

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Tereza Losová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra klinických a preklinických oborů

Bakalářská práce

Vnímání hospicové paliativní péče
rodinnými příslušníky klientů
hospitalizovaných v hospicu

Vypracovala: Tereza Losová

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

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

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

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

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

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

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

Poslední kapitolu věnuji konkrétně Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích, který byl za účasti vysokých státních, krajských a církevních činitelů slavnostně otevřen 1. listopadu 2005. Zaměřuji se zde na ceník pobytu, jaké jsou úhrady za služby, co všechno obnáší a zahrnují. Zmiňuji zde také poradnu a půjčovnu kompenzačních pomůcek a vzdělávací centrum.

Cílem mé práce je zmapovat současný stav poskytované péče v hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích.

V práci jsem uplatnila kvalitativní výzkum. Za pomoci výzkumných otázek jsem zjišťovala, v jakých faktorech vnímají rozdíly v hospicové péči klienti, zdravotnický personál a rodina.

Výsledky mé práce mohou sloužit k tomu, aby byly aplikovány v praxi, mohou přispět ke zlepšení hospicové paliativní péče a odstranit její nedostatky.

Abstract

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

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

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

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

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

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

In the last chapter I focused on the Hospice St. Jana N. Neumanna in the city of Prachatice. The hospice was ceremonially opened on 1st. November 2005. On the opening ceremony participated local and high state representatives and religious representatives too. I analyzed the price list of the care e.g. accommodation and services with all options. There is also advisory center, rental service of medical accessories and educational center.

Goal of my bachelor's work was to analyze actual situation of the provided medical care in the Hospice St. Jana N. Neumanna in the city of Prachatice.

I applied qualitative questionnaire research in my work. I identified what kinds of differences in the hospice care are perceived by clients, medical staff and families' members.

Results of my bachelor's work can be applied in praxis and can help to improve hospice palliative care and reduce its shortage or weaknesses.

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 5. 5.

2015

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

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

OBSAH

OBSAH	8
ÚVOD	10
1 O HOSPICOVÉM HNUTÍ.....	11
1. 1 Definice pojmu hospicové péče	12
1. 1. 1 Dle WHO (Světové zdravotnické organizace)	13
1. 1. 2 Dle MZ ČR (Ministerstva zdravotnictví České republiky)	13
1. 1. 3 Dle světové organizace domácí a hospicové péče	13
1. 2 Historie hospicové péče	13
1. 2. 1 Historické formy péče o umírající	14
1. 3 Formy hospicové péče	15
1. 3. 1 Domácí hospicová péče laická.....	15
1. 3. 2 Domácí hospicová péče odborná	16
1. 3. 3 Stacionární hospicová péče.....	16
1. 3. 4. Lůžková hospicová péče.....	17
1. 4 České mýty o hospicích	18
2 DOPROVÁZENÍ TĚŽCE NEMOCNÝCH.....	20
2. 1 Stáří 21. století v České republice.....	20
2. 1. 1 Změny způsobené stářím	22
2. 1. 2. Podpora zdravého stárnutí	24
2. 2 Paliativní medicína.....	25
2. 2. 1 Principy paliativní medicíny	27
2. 3 Smrt.....	28

2. 3. 1 Stadia vyrovnávání se se smrtí (dle Elizabeth Kübler-Ross).....	29
3 HOSPIC SV. JANA NEUMANNA V PRACHATICÍCH	30
3. 1 Úhrada za služby	30
3. 2 Poradna a půjčovna kompenzačních pomůcek	31
3. 3 Vzdělávací centrum.....	32
4 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
4. 1 Cíl výzkumu	33
4. 2 Výzkumná otázka.....	33
5 METODIKA	34
6 VÝSLEDKY	35
7 DISKUZE.....	49
8 ZÁVĚR.....	51
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	52
PŘÍLOHY	55

ÚVOD

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

PhDr. Robert Huneš

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

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

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

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

1 O HOSPICOVÉM HNUTÍ

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

Hospic nemocnému garantuje, že:

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

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

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

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

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

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

Doprovázení umírajících ubere kus sil, ale přidá kus moudrosti a zralosti. Právě od našich umírajících pacientů se učíme poznávat pravé hodnoty života. Kdybychom byli schopni dosáhnout stadia přijetí již v mládí, prožili bychom mnohem smysluplnější život,

dokázali bychom se radovat z maličkostí a jistě bychom měli i jiný žebříček hodnot (Kübler-Ross, 1994).

Personální obsazení

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

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

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

1. 1 Definice pojmu hospicové péče

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

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

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

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

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

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

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

1. 2 Historie hospicové péče

Haškovcová (2010) uvádí, že z historického pohledu pečovala o nemocné a umírající u nás především rodina. Tradiční model umírání se na území dnešní České republiky odehrával v domácím prostředí za účasti všech rodinných příslušníků a blízkých, kteří pomáhali spolu s duchovním ulehčit poslední hodinku umírajícímu.

Umírání mělo charakter sociálního aktu a tak každý člen rodiny věděl, že nezemře opuštěn. Součástí rituálu umírání byla poslední vůle, zpověď a svátost smíření.

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

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

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

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

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

1. 2. 1 Historické formy péče o umírající

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

Nutně se tedy museli začít rozvíjet charitativní formy pomoci a péče, iniciované bohatými lidmi, církevními i laickými snahami o zlepšování situace takto potřebných. Postupně byly zakládány chudobince, později transformované na špitály, jejichž provoz

a vedení zajišťovaly kláštery, později za podpory obecních a městských rad (Haškovcová, 2007).

