

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

# **Poskytování paliativní péče v hospicích v České republice**

Diplomová práce

Autor: Bc. Tereza Mejsnarová  
Studijní program: N 7506 Speciální pedagogika  
Studijní obor: Speciální pedagogika rehabilitační činnosti  
a management speciálních zařízení  
Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.

**Univerzita Hradec Králové**  
Pedagogická fakulta

**Zadání diplomové práce**

**Autor:** **Bc. Tereza Mejsnarová**

Studijní program: N7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení

**Název závěrečné práce:** **Poskytování paliativní péče v hospicích v České republice**

Název závěrečné práce  
AJ: Providing palliative care in hospices in the Czech Republic

**Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

V teoretické části diplomové práce budou definovány pojmy paliativní péče a představeny základní formy specializované paliativní péče. Podrobně bude popsán hospic a komplexní program péče poskytované v domácím nebo náhradním sociálním prostředí. V praktické části bude pomocí metod pozorování a studium dokumentace realizováno kvalitativní výzkumné šetření s cílem popsat a přiblížit specifika péče. Cílem diplomové práce je na základě kvantitativního šetření pomocí metody dotazníku zjistit a následně porovnat kvalitu paliativní péče jednotlivých vybraných hospiců na území České republiky.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky a logopedie,  
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.

Konzultant:

Oponent: doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 22. 2. 2013

Datum odevzdání závěrečné práce:

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucího diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové, dne.....

.....

podpis

## **Poděkování**

Děkuji PhDr. Miroslavě Javorské, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady, které mi při zpracování práce poskytla.

Děkuji také paní MUDr. Marii Svatošové a panu PhDr. Robertu Hunešovi, kteří mi poskytli informace potřebné k upřesnění údajů pro výzkumné šetření.

V neposlední řadě děkuji všem ředitelům a vrchním sestřám lůžkových hospiců v České republice za spolupráci při realizaci výzkumného šetření.

## **Anotace**

MEJSNAROVÁ, Tereza. *Poskytování paliativní péče v hospicích v České republice*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2014. 271 s. Diplomová práce.

Diplomová práce se zabývá problematikou poskytování paliativní péče v hospicích v České republice. Podává stručný přehled a základní informace o daném tématu. Vymezuje pojmy paliativní péče a představuje základní formy specializované paliativní péče. Dále definuje termín thanatologie a podává bližší informace o jevech, které tento pojem zahrnuje (umírání, smrt). Kromě toho práce věnuje pozornost eutanázii, dystanázii, pohřbu a rituálům s ním spojenými, pozůstalým osobám a truchlení. Práce poskytuje náhled a bližší informace o hospici a komplexním programu péče poskytované v domácím nebo náhradním sociálním prostředí. Zpracovává problematiku syndromu vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí se zaměřením na zaměstnance lůžkových hospiců a téma etiky a kvality v péči o nevléčitelně nemocné a umírající osoby.

Přínos práce spočívá ve zjištění a následném porovnání kvality paliativní péče jednotlivých vybraných hospiců na území České republiky. Práce na základě užitých metod (pozorování, studiem dokumentace, dotazníkem) buď potvrdí, nebo vyvrátí dosud zveřejněné a publikované informace o této problematice.

**Klíčová slova:** paliativní péče, obecná paliativní péče, specializovaná paliativní péče, thanatologie, umírání, smrt, pohřeb, eutanázie, dystanázie, pozůstalí, truchlení, hospic, hospicová péče, etika, kvalita, syndrom vyhoření.

## **Annotation**

MEJSNAROVÁ, Tereza. *Provision of palliative care in hospices in the Czech Republic*. Hradec Králové: The Faculty of Education of the University of Hradec Králové, 2014. 271 p. Thesis.

The thesis deals with the issues of provision of palliative care in hospices in the Czech Republic. It gives a concise summary and basic information about the given topic. It specifies the palliative care terms and introduces basic forms of specialized palliative care. Furthermore, it specifies the thanatology term and provides more detailed information about the phenomena included in this term (dying, death). Besides, the thesis pays attention to euthanasia, dysthanasia, funeral and rituals associated with it, and to surviving relatives and mourning. The thesis provides an insight and more detailed information about hospice and comprehensive programme for care provided at home or in alternative social background. It handles the issue of burnout syndrome related to workers in assisting professions with the view to employees in bed hospices and the topic of ethics and quality of the care of incurably ill and dying people.

The contribution of the thesis consists in findings and subsequent comparison of the quality of palliative care in chosen individual hospices on the territory of the Czech Republic. Based on methods used (observation, studying of documentation, questionnaire), the thesis either confirms or disconfirms the information on this issue disclosed or published so far.

**Key words:** palliative care, general palliative care, specialized palliative care, thanatology, dying, death, funeral, euthanasia, dysthanasia, survivors, mourning, hospice, hospice care, ethics, quality, burnout syndrome.

# Obsah

Úvod .....	10
<b>1 Paliativní péče.....</b>	<b>12</b>
1.1 Historie a rozvoj paliativní péče .....	13
1.2 Charakteristika paliativní péče.....	15
1.2.1 Principy paliativní péče .....	16
1.2.2 Právní aspekty a legislativa v paliativní péči .....	18
1.2.3 Obtíže a priority paliativní péče .....	21
1.2.4 Cíle paliativní péče .....	25
1.3 Formy paliativní péče.....	27
1.3.1 Obecná paliativní péče.....	27
1.3.2 Specializovaná paliativní péče.....	28
<b>2 Thanatologie .....</b>	<b>36</b>
2.1 Umírání .....	36
2.1.1 Proces umírání .....	37
2.1.2 Reakce umírajících na jednotlivé fáze umírání .....	39
2.1.3 Projevy terminálně nemocných a umírajících osob.....	42
2.1.4 Přístup k umírajícím a péče o ně .....	45
2.2 Smrt.....	48
2.2.1 Náležitosti spojené s péčí o mrtvé tělo .....	51
2.2.2 Pohřeb a rituály spojené se smrtí.....	52
2.3 Eutanázie.....	55
2.3.1 Ano či ne, historické a současné názory na eutanázii.....	58
2.3.2 Situace v České republice a ve světě.....	61
2.4 Dystanázie.....	64
2.5 Problémy rodiny po smrti pacienta .....	65
2.5.1 Zármutek a truchlení pozůstalých.....	67
2.5.2 Podpora truchlících a pozůstalých.....	69
<b>3 Hospic.....</b>	<b>72</b>
3.1 Vznik a vývoj hospiců v ČR .....	74
3.1.1 Vznik a vývoj hospiců ve světě .....	76
3.2 Druhy hospiců .....	78
3.3 Financování a legislativa hospiců .....	80

3.4	Podrobný popis budovy hospice .....	83
3.5	Hospicová péče .....	86
3.5.1	Formy hospicové péče .....	88
3.5.2	Program hospicové péče.....	90
<b>4</b>	<b>Etika a kvalita v péči o umírající .....</b>	<b>92</b>
4.1	Etika a umírání .....	93
4.1.1	Ochrana lidských práv a důstojnost v péči o umírající.....	95
4.1.2	Etické problémy umírání a smrti .....	99
4.1.3	Informování nemocného a příbuzných o zdravotním stavu pacienta .....	102
4.1.4	Problémy spojené s výkonem pomáhajících profesí .....	105
4.2	Kvalita péče o umírající .....	110
4.2.1	Cílová skupina specializované paliativní péče .....	113
4.2.2	Pracovní tým specializované paliativní péče.....	116
4.2.3	Struktura, proces, plán a náplň specializované paliativní péče .....	122
4.2.4	Prostředí, věcné a technické vybavení pro poskytování specializované paliativní péče.....	124
4.2.5	Aspekty jednotlivých druhů péče o terminálně nemocné a umírající .....	125
4.3	Umírání a paliativní péče v České republice .....	129
4.4	Výhledy paliativní péče do budoucnosti.....	132
<b>5</b>	<b>Empirická část.....</b>	<b>136</b>
5.1	Stanovení cílů a hypotéz výzkumného šetření .....	136
5.2	Metodologie výzkumného šetření .....	138
5.3	Analýza výsledků výzkumného šetření.....	142
5.3.1	Analýza informací z webových stránek lůžkových hospiců v ČR.....	142
5.3.2	Analýza dat získaných od vrchních sester lůžkových hospiců.....	145
5.3.3	Analýza dat získaných od ředitelů lůžkových hospiců.....	172
5.4	Ověření hypotéz .....	242
5.5	Závěr šetření.....	245
5.6	Diskuse.....	250
5.7	Návrh opatření.....	252
	<b>Závěr .....</b>	<b>256</b>
	<b>Použitá literatura .....</b>	<b>258</b>
	<b>Internetové zdroje.....</b>	<b>263</b>
	<b>Seznam zkratek a symbolů.....</b>	<b>266</b>



<b>Seznam obrázků .....</b>	<b>267</b>
<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>267</b>
<b>Seznam grafů.....</b>	<b>269</b>
<b>Seznam příloh.....</b>	<b>271</b>

## Úvod

Úroveň péče o umírající v České republice je i přes úsilí a snahy mnohých zdravotníků a pracovníků v sociální sféře alarmující. Dle Strategie (2011 – 2015, s. 14) je „stav paliativní péče v České republice nedostatečný a neodpovídá aktuálním potřebám“. Obecně můžeme říci, že ČR za vývojem paliativní péče ve vyspělých zemích zaostává jak v oblasti obecné paliativní péče, tak v oblasti specializované paliativní péče.

Ačkoliv jsou v České republice vyvíjeny snahy, které by měly směřovat ke zlepšení situace (např. lepší zajištění jejího financování), jedná se pouze o dílčí úspěchy. V současnosti patří k největším problémům nerozvinutá domácí (mobilní) paliativní péče a stav péče o umírající a terminálně nemocné v LDN a DD (Kalvach, 2004). Mobilní specializovaná paliativní péče není dosud v České republice integrována do zdravotního systému, chybí legislativní ukotvení a možnost jejího financování ze zdravotního pojištění. „Rozvoj tohoto typu služby za stávajících podmínek je de facto nemožný. Právo člověka na volbu místa, kde stráví závěr života, není u nás naplňováno“ (Strategie, 2011 – 2015, s. 10).

Na základě výše zmíněných informací a faktů přibližujících stav paliativní péče v České republice tato práce podrobněji rozpracovává problematiku poskytování paliativní péče v České republice s bližším zaměřením na péči poskytovanou v náhradním sociálním prostředí, přesněji v lůžkových hospicích.

Teoretická část práce je tvořena čtyřmi kapitolami. První z kapitol definuje pojmy paliativní péče a představuje základní formy specializované paliativní péče. Kapitola druhá podrobně seznamuje s problematikou umírání a smrti. V kapitole třetí je detailně popsán hospic a komplexní program péče poskytované v domácím nebo náhradním sociálním prostředí. Čtvrtá kapitola se zaměřuje na etiku a kvalitu v péči o nevyлéčitelně nemocné a umírající osoby.

Empirická část práce, orientovaná převážně na zjištění a následné porovnání kvality paliativní péče v jednotlivých vybraných hospicích na území České republiky, je shrnuta v poslední, páté kapitole.

Užitými metodami k dosažení vytyčených cílů celé práce jsou pozorování, studium dokumentace a dotazník.

Ačkoli je hlavním cílem této práce zjištění faktů a statistických dat shrnujících kvalitu poskytované paliativní péče v hospicích v ČR, její záměr je mnohem hlubší. Tato diplomová práce je snahou o poskytnutí podrobných srozumitelně formulovaných informací přibližujících téma paliativní péče osobám, které nemají informace o tom, jakým způsobem lze nevléčitelně nemocným a umírajícím jedincům umožnit co nejkvalitnější a nejdůstojnější odchod z tohoto světa. Tato práce je zároveň úsilím vedoucím k dalšímu kroku, který by pomohl k odtabuizování tématu smrti ve společnosti a upozornil na situaci, ve které se nevléčitelně nemocní a umírající lidé v České republice nacházejí.

## 1 Paliativní péče

Definice, vymezujičích pojmy paliativní péče, případně paliativní medicína, existuje hned několik a to z důvodu, že jejich obsah nebyl dosud ustálen. Všechna vymezení paliativní péče však společně kladou důraz na kvalitu života, zabývají se řešením obtížných symptomů a v neposlední řadě také specifikací skupin pacientů, kteří paliativní péči přijímají (Marková, 2010).

Slovo „paliativní“ pochází z latinského pallium, jehož překlad do češtiny znamená maska, deka nebo pokrytí pláštěm. „Hlavním smyslem péče je maskovat účinky choroby, která je nevléčitelná a zároveň se postarat o člověka, který trpí nesnesitelnými bolestmi („tj. přikrýt ho pláštěm“) a umožnit mu i přes jeho nemoc vést život relativně uspokojivým způsobem“ (Stáhalová, 2010, s. 1).

Terminologie paliativní péče se mění v čase, je ovlivněna historickým vývojem a dále charakterem zdravotnických služeb lidem na konci života v různých zemích. Názvosloví spojené s péčí o osoby ke konci jejich života prošlo několika proměnami. Dle Payneové (2007) se v šedesátých a sedmdesátých letech dvacátého století užívaly nejčastěji termíny „hospicová“ a „terminální péče“. Poté se ujal název „kontinuální péče“ a „péče o umírající“. Teprve v letech 1980 – 2000 se začal užívat pojem „paliativní péče“. V současné době se zavádí termín „podpůrná péče“, který se však užívá pro označení poskytování a doplnění základní léčby pacientů s rakovinou. Výraz „péče na konci života“ se uplatňuje v Kanadě a ve Spojených státech (Payneová, 2007).

Paliativní péče je v současné době na celém světě brána jako synonymum pro „specializovanou péči pro umírající, která zahrnuje fyzický, psychologický, sociální a duchovní aspekt a pokračuje i po smrti pacienta, kdy se zaměřuje na rodinu. Péče v době zármutku je proto součástí paliativní péče stejně jako péče při umírání“ (Quinnová, 2007, s. 21).

„Paliativní péče je moderní celosvětově rychle se rozvíjející typ péče, který nabízí nevléčitelně nemocným lidem a jejich blízkým účinnou pomoc“ (Stáhalová, 2010, s. 1). Dle Slámy (2011, s. 25), Skály (2005, s. 1) je paliativní péče „aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu“. Obsáhlejší definici pojmu nabízí Malkovská (2007, s. 61), která paliativní péči vymezuje jako „přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších

fyzických, psychosociálních a duchovních potíží“. Tato definice je užívána Světovou zdravotnickou organizací (World Health Organization) a zároveň patří mezi nejčastěji citované definice paliativní péče (World Health Organization, 2013).

V definicích paliativní péče se hovoří o nemocných osobách s aktivním progredujícím pokročilým onemocněním, jejichž délka života je omezena a jejichž onemocnění nereaguje na kurativní léčbu<sup>1</sup> (Haškovcová, 2000). Dle definic je paliativní neboli útěšná péče poskytována osobám po celou dobu průběhu trvání onemocnění, nikoli pouze bezprostředně před smrtí. Péče a léčba klade důraz na kvalitu života a celostní přístup k nemocné osobě, ale i její rodině (Marková, 2010).

## **1.1 Historie a rozvoj paliativní péče**

Zdá se, že je paliativní péče nový, nepříliš známý obor, který Stáhalová (2010) dokonce nazývá moderním, jedná se ve skutečnosti o nejstarší formu medicíny vůbec (Marková, 2010).

Marková (2010, s. 13) hovoří o paliativní péči jako o tzv. „multidisciplinární péči ověřené dějinami“. Nazývá ji tak na základě poznatků o tom, že již před několika staletími se rodinní příslušníci, přátelé, ale i duchovní podíleli na mírnění utrpení svých blízkých a zcela přirozeným způsobem je v jejich domácím prostředí provázeli k dobré smrti, ačkoli byl tento úkol hlavním posláním lékařů a sester (Marková, 2010). „Lidé věděli, jak se mají vůči umírajícímu chovat, a dokonce umírající věděl, co se od něj očekává“ (Haškovcová, 2000, s. 26). O tomto způsobu péče o umírající se hovoří ještě v období před druhou světovou válkou, kdy bylo ošetřování blízké umírající osoby v jejím přirozeném prostředí za přítomnosti rodiny, rodinného lékaře, ošetřovatelky a kněze považováno za zcela běžné (Marková, 2010). V dávných dobách bylo samozřejmější zemřít než žít. Lidé krátce stonali a rychle umírali, smrt byla viditelná a byla běžnou součástí života. „Jednotlivci se v průběhu svého krátkého a nejistého života učili umírat, když pozorovali smrt v okolí, nebo pomáhali těm, jejichž těžká hodinka právě udeřila“ (Haškovcová, 2000, s. 23). Představa o tom, jak péče o umírající v minulosti vypadala, bývá idealizována do podoby takzvaného domácího modelu umírání, o kterém můžeme hovořit teprve v posledních dvou stoletích. Do té doby se však prostému lidu dostávalo pouze péče laické, anebo žádné (Haškovcová, 2000).

---

<sup>1</sup> „Léčí příčiny nemoci. Výsledkem kurativní léčby je úplné vyléčení pacienta, zatímco postupy paliativní medicíny se nemoc sice neodstraní, ale přesto se subjektivní stav pacienta může zlepšit“ (Hospice, 2005).

V minulém století se umírání stalo čistě lékařskou záležitostí. Došlo k oddělení umírání od přirozeného lidského životaběhu. Na umírání se pohlíželo jako na něco, co se má léčit a to až do úplného vyčerpání organismu. Důsledkem toho bylo to, že umírající lidé trávili poslední chvíle svého života v osamění na nemocničních lůžkách místo toho, aby měli po boku své blízké (Marková, 2010). I dnešní situace v péči o umírající v osamění důmyslných institucí je poměřována s ideálem domácího modelu umírání. Haškovcová (2000) však na domácí model umírání nepohlíží stejně jako Marková (2010). Dle Haškovcové (2000, s. 26) neodpovídá domácí model umírání „naší představě o hřejivé náruči všech zúčastněných, kteří zvládali laskavý doprovod“. To, jak péči o umírající popisuje Marková (2010), bylo dle Haškovcové (2000) pouze vzácností. Rodiny mnoha umírajících osob byly nefunkční, velká část umírajících rodinu vůbec neměla. Lékař byl při umírání přítomen pouze v ojedinělých případech a to hned z několika důvodů. Počet lékařů byl nedostatečný, rodiny umírajících neměly dostatečný finanční obnos, aby byly schopné lékaři honorář zaplatit a v neposlední řadě bylo lékařům doporučováno, aby se od domů, kde umírajícím nemohou již nic nabídnout, vzdálili. V případě, že umírající rodinu měl, byl domácí model umírání brán jako sociální akt, kdy si jednotliví rodinní příslušníci rozdělovali pečovatelské role a vůči umírajícímu projevovali solidaritu. Umírající tudíž poslední chvíle svého života neprožíval opuštěn. Obecně ve všech případech platilo, „že čím méně bylo po ruce odborných prostředků pomoci, tím spíše se nešetřilo vlídnými slovy“ (Haškovcová, 2000, s. 27).

K rozvoji institucionálního modelu umírání docházelo postupně. Nemocní byli většinou umísťováni do chorobinců, později do špitálů a nemocnic. Lidem zde byla poskytována především laická pomoc pramenící pouze ze zkušeností ošetřovatelů, kteří zpravidla neměli odborné vzdělání. Umírající lidé se zde nesetkávali se speciální pozorností. „Jestliže někdo právě opouštěl pozemský svět, pak jeho soukromí bylo ekvivalentem lůžka, které se nacházelo mezi všemi“ (Haškovcová, 2000, s. 30). Až ve 20. letech 20. století vznikla praxe tzv. bílé zástěny – plenty, která měla zajistit umírajícímu klid a ostatním pacientům ušetřit pohled na umírajícího. Později byly v zařízeních vyčleněny zvláštní pokoje pro umírající. Ošetřovatelé byli přesvědčeni o tom, že umírající potřebují klid, proto byli příbuzní z péče o umírající vyloučeni. Ve vývoji péče došlo k tomu, že „moderní člověk umírá sám, obklopen bílou zástěnou nebo v pokoji mezi ostatními a v péči profesionálních zdravotníků, kteří jsou pro něj, stejně jako on pro ně, cizí lidé“ (Haškovcová, 2000, s. 30).

K rozvoji paliativní péče (medicíny) jako samostatného lékařského oboru došlo v 70. letech 20. století současně s rozvojem hospiců (Stáhalová, 2010). „První pokus o zřízení lůžkového oddělení paliativní péče byl podniknut v roce 1992 v rámci Nemocnice v Babicích nad Svitavou“ (Strategie, 2011 - 2015, s. 8).

Od roku 1970 je datován rozvoj činnosti společností, které se zabývají paliativními přístupy ke všem umírajícím a o zmírňování bolesti u konečných stádií nemocí. „Jednotlivé národní společnosti paliativní medicíny sdružuje Evropská společnost paliativní medicíny“ (Haškovcová, 2000, s. 35). V rámci Společnosti pro výzkum a léčbu bolesti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně byla v České republice ustanovena Sekce paliativní medicíny (Haškovcová, 2000). „Od roku 2004 v ČR existuje samostatný specializační obor Paliativní medicína a léčba bolesti“ (Sláma, 2011, s. 25-26). Každoročně se také v České republice koná Brněnský den paliativní medicíny. Paliativní medicína jako obor, se u nás postupně rozvíjí. Informace jsou studentům předávány v rámci středních a vyšších zdravotnických škol, v rámci lékařských fakult, ale také v postgraduálním systému vzdělávání. Potřebný prostor pro svůj rozvoj v České republice dostala paliativní medicína až roku 1989 (Haškovcová, 2000). Ačkoli v České republice existuje kvalitní hospicová péče, jedná se o péči informačně a místně dostupnou jen malému počtu občanů. V porovnání s vyspělými zeměmi Česká republika za vývojem paliativní péče zaostává (Stáhalová, 2010).

Vývoj oboru paliativní péče je zaznamenán ve speciálních periodikách, mezi které například patří *European Journal of Palliative Care*, *Journal of Pain and Symptom Management*, *Palliative Medicine*, *Hospic Bulletin* a další. Periodikum o paliativní péči v češtině chybí. Základní učebnice paliativní medicíny, jejíž autory byli Vorlíček a Adam, byla vydána roku 1998 nakladatelstvím Grada (Haškovcová, 2000).

## **1.2 Charakteristika paliativní péče**

Paliativní, neboli útěšná, úlevná péče je přístup „který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení, a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních“ (Stáhalová, 2010, s. 2-3).

Na paliativní péči lze pohlížet jako na filozofii a konkrétní organizovanou péči, která klade důraz na bio-psycho-socio-spirituální jedinečnost každého člověka (Sláma, 2011).

Kupka (2011) a další (Payneová, 2007; Sláma, 2011; Skála, 2005; Stáhalová, 2010) předkládají stručné charakteristiky pojmu „paliativní péče“. Dle Kupky (2011, s. 52) paliativní péče „podporuje život a považuje umírání za normální proces; ani neurychluje, ani neoddaluje smrt; poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů; začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty; vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti“. Tuto charakteristiku paliativní péče doplňuje Skála (2005, s. 1), dle kterého paliativní péče mimo jiné „chrání důstojnost nevléčitelně nemocných a klade hlavní důraz na kvalitu života“. Paliativní péče dále „usiluje o prodloužení a zachování života, který bude svou kvalitou pro pacienta přijatelný; vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a respektuje jejich hodnotové priority; snaží se vytvořit podmínky, aby pacient mohl poslední období svého života prožít ve společnosti svých blízkých, v důstojném a vlídném prostředí“ (Sláma, 2011, s. 25).

Paliativní péče je založena na celostním pohledu na nemocného a na interdisciplinární spolupráci, integruje v sobě aspekty lékařské, sociální, psychologické, existenciální a spirituální. Respektuje hodnotové priority pacientů a chrání jejich právo na seburčení. Vychází ze zkušenosti, že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením (Stáhalová, 2010).

Paliativní péče má i několik specifických charakteristik, mezi které řadíme zacílení na nemocného jedince a jeho kvalitu života; využití psychologických, sociálních a duchovních aspektů péče o pacienta; podporu doprovázejících; koordinovanou týmovou práci; multiprofesní tým a v neposlední řadě podporu, díky které mohou pacienti žít co nejaktivněji až do smrti (Malkovská, 2007).

### **1.2.1 Principy paliativní péče**

„Každý obor medicíny by měl mít rozpracovanou svoji strategii paliativní péče, protože žádný obor se nemůže vyvázat z péče o umírající, jejichž překlad do hospice je nevhodný, nežádoucí nebo nereálný (Haškovcová, 2000, s. 36). Obecně se tedy v paliativní péči dodržují jisté principy, zásady, či aspekty péče o nevléčitelně nemocné jedince. Za první zásadu paliativní péče můžeme považovat fakt, že by měla



být paliativní péče zahájena tehdy, když jsou negativní důsledky kurativní terapie větší než očekávaný přínos. Při poskytování paliativní péče dále platí, že „paliativní přístup důsledně respektuje potřeby umírajících, které se od nemocných s příznivou prognózou výrazně liší“ (Haškovcová, 2000, s. 36). Paliativní péče je koordinovaný program odborných a podpůrných služeb, které se provádí v hospici, případně v dalších institucích nebo doma. Je nezbytné, aby na sebe jednotlivé služby navazovaly. Díky tomu, že nemocní potřebují ve zvýšené míře sociální, psychologickou a duchovní pomoc, řadíme mezi další zásadu v paliativní péči možnost péče dobrovolníků o umírající jedince. Vždy je nutné, aby odborné, ale i laické iniciativy v péči o nemocné koordinoval lékař (Haškovcová, 2000).

Kromě zmíněných obecných principů paliativní péče existují i zásady přístupu v péči o jedince v domácím prostředí, které rozpracovává Skála (2005). Domácí paliativní péče by měla být dostupná 7 dní v týdnu, 24 hodin denně; na tvorbě plánu péče by se měli podílet pacienti, rodina, nejbližší přátelé; „součástí domácí paliativní péče je účinná péče o tělesný, psychický, sociální a spirituální stav pacienta a jeho rodiny“ (Skála, 2005, s. 2). Mezi nejdůležitější zásady domácí paliativní péče patří ochota rodiny podílet se na domácí péči o nemocného; souhlas pacienta s péčí v domácím prostředí; souhlas a porozumění rodiny i pacienta možnostem a principům péče; v neposlední řadě také seznámení rodinných příslušníků se závažností zdravotního stavu a budoucím vývojem onemocnění jedince. Ačkoli z průzkumů vyplývá, že by si většina vážně nemocných osob přála prožít závěr svého života doma, je toto přání naplněno pouze u menší části nemocných (Sláma, 2011).

Zásady, které by měly být u nevléčitelně nemocných jedinců v rámci paliativní péče dodržovány, mají i jednotlivé složky péče (psychologická, sociální, duchovní, somatická) (viz kapitola 4.2.5). Za zmínku však stojí i specifické aspekty péče o umírajícího pacienta. Jedná se o osm bodů, které pacienta i jeho rodinu seznamují se situacemi, které by v průběhu vývoje onemocnění mohly nastat. Zároveň je učí, jak tyto situace řešit. Dále podávají informace o tom, co, kdy a v jakém případě je třeba terminálně nemocnému a umírajícímu pacientovi zajistit a na co se připravit. Dodržení těchto zásad by mělo vést alespoň k částečnému ulehčení odchodu jedince ze světa (Skála, 2005).

Ve všech oblastech medicíny platí základní etické principy, stejně je tomu i při poskytování paliativní péče. Mezi principy, které by měly být v rámci paliativního

přístupu dodržovány, patří dle Slámy (2011) autonomie, informovanost pacienta, beneficence<sup>2</sup>, nonmaleficence<sup>3</sup> a spravedlnost.

### 1.2.2 Právní aspekty a legislativa v paliativní péči

„Základní práva, odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob, jsou dnes ohrožena mnoha faktory“ (Stáhalová, 2010, s. 2). Hovoříme o nedostatečné dostupnosti samotné paliativní péče, o zanedbávání léčby fyzického utrpení, v mnoha případech se nebere ohled na sociální, spirituální a psychologické potřeby nemocných a dochází k umělému prodlužování procesu umírání. Na nevléčitelně nemocné a umírající jedince má dále škodlivý vliv nedostatečné kontinuální vzdělávání ošetřujícího personálu a jeho malé poskytování psychologické podpory (Stáhalová, 2010).

Lidé trpící nevléčitelným onemocněním mají právo na to, aby péče jim poskytovaná byla v souladu s etickým kodexem ČLK (Česká lékařská komora) a právním řádem ČR (Skála, 2005). Pro paliativní péči platí stejné právní předpisy jako pro všechny ostatní oblasti zdravotní péče (Sláma, 2011). V rámci péče o pacienty by „měl být uplatňován důsledně nedirektivní přístup, respektující vůli pacienta a ponechávající pacientovi potřebný pocit, že má věci pod kontrolou“ (Stáhalová, 2010, s. 2). I tehdy, kdy již není pacient schopen komunikovat a hájit svá rozhodnutí, by měl lékař respektovat přání a hodnoty, které pacient dříve zastával (Skála, 2005). Lékař by se měl při poskytování péče řídit etickými pravidly, péči by měl poskytovat *lege artis*<sup>4</sup> a měl by dbát na spravedlivou distribuci omezených lidských, finančních a technických zdrojů (Sláma, 2011).

Podmínky pro důstojné umírání shrnuje Student (2006, s. 38) jako tzv. „práva umírajících“ takto:

1. „právo na zacházení jako s živým člověkem a na zachování pocitu naděje – jakkoliv může být subjektivní;
2. právo vyjadřovat myšlenky a pocity k tématu smrti po svém;

<sup>2</sup> „Princip beneficence vyjadřuje závazek, aby lékař pro pacienta udělal vše, co je pro něj prospěšné“ (Sláma, 2011, s. 320).

<sup>3</sup> „Neškodit a nedovolit uškodit pacientovi. Jakékoli jednání nesmí pacienta primárně a cíleně poškodit“ (Sláma, 2011, s. 320).

<sup>4</sup> Lékařská péče poskytovaná „v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“ (Sláma, 2011, s. 323).

3. právo se podílet na všech rozhodnutích, týkajících se vlastní péče;
4. právo na péči ze strany soucitných, citlivých a kompetentních lidí, kteří se snaží porozumět potřebám nemocného;
5. právo na porozumění procesu smrti a na obdržení upřímných a úplných odpovědí na všechny otázky;
6. právo na hledání útěchy v duchovních otázkách;
7. právo na stav bez tělesných bolestí;
8. právo zemřít pokojně a důstojně;
9. právo nezemřít osamoceně;
10. právo na respektování nedotknutelnosti těla po smrti“.

Mezi základní právní předpisy, které souvisí s poskytováním paliativní péče, patří Listina základních práv a svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicině z roku 1997, Etický kodex České lékařské komory, Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a prováděcí předpisy (Sláma, 2011). Dále Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, Vyhláška č. 619/2006 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007 a Vyhláška č. 620/2006 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Nesmíme opomenout Standardy hospicové paliativní péče, které roku 2007 připravila Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče ve spolupráci pracovní skupiny MZČR.

Listina základních práv a svobod v článku 6 (1) uvádí: „každý má právo na život. Lidský život je hoděn ochrany již před narozením“. „Nikdo nesmí být zbaven života“ (Listina základních práv a svobod, článek 6 (2)).

S poskytováním paliativní péče souvisí i Úmluva o lidských právech a biomedicině z roku 1997, která byla v České republice ratifikována roku 2001 a má přednost před běžnými zákony. „V případě rozporu pravidel této úmluvy s českými zákony a podzákonými předpisy o zdravotnictví by měla být v aplikační praxi dána přednost pravidlům, vyplývajícím z této úmluvy“ (Sláma, 2011, s. 327). Dle článku 4. „jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy“. „Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést

pouze za podmínky, že k němu dotyčná osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas“ (článek 5.). Dále bude dle článku 9. „brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy by mohl vyjádřit své přání“.

Etický kodex České lékařské komory není právním předpisem. V případě, že by došlo k jeho rozporu s právním předpisem, měl by být upřednostněn právní předpis. Dle článku 7. Etického kodexu ČLK „lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanázie a asistované suicidium nejsou přípustné“.

Dle § 207 odst. 2 (Neposkytnutí pomoci) zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon: „Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti“. „Kdo jinému z nedbalosti ublíží na zdraví tím, že poruší důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona, bude potrestán odnětím svobody nebo zákazem činnosti“ § 223 (Ublížení na zdraví).

Mezi další právní předpisy, které souvisí s poskytováním paliativní péče, patří Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a prováděcí předpisy, který v § 11 uvádí, že „zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“. Oproti tomu léčebně preventivní péče podle § 17 „spočívá v péči o ochranu, navrácení a upevnění zdraví jednotlivců i kolektivů“. § 55 odst. 2 písm. c) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu: „Každý zdravotnický pracovník je povinen zejména poskytovat neprodleně první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby další odbornou péči“.

Do roku 2006 neobsahoval český právní systém termín „paliativní péče“ nebo „hospic“. Změna přišla s novelizací Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. V novele č. 340/2006, která vešla v platnost k 3. 7. 2006, byl zaveden nový §22a): s názvem Zvláštní lůžková péče, ve znění: „Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu“.

„Dosud se podařilo prosadit 2 novely zákona č. 48/1997 Sb. pro umožnění úhrady lůžkové a mobilní hospicové péče ze zdravotního pojištění a zakotvit kód 0730 pro specializovanou ústavní paliativní péči do úhradové vyhlášky ministerstva zdravotnictví (pro lůžkovou péči v roce 2007, pro mobilní péči v roce 2010)“ (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2010). Minimální personální zajištění a způsob kalkulace úhrady za ošetrovací den 00030 na lůžkách hospicového typu bylo s platností od 1. 1. 2007 definováno Vyhláškami č. 619/2006 Sb. a č. 620/2006 Sb. (Strategie, 2011-2015).

Standardy hospicové paliativní péče definují požadavky, které by měli poskytovatelé specializované paliativní péče v České republice splňovat, aby byla zajištěna odpovídající kvalita a její potřebná úroveň (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2010). Standardy hospicové paliativní péče jsou předpisem doporučující povahy, jedná se o normy obecného charakteru. Standardy se stávají závaznými v případě, „kdy zřizovatel jednotky specializované paliativní péče standardy začlení mezi vnitřní předpisy a jejich dodržování stanoví jako povinnost, nebo pokud se tyto standardy stanou součástí smluvního ujednání (např. mezi zřizovatelem a pacientem)“ (Standardy, 2006, s. 23). Standardy hospicové paliativní péče jsou závazným dokumentem pro členy APHPP. Lůžkové hospice, které jsou členy APHPP, jsou povinny tyto standardy naplňovat a dodržovat (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2010).

„Aktuálně je nyní připravována další novela zákona č.108/2006Sb. o sociálních službách, kterou APHPP navrhuje rozšířit v §44 o další typ odlehčovací služby (odst. 2): Zvláštním typem odlehčovacích služeb jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby zaměřené na péči o osoby v terminálním stavu onemocnění, které jsou poskytovány v součinnosti se zdravotní ošetrovatelskou péčí hrazenou dle zákona č.48/1997Sb, §22 a 22a); cílem služby je umožnit klientům a jejich blízkým vyrovnat se s umíráním blízké osoby a poskytnout jim podporu v truchlení“ (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2010).

### **1.2.3 Obtíže a priority paliativní péče**

ČR za vývojem paliativní péče ve vyspělých zemích zaostává jak v oblasti obecné paliativní péče, tak v oblasti specializované paliativní péče. Neuspokojivá situace vývoje paliativní péče u nás je do značné míry způsobená tím, „že od počátku byl

rozvoj specializované paliativní péče, mj. v důsledku odlišné politické a ekonomické situace v České republice, o několik desetiletí výrazně opožděn (Strategie, 2011 – 2015, s. 8).

Jednou z hlavních překážek a nesnází, s nimiž se česká paliativní péče potýká, je její nejistá a náročná existence. Musí se vynaložit veliké úsilí na získání finančních prostředků z dotací resortních ministerstev, regionálních a městských úřadů, případně sponzorských darů (viz tabulka 1, Strategie, 2011 - 2015, s. 12) (Student, 2006). Nelze tvrdit, že je paliativní péče levná. Kdyby však byla v České republice uvážlivě vytvořena koncepce paliativní péče ve zdravotně-sociálním systému, došlo by ke zkvalitnění péče o nemocné a rozpočet by nebyl zatížen novými výdaji (Strategie, 2011 - 2015). Evropská asociace pro paliativní péči uvádí, že „interdisciplinární přístup vede ke snížení celkových nákladů na péči, protože se zkracuje průměrná doba, kterou pacienti musejí strávit v akutní nemocniční péči“ (Radbruch, 2010, s. 13). Při porovnání nákladů na péči v zařízeních lůžkové (2000 Kč/den) a mobilní (1500 Kč/den) paliativní péče s provozováním akutních lůžek, dojdeme k závěru, že je poskytování paliativní péče méně nákladné a zároveň je zachována nejvyšší kvalita péče (Strategie, 2011-2015).

<b>Forma paliativní péče</b>	<b>Zdravotní pojišťovny</b>	<b>Dotace, granty, dary</b>	<b>Příspěvky na péči</b>	<b>Sbírky</b>	<b>Úhrada pacienta</b>
Léčebné zařízení hospicového typu	55%	20%	8%	10%	7%
Mobilní hospic (MSPP)	Není doposud zákonem upraveno	60%	0%	38%	2%

**Tabulka 1: Současné financování lůžkových a mobilních hospiců**

Na další slabiny současné péče o umírající v České republice upozornil projekt Podpora rozvoje paliativní péče v ČR. Podle výsledků šetření je obecným problémem paliativní péče v ČR její malá dostupnost. Ačkoliv jsou dostupné formy paliativní péče schopné poskytnout kvalitní péči a podporu umírajícím i jejich rodinám, má k nim přístup pouze malá část těch, kteří by tuto pomoc potřebovali. Dle Kalvacha (2004, s. 97) je „specializovaná moderní paliativní péče hospicového typu dostupná pouze 1% všech terminálně nemocných a umírajících“. Mezi další překážky v péči o umírající

řadíme nedostatečné znalosti a dovednosti profesionálů v péči o pokročile nemocné. Nedostatečné je i vzdělávání zdravotnických pracovníků a lékařů v pregraduálním a postgraduálním studiu, které by se týkalo paliativní péče. „Velká část umírajících trpí nedostatečně mírněnou bolestí a ostatními symptomy, ačkoli moderní léčba bolesti dokáže naprostou většinu takových případů účinně léčit“ (Kalvach, 2004, s. 97). Výsledky výzkumů ukazují, že kontinuita a koordinace péče je často velmi nedokonalá a že jsou nemocní v posledních týdnech svého života překládáni mezi různými zdravotnickými zařízeními. Nedostatečnou úroveň má i komunikace mezi lékaři a pacienty o jejich diagnóze a prognóze onemocnění. Výjimkou je i účast samotného pacienta a jeho rodiny na důležitých rozhodnutích o léčbě. Odborná i laická veřejnost je nedostatečně informována o paliativní péči. V neposlední řadě průzkum odhalil, že „žádná součást systému zdravotní a sociální péče nevěnuje systematickou pozornost pozůstalým“ (Kalvach, 2004, s. 97).

Projekt Podpora rozvoje paliativní péče v ČR upozornil na fakt, že je úroveň péče o umírající v České republice i přes úsilí a snahy mnohých zdravotníků a pracovníků v sociální sféře alarmující. „Stav paliativní péče v České republice je nedostatečný a neodpovídá aktuálním potřebám“ (Strategie, 2011 – 2015, s. 14). Veřejnost hodnotí úroveň péče o umírající velmi kriticky, avšak zdravotníci hodnotí kvalitu péče o umírající a terminálně nemocné ještě kritičtěji. Ačkoliv jsou v České republice vyvíjeny snahy, které by měly směřovat ke zlepšení situace (např. lepší zajištění jejího financování), jedná se pouze o dílčí úspěchy. V současnosti patří k největším problémům nerozvinutá domácí (mobilní) paliativní péče a stav péče o umírající a terminálně nemocné v LDN a DD (Kalvach, 2004). Mobilní specializovaná paliativní péče není dosud v České republice integrována do zdravotního systému, chybí legislativní ukotvení a možnost jejího financování ze zdravotního pojištění. „Rozvoj tohoto typu služby za stávajících podmínek je de facto nemožný. Právo člověka na volbu místa, kde stráví závěr života, není u nás naplňováno“ (Strategie, 2011 – 2015, s. 10).

Vidina zlepšení situace v České republice spočívá v rozvoji moderní paliativní péče, které však brání komplex ekonomických, legislativních, politických a společenských překážek. Autoři projektu uvádí několik oblastí, ve kterých jsou nutné nejnaléhavější změny. Mezi tyto oblasti patří působení na odbornou veřejnost prostřednictvím lékařských společností; podpora inovativních místních projektů;

sledování a vyhodnocování péče o terminálně nemocné<sup>5</sup> a umírající; rozvoj domácí paliativní péče; využití osvědčených postupů ze zahraničí a navázání užší mezinárodní odborné spolupráce v oblasti péče o umírající a terminálně nemocné a v neposlední řadě také soustavná popularizace tématu péče o umírající (Kalvach, 2004). Student (2006, s. 9) tento výčet doplňuje o „zařazení problematiky paliativní péče do pregraduálního i postgraduálního vzdělávání lékařů a zdravotnického personálu, zlepšení úrovně léčby bolesti u nevléčitelně nemocných a umírajících, zavedení a prosazování paliativní péče v zařízeních tzv. následné péče a zlepšení existenčních podmínek pro domácí hospicovou péči“. Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015 vytyčuje v Koncepti rozvoje paliativní péče konkrétní kroky, které by měly vést ke zlepšení situace paliativní péče u nás (Strategie, 2011 – 2015, s. 15).

Paliativní péče má však i své přednosti. Poskytuje terminálně nemocným a umírajícím osobám úlevu od bolesti a dalších tíživých projevů nemoci (Stáhalová, 2010). Podporuje život, umírání a smrt považuje za normální, přirozený proces, smrt neodsouvá, ani ji neurychluje (Standardy, 2006). Pacient nemusí mít strach z dystanázie<sup>6</sup>, ani eutanázie<sup>7</sup>. „Je použitelná v raném stádiu nemoci spolu s řadou jiných terapií, jejichž cílem je prodloužení života, jako chemoterapie či radioterapie, a zahrnuje vyšetření nutná k lepšímu pochopení a zvládnutí tíživých klinických komplikací“ (Standardy, 2006, s. 2). Paliativní péče vychází z přání a potřeb pacientů (Stáhalová, 2010). Usiluje o zlepšení kvality jejich života a může také pozitivně ovlivnit průběh nemoci. Nabízí podporu, díky které mohou pacienti žít co nejaktivněji až do smrti. (Standardy, 2006). Je založena na týmovém přístupu profesionálů ke klientovi. Tým se snaží v co možná nejvyšší možné míře uspokojovat potřeby pacientů a jejich rodin. Poskytuje podporu, poradenství v období pacientovy nemoci a v období zármutku (Stáhalová, 2010).

---

<sup>5</sup> „Nevléčitelně nemocní, v konečném stádiu své nemoci, kde již byla ukončena kurativní léčba“ (Hospice, 2005).

<sup>6</sup> „Umělé a násilné prodlužování přirozeného procesu umírání léčbou, jejíž nevýhody z pohledu pacienta nebo jeho blízkých převažují nad jejími výhodami. Dystanázie, neboli zadržovaná smrt je nepříjemným důsledkem uplatňování postupů vítězné medicíny v situacích, kdy potřeby umírajícího vyžadují paliativní přístup“ (Hospice, 2005).

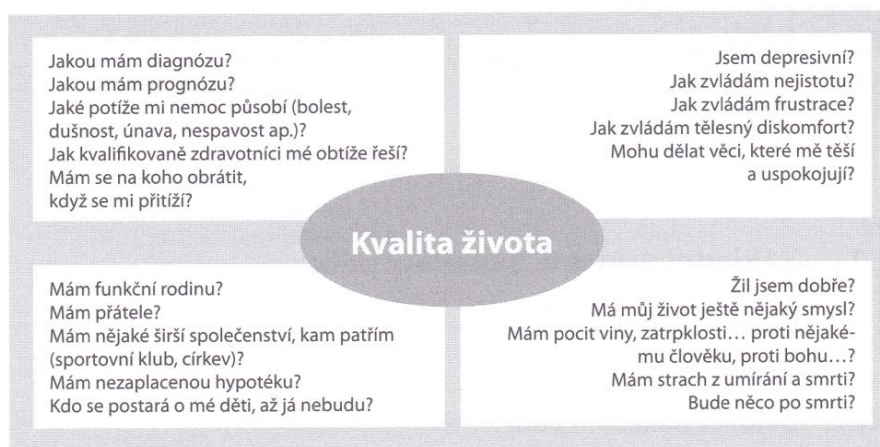
<sup>7</sup> „Vědomé a úmyslné usmrcení člověka na jeho žádost, bez ohledu na to, zda činem aktivním („přeplněná stříkačka“ = úmyslné podání smrtící dávky „léku“) nebo činem pasivním („odkloněná stříkačka“ = úmyslné nepodání léku, který by život mohl zachránit)“ (Hospice, 2005).



### 1.2.4 Cíle paliativní péče

Stručně a jasně definuje cíl paliativní péče Sláma (2011, s. 25), dle kterého je „cílem paliativní péče zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života“. Dle Markové (2010) by se měli poskytovatelé paliativní péče zaměřit na cíle, mezi které patří péče o kvalitu života a pomoc v saturaci potřeb klientů. Hlavní cíl paliativní léčby definuje Kupka (2011, s. 51) jako „zlepšení kvality života nevléčitelně nemocných lidí, a to jak po stránce tělesné, tak duševní, sociální i duchovní“.

Kvalita života je velice individuální, složitý, široký, mnohostranný, komplexní pojem, který se zabývá pochopením lidské existence, smyslu života, samotného bytí a který souvisí s uspokojováním potřeb. „Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka“ (Marková, 2010, s. 38). Dobrá kvalita života pacienta s pokročilým onemocněním znamená více než jen to, že pacient nemá nesnesitelné bolesti, nezvrací a má pravidelnou stolici. „Kromě tělesných obtíží je kvalita života určena také mírou saturace potřeb v oblasti psychické, sociální a duchovní“ (Sláma, 2011, s. 26). Faktory ovlivňující kvalitu života v situaci pokročilého nevléčitelného onemocnění shrnuje obrázek 1 (Sláma, 2011, s. 26).



**Obrázek 1: Faktory ovlivňující kvalitu života nevléčitelně nemocných osob**

V praxi však obecně platí, že by se stanovení priorit a pojmenování cílů paliativní léčby mělo provádět ve spolupráci s nemocným, jehož názor by měl být vždy rozhodující. Až poté lze posoudit, zda je diagnostický, případně léčebný postup přiměřený a zda pomáhá k dosažení stanovených cílů (Sláma, 2011). „Cesta

ke správnému cíli paliativní medicíny vede přes respektování hodnot jednotlivých pacientů a jejich rodin“ (Marková, 2010, s. 38).

Z hlediska prognózy přežití a z toho plynoucích možných cílů léčby lze „paliativní“ pacienty zařadit do jedné ze tří skupin (Skála, 2005). Skupiny odpovídají jednotlivým fázím nevyléčitelného onemocnění, ve kterých se nemocní nacházejí. I samotné pacienty lze z hlediska pokročilosti onemocnění rozdělit do tří skupin, a to na jedince s pokročilým onemocněním, na jedince s nevyléčitelným onemocněním a na terminálně nemocné (Sláma, 2011).

První skupinu tvoří pacienti nacházející se ve fázi kompenzovaného (kontrolovaného) onemocnění, jejichž prognóza na přežití je v řádu měsíců, někdy let (Sláma, 2011). Cílem paliativní léčby pacientů v relativně stabilizovaném stavu je „co nejdelší udržení stavu kompenzace, udržení co nejvyšší funkční zdatnosti a co nejdelší délky života“ (Skála, 2005, s. 1).

Pacienti ve fázi nevratně progredujícího<sup>8</sup> onemocnění s prognózou přežití v řádu týdnů a měsíců, představují skupinu druhou (Skála, 2005). Tuto fázi nazývá Sláma (2011) též jako fázi zlomu. „Onemocnění přestává reagovat na kauzální<sup>9</sup> léčbu, dochází k postupnému selhávání jedné nebo více orgánových soustav, zhoršuje se pacientův celkový stav, funkční zdatnost“ (Sláma, 2011, s. 29). Cíl paliativní léčby se v této fázi onemocnění posouvá směrem k udržení co nejvyšší kvality života. „Maximální prodloužení života přestává být primárním cílem. Opatření, která bezprostředně nepřispívají k udržení nebo zlepšení kvality života, přestávají být indikována“ (Skála, 2005, s. 1).

Do třetí skupiny patří pacienti v terminální fázi onemocnění, u které je prognóza přežití v řádu několika týdnů, dnů a hodin (Skála, 2005). U nemocných „dochází k postupnému nezvratnému zhoršování celkového stavu v důsledku závažného selhávání jednoho nebo více funkčních systémů“ (Sláma, 2011, s. 29). Cílem paliativní péče u terminálně nemocného pacienta je minimalizovat dyskomfort, neprodlužovat proces umírání a respektovat jedinečnost konce každého lidského života (Skála, 2005). Cílem tedy není smrt za každou cenu oddálit, ale umožnit nemocnému klidnou a důstojnou smrt (Sláma, 2011).

---

<sup>8</sup> Postupujícího (Kolektiv autorů a konzultantů, 1993).

<sup>9</sup> Příčinnou (Kolektiv autorů a konzultantů, 1993).

### 1.3 Formy paliativní péče

Podle komplexnosti nabízených služeb a péče nutné k udržení dobré kvality života se paliativní péče dělí na péči obecnou a specializovanou (Skála, 2005). Výbor ministrů rady Evropy, který paliativní péči takto rozdělil, klade důraz na to, aby byla všechna zařízení členských států schopná poskytovat obecnou paliativní péči a aby byla v těchto státech zároveň zřízena zařízení poskytující specializovanou paliativní péči (Marková, 2010).

#### 1.3.1 Obecná paliativní péče

„Větší část z celkového objemu paliativní péče má charakter obecné paliativní péče“ (Sláma, 2011, s. 30).

„Jako obecnou paliativní péči označujeme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění“ (Skála, 2005, s. 2), která je poskytována zdravotníky v rámci jednotlivých odborností (Malkovská, 2007).

„Jejím základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života“ (Stáhalová, 2010, s. 1). Součástí obecné paliativní péče je účinná léčba symptomů, dobrá komunikace s pacientem a jeho rodinou, léčba orientovaná na kvalitu života a psychosociální podpora (Sláma, 2011). Marková (2010, s. 20) do obecné paliativní péče dále zahrnuje „včasné vyhodnocení pacientova stavu, zhodnocení smysluplnosti další aktivní léčby, sledování, porozumění a poskytnutí takové léčby a péče, jaká je důležitá pro kvalitu pacientova života“ (např. respekt k pacientově autonomii, léčba nejčastějších symptomů, dále citlivost, empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou...) (Standardy, 2006). Její součástí je i léčba bolesti, respekt k pacientově samostatnosti, podpora rodiny a doporučení k dalším odborníkům (Marková, 2010).

Obecná paliativní péče „je poskytována běžnými profesionálními pečovateli o pacienta a rodinu s nízkou až střední komplexností potřebné paliativní péče“ (Payneová, 2007, s. 9). Tuto formu péče by měli být schopni poskytnout lékaři všech odborností v rámci své rutinní klinické práce (Skála, 2005) a každé zdravotnické zařízení v rámci své specializace (Marková, 2010). Péče je zajišťována ve spolupráci lékaře s rodinou pacienta, s ambulantními specialisty, dále s domácí ošetrovatelskou péčí a domácí pečovatelskou službou (Skála, 2005).

Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015 uvádí deset faktorů, podle kterých lze posoudit úroveň obecné paliativní péče a to na úrovni jednotlivých zdravotnických zařízení a na úrovni zdravotního systému jako celku. Mezi tyto faktory patří: „kvalita komunikace mezi pacientem a zdravotníky o diagnóze život ohrožující nemoci, o prognóze, cílech a rozsahu léčby; znalosti a dovednosti zdravotníků při řešení obtíží spojených s nevléčitelnou nemocí (např. léčba bolesti a dalších symptomů); kvalita ošetrovatelské péče (v lůžkových zařízeních i v domácím prostředí); dostupnost léků a zdravotnických pomůcek; dostupnost psychologické péče a poradenství v ambulantní i ústavní péči; dostupnost pastorační a duchovní péče i poradenství v ambulantní i ústavní péči; kvalita „hotelových služeb“ v lůžkových zařízeních (počet lůžek na pokojích, kvalita lůžek i ostatních pomůcek, kvalita stravy); dostupnost konziliárních specialistů v paliativní péči v případě potřeby; kontinuita a koordinace péče v závislosti na aktuálních potřebách pacienta; svobodná možnost volby místa poskytování paliativní péče (doma nebo ve zdravotnickém zařízení, v různých typech zařízení zdravotní nebo sociální péče)“ (Strategie, 2011 – 2015, s. 6).

### **1.3.2 Specializovaná paliativní péče**

„Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi“ (Stáhalová, 2010, s. 1). „Zkratka specializované paliativní péče SPP, anglicky SPC – specialized palliative care“ (Standardy, 2006, s. 4). Tým odborníků je tvořen lékařem, zdravotními sestrami, sociálním pracovníkem, dále psychologem, fyzioterapeutem a pastoračním pracovníkem, dle potřeby tým dotváří další odborníci (Strategie, 2011 - 2015). Hlavní pracovní náplní tohoto týmu je poskytování paliativní péče (Sláma, 2011). Tato forma paliativní péče je indikována v případech, kdy mají pacient a jeho rodina obtíže, které svou komplexností přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče (Skála, 2005). Dle Národní rady pro hospice a služby specializované paliativní péče (NCHSPCS) je specializovaná paliativní péče poskytována „pacientům a jejich rodinám se střední až vysokou komplexností potřebné paliativní péče“ (Payneová, 2007, s. 9).

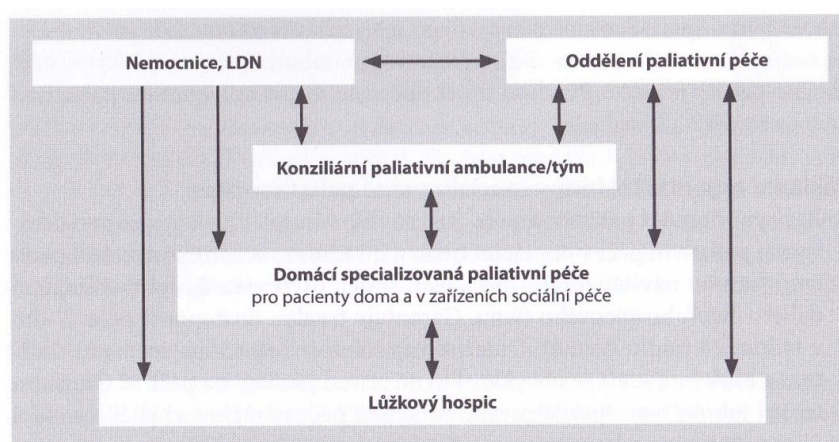
Obecně platí, že by měl být přechod mezi obecnou a specializovanou formou paliativní péče plynulý (Sláma, 2011).

Specializovaná paliativní péče je poskytována v zařízeních (tzv. specializovaná zařízení paliativní péče), jejichž hlavní činností je poskytování paliativní péče. V zařízeních je profesně kvalifikovaný personál a větší počet zaměstnanců v poměru k počtu pacientů. Služby jsou zde dostupné ve všech formách péče a poskytují pacientům podporu, ať jsou kdekoliv (v nemocnici, doma, v pečovatelském domě, ve stacionáři, na ambulanci...) (Marková, 2010). Specializovaná zařízení paliativní péče mají důležitou roli v podpoře ostatních zdravotníků při poskytování paliativní péče v nemocnicích i mimo ně (všichni zdravotníci by v případě potřeby měli mít možnost konzultací a podpory specializovaných poskytovatelů paliativní péče) (Standardy, 2006).

Standardy hospicové paliativní péče (2006) rozpracovávají klíčové charakteristiky specializovaných zařízení paliativní péče. Tato zařízení by měla při poskytování fyzické, psychické, sociální a duchovní podpory zapojit široké spektrum dovedností v rámci spolupráce multiprofesního týmu. Vedoucí každé skupiny multiprofesního týmu by měl být vyškolený uznávaný odborník v daném oboru péče. V pořadí třetí klíčovou charakteristikou specializovaných zařízení paliativní péče je účast pacientů a jejich rodin na plánování péče. Pacienti mají právo a možnost říct si, kde chtějí být umístěni, kde jim bude poskytována péče, a kde si přejí zemřít. V průběhu pacientovy nemoci, ale i v období zármutku jsou rodiny podporovány a jejich potřeby jsou plně uspokojovány. Funguje spolupráce mezi specializovanými zařízeními paliativní péče a zdravotníky první linie, dále s nemocničními zařízeními a v neposlední řadě i se službami domácí péče za účelem poskytování podpory pacientům, ať jsou kdekoli. Specializovaná zařízení paliativní péče oceňují a uznávají přínos dobrovolnické práce, zajišťují akademické vzdělávání a zvyšování kvalifikace při zaměstnání (pro výcvik a vzdělávání jsou stanoveny standardy). Pro kontrolu praxe jednotlivých specializovaných zařízení jsou používány programy zajišťování kvality, k hodnocení léčby a jejich výsledků jsou poté využívány výzkumné programy a klinický audit. „Opatření pro podporu pracovníků v oblasti specializované paliativní péče (na plný i částečný úvazek) umožňují vhodným způsobem uspokojovat jejich potřeby“ (Standardy, 2006, s. 5).

Nabídka a dostupnost specializované paliativní péče je v České republice nízká a její kvalita do značné míry závisí na úrovni obecné paliativní péče, kterou poskytují lékaři různých oborů. Dle statistik z roku 2007 tráví pouze 3 % umírajících osob závěr svého života v zařízeních specializované paliativní péče (Sláma, 2011).

Jak již bylo řečeno, nabídka a dostupnost specializované paliativní péče je v České republice nízká (Sláma, 2011). Jinak je tomu v zahraničí. Aby zde byly optimálně zajištěny potřeby obecné a specializované paliativní péče, fungují tu takzvané „regionální paliativní programy nebo sítě poskytovatelů paliativní péče, které efektivně sdružují různé formy péče“ (Sláma, 2011, s. 32). Pohyb pacientů po systému přibližuje obrázek 2 (Sláma, 2011, s. 32). V posledních dvou desetiletích došlo ve vyspělých státech k rychlému rozšíření paliativní péče, v USA bylo v roce 1982 zařízeními paliativní péče ošetřováno 25 000 pacientů, v roce 2007 se tento počet zvýšil na 1 400 000 pacientů (Strategie, 2011 - 2015).



**Obrázek 2: Struktura regionálního paliativního programu**

### **Základní formy specializované paliativní péče**

Malkovská (2007) a další (Stáhalová, 2010; Marková, 2010; Skála, 2005; Sláma, 2011) řadí mezi základní organizační formy (typy) specializované paliativní péče mobilní paliativní péči, hospic, oddělení paliativní péče, konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnických zařízení, specializované ambulance paliativní péče, denní stacionář paliativní péče a zvláštní zařízení specializované paliativní péče. „V zahraničí a částečně i v ČR jsou některé tyto formy poskytovány kombinovaně (např. při lůžkovém hospici působí denní stacionář, ambulance a domácí péče)“ (Kalvach, 2004, s. 70).

Mobilní paliativní péče, tzv. domácí či mobilní hospic, „poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientů formou návštěv lékaře – specialisty, sester, ošetřovatelů, dobrovolníků či dalších členů hospicového

týmu“ (Sláma, 2011, s. 31). Péče je klientům poskytována 7 dní v týdnu, 24 hodin denně a její součástí je i práce s pacientovou rodinou a blízkými, kteří se na péči aktivně podílejí (Sláma, 2011). Jedná se o nejrozšířenější formu poskytování specializované paliativní péče ve světě, která je z hlediska sociálního i psychického pro většinu klientů nejlepší alternativou. Výzkumy, které se danou problematikou zabývají, potvrzují, „že zemřít doma splňuje pro většinu z respondentů představu dobré smrti“ (Marková, 2010, s. 21). Specializovaná domácí paliativní péče nebyla k roku 2005 v českém zdravotnickém systému přítomna (Skála, 2005), protože narážela na chybějící model úhrady ze strany zdravotních pojišťoven (Sláma, 2011). „První návrh strategie domácí péče vypracoval a uvedl do praxe Angličan William Rathbone již v roce 1859“ (Haškovcová, 2000, s. 54). „V České republice se v současné době rozvíjí systém komplexní domácí péče, kde rozsah zdravotní péče určuje lékař a potřebné penzum sociálních služeb určuje rovněž odborník daného oboru (sociální pracovník)“ (Haškovcová, 2000, s. 50). Dle Markové (2010) k roku 2010 v České republice na tomto principu fungovaly čtyři domácí hospice. Nyní v ČR působí několik týmů domácí paliativní péče (Strategie, 2011 - 2015). K 1. 6. 2014 je domácí (mobilní) paliativní péče poskytována osmnácti zařízeními, z nichž je jedenáct členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (viz příloha A). Fungování mobilních hospiců se však potýká s překážkami. Tato forma poskytování paliativní péče není zanesena v zákoně a „z veřejného zdravotního pojištění je možná úhrada za specializovanou paliativní péči doma, pouze pokud ji indikuje praktický lékař“ (Strategie, 2011 – 2015, s. 14). „O každou návštěvu paliativního specialisty v domácím prostředí musí písemně žádat praktický lékař“ (Strategie, 2011 – 2015, s. 14), četnost návštěv paliativního specialisty může být v období konečného stádia nevyléčitelného onemocnění i vícekrát denně (Strategie, 2011 - 2015). „V České republice existuje Asociace domácí péče ČR, která sdružuje jednotlivé Agentury domácí péče“ (Haškovcová, 2000, s. 50).

Hospic je samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči (Stáhalová, 2010). Jedná se o samostatný objekt, který je vybaven vlastní organizační strukturou (Student, 2006). Jeho vznik je datován od šedesátých let 20. století ve Velké Británii. Hospice „poskytují umírajícím maximální možnou míru fyzického i psychického komfortu, režim podobný domácímu, provázení těžkým obdobím a další potřebnou péči a podporu“ (Marková, 2010, s. 27). Jednou ze snah je vytvoření takového prostředí, ve kterém by mohl pacient zůstat až do konce svého života v blízkosti příbuzných a známých osob a dále respektování jeho individuálních

potřeb a přání. Lůžkové hospice umožňují ubytování rodiny spolu s nemocným (Sláma, 2011). Hospic patří mezi zdravotně sociální zařízení, které poskytuje hospitalizovaným nemocným, jejich rodinám, pozůstalým a dalším zainteresovaným osobám zdravotnickou péči, sociální pomoc a poradenství (Marková, 2010). Specializovaná paliativní péče je zde poskytována především pacientům v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění (Sláma, 2011), dle Markové (2010) se jedná převážně o pacienty s onkologickým onemocněním. Délka pobytu nemocného v lůžkovém hospici se pohybuje v rozmezí několika týdnů (Sláma, 2011). Ne každý klient v hospici umírá. Dle statistik se jedna třetina nemocných osob po zlepšení zdravotního stavu, po upravení léčby a po upravení podmínek umožňujících domácí ošetřování vrací zpět do domácí péče (Marková, 2010). Tým odborníků působících v hospici se snaží o vytvoření osobité domácí atmosféry, o maximální soukromí klientů (jednolůžkové pokoje), poskytuje volný režim pro návštěvy, ale i dobrou dopravní dostupnost hospice (Standardy, 2006). Lůžkový hospic lze dle specializace na věkovou strukturu rozdělit na hospic pro dospělé a na dětský hospic. Oba tyto typy hospiců se od sebe vzájemně velmi odlišují (Malkovská, 2007). V České republice v současné době působí 14 lůžkových hospiců s celkovou kapacitou 383 lůžek (Strategie, 2011 – 2015, s. 8) a jeden dětský hospic s kapacitou 30 lůžek (viz příloha B). Pro srovnání „většina lůžkových hospiců v zahraničí má 10 – 20 lůžek, v ČR má většina hospiců kolem 25 lůžek“ (Sláma, 2011, s. 31).

Dalším typem specializované paliativní péče jsou oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení, zejména nemocnic a léčeben (Stáhalová, 2010). Paliativní oddělení svou strukturou odpovídají nemocničnímu oddělení, jsou zde převážně lékaři a ošetřující personál (Student, 2006). Posláním a hlavním úkolem těchto oddělení je péče o nemocné, kteří potřebují kromě komplexní paliativní péče také ostatní služby a komplement nemocnice. Oddělení paliativní péče usilují o realizaci hospicového ideálu a zároveň slouží jako lůžková základna pro konziliární tým paliativní péče (Sláma, 2011). Ve fakultních nemocnicích mají významnou edukační a výzkumnou funkci (Standardy, 2006). Paliativní oddělení mají své výhody i nevýhody, které jsou shrnuty v tabulkách 2 a 3 (Student, 2006, s. 97-98). V České republice byla k roku 2012 v provozu 3 oddělení paliativní péče v rámci jiných zdravotnických zařízení (Sláma, 2012).



Hospic	Paliativní oddělení
Výhody	
Samostatná organizace	Vysoká kvalita paliativní medicíny
Domácí – rodinná atmosféra	Rychlejší přístup k vybavení nemocnice
Pobyt do konce života (průměrně čtyři týdny)	Nemocný je často dlouho znám (důvěrnost)
Plná integrace dobrovolníků	Krátký pobyt
Vliv na obec	Působení v prostředí kliniky
Ubytování těch, kdo žijí daleko od nemocnice	

**Tabulka 3: Srovnání výhod hospice a paliativního oddělení**

Paliativní péči mohou poskytovat konziliární týmy paliativní péče v rámci zdravotnických zařízení. Tým je přímo součástí nemocnice nebo léčebny a skládá se z lékaře, sestry a sociálního pracovníka (Malkovská, 2007). Konziliární tým paliativní péče „přináší interdisciplinární expertní znalost z oblasti paliativní péče do lůžkových zařízení různého typu“ (Sláma, 2011, s. 31), posiluje pocit kontinuity péče, umožňuje ovlivňování její kvality a nepřímo přispívá k postupné edukaci (Sláma, 2011). „V ČR bohužel takovéto týmy zatím nepůsobí“ (Skála, 2005, s. 2).

Jednou z dalších základních organizačních forem specializované paliativní péče jsou ambulance paliativní péče. Tyto ambulance jsou součástí, často však krystalizačním jádrem konziliárního týmu paliativní péče (Sláma, 2011). „Ambulantní péče pro pacienty doma či v sociálních zařízeních může být přidružena k lůžkovým hospicům, nebo být oddělením paliativní péče lůžkových zařízení, či součástí domácí paliativní péče“ (Malkovská, 2007, s. 61). Specializované ambulance paliativní péče úzce spolupracují s praktickým lékařem a zařízeními obecné domácí a specializované paliativní péče (Standardy, 2006). V České republice působí dvě specializované ambulance onkologické paliativní péče, a to v Brně a Hradci Králové (Strategie, 2011 - 2015).

Hospic	Paliativní oddělení
Nevýhody	
Nižší úroveň paliativní lékařské péče	Příliš „klinické“ prostředí
Většinou „poslední stanice“	Efekt otáčivých dveří
Není stálá přítomnost lékařů	Malá integrace dobrovolníků

**Tabulka 2: Srovnání nevýhod hospice a paliativního oddělení**

Paliativní péči dále poskytuje denní stacionář paliativní péče, též nazývaný denní hospicový stacionář (Stáhalová, 2010). „Hospicové stacionáře jsou zpravidla podřízené hospici, mohou však též být provozovány jako samostatné instituce“ (Student, 2006, s. 93). Paliativní péče poskytovaná ve stacionáři představuje denní formu péče o nemocného (Malkovská, 2007). Pacient je do stacionáře přijat ráno a v odpoledních hodinách nebo večer se vrací domů. Dopravu nemocného do hospicového stacionáře zajišťuje rodina, po domluvě případně hospic (Svatošová, 2011). „Stacionární péče oddaluje hospitalizaci a umožňuje nemocnému pobývat v domácím prostředí“ (Haškovcová, 2000, s. 49). Nemocní tuto formu péče využívají z důvodů diagnostických (např. za účelem kontroly bolesti, kterou se nepodařilo zvládnout doma), léčebných (např. za účelem aplikace chemoterapie), psychologických (v případě, že rodina není schopna s nemocným hovořit o jeho problémech) a z důvodů azylových (když si rodina, ale i samotný nemocný potřebují od sebe vzájemně odpočinout) (Svatošová, 2011). Student (2006) denním hospicům připisuje také rehabilitační charakter. Denní hospicový stacionář „pomáhá reintegrovat těžce nemocné do společenských vztahů; umožňuje nové vztahy, např. s lidmi v podobné situaci ve smyslu klasické svépomoci; posiluje sebevědomí u nemocných, kteří se mohou znovu cítit jako plnohodnotní členové společnosti; vrací umírajícím lidem část kontroly nad vlastní situací, např. při utváření denního režimu; umožňuje objevit a vyzkoušet vlastní schopnosti; zjednává prostor a dává pacientům „získat“ čas, ve kterém mohou hodnotně naplnit svůj čas“ (Student, 2006, s. 98-99). Klienti hospicových stacionářů zde získávají také odborné rady, konkrétní pomoc a mohou zde rozvíjet své momentální schopnosti (Student, 2006). Někdy se tato forma péče váže na lůžkový hospic (Malkovská, 2007), v zahraničí je úzká vazba denních stacionářů na lůžkový hospic obvyklá (Standardy, 2006). „Hospicové stacionáře jsou v cizině značně oblíbené“ (Haškovcová, 2000, s. 49). V Anglii počet denních hospicových stacionářů přesahuje počet hospiců lůžkových. Oproti Německu, kde byl v téže době oproti Velké Británii rozvoj hospicových stacionářů teprve na začátku (Student, 2006). „Tato forma v ČR zatím není dostupná“ (Skála, 2005, s. 2), (Strategie, 2011 – 2015, s. 19).

Mezi základní formy specializované paliativní péče také řadíme zvláštní zařízení specializované paliativní péče, mezi která spadají například specializované poradny, tísňové linky, ale i zařízení určená pro určité diagnostické skupiny, půjčovny pomůcek atd. (Marková, 2010). Dle Slámy (2011) je specializovaná hospicová poradna spolu

s denním hospicovým stacionářem typickou formou specializované paliativní péče v zahraničí.

## 2 Thanatologie

Thanatologie je definována jako „interdisciplinární vědní obor o smrti a o všech fenoménech, které jsou s ní spojeny“ (Haškovcová, 2000, s. 142). Brabec (1991, s. 9) vymezuje thanatologii jako „interdisciplinární vědní obor, který se zabývá jevem smrti jako takovým i umíráním ze všech možných hledisek“.

Termín thanatologie je odvozen z řeckého slova „thanatos“ (Brabec, 1991). Thanatos je řecký bůh smrtelného spánku a smrti, který bývá zobrazován jako okřídlený spící jinoch s uhasínající pochodní (Haškovcová, 2000).

Předmětem této vědy je smrt (Brabec, 1991).

Obsah oboru thanatologie je rozptýlen do řady klasických oborů, mezi které patří například teologie, filosofie, medicína, psychologie, sociologie a další. Thanatologie se nepřednáší jako samostatná vědní disciplína. Důvodem je „nejen obtížnost sevřít jednotlivá fakta, názory, hypotézy a koncepce tak, aby tvořily profesní náplň samostatného oboru, ale také fakt, že pravděpodobně nikdo nechce být označen za thanatologa“ (Haškovcová, 2000, s. 142).

### 2.1 Umírání

Misconiová (1999, s. 13) definuje umírání jako „proces, kdy nevléčitelně nemocný člověk v relativně dlouhém čase žije pod znamením hrozící a nakonec realizující se smrti“. Termín „umírání“ je zároveň užíván jako „synonymum terminálního stavu, při němž dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je smrt“ (Haškovcová, 2002, s. 204). Dle Kupky (2011, s. 61) však „nemůžeme umírání redukovat pouze na terminální stav“. Umírání je především proces. „V klinické praxi se pod pojmem umírání rozumí delší či kratší časové období, které je zakončeno terminálním stavem“ (Kupka, 2011, s. 61). Se samotným pojmem „umírání“ souvisí i termín „umírající člověk“, který je dle Studenta (2006, s. 57) definován jako jedinec, jehož „životní horizont je úzce vymezen pouze týdny či několika málo měsíci a je ošetřován buď „ambulantně“ doma, nebo „stacionárně“ v hospici, příp. v paliativním oddělení“. „Čas umírání je pro většinu zúčastněných časem krize, kde dominují fenomény nejistoty, strachu a někdy zoufalství“ (Ulrichová, 2009, s. 57).

*„Smrt je úctyhodná jako kolébka života... oddělena od života stává se strašidlem,  
ohyzdou a ještě něčím horším!“ (Barby, 1989, s. 43)*

*Thomas Mann*

### **2.1.1 Proces umírání**

Proces umírání je členěn do tří částí, případně do časově nestejných, ale výrazných období (Ulrichová, 2009). První část procesu umírání je nazývána jako „období před umíráním“, neboli „pre finem“. Část druhá, takzvané „období umírání“, zvané „in finem“ a třetí, poslední část procesu umírání, „období po smrti“ – „post finem“ (Misconiová, 1999).

Období pre finem není možné dle Misconiové (1999) vázat pouze na terminální stav. Počátek umírání nalézáme již při samotném zrození. „Období pre finem je možno vnímat jako prožívání našeho každodenního života, kdy každým prožitým dnem se blížíme k naší smrti“ (Misconiová, 1999, s. 14). Organizmus člověka postupně stárne, jedinec má méně energie a sil. To vše může být způsobeno věkem, onemocněním nebo stavem, který se pojí s absencí psychosociálních podnětů a který období pre finem urychluje (Haškovcová, 2002). Oproti Misconiové (1999) pohlíží Ulrichová (2009, s. 57) a Kupka (2011, s. 61) na období pre finem jako na etapu, která „začíná tam a tehdy, kdy pacient má povědomost, že jeho nemoc je vážná a perspektivně neslučitelná se životem“. „Umírání jakožto proces v tomto smyslu začíná sdělením diagnózy vážné, dlouhodobé a prognosticky neblahé nemoci“ (Kupka, 2011, s. 61). Nemocný v tomto období prochází jednotlivými fázemi umírání (viz kapitola 2.1.2), od šoku až ke smíření, akceptaci. Ví o vysoké pravděpodobnosti své smrti, která může v rámci týdnů, či měsíců nastat (Ulrichová, 2009). V období pre finem „dochází nejen k uvědomování si závažného stavu, ale také k adaptabilní negligaci neboli vytěšňování nepříjemného a úzkostně prožívaného ohrožení života“ (Kupka, 2011, s. 61-62). Nemocný může být v období pre finem trvale, nebo přechodně hospitalizován. Celé období prolíná snaha o dosažení remise<sup>10</sup>, případně o zmírnění obtíží pacienta (Kupka, 2011, s. 61). Člověk nacházející se v tomto životním úseku má své sny, cíle, tužby, přání a strach z umírání. Proto nemocný potřebuje podporu od okolí, hlavně od svých blízkých (Ulrichová, 2009).

---

<sup>10</sup> „Přechodné vymizení příznaků nemoci“ (Kolektiv autorů a konzultantů, 1993, s. 203).

Období in finem je fází umírání, ve které u pacienta hrozí fyzická smrt. „Jedná se o umírání v užším slova smyslu, tedy fází lidského života, která bezprostředně hraničí s fyzickou smrtí“ (Misconiová, 1999, s. 14). Období in finem lze z lékařského hlediska ztotožňovat s terminální<sup>11</sup> fází onemocnění. „Jde o období vlastního umírání, které může být spojeno s chrčivým a zrychleným dechem, suchými a popraskanými rty, se ztrátou vědomí“ (Ulrichová, 2009, s. 57). „V situaci in finem je člověk unaven, soustředěn na základní fungování své biologické existence, popřípadě jeho vědomí je zastřené nebo jinak alterované<sup>12</sup>“ (Kupka, 2011, s. 62). Pokud je pacient v tzv. období umírání při vědomí, začne postupně odmítat konzumaci masa, poté začne odmítat další stravu a nakonec vše. U pacientů je velmi důležité dodržování pitného režimu a to i v případě, že pacient o tekutinu nežádá (je to z důvodu, že žádost není schopen vyslovit, nebo jednoduše již žízeň nepocítuje) (Ulrichová, 2009). V období in finem má nemocný stále méně psychických a fyzických sil, často hodně spí, nebo naopak stále bdí. U pacienta klesá zájem o televizi, noviny, lidi, více se soustřeďuje na vlastní nitro a prožívání. Jedinec ve fázi umírání chce mít u sebe jen své blízké, nebo chce být úplně sám. Má stále menší potřebu hovořit, slova pro něj již ztrácí svoji důležitost. Umírající často spí, rozjímá, může u něj však docházet k projevům neklidu (bezcílně pohybuje rukama, nohama, dostává se do nezvyklých poloh, kroutí prsty, někdy se svléká, protože má pocit, že na sobě nic nesnese) (Kupka, 2011). U pacientů ve druhé fázi procesu umírání lze několik dní před smrtí pozorovat euforii, pacient může mít potřebu vstát, projevuje přání a snaží se prosadit. Tato euforie je krátce nato vystřídána smrtelným kómatem. Umírající je v apatickém stavu, i přesto však slyší naše slova (Ulrichová, 2009). Fyzické smrti předchází stavy transu různého stupně, které poté následuje kóma. Trans je změněný stav vědomí, který se u umírajících osob projevuje minimální nebo chybějící reakcí na otázky týkajících se každodenních činností. Mindell (2008) rozlišuje trans čtvrtinový, poloviční, tříčtvrteční a trans plný. Termín „čtvrtinový trans“ je definován jako „stav, v němž je odezva na komunikaci mírně zpomalená nebo nepřiléhavá“ (Mindell, 2008, s. 59). Oproti tomu je trans poloviční vymezen jako „stav, v němž je odezva na komunikaci silně zpožděná nebo velmi nepřiléhavá k tématu“ (Mindell, 2008, s. 59). Tříčtvrteční trans, též nazývaný jako semikóma může oproti předchozím souviset s organickými problémy. Lidé nacházející se v tříčtvrtečním

---

<sup>11</sup> Koncovou, závěrečnou, poslední (Kolektiv autorů a konzultantů, 1993).

<sup>12</sup> Změněné, porušené, poškozené nemocí (Kolektiv autorů a konzultantů, 1993).

transu vypadají jako by neovládali výkyvy mezi polovičním nebo plným transem. „Plný trans nebo plné kóma je hluboký stav zjevného bezvědomí, kde člověk nemůže odpovídat na žádné verbální či neverbální podněty“ (Mindell, 2008, s. 60). Termínem kóma označujeme nejhlubší formu bezvědomí. „Kóma je extrémní forma života, z níž jedince nelze probudit ani škodlivými podněty“ (Mindell, 2008, s. 58). Misconiová (1999) dělí kóma na vegetativní a bdělé. Vegetativní kóma Misconiová (1999, s. 15) vymezuje jako „stav, při kterém je jedinec schopen stereotypních reflexních funkcí jako je dýchání, spaní, trávení potravy, není však schopen myslet, nebo si uvědomovat okolní svět“. Pro lidi ve stavu vegetativního kómatu je typické dekortikované držení a spasticita. Pacienti mají zkroucené a kontrahované končetiny (lokty, zápěstí a prsty se ohýbají směrem k centru). „Bdělé kóma je stav, při kterém je na vnější podněty minimální, nebo žádná odezva. Umírající má obvykle jedno, nebo obě oči otevřené. Často se vyskytuje u organických poruch mozku“ (Misconiová, 1999, s. 15).

Období post finem, období po smrti, je charakterizováno jako období, „které začíná smrtí člověka a nese s sebou péči o tělesnou schránku umírajícího a psychické strádání pozůstalých“ (Misconiová, 1999, s. 15). V případě, že pacient zemře v hospici, je jeho mrtvé, umyté, opečované a navoněné tělo převezeno do pokoje, kde jsou přichystány květiny a kříž. Jedná se o zvláštní pokoj, ve kterém se mohou příbuzní se zesnulým rozloučit (Ulrichová, 2009).

### **2.1.2 Reakce umírajících na jednotlivé fáze umírání**

Kübler – Rossová (1992) vymezuje pět fází, kterými nemocný člověk prochází. První fázi umírání nazývá Zavírání očí před skutečností a osamění, fázi druhou pojmenovává Zloba, třetí fázi Vyjednávání, fáze čtvrtá je nazvána Deprese a poslední pátá fáze nese název Souhlas. Fáze chápe jako „obranné mechanismy, mechanismy k posílení v extrémně těžkých situacích“ (Kübler – Rossová, 1992, s. 81). Jednotlivé fáze trvají různě dlouhou dobu, existují buď vedle sebe, nebo se vzájemně oddělují. Pro všechny fáze je společná přítomnost naděje (Kübler – Rossová, 1992). Umírající mohou mít naději v náhlý obrat k uzdravení, jiní doufají v objevení nového léku a podobně (Viewegh, 1981).

Viewegh (1981) pohlíží na vývojové fáze umírání jako na určité charakteristické projevy v procesu umírání. „Jejich pořadí v procesu umírání nemusí být pevné, nýbrž se může různým způsobem měnit“ (Viewegh, 1981, s. 10). Dále Viewegh (1981, s. 10)

dodává, „že každá fáze se svými charakteristickými reakcemi umírajícího vyžaduje odpovídající jednání zdravotníka“. Viewegh (1981) rozlišuje pět vývojových fází umírání, při jejichž členění se opírá o dělení fází umírání dle americké psychiatričky Kübler – Rossové. Pro srovnání Viewegh (1981) jednotlivé fáze umírání pojmenovává takto: Fáze šoku, odmítání a negace; Fáze zášti, zloby a vzteku; Fáze uklidnění, avšak smlouvání; Fáze deprese; Fáze přisvědčujícího smíření a odevzdanosti. Podobnými fázemi prochází i příbuzní a blízcí umírajícího (Ulrichová, 2009).

Oproti Kübler – Rossové (1992) a Vieweghovi (1981) definuje Misconiová (1999) pouze tři fáze umírání. Hovoří o Fázi agrese, Fázi úzkosti a Fázi deprese.

Při popisu reakcí umírajících na jednotlivé fáze umírání vycházím z členění fází dle Kübler – Rossové z důvodu bližšího zpracování dané tematiky a z důvodu, že Kübler Rossová při popisu jednotlivých vývojových fází umírání vychází z detailního pozorování a rozhovorů se stovkami umírajících osob.

Název první fáze umírání dle Kübler – Rossové (1992) „Zavírání očí před skutečností a osaměním“, plně vypovídá o reakcích terminálně nemocných a umírajících osob na sdělení diagnózy. „Já? To není možné!“ „Přeci není možné, abych zemřel!“ Zní reakce většiny pacientů (Kübler – Rossová, 1992). „Pacient je ohromen a poděšen diagnózou“ (Viewegh, 1981, s. 10). Ulrichová (2009) tuto fázi nazývá fází šoku. Po sdělení diagnózy lidé reagují výkřikem, zděšením a panikou (Ulrichová, 2009). Nemocní tápou, nejsou schopni si uvědomit skutečnost, případně se k ní nechtějí znát. „Téměř všichni pacienti se nemoc pokoušejí od sebe zapudit, a to nejen v prvním okamžiku, nýbrž i později a opakovaně“ (Kübler – Rossová, 1992, s. 15). Snaží se o takzvanou reflexivní obranu, kdy nechtějí vzít onemocnění na vědomí, protože se diagnózy děsí (Kübler – Rossová, 1992). Kübler – Rossová (1993) v souvislosti s tím hovoří o popírání a izolaci. Jedinci prožívají pocity ireality, které vyplývají z ohromení po zjištění diagnózy. U pacientů lze pozorovat i ochromení aktivních snah o spolupráci při dalším léčení (Viewegh, 1981). Tyto reakce převládají v úvodní fázi umírání, později u pacientů dochází k akceptování těžké nemoci. Taktika vyhýbání u pacientů netrvá dlouhou dobu, dříve či později dokáží jedinci o své chorobě realisticky promluvit (Kübler – Rossová, 1992).

Po zavírání očí před skutečností a osaměním přichází nevráživost, závist, zloba - druhá fáze umírání, fáze s názvem Zloba. Pacienti se „hašteří“ se světem a s Bohem (Kübler – Rossová, 1992). Umírající reagují agresivně, většinou prostřednictvím slovních útoků, na lékaře, zdravotní sestry, ale i na své příbuzné (Viewegh, 1981).



Typickými otázkami, které si pacienti v této fázi pokládají, jsou: „Proč právě já?“ „Proč ne tamten?“. Pacient ve druhé fázi umírání reaguje, jako by mu bylo ubližováno, upozorňuje na sebe, stěžuje si, nařiká, má stále nové požadavky a chce, aby si ho druzí všímali (Kübler – Rossová, 1992). „Pocit'uje podrážděnou zlobnou závist jako někdo, kdo je těžce postižen, zatímco ostatním osud přeje“ (Viewegh, 1981, s. 11). Pacient v této fázi „signalizuje prostřednictvím agrese – svůj stav ohrožení, na který přirozeně reaguje instinktivní reflexní odpovědí charakteru stresové reakce typu útok, nebo útěk“ (Misconiová, 1999, s. 59). Za předpokladu, že bude pacientovi věnován čas a pozornost ze strany personálu instituce, ale i rodinných příslušníků, brzy se uklidní a bude žádat méně. Svá přání přestane prosazovat křikem (Kübler – Rossová, 1992).

„Třetí, spíše prchavá fáze, je méně známá, pro pacienta však velmi často důležitá, neboť na ni spoléhá jako na svého pomocníka“ (Kübler – Rossová, 1992, s. 45). Jedná se o stádium smlouvání, které trvá pouze krátký čas (Kübler – Rossová, 1993). Nemocný se v této fázi snaží oddálit příchod nevyhnutelného pomocí „obchodního vyjednávání“, které spočívá v úpěnlivých prosbách. Pacient čeká, že bude za dobré chování odměněn. Většina smrtelně nemocných pacientů si horlivě přeje být alespoň pár dní bez obtíží, bolestí a chtějí, aby byl jejich život prodloužen (Kübler – Rossová, 1992). Pro tuto fázi je typické, že se umírající pídí po informacích o nových léčebných metodách (Viewegh, 1981).

Čtvrtá fáze, fáze Deprese, přichází po fyziologické reakci na ztrátu naděje, objektu, případně vztahu. Nastává, „když smrtelně nemocný pacient nemůže už dál svou nemoc popírat, když je přinucen podstoupit řadu operací nebo léčebných zákroků, když přibývá zjevných příznaků nemoci a ubývá sil“ (Kübler - Rossová, 1993, s. 77). „Deprese jako jev patologický se vyznačuje tím, že její hloubka, nebo trvání přesahují běžně uznávaný význam ztráty“ (Misconiová, 1999, s. 60). Pacient je smutný, vzdává věci předem, je bez zájmu, ztrácí perspektivu, nejeví ochotu ke spolupráci, cítí se beznadějně a bezmocně. U pacientů je v důsledku deprese zpomalen psychický i motorický výkon (Misconiová, 1999). „Depresivní stavy vyplývají především z prožitků loučení se životem, záměry a plány, s příbuznými“ (Viewegh, 1981, s. 11). Depresi mohou vyvolávat a ovlivňovat i obavy o osud členů rodiny, strach z utrpení po dobu umírání (Viewegh, 1981). Kübler – Rossová (1992) rozeznává dva druhy deprese. První, reaktivní druh deprese, který je provázen zoufalstvím, nerealistickými pocity studu, viny a druhý, přípravný druh deprese, který vzniká z hrozící ztráty. „Druhá forma

deprese probíhá většinou velmi tiše oproti první, kdy nemocný má rozhodovat, co a jak uspořádat“ (Kübler – Rossová, 1992, s. 50).

V páté fázi umírání nazvané Souhlas, pacient „už nepřijímá svůj osud sklíčeně nebo hněvivě. Už se vyhovobil ze svých emocí, závidí vůči živoucím a zdravým, ze zloby ke všem, kteří nemají smrt na dosah“ (Kübler – Rossová, 1992, s. 67). „Tato fáze znamená do jisté míry rezignaci ve smyslu „k čemu také“ nebo „teď už nemohu dál bojovat“ (Ulrichová, 2009, s. 75). Dle Kübler – Rossové (1992) však nesmí být tato fáze umírání chápána jako šťastný stav. Nýbrž se jedná o stav, „kdy člověk bývá osvobozen od krutých pocitů. Zdá se, že bolest odešla, že boj už neexistuje a že nyní nastává čas „posledního klidu před dlouhou cestou“ (Ulrichová, 2009, s. 75). Umírající se s faktem smrti pochopitelně zcela nevyrovnal, její příchod však očekává s jistým smířením, odevzdaností. K plné akceptaci smrti mohou dospět především starší umírající (Viewegh, 1981).

*„V duchu si nacvičte smrt.*

*Říct toto znamená člověku sdělit, aby si nacvičil vlastní svobodu.*

*Člověk, jenž se naučil jak zemřít, se odnaučil být otrokem.“ (Smith, 2013)*

*Seneca*

### **2.1.3 Projevy terminálně nemocných a umírajících osob**

Označení „terminálně nemocný“ a „umírající člověk“ bere mnoho autorů jako synonyma. V lékařské terminologii se synonymem terminálního stavu (koncového, závěrečného, posledního) rozumí pojem umírání (Haškovcová, 2002). „Definice terminálního stavu nám říká, že dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik jednotlivce, tj. smrt“ (Kupka, 2011, s. 61). Umírání však nemůžeme redukovat pouze na terminální stav!!! Rozdíl mezi těmito pojmy lze nejlépe přiblížit na vztahu mezi procesem umírání a tzv. terminálním stavem. Kupka (2011, s. 61) píše, že „v klinické praxi se pod pojmem umírání rozumí delší či kratší časové období, které je zakončeno terminálním stavem“.

Hovoříme – li o terminálně nemocných a umírajících osobách, máme ve většině případů na mysli osoby staršího věku. Chronicky a nevléčitelně nemocní však mohou být i lidé věku středního a v neposlední řadě také děti. „Rozdílnost postojů k faktu smrti

nebo nevyhlášené choroby u pacientů odlišného věku je dokladem, že nemoc je nejen určitý patobiologický proces, nýbrž i psychosociální situace, v níž se uplatňují dřívější zkušenosti postiženého, jeho představy o životě, plány do budoucnosti, aspirace a celoživotní zkušenosti“ (Viewegh, 1981, s. 13).

