

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální péče

Studijní obor: Sociální pracovník

Kód oboru: 7502R022

Název bakalářské práce:

HOSPICOVÁ PÉČE V LIBERECKÉM KRAJI

HOSPICE CARE IN THE LIBEREC REGION

Autor:

Podpis autora: _____

Jitka Štíhová

Hůlkova 288

463 12 Liberec 25

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Holubová

Počet:

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
76	2	21	22	33	5 + 1 CD

CD obsahuje **celé** znění bakalářské práce.

V Liberci dne: 27. 4. 2006

TU v Liberci, Fakulta pedagogická

Katedra: sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení studenta: Jitka Štíchová
Adresa: Hůlkova 288, 463 12 Liberec XXIII
Bakalářský studijní program: Sociální péče
Studijní obor: Sociální pracovník
Název bakalářské práce: Hospicová péče v Libereckém kraji
Název BP v angličtině: Hospice Care in the Liberec Region
Vedoucí práce: Mgr. Šárka Holubová
Termín odevzdání: 30. 4. 2006
V Liberci dne 28. 1. 2005

.....
vedoucí bakalářské práce

.....
děkan FP TUL

.....
vedoucí KSS

Převzal (student): Jitka Štíchová

Datum: 28. 1. 2005

Podpis studenta:

Charakteristika práce:

Bakalářská práce se zabývá teoreticky i prakticky problematikou kvality života v terminální fázi a problematikou umírání – důstojného umírání.

Cíl práce:

Cílem práce je zmapování situace v hospicové péči v České republice, její porovnání se situací v zahraničí a průzkum názorů veřejnosti na předmětnou problematiku.

Předpoklad práce:

Předpokladem je teoretická znalost problematiky hospicové péče a praktická zkušenost získaná ve vybraném zařízení.

Hlavní použité metody:

Nestandardizovaný dotazník

Analýza spisové dokumentace

Analýza výsledků referenda v Jablonci nad Nisou

Základní literatura:

KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. 107 s.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1994. 94 s.

ISBN 80-85495-33-3.

KŘIVOHLAVÝ, J, KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995. 93 s. ISBN 80-85495-43-0.

KÜBLER-ROSS, E. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov: Arica, 1994. 148 s. ISBN 80-85878-12-7.

PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku: jak pomáhat v těžkých chvílích*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1996. 199 s. ISBN 7021-152-0.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. vyd. Praha: Ecce homo, 2003. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem*. Praha: Ecce homo, 1998. 148 s. ISBN 80-902049-1-0.

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne:

Podpis:

Chtěla bych poděkovat všem, kteří mi pomáhali a podporovali mě při vypracování této práce. Velmi děkuji vedoucí práce Mgr. Šárce Holubové za vstřícný přístup a odborné vedení, za mnohé podněty ke zpracování i za doporučení a poskytnutí dalších literárních zdrojů. Moje poděkování rovněž patří všem pracovníkům Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích za poskytnuté informace a rady, a především za umožnění odborné stáže. Děkuji také krajskému zdravotnímu radovi Libereckého kraje, panu Jiřímu Benediktovi za poskytnuté informace k plánovanému projektu výstavby hospicového zařízení v Libereckém kraji a MUDr. Jitce Čulíkové za přínosný rozhovor o problematice hospice v Jablonci nad Nisou.

Děkuji i všem blízkým za toleranci a pochopení při zpracovávání této práce.

Název bakalářské práce:	Hospicová péče v Libereckém kraji
Název bakalářské práce v angličtině:	Hospice Care in the Liberec Region
Jméno a příjmení autora:	Jitka Štichová
Akademický rok odevzdání bakalářské práce:	2006
Vedoucí bakalářské práce:	Mgr. Šárka Holubová

Resumé

Bakalářská práce se zabývala problematikou péče o terminálně nemocné pacienty a zaměřila se na hospicovou péči v Libereckém kraji. Jejím cílem bylo zmapování situace v hospicové péči v České republice, její porovnání se situací v zahraničí a průzkum názorů veřejnosti na předmětnou problematiku. Cílů bylo dosaženo. K dosažení cílů byla využita metoda nestandardizovaného dotazníku a pohovoru s odborníky. Práci tvořily dvě stěžejní části. Část teoretická, která popisovala problematiku hospicové péče v zahraničí, České republice a v Libereckém kraji, a část praktická, která vyhodnocovala poznatky získané prostřednictvím dotazníkové akce a vlastním pozorováním. Závěry uvedené v této práci byly formulovány na základě odpovědí získaných od 163 respondentů, na základě pozorování v rámci stáže v Hospici sv. Štěpána v Litoměřicích a na základě rozhovorů s odborníky z Libereckého kraje, kteří se zabývají problematikou paliativní péče. Výsledky ukázaly na nedostatky v péči o terminálně nemocné v Libereckém kraji. Za nejzávažnější nedostatky v péči o terminálně nemocné bylo v závěru možno označit absenci péče psychologické, sociální a spirituální, která je důsledkem nedostupnosti péče lůžkového hospice a důsledkem neexistence mobilního týmu s odpovídajícím personálním obsazením a dostatečným vybavením pomůckami paliativní péče k zapůjčení. Jako příčinu uvedeného stavu bylo možno uvést nedostatečný legislativní rámec pro poskytování hospicové péče a pro její financování. Logickým doporučením, které vyplynulo ze získaných zjištění, byla podpora myšlenky zřídit hospic v Libereckém kraji a aktivně působit v oblasti legislativy týkající se hospicové péče.

Klíčová slova: hospic, hospicová péče, paliativní péče, terminálně nemocný, umírání, smrt.

Summary

The Bachelor's Thesis deals with the care of terminally ill patients, focussing on the hospice care in the Liberec Region. Its objective was to map the situation in the hospice care in the Czech Republic, compare it with the situation abroad, and conduct a public opinion survey concerning the issue in question. The objectives have been fulfilled. In order to achieve the objectives, the method of non-standardised questionnaire and interview with experts was used. The work consisted of two essential parts. The theoretical part, describing the hospice care abroad, in the Czech Republic and in the Liberec Region, and the practical part, evaluating the knowledge obtained through the questionnaire and observation. The conclusion specified in the present Bachelor's Thesis have been formulated on the basis of the answers obtained from 163 respondents, the monitoring conducted within the framework of the practice at St. Stephen's Hospice, and the interviews with experts from the Liberec Region who are engaged in palliative care. The results highlighted the deficiencies in the care of the terminally ill in the Liberec Region. It ensues from the conclusion that the most serious deficiency in the care of the terminally ill are the absence of psychological, social and spiritual element, which is a consequence of the inaccessibility of in-patient hospice care and the non-existence of a mobile team with adequate personnel and sufficient equipment with aids for palliative care to borrow. The cause of the above-mentioned condition could be identified as insufficient legislative frame for the hospice care and its financing. A logical recommendation ensuing from the findings ascertained was to support the idea of establishing a hospice in the Liberec Region and be active in the area of legislation concerning hospice care.

OBSAH:

ÚVOD	10
1 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU	12
1.1 UMÍRÁNÍ A SMRT	12
1.1.1 Umění doprovázet	13
1.1.2 Potřeby těžce nemocného	14
1.1.3 Nevyléčitelně nemocní pacienti a jejich životní situace	15
1.2 VYSVĚTLENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	16
1.2.1 Umírání	16
1.2.2 Terminální stadium nemoci	17
1.2.3 Paliativní péče	17
1.2.4 Hospic	18
1.3 HOSPICOVÁ PÉČE	20
1.3.1 Rozdělení hospicové péče z hlediska formy	20
1.3.2 Hospicová péče z hlediska časového	21
1.3.3 Indikování klienti hospicové péče	22
1.3.4 Spektrum klientů hospiců	22
1.3.5 Hospicová péče ve světě	22
1.3.5.1 Hospicová péče v evropských zemích	24
1.3.6 Hospicová péče v České republice	26
1.3.6.1 Historie hospicové péče v České republice	26
1.3.6.2 Legislativní rámec pro poskytování hospicové péče v České republice	29
1.3.6.3 Financování hospicové péče v České republice	30
1.3.6.4 Lůžková hospicová zařízení v České republice	30
1.3.6.5 Nejčastější forma hospicového zařízení v České republice	33
1.4 HOSPICOVÁ PÉČE V LIBERECKÉM KRAJI	33
1.4.1 Hospic v Jablonci nad Nisou	33
1.4.2 Připravovaný projekt hospicového zařízení v Libereckém kraji	35
1.4.2.1 Záměry pro vybudování hospice v Libereckém kraji	35
1.4.2.2 Lokalita pro zřízení hospice	36
1.4.3 Zhodnocení stavu péče o terminálně nemocné v Libereckém kraji	37
2 PRAKTICKÁ ČÁST	38
2.1 CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI	38
2.2 NÁZORY OBYVATEL LIBERECKÉHO KRAJE NA ÚROVEŇ PÉČE O TERMINÁLNĚ NEMOCNÉ A NA POTŘEBU ZŘÍZENÍ HOSPICE	38
2.2.1 Cíle dotazníkové akce	38

2.2.2	Dotazník	39
2.2.3	Popis výběrového vzorku a průběh průzkumu	39
2.2.4	Použité metody	41
2.2.5	Stanovení předpokladů pro dotazníkovou akci	41
2.2.6	Získaná data a jejich interpretace	42
2.2.7	Ověření předpokladů	60
2.2.8	Shrnutí výsledků dotazníkové akce	61
2.2.9	Závěr z dotazníkové akce	62
2.3	OVĚŘENÍ TEORETICKÝCH POZNATKŮ V PRAXI	62
2.3.1	Dílčí cíle ověření teoretických poznatků v praxi	62
2.3.2	Metody a zdroje ověření teoretických poznatků v praxi	62
2.3.3	Stanovení předpokladů pro ověření teoretických poznatků v praxi	63
2.3.4	Získaná data a jejich interpretace	63
2.3.4.1	Stáž v Hospici sv. Štěpána v Litoměřicích	63
2.3.4.2	Financování lůžkového hospice	64
2.3.4.3	Rozhovory s odborníky	65
2.3.5	Ověření předpokladů	66
2.3.6	Zhodnocení ověření teoretických poznatků v praxi	66
2.3.7	Závěr z ověření teoretických poznatků v praxi	67
2.4	REFERENDUM V JABLONCI NAD NISOU	67
2.4.1	Výsledky referenda	67
2.4.2	Zhodnocení výsledků referenda v Jablonci nad Nisou	69
2.5	SHRnutí VÝSLEDKŮ PRAKTICKÉ ČÁSTI	69
3	ZÁVĚR.....	71
4	NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ (DOPORUČENÍ).....	72
5	SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH ZDROJŮ	73
6	SEZNAM PŘÍLOH	76

ÚVOD

"Lékař může vyléčit někdy, ulevit často, potěšit vždycky."

(Dr. Hutchinson, 19. stol., USA)

"Co dává smysl životu, dává smysl i smrti."

(Antoine de Saint-Exupéry)

Smrt je velmi těžké lidské téma. Se smrtí a umíráním se setkáváme každý den a už jsme si na ně zvykli. Stačí zapnout televizi, jít do kina nebo přečíst si akční příběh. Na rozdíl od skutečného života je téma smrti a umírání v zábavných programech velmi oblíbené. Některé žánry se bez nich dokonce neobejdou. Virtuální smrt a umírání na televizní obrazovce se dají ovládat dálkovým ovladačem, z kina se dá odejít, kniha odložit.

Naproti tomu setkání se skutečným koncem lidského života nevidíme často. Občas míjíme v autě místo dopravní nehody a zahlédneme přikrytá těla. Přestože jde jen o okamžik, a místo neštěstí se rychle vzdaluje, odvážíme si s sebou zvláštní pocit pocházející z přímého kontaktu s koncem lidského života. Nepříjemně připomene něco, co raději rychle potlačíme.

Pokud však žijeme dostatečně dlouho, jsme zákonitě konfrontováni se situací, která se potlačit nedá. Jde o odchod blízkých lidí, který nám připomene konečnost vlastního života. Přinutí nás zabývat se odkládaným tématem a často zjišťujeme, že nejsme připraveni. Ve velké většině nemáme žádnou nebo jen minimální zkušenost s doprovázením lidí, kterým se již v blízké budoucnosti rýsují hranice jejich života. Situace blížící se smrti milovaného člověka je vnímána jako hrozná a těžká životní zkouška. Je tím těžší, čím větší je citový vztah k umírajícímu a čím méně víme o tom, co nás na této cestě čeká.

Platí zde však pravidlo, které dnes a denně potvrzuje praxe hospicového hnutí. Doprovázení blízkých lidí na konci jejich života je nejen službou pro ně, ale neméně i službou doprovázejícím. Každý, kdo touto zkouškou prošel, určitě získal i něco pozitivního. Pozitivní zkušenost je však podmíněna fungujícím systémem služeb, které zajišťují, že konec života nemusí být charakterizován blížící se smrtí – umíráním, ale

naopak životem až do konce. Přestože nemůžeme zachránit každý lidský život, žijeme v době, kdy nemusí odcházející zbytečně trpět. Přesto se tak často děje.

Dnešní lidé se cítí nesví, jsou-li konfrontováni s bolestí, s utrpením a smrtí. Obdivují mládí, zdraví, úspěch, výkon a užitečnost. V očích lidí nemoudrých pak vzniká představa, že dlouhodobé choroby a umírání jsou v rozporu s obdivovanými hodnotami a postrádají tudíž jakýkoliv smysl.

Nemoc a smrt nelze oddělit od života, jsou jeho součástí. Ale i nemocný člověk může ještě žít plnohodnotně, může být prospěšný svým blízkým. To je poselství, které se snaží do současného uspěchaného života vnášet i ti, kteří propagují myšlenku hospicové péče.

Bakalářská práce se zabývá teoreticky i prakticky problematikou kvality života v terminální fázi a problematikou důstojného umírání. Je zaměřena na hospicovou péči pro dospělé (v České republice existuje zatím jediný dětský hospic v Malejovicích). Popisuje situaci v České republice a v zahraničí a zaměřuje se na hospicovou péči v Libereckém kraji. Cílem práce je zmapování situace v hospicové péči v České republice, její porovnání se situací v zahraničí a průzkum názorů veřejnosti na předmětnou problematiku.

Práce je koncipována tak, že v teoretické části jsou na základě dostupné literatury vymezeny základní pojmy a popsána situace v hospicové péči v některých státech Evropy a v České republice. V praktické části je provedeno vyhodnocení dotazníkového šetření, vyhodnoceny výsledky pozorování v Hospici sv. Štěpána v Litoměřicích a uvedeny výsledky referenda v Jablonci nad Nisou. V závěru práce jsou shrnuty poznatky týkající se hospicové péče a navržena některá opatření.

Pro zpracování bakalářské práce byla využita literatura citovaná v seznamu použitých odborných zdrojů a další zdroje informací. Za nejprínosnější lze označit osobní setkání s lidmi, kteří se věnují problematice hospicové péče.

1 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU

1.1 UMÍRÁNÍ A SMRT

Každý člověk se dříve nebo později setká s umíráním. Smrt je nevyhnutelným ukončením lidského života. Náš vztah ke smrti a umírání se v průběhu dějin změnil.

Dříve se umíralo doma a umíralo se častěji než dnes. Nebylo domu, kde by čas od času nevypravovali nebožtíka na poslední cestu. Lidská zkušenost se smrtí byla od nepaměti velmi důvěrná. Dnes je možné se dočkat vlastní smrti ve vysokém věku, aniž by člověk vůbec viděl, jak se umírá.¹

V moderních společnostech obestírá smrt a umírání myšlenkově sociální tabu (věc, o které se nemá mluvit). S určitou tolerancí je možné hovořit o smrti obecně, zabývat se filozofií života a smrti, objektivními údaji o smrti nebo naukou o smrti a umírání – thanatologií. Jinak tomu je v případě osobního prožívání umírání a osobních problémech s vlastní smrtí.

Problematika smrti a umírání je spojena s mnoha tajemnostmi. Mnohé se nám zdá nepochopitelné. Nad mnoha věcmi si klademe otázky. I když mnohé rozumem chápeme, nejsme s tím emocionálně zcela vyrovnaní. Je dokonce možné hovořit o mystériu (tajemství) smrti a o jeho kognitivní i emocionální odezvě. Každé mystérium má svou fascinaci (uhrančivost). Na druhé straně podléhá tendencím disimulace (zastírání toho, co je, tváření se k danému problému, jako kdyby nebyl, neexistoval). Tak se setkáváme na jedné straně se snahou bagatelizovat tyto problémy a na druhé s tendencí vidět ve smrti a umírání monstrum (hrůznost).

Kromě toho se setkáváme s obecnými pravdami o smrti a umírání, které přijímáme „obecně“, aniž bychom je aplikovali do vlastního osobního života. Příkladem může být obecná pravda, že „člověk je smrtelný“. Ta je již méně často dotažena do logického konce „i já jsem člověk“, a tedy „i já jsem smrtelný“. Jiným příkladem může být konstatování, že „smrt platí pro všechny stejně – pro chudého i bohatého, pro bílého

¹ MOŽNÝ, I. *Moderní rodina: Mýty a skutečnosti*. Brno: Blok, 1990, s. 15.

i černého....“². I tentokrát se málokdy setkáme s dotažením konstatování do osobního rozměru typu „i já jí budu zasažen“.²

V posledních desetiletích se objevilo množství studií zabývajících se problematikou smrti. Vznikla dokonce zvláštní věda o smrti – thanatologie, jejíž název je odvozen z řeckého slova "thanatos" – smrt. Velký popud k rozvoji thanatologie dala lékařka švýcarského původu Elisabeth Kübler - Ross, která v roce 1969 vydala průkopnické dílo "On Death and Dying", které u nás vyšlo v roce 1992 pod názvem "Hovory s umírajícími". Krátce nato vyšla kniha "Life after Life", u nás známá pod názvem "Život po životě", jejímž autorem je doktor filozofie a medicíny Raymond A. Moody. V našich podmínkách se o rozvoj thanatologie zasloužila svojí průkopnickou prací "Rub života a líc smrti" především Helena Haškovcová.³ Haškovcová postupně vydala několik knih věnovaných této problematice.

1.1.1 Umění doprovázet

Lidé potřebují přítomnost druhého a jeho doprovázení nejen ve chvíli smrti, ale i při různých krizových situacích, které prožívají na konci života.

Doprovázení znamená umět naslouchat, pozorovat – vzhled, chování (vypadá unaveně, uplakaně, nemluví = signál, že není něco v pořádku). Starý člověk potřebuje o smrti mluvit mnohem dříve.

