

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2010

Jana Zbožínková

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta
Ústav speciálně pedagogických studií

Jana Zbožínková

3. ročník – prezenční studium

Obor: Speciálně pedagogická andragogika

**Zařízení hospicového typu a jejich
nezastupitelné místo ve společnosti**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Marie Chrásková

Olomouc 2010

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci na téma Zařízení hospicového typu a jejich nezastupitelné místo ve společnosti vypracovala samostatně za odborného vedení vedoucí bakalářské práce, Mgr. et Mgr. Marie Chráskové. Všechny využití prameny a literaturu jsem řádně uvedla v seznamu.

V Olomouci 14. 4. 2010

.....

Jana Zbožínková

Ráda bych poděkovala vedoucí práce Mgr. et Mgr. Marii Chráskové za podporu, vedení a cenné rady a připomínky při tvorbě mé bakalářské práce. Děkuji také všem respondentům, kteří svými odpověďmi v dotazníkovém šetření přispěli k řešení praktické části.

OBSAH

ÚVOD	6
I. TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Umírání a smrt	7
1.1 Umírání a smrt v kulturních proměnách	7
1.2 Postoj ke smrti.....	9
1.3 Strach ze smrti.....	10
1.4 Smysl smrti	11
1.4.1 Logoterapie	12
2 Specifické potřeby v období umírání	13
2.1 Práva umírajících	14
2.2 Potřeby umírajících	14
2.2.1 Fyziologické potřeby.....	14
2.2.2 Psychologické potřeby	15
2.2.3 Sociální potřeby	15
2.2.4 Spirituální potřeby.....	15
2.3 Reakce na umírání.....	16
2.3.1 Fáze reakcí na umírání	16
3 Paliativní péče	17
3.1 Bolest a její zvládání	17
3.1.1 Přesah bolesti do všech složek lidské existence.....	18
3.2 Paliativní péče	19
3.2.1 Definice paliativní péče.....	19
3.2.2 Vývoj paliativní péče	20
3.2.3 Principy paliativní péče.....	21
3.3 Eutanazie.....	21
3.3.1 Definice eutanazie.....	21
3.3.2 Vývoj pojetí eutanazie.....	21
3.4 Eutanazie versus paliativní péče	22
4 Hospicová péče	23
4.1 Myšlenka hospice.....	23

4.2	Dějiny hospicového hnutí	25
4.2.1	Hospice ve světě.....	25
4.2.2	České hospicové hnutí	25
4.2.2.1	Hospice v ČR	26
4.3	Formy hospicové péče	26
4.3.1	Domácí hospicová péče.....	27
4.3.2	Stacionární hospicová péče	27
4.3.3	Lůžkové hospice	28
4.4	Kritéria pro přijetí do hospice	28
4.5	Cílové skupiny hospicové práce	29
4.5.1	Umírající člověk.....	29
4.5.2	Rodinní příslušníci	30
4.5.3	Zúčastněné skupiny odborníků	32
4.5.4	Dobrovolníci	32
4.6	Hospicová péče z hlediska časového	32
4.7	Legislativní ukotvení hospicové péče	33
4.8	Financování hospicové péče	33
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	34
5	Výzkumné cíle.....	34
5.1	Stanovení výzkumných problémů.....	34
5.2	Stanovení výzkumných předpokladů	34
5.3	Metodologie výzkumu	35
5.4	Výzkumný vzorek a místo šetření.....	36
6	Zpracování a vyhodnocení získaných údajů z dotazníku	36
7	Shrnutí výsledku výzkumu	55
	ZÁVĚR	57
	Literatura a použité zdroje	58
	Přílohy.....	60
	ANOTACE	

ÚVOD

Téma „Zařízení hospicového typu a jejich nezastupitelné místo ve společnosti“ vyplynulo ze společnosti stále popírané reality lidské smrtelnosti. Myšlenky na naši vlastní smrt jsou odsouvány někam hluboko do podvědomí tak, abychom se jimi nemuseli zabývat. Není tedy divu, že většina osob myšlenky na svou smrt a smrtelnost vytěšňuje a zaměřuje svou pozornost na aktivní život s co největší mírou produktivity. Lidská bytost ale není nesmrtelná a stále schopná efektivního výkonu.

Pomyslíme-li na smrt naši nebo blízkých, spojujeme si ji s nepřekonatelnou bolestí, utrpením a nutností umírání v osamocení v nemocničním pokoji. Hospicové hnutí ale dokazuje, že proces umírání lze prožít i jinak, než v neustálém strachu a bolestech.

Přes všechny pozitiva, které nabízí hospicová péče, si stále značná část společnosti, z mé zkušenosti, spojuje hospice s místem, které je bez naděje. Místem, kde se jen umírá a nic pozitivního nám to tedy nepřináší.

Cílem naší bakalářské práce je zjistit názory osob seniorského věku na význam hospicových zařízení a způsob, jak jsou tyto zařízení vnímány osobami v postproduktivním věku.

Práci členíme do dvou částí, na část teoretickou a část empirickou.

V teoretické části se zabýváme vymezením postojů k umírání a smrti, smyslem smrti, specifickými potřebami v období umírání, vymezením paliativní péče a eutanázie, hospicovým hnutím a principy hospicové péče.

V praktické části bakalářské práce se zaměřujeme na zjištění názorů osob seniorského věku na význam hospicových zařízení pro společnost a zjištění způsobu vnímání hospicové péče osobami v postproduktivním věku.

Přínos práce spatřujeme v obeznámení se s názory a vnímáním hospicových služeb seniory, kteří tvoří značnou část klientely hospicových zařízení. Tato věková skupina se setkává s umíráním a smrtí častěji než osoby mladšího věku, ať už u osob blízkých nebo je smrtí ohrožena přímo. Ne vždy jsou si osoby seniorského věku vědomy možností, které jsou v situaci umírání pro ně k dispozici. Přínos tedy vidíme v poukázání na možná opatření, která by mohla tuto oblast zkvalitnit.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Umírání a smrt

1.1 Umírání a smrt v kulturních proměnách

V každém období lidských dějin bylo a je cílem člověka překonat strach ze smrti (1, s. 138). „Stále znovu se vracející a osvědčenou strategií je myšlenka trvalé platnosti pozemské existence na „onom světě“. Mnoho filozofů náboženství vůbec považuje strach ze smrti za kořen lidské religiozity“ (1, s. 138).

Egyptský kult mrtvých patří k raným úsilím o překonání strachu ze smrti.

Pro staré Egyptany smrt neznamenal konec, ale byla počátkem něčeho nového. Smrt znamenala kritickou fázi přechodu, kterou bylo možné dosáhnout nové, mocnější formy existence (1, s. 138). Součástí přechodového rituálu bylo omývání těla, balzamování, uložení těla do hrobu, obětní dary atd.

I u buddhismu existují určité instrukce pro správné zacházení s kritickými fázemi života, a to *Tibetská kniha mrtvých* - kniha „o osvobození skrze naslouchání na rovině smrti“.

Záznamy sice vznikly v 8. století, tradice správného zacházení s umíráním ale byla živá ve formě ústního podání již století předtím (1, s. 139). *Tibetská kniha mrtvých* již dopředu připravuje živé na zjevení, která se objeví ihned po smrti. Texty obsažené v *Tibetské knize mrtvých* byly zemřelým šeptány do ucha jako ukazatel cesty k vykoupení a novému narození (1, s. 139).

Svým obsahem a zaměřením je *Tibetská kniha mrtvých* určena umírajícím a posléze zemřelým, kterým je průvodcem, útěchou a posilou v době umírání. Ukazuje ale také živým, jak smysluplně žít svůj život, aby je na konci čekalo toužené vysvobození (2, s. 26).

Smrt od středověku po 18. století lze chápat jako dalekosáhlý kulturně „zkrocený“ fenomén. Umírání a smrt v tomto období nejsou dějství, která by byla prožívána individuálně a izolovaně, nýbrž k nim dochází ve společenství. Umírání a smrt jsou překonávány v ceremoniích a rituálech, které pomáhají „neponechat smrt sobě samé a její bezuzdnosti“ (1, s. 139). Část kontroly nad smrtí si pozůstalí uchovávají tím, že se při mši

a modlitbách ujímají zesnulého. I zde není smrt pouhým koncem, ale znamená přechod na jinou rovinu bytí.

Teprve s přibývajícím individualismem se posiluje izolování člověka a s tím smrt získává svou „zpuštělou“ podobu (1, s. 139). „Zpuštění“ smrti, které začalo v 19. století a pokračuje do dnešních dnů, je především charakterizováno třemi znaky:

1. Zatajování a izolování smrti:

Umírání se čím dál víc vzdaluje veřejnosti. Mnoho lidí se ještě ve vysokém věku nesetkalo s mrtvým tělem. Smrt není přijatá, nýbrž utajená a umírající člověk izolován (1, s. 140).

2. Obelhávání a zbavování svéprávnosti umírajících:

„V 19. století se začíná pohlížet na člověka bojujícího se smrtí z takového úhlu, že je třeba jej vyprostit z jeho utrpení, z jeho křiku a zápachu“ (1, s. 140). Proto někomu vnucovat pohled na smrt se považovalo za neúnosné. To šlo tak daleko, že se pokoušelo utajit blízkou smrt před samotnými umírajícími. Jako by nebyli dost zralí na to, aby prožili své vlastní umírání.

3. Odstraňování zármutku:

Ve 20. století se již s vyjádřením smutku ve všedním životě prakticky nesetkáme. Cílem přístupu společnosti k pozůstalým je přivést je pokud možno co nejdříve k tak zvanému normálu. Společnost tím však po pozůstalých vyžaduje to nejnemenormálnější, co se od truchlících dá očekávat.

Smrt je událostí, před kterou člověk utíká a pokouší se ukrýt. Když už se jí nelze vyhnout, pak si většina lidí přeje, ať přijde co nejrychleji a najednou. Izolování umírajících v institucích, rychlé odstranění zemřelých, profesionalizace pohřbívání, anonymní pohřby apod. napomáhají smrti vytlačit z povědomí. O to více nás tento fenomén zaskočí, jsme-li mu nevyhnutelně vystaveni. Touha se mu vyhnout je pravděpodobně podstatou hnutí za eutanázii. Jako hnutí proti tomuto zpuštění smrti můžeme považovat hospicové hnutí zahajující svou činnost v polovině 20. století a z něj vyrůstající paliativní medicínu (1, s. 140).

Téma smrti a umírání je v našich sociokulturních podmínkách tabuizováno. Samotný problém ale tímto vytěsňováním a popíráním nezmezí, ale začne se projevat jinak. Lze

např. předpokládat, že zvýšený zájem o symbolicky prezentovanou smrt, např. v mediální produkci, může být reakcí na tabuizaci tohoto tématu v reálném životě. Se skutečnou smrtí se většina lidí vůbec neseťká. Omezení takové zkušenosti se projeví ztrátou možnosti si vytvořit přiměřené obranné strategie. Umírání se neodehrává v soukromí, a je proto chápáno jako něco, co přesahuje hranici normy a co se příliš netýká běžného lidského života. Smrt je západní společností odmítána, protože z hlediska zde převažujícího názoru nemá žádný pozitivní význam a smysl. Vyrovnání se smrtí není za těchto okolností nic jiného než smíření s něčím, čemu se nelze vyhnout.

1.2 Postoj ke smrti

Obecný postoj ke smrti má 3 základní složky:

1. **Citový vztah** ke smrti je obvykle vyjádřen strachem a úzkostí, popřípadě apatií a rezignací, ale i touhou, především u starých a těžce nemocných lidí. Hodnocení smrti jako něčeho žádoucího není obvyklé, i když se u velmi starých lidí může takový postoj objevovat v souvislosti s potřebou zbavit se utrpení a nebo jako výsledek celkové negativní bilance a jednoznačně nepříznivé perspektivy.
2. **Kognitivní složka** zahrnuje vědomosti o umírání a vlastní zkušenosti se smrtí. Ty bývají v naprosté většině minimální. Lidé o takovou zkušenost nestojí a k jejímu získání ani nemají mnoho příležitostí. Únik od problému jako způsob obrany vede k převaze emotivního hodnocení nad racionálním. Lidé nechtějí o smrti mluvit, dokud nejsou staří, pak se jejich postoj obvykle mění.
3. **Chování**, které z tohoto přístupu vyplývá, bývá ovlivněno především emotivně. Člověk se ve vztahu ke smrti, resp. k umírajícím lidem, chová tak, aby se konfrontaci s touto složkou reality vyhnul, ať už fakticky, nebo symbolicky.

Ve vztahu k smrti se může projevovat rozpor mezi rozumovým postojem, který chápe smrt jako logický a nezvratitelný konec vlastního života, a emočním odmítáním takového konce, který zdánlivě bere životu smysl. Zralost a integrita osobnosti především starého člověka se projeví i připraveností akceptovat vlastní smrtelnost.

Postoj k vlastní smrti bývá převážně emotivní (pokud není potlačen). Zpravidla nejde o obavu vztaženou k faktu životního konce, spíše jde o strach z utrpení, které může přinášet umírání. Lidé se bojí ztráty autonomie, bezmocnosti, bolesti a dlouhodobého trvání takového deprimujícího stavu. Obávají se i ztráty soudnosti i ztráty sebeuvědomování. Bojí se, protože očekávají, že by se za takových okolností stali závislími a manipulovanými. Nemusí jít o to, že by s nimi někdo špatně zacházel, důvodem je spíš anticipovaný nedostatek respektu a úcty k jejich osobnosti a vůli.

1.3 Strach ze smrti

Strach ze smrti závisí na různých faktorech:

1. Věk:

Postoj k vlastní smrti je individuálně specifický, ale obecně lze říci, že s postupujícím věkem strach ze smrti ubývá.

2. Gender:

Ženy se bojí smrti méně než muži a snáze se s představou konce vlastního života vyrovnávají. Svůj strach ze smrti také dovedou snadněji projevit, mluvit o ní a hledat v této situaci oporu blízkých lidí. Emoční postoj mužů k vlastní smrti bývá více ambivalentní. Muži častěji aktuálnost vlastní smrti popírají nebo ji racionálně přijímají, ale nemluví o ní. Tento postoj vede ke vzniku pocitu větší subjektivní zátěže.

3. Osobnostní vlastnosti a dispozice k určitému ladění:

Sklon k depresivní ruminanci či úzkostné anticipaci budoucího ohrožení posiluje i strach z konce života.

4. Míra obtížnosti současného života:

Čím je život těžší a naděje na zlepšení méně reálná, tím bývá strach ze smrti menší. Častěji vyjadřují potřebu zemřít lidé žijící v domově pro seniory než ti, kteří si udrželi vlastní domácnost, což může souviset s mírou zachované soběstačnosti a fyzických i psychických sil.

5. Vyrovnanost s vlastním životem:

To znamená dosažení pocitu integrity a naplněnosti vlastního života. Strach ze smrti zvyšuje představa nesplněné povinnosti.

6. *Stabilita hodnot a identifikace s určitým životním názorem snižují strach ze smrti:*

Velmi význačnou roli hraje náboženská orientace, víra. Věřící lidé se méně obávají smrti a snadněji se s ní vyrovnávají. Smrt pro věřící lidi znamená přechod na jinou, duchovní formu existence (3, s. 430-433). Dle Katechismu katolické církve křesťan, který umírá v Kristu, opouští „domov tělesný“ a odebírá se „do domova k Pánu“ (4, s. 261).

Proces umírání může trvat různě dlouho a nemusí pro člověka ani pro jeho nejbližší vždy představovat stejnou zátěž. Strach z umírání je strachem z vlastní zranitelnosti, přitom nejde jen o bolest, ale i o existenciální utrpení, které představuje úzkost ze ztráty vlastní existence, která pro člověka znamená konec všeho. **Hledání smyslu smrti je stejně náročné jako hledání smyslu života.** Potřeba určité naděje a smyslu konce života může být saturována jen na spirituální úrovni.

Staří lidé nereagují na závažné zhoršení zdravotního stavu signalizující riziko blížícího se konce života tak bouřlivě jako příslušníci mladších generací. Nejčastější reakcí je smutek, event. apatie a rezignace ve vztahu k očekávané smrti. Vzácněji se objevuje hostilita či agresivita, která je aktivní obrannou reakcí (3, s. 433-434).

Odmítání reality vlastní smrtelnosti vede k tabuizaci smrti a je vyjádřeno v institucionalizaci umírání a smrti, která znemožňuje blízkost a vytváří odstup, čímž současně stupňuje strach před neznámem. Popírání smrti v institucích po tělesné stránce a v obranném postoji po stránce mentální se také nevyhnutelně projevuje v procesu vedoucím ke smrti, tedy v umírání. Umírání, smrt a truchlení jako tabu dnešní doby ovšem postihuje lidi, kteří právě v těchto mezních situacích potřebují zvláštní podporu. Tomuto úkolu se věnuje hospicové hnutí po celém světě (1, s. 25).

1.4 Smysl smrti

Konečnost, pomíjivost bytí je podstatným znakem lidského života. Konečnost života dává lidské existenci smysl a nemůže jí jej brát. Neboť kdybychom byli nesmrtelní, mohli bychom právem odsunovat každé jednání do nekonečna, nezáleželo by na tom vykonat je právě teď. Ale takto, tváří v tvář smrti jako nepřekročitelné hranici své budoucnosti

a ohraničení svých možností se nacházíme pod nátlakem, abychom využili času svého života a nenechali bez užitku projít kolem sebe jedinečné příležitosti, jejichž konečný souhrn tvoří celý život. Člověk během svého života tvoří, prožívá, trpí, vytváří hodnoty postojové, tvůrčí a zážitkové a na to má jen omezený čas, jehož délku člověk nezná. Nikdo nemůže dělat závěry z délky lidského života na jeho smysluplnost. Člověk má – v čase a konečnosti – něco naplnit a ukončit, to znamená vzít na sebe konečnost a počítat vědomě s koncem (5, s.80-82).

Lidé v ordinacích lékařů dnes nečekají jen léčbu, ale i pomoc při hledání uspokojivých odpovědí na otázky po smyslu života, nebo po smyslu utrpení. Zde se medicína může potkat s náboženskými otázkami. Sejdou-li se věřící lékař a věřící pacient, snadno se spolu domluví a tuto situaci lze využít i terapeuticky. Věřícímu pacientovi by měl nevěřící lékař zprostředkovat kontakt s duchovním, pokud o to nemocný stojí. V případě setkání věřícího lékaře s nevěřícím pacientem nebo nevěřícího lékaře i pacienta lze využít **Franklovu metodu lékařské péče o duši** (6, s. 39, 41-42).

