

Bakalářská práce

2009

Marcela Talafousová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

Hospicová péče v povědomí laické veřejnosti na Prachaticku

Vedoucí práce: Mgr. Jana Šimečková

Autor práce: Marcela Talafousová

Studijní obor: Sociální charitativní práce

Ročník: III.

2009

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

20. března 2009

vlastnoruční podpis studentky - studenta

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Janě Šimečkové za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 UMÍRÁNÍ A SMRT ..	10
1.1 Ritualizace smrti z historického pohledu-domácí model umírání	10
1.2 Umírání v akutní péči-institucionální model umírání v současnosti	11
1.3 Tabuizovaná smrt v moderní společnosti	12
1.4 Fáze posledního úseku života dle E.K.Rossové	13
2 HOSPICOVÁ PÉČE	16
2.1 Historie hospiců	17
2.2 Hospicové hnutí	18
2.3 Formy hospicové péče.....	20
2.4 Služby poskytované hospicem Sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích...	23
2.5 Financování hospicové péče.....	25
2.6 Multidisciplinární tým.....	27
3 BOLEST A PALIATIVNÍ MEDICÍNA V HOSPICOVÉ PÉČI	31
3.1 Charakteristika bolesti	33
3.2 Charakteristika paliativní medicíny.....	34
4 PÉČE O DUŠI UMÍRAJÍCÍHO.....	36
4.1 Komunikace s umírajícím a jeho nejbližšími.....	37
4.2 Sdělování pravdy umírajícím	38
4.3 Umění empatie	39
4.4 Rodina před a po smrti umírajícího člena	39

PRAKTICKÁ ČÁST	42
5 CÍL SOCIÁLNÍHO ŠETŘENÍ	43
6 STANOVENÍ VÝZKUMNÝCH HYPOTÉZ.....	43
7 POPIS TERÉNU SOCIÁLNÍHO ŠETŘENÍ A VÝZKUMNÉHO VZORKU	44
7.1 Popis terénu sociálního šetření	44
7.2 Popis výzkumného vzorku	45
8 NÁSTROJE SBĚRU DAT	48
8.1 Výzkumné metody	48
8.2 Výzkumné techniky	48
9 VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ SOC. ŠETŘENÍ.....	49
9.1 Vyhodnocení a interpretace dotazníku pro laickou veřejnost z okresu PT.....	49
9.2 Vyhodnocení a interpretace dotazníku pro podnikatele z okresu PT... ..	55
10 VERIFIKACE HYPOTÉZ	60
ZÁVĚR	61
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	63
PŘÍLOHOVÁ ČÁST	65
SEZNAM PŘÍLOH.....	66
PŘÍLOHY	67
ABSTRAKT.....	94

„ Třebaže chvíle radosti záhy pomine, zůstává po ní trvalá naděje a ještě trvalejší vzpomínka.“

[Jean Paul]

ÚVOD

Problematika smrti a umírání je nesmírně silnou a všudypřítomnou veličinou, zejména proto, že umírání se netýká jen umírajícího, ale všech blízkých kolem něj. Nelze podat přesný návod jak postupovat, setkáme-li se s lidmi, kteří pouštějí tento svět. Nikomu nelze nařídit, aby byl obětavý, ale i důvěřoval a zachoval si odvalu i tehdy, když nebude vědět, jak dál. Proto tam, kde byla dříve rezignace, se nyní objevila snaha postavit se dané skutečnosti tváří v tvář. Tam, co panovala nedůvěra, vyvstala důvěra, vzdor se změnil v zármutek a bolesti se staly snesitelnějšími.

Jsou lidé, kteří se domnívají, že umírající potřebují pouze odborné ošetření, léky a především klid. To je však nutný základ! Každá nemoc s sebou přináší větší či menší izolaci, a sice od světa zdravých, od práce, koníčků, rodiny, společnosti. Čím je pak budoucnost nemocného nejistější, tím více osamoceny se může cítit! Je sám se svou nemocí, se svými nejistotami, problémy. A v této situaci nemocný potřebuje především člověka. A hlavně toho, který naslouchá a snaží se pochopit, než jedince, jenž všechno ví, zná a srší humorem. Umírající většinou nepotřebuje, aby mu jeho situaci někdo dokonale vysvětlil, ale potřebuje, aby nezůstal na své poslední cestě zcela osamoceny. Ale aby ho někdo chápal, dělal mu společníka v jeho otázkách (ale nesnažil se je za každou cenu zodpovědět). Současně by mu měl zajišťovat spojení se světem, z něhož je svou situací vyřazen, a proto *lidská náklonnost je nenahraditelná!* Kde jinde než u lůžka nemocného můžeme projevit vztah plný naslouchání, respektu, zájmu, soucítění a lásky? Vztah, který i nás obohatí, snad jednou - v blízkosti naší vlastní smrti nám bude oporou a pomocí.

Téma mé bakalářské práce zní „Hospicová péče v povědomí laické veřejnosti na Prachaticku“. K němu mě vedl zájem o desátý hospic v České republice, vybudovaný v Prachaticích, nesoucí název Hospic Sv. Jana Nepomuka Neumanna, ale také jednodenní exkurse a přednáška pana ředitele Mgr. Huneše

a poté absolvovaná souvislá praxe. A tak jsem se začala o problematiku doprovázení a hospicovou péči zajímat blíže. Současně mi tato oblast uvízla v paměti i v rámci studia a praxe v nemocnici na střední zdravotnické škole, kde jsem mohla poznávat velký rozdíl ve způsobu odcházení lidí z tohoto světa v nemocnicích a v léčebnách dlouhodobě nemocných a ve způsobu odcházení lidí v domácím prostředí a v hospicové péči. Poslání nemocnice je přece jen trochu jiné než poslání hospice. V nemocnici je nutné především stanovit diagnózu, příčinu nemoci a udělat vše pro její „zdolání“. Středem zájmu se stává nemoc a pacient jako člověk ustupuje do anonymity. Lékaři to zcela jistě myslí s nemocným dobře, ale pokud již kurativní medicína složila zbraně, oni to cítí jako prohru a nemocný se ocitá na okraji jejich zájmu.

Také laická veřejnost pojem smrt vytěsnila ze svého světa a většinou neumí komunikovat se svými blízkými, kteří se ocitají na konci života. Tito lidé jsou pak opuštěni a situaci, která pro ně není lehká, protože ji zažívají poprvé, musejí zvládat sami. Přístup, který by měl pomoci umírajícímu člověku, a sice dojít v klidu ke smrti se nazývá doprovázení.

Na základě těchto mých dosavadních zkušeností se snažím v teoretické části popsat hospicovou péči a způsob doprovázení umírajícího člověka. A v praktické části se zaměřuji na zjištění, zda má laická veřejnost z Prachatic a blízkého okolí povědomí o hospicové péči a v čem vidí její přínos. Současně oslovuji podnikatele v Prachaticích a v okolí, zda by byli ochotni přispět na provoz prachatického hospice.

Přála bych si, aby má práce byla alespoň z části přínosná pro hospicovou péči a napomohla lidem, kteří se se zkušeností smrti již setkali, nebo doprovázejí svého blízkého, ale i pro budoucí studenty na Teologické fakultě v Českých Budějovicích.

Teoretická část

1 UMÍRÁNÍ A SMRT

Problematikou konce života se programově zabývá thanatologie – věda o umírání a smrti. Je interdisciplinárním oborem, neboť kromě lékařství se jí zabývají také filozofie, teologie, psychologie, sociologie i jiné vědní disciplíny.¹

„Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu. Ten je definován jako postupné a nezvratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti individua. Terminální stav bývá časově ohraničen dobou několika hodin, dnů popř. týdnů.“²

„V širších souvislostech je pak umírání především časově delším úsekem, než odpovídá terminálnímu stavu. Jeho počátek můžeme spatřovat v okamžiku, kdy vejde v odbornou (tedy lékařovu) a následně i laickou (tedy pacientovu) povědomost, že nemoc, která vstoupila do života konkrétního jedince, je perspektivně neslučitelná se životem. Ačkoliv má pacient před sebou relativně dlouhé období života, bude vždy jeho kvalita výrazně ovlivňována průběhem nemoci.“³

1.1 Ritualizace smrti z historického pohledu – domácí model umírání

„Rituál (z lat. rituale) znamená slavnostní zvyk, zvyklost, obřad při základních a významných životních událostech (např. narození dítěte, křest, svatba, umírání a smrt). Umírání a smrt je tedy aktem, který patří k životu, určitým způsobem kodifikuje chování lidí v této situaci a snižuje tím vysokou emotivitu.“⁴

„Konečnost lidského života si lidé uvědomovali vždy, avšak byly pozorovány značné rozdíly v akceptaci smrti. „V dávných dobách byla smrt chápána jako

¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*.

² VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. *Paliativní medicína*, s. 435.

³ Tamtéž, s. 435.

⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 155.

významný předěl mezi krátkým a těžkým pozemským životem a rajským životem věčným“.⁵

„Bylo opakovaně doloženo, že se lidé v minulosti dožívali jen relativně nízkého věku. Na vině tomu byla vysoká novorozenecká a dětská úmrtnost, neléčitelné těžké infekce, zranění a špatná úroveň výživy. Tyto faktory snižovaly reálné šance dožít se dospělosti. Umírání v té době probíhalo relativně krátce a bez oddalování léčebnými intervencemi. V minulých dobách o nemocné a umírající pečovala v tradičním pojetí obvykle a převážně laicky rodina, avšak někteří rodinu neměli, nebo byla nefunkční. Umírání v domácím prostředí ale mělo svůj řád – každý z rodiny věděl, jaká je jeho role. Smrt byla běžnou a viditelnou součástí života. Během života byl každý jedinec konfrontován několikrát se smrtí – uvědomoval si, že zemřít je možné prakticky kdykoliv a jednou nutné. Nemocný a posléze umírající zhruba věděl z předchozích zkušeností, co a jak bude následovat, až nastane jeho poslední hodina. Umírající zpravidla tušil blízkost své smrti, a tak stačil ještě svolat příbuzné, mohl promluvit s knězem a přijmout poslední pomazání, stejně tak jako projevit poslední vůli. Fyzická přítomnost blízkých byla v domácím modelu umírání samozřejmostí. Umírající měl v té době jistotu, že nebude umírat opuštěn a že se mu dostane péče, jakou mnohokrát poskytoval i on sám. Samotná smrt potom nastala po ritualizovaném rozloučení v náručí milujících a milovaných osob. „Z generace na generaci tak přecházela nejen zkušenost, jak pečovat, ale také prožitek, co je to umírání a smrt zblízka“.⁶

1.2 Umírání v akutní péči - institucionální model umírání v současnosti

„Medicína, která sebe samu chápe jen jako přírodovědnou disciplínu, vnímá konec kurativních možností nutně jako porážku.“⁷

⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 23.

⁶ Tamtéž, s. 156.

⁷ VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 46

„Zdravotníci se setkávají se smrtí často, a proto nemohou její existenci tak snadno popírat, jak je běžné u laické veřejnosti. Pacienti, kterým z lékařského hlediska už není možno pomoci, bývají převezeni do samostatného pokoje, nebo jsou od ostatních pacientů na pokoji odděleni zástěnou. Tento požadavek izolace z třicátých let 20. století je od 70. let odmítán a v mnohých zdravotnických zařízeních se již nedodrhuje, neboť přání většiny umírajících je nebýt sám. Problémem zůstává, že po opuštění praxe „bílé pleny“ se ještě nový, alternativní způsob přístupu k umírajícím nevytvořil - stále se umírajícím a jejich rodinám nedostává potřebného zájmu. Převládá profesionální péče, chybí lidský kontakt, dotyk, podpora. „Umírání a smrt ztratily prvky sociálního aktu“. A tak je nutné zdůraznit, že „odstrčenou smrt nelze jen obnažit, je nutné ji také zlidštit“. „Je třeba hledat nový a vhodný rituál, přijatelný pro obě strany, který by respektoval kombinaci tradičního, domácího modelu umírání a moderní formy lékařské péče“. Nový rituál je potřebný nejen ve zdravotnických zařízeních, ale především v běžném životě lidí.“⁸

Představy o návratu umírajících zpět do rodin jsou iluzorní. Rodina totiž musí umět, chtít a moci zvládnout starost o umírajícího. Jako perspektivní se jeví systém, který kombinuje pozitiva domácího modelu umírání i institucionalizovaného modelu umírání. Buď se umírající vrátí do rodiny a v ní pomohou profesionálové, nebo umírající zůstane v nemocnici a k participaci na péči bude přizvána rodina. V systému „vítězné medicíny“ je nelehké najít prostor a čas pro tyto druhy péče. Jedním z možných řešení je hospicové hnutí.⁹

1.3 Tabuizovaná smrt v moderní společnosti

„Problematika umírání a smrti je stále tabuizované téma nejen v řadách laické, ale i odborné veřejnosti. Je však třeba konstatovat, že situace se výrazně mění a zájem o problematiku umírání a smrti stoupá úměrně s tím, jak jsou zdravotníci i laici konfrontováni s „odlidštěným umíráním“ a „odlidštěností smrti“. Konec lidského života vyvolává v lidech strach, uvědomění si vlastní

⁸ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 157.

⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Umírání a smrt*.

smrtnosti – konce lidského osudu. „Smrt je stav, kde končí naše zkušenost, je výzvou smyslu života. Je zřejmé, že bez smrti by lidský život ztratil svůj smysl“.¹⁰

„Nejvíce se lidé obávají bolesti, utrpení, osamění a ztráty lidské důstojnosti při umírání. „V běžné každodennosti však lidé žijí zpravidla tak, jako by měli žít věčně“.¹¹

Proto většina lidí praktikuje ochrannou psychologickou „strategii popření“ za účelem vytěsnění smrti ze života, i když ví, že jednou zemřít musí. Se smrtí je každý člověk během života častokrát konfrontován zprostředkovaně (při úmrtí člena rodiny, při četbě knih, ve filmu, v masmédiích), tváří v tvář své smrti však hledí jen jednou. Smrt a způsob, jakým s ní moderní společnost zachází, se v souvislosti s faktem stárnutí populace stávají naléhavým problémem.¹²

Moderní společnost považuje smrt za něco negativního. Vnímá ji jako překvapivé narušení všeho, co předcházelo. Společnost smrt vytlačuje a tváří se, že život jde dál, jako by se nic nestalo – smrt jednotlivce nijak neohrožuje kontinuitu společnosti.¹³

„Umírání i smrt je však údělem každého člověka, obojí nás v budoucnosti čeká a nemine. Tato zneklidňující a jediná jistota je zahalena do nejistoty: nikdo z nás neví, kdy ani jakým způsobem se tak stane“... „Tak, jako člověk nemůže zvolit své narození, nemůže ani volit svou nesmrtelnost“.¹⁴

1.4 Fáze posledního úseku života dle E.K. Rossové

Dr. Elizabeth Kübler-Rossová na základě svých mnohaletých zkušeností s těžce nemocnými a umírajícími tyto zákonitosti přehledně popsala v pěti fázích takto:

¹⁰ JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 139.

¹¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 149.

¹² PŘÍDALOVÁ, M. *Proč je moderní smrt tabu?*

¹³ Tamtéž.

¹⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 149

1. Fáze negace, šoku a popírání

„Tato fáze je kruté odhalení pravdy a pro pacienta je opravdu náročná, zvláště tehdy, pokud přichází nečekaně. Ošetřující personál by se měl snažit navázat s pacientem kontakt a získat si jeho důvěru.

2. Fáze agrese, hněvu a vzpoury

Otázka: „proč právě já?“ Pacient se začíná vyrovnávat se svým smutným údělem, ale navenek je útočný a nevděčný, výbuchy zlosti se zaměřují i proti dosavadním přátelům a příbuzným. Takovéto projevy pacienta by neměly být brány osobně. Umírající sám neví, proč tak jedná, a sám tím trpí.

3. Fáze smlouvání, vyjednávání

Nemocní tápou mezi iluzí a jistotou. Vypytávají se na nové léčebné metody, hledají zázračné léky, dělají sliby, jaké oběti přinesou, bude-li jejich život i nadále zachován. Zde je třeba být k nemocnému maximálně trpělivý.

4. Fáze deprese, smutku, zoufalství

Deprese je vyvolána tím, že nemocný lituje všeho, co opustí, rodinu i povolání a že se musí rozloučit se všemi blízkými. Může mít strach např. o zajištění rodiny. Právě zde je důležité pomoci pacientovi překonat tuto fázi, aby ještě klidně prožil dny, které mu zbývají. Trpělivě mu naslouchat, pomoci mu např. urovnat vztahy, pomoci hledat řešení.