Měli bychom si to uvědomovat a připravovat se na to, abychom pak dokázali správně naslouchat. Není na nás, abychom jednali, ale abychom se starým člověkem nechali vést. Profesionálové, stejně jako rodina, jsou potřební – každý svým způsobem, a měli by se vzájemně doplňovat. Kdo se cítí být povolán k tomu, aby nemocného doprovázel, potřebuje mít základní předpoklady k vytvoření účinného terapeutického vztahu. Především se musí učit trpělivě naslouchat a být pro druhého celou svou osobností přítomen. Ani nevyslovená prosba by neměla být přeslechnuta. Cesta k nemocnému není vždy otevřena, a proto je nezbytná ochota v kteroukoli denní i noční dobu vyslechnout jeho stesky a spolu s ním se pokoušet najít odpověď na otázky, které

² KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, s. 152 – 153.

³ BRABEC, L. *Křesťanská thanatologie*. Praha: Gemma 89, 1991, s. 5 – 7.

ho znepokojují. **Zdravotníci** kolem nemocného, a to na všech úrovních, zde mají svou nezastupitelnou úlohu, stejně jako **duchovní, psychologové a dobrovolníci**. Například v anglicky mluvících zemích říkají dobrovolníkům v této oblasti „listeners“, tedy „naslouchající“. To odhaluje další aspekt duchovních potřeb nemocného – potřebu, aby mu bylo nasloucháno, a potřebu být vyslyšen.

Umění doprovázet je postaveno na komplexní znalosti potřeb těžce nemocného a na znalosti obvyklých reakcí různých lidí na těžké životní situace.

1.1.2 Potřeby těžce nemocného

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka.⁴ Z této definice lze odvodit čtyři okruhy potřeb těžce nemocného:⁵

- biologické,
- psychologické,
- sociální,
- spirituální.

Na základě výše uvedených okruhů je možné si uvědomit, co všechno pro nemocného může a co nemůže udělat lékař, co může naopak udělat rodina nebo někdo z blízkých, a také co může pro sebe – třeba s podporou a pomocí ostatních udělat sám pacient. Vlastním přičiněním, především svým postojem si může svůj úděl usnadnit, nebo naopak ztížit. Priorita potřeb se v průběhu života mění, na začátku jsou prvořadě potřeby biologické, v závěrečné fázi života jsou to především potřeby spirituální.

Potřeby biologické – vše, co se týká nemocného těla, tj. především schopnost přijímat potravu, vyměšování, dýchání, tišení bolesti, ale také aktivní pohyb jako prevence dekubitů (proleženin). O většinu biologických potřeb, včetně tišení bolesti bývá dobře a odborně postaráno v nemocnici, ale nemusí tomu tak být vždy.

Potřeby psychologické – zahrnují především nárok nemocného na respektování jeho lidské důstojnosti, a to nezávisle na stavu těla. Člověk je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním a jako takového je nutné ho vždy respektovat,

⁴ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 2003, s. 16.

⁵ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 2003, s. 22 – 24.

především v období závěrečné fáze života. Nemocný potřebuje se svým okolím komunikovat, více než slova mluví gesta, pohyby, postoje, oči, ale třeba i oblečení. Každý potřebuje pocit bezpečí, i proto je důležité nemocnému nikdy nelhat. Nemocný by pak ztratil důvěru právě ve chvíli, kdy ji bude nejvíce potřebovat. Je nutné nemocnému říkat jen tolik, kolik chce slyšet, a jen tehdy, kdy to chce slyšet.

Potřeby sociální – jedná se o potřebu interakce s ostatními lidmi, zejména s rodinou a příbuznými. Člověk je bytost společenská, nežije izolovaně. I nemocný člověk většinou stojí o návštěvy a potřebuje je. Ne ale vždy a všechny, proto by měl mít právo si návštěvy usměrňovat a okolí by jej v tom mělo plně respektovat.

Potřeby spirituální – až do nedávné doby byly spirituální potřeby pacienta tabu, neboť byly spojovány pouze s věřícími. Tyto potřeby mají všichni lidé, kteří vážně onemocní. Jde hlavně o urovnání vztahů s blízkými a potřebu smysluplnosti života až do poslední chvíle.

1.1.3 Nevyléčitelně nemocní pacienti a jejich životní situace

Reakce různých lidí na těžké životní situace jsou odlišné a závisí na mnoha vnějších okolnostech. Jisté zákonitosti tu však existují. Na základě svých mnohaletých zkušeností s těžce nemocnými a umírajícími je přehledně popsala Elisabeth Kübler - Ross. Níže uvedenými fázemi neprochází jen pacient, ale také jeho nejbližší. Fáze jsou seřazeny tak, jak obvykle přicházejí. Tento sled však není vždy zachován. Často se některé fáze opakovaně vracejí, střídají a prolínají (někdy i 2 až 3 v jediném dni) nebo některá fáze chybí.

Fáze popsané Elisabeth Kübler-Ross tak, jak je uvádí Svatošová.⁶

Fáze	Projevy	Co s tím
NEGACE ŠOK, POPÍRÁNÍ	„Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné.“ „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“	Navázat kontakt, získat důvěru.
AGRESE HNĚV, VZPOURA	„Proč zrovna já?“ Čí je to vina?“ „Vždyť mi nic nebylo.“ Zlost na zdravotníky, zlost na zdravé lidi. Vyčítá nespravedlnost apod.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
SMLOUVÁNÍ VYJEDNÁVÁNÍ	Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, ale pozor na podvodníky.
DEPRESE SMUTEK	Smutek z utrpené ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach z účtování. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.).
SMÍŘENÍ SOUHLAS	Vyrovnění, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor – rodina možná potřebuje pomoc víc než pacient!

1.2 VYSVĚTLENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

1.2.1 Umírání

Umírání je konečnou fází lidského života. Přichází většinou jako závěrečné vyústění již přítomného chronického onemocnění. Z patofyziologického hlediska je charakterizováno postupným nebo náhle vzniklým nevratným selháváním funkčních systémů lidského organismu (oběhová soustava, dýchání, metabolismus) a poruchou regulace těchto systémů. K nevratnému selhání může dojít během několika minut (náhlá smrt) až několika dní. Existují klinické situace, kdy k smrtelnému selhání určitého životně důležitého orgánu dochází náhle a nečekaně (např. akutní infarkt myokardu). Zde jsou indikovány postupy urgentní a intenzivní medicíny.

⁶ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 2003, s. 29.

Existují klinické situace, kdy k selhávání důležitých orgánů dochází očekávaně v důsledku známé, pokročilé, kauzálně nevyhlášené nemoci (např. metastatický karcinom). Zde je indikována intenzivní paliativní péče.

1.2.2 Terminální stadium nemoci

Za terminální (konečné) stadium nemoci považujeme období, při kterém se pacient musí vyrovnávat s postupným zhoršováním svého zdraví v důsledku progresu vážného chronického onemocnění, a které je svou konečnou prognózou letální (smrtelné). Za terminální v tomto smyslu považujeme také celkovou sešlost věkem s typickými geriatrickými syndromy (např. imobilita a demence), které u pacienta rovněž vedou k letálním komplikacím.⁷

1.2.3 Paliativní péče

*„Paliativní péče (palliative care) = integrovaná komplexní péče, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného, případně umírajícího člověka, především bolest“.*⁸

Paliativní péče je moderní a celosvětově rychle se rozvíjející typ péče, který nabízí umírajícím a jejich blízkým účinnou pomoc tam, kde prostředky běžných léčebných postupů, ale také síly a schopnosti nejbližšího okolí velmi často selhávají. Paliativní péče se zabývá utrpením, potřebami a kvalitou života a důstojností lidí na konci života.

Jako doplněk své nejnovější definice stanovila Světová zdravotnická organizace (WHO) tyto hlavní zásady, podle nichž je paliativní péče poskytována.

Hlavní zásady poskytování paliativní péče:

- poskytuje úlevu od bolesti a dalších symptomů,
- podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces,
- neusiluje ani o urychlení, ani o oddálení smrti,
- obsahuje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta,
- nabízí systém podpory, který pacientům pomáhá žít co nejaktivněji až do smrti,

⁷ KALVACH, Z. a kol. *Umírání a paliativní péče v ČR*. Praha: Cesta domů, 2004, s. 9.

⁸ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 140.

- nabízí systém podpory, který pomáhá rodinám zvládat období pacientovy nemoci a období zármutku,
- využívá týmové práce pro uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin, včetně případného psychologického poradenství v období zármutku,
- usiluje o zlepšení kvality života a může též pozitivně ovlivnit průběh nemoci,
- je použitelná v raném stádiu nemoci spolu s řadou jiných terapií, jejichž cílem je prodloužení života, jako chemoterapie či radioterapie, a zahrnuje vyšetření nutná k lepšímu pochopení a zvládnutí tíživých klinických komplikací.

Prostředí, ve kterých je poskytována paliativní péče:

- domov,
- pečovatelský dům,
- domov pro seniory,
- nemocnice,
- hospic.

1.2.4 Hospic

Hospic je specializované zařízení, poskytující tzv. paliativní péči, tedy péči zaměřenou na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší, na rozdíl od standardní lékařské (kurativní) péče zaměřené na léčbu nemoci.⁹ Je součástí širšího konceptu medicínské péče známé jako paliativní medicína.

Je určen pro pacienty v terminálním stadiu nemoci. Neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost. Nedává si za cíl odstranit utrpení. Respektuje smrt jako nedílnou a přirozenou součást života.

Podoba hospicové péče se liší v jednotlivých zemích a závisí na místních zákonech, způsobu financování zdravotní péče a v neposlední řadě na úrovni myšlení lidí, kteří o těchto věcech rozhodují. Tam, kde má kvalita života nemocného přednost před ekonomickým aspektem, se dá předpokládat, že i hospicová péče je rozvinutá více. Jak uvádí Svatošová, bylo také zjištěno, že všude, kde vznikly hospice, bylo časem zaznamenáno výrazné zlepšení péče o umírající i v nemocnicích.

⁹ <http://www.hospice.cz>

Hospic nemocnému garantuje, že:¹⁰

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- bude vždy respektována jeho lidská důstojnost,
- v posledních chvílích nezůstane osamocen.

Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti, a z jeho biologických, psychologických, sociálních a duchovních potřeb. V hospicích je akcentován duchovní rozměr péče, který obvykle v nemocnicích chybí. Z tohoto důvodu jsou standardně jako součást profesionálních týmů v hospicích navíc přítomni sociální pracovník, psycholog, teolog. Důraz v myšlence hospice se klade na kvalitu života nemocného, a to až do jeho posledních chvil. V hospicové péči se snaží naplnit dny nemocného životem, doprovázet jeho i jeho příbuzné. Ti, přestože trpí současně s nemocným, hrají nezastupitelnou roli v hospicové péči. V hospicích se nepouští ze zřetele rodina ani po smrti zesnulého.

Filozofie hospice vychází z toho, že pacient nepřichází do hospice zemřít, ale přichází sem prožít poslední dny svého života. Tato skutečnost vyžaduje hluboce lidský a současně profesionální přístup stejně tak, jako i týmovou práci všech zúčastněných. Neoddělitelnou část těchto týmů tvoří dobrovolníci. Zaměstnanci hospice musí být lidé, kteří mimo vysoce odbornou dovednost ve svém povolání mají skutečně a bezvýhradně rádi lidi. Současně to jsou lidé, kteří jsou vyrovnáni se svou vlastní konečností, smrtelností.

¹⁰ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 2003, s. 123.

1.3 HOSPICOVÁ PÉČE

1.3.1 Rozdělení hospicové péče z hlediska formy

Obecně se hospicová péče rozděluje do tří forem.

1. Domácí hospicová péče

Je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. Limitující pro tuto formu hospicové péče je úroveň rodinného zázemí, které v některých případech buď úplně schází nebo se dlouhou službou nemocnému vyčerpá nebo je ošetřování příliš náročné pro rodinné příslušníky (např. z prostorových důvodů). Omezujícím faktorem může být i odbornost, zejména v místech, kde dosud není žádná instituce poskytující domácí péči, anebo nemá speciálně vyškolené sestry pro hospicovou práci. Domácí prostředí je jistě pro naprostou většinu nemocných optimální, ale péče v tomto prostředí má své hranice.

2. Stacionární hospicová péče – denní pobyty

Pacient je do stacionáře přijat ráno, a odpoledne nebo večer se vrací domů. Tato forma připadá do úvahy u nemocných z blízkého okolí hospice, pokud u nich nestačí domácí péče. V určité fázi onemocnění může být forma stacionární péče pro některé nemocné tím nejvhodnějším řešením. Důvodem může být:

- **diagnostický důvod**, tj. nejčastěji za účelem kontroly bolesti, kterou se v domácí péči nepodařilo zvládnout,
- **léčebný důvod**, tj. například aplikace chemoterapie a paliativní léčby, pokud se pod odbornou kontrolou podaří vyladit dávky bolest utišujících léků, může nemocný opět zůstat v domácí péči,
- **psychoterapeutický důvod** – vyskytuje se především u osamělých nemocných, anebo u nemocných s nimiž rodina o jejich problémech nechce nebo není schopna mluvit,
- **azylový důvod**, tj. rodina si potřebuje na chvíli odpočinout od nemocného a naopak.

3. Lůžková hospicová péče

Je aktuální zejména tehdy, když předchozí dvě formy nestačí nebo nejsou vůbec k dispozici. Důvodem lůžkové hospicové péče může být vše, co již bylo uvedeno u péče stacionární, a to tehdy, není-li možné každodenní dojíždění nemocného. Většina nemocných, především s onkologickým onemocněním, využívá lůžkový hospic ke krátkodobým, zpravidla opakovaným pobytům. Pacienti přicházejí zcela svobodně a dobrovolně. Příčinou je skutečnost, že pobyt doma se už nedá zvládnout, ale pobyt v nemocnici není nutný. Pacient se může rozhodnout, zda bude v hospici pobývat se svým blízkým nebo bez něho. Po dohodě s pacientem jsou také upraveny návštěvy. Ty jsou v hospicích zásadně neomezené – po 24 hodin denně, celý rok. Návštěvy nikomu nepřekáží, od návštěvy není očekáváno, že bude nemocného ošetřovat, ale je-li toho schopna, personál hospice jí to umožní.

1.3.2 Hospicová péče z hlediska časového

Podle Svatošové je péče v hospici rozdělena z hlediska časového na:¹¹

- **období (pre finem)** – je delší časové období, které zahrnuje péči a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminální fáze,
- **období (in finem)** – představuje péči v průběhu umírání ve vlastním slova smyslu, tj. v období, kdy se pacient nachází v terminální fázi,
- **období (post finem)** – zahrnuje péči o tělo zemřelého a doprovázení pozůstalých, podle potřeby i dlouhodobě (společná setkání, korespondence). Jedná se zejména o péči o příbuzné, kteří se nevyrovnali se smrtí před tím, než k ní dojde. Podle Svatošové potřebuje péči post finem přibližně 1/3 pozůstalých.

¹¹ Viz Příloha č. 1 – Pozvánka na přednášku MUDr. M. Svatošové „Hospic a umění doprovázet“, Jablonec nad Nisou, 30. 11. 2005

1.3.3 Indikovaní klienti hospicové péče

Žádost o přijetí pacienta je posuzována podle přítomnosti čtyř kritérií indikace:¹²

- postupující nemoc pacienta ohrožuje na životě,
- je nutná paliativní (úlevná) léčba a péče,
- nepotřebuje akutní ošetření nebo léčbu nemocniční,
- domácí péče nestačí nebo není možná.

O tom, zda bude nemocný přijat na hospicové lůžko, nebo se o něho lze postarat ve stacionárii či doma rozhoduje hospicový lékař. Po dohodě s ošetřujícím lékařem pacienta je zvážena především zdravotní indikace nemocného, ale i možnosti hospice.

K přijetí je nutný plný a vědomý souhlas nemocného. To ovšem zároveň předpokládá informovanost pacienta o vlastním zdravotním stavu.

1.3.4 Spektrum klientů hospiců

Skladba klientů jednotlivých hospiců může být rozdílná a rovněž může být ovlivněna mnoha faktory.

Ve spektru diagnóz naprostou většinu (92%) představují pokročilá stadia nádorových onemocnění. Vyšší věk klientů je převládající, avšak střední věk je stále častější.

1.3.5 Hospicová péče ve světě

Spojení mezi pojmem „hospic“ a institucí zabývajících se péčí o umírající vyplývá z práce paní Jeanne Garnier, která založila tyto útulky v roce 1842 v Lyonu ve Francii. Řád irských Milosrdných sester otevřel v 70. letech 19. století hospice v Dublinu a Corku a následně, v roce 1905, útulek sv. Josefa v Londýně. První moderní zařízení paliativní péče je Hospic sv. Kryštofa, který vznikl z iniciativy Cecily Saunders v Londýně v roce 1967. Od té doby dochází k rychlému rozvoji různých organizačních forem paliativní péče a nárůstu počtu osob využívajících paliativní péči. Odhaduje se, že dnes ve světě

¹² SVATOŠOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem*. Praha: Ecce homo, 1998, s. 21.

existuje přes 7000 zařízení hospicové a paliativní péče, která působí ve více než 90 zemích (z toho cca 2000 „kamenných“ hospiců).

Původní forma hospice jako samostatně stojícího lůžkového zařízení byla později s ohledem na potřeby nevyléčitelně nemocných rozvinuta do dalších podob.

Ve Velké Británii začaly při lůžkových hospicích velmi záhy vznikat také struktury poskytující domácí hospicovou péči a o něco později také denní péči v hospicových stacionářích.

V USA je domácí hospicová péče považována za formu základní. V lůžkových zařízeních je péče poskytována pouze malému procentu nemocných.

Společným znakem většiny zařízení hospicové či paliativní péče v 70. a 80. letech minulého století byla jejich existence mimo „oficiální struktury“, tedy mimo hlavní proud zdravotnictví. Hospice většinou vznikaly jako lokální iniciativy inspirovaných a obětavých jednotlivců či malých skupin.

