

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor (kombinace): Penitenciární péče

HOSPICOVÁ PÉČE HOSPICE PALLIATIVE CARE

Bakalářská práce: 09-FP-KSS-4083

Autor:

Blanka Wildtová

Podpis:

Adresa:

Lhota pod Liběňany 236

503 27 Lhota pod Liběňany

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Pejšimovská

Konzultant:

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
64	2	1	23	29	3 + 1 CD

V Liberci dne: 15.4. 2010

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNÁ - HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(pro bakalářský studijní program)

pro (kandidát): Blanka Wildtová

adresa: 503 27 Lhota pod Libanem 236

studijní obor Penitenciární péče
(kombinace):

Název BP: **Hospicová péče**

Název BP v angličtině: **Hospice Palliative Care**

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Pejímovská

Konzultant:

Termín odevzdání: 15. 4. 2010

Poznámka: Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování BP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Dekanátě Fakulty přírodovědné - humanitní a pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 20. 3. 2009

děkan

vedoucí katedry

Převzal (kandidát): _____

Datum: _____

Podpis: _____

Název BP: HOSPICOVÁ PÉČE

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Pejířimovská
Podpis:.....

Cíl: Předmětem bakalářské práce bude zkoumání současného stavu, obsahu, perspektivy a úrovně společenského vdomí občanů o hospicové péči v prostředí velkého města České republiky.

Požadavky: Studium odborné literatury a zdrojů.
Analýza statistických údajů.
Dotazník vlastní konstrukce.

Metody: Výzkumné šetření prováděné formou dotazníku vlastní konstrukce.
Studium a analýza statistických zdrojů a odborné literatury.

Literatura: MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. Národní centrum domácí péče, I – 695 260
SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, 4. vyd. Praha: Ecce Homo, 1999, ISBN 978-80-902049-2-9
KRÁTKÁ, D. *Hospic*, zdroj: Právo, příloha Magazín Práva, datum: 19961012, roč. 6, č. 240, ISSN: 1211-2119
VAICOVÁ, L. *Každý den je vzácný*, zdroj: Svobodné slovo, datum: 19940302, lokace: roč. 50, č. 51, ISSN: 0231-732x
HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání*, 1. vyd. Praha: Galén, 2000, ISBN 80-7262-034-7
JAKOUBKOVÁ, J. *Paliativní medicína*, 1. vyd. Praha: Galén, 1998, ISBN 80-8582-478-7
PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*, 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, ISBN 80-201-0076-8
PÍDALOVÁ, M. *Jak umíráme: Sociální práce*, Brno: Národní centrum pro rodinu, 1998, č. 1.
SVATOŠOVÁ, M., JIRMANOVÁ, M. *Hospic slovem i obrazem*, 1. vyd. Praha: Ecce Homo, 1998, ISBN 80-902049-1-0
ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*, 3. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005, ISBN 80-86249-36-9
VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, 1. vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-437-1

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.

Berou 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 vedoucí bakalářské práce.

V Liberci dne: 15. 04. 2010

Blanka Wildtová

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Jitce Pejšimovské za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Také bych ráda poděkovala řediteli Hospice Anežky České v červeném Kostelci Ing. Mgr. Miroslavu Wajsarovi za jeho čas věnovaný konzultaci se mnou v újnu ložského roku a samozřejmě všem respondentům za jejich ochotu účastnit se výzkumu, neboť bez nich by výzkumná část práce nemohla vzniknout. Děkuji všem, kteří mi v době psaní této práce jakkoliv pomohli a povzbudili mě.

Název bakalářské práce:	Hospicová péče
Název bakalářské práce:	Hospice Palliative Care
Jméno a příjmení autora:	Blanka Wildtová
Akademický rok odevzdání bakalářské práce:	2009 / 2010
Vedoucí bakalářské práce:	Mgr. Jitka Pejímovská

Resumé:

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku hospicové péče. Jejím cílem bylo zjištění, jakou úroveň povědomí o hospicové péči má veřejnost v prostředí města Hradec Králové a jaké jsou nejčastější příčiny úmrtí klientů využívajících služeb hospicové péče Hospicu Anežky České v červeném Kostelci.

Teoretická část bakalářské práce se zabývala nejen historií a současným stavem hospicové péče v České republice, ale také popisovala její poslání, základní pojmosloví a její úlohu v oblasti poskytovaných sociálních služeb.

Praktická část bakalářské práce se pak zabývá analýzou dat získaných prostřednictvím dotazníkového šetření u 120 oslovených respondentů o povědomí o hospicové péči z předem definovaných skupin, a to z pohledu laické veřejnosti, osob se zdravotnickým vzděláním a osob z řad příslušníků bezpečnostního sboru. V rámci výzkumu byly stanoveny předpoklady, jejichž záměrem bylo stanovit a vymezit reálné povědomí obyvatelstva o podstatě a smyslu sociální práce v oblasti hospicové péče a ověřit nejčastější důvody využívání služeb hospicové péče.

Výsledky provedeného šetření poukázaly na skutečnost, že povědomí veřejnosti o hospicové péči je i v prostředí velkého města a i blízkosti hospicového zařízení na značně nízké úrovni. Vzhledem k výsledku šetření byly stanoveny možné příčiny podílející se na zjištěném stavu a byla navržena určitá řešení spočívající ve větší angažovanosti obyvatelstva, odborného personálu, ale i státních institucí, nutných pro pochopení významu hospicové péče pro celou společnost.

Klíčová slova:

hospic, hospicová péče, paliativní medicína, sociální pracovník, rodina, smrt, umírání, doprovázení, důstojnost, respitní péče, pacient, potřeby

Summary:

The Bachelor Work focused on the issue of hospice care. The objective was to find out what was the public awareness level of the hospice care in the environment of the town of Hradec Králové, and what were the most frequent cases of deaths of the clients utilising the services of the Anežka • eská Hospice in • ervený Kostelec.

The theoretical section of the Bachelor Work dealt not only with the history and contemporary situation of the hospice care in the Czech Republic, but also described its mission, basic terminology and its role in the area of the social services provided.

The practical part of the Bachelor Work then deals with analysis of data obtained by means of a survey questionnaire of 120 addressed informants about the awareness of the hospice care of the predefined groups, in view of laic public, people with medical education and people employed with a security service. The survey defined assumptions, the intention of which was to determine and define realistic awareness of the citizens about the substance and meaning of social work in the area of hospice care, and verify the most frequent reasons for hospice care utilisation.

The results of the conducted study pointed at the fact that the laic public's awareness of the hospice care is at a considerably low level, even in the neighbourhood of a hospice facility. Considering the result of the survey, potential causes were defined that participate in the revealed situation, and certain solutions were proposed which anticipate higher involvement of the population, specialised staff and also state institutions, necessary to understand, what the hospice care means for the entire society.

Key words:

hospice, hospice care, palliative medicine, social worker, family, death, dying, accompanying, dignity, respite care, patient, needs.

Zusammenfassung:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit der Problematik der Hospizpflege. Ihr Ziel war die Feststellung, welches Niveau der Kenntnisstand der Öffentlichkeit über die Hospizpflege im Umfeld der Stadt Hradec Králové hat und welche die häufigsten Todesursachen bei Klienten sind, die die Leistungen des Anežka-• eská-Hospizes in • ervený Kostelec nutzen.

Der theoretische Teil der Bachelorarbeit befasst sich nicht nur mit der Geschichte und der aktuellen Situation der Hospizpflege in der Tschechischen Republik, sondern er beschreibt auch ihre Berufung, die grundlegende Terminologie und ihre Aufgabe auf dem Gebiet der erbrachten Sozialleistungen.

Der praktische Teil der Bachelorarbeit beschäftigt sich dann mit der Analyse der Daten, die mittels einer Fragenbogenerhebung unter 120 Befragten aus im Voraus definierten Gruppen zum Thema „Kenntnis über Hospizpflege“ ermittelt wurden, und dies aus Sicht der Laienöffentlichkeit, von Personen mit medizinischer Ausbildung sowie Angehörigen von Sicherheitskorps. Im Rahmen der Untersuchung wurden Voraussetzungen festgelegt, deren Absicht es war, die reale Kenntnis der Bevölkerung über das Wesen und den Sinn der Sozialarbeit auf dem Gebiet der Hospizpflege festzulegen und abzugrenzen, und die häufigsten Gründe zur Inanspruchnahme der Hospizpflege zu prüfen.

Die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung weisen auf die Tatsache hin, dass der Kenntnisstand der Öffentlichkeit über die Hospizpflege auch im Umfeld einer großen Stadt und in der Nähe einer Hospizeinrichtung auf einem sehr niedrigen Niveau ist. Angesichts des Untersuchungsergebnisses wurden mögliche Ursachen des ermittelten Zustandes festgelegt und bestimmte Lösungen vorgeschlagen, die für das Begreifen der Bedeutung der Hospizpflege für die gesamte Gesellschaft erforderlich sind und in einem größeren Engagement der Bevölkerung, des Fachpersonals, aber auch der staatlichen Organe bestehen.

Schlüsselwörter:

Hospiz, Hospizpflege, Palliativmedizin, Sozialarbeiter, Familie, Tod, Sterben, Begleiten, Würde, Entlastungsbetreuung, Patient, Bedürfnisse

1 Úvod	10
2 Hospicová péče.....	11
2.1 Historické kořeny	15
2.2 Historie hospicové péče v České Republice	16
2.3 Současná podoba hospicové péče	18
2.4 Nejbližší vývoj hospicového péče v České republice.....	20
2.5 Hospic sv. Anežky České v červeném Kostelci.....	21
2.5.1. Popis zařízení	21
2.5.2 Spektrum poskytovaných služeb.....	22
2.5.3 Personální obsazení hospice.....	23
2.6 Ostatní hospice v ČR.....	23
2.6.1 Ostatní	25
2.6.2 Informační a diskusní portály.....	25
3 Popis a analýza hospicové péče	26
3.1 Cíle hospicové péče.....	26
3.2 Charakteristika bolesti.....	27
3.3 Charakteristika paliativní medicíny	28
3.3.1 Základní pojmy	30
3.4 Obecná charakteristika sociální práce.....	31
3.4.1 Sociální práce v paliativní medicíně	31
3.4.2 Sociální pracovník v hospici	32
4 Shrnutí teoretické části	34
5 Praktická část	35
5.1 Použité metody	35
6 Stanovení výzkumných předpokladů	36
7 Popis terénu sociálního šetření a výzkumného vzorku respondentů	36
7.1 Popis terénu sociálního šetření.....	36
7.2 Popis výzkumného vzorku	37
8 Analýza dat dotazníkového šetření.....	39
8.1 Vyhodnocení dotazníku.....	40
8.2 Shrnutí výsledků při ověření předpokladu P1.....	47
9 Statistické údaje po tu klientů Hospicu Anežky České.....	49
9.1 Vyhodnocení statistických údajů	49
9.2 Ověření platnosti předpokladu P2 a P3	53
10 Návrh Na Opatření.....	53
11 Závěr.....	55
12 Seznam použitých zdrojů	57
13 Přílohová část.....	59
Příloha č. 1	59
Příloha č. 2.....	61
Příloha č. 3.....	64

1 ÚVOD

Každý člověk se dříve nebo později setká s umíráním. Smrt je nevyhnutelným ukončením života. Náš vztah ke smrti a umírání se v průběhu dějin změnil. Dříve se umíralo více doma a díky nedostatečné lékařské péči byla vyšší úmrtnost než v dnešní době. Nebylo domu, kde by člověk 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. V moderních společnostech obestírá smrt a umírání myšlenkově sociální tabu.

Smrt je velmi těžké lidské téma. Dahlke ve své knize píše: „Vyrovnání se člověka se smrtí je jeho prvořadým úkolem. Jen když se naučí zemít, může žít.“¹ V moderní přemyslové společnosti se to může zdát jako poměrně scestný úkol. Přesto se v posledním desetiletí lidstvo opět začíná o umírání a smrt zajímat. V této souvislosti se hovoří o důstojném odchodu ze života, o humanizaci smrti. Za tímto účelem vzniká hospicové hnutí.

Novodobé hospicové hnutí se od svého vzniku v 60. letech dvacátého století rozšířilo doslova po celém světě. Pokud bych chtěla porovnat světové hospicové hnutí a hospicové hnutí v naší republice, musela bych se zabývat každou zemí zvlášť. Proto jsem se zaměřila pouze na českou republiku.

Cílem bakalářské práce je zjištění, jakou úroveň povědomí o hospicové péči má veřejnost v prostředí města Hradec Králové a jaké jsou nejčastější příčiny úmrtí klientů využívajících služeb hospicové péče Hospicu Anežky české v červeném Kostelci.

Moje práce je určena především pracovníkům v pomáhajících profesích. Zejména pak sociálním pracovníkům, u kterých je nutné legitimizovat jejich postavení v multidisciplinárním týmu. Ale také ostatním pomáhajícím profesím - lékařům, zdravotním sestrám, psychologům, psychiatrům, duchovním i lidem, kteří mají o tuto problematiku zájem a chtějí získat více informací (tito lidé mohou pracovat na bázi dobrovolníků, kteří podle mne mohou vykonat mnoho užitečné a záslužné práce).

¹ DAHLKE, R. *Nemoc jako věc duše*. Praha: Pragma, 1998. s. 252.

2 HOSPICOVÁ PÉČE

Hospicová péče je dle názorů autorů zabývajících se touto problematikou a dle uvedených pramenů pojmána v rámci obecných principů podobně, rozdíly je možno identifikovat v komplexnosti vnímání potřeb umírajícího, například ve vztahu k jeho prostředí, sociálním vztahům a potřebám jeho blízkých.

Máme zhruba čtyři okruhy potřeb těžce nemocného člověka: biologické, psychologické, sociální a spirituální. Priorita potřeb se v průběhu nemoci mění.

Potřeby biologické: sem patří vše, co potřebuje nemocné tělo, přijímání potravy a co možno nejpřirozenějším způsobem se zbavit produktů vlastního metabolismu.

Potřeby psychické: sem patří především respektování lidské důstojnosti, a to naprosto nezávisle na stavu tělesné schránky.

Potřeby sociální: člověk je tvor společenský a nechce být izolován od okolního světa, stojí o návštěvy své rodiny a blízkých a nejen jich.

Potřeby spirituální: právě v průběhu vážné nemoci se člověk začne zabývat otázkami po smyslu života – vlastního života, potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a má potřebu i sám odpouštět. Jde o uspokojování potřeb věcí, pro nevěcí je tato potřeba komplikovanější.

Marie Svatošová, zakladatelka hospicového hnutí u nás, se pokusila o vymezení pojmu hospic: „*Hospic neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost.*“² Pacient v hospici ví, že:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- za všech okolností bude respektována jeho lidská důstojnost
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen

Po přečtení této pasáže by mohla některá čtenářka napadnout otázka, jež se týká se eutanázie.³ Postoj hospiců k eutanázii je však jednoznačný, „pomáhat v umírání ANO, pomáhat k smrti NE“, tak zní jedna ze zásad Hospice Anežky České a jeho zakladatelky Marie Svatošové.⁴ V podobném duchu se vyjadřuje i Jakoubková: „*V zemích, kde je hospicová péče na vysoké*

² VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. s. 449.

³ HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 147.

⁴ SVATOŠOVÁ, M., JIRMANOVÁ, M. *Hospic slovem i obrazem*. 1. vyd. Praha: Ecce Homo, 1998. s. 29.

úrovni, se stala otázka eutanázie *bezpečnou*.⁵ Hlavním důvodem je to, že moderní medicína ve většině případů dokáže úspěšně bojovat s bolestí. Podle Ondřeje Slámy⁶ z Fakultní nemocnice Brno neexistuje případ, kdy by bylo tlášení bolesti nezvladatelné. Ve srovnání se zahraničím je na tom podle jeho názoru Česká republika s léčením bolesti onkologických pacientů horší.⁷ Přesto se někteří nevyčleňtelní nemocní pacienti rozhodují pro dobrovolné a předčasné ukončení života či pro eutanázii.

Hospic je součástí širšího konceptu medicínské péče známé jako paliativní medicína. Jaká forma hospicové péče se v každé zemi vyvine, záleží na legislativě, způsobu financování zdravotní péče a v neposlední řadě i na smýšlení lidí, kteří o těchto věcech rozhodují.

Obecně se rozlišují tři základní formy hospicové péče:

Typy hospicové péče:

Domácí hospicová péče laická a odborná

Je zpravidla ideální, ale nemusí být dostatečná. Problém může být v rodinném zázemí, které buď chybí a nebo se za čas vyčerpá, důvody mohou být i jiné, třeba malý prostor, kde žije více generací pohromadě. Další problém může nastat i v odbornosti, například v místech, kde nejsou žádné speciálně vyškolené sestry pro hospicovou péči.

Domácí hospicová péče laická se poskytuje umírajícím všech věkových skupin a jejich psychosomatický a sociální stav nepotřebuje odbornou péči, služby či pomoc. Je určena pro umírající, jež mají takové sociální podmínky dovolující poskytnutí domácí hospicové péče laické bez ohrožení, či snížení kvality života umírajícího a jeho blízkých. Domácí hospicová péče laická je základním pilířem hospicové péče jako celku. Pomáhá umírajícímu, jeho rodině a blízkým překonávat společně nejtěžší úsek cesty lidským životem v prostředí osobním, důvěrným, blízkým a bezpečným. Domácí hospicová péče laická je poskytována tak zvaným pečovatелеm (člen rodiny, příbuzný, popřípadě dobrovolník). Součástí domácí hospicové péče laické je rodinná péče, péče a pomoc blízkých, sousedská výpomoc, péče dobrovolníků, cílená sociální a materiální pomoc státní správy a samosprávy.⁸

⁵ JAKOUBKOVÁ, J. et al. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha 5: Galén, 1998. s. 99.

