za den (Kč)
Polohovací lůžko elektrické	5 000,-	40,-
Závěsná sedačka do vany	500,-	12,-
Antidekubitární matrace s kompresorem	2 000,-	20,-
Chodítko nízké	200,-	10,-
Chodítko pojízdné vysoké	1 000,-	15,-
Chodítko pojízdné nízké	500,-	10,-
Francouzská hole (1 – 2 ks)	100,-	10,-
Toaletní židle	500,-	10,-
Toaletní vozík	1 000,-	15,-
Nástavec na WC	200,-	10,-
Invalidní vozík	2 000,-	20,-

Servírovací stolek	100,-	10,-
Koncentrátor kyslíku	6 000,-	40,-
Kontinuální dávkovač	5 000,-	30,-
Lékovka na celý týden	100,-	50,- (měsíčně)

Zdroj: PORADNA - Hospic sv. Jana N. Neumanna, 2015. Odborné sociální poradenství, půjčovna kompenzačních pomůcek [online], [cit. 2015-02-18]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/poradna-pujcovna-pomucek>

Příloha č. 2

Tabulka: Fáze umírání podle Kübler – Ross

	Fáze	Projevy	Co s tím?
1.	Negace šok, popírání	„Ne, já ne, pro mne to neplatí“. „To není možné“. „To je určitě omyl“. „Zaměnili výsledky“.	Navázat kontakt, získat důvěru.
2.	Agrese hněv, vzpoura	„Proč zrovna já“? „Čí je to vina?“ Zlost na zdravotníky	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
3.	Smlouvání vyjednávání	Hledání zázračných léků, léčitelů, diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv.	Maximální trpělivost, pozor na podvodníky.
4.	Deprese smutek	Smutek z utrpěné nebo hrozící ztráty, strach o zajištění rodiny.	Trpělivost, naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení.
5.	Smíření souhlas	Vyrovnání, pokora, skončil boj. „Dokonáno jest“.	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor! Rodina možná potřebuje více pomoci než pacient.

Příloha č. 3

Přepis rozhovoru s rodinným příslušníkem - R1

Rozhovor je ponechán v původním znění bez jakýchkoliv jazykových korektur, aby byla v maximální míře zachována autentická atmosféra rozhovoru i psychické naladění respondenta.

Použité zkratky: T = tazatelka, R1 = rodinný příslušník (manželka)

...

T: Jaká byla první myšlenka na hospic?

R1: O hospici jsem začala uvažovat, když se zdravotní stav mého muže zhoršil a já si uvědomila, že už na něj nestačím. Viděla jsem na něm, že potřebuje profesionální péči a bála jsem se, abych doma nic nezanedbávala. Když jsem celý život pracovala jako zdravotní sestra, ze své lékařské profese mě napadl právě hospic, protože jsem věděla, že to není žádná LDN-ka a o muže se mi tam postarají a já tam s ním budu moct každý den být.

T: Co jste od hospicové péče očekávala?

R1: Očekávala jsem profesionální přístup, domácí prostředí a především kvalitu péče. On je ten prachatický hospic dost vyhlášený a nikdy jsem na něj neslyšela negativní ohlasy. Takže jsem se vlastně neměla čeho bát, co se toho hospice týče. To jsem se spíš bála, jak bude reagovat manžel, protože to pro něho byla hodně velká změna.

T: A jaká byla realita?

R1: Dá se říct, že jsem z ničeho nebyla zklamaná. Jsem velmi spokojená s péčí personálu. Komunikace funguje na výborné úrovni, vždy vám vše ochotně vysvětlí a poradí, když něco potřebujete. Vím vše o zdravotním stavu mého muže a hlavně se mi líbí, že i přes jejich náročnou práci jsou stále usměvaví a neseťkáte se s arogantním chováním.

T: Jak byste svým známým zdůvodnila proč právě hospic?

R1: Pokud se budeme bavit konkrétně o tomto prachatickém, doporučila bych ho z několika důvodů. Především bych vyzdvihla personál, protože co si budeme povídat, vždycky je to o lidech. Tady je personál ochotný, usměvavý a vstřícný. Také bych ho doporučila z důvodu domácího prostředí. Je to tu velmi útulné a čisté, prostě jako doma. A také se mi líbí to venkovní prostředí, ta možnost užívat si sluníčka a čerstvého vzduchu v tom pěkném parku.

T: Neuvažovala jste o domácí hospicové péči?

