

**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Institut mezioborových studií Brno**

**Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa - péče  
o těžce nemocné a umírající pacienty - srovnání  
po 10 letech**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vedoucí práce:  
Mgr. Halka Prášilová, Ph.D.**

**Vypracoval:  
Jan Badal, DiS.**

**Brno  
2011**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma – Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa – péče o těžce nemocné a umírající pacienty – srovnání po deseti letech, zpracoval samostatně a použil literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne 10. 4. 2011

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Halce Prášilové, Ph.D. za vedení mé bakalářské práce, za její cenné rady při konzultacích a užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při jejím zpracování.

Rovněž děkuji vedení Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě za to, že mně bylo umožněno v tomto zařízení vykonávat praxi a zvláště pak děkuji všem pacientům hospice za jejich vstřícnost, trpělivost a ochotu.

## OBSAH

<b>Úvod</b>	3
<b>Teoretická část</b>	
<b>1. Co je to hospicová péče</b>	6
1.1 Myšlenka hospice	7
1.2 Tři formy hospicové péče	8
1.2.1. Domácí hospicová péče	8
1.2.2. Stacionární hospicová péče	9
1.2.3. Lůžková hospicová péče	10
<b>2. Charakteristika DLBsH sv. Josefa v Rajhradě</b>	12
2.1 Účel a typ organizace	12
2.2 Metody práce	12
2.3 Cílová skupina	13
2.4 Financování	13
2.5 Vzdělání, kvalifikace a kompetence zaměstnanců	14
2.6 Řízení a hierarchie	15
2.7 Vybavení	15
2.8 Legislativa	16
2.9 Povinnosti klienta před vstupem do organizace	16
<b>3. Rozhovor s umírajícím člověkem</b>	18
3.1 Jak mluvit s klientem hospice	20
3.2 Citlivé reagování na projevy klienta hospice	21
3.3 Srozumitelnost naší řeči	22
<b>4. Člověk a jeho vlastní konečnost</b>	24
<b>Praktická část</b>	
<b>5. Popis průzkumu</b>	28
5.1 Cíl průzkumu	28
5.2 Popis použitých metod a provedení průzkumu	28

5.3. Analýza dat a charakteristika zkoumaného vzorku	30
5.4 Výsledky průzkumu a jejich interpretace	51
<b>Závěr</b>	53
<b>Resumé</b>	56
<b>Anotace</b>	57
<b>Seznam literatury</b>	58
<b>Seznam použitých zkratk</b>	59
<b>Seznam příloh</b>	60

## Úvod

Moderní hospicové hnutí hraje roli v péči o těžce nemocné a umírající lidi již čtyřicet let. První hospic byl založen v Londýně v roce 1967 ošetřovatelkou Cecile Saudersovou a poté se hospicové hnutí rozšířilo do Spojených států i Evropy.

Hospic je zařízení, které je určeno nevyлéčitelně nemocným pacientům v poslední fázi jejich života, který je ohrožován postupující nemocí. Ačkoliv již není možné jim nabídnout uzdravení, pořád lze uplatňovat léčbu bolesti a mírnění průvodních symptomů nemoci, které zneпříjemňují pacientům život. Kromě této zdravotnické péče o jejich fyzické pohodlí je věnována pozornost i ostatním potřebám, které u umírajících pacientů vyvstávají do popředí. Potřebují se svěřit se svým strachem z nemoci, z bolesti, strachem ze smrti, ze ztráty lásky nejbližších osob (potřeby psychologické, emoční), potřebují vyřešit nedokončené záležitosti ve svém životě a udržovat vztahy vytvořené za „života bez nemoci“ (potřeby sociální), potřebují hledat smysl nemoci, smysl života i smysl smrti (potřeby duchovní). Především však potřebují, aby těmto jejich problémům někdo naslouchal a reagoval na ně jako na přirozenou součást nemoci determinovaného života. Hospicová péče tedy nahlíží na pacienta jako na komplexní osobnost, která má kromě fyzických obtíží i trápení duševní a na všechny tyto potřeby reaguje specifickou pomocí. Základní myšlenkou hospicového hnutí je umožnění kvalitního života umírajícím pacientům, života prožitého bez bolesti a ve smíření s osudem, který je potkal.

Moderní medicína zaznamenala od začátku století rychlý vývoj a pokrok, které umožňují stále lepší způsoby léčby. V jistých okamžicích jsou však její možnosti zajistit úplné uzdravení pacienta vyčerpány a není možné zvrátit vývoj nevyлéčitelných chorob. Léčebný pobyt v nemocnici je v terminálním stádiu těchto onemocnění neúčinný a mnohdy pacientovi spíše přitíží, než by přinesl úlevu. Domácí ošetřování takto postižených pacientů se dá zvládnout jen do určité doby. Po vyčerpání možností nemocniční a domácí péče nabízí pomoc hospic.

Cílem mé práce je zaměření se na konkrétní zařízení (Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě), které poskytuje péči těžce nemocným a umírajícím pacientům

a tudíž se zabývá výše uvedenou problematikou. V tomto zařízení jsem před 10 lety vykonával praxi a zjišťoval, jaký je účel organizace, jaké používá metody práce, na koho je zařízení zaměřené, jaké má vybavení, o jakou se opírá legislativu, jaká je etika na pracovišti, hierarchie, financování, jaké jsou účinky poskytovaných služeb. Dále jsem prováděl průzkum formou jakési sondáže na bázi dotazníkového šetření, ve kterém jsem zjišťoval, jaká je úroveň poskytované péče, jaká je informovanost klientů a lékařů o paliativní péči, zda je z pohledu klientů tato péče potřebná, jak jsou spokojeni se službami, které zařízení poskytuje apod..

V teoretické části práce bych chtěl popsat, co to je hospicová péče, jaké jsou její formy a jaká je myšlenka hospice. Poté bych se chtěl zaměřit na konkrétní zařízení (DLBsH sv. Josefa), které tuto službu poskytuje a provést charakteristiku tohoto zařízení. Rovněž bych chtěl stručně popsat, jak komunikovat s klientem hospice.

V praktické části bakalářské práce bych chtěl provést komparaci po 10 letech. Chtěl bych zjistit, co se za uplynulou dobu změnilo či nezměnilo, zda došlo v konkrétních věcech k nějakému posunu či nikoliv. Chtěl bych stanovit stejné hypotézy a pomocí dotazníkového šetření položit stejné otázky jako před 10 lety a poté výsledky vyhodnotit a provést komparaci.

### **Hypotézy:**

1. Hospicová péče je v ČR velmi málo známá a velmi málo rozšířená a o existenci hospiců je veřejnost téměř neinformovaná.
2. O hospicové péči moc nevědí ani samotní lékaři.
3. Z pohledu těžce nemocných a umírajících klientů hospice je existence hospiců potřebná

# **TEORETICKÁ ČÁST**



## **1. Co je to hospicová péče**

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je hospicová péče definována takto: „Hospicová péče je integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče poskytovaná klientům všech indikačních, diagnostických i věkových skupin, u nichž je prognózou ošetřujícího lékaře předpokládána délka dalšího života v rozsahu méně než 6 měsíců.“ (Misconiová, B.: Péče o umírající – hospicová péče. Praha, NCDP ČR 1998, s. 28)

Největší důraz je u hospicové péče kladen na léčbu bolesti a na řešení psychologických, duchovních a sociálních problémů klienta. Ctí se individualita jedince a jeho právo na důstojné umírání, které se hospicová péče nesnaží ani urychlit, ani oddálit. Hlavní myšlenkou hospicové péče je to, že nemocný by měl své poslední dny prožívat naplno v kruhu svých nejbližších, v sociálním prostředí jemu vlastním. (Misconiová, 1998)

### **Potřeby biologické**

Sem patří hlavně to, co potřebuje tělo nemocného. Potřebuje potravu a to velmi často určitým způsobem upravenou. Dále se potřebuje zbavit produktů vlastního metabolismu a to co možná nejpřirozenějším způsobem (nejlépe bez klystýrů a různých cévek). Současně se musí postarat každé své buňce o přísun kyslíku, což není vždy jednoduché, zvláště když nemoc postihla dýchací ústrojí nebo srdce. Někdy je nutné se zbavit celého nemocného orgánu a pro jistotu se pojistit ještě dalšími prostředky – hormonální léčba, ozařování, chemoterapie apod..

### **Potřeby psychologické**

Sem patří hlavně potřeba respektování lidské důstojnosti a to nezávisle na tělesném stavu člověka. Člověk je jedinečnou bytostí s vlastním, neopakovatelným posláním. Proto je nutné ho chápat a respektovat, tím spíše v období, kdy svůj specifický úkol završuje.

Nemocný potřebuje komunikovat se svým okolím a my často zapomínáme, že více než naše slova mluví naše pohyby, naše mimika či gesta (tzv. mimoslovní komunikace). Každý člověk potřebuje pocit bezpečí a proto je důležité, nikdy nemocnému nelhat (neříkat něco, co bychom museli později odvolávat). Další důležitou zásadou či jakýmsi pravidlem je říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet a pouze tehdy, kdy to chce slyšet.

### **Potřeby sociální**

Člověk nežije izolovaně, je tvorem společenským, takže ani izolovaně nestůně a neumírá. Nemocný většinou potřebuje návštěvy a stojí o ně. Ne ale vždy a také ne všechny. Měl by mít právo si sám návštěvy usměrňovat a my bychom ho měli při tom respektovat. Obvykle jsou nejsilnější vazby s rodinou, ale nemusí to být vždy pravidlem.

### **Potřeby spirituální**

Až do poměrně nedávné doby byly tyto potřeby tabu. Stále se ještě mnoho lidí (a to i včetně zdravotníků) domnívá, že jde o uspokojování potřeb věřících. Skoro by se dalo říci, že je tomu právě naopak. Ne, že by věřící neměl své duchovní potřeby. Má je také, ale většinou ví, co má dělat a dovede se podle toho zařídit. Horší je to ovšem u lidí, kteří z víry nežijí. V průběhu vážné nemoci se totiž začínají zabývat životně důležitými otázkami po smyslu lidského života – vlastního života. V takové situaci potřebuje každý člověk vědět, že mu bylo odpuštěno a má potřebu i sám odpouštět. Každý potřebuje vědět, že jeho život má až do poslední chvíle smysl. Pokud je tato potřeba smysluplnosti nenaplněná, dochází ke skutečnému stavu duchovní nouze. Je potřeba nemocnému ukázat, že i v takové situaci se dá žít smysluplně. (Svatošová, 1995)

## **1.1 Myšlenka hospice**

„Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku, jako jedinečné a neopakovatelné bytosti.

Hospic nemocnému garantuje, že:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí

- v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen.“ (Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet. Praha, Ecce homo 1995, s. 123)

Důraz je kladen hlavně na kvalitu života a to na kvalitu života nemocného až do konce. Jde o to naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny. Jde o doprovázení jak nemocného, tak i jeho blízkých, kteří (přestože trpí současně s nemocným), hrají nesmírně důležitou a nezastupitelnou roli. Hospice nepouštějí ze zřetele rodinu ani po smrti nemocného. Pokud je to potřeba, věnují se jí dlouhodobě a právě toto ujištění představuje pro některé umírající pomoc nejcennější.

Smrt je naprosto přirozená a samozřejmá součást lidského života, jako je narození a jako takovou ji hospic respektuje. Zásadně ji nikdy neuspíšuje, jeho úkolem je pomáhat a sloužit. Nejde zdaleka pouze o pomoc fyzickou, která zahrnuje velmi kvalitní ošetrovatelskou péči. Jde o to, pochopit smysl utrpení a právě to může být někdy tou největší službou, poskytnutou nemocnému a jeho rodině. Vyžaduje to ovšem hluboce lidský a současně profesionální přístup a dobrou týmovou práci, včetně dobrovolníků, bez nichž se žádný hospic neobejde. (Svatošová, 1995)

Doprovázení umírajících ubere kus sil, ale přidá kus moudrosti a zralosti. Dr. Kübler-Rossová k tomu dodává: „Právě od našich umírajících pacientů se učíme poznávat pravé hodnoty života. Kdybychom byli schopni dosáhnout stadia přijetí již v mládí, prožili bychom mnohem smysluplnější život, dokázali bychom se radovat z maličkostí a jistě bychom měli i jiný žebříček hodnot.“ (Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet. Praha, Ecce homo 1995, s. 124)

## **1.2 Tři formy hospicové péče**

### **1.2.1 Domácí hospicová péče**

Pro nemocného je zpravidla ideální, ale není vždy dostačující. Na hranice jejich možností se narazí brzy tam, kde rodinné zázemí buď schází nebo se časem vyčerpá.

Důvody mohou být ale také např. prostorové. Pokud žijí společně s nemocným v menším bytě dvě nebo tři generace, mohou vzniknout vážné problémy.

Dalším omezujícím faktorem může být odbornost. Zejména v místech, kde není žádná sesterská agentura poskytující domácí péči nebo nemá speciálně vyškolené sestry pro hospicovou práci. Pak i jen přechodné zhoršení stavu pacienta znamená návrat do hospice. (Svatošová, 1995)

### **1.2.2 Stacionární hospicová péče**

Pacient je do hospice přijat ráno a odpoledne nebo večer se vrací zpátky domů. Dopravu klienta zařizuje buď hospic nebo rodina. Záleží jednak na domluvě a jednak na místních podmínkách. Tato forma je vhodná pouze pro nemocné v místě nebo blízkého okolí. Ovšem v určité fázi nemoci může být tím nejvhodnějším řešením. Důvod může být např.:

**Diagnostický** – nejčastěji za účelem bolesti, kterou se doma nepodařilo zvládnout (důvodů může ovšem být více).

**Léčebný** – např. za účelem aplikace chemoterapie a nejrůznější paliativní léčby. Pokud se pod odbornou kontrolou podaří např. vyladit dávky léků, které tiší bolest, může se nemocný opět vrátit do domácí péče.

**Psychoterapeutický** – ten mívají k přijetí pacienti, kteří jsou osamělí nebo ti, s nimiž rodina nechce nebo není schopna hovořit o jejich problémech.

**Azylový** – bývá velmi častý. Když nemoc trvá dlouho, potřebuje si občas odpočinout na chvíli jak rodina od nemocného, tak i nemocný od své rodiny. Na tom není nic špatného. Může to být naopak skvělé preventivní opatření, které zabrání pozdější zbytečné hospitalizaci (ale i vyčerpání rodiny, někdy i konfliktům, které mohou ještě po letech člověka mrzet). (Svatošová, 1995)

Sem musíme zařadit i nemocné, kteří si přejí poslední dny (a hodiny) života prožít v hospici nikoliv proto, že by se doma nedaly zvládnout příznaky nemoci,

ale proto, že chtějí některé své členy domácnosti (např. malé děti), ušetřit těchto zážitků. Ovšem v takových případech už nejde o stacionář, ale o lůžko. (Svatošová, 1995)

### **1.2.3 Lůžková hospicová péče**

Důvodem lůžkové hospicové péče může být vše to, co již bylo uvedeno u péče stacionární a to tehdy, když není možné každodenní dojíždění nemocného buď pro jeho zdravotní stav nebo pro vzdálenost hospice od bydliště. Zásadní omyl je myslet si, že nemocný, který si přijde lehnout na hospicové lůžko, musí na něm i zemřít. Hodně nemocných (většinou s nádorovým onemocněním), využívá hospic velice účelně. Přicházejí na krátkodobé, mnohdy opakované pobyty zcela svobodně a dobrovolně, tehdy, kdy sami cítí, že je to pro ně dobré.

Záleží na pacientovi, zda chce pobývat v hospici se svým průvodcem nebo ne. Také záleží na pacientovi, jak si dohodne návštěvy s rodinou. Ty jsou možné po 24 hodin denně po všech 365 dnů v roce. Nikomu nepřekáží, naopak jsou velice vítány jako součást péče o nemocného. Od návštěvy se neočekává, že se bude o nemocného starat a ošetřovat ho, ale je-li toho schopna (a pokud to chce), je jí to umožněno. Klientovi to může být velmi milé, ale může se to také později ukázat jako velice prospěšné tomu, kdo se na ošetřování podílel. Vědomí toho, že člověk udělal pro svého blízkého vše, co udělat mohl, je tím nejlepším prostředkem na utišení bolesti z jeho odchodu.

Režim dne v hospici se výrazně liší od režimu nemocnice a je-li to jen trochu možné, určuje si ho klient sám. Spí podle své potřeby, nikdo ho ráno nebudí teploměrem. Myje se kdy chce, jí kdy chce a v rámci možností i co chce. Pokud má zrovna potřebu hovořit o svých problémech, vždycky je tu pro něj někdo chápající, který ho vyslechne (i kdyby to bylo v nočních hodinách).