⁶ MUDr. SLÁMA O.

⁷ SLÁMA, O. Někdy šel a myšlenek o péči o terminálně nemocné. [online] 2001-01-21.

⁸ MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající-hospicová péče*. Národní centrum domácí péče. s. 37.

Domáci hospicová péče odborná je integrovanou formou zdravotní, sociální a laické péče poskytovanou umírajícím v jejich vlastním sociálním prostředí. Dopluje, či nahrazuje domácí hospicovou péči laickou. Je určena umírajícím plně nebo částečně odkázaným na pomoci další osoby a rodiny, kteří mají takové sociální zázemí a podmínky, které dovolují poskytování domácí hospicové péče odborné bez jakéhokoli ohrožení, či snížení kvality života umírajícího a jeho rodiny. Domáci hospicová péče odborná je dostupná neustále, tzn. 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Domáci hospicovou péči odbornou poskytuje multidisciplinární tým složený podle aktuálních potřeb umírajícího, či jeho blízkých. Tým zahrnuje odborné pracovníky lékaře, sestry, rehabilitační pracovníky, sociálního pracovníka, psychologa, duchovního a odborně připravené dobrovolníky. Pomáhá umírajícímu, popřípadě jeho blízkým v rámci paliativní péče zmírňovat příznaky doprovázející umírání. U osamělých klientů nahrazuje prostřednictvím odborně připravených dobrovolníků rodinné příslušníky a blízké osoby. Domáci hospicová péče odborná je ordinována přímo ošetřujícím lékařem klienta, také odborným lékařem po hospitalizaci klienta. Rozsah ordinovaných intervencí je obměňován ošetřujícím lékařem klienta, podle aktuálního stavu klienta a jeho potřeb.⁹

Stacionární hospicová péče (semiambulantní nebo-li denní pobyty)

Pacient přichází ráno a večer se vrací domů, dopravu zajistí rodina a nebo hospic. Tato forma péče je vhodná pouze pro pacienty bydlící v místě a nebo z blízkého okolí. V různé fázi nemoci může být tato varianta nejvhodnější, a to z důvodů diagnostických, léčebných, psychologických a azylových.

Stacionární neboli semiambulantní hospicová péče je integrovanou formou zdravotní a sociální péče poskytovanou umírajícím v prostředí stacionáře, který určitou část dne nahrazuje jejich vlastní sociální prostředí. Rozšiřuje domácí hospicovou péči laickou o respirační prvky péče z následujících důvodů:

- aktuální časová indispozice rodinných příslušníků a blízkých
- obnovení psychických i fyzických sil rodinných příslušníků a blízkých pro další poskytování domácí hospicové péče laické a odborné
- nevhodnost vlastního sociálního prostředí klienta pro momentální poskytování hospicové domácí péče (například úpravy v bytě)

⁹ MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající-hospicová péče*. Národní centrum domácí péče. s. 36 – 39.

- náročnost odborné intervence vyžadující zvláštní personální a materiální technické vybavení

Je určena umírajícím klientům, kteří nemají takové sociální podmínky dovolující poskytování domácí hospicové péče laické a odborné v průběhu 24 hodin denně bez ohrožení nebo snížení kvality života umírajícího a jeho rodiny. Tato péče je také určena umírajícím, kteří z důvodu onemocnění vyžadují zvláštní léčebnou péči, která se nedá provést v rámci domácí nebo ambulantní hospicové péče.

Semiambulantní hospicová péče je obvykle zřizována při lůžkových typech hospicové péče. Je dostupná v rozsahu, který je určen potřebami umírajícího klienta. Je poskytována multidisciplinárním týmem. Tým zahrnuje odborné pracovníky lékaře, sestry, rehabilitační pracovníky, sociálního pracovníka, psychologa, duchovního a odborně připravené pečovatele. Pomáhá umírajícímu, popřípadě jeho blízkým v rámci paliativní péče zmírnit příznaky doprovázející umírání.¹⁰

Lůžková hospicová péče

Většina nemocných využívá hospice velmi účelně, nemusejí na tomto lůžku zemřít. Přicházejí na pobyty krátkodobé, ale opakované. Důraz je kladen na kvalitu života a pokud stav pacienta dovolí, nemusí pouze ležet, mohou se pohybovat po hospicu a svůj čas vyplnit dle svých přání.

Základním kritériem volby hospicové péče by měla být svobodná volba klienta – pacienta.
Oběcně uznávaná kritéria pro typ lůžkového zařízení, které se nazývá hospice:

Hospice jsou určeny těm nevyлéčitelně nemocným, u nichž jsou sociální podmínky takové, že očekávaná smrt by byla nedostojná událost. Přijetí nevyлéčitelně nemocného do hospicového programu je podmíněno jeho právoplatným informovaným souhlasem. Do hospicu jsou přijímáni pouze ti nevyлéčitelně nemocní, u nichž je smrt očekávána v časovém horizontu maximálně šesti měsíců. Režim hospice je orientován na zajištění psychické podpory, materiálního a sociálního komfortu umírajícím. Prioritou je zmírnit utrpení fyzické, psychické i sociální.

Lůžkové hospice jsou nepochybně vítaným, i když doplňkovým typem dalších forem péče určené umírajícím klientům a jejich rodinám. Hodně z toho co dnes aplikují moderní hospice,

¹⁰ MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající-hospicová péče*. Národní centrum domácí péče. s. 40 – 41.

kde je prioritou kvalita života umírajících klientů, aplikace systému otevřených dveří, kombinace domácí, semiambulantní, ambulantní a lůžkové péče by mělo být inspirací též pro další formy zdravotní a sociální péče.¹¹

2.1 Historické kořeny

Anglické slovo hospice znamená doslova útočiště, útulek. Již ve 4. století se tímto výrazem označovaly domy odpočinku pro poutníky. Myšlenka hospicové péče může být odvozena přímo od slova poutník. Poutníkem se dostávalo velké úcty, jelikož oni přinášeli do vesnic novinky z okolního světa a byli tedy jakýmsi pojítkem s ním. Jejich cesty představovaly konfrontaci s neznámým a jejich odvaha odrážela ducha dobrodružství. Poskytnout jim péči bylo etickým a sociálním závazkem.¹² Původ slova hospice je objasněn v mnohé literatuře. Vysvětluje, že latinské slovo hospes znamená prostě host. V pozdější klasické latině s křesťanským vlivem byl význam posunut a označovalo neznámého člověka pro hostitele. Cicero (žijící v době 106 - 43 př. K.) užívá hospes pro hostitele, který vítal a přijímal neočekávané návštěvníky. Ze slova hospes pochází přídavné jméno hospitalis, což znamená přátelský, slova se stejným kořenem užíváme dodnes, například pohostinnost, hospital, hotel. Na východě bylo řeckým ekvivalentem pro slovo hospitium slovo xenodochion. V překladu to znamená místo, kde byl přijímán cizí člověk. V řečtině xenos označuje hostitele a zároveň neznámého člověka. Domy pro poutníky byly označovány jako xenodochia, v západním světě jako hospitia. Byla to místa, kde se křesťané cvičili ve své lásce k bližním. V 7. nebo 8. století byl v Římě založen hospic pro poutníky k hrobu sv. Petra. Sloužil jednak k odpočinku a též k obnovení sil. Nazýval se Hospitium a toto označení si ponechal do reformace.¹³

Je důležité si povšimnout, že tyto hospice, tyto domy odpočinku nebyly domy pro umírající, nýbrž zastávkou pro poutníky, mohli se zde občerstvit, popípadě vyhojit rány a bolesti způsobené cestováním. Pomoc na pouti ke svatému místu neměla nic společného s pomocí jim do nebe. Původně péče nebyla zaměřena na nemocné a umírající, spíše to byla nutnost. Putování bylo mnohdy vysilující a mnozí poutníci je nepřežili. Následně došlo k posunu z péče výhradně o poutníky na péči o umírající.

Základním kamenem hospiců byla péče založená na bezpodmínečné akceptaci a zájmu o bližního bez ohledu na jeho zdraví, věk, majetek či náboženskou víru.¹⁴

¹¹ MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající-hospicová péče*. Národní centrum domácí péče. s. 41 – 42.

¹² MACKOVÁ, M. *Hospicové hnutí u nás a ve světě*. Diplomová práce-Ostravská univerzita, 2002. s. 18-20.

¹³ MACKOVÁ, M. *Hospicové hnutí u nás a ve světě*. Diplomová práce-Ostravská univerzita, 2002. s. 18–20.

¹⁴ MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající-hospicová péče*. Národní centrum domácí péče. s. 43.

Ve středověku se staly hospice útočištěm zvláště pro poutníky do Svaté země. Hospice byly všude po cestě, ve městech i vesnicích. Většinou byly provozovány církevními řády. Jeden z těchto středověkých hospiců byl založen v roce 1100 bratrem Gerhardem, členem ošetřovatelského bratrstva johanitů (později řádu johanitů) v Jeruzalémě. Tento špitál sloužil mimo jiné křižákům, kteří pro zranění nebo únavou umírali. Postupně se podobné hospice, neboli špitály stavěly u cest po celé Evropě. Během křižáckých výprav tj. v průběhu 11. a 12. století bylo takových hospiců v Paříži okolo čtyřiceti, ve Florencii okolo třiceti. V Anglii se v té době předpokládá až 750 hospiců.

Umírání bylo pro křesťany náboženskou záležitostí a bylo chápáno jako poslední příležitost litovat hříchů a vejít tak do věčného života. Péče o duši byla stejně důležitá jako péče o tělo. V hospicích se snažili co možná nejvíce usnadnit umírajícímu přechod z tohoto fyzického světa do duchovního. Smrt byla považována za druhou stranu mince života a jako nezbytný předstupeň života s Bohem v plnosti. Nemocní a umírající, kteří se přibližovali ke konci své cesty ztělesňovali prostou pravdu o lidské smrtelnosti.

2.2 Historie hospicové péče v České Republice

Lůžková hospicová péče, již ve středověku na našem území vznikaly tak zvané hospitály. Hospitály původně zřizovaly biskupové, kláštery a faráři. Později je začala budovat i města. Se zavedením domovského práva v letech za vlády Františka Josefa I., se rozvíjí celá škála zařízení na úrovni obce, které sloužilo všem potřebným. Systém obecních pastoušek, chudobinců a chorobinců byl otevřen všem osamělým starým a umírajícím, kteří v těchto zařízeních měli nejen kde složit hlavu, ale bylo zde postaráno i o odbornou péči, která byla zajišťována různými dobročinnými obecními spolky a charitativními organizacemi.

Již v této době je možné najít první známky lůžkové hospicové péče, tak jak ji vnímáme dnes. Systém hospitálů, dobročinných obecních spolků a charitativních organizací fungoval až do roku 1952, kdy došlo vládou ke zrušení uplatnění domovského práva v obcích.

Na filosofii prvního moderního hospice, který zakládá paní Cecilly Saundersová¹⁵ v roce 1960 v Anglii, navazuje v roce 1995 hospic, který zakládá Marie Svatošová¹⁶ v červeném Kostelci s celkovou kapacitou 26 lůžek. Tento hospic se brzy stává inspirací pro další projekty.¹⁷

¹⁵ Dr. SAUNDERSOVÁ C.

¹⁶ MUDr. SVATOŠOVÁ M.

¹⁷ MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající-hospicová péče*. Národní centrum domácí péče. s. 43-44.

Semiambulantní (znamená stacionární nebo-li denní pobyty) a ambulantní hospicová péče, první forma této péče byla realizována Sořadou Semonskou¹⁸ v Ambulantním onkologickém centru v Praze 4. Sořada Semonská je odbornou lékařkou v oboru onkologie, která se snaží o zlepšení podmínek umírajících klientů, kteří jsou v péči specializovaného onkologického centra.

V roce 1994 byly v semiambulantní a domácí péči proškoleny jedna lékařka a tři české sestry ve Spojených státech amerických, ve státě Arkansas ve městě Jonesboro. Tato aktivita vznikla z podnětu viceprezidenta Americké akademie pro léčbu bolesti pana B. Cola¹⁹ v rámci akce People to People. Po návratu sester a lékařky do české republiky došlo ke zpracování metodiky pro poskytování semiambulantní a domácí hospicové péče v české republice. V následujících letech byla uspořádána série přednášek a seminářů pro odbornou i laickou veřejnost, jejichž prostřednictvím byla získána všeobecná podpora pro tyto moderní přístupy v péči o umírající. K zásadní reorientaci postupů ve vztahu k semiambulantní hospicové péči dochází v české republice od roku 1994. Z povodního zaměření pouze na léčbu symptomů provázející umírání došlo k obohacení programu o psychosociální podporu určenou jak umírajícím klientům, tak jejich blízkým. Semiambulantní hospicová péče je poskytována v onkologickém centru v Praze 4 a v Onkologickém centru na Žlutém kopci v Brně. Ambulantní formy hospicové péče jsou poskytovány při centrech pro tišení bolesti, která jsou zřízena téměř při všech fakultních nemocnicích.²⁰

Domácí hospicová péče, historicky vzato o nemocné a umírající klienty pečovala především rodina. Tradiční model umírání se na území dnešní české republiky odehrával v domácím prostředí za účasti všech rodinných účastníků a blízkých, kteří pomáhali spolu s duchovním ulehčit poslední hodinku umírajícímu. Umírání mělo charakter sociálního aktu. Součástí rituálu umírání byla poslední vůle, zpověď – smíření se s osudem a poslední pomazání. Zkušenost a znalost péče o umírajícího přecházela z generace na generaci.

V průběhu 19. století a počátkem 20. století patřilo k běžné povinnosti rodinných lékařů i tišení bolesti umírajících a tak se jedna z forem hospicové péče stává realitou i na území české republiky. V padesátých letech 20. století, se zánikem rodinných lékařů a rozvojem kolektivních, moderních forem péče o umírající se u nás umírání a smrt přesouvá do institucionálních podmínek, například nemocnice a jiných zařízení. Ostatní umírají jen díky účtu

¹⁸ MUDr. SEMONSKÁ S.

¹⁹ Dr. COLA B.

²⁰ MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající-hospicová péče*. Národní centrum domácí péče. s. 44-45.

rodinných příslušníků k tradicím a zvykům doma, to je tedy klasický model umírání. Po roce 1989, Sametová revoluce s sebou přináší důraz na akceptaci lidských práv a tím dává společnosti šanci na rozvíjení nových humánních postupů v péči o umírající. V roce 1991 je při Ministerstvu zdravotnictví ČR založena tzv. pracovní skupina pro podporu rozvoje domácí a hospicové péče. Skládá se z odborníků i laické veřejnosti. V průběhu dvou let byla touto skupinou zpracována základní teze koncepce domácí hospicové péče. Teze jsou vloženy do metodických pokynů upravujících náplň činnosti zdravotnických pracovníků, jež poskytují domácí hospicovou péči. V roce 1991 umožňuje Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR v zákonné normě finanční úhradu i nestátním subjektům a tím se otvírá možnost pro poskytování sociální péče a pomoci umírajícím agenturami domácí péče a charitativními organizacemi. Domácí zdravotní péče je od roku 1993 hrazena ze zdravotního pojištění. V koncepci systému zdravotní péče, která je publikována Ministerstvem zdravotnictví ČR v roce 1996 a počátkem roku 1997 se v kapitole následná péče hovoří o principu první volby ve vztahu k domácí hospicové péči při indikaci péče umírajícím. Zájem o řešení problematiky spojené s péčí o umírající v domácím prostředí dokládá v roce 1998 Ministerstvo zdravotnictví ČR, které prostřednictvím „Národního plánu opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení“, vyhláší výborové řízení na podporu rozvoje domácí hospicové péče na základě dokumentu.²¹

Domácí hospicová péče je jednou z nedílných součástí komplexní domácí péče. Jejímu rozvoji je věnována velká pozornost a podpora státní správy i samosprávy. Největší podporu si však získala ze strany laické veřejnosti, neboť do domovů umírajících přinesla s sebou nejen péči odbornou, ale i hluboce lidskou.²²

2.3 Současná podoba hospicové péče

Současný stav paliativní hospicové péče není v naší republice uspokojivý. Péče o terminálně nemocné není považována za důležitou ani ze strany tvůrce zdravotní politiky ani ze strany zdravotníků samotných. Zůstává stranou hlavního zájmu v přípravě lékařů i sester.

Mnozí lékaři prakticky neumí léčit symptomy terminálního onemocnění, neznají zásady kontroly bolesti a neznají základní zásady komunikace s terminálně nemocnými.

Chybí zákonná úprava, jež by flexibilně umožnila zaměstnat příslušníku rodiny s nemocným v terminální fázi onemocnění s plnohodnotnou náhradou ušlé mzdy.

²¹ VLÁDY ČR číslo 493/93

²² MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající-hospicová péče*. Národní centrum domácí péče. s. 46-48.

Chybí sí• domácí pe•ovatelské a ošet•ovatelské pé•e, která by zajistila nep•etržitou pé•i v domácím prost•edí.

Mnoho klient• proti svému p•ání tráví poslední •ást svého života na drahých l•žkách akutní pé•e v nemocnicích, nebo• je to d•sledek p•edchozích dvou bod•.