1.4.1 Logoterapie

Základními tezemi logoterapie, tedy psychoterapeutické metody spočívající v hledání smyslu života, kterou Frankl využil v metodě lékařské péče o duši jsou:

1. *Jedinečnost každého člověka:*

Nikdy v celé historii lidstva nebyly a nebudou na světě dvě stejné lidské bytosti. Každý je jedinečný a neopakovatelný jedinec se svým jedinečným a nezaměnitelným osobním posláním. Budeme-li takto chápat sebe i druhé, nemůžeme se k sobě chovat jinak než s úctou.

2. *Jednorázovost každého okamžiku:*

Každý jednotlivý okamžik našeho života je jedinečný a neopakovatelný, vyskytne se jen jednou a nikdy jindy již nemůže nastat. Příští okamžik je zase jiný a rovněž neopakovatelný. Každý okamžik poskytuje příležitost vytvářet hodnoty, jedině jimiž život nabývá smyslu.

3. *Minulost - přítomnost – budoucnost – příležitost:*

Všechno, co se událo a stalo se minulým, zůstává, nelze to zrušit. V tomto smyslu je minulost jediné, co je opravdu věčné. Z toho vyplývá velikost a důležitost každého přítomného okamžiku.

4. *Život má smysl i v té nejtěžší situaci:*

Život lze smysluplně utvářet pouze uskutečňováním hodnot v jednotlivých přítomných okamžicích. Dnešní materialistické vnímání světa a života vede lidi ke ztrátě smyslu života v případě těžké nemoci nebo neschopnosti činnosti. Člověk ale může vždy naplňovat život vytvářením hodnot. Když ne tvůrčích, tak prožitkových, a jde-li o situaci nezměnitelnou, pak přicházejí stále v úvahu hodnoty postojové.

5. *Hodnoty tvůrčí:*

Tvůrčí hodnoty, které představují především práci, lidé oceňují nejvíce, přestože právě v jejich uskutečňování jsme nejvíce omezeni, a to i v období plného zdraví – např. v oblasti fyzických sil.

6. *Hodnoty prožitkové:*

Prožitkové hodnoty máme příležitost vytvářet prakticky vždy a všude, nezávisle na stavu naší tělesné schránky nebo na vnější svobodě. Řadíme sem především lásku, vnímání a prožívání krásy přírody, krásy umění, hudby apod. Prožitkové hodnoty jsou trvalé, nikdo nám je nemůže vzít.

7. *Hodnoty postojové:*

Při neodvratitelnosti smrti zbývá člověku prostor pro hodnoty postojové. Zde má člověk v podstatě neomezenou svobodu, nehledě na situaci, ve které se nachází (6, s. 43-45).

2 Specifické potřeby v období umírání

Jedinec, který se ocitá (někdy i zcela náhle a nečekaně) na konci života, je velmi citlivou a zranitelnou bytostí. Skutečnost „umírání“ a „predikované konečnosti“ je tak závažnou situací v životě člověka, že nezbytně vyvolá mnoho nečekaných (a často nevíтанých) změn v jeho osobnosti i v jeho blízkém okolí. Možnosti umírajícího jsou invazivní nemocí (popřípadě i věkovou sešlostí) omezeny, postupně se stává závislým na pomoci druhých a jeho potřeby se mění pod vlivem nových skutečností. Tyto potřeby chápe paliativní medicína komplexně, člověk je pro ni jedinečnou a celistvou bytostí, a důraz je tedy kladen nejen na péči o tělo, ale také o duši. Paliativní péče respektuje sociální, psychologické a duchovní aspekty (7, s. 27-28).

2.1 Práva umírajících

Jak uvádí Kessler (1, s. 37-38), „podmínky pro důstojné umírání jsou formulována jako práva umírajících:

1. „právo na zacházení jako s živým člověkem a na zachování pocitu naděje – jakkoli může být subjektivní,
2. právo vyjadřovat myšlenky a pocity k tématu smrti po svém,
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“ (1, s. 37-38).

2.2 Potřeby umírajících

Priorita specifických potřeb osob, kteří se blíží ke konci své existence, se v průběhu času mění. Jestliže na začátku byly prvořadě potřeby biologické, v konečné fázi velmi často nabývají na důležitosti potřeby spirituální (6, s. 21).

2.2.1 Fyziologické potřeby

Mezi potřeby fyziologické řadíme především příjem potravy, někdy i zvláštním způsobem upravenou, zbavování produktů vlastního metabolismu, přísun kyslíku, případné odstranění nemocného orgánu a s tím související ozařování, chemoterapii, hormonální léčbu, prevenci dekubitů, tělesnou aktivitu, spánek apod. O většinu biologických potřeb, včetně tišení bolestí, bývá dobře a odborně postaráno v nemocnici, ale nemusí tomu tak být vždycky. Například podmínky pro nerušený spánek může mít pacient mnohem lepší doma.

2.2.2 Psychologické potřeby

Mezi psychologické potřeby patří především nutnost respektování lidské důstojnosti, a to naprosto nezávisle na stavu tělesné schránky. Člověk je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. A jako takového je člověka nutno chápat a respektovat vždy, tím spíše v období, kdy svůj specifický úkol završuje.

Zásadní je pacientovi nelhat a vždy říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet a jen tehdy, kdy to chce slyšet. Důležitá je i orientace v čase (možnost sledovat hodiny, kalendář, dopadající sluneční paprsky, určité rituály a činnosti vázané na jednotlivé dny v týdnu).

Potřeba komunikace včetně nonverbální (mimika, pohyby, gesta, postoj, oči i oblečení apod.) hraje také významnou roli.

2.2.3 Sociální potřeby

V terminální fázi onemocnění jsou tyto potřeby velmi specifické. Sociální síť, ve které se nemocný dříve nacházel, může být narušena z důvodů jeho nemoci. Pro odchod ze života je však uspořádání a vyjasnění si vazeb k této sociální síti často velice důležité (7, s. 35).

Člověk nežije izolovaně ani v průběhu nemoci a umírání, nemocný většinou stojí o návštěvy a potřebuje je – ne ale vždy a všechny, měl by mít právo si sám návštěvy usměrňovat a my bychom ho v tom měli plně respektovat (6, s. 23).

2.2.4 Spirituální potřeby

Duchovní potřeby byly až do nedávné doby více méně tabu, ale právě v průběhu vážné choroby se nemocní začínají zabývat životně důležitými otázkami po smyslu vlastního života. Každý člověk v takové situaci potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a má potřebu i sám odpouštět a zároveň potřebuje vědět, že jeho život měl a do poslední chvíle má smysl (6, s. 23-24).

2.3 Reakce na umírání

Každý jedinec se v průběhu života musel potýkat s mnoha zátěžovými situacemi. Reakce na krizovou situaci, nemusí jít jen o nemoc, je v podstatě psychická obrana s cílem zachovat si duševní rovnováhu. Individuálně jsou reakce rozdílné a závisí na mnoha okolnostech, např. na typu osobnosti a temperamentu, věku, životních zkušenostech, momentální kondici a zdravotním stavu, rodinném či jiném zázemí, hloubce a opravdovosti víry apod. Rozlišujeme dva typy obrany:

1. **aktivní** – projeví se buď zvýšenou aktivitou (to se uplatní ve fázi „smlouvání“ dle Kübler-Rossové) nebo zvýšenou agresivitou (uplatní se nápadněji ve fázi „agrese“),
2. **pasivní** – projeví se např. popíráním a vytěsňováním (ve fázi „negace“), jindy rezignací a podobně (6, s. 26).

2.3.1 Fáze reakcí na umírání

Třebaže jsou reakce jednotlivých lidí na těžké životní situace odlišné a závisí na různých vnějších okolnostech, na dosavadních zkušenostech a osobnosti jedince, lze vysledovat určité zákonitosti. Jako „fáze“ je popsala dr. Elisabeth Kübler-Rossová.

1. **Fáze negace:**

stadium šoku a popírání nastalé situace, člověk nechce přijmout realitu, nepřipouští si, že by se něco takového mohlo stát i jemu. Důležité je s pacientem nebo jeho blízkými navázat vztah, získat jeho důvěru.

2. **Fáze agrese:**

období hněvu a vzpoury. Člověk vyčítá nespravedlnost situace, zlost na pracovníky, na zdravé lidi. Hledání odpovědi na otázku, proč zrovna on onemocněl, či je to vina. Podstatné je dovolit člověku odreagování, nepohoršovat se nad projevy.

3. **Fáze smlouvání:**

stadium vyjednávání. Člověk hledá zázračné léky, vyhledává léčitele, věří pověrám, je ochoten cokoliv zaplatit a činí velké sliby. Doufá v „zázračné“ vyléčení. Je třeba maximální trpělivosti ze strany pracovníků a okolí.

4. *Fáze deprese:*

projevuje se smutkem z utržené ztráty nebo z hrozící ztráty, strach z účtování, strach o zajištění rodiny. Potřebné je trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení problémů.

5. *Fáze smíření:*

člověk si uvědomuje, že jeho boj skončil, přišel čas loučení. Období charakteristické vyrovnaností a pokorou, kdy personál a blízcí mohou pomoci mlčenlivou přítomností, držením za ruku apod. Rodina v této fázi může potřebovat více pomoci než samotný pacient, zvláště pokud se nacházejí v některé z předcházejících fází.

Fáze jsou řazeny za sebou, jak obvykle přicházejí, ale nemusí vždy zachovávat tento sled. Často se některé z nich opakovaně vracejí a střídají a mohou se i dvě nebo tři, někdy i v jednom dni, prolínat. Nebývají stejně dlouhé a také se může stát, že některá chybí.

Těmito fázemi neprochází jen pacient, ale i jeho nejbližší. Může dojít i k časovému posunu mezi prožíváním jednotlivých fází pacienta a jeho blízkých. Pokud pacient dosáhl fáze smíření, zatímco jeho okolí stále prožívá fázi smlouvání a vyjednávání, měla by se rodina snažit co nejdříve s umírajícím vyrovnat krok.

Cílem pomoci nemocným a jejich blízkým je dosažení přijetí neodvratitelné skutečnosti (6, s. 27-29).

3 Paliativní péče

3.1 Bolest a její zvládnutí

Akutní bolest je důmyslné opatření, které nás upozorňuje na ohrožení života. Oproti tomu chronická bolest tuto funkci ztrácí a navíc, je-li vytrvalá a urputná, nedovolí nemocnému myslet na nic jiného. Prvořadou snahou je tedy bolest bezpodmínečně zvládnout. Léčba bolesti udělala v posledních letech ve světě velký pokrok. Existuje mnoho příčin bolesti a tomu musí odpovídat i strategie léčby. Patří sem např. analgetika i některé operativní zákroky, ozařování, chemoterapie, léčba hormonální či léčba pomocí

radioaktivních izotopů, blokády nervů, ale i láskyplná péče a pochopení. Všemi těmito možnostmi se zabývá lékařský obor paliativní medicína, na kterém stojí veškerá hospicová péče.

Základním cílem každého hospice je tedy zlepšit kvalitu života nemocných a umírajících. Zdravotníci jsou povinni respektovat pacientovo rozhodnutí i v případě, že se vědomě a svobodně rozhodne bolest až do určité míry snášet.

I v případě potlačení bolesti je třeba si stanovit reálné a splnitelné cíle, a to bez bolesti se vyspat, bez bolesti v klidu odpočívat a bez bolesti se pohybovat. Pohybovat se bez bolesti, může být náročněji uskutečnitelné, ale pomocí může být i polohovací lůžko (6, s. 30-31).

Již od svého počátku se hospicové hnutí snaží o co nejvhodnější způsob boje proti bolesti. Dnes již je k dispozici dobrá léčba bolesti s mnoha metodami, takže více než 90% umírajících mohou prožít poslední fáze života bez bolesti (1, s. 49).

3.1.1 Přesah bolesti do všech složek lidské existence

Při léčbě bolesti je třeba uvážit všechny rozměry lidské existence:

1. Fyzický, tělesný rozměr:

Dobrá léčba bolesti se nemůže omezit pouze na podávání léků. Např. správné uložení pacienta a čistotné nakládání s jeho tělem mohou bolest často rychle odstranit nebo alespoň zmírnit. Zmírnění bolesti otevírá umírajícímu člověku i jeho bližním pohled na další rozměry života. Dobrá léčba tělesné bolesti je předpokladem pro vnímání a překonávání bolestí jiných než tělesných.

2. Sociální rozměr:

Prožívat bolest může člověk i tehdy, pokud nejsou v pořádku jeho sociální vztahy. To se může projevit i ve fázi umírání, např. když se ošetřující personál a lékaři od umírajícího ustrašeně odtahují nebo nejsou-li si rodinní příslušníci jisti, zda mohou s umírajícím vést řádný rozhovor. Také umírání v izolovaném prostředí má vliv na vnímání bolesti.

3. ***Psychický, emoční rozměr:***

U umírajících se často objevuje bolestná zkušenost, že sami se svými blízkými mají již jen omezený čas pro vyřízení posledních záležitostí a uzavření nevyřešených konfliktů. Je třeba hovořit o bolestných věcech jako jsou nemoci, přehlížení, nespravedlnosti apod.

4. ***Duchovní, spirituální rozměr:***

Jako spirituální bolesti chápeme takové bolesti, které se objevují při otázce po smyslu života a umírání. Klást si tyto otázky znamená vystavit se bolestným odpovědím (1, s. 50-51).

3.2 Paliativní péče

3.2.1 Definice paliativní péče

Termín paliativní pochází z latinského *pallium* (maska, pokrytí, zakrytí pláštěm). Světová zdravotnická organizace (WHO) roku 1990 definovala paliativní péči jako „aktivní celkovou péči o nemocné, jejichž choroba neodpovídá na léčbu kurativní. Prvořadým úkolem je kontrola bolesti nebo jiných symptomů a psychických, sociálních a spirituálních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života pro nemocné a pro jejich rodiny“. Tato definice klade důraz na nemocného, plně vnímá mnohorozměrný charakter lidské existence a jejím cílem je kvalita života z pohledu nemocného.

Novější definice WHO z roku 2002 klade větší důraz na prevenci utrpení: „Paliativní péče je takový 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“. Jako dodatek k nové definici vytyčuje základní principy paliativní péče (převzato z dokumentu Rady Evropy, 2003):

1. Zajišťuje úlevu od bolesti a jiných symptomů.
2. Přisvědčuje životu a dívá se na umírání jako na normální proces.
3. Nemá v úmyslu ani urychlit ani odsunovat smrt.
4. Integruje do péče o pacienta i psychologické a spirituální aspekty.

5. Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže nemocným, aby žili tak aktivně, jak je to jen možné, až do smrti.
6. Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže rodině vyrovnávat se s chorobou pacienta a se svým vlastním zármutkem.
7. Používá týmový přístup v řešení potřeb nemocných a jejich rodin, včetně poradenství v případě truchlení, je-li indikováno.
8. Snaží se o zlepšení kvality života a může také pozitivně ovlivnit průběh choroby.
9. Je aplikovatelná již v časných fázích choroby v propojení se škálou jiných léčebných postupů, které mají za cíl prodlužovat život, jako je chemoterapie a radioterapie, a zahrnuje taková zkoumání, která jsou potřebná k lepšímu pochopení a zvládnutí nebezpečných klinických komplikací.

Paliativní péče zahrnuje i použití patřičných paliativních intervencí, které mohou nemoc ovlivňovat (např. chirurgické, radioterapeutické nebo chemoterapeutické postupy), a těch, které mohou tlumit symptomy způsobené léčbou. Základním cílem všech zákroků je však rehabilitovat nemocného, nakolik je to jen možné, a docílit co nejlepší kvality jeho života (8, s.62-63).

3.2.2 Vývoj paliativní péče

Paliativní medicína bývá mnohdy veřejností chápána jako nová disciplína, ve skutečnosti je však asi nejstarším lékařským oborem, protože až do novověkého pokroku medicíny byly jen u mála nemocí k dispozici skutečné možnosti účinné léčby. Ovšem i dnes platí, že vinou neodvratné konečnosti lidského života se v jistém okamžiku ocitne kurativní léčba u konce svých možností. V této fázi se cílem stává místo terapie zmírňování symptomů (9, s. 36).

Za zakladatelku moderní paliativní péče je považována Cecilly Saundersová, která vybudovala hospic svatého Kryštofa v Londýně, a otevřela jej roku 1967. Paliativní péče je filozofie, kterou lze aplikovat nejen v hospicích, ale i v různých nemocničních zařízeních a také v prostředí domácím. Dříve byla tato péče spojovaná jen s terminální fází choroby. Dnes se využívá i v dřívějších fázích choroby (8, s. 61).

3.2.3 Principy paliativní péče

Úkolem paliativní péče je v první řadě dostatečná a výrazná kontrola bolesti a příznaků. Ve zdravotnickém systému by mělo být zaručeno, aby měl každý člověk bez ohledu na své finanční možnosti v rámci paliativní péče právo na optimální léčbu bolesti (9, s. 36, 40).

Paliativní péče zahrnuje aspekty medicíny, ošetrovatelství, sociální práce, duchovní péče, fyzioterapie a ergoterapie – a podle potřeby i dalších disciplín (9, s. 37-38).

Paliativní medicína je reakcí na odmítání smrti. Koncept paliativní medicíny vychází z filozofického přesvědčení, že smrt je součástí života. Další východisko tvoří etická dimenze – bezpodmínečná úcta k člověku jako jedinečné a komplexní bytosti. Třetím východiskem je praktická péče o fyzické pohodlí a psychologická podpora, která se poskytuje nasloucháním nemocnému. K tomu je navíc potřeba zvýšená vzájemná komunikace mezi všemi doprovázejícími (10, s. 59-60).

3.3 Eutanazie

3.3.1 Definice eutanazie

Většina autorů současnosti se ztotožňuje s holandskou definicí eutanazie: eutanazie je úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (lékařem), na jeho vlastní žádost (8, s. 49).

Dle dřívějšího vymezení se tedy jedná o aktivní vyžádanou eutanazii. Ukončuje-li pacient sám svůj život pomocí rady lékaře, pak se jedná o suicidium s asistencí lékaře, asistované suicidium (8, s. 49).