Důraz je kladen na kvalitu života a pokud není důvod k celodennímu ležení v posteli, může se nemocný ráno obléknout do svých šatů a může se volně pohybovat jak v objektu hospice, tak, s vědomím personálu, i mimo něj. Pokoje by

se měly nazývat spíše ložnicemi, protože schopnějším pacientům mohou mnohdy sloužit jen k přespání nebo jako azyl, když chtějí být zrovna sami.

Všechny hospice mají řadu společenských prostor, kde se mohou pacienti s návštěvami neomezeně scházet. Je zde snaha o to, aby hospic připomínal více domov než nemocnici. Je tomu přizpůsobeno i vnitřní vybavení hospice. Navíc jsou v hospici k dispozici nejrůznější pomůcky, které usnadňují klientům každodenní život – polohovací lůžka, zvedáky, pojízdné koupací vany, umožňující velmi šetrné a důkladné vykoupání i nepohyblivého pacienta. Všechny prostory hospice musí být bezbariérové, aby byly dostupné i těm klientům hospice, kteří jsou na lůžku. To platí jak pro společenskou místnost, tak i pro kapli a zahradu.

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 zdravotní indikaci, ale také možnost hospice. Pokud jsou některá místa v hospici volná, může být benevolentnější. Pokud je plno, musí být bezpodmínečně dána přednost těm nemocným, u nichž lze předpokládat, že jejich nemoc povede v brzké době ke smrti. Protože takovým klientům je určen hospic především. Ty nesmí v žádném případě zklamat a to ani za cenu, že z kapacitních důvodů zklame jiné, méně akutní nemocné. Jakákoliv protekce by v případě hospicové péče byla naprosto neetická. (Svatošová, 1995)

## **2. Charakteristika Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě**

### **2.1 Účel a typ organizace**

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa vznikl pod záštitou Diecézní charity Brno. V době svého vzniku byl čtvrtým samostatným hospicem v ČR a jediným na Moravě. Je ojedinělý svým zaměřením na léčbu bolesti. Jde o neziskovou organizaci.

Účelem organizace je, že:

- podporuje život a považuje umírání za přirozený proces
- poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů
- začleňuje do péče o pacienta psychické, sociální a duchovní aspekty
- neurychluje ani neoddaluje smrt
- vytváří podpůrný systém, který pomáhá pacientům žít co nejaktivněji až do smrti
- vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho úmrtí. ([www.dlbsh.cz](http://www.dlbsh.cz))

### **2.2 Metody práce**

Smyslem hospice je poskytnout tzv. hollistickou péči, která věnuje pozornost nejen fyzickým aspektům nemoci, ale zabývá se i potřebami psychologickými, sociálními a duchovními. Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku, z respektování celého jeho života a z uznání jeho specifických charakteristik. Nabízí umírajícím a jejich blízkým doprovod nejtěžším úsekem lidského života. Snaží se svým klientům zaručit, že nebudou trpět nesnesitelnou bolestí, že bude respektována jejich lidská důstojnost a že v posledních chvílích svého života nezůstanou sami. Ke smrti se tedy hospic staví jinak než nemocnice. Považuje smrt za přirozenou součást života, ale ví, jak je toto období života náročné a složité. Nesoustředí se na fyzické prodloužení života, ale na zvýšení jeho kvality. Klade důraz na smysluplnost prožívaných chvil a snaží se pomoci člověku při smířování se s těžkým osudem.

## **2.3 Cílová skupina**

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa je určen pro těžce a nevléčitelně nemocné pacienty a umírající pacienty všech věkových kategorií (včetně dětí) a pro pacienty trpící chronickou bolestí, která sužuje jejich život. Většinu klientů hospice tvoří lidé s nádorovým onemocněním.

## **2.4 Financování**

Financování hospicové péče v České republice je stále i dnes poměrně komplikované. Přestože mezinárodní akreditační standardy uvádějí, že existují lidé, kteří potřebují kombinovanou zdravotně-sociální péči, v ČR je tento případ stále komplikovaný, neboť není vyjasněno kombinované financování mezi sociální oblastí a zdravotní oblastí.

Financování služeb je více-zdrojové. Hlavní příjem je za poskytnuté zdravotnické služby (léčbu a ošetrovatelskou péči) od zdravotních pojišťoven. Dalšími důležitými zdroji jsou dotace a granty. Jihomoravský kraj podporuje fungování hospice, stejně jako MPSV ČR, MZ ČR, MMB. Dále následuje menší finanční podpora, která ovšem tvoří rovněž nezastupitelný zdroj financí – mezi ně patří města v okolí Rajhradu a menší částky dalších ministerstev. Sociální péče je hrazena právě díky dotacím a pak přímými částkami od klientů podle stupně potřeby (podle výše příspěvku na péči).

Dalším důležitým zdrojem financí jsou dary jak právnických, tak i fyzických osob a sbírky (Koláč pro hospic, Tříkrálová sbírka, benefiční koncerty, atd.). Zde se nejedná pouze o nutné finanční prostředky, ale i pomoc konkrétním lidem a vzájemnou solidaritu. Díky takto získaným darům může hospic modernizovat vybavení a zlepšovat své prostředí. Za peníze ze sbírek např. Koláč pro hospic - jsou hrazeny náklady na farmakoterapii – zejména léčbu bolesti, která je finančně velmi náročná. Někteří lidé podporují DLBsH sv. Josefa i prostřednictvím materiálních darů.

Od 1. srpna 2009 jsou jasně stanoveny ceny za sociální služby. Tyto ceny stanovuje ředitel hospice po schválení ředitelem Oblastní charity Rajhrad. Sociální pracovníci hospice jsou oprávněny projednat s uživatelem snížení částky, pokud jasně prokáže



nemožnost hradit stanovené platby. Odlehčovací sociální služba v DLBsH se poskytuje na základě smlouvy mezi klientem a hospicem – Smlouva o poskytování sociálních služeb. Sociální pracovník má povinnost poučit o obsahu smlouvy klienta takovým způsobem, aby mu klient jasně porozuměl. Sociální pracovník musí prověřit, zda jí klient skutečně rozumí a s jejím obsahem souhlasí, což poté klient stvrdí svým podpisem. Pokud není ve schopnostech klienta na základě jeho zdravotního stavu smlouvu posoudit, je nutné vyjádření lékaře o jeho zdravotním stavu a tento fakt je ve smlouvě uveden (např. případy, kdy není soudem stanovený opatrovník).

Hodina komplexního poskytování sociálních služeb je vyčíslena na 90,- Kč. Počet hodin péče je stanoven individuální potřebou klienta. Po prokázání sociální nouze je možné požádat o zmírnění platby a to v případě nemožnosti uhradit částku dle příslušné směrnice DLBsH sv. Josefa. Částky se odvíjí na základě vyhlášky 505/2006 Sb..

Při stanovování dané potřeby klienta se vychází z přiznaného stupně sociální závislosti klienta (tzv. Příspěvek na péči).

Bez příspěvku – 2,5 hodiny/den, tj. 225,- Kč.

První stupeň (2 000,- Kč) – 3,2 hodiny/den, tj. 288,- Kč.

Druhý stupeň (4 000,- Kč) – 3,9 hodiny/den, tj. 351,- Kč.

Třetí stupeň (8 000,- Kč) – 5,3 hodiny/den, tj. 477,- Kč.

Čtvrtý stupeň (12 000,- Kč) – 6,8 hodiny/den, tj. 612,- Kč.

Konečná částka hrazená za jeden den se získá příslušným počtem hodin vynásobeno 90,- Kč (částka za péči na jednu hodinu). Platba je hrazena hlavně z příspěvku na péči, zbytek z jiného příjmu (např. důchod, doplácí rodina, atd.). Pokud klient prokáže, že se nachází v sociální nouzi a není schopen stanovenou částku uhradit, může požádat o snížení platby. ([www.dlbsh.cz](http://www.dlbsh.cz))

## **2.5 Vzdělání, kvalifikace a kompetence zaměstnanců**

Vzdělávací akce zajišťuje edukační centrum DLBsH sv. Josefa formou kurzů a školení. Témata seminářů zaměřuje hlavně na paliativní medicínu a ošetrovatelskou péči o chronicky nemocné.

Cíle edukačního centra:

- vytvoření edukačních programů pro lékaře
- vytvoření edukačních programů pro zdravotní sestry a nižší zdrav. personál
- vytvoření edukačních programů pro dobrovolníky a laiky

Rovněž se připravují školení pro sociální pracovníky a duchovní.

Pracovníci, kteří pracují v hospicové péči musí splňovat předepsané vzdělání dle své profese. Navíc by však měli být průběžně seznamováni s novými poznatky a trendy v paliativní medicíně, měli by být proškoleni v psychoterapii a psychoterapeutických přístupech, hlavně v dovednostech komunikace (nedirektivní přístup), v základech náboženství, náboženských směrech a v péči pastorační. V edukačním centru probíhá řada odborných seminářů, které se v příštím roce ještě rozšíří. ([www.dlbsh.cz](http://www.dlbsh.cz))

## **2.6 Řízení a hierarchie**

Personál spolupracuje v multidisciplinárním týmu, který není založen na výrazné hierarchii, ale vychází ze specifické znalosti každého odborníka a z nutnosti této znalosti pro dobrou péči o pacienta a jeho rodinu. V pravidelných setkáních si zaměstnanci předávají důležité informace o probíhajícím pobytu klientů a domlouvají další postupy léčby a pomoci.

## **2.7 Vybavení**

Celková kapacita je 50 lůžek, z toho 10 lůžek je vyhrazeno speciální léčbě bolesti. Pokoje jsou v největší míře 3 lůžkové. K dispozici jsou i pokoje jednolůžkové pro klienty, kteří chtějí být sami nebo pro ty, se kterými pobývá v hospici jejich rodina. Každý pokoj je vybaven tak, aby co nejvíce připomínal domácí atmosféru. Dřevěný nábytek, vlastní skříň či zamykatelný noční stolek, telefon, možnost televize či rádia. Součástí každého pokoje je i sociální zařízení pro ty, kteří jsou schopni zabezpečit svou hygienu.

Součástí zařízení je i ambulance a rehabilitační centrum, které slouží nejen hospitalizovaným pacientům, ale také pacientům ambulantním. ([www.dlbsh.cz](http://www.dlbsh.cz))

## 2.8 Legislativa

Od 1. 1. 2007 došlo k zásadnímu pokroku v tom, že byla uznána hospicová léčba jako samotná ze stran zdravotních pojišťoven. Od 1. 1. 2008 došlo ke konečnému uznání domácí hospicové péče. Tím byla stvrzena dosavadní praxe a pacienti získali možnost širšího využití těchto služeb. (Dříve byla hospicová péče uznávána jako ošetrovatelská péče, nikoli jako samostatná hospicová péče). ([www.dlbsh.cz](http://www.dlbsh.cz))

## 2.9 Povinnosti klienta před vstupem do organizace

Základním krokem potřebným k posouzení zdravotního stavu klienta a jeho případného přijetí je podání „Žádosti o přijetí pacienta“. Tiskopis lze získat buď přímo v DLBsH sv. Josefa, je také možno si ho „stáhnout“ na internetových stránkách hospice, popřípadě je k dispozici na sociálním oddělení každé brněnské nemocnice. Současně podepisuje žadatel tzv. „Informovaný souhlas“, ve kterém je zdůrazněno, o jaké zařízení se jedná a že je klient seznámen se svou nemocí a okolnostmi, pro které je jeho hospitalizace v DLBsH sv. Josefa žádoucí a co mu může toto zařízení poskytnout. Pro co nejlepší posouzení žádosti o přijetí je důležité co největší množství informací nejen o zdravotním stavu klienta, ale rovněž i o jeho sociálním zázemí. Dobré je žádost doplnit o zdravotní dokumentaci, ale není to podmínkou. Vyplněnou žádost je možné poslat poštou, faxem či donést osobně.

Žádosti o přijetí do hospice posuzuje komise složená z primáře či jeho zástupce, vrchní sestry a sociálního pracovníka. Ti rozhodují o případném přijetí či nepřijetí klienta na základě uvedených informací. Pokud není zcela jasné, kterými obtížemi žadatel trpí, provádí se další šetření, aby bylo možné stanovit nejen indikaci k přijetí, ale i její naléhavost. Rozhodnutí komise sdělí sociální pracovník rodině klienta a lékaři, který žádost vyplňoval.

Před případným přijetím klienta do DLBsH sv. Josefa musí být vždy splněny následující podmínky:

- byly již vyčerpány všechny možnosti léčby základního onemocnění a je nutné zajistit léčbu paliativní.

- měla by být co nejpřesněji stanovena diagnóza základního i komplikujících onemocnění a klient by měl být o svém zdravotním stavu informován.
- jsou vyčerpány možnosti domácího pobytu a to včetně možností domácí ošetrovatelské nebo hospicové péče (většina lidí raději využije domácím prostředí, proto je nutné zvážit, zda je hospitalizace v hospici opravdu nutná).

Pokud přijetí do hospice navrhne lékař zdravotnického zařízení (např. léčebny dlouhodobě nemocných), mělo by být jasné, že momentální zdravotní stav pacienta překračuje ošetrovatelsko-medicínské možnosti tohoto zařízení. ([www.dlbsh.cz](http://www.dlbsh.cz))

### 3. Rozhovor s umírajícím člověkem

Náš styk s umírajícím člověkem má různou podobu. Jednou z nejdůležitějších forem při styku s umírajícím je to, co děláme a jak to děláme. Důraz na chování nebo jednání by neměl vyloučit z naší pozornosti druhou formu styku, kterou je rozhovor s umírajícím.

Mluvení s umírajícím můžeme chápat v různé šíři. Je potřeba brát v úvahu nejen naše slova (verbální komunikaci), ale také si musíme uvědomit, že druhému člověku něco sdělujeme nejen slovy, ale i jinými způsoby (mimoslovní čili nonverbální komunikací). Něco mu sdělujeme tím, jak se tváříme, jak se na něho díváme, jakou máme mimiku v obličeji, pohlazením či podáním ruky. Také mu něco sdělujeme tím, že se od něho oddálíme či naopak přiblížíme, nebo tím, že se k němu nakloníme nebo zůstaneme stát vedle něj „jako svíčka“.

Často přemýšlíme nad tím, co asi máme takovému člověku říci a často říkáme to, co nás právě napadne a myslíme si, že jsme tím splnili naše občanské povinnosti. Druhá cesta ovšem naznačuje jiný přístup při rozhovoru. Můžeme ji přirovnat k vedení slepého a směřování k určitému cíli, tzn., že ten kdo vidí, by měl vědět kam se má dojít a cíl by měl mít neustále na paměti.

Nám jde o druhý způsob vedení rozhovoru, kdy se ptáme, kam se má dojít a jaký je cíl takového rozhovoru, kam pacienta vést.

*Je to těžké, ale žít se s tím dá* – tak můžeme vyjádřit první odpověď na otázku, k čemu umírajícího člověka vést. Na jeho vyjádření – *nic se nedá dělat* – musíme reagovat. Je zapotřebí, abychom toto tvrzení zproblematizovali a vnukli mu představu, že navzdory tomu co se s ním děje a co se mu stalo, se něco dělat dá. V pozadí je myšlenka naděje, ale ne naděje plané (k níž nás to kolikrát táhne), ale naděje reálné. Naděje je důležitá, protože může umírajícímu dodat sílu a odvahu něco dělat a pro něco žít. (Křivohlavý, 1989)

S představou o tom, že se nedá nic dělat, úzce souvisí ztráta smysluplnosti života a bez přesvědčení, že život má nějaký smysl, nelze žít. Smysl se rodí a zotavuje hledáním a vyjasňováním životních moudrostí a úloh.

Přijetím určitého cíle vysvitne naděje do budoucnosti a život nabývá smyslu. Nestačí o tom pouze hovořit, protože člověk musí v určitou možnost uvěřit. Snadněji se mu to podaří, když na nějakou možnost přijde sám. Může mu ovšem pomoci ten, kdo s ním hovoří, když vysloví porozumění pro jeho situaci. Jde o znovuzapojení umírajícího do smysluplného žití.

Dalším cílem našeho snažení při komunikaci je možnost vyjádřit slovy, že akceptujeme zdravotní postižení. Často se klient hospice ptá, proč zrovna on musí trpět, že si to nezaslouží apod.. Je z toho jasně znát nepřijetí zdravotního postižení, tzv. neakceptace. Jasně se ale ukazuje, že ten, kdo se dokáže vyrovnat s nastalou situací, žije potom kvalitněji. Jeho život je hodnotnější. Někdy dokonce podstatně cennější než život jiných, kteří jsou zdraví. Zde jde o vnitřní postoj člověka k věci, přesněji o uznání reálných důsledků, které zdravotní postižení v jeho životě bude mít.