„Když je tím, kdo umírá, dítě, má personál i rodiče sklon společně dítěti vážnost situace tajit“ (Parkes, 2007, s. 90). Dospělí se mylně domnívají, že děti o tématu smrti nevědí. Dle Parkese (2007) však děti přemýšlí o smrti celkem často. Smrt se vyskytuje i v mnoha dětských hrách (Parkes, 2007). To, jak dítě vážnou nemoc s reálnou hrozbou smrti přijme, je limitováno jeho věkem. „Je třeba důsledně rozlišovat potřeby předškolních dětí, dětí ve věku školní docházky, v pubertě a v adolescenci, a to s ohledem na jejich psychickou zralost, osobní zkušenost a pojmový aparát“ (Haškovcová, 2000, s. 59). V každém případě je důležité zjištění toho, co si samotné dítě myslí. Značný význam má i rozhovor s dítětem o změnách a skutečnostech, kterých si samo všimlo. Dítě by mělo vědět, že se jeho nemoc zhoršuje, neměl by mu být zapírán ani ten fakt, že jiné děti už na tuto nemoc zemřely a že i ono může zemřít (Parkes, 2007). Malé děti si myslí, že vše, co je v životě potká, mohou ovlivnit jejich rodiče (Haškovcová, 2000). Proto mohou děti svou nemoc zažívat jako tzv. selhání rodičovské všemoci (Viewegh, 1981). Dle Haškovcové (2000, s. 59) jsou naopak některé děti přesvědčeny, „že jsou příčinou neštěstí svých plačících nebo slzy skrývajících rodičů. V intencích této logiky je utěšují a ujišťují, že až zemrou, tak jim, tedy rodičům, bude lépe“. „Samotné prožitky smrti malých postižených jsou značně odlišné od prožitků dospělých“ (Viewegh, 1981, s. 13). Malé děti hovoří otevřeně o svých touhách a strachu. U některých dětí dochází k takzvanému akcelerovanému zrání (dítě ve své mluvě užívá termíny, kterým nerozumí, anebo jim přisuzuje jiný obsah než dospělí), v případě hospitalizace se u dítěte objevuje touha po domově (postupem času dítě přijímá jako svůj nový domov nemocnici). „Charakteristické je uzavírání do vnitřního světa, mlčení, smutek, pasivita až apatie“ (Haškovcová, 2000, s. 59). I přes dostatečné množství podnětů lze u dítěte sledovat příklon k prožívání minulých dějů (Haškovcová, 2000). Děti, jejichž život je ovlivněn nemocí potřebují být zbaveny bolesti a jiných příznaků choroby. Tyto děti se neobejdou bez lásky a péče své rodiny (Parkes, 2007). Viewegh (1981) shrnuje projevy chronicky nemocných a umírajících dětí podle věku. Ti nejmenší děti vnímají své onemocnění, jak již bylo zmíněno, jako „selhání rodičovské všemoci“, děti do věku pěti let svůj strach ze smrti prožívají jako „úzkost z odloučení od matky“. „V rozmezí pěti až deseti let je strach

ze smrti spojován se strachem z bolestivých diagnostických a terapeutických zásahů“ (Viewegh, 1981, s. 31). Haškovcová (2000, s. 59) dodává, „že děti zhruba od 9 let svého věku rozumějí konečnosti svého života v tom smyslu, že vědí, že umírají“. „Děti nepodléhají viditelné panice ze smrti“ (Viewegh, 1981, s. 14), jsou často „rozumnější“ bytosti než dospělí (Parkes, 2007).

Odlišné projevy terminálně nemocných a umírajících pozorujeme u adolescentů. U vážně nemocných adolescentů s reálnou hrozbou smrti dochází ke změně sebepojetí. Časté pobyty v nemocnici, fyzické obtíže a ostatní příznaky choroby je vyřadily z běžného života jejich vrstevníků. Nemocní adolescenti se zabývají nejen hrozbou smrti, ale velký důraz kladou na to, jak je přijímají ostatní. Častou reakcí u jedinců tohoto věku bývá popření nemoci formou hyperkompenzace („nemocní se nespokojují ani s nadprůměrnými studijními nebo sportovními výsledky svých zdravých vrstevníků“ (Haškovcová, 2000, s. 59)). U adolescentů se může objevovat vztek, lítost, smutek z toho, že jim život nedopřál čas na to, aby prožili své lásky a počali děti (Haškovcová, 2000). „Strach ze smrti u adolescentů není tak silný jako u dospělých, neboť adolescenti jsou ještě „děti“ a na světě je „nedrží“ povinnosti, jak tomu bývá u dospělých“ (Ulrichová, 2009, s. 80). I přesto prožívají perspektivu odchodu podstatně bolestněji a zoufaleji než kdokoli jiný (Ulrichová, 2009). Stejně tak, jako umírající dítě, i adolescent potřebuje láskyplnou přítomnost svých blízkých (Viewegh, 1981).

I u těžce nemocných osob středního věku pozorujeme odlišnou strukturu postojů a chování. U této skupiny nemocných jsou nejvíce patrné reakce odpovídající jednotlivým fázím umírání dle Elisabeth Kübler – Rossové (1992), popsané v kapitole 2.1.2. Těžce nemocný člověk středního věku má ze smrti strach nejen z důvodů sociálních a psychologických, ale roli hraje i pud sebezáchovy. Jedinci jsou smrtí zaskočeni, jsou postaveni před fakt náhlého konce. Prožívají starost o své nejbližší (například nedospělé děti), trápí se plány, které nestihli uskutečnit nebo díly, která nestihli dokončit. „Strach ze smrti je všem organismům vrozený. Pouze člověku je dán strach ze smrti, i když mu bezprostředně nehrozí, poněvadž on jediný z říše živočichů chápe její konečnost“ (Haškovcová, 1975, s. 46). Člověk má představu o smrti, ale pouze mlhavou, neurčitou. Strach z ní jedince provází dlouhou dobu před tím, než se smrt přihlásí. Člověk totiž ví, že může být během svého života kdykoliv ohrožen úrazem či nemocí. „Člověk však v běžném životě zpravidla na smrt nemyslí, i když pod jejím znamením žije. Naopak jedná a chová se tak, jako by byl přesvědčen o své nesmrtelnosti“ (Haškovcová, 1975, s. 47). „Reakce člověka na vlastní těžkou chorobu

nebo blízkou perspektivu smrti značně závisí na složitosti postojů, které zaujímal vůči životu v době svého zdraví“ (Viewegh, 1981, s. 14).

„Čím je člověk starší, tím častěji se zabývá myšlenkou vlastního konce“ (Viewegh, 1981, s. 14). U starých osob smrt nabývá konkrétnější podoby. Strach před smrtí není tak častý. Postoje, které ke smrti tyto lidé zaujmou, vychází převážně z jejich životních zkušeností. Postoje jsou však ovlivněny i mezilidskými vztahy, vliv na ně má dále osobní pocit naplněného, případně promarněného života člověka, bolestivost a délka trvání nemoci a samozřejmě spousta dalších faktorů. I přesto, že se mnoho osob domnívá, že staří lidé akceptují vlastní smrt, přičemž to dokazují i prováděné výzkumy, Viewegh (1981, s. 14) se domnívá, „že nevyhnutelnost smrti je starými lidmi sice navenek uznávána, podvědomě však nikoli“. Samotné výzkumné údaje mohou být zkresleny díky obranným mechanismům potlačení faktu smrti (Viewegh, 1981).

#### **2.1.4 Přístup k umírajícím a péče o ně**

Umírání je proces, při kterém pacientům ubývají jak fyzické, tak psychické síly. V důsledku toho se umírající lidé „vzdalují od vnějšího světa“, klesá jejich zájem o televizi, noviny a jiné lidi. Chtějí mít u sebe pouze nejbližší příbuzné, nestojí o návštěvy vzdálených příbuzných. A není neobvyklé, když chce být občas umírající člověk úplně sám (Vorlíček, 2004).

Čas umírání je časem krize. Jedná se o období, ve kterém má dominantní úlohu nejistota a strach. Samotný proces umírání je u každého jedince individuální, existuje však několik projevů, které lze zobecnit (Vorlíček, 2004).

U umírajících osob je typické, že méně hovoří. Slova pro ně již ztrácí důležitost. Z tohoto důvodu bychom neměli pacienty ke konverzaci nutit. Pacienti v terminální fázi onemocnění ztrácí smysl pro čas. Často se však zabývají otázkami „kolik času mi ještě zbývá“, „kdy už nastane vysvobození“. V tomto případě je důležité vyplnit čas čekání činnostmi, které může umírající jedinec v rámci svých sil vykonat (Vorlíček, 2004). Velkým problémem je u umírajících osob otázka zavodňování a výživy. U těchto osob je typické nechutenství a postupné odmítání potravy (masa, těžce stravitelných potravin, zeleniny, nakonec všeho). Je důležité respektovat přání umírající osoby a za žádnou cenu je k příjmu potravy nenutit. Důležité je dodržovat u pacientů pitný režim (Svatošová, 1998). Pacienti většinu času spí, rozjímají a jsou v klidu. Občas se však mohou vyskytnout projevy neklidu. V tomto případě je důležité umírajícímu dát najevo,

že není sám. Postupně s přibližující se smrtí dochází u umírající osoby ke změnám. Slábne pulz, klesá tělesná teplota, dýchání bývá nepravidelné. Tři dny před smrtí u pacientů dochází k tzv. předsmrtné euforii (umírající je bdělý, plný života, dobře slyší, chce se posadit...), která je následně vystřídána fází nazývanou smrtelné kóma (Vorlíček, 2004).

Je důležité dbát na uplatňování odlišného přístupu zdravotníka k nevléčitelně nemocným osobám různého věku. Strach, obavy, případně adaptace na hospitalizaci, perspektiva chronické nemoci atd. se odlišně projevují u dětí, dospívajících, osob středního věku i nemocných v období stáří (Viewegh, 1981).

Viewegh (1981) se zabývá principy psychologického přístupu k těžce nemocným a umírajícím pacientům. Mezi pět zásad, které by měly být v rámci přístupu k nevléčitelně nemocným osobám uplatňovány, patří poskytování citové podpory, pomoci umírajícím osobám realisticky zvážit své současné a budoucí vyhlídky, dále vytvoření atmosféry, ve které by pacient mohl projevat i negativní emoce. Pacientům by mělo být umožněno, aby „rozvolnili svoji úzkost“ a v neposlední řadě by měla být v rámci přístupu k umírajícím věnována pozornost pacientově osobnosti jako celku.

„Stanovení diagnózy „umírání“ vytváří nový klinický kontext péče. Cílem je pacientovi umožnit klidnou a důstojnou smrt, a nikoli tuto smrt za každou cenu oddálit“ (Sláma, 2011, s. 304). Situace se pro beznadějně nemocnou osobu mění z hlediska terapeutických procedur, tedy tehdy, když není co léčit. Umírajícím jsou podávány pouze utišující prostředky (Viewegh, 1981). Všechny ošetrovatelské, léčebné i diagnostické postupy by měly být přehodnoceny podle toho, zda přispívají k dosažení důstojného umírání. Mezi hlavní cíle péče a léčby o umírajícího by mělo patřit zmírnění tělesných, psychických obtíží, psychologická podpora pacienta, zároveň psychologická podpora pacientovy rodiny a blízkých osob a v neposlední řadě také spirituální podpora pacienta (Sláma, 2011). Po stanovení diagnózy smrtelné choroby je nejdůležitější každému pacientovi zajistit, aby se mu dostávala nepřerušovaná péče alespoň jednoho profesionálního pečujícího. Umírajícím by se mělo dostat péče v oblasti pomoci zvládání strachu a smutku (Parkes, 2007). Dle Svatošové (1998) je důležité s vážně nemocnými pacienty mluvit o smrti (tehdy, kdy to nemocný potřebuje), nelhat jim, pomoci jim i jejich blízkým projít všemi fázemi umírání a pomoci jim dosáhnout smíření a akceptace, zbavit umírající strachu z umírání, ze smrti. Důležité je uspokojovat všechny potřeby umírajících a vytvořit kolem nich atmosféru klidu, pokoje a lásky (Svatošová, 1998). Měla by být respektována i přání umírajících. Dle Studenta

(2006) jsou v obecné rovině nejčastěji z úst nemocných osob vyřčena čtyři přání. První z nich zní: „Nechtěl bych zemřít osamocen“ (Student, 2006, s. 36). Druhé přání: „Chtěl bych zemřít bez bolesti“ (Student, 2006, s. 37). Přání třetí: „Chtěl bych ještě některé věci dotáhnout do konce“ (Student, 2006, s. 37). A přání poslední, čtvrté: „Potřebuji někoho, kdo vydrží, když budu nyní vše zpochybňovat“ (Student, 2006, s. 37).

Správně poskytovaná péče by měla u umírající osoby navodit pocit pohody, podpory a sounáležitosti (Misconiová, 1999).

Sláma (2011) rozpracovává obecná pravidla péče o umírajícího pacienta. Za jedno z nejdůležitějších pravidel je považováno sdělení skutečnosti o vstupu onemocnění do terminální fáze pacientovi i jeho rodině, dále je nesmírně důležité pravidelné hodnocení základních symptomů, které nemocnému působí utrpení (úzkost, dušnost, nauzea, bolest). Umírajícímu by se měly pravidelně podávat léky ke zmírnění dušnosti, bolesti a zároveň hodnotit účinek podané látky. „Podání symptomatických léků nastavit tak, aby v případě zhoršení mohly být bez zbytečného prodlení podány dostatečné dávky. Potřebné léky (např. morfin, midazolam, haloperidol, metoclopramid) musí být dostupné v dostatečném množství a v náležité aplikační formě (Sláma, 2011, s. 305). Pokud je pacient schopen přijímat léky perorálně<sup>13</sup>, mělo by mu to být umožněno. V ostatních případech je možné léky podávat subkutánně<sup>14</sup> popř. intravenózně<sup>15</sup> nebo intramuskulárně<sup>16</sup>. Některé léky k perorálnímu podání lze přechodně aplikovat rektálně<sup>17</sup>. V rámci péče o umírajícího pacienta by mělo dojít k přehodnocení všech užívaných léků a vysadit veškeré, které nemají vliv na komfort při umírání. Jedná se například o antidepresiva<sup>18</sup>, hormony štítné žlázy, antibiotika<sup>19</sup>, kortikoidy<sup>20</sup> a další. Mělo by dojít k ukončení rutinních diagnostických a ošetrovatelských postupů (monitorování EKG<sup>21</sup>, tepové a dechové frekvence, odběry krve, měření tlaku, rutinní

---

<sup>13</sup> Prostřednictvím úst (Kolektiv autorů a konzultantů, 1993).

<sup>14</sup> Podkožně (Kolektiv autorů a konzultantů, 1993).

<sup>15</sup> Nitrožilně (Kolektiv autorů a konzultantů, 1993).

<sup>16</sup> Nitrosvalově (Kolektiv autorů a konzultantů, 1993).

<sup>17</sup> Konečnickem (Kolektiv autorů a konzultantů, 1993).

<sup>18</sup> Léčiva určená pro léčbu deprese (Kolektiv autorů a konzultantů, 1993).

<sup>19</sup> „Organická látka (přírodní nebo umělá) zabírající růstu mikrobů (a. bakteriostatické) nebo je hubící (a. baktericidní) (Kolektiv autorů a konzultantů, 1993, s. 18).

<sup>20</sup> „Steroidní hormony kůry nadledvinek“ (Kolektiv autorů a konzultantů, 1993, s. 129).

<sup>21</sup> „Elektrokardiografie, lékařská vyšetřovací metoda zachycující a zaznamenávající akční elektrické srdeční potenciály z různých míst povrchu těla“ (Kolektiv autorů a konzultantů, 1993, s. 60).

hygiena a další). U umírajících pacientů by mělo docházet k pravidelnému hodnocení podávání léků a dále by měl být nastaven mechanismus pravidelného hodnocení míry pacientova diskomfortu (bolest, dušnost, nevolnost, úzkost a stav vědomí). „Umělá (parenterální nebo sondová) výživa a hydratace jsou indikovány, pouze pokud přispívají k zmírnění obtíží a důstojnému umírání“ (Sláma, 2011, s. 306).

*„Lékař může vyléčit někdy, ulevit často, potěšit vždycky.“* (Svatošové, 1998, s. 29)

## 2.2 Smrt

Termínem „smrt člověka“ rozumí Všeobecná encyklopedie ve čtyřech svazcích (1998, s. 157b-158a) „právní skutečnost, jejímž důsledkem je zánik právní subjektivity fyzické osoby. V trestním právu se za okamžik smrti pokládá smrt biologická neboli mozková, kdy již není možné obnovit všechny životní funkce“.

Smrt, neboli „mors“, je dle Haškovcové (2000, s. 74) definována jako „individuální zánik organismu, tedy také člověka“.

Podle Ilustrovaného encyklopedického slovníku (1982, s. 324a) lze termín smrt vymežit jako „zánik organismu jako celku, trvalé ireverzibilní<sup>22</sup> zastavení všeho dění v těle (s. biologická). Jednotlivé tkáně těla odumírají postupně podle citlivosti na nedostatek kyslíku, u mozku nastává odumírání za 3 - 4 minuty. Smrt se zpravidla ztotožňuje se zastavením činnosti srdeční a dýchání (s. klinická)“.

Dle Brabce (1991, s. 10) lze termín smrt vymežit z hlediska materialistického jako „zánik organismu jako celku, trvalé a nezvratné poškození všeho dění – přirozený důsledek života“, ale také z pohledu křesťanské filosofie a teologie, jejíž definice pojmu je zcela odlišná. Křesťanská filosofie a teologie vymezuje smrt jako „odloučení duše od těla“ (Brabec, 1991, s. 10). Předpokládá, že forma života – duše, je duchovní podstaty a tudíž se nemůže rozpadnout. Je nesmrtelná (Brabec, 1991).

V minulé době lidé nejčastěji umírali takzvanou přirozenou smrtí (též označovanou jako „sešlost věkem“). V dnešní době je však smrt převážně konečným stádiem patologického procesu, nemoci. Autoři hovoří o tzv. lékařské smrti, „která nastává v důsledku nemoci a ke které, až na výjimky, dochází v nemocnici či v jiné instituci“ (Haškovcová, 2000, s. 75).

---

<sup>22</sup> Nevratné (Kolektiv autorů a konzultantů, 1993).



Smrt u každého člověka nastává různě rychle, z tohoto důvodu dochází k dělení smrti na smrt náhlou, rychlou a pomalou. „Náhlá smrt svůj příchod neavizuje, rychlá smrt to činí nezřetelně nebo v omezeném rozsahu“ (Haškovcová, 2000, s. 75). V praxi můžeme náhlou smrt přirovnat například k tragickému úmrtí v důsledku autonehody, či úrazu. Přičemž termínem „rychlá smrt“ reflektujeme nemoc, která je příčinou brzkého úmrtí, například při infarktu myokardu. V případě pomalé smrti zároveň hovoříme o smrti avizované a smrti neavizované, a to z důvodu, že se pomalá smrt v určitém čase ohlašuje, tedy avizuje, a to prostřednictvím různých obtíží (Haškovcová, 2000).

Ulrichová (2009, s. 43) užívá pojem „trimodální“, „který se uplatňuje při popisu smrti následkem poranění, jedná se o smrt okamžitou, časnou a pozdní“. Smrt okamžitá se vymyká jakémukoli lékařskému zásahu, u jedince nastává během několika minut po poranění, nejčastěji nastává v důsledku poranění srdce, míchy, mozku, případně při poranění některé z velkých cév. Smrt časná se dostavuje až po několika hodinách po úrazu, tudíž ji lze odvrátit rychlým ošetřením. Mezi nejčastější příčiny časně smrti patří poranění hlavy, plic a orgánů v dutině břišní (spojené s krvácením do těchto míst). „Pozdní smrt se týká všech pacientů, kteří umírají dny nebo týdny po úrazu. Asi v 80% případů jde o komplikované infekce, selhání plic, ledvin nebo jater“ (Ulrichová, 2009, s. 44).

Smrt můžeme dělit i podle věku, ve kterém přichází. Rozlišujeme tedy smrt předčasnou a smrt přiměřenou (tzv. požehnaný věk) (Haškovcová, 2000) (Ulrichová, 2009).

Haškovcová (2000) se zabývá různými druhy smrti, které byly rozlišovány v minulosti. V dřívějších dobách lidé dělili smrt na několik skupin, z nichž měla každá skupina svůj praktický, ale i spirituální význam. Lidé rozlišovali smrt tělesnou, smrt duchovní (peklo), dále smrt asketickou (umrtvení smyslovosti), časnou smrt duše (tzv. odloučení od světa) a v neposlední řadě smrt mystickou (splnutí s Bohem).

„Samostatnou kapitolu reprezentuje smrt, kterou si způsobí člověk sám, a to neúmyslně – sebezabitím, nebo úmyslně – sebevraždou“ (Haškovcová, 2000, s. 75).

Smrt lze rozdělit do tří základních kategorií a to na smrt fyzickou, psychickou a na smrt sociální (Misconiová, 1999).

„Smrt fyzická je úplná, trvalá a ireperabilní<sup>23</sup> ztráta vědomí“ (Haškovcová, 2002, s. 206). Fyzická smrt, též nazývaná biologická, „vyjadřuje nezvratný zánik činnosti buněk různých orgánů“ (Ulrichová, 2009, s. 43). Barby (1987) hovoří o tzv. absolutní smrti, která nastává s odumřením poslední buňky organismu. Dle Misconiové (1999, s. 16) „s odchodem funkcí mozku odchází i vědomí a tudíž není přítomen ani jedinec. Smrt tedy znamená, že nefunguje žádná část mozku“. Podle Mindella (2008, s. 98) mozkovou smrtí rozumíme „naprostou absenci odezvy, pohybu, reflexů mozkového kmene doprovázené fixovanými<sup>24</sup> a dilatovanými<sup>25</sup> pupilami<sup>26</sup> a neschopností dýchat bez respirátoru“. Oproti tomu Ulrichová (2009, s. 43) mozkovou smrtí rozumí, „že činnost mozkových buněk je nenávratně vyhaslá, zatímco činnost ostatních životně důležitých funkcí by mohla být i nadále uměle udržována“. Pokud mozek nedostává okysličenou krev, obvykle po čtyřech minutách odumírá (Mindell, 2008). Tuto dobu nazýváme „bezprostřední resuscitační čas“, po jehož uplynutí nastává biologická (fyzická) smrt (Ulrichová, 2009). Misconiová (1999, s. 16) nabízí zajímavý poznatek o smrti orgánů lidského těla. Například „ledviny mohou „žít“ ještě třicet minut, oční rohovka šest hodin, vlasy, vousy, nehty rostou ještě několik dní po smrti“.

Smrti fyzické velmi často předchází smrt psychická a sociální (Misconiová, 1999).

Psychická smrt je naprostou psychickou rezignací, intenzivně prožívanou beznadějí a zoufalstvím, které usnadňuje vstup smrti fyzické (Haškovcová, 2002). Za počátek psychické, ale i sociální smrti (též zvané jako první fáze umírání) je dle Misconiové (1999) považováno opuštění domova, prostředí, ve kterém jedinec žil, opuštění blízkých osob, přesun do prostředí neznámého, ztráta naděje, lásky. Z hlediska klinicko-psychologického a sociálního považuje Barby (1987) fázi umírání člověka za ukončenou tehdy, když vymizí jeho vědomí. Tento stav Barby (1987) označuje jako psychická smrt.

„Smrt sociální je stav, kdy člověk sice žije, ale je neodvratně vyvázan z důležitých sociálních a interpersonálních vztahů“ (Misconiová, 1999, s. 17). Dle Ulrichové (2009) je sociální smrt výrazem částečné smrti mozku. „Sociální smrtí je označována situace, kdy duševní, sensorické a motorické funkce jsou zachovány pouze částečně“

---

<sup>23</sup> Nenapravitelná, neměnná (Kolektiv autorů a konzultantů, 1993).

<sup>24</sup> Upevněnými (Kolektiv autorů a konzultantů, 1993).

<sup>25</sup> Rozšířenými, roztaženými, zvětšenými (Kolektiv autorů a konzultantů, 1993).

<sup>26</sup> „Kruhový otvor, jímž do optické soustavy vstupuje nebo z ní vystupuje světelný paprsek; lék. zornice“ (Kolektiv autorů a konzultantů, 1993, s. 195).

(Ulrichová, 2009, s. 44). Jedná se o fázi, či období nemoci, kdy člověk již nemá kontakt se světem živých. I samotná charakteristika sociální smrti hovoří o tom, že jedinec v tomto období přestává být aktivním činitelem v životě jiných lidí (Johnstonová, 2007). „V takovém období se k člověku přistupuje v podstatě jako k mrtvému, přestože klinicky a biologicky je stále naživu“ (Johnstonová, 2007, s. 371).

*„Smrt není porážka, jako ani život není vítězství.“ (Haškovcová, 2000, s. 6)*

*Reinhard Abeln, Anton Kner*

### **2.2.1 Náležitosti spojené s péčí o mrtvé tělo**

Dle Haškovcové (2000) zatím nejsou formálně ani věcně zvládnuté bezprostřední chvíle po smrti jedince. První minuty po skonu blízké osoby bývají naplněny bezradností, zmateností a nejistotou. Reakce na ztrátu blízké osoby se u všech jedinců výrazně liší, důležité je nechat volný průběh spontánním projevům prvního smutku. Pro pozůstalé je ze všeho nejdůležitější pochopit a přijmout, že se stalo to, co se očekávalo. Za předpokladu, že umírající osoba zemře doma, je třeba zavolat lékaře, který provede ohledání a konstatuje smrt. Je vhodné, aby pozůstalí před příjezdem lékaře přichystali občanský průkaz zemřelého, kartičku pojištěnce, rodný a oddací list, lékařské zprávy. Smrt jedince konstatuje dle platných odborných kritérií vždy pouze lékař, který vyplní List o prohlídce mrtvého. Originál tohoto listu si ponechává lékař, kopie zůstává u zesnulé osoby pro pohřební službu (Marková, 2009). V případě, že jedinec zemře v nemocnici, je tato služba dostupná okamžitě. „Po aktu konstatování smrti následuje rituál ošetření mrtvého těla a další předepsané procedurální kroky, které vedou k oficiálnímu rozloučení se zemřelým, tedy k pohřbu“ (Haškovcová, 2000, s. 81).

Péči o mrtvé tělo má na starost zdravotní sestra. Péče spočívá v zavření očí zemřelé osoby, podvázání brady, v omytí osoby a v uložení svlečeného těla do vodorovné polohy na čisté prostěradlo. Péče zahrnuje také vyjmutí snímatelné zubní protézy a sejmutí všech ozdobných předmětů. Mezi další povinnosti zdravotní sestry patří převaz případných ran zemřelého, zkrácení všech cévek, drénů a kanyl, aby je bylo možné dodatečně vyjmout a aby zároveň nemohly vypadnout (Marková, 2009). „S mrtvým tělem zacházejte pozorně a s úctou“ (Marková, 2009, s. 87). V neposlední řadě sestra musí zajistit identifikaci zemřelého pomocí dvou jmenovek, na kterých je

uvedeno jméno, příjmení, datum narození, datum a místo úmrtí (jedna jmenovka je umístěna na pravé zápěstí, druhá okolo pravého kotníku dolní končetiny). „Nakonec je tělo zabaleno do prostěradla a ponecháno 2 hodiny v klidu na oddělení, ať již na pokoji, nebo ve zvláštní pietní místnosti, kam bylo po smrti převezeno“ (Haškovcová, 2000, s. 81).

Dalšími kroky po smrti osoby jsou vyřízení administrativních úkonů, poslední rozhovor zdravotníků s rodinou (v rámci kterého pozůstalí v případě, že nebyli u skonání blízké osoby přítomni, žádají potvrzení toho, co se stalo, a chtějí být ujištěni, že smrt byla bezbolestná a klidná) a vyřízení nemocniční pozůstalosti. Zdravotní sestra po smrti jedince zhotoví jmenný seznam všech jeho shromážděných osobních věcí, který spolu s dalším svědkem podepíše. Pokud hodnota osobních věcí nepřesahuje částku 1000 Kč, je možné je po předložení občanského průkazu vydat nejbližším příbuzným. Sestra předání nemocniční pozůstalosti musí zdokumentovat, poznamená, komu byla pozůstalost předána, příbuzenský poměr osob, zapíše číslo občanského průkazu, adresu a rodné číslo osoby. Pozůstalost, která přesahuje hodnotu 1000 Kč je uschována v trezoru zařízení, kde ke skonání osoby došlo a následně předána notářskému oddělení soudu. Občanský průkaz zemřelé osoby je předán osobě, která zařizuje pohřeb. Pokud zemřelý nemá nikoho, kdo by se o zařízení pohřbu postaral, je kontaktována sociální pracovnice daného zařízení, která zařídí vše potřebné (Haškovcová, 2000).

### **2.2.2 Pohřeb a rituály spojené se smrtí**

Haškovcová (2000, s. 96) definuje termín pohřeb jako „souhrn společenských, případně náboženských úkonů, které souvisejí s pochováním mrtvého těla“. Pohřbívání je poté chápáno jako ukládání mrtvého těla do hrobu (Haškovcová, 2000). „Mrtví jsou na vkus živých příliš nehybní. Proto se zemřelí odstraňují z aktivního světa živých“ (Davies, 2007, s. 54).

Potřeba praktických informací o pohřbu je vysoká. Lidé se však o věci spojené s tímto aktem nezajímají, dokud nemusí. Z tohoto důvodu je vhodné, aby zdravotní sestra, nebo sociální pracovník nabídl pozůstalým při předávání pozůstalosti základní informace o realizaci pohřbu (ústně, písemně – předání letáků s adresami pohřebních služeb) (Haškovcová, 2000).

Rodina zesnulého může pohřeb zadat u kterékoli pohřební služby (Marková, 2009). Nutné je předložení dokladu o úmrtí, občanského průkazu zemřelého a občanského průkazu toho, kdo pohřeb zajišťuje. Pohřeb se platí již při objednávce (Haškovcová, 2000).

Úmrtní list se vystavuje na Matrice zemřelých zhruba týden po pohřbu. K jeho vydání je třeba předložení rodného, nebo oddacího listu zemřelého. V případě, že budou chtít pozůstalí zažádat o vyplacení části pohřebního, naleznou formulář na Matrice zemřelých (Haškovcová, 2000).

Někteří lidé svěří přání o svém pohřebním rituálu příbuzným již před svou smrtí (každý člověk má právo volby, které by mělo být zvláště v tomto případě respektováno). V ostatních případech záleží volba způsobu rozloučení a následného uložení těla na blízkých příbuzných zemřelého (Haškovcová, 2000).

V důsledku ekonomického tlaku se v současné době velká část rodin rozhoduje pro tzv. pohřeb bez obřadu (Haškovcová, 2000). Orientační cena průměrného pohřbu v roce 2014 činí více než 10 000 Kč (s šíří služeb však roste i její suma) (Pohřeb.cz, 2014). Informaci o tom, že náklady na pohřeb v posledních letech vzrostly, dokládá informace z roku 1999, kdy se cena normálního pohřbu bez obřadu pohybovala kolem 6 000 Kč. Haškovcová (2000, s. 94) uvádí, „že pokud se příbuzní rozhodli uspořádat pohřeb bez obřadu právě pod ekonomickým tlakem, prožívají později trýznivou lítost, že neuspořádali pohřeb tak, jak se patří“. Rodinám, které se i přes svou špatnou finanční situaci rozhodly uspořádat zemřelému skromný obřad, nabízí pohřební služba zapůjčení květinové výzdoby. Haškovcová (2000) přirovnává tuto situaci k takzvaným pohřebním třídám, kdy byl jedinec pohřben podle toho, ke které sociální vrstvě patřil.

O sociálních pohřbech se hovoří v případě, zemře-li osoba, která nikoho nemá. Pohřeb těchto jedinců pak zajišťuje obec. Povinnost obce postarat se o důstojný pohřeb osamělých lidí byl staletí spjat s domovským právem i přesto, že bylo roku 1952 domovské právo zrušeno, tato tradice přetrvává (Haškovcová, 2000). Pohřební ústav v Praze zřizuje zhruba 20 sociálních pohřbů za rok. Cena sociálního pohřbu v roce 1999 činila 4 500 Kč, v současné době se hovoří o částkách 7 000 – 10 000 Kč (Pohřeb.cz, 2014).

„Pokud se příbuzní rozhodnou pro klasický církevní obřad a následné uložení do hrobu, vyhledají příslušného faráře nebo kněze a domluví s ním podrobnosti“ (Haškovcová, 2000, s. 95). Jedná se převážně o věřící lidi, kteří pohřeb vnímají jako poslední dar zemřelému, jeho poslední cestu a poctu. Obřady realizované v krematoriu

jsou také ritualizovány, ale výrazně redukovány. Netrvají déle než 30 minut, často je vynechána smuteční řeč a pohřeb se skládá ze 3 skladeb, neosobního poděkování za květinové dary a projevy soustrasti (Haškovcová, 2000).

„Způsoby samotného odstraňování zemřelých se v průběhu dějin měnily jen relativně málo. Dva základní způsoby pohřbívání, ukládání do země a kremace, zůstávají stejné od nejstarších dob podnes“ (Davies, 2007, s. 54). V současnosti je nejčastějším způsobem pohřbu kremace (zpopelnění) a to z důvodů hygienických, prostorových a ekonomických. Dle Haškovcové (2000) hraje roli při rozhodování o kremaci odklon od víry v boha. Kremace se děje žhavým vzduchem. Popel zemřelého je následně předán v urně příbuzným, kteří si sami zvolí, kde nechají urnu uložit, či zda nechají popel rozprášit.

Pohřební rituály, které jsou s aktem smrti spojené, se vyvíjí současně s vývojem doby a společnosti (Haškovcová, 2000). „U většiny kultur je smrt rituálně uspořádána, tzn. že tu existuje předepsaný vzorec chování pro přímo zasažené, pro pozůstalé a pro mrtvé“ (Student, 2006, s. 77). Termín rituál (z latinského rituale) znamená řád obřadu neboli obřadnictví (Vorlíček, 2004). „Rituál zajišťuje základní složky mravního jednání, sociální příslušnosti a smysluplného bytí“ (Student, 2006, s. 77). „Obecně můžeme říci, že každý rituál určitým způsobem kodifikuje chování lidí, ať již v radostné nebo smutné, v církevní nebo civilní situaci“ (Vorlíček, 2004, s. 437).

Rituály obsahují dvě důležité složky. Zaprvé zahrnují smrt do společenství a veřejnosti, z čehož vyplývá, že člověk není ponechán sám a zadruhé dodávají určitou jistotu prostřednictvím toho, co je v průběhu procesu umírání potřeba učinit. Rituály připravují také na to, jak má jedinec přistupovat k vlastnímu umírání a smrti (Student, 2006).

I přes uspěchanost dnešní moderní doby se stále dodržují standardní prvky pohřebního rituálu, mezi které řadíme úmrtní oznámení, neboli parte, kondolenci a poděkování (Haškovcová, 2000). Úmrtní oznámení se vyřizuje v pohřebním ústavu, kde si objednavatel zvolí výtvarné provedení a motto oznámení. Součástí parte jsou také základní údaje o tom, kdo a kdy zemřel, kdy a kde bude mít pohřeb. Vhodné je také uvést jména nejbližších příbuzných osob a adresu, na kterou mohou lidé zasílat písemné kondolence. „Kondolence je projev soustrasti (soucitu, účasti)“ (Haškovcová, 2000, s. 96). Jedná se o smuteční přání, které lze zakoupit v obchodě, případně o vlastnoručně psaný dopis na pěkném papíře. „Poděkování za projevy soustrasti se provádí ústně, nebo písemně. Vhodnou variantou je zaslání děkovné kartičky, kterou je možné

objednat u pohřební služby a která je adresátovi doručena poštou až po pohřbu“ (Haškovcová, 2000, s. 96).

Stejně tak, jako se v Gruzii v den výročí úmrtí objevují na hrobech dva poháry a láhev vína, či koňaku (jeden pohár pro zemřelého, druhý pohár pro náhodného poutníka, který se zde napije na počest zesnulého), se uctívá Památka zesnulých u nás v podobě Dušiček (Haškovcová, 2000).

### **2.3 Eutanázie**

Eutanázie je dle Viewegha (1981, s. 21) definována jako „vědomé ukončení života pacienta, který prožívá nesnesitelné bolesti a jehož zdravotní stav je beznadějný“. Sláma (2011, s. 321) pohlíží na eutanázii jako na „úmyslné usmrcení člověka na jeho explicitní opakovanou žádost někým jiným než pacientem samotným“.

Eutanázie není „podání opiátů nebo jiných léků za účelem kontroly symptomů, včetně bolesti, strachu nebo nezvladatelné úzkosti; nepodání nebo odstoupení od zbytečně zatěžující léčby včetně nutrice a hydratace v případě, kdy pacient již není schopen tuto léčbu přijímat vzhledem k terminalitě svého stavu přirozenou cestou; sedace pacienta v terminálním stadiu, když ostatní praktické metody kontroly symptomů selhaly; odstoupení od resuscitace v terminálním stadiu pacienta“ (Sláma, 2011, s. 322).

Termín eutanázie („euthanasie“) je tvořen z řeckého slova eu, který v překladu znamená dobrý a slova thanatos, čímž se rozumí smrt. Samotný pojem eutanázie tedy můžeme vymezit jako „dobrou, bezbolestnou smrt“, kterou by nějaká osoba zkrátila utrpení nemocného nebo by to bylo přání trpícího“ (Ulrichová, 2009, s. 86). Původním obsahem pojmu byla tedy dobrá smrt. V současné době se termín eutanázie užívá pro označení milosrdné smrti, smrti ze soucitu, smrti z útrpnosti (Vorlíček, 2004).

Pojem eutanázie má dva významy. Jednak jím můžeme rozumět dobrou, krásnou a snadnou smrt a na druhé straně usmrcení z útrpnosti, milosrdenství a soucitu (Haškovcová, 2002). Dle Haškovcové (2000) je tradičním obsahem samotného pojmu tzv. dobrá smrt (z řeckého eu – dobrý a thanatos – smrt). „Ekvivalentem dobré smrti je lehká smrt, tedy taková, která přichází po dlouhém spokojeném životě, rychle, bezbolestně, nebo ve spánku“ (Haškovcová, 2000, s. 104). V současné době se pojmem eutanázie rozumí smrt z milosti (z útrpnosti, milosrdenství, soucitu) (Haškovcová, 2000), proto je považována za neetický čin (Misconiová, 1999). Eutanázie je tedy

„vědomé a úmyslné usmrcení člověka na jeho žádost, bez ohledu na to, zda činem aktivním („přeplněná stříkačka“ = úmyslné podání smrtící dávky „léku“) nebo činem pasivním („odkloněná stříkačka“ = úmyslné nepodání léku, který by život mohl zachránit“ (Hospice, 2005).

V terminologii výrazu eutanázie jsou nesrovnalosti, a to i z hlediska jeho chápání a výkladu tohoto termínu. Mnoho autorů zabývajících se danou problematikou ve svých publikacích užívá pojmy aktivní a pasivní eutanázie i přesto, že eutanázie je pouze jedna.

Metodicky, podle postupu, který se při vykonání aktu užívá, můžeme tedy hovořit o strategii přeplněné stříkačky (tzv. eutanázie aktivní) a strategii odkloněné stříkačky (tzv. eutanázie pasivní).

Smrt z milosti, aktivní eutanázie, strategie přeplněné stříkačky (aneb usmrcení na vlastní žádost nemocného) jsou termíny užívané k označení aktu, který lékař vykoná u nevléčitelně nemocné osoby, která trpí bolestmi, a to na její vlastní svobodnou a uvážlivou žádost (Haškovcová, 2000). Většinou se jedná o pacienty, kteří trpí nevléčitelnou chorobou, jejíž prognóza je neblahá (Ulrichová, 2009). Definici aktivní, též nazvanou přímá eutanázie, z pohledu katolické církve, uvádí Virt (2000). Katolická církev definuje přímou eutanázii jako „ukončení života osob postižených, nemocných aneb už blízkých smrti, ať už jsou důvody a prostředky jakékoli. Je mravně nepřijatelná, stejně jako nějaký zákrok nebo opomenutí, které samo o sobě nebo záměrně přivodí smrt, aby se ukončila bolest, je zabitím těžce odporujícím důstojnosti lidské osoby a úctě k živému Bohu, jejímu Stvořiteli. Mylný úsudek, do něhož člověk může v dobré vůli upadnout, nemění povahu tohoto vražedného činu“ (Virt, 2000, s. 25). Haškovcová (2000) v rámci aktivní eutanázie užívá pojmy nevyžádaná a nedobrovolná eutanázie. V prvním případě jde o situaci, „kdy pacient není schopen validním a předepsaným způsobem požádat o urychlený vstup smrti“ (Haškovcová, 2000, s. 104) (Vorlíček, 2004), ale předpokládá se, že kdyby mohl, k situaci by zaujal kladné stanovisko (jedná se tedy o nevyžádaný, ale zároveň chtěný, dobrovolný akt). V případě druhém je vědomé a úmyslné usmrcení člověka nevyžádané a nechtěné (Haškovcová, 2000). Samotný akt eutanázie vyžaduje účast dvou osob, jednu, která eutanázii požaduje a druhou osobu, která ji uskutečňuje (Misconiová, 1999). V tomto případě plní lékař roli aktivní, při které eutanázii vykonává (Haškovcová, 2000). Strategie přeplněné stříkačky, tzv. eutanázie aktivní, byla a je v současnosti odsuzována a zákonem trestána (Haškovcová, 2002). „Legalizace aktivní eutanázie je morálním a etickým dilema, které



je spojeno s celosvětovou diskusí o tom, zda milosrdné ukončení života za nesnesitelné trýzně a bolesti je čin humánní“ (Misconiová, 1999, s. 25).

Strategie odkloněné stříkačky, takzvaná eutanázie pasivní je „postup, při kterém nejsou na přání a se souhlasem nevléčitelně nemocného prováděny zbytečné kurativní<sup>27</sup> zásahy, které smrt prokazatelně neoddláží“ (Misconiová, 1999, s. 24). „Je ekvivalentem odnětí nebo přerušení léčby, nikoliv však ukončením péče, bývá interpretována jako právo na „přirozenou smrt“, a proto má mnoho zastánců“ (Vorlíček, 2004, s. 444). Týká se jedinců, u kterých kurativní cesta nemá žádný efekt na kvalitu života, nebo kvalitu života ovlivňuje v negativním smyslu. Jedná se o případy, kdy nemocný odmítá před předpokládanou smrtí náročnou operaci, intenzivní chemoterapii apod., ale nese zodpovědnost za veškeré důsledky, které z jeho rozhodnutí vyplynou (Misconiová, 1999). Tento akt se týká odnětí, případně přerušení léčby v případě, že došlo k vyčerpání všech dosažitelných forem pomoci (Haškovcová, 2000).

Zvláštní formou eutanázie je takzvaná asistovaná sebevražda (asistované suicidium), kdy pacient ukončí svůj život sám za asistence lékaře (Haškovcová, 2000). „Asistované suicidium je úmyslné usmrcení sebe sama na opakovanou žádost za pomoci druhé osoby“ (Sláma, 2011, s. 321). Často se v souvislosti s asistovanou sebevraždou hovoří o návodu k vysvobození. Návod k vysvobození je metodická rada, případně prostředek, jak zrealizovat odchod ze života, který na žádost nevléčitelně nemocného pacienta poskytuje lékař. „Morální odpovědnost však plně zůstává na lékaři na jeho postoji vůči pacientovi“ (Sláma, 2011, s. 321).

Haškovcová (2000) dále zpracovává termíny „prenatální eutanázie“, který označuje interrupci ze sociálních důvodů a termín „sociální eutanázie“. Pojem „sociální eutanázie“ je málo užíván a obsah tohoto slova není prakticky reflektován. V podstatě se jedná o právo na žádoucí spravedlivou mravnou péči, na kterou má nárok každý člověk, a to kdykoli a kdekoli. Jedná se o péči, která odpovídá aktuálním poznatkům vědy a špičkové medicíny. „Prakticky se však může lidem dostat jen redukováno péče, a to s ohledem na omezené ekonomické, geografické a vzdělanostní zdroje“ (Haškovcová, 2000) (Kupka, 2011).

Ačkoli se v literatuře nejčastěji setkáváme s aktivní eutanázií (usmrcení na vlastní žádost nemocného), s eutanázií pasivní (omezení a ukončení léčby) a eutanázií sociální,

---

<sup>27</sup> „Léčí příčiny nemoci. Výsledkem kurativní léčby je úplné vyléčení pacienta, zatímco postupy paliativní medicíny se nemoc sice neodstraní, ale přesto se subjektivní stav pacienta může zlepšit“ (Hospice, 2005).

Ulrichová (2009) pro doplnění výčtu uvádí dělení eutanázie dle doktora Oldřicha Karlíka, který vymezuje tři formy eutanázie (eutanázie čistá, eutanázie v užším smyslu a eutanázie v širším slova smyslu). „Euthanasie „čistá“, tj. bezbolestné usmrcení nemocného člověka, u něhož není naděje na uzdravení a smrt se očekává velmi brzo. Euthanasie v užším smyslu, kdy těžce nemocnému je podán na jeho přání smrtící prostředek. Euthanasie v širším slova smyslu, která znamená odstranění člověka bez jeho vůle, např. duševně postižení jedinci či znetvořené děti“ (Ulrichová, 2009, s. 86-87) (Brabec, 1991, s. 101).

*„Ó stíne smrti, jímž se zastaví bída duše, zlo, jež v srdci tkvělo,  
ty léku poslední, když hrůza mučí.“ (Viewegh, 1981, s. 20)*

### **2.3.1 Ano či ne, historické a současné názory na eutanázii**

V minulosti termín eutanázie značil dobrou lehkou smrt. Lidé rychle stonali a rychle umírali. V případě, že byla jejich nemoc provázena bolestmi, bylo úkolem lékařů tyto bolesti odstraňovat. „V každém případě však měl do poslední chvíle a s využitím všech dostupných prostředků bojovat za záchranu života a ochraňovat život“ (Haškovcová, 2000, s. 107). Tyto požadavky byly kodifikovány v morálních kodexech profese. Jsou však známy případy, kdy ve starém Řecku lékař odmítl péči o člověka, u kterého shledal, že pro nemocného nemůže nic udělat a očekával u něj skon. Toto chování bylo po určité době klasifikováno jako nepatřičné.

Z důvodu, že v minulých dobách nebyla možnost terapeutických zásahů taková, jako v současné době, lékaři se ujímali laskavého doprovodu umírajících. Tuto strategii dnes označujeme termínem „paliativní“. Lékař u pacienta tlumil bolest a spolu s blízkými rodinnými členy o nemocného pečoval. „Tam, kde byl boj prohraný, konec neodkladný a utrpení nemocného značné, podal dostatečné množství utišujících prostředků“ (Haškovcová, 2000, s. 107).

Spis z roku 1920 s názvem Poskytnutí souhlasu ke zničení života, který žití není hoden, napsán Karlem Bindingem a Alfredem Hochem, umožnil ideologům fašistického Německa k teoretickému zdůvodnění cílených vyhlazovacích akcí určitých skupin obyvatelstva. V literatuře se hovoří o programu T44 (jedná se o název berlínské ulice – Tierrgasse 44, kde docházelo k likvidaci osob, které nebyly hodny žití). Nejprve došlo k zabíjení duševně nemocných osob, následovalo zabíjení homosexuálů, výjimkou

nebylo ani milosrdné usmrcování dětí. Eutanázie nebyla milosrdenstvím, ale vraždou. V důsledku této události se o eutanázii zhruba 20 let po válce nehovořilo (Haškovcová, 2000).

V současnosti je situace taková, že byly formulovány podmínky pro aktivní eutanázii a odpovědnost za rozhodnutí byla přenesena na pacienta. Žádný lékař nemá povinnost eutanázii vyplnit. K provedení eutanázie je třeba souhlas jak lékaře, tak pacienta samotného. Aktivní eutanázie dle Haškovcové (2000) není nikde na světě uzákoněna.

„Euthanasie, jako morální problém, je v naší zemi řešena zákonem. Ze zákona plyne, že euthanasie je nepřípustná a diskuse na toto téma je neopodstatněná“ (Ulrichová, 2009, s. 88).

Existuje mnoho osob, které eutanázii ospravedlňují a argumentují jednoznačně pro. Svůj názor odůvodňují například jako snahu milosrdně zbavit člověka utrpení, jako osvobození jedince od bídné kvality života, dále možnostmi jak dát průchod lidským právům (právo na respektování osobní autonomie), mezi názory zaznívá i regulace nákladů na zdravotní péči (Ulrichová, 2009).

Názory pro legalizaci aktivní eutanázie jasně vymezuje i Smithová (1994, s. 9), dle které „euthanasie poskytuje lidem možnost zemřít důstojně, nikoli jako nemyslitelná hmota“. Dále dodává, že eutanázie může být skutkem milosrdenství, jedincům poskytuje svobodu rozhodnout o svém osudu a v neposlední řadě umožňuje člověku připravit se na smrt (Smithová, 1994). Dle Smithové (1994, s. 9) je eutanázie přirozený krok a dále citují „nového poznání přicházejícího s rozvojem lékařské vědy by mělo být využito k vyproštění lidí z jejich bídy“.

Ze zmíněného vyplývá, že většina zastánců eutanázie se dovolává práva na sebeurčení a argumentují realitou nesnesitelného utrpení a nesnesitelnými bolestmi pacientů (Vorlíček, 2004).

Jsou však i lidé, jejichž názory na eutanázii hovoří jasně proti ní. Například dle Viewegha (1981) je nutné eutanázii z psychologického a etického hlediska zcela jednoznačně odmítnout. Následně argumentuje fakty, že by na sebe lékaři, zdravotníci a zdravotnictví jako celek vzali povinnost, která je neslučitelná s mravními cíli zdravotnictví a lékařství. Mimo to by měla eutanázie deformující vliv na morální postoje a osobnost zdravotníků. Pacienti trpící těžkou chorobou (avšak ještě vyléčitelnou) by mohli být i přes ujišťování stresováni vyhlídkou, že po nich bude vyžadován souhlas k tomuto zákroku. Dle Viewegha (1981, s. 21) je „euthanasie

vyhrocením tendence vidět v pacientovi „nepohodlnou věc“, která má být „odstraněna“, nikoli lidskou bytostí, jejíž nedotknutelnost musí být respektována za všech okolností až do konce“. V případě, že bychom z hlediska eutanázie chtěli chápat právo člověka na vlastní rozhodnutí, neměli bychom bránit ani pokusům o sebevraždu. Viewegh (1981, s. 21) ukončuje výčet tím, že by „euthanasie podryla veškeré psychologické a etické snahy o prohloubení vskutku lidské terapie a ošetrovatelské péče“.

Viewegh (1981) zmiňuje však i terapeuticko – právní důvody, proč nepodporovat myšlenku eutanázie. Jedním z důvodů je, že „není zaručeno, že diagnóza byla stanovena tak přesně a správně, že lze zcela vyloučit obrat chorobného procesu k lepšímu“ (Viewegh, 1981, s. 21). Dále argumentuje tím, že může být v budoucí době objeven nový léčebný prostředek, který by mohl ovlivnit pozitivně léčbu i u beznadějných případů. Obecně též nelze zaručit, že nebude eutanázie zneužito (Viewegh, 1981).

Názory proti eutanázii definuje i Smithová (1994, s. 9), podle které „není třeba dávat svou péči najevo zabíjením... existují léky pro zmírnění bolesti“. Eutanázie je v rozporu se zákonem, eutanázie je zločin. Lidé nestvořili život, z tohoto důvodu ani nemají právo ho zničit. Na světě je mnoho chronicky nemocných lidí, tito lidé se nezabíjejí a o smrt ani nežadají. Bolest tedy dle Smithové (1994) není silným argumentem na podporu eutanázie. „I když je člověk nevléčitelně nemocný a i když je jeho nemoc klasifikována jako smrtelná, vždy může dojít k překvapivému zvratu“ (Haškovcová, 2000, s. 115).

Lidé, kteří eutanázii neuznávají, ví, že nesnesitelné bolesti pacientů mohou být zvladatelné. Svízelná situace bývá pouze důsledkem nedostatečné paliativní péče (Haškovcová, 2000). „Pokud se nemocnému dostává správné a všestranné péče, o urychlení smrti téměř nikdy nepožádá“ (Svatošová, 2011, s. 31). V případě, že nemocný vysloví žádost o ukončení svého života, jedná se o důkaz toho, že nejsou uspokojeny všechny jeho potřeby. Příčina pacientovy žádosti o urychlení smrti může být v kterékoli ze čtyř oblastí (bio-psycho-socio-spirito). Dle Svatošové (2011) mezi nejčastější příčiny patří bolest a strach z nesnesitelné bolesti, strach ze ztráty lidské důstojnosti, dále obava z toho, že bude nemocný své rodině na obtíž. Pacientům může také chybět pocit bezpečí. Nejčastější příčinou žádostí o smrt je však nezáměr a neúcta k člověku, jako jedinečné a neopakovatelné bytosti (Svatošová, 2011).

Dobrá a systematická paliativní péče může být přínosem pro konkrétního pacienta, ale i pro veřejnost. „Nemocnému umožní zemřít „snadnou“ smrtí a veřejnost nabude přesvědčení, že důstojný odchod ze života podmíněný odbornou péčí i laskavým

doprovodem je vhodnějším řešením než volání po urgentních řešeních“ (Vorlíček, 2004, s. 447).

„V každém případě je paliativní program péče považován za jedinou rozumnou a realizovatelnou alternativu eutanazie“ (Vorlíček, 2004, s. 447).

Otázka euthanazie je značně široká a zahrnuje velkou škálu různých názorů. Podstatné je, „abychom se vrátili k původnímu významu euthanazie, tzn., abychom za všechny okolnosti umírajícího člověka uchránili od všeho, co nemá nic společného s „dobrou smrtí““ (Ulrichová, 2009, s. 95).

### 2.3.2 Situace v České republice a ve světě

Roku 1996 se v České republice objevil návrh ministra spravedlnosti na legalizaci eutanazie. Tento návrh byl na základě celospolečenské kritiky stažen (Misconiová, 1999). Dle Misconiové (1999, s. 25) „v Československu za období První republiky – sice nebyla eutanazie legální, ale lékaři, který ji provedl za určitých jasně definovaných kritérií, hrozil trest v podobě symbolického vězení na dobu 24 hodin“. V současné době je „v České republice „eutanazie, stejně tak jako asistovaná sebevražda, zakázána, a pokud by byla provedena, bude kvalifikována jako trestný čin“ (Haškovcová, 2000, s. 111) (Vorlíček, 2004). V trestním zákonu č. 140/1961 Sb., v části II., hlavě VII.: Trestné činy proti životu a zdraví, § 219 Vražda, je stanoveno, „kdo jiného úmyslně usmrtí, bude potrestán odnětím svobody na deset až patnáct let“. „Podle kompromisního návrhu by euthanazie mohla být trestána odnětím svobody v trvání 1 - 5 let. Podle uznávaných zásad se takového jednání lze dopustit nejen aktivní činností, ale také nečinností, opomenutím a nezajištěním nutné, indikované péče, ke které došlo v úmyslu usmrtit člověka“ (Ulrichová, 2009, s. 91). V České republice neexistuje zásadní právní rozdíl v posuzování pasivní a aktivní eutanazie, všechny formy eutanazie jsou zde odmítány (Ulrichová, 2009).

Legislativní úpravy zabývající se problematikou eutanazie jsou pestré. „Legislativy jednotlivých států světa přistupují k problematice eutanazie různě: buď ji nezmiňují, nebo ji zakazují, popřípadě umožňují pasivní eutanazii nebo povolují asistovanou sebevraždu“ (Haškovcová, 2000, s. 111). Avšak dle Ulrichové (2009, s. 91) je ve většině států aktivní eutanazie zákonem zakázána, „pasivní euthanazie je tolerována, resp. nahlíží se na ni jako na závažný problém, jak pomoci zemřít člověku, který trpí, a kde není naděje na zlepšení jeho stavu“. Vorlíček (2004, s. 445) jasně říká, že „aktivní

eutanazie není uzákoněna nikde na světě“. Na to dodává, že je v některých státech povolena asistovaná sebevražda a v jiných státech, jako je například Holandsko, Belgie, je uzákoněna beztrestnost aktivní eutanazie. „Většina států je tolerantní k pasivní eutanazii“ (Vorlíček, 2004, s. 445).

„Eutanazie či asistovaná sebevražda je v současnosti uskutečnitelná v Holandsku, Belgii, Lucembursku, Švýcarsku, Japonsku, rovněž v USA ve státě Oregon, Washington a Montana“ (Kupka, 2011, s. 101). Belgie je od roku 2002 po Nizozemsku druhou zemí, která milosrdnou smrt povolila. Tolerantní přístup převládá i v Kolumbii (Ulrichová, 2009). Pasivní eutanazie je legalizovaná ve Francii a povolena je i v Dánsku, Finsku, Irsku, Itálii, Mexiku, Německu (Epravo, 2013).

Holandsko, případně i Belgie, jsou zeměmi, které uznaly a realizují aktivní eutanazii „ze zákona“. „V Holandsku byl vypracován systém podmínek, které umožňují provést aktivní eutanazii“ (Vorlíček, 2004, s. 445). Dle Kupky (2011) se jedná o pět přesně stanovených podmínek.

1. „Lékař se ujistil, že pacientova žádost je dobrovolná a dobře uvážená a že pacientovo utrpení je nesnesitelné a není naděje na jeho zlepšení.
2. Lékař informoval pacienta o jeho situaci.
3. Lékař společně s pacientem dospěl k názoru, že se nenabízí žádná rozumná alternativa k eutanazii.
4. Lékař konzultoval s jedním nezávislým lékařem situaci. Tento lékař viděl pacienta a podepsal prohlášení, že výše zmíněné podmínky byly splněny.
5. Lékař ukončil pacientův život s náležitou lékařskou péčí“ (Kupka, 2011, s. 101).

Ulrichová (2009) oproti Kupkovi (2011) vymezuje šest podmínek, které musí být pro provedení eutanazie v Holandsku splněny. Pro porovnání definuje Ulrichová (2009, s. 91) podmínky takto:

1. „Nemocný musí mít prokazatelně nevléčitelné onemocnění.
2. Jeho onemocnění musí mít zlou prognózu.
3. Nemocný musí trpět nesnesitelnými a neztišitelnými bolestmi.
4. O euthanazii musí nemocný opakovaně žádat.
5. Žádost o euthanazii musí být posouzena nejméně jedním nezávislým lékařem.
6. Lékař, který provede euthanazii, musí tuto skutečnost legálně ohlásit na prokuratuře“.

V Holandsku musí být každá provedená aktivní eutanazie ohlášena. Následně na to je ihned proti konajícímu lékaři zahájeno trestní řízení. „V holandském zákoně je

eutanazie pokládána za trestný čin, a to se sankční sazbou až 12 let vězení. Trestní řízení je však zastaveno, jestliže soudce shledá, že lékař jednal podle pravidel“ (Vorlíček, 2004, s. 445). Aktivní pomoc při umírání a napomáhání k dobrovolné smrti zůstává sice v Holandsku trestná, ale se stanovenými podmínkami odkriminalizovaná (Vorlíček, 2004).

Švýcarská lékařská akademie uvádí Pokyny pro pomoc při umírání, jedná se o čtyři etické předpisy.

1. „Při léčení je nutno respektovat vůli úsudku schopného nemocného i poté, že se nekryje s lékařskými indikacemi.
2. U pacienta v bezvědomí či jinak neschopného úsudku jsou lékařské indikace podkladem pro určení lékařského postupu ve smyslu „práce bez pověření“. Je přitom třeba respektovat předpokládanou vůli pacienta. Musí se přihlídnout k názoru jeho blízkých osob, z právního hlediska však konečné rozhodnutí spočívá na lékaři. U nezletilého pacienta nesmí být terapie zastavena proti vůli rodičů či opatrovníka.
3. Je-li u smrtelně nemocného naděje na zlepšení, provede lékař ta opatření, která slouží možnému uzdravení a zmírňují utrpení.
4. U umírajícího, smrtelně nemocného a těžce zraněného s infaustní prognózou, kdy nemocný nebude moci vést vědomý život podle vlastní osobnosti, není lékař povinen nasadit všechny terapeutické možnosti pro prodloužení života“ (Brabec, 1991, s. 103).

Od roku 1936 bylo v Anglii předloženo několik návrhů zákonů k legalizaci eutanázie, do současné doby se však nepodařilo připravit zákon, „který by vytvořil přestupek „milosrdného usmrcení“, jasně odlišného od vraždy, a stejně tak nevyšel pokus zamezit tomu, aby lékařské usmrcení nepodléhalo trestním sankcím“ (Ulrichová, 2009, s. 94). Roku 1992 Sněmovna lordů pověřila zvláštní parlamentní výbor, aby se zaměřil na eutanázii a péči týkající se konce lidského života. „Výsledky byly zveřejněny začátkem roku 1994 ve Zprávě, která odmítá legalizaci vyžádané euthanazie“ (Ulrichová, 2009, s. 94).

Aktivní eutanázie byla v červnu 1996 uzákoněna v severním teritoriu Austrálie. Jednalo se však pouze o přechodné uzákonění, protože v říjnu roku 1996 byl zákon pozastaven. Za období platnosti zákona zemřeli dva lidé. V březnu 1997 byl zákon na daném území zrušen (Ulrichová, 2009) (Haškovcová, 2000). V současnosti má většina států v Austrálii Společnost pro vyžádanou eutanázii. Oficiální program

Společnosti je legalizace vyžádané eutanázie (zákon o zdraví je považován za státní záležitost). „Návrh zákona, který by povolil legalizovanou vyžádanou euthanazii a za určitých, konkrétních okolností také nevyžádanou, byl předložen parlamentu Teritoria australského hlavního města v roce 1993“ (Ulrichová, 2009, s. 94-95), finálně byl však shledán za nedostačující a příliš extrémní (Ulrichová, 2009).

Dvaceti lety odnětí svobody se eutanázie trestá ve Španělsku. V Anglii je eutanázie trestána jako asistence při sebevraždě (Ulrichová, 2009).

„Ve většině zemí je lékařům uložena povinnost ulehčit umírajícímu nesnadné umírání, a proto bývá tolerována tradiční, tzv. situační etika. Lékař provede ukončení léčby a umožní vstup smrti „bez příkazu“ (Vorlíček, 2004, s. 445). V minulosti se situační etika používala v závěru života často, protože pro ni existovaly vhodné podmínky. V současné době jsou podmínky pro situační etiku příznivé pouze výjimečně, častěji se hovoří o tom, že podmínky jsou nevhodné.

Ve světě vzniká různorodá škála společností, jejichž cílem je hájit snahy na důstojné umírání a smrt. Jednou z těchto společností je například Společnost pro vyžádanou euthanazii, která vznikla roku 1930 ve Velké Británii. „Tyto společnosti se sdružují ve světové federaci společností usilujících o právo na smrt, World Federation of Right to Die Societies“ (Ulrichová, 2009, s. 91).

## **2.4 Dystanázie**

„Stav, kdy smrt je neodvratná, a přesto je stále a namáhavě oddalována, nazývají odborníci dystanázií neboli zadržanou smrtí“ (Haškovcová, 2000, s. 32).

Díky vývoji moderních léčiv proti bolesti a bez vedlejších účinků došlo k prodlužování intenzivní péče o těžce nemocné jedince (Brabec, 1991). Lékaři užívají veškeré techniky a metody, které mají k dispozici. Dalo by se říci, že tak brání nemocnému v klidu zemřít (Ulrichová, 2009). Vyspělost současné medicíny má za následek, že mnoho pacientů může být udržováno naživu déle, než tomu bylo dříve (Kupka, 2011). V důsledku prodlužování života umírajících osob jsou často lékaři, kteří bojují o zachování každé minuty života pacienta, nuceni pohlížet na situaci, kdy se dle Haškovcové (1975, s. 77) „z jedince stává mučedník, jemuž se smrt stává vykoupením“.

„Požadavek, který lékaři dodržují jako zákon, zní: prodlužuj a udrž život za každou cenu“ (Haškovcová, 1975, s. 77). Dominantním cílem lékařů se stalo prodlužování a udržování života pacienta za každou cenu a smrt je pokládána za nepatřičnou prohru



(Vorlíček, 2004). Hyperaktivní zdravotníci „intervenují ve prospěch života, který nezadržitelně odchází a tvrdošíjně se snaží zvrátit stav věcí“ (Ulrichová, 2009, s. 90).

Lékaři byli a jsou vedeni k tomu, aby léčili, uzdravovali, prodlužovali život, proto někteří z nich na umírajícího člověka pohlíží jako na svůj neúspěch. „Oddalovat smrt je ušlechtilý a vysoce hodnotný čin. Nebrat na vědomí konečnost lidského osudu je projevem lidské i profesionální neodpovědnosti“ (Haškovcová, 2000, s. 32). „Zadržaná smrt je nepříjemným důsledkem uplatňování postupů vítězné medicíny v situacích, kdy potřeby umírajícího vyžadují paliativní přístup“ (Haškovcová, 2000, s. 23).

Často snaha a potřeba prodloužit pacientův život nepřichází od lékaře, ale od samotného pacienta, který chce přežít za každou cenu. Mnohdy si nedokáže představit, co vše bude muset podstoupit. Podobný nátlak, který se týká vyzkoušení všech dostupných možností pro přežití, může na lékaře vyvíjet i rodina pacienta (Kupka, 2011).

V mnoha zemích se hovoří o takzvané klidné smrti. Jedná se o prostředky, které život prodlužují za únosnou mez. V rámci klidné smrti „je důslednou paliativní péčí ošetřena bolest a strádání na minimum, pacient není zanedbáván ani ponechán svému osudu a péče o ty, kdo nepřežijí, je stejně významná jako péče o ty, kteří zůstanou naživu“ (Kupka, 2011, s. 99).

Dle Kübler – Rossové (1994) bychom měli každému pacientovi, který má naději na zlepšení svého stavu poskytnout veškerou dostupnou pomoc, avšak u těch jedinců, kterým již medicína pomoci nedokáže a pacient nemá z péče prospěch, bychom měli uvážit, zda by nebylo vhodné nechat jedince v klidu odejít. „Medicína by měla být zdrženlivá a rozvážná. Zápas s chorobou by měla vyvažovat vědomím, že její úlohou není učinit tělo nesmrtelným, ale pomoci lidem prožít omezený počet let co nejzdravěji“ (Haškovcová, 2000, s. 33).

## **2.5 Problémy rodiny po smrti pacienta**

Blízcí přátelé a rodinní příslušníci bývají umíráním blízkého člověka zasaženi v několikerém ohledu. „Trpí s umírajícím, předjímají ztrátu a jsou konfrontováni s vlastní smrtelností se všemi s tím spojenými nejistotami a strachy“ (Student, 2006, s. 63).

Smrt milované osoby příbuzné hluboce lidsky zasáhne (Viewegh, 1981). Smrt blízkého člověka znamená veliký zásah do života pozůstalých, během okamžiku se jim

změní celý život (Kupka, 2011). Dle Křivohlavého (2002) je úmrtí blízké osoby pro pozůstalé zátěžovou životní situací. Úmrtí klade nároky na psychiku pozůstalých, odráží se však i v jejich tělesném fungování, zasahuje do oblasti duchovní a vliv má samozřejmě i na sociální vztahy.

Pozůstalí ztratili člena rodiny či blízkého. Tato ztráta pro ně znamenala změnu v jejich dosavadním životě. Ať už se jednalo o uskutečnění společných plánů a představ, ke kterým nedojde, nebo o obavy ze vzniku finančních a sociálních problémů (v případě úmrtí živitele rodiny) (Misconiová, 1999). „V důsledku ztráty blízkého člověka mohou být zmařena mnohá naše očekávání, podkopány předpoklady a významy, podle nichž jsme se orientovali a vedli naše životy“ (Payneová, 2007, s. 517). Pozůstalí se po smrti blízkého člověka snaží najít smysl toho, co se stalo a pokoušejí se vstřebat prožitek ztráty (Payneová, 2007).

„Reakce na umírání a smrt jsou u rodinných příslušníků a blízkých stejné jako u umírajícího tedy fáze odmítnutí, popírání ortelu smrti, strach, obavy, úzkost, deprese a pocit izolace“ (Misconiová, 1999, s. 61). Těmito fázemi ve většině případů prochází lidé za předpokladu, že se jedná o delší dobu umírání jedince. Rodinní příslušníci a blízcí reagují zcela odlišně v případě, kdy dojde k náhlé smrti (po pádu, autonehodě a podobně). Za těchto okolností je reakce na ztrátu mnohem prudší! U pozůstalých dochází k emočnímu šoku, strnulosti, jedinci nemohou ani plakat (Brabec, 1991). „Když začnou přijímat skutečnost, objevuje se celková apatie a ztráta zájmu (o rodinu, okolí, zaměstnání)“ (Brabec, 1991, s. 94). Po smrti blízké osoby v rodině dochází ke změně rolí, priorit a funkcí. Postupem času dochází u členů rodiny ke smíření se s úmrtím drahé osoby. Vyrovnávání se se ztrátou je u každého rodinného příslušníka individuální a trvá různě dlouhou dobu. Po zvládnutí tohoto kroku u rodiny nastává fáze nabírání sil, která je završená schopností prožívat každodenní život i po smrti blízké osoby (Misconiová, 1999). „Ne každá rodina a ne všichni blízcí prochází všemi těmito fázemi“ (Misconiová, 1999, s. 61).

Stádia, kterými pozůstalí po smrti příbuzného nebo blízkého přítele procházejí, popisuje Smithová (1994) následovně. V prvních dnech po smrti blízké milované osoby jedinec prožívá zármutek, chová se spíše tiše, může prožívat období nespavosti, v některých případech se mohou objevit i halucinace (představuje si, že jeho přítel tu stále je). „Vdovy dál prostírají pro svého manžela, vdovci automaticky, když ráno vstávají, promluví na svou partnerku“ (Smithová, 1994, s. 16). Po tomto stádiu dochází u pozůstalých ke stádiu popírání. Odmítají přijmout smrt člověka jako skutečnost.

Následuje období hněvu. „Zarmoucený člověk si klade otázku: Co jsem komu udělal, že jsem se dočkal takových věcí? Proč to muselo potkat právě... vždyť to byl takový dobrý člověk?“ (Smithová, 1994, s. 16). U některých osob po ztrátě blízkého člověka dochází k sebeobviňování (mají pocit, že vůči mrtvému nebyli takovým partnerem, přítelem, jakým měli být). Po určité době dojde u pozůstalých k přebudování jejich života a začnou se postupně ztrátě osoby přizpůsobovat (Smithová, 1994).

### **2.5.1 Zármutek a truchlení pozůstalých**

Termín „zármutek“ Viewegh (1981, s. 26) definuje jako „důsledek nějakého zážitku ztráty, která nemusí být vždy způsobena smrtí“. Samotný proces zármutku nad ztrátou je tvořen několika fázemi (úlek, šok, pocity tělesné vyčerpanosti, neklidu až zmatenosti, hluboká deprese, pocity neskutečnosti a odcizení). K projevům zármutku a žalu dochází mnohem dříve, než dojde k úmrtí. Prožívání a projevy zármutku jsou u pozůstalých osob zcela individuální a pestré (Haškovcová, 2000). Otevřený zármutek a žal je společností tolerován, je považován za přiměřenou reakci na danou situaci. Dle Haškovcové (2000) mají pozůstalí právo na otevřený žal šest až osm týdnů (jedinec má v tomto období nárok na pláč, smutné nálady, nedostačivost při vykonávání domácích prací apod. (Kupka, 2011)). V literatuře se v souvislosti s otevřeným zármutkem hovoří o tzv. právu na pláč, který má mít pro pozůstalé osvobozující účinek. Díky otevřenému pláči dochází u truchlících k obnově fyzických a psychických sil (Haškovcová, 2000). „Otevřený žal se snáší snadněji než dlouhodobě potlačovaná bolest a smutek“ (Haškovcová, 2000, s. 89). „Za normální se pokládá proces zármutku v délce trvání jednoho roku, který je zakončen nalezením a akceptováním nové identity“ (Kupka, 2011, s. 70).

Proces zármutku (žalu) může probíhat patologicky (Haškovcová, 2000). „Patologické zpracování zážitku ztráty odráží nejen celkovou osobnostní nezralost určitého jedince, nýbrž i malou schopnost naší civilizace vyrovnat se adekvátním způsobem s faktem smrti“ (Viewegh, 1981, s. 27). Dle Haškovcové (2000) se na patologické formě zármutku a žalu kromě osobnostních charakteristik truchlícího podílí především heroické<sup>28</sup> překonávání žalu. V důsledku traumatizujícího prožitku ztráty a jejího zpracování může u pozůstalých docházet k poruchám jak psychického, tak somatického rázu (Viewegh, 1981). Za rizikové skupiny pozůstalých, u kterých je

---

<sup>28</sup> Hrdinské (Kolektiv autorů a konzultantů, 1993).

očekáván patologický průběh žalu, považujeme především malé děti, kterým zemřel jeden či oba rodiče, dále rodiče, kteří ztratili své jediné dítě, ale i staří lidé, kteří přišli o životního partnera a nemají již jiné příbuzné. Rizikovou skupinu tvoří i děti, kterým zemřel sourozenec (Haškovcová, 2000).

Všichni pozůstalí prochází obdobím, které nazýváme truchlení (Kupka, 2011). „Truchlení je přirozenou reakcí na ztrátu a je předpokladem nové identity“ (Haškovcová, 2000, s. 93). Přesněji hovoříme o komplexní somatické, emocionální a sociální reakci na ztrátu (Kupka, 2011). Na truchlení pohlíží Kupka (2011, s. 67) jako na „způsob zpracování ztráty blízkého“. Jedná se o aktivní proces, mezi jehož úkoly patří prožití zármutku, přijmutí ztráty jako reality, adaptace pozůstalých ve světě bez zemřelého a citové odpoutání se od zemřelého a investování energie jiným směrem (Kupka, 2011). Jde o přirozenou reakci na ztrátu milované blízké osoby. „Jedná se o dynamický proces, který má své obecné i specifické projevy, ty se v čase mění a jejich intenzita kolísá“ (Kupka, 2011, s. 67). Mezi projevy truchlení řadíme impulzivní, chaotické jednání, vyhýbání se sociálním kontaktům, dezorganizaci denních zvyklostí, dále zahlcení představami o zemřelém, či identifikaci se zemřelým. Mezi časté projevy truchlení patří i somatické potíže jedince (nechutenství, únava, svírání u srdce, častější nachlazení, nespavost a podobně). Při procesu truchlení je u pozůstalých typické prožívání velké škály různých emocí, ať už jde o vztek, hněv, agresi, smutek, obavy, žal, pocity viny nebo pocity ulehčení, opuštěnosti a vysvobození (Kupka, 2011). Období truchlení začíná v době pohřbu (Haškovcová, 2000).

Truchlení může mít různé podoby, nejčastěji hovoříme o truchlení přirozeném a truchlení patologickém (Kupka, 2011).

Přirozené truchlení probíhá dle Ulrichové (2009) ve třech „zdravých“ fázích. Kupka (2011) vymezuje fáze čtyři (fáze šoku, fáze sebekontroly, fáze regrese a fáze adaptace). Jednotlivé fáze procesu truchlení dle Ulrichové (2009) kopírují Kupku (2011). Ulrichová (2009) pouze spojila druhou a třetí fázi dle Kupky (2011) do fáze jedné.

První fáze přirozeného truchlení je podle Ulrichové (2009) nazývána jako období otřesu, konfuse. Během této fáze u pozůstalých dochází k šoku, nesmíření se s realitou, nechtějí si uvědomit ztrátu blízké osoby, nejsou schopni přijmout projevy soustrasti, v jejich životě panuje zmatek a chaos. Druhá fáze, období intenzivního žalu, exprese, je typická přehodnocením vztahu pozůstalé osoby k sobě i zesnulému. Pozůstalí přijímají kondolence a dochází u nich ke střídání různých nálad. Tato fáze může trvat po dobu

jednoho roku od smrti osoby. Ve třetí fázi – v období akceptace již pozůstali přijímají skutečnost, že zůstali sami. Budují si svoji identitu a již jsou schopni ztrátu blízkého člověka akceptovat. Trvání tohoto období se pohybuje v rámci několika měsíců, případně let (Ulrichová, 2009).

U některých pozůstalých osob se může prožívání jejich zármutku zkomplikovat. V tom případě hovoříme o tzv. patologickém truchlení, které se může projevat některými z těchto reakcí. Je možné, že u truchlících osob dojde k rozvoji závislosti na návykových látkách, k hyperaktivitě, dále můžeme pozorovat formální a upjaté chování, nepřátelství vůči určitým osobám. Pozorovatelné jsou i změny ve vztahu k příbuzným či přátelům. U pozůstalých osob může trvat zármutek dlouhou dobu a je možné, že vyústí v depresi (Kupka, 2011).

„Truchlení je namáhavé a někteří lidé ho nemohou zvládnout bez pomoci. Proto se rozvíjí speciální poradenství, které pomáhá udržet proces zármutku a žalu v normě“ (Haškovcová, 2000, s. 90).

Firthová (2007) se v rámci problematiky truchlení zabývá chápáním zármutku jako nemoci. Dle Firthové (2007) velmi často dochází k debatám o zavedení psychiatrické diagnózy „traumatický smutek“ („traumatic grief“). Odpůrci brojící proti vytvoření této diagnózy argumentují tím, že by byl zármutek uzavřen do lékařských ordinací, bylo by na něj pohlíženo jako na něco, co lze diagnostikovat a léčit, stejně jako nemoc (Firthová, 2007). Dle Kupky (2011) může sice truchlení v mnoha charakteristikách připomínat nemoc (poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu, narušené pracovní i sociální integrity atd.), i přesto však musíme mít na paměti, že truchlení je přirozený způsob zpracování ztráty, ale ne nemoc.

### **2.5.2 Podpora truchlících a pozůstalých**

Podpora, kterou pozůstali po smrti blízké osoby potřebují, se postupem času mění. Z tohoto důvodu rozlišujeme období po úmrtí do dvou fází (Parkes, 2007).

První, takzvaná úvodní fáze, též zvaná jako náraz, „trvá od okamžiku úmrtí člena rodiny do chvíle, než pomine počáteční ochromení, je již po pohřbu a rodina, která se doposud pravidelně scházela, se opět rozptýlí – tato fáze trvá obvykle tři týdny“ (Parkes, 2007, s. 117). Po smrti blízké osoby potřebují pozůstali pomoc a podporu pro znovuzískání osobní rovnováhy a pro utvoření dalšího života. Hlavním zdrojem pomoci v případě nekomplikovaného truchlení by měla být dle Kupky (2011) rodina,

přátelé, sousedé. Tedy tzv. primární členská skupina. V posledních letech dochází ke vzniku speciálního poradenství, jehož cílem je pomoci truchlícím pozůstalým (Haškovcová, 2000). Poradenství pro pozůstalé mohou provádět odborníci (sociální pracovníci, psychologové, faráři, kněží) nebo poučení laici (Haškovcová, 2000). Péči o pozůstalé poskytují poradci, personál nemocnic nebo hospic, který o nemocného pečoval (Parkes, 2007). Zdravotní služby díky nedostatku prostředků pozůstalým nabízí pouze minimální péči a podporu. Ve většině případů přestávají fungovat v okamžiku smrti pacienta. Péče se zaměřuje pouze na ty osoby, u kterých se předpokládá, že by mohli být na základě nepříznivých důsledků ztráty blízkého poškozeni. Výjimku tvoří specializované služby (paliativní péče) a služby komunitní, které se zabývají dlouhodobými důsledky ztráty blízké osoby (Payneová, 2007, s. 521).

Druhá, přizpůsobovací fáze pokračuje celý první rok po úmrtí, v případě potřeby i déle. Poradenství pro pozůstalé je zapotřebí nejčastěji právě v této fázi. Pro truchlící je k dispozici široká škála typů služeb. Dle Parkese (2007) se jedná o šest typů služeb, mezi které řadíme psychologické a psychiatrické služby, svépomocné skupiny, nápomocné služby (befriending services), sociální aktivity, dobrovolnické poradenské služby a skupinové poradenství. Podle Payneové (2007, s. 523) mohou „formální (placenou) péči pozůstalým poskytovat pracovníci sociální péče, včetně odborně kvalifikovaných sociálních pracovníků. Největší podíl na podpoře, která se pozůstalým nabízí, však mají dobrovolnické a nestatutární organizace“.

Podle Viewegha (1981), Kupky (2011), Misconiové (1999), Smithové (1994) a dalších, je pro pomoc truchlícím pozůstalým vhodné navození přátelské, pozitivní atmosféry a trpělivé naslouchání. „Atmosféra sounáležitosti slouží k uvolnění všech skrytých obav a současně přispívá k možnosti vyřčení negativních i pozitivních pocitů“ (Misconiová, 1999, s. 61). „Postižený by neměl být brzděn ve vnějších projevech zármutku a ve způsobu, jakým vnitřně zpracovává zážitek ztráty“ (Viewegh, 1981, s. 27). Měli bychom se snažit truchlícím v maximální možné míře citlivě a s porozuměním naslouchat (Viewegh, 1981). Mluvení o trápení je bolestné, zároveň je však také nutné (Kupka, 2011). Kupka (2011, s. 67) shrnuje podporu pro pozůstalé takto: „Při práci s pozůstalými je nutné především aktivní naslouchání, musíme rovněž umět mlčet, projevit soustrast a nespíchat rychle ke zvládnutí a vyřešení problému“.

Důležitou roli má v životě truchlících pozůstalých vyprávění. „Tak jako román, z něhož se v prostředních kapitolách vytratí hlavní postava, musí se i příběh života, který narušila ztráta, přeuspořádat, přepsat, aby se našlo nové vlákno continuity, které

by srozumitelným způsobem spojilo minulost s budoucností“ (Neimeyer, 2000, s. 263; In: Payneová, 2007, s. 525).

Dle Smithové (1994) je při podpoře a pomoci pozůstalých dobré myslet i na pomoc v oblasti každodenních prací (úklid, nákupy), na které mohou truchlící díky svému stavu zapomenout. Pozůstalí potřebují být jak o samotě, tak ve společnosti. Nejdůležitější však je, aby měli nablízku někoho, komu se mohou svěřit a vypovídat (Smithová, 1994).

Pro pozůstalé je dle Misconiové (1999) velkou podporou a pomocí nabytí pocitu, že udělali maximum pro to, aby eliminovali fyzické a psychické utrpení své blízké umírající osoby. V neposlední řadě je důležité pomoci rodinným příslušníkům „radou při rozhodování ve vztahu ke všem problémovým okruhům spojeným s uplatněním právních nároků pozůstalých, či s administrativním vypořádáním smrti rodinného příslušníka i jeho pohřbu“ (Misconiová, 1999, s. 62).

*„Při vlastní smrti člověk jen umírá, ale při smrti druhého musí žít!“*

(Student, 2006, s. 64).

### 3 Hospic

„Anglický výraz hospic znamená útulek nebo útočiště“ (Haškovcová, 2000, s. 39), v období středověku se však daný pojem užíval pro označení tzv. domů odpočinku (Haškovcová, 2000).

Hospice byly zřizovány a obývány řeholníky, sloužit však měly poutníkům a unaveným poutníkům, kteří směřovali ke Svatému hrobu v Palestině (Misconiová, 1999). Poutníci na těchto místech strávili vždy pouze několik dní, během kterých se najedli, napili, vyspali a nabrali nové síly na další cestu. „Hospic většinou vedl člověk, který byl schopný vést nejen hostinec, ale který se vyznal i v ranhojičství. Nikoli náhodou mají dnešní hostinec a nemocnice (varianty výrazu hospital) stejný filologický původ“ (Haškovcová, 2000, s. 39). Dle Haškovcové (2000) středověký hospic poskytoval vše, co dnes nazýváme bio – psycho – sociálním a spirituálním komfortem. „V českém jazyce známe přejatá cizí slova z příbuzného kmene jako je pojem „hospic“, jedná se například o pojmy hospitál či hospitalizace, které do určité míry také symbolizují pomoc poutníkům na cestě ke zdraví, či smrti (Misconiová, 1999, s. 27).

Ve Velké Británii je pojmem „hospic“ chápána „účelově postavená nebo adaptovaná budova, v níž by byly hospitalizační lůžka“ (Payneová, 2007, s. 438). Ve „Velké Británii sama „budova hospice“ ztělesňuje „paliativní péči“ a je pokládána za její ideální typ“ (Payneová, 2007, s. 441). Hospicová péče je zde často brána jako synonymum pro budovu hospice, ve které tráví poslední týdny svého života lidé s rakovinou (Payneová, 2007). I lidé v Německu si ve většině případů spojují „hospic“ s institucí či domem. „Ve skutečnosti však tento pojem již déle než 30 let neznamena instituci, nýbrž koncept, holistický koncept podpory umírajících lidí a jejich nejbližších. V podstatě jde o poskytnutí možnosti zemřít v klidu a bezpečí“ (Student, 2006, s. 93).

Hospic je tedy „lůžkové zařízení nebo program komplexní péče poskytované v domácím nebo náhradním sociálním prostředí“ (Hronovská, 2010, s. 21), kde jsou služby poskytovány všem osobám, jejichž onemocnění může končit úmrtím (Hronovská, 2010).

Dle Stáhalové (2010) je hospic samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči. Jedná se o samostatné objekty, které jsou vybavené vlastní organizační strukturou (Student, 2006). Jeho vznik je datován od šedesátých let 20. století ve Velké Británii.



Hospice „poskytují umírajícím maximální možnou míru fyzického i psychického komfortu, režim podobný domácímu, provázení těžkým obdobím a další potřebnou péči a podporu“ (Marková, 2010, s. 27). Jednou ze snah je vytvoření takového prostředí, ve kterém by mohl pacient zůstat až do konce svého života v blízkosti příbuzných a známých osob a respektování individuálních potřeb a přání jednotlivých klientů. Lůžkové hospice umožňují ubytování rodiny spolu s nemocným (Sláma, 2011). „Čím dříve těžce nemocný a jeho rodina hospic kontaktují, tím víc pro ně hospic může udělat“ (Svatošová, 2011, s. 122).

Hospic patří mezi zdravotně sociální zařízení, které poskytuje hospitalizovaným nemocným, jejich rodinám, pozůstalým a dalším zainteresovaným osobám zdravotnickou péči, sociální pomoc a poradenství (Marková, 2010). Specializovaná paliativní péče je zde poskytována především pacientům v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění (Sláma, 2011), dle Markové (2010) se jedná převážně o pacienty s onkologickým onemocněním.

„Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, že v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost, že v posledních chvílích života nezůstane osamocen“ (Svatošová, 2011, s. 115).

Délka pobytu nemocného v lůžkovém hospici se pohybuje v rozmezí několika týdnů (Sláma, 2011). Ne každý klient v hospici umírá. Dle statistik se jedna třetina nemocných osob po zlepšení zdravotního stavu, po upravení léčby a po upravení podmínek umožňujících domácí ošetřování vrací zpět do domácí péče (Marková, 2010).

Tým odborníků působících v hospici se snaží o vytvoření osobité domácí atmosféry v zařízení, o maximální soukromí klientů (jednolůžkové pokoje), poskytuje volný režim pro návštěvy, ale i dobrou dopravní dostupnost hospice (Standardy, 2006).

Lůžkový hospic lze dle specializace na věkovou strukturu rozdělit na hospic pro dospělé a na dětský hospic. Oba tyto typy hospiců se od sebe vzájemně velmi odlišují (Malkovská, 2007).

V České republice v současné době působí 15 lůžkových hospiců včetně jednoho dětského hospice s celkovou kapacitou 429 lůžek (viz příloha B). Členy Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče je poté 12 lůžkových hospiců z celkového počtu 15.

Dle Světové zdravotnické organizace je potřeba 5 hospicových lůžek na každých 100 000 obyvatel. „Pro Českou republiku je tedy minimální potřebný počet 514 lůžek“

(Huneš, 2008, s. 44). Při započtení dalších 28 lůžek rozestavěného Hospice sv. Zdislavy v Liberci bude scházet stále minimálně 57 lůžek. Lůžka zcela scházejí (ze 14 stávajících krajů) v kraji Karlovarském, Libereckém (do r. 2015) a na Vysočině. Nedostává se lůžek v Praze, kde jediný lůžkový hospic pro dospělé (Hospic Štrasburk) kapacitně vůbec nepostačuje (Huneš, 2008).

### 3.1 Vznik a vývoj hospiců v ČR

Termín hospic byl v České republice před rokem 1989 téměř neznámý (Ulrichová, 2009). Historie hospiců je zde tedy poměrně krátká. Datuje se od první poloviny devadesátých let 20. století (Malkovská, 2007).

Myšlenky hospicového hnutí tu byly realizovány od března 1990, a to formou experimentu, který povolilo Ministerstvo zdravotnictví. Jednalo se o skupinu zdravotních sester, které spadaly pod pražskou Charitu a pracovaly v domácí péči. „Na mnoha místech ČR začala vznikat střediska Charitní ošetrovatelské služby, která pomáhala především pacientům s infaustní<sup>29</sup> prognózou a jejich rodinám“ (Ulrichová, 2009, s. 98).

Před vznikem občanského sdružení Ecce homo a před vybudováním prvního kamenného hospice, bylo 2. 11. 1992 v rámci nemocnice TRN v Babicích nad Svitavou u Brna otevřeno první oddělení paliativní péče o dvaceti lůžcích (Haškovcová, 2000).

První konstelace hospicového hnutí je spojována s rokem 1993, kdy bylo v ČR založeno již zmíněné občanské sdružení Ecce homo. Ecce homo, v překladu znamenající Ejhle člověk, je výrokem Piláta Pontského, který právě tato slova pronesl nad trpícím Ježíšem. Z důvodu podobnosti trpících umírajících pacientů (ve kterých z důvodu jejich ubohého stavu často přestáváme vidět člověka) a trpícího Ježíše je odvozen název občanského sdružení (Haškovcová, 2000). Zakladatelkou a předsedkyní sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí byla lékařka Marie Svatošová (Malkovská, 2007).

Právě Marie Svatošová přišla s návrhem stavby lůžkové formy hospicové péče. Na základě jejich představ občanské sdružení Ecce homo společně s Diecézní charitou v Hradci Králové zřídilo první Hospic Anežky České v Červeném Kostelci (Malkovská, 2007) (Vorlíček, 2004), který je dílem Ing. arch. Jana Falty z ateliéru Habitat v Liberci

---

<sup>29</sup> Nepříznivá (Kolektiv autorů a konzultantů, 1993).

(Ulrichová, 2009). Stavba hospice trvala 13 měsíců a byla otevřena ke dni 8. 12. 1995 (Vorlíček, 2004).

„Od otevření prvního hospice bylo dáno do provozu několik dalších zařízení, které by měly znamenat důstojné umírání pro naše pacienty“ (Ulrichová, 2009, s. 98). Jako druhý český hospic, otevřený 20. 3. 1998, byl Hospic sv. Lazara v Plzni, který byl založen díky špitálnímu a vojenskému řádu sv. Lazara Jeruzalémského (Malkovská, 2007). Následně na to zahájil v červnu téhož roku (1. 6. 1998) svoji činnost Hospic sv. Alžběty v Brně, který byl zřízen v rámci Masarykova onkologického ústavu. „Je umístěn v části objektu konventu sester Alžbětinek, kromě nemocných v dlouhodobé péči Masarykova onkologického ústavu na Žlutém kopci, kteří pochopitelně tvoří většinu klientů hospice, je samozřejmě otevřen i pro další pacienty, prioritně s onkologickým onemocněním“ (Haškovcová, 2000, s. 41). Posledním otevřeným hospicem založeným za podpory Lazaritánů v roce 1998 byl Hospic Štrasburk v Praze (5. 9. 1998) (Malkovská, 2007), ačkoliv Haškovcová (2000) uvádí, že do provozu byl uveden již v lednu 1998.

„V červnu 1998 bylo založeno Sdružení poskytovatelů hospicové péče v ČR, jehož předsedkyní se stala Marie Šamánková“ (Haškovcová, 2000, s. 41). Tato žena iniciovala osvětovou akci o cílech sdružení a zároveň vyzvala všechny osoby, které se chtějí podílet na zlepšení podmínek umírajících osob, ke spolupráci. Sdružení poskytovatelů hospicové péče si stanovilo 8 cílů.

1. „Připravit koncepci hospicové péče pro Českou republiku.
2. Vytvořit samostatnou složku – obor hospicové péče v rámci státních i nestátních zdravotnických zařízení.
3. Spolupracovat na podkladech pro poskytování hospicové péče, včetně standardů a zabezpečení kvality poskytované péče.
4. Stanovit etický kodex pro poskytování hospicové péče.
5. Spolupracovat na podkladech pro kvalitní přípravu a vzdělání poskytovatelů hospicové péče.
6. Spolupracovat s lékařskými a sesterskými odbornými a profesními organizacemi.
7. Spolupracovat se zahraničím v oblasti hospicové péče.
8. Spolupracovat s orgány státní správy v ČR“ (Haškovcová, 2000, s. 41-42).

K 18. 1. 1999 byl dán do provozu další, v pořadí již pátý Hospic sv. Josefa v Rajhradě u Brna (Vorlíček, 2004). Tento tzv. velkokapacitní Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa vznikl na základě popudu Brněnské diecézní charity. Další hospic

v ČR byl otevřen 2. 2. 2001 v Litoměřicích a jednalo se o Hospic sv. Štěpána, který byl založen občanským sdružením pro založení a podporu hospice v Litoměřicích (Haškovcová, 2000), (Malkovská, 2007), (Ulrichová, 2009). Kapacita Hospice sv. Štěpána byla 25 – 30 lůžek a ukázala se jako optimální (Vorlíček, 2004). 28. 11. 2002 zrealizovala Olomoucká arcidiecézní charita otevření dalšího Hospice na Svatém Kopečku u Olomouce. 30. 4. 2004 byl ve Valašském Meziříčí otevřen Hospic Citadela. „Roku 2005 v červenci byl, zásluhou obecně prospěšné společnosti „Hospic mostě“ a za velkého přispění města, otevřen Hospic v Mostě“ (Malkovská, 2007, s. 63). Přesné datum otevření tohoto hospice bylo 7. 7. 2005. Téhož roku (24. 10. 2005) byl v Prachaticích otevřen další z hospiců, a to Hospic sv. Jana Nepomuckého Neumanna (Malkovská, 2007).