„Světová zdravotnická organizace deklaruje rozvoj paliativní péče jako jednu z prioritních oblastí rozvoje zdravotnictví a sociální péče (National Cancer Control Programmes. 2002). V Evropském kontextu vyhláší právo pacienta na komplexní paliativní péči Deklarace Parlamentního shromáždění Rady Evropy č. 1418 nazvaná „Ochrana práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných“.“¹³

Uplatňování tohoto dokumentu a způsob poskytování paliativní péče má v každé zemi svá specifika. Odlišná je organizace této péče, jejího financování a především způsob začlenění do systému zdravotní a sociální péče. Rozdílné jsou také kulturní a ekonomické rámce, v nichž se paliativní péče rozvíjí. Z toho vyplývají rozdíly v dostupnosti a kvalitě paliativní péče, které se projevují jednak mezi jednotlivými zeměmi, ale i mezi oblastmi v rámci jednotlivých zemí. V posledních letech je snaha tuto rozdílnost mírnit. K tomu jsou využívány různé cesty. Většinou se však jedná o snahu integrovat stávající zařízení paliativní péče do systému zdravotní péče (např. ve Velké Británii), ale především o pokusy formulovat koncepční zdravotní politiku v oblasti péče o nevyléčitelně nemocné a umírající (např. Francie, Belgie, Španělsko, Nizozemí). Tato

¹³ KALVACH, Z. a kol. *Umírání a paliativní péče v ČR*. Praha: Cesta domů, 2004, s. 11.

koncepční politika je podle místních specifik obvykle realizována stanovením minimální sítě a struktury paliativních služeb a podporou jejich rozvoje.

Dynamický rozvoj specializované péče, který můžeme pozorovat v zemích střední a východní Evropy v posledních patnácti letech je jistě pozitivním jevem. Existuje však obava z určité „rutinizace“ paliativní péče ze ztráty mimořádné kvality péče, která byla charakteristická pro mnohé původní projekty založené na nadstandardních odborných i lidských kvalitách.

1.3.5.1 Hospicová péče v evropských zemích

Důvodová zpráva k „*Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům*“ uvádí následující údaje o paliativní péči ve vybraných evropských zemích.¹⁴

Nizozemsko: projekt paliativní péče byl zahájen v 70. letech. Hlavní díl této péče představuje péče poskytovaná klasickými pečovateli a péče v pečovatelských domech. Hospice představují pouze malý díl paliativní péče. Nizozemská politika směřuje k integraci hospiců do systému zdravotnictví. Je vytvořena celostátní síť mobilních poradenských týmů.

Belgie: vláda zde vydala řadu královských dekretů, které mimo jiné stanovují, že každá nemocnice nebo pečovatelský dům musí disponovat multiprofesním týmem paliativní péče. Důraz je kladen na začlenění paliativní péče do konvenčního zdravotnictví s upřednostňováním domácí péče.

Švédsko: rozvoj specializované paliativní péče začal programem domácího hospice v roce 1977. Tento model se během dalšího desetiletí rozšířil po celé zemi. Ve vládní zprávě z roku 1979 Švédsko odmítlo vytváření samostatných institucí pro umírající.

Německo: paliativní péče se začala organizovat v roce 1983 zřízením nemocničního oddělení paliativní péče. Po něm následovalo několik iniciativ zakládání hospiců a vládní rozhodnutí založit 12 zařízení paliativní péče.

¹⁴ HOSPICOVÉ OBČANSKÉ SDRUŽENÍ CESTA DOMŮ. 2004. *o organizaci paliativní péče Doporučení Rec (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům*, s. 16 – 20.

Španělsko: rozvoj paliativní péče byl zahájen systémem státního zdravotnictví. Centra se nacházela v nemocnicích třetího typu. Národní plán paliativní péče z roku 2000 uvádí 241 institucí paliativní péče, z nichž polovina je založena na domácí péči. Ročně poskytnou péči 23 000 pacientům. Tyto instituce nejsou rovnoměrně rozmístěny po celé zemi a pokrývají tedy jen část obyvatelstva.

Velká Británie: hospicové hnutí stojí mimo systém státního zdravotnictví, což mu ztěžuje rozšíření do celé společnosti. Paliativní medicína je uznávaným lékařským oborem. Převážná část financí na paliativní péči pochází ze soukromého sektoru.

Itálie: paliativní péče se rozvíjí od počátku 70. let. Italská vláda přidělila paliativní péči významné místo ve svém plánu národního zdraví („Piano sanitario nazionale“).

Švýcarsko: v jednotlivých kantonech je péče organizována různě. Ve francouzsky mluvících kantonech se v paliativní péči angažují orgány veřejné správy. V německy a italsky mluvících kantonech je paliativní péče v působnosti soukromých iniciativ. V roce 2000 v zemi existovalo 9 lůžkových oddělení, 6 hospiců, 6 mobilních týmů domácí péče a 5 mobilních nemocničních týmů. Organizace jednotné paliativní péče naráží na následující překážky: uspořádání země, absence specializace odborníků na paliativní péči, rozpočtová omezení. Po počátečním úspěšném období uvázlo hnutí na mrtvém bodě.

Mad'arsko: v poslední době došlo k významnému vývoji v oblasti paliativní péče. V roce 1997 byla paliativní péče výslovně uvedena v zákoně o zdravotní péči. V září 2001 byl zahájen program vzdělávání zdravotních sester a koordinátorů pro hospice. V roce 2001 v zemi existovaly 4 hospice, (celkem 55 lůžek), 14 týmů domácí péče, 2 denní stacionáře, 2 mobilní týmy a oddělení v pěti pečovatelských domech.

Rakousko: v roce 2001 byla paliativní péče začleněna do politiky zdravotní péče. Byl vypracován plán stanovující potřebný počet lůžek paliativní péče. Celkem je v zemi 8 hospiců nebo oddělení s celkovým počtem 100 lůžek.

Slovensko: paliativní péče není zakomponovaná do státní zdravotní a sociální politiky. Státní politika je prezentovaná Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem práce a sociálních věcí Slovenské republiky. Státní orgány neprojevují zvláštní zájem o řešení paliativní péče. Státní správa prozatím nemá ujednocený postup pro financování paliativní péče. Paralelně se projevuje iniciativa charitativních a církevních komodit v čele se slovenskou katolickou charitou. Na Slovensku bylo v roce 2005 celkem 77

paliativních lůžek. Podle údajů Ministerstva zdravotnictví Slovenské republiky je však potřebných 550 takovýchto lůžek.

V současné době existují ve Slovenské republice tři hospice (Bardejovská Nová Ves, Lubica, Trenčín).

V tabulce jsou uvedeny údaje o počtech hospicových zařízení tak, jak jsou uvedeny v dokumentu „*Umírání a paliativní péče v ČR*“.

Zařízení paliativní péče ve vybraných evropských zemích (stav v r. 2000) ¹⁵

Země	Belgie	Německo	Itálie	Nizozemí	Španělsko	Švédsko	V. Británie	Polsko
Počet obyvatel (mil.)	10,1	82	57,4	15,6	40	8,8	57,1	38,6
Lůžkové hospice	1	64	3	16	1	69	219	22
Oddělení pal. péče	49	50	-	2	23			50
Počet pal. lůžek	358	989	30	119	812	298	3196	758
Paliativní lůžka na 1 mil. obyvatel	35,4	12,1	0,5	7,6	20,3	33,8	56	19,6
Konziliární pal. týmy/ambulance	55	2	-	34	45	41	336	3
Domácí pal. péče	45	582	88	286	75	67	355	149
Denní stacionáře	2	9	-	-	-	-	248	8

1.3.6 Hospicová péče v České republice

1.3.6.1 Historie hospicové péče v České republice

Před listopadem 1989 byl hospic v České republice pojmem téměř neznámým. Počátky hospicové péče v České republice sahají do období změn, které v českém zdravotnictví probíhaly od začátku devadesátých let. V roce **1991** byl na Ministerstvu zdravotnictví České republiky (dále jen Ministerstvo zdravotnictví) zřízen Odbor zdravotně sociální péče, kterému bylo uloženo:

- stimulovat vznik a další rozvoj nových nebo nedostatečně rozvinutých zdravotních a zdravotně sociálních služeb,
- podpořit rozvoj péče o zdravotně postižené a chronicky nemocné a nejnověji i seniory, kteří jsou trvalými konzumenty zdravotní péče.

Ekonomickým nástrojem odboru k dosažení těchto cílů byly dotační programy.

¹⁵ KALVACH, Z. a kol. *Umírání a paliativní péče v ČR*. Praha: Cesta domů, 2004, s. 12.

V **první polovině devadesátých let** podporovalo Ministerstvo zdravotnictví rozvoj "home care", komplexní domácí péče, jejíž součástí je i zdravotní péče poskytovaná v domovech pacientů. **Od roku 1991 do roku 1994** probíhal experimentální projekt s názvem "Charitní ošetrovatelská služba v rodinách", jehož úkolem bylo rozšířit v České republice domácí zdravotní péči v situaci, kdy pro ni ještě neexistovaly legislativní podmínky. Zdravotní péči poskytovanou v domovech pacientů bylo nutno v průběhu experimentu hradit nesystémově přímo ze státních dotací poskytovaných Ministerstvem zdravotnictví. Výsledkem byl po čtyřech letech stav, který umožnil přejít na systémové financování ze zdravotního pojištění. V České republice již v té době pracovala více než stovka agentur domácí péče a veřejnost i zdravotníci začali domácí péči vnímat jako běžnou součást zdravotních služeb. V průběhu zmíněného experimentu se péče o pacienty v terminálních stavech začala vyčleňovat jako samostatná problematika. Současně s ukončením experimentu „Charitní ošetrovatelská služba v rodinách“ začalo Ministerstvo zdravotnictví investičními dotacemi podporovat vznik prvního modelového hospice v České republice. Pojmy hospic a hospicová péče začaly získávat přesnější podobu a obsah přímo v praxi, podobně jako tomu bylo předtím v případě domácí péče. Lze říci, že potřeba hospicové péče vyrostla přímo ze zkušeností spojených s poskytováním domácí zdravotní péče. V budoucnu by měla mít většina indikovaných pacientů možnost odejít ze života ve známém prostředí svého domova. K tomu je však nezbytně třeba vytvořit podmínky, které dnes nejsou běžně dostupné.

Podpora vzniku hospiců v České republice výrazně usnadňovala přijetí hospicové myšlenky v celé společnosti. Spolu s hospicem přibývala nejen nová lůžka pro indikované pacienty, ale vznikala i regionální centra hospicové péče. Přestože si vznik každého nového hospice vyžádal investiční dotace v řádu několika desítek milionů korun, zdaleka to nestačilo. Bylo nutné systematicky podporovat šíření hospicové myšlenky všemi způsoby, které měl odbor zdravotně sociální péče Ministerstva zdravotnictví k dispozici. Současně byly proto státními dotacemi podpořeny kurzy paliativní medicíny pro zdravotníky i projekty rozsáhlé edukační činnosti určené nejširší veřejnosti. Jednalo se o přednášková turné k problematice hospicové péče, která dosud neskončila. Bylo zřízeno hospicové edukační centrum, vydávány tématické publikace a natáčeny video i audio pořady s hospicovou tematikou, které byly šířeny v médiích. V souhrnu se jednalo

o informační ofenzivu, která připravovala půdu pro přijetí hospicové myšlenky v celé společnosti a která stále probíhá. Potvrdilo se, že tato příprava nebyla zbytečná. Právem se bylo možno obávat, bude-li hospicová myšlenka přijímána nezkresleně, zda nebude například chápána jako rezignace na kauzální léčbu i v případě, že je ještě možná a účelná. Daly se očekávat i negativní reakce bezprostředního okolí na první hospicová zařízení, což se později v některých případech potvrdilo. V případě prvního modelového zařízení, které vzniklo v Červeném Kostelci u Náchoda byla věnována mimořádná pozornost informovanosti místních obyvatel. Ministerstvo zdravotnictví poskytlo v letech **1994 a 1995** částku přibližně 20 milionů korun investičních dotací Diecézní charitě v Hradci Králové, která se tak stala zřizovatelem prvního hospice v České republice. Lze konstatovat, že tento hospic splnil v České republice roli, kterou v mateřské zemi hospicové péče ve Velké Británii, sehrál Hospic sv. Kryštofa v Londýně.

Na základě dobrých zkušeností z Červeného Kostelce podporovalo Ministerstvo zdravotnictví vznik dalších hospicových zařízení. Do konce roku **2004** na tento účel vynaložilo částku přesahující čtvrt miliardy Kč. Tyto finance umožnily to, že v letech **1995 až 2004** bylo vybudováno dalších deset hospicových zařízení (viz kapitola 1.3.6.4).

Rok **2005** přinesl nejen otevření lůžkového hospice v Prachaticích, ale také založení Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče – profesního občanského sdružení, které si dalo za cíl prosazovat a podporovat hospicovou a paliativní péči v České republice, zejména:

- koordinovat činnost zařízení poskytujících paliativní péči,
- prosazovat zakotvení této formy péče v legislativě, vytvoření systému úhrad hospicové péče ze zdravotního pojištění a vytvoření standardů hospicové péče,
- prosazovat kontinuální vzdělávání pracovníků v oboru,
- podporovat rozšíření informovanosti veřejnosti o možnostech a dostupnosti hospicové péče.

Koncepčními otázkami rozvoje a přípravou standardů paliativní péče v České republice se v roce 2005 zabývala pracovní skupina při Ministerstvu zdravotnictví. Činnost této skupiny však byla z rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví České republiky ke dni 28. února 2006 ukončena.

1.3.6.2 Legislativní rámec pro poskytování hospicové péče v České republice

Z dostupných informačních zdrojů¹⁶ vyplývá, že v současné době neexistuje samostatný, obecně závazný předpis upravující poskytování hospicové péče. Z tohoto důvodu se ředitelé hospiců drží jen určitého kodexu, který vydala Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče a obecnými předpisy pro zdravotní péči.

Za legislativní základ pro poskytování hospicové péče v České republice lze považovat Listinu základních práv a svobod, která byla Usnesením předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., vyhlášena součástí ústavního pořádku České republiky (Zákon č. 1/1993 Sb., v platném znění, Ústava České republiky), a Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění.

S ohledem na skutečnost, že v České republice je hospicová péče, až na výjimky, službou zdravotnickou, poskytovanou nestátními zařízeními, je pro zřízení a provoz zařízení hospicové péče relevantní Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. Uvedený zákon obecně upravuje podmínky a rozsah poskytování zdravotní péče v nestátních zdravotnických zařízeních a podmínky jejich provozování. Stanovuje rovněž mechanismus udělení „Oprávnění k provozování nestátního zařízení“ a požadavky na odbornou způsobilost provozovatele.

Podmínky získání nebo uznání odborné způsobilosti pracovníků těchto zařízení upravuje Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Pro jejich činnost je závazná Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění.

Hygienické požadavky na provoz upravuje Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění.

Technické a věcné požadavky vymezuje Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, v platném znění.

¹⁶ <http://www.umirani.cz>

V souvislosti s financováním zařízení hospicové péče je nejdůležitějším obecně závazným předpisem Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění, a navazující Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, naposledy změněná vyhláškou č. 493/2005 Sb., která nabyla účinnosti 1. 1. 2006.

1.3.6.3 Financování hospicové péče v České republice

Problematická situace při financování hospicové péče vyplývá ze skutečnosti, že vyhláška č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, neobsahuje samostatnou sazbu pro hrazení „hospicové péče“, která je hrazena jako péče „odborného lůžkového ústavu“. Závažným důsledkem toho je skutečnost, že platba ze zdravotního pojištění pokrývá pouze část skutečných nákladů (cca 30 % – 50 %) a že zbytek nákladů je nesystémově hrazen z dotací Ministerstva zdravotnictví, z darů a z poplatků za péči.

Od 1. 1. 2006 je pro úhrady zdravotními pojišťovnami stanoveno paušální ohodnocení na jedno hospicové lůžko a jeden den v rozmezí 725,-Kč až 1 050,-Kč (podle zdravotního stavu pacienta) plus paušální částka na léky 45,-Kč na jednoho pacienta a jeden den.

Dalším limitujícím faktorem jsou pro financování hospiců stanovené počty lůžek hrazených zdravotními pojišťovnami.

1.3.6.4 Lůžková hospicová zařízení v České republice

V průběhu minulých let byla vybudována následující lůžková zařízení:

- **1995** – Hospic sv. Anežky České v Červeném Kostelci,
- **1998** – Hospic Štrasburk v Praze Bohnicích,
- **1998** – Hospic sv. Lazara v Plzni,
- **1999** – Ústav léčby bolesti s hospicem v Rajhradě u Brna,
- **2000** – Hospic v Mostě,
- **2001** – Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích,
- **2002** – Hospic na Svatém Kopečku u Olomouce,
- **2004** – Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí,
- **2004** – Hospic sv. Alžběty v Brně,
- **2004** – Hospic Hvězda ve Zlíně – Malenovicích,
- **2004** – Dětský hospic v Malejovicích,

- **2005** – Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích.

Buduje se:

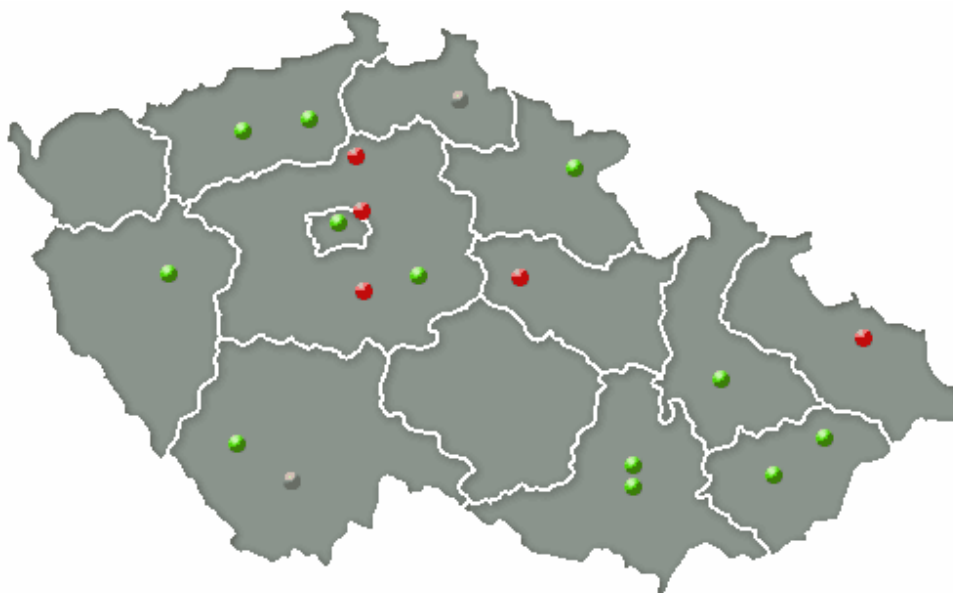
- Hospic Dobrého pastýře v Čerčanech.

Projektují se:

- Hospic Smíření v Chrudimi,
- Hospic Johanka, Lázně Toušeň,
- Hospic Duo, Tupadly.

*Projekty, které **nebyly realizovány**:*

- Hospic v Jablonci nad Nisou,
- Hospic v Českých Budějovicích.