Jak ale poznáme, že klient svoji situaci přijal? Často podle určitého zklidnění, kdy zmizí motorický a pohybový neklid, řeč je plynulejší a souvislejší, mizí bludy a halucinace, s nimiž se setkáváme v případech, kdy klient žije ve velké vnitřní úzkosti nevyrovnan s svojí těžkou situací. Nejvýrazněji to ovšem poznáme v situaci, kdy se klient vzdává úsilí o nemožné a rozhoduje se dělat to, co dělat může.

Dalším cílem k němuž je velmi dobré směřovat při rozhovoru s klientem, je posilování kladného sebepojetí. Toto sebepojetí je většinou při těžké chorobě klienta všelijak otřeseno. Lidská důstojnost však může zůstat zachována navzdory všemu, co se děje. A o to by nám mělo v rozhovoru jít. V řeči klinické psychologie jde o mobilizaci sebeúcty. Nikdy ji nedosáhneme lacinými slovy nebo útěchami, kterým nevěří ani ten, který je říká. Klient se musí naučit novému sebehodnocení. Častokrát musí začít úplně znovu, musí se učit si vážit sebe sama, ovládat se v těžkých zkouškách, prosazovat se

tam, kde si chce sám posloužit (za normálních okolností by mu to měla udělat zdravotní sestra). Tak roste odolnost k demobilizujícím a demoralizujícím vlivům vyjadřovaným např. těžkými myšlenkami ve chvílích „pravdy“.

Jedním z činitelů, které posilují sebepojetí klienta jako plnohodnotného člověka, je např. to, že klient sám z vlastní vůle a z vlastní iniciativy někomu pomůže (třeba spolupacientovi). Místo toho, aby neustále vyžadoval pomoc ve všem a od druhých lidí, sám pomoc někomu poskytne (ať slovem nebo skutkem). Takový projev mu dodává sebeúcty. V situaci nemoci má podobný projev mimořádný význam. Není dobré ani vhodné člověka k takovému činu otevřeně vyzvat, ale taktí poznámkou mu to naznačit. Jeho vlastní rozhodnutí bude mít dvojnásobnou účinnost. (Křivohlavý, 1989)

### **3.1 Jak mluvit s klientem hospice**

Hovoříme-li s klientem hospice, pak si nad takovým rozhovorem můžeme klást různé otázky (co říci, jak mluvit...), můžeme s ním hovořit buď obecně nebo zcela konkrétně. Sociální psychologie v oblasti, která se zabývá sdělováním zpráv v mezilidském styku (v tzv. sociální psychologii komunikace), ukazuje, že nejsme schopni (i když se o to snažíme), hovořit pouze a jen ryze objektivně. Musíme si uvědomit, hovoříme-li s někým, že ten druhý je schopen vycítit či poznat z toho, jak mluvíme, jaký je náš vztah k němu. Podobně jsme na tom tam, kde my sami jsme v roli posluchače (při osobním rozhovoru), z toho co říká, cítíme jeho vztah k nám.

Osobní zájem o klienta znamená ovšem něco více než pouze tón řeči. Na jedné straně znamená míru lhostejnosti, na straně druhé míru zájmu. Zároveň se zde projevuje určitý stupeň spjatosti přítele s klientem, úcta ke klientu, vážnost, kterou mu prokazuje tím, že ho bere jako člověka, který je hodný jeho zájmu. Jedním ukazatelem osobního zájmu je míra pozornosti, která je věnována klientovu emocionálnímu stavu, jeho citovému životu, prožívání jeho těžké situace. Poznává se to podle osobní blízkosti či naopak odstupů v mluvení a jednání, podle chladu či vřelosti ve způsobu myšlení (tzv. sociální distance). Zdá se, že klient, který prožívá těžké chvíle a je mu zle, má mimořádný cit pro poznání toho, jestli ten, s kterým hovoří, má o něj opravdový zájem,

nebo jde-li o zájem služební, hraný, nepravdivý. A jak poznáme pravdivost zájmu? Jedním z ukazatelů je shoda mezi tím, co se říká a co se vyjadřuje mimoslovně. Např. můžu někomu říkat, že o něho mám zájem, ale mimoslovně mu můžu dávat najevo odstup vyjádřený pohledem.

A co nám brání, abychom se osobně v rozhovoru přiblížili klientovi? Velmi často jde o strach, který pramení z osobních otázek, které umírající musí řešit. Klient hospice hledá odpověď na otázku bytí či nebytí. Pro toho, kdo s ním hovoří, jsou jeho otázky znepokojující. Ukazují mu, že si mnohé sám dosud nevyjasnil, že se bojí vůbec pomyslet na některé skutečnosti apod.. Nemůžeme se tedy divit, že se volí raději témata ryze věcná (ve snaze utéci této konfrontaci), ovšem umírajícímu se tak vzdalujeme v psychickém mezilidském prostoru. (Křivohlavý, 1989)

### **3.2 Citlivé reagování na projevy klienta hospice**

V rozhovoru je typické, že chvíli mluví jeden a pak zase druhý, ovšem to neznamená, že dokážeme citlivě reagovat na to, co ten druhý řekl. Můžeme se často setkat s rozhovorem, kde si každý říká své (bez ohledu na to, co říká ten druhý).

Často tato necitlivost k člověku vzniká i z dobrého úmyslu např. tím, že si návštěva vytvoří jakýsi plán, co bude říkat. Tento plán (předsevzetí) se pak snaží realizovat „hlava nehlava“. Říká neustále to své, i když klient naznačil, že by rád mluvil o něčem jiném (často o něčem důležitějším). Jiný způsob jak můžeme necitlivě přistupovat ke klientovi, je chovat se jako „slon v porcelánu“. Např. když si stěžuje, že ho něco bolí, nebo dává jasně najevo strach (který může být strachem smrtelným) a návštěvník na to reaguje bagatelizací, tj. přehnaným znevažováním a zlehčováním klientova tvrzení.

Ti, kteří se zabývají otázkami rozhovoru lékaře s umírajícím, říkají a zdůrazňují, že to má být právě umírající, kdo je středem zájmu v takovémto rozhovoru. Ne tedy nemoc ani technické detaily léčení. Proto se klade lékařům na srdce, aby věnovali kritickým poznámkám umírajícího pozornost a aby je nepřecházeli. Za jeho stížnostmi můžeme



totiž vidět, co ho hlouběji trápí. Podobně je možno považovat jeho domněnky, představy a dohady za klíč k porozumění jeho strachům a obavám. Z různých narážek můžeme vycítit, že se trápí různými výčitkami viny. Na to je zapotřebí okamžitě reagovat. Jakmile se objeví v rozhovoru sebemenší náznak, je třeba vzít toto znepokojení vážně a přerušit nit vlastního povídání. Citlivost k umírajícímu zde neznamena odplácet stejně, jak jedná on. Pokud se setkáme s výčitkami, které jsou adresovány nám, není na místě mu to oplácet. Podobně je tomu i u projevů agresivity.

A jak můžeme poznat, že se nám daří citlivě reagovat na projevy klienta hospice? Obvykle podle toho, že se klient při rozhovoru s námi stále více otevírá. Např. na začátku rozhovoru mluvil věcně a posléze našel odvalu mluvit o smrti, na začátku neměl odvalu mluvit o svých obavách a nyní ji má atd.. Citlivost ke klientovi by ovšem neměla přesáhnout určité hranice. Může se stát (a stává se to), že návštěvník je tak zdrcen tím, co slyšel při rozhovoru s klientem, že ho sám klient musí chlácholit a utěšovat. Po odchodu návštěvy má pak klient ještě o jednu starost navíc – co se asi děje s tím, kdo ho navštívil. (Křivohlavý, 1989)

### **3.3 Srozumitelnost naší řeči**

Při rozmluvě je dobré používat slova, která jsou obvyklá a která mají pro oba přibližně stejný význam. Lékařům se doporučuje, aby při rozhovorech s klientem hospice používali taková slova, kterým rozumějí, a aby nemluvili „cizí řečí“. Návštěvník se může dostat do podobné situace, kde jsou ovšem role obrácené. Klient se při svém léčení naučí řadu latinských názvů, které pak často používá a neuvědomuje si, že ten kdo ho navštívil, tyto názvy nezná. Rozhovor je pak zatížen nedorozuměním. Není proto vůbec špatné se zeptat klienta, který vyslovil nějaký odborný název, co tím myslí – např. o jakou nemoc jde, jak se projevuje atd. Pokud jde o lék, jak asi působí, jaký má význam v pacientově situaci atd..

Může se také stát, že u daného pacienta jde o nemoc, kterou lékaři neradi sdělují pacientům. Řeknou ji však příbuzným (i když podle našeho práva je k tomu zapotřebí svolení od nemocného) a návštěvník, který ví, o co jde, hovoří s klientem

„nesrozumitelně“. Srozumitelnost v rozhovoru narušují také prudké změny tématu (příliš rychlá řeč, protismyslné výroky, kdy se o něčem řekne, že je to špatné a za chvíli, že je to dobré). Patří sem i tzv. sugestivní otázky – *jistě víte, že...* nebo *rozumíte jistě oč jde...* Málokdo má odvalu přiznat se, že nerozumí, že neví. Také situaci ztěžuje rozhovor, který připomíná spíše výslech než rozmluvu. Klient je pak mnohdy rád, že taková návštěva odešla. (Křivohlavý, 1989)

Je celkem snadné pracovat s klienty hospice, kteří dokáží vyjádřit své potřeby, přání a pocity. Pořád je ovšem ještě hodně lidí (a jejich počet se zvyšuje), kteří jsou přímo závislí na dýchacím přístroji a tudíž nemohou komunikovat. Rovněž stoupá počet lidí, kteří jsou po mozkové příhodě a ztrácí schopnost říci, co si přejí a mnohdy ani nedovedou napsat vzkaz. Jsou to právě oni, kteří zasluhují zvláštní pozornost. Měli bychom mít na zřeteli, že jsou schopni slyšet to, co říkáme a cítit naše doteky. Dokáží komunikovat prostřednictvím různých signálů či náznaků, které se musíme naučit chápat a rozpoznávat. Když se nám to podaří, náš vztah může i za této situace zůstat smysluplný a nesklouzne pouze a jen do nějakého mechanického vykonávání nutných a potřebných úkonů. (Kübler-Ross, 1995)

„Je velice důležité, abychom se naučili porozumět symbolické řeči svých pacientů, z nichž mnozí stojí na konci své cesty. Také je ovšem důležité porozumět těm, kteří jsou nějakým způsobem hendikepováni – dokáží nám totiž sdělit (ve svých symbolech) mnohé o tom, jaké mají představy o své nemoci, o smrti, o svém těle. Nejlepším dokladem mohou být dětské kresby, které někdy dokáží odhalit se značným předstihem rozvoj metastáz v dětském těle. Musíme se naučit tyto kresby dešifrovat, abychom mohli s těmito pacienty i nadále udržovat kontakt.“ (Kübler-Ross, E.: Odpovědi na otázky o smrti a umírání. Praha, 1995, s. 49)

## 4. Člověk a jeho vlastní konečnost

Člověk je možná jedinou živou bytostí, která ví, že zemře. Jenže mnoho psychologických pozorování dokázalo, že ani člověk není s to, tuto skutečnost plně pochopit. „V podstatě nikdo ve svou vlastní smrt nevěří“ – píše S. Freud. „Podvědomě je každý člověk přesvědčen o své nesmrtnosti“. Zvykli jsme si mluvit o „odchodu“, o „rozloučení“ a „exitu“. (Hárdi I.,: Psychologie péče o nemocného, Budapešť, Avicenum 1966, s. 71)

Zejména děti stojí nechápavě před smutnou skutečností smrti. Často říkají: „Tatínek odešel“. Dospělí člověk se jim v tomto ohledu podobá. Tváří v tvář smrti naplňuje většinu z nás jakýsi strach z neznáma. Strach ze smrti je sám o sobě zcela přirozený pocit. Zdravý člověk se však tím vším moc nezabývá, jeho pozornost upoutávají problémy denního života. Pokud je ovšem problém smrti stále hlavním zájmem, pak není u takového člověka něco v pořádku. Neodůvodněný strach ze smrti patří do kategorie fobií a může se projevit nejen jako neuróza nebo psychóza, ale také jako proměnlivý stav paniky. Podobně jako strach ze zešílení, může i strach ze smrti přivodit odloučení postiženého od ostatních lidí a od okolí, může vést k odcizení se životu. Za jistých okolností je tento strach výrazem přání, zbavit se tísnivých napětí a zátěží. Podle některých psychologických názorů je každý pocit úzkosti v poslední instanci podmíněn strachem ze smrti.

Nové psychologické výzkumy a poznatky, zahrnující mnoho umírajících, vedly k zajímavým závěrům. Člověk umírá tak, jak žil. Všechny ty síly, myšlenky, pocity a způsoby chování, jež ovlivňovaly jeho život, podmiňují také jeho umírání. U lidí s neporušenou nervovou soustavou nedochází ani před smrtí, ani ve chvíli umírání ke změně osobnosti. Omylem by bylo domnívat se, že člověk chce vždy a stůj co stůj žít. Když ho trýzní velké bolesti, když ho trápí těžká chronická nemoc, nebo když se jeho prudké, nesnesitelné bolesti nedají zmírnit nebo utišit, může pociťovat smrt jako vykoupení. V takových případech vítězí touha po smrti podobně jako u sebevrahů. Ani „normální“ lidé se v hodině smrti nechovají naprosto stejně. Některé trápí strach ze smrti, který již za svého života prožívali. Jiní jsou lhostejní nebo vyrovnaní. Jsou

i takový, kteří jsou veselí, jako by všechno bylo naprosto v pořádku. Někdy lze pozorovat také euforii nebo extázi podobné stavy. (Hárdi, 1966)

O tom, že se smrt blíží, se může nemocný dozvědět různými způsoby. Jeho vlastní zážitky, zhoršený zdravotní stav, patologické organické pocity a bolesti, chování okolí, dávají podklad pro další závěry. Zajímavé jsou se smrtí související sny a fantazie, v nichž se smrt může hlásit všelijak. Somatické příznaky a patologické procesy jsou často podnětem ke snům. Předzvěsti blížící se smrti mohou být ve snu také životní poměry a příhody v předcházejícím životě nemocného člověka.

Smrt je ukončením osobní existence. Mnoho autorů poukazuje na souvislost života se smrtí. Po naplnění životních tužeb a přání je ukončení života snesitelnější a přijatelnější. Jiné to je, když se někdo musí rozloučit se životem za tragických okolností, mladý a „bez dokončení a vyřízení věcí“. Jsou všeobecně známy výrazy umírajících, kteří naznačují, že „ještě čekají“ na někoho milého nebo na nějakou událost, a proto „ještě nemohou umřít“.

Velký význam má naděje. Víra v budoucnost, perspektivní pohled na dění udržuje člověka při životě, kdežto ztráta této víry a perspektivy může znamenat smrt. Psychologické faktory mohou umírání nejen zpomalit nebo zrychlit, nýbrž jako patogenetické momenty smrt přímo přivodit. Tento druh umírání se nazýváme psychickou smrtí.

Zdravý člověk se nezabývá myšlenkou, že bude muset zemřít. U lidí, kteří jsou zaujati každodenními radostmi a starostmi, je to naprosto přirozené. Většina lékařů a zdravotních sester se dívá na smrt jednak z „odborného“ hlediska (vždyť se s ní setkává každý den), jednak zaujímá k umírání zvláštní postoj. Tvrdý, téměř strnulý, nepřístupný. Ve všedním životě se říká, že „si už na smrt zvykli“, že jsou vůči ní „otrlí“. (Hárdi, 1966)

Uvedená pozorování mohou být v denní léčebné praxi velice prospěšná. Znalost a pochopení toho, jak se lidé mohou chovat, a stejně tak i procesů, jež se v člověku do posledního dechu odehrávají, přispívá k humánnějšímu postoji. Kromě fyzické pomoci jde především o hluboké a starostlivé pochopení celého člověka, lidské osobnosti vůbec. Fyzické a psychické strasti nelze od sebe oddělit. Bezmocnost a izolovanost umírajícího, vyžaduje od nás ve zvýšené míře laskavost a ochotu pomoci. Např. utišení žízně, setření potu, upravení lůžka mají význam nejen jako projevy tělesné péče, ale jsou i z psychického hlediska velmi důležité. Je nutné mít náležitý ohled na přání umírajícího. Nesmírně důležité jsou návštěvy a projevy starostlivé péče ze strany příbuzných a přátel. U mnoha nemocných se probouzí touha po bližních právě v těchto kritických chvílích. Umírající má často vroucí přání, rozloučit se se svými, chtěl by je ještě jednou vidět apod.. (Hárdi, I.: Psychologie péče o nemocného, Budapešť, Avicenum 1966, s. 71)

# **PRAKTICKÁ ČÁST**

## **5. Popis průzkumu**

### **5.1 Cíl průzkumu**

Cílem mého průzkumu bylo zjistit, do jaké míry je hospicová péče rozšířená mezi klienty (jestli o možnosti jít do hospice věděli či nikoliv a když nevěděli, kdo jim to poradil). Dále jsem se snažil získat informace o tom, jestli byl problém zajistit si místo v hospici, do jaké míry jsou klienti spokojeni s lékařskou a ošetrovatelskou péčí, přístupem, s vybavením hospice apod.. Také jsem se zajímal o to, zda je pobyt v hospici pro klienty finančně dostupný či nikoliv. Rovněž jsem se zaměřil na to, jestli klienti cítí potřebu komunikace se sociální pracovníci.

