

Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce

Návrat fenoménu umírání doma

Bakalářská práce

Autor: Zuzana Sekaninová
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální a charitativní práce
Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.



Zadání bakalářské práce

Autor: Zuzana Sekaninová

Studium: U13148

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Název bakalářské práce: **Návrat fenoménu umírání doma**

Název bakalářské práce AJ: Return of home dying phenomenon

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

V teoretické části bude zpracována problematika umírání a smrti - definice smrti, přiblížení tématu umírání doma, její historický vývoj, stručná charakteristika služeb, které se objevují v této oblasti, vývoj počtu klientů a jim poskytovaných služeb v domácí hospicové péči. Zvolené metody a techniky: kvalitativní výzkumná strategie, polostrukturovaný rozhovor s rodinnými příslušníky a sociální pracovníci domácí hospicové péče. Cílem práce bude posouzení možností a limitací domácí péče o klienty v terminální fázi onemocnění

HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, ISBN 978- 80- 87109- 19- 9.

HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2007, ISBN 978- 80- 7562471- 3.

SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. Praha: Ecce homo, 2003, ISBN 80- 902049- 4-

5.

Garantující pracoviště: Katedra sociální práce a sociální politiky,
Ústav sociální práce

Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Oponent: JUDr. Olga Sovová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 4.12.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Dlouhé Loučce dne

Abstrakt

SEKANINOVÁ, Zuzana, *Návrat fenoménu umírání doma*. Hradec Králové, 2016.
Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce:
doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na podporu návratu umírání doma. V teoretické části nejdříve definuji základní pojmy, které k tomu tématu neodmyslitelně patří. Poté se budu zabývat umíráním a smrtí - jak to bylo vnímáno dříve a jak dnes a jaké má umírající potřeby. Na to bude navazovat kapitola popisující služby, které poskytují pomoc lidem v terminální fázi nemoci, kteří chtějí být co nejdéle doma. Tyto služby rozdělím na obecné a specializované a krátce je charakterizuji. Teoretickou část zakončím statistickými údaji a náhledem na řešení dnešní situace, kdy lidé chtějí umírat doma, ale ne vždy je jim tato možnost dána.

Na začátku praktické části lehce nastíním Domáci hospic Tabita v Brně, který pečuje o klienty v terminálním stádiu nemoci v jejich domácnostech. Ve výzkumné části použiji kvalitativní výzkumnou metodu – polostrukturované rozhovory s rodinnými příslušníky klientů domácí hospicové péče, kde se zaměřím na vnímání a využití domácího hospice.

Cílem mé práce je rozšířit povědomí o tom, že lidé chtějí umírat doma a o službách, které jim poskytují tuto možnost.

Klíčová slova:

smrt, umírání, domácí péče, domácí hospic

Abstract

SEKANINOVÁ, Zuzana. *Return of home dying phenomenon*. Hradec Králové, 2016. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové. Leader of the Bachelor Degree Thesis: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

In my bachelor's work I am focusing on support of dying at home. In theoretical part I define basic terms which are connected to this topic. Then I am going to focus on dying and death – experience from the past and from nowadays and what are needs of dying person. I continue with part describing services which help people in terminal phase of illness who want to be at home as long as they can. These services I split into general and specialized and I make short summary of each of them. Theoretical part I finish with statistics data and view of solution of current situation when people want to die at home but they are not allowed to in every case.

In practical part I shortly describe Domáci hospice Tabita in Brno which takes care of clients in terminal phase in client's households. In research part I use qualitative method – half structured dialogs with family members of clients of hospice which are focused on awareness and utilization of hospice services.

Target of my bachelor's is to raise public awareness that people want to die at home and services which provide it.

Keywords:

death, dying, home health, home care

Motto:

Nikdo nesmí zavírat oči a myslet si, že utrpení,
od něhož se odvrátil, vlastně neexistuje.

Albert Schweitzer

Obsah

Úvod	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 Základní pojmy	10
2 Umírání a smrt.....	11
2.1 Problematika smrti a umírání	11
2.2 Druhy smrti	12
2.3 Práva a potřeby umírajících lidí	12
2.4 Fáze umírání podle Elizabeth Kübler-Ross.....	13
2.5 Období umírání	14
3 Služby pomáhající umírajícím.....	15
3.1 Paliativní péče	15
3.1.1 Komu je paliativní péče určena	16
3.2 Obecná a specializovaná paliativní péče.....	16
3.2.1 Obecná paliativní péče.....	16
3.2.2 Specializovaná paliativní péče.....	17
3.3 Kdo nám může pomoci	17
3.4 Organizace pomáhající v domácí péči	17
3.4.1 Pečovatelské služby	18
3.4.2 Domácí zdravotní péče	18
3.4.3 Domácí hospic	19
3.4.4 Osobní asistence	19
3.4.5 Služba přivolání pomoci	20
3.4.6 Odlehčovací služby.....	20
3.4.7 Poradny	20
3.4.8 Půjčovna pomůcek.....	21
4 Vize do budoucna.....	22
4.1 Shrnutí teoretické části	23
PRAKTICKÁ ČÁST	25
5 Domácí hospic Tabita, Brno	25
5.1 Personální obsazení.....	25
5.1.1 Náplň práce zdravotní sestry.....	25

5.1.2	Náplň práce sociálního pracovníka.....	25
5.2	Cílová skupina.....	25
5.3	Navazující služby	26
5.3.1	Lůžkový Hospic sv. Alžběty.....	26
5.3.2	Sociální a psychologické poradenství.....	26
5.3.3	Terénní odlehčovací služba	26
5.3.4	Půjčovna pomůcek.....	26
6	Metodická část.....	27
6.1	Hlavní cíl výzkumu	27
6.1.1	Výzkumné dílčí cíle	27
6.2	Zvolená výzkumná strategie	27
6.3	Transformace dílčích cílů do tazatelných otázek	28
6.4	Výzkumný soubor	28
6.5	Popis průběhu výzkumu	29
6.6	Reflexe etických rizik výzkumu a rizik zvolené výzkumné strategie	29
6.7	Popis a interpretace dosažených výsledků.	30
6.8	Shrnutí výsledků.....	33
	Závěr	35
	Seznam použité literatury	37
	Seznam příloh.....	39

Úvod

Dříve byla smrt chápána jako součást života a bylo zcela normální, že člověk umíral doma, obklopen svými blízkými. Tento přístup se ale změnil a až do nedávna byla smrt chápána jako něco, co do běžného života nepatří, co je zlé a co patří do nemocnic či ústavů. Dnes si lidé začínají uvědomovat, že je potřeba o smrti opět mluvit a vnímat ji jako součást života. Proto bych chtěla touto bakalářskou prací na téma Návrat fenoménu umírání doma rozšířit povědomí o smrti a organizacích, které pomáhají a podporují pečující o své blízké v jejich domovech.

Důvodem, proč se zabývám tímto tématem, je moje, již zesnulá, teta, která byla po úrazu upoutána na lůžko a protože se o ni její bratr nedokázal postarat, byla převezena do léčebny dlouhodobě nemocných a následně umístěna do domova pro seniory, kde po necelém roce o samotě umřela. Tehdy jsem si uvědomila, že by teta takto umřít určitě nechtěla, ale nebyla tu žádná organizace, která by pomohla jejímu bratrovi s péčí o tetu, aby mohla umřít v klidu doma. Od té doby jsem se zabývala tímto tématem a zjistila, že spoustu lidí, by chtělo umřít doma, ve svém přirozeném prostředí, obklopeno svými blízkými, ale zatím v mém okolí Moravskotřebovska žádná taková organizace, která by toto umožňovala, není. Proto si touto prací kladu za cíl, rozšířit povědomí o organizacích, které nabízejí služby zahrnující paliativní péči a snížení zapovězené otázky smrti mezi lidmi.