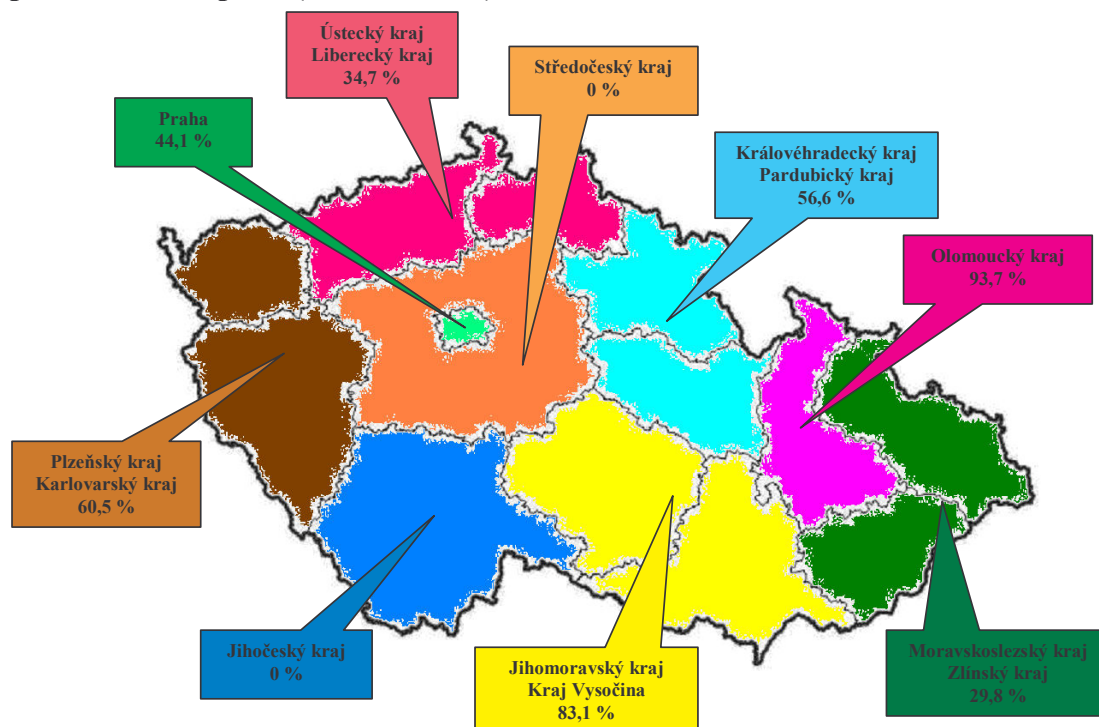
Legenda: ●otevřen ●projektuje se, buduje se ●nerealizován

Počet lůžek v těchto zařízeních v současné době představuje 46% doporučeného počtu. Stejně jako v jiných evropských zemích není rozložení těchto kapacit rovnoměrné.

Pokrytí krajů České republiky hospicovými lůžky (stav v r. 2004) ¹⁷

Kraje ČR – spádová území	Počet obyvatel	Doporučená kapacita hospicových lůžek	Dosažená kapacita hospicových lůžek	Počet obyvatel na hospicové lůžko	% pokrytí oblasti hospicovými lůžky
Středočeský kraj	1 132 000	57	0	lůžka chybí	0%
Jihočeský kraj	630 000	32	0	lůžka chybí	0%
Moravskoslezský kraj Zlínský kraj	1 873 000	94	28	66 900	29,8%
Ústecký kraj Liberecký kraj	1 257 000	75	26	48 300	34,7%
Praha	1 173 000	59	26	45 100	44,1%
Královéhradecký kraj Pardubický kraj	1 063 000	53	30	35 400	56,6%
Plzeňský kraj Karlovarský kraj	860 000	43	26	33 000	60,5%
Jihomoravský kraj Kraj Vysočina	1 653 000	83	69	23 900	83,1%
Olomoucký kraj	642 000	32	30	21 400	93,7%

Mapa rozložení kapacit (stav v r. 2004)



¹⁷ FILEC, V. 2004. *Služby paliativní péče v systému zdravotní péče v České republice.*

1.3.6.5 Nejčastější forma hospicového zařízení v České republice

Hospic sv. Anežky České v Červeném Kostelci je příkladem nejčastější formy hospicového zařízení v České republice:

- hospic je vždy nestátním lůžkovým zdravotnickým zařízením, které poskytuje paliativní (hospicovou) péči,
- hospic má vždy navázány smlouvy o hrazení zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami,
- počínaje projektem a konče denním programem respektuje hospic specifické potřeby člověka stojícího na konci života, postavení pacienta připomíná spíše hotelového hosta než pacienta na nemocničním lůžku,
- normou je v hospici vysoký technický standard vybavení i poskytované péče, součástí hospice je vždy ekumenická kaple a místnost posledního rozloučení,
- při péči o klienta hospic počítá s účastí blízkých osob a naopak hospic poskytuje péči doprovázejícím a pozůstalým,
- při hospici působí sbor dobrovolníků, kteří představují potřebný spojovací článek mezi hospicem a místní komunitou,
- hospic má obvykle kapacitu 25 – 30 lůžek a stejný počet lůžek pro doprovázející, kteří se na péči podílejí,
- hospice plní úlohu edukačních center paliativní péče v regionu.

Mapa pokrytí České republiky hospicovými lůžky uvedená v kapitole 1.3.6.4 může být v některých případech nedostačující pro vytvoření objektivního názoru. Jedním z těchto případů je severočeský region – Liberecký kraj a Ústecký kraj. V tomto regionu je v současné době pouze jediný hospic – Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích. Jeho kapacita je však nedostačující a rovněž jeho dostupnost je pro rodinné příslušníky pacientů z Libereckého kraje problematická. Z těchto důvodů vznikla iniciativa vybudování hospice v Libereckém kraji.

1.4 HOSPICOVÁ PÉČE V LIBERECKÉM KRAJI

1.4.1 Hospic v Jablonci nad Nisou

Myšlenka na vybudování hospice v Jablonci nad Nisou dostala reálnou podobu v roce 2001. Hlavním iniciátorem bylo **Občanské sdružení pro zřízení Hospice v Jablonci nad Nisou** v čele s MUDr. Jitkou Čulíkovou. Jako vhodná lokalita byl vytipován objekt bývalé dětské nemocnice v ulici Petra Bezruče. V dubnu 2001 schválilo

zastupitelstvo města záměr poskytnout předmětný objekt ke zřízení hospice. Podporu tomuto záměru vyjádřila Rada Libereckého kraje. V průběhu let 2001 a 2002 byly aktivity sdružení zaměřeny na zajištění financování a na organizační záležitosti související s budováním hospice – zejména podmínek převodu vlastnictví k objektu na občanské sdružení a přestavby objektu. Pro rok 2003 občanské sdružení dosáhlo vyčlenění 14 miliónů korun ze státního rozpočtu na hospic v Jablonci nad Nisou. Avšak v důsledku toho, že se nepodařilo doplnit zmíněnou částku o dalších 6 miliónů korun z rozpočtu města Jablonce nad Nisou, z rozpočtu Libereckého kraje ani z jiných zdrojů, což byla podmínka Ministerstva zdravotnictví pro uvolnění finančních prostředků ze státního rozpočtu, byly tyto finance použity pro ostatní hospice v České republice. Důsledkem toho bylo, že pozbyla platnosti smlouva o převodu vlastnictví objektu na občanské sdružení, která obsahovala podmínku získat prostředky na vybudování hospice do 30. 6. 2004. Současně bylo možno pozorovat odklon představitelů města Jablonec nad Nisou od myšlenky zřízení „kamenného“ hospice a preferování „mobilního“ hospice při současném zřízení hospicových lůžek v rámci jablonecké nemocnice.

Neshoda názoru občanského sdružení a představitelů Města Jablonec nad Nisou na podobu hospicové péče vedla k tomu, že výbor sdružení inicioval konání místního referenda ve věci zřízení lůžkového hospice. Výsledky referenda, které jsou podrobně uvedeny v druhé části této práce (praktická část), měly za následek to, že se řešení lůžkové hospicové péče v Libereckém kraji ujal Krajský úřad Libereckého kraje.

Město Jablonec nad Nisou a jablonecká nemocnice v průběhu roku 2005 zřídily ambulanci paliativní péče. Služby pacientům a jejich rodinným příslušníkům zde poskytuje jeden den v týdnu jeden lékař, který rovněž jedenkrát týdně navštěvuje pacienty. Ambulance v současné době nemá k dispozici k zapůjčení kompenzační pomůcky, potřebné pro paliativní péči v domácím prostředí, ani vozidlo, které by sloužilo výhradně pro účely dopravy zdravotnického personálu k pacientům. V rámci Nemocnice v Jablonci nad Nisou nejsou vyhrazena lůžka pro hospicovou péči a lze se domnívat, že provoz běžného oddělení nemocnice neumožňuje vytvořit podmínky odpovídající základním principům hospicové péče.

1.4.2 Přípravovaný projekt hospicového zařízení v Libereckém kraji

V současné době v Libereckém kraji neexistuje zařízení poskytující lůžkovou hospicovou péči. Péče o pacienty v terminálním stádiu onemocnění je zajišťována nemocnicemi a léčebnami pro dlouhodobě nemocné. Z tohoto důvodu Rada Libereckého kraje na svém dvanáctém zasedání dne 27. 9. 2005 schválila záměr vybudování hospice.

1.4.2.1 Záměry pro vybudování hospice v Libereckém kraji

Usnesením Rady Libereckého kraje byl jako termín realizace záměru stanoven rok 2008.

Na základě obecně platných pravidel pro počet hospicových lůžek na počet obyvatel spádové oblasti (5/100 000 obyvatel) byl důvodovou zprávou formulován záměr vybudovat zařízení o kapacitě 20 až 25 lůžek. Zařízení by mělo poskytovat péči terminálně nemocným pacientům všech věkových skupin formou lůžkovou, ambulantní, případně stacionární. Z důvodu úspory investičních nákladů by měla být infrastruktura zařízení – tj. stravování, praní prádla, likvidace zdravotnických odpadů atd. – napojena na stávající zdravotnická zařízení.

Investiční náklady na vybudování hospice jsou předběžně stanoveny na 50 milionů Kč. Tyto náklady by měly být hrazeny z 25% z rozpočtu Libereckého kraje a ze 75% ze státního rozpočtu.

Rozhodnutí rady o konečných podmínkách vybudování hospice je podmíněno projednáním podkladů týkajících se:

- lokality (pozemek pro výstavbu nebo vhodný objekt k rekonstrukci),
- personálního zajištění provozu (předpokládá se spolupráce s neziskovým sektorem na bázi občanského sdružení, České katolické charity či jiné církevní organizace, nebo obecně prospěšné společnosti),
- principu financování provozu (předpoklad 1/3 zdravotní pojišťovny, 1/3 platby klientů a 1/3 dary, dotace a příspěvky),
- vyjádření zdravotních pojišťoven o budoucím financování zdravotních výkonů v tomto zdravotnickém zařízení,
- stanoviska Ministerstva zdravotnictví k dotačnímu hospicovému programu (v současnosti přispívá Ministerstvo zdravotnictví částkou 1,6 milionů korun na jedno lůžko max. však 70% celkových investičních nákladů stavby),
- způsobu realizace stavby (projekt, veřejná zakázka na projekt a stavbu) a časový harmonogram realizace.

1.4.2.2 Lokalita pro zřízení hospice

Pro výběr lokality vhodné pro zřízení hospice byla stanovena následující **kritéria**:

- poloha vůči spádovému území,
- ekonomická a provozní hlediska se vztahem k poloze lokality,
- umístění hospice ve vazbě na blízké okolí,
- majetkové vlastnictví.

Na základě těchto kritérií v lednu 2006 vypracovala Investorská inženýrská a. s. Liberec materiál nazvaný „Vyhledávací studie pro umístění hospice pro Liberecký kraj“.

Uvedenou studií **bylo vytipováno 8 lokalit**. Jejich vhodnost pro daný účel je hodnocena následovně:

- **vhodné** – Vratislavice nad Nisou,
- **podmínečně vhodné** – Turnovská ulice, Jablonec nad Nisou; ulice Krejčího, Liberec; ulice U Stavokombinátu, Liberec,
- **lokality k dalšímu sledování** – Purkyňova ulice, Liberec; Wolkerův ústav, Liberec; Chrastava; Hrádek nad Nisou.

Důvody pro hodnocení **lokality Vratislavice nad Nisou jako nejvhodnější** jsou následující:

- dostupnost pozemků (ve vlastnictví Libereckého kraje, změna územního plánu není nutná),
- rozloha pozemku (umožňuje realizaci záměru formou vybudování nového objektu a nevylučuje možnost rozšíření v budoucnosti),
- možnost využití dostatečné kapacity moderního provozního zázemí stávajícího Domova důchodců (kuchyň, prádelna, vytápění),
- dopravní dostupnost lokality ze spádového území (tramvajové spojení, silniční napojení na budoucí rychlostní komunikaci),
- výhodné umístění mezi městy Liberec a Jablonec nad Nisou (např. potenciál odborných, stálých, externích i dobrovolných pracovníků, vazba na nemocnice a školská zařízení, dostupnost dalších služeb),
- klidové místo (doprava na stávající silnici bude po dostavbě rychlostní komunikace zklidněná),
- na pozemku jsou již z části vybudovány parkové úpravy (odpočinková zóna, venkovní scéna).

1.4.3 Zhodnocení stavu péče o terminálně nemocné v Libereckém kraji

Současný celkový stav v poskytování péče terminálně nemocným lze hodnotit jako nedostatečný.

V Libereckém kraji neexistuje zařízení poskytující lůžkovou hospicovou péči. Nejbližším hospicem je Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích. Toto zařízení má v průměru obsazeno 86 % lůžkové kapacity a lůžka zbývající jsou nadlimitní z pohledu financování zdravotními pojišťovnami. Rovněž jeho dopravní dostupnost je pro rodinné příslušníky klientů z převážné části Libereckého kraje problematická.

Ambulance paliativní péče v Jablonci nad Nisou má jen velmi omezené možnosti pro svou činnost a je pacienty a jejich rodinnými příslušníky využívána jen zřídka. Mobilní tým obsahuje pouze lékaře, který je nucen zastávat současně roli ošetřovatele, psychologa, sociálního pracovníka a duchovního. Fungování ambulance je postaveno na osobní aktivitě lékaře této ambulance.

Péči o pacienty v terminálním stádiu onemocnění, kteří již nemohou být v domácím prostředí zajišťují nemocnice a léčebny pro dlouhodobě nemocné. Tato zařízení však nemohou, zejména z provozních důvodů, uspokojit všechny potřeby dané skupiny pacientů.

S ohledem na tyto skutečnosti lze velmi pozitivně hodnotit rozhodnutí Rady Libereckého kraje vybudovat zařízení lůžkové hospicové péče pro Liberecký kraj.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI

Cílem praktické části je:

- zjistit pomocí nestandardizovaného dotazníku názory obyvatel Libereckého kraje na úroveň péče o terminálně nemocné a potřebu zřízení hospice,
- ověřit teoretické poznatky v praxi,
- posoudit výsledky referenda ve věci realizace lůžkového hospice v Jablonci nad Nisou.

2.2 NÁZORY OBYVATEL LIBERECKÉHO KRAJE NA ÚROVEŇ PÉČE O TERMINÁLNĚ NEMOCNÉ A NA POTŘEBU ZŘÍZENÍ HOSPICE

Pro průzkum názorů a zkušeností respondentů s úrovní péče o terminálně nemocné v Libereckém kraji je zvolena dotazníková metoda. Následná analýza je provedena na základě odpovědí získaných od 163 náhodně vybraných respondentů. Podmínkou pro zařazení dotazníku mezi vyhodnocované bylo bydliště v Libereckém kraji. Při výběru respondentů byl kladen důraz na to, aby pozorovaný vzorek pokryl všechny věkové kategorie s výjimkou dětí, všechny úrovně dosaženého vzdělání, a aby v něm byla rovnoměrně zastoupena obě pohlaví. Dotazník byl distribuován tak, aby bylo zajištěno, že většina respondentů je starší třiceti let.

2.2.1 Cíle dotazníkové akce

Dílním cílem této části bakalářské práce je zjistit prostřednictvím dotazníku:

- povědomost o hospicové péči a existenci hospiců v České republice a v Libereckém kraji,
- zda respondenti cítí potřebu existence hospice,
- názor na jeho financování,
- názor na kvalitu stávající péče o terminálně nemocné,
- osobní zkušenosti s péčí o terminálně nemocné.

Cílovou skupinou jsou obyvatelé Libereckého kraje, přednostně ve věku vyšším než třicet let.

2.2.2 Dotazník

Pro dotazníkovou akci byl vypracován nestandardizovaný dotazník, který je uveden v Příloze č. 2 bakalářské práce. Je koncipován tak, že zahrnuje tři oblasti otázek:

- otázky, které se týkají hospicové péče,
- otázky, které se týkají péče o terminálně nemocné obecně,
- otázky, které se týkají osobních zkušeností respondentů s péčí o terminálně nemocné.

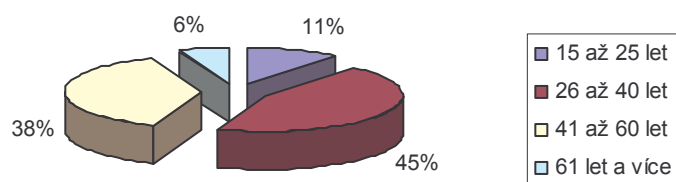
2.2.3 Popis výběrového vzorku a průběh průzkumu

Dotazník v počtu 200 ks byl distribuován osobně i s využitím prostředníků v různých místech Libereckého kraje (Liberec, Jablonec nad Nisou, Česká Lípa) v průběhu ledna 2006. Z uvedeného počtu se ke dni, kdy bylo zahájeno zpracování dat (28. 2. 2006), vrátilo 172 dotazníků (86%), v nichž ve 163 případech je uvedeno trvalé bydliště v Libereckém kraji. Devět dotazníků, v nichž je uvedeno trvalé bydliště v jiném kraji, bylo vyřazeno. Z údajů v dotaznících, způsobu vyplnění dotazníků, jejich návratnosti a z pohovorů s některými respondenty lze usuzovat na seriózní přístup respondentů, odpovídající vážnosti problematiky. Skladba vzorku je zřejmá z následující tabulky a grafů. Z celkového počtu respondentů bylo 103 žen a 60 mužů.