3.3.2 Vývoj pojetí eutanazie

V dřívějších dobách byla eutanazie tříděna na aktivní a pasivní. Pojem aktivní eutanazie vyjadřoval aktivní zásah vedoucí k smrti, zatímco pojem pasivní eutanazie znamenal ustoupení od aktivity, čili nepodání léků nebo nepokračování v léčebných

postupech, což vedlo rovněž ke smrti. Záleželo rovněž na tom, zda to nemocný chtěl, nechtěl nebo byl usmrčen i proti svému chtění. Bylo možné popsat i různé kombinace – např. aktivní vyžádaná (chtěná) eutanazie, pasivní nevyžádaná (nechtěná) eutanazie, aktivní nedobrovolná eutanazie apod. Pod pojmem pasivní eutanazie však mohly být skryty dva diametrálně odlišné postupy. Na jedné straně nezasáhnutí s úmyslem zabít, na druhé straně nepodání léčby nebo ustoupení od dalších postupů, jsou-li zcela zbytečné a zatěžující (8, s. 48-49).

3.4 Eutanazie versus paliativní péče

Na různých místech světa vznikají hnutí pro aktivní eutanazii, která se eufemisticky nazývají hnutím za právo zemřít s důstojností. Také čas od času dochází i ke snahám o legalizaci zabíjení tohoto typu (8, s. 49).

Smrt dnes není přijímána a její neustálé, často i bolestné oddalování, jistě stálo u zrodu moderních hnutí pro eutanazii, směřujících proti násilnému prodlužování života. Paradoxem je, že se tato hnutí velmi brzy ztotožňují opět s oním „popíráním a odmítáním“ umírání a přirozené smrti, nyní ovšem ve zcela jiném, opačném směru. Smrt není nepatřičně oddalovaná, je naopak urychlena.

V současnosti dochází ke vzniku mnoha hospicových hnutí s novou orientací, jejichž cílem je, v duchu paliativní péče, pomoci nemocným a jejich rodinám usnadnit umírání, přijmout smrt a vyrovnat se s bolestnou ztrátou blízkého člověka. Jedná se o péči, která se snaží vnímat a ošetřovat všechny vzájemně provázané neoddělitelné dimenze člověka: fyzickou, psychickou, spirituální a sociální. Cílem hospice není ani vyléčení choroby, kterou již vyléčit nelze, ani oddalování smrti za cenu prodlužování utrpení, ale ani urychlování smrti, které by bylo nejen v rozporu s lékařskou, ale i všeobecnou mravností, i lidskou přirozeností (8, s. 68-69).

Zatímco v Anglii, kde hospicové hnutí vzniklo a funguje zde široká síť hospicových zařízení, se prakticky nevyskytují žádosti o eutanazii, v Nizozemí, kde hospicová péče donedávna nebyla vůbec rozvinuta, lékaři každoročně zabíjejí tisíce pacientů. A přitom je zřejmé, že lékaři, kteří jsou řádně vyškoleni v paliativní medicíně, se stavějí k násilnému ukončování života odmítavě, jelikož je nepovažují za nutné (Emanuel, 2005,

s 70). Dokonalá paliativní péče je potřebná také proto, aby došlo ke snížení počtu žádostí o eutanazii a o asistenci při suicidii (8, s.70).

Papež Jan Pavel II. označuje ve své encyklice *Evangelium vitae* (z roku 1995) eutanazii za symptom kultury smrti. Poukazuje na to, že se člověk činí pánem nad životem a smrtí, když smrt způsobuje předčasně (9, s. 25).

„Klíčovým aspektem současné debaty o eutanazii jsou pravděpodobně nedostatky v praktickém provádění paliativní medicíny. Mnozí lidé trpí se svými umírajícími blízkými, když vidí, že jejich bolesti jsou stále ještě tišeny příliš málo, pozdě nebo jen částečně. Rozpor mezi dosaženým standardem paliativní medicíny a její faktickou aplikací je značný. Právě tato skutečnost může být do značné míry příčinou strachu, vyvolaného představou dlouhého procesu umírání, plného utrpení a bolesti. A tento strach je hnací silou pro hnutí a skupiny, jež bojují za práva zabíjet nemocné na jejich žádost. Paliativní medicína se neomezuje jen na tišení fyzických bolestí a kontrolu symptomů, ale chápe se jako tišící a pomáhající medicína mnohem komplexněji. Paliativní péče vyžaduje odbornou lékařskou kompetenci stejně jako lidskou kompetenci v důležité a hodnotné oblasti loučení se se životem“ (9, s. 35-36).

Moderní paliativní medicína ukazuje, že jsou k dispozici léky, které tlumí bolesti a jiné symptomy, a že je možná kompetentní péče a doprovázení nemocných. Tam, kde se těchto možností skutečně využívá, nemusí být pacient zabíjen, ani si nemusí sám brát život, aby mohl důstojně zemřít. Praktické uskutečňování paliativní péče je alternativou k diskuzi o eutanazii (9, s. 39).

4 Hospicová péče

4.1 Myšlenka hospice

Myšlenka hospicového hnutí vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti.

Hospic nemocnému zaručuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost, a že v poslední chvíli života nezůstane osamocen. Cílem je naplnit dny životem, nikoli život naplnit dny. Důraz je kladen především na kvalitu života nemocného, a to kvalitu života až do konce. Jde o doprovázení nemocného, ale také jeho blízkých. Hospice nepouštějí ze zřetele rodinu ani po smrti nemocného a je-li to potřeba, věnují se jí dlouhodobě. Pro některé umírající představuje toto ujištění velkou úlevu.

Chtít ze života odstranit utrpení by byla utopie. Už proto, že k životu zákonitě patří i smrt. Hospic smrt respektuje jako přirozenou a samozřejmou součást života. Úkolem hospice je pomáhat a sloužit. Nejde jen o pomoc fyzickou, zahrnuje především kvalitní ošetrovatelskou péči (6, s. 123-124).

Umírání je sociální proces, který vyžaduje čas, prostor a citlivé zacházení. Důstojné umírání je závislé nejen na samotných umírajících lidech, ale i na společenských, etických a odborných předpokladech.

Základní myšlenkou hospice je snaha učinit umírání součástí života a vrátit ho zpět do každodenního života. Vyplývá z přesvědčení o smyslu a důstojnosti lidského života až do konce, tedy i v umírání.

Cílem práce v hospicích je poskytnout potřebnou podporu nevléčitelně nemocným a umírajícím, aby mohli zbývající etapu života smysluplně prožít pokud možno bez potíží a podle svých individuálních přání. To by se mělo dít, jak je to jen možné, v domácím prostředí nebo, je-li to nezbytné, v uzpůsobených prostorách a zařízeních.

Vlastní hospicová činnost proto spočívá v ambulantní péči a doprovázení umírajících v poslední fázi života a v podpoře členů jejich rodin a blízkých. Jen není-li možné toto zajistit, např. proto, že umírající nemá příbuzné nebo jsou zaneprázdněni, je namístě stacionární hospic. Podobně v případech, kdy si pacienti přejí prožít poslední dny tam, kde jsou zaopatřeni a jsou si jisti, že jejich umírání nebude nikdo uměle prodlužovat nebo naopak zkracovat jejich aktivní život (1, s. 25-27).

4.2 Dějiny hospicového hnutí

4.2.1 Hospice ve světě

Název hospicového hnutí se odvozuje od latinského pojmu *hospitum* - přístřeší, ubytovna (1, s. 141) a *hospes*, které označovalo hosta (ale také hostinského). Substantivum *hospitale* pak útulek pro nemajetné nebo nemocní. I dnes se někde používá pojem hospic v původním smyslu, tj. zařízení pro ubytování poutníků obvykle ve spojení s klášterem (11). Současně se odvozuje od křesťanské tradice hospiců, které se začaly objevovat v Malé Asii jako *xenodochium* (domov pro cizí) a ve středověku se uplatnily jako špitály (1, s. 141). Nynější hospicová péče navazuje na tradici klášterních útulků.

Užití pojmu hospice k označení institucí zabývajících se péčí o umírající zavedla poprvé **Jeanne Garnier**, která založila tyto útulky v roce **1842 v Lyonu ve Francii**. Irské charitativní sestry otevřely v Dublinu ženský hospic roku 1879 a v Londýně útulek sv. Josefa v roce 1905. **První moderní hospic**, který nese jméno **sv. Kryštofa** vznikl z iniciativy **Cecilly Saundersové v Londýně v roce 1969** (11).

Ve vývoji hospicového hnutí se pojmy vícekrát měnily. Zprvu Cecilly Saundersová hovořila o „Terminal Care“ (terminální péče), později se pro tento specifický přístup ke smrtelně nemocným a jejich rodinám vžilo označení „Hospice Care“ (hospicová péče). Dnes se prosadil termín „Paliative Care“ (paliativní péče), který od roku 1990 užívá i Světová zdravotnická organizace (1, s. 143).

4.2.2 České hospicové hnutí

Za vznik a rozvoj hospicového hnutí u nás má zásluhu MUDr. Marie Svatošová, význačná česká gerontoložka a thanatoložka, která již roku 1990 vybudovala na půdě České katolické charity spolu s řádovými sestrami první mobilní hospic (12). V roce 1993 začalo budování lůžkových hospiců. Na jaře téhož roku bylo založeno občanské sdružení ***Ecce homo – Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí***. Jeho hlavní cíle byly stanoveny takto:

1. začít o umírání a smrti nahlas mluvit a hlavně přemýšlet,
2. pomoci vybudovat první český hospic,

3. zkušenosti z hospice předávat dál (přednášky, semináře, stáže atd.),
4. vzdálený cíl: myšlenku hospice prosadit i mimo budovy hospice, všude, kde lidé umírají (12).

4.2.2.1 Hospice v ČR

První český hospic byl otevřen 8. prosince 1995 – Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Po něm následovaly další, v průměru každý rok jeden (13):

- Hospic Štrasburk v Praze (od r. 1998),
- Hospic sv. Lazara v Plzni (od r. 1998),
- Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna (od r. 1999),
- Hospic v Mostě (od r. 2000),
- Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích (od r. 2001),
- Cesta domů (od r. 2001),
- Hospic sv. Lukáše v Ostravě (od r. 2001),
- Hospic na Svatém Kopečku u Olomouce (od r. 2002),
- Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí (od r. 2003),
- Hospic sv. Alžběty v Brně (od r. 2004),
- Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích (od r. 2005),
- Mobilní hospic Ondrášek v Ostravě (od r. 2005),
- Hospic v Jablonci nad Nisou (od r. 2005),
- Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech (od r. 2008),
- Hospic v Chrudimi (od r. 2009),
- Dětský hospic v Malejovicích (buduje se),
- Hospic Havlíčkův Brod (projektuje se).

4.3 Formy hospicové péče

Základním cílem všech hospiců je umožnit umírajícím lidem strávit svůj život až do konce ve vlastním domovu. Jen pokud to není možné, přichází v úvahu péče v lůžkovém hospici (1, s. 93).

4.3.1 Domácí hospicová péče

Pro nemocného se jeví jako ideální forma, pokud splňuje alespoň následující minimální požadavky:

1. musí být poskytnuta 24hodinová pohotovostní služba,
2. tým pomocníků musí být vybaven znalostmi, zkušenostmi a možnostmi pro kontrolu symptomů (zvláště léčbu bolesti),
3. rodina musí mít dostatečnou nabídku k odreagování a úlevě (1, s. 94).

Překážkou této formy tedy může být chybějící rodinné zázemí nebo jeho postupné vyčerpání z důvodu nedostatku sil.

Další důvody nevhodnosti domácí formy mohou být prostorové nebo odborné. Pokud v místě bydliště není žádná agentura zajišťující domácí péči, znamená každé zhoršení stavu návrat do nemocnice (6, s. 127).

4.3.2 Stacionární hospicová péče

Stacionární péče neboli denní pobyty nejsou spojeny s poskytnutím ubytování v zařízení a tedy se setrváním přes noc. Pacient je do hospicového stacionáře přijat ráno, a odpoledne nebo k večeru se vrací do svého bydliště. Dopravu nemocného zajišťuje buď rodina nebo hospic. Závisí na domluvě a místních podmínkách. Tato forma je vhodná pro pacienty v místě nebo z blízkého okolí. Důvodů pro využití stacionárního hospice může být několik (6, s. 127-128):

1. **důvody diagnostické:**
nejčastěji za účelem kontroly bolesti, kterou se doma nepodařilo zvládnout,
2. **důvody léčebné:**
za účelem aplikace chemoterapie a nejrůznější paliativní léčby,
3. **psychoterapeutické důvody:**
např. pacient rád dochází do hospice, protože se doma necítí dobře,
4. **azylové důvody:**
prevence vyčerpání rodiny z péče o pacienta (6, s. 127-128).

4.3.3 Lůžkové hospice

Lůžkovou formu hospicové péče využívají nemocní, kteří nemohou denně dojíždět buď pro svůj zdravotní stav nebo pro vzdálenost bydliště. Není pravda, že nemocný, který si přijde lehnout na hospicové lůžko, musí na něm také zemřít. Může, ale nemusí. Většina nemocných, nejčastěji s nádorovým onemocněním, využívá hospic velmi účelně. Přicházejí na krátkodobé, zpravidla opakované pobyty zcela svobodně a dobrovolně, tehdy, kdy oni sami cítí, že je to pro ně dobré. Když vidí, že v domácím prostředí je péče obtížně zvládnutelná a přitom pobyt v nemocnici není nutný.

Záleží na pacientovi, zda chce v hospici pobývat se svým průvodcem nebo bez něho, jak si s rodinou dohodne návštěvy. Ty jsou v hospici zásadně neomezené, tj. jsou možného 24 hodin 365 dní v roce. Jestliže má návštěva zájem o zahrnutí do pečovatelského procesu, je jí to umožněno. Režim dne si, pokud je to jen trochu možné, určuje sám pacient. V popředí je snaha, aby hospic umírajícímu připomínal víc domov než nemocnici (6, s.129-131).

K dispozici jsou nejrůznější pomůcky, usnadňující nemocným každodenní život a sestřám fyzickou námahu - polohovací lůžka, zvedáky, pojízdné koupací vany, prostory jsou bezbariérové.

O tom, zda bude nemocný přijat na hospicové lůžko, nebo se o něho lze postarat ve stacionáři či doma, rozhoduje vždy hospicový lékař. Ten, po dohodě s ošetřujícím lékařem pacienta, zváží zejména jeho zdravotní indikaci, ale i možnosti hospice. Může být benevolentnější, jsou-li v hospici některá místa volná. Je-li plno, musí být bezpodmínečně dána přednost těm nemocným, u nichž lze předpokládat, že jejich nemoc v brzké době povede ke smrti. Těmto nemocným je hospic určen především (6, s.129-131).

4.4 Kritéria pro přijetí do hospice

Úkolem hospice je lidem nabídnout pomoc a podporu, kterou potřebují. Je ale také třeba uvědomovat si své hranice a neslibovat nemožné a nevzbuzovat nesplnitelná očekávání. Existují proto kritéria pro přijetí do hospice (1, s. 41):

1) Nemocný člověk trpí jedním z těchto onemocnění:

- a) onkologickým onemocněním s metastázemi, pokročilým i po léčbě,
 - b) infekčním onemocněním AIDS,
 - c) onemocněním nervového systému s pokračujícím ochrnutím,
 - d) konečným stavem chronického onemocnění ledvin, jater, srdce nebo plic.
- 2) Lze již konkrétně určit individuální příčinu smrti (např. selhání ledvin, srdce, dýchání, již nevléčitelná otrava krve).
- 3) Nemocný člověk, jeho blízcí a pokud možno též ošetřující lékař znají a schvalují princip hospicové péče a terapie, nepřejí si již další vyšetření nebo další způsob léčby, souhlasí s tím, že se další zacházení s pacientem soustředí na zmírňování doprovodných obtíží. To znamená, že pacientovi nebude podávána výživa proti jeho vůli, umělé dýchání ani trvalá infuzní léčba.

Do péče hospice bývají přednostně přijímáni lidé, u nichž je předpoklad dožití omezen na týdny nebo několik málo měsíců. Kritéria pro přijetí většinou vylučují osoby s dlouhodobým onemocněním, vedoucím ke smrti (1, s. 41).

4.5 Cílové skupiny hospicové práce

Vycházíme-li z pojetí hospice jako myšlenky a konceptu zásadně jiného přístupu k umírání, smrti a smutku, obrací se hospicová práce na všechny lidi a celou společnost. Neboť každý člověk prožívá ve svém životě ztráty a smutek a jednou zemře, a tedy se stane *hlavním postiženým*. Cílové skupiny hospicové práce jsou tito akutně postižení, tedy umírající lidé, a vedle nich také jejich rodinní příslušníci, přátelé, zúčastněné skupiny odborníků a dobrovolníci (1, s. 57).

4.5.1 Umírající člověk

První a s odstupem nejdůležitější cílovou skupinou tvoří umírající lidé. Jejich životní horizont je úzce vymezen pouze týdny či několika málo měsíci.

Hospicová práce se odlišuje nejen u každého jednotlivého případu; existují také zvláštnosti u nejdůležitějších terminálních onemocnění, především se zřetelem na onkologický a ne-onkologický původ. Doprovázení umírajících zahrnuje mnoho aspektů (1, s.57;61):

1. ošetřování (např. bolestí),
2. léčbu (např. panického strachu),
3. zastupování (ručit za něco),
4. péči (základní a paliativní péče),
5. opatrování (příp. také právní zastupování),
6. zprostředkování lidské blízkosti,
7. navazování kontaktů,
8. obnovování či zajištění kvality života,
9. péče o udržení autonomie,
10. ulehčení,
11. přítomnost.

Mnoho lidí nemůže i přes veškerou snahu zemřít doma, protože praktičtí lékaři (nezřídka na popud ošetřujících) při zhoršení celkového stavu posílají pacienty do nemocnice. Proto je důležité dozvědět se, co si přeje pacient – např. radou při sestavování předběžného opatření a podporou následného uskutečňování jeho přání.

Přes 90% umírajících v péči evropských hospiců trpí některým z onkologických onemocnění (1, s.57;61).

4.5.2 Rodinní příslušníci

Rodinní příslušníci a blízcí nemocného bývají s umíráním blízkého člověka zasaženi v několikerém ohledu. Trpí s umírajícím, předjímají ztrátu a jsou konfrontováni s vlastní smrtelností a se veškerou s tím spojenou nejistotou a strachem. Už kvůli těmto okolnostem jsou zahrnuti mezi adresáty hospicové péče. V roli nejdůležitějších kontaktních osob zastávají zvláštní úkol při doprovázení umírajícího, kdy přitom sami potřebují podporu. Potřeby a přání doprovázejících lidí jsou úzce spojeny s potřebami a přáními lidí umírajících: trápí-li se umírající, zoufají si jeho příbuzní; daří-li se příbuzným špatně, trpí také umírající – ale většinou každý sám.