Mezi další existující hospice v ČR patří: Hospic Hvězda, Hospic sv. Lukáše v Ostravě, Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech, Hospic Chrudim a Nadační fond Klíček. Některé další hospice se projektují, například Hospic sv. Zdislavy v Liberci (plánované datum otevření hospice je 1. 1. 2015).

### **3.1.1 Vznik a vývoj hospiců ve světě**

Vůbec první zmínka o hospici jako takovém pochází z roku 1049, kdy svatý Bernard z Menthonu založil neznámější hospic v Alpách ve výšce 2188 metrů. „K dalším významným též patřily hospice v Engelhardzell, u Dubaje pod Pasovem a francouzský Aubrac“ (Misconiová, 1999, s. 27).

Jak uvádí Haškovcová (2000, s. 39) „hospice později přirozeně zanikly a myšlenka na ně ožila teprve v polovině 18. století, kdy byla v Dublinu z iniciativy Mary Aikdenheadové otevřena zvláštní nemocnice pro umírající“, která byla nazvána Hospic. Jednalo se o první speciální zařízení tohoto druhu v novověku, které se nazývalo Our Lady's Hospice a bylo založeno v roce 1879 (Student, 2006).

Až počátkem 20. století dochází ve světě k rozvoji specializovaných zařízení pro umírající osoby (Ulrichová, 2009). Na počátku tohoto století byl ve východní části Londýna otevřen charitními irskými sestrami Hospic sv. Josefa v Hackney (Haškovcová, 2000), který byl založen v roce 1905 (Student, 2006).

„Kolébku hospicového hnutí je Velká Británie“ (Svatošová, 2011, s. 123), kde se po druhé světové válce (došlo k dramatickému nárůstu hospiců ve světě) zrodila v hlavě Cecilly Saundersové myšlenka hospice (Svatošová, 2011). Cecillia Saundersová

byla Angličanka a protagonistka hospicového hnutí a autorka knihy Hospic – žijící myšlenka. Nejprve pracovala jako sociální pracovnice a zdravotní sestra, později si dodělala lékařské vzdělání (Haškovcová, 2000). Tato výjimečná žena založila první moderní hospic s názvem St. Christopher's Hospice v Londýně Sydenhamu roku 1967 (Svatošová (2011) uvádí rok založení daného hospice 1969), který je znám po celém světě a je nazýván „mateřským domem“ hospicového hnutí (Marková, 2010). Cicely Saundersová zanedlouho po otevření domova zjistila, že i přes veškerý komfort, který dům nabízel, si většina klientů přála, aby mohla zemřít doma. Toto přání bylo pro Saundersovou stimulem, aby podnítila vznik rozšířené ambulantní služby, která zaopatřovala více lidí než lůžkový sektor. Díky C. Saundersové bylo v roce 2000 ve Velké Británii „registrováno 208 stacionárních a 340 ambulantních hospiců. K tomu ještě 287 denních hospiců, 333 podpůrných týmů a 25 dětských hospiců“ (Student, 2006, s. 145). Kořeny anglického hospicového hnutí sahají však daleko hlouběji a to k roku 1893, kdy došlo k založení St. Lukes Home for the Dying Poor, zařízení, které se věnovalo umírajícím osobám, zvláště však chudým a potřebným (Student, 2006).

V roce 1974 došlo k otevření prvního hospice v Americe v New Haven v Connecticutu (Marková, 2010). První hospice byly financovány ze sponzorských darů, později bylo financování zajištěno z nemocenského pojištění. Z důvodu počátečních finančních obtíží měla v USA dominantní postavení ambulantní hospicová práce. V roce 2000 byla v USA provedena analýza nákladů hospicové péče, která potvrdila její cenovou výhodnost. „Ukázalo se, že je 19krát levnější než odpovídající nemocniční péče“ (Student, 2006, s. 146). Dle statistických údajů bylo v USA v roce 2000 registrováno na 2273 hospiců, z nichž každý nabízel ambulantní provoz (739 hospiců pracuje čistě ambulantně, 454 hospicových zařízení je integrováno do nemocnic, 960 lůžkových hospiců pracuje nezávisle na klinikách) (Student, 2006).

Historií vývoje hospiců v Rakousku, Francii a Německu se věnuje Student (2006). Pro přiblížení statistických dat vůči Velké Británii a USA Student (2006) uvádí, že bylo v Rakousku k roku 1993 registrováno 100 ambulantních a stacionárních hospicových zařízení. Přístup k umírajícím ve Francii je spojován s velkou škálou neutichajícího rozvoje zákonů, nařízení a oběžníků, které se snaží o zlepšení situace umírajících osob a jejich blízkých. Za zmínku jistě stojí zákon vydaný roku 1995, který zaručuje právo na kvalifikované ošetřování bolesti, ale i první státní oběžník, který roku 1986 stanovil právo terminálně nemocných na paliativní péči, které bylo uzákoněno roku 1999.

Ve Francii se termín hospic neužívá, hovoří se zde o soins palliatifs, neboli o ulevující péči, o zařízení pro chudé staré lidi. Impulz k rozvoji oficiálních iniciativ v hospicové oblasti v Německu byl zaznamenán až roku 1988 ve spojitosti s katolickou církví (Student, 2006).

„Spolu s rozvojem hospiců dochází v sedmdesátých letech 20. století i k rozvoji paliativní medicíny jako samostatného lékařského oboru“ (Marková, 2010, s. 15).

Dle statistických údajů k roku 1995 bylo ve světě zhruba 2000 hospiců (optimální je 5 hospicových lůžek na 100 000 obyvatel) (Svatošová, 2011). V roce 2004 byl zaznamenán nárůst počtu hospiců, který se pohyboval již kolem 2500 (Vorlíček, 2004).

Ve světě mají hospice různé formy, vždy záleží na místních podmínkách, ale jejich myšlenka je v každé zemi stejná. V USA například převládá domácí forma hospicové péče. Tato forma péče však nemusí těžce nemocné osobě vždy plně postačovat, proto zde existují i tzv. ošetrovatelské domy, kam je nemocný umístěn v případě, kdy potřebuje lůžko. V České republice byly ošetrovatelské domy zrušeny. Dle Svatošové (2011) tu dodnes schází.

To, jaká forma hospicové péče se v zemi rozvine, závisí, jak na místních podmínkách, tak i na místních zákonech a způsobu financování zdravotní péče. Velmi vstřícný přístup je preferován v Itálii, kde má kvalita života nemocného přednost před ekonomikou. Za pacientem, který využívá služeb hospicové péče, přijede podle potřeby až do bytu kdokoliv z hospicového týmu (včetně lékařů – specialistů) (Svatošová, 2011).

„Všude, kde vznikly hospice, bylo časem zaznamenáno výrazné zlepšení péče o umírající i v nemocnicích“ (Svatošová, 2011, s. 123).

### **3.2 Druhy hospiců**

Lůžkový hospic lze rozdělit na hospic pro dospělé a na dětský hospic, tedy podle specializace na věkovou skupinu. Oba tyto typy hospiců se věnují nevléčitelně nemocným lidem, přesto se od sebe vzájemně velmi odlišují (Malkovská, 2007).

„Dětské hospice mají jiný základ činnosti a jiné cíle než hospice pro dospělé“ (Student, 2006, s. 103). Služby poskytované umírajícím dětem a jejich blízkým v dětských hospicích mají zvláštní aspekty. Pracovníci v dětském hospici jsou angažováni již v raném stádiu nemoci a to z toho důvodu, aby rodina získala co nejdříve čas a mohla se na úmrtí dítěte připravit. Až poté, co se rodiče smíří s nastávající smrtí

svého dítěte, dochází k zahájení terapeutické činnosti. Vlastní terapeutická činnost spočívá v nacházení možností, aby rodina měla čas i pro sebe, aby nebyli opomíjeni sourozenci nemocného dítěte a aby se mohli rodiče opět setkávat. „Vedle tisíců léčby, léků a poradenství mohou hospice především umožnit zotavení a způsobit, aby rodiny našly sílu touto obtížnou cestou jít dále spolu“ (Student, 2006, s. 103).

Hlavním cílem dětských hospiců je vnesení důstojnosti a smyslu pro poslední cestu nemocného dítěte a jeho rodiny (Student, 2006).

„Posláním dětského hospice – a v tom se neliší od hospice pro dospělé – je celkové zlepšování kvality života nemocného člověka a jeho blízkých, včetně péče o duši a ducha“ (Nadační fond Klíček, 2005).

Dětské hospice slouží dětem, u kterých byla diagnostikována život ohrožující či život omezující choroba, ale i dětem v pórůrazových stavech a jejich rodinám (Nadační fond Klíček, 2005).

Dětské hospice nabízí ambulantní a stacionární podporu pro děti do 16 let věku (odůvodněné výjimky jsou možné) (Haškovcová, 2000), disponují vysoce kvalifikovanou paliativní péčí, první pomocí, nabídkou informací, praktickým poradenstvím, nabízejí psychosociální péči, ambulantní péči a další speciální služby pro celou rodinu, přispívají ke stabilizaci systému rodiny, spolupracují s dětskými nemocnicemi a dalšími zainteresovanými institucemi, doprovází rodiny nemocných dětí, nabízí přátelství a společenství celé rodině i přátelům po dobu truchlení (Student, 2006).

Oproti hospicu pro dospělé se dětské hospice soustřeďují na respitní (odlehčovací) péči<sup>30</sup>. Což znamená, „že nemocné děti a jejich rodiny přijíždějí do hospicu na krátkodobé, zpravidla několikadenní až několikátýdenní zotavovací pobyty, často opakovaně, během nichž se mají možnost zastavit a načerpat novou sílu, rodiče si zde mohou odpočinout od každodenního náročného ošetřování“ (Hospice, 2005) (Dětský hospic je připraven a schopen se postarat i o dítě v terminálním stádiu nemoci, tento druh péče však není ve srovnání s objemem poskytované respitní péče dominantní).

---

<sup>30</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, (§44) vymezuje odlehčovací služby jako „terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; **cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.**“ Odlehčovací služby přináší odpočinek a úlevu od zátěže tím, že **na čas převz mou úlohu pečovatele**“ (Mobilní hospic Ondrášek, 2014).

V rámci pobytu v dětském hospici opadají rodičům starosti s ošetrovatelskou péčí o dítě, s tlumením bolestí, přípravou jídla. O to vše se zde starají jiní lidé (Hospice, 2005). Rodina má možnost se zde zotavit a posílit se, podělit se o své starosti (Nadační fond Klíček, 2005). Dětský hospic nabízí jak dětskému pacientovi, tak jeho blízkým praktickou pomoc a bezpečné, povzbuzující zázemí (Hospice, 2005). V případě dětských hospiců můžeme hovořit i o tzv. parciální hospitalizaci. K té rodiče přistupují v případech, že si potřebují odpočinout a zároveň potřebují vědět, že je o jejich hospitalizované dítě odborně a dobře postaráno (Haškovcová, 2000).

První hospic pro nemocné umírající děti s názvem Helen House vznikl počátkem 80. let v Anglii. Jeho zakladatelkou byla sestra Frances Dominica. Hospic nese jméno po malé pacientce Heleně, se kterou se zakladatelka daného zařízení setkala a sblížila. Do Helen House jsou přijímány nevyčísitelně nemocné děti, ale také ty, které trpí vzácnými genetickými onemocněními. Asi 30% pacientů zde tvoří děti onkologicky nemocné, výjimkou však nejsou dětské pacienti s degenerativními onemocněními centrálního nervového systému, s vrozenými vadami, dystrofiemi a metabolickými poruchami (Haškovcová, 2000). „Dětské hospice se zaměřují na mnohem širší spektrum chorob, protože děti obvykle umírají na degenerativní choroby“ (Payneová, 2007, s. 439).

V Anglii k roku 2000 existovalo kromě Helen House ještě 5 dalších speciálních dětských hospiců. V roce 2006 se počet hospiců pro dětské klienty v Anglii vyšplhal k číslu 20 (Student, 2006; Haškovcová, 2000). Pro porovnání situace v péči o dětské klienty v Anglii a v jiných zemích uvádím příklad na Německu, kde byla v roce 2006 výstavba dětských hospiců teprve na samém počátku (Student, 2006) a v České republice, kde byl v roce 2006 registrován jeden dětský hospic. V současné době jsou v ČR v Asociaci poskytovatelů hospicové paliativní péče registrovány dva dětské hospice. Nadační fond Klíček, který poskytuje jak lůžkovou, tak mobilní péči a Hospic Ondrášek, poskytující mobilní péči dětským pacientům (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2010).

### **3.3 Financování a legislativa hospiců**

Stejně tak, jako celé zdravotnictví, se i hospic potýká s nedostatkem financí (Ulrichová, 2009). Všechny hospice v České republice jsou nestátní zdravotnická



zařízení, nikoliv zařízení soukromá, či sociální. Jejich zřizovateli jsou například občanská sdružení, Charita, nebo Diakonie (Hospice, 2005).

Hospice v ČR počítají s vícezdrojovým financováním provozu (Svatošová, 2011). Samotná výstavba budov lůžkových hospiců je v České republice částečně spolufinancována z programu Ministerstva zdravotnictví (Malkovská, 2007). „Základním zdrojem příjmů jsou úhrady od zdravotních pojišťoven jako úhrady za ošetrovací dny lůžek následné péče“ (Malkovská, 2007, s. 103). Dalším zdrojem financování jsou dotace z rozpočtu zřizovatele, případně z rozpočtu územních samosprávných celků. Nezbytná je i spoluúčast klienta. Mezi další zdroje financování dle Malkovské (2007) patří dary od právnických a fyzických osob a doplňkové aktivity. Kromě poskytování specializované hospicové paliativní péče může hospic vykonávat i další doplňkové činnosti, které zajišťují propagaci hospice, poskytování osvěty, navazování vztahů a komunikace s okolím a jsou tudíž pro hospic přínosné. Mezi tyto činnosti zařazujeme například: fyzioterapie, ergoterapie, půjčovna zdravotnických pomůcek, charitativní obchod, čajovna, kavárna, prodej nápojů a drobného zboží, edukační centrum, poradenství atd. (Malkovská, 2007). Bez dárců a sponzorů se neobejde žádný hospic (Svatošová, 2011). To je dle Studenta (2006, s. 96) rozumné, „neboť se tím z jedné strany zamezí tomu, že se hospice stanou ziskovým podnikem; na druhou stranu, a to je důležitější, sbírání darů podporuje integraci do konkrétní obce“.

Podle předpokladů by měla být z prostředků zdravotního pojištění pokryta polovina provozních nákladů hospice (Svatošová, 2011). Zdravotní pojišťovny hospicům v ČR tedy hradí cca 50 % skutečných provozních nákladů, dalších 20 % se hospice snaží získat z resortu sociálního formou dotace, 20 % nákladů pokryjí příspěvky od dárců a sponzorů a v průměru 10 % si přispívá sám pacient hospice (příspěvek od pacienta je ve většině hospiců v ČR odstupňován podle možností pacienta, nebo jeho blízkých, konkrétní částky jsou uvedeny na webových stránkách jednotlivých hospiců) (Hospice, 2005). Hospice v ČR získávají často finanční prostředky také z různých fondů či benefičních akcí (Malkovská, 2007).

Dle PhDr. Roberta Huneše, ředitele Hospice sv. Jana N. Neumanna, viceprezidenta Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče a člena Etické komise ministerstva zdravotnictví Vlády České republiky byla situace k roku 2008 následující: úhrady zdravotního pojištění tvořily cca 60 % skutečné hodnoty náročné hospicové péče, 10 %

tvořily úhrady pacientů, 10 % tvořily granty, dary a sponzoři, 20 % scházejících prostředků je získáváno ze zdrojů MPSV (Huneš, 2008).

Příklad financování hospice si můžeme uvést na prvním českém Hospici Anežky České, který byl roku 1995 zaregistrován jako nestátní zdravotnické zařízení s ošetrovatelskými lůžky (Vorlíček, 2004). „Ministerstvo zdravotnictví pomohlo dotací občanským sdružením při stavbě hospice, Ministerstvo práce a sociálních věcí v začátcích pomohlo dotovat provoz“ (Vorlíček, 2004, s. 518). Jak uvádí Ulrichová (2009, s. 103) „roční náklad v Hospici Anežky České je devět miliónů Kč, platby pojišťoven pokryjí zhruba 37 %, reálná potřeba na jedno lůžko denně je 700 - 800 Kč, přičemž pojišťovny pokryjí 385 Kč, rozdíl se hradí z dotací Ministerstva práce a sociálních věcí, plateb pacientů“. K pokrytí nákladů slouží v daném hospici také peníze od sponzorů a příjmy z provozu charitního domu – second handu (Ulrichová, 2009).

Za předpokladu, že chce hospic poskytnout svým klientům individuální, vysoce kvalitní péči, musí mít i vyšší počet personálu (ošetřovatelek, sester...) než předpokládají normy pro běžný ošetrovatelský ústav, z čehož vychází i podstatně vyšší nároky na náklady (Svatošová, 2011). Péče v hospicích je dražší i díky individuální péči o klienty, nadstandardnímu vybavení (jednolůžkové pokoje, klimatizace, TV...), hospice poskytují nezdravotní péči pacientům, jejich blízkým a truchlícím – sociální, psychologickou, duchovní (Huneš, 2008).

„Do budoucna je nutno předpokládat, že část nákladů na provoz by měla být financována z rozpočtu Ministerstva práce a sociálních věcí, jako úhrada lůžek, která jsou lůžky zdravotně-sociálními“ (Malkovská, 2007, s. 104). Této změně by však musela přecházet změna legislativy na úseku zdravotnictví a sociální péče. V současné době jsou hospicová lůžka hrazena jako lůžka „následné péče“ (Malkovská, 2007). Dalším významným zdrojem financování by se měl stát dle Malkovské (2007) příspěvek od klientů, obdobně jako je tomu v domovech důchodců a ústavech sociální péče. I tato změna však předpokládá změnu legislativy.

Legislativa související s provozem lůžkového hospice se prolíná s právními aspekty a legislativou v paliativní péči, která je podrobně zpracována v kapitole 1.2.2.

Mezi hlavní zákony a vyhlášky týkající se provozu lůžkových hospiců v ČR patří Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, Vyhláška č. 440/2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických

zařízení a ústavů sociální péče, Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) (Malkovská, 2007).

### **3.4 Podrobný popis budovy hospice**

„Hospic není luxusní léčebna pro dlouhodobě nemocné ani ošetřovatelský ústav poskytující dlouhodobou péči o imobilní, inkontinentní, dementní či jinak strádající osoby“ (Haškovcová, 2000, s. 44). Jedná se o zařízení s příjemným prostředím, jehož interiér svým vybavením a uspořádáním připomíná klientům s neblahou prognózou a potřebou paliativní péče více domov než nemocniční instituci (Student, 2006). Pod termínem „příjemné prostředí“ rozumíme takové prostředí, které je tzv. „ušité jako kabát“ na potřeby nemocných klientů (Malkovská, 2007).

„Architektonické dílo by primárně mělo sloužit potřebám uživatele (či skupině uživatelů), a to tak, aby byla sledována hierarchie a spektrum těchto potřeb, a aby byly respektovány obecné i specifické požadavky, které člověk jako fyzická, společenská, racionální i citová bytost má“ (Malkovská, 2007, s. 45).

Prostory budovy hospice by měly být jasně uspořádané a bezpečné, klientům by měly umožňovat plynulý pohyb a přirozené chování. Důraz by měl být kladen na bezbariérovost celé stavby, ale i na řadu detailů, kterými jsou například snížené jmenovky, orientační systém, obrazy, které by měly odpovídat perspektivě osob na lůžku a vozíku. Technické řešení např. manipulace s okny, dveřmi, ovládacími prvky by mělo být voleno vzhledem k fyzické charakteristice klientů hospice. Velmi důležité je využití přirozeného světla v budově zařízení, které pozitivně působí na psychický a fyzický stav nemocných pacientů (Malkovská, 2007). „Před nadbytečným osluněním i zvýšenou tepelnou expozicí je vhodné chránit zejména jednoprostorové místnosti, určené pro trvalý pobyt klientů s omezenou pohyblivostí či upoutaných na lůžko“ (Malkovská, 2007, s. 49) prostřednictvím zastínění. Důležité je však i umělé světlo, které napomáhá bezpečnějšímu pohybu starších osob. Veškeré prostory, především pokoje pacientů by měly být dobře akusticky izolovány, aby se konstrukcí ani

vzduchem nepřenášel hluk. Na lidskou psychiku a náladu mají vliv barvy. Barevným kontrastem je však možné v budově hospice upravit prostředí tak, aby docházelo k vyzdvížení určitých detailů, například tlačítek, vstupních otvorů atd.. Výrazným prvkem u pacientů upoutaných na lůžko se stává strop. Strop by měl být dle Malkovské (2007) akcentován barvou, texturou, plasty (vlysy, lišty) či použitím grafiky (symboly, obrázky, piktogramy), které by upoutaly pozornost pacienta a popřípadě mu podaly informaci o poloze. Mezi nejvíce zatíženou část povrchů v hospici je podlaha. Tato nášlapná vrstva by měla být dobře čistitelná, barevně stálá, odolná proti používání čisticích prostředků, podlaha může nést prvky navigačního nebo informačního systému, ale především by měla umožňovat bezpečný pohyb. Stejně tak jako podlaha by měly být i stěny v budově dobře udržovatelné a navíc opatřeny madly. Orientační a navigační systém by v budově hospice rozhodně neměl chybět. Malkovská (2007) upozorňuje na to, že není vhodné v zařízení hospice, které by mělo klientům připomínat domácí atmosféru, užívat navigační znamení, která jsou použita v nemocnicích. Naopak je vhodné, aby byla orientace po objektu podpořena barvami, materiály a osvětlením, vhodné je také použití obrázků, fotografií či symbolických značek. Velkou úlohu má na příjemnost prostředí i jeho zařízení a nábytek.

„Hospicové zařízení se zpravidla skládá z poměrně malé lůžkové části – obvykle do 25 lůžek – a ze stacionáře, jehož činnost bývá rozsáhlá a je kombinována s agenturní domácí péčí“ (Haškovcová, 2000, s. 42). Součástí hospice je dále vzdělávací (edukační) centrum s poradnou (Haškovcová, 2000).

První hospic na českém území byl Hospic Anežky České, nacházející se v Červeném Kostelci (Ulrichová, 2009), na jehož vybudování se podílela hlavní propagátorka a realizátorka hospicové myšlenky v České republice Marie Svatošová (Malkovská, 2007). Tento hospic byl vybudován dle britského modelu lůžkového hospice a pro potřeby preterminálně a terminálně nemocných osob byl otevřen 8. 12. 1995. Hospic Anežky České je brán jako model pro vznik dalších hospiců. Následující informace se podrobněji zaměřují na popis a charakteristiku budovy zmíněného zařízení.

Objekt Hospice sv. Anežky České se nachází nedaleko centra města Červeného Kostelce v klidové zóně, která navazuje na parkovou část a zástavbu rodinných domů. Lokalita, ve které se budova hospice nachází, je snadno dostupná z městského centra a od veřejných dopravních prostředků. V blízkosti hospice se v přímém sousedství nacházejí sportoviště – tenisové kurty a fotbalové hřiště) Malkovská (2007).

Budova Hospice Anežky České je postavena do tvaru písmeně L a má dvě podlaží, ve kterých se nacházejí pokoje nemocných klientů (2 x 15 lůžek) (Ulrichová, 2009). Na každém patře budovy hospice se nachází samostatná sesterna (Malkovská, 2007). V zařízení se nachází 14 jednolůžkových pokojů, 2 dvoulůžkové pokoje a 2 pokoje čtyřlůžkové (celková kapacita lůžkové části je 26 lůžek) (Ulrichová, 2009). „Dvoulůžkové pokoje se v hospicích vysloveně neosvědčily, zemře-li tam pacient, pro druhého je to těžké“ (Vorlíček, 2004, s. 515). Tento fakt dokládá i zkušenost kolegů z Velké Británie. Proto jsou jednolůžkové pokoje v České republice chápány ne jako nadstandard, či přepych, ale jako naprostá nutnost (Vorlíček, 2004). V objektu hospice jsou také samostatné hostovské pokoje, které nabízí možnost ubytování pro stážisty, či doprovázející (Malkovská, 2007). „Všechny pokoje jsou situovány směrem k obytné terase, tj. na jihovýchod a severovýchod“ (Malkovská, 2007, s. 140). Součástí každého jednolůžkového pokoje je přistýlka pro člena rodiny, či jinou blízkou osobu pacienta. Každý pokoj v hospici disponuje také telefonem – pro usnadnění komunikace mezi nemocnými, personálem, lidmi mimo zařízení; vlastním sociálním zařízením a okny prosklenými až k úrovni podlahy, která umožňují i ležícím osobám pohled ven na prostornou terasu a zahradu (Ulrichová, 2009). Způsob otevírání oken by měl být jednoduchý a jasný (Malkovská, 2007). Vstup na terasu je bezbariérový, čas zde tak mohou trávit i klienti upoutáni na lůžko (Ulrichová, 2009).

Pod obytnou terasou, která je místem společného využívání, jsou zabudovány prostory garáží a dvě technické místnosti (Malkovská, 2007).

„Provozní, správní a ostatní místnosti jsou umístěny směrem vně od pobytové terasy. Kuchyň a sklady jsou umístěny v suterénu“ (Malkovská, 2007, s. 141).

V přízemí hospice je veřejně přístupná čajovna a kavárna, za níž je v prosklené části budovy zimní zahrada (Malkovská, 2007).

Součástí Hospice Anežky České je kaple, kde se jednou týdně konají bohoslužby a místnost posledního rozloučení. Tato místnost se nachází v suterénu hospice a slouží ke strávení posledních chvil rozloučení zemřelého se svými příbuznými<sup>31</sup> (Ulrichová, 2009). „Odvoz zemřelého je realizován postranním vstupem“ (Malkovská, 2007, s. 141).

---

<sup>31</sup> „Zemře-li pacient, sestry jej obléknou do svátečních šatů a odvezou zesnulého na lůžko do suterénu. Sestra zapálí svíčku, ženám jsou položeny do rukou květiny a zemřelý, který je umytý a navoněný, zde tráví poslední chvíle se svými blízkými“ (Ulrichová, 2009, s. 101).

V suterénu budovy funguje samostatný obchod s levnými oděvy, který je přístupný ze strany ulice přes vlastní vstup (Malkovská, 2007).

„Materiálové řešení interiéru nepředstavuje nijak výraznou koncepci. Stěny i stropy jsou bílé a jako nášlapná vrstva je použito žlutavé keramické dlažby či béžového linolea. V méně exponovaných částech se objevuje šedý koberec“ (Malkovská, 2007, s. 141). Chodby uvnitř budovy jsou široké, přímé, čelně osvětlené přirozeným světlem. Po jedné straně chodby se nachází provozní místnosti, po straně druhé jsou pokoje. Boky chodeb jsou opatřeny madly (Malkovská, 2007).

Podrobná analýza ostatních staveb lůžkových hospiců v České republice je zpracována v publikaci Sociálně ekonomické aspekty typologie hospicových domů od Ing. arch. Naděždy Malkovské, Ph.D..

### **3.5 Hospicová péče**

Dle Světové zdravotnické organizace je „hospicová péče integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče poskytovaná klientům všech indikačních, diagnostických i věkových skupin, u nichž je prognózou ošetřujícího lékaře předpokládána délka dalšího života v rozsahu méně než 6 měsíců. V rámci hospicové péče je poskytována zejména paliativní péče“ (Misconiová, 1999, s. 28).

Hospicová péče je „forma paliativní péče, kterou tvoří souhrn lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačně-ošetrovatelských činností, poskytovaných preterminálně a terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující bio-psycho-spirito-sociální potřeby nemocného“ (Hospice, 2005).

Elisabeth Kübler-Rossová (1992) pohlíží na hospicovou péči jako na staromódní zvyk, tedy jako na důstojnou reakci na nevyhnutelný konec života, pomáhající umírající osobě a jeho rodině, která se musí vyrovnat se ztrátou. Nevyléčitelně nemocný umírající jedinec smí zemřít v důvěrně známém okolí, nemusí se tak přizpůsobovat, protože rodina jej zná.

Dle Bernieho S. Siegela nám „hospicová péče pomáhá naplno žít poslední dny našeho života. Učí nás žít nyní, ale dává nám i odvalu střetnout se s každým dnem přibližující se smrti a zužitkovat naši bolest a utrpení jako motivátory a ukazatele nového směru“ (Misconiová, 1999, s. 30).

„Hospicová péče je orientována na vytvoření takového programu služeb a péče 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 (Misconiová, 1999, s. 31).

„Hospicová péče se zabývá člověkem v jeho celistvosti a klade si za cíl naplnit všechny jeho potřeby – fyzické, emocionální, sociální i duchovní“ (Radbruch, 2010, s. 16). „Požadavkům hospicové péče musí odpovídat technické, materiální (kvalita péče má přednost před ekonomikou) a přirozeně též personální vybavení“ (Jankovský, 2003, s. 147). Zaměstnanci by měli disponovat specifickými osobnostními dispozicemi (Jankovský, 2003). „Zaměstnanci a dobrovolníci pracují v rámci multiprofesního týmu, který poskytuje péči na základě individuálních potřeb pacienta a jeho osobního přání (Radbruch, 2010). Cílem veškeré snahy všech osob je docílit toho, aby se hospic v co nejvyšší míře podobal příjemnému prostředí domova (Jankovský, 2003). Hospic se snaží nabídnout úlevu od bolesti, pokoj, klid a důstojnost (Radbruch, 2010). „Smyslem hospicové péče není jen tzv. terminální péče, tedy péče in finem, ale naplnit dny životem a ne život naplnit dny. Jedná se o doprovázení nemocného, ale také jeho blízkých (jít s nimi část cesty)“ (Jankovský, 2003, s. 146). Je tedy doma, v rámci denní péče, ale i v hospici pečováno o osobu, která se nachází na konci života, stejně tak jako o ty, kteří tuto osobu milují (Radbruch, 2010).

V chápání hospicové péče existují zásadní rozdíly, což odráží různé způsoby, jak je v Evropě hospicová péče chápána a využívána. V některých zemích se na termíny paliativní a hospicová péče pohlíží jako na synonyma, v ostatních zemích existuje jasné rozlišení těchto pojmů. Rozlišení těchto pojmů „může souviset s institucionálním rámcem, který popisuje jednotku paliativní péče jako oddělení v rámci nemocnice, zatímco lůžkový hospic je popisován jako samostatné zdravotnické zařízení“ (Radbruch, 2010, s. 16). Rozdíl však dle Radbrucha (2010) může vyplývat i z indikace pro přijetí nebo druhu nabízených služeb.

Základní filozofie i definice paliativní péče a hospicové péče se do jisté míry překrývají, z tohoto důvodu řada autorů ve svých publikacích užívá termín paliativní péče ve významu jak hospicové, tak paliativní péče a naopak (Radbruch, 2010).

Jankovský (2003), Haškovcová (2000), Svatošová (2011), Ulrichová (2009) a další dělí hospicovou péči do tří forem. Hovoří o domácí, stacionární a lůžkové hospicové péči. „O tom, zda bude nemocný přijat na hospicové lůžko, nebo se o něho lze postarat

ve stacionáři či doma, rozhoduje zásadně hospicový lékař“ (Svatošová, 2011, s. 122), který s ošetřujícím lékařem pacienta zvaží jeho zdravotní indikaci.

### 3.5.1 Formy hospicové péče

**Domácí hospicová péče** může být pro pacienta ideální formou péče, a to z toho důvodu, že se jedinec nachází v prostředí, které důvěrně zná. Tuto formu péče o pacienta lze však realizovat pouze za předpokladu existence fungujícího rodinného zázemí (Jankovský, 2003). Mezi limitující faktory domácí hospicové péče patří dosažitelnost odborné péče, značné zatížení rodiny (které může vést až k vyčerpání), ale i prostorové důvody (v případě, že v malém bytě s umírajícím žijí dvě nebo tři generace) (Svatošová, 2011).

Ulrichová (2009) domácí hospicovou péči dále dělí na domácí hospicovou péči laickou (home help) a domácí hospicovou péči odbornou (home care). Toto dělení užívá i Haškovcová (2000).

Laická domácí hospicová péče „je poskytována umírajícím, u kterých nevyžaduje jejich psychosomatický a sociální stav odbornou péči či pomoc“ (Ulrichová, 2009, s. 99). Tato péče je určena umírajícím, kteří mají sociální podmínky umožňující poskytování domácí laické péče, aniž by došlo ke snížení či ohrožení kvality života umírajícího pacienta nebo blízkých osob. Péči umírající osobě poskytuje člen rodiny, příbuzný, nebo dobrovolník (Ulrichová, 2009).

„U domácí hospicové odborné péče jde o integraci zdravotní, sociální a laické péče, která je umírajícím poskytována v jejich vlastním sociálním prostředí“ (Ulrichová, 2009, s. 99). Tato forma péče je určena umírajícím pacientům, kteří jsou závislí na pomoci druhých osob, a zároveň nahrazuje, či doplňuje laickou domácí hospicovou péči. „Domácí odborná hospicová péče je dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu“ (Ulrichová, 2009, s. 99). Tato péče je pacientovi ordinována buď ošetřujícím lékařem, nebo specialistou po hospitalizaci klienta. Na její realizaci se podílí multidisciplinární tým (lékař, sestry, rehabilitační pracovník, sociální pracovník, psycholog, duchovní) a blízké osoby umírajícího (Ulrichová, 2009). „Rozsah ordinovaných intervencí je obměňován dle aktuálního stavu klienta a jeho potřeb. Rozsah této péče hrazené ze zdravotního pojištění je limitován v České republice na 3x denně 1 hodinu odborné péče po období, které určuje ošetřující lékař klienta“ (Ulrichová, 2009, s. 99).



**Stacionární hospicová péče** spočívá v denních pobytech nemocných v tzv. stacionáři (Jankovský, 2003). „Stacionář je obvykle součástí hospice“ (Hospice, 2005). Klient do zařízení přichází ráno a odpoledne se vrací domů. Dopravu si zajišťuje buď rodina pacienta, nebo hospic (Ulrichová, 2009). Tato forma hospicové péče je limitována vzdáleností bydliště nemocného od stacionáře (Jankovský, 2003). Nejčastěji tuto službu využívají klienti z místa zařízení nebo z blízkého okolí (Svatošová, 2011). Důvodů k umístění jedince do stacionáře může být několik, často se však tato forma péče volí pouze na přechodnou dobu (Ulrichová, 2009). Svatošová (2011) hovoří o důvodu diagnostickém (účelem je kontrola bolesti, kterou se doma nepodařilo zvládnout), léčebném (za účelem aplikace chemoterapie a paliativní léčby), psychologickém (tento důvod mají často nemocní lidé, kteří jsou osamělí a využívají služeb této formy hospicové péče za účelem vypovídání se ze svých starostí) a azylovém (jedná se o velmi častý důvod pro využití stacionární hospicové péče v případě, kdy si již potřebuje rodina od nemocného jedince odpočinout, ale i nemocný od své rodiny) (Svatošová, 2011).

„Jelikož je každý transport pro nemocného velkou zátěží, není tato forma hospice tak využívána“ (Ulrichová, 2009, s. 100), oproti cizině, kde jsou dle Haškovcové (2000) hospicové stacionáře oblíbené.

**Lůžková hospicová péče** je uzpůsobena pro krátkodobé, zpravidla i opakované pobyty nemocných osob (Jankovský, 2003). Nemocní využívají této formy péče zcela svobodně a dobrovolně, a to tehdy, kdy oni sami cítí, že je to pro ně dobré (Svatošová, 2011).

„Do hospiců jsou přijímáni ti nevléčitelně nemocní, u nichž je smrt očekávána v časovém horizontu maximálně 6 měsíců“ (Ulrichová, 2009, s. 100). Za předpokladu, že je hospic naplněn, jsou přednostně přijímáni pacienti, u nichž nemoc povede v brzké době ke smrti (Jankovský, 2003). Informace, že nemocný jedinec, který si přijde lehnout na hospicové lůžko, na něm musí zákonitě i zemřít, je mylná. Dle statistik v hospici zemře 60 % nemocných osob (Ulrichová, 2009).

Důvodů pro volbu této formy hospicové péče je několik. Dle Svatošové (2011) mohou být důvody pro umístění pacienta totožné s kritérii u péče stacionární. Jedním z nich může být nemožnost každodenního dojíždění a transportu nemocné osoby do stacionáře z důvodu špatného zdravotního stavu, eventuálně vzdálenost bydliště od hospice (Svatošová, 2011). Ulrichová (2009) dále uvádí přílišnou náročnost

ošetřování umírajícího pro členy rodiny, nutnost kontroly bolesti, vyčerpání rodiny, nebo absenci rodiny klienta.

### **3.5.2 Program hospicové péče**

„Režim v hospici se výrazně liší od režimu v nemocnici“ (Ulrichová, 2009, s. 100) i přesto, že zde každý den probíhají lékařské, ale i sesterské vizity (Svatošová, 2011). „Péče o nemocné je plně individualizována, každý hospitalizovaný má osobní sestru nebo ošetřovatelku“ (Haškovcová, 2000, s. 43). Klienti zde nejsou ráno buzeni, mohou spát tak dlouho, jak potřebují. Hygienu vykonává každý pacient v dobu, na kterou je zvyklý z domácího prostředí. Jídlo je v hospici podáváno v přenosných termosech, tudíž vydrží teplé dostatečně dlouhou dobu (Ulrichová, 2009). Stravovací režim v hospici je volný, pacient si může sám zvolit hodinu, kdy chce jíst (Haškovcová, 2000). Nemocní v hospici se myjí, kdy chtějí, jí, kdy chtějí a v rámci možností i to, co chtějí (Svatošová, 2011). Po osobní hygieně je klient oblečen do svých domácích šatů, což má vliv na to, aby se jedinec v hospici cítil jako doma (Ulrichová, 2009). V hospici se klade velký důraz na to, aby režim dne v co nejvyšší možné míře určoval sám pacient (Svatošová, 2011). V případě, že pacient není limitován svým zdravotním stavem k celodennímu ležení v pyžamu v posteli, může se pohybovat jak v objektu hospice, tak s vědomím personálu, i mimo něj (Svatošová, 2011). „Není žádný důvod, proč by se pacient hospice nemohl za pomoci dobrovolníka nebo rodinného příslušníka objevit na kolečkové židli v blízké samoobsluze, restauraci nebo v cukrárně“ (Vorlíček, 2004, s. 514-515). Velká část klientů hospice je imobilní, a proto tráví svůj čas na lůžku častěji v zahradě a na terase (Vorlíček, 2004). Pokud je to možné, zapojují se klienti do života hospice (Haškovcová, 2000). Schopnějším pacientům tak slouží jejich pokoj často pouze jako ložnice k přespání, nebo jako azyl, když chtějí být sami (Svatošová, 2011).

Velký význam má možnost ubytování jednoho člena rodiny v hospici, o které si rozhodují samotní pacienti. Fyzická přítomnost blízké osoby je pro nemocného velkou psychickou podporou (Haškovcová, 2000). V případě, že pacient odmítne pobyt rodinného příslušníka v hospici, může využívat návštěv (Ulrichová, 2009). Návštěvy jsou v hospici možné nepřetržitě (24 hodin, všechny dny v roce), jsou vítány, nikomu nepřekáží, naopak jsou brány jako nezbytná součást péče o těžce nemocného pacienta (Svatošová, 2011). „Jediným omezením je stav pacienta (Vorlíček, 2004).

Je důležité podotknout, že multidisciplinární tým poskytující péči nemocnému jedinci od rodinných příslušníků neočekává, že budou nemocného ošetřovat. Do jaké míry se rodina a blízcí přátelé zapojí do péče o nemocného, závisí vždy plně na jejich svobodné volbě (Ulrichová, 2009). Když jsou blízcí rodinní příslušníci schopni a ochotni se podílet na péči o nemocného, může se to dle Svatošové (2011) později ukázat jako velice prospěšné. „Vědomí, že člověk udělal pro svého blízkého všechno, co udělat mohl je nejlepším prostředkem na tišení bolesti z jeho odchodu“ (Svatošová, 2011, s. 121).

Ani sám klient není v rámci pobytu v hospici do ničeho nucen a není mu nic zakazováno (Ulrichová, 2009). „Má-li zrovna potřebu o svých problémech hovořit, vždycky je tu pro něj někdo chápající, i kdyby to bylo v nočních hodinách“ (Svatošová, 2011, s. 121). „K pohodě v hospici mohou přispět výstavy obrazů v jeho prostorách, stejně jako krátké koncerty a jiné drobné kulturní akce. Největší oblibě u nemocných se těší písničky na přání, zpívané při kytáře i bez ní a samozřejmě nejrůznější dětská vystoupení“ (Vorlíček, 2004, s. 515).

V hospicích je kladen důraz na kvalitu života nemocných osob. V popředí zájmu hospiců je i snaha, aby samotná budova hospice nemocné osobě připomínala více domov než nemocnici, čemuž je přizpůsobeno i vnitřní vybavení hospice. Důležité je, že jsou veškeré prostory hospice bezbariérové. Na základě toho jsou klientům na lůžku přístupné prostory, jako je společenská místnost, kaple, ale i zahrada. „Všechny hospice mají řadu společných prostor, kde se mohou nemocní i jejich návštěvy, včetně dobrovolníků hospice, neomezeně scházet“ (Svatošová, 2011, s. 121). Klientům, rodinným příslušníkům, personálu a dalším zainteresovaným osobám je zde k dispozici velká škála nejrůznějších pomůcek, které mimo jiné umožňují šetrné zacházení s klienty a důkladnou péči o ně (polohovací lůžka, zvedáky, pojízdné koupací vany apod.) (Svatošová, 2011).

## 4 Etika a kvalita v péči o umírající

Etika a kvalita péče o nevléčitelně nemocné a umírající jedince jde spolu ruku v ruce. Z čistě laického ne odborného hlediska můžeme říci, že to, co považujeme v oblasti péče o nevléčitelně nemocné a umírající za eticky dobré, je z lidského pohledu bráno také jako kvalitní. Příklad lze uvést na personálu hospice, přesněji na doprovázejících osobách. Za předpokladu, že budou zaměstnanci hospice k terminálně nemocným jedincům přistupovat s úctou, budou o ně pečovat, zajišťovat všechny jejich potřeby a budou-li se tak chovat na základě svého mravního přesvědčení, protože to tak cítí, můžeme z tohoto přístupu personálu ke klientům usuzovat, že je péče o jedince v daném lůžkovém hospici etická a zároveň i kvalitní. Toto tvrzení platí i opačně. Za předpokladu, že bude personál ke klientům v terminálním stádiu nemoci přistupovat nedůstojně a bude o pacienty pečovat na nedostatečné úrovni, lze tvrdit, že se jedná o eticky špatný přístup, z čehož vyplývá, že tento přístup nemůže být ani kvalitní. Obecně řečeno – z morálky personálu hospicového zařízení vyplývá i kvalita péče. Tento příklad je pouze jedním z mnoha a názorně dokládá, kde všude lze v hospicovém zařízení hledat propojení etiky a kvality v péči o nevléčitelně nemocné klienty.

„Vztah mezi hospicem a etikou můžeme posuzovat z hlediska běžného a profesionálního jednání, přičemž konflikty hodnot a obtíže s rozhodováním mají tvář v tvář blízké smrti zvláště velkou váhu – zvláště tehdy, když jde o tzv. „poslední věci“ nebo „poslední pokyny“ (Student, 2006, s. 124). Vždy a za všech okolností je nesmírně důležité, aby bylo veškeré konání všech osob odůvodněno, koordinováno a byla jasně stanovena zodpovědnost. Neméně důležitá jsou vědomá a zodpovědná rozhodnutí (Student, 2006).

Pro porozumění vztahu mezi hospicem a kvalitou v péči o umírající osoby je třeba zaměřit se spíše než na formální struktury na obsahové znaky, které jsou všem hospicovým nabídkám společné. Tyto znaky můžeme považovat za kritéria kvality, která jsou popsána v kapitole 4.2 (Student, 2006).

„Umírání je víc než biologický proces, spolupůsobení psychických, sociálních, spirituálních a kulturních faktorů“ (Student, 2006, s. 130). Kvalitu umírání určuje život. Harmonizování konce života má za úkol jednak maximalizovat pozitiva života, aby byl radostný a stál za to, a za druhé má minimalizovat utrpení. Průběh normálního dobrého umírání dle Studenta (2006) je shrnut v kapitole 4.1.1.

## 4.1 Etika a umírání

„Zacházení s umíráním a smrtí vyostřuje základní filozofické otázky po tom, co můžeme vědět, co máme dělat a v co smíme doufat“ (Student, 2006, s. 123). Kant tyto otázky shrnuje do otázky: Co je člověk? Co je člověk, čím má a může být, postuluje s mimořádnou závažností hospicová práce. Veškerá etika se opírá o několik hlavních bodů, mezi které řadíme důstojnost člověka, naplnění jeho základních potřeb, úsilí o dobrý život a umírání. „Toho nelze dosáhnout bez konfliktů a po zkušenostech ani bez utrpení, čímž se nevyhnutelně vnučuje otázka po smyslu – v životě i umírání“ (Student, 2006, s. 123).

Se správným jednáním a rozhodováním v životě lidí souvisí i základní termíny z oblasti etiky, kterými jsou morálka a etika.

Pojem etika má svůj původ v řeckém slově *ethos*, což v překladu znamená mrav, zvyk, obyčej, nebo zvláštnost (Jankovský, 2003). Student (2006, s. 124) termínem *ethos* neboli *étos*, označuje „subjektivní morální vědomí, kterým osoby řídí svůj život a zakládají jej na morálních principech (touha být „slušným člověkem“)“. V původním slova smyslu termín *étos* chápeme jako „stáj a ve vztahu k člověku pak společné místo (na bydlení) dané určitým společenstvím nebo původem, kde se ve vzájemných vztazích vytvářely společné obyčeje, mravy závazné nejen pro celek, ale i pro jednotlivce“ (Jankovský, 2003, s. 21).

Etiku pak dle Haškovcové (2002) chápeme jako vědu o mravnosti. Oproti tomu Jankovský (2003, s. 21) etiku vymezuje jako „nauku zabývající se správným (obvyklým) jednáním v lidském společenství“. Dle Studenta (2006, s. 124) se etikou rozumí „filozofická reflexe, která hledá všeobecně platné morální principy a k tomu prověřuje jak normativní nároky (jednotlivce i společnosti), tak se i ptá po „dobrém životě“ a „odpovědném jednání“. Etika je „filozofickou vědou o správném způsobu života, vycházející z racionálních přístupů a snažící se nalézt, popřípadě i zdůvodnit, společné a obecné základy, na nichž morálka stojí“ (Jankovský, 2003, s. 22). Etika je tedy vlastně teorií morálky (Jankovský, 2003).

Termín etika se ve společnosti neuzíval od nepaměti. Dříve byla etika nazývána praktickou filozofií, mravovědou, ale i dobrovědou (Haškovcová, 2002). Vývoj etiky byl totožný s vývojem filozofie. Na vytvoření etiky jako vědy o jednání lidí ve společnosti měl zásluhu zejména Aristoteles (Jankovský, 2003).

Jako o vědě lze o etice hovořit tehdy, když má daný svůj předmět, kterým je dle Jankovského (2003) morálka. Morálka hodnotí lidské jednání z hlediska dobra a zla, porovnáváním se svědomím člověka. Předmětem etiky je tedy „zkoumání zákonitostí mravního chování jednotlivců i společnosti“ (Haškovcová, 2002, s. 13). Mravní zásady, které společnost uznává, a lidé se jimi řídí, se v průběhu času mění. Obecně můžeme konstatovat, že etika ustanovuje, co je právem mravné a co je nemravné. Etika je tedy vědou normativní a vymezuje rozsah platnosti etických zákonů (Haškovcová, 2002).

S kvalitou paliativní péče v hospicích v ČR se pojí nejvíce etika profesní, která aplikuje obecná etická ustanovení, tzv. etický kodex, na konkrétní profesionální činnost. Poté můžeme hovořit o etice sestry, lékaře, případně univerzálně o etice pomáhajících profesí (Jankovský, 2003).

„Etika je teorií mravnosti a jako pojem je nadřazena morálce“ (Haškovcová, 2002, s. 13). Termín morálka je odvozen z latinského slova mos, neboli mrav, zvyk, obyčej, způsob a reprezentuje popisnou a předpisovou stránku mravnosti. Tímto výrazem se označuje soubor pravidel uznávané mravnosti, která jednotlivec pokládá za závazná pro své konkrétní chování a jednání (Haškovcová, 2002). „V původním slova smyslu pak znamená vůli, především tu, která je člověku uložena autoritou (zákony, předpisy)“ (Jankovský, 2003, s. 24).

„Pod pojmem morálka chápeme sociálně platná „morální“ práva a povinnosti, které spolu s normami společenského chování určují naši konkrétní životní praxi („mravně“ jednat)“ (Student, 2006, s. 123). „Morálka je soubor uznávaných mravních norem vyplývajících z určitého chápání mravních hodnot, z jejich povahy a hierarchie“ (Jankovský, 2003, s. 24). Morálka hodnotí lidské chování z hlediska dobra a zla v porovnání s lidským svědomím. Morální je tedy takové jednání, které je ve shodě se svědomím jednajícího. Morálka plní funkci poznávací (interpersonální vztahy), humanizační (zušlechtování člověka) a regulativní (chování člověka). „Základem přirozené morálky je obecně řečeno povinnost, aby člověk byl člověkem se vším, co k tomu patří, v duchu univerzálně přijímaného pravidla nečinit jiným to, co nechci, aby bylo činěno mně“ (Jankovský, 2003, s. 25). „V podstatě jde o to, aby člověk konal dobro pro dobro samé“ (Jankovský, 2003, s. 25).

#### 4.1.1 Ochrana lidských práv a důstojnost v péči o umírající

„Vyjasnění právních otázek, souvisejících s ošetřováním a péčí o umírající, má zásadní význam“ (Barby, 1989, s. 123). Právní předpisy jsou potřebné, zabraňují zneužití, zneužití a poskytují jistotu (Student, 2006). I v této fázi života musí právní řád chránit osobní bezpečnost člověka. „Právo je základní orientací pro zásadní procesy rozhodování“ (Barby, 1989, s. 123). Při péči o umírajícího jedince je nutné vycházet z humánního stanoviska, že bude nevyhléditelně nemocnému poskytnuta všemožná pomoc, že se bude jednat s rozvahou a takovým způsobem, aby byla zachována a respektována důstojnost umírající osoby. Zodpovědnost pracovníků, kteří pečují o umírající klienty, se řídí platnými předpisy. Jakákoli nedbalost či úmyslné urychlení procesu umírání je nepřípustné! Stejně tak nelze trpět žádná unáhlená rozhodnutí v péči o umírající (Barby, 1989). Rozsah předpisů týkajících se umírání a smrti je velmi rozsáhlý (Student, 2006). Například předpisy relevantní pro hospice nalezneme v zákonu o opiátech v souvislosti s léčbou bolesti, ve sbírce trestního práva v části týkající se pomoci při umírání, v zákonu o vybavení a organizaci hospice, ale i v zákonu o péči o pacienty s omezenou schopností sebeurčení, v občanském zákoníku ohledně právní způsobilosti a v neposlední řadě také ve sbírce sociálních zákonů stran regulace nákladů a financování (Student, 2006). Považuji za důležité upozornit na to, že ne vždy právní předpisy péči o umírající jedince napomáhají. Příkladem může být ustanovení zákona o opiátech, které ztěžuje účinnou léčbu bolesti (Student, 2006).

Ochranou pacientů v České republice se zabývá řada organizací. Jako vůbec první vznikl Svaz na ochranu pacientů (SOP), který byl po určité době transformován na Svaz pacientů České republiky. Svaz pacientů České republiky má status humanitární organizace a je členem Mezinárodní aliance patientských organizací IAPO, která sídlí v Londýně. Usiluje o účast zástupců pacientů ve správních a dozorčích radách zdravotních pojišťoven, v dozorčích radách nemocnic, dále v pracovních komisích Poslanecké sněmovny a Ministerstva zdravotnictví. Mimo jiné dále poskytuje sociálně poradenské služby. V České republice od roku 1995 pracuje také Občanské sdružení na ochranu pacientů, které provozuje poradnu pro práva pacientů. Hlavním cílem občanského sdružení je spoluúčast na změnách zdravotnické legislativy a to tak, aby byla zdravotnická péče dostupná, kvalitní a bezpečná (Haškovcová, 2002).

Roku 1999 schválil Parlament Rady Evropy dokument s názvem Ochrana lidských práv a důstojnosti nevyhléditelně nemocných a umírajících, kterému dle Haškovcové

(2002) není v českých poměrech věnována náležitá pozornost. Výše uvedený dokument favorizuje principy paliativní medicíny, jasně artikuluje, že paliativní medicína je jedinou vhodnou, reálnou a možnou alternativou k silícím eutanatickým tendencím. Často užívaným synonymem k danému dokumentu je Charta umírajících nebo Práva umírajících (Haškovcová, 2002). Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících je v příloze C této práce.

V rámci péče o umírající pacienty jsou často vyzdvihovanými termíny jako: důstojná péče, důstojné (dobré) umírání a důstojná smrt.

Co si však máme pod samotným termínem důstojnost představit? Důstojnost je složitá entita<sup>32</sup>, která bývá spojována s pojmy autonomie, úcta, ovládání a participace. Důstojnost lze rozlišit do několika typů. Mezi nejznámější řadíme důstojnost zásluh (důstojnost souvisí s funkcí, lidem je připisována v souvislosti s něčím, čeho dosáhli), důstojnost mravní síly („lidé, kteří jsou schopni žít v souladu se svými mravními zásadami, pocítují určitou důstojnost“ (Kalvach, 2004, s. 12), důstojnost osobní identity (souvisí se sebeúctou, odráží osobitou identitu jednotlivce) a německý termín Menschenwürde, který odkazuje k nezczitelné hodnotě lidských bytostí jako lidských bytostí („tento aspekt důstojnosti dává opodstatnění mravnímu požadavku úcty vůči všem lidským bytostem, bez ohledu na jejich sociální, duševní či tělesný stav“ (Kalvach, 2004, s. 13)) (Kalvach, 2004).

„Zachování lidské důstojnosti, obzvláště navzdory nepříznivým okolnostem, patří k základním lidským hodnotám“ (Kalvach, 2004, s. 55).

Důstojná péče o nevyléčitelně nemocné a umírající by měla být prováděna vždy s láskou. Důstojná péče vyžaduje dodržování určitých zásad v přístupu k těmto osobám. Mezi nejčastěji zmiňované patří poskytování individualizované péče a podpory, podpora účasti na každodenním životě, zdvořilé vyjadřování a užívání zdvořilých gest, přizpůsobování péče potřebám a životnímu rytmu každého jedince, předvídání individuálních potřeb, zdvořilé reagování na konkrétní požadavky, poskytování útěchy, projevování taktu, respektování individuálních zvyků, hodnot, životního prostoru a soukromí, podporování a zachovávání osobní autonomie každého jedince, informování klienta o všech úkonech předtím, než budou provedeny, zdvořilé chování a projev úcty i za předpokladu špatné nálady doprovázející osoby, zachování smyslu

---

<sup>32</sup> „To, co je; něco existujícího, byť jen jako abstrakce“ (Kolektiv autorů a konzultantů, 1993, s. 62).



pro humor a v neposlední řadě „dělej absolutní maximum, i když nezbývá mnoho času“ (Kalvach, 2004, s. 56). Kalvach (2004) dále hovoří o důstojné očistě nevléčitelně nemocných a umírajících jedinců, o udržování verbálního kontaktu a prokazování „patřičného“ respektu vůči mrtvým.

Pod termínem důstojné, neboli dobré umírání, si dle Kalvacha (2004, s. 38) většina osob představuje „zemřít bezbolestně, usnout tak tiše a klidně, jak je jen možné“ a nezemřít o samotě.

Samotný průběh dobrého umírání poté shrnuje Student (2006, s. 130) do pěti bodů. „1. Nejprve musí sám umírající vnímat své umírání. 2. Toto vědomí o umírání vede ke změně ve všech sociálních oblastech této osoby. Ta se pokouší sociálně přizpůsobit a připravit na smrt. 3. Při tom je rozhodující, do jaké míry si nejdůležitější nejbližší osoby i profesionální pracovníci uvědomují umírání této osoby..., otevřená příprava na smrt se pak ulehčí. 4. Odborné úlohy nebo také další úlohy náročné na výkon jsou změněny, příp. odloženy. 5. Plánuje se, a pokud je to možné, provádí se fáze rozloučení.“

„Hovoříme-li o důstojné smrti člověka, pak máme na mysli především, nebo dokonce pouze, estetickou stránku procesu umírání“ (Haškovcová, 2000, s. 129). Právo každého člověka na důstojnou smrt je základní etický princip (Svatošová, 2011). Důstojnost smrti je možné spatřovat v obětavém, důsledném ošetřování nevléčitelně nemocného člověka, který potřebuje profesionální i laickou péči. Nejdůležitějším prvkem důstojného umírání a smrti je dle Haškovcové (2000) osobní blízkost druhého člověka. „Nikdo se nerodí sám a nikdo by neměl umírat sám“ (Haškovcová, 2000, s. 129).

Na důstojné péči, důstojném umírání a smrti nevléčitelně nemocných a umírajících osob se do jisté míry spolupodílí etické komise. Etická komise není disciplinárním orgánem, neřídí, neřeší ekonomické problémy zdravotnického zařízení, nepřebírá ani právní ochranu za lékaře, či danou instituci. Jejich funkce je konzultační, poradenská, vzdělávací a výchovná. „Důvodně váhající lékař se tedy má kam obrátit s žádostí o radu“ (Vorlíček, 2004, s. 430). V České republice vznikla první Centrální etická komise v roce 1990 při Ministerstvu zdravotnictví. Její význam je poradenský, expertní a iniciačně legislativní. V ČR je však dostatečná i síť místních etických komisí, které zde vznikaly v průběhu let 1990 – 1992 (Vorlíček, 2004).

Dokument, který upravuje obecná i konkrétní pravidla práce v jednotlivých profesích a organizacích, se nazývá etický kodex. „Etických kodexů zavazujících

k určitému chování především lékaře, později i zdravotní sestry, vysokoškoláky nelékaře a konečně i pacienty, dnes existuje celá řada“ (Haškovcová, 2002, s. 75). Za zmínku stojí Etický kodex Práva pacientů, Onko-charta a Charta práv dětí v nemocnici, které s poskytováním paliativní péče souvisí.

Po dlouhá staletí byli pacienti plně závislí na lékařích jak v rovině odborné, tak v rovině lidské. Z tohoto důvodu neměli a vlastně ani nepotřebovali žádná práva. O právech pacientů se začalo hovořit až v sedmdesátých letech 20. století, kdy došlo ke změně role pacienta (nemocný se stal plnoprávným partnerem lékaře). Důvodů, které vedly ke změně vztahu lékařů a pacientů, bylo hned několik:

- „v občanské demokratické společnosti jsou lidská práva a individuální svobody vysoce ceněny;
- lidé přijímají plnou odpovědnost za svůj život a přejí si, aby měli dostatek informací i v situaci nemoci a aby i v zdravotní nepřízni svého osudu mohli o sobě rozhodovat nebo alespoň minimálně spolupracovat;
- jsou vzdělanější, zdravotně informovanější a nelze jim nadále vnucovat pouze submisivní roli;
- v souvislosti s rozvojem vědy a techniky prodělalo lékařství jako obor i zdravotnictví jako systém řadu změn;
- profesionální péče o nemocné je týmová, specializovaná až superspecializovaná;
- nabídka diagnostických a terapeutických metod je pestrá a někdy je neskutčné určit, která varianta je pro pacienta nejlepší“ (Haškovcová, 2002, s. 96).

„Česká verze etického kodexu Práva pacientů byla koncipována na základě Vzorových práv pacientů, která zveřejnil Americký svaz občanských svobod v roce 1985“ (Haškovcová, 2002, s. 99). Práva pacientů (viz příloha D) doplňují etický kodex lékařů a nejsou v rozporu s platnou legislativou. Práva pacientů jsou závazná morálně, nikoliv právně. CEK MZ ČR formulovala a vyhlásila 25. 2. 1992 definitivní verzi Práv pacientů (Haškovcová, 2002).

Na světě ročně přibývá 9 milionů nemocných osob s onkologickými onemocněními, z nichž 5 milionů jedinců ročně těmto chorobám podlehnou. Velmi důležitou roli v problematice onkologických onemocnění hrají prevence a kvalifikovaná péče o nemocné. Na světovém summitu proti rakovině byl 4. 2. 2000 v Paříži zveřejněn název dalšího významného dokumentu, kterým je Onko-charta, též nazývána Pařížská charta, Charta proti rakovině v příštím miléniu, Charta onkologicky nemocných

(viz příloha E). Tento den se stal celosvětovým Dnem proti rakovině (Haškovcová, 2002).

Jelikož mají své problémy i dětské pacienti, je jim také třeba zajistit určitá práva. V České republice je platným dokumentem, který zajišťuje práva hospitalizovaných dětí, tzv. Charta práv dětí v nemocnici (viz příloha F), na jejímž vypracování se podíleli manželé Královcovi a český pediatr pan Janda. Tento dokument byl roku 1993 prohlášen za platný v České republice. Předlohou zmíněnému dokumentu byla Charta práv hospitalizovaných dětí, která byla schválena v roce 1988 (Haškovcová, 2002).

#### **4.1.2 Etické problémy umírání a smrti**

Umírání a smrt jsou údělem člověka. Obojí každého z nás v individuální budoucnosti čeká a nemine. „Tato zneklidňující a jediná jistota je zahalena do nejistoty: nikdo z nás neví, kdy se tak stane, ani jakým způsobem se tak stane“ (Haškovcová, 2002, s. 202).

Dlouhou dobu byly otázky spojené s umíráním a smrtí tabuizovány. Důvodem byla obava a strach. Přitom se lidé v průběhu svého života se smrtí setkávali a setkávají se s ní tvář v tvář i v dnešní době. Hovořím zde o nevléčitelně nemocných, kteří prožívají hrozbu smrti, zároveň však i o jejich příbuzných a přátelích, kteří jsou se smrtí konfrontováni. Co teprve profesionálové, lidé v pomáhajících profesích, kteří umírání a následnou smrt prožívají opakovaně? „Tabuizace smrti neusnadňuje nikomu řešení závažné situace, ať již osobně prožívané nebo zprostředkované konečnosti lidského osudu“ (Haškovcová, 2002, s. 202). Proces detabuizace problematiky umírání a smrti byl ve světě zahájen počátkem sedmdesátých let 20. století. V České republice se zájem o tuto problematiku objevil až po roce 1989 (Haškovcová, 2002). Ačkoli od tohoto roku uplynula již řada let, odborníci, ale i většina laiků se zajímá pouze o některé atraktivní otázky umírání a smrti (nejčastěji je diskutována problematika eutanázie). Lékaři a zdravotníci se poté zajímají o problematiku umírání a smrti z důvodu, aby věděli, jak mají k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám přistupovat (Haškovcová, 2002).

Umírání a smrt nevléčitelně nemocných pacientů se pojí s řadou vážných etických problémů (Payneová, 2007). Už jen z toho důvodu, že mají lidé v současné době na život a umírání větší vliv než kdykoliv dříve (Student, 2006). Pečující osoby, ale i instituce musí často řešit rozhodnutí, která se týkají rolí rodin, klientů, ale i pečujících osob. Pokládají si otázky typu: Co by měli vědět přátelé a blízcí

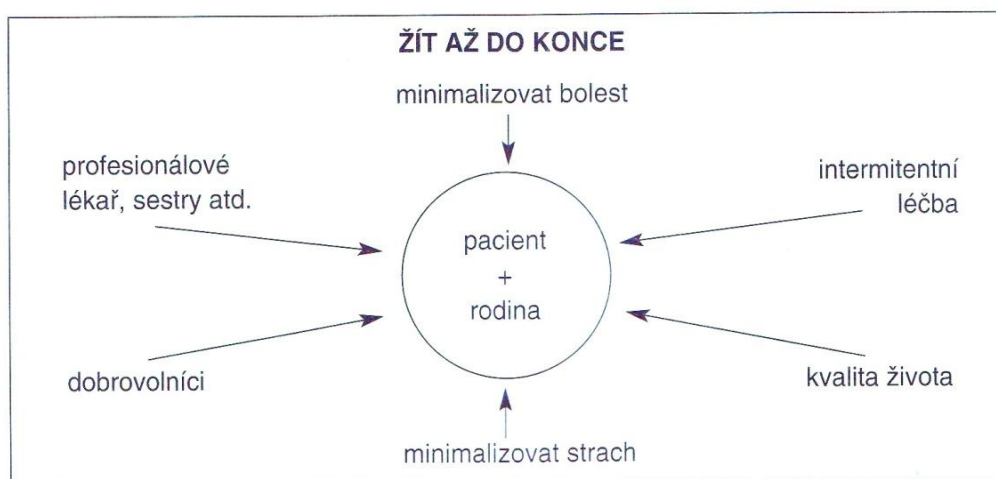
příbuzní nemocného? Co vše by měl vědět samotný pacient? Do jaké míry je oprávněný vědecký výzkum smrtelně nemocných pacientů? Lze nevléčitelně nemocnému jedinci umožnit, aby odmítl léčbu, která by mu prodloužila život? Ptají se i po tom, jak lze omezené zdroje, které jsou k dispozici, spravedlivě rozdělit? Etických otázek, které vyvstávají na konci života, je široká paleta (Payneová, 2007).

Období lidského života je vymezeno narozením a smrtí. Před i po, je jakási sféra, kterou nelze popsat, pochopit ani zakusit zkušeností. Život je pro každého člověka šance a je také pouze na lidech samotných, jak s touto šancí naloží (Haškovcová, 2002). Život představuje pro člověka základní hodnotu a bývá vnímán jako dar (Jankovský, 2003). „V tomto smyslu tvoří život sféru možností i svobody, přestože člověk ne zvolil podmínky, za kterých se jeho konkrétní život bude realizovat“ (Haškovcová, 2002, s. 203). Jediná skutečná fakticita, která je v životě člověka jistá, je smrt. Protože stejně tak, jako člověk nemůže volit své zrození, nemůže volit ani svou nesmrtelnost. „Člověku je život dán s podmínkou smrti“ (Haškovcová, 2002, s. 203). V každém jedinci je dle Svatošové (2011) kdesi v hloubi zakořeněna touha po nesmrtelnosti. Právě víra je pro věčný život nenahraditelnou nadějí (Svatošová, 2011). Dle křesťanské tradice, ale i etiky by život neměl být pokládán za nejvyšší hodnotu, člověk s životem nemůže volně disponovat, je pouze jeho správcem (Jankovský, 2003).

Současně s vývojem doby se v jednotlivých kulturách vyvíjel i vztah člověka k lidskému životu. Každé období v dějinách lidstva s sebou přinášelo i jinou hodnotu a úctu k životu. Od nehumánní likvidace a odmítání slabých jedinců až po láskyplnou péči, pomoc a porozumění. V současné době je kladen důraz ne tolik na samotný život, ale spíše na jeho kvalitu (Jankovský, 2003).

Kvalita života nevléčitelně nemocných, umírajících a jejich rodin je základním mottem paliativní péče (Marková, 2010). Samotný termín kvalita života je velmi široký a složitý pojem, který je díky své mnohostrannosti a komplexnosti těžko uchopitelný (Payne, 2005). Vorlíček (2004) nahlíží na kvalitu života jako na výrazně subjektivní hodnotu, která se dle Payneho (2005) dotýká lidského bytí, smyslu života a pochopení lidské existence. Souvisí s ní i sebepochopení a zkoumání psychologických, sociálních, materiálních a duchovních podmínek pro zdravý, šťastný a kvalitní život člověka (Payne, 2005). Kvalita života jednoznačně souvisí s uspokojováním potřeb jedinců. Z důvodu, že má každý jedinec, ale i každá rodina potřeby jiné, je kvalita života velice individuální pojem (Marková, 2010).

U nevléčitelně nemocných a umírajících osob se prožívání kvalitního života mění a posouvá. Například to, co by zdravý jedinec nepovažoval za kvalitní, dostává u nemocné osoby naprosto zcela nový význam (Marková, 2010). Dle Vorlíčka (2004) je nutné, aby se každá nemocná osoba smířila se ztrátami, které s existencí nemoci souvisí. „Redukované možnosti však nutně neznamenají ztrátu kvality života. Každá ztráta však musí být nějakým způsobem kompenzována“ (Vorlíček, 2004, s. 432). Důkazem toho, že lze i s nemocí žít kvalitní život jsou mnozí vážně nemocní lidé (Vorlíček, 2004). U všech těžce nemocných osob je důležité rozpoznávat jejich potřeby a reagovat na ně, jen tak lze zajistit kvalitní život. „V žádném případě nelze říci, že pacientovi k prožívání kvalitního života stačí, pokud je bez bolesti a dalších tělesných symptomů“ (Marková, 2010, s. 38). To, jaký mají na nevléčitelně nemocné osoby vliv ostatní zainteresované osoby v paliativní péči a na základní problémy paliativní terapie poukazuje obrázek 3 (Vorlíček, 2004, s. 425).



**Obrázek 3: Žít až do konce**

Na kvalitu života nevléčitelně nemocných a umírajících osob má blahodárny vliv radost a láska. Ne nadarmo se říká, že radost a láska léčí. Jedná se o podloženou informaci od psychoneuroimunologů<sup>33</sup>. Stejně tak jako může být stres příčinou mnoha chorob, mohou naopak pozitivní emoce před nemocí chránit, mohou ji zlepšit v některých případech dokonce vyléčit. „Láska, naděje, smích a smysl pro humor jsou dobře známým zdrojem sil“ (Svatošová, 2011, s. 29). Totožně jako radost má na jedince

<sup>33</sup> Vědců, „kteří zkoumají kromě mnoha jiného i účinky látek, které se v našem mozku tvoří vlivem emocí“ (Svatošová, 2011, s. 28).

blahodárný vliv lidský dotek, zájmy, hudba, koníčky, ale i uspokojující povolání a dobré mezilidské vztahy společně s láskou (Svatošová, 2011).

Tak jako víra a láska, je k životu nutná i naděje. Nelze se jí naučit, je to dar, který by se měl nevyčísitelně nemocným a umírajícím osobám doslova vlévat do žil. I přesto, že u nevyčísitelně nemocných jedinců není naděje na uzdravení, je důležité pacienty pomocí malých kroků a drobných splnitelných cílů držet nad vodou. Umírající se tak radují ze spousty malých cílů, a ačkoliv jsou krůčky k nim stále kratší a kratší, naděje zůstává. „Dokud člověk vidí před sebou úkol, má proč žít“ (Svatošová, 2011, s. 30). „Kdo má proč žít, snese téměř každé jak“ (Svatošová, 2011, s. 30).

„Doufat znamená vidět před sebou možnost“ (Svatošová, 2011, s. 30). A i v případě, kdy se nám zdají naděje druhých falešné, nesmíme jim je brát. „Nikdy bychom neměli říci, že situace je beznadějná. Lze po pravdě přiznat, že je to vážné nebo těžké. Rozdíl je v tom, že důraz je na tíži, nikoliv na beznaději“ (Svatošová, 2011, s. 31).

#### **4.1.3 Informování nemocného a příbuzných o zdravotním stavu pacienta**

Říci či neříci pacientovi pravdu o jeho zdravotním stavu? Jedná se o nezodpověditelnou otázku, která lékaře provází staletími (Haškovcová, 1975). „V dřívějších dobách nebylo nikterak nezvyklé, že lékař nemocnému pravdu nesdělil, popřípadě ji nějakým způsobem zakrýval (mlžil)“ (Jankovský, 2003, s. 135). V České republice došlo ke změně až po listopadu 1989, kdy začal být stále více prosazován přístup obvyklý v západní Evropě, přiklánějící se ke sdělování pravdy nemocnému. Z hlediska poskytnutí informací nemocnému a příbuzným o zdravotním stavu pacienta mohou být aplikovány pouze dva přístupy, a to sdělení pravdy, nebo naopak taktika milosrdné lži (Jankovský, 2003). „Aktuálně je v ČR ošetřující lékař povinen přiměřeně nemocného informovat o jeho zdravotním stavu“ (Jankovský, 2003, s. 135).

Zajímavé jsou výsledky výzkumů týkající se zjištění, zda si lidé přejí či nepřejí dozvědět pravdu o závažnosti svého zdravotního stavu. Ačkoliv se jedná již o poněkud zastaralá data (výzkum byl proveden roku 1975), přinášejí zajímavé poznatky o dané problematice. Dle Dr. Fukalové, české lékařky, která výzkum realizovala, si 72 % dotázaných obyvatel Francie přálo slyšet pravdu o svém zdravotním stavu, stejně odpovědělo i 45 % dotázaných osob v NSR. V Československu byla oproti zmíněným zemím situace odlišná, pouze jeden občan z osmi si přál pravdivé sdělení. Z výsledků

výzkumu české lékařky dále vyplynulo, že „zatímco třetina mužů si přeje slyšet pravdu a třetina nikoliv, lze více hlasů pro zápornou odpověď najít u žen“ (Haškovcová, 1975, s. 59).

Nevyléčitelně nemocný a umírající pacient se nachází v mezní životní situaci, je mimořádně vnímavý a citlivý, proto hraje velmi důležitou roli to, jakým způsobem a do jaké míry bude jedinci sdělena pravda o jeho zdravotním stavu (Jankovský, 2003). Každý jedinec je individuální neopakovatelná bytost, každý pacient má k uvažovanému problému jiný vztah a i pro lékaře se jedná vždy o novou situaci. Lékař by měl mít při sdělování informací vždy na zřeteli konkrétní případ konkrétního jedince a rozhodovat se podle své víry, zkušeností a svého pochopení pro věc. Lékař by se měl vždy snažit co nejvíce minimalizovat stres, ve kterém nevléčitelně nemocný jedinec žije a měl by se pokusit vytvořit vědomí, že stojí při něm (Haškovcová, 1975). Přístup lékaře k pacientovi při rozhovoru o jeho zdravotním stavu shrnuje Doc. MUDr. Skála takto: „Pracovat bychom měli jako příroda – maximálně improvizovat při maximální připravenosti“ (Křivohlavý, 1988, s. 5). „Improvisačnímu umění lze učit a je možno se mu naučit“ (Křivohlavý, 1988, s. 5). „Každý lékař je v průběhu své praxe opakovaně stavěn před některé etické problémy své profese. Na něm leží tíha rozhodnutí, on jedná. A jedná pouze tak, jak on rozumí vztahu života a smrti, jaký on našel, resp. dal smysl smrti“ (Haškovcová, 1975, s. 57).

Mnozí lidé volají po etice pro umírající. „To není však jen otázka lékaře, to je i věc pacienta; vždyť o jeho bytí a nebytí jde. Kdo jiný než on by měl býti informován o stavu věci? Pravda je tím nástrojem, který použit může ovlivnit poslední čas, může učinit, že si lékař porozumí s člověkem odcházejícím a oba mohou najít společné řešení, jakým způsobem se vyrovnat s časem, který zbývá“ (Haškovcová, 1975, s. 60).

Dle Jankovského (2003) shrnuje Haškovcová tuto problematiku do šesti slov, která vyjadřují konkrétní podobu daného problému: „Komu, kdy, jak, co, kde a kdo“. „Máme-li s někým promluvit a nemá-li to být jen plané povídání, pak je třeba, aby byly tyto požadavky splněny“ (Křivohlavý, 1988, s. 6).

Komu má být sdělena pravda? První, kdo by měl být informován o zdravotním stavu pacienta je vždy sám nemocný jedinec. Každý dospělý člověk má právo znát pravdu (je to jeho právo i ve vztahu k Listině základních práv a svobod). „Všechny informace podávané rodinným příslušníkům musí být velmi obezřetné a navíc by měly být sděleny zpravidla až po souhlasu nemocného“ (Jankovský, 2003, s. 137). Kdy má být sdělena pravda? Nemocnému by měla být pravda sdělena v té době, když se jí

tzv. dokáže podívat do očí, tedy ke konci období tápání. Pravda by rozhodně neměla být sdělována dříve, dokud nebyla definitivně potvrzena diagnóza. Co nevléčitelně nemocnému říci? Dle Jankovského (2003) může mít pravdivé sdělení mnoho forem. Důležité je dbát na to, aby nemocnému bylo sděleno kromě diagnostických odborných informací i praktické vysvětlení, tedy co z toho všeho vyplývá pro každodenní život nemocného. „Obtížnou otázkou u vážně nemocných bývá prognostická pravda. Jistě na jedné straně nelze zatajovat, že je situace vážná, ale na straně druhé by neměl být opomenut fenomén naděje“ (Jankovský, 2003, s. 136). Křivohlavý (1988) uvádí, že je podstatné, aby naše mluvení nebylo ke škodě, ale naopak k užitku. Další podstatnou informací je i to, jak nemocnému říci pravdu (Jankovský, 2003). „Jak to říci, sdělit, komunikovat atp., aby to nebyla řeč, které pacient nerozumí, případně kterou chápe jinak nežli my“ (Křivohlavý, 1988, s. 6). Pravda by měla být sdělena vnímavým, citlivým, důvěryhodným, kompetentním, šetrným a taktickým přístupem. Při sdělování pravdy je rozhodně zapotřebí volit vhodná slova a nemoc popsat vhodnými atributy s určitou gradací, například dlouhodobá, nevléčitelná, vážná a tak podobně. Další otázkou je, kdo má pravdu nevléčitelně nemocným a umírajícím pacientům sdělit? V České republice je tato nesnadná úloha obvykle svěřena ošetřujícímu lékaři (Jankovský, 2003).

Základním a zároveň nejtěžším prostředkem při doprovázení nevléčitelně nemocných a umírajících osob je rozhovor (Ulrichová, 2009). „Rozhovor s lékařem hraje mimořádně důležitou roli při tlumení obav, úzkostí a strachu pacienta – a to není málo“ (Křivohlavý, 1988, s. 7). Rozhovor s těžce nemocnými pacienty by neměl být redukován pouze na verbální komunikaci. Důležitou složkou je také komunikace nonverbální, která by neměla být při rozhovoru s pacientem opominuta. Dle Barbyho (1989) nelze v praxi verbální a nonverbální komunikaci oddělovat. „Nejistota, co říci a především jak, rozhovor brzdí a nezřídka se obsah redukuje na čistě věcné, ošetrovatelské aspekty“ (Barby, 1989, s. 79). Emoční obsah je však dle Barbyho (1989) pro rozhovor s umírajícím zvláště důležitý. I přes veškerou přípravu a studium dostupné literatury na dané téma se nelze na realitu spočívající v bezprostředním kontaktu lékaře, či jiné zainteresované osoby zařízení s umírajícím pacientem, dostatečně připravit (Ulrichová, 2009).

I přesto je důležité řídit se při vedení rozhovoru některými obecnými zásadami, které shrnuje Ulrichová (2009) a Barby (1989). Při rozhovoru lékaře s nevléčitelně nemocným pacientem je důležité dbát na to, aby věcný obsah a emoční obsah sdělení



šly tzv. ruku v ruce (Barby, 1989). Významná je i atmosféra, ve které rozhovor probíhá. Měla by být přátelská a umírající osobě by měla umožnit otevřeně komunikovat o svých pocitech, radostech, ale i starostech. Přístup lékaře k pacientovi by měl být přátelský, milý, příjemný. Při rozhovoru s nemocným by měl být dán nejprve prostor samotnému pacientovi. Ze všeho nejdůležitější je pro kvalitní rozhovor naslouchání a trpělivost. Díky trpělivosti můžeme umírající osobu blíže poznat a pochopit, případně uspokojit její potřeby. Ulrichová (2009) upozorňuje na to, že by doprovázející osoba neměla nevyčlepnutelně nemocného jedince moralizovat, spíše by mu měla pomoci v otázkách po smyslu jeho nemoci. „Rozhovor by měl směřovat k tomu, aby nemocný přijal sám sebe, svoji životní krizi a znovuobjevil důvody k pokračování ve svém životě“ (Ulrichová, 2009, s. 107).

*„Jestliže existuje pravda, která člověka osvobozuje,  
nesmíme cenu této pravdy nechat mimo svoji  
pozornost.“ (Haškovcová, 1975, s. 58)*

*M. K. Bowersová*

#### **4.1.4 Problémy spojené s výkonem pomáhajících profesí**

Výkon pomáhajících profesí, též zvaných pomoc poskytujících profesí (helping professions) může být spojen s řadou problémů, obtíží a zklamání. „Služba druhým vyžaduje od těch, kteří ji hodlají poskytovat, určité osobnostní dispozice, vzdělání a mnohdy i ochotu přinášet oběti“ (Jankovský, 2003, s. 157). Kromě znalostí, zkušeností a dovedností se u osob v pomáhajících profesích klade důraz na mravní čistotu, ryzost charakteru a na vědomí odpovědnosti vůči vyššímu mravnímu řádu. S úspěchem vykonávání pomáhajících profesí souvisí respektování určitých etických zásad. Neméně významná je však i samotná ochota ke službě druhým (Jankovský, 2003). Haškovcová (2000) dodává, že pro kvalitní výkon v pomáhajících profesích je nutná i pořádná dávka altruismu<sup>34</sup>.

I přes to všechno je však velmi důležité, aby pracovníci v pomáhajících profesích pamatovali také sami na sebe a uměli se dobře postarat o své vlastní potřeby. To, že má každá pomoc své meze, a že sebeoběť není při výkonu tohoto druhu zaměstnání

---

<sup>34</sup> „Nesobecká láska k bližnímu, která se projevuje účinným, vstřícným a pomáhajícím chováním“ (Haškovcová, 2000, s. 152).

žádoucí, vystihuje výrok: „Život musí jít i v přítomnosti smrti“ (Haškovcová, 2000, s. 152).

Práce s nevléčitelně nemocnými a umírajícími osobami je fyzicky i psychicky náročná (Haškovcová, 2000). Kupka (2011) přirovnává péči o nevléčitelně nemocné jedince k situaci extrémní zátěže, k dlouhodobě zatěžující aktivitě, která patří z hlediska stupně zátěže k nejvýraznějším. Psychickou zátěž, která z péče a doprovázení takového pacienta vyplývá, pociťují všichni, kdo se na ní spolupodílejí. Haškovcová (2000, s. 151) předpokládá, „že psychicky vyrovnaný ošetřující bude umět vést k potřebné duševní hygieně i rodinu umírajícího, která je rovněž vystavena extrémní psychické zátěži“.

Každý pomoc poskytující pracovník, u něž je altruismus i egoismus<sup>35</sup> ve vyvážené formě, by měl pro svou psychickou pohodu dodržovat základní pravidla duševní hygieny (Haškovcová, 2000). Pracovník pomáhajících profesí by neměl potlačovat své pocity, naopak je vhodné, aby o nich mluvil. Důležité je dodržování pravidelného a dostatečného odpočinku, například v podobě krátké přestávky sloužící k regeneraci sil (cvičení, procházka, relaxace). Jednou z důležitých zásad je důsledné oddělování pracovního života od života osobního a schopnost umět říci NE. K psychické pohodě pomáhají procházky v přírodě, návštěva výstav, divadelních představení, vhodné je i odreagování prostřednictvím koníčků a zálib, které mohou být zároveň i příjemnou relaxací (Kebza, 1998).

Některé z pomáhajících profesí mají formulovány základní požadavky pro reprezentanty příslušného povolání v takzvaném etickém kodexu. Dle Jankovského (2003, s. 158) „poměrně náročné požadavky na pomáhající profese však mohou představovat pro některé pracovníky nepřiměřenou zátěž, jež může vést, ve spojení s psychickou, emocionální a popřípadě i fyzickou náročností výkonu takového povolání, až k naprostému vyčerpání, resp. k tzv. vyhoření, vyhaslosti či vyprahlosti“. Do téhož stavu se pomoc poskytující pracovník dostává i za předpokladu, že nepraktikuje duševní hygienu, nebo je příliš dlouhou dobu vystaven nadměrné zátěži (Haškovcová, 2000). Stav vyhaslosti, vyprahlosti či vyhoření nazýváme tzv. burn-out syndromem, syndromem vyhoření (Haškovcová, 2000).

---

<sup>35</sup> „Egoismus preferuje vlastní prospěch a tomuto cíli je podřízeno veškeré chování a jednání“ (Haškovcová, 2000, s. 152).

Syndrom vyhoření „je obecným fenoménem a vzniká tam, kde je profesionál vystaven velké emotivní psychické zátěži“ (Haškovcová, 2000, s. 154), „znamená specifickou emoční únavu, stav určité citové vyčerpanosti, který se projevuje subdepressivním laděním a podrážděností“ (Ulrichová, 2009, s. 104). Nejčastěji se objevuje u osob pracujících s lidmi, u kterých se předpokládá zájem o druhého člověka a schopnost vcítění (empatie) (Parkes, 2007). Mezi nejrizikovější profese patří dle Kebzy (1998) a Kupky (2011) lékaři, zdravotní sestry a další zdravotničtí pracovníci, psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci, učitelé, pracovníci pošt, dispečeri, policisté, právníci, pracovníci věznic, politici, manažeři, poradci, úředníci, ale také duchovní a řádové sestry.

Burn-out syndrom je charakterizován tzv. plíživým začátkem, beznadějí, náladami bezvýchodnosti, objevují se pocity zklamání a celková skleslost, útlum aktivity, uzavírání se do sebe, s čímž se pojí i výrazné omezení verbální a neverbální komunikace, ztráta smyslu života (Vorlíček, 2004). Jedná se o celý soubor příznaků, které se u osob v pomáhajících profesích mohou při nesprávné duševní hygieně a nekvalitní přípravě na specifika práce s umírajícími vyskytnout (Haškovcová, 2000). Mezi tři hlavní příznaky (symptomy) syndromu vyhoření řadí Stock (2010) vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti. Od těchto symptomů se odvíjí další charakteristické znaky typické pro burn-out syndrom. U jedinců dochází ke ztrátě elánu, energie, radosti ze života a nadšení, které je při výkonu profese velmi významné (Jankovský, 2003). Objevuje se sklíčenost, bezmoc, beznaděj, pocity strachu a prázdnoty (Stock, 2010). Lidé často reagují podrážděně, obtížně se soustředí, jsou frustrováni, nedůvěřiví, apatičtí, depresivně ladění. Nejsou se sebou spokojeni, prožívají zatrpkllost (Ulrichová, 2009). Postupně u nich dochází k celkové stagnaci, případně rezignaci (Jankovský, 2003). „Pro všechny profesní kategorie platí, že osoby, které se nacházejí v syndromu vypálení, prožívají rozčarování (profese i život jim slibovaly více, než dávají), trpí úzkostí a hněvem, na druhé lidi se dívají s nedůvěrou a mají tendenci u nich hledat jen špatné vlastnosti“ (Haškovcová, 2000, s. 155). „Členové týmu, kteří bývali vždy „v obraze“ a velmi aktivní, najednou ztratí „jiskru“ a nemusí být schopni podpořit své kolegy. Ztratí svou sebejistotu i důvěru v ostatní“ (Parkes, 2007, s. 33). „Syndrom vyhoření způsobuje škody osobní (zasahuje pracovníky pomáhajících profesí), ale také se v jeho důsledku zhoršuje kvalita poskytovaných služeb (Bartošíková, 2006, s. 21).

Syndrom vyhoření se projevuje fyzickým, mentálním a emocionálním vyčerpáním, ke kterému dochází v důsledku chronické zátěže spojené s dlouhodobým nasazením pro jiné lidi (Jankovský, 2003).

Tělesné, fyzické vyčerpání se u pracovníků projevuje nedostatkem energie, chronickou únavou, celkovou slabostí, náchylností k onemocněním, selháním, úrazům. Osoby trpící vyhořením často trpí bolestmi hlavy, zad, poruchami spánku a nechutenstvím (Jankovský, 2003). V neposlední řadě patří mezi fyzické znaky vyčerpání také svalové napětí, náchylnost k infekčním onemocněním, kardiovaskulární potíže, poruchy paměti a soustředění (Stock, 2010). Kebza (1998) tento výčet doplňuje o přetrvávající celkovou tenzi, poruchy krevního tlaku a o zvýšené riziko vzniku závislosti všeho druhu.

V rámci emocionálního vyčerpání pracovníci pociťují bezmoc a beznaděj. Často jsou podráždění, negativně ladění jak vůči sobě, tak vůči druhým osobám. „Pro vyhoření je dále typická celková labilita“ (Jankovský, 2003, s. 159), sebelítost, přesvědčení o vlastní postradatelnosti a bezcennosti, ztráta motivace (Kebza, 1998). Lidé ztrácí kapacitu pro lidi, cítí se citově vysátí, nechtějí slyšet další trápení, starosti a zažívat pocit, že nemůžou pomoci. Pro jedince je typická ztráta empatie a radosti z kontaktu s lidmi (Bartošíková, 2006).

Mentální, neboli duševní vyčerpání se projevuje převážně negativními postoji k práci, k okolí a k sobě samému. Pro vyhořelého pracovníka v pomáhající profesi je typický projev nedostatku lidskosti v interakci s okolním světem, dochází k tzv. dehumanizaci. Pracovníci se stále více uzavírají do sebe (Jankovský, 2003).

Burn-out syndrom není nemoc, je to proces, který má své fáze neboli stádia vývoje (Bartošíková, 2006). Na počátku všeho je nadšený, motivovaný pracovník, plný představ, očekávání a ideálů. Poté se dostavuje stagnace, práce již není pro jedince přitažlivá a nadšení dohasíná. Po fázi stagnace následuje frustrace, která přerůstá v apatii (Stock, 2010), (Jankovský, 2003). Apatie je „reakce na bezvýchodný stav, kdy je člověk trvale frustrován a nemá možnost tuto situaci změnit“ (Jankovský, 2003, s. 160). Dochází k tomu, že jedinec v pomáhající profesi dělá pouze to, co dle pracovní náplně musí. Poslední fází syndromu vyhoření je dle Kebzy (1998) a Kalábové (2011) úplné vyhoření, vyčerpání, provázené cynismem, ztrátou lidskosti a odosobněním. Různí autoři stanovují různý počet fází vzniku a utváření burn-out syndromu. Výše zmíněný přístup je však v literatuře nejčastěji diskutovaný.

Dle zahraničních zkušeností dochází u pracovníků v hospicích zhruba po dvou letech k syndromu vyhoření (Vorlíček, 2004). Spoluprožívání útrap, bolestí a nemocí vede k citové imunitě, k lhostejnosti, jedinec pracující v pomáhající profesi se přestává radovat z věcí, které mu dříve působily potěšení (Ulrichová, 2009). „Skutečnost, že během dvou let provozu nebyl v prvním českém hospici zaznamenán ani jediný případ syndromu vyhoření, svědčí o tom, že důsledná a systematická prevence může být i zde velmi účinná“ (Vorlíček, 2004, s. 517). Syndrom vyhoření hrozí každému a v odlišné míře se může projevit u všech osob (Ulrichová, 2009), (Haškovcová, 2000).

Mezi hlavní preventivní opatření řadíme zodpovědný výběr personálu, nedovolení přetížení personálu, soustavné vzdělávání zaměstnanců a výměnné stáže, smysl pro humor, obranu proti rutině, pěstování dobrých mezilidských vztahů, pochopení o jak velké věci v hospici jde, vyrovnání se s vlastní konečností a smrtelností, ale i definování splnitelného cíle, kterým je klidné, důstojné umírání, nikoliv uzdravování. Dobrou prevencí vyhoření jsou i mimopracovní akce v podobě oslav, sportovních aktivit, návštěv divadel, výletů do přírody atp. (Vorlíček, 2004), (Ulrichová, 2009). „Prevence na úrovni osobní představuje vytváření si zdravého systému sebepodpory – což znamená postarat se o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího“ (Bartošíková, 2006, s. 42). „Posilování a rozvoj pozitivních emocí s pravidelným odpočinkem, sportem a kontakty s přáteli „mimo obor“ jsou nezbytnou součástí prevence syndromu vyhoření v hospici“ (Ulrichová, 2009, s. 105). Avšak jedním z nejlepších preventivních opatření proti syndromu vyhoření je pravidelná supervize<sup>36</sup>, která „slouží jako nástroj pravidelného očištění od zbytků myšlenek i emocí, které v hlavě uvíznou“ (Kalábová, 2011, s. 100). „Jde o systematickou pomoc při řešení profesionálních problémů v neohrožující atmosféře, která dovolí pochopit osobní, zejména emoční podíl člověka na jeho profesním problému“ (Kalábová, 2011, s. 100).