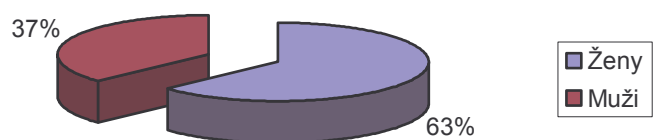
Rozložení celkového počtu respondentů podle věku a dosaženého vzdělání

Věk	Počty respondentů podle věku a dosaženého vzdělání				
	Základní	Střední odborné	Úplné střední	Vysokoškolské	Celkem
15 až 25 let	5	3	10	0	18
26 až 40 let	0	2	48	23	73
41 až 60 let	1	10	33	18	62
61 let a více	2	1	6	1	10
Celkem	8	16	97	42	163

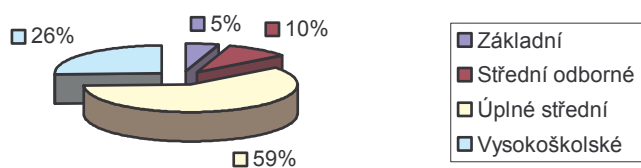
Věk respondentů



Pohlaví respondentů



Vzdělání respondentů



2.2.4 Použité metody

Pro získání dat byla použita dotazníková metoda.

Pro vyhodnocení byla použita deduktivní metoda kvantitativního průzkumu.

2.2.5 Stanovení předpokladů pro dotazníkovou akci

Pro dotazníkovou akci byly přijaty následující předpoklady:

- **1P1** Lze předpokládat, že lidé v nadpoloviční většině nevědí, co je hospic a hospicová péče (ověřováno zejména otázkou č. 3).
- **1P2** Lze předpokládat, že lidé cítí potřebu existence hospice v Libereckém kraji (ověřováno zejména otázkou č. 8).
- **1P3** Lze předpokládat, že minimálně 75% lidí zastává názor, že ve státním rozpočtu by se měly nalézt prostředky pro financování hospice (ověřováno zejména otázkou č. 9).
- **1P4** Lze předpokládat, že lidé cítí potřebu zlepšit úroveň péče o terminálně nemocné (ověřováno zejména otázkami č. 11, 16 a 17).
- **1P5** Lze předpokládat, že lidé nejsou schopni poskytovat kvalitní péči terminálně nemocným bez cizí pomoci (ověřováno zejména otázkami č. 12 a 13).

2.2.6 Získaná data a jejich interpretace

Otázka číslo 1

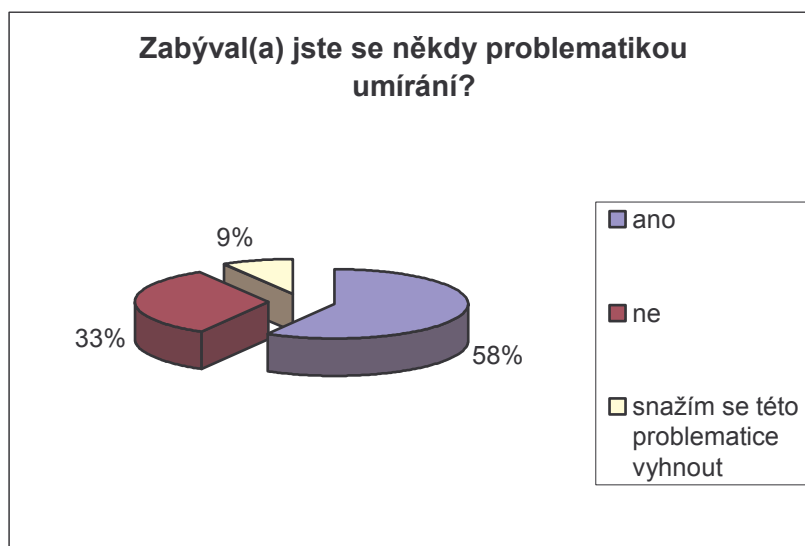
Tento dotazník se týká problematiky péče o umírající. Zabýval (a) jste se někdy problematikou umírání?

Zjištění:

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
ano	8	31	48	8	95
ne	10	30	12	2	54
snažím se této problematice vyhnout	0	12	2	0	14

Většina respondentů – 95 (58%) – se zabývala problematikou umírání. S rostoucím věkem je podíl těch, kteří se někdy předmětnou problematikou zabývali, větší. U respondentů starších čtyřiceti let tento podíl činí 78%. Problematice umírání se snaží vyhnout pouze 9% respondentů. Nejčtenější je tato alternativa odpovědi označena u respondentů ve věku 26 – 40 let, kde ji uvedlo 16% dotázaných této věkové kategorie.

Tento výsledek je v souladu s tím, co bylo možné očekávat. Ukazuje na skutečnost, že různé životní situace, zkušenosti a rostoucí věk vedou k úvahám o smrti a umírání.



Otázka číslo 2

Máte bezprostřední osobní zkušenost s úmrtím někoho z rodiny či okruhu přátel?

Zjištění:

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
ano	11	52	55	8	126
ne	7	21	7	2	37

Většina dotázaných (77%) má bezprostřední osobní zkušenost s úmrtím někoho blízkého. U respondentů ve věku 41 – 60 let podíl činí 89%. Tuto skutečnost lze považovat za výhodnou z pohledu vyhodnocení této dotazníkové akce.

Skutečnost, že tak vysoké procento respondentů má osobní zkušenost s úmrtím někoho blízkého pouze potvrzuje, že smrt a umírání je přirozenou součástí života a podtrhává nesmyslnost tabu předmětného tématu v naší společnosti.



Otázka číslo 3

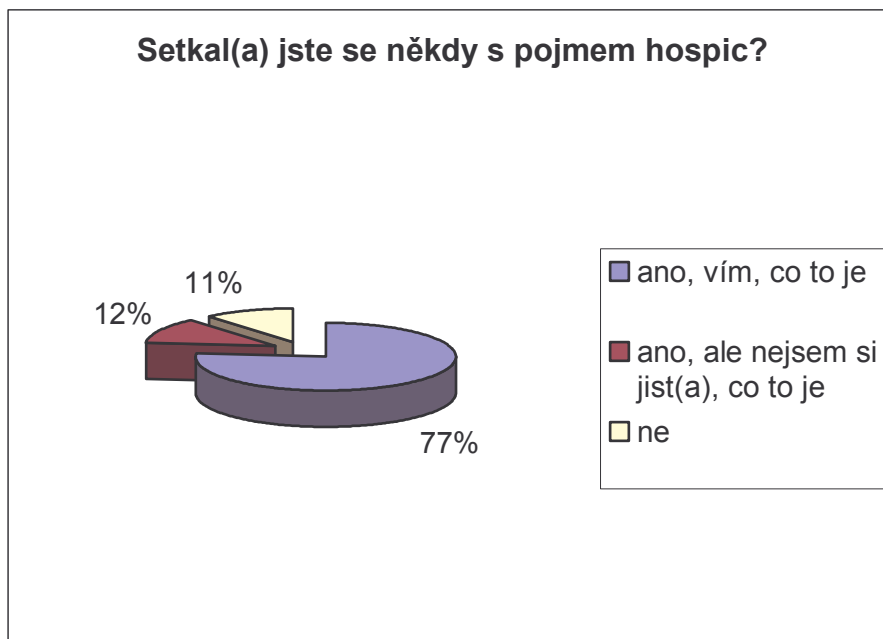
Setkal (a) jste se někdy s pojmem hospic?

Zjištění:

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
ano, vím, co to je	9	51	55	10	125
ano, ale nejsem si jist (a), co to je	3	14	3	0	20
ne	6	8	4	0	18

Většina respondentů (77%) se vyjádřila pro první variantu odpovědi, tj., že se setkala s pojmem hospic a že ví, co to hospic je. Procento respondentů, kteří se setkali s pojmem hospic roste s jejich rostoucím věkem tak, že v nejnižší věkové skupině to je 50% respondentů a v nejvyšší 100% respondentů.

Většinové vyjádření, že se respondenti setkali s pojmem hospic a že vědí, co to je, je nutno považovat za pozitivní a je odrazem kulturní a společenské úrovně dotázaných. Výsledek však nelze přeceňovat z toho důvodu, že, jak bylo zjištěno rozhovory s některými respondenty, je v některých případech představa o hospici zkreslená a zjednodušená.



Otázka číslo 4

Hospicová péče může mít podobu domácí péče, stacionářů (denní pobyty) nebo lůžkové péče. Kterou z nich považujete za nejlepší z pohledu nemocného?

Zjištění:

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
domácí hospicová péče	13	47	40	4	104
stacionáře (denní pobyty)	4	7	11	2	24
lůžková hospicová péče	1	19	11	4	35

Domácí formu hospicové péče považuje za nejlepší z pohledu pacienta 104 (64%) dotázaných. Procento těch, kteří vyslovili tento názor, je nejvyšší u nejmladších respondentů a klesá s rostoucím věkem. U respondentů ve věku vyšším než 61 let považuje za nejlepší formu péče z pohledu pacienta domácí formu hospicové péče 40% respondentů. Stejný počet respondentů v této věkové kategorii (40%) považuje za nejlepší lůžkovou hospicovou péči.

Skutečnost, že většina respondentů považuje za nejlepší z pohledu pacienta domácí péči, je pravděpodobně odrazem přirozeného přání nemocného pobývat v důvěrně známém prostředí a být se svými blízkými.



Otázka číslo 5

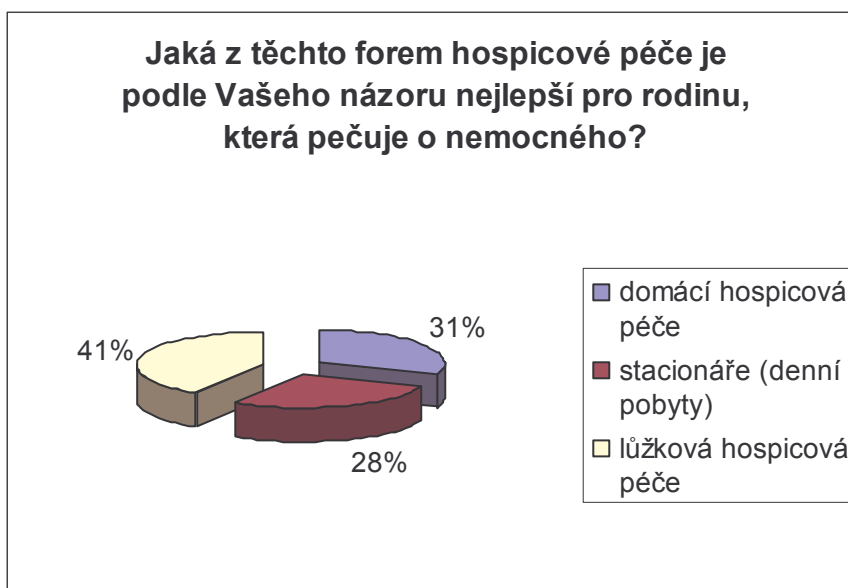
Jaká z těchto forem hospicové péče je podle Vašeho názoru nejlepší pro rodinu, která pečuje o nemocného?

Zjištění:

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
domácí hospicová péče	7	17	24	2	50
stacionáře (denní pobyty)	7	22	14	3	46
lůžková hospicová péče	4	34	24	5	67

Největší počet respondentů (67) považuje za nejlepší z pohledu rodiny pečující o nemocného lůžkovou formu hospicové péče. Tento počet představuje 41% respondentů. Domácí formu hospicové péče preferuje 50 respondentů, což představuje 31% dotázaných. Péči prostřednictvím stacionářů (denních pobytů) upřednostňuje 46 dotázaných (28% respondentů).

Z výsledků vyplývá, že většina respondentů (celkem 69%) zastává názor, že z pohledu rodiny pečující o terminálně nemocného je vhodné, aby péči o něho převzalo zcela nebo z části vhodné zařízení.



Otázka číslo 6

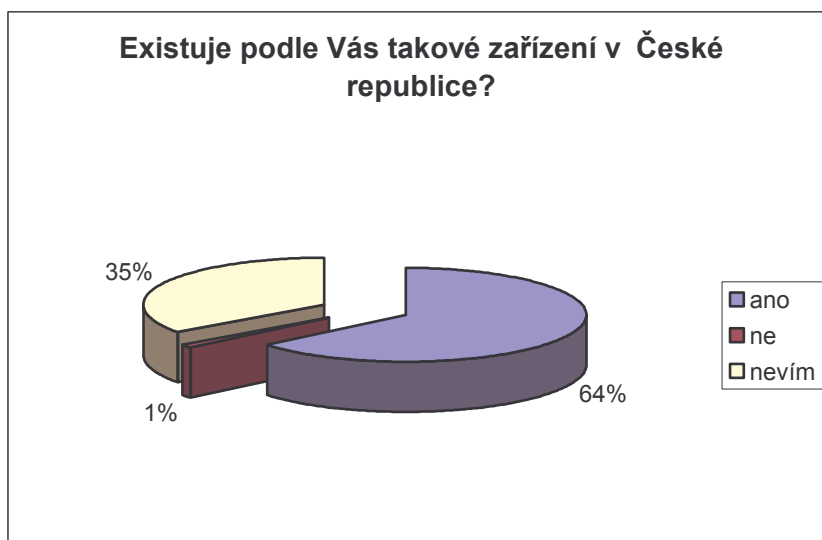
Existuje podle Vás takové zařízení v České republice?

Zjištění:

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
ano	13	40	43	8	104
ne	0	0	2	0	2
nevím	5	33	17	2	57

Většina respondentů (64%) vyslovila svůj názor, že v České republice existuje zařízení poskytující hospicovou péči.

Tento výsledek pravděpodobně souvisí s tím, že většina respondentů ví, co je hospic. Může však být i odrazem skutečnosti, že téma hospicové péče je v některých případech zneužíváno jako politikum.



Otázka číslo 7

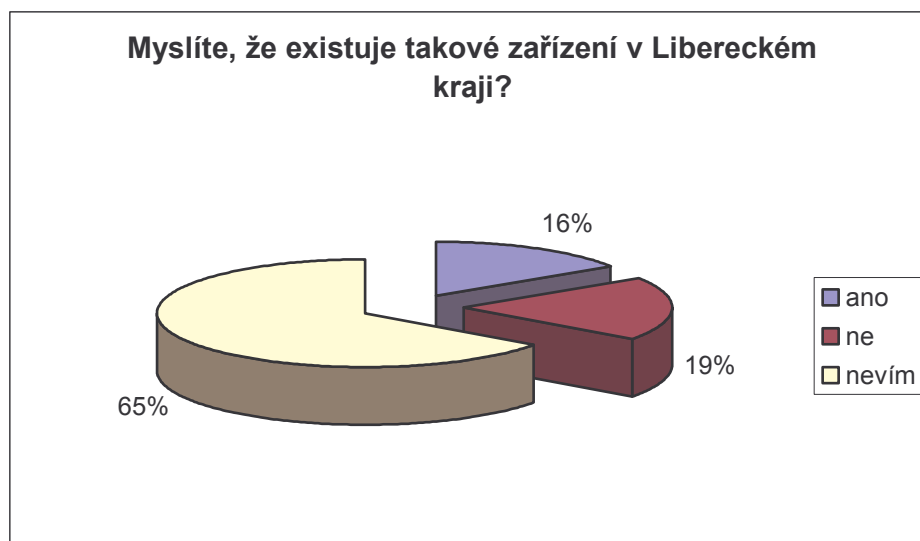
Myslíte, že existuje takové zařízení v Libereckém kraji?

Zjištění:

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
ano	3	12	9	2	26
ne	1	8	20	2	31
nevím	14	53	33	6	106

106 respondentů (65%) se v této otázce vyjádřilo, že neví, jestli existuje v Libereckém kraji zařízení hospicové péče.

Tento počet je velmi blízký počtu těch, kteří v předcházející otázce vyjádřili názor, že takovéto zařízení existuje v České republice, a může být odrazem malé povědomosti o referendu ve věci zřízení hospice v Jablonci nad Nisou, jehož výsledky neměly velkou publicitu.



Otázka číslo 8

Bylo by podle Vás potřebné, aby takovéto zařízení v Libereckém kraji existovalo?

Zjištění:

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
rozhodně ano	11	49	50	6	116
spíše ano	7	24	12	4	47
spíše ne	0	0	0	0	0
rozhodně ne	0	0	0	0	0

163 respondentů (100%) se vyjádřilo, že je potřebné, aby v Libereckém kraji existovalo zařízení poskytující hospicovou péči. Z toho „rozhodně ano“ vyslovilo 71% respondentů. Odpověď „rozhodně ano“ je převažující ve všech věkových kategoriích.

Uvedený výsledek je jednoznačný a není třeba jej komentovat.



Otázka číslo 9

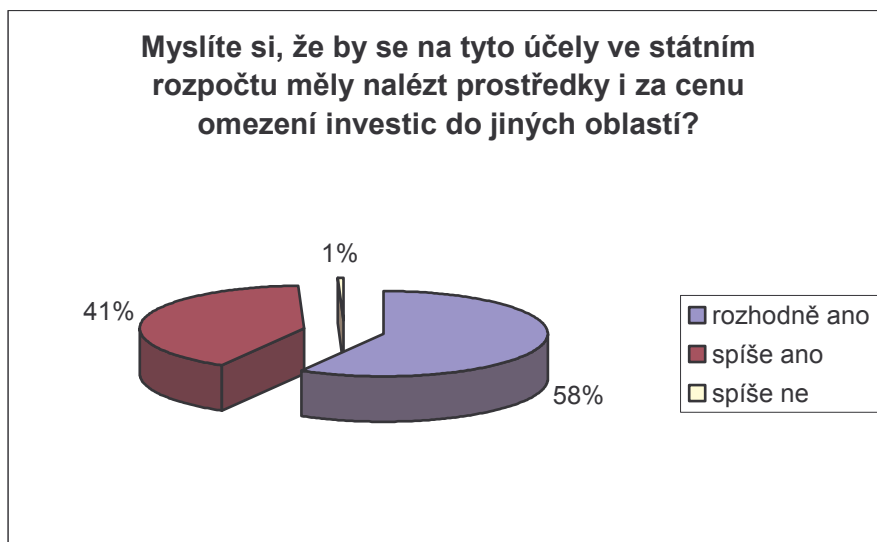
Základním problémem při zřizování a provozování hospice jsou finance. Myslíte si, že by se na tyto účely ve státním rozpočtu měly nalézt prostředky i za cenu omezení investic do jiných oblastí?

Zjištění:

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
rozhodně ano	9	35	45	6	95
spíše ano	9	38	16	4	67
spíše ne	0	0	1	0	1
rozhodně ne	0	0	0	0	0

99% respondentů se vyjádřilo, že je třeba nalézt ve státním rozpočtu prostředky na financování hospicové péče, a to i za cenu omezení investic do jiných oblastí. Odpověď „rozhodně ano“ vyjádřilo 58% respondentů.