R1: Ano, ale spíš jen tak okrajově. To víte, že bych měla muže nejráději doma, ale vím, že bychom se oba trápili. Takže domácí hospicová péče není v našem případě na místě. Ale i když nemám muže doma, celá naše rodina stojí při něm. Vždy jsme fungovali jako rodina. A musím říct, že máme pěkné, pevné vztahy. Projevuje se to i na našich návštěvách. Naše dvě dcery, které už jsou dospělé, chodí do práce a mají vlastní rodinu, si na tátu udělají čas, jak jen to jde. Brávají s sebou na návštěvy vnoučátka. Ty muži udělají velkou radost. Kdybyste viděla, jak se mu rozsvítí oči, když vnoučátka povídají, nebo když mu nosí obrázky, které pro něj namalovali. Prostě je moc fajn, když se tady všichni sejdeme a jsem moc ráda, že je to tak často.

...

Příloha č. 4

Přepis rozhovoru s rodinným příslušníkem - R2

Rozhovor je ponechán v původním znění bez jakýchkoliv jazykových korektur, aby byla v maximální míře zachována autentická atmosféra rozhovoru i psychické naladění respondenta.

Použité zkratky: T = tazatelka, R2 = rodinný příslušník (sestra)

...

T: Jaká byla první myšlenka na hospic?

R2: Ono to takhle všechno dopadlo kvůli synovci. Abych Vám to řekla od začátku. Můj bratr je vdovec a zůstal na všechno sám. Z manželství má syna, ale on je takovej darebák. Nechápu, jak je to možný, když je bratr takovej hodnej člověk a jeho žena byla taky moc milá paní. Bohužel ale brzy zemřela. A ten jejich syn se nikdy z domu neodstěhoval ani se nepostavil na vlastní nohy. Vlastně ani nikdy nepracoval a jenom z rodičů tahal peníze. A nikdy jim s ničím nepomohl. A když můj bratr přišel o ženu, zůstal se synem sám a to zdraví mu šlo od desíti k pěti. Tady ten hospic byl ideální řešení, protože mu s tím zdravotním stavem pomůžou a nebude už mít žádné trápení. Prostě je doma tady, ve svém, má svůj klid a ještě veškerou péči.

T: Co jste od hospicové péče očekávala?

R2: To největší očekávání bylo, že bratr bude mít konečně klid. On si v životě prožil moc ošklivého, přišel o ženu a do toho to věčné trápení se synem. Teď si konečně od všeho odpočine. Má tady krásný pokoj, to jsem ani nečekala. Je tady tak útulno. Takže očekávám, že si psychicky odpočine a bude tady o něho postaráno, o to jeho zdraví. On je teda soběstačnej, i ten vývod si mění sám, ale je důležité, aby byl pod profesionálním lékařským dohledem.

T: *A jaká byla realita?*

R2: Jak už jsem říkala, je to tady moc krásný. Byla jsem příjemně překvapena tím prostředím, jak uvnitř, tak venku. Ten park se mi moc líbí a musím říct, že i s péčí personálu jsem spokojená, jsou tu samí hodní a usměvaví lidi.

T: *Jak byste svým známým zdůvodnila proč právě hospic?*

R2: Jo, tak to je individuální. Oni jsou rodiny, kdy je pro ně hospic opravdu výhodou, ale zase vím o rodinách, kde se ta péče dá zvládnout i doma. Já za sebe můžu doporučit, protože jsem se tu setkala s profesionální péčí, příjemným personálem a krásným prostředím. Prostě nemám, co bych vytkla.

T: *A vy jste neuvažovala o domácí hospicové péči?*

R2: Ne, to určitě ne. Už jsem Vám vyprávěla o té naší rodinné situaci. A důvodem, proč šel bratr sem do hospice, byla hned vedle toho zdravotního stavu právě ta rodinná situace. Takže je tady vlastně i kvůli klidu a ten si fakt zaslouží.

...

Příloha č. 5

Přepis rozhovoru s rodinným příslušníkem – R3

Rozhovor je ponechán v původním znění bez jakýchkoliv jazykových korektur, aby byla v maximální míře zachována autentická atmosféra rozhovoru i psychické naladění respondenta.

Použité zkratky: T = tazatelka, R3 = rodinný příslušník (vnuk)

...

T: Jaká byla první myšlenka na hospic?

R3: Hospicovou péči nám doporučil obvodní lékař. Babiččin zdravotní stav se začal hodně horšit. Myslím si, že na tom mělo velký podíl dědovo úmrtí, protože po tom, co babička ovdověla, byla na tom psychicky špatně a s tím ruku v ruce se horšil i ten její zdravotní stav. Věděli jsme, že se sama o sebe nedokáže postarat a musí mít lékařský dohled, jinak by se jí samotné mohlo doma něco stát.