Příbuzní, kteří mají před sebou blízkou smrt milovaného člověka, trpí především čtyřmi druhy strachu, které jsou podobné obavám umírajících: strach z nejistoty, strach z utrpení, strach ze ztráty a strach ze selhání (1, s.63, 65-66):

1. *Strach z nejistoty:*

Protože je dnes umírání většinou vytěsněno z každodenní zkušenosti, chybějí pro proces umírání obyčejné znalosti a vzorce chování. Proto se mnoho lidí obává, že budou muset prožít umírání blízkého člověka doma, a upřednostňují umírajícího svěřit do péče instituce. Strach a obavy ale bývají podle zkušenosti tísnivější než realita, ke které se vztahují. Již toto vědomí může pomoci a povzbudit k přijetí neměnitelné skutečnosti. Podaří-li se poznatky o umírání, smrti a smutku včlenit do běžného života, dosáhne se tím mnohého.

2. *Strach z utrpení:*

Většina lidí si s utrpením spojuje bolesti. To neplatí jen pro umírající, nýbrž také pro rodinné příslušníky. Značnou úlevu přinášejí znalosti o možnostech moderní léčby bolesti. Osvobození od fyzických bolestí znamená zmírnění utrpení pro všechny zasažené.

3. *Strach ze ztráty:*

Zažít smrt blízké osoby vždy znamená bolestné odloučení. Často k takovému odloučení dochází již při umírání, když se např. ošetřující a lékaři úzkostlivě odtahují od umírajícího a jeho rodiny a blízkých. Rodiny potřebují poskytnutí podpory, vytvářející důvěrnou atmosféru. Zmírňování bolesti zde znamená především pobývat v bezpečném prostředí, ovlivňovat situaci a chovat se tak, aby rodina a umírající mohli žít svůj normální, všední, plnohodnotný život a připouštět si a vyjadřovat své pocity a vnitřně se spolu připravit na umírání a smrt. V takovém případě se doprovázející se strachem ze ztráty dokáží snáze vyrovnat.

4. *Strach ze selhání:*

Přestože se pocit selhání v atmosféře domácího bezpečí dostavuje vzácněji, i tak patří k normálnímu procesu smutku a lze jej jen sotva odstranit racionálním ujišťováním a již vůbec ne rozkazy. Pocit selhání vyvolaný smutkem se dá zmírnit, zeslabí-li se samy příčiny smutku. Sem patří mimo jiné příležitost k tomu, aby se příbuzní mohli vhodným způsobem rozloučit, k čemuž existují vnější i vnitřní podmínky, které pomocníci v hospicích mohou ovlivňovat. K nim náleží připravenost a schopnost vnitřně připustit, že už je pouze omezená šance k vyřízení posledních věcí, ke zdárnému uzavření nedořešených konfliktů, k rozhovoru o nemocech

a nespravedlnostech nebo o citu, který po celý život zůstal potlačený nebo zakrytý pocity viny, studu či vzteku. Ze strany pracovníků hospice je především třeba vytvářet spojenecký vztah a odvalu vydržet bolestný proces a neutíkat od něj (1, s.63, 65-66).

4.5.3 Zúčastněné skupiny odborníků

Doprovázení umírajících svádí dohromady skupiny různých profesí, které jsou organizovány v multiprofesním týmu. Také odborníci musí zvládnout zvláštní výzvu hospicové práce a stále prověřovat svůj osobní a profesionální postoj. K tomuto rovněž potřebují doprovázení a podporu.

Umírající a jim blízcí lidé mohou vyjadřovat své pocity a odmítat realitu, zatímco profesionální asistenti by měli vykazovat klid a profesní jistotu. Proto je příprava a vypořádání se vztahem k umírání, smutku a smrti pro pracovníky v hospicové službě mimořádně důležitá (1, s.67; 69).

4.5.4 Dobrovolníci

Práce v hospicích vznikla všude z iniciativy dobrovolníků a je na nich navzdory nutné a stále přibývajícím profesionalizaci závislá. Dobrovolníci v hospicích podstatně napomohli k odtabuizování a proměně v přístupu k umírání, smrti a smutku. Dobrovolníci stejně jako odborníci potřebují vedení a podporu (1, s. 71).

4.6 Hospicová péče z hlediska časového

Péči o umírající, ale i o osoby doprovázející lze z časového hlediska rozdělit do tří období (6, s.132):

1. období *pre finem*:

Péče a doprovázení nemocného a blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stavu.

2. období *in finem*:

Péče a doprovázení nemocného a blízkých osob během terminálního stavu, tj. umírání v užším slova smyslu.

3. období post finem:

Kromě péče o tělo zemřelého se také jedná o doprovázení pozůstalých podle potřeby i dlouhodobě, zpravidla po dobu jednoho roku.

Hospic neposkytuje pomoc a podporu pouze v období in finem, tedy po dobu pravého umírání. Čím dříve tudíž nemocný a rodina hospic kontaktují, tím více pro ně hospic může udělat. Je proto velmi důležitá i dobrá a včasná spolupráce ošetřujících lékařů a nemocnic s hospicovým týmem (6, s.132).

4.7 Legislativní ukotvení hospicové péče

Až do roku 2006 nebyla hospicová péče zakotvena v české legislativě. Novelizace zákona o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb. definuje lůžkové hospice a paliativní péči v § 22a jako zvláštní ústavní péči - péči paliativní lůžkovou. Dle tohoto paragrafu se jedná o léčbu paliativní a symptomatickou o osoby v terminálním stavu poskytovanou ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu.

4.8 Financování hospicové péče

Hospic patří mezi zdravotnická zařízení, a proto je financován ze zdravotnických zdrojů. Konkrétně z veřejného zdravotního pojištění (cca 60%). Ostatní prostředky na provozní financování jsou získávány od dárců a grantovou činností (cca 10%) a přibližně 10% hodnoty provozu hradí pacient (obvykle ve výši mezi 200 až 300 Kč za lůžko a den). Přibližně 20% zbývajících prostředků pokrývají zdroje z Ministerstva práce a sociálních věcí (14, s. 59).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 Výzkumné cíle

Cílem praktické části bakalářské práce bylo pomocí metody dotazníku zjistit názory osob seniorského věku na význam hospicových zařízení a způsob, jak jsou tyto zařízení vnímány osobami v postproduktivním věku.

5.1 Stanovení výzkumných problémů

Vzhledem k zaměření výzkumných cílů na zjištění názorů osob seniorského věku na význam hospicových zařízení, jsme stanovily tyto výzkumné problémy:

- P 1: Setkaly se osoby seniorského věku žijící v domě s pečovatelskou službou s termínem hospicová péče a chápou jeho význam?
- P 2: Setkaly se osoby seniorského věku žijící ve vlastní domácnosti s termínem hospicová péče a chápou jeho význam?
- P 3: Budou lidé, kteří již byli závislí na péči jiné osoby souhlasit s uzákoněním eutanázie?
- P 4: Budou lidé, kteří již pečovali o nemocnou osobu schvalovat eutanazii?
- P 5: Budou osoby, které předpokládají, že v budoucnu budou potřebovat péči jiné osoby, chtít využívat služeb domácí či ústavní péče (nemocnice, LDN, hospic)?
- P 6: Souvisí věk a pohlaví respondentů s názorem na eutanazii?
- P 7: Je souvislost mezi místem bydliště a přáním strávit poslední chvíle života v domácím prostředí nebo v ústavní péči?
- P 8: Budou lidé, kteří již byli závislí na péči jiné osoby, chtít v poslední fázi života zůstat v domácím prostředí nebo v ústavní péči?
- P 9: Budou lidé, kteří se dosud nesečkali s pojmem hospicové péče schvalovat eutanazii?
- P 10: Využili by lidé, kteří již pečovali o nemocnou osobu služeb domácí hospicové péče?

5.2 Stanovení výzkumných předpokladů

Na základě studia literatury jsme stanovily následující výzkumné předpoklady:

- VP 1: Osoby seniorského věku žijící v domě s pečovatelskou službou se již setkaly s termínem hospicové péče a chápou její význam.

- VP 2: Osoby seniorské věku žijící ve vlastní domácnosti se již setkaly s termínem hospicové péče a chápou její význam.
- VP 3: Lidé, kteří již byli závislí na péči jiné osoby, nebudou souhlasit s uzákoněním eutanazie.
- VP 4: Lidé, kteří již pečovali o nemocnou osobu, nebudou schvalovat eutanazii.
- VP 5: Osoby, které předpokládají, že v budoucnu budou potřebovat péči jiné osoby, budou chtít využívat domácí péči.
- VP 6: Lidé staršího věku budou schvalovat eutanazii. Eutanazii budou schvalovat více muži než ženy.
- VP 7: Lidé žijící ve vlastní domácnosti budou chtít strávit poslední chvíle života v domácím prostředí. Lidé žijící v domě s pečovatelskou službou budou chtít strávit poslední chvíle života v ústavní péči.
- VP 8: Lidé, kteří již byli závislí na péči jiné osoby, budou chtít v poslední fázi života zůstat v domácím prostředí.
- VP 9: Lidé, kteří se dosud nesetkali s pojmem hospicové péče budou schvalovat eutanazii.
- VP 10: Lidé, kteří již pečovali o nemocnou osobu by využili služeb domácí hospicové péče.

5.3 Metodologie výzkumu

Pro naše šetření jsme si vybraly metodu dotazníku. Chráska (15, s. 163) definuje dotazník jako „soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.“ Kladené otázky se mohou stahovat buď k jevům vnějším (názory apod.), nebo k jevům vnitřním - např. postoje, motivy a citové stavy apod. (15, s. 163).

Podle obvyklých pravidel (15, s. 163) jsme sestavily dotazník obsahující celkem 25 otázek, na které respondenti odpovídali buď výběrem z několika připravených možností, volnou odpovědí nebo využitím stupnice. Dotazník byl anonymní.

5.4 Výzkumný vzorek a místo šetření

Jako respondenty jsme oslovily osoby seniorského věku Moravskoslezského kraje žijící ve vlastní domácnosti nebo v domě s pečovatelskou službou. Cílem bylo zjistit názory na hospicovou péči a ověřit předpoklady v rozdílném přístupu k těmto službám z hlediska věku, pohlaví a místa bydliště.

Naší snahou bylo i oslovení obyvatel domova pro seniory, ale domovy, na které jsme se s prosbou o vyplnění dotazníku obrátily, nesouhlasily z důvodu případné psychické náročnosti kladených otázek pro jejich uživatele.

Z oslovených 50 jedinců dotazník vyplnilo 41 respondentů. Získaný výzkumný vzorek sice není reprezentativní, ale dobře poslouží pro zjištění aktuální situace.

6 Zpracování a vyhodnocení získaných údajů z dotazníku

Pro zpracování dotazníku jsme použily tabulkový procesor Microsoft Excel. Dotazník zodpovědělo celkem 41 respondentů, z toho 30 žen a 11 mužů. Respondentů ve vlastní domácnosti bylo 22 a respondentů z domu s pečovatelskou službou 19 (viz tab. č. 1).

Tab. č. 1: místo bydliště

Bydliště	Ženy	Muži	Celkem
Dům s pečovatelskou službou	15	4	19
Vlastní domácnost	15	7	22

Otázka č. 1: Setkal(a) jste se někdy s termínem hospic, hospicová péče?

Z celkového počtu 41 respondentů na tuto otázku odpovědělo 39 osob. Z toho celkem 87 % respondentů uvedlo, že se již s termínem hospic a hospicová péče setkali. 13 % respondentů se s těmito pojmy dosud neseťkali.

Tab. č. 2: Setkal(a) jste se již s termínem hospic, hospicová péče?

Setkal(a) jste se někdy s termínem hospic, hospicová péče?	Muži	Ženy	Celkem	Celkem %
Ano, setkal(a)	9	25	34	87 %
Ne, neseťkal(a)	2	3	5	13 %
Nevím	0	0	0	0 %

V závislosti na místu bydliště všichni respondenti žijících ve vlastní domácnosti uvedli, že jsou s těmito termíny seznámeni. Oproti tomu 29 % respondentů žijících v domě s pečovatelskou službou (DPS) se s termíny hospic a hospicová péče neseťkali.

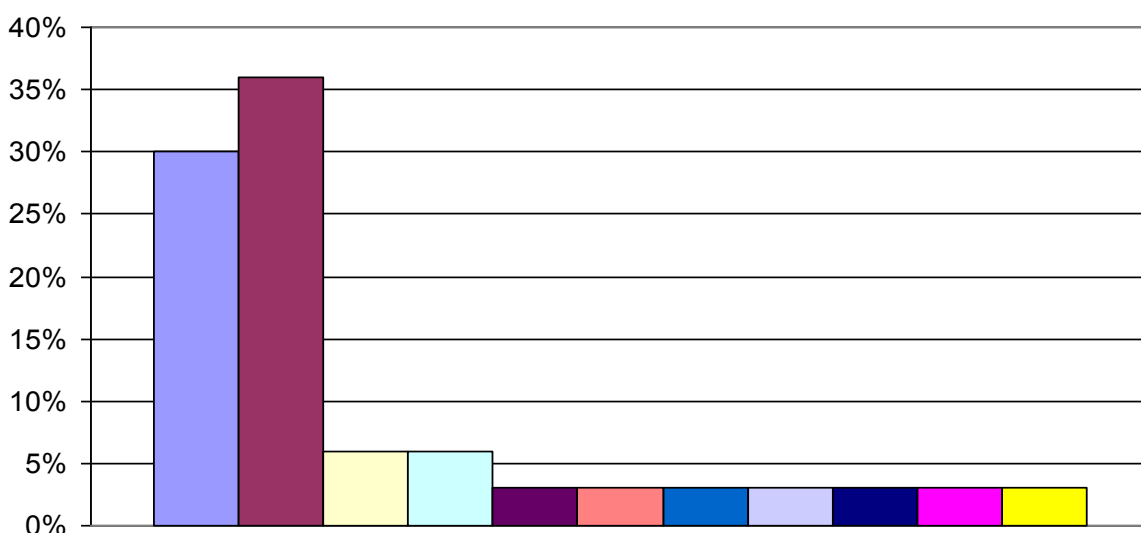
Tab. č. 3: povědomost o termínu hospic, hospicová péče v závislosti na místu bydliště

Setkal(a) jste se někdy s termínem hospic, hospicová péče?	DPS	Vlastní domácnost
Ano, setkal(a)	71 %	100 %
Ne, neseťkal(a)	29 %	0 %
Nevím	0 %	0 %

Otázka č. 2: Co si představujete pod termínem hospicová péče?

Pod termínem hospicová péče si nejvíce respondentů představuje všestrannou celodenní péči o těžce nemocné. Velká část respondentů také napsala, že hospicové služby zahrnují péči o nevléčitelně osoby na sklonku života. Část dotazovaných definovala hospic jako zařízení s láskyplnou a důstojnou péčí, snahou o mírnění bolestí a možnosti důstojného ukončení života.

- Péče o nevléčitelně nemocné osoby na sklonku života.
- Všestranná celodenní péče o těžce nemocné.
- Péče o seniory, nemocné a přestárle lidi.
- Zařízení s důstojnou a láskyplnou péčí, snahou o zmírnění bolestí a možnosti důstojného ukončení života.
- Péče o osamocené umírající lidi.
- Dlouhodobá péče o těžce nemocné osoby.
- Péče o základní životní potřeby.
- Péče o nevléčitelně nemocné, kterou nemohou zvládnout rodinní příslušníci.
- Ústav, ve kterém se starají o lidi.
- Těžko představit.
- Je to něco odborného pro náš život.

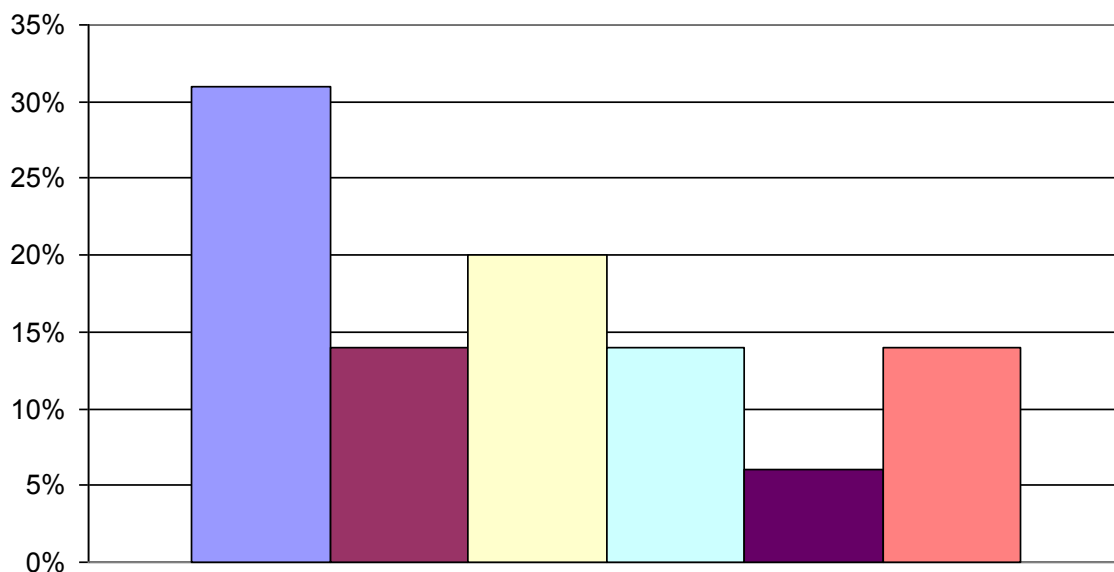


graf č. 1: představy o obsahu termínu hospicová péče

Otázka č. 3: Pro koho je tato služba podle Vás určena?

Přes 30 % dotázaných uvedlo, že služba hospice je určena především pro osoby nevléčitelně nemocné, které žijí osamoceně nebo se o ně rodina nemůže nebo nedokáže postarat. 20 % respondentů uvedlo, že je tato služba určena pro těžce nemocné osoby. Respondenti dále uvedli, že služby podle nich využívají osoby staršího věku a dlouhodobě nemocní lidé, kteří jsou upoutáni na lůžko.