Chybí specializovaná l•žka paliativní pé•e v hospicích •i na odd•leních paliativní pé•e v nemocnicích. Podle Ministerstva zdravotnictví •eské republiky je doporu•ený po•et 5 l•žek na 100 000 obyvatel. V sou•asnosti je tento po•et spln•n asi z poloviny. Doporu•ení je však p•ebráno z Velké Británie, kde funguje hustá sí• paliativních domácích služeb. Reálná pot•eba paliativních l•žek je v sou•asnosti v naší republice mnohem vyšší.²³

Rozvíjející se hospicové hnutí se potýká v našich podmínkách i s množstvím negativních konotací a mýt•, které ve své práci „Thanatologie“ prezentuje Haškovcová:

„*Hospic je d•m smrti*“,²⁴ p•estože je hospic spojen s hrozcí smrtí, nelze jej takto zjednodušovat. Umírání je dlouhodobý proces a hospic zajiš•uje kvalitní a d•stojnou pé•i vážn• nemocným, kte•í dál prožívají plnohodnotn• sv•j život.

Hospic se hodí pro všechny umírající, hospicový program není vhodný pro všechny klienty. Staví se obvykle na •tyech zásadách, po jejichž spln•ní je klient p•ijat do pé•e:

- klient musí trp•t nevylé•itelným onemocn•ním
- nemocn•ní lé•ba byla skon•ena jako neúsp•šná, proto klient tento typ pé•e nepot•ebuje
- klient pot•ebuje paliativní pé•i, jež m•že pomoci
- pé•e v domácím prost•edí je nedosta•ující a nebo není možná

Hospic je luxusní lé•ebna pro dlouhodob• nemocné, dlouhodob• nemocní klienti •asto nespl•ují podmínku terminálního stádia nemoci nebo nejsou schopni poskytnout informovaný souhlas k p•ijetí do hospice, protože se jedná nap•. o staré lidi se zast•elým v•domím.

Hospic je jen pro v•ící, tento mýtus je založen na faktu, že z•izovateli a zakladateli hospic• jsou církve. Víra jako taková není zakotvena v podmínkách pro p•ijetí do hospicového programu. Sou•ástí pé•e a služeb jsou samoz•ejm• i bohoslužby a spirituální pomoc, ale

²³ SLÁMA, O. N•kolik •ísel a myšlenek o pé•i o termináln• nemocné [online] 2001-01-21

²⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie-Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha 5: Galén, 2000. s. 61

klient hospice není povinen přijmout tuto pomoc, pokud vůlícím není nebo nemá o tuto službu zájem.²⁵

2.4 Nejbližší vývoj hospicové péče v České republice

Organizační zajištění hospicové péče mohou být různá a liší se stát od státu. Jako funkční nejdokonalejší a souasn nejlevnější se jeví integrovaný systém hospicové péče. Tento systém vychází z předpokladu, že hospicová péče musí být souasn týmová a integrovaná. Tým tvoí anesteziologové, sestry, sociální pracovník, psycholog a duchovní. Lékaři tým kontaktují, kdykoliv se rozhodnou využít programu hospic. Tým se seznámí s klientem i s jeho rodinou a snaží se vymyslet co nejoptimálnější řešení z hlediska potřeb nemocného, pracuje s klientem a jeho rodinou v nemocnici i doma. Po smrti se vnuje též pozstalým.²⁶

Z výše uvedeného tedy vyplývá nutnost vybudování fungujícího systému a síti pracovišť paliativní medicíny. Dále je nutné zajistit dostatečný počet vzdělaných pracovníků všech zdravotnických profesí a vytvořit standardy péče. Pomocí edukace široké veřejnosti je nutné upozornit širokou veřejnost, včetně reprezentantů státní správy, na možnost péovat o umírající doma. Samozřejmě za pomoci různých institucí. A v neposlední řadě je třeba iniciovat legislativní změny a zajistit financování této péče.²⁷

²⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanalogie-Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha 5: Galén, 2000. s. 61-63.

²⁶ VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. s. 456.

²⁷ BYSTŘICKÝ, Z. *Hospicová péče - organizace a zkušenosti z českých pracovišť*. Postgraduální medicína, 2001. ro. 3, č. 2.

2.5 Hospic sv. Anežky • eské v • erveném Kostelci

Prvním hospicem v • eské republice byl Hospic Anežky • eské v • erveném Kostelci. Slavnostn• byl otev•en jako projekt Diecézní charity Hradec Králové 1. prosince 1994. P•vodn• k tomuto ú•elu m•la být upravena bývalá prodejna potravin v Malých Svato•ovicích. Pro mnohé p•ekážky to však nebylo možné uskute•nit, a tak se za•alo s výstavbou zcela nové budovy pro hospic v • erveném Kostelci. Hospic je prvním modelovým za•ízením tohoto typu v • R. U zrodu stála zakladatelka hospicového hnutí Marie Svatošová.²⁸

Statutárním zástupcem byl jmenován Ing. Mgr. Miroslav Wajsar a odborným garantem je • ANT - • eská asociace nádorové terapie. Zakladatelem je Biskupství Královéhradecké a z•izovatelem Diecézní charita Hradec Králové.



Hospic Anežky • eské byl vytvo•en podle vzoru hospice St. Christopher ve Velké Británii a stal se inspirací pro vznik dalších hospic• v • R. Hospic je st•ediskem Oblastní charity • ervený Kostelec, která má vlastní právní subjektivitu. Do roku 2004 byl název Hospic Anežky • eské užíván pro celou organizaci složenou v té dob• z p•ti st•edisek, protože ale název ve spojitosti s •inností ostatních st•edisek nevyjad•oval dostate•n• p•esn• jejich zam••ení, došlo 14. 10. 2004 ke zm•n• názvu organizace na Oblastní charitu • ervený Kostelec. Název Hospic Anežky • eské z•stal nadále pouze pro st•edisko - za•ízení l•žkové pé•e o termináln• nemocné.²⁹

2.5.1. Popis za•ízení

Hospic Anežky • eské v • erveném Kostelci nabízí svým klient•m l•žkovou pé•i, respitní i domácí pé•i. Jednopodlažní budova je vystav•na ve tvaru písmene L. • trnácet jednol•žkových pokoj• s p•istýlkou pro p•íbuzné, •ty•i dvoul•žkové pokoje a dva •ty•l•žkové pokoje jsou uspo•ádány do dvou menších odd•lení, z nichž jedno je v p•ízemí a jedno v prvním pat•e. U každého pokoje je vlastní sociální za•ízení a sprchový kout. Pokoje v p•ízemí mají velká francouzská okna až k zemi, kterými lze vyjet na terasu. Tato okna jsou i v prvním pat•e a umož•ují ležícím klient•m pohodlný výhled ven. Interiér pokojů je •ešen tak, aby p•ipomínal více domov než ústavní za•ízení. Celá budova je uspo•ádána tak, že kamkoli lze dojet s postelí.

²⁸ MUDr. SVATOŠOVÁ M.

²⁹ INTERNETOVÝ ZDROJ: Hospic Anežky • eské, Dostupné z URL <<http://www.hospic.cz/historie.html>>

Pro stážisty jsou určeny dva dvoulůžkové pokoje. Na každém poschodí je malá čajová kuchyňka, kde je i lednička, kam si klienti mohou ukládat potraviny, které jim návštěvy přinesou. Vedle denní místnosti s jídelnou je tu překrásná zimní zahrada s papoušky, která je vhodným místem pro ztišení a relaxaci.

Kaple je srdcem hospice. Mše se zde konají dvakrát týdně.

V suterénu se nachází místnost posledního rozloučení, kuchyně, prádelna, sklady, kotelná a provozní místnosti.

Na chodbách hospice jsou krásné obrazy a plastiky, vše je velmi vkusně doplněno květinami. V prvním patře je v prosklené vitríně Kniha živých, v níž má každý den svoji stránku. Pokud někdo zemře, je na příslušnou stranu zapsán. Kniha živých je otevřená na straně odpovídajícího dne.

Převážnou většinu klientů Hospice Anežky tvoří klienti v pokročilém stadiu onkologického onemocnění. Žádosti o lůžko v hospici jsou nejčastěji zodpovězeny příliš odborně, fyzicky a psychicky náročným ošetřováním, nutností kontroly bolesti a jiných symptomů nebo přílišným vyerpáním rodiny při ošetřování. Součástí žádosti pro přijetí do hospice je i informovaný souhlas klienta. Klient musí vědět, že v hospici bude pokračovat léčba paliativní, zejména symptomatická, ale nemůže očekávat léčbu, která se ukázala být neúčinně zatěžující a neefektivní. Může (ale nemusí) využít komfortu hospice, kde je veškeré snažení zaměřeno na zlepšení a udržení kvality života. Věk, náboženské vyznání i rasa nerozhodují o přijetí do hospice.

2.5.2 Spektrum poskytovaných služeb

Hospic Anežky České zajišťuje lůžkovou i respitní hospicovou péči. Hospic disponuje třiceti lůžky. Tyto služby jsou poskytovány přímo v budově hospice. Hospic nabízí vlastní transport do hospice.

Péče je poskytována v těsné spolupráci s rodinou klienta. Navázání kontaktu a získání důvěry rodiny později usnadní práci s pozostalými. V Hospici Anežky České dlouhodobě pracují asi s jednou třetinou pozostalých. Při péči o klienta je důraz kladen na partnerský vztah a důsledně nedirektivní přístup. Režim dne v hospici se liší od režimu dne ve většině nemocnic. Vše se přizpůsobuje klientovi, návštěvy mohou být kontinuální, 24 hodin denně, 365 dnů v roce. Jediným omezením je stav klienta. Pokud jeho zdravotní stav dovolí, může klient kdykoli opustit budovu hospice.

Ve spolupráci s charitou zajišťuje hospic i domácí hospicovou péči. Samozřejmostí je p•j•ovna zdravotních pom•cek.

V hospici je možný pobyt a praxe stážist•. O stážisty se stará jedna sestra a po celou dobu •innosti hospice je o stáži stále velký zájem.

P•i hospici funguje Eduka•ní centrum, které založilo Ob•anské sdružení Ecce homo ve spolupráci s Hospicem Anežky •eské a finan•ní podporou Nadace ROS. Jeho cílem je ší•it myšlenku hospice, pomoci t•m, kte•í hospic chtějí založit nebo s hospicem spolupracovat a t•m, kterým není lhostejný p•ístup k nemocným. Eduka•ní centrum nabízí p•ednášky s promítáním a besedou, jednodenní semináře, konzultace, individuální pohovory, telefonické poradenství, korespondenci, zprost•edkování duchovních cvi•ení a stáží v hospici.

2.5.3 Personální obsazení hospice

Najít kvalitní a správn• motivovaný personál je v hospici podmínkou úspěchu. Nezbytnou podmínkou také je, aby uchaze• byl vyrovnán se svou vlastní smrtelností a kone•ností. Uléka• a sester je nutná odbornost, u všech pak krom• dobrého zdraví i osobnostní p•edpoklady.³⁰ V Hospici Anežky •eské pracují 3 léka•i. V no•ních hodinách je v p•ípad• nutnosti jeden lékař v pohotovosti a do dvaceti minut je schopný se do hospice dostavit. Dále v hospici pracuje 16 zdravotních sester, 20 pomocných zdravotnických pracovník•, 1 sociální pracovnice, 5 administrativních sil a 16 ostatních pracovník• podílejících se na provozu prádelny a kuchyn•, •id•i, údržbář•i. Podle potřeb hospice zde pomáhá kolem 51 dobrovolných pracovník•. Jejich práci •ídí koordinátorka. Mezi externí spolupracovníky patří kn•z a psycholog.³¹

2.6 Ostatní hospice v • R

1. Hospic v Most•

Obecn• prosp•šná společnost Hospic v Most• byla založena 7. dubna 2000 a 28. •ervence 2000 byla zapsána do rejst•íku obecn• prosp•šných společností, vedeného Krajským soudem v Ústí nad Labem, oddíl O, vložka 84.

³⁰ VORLÍ• EK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, I. a kol. *Paliativní medicína*. 2 p•epracované a dopln•né vyd. Praha 7: Grada Publishing, 2004. s. 513

³¹ Osobní návštěva, •íjen 2008. Propaga•ní materiály Hospice Anežky •eské.

2. Dom léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna

Slavnostní otevření a vysvěcení nového zařízení brněnským biskupem mons. Vojtěchem Cikrle se uskutečnilo 18. ledna 1999. První pacienti byli přivezeni do Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa dne 8. dubna 1999.

3. Hospic Citadela

Hospic Citadela byl ve Valašském Meziříčí otevřen v roce 2003. Název Citadela odkazuje k uvažování o hlubokém smyslu života, jak ho ve své stejnojmenné knize nabízí Antoine de Saint Exupéry.

4. Hospic v Čerčanech

Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech, první lůžkový hospic ve Středních Čechách dne 1. září 2008 zahájil svůj provoz

5. Hospic na Svatém Kopečku

Hospic na Svatém Kopečku u Olomouce byl zřízen Arcidiecézní charitou Olomouc v bývalém poutním domě na Svatém Kopečku u Olomouce. Slavnostně byl za přítomnosti arcibiskupa Jana Graubner otevřen 28. listopadu 2002.

6. Hospic sv. Alžběty v Brně

Hospic sv. Alžběty v Brně navazuje na činnost hospice, který na tomto místě, v konventu sester alžbětinek působil do roku 2001 v rámci Masarykova onkologického ústavu (MOÚ). V září 2001 byl hospic rozhodnutím vedení MOÚ zrušen. Od roku 2002 usilovalo občanské sdružení Gabriela o obnovení činnosti hospice. Od ledna 2004 působí v rámci hospice poradna a psychologická pomoc. Od 1. 4. 2004 zahájila svou činnost lůžková stanice. 22. prosince 2004 byla po rekonstrukci zkolaudována přilehlá část Konventu, čímž se zvýšila kapacita hospice. Od 1. 1. 2008 zahájil činnost domácí hospic.

7. Hospic sv. Jana N. Neumanna

Za účasti vysokých státních, krajských a církevních představitelů byl hospic slavnostně otevřen 24. října 2005 a 1. listopadu 2005 byl oficiálně zahájen provoz.

8. Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích

Papež Jan Pavel II. při své pražské návštěvě dne 27. 4. 1997 posvětil základní kámen budoucího hospice, v listopadu 1997 proběhla registrace Občanského sdružení pro vybudování hospice v Litoměřicích, zakládající členové Róza Kašparová, Ivo Fidler, Tomáš Smolek a Miroslav Šantin. Na jaře 1998 proběhla první valná hromada sdružení, která měla 19 členů, předsedou byl zvolen MUDr. František Pražák, tehdejší primář chirurgického oddělení Městské nemocnice v Litoměřicích, na podzim 1998 byl podán projekt na MZD v R na vybudování hospice, na jaře 1999 byly zahájeny stavební práce v budově bývalé porodnice a na přilehlém pozemku, 2.2.2001 proběhlo slavnostní otevření hospice, 13. 2. 2001 proběhlo zahájení lůžkové péče, v říjnu 2001 bylo zahájení provozu poradny a psychologických pomůcek.

9. Hospic sv. Lazara

Jako třetí v České republice byl 14. února 1998 otevřen v Plzni Hospic sv. Lazara, jehož zřizovatelem a zároveň provozovatelem je občanské sdružení Hospic sv. Lazara. Jedná se tedy o nestátní neziskovou organizaci. Plzeňský hospic nabízí především lůžkovou péči a respritní péči. Budova je umístěna v zástavbě činžovních domů na Slovanech v Sladkovského ulici. Budova, která září novotou a čistotou, patří magistrátu města Plzně, který ji na padesát let hospici pronajal

10. Hospic Johanka

Kontakty na uvedené hospice jsou uvedeny v přílohové části 3

2.6.1 Ostatní

11. Hospicové občanské sdružení Cesta domů

12. Smíření – hospicové sdružení pro Pardubický kraj

Kontakty jsou uvedeny v přílohové části 3

2.6.2 Informační a diskusní portály

1. Umírání.cz

2. římskokatolická farnost Most

3. Hospice.cz

Kontakty jsou uvedeny v přílohové části 3

3 POPIS A ANALÝZA HOSPICOVÉ PÉČE

Hospicový program je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných doma i za hospitalizace, který zajišťuje léčbu a psychologickou, sociální a spirituální péči pro umírající osoby a jejich rodiny. Služby jsou zajišťovány lékařsky řízeným interdisciplinárním týmem profesionálů i dobrovolníků. Po smrti nemocného je k dispozici péče o pozůstalé.³²

3.1 Cíle hospicové péče

Jaké cíle si hospicová péče klade? Usiluje o to, pomoci nemocnému naplnit každý okamžik svého života kvalitou, smyslem. Snahou je naplnit „*dny životem, nikoli život naplnit dny*“.³³ Chce člověku umožnit důstojně žít i poslední fázi životní cesty. Chce mu nabídnout blízkost druhého, cestu z jeho samoty. To je důležitý cíl hospicové péče, aby nemocný nebyl sám. Ulehčit nemocnému umírání tím, „*že mu budeme pomáhat žít, že ho nenecháme, aby jen přežíval v samotě*“.³⁴ Prožitek života vyplývá až z toho, když vejdemo s vlastní osobou do vztahu. Péče o umírajícího by neměla opomíjet nabízet dostatek vztahů.