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

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

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

1. 3 Formy hospicové péče

1. 3. 1 Domácí hospicová péče laická

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

Domácí hospicová péče laická nabízí podporu rodinám, které se rozhodly umožnit svému blízkému zemřít v domácím prostředí, důstojně, s respektem na potřeby jeho a jeho blízkých (Holeksová, 2002).

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

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

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

Domácí hospicová péče laická v sobě kombinuje péči ošetrovatelskou, lékařskou, psychologickou a duchovní. Těžce nemocný potřebuje svoji rodinu a rodina potřebuje oporu, která jim pomůže zvládnout toto těžké období. Péče vychází z přání a potřeb nemocného a jeho rodiny. Důležitá je i péče o rodinu nemocného, neboť poslední dny a týdny života jejich blízkého jsou náročné a vyčerpávající. Ošetřující rodině je nabídnuta pomoc ve chvílích strachu a nejistoty. Poslední dny života mohou být naplněny smířením, odpuštěním, poděkováním a důstojným završením života (Holeksová, 2002).

1. 3. 2 Domácí hospicová péče odborná

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

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

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

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

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

1. 3. 3 Stacionární hospicová péče

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

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

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

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

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

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

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

1. 3. 4. Lůžková hospicová péče

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

Režim dne v lůžkovém hospici se od nemocnice dosti výrazně liší, a je-li to jen trochu možné, určuje si ho sám pacient. Nikdo ho ráno nebudí s teploměrem, spí podle

své vůle a potřeby. Myje se, kdy chce, jí kdy chce a v rámci možností, i co chce (Svatošová, 1995).

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

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

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

1. 4 České mýty o hospicích

Haškovcová (2007) uvádí tyto mýty o hospicích:

Hospic je dům smrti

Přestože nemocný je přijat do hospicového programu skutečně s vysokou pravděpodobností, že nakonec v hospici zemře, je třeba uvedený názor korigovat a to proto, že hospic poskytuje péči, která umožňuje nemocným vést i v přítomnosti smrti důstojný a hodnotný život. Označení dům smrti haní ušlechtilé cíle i vstřícný přístup k trpícím lidem.

Hospic se hodí pro všechny umírající

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

- postupující choroba ohrožuje pacienta na životě

- nemocný toho času nepotřebuje nemocnici – nemá mu co nabídnout
- nemocný potřebuje paliativní léčbu
- nestačí nebo není možná domácí péče

Hospic je luxusní léčebna pro dlouhodobě nemocné

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

Hospic je jen pro věřící

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

2 DOPROVÁZENÍ TĚŽCE NEMOCNÝCH

2. 1 Stáří 21. století v České republice

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

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

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

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

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

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

- ÚSPĚŠNÉ STÁŘÍ (25%)

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

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

- NEÚSPĚŠNÉ STÁŘÍ (10%)

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

- OČEKÁVANÉ STÁŘÍ (65%)

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

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

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

Péče o staré občany se stává zájmem a aktivitou civilizované společnosti. Stárnutí populace je celosvětovým problémem, který je potřeba nejen akceptovat, ale také mu

přizpůsobit další vývoj civilizované moderní společnosti, v níž má každý jedinec právo na kvalitní život (Pokorná, 2010).

2. 1. 1 Změny způsobené stářím

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

Tělesné změny

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

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

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

Adaptační schopnost

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

Srdce a cévní systém

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

Pohybový systém

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

Nervový systém

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

Vylučovací systém

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

Psychické změny

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

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

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

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

- zhoršení paměti
- obtížnější osvojování nového
- nedůvěřivost

- snížená sebedůvěra
- emoční labilita
- změny vnímání
- zhoršení úsudku

Sociální změny

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

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

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

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

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

2. 1. 2. Podpora zdravého stárnutí

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

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

Podpora zdraví a zdravotní informace o zdravé výživě mají prokázaný efekt v každém věku. Například fyzická aktivita snižuje pravděpodobnost úrazů a nekouření na prokázaný pozitivní efekt na kardiovaskulární zdraví u lidí, kteří přestali kouřit v až 75

letech. Trénink paměti a další duševní aktivity dokážou zabránit rozvoji demence nebo ho zpomalit. Sociální kontakty a pocit potřebnosti a užitečnosti u starých lidí snižují výskyt deprese a psychiatrických onemocnění (SZÚ, 2015).

Cílem zdravého stárnutí je prodloužení zdravého života v souladu s hodnotami jedince, jeho způsobem života a v jeho vlastním prostředí. Koncept úspěšného stárnutí a scénář komprese morbidit předpokládá, že délka života ve zdraví se bude zvyšovat rychleji než střední délka života. Jinými slovy, že délka života v nemoci a disabilitě se zkrátí (WHO, 2002).

Obr. č. 1: Pilíře strategie zdravého stárnutí



Zdroj: WHO

2. 2 Paliativní medicína

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 2. 1 Principy paliativní medicíny

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

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

Základní principy paliativní péče:

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

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

2. 3 Smrt

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

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

V průběhu historického vývoje lidstva je problematika umírání a smrti velmi úzce svázána s vývojem náboženského pojetí, s vývojem filosofického poznání, etnického cítění a se sociokulturním rozvojem dané společenskoekonomické formace (Kelnarová, 2007).