Svoji bakalářskou práci jsem rozdělila na dvě části. Teoretickou část, která má za cíl rozšířit povědomí lidí o smrti a organizacích poskytující paliativní péči. Zde se zaměřím na smrt a umírání dnes a dříve a na potřeby umírajícího a fáze, kterými prochází, než se dokáže smířit se smrtí. Poté bych chtěla popsat organizace, které pomáhají lidem, pečujícím o své blízké doma, jako jsou například pečovatelská služba, domácí hospic, odlehčovací služba a další. Celou tuto část bych zakončila výzkumem Cesty domů, který se zabýval tím, proč lidé umírají v nemocnicích a léčebnách, když nemusí.

A na praktickou část, ve které na začátku stručně popíši Domácí hospic Tabita v Brně. V této organizaci provedu i kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru s rodinnými příslušníky klientů domácího hospice, který byl vybrán

z důvodu malého počtu respondentů a zjištění přirozeného chování lidí v přirozeném prostředí a bude zcela anonymní. Cílem bude zjištění, jaké jsou informace a limitace Domácího hospice Tabita z pohledu neformálních pečovatelů. Získané informace z výzkumu budou sloužit jako zpětná vazba pro Domácí hospic Tabita a jako doklad o potřebnosti těchto služeb.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Základní pojmy

„Umírání je proces, na jehož konci je smrt.“

(Cesta domů, 2. 9. 2015)

„Smrt (mors) je individuální zánik organismu, tedy také člověka.“

(Haškovcová, 2011, s. 89)

„Terminální stádium představuje konečnou fázi či závěr života člověka. Jde o poslední dny či hodiny života člověka. Cílem péče v tomto náročném období je důstojné umírání a kvalitní zajištění potřeb umírajících.“

(Mlýnková, 2010, s 296)

„Paliativní péče je aktivní komplexní péče poskytovaná těm pacientům, kteří trpí nevyléčitelnou nemocí. Nemoc už nelze vyléčit a využít kurativní léčbu (zaměřená na odstranění příčiny nemoci a vyléčení).“

(Mlýnková, 2010, s. 296)

Domácí péče je forma základní sociální a zdravotní péče prezentující přijatelnou a žádoucí formu zdravotnické odborné péče a pečovatelské služby.

(Haškovcová, 2011)

Neformální pečovatel je specifikován jako osoba blízká, pečující v domácím prostředí pečovaného, nebo v rodině pečovatele, která pomáhá pečovanému ve zvládnání základních životních potřeb a v zajištění co nejvyššího stupně autonomie.

(Truhlářová a kol., 2015)

2 Umírání a smrt

„Umírání má u každého člověka zcela jedinečnou podobu. Jedinečné je také „načasování“ smrti. Když doma pečujeme o nevléčitelně nemocného, je smrt vždy v určitém smyslu „očekávaná“. Víme, že náš blízký v dohledné době zemře, nevíme ale, kdy přesně. Někdy dojde k poslednímu vydechnutí náhle, často v noci ve spánku, bez svědků. Jindy smrti předchází fáze postupného vyhasínání života, nebo naopak posledního zápasu, agonie, kdy můžeme být nemocnému až do poslední chvíle nablízku. Dýchání v závěru života může být nepravidelné a přestávky mezi jednotlivými dechy tak dlouhé (například 10–15 vteřin), že se nám může zdát, že již nemocný zemřel, a on přitom po chvíli opět začne dýchat. Je dobré dle možností být co nejvíce u lůžka umírajícího a dávat mu najevo svou blízkost způsobem, který nám bude „dle citu“ připadat nejlepší. Obvykle není třeba mnoho říkat. Když však hovoříme, nezapomínejme, že nás umírající slyší. Povídat si o umírajícím v jeho přítomnosti, jako by již byl mrtvý, je nedůstojné a zraňující. Podle pacientových a vašich zvyklostí můžete využít náboženských rituálů (například modlitba, svátost nemocných, čtení bible atd.).“

(Sláma, 2008, s. 38)

2.1 Problematika smrti a umírání

„Každý člověk ví, že zemře, a současně si dost dobře nedovede představit, že nebude. Žije, jako by měl žít věčně. Takové pojetí je logické a do jisté míry fyziologické. Člověk přirozeně a kontinuálně popírá umírání a smrt ve svém vědomí a bylo by patologické, kdyby se pouze nebo především věnoval problematice umírání a smrti. Přesto jsou ale v životě každého člověka chvíle, které nejen opravňují, ale přímo vyzývají jednotlivce, aby se zamyslel nad svým konečným osudem. Když pro nic jiného, tak proto, aby ho svým konáním a tvorbou vyplnil. Otázka smyslu lidského života je spjata s faktem konečnosti každé lidské existence a nemůže být řešena mimo ni. A tak nikoliv paradoxně patří téma smrti právě do časných vývojových etap, tam, kde se člověk rozhoduje o cílech a plánech svého života. Zestárne-li, pak má téma smrti jiný obsah. Zatímco v mládí se bojíme především o život, o to, aby jej smrt nepřetřela příliš brzo, ve vyšším věku se obáváme způsobu příchodu smrti.“

(Haškovcová, 2010, s. 317)

„Zatímco dříve byl umírající ve středu pozornosti své rodiny, nyní je v nemocnici jen případem. Věnuje se mu sice značná pozornost, je však zaměřena profesionálně. Lidé věří, že svým blízkým pomohou nejlépe tehdy, když jim zajistí ty nejučinnější a nejmodernější léčebné postupy. Vypadá to, jako kdyby umírání bylo jen odbornou záležitostí lékařů, sester a dalších zdravotnických profesionálů. Zvykli jsme si totiž umírat „na něco“, nikoliv proto, že jsme smrtelní.“

(Kutnohorská, 2007, s. 72)

2.2 Druhy smrti

Kutnohorská (2007) rozlišuje ve své knize Etika v ošetrovatelství následující druhy smrti:

- a) Teorie biologických hodin** – kdy člověk umírá tehdy, když se naplnil jeho tzv. program života nebo když je v určitém daném čase realizován tzv. program smrti.
- b) Sociální smrt** – je stav, kdy člověk sice žije, ale je vyvázan z důležitých sociálních vztahů, je odtržen od společnosti a nelze jej do kontextu společnosti vrátit. Sociální smrt může nastat i u zdravého člověka. Musíme usilovat o to, aby nemocný „žil“ i ve stínu blížící se smrti.
- c) Psychická smrt** – je naprostá psychická rezignace, intenzivně prožívaná beznaděj a zoufalství. Usnadňuje vstup smrti fyzické.
- d) Fyzická smrt** – je úplná, trvalá ztráta vědomí. S odchodem funkcí v mozku odchází i vědomí. Smrt tedy znamená, že nefunguje žádná část mozku. Po mozkové smrti následuje smrt orgánů lidského těla.

(Kutnohorská, 2007, s. 74)

2.3 Práva a potřeby umírajících lidí

Práva umírajících jsou vymezeny v Chartě práv umírajících (Příloha 1). Oproti právům se potřeby umírajících lidí se v průběhu nemoci mění. U každého jedince je to jiné. Liší se to podle osobní situace člověka, onemocnění či prognózy průběhu nemoci. Svatošová (1995) rozlišuje čtyři základní potřeby člověka a tvrdí, že pokud na začátku nemoci byly prioritní potřeby biologické, na konci to budou potřeby spirituální.

a) Potřeby biologické

Sem patří vše, co lidské tělo potřebuje. Potřebuje přijímat a vylučovat potravu, dýchat, aby nezakrněl a netvořili se mu proleženiny, musí se hýbat a cvičit. Patří sem také potřeba spánku a odpočinku, aby tělo mohlo nabrat sílu.

b) Potřeby psychologické

Sem patří převážně potřeba respektu lidské důstojnosti a pocitu bezpečí. Člověku bychom neměli nikdy lhát, ale naopak mu říkat jen tolik, kolik je potřeba mu říci. Měli bychom si dávat pozor i na mimoslovní komunikaci jako jsou gesta, postoje, oblečení, atd., která o nás mnohé prozradí.

c) Potřeby sociální

Touto potřebou je chápána potřeba společnosti. Nemocný nechce být sám se svými myšlenkami a proto je rád, za každou návštěvu. Ale i zde jsou lidé, se kterými si člověk více nebo méně rozumí, proto by zde mělo být právo nemocného, některé návštěvy odmítnou.

d) Potřeby spirituální

Tento druh potřeb byl dlouho opomíjen a mnoho lidí si i dnes myslí, že se jedná o potřebu věřících. Opak je pravdou. Je to potřeba po smysluplnosti života, kterou právě nevěřící hledají a snaží se jí naplnit.