---

<sup>36</sup> Dohled, dozor nebo také řízení a vedení. „Supervize je metoda, která umožňuje pracovníkovi pochopit, co brzdí jeho porozumění s klientem a co ho může účinně chránit před syndromem vyhoření. Cílem supervize je zlepšení pracovní situace, pracovní atmosféry, organizace práce a kompetencí odpovídajících specifickým úkolům. Je orientována na podporu kvality práce a i vzájemné spolupráce a na učení spojené s praxí“ (Kalábová, 2011, s. 100).

## 4.2 Kvalita péče o umírající

Pro termín kvalita uvádí slovník cizích slov (1993, s. 133) české ekvivalenty „hodnota, jakost, stav věci“.

Autorem nejstarší definice pojmu kvalita je řecký filosof Aristoteles, který termín kvalita (latinsky *qualitas*) ve svých spisech vymezil jako kategorie myšlení (Hutyra, 2007).

Dle Hutyry (2007, s. 8) je kvalita „pojem vztahující se k výrobkům či službám, ale i k prováděným činnostem a je charakteristikou, která má svoji historii“. Kvalita je „stupeň splnění požadavků<sup>37</sup> souborem inherentních znaků<sup>38</sup>“ (Hutyra, 2007, s. 9).

Kvalitní péče<sup>39</sup> o nevléčitelně nemocné a umírající jedince je velmi subjektivní koncept. Přesto můžeme v ČR nalézt výsledky pokusů o definování minimálních standardů a znění jakýchsi ideálních variant toho, k čemuž bychom se v rámci péče o terminálně nemocné a umírající měli blížit. „Kvalitní péče však není cílem sama o sobě. Je pouze jedním z důležitých příspěvků ke kvalitě života<sup>40</sup>, a to u krátkodobě i chronicky nemocných“ (Kalvach, 2004, s. 10).

Kvalitní, dostupná, komplexní péče o nevléčitelně nemocné a umírající pacienty je možná pouze za předpokladu „kvalitní týmové spolupráce zdravotníků s reprezentanty ostatních nezbytných profesí, včetně duchovních“ (Svatošová, 2012, s. 23). Dle Payneové (2007) má na kvalitu poskytované paliativní péče vliv povaha prostředí. „V závislosti na prostředí se mění i vztahy mezi členy týmů a složení „týmů“ věnujících se paliativní péči“ (Payneová, 2007, s. 453) (například v hospicích hrají důležitou roli dobrovolníci, oproti tomu v ošetrovatelských a pečovatelských domovech a nemocnicích se s dobrovolníky setkáváme v menší míře) (Payneová, 2007).

Kritérií k posouzení kvality péče o nevléčitelně nemocné a umírající pacienty v hospicích v České republice je pět. Těchto pět znaků popisuje základní myšlenku hospicové práce. Dále tyto znaky kvality péče o umírající pacienty naznačují, do jaké míry může být koncept celostní péče o klienty hospice a jejich blízké plodný, v případě,

<sup>37</sup> Potřeb nebo očekávání, stanovené zákazníkem, závazným předpisem a obvykle se předpokládá (Hutyra, 2007).

<sup>38</sup> „Vnitřních vlastností objektu kvality (produktu, procesu, zdroje, systému), které mu existenčně patří“ (Hutyra, 2007, s. 9).

<sup>39</sup> „Kvalita péče se vztahuje především k vlastnímu procesu a přímým výsledkům péče“ (Kalvach, 2004, s. 10).

<sup>40</sup> „Kvalita života se týká toho, jak pacient celou svou situaci vnímá a hodnotí“ (Kalvach, 2004, s. 10).

že se propojí celistvý pohled s péčí a specifickými odbornostmi (Student, 2006). „V neposlední řadě mohou tyto znaky představovat kritéria kvality dobré kultury umírání“ (Student, 2006, s. 40). Tato kultura umírání by měla být měřítkem pro péči, zacházení a opatrování nevléčitelně nemocných osob a jejich rodin ve všech zdravotnických zařízeních (Student, 2006).

První znak kvality: „umírající člověk a jeho blízcí stojí v centru hospicové služby. To znamená, že situaci mohou kontrolovat přímo ti, o které jde. V tom se hospic zásadně odlišuje od běžných zdravotnických institucí, kde se pracuje spíše podle abstraktních terapeutických konceptů či představ o nemoci. Neméně důležité je (a to je také nezvyklé pro veřejné zdravotnictví), že do péče jsou zahrnuti i rodinní příslušníci, a to proto, že často trpí více než sami umírající. Zohlednit to vše nakonec znamená přiznat důstojnost umírajícímu i jeho blízkým.

Druhý znak: klienti mají k dispozici mezioborový tým. Ten sestává nejen z medicínského personálu, jako např. lékaři a ošetřovatelé, nýbrž zahrnuje další obory, zvláště sociální pracovníky a duchovní, ale též právníky, odborníky na muzikoterapii a arteterapii a další. Neboť umírání není žádná nemoc, nýbrž krizová fáze života, často spojená s nemocí. Odtud vznikají nejrůznější životní potřeby, kterým dokáže vyhovět pouze dobře vybavený tým. Členové týmu plní úkoly nejen vůči dotyčné skupině, nýbrž také vzájemně mezi sebou. Mají se vzájemně podporovat tak, aby napomáhali vnitřnímu růstu všech členů týmu a zamezili tzv. syndromu vyhoření.

Třetí znak: zapojení dobrovolníků. Tyto „neplacené“ asistenty hospic nevyužívá pouze na nouzové práce, ani je nezneužívá. Mají samostatný úkol při každodenním doprovázení, k čemuž mj. náleží sedět u lůžka nemocného, naslouchat mu, hovořit, obstarat nákup, pohlídat děti a „být po ruce“. Tito pomocníci provádějí každodenní práci, leč neustále tváří v tvář smrti a smutku – a jsou školeni k tomu, aby to vydrželi. Jejich úkolem je, aby se doprovázení umírajících stalo součástí všedního setkávání blízkých lidí a samo umírání bylo integrováno do všedního života. To vyžaduje pečlivou přípravu a soustavné doprovázení.

Čtvrtý znak: dobré znalosti a schopnosti diagnostikovat příznaky. V německé oblasti tu jde především o léčbu bolesti. Neméně důležité je ošetřování dalších nesnází spojených s umíráním, jako potíže při dýchání, potíže při trávení, nevolnost, zvracení, dráždivé svědění – krátce, celý prostor, který představuje paliativní medicína.

Pátý znak: kontinuita péče o dotyčnou skupinu. To především znamená, že hospicová služba musí být zajištěna v krátkém čase. Bohužel se často stává, že lidé

krátce před smrtí jsou posíláni do nemocnic, protože chybí tento způsob pomoci. Tělesné a duchovní krize nečekají na pracovní dobu! Nezřídka se rodiny právě v časných ranních hodinách nebo uprostřed noci cítí se svými problémy do té míry opuštěni, že nevidí jiné východisko než souhlasit s uložením pacienta v nemocnici. Tomu může snadno zabránit dostupný hospic, který je dosažitelný např. telefonicky. Kontinuita péče obsahuje další aspekt v tom, že péče o rodinu nekončí smrtí dotyčného člověka. Člen týmu pečující o kontakty s rodinou má zůstat k dispozici i v době truchlení. Truchlení samo o sobě je životní fází extrémně náchylnou vůči nemocem. Citlivá účast může zmírnit zdravotní rizika a přispět k tomu, že pozůstali přečkají dobu po smrti svého blízkého bez dodatečné tělesné nebo duševní újmy“ (Student, 2006, s. 40).

Kvalitu péče o nevléčitelně nemocné a umírající vymezují standardy a normy hospicové a paliativní péče.

„Normy představují určitý konsenzus, pokud jde o kvalitativní cíle, o které je třeba usilovat (aspirační normy). Pokud jsou tyto normy splněny, je možné s vysokou pravděpodobností očekávat dosažení vysoké kvality péče“ (Radbruch, 2010, s. 8). Normy EAPC (European Association for Palliative Care – Evropská asociace pro paliativní péči) popisují to, jak by měla kvalitní paliativní péče vypadat. Následující text stručně seznamuje s hlavními oblastmi norem v posuzování kvality paliativní péče v Evropě, podrobně jsou tyto oblasti rozebrány ve Standardech a normách hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči (Radbruch, 2010).

Hlavními oblastmi norem v paliativní péči jsou definice a terminologie v oblasti paliativní a hospicové péče (v různých zemích existuje různorodá terminologie, „aby mohl být evropský přístup ke kvalitní paliativní péči účinný, je třeba používat jednoznačné pojmy, což znamená a předpokládá dosažení vzájemné dohody o obsahu a definici těchto pojmů“ (Radbruch, 2010, s. 13)). Dále společné hodnoty a filozofie (je možné identifikovat řadu společných hodnot a principů, které jsou při poskytování paliativní a hospicové péče obecně přijímány a uznávány, „ve všech evropských zemích uznávají odborníci na problematiku paliativní péče určitý soubor společných hodnot, ten zahrnuje i hodnotu autonomie a důstojnosti pacienta, potřebu individuálního plánování a rozhodování a zásadu celostního (holistického) přístupu k pacientovi“ (Radbruch, 2010, s. 21)). Následně úroveň péče (paliativní a hospicová péče může být poskytována na různých úrovních komplexnosti, nejméně by však měly být poskytovány dvě úrovně



a to obecný paliativní přístup a specializovaná paliativní péče, jedná se o tzv. dvouúrovňový přístup k paliativní péči). Ale i skupiny pacientů („paliativní péče se neomezuje na předem definované lékařské diagnózy, ale měla by být k dispozici všem pacientům s život ohrožujícím onemocněním“ (Radbruch, 2010, s. 29)). V neposlední řadě také zařízení a služby („služby by měly být k dispozici všem pacientům bez ohledu na to, kde a kdy je požadují, a to okamžitě“ (Radbruch, 2010, s. 40)). Mezi další klíčové oblasti, které již ve Standardech a normách hospicové a paliativní péče v Evropě nejsou zahrnuty, patří dostupnost služeb a přístup k nim; vzdělávání poskytovatelů zdravotní péče; klinický audit; dokumentační standardy; vzdělávání veřejnosti a zvyšování povědomí; výzkum (Radbruch, 2010).

Mezi jednotlivé cíle norem v oblasti paliativní péče patří: „podporovat kvalitu a snižovat rozdíly nových a stávajících programů, rozvíjet a podporovat princip kontinuity péče napříč různými zdravotnickými zařízeními, usnadňovat partnerskou spolupráci programů paliativní péče, hospiců a dalších poskytovatelů zdravotní péče, usnadňovat rozvoj a zlepšování klinických programů paliativní péče, stanovit jednotně přijímané definice základních prvků v oblasti paliativní péče, a podpořit tak kvalitu, konzistenci a spolehlivost těchto služeb, stanovit národní cíle pro zajištění přístupu ke kvalitní paliativní péči, podporovat měření výkonnosti a iniciativy zvyšování kvality“ (Radbruch, 2010, s. 10).

Oproti normám standardy definují určitou nepodkročitelnou hranici, pod níž není možné označit poskytovanou péči za dostatečně kvalitní. Tato hranice je podrobně rozpracována ve Standardech hospicové paliativní péče (2006) a v kapitolách níže. Mezi hlavní oblasti posuzování kvality paliativní péče dle těchto Standardů patří cílová skupina; struktura, proces, náplň léčby a péče; pracovníci a jejich vzdělávání; prostředí, věcné a technické vybavení; aspekty jednotlivých druhů péče o nevléčitelně nemocné a umírající. Cílem Standardů hospicové paliativní péče je „definovat požadavky, které by měli poskytovatelé specializované paliativní péče v ČR splňovat, aby byla zajištěna její potřebná úroveň a odpovídající kvalita“ (Standardy, 2006, s. 1).

#### **4.2.1 Cílová skupina specializované paliativní péče**

„Cílovou skupinu, na kterou je směřována specializovaná paliativní péče tvoří: pacient, blízké osoby pacienta, pozůstalí a v rámci edukace též široká odborná i laická veřejnost“ (Standardy, 2006, s. 6).

„Hospic není vhodný pro všechny lidi na jejich konci životní cesty“ (Ulrichová, 2009, s. 103). Ne všichni lidé totiž splňují základní podmínky přijetí, mezi které řadíme přání pacienta být přijat do hospice a informovaný souhlas<sup>41</sup>, bez nichž není možné k pobytu v hospici nastoupit (Haškovcová, 2000). Dle Haškovcové (2000) jsou indikace pro přijetí nevléčitelně nemocné či umírající osoby do hospice založeny na následujících kritériích:

1. „postupující choroba ohrožuje pacienta na životě,
2. nemocný toho času nepotřebuje nemocnici (nemá mu už co nabídnout),
3. nemocný potřebuje paliativní léčbu a péči,
4. nestačí nebo není možná domácí péče“ (Haškovcová, 2000, s. 62).

Ačkoliv paliativní péče v ČR existuje, je dostupná pouze omezenému počtu pacientů (Strategie, 2011 - 2015). Péče je poskytována všem osobám bez ohledu na jejich vyznání, národnost, věk, rasu, sexuální orientaci, pohlaví, případně sociální postavení. Péče je poskytována i tzv. „zranitelným skupinám osob“ – vězni, osoby bez přístřeší, uživatelé drog, prostitutky a další (Standardy, 2006).

„Rozhodujícím kritériem pro poskytování komplexní péče je zdravotní stav klienta, vyplývající z pokročilosti nemoci“ (Standardy, 2006, s. 6). „Jedná se o klienty s aktivním progredujícím, pokročilým onemocněním, jejichž délka života je omezena“ (Misconiová, 1999, s. 33). Pacienty paliativní péče Skála (2005) zařazuje do tří skupin podle prognózy přežití a možných cílů léčby (pacienti nacházející se ve fázi kompenzovaného (kontrolovaného) onemocnění; pacienti ve fázi nevratně progredujícího onemocnění s prognózou přežití v řádu týdnů a měsíců; pacienti v terminální fázi onemocnění, kde je prognóza přežití v řádu několika týdnů, dnů a hodin). Sláma (2011) poté samotné pacienty dělí z hlediska pokročilosti onemocnění na jedince s pokročilým onemocněním, jedince s nevléčitelným onemocněním a terminálně nemocné. Více informací k samotnému dělení pacientů viz kapitola 1.2.4.

Příjemci péče jsou především onkologicky nemocní jedinci a nemocní v rozvinutém stadiu AIDS. Přijetí ostatních pacientů do hospicového programu je dle Haškovcové (2000) možné, ale není typické. „S narůstáním geriatrické populace roste i potřeba geriatrické paliativní péče a paliativní péče u onemocnění neonkologického

---

<sup>41</sup> Doklad, který je nutnou podmínkou k přijetí do hospice. „Chrání nejen lékaře před různými možnými právními spory, ale může chránit i ostatní pracovníky hospice před příbuznými pacienta, kteří mohou mít představu zázračného uzdravení svého drahého“ (Ulrichová, 2009, s. 103).

charakteru typu demence, srdečního selhání, chronické obstrukční plicní nemoci a další“ (Strategie, 2011 – 2015, s. 9). Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015 uveřejňuje několik onemocnění, která ve svém průběhu vyžadují specializovanou paliativní péči. Jedná se o pacienty v pokročilém stádiu onkologických onemocnění a v pokročilém stádiu onemocnění nervové soustavy (roztroušená skleróza, syndrom demence, apod.). O pacienty v terminálním stádiu chronických onemocnění ledvin, srdce, dýchacího a trávicího traktu. Mezi pacienty vyžadující spektrum specializované paliativní péče patří jedinci v terminálním stádiu imobilizačního syndromu, s komplikacemi, mnohdy s nutností intenzivní léčby bolesti a dalších symptomů. Chronicky nemocní pacienti vyššího věku nacházející se ve stavu terminální geriatrické deteriorace, či se jedná o finální stavy po těžkých centrálních mozkových příhodách) (Strategie, 2011 - 2015).

Příbuzní a ostatní blízcí přátelé pacienta aktivně spolupracují s týmem odborníků a účastní se procesu poskytování péče. Na druhé straně však mohou tito lidé v případě potřeby využívat služby specializované paliativní péče pro svou potřebu, a to z důvodu, že jsou ve větší či menší míře oni sami smrtí blízké osoby zasaženi. Členové pracovního týmu poskytují blízkým osobám pacienta duchovní, sociální a psychologickou pomoc. V případě hospitalizace pacienta mají blízké osoby neomezenou možnost návštěv (24 hodin denně, 7 dní v týdnu). Příbuzní pacienta a další klíčové osoby mají možnost ubytování s pacientem a stravování, pracovníci jim poskytují příklad péče o pacienta a osobní blízkost, v případě pacientova souhlasu rodinní příslušníci obdrží od lékaře informace o jeho zdravotním stavu. Lidé, kteří o své blízké pečují v domácím prostředí, získají v zařízeních paliativní péče, hospicích, informace i praktické dovednosti, aby se o nemocného zvládli správně postarat, případně mohou využít i služby půjčovny zdravotnických pomůcek (Standardy, 2006).

Do cílové skupiny osob, na kterou je směřována specializovaná paliativní péče, patří i pozůstalí. „Úmrtí blízkého člověka znamená velkou životní ztrátu“ (Sláma, 2011, s. 315). Členové multidisciplinárního pracovního týmu pomáhají pozůstalým s vyrovnáním se se smrtí blízké osoby. Pozůstalé osoby si mohou samy zvolit, jakým způsobem, formou, by si přáli svoji bolest, emoce a prožitky sdílet (korespondence, osobní návštěva, bohoslužba, setkání pozůstalých s pracovním týmem...) (Standardy, 2006). Většina pozůstalých osob zvládne mobilizovat své síly a dokáže se s danou situací v průběhu několika měsíců vyrovnat (Sláma, 2011) (hovoříme zhruba o dvou třetinách pozůstalých (Svatošová, 1998)). Někteří pozůstalí však potřebují k vyrovnání

se se ztrátou svých bližních intervenci zdravotnických profesionálů (jedná se zhruba o jednu třetinu rodin). „U části pozůstalých dochází k tzv. komplikovanému truchlení, které se vyznačuje intenzivní a neobvykle dlouhou dobou smutku, pozdními komplikacemi typu deprese a manifestací některých psychosomatických poruch“ (Sláma, 2011, s. 315). Tým odborníků by měl pozůstalým pomoci přijmout a zpracovat ztrátu blízké osoby, měl by pozůstalým pomoci prožít svůj zármutek, ale také pomoci zadaptovat se ve světě bez zemřelého. Pozůstalí by se měli od zemřelé osoby za pomoci odborníků citově odpoutat, aby mohli investovat do dalších vztahů. Sláma (2011) mezi formy pomoci pozůstalým řadí individuální podporu a poradenství; za důležité považuje kontaktování pozůstalých osob asi měsíc nebo dva po smrti blízké osoby s pozváním na kávu, čaj; jednou z forem pomoci může být i odborná psychoterapie; dále vzpomínkové programy, setkání pozůstalých; bohoslužby za zemřelé, či anonymní podpora prostřednictvím telefonních krizových linek a internetu.

Poskytovatelé péče jsou otevření vůči všem zájemcům o paliativní péči a snaží se předávat své zkušenosti i pracovníkům nově vznikajících hospiců. Široká odborná i laická veřejnost (odborníci, studenti, zakladatelé, pracovníci a další zájemci o paliativní péči) může od poskytovatelů péče získat praktické dovednosti, informace a nové vědomosti při praxích, stážích, školeních, ale i exkurzích (Standardy, 2006).

*„Jste důležití, neboť jste tady. Jste důležití až do posledního okamžiku vašeho života, a my učiníme všechno, nejen abyste umírali v pokoji, nýbrž abyste mohli doposledka žít.“* (Student, 2006, s. 27-28)  
(Cicely Saundersová).

#### **4.2.2 Pracovní tým specializované paliativní péče**

„Hospicovou práci se všemi požadavky nemohou provádět pouze určití specialisté, nýbrž ta předpokládá spolupráci nejrůznějších odborníků a dobrovolníků. To znamená, že je možná pouze v týmu“ (Student, 2006, s. 51).

Tým paliativní péče musí být vždy multidisciplinární, musí společně soustředit své síly ke stejnému cíli, za který je považováno zmírňování celkového utrpení pacientů a kvalitní život nevléčitelně nemocných a jejich rodin (Marková, 2010). („Ošetřovatelský proces celého týmu je souborem kontinuálních činností, které jsou zaměřené na spokojenost klienta“ (Malkovská, 2007, s. 120). Vše, co vede ke zlepšení

kvality života pacienta, je žádoucí. Všichni členové týmu musí sledovat dobro pacienta (Svatošová, 1998)). Student (2006, s. 51-52) tento cíl doplňuje o vyhovění „fyziologickým, psychologickým, sociálním, spirituálním a ekonomickým potřebám pacientů (a jejich rodin) a schopnost čelit terminálnímu onemocnění a ztrátám“. Pouze v tomto týmu může být zachována důstojnost klientů hospice a mohou být řešeny všechny obtíže pacientů a jejich blízkých osob (Marková, 2010).

Pracovní tým specializované paliativní péče je tvořen pracovníky různých profesí a dobrovolných spolupracovníků. Klíčovými členy pracovního týmu, jak shrnuje tabulka 4 (Vorlíček, 2004, s. 27) jsou lékař, vedoucí lékař, zdravotní sestra a vrchní sestra (Standardy, 2006). Pro optimální personální složení týmu je však navíc nutná přítomnost dietní sestry, ošetřovatelky, psychologa nebo psychoterapeuta, sociálního pracovníka, rehabilitačního pracovníka a nemocničního kaplana (kněze, faráře nebo jiného vzdělaného teologa) (Haškovcová, 2000). Plnoprávními členy týmu jsou také pacient, jeho rodina a přátelé (Svatošová, 1998). Dalšími možnými pracovními pozicemi mohou být logoped, ergoterapeut, řidič dopravy nemocných. V případě hospice jako samostatného specializovaného zařízení musí být provoz zajištěn dalšími profesemi nezdravotnického personálu (Standardy, 2006). „Každý v týmu je stejně důležitý, nikdo nepocituje nějakou nadřazenost nebo podřazenost“ (Svatošová, 1998, s. 24).

lékaři různých specializací
zdravotní sestry
dietní sestra
sociální pracovník
rehabilitační pracovník
psycholog
psychiatr
duchovní
další pracovníci dle potřeby
členové rodiny
přátelé
dobrovolníci

**Tabulka 4: Složení multidisciplinárního týmu paliativní péče**

Lékař nemusí být stálým zaměstnancem hospice, může sloužit externě (pravidelné návštěvy, dojíždka na přivolání) (Malkovská, 2007). „V hospici pracují lékaři, kteří se střídají pouze v dopoledních směnách, odpoledne a v noci lékař v hospici není“ (Ulrichová, 2009, s. 102). Lékař funguje ve vzájemné spolupráci s hospicovým zdravotnickým personálem, kontroluje stav pacienta, poskytuje paliativní léčbu a léčí symptomy (Malkovská, 2007). Potřebné vzdělání lékařů je zpracováno ve Standardech hospicové paliativní péče (2006).

Požadavkem pro plnění funkce vrchní sestry je vyšší odborné a perspektivně vysokoškolské vzdělání, dále nejméně tříletá praxe v následné péči a absolvování předepsaných doškolovacích kurzů a vzdělávacích akcí v oblasti paliativní péče (Standardy, 2006). Vrchní sestra dohlíží a odpovídá za ošetrovatelskou a zdravotní činnost, zároveň ona sama podléhá kontrole. „Vrchní sestra v hospici provádí lékařskou anamnézu, stanovuje ošetrovatelskou diagnózu, plánuje a provádí ošetrovatelské zákroky a hodnotí celý proces“ (Malkovská, 2007, s. 120).

Jednou z náplní práce zdravotních sester je zaznamenávání si informací o psychickém a zdravotním stavu klientů (provádí vyšetření bio – psycho - sociálního stavu umírajícího). Dále se snaží o zvládnutí bolesti pacientů, o její lokalizaci a sledování doprovodných symptomů (Malkovská, 2007). Zdravotní sestra také sleduje, doporučuje a zajišťuje pitný a dietní režim klienta, stanovuje stupeň inkontinence, sleduje prokrvení a integritu kůže, ošetřuje poranění, provádí masáže, kontroluje průchodnost dýchacích cest. Sestra učí blízké osoby a rodinné příslušníky, jak mají poskytovat umírajícímu pomoc a péči. V neposlední řadě spočívá činnost zdravotních sester v seznamování blízkých osob umírajících s příznaky přibližující se smrti (Misconiová, 1999). Pro vykonávání této pozice je u zdravotních sester požadováno ukončené ošetrovatelské vzdělání (Standardy, 2006).

Dalšími členy týmu jsou ošetrovatelky, jejichž úkolem je provádět některé ošetrovatelské úkony (Malkovská, 2007). Dle Ulrichové (2009) mají sestry a ošetrovatelky v hospici největší zastoupení.

Dle Malkovské (2007) pomáhá psycholog a psychoterapeut svým klientům s vyrovnáním se s jejich stavem, snaží se jim poskytnout úlevu tím, že pacienty vyslechnou, odpoví jim na otázky, kterými se pacienti trápí a pohovoří s nimi.

„Sociální pracovníci jsou součástí každého hospicového týmu; jejich profesionální hodnoty, znalosti, dovednosti a praktické perspektivy umožňují vysoce kvalitní hospicovou péči“ (Student, 2006, s. 51). Sociální pracovník pomáhá pacientovi a jeho

rodině s formálními a administrativními záležitostmi, podílí se na interakci pacienta s rodinou, na interakci pacientů navzájem (Malkovská, 2007). Sociální pracovník je pro nemocné a jejich blízké psychickou a odbornou oporou, šetří sociální situaci umírajícího a připravuje individuální plán sociální péče a pomoci, zároveň v případě potřeby vyřizuje náhradní finanční zdroj pro pečovatele (např. příspěvek pro poskytování péče rodinnému příslušníkovi, či osobě blízké). Činnost sociálního pracovníka spočívá i v zajištění aktivit klienta – muzikoterapie, arteterapie, psaní dopisů, čtení knih. Sociální pracovník „snímá z rodiny a blízkých břemeno, které je spojeno se zajištěním pohřbu a dalšími náležitostmi, které je nutno vypořádat po úmrtí klienta“ (Misconiová, 1999, s. 88).

Duchovní je často externí pracovník, který své služby poskytuje buď pravidelně, nebo na požádání. „Poskytuje duchovní úlevu pacientům, kteří o tuto službu mají zájem“ (Malkovská, 2007, s. 121).

Nedílnou součástí týmu jsou dobrovolníci, kteří velmi často svým počtem převyšují samotný personál (Malkovská, 2007). Jedná se o velmi významné pomocníky, bez kterých by se hospic jen stěží obešel (Ulrichová, 2009). Práce v hospicích všude vznikla z iniciativy dobrovolníků a je na nich, jak již bylo řečeno, navzdory přibývajícím profesionalizaci, stále závislá (Student, 2006). Dle Studenta (2006, s. 53) právě „jim vděčíme za odtabuizování a nový způsob přístupu k umírání, smrti a smutku“. Dobrovolným pracovníkem se může stát každý (Haškovcová, 2000)! Ve většině případů se však jedná o lidi z města a okolí, bez zdravotnického vzdělání, kteří se pravidelně zapojují do činností, které jsou jim nejbližší (Ulrichová, 2009). Dobrovolníci jsou z řad různých profesí (ekonomové, filozofové, zdravotní sestry, duchovní...) a bývají pro práci v zařízení odborně vybírání, proškolení a vedení (Malkovská, 2007). „S dobrovolníky je uzavřena písemná smlouva o dobrovolnické činnosti (stanoveny pracovní kompetence), dohoda o mlčenlivosti a prohlášení o bezpečnosti práce“ (Standardy, 2006, s. 15). Jejich působení může být pravidelné nebo občasné (Malkovská, 2007). Ulrichová (2009, s. 102) následně dodává, že „dobrovolníci mají přesný rozpis služeb a nemohou přijít jen občas“. „Dobrovolníci působí zejména jako psychická, ale i fyzická opora pro klienty – tzv. „esence lásky“ (Misconiová, 1999, s. 88). Jejich činnost je charitativní, dobrovolná (za své služby nejsou honorováni) (Misconiová, 1999). Činnost dobrovolníků je velmi pestrá a spočívá v celé řadě činností (u lůžka nemocného, v budově hospice, mimo hospicové zařízení) (Haškovcová, 2000). „Dobrovolníci mohou nemocným zpříjemnit pobyt na lůžku osobním rozhovorem,

četbou nebo společným poslechem hudby“ (Haškovcová, 2000, s. 52). Kromě toho mohou podávat kávu, čaj, uvařit pudink, donést zákusek (Haškovcová, 2000). Jejich činnost může spočívat v procházkách s nemocným, v pomoci při jídle, zároveň i pomoci při přípravě jídla, kancelářských službách, administrativních záležitostech, nákupech (Malkovská, 2007). Dále služba na recepci, oprava a žehlení prádla, překlady, tlumočení a pomoc při organizaci setkávání s pozůstalými, kulturních, vzdělávacích a benefičních akcí (Standardy, 2006). Mezi dobrovolné pracovníky hospice spadají studenti, kteří v hospicích pravidelně stážují. Dle Ulrichové (2009, s. 102) „jejich přítomnost současně vede ke snížení syndromu vyhoření u stálých pracovníků“. Činnost studentů v hospici spočívá v komunikaci s pacienty, dále působí jako psychická a fyzická opora pro klienty a v neposlední řadě jsou dobrými signalizátory změn stavu ostatnímu personálu hospice (Ulrichová, 2009).

V prosinci 2013 jsem v rámci studia na Univerzitě Hradec Králové realizovala výzkumné šetření na téma Dobrovolnická činnost v hospicích v ČR, na základě kterého byli osloveni koordinátoři dobrovolníků jednotlivých lůžkových zařízení. Šetření bylo realizováno prostřednictvím ankety neboli průzkumu názorů dotazem. Výzkumného šetření se zúčastnilo osm z celkového počtu patnáct lůžkových hospiců v České republice. Průzkumem bylo zjištěno, že v každém z osmi lůžkových hospiců jsou součástí pracovního týmu dobrovolníci, jejichž počet činí v součtu 204 osob. Věkové složení jedinců účastnících se dobrovolnické činnosti v hospicích v ČR je od 18 do 51 let a více. Na otázku, jak často dobrovolníci do hospice docházejí, byla nejčastěji volena odpověď jedenkrát týdně, avšak ostatní varianty (jedenkrát za čtrnáct dní, jedenkrát měsíčně a zcela individuálně) také zazněly. V rámci svého působení v zařízení se dobrovolníci v jednom hospici nepodílí na péči o klienty, v jednom hospici dobrovolníci pečují vždy pouze o jednoho klienta, ve čtyřech hospicích dobrovolníci pečují o více klientů a ve dvou z osmi lůžkových hospiců, účastnících se šetření, se dobrovolníci spolupodílejí na péči jak o jednoho, tak o více klientů. Všichni klienti i zaměstnanci lůžkových hospiců reagují na přítomnost dobrovolníků kladně.

Každý pracovník specializované paliativní péče by měl splňovat několik předpokladů pro výkon své profese. Důležitá je zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost, motivace pro práci, profesionální, ale i lidský přístup k nemocným a jejich rodinám, schopnost týmové spolupráce, komunikace s pacienty, empatie, tolerance, schopnost pružně jednat v krizových situacích a umět přebírat odpovědnost. Důležitá je psychická stabilita a schopnost vyrovnávat se s úmrtím pacientů. Je potřebné, aby



se zaměstnanci účastnili supervizí, školení, vzdělávání, a aby se podíleli na zpracování dokumentace (Standardy, 2006). Malkovská (2007) tento výčet doplňuje o pozitivní myšlení, otevřený a nedirektivní přístup k nemocným, zdůrazňuje význam empatie. Každý pracovník by měl být vyrovnaný sám se sebou a měl by mít jasný svůj vztah k vykonávané práci (Malkovská, 2007). Dle Ulrichové (2009) je pro pracovníka v hospici důležité mít velké srdce, dokázat jít s nevléčitelně nemocným člověkem jeho finálním úsekem, který může být mnohdy dramatický. Pracovník hospice by měl být vždy vyrovnaný se svojí smrtelností, měl by se dokázat vcítit do bolesti druhých osob. V neposlední řadě by měli všichni pracovníci hospice „umět nacházet cesty k lidem v pěkném vztahu a hlavně by je měli mít rádi. Nestačí být „jen“ dobrým lékařem, zdravotní sestrou či ošetřovatelem, je nutné umět s lidmi komunikovat, objevit v nich jejich jedinečnost, pomoci jim ke smíření a následně k důstojné smrti“ (Ulrichová, 2009, s. 102). Pro danou pracovní pozici by měli všichni členové týmu mít odpovídající kvalifikaci, zkušenosti a kompetence (Standardy, 2006). Student (2006, s. 52-53) dodává, že „žádné studium a žádné povolání nepřipravuje člověka na to, aby se vyrovnal s vlastním umíráním a umíráním jiných lidí“. Pracovníci, kteří poskytují hospicovou paliativní péči, jsou školeni a připravováni pro výkon činnosti v rámci seminárních školení, kursů, případně studijních pobytů (Misoniová, 1999).

Jednosemestrální seminář Paliativní medicína je povinně vyučován pouze na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně, na ostatních lékařských fakultách je téma paliativní péče zastoupeno pouze v rámci ostatních předmětů (Strategie, 2011 - 2015). V roce 2004 vznikl samostatný specializační lékařský obor s názvem Paliativní medicína a léčba bolesti, jehož existenci uznává zákon č. 95/2004 Sb., na který se v současnosti specializuje Subkatedra paliativní medicíny a příslušné katedry IPVZ Praha (Standardy, 2006). V roce 2008 byla založena „Česká společnost paliativní medicíny v rámci České Lékařské Společnosti Jana Evangelisty Purkyně, jejím cílem je vzdělávání v paliativní péči, stanovení standardů kvality a koncepční rozvoj oboru“ (Strategie, 2011 – 2015, s. 11). „V rámci projektu Paliativní péče v ČR byl připraven ucelený návrh vzdělávacích programů pro pregraduální a postgraduální přípravu lékařů (více o tomto návrhu viz Standardy, 2006).

Hlavním cílem vzdělávání v paliativní péči je zlepšení medicínské a ošetrovatelské péče o pacienty s onkologickým onemocněním (tato skupina osob tvoří podstatnou část klientů, kterým je paliativní péče poskytována). „Dílčí cíle vycházejí ze zjištění nedostatků a rezerv, které zdravotníci mají v oblasti profesionálního chování

k nemocným, kteří potřebují paliativní péči“ (Vorlíček, 2004, s. 521). S jednotlivými cíli vzdělávání v paliativní péči souvisí i jeho obsah. V ČR systematické vzdělávání v paliativní péči teprve začíná. I přesto musí pre- i postgraduální vzdělávání v paliativní péči postihovat oblast kognitivní, psychomotorickou a afektivní, na které je optimální vzdělávací proces zaměřen. Co se týká teoretických znalostí v paliativní péči, mělo by být vzdělávání zaměřeno na znalosti medicínsko-ošetrovateľské, znalosti psychosociální, znalosti z oblasti organizace a financování paliativní péče a na získávání postojů a osvojování nových forem profesionálního chování. Metodami používanými při vzdělávání v paliativní péči jsou samostudium, přednášky/lekce, studium kazuistik, dále rozhovor, instrukce, demonstrace, audiovizuální pomůcky a programy, ale i diskuse, debaty, hraní rolí, psychohry a psychodrama (sociodrama) (Vorlíček, 2004).

#### **4.2.3 Struktura, proces, plán a náplň specializované paliativní péče**

O možnostech využití komplexní hospicové péče informuje pacienta a jeho blízké ošetroující lékař, který pacientovi zároveň nabídne i nejvhodnější formu péče ve svém regionu. „Pro výběr vhodné péče je možné využít registr poskytovatelů specializované paliativní péče spravovaný Asociací poskytovatelů hospicové a paliativní péče, jenž kromě informací o jednotlivých zařízeních monitoruje aktuální volnou kapacitu jednotlivých zařízení“ (Standardy, 2006, s. 7). Ošetroující lékař vyplní žádost o poskytování péče, poté tým jednotky specializované paliativní péče posoudí, zda žadatel splňuje kritéria pro přijetí (Standardy, 2006). „O tom, zda bude nemocný přijat na hospicové lůžko, nebo se o něho lze postarat ve stacionáři či doma, rozhoduje zásadně hospicový lékař“ (Svatošová, 2011, s. 122). Po zvážení zdravotní indikace pacienta a možností hospice může být samotné zahájení péče buď okamžité, nebo do několika dní. Při přijímání klientů jsou upřednostňováni ti, u nichž lze předpokládat, že jejich nemoc v blízké době povede ke smrti (Svatošová, 2011). Hovoříme o lidech, jejichž výhled na dožití je v řádu týdnů nebo několik málo měsíců (Student, 2006). „Jedná se o nevy léčitelně nemocného, jehož pokročilé onemocnění negativně interferuje s kvalitou života, a to ve všech rovinách – biologické, sociální, psychologické i spirituální – nebo některé z nich“ (Standardy, 2006).

Student (2006) vyzdvihuje tři kritéria, která musí být současně splněna pro přijetí nemocného do hospicové péče. Prvním kritériem je: pacient musí trpět jedním z těchto

onemocnění: infekční onemocnění AIDS; onkologickým onemocněním s metastázami, pokročilými i po léčbě; konečným stavem chronického onemocnění jater, srdce, ledvin nebo plic; onemocněním nervového systému s pokračujícím ochrnutím. Zadruhé „lze již určit konkrétní, individuální příčinu smrti (např. selhání ledvin, srdce, dýchání, již nevyléčitelná otrava krve)“ (Student, 2006, s. 41). Zatřetí musí pacient, jeho blízcí, případně i ošetřující lékař schvalovat princip hospicové péče, musí souhlasit s tím, že se zacházení s klientem bude soustřeďovat na zmírňování obtíží (pacientovy nebude proti jeho vůli podáváno umělé dýchání, výživa ani trvalá infuzní léčba) (Student, 2006).

Spolupráce mezi zájemcem o péči a jejím poskytovatelem, probíhá podle standardizovaného schématu, který se skládá z několika kroků. Nejprve dochází při osobním nebo telefonickém rozhovoru k objasnění situace pacienta a jeho blízkých (potřeby a představy o péči). Poté jsou formulovány možnosti a limity nabízené péče. Dalším krokem schématu je informování zájemců o péči o dalších možnostech (například ostatní typy specializované paliativní péče, pečovatelské a ambulantní agentury...) a pomoc při koordinaci jejich služeb. Posléze navštíví zástupce pracovního týmu pacienta anebo zájemce o péči pouze obdrží žádost o přijetí. V rámci spolupráce dochází k navázání kontaktu zástupce pracovního týmu spolu s ošetřujícím lékařem nemocného. Mezi další klíčové kroky standardizovaného schématu patří zjištění informací o sociálním a zdravotním stavu pacienta, možnost poskytování péče ze strany blízkých osob pacienta a jejich následná dokumentace. Zjišťují se i informace o pacientových očekáváních (cíle péče, preferované místo a druh péče, ale i porozumění nemoci a její prognóze). Pokud pacient splňuje kritéria k přijetí, následuje rozhodnutí o zahájení poskytování péče, uzavření smlouvy (informace v ní musí být srozumitelné a musí odpovídat možnostem zájemce o péči) a zpracování plánu péče. Plán péče „vychází z celkového zhodnocení stavu, schopností a preferencí pacienta a jeho blízkých osob“ (Standardy, 2006, s. 9). Specializovaný tým paliativní péče poskytuje klientovi a jeho blízkým služby podle daného plánu, plán pravidelně kontroluje, přehodnocuje a projednává, aby odpovídal potřebám pacienta a jeho rodině. I ukončení poskytované péče probíhá podle standardizovaného schématu. Pokud je klient přeložen do jiného zařízení, předá dosavadní poskytovatel specializované paliativní péče veškerou dokumentaci a zkušenosti dalším poskytovatelům péče. Interdisciplinární pracovní tým poté zpětně zhodnotí poskytovanou péči (výsledky se užívají ke zkvalitňování poskytované péče) (Standardy, 2006).

Léčba a péče poskytována v rámci specializované paliativní péče má interdisciplinární charakter. Všechna opatření (ošetřovatelská, léčebná, diagnostická) jsou doporučena s ohledem na jejich dopad na kvalitu života jak pacienta, tak jeho blízkých osob. Veškerá „péče postupuje v souladu s nejnovějšími poznatky a metodami, péče se řídí danými standardy kvality a bezpečnosti léčebných a ošetřovatelských postupů, jež vydávají odborné lékařské společnosti“ (Standardy, 2006, s. 10). Léčebné i ošetřovatelské postupy jsou vždy individuálně přizpůsobeny potřebám klienta (Standardy, 2006). O tom, jakou představu mají samotní klienti o pojmu „laskavá péče“ řekl klient hospice krátce před svou smrtí toto:

„Když ke mně přijdete přesto, že víte, co všichni víme – že umírám.

Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profesu, které selhaly v zajištění mého uzdravení.

Když ke mně přijdete a věříte ve mně, uzdravení – neuzdravení.

Když se mnou trávíte čas, ačkoliv vám to nemohu vrátit.

Když mě berete jako individualitu.

Když si vzpomenete na maličkosti, které mi jsou milé, když vzpomenete i na mé blízké.

Když se zajímáte i o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti.

Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mě jako na osobu.

Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu.

Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce.

Tím se ve vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až přijde“ (Svatošová, 2011, s. 21-22).

Z těchto vět vyplývá, že v péči poskytované klientům hrají roli nejenom odbornost personálu, dovednosti, zručnost a užívané techniky práce. Důležité je, aby byla péče o klienty specializované paliativní péče spojena s láskou. Podle mého názoru je přáním každého pracovníka v dané oblasti, aby jejich klienti vnímali péči o ně a jejich blízké stejně tak, jak uvádí pacient výše.

#### **4.2.4 Prostředí, věcné a technické vybavení pro poskytování specializované paliativní péče**

Prostředí pro poskytování specializované paliativní péče by mělo pracovnímu týmu poskytovat možnost k navázání prvních i následujících kontaktů s klienty, jejich blízkými a pozůstalými. Prostředí by mělo být dostupné, mělo by působit vlídným

dojmem, mělo by být uzpůsobené k poskytování péče (v oblasti zdravotní, sociální, psychologické, duchovní), léčby a dalších služeb. Zároveň by mělo zajišťovat soukromí, bezpečí a pohodlí. Podrobným popisem prostředí budovy hospice se zabývá kapitola 3.4. Návštěvy u pacientů ve specializovaných zařízeních paliativní péče jsou možné 24 hodin denně, proto se pro blízké osoby nabízí možnost přenocování u pacientů. Aby měli nemocní zajištěné pohodlí a aby se cítili příjemně, je jim umožněno mít své vlastní oblečení, používat své jídelní nádobí atp. Prostředí, ve kterém nemocný tráví svůj čas, by mělo být vybaveno vhodným nábytkem (technické a věcné vybavení odpovídá specifickým potřebám jednotlivých typů péče) a jeho součástí by mělo být i polohovací lůžko, samostatná koupelna a WC. Prostředí specializované paliativní péče by mělo pracovnímu týmu umožnit reagovat na aktuální zdravotní stav pacienta (poskytnutí léčebných procedur, ošetrovatelské péče, podporu dýchání, odstraňování sekretů, zajištění osobní hygieny apod.), pomocí signalizačního zařízení by měl být umožněn nepřetržitý kontakt týmu s pacienty. Dle standardů hospicové paliativní péče (2006) by mělo být v daném prostředí pracovnímu týmu umožněno se setkávat, vést telefonické konzultace, vyřizovat administrativní práce a skladovat dokumentaci. Prostředí musí splňovat podmínky pro skladování léků, zdravotnického materiálu, pro skladování opiátů a zdravotnických pomůcek. „Druh a množství pomůcek a přístrojů pro specializovanou paliativní péči jsou odvislé od počtu pacientů a jejich diagnózy“ (Standardy, 2006, s. 18). Veškeré pomůcky a přístroje v zařízení by měly být pravidelně revidovány a udržovány (přehled základních pomůcek a přístrojů pro poskytování specializované paliativní péče viz příloha G). Pracovníci, kteří mají k užívání přístrojů oprávnění, by měli být seznámeni se způsobem jejich obsluhy (Standardy, 2006).

#### **4.2.5 Aspekty jednotlivých druhů péče o terminálně nemocné a umírající**

Většina autorů a publikací (Misconiová, 1999; Svatošová, 2011; Vorlíček, 2004; Standardy, 2006; Malkovská, 2007; Svatošová, 2012; a další) píšících o potřebách nevyлéčitelně nemocných a umírajících osob hovoří o čtyřech okruzích potřeb – biologických, psychologických, sociálních a spirituálních. Tyto potřeby jsou odvozeny z definice zdraví, která říká „že jde o plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka“ (Svatošová, 2012, s. 21). Jiný názor na toto dělení zastává Marková (2010, s. 64), a to z důvodu, že již zmíněné dělení potřeb „naznačuje, že člověka lze nějak dělit, a svádí to k tomu, nepojímat ho jako celistvou plně integrovanou bytost“.

Marková (2010) pojímá potřeby pacientů a jejich blízkých v paliativní péči v celé jejich šíři. V rámci potřeb nevyčísitelně nemocných, umírajících osob a jejich blízkých zmiňuje tyto potřeby: potřeba zůstat sám sebou; potřeba cítit se žensky/mužně; potřeba splnit svůj úkol; potřeba rozhodovat o sobě; potřeba plakat, potřeba se smát; potřeba mít pravdivé informace; potřeba být rodinou; potřeba jistoty a bezpečí; potřeba emoční podpory; potřeba smíření; potřeba rozloučit se; potřeba rituálů; potřeba uzavřít svůj život; potřeba najít smysl; potřeba vděčnosti; potřeba odpuštění; potřeba lásky; potřeba naděje; potřeba transcendence.

Z důvodu, že se většina autorů přiklání k prvnímu způsobu dělení potřeb pacientů v paliativní péči, bude i zde toto dělení blížeji rozpracováno.

Péče orientovaná na biologické potřeby umírajících vychází ze základních biologických potřeb každého člověka (Svatošová, 2011). Tyto potřeby musí být nezbytně uspokojovány, neboť se jedná o potřeby primární (Malkovská, 2007). Do těchto potřeb zahrnujeme vše, co potřebuje nemocné tělo, tudíž příjem potravy, vyprazdňování, dýchání, pohyb, případně odstranění nemocného orgánu a užití ozařování, chemoterapie nebo hormonální léčby (Svatošová, 2011), (Svatošová, 2012). Standardy hospicové paliativní péče uvádí šest oblastí, na které se péče u pacienta zaměřuje. Jedná se o péči o pokožku; o vyprazdňování; o pitný režim; péči o dýchací cesty a dutinu ústní; o prevenci proleženin a polohování; o nutriční péči a poradenství v otázkách příjmu potravy (Standardy, 2006). Jednotlivé oblasti, jejich cíle a možná rizika blížeji rozpracovává Misconiová (1999). Potřeby každého člověka jsou individuální a proměnné. „Jsou podmíněny sociálním prostředím, kulturou, intelektem, vzděláním, věkem či stavem člověka. Jsou dány ideální představou každého z nás o kvalitě našeho života“ (Misconiová, 1999, s. 71). Při postupném zhoršování stavu pacienta dochází k omezení soběstačnosti a k jeho větší, či menší závislosti na druhých osobách při uspokojování základních potřeb (Misconiová, 1999).

Aby mohly být potřeby terminálně nemocných a umírajících identifikované, je třeba, aby personál sbíral informace a data o základních potřebách těchto osob. Na základě těchto informací personál vytvoří krátkodobé a dlouhodobé plány. Plány obsahují formy aplikovaných metod a jednotlivé dílčí intervence péče a pomoci (Misconiová, 1999).

„Odborná péče usiluje o udržení maximální mobility a funkční kapacity pacientů s ohledem na jejich přání a prevenci bolestivých stavů“ (Standardy, 2006, s. 19). V péči o pacienty je využíváno farmakologických, nefarmakologických, doplňkových

a podpůrných terapií. V rámci péče jsou nejčastěji sledovány a tlumeny projevy, jako je nauzea, zvracení, bolest, nespavost, zácpa, úzkosti, deprese, slabost a vyčerpání, zmatenost a jiné psychické symptomy, dechová nedostatečnost a různá funkční omezení (Standardy, 2006).

„O většinu biologických potřeb, včetně tlášení bolesti, bývá dobře a odborně postaráno v nemocnici, ale nemusí tomu tak být vždycky“ (Svatošová, 2011, s. 19).

Psychologické aspekty péče se zaměřují na poskytování přiměřené podpory pacientům, jejich blízkým, pozůstalým a v neposlední řadě všem členům pracovního týmu (Standardy, 2006). Mezi nejdůležitější psychologické potřeby v péči o terminálně nemocné a umírající patří potřeba respektování lidské důstojnosti (nezávisle na tělesném stavu jedince), významná je potřeba komunikace jedince s okolím, dále pocit bezpečí, důležité je nemocnému nelhat (Svatošová, 2012). Poslední zásadou je „říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet, a jen tehdy, kdy to chce slyšet“ (Svatošová, 2011, s. 20).

U sledovaných osob je dle Standardů (2006, s. 19-20) pravidelně sledováno, hodnoceno a dokumentováno těchto osm oblastí: „zhodnocení potřeby poskytované péče; psychologické reakce (včetně stresu a obav z budoucnosti) a psychiatrické jevy (včetně depresí, úzkostí, delirií a kognitivních poruch); úroveň porozumění nemoci, symptomům a vedlejším účinkům léčby; způsob, jakým chápou onemocnění a jeho dopad na pacienta a jeho okolí; strategie vyrovnávání se s tíživou životní situací; hlavní potřeby blízkých osob pacienta a zhodnocení jejich schopností poskytnout potřebnou péči a vyrovnat se s novou situací; posouzení rizik žalu nebo pocitu ztráty u pacientů a jejich blízkých osob; kulturní a duchovní potřeby pacienta a jeho blízkých osob, jejich očekávání a preference“ (Standardy, 2006, s. 19-20).

Na léčbě se podílí odborníci se znalostmi v oblasti diagnostiky, prevence, psychologické pomoci a odborné psychiatrické péče, užívány jsou farmakologické, nefarmakologické a doplňkové terapie (Standardy, 2006). Služby poskytované v rámci psychologické péče jsou považovány za klíčový prvek programů paliativní péče (Standardy, 2006). Psychický stav nemocného jedince má totiž vliv na jeho fyzické zdraví (Malkovská, 2007).

Sociální aspekty péče spočívají ve snížení nepříznivého dopadu obtížné životní situace na pacienta a jeho okolí. Specializovaná paliativní péče se zabývá zhodnocením a následným zdokumentováním sociální problematiky pacienta a jeho rodiny, která zahrnuje informace týkající se rodinného zázemí klienta, komunikačních omezení,

financí, případnou dostupností potřebného vybavení pro domácí hospicovou péči, ale i možností pacientovy dopravy do jiných zařízení. Péče se dále zabývá řešením praktických sociálních problémů, které vznikly v souvislosti s onemocněním (služby notáře, důchodové zabezpečení apod.). Interdisciplinární tým se pravidelně schází s pacientem a jeho rodinou, se kterými řeší otázky týkající se paliativní péče, poskytuje informace, pomáhá s rozhodováním, dále zjišťuje přání, naděje, preference a obavy pacienta a jeho blízkých. Pracovní tým poskytuje klientům emocionální podporu a zlepšuje vzájemnou komunikaci (Standardy, 2006). Člověk je společenský tvor, proto můžeme mezi hlavní sociální potřeby zařadit potřebu návštěv, které si pacienti mají právo sami usměrňovat (Svatošová, 2011). Dále sem řadíme potřeby citové a potřeby sebeúcty (Malkovská, 2007).

„Interdisciplinární tým specializované paliativní péče poskytuje pacientům a jejich rodinám podporu v řešení duchovních a existenciálních otázek kladených v souvislosti s pokročilým nevléčitelným onemocněním“ (Standardy, 2006, s. 20). Hovoříme tedy o spirituálních potřebách pacientů, o duchovních a existenciálních aspektech péče, kterými se až donedávné doby nikdo nezabýval, i v dnešní době najdeme mezi zdravotníky názory o tom, „že jde o jakési uspokojování potřeb věřících“ (Svatošová, 2011, s. 21). Dle Svatošové (2011) se však každý těžce nemocný člověk zabývá otázkami po smyslu vlastního života, každý potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a sám má potřebu odpouštět. Každý člověk chce opustit tento svět s vědomím, že měl jeho život smysl.

Pracovní tým je složen z odborníků, kteří hodnotí a citlivě reagují na duchovní a existenciální otázky spojené s život ohrožujícím onemocněním, poskytovatelé paliativní péče umožňují pacientům a jejich rodinám kontakt s duchovními jejich náboženské víry (příp. náboženské komunity), je respektován hodnotový systém a náboženské přesvědčení pacientů, tým také pomáhá se zajištěním náboženských a duchovních rituálů dle přání pacientů. „Používání náboženských symbolů ve vybavení lůžkových zařízení bere ohled na kulturní a náboženské rozdíly mezi církvemi různých vyznání a též na požadavky osob bez vyznání“ (Standardy, 2006, s. 20). „Obecně lze říci, že člověk s pevnou vírou prochází všemi fázemi reakce na umírání jako nevěřící, ale většinou rychleji a s menším rozrušením, než člověk bez víry“ (Misconiová, 1999, s. 70).

Orientační výčet potřeb podle jednotlivých okruhů nabízí Malkovská (2007, s. 20) viz tabulka 5.



Fyziologické	Sociální	Psychické	Duchovní
spánek	citové potřeby	bezpečí	potřeba lásky
strava	potřeby sebeúcty	lidská důstojnost	hledání smyslu
vylučování	potřeba nezůstat	být respektován	života
hygiena	sám	autonomie	event. náboženské
pohyb		potřeba klidu	potřeby
dýchání		informovanost	potřeba klidu
dotek			usmíření
mírnění bolesti			strach ze smrti
		seberealizace	
		estetické potřeby	

**Tabulka 5: Orientační výčet potřeb podle jednotlivých okruhů**

Standardy hospicové paliativní péče (2006) se zabývají i právními a etickými aspekty péče o terminálně nemocné a umírající jedince. Specializovaná paliativní péče je poskytována „v souladu s profesními etickými kodexy a národními a mezinárodními úmluvami o právech pacientů“ (Standardy, 2006, s. 22). Rozhodnutí, preference a záměry pacienta jsou respektovány a tvoří vždy základ plánu péče. Plán péče vypracovává interdisciplinární tým a vychází z přání pacienta, jeho rodiny, či opatrovníka. Péči poskytuje tým obeznámený s etickou a právní problematikou lékařského rozhodování (Standardy, 2006).

### 4.3 Umírání a paliativní péče v České republice

V některých státech jako je například USA, Anglie, Rakousko mají značné praktické zkušenosti s hospicovým programem. V jiných zemích je situace o něco složitější, například v Německu, kde je sice hospicové poradenství poměrně rozsáhlé, ale samotných hospicových budov je nedostatek (podobná situace ve Francii je vyvážena existencí jednotek léčby bolesti) (Haškovcová, 2000).

Dle Haškovcové (2000) na tom není Česká republika ve srovnání s jinými zeměmi výrazně špatně. I přes zdráhavější počátek se u nás hospicové hnutí čím dál víc prosazuje (Student, 2006). V posledních letech zde došlo ke zlepšení podmínek jak pro zdravotnický personál, tak pro samotné pacienty. Příkladem může být zrušení striktního dodržování návštěv ve zdravotnických zařízeních, které bylo povoleno vždy

pouze ve středu a v neděli od 14 do 16 hodin. Nikdo dnes nebrání přístupu duchovních do zdravotnických zařízení, ba naopak v posledních letech dochází k zařazení kaplanů do pracovních týmů (je prokázáno, že přítomnost duchovního v hospici prokazatelně oddaluje nástup syndromu vyhoření u ostatních zaměstnanců daného zařízení). V leckterých zařízeních dochází ke zřizování kaplí, nebo jen útulných míst k tichému rozjímání (Svatošová, 2012). „V současné době je vyvíjena ze strany zdravotních pojišťoven a managementů nemocnic velká snaha o zlepšení kvality a efektivity léčby a péče o nemocné, oblast paliativní medicíny nevyjímaje“ (Vorlíček, 2004, s. 28). Dochází k zavádění hodnocení kvality, jsou vypracovávány standardy, prováděny audity, udělovány akreditace pro zlepšení medicínské a ekonomické úrovně zdravotnictví v ČR. V neposlední řadě se také hledají optimální formy a modely úhrady jednotlivých druhů péče (Vorlíček, 2004).

„Navzdory pozitivním změnám v posledním desetiletí se velké většině umírajících v naší zemi stále nedostává odpovídající péče. Závěr života mnohých z nás je tak zbytečně provázen bolestí, osamělostí, ztrátou důstojnosti a dalšími formami utrpení, jímž by bylo možné předejít“ (Kalvach, 2004, s. 7).

S pozitivním rozvojem hospicového hnutí v České republice tak souvisí i některé bariéry a blokády, se kterými se hospicové hnutí potýká.

Dle Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015 není péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby v ČR v některých zcela základních aspektech na dobré úrovni. S tímto výrokem souhlasí i Kalvach (2004, s. 98), který na základě výsledků projektu Podpora rozvoje paliativní péče v ČR tvrdí, že je „úroveň péče o umírající v naší zemi navzdory úsilí mnohých zdravotníků a pracovníků v sociální sféře alarmující“ a potýká se se závažnými nedostatky.

„O to víc je smutné, že hospice nejsou zcela využívány a jejich kapacita ve většině případů není zcela naplněna (r. 2008). Řada potřebných o hospicích neví, jiní mají zkreslené představy, další se bojí“ (Huneš, 2008, s. 12). U zdravotnických pracovníků se potýkáme s neznalostí, neinformovaností, předsudky. Mnoho lékařů neumí včas a vhodně nabídnout nevléčitelně nemocným a umírajícím jedincům hospicovou péči, jiní nechtějí. Na základě toho dochází k tomu, že řada pacientů přichází do hospice pozdě a řada se do nich nedostane vůbec. Mnoho umírajících osob tak trpí doma nebo na nevhodných lůžkách (např. LDN) (Huneš, 2008).

Výsledky dvouletého projektu s názvem Podpora rozvoje paliativní péče v ČR shrnují situaci umírání a paliativní péče v ČR a upozorňují na tato fakta. Každý rok

dochází v ČR k úmrtí desítek tisíc chronicky nemocných osob, jejichž konečná fáze života je provázena tělesnými i duševními obtížemi. Poslední období života pak tyto lidé tráví ve zdravotnických a sociálních zařízeních, kde o ně pečují profesionálové, kteří přiznávají, že jsou jejich dovednosti a znalosti v péči o nevléčitelně nemocné a umírající nedostatečné. Výsledky výzkumu veřejného mínění, které bylo v rámci projektu realizováno, zjistily nespokojenost veřejnosti se současným stavem péče o umírající. „Zdravotníci hodnotí kvalitu péče o terminálně nemocné a umírající ještě kritičtěji než veřejnost“ (Kalvach, 2004, s. 98). Velká část umírajících osob v ČR trpí nedostatečně mírněnou bolestí, péče o jejich psychické utrpení a sociální vazby je hodnocena jako nedostatečná. „Kontinuita a koordinace péče je často velmi nedokonalá“ (Kalvach, 2004, s. 97). Dobrou úroveň nevykazuje ani komunikace mezi lékaři a pacienty, dle výsledků projektu je účast pacienta a jeho blízkých příbuzných na důležitých rozhodnutích o léčbě spíše výjimkou. Specializovaná moderní paliativní péče hospicového typu je dostupná pouze 1% všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob v ČR. Za předpokladu, že se rodina rozhodne o terminálně nemocnou osobu starat doma, podstupuje riziko náročného procesu, často bez podpory zdravotníků. „Žádná součást systému zdravotní a sociální péče nevěnuje systematickou pozornost pozůstalým (Kalvach, 2004, s. 97). Informovanost veřejnosti (odborné, laické) o paliativní péči je nedostatečná (Kalvach, 2004).

„Paliativní péče není všeobecně dostupná, proto si nemůžeme volit místo, kde chceme život končit. Nedostáváme potřebné a pravdivé informace o diagnóze a prognóze, pečující přátelé a příbuzní nevléčitelně nemocných nejsou povzbuzováni v tom, aby je doprovázeli, a chybí jim profesionální podpora“ (Strategie, 2011 – 2015, s. 3).

Jak vyplývá z dokumentu o standardech pediatrické paliativní péče v Evropě připraveného Řídícím výborem pracovní skupiny EAPC pro paliativní péči pro děti a dospívající (IMPACT), nejsou služby paliativní péče k dispozici v dostatečné míře ani dětem a jejich rodinám. Rodiny nemají k dispozici dostatečné komunitní zdroje, které by jim umožňovaly pečovat o svého potomka v domácím prostředí, neexistuje však dle Radbrucha (2010) ani dostatek služeb respitní péče.

Již proti samotnému požadavku hospicové práce navrátit umírání zpět do všedního života existuje ze strany společnosti velký odpor. Tento odpor je převážně spojen se strachem z konfrontace s utrpením a smrtí, se sociálním závazkem, ale i z finanční zátěží. Ostražitě jsou i instituce, které kalkulují s možnou ztrátou významu v případě,

dochází-li k úmrtí doma. „Největší bariéry však spočívají ve starosti z omezení osobní svobody a v pocitu nejistoty „normálního občana“ vůči této dosud vzdálené události, která bývala ze srozumitelných důvodů – v neposlední řadě v zájmu funkčnosti společnosti – přenechávána institucím“ (Student, 2006, s. 157).

Některé problémy, se kterými se péče o nevléčitelně nemocné a umírající v ČR potýká, jsou řešitelné v dlouhodobějším horizontu. Hovoříme zde o výchově a vzdělávání lékařů a ostatních členů multidisciplinárního týmu v paliativní péči a v komunikaci. Další současné problémy jako je adekvátní legislativní zakotvení chybných typů paliativní péče (např. domácí specializované paliativní péče), podpora pečujících blízkých pacienta do takové míry, aby bylo možné umírat doma, lze relativně rychle řešit v horizontu měsíců. Možnost kontinuálních návštěv v nemocnicích, v LDN u pacientů nacházejících se v terminálním stavu nevyžadují úpravu zákonů, ani finanční prostředky, je třeba je pouze pojmenovat a postarat se o jejich prosazení (Strategie, 2011 - 2015).

#### **4.4 Výhledy paliativní péče do budoucnosti**

„Požadavkem veškeré hospicové práce je integrování umírání a jeho navrácení do všedního života, zohlednění potřeb umírajících a truchlících lidí a vstřícný přístup, kde je to jen možné“ (Student, 2006, s. 155). To vše, spolu s respektováním přání zemřít doma, bez bolesti, nemuset zbytečně trpět, nezůstat opuštěn, platí celostně, tzn. pro sociální, tělesné a spirituální přání nevléčitelně nemocných a umírajících (Student, 2006).

Co tedy dělat pro zlepšení péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby v České republice?

Podle výsledků projektu Podpora rozvoje paliativní péče v ČR je pro zlepšení situace péče o nevléčitelně nemocné a umírající nutné vzdělávání zdravotníků a dalších pečujících profesí, působení na odbornou veřejnost především prostřednictvím lékařských společností, podpora inovativních místních projektů, sledování a vyhodnocování péče o terminálně nemocné a umírající, rozvoj domácí paliativní péče, využití osvědčených postupů ze zahraničí, ale i soustavná popularizace tématu péče o umírající (Kalvach, 2004).

Důležitými požadavky a výhledy do budoucnosti z pohledu hospicového hnutí jsou dále dle Studenta (2006) spolehlivé financování, plošné zaopatření a společenské uznání hospice a paliativní péče.

Mezi hlavní úkoly hospicového hnutí v České republice patří podle Vorlíčka (2004) zlepšení dostupnosti paliativní péče. V porovnání se světem, kde je hospic jen jednou z organizačních forem paliativní péče, je nutné, aby v ČR došlo k rozvinutí systému, jehož součástí budou „akutní jednotky paliativní péče v nemocnici, paliativní konziliární služba, denní stacionář, ambulance a lůžkový hospic mimo nemocnici“ (Vorlíček, 2004, s. 517) (situaci jednotlivých organizačních forem specializované paliativní péče k 1. 6. 2014 shrnuje kapitola 1.3.2.). Takový systém péče o nevléčitelně nemocné a umírající může zajistit intenzitu péče, která je přiměřená stavu pacienta a dále může nemocným zabezpečit plynulé přechody mezi jednotlivými složkami systému (Vorlíček, 2004).

Vorlíček (2004) v rámci výhledů paliativní péče do budoucnosti dále hovoří o systémovém vyřešení financování (nalézt vhodný model úhrady péče pro jednotlivé skupiny pacientů) a o vzdělávání a výchově nejen odborníků. Se vzděláním a doplňováním vzdělání vedoucích a brigádnických pracovníků v hospicové činnosti s Vorlíčkem (2004) souhlasí i Student (2006). Podle kterého je vzdělávací činnost v oblasti hospicové a paliativní péče velmi důležitá. „Hospicová práce znamená sdílení, tzn. předávání získaných znalostí“ (Student, 2006, s. 48). Dle Studenta (2006) by mělo další vzdělávání v seminářích pro veřejnost a v odborných seminářích pro pečující profese rozšiřovat hospicové poznatky. Školení pracovníků prostřednictvím reflexe a ovládnutí stresů je důležité k tomu, aby se předešlo zátěži. Jedinci se tak naučí reflektovat vlastní činy, ale i přiměřenému zacházení s úzkostmi (Student, 2006). Cíl a obsah školicích kurzů pro práci jedince v hospici rozpracovává Student (2006, s. 70) společně s pěti zásadami pro další vzdělávání doprovázejících osob (Student, 2006, s. 74). Vzdělávání odborníků by měly zajišťovat kompetentní školící pracoviště a odborné společnosti. Podle Vorlíčka (2004, s. 518) však „zbývá ještě velký kus práce při výchově celé společnosti ve vztahu k těžce nemocným a umírajícím“. Ačkoliv je změna postoje společnosti ke smrti práce na generace, snaží se o to edukační centra Ecce homo při hospicích prostřednictvím publikací, přednášek, konzultací a stáží (Vorlíček, 2004).

Mezi další úkoly hospice a paliativní péče Student (2006) zařazuje tzv. zaopatřovací úkoly (ve smyslu psychosociální péče, terapie zmírňující bolesti).

Práce v hospicích však vyžaduje více, z čehož vyplývají další úkoly spojené s odpovědností hospiců a paliativní péče za rozvoj nové kultury umírání.

Velký význam v podobě následujícího úkolu hospiců a paliativní péče přikládá Student (2006) pořádání besed s pacienty, jejich blízkými, přáteli, ale i s truchlícími a jinými institucemi (domovy s pečovatelskou službou, nemocnicemi). S čímž souvisí dle Haškovcové (2000) nutnost podstatným způsobem zlepšit osvětu v oblasti hospicové a paliativní péče v ČR. „Popularizace hospicových principů nepochybně přispěje k jejich začlenění do stávajícího systému péče (tedy do běžných nemocnic) i k zakládání dalších speciálních zařízení, tj. hospiců“ (Haškovcová, 2000, s. 63).

Další úkol hospicového hnutí se v budoucnu týká oblasti získávání poznatků, tedy výzkumu, kterým se míní systematizace praktických zkušeností. Díky výzkumům by mělo dojít „k hlubšímu poznání toho, co příznivě utváří život umírajících a obohacuje život pomáhajících“ (Student, 2006, s. 49). K tomuto způsobu výzkumu dále patří etická reflexe psychosociálního, pečovatelského a lékařského jednání (Student, 2006). Dle Payneové (2007, s. 453) „je třeba shromáždit další informace o tom, jaké typy paliativní péče se různé organizace snaží poskytovat, a také je třeba důkladně posoudit, zda se jim daří dostát cílům, které si vytyčily.

V neposlední řadě, jak mimo jiné poukázal výzkum veřejného mínění v rámci projektu Podpora rozvoje paliativní péče v ČR, je naléhavě potřeba zkvalitnit péči o umírající. Nezbytně nutná je i orientace na péči o umírající v jejich vlastním prostředí a ve spolupráci s jejich blízkými. Výsledky výzkumu dále poukázaly na naléhavou potřebu zásadním způsobem zlepšit péči o umírající osoby v sociálních a zdravotnických institucích (především v LDN, DD) (Kalvach, 2004).

Odstranit nedostatečný stav v péči o umírající osoby a jejich pečující rodiny, který v ČR přetrvává, má za cíl Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015, která stanovuje 4 základní pilíře (cíle) koncepce rozvoje paliativní péče. Mezi tyto pilíře řadí následující:

1. „prostřednictvím změn stávající legislativy upravit paliativní péči a péči o umírající a její dostupnost v České republice, včetně nového zákonného vymezení základních druhů paliativní péče, které by se měly na území České republiky koordinovaně rozvíjet;
2. podporovat rozvoj středoškolského, vyššího odborného a vysokoškolského pregraduálního a postgraduálního vzdělávání v oblasti paliativní péče;

3. podporovat rozvoj vědy v oblasti léčby závažných nemocí, jakož i systematického výzkumu při nalézání možností paliativní léčby a péče;
4. zvýšit informovanost veřejnosti o umírání a o způsobech důstojného odchodu ze života. Přiblížit veřejnosti cíle a funkci paliativní péče“ (Strategie, 2011 – 2015, s. 15-16).

„V úhrnu to znamená vytvářet novou kulturu umírání, která umožňuje člověku lépe žít i lépe umírat“ (Student, 2006, s. 161). Nová kultura umírání však neznamena pouhé navyšování počtu hospiců. Důležitější je, aby tato myšlenka zasáhla a proměnila další instituce, a to z toho důvodu velké pravděpodobnosti toho, že i nadále budou lidé umírat převážně v nemocnicích a domovech důchodců. Proto je důležité, aby právě zde zakotvila myšlenka hospice a hospicového jednání (Student, 2006).

Nejdůležitějším cílem hospicového hnutí do budoucna je „zajistit všem lidem bez rozdílu důstojný odchod ze života prostřednictvím zabezpečení nejlepší možné kvality péče o pacienty s pokročilým progresivním onemocněním a jejich rodin, a tedy zajistit, že přístup k takové lékařské a sociální péči, která je těmto požadavkům adekvátní, bude garantován“ (Strategie, 2011 – 2015, s. 4).

Je tedy nezbytné změnit v co nejbližší době současný stav, který nevyhovuje požadavkům a doporučením vyplývajícím z mezinárodních dokumentů, dosáhnout požadovaných změn v oblasti hospicové a paliativní péče cestou legislativních a jiných systémových opatření (Strategie, 2011 – 2015).

*„Opravdové štěstí závisí nejen na způsobu a stylu, kterým žijeme, ale také na způsobu, kterým umíráme.“ (Kupka, 2011, s. 97)*

*Mistr Kaisen*

## 5 Empirická část

### 5.1 Stanovení cílů a hypotéz výzkumného šetření

Hlavním cílem práce je na základě kvantitativního šetření pomocí metody dotazníku zjistit a následně porovnat kvalitu paliativní péče jednotlivých vybraných hospiců na území ČR.

#### Dílčí cíle

- Zjistit, co jednotlivé lůžkové hospice dělají pro propagaci svého zařízení a služeb, které nabízejí.
- Zjistit kapacitní vytíženost lůžek v jednotlivých hospicích v ČR.
- Zjistit, zda vybavení a povaha prostředí lůžkových hospiců odpovídá potřebám nevléčitelně nemocných a umírajících osob.
- Zjistit, zda u jednotlivých členů týmu v některém z oslovených lůžkových hospiců v ČR došlo za dobu jejich fungování k výskytu syndromu vyhoření.
- Zjistit, zda jednotlivé lůžkové hospice disponují Programem péče o pozůstalé a jaké služby v rámci tohoto programu nabízejí.

#### Stanovení hypotéz

- **H1 V lůžkových hospicích v České republice je poskytována kvalitní paliativní péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby.**

Podle Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015 není péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby v ČR v některých zcela základních aspektech na dobré úrovni. Dle Kalvacha (2004, s. 98) je „úroveň péče o umírající v naší zemi navzdory úsilí mnohých zdravotníků a pracovníků v sociální sféře alarmující“ a potýká se se závažnými nedostatky.

Z tohoto důvodu bych chtěla ověřit současnou situaci, neboť se i přes tento fakt domnívám, že je v lůžkových hospicích v ČR poskytována kvalitní paliativní péče, protože se jedná o specializovaná zařízení zaměřená právě na pomoc a podporu nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám.



- **H2 Pouze 30% lůžkových hospiců v ČR propaguje své zařízení a poskytované služby.**

Dle Huneše (2008, s. 12) „řada potřebných o hospicích neví, jiní mají zkreslené představy, další se bojí“. Na základě toho dochází k situaci, že řada pacientů přichází do hospice pozdě a řada se do nich nedostane vůbec (Huneš, 2008).

Z tohoto důvodu dospívám k názoru, že pouze 30% lůžkových hospiců v ČR propaguje své zařízení a poskytované služby.

- **H3 Lůžkové hospice v České republice nejsou z hlediska kapacity zcela naplněny.**

Podle Kalvacha (2004, s. 7) „navzdory pozitivním změnám v posledních desetiletích se velké většině umírajících v naší zemi stále nedostává odpovídající péče“.

Na základě tvrzení Huneše (2008), že nejsou lůžkové hospice v ČR zcela využívány a kapacita není ve většině případů naplněna, se domnívám, že tato situace je aktuální i pro rok 2013.

- **H4 Vybavení a povaha prostředí lůžkových hospiců odpovídá potřebám nevléčitelně nemocných a umírajících osob.**

Dle Studenta (2006) je hospic zařízení s příjemným prostředím, jehož interiér svým vybavením a uspořádáním připomíná klientům domov. Pod termínem „příjemné prostředí“ rozumí Malkovská (2007) prostředí, které je tzv. ušité jako kabát na potřeby nemocných klientů. Architektonické dílo by mělo sloužit potřebám uživatelů, prostory budovy by měly být jasně uspořádané a bezpečné, klientům by měly umožňovat plynulý pohyb a přirozené chování (Malkovská, 2007).

Na základě těchto informací předpokládám, že prostředí jednotlivých lůžkových hospiců v ČR je pro nevléčitelně nemocné a umírající osoby vhodně uzpůsobené.

- **H5 V lůžkových hospicích v České republice nebyl u jednotlivých členů týmu do roku 2013 zaznamenán případ výskytu syndromu vyhoření.**

Na základě skutečnosti, „že během dvou let provozu nebyl v prvním českém hospici zaznamenán ani jediný případ syndromu vyhoření“ (Vorlíček, 2004, s. 517), předpokládám, že na základě vhodně užívaných preventivních opatření nedošlo v žádném lůžkovém hospici po dobu jejich působení k výskytu burn-out syndromu.

➤ **H6 Lůžkové hospice v ČR nemají vypracován Program péče o pozůstalé.**

Pro toto tvrzení vycházím z faktu, že „žádná součást systému zdravotní a sociální péče nevěnuje systematickou pozornost pozůstalým“ (Kalvach, 2004, s. 97), tudíž se domnívám, že ani péče ze stran zaměstnanců lůžkových hospiců není adekvátní vůči potřebám pozůstalých osob.

## **5.2 Metodologie výzkumného šetření**

Pro realizaci výzkumného šetření byly použity kvalitativní metody pozorování a studium dokumentace.

Metodu pozorování vymezuje Gavora (2000, s. 76) jako „sledování činnosti lidí, záznam (registrace nebo popis) této činnosti, její analýzu a vyhodnocení“. Oproti tomu Chráska (2007, s. 151) definuje pozorování jako „sledování smyslově vnímatelných jevů, zejména chování osob, průběhu dějů aj.“.

Studium dokumentace je speciální metoda analýzy jakýchkoliv dokumentů, které nebyly vytvořeny za účelem našeho výzkumu. Jde o analýzu a hodnocení obsahu písemných textů, sociálních sítí, blogů (Gavora, 2000).

Dále byla v rámci výzkumného šetření použita kvantitativní metoda dotazník, která je dle Gavory (2000, s. 99) definována jako „způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí“. Jedná se tedy o „soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně“ (Chráska, 2007, s. 163).

### **Realizace pozorování**

V praktické části práce bylo pomocí metody pozorování realizováno kvalitativní výzkumné šetření, které sloužilo k upřesnění a kontrole použitých informací v teoretické části práce (v kapitolách 1.4 Podrobný popis budovy hospice, 1.5 Hospicová péče).

V rámci kvalitativního výzkumného šetření byla využita forma skrytého zúčastněného nestandardizovaného krátkodobého pozorování. V rámci něhož jsem byla jedním z aktérů procesů a jevů, které jsem pozorovala. Účastníci výzkumu nebyli informováni o průběhu výzkumného šetření. Samotné pozorování nemělo striktně danou formu a trvalo vždy zhruba dvě hodiny.

Pozorování bylo uskutečněno ve dvou vybraných lůžkových hospicích v České republice v rámci dnů otevřených dveří, a to v Hospici sv. Lazara v Plzni a v Hospici sv. Alžběty v Brně.

### **Realizace studia dokumentace**

V rámci kvalitativního výzkumného šetření byla použita metoda studia dokumentace, která spočívala v obsahové analýze webových stránek všech lůžkových hospiců v České republice.

Cílem této podrobné analýzy bylo shrnutí informací dostupných na webových stránkách jednotlivých lůžkových hospiců v ČR do přehledné tabulky (viz kapitola 5.3.1).

### **Konstrukce dotazníku**

Dotazník byl konstruován na základě informací získaných ze studia odborné literatury a na základě domluvy s vedoucím práce v červnu 2014.

Z důvodu potřeby získání podrobných dat zjišťujících kvalitu paliativní péče jednotlivých vybraných hospiců na území České republiky, byly zhotoveny dvě verze dotazníků. Jedna z verzí byla určena vrchním sestřím lůžkových hospiců a verze druhá byla určena do rukou ředitelů daných zařízení.

Dotazník pro vrchní sestry měl rozsah čtyř stran A4 (viz příloha H), dotazník pro ředitele lůžkových hospiců byl podrobnější a byl zpracován na devět stran A4 (viz příloha I).

Dotazník pro vrchní sestry byl sestaven z osmnácti otázek. Zvolena byla kombinace typů otázek uzavřených (otázky číslo 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15), polouzavřených (otázky číslo 3, 5, 16, 18) a otevřených (otázka číslo 17).

Dotazník pro ředitele lůžkových hospiců se skládal ze čtyřiceti jedné otázek. Stejně tak, jako v dotazníku pro vrchní sestry, byla zvolena kombinace typů otázek uzavřených (otázky číslo 3, 6, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 19, 22, 25, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 40), polouzavřených (otázky číslo 1, 4, 5, 7, 12, 13, 14, 15, 20, 21, 23, 26, 27, 28, 41) a otevřených (otázky číslo 2, 18, 24, 30, 37, 39).

Vyplnění dotazníku vrchním sestřím trvalo 15 - 20 minut, ředitelům lůžkových hospiců zabralo vyplnění dotazníku zhruba 40 minut (doba vyplnění byla individuální, dle pečlivosti a podrobnosti odpovědí).

Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit a následně porovnat kvalitu paliativní péče jednotlivých lůžkových hospiců na území České republiky.

## Místo šetření

V rámci výzkumného šetření jsem začátkem měsíce června 2014 kontaktovala patnáct lůžkových hospiců v České republice, kterým jsem odeslala žádost o možnosti provedení výzkumného šetření v jejich zařízeních (viz příloha J).

Přes opakované zasílání písemných žádostí a telefonických hovorů s provedením monitoringu souhlasilo 18 ředitelů a vrchních sester působících ve dvanácti lůžkových hospicích v České republice, z celkového počtu 30 oslovených osob působících v patnácti lůžkových hospicích v ČR.

Nadační fond Klíček byl po konzultaci s manželi Královcovými (vedoucími daného zařízení) z dotazníkového šetření vyloučen, a to z důvodu, že se jedná o dětský hospic, který v současné době funguje v relativně limitovaném režimu a výstavba tzv. ošetřovatelské jednotky, která umožní nabízet plné spektrum dětské hospicové péče, jej teprve čeká. Tudíž by byly odpovědi pro výzkumné šetření v porovnání s ostatními zúčastněnými zařízeními relevantní.

Výzkumného šetření se dále nezúčastnil Hospic sv. Jana N. Neumanna (pan ředitel PhDr. Robert Huneš účast na výzkumném šetření zdvořile odmítl z důvodu vytíženosti a přetíženosti v boji o přežití hospice) a Hospic Hvězda.

Empirické šetření bylo provedeno v těchto lůžkových hospicích v České republice:

- Hospic Anežky České
- Hospic Štrasburk
- Hospic sv. Lazara
- Hospic sv. Štěpána
- Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
- Hospic sv. Alžběty
- Hospic na Svatém Kopečku
- Hospic Citadela – Diakonie ČCE
- Hospic v Mostě
- Hospic sv. Lukáše
- Hospic Dobrého Pastýře
- Hospic Chrudim

Ředitelé a vrchní sestry těchto zařízení se v průběhu června a července 2014 zúčastnili výzkumného šetření na téma Poskytování paliativní péče v hospicích v České republice.

## Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvořilo 9 ředitelů a 9 vrchních sester.

Účast na výzkumném šetření odmítl ředitel Hospice Anežky České, pan Ing. Mgr. Miroslav Wajsar.

Účast na výzkumném šetření dále odmítla JUDr. Iva Horká (vedoucí Hospice sv. Alžběty), která pověřila vyplněním svého dotazníku vrchní sestru daného zařízení, která vyplnění dotazníku za vedoucí daného zařízení, odmítla.

Výzkumného šetření se nezúčastnil ředitel Hospice Chrudim pan MUDr. Jiří Košťál.

Z vrchních sester účast na výzkumném šetření odmítly paní Milada Schubertová (Hospic Štrasburk), paní Zdeňka Pixová (Hospic sv. Štěpána) a vrchní sestra z Hospice sv. Lukáše.

Výzkumný vzorek tvořilo 9 ředitelů a 9 vrchních sester z vybraných lůžkových hospiců v České republice:

- Ředitelka Hospice Štrasburk paní MUDr. Hana Šrámková
- Ředitel Hospice sv. Lazara pan Ing. Jakub Forejt
- Ředitelka Hospice sv. Štěpána paní Mgr. Monika Marková
- Ředitelka Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa paní Mgr. Jiřina Večeřová
- Ředitel Hospice na Svatém Kopečku pan Mgr. Jiří Borik
- Ředitelka Hospice Citadela – Diakonie ČCE paní Mgr. Květoslava Othová
- Ředitelka Hospice v Mostě paní Blanka Števicová
- Ředitel Hospice sv. Lukáše pan Ing. Jaroslav Doležal
- Ředitel Hospice Dobrého Pastýře pan Bc. Jiří Krejčí
- Vrchní sestra Hospice Anežky České paní Petra Nováková
- Vrchní sestra Hospice sv. Lazara
- Vrchní sestra Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
- Vrchní sestra Hospice sv. Alžběty paní Mgr. Michaela Kaňová
- Vrchní sestra Hospice na Svatém Kopečku paní Bc. Hana Dobešová
- Vrchní sestra Hospice Citadela – Diakonie ČCE paní Bc. Naděžda Matochová, DiS.
- Vrchní sestra Hospice v Mostě paní Bc. Jana Hanzlíková
- Vrchní sestra Hospice Dobrého Pastýře paní Vlasta Chaloupecká
- Vrchní sestra Hospice Chrudim paní Petra Jeníčková

## **Průběh výzkumného šetření**

Výzkumné šetření pomocí dotazníků probíhalo od 14. 6. 2014 do 23. 7. 2014. Dotazníky byly jednotlivým respondentům zaslány prostřednictvím e-mailu. Ředitelé i vrchní sestry lůžkových hospiců, kteří se šetření zúčastnili, byli předem poučeni o tom, čeho se empirické šetření týká a pro jaké účely slouží. Vyplněné verze dotazníků byly respondenty zasílány zpět týmž způsobem (na e-mail zpracovatele této diplomové práce) nebo v papírové podobě prostřednictvím České pošty (na adresu zpracovatele této diplomové práce).

Z důvodu nutnosti získat maximální počet spolupracujících respondentů byla plně respektována přání a požadavky zúčastněných lůžkových hospiců v ČR (prodloužení doby na vyplnění a navrácení dotazníku, osobní kontakt, seznámení s teoretickou částí práce, stáž).

I přes precizní přípravu dotazníků a konzultace s vybranými lůžkovými hospici k dané problematice empirického šetření, nedošlo v rámci zjišťování dat k navázání spolupráce a optimální domluvě se všemi řediteli a vrchními sestrami lůžkových hospiců v ČR.

I přesto se však v rámci kvantitativního výzkumného šetření podařilo získat data a informace z dvanácti lůžkových hospiců z celkového počtu 15, které se v České republice nacházejí.

Z celkového počtu 18 zúčastněných respondentů, bylo v rámci šetření získáno 18 vyplněných dotazníků. Návratnost dotazníků byla 100 %.

## **5.3 Analýza výsledků výzkumného šetření**

V rámci výzkumného šetření byla provedena analýza informací z webových stránek lůžkových hospiců v České republice, dále analýza dat získaných od vrchních sester lůžkových hospiců a v neposlední řadě také analýza dat získaných od ředitelů lůžkových hospiců v ČR.

### **5.3.1 Analýza informací z webových stránek lůžkových hospiců v ČR**

## ANALÝZA INFORMACÍ Z WEBOVÝCH STRÁNEK LŮŽKOVÝCH HOSPICIŮ V ČR

LŮŽKOVÝ HOSPIC	Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Anežky České	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic sv. Jana N. Neumanna	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Alžběty	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Hospic Chrudim	Hospic Hvězda	Nadační fond Klíček	
WEBOVÉ STRÁNKY	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	
ČLEN APHPP	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ne	Ne	Ne	Ano	
ZŘIZOVATEL	OS	OS	ČKCH	ČCE	ČKCH	OS	OS	ČKCH	O.P.S.	OS	OS	ČKCH	OS	OS	NF	
ŘEDITEL	Ing. Jakub Forejt	MUDr. Hana Štámková	Ing. Mgr. Miroslav Wajsar	Mgr. Květoslava Othová	Mgr. Jiří Borík	PhDr. Robert Huneš	Bc. Jiří Krejčí	Ing. Jaroslav Doležal	Blanka Števicová	JUDr. Iva Horká	Mgr. Monika Marková	Mgr. Jiřina Večeřová	MUDr. Jiří Košťál		Mgr. Markéta Královcová	
PROSTORY	Pokoje Lůžka		24 25	20 30	- 36	24 30	26 30	27 30	28 34	17 17	- 20	26 28	- 50	25 27	- 30	
	Jednolůžkové pokoje		23	14		18	22	24	22	17		24		23		
	Dvoulůžkové pokoje		1	4		6	4	3	6	Ne		2		2		
	Čtyřlůžkové pokoje		Ne	2		Ne	Ne	Ne	Ne	Ne		Ne		Ne		
	Cena pobytu pacienta/den	290	400		220	410					250	200	433 - 700	330	380	-
	Cena přistýlky/den	50	100		50	50	50	150		60	50	80	100 - 150			75
	Nelůžkové prostory		Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano		Ano	Ano	Ano	Ano	Ano		Ano
	Fotogalerie	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano		Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
SLUŽBY	Lékařské	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
	Sociální	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano		Ano	Ano	
	Psychologické	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano			Ano	
	Spirituální	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano			
	Právní		Ano							Ano	Ano					
	Etické	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
	Další (ergoterapie..)	Ano				Ano	Ano	Ano						Ano	Ano	Ano

	Speciální (kadeřník..)		Ano				Ano						Ano	Ano			
AKCE	Setkávání s pozůstalými	Ano		Ano			Ano	Ano					Ano	Ano		Ano	
HOSPICOVÁ PORADNA – PORADENSTVÍ				Ano			Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano			
TELEFONNÍ KRIZOVÁ LINKA								Ano		Ano				Ano			
EDUKAČNÍ CENTRUM	Exkurze			Ano				Ano					Ano	Ano		Ano	
	Stáže	Ano		Ano				Ano	Ano				Ano	Ano	Ano	Ano	
	Školení												Ano				
	Semináře							Ano	Ano						Ano	Ano	
	Kurzy			Ano				Ano	Ano	Ano			Ano	Ano			
	Besedy											Ano					
	Vzdělávací projekty							Ano	Ano				Ano	Ano		Ano	Ano
PŮJČOVNA POMŮCEK		Ano	Ano	Ano	Ano		Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano		Ano			
MOBILNÍ HOSPIC		Ano	Ne	Ano			Ano	Ano	Ano		Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
AMBULANCE PALIATIVNÍ MEDICÍNY				Ano				Ano					Ano				
INFORMACE PRO DOBROVOLNÍKY		Ano	Ano	Ano	Ano	Ano		Ano	Ano		Ano	Ano	Ano	Ano			



Lůžkový hospic pro dospělé klienty



Lůžkový hospic pro dětské klienty



Cena je individuální dle měsíčního příjmu klienta



Na webových stránkách není daný údaj dostupný



### 5.3.2 Analýza dat získaných od vrchních sester lůžkových hospiců

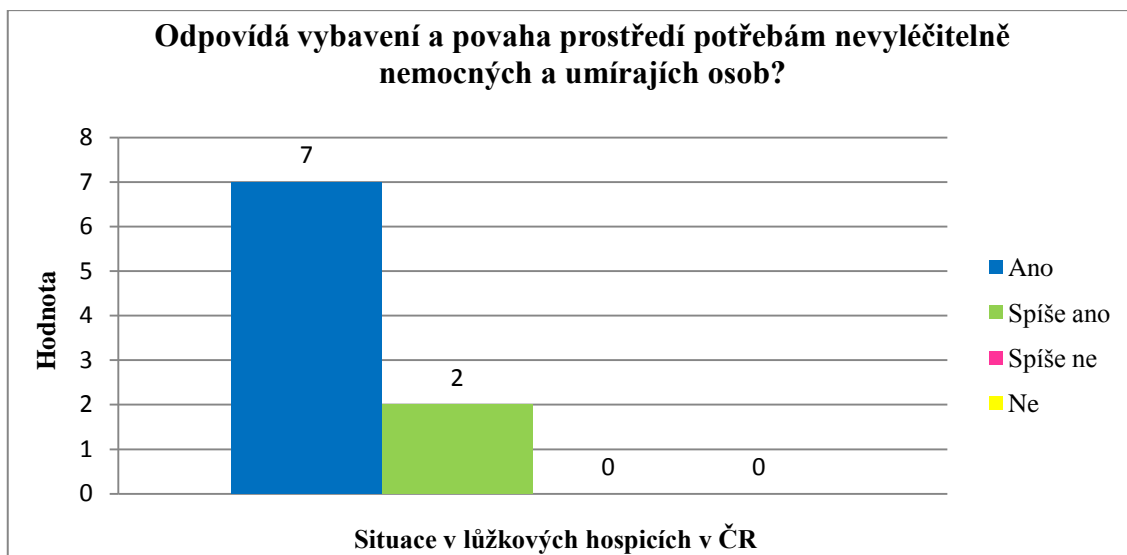
**Otázka č. 1 zněla: „Odpovídá vybavení a povaha prostředí potřebám nevléčitelně nemocných a umírajících osob?“.**

Dle informací shrnutých v tabulce 6 odpovídá vybavení a povaha prostředí potřebám nevléčitelně nemocných a umírajících osob v sedmi lůžkových hospicích z celkového počtu devět zúčastněných hospiců. Ve dvou případech a to v Hospici na Svatém Kopečku a Hospici sv. Alžběty, zazněla odpověď „spíše ano“. Z této odpovědi usuzují, že vybavení a povaha prostředí lůžkových hospiců odpovídá potřebám nevléčitelně nemocných a umírajících osob i přesto, že se v těchto zařízeních pravděpodobně vyskytují některé nedostatky.