Výsledky průzkumu jsem porovnal s výsledky stejného průzkumu prováděného před deseti lety.

### **5.2 Popis použitých metod a provedení průzkumu**

Průzkum jsem prováděl formou, která je podobná dotazníku (je to „návrh“ na dotazník), ale není to klasický dotazník. Jsem si totiž vědom, že pro zpracování dotazníku je zapotřebí velké množství lidí, což však v hospici není možné. Celková kapacita hospice je 50 lůžek. Z toho byla většina klientů ve stavu, kdy s nimi nešlo komunikovat. Dále je zapotřebí si uvědomit, že většina dotazovaných nebyla v takovém stavu, abych jim mohl předložit dotazník, který by vyplnili a já bych si ho pak zpět odebral. Před deseti lety jsem pracoval se vzorkem 21 klientů. Rozhodl jsem se tedy, že budu pracovat se stejným počtem lidí pro lepší porovnání údajů.

Pro sběr potřebných údajů jsem zvolil stejnou metodu jako před deseti lety. Když jsem tehdy nastoupil na praxi do DLBsH sv. Josefa, sdělil jsem svoji představu (co vše chci zjistit) sociální pracovníci a psychologce. Ty mi doporučily, jak se kterými klienty jednat a daly mně tipy na klienty, se kterými se jedná lépe a se kterými hůře a jak s kým komunikovat. Průzkum jsem začal tím, že jsem se nejprve vždy klientům představil, řekl něco o sobě a snažil se navázat kontakt a vzbudit jejich důvěru. Nějaký čas jsem tedy chodil za klienty a vykládal jsem si s nimi o všem,

o čem chtěli zrovna hovořit. Hodně klientů bylo také zvědavých na to, co dělám, jaké mám záliby, ptali se na rodinu a na spoustu dalších věcí, takže se mnohdy karta obrátila a já jsem odpovídal na otázky pacientů. Každému klientovi jsem se věnoval individuálně.

S některými klienty se mi komunikovalo lépe, s jinými hůře. Záleželo také na tom, jakou měli nemoc. Spousta klientů (na základě své nemoci) špatně mluví, takže komunikace mezi námi byla zhoršená. Když jsem měl pocit, že jsem získal dostatečnou důvěru, zeptal jsem se dotyčného, jestli bych s ním nemohl udělat „dotazník“ (jedná se spíše o sondu), kde bych potřeboval zjistit konkrétní věci. Takto jsem se ovšem zeptal pouze těch klientů, o kterých jsem si myslel, že nebudou mít s tímto problémem. U ostatních jsem se o svém průzkumu nezmiňoval a informace jsem se pokoušel zjistit během našich rozhovorů naprosto přirozeně a nenápadně. Tuto „metodu“ mi doporučila psycholožka hospice již před deseti lety. Použil jsem ji tedy i nyní.

Provedení a zjištění průzkumu probíhalo tedy dvěma způsoby. U klientů, kteří neměli žádný problém jsem tedy otázky a odpovědi četl a oni mi vždy řekli, která odpověď jim nejvíce vyhovuje. Většinou jsem si tedy odpovědi i sám zaškrtoval. (Někteří klienti mě o to sami požádali, jiní by toho nebyli schopni).

Druhý způsob byl o něco náročnější, protože jsem se snažil věci zjišťovat tak, že jsem hovořil s klientem a na věci, které potřebuji zjistit, jsem se tázal nenápadně při vhodné příležitosti. Někdy jsem se snažil zcela cíleně navést klienta na konkrétní téma, abych mohl zjistit potřebné věci. (Poté, co jsem odešel z pokoje jsem si údaje sám doplnil). Mnohdy se mi ale ani za delší dobu komunikace s klientem nepodařilo zjistit nic. Není dobré, když se pacient sám rozpovídá ho přerušovat a odvádět téma jiným směrem. Mnoho klientů bylo rádo, že si může s někým povídat, takže jsem často pouze poslouchal a neměl jsem příležitost zjistit, co jsem potřeboval.

Z výše uvedených faktů vyplývá, že to bylo velmi náročné (jak psychicky, tak i časově) a je zřejmé, že nešlo o klasický dotazník, který se rozdává a poté vybere zpět. Takže i přesto, že zkoumaný vzorek je menší (co se týče počtu), myslím si, že



provedení průzkumu tímto způsobem bylo přece jenom o něco náročnější, než u klasického dotazníku.

### **5.3 Analýza dat a charakteristika zkoumaného vzorku**

Hned na začátku bych chtěl tedy podotknout, že jsem pracoval celkem s 21 pacienty. Může se zdát, že to není velký počet, ale je nutno si uvědomit, že zdravotní stav klientů v hospici je takový, že většina z nich není schopna komunikace. Rovněž před deseti lety jsem pracoval se vzorkem 21 klientů. V té době šlo o nejvyšší možný počet. Rozhodl jsem se tedy získat informace od stejného počtu klientů pro lepší porovnání. I tak mohu říci, že získávání informací bylo poměrně hodně časově i psychicky náročné.

Pro větší přiblížení zkoumaného vzorku jsem dal několik faktografických otázek a všechny otázky jsem převedl do grafů (tzv. koláč), pro lepší přehled. Abych podal o zkoumaném vzorku přesnější představu, faktický počet sesbíraných dat jsem převedl do procentuálního vyjádření. Vždy jsem oba grafy, jak z roku 2000, tak z roku 2010/2011, porovnal a dal k nim svůj komentář.

#### **Pohlaví dotazovaných:**

##### **Rok 2000**

Ženy – 10

Muži – 11

##### **Rok 2010/11**

Ženy - 15

Muži - 6

V roce 2000 byl poměr pohlaví velmi vyrovnaný, mezi dotazovanými lehce převládali muži. V roce 2010/11 byl poměr ženského pohlaví poměrně vyšší než mužského pohlaví.

### Věk dotazovaných:

#### Rok 2000

Ženy – průměrný věk – 77,3 let

Muži – průměrný věk – 64,7 let

#### Rok 2010/11

Ženy – průměrný věk – 70,4 let

Muži – průměrný věk – 61,1 let

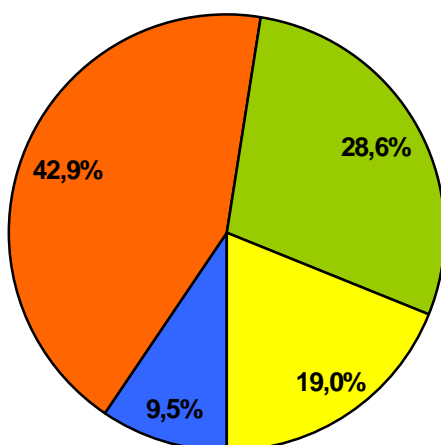
V roce 2000 měli ženy průměrný věk 77,3 let a muži 64,7 let. V roce 2010/11 mají stále ženy vyšší věkový průměr než muži. Ovšem věkový průměr obou pohlaví je nižší než v roce 2000. Je to dáno tím, že v době průzkumu bylo v hospici více klientů mladších ročníků.

### Vzdělání dotazovaných:

Možnosti odpovědí: základní, vyučen/a, střední, vysoké

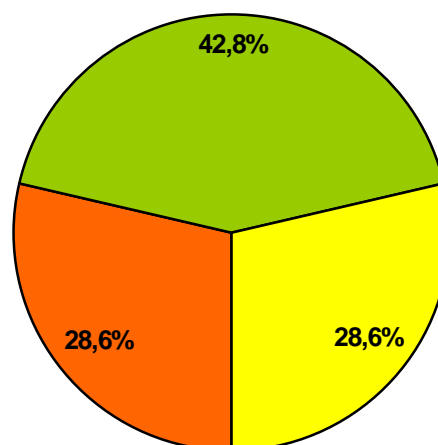
#### Rok 2000 (graf č. 1)

■ základní ■ vyučen/a ■ střední ■ vysoké



#### Rok 2010/11 (graf č. 2)

■ základní ■ vyučen/a ■ střední ■ vysoké



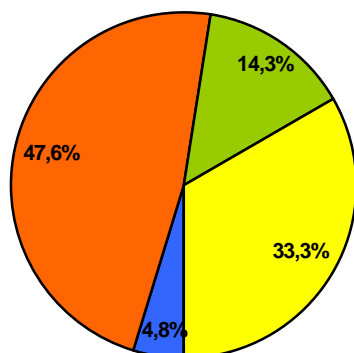
V roce 2000 bylo mezi dotazovanými 9,5% lidí se základním vzděláním. V roce 2010/11 žádný. V roce 2010/11 přibýlo lidí se střední školou (42,8%) a vysokou školou (28,6%) oproti roku 2000 (28,6% - střední škola a 19% vysoká škola). Méně jich bylo v roce 2010/11 vyučeno (28,6%) oproti roku 2000 (42,9%).

### Stav dotazovaných:

Možnosti odpovědí: svobodný/á, ženatý/vdaná, rozvedený/á, vdovec/vdova

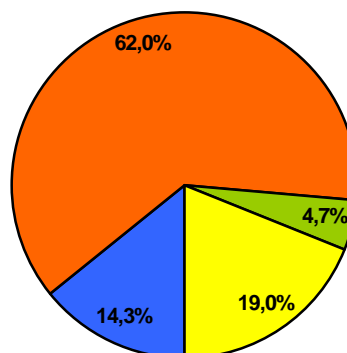
**Rok 2000** (graf č. 3)

■ svobodný    ■ ženatý/vdaná  
■ rozvedený/á    ■ vdovec/vdova



**Rok 2010/11** (graf č. 4)

■ svobodný/á    ■ ženatý/vdaná  
■ rozvedený/á    ■ vdovec/vdova



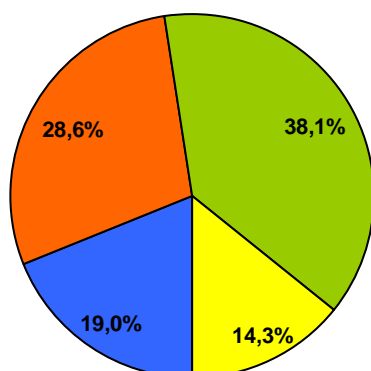
Z výše uvedeného vyplývá, že v roce 2010/11 bylo více svobodných (14,3%) a více vdaných a ženatých (62%) oproti roku 2000, kdy bylo 47,6% vdaných a ženatých a 4,8% svobodných. V roce 2000 uvedlo 33,3% dotázaných odpověď – vdovec, vdova, oproti roku 2010/11, kdy tuto odpověď uvedlo 19% dotázaných.

### Počet dětí u dotazovaných:

Možnosti odpovědí: žádné, 1 dítě, 2 děti, 3 a více dětí

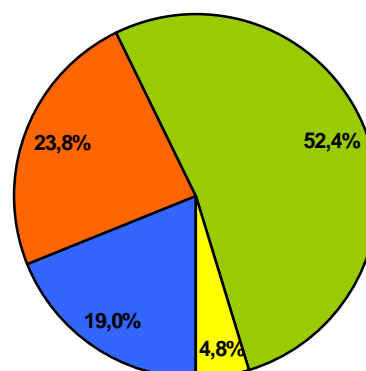
**Rok 2000** (graf č. 5)

■ žádné dítě    ■ 1 dítě    ■ 2 děti    ■ 3 a více dětí



**Rok 2010/11** (graf č. 6)

■ žádné dítě    ■ 1 dítě    ■ 2 děti    ■ 3 a více dětí



Počet lidí, kteří nemají žádné dítě byl jak v roce 2000 tak i v roce 2010/11 totožný a to 19%. Podobný byl i výsledek u jednoho dítěte (rok 2000 – 28,6%, rok 2010/11 – 23,8%). Nejvíce lidí mělo dvě děti a to jak v roce 2000 (38,1%), tak i v roce 2010/11 (52,4%). Ovšem v roce 2000 mělo 14,3% dotázaných 3 a více dětí, oproti roku 2010/11, kdy to bylo pouhých 4,8%.

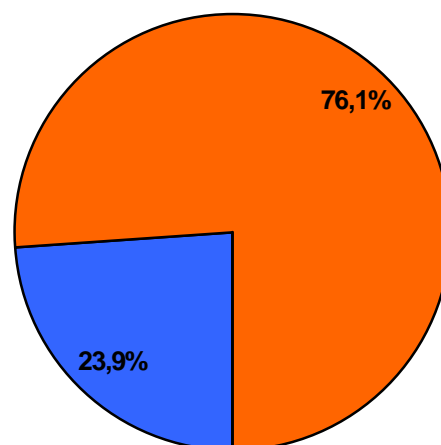
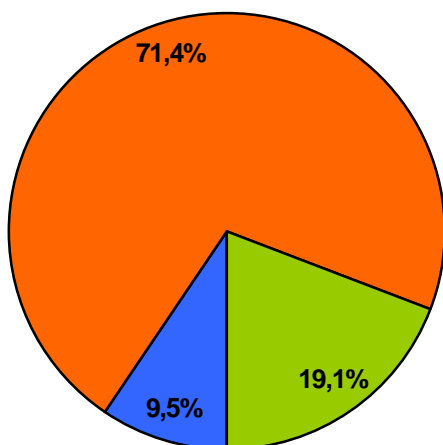
### Míra finanční závislosti dětí:

Možnosti odpovědí: finančně závislé, finančně nezávislé

**Rok 2000** (graf č. 7)

**Rok 2010/11** (graf č. 8)

■ fin. závislé ■ fin. nezávislé ■ neodpovědělo      ■ fin. závislé ■ fin. nezávislé ■ neodpovědělo



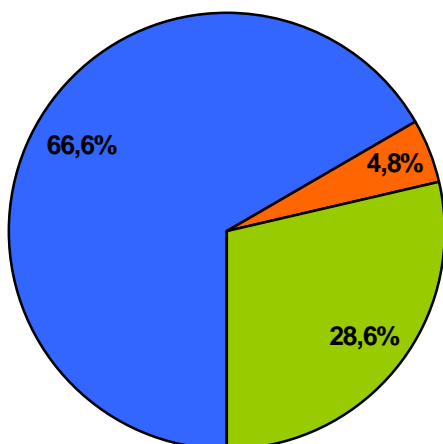
V roce 2000 na tuto otázku neodpovědělo 19,1% dotázaných, v roce 2010/11 odpověděli všichni. Většina dotázaných měla děti finančně nezávislé jak v roce 2000 (71,4%), tak v roce 2010/11 (76,1%). Ovšem v roce 2000 odpovědělo pouze 9,5%, že mají děti finančně závislé oproti roku 2010/11, kdy to bylo 23,9%.

### Pobyt v hospici si hradíte:

Možnosti odpovědí: sám, s výpomocí, snížená platba

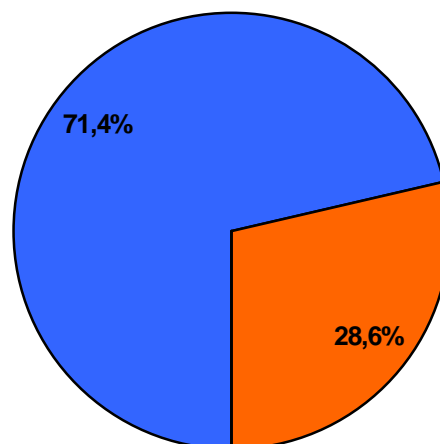
**Rok 2000** (graf. č. 9)

■ sám ■ s výpomocí ■ snížená platba



**Rok 2010/11** (graf č. 10)

■ sám ■ s výpomocí ■ snížená platba

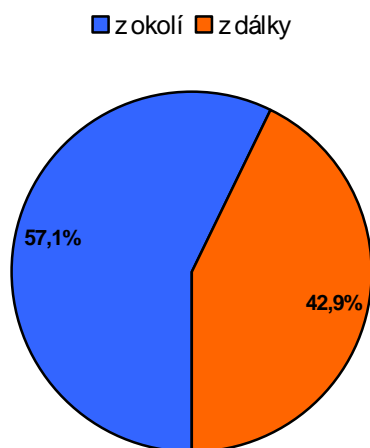


Zde je patrný rozdíl oproti roku 2000, kdy byla jednotná cena pro všechny klienty 4 500,- Kč/měsíc. Kdo tuto částku nebyl schopen uhradit (zvláště z ekonomicko-sociálních důvodů – nejčastěji bezdomovci), dala se tato částka snížit. Dnes již tato sazba neplatí, částka se odvíjí od příspěvku na péči. Snížená platba ovšem stále existuje, domlouvá se individuálně. V roce 2000 odpovědělo 66,6% dotázaných, že si platí pobyt sami. V roce 2010/11 to bylo 71,4%. Sníženou platbu mělo v roce 2000 celkem 28,6%, v roce 2010/11 nikdo (0%). S výpomocí (myšleno s pomocí rodiny) odpovědělo v roce 2000 celkem 4,8%, v roce 2010/11 odpovědělo na stejnou otázku celkem 28,6%.