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

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

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

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

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

2. 4. 1 Stadia vyrovnávání se se smrtí (dle Elizabeth Kübler-Ross)

1. fáze – Negace (*šok, popírání*)

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

2. fáze – Agrese (*hněv, vzpoura*)

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

3. fáze – Smlouvání (*vyjednávání*)

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

4. fáze – Deprese (*smutek*)

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

5. fáze – Smíření (*souhlas*)

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

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

3 HOSPIC SV. JANA NEUMANNA V PRACHATICÍCH

3.1 Úhrada za služby

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

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

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

tabulka č. 1 – Úhrada za služby

Úhrada za služby zahrnuje:

a) Poplatek za služby nezdravotního charakteru

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

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

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

3. 2 Poradna a půjčovna kompenzačních pomůcek

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

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

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

3. 3 Vzdělávací centrum

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

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

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

4 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

4.1 Cíl výzkumu

Cílem práce bude pomocí kvalitativního výzkumu zjistit, jak vnímají hospicovou paliativní péči:

- rodinní příslušníci klientů hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích.
- klienti hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích
- personál hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích

4.2 Výzkumná otázka

V jakých faktorech vnímají rozdíly v hospicové paliativní péče klienti, zdravotnický personál a rodina.

5 METODIKA

Metoda výzkumu: dotazování

Technika výzkumu: rozhovor, pozorování

Rozhovor – „Metoda moderovaného rozhovoru (interview) patří mezi nejobtížnější a současně nejvýhodnější metody pro získávání kvalitativních dat.“ (Miovský, 2006)

Pozorování – „Pozorování patří spolu s rozhovorem mezi vůbec nejstarší metody získávání psychologických poznatků.“ (Miovský, 2006)

Charakteristika souboru:

Prvním výzkumným souborem budou vybrání klienti a jejich rodinní příslušníci v hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích

Druhým výzkumným souborem budou vybrání pracovníci hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích

V rámci výzkumného projektu byly použity rozhovory. Rozhovory byly vedeny:

Z prvního výzkumného souboru:

- se dvěma klienty – K1, K2
- s dvěma rodinnými příslušníky – R1, R2

Z druhého výzkumného souboru:

- se sociálním pracovníkem – P1
- se zdravotní sestrou – P2

6 VÝSLEDKY

Rozhovor č. 1

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

V rámci zachování anonymity, diskrétnosti a ochrany osobních údajů respondenta jsou zmíněná jména smyšlená.

Použité zkratky: T = tazatelka, K1 = klient

Přepis rozhovoru s klientem – K1

T: Dobrý den, mohu Vás na chvílku vyrušit? Jsem studentka univerzity v Českých Budějovicích a momentálně pracuji na své bakalářské práci. A pokud si se mnou budete chtít chvíli popovídat, budu moc ráda.

K1: Dobrý den, no já nevím. A tak teda pojďte, když už jste tady. Ale jenom na chvílku, čekám na ženu, měla by za mnou dnes přijít.

T: Nebojte se, na dlouho Vás nezdržím. A pokud Vám bude náš rozhovor nepříjemný, řekněte mi a ukončíme ho. Taky Vás musím upozornit na to, že Vaše jméno ani žádné Vaše osobní údaje nebudou nikde použity. Tak pojďme společně vymyslet, jak se budete jmenovat v případě mé práce.

K1: Tak mi říkejte třeba Františku, to jméno se mi líbí.

T: Dobře pane Františku, tak přejdeme k otázkám. Jako první se Vás chci zeptat, jestli je něco, co byste tady v hospici vylepšil, s čím třeba nejste až tak spokojený?

K1: Chybí mi moje žena. A domov. Je tu krásně, to ano. Vždyť se rozhlédněte po pokoji, jak je to tu všechno pěkně zařízený. A ten výhled. Viděla jste ten park, ten je taky moc krásnej. Jo, je tu fakt hezky, ale víte doma je doma. Dneska už je čtvrtek, že jo? Zítra pro mě přijede syn a odveze mě domů za ženou, vždycky si mě berou na víkendy domů, na to se moc těším. Ale vy jste se vlastně ptala, co bych vylepšil. To nic.

T: A navštěvujete tady nějaké aktivity?

K1: Ženský, co jsou tady, tak ty chodí na všechny ty možný pletení a háčkování, ale na to mě moc neužije. To je fakt spíš pro ženský. Ale jednou za čas, sem přijedou takový děti celkem malý a zpívají moc hezký písničky, tak ty si rád přijdu poslechnout.

T: *A zazpíváte si také s nimi někdy?*

K1: Ne, to ne, jenom poslouchám.

T: *No a co říkáte na sestřičky, které tu pracují? Jak jste s nimi spokojen?*

K1: Jo, tak to si klidně do té Vaší práce napište 100%. Těm nemám co vytknout.

T: *Tak to je moc dobře, že jste spokojený. No a ještě mám na Vás poslední otázku, prozradíte mi, odkud pocházíte a jaké bylo Vaše povolání?*

K1: Tak to je na dlouhé povídání. Já jsem se narodil v Praze. Ale tam jsem se moc nezdržel, s rodiči jsme se přestěhovali do Protivína a tam jsem strávil své mládí. A vlastně tam jsem potkal ženu, zamilovali jsme se do sebe, vzali se a společně se odstěhovali do Vodňan. Jinak k tomu povolání, jsem vyučený zámečnick, ale nebavilo mě to. A víte, čím jsem se nakonec celý život živil? Představte si, že jsem jezdil jako kamionák. A bavilo mě to, jen ten stesk po ženě a po dětech, ale o to větší bylo vítání. Ale je pravda, že když to bylo možné, tak jsem je někdy brával s sebou, aby taky viděli kus světa. To bylo moc fajn.

T: *To Vám věřím. Je dobře, že máte samé pěkné zážitky a vzpomínky. A představte si, že už jsem vyčerpala všechny otázky, to nám to hezky uteklo, snad jsem Vás moc neobtěžovala.*

K1: Já jsem nakonec rád, že jsme si popovídali a jestli nespěcháte, klidně můžete ještě zůstat.

T: *Tak to mě těší. Nikam nespěchám, tak tu s Vámi zůstanu, jak dlouho budete chtít.*

... s klientem jsme si ještě dlouze povídali, rozpovídal se o svém soukromí a ukázal mi i několik rodinných fotografií.

