

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

SOCIÁLNÍ ASPEKTY HOSPICOVÉ PÉČE

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Petra Zimmelová Ph. D.

Autor:

Markéta Fialová

České Budějovice 2010

ABSTRACT

This undergraduate thesis focuses on the social aspects of social care. The theoretical part clarifies and explains the relevant basic terms, in particular, terms like hospice care, palliative care, death, dying, social work, etc.

In the practical part, I try, above all, to address the issue of satisfying the social needs of the clients of St. Jan N. Neuman Hospice in Prachatice. Another issue that led me to searching for an answer deals with hospices as providers of social services in accordance with Act No. 108/2006 Coll., on social services, and their obligations arising from being registered per se.

My research was conducted using the method of questioning respondents in the form of semi-controlled interviews. The interviews took place at St. Jan N. Neuman Hospice in Prachatice. As for my research in the area of the clients' social needs, it was based on a research sample consisting of the hospice's four female clients. For the sake of completion, some of my questions regarding mandatory obligations of registered hospices were addressed to the said hospice's director and one of its employees who is a social worker.

My research confirmed that the social needs of the clients of the hospice in Prachatice are being satisfied to the extent of possibility. As to fulfillment of their social needs, on accordance with the obligations arising from Act No. 108/2006 Coll., on social services, it can be stated that the scope of the mandatory commitment is being covered. In my opinion, the greatest problem is the emphasis, on the part of authorities, that is being put on the formal aspects of these issues, while hospices make maximum effort to satisfy their clients' needs in the first place.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřená na sociální aspekty hospicové péče. V teoretické části bakalářské práce jsou objasněny základní pojmy, které s touto problematikou souvisí. Vysvětleny jsou především pojmy jako hospicová péče, paliativní péče, smrt, umírání, sociální práce atd.

V praktické části jsem se v prvním případě snažila zodpovědět otázku uspokojování sociálních potřeb klientů Hospice sv. Jana N. Neumana v Prachaticích. Další věcí, na kterou jsem hledala odpověď, je, zda hospic jako poskytovatel sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách naplňuje závazek, který vyplývá z registrace.

Výzkum byl prováděn metodou dotazování a použitá technika byla polořízený rozhovor. Příslušné rozhovory se uskutečnily v hospici sv. Jana N. Neumana v Prachaticích. V případě zkoumání, zda jsou naplňovány sociální potřeby klientů, tvořily výzkumný vzorek čtyři klientky hospice. Při hledání odpovědi na otázku plnění závazku vyplývajících z registrace jsem oslovila ředitele a sociální pracovníci hospice.

Na základě výzkumu bylo zjištěno, že sociální potřeby klientů prachatického hospice jsou v rámci možností uspokojovány. Co se týká naplňování závazků vyplývajících z registrace dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se dá na základě odpovědí říci, že závazky vyplývající z registrace prachatický hospic naplňuje. Jako největší problém vidím především důraz kladený na formální stránku věcí ze strany úřadů, kdežto v hospici je na prvním místě důraz kladen na maximální uspokojení potřeb klienta.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Sociální aspekty hospicové péče 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 Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 7. 5. 2010

Markéta Fialová

Děkuji paní Mgr. Petře Zimmelové Ph.D. za odbornou pomoc a rady při zpracování mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	8
1. SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Smrt v pojetí moderní společnosti	10
1.2 Nutnost vnímat člověka v jeho celistvosti	11
1.3 Paliativní péče	12
<i>1.3.1 Základní právní předpisy související s poskytováním paliativní péče</i>	<i>14</i>
<i>1.3.2 WHO a paliativní péče</i>	<i>15</i>
1.4 Hospic.....	16
<i>1.4.1 Vznik a charakteristika hospice</i>	<i>16</i>
<i>1.4.2 Hospicové hnutí.....</i>	<i>16</i>
<i>1.4.3 Hospicová péče a její financování</i>	<i>17</i>
<i>1.4.4 Hospicová etika</i>	<i>21</i>
1.5 Umírání a smrt.....	22
<i>1.5.1 Fáze závažného onemocnění podle E. Kübler- Rossové</i>	<i>22</i>
<i>1.5.2 Doprovázení</i>	<i>24</i>
1.6 Sociální práce	25
<i>1.6.1 Historie sociální práce</i>	<i>25</i>
<i>1.6.2 Sociální práce v paliativní medicíně</i>	<i>26</i>
<i>1.6.3 Sociální služby.....</i>	<i>27</i>
<i>1.6.4 Role sociálního pracovníka.....</i>	<i>28</i>
<i>1.6.5 Vzdělání a osobnostní předpoklady sociálního pracovníka.....</i>	<i>29</i>
<i>1.6.6 Finanční podpora a příspěvek na péči</i>	<i>31</i>
2. CÍL PRÁCE.....	32

3. METODIKA.....	33
3.1 Druh výzkumu.....	33
3.2 Výzkumná metoda	33
3.3 Výzkumný soubor	34
3.4 Vlastní realizace výzkumu	34
4. VÝSLEDKY	36
5. DISKUSE.....	51
6. ZÁVĚR	55
7. KLÍČOVÁ SLOVA.....	57
8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	58

ÚVOD

„Přestože nešetříme prostředky k fyzickému uzdravení nemocných, stává se, že čas věnovaný návštěvám a poskytování úlevy lidem ležícím na lůžku utrpení považujeme za ztracený.“

JAN PAVEL II.

Stejně tak jako narození, tak i smrt jsou dvě věci, které neodmyslitelně patří k životu. Narození nového člena rodiny je vždy velmi radostně očekávanou událostí. Umírání a smrt jsou věci, které v člověku vyvolávají strach a obavy. Většina lidí se tyto věci snaží zasunout někde do pozadí. Umírání a smrt nejsou pro společnost tématem, o kterém by se vedly dlouhé diskuse. O těchto věcech se mluví v obecné rovině a většina z nás o smrti mluví jenom všeobecně, jako by se to každého jednotlivého netýkalo. O to těžší je pro každého z nás vyrovnat se s umíráním a smrtí někoho z našich blízkých. Ještě v době našich babiček a prababiček byla smrt součástí každodenního života. Nebylo nic divného, že lidé umírali doma, ve svém přirozeném prostředí. S postupem doby se ale umírání pomalu přesunulo do nemocnic a takzvaně se institucionalizovalo. Lidé zde často umírali osamoceni, bez povšimnutí a ani nejbližší rodina nemohla být v tomto těžkém okamžiku s nimi.

V současné době se u nás pomalu začíná dostávat do povědomí veřejnosti hospicové hnutí, které klade veliký důraz na to, aby člověk neumíral sám a v nedůstojných podmínkách. Lidé by si měli uvědomit, že stejnou péči a pozornost jakou věnují narozenému miminku, je potřeba věnovat i člověku, kterému se život již nachýlil ke svému závěru. Samozřejmě, že to není jednoduché, ale v konečném hodnocení, může být tato zkušenost pro všechny zúčastněné velmi obohacující. Člověka to minimálně donutí se zastavit a uvědomit si, co je v životě vlastně důležité. Že v životě člověka není nejdůležitější honba za kariérou, za majetkem, ale že máme někoho blízkého vedle sebe. Často si uvědomíme, že pokud nám tento člověk odejde, ztrácíme zároveň i kus sama sebe. Proto je potřeba věnovat čas a péči umírajícímu člověku, aby nezůstával v těžkých chvílích sám. Nezastupitelnou roli může mít v těchto situacích sociální

pracovník hospice, který napomáhá narovnávat mnohdy pokřivené vztahy mezi příbuznými, pomáhá vyřešit i další problémy, které umírajícího a jeho blízké tíží. Zadosťučiněním pak může být, když si lidé, kteří spolu dlouhá léta nekomunikovali, dokáží říci: „Odpusť mi, prosím!“ nebo „I přesto všechno Tě mám rád!“

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Smrt v pojetí moderní společnosti

Problematika smrti a umírání je velmi těžce uchopitelné téma jak z pohledu odborného, tak i lidského. Umírání a smrt je údělem každého člověka, na každého to čeká a nemine ho. Tato jediná jistota, kterou člověk má, je velice zneklidňující, protože nikdo neví, kdy a jak se to stane. V normálním každodenním životě si lidé smrt nepřipouští, je to jakási psychologická obrana. Také vnější okolnosti podporují tak zvanou strategii popření. Velmi často se hovoří o tom, že smrt byla v minulém století a to zejména po druhé světové válce tabuizována. Příčin tohoto stavu bylo jistě mnoho, v důsledku to však vede k tomu, že se lidé ještě nikdy neobávali smrti tolik, jako je tomu v současné době. V dřívějších dobách přijímali lidé život a smrt jako svůj úděl. Dnes je smrt přijímána mnohem hůře. Bohužel i v dnešní době se člověk setkává se smrtí tváří v tvář. Dlouhodobá tabuizace smrti nikomu řešení závažné situace neusnadňuje.¹

Umírání a smrt je pro člověka spojeno s tajemstvím. Často si klademe otázky na toto téma. Mnoho věcí jsme schopni si rozumově vysvětlit, ale na druhé straně se s touto zkušeností nedokážeme emocionálně vyrovnat. Ještě to není tak dávno, kdy pohřební vozy mohly jezdit jenom v nočních hodinách, aby se na ně lidé nemuseli koukat a byli utvrzováni v tom, že existuje jenom radostný život. Často se setkáváme s pohledem na smrt a umírání, ale neaplikujeme je do vlastního života. Jedná se hlavně o to, že každý ví, že život člověka končí smrtí, ale není ochoten si připustit, že i on je ten, kdo jednou musí zemřít. To, že lidský život je konečný, dává našemu životu smysl.²

Pro současného člověka je smrt věc, před kterou se snaží utéct a ukrýt se před ní. *„Izolování umírajících v institucích, rychlé odstranění mrtvých, profesionalizace pohřbívání, anonymní pohřby ap. napomáhají smrt vytlačit z povědomí. O to, „prudčeji“ nás tento fenomén přepadne, jsme-li mu nevyhnutelně vystaveni. Touha se mu vyhnout*

¹ Haškovcová, H. Lékařská etika

² Křivohlavý, J. Psychologie nemoci

*je jistě kořenem hnutí za eutanazii. Jako jakési protihnutí vůči tomuto zpustnutí smrti můžeme považovat hospicové hnutí zahajující svou činnost v polovině 20. století a z něj vyrůstající paliativní medicínu.*³ Jak uvádí Dagmar Tisovská: „*Smrt, utrpení, zármutek – to jsou v naší společnosti tabuizovaná témata, a tak se nemůžeme podívat nad tím, že lidé, kteří jsou zasaženi nečekaným a tragickým úmrtím svých blízkých, se mnohdy ocitají v sociální izolaci a ve své situaci se cítí zcela opuštěni.*“⁴

1.2 Nutnost vnímat člověka v jeho celistvosti

*„Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka.“*⁵ To znamená, že člověka bychom měli vnímat v rovině bio-psycho-sociálně-spirituální. Z toho všeho vyplývá, že není možné žádnou ze stránek opomíjet, protože všechny tyto složky spolu vzájemně souvisí.⁶ V minulém století se medicína snažila hledat příčiny nemocí pouze z biologické a fyziologické úrovně. Převládal tzv. biomedicínský model. Vzhledem k velkému rozvoji nových technologií se zlepšila diagnostika i léčba. V současné době je zachráněno mnohem více lidských životů, než tomu bylo v dřívějších dobách. Často se však zapomíná, že je nutné na člověka hledět nejenom z medicínského hlediska, ale je potřeba, aby se člověk vnímal v jeho celistvosti. Ke změnám začalo docházet teprve v nedávné době. Jedním z příkladů změny pohledu je hospicové hnutí, které se snaží klást důraz na to, aby u člověka nebyla ošetřována jenom fyzická stránka, ale aby se péče zaměřila na všechny složky osobnosti. Jak uvádí představitelka komplexní hospicové a paliativní péče Cecilie Saundersová, je potřeba pohlížet na tento problém zejména v kontextu bolesti. Saundersová hovoří o celkové bolesti, to znamená, že bolest není jenom fyzická, ale sociální, emoční a spirituální.

Bolest fyzická se na rozdíl od ostatních nejsnadněji diagnostikuje. Hodnocení bolesti z hlediska kvantity je však velmi obtížné. Její hodnocení je z velké míry velmi

³ Student, J. Ch. Sociální práce v hospici a paliativní péče, str. 140

⁴ Tisovská, M. Běhanová J. Rozluč se, ale neříkej Sbohem, str. 1

⁵ Svatošová, M. Umění doprovázet, str. 14

⁶ Jankovský, J. Etika v pomáhajících profesích.

subjektivní. Je potřeba, aby lékaři fyzickou bolest důsledně tlumili. Na druhou stranu je potřeba si uvědomit, že pokud odstraníme i jiné druhy bolesti, zmírní se značným způsobem bolest fyzická.

Bolest sociální jde ruku v ruce s tím, že člověk je tvorem společenským. Jde zejména o strach z odloučení od rodiny, od přátel, strach ze ztráty sociálního postavení, atd. Pacient pak neustále přemýšlí a snaží se řešit problémy typu: nestihnu dodělat nedokončenou práci, nebudu mít už příležitost ostatním říci, co jim potřebuji povědět. Ztráta takovýchto jistot je hlavní příčinou těchto obtíží.