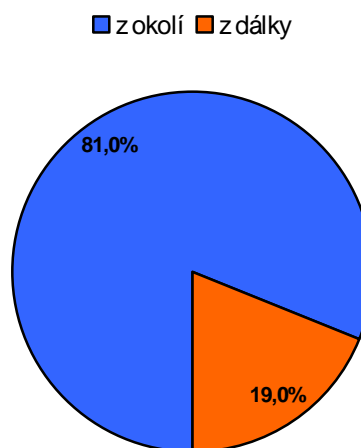
## Bydlíte v okolí hospice (do 20 km) nebo jste z větší dálky?

Možnosti odpovědí: z okolí, z dálky

Rok 2000 (graf č. 11)



Rok 2010/11 (graf č. 12)



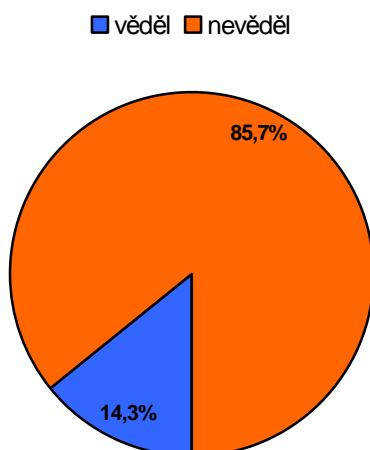
V roce 2000 bylo z okolí celkem 57,1% dotázaných, v roce 2010/11 to bylo 81%. V roce 2000 bylo celkem 42,9% z dálky oproti roku 2010/11, kdo to bylo pouze 19%.

Oproti roku 2000 je patrný větší počet klientů z okolí. Je to dáno tím, že dnes již je daleko více těchto nebo podobných zařízení oproti roku 2000, kdy byl hospic v Rajhradě jediným zařízením svého druhu na Moravě a teprve čtvrtým zařízením v ČR.

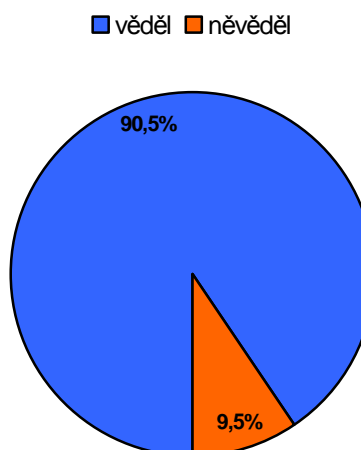
## Věděl/a jste o možnosti hospicové péče?

Možnosti odpovědí: věděl/a, nevěděl/a

Rok 2000 (graf č. 13)



Rok 2010/11 (graf č. 14)



V roce 2000 celých 85,7% dotázaných nevědělo o možnosti hospicové péče. V roce 2010/11 to bylo pouhých 9,5%. O hospicové péči vědělo v roce 2000 jenom 14,3% oproti roku 2010/11, kdy o této možnosti vědělo 90,5% dotázaných.

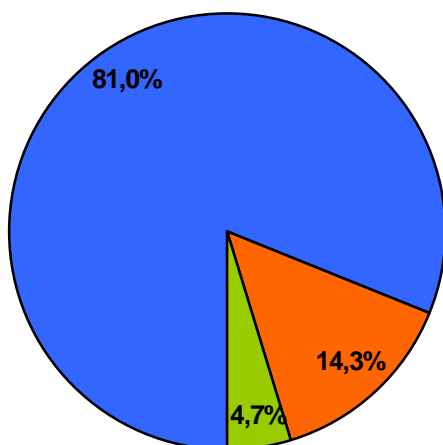
Jasný rozdíl oproti roku 2000 v informovanosti. Před deseti lety skoro nikdo o hospicové péči nevěděl, dnes již toto neplatí.

### **Kdo Vás o této možnosti informoval?**

Možnosti odpovědí: lékař, rodina, přátelé

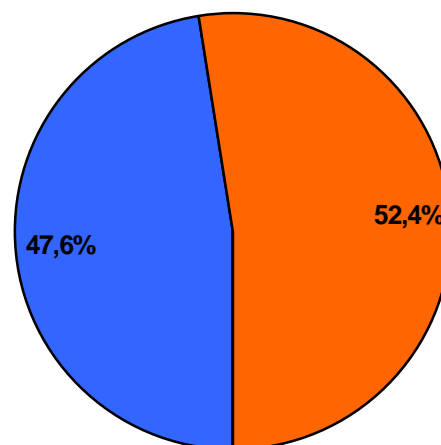
**Rok 2000** (graf č. 15)

■ lékař ■ rodina ■ přátelé



**Rok 2010/11** (graf č. 16)

■ lékař ■ rodina ■ přátelé



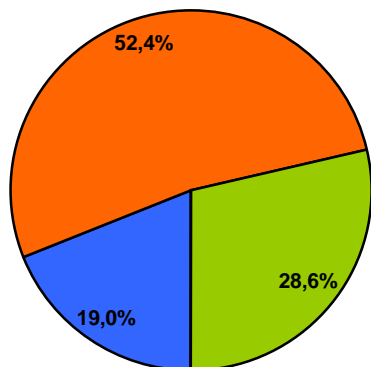
V roce 2000 uvedlo 4,7% dotázaných, že byli informováni od přátel. V roce 2010/11 tuto možnost neuvedl nikdo (0%). V roce 2000 bylo nejvíce informací o této možnosti podáno od lékařů (81%), v roce 2010/11 to bylo 47,6%. Rodina informovala v roce 2000 v 14,3% případů, oproti roku 2010/11, kdo to bylo 52,4%. Ovšem většina lidí při průzkumu v roce 2010/11 uváděla, že k informovanosti docházelo ve vzájemné spolupráci a koordinaci lékaře a rodiny.

## Rozhodnutí do hospice jste učinil:

Možnosti odpovědí: sám, s lékařem, s rodinou, s přáteli

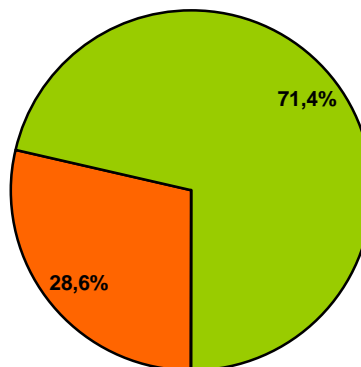
**Rok 2000** (graf č. 17)

■ sám ■ s lékařem ■ s rodinou ■ s přáteli



**Rok 2010/11** (graf č. 18)

■ sám ■ s lékařem ■ s rodinou ■ s přáteli



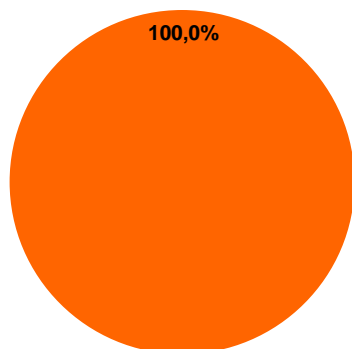
S přáteli se neradil nikdo jak v roce 2000, tak v roce 2010/11. V roce 2000 uvedlo 19%, že se rozhodlo jít do hospice samo. V roce 2010/11 tuto odpověď neuvedl nikdo (0%). V roce 2000 uvedlo 52,4% dotázaných, že spolupracovali s lékařem, v roce 2010/11 to bylo 28,6%. Rozhodnutí odejít do hospice konzultováno s rodinou v roce 2000 v 28,6% případech, v roce 2010/11 to bylo celkem v 71,4% případech. Je ovšem potřeba podotknout, že dnes jde spíše o vzájemnou konzultaci mezi klientem, rodinou a lékařem.

## Byl problém zajistit péči v hospici?

Možnosti odpovědí: ano, ne

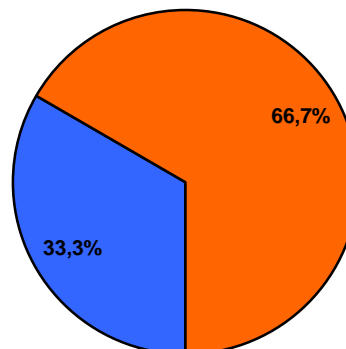
**Rok 2000** (graf č. 19)

■ ano ■ ne



**Rok 2010/11** (graf č. 20)

■ ano ■ ne





V roce 2000 celých 100% dotázaných uvedlo, že se zajištěním umístění nebyl žádný problém. V roce 2010/11 to uvedlo celých 66,7%. Naopak celkem 33,3% dotázaných uvedlo, že se zajištěním umístění byl problém

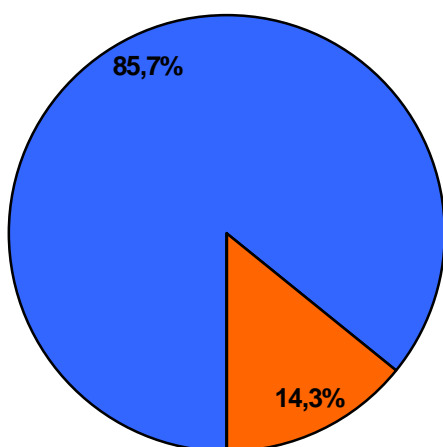
Zde je patrný rozdíl, který se během deseti let stal. Před deseti lety, v době průzkumu, nebyl hospic zcela zaplněn a žádostí o přijetí nebylo mnoho. Bylo to dáno právě tím, že šlo o nové zařízení a o jeho existenci ještě většina lidí nevěděla. Rovněž se ještě tolik neřešil problém, který dnes již nastává. V každém zařízení zdravotnického i sociálního typu (hospic nevyjímaje) je velký tlak na lůžka, žádostí o přijetí je mnoho a lůžek je málo.

### Jste spokojeni s vybavením hospice?

Možnosti odpovědí: velice spokojen, spíše spokojen, nespokojen, velice nespokojen

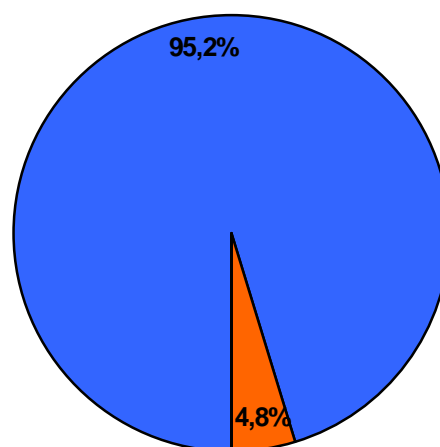
**Rok 2000** (graf. č 21)

■ velice spokojen    ■ spíše spokojen  
■ nespokojen        ■ velice nespokojen



**Rok 2010/11** (graf č. 22)

■ velice spokojen    ■ spíše spokojen  
■ nespokojen        ■ velice nespokojen



V roce 2000 bylo velice spokojeno 85,7%, v roce 2010/11 to bylo 95,2%. Spíše spokojeno bylo v roce 2000 14,3%, v roce 2010/11 to bylo 4,8%. Nespokojen s vybavením nebyl v roce 2000 ani v roce 2010/11 nikdo.

Rozdíl oproti roku 2000 je v tom, že tehdy byl hospic velice dobře vybaven, ale nebyl ještě plně vybaven. Dnes je na každém pokoji televize, rádio, každý má svůj stůl, skříň, každý pokoj má bezbariérovou koupelnu a záchod. Postele jsou elektrické, polohovací. Pokoje jsou vymalovány v různých barvách a klient si je může i dle svého přání

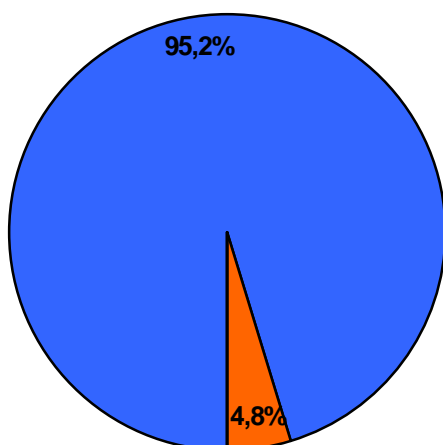
„ozdobit“ (např. dát si na stěnu svoje vlastní obrázky nebo fotky rodiny, což bývá využíváno).

### Jste spokojeni s lékařskou péčí?

Možnosti odpovědí: velice spokojen/a, spíše spokojen/a, nespokojen/a, velice nespokojen/a

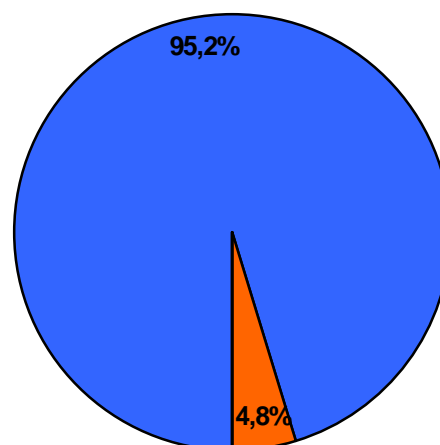
**Rok 2000** (graf č. 23)

■ velice spokojen/a   ■ spíše spokojen/a  
■ nespokojen/a   ■ velice nespokojen/a



**Rok 2010/11** (graf č. 24)

■ velice spokojen/a   ■ spíše spokojen/a  
■ nespokojen/a   ■ velice nespokojen/a



Zde došlo ke stejným výsledkům jak v roce 2000, tak v roce 2010/11. Dotazovaní volili pouze odpověď – velice spokojen/a a to shodně v 90,5% odpovědí a spíše spokojen/a – 4,8% odpovědí.

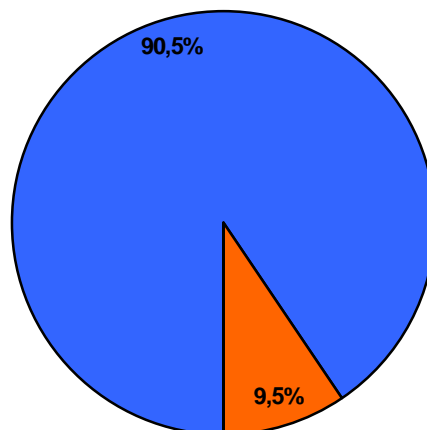
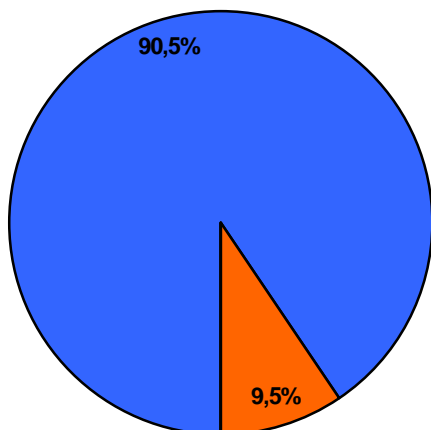
## Jaký je vztah zdravotního personálu k pacientům?

Možnosti odpovědí: velmi dobrý, dobrý, špatný, velmi špatný

Rok 2000 (graf č. 25)

Rok 2010/11 (graf č. 26)

■ velmi dobrý ■ dobrý ■ špatný ■ velmi špatný ■ velmi dobrý ■ dobrý ■ špatný ■ velmi špatný



Opět stejné výsledky jak v roce 2000, tak v roce 2010/11. Velmi dobrý – 90,5% jak v roce 2000, tak i v roce 2010/11 a 9,5% odpovědí – dobrý a to jak v roce 2000, tak v roce 2010/11.