(Svatošová, 1995)

2.4 Fáze umírání podle Elizabeth Kübler-Ross

Tato švýcarsko-americká lékařka se zabývala procesem vyrovnávání se s umíráním a rozdělila ho do pěti základních fází, kterými prochází umírající, ale i jejich příbuzní. Tyto fáze nemusí probíhat chronologicky a netrvají stejnou dobu. Je však důležité znát tento proces, abychom se dokázali správně zachovat.

- 1. Negace: Odmítání vzít na vědomí fakt smrtelnosti. Nemocný se dozví, že diagnóza je perspektivně neslučitelná se životem. V této fázi odmítá myslet na svou smrt, nechce si ji připustit, není na tuto situaci připraven.*
- 2. Agrese: nemocný dostává vztek a popadne ho závist. Hněvá se na všechno a na všechny. Okolí by mělo tento hněv pochopit a dovolit odreagování, nepohoršovat se.*
- 3. Vyjednávání: Nemocný hledá ještě nějakou možnost, slibuje, obrací se k Bohu.*

4. Deprese: *Nastupuje zápas se smrtí, s „démonem, který se pokouší o lidskou duši“. Strach o rodinu. V této situaci se očekává od zdravotníků i od rodiny trpělivost, schopnost naslouchat, respektování lidské důstojnosti.*

5. Smíření: *Je to doba klidu. Mizí zájem o informace. Nemocný používá gesta místo slov. Je velmi důležité, aby u něho byli jeho blízcí, aby si nemyslel, že odchází z pozemského bytí opuštěn. Fázi smíření – přijetí, je nutno odlišit od rezignace, kdy nedošlo k vnitřnímu stavu vyrovnanosti.*

(Kutnohorská, 2007, s. 72 – 73)

2.5 Období umírání

Proces umírání se rozděluje na období:

a) Pre finem

Toto období začíná tehdy, když si člověk uvědomí, že je nemoc vážná a neslučitelná se životem. Jedná se o prognózu neoptimistickou a smrt je očekávána v horizontu několika týdnů maximálně měsíců. Je potřeba dbát na zmírnění obtíží, provádět nemocného úskalím nemoci a nabídnout lidskou pomoc. Psychická rezignace, beznaděj a zoufalství z nemohoucnosti se na někoho obrátit a otevřeně komunikovat většinou život zkracují.

b) In finem

V tomto období dochází k ukončení léčby nemocného. Již se neočekává zlepšení. Dochází k tzv. terminálnímu stádiu nemoci.

c) Terminální péče

Jedná se o péči, která je poskytována pacientovi, u kterého již není možné žádné zlepšení jeho smrtelné nemoci dostupnými léčebnými metodami a kdy přichází smrt.

d) Post finem

Toto období začíná smrtí člověka. Patří do něj péče o mrtvé tělo a o pozůstalé.

(Kutnohorská, 2007)

3 Služby pomáhající umírajícím

V této kapitole bych se chtěla zaměřit na služby, které pomáhají umírajícím a jejich rodinným příslušníkům s péčí o ně. Nejdříve bych na začátek chtěla popsat co je to paliativní péče a o co usiluje, okruhy onemocnění a zdravotních stavů vyžadující paliativní péči a poté na to, kde je poskytována a krátkou charakteristiku jednotlivých organizací poskytující tuto péči.

3.1 Paliativní péče

„Paliativní péče se poskytuje pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Jejím cílem je zmírnit bolest, dušnost a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.“

(Umírání.cz, 15. 3. 2016)

Podle Slámy paliativní medicína usiluje o:

- prodloužení a zachování života, který bude svou kvalitou pro pacienta přijatelný,
- respekt a ochranu důstojnosti nevyléčitelně nemocných,
- respektování přání a potřeb pacientů, což jim pomáhá uvědomit si hodnotové priority,
- vytvoření podmínek, aby mohl pacient poslední období svého života prožít ve společnosti svých blízkých, v důstojném a vlídném prostředí,
- uvědomění si skutečnosti, že umírání je součástí života a každý jednotlivý člověk ho prožívá jedinečně,
- všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a o aktivní pomoc blízkým při zvládnání jejich zármutku i po smrti blízké osoby,
- poskytování spirituální pomoci dle přání klienta.

(Sláma in Ulrichová, 2014, s. 73)

3.1.1 Komu je paliativní péče určena

Paliativní péče se stará v zásadě o 3 druhy pacientů, které Kalvach (2010) rozlišuje na:

- 1) **Lidé s onkologickým onemocněním** – jedná se o nejtypičtější onemocnění, kde je paliativní péče poskytnuta. Trajektorie umírání je relativně přesně odhadnutelná.
- 2) **Lidé v konečných fázích nenádorových onemocnění** – jedná se převážně o orgánové selhání: srdeční, respirační, jaterní, ledvinné, kdy se již nemoc nedá léčit. Trajektorie umírání je u každého jedince jiná, hůře se odhaduje a mohou nastat náhle zvraty.
- 3) **Lidé v dlouhodobě nepříznivém a zásadně nezlepšitelném stavu, který se zhoršuje, ale jeho časová prognóza je nejistá** – sem patří pokročilá stádia syndromu demence, neurodegenerativních onemocnění, myopatií, AIDS, terminální geriatrické deteriorace či pokročilá stádia imobilizačního syndromu, zvláště s poruchou vědomí a rozvojem proleženin např. po cévních mozkových příhodách. U těchto onemocnění se předpokládá dlouhodobá péče, kdy kolísá podpora ke zlepšení stavu a poskytováním paliativní úlevové péče.

(Kalvach, 2010)

3.2 *Obecná a specializovaná paliativní péče*

Podle náročnosti nabízených služeb bývá paliativní péče rozdělována na obecnou a specializovanou paliativní péči.

3.2.1 **Obecná paliativní péče**

Největší část primární paliativní péče je poskytována formou obecné paliativní péče. Měla by být poskytována všemi lékaři v rámci jejich klinické práce jako vstřícná, empatická a otevřená komunikace s pacientem a jeho rodinou ohledně orientace léčby a psychosociální podpory. Jedná se o spolupráci praktického lékaře s rodinou nemocného, popřípadě i s ambulantními specialisty, s agenturou domácí ošetrovatelské péče nebo s domácí pečovatelskou službou. Přechod mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí je plynulý.

3.2.2 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je jejich hlavní pracovní náplní. Specializovaná paliativní péče je poskytována tam, kde jsou svojí náročností přesahovány možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče. Jedná se o zařízení - lůžkový hospic, specializovanou domácí paliativní péči neboli domácí hospic a specializovaná ambulance paliativní medicíny, denní stacionáře paliativní péče. Nabídka a dostupnost specializované paliativní péče je v České republice velmi nízká. Z toho vyplývá, že praktický lékař nemá v řadě případů možnost konzultace nebo překlady do specializovaného zařízení. Proto je důležité, aby každý lékař znal dobře alespoň základy paliativní péče.

(Skála, 2011)

3.3 Kdo nám může pomoci

Pro nemocné, kteří jsou v domácím prostředí, je jejich praktický lékař velmi důležitým pomocníkem. Praktický lékař by měl celou péči o nemocného koordinovat, znát aktuální zdravotní stav nemocného a měl by být průvodcem ve zdravotnickém zařízení. Formou domácích návštěv může přímo v domácnosti nemocného vyšetřit a rozhodnout o dalším postupu. Praktický lékař může nemocnému předepsat potřebné léky, pomůcky, poskytování domácí péče, může napsat doporučení k odbornému vyšetření nebo žádost o přijetí do hospice nebo nemocnice.