Bolest emoční se dá charakterizovat jako množství různých pocitů, mezi které je možné zařadit duševní otřes, hněv, smutek, smlouvání, úzkosti, deprese. Zármutek má jakousi dynamiku, která je úzce spojena s posledním obdobím nemoci. Pacient postupně prochází dle Elizabeth Kübler-Rossové určitými fázemi od popírání, agrese, smlouvání a deprese až ke smíření. Ovšem ne všichni nemocní projdou všemi obdobími a ne všichni dojdou až do stadia smíření. U každého člověka jsou jednotlivé fáze jinak dlouhé a nemusí následovat přesně po sobě, dost často se stává, že se některé fáze vrací nebo se vystřídají během velmi krátkého časového období.

Bolest spirituální je velmi důležitá. Mohli bychom ji charakterizovat jako odcizení od vlastního já a strach z neznámého, ze ztráty smyslu života. Zatímco na začátku života je všeobecně přikládán důraz bolesti fyzické, ke konci života nabývá velkého významu bolest spirituální.⁷

1.3 Paliativní péče

„Definice paliativní péče: Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.“⁸

⁷ Munzarová, M. Eutanazie nebo paliativní péče

⁸ Špinková, M., Špinko, Š. Standardy domácí paliativní péče, str. 11

K hlavním cílům paliativní medicíny patří, aby se pacient, který je již na konci svého života a není mu možné pomoci, cítil v co největší pohodě. Prvotně byla tato strategie určena především pro onkologicky nemocné pacienty. V současné době je možné uplatnit paliativní péči i u pacientů, kteří trpí jinou nevléčitelnou chorobou, která je v pozdějším stadiu neslučitelná se životem.⁹

Slovo paliativní souvisí se slovem pallium, které pochází z latiny a znamená plášť. V souvislosti s paliativní péčí ho však můžeme vysvětlovat jako poskytnutí ochrany (pláště) lidem, kteří jsou již blízko vlastního konce. V tomto období ustupuje aktivní medicína do pozadí a do popředí se na první místo dostává kvalita života nemocného. Velká péče je věnována zajištění bezbolestnosti. Paliativní medicína je poskytována především v hospicích a je to ucelená koncepce pomoci umírajícím a jejich rodinám.¹⁰

Paliativní medicínu můžeme rozdělit na obecnou a specializovanou. Obecná paliativní péče je poskytována především zdravotníky v kontextu různých odborností. Obecnou paliativní péči by měli být schopni pacientovi poskytnout všichni zdravotničtí pracovníci bez ohledu na svou odbornost. Důraz je kladen na sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je důležité, aby byla zajištěna kvalita života pacienta. Specializovaná paliativní péče je interdisciplinární. Poskytována je odborníky, kteří jsou přímo speciálně vzděláni v oboru paliativní medicíny a mají zkušenosti v oblasti poskytování paliativní péče.

Paliativní péče nahlíží na umírání jako na přirozenou součást života a přistupuje k pacientovi individuálně. Je založená na interdisciplinární spolupráci a snaží se zvládat bolest a další doprovodné jevy, které nastávají v souvislosti s konečnou fází letálních onemocnění. V paliativní medicíně se velmi dbá na to, aby nemocný mohl být neustále v kontaktu se svými blízkými. Respektují se přání a potřeby nejenom pacientů, ale také jejich blízkých.¹¹

Paliativní péči v hospicích zajišťuje tým kvalifikovaných lékařů, zdravotních sestřiček a ošetřovatelů. Pokud má pacient zájem, není problém, aby byl v péči psychologa nebo duchovního. Péče v hospici se nezaměřuje jenom na lékařskou a

⁹ <http://www.krebsinformationsdienst.de/wegweiser/adressen/palliativ.php>

¹⁰ Haškovcová, H. Thanatologie

¹¹ Špinková, M., Špinka, Š. Standardy domácí paliativní péče

ošetřovatelskou péčí, ale hospicový tým se stará i o volný čas pacienta. Nedílnou součástí hospicové péče je práce dobrovolníků, kteří navštěvují nemocné, dělají společnost nemocným, aby se necítili osamoceni, mohou jim například číst, povídat si s nimi. Pokud je pacient schopný a má zájem, může se zúčastňovat různých aktivizačních činností. Pacienti, kteří jsou věřící, mají možnost navštěvovat bohoslužby, které se konají v hospicové kapli. Pro nemocné a jejich doprovod jsou často pořádány různé kulturní akce.¹²

1.3.1 Základní právní předpisy související s poskytováním paliativní péče

Listina základních práv a svobod

Čl. 6: 1. Každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením.

2. Nikdo nesmí být zbaven života.

Čl. 7: 1. Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí musí být zaručena. Omezena může být jen v případech stanovených zákonem.

Čl. 8: 1. Osobní svoboda musí být zaručena.

Čl. 10: 1. Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno.

2. Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života

Čl. 31: Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky.¹³

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění

Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, v platném znění.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění¹⁴

¹²<http://asociacehospicu.cz>

¹³ Listina základních práv a svobod

¹⁴ www.umirani.cz

1.3.2 WHO a paliativní péče

V roce 1990 definovala WHO (Světová zdravotnická organizace) paliativní péči jako: „*Aktivní celkovou péči o nemocné, jejichž choroba neodpovídá na léčbu kurativní. Prvořadým úkolem je kontrola bolesti nebo jiných symptomů a psychických, sociálních a spirituálních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší kvality života pro nemocné a pro jejich rodiny*“ Tato definice je orientována na nemocného a jejím cílem je kvalita života nemocného.

Definice WHO z roku 2002 dává již větší důraz na prevenci utrpení a zní takto: „*Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život-ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení, a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních.*“¹⁵ V dodatku k této nové definici jsou vytyčeny základní principy paliativní péče:

- zajišťuje úlevu od bolesti a od jiných symptomů
- přisvědčuje životu a dívá se na umírání jako na normální proces
- nemá v úmyslu ani urychlit ani odsunovat smrt
- integruje do péče pacienta i psychologické a spirituální aspekty
- nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže nemocným, aby žili tak aktivně, jak je to jen možné, až do smrti
- nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže rodině vyrovnávat se s chorobou pacienta a se svým vlastním zármutkem
- používá týmový přístup v řešení potřeb nemocných a jejich rodin, včetně poradenství v případě truchlení, je-li to indikováno
- snaží se o zlepšení kvality života a může také pozitivně ovlivnit průběh choroby
- je aplikovaná již v časných fázích choroby v propojení se škálou jiných léčebných postupů, které mají za cíl prodlužovat život, jako je chemoterapie a

¹⁵ Munzarová, M. Eutanazie nebo paliativní péče, str. 62

radioterapie a zahrnuje taková zkoumání, která jsou potřebná k lepšímu pochopení a zvládnání nebezpečných klinických komplikací.¹⁶

1.4 Hospic

1.4.1 Vznik a charakteristika hospice

Pojem hospic by se dal vysvětlit jako přístřeší nebo ubytovna. Tento název se odvozuje z latinského pojmu hospitum a zároveň také od křesťanské tradice hospiců, které se objevovaly v Malé Asii jako domov pro cizí. V době středověku se uplatňovaly jako špitály.¹⁷ V těchto zařízeních nacházeli útočiště poutníci, kteří zde načerpali nové síly, mohli se zde vyspat, najíst, napít, ošetřit si rány. Ve středověku poskytovaly hospice takové služby, které bychom v dnešní době mohli charakterizovat, jako bio-psycho-sociálně-spirituální. Během času hospice zanikaly. Až v polovině 18. století byla v Dublinu otevřena nemocnice pro umírající. Další zařízení vzniká až v roce 1905, byl to St. Joseph's Hospice v Hackney.

K mohutnému rozmachu hospicového hnutí dochází až ve druhé polovině 20. století. To pravděpodobně souviselo s rozvojem vítězné medicíny, která plně neuspokojovala potřeby umírajících. Hlavní představitelkou hospicového hnutí byla Cicely Saundersová. První hospic moderního typu byl otevřen v Londýně v roce 1967 a dostal název St. Christopher's Hospice. Do dnešní doby jsou hospice vybudovány již v mnoha vyspělých zemích světa. Důležité je, že jsou zřizovány v zemích, kde převažuje institucionální a vítězná medicína v péči o nemocné.¹⁸

1.4.2 Hospicové hnutí

Svaz hospicových organizací v USA uvádí, že: *“Hospice přitakávají životu. Hospice si kladou za úkol podporovat a pečovat o lidi v poslední fázi nevléčitelné nemoci, aby*

¹⁶ Munzarová, M. Eutanazie nebo paliativní péče, str. 62, 63

¹⁷ Student, Ch-J. Sociální práce v hospici a paliativní péče

¹⁸ Haškovcová, H. Thanatologie

*mohli žít v této době při vědomí a spokojeně, jak to jen je možné. Hospice nechtějí smrt ani urychlovat, ani prodlužovat.*¹⁹

V současné době dochází k velkému rozvoji hospicového hnutí. Hlavním cílem je pomoc nemocným a jejich rodinám, jde o snahu usnadnit umírání, přijmout smrt a pomoci nejbližším vyrovnat se ze ztrátou milovaného člověka. Při budování hospiců se vychází ze zkušeností Elizabeth Kübler-Rossové, kdy je kladen velký význam na popis stadií, jimiž prochází lidé, kteří se ocitají v blízkosti smrti. Velkou hodnotu hospicového hnutí můžeme vidět v jeho přínosu v péči o umírající. Hospicové hnutí nebere umírání jako nemoc, snaží se vysvětlit, že umírání sice bývá často spojeno s nemocí, ale je součástí života. Stejně jako těhotenství, narození, dětství, stáří je umírání jednou z krizových součástí života, které se často projevuje bolestí. Pokud se člověku podaří tyto životní krize překonat, pomohou mu tyto situace v jeho osobním růstu. V dřívějších dobách měli lidé vypracovány rituály, které jim pomáhaly přenést se přes krizová období. V dnešní době se bohužel tyto rituály vytratily, o to víc potřebují lidé, kteří se ocitnou v krizové situaci, nějakou podporu.²⁰

V České republice není historie hospicové péče dlouhá. Zakladatelkou hospicové péče u nás je MUDr. Marie Svatošová. Ta v roce 1993 založila občanské sdružení na podporu hospicového hnutí, kterému dala název Ecce homo (Ejhle člověk!). Díky tomuto sdružení vzniká v České republice první hospic. V roce 1996 přijal své první pacienty Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Postupně dochází k dalšímu rozvoji hospicové péče.²¹

1.4.3 Hospicová péče a její financování

Světová zdravotnická organizace charakterizuje hospicovou péči jako integrovanou formu zdravotní, sociální a psychologické péče, která je poskytována nemocným všech indikačních, diagnostických i věkových skupin, u nichž je prognózou ošetřujícího lékaře

¹⁹ Student, CH-J. Sociální práce v hospici a paliativní péči, str. 143

²⁰ Student, Ch-J. Sociální práce v hospici a paliativní péči

²¹ Haškovcová, H. Thanatologie

přepokládaná délka dalšího života v rozsahu méně než šest měsíců. V rámci hospicové péče je poskytována zejména paliativní péče.

Elizabeth Kybler-Rossová: Hospicová péče je vlastně staromódní zvyk – důstojná reakce na nevyhnutelný konec života, pomáhá umírajícímu i jeho rodině, který se musí vyrovnat se ztrátou. Nemocný, který smí zemřít v důvěrně známém okolí, se nemusí tak přizpůsobovat, neboť rodina jej zná. Někdy se uklidňující lék může nahradit sklenkou dobrého moku, vůně doma připraveného jídla povzbudí chuť na pár lžic. Uklidňující prostředky a infuze často zachraňují život, v tomto případě se jim není možné zcela vyhnout. Ale je jasné, že trpělivost, ruka blízkého člověka a obvyklá jídla mohou nahradit hodně infúzí, které jsou fyziologicky nutné.

