

Jihočeská universita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra teologických věd

Bakalářská práce

Domácí hospicová péče v Českých Budějovicích

Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Veber, Ph.D.

Autor práce: Iveta Martinů

Studijní obor: Sociálně charitní práce

Forma studia: Kombinovaná

Ročník: V.

2015

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 Teologickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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.

30. 3. 2015

Martinů Iveta

„Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Tomáši Veberovi Ph.D. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce a také zaměstnancům Městské charity v Českých Budějovicích za trpělivost a pomoc.“

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod..... | 5 |
| 1. Paliativní péče..... | 7 |
| 1.1. Rozdělení paliativní péče..... | 9 |
| 2. Umírání a smrt..... | 11 |
| 2.1. Umírání..... | 12 |
| 2.1.1. Prvním je období pre finem..... | 13 |
| 2.1.2. Druhé období se nazývá in finem..... | 14 |
| 2.1.3. Posledním obdobím je post finem..... | 14 |
| 2.2. Smrt..... | 14 |
| 2.3. Jednotlivé fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossově..... | 17 |
| 2.4. Potřeby umírajících v závěrečné fázi života..... | 21 |
| 3. Hospicová péče..... | 23 |
| 3.1. Význam hospicové péče..... | 23 |
| 3.2. Druhy hospicové péče..... | 24 |
| 3.2.1. Lůžková forma hospicové péče..... | 24 |
| 3.2.2. Hospicové denní stacionáře..... | 25 |
| 3.2.3. Domácí hospicová péče..... | 25 |
| 3.4. Respitní péče pro seniory..... | 28 |
| 4. Domácí hospicová péče v Českých Budějovicích..... | 29 |
| 4.1. Městská charita České Budějovice..... | 29 |
| 4.2. Společnost Ledax o.p.s..... | 30 |
| 4.3. Agentura domácí péče IVAS s.r.o..... | 30 |
| 5. Metodika..... | 31 |
| 5.1. Technika sběru dat..... | 31 |
| 5.1.1. Charakteristika cílové skupiny dotazovaných..... | 31 |
| 6. Interpretace a analýza kazuistik..... | 32 |
| 6.1. Kazuistika 1. – paní Alena..... | 32 |
| 6.2. Kazuistika 2..... | 35 |
| 6.3. Kazuistika 3..... | 37 |
| 7. Výsledky kvantitativního šetření..... | 38 |
| 8. Závěr..... | 48 |
| Seznam použité literatury..... | 50 |
| Seznam příloh..... | 54 |
| Abstrakt..... | 65 |

„Kdo věří, není nikdy sám – ani v životě, ani ve smrti.“
Benedikt XVI.

Úvod

K tématu mé bakalářské práce „Domácí hospicová péče v Českých Budějovicích“ mne přivedla práce terénní pečovatelky Městské charity v Českých Budějovicích. Naši uživatelé jsou převážně senioři a vážně nemocní lidé, často v terminální fázi života. Kromě profesního zájmu mne toto téma zajímá i z osobního hlediska.

Když jsem před více než dvaceti lety ztratila své prarodiče, nevěděla jsem nic o domácí hospicové péči. Oba zemřeli v ústavu, babička v nemocnici, děda v domově pro seniory. Dnes na ně hodně vzpomínám, a přemýšlím, jak by v dnešní době mohli dožít doma, mezi svými, tak jak si to přáli.

Smrt a umírání patří k lidskému životu. Dnes už se více hovoří o paliativní medicíně a hospicové péči v médiích a k dispozici máme různé filmy a videa na internetu o hospicích. Přesto podle mého názoru je stále nutné se touto problematikou zabývat.

Za cíl své práce jsem si dala objasnění současného stavu paliativní péče v Českých Budějovicích. Pokusím se zmapovat formy domácí hospicové péče v domácím prostředí nemocného, možnosti zájemců o domácí hospicovou péči, které organizace tuto službu poskytují a zda je nabídka dostačující. Zároveň se zaměřím i na kvalitu hospicové péče v domácím prostředí a na spolupráci rodiny umírajícího s organizacemi.

V teoretické části své bakalářské práce uvádím základní informace o paliativní medicíně a péči, o smrti a umírání, o respitní a hospicové péči a podrobněji pak popisují domácí hospicovou péči. Popisují také současný stav domácí hospicové péče v Českých Budějovicích. Dále se pak zaměřuji na organizace, které v současnosti v Českých Budějovicích poskytují domácí hospicovou péči, jaké jsou jejich služby a nabídky uživatelům, možnosti

v poskytování konkrétně hospicové péče přímo v domácím prostředí a jaká je cílová skupina uživatelů těchto organizací.

Teoretickou část práce zpracuji podle odborné literatury na téma hospicové péče, zejména od autorek H. Haškovcové a M. Svatošové.¹ Důležitým zdrojem informací jsou také internetové stránky různých organizací, zabývajících se hospicovou a paliativní péčí, například www.cestadomu.cz, www.hospice.cz a další.

Praktická část obsahuje výzkum, kde jsem zvolila metodu dotazování formou dotazníku. Výzkumný soubor tvoří pracovníci organizací, poskytujících domácí hospicovou péči. Součástí praktické části práce jsou také kazuistiky, ve kterých popisují několik případů z praxe.

V kazuistikách se zaměřuji především na spolupráci poskytovatelů domácí hospicové péče s rodinou uživatele, na přístup rodiny k nemocnému členu a na to, jak konkrétně péče o umírajícího v rodině probíhá. V jedné kazuistice se pak snažím popsat na příkladu pacientky jednotlivé fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové.

¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří, Thanalogie, nauka o umírání a smrti*. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*.

1. Paliativní péče

Pro paliativní, neboli úlevnou péči existuje několik definic. Paliativní medicína se zabývá léčbou pacientů s různými diagnózami nevléčitelných nemocí. Určitý vývoj v pojetí paliativní medicíny a péče se odráží například v definicích Světové zdravotnické organizace, které jsou rozdílné podle roku definování. V první řadě se rozšířilo spektrum diagnóz, dále se pak rozšířil časový úsek nemoci, kdy se používají postupy paliativní péče.

Jedna z posledních definic Světové zdravotnické organizace (WHO) definuje tuto péči jako *„aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž onemocnění již nereaguje na kurativní léčbu. Stěžejní je kontrola bolesti a dalších symptomů, psychologických, sociálních a duchovních potíží. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života pacientů a jejich rodin.“*² Paliativní péče je typ léčby, který se poskytuje umírajícím v rozličném prostředí, a bere zřetel na potřeby nemocného a jeho zdravotní stav. V paliativní péči je důležitá snaha o dosažení co možná nejlepší kvality života nemocného a snaha o respektování individuality lidské osobnosti a její jedinečnosti ve všech čtyřech základních rozměrech celostního pohledu, biologickém, psychologickém, sociálním a spirituálním.

Podle Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče je to *„moderní, celosvětově rychle se rozvíjející typ péče, který nabízí umírajícím a jejich blízkým účinnou pomoc tam, kde prostředky běžných léčebných postupů, ale také síly a schopnosti nejbližšího okolí velmi často selhávají. Paliativní péče se zabývá utrpením, potřebami a kvalitou života a důstojností lidí na konci života (WHO 2003). Specializované zařízení poskytující paliativní péči se označuje za hospic.“*³

² <http://asociacehospicu.cz/poslani-asociace/>

³ <http://asociacehospicu.cz/mezinarodni-konference-paliativni-a-hospicove-pece-2015-2/>

„K rozšíření paliativní péče a jejímu uplatňování v praxi velmi přispělo hospicové hnutí“.⁴ Se založením prvního moderního hospice v historii je spojeno jméno Cicely Saundersové, která založila roku 1967 v Londýně Hospic sv. Kryštofa. Tato žena, původně zdravotní sestra, později sociální pracovníce a lékařka se celý svůj život věnovala umírajícím. Byla propagátorkou paliativní medicíny, lékařské etiky a napsala několik knih na tato témata. Za svoji práci ve zdravotnické, sociální a náboženské oblasti získala v Anglii nejvyšší možná ocenění. Je autorkou konceptu „total pain“, celkové bolesti. *„Tělesná bolest je dle tohoto pojetí nerozlučně spjata a vzájemně se ovlivňuje s utrpením (bolestí) v oblasti psychické, sociální a duchovní. Zvláště u terminálně nemocných a umírajících je tato vzájemná provázanost zcela zásadní a jednotlivé složky bolesti nelze mírnit odděleně.“*⁵ Právě v hospici sv. Kryštofa Cicely Saundersová založila péči o umírající na tomto konceptu a poprvé v historii ji zajišťoval multidisciplinární tým.

Moderní paliativní péče tedy chrání důstojnost pacientů v terminálním stádiu života a hlavní je pro ni kvalita života, odstraňuje nebo maximálně zmenšuje bolest, snaží se minimalizovat průvodní jevy závěrečných stádií smrtelných onemocnění. Paliativní péče je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na člověka a zahrnuje v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty.

Cílem paliativní péče je zároveň respektovat přání a potřeby pacientů, jejich hodnotové priority a chránit jejich právo na sebeurčení. Paliativní péče nezanedbává význam rodiny a nejbližších přátel nemocných, nevytrhává je z jejich přirozených sociálních vazeb. Naopak každému pacientovi je umožněno prožít svoji závěrečnou část života ve společnosti svých blízkých a v příjemném prostředí. Paliativní péče je zaměřena nejen na umírajícího, ale i na jeho rodinu a přátele a poskytuje jim oporu, pomáhá zvládat zármutek pozůstalým. *„Moderní paliativní péče vychází ze zkušenosti, že existuje rozdíl mezi špatnou a kvalitní*

⁴ OPATRŇÁ, M., OPATRŇÝ, M., *Nemocní v terminálním stadiu*, MARTINEK, M. a kol., *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, str. 147.

⁵ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSLÍŠILOVÁ, Y. a kol. *Paliativní medicína*, str. 20.

*péči o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením.*⁶

1.1. Rozdělení paliativní péče

Paliativní péči dělíme na obecnou a specializovanou.

Obecná paliativní péče je dobrá klinická praxe, která je poskytována všemi zdravotníky podle jejich odborných znalostí. Měli by ji umět poskytovat všichni zdravotníci. Obecná paliativní péče v sobě zahrnuje léčení nejčastějších symptomů, respekt k autonomii pacienta, komunikaci s pacientem a jeho rodinou, a to s empatií a s citem.

Specializovaná paliativní péče je péče aktivní, kterou poskytuje tým speciálně vzdělaných a zkušených pracovníků. Je to péče interdisciplinární a je zaměřena pouze na poskytování paliativní péče. Součástí tohoto týmu je lékař, zdravotní sestry, psycholog, sociální pracovník, sociolog, pastorační pracovník, případně i další odborníci. Multidisciplinární tým je důležitý proto, aby bylo možné reagovat na veškeré potřeby umírajícího.

Paliativní medicína je léčba aktivní, to znamená, že pokud je pacient nevyčerpitelně nemocný, léčení se neomezuje a nezjednodušuje. Paliativní medicína je medicínou, která má utěšovat a mírnit fyzické i psychické projevy nemoci. Je důležité zachovat kvalitu života umírajícího, aby poslední čas ve svém životě netrpěl a nestrádal, ať už bolestmi, nebo osamělostí. Podle Matouška na paliativní medicíně jako přístupu je postaveno celé hospicové hnutí. Ani tato medicína není však všemocná, a je důležité u pacienta v terminálním stádiu rozlišit symptomy a utrpení. Symptomy, například bolest, je možné odstranit. Utrpení ale není změnitelné, je neodvratné a pro pacienta je důležité, aby ho přijal. Pokud pacientovi chybí víra a také pochopení blízkého okolí, je těžké toto utrpení zmírnit.

⁶ <http://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina>

V těchto případech mohou pomoci některé psychoterapeutické metody, zvláště logoterapeutické techniky *dereflexe* nebo *modulace postoje*. Zakladatelem těchto technik je Viktor E. Frankl a jeho žákyně Elisabeth Lukasová. Tyto dvě techniky mohou pomoci nemocnému umřít klidně, důstojně a se smířením. Nemocný tak umírá ve fázi akceptace, nikoliv rezignace. Logoterapeutická technika *dereflexe* pomáhá nemocným zapomenout na svoji nemoc tak, že si zvolí nějaký cíl nebo úkol, který se snaží splnit a na sebe myslí co nejméně. Technika modulace postoje spočívá v tom, že pomáhá nemocnému ovlivnit pozitivně jeho postoj k jeho situaci.⁷

⁷MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds.) *Sociální práce v praxi*, str. 200.

2. Umírání a smrt

Umírání a smrt jsou věčná lidská témata. Finalitou života se zabývá věda, zvaná thanalogie, je to nauka, která se zabývá umíráním a smrtí. Thanalogie je vědou interdisciplinární, zabývají se jí lékaři, psychologové, filosofové, sociologové, teologové a další odborníci. Slovo thanalogie pochází z antické báje. „*Thanatos byl zobrazován jako okřídlený a spící jinoch s uhasínající pochodní.*”⁸

Procesem umírání a smrti si projde každý z nás. V dnešním světě není stále až tak běžné mluvit o smrti nebo o umírání, a lidé většinou nevědí, jak přijmout smrt. A obavy a strach z neznáma je pak přirozený. „*Lidé se samozřejmě vždycky báli umírání a smrti. Každý normální jedinec je biofilní, což znamená, že touží po životě a dokonce po životě šťastném a dlouhém. Umírání a smrt má však v životě člověka také přirozené místo.*”⁹

Český statistický úřad zpracoval projekci demografického vývoje, podle které by lidé starší šedesáti pěti let měli v roce 2030 tvořit 22,8% populace, v roce 2050 už 31,3% populace. To představuje zhruba tři miliony obyvatelstva.¹⁰ Je tedy zapotřebí si proto uvědomit, že spolu se stárnutím populace se umírání a smrt může stát v budoucnosti fenoménem, kterým se bude nutné zaobírat.

Jak uvádí gerontoložka MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. v rozhovoru pro kampaň „Umírání v Česku“ v tisku, „*Umírání je v Česku odsouváno za zdi ústavů, protože lidé nechtějí vidět smrt, nechtějí přemýšlet o vlastním konci. Na péči o umírající nejsou připravováni ani zdravotníci, kteří mnohdy za každou cenu prodlužují pacientův život, aniž by dbali na jeho kvalitu.*”¹¹ Všeobecně je umírání v ústavech, jako jsou nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných,

⁸ JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, str. 139.

⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, str. 318.

¹⁰ http://www.nrzp.cz/dokumenty/Demograficky_vyvoj_CR.pdf

¹¹ http://zpravy.idnes.cz/rozhovor-s-gerontolozkou-ivou-holmerovou-f2w-domaci.aspx?c=A140611_154940_domaci_zt

domovy pro seniory a podobně sice časté, ale také neosobní, odlidštěné a pacienti umírají většinou v osamělosti, opuštění, bez rodiny.