3.4 Organizace pomáhající v domácí péči

„Při péči o těžce nemocného v domácnosti je dobré vědět, že existují různé druhy služeb, které nabízejí svoji pomoc. V naší zemi jsou tyto služby rozděleny na služby sociální a služby zdravotní. Některé organizace poskytují obojí typ služeb současně. Uvedeme zde popis jejich základních typů, které jsou běžně registrované v oficiálních registrech poskytovatelů. Adresáře poskytovatelů sociálních služeb je možné získat na sociálním a zdravotním odboru obecních úřadů, měst či kraje. Existují i další

služby, které je možné najít v telefonních seznamech a na internetu, jejich kvalita je různá a často bývají plně hrazeny objednavatelem služby (tedy rodinou).“

(Sláma, 2008, s. 52 – 53)

3.4.1 Pečovatelské služby

Jedná se o sociální terénní službu, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Do domácnosti klientů chodí pečovatelé, kteří pomáhají s praktickými věcmi chodu domácnosti nebo sebeobsluhou. Nejčastěji jsou poskytovány nákupy potravin, dovoz oběda, podání jídla, úklid v domácnosti, praní prádla a dopomoc s hygienou (mytí, oblékání, pedikúra).

„Tato služba se poskytuje na základě rozhodnutí příslušného sociálního odboru obecního úřadu, žádost je ale podávána přes organizaci, kterou o službu žádáte. Služba je poskytována za poplatek, jehož maximální výše je stanovena v zákoně, je dotována ze státních peněz.“

(Sláma, 2008, s. 53)

3.4.2 Domácí zdravotní péče

Jde o zdravotnickou službu poskytovanou všeobecnými zdravotními sestrami. Ty dochází do domácnosti a poskytují sesterské zdravotní výkony jako podání léků různou formou (ústně, injekčně), převazy ran, ošetření proleženin, měření tlaku, odběry krve, někdy péče o hygienu, podávání infuzí, cvičení. Maximální doba, po kterou může být domácí péče poskytována je 3 x 1 hodina denně. Jedná se převážně o péči poskytovanou sedm dní v týdnu, 24 hodin denně.

„Péči i jednotlivé úkony předepisuje praktický lékař (krátkodobě, může být předepsána propouštějícím lékařem v nemocnici). Jedná se o péči hrazenou zdravotními pojišťovnami, ale některé návštěvy a úkony jsou hrazeny pacientem nebo si na ně pacient částečně přispívá.“

(Sláma, 2008, s. 54)

3.4.3 Domácí hospic

Domácí hospic nabízí celkovou péči těžce nemocným a jejich rodinám - převážně zdravotní, ale i sociální psychologickou a duchovní. Cílem služby je prodloužit pobyt nemocného doma, v jeho přirozeném prostředí, na co možná nejdelší dobu, co zdravotní stav dovolí, nejlépe až do konce života. Podmínkou pro poskytování péče je, že nemocný trpí nevléčitelnou chorobou v terminálním stadiu a v rodině je alespoň jedna osoba připravená pečovat celodenně o nemocného.

Členy týmu domácího hospice jsou lékaři, zdravotní sestry a sociální pracovníci, kteří jsou odborníky v paliativní péči a medicíně, a dále s nimi spolupracuje psycholog a dobrovolníci. Služba je poskytována nepřetržitě 24 hodin denně.

- Lékař domácího hospice je odborníkem na léčbu příznaků, které se vyskytují v době těžké nemoci, například bolest, dušnost, nevolnost, nehojící se rány či jiné tělesné potíže. Pomůže se zvážením možností nechat nemocného doma.
- Zdravotní sestra pravidelně dochází do domácnosti a průběžně kontroluje zdravotní stav, podává léky (včetně opiátů), převazuje rány, měří fyziologické funkce, radí ohledně stravování a dalších potřeb.
- Pracovníci domácího hospice pečujícím vysvětlují, jak se o nemocného starat a poskytují odborné sociální poradenství v oblasti sociálně právní, sociálních služeb, možností zdravotní péče. Nabízí rozhovor nemocného i pečujících o nemoci a jejím průběhu a dalším vývoji.

Služby domácího hospice jsou poskytovány většinou zdarma, ale v současné době probíhají jednání o úhradě péče zdravotními pojišťovnami.

3.4.4 Osobní asistence

Jedná se o terénní službu poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována bez časového omezení, v přirozeném prostředí osob. Základní činnosti jsou shodné s činnostmi pečovatelské služby.

3.4.5 Služba přivolání pomoci

Tato služba je poskytována Policií české republiky a sdružením Život 90. Nemocný má možnost v případě nouzové situace (pádu, nevolnosti nebo jiné situace, která ho ohrožuje) stisknutím tlačítka přivolat pomoc odborníků nebo pečujících. Služba je hrazena buď malým poplatkem, nebo příspěvkem na přístrojové vybavení.

3.4.6 Odlehčovací služby

Jedná se o terénní ambulantní nebo pobytové sociální služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a o které je pečováno v jejich přirozeném prostředí. Cílem služby je poskytnout pečující osobě nezbytný odpočinek (například možnost odjet na dovolenou), případně překlenout dobu onemocnění, umožnit udělat úpravy v bytě, atd. Tato služba je využívána u dlouhodobější péče o nemocného, někdy je také nazývána termínem respitní pobyt.

Nemocnému je umožněn přechodný pobyt v sociálním nebo zdravotnickém zařízení jako jsou například hospice nebo léčebny dlouhodobě nemocných. Poskytovatelé odlehčovacích služeb jsou uvedeni v adresářích odborů sociálních služeb města. Žádost o službu je třeba podat do zařízení, kde je tato služba poskytována. Lékař tuto žádost potvrzuje a uvádí základní onemocnění žadatele o službu.

Čas využitý k odpočinku je pro pečující ale i pro nemocného velmi důležitý k nabrání další síly k péči.

3.4.7 Poradny

V některých sociálních a zdravotnických službách, případně samostatně, jsou zřizovány poradny odborného sociálního poradenství. V nich jsou poskytovány informace o sociálně právním systému (typy dávek státní sociální podpory a péče, důchodové pojištění, atd.) a o sociálních službách v regionu. Pro pomoc pečujícím o nemocné v závěru života jsou poradny vzniklé v hospicích.

3.4.8 Půjčovna pomůcek

Tyto služby vznikají většinou v návaznosti na další sociální službu a může být zaměřena na konkrétní skupinu nemocných. Pomůcky jsou poskytovány za malý poplatek na den nebo na měsíc, případně je někde vybírána vratná kauce při zapůjčení pomůcky. Někdy je omezena doba, na kterou je pomůcka zapůjčena.

V péči o nemocné v pokročilém stádiu nemoci se pečující neobejde bez různých pomůcek. Rehabilitační a zdravotnické pomůcky lze získat i jiným způsobem než jen koupí či výpůjčkou.

- Některé pomůcky může předepsat lékař, jiné pouze odborný lékař, tj. například ortoped, rehabilitační lékař, neurolog, případně internista. Zdravotní pojišťovna hradí v určitých případech jen část nákladu na pomůcku a zbytek si musí nemocný doplatit, některé pomůcky zdravotní pojišťovna pouze půjčuje a musí se vrátit.
- Občané s těžkým tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením, kterým byl přiznán průkaz mimořádných výhod TP, ZTP nebo ZTP/P mohou obce s rozšířenou působností poskytnout příspěvek na pomůcku nutnou k přípravě a realizaci pracovního uplatnění. Podmínkou pro přiznání tohoto příspěvku je, že pomůcku nehradí zdravotní pojišťovna.
- Anebo je možné si pomůcky zapůjčit v některé půjčovně pomůcek.