5. Fáze smíření, akceptace, souhlasu

„ano, musí-li tomu tak být, jsem toho schopen“. V této fázi je pacient vyrovnán se svým těžkým údělem. Akceptovat nemoc a její důsledky mohou lidé, kteří se dovedou smířit se svým osudem, kteří žili přirozeně dobrým životem a svědomí jim nic nevyčítá. Křesťané tomu říkají „odevzdat se do vůle Boží“. Zde je na

místě mlčenlivá lidská přítomnost. Nemělo by se také zapomínat na rodinu, ta mnohdy potřebuje více pomoci než pacient.“¹⁵

„Především je třeba si uvědomit, že uvedenými fázemi neprochází jen pacient, ale i jeho nejbližší. Dále je nutno vědět, že tyto fáze, i když jsou seřazeny za sebou tak, jak obvykle přicházejí, nemusí vždycky zachovávat tento sled. Naopak, často se některé z nich opakovaně vracejí a střídají a mohou se i dvě nebo tři, někdy i v jediném dni, prolínat. Nejsou stejně dlouhé a může se stát, že některá chybí. Je také třeba upozornit na časový posun, v jakém prožívají jednotlivé fáze pacient a jeho blízcí.“¹⁶

Reakce onkologicky i jinak těžce nemocných pacientů na jejich životní situaci jsou různé a závisí na vnějších okolnostech, na dosavadních zkušenostech a na osobnosti jednotlivce. Jisté zákonitosti ale existují.¹⁷

„Většina pacientů reaguje na zprávu o terminálnosti svého onemocnění slovy: „Ne, to se určitě netýká mě, to není možné.“ Toto prvotní odmítání je společné jak lidem, kteří byli plně informováni o svém zdravotním stavu od svého lékaře, tak i těm, jimž výslovně nikdo nic neřekl.“¹⁸

„Úzkostné odmítání stanovené diagnózy je typičtější u pacientů, kteří byli informováni předčasně nebo stroze a necitlivě někým, kdo buďto nemocného dost dobře neznal, nebo sám chtěl mít onu nepříjemnou a těžkou chvíli „rychle za sebou“, a nebrat proto v úvahu, zda pacient je či není schopen a připraven zprávu přijmout.“¹⁹

¹⁵ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 25.

¹⁶ Tamtéž, s. 27.

¹⁷ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*.

¹⁸ KÜBLER – ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*, s. 35.

¹⁹ KÜBLER – ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*, s. 36.

2 HOSPICOVÁ PÉČE

Jedním (a možná zatím jediným) z moderních nosných modelů doprovázení a důstojného umírání je hospicová péče. Hospic poskytuje pacientovi paliativní, především symptomatickou léčbu a péči a současně se snaží uspokojit i jeho potřeby psychické, sociální a spirituální. Neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost.²⁰

Jestliže v nemocnici přichází s diagnózou nevléčitelné nemoci pocit, že pro pacienta už nemůže být uděláno více, hospic vychází z toho, že i v takovéto situaci něco udělat lze. V hospici jde o to, že i člověk, kterému byla stanovena diagnóza nevléčitelné nemoci, má právo na důstojný život.²¹

Hospicová péče není jen péčí terminální. Z hlediska časového jde někdy o dlouhé období zahrnující tři časové úseky, které popsala Svatošová (2008) takto:

1. Období (prae finem)

„Péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stavu (viz fáze posledního úseku života podle Kübler-Rossové).

2. Období (in finem)

Péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých během terminálního stavu, tj. umírání v užším slova smyslu.

3. Období (post finem)

Kromě péče o tělo zemřelého doprovázení pozůstalých podle potřeby i dlouhodobě, zpravidla po dobu 1 roku.“²²

„Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné neopakovatelné bytosti a z jeho potřeb. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, bude vždy respektována jeho lidská důstojnost

²⁰ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. *Paliativní medicína*.

²¹ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*.

²² SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 132.

a v posledních chvílích nezůstane osamocen. Hospic nemůže ovlivnit délku života, ale může významně zlepšit jeho kvalitu.“²³

2.1 Historie hospiců

Útočiště, útulek, domov. Tak zní překlad anglického slova hospice. Ve středověku se toto slovo užívalo pro domy, které sloužily poutníkům k odpočinku. Mohli se najíst, napít, vyspat, nechat se ošetřit, pohovořit s jinými lidmi, podělit se o své zkušenosti, trápení, bylo postaráno o jejich tělo i ducha. Zvláště jich využívali poutníci. Ten, kdo hospic vedl, byl zpravidla člověk, který se vyznal ve věcech pohostinství i ranhojičství.²⁴

„Později hospice zanikly. K oživení hospicové ideje dochází až v 18. století, kdy je v Dublinu zřízena nemocnice pro umírající, která je nazvána Hospic. Hospic jako zařízení zaměřené speciálně na umírající nemocné se objevuje až ve století dvacátém. Na počátku století je otevřen Saint Joseph’s Hospice na východě Londýna. Nemocným zde slouží členky Charity irských sester. Výrazně přibývá hospiců po druhé světové válce. Anglická lékařka Cecilia Saundersová, vůdčí osobnost moderního hospicového hnutí ve světě, zakládá roku 1969 první moderní hospic Saint Christopher’s Hospice a stává se jeho ředitelkou. Odtud se hospicová myšlenka šíří po celém světě.“²⁵

MUDr. Marie Svatošová ve své knize uvádí, že je ve světě zřízeno přibližně kolem tří tisíc hospiců, v Anglii kolem sto padesáti. V naší republice se historie hospiců počítá od roku 1993 kdy zakládá doktorka Svatošová občanské sdružení *Ecce homo*, které propaguje hospicovou myšlenku a zřizuje v součinnosti s královehradeckou diecézní charitou první český hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Otevřen byl koncem roku 1995.²⁶

²³ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 115.

²⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*.

²⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 40.

²⁶ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*.

2.2 Hospicové hnutí

„Moderní paliativní medicína udělala pokrok velký, dehumanizace medicíny však mnohde ještě větší. Potěšující ale je, že ve všech zemích, kde vznikly hospic, se s odstupem času výrazně zlepšil přístup celé společnosti ke smrti a umírání. Vývojem prošlo od šedesátých let i celé hospicové hnutí. Zpočátku byl hospic chápán jako „něco méně než nemocnice“. S rozvojem paliativní medicíny a logickou integrací hospiců do systému zdravotnictví je dnes uznáván jako „něco více než nemocnice“. Poskytuje totiž jako nemocnice léčbu a péči a ještě něco navíc. Běžná nemocnice v tomto smyslu většinou poskytuje služby neúplné.“²⁷

Rozvíjející se hospicové hnutí se potýká v našich podmínkách i s množstvím negativních mýtů, které prezentuje Haškovcová (2000) takto :

- „*Hospic je dům smrti* - přestože je hospic spojen s hrozící smrtí, nelze jej takto zjednodušovat. Umírání je dlouhodobý proces a hospic zajišťuje kvalitní a důstojnou péči vážně nemocným, kteří dál prožívají plnohodnotně svůj život.

- *Hospic se hodí pro všechny umírající* - hospicový program není vhodný pro všechny klienty. Staví se obvykle na čtyřech zásadách, po jejichž splnění je klient přijat do péče:

- klient musí trpět nevléčitelným onemocněním
- nemocniční léčba byla skončena jako neúspěšná, proto klient tento typ péče potřebuje
- klient potřebuje paliativní péči, která mu může pomoci
- nestačí mu nebo není možná péče v domácím prostředí

Hospic svou péčí a službami, které poskytuje, je optimální pro onkologicky nemocné v terminálním stadiu choroby a pro klienty trpící AIDS.

²⁷ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. *Paliativní medicína*, s. 511.

• *Hospic je luxusní léčebna pro dlouhodobě nemocné* - dlouhodobě nemocní klienti často nesplňují podmínku terminálního stádia nemoci nebo nejsou schopni poskytnout informovaný souhlas k přijetí do hospice, protože se např. jedná o staré lidi se zastřeným vědomím.

• *Hospic je jen pro věřící* - tento mýtus je založen na faktu, že zřizovateli a zakladateli hospiců jsou církve. Víra jako taková není zakotvena v podmínkách pro přijetí do hospicového programu. Součástí péče a služeb jsou samozřejmě i bohoslužby a spirituální pomoc, ale klient hospice není povinen přijmout tuto pomoc, pokud věřícím není nebo nemá o tuto službu zájem.²⁸

„Díky pochopení a podpoře Ministerstva zdravotnictví, mnoha sponzorů a dárců, a hlavně obětavých lidí, postupně v naší zemi vzniká síť lůžkových hospiců.“²⁹

„Rodí se i aktivity usilující o prosazení domácí formy hospicové péče, např. Cesta domů v Praze, ale i pokusy o mobilní hospic, např. při litoměřickém hospici sv. Štěpána. Všechny hospice už běžně provozují poradenství a některé i půjčovnu zdravotnických pomůcek. Pokročilo se také ve vzdělávání personálu. Brněnský Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví pořádá kurzy pro sestry a ošetrovatelky pracující v hospicích.“³⁰

„V roce 1993 bylo založeno ECCE homo – Sdružení pro podporu domácí hospicové péče a hospicové hnutí se záměrem cílevědomě prosazovat v České republice myšlenku hospice. Svou činnost zahrnulo do čtyř bodů :

1. Začít o umírání a smrti nahlas mluvit a hlavně přemýšlet.
2. Pomoci vybudovat první český hospic.
3. Zkušenosti z hospice předávat dál, např. formou přednášek, umožněním stáží apod.

²⁸ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 61.

²⁹ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 12.

³⁰ Tamtéž, s. 12.

4. Myšlenku hospice prosadit i mimo budovy hospice, všude, kde lidé umírají.³¹

2.3 Formy hospicové péče

MUDr. Marie Svatošová vymezila tři základní typy hospicové péče: domácí, stacionární (denní pobyty) a lůžkovou, které mohou v různých fázích choroby nemocnému střídavě vyhovovat.³²

Základní poslání hospicové péče v lůžkové i domácí formě je stejné. Obě by měly být poskytovány multidisciplinárním týmem odborníků i dobrovolníků, nabízet nepřetržité doprovázení nemocného až do jeho smrti a podporu blízkých i po smrti klienta. Domácí hospicová péče by měla být poskytována jako prvotní, lůžková péče by na ni měla navazovat teprve v případě, že domácí ošetřování není možné.³³

„O tom, zda bude nemocný přijat na hospicové lůžko, nebo se o něho lze postarat ve stacionáři či doma, rozhoduje zásadně hospicový lékař. Ten, po dohodě s ošetřujícím lékařem pacienta, zváží především jeho zdravotní indikaci, ale i možnosti hospice.“³⁴

➤ Domácí péče

„Primárním rozdílem je prostředí poskytování pomoci. Při domácí hospicové péči klient zůstává ve svém vlastním prostředí, hlavní břemeno péče spočívá na blízkých, odborníci klienta navštěvují. Část odborné intervence je věnována podpoře domácích pečovatelů. Domácí forma odborné péče je náročnější na koordinaci všech typů pomoci (ošetřovatelské, lékařské, sociální, psychologické, duchovní, dobrovolnické). V domácím prostředí lze dnes zvládat mnohé fyzické symptomy nemoci, i když ne vždy bude možné doma reagovat tak rychle a kvalitně jako při hospitalizaci. Naproti tomu se očekává, že v domácím prostředí budou lépe naplněny psychické, sociální i duchovní potřeby nemocného.

³¹ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 149.

³² SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*.

³³ VORLÍČEK, J., ADAM, Z. A KOL. *Paliativní medicína*.

³⁴ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 130.

Nemocný má doma možnost „dožít svůj příběh“, jsou vytvořeny lepší předpoklady pro zachování integrity a důstojnosti člověka. Pacient zůstává mezi svými blízkými, kteří mu mohou vytvářet zázemí a být emocionální oporou, při dobrém fungování rodiny mu nehrozí osamocení; ve větší míře si zachovává svou roli v rámci rodiny. Pro mnohé nemocné je nesmírně důležité, že nejsou vyčleněni z rodinného života, že mohou, i když omezeně, rozhodovat a účastnit se svého profesního života. Známé prostředí může působit podpůrně pro lepší vyrovnávání se s infaustním stavem.³⁵

➤ Stacionární hospicová péče

„Pacient je do hospicového stacionáře přijat ráno, a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Dopravu nemocného zařizuje buď rodina, nebo hospic. Záleží na domluvě a místních podmínkách. Je pochopitelné, že tato forma je vhodná pouze pro nemocné v místě nebo z blízkého okolí. V určité fázi onemocnění ale může být pro některé nemocné tím nejvhodnějším řešením. Důvod může být různý, např.: Diagnostický důvod nejčastěji za účelem kontroly bolesti, kterou se doma nepodařilo zvládnout, ale z důvodů k diagnostickému pobytu může být celá řada. Léčebný důvod za účelem chemoterapie a nejrozumnější paliativní léčby. Když se tak pod odbornou kontrolou podaří vyladit dávky léků tisících bolest, může nemocný opět zůstat v domácí péči. Psychoterapeutický důvod, ten mívají k přijetí zvláště nemocní osamělí anebo ti, s nimiž rodina nechce nebo prostě není schopna o jejich problémech hovořit. Ti pak někdy velice rádi docházejí za svojí „vrbou“ do hospice. Azylový důvod bývá dosti častý. Čeho je moc, toho je příliš a když nemoc trvá dlouho, potřebuje si občas odpočinout na chvíli jak rodina od nemocného, tak i nemocný od své milující a milované rodiny. Není na tom nic špatného. Naopak, může to být skvělé preventivní opatření, které zabrání pozdější zbytečné hospitalizaci, ale i vyčerpání rodiny, někdy i konfliktům, které mohou ještě po létech člověka mrzet.“³⁶

³⁵ VORLÍČEK, J., ADAM, Z. A KOL. *Paliativní medicína*, s. 438.

³⁶ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 127-128.

➤ Lůžková hospicová péče

Do hospice je zpravidla přijímán nemocný, který splňuje tyto čtyři podmínky:

- ❑ Postupující choroba ohrožuje nemocného na životě
- ❑ Potřebuje paliativní, především symptomatickou léčbu
- ❑ Momentálně nepotřebuje akutní nemocniční ošetření
- ❑ Nestačí nebo není možná péče domácí³⁷

„Záleží na pacientovi, zda chce v hospici pobývat se svým průvodcem, nebo bez něho, záleží na pacientovi, jak si s rodinou dohodne návštěvy. Ty jsou v hospicích zásadně neomezené, tj. jsou možné nepřetržitě po 24 hodin denně po všech 365 dnů v roce. Nikomu nepřekáží, naopak jsou vítány jako nezbytná součást péče o těžce nemocného. Vědomí, že člověk udělal pro svého blízkého všechno, co udělat mohl je nejlepším prostředkem na tišení bolesti z jeho odchodu.“³⁸

Režim dne v hospici je jiný než režim dne v nemocnicích a pokud je to jen trochu možné určuje si ho sám pacient, má-li zrovna potřebu hovořit o svých problémech, vždycky je zde pro něj někdo chápající, i kdyby to mělo být v nočních hodinách. Důraz je kladen na kvalitu života. Hospice mají řadu společných prostor, kde se mohou nemocní i jejich návštěvy, včetně dobrovolníků hospice, neomezeně scházet. V popředí je snaha, aby hospic nemocnému připomínal více domov než nemocnici. Tomuto požadavku je proto přizpůsobeno i vnitřní vybavení hospice. Jsou zde k dispozici nejrůznější pomůcky a všechny prostory hospice musí být bezbariérové.³⁹

³⁷ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. *Paliativní medicína*, s. 512.

³⁸ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 129.

³⁹ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*.

2.4 Služby poskytované hospicem Sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích

Poskytované služby :

- 30 odborně specializovaných hospicových lůžek - (22 jednolůžkových a 4 dvoulůžkové pokoje) pro pacienty z celé České republiky je připraveno sloužit každému člověku v naší zemi bez ohledu na barvu pleti, vyznání, pohlaví, věk, vzdělání, majetkové poměry, čili každému potřebnému. Úhrada pobytu - Pouze část nákladů hradí hospici zdravotní pojišťovny. Ostatní finanční zdroje jsou získávány formou nenárokových dotací od krajského úřadu, příspěvky od měst a obcí, od sponzorů a dárců z řad právnických a fyzických osob. Přesto je nezbytná ještě spoluúčast klienta za nadstandardní vybavení pokoje ve výši 200,- Kč na den, což je cca 10% nákladů denního pobytu. V případě obtížné sociální situace klienta, kdy by měla být případná insolvence jedinou překážkou přijetí, lze poplatek ve výjimečných případech snížit či prominout. Doprovázející osoba ubytovaná na pokoji s nemocným platí 50,- Kč za noc.⁴⁰
- Odlehčovací služby, přechodné pobyty, sociální lůžko – je určeno pro krátkodobý pobyt klienta, tj. maximálně 3 měsíce, jehož zdravotní stav je stabilizovaný, ale rodina z objektivních důvodů nemůže po určitou omezenou dobu (např. z důvodu nemoci, únavy, potřeby odpočinku na dovolené atp.) zajistit potřebnou péči svému blízkému. Cílem je podpořit dosud pečující rodinu či blízké nemocného. Nejedná se tedy o hospitalizaci, ale o sociální pobyt. Tato služba je poskytovaná podle § 44 zákona 108/2006Sb. Z hlediska indikace zdravotního stavu se jedná o klienty nesoběstačné, dlouhodobě převážně ležící osoby, vyžadující stálý dohled a zvýšenou ošetrovatelskou péči na lůžku (jedná se zejména o klienty zařazené do kategorie III. a IV. stupně závislosti). Služba není určena pro osoby s Alzheimerovou chorobou, pro osoby s mentálním postižením, seniorům, u kterých by jejich vysoký věk

⁴⁰ Základní prohlášení organizace - poskytované služby v hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. [interní materiál].

měl být hlavním důvodem pro přijetí, pro osoby s akutním infekčním onemocněním, a dále pro osoby jejichž chování by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.⁴¹

- přistýlky pro doprovázející - za symbolický poplatek, stravování za režijní cenu, možnost využít kuchyňku na oddělení, možnost (nikoliv nutnost) podílet se na ošetřování, respektování individuálních přání.⁴²
- půjčovna pomůcek
- poradenské služby – základní sociální poradenství
- podpůrná terapie pozůstalým
- duchovní podpora
- osvěta

Cíl služby :

- ✓ hospicová péče chápe umírání jako součást lidského života a vychází z toho, že každý člověk tuto závěrečnou část prožívá individuálně
- ✓ chrání důstojnost nevléčitelně nemocných a klade hlavní důraz na kvalitu života až do jeho konce
- ✓ vychází z přání a potřeb pacientů a jejich rodin a respektuje jejich hodnotové priority
- ✓ úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stádií onemocnění
- ✓ týmová spolupráce lékařů, zdravotních sester, ošetřovatelů, sociálního pracovníka a duchovního
- ✓ umožňuje, aby nemocní poslední období života prožili ve společnosti svých blízkých a v důstojném a vlídném prostředí.⁴³

⁴¹ Základní prohlášení organizace - poskytované služby v hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. [interní materiál].

⁴² Tamtéž.

2.5 Financování hospicové péče

Financování provozu hospicové péče je vícezdrojové :

- Dotace od ministerstva zdravotnictví
- Nenárokové dotace od krajského úřadu
- Příspěvky od měst a obcí
- Příspěvky od sponzorů a dárcům z řad právnických a fyzických osob
- Pořádání benefičních akcí, tj. koncerty a výstavy - výtěžek z této činnosti jde na podporu provozu hospice.⁴⁴

Platby zdravotních pojišťoven pokryjí zhruba 40% provozních potřeb. Rozhodne-li se někdo podpořit hospicové zařízení, může se přijít podívat, aby viděl, kde může jeho dar pomoci. Jakým způsobem lze finančně podpořit? Pomáhat se může nejenom penězi...⁴⁵

Finanční dary je možné věnovat několika způsoby:

1. v hotovosti
2. zasláním peněžní částky složenkou
3. převodem peněžní částky z bankovního účtu
4. pravidelnou srážkou z platu.⁴⁶

Další formy pomoci v rámci hospicové péče:

- a) využíváním služeb, které hospic nabízí
 - nabízí levné a výhodné stravování z vlastní kuchyně
 - přednáškovou místnost si lze pronajmout pro firemní schůze, jednání, konference, školení

⁴³ Základní prohlášení organizace - financování hospicové péče v hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. [interní materiál].

⁴⁴ Tamtéž.

⁴⁵ Tamtéž.

⁴⁶ Tamtéž.

- nabízí prohlídku zařízení skupinám zájemců z řad veřejnosti. Výtěžek z této činnosti jde na podporu provozu hospice.
- b) věcným darem, popř. zapůjčením zboží, služeb a vybavení
- pro provoz hospice je potřeba řada pomůcek a často je možné je poskytnout snáze než finanční podporu, např. nábytek, kopírka, tiskárna, nejrůznější potřeby pro provoz i pro klienty, kancelářské potřeby, knihy, květiny...
 - i zdánlivě vzdálený předmět činnosti, služba či věc možná mohou nějakým způsobem pomoci. Hmotné a nehmotné dary se mohou odečíst ze základu daně stejně jako dary finanční
- c) propagací a reklamou
- pro zajištění provozu hospic pořádá řadu benefičních akcí pro veřejnost – výstavy, koncerty, setkání; vydává informační tiskoviny pro laiky i pracovníky ve zdravotnictví. Při těchto akcích spolupracuje se sponzory a nabízí možnost se zde prezentovat.
- d) doporučením
- informovat – ty, jimž by hospic mohl pomoci, ale také ty, kteří by mohli podpořit hospic.
- e) i jinak
- dobrovolnou pomocí (návštěva klientů, organizování různých aktivit pro pacienty, pořádání kulturních vystoupení, pomoc při organizaci akcí pořádaných hospicem, péče v okolí budovy, starost o květinovou výzdobu či knihovnu, pomoc klientům a jejich rodinám v domácím prostředí aj., nabídnutím vlastních zkušeností, zprostředkováním užitečných kontaktů, propagací hospicové myšlenky, modlitbou.⁴⁷

⁴⁷ Základní prohlášení organizace - financování hospicové péče v hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. [interní materiál].

2.7 Multidisciplinární tým

„Z definice paliativní péče plyne, že komplexní léčba a péče o všechny příčiny utrpení vyžadují multidisciplinární přístup – tedy týmovou spolupráci. Úkolem týmu je provádět integrovanou komplexní péči, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení. Složení multidisciplinárního týmu je následující: lékaři různých specializací, zdravotní sestry, dietní sestra, rehabilitační pracovník, psycholog, sociální pracovník, pastorační pracovník. Do širšího týmu se zahrnují i členové rodiny, přátelé a dobrovolníci. Svým způsobem patří do týmu i pacient – on je ten, který má právo na informace o svém zdravotním stavu, o navrhovaných vyšetřeních a zákrocích, o možných rizicích, má právo nabídnout léčbu a péči akceptovat nebo také odmítnout.“⁴⁸

„Náplň a kompetence sociálního pracovníka se velmi liší v tzv. akutní medicíně od tzv. chronické medicíny. V prvním případě sociální pracovník přichází pouze na zavolání lékaře k vyřešení konkrétního problému, který vznikl v průběhu akutní hospitalizace. Rozhodnutí, zda problém vyžaduje zásah sociálního pracovníka, závisí pouze na lékaři a ten nakonec také rozhoduje o realizaci jeho návrhů. Práce u chronických pacientů je zcela jinak zaměřena. Spočívá v sociální pomoci a v sociální prevenci. Sociální pomoc představuje sociální poradenství včetně jednání s institucemi, řešení otázek finančních a bytových, kooperace s příbuznými pacienta. Sociální pracovník se však neomezuje pouze na rady, ale vyřizuje pacientovi záležitosti, které si sám zařídit nemůže, včetně obcházení úřadů.“⁴⁹

Současně autor, tj. Vorlíček (2004) charakterizuje náplň práce sociálního pracovníka v hospicové péči těmito body:

1. „Pomoc při vytváření plánu pro život s terminální nemocí : zahrnuje především rozhodnutí, zda je nemocný schopen pobytu v domácím prostředí, popř. jaké služby mu lze nabídnout, aby byl tento pobyt možný, anebo zda je pro něj vhodnější pobyt v ústavní instituci, dále pomoc při

⁴⁸ OPATRŇY, M. cit. dle MARTINEK, M. a kol., *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, s. 152.

⁴⁹ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. *Paliativní medicína*, s. 490.

vyhledávání vhodných finančních či věcných dávek k alespoň částečnému vyrovnání životní úrovně a to nejen pro nemocného, ale i pro jeho pečovatele, a dále společné hledání vhodné náplně volného času, rekondičními pobyty a svépomocnými skupinami počínaje a individuálními aktivitami např. s dobrovolníky konče.

2. Doprovázení nemocného a jeho rodiny náročným životním obdobím: obnáší pomoc při formulaci pocitů a emocí a orientaci v nich formou podpůrného rozhovoru.
3. Pomoc při přípravách na smrt : asistence při vyřízení závěti a jiných právních úkonů, dokončení některých úkolů, rozloučení se s určitými lidmi atp.
4. Pomoc pozůstalým: zahrnuje poradenskou pomoc a asistenci v administrativních záležitostech, které na pozůstalé čekají a také pomoc při prožívání truchlení.⁵⁰

„Sociální pracovník se dále zabývá psychickými a sociálními potřebami pacienta především na reálné možnosti jejich uspokojení. První a nezbytnou součástí výkonu tohoto povolání je hodnotný lidský vztah.“⁵¹

„Ve všech verzích definice paliativní péče se vždy objevuje důraz na duchovní potřeby a duchovní podporu. Proto má být členem týmu i pastorační pracovník, zpravidla označovaný jako nemocniční kaplan. Jedná se o duchovního některé z církví. Z hlediska paliativní péče ale není podstatné, ke které z církví se hlásí.“⁵²

„Práce pastoračního asistenta spočívá v péči o existenciální, duchovní a náboženské potřeby (otázky, potíže, problémy) nemocných, i těch, kdo se o ně starají (zdravotníci, příbuzní, přátelé). Plně respektuje autonomii nemocného a jeho osobní hodnoty, vycházející z přesvědčení a z jím preferované kultury. V konceptu přístupu k celkovému utrpení (total pain) přispívá především

⁵⁰ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. *Paliativní medicína*, s. 490 – 491.

⁵¹ KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*, s. 152

⁵² OPATRŇÝ, M. cit. dle MARTINEK, M. a kol., *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, s. 153.

snižováním existenciální úzkosti ke zlepšení či udržení kvality života pacienta a jeho blízkých.“⁵³

„Konkrétní podoba péče pastoračního asistenta o existenciální, duchovní a náboženské potřeby pacientů a jejich příbuzných spočívá v individuálním přístupu, naslouchání, rozhovorech a bohoslužbách. Pomocí rozhovoru je především doprovází při hledání odpovědí na otázky, které před ně nemoc postavila. Pacienty také podporuje při jejich snaze smířit se s příbuznými a přáteli. Tak se často stává i prostředníkem mezi pacientem, rodinou a zdravotníky. Kaplan také koordinuje dobrovolníky, kteří jsou speciálně připravení, aby s ním spolupracovali.“⁵⁴

„V hospicové péči jsou dobrovolníci plnohodnotnými členy hospicového týmu. Zajišťují služby v recepci, starají se o spoustu květin v hospici i kolem něj, navštěvují pacienty, obstarávají jim drobné nákupy, pomáhají připravovat různé akce a hlavně vnášejí do hospice důležitý prvek čehosi civilního, domácího. Někdy i v podobě domácí buchty nebo kytičky ze zahrádky. Počty stálých dobrovolníků, kteří v našich hospicích pracují zdarma v průměru půl dne v týdnu, se liší případ od případu, řádově jde o desítky lidí (ve Velké Británii stovky). Další pomáhají příležitostně, když je třeba. Jsou mezi nimi zastoupeny všechny věkové kategorie, od školáků, přes mládež z učiliště až po zdatné důchodkyně. Zásadou je, že nikdo nesmí být přetížen, každý se zaváže jen k tomu, co bez problémů dát může a chce. Druhou zásadou je, že na dobrovolníka musí být sto procentní spolehnutí, jako na zaměstnance.“⁵⁵

„Každý z nás si pod slovem dobrovolník – dobrovolnictví představí něco jiného. Nicméně dobrovolnictví provází člověka od nepaměti. Každý z nás je v životě někdy dobrovolníkem. Těžko se hledá hranice mezi pomocí příbuzným, sousedům nebo cizím kolemjdoucím, kterým nabídneme pomoc, a dobrovolnou prací pro školu či organizaci. Tato forma dobrovolné pomoci se vyznačuje znaky jako samozřejmost, spontánnost a nečekání odměny ani vděku. Motivací

⁵³ OPATRŇY, M. cit. dle MARTINEK, M. a kol., *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, s. 153.

⁵⁴ Tamtéž, s. 153.

⁵⁵ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. *Paliativní medicína*, s. 517.

k dobrovolné pomoci je předpoklad: Dnes já tobě, zítra ty mně. Dobrovolník je tedy člověk, který bez nároku na finanční odměnu poskytuje svůj čas, svoji energii, vědomosti a dovednosti ve prospěch ostatních lidí či společnosti.⁵⁶

„Dobrovolnictví je bohužel v naší společnosti dosud chápáno jako něco výjimečného. Hlavní bariérou většího rozvoje je pasivita při vyhledávání a získávání dobrovolníků. Především nedostatek informací o dobrovolnictví a jeho pozitivním vlivu jak na klienty, tak na celkovou atmosféru v zařízení je často příčinou nedůvěry a neochoty s dobrovolníky pracovat. Příklady úspěšného využívání dobrovolníků, vzdělávání a supervize koordinátorů dobrovolníků, postupné zvyšování prestiže dobrovolnictví prostřednictvím masmédií mohou pomoci postupně bariéry překonat a učinit z dobrovolníků běžnou součástí organizací a sociálních zařízení).“⁵⁷

„Není bohatý ten, kdo hodně má, ale kdo hodně dává“. (E. Fromm)

⁵⁶ TOŠNER, J., SOZANSKÁ, O., *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*, s. 35.

⁵⁷ Tamtéž, s. 54.

3 BOLEST A PALIATIVNÍ MEDICÍNA V HOSPICOVÉ PÉČI

Bolest je neodmyslitelným průvodním jevem celého našeho života. Je častým příznakem mnoha onemocnění. Nemocný ji prožívá jako negativní, nepříjemný pocit, který zvyšuje jeho strádání. Bolest je způsobena fyzikálním, chemickým nebo bakteriálním podrážděním periferních zakončení nervových vláken citlivých na bolest. Bolest je subjektivní příznak, který zatěžuje celý organismus a současně ovlivňuje lidskou psychiku a člověka tělesně i duševně vyčerpává.⁵⁸

„Na počátku onemocnění je bolest zpravidla varovným signálem informujícím o poškození orgánu. Tím, že člověk ucítí bolest, může se chránit před dalším poškozením. Bolest také informuje nemocného i lékaře, který orgán je onemocněním postižen. Bolest je v těchto případech účelná. Nemocného i zdravotníka vede k činnosti, která bolest snižuje a současně zabraňuje dalšímu poškození postiženého orgánu. A bolest také vede člověka k vyhledání odborné pomoci.“⁵⁹

„Některá onemocnění, zejména nádorová, provází silná bolest, která ztrácí svůj smysl. Velmi komplikuje stav pacienta a připravuje mu nesmírné utrpení. V takových případech je nutno nemocného systematicky a dlouhodobě bolesti zbavovat“⁶⁰

„Bolest vnímá každý jinak, a proto je nutno nemocnému věřit a respektovat pacientovo rozhodnutí i v případě, že se vědomě a svobodně rozhodne bolest až do určité míry snášet. Musí být stanoveny realistické a splnitelné cíle, bez bolesti se vyspat, bez bolesti v klidu odpočívat, bez bolesti se pohybovat.“⁶¹

„Nemocný musí dostat tolik léků, kolik je třeba ke zvládnutí jeho bolesti. Ani víc, ani méně. Dostane-li potřebnou dávku včas, tedy dřív než se bolest příliš rozjitří, stačí dávky menší. Dobrodiním jsou léky v tabletách působící dvanáct hodin. Nemocní, kteří byli odkázáni na aplikaci injekčního morfia po 4 hodinách v nemocnici, mohou žít v relativní pohodě doma. S kapesními dávkovači

⁵⁸ ROZSYPALOVÁ, M., STAŇKOVÁ, M. A KOL. *Ošetřovatelství*.

⁵⁹ ROZSYPALOVÁ, M., STAŇKOVÁ, M. A KOL. *Ošetřovatelství*.s. 176.

⁶⁰ Tamtéž, s. 177.

⁶¹ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 27.

injekčních léků se po bytě i venku může pohybovat i pacient, který tablety není schopen spolknout nebo je v sobě udržet.“⁶²

„Léčba bolesti udělala v posledních letech ve světě veliký pokrok a moderní prostředky k jejímu odstranění nebo alespoň zmírnění jsou dostupné i u nás. Patří sem i některé operativní zákroky, ozařování, chemoterapie, léčba hormonální, či léčba pomocí radioaktivních izotopů, blokády nervů, ale také láskyplná péče a pochopení, a v neposlední řadě i jistota, že život má i v této situaci svůj smysl.“⁶³

„Tím vším se zabývá lékařský obor nazvaný paliativní medicína, s níž stojí a padá celá hospicová péče.“⁶⁴

„Paliativní medicína je nejstarším známým oborem medicíny. V průběhu historie byla však pozapomenuta a přehlížena, teprve v druhé polovině 20. století jí začala být věnována větší pozornost. V ČR byla paliativní medicína jako obor spolu s léčbou bolesti uznána až v roce 2003.“⁶⁵

„Historie medicíny ukazuje, že až donedávna mohli lékaři jen výjimečně poskytnout léčbu, která by přímo ovlivnila příčinu onemocnění. Dodnes u řady chorob není tato léčba možná, protože současná medicína nezná (přesnou) patogenezi – příčinu vzniku těchto onemocnění. Všude tam, kde léčba nevede k definitivnímu uzdravení, kde tedy tzv. kurativní léčba není úspěšná nebo nemůže být ani nasazena, mluvíme o léčbě paliativní.“⁶⁶

„Rozvoj medicíny ve 2. polovině 20. století a její převratné úspěchy dávaly důvod k optimismu. Převládlo přesvědčení, že je pouze otázkou času a dalšího vývoje, kdy lidstvo vítězí nad všemi chorobami. Nevyléčitelně nemocní a umírající pacienti, u kterých „vítězná“ technologická medicína selhala, se pak často ocitali zcela na pokraji zájmu pracovníků. Jejich postoj je shrnut v tvrzení, že s pacientem, kterého nemůžeme vyléčit, se již „nic nedá dělat“. Hospicové hnutí vzniká jako určitá reakce, často protest proti výše uvedenému postoji. Naproti tvrzení „nic se nedá dělat“ staví přesvědčení, že bez ohledu na diagnózu,

⁶² SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 26.

⁶³ Tamtéž, s. 26.

⁶⁴ Tamtéž, s. 26.

⁶⁵ OPATRŇÝ, M. cit. dle MARTINEK, M. A KOL., *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, s. 150.

⁶⁶ Tamtéž, s. 150.

stupeň pokročilosti i nepříznivou prognózu, můžeme vždy udělat něco pro zlepšení kvality zbývajcího života.“⁶⁷

3.1 Charakteristika bolesti

„Bolest je definována jako nepříjemná senzorická (smyslová) a emocionální (citová) zkušenost, která se vztahuje k aktuální (skutečné) nebo potenciální (jen možné) poruše tkání nebo skutečností popsatelné v takovýchto poškozeních. Bolest může trvat různě dlouho. S ohledem na dobu trvání bolesti – a nejen na ní – rozeznáváme akutní a chronickou bolest.“⁶⁸

„Akutní bolest opakující se v nečekaných a krutých atakách, trvá maximálně několik dnů či týdnů. Vzniká na základě poškození tkáně mechanicky nebo nemocí. Při vyšší intenzitě představuje velkou psychickou zátěž. Obraz těchto změn se do značné míry kryje s podobným obrazem změn při zátěži, prudce se zvýší krevní tlak, prohloubí se dýchání, roste svalové napětí. Člověk, postižený akutní bolestí, je motoricky neklidný, někdy hlasitě křičí, snaží se odstranit zdroj bolesti. Lokalizace akutní bolesti je obvykle dobře určitelná a je kauzálně léčitelná.“⁶⁹

„Akutní bolest má ochranný charakter. Postiženého varuje a zabraňuje dalšímu zhoršování stavu. Vede ke komplexnímu chování postiženého – např. vyhledání pomoci a podrobení se určité terapii.“⁷⁰

„Chronická bolest představuje pro člověka vždy stav nouze, který deformuje celou lidskou osobnost a prověřuje její kvality a vztahy k okolí.“⁷¹

„Chronická bolest ochranný charakter ztrácí a navíc je vytrvalá a urputná, nedovolí nemocnému myslet na nic jiného. Nemá obvykle funkci varovného signálu a zmírnění chronických bolestí se samo o sobě jeví jako cíl terapie.“⁷²

⁶⁷ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. *Paliativní medicína*, s. 20.

⁶⁸ KŘIVOHLAVÝ, J. *Bolest a její diagnostika*.

⁶⁹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Bolest a její diagnostika*, s. 7.

⁷⁰ Tamtéž, s. 8.

⁷¹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Bolest a její diagnostika*, s. 7.

⁷² SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 30.

„Bolest může být různě silná. Čím je silnější, tím více nemocného objektivně i subjektivně zatěžuje. Slabá bolest je pro nemocného celkem snesitelná, i když je nepříjemným průvodním příznakem onemocnění. Vliv na celkový stav organismu zpravidla nemá. Střední bolest již nemocný snáší hůře, zejména trvá-li dlouho. Zde se rozdílně uplatňuje individuální citlivost každého jedince. Objevují se již první známky celkové odezvy organismu. Silnou bolest prožívá nemocný jako krajní nepříjemnost, která je doprovázena vegetativním syndromem. Při nesnesitelné bolesti může nemocného vlivem obrovského pocitu bolesti dokonce ztratit kontrolu nad svým chováním.“⁷³

„Bolesti jsou u onkologických nemocných nejčastějším příznakem probíhající choroby a vyskytuje se u tří čtvrtin pacientů v terminálních stadiu onkologického onemocnění. Nádorové bolesti bývají obvykle trvalé a jsou definovány jako sled bolestivých syndromů, které se stupňují v závislosti na progresi onemocnění a které v průběhu času se stávají chronickými.“⁷⁴

„Pro pacienta s bolestmi a maligní chorobou je důležité, že lékař je s ním a naslouchá mu. Velkou roli hraje nejen slovní, ale i mimoslovní komunikace. Důležité je emocionální vcítění se a pochopení pacientovi situace. Častý kontakt je pro nemocného významný. Je mu tím dáváno najevo, že není zapomenut, že se svými starostmi nezůstal sám.“⁷⁵

3.2 Charakteristika paliativní medicíny

Paliativní medicína neboli útěšná medicína představuje ucelený systém pomoci umírajícím a jejich rodinám. Je to celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Léčí příznaky, symptomy nemoci, kde již není možné odstranit, vyléčit její příčinu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života

⁷³ ROZSYPALOVÁ, M., STAŇKOVÁ, M. *Ošetrovatelství*, s. 177.

⁷⁴ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. *Paliativní medicína*, s. 31.

⁷⁵ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. *Paliativní medicína*, s. 41.

nemocných a jejich rodin. Postupy paliativní medicíny se nemoc sice neodstraní, ale přesto se subjektivní stav pacienta může zlepšit.⁷⁶

„Paliativní péče je aktivní péče o pacienty s cílem mírnit bolest a jiné symptomy a nabízet psychologickou, sociální i duchovní podporu. Proto vyžaduje multidisciplinární tým. Cílem paliativní péče je dosažení co možná nejlepší kvality života pacientů i jeho blízkých. Další charakteristikou je otevřená komunikace s pacientem a práce s rodinou. Paliativní péče podporuje život, pohlíží na umírání jako na přirozený proces a neurychluje ani neoddaluje přicházející smrt.“⁷⁷

„Paliativní medicína bývá často veřejností chápána jako nová disciplína, ve skutečnosti je však asi nejstarším lékařským oborem, protože až do novověkého pokroku medicíny byly jen u mála nemocí k dispozici skutečné možnosti účinné léčby. Ale i dnes platí, že vinou neodvratné konečnosti našeho života se v jistém okamžiku ocitne kurativní medicína u konce svých možností. Všechno by bylo iluzí. V této fázi se cílem lékařského snažení stává místo terapie zmírňování symptomů.“⁷⁸

Paliativní léčbu lze zařadit do onkologické péče vedle léčby kurativní a podpůrné. Všechny tyto přístupy se navzájem prolínají. Cílem není prodlužování života, nýbrž kvalita života. Cílem je provádět integrovanou komplexní péči, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného v terminální fázi života. Paliativní starostlivost je možno poskytovat v hospicích, v domácnostech anebo nemocnicích. V systému paliativní péče je důležitá i úloha rodiny nemocného. Hospice jsou tedy jen jednou z několika možných forem, kde se poskytuje paliativní péče a léčby bolesti. Paliativní léčba má komplexní, multidisciplinární přístup k nemocnému. Vyžaduje multidisciplinární tým, tj. řadu odborníků

⁷⁶ VIRT, G. *Žít až do konce*.

⁷⁷ OPATRŇÝ, M. cit. dle MARTINEK, M. A KOL., *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, s. 151.

⁷⁸ VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 36.

různých profesí, kteří se vzájemně setkávají a diskutují jak nejučinněji individuálně řešit problémy nemocného.⁷⁹

4. PÉČE O DUŠI UMÍRAJÍCÍHO

„V každém člověku je kdesi v hloubi nevyvratitelně zakořeněna touha po nesmrtelnosti. Víra ve věčný život v plnosti je vždy pro věřícího (tedy skutečně z víry žijícího) člověka nenahraditelnou nadějí. Pokud s nemocným takovou nadějí člověk sdílí, neměl by se ostýchat nahlas o tom s ním mluvit. I když je psáno, že „ani oko nevidělo, ani ucho neslyšelo, ani rozum člověku nevstoupilo, co Bůh připravil těm kteří ho milují“, nebojte se pustit uzdu fantazie a s nemocným si o jeho nadějích povídat. Úplně nejlepší bude, když při tom na chvíli zapomenete, že jste dospělí, příliš moudří a vážení. Zkuste být jako děti. Určitě se při tom od srdce zasmějete. A nepochybně bude takový rozhovor zdrojem radosti, naděje a síly pro oba.“⁸⁰

„Nevěřící člověk si ale zpravidla taky nějak představuje svoji nesmrtelnost, v níž v hloubi duše doufá. Někdo se těší z toho, že bude žít dál ve svém potomstvu, jiný zase ve svém díle, které zde zanechal.“⁸¹

„I kdyby se nám zdály naděje druhého falešné, nelze mu je brát. Jediné nešetrné slovo nebo chyba v mimoslovní komunikaci může zasít pochybnost a nemocného připravit o naději. Je nutno vážit každé slovo. Nikdy bychom neměli říci, že situace je beznadějná. Lze po pravdě přiznat, že je to vážné nebo těžké. Rozdíl je v tom, že důraz je na tíži, nikoliv na beznaději.“⁸²

⁷⁹ *Paliativní péče, léčba a medicína*. [on-line]. Praha [cit. 2008-10-19]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz>>.

⁸⁰ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 35.

⁸¹ Tamtéž, s. 35.

⁸² Tamtéž, s. 35.

4.1 Komunikace s umírajícím a jeho nejbližšími

Dnešní situace je charakteristická vytěsněním smrti a důsledkem toho je porušený mechanismus uvědomování si vlastní konečnosti právě tak jako odpovědnosti za život a smrt svou i ostatních. Vznikla situace, v níž zahájit ulevující autentický rozhovor o smrti je v podstatě nemožné. A přesto je to jediné východisko.⁸³

„Otázkou je tedy „jak“? – jak přistupovat k umírajícím lidem a jejich nejbližším, jak se k nim chovat, jak s nimi jednat? Existuje jednotný souhlas v tom, jak se nechovat: nevnucovat umírajícím potřebu přijmout (akceptovat) fakt konce. Uvědomit si nutnost přijmout fakt konce je možné jen z vlastního ujasnění situace a z vlastní svobodné vůle. Vnutit tento krok druhému prostě nejde.“⁸⁴

„Neotvírejte před pacientem problém umírání a smrti sami od sebe. Vyčkejte, až sám nastolí téma smrti a umírání. Bude-li hovořit o bolesti, hovořte o jeho bolesti. Jestliže vyjádří strach ze smrti, usedněte, vyslechněte ho a zeptejte se ho, z čeho konkrétně má obavy. Pokud si chce vyřídit nějaké záležitosti ohledně pohřbu nebo sepsat poslední vůli ještě dlouho před tím, než se přiblíží smrti, nezkoušejte ho od toho zrazovat, ale pomozte mu uspořádat jeho záležitosti.“⁸⁵

Existuje určitý souhlas v tom, že tam, kde někdo umírá, je zapotřebí zachovávat nejen klid a šířit tam pokojnou atmosféru, ale i si uvědomit, že člověk v agónii slyší a vnímá své okolí. Dále je že, umírajícímu je třeba spíše naslouchat nežli se snažit mu něco říci – mluvit s ním či spíše vést v jeho přítomnosti monolog. Lidé se obvykle neotevírají tehdy, když se jich na něco dotazujeme, když jim klademe otázky, ale otevírají své nitro spíše tehdy, když jim nasloucháme. Existuje i určitý souhlas s poznáním potřeby lidí blížících se konci života: všichni si přejí nebýt zcela opuštěni. Neznamená to, že by někdo musel

⁸³ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*.

⁸⁴ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 159

⁸⁵ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 18.

neustále s nimi hovořit. Spíše jde o pacientovu potřebu jistoty, že v místnosti, kde se nachází není sám.⁸⁶

„Nejdůležitější věc v komunikaci, je slyšet to, co nebylo řečeno nahlas“.

(P.F. Drucker)

4.2 Sdělování pravdy umírajícím

„Sdělit, či nesdělit pravdu nemocnému o povaze jeho vážné nebo nevléčitelné nemoci je otázka, která provází lékaře všech staletí a v budoucnu jistě bude i nadále zaměstnávat jejich mysl jako otázka závažná, opakovaně řešená a nejednoznačně zodpověditelná.“⁸⁷

„Dříve platilo pravidlo tzv. milosrdného oklamání. Soudilo se, že nesdělí-li lékař nemocnému diagnózu závažné a zhoubné nemoci, ušetří jej psychické trýzně. To byla jistě pravda, protože na rakovinu nebyl tehdy „žádný“ lék. Nemocnému skutečně většinou nic jiného nezbyvalo než v brzké době zemřít a lékaři byla vymezena role sekundanta, který nemůže pomoci, ale může potěšit.“⁸⁸

Dnes je „pravdivost“ u lůžka všeobecný požadavek. Je v popředí zájmu pacienty o jejich chorobách informovat. Sdělení musí být ale opatrné, individuální a mělo by brát v úvahu i to, co pacient vědět chce. Informovat by ho měl jeho ošetřující lékař. Pro takovýto rozhovor je žádoucí, nerušené, klidné prostředí.⁸⁹

„Panuje shoda v názorech, co se má dít po sdělení nebo poznání pravdy. V této chvíli více než kdykoliv předtím má nemocný výraznou potřebu druhého člověka, hřejivých slov a opravdové lidské spoluúčasti. Proto odborníci vyjádřili kategorický požadavek, totiž nezůstat s pravdou sám.“⁹⁰

⁸⁶ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*.

⁸⁷ HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*, s. 51.

⁸⁸ Tamtéž, s. 51.

⁸⁹ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. *Paliativní medicína*.

⁹⁰ HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*, s. 165.

4.3 Umění empatie

„Soucítěním, empatií se rozumí schopnost „vžít se do situace druhého člověka“ – dostat se „do jeho kůže“. Toto soucítění je třeba odlišit od „soucitu“. Ten vyjadřuje situaci nadřazenosti jednoho nad druhým, kdežto soucítění staví oba dva na stejnou úroveň. Druhého neponižuje, nestaví ho do role „žebráka“. Nevynáší mne do „pozice vyšší úrovně“ – např. možností, moci atp. Soucítění oba pozdvihuje. Chce to však dát stranou vlastní představy a za vlastní vzít to, co si asi pacient myslí, co cítí a chce. Pak lépe porozumíme, kdy potřebuje navlhčit rty, podat ruku, něco svěřit či být s Vámi zticha. Pochopíme pak lépe, kdy máme přestat dělat to či ono, mluvit, i kdy máme „včas“ odejít.“⁹¹

„Dokud to člověk sám nezažije, možná si ani dost dobře neuvědomí, co všechno nemocný ztrácí. Může to být jméno, postavení, životní jistota, soukromí, stud, životní rytmus, práce, stravovací zvyklosti, volnost pohybu, možnost aktivity atd. K tomu všemu naopak přibyla bolest, slabost, obavy, nepříjemná vyšetření a možná i nepříjemní spolupacienti a mnoho dalšího, převážně také ne příjemného).“⁹²

„Proto má nemocný právo reagovat na novou situaci i agresí, úzkostí, depresí, zmateností, poruchami chování apod. Nepřipravené okolí obvykle reaguje na takové pacientovi projevy negativně; to jeho agresivitu dále stupňuje, vzniká bludný kruh a nikomu to neprospívá. Zato dobře připravené okolí zvládne vzniklou situaci mnohem lépe a může být nemocnému obrovskou oporou a pomocí.“⁹³

4.4 Rodina před a po smrti umírajícího člena

„Role rodiny se za posledních 70 let změnila. Dříve byli její členové nejbližšími společníky umírajícího, poskytovali mu veškerou péči jak fyzickou,

⁹¹ KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*, s. 31.

⁹² SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 21.

⁹³ Tamtéž, s. 21.

tak i duchovní doprovod. V současnosti, více než 80% úmrtí nastává ve zdravotnických zařízeních.⁹⁴

„Na druhou stranu však značná část společnosti nemá osobní zkušenost s pomocí umírajícím. „Rodina přijde na návštěvu a neví, co má říkat, jak se má chovat a předpokládá, že profesionálové s příslušným vzděláním to vědí“.⁹⁵

„Příbuzným a přátelům často chybí konkrétní návody a doporučení, jak zvládat nesnadnou situaci, protože i oni, až do chvíle, než se setkali se smrtí tváří v tvář, žili v přesvědčení, že se jich poslední věci člověka netýkají, anebo že je na ně ještě dost času“.⁹⁶

„Největší obavy rodinných příslušníků a blízkých jsou spojeny se samotným obrazem smrti doprovázeným fyzickým a psychickým utrpením umírajícího. O to horší a dramatičtější reakce na situaci pak nastává, nemají-li rodinní příslušníci prožitky spojené s úmrtím v předchozí době (např. smrt prarodiče). „Cítí se zaskočení situací a mají pocit, že nejsou nebo nebudou schopni se vypořádat s touto mimořádnou situací“.⁹⁷

Nemohou se ve svých myšlenkách zbavit faktu blížící se ztráty člena rodiny. Pocity blízkých jsou velmi proměnlivé – mohou se tak pohybovat od obav z utrpení milovaného člověka, k obavám ze svého selhání, přes kruté výčitky svědomí až po deprese s beznadějí.⁹⁸

„Čím větší díl takového zármutku příbuzní prožijí a vyjádří před pacientovou smrtí, tím méně nesnesitelný pro ně jejich zármutek bude, až jejich blízký zemře.“⁹⁹

„Sotva si asi uvědomují, že opravdové a upřímné city přijímá nemocný mnohem snáze, než jakousi málo důvěryhodnou masku, kterou zpravidla časem prohlédne, a která pro něho znamená spíše zklamání, než pomoc v obtížné životní situaci.“¹⁰⁰

⁹⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů – komentované vydání*, s. 137.

⁹⁵ Tamtéž, s. 137.

⁹⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s.15.

⁹⁷ MISCONIOVÁ, H. *Péče o umírající – hospicová péče*, s. 60 – 61.

⁹⁸ MISCONIOVÁ, H. *Péče o umírající – hospicová péče*.

⁹⁹ KÜBLER – ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*, s. 149.

¹⁰⁰ Tamtéž, s. 149.

„Mohou-li členové rodiny sdílet své city společně, postupně se postaví k realitě nevyhnutelného rozloučení čelem a společně dojdou ke smíření s ní.“¹⁰¹

„Údobím, které je pro pacientovu rodinu a jeho příbuzné nejtěžší a nejbolestnější, je pravděpodobně konečná fáze, kdy se nemocný pomalu odpoutává od svého dosavadního světa, včetně své rodiny. Lidé, kteří jsou nemocnému na blízku, si obvykle neuvědomují, že umírající, který již našel mír a smířil se se smrtí, se musí krok po kroku vzdálit od svého okolí i od těch, které nanejvýš miloval.“¹⁰²

„Měli bychom to chápat právě jako způsob, jakým se postupně odpoutává. Jeho nejbližší to často špatně interpretují jako odmítnutí a reagují velmi bolestně a dramaticky.“¹⁰³

„Myslím, že bychom jim mohli velice prospět, kdybychom jim pomohli dobrat se poznání, že jenom lidé, kteří už se se svým umíráním dokázali vyrovnat, jsou schopni rozloučit se s tímto pozvolným a klidným způsobem.“¹⁰⁴

„Lidé jsou individuálními bytostmi, a proto i odlišně reagují na ztrátu blízké osoby smrtí. Truchlení je proces, je to přirozená reakce na úmrtí milované osoby. Truchlení je přirozená reakce potřebná k tomu, aby se člověk se ztrátou vyrovnal (popřípadě dozrál), a to zejména tím, že se s ní smíří a přijme ji.“¹⁰⁵

„Rozdělte-li se s někým o svou radost, zdvojnásobí se, rozdělíte-li se o smutek, stane se polovičným“.

(Sinclair Lewis)

¹⁰¹ KÜBLER – ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*, s. 149.

¹⁰² Tamtéž, s. 149.

¹⁰³ Tamtéž, s. 149.

¹⁰⁴ Tamtéž, s. 149.

¹⁰⁵ VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*, s. 245.

Praktická část

5 CÍL SOCIÁLNÍHO ŠETŘENÍ

Cílem sociálního šetření této bakalářské práce je snaha zjistit jaké povědomí má laická veřejnost z Prachatic a blízkého okolí o hospicové péči? Současně také sledovat v čem vidí její přínos? A co naopak vidí jako negativum v rámci této péče.

Další významnou částí šetření bude zjistit, v jaké míře a za jakých podmínek jsou ochotni podnikatelé z Prachatic a blízkého okolí pomoci hospicovému hnutí na jihu Čech a přispět tak na provoz Hospice sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích.

6 STANOVENÍ VÝZKUMNÝCH HYPOTÉZ

Hypotéza č.1 (dále jen H1)

Předpokládám, že laická veřejnost z Prachatic a blízkého okolí má povědomí o hospicové péči.

Poznámka: Povědomí z pohledu laické veřejnosti znamená, že rozumí pojmu hospicová péče a znají služby, které hospic poskytuje.

Zdůvodnění: viz podkapitoly 2.3 Formy hospicové péče a 2.4 Služby poskytované hospicem

Hypotéza č.2 (dále jen H2)

Předpokládám, že podnikatelé v Prachaticích a v jejich blízkém okolí budou ochotni pomoci hospicovému hnutí a přispět tak na provoz Hospice sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích.

Zdůvodnění: viz podkapitoly 2.2 Hospicové hnutí, 2.5 Financování hospicové péče a příloha č. IV. Seznam a adresář hospiců v ČR

7 POPIS TERÉNU SOCIÁLNÍHO ŠETŘENÍ A VÝZKUMNÉHO VZORKU RESPONDENTŮ

7.1 Popis terénu sociálního šetření

Výzkum probíhal v okrese Prachatice v době od 25.1. do 15.2. 2009, kde byly osloveny dvě skupiny respondentů, laická veřejnost a podnikatelé z Prachaticka a okolí. Město Prachatice leží v jihozápadní příhraniční části České republiky a je součástí Jihočeského kraje. Okolí města je tvořeno podhorskou vrchovinou s dominantním vrcholem Libína (1096 m n.m.), která plynule přechází v horské pásmo Šumavy. Městem protéká Živný potok, západně od města se nachází řeka Blanice a Husinecká přehrada. Počet obyvatel je 11.722 (k 21.9.2007).

K výběru terénu sociálního šetření mě vedly dva důvody, město Prachatice je místo mého trvalého pobytu a Hospic sv.Jana Nepomuka Neumanna je jediným hospicem v Jihočeském kraji.

Hospic Sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích

Desátý hospic v ČR byl uveden do provozu 1. 11. 2005, zřizovatelem je Občanské sdružení Hospic sv. Jana N. Neumanna. Kapacita tohoto zařízení je 30 lůžek. Z toho je 22 pokojů jednolůžkových a 4 dvoulůžkové. Každý pokoj je také vybaven přistýlkou pro blízkou osobu. Její pobyt je vítán a umožněn kdykoliv. Režim návštěv je přizpůsoben potřebám pacienta 24 hodin denně 365 dní v roce.¹⁰⁶

¹⁰⁶ *Kde jsou již existující hospice* [on-line]. Praha [cit. 2008-11-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz>>.

7.2 Popis výzkumného vzorku respondentů

Je tvořen dvěma skupinami respondentů a) pro laickou veřejnost, b) pro podnikatele

Dotazník pro laickou veřejnost

- je představen v tabulkách č. 1-5 a vyjádřen i v procentech

Tabulka č.1

Představení vzorku respondentů podle pohlaví:

Pohlaví	Počet respondentů	%
mužské	40	42
ženské	55	58
Celkem	95	100

Tabulka č. 2

Představení vzorku respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání:

Vzdělání	Počet respondentů	%
základní	0	0
vyučen/a	11	11
středoškolské	68	72
vyšší odborné	2	2
vysokoškolské	14	15
Celkem	95	100

Tabulka č. 3

Představení vzorku respondentů podle rodinného stavu:

Rodinný stav	Počet respondentů	%
svobodný	20	21
svobodná	26	27
ženatý	15	16
vdaná	24	25
rozvedený	3	3
rozvedená	4	4
vdovec	2	2
vdova	1	1
Celkem	95	100

Tabulka č. 4

Představení vzorku respondentů podle věku:

Věk	Počet respondentů	%
15-24 let	31	33
25-39 let	24	25
40-59 let	23	24
60 a více let	17	18
Celkem	95	100

Tabulka č. 5

Představení vzorku respondentů podle trvalého bydliště:

Bydliště	Počet respondentů	%
venkov	34	36
město	61	64
Celkem	95	100

Dotazník pro podnikatele

- je představen v tabulkách č. 6-10 a vyjádřen i v procentech

Tabulka č. 6

Představení vzorku respondentů podle pohlaví:

Pohlaví	Počet respondentů	%
mužské	27	54
ženské	23	46
Celkem	50	100

Tabulka č. 7

Představení vzorku respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání:

Vzdělání	Počet respondentů	%
základní	0	0
vyučen/a	11	22
středoškolské	28	56
vyšší odborné	1	2
vysokoškolské	10	20
Celkem	50	100

Tabulka č. 8

Představení vzorku respondentů podle rodinného stavu:

Rodinný stav	Počet respondentů	%
svobodný	8	16
svobodná	4	8
ženatý	13	26
vdaná	14	28
rozvedený	5	10
rozvedená	2	4
vdovec	1	2
vdova	3	6
Celkem	50	100

Tabulka č. 9

Představení vzorku respondentů podle věku:

Věk	Počet respondentů	%
15-24 let	2	4
25-39 let	24	48
40-59 let	23	46
60 a více let	1	2
Celkem	50	100

Tabulka č. 10

Představení vzorku respondentů podle trvalého bydliště:

Bydliště	Počet respondentů	%
venkov	12	24
město	38	76
Celkem	50	100

8 NÁSTROJE SBĚRU DAT

8.1 Výzkumné metody

Pro své šetření jsem využila metodu terénního výzkumu (získání informací) a metodu matematicko statistickou (vyhodnocení informací získaných terénním výzkumem).

8.2 Výzkumné techniky

S ohledem na téma mé bakalářské práce s názvem „Hospicová péče v povědomí laické veřejnosti na Prachaticku“ jsem se rozhodla pro dva typy dotazníků. Tato technika je poměrně snadná, může zahrnout velký počet respondentů v relativně krátkém čase. Výhodou dotazníku je zachování anonymity respondenta a to vzhledem k pokládaným otázkám. Je zde také riziko zkreslení informací, neboť zkoumaná osoba ví, že je předmětem zkoumání, a proto může odpovídat co se má a ne jak je to ve skutečnosti.

Dotazník pro laickou veřejnost má 10 otázek, obsahuje otázky otevřené č. 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, na které respondent odpovídá vlastními slovy, dále polootevřené č. 6, 7, které dávají respondentovi možnost odpovědět označením některé varianty či může odpovědět vlastními slovy a otázku uzavřenou č. 10. V dotazníku jsou také otázky identifikační, které slouží k rozdělení respondentů podle pohlaví, nejvyššího dosaženého vzdělání, rodinného stavu, věku a trvalého bydliště.

Dotazník pro podnikatele má také 10 otázek, rovněž obsahuje otázky otevřené č. 4, 5, 6, 10, na které respondent odpovídá vlastními slovy, dále polootevřené č. 1, 2, 7, které dávají respondentovi možnost odpovědět označením některé varianty či může odpovědět vlastními slovy a otázky uzavřené č. 3, 8, 9. V dotazníku jsou také otázky identifikační. Tyto pomohou rozdělit respondenty podle pohlaví, nejvyššího dosaženého vzdělání, rodinného stavu, věku a trvalého bydliště. Dotazníky jsem předávala osobně nebo prostřednictvím jiné osoby. U obou dotazníků je ponechán prostor na další vyjádření respondentů, ale nikdo ho nevyužil.

9 VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ SOC. ŠETŘENÍ

9.1 Vyhodnocení a interpretace dotazníku pro laickou veřejnost z okresu Prachatice

H1: Předpokládám, že laická veřejnost z Prachaticka a blízkého okolí má povědomí o hospicové péči.

Poznámka: Povědomí z pohledu laické veřejnosti znamená, že rozumí pojmu hospicová péče a znají služby, které hospic poskytuje. Za potvrzenou H1 budu považovat tehdy, jestliže více než 46 respondentů bude na otázky, které se k ní vztahují odpovídat kladně.

K H1 se vztahují otázky č. 1, 2, 3, 4, 8, 9 z dotazníku pro laickou veřejnost.

Ostatní otázky č. 5, 6, 7, 10 mají doplňující a informační charakter.

Výsledky jsou uvedeny v Příloze č. I. do tabulek č. 11 - 20, otázky č. 4, 6, 7, 10 jsou vyjádřeny i v %, jelikož zde respondenti uvedli pouze jednu variantu odpovědi.

Otázka č. 1:

Co si představujete pod pojmem hospic?

Výsledky jsou zpracovány do tabulek č. 11, č. 11a a č. 11b.

U této otázky je celkový počet odpovědí vyšší než je počet respondentů, neboť respondenti vypsali více variant odpovědí.

Současně jsou sestaveny odpovědi respondentů na správné a chybné.

85 odpovědí bylo správně vypsáno. Za správné povědomí považuji tyto odpovědi respondentů: 37x „zařízení pro nevléčitelně nemocné“, 26x „důstojné umírání“, 12x „bezbolestné umírání“, 5x „doprovázení“, 3x „ošetřovatelská péče“ a 2x „paliativní medicína“. Jak je patrné, tyto varianty odpovědí souhlasí s kapitolou 2 Hospicová péče v teoretické části.

Varianta „péče o dlouhodobě těžce nemocné“ spíše charakterizuje LDN. Takto odpovědělo 12 respondentů, 8 „zařízení pro staré a nemohoucí lidi“, 6 respondentů odpovědělo „domov pro dožití“ (záleží jak to respondenti mysleli. Je to opravdu poslední místo ke skonání? Vždyť hospic je také místo pro zlepšení kvality života a možnosti nebýt sám v posledních chvílích svého života)! Tato varianta odpovědi by se mohla dále prozkoumat např. technikou řízeného rozhovoru. 3 „domov důchodců“, 2 respondenti odpověděli „nevím“, a proto nemají konkrétní představu pod pojmem hospic.

V porovnání počtu odpovědí z tabulky 11a a z tabulky 11b převažují správné odpovědi respondentů. Což je tedy potěšující a vede k tomu, že respondenti pojmu hospic rozumějí. V této otázce se potvrzuje H1.

Otázka č. 2:

Které služby, dle Vašeho mínění, hospic nabízí? Stručně prosím vypište:

Výsledky jsou zpracovány do tabulky č. 12.

U této otázky je celkový počet odpovědí vyšší než je počet respondentů, neboť respondenti vypsali více variant odpovědí.

52 respondentů odpovědělo „zdravotní péčí“, je zajímavé, že respondenti vnímají rozdíl mezi „zdravotní péčí“ a 5 respondentů „léčbou bolesti“. 45 zabezpečení „biologických“ potřeb, 24 zabezpečení „psychických“ potřeb, 11 „zabezpečení „sociálních“ potřeb, 20 zabezpečení „duchovních“ potřeb. Překvapilo mě, že respondenti vypsali „paliativní medicínu“ jako variantu odpovědi. Dále je dobré, že 24 respondentů odpovědělo jako nabízenou službu „doprovázení blízkou osobou“. 8 „poradenství“, 8 „péče o pozůstalé“, 4 „stravování pro veřejnost“, 4 „ošetřování v lepších podmínkách než na LDN“, 4 respondenti odpověděli „respitní pobyt“, 3 „půjčování pomůcek“ a pouze 2 respondenti „pomoc dobrovolníků“. 7 respondentů nemá představu o nabízených službách. Jak je patrné z odpovědí respondentů, tak tyto varianty ukazují jak je uvedeno v podkapitole 2.4 Služby poskytované hospicem, že respondenti mají přehled o nabízených službách v hospici. V této otázce se potvrzuje H1.

Otázka č. 3:

Znáte místa, kde se nachází hospice v ČR?

Výsledky jsou zpracovány do tabulky č. 13.

U této otázky je celkový počet odpovědí vyšší než je počet respondentů, neboť respondenti opět vypsali více variant odpovědí.

78 respondentů odpovědělo „Prachatice“. 12 „Praha“, 11 „Plzeň“, 9 „Červený Kostelec“, 9 „Litoměřice“, 8 „Brno“, 7 „Most“, 6 „Olomouc“, 17 respondentů „nezná“ kde jsou hospice v ČR. Současně je překvapivé, že respondenti byli z okresu Prachatice a neuvědomili si, že je zde postaven hospic! Z respondentů nikdo neuvedl Hospic ve Valašském Meziříčí, Ostravě, Červanech. Jak je patrné z Přílohy č. IV. Seznam a adresář hospiců v ČR respondenti mají povědomí o rozmístění hospiců v ČR. Zde jsem očekávala, že všech 95 respondentů uvede na prvním místě Prachatice, ale nestalo se tak. V této otázce se potvrzuje H1.

Otázka č. 4:

Domníváte se, že je dostatek zařízení v ČR, které hospicovou péči nabízí?

Výsledky jsou zpracovány do tabulky č. 14.

68 respondentů (72%), že je hospicových zařízení v ČR „nedostatek“. 14 respondentů (15%) se domnívá, že „dostatek“. 13 respondentů (14%) odpovědělo „nevím“.

Současně výsledky ukazují, že respondenti vnímají celkový počet hospiců v ČR, jako nevyhovující, neboť v Příloze č. IV. je uveden jejich celkový počet a další zařízení hospicového typu.

Zde by tedy stálo na zvážení, zda orgány zodpovědné za hospicovou péči, by měly zvážit a zajistit „pravděpodobně“ vyšší počet zařízení hospicového typu. Dále by bylo vhodné u 13 respondentů, kteří uvedli variantu „nevím“ tuto problematiku blíže prozkoumat, jak to mysleli, např. formou řízeného rozhovoru.

Nestálo jim snad za námahu se nad touto problematikou více zamýšlet? V této otázce se potvrzuje H1.

Otázka č. 5:

Z jakého zdroje jste se o problematice hospicu dozvěděl/a?

Výsledky jsou zpracovány do tabulky č. 15.

U této otázky je celkový počet odpovědí vyšší než je počet respondentů, neboť respondenti vypsali opět více variant odpovědí.

Většina respondentů na tuto otázku odpovědělo z médií (tj. „noviny“ 30 respondentů, „televize“ 20 respondentů, „rádio“ 15 respondentů, „internet“ 14 respondentů). 18 respondentů odpovědělo jako zdroj „školu“. Překvapivé je, že „propagační materiály“ odpověděli pouze 3 respondenti. Současně je z odpovědí patrné, že média mají tedy velký vliv ohledně informovanosti respondentů.

Otázka č. 6:

Využil/a jste již nějakou nabízenou službu, kterou hospic poskytuje?

ANO -jakou službu?

NE – proč?

Výsledky jsou zpracovány do tabulky č. 16.

4 respondenti (4%) odpověděli ANO se zdůvodněním: „doprovázení blízké osoby“, „doporučení konzultace své kamarádce“, „zajištění exkurse“ a „odebírání obědů“. Žádný z respondentů neodpověděl ANO bez zdůvodnění. 75 respondentů (79%) odpovědělo NE se zdůvodněním, že „k tomu zatím nebyl důvod“.

Stálo by za podrobnější prozkoumání, proč převažují odpovědi negativní. Opravdu dosud není o tyto služby z řad laické veřejnosti z Prachaticka zájem?

Otázka č. 7:

Využil/a nabízené služby někdo z vašeho okolí, které hospic poskytuje?

ANO – konkrétně jakou?

NE - proč?

Výsledky jsou zpracovány do tabulky č. 17.

11 respondentů (12%) odpovědělo ANO se zdůvodněním takto: 8x „doprovázení blízké osoby“, 2x „odebírání obědů“, 1x „zapůjčení pomůcek“. 84 respondentů (88%) odpovědělo NE bez zdůvodnění.

Současné odpovědi ukazují na to, že převažují jedinci, kteří dosud služby hospice nevyužili. Překvapilo mě, že jen 8 respondentů využilo „doprovázení blízké osoby“, očekávala bych zde větší číslo.

Otázka č. 8:

V čem vidíte pozitiva hospicové péče? Stručně prosím zdůvodněte:

Výsledky jsou zpracovány do tabulky č. 18.

U této otázky je celkový počet odpovědí vyšší než je počet respondentů, neboť respondenti vypsali více variant odpovědí.

38 respondentů odpovědělo, že pozitivem hospicové péče je „kvalitní ošetrovatelská péče a větší zájem o klienty než v nemocnici“, což je pro mne velmi potěšující. 28 respondentů shledává jako pozitivum „možnost doprovázení blízkých“. Dále 26 respondentů odpovědělo „důstojné umírání“ a 14 respondentů „hezké, rodinné prostředí“. 8 „individuální zájem o pacienta“, 8 „bezbolestné umírání“, 8 „pomoc rodinám“, 3 „pomoc lidem“, 1 „duchovní služby“, 1 „staří, nemohoucí a postižení mají sociální zázemí“, 1 „dlouhodobá péče“, 1 „pomoc dobrovolníků“, 1 „hospic je pro věřící i nevěřící“. Je zarážející, že 2 respondenti „žádná pozitiva“ neshledávají a 7 respondentů o žádných „neví“. Odpovědi respondentů charakterizují pozitiva, tak jak uvádí podkapitola 2.4 Služby poskytované hospicem v teoretické části. V této otázce se potvrzuje H1.

Otázka č. 9:

V čem vidíte negativa hospicové péče? Stručně prosím zdůvodněte:

Výsledky jsou zpracovány do tabulky č. 19.

U této otázky je celkový počet odpovědí vyšší než je počet respondentů, neboť respondenti vypsali více variant odpovědí.

50 respondentů odpovědělo, že „žádná negativa“ neshledávají, což je výborné! Dále odpovědělo 7 respondentů „hospic bere naději“ nebo 5 respondentů odpovědělo „depresivní působení“, zde by se mělo dále prozkoumat, jak to respondenti mysleli, zda je to jejich osobní negativní zkušenost? Podrobněji zjistit např. řízeným rozhovorem. Dále jako negativum vnímají 5 respondentů „nedostatek financí na provoz“, 3 respondenti „málo soukromí klientů“ – v hospici je možnost pobytu rodinného příslušníka nebo blízkého a zdravotní péče a služby jsou dle potřeby a domluvy. 3 „nerodinné prostředí“, 3 „cena za péči“, 3 „není širokou veřejností uznáván“, 2 „zneužívání služeb – rodina se chce zbavit starého člověka“, 2 „neinformovanost veřejnosti, nevyužívání služeb“, 2 „syndrom vyhoření u zaměstnanců“, 1 „příjem pacientů jen s onkologickou diagnózou“, 1 „klienti nemohou být doma s rodinou“. Jeden respondent odpověděl „dlouhá čekací lhůta na přijetí“ – pokud je volná kapacita (např. hospic v PT) příjem je možný ihned. Odpověď respondenta „oblbování pacientů“ mně velmi udivila a dalším výzkumem by bylo dobré zjistit (např. řízeným rozhovorem) jak to respondent myslel? 7 respondentů odpovědělo, že „neví o negativěch hospicové péče“ a také 7 respondentů „neví o pozitivěch hospicové péče“ viz tabulka č. 18. Současně pokud porovnáme součet odpovědí v tabulce č. 18, která zjišťuje pozitivě se součtem odpovědí v tabulce č. 19 ohledně negativ, tak jednoznačně převládají klady nad zápory v rámci hospicové péče. V této otázce se potvrzuje H1.

Otázka č. 10:

Byl/a jste se někdy v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích podívat?

ANO – NE

Výsledky jsou zpracovány do tabulky č. 20.

Z výsledků dotazníku jsem zjistila, že 53 respondentů (56%) se již v hospici bylo podívat a 42 respondentů (44%) se zde ještě nebylo podívat. Stálo by za zvážení, zda je třeba se zamyslet nad dalším „zviditelněním“ se jediného hospice na jihu Čech.

9.2 Vyhodnocení a interpretace dotazníku pro podnikatele z okresu Prachatice

H2: Předpokládám, že podnikatelé v Prachaticích a v jejich blízkém okolí, budou ochotni pomoci hospicovému hnutí a přispět tak na provoz Hospice sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích.

Poznámka: Za potvrzenou H2 budu považovat tehdy, jestliže více než 27 respondentů bude na otázku, které se k ní vztahují, odpovídat kladně.

K H2 se vztahují otázky č. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 z dotazníku pro podnikatele.

Ostatní otázky č. 1, 2 mají doplňující a informační charakter.

Výsledky jsou uvedeny v Příloze č. I. do tabulek č. 21 - 30, otázky č. 1, 6, 7, 9 jsou vyjádřeny i v %, jelikož zde respondenti uvedli pouze jednu variantu odpovědi.

Otázka č. 1:

Znáte kde je postaven nejbližší hospic?

ANO – kde

NE

Výsledky jsou zpracovány do tabulky č. 21.

42 respondentů (84%) odpovědělo ANO – „Prachatice“, což je výborné! 2 respondenti (4%) se domnívají, že nejbližší hospic je v „Plzni“ a překvapivě 6 respondentů (12%) „neví“, že je v Prachaticích postaven hospic. Jak je patrné, opět odpovědi respondentů ukazují, že na jihu Čech je jediný hospic a také varianty odpovědí korespondují s Přílohou č. IV. Seznam a adresář hospiců v ČR.

Otázka č. 2:

Z jakých zdrojů je dle Vašeho mínění, možno zajistit provoz hospice?

- *ze státního rozpočtu*
- *ze zdravotního pojištění*
- *klient si péči hradí sám*
- *vícezdrojové financování - sponzorství*
- *jiná možnost-doplňte konkrétně o jaký zdroj se jedná*

Výsledky jsou zpracovány do tabulky č. 22.

U této otázky je celkový počet odpovědí vyšší než je počet respondentů, neboť respondenti vypsali více variant odpovědí.

Nejvíce respondentů 26 odpovídalo že péče je hrazena z vícezdrojového financování, 1 respondent odpověděl variantu jiné možnosti a to projekty „Evropského sociálního fondu“. Odpovědi korespondují s teoretickou částí, viz podkapitola 2.5 Financování hospicové péče. A sice v tom, že respondenti mají přehled ohledně financování hospicové péče.

Otázka č. 3:

Pokud by jste byl/a ochoten/a pomoci, do jaké oblasti by jste chtěl/a , aby Vaše forma pomoci byla poskytnuta?

- *na zakoupení vybavení pro klienty*
- *na materiální vybavení hospice*
- *na zakoupení kompenzačních pomůcek pro klienty*
- *na zakoupení léků*
- *ano pomohu, ale formu pomoci nechám na rozhodnutí kompetentních pracovníků*
- *nevím*

Výsledky jsou zpracovány do tabulky č. 23.

U této otázky je celkový počet odpovědí vyšší než je počet respondentů, neboť respondenti vypsali více variant odpovědí.

Nejvíce respondentů 25 odpovědělo variantu, že jsou ochotni přispět, ale formu pomoci nechají na zvážení kompetentních pracovníků. 6 respondentů odpovědělo na zakoupení vybavení pro klienty, 6 na materiální vybavení hospice, 3 na zakoupení kompenzačních pomůcek pro klienty, 7 na zakoupení léků. 8 respondentů odpovědělo variantu nevím. Uvedením odpovědi nevím by stálo na zvážení, zda např. řízeným rozhovorem blíže zjistit proč respondenti takto odpověděli. Současně z odpovědí plyne, že respondenti mají snahu a ochotu hospici nějakou formou pomoci. V této otázce se potvrzuje H2.

Otázka č. 4:

V čem vidíte přínos pomoci hospici finančně?

Výsledky jsou zpracovány do tabulky č. 24.

U této otázky je celkový počet odpovědí vyšší než je počet respondentů, neboť respondenti vypsali více variant odpovědí.

Nejvíce respondentů 14 odpovědělo, že jako přínos finanční částkou pro hospic shledávají „zakoupení všeho co je potřebné“. 11 „materiální vybavení“, 7 „lepší prestiž“, 7 „pomůcky pro klienty“, 3 „udržení provozu“. Zarážející je, že 12 respondentů odpovědělo „nevím“! Mohlo by se dále zjistit dalším výzkumem. Nechtělo se jim odpovídat? Nebo neznají problematiku hospicové péče? Současně z odpovědí respondentů vyplývá, že převažuje přínos finanční pomoci hospici v Prachaticích. V této otázce se potvrzuje H2.

Otázka č. 5:

V čem vidíte přínos pomoci hospici věcnou dávkou?

Výsledky jsou zpracovány do tabulky č. 25.

U této otázky je celkový počet odpovědí vyšší než je počet respondentů, neboť respondenti vypsali více variant odpovědí.

Nejvíce respondentů 16 odpovědělo, že pomoc věcnou dávkou je „konkrétnější, adresnější“. 8 „vylepšení“, 7 „zpříjemnění pobytu“, 7 „praktické využití“, 3 „materiální vybavení“. Zarážející je, že 12 respondentů odpovědělo „nevím“, tak jako v otázce č. 4 viz tabulka č. 24. Z otázek č. 4 a č. 5 vyplývá, že respondenti vnímají téměř stejně, že lze hospici pomoci penězi, ale i věcně. Tak jak je uvedeno v podkapitolách 2.5 Financování hospicové péče, 2.4 Služby poskytované hospicem a 2.6 Multidisciplinární tým – úloha dobrovolníků v hospici v teoretické části. V této otázce se potvrzuje H2.

Otázka č. 6:

V čem vidíte „negativa“ pomoci pro hospic?

Výsledky jsou zpracovány do tabulky č. 26.

Nejvíce respondentů 34 (68%) odpovědělo, že „žádná negativa“ neshledávají, což je výborné! 6 respondentů (12%) odpovědělo, že „nemají kontrolu, jak bylo naloženo s jejich darem“, což se respondenti mylně domnívají, vždyť do hospice

se mohou kdykoliv přijít podívat, jak jejich dary pomáhají. 10 respondentů (20%) odpovědělo „nevím“, zjistit např. řízeným rozhovorem, proč tak odpověděli? Nechtělo se jim nad touto otázkou více zamyslet? Dále jak je z odpovědí patrné, že respondenti opět vnímají hospic pozitivně. V této otázce se potvrzuje H2.

Otázka č. 7:

Poskytl/a jste již nějakou formu pomoci Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích?

ANO

Ne – proč...

Výsledky jsou zpracovány do tabulky č. 27.

22 respondentů odpovědělo NE se zdůvodněním takto: 12x „nebyl/a jsem oslovena“, 6x „nevím, že zde je“, 2x „poskytl/a jsem finanční prostředky jinému zařízení“, 2x „financování by nemělo být postaveno na financování jednotlivcem“. 20 respondentů (40%) odpovědělo, že už poskytlo nějakou formu pomoci. Současně odpovědi respondentů přibližují formy pomoci, které jsou uvedeny v podkapitole 2.5 Financování hospicové péče v teoretické části. Dále z tabulky č. 27 výsledky ukazují, že převažují respondenti, kteří dosud žádnou formu pomoci neposkytli. V této otázce se potvrzuje H2.

Otázka č. 8:

O jakou formu pomoci se konkrétně jednalo?

- finanční***
- věcnou***

Tato otázka je určena těm respondentům, kteří v předchozí otázce odpověděli ANO.

Výsledky jsou zpracovány do tabulky č. 28.

Tato uzavřená otázka má za úkol zjistit o jakou formu pomoci se konkrétně jednalo u respondentů, kteří v otázce č. 7 odpověděli ANO, tj. 20 respondentů. 13 respondentů odpovědělo jako formu pomoci variantu finanční částkou, 7 respondentů odpovědělo věcnou dávkou. 30 respondentů neposkytlo žádnou formu pomoci. Lze hospici pomoci finanční i věcnou dávkou, jak je patrné

z podkapitoly 2.5 Financování hospicové péče v teoretické části. Současně tato tabulka č. 28 ukazuje, že respondenti raději volí formu finanční pomoci hospici. V této otázce se potvrzuje H2.

Otázka č. 9:

Kolikrát jste poskytl/a věcnou nebo finanční pomoc hospici?

- *jednou*
- *dvakrát*
- *tříkrát*
- *vícekrát*
- *dosud neposkytnul(a)*

Výsledky jsou zpracovány do tabulky č. 29.

Nejvíce respondentů 9 (18%) odpovědělo variantu dvakrát. 8 (16%) respondentů odpovědělo jednou, 2 (4%) třikrát, 1 (2%) vícekrát a 30 respondentů (60%) dosud neposkytnuli žádnou pomoc. Opět převažují ti respondenti, kteří dosud žádnou formu pomoci neposkytli. V této otázce se potvrzuje H2.

Otázka č. 10:

Co Vás k tomu vedlo, že jste se rozhodnul/a poskytnout tuto formu pomoci?

Stručně prosím zdůvodněte:

Tato otázka je určená těm respondentům, kteří v otázce č. 7 odpověděli ANO.

Výsledky jsou zpracovány do tabulky č. 30.

Nejvíce respondentů 8 odpovědělo jako důvod „soucit s nemocnými“. 3 „podpora v rámci Tříkrálové sbírky“, 2 „zkušenost“, 2 „solidarita“, 1 „návštěva hospice“, 1 „reklama“, 1 „udělat klientům radost“, 1 „peníze jsou věnovány na dobrou věc“, 1 „možná, že i já budu hospic někdy potřebovat“ a 30 respondentů doposud neposkytlo žádnou formu pomoci. Odpovědi ukazují na povědomí respondentů, charakteristiku důvodu pomoci a znalost nabídky hospicové péče. V této otázce se potvrzuje H2.

10 VERIFIKACE HYPOTÉZ

Legenda:

- + potvrzuje hypotézu
- vyvrací hypotézu
- + - neprůkazně potvrzuje

Otázky	1	2	3	4	8	9
Verifikace	+	+	+	+	+	+

Z 6 položek, které se vztahují k H1, je 6 potvrzujících hypotézu. **Tyto výsledky prokazují platnost H1.**

Otázky	3	4	5	6	7	8	9	10
Verifikace	+	+	+	+	+	+	+	+

Z 8 položek, které se vztahují k H2, je 8 potvrzujících hypotézu. **Tyto výsledky prokazují platnost H2.**

ZÁVĚR

Problematika způsobu umírání v dnešní společnosti se pomalu dostává do středu zájmů mnoha lidí. Stále více lidí si uvědomuje neutěšený stav v této velice důležité oblasti lidského života, neboť lidé odcházejí z tohoto světa osamoceni, ve stresu, ve zcela cizím prostředí. Někdy nenacházejí ve svojí těžké životní situaci, jakou poslední chvílky života určitě jsou, podporu a pochopení od okolního světa.

Je nutné si uvědomit, že každého z nás čeká zkušenost s vlastní smrtí, ale i poslední dny, hodiny a minuty na tomto světě. Dnešní společnost tento fakt ze svého života vytěsnila. Proto mají lidé takový strach ze smrti, ba dokonce se o ní bojí hovořit. Pokud se o tomto tématu bavít začneme, ale i zajímat o to, jak vlastně lidé z našeho okolí umírají a v jakých podmínkách, myslím si, že se mnoho věcí změní.

Hospic je místo, které slouží k důstojnému prožití někdy posledních dnů života a je třeba vždy a všem zachovat úctu bez rozdílu na pohlaví, věk, náboženské vyznání, rasu a barvu pleti. Také je třeba si uvědomit, že možná někdo z nás, včetně mě někdy tyto služby využije. Protože nemoc si nevybírá!

Laická veřejnost z Prachaticka a blízkého okolí má povědomí o hospicové péči a převažují z jejich pohledu pozitiva („kvalitní ošetrovatelská péče a větší zájem o klienta než v nemocnici“, „možnost doprovázení blízkých“, „důstojné umírání“...) nad negativy („žádná negativa“, „hospic bere naději“, „nedostatek financí na provoz“...)

Podnikatelé z Prachaticka a blízkého okolí mají povědomí o hospicové péči, jsou ochotni raději pomoci penězně než věcnou dávkou, ale je jich méně než těch, kteří dosud nepomohli.

V této problematice by se dále mohlo zkoumat např. Spokojenost či nespokojenost klientů v hospicové péči ohledně poskytovaných služeb, které jednotlivé hospice nabízejí, u personálu v hospici zkoumat jejich spokojenost s prací a zda u nich nedochází k syndromu vyhoření atd.

Vypracováním své bakalářské práce jsem se snažila přispět k rozšíření informací o hospicové péči a doprovázení umírajícího. Mnoho informací a poznatků jsem načerpala během své průběžné i souvislé praxe v Hospici sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích. Přála bych si, aby má práce byla, alespoň z části, přínosná pro hospicovou péči a napomohla lidem, kteří se o problematiku smrti zajímají, nebo doprovázejí svého blízkého.

SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY

MONOGRAFIE

- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-85824-03-05.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů – komentované vydání*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. ISBN 80-902163-0-7.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život (Kapitoly z psychoonkologie)*. Praha : 3. LF UK, 1991. ISBN: 80-614616-006.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Umírání a smrt*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN: 80-7178-184-3.
- JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-150-9.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Bolest a její diagnostika*. Brno: IDVZP Brno pro ILF, 1994. ISBN: 80-70131-30-6.
- KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat Domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- KÜBLER - ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. Praha: Arica, 1992. ISBN 80-900134-6-5.
- MISCONIOVÁ, H. *Péče o umírající – hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče, 1998. ISBN 80-239-1915-6.
- OPATRNÝ, M., OPATRNÁ, M. *Nemocní v terminálním stadiu* In: MARTINEK, M. a kol. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. Praha: Jabok, 2008. ISBN 978-80-904137-2-6.
- ROZSYPALOVÁ, M., STAŇKOVÁ, M. a kol. *Ošetřovatelství*. Praha: Informatorium, 1999. ISBN 80-86073-39-4.

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

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.

TOŠNER, J., SOZANSKÁ, O. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7367-178-6.

VIRT, G. *Žít až do konce*. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-437-1.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

Časopisecké statě

PŘIDALOVÁ, M. *Proč je moderní smrt tabu?* Sociologický časopis, 1998, roč. 34, č. 3, s. 347-361.

Elektronické zdroje

Kde jsou již existující hospice. [cit.11.10.2008].[on-line]. Dostupné na internetu: <www.hospice.cz>).

Paliativní péče, léčba a medicína. [cit.19.10.2008].[on-line]. Dostupné na internetu: <www.hospice.cz>.

Další zdroje

Základní prohlášení organizace - *poskytované služby v hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích*. [interní materiál]. Prachatice: Hospic sv. Jana N. Neumanna, 2008.

Základní prohlášení organizace - *financování hospicové péče v hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích*. [interní materiál]. Prachatice: Hospic sv. Jana N. Neumanna, 2008.

Přílohová část

Seznam příloh

Příloha č. I.

Vyhodnocení výsledků sociálního šetření v tabulkách

Příloha č. II.

Dotazník pro laickou veřejnost z okresu Prachatice

Příloha č. III.

Dotazník pro podnikatele z okresu Prachatice

Příloha č. IV.

Seznam a adresář hospiců podle krajů v ČR

Příloha č. V.

Hospicové iniciativy a zařízení paliativní péče v ČR

Příloha č. VI.

Propagační materiál Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích

Příloha č. VII.

Logo Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích

Příloha č. VIII.

Fotografie ze souvislé praxe v hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích

Příloha č. IX.

Dopisy od pozůstalých adresované personálu hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích

Vyhodnocení výsledků sociálního šetření v tabulkách

Tabulka č. 11

Varianty odpovědí	Počet respondentů
zařízení pro nevléčitelně nemocné	37
důstojné umírání	26
péče o dlouhodobě těžce nemocné	12
zařízení pro staré nemohoucí lidi	8
bezbolestné umírání	6
domov pro dožití	6
doprovázení	5
ošetřovatelská péče	3
domov důchodců	3
paliativní medicína	2
nevím	2
Celkem	110

Tabulka 11a

Správné varianty odpovědí	Počet respondentů
Zařízení pro nevléčitelně nemocné	37
Důstojné umírání	26
Bezbolestné umírání	12
Doprovázení	5
Ošetřovatelská péče	3
Paliativní medicína	2
Celkem	85

Tabulka 11b

Chybné varianty odpovědí	Počet respondentů
péče o dlouhodobě těžce nemocné	12
zařízení pro staré nemohoucí lidi	8
domov pro dožití	6
domov důchodců	3
nevím	2
Celkem	31

Tabulka č.12

Varianty odpovědí	Počet respondentů
zdravotní péče	52
zabezpečuje potřeby klientů -biologické	45
-psychické	24
-sociální	11
-duchovní	20
doprovázení	24
paliativní medicína	8
poradenství	8
péče o pozůstalé	8
léčba bolesti	5
respitní pobyt	4
stravování pro veřejnost	4
ošetřování v lepších podmínkách než na LDN	4
půjčování pomůcek	3
pomoc dobrovolníků	2
nevím	7
Celkem	229

Tabulka č.13

Varianty odpovědí	Počet respondentů
Prachatice	78
Praha	12
Plzeň	11
Červený Kostelec	9
Litoměřice	9
Brno	8
Most	7
Olomouc	6
nezná	17
Celkem	157

Tabulka č. 14

Varianty odpovědí	Počet respondentů	%
dostatek	14	15
nedostatek	68	72
nevím	13	14
Celkem	95	100

Tabulka č. 15

Varianty odpovědí	Počet respondentů
noviny	30
televize	20
rádio	15
škola	18
internet	14
školní praxe	14
pracovníci hospice	5
knihy	5
odborná přednáška	4
od své dcery	4
propagační materiály	3
z nemocnice	1
farní časopis	1
Celkem	134

Tabulka č. 16

Varianty odpovědí	Počet respondentů	%
ANO se zdůvodněním	4	4
ANO bez zdůvodnění	0	0
NE se zdůvodněním	75	79
NE bez zdůvodnění	16	17
Celkem	95	100

Tabulka č. 17

Varianty odpovědí	Počet respondentů	%
ANO se zdůvodněním	11	12
ANO bez zdůvodnění	0	0
NE se zdůvodněním	0	0
NE bez zdůvodnění	84	88
Celkem	95	100

Tabulka č. 18

Varianty odpovědí	Počet respondentů
* kvalitní ošetrovatelská péče	38
možnost doprovázení blízkých	28
důstojné umírání	26
hezké, rodinné prostředí	14
individuální zájem o pacienta	8
bezbolestné umírání	8
pomoc rodinám	8
pomoc lidem	3
duchovní služby	1
staří, nemohoucí a postižení mají sociální zázemí	1
dlouhodobá péče	1
pomoc dobrovolníků	1
hospic je pro věřící i nevěřící	1
žádná pozitiva	2
nevím	7
Celkem	147

* kvalitní ošetrovatelská péče a větší zájem o klienta než v nemocnici

Tabulka č. 19

Varianty odpovědí	Počet respondentů
žádná negativa	50
hospic bere naději	7
depresivní působení	5
nedostatek financí na provoz	5
málo soukromí klientů	3
nerodinné prostředí	3
cena za péči	3
není širokou veřejností uznáván	3
zneužívání služeb-rodina se chce zbavit starého člověka	2
neinformovanost veřejnosti, nevyužívání služeb	2
syndrom vyhoření u zaměstnanců	2
příjem pacientů jen s onkologickou diagnózou	1
klienti nemohou být doma s rodinou	1
dlouhá čekací lhůta na přijetí	1
„oblbování pacientů“	1
nevím	7
Celkem	96

Tabulka č. 20

Varianty odpovědí	Počet respondentů	%
ANO	53	56
NE	42	44
Celkem	95	100

Tabulka č. 21

Varianty odpovědí	Počet respondentů	%
ANO - Prachatice	42	84
ANO - Plzeň	2	4
NE	6	12
Celkem	50	100

Tabulka č. 22

Varianty odpovědí	Počet respondentů
ze státního rozpočtu	24
ze zdravotního pojištění	20
klient si péči hradí sám	23
vícezdrojové financování	26
jiná možnost- doplňte konkrétně o jaký zdroj se jedná	1
Celkem	94

Tabulka č. 23

Varianty odpovědí	Počet respondentů
na zakoupení vybavení pro klienty	6
na materiální vybavení hospice	6
na zakoupení kompenzačních pomůcek pro klienty	3
na zakoupení léků	7
* ano, pomohu	25
nevím	8
Celkem	55

* ano, pomohu, ale formu pomoci nechám na rozhodnutí kompetentních pracovníků

Tabulka č. 24

Varianty odpovědí	Počet respondentů
zakoupení všeho, co je potřebné	14
materiální vybavení	11
lepší prestiž	7
pomůcky pro klienty	7
udržení provozu	3
nevím	12
Celkem	54

Tabulka č. 25

Varianty odpovědí	Počet respondentů
je adresnější, konkrétnější	16
vylepšení	8
zpříjemnění pobytu	7
praktické využití	7
materiální vybavení	3
nevím	12
Celkem	53

Tabulka č. 26

Varianty odpovědí	Počet respondentů	%
žádná negativa	34	68
nemám možnost kontroly, jak bylo naloženo s mým darem	6	12
nevím	10	20
Celkem	50	100

Tabulka č. 27

Varianty odpovědí	Počet respondentů	%
ANO	20	40
NE se zdůvodněním	22	44
NE bez zdůvodnění	8	16
Celkem	50	100

Tabulka č. 28

Varianty odpovědí	Počet respondentů
finanční	13
věcnou	7
Celkem	20

Tabulka č. 29

Varianty odpovědí	Počet respondentů	%
jednou	8	16
dvakrát	9	18
třikrát	2	4
vícekrát	1	2
dosud neposkytnul/a	30	60
Celkem	50	100

Tabulka č. 30

Varianty odpovědí	Počet respondentů
soucit s nemocnými	8
podpora v rámci Tříkrálové sbírky	3
zkušenost	2
solidarita	2
návštěva hospice	1
reklama	1
udělat klientům radost	1
peníze jsou věnovány na dobrou věc	1
možná, že i já budu hospic někdy potřebovat	1
Celkem	20

DOTAZNÍK

Vážený/á pane/paní,

Jsem studentkou 3. ročníku Teologické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a chtěla bych Vás touto cestou požádat o vyplnění mého dotazníku, jehož výsledky budou použity výhradně pro zpracování mé bakalářské práce. Dotazník je naprosto anonymní.

Předem děkuji za Vaši ochotu a strávený čas s vyplňováním odpovědí.

Marcela Talafousová

Pohlaví: a) ženské

b) mužské

Bydliště a) město

b) venkov

Věk:

Nejvyšší dosažené vzdělání: a) základní

b) vyučen/a

c) střední s maturitou

d) vyšší odborné

e) vysokoškolské

Rodinný stav: a) svobodný/á

b) ženatý/vdaná

c) rozvedený/á

d) vdovec/vdova

1. Co si představujete pod pojmem hospic?

2. Které služby, dle Vašeho mínění, hospic nabízí? Stručně prosím vypište:

3. Znáte místa, kde se nachází hospice v ČR?

4. Domníváte se, že je dostatek zařízení v ČR, které hospicovou péči nabízí?

5. Z jakého zdroje jste se o problematice hospicu dozvěděl/a?

6. Využil-a jste již nějakou nabízenou službu, kterou poskytuje hospic?

ANO -jakou službu?

NE – proč?

7. Využil-a nabízené služby někdo z Vašeho okolí, které poskytuje hospic?

ANO – konkrétně jakou?

NE – proč?

8. V čem vidíte pozitiva hospicové péče?

Svoji odpověď zdůvodněte:

9. V čem vidíte negativa hospicové péče?

Svoji odpověď zdůvodněte:

10.Byl(a) jste se někdy v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích podívat?

ANO - NE

Zde máte ponechán prostor pro Vaše další sdělení.

DOTAZNÍK

Vážený/á pane/paní,

Jsem studentkou 3. ročníku Teologické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a chtěla bych Vás touto cestou požádat o vyplnění mého dotazníku, jehož výsledky budou použity výhradně pro zpracování mé bakalářské práce. Dotazník je naprosto anonymní.

Předem děkuji za Vaši ochotu a strávený čas s vyplňováním odpovědí.

Marcela Talafousová

Pohlaví: a) ženské
b) mužské

Bydliště a) město
b) venkov

Věk:

Nejvyšší dosažené vzdělání: a) základní
b) vyučen /a
c) střední s maturitou
d) vyšší odborné
e) vysokoškolské

Rodinný stav: a) svobodný/á
b) ženatý/vdaná
c) rozvedený/á
d) vdovec/vdova

1. Znáte kde je postaven nejbližší hospic?

ANO – kde
NE

2. Z jakých zdrojů je dle Vašeho mínění možno zajistit provoz hospice?

- ze státního rozpočtu
- ze zdravotního pojištění
- klient si péči hradí sám
- vícezdrojové financování - sponzorství
- jiná možnost-doplňte konkrétně o jaký zdroj se jedná

3. Pokud by jste byl(a) ochoten(a) pomoci, do jaké oblasti by jste chtěl(a), aby
Vaše forma pomoci byla poskytnuta?

- na zakoupení vybavení pro klienty
- na materiální vybavení hospice
- na zakoupení kompenzačních pomůcek pro klienty
- na zakoupení léků
- ano pomohu, ale formu pomoci nechám na rozhodnutí kompetentních pracovníků
- nevím

4. V čem vidíte přínos pomoci hospici finančně?

5. V čem vidíte přínos pomoci hospici věcnou dávkou?

6. V čem vidíte „negativa“ pomoci pro hospic? Stručně prosím zdůvodněte:

7. Poskytl(a) jste již nějakou formu pomoci Hospici sv.Jana N. Neumanna
v Prachaticích?

ANO

Ne – proč...

8. Pokud jste u otázky č. 7 zvolil(a) ano, vyplňte následující otázky.
O jakou formu pomoci se konkrétně jednalo?

- finanční
- věcnou

9. Kolikrát jste poskytl(a) věcnou nebo finanční pomoc hospici?

- jednou
- dvakrát
- třikrát
- vícekrát
- dosud neposkytnul(a)

10. Co Vás k tomu vedlo, že jste se rozhodnul(a) poskytnout tuto formu pomoci?
Stručně prosím zdůvodněte:

Zde máte ponechán prostor pro Vaše další sdělení.

Seznam a adresář hospiců podle krajů v ČR

Vysvětlivky : L = lůžkový hospic
M = mobilní (domácí) hospic
vL = lůžkový hospic ve výstavbě
zL = záměr vybudovat lůžkový hospic
zM = záměr provozovat mobilní hospic

HLAVNÍ MĚSTO PRAHA

L, M **Hospic Štrasburk**
Bohnická 12, 180 00 **Praha 8** – Bohnice
Tel. 283 853 256
hospic.strasburk@email.cz

STŘEDOČESKÝ KRAJ

L, M **Hospic Dobrého Pastýře**
Sokolovská 584, 257 22 **Čerčany**
Tel. 317 777 381
os-tri@centrum-cercany.cz
www.centrum-cercany.cz

JIHOČESKÝ KRAJ

L, zM **Hospic sv. Jana N. Neumanna**
Neumannova 144, 303 01 **Prachatice**
Tel. 388 311 726
Info@hospicpt.cz
www.hospicpt.cz

PLZEŇSKÝ KRAJ

L **Hospic sv. Lazara**
Sladkovského 66, 326 00 **Plzeň**
Tel. 377 431 381
hospic@hsl.cz
www.hsl.cz

ÚSTECKÝ KRAJ

L, M **Hospic sv. Štěpána**
Rybářské nám. 662/4, 412 01 **Litoměřice**
Tel. 416 733 185 - 7
info@hospiclitomerice.cz
www.hospiclitomerice.cz

L, M **Hospic v Mostě**
Svážná ul. 1528, 434 00 **Most**
Tel. 476 000 166
hospic@mostmail.cz
www.hospic-most.cz

KRÁLOVÉHRADECKÝ KRAJ

L, M **Hospic Anežky České**
5. května 1170, 549 41 **Červený Kostelec**
Tel. 491 467 030
sekretariá@hospic.cz
www.hospic.cz

JIHOMORAVSKÝ KRAJ

L, M **Hospic sv. Alžběty**
Kamenná 36, 639 00 **Brno**
Tel. 543 214 761, 777 883 639
info@hospicbrno.cz
www.hospicbrno.cz

L, M **Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa**
Jiráskova 47, 664 61 **Rajhrad**
Tel. 547 232 223
hospic@dlbsh.cz
www.dlbsh.cz

OLOMOUCKÝ KRAJ

L **Hospic na Svatém Kopečku**
Sadové náměstí 24, 779 00 **Olomouc**
Tel. 585 319 754
hospic.svkopecek@caritas.cz
www.hospickopecek.caritas.cz

ZLÍNSKÝ KRAJ

L, M Hospic Citadela - Diakonie ČCE
Žerotínova 1421, 757 52 **Valašské Meziříčí**
Tel. 571 629 084
hospic@citadela.cz
www.citadela.cz

L Hospic Hvězda, Obč. sdružení Hvězda
Sokolovská 967, 760 01 **Zlín - Malenovice**
Tel. 577 113 542
sekretar.hvezdazlin@seznam.cz
www.sdruzenihvezda.cz

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ

L, M Hospic sv. Lukáše
Charita Ostrava, Charvátská 8, 700 30 **Ostrava - Výškovice**
Tel. 599 508 505
lukashospic.ostrava@caritas.cz
www.ostrava.caritas.cz

Hospicové iniciativy a zařízení domácí paliativní péče v ČR

Vysvětlivky : L = lůžkový hospic
M = mobilní (domácí) hospic
vL = lůžkový hospic ve výstavbě
zL = záměr vybudovat lůžkový hospic
zM = záměr provozovat mobilní hospic

HLAVNÍ MĚSTO PRAHA

M Hospicové občanské sdružení Cesta domů
Bubenská 3, 170 00 Praha 7
Tel. 238 850 949
info@cestadomu.cz
www.cestadomu.cz

LIBERECKÝ KRAJ

zL, zM Hospic pro Liberecký kraj
Purkyňova 589, 460 01 Liberec 1
Tel. 723 967 035
hospic@hospicliberec.cz
www.hospicliberec.cz

PARDUBICKÝ KRAJ

vL, M Smíření - Hospic. Sdružení pro Pardubický kraj
Palackého 191, 537 01 Chrudim III
Tel. 731 151 538
smireni@centrum.cz
www.smireni.cz

VYSOČINA

M Hospicové hnutí - Vysočina
Žďárská 610, 592 31 Nové Město na Moravě
Tel. 566 615 198, 604 156 442
hhv@quick.cz
www.hhv.nmnm.cz

JIHOMORAVSKÝ KRAJ

M Domáci hospic David, Charita Kyjov
Palackého 194, 697 01 Kyjov
Tel. 518 323 766
chos.kyjov@caritas.cz
www.kyjov.caritas.cz

ZLÍNSKÝ KRAJ

M Domáci hospic - Oblastní charita Uherské Hradiště
Velehradská třída 247, 686 01 Uherské Hradiště
Tel. 572 550 136
hospic.uhradiste@caritas.cz
www.uhradiste.caritas.cz

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ

M Mobilní hospic Ondráček
Horní 288/67, 700 30 Ostrava - Dubina
Tel. 596 910 196
mhondrasek@seznam.cz
www.mhondrasek.cz

M Mobilní hospicová jednotka Pokojný přístav - Charita Opava
Kylešovská 10, 746 01 Opava
Tel. 553 623 171, 737 999 979
pokojnypristav@charitaopava.cz
www.charitaopava.cz

UŽITEČNÉ ADRESY :

www.asociacehospicu.cz
www.hospice.cz
www.umenidoprovazet.cz
www.umirani.cz

Propagační materiál Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích



Hospic sv. Jana N. Neumanna

status

nestátní neziskové zdravotnické zařízení

zřizovatel

občanské sdružení Hospic sv. Jana N. Neumanna

adresa

Neumannova 144, 383 01 Prachatice

telefon * fax

388 311 726 * 388 311 727

email * web

info@hospicpt.cz * www.hospicpt.cz

IČ

70853517

IČZ

37106000

rozhodnutí o registraci

KÚ Jihočeského kraje

poř. č. 164, č.j. KÚJCK 12954/2005

Pomáháme...

Pomůžete nám pomáhat?

bankovní spojení

běžný účet: 171 157 619 / 0600

sbírkový účet: 180 434 606 / 0600

IBAN: CZ68 0600 0000 0001 7115 7619

SWIFT: AGBACZPP



Hospic Jana N. Neumanna je nestátní neziskové zdravotnické zařízení. Slouží pokročile nevyлéčitelně nemocným, které jejich nemoc ohrožuje na životě, u nichž byly vyčerpány všechny možnosti vedoucí k vyléčení a není možná domácí péče.

Poskytujeme specializovanou paliativní (symptomatickou) léčbu příznaků doprovázejících nemoc - především léčbu bolesti.

Náš tým tvoří lékaři, zdravotní sestry, ošetrovatelé, sociální pracovníci a další. Nemocnému zaručujeme, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, vždy bude zachována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen.



Ubytování pacientů. 4 dvoulůžkové a 22 jednolůžkových pokojů. Na každém pokoji je přistýlka pro rodinného příslušníka, jehož přítomnost je vždy v hospici vítána. Pokoje jsou vybaveny automatickými polohovacími lůžky, signalizací, telefonem, televizorem, s možností připojení k internetu. Každý pokoj má vlastní sociální zařízení. Celá budova je bezbariérová.

Návštěvy jsou neomezené 24 hodin denně, 365 dní v roce.

Denní režim je maximálně přizpůsoben nemocnému. Pacientům i návštěvám je k dispozici rozlehlý park, zimní zahrada či kaple.

Vybavení. Hospic je vybaven řadou moderních přístrojů a zdravotnických pomůcek - mj. automatické lineární dávkovače léků, koncentrátory kyslíku, odsávací, hydraulická vana se zvedacím zařízením, antidekubitní matrace, oxymetr, kompenzační pomůcky.



Poradna a půjčovna pomůcek. Podporuje rozvoj domácí péče o těžce nemocné.

Žádost o přijetí lze vyzvednout v recepci hospice, na tel. čísle 388 311 726 nebo ji lze získat z našich webových stránek www.hospicpt.cz. Žádost vyplňuje praktický lékař či ošetroující lékař z nemocnice.

Zdravotní pojišťovny hradí zhruba polovinu nákladů na lůžko a den, ostatní prostředky musí hospic získávat od dárců, sponzorů a menší částkou si na pobyt přispívá i nemocný.

Děkujeme všem, kteří nám svou velkorysostí dosud pomohli a pomáhají.



Hospic je až do poslední chvíle o životě, a ten může být delší a hezčí, než čekáte.

Příloha č. VII.

Logo Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích



Logo hospice využívá starokřesťanského symbolu ryby, který používali první křesťané v dobách pronásledování. Ryba je starším křesťanským znamením než kříž.

řec. ΙΧΘΥΣ = lat. ICHTYS = česky RYBA

počáteční písmena kryptogramu Iesus CHrestos Theú (H)Yios Sótér = Ježíš Kristus Boží Syn Spasitel

Domeček v ocasní části ryby symbolizuje hospic v tom smyslu, že se snaží vytvářet atmosféru domova, sloužit v duchu lásky, úcty a obětavosti k bližnímu tak, aby mu v hospici bylo dobře.

Příloha č. VIII.

Fotografie ze souvislé praxe v Hospici sv. Jana N. Neumanna

v Prachaticích





Dopisy od pozůstalých adresované personálu Hospice sv. Jana N.

Neumanna v Prachaticích

Vážení.

Chtěla bych tímto dopisem poděkovat za veškerou péči věnovanou mojí mamince paní M.H., ale také mě a tatínkovi.

Mamince se u vás ulevilo a nejen jí, ale i mě a následně celé naší rodině. Najednou byla podána smysluplná léčba a skvělá ošetrovatelská péče... Za tento přístup lékařský, sesterský, ale především lidský Vám všem patří veliký dík.

Víte, je dobré vědět, že existuje místo, kde je pohromadě tolik krásných lidí, kteří skvěle odvádí práci, protože v ní našli smysl a není jim za těžko udělat třeba i něco navíc.

Pro mě osobně je cenná zkušenost vědět, že umírání může být důstojné a klidné, bez bolesti, s dostatkem času pro vyrovnání sebe sama, bez pocitu strachu.

Já bych sama doma nedokázala tohle všechno najednou zajistit.

Hospic tohle všechno umožnil, a proto si Vás, lidiček, kteří v hospici pracujete, velice vážím.

Ještě jednou velký dík!

M.Š.

Vážené a milé sestřičky a ošetřovatelky.

Znovu a znovu na Vás vzpomínáme a skládáme hlubokou poklonu Vaší práci v hospicu.

Klidné a vyrovnané vzpomínky na naši maminku a babičku M.Č. jsou možné hlavně díky Vám. Víme, že poslední dny prožila důstojně a pokojně a nenašli bychom pro ni lepší péči a společnost, než které se jí dostalo u Vás.

A tak jste s námi stále přítomné už několik měsíců : nejprve jako neúnavné, vždy vlídné a plné pochopení pomáhající nám zvládnout maminčin odchod z tohoto světa i dny bezprostředně následující.

Potom jako významná podpora, když jste nám zaslali lístky se vzpomínkou na naši mámu.

A nyní jako ty, díky nimž máme možnost nahlížet na smrt našich blízkých a svou vlastní s pokorou, důvěrou a beze strachu - jako na další díl našeho života.

Děkujeme.

Posíláme Vám i celému kolektivu Hospice sv. Jana Neumanna mnoho pozdravů a přání všeho dobrého, lásky, radosti a sdílení.

S úctou V. a V. O.

Vážení přátelé,

V době, kdy své poslední dny na tomto světě prožívala má sestra, paní J.S., jste mi svou péčí a přístupem pomohli zodpovědět otázky, které se hluboce dotýkají nejenom mého vztahu k ní, ale i věcí sahajících až k samotné podstatě a smyslu lidské existence.

V minulosti jsem si takové otázky neuměla zodpovědět a bála se je i položit.

Byli jste nám dobrými průvodci.

I v těžkých chvílích jsem se u vás cítila velmi dobře a myslím, že i sestra věděla o Vaší blízkosti a ochotě pomoci. Za to vám patří velký dík.

Ve smrti mé sestry jsem nenalezla jen bolest a smutek nad tím, že něco krásného a důležitého končí, ale také naději, že vše co jsem prožila a co ještě prožiji se svými blízkými, má svůj hluboký smysl a krásu.

S pozdravem

I.F.

ABSTRAKT

TALAFOUSOVÁ, M. *Hospicová péče v povědomí laické veřejnosti na Prachaticku*. České Budějovice 2009. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie.

Vedoucí práce Mgr. Jana Šiměčková

Klíčové pojmy: thanatologie, umírání, smrt, doprovázení, paliativní péče, hospicová péče

Bakalářská práce se zabývá problematikou hospicové péče a doprovázení umírajícího, práce má dvě části. Teoretická část je napsána na základě odborné literatury a je rozdělena do 4 kapitol. První kapitola pojednává o vědě, která se zabývá všemi fenomény, které jsou se smrtí spojeny. Popisuje jednotlivé fáze procesu umírání a přibližuje postavení dnešní společnosti ke smrti. Druhá a nejrozšířenější kapitola pojednává o hospicové péči, její historii, formách a financování. Zaměřuje se také na význam dobrovolníků, sociálních pracovníků a pastoračních asistentů jako multidisciplinárního týmu v hospici. Třetí kapitola představuje paliativní péči, která je hlavním pilířem péče hospicové. Čtvrtá poslední kapitola je zaměřena na doprovázení, komunikaci a péči o duši umírajícího a jeho rodinu.

Druhá část bakalářské práce je praktická část, která z teoretické části vychází a je postavena na výzkumu. Jsou stanoveny 2 cíle sociálního výzkumu (zda má laická veřejnost z Prachaticka a blízkého okolí povědomí o hospicové péči a zda podnikatelé z Prachaticka a blízkého okolí jsou ochotni pomoci Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích). Jsou definovány dvě hypotézy. Techniky výzkumu byly dotazníky pro dvě skupiny respondentů, pro laickou veřejnost a pro podnikatele. Celkový počet respondentů byl 145.

ABSTRACT

Hospice care in aware laic society on Prachatice.

Key words: thanatologie, dying, death, accompanying, palliative care, hospice care

The bachelor work deals with issue of Hospice care and accompanying of dying. The work is divided into two parts. Theoretical part is written on the base of science literature and contains 4 chapters. The first chapter deals with all phenomenons related with death. It describes each stage of the process of dying and closer to the position of today's society to death. The second and the vastes chapter considers Hospice care, its history, forms and funding. It is also focused on importance of volunteers, social workers and pastoral assistants as multidisciplinary team in Hospic. The third chapter represents palliative care, which is the main pillar of Hospice care. The forth chapter is focused on accompanying, communication and care of soul of dying and his family.

The second practical part comes from the theory and is based on research. There are determined two goals of the social research (if the laic society from Prachatice and near surrounding is aware of hospice care and if the businessmen are willing help to Hosic of sv. Jan N. Neumann in Prachatice.). There are defined two hypotesis. In research were used questionnaires for two groups of respondents, for laic public and for businessmen. The total number of respondents was 145.