- Pro nevléčitelně nemocné osoby, které žijí osamocně nebo se o ně rodina nemůže postarat.
- Pro dlouhodobě nemocné pacienty, kteří jsou upoutáni na lůžko a nemohou se o sebe sami postarat.
- Pro těžce nemocné osoby.
- Pro nevléčitelně nemocné osoby.
- Pro osoby bez rozdílu věku, kteří potřebují pomoc a péči.
- Pro občany staršího věku a nemohoucí.

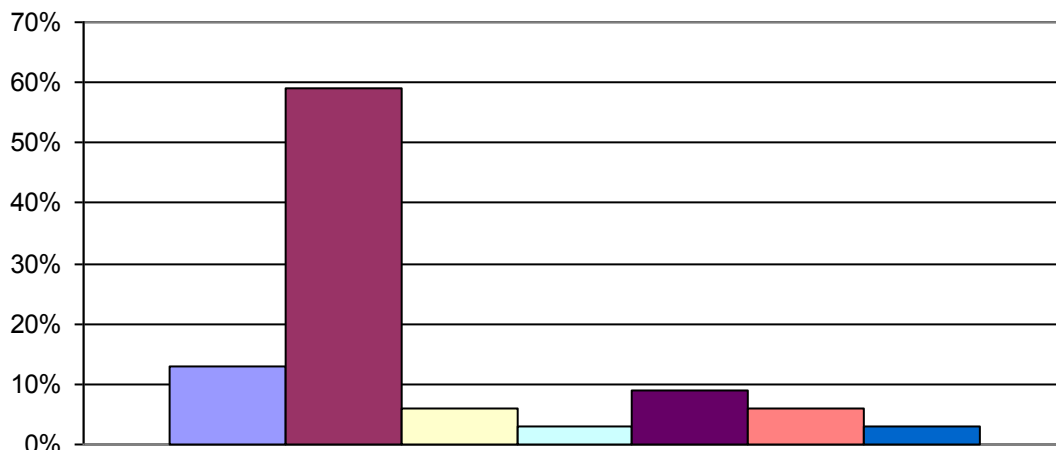


graf č. 2: názory na cílovou skupinu hospicové péče

Otázka č. 4: Jaké typy služeb by měl hospic nabízet pro své klienty?

Téměř 60 % dotázaných si myslí, že by hospic měl nabízet jak služby zdravotní a sociální, tak služby kulturní. Důležitá je dle nich i celodenní péče a ošetřování. Mezi časté odpovědi patří i zajištění důstojného odchodu ze světa a možnost využití návštěv kněze a duchovního povzbuzení.

- Návštěvy kněze, duchovní vedení a povzbuzení.
- Celodenní péče a ošetřování. Služby zdravotní, sociální, kulturní.
- Důstojný odchod ze světa.
- Spolupráce s rodinou.
- Osobní a laskavý přístup personálu.
- Tíšení bolestí.
- Zajišťovat a bránit sociální politiku.

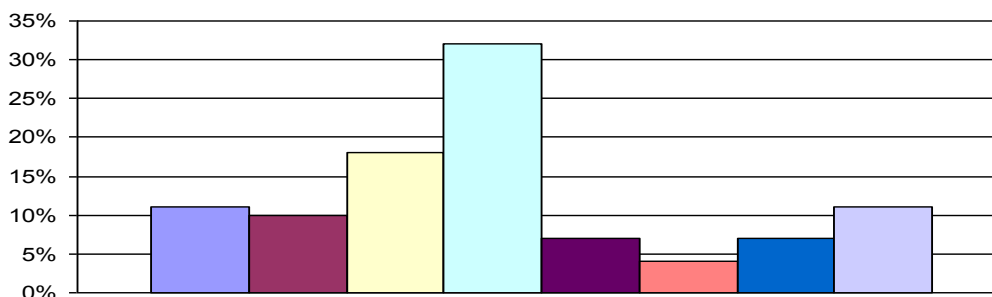


graf č. 3: názory na nabízené typy služeb

Otázka č. 5: Jaké služby byste ocenil(a) Vy sám(a)?

Nejčastěji by dotazovaní ocenili celodenní péči se zabezpečením zdravotní, sociální i kulturní stránky. Důležitá je pro respondenty i vstřícnost a laskavý přístup personálu s důrazem na lidskou důstojnost i v období odchodu ze světa. Pro část dotázaných je důležitá přítomnost kněze a možnost účasti na bohoslužbách.

- Návštěvy kněze, bohoslužby, duševní pomoc.
- Myslím, že jsou dostačující.
- Vřídlnost a vstřícnost personálu. Důstojné zacházení.
- Celodenní péči se zabezpečením zdravotní, sociální i kulturní stránky.
- Možnost co nejčastější přítomnosti rodiny.
- Odbornou, zdravotní a poradenskou službu například při péči v domácím prostředí.
- Důstojný odchod ze světa.
- Tíšení bolestí.

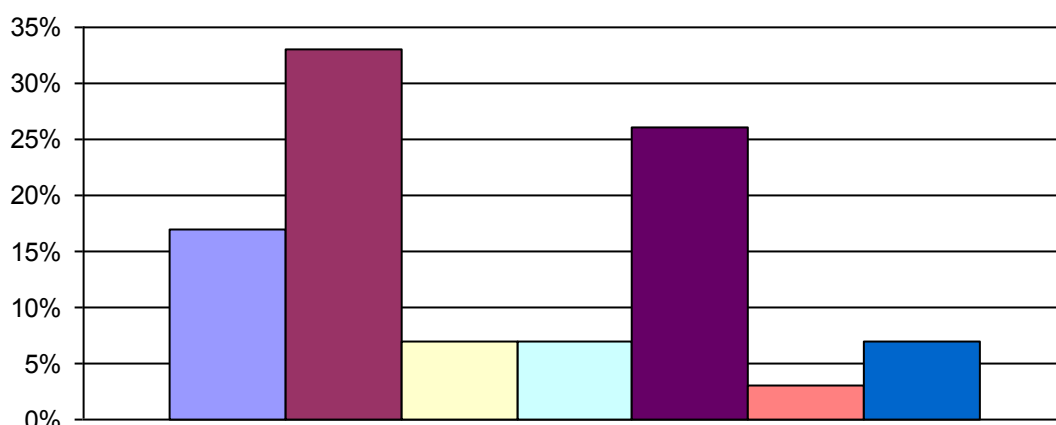


graf č. 4: představy o nabízených službách

Otázka č. 6: Co si o hospicových službách myslí Vaši příbuzní?

Většina respondentů uvedla, že jejich příbuzní považují hospicové služby za prospěšné. Značná část dotazovaných ale není s názorem svých blízkých seznámena. Přes 5 % respondentů napsala, že jejich příbuzní hospicové služby využili a byli s péčí spokojeni.

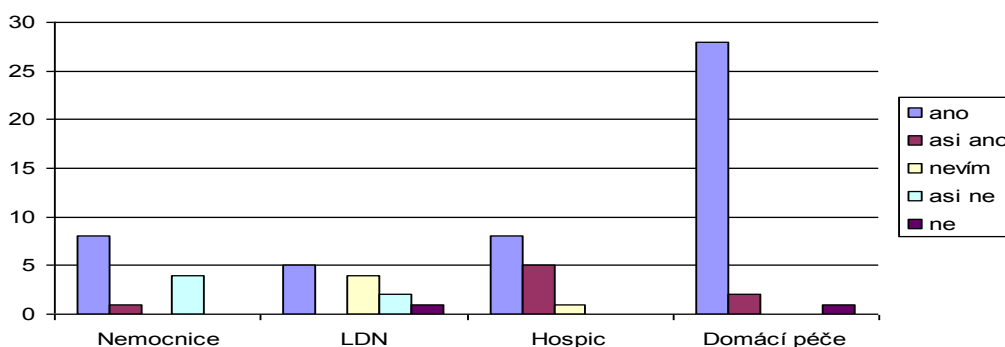
- Máme stejný názor.
- Tyto služby jsou pro společnost prospěšné.
- Hospicové služby schvalují.
- Příbuzní jsou s péčí spokojeni.
- Neznám jejich názor.
- Nutné krajní řešení.
- Příbuzní neví.



graf č. 5: názory příbuzných na hospicové služby

Otázka č. 7: Které zařízení byste si zvolil v případě nutnosti a možnosti volby?

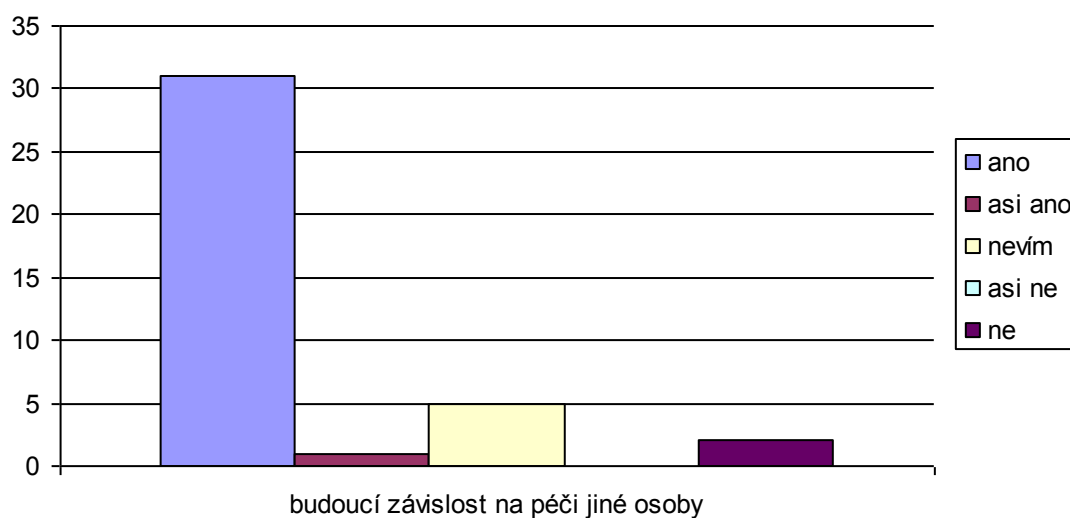
28 respondentů by si při možnosti volby zvolili domácí péči. Minimum dotázaných si přeje být umístěno do léčebny dlouhodobě nemocných. 8 respondentů by využilo služeb hospice. Žádný z dotázaných nevedl, že by hospicovou péčí nezvolil.



graf č. 6: výběr zařízení při možnosti volby

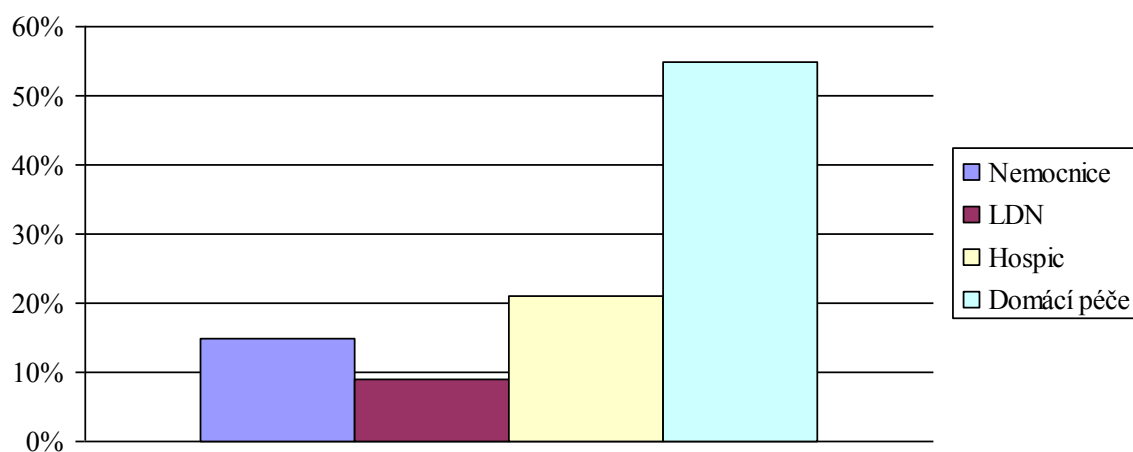
Otázka č. 8: Očekáváte, že budete v budoucnu potřebovat péči jiné osoby?

Většina, 31 respondentů, předpokládá, že bude v budoucnu závislá na péči jiné osoby. 5 dotázaných v tuto chvíli neví, zda budou pomoc potřebovat. Jen 2 osoby neočekávají, že by v budoucnu pomoc potřebovaly.



graf č. 7: očekávání budoucí potřeby péče

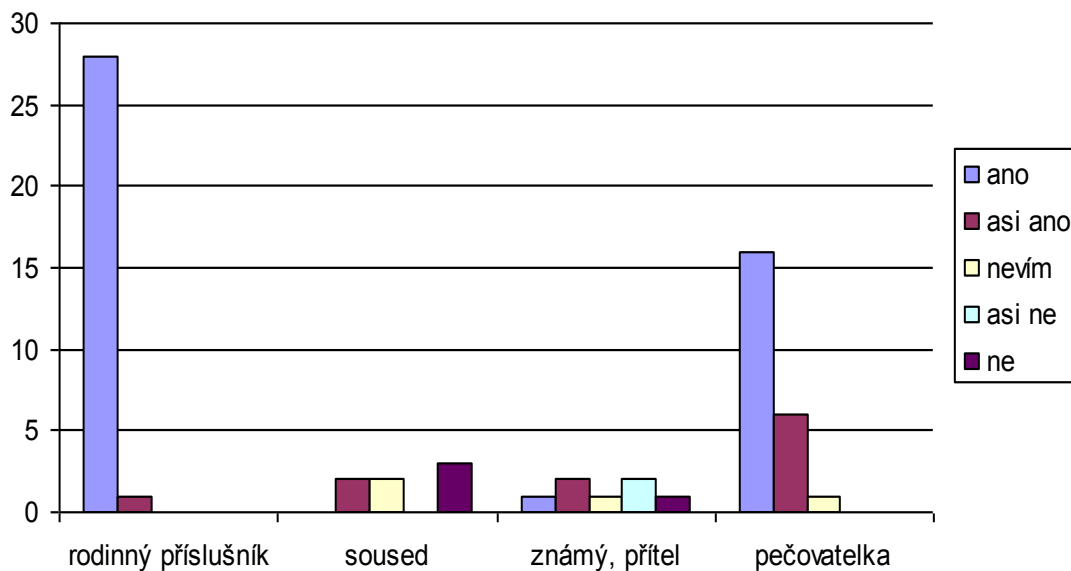
Senioři, kteří předpokládají, že v budoucnu budou potřebovat pomoc druhé osoby by nejraději v této situaci využili domácí péči.



graf č. 8: využití péče v případě budoucí závislosti na jiné osobě

Otázka č. 9: Od koho byste tuto pomoc nejraději přijal(a)?

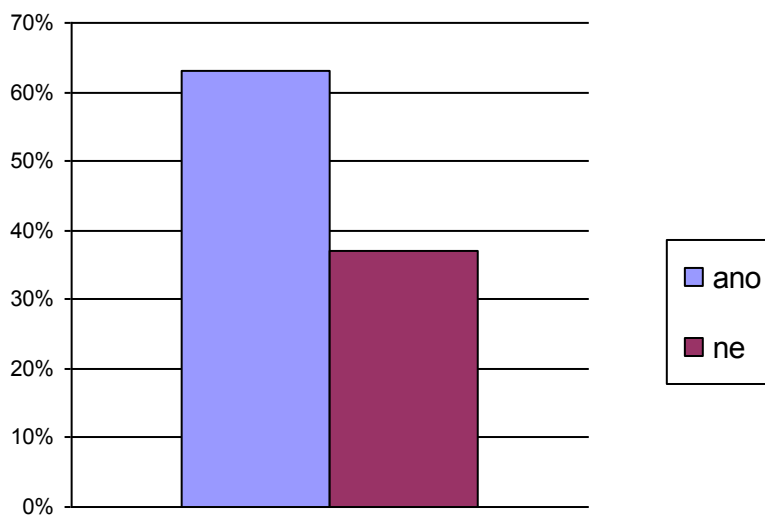
Dotázaní by nejraději pomoc při péči o svou osobu přijali od rodinného příslušníka, ale i od pečovatelky. Většina by nechtěla využít pomoci souseda či známého.



graf č. 9: volba přijetí pomoci

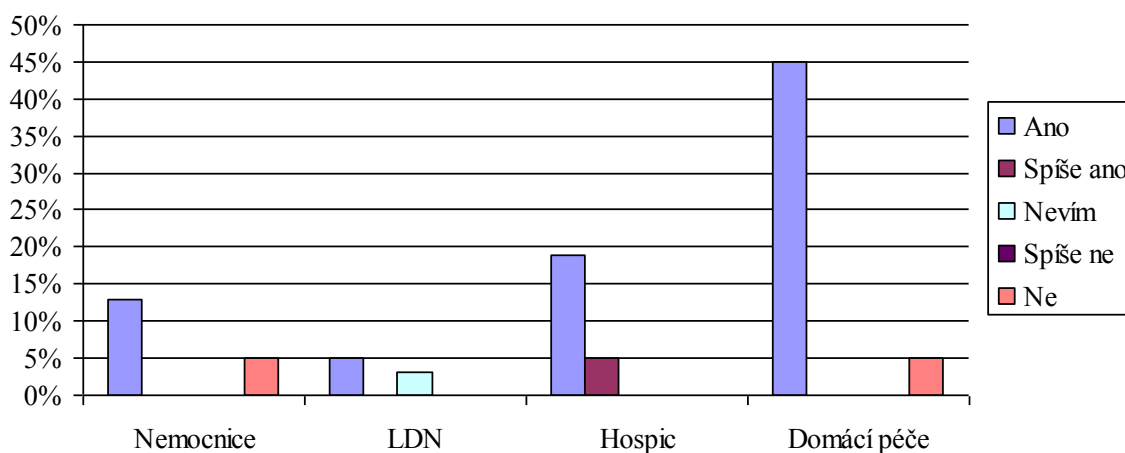
Otázka č. 10: Byl(a) jste již někdy závislá na péči jiné osoby?