Nejčastěji používané pomůcky v domácí péči jsou madla do koupelny nebo na WC, nástavec na WC ke zvýšení toaletní mísy, sedačka do vany nebo sprchového koutu, toaletní křeslo přenosné nebo na kolečkách, močovou láhev pro muže (tzv. bažant), různé typy chodítek, hůlky, berle, francouzské hole, polohovací lůžko mechanické nebo elektrické, různé typy matrací proti proleženinám, stůl do lůžka pro podávání jídla nemocnému, četbu, ruční práce, hygienu, invalidní vozík, signalizační zařízení pro nemocného, jednorázové plenkové kalhotky a podložky na lůžko. V případě, kdy do domácnosti chodí všeobecná sestra nebo lékař můžou být potřeby jako lineární dávkovač léků, koncentrátor kyslíku, infuzní stojan nebo odsávačka zapůjčeny například v hospici.

(Sláma, 2008)

4 Vize do budoucna

„V současné době se téměř všichni – laici a zdravotníci – shodnou na jedné věci: nejpříjemnějším místem pro úmrtí je domov pacienta. Zdravotníci dokonce říkají, že tři čtvrtiny umírajících jsou na tom tak „dobře“, že by mohli umírat jen v péči svých blízkých a že je poměrně snadné skloubit osobní a profesionální péči.

Průzkum pro sdružení Cesta domů prokázal, že lidé nechtějí umírat v léčebnách dlouhodobě nemocných (podle 69% populace a 76% zdravotníků) a často ani v nemocnicích (45% populace a 59% zdravotníků). Jen 14% lidí si přálo, aby umírali sami, aby u nich nebyli jejich blízcí (třeba proto, že se s nimi nesnášejí a vědí, že by to nebylo dobré ani pro jednu stranu). Podle 92% tázaných z běžné populace se do péče o umírajícího mají zapojovat příbuzní – totéž si myslí i 99% zdravotníků a lékařů. V zásadě obě skupiny také uznávají, že možnost být nablízku umírajícímu pomáhá pozůstalým později překonat období intenzivního smutku. Mají pocit, že splnili svoji povinnost vůči umírajícímu a že „udělali všechno, co mohli“. Aby mohli lidé umírat ve své domácnosti a jejich příbuzní o ně pečovat, v tom jim dnes – alespoň ve velkých městech – pomáhá řada organizací, nevládních, neziskových či dobrovolných.

Dnes lidé, i když ví o existenci organizací pomáhajících umírajícím lidem, a ví, co mají dělat, tak to nedělají. Takže navzdory doporučení zdravotníků, přání umírajících a přesvědčení těch, co jsou jim blízcí, většina lidí umírá v institucích, tedy v nemocnicích či léčebnách dlouhodobě nemocných. Dokonce podle jednoho výzkumu 51% starších lidí umírá na takzvaném akutním nemocničním lůžku, které je určeno pro léčení. Zůstávají tam, protože si nikdo – ani tito pacienti, ani jejich příbuzní – nechce jasně uvědomit, že další léčení již nemá smysl.

Proto nezbyvá než stále znova připomínat: Chceme většinou umírat mezi svými blízkými a doma. Není to tabu, stačí se zeptat. Ale lidé se někdy raději neptají. Naopak, někteří z pozůstalých opakují, že nebyli dostatečně informováni o špatném zdravotním stavu svého blízkého. Nebyli informováni? Nebo nechtěli tuto informaci slyšet a přijmout? I proto tak často neumíráme tam, kde si přejeme.“

(Šiklová, 2013, s. 66 – 70)

4.1 Shrnutí teoretické části

Umírání starých lidí doma, v jejich přirozeném prostředí, je jedním z fenoménů, který se vrací a je jej potřeba podporovat.

V první kapitole jsem krátce vysvětlila základní pojmy, které se mohou v této problematice vyskytnout. Jsou to pojmy umírání, smrt, terminální stádium, paliativní péče, domácí péče a neformální pečovateli.

Druhá kapitola byla konkrétněji zaměřena na umírání a smrt. Jak to bylo vnímáno dříve a jak dnes, kdy jsme smrt z našich domovů vykázali do nemocnic a ústavů. Na to jsem navázala rozlišením jednotlivých druhů smrti a právem a potřebami umírajících, které je potřeba respektovat a uspokojovat. Dále jsem vysvětlila fáze umírání podle Elizabeth Kübler-Rossové, kterými člověk musí projít, aby se se smrtí smířil. Tuto kapitolu jsem zakončila obdobím umírání, které probíhá od uvědomění si blízkosti smrti, až ke smrti samotné a péči o tělo zesnulého.

Třetí kapitola byla určena službám, které pomáhají neformálním pečovateli se zvládnutím péče o osobu blízkou. Nejdříve jsem vysvětlila, co je to paliativní péče, jaké nemoci vyžadují paliativní péči a kde ji můžeme najít. Tu jsem rozdělila na obecnou, která by měla být poskytována každým členem zdravotnického zařízení a specializovanou, poskytovanou vyškolenými pracovníky na paliativní péči a uvedla její organizační formy. A kdo nám může pomoci s péčí o umírajícího? Zde jsem se pokusila krátce charakterizovat služby, které těmto lidem pomáhají s péčí o umírajícího doma. Mezi ně patří např.: pečovatelská služba, domácí péče, domácí hospic, osobní asistence, služba přivolání pomoci, odlehčovací služba a půjčovna pomůcek.

V poslední kapitole své teoretické části, kterou jsem nazvala Vize do budoucna, jsem použila výsledky výzkumu Cesty domů. Ten zjistil, že lidé mohou v mnoha případech umírat doma a zdravotníci to i velmi podporují, ale nemocný nebo jeho blízcí si zkrátka neuvědomují, že další léčení už nemá smysl a proto tak často dochází ke smrti v nemocnicích nebo léčebnách. Apeluje se zde, na větší naslouchání přání umírajícího a na respektování a podporu ze strany blízkých, pokud si nemocný přeje

umírat doma. Lidé prý pak mají pocit, že pro umírajícího udělali vše, co bylo v jejich silách a se smrtí blízkého se rychleji vyrovnávají.

V navazující praktické části se zaměřím na konkrétní organizaci, na Domácí hospic Tabita v Brně, který poskytuje pomoc umírajícím i pečujícím osobám (neformálním pečovatelům) v jejich domově. Ve výzkumné části bych chtěla zjistit, jaká je informovanost a představy neformálních pečovatelů o domácím hospici, jakých služeb nejčastěji využívají a hlavně jak hodnotí pomoc domácího hospice?

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Domácí hospic Tabita, Brno

Domácí hospic Tabita patří do služeb poskytovaných Hospicem sv. Alžběty v Brně na Kamenné ulici. Jedná se o specializovanou formu domácí péče, tzv. paliativní péči, která pomáhá nemocným, a jejich blízkým, s vážně nevléčitelnou nemocí, která je ohrožuje na životě. Služby jsou poskytovány zdravotními sestrami 24 hodin denně, 7 dní v týdnu.

5.1 *Personální obsazení*

Péče Domácího hospice Tabita je zajišťována tzv. multidisciplinárním odborným týmem, který se skládá z lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků, pečovatелů, psychologa, duchovního a dobrovolníků.

5.1.1 **Náplň práce zdravotní sestry**

Náplní práce zdravotní sestry je kontrolovat zdravotní stav nemocného, podat léky, injekce, infuze, pečovat o rány, stomie, ošetřit drény, katetry či porty a aktivizovat nemocného. Poskytují také podporu rodině, poradenské návštěvy a pomoc v posledních chvílích života nemocného.

5.1.2 **Náplň práce sociálního pracovníka**

Náplní práce sociální pracovnice je poskytování všeobecného i sociálního poradenství, má na starost proces přijetí pacienta do domácího hospice (dělá sociální šetření u pacienta doma a uzavírá smlouvu o poskytování služeb), vytváří rozpis pro pečovatele, má na starost vzdělávání pečovatелů a sociálních pracovníků, jedná s Jihomoravským krajem, vytváří výkazy, stará se o dokumentaci, zařizuje kontakt s rodinou a stará se o pozůstalé ve formě mší a kondolencí.