T: Co jste od hospicové péče očekával?

R3: Já jsem nikdy předtím o hospici neslyšel. Nevěděl jsem, že něco takového existuje. Prostě jsem si to představoval jako nějaký barák, kde budou ležet staří nemocní lidé. Budou se tam o ně starat sestry. Prostě něco jako nemocnice, ale to si zase nedokážu vysvětlit, jaký by byl v tom případě rozdíl mezi hospicem a nemocnicí a proč by se teda nějaké hospice vůbec stavěly.

T: Jaká byla realita?

R3: Byl jsem fakt příjemně překvapený. Taky už vím, že mezi nemocnicí a hospicem je velký rozdíl. Hospic představuje příjemné domácí prostředí. Jsou tu velmi hodní a ochotní doktoři a sestry. Dost se tu dbá na náboženství a taky sem chodí ty řádové sestry. A taky je super, že tu nejsou omezené návštěvy. Můžu za babičkou přijet ve dne, v noci, o víkendu, ale třeba i ve svátek.

T: Jak byste svým známým zdůvodnil proč právě hospic?

R3: Doporučil bych ho, protože se mi líbí, jak je tady udělaný to domácí prostředí. Taky bych ho doporučil kvůli personálu. Líbí se mi ten jejich vstřícný přístup a taky to, jak jsou pořád usměvavý. S tím se v nemocnici nesetkáte, protože tam jsou většinou všichni protivní.

T: Uvažoval jste o domácí hospicové péči?

R3: Já jsem o tom nikdy neslyšel, ale předpokládám, že to znamená, že ty sestry odtud jezdí domů. Naše babička je ale hodně společenská a vždy byla ráda mezi lidma. Tak je zbytečné, aby byla sama doma, když může být tady ve společnosti a ještě o ní bude postaráno.

...

Příloha č. 6

Přepis rozhovoru s rodinným příslušníkem – R4

Rozhovor je ponechán v původním znění bez jakýchkoliv jazykových korektur, aby byla v maximální míře zachována autentická atmosféra rozhovoru i psychické naladění respondenta.

Použité zkratky: T = tazatelka, R4 = rodinný příslušník (synovec)

...

T: *Jaká byla první myšlenka na hospic?*

R4: Teta byla zvyklá celý život být sama. Nikdy se nevdala ani děti neměla. Jelikož bydlela v domě se zahradou, práce bylo vždy dost a především té fyzicky náročné, spíše mužské. Ale poslední dobou jí začaly ubývat síly a na práci už nestačila. I když jsme jí jako rodina jezdili pomáhat, ani už to nestačilo. Byla hodně vyčerpaná. Vzhledem k její nemoci jsme si uvědomili, že bude na místě nějaké zařízení.

T: *Co jste od hospicové péče očekával?*

R4: Já jsem hospic znal z vyprávění své kamarádky, která studovala zdravotní sestru a do prachatického hospice chodila na praxi. Hodně si to chválila, takže jsem očekával, že to tady bude stát za to, že tetu bude v příjemném prostředí a že si odpočine. Protože celý život tvrdě pracovala. Také jsem očekával, že bude postaráno o její zdravotní stav a tím pádem, se o tetu nebudu muset tolik bát.

T: *Jaká byla realita?*

R4: Realita byla stejná jako moje očekávání. Tak, jak mi kamarádka vyprávěla, jak to tady chodí a vypadá, přesně tak to bylo. Jsem rád, že je tetu zrovna v Prachaticích, protože to za ní máme blíž. Bydlela totiž na Vysočině a teď je tady v jižních Čechách jako my, takže jí můžeme navštěvovat daleko častěji, protože to za ní máme kousek. Ale zase je blbý, že se vzdálila svým kamarádkám, které měla na vysočině a taky si myslím, že jí chybí ta práce na zahradě a péče o dům.

T: Jak byste svým známým zdůvodnil proč právě hospic?

R4: Pokud je ten zdravotní stav hodně špatný a člověku pobyt doma spíš ubližuje a hrozí nějaké riziko tak bych hospic doporučil. Hlavně z důvodu té kvalitní péče a zajištění bezpečnosti a také možnosti neomezených návštěv.

T: Uvažoval jste o domácí hospicové péči?