Hospicová péče se snaží zajistit pacientovi co nejkvalitnější život, nesnaží se ho vyléčit. Pacientovi svobody nejsou nijak omezeny a organizuje si sám svůj čas. Nikdo mu nenařizuje, kdy má vstávat, kdy bude jíst nebo v kolik hodin půjde spát. V hospicích se poskytuje nejen fyzická, ale také psychická, sociální a duchovní péče. Tato péče není zaměřena pouze na pacienta, ale tato péče je také poskytována nejbližším nemocného, kteří jsou vystaveni psychické a fyzické zátěži během péče o svého pacienta a pak se musí vyrovnat se ztrátou blízké osoby.²²

Hospicová péče je poskytována ve třech základních formách:

1. v hospicích, to jsou lůžková zařízení
2. ve stacionářích, které jsou součástí hospiců
3. v domácím prostředí umírajícího, v tomto případě pomáhají pečující rodině kvalifikovaní pracovníci²³

Lůžková hospicová péče

Jedná se o lůžkové zařízení, které nebývá veliké. Většinou zde bývá okolo 30 lůžek. Hospicové prostředí je příjemné a přívětivé. Má domácí atmosféru a rozhodně se liší od nemocničních zařízení. Běžný denní režim je v hospici upraven dle přání a potřeb pacienta. Návštěvy nemocných jsou neomezené. Příbuzným nemocného je umožněno,

²² Co je hospicová péče, Dostupné z: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>

²³ Student J.-CH. Sociální práce v hospici a paliativní péče

aby mohli být se svým blízkým nepřetržitě. Na jednolůžkových pokojích může být přistýlka pro doprovázejícího. Příbuzní se mohou, ale nemusí podílet na péči o nemocného. Jenom to, že nemocný není sám a má neustále někoho blízkého vedle sebe, velmi pozitivně ovlivňuje jeho psychickou pohodu. Do lůžkového hospicového zařízení jsou přijímáni pacienti, které závažná nemoc již ohrožuje na životě a jejich stav již vyžaduje intenzivní paliativní léčbu a péči. Péče v domácím prostředí již není možná a hospitalizace v nemocnici není nutná.²⁴

Hospicové stacionáře

Jsou to vlastně denní stacionáře. Tyto stacionáře umožňují pobyt nemocného co nejdéle v domácím prostředí a oddalují jeho hospitalizaci. Nemocní mohou pobývat ve svém domácím prostředí, protože doba pobytu ve stacionáři trvá jenom několik hodin. Tato zařízení nabízí lidem možnost se setkávat s jinými lidmi v podobné situaci. Nemocní zde dostávají odborné rady a pomoc. Tento typ hospicové péče napomáhá nemocným lidem ve styku se společenským prostředím, mohou se poznat s jinými lidmi a vytvářet nové vztahy. To posiluje sebevědomí nemocných, navrácí těmto lidem alespoň zčásti kontrolu nad vlastní situací a dává jim prostor získat čas, kdy mohou svůj život prožít hodnotně.²⁵ ,

Ambulantní hospice

Forma domácí hospicové péče je přijatelnou a žádoucí formou zdravotnické odborné péče a pečovatelské služby. Ta umožňuje nemocnému zůstat doma, minimálně do doby, kdy péče v domácím prostředí již není možná. Ambulantní hospicová péče disponuje týmem profesionálů a dobrovolníků. Nemocný i jeho rodina jsou motivováni ke spolupráci a uplatňování principů svépomoci. Tento princip péče také vytváří prostor i pro různé laické iniciativy.²⁶ Mezi základní principy domácí péče patří nemocný a jeho rodina, kteří se zásadním způsobem podílí na tvorbě plánu poskytované péče. Profesionální tým je nemocnému a pečující rodině neustále k dispozici a to 24 hodin

²⁴ Haškovcová, H. Thanatologie

²⁵ Student, CH-J. Sociální práce v hospici a paliativní péče

²⁶ Haškovcová, H. Thanatologie

denně, domácí hospicová péče zajišťuje odbornou léčbu bolesti a dalších symptomů, které souvisí s umíráním atd.²⁷

V hospicové péči je člověk respektován jako neopakovatelná a jedinečná bytost. Smyslem této péče není jenom péče o nemocného v terminálním stadiu. Jde především o doprovázení nejenom nemocného, ale také jeho blízkých. Péče o blízké nekončí smrtí nemocného, rodině je věnována péče i po smrti pacienta. Hospic nemocnému garantuje:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen²⁸

Korejská deklarace garantuje, že: „Každá lidská bytost má právo na úlevu od bolesti. Existují přiměřeně dostupné a účinné metody k tišení bolesti a většiny dalších symptomů. Jejich cena nesmí být překážkou jejich dostupnosti.“²⁹

Hospice jsou především zdravotnická zařízení, a proto je potřeba v otázce financování k tomuto přihlížet. Problémem je, že naše zákonodárství pojmy hospic a hospicová péče nezná. Z toho vyplývá, že tato problematika není řešena samostatně. Zákon, který alespoň částečně řeší tuto problematiku, je zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném a zdravotním pojištění. Zde je v paragrafech § 22 a §22a zmiňována zvláštní ambulantní a zvláštní ústavní péče o osoby v terminálním stavu, která je poskytována ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu.³⁰ V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách není tato problematika přímo řešená. Z hlediska registrace poskytovatelů zdravotně sociálních služeb má význam z hlediska možnosti žádat o dotace na provoz Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Hospicová péče je v našem státě financována vícezdrojově, stejně jako je tomu v jiných vyspělých zemích. 50 – 60% provozních nákladů je kryto z úhrad zdravotních pojišťoven. Jedná se o úhradu za tzv. ošetrovací den. Další část nákladů je hrazena z dotací, jedná se zejména o dotace Ministerstva práce a sociálních věcí, různé dotace krajů a obcí. Posledních 20% nákladů se hradí z výtěžků různých benefičních akcí, ze

²⁷ Špinková M., Špinková,Š. Standardy domácí hospicové péče

²⁸ Jankovský, J. Etika pro pomáhající profese

²⁹ Korejská deklarace o hospicové a paliativní péči

³⁰ Zákon 48/1997 Sb. o veřejném a zdravotním pojištění

sponzorských darů a z výnosů vlastní hospodářské činnosti. V této problematice je důležitá osvěta, je potřeba, aby veřejnost změnila pohled na tuto problematiku. Tím vzroste zájem o řešení problémů, které s hospicovou péčí souvisí.³¹

1.4.4. Hospicová etika

Slovo etika má svůj základ v řeckém slově „ethos“, to se dá do češtiny přeložit jako zvyk, mrav nebo obyčej. Jde tedy o nauku, která se věnuje správnému jednáním v lidské společnosti. Etika se vyvíjela společně s filozofií. Mezi vědy se etika zařadila teprve tehdy, když měla svůj předmět, tedy morálku. Morálka hodnotí jednání člověka z pohledu dobra a zla. Etiku je možné definovat jako filozofickou vědu o správném způsobu života, dalo by se říci, že etika je jakousi teorií morálky. Etika je v současné době v popředí zájmu. Neustále přibývá situací, kdy je potřebné se nějakým způsobem rozhodovat a tak se stává nepostradatelnou disciplínou, která se zabývá řešením praktických morálních problémů, které souvisí se vznikem a koncem života člověka.³² Na vztah mezi hospicem a etikou můžeme nahlížet z pohledu běžného i profesionálního jednání. Velkou váhu má v tomto případě rozhodování lidí, kteří jsou již blízko smrti a řeší své „poslední“ věci. Sociální vztahy mají vždy morální kvalitu a s tím souvisí i morální problémy a nutnost o nich přemýšlet. Speciální profesní etika je potřebná zejména tam, kde profesionální jednání musí překračovat obvyklé hranice. V oblasti hospicové péče se etické problémy nejvíce týkají pacientovi autonomie a zvažování různých hodnot a různých konfliktních situací. Zásady hospicové péče jsou kompatibilní s odborně etickými principy sociální práce. Těchto zásad si musí být vědomi sociální pracovníci, kteří se rozhodnou pro tuto práci. Musí být připraveni k láskyplnému přijetí umírajícího člověka a být ochotni ho doprovázet až do jeho přirozené smrti, tedy tohoto umírajícího doprovázet, namísto pomáhat mu k umírání. Souvisí to s tím, že si lidé přejí být až do konce života v blízkosti svých nejbližších, v důvěrně známém prostředí a žít důstojně až do poslední chvíle.³³

³¹Fiala, P. O ekonomice hospiců, dostupné z: www.umirani.cz/res/data/005/000622.ppt

³²Jankovský, J. Etika pro pomáhající profese

³³Student, CH.-J. Sociální práce v hospici a paliativní péče

1.5 Umírání a smrt

V každé společnosti jsou určitá tabu, to znamená, že jde o problémy a věci, o kterých by se nemělo mluvit. Mezi takové věci patří také otázka smrti a umírání. Ve společnosti je ještě tolerováno, pokud se o smrti hovoří pouze v obecné rovině.³⁴ Různá svědectví z dávných dob se většinou nezmiňují o smrti jako takové, ale o umírání. V dějinách lidstva žádný z národů nežil bez svého náboženství. Důležitou roli hraje ve víře posmrtný život. Už v dávných dobách byla smrt a rozloučení se zemřelým velkou krizí. Pohřební rituály byly a jsou i v dnešní době krizovou situací, na druhou stranu překonání této krize s pomocí víry přináší naději, útěchu.³⁵

Ira Byock uvádí ve své knize: *„Že skutečnou zkušenost s umíráním nelze zachytit z čistě lékařského hlediska, které vidí pouhé poruchy funkcí. Hluboce osobní zkušenost umírání se pohybuje od mučivé agonie po čiré blaženství, pro většinu z nás se bude nacházet někde mezi těmito dvěma krajnostmi. Bez adekvátní lékařské péče může být umírání strašlivé. S pomocí zručné odborné lékařské péče může být umírání snesitelné. Pokud podpoříme lidskou dimenzi umírání, může se pro většinu z nás stát odchod ze života stejně hlubokou, intimní a vzácnou událostí jako zázrak zrození.“*³⁶

1.5.1 Fáze závažného onemocnění podle E. Kübler-Rossové

Reakce lidí na složité životní situace jsou různé a tyto reakce souvisí s dalšími okolnostmi, jako jsou osobní zkušenosti a osobnost každého člověka. Na základě práce a osobních zkušeností s umírajícími popsala Elizabeth Kübler-Rossová fáze nemoci, kterými prochází nejenom nemocný, ale také jeho nejbližší. Tyto fáze po sobě následují tak, jak většinou přicházejí. Toto pořadí však není vždy přesně zachováno, ve většině případů se některé fáze vrací, střídají a někdy vše probíhá během jediného dne. Jednotlivé fáze netrvají stejně dlouhou dobu, občas se stane, že nějaká fáze vypadne. Jednotlivé fáze prožívají nemocní i blízcí s časovým posunem. Stává se, že nemocný již

³⁴ Křivohlavý, J. Psychologie nemoci

³⁵ Barth, I. Hospizarbeit

³⁶ Byock, I. Dobré umírání. str. 78

dosáhl fáze smíření, ovšem jeho okolí není schopno se s krizovou situací vyrovnat. V těchto případech potřebuje rodina i nemocný někoho, kdo by je doprovázel. Této role se může ujmout duchovní, někdo z přátel, sestra či dobrovolník v hospici. Je potřeba dobře rozlišit fázi smíření od fáze rezignace. Rozdíl mezi přijetím a rezignací popisuje Dr. Kübler-Rossová takto:

„ Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří jen na svůj osud rezignovali, tento výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějících smíru. Tento výraz je velmi snadno odlišitelný od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového stadia přijetí pravdy.“³⁷

Fáze podle Kübler-Rossové

1. NEGACE – šok, popření, pacient reaguje otázkou: „Proč zrovna já, to je omyl.“ V tomto období je důležité navázat kontakt a důvěru.
2. AGRESE – hněv, vzpoura, následuje zlost a otázky typu: „ Proč zrovna já, vždyť mi nic nebylo.“ V této fázi je nutné umožnit odreagování a nepohoršovat se nad reakcí nemocného, je nutné, aby okolí nemocného reagovalo na návaly hněvu a agrese s klidem a pochopením.
3. SMLouvání- vyjednávání, následuje hledání zázračných léků, léčitelů. Nemocný dělá velké sliby a je ochoten zaplatit cokoliv, aby se uzdravil. V této fázi je potřebná maximální trpělivost, je velmi důležité dávat si pozor na podvodníky.
4. DEPRESE- smutek, lidé trpí ztrátou, smutkem z hrozící ztráty, strachem o rodinu. Zde je potřeba trpělivě naslouchat, pomáhat s urovnáním vztahů a s jejich zlepšením...
5. SMÍŘENÍ- souhlas. Pokud nemocný a jeho okolí dosáhne této fáze, V tomto období skončil boj a nastává čas loučení. V této fázi je důležitá mlčenlivá lidská přítomnost, podržení za ruku, případně jen utření slzy. Velmi důležité je

³⁷ Svatošová, M. Hospice a umění doprovázet, str. 25

podporovat v tomto období rodinu nemocného, protože často rodina potřebuje více podpory a pomoci než samotný pacient.³⁸

1.5.2 Doprovázení

V minulosti bylo umírání a smrt součástí každodenního života. Běžně se umíralo doma. Lidé si svou smrtelnost uvědomovali, protože se se smrtí setkávali. Viděli své blízké umírat a byli nablízku těm, kteří se v blízkosti smrti ocitli. Díky tomu, že smrt byla běžnou součástí života, lidé, kteří umírajícího doprovázeli, věděli, jak mají k umírajícímu přistupovat. Člověk, který pomalu ocital na konci svého života, se dokázal snadněji vyrovnat se svou smrtelností, protože se během života staral o nějakého blízkého, který umíral. Umírání bylo určitým rituálem.³⁹ V současné době je smrt pro většinu společnosti téma, které zasouvá do pozadí, aby nebyla vidět. Většina lidí umírá v nemocnicích, zde je lidem poskytována odborná péče, ale chybí lidský přístup a pochopení, lidé jsou v tomto případě osamoceni, cítí se na okraji zájmu. Práce a odbornost personálu je sice velmi důležitá, ale nikdy nemůže nahradit někoho, s kým nemocný prožil velkou část života. Doprovázení nemocného umírajícího je velmi důležité.⁴⁰ Nezanedbatelná je v tomto případě role rodiny. Umírající člověk potřebuje mít kolem sebe někoho ze svých blízkých. Je to pro něj možná ještě důležitější, než to, že mu lékaři pomohou od bolesti. Bohužel současná společnost nedokáže to, co dokázali naši předkové, aby byli svým blízkým v této těžké době nablízku, a pro umírajícího to bývá velkým zklamáním.⁴¹