Hospicová péče chce vést k přijetí sebe a života v této konkrétní chvíli. Nemocnému by mělo být pomoheno zhlédnout ve svém utrpení výzvu smyslu, třeba jen snést to utrpení, lidsky se k němu postavit. Člověk je totiž ten, který vždycky může jednat navzdory svému osudu. „*Duchovní svoboda člověka, kterou mu nelze až do posledního dechu vzít, mu až do posledního dechu dává příležitost uspořádat svůj život smysluplně*“.³⁵ Nebo člověk má vždy svobodu alespoň v tom, jak se ke svému utrpení postaví. „*Vypořádání se s tím, co je osudově dáno, je poslední úkol a vlastní cíl utrpení*“.³⁶ A tak by se dalo říci, že cílem hospicové péče je umožnit pacientovi přijmout jeho vážnou situaci jako součást života a pomoci mu ji projít a nalézt v ní smysl. Utrpení a smrt je totiž součástí života. Umírání je nakonec tvůrčí aktivitou. Je to jedinečná etapa jedinečného člověka. On ji má utvářet, stejně jako celý svůj život. Umírání není pasivním procesem, a proto je vlastním úkolem doprovázení pomáhat nemocnému „*žít v etapě umírání*“.³⁷ Tak je v doprovázení umírajících postaven do centra život a nikoli smrt. Je třeba obrátit nemocného k aktivitě, ukázat mu, že přes všechna omezení

³² VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, I. a kol. *Paliativní medicína*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha 7: Grada Publishing. 2004. s. 25.

³³ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umírání doprovázet*. 4. vyd. Praha: Ecce Homo, 1999. s. 123.

³⁴ KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov, Arica. 1993. s. 19.

³⁵ FRANKL, V.E. *A přesto tady žít*. 3. vyd. Kostelní Vydří, Karmelitánské nakladatelství, 1996. s. 64.

³⁶ FRANKL, V.E. *A přesto tady žít*. 3. vyd. Kostelní Vydří, Karmelitánské nakladatelství, 1996. s. 108.

³⁷ PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad. 1996. s. 128.

může svůj život stále utvářet a řídit (určuje, co si obleče, kdy půjde ven, kdy si půjde popovídat se spolu nemocnými).

Je třeba mluvit i o jedinečném charakteru chvíle,³⁸ situace v přítomnosti, před kterou jsme postaveni. Stejná už nenastane. Snad bychom mohli za důležité východisko hospicové péče přijmout následující tezi, že naše „*existence, celá naše existence, a to v každém jednotlivém okamžiku, má vždy jiný, vždy se mění, ale vždy nějaký smysl*“.³⁹ Jde o to, pomoci nemocnému takový smysl nalézt, přitakat životu. Říci své „*ano ke své tu, ano k svému životu, ano k vlastní osobě a ano ke smyslu*“,⁴⁰ jak to terapeutickým jazykem vyjadřuje existenciální analýza vycházející z logoterapie V. E. Frankla.

Péče o umírajícího usiluje o aktivizaci nemocného, o obrat od toho, co nemůže, k tomu, co může. Přiznání duchovní dimenze bolesti je jejím velkým cílem také mírnění bolesti v širším slova smyslu (bolesti fyzických, psychických, sociálních).

3.2 Charakteristika bolesti

Bolest vyjadřuje psychický stav a pocit většinou spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením živé tkáně organismu. Nejčastěji vzniká v důsledku poškozujících účinků na organismus, ohrožujících jeho existenci nebo celistvost, nebo jako příznak poruchy normálního průběhu fyziologických procesů, může však mít i čistě psychické příčiny. Má velký význam pro ochranu organismu před poškozením, neboť upozorňuje, že k takovému poškození dochází nebo by v nejbližší době mohlo dojít; je stimulem pro obranné reakce zaměřené na odstranění vnějších nebo vnitřních podnětů, které ji vyvolaly.⁴¹

Typy bolesti:

Povrchní bolest, postihuje kůži a sliznice, přenášejí ji rychlá nervová vlákna. Pociťována je zřetelně, ostře a lze ji přesně definovat. Způsobují ji stimuly mechanické, elektrické, chemické nebo tepelné.

Hluboká bolest, vychází z organismu, přenášejí ji tenká pomalá nervová vlákna. Není přesně lokalizovaná, protože nervové receptory jsou méně soustředěné, než receptory v kůži.

³⁸ FRANKL, V.E. *Lékařská péče o duši*, Brno: Cesta, 2006. s. 60.

³⁹ FRANKL, V.E. *Věle ke smyslu*, Brno: Cesta, 2006 s. 45.

⁴⁰ FRANKL, V.E. *Věle ke smyslu*, Brno: Cesta, 2006 s. 45.

⁴¹ INTERNETOVÝ ZDROJ: Wikipedie, dostupné z URL < <http://cs.wikipedia.org/wiki/Bolest> >

Přenesená bolest, jedná se o přenos impulsů způsobujících bolest. Bolest není pociťována v místě stimulace, ale často na zcela jiném místě. Místo stimulované bolesti a místo kde je bolest pociťována jsou vždy propojeny stejným, nebo sousedním nervovým vláknem.

Forma bolesti:

Akutní bolest, je bolest s náhlým nástupem a předvídatelným koncem a je doprovázena dilatací zornic, zvýšeným pocením, zrychleným tepem a dýcháním. Akutní bolest považujeme za událost.

Chronická bolest, je situace klienta s nepředvídatelným koncem, je doprovázena změnou osobnosti klienta, zaujetí nemocí, poruchou spánku, ztrátou chuti k jídlu, vymizením libida, zácpou.

Základním nástrojem pro objektivní posouzení intenzity bolesti je stanovení tzv. tolerance bolesti – jedná se o stupeň bolesti, který je klient schopen zvládat aniž by požádal o úlevu od bolesti. Je nutné si uvědomit, že schopnost snášet bolest je ovlivněna psychologickými a kulturními faktory, k nimž patří i úzkost spojená s umíráním. Proto sledujeme jak verbální tak nonverbální projevy klienta, doprovodné příznaky bolesti i celkové reakce.⁴²

3.3 Charakteristika paliativní medicíny

Jednotná všeobecně přijímaná definice paliativní medicíny a paliativní péče neexistuje. V USA se termín hospice často používá pro paliativní péči, ale mnoho lidí si pod pojmem hospice představují budovu nebo instituci, kde je nemocný umístěn. Zde jsou nejčastější definice paliativní medicíny:

Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím a pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.

Příklad definic paliativní medicíny z Velké Británie a Světové zdravotnické organizace (WHO):

Velká Británie 1987

Paliativní medicína je celková léčba a péče, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických,

⁴² MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající-hospicová péče*. Národní centrum domácí péče. s. 78-80.

sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.

Světová zdravotnická organizace (WHO) 1990

Paliativní péče je přístup usilující o zlepšení kvality života těžce nemocných pacientů, kteří čelí problémem spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním, kvalifikovaným zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a duchovních problémů se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a jejich rodin.

WHO 2002

Na základě těchto definic můžeme sledovat určitý vývoj v pojetí paliativní medicíny. Tradičně se paliativní medicína soustředila především na péči o pokročile nemocné a umírající onkologické pacienty. V posledním desetiletí jsme však svědky narůstající pozornosti věnované potřebám lidí, kteří trpí jinými (neonkologickými) chronickými a potenciálně letálními chorobami. Postupy a zkušenosti získané v kontextu hospicové paliativní péče o onkologické pacienty se ukazují jako velmi efektivní rovněž u jiných skupin pacientů. Dochází tak k určitému rozšíření kontextu paliativní péče, a to ve dvou dimenzích:

První dimenzí je rozšíření spektra diagnóz, pro které jsou postupy paliativní péče relevantní. Paliativní péče není určena pouze onkologicky nemocným, ale všem, kteří nějakou progresivní chronickou nemocí trpí.

Druhou probíhající změnou je rozšíření časového úseku v průběhu nemoci, ve kterém jsou postupy paliativní péče použitelné. Hospicová paliativní péče chápala sebe sama především jako péči o terminálně nemocné a umírající klienty. Nová definice WHO 2002 již nepracuje s konceptem terminálního onemocnění, ale konceptem onemocnění ohrožujícího život.

Takto široce pojatá definice paliativní péče opouští klasickou dichotomii „paliativní začíná tam, kde končí kurativní“ a nahrazuje ji komplementárním modelem.⁴³

⁴³ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, I. a kol. *Paliativní medicína*. 2 přepracované a doplněné vyd. Praha 7: Grada Publishing, 2004. s. 24-25.

3.3.1 Základní pojmy

Jednotná přijímaná definice paliativní medicíny a péče neexistuje. Můžeme říci, že se „*Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokračujícím onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života*“.⁴⁴ Paliativní péče:

- podporuje život a považuje umírání za normální proces
- ani neurychluje, ani neoddaluje smrt
- poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů
- zabývá se do péče o pacienta duchovní a psychické aspekty
- vytváří komplex péče nejen o pacienta, ale také o příbuzné po jeho smrti, pomáhá jim vyrovnat se se zármutkem

Paliativní péče v sobě zahrnuje tři fáze - pre finem, in finem a post finem:

Fáze pre finem - je delší časové období, může se jednat o několik měsíců až let poté, co se pacient dozví o vážné nemoci. On a jeho blízký prochází pět stádií (šok, zloba, smlouvání, smutek a smíření), které na základě svých dlouholetých zkušeností popsala Elizabeth Kübler - Rossová ve své knize "O smrti a umírání" .

Fáze in finem - představuje umírání ve vlastním slova smyslu, kdy se pacient nachází v terminální fázi.

Fáze post finem - zahrnuje podle Kübler- Rossové péči o mrtvé tělo a o pozůstalé, přičemž péče o tělo je ještě v zájmu zdravotníků, ale pozůstalí již ne, ti bez pomoci často trpí patologickým zármutkem a žalem (jedná se zejména o příbuzné, kteří se se smrtí nevyrovnali předem, než k ní dojde).⁴⁵ Poslední fáze post finem je důležitou součástí paliativní péče. Tato péče je poskytována pozůstalým zejména v hospicích.⁴⁶

⁴⁴ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, I. a kol. *Paliativní medicína*. 2 přepracované a doplněné vyd. Praha 7: Grada Publishing, 2004. s. 24.

⁴⁵ KÜBLER-ROSS, E. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Hradec Králové: Signum Unitatis, 1992.

⁴⁶ MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající-hospicová péče*. Národní centrum domácí péče. s. 13-15.

3.4 Obecná charakteristika sociální práce

„Sociální práce je profesionální aktivita zaměřená na pomáhání jednotlivcům, rodinám, skupinám a komunitám zlepšit nebo obnovit schopnost sociálního fungování“.⁴⁷ Sociální práce je také společenskovědní disciplínou i oblastí praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Také pomáhá vytvářet příznivé společenské podmínky pro jejich uplatnění. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života.⁴⁸

3.4.1 Sociální práce v paliativní medicíně

V hospici je kladen důraz na přítomnost sociální pracovnice a psychologa. Sociální práce patří společně s lékařstvím, ošetrovatelstvím, psychologii a záchranářstvím k pomáhajícím povoláním. Samostatným uznávaným oborem se stala až ve 20. století, kdy převzal její organizaci stát z rukou církve. V rámci oboru sociální práce se vyskytují různé směry, které nemají stejný názor na její poslání a také mají rozdílné přístupy k jejím úkolům.

Pacienty léčené paliativně lze považovat za tělesně handicapovanou menšinu, která je psychicky nejen traumatizována vdomím charakteru své nemoci, ale i případnou deformací následkem léčby a častým znakováním ze strany svého okolí. V tomto smyslu se stává jednou z cílových skupin sociální práce. Na základě obecného vymezení sociální práce se pokusme o charakteristiku sociální práce v paliativní péči a problémy, kterými se zabývá.

Sociální fungování klienta v tomto případě znesnadňuje nemoc a povaha nemoci, která je kauzálně neléčitelná a omezuje délku života nemocného. Zasahuje do společenské role a statusu nemocného člověka, a to ve společnosti širší i v rodinném prostředí. Vyřazuje ho z aktivit, vztahů a výkonů uznávaných společností, práci počinaje a změnami v rodinném životě konče. Více než kdykoliv jindy se nemocný dostává do situace prosebníka, žádá o pomoc, je závislý, často v podřízené roli, a to bez ohledu na to, jaké postavení měl ve svém okolí v době před nemocí. Sociální izolace od běžného života je pak častým důsledkem všech výše zmíněných změn.

⁴⁷ VORLÍK EK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, I. a kol. *Paliativní medicína*. 2 přepracované a doplněné vyd. Praha 7: Grada Publishing, 2004. s. 485.

⁴⁸ MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha, Portál, 2003. s. 11.

Sociální práce v paliativní péči má dvě roviny:

První, užší z nich se týká samotného nemocného a jeho konkrétních problémů. Stojí-li sociální pracovník před úkolem pomoci uskutečnit klientovi takovou změnu, která by nastolila novou rovnováhu, měl by si být vědom, že primární problém, tedy neléčitelnou chorobu, změnit nelze. Největší a nejtěžší změna, ke které by měl sociální pracovník ve spolupráci s multidisciplinárním paliativním týmem nemocnému pomoci, je přijmout nevyléčitelnou nemoc jako součást života. Pro nemocného začíná obtížná životní fáze, ale stále jde o fázi života, kdy lze každý den prožít a mělo by být snahou prožít ho co možná nejlépe. V návaznosti na tuto skutečnost hledá sociální pracovník s pacientem především to, co dlat, jaké jsou jeho další možnosti při stávajícím fyzickém stavu a prognóze vývoje nemoci, co se s ním bude dít po propuštění z nemocnice, co mu může nabídnout společnost, co může k překonání situace nabídnout on sám.

Druhá, širší rovina sociální práce v paliativní péči, se týká působení ve společnosti. Ve vztahu k nevyléčitelným nemocným a umírajícím lidem je představována jednak snahou o prosazení legislativních změn a zrychlení administrativních úkonů, které mohou přinést zkvalitnění života nemocných, jednak vzdělávacími aktivitami pro odbornou i laickou veřejnost. Rozpačitý přístup k nevyléčitelným nemocným, umírajícím a pozostalým je třeba pomoci změnit právě tím, že se sociální pracovník podílí na přednáškách, jejichž tématem je přístup k těmto lidem, vhodná komunikace s nimi a porozumění určitému chování.⁴⁹

3.4.2 Sociální pracovník v hospici

Poskytování komplexní praktické pomoci člověku či určité sociální skupině ve svízelné situaci a pokud splnění nějakých úkolů přesahuje rámec jejich odbornosti, pak je jejich snahou zajištění příslušné odborné aktivity, například zdravotnických služeb.⁵⁰

Dokážeme si představit, jak může umírajícímu klientovi pomoci lékař či zdravotní sestra, dokážeme si představit nabídku služeb psychologa a duchovního. Málokdo si však dovede představit, jaký prospěch může přinést umírajícímu sociální pracovník. V anglické i americké literatuře jsou úkoly sociálního pracovníka popsány, ale v našich podmínkách se mohou tyto úkoly zdát nepřiměřené vzhledem k dosavadnímu vzdělávání sociálních pracovníků.

⁴⁹ VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, I. a kol. *Paliativní medicína*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha 7: Grada Publishing, 2004. s. 488-489.

⁵⁰ ŠIKLOVÁ, J., DOSTÁLOVÁ, O. *Sociální práce v paliativní medicíně*. In.: VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. s. 415.

V českém prostředí byla a je činnost sociálního pracovníka spojována zejména s administrativou. Před rokem 1989 činnost sociálního pracovníka souvisela s nekvalitní výukou. Odpovídající nadřízené úřady o tuto oblast vzdělávání neměly zájem. V současné době se však situace změnila a výuka sociálních pracovníků je realizována ve třech stupních odbornosti. První stupeň, středoškolské vzdělání na sociálně-právní akademii zakončené maturitou. Druhý stupeň, zahrnuje v sobě první část vysokoškolského studia zakončeného bakalářskou zkouškou. Třetí stupeň se realizuje druhou částí vysokoškolského studia, zakončenou státní zkouškou.⁵¹

Výuka na vysoké škole zahrnuje filozofii, psychologii, sociální psychologii, sociální patologii, patopsychologii, metody sociální práce, sociální politiku, metody sociologického výzkumu, sociologii, demografii, etnické minority, rodinné, občanské, pracovní a trestní právo, ekonomii, komunitní práci, sociální práci v obcích a regionech, krizové intervence, statistiku a demografii, somatologii, legislativu o zakládání nevládních organizací, výuku cizího jazyka a několik dalších volitelných předmětů. Mimo teorii vyžaduje studium i absolvování psychosociálního výcviku a praxi s následnou supervizí.⁵²

Z výše uvedeného přehledu je patrné, že v současné době je sociální pracovník schopen obsáhnout ve své profesi více než pouhou administrativní činnost. Vysokoškolsky vzdělaný sociální pracovník by se mohl uplatnit při práci s umírajícím a jeho rodinou. Sociální pracovník pomáhá také dětem vyjádřit své pocity, obavy a vysvětluje jim také, čímž jejich vřek, provoz nemocnice, hospice, prch léčby, atd. Tato činnost vychází z poznatku, že dětská fantazie může být horší než skutečnost.

Sociální pracovník se také může vnovat, po dohodě s psychologem, skupinové i individuální terapii. Tuto terapii lze využít při práci s klienty, jejich rodinami a po úmrtí klienta i s pozstalými. V menších zařízeních může sociální pracovník figurovat i jako koordinátor dobrovolníků.