63 % respondentů uvedlo, že již byli v minulosti závislí na péči druhé osoby. 37 % dotázaných dosud na péči jiné osoby závislých nebylo.



graf č. 10: závislost na jiné osobě

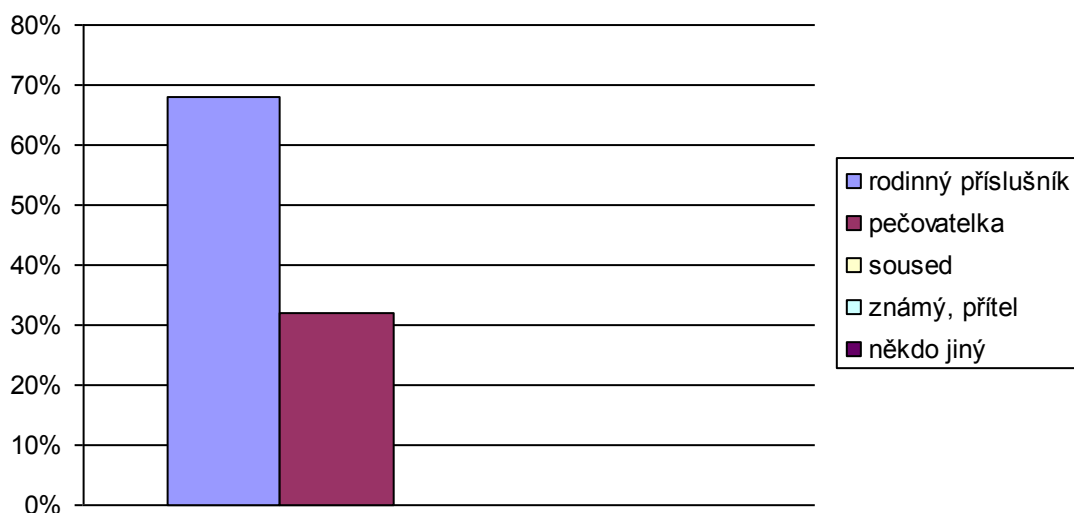
Lidé, kteří již byli závislí na péči jiné osoby by v případě možnosti volby nejráději trávili poslední chvíle života v domácí péči, případně v hospici či nemocnici.



graf č. 11: Volba trávení posledních chvil života u osob, které již byly závislé na péči

Otázka č. 11: Pokud ano, jaká osoba o Vás pečovala?

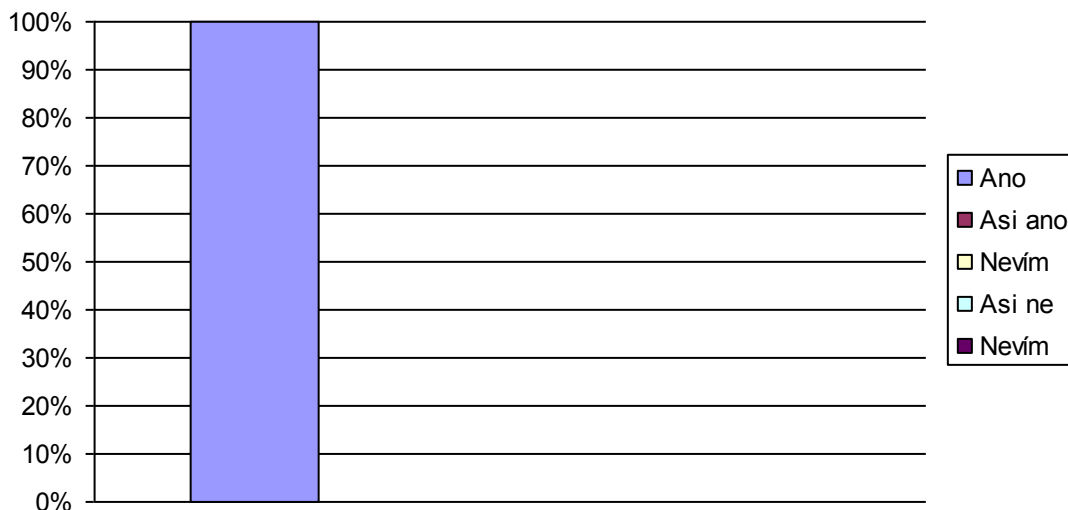
O většinu dotázaných, kteří již byli závislí na péči jiné osoby, pečoval člen rodiny. Častá byla i pomoc ze strany pečovatelky. Lze předpokládat, že této možnosti využili především obyvatelé domu s pečovatelskou službou. Žádný z respondentů nevedl, že by o něj v době nemoci pečoval soused, známý nebo přítel.



graf č. 12: osoby, která pečovaly o jedince závislé na péči

Otázka č. 12: Byl(a) jste spokojen(a) s péčí o Vaši osobu?

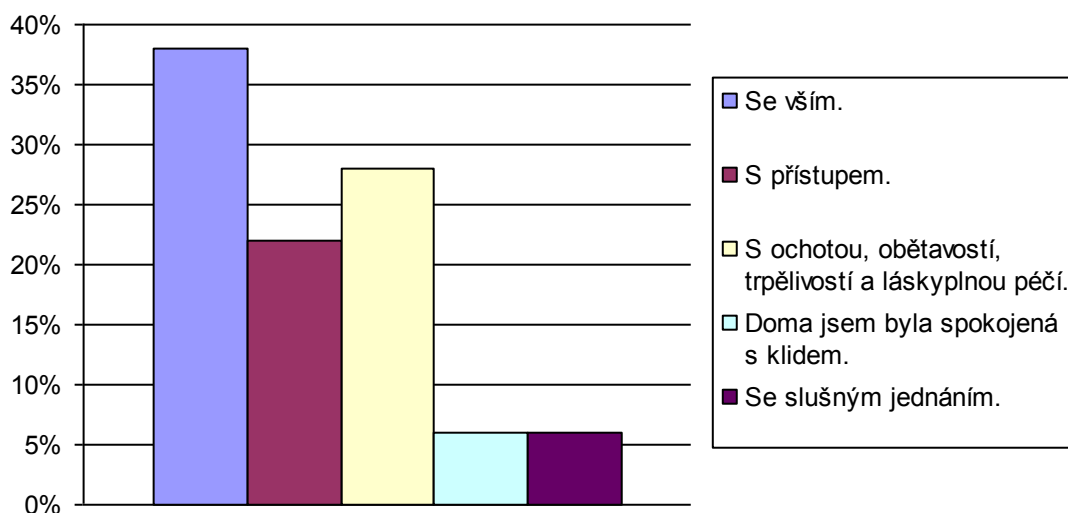
Všichni dotazovaní, kteří byli závislí na péči jiné osoby, bez výjimky uvedli, že s péčí o svou osobu byli spokojeni.



graf č. 13: spokojenost s péčí

Otázka č. 13: S čím jste byl(a) spokojen(a)?

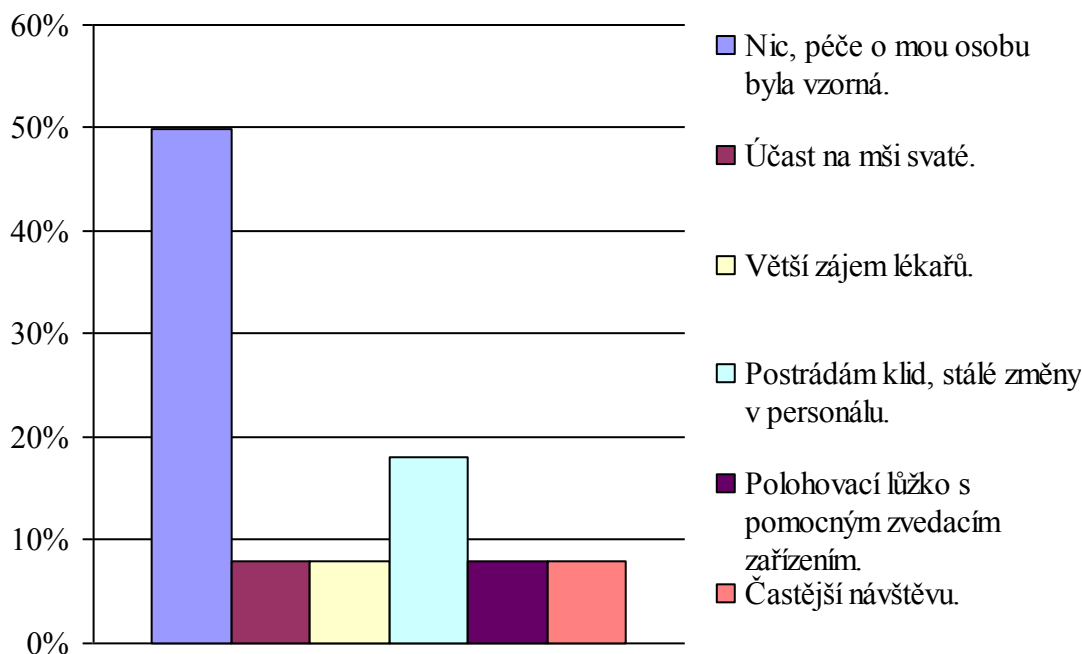
Respondenti nejčastěji uváděli, že při péči o svou osobu byli celkově spokojeni s poskytovanou péčí. Oceňovali ochotu, trpělivost, láskyplné a slušné jednání pečujících osob.



graf č. 14: spokojenost s poskytovanou péčí

Otázka č. 14: Co jste při péči postrádal(a)?

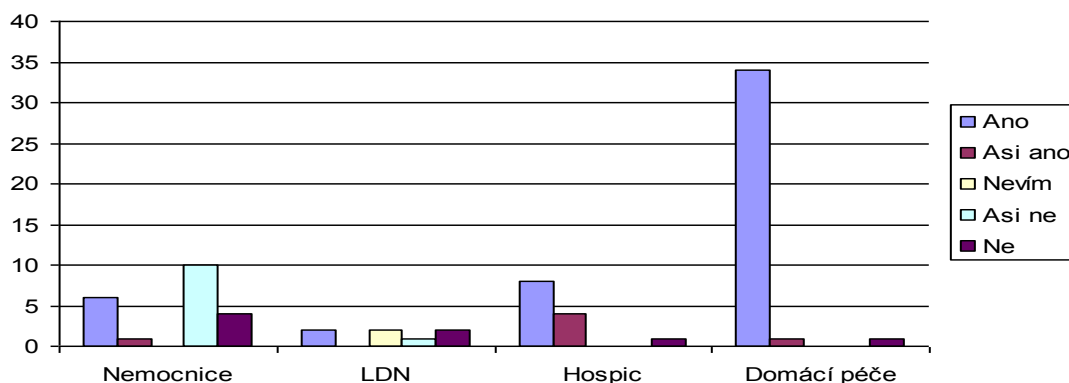
50 % dotazovaných uvedlo, že jim při péči nic nechybělo, hodnotili péči jako vzornou. Častější odpovědi o osob žijících v domě s pečovatelskou službou bylo postrádání klidu.



graf č. 15: nespokojenost s péčí

Otázka č. 15: Přejel(a) byste si poslední chvíle života strávit doma nebo v ústavní péči?

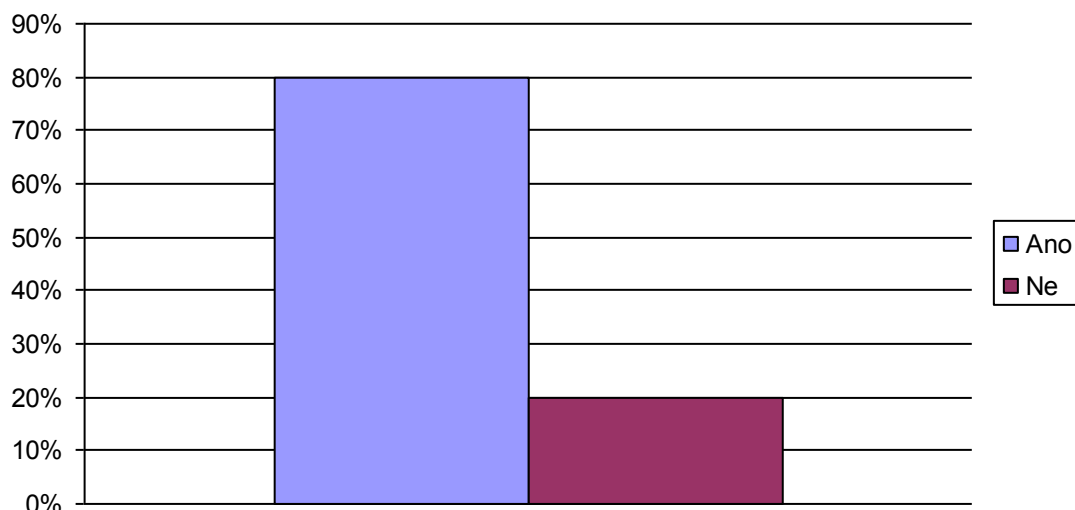
Většina dotázaných si přeje poslední dny života strávit v domácí péči, případně v hospici. Naopak si nepřejí poslední dny života prožít v nemocnici či léčebně dlouhodobě nemocných (LDN).



graf. č.16: výběr místa trávení posledních dní života

Otázka č. 16: Máte zkušenosti s péčí o nemocnou osobu?

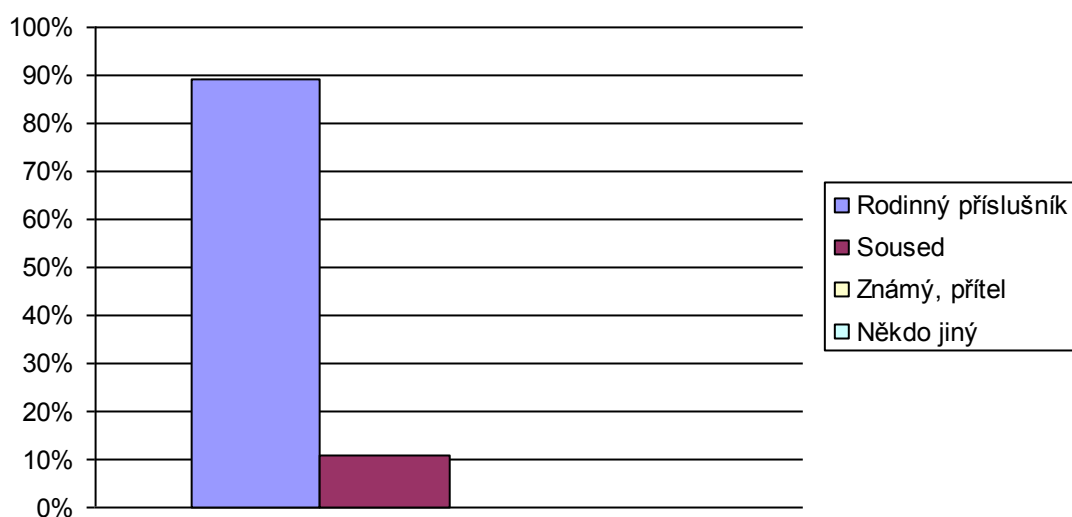
80 % respondentů již má zkušenost s péčí o nemocnou osobu. 20 % dotázaných dosud o vážně nemocného člověka nepečovali.



graf č. 17: zkušenosti s péčí o nemocnou osobu

Otázka č. 17: Pokud ano, o koho se jednalo?

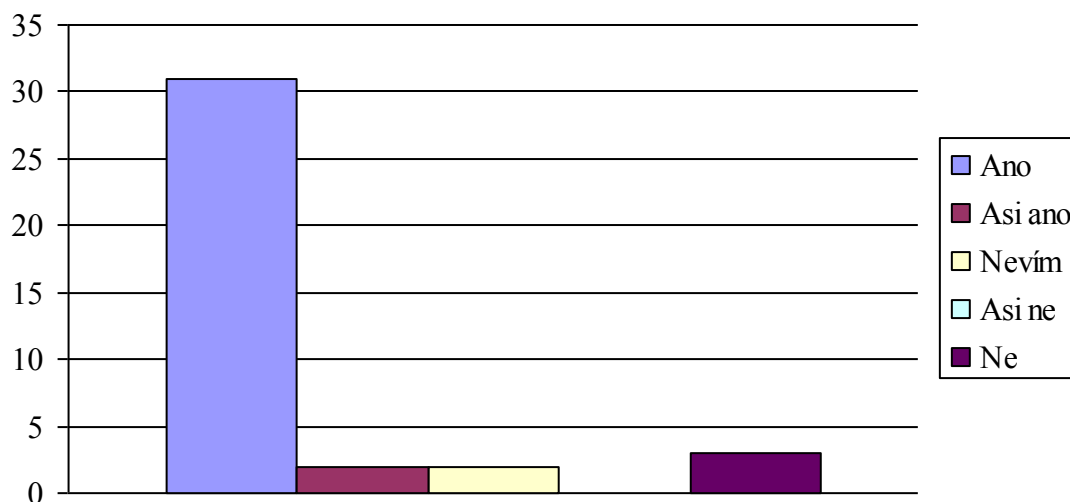
Téměř 90 % osob pečovalo o nemocného člena rodiny. 10 % dotázaných poskytlo svou pomoc sousedovi. Žádný z respondentů nepečoval o svého přítele či známého.



graf č. 18: Osoba, o kterou respondent pečoval

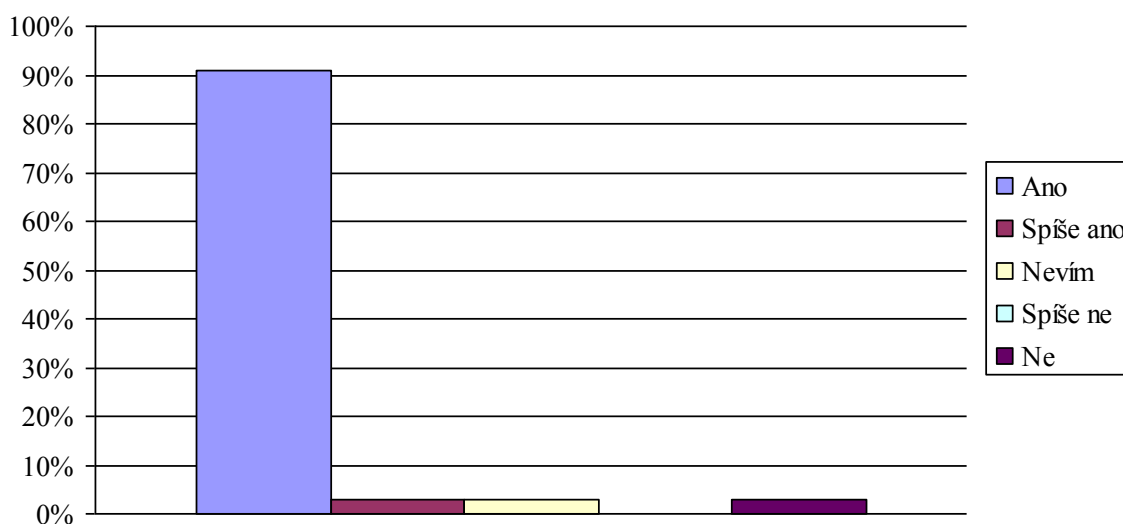
Otázka č. 18: Využil(a) byste při péči o nemohoucí osobu pomoci služby domácí hospicové péče, pokud byste o ní měli dostatek informací?