Výsledky dvouletého průzkumu agentury STEM/MARK, který zorganizovala společnost Cesta domů, uvádí nepříznivá data: „*v dnešní době většina nemocných umírá v nemocnicích a různých ústavech. Více než dvě třetiny (68%) úmrtí nastávají ve zdravotnických zařízeních, více než 4,5% v sociálních zařízeních. To znamená, že takřka tři čtvrtiny úmrtí se odehrávají v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných a domovech důchodců.*“¹² Tuto situaci mohou vyřešit vedle lůžkových hospiců hospice domácí, které poskytují nemocnému v terminálním stádiu specializovanou paliativní péči v jeho domácím prostředí. Jak už jsem uvedla, v nemocnicích a v léčebnách dlouhodobě nemocných jsou umírající lidé často opuštění, musí své poslední chvíle života prožít sami, bez svých blízkých. V těchto ústavech je většinou na prvním místě diagnóza nemoci a léčba.

2.1. Umírání

Umírání je poslední fází lidského života, která končí smrtí. Umírání je bolestný čas nejen pro umírajícího, ale i pro jeho rodinu a blízké. Umírajícímu postupně ubývají fyzické i psychické síly, mizí zájem o okolní svět i cizí lidi. Lidé v tomto období života často hodně spí, a jinak jsou spíše potichu, klidní, hodně mlčí, ztrácejí pojem o čase. Někteří potřebují být spíše o samotě, jiní potřebují mít u sebe někoho blízkého. Během umírání nemocný postupně ztrácí chuť k jídlu, někteří umírající nechtějí jíst vůbec. Jídlo není tak důležité, pro umírající je ale důležitý pitný režim. Je vždy nutné zajistit přísun tekutin, například po lžičkách, s blížící se smrtí je nutno alespoň otírat rty, nejlépe kostkou ledu. Umírající dehydrovaný pacient totiž velmi trpí, a často si nemusí pocít žízně uvědomovat, nebo už nemusí být schopen si požádat o napití.

Pokud doba umírání trvá delší dobu, je nutno se věnovat i příbuzným a blízkým, kteří tráví čas s umírajícím. Mohou být vyčerpaní, unavení a je důležité

¹²<http://www.umirani.cz/res/data/010/001130.pdf>

je vystřídat, promluvit s nimi a podpořit je. V dnešní době se lidé v běžném životě nesetkávají zblízka se smrtí, a pokud nikdy neviděli nikoho umírat, je pro ně pak péče o umírajícího obtížná a stresující. Je proto důležité, aby mohli odejít na chvíli od lůžka umírajícího a oddychnout si.¹³

V minulosti bylo přirozené, že „*umírání mělo sociální rozměr*“¹⁴, což znamená, že lidé většinou neumírali osamoceni, ale jejich blízcí, rodina, přátelé, sousedé a běžně také kněz a jejich společná víra jim pomáhali zvládnout jejich poslední hodinku. Smrt nebyla tabu, ale byla přirozenou součástí života, stejně jako narození. „*Umírání je jednou z možností, jak může nemoc skončit, zvláště jedná-li se o závažnou nemoc s infaustní prognózou. V lékařském smyslu slova se jedná o terminální stav, při němž dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je smrt.*“¹⁵

Pojem umírání ale v žádném případě nelze zaměňovat pouze za terminální stav. Přesto, že je umírání často důsledkem chronického onemocnění nebo náhlého selhání životně důležitého orgánu a selhání funkčních systémů lidského organismu, je to stále součást života. Jestliže dojde k selhávání životních funkcí následkem dlouhodobé, vážné a nevyléčitelné nemoci, a je to očekávané, je pro pacienta důležitá paliativní péče. Podle některých odborníků je možno rozdělit proces umírání na tři období.

2.1.1. Prvním je období *pre finem*.

Je to období od chvíle, kdy se nemocný dozví diagnózu a trvá až do období samotného umírání. V tomto období je důležité pro nemocného, aby si byl jist pomocí nejen lékařskou, ale psychologickou. Negativním dopadem v tomto období je takzvaná *sociální smrt*. Ta nastává, když nemocný člověk sice žije, ale je postupně odtržen od všech sociálních a interpersonálních vztahů a nakonec zůstává sám se svou nemocí a blížící se smrtí.

¹³ srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanalogie, nauka o umírání a smrti*, str. 79-81.

¹⁴ JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, str. 142.

¹⁵ ŠPATENKOVÁ, N. *Problematika zdraví a nemoci*, str. 50.

2.1.2. Druhé období se nazývá in finem.

Je to období, kdy už je nemocný v terminálním stavu, chvíle, kdy přichází smrt.

2.1.3. Posledním obdobím je post finem.

V tomto období je hlavní péče soustředěna na péči o tělo zemřelého a také na pozůstalé.

Pokud se jedná o délku období umírání, není nikdy stejná. První období *pre finem* trvá často dosti dlouhou dobu, od několika týdnů po několik měsíců.

Pro uvedená období lze použít podle Křivohlavého a Kaczmarczyka také jiná označení, a to *premortální péče*, což znamená péči před smrtí, dále *perimortální péče*, kde se jedná o péči v terminálním stádiu a poslední je *postmortální péče*, péče po smrti.¹⁶ Hospicová péče nezahrnuje pouze období in finem, ale všechny tři fáze umírání.

Každý umírající potřebuje po celou dobu posledních chvil života cítit lásku a úctu ostatních, potřebuje být doprovázen, což znamená hledat společně s blízkým člověkem smysl a přijetí nejen života, ale i smrti.

2.2. Smrt

Lidská smrt je součástí lidského života, kterou člověk prožívá velmi specificky a pro každého je smrt velmi intimní záležitost. Smrt je zakončením umírání, zakončením poslední fáze lidského života. Dříve lidé umírali především přirozenou smrtí, v dnešní době je častější smrt následkem konečného stadia nevléčitelné nemoci.

Jak píše Munzarová, definice smrti byla v minulosti ovlivňována zkušenostmi. Dlouhou dobu byla za hlavní kritéria smrti považována zástava srdce a zástava dýchání. V dnešní době k těmto dvěma znakům smrti patří ještě ztráta všech mozkových funkcí.¹⁷ Z lékařského a biologického hlediska je tedy

¹⁶ KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*, str. 19.

¹⁷ srov. MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I. Smrt a umírání*, str. 14-16.

smrt stav, kdy dojde k zastavení všech životních funkcí. Podle rychlosti dělíme smrt na náhlou, rychlou a pomalou. Někdy se můžeme setkat také s pojmy avizovaná a neavizovaná smrt. Avizovaná smrt je pomalá, ohlašuje se různými potížemi a nemocemi. Dále můžeme smrt označit podle toho, v jakém věku člověk umře. V tom případě jde o smrt předčasnou, nebo přiměřenou, takzvaně v požehnaném věku.

Smrt bývá různá, tragická, tichá, náhlá a nečekaná nebo naopak očekávaná. Vždy by ale smrt měla být důstojná, a k tomu je potřeba, aby umírající nebyl sám, tak jako není sám ve chvíli svého narození.

V minulosti se lidé během svého života připravovali na svoji smrt. Život byl přijímán tak, jak šel a jeho přirozenou součástí byla i smrt. Lidé byli smířeni se skutečnostmi, které se nedají změnit, s věkem přicházela i moudrost a smíření s vlastní smrtelností. Důležitý byl v minulosti také proces ritualizace, který souvisel s umíráním, smrtí samotnou i následně s bolestí pozůstalých. Problematika ritualizace smrti se stává v dnešní společnosti velmi naléhavou. V dnešní době rituály okolo úmrtí téměř vymizely, a i to je možná jeden z důvodů, proč je téma smrti nevhodné a hodně lidem nahání strach, cítí se nejistí a smrt odsouvají.

V souvislosti s domácí hospicovou a paliativní péčí je důležité objasnit pojem *dobrá smrt*. Dnes se s tímto pojmem spojuje především eutanazie, což je vlastně dobrovolný odchod ze života za pomoci lékařů, neboli asistovaná sebevražda u nemocných, trpících nevléčitelnou chorobou. Toto spojení pochází z řeckých slov eu – dobrý a thanasos – smrt.

Ovšem to neplatí v hospicové péči. Jednou z hlavních zásad hospicové péče je, že smrt se neoddaluje, ani neurychluje. V hospicové péči se tedy pod tímto pojmem nejedná o eutanazii, ale o takzvanou *lehkou smrt*, nebo jinak *důstojnou smrt*. Všeobecně je představa takové lehké smrti smrt bezbolestná, rychlá, ideálně ve spánku, která přichází po prožití dlouhého a spokojeného života.

Podle různých teorií je možné pohlížet z hlediska hodnot, podle kritérií dobrého života, zda je bezbolestná, zda umírající stihl vyřešit všechny své pozemské záležitosti, zda je s ním někdo blízký. Důležité je také zachování důstojnosti a kontrola nad tím, co se s umírajícím děje.¹⁸

Jak píše Jiřina Šiklová, dříve pojem dobré smrti lidé znali. Dobré smrti měla předcházet zpověď, přijetí svátosti, rozloučení s rodinou a přáteli. Ve středověku byla smrt dospělého člověka, zvláště hospodáře, významnou událostí. Umírající byl tak trochu posvátný, všichni na něj pohlíželi s úctou a také i s trochou bázně.¹⁹

*„Hovoříme-li o důstojné smrti člověka, pak máme na mysli především, nebo dokonce pouze estetickou stránku procesu umírání.“*²⁰ Ovšem, jak také uvádí Helena Haškovcová, je důležité se oprostít od estetického hlediska, a vidět v umírajícím osobnost a respektovat jeho důstojnost a nenechat ho umřít osamocenému. Důstojná smrt je tedy taková, kdy člověk neumírá sám, ale v přítomnosti druhých, a je důsledně, laskavě a obětavě doprovázen na své poslední cestě

U tématu smrti je nutné také připomenout z hlediska příbuzných bezprostřední chvíle po skonání blízkého člověka. I když všichni věděli, že smrt nastane, mohou být zaskočeni, bezradní, zmatení a nejistí. V prvních minutách je potřeba přijmout ztrátu, v klidu a tichu, neměla by se začít okamžitě vyvíjet nějaká horečná aktivita. Věřící lidé se většinou chtějí naposledy pomodlit, ti kteří se nechtějí modlit, si chtějí třeba povídat o zemřelém, o tom, jaký byl jejich společný život. Reakce na smrt blízkého člověka, i když očekávanou, je vždy velmi individuální a někdy se projevuje i hodně nestandardním způsobem. Je důležité vždy akceptovat jakékoliv projevy smutku a nekritizovat nic a nikoho. Pokud dojde k úmrtí doma, je potřeba zavolat lékaře, který pak konstatuje úmrtí.

Ke smrti patří také péče o mrtvé tělo. Protože se ve své práci zabývám domácí hospicovou péčí, vynechám formality, prováděné v nemocnici nebo

¹⁸ srov. SANDMAN, L. *A Good Death: On the Value of Death and Dying*, str. 133.

¹⁹ srov. ŠIKLOVÁ, J. *Vyhoštěná smrt*, str. 22-23.

²⁰ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanalogie, nauka o umírání a smrti*, str.160.

v ústavu. Pokud nemocný umře doma, mezi svými blízkými, je dobré, když mají někoho, kdo jim pomůže s poslední službou mrtvému. Nejčastěji se volá ošetřující zdravotní sestra, která rodině pomůže zorganizovat vše potřebné a také s péčí o mrtvého.

Mrtvé tělo se uloží do rovné podoby, zavřou se oči a podváže brada. Tělo se umyje a obleče podle přání rodiny (oblékání je nutné provést ještě před posmrtnou ztuhlostí), případně se ustele a upraví lůžko. Podle tradice se otevře okno, v místnosti se mohou zapálit svíčky, pokoj se vyzdobí květinami a podobně. Vždy je nutné respektovat přání pozůstalých, stačí jim pouze pomoci, s čím si nevědí rady, ale nelze jim přikazovat, co mají a nemají dělat.

2.3. Jednotlivé fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové

Pro umírajícího pacienta je občas velmi složité vyrovnat se s prognózou smrti. Průběh umírání je ovlivněn mnoha faktory, jako je například osobnost pacienta, jeho věk, rodinné zázemí, systém priorit. Lékařka a psychiatrička Elisabeth Kübler-Rossová je uznávaná odbornice v oboru thanologie, která se věnovala práci s terminálně nemocnými pacienty a na základě své dlouhodobé práce s umírajícími definovala jednotlivé fáze vyrovnávání se se smrtí. Tyto fáze poprvé popsala ve své knize „*O smrti a umírání*“ v roce 1969.

Podle jejího popisu je prvním stádiem **popírání a izolace**. Pacienti se dozvídají o své nevléčitelné nemoci a jejich první reakcí je odmítnutí. Nechtějí přijmout skutečnost, že umírají, uzavírají se od sebe a myšlenky na svoji vlastní smrt si nepřipouští. Tato reakce je zvláště intenzívní, když je pacient informován o svém stavu ve špatně zvolené době, nebo špatně zvoleným způsobem a nepřipraven. Proto je důležité, jak se k nemocnému přistupuje a jak se mu sdělí nepříznivá diagnóza. Zvláště v tomto období je pro nemocného informovanost velmi důležitá a otevřeným rozhovorem si lékař získá jeho důvěru a snadněji pak probíhá spolupráce. Nemocný potřebuje vědět, jak se bude postupovat, co ho čeká a jak se vyrovnat se svojí situací. Je pro něj důležité vědět, co ho čeká například druhý den, nebo třeba i za hodinu.

Jako druhé přichází stádium **zlosti**. Pacient dostává vztek, je agresivní, vzteklý a rozmrzelý, někdy se projevuje závistivě. Bezdůvodně napadá všechny ve svém okolí, rodinu, přátele, zdravotnický personál, pečovatelky. Má pocit, že všichni dělají všechno špatně, ve svých nejbližších se snaží vyvolat pocit viny a studu. Pokud se mu lidé začnou vyhýbat (hlavně nejbližší, rodina), vyvolává to jen další výbuchy zlosti. Většinou platí, že čím více je kdokoliv k pacientovi vstřícný, empatický a chápající, tím více je nemocným napadán a osočován, že dělá vše špatně. Je ovšem velmi důležité pochopit a tolerovat tyto záchvaty agrese a (pro okolí neodůvodněný) hněv a zlost pacienta.

Třetím stádiem je **smlouvání a vyjednávání**. Toto stádium netrvá příliš dlouho, ale pro pacienta je stejně důležité, jako stádia předešlá. Smlouvání je pokusem oddálit smrt, někdy se může objevit i utajený pocit viny. Pokud pacient již přijme pravdu o svém blížícím se konci, má snahu oddalovat svoji smrt tím, že sám pro sebe smlouvá například s bohem nebo s osudem.