⁵¹ ŠIKLOVÁ, J., DOSTÁLOVÁ, O. *Sociální práce v paliativní medicíně*. In: VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. s. 417.

⁵² ŠIKLOVÁ, J., DOSTÁLOVÁ, O. *Sociální práce v paliativní medicíně*. In: VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. s. 417.

4 SHRNUÍ TEORETICKÉ • ÁSTI

Teoretickou •ástí bakalá•ské práce jsem cht•la objasnit termín „hospicová pé•e“. Podle definic sv•tov• uznávaných institucí, organizací i autorit je zjevné, že hospicová pé•e je orientována na vytvo•ení takového programu služeb a pé•e pro umírající a jejich blízké, které v první řadě respektují uspokojování individuálních potřeb umírajícího. Akcent je kladen na integritu lidské bytosti s jejím vlastním sociálním prostředím.

Kvalita života umírajících je spojena se zajišt•ním takových podmínek, které dovolu• umírajícímu prožít své poslední dny v prostředí známém, v kruhu svých blízkých, bez fyzické i duševní bolesti a zbytečného strádání a utrpení. Je důležité si uv•domit, že každá pro nás všední •innost, m•že být pro umírajícího posledním prožitkem, proto je nutné vytvo•it takové prostředí, podmínky a klima, v kterém umožníme umírajícímu naplno prožívat, co prožít chce a m•že.

Hodnotov• m•ní hospicová pé•e orientaci zdravotník• a dalších odborník• z vít•zství nad nemocí i smrtí, ve snahu o zkvalit•ní života umírajícího a jeho blízkých. Kvalita života v tomto pojetí je veličinou, která je m•řitelná spokojeností, smířením a vyrovnaním se umírajícího s přicházející smrtí.

Vymezení časového horizontu prognózy života umírajících do šesti měsíců života je velmi relativní. V domácí hospicové péči se často setkáme s klienty, kterým byla ordinována domácí hospicová pé•e z důvodu nevyléčitelného onemocnění, doprovázeného těžkým stavem. Klienti byli propušt•ni z nemocnic většinou na přání rodinných příslušníků, i blízkých, aby mohli doma v klidu zemřít. Ve svých domovech, za přítomnosti svých blízkých pak pook•ejí a často díky kvalitní domácí péči přežívají i mnohem více než uvedených šest měsíců. Proto je nutné časový horizont do šesti měsíců vnímat orienta•ně. Nicmén• nesmíme zapomínat na fakt, že toto časové vymezení má svůj smysl z důvodu odlišení hospicové pé•e od dalších forem následné pé•e určené dlouhodob• nemocným klient•m. Interpretace pojmu hospicová pé•e všech shora uvedených institucí i autorit je jednozna•ná jedná se o program pé•e a pomoci určený umírajícím a jejich blízkým.

5 PRAKTICKÁ • ÁST

Cílem sociálního šetření bakalářské práce je zjištění, jakou úroveň povědomí o hospicové péči má veřejnost v prostředí města Hradec Králové a jaké jsou nejčastější příčiny úmrtí klientů využívajících služeb hospicové péče Hospicu Anežky • eské v • erveném Kostelci.

5.1 Použité metody

Pro své šetření jsem využila metodu výzkumného šetření prováděné explorativní metodou formou dotazníku vlastní konstrukce a obsahovou analýzu statistických údajů poskytnutých hospicem Anežky • eské v • erveném Kostelci (výroční zpráva 2008). U předpokladů •. 2 a 3 jsem pouze vycházela z informací oficiálně zveřejněných ve výroční zprávě, neboť jinak získané poznatky by byly v rozporu se zákonem •. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, v•etn• zákona •. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o zm•n• některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Vzhledem k etickému dilematu jsem se samotných klientů umístěných v hospicu nedotazovala na jejich pocity a ani je nežádala o souhlas s nahlížením do jejich zdravotních dokumentací.

S ohledem na téma mé bakalářské práce s názvem „Hospicová péče“ jsem se rozhodla pro jeden typ dotazníku a obsahovou analýzu výroční zprávy hospicu Anežky • eské v • erveném Kostelci. Technika dotazníkového šetření je pom•rn• snadná, m•že zahrnout velký počet respondentů v relativně krátkém čase. Výhodou dotazníku je zachování anonymity respondenta, a to vzhledem k pokládaným otázkám. Je zde také riziko zkreslení informací, neboť zkoumaná osoba ví, že je předmětem zkoumání, a proto m•že odpovídat co se má a ne jak je to ve skutečnosti. Dotazník obsahuje 4 základní určující otázky, 11 výzkumných otázek, a dále pak prostor pro jakákoliv další sdělení k danému tématu. Otázky A,B,C a D jsou otázky, které představí respondenta, otázky otevřené jsou •. 1, 2, 3, 4, na které respondent odpovídá vlastními slovy a otázky •. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 jsou otázky uzavřené, v prostoru pro jakákoliv další sdělení má respondent možnost odpovědět vlastními slovy. Dotazníky jsem předávala jak osobně, tak v případě respondentů skupiny B a C s výpomocí jiné osoby. Po osobní konzultaci s ředitelem hospicu Anežky • eské mohu pro vyhodnocení předpokladů •. 2 a 3 využít pouze statistické údaje, které jsou zahrnuty do výroční zprávy 2008. Jiná data hospic bohužel poskytnout nem•že. Statistika obsahuje rozmezí let 2005 – 2008.

6 STANOVENÍ VÝZKUMNÝCH PŘEDPOKLADŮ

Na základě předcházejících teoreticky zaměřených kapitol této bakalářské práce byly stanoveny předpoklady, jejichž zámkem bylo stanovit a vymezit reálné povdomí obyvatelstva o podstatě a smyslu sociální práce v oblasti hospicové péče a ověřit nejastější důvody využívání služeb hospicové péče. Při formulování předpokladů bylo vycházeno z vlastních zkušeností a názoru autorky bakalářské práce.

Předpoklad 1

Více než 40 % dotázaných neví, co je obsahem hospicové péče.

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

Předpoklad 2

Více než 50 % lidí umístěných v hospicové péči umírá na onkologická onemocnění.

Předpoklad 3

Více než 20 % lidí umístěných v hospicové péči umírá na cévní a jiná onemocnění.

7 POPIS TERÉNU SOCIÁLNÍHO ŠETĚNÍ A VÝZKUMNÉHO VZORKU RESPONDENTŮ

7.1 Popis terénu sociálního šetění

Výzkum probíhal v prostředí velkého českého města Hradce Králové, v termínu od 3.12. 2009 do 31.12. 2009. Bylo celkem osloveno 120 respondentů, jež byli rozčleněni do tří jasně definovaných podskupin. K výběru terénu sociálního šetění jsem záměrně zvolila danou lokalitu, neboť v regionu se nachází Hospic Anežky České (červený Kostelec) a mě zajímala míra povdomí obyvatelstva města Hradce Králové o poskytovaných službách hospicové péče.

Ověření předpokladů 2 a 3 bylo provedeno na základě zveřejněných výroční zprávy Hospicu Anežky České v červeném Kostelci za léta 2005 – 2008, přičemž věkové rozmezí klientů daného zařízení se pohybovalo v rozmezí 21 – 100 let. Rozdělení dle pohlaví nebylo zohledněno na základě tohoto nezveřejněného údaje.

7.2 Popis výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek byl tvořen skupinou 120 respondentů, kteří byli dle místa jejich oslovení rozčleněni na skupiny A,B,C a byl předložen totožný dotazník vlastní konstrukce:

A) veřejnost „laická“, dále vzorek A (46 respondentů obojího pohlaví, náhodně oslovených v obchodním centru)

B) veřejnost se zdravotnickým vzděláním, dále vzorek B (20 respondentek střední zdravotnické školy v Hradci Králové)

C) příslušníci bezpečnostního sboru, dále vzorek C (34 respondentů obojího pohlaví Vazební věznice VS • R Hradec Králové)

Jednotlivé skupiny respondentů byly osloveny v městě Hradec Králové. Z daného celku byl vzorek respondentů A osloven náhodně ve zdejší obchodním centru Futurum, vzorek respondentů B byl osloven na zdejší střední zdravotnické škole a vzorek respondentů C byl osloven ve zdejší vazební věznici Vězeňské služby • R. Z toho plyne skutečnost, že vzorek respondentů A a C tvoří jak muži, tak i ženy, ale u vzorku respondentů B jsem pracovala pouze se ženami. S ohledem na vzdělání a danou odbornost, je možné předpokládat větší informovanost o problematice hospicové péče u vzorku respondentů B.

Výzkumný vzorek A o počtu 46 respondentů se skládal ze 40 žen a 6 mužů, přičemž jednotlivá věková rozmezí byla přibližně stejně zastoupena, viz. tabulka k podotázce A.

Výzkumný vzorek B o počtu 20 respondentů se skládal výhradně z respondentů ženského pohlaví, kde největší procentuální zastoupení zaujímaly u oslovených žen mladší věkové kategorie (15 respondentek).

Výzkumný vzorek C o počtu 34 respondentů byl složen převážně z mužů (27 respondentů), přičemž značná část z definované skupiny zaujímala věkové rozmezí 25 – 35 a 35 - 50 let.

Z celkového počtu 120 vyplněných dotazníků jich 20 bylo bez vyhodnocení vyřazeno, jelikož oslovení respondenti do dotazníku záměrně uvedli nepravdivé údaje, ať již co se týká věku, kdy uvedli 100 a více let, či pohlaví, kdy místo definovaných odpovědí uvedli hermafroditismus.

Dotazník / předpoklad • 1 /

- obsahuje 4 základní určující otázky označené písmenem A-D, 11 výzkumných otázek, z toho jsou 4 otázky otevřené, 7 otázek uzavřených a dále pak prostor pro jakákoliv další sdělení k danému tématu
- představení vzorku respondentů je patrné z uvedených čísel a procent u každé tabulky

Otázka A.

Představení vzorku respondentů podle pohlaví:

Vzorek A		Vzorek B		Vzorek C	
Muž	Žena	Muž	Žena	Muž	Žena
6	40	0	20	27	7
46		20		34	
Celkem respondentů		100			

Podotázka A.

Věk respondentů :

Věkové rozmezí	Vzorek A	Vzorek B	Vzorek C
0 - 25	14	10	5
25 - 35	12	5	13
35 - 50	9	4	12
50 a více	11	1	4
Celkem vzorek	46	20	34
Celkem respondentů	100		

Otázka B.

Představení vzorku respondentů podle bydliště:

Vzorek A		Vzorek B		Vzorek C	
M•sto	Venkov	M•sto	Venkov	M•sto	Venkov
34	12	18	2	24	10
46		20		34	
Celkem respondent•		100			

Otázka C.

Představení vzorku respondentů podle dosaženého vzdělání:

Vzdělání	Vzorek A	Vzorek B	Vzorek C
Základní	1	0	0
Vyučen/a	7	0	0
Střední odborné	33	15	16
Vyšší odborné	1	2	2
Vysokoškolské	4	3	16
Celkem vzorek	46	20	34
Celkem respondentů	100		

Otázka D.

Představení vzorku respondentů podle rodinného stavu:

Rodinný stav	Vzorek A	Vzorek B	Vzorek C
Svobodný/á	14	15	11
Druh/družka	2	0	2
Ženatý/vdaná	19	5	19
Rozvedený/á	7	0	1
Vdovec/vdova	4	0	1
Celkem vzorek	46	20	34
Celkem respondentů	100		

Celkové shrnutí představeného vzorku respondentů :

Otázky A,B,C a D měly pouze představit vzorek respondentů, kteří byli osloveni při dotazníkovém šetření k danému tématu bakalářské práce. Dle výsledků uvedených v tabulkách je zjevné, že se do dotazníkového šetření zapojilo více žen, tedy 67 % z celkového počtu a pouze 33 % mužů. Věkové rozmezí bylo vcelku vyrovnané, pouze u věkové kategorie 50 let a více se zúčastnilo pouze 16 % respondentů. Při dotazu na bydliště respondenta celých 76 % dotázaných bydlí ve městě a 24 % na venkově, přičemž lidé z venkova se ale pravidelně pohybují ve městě Hradec Králové, a to jak pracovní, tak za kulturou a nákupy. Vzdělání převládá středoškolské, celých 64 % respondentů, ale je zde i poměrně vysoké procento vysokoškolsky vzdělaných respondentů a to 23 %. Poslední tabulka obsahuje informace o stavu respondentů, celých 40 % je svobodných a 43 % vdaných/ženatých.

Ze základního představení vzorku respondentů plyne, že v drtivé většině byly dotázáni respondenti rekrutující se ze střední společenské vrstvy, u nichž by se dala předpokládat větší znalost sociokulturního prostředí.

8 ANALÝZA DAT DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Pomocí dotazníku vlastní konstrukce byl ověřován předpoklad č. 1 (P1), přičemž úkolem bylo potvrdit či vyvrátit, zdali skutečně více jak 40 % dotázaných neví, co je obsahem a posláním hospicové péče.

Bylo distribuováno celkem 120 dotazníků, pro neúplné vyplnění dotazníku, nerespektování položených otázek a vulgarismů typu „pro chcípaající zmetky, apod.“, bylo vyřazeno 20 dotazníků (procentuálně vyjádřeno 17 % celkového počtu). Vyřazené dotazníky tedy nebylo možno pro netransparentnost zařadit do celkového výzkumu a ve výzkumu tedy pracuji se 100 dotazníky. Bohužel musím konstatovat, že uvedených 20 dotazníků bylo

ze vzorku respondentů C, tedy zaměstnanci Všeobecné služby R, kde pracují výhradně lidé se středněškolským a vyšším vzděláním.

8.1 Vyhodnocení dotazníku

Výsledky jsou zpracovány do tabulek. U každé položky je uváděna tabulka, která znázorňuje výsledky šetření:

- za celý soubor
- za dílčí skupiny, kde jsou respondenti rozděleni na:
 - a) veřejnost laická, dále vzorek A
 - b) veřejnost se zdravotnickým vzděláním, dále vzorek B
 - c) příslušníci bezpečnostního sboru, dále vzorek C

Uvedeným členěním tak bylo umožněno, kromě celkového výsledku šetření, ještě porovnat jednotlivé skupiny mezi sebou a celým vzorkem a tím zjistit, která skupina dosahuje nejlepších výsledků.

Vyhodnocováním jsem sledovala především správnost a výstižnost odpovědí. U otevřených otázek 1, 2, 3 a 4 jsem použila vlastní hodnocení správnosti či nesprávnosti jednotlivých odpovědí. Otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10 a 11 byly uzavřené, tudíž dotazovaní respondenti pouze zakroužkovali odpovědi dle jejich uvážení a vdomostí o hospicové péči.

Pozn: Předpoklad č. 1 (dále P1)

Více než 40 % dotázaných neví, co je obsahem hospicové péče.

K P1 se vztahují otázky č. 1 až 11 z daného dotazníku vlastní konstrukce.

Otázky č. 1, 2, 3 a 4 jsou otázky otevřené, avšak pro další zpracování dat zcela stěžejní.

Položka •. 1:**Co si představujete pod pojmem hospic?**

Odpovědi	Vzorek A	Vzorek B	Vzorek C	%
nevyléčitelní nemocní	1	2	10	13
dlouhodobé umírání	6	8	4	18
bezbolestné umírání	0	5	0	5
doprovázení	1	1	0	2
ošetřovatelská péče	0	1	0	1
paliativní medicína	0	3	1	4
Špatné odpovědi	38	0	19	57
Celkem vzorek	46	20	34	100 %
Celkem respondentů		100		

Z odpovědí jednotlivých skupin respondentů je patrné, že povědomí o pojmu hospic u laické veřejnosti (vzorek A) i příslušníků bezpečnostních sborů (vzorek C) je zjevně na velmi špatné úrovni. U vzorku A je zarážející, že celých 83 % dotázaných respondentů disponuje mylnými informacemi o poskytovaných službách hospiců. Obdobný nepříznivý stav je sledován u vzorku C, kde 56 % respondentů vykazuje obdobné problémy při definování obsahu hospicové péče. Jako nejčastější chybnou odpověď lze označit odpověď typu „domov důchodců“. Naproti tomu vzorek B jednoznačně vykazuje dobrou znalost této problematiky, neboť celých 100 % respondentů jasně definovalo obsah hospicové péče. Vzhledem ke službám, která je úzce spjata se zdravotnictvím a prolíná se s ním, nedošlo u vzorku B k nějakému překvapení.

Vyhodnocením položky •. 1 jako celku bylo zjištěno, že celkově 57 % respondentů nemá povědomí o sociální službě (hospicová péče), kterou hospicová péče bezesporu je.

Položka •. 2:**Co je jeho smyslem?**

Odpovědi	Vzorek A	Vzorek B	Vzorek C	%
Správné odpovědi	18	20	20	58
Špatné odpovědi	28	0	14	42
Celkem vzorek	46	20	34	100 %
Celkem respondentů		100		

Dle výsledků uvedených v tabulce je patrné, že u vzorku A (46 respondentů) chybně na danou položku odpovědělo 61 % a ze vzorku C (34 respondentů) chybně odpovědělo 41 % oslovených. V případě vzorku B se opět jednalo o 100 % znalost smyslu hospice, což by se vzhledem ke zdravotnickému vzdělání mělo předpokládat. V celkovém výsledku 42 %

z celkového počtu 100 % dotázaných respondentů opět uvedlo názory neztotožňující se se skutečným smyslem poskytovaných služeb v hospicu.