Pro profesionální pracovníky znamená doprovázení umírajících a nemocných smysluplnou činnost. V jejich povolání hraje důležitou roli jejich vlastní vyrovnání se s konečností svého života. Je potřebné, aby si uvědomovali, že nejsou všemocní, že i kdyby se snažili ještě víc, vyhrát nad smrtí nemohou. Tito lidé pracují pod velikým

³⁸ Svatošová, M. Hospice a umění doprovázet, str.24.25

³⁹ Haškvcová,H. Thanatologie

⁴⁰ Svatošová, M. Hospice a umění doprovázet

⁴¹ Svatošová, M. O naději

tlakem, protože neumírají jenom staří a nemocní, ale smrt si vybírá i mezi mladými lidmi a dětmi.⁴²

1.6 Sociální práce

1.6.1 Historie sociální práce

Matoušek definuje sociální práci takto:“ *Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nedůstojnější způsob života.*“⁴³

Sociální práci si většina společnosti dává do souvislosti s nějakou pomocí. V dřívějších dobách byla sociální práce především doménou církve, která v souvislosti se stoupající potřebou pečovat o chudé a nemocné nebo jinak postižené začala budovat u svých klášterů špitály. Během středověku se sociální péče začíná rozmáhat i mezi měšťanstvem. Koncem 18. století, za vlády Josefa II., začínají na základě jeho reformy vznikat nová sociální zařízení, nové nalezince a chorobince. Od roku 1868 se musely obce postarat o lidi, kteří se ocitli v nouzi. Teprve na začátku 20. století se začíná sociální práce postupně organizovat. Nepůsobí již jenom ve zdravotní oblasti, ale také v prevenci a rehabilitaci. Postupně se začínají rozvíjet nové formy sociální práce. Po vzniku první republiky se objevuje snaha měnit sociální poměry lepšímu. Vzniká ministerstvo sociální péče, byly schvalovány zákony o veřejné sociální péči. Současně

⁴² Poslední týdny a dny, dostupné z: <http://www.umirani.cz/posledni-tydny-a-dny.html>

⁴³ Matoušek, O. Metody a řízení sociální práce, str. 11

vznikají různé dobrovolnické organizace, které se zabývají sociální problematikou. Protože dochází k postupnému rozvoji sociální péče, začíná narůstat poptávka po profesionálních sociálních pracovnících.⁴⁴

V minulých desetiletích měla sociální práce podobu formalizace a institucionalismu, sociální pracovník byl pouze úředník, který s klientem jednal jenom v případě, že klient potřeboval něco zařídit. Mnoho služeb bylo pouze v kompetenci zdravotnictví a některé služby byly špatně dostupné. Až v devadesátých letech se i u nás začíná postupně rozvíjet sociální práce tak, jak to funguje na západ od nás.⁴⁵

1.6.2 Sociální práce v paliativní medicíně

Pro sociální práci v paliativní medicíně je důležité umět pohybovat se v krizových situacích. Nemocní, kteří se léčí paliativně, patří mezi klienty sociální práce. Vážné onemocnění často omezuje pacientovi běžné sociální fungování. Takto těžce nemocní jsou časově i společensky omezeni. Často se ze dne na den mění jejich rodinné i společenské postavení. Postupem času se tito lidé dostávají do podřízené role a jsou závislí na pomoci ostatních. Není výjimkou, že se dostanou do sociální izolace. V těchto případech je důležité využít sociální práce, aby tito lidé mohli svůj poslední úsek života prožít důstojným způsobem. V těchto situacích se sociální práce zaměřuje na řešení jednotlivých konkrétních situací a problémů, které nemocného tíží. Důležitou roli hraje celostní přístup k nemocnému. Je potřeba se věnovat člověku jako celku, včetně jeho okolí.⁴⁶

Na sociální práci v medicíně se můžeme dívat ze dvou různých pohledů. Na jedné straně je úkolem sociálního pracovníka pomoci klientovi, aby byl schopen najít svou původní rovnováhu. Důležitou věcí je, aby se klient smířil se situací, kterou nemůže změnit, aby mohl zbytek života prožít v klidu. Úkolem sociálního pracovníka je pomoci nemocnému, aby byl schopen zvládnout takovouto nelehkou situaci.

⁴⁴ Matoušek, O. Základy sociální práce

⁴⁵ Vorlíček, J. a kol. Paliativní medicína

⁴⁶ Student, CH-J. Sociální práce v hospici a paliativní péče

Širší úhel pohledu na sociální práci v paliativní medicíně se zaměřuje na celou společnost. Jde o to, aby se změnil vztah společnosti k lidem, kteří jsou nevyléčitelně nemocní a lidem umírajícím. Důležité je ovlivňování legislativních změn a snahu zjednodušovat a urychlit administrativu, která má nemalý vliv na kvalitu života nemocných. Aby se mohl změnit přístup společnosti k těmto lidem, jsou pořádány různé přednášky, které jsou zaměřeny především na komunikaci zdravých lidí s těžce nemocnými, pochopení chování nemocných a vůbec jak k nim přistupovat.⁴⁷

1.6.3 Sociální služby

Sociální služby patří mezi velmi významnou aktivitu státu. Jsou důležitou součástí sociální politiky státu. Jejich důležitost spočívá v tom, že bez jejich vlivu by se nemalá část obyvatelstva ocitla na okraji společnosti. Sociální služby jsou určeny lidem, kteří jsou kvůli svému zdravotnímu stavu nebo věku nebo z jiných důvodů odkázáni na pomoc společnosti. Jedná se především o rodiny s dětmi, nepřizpůsobivé občany a lidi s těžkým zdravotním postižením a staré občany. Sociální služby nejvíce vyhledávají a užívají lidé se zdravotním postižením a senioři.⁴⁸

Pod sociální služby je zařazováno sociální poradenství, služby sociální prevence a služby sociální péče. Sociální služby se rozdělují na ambulantní, pobytové a terénní. S pomocí služeb sociální péče je pomáháno lidem, aby byli po fyzické a psychické stránce soběstační a mohli se co možná nejvíce zapojit do normálního života společnosti.

V hospicích jsou poskytovány sociální služby – stravování, pomoc při osobní hygieně, při zvládání běžných úkonů v péči o vlastní osobu, ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, různé aktivizační činnosti a duchovní pastorační služby. Klienti hospicové péče a jejich blízcí mohou využívat poradenských služeb, zejména se jedná o odborné a sociální poradenství. V hospicích je možné využívat

⁴⁷ Vorlíček, J. a kol. Paliativní medicína

⁴⁸ Kozlová, L. Sociální služby

respitních pobytů. Tyto odlehčovací služby jsou definovány v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v § 44.⁴⁹

1.6.4 Role sociálního pracovníka

Sociální pracovník zatím není v současné době dostatečně uznáván. Mnohdy ho lékaři považují za pomocníka, sekretářku apod. Psychologové mají ze sociálního pracovníka strach, že by jim mohl konkurovat a odmítají se sociálním pracovníkem spolupracovat, i když by tato spolupráce mohla být přínosná pro všechny strany. Jiné kompetence má sociální pracovník v akutní medicíně, zde přichází k pacientovi na přání lékaře, aby řešil problém, který nastal během pobytu pacienta v nemocnici. Konečné řešení problému závisí na lékaři a jen on se rozhoduje, zda využije jeho doporučení. Při práci s chronicky nemocnými je důležitá sociální pomoc a prevence. Podstatné je, že sociální pracovník jenom neradí, ale i pomáhá při zařizování potřebných věcí, jako je obcházení úřadů, v případě, že klient již toho není schopen, řešení finančních a bytových problémů a dalších záležitostí. Úkolem sociální prevence je zjistit, jaké jsou sociální potřeby klienta a jaká je jeho sociální situace.⁵⁰

Od práce sociálního pracovníka očekává klient především zájem o problémy, které ho tíží. Sociální pracovník by měl mít ujasněnu svoji funkci a měl by vědět, které metody sociální práce je vhodné v určité situaci použít. Při práci je velmi důležité, aby byl klient vůči sociálnímu pracovníkovi otevřený, a na druhou stranu musí sociální pracovník projevovat potřebný zájem o klientovy problémy.⁵¹

Mezi základní služby, které sociální pracovník v hospici poskytuje patří:

1. *Služby pacientům a jejich blízkým.* Sem patří zejména úloha prostředníka mezi nemocným, příbuznými, institucemi a dalšími, vytvoření sociální anamnézy, zprostředkování potřebných informací, vytvoření krizových plánů atd.

⁴⁹ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

⁵⁰ Vorlíček, J. a kol. Paliativní medicína

⁵¹ Matoušek, O. Metody a řízení sociální práce

2. *Služby pro truchlící.* Tato služba se týká především podpory truchlících v době, kdy se musí vyrovnat se ztrátou blízkého člověka, telefonický kontakt s pozostalými, individuální rozhovory atd.
3. *Služby pro multidisciplinární tým.* Zde hraje důležitou roli spolupráce při tvorbě plánů intervence a péče, koordinace jednotlivých kompetencí řešení konfliktů, které se mohou vyskytnout při péči o těžce nemocného, hledání způsobů řešení momentálních psychosociálních problémů atd.⁵²

1.6.5 Vzdelání a osobnostní předpoklady sociálního pracovníka

Aby mohl sociální pracovník vykonávat své povolání, musí mít potřebnou odbornou způsobilost. Tuto práci může vykonávat člověk, který má vyšší odborné vzdělání v oboru, který je zaměřený na sociální práci, pedagogiku, sociálně právní činnost. Odbornou způsobilost má dále pracovník, který je absolventem vysoké školy, v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu. Toto studium musí mít zaměření na sociální práci, sociální politiku, sociální a speciální pedagogiku, sociální patologii. V případě, že má pracovník vystudovanou vysokou školu s jiným zaměřením, může tuto práci vykonávat v případě, že absolvoval akreditovaný vzdělávací kurz s patřičným zaměřením, v minimálním rozsahu 200 hodin a k tomu musí mít praxi sociálního pracovníka nejméně 5 let. V případě středoškolského vzdělání se zaměřením sociálně právním, získaného do roku 1998, musí mít sociální pracovník absolvovaný akreditovaný kurz v rozsahu 200 hodin a ještě 10 let praxe.⁵³

V Etickém kodexu sociálních pracovníků je uvedeno, že: „*Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání a neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.*“⁵⁴

Práce, jejíž hlavní náplní je pomoc druhým lidem je velmi náročná. Kromě dobré fyzické kondice je dalším důležitým předpokladem inteligence a to zejména inteligence

⁵² Student, CH-J. Sociální práce v hospici a paliativní péče

⁵³ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

⁵⁴ http://www.onhb.cz/Data/fines/WEB-DOKUMENTY/ETICKY_KODEX_SOCIALNIHO_PRACOVNIKA.pdf

sociální a emoční. Sociální pracovník by měl být pro klienta přitažlivý, to znamená, že jde např. o věkovou blízkost, podobné prožitky, dobrou pověst atd. V každém případě musí být sociální pracovník důvěryhodný. Musí být diskrétní, aby se informace, které mu klient svěřil, nešířily, aby zůstaly jen mezi klientem a sociálním pracovníkem. Důležitou vlastností je porozumění, to znamená, že se snaží porozumět tomu, co mu klient říká a na co si stěžuje. Aby vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem fungoval, je důležitá spolehlivost sociálního pracovníka, aby klient věděl, že může věřit tomu, co sociální pracovník říká a zároveň pokud požádá sociálního pracovníka o pomoc, bude se mu patřičně věnovat.

Velmi důležité jsou pro práci sociálního pracovníka dobré komunikační schopnosti. Ty hrají nezastupitelnou roli při samotném navazování kontaktu mezi klientem a sociálním pracovníkem a zejména pro porozumění a řešení problémů. Sociální pracovník musí umět dobře naslouchat, sledovat, jak se klient chová při komunikaci a měl by si všimnout neverbálních projevů, které mohou sociálnímu pracovníkovi mnoho napovědět. Přímo nezbytná je pro práci sociálního pracovníka empatie. Člověk, který se věnuje tomuto povolání, by se měl umět vcítit do situace nemocného, měl by chápat jeho rozpoložení a dát najevo své pochopení.⁵⁵

Sociální pracovník v hospicové péči má za úkol zjistit sociální situaci nemocného. Na základě získaných informací sestavuje individuální plán, jak bude vypadat sociální péče a pomoc. V případě potřeby pomáhá nemocnému a těm, kteří se o nemocného starají, zajistit si náhradní finanční zdroje, tzn. pomůže jim zažádat si o sociální dávky, na které mají vzhledem ke své situaci nárok. Sociální pracovník by měl být nemocnému oporou a to nejen psychickou, ale i odbornou. V rámci své činnosti by se měl sociální pracovník starat také o zpříjemnění posledních dnů života nemocného. Organizuje různá vystoupení pro nemocné, různé aktivizační činnosti, jako je arteterapie nebo muzikoterapie a další.⁵⁶

⁵⁵ Matoušek, O. Metody a řízení sociální práce

⁵⁶ MICONIOVÁ, B. Náplň činnosti sociálního pracovníka v hospicové péči. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/pece.html>

1.6.6 Finanční podpora a příspěvek na péči

1. ledna 2007 vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon nově upravuje financování sociálních služeb. Na základě tohoto zákona dostává peníze na sociální služby sám uživatel prostřednictvím tzv. příspěvku na péči. Uživatel sociálních služeb se tímto může svobodně rozhodnout, jaké služby sociální péče si objedná a za co příspěvek na péči utratí. To znamená, že ho použije na nějaký druh sociálních služeb anebo využije možnosti, že se o něj bude starat někdo z blízkých příbuzných.⁵⁷

V zákoně je přesně definováno, jaké sociální služby jsou poskytovány bez úhrady a za úhradu. Bez úhrady jsou poskytovány například tlumočnické služby, krizová pomoc, sociální poradenství atd. Za úhradu jsou poskytovány služby v týdenních stacionářích, domovech pro seniory, zdravotnických zařízeních ústavní péče atd. Za ubytování a stravování v těchto zařízeních platí klient ze svých příjmů, kdy je zákonem stanovena maximální výše úhrady. Klientovi musí zůstat po zaplacení služeb v týdenních stacionářích minimálně 25% příjmů a v pobytových zařízeních minimálně 15% příjmů. Co se týká úhrady za péči, tak u pobytových služeb je úhrada ve výši přiznaného příspěvku, to se netýká týdenních stacionářů, zde je výše úhrady maximálně 75% příspěvku na péči.