Tabulka 1 – shrnutí zásadních informací – zobecnění

Rozhovor s klientem – K1

Klíčový zlom v rámci života	zhoršení zdravotního stavu v domácnosti nebyl nikdo schopný se o respondenta postarat
Jak vnímá rodina respondenta umístění svého příbuzného do hospicu?	v rodině velká opora, pravidelně chodí na návštěvy na víkendy chodí respondent domů
Je současný stav pro respondenta příznivý?	velký stesk po rodině líbí se mu tady, ale raději by byl v domácím prostředí
Celkový dojem ze stavu klienta	respondent plačtivý, stýská se mu po domově rodina dělá všechno pro to, aby mohl co nejdříve zpět domů

Rozhovor č. 2

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

V rámci zachování anonymity, diskrétnosti a ochrany osobních údajů respondenta jsou zmíněná jména smyšlená.

Použité zkratky: T = tazatelka, K2 = klient

Přepis rozhovoru s klientem K2

T: *Dobrý den, nerada Vás ruším, ale jestli dovolíte, přijela jsem z univerzity z Českých Budějovic a ráda bych se Vás zeptala na pár otázek, které mi pomohou s bakalářskou prací, na které teď pracuji. Můžu dál?*

K2: Dobrý den, a to víte, že jo. Jen pojd'te dál. A co byste ode mě potřebovala?

T: *Děkuji, to budete moc hodný. Mám tady jenom pár otázek, bude se jednat hlavně o otázky kolem tohoto zařízení, dlouho Vás nezdržím. A ještě Vás musím upozornit, že nikde nebudou zveřejněny Vaše osobní údaje, ani jméno.*

K2: Mně by to ani nevadilo, jsem nákej Petr, tak na co to měnit. Tak povídejte.

T: *Chci se Vás zeptat, jestli je tady něco, co byste v tomto zařízení vylepšil, něco s čím nejste spokojený, nebo co Vám tady chybí?*

K2: Já jsem tady moc spokojenej. To víte, nic mi tady nechybí. Sestřičky jsou zlatý, pokoj mám krásnej, kolektiv je tu taky dobrej. Sem tam se i zajdu podívat na ty jejich aktivity, který tady pro nás pořádaj.

T: *A jaké konkrétní aktivity to jsou? Co Vás baví?*

K2: Takovýto různý vyrábění, tak tam se snažím chodit pravidelně. To byste nevěřila, jaký krásný výrobky se dají vyrobít z takovejch obyčejnejch věcí. No a taky chodím na muziku. Jezdí nám sem hrát takový děcka malý, tak je příjemný si je poslechnout a občas si i zazpívat.

T: *To věřím, pár výrobků jsem zahlédla cestou za Vámi, je to krásná výzdoba. A to, že si chodíte poslechnout muziku a dokonce i zpíváte, je jenom dobře. No a co říkáte na péči sestřiček? Nezlobí Vás?*

K2: To spíš zlobím já je. Víte, mám vývod, ale umím se starat sám a nikoho k tomu nepotřebuji. Vlastně vůbec žádnou pomoc nepotřebuji, taky to často od sestřiček slýchám, jak mi říkají, že se mnou nemají žádnou práci. Já jsem byl vždycky zvyklý si všechno dělat sám, tak přece na starý kolena o sebe nenechám pečovat.

T: *Tak to Vás musím pochválit, že jste tak šikovnej. To se jen tak nevidí.*

K2: Já byl vždycky soběstačnej, to i sestra by mi kolikrát chtěla se vším pomoct, ale já si nic nenechám.

T: *A Vaše sestra Vás sem chodí navštěvovat často?*

K2: Jo, ta jo. Občas tady se mnou i přespí, víte to se tady tak dá udělat. To si pak vždycky do noci povídáme. Ona je moc hodná. Jsem rád, že ji mám. Udělala by pro mě první poslední. Já mám moc dobrou rodinu, jen ten můj syn se nějak nepovedl.

T: *Jak to myslíte?*

K2: On nikdy nebyl moc na práci, obě ruce levý. Takovej nemakačenko. No, a když si domů, ke mně domů, protože nikdy nebyl schopnej si najít vlastní bydlení, přivedl tu svoji. No řeknu Vám to tak, jak to je. Je to cikánka, hnusná, tlustá a k práci se staví stejně jako on. Nikdy nemakala. Začali se tam u mě roztahovat, žili z mejch úspor, jenom se váleli doma a utráceli moje peníze. A že by třeba s něčím pomohli nebo uklidili, to ani náhodou. A já už na to neměl sílu, tam s nima bejt. Dohadovat se, to nemělo smysl, stejně měli svoji pravdu. A to moje zdraví šlo taky z kopce. Tak jsem si řekl, že se nastěhuju sem a oni ať si tam třeba zhnijou.

T: *To pro Vás muselo být těžké.*

K2: A to sice jo, ale než si ničít zdraví. Tady mi to vyhovuje, jsem tu fakt spokojenej a nic mi nechybí. A hlavně jsem v klidu a nemusím se s nikým hádat.

T: *Tak hlavně, že jste tady spokojený. Mrzí mě, že to máte se synem takové těžké, ale jak říkáte vy, důležité je, že teď už jste spokojený. Nebudu už Vás déle rušit, ať se můžete v klidu naobědvat.*

K2: To jste nerušila, rád jsem si s Váma povídal a snad Vám ten můj život bude ve Vaší práci užitečnej.

T: *Určitě ano. Moc Vám děkuji za spolupráci. Mějte se krásně, ať se Vám daří a přeji dobrou chuť. Na shledanou.*

K2: Tak se mějte a klidně se někdy zase ukažte. Na shledanou.