Položka č. 3:

Které služby, dle Vašeho mínění hospic nabízí?

Odpovědi	Vzorek A	Vzorek B	Vzorek C	%
Správné odpovědi	8	20	15	43
Špatné odpovědi	38	0	19	57
Celkem vzorek	46	20	34	100 %
Celkem respondent	100			

V rámci dané položky je výsledek totožný s výsledky šetření uvedených v tabulce zpracované k položce č. 1. Z daného průzkumu tedy vyplývá, že procentuálním vyjádřením z celkového počtu 100 % dotázaných respondentů jich 57 % nevědělo, jaké služby hospic nabízí.

Položka č. 4:

Znáte nějaké hospice v ČR?

Odpovědi	Vzorek A	Vzorek B	Vzorek C	%
• ervený Kostelec	34	10	12	56
• erv. Kostelec a jiný	2	5	8	15
Jiný	1	5	0	6
Neznám	9	0	14	23
Celkem vzorek	46	20	34	100 %
Celkem respondent	100			

V odpovědích k této položce je na základě výše zhodnocených výsledků neekvané, jaká je míra povědomí o znalosti umístění hospicových zařízení v České republice. Výsledky byly rozdělené na varianty odpovědí „• ervený Kostelec, • ervený Kostelec a jiný, jiný a neznám“. Ve vzorku A o umístění nějakého hospicu vědělo cca 81 % respondentů a vzorek B vykazuje opakovaně 100 % přehled o dané oblasti šetření. Naproti tomu znalost hospiců u vzorku C představuje pouze 59 % zastoupení. Celkově se dá říci, že pouhých 23 % respondentů odpovědělo do dotazníku, že neznají žádný hospic.

Položky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10 a 11 jsou otázky uzavřené. Jejich smyslem je udělat si představu o určitém možném smýšlení společnosti a její reakci na hospicovou péči jako takovou.

Položka č. 5:

Myslíte, že práce v hospici je společensky:

Odpovědi	Vzorek A	Vzorek B	Vzorek C	%
Méně významná	5	0	0	5
Středně významná	31	12	13	56
Vysoce významná	9	8	20	37
Bez odpovědi	1	0	1	2
Celkem vzorek	46	20	34	100 %
Celkem respondent	100			

Výsledky jsou rozdělené na odpovědi méně, středně, vysoce významné a bez odpovědi. Z výsledků je patrné, že subjektivně chápání pojetí hospicové péče je nejpozitivěji vnímáno respondenty vzorku B, jelikož 100 % z nich vnímá úlohu hospiců jako společensky velmi potřebnou. U vzorků A a C, i přes jejich diskutabilní chápání významu a účinnosti hospicové péče, lze posoudit jejich chápání společenské významnosti sociální práce alespoň v obecné rovině. Respondenti vzorku A vykazují 87 % zastoupení odpovědí v rovině středně a vysoce významné potřeby práce hospiců a u vzorku C se k vysokému mírnění připojilo dokonce 97 % respondentů. Celkově lze konstatovat, že 93 % všech dotázaných respondentů přikládá této oblasti poskytovaných sociálních služeb (hospicová péče) patřičného ocenění. Pouze 5 % všech oslovených považuje práci v hospici jako méně významnou a 2 % respondentů neodpovědělo vůbec.

Položka č. 6:

a) Domníváte se, že je dostatek zařízení nabízejících hospicovou péči?

Odpovědi	Vzorek A	Vzorek B	Vzorek C	%
Ano	2	2	2	6
Ne	36	18	28	82
Bez odpovědi	8	0	4	12
Celkem vzorek	46	20	34	100 %
Celkem respondent	100			

Výsledky dané položky ukazují, že ve vzorku B se pouhých 10 % respondentů domnívá, že je dostatek zařízení poskytovaných hospicovou péčí. Určitou shodu lze spatřovat i u vzorků A (4 %) a C (6 %). Zde se nabízí otázka, do jaké míry jsou obecné názory veřejnosti

zohledňovány v rámci komunitního plánování při rozhodování kompetentních státních institucí o potřebách zřizování jednotlivých zařízení sociálních služeb v daném regionu.

b) Myslíte, že by hospice měly být ve městech s počtem obyvatel nad 20000 ?

Odpovědi	Vzorek A	Vzorek B	Vzorek C	%
Ano	35	17	25	77
Ne	5	3	6	14
Bez odpovědi	6	0	3	9
Celkem vzorek	46	20	34	100 %
Celkem respondentů 100				

Na základě výše uvedených výsledků se lze důvodně domnívat, že pouze respondenti vzorku B objektivněji zvážili, zdali by hospice měly být ve všech městech s předdefinovaným počtem obyvatelstva. Daný názor vychází právě ze zjištěných poznatků o znalosti jednotlivých vzorků o zaměření hospicové péče jako takové. U vzorku A a C se jedná o již zkreslený údaj, neboť známa část oslovených respondentů měla zjevně na mysli jinou poskytovanou službu (domovy důchodců), než ve skutečnosti hospicová péče nabízí.

Položka č. 7:

a) Z jakého zdroje jste se o existenci hospicu dozvěděl/a?

Odpovědi	Vzorek A	Vzorek B	Vzorek C	%
Televize	7	12	10	29
Rádio	10	5	3	18
Tisk	7	6	7	20
Internet	12	15	5	32
Jiné	46	7	18	71
Bez odpovědi	0	0	3	3
Celkem vzorek	46	20	34	100
Celkem respondentů 100				

Výsledky jsou rozdělené na varianty odpovědí „televize, rádio, tisk, internet, jiné a bez odpovědi“. Počty odpovědí jsou zde vyšší, protože respondenti uváděli více zdrojů. Z výsledků je patrné, že povědomí jednotlivých vzorků o existenci hospiců v ČR je na velmi dobré úrovni. Zde je nutno zvážit validitu získaných údajů, neboť tato získaná data nekorespondují s výsledky již dříve zodpovězených otázek, a to především otázek 1 – 4. Tato otázka je však pouze orientační, protože nemá žádný zásadnější význam k potvrzení či vyvrácení stanoveného předpokladu. Má však smysl vzhledem k pochopení způsobu, jakými cestami je možné zvýšit společenské povědomí o významu hospicových zařízení.

b) Zajímalo by vás více informací o hospicové péči?

Odpovědi	Vzorek A	Vzorek B	Vzorek C	%
Ano	27	17	14	58
Ne	17	3	18	38
Bez odpovědi	2	0	2	4
Celkem vzorek	46	20	34	100 %
Celkem respondent	100			

Smyslem předdefinovaných odpovědí v otázce bylo vymezit motivaci respondentů a míru jejich angažovanosti. Výsledky jsou rozdělené na odpovědi ano, ne a bez odpovědi. Z výsledků je patrné, že u vzorku A o problematiku hospicové péče nemá zájem 37 % respondentů, u vzorku C dokonce 53 %. Naproti tomu vzorek B opět vykazuje poměrně vysokou míru zájmu o tuto sociální službu (85 %). V součtu však celých 38 % respondentů jednoznačně projevilo nezájem o informace týkající se hospicové péče. V daném případě však i zdržení se odpovědi (4 %) může být brán určitý nezájem o informace, a proto v souhrnu lze říci, že 42 % všech oslovených respondentů vykazuje lhostejnost k dané problematice.

Položka č. 8:**Navštívil/a jste někdy nějaký hospic?**

Odpovědi	Vzorek A	Vzorek B	Vzorek C	%
Ano	14	13	13	40
Ne	32	7	21	60
Bez odpovědi	0	0	0	0
Celkem vzorek	46	20	34	100 %
Celkem respondent	100			

Výsledky jsou rozdělené na odpovědi ano, ne a bez odpovědi. Z výsledků je zřejmé, že 40 % všech respondentů uvedlo, že navštívilo hospic. Dle výsledků šetření 30 % respondentů vzorku A a 38 % vzorku C navštívilo hospic. Je tedy překvapivé, že jestliže tato procenta respondentů (položka č.2) navštívila skutečně některý z hospiců, jak je tedy možné, že tak vysoké procento z nich (vzorek A 61 %; vzorek C 41 %) nedokázalo správně určit poslání hospicové péče.

Položka •. 9:**a) Využil/a jste již nějaké služby nabízené hospicem?**

Odpov•di	Vzorek A	Vzorek B	Vzorek C	%
Ano	2	2	2	6
Ne	44	18	32	94
Bez odpov•di	0	0	0	0
Celkem vzorek	46	20	34	100 %
Celkem respondent•	100			

Výsledky jsou rozd•lené na odpov•di ano, ne a bez odpov•di. Z daných výsledk• je z•ejmé, že 94 % všech respondent• nevyužilo služeb nabízených hospicem. Tento výsledek verifikuje míru získaných zkušeností o pov•domí, smyslu a nabízených službách hospicové pé•e.

b) Využil/a nabízené služby někdo z vašeho okolí?

Odpov•di	Vzorek A	Vzorek B	Vzorek C	%
Ano	20	2	13	35
Ne	26	15	20	61
Bez odpov•di	0	3	1	4
Celkem vzorek	46	20	34	100 %
Celkem respondent•	100			

Výsledky jsou rozd•lené na odpov•di ano, ne a bez odpov•di. V dané položce se pouze jednalo o zjišt•ní, do jaké míry bylo zkušenostmi s hospicovou pé•í u všech oslovených respondent• „dot•eno“ jejich blízké okolí. Op•t je zde nasnad• otázka, do jaké míry zde došlo k ovlivn•ní výsledk• dotazníkového šet•ení mylným za•len•ním hospicové pé•e do systému sociálních služeb jednotlivými jedinci i skupinami dotazovaných.

Položka •. 10:**Víte, jaká onemocnění mají uživatelé hospicu?**

Odpov•di	Vzorek A	Vzorek B	Vzorek C	%
Ano	32	20	23	75
Ne	14	0	10	24
Bez odpov•di	0	0	1	1
Celkem vzorek	46	20	34	100 %
Celkem respondent•	100			

Výsledky jsou rozd•lené na odpov•di ano, ne a bez odpov•di. Na základ• získaných dat v dané položce lze konstatovat, že skupina respondent• skupiny B neustále vykazuje konzistentní názorovou jednotu, oproti skupinám A a C. Daný názor je založen na faktu, že oslovení respondenti vzorku A (70 %) a vzorku C (68 %) uvedlo kladnou odpov• na dotaz,

zdali vědí, jakými onemocněními klienti hospicových zařízení trpí. Tato data jsou však ve známém rozporu s výsledky výše uvedených otázek.

Položka č. 11:

Myslíte, že má hospicová péče nějaká negativa?

Odpovědi	Vzorek A	Vzorek B	Vzorek C	%
Ano	28	5	13	46
Ne	11	15	17	43
Bez odpovědi	7	0	4	11
Celkem vzorek	46	20	34	100 %
Celkem respondent	100			

Výsledky jsou rozdělené na odpovědi ano, ne a bez odpovědi. Z daných výsledků je patrné, že u vzorku respondentů skupiny A celých 61 % spatřuje v hospicové péči nějaká negativa. Otázkou však zůstává, zdali je to ku prospěchu, jako například, že negativním jevem je jejich malá větnost, či se jedná o kritiku. U vzorku B (25 %) se jedná o konstruktivnější názor, jež může vyplývat ze zkušeností. Jako takové nejvyšší negativum lze spatřovat ve velmi reálném riziku syndromu vyhoření, jelikož personál hospicových zařízení je prakticky každý den konfrontován se smrtí. U vzorku C se jedná o 38 % respondentů, kteří spatřují u hospicové péče nějaké negativum. I přes daný prostor pro sdělení, se nikdo z respondentů nevyjádřil.

Dle zhodnocení získaných dat lze tedy prohlásit, že 46 % všech dotázaných respondentů spatřuje v hospicové péči nějaký negativní prvek. Na zvažovanou zůstává, jestli se jedná o pozitivní, či negativní názor k dané problematice. Je zde také zaznamenán 11 % podíl zahrnující nechání otázky bez odpovědi. Zdali se jednalo o záměr respondentů, nebo o neúmyslné vynechání otázky se však nepodařilo relevantním způsobem ověřit.

Prostor pro jakákoliv další sdělení k danému tématu:

Tento prostor nikdo z respondentů nevyužil k dalšímu sdělení.

8.2 Shrnutí výsledků při ověřování předpokladu P1

Předpoklad č. 1

Více než 40 % dotázaných neví, co je obsahem hospicové péče.

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

V rámci dotazníkového šetření jsem totožné dotazníky předložila třem skupinám, přičemž první skupinu (vzorek A) tvořili náhodně oslovení respondenti v obchodním středisku, druhou skupinu (vzorek B) tvořili respondenti se zdravotnickým zaměřením a třetí skupina (vzorek C) se skládala z příslušníků bezpečnostního sboru. Pro potvrzení či vyvrácení předpokladu P1 byly jako nosné definovány položky č. 1,2 a 3. Výsledky jsou uvedeny v následující tabulce.

	Vzorek A		Vzorek B		Vzorek C		%
Otázka č. 1	Správné odpovědi	Mylné odpovědi	Správné odpovědi	Mylné odpovědi	Správné odpovědi	Mylné odpovědi	Mylné celkem
	8 (17 %)	38 (83 %)	20 (100%)	0	15 (44 %)	19 (56 %)	57 %
Celkem	46		20		34		
Otázka č. 2	Správné odpovědi	Mylné odpovědi	Správné odpovědi	Mylné odpovědi	Správné odpovědi	Mylné odpovědi	
	18 (39%)	28 (61 %)	20 (100 %)	0	20 (59 %)	14 (41 %)	42 %
Celkem	46		20		34		
Otázka č. 3	Správné odpovědi	Mylné odpovědi	Správné odpovědi	Mylné odpovědi	Správné odpovědi	Mylné odpovědi	
	8 (17 %)	38 (83 %)	20 (100 %)	0	15 (44 %)	19 (56 %)	57 %
Celkem	46		20		34		52 %
Vyřazeno	0		0		20		17 %

Mezi vzorky A a C a vzorkem B je velmi výrazný rozdíl v chápání hospicové péče a jejího zaměření. Zatímco skupina vzorku B vykazovala odborné znalosti, což bylo vzhledem k úzkému vztahu zdravotnictví a hospicové péče očekávané, nemile překvapily výsledky skupin vzorků A a C, kdy respondenti skupiny C vykazali téměř v 60 % neznalost problematiky hospiců a skupina vzorku A dokonce více jak 80 % neznalost.

Celkové vyhodnocení dotazníku poukázalo na skutečnost, že povědomí veřejnosti o hospicové péči je i v prostředí velkého města a i blízkosti hospicového zařízení na značně nízké úrovni. Otázkou zůstává, vyjma skupiny respondentů z oblasti zdravotnictví (vzorek B), co je příčinou této nevědomosti a z čeho pramení. Zdali jde pouze o nevědomost spočívající v nedostatečné informovanosti obyvatelstva o účelu hospicových zařízení ze strany odborníků a massmédií, nebo se pouze jedná o nezájmem a lhostejnost občanů.

V úvahu lze též brát variantu, že veřejnost uniká dobrovolně a úšlechťtě před skutečností budoucí vlastní smrti a umírající jedince vlastní „trestá“, protože téma o smrti a všeho, co je s ní spojováno, v nich vyvolává a vzbuzuje vlastní strach. Tyto skutečnosti v dané souvislosti lze spatřovat i v eticky neslučitelně vyplněných dotaznících (17 % všech oslovených

respondent), kdy je přes vulgarismy typu „pro chcípaající zmetky“, patrná nezralá reakce unikáním a identifikací se s fikcí své síly - „já nejsem chcípák jako oni“.

Závěrem lze konstatovat, že provedeným šetřením prostřednictvím dotazníkového sběru dat se **předpoklad P1** (spolívající v domněnce, že více než 40 % dotázaných respondentů neví, co je obsahem hospicové péče) **potvrdil**.

9 STATISTICKÉ ÚDAJE PO TU KLIENTŮ HOSPICU ANEŽKY • ESKÉ

Statistické údaje jsou použity z výroční zprávy 2008 Hospice Anežky • eské v • erveném Kostelci. Výroční zpráva obsahuje statistické údaje za období let 2005 - 2008. Data slouží k vyhodnocení uvedených předpokladů:

P2 : Více než 50 % lidí umístěných v hospicové péči umírá na onkologická onemocnění.

P3: Více než 20 % lidí umístěných v hospicové péči umírá na cévní a jiná onemocnění.

V průběhu 13-ti let provozu Hospice Anežky • eské v • erveném Kostelci posloužil odborný personál doprovázením 4825 nemocným a jejich rodinám v těžkém období jejich života. V roce 2008 byla průměrná obloženost (ukazatel využití lůžkového fondu v procentech) 81,61 %. Největší zastoupení bylo z kraje Královéhradeckého a Pardubického, přijímáni byli pacienti i z kraje Středočeského, Libereckého, Olomouckého a z Prahy. Dle statistických údajů přitom rozhodující podíl připadá na klienty s velmi pokročilým stádiem onkologického onemocnění.

Domnívám se, že obdobná situace v mnou definovaných předpokladech je i v ostatních hospicových zařízeních v • eské republice, avšak šetřením jsem tyto údaje nezjišťovala.

9.1 Vyhodnocení statistických údajů

Pozn: Předpoklad •. 2 (dále P2)

Více než 50 % lidí umístěných v hospicové péči umírá na onkologická onemocnění.