Čtvrtým stádiem je období **deprese**. Pacient pozvolna ztrácí síly, většinou nastupuje pocit očekávané a hrozící ztráty. V této fázi probíhá osobní zápas pacienta s vědomím jeho nastávající smrti a příprava pro blížící se poslední rozloučení. Pokud má umírající pocit nenaplněného života, má v důsledku toho i problém přijmout vlastní smrt a definitivní konec. Často mívají umírající také pocit viny, že opouští své blízké. Uvědomují si například finanční problémy rodiny, které nastaly s propuknutím jeho nemoci, umírající matky nedospělých dětí mají starosti s tím, kdo o jejich děti bude pečovat, až ony umřou. Všechny tyto problémy, pocity a nevyřešené otázky způsobují nemocnému deprese.

Poslední fází je pak **akceptace**. V této fázi se umírající uzavírá více do sebe, netrápí ho již hrozící ztráty a dokáže vyjádřit sám sobě i okolí své předchozí pocity. Je to fáze souhlasu s definitivním koncem, doba klidu. Tato fáze může mít ale podobu nejen smíření a přijetí, ale i podobu rezignace a zoufalství. Přesto, že pacienti se v této fázi uzavírají před vnějším světem, již téměř nekomunikují a k dorozumění používají spíše gesta, je pro ně důležité vědomí, že nejsou sami.

Vyjádřit blízkost a porozumění stačí třeba jen dotykem nebo pobýváním u lůžka umírajícího beze slov.²¹

Všechny tyto fáze se mohou různě prolínat, nemusí následovat v popsaném pořadí, někdy se mohou opakovat, mohou trvat různě dlouhou dobu a v různé intenzitě. „*Je třeba si uvědomit, že uvedenými fázemi neprochází jen pacient, ale i jeho nejbližší. Ti trpí spolu s ním, navíc se od nich očekává někdy až nadlidský výkon.*“²² Pokud je smrt náhlá a nečekaná, například při tragické nehodě, tyto klasické fáze se u umírajícího nemohou plně rozvinout, ale naopak je častěji prožívají pozůstalí, kteří se musejí vyrovnat se ztrátou blízkého člověka. Proto se také tyto fáze někdy nazývají *fáze smutku*. H. Haškovcová přidává těmto fázím ještě fázi *nulovou*, neboli *nulitní*. Je to období, které předchází celému procesu, člověk se nemusí cítit dobře, nemoc ještě není diagnostikována, ale už se objevují její náznaky. O této fázi se zmiňuje Haškovcová například v úvodu ke knize E. Kübler-Rossové.²³

Elisabeth Kübler –Rossová se zasloužila o rozvoj thanologie, ale také se stala známou pro svoji víru v „život po životě“. V jejím případě nejde ani tak o její víru, jako o to, že fakta a víru zaměňovala a protože byla uznávanou odbornicí a autoritou, ovlivnila mnoho dalších lidí.²⁴

²¹srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*, str. 35-99.

²²SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, str. 11.

²³KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Rozhovory s umírajícími*, str. 15.

²⁴srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanologie, nauka o umírání a smrti*, str. 92-94.

V následující tabulce popisují příklady jednotlivých fází, a jak nejlépe reagovat na chování umírajícího. Barvy, označující fáze, používá zdravotnický personál v hospici v Červeném Kostelci při označování stavu, v kterém se klienti právě nacházejí.²⁵

| | | |
|--|--|--|
| <p>fáze 1. - Negace šok, popírání</p> | <p>„To je omyl, to není možné, spletli výsledky, není to o mě.“</p> | <p>Navázání kontaktu, získání důvěry...</p> |
| <p>fáze 2- Agrese zloba, vztek, hněv</p> | <p>„Proč právě já? Čí je to vina?“ Zlost a hněv na okolí.</p> | <p>Neodporovat, nepohoršovat se, nechat pacienta odreagovat...</p> |
| <p>fáze 3 – Smlouvání vyjednávání</p> | <p>Hledání zázračných léků, kontaktování léčitelů.</p> | <p>Trpělivost, empatie, dávat pozor na podvodníky...</p> |
| <p>fáze 4 – Deprese smutek</p> | <p>Smutek z utrpené nebo z hrozící ztráty, strach o rodinu, o pozůstalé, o jejich zajištění.</p> | <p>Naslouchání, pomoc s uspořádáním vztahů, s řešením jak zajistit rodinu do budoucna...</p> |
| <p>fáze 5 – Smíření souhlas, akceptace</p> | <p>Mlčení, tichý souhlas, v případě rezignace tzv. „složení zbraní“, vzdávání se...</p> | <p>Být přítomný dotykem, mlčky. Věnovat péči rodině pacienta...</p> |

Příklad z praxe, jak mohou tyto fáze probíhat, popisují v kazuistice číslo 2 v praktické části práce.

²⁵ <https://www.youtube.com/watch?v=Vw3jop3zSTA>, stopa 24:28-26:06

2.4. Potřeby umírajících v závěrečné fázi života

Je přirozené, že člověk na konci svého života má strach a obavy z bolesti, osamělosti a z neznámého, to jest smrti. Ale i umírající je stále lidská bytost se svými potřebami a to je nutno respektovat. Tyto potřeby jsou biologické, psychické, sociální a spirituální. Podle Marie Svatošové jsou potřeby člověka v terminálním stádiu upřesněny takto:

Mezi **biologické** potřeby patří zejména dýchání, příjem potravy a tekutin, vyprazdňování a tišení bolesti. Dnešní medicína má již prostředky, jak ztlumit i velké bolesti, ovšem v domácí hospicové péči občas nastává problém s předepisováním léků ošetřujícím lékařem.

K **psychologickým** potřebám patří vnímání člověka jako jedinečné bytosti, což znamená respektování lidské důstojnosti a autonomie, emoční podpora, pocit bezpečí a jistoty a také partnerská komunikace.

K **sociálním** potřebám řadíme společenské vazby a udržování kontaktů s blízkými. Umírající by neměl zůstat sám, měl by mít možnost komunikace s ostatními lidmi. Jestliže to pak už jeho stav nedovoluje, měl by alespoň být v přítomnosti druhých.

K **spirituálním** potřebám pak patří především víra a otázky smysluplnosti vlastního života. Kromě těchto uvedených potřeb mezi potřeby umírajících patří také potřeba informovanosti, rozhodování se o sobě a právo na sebeurčení. Samozřejmě jsou i další, neméně důležité potřeby umírajících, jako například potřeba láskyplné atmosféry, potřeba něhy, potřeba otevřenosti a pravdomluvnosti u ošetřujícího personálu, potřeba moci vykřičet svůj strach, úzkost a bolest, potřeba rituálů (rozloučení s blízkými, u věřících modlitby a přijetí posledního pomazání).

Veškerá práva jsou uvedena v takzvané „Chartě práv umírajících“ neboli v Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „ O ochraně lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících“.²⁶

Jako příklad užitečné pomůcky při naplňování potřeb umírajícího pacienta uvedla MUDr. Marie Svatošová ve svém článku pro Zdravotnické noviny v roce 1999 následující tabulku.²⁷

| SYMPTOMY A POTŘEBY PACIENTA | | |
|-----------------------------|--------------------------|--|
| TĚLESNÉ | | <u>PSYCHOLOGICKÉ</u> |
| <u>REVERSIBILNÍ</u> | <u>IREVERSIBILNÍ</u> | |
| <i>bolest i v klidu</i> | <i>paraplegie</i> | - <i>pacient ve fázi smíření, manželka ve fázi smlouvání, prognózu znají oba,</i> |
| <i>dehydratace</i> | <i>kachexia tumorosa</i> | - <i>zprostředkovat návštěvu syna z prvního manželství (priorita z pohledu pacienta)</i> |
| <i>nespavost</i> | <i>inkontinence</i> | |
| <i>nausea</i> | | <u>SOCIÁLNÍ</u> |
| <i>obstipace</i> | | - <i>manželka v domácnosti, tři nezaopatřené děti (2, 8 a 9 let),</i> |
| <i>zánět moč. cest</i> | | - <i>pacient 12. měsíc v PN, přiznán DI</i> |
| <i>dekubity</i> | | |
| <i>stomatitis</i> | | <u>SPIRITUÁLNÍ</u> |
| | | - <i>přeje si návštěvu kněze (manželka už zařídila)</i> |

²⁶ <http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html>

²⁷ <http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/pece.htm>

3. Hospicová péče

Hospicová péče je forma komplexní péče o nemocné v terminálním stádiu choroby. Konec života je doba jednoho až dvou let, kdy délku života nemocného zkracuje jeho onemocnění. Název „hospice“ je odvozen od „domu pro pocestné“, kteří potřebovali pomoc na své cestě, jeho původ najdeme v latinském slově hospicium. V současnosti se slovo hospice používá v přeneseném slova smyslu pro formu péče o ty, kteří se vydávají na cestu poslední.

3.1. Význam hospicové péče

*„I když počet hospiců u nás vzrůstá, počet těch, kteří tam zatím měli možnost dožít, je malý a činí zhruba jen 1% ze všech zemřelých“*²⁸ Základní myšlenka hospicové péče vychází z úcty k životu a k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Nemocnému je zaručena atmosféra bezpečí, jistoty a klidu a to tak, že je vždy dostupná péče, omezení bolesti a umírající není osamocen. Hospic nemocnému zaručuje, že nebude zbytečně trpět bolestí, vždy a za všech okolností bude respektována jeho lidská důstojnost a že poslední chvíle života neprožije v osamění.

Péče v hospici je péče integrovaná, zdravotní, sociální a psychologická. Tuto péči zajišťuje multidisciplinární tým, který je sestavený z odborníků, ke kterým patří lékaři, zdravotní a dietní sestry, sociální pracovník, pečovatelé, rehabilitační pracovníci, psycholog nebo psychiatr, pastorační pracovník, rodinní příslušníci a přátelé, dobrovolníci a případně další pracovníci podle potřeby. Součástí týmu je vlastně i sám pacient, protože ten má právo být informován o svém zdravotním stavu a všech krocích, ke kterým se rozhodne kterýkoliv odborník a má také právo se rozhodnout, jakou léčbu přijme.

Hospicovou péči tedy využívají a potřebují především pacienti v terminální fázi onemocnění, což jsou převážně onkologicky nemocní pacienti a dále senioři. Terminálním stavem se rozumí *„neléčitelná a nevratná nemoc, která byla*

²⁸HÁŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, str. 324.

*lékařsky potvrzena a která, na základě rozumného lékařského posouzení, povede ke smrti do šesti měsíců“.*²⁹ Jako nejpřirozenější je proto v těchto případech paliativní péče.

V České republice je historie hospicové péče spojena se jménem MUDr. Marie Svatošové, která založila roku 1993 občanské sdružení *Ecce homo* (ejhle člověk) a o dva roky později pak otevřela první hospic v naší zemi, Hospic Anežky České v Červeném Kostelci.

3.2. Druhy hospicové péče

Hospicová péče má tři formy, je to lůžkový (kamenný) hospic, domácí hospicová péče (někdy označována také jako mobilní, terénní domácí hospic) a poslední formou jsou hospicové denní stacionáře.

3.2.1. Lůžková forma hospicové péče

Je důležitá v těch případech, kdy není možné poskytnout umírajícímu domácí hospicovou péči. V těchto hospicových zařízeních je snaha o maximální podobu s domácím prostředím. Pacienti mají většinou jednolůžkové pokoje s přistýlkami pro příbuzné a blízké, návštěvní doba není nijak omezena. Ošetřovatelský tým tak pečuje kromě pacienta i o jeho blízké.

Existuje několik obecně uznávaných kritérií pro lůžkový hospic. Jedním z nich je například přijetí pacienta, které je možné pouze s jeho právoplatným souhlasem. Hospic je určený pacientům s nevléčitelnou chorobou, a u nichž je smrt očekávána přibližně do šesti měsíců. Hospice jsou orientovány na zajištění zmírnění utrpení, tišení bolesti, psychické podpory a materiálního a sociálního komfortu. Péče v hospici zajišťuje multidisciplinární tým odborníků. Lůžkový hospic by měl být v ideálním případě pouze doplňujícím zařízením domácí hospicové péče.

Těchto hospiců je v současnosti v České republice čtrnáct.

²⁹ MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* Str. 50.

3.2.2. Hospicové denní stacionáře

Stacionáře v rámci hospicové péče nejsou zatím v naší republice příliš běžné. Pacienti jsou zde přes den, kromě zdravotních problémů je zde kladen důraz na komplexní edukační a rekreační aktivity pacientů podle jejich možností. Tato forma hospicové péče je důležitá především v preterminálním stádiu nemoci.

Stacionární hospicová péče je určena především pro ty umírající, kteří nemají aktuálně podmínky pro poskytování domácí hospicové péče celých dvacet čtyři hodin, jejichž rodina potřebuje ulevit od péče z pracovních důvodů nebo obnovit síly. „*Semiambulantní, či stacionární hospicová péče je dostupná v rozsahu, který je určen potřebami umírajícího uvedenými v ordinaci ošetřujícího lékaře.*“³⁰ I tato péče je zajišťována multidisciplinárním týmem, složeným z lékařů, zdravotních sester, rehabilitačních pracovníků, sociálního pracovníka, psychologa nebo duchovního a odborně vyškolených pečovatелů.

3.2.3. Domácí hospicová péče

Jedním z problémů současné péče o umírající v České republice je nedostatečná nabídka domácí paliativní péče. Tato skutečnost přispívá k tomu, že ačkoli si většina občanů přeje zemřít doma a mezi nejbližšími, naprostá většina jich umírá v nemocnicích či jiných institucích. V současné době je také problémem poskytovatelů domácí hospicové péče, že ošetrovatelské služby spadají pod Ministerstvo zdravotnictví a sociální služby pod Ministerstvo práce a sociálních věcí. Toto rozložení mezi dvě ministerstva způsobuje někdy komplikace při koordinaci nabízených služeb.

Mobilní hospic nabízí rodině a blízkým přátelům nemocného nejen podporu lidskou a psychickou, ale také odbornou radu a kvalifikovanou pomoc. Zaměstnanci a dobrovolníci hospice nabízejí rodinám, které se rozhodly pečovat o své umírající blízké doma, komplexní služby. Patří k nim školení v domácí péči o nemocné, poradenství, půjčování pomůcek, doprovázení pozůstalých a další. Hlavním cílem domácí paliativní péče je umožnit terminálně nemocným důstojné

³⁰ MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající, hospicová péče*, str. 41.

prožití poslední části života v domácím prostředí a pečujícím členům jejich rodin usnadnit obtížnou životní situaci.

Koncepce domácí hospicové péče vychází z koncepce ošetřovatelství a koncepci souvisejících oborů. Domácí hospicová péče je dostupná dvacet čtyři hodin, sedm dní v týdnu.