Příspěvek na péči je poskytován osobám, které již nejsou soběstačné a jsou závislé na pomoci druhé osoby. Příspěvek na péči se poskytuje podle stupně závislosti na jiné fyzické osobě ve čtyřech stupních. A to je lehká závislost, středně těžká závislost, těžká závislost a úplná závislost. Aby vznikl žadateli nárok na příspěvek musí o něj písemně požádat. Při určování stupně závislosti se posuzuje schopnost žadatele zvládat určité úkony. Žadatel se musí podrobit sociálnímu šetření a lékařskému vyšetření, aby bylo možné stanovit stupeň závislosti. Pokud se o žadatele bude starat někdo z rodiny, musí žadatel označit tuto osobu blízkou.⁵⁸

⁵⁷ Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb.

http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev2.pdf

⁵⁸ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

2. CÍL PRÁCE

Cílem práce je zmapování sociální problematiky hospicové péče. Na základě stanoveného cíle, jsem si položila dvě výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1: Zjistit, jestli je hospicová péče schopna uspokojit sociální potřeby klientů.

Výzkumná otázka 2: Zjistit, zda hospic jako poskytovatel sociálních služeb plní závazek vyplývající z registrace dle zákona č. 108/2006 Sb.

3. METODIKA

3.1 Druh výzkumu

Vzhledem ke zvolenému tématu mé bakalářské práce, jsem k získání stanovených cílů zvolila výzkum kvalitativní. Jako výzkumnou metodu jsem použila dotazování a techniku nestandardizovaného polořízeného rozhovoru.

Disman definuje kvalitativní výzkum ve své knize takto:“ *Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím.*“⁵⁹ V kvalitativním výzkumu jde zejména o to, abychom byly schopni porozumět lidem v různých sociálních situacích. V kvalitativním výzkumu je používán induktivní postup. Na počátku výzkumu se u kvalitativního výzkumu nestanovují hypotézy. Teprve po tom, co výzkumník nashromáždí potřebná data, začíná v získaných informacích hledat společné rysy a na základě nich je potom možné postavit hypotézu.⁶⁰

3.2 Výzkumná metoda

K důležitým metodám sběru dat je možné zařadit vyprávění, naslouchání, pokládání otázek a sběr odpovědí na pokládané otázky. Polostrukturovaný rozhovor bychom mohli zařadit někde doprostřed. Toto dotazování má určitou osnovu, má předem určený svůj účel a má určitou volnost. Z tohoto důvodu je kvalitativní rozhovor velmi náročný. Tazatel by měl být vůči dotazovanému citlivý, dát mu najevo své porozumění, musí být koncentrovaný a disciplinovaný.⁶¹

Bartlová uvádí, že: „*Rozhovor je taková technika terénního sběru informací, při které jsou potřebné informace od zkoumaných osob získávány prostřednictvím záměrně cílených otázek kladených dotazováním v rozhovoru vedeném tváří v tvář, (face to face). Je to ucelená soustava ústního jednání mezi tazatelem a dotazovaným, v němž tazatel*

⁵⁹ Disman, M. Jak se vyrábí sociologická znalost, str. 285

⁶⁰ Disman, M. Jak se vyrábí sociologická znalost

⁶¹ Hendl, J. Kvalitativní výzkum

*získává informace prostřednictvím otázek, směřujících ke zjištění skutečnosti, vztahujících se ke zjištěné skutečnosti, vztahujících se ke zkoumané společenské realitě.*⁶²

3.3 Výzkumný soubor

Pro potřeby své bakalářské práce jsem zvolila dva výzkumné soubory. První výzkumný soubor je složen ze čtyř klientek hospice sv. Jana N. Neumana. To, že tento výzkumný soubor tvoří jenom ženy, nebyl můj původní záměr, bohužel v době mé studijní stáže v hospici nebylo možné žádného muže do výzkumu zařadit, protože v té době nebyl žádný z mužů schopen odpovídat na mé otázky. Druhý výzkumný soubor je tvořen ředitelem a sociální pracovníci hospice sv. Jana N. Neumana v Prachaticích.

3.4 Vlastní realizace výzkumu

Vlastní výzkum jsem realizovala v únoru 2010 v hospici sv. Jana N. Neumana. Tento hospic jsem si vybrala hlavně proto, že v kraji Vysočina zatím žádný hospic není a prachatický hospic je pro mě z hlediska vzdálenosti nejdostupnější. Hospic sv. Jana N. Neumana byl slavnostně otevřen 24. října 2005. Samotný provoz byl v hospici zahájen 1. listopadu 2005. Hospic disponuje 30 lůžky, z čehož je 22 pokojů jednolůžkových a 4 pokoje jsou dvoulůžkové. Na vyčleněných lůžkách je poskytována také respitní péče, dle § 44 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Repitní péče je sociální služba, která má za cíl nejenom zajišťování komplexní péče o nemocného člověka, ale její součástí je také sociální poradenství a psychická a emoční podpora lidem, kteří se o nemocného starají a potřebují nabrat nové síly, aby mohli v péči o nemocného pokračovat.

S výběrem vhodných pacientů pro můj výzkum mi velmi pomáhala staniční sestra. Ta mi ochotně poradila, kterých pacientů bych se mohla zeptat. Na její doporučení jsem oslovila vytipované pacientky. K mému překvapení byly všechny oslovené dámy

⁶² Bartová, S., Sadílek, P., Thotová, V. Výzkum v ošetrovatelství, str. 146

ochotné odpovídat na mé otázky. Během přímé ošetrovatelské péče jsem se postupně snažila získat jejich důvěru. Byla jsem velmi příjemně překvapená, jak ochotně mi přislíbily rozhovor. Rozhovor se pokaždé uskutečnil po vzájemné domluvě v soukromí, na pokojích pacientek. Každou z pacientek jsem ujistila, že rozhovory jsou naprosto anonymní. Pak jsem se zeptala, zda si rozhovor mohu nahrávat na diktafon. S tím jedna z pacientek nesouhlasila, tak jsem si odpovědi zaznamenávala do připraveného sešitu. Rozhovory trvaly přibližně čtyřicet minut, někdy bylo potřeba rozhovor přerušit, protože pacientka byla již unavená a v dalším rozhovoru se pokračovalo až ve chvíli, kdy se pacientka cítila lépe. I když byly pacientky velmi nemocné, překvapila mě u nich veliká vstřícnost a ochota odpovídat na moje otázky a také, že i přes vysoký věk, byly tyto dámy ve skvělé psychické kondici, že by jim i mnohem mladší člověk mohl závidět jejich paměť a přehled.

Rozhovor s panem ředitelem a s paní sociální pracovnící se uskutečnil po vzájemné domluvě v jejich kancelářích. Opět jsem si oba rozhovory nahrávala na diktafon. Jak pan ředitel, tak paní sociální pracovnice byli velmi vstřícní a ochotní mi odpovídat na mé otázky.

4. VÝSLEDKY A JEJICH ANALÝZA

Klientka A, 90 let

1. Jak se vám líbí prostředí hospice?

Moc se mi tu líbí. Prostředí je tady pěkné, příjemné.

2. Máte dostatečnou možnost být v kontaktu se svými blízkými?

Samozřejmě, oni přijedou a zase odjedou. Zrovna před půl hodinou odešel syn s manželkou. Pořád tu někoho mám. Děti za mnou jezdí každý druhý den z Českých Budějovic. Děti se mezi sebou střídají, takže je tu pořád někdo, necítím se sama. I když už mají sami všelijaké nemoci a starosti, nezapomínají na mě. Mám hodné děti. Jsem na ně hrdá. Děti za mnou jezdí za každého počasí, takže o ně mám strach, když je ošklivo. Zrovna před chvilkou mi syn volal, že se vrátili v pořádku. Tak se mi ulevilo, už nemám strach.

3. Pokud se potřebujete s něčím svěřit, najde se někdo, kdo Vás je ochoten vyslechnout?

Jsou tady na mě velmi hodný a ochotný. Jsou tu moc hodný sestřičky. Kdykoliv něco potřebuju, přijdou bez řečí i v noci a vyslechnou mě. Nemůžu si vůbec stěžovat. Skoro každý den sem za mnou chodí řádové sestřičky a s těmi si můžu o všem povídat.

4. Co by se podle Vás mohlo zlepšit?

Jsem vcelku se vším spokojená. Co bych ale přece jenom zlepšila, ale to mi sestřičky, když je požádám, vyhoví. Vadí mi, že než roznosí všechno jídlo, tak už ho mám vlažné. Já jím už málo, ale potřebuji, aby bylo jídlo teplé, když je studené tak se mi doopravdy špatně jí. Když požádám sestřičku, tak mi jídlo vždycky ochotně ohřeje, ale bylo by lepší, kdyby ho přinesly teplé a nemuselo se dodatečně ohřívat.

5. Jak je zabezpečeno Vaše soukromí?

Soukromí teď mám. Ze začátku jsem byla čtrnáct dnů na pokoji s nějakou paní. Ta byla po mrtvici a celý den spala a v noci strašně křičela. A já jsem nemohla spát. Pak mi paní doktorka nabídla volný jednolůžkový pokoj. Já jsem původně váhala, ale když přišel syn, tak jsem se sem šla podívat. Tak jsem se nakonec rozhodla pro jednolůžkový pokoj a během půlhodiny jsem byl přestěhovaná. Teď mám svůj klid. Potřebuju se vyspat, protože jsem byla před tím, než jsem sem přišla, dlouho v nemocnici a tam jsem neměla žádné soukromí. Tady moje soukromí respektují.

6. Jak často Vás navštěvuje sociální pracovnice?

Když jsem byla ještě na tom dvoulůžkovém pokoji, chodila za mnou často. To tam byla několikrát. Co jsem tady, tak tu byla asi jednou nebo dvakrát.

7. Jak Vám pomohla při zařizování Vašich osobních záležitostí?

S mojí dcerou domlouvaly, jak se mají vyřídit všechny ty dávky od města. Já jsem dostávala celá léta ty dva tisíce, jak musím už několik let chodit o francouzské holi. Teď jsme prostřednictvím sociální pracovnice podávala žádost o zvýšení příspěvku, protože podle sociální pracovnice na to mám nárok. Co jsem potřebovala vyřídit na úřadech, tak nám s tím pomohla. Ona je velmi příjemná paní. Nemám co vytýkat, kdykoliv se na ní obrátím, je ochotná mi poradit a pomoci.

Klientka B, 91 let

1. Jak se Vám líbí prostředí hospice?

Libí, moc se mi tady líbí. Ze všeho nejvíc se mi líbí to jednání. Je to lepší a přívětivější než v nemocnici.

2. Máte dostatečnou možnost být v kontaktu se svými blízkými?

Příbuzný sem můžou kdykoliv přijít. Dcera pracuje na směny, tak přijde, když může, jednou dopoledne, podruhé odpoledne. Vnučka chodí taky do práce, ale zrovna před chvílí volala, že zítra za mnou přijede.

3. Pokud se potřebujete s něčím svěřit, najde se někdo, kdo Vás je ochoten vyslechnout?

Když si potřebuju popovídat, vždycky někdo přijde, sestřičky si udělají na to čas. Mokrát jsem byla v nemocnici, ale přístup v nemocnici a tady se nedá srovnat. Tady si na mě vždycky někdo udělá čas.

4. Co by se podle Vás mohlo zlepšit?

Já nevím, co bych zlepšila. Já bych zlepšila jedině to, aby někdo chodil do obchodu a koupil mi, když dostanu na něco chuť. Oni to tady nemají zavedené. Já mám občas chuť na loupáček, a oni ho tady nemají, tady je jenom chleba nebo rohlík, tak by se mi líbilo, kdyby tu byl někdo, kdo by mi ho došel koupit.

5. Jak je zabezpečeno Vaše soukromí?

Soukromí tady mám dost. Jsem tady na jednolůžkovém pokoji, takže mě nikdo neruší. Líbí se mi, že si můžu o věcech rozhodovat, a že mi tady nediktují, co a jak musím dělat, jako je to v nemocnici.

6. Jak často Vás navštěvuje sociální pracovnice?

Ta sem moc nechodí, všechno vyřídila s dětmi. Já už jsem stará na to, abych něco vyřizovala.

7. Jak Vám pomohla při zařizování Vašich osobních záležitostí?

Já už nic nevyřizuji, všechno mi zařizuje dcera, já už to neumím zařizovat. Už ať se starají ostatní. Pro mě už je vyřizování moc složité. A já už nic nepotřebuji. Dcera to s ní všechno vyřídila.