Uvedený výsledek je opět jednoznačný. Lze jej interpretovat tak, že naprostá většina respondentů považuje některé oblasti, do kterých jsou investovány prostředky ze státního rozpočtu, za méně důležité než je zajištění péče o terminálně nemocné.



Otázka číslo 10

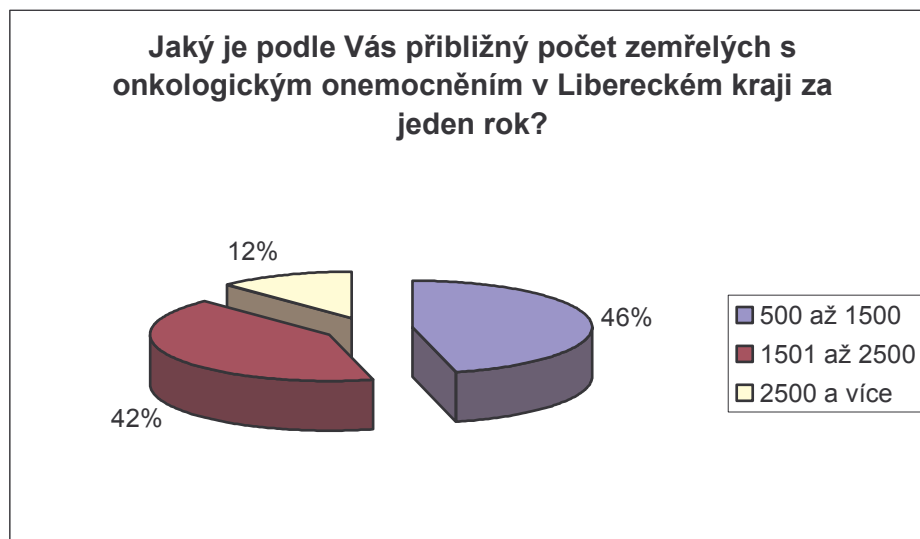
Přibližně 90 % klientů hospiců jsou pacienti s onkologickým onemocněním. Jaký je podle Vás přibližný počet zemřelých s touto diagnózou v Libereckém kraji za jeden rok? Odhadněte prosím, která z následujících variant je nejbližší skutečnosti.

Zjištění:

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
500 až 1500	9	38	25	3	75
1501 až 2500	8	28	28	4	68
2500 a více	1	7	9	3	20

Průměrný roční počet zemřelých s onkologickým onemocněním v Libereckém kraji stanovený z údajů uváděných Českým statistickým úřadem v letech 2000 až 2004 je 3094. Správný odhad počtu (více než 2500 osob) uvádí pouze 68 respondentů (12%). Největší počet respondentů (46%) uvádí odhad počtu zemřelých s onkologickým onemocněním ročně 500 až 1500, tj. hodnotu, která se nejvíce liší od hodnoty skutečné.

Důsledkem této neznalosti může být podhodnocování závažnosti předmětné problematiky.



Otázka číslo 11

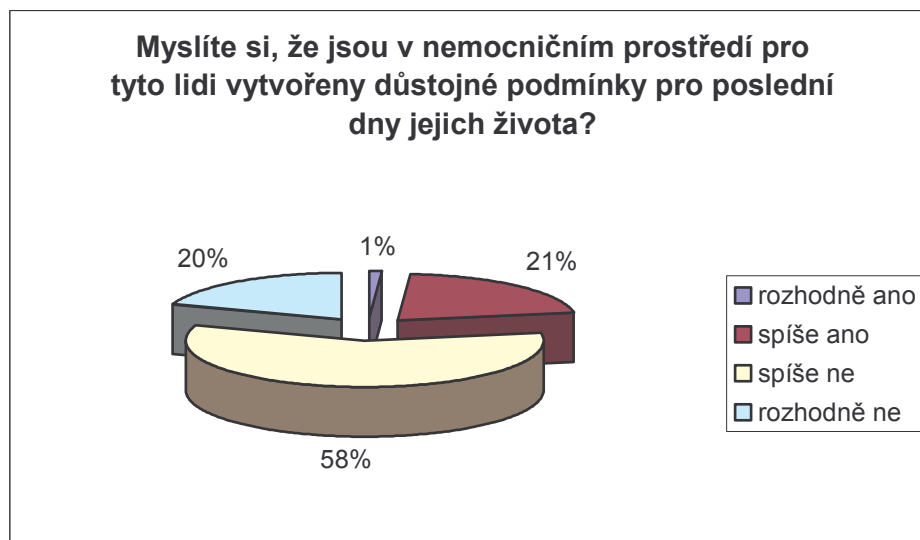
Myslíte si, že jsou v nemocničním prostředí pro tyto lidi vytvořeny důstojné podmínky pro poslední dny jejich života? (Důstojnými podmínkami myslíme zajištění tělesných, psychických, sociálních a spirituálních potřeb člověka)

Zjištění:

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
rozhodně ano	1	1	0	0	2
spíše ano	5	17	9	3	34
spíše ne	8	40	42	5	95
rozhodně ne	4	15	11	2	32

Celkem 127 respondentů (78%) se vyjadřuje, že pro pacienty v terminálním stádiu onemocnění nejsou vytvořeny v nemocničním prostředí důstojné podmínky pro poslední dny jejich života. Z nich odpověď „rozhodně ne“ uvádí 32 dotázaných (20%). Opačný názor zastává celkem 36 respondentů (22%).

Z uvedeného výsledku vyplývá, že převážná většina respondentů považuje podmínky v nemocničním prostředí z komplexního pohledu za nedůstojné.



Otázka číslo 12

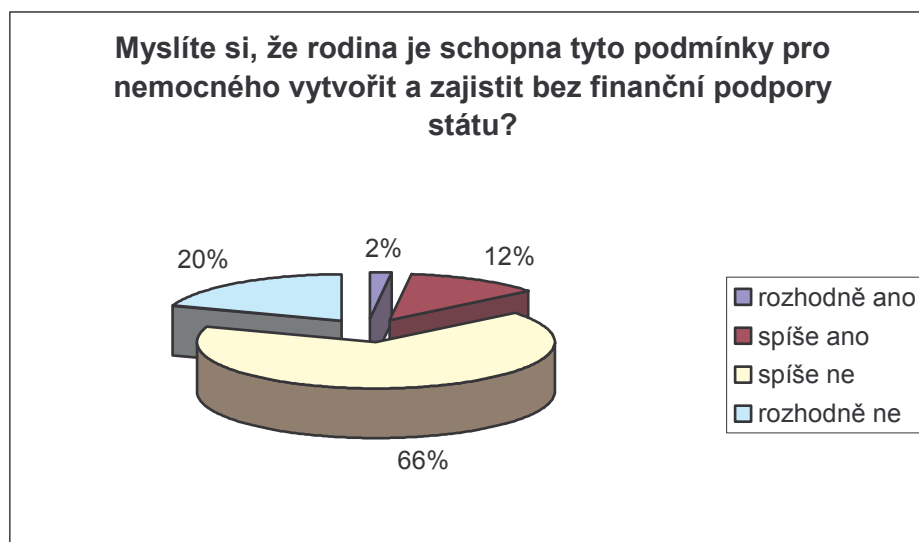
Myslíte si, že rodina je schopna tyto podmínky pro nemocného vytvořit a zajistit bez finanční podpory státu?

Zjištění:

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
rozhodně ano	1	2	0	0	3
spíše ano	2	7	9	2	20
spíše ne	14	44	43	7	108
rozhodně ne	1	20	10	1	32

Celkem 140 respondentů (86%) uvádí názor, že rodina není schopna bez finanční podpory státu vytvořit terminálně nemocným pacientům důstojné podmínky. Počet těch, kteří se domnívají, že „rozhodně ne“ je 32 (20%).

Výše uvedený výsledek lze interpretovat tak, že převážná část respondentů považuje za nutnou finanční podporu státu rodinám pečujícím o terminálně nemocné. To v důsledku znamená nutnost vytvoření odpovídajícího legislativního rámce, který by upravoval financování této formy péče.



Otázka číslo 13

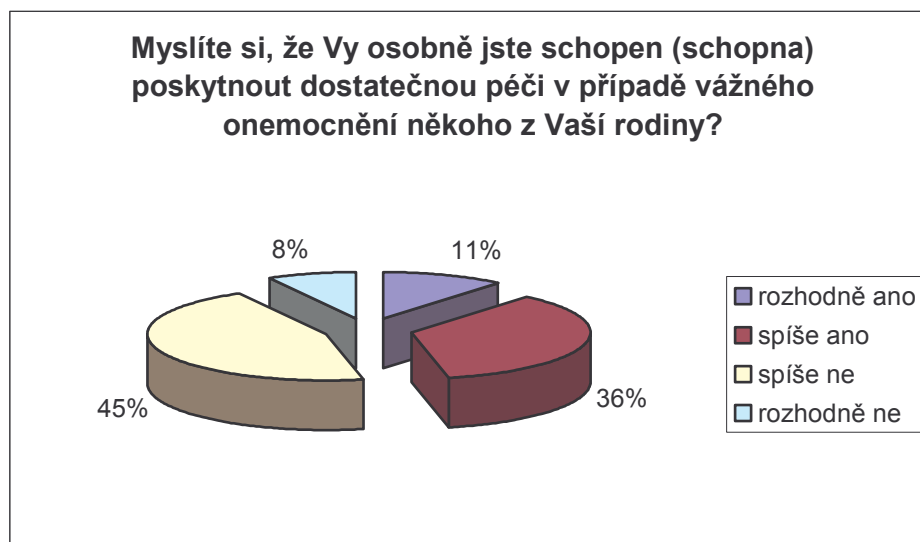
Myslíte si, že Vy osobně jste schopen (schopna) poskytnout dostatečnou péči v případě vážného onemocnění někoho z Vaší rodiny?

Zjištění:

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
rozhodně ano	3	5	9	1	18
spíše ano	6	27	21	4	58
spíše ne	9	34	28	3	74
rozhodně ne	0	7	4	2	13

V odpovědích na tuto otázku lze pozorovat rovnováhu mezi těmi, kteří jsou přesvědčeni, že jsou schopni se postarat o vážně nemocného pacienta, a těmi, kteří jsou názoru opačného. Vzhledem k tomu, že odpověď „spíše ne“ nebo „rozhodně ne“ je označena v 87 případech (53%), jsou v mírné převaze ti, kteří se domnívají, že nejsou schopni poskytnout dostatečnou péči vážně nemocnému členu rodiny.

Tento výsledek je pravděpodobně důsledkem skladby pozorovaného vzorku, ve kterém jsou zastoupeny různé skupiny obyvatel Libereckého kraje, kteří hodnotí svou schopnost poskytnout dostatečnou péči nemocnému různě.



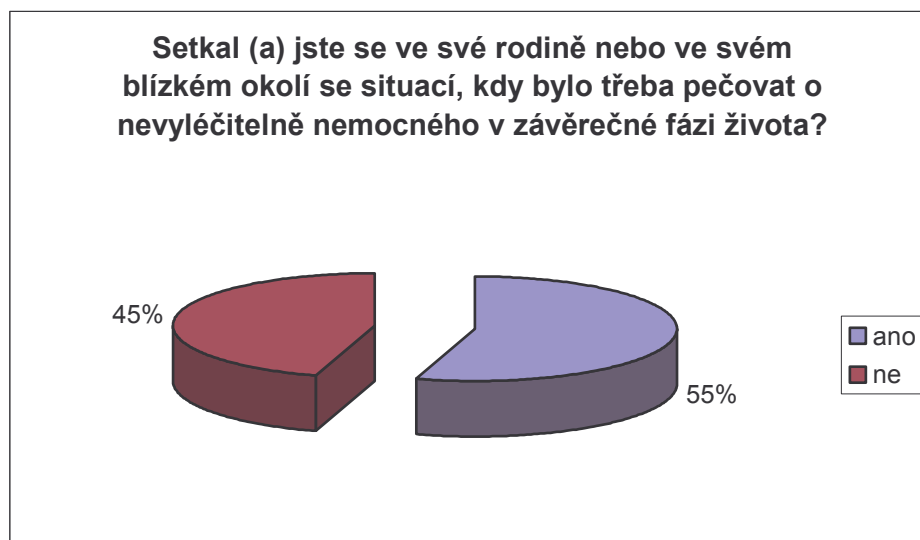
Otázka číslo 14

Setkal (a) jste se ve své rodině nebo ve svém blízkém okolí se situací, kdy bylo třeba pečovat o nevléčitelně nemocného v závěrečné fázi života?

Zjištění:

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
ano	11	28	43	7	89
ne	7	45	19	3	74

Mírně převažující počet respondentů – 89 (55%) – uvedl, že se setkal se situací, kdy bylo třeba pečovat o nevléčitelně nemocného pacienta v závěrečné fázi života.



Otázka číslo 15

*Pokud ano, jak jste tuto situaci řešila (a)? (Zaškrtněte prosím vše, co platí).
Pokud ne, pokračujte prosím otázkou č. 18.*

Zjištění:

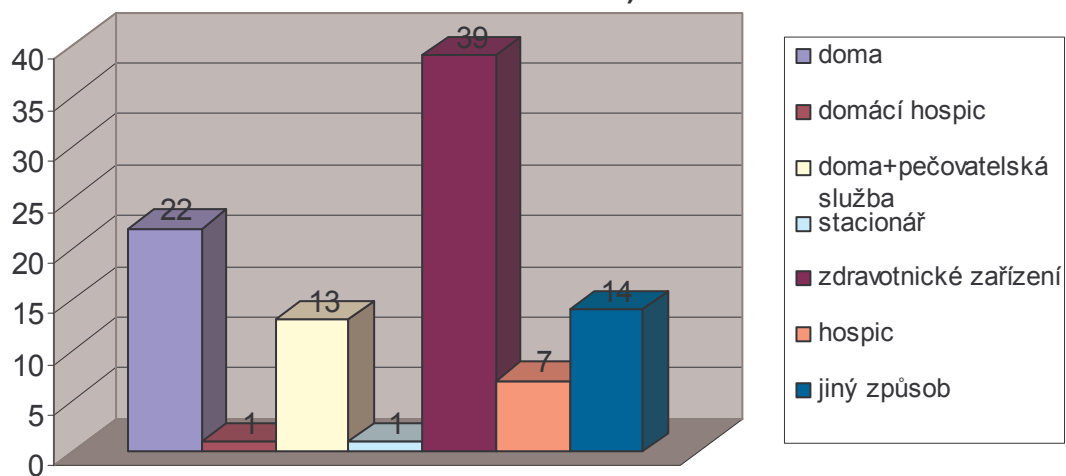
Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
pečoval (a) jsem o nemocného doma sám (a)	2	9	10	1	22
využíval (a) jsem domácí hospicové péče	0	0	1	0	1
pečoval (a) jsem o nemocného doma spolu s pečovatelskou službou	1	1	11	0	13
využíval (a) jsem stacionáře (denní pobyty)	0	1	0	0	1
o nemocného pečovalo zdravotnické zařízení	4	12	22	1	39
o nemocného pečoval hospic	1	3	0	3	7
jiný způsob péče	0	6	5	3	14

Nejčteněji uváděnou formou péče o terminálně nemocné (39x) je péče zdravotnického zařízení. Druhou nejčteněji uváděnou formou péče (22x) byla péče v domácím prostředí. Domácí péči s využitím pečovatelské služby uvádějí respondenti ve 13 případech a je tak třetí nejčtenější jednoznačně specifikovanou formu péče.

Skutečnost, že zanedbatelný počet respondentů uvádí, že o nemocného pečoval stacionář, hospic nebo že mu byla poskytována domácí hospicová péče může být odrazem nedostupnosti těchto forem péče o terminálně nemocné v Libereckém kraji.

Větší počet odpovědí na tuto otázku je důsledkem toho, že někteří respondenti označují více forem péče. Jako jiná forma péče je ve většině případů uváděna domácí forma péče různými členy rodiny.

**Jak jste tuto situaci řešila(a)?
(Jakým způsobem se pečovalo o terminálně
nemocného?)**



Otázka číslo 16

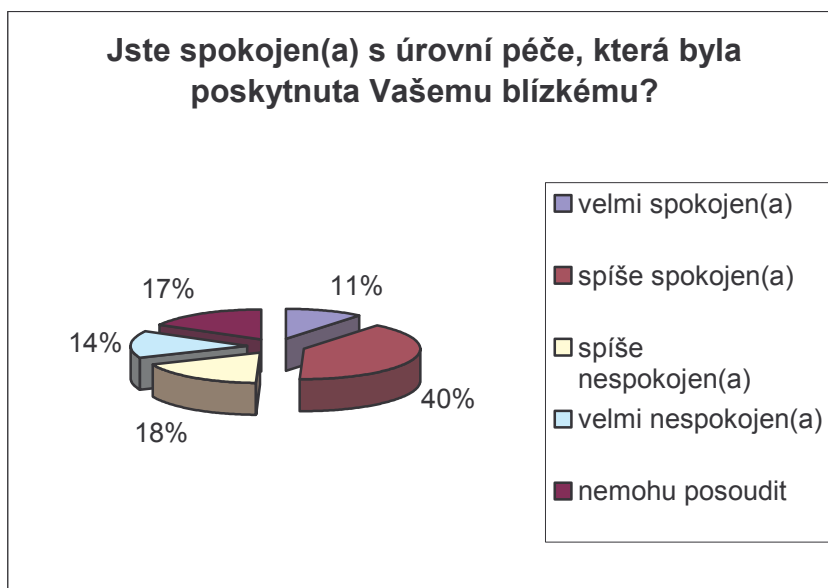
Jste spokojen (a) s úrovní péče, která byla poskytnuta Vašemu blízkému?

Zjištění:

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
velmi spokojen (a)	0	3	4	2	9
spíše spokojen (a)	6	9	14	4	33
spíše nespokojen (a)	0	6	9	0	15
velmi nespokojen (a)	2	3	7	0	12
nemohu posoudit	3	6	4	1	14

Odpověď „velmi spokojen(a)“ v souvislosti s úrovní poskytnuté péče označuje 9 respondentů (11%). Odpověď „spíše spokojen(a)“ je uváděna ve 33 případech (40%). Počty respondentů, kteří se vyjadřují, že jsou „spíše nespokojeni“ (15), kteří jsou „velmi nespokojeni“ (12) a s těmi, kteří „nemohou posoudit“ (14) jsou poměrně vyrovnané.