V roce 2004 se stalo Hospicové občanské sdružení *Cesta domů* nositelem projektu Podpora paliativní péče v České republice v programu Public Health Nadace Open Society Fund Praha. V rámci tohoto projektu byl zpracován dokument „ *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*“ Podle tohoto dokumentu mobilní hospic pomáhá nemocným i jejich rodinám zorientovat se v nastalé situaci a snažit se plně využít možností stávajícího zdravotního a sociálního systému včetně moderních postupů paliativní medicíny k zajištění co nejlepší péče v rodinném prostředí. Pracovníci domácího hospice pomohou praktickými radami ohledně péče o pacienta i aplikaci poznatků paliativní medicíny udržet co nejlepší kvalitu života umírajících.

K specifickým znakům mobilní hospicové péče patří zapůjčení potřebných pomůcek, případně pomoc při jejich obstarávání a zaučení rodinných příslušníků uživatele v jejich používání a také v ošetřování nemocného.

Domácí hospicová péče může posílit vztahy v rodině a zabránit traumatizujícím zážitkům členů rodiny z odloučení v době umírání a smrti jejich blízkých. Pokud je rodina týmem domácího hospice podpořena, často obdivuhodně velký díl nelehké péče zvládá sama a také podstatně lépe snáší období zármutku.³¹ Domácí hospicová péče znamená důstojné poděkování a doprovod v posledních chvílích života. Je pro rodinu umírajícího náročná, ale je tím nejlepším zakončením života. Proto je škoda, že často nejsou při vší snaze v rodinách podmínky pro kvalitní péči v domácím prostředí.

³¹srov. <http://www.umirani.cz/res/data/010/001130.pdf>

Dle Svatošové nemusí být vždy a v každé rodině dostačující podmínky pro tuto péči. Například tam, kde rodinné zázemí schází nebo se časem vyčerpá. Ale důvody mohou být i prostorové, když například v malém bytě žijí tři generace. K dalším omezujícím důvodům můžeme přidat i odbornost tam, kde nejsou žádné sesterské agentury, které by poskytovaly domácí hospicovou péči.

Domácí hospicovou péči můžeme rozdělit na laickou a odbornou.

Laická hospicová péče je poskytována členem rodiny umírajícího, příbuzným, případně dobrovolníkem. Stav umírajícího v tomto případě nevyžaduje odbornou péči a jeho sociální podmínky jsou nastaveny tak, že neohrožují a nesnižují kvalitu života jak umírajícího, tak jeho rodiny. Tato forma péče je charakteristická tím, že daná rodina ctí tradice, úctu k rodině a k životu, je pro ni důležitá víra a morální a etické hodnoty.

Odborná domácí hospicová péče je sjednocená péče zdravotní, sociální a laická, poskytovaná umírajícímu v domácím prostředí. Tato péče laickou domácí hospicovou péči buď doplňuje, nebo zcela nahrazuje. Je poskytována neomezeně, to znamená dvacet čtyři hodin denně, sedm dní v týdnu. Poskytuje ji multidisciplinární tým, složený z odborníků podle aktuálních potřeb umírajícího a jeho rodiny.

Na druhou stranu můžou nastat i situace, že i když se rodina rozhodne svého blízkého nechat dožít doma, není to pro umírajícího nejlepší řešení. V rodině nemusí fungovat vztahy tak, jak je potřeba zvláště v náročných situacích, časem se péče o umírajícího může stát pro rodinu zatěžující a neúnosná, nebo nemá rodina předpoklady o domácí péči. Bohužel pak nastávají situace, kdy umírající (ve většině případů se jedná o seniory) prožije sice svoji poslední fázi života doma, ale většinu času je osamocen nebo v nevyhovujícím prostředí, špatných hygienických podmínkách, dostává nevhodnou stravu a podobně. I s těmito případy se setkávají pracovníci sociálních služeb při poskytování domácí hospicové péče.

Takový příklad nevyhovující péče ze strany rodiny popisují v kazuistice číslo 3.

3.4. Respítní péče pro seniory

Respítní neboli odlehčovací péče je služba pro rodiny, které se starají o nemocného senior v domácím prostředí. Tato služba umožňuje pečujícím odpočinek při jejich náročné péči, nebo jim pomáhá vyřešit krátkodobé problémy, jako je například nemoc některého člena rodiny.

Podle dokumentu *Standarty a normy hospicové a paliativní péče v Evropě* je popsána respítní péče následovně: *„Rodinní příslušníci nebo jiné osoby pečující o pacienta v domácnosti mohou být unaveni nepřetržitou zátěží, kterou poskytování péče představuje. Respítní péče nabízí pečovateli plánovanou nebo neplánovanou možnost odpočinku tím, že péči o pacienta na určitý čas převezme. Respítní péče může být poskytována v zařízeních poskytujících denní péči (denní stacionář), v lůžkových zařízeních (lůžkový hospic) nebo prostřednictvím specializovaných služeb určených pro domácí péči (odlehčovací služby v domácnosti pacienta).³²*

³² *Standarty a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*, Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči, str. 19.

4. Domácí hospicová péče v Českých Budějovicích

V současné době v Českých Budějovicích působí pouze tři organizace, které v rámci svých služeb poskytují i domácí hospicovou péči. Jsou to Městská charita České Budějovice, společnost Ledax o.p.s. a agentura IVAS. Všechny tyto organizace poskytují domácí hospicovou péči ve spolupráci s rodinou uživatele.

V Českých Budějovicích chybí lůžkový hospic a denní hospicový stacionář. Nejblíže lůžkovým hospicovým zařízením (a zároveň jediným v celém jihočeském kraji) je Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. Mobilní hospice fungují v kraji pouze dva, Domácí hospic Jordán v Táboře a Hospicová péče sv. Kleofáše v Třeboni.

Rodiny v Českých Budějovicích, které se rozhodnou nechat dožít svého umírajícího člena doma, tak mají možnost obrátit se pouze na tři výše uvedené organizace. V Českých Budějovicích existuje pro pečující rodiny možnost využití nabídku respitní péče. Tuto službu nabízí Domov pro seniory Máj České Budějovice, a to buď přímo v zařízení na sídlišti Máj, nebo v detašovaném pracovišti v Tylově ulici. V Tylově ulici je kapacita 10 lůžek (v pěti dvoulůžkových pokojích), na sídlišti Máj jsou k dispozici pouze dvě lůžka určená pro odlehčovací péči. Domov pro seniory Máj provozuje kromě toho v Tylově ulici denní stacionář, jehož maximální kapacita je 10 klientů. Toto zařízení je otevřeno denně včetně víkendů a svátků, v době od 7 hodin ráno do 18 hodin večer.

4.1. Městská charita České Budějovice

Městská charita České Budějovice je samostatný právní subjekt a nestátní nezisková organizace, která oficiálně spadá pod Charitu České republiky a je jednou ze složek Diecézní Charity. Mezi poskytované služby patří mimo jiné i Komplexní domácí péče, jejíž součástí je Charitní ošetrovatelská služba a Charitní pečovatelská služba. Právě Charitní ošetrovatelská služba poskytuje v rámci svých služeb i domácí hospicovou péči. Tuto péči zde poskytují

kvalifikované zdravotní sestry na základě doporučení uživatelského ošetřujícího lékaře. Ve spolupráci s pečovatelskou službou a osobní asistencí tak Městská charita v Českých Budějovicích poskytuje svým uživatelům komplexní sociální a zdravotní péči v jejich domácím prostředí. V současné době je na středisku Komplexní domácí péče zaměstnáno celkem devatenáct pečovatelek, deset zdravotních sester, dvě koordinátorky a jeden sociální pracovník.

Mezi poskytované služby Městské charity jejím uživatelům patří i zapůjčování kompenzačních pomůcek. Zapůjčení těchto pomůcek je možno platit za den, za měsíc, nebo podle přání a možností uživatele.

4.2. Společnost Ledax o.p.s.

Tato společnost působí v Českých Budějovicích od roku 2007, je registrovaným poskytovatelem sociálních služeb, mezi které spadá pečovatelská služba, osobní asistence a domácí ošetřovatelská a hospicová péče. Registraci o pomoc osobám v terminálním stádiu rozšířila společnost v roce 2013 na základě požadavků uživatelů. Společnost Ledax nabízí svým uživatelům především pečovatelskou službu, která zahrnuje i sociální poradenství a zapůjčování kompenzačních pomůcek. Pečovatelská služba je pro tuto společnost hlavní nabízenou službou, domácí hospicová služba je v současnosti jako nabízená služba druhotná.

4.3. Agentura domácí péče IVAS s.r.o.

Agentura IVAS je nestátní zdravotnické zařízení, poskytující ošetřovatelskou a rehabilitační péči pacientům v domácím prostředí v Českých Budějovicích od roku 1993. Mezi poskytované služby agentury patří i domácí hospicová služba. Odbornou péči zde zajišťují kromě zdravotních sester také fyzioterapeuti. Všichni zaměstnanci agentury mají odborné znalosti díky vysokoškolskému vzdělání, ke kterému patří i obor paliativní medicíny. Agentura IVAS úzce spolupracuje s Ambulancí pro léčbu bolesti.

Pokud se týká domácí hospicové péče, agentura je podle slov vrchní sestry Evy Zágibové schopna ji z odborné stránky plně pokrýt a zajistit.

5. Metodika

5.1. Technika sběru dat

Použila jsem metodu jak kvantitativního, tak kvalitativního sběru dat. Pro metodu kvalitativního šetření jsem použila kazuistiky, kdy každá představuje jiný příklad z praxe domácí hospicové péče.

5.1.1. Charakteristika cílové skupiny dotazovaných

V kazuistikách jsem použila příklady z praxe, a to umírajících uživatelů služeb Městské charity České Budějovice. Kromě jednoho případu jsou kazuistiky anonymní.

Dotazníky byly rozdány zaměstnancům organizací, které v Českých Budějovicích poskytují v rámci svých služeb i domácí hospicovou péči. Vzor dotazníku tvoří přílohu číslo IV.

6. Interpretace a analýza kazuistik

6.1. Kazuistika 1. – paní Alena

Jako příklad takzvané „dobré smrti“ jsem si vybrala případ paní Aleny, uživatelky služeb Městské charity v Českých Budějovicích. V rodině fungovala perfektně spolupráce s poskytovateli služeb, péče rodinných příslušníků byla příkladná. Poslední roky svého života dožila paní Alena u své dcery, která se jí věnovala s láskou, naučila se, jak maminku ošetřovat a pečovat o ni. Jako pečovatelka jsem docházela k paní Aleně přes rok a tato žena mne velmi ovlivnila i v mém osobním životě a stala se pro mne vzorem.

Zároveň bych zde chtěla poděkovat dceři paní Aleny, paní Janě Jarošové a její rodině za souhlas s uvedením příběhu paní Aleny, za poskytnutí materiálů, fotografií, rozhovoru a za vstřícnost a ochotu. Vyjádření dcery k vlastní péči i k práci zaměstnanců Městské charity České Budějovice a fotografie včetně souhlasu se zveřejněním jsou součástí práce v příloze číslo II. a III.

Paní Alena se narodila 11. března 1925 v Českých Budějovicích jako dcera známého jihočeského malíře. Vystudovala dívčí gymnázium a obchodní akademii v Českých Budějovicích, po válce začala studovat v Praze vysokou školu, studia ale nedokončila z politických důvodů. Paní Alena byla sociální demokratka, nesouhlasila s tehdejším komunistickým režimem a dostala se pro své názory do vězení. Po návratu z vězení měla problémy se zaměstnáním, pracovala například i jako noční vrátná, později jako korektorka a nakonec získala díky znalosti tří cizích jazyků práci v Jihočeské Alšově galerii. Po změně režimu v roce 1989 začala cestovat, procestovala Evropu, mimo jiné navštívila Israel, Kavkaz, Tunis, a to ve věku sedmdesáti let. Milovala hudbu a literaturu, zejména anglickou, a četla knihy v originále ještě ve svých osmdesáti pěti letech. Paní Alena také obnovila v roce 1991 Klub přátel Českých Budějovic. Navázala tak na původní Klub za Staré Budějovice, který založil roku 1912 její otec, akademický malíř Adolf Träger. Život paní Aleny byl bohatý, a i když si prožila

dost utrpení a bolesti, nikdy si nestěžovala, vždy se chovala jako pravá dáma a tou zůstala až do své smrti.

Anamnéza

Pohlaví: žena

Rok narození: 1925

Bydliště: České Budějovice

Zdroj informací:

paní Alena

dcera paní Jana Jarošová

ošetřující sestra Městské charity České Budějovice

dokumentace ošetřovatelské a pečovatelské služby Městské charity České Budějovice

Diagnóza: postupné zlomeniny krčku na obou dolních končetinách, chronická obstrukční plicní nemoc, neschopnost fyziologického močení, hypertenze, diabetes, dekubity I. stupně. Zhoršení zdravotního stavu po návratu z respitního pobytu, dekubitální vředy II. stupně, roztržená papírová kůže na lokti, dehydratace.

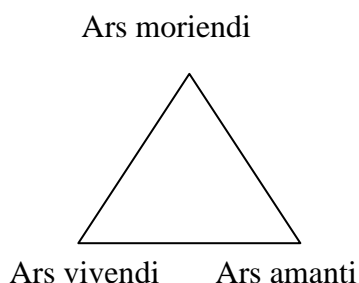
Historie případu: ošetřovatelskou službu Městské charity začala paní Alena využívat v roce 2012. V té době již byla imobilní, vzhledem ke klidovému režimu nebyla schopna chůze. Jedla na lůžku, případně u stolu na invalidním vozíku, při přesunu byla nutná pomoc druhé osoby, stejně tak při oblékání a hygieně. Veškerou tuto péči prováděla rodina uživatelky ve spolupráci s charitní pečovatelskou službou.

Průběh péče: uživatelkou služeb Městské charity se paní Alena stala v roce 2008, kdy jí bylo 83 let. Začala využívat donášku obědů, zajišťovanou pečovatelskou

službou. V té době byla víceméně soběstačná, plně pohyblivá, pouze po úrazu dolní končetiny. Během let byly služby poskytované paní Aleně postupně vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu rozšířeny na pomoc při úkonech osobní hygieny, podání jídla, drobný úklid domácnosti, polohování na lůžku a dohled několikrát denně.

Paní Alena byla přestěhována ke své dceři, která se o ni starala s láskyplnou péčí. Spolupráce rodiny a Městské charity byla po celou dobu bezproblémová, rodina vždy reagovala na případné požadavky jak zdravotních sester, tak pečovatelek. Péče byla ukončena ke dni úmrtí, 31. srpna 2014. paní Alena zemřela v klidu doma, obklopena svojí rodinou, v přítomnosti i své ošetřující zdravotní sestry.

Z odborného hlediska lze na kazuistice paní Aleny potvrdit názor, že po kvalitně prožitém životě s chutí a láskou přichází krásná smrt. Jak přednesla na jedné ze svých přednášek H.Haškovcová, platí následující:³³



³³Citováno podle konzultace, VEBER, T. , dne 19.3.2015.