Tabulka 2 – shrnutí zásadních informací – zobecnění

Rozhovor s klientem – K2

Klíčový zlom v rámci života	nastěhování se syna i s přítelkyní do respondentova domu nepřispívají na domácnost, chovají se hrubě
Jak vnímá rodina respondenta umístění svého příbuzného do hospice?	vzhledem k špatným rodinným vztahům, rodině vyhovuje „že se ho zbavili“ a zůstal jim dům
Je současný stav pro respondenta příznivý?	ano, i přes špatné rodinné vztahy je velmi spokojený, má krásný a velký pokoj je zajištěna veškerá péče a má svůj klid
Celkový dojem ze stavu klienta	respondent je spokojený, že má svůj klid

Rozhovor č. 3

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

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

Přepis rozhovoru č. 3

...

T: Ještě jednou děkuji, že jste si na mě udělala čas. Můžeme začít?

R1: Nemáte za co, mě to nic neudělá a Vám to pomůže.

T: Děkuji. Jako první bych se Vás chtěla zeptat, jaký byl důvod umístění manžela sem do hospice?

R1: Šlo hlavně o to, že já už jsem taky docela stará ženská a nemám tolik síly se o něj postarat a do toho ještě ten jeho zdravotní stav. Tak to bylo jasné. Já vím, že je mu tady smutno, ale já ho chodím navštěvovat, jak jen to jde a hlavně na víkendy si ho bereme s dětma domů.

T: A neuvažovala jste o domácí hospicové péči?

R1: Něco jsem o tom zaslechla, tak se chci dozvědět víc. Teďka to mám v jednání, a kdyby to šlo, asi by to bylo pro manžela to nejlepší řešení.

T: To je moc dobře, aspoň by mohl být Váš muž zase doma. A jak vnímáte tohle zařízení, myslíte si, že je péče personálu dostatečná?

R1: To rozhodně ano. Já vím, že sestřičky dělají, co můžou. A hlavně taky vím, jak je jejich práce náročná a i tak to na sobě nedají znát. Mám jistotu, že se o muže opravdu postarají.

T: Takže jste s péčí spokojená, to je dobře. Ještě bych se Vás chtěla zeptat, jak jste se vůbec o hospicové péči dozvěděla?

R1: Nám ji doporučil obvodní lékař. Já jsem o tom dřív vůbec neslyšela, tak jsem říkala synovi, aby se podíval na ty jejich stránky na internetu. A líbilo se mi to prostředí a i ty pokoje mají hezky zařízené, dyť to je úplně jako doma. Takže jsem za to nakonec ráda.

T: *Tak to je důležité, že jste spokojená, já už jsem vyčerpala své otázky a jsme s rozhovorem u konce, tak bych Vám chtěla poděkovat, moc jste mi pomohla a budu na Vás myslet, aby to s tou domácí hospicovou péčí dopadlo dobře.*

R1: *Jé, to jste hodná. Já Vám taky děkuji. Tak ať Vám ta práce dopadne dobře.*

T: *Děkuji Vám. Mějte se hezky a ještě jednou děkuji za rozhovor. Na shledanou.*

Tabulka 3 – shrnutí zásadních informací – zobecnění

Rozhovor s rodinným příslušníkem – R1 (manželka)

Klíčový zlom v rámci života	zhoršení zdravotního stavu manžela nedostatek sil se o manžela postarat v domácím prostředí
Myslíte si, že je péče personálu dostatečná?	rozhodně ano, sestřičky dělají, co můžou nedávají na sobě znát, jak je jejich práce náročná
Uvažovala jste o domácí hospicové péči?	ano uvažovala, ale jsem klidnější, když je tady, protože vím, že ta péče je 100% navíc ho můžu kdykoliv navštívit
Jak jste se o hospicové péči dozvěděla?	doporučení od obvodního lékaře
Celkový dojem ze stavu klienta	jistota, že má manžel veškerou péči a je o něj postaráno

Rozhovor č. 4

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

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

Přepis rozhovoru č. 4

...

R2: Tak můžeme začít.

T: *Na úvod bych se Vás ráda zeptala, jaký byl důvod umístění Vašeho bratra sem do hospice?*

R2: Ono to bylo hlavně kvůli synovci. To je takovej darebák. Kdybyste viděla, jak se k bratrovi zachoval a ještě jakou si domů přivedl ženskou. Já se mu ani nedivím, že to tam všechno nechal a je teď tady.

T: *V tom případě uvažování o domácí hospicové péči, nebylo na místě.*

R2: No to rozhodně ne. Kdyby měl aspoň tolik síly, aby je oba vyhodil a zůstal doma, tak možná. Ale za takových okolností, on sem vlastně odešel do klidu. Sice není doma, ale on se tady vlastně tak cítí. Je tady opravdu spokojený a hlavní je, že má svůj klid a nemusí se s ničím trápit.

T: *Takže je pro něho toto zařízení vysvobozením a vlastně se stalo i druhým domovem.*

R2: Přesně tak.

T: *A vy jste spokojená, s tím jak to tady chodí a s péčí personálu?*

R2: Jo, to já jsem. Hlavně, když je spokojený bratr. Myslím si, že on vlastně ani žádnou péči nepotřebuje, je to takovej bejk tvrdohlavej. I o ten svůj vývod se stará sám. Ale tak hlavně, že tady má zajištěné to jídlo a nemusí si sám nic vyvařovat. Já mám fakt jistotu, že je tady v pořádku a je o něho postaráno. Nic mu tady nechybí a má svůj klid.