Na základě grafu 1, který shrnuje situaci v lůžkových hospicích v ČR k otázce číslo 1, mohu konstatovat, že vybavení a povaha prostředí v devíti lůžkových hospicích účastnících se výzkumného šetření, je na dobré úrovni a odpovídá potřebám nevléčitelně nemocných a umírajících osob.

Odpovídá vybavení a povaha prostředí potřebám nevléčitelně nemocných a umírajících osob?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Anežky České	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic v Mostě	Hospic sv. Alžběty	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Hospic Chrudim
ODPOVĚĎ	Ano	X	X	X		X	X		X	X
	Spíše ano				X			X		
	Spíše ne									
	Ne									

Tabulka 6: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 1



**Graf 1: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 1**

**V otázce č. 2 měly vrchní sestry lůžkových hospiců doplnit tabulku, shrnující základní aspekty vybavení a povahy prostředí, které určují míru vhodnosti daného zařízení pro osoby nevléčitelně nemocné a umírající.**

Úkolem respondentů bylo označení jedné z nabízených odpovědí „ano/ne“, která vystihuje vybavení a povahu prostředí v daném lůžkovém hospici, u každé položky v tabulce.

Tabulka 7 znázorňuje jednotlivé odpovědi každé z vrchních sester lůžkového hospice účastnícího se výzkumného šetření k daným položkám v tabulce. Tato tabulka poskytuje přehled vybavení a prostředků, kterými lůžkové hospice disponují, podává informace o uspořádání prostoru zařízení. Zároveň nabízí možnost přehledného porovnání jednotlivých zařízení v oblasti vybavení a povahy prostředí.

Následující graf 2 poskytuje komplexní souhrn jednotlivých aspektů vybavení a povahy prostředí vyskytujících se v lůžkových hospicích. Z grafu 2 je patrné, že všech devět lůžkových hospiců, účastnících se výzkumného šetření z celkového počtu 15 lůžkových hospiců v České republice, splňuje jeden z velmi důležitých aspektů a to bezbariérovost celého zařízení. Prostory jsou v těchto devíti lůžkových hospicích bezpečně a jasně uspořádány a je zde splněno kritérium týkající se jasné, jednoduché manipulace s okny, dveřmi a ovládacími prvky. Z grafu 2 je dále patrné, že jsou v osmi z devíti hospiců pokoje klientů chráněny před nadměrným osluněním pomocí zastínění (Hospic na Svatém Kopečku výše zmíněným zastíněním nedisponuje). Všechny prostory lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření, vyjma Hospice

Chrudim, jsou opatřeny obrázky, fotografiemi, symbolickými značkami. Madly na stěnách zdí jsou opatřeny prostory v sedmi lůžkových hospicích (vyjma Hospice v Mostě a Hospice Chrudim). V prostorách šesti lůžkových hospiců se nachází orientační a navigační systém po budově, v Hospici Citadela, Hospici v Mostě a Hospici Chrudim orientační a navigační systém chybí. Klimatizací disponuje 5 lůžkových hospiců, v Hospici sv. Lazara, Hospici na Svatém Kopečku, Hospici v Mostě a V domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa není klimatizace dostupná. Sedm lůžkových hospiců splňuje velmi podstatnou vlastnost pro daná zařízení a to tu, že jejich vybavení a prostředí připomíná domov (mimo Hospic Chrudim, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa). Jak dále vyplývá z grafu 2, není v žádném z devíti lůžkových hospiců využit strop jako informační prvek o poloze pro ležící pacienty. Větší část zúčastněných lůžkových hospiců (7) nevyužívá na stropěch prostor budovy ani jinou barvu, texturu, plasticitu (vlysy, lišty), grafiku (symboly, obrázky, piktogramy), kladně se k této položce v tabulce vyjádřily pouze Hospic Citadela a Hospic Dobrého Pastýře. Šest lůžkových hospiců z celkového počtu devět nevyužívá barevného kontrastu k vyzdvižení určitých detailů (tlačítka, vstupní otvory). Barevný kontrast je však užit v prostorách Hospice Anežky České, Hospice Dobrého Pastýře a Hospice sv. Alžběty. Okna v pokojích prosklená na úroveň podlahy jsou pouze ve třech z devíti hospiců - Hospic Anežky České, Hospic Citadela, Hospic Dobrého Pastýře. Akustická izolace prostor jednotlivých zařízení se nachází pouze v Hospici Dobrého Pastýře, Hospici v Mostě a Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. Sníženými jmenovkami disponují Hospic sv. Lazara, Hospic Anežky České, Hospic na Svatém Kopečku a Hospic Dobrého Pastýře.

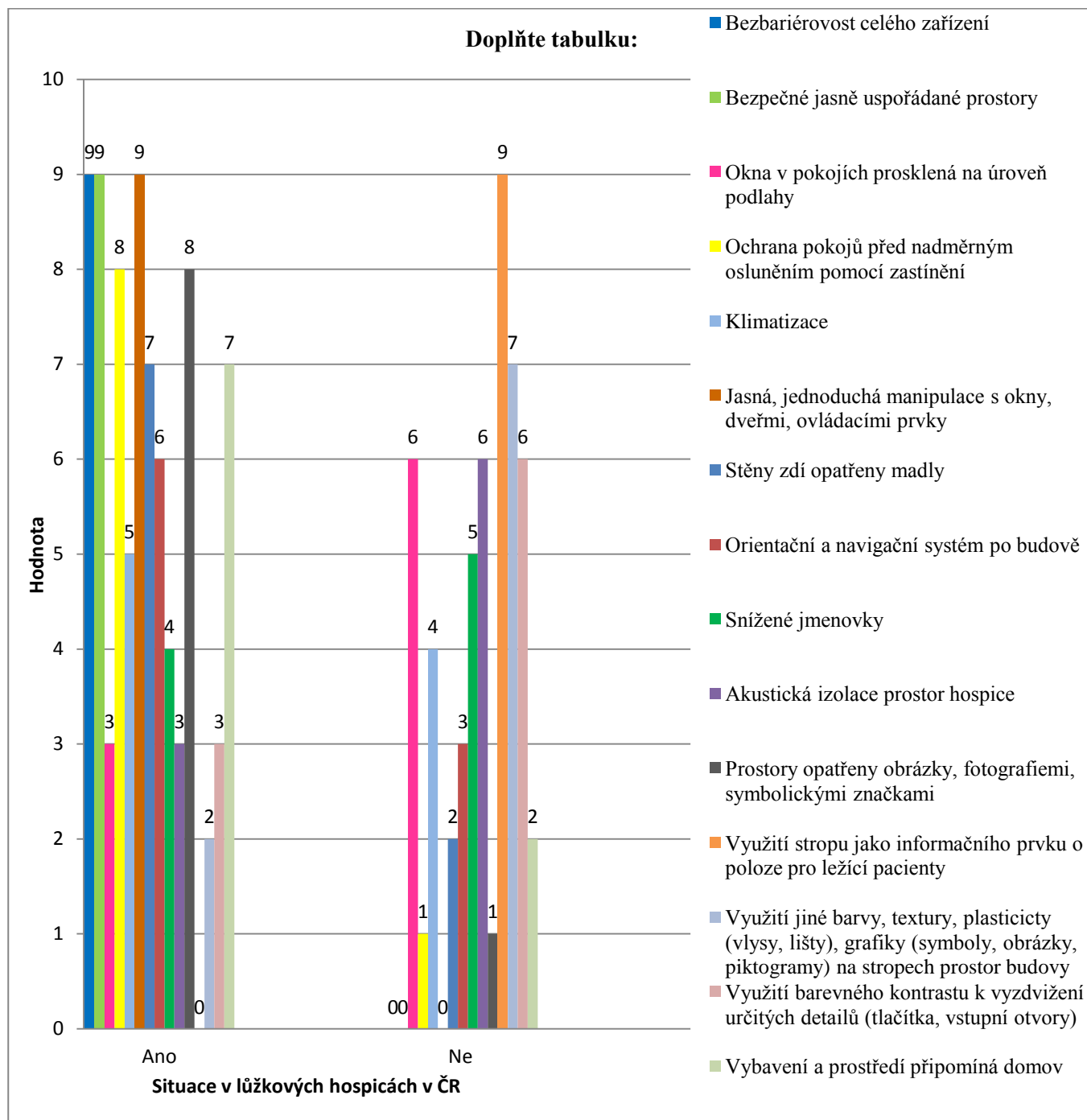
Celkové zhodnocení aspektů vybavení a povahy prostředí, které určují míru vhodnosti daného zařízení pro osoby nevyлéčitelně nemocné a umírající, je dle výsledků znázorněných na grafu 2 na dobré úrovni. Devět zásadních aspektů z celkového počtu patnáct je splněno téměř ve všech lůžkových hospicích. Nedostatky v prostorách zařízení jsou patrné převážně v nedostatečném využití stropů, barevných kontrastů, snížených jmenovek. V neposlední řadě je nutné zmínit okna v pokojích, která ve většině případů nejsou prosklená na úroveň, která by umožňovala pacientům upoutaným na lůžko výhled. Z výsledků odpovědí vrchních sester tedy vyplývá znevýhodnění stále ležících klientů, případně klientů upoutaných na invalidních vozících, při pobytech v jednotlivých lůžkových hospicích v ČR.

**Doplňte tabulku:**

LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Anežky České	Hospic Ctadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pasýře	Hospic v Mostě	Hospic sv. Alžběty	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Hospic Chrudim
ODPOVĚĎ	Bezbariérovost celého zařízení	ANO	X	X	X	X	X	X	X	X
		NE								
	Bezpečné jasně uspořádané prostory	ANO	X	X	X	X	X	X	X	X
		NE								
	Okna v pokojích prosklená na úroveň podlahy	ANO		X	X		X			
		NE	X			X		X	X	X
	Ochrana pokojů před nadměrným osluněním pomocí zastínění	ANO	X	X	X		X	X	X	X
		NE				X				
	Klimatizace	ANO		X	X		X		X	
		NE	X			X		X		X
	Jasná, jednoduchá manipulace s okny, dveřmi, ovládacími prvky	ANO	X	X	X	X	X	X	X	X
		NE								
	Stěny zdí opatřeny madly	ANO	X	X	X	X	X		X	X
		NE						X		
	Orientační a navigační systém po budově	ANO	X	X		X	X		X	X
		NE			X			X		
	Snížené jmenovky	ANO	X	X		X	X			
		NE			X			X	X	X
	Akustická izolace prostor hospice	ANO					X	X		X
		NE	X	X	X	X			X	
Prostory opatřeny obrázky, fotografiemi, symbolickými značkami	ANO	X	X	X	X	X	X	X	X	
	NE									
Využití stropu jako informačního prvku o poloze pro ležící pacienty	ANO									
	NE	X	X	X	X	X	X	X	X	
Využití jiné barvy, textury, plasticity (vlysy, lišty), grafiky (symboly,	ANO			X		X				

obrázky, piktogramy) na stropech prostor budovy	NE	X	X		X		X	X	X	X
Využití barevného kontrastu k vyzdvižení určitých detailů (tlačítka, vstupní otvory)	ANO		X			X		X		
	NE	X		X	X		X		X	X
Vybavení a prostředí připomíná domov	ANO	X	X	X	X	X	X	X		
	NE								X	X

Tabulka 7: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 2



Graf 2: Situační v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 2

**V následující otázce č. 3 měly vrchní sestry jednotlivých lůžkových hospiců vyznačit, v jakém druhu pokojů je klientům daného zařízení poskytována paliativní péče.**

Jak vyplývá z tabulky 8, všech devět lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření disponuje jednolůžkovými pokoji. Pět z těchto hospiců své služby poskytuje i v pokojích vícelůžkových. Situaci, týkající se disponibility jednotlivých druhů pokojů v lůžkových hospicích v ČR, shrnuje graf 3.

V rámci této otázky měly vrchní sestry písemně vyjádřit názor, které z jednotlivých druhů pokojů klienti upřednostňují. Nejčastěji zazněla odpověď „jednolůžkové pokoje“, a to v Hospici sv. Lazara, Hospici Anežky České, Hospici Dobrého Pastýře a Hospici sv. Alžběty. Spíše jednolůžkové pokoje upřednostňují klienti Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. Dle vrchní sestry tohoto zařízení zde však existuje část klientů, kteří nechtějí být sami a raději hledají společnost. Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa tak může uspokojit obě skupiny klientů. Dle vrchní sestry Hospice Chrudim je volba druhu pokoje zcela individuální a záleží na potřebách klientů. Podle vrchní sestry Hospice Citadela nelze jednoznačně říci, jaký druh pokojů klienti upřednostňují. Svůj názor nevyjádřily vrchní sestry Hospice na Svatém Kopečku a Hospice v Mostě.

<b>Paliativní péče je klientům lůžkového hospice poskytována v:</b>										
<b>LŮŽKOVÝ HOSPIC</b>		Hospic sv. Lazara	Hospic Anežky České	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic v Mostě	Hospic sv. Alžběty	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Hospic Chrudim
<b>ODPOVĚĎ</b>	Jednolůžkových pokojích	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Vícelůžkových pokojích		X	X	X				X	X

**Tabulka 8: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 3**



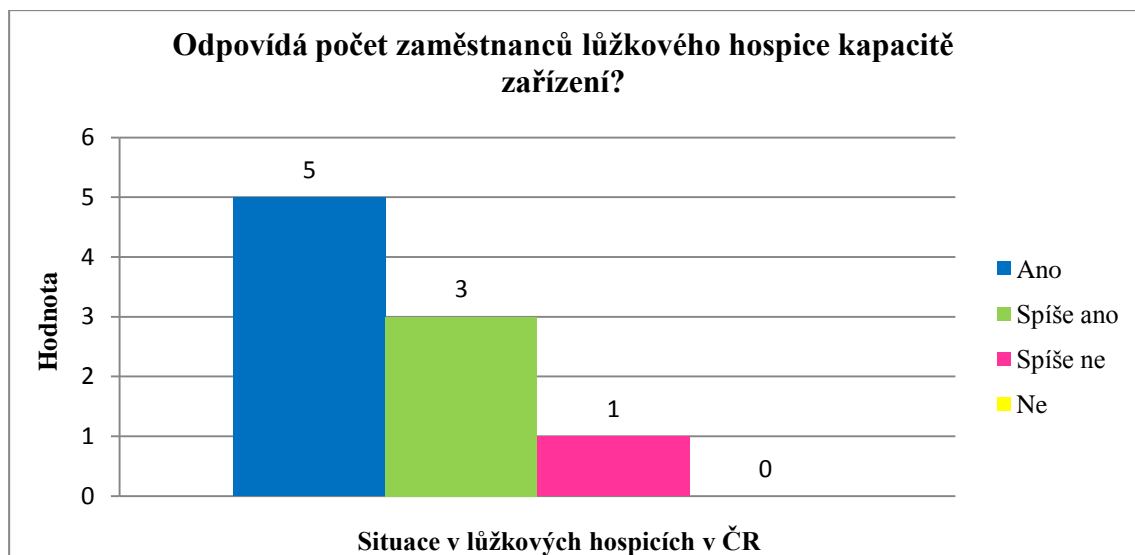
**Graf 3: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 3**

V odpovědích na otázku č. 4, která zněla: „Odpovídá počet zaměstnanců lůžkového hospice kapacitě zařízení?“, označilo pět vrchních sester (viz tabulka 9) jednotlivých lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření odpověď „ano“. Odpověď „spíše ano“ zazněla ve třech případech. Záporná odpověď „spíše ne“ byla označena pouze v jediném případě. Jednalo se o Hospic Citadela.

Graf 4 znázorňuje situaci v lůžkových hospicích v ČR se zaměřením na počet zaměstnanců ku kapacitě zařízení. Na grafu 4 je jednoznačně patrná převaha kladných odpovědí, z čehož můžeme usuzovat, že je v lůžkových hospicích v České republice věnována pozornost tomu, aby byl v zařízení odpovídající počet zaměstnanců ku jeho kapacitě.

Odpovídá počet zaměstnanců lůžkového hospice kapacitě zařízení?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Anežky České	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic v Mostě	Hospic sv. Alžběty	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Hospic Chrudim
ODPOVĚĎ	Ano	X	X			X	X	X		
	Spíše ano				X				X	X
	Spíše ne			X						
	Ne									

**Tabulka 9: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 4**



**Graf 4: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 4**

**V otázce č. 5: „Zaměstnanci lůžkového hospice mají možnost účasti na:“** měli respondenti označit odpovědi vztahující se k možnostem, které jsou jim, jako zaměstnancům, ze strany vedení lůžkových hospiců nabízeny.

Dle tabulky 10 mají zaměstnanci všech lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření možnost účasti na školeních. Výměnných stáží se mohou účastnit zaměstnanci osmi lůžkových hospiců (Hospic sv. Alžběty tuto možnost svým zaměstnancům nenabízí). V osmi lůžkových hospicích mají zaměstnanci možnost účasti na mimopracovních akcích, vyjma Hospice v Mostě. Supervize je poskytována zaměstnancům lůžkových hospiců v šesti zařízeních. Hospic sv. Lazara, Hospic sv. Alžběty a Hospic Chrudim zaměstnancům nenabízí možnost účasti na supervizích.

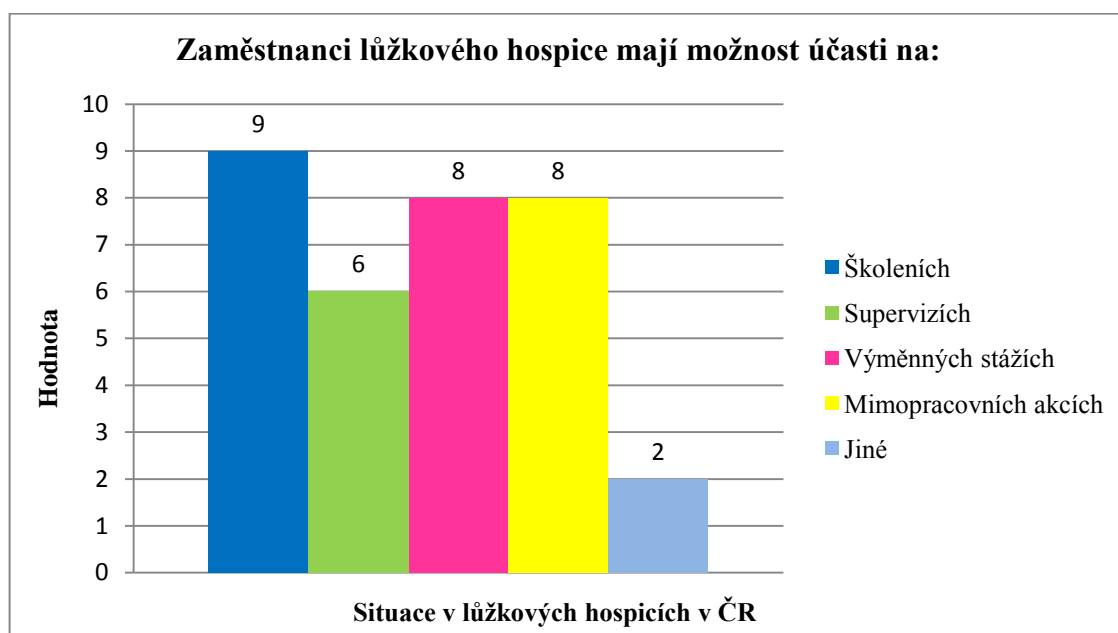
Situaci shrnující možnosti účasti zaměstnanců lůžkových hospiců na školeních, výměnných stážích, supervizích, mimopracovních akcích a jiné, shrnuje graf 5.

V rámci této otázky měly vrchní sestry možnost vyjmenovat další akce, činnosti, kterých se mají zaměstnanci lůžkových hospiců možnost účastnit. Kromě výše zmíněných školeních, výměnných stáží, supervizích a mimopracovních akcí jsou v Hospici Anežky České zaměstnancům nabízena duchovní cvičení. Hospic Dobrého Pastýře poté svým zaměstnancům nabízí možnost účasti na přednáškách, výstavách, setkání zaměstnanců z jiných hospiců (2x ročně) a v neposlední řadě také víkendové relaxační pobyty.



Zaměstnanci lůžkového hospice mají možnost účasti na:										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Anežky České	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic v Mostě	Hospic sv. Alžběty	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Hospic Chrudim
ODPOVĚĎ	Školeních	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Supervizích		X	X	X	X	X		X	
	Výměnných stážích	X	X	X	X	X	X		X	X
	Mimopracovních akcích	X	X	X	X	X		X	X	X
	Jiné		X			X				

Tabulka 10: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 5



Graf 5: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 5

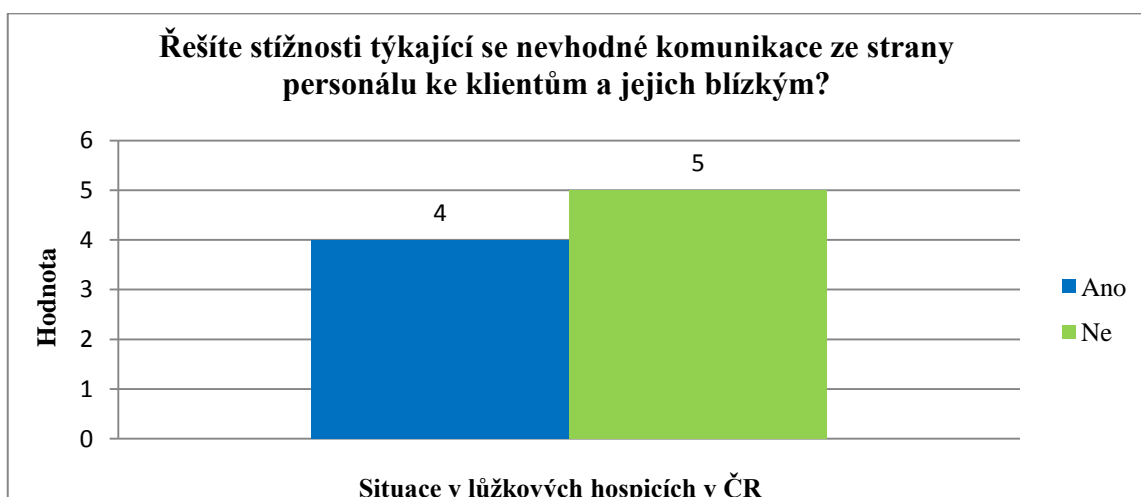
V následující otázce č. 6 byli respondenti tázáni: „Řešíte stížnosti týkající se nevhodné komunikace ze strany personálu ke klientům a jejich blízkým?“.

Na tuto otázku odpověděly dle tabulky 11 kladně čtyři vrchní sestry (z Hospice Citadela, Hospice na Svatém Kopečku, Hospice Dobrého Pastýře a Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa). V pěti lůžkových hospicích se problém s nevhodnou komunikací ze strany personálu ke klientům a jejich blízkým nevyskytuje.

Odpovědi všech vrchních sester jsou shrnuty v grafu 6. Na základě výsledků tohoto grafu lze říci, že se s komunikačními nedostatky personálu ve vztahu ke klientům a jejich blízkým potýkají čtyři lůžkové hospice z celkového počtu devět zúčastněných.

Řešíte stížnosti týkající se nevhodné komunikace ze strany personálu ke klientům a jejich blízkým?		Hospic sv. Lazara	Hospic Anežky České	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic v Mostě	Hospic sv. Alžběty	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Hospic Chrudim
ODPOVĚĎ	Ano			X	X	X			X	
	Ne	X	X				X	X		X

Tabulka 11: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 6



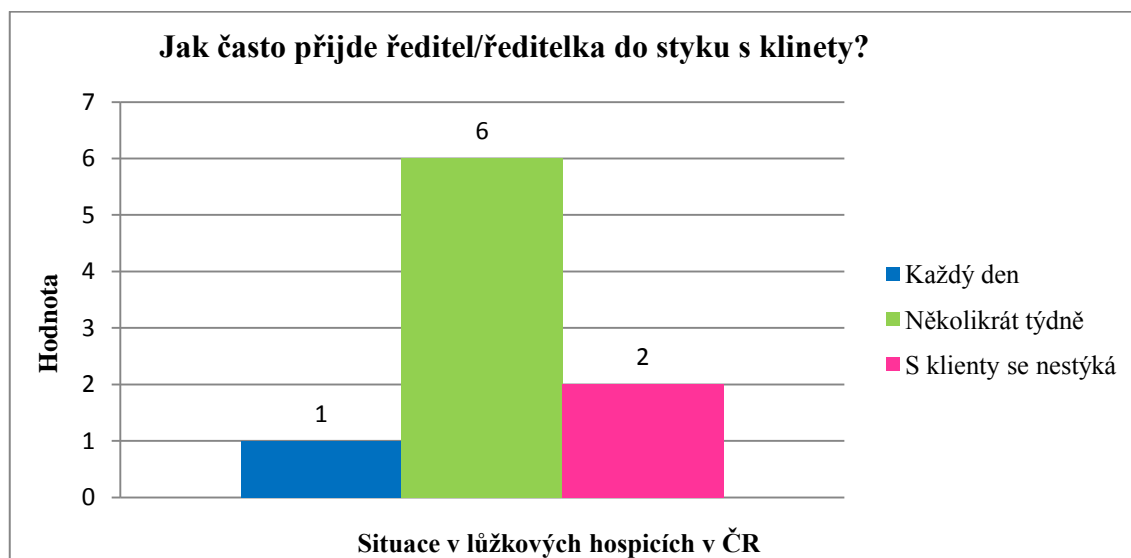
Graf 6: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 6

Na otázku č. 7 „Jak často přijde ředitel/ředitelka hospice do styku s klienty?“ měli respondenti na výběr ze tří možností (viz tabulka 12). Variantu, kdy vedoucí hospice přijde do kontaktu s klienty zařízení každý den, označila jedna vrchní sestra (Hospic Chrudim). Několikrát týdně přijde ředitel/ředitelka do styku s klienty v šesti lůžkových hospicích z celkového počtu devět zúčastněných. S klienty se nestýkají ředitelé Hospice sv. Lazara a Hospice Anežky České.

Jak je patrné z grafu 7, který shrnuje odpovědi všech vrchních sester lůžkových hospiců účastnících se šetření, nejčastější volenou odpovědí byla varianta „několikrát týdně“ a to v celkovém počtu 6.

Jak často přijde ředitel/ředitelka hospice do styku s klienty?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Anežky České	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic v Mostě	Hospic sv. Alžběty	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Hospic Chrudim
ODPOVĚĎ	Každý den									X
	Několikrát týdně			X	X	X	X	X	X	
	S klienty se nestýká	X	X							

Tabulka 12: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 7



Graf 7: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 7

V následující otázce č. 8, měli respondenti označit ty varianty z nabízených možností, na základě kterých se pacienti stávají klienty jejich lůžkového hospice.

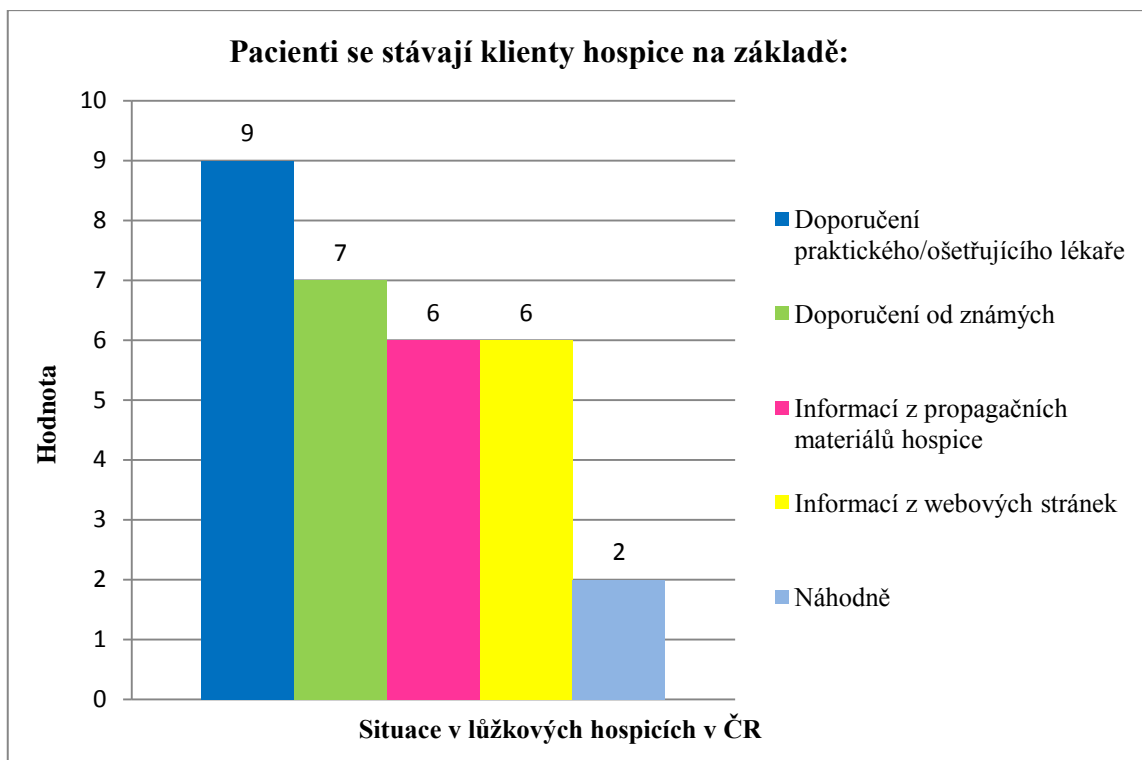
Dle tabulky 13, která poskytuje přehled odpovědí jednotlivých vrchních sester zastupujících konkrétní lůžkový hospic, se pacienti ve všech lůžkových hospicích stávají klienty zařízení na základě doporučení praktického/ošetřujícího lékaře. Následně na to převažují doporučení od známých (vyjma názoru vrchních sester Hospice

sv. Alžběty a Hospice Chrudim). Informace z propagačních materiálů hospice a informace z webových stránek jsou podnětem k pobytu pacientů v hospici dle vrchních sester v šesti hospicích. Dle vrchních sester Hospice na Svatém Kopečku, Hospice sv. Alžběty a Hospice Chrudim se pacienti nestávají klienty hospice na základě těchto informací. Variantu odpovědi „náhodně“ označily dvě vrchní sestry (z Hospice Citadela a Hospice Dobrého Pastýře).

Graf 8 poskytuje souhrnný přehled znázorňující na základě jakých doporučení a informací se pacienti stávají nejčastěji klienty lůžkových hospiců.

<b>Pacienti se stávají klienty hospice na základě:</b>										
<b>LŮŽKOVÝ HOSPIC</b>		Hospic sv. Lazara	Hospic Anežky České	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic v Mostě	Hospic sv. Alžběty	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Hospic Chrudim
<b>ODPOVĚĎ</b>	Doporučení praktického/ošetřujícího lékaře	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Doporučení od známých	X	X	X	X	X	X		X	
	Informací z propagačních materiálů hospice	X	X	X		X	X		X	
	Informací z webových stránek	X	X	X		X	X		X	
	Náhodně			X		X				

**Tabulka 13: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 8**



**Graf 8: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 8**

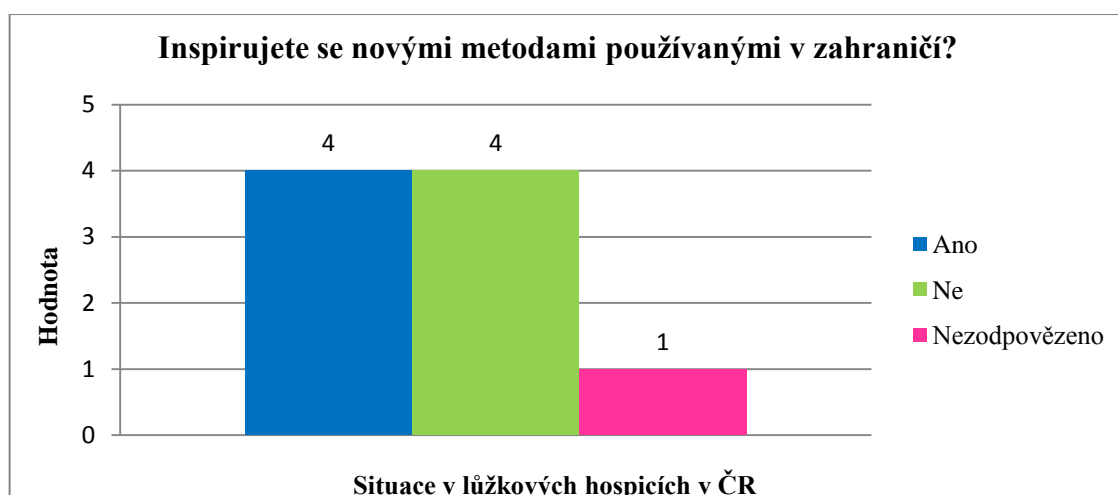
**Otázka č. 9 zněla: „Inspirujete se novými metodami používanými v zahraničí?“.**

Dle informací shrnutých v tabulce 14 se čtyři lůžkové hospice, účastníci se výzkumného šetření, inspirují novými metodami používanými v zahraničí. Stejný počet lůžkových hospiců se novými metodami užívanými v zahraničí neinspiruje. Jedna vrchní sestra na otázku č. 9 nevedla odpověď (Hospic sv. Alžběty).

Z grafu 9 je patrná rovnováha kladných a záporných odpovědí na tuto otázku. Polovina lůžkových hospiců účastnících se šetření hledá inspiraci v nových metodách používaných v zahraničí. Naopak druhá polovina lůžkových hospiců nehledá inspiraci a využívá tradiční odzkoušené metody a postupy.

Inspirujete se novými metodami používanými v zahraničí?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Anežky České	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic v Mostě	Hospic sv. Alžběty	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Hospic Chrudim
ODPOVĚĎ	Ano		X			X			X	X
	Ne	X		X	X		X			

Tabulka 14: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 9



Graf 9: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 9

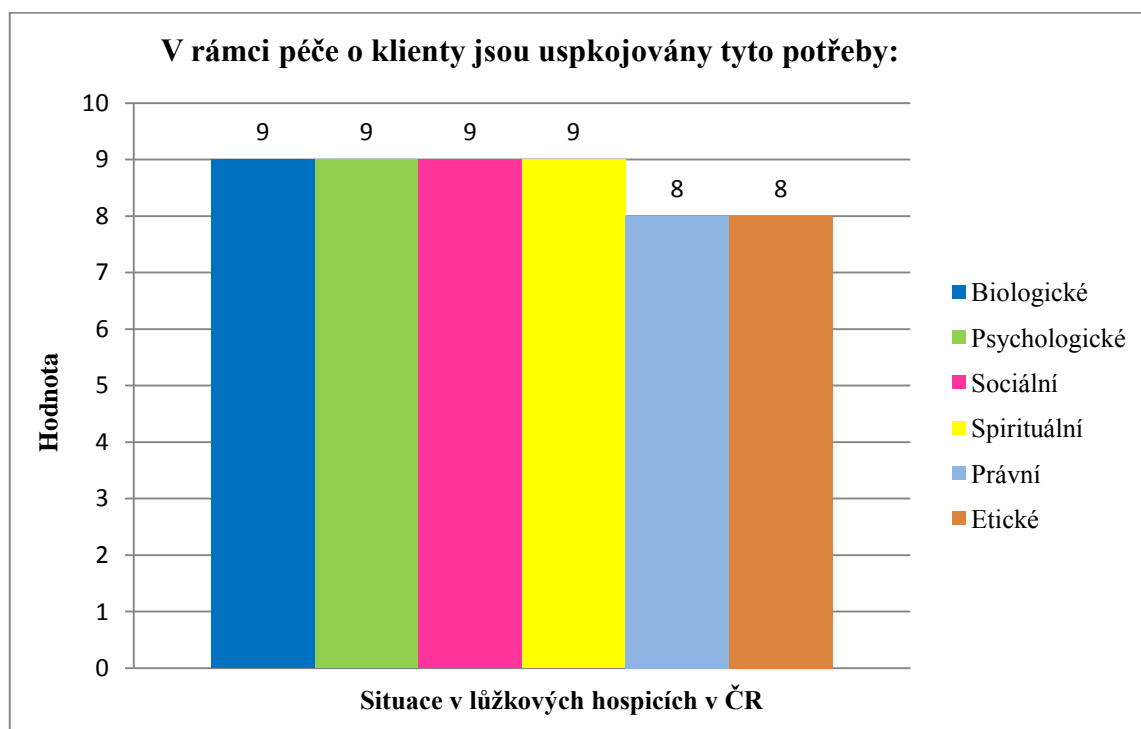
V následující otázce č. 10 byli respondenti tázáni, jaké potřeby jsou v rámci péče o klienty uspokojovány.

Jak znázorňuje tabulka 15, na výběr bylo šest možností (potřeby biologické, psychologické, sociální, spirituální, právní a etické). Ve všech devíti lůžkových hospicích účastnících se výzkumného šetření jsou v rámci péče o klienty uspokojovány potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální. Stejně je tomu tak i v případě potřeb právních a etických, s výjimkou Hospice sv. Alžběty, kde v rámci péče o klienty nejsou dle odpovědi vrchní sestry tyto dvě potřeby uspokojovány.

Souhrnný přehled znázorňující uspokojované potřeby v rámci péče o klienty v devíti lůžkových hospicích v ČR poskytuje graf 10.

V rámci péče o klienty jsou uspokojovány tyto potřeby:										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Anežky České	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pasýře	Hospic v Mostě	Hospic sv. Alžběty	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Hospic Chrudim
ODPOVĚĎ	Biologické	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Psychologické	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Sociální	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Spirituální	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Právní	X	X	X	X	X	X		X	X
	Etické	X	X	X	X	X	X		X	X

Tabulka 15: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 10



Graf 10: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 10

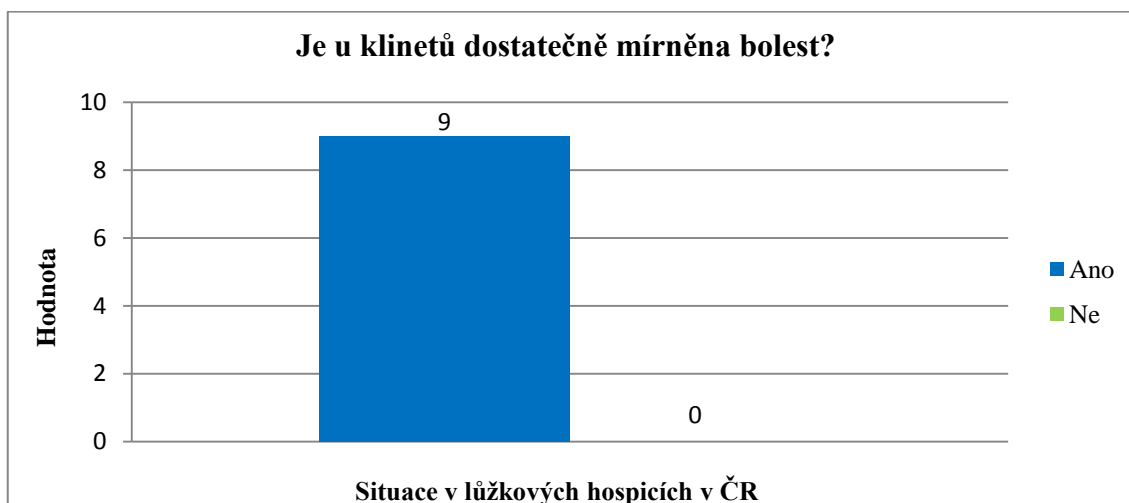
Na otázku č. 11 „Je u klientů dostatečně mírněna bolest?“ měli respondenti na výběr ze dvou odpovědí, „ano“ a „ne“.

Dle tabulky 16, která poskytuje přehled odpovědí jednotlivých vrchních sester zastupujících konkrétní lůžkový hospic, zazněla v devíti případech odpověď „ano“.

Na grafu 11 je patrné, že u klientů všech lůžkových hospiců účastnících se šetření je dostatečně mírněna bolest.

Je u klientů dostatečně mírněna bolest?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Anežky České	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic v Mostě	Hospic sv. Alžběty	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Hospic Chrudim
ODPOVĚĎ	Ano	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Ne									

Tabulka 16: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 11



Graf 11: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 11

Otázka č. 12 zněla: „Má každý klient přidělenou svoji osobní sestru nebo ošetřovatelku?“. Respondenti měli na výběr ze dvou možností „ano“, „ne“.

Jak je patrné z tabulky 17, vrchní sestry všech lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření odpověděly na položenou otázku záporně.

Z grafu 12 poté vyplývá, že v žádném z devíti lůžkových hospiců nemají klienti přidělenou svoji osobní sestru nebo ošetřovatelku.



Má každý klient přidělenou svoji osobní sestru nebo ošetřovatelku?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Anežky České	Hospic Ctadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic v Mostě	Hospic sv. Alžběty	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Hospic Chrudim
ODPOVĚĎ	Ano									
	Ne	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Tabulka 17: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 12



Graf 12: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 12

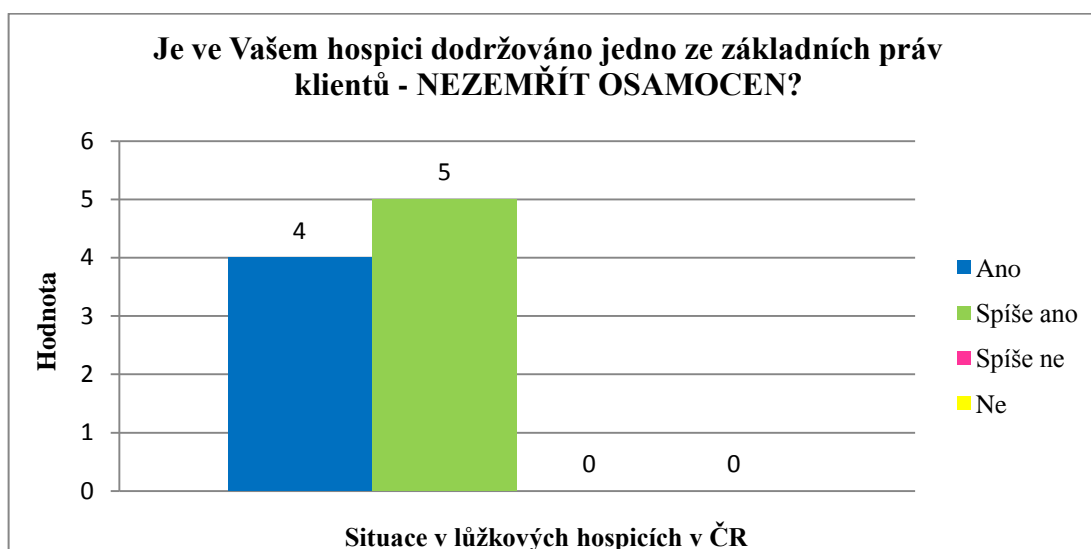
V následující otázce č. 13 měli respondenti zodpovědět, zda je v jejich hospici dodržováno jedno ze základních práv klientů – NEZEMŘÍT OSAMOCEN.

Z tabulky 18 vyplývá, že všechny vrchní sestry lůžkových hospiců účastnících se šetření odpověděly na danou otázku jednou z nabízených kladných možností. Odpověď „ano“ zazněla v odpovědích respondentů čtyřikrát, odpověď „spíše ano“ zazněla pětikrát. Odpovědi „spíše ne“ a „ne“ nezazněly.

Graf 13 shrnuje situaci v lůžkových hospicích v ČR, které se účastní výzkumného šetření. Na grafu je jednoznačně znázorněna převaha kladných odpovědí, vůči odpovědím záporným, z čehož vyplývá, že je v lůžkových hospicích dodržováno právo klientů nezemřít osamocen.

Je ve Vašem hospici dodržováno jedno ze základních práv klientů – NEZEMŘÍT OSAMOCEN?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Anežky České	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic v Mostě	Hospic sv. Alžběty	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Hospic Chrudim
ODPOVĚĎ	Ano			X			X	X	X	
	Spíše ano	X	X		X	X				X
	Spíše ne									
	Ne									

Tabulka 18: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 13



Graf 13: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 13

V otázce č. 14 měli respondenti z nabízených možností označit ty, které vystihují a přibližují, co platí pro jejich zařízení. Tato otázka si kladla za cíl zjistit, zda mohou klienti lůžkových hospiců v ČR v rámci pobytu v daném zařízení nosit své oblečení, používat své jídelní nádobí, zda je dodržován volný stravovací režim, zda jsou klienti buzeni, či zda mohou spát, jak dlouho chtějí a potřebují. Zda mohou vykonávat hygienu v dobu, na kterou jsou zvyklí a zda režim dne v zařízení určují v maximální možné míře samotní pacienti.

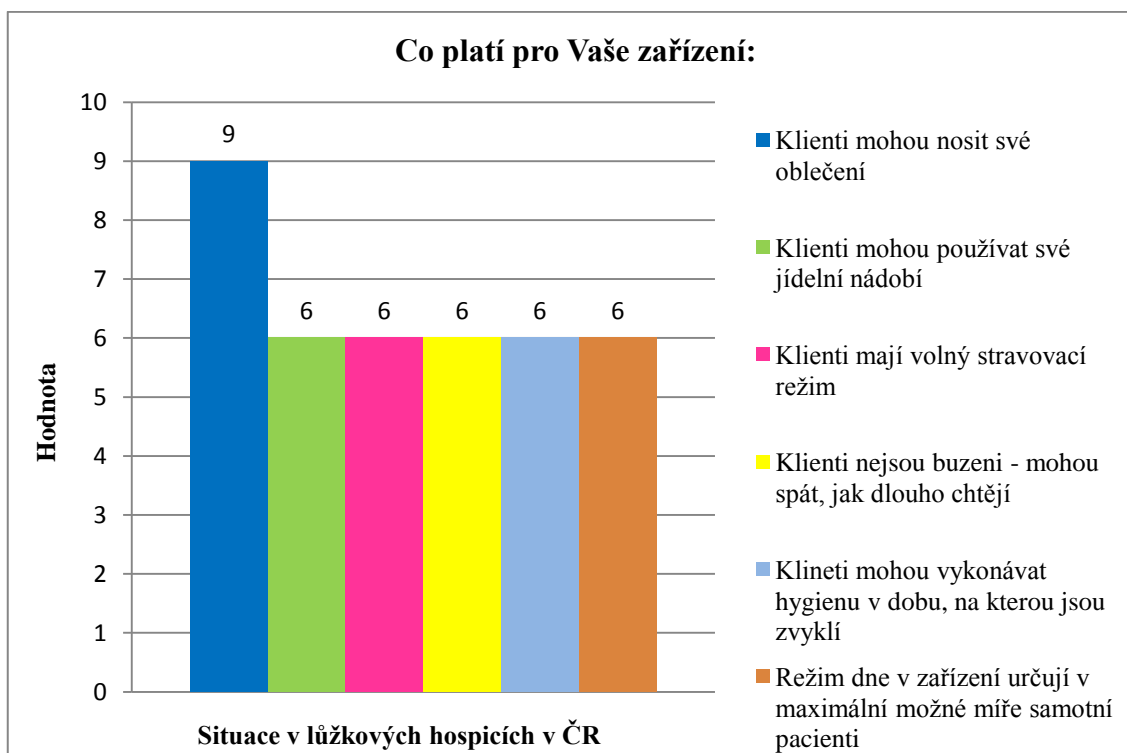
V tabulce 19 můžeme sledovat odpovědi jednotlivých vrchních sester lůžkových hospiců, účastnících se výzkumného šetření. Je zde na první pohled patrné, že klienti

všech devíti lůžkových hospiců mohou v rámci pobytu v zařízení nosit své oblečení. V šesti lůžkových hospicích z devíti zúčastněných mohou klienti používat své jídelní nádobí (vyjma Hospice Citadela, Hospice v Mostě, Hospice sv. Alžběty). Volný stravovací režim není klientům umožněn v Hospici Citadela, Hospici na Svatém Kopečku a Hospici v Mostě, v ostatních šesti lůžkových hospicích je stravovací režim klientů volný. V Hospici Citadela, Hospici na Svatém Kopečku a Hospici Chrudim jsou pacienti buzeni, ve zbylých šesti hospicích mohou klienti spát, jak dlouho chtějí. Klienti Hospice sv. Lazara, Hospice Anežky České, Hospice Dobrého Pastýře, Hospice v Mostě, Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa a v Hospici Chrudim, mohou vykonávat hygienu v dobu, na kterou jsou zvyklí. Hospic Citadela, Hospic na Svatém Kopečku a Hospic sv. Alžběty tuto možnost svým klientům nenabízí. V šesti hospicích z celkového počtu devět zúčastněných určují režim dne v zařízení v maximální možné míře samotní pacienti (vyjma Hospice na Svatém Kopečku, Hospice v Mostě a Hospice sv. Alžběty).

Situaci v lůžkových hospicích v ČR účastnících se šetření přehledně shrnuje graf 14, na kterém můžeme pozorovat, jaké možnosti se klientům v rámci pobytu v lůžkových hospicích nabízejí.

Co platí pro Vaše zařízení:										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Anežky České	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic v Mostě	Hospic sv. Alžběty	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Hospic Chrudim
ODPOVĚĎ	Klienti mohou nosit své oblečení	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Klienti mohou používat své jídelní nádobí	X	X		X	X			X	X
	Klienti mají volný stravovací režim	X	X			X		X	X	X
	Klienti nejsou buzeni – mohou spát, jak dlouho chtějí	X	X			X	X	X	X	
	Klienti mohou vykonávat hygienu v dobu, na kterou jsou zvyklí	X	X			X	X		X	X
	Režim dne v zařízení určují v maximální možné míře samotní pacienti	X	X	X		X			X	X

Tabulka 19: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 14



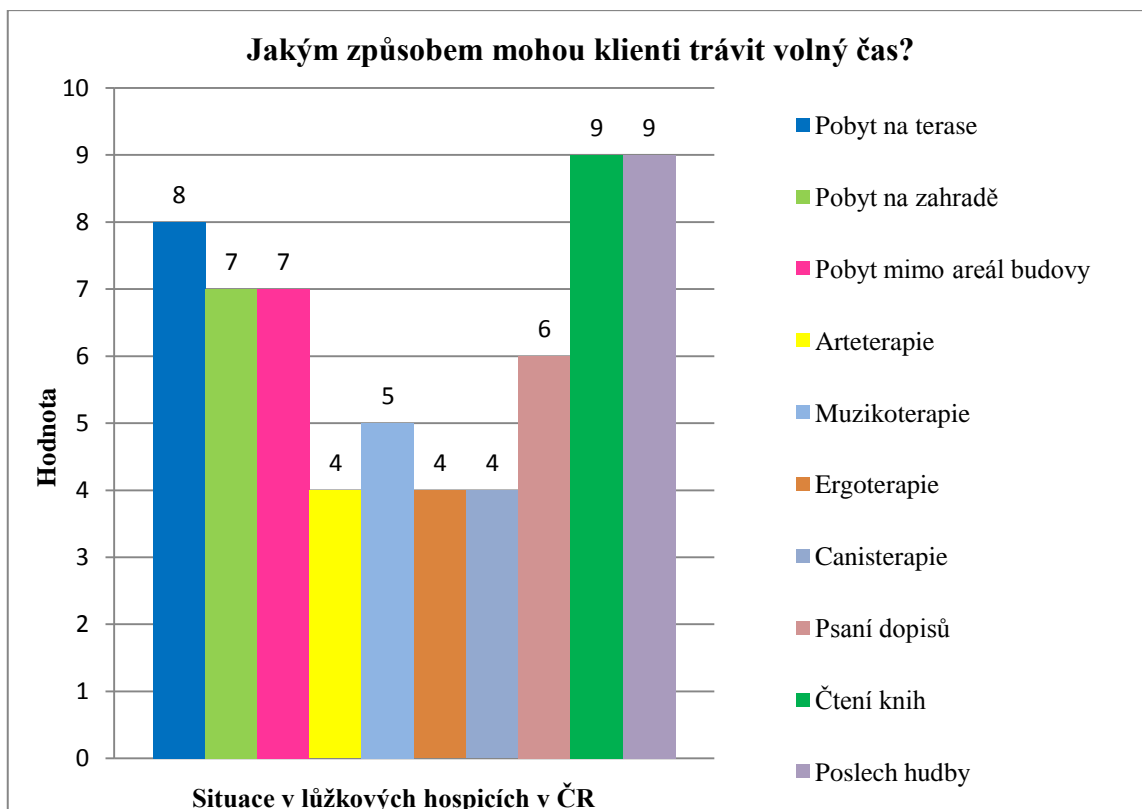
Graf 14: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 14

**V následující otázce č. 15 byli respondenti tázáni: „Jakým způsobem mohou klienti trávit volný čas?“. Na výběr byla velká škála možných odpovědí. Dle tabulky 20 vrchní sestry devíti lůžkových hospiců ve všech případech volily možnost čtení knih a poslech hudby. Ve všech hospicích vyjma Hospice sv. Alžběty, mohou klienti trávit volný čas pobytem na terase. Možnost pobytu na zahradě nabízí svým klientům sedm lůžkových hospiců z celkového počtu devět (vyjma Hospice sv. Lazara, Hospice na Svatém Kopečku). V rámci pobytu v lůžkovém hospici klienti mohou pobývat mimo areál budovy v sedmi případech (Hospic v Mostě, Hospic Chrudim tento způsob trávení volného času klientům neumožňují). Volný čas mohou klienti šesti lůžkových hospiců trávit psaním dopisů (mimo Hospic Citadela, Hospic v Mostě a Hospic Chrudim). V Hospici sv. Lazara, Hospici Citadela, Hospici na Svatém Kopečku, Hospici Dobrého Pastýře a v Hospici sv. Alžběty mohou klienti trávit volný čas muzikoterapií. Ostatní terapie arteterapie, ergoterapie a canisterapie jsou v rámci výplně volného času klientů užívány ve čtyřech hospicích z devíti zúčastněných. Podrobný přehled lůžkových hospiců nabízejících v rámci pobytu svým klientům tyto služby je v tabulce 20.**

Přehled možností trávení volného času, ze stran klientů v rámci pobytu ve všech lůžkových hospicích účastnících se výzkumného šetření, shrnuje graf 15.

<b>Jakým způsobem mohou klienti trávit volný čas?</b>									
<b>LŮŽKOVÝ HOSPIC</b>	Hospic sv. Lazara	Hospic Anežky České	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic v Mostě	Hospic sv. Alžběty	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Hospic Chrudim
<b>ODPOVĚD</b>	Pobyt na terase	X	X	X	X	X	X	X	X
	Pobyt na zahradě		X	X		X	X	X	X
	Pobyt mimo areál budovy	X	X	X	X	X	X	X	
	Arteterapie	X				X	X	X	
	Muzikoterapie	X		X	X	X	X		
	Ergoterapie	X				X	X	X	
	Canisterapie	X			X	X		X	
	Psaní dopisů	X	X		X	X	X	X	
	Čtení knih	X	X	X	X	X	X	X	X
	Poslech hudby	X	X	X	X	X	X	X	X

**Tabulka 20: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 15**



**Graf 15: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 15**

**V otázce č. 16 měli respondenti zodpovědět, jaké akce se v areálu lůžkového hospice pořádají.**

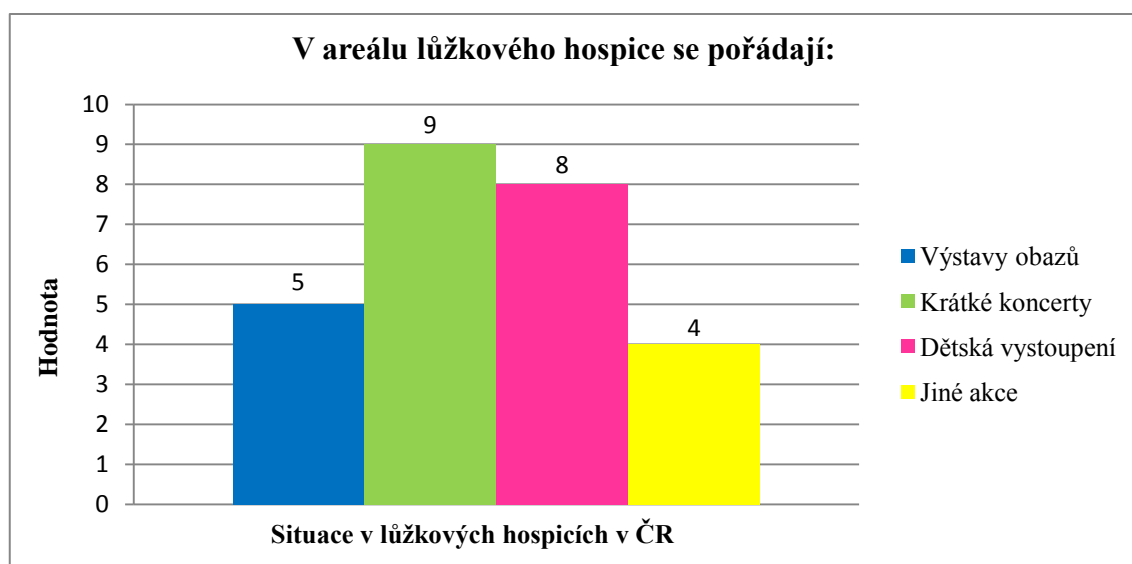
Jak znázorňuje tabulka 21, na výběr byly čtyři možnosti (výstavy obrazů, krátké koncerty, dětská vystoupení a jiné akce). V areálu všech devíti lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření se pořádají krátké koncerty. Osm lůžkových hospiců navštěvují děti a s jejich pomocí se zde konají dětská vystoupení (mimo Hospice Chrudim). Výstavy obrazů se pořádají v areálech pěti hospiců – Hospic Anežky České, Hospic Citadela, Hospic Dobrého Pastýře, Hospic v Mostě, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa.

V rámci této otázky měly vrchní sestry možnost vyjmenovat další akce, které se v areálech lůžkových hospiců pořádají. V Hospici sv. Lazara se koná mše svatá, noc kostelů a den otevřených dveří. Pravidelné mše a oslavy se dle odpovědi vrchní sestry konají v Hospici Anežky České. Hospic Citadela kromě výše zmíněných akcí – krátké koncerty, dětská vystoupení a výstavy obrazů pořádá opékání, dětský den a Mikuláše. Hospic Dobrého Pastýře pořádá mše a výlety na zámek.

Souhrnný přehled znázorňující pořádané akce v areálech lůžkových hospiců poskytuje graf 16.

V areálu lůžkového hospice se pořádají:										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Anežky České	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic v Mostě	Hospic sv. Alžběty	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Hospic Chrudim
ODPOVĚĎ	Výstavy obrazů		X	X		X	X		X	
	Krátké koncerty	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Dětská vystoupení	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Jiné	X	X	X		X				

Tabulka 21: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 16



Graf 16: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 16

Součástí otázky č. 16 byla podotázka, zjišťující, jak často se v areálech lůžkových hospiců výše zmíněné akce konají. Respondenti měli na výběr z pěti možností – každý den, 1x týdně, 1x měsíčně, 1x za čtvrt roku, 1x za půl roku.

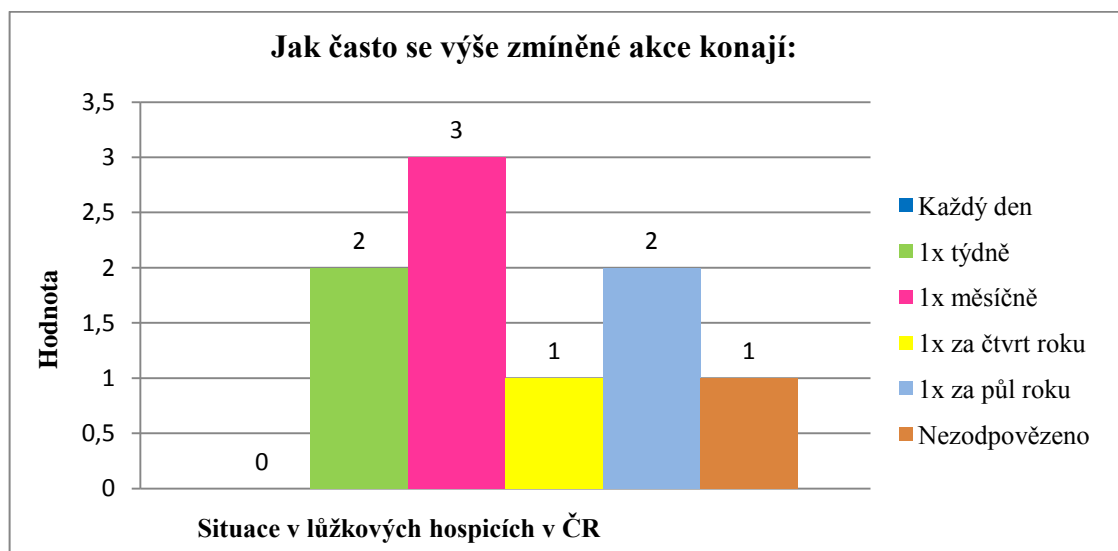
Jak znázorňuje tabulka 22, akce se v areálech lůžkových hospiců pořádají zcela individuálně. Nejčastěji však 1x měsíčně (Hospic Citadela, Hospic sv. Alžběty, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa). Častěji, 1x týdně, se akce pořádají ve dvou z devíti hospiců účastnících se šetření, a to v Hospici Anežky České a Hospici Chrudim. Variantu odpovědi „1x za čtvrt roku“ zvolila vrchní sestra Hospice Dobrého Pastýře. 1x za půl roku se akce konají v Hospici na Svatém Kopečku a Hospici v Mostě.

Variantu odpovědi „každý den“ nezvolila žádná z vrchních sester. K zadané otázce se nevyjádřila vrchní sestra Hospice sv. Lazara.

Jak je patrné z grafu 17, nejčastěji volenou odpovědí vrchních sester na zadaný dotaz, byla možnost „1x měsíčně“. Hned poté následovaly ve stejném počtu odpovědi „1x týdně“ a „1x za půl roku“. Pouze v jediném hospici se dle grafu 17 akce konají čtvrtletně.

		Jak často se výše zmíněné akce konají:								
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Anežky České	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic v Mostě	Hospic sv. Alžběty	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Hospic Chrudim
ODPOVĚĎ	Každý den									
	1x týdně		X							X
	1x měsíčně			X				X	X	
	1x za čtvrt roku					X				
	1x za půl roku				X		X			

Tabulka 22: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 16



Graf 17: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 16



**Otázka č. 17 zněla: „Co byste v rámci samotné péče o klienty, nebo v rámci budovy hospice obecně, rád/a změnil/a, vybudoval/a, doplnila/a?“.**

V rámci této otázky byl vrchním sestřám nabídnut prostor pro vyjádření. Jednalo se o typ otázky otevřené.

Odpovědi vrchních sester k této otázce byly naprosto odlišné, individuální.

V oblasti péče o klienty postrádá vrchní sestra Hospice Chrudim větší zájem rodinných příslušníků o zapojení do samotné péče o pacienta. Vrchní sestra Hospice Anežky České by v rámci péče o klienty jejich lůžkového hospice zvýšila úvazek psychologa a rehabilitace. Více odborných lékařů z paliativní péče by uvítala vrchní sestra Hospice Dobrého Pastýře.

Na změny v oblasti budovy hospice se ve své odpovědi zaměřila vrchní sestra Hospice sv. Lazara, která by postupně vyměnila starý nábytek a lina za nová. K dobré péči o jejich klienty jí chybí prádelna a kuchyně. Dále cituji odpověď vrchní sestry Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa: „Ráda bych vytvořila více domácí prostředí např. závěsy a záclony na oknech, zlepšila bych osvětlení na chodbách, zlepšila bych navigaci a ráda bych zavedla centrální klimatizaci zejména v lůžkové části hospice“. V Hospici na Svatém Kopečku jsou veškeré úpravy budovy zařízení velice těžko proveditelné, protože se jedná o historickou budovu. Vrchní sestra Hospice Anežky České by v rámci změn v oblasti budovy lůžkového hospice zrušila jejich dva čtyřlůžkové pokoje. Naopak vrchní sestra Hospice Dobrého pastýře preferuje zřízení navazujících sociálních lůžek v případě zlepšení stavu pacienta. (Dle mého názoru jsou jakékoli, byť i nepatrné změny v oblasti vybavení a prostor budov hospiců finančně nákladné, z tohoto důvodu bohužel nemohou být ve většině případů zrealizovány, neboť se lůžkové hospice v České republice potýkají s nedostatkem financí.)

V rámci samotné péče o klienty a v rámci budovy hospice obecně, by nic neměnily, nebudovaly a nedoplňovaly vrchní sestry Hospice sv. Alžběty, Hospice v Mostě a Hospice Citadela.

**Na otázku č. 18 „Jsou rodinní příslušníci a přátelé klienta podporováni v tom, aby své blízké doprovázeli?“** měli respondenti na výběr ze čtyř možností. Zvolit mohli variantu „ano“, „spíše ano“, „spíše ne“ a „ne“.

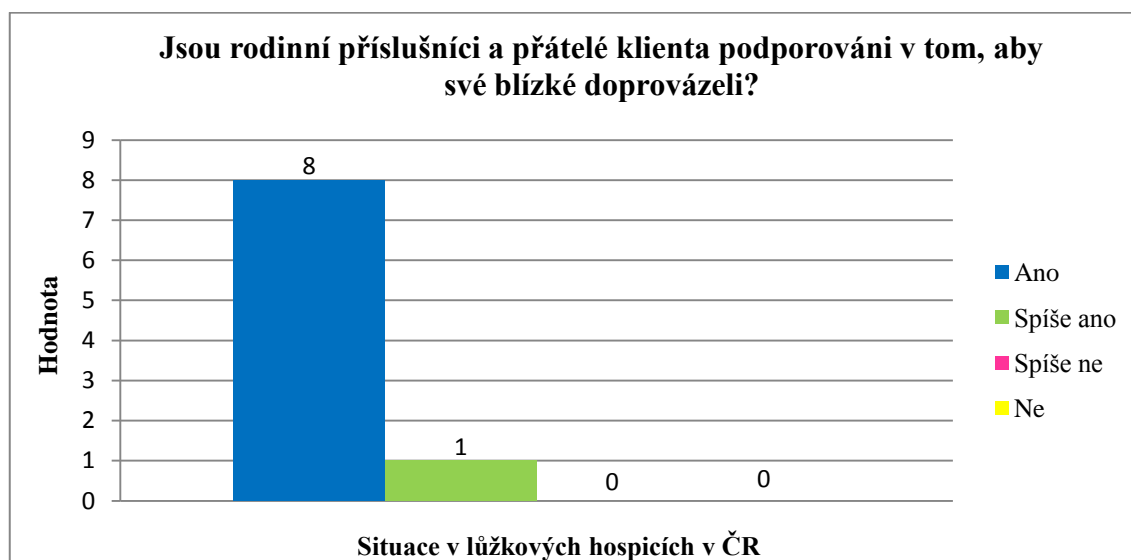
V tabulce 23 jsou zaznamenány jednotlivé odpovědi vrchních sester lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření. V této tabulce je jasně patrná převaha kladných odpovědí. Osm z devíti vrchních sester lůžkových hospiců zvolilo odpověď

„ano“. Pouze jedna vrchní sestra (z Hospice Chrudim) zvolila variantu odpovědi „spíše ano“. Žádná ze záporných variant „spíše ne“ a „ne“ nezazněla.

Z grafu 18 je poté patrné, že v lůžkových hospicích účastnících se šetření jsou rodinní příslušníci a přátelé klienta podporováni v tom, aby své blízké doprovázeli.

Jsou rodinní příslušníci a přátelé klienta podporováni v tom, aby své blízké doprovázeli?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Anežky České	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic v Mostě	Hospic sv. Alžběty	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Hospic Chrudim
ODPOVĚĎ	Ano	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Spíše ano									X
	Spíše ne									
	Ne									

Tabulka 23: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 18



Graf 18: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 18

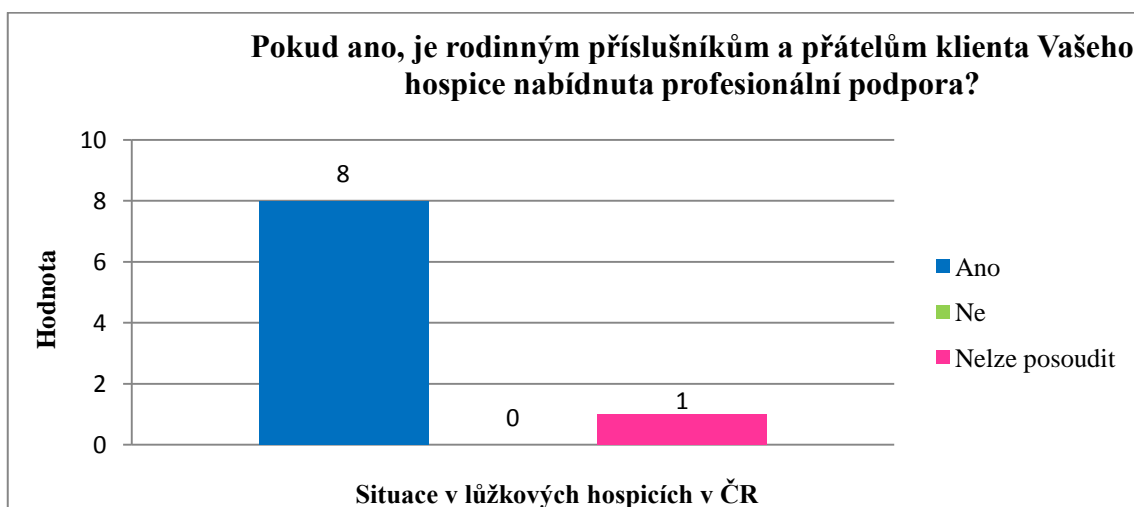
Součástí otázky 18 byla podotázka, která zněla: „Pokud ano, je rodinným příslušníkům a přátelům klienta Vašeho hospice nabídnuta profesionální podpora?“.

Dle tabulky 24 na tuto otázku odpověděly všechny vrchní sestry jednotlivých lůžkových hospiců „ano“ (vyjma vrchní sestry Hospice na Svatém Kopečku, která odpověď na tuto podotázku nemohla posoudit).

Zda je rodinným příslušníkům a přátelům klienta lůžkového hospice nabídnuta profesionální podpora shrnuje graf 19.

		Pokud ano, je rodinným příslušníkům a přátelům klienta Vašeho hospice nabídnuta profesionální podpora?								
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Anežky České	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic v Mostě	Hospic sv. Alžběty	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Hospic Chrudim
ODPOVĚĎ	Ano	X	X	X		X	X	X	X	X
	Ne									

Tabulka 24: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 18



Graf 19: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 18

#### Vysvětlivky k tabulce:

- X otázka zodpovězena
- otázka nezodpovězena
- otázku nelze posoudit

### 5.3.3 Analýza dat získaných od ředitelů lůžkových hospiců

#### Otázka č. 1 zněla: „Je Váš lůžkový hospic členem APHPP?“.

Úkolem respondentů (ředitelů jednotlivých lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření v ČR) bylo označení jedné z nabízených odpovědí „ano/ne“.

Z tabulky 25 je patrné, že osm z devíti respondentů na zadanou otázku odpovědělo kladně. Záporná odpověď zazněla pouze v jediném případě (Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa).

Jak vyplývá z grafu 20, členem APHPP je osm lůžkových hospiců z celkového počtu devět zúčastněných.

V rámci této otázky měli ředitelé jednotlivých lůžkových hospiců písemně odůvodnit svoji odpověď. Přesněji měli uvést, proč jsou/nejsou členy APHPP a v případě kladné odpovědi zdůvodnit, jaké má jejich členství v APHPP výhody.

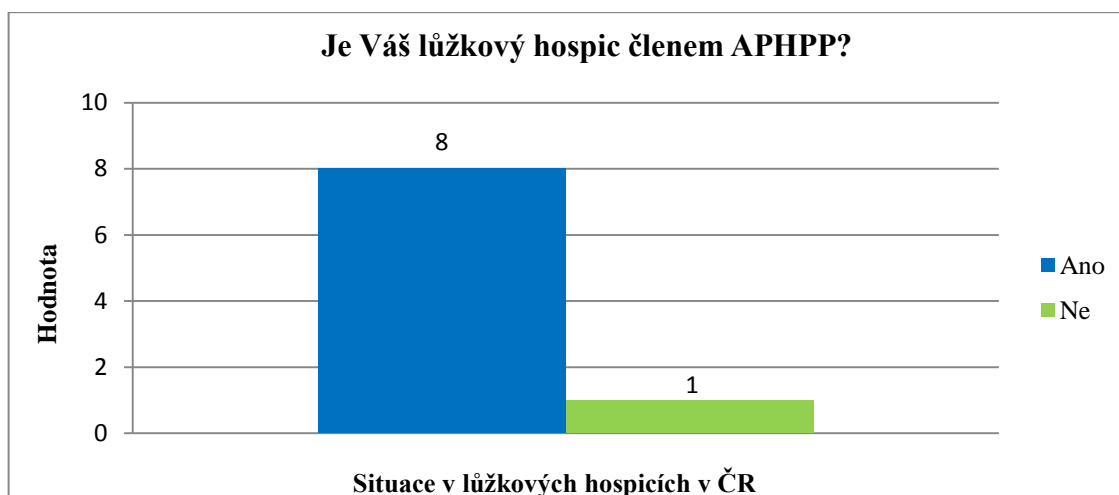
Členy APHPP je osm lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření. Hospic sv. Lukáše je členem asociace z důvodu, že se jedná o profesní sdružení organizací zabývajících se hospicovou paliativní péčí, které jim pomáhá s organizačními záležitostmi a s propagací hospicové péče. Ředitelka Hospice sv. Štěpána Mgr. Monika Marková ve své odpovědi uvádí, že APHPP je „zastřešující organizace, zdroj informací, společný „tah na branku“. Společný postup při jednáních a prosazování zájmu hospiců udává ve své odpovědi ředitelka Hospice v Mostě paní Blanka Števicová. Ředitelé Hospice Štrasburk a Hospice sv. Lazara vyjmenovali tyto výhody členství v APHPP: výměna zkušeností, prosazování myšlenek hospicové péče, zkušeností, lobbying, sdílení informací, podpora. Cituji odpověď ředitelky Hospice Citadela paní Mgr. Květoslavy Othové, která přehledně shrnuje výhody, které pro její zařízení vyplývají z členství v APHPP: „Členství v asociaci přináší možnost odborných konzultací v dané problematice, sdílení zkušeností dle jednotlivých profesí, garance odbornosti, možnost vytváření legislativních návrhů v oblasti paliativní a hospicové péče“.

Svoji odpověď nezdůvodnili ředitelé Hospice na Svatém Kopečku a Hospice Dobrého Pastýře, jejichž zařízení jsou členy APHPP.

Ředitelka Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, který dle odpovědi není členem APHPP, paní Mgr. Jiřina Večeřová, napsala: „Jsme pouze čestnými členy bez rozhodovacího práva“.

Je Váš lůžkový hospic členem APHPP?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pasýže	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Ano	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Ne									X

Tabulka 25: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 1



Graf 20: Situační v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 1

V následující otázce č. 2 byli respondenti tázáni: „Jakým způsobem se spolupodílíte na osvětové činnosti veřejnosti (odborné, laické) o zvyšování povědomí o hospicové paliativní péči?“.

V rámci této otázky byl ředitelům jednotlivých lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření nabídnut prostor pro vyjádření. Jednalo se o typ otázky otevřené.

Odpovědi ředitelů na tuto otázku byly obsáhlé a v mnoha případech se shodovaly. Mezi nejčastěji zmiňované odpovědi patřily: přednášková činnosti pro odbornou i laickou veřejnost (Hospic sv. Štěpána má tento rok projekt přednášek na středních školách); semináře – převážně zaměřené pro zdravotnické pracovníky nemocnic a studenty zdravotních škol, ale i pro odbornou veřejnost; dále vystupování na konferencích pro odbornou veřejnost; kampaně. Lůžkové hospice v ČR účastnící

se výzkumného šetření se na osvětové činnosti odborné, laické veřejnosti o zvyšování povědomí o hospicové paliativní péči podílejí také prostřednictvím článků v médiích, rozhovorů v médiích (Hospic Citadela – informace v regionální TV); tiskových zpráv; distribuce informačních letáků o činnosti hospice do čekáren lékařů; výročních zpráv; publikační činnosti. Lůžkové hospice také umožňují stáže (praxe žáků zdravotních a sociálních škol), pořádají exkurze, akce pro veřejnost (také benefiční, fundraisingové akce). Informace o svých zařízeních ředitelé propagují na sociálních sítích (Facebook) a webových stránkách. Hospic Most poskytuje informace pro veřejnost na velkoplošné obrazovce města. Další často zaznívanou odpovědí ohledně zvyšování povědomí odborné a laické veřejnosti o hospicové paliativní péči byly dny otevřených dveří. Hospic Most spolupracuje s ÚP Most, přijímá dobrovolníky a spolupracuje s dalšími organizacemi, které poskytují zdravotní a sociální služby. Hospic sv. Lazara se mimo jiné spolupodílí na osvětové činnosti veřejnosti o povědomí o hospicové paliativní péči prostřednictvím účasti na setkání lékařů. Ředitel Hospice Dobrého Pastýře pan Bc. Jiří Krejčí do své odpovědi zařadil i podporu hospicových zařízení v rámci projektu MZ ČR.

K otázce č. 2 se nevyjádřil ředitel Hospice na Svatém Kopečku pan Mgr. Jiří Borik.

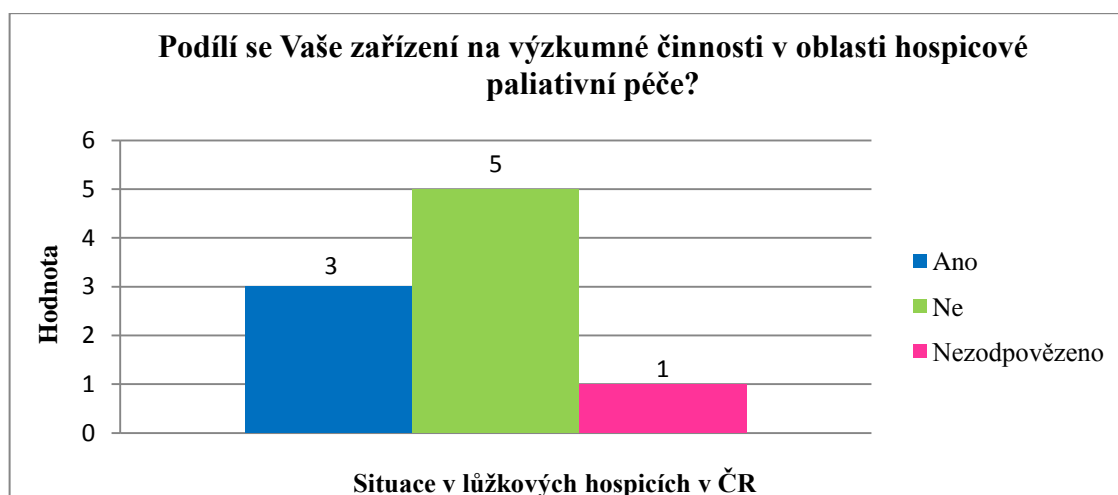
**Na otázku č. 3 „Podílí se Vaše zařízení na výzkumné činnosti v oblasti hospicové paliativní péče?“** měli respondenti na výběr ze dvou možných odpovědí „ano/ne“.

Jak je znázorněno v tabulce 26, v odpovědích ředitelů lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření, převažovaly záporné odpovědi. Dle tabulky 26 odpověď „ne“ zazněla celkem pětkrát. Pouze tři ředitelé z devíti zúčastněných odpověděli na zadanou otázku „ano“ (Hospic Citadela, Hospic v Mostě, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa). Ředitelka Hospice Štrasburk paní MUDr. Hana Šrámková otázku č. 3 nezodpověděla.

Dle grafu 21 se na výzkumné činnosti v oblasti hospicové paliativní péče podílejí tři lůžkové hospice. Zbylých pět lůžkových hospiců se na výzkumné činnosti v oblasti hospicové paliativní péče nepodílí.

Podílí se Vaše zařízení na výzkumné činnosti v oblasti hospicové paliativní péče?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Ano			X				X		X
	Ne	X			X	X	X		X	

Tabulka 26: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 3



Graf 21: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 3

**Otázka č. 4: „Snažíte se o navázání užší mezinárodní odborné spolupráce v oblasti péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby?“.**

Tabulka 27 shrnuje odpovědi jednotlivých ředitelů lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření. Dle tabulky je patrná převaha záporných odpovědí („ne“) na tuto otázku, a to v celkovém počtu pět. Kladná odpověď „ano“ zazněla čtyřikrát, a to od ředitelů Hospice Citadela, Hospice Dobrého Pastýře, Hospice sv. Lukáše a Hospice sv. Štěpána.

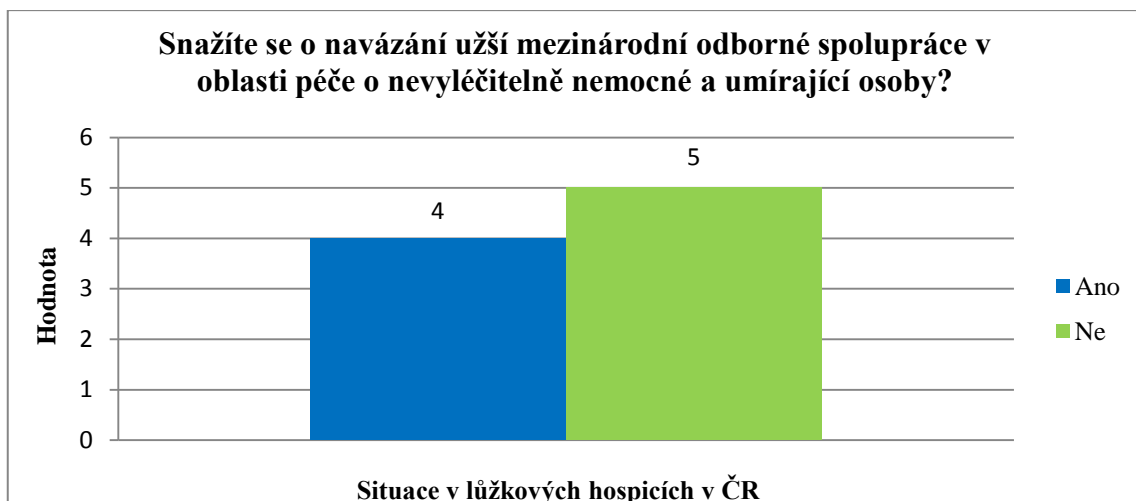
Z grafu 22 můžeme vyčíst, že se čtyři hospice z celkového počtu devět zúčastněných snaží o navázání užší mezinárodní odborné spolupráce v oblasti péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby. Zbýlých pět hospiců o navázání užší mezinárodní odborné spolupráce v dané oblasti neusiluje.

V rámci otázky 4 měli ředitelé jednotlivých lůžkových hospiců snažící se o navázání užší mezinárodní odborné spolupráce v oblasti péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby uvést, o jaké země se jedná a v čem spolupráce spočívá. Hospic Citadela v oblasti péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby spolupracuje s Německem – Diakonií. Spolupráce spočívá ve výměně zkušeností. Dále spolupracuje se Slovenskem, kde se kooperace týká stáží pro studenty SZŠ obor všeobecná sestra (Nitra). Hospic Dobrého Pastýře spolupracuje s Německem, Polskem a Slovenskem. V Německu se spolupráce týká podpory zavádění dotazníků POS, podpory dětské paliativní péče. Spolupráce s Polskem a Slovenskem spočívá také v podpoře dětské paliativní péče. Hospic sv. Lukáše spolupracuje s Rakouskem, Polskem, Švýcarskem a Slovenskem. V čem spolupráce s těmito zeměmi spočívá vedoucí hospice neuvedl. V neposlední řadě cituji odpověď ředitelky Hospice sv. Štěpána, paní Mgr. Moniky Markové: „Máme kontakt s hospicem v Drážďanech, zatím jde o jednu návštěvu z každé strany, plánujeme výměnné pobyty. Podaný máme projekt česko-švýcarské spolupráce spočívající ve výměnných pobytech.“

<b>Snažíte se o navázání užší mezinárodní odborné spolupráce v oblasti péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby?</b>										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Ano			X		X	X		X	
	Ne	X	X		X			X		X

**Tabulka 27: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 4**





**Graf 22: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 4**

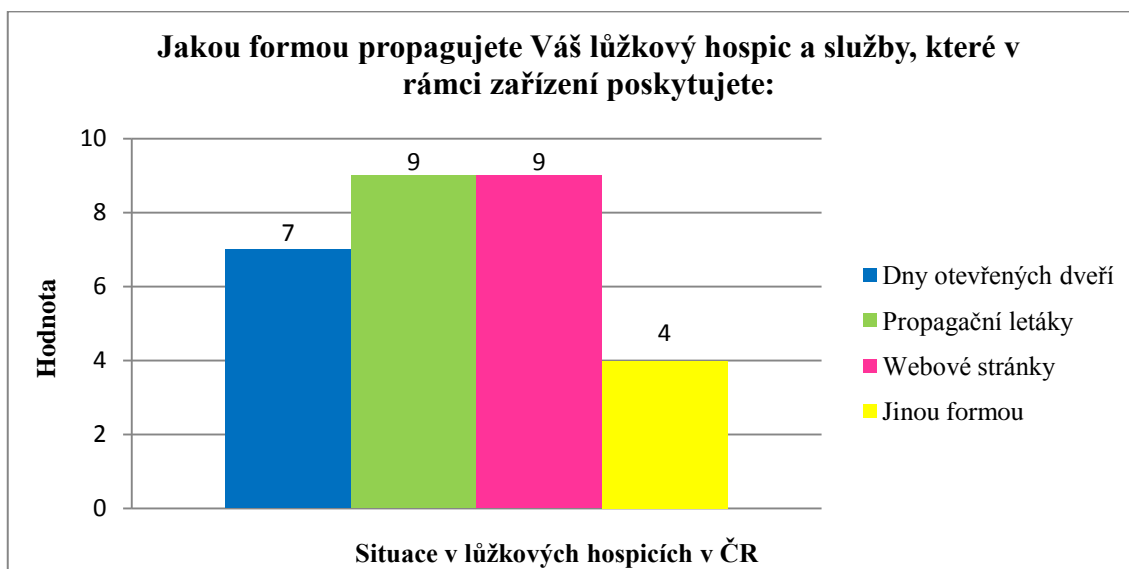
V otázce č. 5 „Jakou formou propagujete Váš lůžkový hospic a služby, které v rámci zařízení poskytuje?“ měli respondenti na výběr ze čtyř možností, a to „dny otevřených dveří“, „propagační letáky“, „webové stránky“ a „jinou formou“.

Dle tabulky 28 využívá všech devět lůžkových hospiců k propagaci svého lůžkového hospice a služeb, které v rámci zařízení poskytuje propagační letáky a webové stránky. Sedm hospiců (mimo Hospic Štrasburk a Hospic na Svatém Kopečku) pořádá dny otevřených dveří. Hospic Citadela, Hospic Dobrého Pastýře, Hospic sv. Štěpána a Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa navíc propagují své zařízení jinou formou. Hospic Citadela k propagaci mimo výše zmíněných možností využívá TV reportáž a benefiční akce. Vedoucí Hospice Dobrého Pastýře své zařízení propaguje prostřednictvím kampaní a podpory jiných zařízení hospicového typu. Kromě dnů otevřených dveří, propagačních letáků a webových stránek využívá k propagaci ředitelka Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa paní Mgr. Jiřina Večeřová fundraisingové akce „Koláč pro hospic“. Vedoucí Hospice sv. Štěpána bohužel nevedla formy, které k propagaci lůžkového hospice dále používá.

Situaci, týkající se propagace lůžkových hospiců a služeb, které v rámci zařízení poskytují, shrnuje graf 23.

Jakou formou propagujete Váš lůžkový hospic a služby, které v rámci zařízení poskytuje:										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Dny otevřených dveří	X		X		X	X	X	X	X
	Propagační letáky	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Webové stránky	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Jinou formou			X		X			X	X

Tabulka 28: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 5



Graf 23: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 5

**Otázka č. 6 zněla: „Pořádáte benefiční, vzdělávací, kulturní a jiné akce?“.**

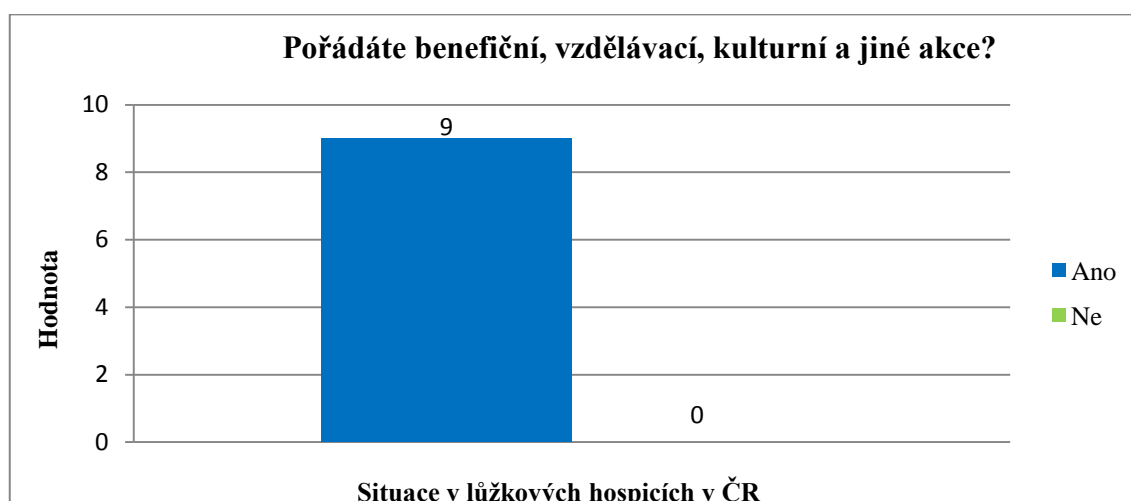
Respondenti měli na výběr ze dvou možných odpovědí „ano“ a „ne“.

Dle tabulky 29 všichni ředitelé lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření zvolili odpověď „ano“. Zápornou odpověď nevedl žádný ze zúčastněných respondentů.

Jak vyplývá z grafu 24, všech devět lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření pořádá benefiční, vzdělávací, kulturní a jiné akce.

Pořádáte benefiční, vzdělávací, kulturní a jiné akce?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Ano	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Ne									

Tabulka 29: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 6



Graf 24: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 6

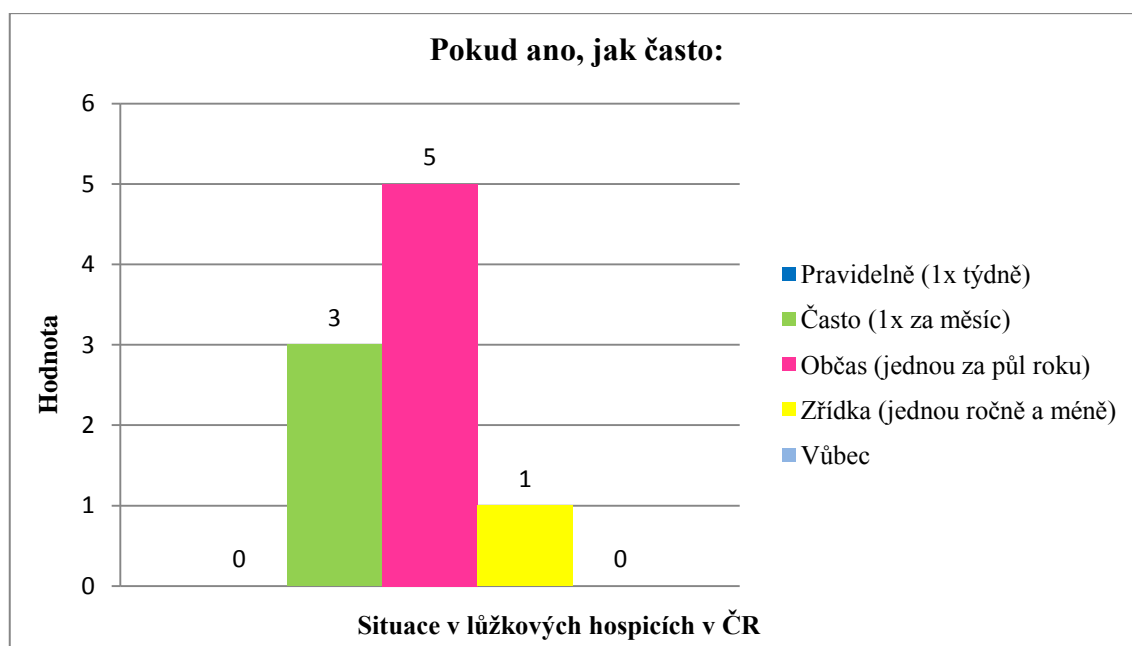
V rámci této otázky měli respondenti, kteří zvolili kladnou odpověď, uvést, jak často se benefiční, vzdělávací, kulturní a jiné akce v jejich lůžkovém hospici pořádají.