6.2. Kazuistika 2.

Anamnéza

Pohlaví: žena

Rok narození: 1946

Bydliště: České Budějovice

Zdroj informací:

manžel pacientky

pečovatelky a koordinátorka Městské charity České Budějovice

dokumentace pečovatelské služby Městské charity České Budějovice

Diagnóza: v roce 2010 diagnostikován prsní karcinom, zahájena léčba, navrhnutá mastektomie, kterou pacientka odmítla. Během několika let došlo k metastázám a rakovina postihla některé další orgány, mimo jiné i páteř. Pacientka byla imobilní, neschopná chůze a při úkonech hygieny zcela závislá na druhé osobě.

Historie případu: Uživatelkou Městské charity České Budějovice se stala paní K. koncem roku 2014, kdy začala využívat pečovatelskou službu. Paní byla v té době již zcela upoutána na lůžko, při hygieně a oblékání se neobešla bez pomoci druhé osoby. O paní pečoval její manžel, syn s dcerou a vnoučaty docházeli pouze na krátké návštěvy a aktivně se na péči o paní K. nepodíleli.

Ošetřovatelskou péči zajišťovaly zdravotní sestry z agentury IVAS v Českých Budějovicích. Pečovatelská služba Městské charity zajišťovala každý den ranní hygienu, pomoc s oblékáním a jednou týdně mytí hlavy. Veškeré poskytované úkony byly sepsány ve smlouvě uživatelky s Městskou charitou, včetně časového rozmezí (8:00 -8:30). Podle tohoto rozpisu pečovatelky docházely do domácnosti paní K. Uživatelka se chovala již od prvního dne k pečovatelkám velmi nepřátelsky, slovně je napadala, nebyla nikdy spokojena jak s časem, kdy se pečovatelky dostavily, tak s péčí a prováděním hygieny.

Podle vyprávění manžela paní K. to byla vždy žena rázná, přísná a byla zvyklá rozkazovat. Paní K. se snažila soustředit veškeré dění pouze na sebe, chtěla být středem všeho dění (navrhovala například pečovatelkám, aby zrušily péči u jiných uživatelů a věnovaly se pouze jí).

Ze strany paní K. docházelo během návštěv pečovatelek i k menším fyzickým útokům, například ke škrábání, uhození rukou, kopnutí a podobně. Tato napadení nebyla nijak razantní, vzhledem k fyzickému stavu pacientky, ale bylo tonepříjemné pro pečovatelky. Z jejich strany se tak přirozeně staly návštěvy a péče o paní K. velmi stresujícími a bylo nutné mít dostatečně velkou toleranci a empatii. Jejího manžela toto chování uvádělo do rozpaků, ale když se snažil zmírnit její chování, vyvolalo to u paní K. ještě větší vztek a situaci to často ještě zhoršilo.

Ke změně chování uživatelky došlo až přibližně týden před její smrtí. Téměř nemluvila, byla tichá, neprotestovala při úkonech, pouze občas vzdychla. V té době už byla utlumena velkými dávkami léků proti bolesti. Paní K. zemřela v lednu 2015, tiše, v přítomnosti svého manžela.

Pokud bychom chtěli na příkladu paní K. aplikovat jednotlivé fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové, lze v tomto případě použít pouze tři. Jako první fázi odmítnutí, a to v době, kdy se paní K. dozvěděla o své nemoci. Jak vyprávěl její manžel, paní se snažila ignorovat jakékoliv příznaky, nechtěla o svém zdravotním stavu hovořit, léčbu na onkologickém oddělení v nemocnici nedokončila, stále si odmítala připustit, že není zdravá. Když nemoc pokročila do stádia, kdy už nebylo možné ji ignorovat, paní K. se stala velmi agresivní vůči všem ve svém okolí, rodině, zdravotním sestřám, pečovatelkám. Tato fáze agrese trvala podle manžela více než šest měsíců, celou dobu, kdy paní K. už byla upoutána na lůžko. Až poslední dny jejího života lze mluvit o fázi rezignace, možná akceptace a smíření. Zůstává ovšem nezodpovězenou otázkou, zda tyto poslední dny nebyla paní K. již tak oslabena a vyčerpána pokročilým stádiem nemoci a utlumena léky proti bolesti, že se nemohla nijak projevat.

6.3. Kazuistika 3

Anamnéza

Pohlaví: žena

Rok narození: 1932

Zdroj informací:

pacientka

pečovatelky Charitní pečovatelské služby Městské charity

dokumentace Charitní pečovatelské služby

Diagnóza: Hypertenze, bércové vředy na obou dolních končetinách, imobilní. Lehká demence.

Historie případu: Paní J. se stala uživatalkou Městské charity v roce 2012. Žije v rodinné vile spolu s rodinami svého syna a dcery, kde obývá nejvyšší patro. Rodina potřebovala vypomoci vzhledem ke své pracovní vytíženosti. Ošetrovatelskou péči zajišťuje zdravotní sestra ošetřujícího lékaře. Pečovatelská služba Městské charity zajišťuje u paní ranní hygienu na lůžku, přípravu a podání snídaně, dohled nad léky a v poledne podání oběda a hygienu. Městskou charitou byla zapůjčena mechanická polohovací postel.

Paní J. je příjemná starší dáma, která si někdy ráda povídá a vypráví o svém dětství a mládí. Její otec byl stavitel, který také postavil vilu, kde dodnes žije. Ovšem žije ve velmi nevyhovujících podmínkách. Obývá prakticky jednu místnost, ke které patří malá kuchyňka a koupelna s WC. Ve všech místnostech je neustále velký nepořádek, prach, špína, spousty odložených a nepotřebných věcí, WC nefunguje. Paní J. ráda sleduje televizi, ale vzhledem ke stáří přístroje, který má v pokoji, to v podstatě už není možné. Rodina bohužel neplní funkci, spolupráce s pečovatelskou službou je téměř nulová. Jakékoliv požadavky ze strany pečovatelek, například na krémy, pomůcky k hygieně atd. se musí

opakovat několikrát, než je rodina splní. Často se stává, že pečovatelky nemají k dispozici ani toaletní papír, ubrousky či cokoliv, čím by očistili uživatku při hygieně.

Dcera paní J. je občas slyšet, jak na maminku křičí a vyčítá jí například, že se umazala při jídle a podobně. Přitom používá velmi vulgární výrazy. Nikdo z pečovatelské služby ovšem nebyl přímým svědkem, pokud pečovatelky přijdou, dcera odejde.

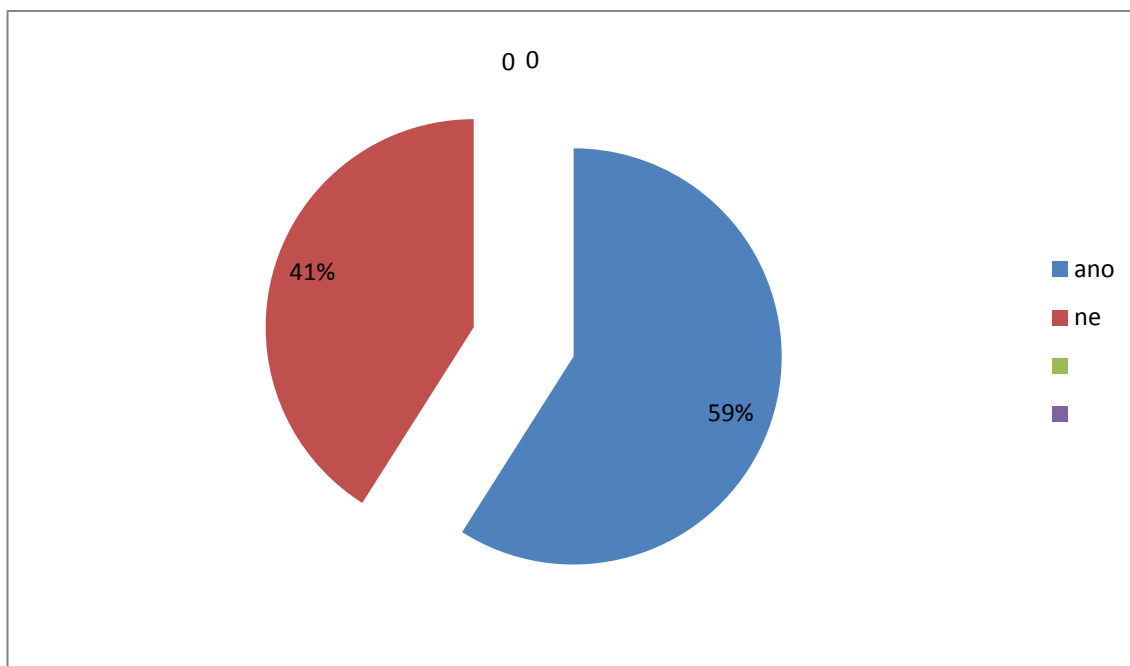
Všeobecně tráví paní J. většinu času o samotě, někdy ji zřejmě nikdo nepřijde navštívit celé dny. Několikrát se stalo, že jak pečovatelky zanechaly paní v poledne (například v polosedě) a s puštěnou televizí, tak ji našly druhý den při ranní péči. Přes to všechno si paní J. nestěžuje, usmívá se a zdá se spokojena. Velmi jí záleží na tom, aby mohla být v domácím prostředí, a obává se, že by se mohla někdy dostat do nemocnice nebo léčebny dlouhodobě nemocných.

Tyto případy se bohužel stávají a je smutné, když rodina sice má v péči svého blízkého, ale nezvládá, nebo nechce o něj pečovat. Pečovatelky Městské charity se snaží o co nejlepší péči, ale to nestačí. V případě, že je uživatelka svéprávná, tak jako je to v případě paní J., která chce dožít doma, a to i v nevyhovujících podmínkách, musíme respektovat její přání a snažit se alespoň jí zpříjemnit závěr života.

7. Výsledky kvantitativního šetření

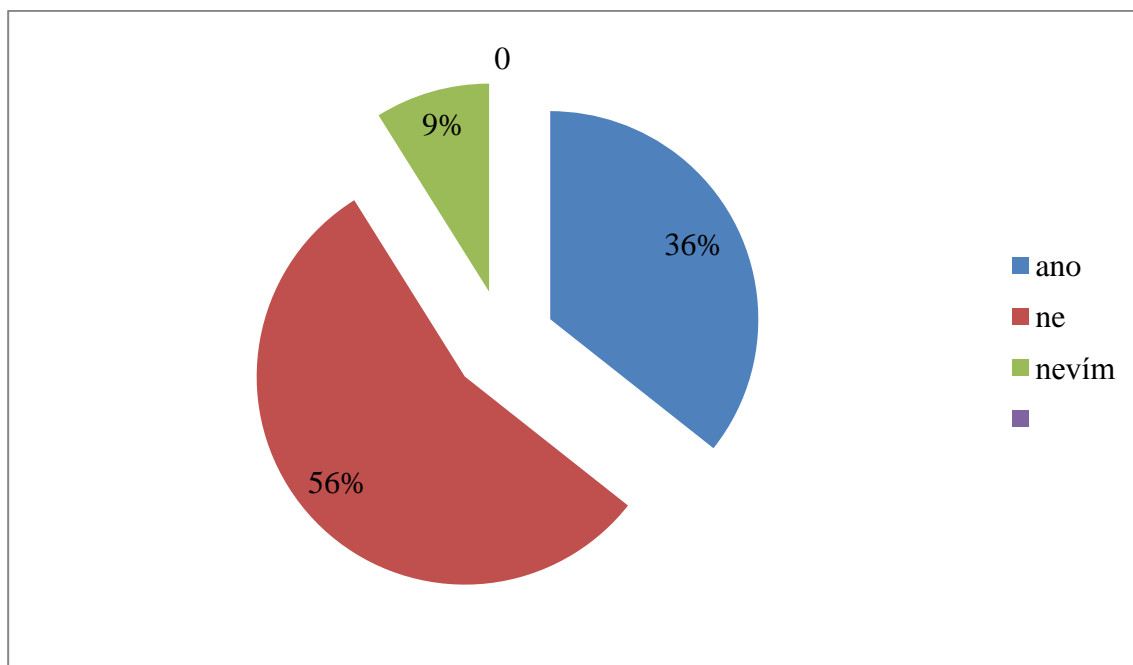
Pro metodu kvantitativního šetření jsem využila dotazník. Dotazníky byly anonymní, a byly rozdány zaměstnancům organizací, poskytujících domácí hospicovou péči v Českých Budějovicích, během měsíce února a března 2015. Dotazníků bylo celkem třicet pět, návratnost byla třicet dva dotazníků, což je 91%.

Graf č. 1 k otázce č 1 – nabízení uživatelům služeb možnost využití hospicové péče.



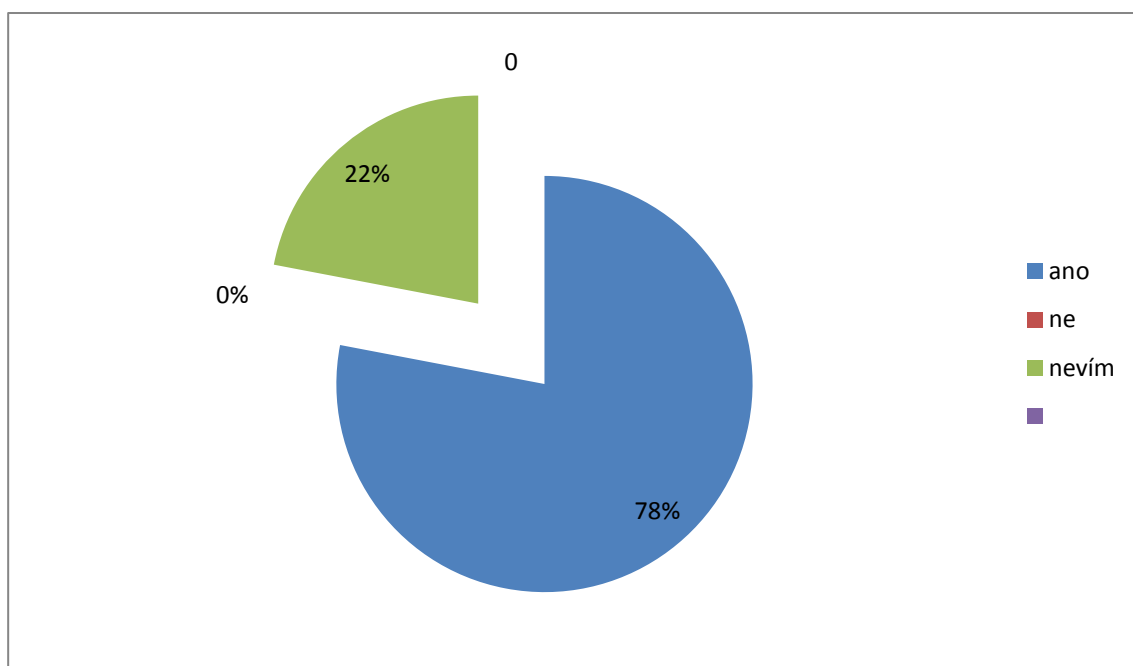
Podle grafu 23 respondentů, což je 72 %, svým uživatelům v terminálním stádiu nabízí hospicovou péči, 9 respondentů ji nenabízí.