Poměrně vysoká spokojenost s péčí, která byla poskytnuta někomu z blízkých respondentů může být neočekávaná. S ohledem na odpovědi uváděné v otázkách č. 15 a č. 17 ji nelze přeceňovat. Důvodem je skutečnost, že v některých případech je zde hodnocena péče poskytnutá rodinou a v některých případech je hodnocena pouze péče o fyzické potřeby nemocného.



Otázka číslo 17

Co si myslíte, že by se dalo zlepšit v péči, která byla poskytnuta Vašemu blízkému? Napište prosím stručně konkrétní možnost.

Zjištění:

K této otázce se vyjadřuje celkem 34 respondentů, což představuje 38% z těch, kteří se v otázce č. 14 vyslovuje, že se setkali se situací, kdy bylo třeba pečovat o nevyléčitelně nemocného pacienta v závěrečné fázi života. Nejčastěji (30% odpovědí) označovaná oblast, ve které respondenti pocítují potřebu zlepšení, je oblast spirituálních potřeb pacientů. S tím úzce souvisí i druhá nejčastější (12%) odpověď – umožnění rodinným příslušníkům kdykoliv navštívit nemocného, případně s ním pobývat v zařízení, které o něj pečuje. Stejný počet respondentů (12%) vyslovuje názor, že je třeba zlepšit péči a přístup k pacientům ze strany zdravotnického personálu. 9% respondentů uvedlo, že je třeba zlepšit oblast financování péče. Zbývající respondenti uvádějí různé technické nedostatky týkající se péče o terminálně nemocné, zejména:

- nemožnost zapůjčení pomůcek potřebných pro péči
- nedostatečnou kvalitu léků
- nedostatečnou informovanost rodinných příslušníků
- nedostupnost pečovatelské služby v obcích

2.2.7 Ověření předpokladů

Na základě výše uvedených výsledků dotazníkové akce lze konstatovat, že se ve většině potvrdily předpoklady uvedené v článku 2.2.5 bakalářské práce.

1P1 *Lze předpokládat, že lidé v nadpoloviční většině nevědí, co je hospic a hospicová péče.*

Tento předpoklad nebyl průzkumem potvrzen. Většina respondentů (77%) se vyjádřila, že se setkala s pojmem hospic a že ví, co to hospic je. Osobní zkušenosti a pohovory s některými respondenty vedou k domněnce, že v některých případech je představa o hospicích zkreslená a zjednodušená.

1P2 *Lze předpokládat, že lidé cítí potřebu existence hospice v Libereckém kraji.*

Tento předpoklad se potvrdil. 100% respondentů se vyjádřilo, že je potřebné, aby v Libereckém kraji existovalo zařízení poskytující hospicovou péči.

1P3 *Lze předpokládat, že minimálně 75% lidí zastává názor, že ve státním rozpočtu by se měly nalézt prostředky pro financování hospice.*

Rovněž tento předpoklad se zcela potvrdil. 99% respondentů se vyjádřilo, že je třeba nalézt ve státním rozpočtu prostředky na financování hospicové péče, a to i za cenu omezení investic do jiných oblastí.

1P4 *Lze předpokládat, že lidé cítí potřebu zlepšit úroveň péče o terminálně nemocné.*

Tento předpoklad byl průzkumem potvrzen. 78% respondentů uvedlo, že ve zdravotnických zařízeních nejsou vytvořeny důstojné podmínky pro poslední dny života terminálně nemocných a mnoho respondentů se vyjádřilo, že je třeba zlepšit různé oblasti péče o terminálně nemocné.

1P5 *Lze předpokládat, že lidé nejsou schopni poskytovat kvalitní péči terminálně nemocným bez cizí pomoci.*

Tento předpoklad byl průzkumem v podstatě potvrzen. 86% respondentů uvádí, že rodina není schopna bez finanční podpory státu vytvořit terminálně nemocným

pacientům důstojné podmínky. V rámci posouzení osobních schopností se 53% respondentů vyjádřilo, že se domnívají, že nejsou schopni poskytnout dostatečnou péči vážně nemocnému členu rodiny.

2.2.8 Shrnutí výsledků dotazníkové akce

Cílů dotazníkové akce bylo dosaženo. Prostřednictvím sumarizace odpovědí respondentů byla získána stanoviska ve všech vytýčených oblastech.

Na základě analýzy odpovědí respondentů na jednotlivé otázky dotazníku lze konstatovat:

- většina respondentů (58%) se někdy zabývala problematikou umírání,
- většina respondentů (77%) má bezprostřední zkušenost s úmrtím někoho blízkého,
- většina respondentů (77%) ví, co je hospic,
- většina respondentů (64%) považuje za nejlepší z pohledu pacienta domácí formu hospicové péče,
- většina respondentů (69%) zastává názor, že z pohledu rodiny pečující o terminálně nemocného je vhodné, aby péči o něho převzalo zcela nebo z části vhodné zařízení,
- většina respondentů (64%) se domnívá (nebo ví) že v České republice existuje zařízení poskytující hospicovou péči,
- většina respondentů (65%) neví, existuje-li v Libereckém kraji hospicové zařízení,
- 100% respondentů považuje za potřebnou existenci hospicového zařízení v Libereckém kraji,
- 99% respondentů je přesvědčeno, že je potřeba nalézt ve státním rozpočtu prostředky na financování hospicových zařízení, a to i za cenu omezení investic do jiných oblastí,
- 88% respondentů odhaduje, že počet ročně umírajících pacientů s onkologickým onemocněním je nižší, než je skutečnost,
- 78% respondentů se domnívá, že v nemocničním prostředí nejsou vytvořeny důstojné podmínky pro poslední dny života terminálně nemocných,
- 86% respondentů zastává názor, že rodina není schopna vytvořit důstojné podmínky terminálně nemocným pacientům bez finanční podpory státu,
- 53% respondentů je přesvědčeno, že nejsou schopni poskytnout dostatečnou péči v případě onemocnění někoho z rodiny,
- 55% respondentů se ve své rodině nebo blízkém okolí setkala se situací, kdy bylo třeba pečovat o nevléčitelně nemocného v terminálním stavu onemocnění,
- nejčastěji uváděnou formou péče o terminálně nemocné je péče zdravotnického zařízení,
- 51% respondentů je spokojeno s péčí, která byla poskytnuta terminálně nemocným, blízkým respondentů,

- nejčastěji uváděný nedostatek péče o terminálně nemocné je nedostatečná péče z pohledu spirituálních potřeb pacientů.

2.2.9 Závěr z dotazníkové akce

Na základě odpovědí pozorovaného vzorku lze konstatovat,

- že je třeba v Libereckém kraji zlepšit kvalitu péče o terminálně nemocné a zajistit její všestrannost,
- že je povědomost o hospicové péči a existenci hospiců v České republice, avšak není ve věci existence hospice v Libereckém kraji,
- že je potřeba, aby v Libereckém kraji existovalo zařízení poskytující hospicovou péči, a aby se na jeho financování našly prostředky ve státním rozpočtu,
- že rodinní příslušníci terminálně nemocných postrádají ve stávajícím stavu péče o terminálně nemocné to, co by jim mohlo poskytnout lůžkové hospicové zařízení.

2.3 OVĚŘENÍ TEORETICKÝCH POZNATKŮ V PRAXI

2.3.1 Dílčí cíle ověření teoretických poznatků v praxi

Dílčím cílem této části bakalářské práce bylo:

- prakticky ověřit, zda lůžkový hospic skutečně plní všechny funkce v souladu s filozofií hospicového hnutí,
- prakticky ověřit skutečnou situaci ve financování lůžkového hospice,
- získat informace odborníků v oblasti hospicové péče tak, aby bylo možné si vytvořit vlastní názor na skutečný stav péče o terminálně nemocné pacienty.

2.3.2 Metody a zdroje ověření teoretických poznatků v praxi

Pro dosažení výše uvedených cílů bylo provedeno pozorování a rozhovory s odborníky v oblasti hospicové péče.

Za nejpřínosnější pro zpracování bakalářské práce i pro pochopení předmětné problematiky lze označit následující zdroje informací:

- stáž v Hospici sv. Štěpána v Litoměřicích a rozhovor s jeho ředitelem panem Pavlem Česalem,
- účast na přednášce MUDr. Svatošové „Hospic a umění doprovázet“ v Jablonci nad Nisou,
- účast na semináři „5. Den hospice“ v Litoměřicích,

- rozhovor s MUDr. Jitkou Čulíkovou – předsedkyní Občanského sdružení pro zřízení Hospice v Jablonci nad Nisou,
- rozhovor s Jiřím Benediktem – krajským zdravotním radou a vedoucím odboru zdravotnictví Libereckého kraje,
- rozhovor s Monikou Jankechovou – zástupkyní Asociácie hospicovej a paliatívnej starostlivosti na Slovensku,
- návštěva Hospice Milosrdných sestier v Trenčíně.

2.3.3 Stanovení předpokladů pro ověření teoretických poznatků v praxi

Pro tuto část bakalářské práce byly přijaty následující dílčí předpoklady:

- **2P1** Lze předpokládat, že lůžkový hospic plní všechny funkce v souladu s filozofií hospicového hnutí.
- **2P2** Lze předpokládat, že financování hospicové péče je problematické.

2.3.4 Získaná data a jejich interpretace

2.3.4.1 Stáž v Hospici sv. Štěpána v Litoměřicích

Stáž v Hospici sv. Štěpána v Litoměřicích probíhala formou týdenního pobytu ve dnech 12. až 16. listopadu 2005 (viz Příloha č. 3 – Potvrzení o stáži), kdy v zařízení bylo obsazeno 22 lůžek. Stáži předcházel odborný seminář 5. Den hospice (viz Příloha č. 4 – Potvrzení o účasti na odborném semináři 5. Den hospice). V rámci stáže byl pozorován personál zařízení, pacienti, jejich rodinní příslušníci, lidé přicházející do hospice v souvislosti s jeho provozem i občané žijící v okolí hospice. Na základě těchto pozorování je možno formulovat následující zjištění:

- zdravotní péče věnovaná pacientům je na vysoké profesní úrovni a je důsledně dbáno na úlevu od bolesti,
- dostatečný počet pečujících (personálu, dobrovolníků, rodinných příslušníků) umožňuje individuální přístup a v případě potřeby prakticky nepřetržitou péči o pacienty,
- uspořádání hospice dává pacientům a jejich rodinným příslušníkům dostatečné soukromí a umožňuje odpočinek pro blízké pacientů, kteří s nimi v hospici pobývají,
- v podkroví hospice je umožněno ubytování pro stážisty a dobrovolníky,
- vstřícný a přátelský vztah pečujících k pacientům vytváří klidné a příjemné prostředí,
- provoz hospice neruší pacienty, kteří odpočívají,
- denní režim je přizpůsobován individuálním potřebám jednotlivých pacientů,

- duchovní péče je zajišťována pravidelnými bohoslužbami, možností zajištění duchovního kterékoliv církve a nepřetržitou přístupností Kaple sv. Štěpána,
- sociální péče je poskytována prostřednictvím sociálních pracovníků, které jsou v hospici přítomny dvakrát v týdnu, a zajišťují i další akce při různých příležitostech,
- rodinnými příslušníky je ve většině případů využívána možnost pobývat v hospici s nemocným, případně jej navštěvovat v kteroukoliv denní i noční dobu, a v jejich chování k personálu se ve většině případů odráží vděk za péči věnovanou jejich blízkému,
- chování obslužného personálu je velmi slušné, což odpovídá charakteru zařízení a je odrazem jeho vysoké úrovně,
- v chování občanů, kteří se pohybovali v okolí hospice nebyla pozorována žádná negativní reakce související s hospicem,
- hospic nabízí zapůjčení pomůcek pro pacienty, o které se stará rodina v domácím prostředí (antidekubitní matrace, polohovací lůžka, chodítka, koncentrátoři kyslíku a jiné),
- jednou za měsíc se koná pravidelná supervize zaměstnanců hospice (prevence syndromu vyhoření),
- klid a vyrovnanost umírajících pacientů je odrazem kvalitní a všestranné péče.

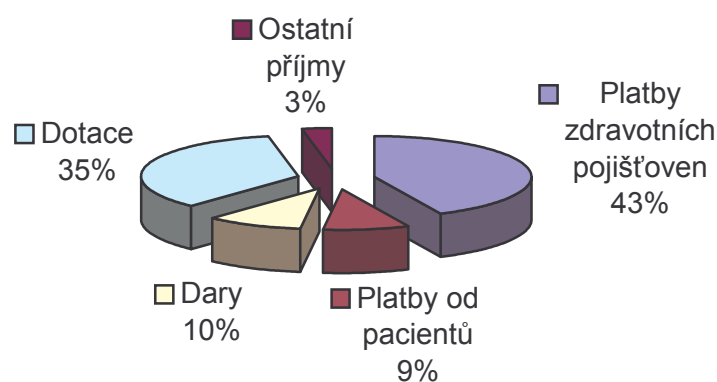
2.3.4.2 Financování lůžkového hospice

Pro vytvoření názoru na situaci ve financování provozu hospice byl využit příklad, který lze považovat za typický v České republice. Je jím rozložení příjmů vyrovnaného rozpočtu Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích, jak bylo zveřejněno ve výroční zprávě za rok 2004. Náklady na jedno lůžko a jeden den v tomto roce zde činily 2 194,-Kč.

Rozložení příjmů:

Platby zdravotních pojišťoven	7 096 173, -
Platby od pacientů	1 439 354, -
Dary	1 719 967, -
Dotace	5 733 798, -
Ostatní příjmy	571 226, -
Příjmy celkem	16 560 518, -

Rozložení příjmů vyrovnaného rozpočtu Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích



Z uvedeného vyplývá, že platby zdravotních pojišťoven a platby pacientů pokryly pouze 52% skutečných nákladů předmětného zařízení. Zbývající část nákladů byla hrazena z dotací, darů a ostatních příjmů, tj. ze zdrojů, které lze považovat za nejisté. Před majiteli a provozovateli předmětných zařízení z tohoto důvodu každoročně stojí nelehký úkol – získání prostředků na dofinancování rozpočtu.

Složitá situace v této oblasti byla potvrzena všemi osobami, se kterými byl veden rozhovor.

2.3.4.3 Rozhovory s odborníky

Na základě rozhovorů s odborníky, kteří jsou uvedeni v kapitole 2.3.2, lze konstatovat:

- Úroveň péče o terminálně nemocné v zdravotnických zařízeních není na dostatečné úrovni a je zaměřena pouze na biologické potřeby nemocných.
- Jsou zanedbávány psychologické, sociální a spirituální potřeby pacientů a jejich rodinných příslušníků.
- Hospicová péče je pro většinu pacientů v Libereckém kraji nedostupná.
- Ambulance paliativní péče v Jablonci nad Nisou má jen velmi omezené možnosti pro svou činnost a je pacienty a jejich rodinnými příslušníky využívána jen zřídka. Mobilní tým obsahuje pouze lékaře, který je nucen zastávat současně roli ošetřovatele, psychologa, sociálního pracovníka a duchovního. Fungování ambulance je postaveno na osobní aktivitě lékaře této ambulance.
- Kvalita péče ve stávajících zařízeních hospicové péče je vysoká.

- Problémem hospicové péče je její financování, které není dostatečně legislativně ošetřeno.
- Poskytování hospicové péče se neobejde bez práce dobrovolníků a bez osobní iniciativy propagátorů hospicového hnutí.

2.3.5 Ověření předpokladů

Na základě zjištění uvedených v kapitole 2.3.4 lze konstatovat, že se potvrdily předpoklady uvedené v kapitole 2.3.3 bakalářské práce.

2P1 *Lze předpokládat, že lůžkový hospic plní všechny funkce v souladu s filozofií hospicového hnutí.*

Uvedený předpoklad se v případě Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích potvrdil. Zařízení pokrývá potřeby terminálně nemocných ve všech oblastech a kvalita péče je na vysoké úrovni. S ohledem na specifické podmínky jednotlivých hospiců nelze tento závěr zobecnit. Jako problematická může být otázka klidu a soukromí v případě hospiců s dvoulůžkovými pokoji (viz Příloha č. 5 – Fotografie z Hospice Milosrdných sester v Trenčíně).

2P2 *Lze předpokládat, že financování hospicové péče je problematické.*

Uvedený předpoklad se v případě Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích potvrdil a s ohledem na obecnou platnost předpisů, na základě kterých je hospicová péče hrazena, lze usuzovat, že situace bude s malými odchylkami obdobná ve všech hospicích. Předpoklad potvrzují i sdělení jednotlivých osob, se kterými byl veden rozhovor.

2.3.6 Zhodnocení ověření teoretických poznatků v praxi

Cílů stanovených pro tuto část bakalářské práce bylo dosaženo. Přestože z časových a dalších důvodů nebylo možné uskutečnit stáže nebo návštěvy více hospiců tak, aby v otázce pokrytí potřeb terminálně nemocných bylo možno přijmout obecnější závěr, byla získaná poznání velkým přínosem nejen pro zpracování této práce, ale mají neocenitelnou hodnotu z pohledu obohacení zpracovatele životními zkušenostmi. V souvislosti s rozhovory s odborníky je nutné ocenit zejména osobní obětavost, lidskost a hlubokou znalost problematiky, které bylo možno pozorovat ve všech případech a díky nimž se hospicová péče v České republice postupně rozšiřuje.

2.3.7 Závěr z ověření teoretických poznatků v praxi

Praktickým ověřením bylo zjištěno:

- úroveň péče o terminálně nemocné v Libereckém kraji není na dostatečné úrovni, zejména v oblasti péče o jejich psychologické, sociální a spirituální potřeby,
- péče lůžkového hospice je pro pacienty z Libereckého kraje prakticky nedostupná,
- kvalita péče Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích je vysoká a plní všechny funkce v souladu s filozofií hospicového hnutí,
- problémem hospicové péče v České republice je její financování, které není dostatečně legislativně ošetřeno.