T: *A jak jste se o hospicové péči dozvěděla?*

R2: Já mám kamarádku a její maminka na tom není moc zdravotně dobře a právě je tady taky ubytovaná. A když ta moje kamarádka věděla, jaké má bratr rodinné problémy a do toho ta jeho nemoc, ta mi řekla, abych se tady zkusila poptat, že je to tu moc fajn a jako i hezký prostředí a ta péče personálu je fakt zajištěná. Tak jsem přišla to obhlédnout, jak to teda vypadá, a musela jsem uznat, že má pravdu. A vlastně díky ní, to všechno takhle dobře dopadlo.

T2: *To jsem ráda, že jste všichni spokojeni a dobře to dopadlo. Chtěla bych Vám poděkovat za Váš čas, který jste mi věnovala.*

...

Tabulka 4 – shrnutí zásadních informací – zobecnění

Rozhovor s rodinným příslušníkem – R4 (sestra)

Klíčový zlom v rámci života	špatné vztahy bratra se synem, který se přistěhoval do domu i s přítelkyní psychicky bratra vydirají, utrácejí jeho peníze
Myslíte si, že je péče personálu dostačující?	určitě ano, bratr je sice soběstačný a i o svůj vývod pečuje sám ale personál je velice ochotný a profesionální
Uvažovala jste o domácí hospicové péči?	vzhledem k rodinným vztahům by byla domácí hospicová péče nemožná
Jak jste se o hospicové péči dozvěděla?	doporučení od kamarádky, která má maminku také zde v hospici a s péčí je velmi spokojená

Celkový dojem ze stavu klienta	spokojenost, že má bratr konečně svůj klid
--------------------------------	--

Rozhovor č. 5

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

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

Přepis rozhovoru č. 5

...

T: Je působení dobrovolníků přínosné?

P1: Zdejší dobrovolníky mají naši klienti ve velké oblibě. Navázali s nimi přátelské vztahy a tak musím odpovědět, že ano. Je to přínosné. A ono celkově hospicová péče je s dobrovolníky úzce spojená a nedovedu si představit, že bychom fungovali bez dobrovolníků.

T: Myslíte si, že má veřejnost dostatek informací o hospicové péči?

P1: No, těžko říct. Ono na jednu stranu je znát, že dnešní společnost má tušení o trochu větší než dříve, ale zase na druhou stranu plno lidí nemá ani tušení co hospicová péče je a co obnáší. Často se mylně domnívají, že jste nějaký ústav, a co mě hodně mrzí, je přezdívka Dům smrti.

T: A co rodiny Vašich klientů, jsou ochotné s Vámi spolupracovat?

P1: To ano. Sice se najdou výjimky, kdy jsou v rodině nějaké špatně vztahy, ale co se týče té spolupráce, tak to si myslím, že si nemůžeme stěžovat na nedostatek spolupráce.

T: A jak ovlivňuje práce s touto cílovou skupinou Váš osobní život?

P1: Nemyslím si, že nijak zásadně. Přece jenom tu pracuji už několik let. Ono každé úmrtí je těžké, zvláště když ty lidi osobně znáte a máte s nimi nějaký vztah, ale musíte to brát profesionálně. Samozřejmě, že když přijdu domů, tak třeba myslím na nějakého klienta. Ale nemůžete si to moc připustit k tělu a ze všeho se hroutit, to by z Vás potom zbyla jenom troska.

...

Tabulka 5 – shrnutí zásadních informací – zobecnění

Rozhovor s personálem – P1 (zdravotní sestra)

Je působení dobrovolníků v hospicové péči přínosné?	rozhodně ano, jsou pro naši práci přínosem klienti si je moc chválí a jsou na ně zvyklí
Jsou rodiny klientů ochotné s Vámi spolupracovat?	většina rodin je pro klienty oporou a pravidelně je navštěvuje, takže ano
Myslíte si, že je veřejnost dostatečně informovaná o hospicové péči?	nemyslím si, že tolik, jak by měla naštěstí se najde i poměrně velké množství lidí, které hospicovou péči znají

Rozhovor č. 6

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

Použité zkratky: T = tazatel, P2 = personál (sociální pracovník)

Přepis rozhovoru č. 6

...

T: *Je působení dobrovolníků v hospicové péči přínosné?*

P2: To rozhodně ano, pro naši práci jsou dobrovolníci velký přínosem. A hlavně také pro klienty, ti si je moc chválí a jsou na ně zvyklí.

T: *A jak je to s rodinami klientů? Jsou ochotné s Vámi spolupracovat?*

P2: Ono taky záleží na tom, jaké mají rodinné vztahy. Naštěstí ve většině případech je všechno v pořádku, ale tak to víte, bohužel se najdou i výjimky, kde to doma úplně neklape. Rodina je pro klienty velká psychická opora.

T: *Co se týče veřejnosti, myslíte si, že je dostatečně informovaná o hospicové péči?*

P2: Nemyslím se, že ne tak úplně jak by měla. My se snažíme o odborné vzdělání nejen studentů, ale také široké veřejnosti. Musím uznat, že ta informovanost se stále vyvíjí k lepšímu, ale pořád to není ono. A pořád je co zlepšovat.

T: *Myslíte si, že Vaše práce nějak ovlivňuje Váš osobní život?*

P2: Svým způsobem do něho určitě nějak zasahuje. Ale já si to moc nepřipouštím. Když mi skončí pracovní doba a přijdu domů, tak vypnu. Chci se věnovat sobě, dětem, manželovi a na práci nemyslet. Stejně tak, když ráno přijdu do práce, naplno se soustředím jenom na svoje pracovní povinnosti a na klienty.

...