Graf č. 2 k otázce č. 2 – schopnost organizace poskytovat domácí hospicovou péči všem zájemcům ve stoprocentní kvalitě.



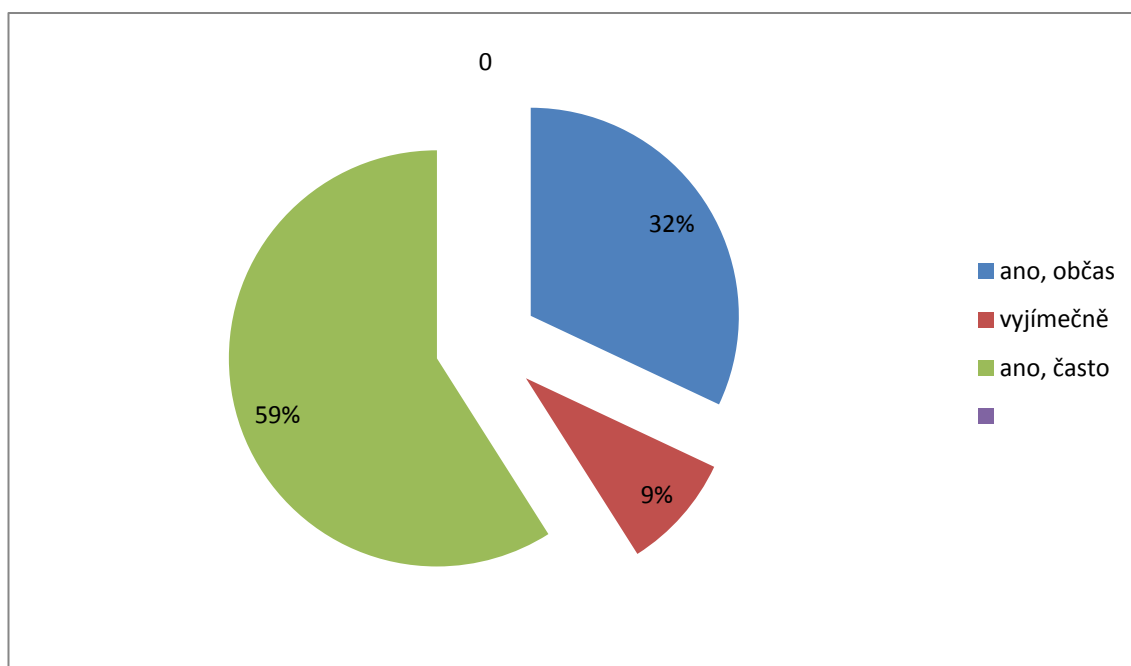
Podle výsledků si 18 respondentů, tedy více než polovina (56%) myslí, že jejich organizace není schopna poskytnout péči všem uživatelům, kteří o ni mají zájem ve stoprocentní kvalitě. Pouze 11 respondentů si myslí opak, 3 zaškrtili odpověď „nevím“. Podle poznámek respondentů v dotazníku mají organizace omezenou kapacitu, takže nemohou vždy vyhovět všem zájemcům o služby. Problémem tedy podle dotazovaných není kvalita péče, ale kvantita, zájemců o péči je více, než jsou schopni zaměstnanci zvládnout.

Graf č. 3 k otázce č. 3 – potřeba rozšířit terénní hospicovou péči v Českých Budějovicích.



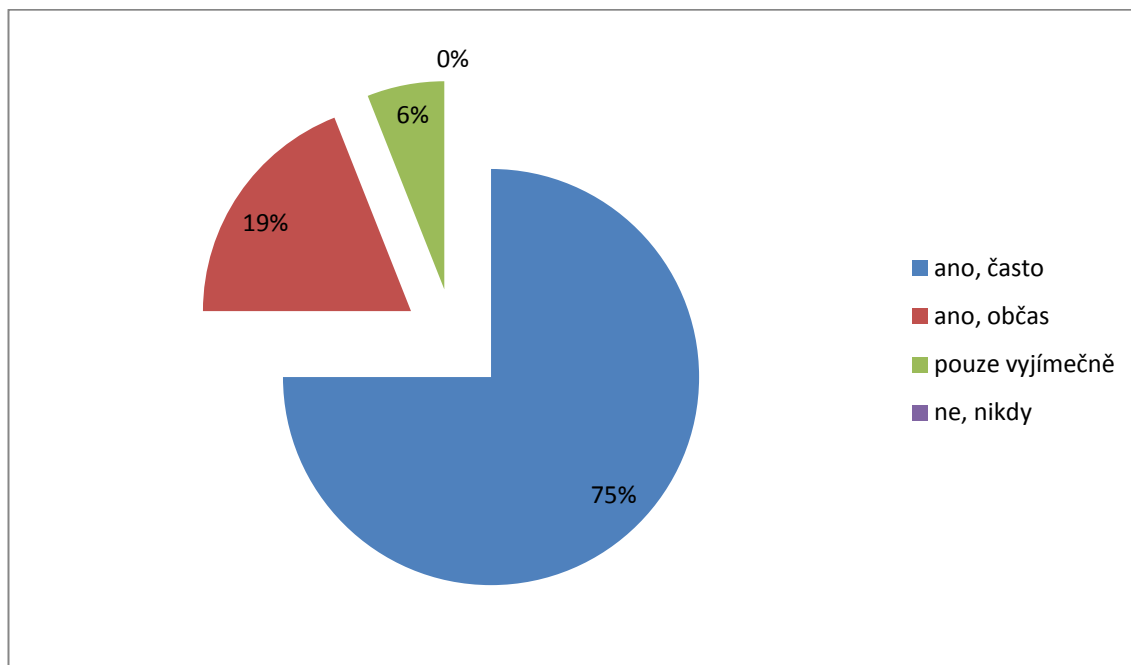
Většina dotázaných, celkem 25, což je 78%, je toho názoru, že domácí hospicová péče by byla třeba v Českých Budějovicích rozšířit, protože současná nabídka je na krajské město nedostačující. Pouze 7 dotázaných si nebylo jisto a zaškrtnli odpověď „nevím“. Zamítavou odpověď nezaškrtnl nikdo.

Graf č. 4 k otázce č. 4 – zájem ze strany rodiny o péči v domácím prostředí.



Jak vyplývá z grafu, zájem ze strany rodiny pečovat o nemocného v domácím prostředí převažuje, téměř 19 respondentů uvedlo, že se s tímto zájmem setkávají často. Méně často se s tímto zájmem setkává 10 respondentů, výjimečně se se zájmem rodiny o domácí péči setkali pouze 3 dotázaní.

Graf č. 5 k otázce č. 5 – zájem uživatelů dožít v domácím prostředí.

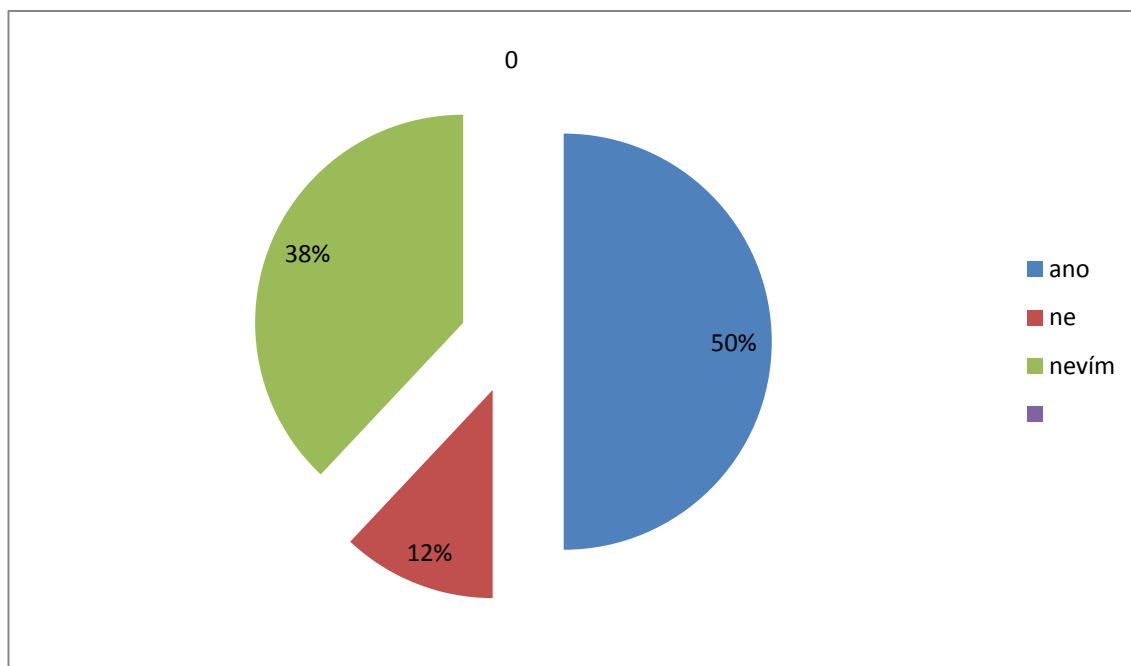


Tato otázka se zabývala přáním uživatelů o domácí hospicovou péči. 24 respondentů uvádí, že tento zájem je častý, šest uvádí občasný zájem. Pouze dva respondenti uvedli odpověď „pouze výjimečně“.

Jeden z dotázaných k této otázce uvedl, že vzhledem k obecné neochotě lidí mluvit o vlastním umírání, je pravděpodobné, že někteří uživatelé nehovoří o těchto pocitech a myšlenkách s každým pracovníkem sociálních služeb, který je navštěvuje, zvláště pokud se pečovatelky nebo zdravotní sestřičky při péči střídají. O vytěsnění smrti z dnešního života a její tabuizaci se zmiňuje například H. Haškovcová.³⁴ Vystává zde otázka, zda tento konkrétní respondent vychází pouze ze své praxe pracovníka v domácí hospicové péči, nebo je ovlivněn fakty z literatury?

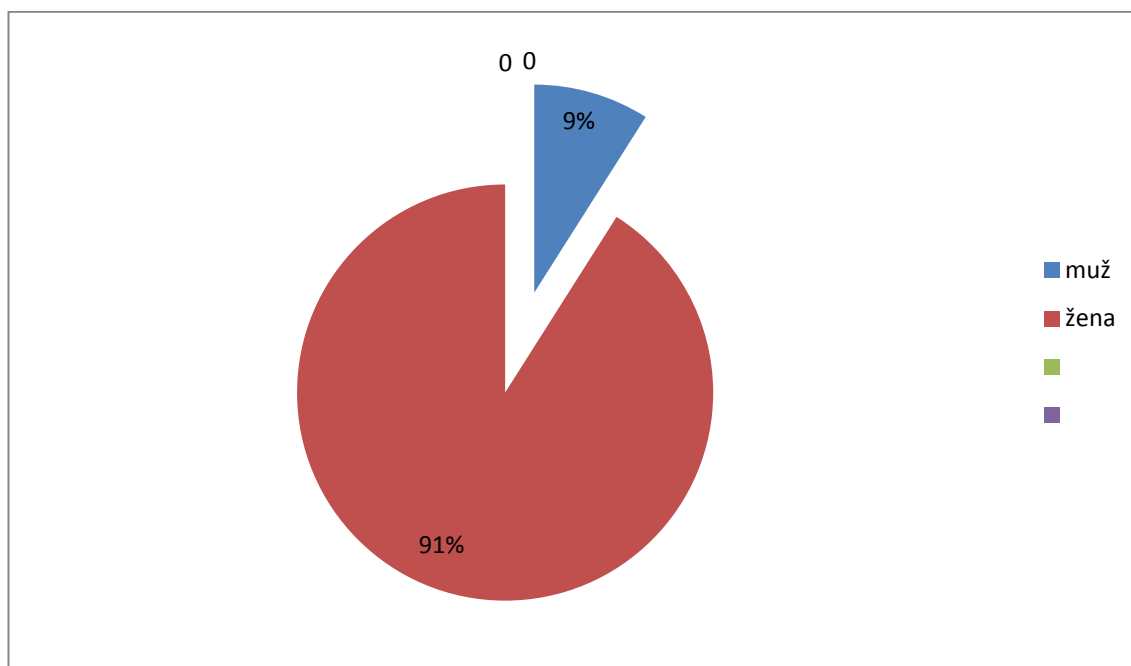
³⁴srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanalogie, nauka o umírání a smrti*, str. 22

Graf č. 6 k otázce č. 6 – nutnost agentury specializované na domácí hospicovou péči v Českých Budějovicích.



Přesně polovina, tj. 16 respondentů je přesvědčena, že agentura, která by se zabývala pouze domácí hospicovou péčí (provozovala terénní domácí hospic) v Českých Budějovicích chybí. Čtyři z respondentů si myslí, že to není potřeba, ostatních 12 neví.

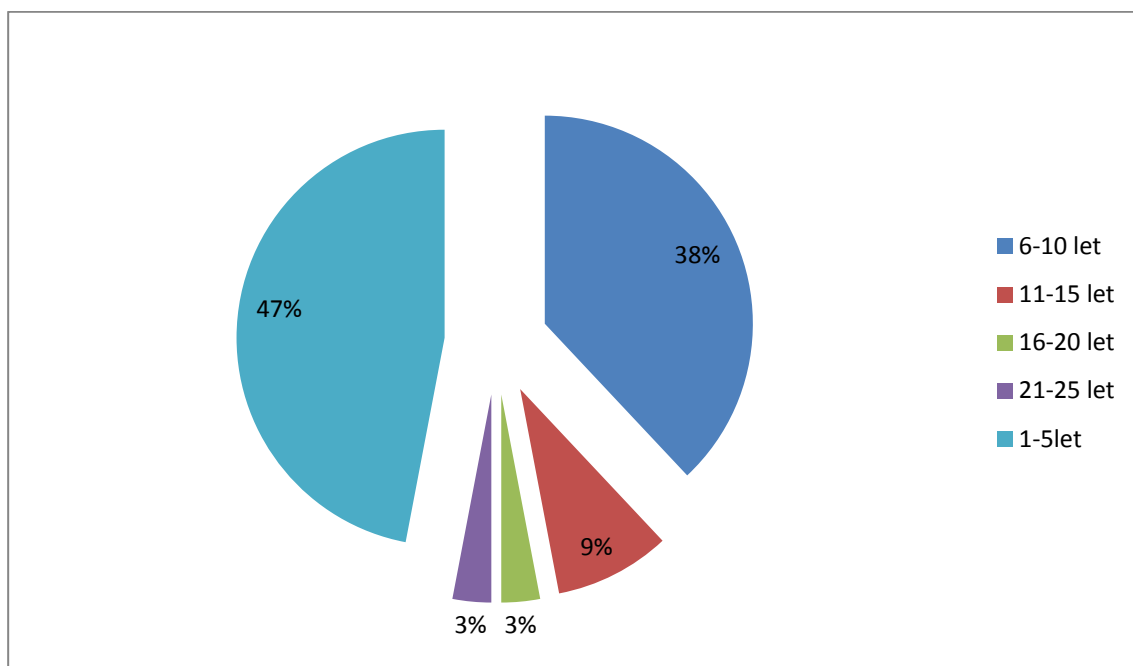
Graf 7 k otázce číslo 7 – pohlaví respondentů:



Z celkového počtu dotazovaných, to jest 32, je převážná většina žen, 29 a pouze 3 muži. To jen potvrzuje, že v sociálních službách, zvláště v pečovatelské a ošetrovatelské službě pracují převážně ženy. Je to dáno jednak samotným charakterem práce, jednak malým finančním ohodnocením.