## Potřebujete v hospici sociálního pracovníka?

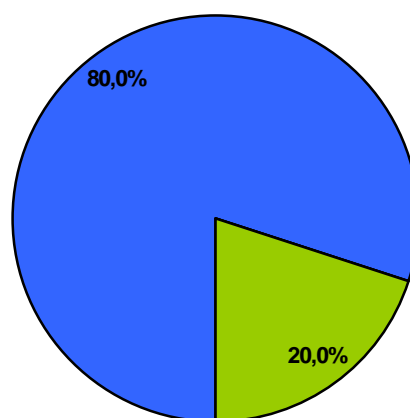
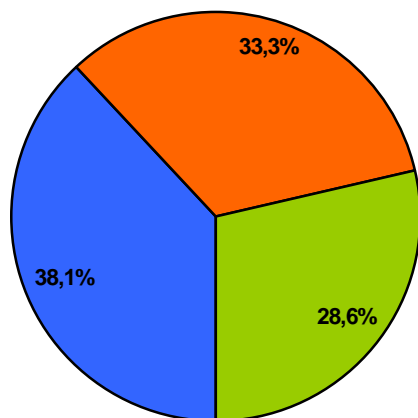
Možnosti odpovědí: potřebuji, je mi to jedno, nepotřebuji

Rok 2000 (graf č. 27)

Rok 2010/11 (graf č. 28)

■ potřebuji ■ je mi to jedno ■ nepotřebuji

■ potřebuji ■ je mi to jedno ■ nepotřebuji

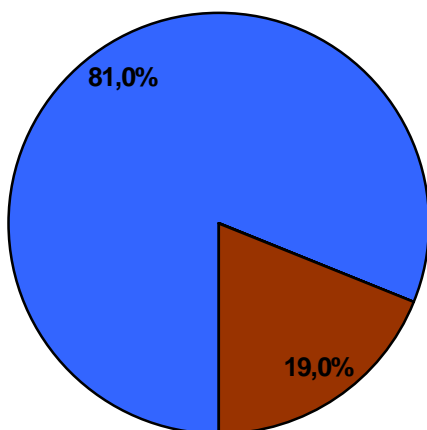
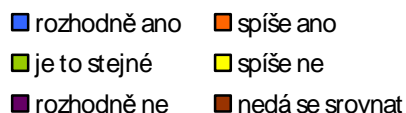


V roce 2000 uvedlo 33,3% dotázaných, že jim je to jedno. V roce 2010/11 tuto odpověď nevedl nikdo. Rovněž mnohem více dotázaných v roce 2010/11 uvedlo, že sociálního pracovníka v hospici potřebují (80%) oproti roku 2000 (38,1%). Je to dáno i tím, že se změnil systém práce sociálního pracovníka (např. sociální pracovník vyřizuje za klienty příspěvek na péči, na který klienti hospice mají nárok, pokud jej nemají ještě vyřízený). V roce 2000 nepotřebovalo soc. prac. celkem 28,6%, v roce 2010/11 to bylo 20%.

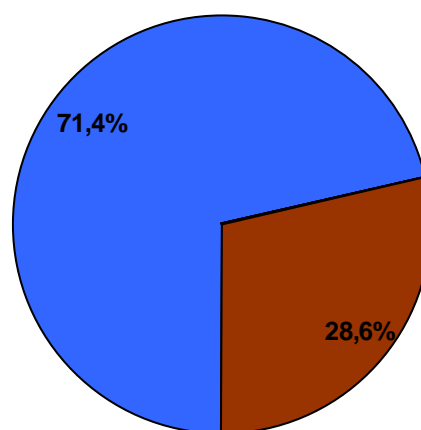
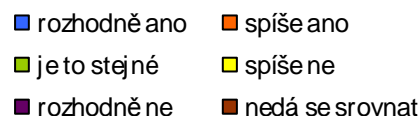
### Je v hospici lepší péče o pacienty než v nemocnici?

Možnosti odpovědí: rozhodně ano, spíše ano, je to stejné, spíše ne, rozhodně ne, nedá se srovnat

**Rok 2000** (graf č. 29)



**Rok 2010/11** (graf č. 30)

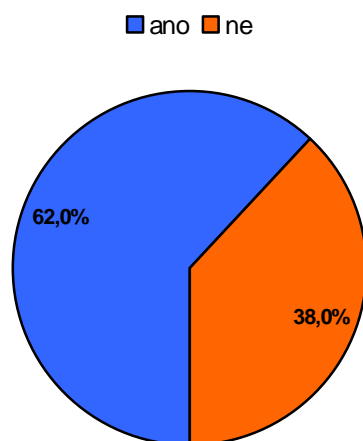


V roce 2000 uvedlo 81% dotázaných, že rozhodně ano, v roce 2010/11 to bylo 71,4%. V roce 2000 uvedlo 19% dotázaných, že tyto zařízení nejde porovnávat. V roce 2010/11 takto odpovědělo celkem 28,6% dotázaných. Jiné odpovědi neuváděli ani v roce 2000 ani v roce 2010/11.

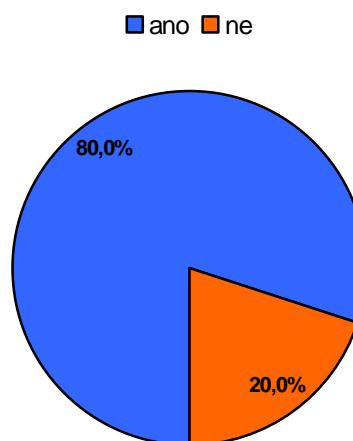
## Chcete znát vše o svém zdravotním stavu?

Možnosti odpovědí: ano, ne

**Rok 2000** (graf č. 31)



**Rok 2010/11** (graf č. 32)



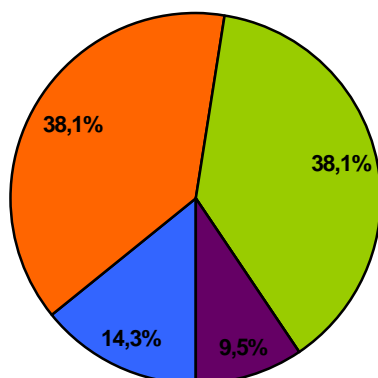
V roce 2000 chtělo být plně informováno 62% dotázaných, v roce 2010/11 to bylo celkem 80% dotázaných. V roce 2000 nechtělo být plně informováno 38% dotázaných, v roce 2010/11 celkem 20% dotázaných.

## O svém zdravotním stavu hovoříte:

Možnosti odpovědí: s kýmkoli, s lékařem, s rodinou, s přáteli, s nikým

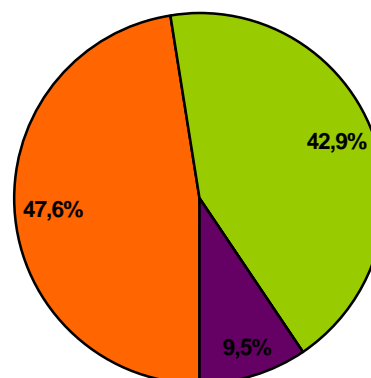
**Rok 2000** (graf č. 33)

■ s kýmkoli ■ s lékařem ■ s rodinou  
■ s přáteli ■ s nikým



**Rok 2010/11** (graf č. 34)

■ s kýmkoli ■ s lékařem ■ s rodinou  
■ s přáteli ■ s nikým



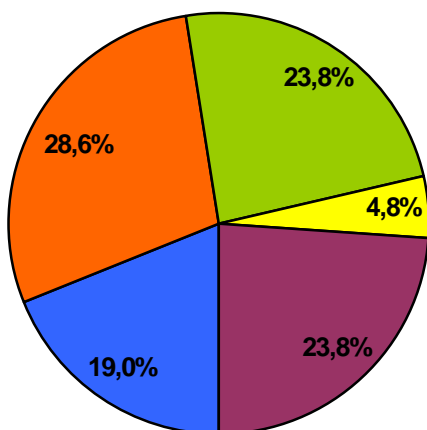
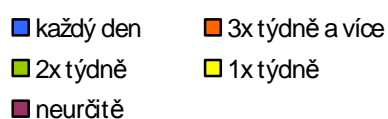
V roce 2010/11 nevedl nikdo odpověď s kýmkoli, v roce 2000 to bylo celkem 14,3% odpovědí. Totožné výsledky jak v roce 2000, tak v roce 2010/11 bylo při odpovědi

s nikým – shodně tak odpovědělo 9,5% dotázaných. S lékařem o svém zdravotním stavu hovořilo v roce 2000 celkem 38,1% dotázaných, v roce 2010/11 to bylo 47,6%. S rodinou v roce 2000 hovořilo o zdravotním stavu celkem 38,1%, v roce 2010/11 to bylo 42,9%. Odpověď s přáteli neuvedl nikdo jak v roce 2000, tak v roce 2010/11.

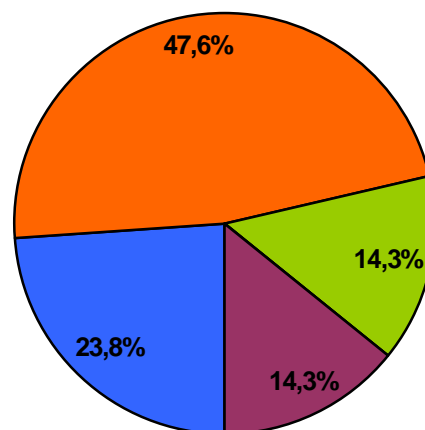
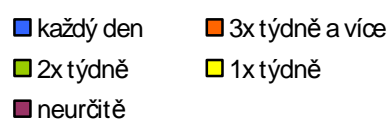
### Jak často máte návštěvy?

Možnosti odpovědí: každý den, 3x týdně a více, 2x týdně, 1x týdně, neurčitě

**Rok 2000 (graf č. 35)**



**Rok 2010/11 (graf č. 36)**



V roce 2000 uvedlo celkem 28,6% dotázaných odpověď - 3x týdně a více. V roce 2010/11 tuto odpověď uvedlo celých 47,6%, tedy více než v roce 2000. Odpověď – každý den, uvedlo v roce 2000 celkem 19% dotázaných, v roce 2010/11 to bylo 23,8% dotázaných. Odpověď - 2x týdně, uvedlo v roce 2000 celkem 23,8% dotázaných a v roce 2010/11 to bylo celkem 14,3% dotázaných. V roce 2010/11 nikdo neuvedl odpověď – 1x týdně oproti roku 2000, kdy tuto odpověď uvedlo 4,8% dotázaných. Každý den mělo návštěvy v roce 2000 19% dotázaných, v roce 2010/11 to bylo celkem 23,8% dotázaných. Tyto výsledky jsou dány tím, že v roce 2000 bylo v hospici umístěno více lidí z větší dálky, oproti roku 2010/11, kdy je většina klientů z okolí.

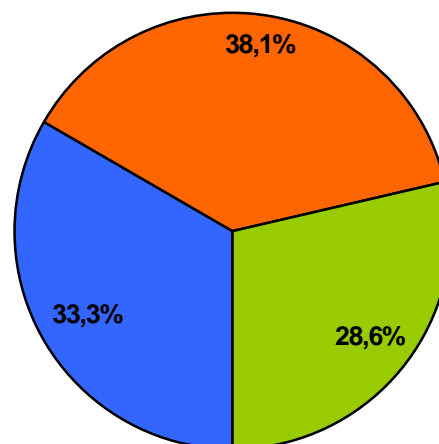
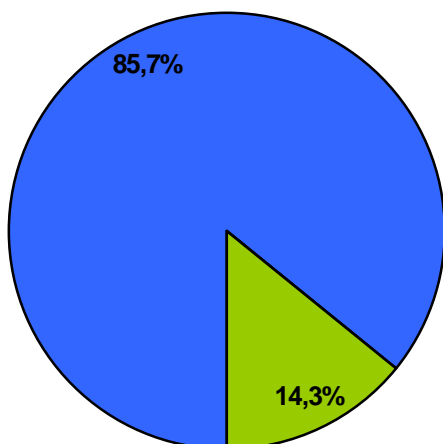
## Kolik času s Vámi tráví?

Možnosti odpovědí: více než hodinu, méně než hodinu, jak kdy

**Rok 2000** (graf č. 37)

**Rok 2010/11** (graf č. 38)

■ více než hodinu ■ méně než hodinu ■ jak kdy ■ více než hodinu ■ méně než hodinu ■ jak kdy



V roce 2000 celkem 85,7% dotázaných uvedlo, že s nimi návštěvy tráví více než hodinu času. V roce 2010/11 to bylo 33,3%. V roce 2000 nikdo neuvedl odpověď – méně než hodinu, ovšem v roce 2010/11 takto odpovědělo celkem 38,1% dotázaných. Odpověď – jak kdy uvedlo v roce 2000 celkem 14,3% dotázaných a v roce 2010/11 to bylo celkem 28,6% dotázaných.

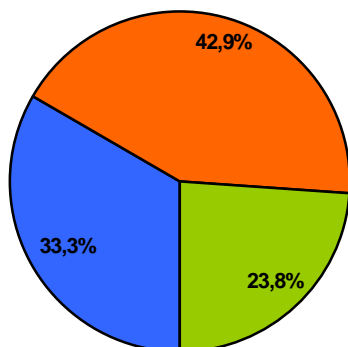
Zde je jasný rozdíl oproti roku 2000. Je to dáno právě složením klientů hospice. Dotazovaní v roce 2010/11 mají mnohem více návštěv než to bylo v roce 2000, ale ty s nimi tráví méně času. Je to dáno právě tím, že rodiny žijí v okolí hospice.

## Na pokoji jste raději:

Možnosti odpovědí: sám/a, je mi to jedno, s někým

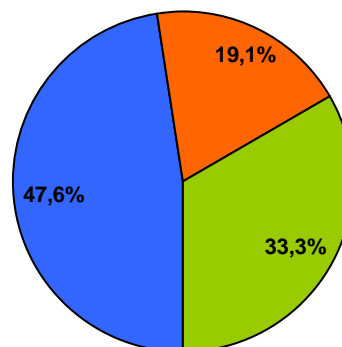
**Rok 2000** (graf č. 39)

■ sám ■ je mi to jedno ■ s někým



**Rok 2010/11** (graf č. 40)

■ sám ■ je mi to jedno ■ s někým



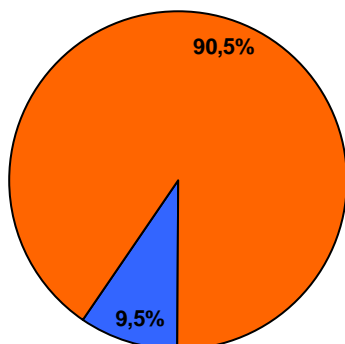
V roce 2000 uvedlo 42,9% dotázaných, že jim je jedno, zda jsou na pokoji sami nebo s někým. V roce 2010/11 tuto odpověď uvedlo pouze 19,1% dotázaných. V roce 2000 by bylo raději samotných 33,3% dotázaných, v roce 2010/11 byla tato odpověď uváděna častěji a to celkem v 47,6% případech. Na pokoji s někým by bylo v roce 2000 raději celkem 23,8% dotázaných a v roce 2010/11 tuto odpověď uvádělo celkem 33,3% dotázaných.

## Kouříte?

Možnosti odpovědí: ano, ne

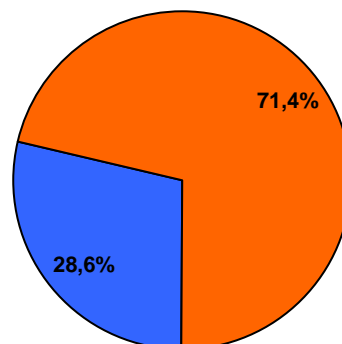
**Rok 2000** (graf č. 41)

■ ano ■ ne



**Rok 2010/11** (graf č. 42)

■ ano ■ ne





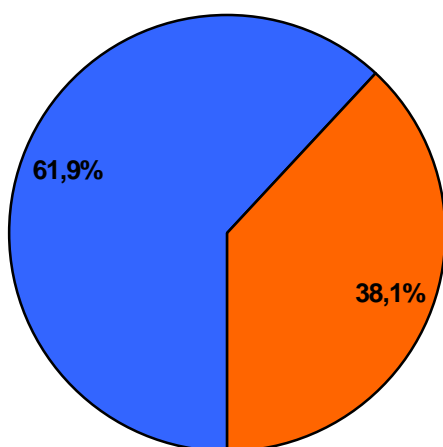
V roce 2000 kouřilo celkem 19,5% dotázaných, v roce 2010/11 to bylo celkem 28,6% dotázaných. Nekuřáků bylo v roce 2000 celkem 90,5% a v roce 2010/11 jich bylo celkem 71,4%. Kouření je v hospici dovolené, ale samozřejmě ne na pokojích.