Tabulka 6 – shrnutí zásadních informací – zobecnění

Rozhovor s personálem – P2 (sociální pracovník)

Je působení dobrovolníků v hospicové péči přínosné?	je velmi přínosné klienti navázali s našimi dobrovolníky velice přátelské vztahy a na každou další návštěvu se moc těší
---	--

Jsou rodiny klientů ochotné s Vámi spolupracovat?	bohužel se najdou i výjimky, kde to v rodině zcela nefunguje naštěstí ale ve většině případech rodiny ochotné jsou
Myslíte si, že je veřejnost dostatečně informovaná o hospicové péči?	nemyslím si, že dostatečně každopádně mohu říct, že je informovanější, než v dřívějších letech

7 DISKUZE

Předmětem výzkumné části mé bakalářské práce bylo zkoumání, v jakých rozdílných faktorech vnímají hospicovou paliativní péči sami klienti, jejich rodinní příslušníci a personál.

V rámci výzkumného projektu byly použity rozhovory. Rozhovory byly vedeny se dvěma výzkumnými soubory.

První výzkumný soubor zahrnoval dva klienty, K1 a K2, hospitalizované v hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích a dva jejich rodinné příslušníky, R1 a R2. Druhý výzkumný soubor zahrnoval dva pracovníky, P1 a P2, konkrétně se zdravotní sestrou a sociální pracovnící.

Jako techniku sběru dat jsem zvolila rozhovory z toho důvodu, že jsou uváděny jako nejvhodnější metoda při sběru dat (Miovský, 2006). Z vedených rozhovorů jsem shrnula zásadní informace a vložila je do tabulek.

Smrtelně nemocnému člověku nemůžeme opravdu účinně pomoci, pokud do všeho nějak nezapojíme jeho rodinu (Kübler-Ross, 1994). Z rozhovorů s komunikačními partnery vyplynulo, že rodina je opravdu velkou oporou. Blízcí lidé hrají v průběhu nemoci dost podstatnou roli, a jejich chování má značný vliv na to, jak pacient na svou nemoc reaguje (Kübler-Ross, 1994).

Pro umírající je důležité udržovat rodinné vazby. Zejména mimo domácí péči, např. v hospicích, patří návštěvy k vysokým prioritám a umírající by měl být plně respektován v požadavcích na jejich četnost (Svatošová, 1995). Příbuzní smrtelně nemocného pacienta jsou při péči o jeho fyzickou, psychickou a duchovní stránku vystaveni velkým nárokům Kelnarová (2007). Příbuzní, kteří nedostanou včas dostatečné množství informací, ztrácejí důvěru ve zdravotní systém (Kelnarová, 2007).

Při rozhovoru s klientem K1 bylo znát, jak velkou roli pro něj hraje především podpora manželky a dětí, kteří si klienta berou na víkendy domů. Každý člověk potřebuje ke svému životu naději a potřebuje ji posilovat (Kutnohorská, 2007).

Díky tomu pracovní dny utíkají velmi rychle, protože si klient může říci: „už v pátek“. O to větší opora je v tom, že rodina dělá vše pro to, aby klient mohl být v domácí péči. Naděje nás provází celý život, každý den a neměla by nás opouštět ani v posledních chvílích života (Kutnohorská, 2007).

Oproti tomu klient K2 našel v hospici útočiště a svůj druhý domov. Bohužel neměl to štěstí, jako většina klientů, kteří mají se svými nejbližšími pevné rodinné vazby.

Kdyby si lidé z personálu naučili lépe uvědomovat takové rozpory nebo konflikty mezi pacientem a jeho okolím, mohli by o nich promlouvat s rodinami pacientů, a prokázat tak příbuzným i samotným nemocným velikou službu (Kübler-Ross, 1994).

Se synem je pohádaný a vzhledem k tomu, že se jeho syn nastěhoval do klientova domu i se svou přítelkyní, protože neměli kam jít, oba jsou nezaměstnaní a nežijí zrovna vzorovým životem, rozhodl se klient, že bude on ten, kdo odejde, vzhledem k jeho věku a zdravotnímu vztahu.

Čeho si všichni naši pacienti vážili patrně nejvíc, to byl smysl pro empatii, dar vcítění. Byli vděční za ujištění, že lékař pro ně udělá vše, co se udělat dá, že nejsou odvrženi a opuštěni (Kübler-Ross, 1994).

V něčem je rodina nemocného nezastupitelná, ale v něčem zastupitelná je. A musí mít možnost si odpočinout a nabrat dech. Už to samo o sobě je dostatečným důvodem k tomu, aby se do doprovázení nemocných zapojilo i širší okolí nemocného, z řad dobrovolníků (Svatošová, 1995). Obě dvě respondentky z druhého výzkumného souboru se jednoznačně shodly na tom, že práce dobrovolníků je v hospicové péči přínosná a pro klienty má velký význam. Dobrovolníci jsou plnohodnotnými členy hospicového týmu a jejich práce je společensky vysoce ceněna, přestože, anebo možná právě i proto, že ji dělají "jen" za radost (Svatošová, 1995).

Dále při rozhovorech s respondenty z řad personálu vyplynulo, že společnost není dostatečně informována o hospicové péči a bylo by na místě, znalosti šířit a prohlubovat.

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

8 ZÁVĚR

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

Z uvedeného výzkumu vyplynulo, že tu nejdůležitější roli však hraje rodina. Právě rodina je pro nemocného nenahraditelná a je velkou psychickou oporou v životě nemocného.

Při rozhovorech vedených s rodinnými příslušníky bylo zjištěno, že hospicovou péči svých blízkých vnímají velice kladně. Jsou spokojeni především s prostředím, ať už venkovním, díky krásnému parku, ale také vnitřním. Interiér hospice totiž nepřipomíná žádné neosobní zdravotnické zařízení, ale útulný domov. Dalším pozitivně vnímaným faktem je jistota, že bude blízkému poskytnuta profesionální zdravotnická péče a tudíž zajištěna jeho bezpečnost.