Přitom muži v pečovatelské a ošetrovatelské službě jsou více než potřeba, například při přesunech uživatelů s nadváhou, imobilních, nebo při hygieně uživatelů mužského pohlaví, kteří muže jako pečovatele upřednostňují.

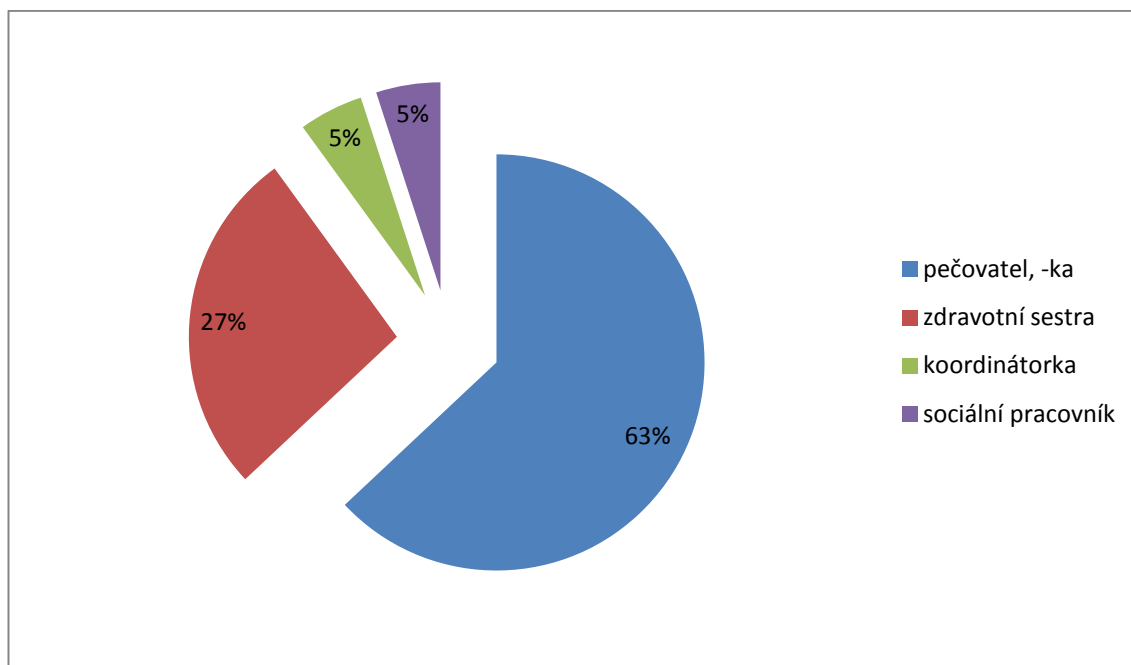
Graf č. 8 k otázce č. 8 – délka pracovního poměru v sociálních službách.



Nejčastější délkou práce v sociálních službách je podle výzkumu rozmezí 6 až 10 let, následuje věkové rozmezí 1 až 5 let. Tři respondenti pracují v sociálních službách v rozmezí 11 až 15 let, jeden pak déle než 16 let a jeden déle než 21 let.

Podle mého názoru délku zaměstnání kromě finančních a ekonomických podmínek ovlivňuje i to, že práce v oblasti sociálních služeb je hodně náročná, jako každé povolání, kde jde o styk s lidmi. Zvláště je náročná práce v terénu, a to jak psychicky, tak fyzicky.

Graf č. 9 k otázce č. 9 – pracovní pozice respondentů v sociálních službách



Celkem dotazník vyplnilo 17 pečovatelek (včetně dvou pečovatelů), 13 zdravotních sester, 1 koordinátorka komplexní domácí péče a 1 sociální pracovník.

8. Závěr

Cílem mé práce bylo zmapovat možnosti domácí hospicové péče v Českých Budějovicích. Přesto, že hospicové hnutí se v naší republice v posledních letech pomalu dostává do povědomí občanů a vznikají nejen lůžkové, ale i terénní hospice, v Českých Budějovicích není ani jedno takové zařízení. Jediný lůžkový hospic v Prachaticích je na celý kraj se svojí kapacitou 30 lůžek opravdu málo.

Podle zjištěných informací jsou v Českých Budějovicích pouze tři organizace, které domácí hospicovou péči poskytují. Ani jedna z těchto organizací není zaměřena pouze na domácí hospicovou péči, ale poskytují ji v rámci komplexních služeb. Pokud se týká ošetrovatelské služby v domácí hospicové péči, ta je podle výzkumu v našem městě zajištěna. Jak zdravotní sestry Městské charity, tak agentury IVAS jsou schopny podle slov vrchních sester vyhovět téměř všem zájemcům. Vzhledem k pokroku medicíny v oblasti tišení bolestí, kdy se dnes používají ve většině případů speciální náplasti, je po této stránce paliativní péče v domácím prostředí jednodušší a není nutné vykonávat tak často návštěvy zdravotních sester u uživatelů.

Ostatní služby, důležité pro kvalitní poskytování domácí hospicové péče, ovšem nejsou organizace vždy schopné zajistit pro všechny zájemce. Důvody jsem především v malém počtu zaměstnanců, což souvisí s finanční stránkou. Podle mého názoru je tato situace pro tak velké město, jako České Budějovice jsou, ostudná. V souvislosti s těmito fakty je zarážející, že krajské úřady zřejmě nemají zájem podporovat rozvoj hospicové péče.

V pořadu České televize „Máte slovo“, který měl v televizi premiéru dne 12. 3. 2015, promluvil plzeňský biskup církve československé husitské, Filip Michael Štojdil. Zmínil se o plánu otevřít hospic v Písku a o neochotě krajských úředníků, kteří mají dojem, že v Jihočeském kraji je „přehospicováno“.³⁵ Pokud celkem tři hospicová zařízení na celý kraj jsou podle některých úředníků

³⁵<http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/10175540660-mate-slovo-s-m-jilkovou/215411030520009>, stopa 30:30-31:07

víc než dostačující, je zřejmě potřebné ohledně rozvoje hospicové péče apelovat hlavně na krajské úřady.

Jak vyplynulo z výzkumu, lidé o domácí hospicovou péči zájem mají, bohužel ne všichni mají možnost ji využívat. Jak jsem uvedla několikrát ve své práci, domácí hospicová péče je pro většinu umírajících a jejich rodiny jedinou slušnou alternativou k neosobnímu umírání v ústavech.

I když domácí hospicová péče nemůže dobře fungovat bez spolupráce s rodinou umírajícího, je o ni velký zájem, který konkrétně v Českých Budějovicích převyšuje nabídku. Předpokládám, že s rostoucí informovaností bude v budoucnosti zájem lidí o domácí hospicovou péči narůstat. Z toho důvodu by bylo v zájmu všech obyvatel města Českých Budějovic zřízení hospicového zařízení, které by poskytovalo jak lůžkovou, tak terénní hospicovou péči.

V této práci vyvstaly další otázky, především je to otázka financování domácí hospicové péče v Českých Budějovicích, dále by se mohla prozkoumat otázka spokojenosti u skupiny uživatelů domácí hospicové péče v Českých Budějovicích a jejich rodinných příslušníků.

Většinu informací jsem získala během své práce terénní pečovatelky Komplexní domácí péče Městské charity České Budějovice. Doufám, že má práce bude přínosem pro každého, koho téma domácí hospicové péče v Českých Budějovicích zajímá.

Seznam použité literatury

ELIAS, N. *O osamělosti umírajících*. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998
ISBN: 80-85844-39-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Umírání a smrt*. Praha: Grada Publishing, 1998.
ISBN: 80-7178-184-3.

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

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanalogie: nauka o umírání a smrti*. Praha: 2000.
ISBN: 80-726-2034-7.

JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003.
ISBN 80-7254-329-6.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2002.
ISBN 80-7178-150-9.

KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů
ISBN 9788085495430.

KÜBLER - ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. Praha: Arica, 1992.
ISBN 80-900134-6-5.

KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. Hradec Králové: Signum unita,
1992
ISBN 80-85439-04-2.

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

MUNZAROVÁ, M.: *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I. – Smrt a umírání* Brno: Masarykova universita Brno, 2002.
ISBN 80-210-3017-8.

OPATRŇÝ, M., OPATRŇÁ, M. *Nemocní v terminálním stadiu* In: MARTINEK, M. a kol. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. Praha: Jabok, 2008.
ISBN 978-80-904137-2-6.

SANDMAN, L. *A Good Death: On the value of death and dying (Facing Death)*. Berkshire: Open University Press, 2004.
ISBN 0335-21411-8.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 2003.
ISBN 80-902049-4-5.

STUDENT, J-CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Praha: Nakladatelství H+H, 2006
ISBN: 80-7319-059-1.

ŠIKLOVÁ, J. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich, 2013
ISBN 978-80-7017-197-4.

ŠPATENKOVÁ, N. *Problematika zdraví a nemoci*. Olomouc: FF UP, 2003
ISBN: 80-244-0648-9.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSLÍŠILOVÁ, Y., a kol. *Paliativní medicína*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2004
ISBN: 80-247-0279-7.

Standarty a normy hospicové a paliativní péče v Evropě – Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči. Cesta domů, 2010

Internetové zdroje:

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet II*. [nahráno 21.12.2012]. [on-line]. Dostupné na internetu: www.youtube.com. Citováno dne: 26.2.2015

Poslání asociace hospiců [přidáno 9.7.2014]. [on-line]. Dostupné na internetu: www.asociacehospicu.cz. Citováno dne: 2.3.2015

Paliativní medicína a moderní paliativní péče. [on-line]. Dostupné na internetu: www.paliativnimedicina.cz. Citováno dne: 8.3.2015

Demografický vývoj v ČR. Národní rada osob se zdravotním postižením. Zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí. [on-line]. Dostupné na internetu: www.nrzp.cz. Citováno dne: 15.3.2015

TRACHTOVÁ, Z., HOLMEROVÁ, I. *Rozhovor s Ivou Holmerovou*. [publikováno: 5.9.2014].[on-line]. Dostupné na internetu: www.zpravy.idnes.cz. Citováno dne: 15.3.2015

HOSPICOVÉ OBČANSKÉ SDRUŽENÍ CESTA DOMŮ, *Projekt: Podpora rozvoje paliativní péče v České republice v programu Public Health Nadace Open Society Fund Praha. Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. [publikováno 2004].[on-line]. Dostupné na internetu: www.umirani.cz. Citováno dne: 19.3.2015

SVATOŠOVÁ, M. *Komplexní hospicová péče je přínosem pro společnost*. Prvně publikováno: Zdravotnické noviny, číslo 37, ročník XLVIII, 19.9.1999. [on-line]. Dostupné na internetu: www.hospice.cz. Citováno dne: 19.3.2015

JÍLKOVÁ, M. a kol. *Církevní restituce- slouží vrácený majetek lidem?* [premiéra: 12.3.2015 ČT1]. [on-line]. Dostupné na internetu: www.ceskatelevize.cz. Citováno dne: 21.3.2015

KOLEKTIVNÍ DÍLO. *DOPORUČENÍ RADY EVROPY č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících“*. [on-line]. Dostupné na internetu: www.umirani.cz. Citováno dne: 21.3.2015

Seznam příloh

Příloha číslo I.:

Adresář hospiců v Jihočeském kraji

Příloha číslo II.:

Dokumentace ke kazuistice číslo 1. Souhlas paní J. Jarošové se zveřejněním případu její matky.

Příloha číslo III.:

Kazuistika č. 1. Vyjádření dcery paní Aleny k péči Městské charity v Českých Budějovicích. Fotografie s popisky.

Příloha číslo IV.:

Dotazník.

Příloha číslo I.:

Domácí hospic Jordán o.p.s

Domácí hospic Jordán o.p.s. je nezisková organizace, která vzniká jako nový typ péče v regionu Tábor. Cílem je umožnit lidem s nevléčitelným onemocněním v pokročilém a konečném stadiu nemoci zůstat doma v kruhu svých blízkých. Smyslem specializované paliativní péče je ulevit od bolesti a dalších tělesných i duševních obtíží, které s sebou zpravidla přináší závěrečné stadium těžké nemoci. Pracovníci týmu domácího hospice nezastupují rodinu v péči o nemocného, pouze pomáhají, aby rodina a nemocný důstojně a se zachováním co největší možné kvality života zvládli poslední životní období.

Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s.

Poskytované služby: 30 odborně specializovaných hospicových lůžek (22 jednolůžkových a 4 dvoulůžkové pokoje) pro pacienty z celé České republiky, půjčovna pomůcek, poradenské služby - odborné sociální poradenství, respitní pobyty - odlehčovací služby (dle §44 Zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách) Smluvní pojišťovny na lůžkovou péči: VZP (111), ZPMV (211) OZP (207), VoZP (201), ČPZP (205), ZP MÉDIA (228) Pouze část nákladů hradí hospici zdravotní pojišťovny. Ostatní finanční zdroje jsou získávány od dárců a sponzorů, přesto je nezbytná ještě spoluúčast klienta za služby nezdravotního charakteru.

Hospicová péče sv. Kleofáše Třeboň

Zřizovatelem je Občanské sdružení pro podporu mobilního hospice na Třeboňsku, které se bude do konce roku 2013 transformovat v o.p.s. Hospicová péče v Třeboni je provozována formou domácího (mobilního) hospice. Za cíl si tato nová služba v regionu klade maximálně pomoci lidem s nevléčitelným onemocněním a rodinám, které je doprovázejí v posledních dnech jejich života. Náš tým tvoří zdravotní sestry, sociální pracovnice, duchovní a psycholog. Rádi bychom dostáli slov z životopisu sv. Kleofáše: "smutek změněný v radost", neboť věříme, že i poslední dny člověka jsou nezastupitelným obdobím života, ve kterém lze radost prožívat.

Příloha číslo II:

SOUHLAS S UVEŘEJNĚNÍM INFORMACÍ A FOTOGRAFIÍ

Souhlasím s tím, že paní Iveta Martinů ve své bakalářské práci „ Domácí hospicová péče v Českých Budějovicích“ použije informace z dokumentace ošetrovatelské a pečovatelské služby Městské charity o mé matce Aleně Trägerové a mnou poskytnuté rodinné fotografie .