Většina respondentů by v případě dostupnosti a dostatku informací o službě domácí hospicové péče využili pomoc při ošetřování nemohoucí osoby.



graf č. 19: případné využití služby domácí hospicové péče

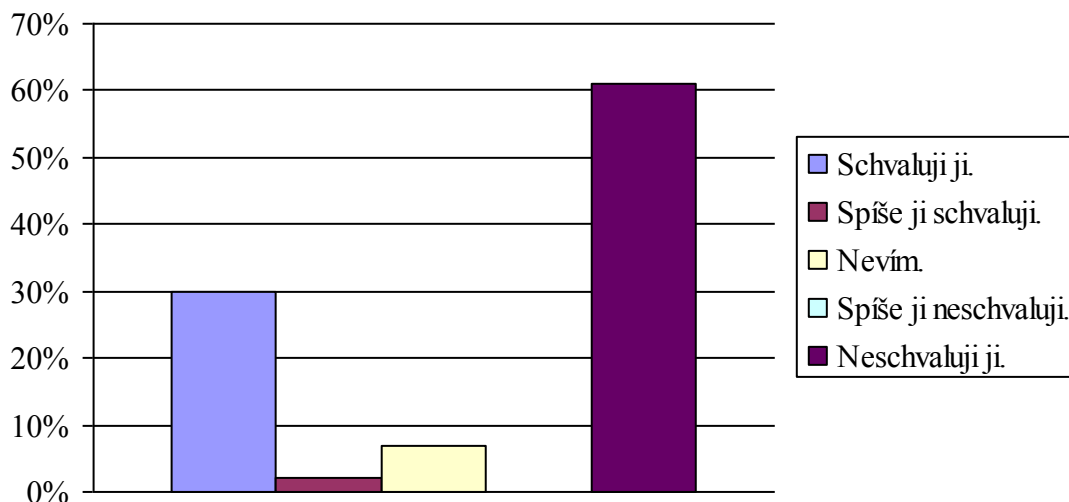
Respondenti, kteří již pečovali o nemocnou osobu by ve většině případů využili služeb domácí hospicové péče, pokud by o ní měli dostatek informací.



graf č. 20: využití služeb domácí hospicové péče u respondentů, které již pečovaly o jinou osobu

Otázka č. 19: Jaký je Váš názor na eutanázii?

Přes 60 % respondentů eutanázii neschvaluje. Poloviční počet dotázaných ji naopak schvaluje.

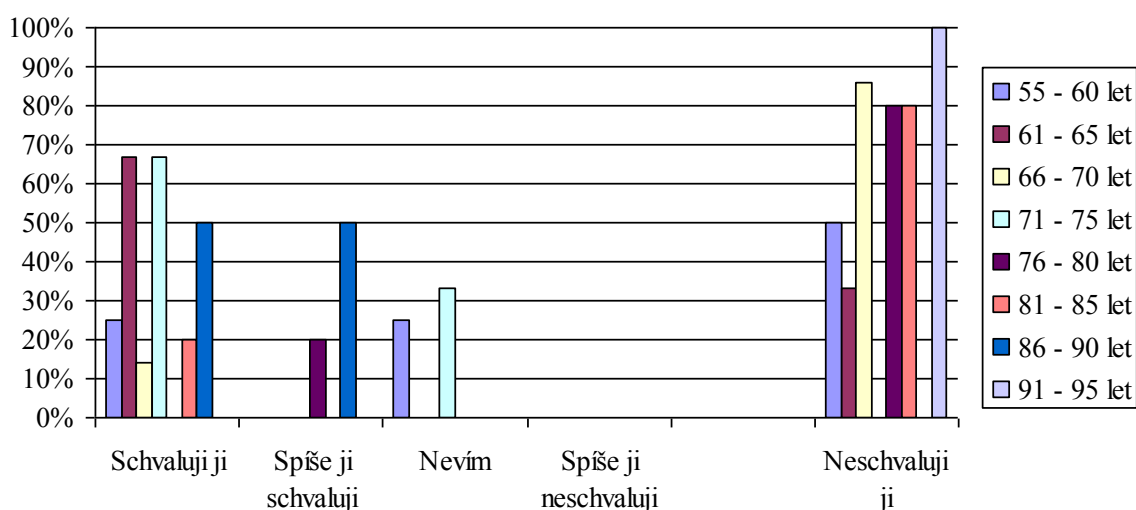


graf č. 21: názor na eutanázii

Ženy v závislosti na věku nejčastěji schvalují eutanázii ve věku 61 – 65 let a 71 – 75 let.

Ženy nejvíce s eutanázií nesouhlasí ve věku 91-95 let.

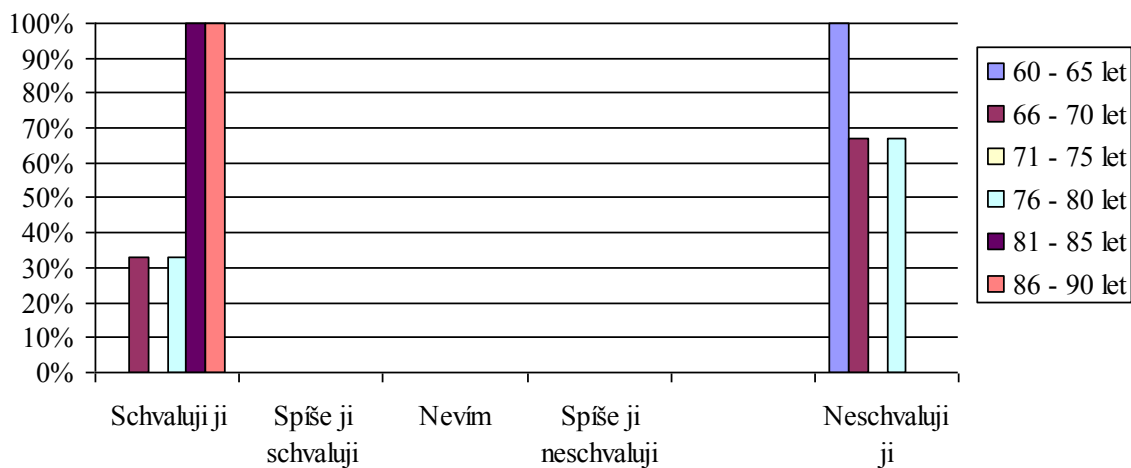
Ženy



graf č. 22: názor na eutanázii v závislosti na věku žen

Muži jsou v názorech více vyhranění než ženy. Nejčastěji muži schvalují eutanázii ve věku 81 – 90 let. Nejčastěji s ní nesouhlasí ve věku 60 – 65 let.

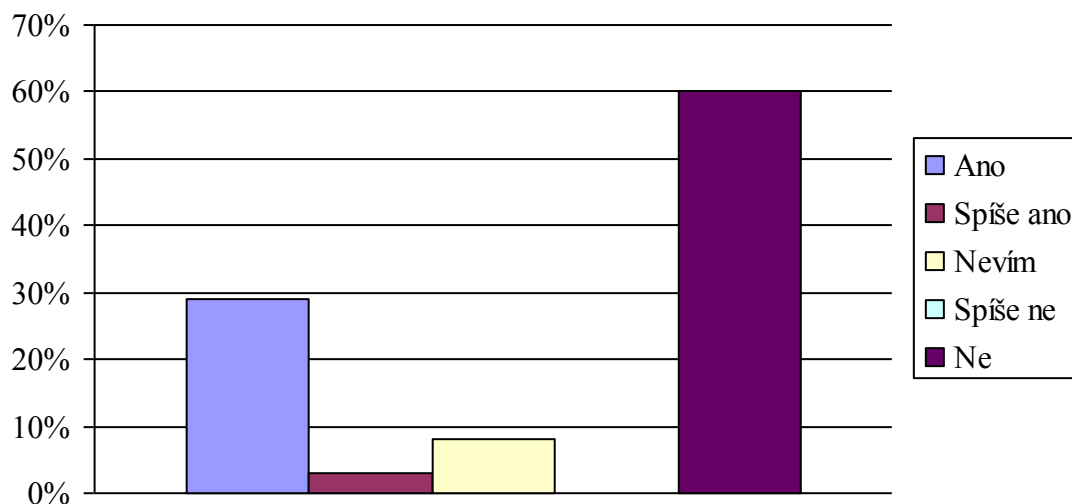
Muži



graf č. 23: názor na eutanázii v závislosti na věku mužů

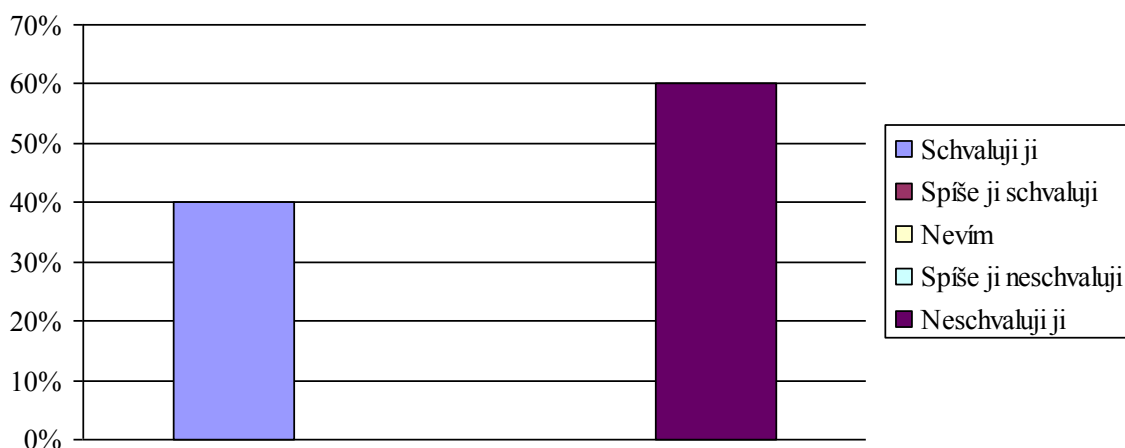
Otázka č. 20: Má být podle Vás eutanázie uzákoněna?

60 % respondentů uvádí, že by eutanázie neměla být uzákoněna. Téměř 30 % dotázaných si naopak legalizaci eutanázie přeje.



graf č. 24: názory na legalizaci eutanázie

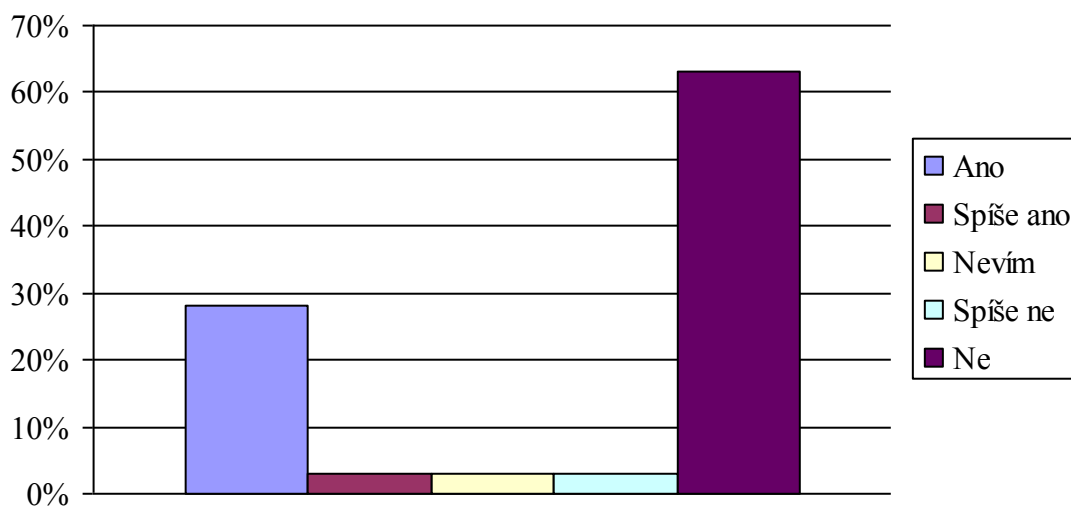
Osoby, které se dosud nesetkaly s termínem hospicová péče eutanázií z 60 % neschvalují. 40 % respondentů, kteří se s pojmem hospicová péče nesetkali eutanázií schvalují.



graf č. 25: názory na eutanázií u osob, které se nesetkaly s termínem hospicová péče

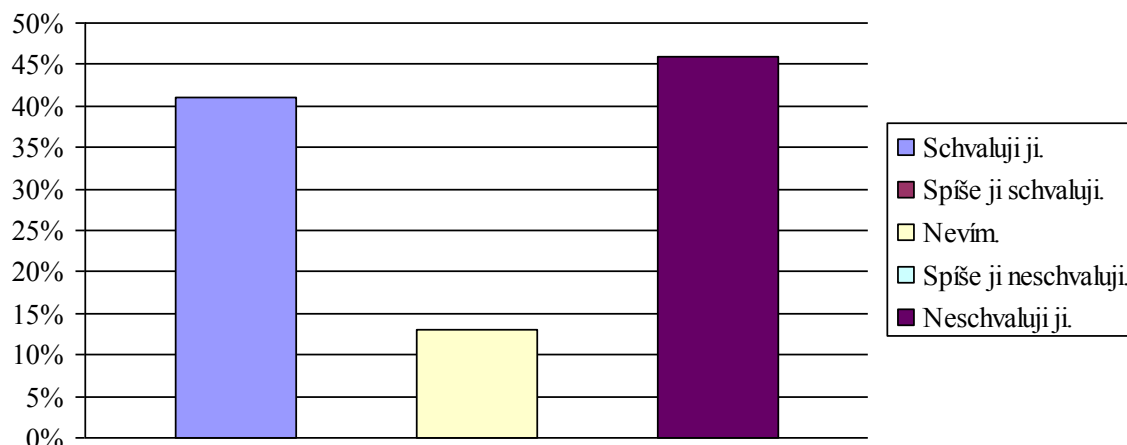
Otázka č. 21: Pokud by došlo k její legalizaci, uvažoval(a) byste o jejím využití?

Většina seniorů by ani při legalizaci eutanázie neuvažovala o jejím využití. Takřka 30 % seniorů by ale o využití eutanázie přemýšlelo.



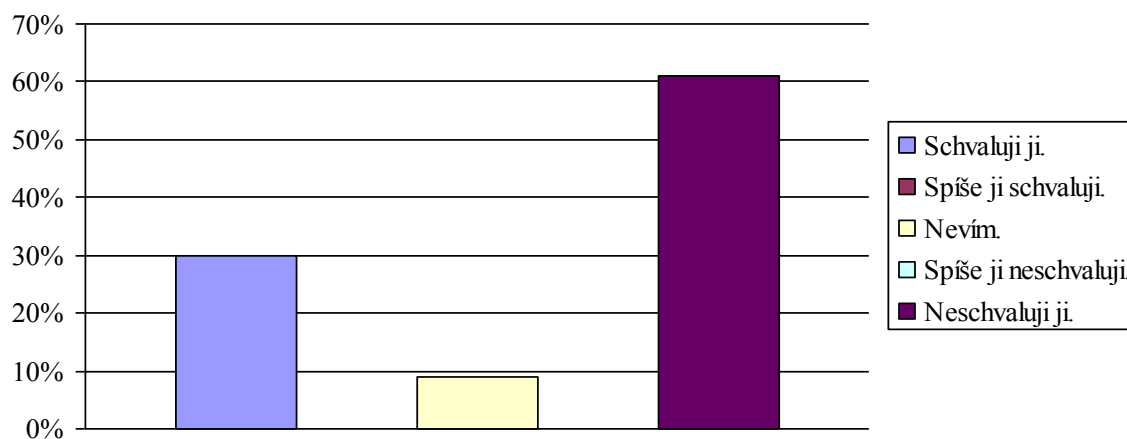
graf č. 26: případné využití eutanázie

Osoby, které již v minulosti byly závislé na péči jiné osoby eutanázii z 46 % neschvalují. Avšak rovněž přes 40 % respondentů, kteří již byli závislí na péči jiné osoby eutanázii schvalují.



graf č. 27: názor na eutanázii u osob, které byly závislé na péči jiné osoby

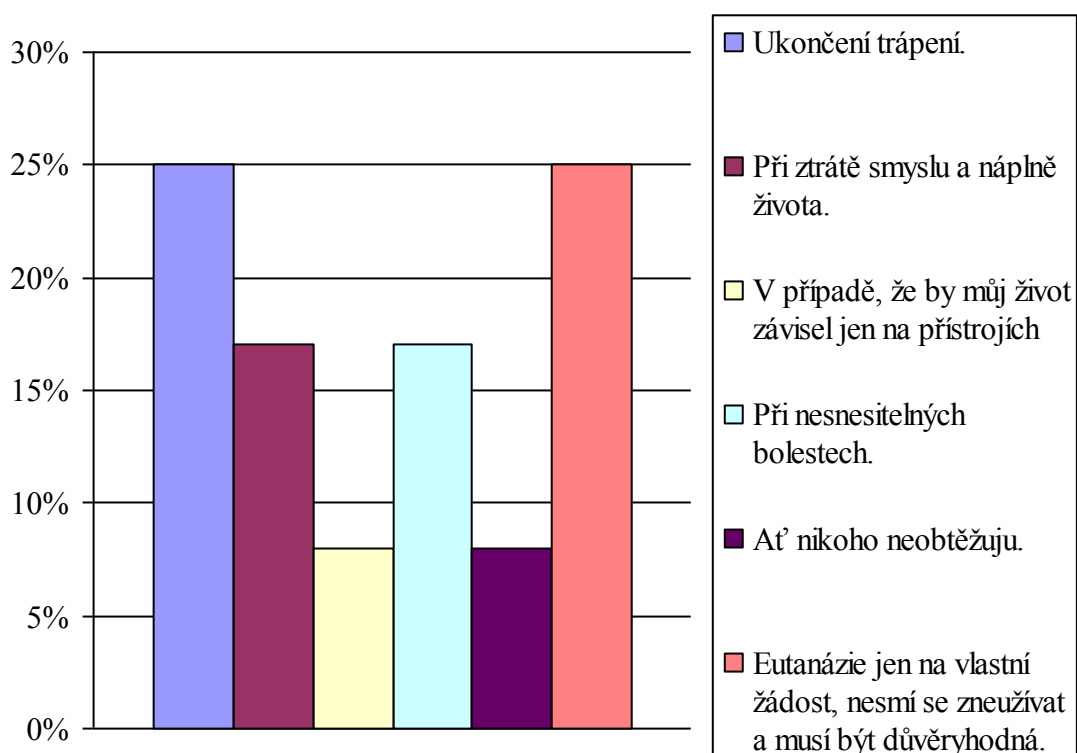
Dotazovaní, kteří již pečovali o osobu vážně nemocnou ve většině případů uváděli, že eutanázii neschvalují. 30 % respondentů v minulosti pečujících o druhou osobu naopak eutanázii schvalují.



graf č. 28: názor na eutanázii u osob, které již pečovaly o jinou osobu

Otázka č. 22: Pokud ano, z jakého důvodu?