Z tabulky 30 je patrné, že nejčastěji volenou odpovědí, byla možnost „občas“, kterou zvolilo pět respondentů. Druhou nejčastější odpovědí byla možnost často, kterou uvedli tři respondenti (Hospic Dobrého Pastýře, Hospic v Mostě, Hospic sv. Štěpána). Zřídka se benefiční, vzdělávací, kulturní a jiné akce konají v Hospici na Svatém Kopečku. Odpovědi „pravidelně (1x týdně)“ a „vůbec“ neuvedl žádný respondent.

Dle grafu 25 se ve třech lůžkových hospicích v ČR účastnících se šetření pořádají jednou za měsíc benefiční, vzdělávací, kulturní a jiné akce. Jednou za půl roku se tyto akce pořádají v pěti lůžkových hospicích. Jednou ročně a méně se benefiční, vzdělávací, kulturní a jiné akce pořádají v jednom zařízení.

Pokud ano, jak často:										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Pravidelně (1x týdně)									
	Často (1x za měsíc)					X		X	X	
	Občas (jednou za půl roku)	X	X	X			X			X
	Zřídka (jednou ročně a méně)				X					
	Vůbec									

Tabulka 30: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 6



Graf 25: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 6

V otázce č. 7 měli respondenti označit, s kým spolupracuje jejich lůžkový hospic.

Na výběr bylo osm možných odpovědí (s ostatními lůžkovými hospici v ČR; s nemocnicemi a dalšími zdravotnickými zařízeními; s praktickými lékaři; s pečovatelskou službou; se školami; s LDN; s domovy seniorů a jiné).

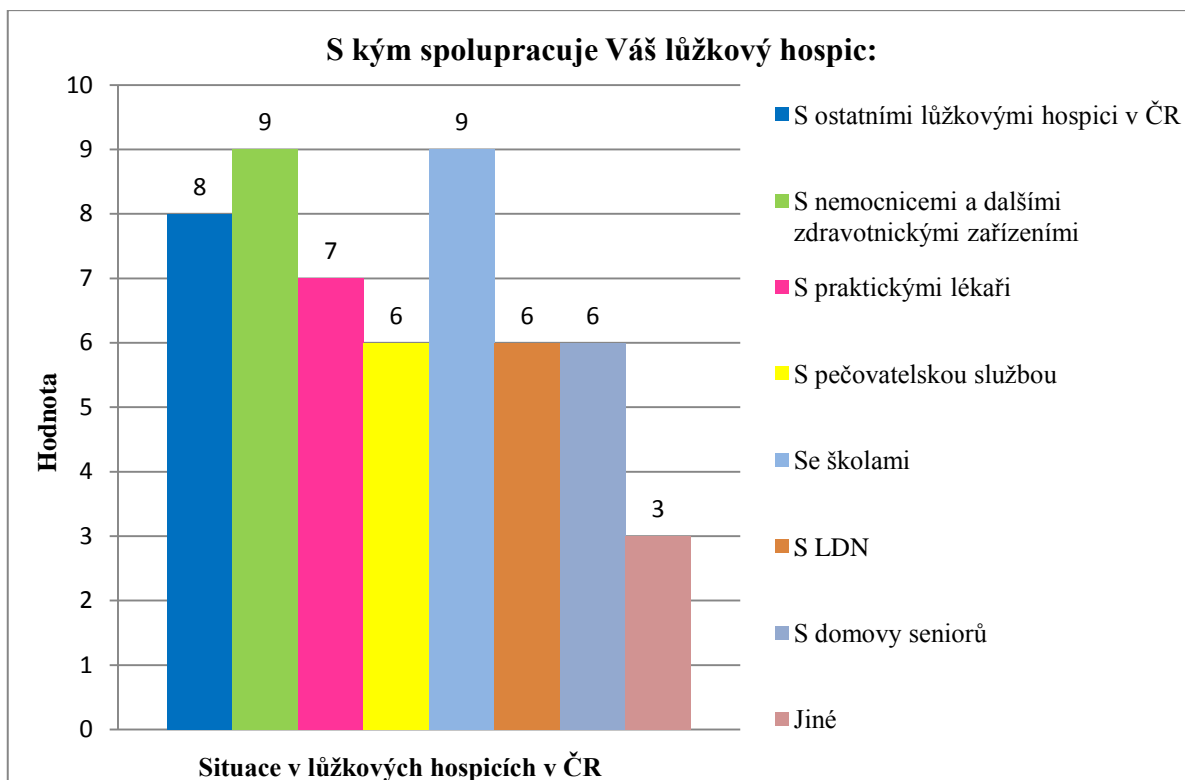
Jak znázorňuje tabulka 31, devět lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření spolupracuje se školami, s nemocnicemi a dalšími zdravotnickými zařízeními.

Osm z celkového počtu devět zúčastněných hospiců spolupracuje s ostatními lůžkovými hospici v ČR (mimo Hospic na Svatém Kopečku). S praktickými lékaři dle tabulky 31 nespolpracují Hospic sv. Lazara a Hospic na Svatém Kopečku, zbylé hospice uvádí informaci o spolupráci s praktickými lékaři. Šest lůžkových hospiců spolupracuje s pečovatelskou službou (vyjma Hospic sv. Lazara, Hospic na Svatém Kopečku, Hospic Dobrého Pastýře). S LDN spolupracuje šest lůžkových hospiců v ČR účastnících se výzkumného šetření (kromě Hospice na Svatém Kopečku, Hospice Dobrého Pastýře a Hospice v Mostě). Šest lůžkových hospiců z celkového počtu devět zúčastněných uvádí spolupráci s domovy seniorů (mimo Hospic Štrasburk, Hospic na Svatém Kopečku, Hospic sv. Lukáše). Možnost odpovědi „jiné“ uvedli ředitelé tří lůžkových hospiců (Hospic Citadela, Hospic Dobrého Pastýře, Hospic sv. Štěpána). Vedoucí Hospice Citadela uvedla: „Institute – ÚP, město – odbor sociálních věcí, notáři ad.“. Hospic Dobrého Pastýře spolupracuje s APHPP a ČSMP. Vedoucí Hospice sv. Štěpána odpověď blížeji nespecifikovala.

Graf 26 shrnuje situaci v lůžkových hospicích v ČR účastnících se výzkumného šetření v oblasti spolupráce s ostatními zařízeními, osobami.

S kým spolupracuje Váš lůžkový hospic:										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	S ostatními lůžkovými hospici v ČR	X	X	X		X	X	X	X	X
	S nemocnicemi a dalšími zdravotnickými zařízeními	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	S praktickými lékaři		X	X		X	X	X	X	X
	S pečovatelskou službou		X	X			X	X	X	X
	Se školami	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	S LDN	X	X	X			X		X	X
	S domovy seniorů	X		X		X		X	X	X
	Jiné			X		X			X	

Tabulka 31: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 7



**Graf 26: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 7**

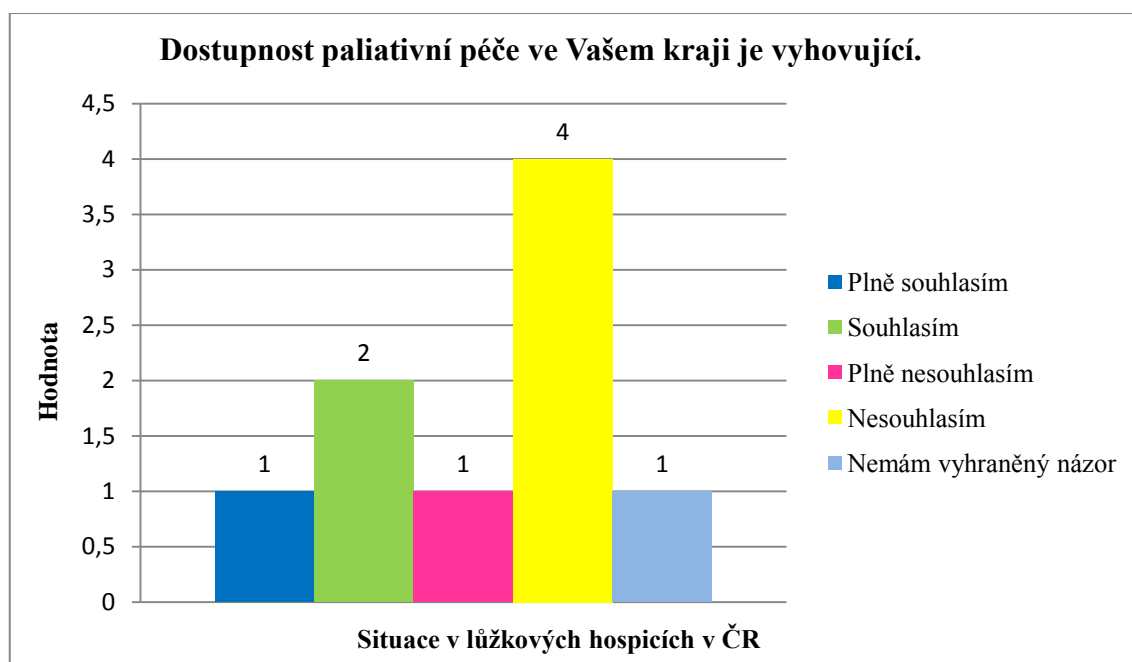
**V následující otázce č. 8 byli ředitelé lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření tázáni, zda je dostupnost paliativní péče v jejich kraji vyhovující.**

Jak znázorňuje tabulka 32, respondenti měli na výběr z pěti možných odpovědí (plně souhlasím; souhlasím; plně nesouhlasím; nesouhlasím; nemám vyhraněný názor). S vyhovující úrovní dostupnosti paliativní péče v kraji plně souhlasí vedoucí Hospice v Mostě. Odpověď „souhlasím“ zvolili dva respondenti (Hospic sv. Lazara, Hospic sv. Lukáše) z celkového počtu devět zúčastněných. S vyhovující úrovní dostupnosti paliativní péče v kraji plně nesouhlasí vedoucí Hospice Štrasburk. Nejčastěji volenou odpovědí respondentů byla možnost „nesouhlasím“, a to v celkovém počtu čtyři (Hospic Citadela, Hospic Dobrého Pastýře, Hospic sv. Štěpána, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa). Vyhraněný názor na tuto otázku nemá vedoucí Hospice na Svatém Kopečku.

Dle grafu 27 čtyři lůžkové hospice z devíti zúčastněných nesouhlasí s tvrzením, že dostupnost paliativní péče v jejich kraji je vyhovující. S tímto tvrzením naopak souhlasí dva lůžkové hospice.

Dostupnost paliativní péče ve Vašem kraji je vyhovující.										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Ciadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Plně souhlasím							X		
	Souhlasím	X					X			
	Plně nesouhlasím		X							
	Nesouhlasím			X		X			X	X
	Nemám vyhraněný názor				X					

Tabulka 32: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 8



Graf 27: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 8

V otázce č. 9: „Počet hospicových lůžek je ve Vašem kraji dostačující“, měli respondenti na výběr z pěti možných odpovědí.

Dle tabulky 33, která poskytuje přehled odpovědí jednotlivých ředitelů zastupujících konkrétní lůžkový hospic, souhlasí s tvrzením, že je v jejich kraji dostačující počet hospicových lůžek, pět respondentů (Hospic sv. Lazara, Hospic

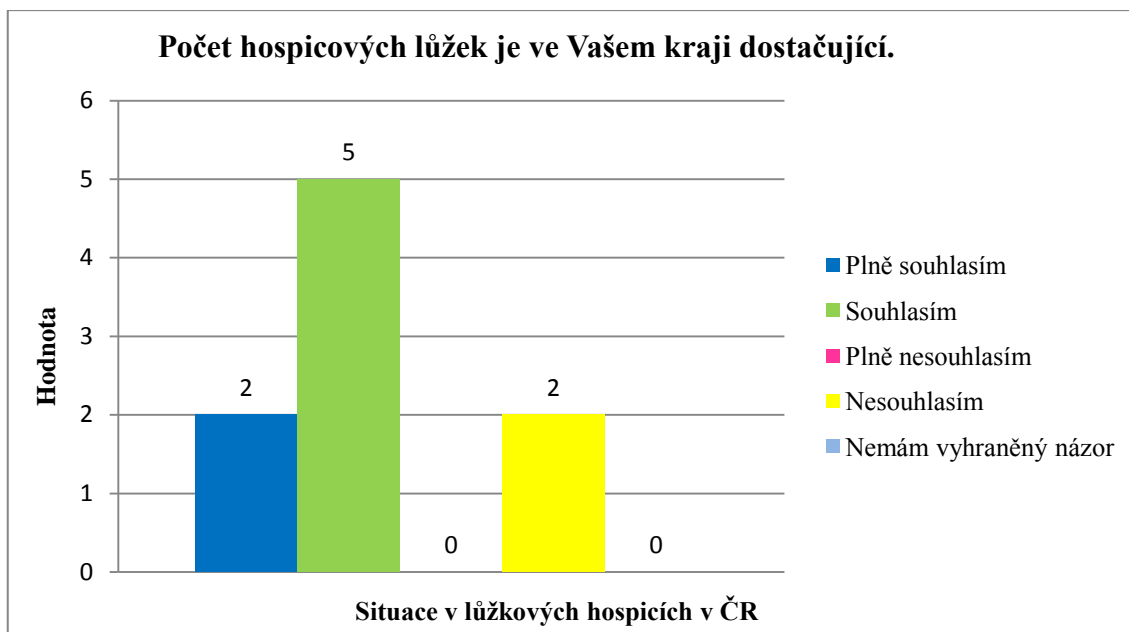
Citadela, Hospic sv. Lukáše, Hospic sv. Štěpána, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa). Plně však s tímto tvrzením souhlasí pouze dva lůžkové hospice z celkového počtu devět zúčastněných, a to Hospic Štrasburk a Hospic v Mostě. Zápornou odpověď „nesouhlasím“ označili Hospic na Svatém Kopečku a Hospic Dobrého Pastýře.

Na grafu 28 je znázorněno, že pět ředitelů lůžkových hospiců v ČR z celkového počtu devět zastává názor, že je v jejich kraji dostačující počet hospicových lůžek. S tímto tvrzením plně souhlasí další dva ředitelé lůžkových hospiců. Naopak záporně se k problematice počtu hospicových lůžek v kraji staví dva lůžkové hospice, jejichž ředitelé zastávají názor, že počet hospicových lůžek v jejich kraji není dostačující.

<b>Počet hospicových lůžek je ve Vašem kraji dostačující.</b>										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Plně souhlasím		X					X		
	Souhlasím	X		X			X		X	X
	Plně nesouhlasím									
	Nesouhlasím				X	X				
	Nemám vyhraněný názor									

**Tabulka 33: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 9**





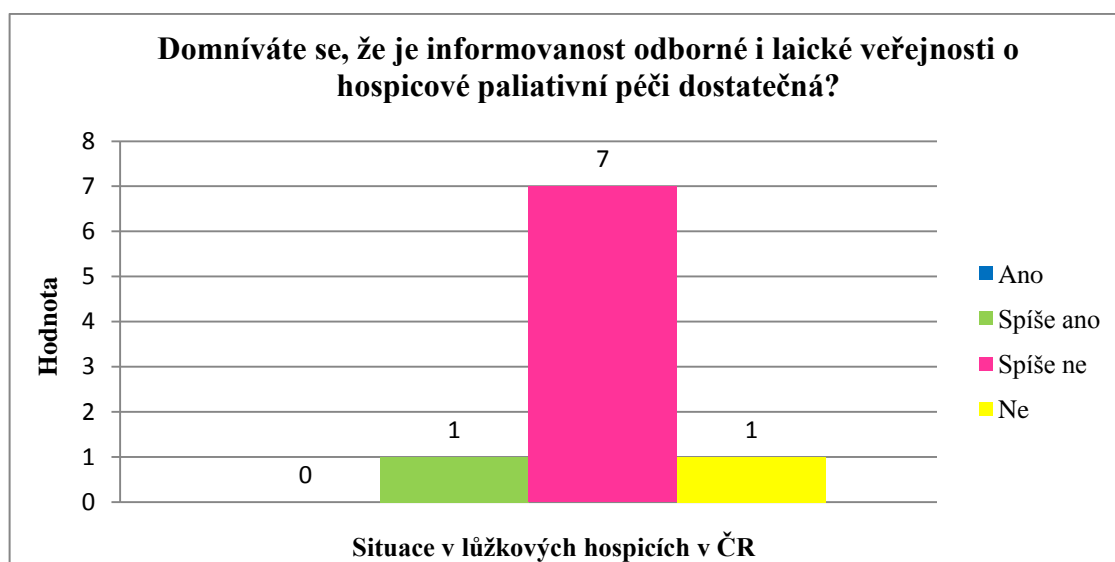
**Graf 28: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 9**

V odpovědích na otázku č. 10, která zněla „Domníváte se, že je informovanost odborné i laické veřejnosti o hospicové paliativní péči dostatečná?“ označilo sedm respondentů z devíti (viz tabulka 34) odpověď „spíše ne“. Záporná odpověď „ne“ zazněla v jediném případě, a to od ředitele Hospice na Svatém Kopečku pana Mgr. Jiřího Borika. Kladnou možnost odpovědi „spíše ano“ označila ředitelka Hospice v Mostě paní Blanka Števicová.

Z grafu 29 jednoznačně vyplývá, že se sedm ředitelů lůžkových hospiců v ČR z celkového počtu devět zúčastněných domnívá, že je informovanost odborné i laické veřejnosti o hospicové paliativní péči spíše nedostatečná. Za nedostatečnou je informovanost odborné i laické veřejnosti považována v jediném případě. Kladný pohled týkající se dané oblasti zastává také pouze jeden z devíti respondentů.

Domníváte se, že je informovanost odborné i laické veřejnosti o hospicové paliativní péči dostatečná?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Ciadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Ano									
	Spíše ano							X		
	Spíše ne	X	X	X		X	X		X	X
	Ne				X					

Tabulka 34: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 10



Graf 29: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 10

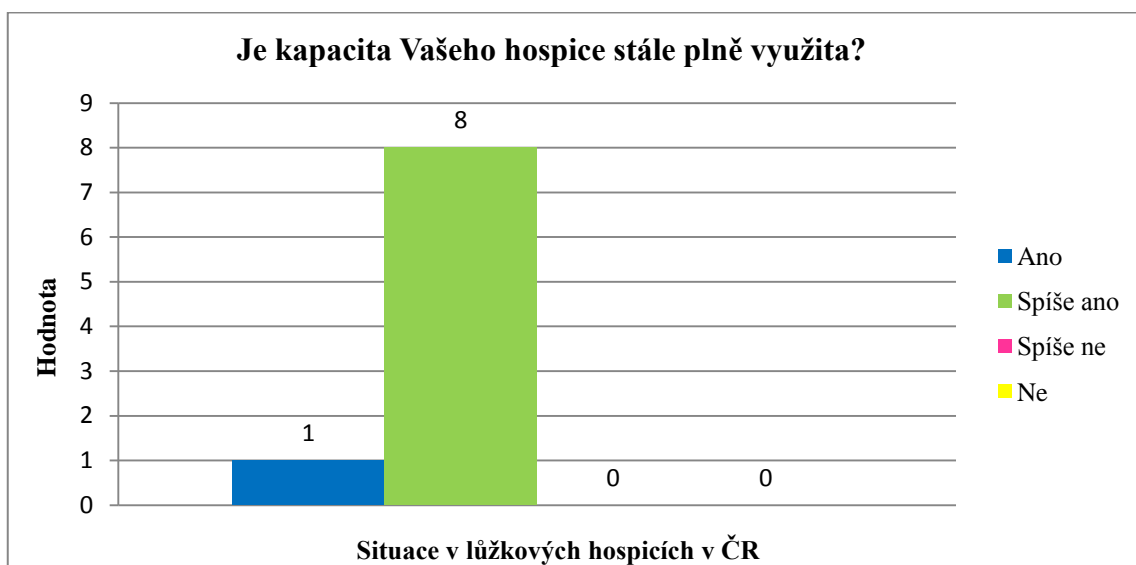
V následující otázce č. 11 „Je kapacita Vašeho hospice stále plně využita?“ měli ředitelé lůžkových hospiců účastníci se výzkumného šetření na výběr z těchto odpovědí: „ano“, „spíše ano“, „spíše ne“ a „ne“.

Dle tabulky 35, která shrnuje odpovědi jednotlivých respondentů, byla jednoznačně volena varianta odpovědi „spíše ano“. Možnost „ano“ byla označena v jednom případě.

Graf 30 shrnující situaci v lůžkových hospicích účastníci se výzkumného šetření v ČR v oblasti stálého plného využití kapacity zařízení lůžkového hospice jasně dokládá, že v osmi lůžkových hospicích v České republice je kapacita zařízení spíše stále plně využita a v jednom lůžkovém hospici dokonce stále plně využita.

Je kapacita Vašeho hospice stále plně využita?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Ano								X	
	Spíše ano	X	X	X	X	X	X	X		X
	Spíše ne									
	Ne									

Tabulka 35: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 11



Graf 30: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 11

V otázce č. 12 měli respondenti označit, jak dlouhá je čekací lhůta pacienta na lůžko. Ředitelé lůžkových hospiců v ČR účastnících se šetření měli možnost zvolit svoji odpověď k danému dotazu ze čtyř možných variant. Čekací lhůta pacienta na lůžko mohla být dle nabízených možností buď 1 den, 1 týden, 1 měsíc nebo jiná.

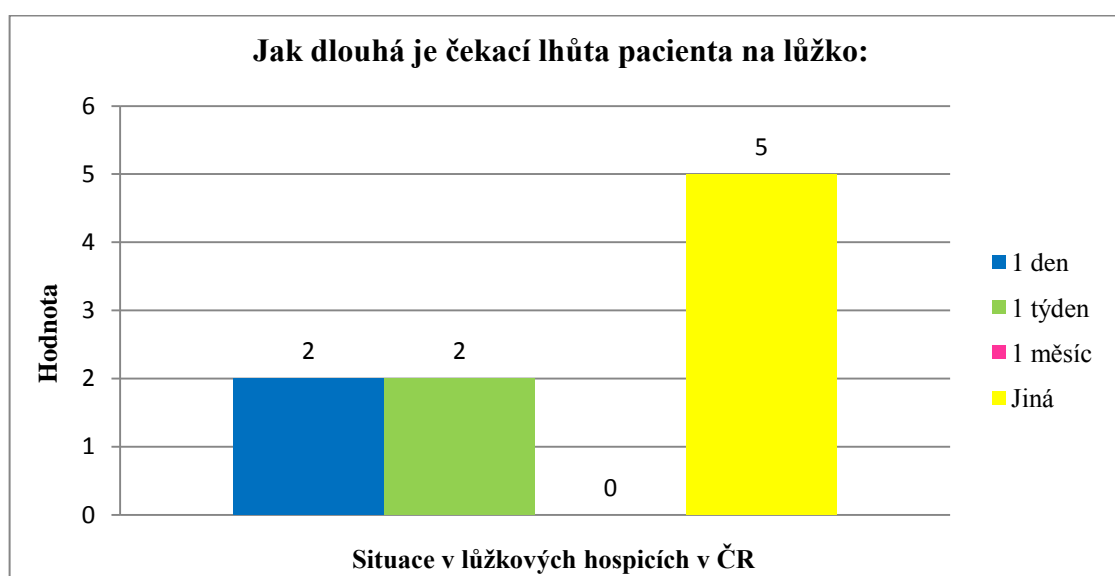
V tabulce 36 jsou znázorněny odpovědi ředitelů jednotlivých lůžkových hospiců. Nejkratší čekací lhůta pacienta na lůžko (1 den) je v Hospici Citadela a v Hospici sv. Lukáše. 1 týden poté čekají pacienti na lůžko v Hospici Dobrého Pastýře a v Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. Zbýlých pět lůžkových hospiců zvolilo variantu

odpovědi „jiná“. V Hospici sv. Lazara se pacienti mohou stát klienty zařízení do 1 – 7 dnů dle obložnosti. V Hospici Citadela pak většinou do jednoho týdne. Vedoucí Hospice na Svatém Kopečku uvádí čekací lhůtu pacienta na lůžko 1 – 3 týdny. V Hospici v Mostě čeká pacient na lůžko 2 – 3 dny. Odpověď vedoucí Hospice sv. Štěpána zněla: „Jak kdy, mezi jedním dnem a jedním týdnem“.

Jak znázorňuje graf 31 čekací lhůta pacienta na lůžko v lůžkových hospicích v ČR účastnících se výzkumného šetření je individuální, pohybuje se však nejčastěji v rozmezí 1 den – 1 týden. Nejdelší čekací lhůta pacienta na lůžko je dle výsledků šetření v Hospici na Svatém Kopečku, kde se doba pohybuje mezi 1 - 3 týdny.

Jak dlouhá je čekací lhůta pacienta na lůžko:										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
OPOVĚĎ	1 den			X			X			
	1 týden					X				X
	1 měsíc									
	Jiná	X	X		X			X	X	

Tabulka 36: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 12



Graf 31: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 12

**V následující otázce č. 13 měli respondenti označit, jaká je maximální možná délka pobytu pacienta v hospici.**

U této otázky měli ředitelé jednotlivých lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření na výběr ze dvou možností.

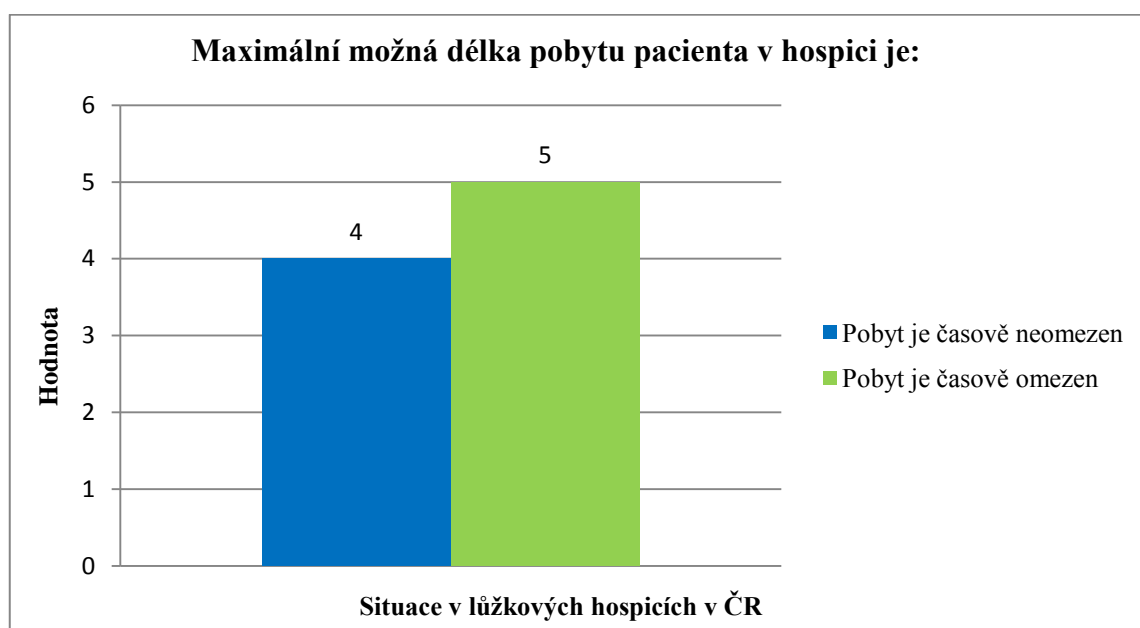
Dle tabulky 37 varianta odpovědi „pobyt je časově neomezen“ byla označena čtyřmi řediteli lůžkových hospiců, a to Hospice sv. Lazara, Hospice Dobrého Pastýře, Hospice sv. Lukáše a Hospice sv. Štěpána. Druhou z nabízených odpovědí „pobyt je časově omezen“ označilo pět z celkového počtu devět zúčastněných respondentů.

Úkolem ředitelů, v jejichž lůžkovém hospici je pobyt klientů omezen, bylo označit, případně vypsát, jak dlouhou dobu mohou klienti v jejich zařízení strávit. Na výběr byly tyto možné odpovědi: „1 měsíc“, „2 měsíce“, „3 měsíce“ a „více“. Tři ředitelé z pěti lůžkových hospiců, ve kterých je pobyt klientů časově omezen, uvedli odpověď „tři měsíce“. Ve dvou z těchto případů a to v Hospici Štrasburk a Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa může být pobyt klienta v ojedinělých případech prodloužen (může se prolongovat v závislosti na zdravotním stavu klienta). V Hospici v Mostě je pobyt klientů časově omezen, jeho délka je však individuální dle stavu klienta. Ředitel Hospice na Svatém Kopečku pan Mgr. Jiří Borik označil odpověď „více“, blížeji však daný údaj nespecifikoval.

V grafu 32 je znázorněno porovnání počtu lůžkových hospiců, ve kterých je délka pobytu klientů časově neomezena, ku počtu hospiců, ve kterých je pobyt časově omezen. Z grafu 32 je patrné, že počet lůžkových hospiců s omezenou délkou pobytu klienta je oproti lůžkovým hospicům s neomezenou délkou pobytu, vyšší.

Maximální možná délka pobytu pacienta v hospici je:										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Pobyt je časově neomezen	X				X	X		X	
	Pobyt je časově omezen na:	1 měsíc								
		2 měsíce								
		3 měsíce		X	X					X
		více				X		X		

Tabulka 37: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 13



Graf 32: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 13

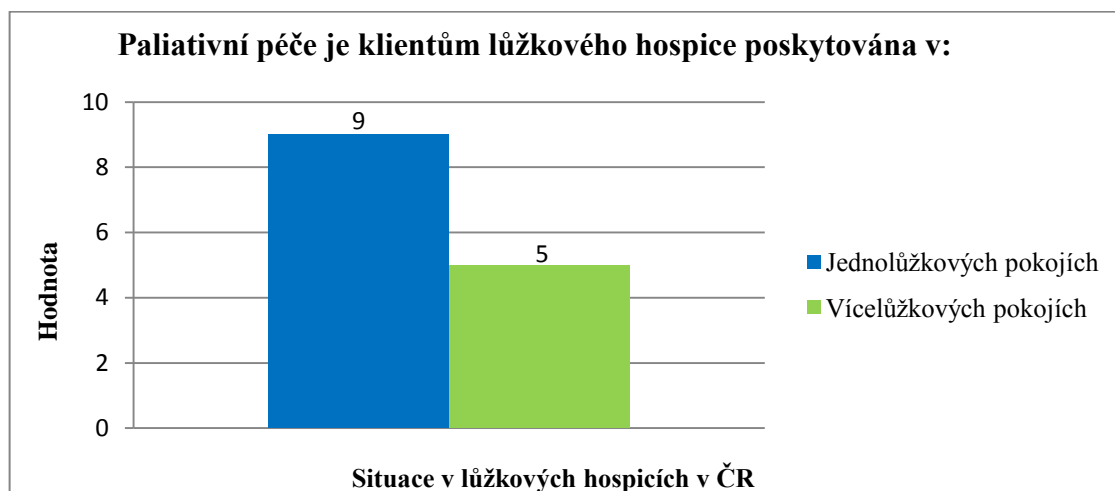
V otázce č. 14 měli ředitelé jednotlivých lůžkových hospiců vyznačit, v jakém druhu pokojů je klientům daného zařízení poskytována paliativní péče.

Jak vyplývá z tabulky 38, všech devět lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření disponuje jednolůžkovými pokoji. Pět z těchto hospiců své služby poskytuje i v pokojích vícelůžkových. Situaci týkající se dostupnosti jednotlivých druhů pokojů v lůžkových hospicích v ČR, shrnuje graf 33.

V rámci této otázky měli ředitelé písemně vyjádřit názor, které z jednotlivých druhů pokojů klienti upřednostňují. Nejčastěji zazněla odpověď „jednolůžkové pokoje“, a to v Hospici Štrasburk, Hospici Citadela, Hospici Dobrého Pastýře, Hospici sv. Lukáše. Spíše jednolůžkové pokoje, i když ne zcela, upřednostňují klienti Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. Svůj názor nevyjádřili ředitelé Hospice sv. Lazara, Hospice na Svatém Kopečku, Hospice v Mostě a Hospice sv. Štěpána.

Paliativní péče je klientům lůžkového hospice poskytována v:										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Jednolůžkových pokojích	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Vícelůžkových pokojích	X		X	X		X			X

Tabulka 38: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 14



Graf 33: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 14

V otázce č. 15 byli respondenti tázáni: „Jaké prostory tvoří hospicové zařízení?“.

Přehled jednotlivých odpovědí shrnuje tabulka 39, dle které je všech devět lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření tvořeno lůžkovou částí, sesternou, terasou a kaplí. V osmi hospicích se dle odpovědí jednotlivých ředitelů

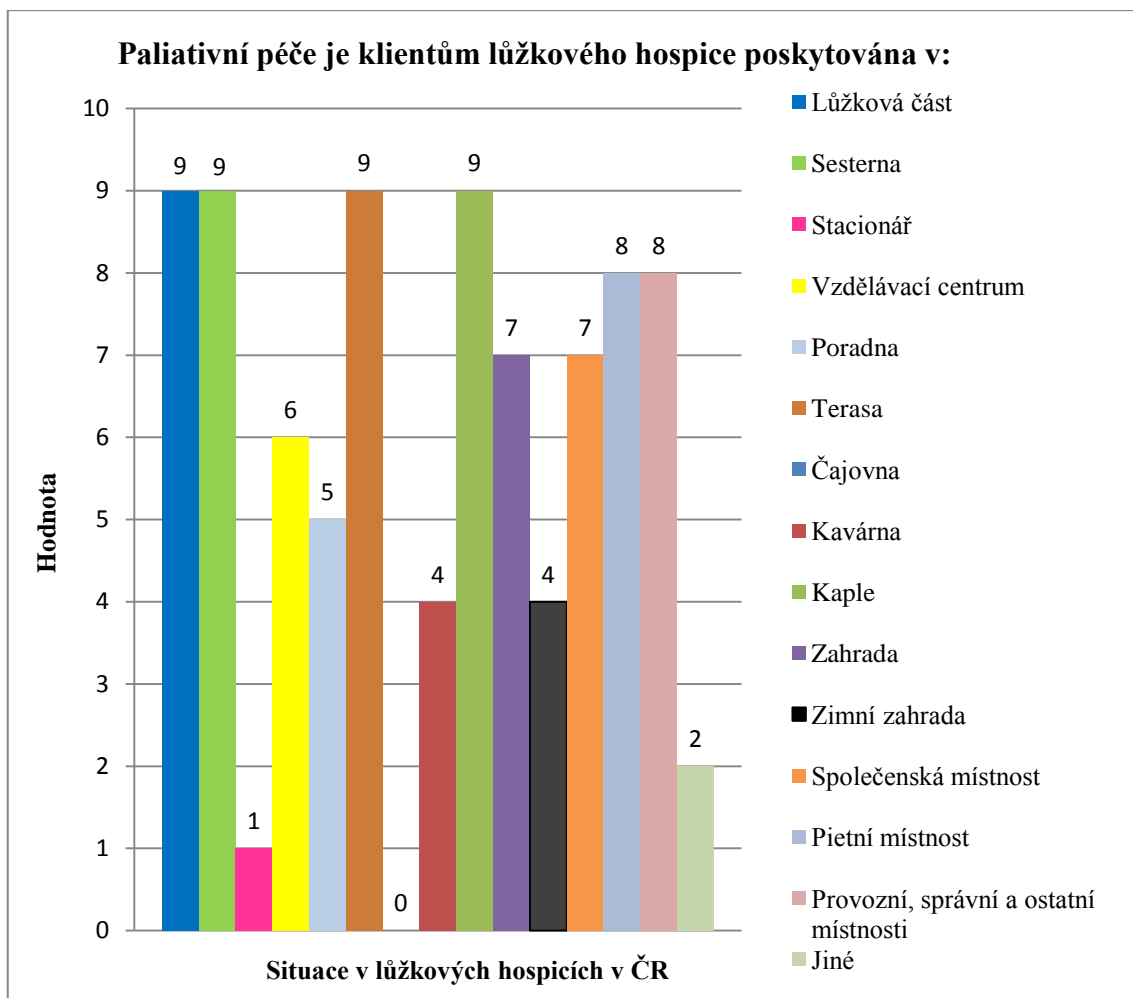
nachází pietní místnost (vyjma Hospice Štrasburk) a také provozní, správní a ostatní místnosti (opět mimo Hospic Štrasburk). Zahrada je součástí sedmi lůžkových hospiců z celkového počtu devět zúčastněných (kromě Hospice sv. Lazara a Hospice na Svatém Kopečku). Společenská místnost se nachází ve všech lůžkových hospicích účastnících se šetření, mimo Hospic Štrasburk a Hospic na Svatém Kopečku. Součástí šesti lůžkových hospiců je vzdělávací centrum (vyjma Hospic sv. Lazara, Hospic Štrasburk a Hospic na Svatém Kopečku). Součástí pěti lůžkových hospiců je poradna (mimo Hospic sv. Lazara, Hospic Štrasburk, Hospic na Svatém Kopečku, Hospic v Mostě). Kavárna je součástí prostor lůžkového Hospice Citadela, Hospice Dobrého Pastýře, Hospice sv. Štěpána a Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. Zimní zahrada se nachází také ve čtyřech lůžkových hospicích, a to v Hospici sv. Lazara, Hospici Štrasburk, Hospici Citadela a Hospici na Svatém Kopečku. V jednom lůžkovém hospici (Hospic Dobrého Pastýře) z celkového počtu devět zúčastněných, je součástí zařízení stacionář. V žádném z lůžkových hospiců uvedených v tabulce 39 se nenachází čajovna. Variantu odpovědi „jiné“ označili dva respondenti (z Hospice Citadela a Hospice sv. Štěpána). Hospic Citadela nabízí zázemí pro stážisty včetně ubytovací kapacity. Součástí Hospice sv. Štěpána je ambulance léčby bolesti, zázemí pro domácí hospic a jídelna.

Situaci v lůžkových hospicích účastnících se šetření zaměřující se na prostory hospicového zařízení shrnuje graf 34.



Jaké prostory tvoří hospicové zařízení?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Lůžková část	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Sesterna	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Stacionář					X				
	Vzdělávací centrum			X		X	X	X	X	X
	Poradna			X		X	X		X	X
	Terasa	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Čajovna									
	Kavárna			X		X			X	X
	Kaple	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Zahrada		X	X		X	X	X	X	X
	Zimní zahrada	X	X	X	X					
	Společenská místnost	X		X		X	X	X	X	X
	Pietní místnost	X		X	X	X	X	X	X	X
	Provozní, správní a ostatní místnosti	X		X	X	X	X	X	X	X
Jiné			X					X		

Tabulka 39: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 15



**Graf 34: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 15**

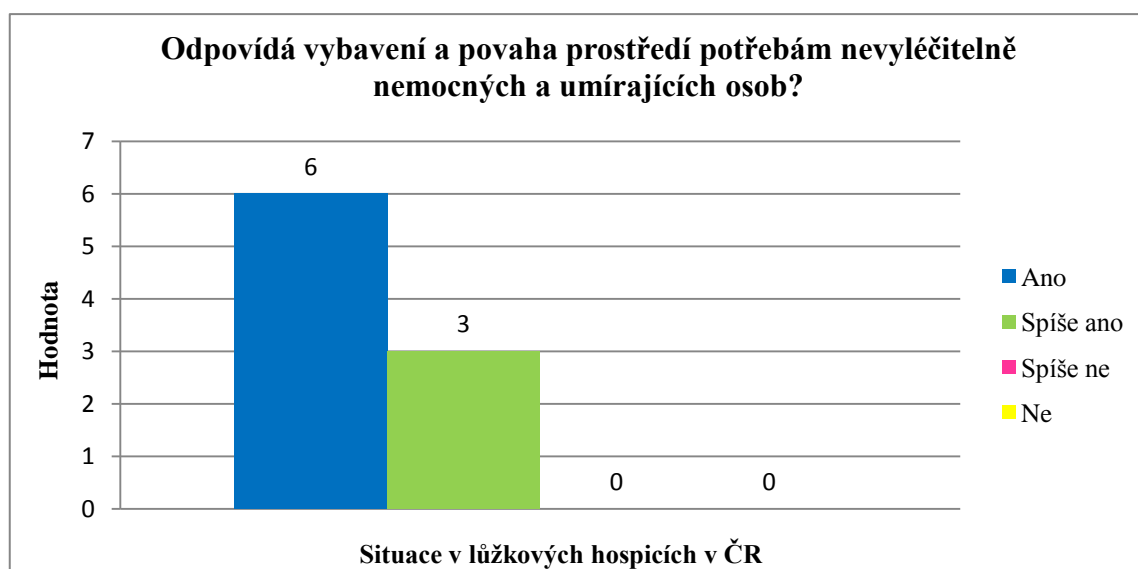
**Otázka č. 16 zněla: „Odpovídá vybavení a povaha prostředí potřebám nevléčitelně nemocných a umírajících osob?“.**

Dle informací shrnutých v tabulce 40 odpovídá vybavení a povaha prostředí potřebám nevléčitelně nemocných a umírajících osob v šesti lůžkových hospicích z celkového počtu devět zúčastněných hospiců. Ve třech případech, a to v Hospici sv. Lazara, Hospici Štrasburk Hospici na Svatém Kopečku, zazněla odpověď „spíše ano“. Z této odpovědi usuzuji, že vybavení a povaha prostředí lůžkových hospiců odpovídá potřebám nevléčitelně nemocných a umírajících osob i přesto, že se v těchto zařízeních pravděpodobně vyskytují některé nedostatky.

Na základě grafu 35, který shrnuje situaci v lůžkových hospicích v ČR k otázce číslo 1, mohu konstatovat, že vybavení a povaha prostředí v devíti lůžkových hospicích účastnících se výzkumného šetření, je na dobré úrovni a odpovídá potřebám nevléčitelně nemocných a umírajících osob.

Odpovídá vybavení a povaha prostředí potřebám nevyléčitelně nemocných a umírajících osob?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Ano			X		X	X	X	X	X
	Spíše ano	X	X		X					
	Spíše ne									
	Ne									

Tabulka 40: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 16



Graf 35: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 16

V otázce č. 17 měli ředitelé lůžkových hospiců doplnit tabulku, shrnující základní aspekty vybavení a povahy prostředí, které určují míru vhodnosti daného zařízení pro osoby nevyléčitelně nemocné a umírající.

Úkolem respondentů bylo označení jedné z nabízených odpovědí „ano/ne“, která vystihuje vybavení a povahu prostředí v daném lůžkovém hospici, u každé položky v tabulce.

Tabulka 41 znázorňuje jednotlivé odpovědi každého ředitele z lůžkového hospice účastnického se výzkumného šetření k daným položkám v tabulce. Tato tabulka poskytuje přehled vybavení a prostředků, kterými lůžkové hospice disponují, podává

informace o uspořádání prostoru zařízení. Zároveň nabízí možnost přehledného porovnání jednotlivých zařízení v oblasti vybavení a povahy prostředí.

Následující graf 36 poskytuje komplexní souhrn jednotlivých aspektů vybavení a povahy prostředí vyskytujících se v lůžkových hospicích. Z grafu 36 je patrné, že všech devět lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření z celkového počtu 15 lůžkových hospiců v České republice, splňuje jeden z velmi důležitých aspektů a to bezbariérovost celého zařízení. Prostory jsou v těchto devíti lůžkových hospicích bezpečně a jasně uspořádány a je zde splněno kritérium týkající se jasné, jednoduché manipulace s okny, dveřmi a ovládacími prvky, pokoje jsou chráněny před nadměrným osluněním pomocí zastínění, stěny zdí jsou opatřeny madly, prostory zařízení jsou opatřeny obrázky, fotografiemi a symbolickými značkami. V osmi lůžkových hospicích (vyjma Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa) připomíná vybavení a prostředí domov. Všechny prostory lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření, vyjma Hospice Štrasburk a Hospice Citadela, disponují orientačním a navigačním systémem po budově. Okna v pokojích prosklená na úroveň podlahy se nachází ve čtyřech lůžkových hospicích (Hospic Štrasburk, Hospic Citadela, Hospic sv. Lukáše a Hospic sv. Štěpána), ve zbylých pěti lůžkových hospicích účastnících se výzkumného šetření nejsou okna v pokojích klientů prosklená na úroveň podlahy. Akustickou izolaci prostor zařízení splňují Hospic Dobrého Pastýře, Hospic sv. Lukáše, Hospic v Mostě a Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. Klimatizaci disponují 4 lůžkové hospice, v Hospici sv. Lazara, Hospici Štrasburk, Hospici na Svatém Kopečku, Hospici sv. Lukáše, Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa není klimatizace dostupná. Jak dále vyplývá z grafu 36, v jednom z devíti lůžkových hospiců (Hospic sv. Štěpána) je využit strop jako informační prvek o poloze pro ležící pacienty. Větší část zúčastněných lůžkových hospiců (7) nevyužívá na stropěch prostor budovy ani jinou barvu, texturu, plasticitu (vlysy, lišty), grafiku (symboly, obrázky, piktogramy), kladně se k této položce v tabulce vyjádřily pouze Hospic na Svatém Kopečku a Hospic sv. Štěpána. Šest lůžkových hospiců z celkového počtu devět nevyužívá barevného kontrastu k vyzdvižení určitých detailů (tlačítka, vstupní otvory). Barevný kontrast je však užít v prostorách Hospice Štrasburk, Hospice Citadela a Hospice Dobrého Pastýře. Sníženými jmenovkami disponuje Hospic na Svatém Kopečku, ve zbylých lůžkových hospicích účastnících se výzkumného šetření nejsou jmenovky sníženy.

Celkové zhodnocení aspektů vybavení a povahy prostředí, které určují míru vhodnosti daného zařízení pro osoby nevléčitelně nemocné a umírající, je dle výsledků

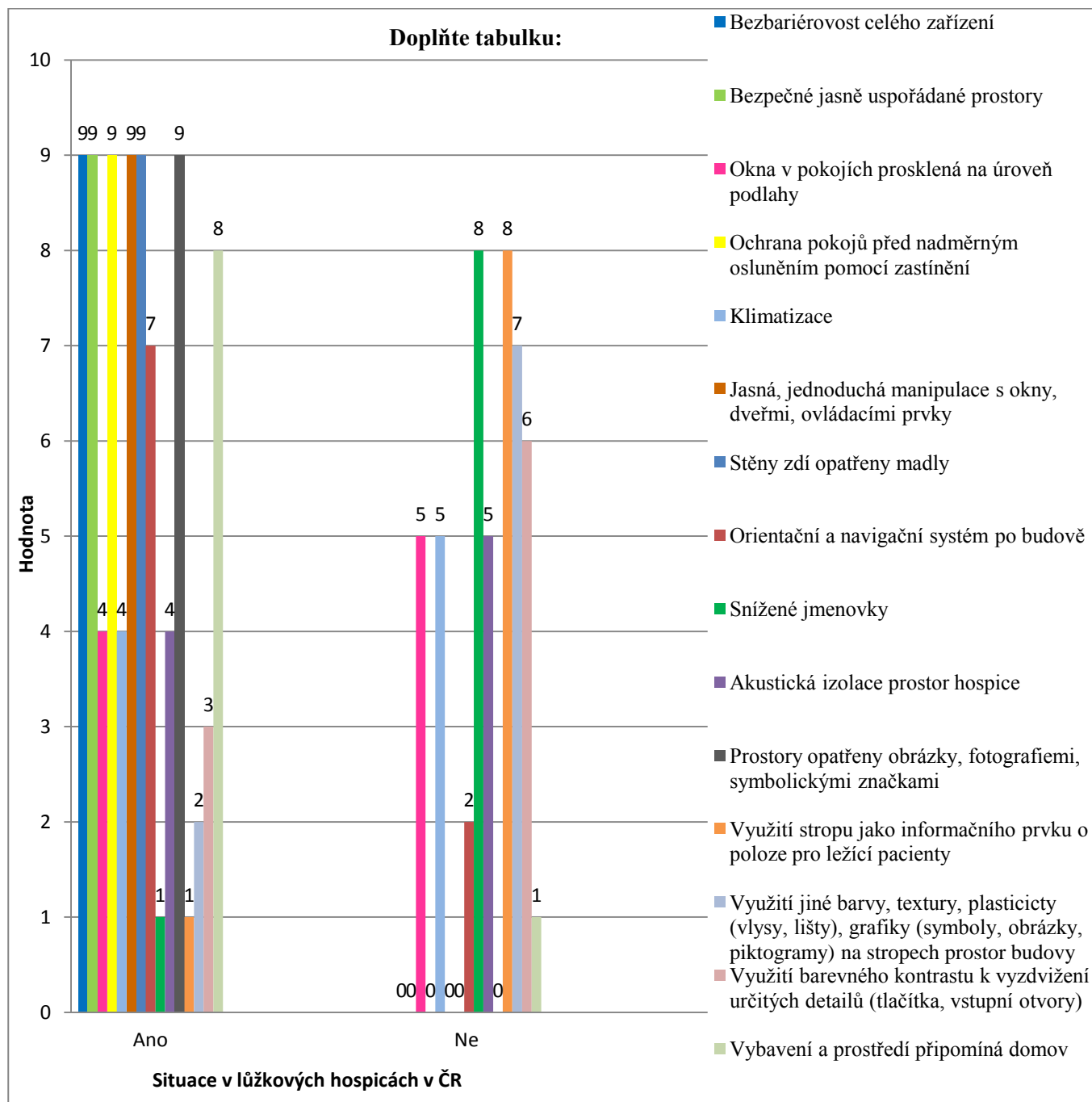
znázorněných na grafu 36 na dobré úrovni. Osm zásadních aspektů z celkového počtu patnáct je splněno téměř ve všech lůžkových hospicích. Nedostatky v prostorách zařízení jsou patrné převážně v nedostatečném využití stropů, barevných kontrastů, snížených jmenovek. V neposlední řadě je nutné zmínit okna v pokojích, která ve většině případů nejsou prosklená na úroveň, která by umožňovala pacientům upoutaným na lůžko výhled, omezenou dostupnost klimatizace v pokojích klientů a akustickou izolaci prostor zařízení. Z výsledků odpovědí ředitelů tedy vyplývá znevýhodnění stále ležících klientů, případně klientů upoutaných na invalidních vozících, při pobytech v jednotlivých lůžkových hospicích v ČR.

**Doplňte tabulku:**

LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pasýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Bezbariérovost celého zařízení	ANO	X	X	X	X	X	X	X	X
		NE								
	Bezpečné jasně uspořádané prostory	ANO	X	X	X	X	X	X	X	X
		NE								
	Okna v pokojích prosklená na úroveň podlahy	ANO		X	X			X		X
		NE	X			X	X		X	X
	Ochrana pokojů před nadměrným osluněním pomocí zastínění	ANO	X	X	X	X	X	X	X	X
		NE								
	Klimatizace	ANO			X		X		X	X
		NE	X	X		X		X		X
	Jasná, jednoduchá manipulace s okny, dveřmi, ovládacími prvky	ANO	X	X	X	X	X	X	X	X
		NE								
	Stěny zdí opatřeny madly	ANO	X	X	X	X	X	X	X	X
		NE								
	Orientační a navigační systém po budově	ANO	X			X	X	X	X	X
		NE		X	X					
	Snížené jmenovky	ANO				X				
		NE	X	X	X		X	X	X	X
	Akustická izolace prostor hospice	ANO					X	X	X	X
		NE	X	X	X	X				X
Prostory opatřeny obrázky, fotografiemi, symbolickými značkami	ANO	X	X	X	X	X	X	X	X	
	NE									
Využití stropu jako informačního prvku o poloze pro ležící pacienty	ANO								X	
	NE	X	X	X	X	X	X	X	X	
Využití jiné barvy, textury, plasticity (vlysy, lišty), grafiky (symboly,	ANO				X				X	

obrázky, piktogramy) na stropech prostor budovy	NE	X	X	X		X	X	X		X
	ANO		X	X		X				
Využití barevného kontrastu k vyzdvižení určitých detailů (tlačítka, vstupní otvory)	NE	X			X		X	X	X	X
	ANO	X	X	X	X	X	X	X	X	
Vybavení a prostředí připomíná domov	ANO	X	X	X	X	X	X	X	X	
	NE									X

Tabulka 41: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 17



Graf 36: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 17

**Otázka č. 18 zněla: „Co byste v rámci samotné péče o klienty, nebo v rámci budovy hospice obecně, rád/a změnil/a, vybudoval/a, doplnila/a?“.**

V rámci této otázky byl ředitelům lůžkových hospiců nabídnut prostor pro vyjádření. Jednalo se o typ otázky otevřené.

Odpovědi ředitelů k této otázce byly individuální, ve všech případech se však zaměřovaly na změny v oblasti budovy hospice.

Vedoucí Hospice v Mostě by si v rámci budovy hospice přála zasklít venkovní sezení pod terasou. Dle pana Ing. Jakuba Forejta chybí Hospici sv. Lazara zahrada. Vedoucí Hospice Citadela by uvítala zateplení budovy a doplnění mobiliáře na zahradu. Nový nábytek do společenské místnosti a kavárny (starý je z počátku – 14 let) by si přála vedoucí Hospice sv. Štěpána paní Mgr. Monika Marková. Paní Mgr. Jiřina Večeřová na zadanou otázku odpověděla: „Zabudování centrální klimatizace, rekonstrukce recepcce, rekonstrukce osvětlení na chodbách a lůžkových odděleních, využití stropních ploch pro aktivizační prvky u klientů na pokojích, vybudování vlastní prádelny, více zútulnit domácími prvky“.

V rámci samotné péče o klienty a v rámci budovy hospice obecně by nic neměnily, nebudovaly a nedoplňovali ředitelé Hospice Štrasburk, Hospice na Svatém Kopečku, Hospice Dobrého Pastýře a Hospice sv. Lukáše.

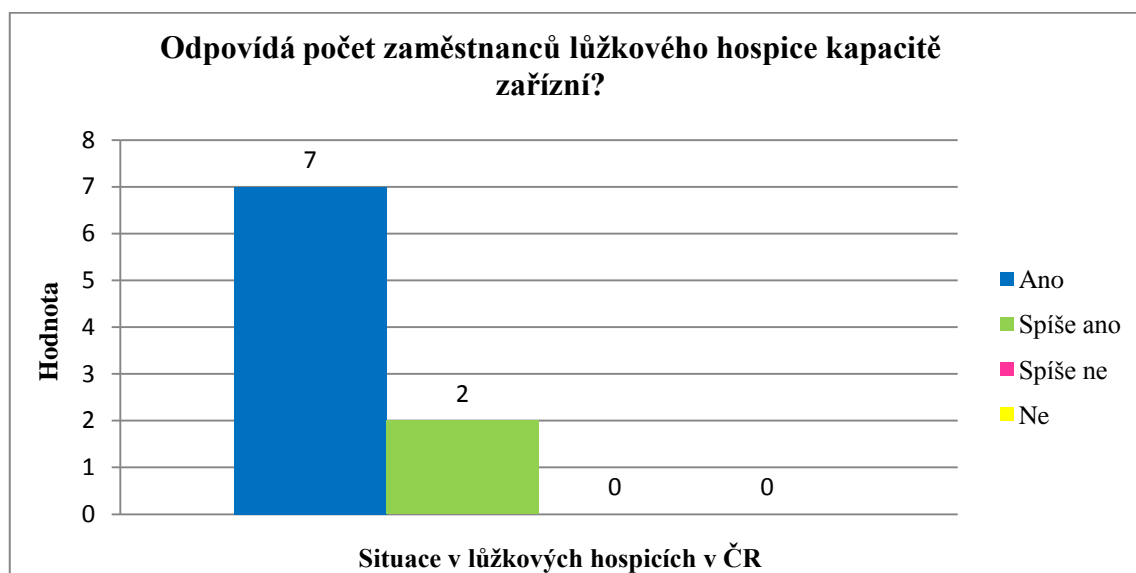
**V odpovědích na otázku č. 19, která zněla „Odpovídá počet zaměstnanců lůžkového hospice kapacitě zařízení?“** označilo sedm ředitelů (viz tabulka 42) jednotlivých lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření odpověď „ano“. Odpověď „spíše ano“ zazněla ve dvou případech. Záporné odpovědi „spíše ne“ a „ne“ nebyly označeny.

Graf 37 znázorňuje situaci v lůžkových hospicích v ČR se zaměřením na počet zaměstnanců vůči kapacitě zařízení. Na grafu 4 je jednoznačně patrná převaha kladných odpovědí, z čehož můžeme usuzovat, že je v lůžkových hospicích v České republice věnována pozornost tomu, aby byl v zařízení odpovídající počet zaměstnanců vzhledem k jeho kapacitě.



Odpovídá počet zaměstnanců lůžkového hospice kapacitě zařízení?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Ano	X	X	X		X	X	X	X	
	Spíše ano				X					X
	Spíše ne									
	Ne									

Tabulka 42: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 19



Graf 37: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 19

**Otázka č. 20: „Jakým způsobem probíhá výběr nových zaměstnanců do zařízení?“.**

Respondenti měli na výběr ze čtyř možností: „test“, „ústní pohovor“, „praktická zkouška“ a „jiný způsob“.

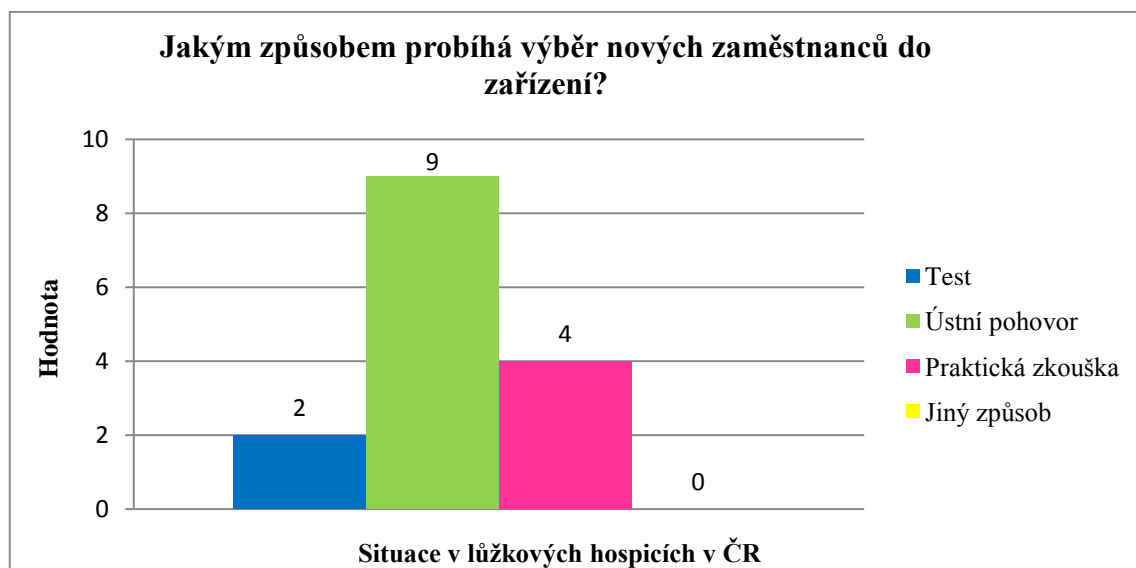
Jak je uvedeno v tabulce 43, ve všech lůžkových hospicích účastnících se výzkumného šetření, probíhá výběr nových zaměstnanců do zařízení prostřednictvím ústního pohovoru. V Hospici sv. Lazara, Hospici Dobrého Pastýře, Hospici sv. Lukáše a Hospici sv. Štěpána prochází uchazeči v rámci výběrového řízení praktickou

zkouškou. Test při výběru nových zaměstnanců do zařízení probíhá v Hospici Dobrého Pastýře a v Hospici sv. Štěpána. V tabulce 43 je patrné, že vedoucí Hospice Dobrého Pastýře a Hospice sv. Štěpána používají v rámci výběru nových zaměstnanců test, ústní pohovor i praktickou zkoušku. Varianta odpovědi „jiný způsob“ nebyla respondenty označena.

Jakým způsobem probíhá výběr nových zaměstnanců do zařízení, přehledně shrnuje graf 38.

Jakým způsobem probíhá výběr nových zaměstnanců do zařízení?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚD	Test					X			X	
	Ústní pohovor	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Praktická zkouška	X				X	X		X	
	Jiný způsob									

Tabulka 43: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 20



Graf 38: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 20

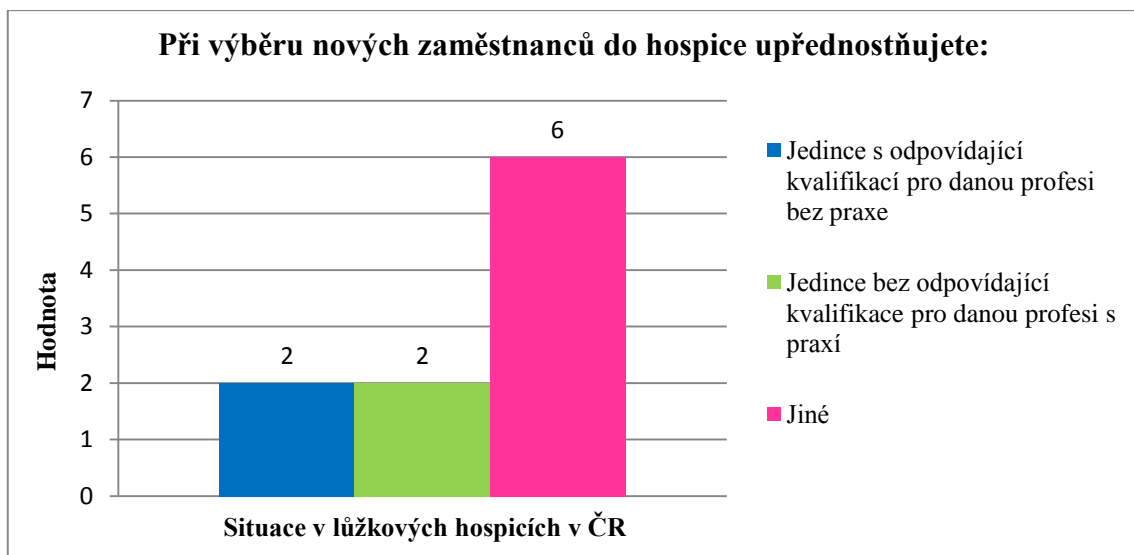
**V následující otázce č. 21: „Při výběru nových zaměstnanců do hospice upřednostňujete:“**, měli respondenti označit, zda při výběru nových zaměstnanců do zařízení upřednostňují jedince s odpovídající kvalifikací pro danou profesi bez praxe nebo zda dávají přednost jedincům bez odpovídající kvalifikace pro danou profesi s praxí. Ředitelé lůžkových hospiců účastnících se šetření mohli označit i variantu „jiné“ a popsat, čemu dávají při výběru nových zaměstnanců do hospice přednost.

Dle tabulky 44 upřednostňuje při výběru nových zaměstnanců vedoucí Hospice sv. Lukáše jedince s odpovídající kvalifikací pro danou profesi bez praxe. Opačné stanovisko zastává vedoucí Hospice Citadela, který dává přednost jedincům bez odpovídající kvalifikace pro danou profesi s praxí. Obě možné varianty odpovědi označila ředitelka Hospice Štrasburk paní MUDr. Hana Šrámková, z čehož lze usuzovat, že při výběru nových zaměstnanců upřednostňuje oba typy žadatelů o místo nebo u svých nových zaměstnanců vyžaduje jak kvalifikaci pro danou profesi, tak praxi. Dle tabulky 44 volilo nejvíce respondentů odpověď „jiné“, a to v celkovém počtu šest. Pět z těchto ředitelů lůžkových hospiců napsalo, že při výběru nových zaměstnanců do hospice upřednostňují jedince s odpovídající kvalifikací pro danou profesi s praxí. Ředitel Hospice na Svatém Kopečku odpověděl: „Je to individuální.“

Z grafu 39 můžeme vyčíst jasnou převahu odpovědi „jiné“. Z čehož vyplývá, že ředitelé lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření při výběru nových zaměstnanců do zařízení neupřednostňují jedince s odpovídající kvalifikací pro danou profesi bez praxe, ani jedince bez odpovídající kvalifikace pro danou profesi s praxí.

<b>Při výběru nových zaměstnanců do hospice upřednostňujete:</b>										
<b>LŮŽKOVÝ HOSPIC</b>		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
<b>ODPOVĚĎ</b>	Jedince s odpovídající kvalifikací pro danou profesi bez praxe		X				X			
	Jedince bez odpovídající kvalifikace pro danou profesi s praxí		X	X						
	Jiné	X			X	X		X	X	X

**Tabulka 44: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 21**



**Graf 39: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 21**

**V odpovědích na otázku č. 22, která zněla: „Co musí budoucí zaměstnanec hospice splňovat pro výkon své profese:“, měli respondenti na výběr z dvaceti dvou možných odpovědí.**

Jak je patrné z tabulky 45, odpovědi jednotlivých ředitelů lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření byly odlišné a zcela individuální. Všichni respondenti se však shodli na tom, že budoucí zaměstnanec hospice musí pro výkon své profese splňovat tyto požadavky: zdravotní způsobilost, odpovídající kvalifikaci, empatii, profesionální a lidský přístup k nemocným a jejich rodinám. Osmkrát zazněla odpověď trestní bezúhonnost (vyjma Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa), motivace pro práci (kromě Hospice na Svatém Kopečku), schopnost týmové spolupráce (mimo Hospic na Svatém Kopečku), otevřený a nedirektivní přístup k nemocným (vyjma Hospice v Mostě) a psychická stabilita (kromě Hospice v Mostě). Pozitivní myšlení vyžaduje od budoucích zaměstnanců sedm lůžkových hospiců z devíti zúčastněných (mimo Hospic sv. Lukáše a Hospic sv. Štěpána). Stejný počet ředitelů z lůžkových hospiců účastnících se šetření vyžaduje od zaměstnanců schopnost pružně jednat v krizových situacích. Šest lůžkových hospiců požaduje od budoucích zaměstnanců toleranci, odpovědnost, schopnost vyrovnat se s úmrtím pacientů a komunikaci s pacienty a jejich blízkými. Mravní čistota je podstatná pro budoucí zaměstnance pěti lůžkových hospiců v ČR účastnících se výzkumného šetření. Čtyři lůžkové hospice požadují od budoucích zaměstnanců dovednosti a osobnostní dispozice. Ve třech případech označili ředitelé lůžkových hospiců odpovědi: „délka

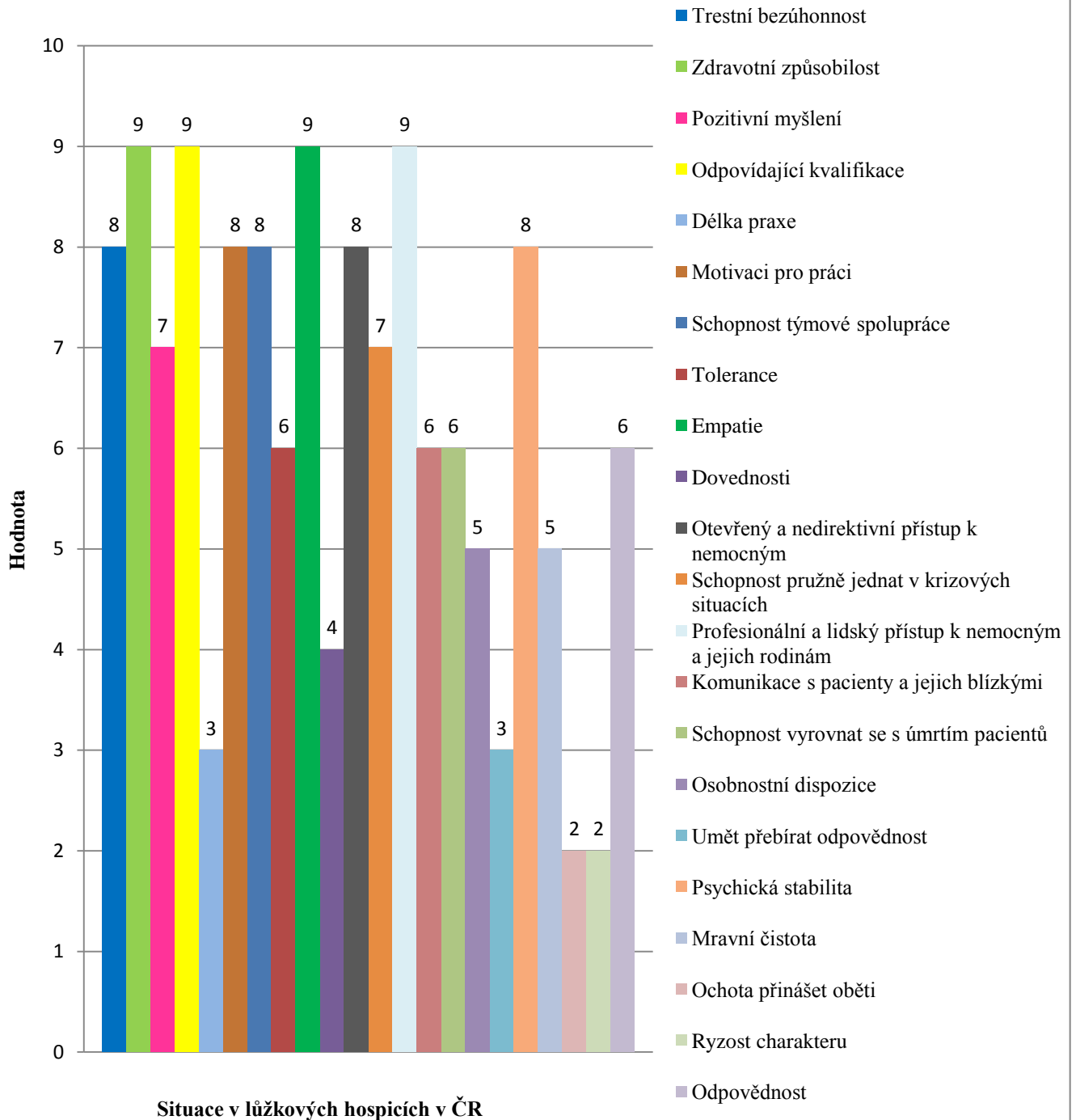
praxe“ a „umět přebírat odpovědnost“. Pro vedoucí Hospice Štrasburk a Hospice Dobrého Pastýře je také důležitá ryzost charakteru a ochota přinášet oběti.

Přehled toho, co musí dle jednotlivých ředitelů lůžkových hospiců splňovat pro výkon své profese budoucí zaměstnanci je znázorněn v grafu 40.

<b>Co musí budoucí zaměstnanec hospice splňovat pro výkon své profese:</b>										
<b>LŮŽKOVÝ HOSPIC</b>		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
<b>ODPOVĚĎ</b>	Trestní bezúhonnost	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Zdravotní způsobilost	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Pozitivní myšlení	X	X	X	X	X		X		X
	Odpovídající kvalifikace	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Délka praxe					X		X	X	
	Motivaci pro práci	X	X	X		X	X	X	X	X
	Schopnost týmové spolupráce	X	X	X		X	X	X	X	X
	Tolerance	X	X		X	X			X	X
	Empatie	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Dovednosti		X	X		X				X
	Otevřený a nedirektivní přístup k nemocným	X	X	X	X	X	X		X	X
	Schopnost pružně jednat v krizových situacích	X	X	X	X	X		X		X
	Profesionální a lidský přístup k nemocným a jejich rodinám	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Komunikace s pacienty a jejich blízkými	X		X		X	X		X	X
	Schopnost vyrovnat se s úmrtím pacientů	X	X	X		X			X	X
	Osobnostní dispozice		X		X	X			X	
	Umět přebírat odpovědnost				X	X			X	
	Psychická stabilita	X	X	X	X	X	X		X	X
	Mravní čistota		X		X	X	X			X
	Ochota přinášet oběti		X			X				
Ryzost charakteru		X			X					
Odpovědnost	X	X	X		X	X			X	

**Tabulka 45: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 22**

### Co musí budoucí zaměstnanec hospice splňovat pro výkon své profese:



Graf 40: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 22

V následující otázce č. 23 měli respondenti označit, prostřednictvím čeho jsou zaměstnanci připravováni pro výkon činnosti v lůžkovém hospici.

Ředitelé jednotlivých lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření měli na výběr z těchto možných odpovědí: „seminární školení“, „kursy“, „studijní pobyty“,

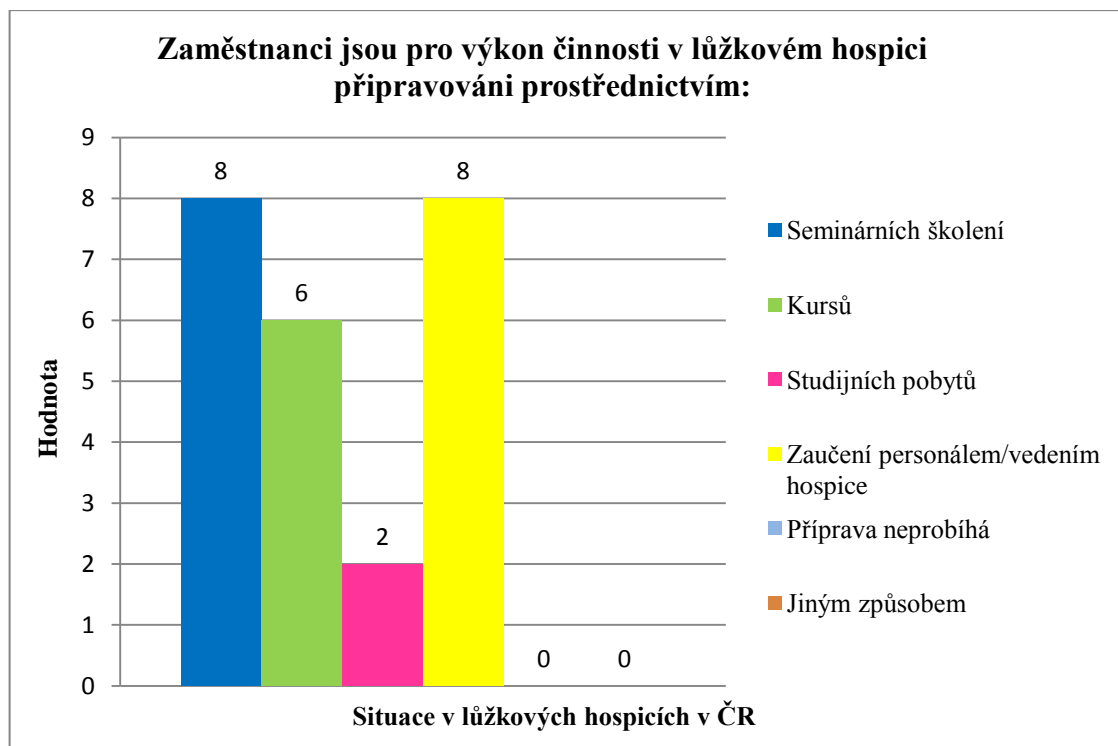
„zaučení personálem/vedením hospice“, „příprava neprobíhá“ anebo „jiným způsobem“.

Tabulka 46 znázorňuje, které z nabízených opovědí byly označeny nejčastěji. Celkem osm ředitelů lůžkových hospiců z celkového počtu devět označilo variantu odpovědi „seminární školení“ (vyjma Hospic sv. Štěpána) a „zaučení personálem/vedením hospice“ (mimo Hospic v Mostě). Třetí nejčastěji označenou odpovědí byla varianta „kursy“, kterou ve své odpovědi uvedlo šest respondentů (kromě Hospice v Mostě, Hospice sv. Štěpána a Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa). Prostřednictvím studijních pobytů jsou připravováni pro výkon činnosti v lůžkovém hospici zaměstnanci Hospice sv. Lazara a Hospice Dobrého pastýře. Zbylé dvě odpovědi z šesti nabízených, a to „příprava neprobíhá“ a „jiným způsobem“, nebyly označeny.

Z grafu 41 je patrné, že v celkem osmi lůžkových hospicích účastnících se výzkumného šetření probíhá příprava zaměstnanců pro výkon činnosti v lůžkovém hospici prostřednictvím seminárních školení a zaučení personálem/vedením hospice. Mezi další často užívané metody přípravy zaměstnanců pro výkon činnosti patří kursy. Studijní pobyty jsou využívány v ojedinělých případech (ve dvou lůžkových hospicích z devíti zúčastněných).

<b>Zaměstnanci jsou pro výkon činnosti v lůžkovém hospici připravováni prostřednictvím:</b>										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
		ODPOVĚĎ	Seminárních školení	X	X	X	X	X	X	X
Kursů	X		X	X	X	X	X			
Studijních pobytů	X					X				
Zaučení personálem/vedením hospice	X		X	X	X	X	X		X	X
Příprava neprobíhá										
Jiným způsobem										

**Tabulka 46: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 23**



**Graf 41: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 23**

**Otázka č. 24: „Doplňte tabulku a vyznačte, kým je tvořen multidisciplinární tým Vašeho zařízení:“.**

V rámci této otázky bylo úkolem respondentů označit v tabulce profese, které tvoří multidisciplinární tým v jejich zařízení. U každé profese poté měli ředitelé lůžkových hospiců vypsát počet daných pracovníků, jejich nejvyšší dosažené vzdělání, průměrnou délku pracovního poměru, pohlaví a průměrný věk.

Dle tabulky 47 je v sedmi lůžkových hospicích účastnicích se výzkumného šetření součástí multidisciplinárního týmu lékař (ředitelé Hospice sv. Lazara a Hospice sv. Štěpána neuvledli odpověď). Počet lékařů v zařízení je jak shrnuje tabulka 47 individuální. Nejvyšším počtem lékařů disponuje Hospic sv. Lukáše, naopak nejméně lékařů se nachází v Hospici na Svatém Kopečku 1,8. Průměrný počet lékařů 3 – 4 je poté v Hospicích Štrasburk, v Mostě a v Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. Zbylí ředitelé lůžkových hospiců počet lékařů ve svém zařízení neuvledli. Vysokoškolské vzdělání mají lékaři v Hospici sv. Lukáše, Hospici v Mostě a v Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. Ostatní respondenti tato data neuvledli. Průměrná délka pracovního poměru lékařů v lůžkových hospicích je od tří (Hospic sv. Lukáše) do dvaceti pěti let (Hospic v Mostě). Vedoucí Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa uvedl průměrnou délku pracovního poměru lékařů devět let. Z tabulky 47 je v profesi



lékař patrná převaha ženského pohlaví. Všechny lékařky v Hospici Most (celkem 3) jsou ženy. Třemi lékařkami a jedním lékařem disponuje Dům léčby bolesti s Hospicem sv. Josefa. Kombinace mužů a žen v profesi lékař je v Hospici sv. Lukáše. Průměrný věk lékařů v lůžkových hospicích je, jak uvádí tabulka 47, v rozmezí 45 – 60 let.

Zdravotní sestry jsou součástí sedmi lůžkových hospiců (ředitelé Hospice sv. Lazara a Hospice sv. Štěpána nevedli odpověď). Jejich počet v jednotlivých lůžkových hospicích kolísá dle kapacity zařízení. Z tabulky 47 je patrné, že počet sester v zařízení se pohybuje od sedmi do sedmnácti osob. V rámci nejvyššího dosaženého vzdělání převažují jednoznačně sestry se středoškolskou odborností. Průměrná délka pracovního poměru zdravotních sester je od jednoho do osmnácti let. V zastoupení pohlaví jednoznačně převažují ženy vůči mužům. V Hospici na Svatém Kopečku je však z celkového počtu třináct zdravotních sester pouze jedna žena. Průměrný věk zdravotních sester v lůžkových hospicích se pohybuje od 32 do 44 let.

V sedmi lůžkových hospicích (ředitelé Hospice sv. Lazara a Hospice sv. Štěpána nevedli odpověď) jsou součástí multidisciplinárního týmu ošetřovatelky. Jejich počet je stejně jako výše u zdravotních sester závislý na kapacitě lůžkového hospice. Pohybuje se však v rozmezí devět až čtrnáct osob. Nejvyšší dosažené vzdělání u ošetřovatelů v zařízení uvedl pouze vedoucí Hospice sv. Lukáše, kde ošetřovatelé disponují středoškolským vzděláním. Průměrná délka pracovního poměru je pět až čtrnáct let. V rámci pohlaví jsou v lůžkových hospicích na pozici ošetřovatel zastoupeni jak muži, tak ženy. V Hospici na Svatém Kopečku stejně tak jako na pozici zdravotních sester převládají muži, a to v počtu dvanáct. Průměrný věk ošetřovatelů je od 30 do 46 let.

Profese psychiatr je zastoupena pouze v Hospici Štrasburk a v Hospici Dobrého Pastýře. V ostatních lůžkových hospicích účastnících se výzkumného šetření nejsou psychiatři součástí multidisciplinárního týmu (ředitelé Hospice sv. Lazara a Hospice sv. Štěpána nevedli odpověď). Podrobná data o zaměstnancích na pozici psychiatr nebyla vyplněna.

Psycholog je součástí multidisciplinárního týmu čtyř lůžkových hospiců, ve třech hospicích z celkového počtu devět zúčastněných se nenachází (ředitelé Hospice sv. Lazara a Hospice sv. Štěpána nevedli odpověď). Počet psychologů ve svém zařízení uvedli ředitelé Hospice sv. Lukáše (jedna osoba s VŠ vzděláním) a Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa (dvě osoby vzdělání nevedly). Průměrná délka pracovního poměru psychologa v Hospici sv. Lukáše je 3 roky, ostatní respondenti

údaje týkající se délky pracovního poměru neuvědli. Jak v Hospici sv. Lukáše, tak v Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa jsou psychologové ženského pohlaví a jejich průměrný věk se pohybuje od 35 do 40 let.

Psychoterapeut není zaměstnán v žádném z devíti lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření (ředitelé Hospice sv. Lazara a Hospice sv. Štěpána neuvědli odpověď).

Součástí čtyř lůžkových hospiců v ČR účastnících se výzkumného šetření je rehabilitační pracovník (Hospic Štrasburk, Hospic Citadela, Hospic Dobrého Pastýře a Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa). Ve třech lůžkových hospicích není tato profese zastoupena (ředitelé Hospice sv. Lazara a Hospice sv. Štěpána neuvědli odpověď). Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa má dva rehabilitační pracovníky, jedná se o ženy v průměrném věku 45 let.

Sociální pracovníci jsou součástí multidisciplinárních týmů všech lůžkových hospiců (sedmi) účastnících se výzkumného šetření (ředitelé Hospice sv. Lazara a Hospice sv. Štěpána neuvědli odpověď). Jejich počet v zařízení se pohybuje od jednoho do tří, počet je uzpůsoben kapacitě lůžkového hospice. V Hospici v Mostě a Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa mají všichni sociální pracovníci VŠ vzdělání. V Hospici sv. Lukáše jsou sociální pracovníci s VOŠ vzděláním. Průměrná délka pracovního poměru je v rozmezí dvou až dvanácti let. I v této profesi zastoupené v lůžkových hospicích jednoznačně dominují ženy, vyjma jednoho muže zaměstnaného v Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. Průměrný věk sociálních pracovníků v lůžkových hospicích je 30 – 40 let.

Logoped není zaměstnán v žádném z devíti lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření (ředitelé Hospice sv. Lazara a Hospice sv. Štěpána neuvědli odpověď).

V sedmi lůžkových hospicích v ČR účastnících se výzkumného šetření jsou součástí multidisciplinárního týmu duchovní. Jejich počet je zhruba od jednoho do tří pracovníků pro jedno zařízení. Dle tabulky 47 disponují duchovní v Hospici v Mostě a Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa vysokoškolským vzděláním. V Hospici sv. Lukáše mají dle tabulky 47 duchovní vzdělání středoškolské. Délka pracovního poměru je od jednoho do dvaceti dvou let. V této profesi jsou v lůžkových hospicích zastoupeni jak muži (3), tak ženy (4). Všichni muži této profese jsou zaměstnáni v Hospici na Svatém Kopečku. Věk duchovních se pohybuje v rozmezí 46 – 60 let.

Odborník na ergoterapii ani odborník na muzikoterapii nejsou zaměstnání v žádném z devíti lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření (ředitelé Hospice sv. Lazara a Hospice sv. Štěpána nevedli odpověď).

Odborník na arteterapii je dostupný pro klienty Hospice Citadela. Ve zbylých šesti lůžkových hospicích nejsou odborníci na arteterapii zaměstnání (ředitelé Hospice sv. Lazara a Hospice sv. Štěpána nevedli odpověď).

Dobrovolníci jsou součástí multidisciplinárních týmů šesti lůžkových hospiců (vyjma Hospic sv. Lukáše), (ředitelé Hospice sv. Lazara a Hospice sv. Štěpána nevedli odpověď).

Další zaměstnanci nezdravotnického personálu jsou součástí týmu v pěti lůžkových hospicích (mimo Hospic na Svatém Kopečku a Hospic sv. Lukáše), (ředitelé Hospice sv. Lazara a Hospice sv. Štěpána nevedli odpověď). Počet těchto zaměstnanců v jednotlivých zařízeních se pohybuje od osmi do patnácti osob, vždy záleží na jednotlivém lůžkovém hospici. Vzdělání těchto pracovníků podrobně doplnil vedoucí Hospice v Mostě. Šest osob disponuje středoškolským vzděláním, jedna osoba vzděláním na VOŠ a jeden jedinec má vystudovanou VŠ. Průměrná délka pracovního poměru těchto zaměstnanců je třicet devět let. Na těchto pozicích jsou zastoupeni muži i ženy (s převahou žen v Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa). Průměrný věk zaměstnanců nezdravotnického personálu je 48 – 55 let.

Z důvodu podrobnosti tabulky nebyli všichni respondenti účastnících se výzkumného šetření ochotni odpovědět na zadaná data. Tabulku nedoplňili ředitelé Hospice sv. Lazara a Hospice sv. Štěpána.

Situaci v lůžkových hospicích v ČR (účastnících se výzkumného šetření) týkající se složení multidisciplinárního týmu v jednotlivých zařízeních shrnuje graf 42.

**Doplňte tabulku a vyznačte, kým je tvořen multidisciplinární tým Vašeho zařízení:**

LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pasyře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
					X	X	X	X	X	X
Ano			X	X	X	X	X	X		X
Ne										
Počet			3		1,8		6	3		4
LÉKAŘ	Nejvyšší dosažené vzdělání	SŠ								
		VOŠ								
		VŠ						X	X	
Průměrná délka pracovního poměru							3	25		9
Pohlaví	M						X			1
	Ž						X	3		3
Průměrný věk (od – do)			60				55	45		46
Ano			X	X	X	X	X	X		X
Ne										
Počet					13		12	7		17
ZDRAVOVNÍ SESTRA	Nejvyšší dosažené vzdělání	SŠ			9		X	3		17
		VOŠ			3		X	1		
		VŠ			1			3		
Průměrná délka pracovního poměru					1-12		4	18		
Pohlaví	M				12					
	Ž				1		12	7		17
Průměrný věk (od – do)							32	40		44
Ano			X	X	X	X	X	X		X
Ne										
Počet					14		14	13		9
OŠETŘOVATELKA	Nejvyšší dosažené vzdělání	SŠ					14			
		VOŠ								
		VŠ								

	Průměrná délka pracovního poměru							5	14			
	Pohlaví	M				12			X			
		Ž				2		X	X		9	
	Průměrný věk (od – do)								37	30		46
PSYCHIATR	Ano			X			X					
	Ne				X	X		X	X		X	
	Počet											
	Nejvyšší dosažené vzdělání	SŠ										
		VOŠ										
		VŠ										
	Průměrná délka pracovního poměru											
	Pohlaví	M										
Ž												
Průměrný věk (od – do)												
PSYCHOLOG	Ano			X			X	X			X	
	Ne				X	X			X			
	Počet								1			2
	Nejvyšší dosažené vzdělání	SŠ										
		VOŠ										
		VŠ							1			
	Průměrná délka pracovního poměru								3			
	Pohlaví	M										
Ž								X			2	
Průměrný věk (od – do)								35			40	
PSYCHOTERAPEUT	Ano											
	Ne			X	X	X	X	X	X		X	
	Počet											
	Nejvyšší dosažené vzdělání	SŠ										
		VOŠ										
		VŠ										
Průměrná délka pracovního poměru												

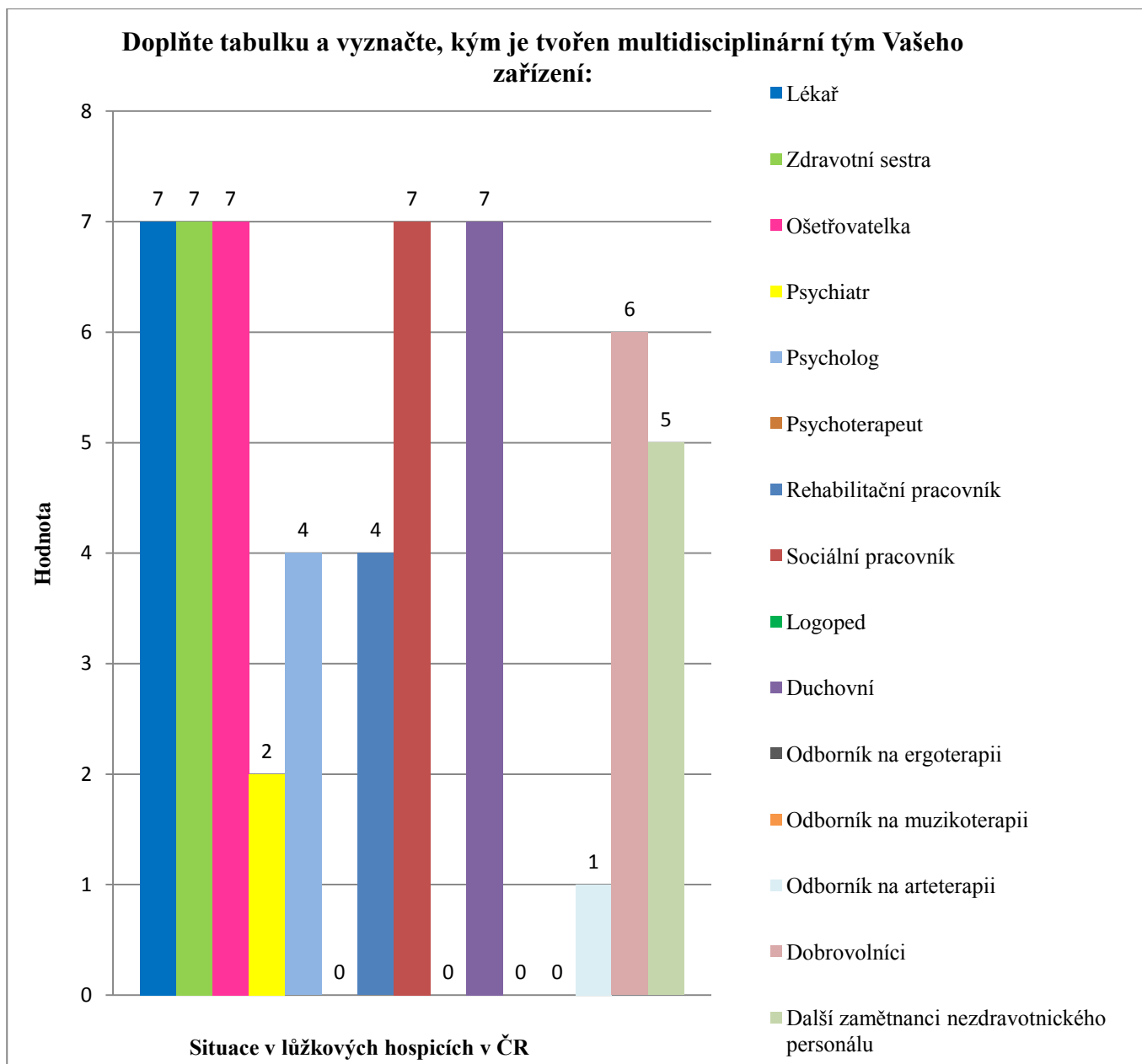
	Pohlaví	M										
		Ž										
	Průměrný věk (od – do)											
REHABILITAČNÍ PRACOVNÍK	Ano			X	X		X					X
	Ne					X		X	X			
	Počet											2
	Nejvyšší dosažené vzdělání	SŠ										
		VOŠ										
		VŠ										
	Průměrná délka pracovního poměru											
	Pohlaví	M										
Ž											2	
Průměrný věk (od-do)											45	
SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK	Ano			X	X	X	X	X	X			X
	Ne											
	Počet								2	1		3
	Nejvyšší dosažené vzdělání	SŠ										
		VOŠ							2			
		VŠ								1		3
	Průměrná délka pracovního poměru					6			5	12		2
	Pohlaví	M										1
Ž					1			2	1		2	
Průměrný věk (od – do)								30	36		40	
LOGOPED	Ano											
	Ne			X	X	X	X	X	X			X
	Počet											
	Nejvyšší dosažené vzdělání	SŠ										
		VOŠ										
		VŠ										
	Průměrná délka pracovního poměru											
Pohlaví	M											
	Ž											

	Průměrný věk (od – do)											
DUCHOVNÍ	Ano		X	X	X	X	X	X		X		
	Ne											
	Počet							1	3		1	
	Nejvyšší dosažené vzdělání	SŠ							1			
		VOŠ										
		VŠ								3		1
	Průměrná délka pracovního poměru							1	22			
	Pohlaví	M				3						
Ž							1	3			1	
Průměrný věk (od – do)							60	46			50	
ODBOBNÍK NA ERGOTERAPII	Ano											
	Ne		X	X	X	X	X	X			X	
	Počet											
	Nejvyšší dosažené vzdělání	SŠ										
		VOŠ										
		VŠ										
	Průměrná délka pracovního poměru											
	Pohlaví	M										
Ž												
Průměrný věk												
ODBOBNÍK NA MUZIKOTERAPII	Ano											
	Ne		X	X	X	X	X	X			X	
	Počet											
	Nejvyšší dosažené vzdělání	SŠ										
		VOŠ										
		VŠ										
	Průměrná délka pracovního poměru											
	Pohlaví	M										
Ž												
Průměrný věk (od – do)												

ODBOBNÍK NA ARTETERAPII	Ano				X						
	Ne			X		X	X	X	X		X
	Počet										
	Nejvyšší dosažené vzdělání	SŠ									
		VOŠ									
		VŠ									
	Průměrná délka pracovního poměru										
	Pohlaví	M									
Ž											
Průměrný věk (od – do)											
DOBROVOLNÍCI	Ano			X	X	X	X		X		X
	Ne							X			
	Počet					12					
	Nejvyšší dosažené vzdělání	SŠ									
		VOŠ									
		VŠ									
	Průměrná délka pracovního poměru										
	Pohlaví	M									
Ž								X			
Průměrný věk (od – do)								38			
DALŠÍ ZAMĚSTNANCI NEZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU	Ano			X	X		X		X		X
	Ne					X		X			
	Počet								8		15
	Nejvyšší dosažené vzdělání	SŠ							6		
		VOŠ							1		
		VŠ							1		
	Průměrná délka pracovního poměru								39		
	Pohlaví	M							X		1
Ž								X		14	
Průměrný věk								55		48	

Tabulka 47: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 24





**Graf 42: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 24**

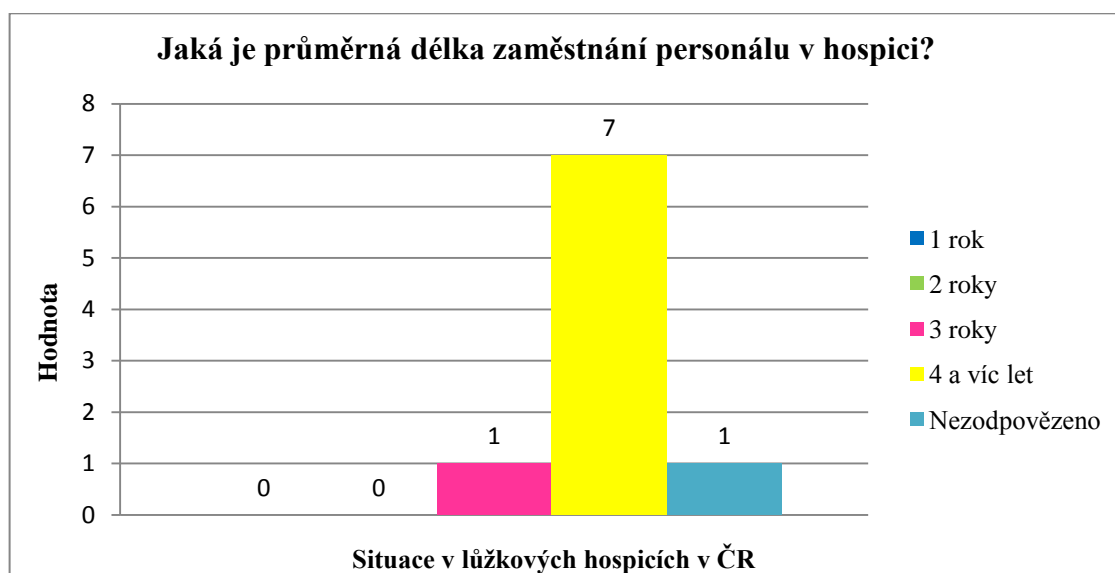
**Otázka č. 25 zněla: „Jaká je průměrná délka zaměstnání personálu v hospici?“.**

Respondenti měli na výběr ze čtyř možných variant odpovědí („1 rok“, „2 roky“, „3 roky“, „4 a více let“). Dle tabulky 48, která znázorňuje odpovědi jednotlivých respondentů zastupujících konkrétní lůžkový hospic, byla nejčastěji volenou odpovědí varianta: „4 a více let“, a to v celkovém počtu sedm. Ředitel Hospice Dobrého Pastýře pan Bc. Jiří Krejčí jako jediný označil odpověď „3 roky“. Ředitelka Hospice sv. Štěpána paní Mgr. Monika Marková na tuto otázku neodpověděla.