Jana Jarošová

V Českých Budějovicích, dne 25. 02. 2015

Příloha číslo III.:

VYJÁDRĚNÍ DCERY PANÍ ALENY

Když jsme maminku nastěhovali k nám domů po operaci krčku - po první zlomenině, kterou si udělala u ní doma, bydlela s námi v bytě naproti mé ložnici. Z tohoto zranění se vzpamatovala velmi rychle, po 3 týdnech už sama chodila. měla lehounké chodítko a denně jsme trénovali chůzi po našem bytě. Maminka chtěla moc domů, zjevně u nás nechtěla zůstat, myslím, že se u nás nudila. Doma měla své zažité činnosti, ale hlavně měla své soukromí. Myslím, že jí nebylo příjemné, když jsme ji obsluhovali, vždycky bylo znát, že by chtěla sama vyvíjet nějakou činnost. Nikdy na nás nic nechtěla, vždy čekala, o čem rozhodnu já, ale to si uvědomuji až teď. Byla nesmírně trpělivá. Ráda četla všechny zprávy, dívala se na TV.

Když to bylo možné, vrátila se do své vily na Jiráskově nábřeží. Upravili jsme jí obývací pokoj tak, že v něm mohla spát a nemusela chodit do ložnice o patro výš. Měla tak celý byt v jedné úrovni se sociálním zařízením. Z Charity denně docházela pečovatelka a připravila jí jídlo. Maminka si, pokud vím, jídlo pochvalovala, nepamatuji se, že by někdy cokoli řekla špatného o pečovatelce.

Bylo pro ni velmi těžké ale zůstat doma. Přímo nesnášela nečinnost. A tak s chodítkem vyrážela denně na procházky. Snažili jsme se být s ní, ovšem často se, bohužel, stalo, že na nás nepočkala a když jsme já nebo sestra za maminkou dorazily, nebyla doma. Pak jsme ji musely honem hledat, měly jsme strach, aby někde nepadla. To se ale nikdy naštěstí nestalo.

Za nějakou dobu dostala maminka cukrovku. Nevěděla to. Přestala jíst a byla hodně unavená. Protože ale měla dost přesvědčivý výraz, řekla v poledne pečovatelce, že si jídlo sama ohřeje, že je vše v pořádku. To ale neudělala, neměla na jídlo chuť, lehla si a spala, ubývala na váze a byla čím dál tím víc unavená. A tak jsem večer, když jsem přicházela, našla jídlo netknuté a musela jsem jí buď udělat nové, nebo ohřát přinesené a nutit ji, aby se najedla. Nakonec starší sestra odvezla maminku k lékaři a teprve pak jsme ji znovu odvezli k nám domů, protože jsme viděli, že sama už zůstat nemůže, protože by se nenajedla, ani nenapila. Maminka začala brát inzulin.

Upravili jsme v našem domě jeden velký pokoj o patro níž tak, že jsme k němu pořídili WC a sprchu + malý koutek na vařič. Hlavně ale jsme nastěhovali mamince nábytek z jejího domu, takže se podařilo vytvořit dojem totožného prostředí.

Maminka si skutečně občas myslela, že je ve vlastním bytě. Někdy ano, jindy ne. V tu dobu jsme služeb Charity přestali využívat, vařili jsme i pro maminku, trávili jsme čas spolu, protože maminka ještě mohla chodit. Potom si ale zlomila krček na druhé noze. V nemocnici ji odmítli operovat, protože by údajně operaci nepřežila. Tak jsme ji přivezli zpět a zbývala jen možnost konzervativní léčby. Půjčili jsme si od známých elektrické polohovací lůžko.

Maminka měla zavedenou cévku. Abych mohla o maminku pečovat, musela jsem se naučit ji převlékat, mýt atd.... V tom mi pomohla sestřička ze sboru Apoštolské církve. Brzy se ale ukázalo, že při péči o ležícího člověka nejsem schopná zastat moc jiné práce. A tak jsme opět požádali pracovnice Charity o dovoz jídla. Maminka s nimi byla moc ráda. Pokud vím, doslova si to užívala, když dámy přišly, posadily ji ke stolu, po jídle si s ní daly kávu a nabídly jí cigaretu. Pro moji maminku totiž bylo až životně důležité, aby měla s kým si povídat. protože pečovatelky byly vždy milé a naslouchající, maminka se na ně těšila. Skutečně bylo vidět, že v sobotu a v neděli, kdy pečovatelky nechodily, měla maminka horší náladu. Chybělo jí popovídání s lidmi z venku.

Pro mne osobně bylo nesmírně úlevné hlavně to, že jsem věděla s úplnou jistotou, že pečovatelky maminku znají, znají její zvyky, vědí, jak vypadá její kůže na zadečku (musely stále se mnou hlídat proleženiny, které se podařilo vyléčit, ale nesmělo se dopustit delší ležení v jedné poloze). Udržovaly maminku v perfektní čistotě. Vždycky bez výjimky jsme se domluvily na čemkoli a nepamatují si, že by byl v něčem problém z jejich strany. Když si tak vzpomínám, měla jsem dojem, že mají maminku rády. I mně dělalo moc dobře, že k mamince, pokud to šlo, jezdily tytéž osoby podle rozvrhu.

Zpočátku jsem nevěděla, že mohu požádat i o další službu, než o obědy. Takže jsem "lítala" okolo maminky celá odpoledne a až do noci. Až později jsme se s pečovatelkami domluvily, že stačí zatelefonovat a domluvit další rozvrh, kdy mi pomohou. Tím pádem jsme domluvili vlastně péči na každé odpoledne. Na mě zbyly už jen dopoledne a večery, což mi při mém zaměstnání moc pomohlo. (Učím totiž v hudební škole, jen odpoledne).

Co pro mě bylo také důležité, to byly vzkazy, které pečovatelky psaly při jednotlivých návštěvách: kromě faktických informací mi dávaly tyto vzkazy pocit bezpečí, když jsem odešla od maminky, věděla jsem, že se nic nestane, protože přijdou osoby, kterým na mamince záleží.

Zcela samostatnou kapitolou byla pro mne pomoc paní Hübschmannové, zdravotní sestřičky, která měla maminku dlouho v péči. Obstarávala nejen denní rehabilitace, ale také výměnu cévky, a to i o víkendu. Často jsem ji viděla, jak maminku pohladila ve chvíli, kdy nemohla vědět, že zrovna přicházím a vidím je spolu. Céвка byla pro mě velký problém: často se mamince zanášela, já jsem pokaždé propadala zděšení a nevěděla co dělat. Pané H- pokaždé okamžitě přišla, věc vyřešila, mě uklidňovala a radila mi. za tu dobu musím říci, že obdivuji její nádherný přístup k lidem, důkladnost, s níž se starala o mou maminku, její pečlivost.....

Když byla maminka nemocná, právě paní H. mi byla velikou oporou: Vlastně jsem jí volala vždy, když jsem byla z něčeho vyplašená, potřebovala jsem se nějak rozhodnout. Když mamčin praktický lékař váhal s předepsáním léků, vypravila se za ním, vysvětlila mu, co a jak a léky jsme dostali. Díky cévce totiž maminka měla často záněty, které se musely léčit antibiotiky. Nakonec jsme se rozhodly s paní H., že cévku mamince odebereme a uvidí se co se stane. A bylo to dobře, maminka se cítila lépe.

Maminka si nikdy na nic nestěžovala, její obdivuhodná trpělivost a skromnost byla nejspíš známá všem pečovatelkám. Největší její radostí bylo nejprve sledování zpráv, návštěvy a povídání si s lidmi, káva a cigareta. Postupně maminka slábla, nechtěla tolik jíst, hlavně jí ale začalo bolet celé tělo, když se s ním hýbalo. Také pomaličku ztrácela sluch a krátkodobou paměť. tak si nepamatovala, kdo vlastně za ní přišel, ani co říkal.

Sice jsme maminku polohovaly (já i pečovatelky) každé 1,5 -3 hodiny, podle toho, jestli spala nebo ne, ale i tak jí čím dál, tím víc bolela záda. Také jí natékaly nohy.

Po 1,5 roce (myslím), už maminka byla tak slabá, že jí začaly unavovat i rozhovory. A tak , i když měla návštěvy ráda, často se stalo, že s pečovatelkou nechtěla mluvit. Zavřela prý oči a dělala, že spí. Bylo jí už těžké přesvědčit ji, aby se najedla. Když jsem byla u ní já, najedla se sama příborem, ale myslím, že pečovatelkám často tvrdila, že nemůže nic sníst a prostě si nic nevzala. Musely jsme jí začít dávat i nutridrinky.

Injekce s inzulinem jsem jí většinou píchala já.

O prázdninách jsem požádala Charitu o možnost rozšíření dohledu, abych mohla odjet z města s dcerou , vyšli mi vstříc, a tak jsem mohla několikrát odjet na celý den pryč.

Když jsem jela na dovolenou, pomohla mi jedna moc laskavá známá.

O třetích letních prázdninách, které maminka už u nás prožila, jsem dostala nabídku, abych maminku svěřila do péče do odlehčovacího zařízení v ČB. Reference jsem měla dobré, v tomto zařízení dokonce pracovala známá oné paní, která mi vše doporučila, při osobním setkání jsem měla nejlepší dojem. Maminka zde byla 4 týdny, když nastupovala, ještě pila kávu a občas si dala cigaretu, na těla neměla ani jednu proleženinu. Po 4 týdnech jsem si ji vezla zpět. Když jsem ji doma chtěla jako obvykle mýt, našla jsem jí na zadečku hluboké proleženiny s nekrotickou tkání, na noze měla tržné rány, na ruce také. Byla apatická. Lékař, který k ní přišel k nám domů, řekl, že je navíc dehydrovaná. Vedení tohoto odlehčovacího zařízení jsem napsala a poslala fotografie, protože jsem přesvědčená, že je třeba, aby se vědělo, že služby nejsou takové, jako se inzerují a to samé se může stát dalším starým lidem.

Maminka měsíc na to zemřela.

Když maminka zemřela, bylo to o víkendu, byla jsem pochopitelně strašlivě vyděšená, nevěděla jsem co dělat, komu volat, co zařídit, vlastně jsem se bála i maminku pořádně prohlédnout, zda je mrtvá opravdu nebo se mi to jen zdá. První, kdo mě napadl, byla paní Hübschmannová, naše zdravotní sestra.

Přišla okamžitě, jediným pohledem vyhodnotila situaci, tiše a systematicky mi vysvětlila, co budeme dělat krok po kroku. Díky ní byla maminka během chvilky převlečená, umytá, přijel lékař ze záchranky, aby vystavil potvrzení o úmrtí, paní H mi pomáhala při hledání dokladů (které jsem nemohla najít, jak jsem byla roztrásená).

Svou klidnou přítomností a rozhodností - profesionalitou nás oba s manželem podepřela.

Mamince ještě vložila do rukou žlutou růži. Maminka byla i ve smrti překrásná.

Nedovedu si představit to ráno bez paní Hübschmannové.

myslím, že je na místě vyjádřit pracovníkům Charity **PODĚKOVÁNÍ**. Jejich služba není doceněná, obecně se to mezi lidmi ví. Děkuji, děkuji znovu a znovu nejen za službu a pomoc u mojí maminky, ale za všechny ostatní lidi, kterým Charita pomáhá.

Jana Jarošová



Paní Alena s rodinou při oslavě narozenin – 88. výročí.



Rodina na návštěvě u paní Aleny.



Rozhovor pro noviny leden 2014.

Příloha číslo IV.: Dotazník.

Dobrý den, obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto anonymního dotazníku. Jeho výsledky budou statisticky vyhodnoceny pouze pro účely mé bakalářské práce Teologické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, která se týká dostupnosti terénní hospicové péče ve městě České Budějovice. Prosím Vás proto o pravdivé uvedení informací. Vždy je možné zaškrtnout pouze jednu odpověď, pokud u otázky není napsáno jinak. Předem Vám děkuji za ochotu a čas, který vyplnění dotazníku budete věnovat.

Iveta Martinů

1. Nabízíte uživatelům Vašich služeb v terminálním stádiu onemocnění hospicovou péči?

a) ano

b) ne

2. Je Vaše organizace schopna poskytnout domácí hospicovou péči všem uživatelům, kteří o ni mají zájem ve stoprocentní kvalitě?

a) ano

b) ne

c) nevím

3. Myslíte si, že by v Českých Budějovicích bylo potřeba rozšířit terénní (domácí) hospicovou péči?

a) ano

b) ne

c) nevím

4. Objevuje se zájem ze strany rodiny pečovat o svého blízkého v domácím prostředí?

- a) ano, často
- b) ano, občas
- c) pouze výjimečně

5. Objevuje se zájem ze strany uživatelů prožít poslední chvíle života v domácím prostředí?

- a) ano, často
- b) ano, občas
- c) pouze výjimečně
- d) ne, nikdy

6. Myslíte si, že je nezbytné mít v Českých Budějovicích agentury domácí péče, které by se specializovaly pouze na poskytování domácí hospicové péče pacientům v terminálním stádiu nemoci?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

7. Uved'te Vaše pohlaví:

- c) muž
- d) žena

8. Jak dlouho pracujete v sociálních službách?

- a) 1 – 5 let
- b) 6 - 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 – 20 let
- e) 21 – 25 let

9. Jaká je Vaše pracovní pozice?

.....

10. Vaše věková kategorie

- a) 20 až 40 let
- b) 41 až 60 let
- c) více než 61 let

Místo pro Vaše názory:

Abstrakt

Domácí hospicová péče v Českých Budějovicích. České Budějovice 2015.

Bakalářská práce. Jihočeská universita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie.

Vedoucí práce Mgr. Tomáš Veber, Th.D.

Klíčová slova: hospicová péče, domácí hospicová péče, smrt, umírání, umírající, multidisciplinární tým, fáze umírání.

Bakalářská práce se zabývá domácí hospicovou péčí v Českých Budějovicích. V teoretické části práce jsou popsány základní pojmy, související s tématem: paliativní péče, hospicová péče, a to zejména domácí hospicová péče, umírání, smrt, typy zařízení, poskytující hospicovou péči a potřeby umírajících. Dále je v práci popsán současný stav domácí hospicové péče, organizace, které ji poskytují a jejich stručná charakteristika. V praktické části jsou popsány kazuistiky z praxe a výzkum, zaměřený na poskytování domácí hospicové péče v Českých Budějovicích u pracovníků organizací, poskytujících tuto péči.

Abstract

Home care in České Budějovice.

Key Words: hospice care, home care, hospice, death, dying, multidisciplinary team, dying phase

Bachelor thesis deals with home hospice care in the Ceske Budejovice. In the theoretical section describes the basic concepts related to the topic: palliative care, hospice care, especially home care, hospice, dying, death, device types, providing hospice care needs of dying. The work also describes the current status of home hospice care organization providing it and their brief description. The work also describes the current status of home hospice care organization providing it and their brief description. The practical part describes case studies from practice and research focused on providing home hospice care in the Ceske Budejovice, workers organizations, care providers.