5.2 *Cílová skupina*

Cílovou skupinou Domácího hospice Tabita jsou onkologicky nemocní s ukončenou léčbou neboli lidé v terminálním stádiu nemoci. Podmínkami pro poskytování služeb

jsou, že rodina je ochotna se o nemocného starat 24 hodin denně, 7 dní v týdnu a pacient souhlasí s poskytováním služeb domácího hospice.

5.3 Navazující služby

Domácí hospic Tabita spolupracuje s lůžkovým Hospicem sv. Alžběty a nabízí služby sociálního a psychologického poradenství, odlehčovací službu a půjčovnu pomůcek.

5.3.1 Lůžkový Hospic sv. Alžběty

„Lůžkový hospic je lůžkové zdravotnické zařízení, které poskytuje kompletní paliativní péči nemocným, jejichž stav nevyžaduje akutní léčbu v nemocnici, ale dobrou péči nelze zvládnout v domácím prostředí.“

(Hospic sv. Alžběty v Brně, 17. 3. 2016)

5.3.2 Sociální a psychologické poradenství

Tento druh služby zajišťuje sociální pracovník nebo psycholog, který navštěvuje po domluvě nemocného nebo jeho rodinu doma a poskytuje mu sociální rady nebo psychologickou podporu – například jak finančně zvládnout péči, získat více informací o pomoci nebo jak mluvit o těžkých tématech.

5.3.3 Terénní odlehčovací služba

Jedná se o sociální službu, kterou si pacient hradí sám a nabízí pomoc pečujícím osobám a pomáhá s denní činností nemocného dle domluvy. Zde se jedná například o pomoc s hygienou, podání jídla nebo přítomnost pečovatele u nemocného, když si pečující potřebuje odpočinout, či zařídit něco mimo domov.

5.3.4 Půjčovna pomůcek

Půjčovna pomůcek nabízí zapůjčení zdravotních pomůcek na dobu 3 měsíců, jak pacientům domácího hospice, ale i široké veřejnosti za určitý peníz.

6 Metodická část

6.1 Hlavní cíl výzkumu

V mé bakalářské práci jsem chtěla zjistit, jaké jsou znalosti a limitace využití služeb Domácího hospice Tabita z pohledu neformálních pečovatelů

6.1.1 Výzkumné dílčí cíle

Dílčí cíle zjišťují znalosti a využití Domácího hospice Tabita z pohledu neformálních pečovatelů.

DC I. Zjistit znalosti neformálních pečovatelů o domácím hospici.

DCI. 1 Zjistit, jak se neformální pečovatelé dozvěděli o Domácím hospici Tabita.

DCI. 2 Zjistit, co si neformální pečovatelé představují pod pojmem domácí hospic.

DCI. 3. Zjistit, co si neformální pečovatelé představují, že domácí hospic poskytuje.

DC II. Zjistit, využití Domácího hospice Tabita neformálními pečovateli.

DCII. 1 Zjistit, jaké služby Domácího hospice Tabita neformální pečovatelé využívají.

DCII. 2 Zjistit, jak často jsou využívány služby Domácího hospice Tabita neformálními pečovateli.

DCII. 3 Zjistit, zda neformální pečovatelé využívají i jiných služeb.

DCII. 4 Zjistit, jak neformální pečovatelé hodnotí práci Domácího hospice Tabita.

6.2 Zvolená výzkumná strategie

Pro metodickou část své bakalářské práce jsem si zvolila kvalitativní výzkum, který je zaměřený na vytváření teorií a je určen pro menší výzkumný vzorek. „*Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je porozumět člověku, tedy především chápat jeho vlastní hlediska – jak on vidí věci a posuzuje jednání.*“ (Gavora, 2000, s. 32) K výzkumu jsem použila polostrukturovaný rozhovor s rodinnými příslušníky nemocných (neformálními pečovateli) (příloha 2), který obsahuje základní informace o pečujícím a sedm otázek.

6.3 Transformace dílčích cílů do tazatelných otázek

Tabulka č 1: Transformační tabulka

Hlavní cíl: Posouzení znalostí a limitací využití služeb Domácího hospice Tabita z pohledu neformálních pečovatelů.			
Dílčí cíle		Indikátory	Otázky pro rozhovor
DCI. Zjistit znalosti neformálních pečovatelů o domácím hospici.	DCI. 1 Zjistit, jak se neformální pečovatelé dozvěděli o Domácím hospici Tabita.	Získání informací o službě	TO1: Jak jste se o Domácím hospici Tabita dozvěděli?
	DCI. 2 Zjistit, co si neformální pečovatelé představují pod pojmem domácí hospic.	Znalost pojmu domácí hospic	TO2: Co je podle Vás domácí hospic?
	DCI. 3 Zjistit, co si domácí pečovatelé představují, že domácí hospic poskytuje.	Znalost služeb	TO3: Jaké služby podle Vás domácí hospic poskytuje?
DCII. Zjistit, využití Domácího hospice Tabita neformálními pečovateli.	DCII. 1 Zjistit, jaké služby Domácího hospice Tabita neformální pečovatelé využívají.	Využití služeb	TO4: Jaké služby Domácího hospice Tabita využíváte?
	DCII. 2 Zjistit, jak často jsou využívány služby Domácího hospice Tabita neformálními pečovateli.	Četnost návštěv	TO5: Jak často k vám chodí pracovníci Domácího hospice Tabita?
	DCII. 3 Zjistit, zda neformální pečovatelé využívají i jiných služeb.	Kombinace služeb	TO6: Využíváte i jiných pomocných služeb než Domácího hospice Tabita?
	DCII. 4 Zjistit, jak neformální pečovatelé hodnotí práci Domácího hospice Tabita.	Hodnocení služby	TO7: Jak hodnotíte pomoc Domácího hospice Tabita?

6.4 Výzkumný soubor

Pro výzkum byli vybráni neformální pečovatelé, kteří využívají pro své blízké služby Domácího hospice Tabita v Brně, konkrétně odlehčovací služby, kde jsem byla v prosinci minulého roku na praxi a spolupráce byla domluvena. Sociální pracovnice mi vybrala 5 náhodných respondentů, kteří s rozhovorem souhlasili a u kterých si pracovnice byla jistá, že jim rozhovor nebude vadit. Všichni oslovení respondenti

byly ženy převážně kolem sedmdesáti let, které se většinou dlouhodobě starají doma o svého manžela.

Tabulka č. 2: Charakteristika respondentů

	Pohlaví	Věk	Vztah	Délka péče	Diagnóza
R1	žena	73	dcera	5 let	stařecká demence
R2	žena	70	teta	6 let	roztroušená skleróza
R3	žena	70	manželka	7 let	stařecká demence
R4	žena	73	manželka	6,5 let	Parkinsonova choroba
R5	žena	86	manželka	2,5 roku	Parkinsonova choroba, zánět slinivky břišní

6.5 Popis průběhu výzkumu

Na uskutečnění rozhovoru s klienty Domácího hospice Tabita jsem se domluvila se sociální pracovnící pro tuto službu, už v prosinci, kdy jsem byla na praxi v lůžkovém hospici sv. Alžběty. Po několika nedorozumění a přesunu termínu setkání, si na mě konečně 14. 3. 2016 udělala sociální pracovnice čas a já jsem mohla dojet udělat rozhovory s jejími klienty. Z důvodu, že bylo málo času a pro pracovníci to bylo výhodnější, se rozhovory uskutečnily telefonicky, po předchozí domluvě s klientem. Bylo mi povoleno pouze 5 rozhovorů, které se uskutečnily v kanceláři sociální pracovnice z jejího pracovního telefonu. Odpovědi respondentů jsem si zaznamenávala přímo do předem připraveného dotazníkového archu. Délka rozhovorů se pohybovala kolem 3-4 minut. Během dvou hodin, co jsem strávila v kanceláři, jsem dostala ještě doplňující informace o Domácím hospici Tabita a stručné informace ke každému respondentovi.