Klientka C, 78 let

1. Jak se Vám líbí prostředí hospice?

Je tady velice přívětivé prostředí. Líbí se mi tady.

2. Máte dostatečnou možnost být v kontaktu se svými blízkými?

V návštěvách mě nijak neomezují. Každý den za mnou chodí snacha nebo syn. Vždycky mi donesou na co mám chuť a uvaří mi kafičko. Líbí se mi, že sem za mnou můžou chodit, jak jim to vyhovuje a nejsou tady návštěvy nijak časově omezeny.

3. Pokud se potřebujete s něčím svěřit, najde se někdo, kdo Vás je ochoten vyslechnout?

Sestřičky jsou tady moc hodné. Když si chci povídat, stačí říct a někdo si na mě udělá čas. Dobře se mi povídá s řádovými sestřičkami. Ty mají vždycky čas, aby za mnou přišly a poslouchaly moje stěžování. Vždycky pro mě mají vlidné slovo.

4. Co by se podle vás mohlo zlepšit?

Mně se tady líbí a jsem spokojená, nevidím nic, co by se muselo měnit. Je tu o mě vzorně postaráno. Doma bych takovou péči ani neměla.

5. Jak je zabezpečeno vaše soukromí?

Mám tady jednolůžkový pokoj, takže mám soukromí dost. I když mi sestřičky pomáhají s hygienou, jsou velmi taktní.

6. Jak často Vás navštěvuje sociální pracovnice?

Když jsem sem přišla, byla tady za mnou dost často. Teď sem jenom občas nakoukne, jestli nepotřebuju něco zařídit.

7. Jak Vám pomohla při zařizování Vašich osobních záležitostí?

Já už mám všechny tyhle věci vyřízené. Ochotně nám ale pomáhala vyřídit všechny náležitosti, které se týkají věcí, které se musely tady v hospici zařídit.

Klientka D, 61 let

1. Jak se Vám líbí prostředí hospice?

Líbí se mi tady, i když doma by to bylo lepší. Na druhou stranu je to tady mnohem příjemnější než v nemocnici. Je tu pěkně čisto a útulno. Neustále se někdo zajímá, jestli něco nepotřebuji nebo mě něco nebolí.

2. Máte dostatečnou možnost být v kontaktu se svými blízkými a přáteli?

Děti i manžel za mnou chodí, jakmile jim to čas dovolí. Všichni chodí do práce a tak tu se mnou nikdo nemůže být celý den. Je mi tu smutno. Chtěla bych, aby tu se mnou někdo byl. Ale jinak tady návštěvy nijak neomezují. I když za mnou naši přijdou někdy až pozdě večer, nikdo jim to nezakazuje.

3. Pokud se potřebujete s něčím svěřit, najde se někdo, kdo Vás je ochoten vyslechnout?

Já jsem člověk, který se moc nesvěřuje. Nerada si stěžuju. Ale když něco potřebuju, stačí říct sestřičkám a najdou si čas, aby si se mnou chvílku sedly.

4. Co by se podle Vás mohlo zlepšit?

Já už nic nepotřebuju. Tady se o mě hezky starají a o co poprosím, v tom se mi snaží v rámci možností vyhovět.

5. Jak je zabezpečeno Vaše soukromí?

Nejenom sestřičky, ale i ostatní personál je tady taktí a ohleduplný.

6. Jak často Vás navštěvuje sociální pracovnice?

Já tu nejsem moc dlouho. Můkrát jsem ji neviděla. Snad jenom po začátku, než se všechno vyřídilo. Ona neví chudák, co má dělat dřív. Na všechno musí být dneska nějaký papír.

7. Jak Vám pomohla při zařizování Vašich osobních záležitostí?

Když jsem sem přišla, tak mi pomohla vyřídít všechny ty papíry, co byly potřeba. Jinak nic jiného na úřadech nepotřebuju. Když je něco náhodou třeba, tak to zařídí manžel, já už na to nemám sílu.

Shrnutí rozhovorů ve vztahu ke sledovaným faktorům

Prostředí

Na tuto otázku odpovídala paní A: „Prostředí se mi moc líbí.“ Paní B odpověděla: „Moc se mi tu líbí, že je to lepší než v nemocnici.“ Paní C mi sdělila, že: „Prostředí hospice je přívětivé.“ a paní D: „V hospici se mi líbí, ale lepší by to bylo doma.“

Závěrečné zjištění: Dá se říci, že všem klientkám se prostředí hospice líbí, jen paní D se sice prostředí hospice líbí, ale raději by byla doma.

Kontakt s blízkými

V tomto případě odpověděla paní A: „Pořád tu někoho mám, děti za mnou každý druhý den jezdí.“ Paní B uvedla: „Příbuzní sem můžou kdykoliv, dcera jezdí podle toho jakou má směnu a vnučka, že zrovna zítra přijede.“ Paní C: „Navštěvuje mě každý den snacha nebo syn. Za paní D: „Děti a manžel jezdí, jak jim to čas dovolí, přála by si, aby tu se mnou pořád někdo byl, aby mi nebylo smutno.“

Závěrečné zjištění: Návštěvy a kontakt s blízkými není v hospici nijak omezen. Paní A, B ani C si na nedostatek kontaktu se svými blízkými neztěžovaly. Paní D uvedla, že návštěvy nejsou nijak omezovány, ale že by si přála, aby tam s ní někdo pořád byl.

Potřeba svěřit se a ochota vyslechnout

Paní A si pochvaluje, že jsou v hospici hodní a ochotní. „Když potřebuju, přijdou bez řečí i v noci. S řádovými sestřičkami si můžu o všem povídat.“

Paní B říká: „Když si potřebuju popovídat, vždycky se někdo najde.“ Uvádí, že je zde lepší přístup než v nemocnici.

Paní C uvádí, že: „Sestřičky jsou moc hodné, když si chci popovídat, tak si někdo udělá čas. Dobře se povídá s řádovými sestřičkami.“

Paní D uvádí: „Nerada si svěřuju. Když něco potřebuju, řeknu sestřičkám, najdou si čas.“

Závěrečné zjištění: Paní A, B, C, D se shodují na tom, že když se potřebují s něčím svěřit, tak si vždycky někdo najde čas. Paní A a paní C uvádí, že se dobře povídá s řádovými sestřičkami.

Co se dá zlepšit

Paní A uvádí. „Jsem spokojená. Vadí mi, že než roznosí všechno jídlo, tak už ho mám vlažné. Když požádám sestřičku, tak mi jídlo ochotně ohřeje.“

Paní B: „Já bych jediné zlepšila to, aby někdo chodil do obchodu a koupil mi, když dostanu na něco chuť.“

Paní C uvádí, že: „Jsem spokojená se vším. Nevidím nic, co by se muselo měnit.“

Paní D říká: „Já už nic nepotřebuju. O co poprosím, v tom se mi snaží vyhovět.“

Závěrečné zjištění: Paní A by si přála, aby bylo teplejší jídlo, jinak by nic neměnila. Paní B by se líbilo, kdyby jí občas někdo došel koupit něco dobrého. Paní C a paní D jsou spokojené, nenapadá je nic, co by měnily.

Soukromí

Paní A říká: „Soukromí teď mám, ze začátku jsem byla čtrnáct dnů na pokoji s nějakou paní. Tak jsem se nakonec rozhodla pro jednolůžkový pokoj. V nemocnici jsem neměla žádné soukromí. Tady moje soukromí respektují.“

Paní B se vyjádřila, že: „Soukromí tady mám dost. Líbí se mi, že si můžu o věcech rozhodovat a že mi tady nediktují, co a jak musím dělat, jako je to v nemocnici.“

Paní C mi řekla: „Mám tady jednolůžkový pokoj, takže mám soukromí dost.“

Paní D : „Nejenom sestřičky, ale i ostatní personál je tady taktní a ohleduplný.“

Závěrečné zjištění: Všechny klientky se shodly, že soukromí je v hospici respektováno. Paní B a paní C zdůraznily, že je zde soukromí mnohem více respektováno, než to bylo při jejich pobytech v nemocnici.

Návštěvy sociální pracovnice

Paní A se vyjádřila, že: „ Na dvoulůžkovém pokoji, to tam byla několikrát, co jsem tady (pacientka myslí na jednolůžkovém), tak tu byla asi jenom jednou nebo dvakrát.“

Paní B konstatuje: „ Ta sem moc nechodí.“

Paní C uvedla: „ Když jsem sem přišla, byla tady za mnou dost často, teď sem jenom občas nakoukne.“

Paní D: „Mockrát jsem ji neviděla. Snad jenom po začátku, než se všechno vyřídilo.“

Závěrečné zjištění: Paní A, paní B a paní D se shodly na tom, že ze začátku je sociální pracovnice navštěvovala častěji. Paní C konstatovala, že za ní sociální pracovnice moc nechodí.

Pomoc při zařizování osobních záležitostí

Paní A odpověděla: „Teď jsem prostřednictvím sociální pracovnice podávala žádost o zvýšení příspěvku. Co jsem potřebovala vyřídit na úřadech, tak s tím nám pomohla.“

Paní B uvedla: „Já už nic nevyřizuji, všechno mi zařizuje dcera. Dcera se sociální pracovnící všechno vyřídila.“

Paní C: „Ochotně nám ale pomáhala vyřídit všechny náležitosti, které se musely tady v hospici zařídit.“

Paní D: „Když jsem sem přišla, tak mi pomohla vyřídit všechny ty papíry, co byly potřeba.“

Závěrečné zjištění: Paní A, paní C a paní D shodně uvedly, že jim sociální pracovnice pomohla zařídit především záležitosti týkající se jejich pobytu v hospici. Paní B uvádí, že sama už není schopna něco vyřizovat a že všechny záležitosti vyřizuje dcera a že všechny potřebné formality se sociální pracovnící řešila.

Ředitel hospice

1. Jaké sociální služby poskytujete?

To je problém, který zpracovávám léta a který je obtížné uchopit. Protože ho lze uchopit z hlediska zákona 108 a nebo potom fakticky. Podle zákona 108 jsme koregistrováni na §44, což jsou odlehčovací služby a zároveň odborné sociální poradenství, podle §37. Součástí poradenství je i půjčování pomůcek jak jsou elektrická polohovací lůžka, koncentrátory kyslíku, dávkovače, běžné kompenzační pomůcky. Půjčování běžných pomůcek je automatické. Dále poskytujeme takové specializované poradenství, které v zákoně uchopeno není, ale v registraci to tak máme. To je odborné sociální poradenství, které je zaměřeno především na osoby blízké po úmrtí klienta, to znamená truchlící v období zármutku, tak to máme nazváno. To je málo známá a málo využívaná

věc. O to je potřebnější. Protože člověk v truchlení, když je emočně rozechvělý, velmi snadno v běžném životě se nedokáže domoci svých práv ať už na úřadě nebo naletí nejrůznějším podvodníkům ekonomického nebo jiného rázu. Je to velice kritické životní období. Na toto období zákon nemyslí, snad jen trošičku z pohledu § 37, i když prioritně pro to dělaný není, tak ji k tomu využíváme a lidem se snažíme takhle pomáhat.

2. Jakým způsobem se staráte o naplnění volného času klientů?

Co se týče samotného pobytu tady, tak pokud je zaléčena bolest, takové ty symptomy vnější, takového toho fyzického rázu, tak je tu k dispozici atrium přes zimu nebo kaple. V kapli je tu a tam nějaké hudební vystoupení kromě těch bohoslužebných činností. V atriu jedna sestřička s klienty něco vyrábí, ať už dekupáž, nebo něco s hlinou, pak se vypálí v peci nebo nějaké batikování. To se tady tak jednou týdně odehrává. V létě je to trochu snazší, že se dá s klienty chodit ven, na invalidním vozičku nebo i s postýlkami jezdíme ven a když se udělá táborák a opečí se burty na táboráku nebo je tam nějaká muzika, koncert pro pacienty, tak je to něco jiného.

3. Jak zabraňujete sociální izolaci klientů?

Ty možnosti jsou velmi omezené, prioritní je zaléčit ty fyziologické projevy nemoci, což často zabere větší část naší péče. Jakmile je toto vyřešeno, tak jsou k dispozici pastorační asistentky, to jsou ty dvě řeholní sestřičky, co po odpolednách chodí za klienty, nebo sem chodí dobrovolníci, jsou to většinou děcka z gymnázia nebo z pedagogické školy. Ty jim hrají na kytaru, zpívají. Nebo sem chodí děcka ze školky nebo ze základních škol s nějakým kulturním pásmem, tak na půl hodinky, ti lidé potřebují klid, ale je to pro ně takové příjemné zpestření. Je zajímavé vidět, že řeholní sestra nevede jen zbožné řeči pastorační asistentky, ale také mastí s pacienty mariáš. To si myslím je potřeba také zmínit. Lidé se určitě nenudí.