Při definování daného předpokladu jsem vycházela pouze z vlastního názoru, jež se opírá o mnou získané zkušenosti s danou problematikou. V níže uvedených tabulkách jsou oficiálně publikovaná data, týkající se právě nejčastějších příčin úmrtí v Hospicu Anežky • eské v • erveném Kostelci v období let 2005 – 2008.

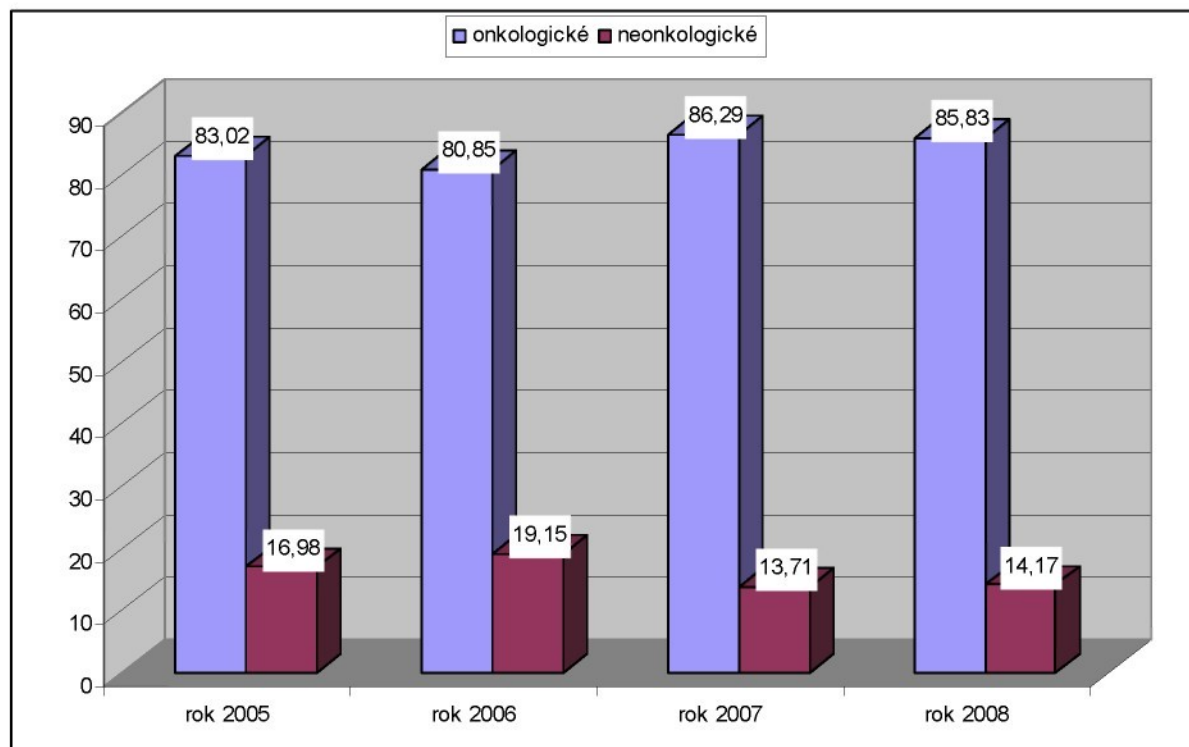
Tabulka A:

Onkologické DG	2005		2006		2007		2008	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Zhoubné novotvary rtu, dutiny ústní a hltanu	7	1,86	5	1,24	5	1,27	6	1,60
Zhoubné novotvary trávicího ústrojí	96	25,46	57	14,18	57	14,47	41	10,96
Zhoubné novotvary dýchací soustavy a nitrohrudních orgánů	42	11,14	7	1,74	56	14,21	63	16,84
Zhoubné novotvary kosti a kloubní chrupavky	1	0,27	1	0,25	51	12,94	55	14,71
Melanom a jiné zhoubné novotvary kůže	6	1,59	10	2,49	5	1,27	0	0,00
Zhoubné novotvary mezoteliální a měkké tkáně	1	0,27	2	0,50	10	2,54	9	2,41
Zhoubné novotvary prsu	25	6,63	34	8,46	8	2,03	3	0,80
Zhoubné novotvary ženských pohlavních orgánů	28	7,43	24	5,97	34	8,63	24	6,42
Zhoubné novotvary mužských pohlavních orgánů	15	3,98	15	3,73	32	8,12	34	9,09
Zhoubné novotvary močového ústrojí	32	8,49	24	5,97	13	3,30	12	3,21
Zhoubné novotvary oka, mozku a jiných částí CNS	22	5,84	21	5,22	28	7,11	24	6,42
Zhoubné novotvary štítné žlázy a jiných žláz s vnitřní sekrecí	2	0,53	30	7,46	23	5,84	21	5,61
Zhoubné novotvary neporušených, sekundárních a neurčených lokalizací	20	5,31	4	1,00	7	1,78	2	0,53
Zhoubné novotvary mízní, krvetvorné a přibuzné tkáně	15	3,98	82	20,40	6	1,52	14	3,74
Zhoubné novotvary mnohočetných samostatných (primárních) lokalizací	0	0,00	3	0,75	3	0,76	4	1,07
Novotvary nejistého nebo neznámého chování	1	0,27	6	1,49	2	0,51	9	2,41
Celkem za onkologická onemocnění	313	83,02	325	80,85	340	86,29	321	85,83
CELKEM klientů	377		402		394		374	

Pozn: Předpoklad 3 (dále P3)**Více než 20 % lidí umístěných v hospicové péči umírá na cévní a jiná onemocnění.****Tabulka B:**

Neonkologické DG	2005		2006		2007		2008	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Infekční a parazitární nemoci	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,27
Nezhoubné novotvary	1	0,27	4	1,00	2	0,51	3	0,80
Nemoci krve, krvetvorných orgánů a poruchy týkající se mechanismu imunity	0	0,00	5	1,24	0	0,00	0	0,00
Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	0	0,00	2	0,50	1	0,25	0	0,00
Poruchy duševní a poruchy chování	4	1,06	1	1,25	1	0,25	1	0,27
Nemoci nervové soustavy	5	1,33	9	2,24	10	2,54	7	1,87
Nemoci oběhové soustavy	45	11,94	50	12,44	31	7,87	29	7,75
Nemoci oka a oční adnex	0	0,00	0	0,00	1	0,25	0	0,00
Nemoci dýchací soustavy	1	0,27	0	0,00	1	0,25	0	0,00
Nemoci trávicí soustavy	0	0,00	2	0,50	0	0,00	2	0,53
Nemoci kůže a podkožního vaziva	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,53
Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	5	1,33	3	0,75	6	1,52	0	0,00
Nemoci močové a pohlavní soustavy	1	0,27	0	0,00	0	0,00	4	1,07
Poranění, otravy a jiné následky vnějších příčin	2	0,53	1	0,25	1	0,25	4	1,07
Celkem neonkologická onemocnění	64	16,98	77	19,15	54	13,71	53	14,17
CELKEM Onkologické a neonkologické DG	377	100	402	100	394	100	374	100

Graf A:



Výsledky statistiky z tabulek A, B jsem zpracovala do grafu A. Graf A obsahuje rozmezí v letech 2005 – 2008. Tabulka A zahrnuje nemoci onkologické, které jsou rozepsány do variant onkologického onemocnění, tabulka B zahrnuje nemoci neonkologické cévní a jiné onemocnění.

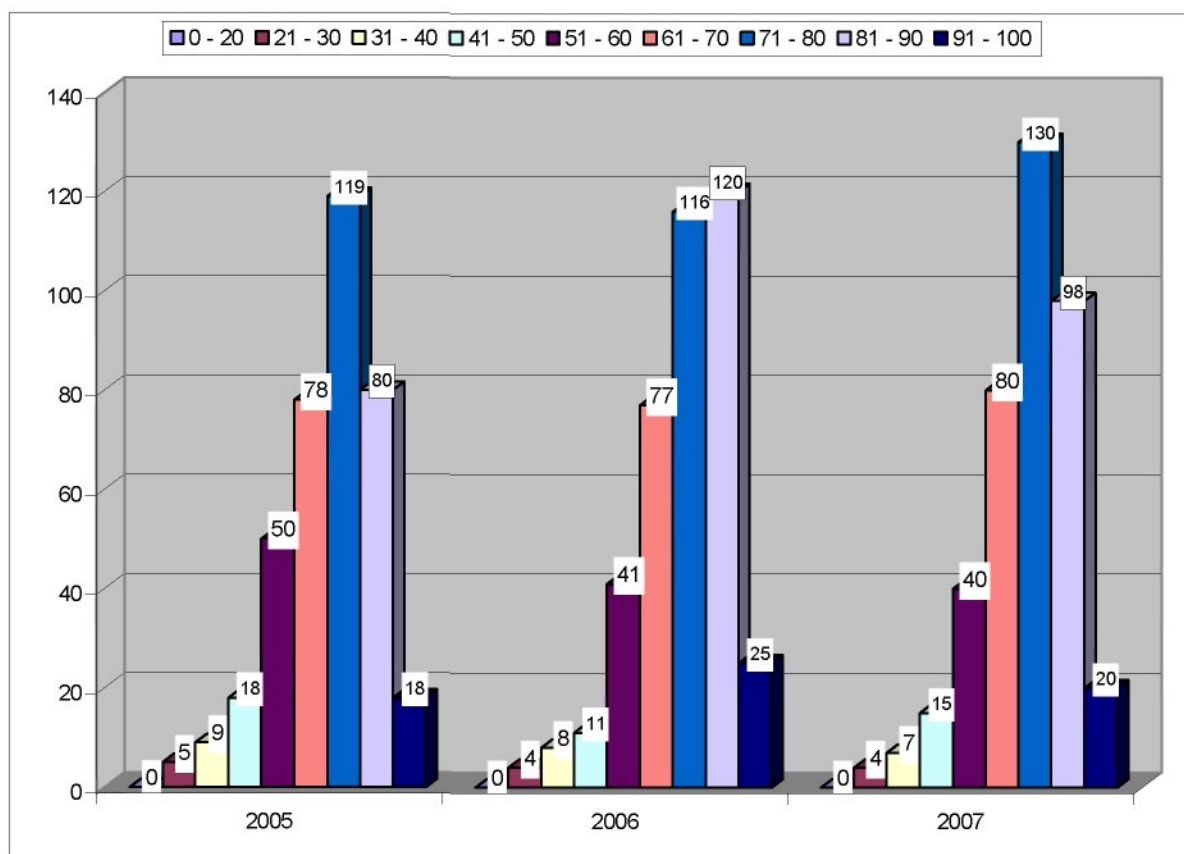
Dle statistických údajů patří k nejčastějším příčinám úmrtí v Hospicu Anežky české v červeném Kostelci dlouhodobě zhoubné novotvary trávicího ústrojí a zhoubné novotvary dýchací soustavy a nitrohrudních orgánů.

Dle věku osob, které byly umístěny v letech 2005 - 2007 v Hospicu Anežky české v červeném Kostelci (rok 2008 nebyl doposud zveřejněn), byla zpracována tabulka C, z které je zřejmé, že mezi nejčastější klientelu ve zvoleném hospicu patří věková skupina 71 – 80 let, následovaná věkovou skupinou 81 – 90 let. Oproti tomu věková skupina 0 – 20 let nevykazuje ani jeden pobyt v hospicovém zařízení a až do věkové hranice 41 – 50 let se jedná o pouhá procentuální zastoupení. Ze získaných dat je do jisté míry možno usuzovat na to, že u vyšších věkových skupin bývá častější umístování těchto jedinců v různých zdravotnických zařízeních, přičemž jejich nejbližší příbuzní volí jejich umístění do hospicového zařízení. U nižších věkových skupin se domnívám, že jsou zde intenzivnější citové vazby, spojené s odmítáním leckdy neodvratitelného, a proto volí alternativu pobytu doma.

Tabulka C:

v•k	2005	2006	2007	%
0 - 20	-	-	-	0
21 - 30	5	4	4	1,1
31 - 40	9	8	7	2
41 - 50	18	11	15	3,8
51 - 60	50	41	40	11,2
61 - 70	78	77	80	20
71 - 80	119	116	130	31,1
81 - 90	80	120	98	25,4
91 - 100	18	25	20	5,4
celkem	377	402	394	1173 (100 %)

Graf B:



9.2 Ov•••ení platnosti p•edpokladu P2 a P3

Z výsledk• v grafu A je z•ejmé, že onkologická onemocn•ní p•edstavují nejvýznamn•jší klientelu z•ad nemocných. Dané procentuální zastoupení lze pravd•podobn• vysv•tlit samotnou genezí nemoci. Dle získaných dat v letech 2005 – 2008 procentuáln• zastávají onkologická onemocn•ní pokaždé více jak 80 %, z•ehož vyplývá, že **p•edpoklad P2 byl prakticky potvrzen.**

Z výsledk• v grafu A je patrné, že neonkologická onemocn•ní jsou zastoupena v procentech, jež v ani jednom p•ípad• nep•ekro•ila 20 % hranici nutnou pro potvrzení mnou vysloveného p•edpokladu. Z toho vyplývá, že **p•edpoklad P3 nebyl** provedenou analýzou dat **potvrzen.**

Celkové vyhodnocení statistických údaj• v souvislosti s p•edpokladem P2 a P3 v rozmezí let 2005 – 2008 ukazuje, že hospicová pé•e je poskytována v drtivé v•tšin• onkologicky velmi vážn• nemocným lidem.

10 NÁVRH NA OPAT• ENÍ

Filosofií hospicové pé•e je úcta k životu a umožn•ní maximální kvality života umírajícímu •lov•ku, realizované poskytováním pé•e a podpory umírajícím a jejich rodinám. Život má být žit tak pln• a bez zbyte•ného utrpení, jak jen to je možné. Smrt je vnímána jako nedílná sou•ást života každého jedince. Hospicová pé•e smrt ani neoddaluje, ani neurychluje.

Umírání a smrt je z•ejm• doposud pro v•tšinu lidí u nás neuchopitelným problémem, a to zejména proto, že se s nimi ve svém život• setkali sporadicky, •i pouze zprost•edkovan• a nemají zkušenost jak se v podobných situacích chovat, co d•lat a jak reagovat. A tak velice •asto, pouze z d•vodu svých obav ze smrti, •i strachu ze svého osobního selhání a nezvládnutelnosti situace, dochází u nich k vyhýbání se danému tématu.

Pro humanizaci pé•e ur•ené umírajícím v •eské republice je práv• proto nutné vytvořit podmínky ve form• dostupných zdroj• srozumitelných informací o smrti a umírání, pop•. úpravou legislativy •i zm•namí v komunitním plánování umožnit rozvoj více hospicových zařízení.

Do problematiky hospicové pé•e u nás by m•la být také ve v•tší mí•e zapojena i široká veřejnost. Zařit s osv•tou by se m•lo už ve školských zařízeních, aby téma smrti, jako p•irozené sou•ásti života, bylo odtabuizováno. V rámci oz•ejm•ní pot•ebnosti hospicové pé•e lze využít masmédií k hlubší informovanosti o smyslu této pé•e, jejím výhodám

a v neposlední řadě k jejímu přínosu v kontextu naší kultury. Tuto cestu možné osvěty prostřednictvím masmédií dokládá provedené šetření v této bakalářské práci, kde poměrně velká část respondentů jako způsob k získávání informací uvádí jak televizi, rádio i internet.

Jako další cesta vzdělávání se veřejnosti v dané problematice by měla být snaha zdravotnického personálu předávat nejen těžce nemocným, ale především jejich rodinným příslušníkům patřičné informace o významu a možnostech hospicových zařízení, a ne nechávat pacienty umírat sice pod odborným dohledem, avšak v citově sterilním prostředí nemocnic. Pravdou i nadále zůstává, že žádný odborník nemůže nahradit v oblasti vztahů - matku, otce, syna, dceru, i přítele umírajícího a naše společnost by si měla uvědomit, že je nutné vytvářet podmínky nejen pro lepší život, ale i pro důstojné umírání.

Jak bylo řečeno již výše, ze strany státu a jeho institucí by měly být vytvářeny prostor a podmínky (legislativní, ekonomický, personální) pro rozvoj více hospicových zařízení, než je v současné době, jelikož naše populace stárne a tlak na potřeby možnosti důstojného umírání určitě poroste.

Alternativu v pojetí hospicové péče taktéž do budoucna může představovat hospicová péče praktikovaná v domácím prostředí. Podmínkou však je pomoc ze strany státu, například adekvátní finanční příspěvek, i materiální pomoc od státní správy, i samosprávy určené pro rodinného příslušníka, který na čas opustí své zaměstnání a poskytuje péči umírajícímu členu rodiny, i osobě blízké, může významně ovlivnit počet rodinných příslušníků a blízkých, kteří se rozhodnou na čas poskytovat laickou hospicovou péči.

Domácí hospicová péče laická

Domácí hospicová péče laická může být poskytována umírajícím všech věkových skupin, u kterých nevyžaduje jejich psychosomatický a sociální stav odbornou péči, služby i pomoc. Může být využívána umírajícími, kteří mají takové sociální podmínky, které dovolují poskytování domácí hospicové péče laické bez ohrožení, i snížení kvality života umírajícího a jeho blízkých.

Domácí hospicová péče laická by se měla dle mého názoru stát, kromě lékařské hospicové péče, základním pilířem hospicové péče jako celku, jelikož pomáhá umírajícímu, jeho rodině a blízkým překonávat společně nejtěžší úsek cesty lidským životem v prostředí osobním, důvěrně známém, blízkém a bezpečném.