6.6 Reflexe etických rizik výzkumu a rizik zvolené výzkumné strategie

U kvalitativního výzkumu může podle Hendla (2005) často nastat riziko, že výsledky jsou snadno ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi. Pro svůj výzkum jsem se rozhodla použít polostrukturovaný rozhovor, který obsahuje

otevřené otázky, u kterých se může respondent rozpovídat. Díky připraveným otázkám jsem byla schopná si rozhovor částečně korigovat.

6.7 Popis a interpretace dosažených výsledků.

a) DCI. Zjistit znalosti neformálních pečovatелů o domácím hospici.

DCI. 1 Zjistit, jak se neformální pečovatелé dozvěděli o Domácím hospici Tabita.

TO1: *Jak jste se o Domácím hospici Tabita dozvěděli?*

R1: *„Myslím si, že jsem se o tom dozvěděla od kamarádky. Když už jsem byla v koncích, tak mi řekla, ať se na ně obrátím, že mi pomůžou.“*

R2: *„Věděla jsem o této možnosti už dříve. Dozvěděla jsem se o ní v Červeném Kostelci, když jsem tam byla na školení. Ale myslela jsem si, že je to pouze pro onkologické pacienty. Na službu jsem narazila náhodou, když jsem sháněla odsávačku, tak mi to nabídli.“*

Většina oslovených respondentů odpověděla, že se o službě dozvěděli až od známých. Pouze jedna z dotazovaných o službě věděla, ale myslela si, že je pouze pro omezenou škálu nemocných.

DCI. 2 Zjistit, co si neformální pečovatелé představují pod pojmem domácí hospic.

TO2: *Co je podle Vás domácí hospic?*

R2: *„Vím, že je to organizace ochotná pomáhat lidem doma. Jak z názvu vyplývá, tak se jedná o domácí péči. Dřív (asi kolem roku 2010) to bylo bráno negativně společností, že ji mám doma a starám se o ni. Takže já to vnímám jako bezpečí a ochranu.“*

R3: *„Já mám dojem, že je to fajn.“*

Tři z dotazovaných definovali domácího hospic, jako služby, které jsou jim organizací poskytovány. Jedna ho svými slovy popsala a jedna to jen rychle shrnula.

DCI. 3. Zjistit, co si neformální pečovatelé představují, že domácí hospic poskytuje.

TO3: *Jaké služby podle Vás domácí hospic poskytuje?*

R4: „*Já si myslím, že je to ošetrovatelské péče. Vše co dělají sestřičky kromě zákroků.*“

R5: „*Když přijdou, tak se o člověka starají. Například, že s ním cvičí.*“

Většina z dotazovaných začala popisovat služby, které jsou jim domácím hospicem Tabita poskytovány, pouze jedna odpověděla, že neví.

b) DCII. Zjistit, využití Domácího hospice Tabita neformálními pečovateli.

DCII. 1 Zjistit, jaké služby Domácího hospice Tabita neformální pečovatelé využívají.

TO4: *Jaké služby Domácího hospice Tabita využíváte?*

R2: „*Když přijdou, tak mi hlídají neteř, když potřebuji jít pryč. Umyjí jí hlavu – což je pro mě obtížné. Jinak jí třeba čtou, hladí, drží za ruku, povídají a já mám čas třeba na vyžehlení prádla.*“

R5: „*Dělají hygienu s manželem, cvičí s ním, měří mu tlak, povídají si s ním nebo si s ním zpívají, natírají ho krémem...*“

Velmi často se v odpovědích dotazovaných objevuje, že využívají pomoc s osobní hygienou, cvičení a dohled, když potřebují odejít si něco zařídit.

DCII. 2 Zjistit, jak často jsou využívány služby Domácího hospice Tabita neformálními pečovateli.

TO5: *Jak často k vám chodí pracovníci Domácího hospice Tabita?*

R1: „*Chodí k nám jednou týdně, to stačí. Zatím to zvládám sama.*“

R5: „*Každý den ráno k nám chodí a ve čtvrtek ještě odpoledne, to dcera učí ve škole a nemůže mi pomoci.*“

Většina dotazovaných odpověděla, že k nim chodí pracovníci 2x až 3x týdně. K jedné chodí pouze 1x týdně a k další naopak každý den.

DCII. 3 Zjistit, zda neformální pečovatelé využívají i jiných služeb.

TO6: *Využíváte i jiných pomocných služeb než Domáciho hospice Tabita?*

R1: *„Ne. Ale ráda bych využila nějakou odlehčovací službu, kam bych mohla dceru tak na týden umístit a odpočinout si.“*

R2: *„Využívám pečovatelské služby Charita na toaletu.“*

R3: *„Zatím žádné. Sousedka nebo dcera mi když tak pomůžou.“*

R4: *„Ne. Ale dvakrát týdně chodí sestra z Naděje na masáž končetin a odběr krve.“*

R5: *„Chodí sem rehabilitační sestra na cvičení.“*

Pouze dvě z dotazovaných zatím nevyžívají jiných pomocných služeb.

DCII. 4 Zjistit, jak neformální pečovatelé hodnotí práci Domáciho hospice Tabita.

TO7: *Jak hodnotíte pomoc Domáciho hospice Tabita?*

R2: *„Víte, když člověk potřebuje pomoc, tak je rád za každou ochotnou ruku. Takže jsem vděčná za jejich pomoc. Mám potom více času.“*

R4: *„Jsem moc spokojená. Ta péče mi moc pomáhá.“*

Všichni oslovení respondenti hodnotí službu velice kladně. Jsou za ni moc vděční.

6.8 *Shrnutí výsledků*

Výzkum je rozdělen na dva základní dílčí cíle. Jeden je zaměřen na zjištění znalostí a druhý na zjištění limitací využití služeb Domácího hospice Tabita v Brně. Bylo osloveno 5 respondentů, přičemž se jednalo o ženy pečující o své blízké doma.

První dílčí cíl byl zaměřen na znalost domácího hospice neformálními pečovateli. Zjišťovala jsem, kde či od koho se neformální pečovatelé o Domácím hospici Tabita dozvěděli. Z odpovědí bylo zjištěno, že se převážná většina respondentů o službě dozvěděla od svých známých, pouze jedna respondentka o službě už věděla. Z toho usuzuji, že informovanost o domácím hospici je dostatečná. Vždy někdo z blízkých o této službě ví. Dále jsem chtěla zjistit, co si představují pod pojmem domácí hospic a jaké služby podle nich poskytuje. Pojem všechny vysvětlili podle svých vlastních zkušeností s Domácím hospicem Tabita. U definování služeb to bylo podobně, jen jedna z dotazovaných odpověděla, že neví a druhá mě ještě odkázala na letáček Domácího hospice Tabita. Z toho usuzuji, že pod pojmem domácí hospic nevidí nic špatného, naopak ho vnímají jako službu, která jim může pomoci v mnoha ohledech.

Druhý dílčí cíl měl zjistit limitace využití služeb Domácího hospice Tabita v Brně neformálními pečovateli. Otázkou jsem navazovala na předchozí část a ptala jsem se, jaké služby Domácího hospice Tabita neformální pečovatelé využívají. Z odpovědí jsem zjistila, že nejvíce využívají pomoci s osobní hygienou, cvičení s nemocným a dohled, když si potřebují něco zařídit nebo někam odejít. Další otázky byly směřovány na četnost návštěv pracovníků Domácího hospice Tabita a na využívání jiných služeb neformálními pracovníky. Četnost byla různá. K někomu chodí pracovnice jen jednou týdně, k jinému naopak každý den, ale k většině chodí 2x až 3x týdně. A s tím souvisí i využívání jiných služeb než domácího hospice. Zjistila jsem, že čím častěji se k pacientovi chodí na návštěvy, tím je pravděpodobnější, že bude využívat i jiných služeb. Což je vlastně logické. Čím více potřebuje nemocný péče, tím více přivítá neformální pečovatel i jinou pomoc. A poslední otázka měla zjistit, jak neformální pečovatelé hodnotí práci Domácího hospice Tabita. Zde jsem se setkala jen se samými spokojenými a kladnými odpověďmi. Všechny dotazované respondentky si službu moc chválí a jsou rádi za pomocnou ruku při péči o své blízké.