4. Které úkoly jsou pro Vás z hlediska naplnění sociálních potřeb nejnáročnější?

To, že zákonodárce přemýšlel o těchto věcech zpoza stolu a pravděpodobně nikdy neviděl dosah té reality a standardy. A inspekce se mnohdy zaměřují na prvky formálního rázu, zatímco ta podstata jim ujždí. Mluvím o tom, že třeba naplňování nějakých individuálních plánů u těžce nemocného, u kterého je individuálním plánem, aby netrpěl především prioritně bolestí, není třeba řešit, jestli se chce dívat na TV Nova nebo TV Prima. Je to skutečně velmi složité jak napasovat dikci zákona do reálného běhu věcí, ne vždy se to prolíná. Problematickou otázkou je často rodina, ani ne klient samotný, ale pokud pacient není zbaven svéprávnosti, tak nemá rodina nárok určovat způsob péče, což se mnohdy děje. Rodina nemůže říkat, tohle dělejte, tohle nedělejte, to si musí určovat sám pacient. To je někdy otázka těžká k řešení. Právně na to nemá rodina nárok a ona si myslí, že na to nárok má.

5. Jakým způsobem řešíte financování hospicové péče?

My nejsme sociální zařízení, my jsme zdravotnické zařízení, kde se poskytuje část sociálních služeb. Financování probíhá tak, že něco více než polovinu našich provozních finančních prostředků tvoří příspěvky ze zdravotních pojišťoven, zhruba 20% to jsou příspěvky v podobě dotace z Ministerstva práce a sociálních věcí, a ten zbytek se rozdělí, to je zbývajících 20%, z toho něco si uhradí klient sám a něco zbývá na fundraising čili žebrotu.

6. V jakých záležitostech se na Vás klienti nejčastěji obracejí?

Oddělte sociální záležitosti, co je a co už není sociální záležitostí, to je problém, my tady máme toho člověka celého, nemáme ho rozkouskovaného, má svoje potřeby fyzické, má potřeby sociální, má potřeby psychické i duchovní. Od kdy je to duchovní a od kdy je to sociální. Je to strašně problematická věc. Někdo si řeší svoje záležitosti s Pánem Bohem, někdo si řeší konflikty v rodině a někdo zaměňuje jedno za druhé, někdo řeší majetky, co komu odkáže, své velké dědictví a někdy mu brání přemíra majetku, urovnat si vztahy s vlastními příbuznými, to už jsme taky několikrát zažili. Velký majetek brání lidským vztahům. To tady zažíváme moc. Chudí lidé umírají snáz. To tady je vidět. To

neustále zažíváme. Když lidé potřebují, zabezpečíme notáře, právníka nějaké zastupování věci, chodí sem úředníci městského úřadu, ze sociálky, pokud to sama nezvládne naše sociální pracovnice. To je v podstatě na denním pořádku. Tito lidé jsou tady k dispozici. Kvalita života pacienta je na prvním místě. Když si přeje na pokoji kříž, přineseme mu kříž, když si přeje sociálního pracovníka z úřadu, notáře, tak mu ho přivedeme.

Sociální pracovnice

1. Jaké sociální služby poskytujete?

Z hlediska zákona 108, poskytujeme služby dle § 44, jsou to odlehčovací služby, to jsou ty krátkodobé, tak zvané respitní pobyty, které by měli sloužit jako pomoc rodinám, které pečují o někoho blízkého doma a chtějí na nějakou dobu dobít baterky, odpočinout si. Dají sem svého blízkého na týden, na čtrnáct dní, odpočinou si, nebo udělají nějaké úpravy v bytě a pak si toho svého blízkého zase berou zpátky domů. Ještě potom poskytujeme odborné sociální poradenství.

2. Jakým způsobem se staráte o naplnění volného času klientů?

U nás je převaha klientů na těch zdravotních hospicových lůžkách, jsou to lidi ve vážném zdravotním stavu, jsou to lidi, kteří bilancují svůj život, mají sami se sebou co dělat. Chtějí být hlavně s těmi svými nejbližšími, s rodinou, s partnerem. Pokud je někdo schopný, tak má možnost jednou týdně ve čtvrtek jít na činnostní terapii, kde šikovná sestřička s nimi modeluje z hlíny, pak to doma vypálí, nebo malují na hedvábi obrázky, nebo sem chodí v průběhu týdne děvčata z pedagogické školy a mají vždycky připravený nějaký krátký program s kytarou a písničkami nebo hrají karty nebo další věci. Je možné zajistit a o to bývá zájem, donáškovou službu z knihovny, když někdo opravdu rád čte a to vlastně může dělat do poslední chvíle, i když už je celý den odkázán na lůžko.

3. Jak zabraňujete sociální izolaci klienta?

V hospicích jsou jednolůžkové pokoje, zejména kvůli tomu, aby tito lidé měli klid. Myslím si, že na závěr života je ta sociální izolace dobře, že ten člověk může být v soukromí, se svojí rodinou na pokoji.

4. Které úkoly jsou pro Vás z hlediska naplnění sociálních potřeb nejnáročnější? *Asi celkově zákon 108, protože se to vždycky pozná až po inspekci. My tady, se přiznám, žádné individuální plány nemáme, spíše se dělají ošetrovatelské plány. Péče se více zaměřuje na péči zdravotnickou, protože lidé sem přichází s velkým zdravotním handicapem. Když k nám chodí na ty odlehčovací pobyty, tak tam nezavádíme nějaký individuální plán, ty tady nevyhodnocujeme, pobyt těchto lidí je tady krátkodobý, vždycky poprosíme rodinu, aby ten člověk měl na listu papíru napsáno, jaký má navyklý režim z domova a tomu se tady snažíme, ten jeho pobyt uzpůsobit. Nijak mu ho neměníme. Uděláme mu to co nejpodobnější, jako to má doma.*

5. Jakým způsobem řešíte financování hospicové péče?

Máme tady dva druhy lůžek, hospicový a odlehčovací. Každý ten typ lůžka je financován trochu jinak. Financování hospicových lůžek je podobné jako v nemocnicích, z části pobyt hradí zdravotní pojišťovna. Náklady na lůžko a den jsou zhruba kolem 1500,- - 2000,- korun, podle toho jak má kdo nastavenou léčbu, jak jsou drahé léky. Z této částky nám něco přes tisíc korun hradí pojišťovna, pak pacient hradí částku podle tabulky na internetu a zbytek je na pana ředitelovi, to jsou dotace z ministerstva zdravotnictví, MPSV, dotace z krajského úřadu a různé benefiční akce. Financování je vícezdrojové, to bylo financování hospicových lůžek. Co se týká těch respitních pobytů, tam se to hradí striktně podle zákona 108, která má svoji vyhlášku a v té vyhlášce je přesně dáno, kolik se platí za odlehčovací služby. Tam je taxa maximálně 330,- korun na den a v tom je strava, ubytování a potom je tam 100,- korun za hodinu péče. Z příspěvku na péči se hradí ošetřování, to že ho sestřičky nakrmí, vykoupou, že ho převlečou, přestelou postel. A potom stravu a ubytování hradí z důchodu.

6. V jakých záležitostech se na Vás klienti nejčastěji obracejí?

V každém případě je to vyřízení příspěvku na péči. To je alfa a omega. Když k nám pacient nastoupí, tak mám oznamovací povinnost, do osmi dnů musím nahlásit, že jsme novým poskytovatelem péče, někdo ten příspěvek vůbec nemá. Takže potom o něj žádáme, nebo někdo příspěvek má, ale neodpovídá tomu stupni, který ve skutečnosti my myslíme, že by mu náležel, takže žádám o zvýšení. Je s tím teda spousta administrativy, potom i to vyúčtování, zpětná kontrola. Kromě příspěvku na péči jsou to i další věci, jednání s notářem, se soudem, jde o vyřizování osobních záležitostí, jako je závěť, a potom když někdo přijde a nemá podepsaný informovaný souhlas, tak musíme do 24 hodin kontaktovat soud, přijde sem státní zástupce s úřednicí a oni zaprotokolují, že byl přijat ze zákonných důvodů. Pak je to taková běžná administrativa spojená s překladem, jako je třeba přehlásit klientovi důchod, aby sem začal chodit příspěvek na péči.

Tabulka1: Odpovědi ředitele a sociální pracovnice

OTÁZKA	ŘEDITEL HOSPICE	SOCIÁLNÍ PRACOVNICE
1. Jaké sociální služby poskytujete?	§44 odlehčovací služby §37 odborné sociální poradenství	§44 odlehčovací služby odborné poradenství
2. Jakým způsobem se staráte o naplnění volného času klientů?	Hudební vystoupení v kapli, deкупáž, práce s hlínou, batikování, táborák, muzika, koncerty	Modelace z hlíny, malování obrázků na hedvábí, děti z pedagogické školy zpívají a hrají, donáška knih
3. Jak zabraňujete sociální izolaci klientů?	Dobrovolníci – děti z gymnázia a pedagogické školy tu hrají a zpívají, ze ZŠ a MŠ – kulturní pásma,	Lidé potřebují na závěr života klid, mít soukromí se svou rodinou

	řeholní sestry hrají s klienty mariáš	
4. Které úkoly jsou pro Vás z hlediska naplnění sociálních potřeb nejnáročnější?	Standardy a naplňování individuálních plánů, řešení rodinných vztahů	Celkově zákon 108, to se vždy pozná po inspekci nemáme žádné individuální plány, snažíme se přizpůsobit domácímu režimu
5. Jakým způsobem řešíte financování hospicové péče?	½ tvoří platby zdravotních pojišťoven, 20% dotace MPSV, zbývajících 20% platby klientů a fundraising	Náklady na lůžko a den zhruba 1500–2000,-Kč, z toho hradí přes 100,-Kč zdrav.poj., pacient dle tabulky na internetu, zbytek tvoří dotace a benefiční akce, realitní pobyty jsou hrazeny striktně podle zákona 108/2006 Sb.
6. V jakých záležitostech se na Vás klienti nejčastěji obracejí?	Notář, úředníci z městského úřadu, ze sociálního odboru, urovnávání vztahů mezi příbuznými	Vyřízení příspěvku na péči, jednání s notářem, vyřízení závěti, administrativa spojená s překladem

5. DISKUZE

Hospicová péče se pomalu, ale jistě dostává do povědomí veřejnosti. Postupně se také rozrůstá síť lůžkových hospiců a dalších služeb, které s hospicovou péčí souvisí, jako je ambulantní a stacionární hospicová péče. Přes velkou snahu rozšiřovat síť hospiců v České republice, jsou u nás stále ještě dva kraje, kde lůžkové hospice nejsou.

Ve své bakalářské práci jsem se pokusila zmapovat sociální problematiku hospicové péče. Sociální problematika je velmi široké téma. Dlouhou dobu jsem přemýšlela, jakým způsobem mám toto téma uchopit. V teoretické části jsem se snažila vysvětlit základní pojmy, které souvisí problematikou hospicové péče a sociální prací v hospici. Po prostudování literatury a zjištění základních faktů jsem si položila dvě otázky, na které jsem se snažila najít odpověď.

První výzkumná otázka se ptá na to, zda je hospicová péče schopna uspokojit sociální potřeby klienta. Abych mohla získat potřebné informace, použila jsem pro svůj výzkum techniku polostrukturovaného rozhovoru. Výběr respondentů byl v tomto případě velmi omezený. Vzhledem k tomu, že v hospicích jsou ve velké většině lidé, kteří jsou ve velmi těžkém stavu, nebylo jednoduché najít někoho, kdo byl schopný a zároveň ochotný odpovídat na otázky. Bohužel v době mé stáže v hospici, během které probíhal průzkum, nebylo možné oslovit žádného muže, protože hospitalizované zde byly ve velké většině ženy. Muž zde byl hospitalizován pouze jeden a ten již nebyl rozhovoru schopen. Tato okolnost velmi omezovala můj výběr a z tohoto důvodu jsou do výzkumu zařazeny pouze ženy. Druhou otázkou jsem chtěla zmapovat, zda hospic naplňuje, jako poskytovatel sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb., závazek vyplývající z registrace.

Sociální potřeby klientů hospicové péče jsou velmi široké. Musíme si uvědomit, že tito lidé jsou na konci své životní pouti, což s sebou nese spoustu problémů. Oni jsou ve velké většině seznámeni s tím, že umírají a není pro ně zrovna jednoduché se s touto situací vyrovnat. Jak uvádí Elizabeth Kübler-Rossová, prochází tito lidé určitými fázemi, od negace, přes agresi, smlouvání, depresi až po smíření. Dr. Kübler – Rossová popisuje velmi krásně rozdíl mezi pacientem, který svůj úděl přijal a dokázal se s ním

vyrovnat a mezi pacientem, který na svou situaci rezignoval. Tento rozdíl popisuje takto: „ *Pacienti, kteří svůj osud **přijali**, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří jen na svůj osud **rezignovali**, tento výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidět **zahořklost a duševní trýzeň** jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího smíru. Tento výraz je velmi snadno **odlišitelný** od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového **stadia přijetí**.*“⁶³

Pro každého člověka je velmi důležité, aby měl vedle sebe někoho, kdo jej podrží ve chvíli, kdy prochází nějakou krizí a má strach. V tomto případě hraje nezastupitelnou roli rodina. Na otázku, jestli klienti hospice mají dostatečnou možnost být se svými blízkými, odpověděly všechny klientky shodně, že jim není ze strany hospice nijak omezován kontakt s vlastní rodinou. Ať přijde návštěva v kteroukoliv hodinu, není jí nijak bráněno. Jak uvádí MUDr. Svatošová: „ *Člověk je tvor společenský, a tak jako izolovaně nežije, izolovaně ani nestůně ani neumírá.*“⁶⁴ Z uvedeného vyplývá, že je velmi potřebné, aby těžce nemocný člověk mohl být v neustálém kontaktu se svými blízkými.