Domáci hospicová péče odborná

Další alternativou dlouhodobého doprovázení by mohlo být upravení domácí hospicové péče – odborné, která je integrovanou formou zdravotní, sociální a laické péče poskytovanou umírajícím v jejich vlastním sociálním prostředí. Může doplnit, i v pokročilejším stadiu nahradit domácí hospicovou péči laickou.

Může být určena umírajícím plně, i částečně závislým na pomoci druhé osoby a jejich blízkým, kteří mají takové sociální podmínky a zázemí, které dovolují poskytování domácí hospicové péče odborné bez ohrožení, i snížení kvality života umírajícího a jeho blízkých.

Pomáhá umírajícímu, popřípadě jeho blízkým v rámci paliativní péče zmírnit příznaky doprovázející umírání. U osamělých klientů nahrazuje prostřednictvím odborně připravených dobrovolníků rodinné příslušníky, i blízké.

V obou výše uvedených případech by však tyto způsoby mohly být realizovány pouze za podmínek zmíněných v legislativě.

11 ZÁVĚR

Problematika způsobu umírání v dnešní společnosti se pomalu dostává do středu zájmu mnoha lidí. Stále více lidí si uvědomuje neutěšený stav v této velice důležité oblasti lidského života, nebo lidé odcházejí z tohoto světa často osamoceni, ve stresu, občas nedostojně a ve zcela cizím prostředí. Někdy nenacházejí ve svojí těžké životní situaci, jakou poslední chvíle života určitě jsou, podporu a pochopení od okolního světa. Je nutné si uvědomit, že každého z nás čeká zkušenost s vlastní smrtí, ale i poslední dny, hodiny a minuty na tomto světě. Dnešní společnost tento fakt ze svého života však ve větší míře vytěsňuje. Lidé mají takový strach ze smrti, ba dokonce se o ní bojí hovořit. Pokud se o tomto tématu začneme nejenom bavit, ale i se zajímat o to, jak vlastně lidé z našeho okolí umírají a v jakých podmínkách, myslím si, že se mnoho věci změní. Hospic je místo, které slouží k dlouhodobému prožití někdy posledních dnů i týdnů života a je třeba vždy a všem zachovat úctu bez rozdílu na pohlaví, věku, náboženském vyznání, rase a barvy pleti. Také je třeba si uvědomit, že možná někdo z nás, včetně mě, tyto služby využije. Protože nemoc a smrt si nevybírá!

V problematice hospicové péče by se dále mohla zkoumat například spokojenost i nespokojenost klientů hospicové péče ohledně poskytovaných služeb, které jednotlivé hospice nabízejí, u personálu v hospici zkoumat jejich spokojenost s prací a zda u nich nedochází k syndromu vyhoření atd.

Vypracováním své bakalářské práce jsem se snažila přispět k rozšíření informací o hospicové péči a doprovázení umírajícího. Mnoho informací a poznatků jsem nashromáždila během své návštěvy Hospice Anežky České v červeném Kostelci, ale i z osobní zkušenosti. Pějala bych si, aby má práce byla, alespoň zčásti přínosná pro hospicovou péči a napomohla lidem, kteří se o problematiku smrti a důstojného umírání zajímají, nebo doprovázejí své blízké. Mě samotnou práce na mnou zvolené téma obohatila o další informace z této tak důležité části života jedince na tomto světě.

12 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BYSTŘICKÝ, Z. *Hospicová péče - organizace a zkušenosti z českých pracovišť*. Postgraduální medicína, 2001. roč. 3, č. 2. ISSN 1212-4184.
2. DAHLKE, R. *Nemoc jako věc duše*. Praha: Pragma, 1998. 416 s. ISBN 80-7205-632-8.
3. FRANKL, V.E. *A přesto tady žijeme*. 2. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996. 175 s. ISBN 80-7192-866-6.
4. FRANKL, V.E. *Lékařská péče o duši*, Brno: Cesta, 2006. 237 s. ISBN 80-7295-085-1.
5. FRANKL, V.E. *Věc ke smyslu*, Brno: Cesta, 2006. 212 s. ISBN 80-7295-084-3.
6. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1985. 376 s.
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanalogie-Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha 5: Galén, 2000. 190 s. ISBN 80-7262-034-7.
9. JAKOUBKOVÁ, J. et al. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha 5: Galén, 1998. 125 s. ISBN 80-85824-78-7.
10. KÜBLER-ROSS, E. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Hradec Králové: Signum Unitatis, 1992. 134 s. ISBN 80-85439-04-2.
11. KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov: Arica, 1993. 251 s. ISBN 80-900134-6-5.
12. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a činnosti sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2.
13. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající-hospicová péče*. Národní centrum domácí péče. 96 s. I – 695260.
14. MOŽNÝ, I. *Moderní rodina, mýty skutečnost*. Brno: Blok, 1990.
15. PACOVSKÝ, V. *Geriatric*. 1.vyd. Praha: Scientia medica, 1994. 150 s. ISBN 80-85526-32-8.
16. PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1990. 135 s. ISBN 80-201-0076-8.
17. PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku, jak pomáhat v těžkých chvílích*. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 1996. 199 s. ISBN 80-7021-152-0.
18. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 4. vyd. Praha: Ecce Homo, 1999. 144 s. ISBN 978-80-902049-2-9.
19. SVATOŠOVÁ, M., JIRMANOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem*. 1.vyd. Praha: Ecce Homo, 1998. 163 s. ISBN 80-902049-1-0.

20. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 3. vyd. Praha, Sociologické nakladatelství, 2005. 128 s. ISBN 80-86429-36-9.
21. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 480 s. ISBN 80-7169-437-1.
22. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, I. a kol. *Paliativní medicína*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha 7: Grada Publishing, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.
23. ŠVINGALOVÁ, D., PEŠATOVÁ, I. *Uvedení do výzkumu a metodika tvorby bakalářské práce*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. 78 s. ISBN 80-7372-046-9
24. INTERNETOVÝ ZDROJ: Hospic Anežky • eské
Dostupné z URL < <http://www.hospic.cz/historie.html> >
25. INTERNETOVÝ ZDROJ: Hospice.cz
Dostupné z URL < <http://www.hospice.cz> >
26. INTERNETOVÝ ZDROJ: Wikipedie
Dostupné z URL < <http://cs.wikipedia.org/wiki/Bolest> >
27. SLÁMA, O. *Některé myšlenky o péči o terminálně nemocné*. In: INTERNETOVÝ ZDROJ: Hospice.cz, Dostupné z URL < <http://www.hospice.cz> >, [online] 2001-01-21
28. MACKOVÁ, M. *Hospicové hnutí u nás a ve světě*. Diplomová práce-Ostravská univerzita, 2002. 86 s. In: INTERNETOVÝ ZDROJ: Umírání.cz , Dostupné z URL < <http://www.umirani.cz> >
29. DOKUMENT Vlády • Ř • íslo 493/93

13 P• ÍLOHOVÁ • ÁST

P•íloha •. 1

DOTAZNÍK

Vážený/á pane/paní,
jsem studentkou 3. ročníku Fakulty přírodovědné – humanitní a pedagogické Technické univerzity v Liberci a chtěla bych Vás touto cestou požádat o vyplnění dotazníku, jehož výsledky budou použity výhradně pro zpracování mé bakalářské práce. Dotazník je naprosto anonymní. Odpovědi zakroužkujte, další odpovědi vypište v ponechaném prostoru.
Předem děkuji za Vaši ochotu a strávený čas s vyplňováním odpovědí. **Blanka Wildtová**

A. Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

Věk:

B. Bydliště:

- a) město
- b) venkov

C. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) vyučen/a
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

D. Rodinný stav:

- a) svobodný/á
- b) druh/družka
- c) ženatý/ vdaná
- d) rozvedený/rozvedená
- e) vdovec/vdova

1. Co si představujete pod pojmem hospic? Vypište prosím stručně.
2. Co je jeho smyslem? Vypište prosím stručně.
3. Které služby, dle Vašeho mínění, hospic nabízí? Vypište prosím stručně.

Slovník pojmů

Dobrovolník - ten, který dobrovolně vnuje svoji energii a volný čas činnosti prospěšné společnosti i celé společnosti, a to bez nároku na odměnu. V hospicích je dobrovolník neodmyslitelnou součástí týmu.

Eutanázie - (ec. eu=dobře, thanatos=smrt) v doslovném překladu znamená dobrou smrt, přeneseně smrt z milosti.

Home care - v odborné terminologii se pod ní rozumí domácí pečovatelská péče prováděná profesionály.

Home help - v odborné terminologii se pod ní rozumí domácí pečovatelská péče prováděná laiky.

Hospicové hnutí - ucelený systém pomoci umírajícím a jejich rodinám, který se snaží o zlepšení kvality života umírajících.

Jednotky paliativní péče - (z angl. pain units). Pracoviště specializující se na léčbu nesnesitelných nebo obtížně zvladatelných bolestí.

Kóma - Kóma je označováno za nejhlubší formu bezvědomí. Kóma je extrémní formou života, z níž jedince nelze probudit.⁵³

Kurativní léčba - Léčební příčiny nemoci. Výsledkem kurativní léčby je úplné vyléčení pacienta, zatímco postupy paliativní medicíny nemoc sice neodstraní, ale přesto se subjektivní stav pacienta může zlepšit.⁵⁴

Prognóza - je relativní veličina určující pravděpodobnost uzdravení, zlepšení stavu, či přežívání nemocného v době, za předpokladu uplatnění aktuálně známých diagnostických, terapeutických a ošetřovatelských metod.⁵⁵

Respirační péče - neboli péče o pečující (z angl. respite - uvolnit, ulehčit). Je založena na předpokladu, že psychicky vyrovnaný ošetřující umí vést k potřebné duševní hygieně i rodinu umírajícího, která je vystavena extrémní psychické zátěži. Obvykle se jedná o odlehčení v péči o nemocné, o které se stará dlouhodobě rodina. V určité chvíli se stane, že již rodina dál

⁵³ HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 262

⁵⁴ HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 283

⁵⁵ HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 455

nem•že, že je vy•erpaná každodenním náro•ným ošet•ováním, p•ípadn• psychickým tlakem a starostmi o nemocného a jeho chorobu. Tehdy nastupuje respitní l•žko nap•íklad v domovech d•chodc•, nebo hospicích. B•hem n•kolikadenních až nekolikatýdenních pobyt• nemocného v hospici, •asto opakovaných, si m•že rodina odpo•inout, má možnost na•erpat novou sílu. P•i tom jsou nemocní v prost•edí, kde starosti s ošet•ovatelskou pé•í, s tlumením p•ípadných bolestí p•ípravou jídla p•evezmou jiní lidé, odborníci.⁵⁶

Sociální izolace - vy•azení jedince ze spole•enství. M•že být dobrovolná (samotá•ství) nebo „vynucená“ (nebezpe•í ší•ení nákazy, vážný zdravotní handicap).⁵⁷

Smrt - zánik jedince.

Smrt biologická - znamená smrt mozku, stala se ekvivalentem smrti.

Smrt fyziologická - nastává tehdy, když se naplnil geneticky podmín•ný „program života“ nebo „smrti“.⁵⁸

Smrt klinická - dynamický stav organismu, který za•íná patologickou zástavou jedné ze dvou základních životních funkcí - dýchání a ob•hu, které je obvykle b•hem 30 - 60 vte•in sledováno zástavou i druhé funkce a bez cizí pomoci p•echází nenávratn• v biologickou definitivní smrt.⁵⁹

Smrt patologická - je zp•sobena r•znými patogenními vlivy (nemoc, úraz,násilí) v dob• kratší, než ur•ují biologické hodiny.⁶⁰

Smrt sociální - stav, kdy •lov•k již není svým okolím p•ijímán jako osobnost.

Suicidium (sebevražda) - úmyslná agrese proti vlastní osob• s cílem p•ivodit si smrt.

Syndrom vyho•ení (vyhasnutí, vypálení, vyprahlosti) - **burn-out syndrom** postihuje pracovníky pomáhajících profesí (zdravotnický personál, psychologové, sociální pracovníci, u•itelé atd.) Jedná se o soubor p•íznak• složený ze ztráty zájmu o práci, zklamání, pocitu odmítnutí, neschopnosti a hlavn• ztráty smyslu vlastního po•ínání. Vyho•ení je jistým druhem obranného mechanismu, kterým si •lov•k chrání psychiku.⁶¹

⁵⁶ INTERNETOVÝ ZDROJ: Hospice.cz, Dostupné z URL < <http://www.hospice.cz> >

⁵⁷ PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1990. s. 113 - 116.

⁵⁸ PACOVSKÝ, V. *Geriatricie*. 1.vyd. Praha: Scientia medica, 1994. s. 115 - 118.

⁵⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Sputaný život*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1985. s. 71 - 76.

⁶⁰ PACOVSKÝ, V. *Geriatricie*. 1.vyd. Praha: Scientia medica, 1994. s. 115 - 118.

⁶¹ HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 586

Terminální nemocný klient - člověk trpící aktivní a progresivní chorobou, kurativní léčba u tohoto klienta není účinná a jeho smrt lze očekávat v průběhu 12 měsíců.⁶²

Terminální stav - poslední fáze umírání.

Thanatofobie - chorobný strach ze smrti.

Thanatologie - interdisciplinární vědní obor o smrti a o všech fenoménech, které jsou s ní spojeny.

Umírání - proces nezvratného selhávání životně důležitých funkcí.

⁶² Tamtéž.

Kontakty na Hospice v České republice

1. Hospic v Mostě, Svážná 1528, Most
<http://www.hospic-most.cz/kontakty>
2. Dom léby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna, Jiráskova 47, Rajhrad
<http://www.dlbsh.cz/index.php?page=9&language=cz>
3. Hospic Citadela, Žerotínova 1421, Valašské Meziříčí
<http://www.citadela.cz/>
4. Hospic v Čeranech, Sokolská 584, Čerany
<http://www.centrum-cercany.cz/cz/>
5. Hospic na Svatém Kopečku, Sadové náměstí 24, Olomouc
<http://www.hospickopecek.caritas.cz/>
6. Hospic sv. Alžběty v Brně, Kamenná 36, Brno
<http://www.hospicbrno.cz/>
7. Hospic sv. Jana N. Neumanna, Neumannova 134, Prachatice
<http://www.hospicpt.cz/>
8. Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích, Rybářské náměstí 662, Litoměřice
<http://www.hospiclitomerice.cz/>
9. Hospic sv. Lazara, Sladkovského 66, Plzeň
<http://www.hsl.cz/cs/>
10. Hospic Johanka
<http://www.galacie.cz/johanka.php>
11. Hospicové občanské sdružení Cesta domů, Bubenská 3, Praha 7
<http://www.cestadomu.cz/>
12. Smíření – hospicové sdružení pro Pardubický kraj, K Ploché Dráze 602, Chrudim
<http://www.smireni.cz/aktuality.htm>
13. Umírání.cz
<http://www.umirani.cz/>
14. římskokatolická farnost most
<http://www.farnost-most.cz/>
15. Hospice.cz
<http://www.hospice.cz/>

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(pro bakalářský studijní program)

pro (kandidát): Blanka Wildtová
adresa: 503 27 Lhota pod Libčany 236
studijní obor (kombinace): Penitenciární péče
Název BP: **Hospicová péče**
Název BP v angličtině: **Hospice Palliative Care**
Vedoucí práce: Mgr. Jitka Pejřimovská
Konzultant:
Termín odevzdání: 15. 4. 2010

Poznámka: Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování BP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 20. 3. 2009



děkan



vedoucí katedry

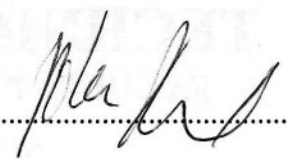
Převzal (kandidát): _____

Datum: _____

Podpis: _____

Název BP: HOSPICOVÁ PÉČE

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Pejřimovská

Podpis:.....

Cíl: Předmětem bakalářské práce bude zkoumání současného stavu, obsahu, perspektivy a úrovně společenského vědomí občanů o hospicové péči v prostředí velkého města České republiky.

Požadavky: Studium odborné literatury a zdrojů.
Analýza statistických údajů.
Dotazník vlastní konstrukce.

Metody: Výzkumné šetření prováděné formou dotazníku vlastní konstrukce.
Studium a analýza statistických zdrojů a odborné literatury.

Literatura: MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. Národní centrum domácí péče, I – 695 260
SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, 4. vyd. Praha: Ecce Homo, 1999, ISBN 978-80-902049-2-9
KRÁTKÁ, D. *Hospic*, zdroj: Právo, příloha Magazín Práva, datum: 19961012, roč. 6, č. 240, ISSN: 1211-2119
VAICOVÁ, L. *Každý den je vzácný*, zdroj: Svobodné slovo, datum: 19940302, lokace: roč. 50, č. 51, ISSN: 0231-732x
HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání*, 1. vyd. Praha: Galén, 2000, ISBN 80-7262-034-7
JAKOUBKOVÁ, J. *Paliativní medicína*, 1. vyd. Praha: Galén, 1998, ISBN 80-8582-478-7
PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*, 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, ISBN 80-201-0076-8
PŘIDALOVÁ, M. *Jak umíráme: Sociální práce*, Brno: Národní centrum pro rodinu, 1998. č. 1.
SVATOŠOVÁ, M., JIRMANOVÁ, M. *Hospic slovem i obrazem*, 1. vyd. Praha: Ecce Homo, 1998, ISBN 80-902049-1-0
ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*, 3. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005, ISBN 80-86249-36-9
VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, 1. vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-437-1