Dle grafu 43 je průměrná délka zaměstnání personálu v hospici 4 a více let.

Jaké je průměrná délka zaměstnání personálu v hospici?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
		ODPOVĚĎ	1 rok							
2 roky										
3 roky						X				
4 a více let	X		X	X	X		X	X		X

Tabulka 48: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 25



Graf 43: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 25

V otázce č. 26 měli respondenti doplnit počet zaměstnanců, u kterých došlo během fungování hospice k syndromu vyhoření; zda má lůžkový hospic vybudován Program systematické prevence syndromu vyhoření u zaměstnanců a v neposlední řadě měli respondenti konkretizovat, v čem péče o psychickou pohodu jejich zaměstnanců spočívá.

V rámci první podotázky zaměřené na doplnění informace o počtu zaměstnanců, u kterých došlo během fungování hospice k syndromu vyhoření, uvedl vedoucí Hospice sv. Lazara jako jediný z respondentů hodnotu 0. Výskyt syndromu vyhoření u jednoho

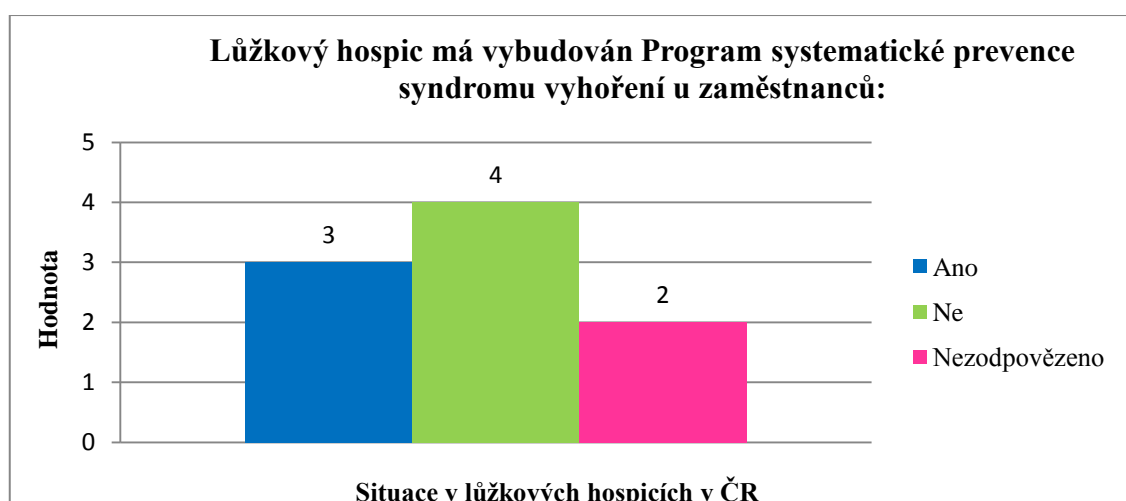
zaměstnance zaznamenal Hospic Štrasburk. V Hospici Citadela jsou k roku 2014 známy dva případy syndromu vyhoření u zaměstnanců daného zařízení. Dle ředitele Hospice na Svatém Kopečku pana Mgr. Jiřího Borika trpí burn out syndromem 2/3 zaměstnanců. Dle ředitelky Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa se syndrom vyhoření u zaměstnanců nedá jednoznačně vyčíslit, domnívá se však, že asi 30% zaměstnanců trpí tímto syndromem. Syndrom vyhoření u zaměstnanců se nedá identifikovat dle ředitele Hospice Dobrého Pastýře pana Bc. Jiřího Krejčího. Na tuto otázku neuvedli odpověď respondenti z Hospice sv. Lukáše, Hospice v Mostě a Hospice sv. Štěpána.

Jaký z lůžkových hospiců má vybudován Program systematické prevence syndromu vyhoření u zaměstnanců, shrnuje tabulka 49. Dle přehledu v této tabulce mohu konstatovat, že odpověď „ano“ zazněla třikrát. Záporná odpověď „ne“ byla uvedena čtyřikrát. Otázku nezodpověděli dva respondenti (z Hospice na Svatém Kopečku a z Hospice sv. Štěpána). Z grafu 44 je patrné, že tři lůžkové hospice z celkového počtu devět zúčastněných nemají vybudován Program systematické prevence syndromu vyhoření u zaměstnanců. Tímto programem disponují čtyři lůžkové hospice.

V neposlední řadě měli respondenti v souvislosti s touto otázkou konkretizovat, v čem péče o psychickou pohodu jejich zaměstnanců spočívá. V Hospici sv. Lukáše nabízí vedení zařízení zaměstnancům účast na supervizích, rehabilitaci, wellness pobyty, sportovní a kulturní akce. Supervize a společenské akce jsou nabízeny také zaměstnancům Hospice v Mostě. Hospic sv. Lazara pečuje o psychickou pohodu svých zaměstnanců prostřednictvím nabízených služeb psychoterapeuta. Vedoucí Hospice Citadela dbá o psychickou pohodu svých zaměstnanců prostřednictvím aktivního sledování a dotazování ze strany nadřízených v rámci konkrétních situací, pravidelnými osobními pohovory, pracovníci hospice mohou využít služeb psychologa, mohou využít relaxační pobyty ve Špindlerově Mlýně nebo v Kostelním Vydří. V Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa dbají o psychickou pohodu zaměstnanců skrze: „neformální setkání a akce pracovníků, podpora personalisty a duchovních, benefity, týmová spolupráce, vzájemná přátelství a koníčky“.

Lůžkový hospic má vybudován Program systematické prevence syndromu vyhoření u zaměstnanců:										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Ciudadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Ano						X	X		X
	Ne	X	X	X		X				

Tabulka 49: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 26



Graf 44: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 26

V následující otázce č. 27 byli respondenti tázáni: „Podporujete své zaměstnance v dalším vzdělávání?“

Respondenti měli na výběr ze dvou možných odpovědí „ano“ a „ne“.

Dle tabulky 50 všichni ředitelé lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření zvolili odpověď „ano“. Zápornou odpověď neuvedl žádný ze zúčastněných respondentů. Ředitelka Hospice sv. Štěpána paní Mgr. Monika Marková na zadanou otázku odpověď neuvedla.

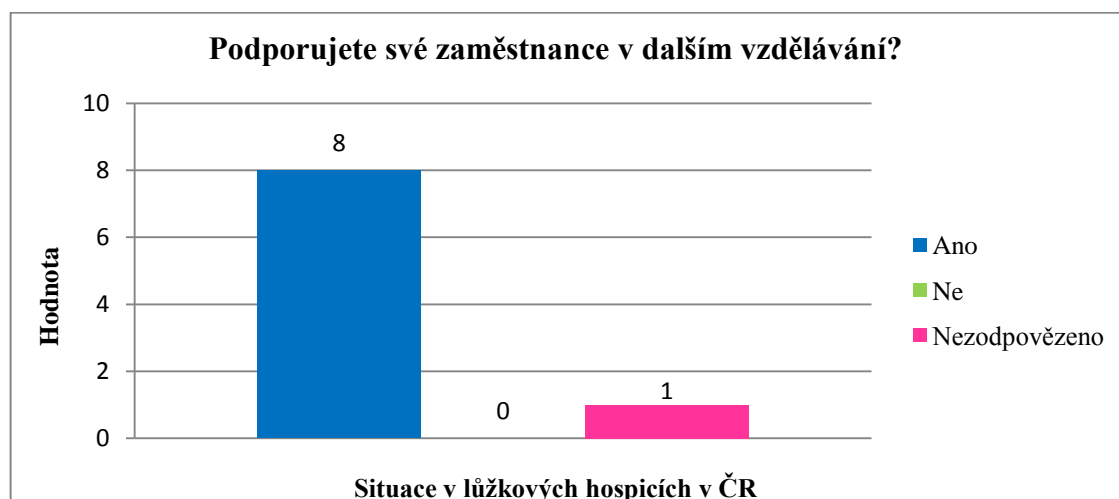
Respondenti, kteří označili variantu odpovědi „ano“, měli popsat, jakým způsobem své zaměstnance podporují v dalším vzdělávání. V Hospici sv. Lazara, v Hospici Štrasburk, v Hospici na Svatém Kopečku a v Hospici sv. Lukáše jsou zaměstnanci podporováni v dalším vzdělávání prostřednictvím nabídky účasti na seminářích, stážích,

školeních a kurzech. V Hospici Citadela má dle odpovědi paní ředitelky Mgr. Květoslavy Othové každý zaměstnanec na rok stanovený individuální vzdělávací plán. V Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa pak zaměstnanci mají možnost studia specializace, účast na seminářích, odborných kurzech, konferencích a kongresech. Vedoucí Hospice Dobrého Pastýře a Hospice v Mostě způsob, jakým podporují své zaměstnance v dalším vzdělávání, nespecifikovali.

Podle dat zanesených v grafu 45 podporuje osm ředitelů lůžkových hospiců v ČR účastníků se výzkumného šetření své zaměstnance v dalším vzdělávání.

		Podporujete své zaměstnance v dalším vzdělávání?								
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Ano	X	X	X	X	X	X	X		X
	Ne									

Tabulka 50: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 27



Graf 45: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 27

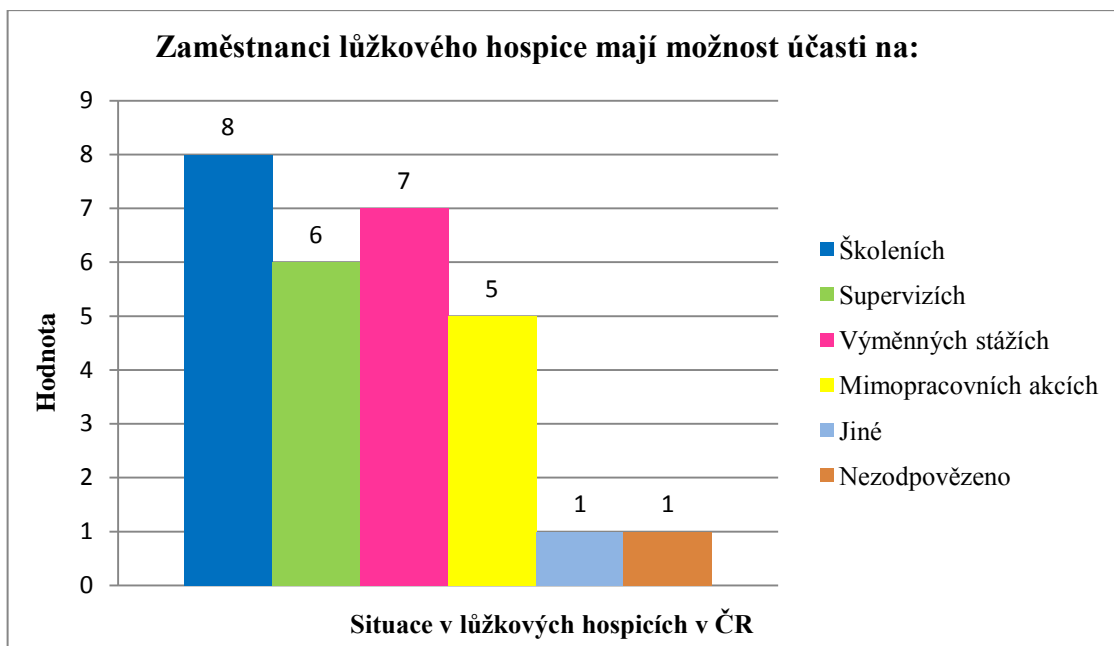
V odpovědích na otázku č. 28, která zněla „Zaměstnanci lůžkového hospice mají možnost účasti na:“ měli ředitelé lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření na výběr z pěti možných odpovědí, které zněly: „školení“, „supervize“, „výměnné stáže“, „mimopracovních akce“ a „jiné“.

Dle tabulky 51 mají zaměstnanci všech lůžkových hospiců (vyjma Hospice sv. Štěpána, jehož vedoucí nevedla odpověď na zadanou otázku) účastnících se výzkumného šetření možnost účasti na školeních. Výměnných stáží se mohou účastnit zaměstnanci sedmi lůžkových hospiců (mimo Hospic Štrasburk), (vyjma Hospice sv. Štěpána, jehož vedoucí nevedla odpověď na zadanou otázku). Supervize jsou nabízeny zaměstnancům šesti lůžkových hospiců (Hospic Štrasburk, Hospic Citadela, Hospic Dobrého Pastýře, Hospic sv. Lukáše, Hospic v Mostě, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa). V pěti lůžkových hospicích, jejichž přehled je uveden v tabulce 51, se mohou zaměstnanci účastnit mimopracovních akcí. Odpověď „jiné“ uvedla ředitelka Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. Uvedla, že zaměstnanci jejich zařízení mají mimo výše zmíněné možnosti šanci účastnit se odborných konferencí a kongresů. Otázku nezodpověděla ředitelka Hospice sv. Štěpána.

Situaci shrnující možnosti účasti zaměstnanců lůžkových hospiců na školeních, výměnných stážích, supervizích, mimopracovních akcích a jiné, shrnuje graf 46.

Zaměstnanci lůžkového hospice mají možnost účasti na:										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Školeních	X	X	X	X	X	X	X		X
	Supervizích		X	X		X	X	X		X
	Výměnných stážích	X		X	X	X	X	X		X
	Mimopracovních akcích	X	X	X		X				X
	Jiné									X

Tabulka 51: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 28



**Graf 46: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 28**

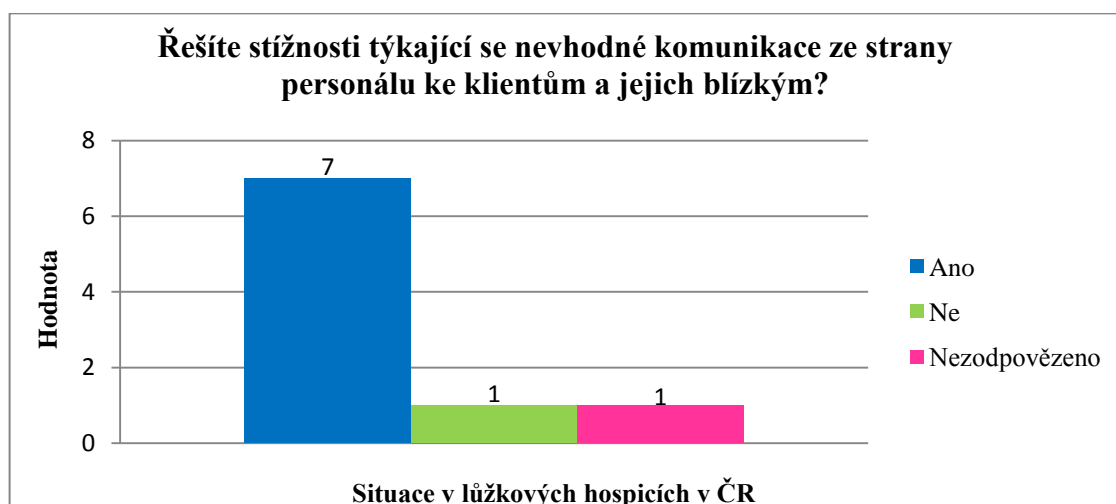
**V otázce č. 29 byli respondenti tázáni: „Řešíte stížnosti týkající se nevhodné komunikace ze strany personálu ke klientům a jejich blízkým?“.**

Na tuto otázku odpovědělo dle tabulky 52 kladně sedm ředitelů lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření (z Hospice sv. Lazara, Hospice Štrasburk, Hospice Citadela, Hospice na Svatém Kopečku, Hospice Dobrého Pastýře, Hospice v Mostě a Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa). V jednom lůžkovém hospici se problém s nevhodnou komunikací ze strany personálu ke klientům a jejich blízkým nevyskytuje, jedná se o Hospic sv. Lukáše. Otázku nezodpověděla ředitelka Hospice sv. Štěpána.

Odpovědi všech ředitelů jsou shrnuty v grafu 47. Na základě výsledků tohoto grafu lze říci, že se s komunikačními nedostatky personálu ve vztahu ke klientům a jejich blízkým potýká sedm lůžkových hospiců z celkového počtu devět zúčastněných.

Řešíte stížnosti týkající se nevhodné komunikace ze strany personálu ke klientům a jejich blízkým?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Ano	X	X	X	X	X		X		X
	Ne						X			

Tabulka 52: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 29



Graf 47: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 29

V otázce č. 30 měli respondenti doplnit, jaký je počet dobrovolníků v jejich hospici.

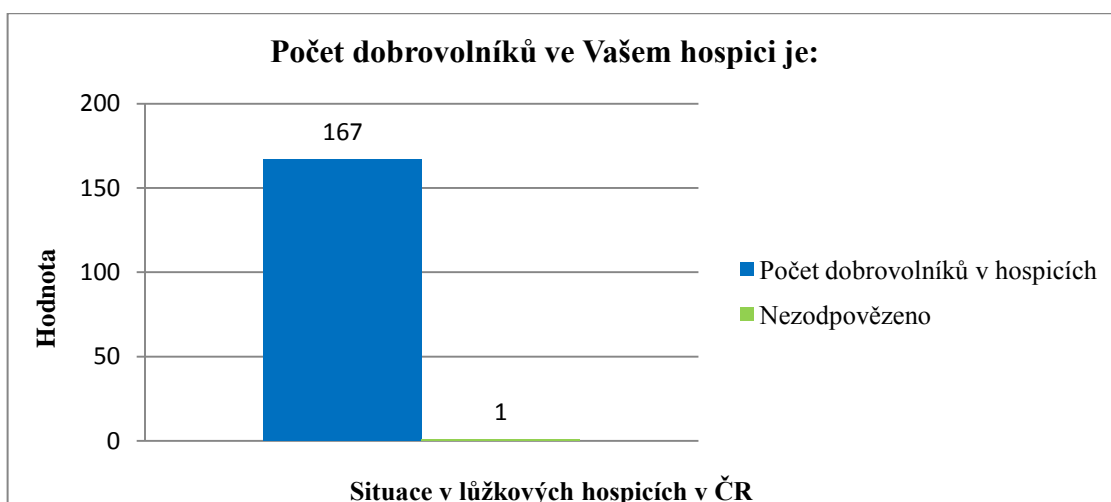
Tabulka 53 nabízí konkrétní přehled počtu dobrovolníků v jednotlivých zařízeních účastnících se výzkumného šetření. Nejvyšší počet dobrovolníků ze všech zúčastněných lůžkových hospiců eviduje Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. Ředitelka zařízení hovoří o zhruba 70 evidovaných dobrovolnících, z nichž 15 je velmi aktivních. Naopak nejméně dobrovolníků je dle tabulky 53 v Hospici Štrasburk (1 – 2 dobrovolníci). Otázku nezodpověděla ředitelka Hospice sv. Štěpána.

Celkové shrnutí počtu dobrovolníků v lůžkových hospicích v ČR účastnících se výzkumného šetření shrnuje graf 48. Dle tohoto grafu je počet dobrovolníků v osmi lůžkových hospicích v ČR celkem 167 osob.



Počet dobrovolníků ve Vašem hospici je:										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Počet dobrovolníků ve Vašem hospici je	18	1-2	10	12	20	25	10		70

Tabulka 53: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 30



Graf 48: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 30

### Otázka č. 31 zněla: „Je náplní práce dobrovolníků také péče o klienty?“

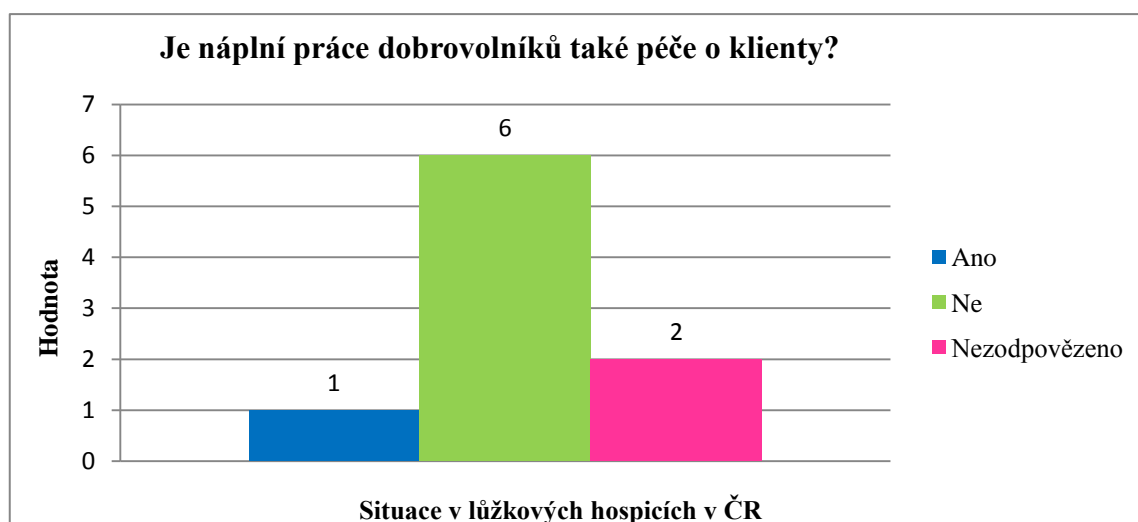
Respondenti měli na výběr ze dvou možných variant odpovědí a to odpověď „ano“ a odpověď „ne“.

V tabulce 54 je viditelná jasná převaha záporných odpovědí. Varianta možnosti „ne“ byla respondenty označena celkem v šesti případech. Odpověď „ano“ zazněla pouze jedenkrát (Hospic Dobrého Pastýře). Vedoucí Hospice Štrasburk a Hospice sv. Štěpána se k otázce 31 nevyjádřili.

Z grafu 49 vyplývá, že v šesti lůžkových hospicích v ČR účastníci se výzkumného šetření, není náplní práce dobrovolníků péče o klienty. Dobrovolníci tedy vytváří klientům společnost (zajišťují aktivizační činnost), ale nezajišťují jim péči. Péče o klienty je náplní práce dobrovolníků v jednom lůžkovém hospici.

Je náplní práce dobrovolníků také péče o klienty?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Ano					X				
	Ne	X		X	X		X	X		X

Tabulka 54: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 31



Graf 49: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 31

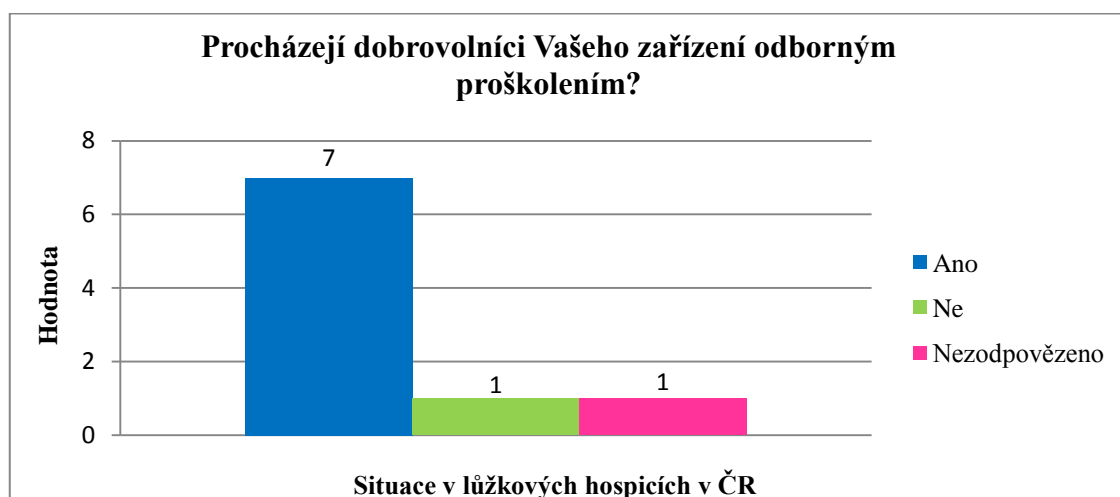
Na otázku č. 32: „Procházejí dobrovolníci Vašeho zařízení odborným proškolením?“, měli respondenti na výběr dvě možné odpovědi („ano“, „ne“).

Tabulka 55 znázorňuje odpovědi ředitelů jednotlivých lůžkových hospiců v ČR účastnících se výzkumného šetření. Z tabulky je patrná převaha kladných odpovědí. Na otázku č. 32 odpovědělo kladně sedm z celkového počtu devět zúčastněných. Odpověď „ne“ zvolil respondent z Hospice Štrasburk. Vedoucí Hospice sv. Štěpána na otázku nevedla odpověď.

Dle grafu 50 procházejí dobrovolníci v sedmi lůžkových hospicích v ČR, z celkového počtu devět zúčastněných, odborným proškolením. Pouze v jediném zařízení nejsou dobrovolníci odborně poučeni.

Procházejí dobrovolníci Vašeho zařízení odborným proškolením?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Ano	X		X	X	X	X	X		X
	Ne		X							

Tabulka 55: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 32



Graf 50: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 32

V následující otázce č. 33 byli respondenti tázáni: „Nabízíte pomoc všem osobám, které se na Vás obrátí i přesto, že oni sami, ani jejich blízcí, nejsou klienty Vašeho hospice?“.

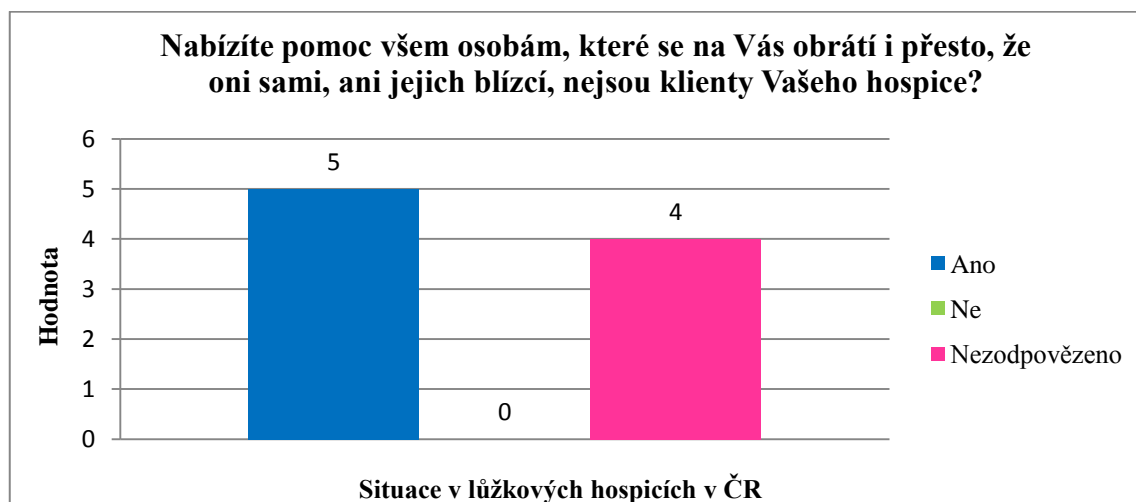
I u této otázky měli ředitelé jednotlivých lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření na výběr ze dvou možných odpovědí („ano“ a „ne“).

Jak vyplývá z tabulky 56, ředitel Hospice Štrasburk, Hospice Dobrého Pastýře, Hospice sv. Lukáše, Hospice v Mostě a Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, odpověděli na otázku č. 33 „ano“. Záporná odpověď nebyla označena žádným z ředitelů lůžkových hospiců. Vedoucí Hospice sv. Lazara, Hospice Citadela, Hospice na Svatém Kopečku a Hospice sv. Štěpána neuvedli odpověď.

Dle grafu 51 nabízí pět lůžkových hospiců v ČR účastníci se výzkumného šetření pomoc všem osobám, které se na ně obrátí i přesto, že oni sami, ani jejich blízcí, nejsou klienty jejich hospice (případně referují na správná místa). Jak je dále patrné z grafu 51, zbylé lůžkové hospice účastníci se výzkumného šetření se k dané otázce nevyjádřili.

		Nabízíte pomoc všem osobám, které se na Vás obrátí i přesto, že oni sami, ani jejich blízcí, nejsou klienty Vašeho hospice?								
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Ano		X			X	X	X		X
	Ne									

Tabulka 56: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 33



Graf 51: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 33

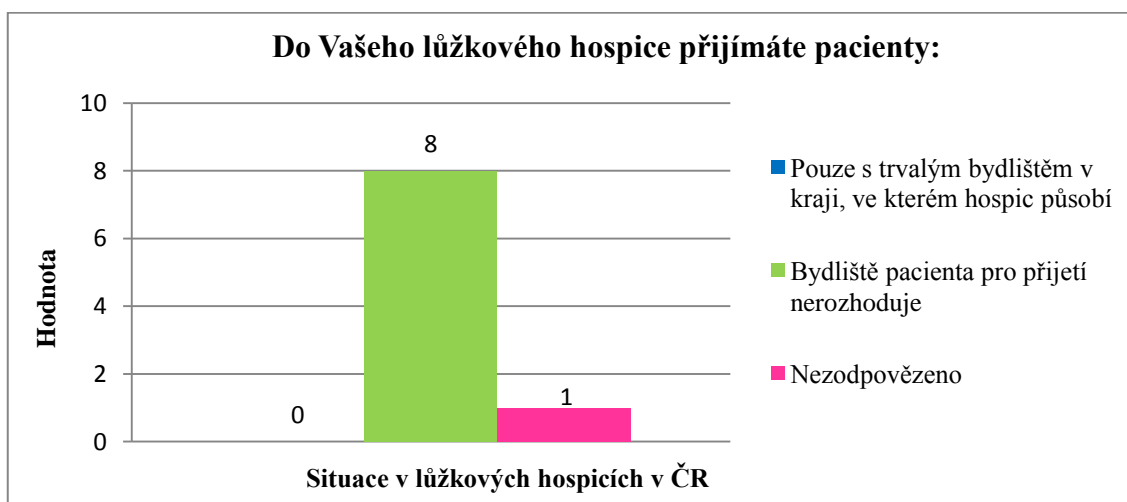
V odpovědích na otázku č. 34, která zněla: „Do Vašeho lůžkového hospice přijímáte pacienty:“ měli respondenti označit, zda do svého zařízení přijímají pacienty pouze s trvalým bydlištěm v kraji, ve kterém hospic působí nebo zda bydliště pacienta pro přijetí do lůžkového hospice nerozhoduje.

Dle tabulky 57 odpověděli všichni respondenti jednoznačně a to „bydliště pacienta pro přijetí nerozhoduje“. Ředitelka Hospice sv. Štěpána paní Mgr. Monika Marková otázku č. 34 nezodpověděla.

Na základě grafu 52 lze jednoznačně říci, že lůžkové hospice v ČR účastníci se výzkumného šetření přijímají do svých zařízení také pacienty s trvalým bydlištěm v jiném kraji, než ve kterém působí daný lůžkový hospic (bydliště pacienta pro přijetí nerozhoduje).

Do Vašeho lůžkového hospice přijímáte pacienty:										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Pouze s trvalým bydlištěm v kraji, ve kterém hospic působí									
	Bydliště pacienta pro přijetí nerozhoduje	X	X	X	X	X	X	X		X

Tabulka 57: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 34



Graf 52: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 34

V otázce č. 35: „Klientem Vašeho hospice se může stát:“ měli ředitelé jednotlivých lůžkových hospiců účastníci se výzkumného šetření na výběr z těchto dvou odpovědí: „osoba s jakýmkoli nevléčitelným onemocněním“, „osoba s konkrétním nevléčitelným onemocněním“.

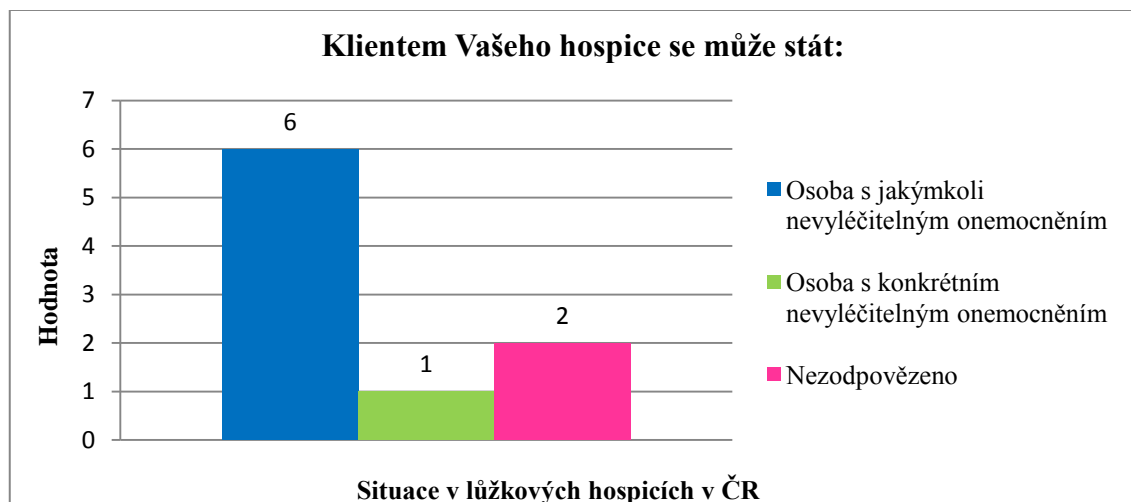
Z tabulky 58 je zřejmé, že v šesti lůžkových hospicích z celkového počtu devět zúčastněných, se může stát klientem zařízení osoba s jakýmkoli nevléčitelným

onemocněním. Na příjem pacientů s konkrétním nevléčitelným onemocněním (onkologickým) se zaměřuje Hospic Štrasburk. Otázku nezodpověděl vedoucí Hospice sv. Lazara a Hospice sv. Štěpána.

Situaci v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 35 shrnuje graf 53.

Klientem Vašeho hospice se může stát:										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODOVĚĎ	Osoba s jakýmkoli nevléčitelným onemocněním			X	X	X	X	X		X
	Osoba s konkrétním nevléčitelným onemocněním		X							

Tabulka 58: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 35



Graf 53: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 35

V následující otázce č. 36, měli respondenti označit ty varianty z nabízených možností, na základě kterých se pacienti stávají klienty jejich lůžkového hospice.

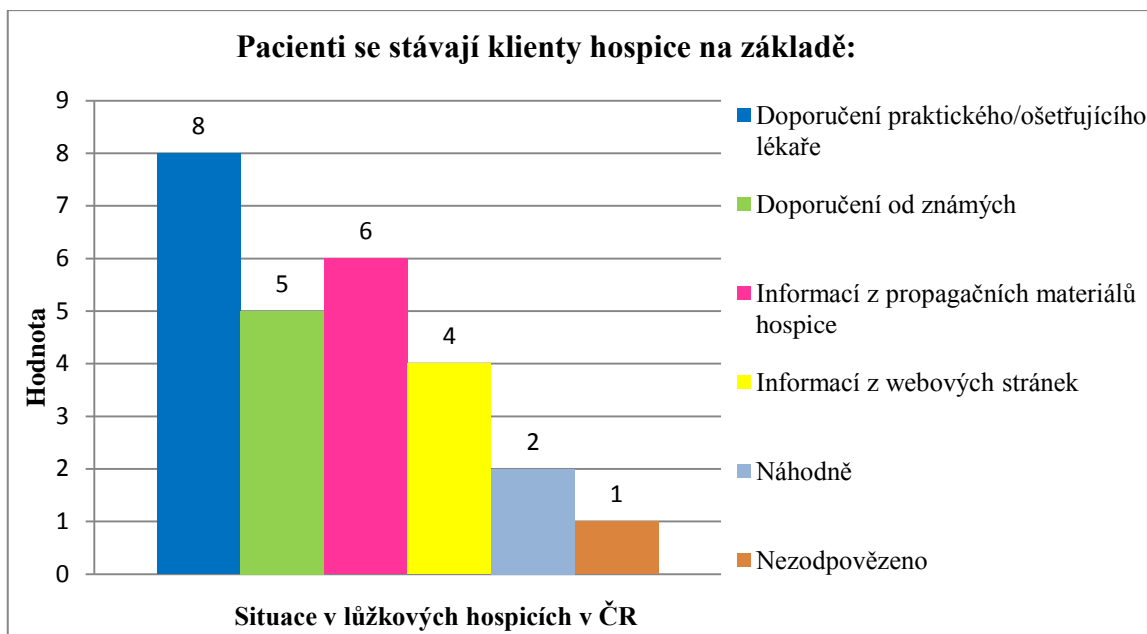
Dle tabulky 59, která poskytuje přehled odpovědí jednotlivých ředitelů zastupujících konkrétní lůžkový hospic, se ve všech lůžkových hospicích stávají pacienti klienty zařízení na základě doporučení praktického/ošetřujícího lékaře (vyjma Hospic sv. Štěpána, jehož ředitelka se k dané otázce nevyjádřila). Následně na to převažuje odpověď „informace z propagačních materiálů hospice“ (vyjma názoru

ředitelů Hospice Citadela a Hospice na Svatém Kopečku). Doporučení od známých jsou podnětem k pobytu pacientů v hospici dle ředitelů v pěti hospicích. Na základě informací z webových stránek lůžkového hospice se pacienti stávají klienty zařízení dle ředitelů Hospice sv. Lazara, Hospice Štrasburk, Hospice Dobrého Pastýře a Hospice v Mostě. Variantu odpovědi „náhodně“ označili dva ředitelé (z Hospice sv. Lazara a Hospice Dobrého Pastýře).

Graf 54 poskytuje souhrnný přehled znázorňující, na základě jakých doporučení a informací, se pacienti stávají nejčastěji klienty lůžkových hospiciů.

<b>Pacienti se stávají klienty hospice na základě:</b>										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
		ODPOVĚĎ	Doporučení praktického/ošetrujícího lékaře	X	X	X	X	X	X	X
Doporučení od známých	X		X			X	X	X		
Informací z propagačních materiálů hospice	X		X			X	X	X		X
Informací z webových stránek	X		X			X		X		
Náhodně	X					X				

**Tabulka 59: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiciů v ČR k otázce č. 36**



**Graf 54: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 36**

**Otázka č. 37: „Doplňte tabulku:“.**

V rámci této otázky měli respondenti jednotlivých lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření doplnit tabulku o informace a data o klientech jejich zařízení. Zjišťovaná data se týkala počtu klientů hospice za rok 2013; počtu úmrtí v hospici za rok 2013; průměrné délky pobytu klienta v hospici za rok 2013; průměrného věkového složení klientů za rok 2013; poměru klientů s onkologickým a neonkologickým onemocněním.

Dle tabulky 60 se počet klientů v lůžkových hospicích účastnících se výzkumného šetření za rok 2013 pohyboval od 140 (Hospic v Mostě) do 527 osob (Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa). (Počet klientů v lůžkových hospicích je ovlivněn kapacitou zařízení.) Údaj o počet klientů za rok 2013 nevedl vedoucí Hospice sv. Lazara, Hospice na Svatém Kopečku a Hospice sv. Štěpána. Graf 55 shrnuje celkový počet klientů lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření za rok 2013 (vyjma Hospice sv. Lazara, Hospice na Svatém Kopečku a Hospice sv. Štěpána). Dle tohoto grafu byl počet klientů šesti lůžkových hospiců v ČR za rok 2013 – 1 707 osob.

Tabulka 60 podává přehled o počtu úmrtí v hospici za rok 2013. Počet úmrtí v těchto zařízeních se pohyboval od 100 (Hospic v Mostě) do 395 (Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa) zemřelých na jedno zařízení. (Počet úmrtí v lůžkových hospicích se odvíjí od kapacity zařízení.) Údaj o počtu zemřelých osob za rok 2013 nevedl vedoucí Hospice sv. Lazara, Hospice na Svatém Kopečku a Hospice sv. Štěpána. Graf



55 shrnuje celkový počet úmrtí v lůžkových hospicích účastnících se výzkumného šetření za rok 2013 (vyjma Hospice sv. Lazara, Hospice na Svatém Kopečku a Hospice sv. Štěpána). Dle tohoto grafu byl počet zemřelých osob v šesti lůžkových hospicích v ČR za rok 2013 – 1 411. Z tohoto údaje vyplývá, že z celkového počtu 1 707 klientů zemře v lůžkových hospicích 1 411 osob. Celkem 296 osob z celkového počtu 1 707 klientů se z lůžkového hospice vrací do domácího prostředí (domácí péče).

V tabulce 60 jsou shrnuty informace týkající se průměrné délky pobytu klienta v hospici za rok 2013. Délka pobytu klientů v lůžkových hospicích se dle odpovědí ředitelů jednotlivých zařízení pohybuje od 27 do 35 dní. Přesná data pro jednotlivé lůžkové hospice jsou uvedena v tabulce 60 (mimo Hospice sv. Lazara, Hospice na Svatém Kopečku a Hospice sv. Štěpána). Dle grafu 55 byla průměrná délka pobytu klientů v šesti lůžkových hospicích za rok 2013 – 31 dní.

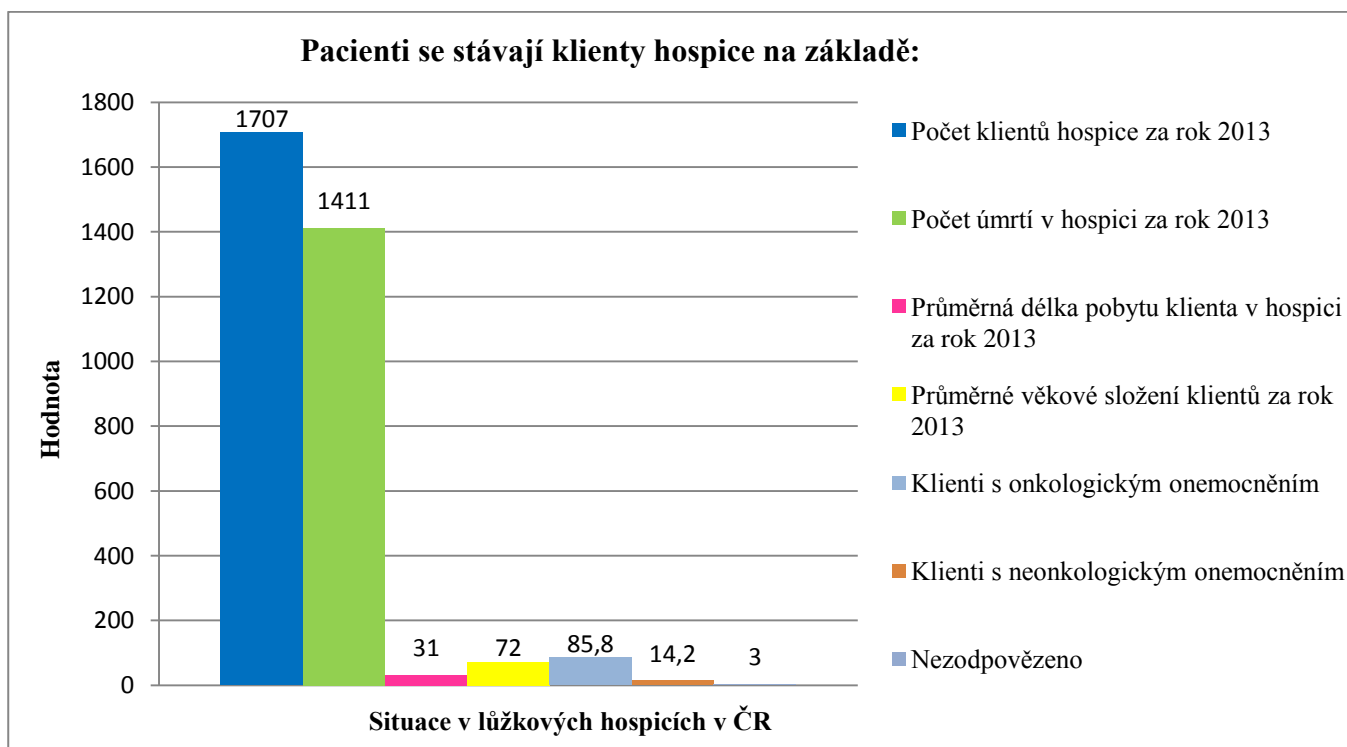
Údaj o průměrném věkovém složení klientů za rok 2013 uvedly tyto lůžkové hospice: Hospic Citadela, Hospic Dobrého Pastýře, Hospic v Mostě a Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. Průměrné věkové složení klientů těchto zařízení za rok 2013 se pohybovalo v rozmezí od 60 (Hospic Dobrého Pastýře) do 79 let (Hospic Citadela). Odpověď, týkající se věkového složení klientů, neuvodli ředitelé Hospice sv. Lazara, Hospice Štrasburk, Hospice na Svatém Kopečku, Hospice sv. Lukáše a Hospice sv. Štěpána. Dle grafu 55 bylo průměrné věkové složení klientů v lůžkových hospicích za rok 2013 – 72 let (tento údaj vychází z dat získaných ze čtyř lůžkových hospiců v ČR účastnících se výzkumného šetření).

V neposlední řadě jsou v tabulce 60 uvedeny informace zaměřené na poměr klientů s onkologickým a neonkologickým onemocněním. Data týkající se této informace poskytli ředitelé pěti lůžkových hospiců (Hospic Štrasburk, Hospic Dobrého Pastýře, Hospic sv. Lukáše, Hospic v Mostě, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa). Z tabulky 60 je dle informací, od ředitelů lůžkových hospiců, patrná převaha klientů s onkologickým onemocněním. Poměr klientů s onkologickým a neonkologickým onemocněním v pěti lůžkových hospicích z celkového počtu devět zúčastněných udává graf 55. Dle tohoto grafu tvoří 85,8 % klientů lůžkového hospice pacienti s onkologickým onemocněním. Zbýlých 14,2 % tvoří klienti s onemocněním neonkologickým.

**Doplňte tabulku:**

LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pasýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
		ODPOVĚĎ	Počet klientů hospice za rok 2013		221	229		260	330	140
Počet úmrtí v hospici za rok 2013			197	192		240	287	100		395
Průměrná délka pobytu klienta v hospici za rok 2013			28	34		34	27	35		27,6
Průměrné věkové složení klientů za rok 2013				79		60		72,5		75
Poměr klientů s onkologickým a neonkologickým onemocněním	onkologické			100 %			90%	93%	89%	
	neonkologické		X			10%	7%	11%		43%

**Tabulka 60: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 37**



**Graf 55: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 37**

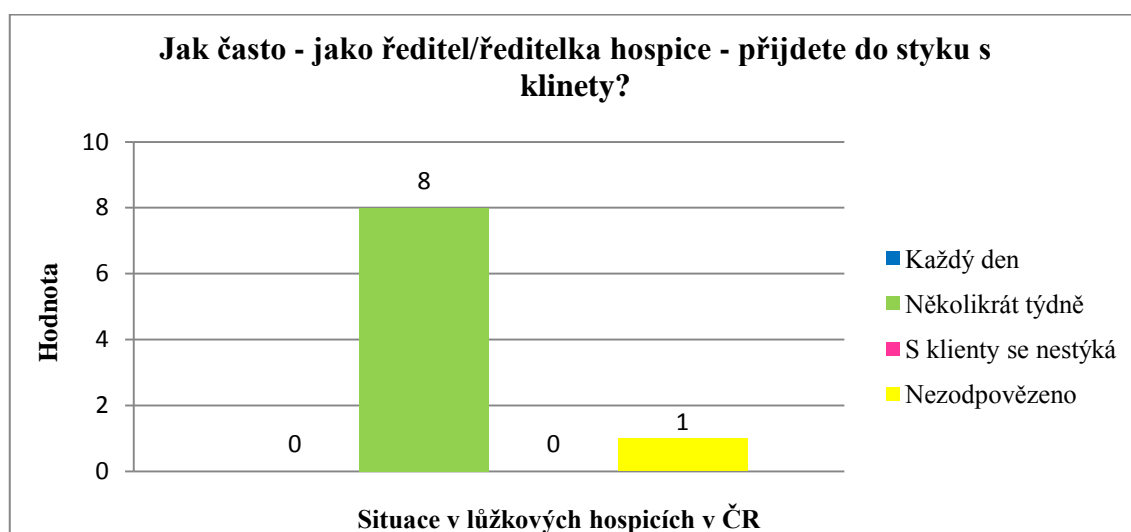
Na otázku č. 38 „Jak často – jako ředitel/ředitelka hospice - přijdete do styku s klienty?“ měli respondenti na výběr ze tří možností (viz tabulka 61). Variantu, kdy

vedoucí hospice přijde do kontaktu s klienty zařízení každý den, neoznačil žádný z ředitelů lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření. Několikrát týdně však přijde ředitel/ředitelka do styku s klienty svého zařízení v osmi lůžkových hospicích z celkového počtu devět zúčastněných. K situaci, že by se ředitel/ředitelka lůžkového hospice s klienty svého zařízení nestýkala, nedochází. K této otázce se nevyjádřila vedoucí Hospice sv. Štěpána paní Mgr. Monika Marková.

Jak je patrné z grafu 56, který shrnuje odpovědi všech ředitelů lůžkových hospiců účastnících se šetření, jedinou volenou odpovědí byla varianta „několikrát týdně“ a to v celkovém počtu 8.

Jak často – jako ředitel/ředitelka hospice – přijdete do styku s klienty?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Každý den									
	Několikrát týdně	X	X	X	X	X	X	X		X
	S klienty se nestýkám									

Tabulka 61: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 38



Graf 56: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 38

**Otázka č. 39 zněla: „O jaké dokumenty se opíráte při stanovení kvality péče o klienty ve Vašem hospici?“**

V rámci této otázky byl ředitelům lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření nabídnut prostor pro vyjádření. Jednalo se o typ otázky otevřené.

Mezi odpověďmi ředitelů lůžkových hospiců účastnících se šetření nejčastěji zaznívala odpověď „Standardy hospicové paliativní péče“. O tyto standardy se opírá při stanovení kvality péče o klienty pět lůžkových hospiců z celkového počtu devět zúčastněných (Hospic v Mostě, Hospic Dobrého Pastýře, Hospic sv. Lukáše, Hospic Citadela a Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa). Z Ošetřovatelských standardů a jejich metodik vychází Hospic na Svatém Kopečku, Hospic Citadela a Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. Vnitřní směrnice, předpisy a příkazy zařízení hrají roli při stanovení kvality péče o klienty v těchto lůžkových hospicích: Hospic v Mostě, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. O Standardy kvality sociálních služeb (Sociální standardy a jejich metodiky) se opírají Hospic Citadela a Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. Ředitelka Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa se dále řídí Provozním řádem a Kodexem pracovníků charity ČR.

Informace k otázce č. 39 neposkytli ředitelé Hospice Štrasburk, Hospice sv. Štěpána a Hospice sv. Lazara.

**V následující otázce č. 40 byli respondenti tázáni: „Inspirujete se novými metodami používanými v zahraničí?“**

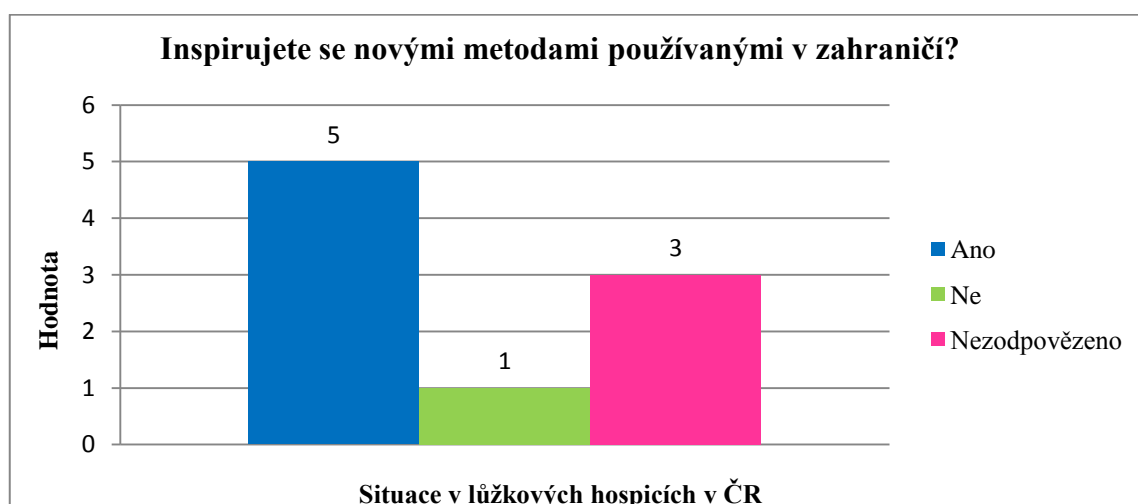
Ředitelé lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření měli na výběr ze dvou možných odpovědí („ano“, „ne“).

Dle tabulky 62 se kladně vyjádřilo pět z devíti respondentů. Zápornou odpověď „ne“ zvolila ředitelka Hospice Štrasburk paní MUDr. Hana Šrámková. K otázce č. 40 se nevyjádřili vedoucí Hospice sv. Lazara, Hospice na Svatém Kopečku a Hospice sv. Štěpána.

Z grafu 57 lze vyčíst, že se pět lůžkových hospiců z celkového počtu devět zúčastněných inspiruje novými metodami používanými v zahraničí. Novými metodami používanými v zahraničí se neinspiruje jen jeden lůžkový hospic.

Inspirujete se novými metodami používanými v zahraničí?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Ano			X		X	X	X		X
	Ne		X							

Tabulka 62: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 40



Graf 57: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 40

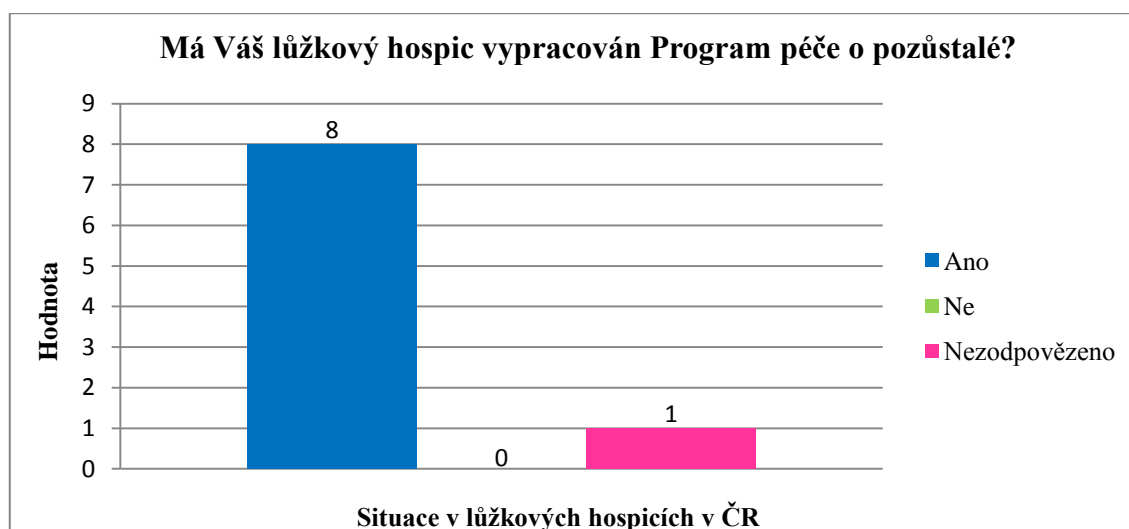
V otázce č. 41: „Má Váš lůžkový hospic vypracován Program péče o pozůstalé?“ měli respondenti označit jednu ze dvou nabízených odpovědí („ano“, „ne“).

V tabulce 63 jsou zaznamenány jednotlivé odpovědi ředitelů lůžkových hospiců účastníků se výzkumného šetření. V této tabulce je jasně patrná převaha kladných odpovědí. Osm z devíti ředitelů lůžkových hospiců zvolilo odpověď „ano“. Odpověď „ne“ nevedl žádný respondent. Vedoucí Hospice sv. Štěpána se k otázce č. 41 nevyjádřila.

Z grafu 58 je poté patrné, že lůžkové hospice účastníci se výzkumného šetření mají vypracován Program péče o pozůstalé.

Má Váš lůžkový hospic vypracován Program péče o pozůstalé?										
LŮŽKOVÝ HOSPIC		Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
ODPOVĚĎ	Ano	X	X	X	X	X	X	X		X
	Ne									

Tabulka 63: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 41



Graf 58: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 41

Součástí otázky 41 byla podotázka, která zněla: „Pokud ano, doplňte:“.

Respondenti měli z nabízených možných odpovědí označit, jaké služby jsou v rámci Programu péče o pozůstalé nabízeny. Dále měli zaznamenat, zda jsou tyto služby hrazeny a kdo tyto služby v jejich lůžkovém hospici poskytuje.

Odpovědi na tyto podotázky shrnuje tabulka 64. Sedm lůžkových hospiců, účastnících se výzkumného šetření, nabízí v rámci Programu péče o pozůstalé individuální podporu a poradenství pro pozůstalé osoby (vyjma Hospice na Svatém Kopečku) (ředitelka Hospice sv. Štěpána se k dané podotázce nevyjádřila). Jak je dále znázorněno v tabulce 64, šest lůžkových hospiců pořádá setkávání pozůstalých (mimo Hospic Štrasburk a Hospic na Svatém Kopečku) (ředitelka Hospice sv. Štěpána se k dané podotázce nevyjádřila). Pět lůžkových hospiců pořádá pro pozůstalé osoby

vzpomínkové programy a bohoslužby za zemřelé. Přesný přehled lůžkových hospiců, které v rámci Programu péče o pozůstalé tyto aktivity nabízejí, je uveden v tabulce 64. Odbornou psychoterapii nabízí pozůstalým osobám Hospic sv. Lazara, Hospic Štrasburk a Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. Tři lůžkové hospice nabízejí pozůstalým svým klientů pomoc se zařizováním pohřbu a náležitostí s tím spojených (Hospic Štrasburk, Hospic Dobrého pastýře a Hospic v Mostě). Hospic sv. Lazara a Hospic Štrasburk v rámci Programu péče o pozůstalé nabízejí pomoc zadaptovat se ve světě bez zemřelého. Anonymní podporu prostřednictvím telefonních krizových linek a internetu nabízí pozůstalým osobám Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. Pozůstalé osoby kontaktují 1 měsíc nebo 2 po smrti blízké osoby s pozváním na kávu, čaj, zaměstnanci Hospice Citadela. Celkové shrnutí služeb, které jsou v lůžkových hospicích v ČR účastnících se výzkumného šetření nabízeny v rámci Programu péče o pozůstalé, znázorňuje graf 59. Vedoucí Hospice sv. Štěpána se k dané podotázce nevyjádřila.

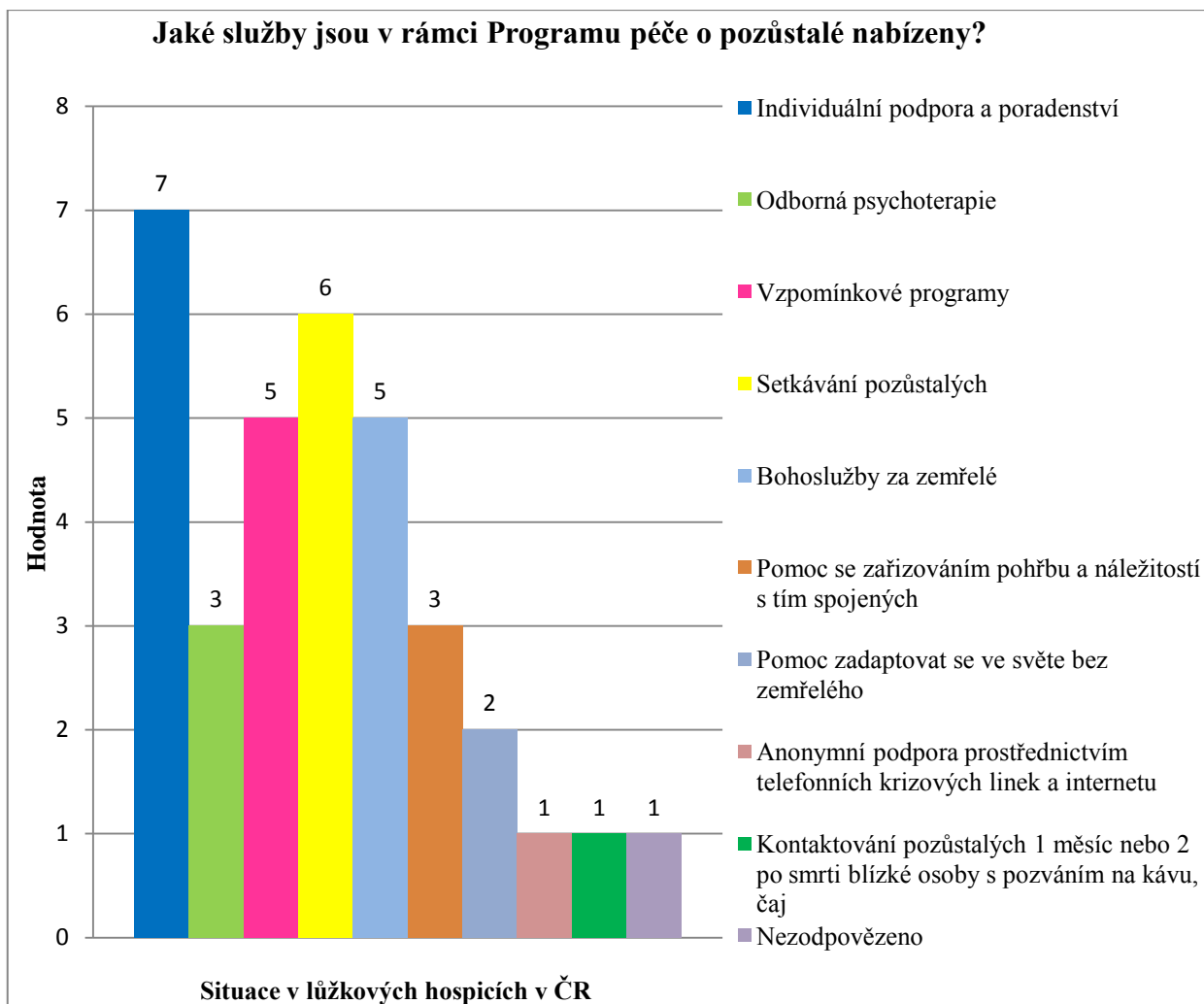
V rámci další podotázky měli respondenti zaznamenat, zda jsou tyto služby hrazeny. Jak je patrné z označených odpovědí ředitelů lůžkových hospiců v tabulce 64, v sedmi zařízeních nejsou výše zmíněné služby poskytovány v rámci Programu péče o pozůstalé, hrazeny (odpověď neuvědli vedoucí Hospice na Svatém Kopečku a Hospice sv. Štěpána).

Úkolem ředitelů lůžkových hospiců v rámci otázky č. 41 bylo vypsát, kdo tyto služby v jejich lůžkovém hospici poskytuje. V Hospici sv. Lazara poskytuje služby pozůstalým osobám psychoterapeut. V Hospici Štrasburk poskytují služby v rámci Programu péče o pozůstalé osoby psycholog, duchovní a zdravotní personál. V Hospici Citadela pečují o pozůstalé osoby sociální pracovníce společně s celým týmem lůžkového hospice. I v Hospici Dobrého Pastýře se celý tým zaměstnanců podílí na poskytování služeb pro pozůstalé. Sociální pracovníce, psycholog a duchovní zajišťují péči o pozůstalé v Hospici sv. Lukáše. V Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa poskytují služby pro pozůstalé tyto členové multidisciplinárního týmu: sociální pracovníce, psycholog, nemocniční kaplanka a dobrovolníci. Služby pro pozůstalé zde poskytuje také oddělení pro styk s veřejností. K podotázce se nevyjádřili ředitelé Hospice na Svatém Kopečku, Hospice v Mostě a Hospice sv. Štěpána. Celkový přehled o tom, kdo poskytuje v lůžkových hospicích služby pro pozůstalé, poskytuje graf 61.

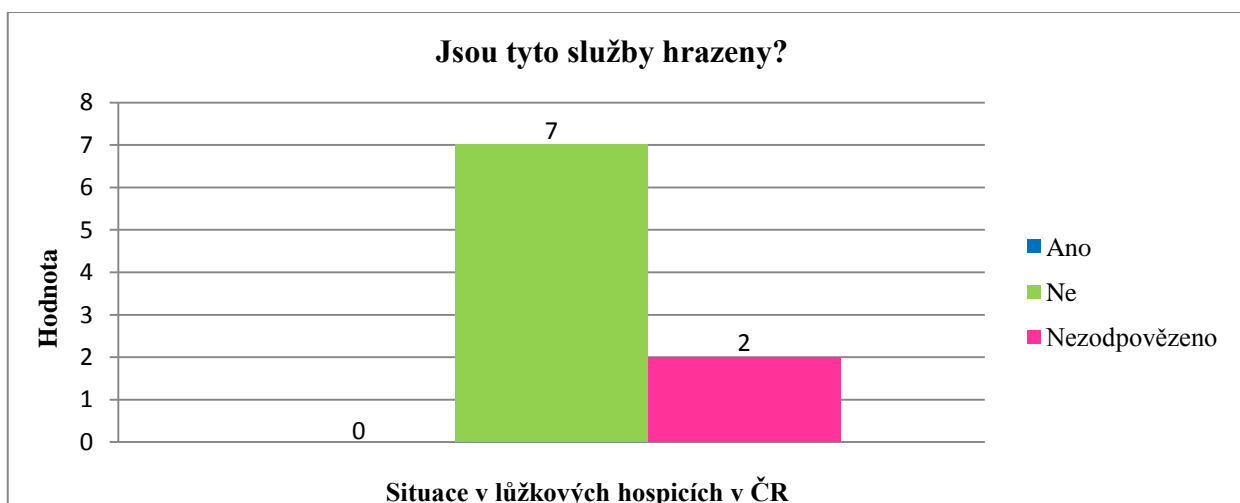
Pokud ano, doplňte:													
LŮŽKOVÝ HOSPIC			Hospic sv. Lazara	Hospic Štrasburk	Hospic Citadela	Hospic na Svatém Kopečku	Hospic Dobrého Pastýře	Hospic sv. Lukáše	Hospic v Mostě	Hospic sv. Štěpána	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa		
ODPĚVĚ	Jaké služby jsou v rámci Programu péče o pozůstalé nabízeny:	Individuální podpora a poradenství	X	X	X		X	X	X		X		
		Odborná psychoterapie	X	X								X	
		Vzpomínkové programy			X	X	X		X			X	
		Setkávání pozůstalých	X		X		X	X	X			X	
		Bohoslužby za zemřelé				X	X	X	X			X	
		Pomoc se zařizováním pohřbu a náležitostí s tím spojených		X			X		X				
		Pomoc zadaptovat se ve světě bez zemřelého	X	X									
		Anonymní podpora prostřednictvím telefonních krizových linek a internetu											X
		Kontaktování pozůstalých 1 měsíc nebo 2 po smrti blízké osoby s pozváním na kávu, čaj			X								
	Jsou tyto služby hrazeny:	Ano											
Ne		X	X	X		X	X	X			X		

Tabulka 64: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 41

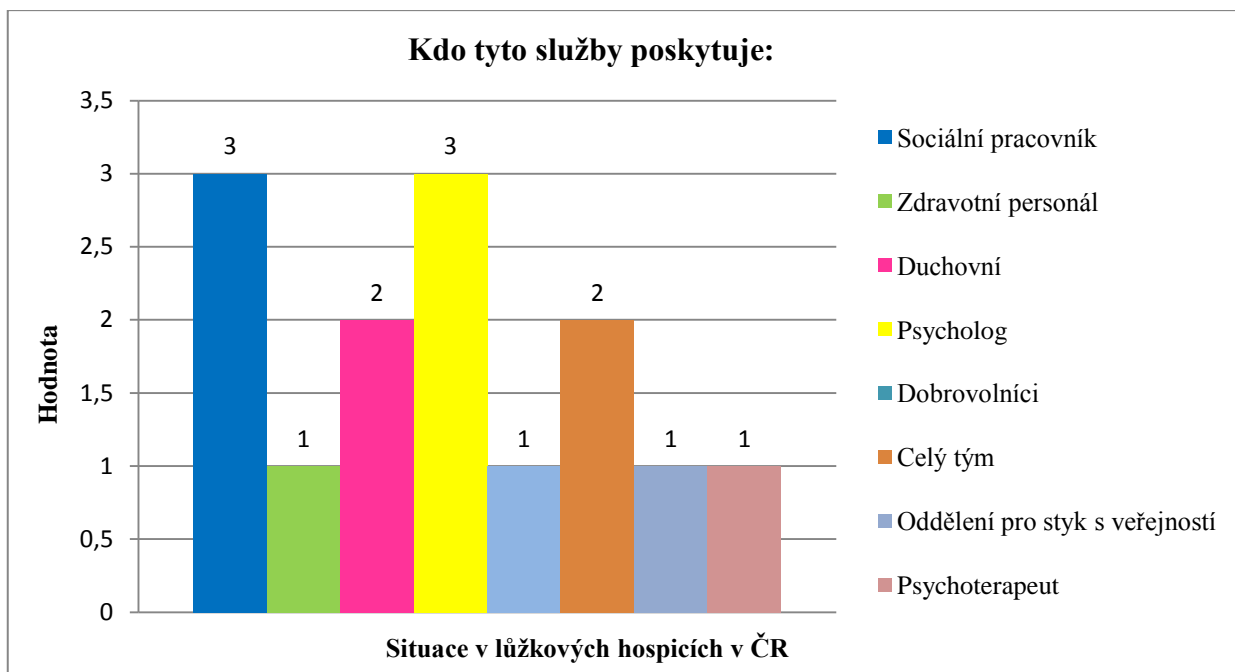




**Graf 59: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 41**



**Graf 60: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 41**



**Graf 61: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 41**

#### Vysvětlivky k tabulce:

- X                    otázka zodpovězena  
                    otázka nezodpovězena

#### 5.4 Ověření hypotéz

- **H1 V lůžkových hospicích v České republice je poskytována kvalitní paliativní péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby.**

Dle výsledných hodnot otázky číslo 10 (dotazník pro vrchní sestry lůžkových hospiců) jsou v rámci péče o klienty uspokojovány v lůžkových hospicích účastnících se výzkumného šetření potřeby biologické, psychologické, sociální, spirituální, právní a etické. U klientů těchto zařízení je dostatečně mírněna bolest (viz otázka číslo 11 – dotazník pro vrchní sestry lůžkových hospiců) a je dodržováno jedno ze základních práv klientů – NEZEMŘÍT OSAMOCEN (viz otázka číslo 13 – dotazník pro vrchní sestry lůžkových hospiců). Jak vyplývá z otázky číslo 14 (dotazník pro vrchní sestry lůžkových hospiců) klienti mohou ve většině zařízení účastnících se výzkumného šetření nosit v rámci pobytu své oblečení, používat své jídelní nádobí, mají volný stravovací režim, nejsou

buzeni – mohou spát, jak dlouho chtějí, mohou vykonávat hygienu v dobu, na kterou jsou zvyklí, režim dne v zařízení určují v maximální možné míře samotní pacienti. Volný čas mohou klienti lůžkových hospiců v devíti lůžkových hospicích z celkového počtu čtrnáct zařízení v ČR trávit (viz otázka číslo 15 – dotazník pro vrchní sestry lůžkových hospiců) pobýváním na terase, na zahradě, mimo areál budovy, arteterapií, muzikoterapií, ergoterapií, canisterapií, psaním dopisů, čtením knih a poslechem hudby. V areálu lůžkových hospiců se pro klienty pořádají výstavy obrazů, krátké koncerty, dětská vystoupení a jiné (viz otázka číslo 16 – dotazník pro vrchní sestry lůžkových hospiců).

V rámci péče o klienty lůžkových hospiců účastnících se šetření shledávám na základě analýzy dat z otázky číslo 6 (dotazník pro vrchní sestry lůžkových hospiců) a číslo 29 (dotazník pro ředitele lůžkových hospiců) úroveň komunikace ze strany personálu ke klientům a jejich blízkým za nevhodnou. Dle otázky číslo 12 (dotazník pro vrchní sestry lůžkových hospiců) nemají klienti lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření přidělenou svoji osobní sestru nebo ošetřovatelku. I přesto je kvalita poskytované péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby zajištěna (počet zaměstnanců lůžkového hospice odpovídá kapacitě zařízení), což dokládají data získaná z otázky číslo 19 (dotazník pro ředitele lůžkových hospiců).

Na základě dat získaných z analýzy dotazníků vrchních sester (otázky č. 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16) a ředitelů (otázky č. 19, 29) lůžkových hospiců v České republice tvrdím, že paliativní péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby poskytována v lůžkových hospicích účastnících se výzkumného šetření je kvalitní.

***Hypotéza H1 byla potvrzena.***

- **H2 Pouze 30% lůžkových hospiců v ČR propaguje své zařízení a poskytované služby.**

Dle výsledných hodnot zanesených v tabulce 28 a vyznačených na grafu 23 u otázky číslo 5 (dotazník pro ředitele lůžkových hospiců) zjišťuji, že devět lůžkových hospiců pro dospělé osoby z celkového počtu čtrnáct lůžkových hospiců v ČR, propaguje své zařízení prostřednictvím dnů otevřených dveří, propagačních letáků, webových stránek a jiných forem. Na základě analýzy otázky číslo 6 (dotazník pro ředitele lůžkových hospiců) mohu dále konstatovat, že devět lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření pořádá benefiční, vzdělávací, kulturní a jiné akce.

Z výše zmíněných informací vyplývá, že devět lůžkových hospiců v ČR (64,2 %) propaguje své zařízení a poskytované služby.

***Hypotéza H2 nebyla potvrzena.***

- **H3 Lůžkové hospice v České republice nejsou z hlediska kapacity zcela naplněny.**

Na základě vyhodnocení výsledků otázky číslo 11 (dotazník pro ředitele lůžkových hospiců), kde byla daná informace zkoumána, mohu tvrdit, že devět lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření, z celkového počtu čtrnáct lůžkových hospiců pro dospělé osoby v ČR, je z hlediska kapacity plně využito.

***Hypotéza H3 nebyla potvrzena.***

- **H4 Vybavení a povaha prostředí lůžkových hospiců odpovídá potřebám nevléčitelně nemocných a umírajících osob.**

Dle variant označených odpovědí u otázky číslo 1 (dotazník pro vrchní sestry lůžkových hospiců) a číslo 16 (dotazník pro ředitele lůžkových hospiců) zjišťují, že dle respondentů z dvanácti lůžkových hospiců pro dospělé osoby z celkového počtu čtrnáct zařízení v ČR, odpovídá vybavení a povaha prostředí nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám.

Dle vyhodnocení otázek číslo 2 (dotazník pro vrchní sestry lůžkových hospiců) a číslo 17 (dotazník pro ředitele lůžkových hospiců) mohu konstatovat, že celkové zhodnocení aspektů vybavení a povahy prostředí, které určují míru vhodnosti daného zařízení pro osoby nevléčitelně nemocné a umírající, je dle výsledků znázorněných na grafu 2 (dotazník pro vrchní sestry lůžkových hospiců) a grafu 36 (dotazník pro ředitele lůžkových hospiců) na dobré úrovni. Zásadní aspekty vybavení a povahy prostředí jsou ve dvanácti lůžkových hospicích z celkového počtu čtrnáct lůžkových hospiců pro dospělé osoby v ČR splněny. Nedostatky v prostorách zařízení jsou patrné převážně v nedostatečném využití stropů, barevných kontrastů, snížených jmenovek a omezené dostupnosti klimatizace v pokojích klientů. Okna v pokojích nejsou ve většině lůžkových hospiců prosklená na úroveň podlahy, tudíž neumožňují pacientům upoutaným na lůžko výhled.

I přesto mohu na základě získaných informací potvrdit, že prostředí jednotlivých lůžkových hospiců v ČR je pro nevléčitelně nemocné a umírající osoby vhodně uzpůsobené.

***Hypotéza H4 byla potvrzena.***

- **H5 V lůžkových hospicích v České republice nebyl u jednotlivých členů týmu do roku 2013 zaznamenán případ výskytu syndromu vyhoření.**

Případy výskytu syndromu vyhoření u jednotlivých členů týmu v lůžkových hospicích v ČR, byly zkoumány v otázce číslo 26 (dotazník pro ředitele lůžkových hospiců). Z odpovědí ředitelů devíti lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření bylo zjištěno, že u zaměstnanců jejich zařízení dochází k výskytu burn-out syndromu.

*Hypotéza H5 nebyla potvrzena.*

- **H6 Lůžkové hospice v ČR nemají vypracován Program péče o pozůstalé.**

Na základě vyhodnocení výsledků otázky číslo 41 (dotazník pro ředitele lůžkových hospiců), ve které jsem danou informaci zjišťovala, tvrdím, že osm lůžkových hospiců pro dospělé osoby z celkového počtu čtrnáct zařízení v České republice, má vypracován Program péče o pozůstalé.

*Hypotéza H6 nebyla potvrzena.*

## **5.5 Závěr šetření**

Při stanovení kvality paliativní péče poskytované v jednotlivých vybraných hospicích na území ČR (ze získaných dat a informací v rámci výzkumného šetření), jsem vycházela ze Standardů hospicové paliativní péče. Tyto standardy definují určitou nepodkročitelnou hranici, pod níž není možné označit poskytovanou péči za dostatečně kvalitní. Tato hranice je podrobně rozpracována ve Standardech hospicové paliativní péče (2006) a v kapitolách 4.2.1 – 4.2.5. Cílem Standardů hospicové paliativní péče je „definovat požadavky, které by měli poskytovatelé specializované paliativní péče v ČR splňovat, aby byla zajištěna její potřebná úroveň a odpovídající kvalita“ (Standardy, 2006, s. 1).

Data zjišťovaná v rámci dotazníkového šetření byla rozdělena do pěti hlavních oblastí: obecné informace z oblasti hospicové paliativní péče; prostředí, věcné a technické vybavení; pracovníci a jejich vzdělávání; cílová skupina; struktura, proces, náplň léčby a péče (aspekty jednotlivých druhů péče o nevléčitelně nemocné a umírající).

Na základě analýzy dat zaměřených na zjištění obecných informací z oblasti hospicové paliativní péče (otázky číslo 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 39, 40 – dotazník pro ředitele lůžkových hospiců a otázka číslo 9 – dotazník pro vrchní sestry lůžkových

hospiců) mohou konstatovat, že ředitele jednotlivých lůžkových hospiců, účastnících se výzkumného šetření, nepovažují dostupnost paliativní péče ve svém kraji za vyhovující. Avšak převážná část ředitelů lůžkových hospiců v ČR je přesvědčena o tom, že počet hospicových lůžek v jejich kraji je dostačující. Ředitelé jednotlivých lůžkových hospiců propagují svá zařízení a služby, které poskytují, prostřednictvím dnů otevřených dveří, propagačních letáků, webových stránek, ale i jinými formami. Pořádají benefiční, vzdělávací, kulturní a jiné akce. Spolupracují s ostatními lůžkovými hospici v ČR, s nemocnicemi a dalšími zdravotnickými zařízeními, s praktickými lékaři, pečovatelskou službou, školami, LDN, domovy důchodců a jinými. Většina lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření se inspiroje novými metodami používanými v zahraničí. Při stanovení kvality péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby se vedoucí jednotlivých lůžkových hospiců opírají o Standardy hospicové paliativní péče, o Ošetřovatelské standardy a jejich metodiky, o Vnitřní směrnice, předpisy a příkazy zařízení, o Standardy kvality sociálních služeb, ale také o Pracovní řád a Kodex pracovníků charity ČR. Dle ředitelů jednotlivých zařízení není informovanost odborné i laické veřejnosti o hospicové paliativní péči dostatečná, z tohoto důvodu se lůžkové hospice, účastníci se výzkumného šetření, spolupodílí na osvětové činnosti veřejnosti (odborné, laické) o zvyšování povědomí o hospicové paliativní péči. Většina lůžkových hospiců se nepodílí na výzkumné činnosti v oblasti hospicové paliativní péče a až na výjimky se nesnaží o navázání užší mezinárodní spolupráce v oblasti péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby.

V analýze dat specializovaných na oblast prostředí, věcné a technické vybavení (otázky číslo 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 – dotazník pro ředitele lůžkových hospiců a otázky číslo 1, 2, 3 – dotazník pro vrchní sestry lůžkových hospiců), bylo zjištěno, že vybavení a povaha prostředí vybraných lůžkových hospiců odpovídá potřebám nevléčitelně nemocných a umírajících osob. Celkové zhodnocení aspektů vybavení a povahy prostředí, které určují míru vhodnosti daného zařízení pro osoby nevléčitelně nemocné a umírající, je dle výsledků šetření na dobré úrovni. Zásadní aspekty vybavení a povahy prostředí jsou ve dvanácti lůžkových hospicích z celkového počtu čtrnáct lůžkových hospiců pro dospělé osoby v ČR splněny. Nedostatky v prostorách zařízení jsou patrné převážně v nedostatečném využití stropů, barevných kontrastů, snížených jmenovek a omezené dostupnosti klimatizace v pokojích klientů. Okna v pokojích nejsou ve většině lůžkových hospiců prosklená na úroveň podlahy, tudíž neumožňují pacientům upoutaným na lůžko výhled. I přesto lze na základě získaných informací

potvrdit, že prostředí jednotlivých lůžkových hospiců v ČR je pro nevléčitelně nemocné a umírající osoby vhodně uzpůsobené. Všechny lůžkové hospice účastníci se výzkumného šetření disponují jednolůžkovými pokoji. V některých z lůžkových hospiců se nachází také pokoje vícelůžkové, tudíž zde dochází k uspokojování přání všech klientů. Dle informací od ředitelů daných zařízení je kapacita jejich lůžkových hospiců většinou stále plně využita. Délka čekací lhůty pacientů na lůžko je v každém zařízení zcela individuální. Maximální možná délka pobytu klientů v hospici je však ve většině zařízení časově omezena a to na tři měsíce a více.

Dle výsledků výzkumného šetření v oblasti zaměřené na pracovníky a jejich vzdělávání (otázky číslo 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29 – dotazník pro ředitele lůžkových hospiců a otázky číslo 4, 5, 6 – dotazník pro vrchní sestry lůžkových hospiců) bylo zjištěno, že výběr nových zaměstnanců do zařízení lůžkových hospiců je individuální, nejčastěji však probíhá prostřednictvím ústního pohovoru, praktické zkoušky a testu. Ředitelé hospiců upřednostňují při výběru zaměstnanců jedince s odpovídající kvalifikací a praxí. Budoucí zaměstnanci musí zároveň pro výkon své profese splňovat některé z požadavků uvedených v tabulce číslo 45 (dotazník pro ředitele lůžkových hospiců). Pro výkon činnosti v lůžkovém hospici jsou zaměstnanci připravováni prostřednictvím seminárních školení, kursů, zaučení personálem/vedením hospice a studijních pobytů. Dle informací od ředitelů a vrchních sester lůžkových hospiců odpovídá počet zaměstnanců lůžkových hospiců kapacitě zařízení. Multidisciplinární tým lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření je nejčastěji tvořen lékaři, zdravotními sestrami, ošetřovatelkami, sociálními pracovníky, duchovními, dobrovolníky, dalšími zaměstnanci nezdravotnického personálu, poté psychology a rehabilitačními pracovníky. V ojedinělých případech jsou součástí týmu psychiatři a odborníci na arteterapii. Součástí týmu nejsou v lůžkových hospicích v ČR psychoterapeuti, logopedi, odborníci na ergoterapii a muzikoterapii. Průměrná délka zaměstnání pracovníků v lůžkových hospicích je dle získaných dat čtyři a více let. Z odpovědí ředitelů lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření bylo zjištěno, že u zaměstnanců jejich zařízení dochází k výskytu burn-out syndromu. Převážná část lůžkových hospiců nemá vypracován Program systematické prevence syndromu vyhoření u zaměstnanců. I přesto se vedení hospiců stará o psychickou pohodu svých zaměstnanců supervizí, rehabilitací, wellness pobyty, sportovními a kulturními akcemi, službami psychoterapeuta, psychologa a v neposlední řadě prostřednictvím vzájemných přátelství a koníčků. Zaměstnanci lůžkových hospiců jsou

od vedení zařízení podporování v dalším vzdělávání. Mají možnost účastnit se školení, výměnných stáží, supervizí a mimopracovních akcí. Výzkumné šetření poukázalo na nedostatky v oblasti komunikace ze strany personálu ke klientům a jejich blízkým.

Čtvrtou oblastí, na kterou se výzkumné šetření orientovalo, byla cílová skupina (otázky číslo 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 – dotazník pro ředitele lůžkových hospiců a otázky číslo 7, 8, 18 – dotazník pro vrchní sestry lůžkových hospiců). Výzkumné šetření zjišťovalo, jak často přijde ředitel/ředitelka zařízení do styku s klienty. Ve většině lůžkových hospiců v ČR se vedoucí zařízení s klienty setkávají několikrát týdně. V ojedinělých případech ke styku klienta a ředitele lůžkového hospice nedochází. Další informace sbírané v této oblasti se týkaly dobrovolnické činnosti v lůžkových hospicích v České republice. Z dostupných informací bylo zjištěno, že počet dobrovolníků v osmi lůžkových hospicích je 167. Dobrovolní pracovníci v lůžkových hospicích procházejí odborným proškolením. Dobrovolníci nezajišťují péči o klienty, náplň jejich práce spočívá mimo jiné ve vytváření společnosti klientům a v zajišťování aktivizační činnosti. Lůžkové hospice účastníci se výzkumného šetření nabízejí pomoc všem osobám, které se na ně obrátí i přesto, že oni sami, ani jejich blízcí, nejsou klienty daného zařízení. Pacienti se dle získaných dat stávají klienty hospice na základě doporučení praktického/ošetřujícího lékaře, doporučení od známých, ale i díky informacím z propagačních materiálů hospice a informací z webových stránek. Klientem lůžkového hospice se může stát osoba s jakýmkoli nevléčitelným onemocněním (s výjimkou Hospice Štrasburk – zaměřen na osoby pouze s onkologickým onemocněním). Bydliště pacienta pro přijetí do lůžkového hospice nerozhoduje. V rámci výzkumného šetření byla zjištěna tato statistická data: počet klientů v šesti lůžkových hospicích z celkového počtu 14 lůžkových hospiců pro dospělé osoby za rok 2013 činil 1 707 osob. Počet úmrtí dosahoval hodnoty 1 411 jedinců. Průměrná délka pobytu klientů v lůžkovém hospici za rok 2013 byla 31 dní. Průměrný věk klientů v zařízení byl 72 let. Mezi klienty lůžkových hospiců převažovali pacienti s onkologickým onemocněním, kteří tvořili 85,8 % z celkového počtu všech klientů. Osob s neonkologickým onemocněním bylo 14,2 %. Prostřednictvím šetření bylo dále zjištěno, že rodinní příslušníci a přátelé klienta jsou podporováni v tom, aby své blízké doprovázeli. Ze stran hospice je těmto osobám poskytnuta profesionální podpora. Lůžkové hospice účastníci se výzkumného šetření mají vypracován Program péče o pozůstalé osoby, v rámci kterého poskytují nejčastěji individuální podporu a poradenství, setkávání pozůstalých, bohoslužby za zemřelé, vzpomínkové programy



a další. Je důležité zdůraznit, že tyto služby nejsou hrazeny. Nejčastěji tyto služby v rámci lůžkových hospiců poskytují sociální pracovníci, psychologové, duchovní (služby poskytují různí členové multidisciplinárního týmu dle volby jednotlivých lůžkových hospiců).