Na otázku, jak se klientkám líbí prostředí hospice, se shodly jednomyslně na tom, že prostředí hospice je velmi příjemné a personál je přívětivý a ochotný. Jako dodatek bych citovala jednu pacientku, která se krátce pře svou smrtí vyjádřila takto. „*Mě se tady tak líbí...Ale nikomu to neříkejte, chtěli by sem pak všichni.*“⁶⁵ Příjemné prostředí a milý přístup sestřiček určitě nemalou měrou přispívá ke spokojenosti pacientů, k tomu aby se necítili ostrčením na poslední koleji. Mnohokrát jsem se během své stáže setkala s tím, že se někdo zmínil jen tak na okraj, že je to v hospici mnohem lepší než v nemocnici. Sama jsem se přesvědčila, že personál je hospici velmi vstřícný a ochotný. Pokud je to jen trochu možné, snaží se každému vyhovět. S tím souvisí i odpovědi na otázku, zda by chtěly klientky něco zlepšit. Dvě odpověděly, že nevidí nic, co by se ještě zlepšit dalo, druhé dvě by zlepšily jenom drobnosti týkající se jídla. V jednom případě to byla teplota jídla při podávání. Na to ale sestřičky reagovaly velmi pohotově,

⁶³ Svatošová, M. Hospice a umění doprovázet, str. 24

⁶⁴ Svatošová, M. hospice a umění doprovázet, str. 20.

⁶⁵ Napsali nám, napsali o nás. <http://www.hospicpt.cz/prachatice/napsali-nam-napsali-o-nas>

když zjistily, že má paní jídlo při podávání studené, ochotně došly jídlo přihřát. V druhém případě projevila klientka přání, aby jí někdo došel nakoupit, když dostane na něco chuť. Hodně litovala, že tato služba v hospici není.

Pokud srovnáme odpovědi klientů hospice a ředitele a sociální pracovníce v otázce zařizování osobních záležitostí, tak se odpovědi v podstatě shodují. Nejvíce se řeší otázka administrativy spojená s nástupem do hospice a následně potom příspěvky na péči. Klientky uvádějí, že nejvíce se setkávaly se sociální pracovnící na začátku pobytu, pak četnost návštěv klesla. To zřejmě také souvisí s tím, že ze začátku pobytu je potřeba vyřídit administrativu související pobytem klienta v hospici. Jak uvedl pan ředitel, často také řeší rodinné vztahy klientů. Oslovené klientky tuto službu naštěstí nepotřebovaly, protože jejich vztahy s nejbližšími fungovaly tak, jak to má být. Bohužel to tak není vždycky. Potom velmi záleží na všech, kterých se nějaké nevyřešené vztahy týkají, jestli v sobě najdou sílu, aby je řešili. Určitě je velmi osvobozující, když se podaří vztahy urovnat a lidé si dokáží říci: „Promiň, odpusť mi prosím, mám Tě rád!“

Otázka financování hospicové péče je velmi složitá. Pan ředitel i sociální pracovníce shodně uvedli, že sehnat peníze na provoz hospice je velmi náročné. Platby od zdravotních pojišťoven, dotace a platby pacientů nestačí na pokrytí nákladů. Musí se neustále hledat další zdroje. Jak uvádí Dr. Byock: „*Korporativním prostředím zdravotních pojišťoven a organizací zabývajících se sociální péčí je podstata hospicové péče často přehlížena.*“⁶⁶ I když je toto konstatování míněno v amerických podmínkách, dalo by se to použít i u nás. Problematika financování hospicové péče není ani v naší republice dostatečně řešena. Všeobecně pořád schází dostatečná informovanost o možnostech poskytování této péče a s tím také souvisí ochota k jejímu financování. Je zcela zřejmé, že platby zdravotních pojišťoven a různé dotace nejsou schopny pokrýt veškeré náklady na poskytování této náročné péče. V současné době je velmi problematické najít nějakého dárce, a pokud chce někdo dát nějaký sponzorský dar, dá ho raději do sportu nebo jiných aktivit, které mu pomohou se více zviditelnit. Lidí, kteří si uvědomují, že péče o nevléčitelně nemocné je velmi záslužná a potřebná, bohužel zase tolik není.

⁶⁶ Byock, I. Dobré umírání, str.277

Na otázku, jakým způsobem je zabraňováno sociální izolaci klienta, mi pan ředitel vyjmenoval mnoho možností, které jsou využívány k tomu, aby klient nebyl sám, aby měl možnost nějakého vyžití. Především to je práce dobrovolníků, kteří nemocné navštěvují, dále jsou to různá kulturní vystoupení dětí. Velmi mě překvapilo i to, jak řeholní sestřičky dokáží odhodit svoji formálnost a jsou schopné si s klienty nejenom povídat, ale třeba si zahrát karty. Na druhou stranu sociální pracovnice zastává názor, že samota klienta, jen v okruhu svých blízkých je na konci života dobrá. Tady je potřeba si uvědomit, že každý člověk je jiný. Někdo vyžaduje samotu a někdo zase potřebuje být neustále v kontaktu s okolním světem. Vše je samozřejmě také závislé na momentálním zdravotním stavu pacienta. Bylo velmi zajímavé vidět, jak tito lidé pookřejí, když jim děti přijdou zazpívat. Tato dětská vystoupení jim dají možnost alespoň na chvíli přijít na jiné myšlenky.

Za nejsložitější úkol považují ředitel i sociální pracovnice naplňování zákona č. 108/2006 Sb. Paní sociální pracovnice přímo přiznala, že žádné individuální plány nemají. Režim se snaží co nejvíce přizpůsobit osobním zvyklostem klienta. Pan ředitel zmiňuje, že je někdy velmi složité napasovat zákon do běžného života. Jak uvádí, prvotním úkolem je, aby člověk netrpěl bolestí, to jestli se chce dívat na televizi, tu nebo onu, je vedlejší. V tom mu dávám plně za pravdu. Bohužel v současné době je kladen přehnaný důraz na administrativu, aby bylo vše papírově dle litery zákona a tak se často zapomíná, že na prvním místě by měl být člověk, který potřebuje naši pomoc a až potom teprve řešení formalit.

6. ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se snažila přiblížit sociální problematiku hospicové péče. Sociální problematika je velmi široké téma a v rámci práce ho nelze uchopit v celé šíři. V teoretické části jsem se pokusila definovat základní pojmy, které s tímto tématem souvisí. Jsou to zejména pojmy hospic, paliativní péče, sociální práce, sociální potřeby.

V první otázce jsem se snažila najít odpověď na to, zda je hospicová péče schopna uspokojit sociální potřeby klienta. Abych byla schopna najít na tuto otázku odpověď, připravila jsem si sedm otevřených otázek, které jsem poté položila čtyřem klientkám hospice, které v době mého výzkumu byly schopné na ně odpovědět.

V průběhu své stáže v hospici, během níž jsem prováděla výzkumné šetření, jsem si velmi uvědomovala, že hospicová péče je velice dobrým řešením péče o nevléčitelně nemocné pacienty, kteří jsou již v konečné fázi nemoci.

Jak se shodly klientky ve svých odpovědích, prostředí hospice na ně působí příjemně a přívětivě. Nemají žádnou výraznou potřebu něco zásadního zlepšovat, v tomto případě šlo jen o drobnosti týkající se jídla. Soukromí je podle odpovědí plně respektováno. V případě, že si klientky potřebují popovídat nebo se s něčím svěřit, shodly se na tom, že se vždycky někdo najde, kdo si udělá čas, aby je vyslechl nebo jim pomohl, když něco potřebují. Co se týká osobních záležitostí a záležitostí, které je potřeba řešit s úřady jim ochotně pomáhala sociální pracovnice. Pokud již není schopna potřebné formality vyřídit klientka sama, řeší tyto problémy se sociální pracovníci někdo z příbuzných. Kontakt s blízkými není nijak omezován a je plně podporován. Dá se říci, že na základě získaných odpovědí je možné konstatovat, že hospicová péče poskytovaná v Hospici sv. Jana. N. Neumana v Prachaticích je schopna plně uspokojit sociální potřeby klientů. Výsledky mého průzkumu nejde samozřejmě paušalizovat. Abychom toto mohli s plnou platností prohlásit, bylo by potřebné provést výzkum na větším vzorku klientů hospicové péče a ve více hospicích, aby bylo větší porovnání.

Druhou výzkumnou otázkou se snažím odpovědět na to, zda hospic jako poskytovatel sociální služby dle zákona č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách naplňuje závazek

vyplývající z registrace. Co se týká poskytování sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb., jsou v hospici poskytovány sociální služby podle §44, což jsou odlehčovací služby, dále zde poskytují sociální poradenství podle §37. Součástí odborného poradenství je také půjčování pomůcek od těch běžných až po ty speciální, jako jsou elektrická polohovací lůžka, koncentrátoři kyslíku atd. Jako součást speciálního poradenství má prachatický hospic ještě zaregistrováno specializované poradenství pro pozůstalé, které přímo v zákoně není uvedeno, ale se sociálními službami v hospici to přímo souvisí a hospic má tuto službu zaregistrovanou. Financování sociálních služeb v hospicové péči je zajišťováno podle zákona o sociálních službách. To znamená, že sociální služby jsou hrazeny z příspěvku na péči a ubytování a stravu si hradí klient z vlastních prostředků. Pan ředitel i sociální pracovnice se shodují, že naplňování závazků vyplývajících z registrace je v určitých bodech velmi složité. Ve svém průzkumu jsem zjistila, že největším problémem je vytváření individuálních plánů. Jak uvedli oba dotázaní, inspekce se většinou zaměřují na formální stránku, kdežto v hospici je na prvním místě uspokojení potřeb klienta. Na základě průzkumu se dá říci, že prachatický hospic závazky vyplývající z registrace naplňuje. Jediný nedostatek, který jsem zjistila, je nedostatečná pozornost věnovaná tvorbě individuálních plánů.

7. KLÍČOVÁ SLOVA

Hospicové hnutí

Hospicová péče

Paliativní péče

Sociální práce

Umírání

8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum v ošetrovatelství*. 2. vydání. Brno: NCO NZO, 2008. 185 str. ISBN 978-80-7013-467-2
2. BARTH, I. *Hospizarbeit*. Köln, Kuratorium Deutsche Alterhilfe, 2002. ISBN 3-935299-27-3
3. BYORK, I. *Dobré umírání*. 1. vydání. Praha: Vyšehrad, 2005. 328. str. ISBN 80-7021-797-7
4. *Co je hospic* [online]. 2006, [cit. 2010-03-05]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/>
5. *Co je hospicová péče* [online]. 2009, [cit. 2010-03-15]. Dostupné z: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>
6. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002. 374 str. ISBN 978-80-246-0139-75.
7. *Etický kodex sociálního pracovníka*. [online]. [cit. 2010-03.19]. Dostupné z [http://www.onhb.cz/Data/fines/WEB-DOKUMENTY/ETICKY KODEX SOCIALNIHO PRACOVNIKA.pdf](http://www.onhb.cz/Data/fines/WEB-DOKUMENTY/ETICKY_KODEX_SOCIALNIHO_PRACOVNIKA.pdf)
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Třetí, rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007.
10. FIALA, P. *O ekonomice hospiců*. Konference o paliativní péči. Dostupné z <http://www.umirani.cz/res/data/005/000622.ppt>

11. HENDL J. *Kvalitativní výzkum*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2008. 408 str. ISBN 978-80-7367-485-4
12. *Informovaný souhlas s léčbou, přístup pacientů ke zdravotnické dokumentaci*. [online]. [cit. 2010-03.10]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/informovany-souhlas-pristup-pacientu-k-dokumentaci.html>
13. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6
14. KALVACH, Z. aj. *Umírání a paliativní péče v ČR. (situace, vyhlídky, reflexe)*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-2832-5
15. Korejská deklarace o hospicové a paliativní péči
16. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-662-7
17. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0179-0
18. Listina základních práv a svobod <http://www.umirani.cz/posledni-tydny-a-dny.html>
19. MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 384 str. ISBN 80-7178-348-2
20. MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2007. 312. str. ISBN 978-80-7367-331-4
21. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada Publishing, 2005. 108 str. ISBN 80-247-1025-0
22. MICONIOVÁ, B. *Náplň činnosti sociálního pracovníka v hospicové péči* [online]. [cit. 2010-0 -25]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/pece.html>

23. *Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb.* [online]. [cit.2010-03-20]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev2.pdf

24. *Palliativmedizin* [online]. [cit. 2010-02-28]. Dostupné z: <http://www.krebsinformationsdienst.de/wegweiser/adressen/palliativ.php>

25. *Poslední týdny a dny.* [online]. [cit. 2010-03-16]. Dostupné z: ISBN 80-247-1025-0

26. STUDENT, J.CH., MÜHLUM, A., STUDENT,U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče.* 1. vydání. Praha: H+H, 2006

27. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet.* 6. doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4

28. SVATOŠOVÁ, M. *O naději s Marií Svatošovou.* 2. vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2000. ISBN 80-7195- 049-1

29. ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Standardy domácí paliativní péče.* Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4329-4

30. TISOVSKÁ, D., BĚHANOVÁ, J. *Rozluč se, ale neříkej sbohem.* Tábor: Hospicové hnutí, 2006

31. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. A KOL. *Paliativní medicína.* 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2004. 504 s.4.s ISBN 80-247-0279-7

32. Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném a zdravotním pojištění

33. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v pl. Znění