R4: Tak napadlo nás to, ale připadala by v úvahu, třeba když by teta žila s nějakým mužem nebo měla děti, ale vzhledem k tomu, že je sama si nemyslím, že by to bylo vhodné.

...

Příloha č. 7

Přepis rozhovoru s personálem – P1

Rozhovor je ponechán v původním znění bez jakýchkoliv jazykových korektur, aby byla v maximální míře zachována autentická atmosféra rozhovoru i psychické naladění respondenta.

Použité zkratky: T = tazatelka, P1 = personál (zdravotní sestra)

...

T: Co Vás přivedlo k práci v hospici?

P1: Od malička se mi líbila práce doktorů a sestřiček, už jako malé dítě jsem si hrála na doktorku a pacienty. To mi zůstalo do doby, kdy jsem se rozhodovala kam dál a jakou si zvolit školu. Zdrávka byla jasná volba. A když jsem úspěšně dostudovala, nechtěla jsem dělat sestru v obyčejné nemocnici, chtěla jsem něco víc, něco neobvyklého a to splnil hospic. Dělán to, co jsem chtěla a zároveň na neobvyklém místě.

T: Jak vnímáte spolupráci s rodinnými příslušníky?

P1: Musím říct, že rodina je nenahraditelná a pro naše klienty je velkou oporou. Ta komunikace probíhá, někdy trochu více, někdy trochu méně. Rodina se zajímá o zdraví svých blízkých, o informace stojí a my je jim rádi poskytneme.

T: Co Vám v práci chybí?

P1: Tak teď úplně nevím, jestli něco takového je. Možná tak více toho životního optimismu, ale s tím musím něco udělat já sama.

T: Jak reaguje okolí na Vaší práci?

P1: Abych řekla pravdu, nic moc a jak můžu dělat takovou práci a že mě vysává a že bych měla dělat něco „veselejšího“. Ale já jsem do toho šla, jak už jsem říkala ze začátku, že jsem chtěla něco neobvyklého a nelituju toho, protože mám z této práce dobrý pocit.

T: Co Vám ve Vaší profesi pomáhá snížit psychickou zátěž?

P1: Já jsem naštěstí ten typ, co umí po práci vypnout. Když mi skončí pracovní doba, přestanu o práci přemýšlet a přepnu se do domácího režimu. Věnuji se svým přátelům, koníčkům, a jakmile jdu druhý den do práce, zase se jí začnu na 100% věnovat.

...

Příloha č. 8

Přepis rozhovoru s personálem – P2

Rozhovor je ponechán v původním znění bez jakýchkoliv jazykových korektur, aby byla v maximální míře zachována autentická atmosféra rozhovoru i psychické naladění respondenta.

Použité zkratky: T = tazatelka, P2 = personál (sociální pracovníce)

...

T: Co Vás přivedlo k práci v hospici?

P2: No, my jsme taková sociální rodina. Vždycky u nás bylo takový to soucítění s lidmi a já jsem si uvědomila, že bych chtěla pomáhat lidem. Moje máma pracovala v domově důchodců a já jsem za ní často chodila do práce, takže práce s nemocnými a starými lidmi mi je blízká. Chtěla jsem pomáhat nemocným a to se mi splnilo.

T: Jak vnímáte spolupráci s rodinnými příslušníky?

P2: Jo, tak to musím říct, že rodina fakt spolupracuje. Už to, jak často chodí na návštěvy, také se ptají třeba, jak můžou pomoci, co mají dělat a co zase ne.

T: Je něco, co Vám v práci chybí?

P2: Když se tam zamyslím, i když mám náročnou práci, mám kolem sebe báječné kolegy a to je pro mě maximum. Tím pádem, mi už nemůže nic chybět, protože jakmile máte kolem sebe ty správné lidi, máte vyhráno.

T: Jak reaguje okolí na Vaši práci?

P2: Oni jsou na to zvyklí. Musím říct, že rodina a přátelé mě podporují. Prostě tu práci berou jako každou jinou.

T: Co Vám ve Vaší profesi pomáhá snížit psychickou zátěž?

P2: Já se necítím nijak psychicky zatížená. Ano, ta práce je náročná, ale ten náš kolektiv jaký tady máme, ten mi pomáhá ze všeho nejvíc.

...

Příloha č. 9

Přepis rozhovoru s personálem – P3

Rozhovor je ponechán v původním znění bez jakýchkoliv jazykových korektur, aby byla v maximální míře zachována autentická atmosféra rozhovoru i psychické naladění respondenta.

Použité zkratky: T = tazatelka, P3 = personál (lékař)

...