Poslední z šetřených oblastí byla oblast orientovaná na strukturu, proces, náplň léčby a péče (aspekty jednotlivých druhů péče o nevléčitelně nemocné a umírající) (otázky číslo 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 – dotazník pro vrchní sestry lůžkových hospiců). V analýze dat z dotazníkového šetření bylo potvrzeno, že jsou v rámci péče o klienty lůžkových hospiců uspokojovány potřeby biologické, psychologické, sociální, spirituální, právní a etické. U klientů všech lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření je dostatečně mírněna bolest. V zařízeních lůžkových hospiců je dodržováno jedno ze základních práv klientů – NEZEMŘÍT OSAMOCEN. Výsledky šetření dále prokázaly, že klienti mohou v rámci pobytu nosit své oblečení, používat své jídelní nádobí, klienti mají volný stravovací režim, nejsou buzení – mohou spát, jak dlouho chtějí, mohou vykonávat hygienu v dobu, na kterou jsou zvyklí, režim dne v zařízení určují v maximální možné míře samotní pacienti (každý lůžkový hospic umožňuje výše zmíněné možnosti související s pobytem klientů v zařízení v různé míře). Volný čas mohou klienti lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření trávit pobytem na terase, na zahradě, mimo areál budovy, arteterapií, muzikoterapií, ergoterapií, canisterapií, psaním dopisů, čtením knih nebo poslechem hudby (vždy záleží na individuálních možnostech daného zařízení). V areálech lůžkových hospiců se konají výstavy obrazů, krátké koncerty, dětská vystoupení a jiné akce. Z analýzy výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že v žádném z lůžkových hospiců účastnících se výzkumného šetření, nemají klienti přidělenou svoji osobní sestru nebo ošetřovatelku. I přesto je kvalita poskytované péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby v rámci pobytu v lůžkových hospicích zajištěna (počet zaměstnanců lůžkového hospice odpovídá kapacitě zařízení). Na základě dat získaných z analýzy dotazníků vrchních sester a ředitelů lůžkových hospiců v České republice mohou konstatovat, že paliativní péči o nevléčitelně nemocné a umírající osoby poskytovanou v lůžkových hospicích účastnících se výzkumného šetření lze považovat za kvalitní.

Z výzkumného šetření, zaměřeného na poskytování paliativní péče v hospicích v České republice (s cílem zjištění a porovnání kvality paliativní péče jednotlivých vybraných hospiců na území ČR), vyplynulo, že jednotlivé lůžkové hospice (účastníci se výzkumného šetření) v České republice, v hlavních oblastech posuzování kvality

paliativní péče dle Standardů hospicové paliativní péče, zajišťují potřebnou úroveň hospicové paliativní péče a její odpovídající kvalitu.

Výzkumné šetření bylo provedeno v České republice ve dvanácti lůžkových hospicích pro dospělé osoby (deset ze zúčastněných lůžkových hospiců bylo členy APHPP, dva lůžkové hospice nebyly členy APHPP), z celkového počtu čtrnáct lůžkových hospiců. Získaná data v rámci výzkumného šetření od jednotlivých ředitelů a vrchních sester lůžkových hospiců můžeme zobecňovat pro všechny lůžkové hospice v ČR.

## 5.6 Diskuse

Dle Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015 není péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby v ČR v některých zcela základních aspektech na dobré úrovni. Dle Kalvacha (2004, s. 98) je „úroveň péče o umírající v naší zemi navzdory úsilí mnohých zdravotníků a pracovníků v sociální sféře alarmující“ a potýká se se závažnými nedostatky. I přes tento fakt mohu na základě výsledků svého výzkumného šetření konstatovat, že je v lůžkových hospicích v ČR poskytována kvalitní paliativní péče, protože se jedná o specializovaná zařízení zaměřená právě na pomoc a podporu nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám. Na základě dat získaných z analýzy dotazníků vrchních sester a ředitelů lůžkových hospiců v České republice mohu tvrdit, že paliativní péči o nevléčitelně nemocné a umírající osoby poskytovanou v lůžkových hospicích účastnících se výzkumného šetření lze považovat za kvalitní. Z výzkumného šetření, zaměřeného na poskytování paliativní péče v hospicích v České republice (s cílem zjištění a porovnání kvality paliativní péče jednotlivých vybraných hospiců na území ČR), vyplynulo, že jednotlivé lůžkové hospice (účastníci se výzkumného šetření) v České republice, v hlavních oblastech posuzování kvality paliativní péče dle Standardů hospicové paliativní péče, zajišťují potřebnou úroveň hospicové paliativní péče a její odpovídající kvalitu.

Dle Kalvacha (2004) je informovanost veřejnosti (odborné, laické) o paliativní péči nedostatečná. To potvrzují i získaná data v rámci mého výzkumného šetření, kdy ředitelé jednotlivých zařízení tvrdí, že informovanost odborné i laické veřejnosti o hospicové paliativní péči není dostatečná. Z tohoto důvodu se lůžkové hospice, účastníci se výzkumného šetření, spolupodílí na osvětové činnosti veřejnosti o zvyšování povědomí o hospicové paliativní péči.

Dle Huneše (2008, s. 12) „řada potřebných o hospicích neví, jiní mají zkreslené představy, další se bojí“. Na základě toho dochází k situaci, že řada pacientů přichází do hospice pozdě a řada se do nich nedostane vůbec (Huneš, 2008). I přes tato fakta na základě výsledků svého šetření tvrdím, že lůžkové hospice v ČR propagují svá zařízení a poskytované služby prostřednictvím dnů otevřených dveří, propagačních letáků, webových stránek a jiných forem. Pořádají benefiční, vzdělávací, kulturní a jiné akce.

V teoretické části práce bylo uvedeno, „že hospice nejsou zcela využívány a jejich kapacita ve většině případů není zcela naplněna“ (Huneš, 2008, s. 12). Analýza výsledků mého výzkumného šetření však na základě informací získaných od ředitelů lůžkových hospiců v ČR (účastnících se výzkumného šetření) potvrdila, že je kapacita jejich zařízení většinou stále plně využita.

Dále můžeme dle analýzy výsledků výzkumného šetření potvrdit fakta, která byla zveřejněna na základě výsledků projektu s názvem Podpora rozvoje paliativní péče v České republice, týkající se komunikace mezi lékaři a pacienty o diagnóze a prognóze, která má dle výsledků šetření velmi proměnlivou a celkově značně nedostatečnou úroveň. V rámci mého výzkumného šetření byly prokázány nedostatky v oblasti komunikace ze strany personálu ke klientům a jejich blízkým.

Dle zahraničních zkušeností dochází u pracovníků v hospicích zhruba po dvou letech k syndromu vyhoření (Vorlíček, 2004). „Skutečnost, že během dvou let provozu nebyl v prvním českém hospici zaznamenán ani jediný případ syndromu vyhoření, svědčí o tom, že důsledná a systematická prevence může být i zde velmi účinná“ (Vorlíček, 2004, s. 517). I přesto výsledky mého výzkumného šetření na základě odpovědí ředitelů lůžkových hospiců, účastnících se výzkumného šetření potvrdily, že u zaměstnanců lůžkových hospiců dochází k výskytu burn-out syndromu. Převážná část lůžkových hospiců nemá vypracovaný Program systematické prevence syndromu vyhoření u zaměstnanců. I přesto se vedení hospiců stará o psychickou pohodu svých zaměstnanců supervizí, rehabilitací, wellness pobyty, sportovními a kulturními akcemi, službami psychoterapeuta, psychologa a v neposlední řadě prostřednictvím vzájemných přátelství a koníčků.

Dle Haškovcové (2000) je péče o nemocné v lůžkových hospicích plně individualizována, každý hospitalizovaný má osobní sestru nebo ošetřovatelku. Tento fakt musím na základě výsledků svého výzkumného šetření vyvrátit. Z analýzy výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že v žádném z lůžkových hospiců

účastnících se výzkumného šetření, nemají klienti přiděleni svoji osobní sestru nebo ošetřovatelku.

Dle Strategie (2011 – 2015, s. 3) „pečující přátelé ani příbuzní nemocných nejsou povzbuzováni v tom, aby je doprovázeli, a chybí jim profesionální podpora“. Prostřednictvím mého šetření však bylo zjištěno, že rodinní příslušníci a přátelé klienta jsou podporováni v tom, aby své blízké doprovázeli. Ze stran hospice je těmto osobám poskytnuta profesionální podpora.

Projekt Podpora rozvoje paliativní péče v ČR upozornil na to, že „žádná součást systému zdravotní a sociální péče nevěnuje systematickou pozornost pozůstalým, ačkoli je dobře známo, že velmi často trpí sociální izolací a těžkým psychickým strádáním a že úmrtí blízkého člověka patří mezi jeden z nejrizikovějších faktorů pro tělesné a duševní zdraví člověka“. Výsledky výzkumného šetření zaměřeného na zjištění kvality paliativní péče ve vybraných hospicích v ČR upozornily na to, že většina lůžkových hospiců, účastnících se výzkumného šetření má vypracován Program péče o pozůstalé, v rámci kterého nabízí pozůstalým osobám širokou škálu služeb, které jsou poskytovány bezplatně.

## **5.7 Návrh opatření**

Analýza výsledků výzkumného šetření prokázala, že lze paliativní péči o nevléčitelně nemocné a umírající osoby poskytovanou v lůžkových hospicích (účastnících se výzkumného šetření) v ČR, považovat za kvalitní. Z výzkumného šetření, zaměřeného na poskytování paliativní péče v hospicích v České republice (s cílem zjištění a porovnání kvality paliativní péče jednotlivých vybraných hospiců na území ČR) vyplynulo, že jednotlivé lůžkové hospice (účastníci se výzkumného šetření) v České republice, v hlavních oblastech posuzování kvality paliativní péče dle Standardů hospicové paliativní péče, zajišťují potřebnou úroveň hospicové paliativní péče a její odpovídající kvalitu. I přesto výsledky výzkumného šetření poukázaly na několik nedostatků v oblasti hospicové paliativní péče.

Analýza dat získaných od ředitelů jednotlivých zařízení účastnících se výzkumného šetření upozornila na fakt, že vedoucí lůžkových hospiců nepovažují dostupnost paliativní péče ve svém kraji za vyhovující. Proto navrhuji zlepšení dostupnosti paliativní péče pro nevléčitelně nemocné a umírající osoby prostřednictvím vybudování sítě dalších lůžkových hospiců v ČR (zpřístupnit tato zařízení lůžkového

typu osobám na stejné úrovni jako jsou dostupné domovy seniorů, LDN, ale i jiná zařízení pro osoby, které vyžadují speciální péči a přístup), čímž by došlo ke snížení čekací doby pacientů na lůžka. Paliativní péče by byla dostupná většímu počtu osob v celé České republice. Pro zlepšení dostupnosti péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby by bylo vhodné zlepšit propagaci jednotlivých lůžkových hospiců (informovat o daném zařízení a službách, které poskytuje v celém kraji, kde se lůžkový hospic nachází). V rámci zlepšení dostupnosti paliativní péče pro nevléčitelně nemocné a umírající pacienty dále navrhuji možnost upravení finančních nákladů za pobyt a poskytované služby pacientů individuálně na základě jejich příjmů (některým osobám finanční situace nedovoluje pobyt v lůžkovém hospici). Nevyhovující dostupnost paliativní péče je možné eliminovat prostřednictvím nabídky možnosti dopravy pacienta z místa jeho bydliště do lůžkového hospice (někteří z pacientů a jejich blízkých nedisponují dopravními prostředky a tudíž se pro ně stává doprava jedince do zařízení velmi obtížná). V neposlední řadě by bylo vhodné odstranění předsudků laické veřejnosti o lůžkových hospicích (jedná se o zařízení typu LDN, lidé chodí do hospice zemřít a podobně).

Na základě výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že informovanost odborné i laické veřejnosti o hospicové paliativní péči není dostatečná. Pro zvýšení informovanosti populace o hospicové paliativní péči navrhuji zavést přednáškové bloky na středních odborných školách se zaměřením sociálním a zdravotním. Nabídku veřejných besed o problematice paliativní péče a lůžkových hospicích v ČR se zaměřením na osoby nevléčitelně nemocné a jejich blízké. Dále výrobu letáků, informačních brožur jak s obecnými informacemi o paliativní péči a hospicích, tak speciální brožury poskytující informace o daném lůžkovém zařízení působícím v kraji a jejich distribuci. Dále bych ke zlepšení osvětové činnosti veřejnosti o hospicové paliativní péče využila informační tabule v hromadných dopravních prostředcích v celém kraji a billboardy. V rámci osvětové činnosti veřejnosti bych kladla zvýšený důraz na propagaci informací o hospicové paliativní péči a o lůžkových hospicích vždy v celém kraji, ve kterém zařízení působí! Za vhodné považuji také zvýšení informací o dané problematice a propagaci jednotlivých zařízení na internetu a sociálních sítích. Vliv na zvýšení informovanosti veřejnosti o hospicové paliativní péči by přineslo zaměstnání osoby, která by zajišťovala propagaci zařízení, osvětovou činnost veřejnosti v kraji působení lůžkového hospice. Dále by zajišťovala tvorbu a realizaci projektů, žádosti o granty, sponzory a sponzorské dary. Pro zlepšení informovanosti veřejnosti

o hospicové paliativní péči by bylo přínosné vyhotovení dokumentárního filmu z prostředí lůžkových hospiců, který by přiblížil prostředí jednotlivých zařízení, poskytovanou péči a základní informace o problematice hospicové paliativní péče. V rámci zlepšení informovanosti a dostupnosti služeb lůžkových hospiců v ČR pro nevléčitelně nemocné a umírající osoby navrhuji zaslat tabulku (Analýza informací z webových stránek lůžkových hospiců v ČR – viz kapitola 5.3.1) vyhotovenou v rámci výzkumného šetření na jednotlivá oddělení onkologie v nemocnicích a do dalších zdravotnických zařízení v České republice a také APHPP, která se věnuje propagaci lůžkových hospiců.

Analýza výsledků výzkumného šetření prokázala, že se většina lůžkových hospiců nepodílí na výzkumné činnosti v oblasti hospicové paliativní péče a až na výjimky se nesnaží o navázání užší mezinárodní spolupráce v oblasti péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby. Z tohoto důvodu navrhuji zvýšení účasti jednotlivých lůžkových hospiců v ČR na výzkumné činnosti v oblasti hospicové paliativní péče. Účast by přispěla k propagaci, zviditelnění samotných lůžkových hospiců, k získání informací ve zkoumané oblasti a případně i stimuly, které by přispěly ke zlepšení péče, či vylepšení interiéru budovy lůžkového hospice. Navázání užší mezinárodní spolupráce by lůžkovým hospicům i jejich zaměstnancům umožnilo výměnu zkušeností (například v rámci výměnných pobytů nebo stáží). Dále se inspirovat v oblasti péče o klienty, v oblasti vybavení a povahy prostředí, ve kterém je péče nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám v zahraničí poskytována.

V rámci vybavení a prostor zařízení lůžkových hospiců výzkumné šetření poukázalo na nedostatky, týkající se nedostatečného využití stropů, barevných kontrastů, umístění jmenovek v nevhodné výšce, v omezené dostupnosti klimatizace v pokojích klientů. Pro napravení těchto nedostatků v zařízeních lůžkových hospiců a vylepšení prostředí pro klienty by bylo vhodné využít možnost grantů, sbírek v rámci města, kde lůžkový hospic působí nebo v rámci celého kraje. Za vhodnou považuji také možnost využití sponzorských darů. Informovat veřejnost o konkrétních potřebách lůžkového hospice týkající se péče a úprav prostředí daného zařízení a na základě toho získat důvěru a více sponzorů. Navrhuji, aby byl v lůžkových hospicích využit strop jako informační prvek o poloze pro ležící pacienty, aby byly využity jiné barvy, textury, plasticita (vlysy, lišty), grafika (symboly, obrázky, piktogramy) na stropěch prostor budovy. Dále doporučuji využít barevný kontrast k vyzdvížení určitých detailů (tlačítka, vstupní otvory), umístění jmenovek do výšky, ve které by byly čitelné

i pacientům na invalidních vozících a lůžkách. Za velmi podstatné považují věnovat do budoucna pozornost zavedení klimatizace do pokojů klientů.

Na základě výsledků šetření bylo zjištěno, že u zaměstnanců lůžkových hospiců (účastnících se výzkumného šetření) v ČR dochází k výskytu syndromu vyhoření. Převážná část lůžkových hospiců nemá vypracován Program systematické prevence syndromu vyhoření u zaměstnanců. I přesto se vedení hospiců stará o psychickou pohodu svých zaměstnanců supervizí, rehabilitací, wellness pobyty, sportovními a kulturními akcemi, službami psychoterapeuta, psychologa a v neposlední řadě prostřednictvím vzájemných přátelství a koníčků. Zaměstnanci lůžkových hospiců jsou od vedení zařízení podporováni v dalším vzdělávání. Mají možnost účastnit se školení, výměnných stáží, supervizí a mimopracovních akcí. Jako preventivní opatření proti syndromu vyhoření u zaměstnanců lůžkových hospiců navrhuji, aby si jednotlivá zařízení vypracovala Program systematické prevence syndromu vyhoření u zaměstnanců. Na základě tohoto programu by vedení lůžkového hospice získalo přehled nad službami, které jsou zaměstnancům v rámci prevence poskytovány. Získalo by přehled o tom, které služby jsou nejvíce využívány. Kdo ze zaměstnanců služeb využívá a tím dbá o duševní hygienu. Jak dokazuje analýza dat získaných v rámci dotazníkového šetření, vedení lůžkových hospiců dbá o psychickou pohodu svých zaměstnanců, bohužel se však nejedná o systematickou prevenci syndromu vyhoření.

V neposlední řadě výzkumné šetření poukázalo na nedostatky v oblasti komunikace ze strany personálu ke klientům a jejich blízkým. Pro zlepšení komunikační úrovně zaměstnanců lůžkových hospiců ke klientům a jejich blízkým navrhuji účast jednotlivých zaměstnanců lůžkových hospiců na školeních a kurzech, zaměřených na správnou komunikaci. Pro zlepšení komunikační úrovně personálu ke klientům v zařízení dále doporučuji užití motivačních programů, benefitů, či případných postihů.

## Závěr

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjištění a porovnání faktů spolu se statistickými daty shrnujícími kvalitu poskytované paliativní péče v hospicích v ČR.

Teoretická část práce v rámci čtyř hlavních kapitol zpracovává nejvýznamnější tematické okruhy týkající se problematiky poskytování paliativní péče v České republice s bližším zaměřením na péči poskytovanou v náhradním sociálním prostředí, přesněji v lůžkových hospicích a tvoří tak pevný základ a východisko praktické části práce.

V rámci provedeného výzkumného šetření ve dvanácti lůžkových hospicích v České republice byla zjišťována kvalita poskytované hospicové paliativní péče v jednotlivých vybraných lůžkových hospicích. Na základě výsledků šetření bylo konstatováno, že jednotlivé lůžkové hospice (účastníci se výzkumného šetření) v České republice, v hlavních oblastech posuzování kvality paliativní péče dle Standardů hospicové paliativní péče, zajišťují potřebnou úroveň hospicové paliativní péče a její odpovídající kvalitu. Na základě analýzy výsledků výzkumného šetření bylo dále zjištěno, že lůžkové hospice (účastníci se výzkumného šetření) v ČR jsou z hlediska kapacity plně využity. U zaměstnanců jednotlivých zařízení dochází k výskytu syndromu vyhoření. Lůžkové hospice (účastníci se výzkumného šetření) mají vypracován Program péče o pozůstalé. Provedené výzkumné šetření díky těmto získaným datům umožnilo přehodnocení a ověření pravdivosti informací od Huneše (2008), Vorlíčka (2004, s. 517) a Kalvacha (2004, s. 97) zabývajících se sběrem dat z výše zmíněných oblastí.

Výzkumné šetření přineslo poznatky týkající se několika zásadních nedostatků v oblasti péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby v České republice (zkoumaná dostupnost paliativní péče v krajích, ve kterých působí lůžkové hospice, účastníci se výzkumného šetření, není vyhovující; informovanost odborné i laické veřejnosti o hospicové paliativní péči není dostatečná; většina lůžkových hospiců v ČR se nepodílí na výzkumné činnosti v oblasti hospicové paliativní péče a až na výjimky se nesnaží o navázání užší mezinárodní spolupráce v oblasti péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby; nedostatky ve vybavení a prostorách zařízení lůžkových hospiců - nedostatečné využití stropů, barevných kontrastů, umístění jmenovek v nevhodné výšce, omezená dostupnost klimatizace na pokojích klientů; komunikační nedostatky



personálu ve vztahu ke klientům a jejich blízkým). Na základě výše jmenovaných poznatků byla navržena opatření vedoucí k jejich nápravě.

Z celkového počtu čtrnáct lůžkových hospiců pro dospělé osoby v ČR bylo výzkumné šetření provedeno ve dvanácti lůžkových hospicích. Získaná data můžeme zobecnit v rámci výzkumného šetření od jednotlivých ředitelů a vrchních sester lůžkových hospiců pro všechny lůžkové hospice v ČR. Lze konstatovat, že hlavní cíl diplomové práce byl splněn.

Tato diplomová práce týkající se poskytování paliativní péče v hospicích v České republice nabádá k navázání na výše zmíněné výzkumné šetření zvýšením informovanosti odborné i laické veřejnosti o hospicové paliativní péči.

## Použitá literatura

1. BARBY, Blumenthal, Kay. *Kapitoly z thanatologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. 149 s.
2. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9
3. BRABEC, Ladislav. *Křesťanská thanatologie*. Praha: GEMMA89, 1991. 118 s. ISBN 80-85206-06-4
4. DAVIES, J., Douglas. *Stručné dějiny smrti*. 1. vyd. Praha: VOLVOX GLOBATOR, 2007. 186 s. ISBN 80-7207-628-4
5. FIRTHOVÁ, Pam, LUFFOVÁ, Gill, OLIVIERE, David a kol. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 236 s. ISBN 978-80-87029-21-3
6. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7
8. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Rub života – líc smrti*. 1. vyd. Praha: Orbis, 1975. 174 s.
9. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7
10. HRONOVSKÁ, Lenka. *Paliativní onkologická terapie*. Praha: Liga proti rakovině, 2010, 24 s.
11. HUNEŠ, Robert. *Hospic – sociální fenomén moderní společnosti* [rigorózní práce]. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžběty, 2008
12. HUTYRA, Milan a kol. *Management jakosti: učební texty*. 1. vyd. Ostrava: VŠB – TUO, 2007. 209 s. ISBN 978-80-248-1484-1

13. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4
14. *Ilustrovaný encyklopedický slovník*. 3. díl. 1. vyd. Praha: Academia, 1982. 975 s.
15. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6
16. JOHNSTONOVÁ, Gail. Sociální smrt: důsledky zdlouhavého umírání. In PAYNEOVÁ, Sheila, SEYMOUROVÁ, Jane, INGLETONOVÁ, Christine. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1
17. KALÁBOVÁ, Helena. *Etika v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. 131 s. ISBN 978-80-7372-749-9
18. KALVACH, Zdeněk, MAREŠ, Jan, PRUDKÝ, Libor a kol. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2004. 103 s. ISBN 80-239-2832-5
19. KALVACH, Zdeněk. *Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně – sociálních oborů*. Praha: Cesta domů, 2004. 68 s.
20. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření: Funkční duševní porucha*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. 23 s. ISBN 80-7071-099-3
21. KOLEKTIV AUTORŮ A KONZULTANTŮ. *Slovník cizích slov*. 1. vyd. Praha: Encyklopedický dům, 1993. 251 s. ISBN 80-901647-0-6
22. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
23. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Rozhovor lékaře s pacientem*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1988. 100 s.
24. KUPKA, Martin. *Psychologické aspekty paliativní péče*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 136 s. ISBN 978-80-244-2931-1

25. KÜBLER – ROSSOVÁ, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Nové Město nad Metují: SIGNUM UNITATIS, 1992. 135 s. ISBN 80-85439-04-2
26. KÜBLER – ROSSOVÁ, Elisabeth. *O smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov: Arica, 1993. 251 s. ISBN 80-900134-6-5
27. KÜBLER – ROSSOVÁ, Elisabeth. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov: Arica, Praha: Nadace Klíček, 1994. 148 s. ISBN 80-85878-12-7
28. MALKOVSKÁ, Naděžda. *Sociálně ekonomické aspekty typologie hospicových domů*. 1. vyd. Praha: ČVUT, Fakulta stavební, 2007. 198 s. ISBN 978-80-01-03800-0
29. MARKOVÁ, Alžběta a kol. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. Praha: Cesta domů, 2009. 100 s. ISBN 978-80-254-4552-5
30. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1
31. MINDELL, Arnold. *Kóma: klíč k probuzení*. 2. vyd. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 2008. 118 s. ISBN 978-80-85880-52-6
32. MISCONIOVÁ, Blanka. *Péče o umírající – hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky, 1999. 96 s.
33. NEIMEYER, R. A. (Ed.) (2000). *Meaning Reconstruction and the Experience of Loss*. Washington, DC: American Psychological Association. In PAYNEOVÁ, Sheila, SEYMOUROVÁ, Jane, INGLETONOVÁ, Christine. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1
34. PARKES, Colin Murray, RELFOVÁ, Marilyn, COULDRICKOVÁ, Ann. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 180 s. ISBN 978-80-87029-23-7
35. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0

36. PAYNEOVÁ, Sheila, SEYMOUROVÁ, Jane, INGLETONOVÁ, Christine. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1
37. Pracovní skupina MZČR a APHPP. *Standardy hospicové paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2006. 25 s.
38. QUINNOVÁ, Ann. 2007, Kontext ztráty, změny a zármutku v paliativní péči. In FIRTHOVÁ, Pam, LUFFOVÁ, Gill, OLIVIERE, David a kol. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 236 s. ISBN 978-80-87029-21-3
39. RADBRUCH, Lukas, PAYNE, Sheila a kol. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, 2010. 63 s.
40. SKÁLA, Bohumil, SLÁMA, Ondřej, VORLÍČEK, Jiří a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. 10 s. ISBN 80-86998-03-7
41. SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vyd. Praha: Galén, 2011. 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0
42. SMITHOVÁ, Linda. *Smrt konečná stanice*. 1. vyd. Praha: PORTÁL, 1994. 31 s. ISBN 80-85282-85-2
43. SMITH, Rodney. *Lekce smrti a umírání: poučení od umírajících*. 1. vyd. Praha: Maitrea, 2013. 240 s. ISBN 978-80-87249-55-0
44. STÁHALOVÁ, Vladimíra. *Paliativní medicína*. 1. Vyd. Praha: Liga proti rakovině, 2010. 3 s.
45. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 103 s. ISBN 978-80-247-3553-5

46. STUDENT, Johann - Christoph, MÜHLUM, Albert, STUDENT, Ute. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vyd. Praha: H & H Vyšehradská, 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1
47. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1
48. SVATOŠOVÁ MARIE. *Hospic slovem a obrazem*. 1. vyd. Praha: ECCE HOMO, 1998. 148 s. ISBN 80-902049-1-0
49. SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9
50. ULRICHOVÁ, Monika. *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie*. 1. vyd. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2009. 143 s. ISBN 978-80-7041-743-0
51. VIEWEGH, Josef. *Psychologická hlediska péče o dlouhodobě nemocné a umírající: úvod do psychologické thanatologie*. 1. vyd. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1981. 36 s.
52. VIRT, Günter. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanázie*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. 95 s. ISBN 80-7021-330-2
53. VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, POSPÍŠILOVÁ, Yvona a kol. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: GRADA, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7
54. *Všeobecná encyklopedie ve čtyřech svazcích*. 4. díl. 1. vyd. Praha: Nakladatelský dům OP, 1998. 717 s. ISBN 80-85841-37-1
55. Výbor pro lidská práva a biomedicínu, Česká společnost paliativní medicíny, Hospicové občanské sdružení Cesta domů. *Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015*.

## Internetové zdroje

1. *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče*. [online]. 2010 [cit. 2013-09-11]. Dostupné na <<http://www.asociacehospicu.cz>>
2. *Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa* [online]. 2014 [cit. 2014-06-04]. Dostupné na <<http://rajhrad.charita.cz/dum-lecby-bolesti-s-hospicem-sv-josefa1/>>
3. *Epravo: Eutanazie ve světě*. [online]. 2013 [cit. 2013-09-11]. Dostupné na <<http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>>
4. *Etický kodex ČLK*. [online]. [cit. 2013-10-21]. Dostupné na <<http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/administrativa/eticky-kodex-ceske-lekarske-komory-kompletni-zneni>>
5. *Hospic sv. Alžběty v Brně* [online]. 2014 [cit. 2014-06-04]. Dostupné na <<http://hospicbrno.cz/>>
6. *Hospic Anežky České* [online]. 2014 [cit. 2014-06-04]. Dostupné na <<http://www.hospic.cz/>>
7. *Hospic Citadela – Diakonie Českobratrské církve evangelické* [online]. 2014 [cit. 2014-06-04]. Dostupné na <<http://www.citadela.cz/>>
8. *Hospic Chrudim* [online]. 2014 [cit. 2014-06-04]. Dostupné na <<http://www.smireni.cz/>>
9. *Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice* [online]. 2014 [cit. 2014-06-04]. Dostupné na <<http://www.hospicpt.cz/prachatice>>
10. *Hospic sv. Lazara v Plzni* [online]. 2014 [cit. 2014-06-04]. Dostupné na <<http://www.hsl.cz/cs/>>
11. *Hospic sv. Lukáše* [online]. 2014 [cit. 2014-06-04]. Dostupné na <<http://ostrava.caritas.cz/hospicove-sluzby/luzkova-hospicova-pecce-hospic-sv-lukase/>>
12. *Hospic v Mostě* [online]. 2014 [cit. 2014-06-04]. Dostupné na <<http://www.hospic-most.cz/>>

13. *Hospic na Svatém Kopečku* [online]. 2014 [cit. 2014-06-04]. Dostupné na <<http://hospickopecek.charita.cz/>>
14. *Hospic Štrasburk* [online]. 2014 [cit. 2014-06-04]. Dostupné na <<http://www.hospicstrasburk.cz/>>
15. *Hospic sv. Štěpána Litoměřice* [online]. 2013 [cit. 2014-06-04]. Dostupné na <<http://www.hospiclitomerice.cz/>>
16. *Hospice: O důstojném životě terminálně nemocných.* [online]. 2005 [cit. 2013-09-11]. Dostupné na <<http://www.hospice.cz/>>
17. *Listina základních práv a svobod.* [online]. [cit. 2013-10-21]. Dostupné na <<http://www.zakonycr.cz/seznamy/002-1993-sb-usneseni-predsednictva-ceske-narodni-rady-o-vyhlase-ni-listiny-zakladnich-prav-a-svobod-jako-soucasti-ustavniho-poradku-ceske-republiky.html>>
18. *Mobilní hospic Ondrášek* [online]. 2014 [cit. 2014-05-17]. Dostupné na <<http://www.mhondrasek.cz/>>
19. *Nadační fond Klíček* [online]. 2005 [cit. 2014-05-17]. Dostupné na <<http://klicek.org/index2.html>>
20. *Občanské sdružení Hvězda* [online]. 2014 [cit. 2014-06-04]. Dostupné na <<http://sdruzenihvezda.cz/nestatni-zdravotnicke-zarizeni.html>>
21. *Pohřeb.cz: pohřby, pohřební služba a praktické rady pro pozůstalé.* [online]. 2014 [cit. 2013-05-16]. Dostupné na <<http://www.pohreb.cz/>>
22. SLÁMA, Ondřej. *Obecná a specializovaná paliativní péče v České republice.* [online]. 2012 [cit. 2014-05-22]. Dostupné na <[http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=5710](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5710)>
23. *Tři - Hospic dobrého pastýře Čerčany* [online]. 2014 [cit. 2014-06-04]. Dostupné na <<http://www.hospic-cercany.cz/>>
24. *Umírání.* [online]. 2014 [cit. 2013-05-17]. Dostupné na <<http://www.umirani.cz/>>



25. *Úmluva o biomedicíně a lidských právech z roku 1997.* [online]. [cit. 2013-10-21]. Dostupné na <http://www.ferovanemocnice.cz/data/Umluva%20o%20biomedicine.pdf>
26. *World Health Organization: WHO Definition of Palliative Care.* [online]. 2013 [cit.2013-09-11]. Dostupné na <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>
27. *Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.* [online]. [cit. 2013-10-21]. Dostupné na <http://czp.prf.cuni.cz/?q=node/91>
28. *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.* [online]. [cit. 2013-10-21]. Dostupné na <http://www.zakonycr.cz/seznamy/048-1997-sb-zakon-o-verejnem-zdravotnim-pojisteni-a-o-zmene-a-doplneni-nekterych-souvisejicich-zakonu.html>
29. *Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon.* [online]. [cit. 2013-10-21]. Dostupné na <http://www.ustrcr.cz/data/pdf/projekty/usmrceni-hranice/dokumenty/zakon140-1961.pdf>

## Seznam zkratek a symbolů

AIDS	- (Acquired Immune Deficiency Syndrome) Syndrom získaného selhání imunity
APHP	- Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
arch.	- Architekt
atp.	- A tak podobně
Bc.	- Bakalář
CEK MZ ČR	- Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví Česká republika
č.	- Číslo
ČCE	- Českobratrská církev evangelická
ČKCH	- Česká katolická charita
ČLK	- Česká lékařská komora
ČR	- Česká republika
ČSMP	- Česká společnost paliativní medicíny
DD	- Domov důchodců
DiS.	- Diplomovaný specialista
dr.	- Doktor
doc.	- Docent
EAPC	- (European Association for Palliative Care) Evropská asociace pro paliativní péči
EKG	- Elektrokardiogram
IAPO	- (International Alliance of Patients' Organizations) Mezinárodní aliance patientských organizací
IMPACT	- (Improving Palliative Care through Clinical Trials) Zlepšení paliativní péče prostřednictvím klinických studií
Ing.	- Inženýr
JUDr.	- Doktor práv
LDN	- Léčebna dlouhodobě nemocných
Mgr.	- Magistr
MOÚ	- Masarykův onkologický ústav
MPSV	- Ministerstvo práce a sociálních věcí
MUDr.	- Doktor všeobecné medicíny
MZČR	- Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NCHSPCS	- (National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services) Národní rada pro hospice a služby specializované paliativní péče
NF	- Nadační fond
o.p.s.	- Obecně prospěšná společnost
OS	- Občanské sdružení
Ph.D.	- Vědecká hodnost doktora, ve všech oblastech mimo teologii
PhDr.	- Doktor filozofie
příp.	- Případně
resp.	- Respektive
s.	- Strana
Sb.	- Sbírka
SOP	- Svaz na ochranu pacientů
SPC	- (Specialized palliative care) Specializovaná paliativní péče
SPP	- Specializovaná paliativní péče
sv.	- Svatý
TV	- Televize
TRN	- Oddělení tuberkulózy a respiračních nemocí
tzv.	- Takzvaně
USA	- (United States of America) Spojené státy americké
WC	- (Water closet) Splachovací toaleta
WHO	- (World Health Organization) Světová zdravotnická organizace

## **Seznam obrázků**

Obrázek 1: Faktory ovlivňující kvalitu života nevléčitelně nemocných osob.....	25
Obrázek 2: Struktura regionálního paliativního programu .....	30
Obrázek 3: Žít až do konce .....	101

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1: Současné financování lůžkových a mobilních hospiců .....	22
Tabulka 3: Srovnání výhod hospice a paliativního oddělení .....	33
Tabulka 2: Srovnání nevýhod hospice a paliativního oddělení .....	33
Tabulka 4: Složení multidisciplinárního týmu paliativní péče .....	117
Tabulka 5: Orientační výčet potřeb podle jednotlivých okruhů .....	129

Tabulka 6: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 1 .....	145
Tabulka 7: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 2 .....	149
Tabulka 8: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 3 .....	150
Tabulka 9: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 4 .....	151
Tabulka 10: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 5 .....	153
Tabulka 11: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 6 .....	154
Tabulka 12: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 7 .....	155
Tabulka 13: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 8 .....	156
Tabulka 14: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 9 .....	158
Tabulka 15: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 10 .....	159
Tabulka 16: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 11 .....	160
Tabulka 17: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 12 .....	161
Tabulka 18: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 13 .....	162
Tabulka 19: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 14 .....	164
Tabulka 20: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 15 .....	165
Tabulka 21: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 16 .....	167
Tabulka 22: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 16 .....	168
Tabulka 23: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 18 .....	170
Tabulka 24: Odpovědi vrchních sester k otázce č. 18 .....	171
Tabulka 25: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 1 .....	173
Tabulka 26: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 3 .....	175
Tabulka 27: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 4 .....	176
Tabulka 28: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 5 .....	178
Tabulka 29: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 6 .....	179
Tabulka 30: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 6 .....	180
Tabulka 31: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 7 .....	181
Tabulka 32: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 8 .....	183
Tabulka 33: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 9 .....	184
Tabulka 34: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 10 .....	186
Tabulka 35: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 11 .....	187
Tabulka 36: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 12 .....	188
Tabulka 37: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 13 .....	190
Tabulka 38: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 14 .....	191
Tabulka 39: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 15 .....	193

Tabulka 40: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 16.....	195
Tabulka 41: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 17.....	199
Tabulka 42: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 19.....	201
Tabulka 43: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 20.....	202
Tabulka 44: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 21.....	203
Tabulka 45: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 22.....	205
Tabulka 46: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 23.....	207
Tabulka 47: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 24.....	216
Tabulka 48: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 25.....	218
Tabulka 49: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 26.....	220
Tabulka 50: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 27.....	221
Tabulka 51: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 28.....	222
Tabulka 52: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 29.....	224
Tabulka 53: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 30.....	225
Tabulka 54: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 31.....	226
Tabulka 55: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 32.....	227
Tabulka 56: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 33.....	228
Tabulka 57: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 34.....	229
Tabulka 58: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 35.....	230
Tabulka 59: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 36.....	231
Tabulka 60: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 37.....	234
Tabulka 61: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 38.....	235
Tabulka 62: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 40.....	237
Tabulka 63: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 41.....	238
Tabulka 64: Odpovědi ředitelů lůžkových hospiců v ČR k otázce č. 41.....	240

## **Seznam grafů**

Graf 1: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 1.....	146
Graf 2: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 2.....	149
Graf 3: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 3.....	151
Graf 4: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 4.....	152
Graf 5: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 5.....	153
Graf 6: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 6.....	154

Graf 7: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 7.....	155
Graf 8: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 8.....	157
Graf 9: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 9.....	158
Graf 10: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 10.....	159
Graf 11: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 11.....	160
Graf 12: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 12.....	161
Graf 13: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 13.....	162
Graf 14: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 14.....	164
Graf 15: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 15.....	166
Graf 16: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 16.....	167
Graf 17: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 16.....	168
Graf 18: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 18.....	170
Graf 19: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 18.....	171
Graf 20: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 1.....	173
Graf 21: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 3.....	175
Graf 22: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 4.....	177
Graf 23: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 5.....	178
Graf 24: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 6.....	179
Graf 25: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 6.....	180
Graf 26: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 7.....	182
Graf 27: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 8.....	183
Graf 28: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 9.....	185
Graf 29: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 10.....	186
Graf 30: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 11.....	187
Graf 31: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 12.....	188
Graf 32: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 13.....	190
Graf 33: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 14.....	191
Graf 34: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 15.....	194
Graf 35: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 16.....	195
Graf 36: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 17.....	199
Graf 37: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 19.....	201
Graf 38: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 20.....	202
Graf 39: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 21.....	204
Graf 40: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 22.....	206

Graf 41: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 23 .....	208
Graf 42: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 24 .....	217
Graf 43: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 25 .....	218
Graf 44: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 26 .....	220
Graf 45: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 27 .....	221
Graf 46: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 28 .....	223
Graf 47: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 29 .....	224
Graf 48: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 30 .....	225
Graf 49: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 31 .....	226
Graf 50: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 32 .....	227
Graf 51: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 33 .....	228
Graf 52: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 34 .....	229
Graf 53: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 35 .....	230
Graf 54: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 36 .....	232
Graf 55: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 37 .....	234
Graf 56: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 38 .....	235
Graf 57: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 40 .....	237
Graf 58: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 41 .....	238
Graf 59: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 41 .....	241
Graf 60: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 41 .....	241
Graf 61: Situace v lůžkových hospicích v ČR k otázce č. 41 .....	242

## **Seznam příloh**

Příloha A: Zařízení specializované domácí hospicové péče v ČR .....	272
Příloha B: Lůžkové hospice v ČR.....	274
Příloha C: Charta umírajících .....	276
Příloha D: Etický kodex práva pacientů .....	282
Příloha E: Onko-charta .....	284
Příloha F: Charta práv dětí v nemocnici .....	291
Příloha G: Pomůcky a přístroje pro poskytování paliativní péče .....	292
Příloha H: Dotazník pro vrchní sestry lůžkových hospiců v ČR.....	293
Příloha I: Dotazník pro ředitele lůžkových hospiců v ČR .....	297
Příloha J: Žádost o provedení výzkumného šetření .....	306

## **Příloha A: Zařízení specializované domácí hospicové péče v ČR**

- **Domácí hospic Cesta domů**  
Boleslavská 16  
Praha 3  
[www.cestadomu.cz](http://www.cestadomu.cz)
- **Hospic Štrasburk**  
Bohnická 12  
180 00 Praha 8 – Bohnice  
[www.hospicstrasburk.cz](http://www.hospicstrasburk.cz)
- **Mobilní hospic sv. Jana**  
Jiráskova 47  
664 61 Rajhrad  
[www.dlbsh.cz](http://www.dlbsh.cz)
- **Hospic v Mostě**  
Svážná ulice 1528  
434 00 Most  
[www.hospic-most.cz](http://www.hospic-most.cz)
- **Mobilní hospicová jednotka - Charita Ostrava**  
Charvátská 8  
700 30 Ostrava-Výškovice  
[www.ostrava.caritas.cz](http://www.ostrava.caritas.cz)
- **Hospicová péče sv. Zdislavy**  
Horská 1219  
460 14 Liberec 1  
[www.hospiczdislavy.cz](http://www.hospiczdislavy.cz)
- **Domácí hospicová péče**  
Strojírenská 4  
591 01 Žďár nad Sázavou  
<http://zdar.domaci-hospic.cz>
- **Hospic Anežky České**  
5. května 1170  
549 41 Červený Kostelec  
[www.hospic.cz](http://www.hospic.cz)
- **Mobilní hospic Ondrášek**  
Horní 288/67  
700 30 Ostrava – Dubina  
[www.mhondrasek.cz](http://www.mhondrasek.cz)
- **Domácí hospic Duha**  
ČSA 1815  
508 01 Hořice  
[www.hospic-horice.cz](http://www.hospic-horice.cz)
- **Nadační fond Klíček**  
Malejovice 22  
285 04 Uhlířské Janovice  
[www.klicek.org](http://www.klicek.org)
- **Domácí hospic Vysočina**  
Žďárská 610  
592 31 Nové Město na Moravě  
[www.hhv.cz](http://www.hhv.cz)



- **Hospic sv. Alžběty**  
Kamenná 36  
639 00 Brno  
[www.hospicbrno.cz](http://www.hospicbrno.cz)
- **Hospic Citadela – Diakonie ČCE**  
Žerotínova 1421  
757 52 Valašské Meziříčí  
[www.citadela.cz](http://www.citadela.cz)
- **Hospic Dobrého Pastýře**  
Sokolská 584  
257 22 Čerčany  
[www.centrum-cercany.cz](http://www.centrum-cercany.cz)
- **Domácí hospic David**  
Palackého 194  
697 01 Kyjov  
[www.kyjov.caritas.cz](http://www.kyjov.caritas.cz)
- **Domácí hospic – Oblastní charita Uherské Hradiště**  
Velehradská třída 247  
686 01 Uherské Hradiště  
<http://www.uhradiste.caritas.cz/>
- **Mobilní hospicová jednotka Pokojný přístav – Charita Opava**  
Kylešovská 10  
746 01 Opava  
<http://www.opava-city.cz/scripts/detail.php?id=18277>

*Kontakty uvedené v této příloze jsou aktuální k 1. 6. 2014.*

*Aktuální informace a kontakty na jednotlivé hospice jsou dostupné na webových stránkách [www.hospice.cz](http://www.hospice.cz), případně na [www.asociacehospicu.cz](http://www.asociacehospicu.cz).*

## **Příloha B: Lůžkové hospice v ČR**

- **Hospic Anežky České**  
5. května 1170  
549 41 Červený Kostelec  
[www.hospic.cz](http://www.hospic.cz)
- **Hospic Štrasburk**  
Bohnická 12  
180 00 Praha 8 – Bohnice  
[www.hospicstrasburk.cz](http://www.hospicstrasburk.cz)
- **Hospic sv. Lazara**  
Sladkovského 66  
326 00 Plzeň  
[www.hsl.cz](http://www.hsl.cz)
- **Hospic sv. Štěpána**  
Rybářské náměstí 662/4  
412 01 Litoměřice  
[www.hospiclitomerice.cz](http://www.hospiclitomerice.cz)
- **Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa**  
Jiráskova 47  
664 61 Rajhrad u Brna  
[www.dlbsh.cz](http://www.dlbsh.cz)
- **Hospic sv. Alžběty**  
Kamenná 36  
639 00 Brno  
[www.hospicbrno.cz](http://www.hospicbrno.cz)
- **Hospic na Svatém Kopečku**  
Sadové náměstí 24  
779 00 Olomouc  
[www.hospickopecek.caritas.cz](http://www.hospickopecek.caritas.cz)
- **Hospic Citadela - Diakonie ČCE**  
Žerotínova 1421  
757 01 Valašské Meziříčí  
[www.citadela.cz](http://www.citadela.cz)
- **Hospic v Mostě**  
Svážná 1528  
434 00 Most  
[www.hospic-most.cz](http://www.hospic-most.cz)
- **Hospic sv. Jana N. Neumanna**  
Neumannova 144  
383 01 Prachatice  
[www.hospicpt.cz](http://www.hospicpt.cz)
- **Hospic sv. Lukáše**  
Charvátská 8  
700 30 Ostrava – Výškovice  
[www.ostrava.caritas.cz](http://www.ostrava.caritas.cz)
- **Hospic Dobrého Pastýře**  
Sokolská 584  
257 22 Čerčany  
[www.centrum-cercany.cz](http://www.centrum-cercany.cz)

➤ **Nadační fond Klíček**

Malejovice 22  
285 04 Uhlířské Janovice  
[www.klicek.org](http://www.klicek.org)

➤ **Hospic Hvězda**

Sokolovská 967  
763 02 Zlín-Malenovice  
[www.sdruzeniHvezda.cz](http://www.sdruzeniHvezda.cz)

➤ **Hospic Chrudim**

K Ploché dráze 602  
537 01 Chrudim IV  
[www.smireni.cz](http://www.smireni.cz)

*Kontakty uvedené v této příloze jsou aktuální k 1. 6. 2014.*

*K 1. 1. 2015 bude otevřen Hospic sv. Zdislavy v Liberci.*

*Aktuální informace a kontakty na jednotlivé hospice jsou dostupné na webových stránkách [www.hospice.cz](http://www.hospice.cz), případně na [www.asociacehospicu.cz](http://www.asociacehospicu.cz).*

## **Příloha C: Charta umírajících**

1. „Jedním z hlavních úkolů Rady Evropy je dbát na ochranu důstojnosti lidských bytostí a práv z ní vyplývajících.
2. Pokrok medicíny, který umožňuje dnes bojovat proti mnohým postižením a nemocem dosud pokládaným za neléčitelné, či s předpokladem fatálního průběhu, včetně zpřesnění diagnostických i terapeutických postupů a rozvoje reanimace, dovolující podstatné prodloužení délky lidského života, ve kterých se umírající nacházejí, jsou uvažovány až ve druhém sledu, když nebývá uvažována jednota těchto podmínek života (totiž jeho délka a kvalita) navzájem. Nebývá uvažováno utrpení umírajícího ani jeho blízkých, ale ani těch, kteří o něj pečují.
3. V rezoluci č. 613 z roku 1976 Parlamentní shromáždění RE prohlásilo, že »je přesvědčeno, že umírající nemocní odcházejí ze světa především v klidu a důstojně, pokud možno podporováni svou rodinou a svými přáteli« a, jak rezoluce č. 613 z roku 1976 dále dodává, »prodlužování délky lidského života nesmí být samoučelným a exkluzivním cílem lékařských praktik, které by měly být zaměřeny především ke zmírnění utrpení«.
4. Od té doby, co »Úmluva o právech člověka a důstojnosti lidské bytosti ve vztahu k aplikaci biologie a medicíny« klade důraz na důležité principy života, se otevírá cesta nezávislá na vyjádření se veřejného mínění nebo nějakých zvláštních podmínek předvídaní v případech nevléčitelně nemocných a umírajících.
5. Povinnost mít v úctě a chránit důstojnost nevléčitelně nemocných a umírajících je přirozeným důsledkem neporušitelné důstojnosti lidské bytosti, na ní spočívající, která jí náleží v každém období lidského života. Tato úcta a tato ochrana se projevují, mimo jiné, i tvorbou takového prostředí, ve kterém je lidské bytosti umožněno i důstojně zemřít.
6. Zvláště je nutné se dohodnout na nezbytnosti bdění nad takovou péčí v případech osob společností zvláště zranitelných, jak je ukazují nesčetné zkušenosti přicházející a přítomné v utrpení. Lidská bytost začínající svůj život ve stavu strachu a závislosti na druhém má potřebu být chráněna a podporována do doby, ale i v době, kdy nadchází její odchod ze světa.
7. Vzhledem k právům člověka je nutno považovat za základní nejrůznější faktory, směřující k úvahám možného ohrožení důstojnosti lidské bytosti, vznášejícím se nade všemi nevléčitelně nemocnými a všem umírajícími:

- I. nezbytnost akcentovat přístup k paliativní péči a účinné léčbě bolesti;
  - II. nutnost omezit velmi častou absenci léčby lidského utrpení a brát do úvahy potřeby psychické, sociální a duchovní;
  - III. nezbytnost uvážit zodpovědně prodlužování průběhu umírání, které se děje buď za použití medicínských prostředků (bez uvážení přiměřenosti těchto prostředků vzhledem ke stavu nemocného), nebo za účelem sledování možností terapie bez předchozího souhlasu nevléčitelně nemocného či umírajícího;
  - IV. nutnost skončit s nepřítomností soustavného vzdělávání, ale i psychologické ochrany pracovníků ve sféře sociální a zdravotní péče, činných v rámci paliativní medicíny;
  - V. nutnost věnovat pozornost a zmenšit nedostatečnou ochranu rodičů a přátel nevléčitelně nemocných a umírajících tak, jak je tato při adekvátním provedení schopna ulevit lidskému utrpení ve všech jeho rozměrech;
  - VI. nezbytnost zmenšovat obavy, kterou nevléčitelně nemocní mají z možné ztráty své nezávislosti a z toho, že se stanou břemenem pro své rodiče a blízké, případně instituce, což povede k úplné závislosti na nich;
  - VII. nutnost zmenšovat nepřítomnost nebo nepřiměřenost sociálního či sociálně institucionálního okolí, kde by jedinec mohl a měl nalézat své blízké a přátele;
  - VIII. nezbytnost boje proti nedostatečnosti fondů a přidělovaných zdrojů na péči a sociální podporu osob nevléčitelně nemocných a umírajících;
  - IX. nutnost zamezit sociální diskriminaci osob sociálně slabých, osob v agónii a mrtvých.
8. Parlamentní shromáždění RE vyzývá členské státy k využití prognostiky v jejich vnitřních právních předpisech a jiných ustanoveních, týkajících se zabezpečení nezbytné právní a sociální ochrany nevléčitelně nemocných a umírajících před nebezpečími a obavami specificky se těchto osob týkajících. Tato nebezpečí a tyto obavy se mohou vyskytovat při konfrontaci v rámci práva těchto států, zejména v oblasti:
- I. rizika být vydán na pospas nesnesitelným příznakům blížící se smrti bez adekvátní medicínské a psychologické podpory;
  - II. rizika podstoupení prodlužování vlastní existence proti vlastnímu přání;
  - III. rizika zemřít v izolaci a opuštěn;

- IV. rizika ukončení života z důvodu vlastní obavy, že je břemenem pro společnost;
  - V. rizika podstoupení omezování použití adekvátních umělých prostředků k přežití z důvodů ekonomických;
  - VI. rizika nedostatečnosti dotací do fondů a zdrojů, určených k asistenci, péči a podpoře osob nevléčitelně nemocných a umírajících.
9. Parlamentní shromáždění RE důsledně doporučuje Výboru ministrů RE k povzbuzování členských států Rady Evropy, aby měly v úctě a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných a umírajících v celé šíři možností paliativní léčby, kde je nutno příslušná opatření provádět v míře nezbytné.
- A. V DÁNÍ PŘEDNOSTI METODÁM A PRAXI PALIATIVNÍ LÉČBY A LÉČBY BOLESTI:
- I. proto by měla být paliativní léčba, jako přirozená součást práv každého jednotlivce, uznávána právním řádem všech členských států;
  - II. proto by přístup nemocného k paliativní péči měl být zabezpečen v míře nezbytné a potřebné všem nevléčitelně nemocným a umírajícím;
  - III. proto by rodiče a přátelé nevléčitelně nemocných a umírajících měli být povzbuzováni při zabezpečení nezbytné profesionální péče o tyto osoby. Pokud rodina nebo soukromá organizace starající se o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího prokazuje nedostatečné schopnosti nebo nízké materiální a finanční zabezpečení, jejich aktivity musejí být doplněny jinými formami profesionální péče ve sféře sociální a zdravotní;
  - IV. proto by měla být připravena a vybavena speciální mobilní síť, pomocí které může být paliativní péče rychle a účinně směřována k osobám nevléčitelně nemocným a umírajícím;
  - V. proto by měl být zhodnocen zvláštní význam těch, kdo spoluprací mezi subjekty, které se zabývají péčí o osoby nevléčitelně nemocné a umírající, organizují;
  - VI. proto by měl být zhodnocen zvláštní význam těch, kdo vypracovávají a činí použitelnými normy určené k zabezpečení kvality připravované péče o nevléčitelně nemocné a umírající;
  - VII. proto by měla být poskytována nevléčitelně nemocným a umírajícím adekvátní léčba paliativní a tlumící bolesti, stejně jako jiná specializovaná

léčba směřující k nějakému sekundárnímu efektu, který může zlepšit kvalitu života těchto lidí;

- VIII. proto by měla být věnována vysoká pozornost těm, kdo jsou na profesionální úrovni v oblasti péče o zdraví vzdělávání a dále připravování k plnění úkolů lékařské péče poskytované osobám nevléčitelně nemocným a umírajícím, společně se středně zdravotnickým personálem a psychology v rámci integrovaných týmů, aplikujících tuto péči při zachovávání co nejvyšších možných norem;
- IX. proto by měla být velká péče věnována rozvoji center výzkumu, výuky a dalšího vzdělávání v oborech lékařství zaměřených na paliativní péči a léčbu bolesti, stejně jako interdisciplinární obor thanatologie;
- X. proto by specializované jednotky paliativní léčby a léčby bolesti měly vznikat přinejmenším při velkých nemocnicích, stejně jako by zde měly vznikat obdobné služby pro nemocné v terminální fázi onemocnění;
- XI. proto by měl být podněcován co nejširší zájem veřejnosti na zevšeobecnění zásad paliativní léčby a léčby bolesti jako jednoho z předních úkolů a cílů rozvoje medicíny.

**B. V OCHRANĚ PRÁV NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝCH A UMÍRAJÍCÍCH PŘI ROZHODOVÁNÍ O SOBĚ, PŘI DODRŽENÍ NEZBYTNÝCH PRAVIDEL:**

- I. uplatňovat efektivní právo osob nevléčitelně nemocných a umírajících na pravdivé a kompletní informace o jejich zdravotním stavu, za podmínek předání těchto informací s maximální možnou mírou taktu. Současně je nutný respekt přání osob, které si takto informovány být nepřejí;
- II. uplatňovat pravidlo, že osoby nevléčitelně nemocné a umírající mají právo a je třeba jim umožnit konzultaci s jinými lékaři, než je obvyklý ošetřující lékař;
- III. uplatňovat pravidlo, že žádný nevléčitelně nemocný, ani umírající, nesmí být léčen proti své vůli, nic v rámci péče o vše, co je předmětem zájmu, nesmí být podrobena vlivu, nebo dokonce nátlaku ze strany třetích osob. Vše musí být v souladu s maximální možnou ochranou i pro budoucnost, že se tato dobrovolnost nestane výsledkem ekonomického nátlaku;
- IV. uplatňovat pravidlo, že musejí být respektovány přesné instrukce a deklarační (typu »living will«), odmítající některé léky nebo prakticky lékařské péče

podávané či prováděné u nevléčitelně nemocných, či u umírajících, kteří nejsou schopni už vyjádřit svou vůli. To sleduje (mimo jiné) ochranu oněch relativních kritérií, která jsou přinášena »instrukcemi pro budoucnost«, stejně jako soustředěním pozornosti na nominaci a oprávnění (vyjádřené plnou mocí) právních zástupců jako reprezentantů těchto zájmů nevléčitelně nemocných a umírajících. Tyto právní zástupce je nutno především náležitě definovat. Je nutné ve stejné míře zajistit, aby právní zástupce nepřevzal, místo zabezpečení zájmů, rozhodnutí založená na předběžné deklaraci nevléčitelně nemocných a umírajících, pokud tito se jednoznačně nevyjádří svou vůlí týkající se okolností jejich onemocnění, nebo pokud nemají schopnost a vůli ji jednoznačně formulovat. V tomto kontextu je nutné stále mít jasně formulovanou plnou moc (zprávu) s vyhlášením osoby, které se to týká, před okamžikem, kdy má být rozhodnuto, nebo přesněji, dokud nevléčitelně nemocný či umírající je schopen ji učinit v podmínkách takřkajíc bez nátlaku nebo mentálního deficitu. Jeví se naprosto nutné opačné prohlášení ignorovat, stejně jako vyloučit všechna rozhodnutí vyjadřující k posouzení obecné hodnoty s ohledem na společnost a je nutné ztotožnit se, v případě pochybností, s cílem dát přednost rozhodnutí zachování života a jeho prodloužení;

- V. uplatňovat pravidlo, že – bez újmy odpovědnosti lékaře za terapii – bude vzata do úvahy jasně vyjádřená vůle nevléčitelně nemocného, nebo umírajícího, která se týká zvláštních forem léčení, právě natolik, pokud nepřináší újmu lidské důstojnosti;
- VI. uplatňovat pravidlo, aby při absenci instrukcí předcházejících předchozí prohlášení tyto nebyly nesený jako zásah do práva na život nemocného. To připouští sestavit seznam léčebných postupů, které nikým a za žádných okolností nemohou být odmítnuty.

### C. V SOUČASNÉM ABSOLUTNÍM ZÁKAZU PROVÉST UKONČENÍ ŽIVOTA NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝCH NEBO UMÍRAJÍCÍCH:

- I. je nutno vidět, že právo na život je zvláštní dar, daný bez výhrady všem lidským bytostem, tedy i nevléčitelně nemocným a umírajícím, které musí být ve zvýšené míře zaručeno právním řádem všech členských států v soulase se článkem 2 »EVROPSKÉ ÚMLUVY O LIDSKÝCH



PRÁVECH«, který praví, že »smrt nemůže být komukoli vyměřena záměrně«;

II. je nutno vidět, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocným nebo umírajícím, nemůže být nikdy právním zajištěním k výkonu aktivit vedoucích ke způsobení smrti.

1. Diskuse proběhla na 24. schůzi Parlamentního shromáždění Rady Evropy 15. 6. 1999 (viz Doc 8421). Zprávu komise pro kulturní otázky, zdraví a rodinu přednesla, jako zpravodaj, paní Gattererová, názor komise pro otázky právní a otázky práv člověka (viz Doc 8454) přednesl, jako zpravodaj, pan McNamara.
2. Text byl přijat Parlamentním shromážděním Rady Evropy na 24. Schůzi dne 15. 6. 1999<sup>6</sup> (Umírání, 2014).

## **Příloha D: Etický kodex práva pacientů**

1. „Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze za závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl předzahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich zúčastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen“ (Umírání, 2014).

## **Příloha E: Onko-charta**

### **„ČLÁNEK I**

Práva onkologických pacientů jsou součástí lidských práv. Současná snaha stanovit a schválit práva onkologických pacientů je rozhodující pro uznání a ochranu hodnoty a důstojnosti všech postižených jednotlivců po celém světě.

### **ČLÁNEK II**

Stigma spojené s rakovinou je vážnou překážkou na cestě vpřed v rozvinutých a rozvojových zemích a často způsobuje:

- nevhodné emocionální trauma pacientů a jejich rodin,
- diskriminaci lidí s nádorovým onemocněním a zaujatost vůči jejich zaměstnávání anebo jejich smysluplnému zapojení a společenskému přínosu,
- finanční útrapy a ztrátu produktivity postižených,
- špatnou komunikaci a nedostatečné vzdělávání veřejnosti,
- nevhodný pocit osudovosti, který může nepříznivě ovlivnit závazky vlády, zdravotnických institucí a soukromých ústavů v boji proti rakovině.

Účastníci Charty se zavazují pochopit a vymýtit stigma spojené s rakovinou, definovat nemoc jako biologicky vyléčitelný patologický, nikoliv sociální stav.

Pozitivní změna veřejného mínění, chápání a odstranění strachu z rakoviny, který ovlivňuje miliony životů, umožní dosáhnout všech stanovených priorit.

### **ČLÁNEK III**

Účastníci se zavazují vytvářet optimální prostředí pro výzkum rakoviny.

1. Znalost biologické podstaty rakoviny a základních mechanismů, které vedou k jejímu vzniku a progresi, je základem všech úspěchů, díky nimž se již zvýšil a bude se i nadále zvyšovat počet vyléčených a kvalita života milionů lidí po celém světě. Rozpoznání nových cílů pro odhalení, diagnostikování a léčbu nemoci se musí usklopit, pokud chceme tuto válku s rakovinou vyhrát.

Účastníci usilují o posílení úlohy vlád a průmyslu ve financování základního výzkumu, souhlasí s povzbuzováním, ochranou a podporou vědců a se zvyšováním prostředků, které jim umožní pracovat ve svobodných podmínkách, s cílem neustále rozšiřovat hranice dnešních vědomostí.

2. Klinický výzkum je jediným prostředkem, který smysluplně zhodnotí výsledky základního výzkumu a kladně ovlivní lidský život. Objevy v molekulární biologii nebo genetice nemají vliv na prevenci rakoviny, screening, diagnózu a léčbu, pokud nejsou pečlivě prozkoumány a zhodnoceny v klinických studiích. Klinický výzkum může bezprostředně potvrdit probíhající základní výzkum. Tento druh přenosu ve výzkumu se obvykle provádí v ústavech s kapacitou pro základní a klinický výzkum a rychle ověřuje laboratorní hypotézy. Okamžitá zpětná vazba může smysluplně přesměrovat základní výzkum a podnítit vznik nových důležitých hypotéz.

Klinický výzkum je významný a velmi náročný, nejen vzhledem k nedostatečnému financování, ale často pro nezáměr ze strany odborníků a ústavů, právě tak jako pro nedostatečnou informovanost pacientů o možnostech zapojení do klinických studií a o jejich cílech. Rozdíly v předpisech a zákonech jednotlivých států také způsobují, že provedení rozsáhlých klinických studií je velmi náročné a finančně nákladné, ačkoliv právě tento typ studií je účinný a může lékařskou praxi posunout dopředu.

Účastníci slibují, že budou zvyšovat informovanost o klinickém výzkumu těch, které reprezentují. Slibují využít každé příležitosti k posílení mezinárodní infrastruktury výzkumu. Slibují prosazovat všeobecné zavedení informovaného souhlasu pacienta, plně informovaného o cílech, rizicích a přínosu každé klinické studie.

#### ČLÁNEK IV

Navzdory značným pokrokům, které byly v boji proti rakovině dosaženy, se doba přežití jednotlivých pacientů dramaticky liší, a to nejen mezi různými státy a městy, ale dokonce i mezi ústavami jednoho města. Kolísání ve standardech poskytované péče a v dostupnosti kvalitní onkologické péče je hlavní příčinou těchto rozdílů, jejichž důsledkem je často zbytečná nemocnost a úmrtnost.

Účastníci znovu potvrzují článek 25 Všeobecné deklarace lidských práv, podle něhož »každý člověk má právo na takovou životní úroveň, která zajistí zdraví a blahobyt jeho samotného i jeho rodiny, zejména stravu, oděv, bydlení a lékařskou péči«. Vzhledem k existenci rakoviny a jejímu vlivu na celou společnost účastníci dále prohlašují, že poskytovat kvalitní onkologickou péči je v rámci místního ekonomického kontextu základním lidským právem.

Účastníci usilují o prosazení:

- lékařské praxe založené na důkazech a jasné definici »kvalitní péče« v souladu se všemi dostupnými důkazy,
- systematického vypracování směrnic založených na dostupných poznatcích o prevenci, diagnostice, léčbě a paliativní léčbě,
- poskytování kvalitní onkologické péče,
- výraznější onkologické specializace a lepší integrace zdravotní péče do jednotlivých lékařských oborů,
- rozšíření přístupu ke kvalitním klinickým studiím.

## ČLÁNEK V

Podle odhadů Světové zdravotnické organizace bude do roku 2020 přibývat 20 milionů nových případů onemocnění rakovinou ročně. Sedmdesát procent všech onkologických pacientů bude žít v zemích disponujících pouze pěti procenty světových prostředků na zvládnání této choroby. V novém miléniu budou nádorová onemocnění i nadále značně přispívat k celkové zátěži lidstva, a to i přesto, že některým druhům rakoviny lze předejít kontrolou výroby tabákových výrobků, stravování, infekcí a znečištění. Je doloženo, že infekce, z nichž mnohým lze potenciálně předejít, způsobují 15 procent (22 procent v rozvojových zemích) všech nádorových onemocnění. Obdobně kouření působí ročně miliony nových případů onemocnění rakovinou a úmrtí, a to jak v rozvinutých, tak v rozvojových zemích.

Je potřeba vyvíjet veřejné strategie podporující boj proti rakovině a efektivně využívat současné znalosti a technologie pro prevenci rakoviny a zastavení lavinovitého nárůstu nemoci.

Účastníci se zavazují:

- aktivně podporovat existující preventivní programy a dále zvyšovat informovanost a prevenci rakoviny,
- využívat každé příležitosti pro zvyšování veřejného vzdělávání v oblasti prevence nebo odvykání kouření, změn ve stravování, zvládnání infekcí a ochrany životního prostředí,
- organizovat podporu prevence rakoviny v průmyslu za kontroly vládou.

## ČLÁNEK VI

Nelze popřít, že včasná detekce vede u všech více než 200 druhů rakoviny k lepším výsledkům. Léčba prekanceróz je také prevencí rakoviny. Strach a neznalost příznaků a symptomů prekanceróz je obvyklým jevem, rakovina však bývá zákeřná a její odhalení může být bez náležitého screeningu složité.

Je dobře známo, že je velmi důležité včasné odhalení rakoviny u určitých rizikových skupin lidí, vzhledem k jejich životnímu stylu, prostředí, povolání a rodinné dispozici nebo socioekonomickému statusu.

Právě z faktu, že počáteční symptomy rakoviny si lze splést s běžnou nemocí, vyplývá nutnost zavedení efektivního screeningu a pečlivé diagnostiky.

Metodologie screeningu rakoviny může začínat jednoduchým pozorováním, laboratorními testy a rentgenovými vyšetřeními a končit složitými vyšetřeními, která již potvrdila svou účinnost pro včasné zjištění určitých druhů rakoviny. Aby tyto screeningové programy byly efektivní, musí na ně navazovat kvalitní léčba.

Účastníci se zavazují zrychlovat vývoj a rozšiřovat využití ověřených a vznikajících screeningových technologií k prospěchu všech, kteří to potřebují, bez ohledu na jejich socioekonomické postavení.

## ČLÁNEK VII

Aktivní účast jednotlivců a skupin, spočívající v dobré informovanosti a vycházející z pochopení vědeckých poznatků a léčby založené na důkazech, přímo a příznivě ovlivnila boj proti rakovině. Jako osoba přímo zainteresovaná v úsilí o vyléčení má pacient výjimečnou pozici v boji proti nemoci a v optimálním využívání všech prostředků.

Účastníci se zavazují posilovat postavení onkologických pacientů jako aktivních partnerů v boji proti rakovině a aktivně prosazovat následující principy:

1. Všichni postižení nebo potenciálně postižení rakovinou by měli mít svobodný a rovný přístup k informacím o původu, prevenci a nejnovějších standardech detekce, diagnostiky a léčby nemoci.
2. Spolupráce pacientů, zdravotníků a vědců je založena na otevřené komunikaci.
3. Celkový blahobyt pacienta zahrnuje nejen klinickou péči, ale i poskytování informací a psychosociální podporu. Zdravotníci i nemocní sdílejí zodpovědnost za to, aby potřebám pacienta jako takového bylo vyhověno.

4. Nemocní s rakovinou po celém světě mají přístup k informacím, mohou se sdružovat a prosazovat svůj vliv.
5. Odborná lékařská obec, která uznává vliv a přínos dobře informované a aktivní veřejnosti, napomůže k předávání informací založených na důkazech veřejnosti, pracovníkům ve vědě i lékařské praxi.
6. Výzkum, průmysl a vládní orgány budou považovat zástupce pacientů za klíčové strategické partnery ve všech aspektech boje proti rakovině, včetně zlepšování standardů péče a kvality přežívání.

## ČLÁNEK VIII

Zlepšit kvalitu života pacientů je primárním cílem úsilí zaměřeného proti rakovině. Fyzická a emocionální zátěž, kterou nemoc působí, bývá značná, často násobená i vedlejšími účinky léčby. Klinické výsledky mohou být ovlivněny celkovým duševním a fyzickým stavem pacienta. Zachování kvality jeho života včetně jeho sociálních, fyzických a psychických funkcí by mělo být lékařskou a lidskou prioritou. Je třeba vzít na vědomí, že ačkoliv v posledních 20 letech bylo vynaloženo obrovské úsilí na zvýšení počtu vyléčených, nemá většina onkologických pacientů na vyléčení naději.

V případech, kdy rakovina není vyléčitelná, lze stále zajišťovat kvalitní život pacienta poskytováním optimální kvalitní protinádorové léčby (chemoterapie, radioterapie) a podpůrné léčby, zahrnující zvládání bolesti a únavy.

Účastníci budou usilovat o dosažení následujících cílů:

1. Zlepšit všeobecnou péči o onkologické pacienty specifickými léčebnými metodami včetně podpůrné péče.
2. Na politické a lékařské úrovni uznat význam kvality života pacientů, bez ohledu na stádium nemoci a prognózu. Uznat optimální podpůrnou péči o onkologické pacienty, zvláště v těch případech, kdy nelze dosáhnout vyléčení.
3. Považovat kvalitu života za rozhodující faktor ve vývoji nových léků a v péči o pacienta.
4. Neustále aktivně vyvíjet nové vědecké nástroje pro zhodnocení kvality života v nemocničním prostředí.
5. Podporovat intenzivní vzdělávání zdravotníků a onkologických pacientů, týkající se potřeby a možnosti efektivního zvládání bolesti ve všech stádiích nemoci a léčby. Bolest hluboce ovlivňuje kvalitu života a často bývá



podceňována a nedostatečně léčena i v případech, kdy může být náležitě zvládnuta.

6. Snažit se o lepší pochopení a změnu postojů k otázkám smrti a umírání. Usilovat o to, aby konec života byl chápán jako přirozená zkušenost, na kterou by se mělo pohlízet z lékařského, psychologického, emocionálního a duchovního hlediska. Optimální lékařská péče o umírajícího pacienta musí být efektivní, humánní a soucitná.

## ČLÁNEK IX

Vzhledem k velkým rozdílům v dostupnosti prostředků a epidemiologií ve světě účastníci souhlasí s tím, že jednotlivé země musí vytvořit co nejefektivnější národní strategie boje proti rakovině podle vlastních potřeb. Některé země se mohou v první řadě zabývat druhy rakoviny, které jsou léčitelné nebo kterým lze předejít, vzdělávacími programy a určitými druhy léčby. Jiné země by se mohly zabývat otázkami imunity jako součásti všeobecné strategie zvládnutí nemoci nebo aktivněji podporovat použití adjuvantní chemoterapie, zvyšující dobu přežití. Tyto potřeby a možnosti definovala SZO, která usiluje o vytvoření globální strategie pro zvládnutí rakoviny.

Je jasné, že kritické zhodnocení potřeb, správné plánování a stanovení priorit může bez ohledu na ekonomické podmínky smysluplně snížit nepříznivý vývoj nádorových onemocnění v rozvinutých i rozvojových zemích.

Účastníci se zavazují aktivně podporovat koncepci národního protinádorového plánování v souladu s místními potřebami a prostředky.

## ČLÁNEK X

Vzhledem k tomu, že rakovina nezná hranice a jednotlivé země ji neodkážou zvládat samostatně, musí být stanoven nový přístup k výzkumu, patientskému hnutí, prevenci a léčbě, založený na mezinárodní spolupráci.

Účastníci této charty se zavazují vytvářet globální síť a sdružení pro podporu jejich cílů. Slibují zajistit, aby po jejím podepsání nedošlo k odstoupení od stanovených cílů.

1. Zajistit uznání Charty příslušnými institucemi. Den 4. Února bude označen za Světový den proti rakovině, aby tak každým rokem žila Pařížská charta v srdcích a myslích lidí celého světa.
2. Stanovit stálou komisi, která bude připravovat každoroční zprávu o realizaci cílů stanovených v Chartě.

3. Zajistit podporu Charty v patientských organizacích a vytvořit globální síť patientských organizací.
4. Vytvořit globální výzkumnou organizaci složenou z předních vědců z celého světa, která by zajišťovala, aby se nejnovější poznatky rychle rozšířily do všech států, aby byly zaregistrovány rozdíly ve výzkumu a slibné výsledky prozkoumány.
5. Shromáždit milion podpisů Pařížské charty do konce roku 2001, a tak poukázat na ochotu veřejnosti bojovat ve jménu těch, kteří jsou nádorovou nemocí postiženi“ (Haškovcová, 2002, s. 149-154).

## **Příloha F: Charta práv dětí v nemocnici**

1. „Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, by se mělo rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a/nebo jejich rodiče mají mít právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Mají mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a/nebo jejich rodiče mají mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě má být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se má zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se má dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu“ (Haškovcová, 2002, s. 102-103).

## **Příloha G: Pomůcky a přístroje pro poskytování paliativní péče**

- „Polohovací lůžko (dle počtu pacientů + 2 náhradní lůžka)
- antidekubitní a polohovací pomůcky
- aktivní a pasivní antidekubitní matrace (pro každé lůžko alespoň jeden z režimů)
- injekční dávkovače pro parenterální i enterální výživu (min. 2 ks pro 30 pacientů)
- lineární dávkovač léků (min. 5 ks pro 30 pacientů)
- odsávačky (min. 2 ks pro 30 pacientů, nebo režim centrálního odsávání)
- mobilní (min. 2 ks oxygenerátor nebo centrální rozvod kyslíku)
- glukometr (1 ks pro 30 pacientů)
- přenosné EKG (1 ks pro zařízení do 60 lůžek)
- základní vybavení pro neodkladnou resuscitaci
- pojízdná vana, případně mycí lůžko
- WC židle pojízdné a stabilní k lůžku (min. 10 ks pro 30 pacientů), chodítka pojízdné nízké a vysoké (min. 1 ks pro 30 pacientů), mechanické pojízdné křeslo (min. 5 ks pro 30 nemocných)
- pojízdný vozík do sprchy (min. 3 ks na 30 pacientů)
- další pomůcky pro manipulaci s imobilním pacientem
- signalizační zařízení (rozvod ke každému lůžku) a další drobné pomůcky“ (Standardy, 2006, s. 18).

## Příloha H: Dotazník pro vrchní sestry lůžkových hospiců v ČR

*Vážená vrchní sestro,*

*jmenuji se Tereza Mejsnarová a jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové magisterského oboru Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení.*

*Obracím se na Vás s žádostí o zodpovězení otázek v podobě dotazníku, týkajícího se poskytování paliativní péče v hospicích v České republice.*

*Výsledky dotazníkového šetření budou sloužit k získání informací pro diplomovou práci ve výše uvedené oblasti, pro statistické účely a k případnému zkvalitnění péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby v ČR.*

**1. Odpovídá vybavení a povaha prostředí potřebám nevléčitelně nemocných a umírajících osob?**

Ano       Spíše ano       Spíše ne       Ne

**2. Doplňte tabulku:**

	Ano	Ne
Bezbariérovost celého zařízení		
Bezpečné jasně uspořádané prostory		
Okna v pokojích prosklená na úroveň podlahy		
Ochrana pokojů před nadměrným osluněním pomocí zastínění		
Klimatizace		
Jasná, jednoduchá manipulace s okny, dveřmi, ovládacími prvky		
Stěny zdi opatřeny madly		
Orientační a navigační systém po budově		
Snížené jmenovky		
Akustická izolace prostor hospice		
Prostory opatřeny obrázky, fotografiemi, symbolickými značkami		
Využití stropu jako informačního prvku o poloze pro ležící pacienty		
Využití jiné barvy, textury, plasticity (vlasy, lišty), grafiky (symboly, obrázky, piktogramy) na stropěch prostor budovy		
Využití barevného kontrastu k vyzdvižení určitých detailů (tlačítka, vstupní otvory)		
Vybavení a prostředí připomíná domov		

**3. Paliativní péče je klientům lůžkového hospice poskytována v:**

- Jednolůžkových pokojích  Vícelůžkových pokojích

Klienti upřednostňují \_\_\_\_\_ pokoje.

**4. Odpovídá počet zaměstnanců lůžkového hospice kapacitě zařízení?**

- Ano  Spíše ano  Spíše ne  Ne

**5. Zaměstnanci lůžkového hospice mají možnost účasti na:**

- Školeních  Výměnných stáží  
 Supervizích  Mimopracovních akcí  
 Jiné (vyjmenujte): \_\_\_\_\_

**6. Řešíte stížnosti týkající se nevhodné komunikace ze strany personálu ke klientům a jejich blízkým?**

- Ano  Ne

**7. Jak často přijde ředitel/ředitelka hospice do styku s klienty?**

- Každý den  Několikrát týdně  S klienty se nestýká

**8. Pacienti se stávají klienty hospice na základě:**

- Doporučení praktického/ošetřujícího lékaře  Doporučení od známých  
 Informací z propagačních materiálů hospice  Informací z webových stránek  
 Náhodně

**9. Inspirujete se novými metodami používanými v zahraničí?**

- Ano  Ne

**10. V rámci péče o klienty jsou uspokojovány tyto potřeby:**

- Biologické  Spirituální  
 Psychologické  Právní  
 Sociální  Etické

**11. Je u klientů dostatečně mírněna bolest?**

- Ano  Ne

**12. Má každý klient přidělenou svoji osobní sestru nebo ošetřovatelku?**

- Ano  Ne

**13. Je ve vašem hospici dodržováno jedno ze základních práv klientů – NEZEMŘÍT OSAMOCEN?**

- Ano  Spíše ano  Spíše ne  Ne

**14. Co platí pro Vaše zařízení:**

- Klienti mohou nosit své oblečení  
 Klienti mohou používat své jídelní nádobí  
 Klienti mají volný stravovací režim  
 Klienti nejsou buzeni – mohou spát, jak dlouho chtějí  
 Klienti mohou vykonávat hygienu v dobu, na kterou jsou zvyklí  
 Režim dne v zařízení určují v maximální možné míře samotní pacienti

**15. Jakým způsobem mohou klienti trávit volný čas?**

- Pobyt na terase  Ergoterapie  
 Pobyt na zahradě  Canisterapie  
 Pobyt mimo areál budovy  Psaní dopisů  
 Arteterapie  Čtení knih  
 Muzikoterapie  Poslech hudby

**16. V areálu lůžkového hospice se pořádají:**

- Výstavy obrazů  Dětská vystoupení  
 Krátké koncerty  Jiné akce (vyjmenujte): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Jak často se výše zmíněné akce konají:

- Každý den  1x za čtvrt roku  
 1x týdně  1x za půl roku  
 1x měsíčně

**17. Co byste v rámci samotné péče o klienty, nebo v rámci budovy hospice obecně, rád/a změnil/a, vybuodoval/a, doplnil/a?**

---

---

---

**18. Jsou rodinní příslušníci a přátelé klienta podporováni v tom, aby své blízké doprovázeli?**

Ano       Spíše ano       Spíše ne       Ne

Pokud ano, je rodinným příslušníkům a přátelům klienta Vašeho hospice nabídnuta profesionální podpora?

Ano       Ne

**Prostor pro vyjádření se k dotazníkovému šetření:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

*Děkuji za spolupráci, Váš čas i trpělivost věnovaný vyplnění dotazníku.*

*Bc. Tereza Mejsnarová*



## Příloha I: Dotazník pro ředitele lůžkových hospiců v ČR

*Vážený pane řediteli, paní ředitelko,*

*jmenuji se Tereza Mejsnarová a jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové magisterského oboru Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení.*

*Obracím se na Vás s žádostí o zodpovězení otázek v podobě dotazníku, týkajícího se poskytování paliativní péče v hospicích v České republice.*

*Výsledky dotazníkového šetření budou sloužit k získání informací pro diplomovou práci ve výše uvedené oblasti, pro statistické účely a k případnému zkvalitnění péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby v ČR.*

**1. Je Váš lůžkový hospic členem APHPP?**

Ano

Uveďte, proč jste členy a jaké má Vaše členství v APHPP výhody:

---

---

---

Ne

Uveďte důvod, proč nejste členy APHPP:

---

---

---

**2. Jakým způsobem se spolupodílíte na osvětové činnosti veřejnosti (odborné, laické) o zvyšování povědomí o hospicové paliativní péči?**

---

---

---

**3. Podílí se Vaše zařízení na výzkumné činnosti v oblasti hospicové paliativní péče?**

Ano

Ne

**4. Snažíte se o navázání užší mezinárodní odborné spolupráce v oblasti péče o nevléčitelně nemocné a umírající osoby?**

- Ano  Ne

Pokud ano, uveďte, o jaké země se jedná a v čem spolupráce spočívá:

---

---

---

**5. Jakou formou propagujete Váš lůžkový hospic a služby, které v rámci zařízení poskytujete:**

- Dny otevřených dveří  Propagační letáky  Webové stránky  
 Jinou formou (vyjmenujte): \_\_\_\_\_

**6. Pořádáte benefiční, vzdělávací, kulturní a jiné akce?**

- Ano  Ne

Pokud ano, jak často:

- Pravidelně (1x týdně)  Často (1x za měsíc)  
 Občas (jednou za půl roku)  Zřídka (jednou ročně a méně)  
 Vůbec

**7. S kým spolupracuje Váš lůžkový hospic:**

- S ostatními lůžkovými hospici v ČR  Se školami  
 S nemocnicemi a dalšími zdravotnickými zařízeními  S LDN  
 S praktickými lékaři  S domovy seniorů  
 S pečovatelskou službou  Jiné: \_\_\_\_\_

---

---

**8. Dostupnost paliativní péče ve Vašem kraji je vyhovující.**

- Plně souhlasím  Souhlasím  Nemám vyhraněný názor  
 Nesouhlasím  Plně nesouhlasím

**9. Počet hospicových lůžek je ve Vašem kraji dostačující.**

- Plně souhlasím       Souhlasím       Nemám vyhraněný názor  
 Nesouhlasím       Plně nesouhlasím

**10. Domníváte se, že je informovanost odborné i laické veřejnosti o hospicové paliativní péči dostatečná?**

- Ano       Spíše ano       Spíše ne       Ne

**11. Je kapacita Vašeho hospice stále plně využita?**

- Ano       Spíše ano       Spíše ne       Ne

**12. Jak dlouhá je čekací lhůta pacienta na lůžko:**

- 1 den       1 měsíc  
 1 týden       Jiná: \_\_\_\_\_

**13. Maximální možná délka pobytu pacienta v hospici je:**

- Pobyt je časově neomezen  
 Pobyt je časově omezen na:     1 měsíc  
    2 měsíce  
    3 měsíce  
    více \_\_\_\_\_

**14. Paliativní péče je klientům lůžkového hospice poskytována v:**

- Jednolůžkových pokojích       Vícelůžkových pokojích

Klienti upřednostňují \_\_\_\_\_ pokoje.

**15. Jaké prostory tvoří hospicové zařízení?**

- Lůžková část       Čajovna  
 Sesterna       Kavárna  
 Stacionář       Kaple  
 Vzdělávací centrum       Zahrada  
 Poradna       Zimní zahrada  
 Terasa       Společenská místnost

- Pietní místnost
  Provozní, správní a ostatní místnosti  
 Jiné (vyjmenujte): \_\_\_\_\_

**16. Odpovídá vybavení a povaha prostředí potřebám nevyлéčitelně nemocných a umírajících osob?**

- Ano
  Spíše ano
  Spíše ne
  Ne

**17. Doplňte tabulku:**

	Ano	Ne
Bezbariérovost celého zařízení		
Bezpečné jasně uspořádané prostory		
Okna v pokojích prosklená na úroveň podlahy		
Ochrana pokojů před nadměrným osluněním pomocí zastínění		
Klimatizace		
Jasná, jednoduchá manipulace s okny, dveřmi, ovládacími prvky		
Stěny zdí opatřeny madly		
Orientační a navigační systém po budově		
Snížené jmenovky		
Akustická izolace prostor hospice		
Prostory opatřeny obrázky, fotografiemi, symbolickými značkami		
Využití stropu jako informačního prvku o poloze pro ležící pacienty		
Využití jiné barvy, textury, plasticity (vlasy, lišty), grafiky (symboly, obrázky, piktogramy) na stropech prostor budovy		
Využití barevného kontrastu k vyzdvižení určitých detailů (tlačítka, vstupní otvory)		
Vybavení a prostředí připomíná domov		

**18. Co byste v rámci samotné péče o klienty, nebo v rámci budovy hospice obecně, rád/a změnil/a, vybudoval/a, doplnil/a?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**19. Odpovídá počet zaměstnanců lůžkového hospice kapacitě zařízení?**

- Ano
  Spíše ano
  Spíše ne
  Ne

**20. Jakým způsobem probíhá výběr nových zaměstnanců do zařízení?**

- Test                                       Ústní pohovor                                       Praktická zkouška  
 Jiný způsob (popište): \_\_\_\_\_

**21. Při výběru nových zaměstnanců do hospice upřednostňujete:**

- Jedince s odpovídající kvalifikací pro danou profesi bez praxe  
 Jedince bez odpovídající kvalifikace pro danou profesi s praxí  
 Jiné (popište): \_\_\_\_\_

**22. Co musí budoucí zaměstnanec hospice splňovat pro výkon své profese:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trestní bezúhonnost  | <input type="checkbox"/> Komunikace s pacienty a jejich blízkými |
| <input type="checkbox"/> Zdravotní způsobilost                                      | <input type="checkbox"/> Schopnost vyrovnat se s úmrtím pacientů |
| <input type="checkbox"/> Pozitivní myšlení  | <input type="checkbox"/> Osobnostní dispozice                    |
| <input type="checkbox"/> Odpovídající kvalifikace                                   | <input type="checkbox"/> Umět přebírat odpovědnost               |
| <input type="checkbox"/> Délka praxe  | <input type="checkbox"/> Psychická stabilita                     |
| <input type="checkbox"/> Motivaci pro práci   | <input type="checkbox"/> Mravní čistota                          |
| <input type="checkbox"/> Schopnost týmové spolupráce                                | <input type="checkbox"/> Ochota přinášet oběti                   |
| <input type="checkbox"/> Tolerance  | <input type="checkbox"/> Ryzost charakteru                       |
| <input type="checkbox"/> Empatie  | <input type="checkbox"/> Odpovědnost                             |
| <input type="checkbox"/> Dovednosti   |  |
| <input type="checkbox"/> Otevřený a nedirektivní přístup k nemocným                 |  |
| <input type="checkbox"/> Schopnost pružně jednat v krizových situacích              |  |
| <input type="checkbox"/> Profesionální a lidský přístup k nemocným a jejich rodinám |  |

**23. Zaměstnanci jsou pro výkon činnosti v lůžkovém hospici připravováni prostřednictvím:**

- Seminárních školení  
 Kursů  
 Studijních pobytů  
 Zaučení personálem/vedením hospice  
 Příprava neprobíhá  
 Jiným způsobem (popište): \_\_\_\_\_



Konkretizujte, v čem péče o psychickou pohodu Vašich zaměstnanců spočívá:

---

---

---

**27. Podporujete své zaměstnance v dalším vzdělávání?**

Ano  Ne

Jakým způsobem (popište): \_\_\_\_\_

---

---

**28. Zaměstnanci lůžkového hospice mají možnost účasti na:**

- Školeních  Výměnných stáží  
 Supervizích  Mimopracovních akcích  
 Jiné (vyjmenujte): \_\_\_\_\_

**29. Řešíte stížnosti týkající se nevhodné komunikace ze strany personálu ke klientům a jejich blízkým?**

Ano  Ne

**30. Počet dobrovolníků ve Vašem hospici je:** \_\_\_\_\_

**31. Je náplní práce dobrovolníků také péče o klienty?**

Ano  Ne

**32. Procházejí dobrovolníci Vašeho zařízení odborným proškolením?**

Ano  Ne

**33. Nabízíte pomoc všem osobám, které se na Vás obrátí, i přesto, že oni sami, ani jejich blízcí, nejsou klienty Vašeho hospice?**

Ano  Ne





**41. Má Váš lůžkový hospic vypracován Program péče o pozůstalé?**

Ano

Ne

Pokud ano, doplňte:

Jaké služby jsou v rámci Programu péče o pozůstalé nabízeny?

Individuální podpora a poradenství

Odborná psychoterapie

Vzpomínkové programy

Setkávání pozůstalých

Bohoslužby za zemřelé

Pomoc se zařizováním pohřbu a náležitostí s tím spojených

Pomoc zadaptovat se ve světě bez zemřelého

Anonymní podpora prostřednictvím telefonních krizových linek a internetu

Kontaktování pozůstalých 1 měsíc nebo 2 po smrti blízké osoby s pozváním na kávu, čaj

Jsou tyto služby hrazeny?

Ano

Ne

Kdo tyto služby poskytuje (doplňte název pracovní pozice): \_\_\_\_\_

**Prostor pro vyjádření se k dotazníkovému šetření:** \_\_\_\_\_

---

---

---

*Děkuji za spolupráci, Váš čas i trpělivost věnovaný vyplnění dotazníku.*

*Bc. Tereza Mejsnarová*

## **Příloha J: Žádost o provedení výzkumného šetření**

Vážený pane/paní \_\_\_\_\_,

jmenuji se Tereza Mejsnarová a jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové magisterského oboru Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení.

Na základě faktů vyplývajících z odborné literatury a výzkumných šetření, která přibližují problematiku poskytování paliativní péče nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám v ČR, jsem se rozhodla zaměřit svoji diplomovou práci na výzkum v této oblasti.

Zároveň se obracím na Vás a Vaše kolegy, jakožto odborníky v problematice poskytování paliativní péče v ČR, s žádostí o zodpovězení otázek v podobě dotazníku. Dotazník obsahuje 41 otázek mapujících informace o poskytování paliativní péče v hospicích v České republice a jeho vyplnění Vám potrvá zhruba 40 minut.

Prosím Vás, pomozte mi Vaší účastí na dotazníkovém šetření k dalšímu kroku vedoucímu k odtabuizování tématu smrti ve společnosti a upozornění na situaci, ve které se nevléčitelně nemocní a umírající lidé v České republice nacházejí.

Žádám Vás o navrácení vyplněného dotazníku do 30. 6. 2014. Rozhodnete-li se výzkumného šetření nezúčastnit, prosím o sdělení této informace.

Předem děkuji za Vaši spolupráci, čas i trpělivost věnovaný vyplnění dotazníku.

S pozdravem Bc. Tereza Mejsnarová