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

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BUŽGOVÁ, Radka, 2011. Hodnocení psychosociálních potřeb terminálně nemocných. Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky. Č. 3, s. 265-274. ISSN 1212-4117.
2. DESSAINT, Marie-Paule, DLABALOVÁ, Irena, 1999. *Nezačínajte stárnout*. 1. vyd. Praha: Portál, 231 s. ISBN 8071782556.
3. DOLISTA, Josef, SAPÍK, Miroslav, 2007. *Studie z bioetiky: etika v biomedicíně a biotechnice*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 3 sv. ISBN 978-80-7394-004-1.
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2.přepřac.vyd. Praha: Galén, 244 s. ISBN 987-80-7262-471-3.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 272 s. ISBN 80-726-2132-7.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. 2. vyd., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
7. HEGYI, Ladislav, 2001. *Klinické a sociální aspekty ošetrovania starších ľudí*. Trnava: SAP, 128 s. ISBN 80-88908-80-9.
8. HOLEKSOVÁ, Taťána, 2002. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí: praktická příručka jak pečovat o málo mobilního a zcela imobilního člověka doma*. Vyd. 1. Praha: Grada, 91 s. ISBN 80-247-0212-6.
9. HOLMEROVÁ, Iva, JURAŠKOVÁ, Božena, ZIKMUNDOVÁ, Květuše, 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
10. KALVACH, Zdeněk, 1997. *Úvod do gerontologie a geriatrie: integrovaný text pro interdisciplinární studium*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 193 s. ISBN 80-7184-366-0.
11. KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno: Littera, 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.

12. KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 202 s. Sestra. ISBN 9788024721699.
13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1991. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 122 s. ISBN neuvedeno
14. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 163 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.
15. KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1994. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Vyd. 1. Překlad Jiří Královec. Turnov: Arica, 148 s. ISBN 80-85878-12-7.
16. MINIBERGEROVÁ, Lenka, DUŠEK, Jiří, 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 67 s. ISBN 8070134364.
17. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
18. MISCONIOVÁ, Blanka, 1998. *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky, 96 s. ISBN 978-802-3919-158.
19. NOVOTNÝ, Ivan, HRUŠKA, Michal, 2002. *Biologie člověka*. 3., rozš. a upr. vyd. Praha: Fortuna, 239 s. ISBN 8071688193.
20. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 158 s. Sestra. ISBN 9788024732718.
21. PORADNA - Hospic sv. Jana N. Neumanna, 2015. Odborné sociální poradenství, půjčovna kompenzačních pomůcek [online], [cit. 2015-02-18]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/poradna-pujcovna-pomucek>
22. SVATOŠOVÁ, Marie, 1995. *Hospice a umění doprovázet*. 2. vyd. Praha: Ecce Homo, s. 127
23. ŠOLCOVÁ, Iva, 2015. Psychosociální aspekty stárnutí: Československá psychologie. [online], [cit. 2015-01-20]. Dostupné z: <http://csppsych.psu.cas.cz/result.php?from=703&to=703>

24. ŠTILEC, Miroslav, 2004. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál, 135 s. ISBN 80-7178-920-8.
25. TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 270 s. ISBN 8072623656.
26. UMÍRÁNÍ. Paliativní péče [online], [cit. 2015-03-14]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/paliativni-pece.html>
27. ÚHRADA POBYTU - Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice, 2015. [online], [cit. 2015-02-18]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/uhrada-pobytu>
28. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 96 s. ISBN 9788024721705.
29. VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zděnek, POSPÍŠILOVÁ, Yvona, 2004. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada-Avicenum, 537 s. ISBN 8024702797.
30. VÝROČNÍ ZPRÁVY – Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice, 2015. [online], [cit. 2015-02-18]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/vyrocní-zpravy>
31. VZDĚLÁVACÍ CENTRUM - Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice, 2015. [online], [cit. 2015-02-18]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/vdelavaci-centrum-o-nas>
32. Zdravotnické noviny č. 19. z roku 1998 – příloha Zdravotní politika, strana 7, Ministerstvo zdravotnictví – Koncepce dlouhodobé následné péče v ČR.
33. Zdravotnické noviny č. 53 z roku 1997 – příloha Lékařské listy, strana 3 – 6., S. Semonská – Léčba bolesti.
34. Zpráva komise odborníků SZO, 1990. Zmírnění bolesti při rakovině a paliativní péče. Praha: MZ ČR – Dokumentační centrum DC SZO 93. /Série technických zpráv 804/

PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha č. 1: Přehled půjčovaných pomůcek v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích

Příloha č. 2: Tabulka – Fáze umírání dle Kübler-Ross

Příloha č. 3: Fotografie budovy Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích

Příloha č. 4: Fotografie sochy sv. Jana N. Neumanna v parku Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích

Příloha č. 1

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

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

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

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

Příloha č. 2

Tabulka: Fáze umírání podle Kübler-Ross			
Fáze	Projevy	Co s tím?	
1.	Negace šok, popírání	„Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné.“ „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“	Navázat kontakt, získat důvěru.
2.	Agrese hněv, vzpoura	„Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ Zlost na zdravotníky...	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
3.	Smlouvání vyjednávání	Hledání zázračných léků, léčitelů, diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoli. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, pozor na podvodníky.
4.	Deprese smutek	Smutek z utrpené ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivost naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.).
5.	Smíření souhlas	Vyrovnění, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“ „Do tvých rukou...“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor! Rodina možná potřebuje více pomoci než pacient.

Zdroj: KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 163 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069 2.

Příloha č. 3

Fotografie budovy Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích



Příloha č. 4

Fotografie sochy sv. Jana N. Neumanna v parku Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích

