

Doprovázení v pomáhajících profesích se zaměřením na hospicovou péči

Petra Prná

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Petra PRNÁ

Studijní program: B 7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Doprovázení v pomáhajících profesích

Zásady pro vypracování:

Stanovení předmětu výzkumu a výzkumné strategie

Zpracování teoretické části práce – teoretická analýza problému, operacionalizace pojmů

Zpracování praktické části – stanovení výzkumné otázky, volba výzkumných metod, vymezení výzkumného vzorku

Provedení výzkumu, vyhodnocení a analýza získaných dat, shrnutí výzkumu

Zpracování závěrů vyplývajících z výzkumu

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

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

MATOUŠEK, Oldřich, a kol. Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Povídej naslouchám. Praha: Návrat, 1993. ISBN 80-85495-43-0

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

VYMĚTAL, Jan. Základy lékařské psychologie. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Hana Včelařová

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

18. února 2009

Termín odevzdání bakalářské práce:

15. května 2009

Ve Zlíně dne 18. února 2009



LS.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

ABSTRAKT

Bakalářská práce směřuje k tématu doprovázení vážně nemocných a umírajících z pohledu pracovníků přímé péče konkrétního zařízení. V obsahu teoretické části jsou popsány základní pojmy smrt a umírání, definice paliativní medicíny a hospicové péče. Dále se práce zabývá popisem hospice, vysvětluje pravdu na nemocničním lůžku, fáze prožívání nemoci, potřeby umírajícího a poukazuje na úskalí pomáhajících profesí.

Výzkumná část mapuje názory, zkušenosti a znalosti z oblasti doprovázení v hospicové péči. Dotazovanými jsou zaměstnanci hospice. Odpovědi jsou získány prostřednictvím kvalitativního výzkumu a za použití techniky dotazníku.

Klíčová slova: umírání, smrt, doprovázení, hospicová péče, paliativní medicína, hospic, potřeby umírajícího, prožívání nemoci.

ABSTRACT

Bachelor work is pointed at theme going with seriously ill and dying persons from look workers, who work in direct care in concrete establishment. Fundamental terms like death, dying, definition of palliative medicine and hospice care are described in theoretic part. The work further deals with description of hospice, explains the truth on clinical bed, and deathward's needs. The work further adverts to difficulty in helping professions.

Empiric part maps views, experience and knowledge from area of hospice care.

Interviewed persons are hospice staff. Answers are obtained through qualitative research and technigue is questionnaire.

Keywords: dying, death, going with, hospice care, palliative medicine, hospice, deathward's needs, experience a illness.

Na tomto místě chci poděkovat vedoucí bakalářské práce PhDr. Haně Včelařové za čas věnovaný odborným konzultacím, za poskytnutí cenných rad a vyjádření podpory.

Děkuji zaměstnancům Diakonie ČCE - hospice Citadela ve Valašském Meziříčí, kteří byli ochotni vyjádřit své myšlenky, znalosti a názory.

Na závěr děkuji také rodině a blízkým lidem za jejich trpělivost a důvěru projevující mi po celou dobu studia.

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 UMÍRÁNÍ A SMRT	10
1.1 POJEM SMRTI	10
1.2 POJEM UMÍRÁNÍ	11
2 PÉČE O UMÍRAJÍCÍ	13
2.1 PALIATIVNÍ MEDICÍNA.....	15
2.2 HOSPICOVÁ PÉČE	16
2.2.1 Vývoj hospicové péče.....	16
2.2.2 Formy hospicové péče	17
2.3 DIAKONIE ČCE - HOSPIC CITADELA	18
2.3.1 Základní informace.....	18
2.3.2 Myšlenka zbudování hospice.....	19
2.3.3 Popis zařízení.....	20
2.3.4 Pracovníci	20
2.3.5 Pobyť v hospici	21
3 DOPROVÁZENÍ A JEHO ÚSKALÍ PRO POMÁHAJÍCÍ	23
3.1 PRAVDA U LŮŽKA NEMOCNÉHO	23
3.2 PROŽÍVÁNÍ PŘÍCHODU SMRTI	24
3.2.1 Stádium popírání a izolace	24
3.2.2 Stádium zlosti a vzpoury	24
3.2.3 Stádium smlouvání, vyjednávání.....	24
3.2.4 Stádium deprese a smutku	25
3.2.5 Stádium akceptace, smíření	25
3.3 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍHO ČLOVĚKA	26
3.4 PÉČE O PEČUJÍCÍ.....	28
II PRAKTICKÁ ČÁST	29
4 VÝZKUM	30
4.1 CÍL VÝZKUMU.....	30
4.2 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	30
4.3 POUŽITÁ METODA A TECHNIKA VÝZKUMU	31
5 PREZENTACE VÝZKUMU	32
5.1 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU	32
5.1.1 Základní údaje o respondentech	32
5.1.2 Doprovázení z pohledu pracovníků hospice.....	35
6 INTERPRETACE A DISKUZE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	43
ZÁVĚR	46

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	47
SEZNAM TABULEK.....	48
SEZNAM PŘÍLOH.....	49

ÚVOD

Smrt. Je daleko a přeci tak blízko. V současném moderním světě ji potkáváme často, ale zároveň vlastně téměř vůbec. Média smrt a umírání předkládají veřejnosti každý den v nepřeborném množství obrázků, zpráv, počítačových her a filmových či seriálových příběhů. Víme, že člověk odchází ze života obvykle rychle a nečekaně. Reálné umírání je zastřeno rouškou tajemství. Ten, kdo nebyl konečnosti života bezprostředně přítomen, jakoby ztrácel povědomí o smrtelnosti. Proto jsem se rozhodla ve své bakalářské práci tuto roušku tajemství poodhalit. Tématem doprovázení nevyлéčitelně nemocných a umírajících z pohledu pracovníků hospice se pokusím přiblížit skutečnou podobu závěrečné fáze lidského života. Mé odhodlání pramení z osobní zkušenosti. Díky krátkému, leč velmi obohacujícímu působení v hospici, jsem mohla být svědkem smutných, ale zároveň plnohodnotných okamžiků. Jen tak jsem pochopila smysl doprovázení umírajících a vlastně i smysl svého života.

V teoretické části práce definuji obecně známé pojmy smrti a umírání. Zabývám se péčí o umírající v minulosti a plynule přecházím k dnešnímu celostnímu přístupu k vážně nemocným v jeho odborném názvu paliativní medicína. Kapitola hospicové péče předkládá informace o vzniku a šíření myšlenky hospicového hnutí u nás a ve světě. Podobu této dlouholeté snahy zkvalitňování péče o pacienty dokládá popis konkrétního hospice. Počátky jeho budování, nynější architektonické a kapacitní řešení, tým pracovníků a pobyt v zařízení přibližuje jeho fungování z důvodu dalšího propojení s výzkumným cílem práce. Tímto směrem je vedena také kapitola s názvem doprovázení a jeho úskalí pro pomáhající. Polemizuje nad otázkou sdělení pravdy o zdravotním stavu pacienta, zabývá se fázemi vyrovnávání se s vlastní konečností. Klade důraz na schopnosti a dovednosti v rozeznávání potřeb nemocného. Velmi obecně se zmiňuje o nutnosti čerpání duševních a fyzických sil v souvislosti s prevencí tzv. syndromu vyhoření.

Výzkumná část je utvářena s vědomím, že teoretický základ bude podložen praktickými názory, zkušenostmi a znalostmi personálu hospice. Z odpovědí zdravotních sester, pečovatelů a sociálních pracovníků nelze vyvozovat obecně platné závěry. Přesto je mým cílem poodkrýt skutečné profesionální doprovázení i s jeho kladnými či zápornými stránkami. Chtěla bych zjistit, zda jsou zaměstnanci v hospici opravdu smířeni se smrtí svou a svých blízkých, jak by definovali smysl doprovázení. Znají-li všechny potřeby člověka v posledním stádiu života.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 UMÍRÁNÍ A SMRT

„Pak promluvila Mitra a řekla: nyní bychom se chtěli zeptat na smrt. A on řekl: Chtěli byste poznat tajemství smrti. Ale jak je můžete najít, když je nehledáte v srdci života? So-va, jejíž oči přizpůsobené noci jsou ve dne slepé, nemůže odhalit tajemství světla. Chcete-li opravdu spatřit ducha smrti, otevřete dokořán své srdce tělu života. Neboť život a smrt jsou jedno, stejně jako jsou jedno řeka a moře (Džibrán, 1990, s. 68).“

Uvědomování si konečnosti lidského života je součástí našeho bytí. Vše plyne v daných zákonitostech, které nelze změnit ani zastavit. Pokud dokážeme tuto filosofii přijmout, zjistíme, že smrt dává lidskému životu smysl. Prostřednictvím životní moudrosti a zralosti můžeme dospět k myšlence smrti jako poslední a přirozené etapě života (Jankovský, 2003).

Každá kultura se vyrovnávala se strachem ze smrti odlišným způsobem. V minulosti byl konec života chápán zejména jako významný mezník světa pozemského a věčného. V průběhu času se však, bez ohledu na různá náboženství, postoj k umírání měnil. Dnešní moderní společnost smrt přehlíží a dokonce i skrývá. Smrt jako součást života neexistuje.

Pokusme se tedy tato slova, která nás tak děsí, pojmenovat. Když budeme o smrti vědět, budeme také schopni doprovázet ty, kteří se setkávají se svou konečností tváří v tvář.

1.1 Pojem smrti

Narození je zároveň podmíněno smrtí člověka. Dříve lidé umírali zpravidla přirozenou smrtí. Dnes mnohem častěji na základě onemocnění. Konec života nastává pomalu, ale také rychle či náhle. Někteří z nás se ve svém okolí setkali i s avizovanou smrtí, kdy se na poslední úsek cesty mají umírající a jejich blízcí možnost připravit. Příchod náhlé smrti je spojován s tragickou událostí (nehody, úrazy). Pokud se dostaví nemoc, která má za následek brzký skon člověka, hovoříme o smrti rychlé. Ve středověké kultuře se takové smrti obávali. Bůh je měl před ní ochránit. V současném světě by veřejnost dala smrti náhlé nebo rychlé přednost. Ať už se ale jedná o jakoukoliv formu umírání, vždy nastává obrovská krizová situace, která všechny zúčastněné zaskočí a ochromí (Haškovcová, 2007).

V obecné rovině chápeme smrt jako zánik organismu. Existují ovšem různé filosofické přístupy, které nahlíží na smrt nejen z pohledu fyzické stránky, ale i psychické a sociální.

K příchodu fyzické smrti dochází nezvratným, trvalým a úplným zastavením životních funkcí orgánů lidského těla. Dříve lékaři diagnostikovali smrt na základě zástavy srdce a dechu. Moderní medicína nyní ale umožňuje znovuoživení těchto funkcí. Proto bylo nutné vytvořit definice života a smrti, které budou schopny rozlišit oba pojmy. Smrt z biologického a lékařského hlediska tedy nastává, nefunguje-li žádná část mozku. Z funkcí mozku odchází také přítomnost člověka – jeho vědomí (Misconiová).

Ti, kteří jsou v roli profesionálních doprovázejících, si mnohdy neuvědomují, jak velkou pomoc poskytují. Umírající, který byl vytržen z rodinného prostředí, vzdálil se od svých blízkých a přátel, velmi strádá. Izolace a samota člověka směřuje k beznaději a zoufalství. Doprovázející tak může toto prázdné místo v nitru nemocného vyplnit. A může tímto předejít smrti psychické a sociální před fyzickou.

1.2 Pojem umírání

Umírání je pro nás stejně děsivé jako smrt. Chápeme ho jako cestu k samotnému konci života. Jedná se o proces. Mnohdy se o umírání hovoří také jako o terminálním stavu. Při něm přestávají v průběhu času fungovat důležité orgány a tkáně lidského těla, a nastává smrt člověka (Misconiová).

Tato poslední etapa života nemusí být jen bolestná a trýznivá. Přináší řadu úskalí a překážek, které nemocný a jeho blízké okolí musí v každodenním boji překonávat. Když se však podaří spojit úsilí všech doprovázejících, může tato poslední chvíle být zároveň obohacující a smysluplnou. Profesionální doprovázející mohou podporovat a napomáhat zkvalitnění posledních dní. Tyto okamžiky se stávají mnohdy těmi nejdůležitějšími.

Pro uvědomění si problematiky je nutné zmínit se o třech obdobích, jimiž člověk z lékařského hlediska v průběhu umírání prochází:

Období „pre finem“ (období předterminální)

Období „pre finem“ není limitováno časem. Nemocný získává prvotní informace o své vážné nemoci. Lékařům v této fázi často vyvstává otázka sdělení diagnózy – tzv. pravdy na nemocničním lůžku. Umírající se vyrovnává se vzniklou situací, mění se jeho životní styl. Velmi důležitou úlohu sehrává psychický stav pacienta.

Období „in finem“ (období terminální)

Tato fáze se vyznačuje bezprostřední blízkostí smrti. V daném období je velmi potřebné poskytnout nemocnému útěchu, vyjádřit svou spoluúčasť a naději. Umírající se může ocitnout před smrtí v různých stavech vědomí (trans, kóma). I přes obtížnou komunikaci nemocný potřebuje cítit blízkost doprovázejících. Nikdo by neměl umírat sám.

Období „post finem“ (období po smrti)

Začátek tohoto období počíná smrtí člověka. Souvisí s pietní péčí o tělo zemřelého. Nedílnou součástí je také uvážení způsobu sdělení zprávy o úmrtí pozůstalým, pomoc se zařizováním posledních věcí člověka. A zejména i psychická podpora rodiny a blízkých (Vorlíček, 2004).

2 PÉČE O UMÍRAJÍCÍ

Péče o umírající v minulosti se opírá o tzv. domácí model umírání. Současná představa se ovšem od pravé reality mírně odlišuje. Člověk opravdu umíral především v prostředí svého domova. Ale bylo také mnoho těch, kterým se nedostávalo často pomoci žádné. Domácí model umírání je dnes vnímán spíše jako určitý ideál v přístupu o těžce nemocné.

Smrt sama o sobě nebyla něčím neznámým. Přesto, že odborná pomoc téměř neexistovala, lidé znali roli umírajícího a sebe jako doprovázející. Ve svém životě se každý se smrtí běžně střetával. Byl svědkem umírání svých blízkých, znal rituály týkající se odchodu ze života. Věděl, jak se v situaci vlastního příchodu umírání a smrti zachovat. Značná byla podpora rodiny, blízkých a dokonce i sousedů.

Péče zůstávala stále veskrze laická, lékaře mohli zaplatit jen zámožní a mocní lidé. Odborné lékařské pomoci se začalo dostávat teprve zhruba před 200 lety. Ošetrovatelské úkony doprovázející prováděli se samozřejmostí (Haškovcová, 2007). „Nabízeli například umírajícímu, který už odmítal jíst tuhou stravu, slabý polévkový vývar a později jen tekutiny, zejména bylinné čaje. Zesláblého umírajícího příbuzní přikrývali vrstvou pokrývek, protože správně tušili, že vysílený pacient pociťuje zimu především na končetinách. Ne překvapovala je ani změna barvy kůže na loktech a kolenou. V místnosti udržovali pološero, protože věděli, že ostré světlo je nemocnému nepříjemné (Haškovcová, 2007, s. 28).“

Duchovní péči zajišťoval kněz. Jeho přítomnost byla součástí rituálního procesu. Poskytoval svátost nemocného a připravoval tak umírajícího na jeho poslední cestu. V okamžiku, kdy blízký odešel na „onen svět“, duše zemřelého mohla otevřeným oknem odlétnout. Poslední rozloučení mělo svůj daný řád. Pohřby se vypravovaly nejčastěji z domova, kde byl připraven pokoj vyzdobený květinami a svícemi. Příbuzní, sousedé i známí se tak po celé tři dny měli možnost se zemřelým loučit (Haškovcová, 2007).

Dnes bychom bez profesionální pomoci zdravotníků nebyli takovéto služby umírajícímu schopni. Nemáme dostatek zkušeností ani praktických dovedností. Umírání a smrt je pro nás vzdálené. Vzbuzuje úzkost, strach a beznaděj. Na druhou stranu je nutné podotknout, že máme zájem podílet se na péči o svého blízkého.

Jak se ovšem začala formovat společnost, utvářel se i postoj k péči o umírající. Odpovědnost za nemocné postupně přejímala církev, šlechta a také obce. Vznikaly chudobince, chorobince, špitály a další místa, která nabízela pomocnou ruku zejména chudým lidem.

V období středověku se s poznáním a prohloubením znalostí, léčebných i ošetrovatelských postupů začalo směřovat k institucionální formě péče. Umírajícím se přesto po stránce ošetrovatelské dostávalo v nemocnicích specializované pomoci jen velmi pozvolna. Soukromí a lidská důstojnost nemocného byly neznámými pojmy. Lidé umírali v místnosti s dalšími pacienty. V průběhu 20. let 20. století se do praxe dostaly tzv. bílé zástěny. Ty měly ochraňovat pacienty před pohledy ostatních a zajistit umírajícímu klid a intimitu. Později se ukázalo, že tento způsob izolace působí naopak negativně. V člověku vzbuzuje pocit opuštění a samoty. Plenty se na některých místech ale využívají stále. V průběhu času byl v nemocnici vyčleněn jeden samostatný pokoj pro umírající, který v dnešních podmínkách již nikde nenalezneme. Moderní lékařství stále více zachraňovalo i ty pacienty, kteří by v minulosti smrti podlehli. Lidé vkládali do rukou lékařů obrovské naděje. Ti začali uplatňovat tzv. milosrdnou lež. Člověk, u kterého medicína nedokázala ovlivnit průběh nemoci, byl převezen do místnosti, kde měl zemřít. Ostatní nemocní se obávali stejného osudu. Pokoj pro umírající byl traumatizujícím prvkem nejen pro nevléčitelně nemocného, ale také pro další pacienty. Příbuzní se nemohli na doprovázení svého blízkého podílet. V našich podmínkách byl dokonce uplatňován režim návštěv jen o středách a nedělích. Pouze v omezeném časovém rozsahu. Když se po několika desítkách let nastavily kontinuální návštěvy, nedošlo k žádné výrazné změně. Tak dlouhé odloučení od lůžka umírajícího mělo za následek odcizení rodin od procesu doprovázení. Lidé se odnaučili chování v přítomnosti blízkosti smrti svého příbuzného. Přesto, že mnozí nyní využívají času, který nemocnému zbývá, jiní jsou přesvědčení, že péče o umírající patří výhradně profesionálům.

Institucionální model umírání není jistě ideálním příkladem péče o nemocné. Navrácení se k opětovné formě domácího modelu ovšem v současné době nelze uskutečnit. Jestliže se podaří vytvořit systém, který bude podporovat a využívat v péči o umírající oblast duchovní, sociální a duševní, vydáme se správnou cestou směrem k naplňování všech potřeb nemocného. Nejbližší umírajícího budou vždy základním pilířem, na kterém je možné dále stavět.

Nabízí se řešení ve formě kombinací obou modelů péče o umírající. První kroky jsou průkazné a viditelné. Důkazem tomu je rozvoj paliativní medicíny, která mění postoj k nevléčitelně nemocnému člověku. Začínají vznikat instituce, kde se za podpory profesionálů účastní doprovázení také rodina. Cesta k vytyčenému cíli je dlouhá, ale reálná (Vorlíček, 2004).

2.1 Paliativní medicína

Paliativní medicína jako systém pomoci nevyлéčitelně nemocným, představuje naději pro medicínu vítěznou. Jednotná a všeobecná definice, která by plně vystihovala smysl dané disciplíny, nebyla prozatím utvořena. Dočítáme se o paliativní medicíně v souvislosti s léčbou pacientů, u nichž již nemoc nereaguje na léčbu kurativní (Vorlíček, 2004). Jak uvádí Vorlíček (2004, s. 24): „Dle světové zdravotnické organizace je paliativní péče přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s životem ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním kvalifikovaným zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a duchovních problémů se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a jejich rodin.“

Samotné slovo „pallium“ vychází z latinského základu. V překladu znamená plášť či obal. Ve spojení s pojmem paliativní péče představuje tato symbolika jakousi formu ochrany umírajícímu, jenž čeká na příchod smrti (Haškovcová, 2007).

Paliativní péči je nutné odlišit od tzv. péče terminální, která značí poslední odbornou formu pomoci umírajícímu. Jedná se tedy pouze o jednu z etap systému útěšné medicíny. Každého nemocného můžeme provést procesem umíráním, nelze však pomoci ke smrti člověka (Jankovský, 2003).

Profesionální doprovázení je v rámci paliativní péče postaveno na následujících hodnotách a principech:

- respektování a zachování důstojnosti nemocného a jeho blízkých
- aktivní účasti na péči o pacienta a jeho rodiny
- zajištění rovnoprávnosti v přístupu paliativní péče
- převzetí odpovědnosti ve vztahu k umírajícímu, rodině a širší komunitě
- úcty k pacientovi a dalším zúčastněným
- možnosti vyjadřovat přání nemocného a jeho příbuzných
- snahy dosáhnout vysoké úrovně v poskytování podpory a péče (O'Conner, 2005).

Paliativní medicína ve spojení s odbornou péčí je v současnosti poskytována především v zařízeních, které nazýváme hospice. V souvislosti s tímto systémem podpory nevléčitelně nemocných a umírajících tak mluvíme o tzv. hospicovém hnutí.

2.2 Hospicová péče

Vznik hospicové péče vychází z úcty a respektu k životu, stejně jako z úcty k člověku, vnímaného v jeho jedinečnosti a neopakovatelnosti.

Nevyléčitelně nemocnému dokáže hospic garantovat úlevu od nesnesitelné bolesti. Stejně tak přináší ujištění o respektování lidské důstojnosti a o předcházení samoty v posledních chvílích života (Jankovský, 2003).

2.2.1 Vývoj hospicové péče

Termínem hospic byl ve středověku nazýván tzv. dům odpočinku. Vyhledávali jej především poutníci, kteří směřovali do Palestiny. V hospici našli útočiště. Odpočinuli si, nasytili se a mohli si nechat ošetřit i své bolavé končetiny. Dům odpočinku vedl obvykle člověk, jenž ovládal pohostinství a také ranhojičství. V průběhu doby hospice v tomto pojetí zanikaly. Teprve v 18. století se opět setkáváme s myšlenkou hospice – specifickým domem pro umírající. Rozvoj dalších zařízení je možné zaznamenat až v druhé polovině 20. století.

Hospicové hnutí bylo spojováno zejména se jménem Cicely Saundersové. Tato žena, Angličanka, zdravotní sestra a později lékařka, se zasloužila o výrazný rozvoj hospicové péče ve světě. První hospic moderního typu byl díky jejímu přičinění otevřen v roce 1967 v Londýně. Principy paliativní medicíny se začaly šířit i do dalších zakládajících hospiců a specializovaných oddělení v nemocnicích. Odhady poukazují na 8000 míst světa, kde již péči o nemocné v jejím pravém smyslu nalezneme. Jsou však omezeny na vyspělé země, ve kterých institucionální a vítězná medicína sehrávají hlavní roli.

Podmínky hospicové péče v České republice jsou spjaty se jménem MUDr. Marie Svatošové, zakladatelky občanského sdružení s názvem Ecce Homo („Ejhle člověk“). Tato organizace vznikla v roce 1993 s cílem podporovat rozvoj hospicového hnutí a domácí péče v celé naší zemi. Nejvýznamnějším počinem sdružení se stalo otevření prvního zařízení v ČR – Hospice Anežky České v Červeném Kostelci. Během dalších let počet hospiců za-

čal narůstat. V současnosti je v provozu zhruba desítka těchto institucí a vznikají i nové projekty a výstavby. Zapomenout nesmíme ovšem ani na mobilní hospicové jednotky.

Kromě sdružení Ecce Homo reprezentuje tuto oblast od roku 2005 i Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče v Praze, v jejímž čele stojí MUDr. Marie Svatošová. Zmínit se musíme také o pražském Centru pro léčení a výzkum bolestivých stavů ve Fakultní nemocnici v Motole (Haškovcová, 2007).

2.2.2 Formy hospicové péče

U nás i ve světě se můžeme setkat s odlišnými formami hospicové péče o umírající. Vše závisí na místních podmínkách, ekonomických a dalších faktorech. Rozlišujeme tři základní typy, kterými jsou:

a) Domácí hospicová péče

Lze ji považovat zpravidla za ideální formu. Její realizace je ale možná jen za předpokladu fungujícího rodinného zázemí. Nemocný zůstává v prostředí vlastního domova, obklopen těmi nejbližšími. Naplňuje jej pocit bezpečí a důvěry. Úskalí této pomoci může spočívat v těžko dosažitelné odborné péči nebo v postupném psychickém i fyzickém vyčerpání rodiny umírajícího. Omezujícím faktorem se mohou stát prostorové dispozice v domácnosti, které vytváří bariery, aj. V těchto případech je vhodné vyhledat další dvě formy hospicové péče.

b) Stacionární hospicová péče

Jedná se o denní pobyty v hospicovém stacionáři. Provoz se zajišťuje od ranních hodin, kdy nemocného přiváží do zařízení rodina či případně hospic. Odpoledne se vrací pacient zpět do domácího prostředí. Přijetí je limitováno jen dostupnou vzdáleností stacionáře od místa bydliště nemocného. Důvodů, proč využívat právě denního pobytu v zařízení je hned několik:

Diagnostický důvod - souvisí např. s kontrolou bolesti, kterou nelze ani za přispění rodiny plně zvládnout.

Léčebný důvod - v situaci, kdy pacient podstupuje chemoterapie a doplňující paliativní léčbu, je podpora v oblasti odborné kontroly v hospici velmi užitečná.

Psychoterapeutický důvod - naplňuje smysl doprovázení u těch, kteří zůstávají osamoceni nebo s rodinou nedokázali nevázat kontakt. Ve stacionáři se jim dostává poté útěchy.

Azylový důvod – jinými slovy odlehčovací péče. V době trvání dlouhé nemoci vyvstane potřeba úlevy nejen od prostředí, kde umírající tráví veškerý svůj čas. Vzdálení se od milovaných blízkých může fungovat jako prevence vůči konfliktům a vyčerpání rodiny.

c) Lůžková hospicová péče

Lůžkové forma péče se překrývá s údaji, které jsou uvedeny u stacionárního typu. Ve chvíli, kdy umírající nemůže z různých příčin využít stacionáře, nabízí své služby hospic. Neznamena to ale, že nemocný přichází na hospicové lůžko zemřít. Mnozí pacienti se do hospice vracejí opakovaně na krátkodobé pobyty. Pokud mají pocit, že péči nelze doma zvládnout a zároveň není potřeba využít nemocnice, svobodně a dobrovolně se rozhodují navštívit lůžkovou část zařízení (Svatošová, 2003).

2.3 Diakonie ČCE - hospic Citadela

„Hospic neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost. V hospici nejde o prodloužení života, ale o jeho kvalitu až do konce. Hospic je alternativou (Vorlíček, 2004, s. 511).“

2.3.1 Základní informace

Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí je nestátním neziskovým zdravotnickým zařízením Diakonie Českobratrské církve evangelické. Ve spádové oblasti Zlínského, Moravskoslezského a Olomouckého kraje zajišťuje, na dvou samostatných místech, zdravotní a sociální služby.

Prvotní službou, které se dále bude tato kapitola věnovat podrobněji, je poskytování specializované hospicové paliativní péče. Druhá forma pomoci směřuje k sociálně zdravotní ošetrovatelské péči, pod kterou se řadí i lůžka pro odlehčovací pobyty. Toto je realizováno v jiné budově v blízkosti hospice na protilehlé straně celého areálu.

Finanční zabezpečení hospice je složeno z více zdrojů. Prostředky zařízení získává z části ze zdravotních pojišťoven, z dotací ze státního rozpočtu, příspěvků klientů a nemalým dí-

lem také z darů fyzických osob a sponzorů. Podmínky z hlediska financování hospiců v České republice jsou velmi neutěšené. Každým rokem musí hospic čelit velkým provozním problémům (Výroční zpráva, 2007).

2.3.2 Myšlenka zbudování hospice

Ve Valašském Meziříčí se první impuls k výstavbě hospice zrodil ve středisku Diakonie ČCE. Toto zařízení poskytuje od roku 1993 v daném městě pečovatelskou a ošetrovatelskou službu. Cílovou skupinou jsou senioři a vážně nemocní lidé žijící v domácnostech.

Prostřednictvím zkušeností s terénním pracovištěm se v roce 1994 tedy začalo intenzivně uvažovat o komplexní hospicové péči. Konkrétní projekt se dostal „na světlo světa“ v roce 1998. V souvislosti s myšlenkou vzniku hospice se podařilo v roce 2000 nejdříve založit Občanské sdružení pro založení a podporu hospice ve Valašském Meziříčí. Pod střediskem Diakonie ČCE zahájilo následně 1. 4. 2001 svou činnost tzv. substředisko hospic. Položení základního kamene a počátek výstavby projektu se datuje k 14. 9. 2001.

Jako církevní právnická osoba u Ministerstva kultury České republiky se mohl hospic zaregistrovat 1. 8. 2003. V té době však byly dokončovány ještě některé vnitřní stavební práce. Ke kolaudaci mohlo dojít o měsíc později. I přes mnohá úskalí, improvizované podmínky, ale hlavně díky obětavé práci zaměstnanců, se datum 31. 4. 2004 zapsalo do historie hospice jako datum slavnostního otevření.

A co vlastně značí název samotného hospice? Rozhodně slovo „Citadela“ není pojmem náhodným. Vychází ze stejnojmenné knihy spisovatele Antoina de Saint Exuperyho. Přenáší tak jeho odkaz o smyslu života do konkrétní podoby. Svými skutky šíří jasnou zprávu. „Chce usilovat o to, aby čas umírání a smrti byl vnímán jako čas, který patří k životu jako jeho neoddelitelná a vzácná součást, jež může být prožita plně, pokojně a smířeně. Usilovat o to, aby se tak dělo v lásce a pravdě. Poskytnout kvalitní a odbornou péči nemocnému v oblasti medicínské, biologické, sociální, psychologické a duchovní. Pečovat o blízké nemocného v době jeho nemoci i po jeho smrti v oblasti sociální, psychologické a duchovní. Podporovat vztahy nemocného s jeho rodinou a blízkými (Výroční zpráva, 2007, s. 5).“

2.3.3 Popis zařízení

Při příchodu do hospice se před návštěvníky rozprostře vstupní hala, kde světlo prochází skleněným stropním zastřešením. Účelem architektonického vzezření bylo vytvořit prostor, který symbolizuje život a naději. S podobným úmyslem je pak navržena i lůžková část zařízení ve tvaru otevřené náruče, jenž v nás má probouzet pocity bezpečí a důvěry. Hospic je plně vybaven všemi potřebnými místnostmi, které si moderní poskytování hospicové péče žádá. Budovu tvoří suterén a dvě patra. V nejnižší položeném patře se nachází místnost posledního rozloučení. Ta nabízí dostatek soukromí pro chvíle truchlení a loučení se zemřelým. Suterén je disponován v jeho oddělené části také vlastní kuchyní. Pacientům je možné připravit celodenní stravu uzpůsobenou individuálním potřebám každého nemocného. Dalšími prostory jsou prádelna, šatny pro personál, technické místnosti, sklady a garáže. První patro disponuje vstupní halou s recepcí, posezením v malé kavárničce, kanceláři ředitele, sociálních pracovníků, účetních a dietní sestry. Často využívaná je i moderně vybavená kaple. V její blízkosti se nalézá společenská a zároveň přednášková místnost. Druhé patro poskytuje zázemí pro ubytování stážistů a nabízí pokoje pro případné přespání personálu v zařízení.

Celková kapacita čítá 28 lůžek a 20 přistýlek pro rodinné příslušníky a blízké. Pokoje jsou jednolůžkové. Doplňují je pak 4 dvoulůžkové místnosti, které jsou vhodné např. pro manželské páry. Vybavení pokojů je střídme, výmalba decentní. Každý, kdo do hospice přichází, si může daný prostor částečně zařídit svými osobními věcmi (upomínkové předměty, fotografie, obrazy, televize, mobilní lednička, aj.) Samozřejmostí jsou úložné prostory, polohovací lůžko, bezbariérová toaleta a sprchový kout.

Prostor, kde se odehrává veškerá profesionální péče a doprovázení umírajících, je zasazen do prostředí zeleně v areálu parku. Umožňuje umírajícímu nahlédnout do zahrady, což působí blahodárně na lidskou psychiku. Přízemí disponuje terasami a v prvním patře jsou balkóny.

2.3.4 Pracovníci

V zařízení jako je hospic nemůže pracovat jistě každý. Základním předpokladem zůstává odbornost a celoživotní vzdělávání. To však nestačí. Důležitá je nejen kvalifikovaná péče po stránce odborné, ale nejdůležitější stále zůstává láska k bližnímu. S tímto darem musíme umět hospodařit. Bezmezná a oddaná pomoc nemocnému nás dokáže i zahubit. Kdo

je vyrovnán s konečností vlastní a s konečností svých blízkých, kdo umí čerpat novou energii, ten zde může pracovat (Svatošová, 2003).

Zázemí pracovníků v hospici Citadela je složeno z pěti lékařů a psychiatra, z nichž čtyři pracují na dílčí úvazky. Na utváření paliativní hospicové péče o klienta se dále podílí třináct zdravotních sester, dvanáct pečovatelů - pracovníků přímé obslužné péče v sociálních službách. Je nutné podotknout, že všichni tito zaměstnanci v přímé péči se střídají na všech odděleních, které zařízení nabízí.

Jednání se zájemci o službu, s pacienty a jejich rodinami zajišťují tři sociální pracovníce. K jejich každodenní náplni patří především kontakt s nemocnými, sociální poradenství, provádění sociálních šetření, vedení dokumentace a další.

Aby mohl být tzv. multidisciplinární tým pracovníků kompletní, je zapotřebí zmínit se o duchovní péči. Pravidelně jednou týdně a dle potřeb klientů navštěvují zařízení dva duchovní Českobratrské církve evangelické. Nepravidelně se pak konají schůzky s kněžími Římskokatolické církve. Hojná účast nemocných a jejich rodin bývá i v kapli na středečních odpoledních bohoslužbách. Věřící si přichází poslechnout kázání evangelická a katolická, která se s pravidelností střídají.

Provoz by nemohl fungovat i bez pomoci dvou recepčních, dvou účetních, fundraisera, personalistky, správce, údržbáře, čtyřech kuchařek, šesti uklízeček a dvou pracovníků v prádelně (Výroční zpráva, 2007).

V hospici poznáme i lidi, bez kterých by toto místo ztratilo svou osobitou tvář. Vykonávají ve svém volném čase a bez nároku na finanční odměnu nejrůznější aktivity. Jsou to dobrovolníci. Potkáme je nejčastěji u lůžka nemocného, kde formou osobního rozhovoru, předčítáním z knih, doprovodem při procházkách a jiných činnostech zpříjemňují nemocnému jeho pobyt v zařízení. Nemusí se jednat jen o doprovázení umírajících, vítanou pomocí jsou i zahradnické práce, služby na recepci, drobné nákupy, tvorba výzdoby v době velikonočních a vánočních svátků, atd. V současnosti do hospice Citadela dochází deset dobrovolníků.

2.3.5 Pobyt v hospici

Hospic je místem, které poskytuje pomoc každému bez ohledu na náboženské vyznání, názorové přesvědčení, barvu pleti a sexuální orientaci. Existují však určitá kritéria, na je-

jichž základě může být pacient do tohoto typu zařízení přijat. První podmínka souvisí s určením zdravotního stavu, který je dle současných odborných znalostí takový, že není možné očekávat dlouhé trvání života. Druhé kritérium vyžaduje doložení tzv. informovaného souhlasu klienta s hospitalizací. V tomto dokumentu nemocný prohlašuje, že byl srozuměn o závažnosti svého onemocnění, o poslání organizace, a že se pro pobyt rozhodl dobrovolně. Po vyplnění žádosti a informovaného souhlasu posuzuje možnost přijetí do hospice Citadela komise složená z ředitele, primáře, odborného lékaře a sociálních pracovníků. Dané rozhodnutí ovlivňuje zejména zdravotní indikace, ale také kapacitní možnosti. Přednost mají vždy ti nemocní, u kterých je naléhavost hospitalizace největší. To ovšem neznamená, že jsou přijímáni jen pacienti v terminálním stádiu. Jak už bylo popsáno v předešlých kapitolách, důvodů k využití hospice může být mnoho. Až třetina umírajících se vrací zpět do domácího léčení.

Naplňování poslání hospice je v praxi viditelné na první pohled. Rozdíl ve srovnání s nemocnicí je značný. Středem zájmu se stává umírající člověk. On je ten, který si do jisté míry režim dne určuje sám. Hospicová paliativní péče se opírá o jeho aktuální potřeby. Záleží na pacientovi, zda chce ráno vstávat později, kdy se chce umývat, kdy jíst. Oblékne si své civilní šaty a s vědomím personálu se může pohybovat v prostoru hospice i mimo něj. Umírající má právo rozhodnout se i o pobytu svých doprovázejících v zařízení. Ti mohou využít noclehu nebo nepřetržitých celodenních návštěv po všech 365 dnech v roce. Přítomnost blízkých a známých pacienta je součástí komplexní péče. Neočekává se, že rodina bude nemocného ošetřovat. Je-li toho ale schopna, bývá naopak podporována. Přínos je jistě oboustranný. Vědomí, že rodina zvládne udělat pro svého blízkého všechno, je nejlepším lékem na bolest. Hospic je tedy nablízku všem potřebným. Pomoc není ukončena smrtí klienta, je-li to zapotřebí, věnují zdravotníci čas i pozůstalým. Pro některé pacienty je toto ujištění před příchodem vlastní smrti nesmírným ulehčením (Svatošová, 2003).

3 DOPROVÁZENÍ A JEHO ÚSKALÍ PRO POMÁHAJÍCÍ

O doprovázení v umírání člověka se můžeme dočíst v mnohých knihách. Tolik nám ovšem pořád schází tato slova uvádět v reálné skutky. Každý jsme jiný. Prožíváme odlišné životy, individuálně cítíme a snášíme bolest, utrpení, zármutek, ale i radost, naději a smíření. Jinak tomu není ani u těch, kteří se snaží pomáhat lidem v zařízeních. I přes mnohé překážky naplňují myšlenky hospicové paliativní péče s respektem ke zdravotnímu stavu, potřebám a přáním umírajících a jejich blízkých. Směřují k utváření kvality života. Života do konce, do samého vydechnutí.

Doprovázení můžeme pojímat jako službu, která nepostrádá vnitřní pokoru a úctu. Aby mohlo být vykonáváno, nestačí pouze dobrá vůle. Musíme také vědět jak k nemocnému přistupovat.

3.1 Pravda u lůžka nemocného

Personál hospiců se velmi často musí potýkat se základní skutečností, kterou je informovanost pacienta o vážné nemoci. Přestože každý klient, který je do hospice přijat, podepisuje informovaný souhlas, mnohdy o svém zdravotním stavu nemocný nic netuší. Odpovědnost a kompetence v tomto případě spadá na vysílající ošetřující lékaře. Úkol je to jistě nesnadný. Lékaři se obávají vypjatých emočních reakcí. Nevědí, jak se zachovat, jak vést rozhovor. Situaci obchází, mlčí, nemluví pravdu nebo naopak pacienta zahltlí informacemi. Ten si poté z tolika údajů vybere jen to, co slyšet chce (Vymětal, 2003). V takových okamžicích nemohou následně hospicovní zdravotníci poskytnout umírajícímu podporu. Doprovázení ztrácí smysl.

Základní hodnotou u lůžka nemocného zůstává tedy pravda. Ta napomáhá hledat a nacházet odpovědi na mnohé otázky, které si pacient klade. Pracovník, který přichází do pokoje klienta, se nemusí bát, že bude postaven před nepříjemné situace. Nemusí uhýbat pohledem, ale dívá se do očí umírajícího přímo. Jen tehdy stojí vztah na pevných základech důvěry. Nikdy ovšem není nic tak černobílé. Pacient má právo nebýt informován o konečnosti svého života. Ani vnucování vědomí nastávající smrti nelze pokládat za správnou cestu. Je na posouzení lékaře, kolik pravdy nemocný unese. Laskavý přístup, srozumitelné sdělení a naslouchání vede k důstojnému prožívání nemoci.

3.2 Prožívání příchodu smrti

Prožíváním umírání a příchodu konce života nemocného a jeho blízkých se mezi prvními začala zabývat lékařka amerického původu Elisabeth Kübler-Rossová. Po letitých zkušenostech s vážně nemocnými a umírajícími dokázala definovat pět základních stádií. Uvedené fáze jsou jen jakýmsi pojátkem, které nás může přiblížit k nitru pacienta i jeho rodiny. Každý nemocný je přesto ve svých prožitcích individuální. Nezastupitelnou roli sehrává i věk, duševní i fyzická vyspělost, zdravotní stav, rodinné zázemí, sociální i ekonomická situace a v neposlední řadě i víra.

Doprovázející by měli také vědět, že jednotlivá stádia se často překrývají, opakovaně se vrací, střídají či dokonce prolínají. A to v nepředvídatelném časovém sledu.

3.2.1 Stádium popírání a izolace

Psychický šok. Těmito slovy je možné vystihnout prvotní prožitky člověka, který se dozvídá o své krizové zdravotní situaci. Nevěří této zprávě. Myslí si, že se stal omyl, že zpráva patří někomu jinému. Někdy je stav provázen nepřiměřeným rozjařením nebo naopak hlubokou depresí. Nemocný popírá danou skutečnost a hledá možnosti, kam se skrýt či uniknout. Nechce přijímat žádné bližší informace o nemoci. Hovořit s pacientem v této etapě krizové situace je možné až tehdy, kdy dokáže dané téma unést. Doprovázející se nyní snaží získat jen důvěru (Chadima, 2007).

3.2.2 Stádium zlosti a vzpoury

S příchodem stádia agrese, hněvu a vzpoury si nemocný „vylévá“ negativní pocity na ostatních. Svou nemoc klade za vinu zdravotníkům, rodině a někdy také Bohu. Závist, rozmrzelost a výčitky promlouvají z jeho duše. Pro okolí je tato fáze velmi psychický náročná. Nesmí se ale pohoršovat nad mnohými agresivními a často i vulgárními výroky. Pokud nemocnému budeme moci vyjádřit lásku a pohlazení, najde i on utišení ve své trýznivé vnitřní bolesti (Chadima, 2007).

3.2.3 Stádium smlouvání, vyjednávání

Klient se odvrací od nátlaku na své okolí, ustupují pocity hněvu a agrese. Naopak se nemocný snaží vyjednávat. Klade si nové cíle, kterých by chtěl ještě dosáhnout, např. svatby

dcery, narození vnuka, maturity vnučky, aj. Je to pokus o oddálení vlastní smrti. Dobrovolně si stanovuje hranice, které ovšem při naplnění opět posouvá. Stále slibuje a smlouvá. Uchyluje se také k alternativním formám léčby. Velkou důvěru vkládá v uzdravení léčitelem. Ve stádiu vyjednávání je zapotřebí trpělivosti všech účastníků doprovázení. Nikdy klientovi nebereme naději, ale zároveň ho nepodporujeme v nereálných představách (Chadima, 2007).

3.2.4 Stádium deprese a smutku

V tomto stádiu již svůj vážný zdravotní stav nemocný nepopírá. Překonává překážky ve formě zjevných příznaků nemoci. Ovládají ho pocity velké ztráty. Připadá si zbytečný. Většina pacientů musí nyní opustit zaměstnání, čímž se stávají ekonomicky závislími na nejbližších. Přichází pocity bezmoci, deprese, sebelítosti. Nemocný se obává o svou rodinu, o svou budoucnost. Uvědomuje si blízkost smrti. Nemá chuť spolupracovat. Bude-li při umírajícím stát člověk, který dokáže trpělivě naslouchat, pomůže urovnat vztahy a bude hledat řešení u vzniklých problémů, překlene pacient stádium deprese lehčeji (Svatošová, 2003).

3.2.5 Stádium akceptace, smíření

Akceptovat pravdu o své vlastní smrti nedokáže každý. Je málo těch, kteří dospějí až k samotnému smíření. Pacient již přestane bojovat proti osudu, necítí smutek ani nenávisť vůči lidem v okolí a netruchlí. Často se stává, že tyto emoce značí rezignaci a zoufalství. V této fázi může nemocnému v mnohém pomoci např. víra. I doprovázející zde mají své místo. V komunikaci se osvědčuje spíše neverbální stránka. Pouhé bytí u lůžka nemocného prospěje více nežli slova. Naše přítomnost tak může umírajícího ujistit, že nezůstane na poslední cestě životem sám (Jankovský, 2003).

Pracovníci hospice by se měli zaměřit taktéž na blízké nemocného. I oni prochází všemi stádii. Problematické okamžiky mohou nastat, pokud se umírající a jeho rodina nachází v různých etapách prožívání příchodu smrti. To pak obvykle zdravotníci napomáhají vzájemnému porozumění. Profesionální doprovázející jsou však také ohroženi. Ten kdo se nevyrovnal s konečností vlastní a svých blízkých, jen těžko nachází síly pro ostatní.

3.3 Potřeby umírajícího člověka

Nikdo nepochybuje o tom, že prožívání vlastní konečnosti patří k nejtěžším životním zkouškám. Nemocný má právo reagovat na novou situaci jakýmkoliv emočním prožitkem. Mnohdy se stává, že nejbližší okolí pacienta na tyto reakce není připraveno. Rodina, ale také neznalý personál zařízení může prožívat nepříjemné okamžiky. Vzniká „začarovaný kruh“, ze kterého není úniku. Na podrážděného či agresivního klienta reagujeme stejně negativně. Nechápe, že se neustále potřeby nemocného mění. To, co bylo dříve pro pacienta samozřejmostí, dnes odmítá. Priority potřeb v průběhu onemocnění podléhají změnám. Člověk zdravý se snaží uspokojovat především potřeby biologické. V procesu umírání, u pacienta v závěrečné fázi života, nabývá na důležitosti spirituální oblast péče. Přiblížme si tedy potřeby těžce nemocného, abychom rozpoznali, co všechno můžeme pro klienta udělat my, co lékař a co zvládne sám umírající (Svatošová, 2003).

Pacient, který se nachází v počátcích změn svého zdravotního stavu, žádá zejména péči po stránce fyzické. Vždy záleží na konkrétní nemoci, jejím průběhu a možných komplikacích. Nemocný potřebuje přijímat stravu, což mnohdy vyžaduje i zvláštní způsob úpravy pokrmu. Není vždy jednoduché jídlo pozřít a následně jej z těla vyloučit. Kvalita života je v tomto směru snížena. Pacient se v určitých případech neobejde bez využití cévek a dalším podpurných prostředků. Problém může nastat i s dýcháním. Zvlášť pro člověka s onemocněním dýchacího ústrojí nebo srdce. Svou roli sehrává i případná paliativní léčba - tlášení bolesti. Nemocného musíme stále motivovat k aktivitě, jinak se vystavuje riziku vzniku proleženin. Kromě aktivity je ale nutné také odpočívat. Zajištění podmínek pro klidný a nerušený spánek je součástí péče o **biologické potřeby umírajícího**.

Nezapomínejme, že na nemocného nenahlížíme jen jako na organismus. Respektováním důstojnosti dáváme najevo, že pacient je pro nás neopakovatelnou bytostí. Člověkem s vlastním posláním, o kterého se nejen staráme, ale můžeme od něj získat i řadu zkušeností, rad a moudrosti. Nemocný vyhledává kontakt, nechce zůstat sám. Zvlášť v období, kdy dovršuje svůj život. Často nám nepřijde na mysl, že více než slovy promlouváme naší mimikou, gesty, postoji, pohyby, očním kontaktem, oblečením, aj. Nemocný tyto signály vnímá citlivěji. Proto bychom neměli nikdy lhát. Pacient by v nás ztratil důvěru a pocit bezpečí. Vždy je lépe říkat tolik, kolik nemocný dokáže slyšet. Však jen tehdy, kdy on sám

chce. Péče v oblasti **psychologických potřeb** může velmi ovlivnit i tělesné blaho umírajícího (Svatošová, 2003).

Stává se, že člověk ležící na jednolůžkovém pokoji, ke kterému dochází rodina jen zřídka či vůbec, požádá o přestěhování k dalšímu pacientovi. Důvod je obvykle jednoznačný. **Potřeba sociálního kontaktu** je vysoká. Samota, ticho a izolace je tíživější než cokoli jiného. Bolest tělesnou může lékař utiřit, vnitřní prázdnotu a osamocení nikoliv. Být sám se svými myšlenkami na smrt, nemít se komu svěřit nebo se i radovat z každodenních maličkostí, je pro pacienta důležitější a obětuje pro to i část soukromí. Pomoc v tomto směru mohou i dobrovolníci působící v hospicích. I oni se stávají doprovázejícími. Umírající má ale právo společnost taktéž odmítnout. Mohou nastat dny, kdy se necítí nemocný po zdravotní nebo psychické stránce nejlépe. Zaměstnanci zařízení respektují rozhodnutí, zda pacient návštěvu přijme či odmítne.

Blížkost smrti s sebou přináší řadu otázek. Člověk věřící si obvykle ví rady. Zná odpovědi a dokáže se svou vírou dále dobře zacházet. Častěji pocit duchovní prázdnoty zažívají lidé nevěřící. Přemýšlí o smyslu života, mění se jejich žebříček hodnot. Trápí je pocity viny. Hledají odpuštění. Chtějí napravovat životní chyby. V tomto jim doprovázející může být jistě nápomocen. Rozhovor o víře, tichá modlitba u lůžka nemocného patří ke smyslu doprovázení. Ti, kteří se na tuto službu necítí, mohou zprostředkovat návštěvu duchovního. I nevěřící žádají často o jeho přítomnost. Na sklonku života se **potřeba spirituální** stává tou hlavní. Proto jsou součástí budovy hospice i kaple. Místnosti, kde pacient, jeho blízcí a také zaměstnanci hledají podporu. Pravidelné bohoslužby a návštěvy duchovních doplňují celkový ráz a přispívají k naplňování myšlenky hospicové paliativní péče.

3.4 Péče o pečující

Práce v pomáhajících profesích je v jakémkoliv ohledu vždy náročná. Není tedy pochyb o tom, že taktéž doprovázení těžce nemocných a umírajících klade na dotyčné pracovníky vysoké nároky. Každý může pociťovat zátěž v jiné oblasti. Každodenní přítomnost smrti, ztotožňování se s trpícím nemocným, pocity bezmoci, nedostatek kontroly nad situacemi, pocity selhání, zármutek a ztráta, neshody v pracovním týmu a další faktory tyto zaměstnance ovlivňují. Nepřiměřený nápor vede obvykle až k naprostému vyčerpání tzv. syndromu vyhoření. Nejen personál hospice, ale i ostatní doprovázející by se měli zaměřit sami na sebe. Péče o duševní a fyzickou hygienu je stejně důležitá jako péče o umírající. Dávat můžeme za předpokladu, že máme z čeho brát.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM

O umírání a smrti se v současné době hovoří a také píše stále častěji. Do povědomí veřejnosti se prostřednictvím médií dostávají příběhy obyčejných i známých osobností, které vážná choroba zaskočila a ochromila. Častěji se i v našem blízkém okolí setkáváme s lidmi bojujícími např. s nádorovými onemocněními. O specializované péči však víme jen velmi málo. Doprovázení, hospic, paliativní medicína a další pojmy jsou pro nás neznámé. A co lidé, jež tuto práci vykonávají? Co vede je k tomuto povolání? Jak moc náročná je pro ně tato práce? Jaký názor mají oni sami na doprovázení pacientů?

V návaznosti na teoretickou část bakalářské práce, která v širším měřítku poukazuje na péči o umírající v oblasti hospicové, jsem se v části praktické zaměřila právě na samotné pracovníky hospice. Prostřednictvím kvalitativního výzkumu jsem se pokoušela nahlédnout na doprovázení tentokrát ne z pohledu nemocných, ale ze strany profesionálních pomáhajících. Tedy personálu, jehož posláním je právě odborný, ale také lidský doprovod v důstojném umírání člověka.

4.1 Cíl výzkumu

Cíl tohoto výzkumu spočíval ve zmapování postojů, znalostí a zkušeností pracovníků, kteří se v každodenní praxi setkávají s umíráním a smrtí. Mým záměrem bylo přiblížit a popsat doprovázení tak, jak ho vnímá personál konkrétního hospicového zařízení.

4.2 Výzkumný vzorek

Vzhledem k cíli výzkumu jsem oslovila osoby, které mají s problematikou hospicové a paliativní péče přímou zkušenost. Jednalo se o pracovníky hospice Citadela ve Valašském Meziříčí, kde jsem před několika lety působila jako praktikant a později i jako zaměstnanec na pozici sociální pracovníce. Výběr tohoto zařízení tedy nebyl náhodný. Díky znalosti místního prostředí a osobních kontaktů s některými zaměstnanci mi bylo umožněno realizovat tento výzkum právě v dané organizaci. Vzorek účastníků výzkumu sestával z pracovníků, kteří s umírajícími a vážně nemocnými tráví z hlediska náplně práce nejvíce času. Což jsou zdravotní sestry, pečovatelé a sociální pracovníci.

Výzkum jsem směřovala pouze na jedno pracoviště, jehož základní popis jsem zaznamenala v teoretické části bakalářské práce. Důvodem omezeného vzorku byl i fakt, že informace

získané z odpovědí pracovníků jsou ovlivněny mnoha okolnostmi, jako např. pracovním prostředím, pracovními podmínkami, mírou působení stresových faktorů, aj. Nelze tedy vyvozovat obecné závěry.

4.3 Použitá metoda a technika výzkumu

Abych získala údaje, které vychází pouze ze subjektivních zkušeností, názorů a znalostí pracovníků v problematice doprovázení umírajících, rozhodla jsem se využít formy kvalitativního výzkumu. Ten nabízí možnost poznání dané oblasti v jejím hlubším kontextu. Protože jsem se zaměřila na všechny osoby podílející se na přímé péči o nemocné, které v hospici tvoří početnou skupinu, zvolila jsem explorační metody dotazování. Prostřednictvím techniky dotazníku jsem formulovala otázky, které směřovaly k zjištění potřebných informací.

Doprovázení člověka v jeho závěrečné fázi života považujeme za téma velmi citlivé. Přestože se personálu hospice smrt a umírání v jejich osobní rovině tolik nedotýká, souvisí s řadou vnitřních prožitků. Dotazník tak splňoval základní etická pravidla, při kterých mohli respondenti využít anonymity nejen ve vztahu k vyjádření vlastním pocitům, ale i ve zkoumání jejich odborných znalostí a názorů.

5 PREZENTACE VÝZKUMU

Výzkumnou techniku dotazníku jsem utvářela na základě propojenosti cíle výzkumu a poznatků uvedených v teoretické části práce. Strukturu jsem rozdělila do několika etap. V úvodu dotazníku byly poskytnuty základní informace vysvětlující záměr, etické předpoklady a instrukce ke způsobu vyplňování. Následující část zahrnovala položky uvádějící statistické údaje o respondentovi. Největší podíl tvořily otázky týkající se problematiky doprovázení z pohledu pracovníků hospice. Závěrem byla respondentovi nabídnuta možnost vlastního vyjádření se ke zkvalitňování péče o nemocné na jeho pracovišti. Poslední bod obsahoval poděkování za vstřícnost ke spolupráci.

Dotazník vybízel k vyplnění celkem sedmnácti položek. Osm z nich představovaly uzavřené otázky, dalších osm otevřené a jedna otázka byla polootevřená.

Zaměstnance hospice jsem oslovila zprostředkovaně kontaktem s vedoucí sociálních pracovníků a dále se dvěma staničními sestrami. Respondenti se účastnili výzkumu na základě dobrovolnosti a anonymity. Jednalo se o osmadvacet osob. Dle pracovního zařazení působí tito dotázaní na pozici třech sociálních pracovníků, dvanácti pečovateli a třinácti zdravotních sester. Na vyplnění dotazníku byla s nadřízenými pracovníky hospice sjednána celková doba jednadvaceti dnů.

5.1 Vyhodnocení výzkumu

Výsledky výzkumu byly vyhodnoceny ve sledu, který odpovídal položkám v dotazníku. Některé otázky, jež umožňovaly vyjádření četnosti odpovědí, jsem pro přehlednost zaznamenala do tabulek. Ostatní data byla nejčastěji okomentována či doplněna o přesný opis odpovědí respondentů.

Z celkového počtu 28 předložených dotazníků se jich vrátilo 16. Lze tedy využít 57% návratnosti.

5.1.1 Základní údaje o respondentech

1. Věková kategorie:

Položka rozlišovala dotázané osoby dle věku. Tento údaj se jistě mohl promítnout v odpovědích, které předpokládaly určitou osobnostní vyzrálou a zkušenosti. Na základě přehledu uvedeného v tabulce vyplývá, že nejpočetnější skupina (8) respondentů spadá do kategorie

18 – 30 let. 4 osoby uvedly věkové rozmezí 31 – 40 let. Počet 3 pracovníků se řadí do skupiny 41 – 50 let. 1 pracovník označil kolonku 51 a více let.

Tab. 1. Věková kategorie

Věkové kategorie	Četnost n_i
18 – 30 let	8
31 – 40 let	4
41 – 50 let	3
51 a více let	1

2. Pohlaví respondentů:

Pracovníci, kteří dotazník vyplňovali, měli pro přehlednost uvést pohlaví. Z celkového počtu (28) oslovených zaměstnanců hospice Citadela působících v oblasti přímé péče o klienty jsou ženy (26), dva pracovníci muži. To se projevilo i v četnosti odpovědí na danou otázku. Z počtu 16 osob, které dotazník vyplnily, uvedlo 14 pohlaví ženské a 2 mužské. Personál mužského pohlaví je tedy ve výzkumu zastoupen 100% účastí.

Tab. 2. Pohlaví respondentů

Pohlaví	Četnost n_i
Žena	14
Muž	2

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

V základních údajích o respondentech jsem zadala položku související s mírou nejvyššího dosaženého vzdělání. Z tabulky lze vyčíst, že 1 pracovník dosáhl základního vzdělání + specializačního kurzu, 10 zaměstnanců úplného středního odborného vzdělání (maturita), 1 dotázaný absolvoval úplné střední odborné studium + pomaturitní specializační kurz, 2 respondenti dokončili vzdělání na vyšší odborné škole a 2 na vysoké. Tyto informace

je možné využít jako faktor při zkoumání otázky znalostí v oblasti doprovázení umírajících. Svou roli však sehrává taktéž vzdělávání celoživotní. Pracovníci hospice Citadel navštěvují pravidelně kurzy tykající se jejich náplně práce.

Tab. 3. Nejvyšší dosažené vzdělání

Vzdělání	Četnost n_i
Základní vzdělání + specializační kurz	1
Úplné střední odborné (maturita)	10
Úplné střední odborné + pomaturitní specializační kurz	1
Vyšší odborná škola	2
Vysoká škola	2

4. Pracovní zařazení:

Orientační výpověď tvořila otázka pracovní pozice. Výzkumu se z tohoto pohledu zúčastnila skupina 8 pečovatелů, dále 6 zdravotních sester a 2 sociální pracovnice.

Tab. 4. Pracovní zařazení

Pracovní pozice	Četnost n_i
Sociální pracovnice	2
Zdravotní sestra	6
Pečovatel/ka	8

5. Délka celkové odborné praxe v péči o těžce nemocné a umírající:

Čím déle člověk působí v určité oblasti svého povolání, tím více zkušeností a podnětů může získat. Utváří si i vlastní názor na problematiku. Položka délky odborné praxe v péči o umírající nebyla proto formulována náhodně. Ve spojitosti s cílem výzkumu se jedná

o údaj prokazující jisté „kvality“ v odpovědích, přestože se v kontaktu s umírajícími můžeme v osobním růstu neustále posouvat.

Nejfrekventovanější odpovědí (6) byla délka praxe v rozmezí 1 – 2 roky. Následně 5 pracovníků zaškrtnulo kolonku 3 – 5 let. Méně než 1 rok působili v oblasti péče o těžce nemocné a umírající 4 zaměstnanci, jen 1 uvedl praxi v délce 6 – 10 let. Žádný z dotázaných nepracoval u takto potřebných více než 10 let.

Tab. 5. Délka odborné praxe v péči o těžce nemocné a umírající

Délka praxe	Četnost n_i
Méně než 1 rok	4
1 – 2 roky	6
3 – 5 let	5
6 – 10 let	1
Více než 10 let	0

5.1.2 Doprovázení z pohledu pracovníků hospice

Dotazník jsem v jeho obsáhlejší části zaměřila na širší kontext doprovázení. Otázky směřovaly k vyjádření názorů, zkušeností, ale také znalostí, které s uvedeným tématem úzce korespondují. Konkrétně mě zajímalo, co si např. zaměstnanci hospice představí pod pojmem doprovázení umírajících. Zda znají potřeby nevléčitelně nemocných a dokážou-li popsat fáze umírání podle lékařky E. Kübler-Rossové. Co je vedlo k výběru tohoto povolání, kde čerpají energii, kterou pak předávají potřebným. To je několik otázek, na které jsem se snažila v následujícím textu hledat odpovědi. Jejich formulace jsou přepsány doslovně. Respondenty jsem pro jednodušší orientaci označila pořadovým číslem.

1. Co všechno si představíte pod pojmem doprovázení nevléčitelně nemocných?

V hospici pojem doprovázení umírajících zaznívá jistě velmi často. Jaké myšlenky se při tomto slovu vybaví lidem, kteří kráčí kus cesty s nevléčitelně nemocnými, jsem zjišťovala v této otázce. Výroky samé nejlépe vystihnou názory a zkušenosti pracovníků:

Respondent č. 1: „*Kvalitní ošetření, kvalitní ubytování.*“

Respondent č. 2: bez vyjádření

Respondent č. 3: „*Být jim nablízku při bolesti, smutku, trápení, radosti, při umírání.*“

Respondent č. 4: „*Blízkost rodiny.*“

Respondent č. 5: „*Dodávat pocit jistoty, že tu člověk není sám, ale je kolem stále spousta hodných sestřiček, které jsou stále nablízku a dovedou pohladit fyzicky, ale i milým slovem.*“

Respondent č. 6: „*Plně zabezpečit péči dle stavu a přání klienta o biologické, psychologické, sociální a spirituální potřeby.*“

Respondent č. 7: „*Pomoc v posledním stádiu onemocnění, pomoc zdravotní a psychická.*“

Respondent č. 8: „*Ulehčit odchod ze života.*“

Respondent č. 9: „*Být s člověkem až do konce.*“

Respondent č. 10: „*Stát při nich.*“

Respondent č. 11: „*Rakovina.*“

Respondent č. 12: „*Celková péče, porozumění, psychické porozumění.*“

Respondent č. 13: „*Nenechat člověka osamoceného, být kdykoliv k dispozici pro jeho případné dotazy, když chce rekapitulovat svůj život, přemýšlí nad smyslem života a potřebuje zpětnou vazbu. V pokročilém stádiu nemoci možná neméně důležitá opora, držení za ruku nebo jen prostá přítomnost jiné osoby.*“

Respondent č. 14: „*Komunikace, empatie, blízkost, ochrana, splnění přání, podpora duchovního, rozloučení, poděkování za uplynulý život.*“

Respondent č. 15: „*Ulehčení od bolesti a psychická pomoc.*“

Respondent č. 16: „*Celková podpora po stránce bio-psycho-sociální.*“

2. V čem je podle Vás smysl doprovázení?

Žádný z respondentů smysl doprovázení ve svých odpovědích nevyvrátil. Ba právě naopak. Předkládám zde tři vybrané odpovědi, které vyjadřují obecný názor většiny dotázaných:

Respondent č. 3: „*V tom, že člověk cítí, že není sám a neodchází osamocen.*“

Respondent č. 4: „*Pacient má u sebe lidi, které miluje, kteří ho umí utěšit, pohladit.*“

Respondent č. 14: „*V pocitu, že nejsme na nemoc sami, někdo je s námi, drží nás za ruku, je nám blízko...*“

3. Znáte fáze vyrovnávání se s nemocí podle E. Kübler-Rossové?

Aby bylo možné naplnit smysl profesionálního doprovázení, je dle mého názoru nutné mít alespoň základní povědomí o vyrovnávání se s nemocí a příchodem vlastní smrti. Tento názor ověřuje nynější otázka dotazníku.

Znalost fází podle E. Kübler-Rossové potvrdilo kladně 7 respondentů. 6 osob uvedlo, že má částečnou znalost a 3 pracovníci nemají žádné znalosti v této oblasti.

Tab. 6. Znalost fází vyrovnávání se s nemocí podle E. Kübler-Rossové

Znalost fází vyrovnávání se s nemocí	Četnost n_i
Úplná znalost	7
Částečná znalost	6
Žádná znalost	3

4. Pokud jste označili v předchozí otázce č. 3 kladnou odpověď, prosím, uveďte stručně popis daných fází.

Odpovědi z předchozího dotazu jsem se rozhodla ověřit. 2 pracovníci, kteří se přiklonili ke kladné odpovědi, neuvedli v této následné otázce žádný popis fází. Zbývajících dotázaných (5) dokázali jednotlivé okruhy prožívání definovat a uvést ve sledu, v jakém se obvykle

prezentují v publikacích. Reprezentanti uvádějící částečnou znalost (6) se nevyjádřili vůbec.

Pro představu uvádím informace od jednoho z respondentů:

Respondent č. 14: „*Šok (popření) – odmítnutí faktu nemoci, hněv (agrese) – proč jsem nemocný právě já?!, smlouvání – zakrývání si oči před pravdou, deprese (smutek) – pacient pochopí nezvratnost situace, smíření se s nemocí.*“

5. Dokážete se vyrovnat se svou vlastní smrtelností a smrtí svých blízkých?

V teoretické části své práce jsem se zmiňovala o tom, že k péči o umírající je nutné být smířen se smrtí. Jak se tuto myšlenku daří uplatňovat v reálném životě, se dozvídáme právě nyní. Tabulka prokazuje, že se smrtí vlastní a svých blízkých se již dokázalo vyrovnat 7 zaměstnanců hospice Citadela. 3 pracovníci uvedli zápornou odpověď a 6 osob se k otázce vyjádřit nedovedlo.

Tab. 7. Vyrovnanost se smrtí vlastní a svých blízkých

Vyrovnávání se smrtí	Četnost n_i
Ano	7
Ne	3
Nedovedu se vyjádřit	6

6. Co Vás vedlo k výběru tohoto povolání?

Pracovat v zařízení, kam lidé přichází umřít, kde hledají smysl života a bojují se strachem a úzkostí, to vyžaduje samozřejmě silného ducha. Všichni zaměstnanci vnímají svou práci veskrze jako smysluplnou pomoc bližnímu. Nejde jen o vykonání základních úkonů vyplývajících z náplně jejich pracovní pozice. Vzdělání, ale zejména schopnost empatie, umění komunikace a vnímání potřeb hrají hlavní roli v péči o umírající.

Respondent č. 11: „*Chci pomáhat lidem, baví mě to.*“

Respondent č. 14: *„Práci s lidmi beru jako výzvu, životní šanci jak se něčemu naučit/poučit. Práce s lidmi přináší zkušenost.“*

Respondent č. 5: *„Láska k lidem.“*

Respondent č. 3: *„Na začátku zdravotní školy se mi povolání líbilo, postupně mě začalo pomáhání lidem naplňovat. Myslím, že každý to má dané v sobě.“*

7. Co vám tato práce přináší, co naopak odebírá?

Za jednoznačný přínos v práci považují dotázaní pracovníci pocit z dobře vykonané práce, který lze někdy posoudit i podle reakcí pacienta a jeho rodiny. Mnozí si díky každodenní blízkosti smrti uvědomují „křehkost“ a opravdovou hloubku života.

Za všechny vypovídají tyto vybrané výroky:

Respondent č. 3: *„Přináší radost, když vidím, že klienti ji mají. Znamená pro mě také podporu a uvědomění si vlastní ceny života.“*

Respondent č. 13: *„Úplně odlišný náhled na lidskou stránku života, nad jeho pomíjivostí a jedinečností.“*

Respondent č. 14: *„Přínosem pro mě je, že si díky této práci uvědomuji smysl života. Více si vážím vztahů (fungujících) v rodině. Ukazuje mi směr, co v životě dát na přednostní místo (priority).“*

Záporná stránka práce v hospici se projevuje v odebírání sil fyzických a psychických. Vzhledem k charakteru činností jednotlivých zaměstnanců se v odpovědích objevuje u pečovatелů a zdravotních sester vyčerpání po stránce tělesné častěji, než-li po psychické. U sociálních pracovníků je tomu naopak. Jeden z respondentů uvedl jako příčinu odebírání sil ztrátu iluzí o své práci. Rozpor mezi teorií a praxí.

Pro názornost uvádím dvě odpovědi:

Respondent č. 14: *„Odebírá mi energii fyzickou i psychickou. Potřebuji se často dobíjet.“*

Respondent č. 6: *„Práce je stresující, neboť každý pacient znamená jiný životní příběh a občas se sama divíte, že by se vám mohlo stát to samé.“*

8. Seřad'te dané činnosti od 1-7 dle časově nejnáročnějších po méně časově náročné úkony z hlediska Vaší náplně práce:

Ze všech odpovědí bylo možné na základě průměrného výpočtu vyvodit následující závěr: Časově **nejnáročnější činností** je pro 16 respondentů péče o tělesné potřeby nemocného (ošetřovatelské a zdravotní úkony, apod.), **na druhém místě** se nachází příprava, rozvoz a podávání stravy. **Třetí pozici** zaujímá rozhovor s pacientem, **čtvrtou** administrativní činnost (záznamy v dokumentaci, evidence, aj.). **Na pátém místě** se umístila komunikace s rodinou a blízkými nemocného, **předposlední šestou** činností jsou sanitární práce (dezinfekce, úklid, roznos prádla...). **Za poslední** a zároveň nejméně časově náročnou činnost považují zaměstnanci odborné konzultace se spolupracovníky.

9. Jaké potřeby podle Vás převažují u umírajícího člověka, jež směřuje k samému konci života?

Otázka číslo devět poukazuje na znalosti a schopnosti vnímat potřeby člověka. Za nejčastější odpovědi v této fázi umírání byly označeny **sociální potřeby umírajícího**. V daném pořadí následovaly **potřeby biologické, spirituální a psychické**.

Odpověď neuvědlo 5 respondentů.

10. Z jakých zdrojů čerpáte sílu ke své práci?

V pomáhajících profesích dávat znamená zároveň i mít kde brát, jinak hrozí vyčerpání nejen fyzické, ale i duševní a emocionální. Tato položka dotazníku zjišťovala, z jakých zdrojů pracovníci hospice energii získávají. Respondenti měli možnost označit více odpovědí. Nejčastější prevencí proti syndromu vyhoření je pro dotázané (12) aktivní odpočinek. Za důležité zdroje považují dále čas věnovaný rodině (9) a pasivní odpočinek. V menší míře pak dodává sílu i víra (3). Dvě osoby uvádějí, že nemají žádný způsob, jak únavě čelit.

Tab. 8. Zdroje čerpání síly k práci

Zdroje síly	Četnost n_i
Víra	3
Čas věnovaný rodině či přátelům	9
Pasivní odpočinek	9
Aktivní odpočinek	12
Žádné zdroje	2
Jiné zdroje	0

11. Označte zakroužkováním stupeň kvality vlastní péče o těžce nemocné a umírající:

Vyhodnocování kvality vlastní péče by mělo vést pracovníka k zamyšlení se nad sebou samým. Údaje, které respondenti uvedli, jsou čistě subjektivní a mají pouze informativní charakter. Jen těžko můžeme vyvozovat obecné závěry.

Z 16 osob pokládá 7 pracovníků vlastní kvalitu péče za dobrou, 5 dotázaných hodnotí svou péči o těžce nemocné a umírající jako velmi dobrou, 3 ji shledávají vyhovující. 1 zaměstnanec si myslí, že jeho kvalita péče je výborná. Stupeň kvality nevyhovující péče neoznačil žádný dotázaný.

Tab. 9. Označení stupně kvality vlastní péče o těžce nemocné a umírající

Stupeň kvality péče	Četnost n_i
Výborná péče	1
Velmi dobrá péče	5
Dobrá péče	7
Vyhovující péče	3
Nevyhovující péče	0

12. Uveďte návrhy, jak vylepšit péči o nemocné ve vašem zařízení:

Závěrečná položka v dotazníku nabízela respondentům prostor k vyjádření návrhů na zlepšení kvality péče o nemocné na svém pracovišti. Příležitosti využila polovina dotazujících, tedy 8 zaměstnanců.

V každé z daných odpovědi se objevil požadavek na zvýšení počtu pracovníků na pozici zdravotních sester a pečovatелů. Personál hospice poukazoval na přetížení a nedostatek času. V případě navýšení pracovních sil by se zaměstnanci mohli věnovat doprovázení mnohem intenzivněji než v současnosti.

Další návrhy směřovaly k větší podpoře rodiny umírajícího v jejím doprovázení. Aby si rodinní příslušníci dokázali odpustit, urovnali vztahy nejen mezi sebou, ale i s vážně nemocným členem.

6 INTERPRETACE A DISKUZE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Cíl výzkumu bakalářské práce vedl ke zmapování postojů, zkušeností, znalostí a také k přiblížení se skutečnému doprovázení v pomáhajících profesích. Zaměřila jsem se na konkrétní pracoviště hospice Citadela ve Valašském Meziříčí, kde jsem sama nějaký čas byla zaměstnaná. Tato skutečnost mi následně pomohla jak v popisu zařízení v teoretické části, tak v porozumění odpovědím, které pracovníci hospice uváděli. Návratnost dotazníků dosáhla 57 %. Obecné závěry nebyly z celkového počtu získaných dat vyzovány. A to především ze subjektivního charakteru kladených otázek. V uvedených informacích se mohly promítnout např. faktory míry pracovního vyčerpání jednotlivých zaměstnanců, pracovní podmínky daného pracoviště, úroveň komunikace a spolupráce v týmu, aj. Použitý kvalitativní výzkum považuje zkoumané jevy za specifické a stále se měnící. Proto není možné, aby byla zaručena spolehlivost (reliabilita) aplikované metody a ani její dlouhodobá platnost (validita).

Z celkového počtu navrácených dotazníků vyplynulo, že větší část respondentů spadá do mladší věkové kategorie (18 –30 let). V hospici měl být zastoupen personál v širokém rozmezí věku a také obou pohlaví. U každého pacienta, který hledá „spřízněnou duši“, hraje při navazování kontaktů s pracovníky hospice jistě svou roli i věk a pohlaví. Klient mladší může najít více společných témat k hovoru s pracovníkem stejné věkové kategorie. Ke starším zaměstnancům mohou pacienti pociťovat zase větší důvěru, např. za předpokladu delší praxe v oboru.

Stupeň dosaženého vzdělání zaměstnanců mohly mít vliv na otázky, jež se týkaly znalostí v oblasti péče o umírající. Čím vyšší vzdělání respondent uvedl, tím přesnější a slovně bohatší byla formulace odpovědí. Vzdělávání je v současné době jedním z kritérií poskytování kvalitní péče. To platí pro všechny pracovní pozice. Personál hospice Citadela se může účastnit mnoha kurzů, seminářů a konferencí. Vzdělávání celoživotní pak rozšiřuje naše vědomostní obzory a zároveň plní preventivní účel v předcházení syndromu vyhoření.

Vzhledem k vyšší četnosti osob v mladší věkové kategorii vyplynula z odpovědí na otázku délky praxe v péči o těžce nemocné a umírající nejvyšší hodnota 1 – 2 let. V těsné blízkosti následovala praxe 3 – 5 let a poté méně než 1 rok. Zkušenosti v doprovázení umírajících nejsou tedy u respondentů velké. Tento fakt se mohl odrazit v odpovědích v dotazníku. Lze ovšem jen těžko usuzovat, jak dlouholetou praxi by měl pracovník mít, aby doprová-

zení bylo profesionálně „na úrovni“. I jedno jediné setkání s umírajícím nás může v mnohém obohatit a posunout naše postoje a chování na vyšší stupeň kvality péče. Musíme k tomu mít ale předpoklady osobnostního charakteru i odborné znalosti.

Představy o pojmu doprovázení a jeho smyslu jsem shrnula do několika bodů. Dotázaní vidí v doprovázení nevyčísitelně nemocných obrovský potenciál. V tom, jak se prostřednictvím „tiché“ přítomnosti a podpory můžeme přiblížit k nitru člověka a jeho rodiny. Pro pracovníky je i symbolem naděje, který věřící připravuje na lepší život po smrti. Doprovázení utváří také cestu k důstojnému umírání ve vztahu k příjemnému prostředí hospice a kvalitní paliativní péče o blaho klienta.

Zajímavé bylo zjištění výsledků v otázce znalostí fází vyrovnávání se s nemocí podle E. Kübler-Rossové. Objevilo se celkem devět pracovníků, kteří odpovědět neznali vůbec nebo jen částečně. Kde jinde, než v hospici, by měli o těchto prožitcích nemocného vědět. Pokud budeme považovat získané informace za pravdivé, jistě nás tedy překvapí. Ten, kdo chce poskytovat dobrou péči, potřebuje mít povědomí o prožívání a chování pacienta v procesu umírání. Osobnost každého z nás je jedinečná, velmi těžko popsatelná. S pomocí alespoň základních znalostí z vědních oborů o člověku bychom lépe obstáli u lůžka nemocného. V posuzování potřeb převažujících u umírajícího člověka, který směřuje k samému konci života, bylo údajů naopak více. Respondenti popsali všechny potřeby, které jsou zmíněny i v teoretické části této práce. Umírající na sklonku života preferuje především potřeby biologické (zejména tišení bolesti), spirituální a sociální.

Být přítomen umírání a vědět, to ještě neznamená všechno. Kdo se dokáže vyrovnat se svou vlastní smrtelností a smrtí svých blízkých, ten může doprovázet. To se uvádí v publikacích o hospicové a paliativní péči. Jaká je skutečnost? Sedm respondentů uvedlo kladné vyjádření, tři lidé negativní a šest se nedokázalo vyjádřit. Musím říci, že knihy nelžou. Nemusíme být s tímto faktem vyrovnání, ale tím dříve na nás dolehne vysílení. Přestože si skutečnost smrti nechceme připustit, je tady.

Zeptala jsem se tedy na otázku, co pracovníky vedlo k tomuto povolání, jaké klady a zápo-ry jim práce v hospici přináší. Své povolání pokládali zaměstnanci za velmi smysluplné a užitečné. Práce s lidmi je baví. Několik dotázaných vyjádřilo snad i vyšší hodnotu - poslání. Uvědomují si, že při něm získávají pocit naplnění a spokojenosti, zvláště když mají zpětnou vazbu od pacienta či jeho rodiny.

Práce umí i odebrat energii a optimistický náhled na svět. Přináší psychickou a fyzickou zátěž, která může vést až k naprostému vyčerpání. Člověk, který se rozhodne pro práci v pomáhajících profesích, by měl počítat s větší frekvencí změn povolání či minimálně pracoviště. Hospic je místem, kde působí celá řada stresujících faktorů. Za ohrožující se považuje každodenní přítomnost smrti, bezmoc, zármutek a ztráta, ztotožňování se s osudy pacientů a pocity nedostatečné kontroly nad situacemi. Na druhou stranu dokáže personálu hospice rodina, aktivní a pasivní odpočinek, víra nebo kolegové opět vracet radost a odhodlání. Mohou pak dál doprovázet umírající.

V dotazníku jsem se právě proto zaměřila i na pracovní úkony, které dotazovaní číslovali od časově nejnáročnějších po méně časově náročné. Na prvním místě se ocitly činnosti vyplývající z péče o tělesné blaho klienta. Tento výsledek bylo možné očekávat. Zajišťování pomoci v hygieně, stravování, tišení bolesti a v dalších úkonech zabírá vždy prostoru nejvíce. Co je z hlediska doprovázení nemocného zapotřebí zmínit, je komunikace s pacientem. Ta byla v pořadí na třetím místě v časové náročnosti. Myslím si, že tento výsledek je adekvátní. Zaměstnanci v části, kde navrhovali možnosti zlepšení péče, uváděli jako prioritu zvýšení počtu pracovníků. Důvodem je právě čas, kterého mají na pacienta stále méně.

Kvalitu vlastní péče o těžce nemocné a umírající hodnotil personál z větší části dobrou. Z této položky nelze činit závěry. Jedná se čistě o subjektivní vnímání reality, které dodává jeden z náhledů na poskytování péče v hospici Citadela.

ZÁVĚR

Každý z nás odejde z tohoto světa jiným způsobem. Každý bude prožívat jiné emoce. I kdybychom si v tu danou chvíli mysleli, že vše ztrácí smysl a naděje neexistuje, vezme, že jsou místa, kde na tento prožitek nemusíme být sami. Místa, kde můžeme nalézt úlevu od bolesti psychické i tělesné. Nechtějme tedy odcházet ze života rychlou smrtí.

Pokud se mi v bakalářské práci podařilo přiblížit pojmy týkající se oblasti doprovázení a přispěla jsem troškou poznání k jinému chápání života a smrti, je to pro mne impulsem k dalšímu šíření myšlenky hospicového hnutí.

V teoretické části jsem popisovala obecně používané pojmy umírání a smrti, poukázala jsem na oblast péče o nemocné z historického i současného pohledu. Uvedla jsem základní principy poskytování paliativní medicíny, nastínila jsem také problematiku hospicové péče. Diakonie ČCE – hospic Citadela byl konkrétním zařízením, na kterém jsem doložila fungování hospiců u nás. Kapitola doprovázení a jeho úskalí pro pomáhající směřovala k popisu prožívání, chování a současně i uspokojování potřeb člověka v konečném stádiu života. V krátkém úryvku jsem se věnovala péči o pečující.

Záměrem praktické části bylo získání názorů, zkušeností, postojů a znalostí pracovníků v přímé péči. Oslovila jsem personál hospice Citadela, který osvětlil několik otázek k problematice doprovázení. Myslím si a doufám, že většina výsledků výzkumu potvrdila realizaci teoretických poznatků z knih. Pro hospic můžou dané informace znamenat zpětnou vazbu a možnost případného zkvalitňování péče o umírající.

Jak vyplývá z odpovědí respondentů, za každým úkonem péče, který je nemocnému poskytnut, by měl být viděn, slyšen a vnímán doprovázející. Blízkost druhého člověka je v procesu umírání nenahraditelná. Nikdo jiný nemůže pohladit, utěšit a předat naději. Pečovatelé, zdravotní sestry, sociální pracovníci a další členové týmu hospice si za tyto činy zaslouží obdiv a uznání. Výzkum ovšem ukázal i negativní stránky doprovázení. Prevence syndromu vyhoření by se měla stát každodenní součástí provozu hospice. V odpovědích na otázku čerpání energie v péči o nemocné se našli i ti, kteří nemají z čeho brát. Člověk „vyhoří“ tak rychle, že si to ani neuvědomí.

Není více, než že nabídneme své srdce druhým. Nezavírejme oči před smrtí a važme si více hodnoty života.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] DAVIES, D. *Stručné dějiny smrti*. 1. vyd. Praha: Volvox Globator, 2007. ISBN 978-80-7207-628-4.
- [2] DŽIBRÁN, CH. *Prorok*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1990. ISBN 80-7021-025-7.
- [3] HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.
- [4] CHADIMA, M. *Dějiny charitativní péče*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-632-7.
- [5] JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
- [6] KŘIVOHLAVÝ, J.; KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0.
- [7] KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989.
- [8] MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. Národní centrum domácí péče České republiky.
- [9] O'CONNOR, M.; ARANDA, S. *Paliativní péče - pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
- [10] SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5.
- [11] Virt, G. *Žít až do konce*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2.
- [12] VORLÍČEK, J.; ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-0279-7.
- [13] VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
- [14] *Výroční zpráva 2007*. Diakonie ČCE – hospic Citadela. Valašské Meziříčí: Diakonie ČCE – hospic Citadela, 2008.
- [15] Diakonie ČCE – hospic Citadela. [online]. [cit. 10. 3. 2009]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.citadela.cz/html/info.html>.

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Věková kategorie.....	33
Tab. 2. Pohlaví respondentů.....	33
Tab. 3. Nejvyšší dosažené vzdělání.....	34
Tab. 4. Pracovní zařazení.....	34
Tab. 5. Délka odborné praxe v péči o těžce nemocné a umírající.....	35
Tab. 6. Znalost fází vyrovnávání se s nemocí podle E. Kübler-Rossové	37
Tab. 7. Vyrovnanost se smrtí vlastní a svých blízkých.....	38
Tab. 8. Zdroje čerpání síly k práci.....	41
Tab. 9. Označení stupně kvality vlastní péče o těžce nemocné a umírajících.....	41

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Anonymní dotazník
- P II Fotodokumentace
- P III Žádost o přijetí klienta do hospice
- P IV Zdravotní záznam žadatele
- P V Informovaný souhlas pacienta
- P VI Informace před přijetím do hospice

PŘÍLOHA P I: ANONYMNÍ DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci s tématem „Doprovázení v pomáhajících profesích“. Tento výzkum mapuje postoj a zkušenosti pracovníků v doprovázení nevyléčitelně nemocných a umírajících.

Vámi poskytnuté informace jsou považovány za důvěrné a anonymní. Veškeré údaje budou použity pouze pro účely mého výzkumu.

Za Vaši ochotu, věnovaný čas a cenné údaje děkuji

Petra Prná

studentka 3. ročníku Sociální pedagogiky, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně

kontakt: prna.p@seznam.cz, tel.: 737 341 864

Instrukce:

odpověď, prosím: - zakřížkujte,

- vyjádřete slovně

- případně postupujte dle pokynů u jednotlivých otázek

Základní údaje o respondentovi

1. Vaše věková kategorie:

- 18 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – a více let

2. Pohlaví:

- žena
- muž

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- základní vzdělání + specializační kurz
- úplné střední odborné (maturita)
- úplné střední odborné + pomaturitní specializační studium (PSS)
- vyšší odborná škola (VOŠ)
- vysoká škola (VŠ)

4. V hospici působím na pracovní pozici:

5. Délka Vaší celkové odborné praxe v péči o těžce nemocné a umírající:

- méně než 1 rok
- 1-2 roky
- 3-5 let
- 6-10 let
- více než 10 let

Doprovázení z pohledu pracovníků hospice

1. Co všechno si představíte pod pojmem doprovázení nevléčitelně nemocných?

2. V čem je podle Vás smysl doprovázení?

3. Znáte fáze vyrovnávání se s nemocí podle E. Kübler-Rossové?

- ano, znám
- jen částečně
- ne, neznám

4. Pokud jste označili v předchozí otázce č. 3 odpověď kladnou, prosím, uveďte stručně dané fáze.

5. Dokážete se vyrovnat se svou vlastní smrtelností a smrtí svých blízkých?

- ano
- ne
- nedovedu se vyjádřit

6. Co Vás vedlo k výběru tohoto povolání?

7. Co vám tato práce přináší, co naopak odebírá?

8. Seřad'te dané činnosti od 1-7 dle časově nejnáročnějších po méně časově náročné úkony z hlediska Vaší náplně práce:

- __ péče o tělesné potřeby nemocného (ošetřovatelské a zdravotní úkony, apod.)
- __ rozhovor s pacientem
- __ příprava, rozvoz a podávání stravy
- __ administrativní činnost (záznamy v dokumentaci, evidence, aj.)
- __ odborné konzultace se spolupracovníky
- __ komunikace s rodinou a blízkými nemocného
- __ sanitární práce (dezinfekce, úklid, roznos prádla ...)

9. Jaké potřeby podle Vás převažují u umírajícího člověka, jež směřuje k samému konci života?

10. Z jakých zdrojů čerpáte sílu ke své práci? (možno označit i více odpovědí)

- víra
- čas věnovaný rodině či přátelům
- pasivní odpočinek (sledování televize, četba, poslech hudby, ...)
- aktivní odpočinek (sport, domácí práce, vaření, ...)
- nemám zdroje k čerpání energie
- jiné: _____

11. Označte zakroužkováním stupeň kvality vlastní péče o těžce nemocné a umírající:

- 1 výborná péče
- 2 velmi dobrá péče
- 3 dobrá péče
- 4 vyhovující péče
- 5 nevyhovující péče

12. Uveďte návrhy, jak vylepšit péči o nemocné ve vašem zařízení:

Děkuji za vstřícnost

PŘÍLOHA P II: FOTODOKUMENTACE

Diakonie ČCE - hospic Citadela, Žerotínova ulice č. 1421, Valašské Meziříčí 757 01



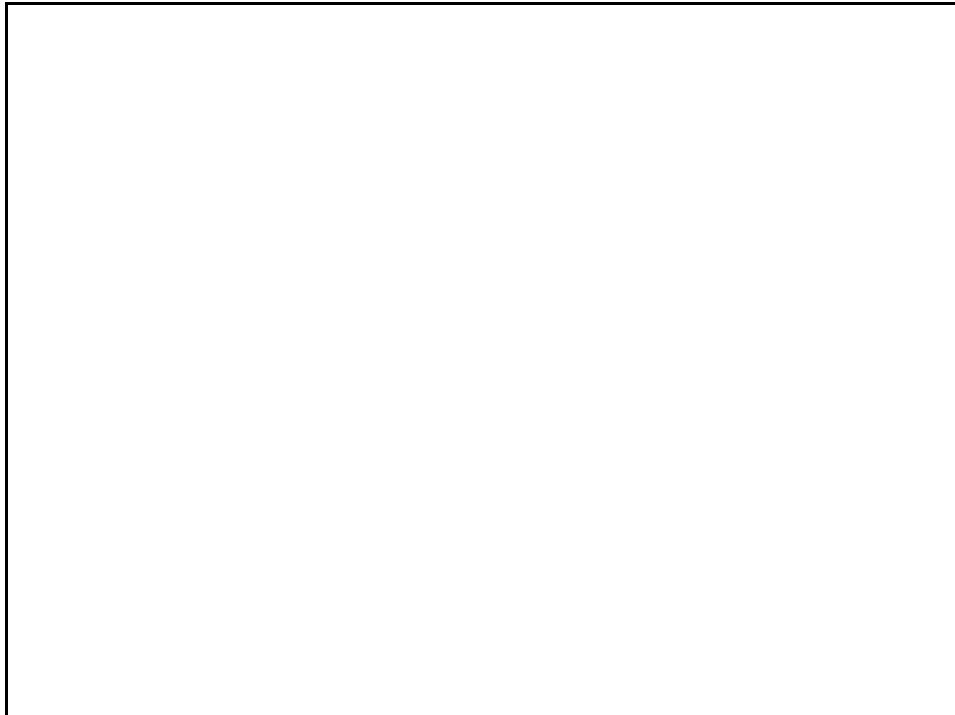
Obr. 1 Pohled ze zahrady



Obr. 2 Vstupní hala hospice



Obr. 3 Jednolůžkový pokoj hospice



Obr. 4 Kaple hospice

PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO HOSPICE

Diakonie ČCE – hospic CITADELA



Žádost o přijetí klienta k pobytu na hospicovém lůžku

Jméno a příjmení klienta:

Datum narození: Stav:

Adresa trvalého bydliště:

Telefon: Povolání:

Zdravotní pojišťovna:

Adresa nynějšího pobytu klienta:

Tel. spojení nyní:

Nejbližší osoba klienta: (příbuzná nebo jiná osoba, kterou určil klient, pokud byl k tomu způsobilý):

Jméno a příjmení: Vztah:

Adresa:

Tel. ve dne: Tel. v noci:

Kdo převezme péči o klienta v případě jeho eventuálního propuštění:

Jméno a příjmení: Vztah:

Adresa: Tel.:

Odesílající lékař:

Jméno a příjmení: Telefon:

Adresa:

Praktický lékař:

Jméno a příjmení: Telefon:

Adresa:

Datum:

.....
Podpis žadatele

.....
Podpis osoby blízké

.....
Podpis a razítko lékaře

PŘÍLOHA P IV: ZDRAVOTNÍ ZÁZNAM ŽADATELE

Diakonie ČCE – hospic CITADELA



Zdravotní záznam

žadatele o umístění na hospicovém lůžku

(Přiložte nebo nahraďte kopiemi propouštěcích zpráv či dekurzů)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

Diagnózy – uveďte priority podle závažnosti příznaků, nebo přiložte propouštěcí zprávu:

Trpí pacient bolestí? - Pokud ano, popište dosavadní terapii a její účinnost:

--

Znamé alergie:

--

Kuřák: ano ne Dieta:

Jaké léky klient v současné době užívá? (vypište přesně, včetně dávkování):

Diakonie ČCE – hospic CITADELA

Nutná ošetrovatelská péče (z hlediska zdravotního postižení a omezení) : Vážné postižení kůže (proleženiny, bérčové vředy, ekzémy apod.): Kde a v jakém stavu ?			
Schopnost chůze:	ano <input type="checkbox"/>	částečně (s dopomocí) <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Potřeba dopomoci při:	jídle <input type="checkbox"/>	hygieně <input type="checkbox"/>	oblékání <input type="checkbox"/> jiné: <input type="checkbox"/>
Používá pomůcky:	berle <input type="checkbox"/>	invalidní vozík <input type="checkbox"/>	jiné-které: <input type="checkbox"/>
Inkontinence: moč	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	stolice	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Co od pobytu v hospici očekává:	Lékař	Klient	Rodina
Paliativní péči od:	Ano – Ne	Ano – Ne	Ano – Ne
Léčbu bolesti:	Ano – Ne	Ano – Ne	Ano – Ne
Léčbu jiných symptomů – kterých:	Ano - Ne	Ano – Ne	Ano – Ne
Co ještě:			
Co bylo řečeno klientovi o jeho diagnóze a prognóze?			
Nakolik je o stavu klienta informována rodina? Co bylo řečeno rodině o prognóze?			
Chce klient o své situaci mluvit (alespoň občas) ?			
Klient má příplatek k důchodu na „bezmocnost“: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> O „bezmocnost“ zažádáno dne:			
Zájem o ubytování doprovázející osoby na pokoji s klientem:			
ano <input type="checkbox"/> v době od do jinak: ne <input type="checkbox"/>			
Další poznámky:			
„Svobodný informovaný souhlas pacienta“ přikládám (je podmínkou přijetí). (V případě, že pacient není způsobilý se podepsat, podepíše souhlas nejbližší osoba)			

Datum: Razítko a podpis lékaře:

TUTO ZPRÁVU PŘEDEJTE PROSÍM V ZALEPENÉ OBÁLCE

PŘÍLOHA P V: INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

Diakonie ČCE – hospic CITADELA



Informovaný souhlas pacienta

Já, níže podepsaný/á

jméno a příjmení

bytem

souhlasím, že jsem byl/a v rozhovoru s lékařem dostatečně a srozumitelně seznámen/a se svým zdravotním stavem a s diagnózou.

Diagnóza: (*vypíše lékař*)

Byl/a jsem informován/a o tom, jakou formu zdravotních, pečovatelských a jiných služeb hospic poskytuje. Byl/a jsem informován/a o tom, že smyslem péče v hospici není život udržet za každou cenu co nejdéle, nýbrž že hlavní úsilí je vedeno ke zlepšení kvality života. Byl/a jsem informován/a o tom, že můj život nebude v hospici uměle prodlužován napojením na přístroje ani jinými postupy. Byl/a jsem informován/a o tom, že lékař v hospici vědomě upouští od všech léčebných i diagnostických zákroků a postupů, které kvalitu života zlepšit nemohou, a naopak ordinuje vše, co kvalitu života zlepšit může.

Bylo mi umožněno si vše řádně rozvážit a zeptat se na vše, co považuji za podstatné. S pobytem a vysvětlenými paliativními (obtíže mírnícími) léčebnými postupy v hospici souhlasím. Tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat a pobyt v hospici mohu kdykoliv ukončit bez jakéhokoliv postihu. Souhlasím s tím, že budu informován v případě, že se vyskytnou nové skutečnosti významné pro můj pobyt v hospici.

O mém zdravotním stavu informujte:

Jméno a příjmení: Telefon:

Adresa:

Jméno a příjmení: Telefon:

Adresa:

V Datum:

Lékař: Podpis:

Pacient: Podpis:

Poznámka:

V případě, že pacient není vzhledem ke svému zdravotnímu stavu způsobilý připojit svůj podpis, bude akceptován zástupný podpis nejbližší osoby pacienta uvedené v žádosti.

PŘÍLOHA P VI: INFORMACE PŘED PŘIJETÍM DO HOSPICE

Diakonie ČCE – hospic CITADELA



INFORMACE PŘED PŘIJETÍM k hospicovému pobytu

Nezapomeňte si vzít s sebou

- občanský průkaz
- průkazku zdravotní pojišťovny
- doklady o nemoci (lékařské zprávy apod.)
- potvrzení o pracovní neschopnosti
- toaletní potřeby
- přezůvky
- pyžamo nebo noční košili – pouze v omezeném množství

Doporučujeme vzít si s sebou drobnosti, které Vám připomenou domov (menší obrázky, fotografie, oblíbený hrníček apod.). Podle svého zájmu si můžete přinést rádio nebo malou televizi.

Návštěvy

Návštěvy jsou v hospici možné 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Záleží jen na Vás, kdy je budete přijímat. Návštěvy nejsou omezeny věkem, mohou Vás přijít potěšit i děti. Půjdete-li do hospice na návštěvu, prosíme, abyste se ohlásili na recepci, u sociální pracovnice či u sestry na oddělení. Rádi bychom Vás poznali a spolupracovali s Vámi ve prospěch Vašeho blízkého nemocného.

Pobyt

Klienti mají k dispozici nadstandardně vybavené 1 až 2 lůžkové pokoje s vlastním sociálním zařízením, a v případě jednolůžkových pokojů s možností přistýlky pro doprovázející osobu. Klienti a jejich blízcí mohou po domluvě s personálem používat na pokoji televizní a rozhlasový přijímač, rychlovarnou konvici nebo mikrovlnnou troubu, případně další drobné vybavení. Mražené a chlazené potraviny lze uložit do lednice na oddělení.

Informace k pobytu

Při vstupním vyšetření Vám lékař vysvětlí, jak bude pokračovat léčba a odpoví na případné otázky. Následně se Vás ujme sestry, které zjistí, zda a jak budete chtít pomáhat s hygienou, při jídle, při pohybu, atd. Se sociální pracovnicí se domluvíte na tom, co byste chtěli zařadit, jaká jsou Vaše přání, co očekáváte od pobytu v hospici.

Budete-li cokoliv potřebovat, obraťte se na kohokoliv z personálu. Sociální pracovnice Vám může pomoci při řešení osobních problémů (např. zajištění kontaktu s rodinou, se známými), při vyřizování sociálních dávek, pokud na ně máte nárok, při zajišťování další péče po propuštění z hospice apod.

Diakonie ČCE – hospic CITADELA

Služby v oboru fyzioterapie a léčebné rehabilitace neposkytujeme ani nezajišťujeme.

V hospici též vypomáhají proškolení dobrovolníci. Pokud budete mít zájem, mohou Vás dobrovolníci navštěvovat, vzít na procházku, obstarat malý nákup, předčítat z oblíbené knihy i zajistit řadu dalších drobných služeb.

Větší finanční obnosy a cennosti nechejte raději doma. Do hospice si můžete nechat zasílat důchod, stačí svou žádost o dosílání důchodu uplatnit u kterékoliv pošty. K jejímu podání potřebujete platný průkaz totožnosti a doklad o výplatě důchodu, tj. ústřížek pro příjemce.

Duchovní péče

Hospic je otevřen pro všechny indikované nemocné bez ohledu na vyznání a světový názor. Budete-li si přát návštěvu duchovního kterékoliv církve, rádi Vám ji zprostředkujeme. Můžete se též účastnit příležitostných bohoslužeb v hospicové kapli.

Podmínky praní osobního prádla klientů v hospici

Naše prádelna je určena zejména k praní prádla, které je majetkem našeho zařízení. Prádlo klientů se proto z kapacitních důvodů omezuje pouze na praní silně znečištěného prádla. Vyprání ostatního prádla, které klient používá v našem zařízení, si rodina zajišťuje sama.

Nejlepším darem,

který může rodina nemocnému dát,

je doprovod a společný pobyt blízké osoby.