T: Co Vás přivedlo k práci v hospici?

P3: Musím říct, že to byla hlavně ta chuť pomáhat lidem. Dal jsem do toho i kus srdce, zejména z toho důvodu, že si tady pár měsíců poležela tchyně. To potom hned vnímáte jinak, pokud se Vás to nějak osobně dotýká. V této práci jsem se našel a nelituju toho, že pracuji zrovna tady.

T: Jak vnímáte spolupráci s rodinnými příslušníky?

P3: Ta spolupráce tady probíhá a musím říct, že na dobré úrovni. Ať už rodina či přátelé jsou pro naše klienty oporou a jsem rád, že je tak často navštěvují. To potom vidíte i na chování klientů, jakmile mají dobrou náladu, jsou veselí a usměvaví, hned si říkáte, aha, ten je po návštěvě. Rodina se opravdu aktivně zajímá, na klienty se informují a vidíte na nich, že mají chuť pomáhat a nebojí se za námi přijít a na něco se zeptat.

T: Je něco co Vám v práci chybí?

P3: Teď mě nic nenapadá.

T: Jak reaguje okolí na Vaší práci?

P3: Výborně, opravdu výborně. Jsem rád, že mám takovou rodinu, jakou mám. Zejména moje žena je skvělá v tom jak mě podporuje. Opravdu v ní tu oporu mám. A i naším dětem, které jsou poměrně malé, jsem se snažil jejich dětským jazykem vysvětlit, jakou práci dělám. Teď už ví, že má tatínek těžkou práci, ve které se setkává s hodně nemocnými lidmi, a jsou úžasní v tom, že na mě poznají, když přijdu z práce a nemám úplně tak náladu, zalezou si do pokojíčku a nechají mě odpočívat.

T: Co Vám ve Vaší profesi pomáhá snížit psychickou zátěž?

P3: Především moje rodina, žena, děti, přátelé. Nedá se říct, že bych tu práci nějak psychicky nedával, ale musím uznat, že se moc těším, až přijde nějaký ten den volna. Když si s rodinou vyrazíme na výlet, jen tak, někam do přírody, na kolech, nebo třeba i pod stan, či na nějakou památku, dokážu si při tom skvěle odpočinout a načerpat nové síly.

...

Příloha č. 10

Přepis rozhovoru s personálem – P4

Rozhovor je ponechán v původním znění bez jakýchkoliv jazykových korektur, aby byla v maximální míře zachována autentická atmosféra rozhovoru i psychické naladění respondenta.

Použité zkratky: T = tazatelka, P4 = personál (ošetřovatelka)

T: Co Vás přivedlo k práci v hospici?

P4: Já jsem nikdy netoužila po tom, pracovat s malými dětmi. Naopak mě přitahovala práce se seniory a také chuť pomáhat zejména nemocným lidem. Pocházím z Prachatic a tento hospic je opravdu vyhlášený a já jsem si uvědomila, že bych tady chtěla pracovat. Tak jsem to zkusila a ono to vyšlo.

T: Jak vnímáte spolupráci s rodinnými příslušníky?

P4: Určitě kladně, rodina se zajímá, stará, chodí za svými blízkými na návštěvy. Musím říct, že často. Komunikují s námi, zajímají se o zdravotní stav a tak.

T: Co Vám v práci chybí?

P4: Jestli mi tady něco chybí? Teď jste mě opravdu zaskočila. Protože se musím přiznat, že mě nenapadá, jestli je tady něco, co by mi chybělo. Jsem tady spokojená, protože jsem ve výborném kolektivu lidí, vzájemně se podporujeme, povídáme si, společně rozebíráme jednotlivé klienty a to pro mě moc znamená.

T: Jak reaguje okolí na Vaší práci?

P4: Spíš tak rozpačitě. Nechci říct negativně, to určitě ne. Ale najde se v mém okolí mnoho přátel, kteří se s hospicovou péčí nikdy nesetkali. Neví, co obnáší, co si pod tím mají představit, takže musím často vysvětlovat a poté mi přijde, že jsem v jejich očích za hrdinku a obdivují mě.

T: Co Vám ve Vaší profesi pomáhá snížit psychickou zátěž?

P4: Nejvíce mi pomůže, když přijdu z práce, uzavřu se sama do sebe, nikdo mě neruší. Napustím si vanu, přečtu nějakou pěknou knížku nebo časopis. Nebo jdu pracovat na zahradu. Zasadím si nějaké nové bylinky nebo upravím skalku.

...