### **Pijete alkohol?**

Možnosti odpovědí: ano, ne

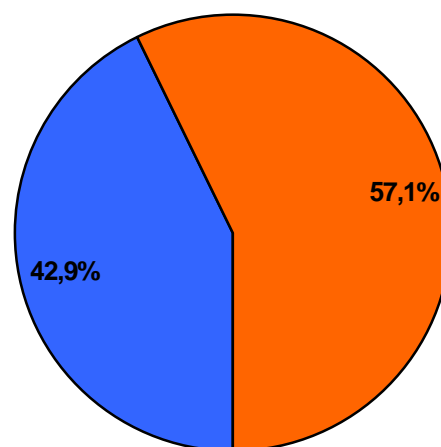
**Rok 2000** (graf č. 43)

■ ano ■ ne



**Rok 2010/11** (graf č. 44)

■ ano ■ ne

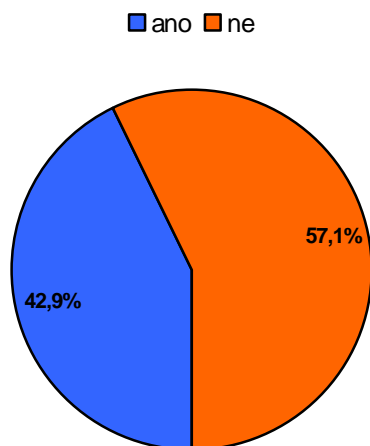


V roce 2000 uvedlo celkem 61,9% dotázaných, že alkohol pije. V roce 2010/11 tuto odpověď uvedlo celkem 57,1% dotázaných. Žádný alkohol nepilo v roce 2000 celkem 38,1% dotázaných a v roce 2010/11 to bylo celkem 42,9% dotázaných. Ve většině případů se jedná o pití piva, samozřejmě s mírou. Není to zakázáno. Pokud si chce dát někdo „tvrdší“ alkohol, může, ale opět platí, že pouze v malém množství.

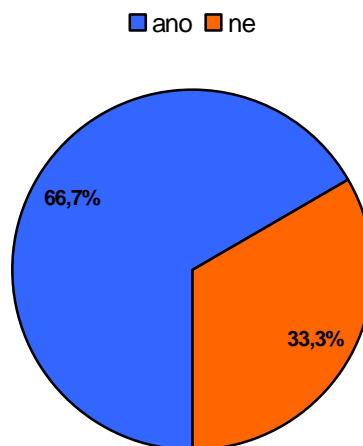
## Sledujete televizi?

Možnosti odpovědí: ano, ne

**Rok 2000** (graf č. 45)



**Rok 2010/11** (graf č. 46)

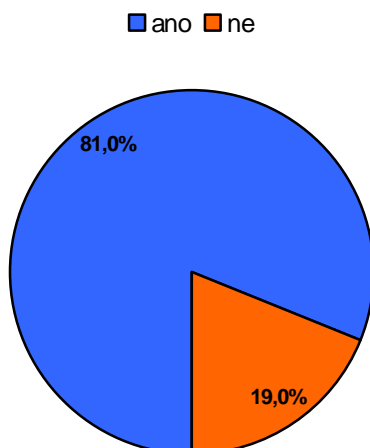


V roce 2000 uvedla většina dotázaných, že televizi nesleduje a to celkem 57,1%. V roce 2010/11 tuto odpověď celkem 33,3% dotázaných. Televizi sledovalo v roce 2000 celkem 42,9% dotázaných, v roce 2010/11 to bylo více a sice 66,7% dotázaných. Tyto výsledky mohou být ovlivněny tím, že v roce 2000 nebyly televize na každém pokoji, muselo se chodit do společné místnosti. Nyní má každý pokoj svoji televizi

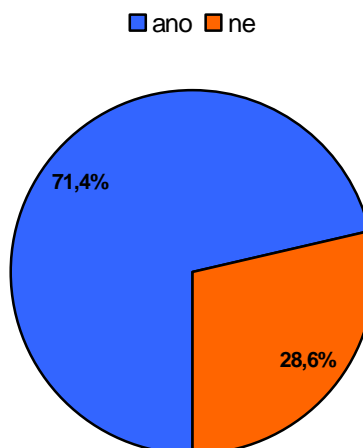
## Zajímá Vás dění mimo hospic?

Možnosti odpovědí: ano, ne

**Rok 2000** (graf č. 47)



**Rok 2010/11** (graf č. 48)



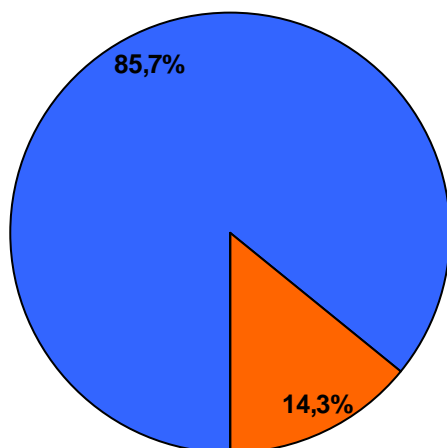
V roce 2000 uvedlo celkem 81% dotázaných, že je dění mimo hospic zajímavá. V roce 2010/11 tuto odpověď uvedlo celkem 71,4% dotázaných. V roce 2000 dění mimo hospic nezajímalo celkem 19% dotázaných, v roce 2010/11 to bylo celkem 28,6% dotázaných.

### V hospici se cítíte?

Možnosti odpovědí: velice dobře, dobře, špatně, velice špatně

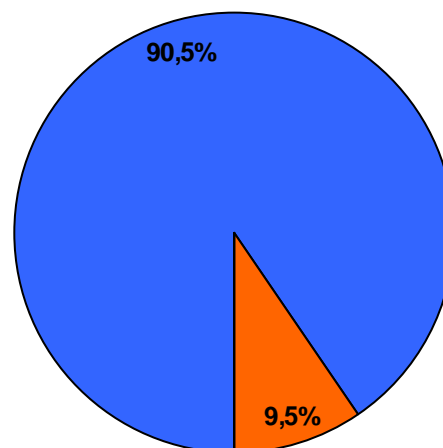
**Rok 2000** (graf č. 49)

■ velice dobře ■ dobře  
■ špatně ■ velice špatně



**Rok 2010/11** (graf č. 50)

■ velice dobře ■ dobře  
■ špatně ■ velice špatně



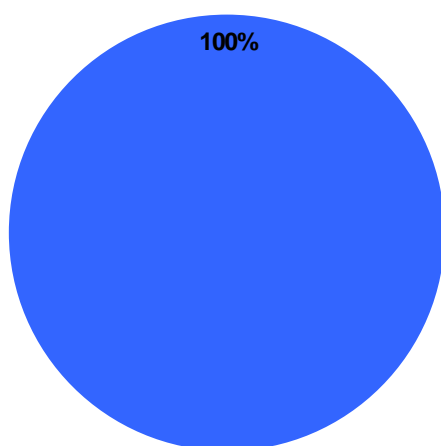
V roce 2000 se v hospici cítilo velice dobře celkem 85,7% dotázaných, v roce 2010/11 tuto odpověď uvedlo celkem 90,5% dotázaných. Dobře se cítilo v hospici v roce 2000 celkem 14,3% dotázaných, v roce 2010/11 takto odpovědělo celkem 9,5% dotázaných.

### Myslíte, že hospice jsou potřeba?

Možnosti odpovědí: ano, ne

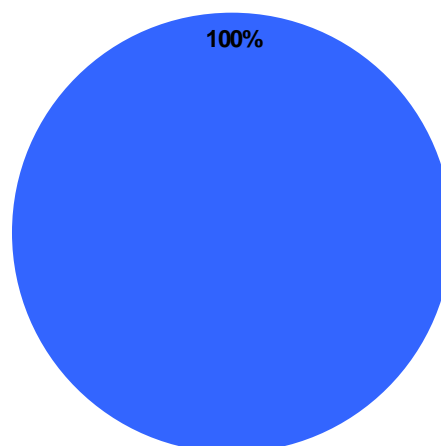
**Rok 2000** (graf č.51)

■ ano ■ ne



**Rok 2010/11** (graf č. 52)

■ ano ■ ne



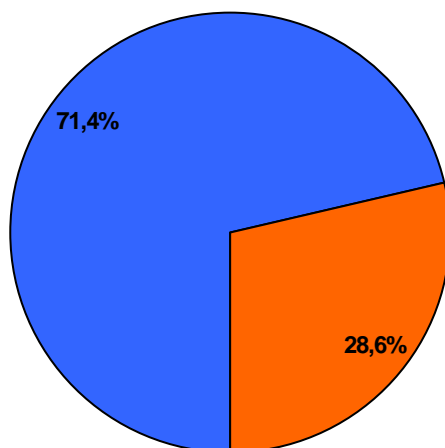
Totožné výsledky jak v roce 2000, tak v roce 2010/11, všichni dotázaní uvedli, že jsou hospice potřeba.

### Jste nějakého náboženského vyznání?

Možnosti odpovědí: ano, ne

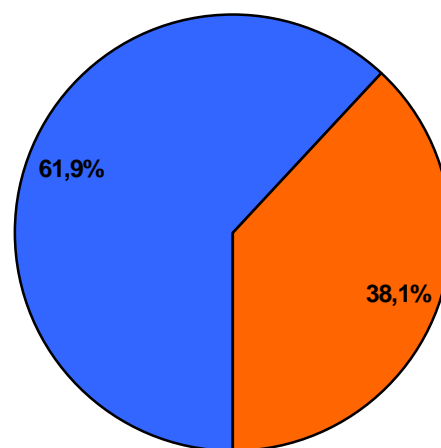
**Rok 2000** (graf č. 53)

■ ano ■ ne



**Rok 2010/11** (graf č. 54)

■ ano ■ ne

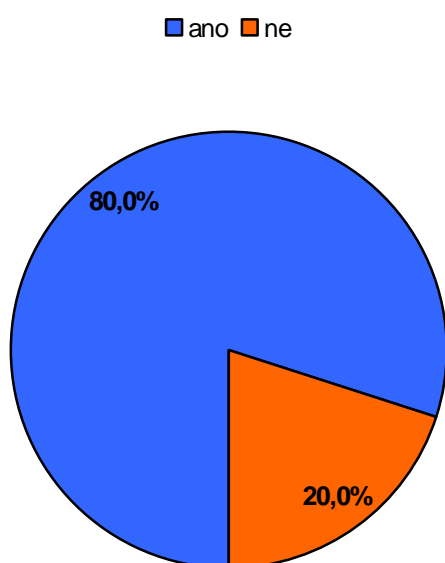


V roce 2000 uvedlo celkem 71,4% dotázaných, že mají nějakou náboženskou víru. V roce 2010/11 takto odpovědělo celkem 61,9% dotázaných. Bez vyznání bylo v roce 2000 celkem 28,6% dotázaných a v roce 2010/11 tuto odpověď uvedlo celkem 38,1% dotázaných.

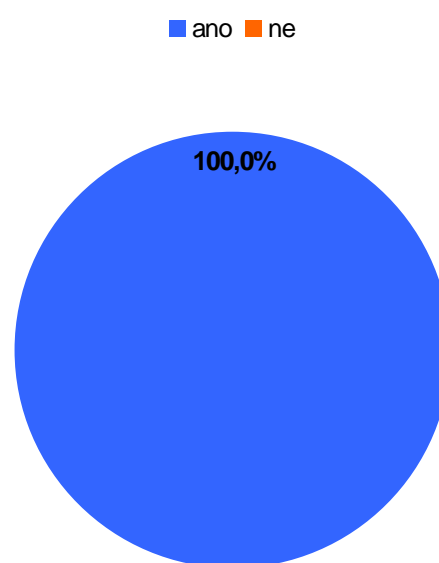
### **Pokud ano, pomáhá Vám tato víra ve Vaší nemoci?**

Možnosti odpovědí: ano, ne

**Rok 2000 (graf č. 55)**



**Rok 2010/11 (graf č. 56)**



Na poslední otázku odpovídali pouze ti, kteří v předchozí otázce odpověděli, že mají nějakou náboženskou víru. V roce 2000 z těchto dotázaných, kteří uvedli, že jsou náboženského vyznání, uvedlo celkem 80%, že jim tato jejich víra v nemoci pomáhá. Celkem 20% uvedlo, že nikoliv. V roce 2010/11 uvedli všichni (100%), kteří na předchozí otázku odpověděli kladně, že jim jejich víra v nemoci pomáhá.

## 5.4 Výsledky průzkumu a jejich interpretace

**Hypotéza č. 1:** Hospicová péče je v ČR velmi málo známá a velmi málo rozšířená a o existenci hospiců je veřejnost téměř neinformovaná. Z výsledku průzkumu jasně vyplynulo, že **hypotéza č. 1** byla **vyvrácena**. Rozdíl deseti let byl v tomto případě velmi patrný. Před deseti lety o možnosti hospicové péče téměř nikdo z pacientů nevěděl (85,7%) a o této možnosti byli informováni hlavně od lékaře. Toto nyní již neplatí, o možnosti hospicové péče vědělo celkem 90,5% oslovených. V roce 2000 tedy byla hypotéza č. 1 potvrzena, v roce 2010/11 byla vyvrácena.

**Hypotéza č. 2:** O hospicové péči moc nevědí ani samotní lékaři. **Hypotéza č. 2** byla **vyvrácena** jak v roce 2000, tak v roce 2010/11. O možnosti hospicové péče byli informováni lékaři již před deseti lety a platí to stále, nyní se ale více spolupracuje s rodinami i se samotným pacientem.

**Hypotéza č. 3:** Z pohledu těžce nemocných a umírajících klientů hospice je existence hospiců potřebná. **Hypotéza č. 3** byla jasně **potvrzena** a to jak v roce 2000, tak i v roce 2010/11. O potřebě hospicové péče z pohledu pacientů nikdo nepochyboval jak před deseti lety, tak ani nyní.

Určitá rozdílnost průzkumu byla dána složením či skladbou oslovených klientů. V roce 2000 byl poměr mužů a žen téměř vyrovnaný, v roce 2010/11 převládaly výrazně ženy. Dalším poměrně důležitým faktorem bylo to, že věkový průměr oslovených byl nyní výrazně nižší, než před deseti lety, což se projevilo v některých odpovědích. Dále bylo důležitým faktorem to, že většina klientů hospice byla z blízkého okolí, což před deseti lety rovněž neplatilo a toto se opět odrazilo ve výsledcích průzkumu. Toto se odrazilo např. ve výsledcích u otázek návštěvnosti a doby strávené s návštěvou. Další určitá rozdílnost oproti roku 2000 byla v otázce, zda pacienti potřebují sociálního pracovníka. V roce 2000 potřebovalo sociálního pracovníka 38,1% dotázaných, v roce 2010/11 to bylo 80% dotázaných. Je to dáno tím, že je nyní oproti roku 2000 jiná legislativa a sociální pracovník dnes může vyřizovat klientovi spoustu věcí, které před deseti lety nemohl a tudíž nebyl tolik žádán.

Oproti tomuto byly ale jiné výsledky totožné či podobné. Týkalo se to hlavně spokojenosti s vybavením hospice, s lékařskou a ošetrovatelskou péčí a naprosto stejné výsledky (což se ale dalo očekávat) byly v otázce, zda jsou hospice potřeba. Shodně odpověděli všichni dotázaní jak v roce 2000, tak i v roce 2010/11, že jsou hospice potřeba a to ve 100% odpovědích.

## Závěr

Když jsem před deseti lety nastoupil na praxi do hospice, nevěděl jsem, co mě čeká. Měl jsem obavy, jak budu komunikovat s klienty hospice, netušil jsem, jak na mě bude působit prostředí hospice a moje představy byly spíše negativní, stejné jako u většiny lidí před deseti lety, když se řeklo slovo hospic. Nikdo o tomto zařízení prakticky nic nevěděl, nikdo toto zařízení nenavštívil, podrobněji se s ním neseznámil a přesto při vyslovení slova hospic bylo u většiny lidí cítit jakési napětí až hrůza z tohoto zařízení. Tyto pocity jsem měl i já, ale přesto jsem se rozhodl hospic navštívit a absolvovat v něm praxi. Moje zkušenost byla ale naprosto odlišná od představ. Zjistil jsem, že hospic není žádný „dům hrůzy“ a že tam vládne naprostý klid a pohoda. Pohoda nevyzařovala jenom z personálu, ale i z klientů hospice. Navázání komunikace s klienty nebylo žádným problémem a já jsem se brzy cítil v hospici velmi dobře. Velmi často jsem se při rozhovorech zasmál a i já jsem mockrát dokázal rozesmát samotné klienty, což mně předtím připadalo jako něco nemožného. Velmi brzy jsem si tedy zvykl a nakonec jsem do hospice chodil velmi rád.

Když jsem se po deseti letech vrátil do Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě, byl jsem již v jiné situaci. Věděl jsem, co mě čeká, nešel jsem do neznáma. Polovina personálu v hospici zůstala stejná, jako před deseti lety, takže jsem spoustu lidí znal a oni si mě rovněž pamatovali. Rovněž jsem měl za sebou několik let praxe v sociálních zařízeních a službách, takže už jsem mohl svoje zkušenosti v této oblasti zúročit.