Z výzkumu jsem tedy zjistila, že vždy někdo z blízkých o domácím hospici ví a že pojem domácí hospic a péče o svého blízkého doma jsou v dnešní době vnímány společností kladně. A dále jsem zjistila, že čím je na tom nemocný hůř, tím častěji k němu pracovníci chodí a neformální pečovatelé se nebojí využívat i jiných služeb, aby péči o nemocného zvládali snáz. Službu Domácího hospice Tabita si respondentky velice chválí a doporučují.

Závěr

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo rozšířit povědomí o smrti a organizacích pomáhající lidem umírat doma, v jejich přirozeném prostředí. O to jsem se pokusila ve své teoretické části, kde jsem nastínila smrt, jako něco, co bylo v dřívějších dobách vnímáno jako součást života. Lidé umírali doma, obklopeni svými blízkými, a ti se tak naučili smrti nebát. To se však změnilo a až donedávna jsme o smrti skoro vůbec nemluvili a chápali ji jako něco zlého. Odsunuli jsme ji do nemocnic a léčeben a lidé tak umírali bez svých blízkých. Naštěstí jsme si začali uvědomovat, že mlčením nic nevyřešíme a pomalu se o smrti opět začíná mluvit a vrací se z nemocnic do domovů, kde se o umírající, jako dříve, starají jeho blízcí. Chtěla bych touto svojí prací podpořit všechny, co se odhodlají k tomuto odvážnému kroku, nechat si umírajícího doma a starat se o něj do posledního okamžiku. Jejich úsilí se jim vrátí v podobě pocitu, že pro svého blízkého udělali maximum. Na tuto péči však nemusí být pečující sami. Mohou využít služeb poskytujících paliativní péči, které pomáhají jak s péčí o umírajícího, tak i pečujícím se zvládáním stresových situací a orientací se ve službách, které mohou ještě pomoci.

V praktické části jsem prováděla výzkum, který měl za cíl, zjistit znalosti a limitace služeb Domácího hospice Tabita z pohledu neformálních pečovatelů. Z rozhovorů vyplynulo, že informovanost o domácím hospici je dostačující, neboť vždy někdo z blízkých o službě ví a že představy o něm už nejsou tak negativní jako dříve, kdy si lidé pod pojmem hospic vybavili dům smrti, ba právě naopak. Dnes je lidmi vnímán jako služba, která pomáhá umírajícím a neformálním pečovatelům se zvládáním této nelehké situace a je hodnocena velmi kladně. Dále jsem zjistila, že nejčastěji jsou neformálními pečovateli využívány služby osobní hygieny, cvičení a dohledu a že četnost a využívání dalších služeb je závislé na zhoršujícím se zdravotním stavu nemocného. Čím více péče nemocný potřebuje, tím více pečující vyhledávají služby, které by jim s péčí pomohli.

Tento průzkum byl prováděn kvalitativní výzkumnou formou polostrukturovaného rozhovoru, který nakonec k počtu respondentů a formě telefonických rozhovorů nebyl až tak šťastným rozhodnutím. Mnohem více by se v této situaci hodilo využít

spíše dotazníku, který by byl rychlejší, zaměřený na větší počet dotazovaných a vyhovoval by jak respondentům, tak i sociální pracovníci více.

Přínosem této práce by podle mě mělo být podpoření lidí v péči o své blízké umírající doma. Neboť je potřeba si uvědomit, že smrt patří do našich životů. Je mnohem příjemnější umřít doma, obklopen svými blízkými, než sám, na nemocničním lůžku. A také bych se chtěla pokusit o zavedení domácího hospice na Moravskotřebovsku, kde je velmi potřeba.

Celé bych to zakončila citátem Cicera, který praví – *„Když smrt přichází, všechno se ztrácí. Co si ovšem pamatujeme, je odvaha, s kterou jsme konali odvážné skutky. Nejlepší cesta, jak umřít je, když jsou stále zachovány smysly, když se člověk cítí dobře a náhle přijde matka příroda, aby si vzala vše, co dala.“*

(Ulrichová, 2014, s. 38)

Seznam použité literatury

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. vyd. 2., podstatně přepracované a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství 2. díl: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3185-8.

SKÁLA, Bohumil. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře* 2011. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLK JEP, 2011, 20 s. ISBN 978-80-86998-51-0.

SLÁMA, Ondřej, Josef DRBAL a Ludmila PLÁTOVÁ. *Umřít doma: příručka pro laické pečující*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008, 79 s. Laická péče. ISBN 978-80-254-2788-0.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Vyhoštěná smrt*. 1. vyd. Praha: Kalich, 2013, 127 s. ISBN 978-80-7017-197-4.

ULRICHOVÁ, Monika. *Hledání smyslu ve smrti a umírání: zdravotně sociální aspekty konce života v perspektivě existenciální analýzy*. 1. vyd. Ostrava: Moravapress, 2014. ISBN 978-80-87853-21-4.

TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana, Jana LEVICKÁ, Alena VOSEČKOVÁ a Eva MYDLÍKOVÁ. *Mezi láskou a povinností: péče očima pečovatелů*. Vydání první. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-570-7.

Internetové zdroje:

Cesta domů. *E-learning* [online]. [cit. 2015-09-02]. Dostupné z: <http://elearning.cestadomu.cz/umirani.html>

Hospic sv. Alžběty v Brně. *Hospic sv. Alžběty v Brně* [online]. [cit. 2016-03-17]. Dostupné z: <http://hospicbrno.cz/>

Paliativní péče. *Umírání.cz* [online]. [cit. 2016-03-215]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/pece-o-nevylecitelne-nemocne/paliativni-pece>

Seznam příloh

Příloha 1: Charta práv umírajících

Příloha 2: Polostrukturovaný rozhovor

Příloha 1

CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících“

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevyléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:
 - Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
 - Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
 - Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
 - Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
 - Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
 - Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží

- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
 - Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
 - Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti
8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:
- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
 - Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
 - Umírání o samotě a v zanedbání
 - Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
 - Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
 - Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících
9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:
- a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:
- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
 - aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
 - aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
 - aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
 - aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
 - aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
 - aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
 - aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
 - aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii

- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
 - aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny
- b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:
- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
 - aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
 - aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
 - aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (living will), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (advance directives), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení
 - aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
 - aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány
- c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“

- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

Z anglického originálu přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický

Příloha 2

Vážený pane, vážený paní,

jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Hradce Králové oboru Sociální a charitativní práce a píši bakalářskou práci na téma Návrat fenoménu umírání doma. Chtěla bych Vás poprosit, zda byste na mě měli 10 minut svého času a zodpověděli mi pár otázek ohledně Domácího hospice Tabita. Rozhovor je anonymní a výsledky budou použity pro moji bakalářskou práci a jako zpětná vazba pro Domácí hospic Tabita.

Děkuji Zuzana Sekaninová

Pohlaví	Věk	Vztah	Délka	Diagnóza

TO1: Jak jste se o Domácím hospici Tabita dozvěděli?

TO2: Co je podle Vás domácí hospic?

TO3: Jaké služby podle Vás domácí hospic poskytuje?

TO4: Jak hodnotíte pomoc Domácího hospice Tabita?

TO5: Jaké služby Domácího hospice Tabita využíváte?

TO6: Jak často k vám chodí pracovníci Domácího hospice Tabita?

TO7: Využíváte i jiných pomocných služeb než Domácího hospice Tabita?