2.4 REFERENDUM V JABLONCI NAD NISOU

2.4.1 Výsledky referenda

Iniciátorem konání místního referenda ve věci realizace lůžkového hospice bylo Občanské sdružení pro zbudování Hospice v Jablonci nad Nisou. Podporu konání referenda vyslovalo celkem 7 447 osob, z toho 6 627 občanů Jablonce nad Nisou. Vzhledem k tomu, že tento počet představuje více než 10% oprávněných osob, vyhlásilo Zastupitelstvo města Jablonce nad Nisou místní referendum dle zákona č. 22/2004 Sb. Termín konání byl stanoven na 2. října 2004. Otázka, o které lidé v referendu rozhodovali, zněla:

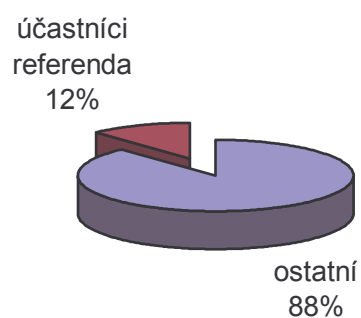
„Souhlasíte s realizací Hospice v bývalé dětské nemocnici v Bezručově ulici za podmínky aktivní i finanční podpory města Jablonce nad Nisou?“

Výsledky referenda:¹⁸

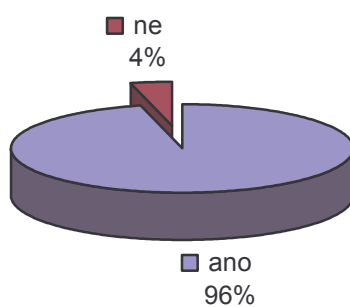
- Počet oprávněných osob: 36 376
- Počet oprávněných osob, kterým byly vydány hlasovací lístky a úřední obálky: 4 408
- Účast vyjádřená v % vzhledem k počtu oprávněných osob: 12,12 %
- Počet odevzdaných úředních obálek: 4 406
- Platné hlasy ANO: 4 126
- Platné hlasy NE: 166

¹⁸ <http://www.mestojablonec.cz>

Účast na referendu



Výsledek referenda



Souhlasné stanovisko k realizaci hospice tedy vyjádřilo 96 % z účastníků referenda, kteří odevzdali platný hlas. Z důvodu nízké účasti oprávněných osob na referendu (nižší než 50%) však není jeho výsledek pro zastupitelstvo závazný.

2.4.2 Zhodnocení výsledků referenda v Jablonci nad Nisou

S ohledem na výsledky dotazníkové akce provedené v rámci bakalářské práce lze tento výsledek označit za očekávatelný a v souladu s obecnými fakty uvedenými v první části této práce. Malá účast je:

- odrazem celkového stavu společnosti v České republice – odrazem současného životního stylu, hodnotového žebříčku a vztahu občanů k věcem veřejným,
- odrazem malé povědomosti veřejnosti o počtech umírajících – potenciálních pacientů hospicových zařízení, která může vést k nedocení dané problematiky,
- projevem tabu tématu smrti a umírání.

Lze se rovněž domnívat, že nízká účast oprávněných osob může být i důsledkem volby termínu – odděleně od voleb do zastupitelstva kraje.

Skutečnost, že naprostá většina odevzdaných hlasů byla pro realizaci hospice s aktivní i finanční podporou města, je s velkou pravděpodobností projevem skladby účastníků referenda, tj. že se referenda zúčastnili lidé s povědomostí v dané oblasti.

Jeho důsledek – odklad budování hospice v Libereckém kraji je však v rozporu s výsledkem dotazníkové akce, kde se naprostá většina respondentů vyjádřila, že existence hospice v Libereckém kraji je potřebná.

2.5 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ PRAKTICKÉ ČÁSTI

Realizací praktické části této práce bylo dosaženo cílů stanovených v kapitole 2.1. K jejich dosažení byly ve dvou ze tří dílčích částí stanoveny dílčí cíle, kterých bylo rovněž dosaženo a jejich zhodnocení je provedeno v kapitolách 2.2.8 a 2.3.6.

Praktickou část této bakalářské práce tvoří tři dílčí části:

- dotazníková akce,
- ověření teoretických poznatků v praxi,
- posouzení výsledků referenda ve věci realizace lůžkového hospice v Jablonci nad Nisou.

Dotazníkovou akcí bylo zjištěno:

- že je třeba v Libereckém kraji zlepšit kvalitu péče o terminálně nemocné a zajistit její všestrannost,
- že je povědomost o hospicové péči a existenci hospiců v České republice avšak není ve věci existence hospice v Libereckém kraji,
- že je potřeba, aby v Libereckém kraji existovalo zařízení poskytující hospicovou péči, a aby se na jeho financování našly prostředky ve státním rozpočtu,
- že rodinní příslušníci terminálně nemocných postrádají ve stávajícím stavu péče o terminálně nemocné to, co by jim mohlo poskytnout lůžkové hospicové zařízení.

Praktickým ověřením bylo zjištěno:

- úroveň péče o terminálně nemocné v Libereckém kraji není na dostatečné úrovni, zejména v oblasti péče o jejich psychologické, sociální a spirituální potřeby,
- péče lůžkového hospice je pro pacienty z Libereckého kraje prakticky nedostupná,
- kvalita péče Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích je vysoká a plní všechny funkce v souladu s filozofií hospicového hnutí,
- problémem hospicové péče v České republice je její financování, které není dostatečně legislativně ošetřeno.

Posouzením výsledků referenda v Jablonci nad Nisou a jeho důsledků bylo zjištěno:

- 96% účastníků referenda souhlasí s realizací hospice v bývalé dětské nemocnici v Bezručově ulici za podmínky aktivní i finanční podpory města Jablonce nad Nisou,
- z důvodu nízké účasti oprávněných osob na referendu není jeho výsledek pro zastupitelstvo závazný,
- důsledkem výsledků referenda v Jablonci nad Nisou je odklad realizace lůžkového hospice v Libereckém kraji.

3 ZÁVĚR

Na základě zjištění uvedených v teoretické části a na základě výsledků průzkumu provedeného v rámci zpracování praktické části bakalářské práce lze konstatovat, že stávající úroveň péče o terminálně nemocné v Libereckém kraji není dostačující. Lůžkové zařízení pro poskytování paliativní péče zcela chybí a současná podoba ambulantní péče v Jablonci nad Nisou je nevyhovující. Zdravotnická zařízení, ve kterých předmětná skupina pacientů většinou pobývá, jsou schopna poskytnout dobrou úroveň zdravotní péče. Všechny ostatní potřeby pacientů a jejich blízkých, tj. potřeby psychologické, sociální, spirituální, jsou opomíjeny a stávající zařízení je z různých objektivních důvodů nemohou uspokojit.

4 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ (DOPORUČENÍ)

S ohledem na výše uvedené závěry lze formulovat následující doporučení:

- vybudovat v Libereckém kraji lůžkový hospic,
- vytvořit mobilní tým paliativní péče, který svým personálním obsazením zajistí všestrannou péči terminálně nemocným a jejich rodinným příslušníkům,
- zajistit technické podmínky pro poskytování domácí hospicové péče, tj. zajistit možnost zapůjčení pomůcek a zajistit poskytování péče mobilním týmem ve všech místech kraje,
- vytvořit legislativní podmínky pro poskytování hospicové péče a pro její financování,
- vytvořit legislativní podmínky pro financování domácí péče o terminálně nemocné pacienty poskytované jejich rodinnými příslušníky nebo osobami blízkými.

5 SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH ZDROJŮ

Monografie

KALVACH, Z. a kol. *Umírání a paliativní péče v ČR*. Praha: Cesta domů, 2004. 103 s. ISBN 80-239-2832-5.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. 107 s. ISBN 08-065-89.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1994. 94 s. ISBN 80-85495-33-3.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J, KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995. 93 s. ISBN 80-85495-43-0.

KÜBLER-ROSS, E. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov: Arica, 1994. 148 s. ISBN 80-85878-12-7.

MOŽNÝ, I. *Moderní rodina: Mýty a skutečnosti*. 1. vyd. Brno: Blok, 1990. 184 s. ISBN 80-7029-018-8.

PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku: jak pomáhat v těžkých chvílích*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1996. 199 s. ISBN 7021-152-0.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. dopl. vyd. Praha: Ecce homo, 2003. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem*. Praha: Ecce homo, 1998. 148 s. ISBN 80-902049-1-0.

Články v novinách, periodikách

ČERY, J. Dom pokoja a nadeje. *INFO*, 2005, roč. VII, č. 16, s. 5.

SOVOVÁ, M. Umierajúci budú môcť dožiť svoj život naplno. *MY – TRENČIANSKE NOVINY*, 2005, roč. 46, č. 31, s. 1 – 2.

SVOBODOVÁ, K. Smutná smrt v Česku. *TÝDEN*, 2004, roč. 2004, č. 19, s. 28 – 30.

MAREK, M. Výroční zpráva 2004 – Hospic sv. Štěpána – Litoměřice, 2005, s. 27.

Právní předpisy

Zákon č. 1/2003 Sb., Ústava České republiky, v platném znění

Usnesení předsednictva České národní rady č. 2/2003 Sb., o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součásti ústavního pořádku České Republiky
LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD

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

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

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění

Zákon č. 22/2004 Sb., o místním referendu a o změně některých zákonů

Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění.

Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, v platném znění

Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 493/2005 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

Elektronické zdroje informací

BLAŽEK, P. *Vyhledávací studie pro umístění hospice pro Liberecký kraj* [CD-ROM]. 2006.

FILEC, V. *Úloha ministerstva zdravotnictví při vzniku hospicových zařízení v České republice* [online]. 2004. <<http://www.hospice.cz/hospice1/data/piestany.rtf>>

FILEC, V. *Služby paliativní péče v systému zdravotní péče v České republice* [CD-ROM]. 2004. (Prezentace Odboru zdravotně sociální péče Ministerstva zdravotnictví České republiky)

HOSPICOVÉ OBČANSKÉ SDRUŽENÍ CESTA DOMŮ. *O organizaci paliativní péče*
Doporučení Rec (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům [online]. 2004.
<<http://www.umirani.cz/res/data/001/000176.pdf>>

KAPITÁNOVÁ, V. *Pravidla pro hospice? Chybí* [online]. 2006.
<<http://www.umirani.cz/index.php?lang=cs&cmd=page&id=8&item=260>>

SLÁMA, O. a kol. *Umírání a paliativní péče v České republice (situace, reflexe, vyhlídky)* [online]. 2004. <<http://www.hospice.cz/hospice1/data/umirani.pdf>>

6 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Pozvánka na přednášku „HOSPIC A UMĚNÍ DOPROVÁZET“ (viz text – str. 21)

Příloha č. 2: Dotazník (viz text – str. 39)

Příloha č. 3: Potvrzení o stáži v Hospici sv. Štěpána v Litoměřicích (viz text – str. 63)

Příloha č. 4: Potvrzení o účasti na odborném semináři 5. Den hospice (viz text – str. 63)

Příloha č. 5: Fotografie z otevření Hospice Milosrdných sester v Trenčíně (viz text – str. 66)

Srdčně Vás zveme na přednášku

MUDr. MARIE SVATOŠOVÉ

zakladatelka hospicového hnutí v ČR
autorka řady knih: Až k prolítí krve, O naději...

„HOSPIC A UMĚNÍ DOPROVÁZET“

která se koná

ve středu 30.11.2005 v 18.00 hod.

ve Farním sboru Českobratrské církve evangelické v Jablonci n.N.

Pod Baštou 10

NEZAVÍREJME OČI PŘED SKUTEČNOSTI

Informace: Tel: 721 667 754 nadeje.havlickova@seznam.cz

Příloha č. 2: Dotazník

Dotazník

Dobrý den,

věnujte prosím několik minut svého času k vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je součástí závěrečné bakalářské práce na téma Hospicová péče v Libereckém kraji. Bude sloužit k analýze názorů veřejnosti na toto téma.

Dotazník prosím vyplňujte čitelně, křížkem do odpovídající kolonky.

Vyplnění je zcela anonymní a dobrovolné.

Předem děkuji za Vaši spolupráci, které si upřímně vážím.

Jitka Štichová

studentka 3. ročníku TU Liberec

1. Tento dotazník se týká problematiky péče o umírající. Zabýval(a) jste se někdy problematikou umírání?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ snažím se této problematice vyhnout

2. Máte bezprostřední osobní zkušenost s úmrtím někoho z rodiny či okruhu přátel?

- ☐ ano
- ☐ ne

3. Setkal(a) jste se někdy s pojmem hospic?

- ☐ ano, vím, co to je
- ☐ ano, ale nejsem si jist(a), co to je
- ☐ ne

V případě, že ne, následuje vysvětlení:

Hospic je specializované zařízení, poskytující péči zaměřenou na úlevu od bolesti v případech, kdy byly vyčerpány všechny ostatní možnosti léčby. Je určen pro nevyléčitelně nemocné v závěrečné fázi života, kdy do jejich smrti zbývají hodiny, maximálně několik dnů.

4. Hospicová péče může mít podobu domácí péče, stacionářů (denní pobyty) nebo lůžkové péče. Kterou z nich považujete za nejlepší z pohledu nemocného?

- ☐ domácí hospicová péče
- ☐ stacionáře (denní pobyty)
- ☐ lůžková hospicová péče

5. Jaká z těchto forem hospicové péče je podle Vašeho názoru nejlepší pro rodinu, která pečuje o nemocného?

- ☐ domácí hospicová péče
- ☐ stacionáře (denní pobyty)
- ☐ lůžková hospicová péče

6. Existuje podle Vás takové zařízení v České republice?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

7. Myslíte, že existuje takové zařízení v Libereckém kraji?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

8. Bylo by podle Vás potřebné, aby takovéto zařízení v Libereckém kraji existovalo?

- ☐ rozhodně ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ rozhodně ne

9. Základním problémem při zřizování a provozování hospice jsou finance. Myslíte si, že by se na tyto účely ve státním rozpočtu měly nalézt prostředky i za cenu omezení investic do jiných oblastí?

- ☐ rozhodně ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ rozhodně ne

10. Přibližně 90 % klientů hospiců jsou pacienti s onkologickým onemocněním. Jaký je podle Vás přibližný počet zemřelých s touto diagnózou v Libereckém kraji za jeden rok? Odhadněte prosím, která z následujících variant je nejbližší skutečnosti.

- ☐ 500 až 1500
- ☐ 1501 až 2500
- ☐ 2501 a více

11. Myslíte si, že jsou v nemocničním prostředí pro tyto lidi vytvořeny důstojné podmínky pro poslední dny jejich života? (Důstojnými podmínkami myslíme zajištění tělesných, psychických, sociálních a spirituálních potřeb člověka)

- ☐ rozhodně ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ rozhodně ne

12. Myslíte si, že rodina je schopna tyto podmínky pro nemocného vytvořit a zajistit bez finanční podpory státu?

- ☐ rozhodně ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ rozhodně ne

13. Myslíte si, že Vy osobně jste schopen (schopna) poskytnout dostatečnou péči v případě vážného onemocnění někoho z Vaší rodiny?

- ☐ rozhodně ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ rozhodně ne

14. Setkal (a) jste se ve své rodině nebo ve svém blízkém okolí se situací, kdy bylo třeba pečovat o nevyléčitelně nemocného v závěrečné fázi života?

- ☐ ano
☐ ne

**15. Pokud ano, jak jste tuto situaci řešila(a)? (Zaškrtněte prosím, vše co platí).
Pokud ne, pokračujte prosím otázkou č. 18.**

- ☐ pečoval(a) jsem o nemocného doma sám(a)
☐ využíval(a) jsem domácí hospicové péče
☐ pečoval (a) jsem o nemocného doma spolu s pečovatelskou službou
☐ využíval(a) jsem stacionáře (denní pobyty)
☐ o nemocného pečovalo zdravotnické zařízení
☐ o nemocného pečoval hospic
☐ jiný způsob péče (uveďte prosím jak jste situaci řešil(a)):

16. Jste spokojen(a) s úrovní péče, která byla poskytnuta Vašemu blízkému?

- ☐ velmi spokojen(a)
☐ spíše spokojen(a)
☐ spíše nespokojen(a)
☐ velmi nespokojen(a)
☐ nemohu posoudit

**17. Co si myslíte, že by se dalo zlepšit v péči, která byla poskytnuta Vašemu blízkému?
Napište prosím stručně konkrétní možnost.**

.....
Dovolte mi ještě několik otázek týkajících se Vaší osoby, které budou využity pouze anonymně ve statistické podobě.

18. Jakého jste pohlaví?

- ☐ žena
☐ muž

19. Kolik je Vám let?

- ☐ 15÷25
☐ 26÷40
☐ 41÷60
☐ 61 a více

20. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- ☐ základní
☐ střední odborné (vyučen v oboru)
☐ úplné střední (maturita)
☐ vysokoškolské

21. Uveďte prosím, v jakém kraji a obci bydlíte:

Velice Vám děkuji za čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku!

Příloha č. 3: Potvrzení o stáži v Hospici sv. Štěpána v Litoměřicích



HOSPIC SV. ŠTĚPÁNA
RYBÁŘSKÉ NÁM. 662/4, 412 01 LITOMĚŘICE

Jitka Štichová
Hůlková 288
Liberec XXIII - Doubí
463 12 Liberec 25

váš dopis značky/ze dne

naše značka

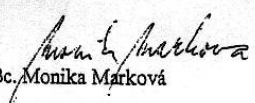
vyřizuje/linka
M. Marková

místo odeslání (datum)
Litoměřice 16.11.2005

Věc: Potvrzení o stáži

Potvrzuji, že paní Jitka Štichová absolvovala stáž v hospici sv. Štěpána v Litoměřicích ve dnech 12.11.2005 až 16.11.2005. Při této stáži byla seznámena se základy paliativní péče, a péče o terminálně nemocné a jejich blízké.

Děkujeme za čas, který nám věnovala


Bc. Monika Marková
vrchní sestra



POTVRZENÍ O ÚČASTI

Potvrzujeme, že

Jitka ŠTÍCHOVÁ

se zúčastnil/a odborného semináře

5. Den hospice

(HOSPIC SV. ŠTĚPÁNA v Litoměřicích)

KTERÝ SE KONAL DNE 12. 11. 2005 v Litoměřicích

Program semináře:

Psychologické a spirituální aspekty péče o nevy léčitelně nemocné, MUDr. GOLDMANNOVÁ Marie, Praha

Pastorační péče jako součást paliativní péče, MUDr. OPATRná Marie, Praha

Psychické aspekty terminální péče o geriatrické pacienty, MUDr. KALVACH Zdeněk, Praha

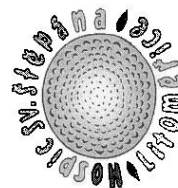
Význam smíření v terminální fázi onemocnění u mladistvých, Mgr. VÍTOVÁ Jana, Praha

Psychologické aspekty procesu smíření u nevy léčitelně nemocných, Prof. PaDr. KRIVOHLAVÝ Jaro, CSc., Praha

Prohlídka Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích

Seminář je hodnocen pro zdravotní sestry 3 kredity v systému celoživotního vzdělávání.


MUDr. Josef Malis
vedoucí lékař Hospice sv. Štěpána
a koordinátor akce




Bc. Monika Marková
vrchní sestra Hospice sv. Štěpána

Příloha č. 5: Fotografie z otevření Hospice Milosrdných sester v Trenčíně