Když jsem do hospice přišel poprvé (po deseti letech), hodnotil jsem nejdříve to, co se změnilo na první pohled. Hned mě zaujalo, že je hospic barevně vymalován. Předtím bylo vše bílé, nyní jsou chodby i pokoje vymalovány různými barvami. Všude přibýlo více květin, obrázků, na chodbě jsou křesla a pohovky a celkově je hospic více vyzdoben a zařízen než tomu bylo předtím. Stejně tak pokoje jsou více vybavené, každý má svoji LCD televizi (což dříve nebylo, televize byla pouze jedna na celé patro a kdo se chtěl dívat na televizi, tak musel jít do společné místnosti), v pokoji může mít každý svoje obrázky nebo fotky rodiny (což bývá hodně využíváno), každý může mít svoje vlastní oblečení, knihy atd.. Také přibýlo více jednolůžkových pokojů. Již před deseti



lety byl hospic místo, které bylo útulné, příjemné, s domácí atmosférou, ale nyní je to místo ještě útulnější. Samozřejmě ale, že tím nejdůležitější faktorem jsou vždy lidé, kteří v tomto zařízení pracují a jsou to právě oni, kteří vytváří atmosféru klidu a domácí pohody.

Při dalším seznamování jsem zjišťoval další změny, které se v hospici za tu dobu udály. Změna byla patrná například u práce sociálního pracovníka. Před deseti lety pracoval v hospici pouze jeden sociální pracovník a měl na starosti částečně i agendu finanční a rovněž zařizoval i věci týkající se dobrovolnictví. Dnes toto již neplatí. V hospici pracují dva sociální pracovníci a starají se výhradně o agendu sociální. Před deseti lety dobrovolnictví v hospici teprve začínalo, projekty se rozjížděly, dnes dobrovolnictví v Rajhradě funguje velmi dobře. Je zřízena funkce hlavního koordinátora dobrovolníků, který zařizuje a zajišťuje veškerou agendu dobrovolnictví. Velmi dobře také funguje oblast vzdělávací, která se rovněž před deseti lety teprve rozjížděla. Dnes se v hospici konají pravidelné přednášky, semináře a kurzy pro lékaře, sestry, ošetřovatele i sociální pracovníky. Rovněž se dělají vzdělávací akce pro střední školy. Velkým rozdílem oproti roku 2000 je i možnost zařízení praxe. Když jsem před deseti lety nastoupil na praxi do DLBsH sv. Josefa, byl jsem úplně prvním praktikantem v tomto zařízení a na dlouhou dobu také posledním. O praxi v tomto zařízení neměl nikdo zájem. Tato situace již neplatí a do hospice chodí pravidelně na praxi jak studenti z různých sociálních a zdravotnických škol, tak i lékaři v oboru geriatrické v rámci své povinné předatestační praxe. Další podstatná změna nastala v oblasti duchovních služeb. Dříve byl duchovní k dispozici spíše dle potřeby a tzv. „na zavolání“. Dnes je v hospici stála duchovní služba, která je k dispozici nejenom klientům hospice a jejich rodinám, ale i samotným zaměstnancům. Další velikou změnou je zřízení domácí péče, kterou hospic zajišťuje a zařizuje. Jedná se o zajištění hospicové péče přímo doma u klienta, pokud ještě nemusí být hospitalizován do hospice. Tato služba se rovněž teprve před deseti lety zřizovala a nyní funguje tak dobře, že se plánuje otevření dalších poboček.

Závěrem bych chtěl tedy říci, že Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě se během deseti let vypracoval na zařízení, které je na špičce ve svém oboru. Neustále se snaží jít s dobou, nabízí klientům nové služby, stávající služby se snaží vylepšovat a zdokonalovat. Služby, které toto zařízení poskytuje jsou velmi potřebné a na velmi kvalitní úrovni. Uvědomuji si, že každé umírání je smutné, ale v DLBsH sv. Josefa se

umírá většinou naprosto vyrovnaně, klidně a smířeně. Vše je daleko více přirozenější a nevnímají to pouze samotní klienti, ale i jejich rodiny. Proto se také velmi často vracejí na setkání, které hospic pořádá pro rodiny, kterým v hospici odešel jejich blízký. Tato setkání jsou velmi oblíbená, hojně navštěvovaná a zdá se, že pro většinu i potřebná a obohacující. Netýká se to pouze rodin, ale i personálu. Vzájemné duchovní obohacení se týká obou stran.

Děkuji všem klientům hospice, se kterými jsem se osobně setkal a kteří mně pomáhali a byli ochotni mně pomoci a přeji všem (i těm, se kterými jsem se neseťkal), aby prožili co nejklidnější, nejpřirozenější a nejdůstojnější závěr svého života. Myslím si, že v Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa to mají zaručené.

## Resumé

Téma mé bakalářské práce zní – Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa – péče o těžce nemocné a umírající pacienty – srovnání po deseti letech. Toto téma jsem si vybral proto, protože mi připadá velmi zajímavé, nevšední, je z mého oboru a samotného mě téma komparace po letech zajímalo.

Cílem mé práce bylo zaměření se na konkrétní zařízení (Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě), které poskytuje péči těžce nemocným a umírajícím pacientům a tudíž se zabývá výše uvedenou problematikou. V tomto zařízení jsem před 10 lety vykonával praxi a zjišťoval, jaký je účel organizace, jaké používá metody práce, na koho je zařízení zaměřené, jaké má vybavení, o jakou se opírá legislativu, jaká je etika na pracovišti, hierarchie, financování, jaké jsou účinky poskytovaných služeb. Dále jsem prováděl dotazníkový průzkum, ve kterém jsem zjišťoval, jaká je úroveň poskytované péče, jaká je informovanost klientů a lékařů o paliativní péči, zda je z pohledu klientů tato péče potřebná, jak jsou spokojeni se službami, které zařízení poskytuje apod.. Vrátil jsem se tedy do výše uvedeného zařízení po 10 letech a provedl komparaci, co se za uplynulou dobu změnilo či nezměnilo, zda došlo v konkrétních věcech k nějakému posunu či nikoliv. Stanovil jsem si stejné hypotézy, v průzkumu položil stejné otázky jako před 10 lety a poté výsledky vyhodnotil a provedl komparaci.

Nejdříve jsem popsal obecně, co je to hospicová péče, čím se zabývá a jaké jsou její formy. Poté jsem se zaměřil přímo na Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, kde jsem popisoval strukturu zařízení. V poslední fázi jsem se zaměřil přímo na samotný průzkum, kde jsem zjišťoval od klientů informace. Na začátku jsem položil stejné hypotézy a v průzkumu jsem pokládal stejné otázky jako před deseti lety a poté jsem výsledky vyhodnotil a provedl komparaci.

Přínos své bakalářské práce vidím hlavně sám pro sebe v tom, jak jsem si po deseti letech v této oblasti rozšířil opět svoje znalosti, nabyl nové zkušenosti při osobním kontaktu s klienty hospice, vyslechl nové životní příběhy, které mě zase o něco více profesně i duchovně obohatily.

## **Anotace**

Bakalářská práce pojednává o hospicové péči a konkrétně se zaměřuje na Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě a jeho přesný popis. Zaměřuje se na účel tohoto zařízení a na jeho charakteristiku. Cílem práce je provedení průzkumu v tomto zařízení a následné porovnání výsledků dat z let 2000 a 2010/11.

## **Klíčová slova**

Hospic, hospicová péče, paliativní péče, nemoc, bolest, umírání

## **Annotation**

My bachelor work deals a hospice care, especially St. Joseph's Hospice and Painman Clinic in Rajhrad. The work is aimed at the main object of the facility and its characterization. The target of the work is doing a research in the hospice and the next comparison of the results with results of the identical research done in the year 2000 (10 years ago).

## **Key words**

Hospice, hospice care, palliative care, illness, pain, dying

## Seznam literatury

BYOCK, I. Dobré umírání. Praha, Cesta domů a Vyšehrad, 2005

CALLANOVÁ – KELLEROVÁ. Poslední dary. Praha, Cesta domů a Vyšehrad, 2005

HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. 1. vyd. Praha: Galén, 1994

HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie. Nauka o umírání a smrti. 1. vyd. Praha: Galén, 2000

HÁRDI, I.: Psychologie péče o nemocného. Budapešť, Avicenum 1966

KŘIVOHLAVÝ, J.: Vážně nemocný mezi námi. Praha, Avicenum 1989

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000

KUBÍČKOVÁ, N. Zármutek a pomoc pozůstalým. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2001

KÜBLER-ROSS, E.: Odpovědi na otázky o smrti a umírání. Praha 1995

MISCONIOVÁ, B.: Péče o umírající – hospicová péče. Praha, Národní centrum domácí péče ČR 1998

MUNZAROVÁ, M. Eutanazie, nebo paliativní péče? Praha, Grada, 2005

NAKONEČNÝ, M.: Encyklopedie obecné psychologie. Praha, Academia 1997

SVATOŠOVÁ, M.: Hospice a umění doprovázet. Praha, Ecce Homo 1995

### Internetové odkazy

<http://www.dlbsh.cz>

## **Seznam použitých zkratk**

**WHO** – Světová zdravotnická organizace

**DLBsH sv. Josefa** – Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa

**LDN** – Léčebna dlouhodobě nemocných

**ČR** – Česká republika

**MPSV** – Ministerstvo práce a sociálních věcí

**MZ** – Ministerstvo zdravotnictví

**MMB** – Magistrát města Brna

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 – Žádost o přijetí do DLBsH sv. Josefa

Příloha č. 2 – Návrh na dotazník

## Příloha č.1



Dům léčby bolesti s hospicem svatého Josefa  
Jiráskova 47  
664 61, Rajhrad u Brna  
tel.: 547 232 223  
fax: 547 232 247  
www.dlbsh.cz; hospic.rajhrad@caritas.cz

### Žádost o přijetí pacienta

(Prosíme o co nejpřesnější vyplnění této žádosti. Umožníte tak individuálně vyhovět požadavkům nemocného a urychlíte přijetí do DLBSH.)

Jméno, příjmení, titul: \_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_ Číslo OP: \_\_\_\_\_ Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliště: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

Kontaktní osoba (uvádějte vztah k nemocnému), adresa, telefon: \_\_\_\_\_

Případné propuštění na adresu: \_\_\_\_\_

Praktický lékař – jméno, adresa, telefon: \_\_\_\_\_

Anamnéza nynějšího onemocnění, pro které má být pacient hospitalizován:

Ostatní dg.:

Aktuální stav nemocného a důvod přijetí: (Trpí pacient bolestí, zvracením, dušností, úzkostí, depresí, poruchami mobility, nespavostí či dalšími symptomy pokročilého onemocnění?)

Výskyt infekčního onemocnění (MRSA, rezistentní infekce, scabies apod.):





## Příloha č.1



Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa  
Jiráskova 47  
664 61, Rajhrad  
www.dlbsh.cz

### Svobodný informovaný souhlas pacienta

Člověk jako svobodný jedinec má nezadatelné právo rozhodovat o sobě i v otázkách vlastního zdraví. Aby se mohl správně rozhodovat, má mít potřebné znalosti. Proto se na Vás obracíme s následující informací.

Cím více víme o Vás a Vaší nemoci, tím lépe můžeme o Vás pečovat. Proto prosíme Vašeho ošetřujícího lékaře o vyplnění údajů v „Žádosti o přijetí“. Její součástí je i písemný svobodný informovaný souhlas pacienta.

- **Svobodný znamená, že si sám nemocný hospic přeje.**
- **Informovaný znamená, že nemocný ví, co hospic je a co mu může nabídnout.**

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné neopakovatelné bytosti. Lékařská věda nemá moc všechny nemoci vyléčit, ale má možnost léčit a člověku alespoň pomoci. Máte-li to štěstí, že vztah mezi Vámi a lékařem je upřímný a poctivý, informoval Vás, že další radikální léčba by byla pro Vás jen zdrojem nových nepříjemných vedlejších účinků a život prodloužit nemůže. Zde je pak na místě léčba paliativní, kterou Vám může nabídnout např. hospic. Jejím cílem není pouhé prodloužení života, nýbrž především jeho kvalita. Nejsme pány nad životem a smrtí, proto nikomu neslibujeme, že můžeme život zachránit nebo prodloužit, přesto ve Vás budeme podporovat a posilovat skutečnou naději.

#### **Hospic usiluje o to, aby nemocný:**

- 1) **netrpěl nesnesitelnou bolestí** – pacient zásadně ovlivňuje průběh léčby bolestí!
- 2) **pociťoval respekt k lidské důstojnosti** – prostředí je maximálně přizpůsobeno pacientovu přání; dobro pacienta je na předním místě zájmu personálu!
- 3) **v posledních chvílích nemusel zůstat osamocen** - návštěvy jsou po domluvě možné 24hod. denně; příbuzní mohou využít noclehu přímo v DLBsH; pacient může využít přítomnosti kněze, psychologů i dobrovolníků!

Lékaři v hospici vědomě upouští od všech léčebných zákroků a postupů, které nemohou zlepšit kvalitu života nemocného a naopak ordinuje všechno to, co kvalitu života zlepšit může. Domnívá-li se nemocný, že kvalitu jeho životalepší přítomnost milované osoby, může si ji vzít i na celou dobu pobytu do hospice. Vaše další otázky velice rádi telefonicky zodpovíme.

Za DLBsH sv. Josefa  
Mgr. Jiří Prokop, Ph.D.

Jméno a příjmení pacienta:..... RČ:.....

Je-li stanoven zákonný zástupce:..... příbuzenský vztah.....

- Stvrzuji svým podpisem, že jsem seznámen/a se svým zdravotním stavem a možném vývoji mého onemocnění v té míře, v jaké požaduji. Pro paliativní péči v hospici jsem se rozhodl/a svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení. Jsem si vědom/a toho, že cílem péče není prodloužení života, ale jeho kvalita a že zde nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemohou zlepšit kvalitu života.
- Souhlasím s tím, aby osoby získávající praxi poznatky /žákyně SZŠ, studenti LF, stážisté/ mohli nahlížet do mé zdravotnické dokumentace. Všechny tyto osoby jsou povinny zachovávat mlčenlivost – lékařské tajemství. Každá část souhlasu je kdykoliv i ústně odvolatelná. (Zaškrtněte v případě souhlasu s článkem.)

Dne:

.....  
Vlastní podpis pacienta/ky, resp. zákonného zástupce

## Příloha č.2

### Jaké je Vaše pohlaví?

Muž

Žena

### Kolik je Vám let?

### Jaké máte vzdělání?

Základní

Vyučen/a

Střední

Vysoké

### Jaký je Váš stav?

Svobodný/á

Ženatý/vdaná

Rozvedený/á

Vdovec/vdova

### Kolik máte dětí?

Žádné

1 dítě

2 děti

3 a více dětí

## Příloha č.2

### Míra finanční závislosti Vašich dětí?

- Finančně závislé
- Finančně nezávislé

### Pobyt v hospici si hradíte?

- Sám
- S výpomocí
- Snížená platba

### Bydlíte v okolí hospice (do 20 km) nebo jste z větší dálky?

- Z okolí
- Z dálky

### Věděl/a jste o možnosti hospicové péče?

- Věděl/a
- Nevěděl/a

### Pokud jste nevěděl/a, kdo Vás o této možnosti informoval?

- Lékař
- Rodina
- Přátelé

### Rozhodnutí do hospice jste učinil/a?

- Sám
- S lékařem
- S rodinou
- S přáteli

## Příloha č.2

### **Byl problém zajistit péči v hospici?**

Ano

Ne

### **Jste spokojen/a s vybavením hospice?**

Velice spokojen/a

Spíše spokojen/a

Nespokojen/a

Velice nespokojen/a

### **Jste spokojen/a s lékařskou péčí?**

Velice spokojen/a

Spíše spokojen/a

Nespokojen/a

Velice nespokojen/a

### **Jaký je vztah zdravotního personálu k pacientům?**

Velmi dobrý

Dobrý

Špatný

Velmi špatný

### **Potřebujete v hospici sociálního pracovníka?**

Potřebuji

Je mi to jedno

Nepotřebuji

## Příloha č.2

### **Je v hospici lepší péče o pacienty než v nemocnici?**

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Je to stejné
- Spíše ne
- Rozhodně ne
- Nedá se srovnat

### **Chcete znát vše o svém zdravotním stavu?**

- Ano
- Ne

### **O svém zdravotním stavu hovoříte:**

- S kýmkoli
- S lékařem
- S rodinou
- S přáteli
- S nikým

### **Jak často máte návštěvy?**

- Každý den
- 3x týdně a více
- 2x týdně
- 1x týdně

## Příloha č.2

Neurčitě

### **Kolik času s Vámi tráví?**

Více než hodinu

Méně než hodinu

Jak kdy

### **Kouříte?**

Ano

Ne

### **Pijete alkohol?**

Ano

Ne

### **Sledujete televizi?**

Ano

Ne

### **Zajímá Vás dění mimo hospic?**

Ano

Ne

## Příloha č.2

### **V hospici se cítíte?**

Velice dobře

Dobře

Špatně

Velice špatně

### **Myslíte, že hospice jsou potřeba?**

Ano

Ne

### **Jste nějakého náboženského vyznání?**

Ano

Ne

### **Pokud ano, pomáhá Vám tato víra ve Vaší nemoci?**

Ano

Ne