25 % respondentů, kteří by uvažovali o využití eutanázie by ji podstoupili z důvodu ukončení trápení. Stejná část dotázaných zdůraznila nutnost důvěryhodnosti a nezneužitelnosti eutanázie. Další časté názory se týkaly především využití z důvodu nesnesitelných bolestí a z důvodu ztráty smyslu a náplně života.



graf č. 29: důvody pro využití eutanázie

Otázka č. 23: Věk.

Průměrný věk dotazovaných mužů i žen činil 73,5 let. Průměrný věk mužů byl 73,1 let a průměrný věk žen 73,7 let. Nejmladší dotazovaný muž měl 64 let, žena 57 let. Nejstarší dotazovaný muž měl 87 let, žena 92 let.

Tab. č. 4: průměrný věk respondentů

Průměrný věk respondentů	
Muži	73,1 let
Ženy	73,7 let
Průměrný věk respondentů	73,5 let

Otázka č. 24: Pohlaví.

Dotazníkového šetření se účastnilo 30 žen a 11 mužů. Mezi respondenty převažují ženy, což je u této věkové skupiny očekávatelná skutečnost.

Tab. č. 5: pohlaví respondentů

Muži	11 respondentů
Ženy	30 respondentů

Otázka č. 25: Místo bydliště.

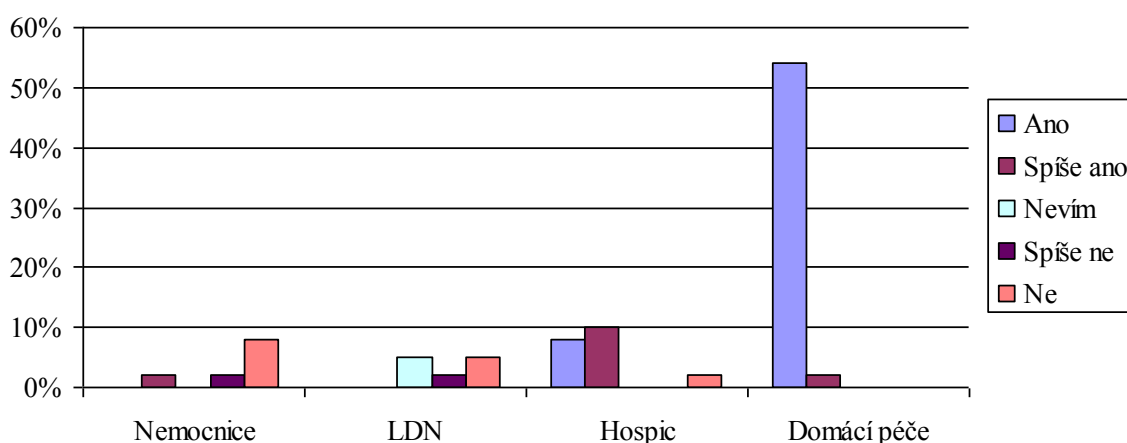
22 z celkového počtu dotázaných seniorů bydlí ve vlastní domácnosti. 19 oslovených seniorů bydlí v domě s pečovatelskou službou.

Tab. č. 6: místo bydliště

Bydliště	Ženy	Muži	Celkem
Dům s pečovatelskou službou	15	4	19
Vlastní domácnost	15	7	22

Přes 50 % dotázaných, kteří žijí ve vlastní domácnosti si přeje poslední chvíle života strávit ve svém domácím prostředí. Nepřejí si naopak poslední dny strávit v nemocnici či léčebně dlouhodobě nemocných.

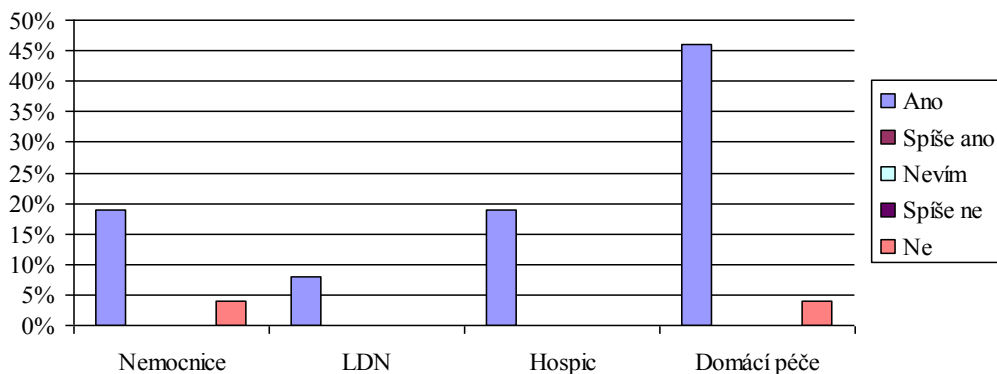
Osoby ve vlastní domácnosti



graf č. 30: výběr místa trávení posledních chvil života u osob žijících ve vlastní domácnosti

Senioři žijící v domě s pečovatelskou službou by chtěli poslední chvíle života prožít nejčastěji v domácím prostředí, případně v nemocnici nebo v hospici.

Osoby v DPS



Graf č. 31: výběr místa trávení posledních chvil života u osob žijících v domě s pečovatelskou službou

7 Shrnutí výsledku výzkumu

Z výsledků dotazníku je zřejmé, že osoby seniorského věku žijící ve vlastní domácnosti i v domě s pečovatelskou službou jsou poměrně dobře obeznámeny s obsahem pojmu hospicová péče. Většina respondentů má povědomí o cílové skupině hospicové práce a o náplni péče o uživatele této služby.

Z vyhodnocení otázek týkajících se míry závislosti na jiné osobě vyplynulo, že většina dotazovaných má zkušenost s péčí o jinou osobu. Ve většině případů se jednalo o rodinného příslušníka. Většina dotázaných, kteří již mají zkušenost v péči o jinou osobu, by ocenila možnost využití domácí hospicové péče, pokud by byla takováto služba k dispozici. Značná část respondentů již také byla závislá na péči jiné osoby. Ve většině případů o ně pečovali také členové rodiny. Všichni dotazovaní byli s péčí o svou osobou spokojeni, oceňovali laskavý a důstojný přístup. Většina dotázaných si přeje poslední chvíle života strávit v domácím prostředí.

Nadpoloviční většina neschvaluje eutanázii a ani si nepřeje její uzákonění. Lidé, kteří by s legalizací eutanázie souhlasili a případně by ji i využili jako hlavní důvody udávali

ukončení trápení, zbavení nesnesitelných bolestí nebo využití z důvodu ztráty smyslu života.

Z formulovaných výzkumných předpokladů byly šetřením **potvrzeny** následující:

VP 1: Osoby seniorské věku žijící v domě s pečovatelskou službou se již setkaly s termínem hospicové péče a chápou je význam.

VP 2: Osoby seniorské věku žijící ve vlastní domácnosti se již setkaly s termínem hospicové péče a chápou je význam.

VP 3: Lidé, kteří již byli závislí na péči jiné osoby, nebudou souhlasit s uzákoněním eutanázie.

VP 4: Lidé, kteří již pečovali o nemocnou osobu, nebudou schvalovat eutanázii.

VP 5: Osoby, které předpokládají, že v budoucnu budou potřebovat péči jiné osoby, budou chtít využívat domácí péči.

VP 8: Lidé, kteří již byli závislí na péči jiné osoby, budou chtít v poslední fázi života zůstat v domácím prostředí.

VP 10: Lidé, kteří již pečovali o nemocnou osobu by využili služeb domácí hospicové péče.

Následující dva výzkumné předpoklady byly potvrzeny jen **částečně**.

VP 6: Lidé staršího věku budou schvalovat eutanazii, byl potvrzen. Eutanazii budou schvalovat více muži než ženy, nebyl potvrzen.

VP 7: Lidé žijící ve vlastní domácnosti budou chtít strávit poslední chvíle života v domácím prostředí, byl potvrzen. Lidé žijící v domě s pečovatelskou službou budou chtít strávit poslední chvíle života v ústavní péči, nebyl potvrzen.

Naopak **nepotvrzen** byl výzkumný předpoklad:

VP 9: Lidé, kteří se dosud nesečkali s pojmem hospicové péče budou schvalovat eutanázii.

ZÁVĚR

Stanovený cíl bakalářské práce, zjistit metodou dotazníku názory osob seniorského věku na význam hospicových zařízení a způsob, jak jsou tyto zařízení vnímány osobami v postproduktivním věku, **byl splněn.**

Z výsledků dotazníku vyplynulo, že většina osob seniorské věku je obeznámena s obsahem termínu hospicová péče, chápou náplň činnosti a cílovou skupinu hospicové práce. I když by většina respondentů v případě vážné nemoci nejraději využila domácí péči od členů rodiny, nebránili by se ani hospicové péči. Oproti tomu by jen minimum respondentů využilo léčebnu dlouhodobě nemocných nebo nemocnici. Z toho vyplývá, že služby hospicové péče by v dnešní době měly nacházet širší uplatnění a měly by poskytovat alternativu k pobytu umírajících v nemocnici či v léčebně dlouhodobě nemocných, kde pacientům často nejsou poskytnuty služby potřebné právě na sklonku života.

Přestože se většina respondentů vyjádřila proti legalizaci eutanázie, zazněly v dotazníku i názory pro její uzákonění z důvodu ukončení trápení, ztráty smyslu života, nesnesitelných bolestí apod. Zde je třeba osvěty týkající se náplně hospicové péče a jejích možností. Principy hospicové práce a paliativní medicíny by se měly rozšiřovat v rámci celé společnosti.

Značná část seniorů, kteří již pečovali o nemocnou osobu by ocenili pomoc domácí hospicové péče. Cílem hospicové práce by tedy mělo být rozšiřování nabídky domácí hospicové péče a rozšiřování informací o této službě.

Zařízení hospicového typu se ukazují být opravdu nezastupitelné v soudobé společnosti. Poskytují takové typy služeb, jaké nemohou nebo nenabízí jiné typy zařízení, ve kterých lidé umírají. Celkovým cílem hospicového hnutí by stále mělo být rozšiřování povědomí o této důležité pomoci umírajícím a jejich rodinám a překonávání předsudků a strachu z umírání.

Literatura a použité zdroje

1. STUDENT, Johann-Christoph, MÜHLUM, Albert, STUDENT, Ute . *Sociální práce v hospici a paliativní péče* . Vyd. 1. Jinočany : H & H, 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1.
2. *Tibetská kniha mrtvých : bardo thödol : (vysvobození v bardu skrze naslouchání)*. Z tibetštiny přeložil Josef Kolmaš. Vyd. 4. Praha : Vyšehrad, 2001. 186 s. ISBN 80-7021-473-2.
3. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II. : dospělost a stáří* . Vyd. 1. Praha : Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
4. *Katechismus katolické církve* . Z francouzštiny přeložil Josef Koláček. Vyd. 2. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2002. 793 s. ISBN 80-7192-473-3.
5. FRANKL, Viktor E. *Lékařská péče o duši : základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno : Cesta, 1996. 237 s. ISBN 80-85319-50-0.
6. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Vyd. 5. Praha : Ecce homo, 2003. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.
7. MALKOVSKÁ, Naděžda. *Sociálně ekonomické aspekty typologie hospicových domů*. Praha, 2007. 198 s. Dizertační práce. ČVUT v Praze, Fakulta stavební . ISBN 978-80-01-03800-0.
8. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* . Vyd. 1. Praha : Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
9. VIRT, Günter. *Žít až do konce : etika umírání, smrti a eutanazie*. Vyd. 1. Praha : Vyšehrad, 2000. 95 s. ISBN 80-7021-330-2.
10. MINIBERGEROVÁ, Lenka, DUŠEK, Jiří. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Vyd. 1. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.

11. FILEC, Václav. *Hospice.cz* [online]. 2000 [cit. 2010-03-29]. Hospicová péče v České republice. Dostupné z WWW: <<http://hospice.cz/hospiccr.html>>.
12. SVATOŠOVÁ, Marie. Stručný přehled historie hospicového hnutí v ČR, stav současný a cílový. In *Perspektivy hospicové péče v ČR*. [s.l.] : [s.n.], 2007 [cit. 2010-03-29]. Dostupné z WWW: <http://hospice.cz/hospice1/php07_rozcestnik.php>.
13. *Hospice.cz* [online]. c2006 [cit. 2010-03-29]. Kde jsou již existující hospice?. Dostupné z WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/org.php>>.
14. HUNEŠ, Robert. *Hospic - sociální fenomén moderní společnosti*. Bratislava, 2008. 97 s. Rigorózní práce. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety.
15. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu : základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

DALŠÍ ZDROJE:

- BYOCK, Ira. *Dobré umírání : možnosti pokojného konce života* . Vyd. 1. Praha : Vyšehrad : Cesta domů, 2005. 325 s. ISBN 80-7021-797-9.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie : nauka o umírání a smrti* . Vyd. 2. Praha : Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
- FRANKL, Viktor E. *A přesto říci životu ano : psycholog prožívá koncentrační tábor* . Vyd. 3. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2006. 175 s. ISBN :80-7192-866-6.
- STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Vyd. 1. Praha : Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.
- JAROŠOVÁ, Darja, RŮŽIČKOVÁ, Radka. *Umírání z pohledu sestry*. Vyd. 1. Ostrava : Ostravská univerzita, 2001. 21 s. ISBN 80-7042-325-0.

Přílohy

Příloha č. 1

Dotazník zjišťující význam hospiců pro společnost a způsob, jak jsou vnímány osobami v postproduktivním věku.

Dotazník zjišťující význam hospiců pro společnost a způsob, jak jsou vnímány osobami v postproduktivním věku

Vážená paní, vážený pane, jsem studentka 3. ročníku studia Speciálně pedagogické andragogiky na Univerzitě Palackého v Olomouci. Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou významu zařízení hospicového typu a jejich nezastupitelným místem v životě společnosti. Proto Vás prosím o vyplnění dotazníku, který by měl sloužit ke zjištění vašeho vztahu, názorů a postojů.

Informace, které od Vás pomocí dotazníku získáme, nám pomohou v praktické části bakalářské práce empiricky ověřit teoretická východiska.

U některých otázek je možný **výběr (zakroužkováním) z několika připravených možností**, některé otázky vyžadují Vaši **volnou odpověď**. V případě nabízené stupnice 1 – 5, zaškrtněte číslo, které nejvíce odpovídá Vašemu přesvědčení. Např. na otázku Máte rád(a) pořady o zahradničení?

ano 1 2 3 4 5 ne

zakřížkujte 1 pokud to jsou Vaše nejmilejší pořady,

2 pokud je občas sledujete,

3 pokud jsou to pořady, ke kterým nemáte zvláštní vztah,

4 pokud pořady spíše nesledujete,

5 pokud pořady nemáte vůbec rád(a).

Dotazník je anonymní. Veškeré zde zaznamenané informace budou sloužit pouze pro zpracování bakalářské práce a nebudou nikomu poskytnuty k dalšímu využití.

Předem velice děkujeme za Vaše vyplnění dotazníku.

Jana Zbožínková

3. ročník SPP-Andragogika

Mgr. et. Mgr. Marie Chrásková

Vedoucí bakalářské práce

1) Setkal(a) jste se někdy s termínem hospic, hospicová péče?

- a) ano, setkal(a)
- b) ne, nesetkal(a)
- c) nevím

2) Co si představujete pod termínem hospicová péče?

.....

.....

.....

3) Pro koho je tato služba podle Vás určena?

.....

.....

.....

4) Jaké typy služeb by měl hospic nabízet pro své klienty?

.....

.....

.....

5) Jaké služby byste ocenil Vy sám?

.....

.....

.....

6) Co si o hospicových službách myslí Vaši příbuzní?

.....

.....

.....

7) Které zařízení byste si zvolil v případě nutnosti a možnosti volby?

- | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----|---|---|---|---|---|----|
| a) nemocnice | ano | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ne |
| b) léčebna dlouhodobě nemocných | ano | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ne |
| c) hospic | ano | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ne |
| d) domácí péče | ano | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ne |

8) Očekáváte, že budete v budoucnu potřebovat péči jiné osoby?

ano 1 2 3 4 5 ne

9) Od koho byste tuto pomoc nejraději přijal(a)?

- | | | | | | | | |
|-----------------------|-----|---|---|---|---|---|----|
| a) rodinný příslušník | ano | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ne |
| b) soused | ano | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ne |
| c) známý, přítel | ano | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ne |
| d) pečovatelka | ano | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ne |

10) Byl(a) jste již někdy závislá na péči jiné osoby?

- a) ano
- b) ne

11) Pokud ano, jaká osoba o Vás pečovala?

- a) rodinný příslušník
- b) soused
- c) známý, přítel
- d) pečovatelka
- e) někdo jiný (kdo).....

12) Byl(a) jste spokojen(a) s péčí o Vaši osobu?

ano 1 2 3 4 5 ne

13) S čím jste byl(a) spokojena?

.....
.....
.....

14) Co jste při péči postrádal(a)?

.....
.....
.....

15) Přál(a) byste si poslední chvíle života strávit doma nebo v ústavní péči?

- | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----|---|---|---|---|---|----|
| a) nemocnice | ano | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ne |
| b) léčebna dlouhodobě nemocných | ano | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ne |
| c) hospic | ano | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ne |
| d) domácí péče | ano | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ne |

16) Máte zkušenosti s péčí o nemocnou osobu?

- a) ano
- b) ne

17) Pokud ano, o koho se jednalo?

- a) rodinný příslušník
- b) soused
- c) známý, přítel
- d) někdo jiný (kdo)

18) Využil(a) byste při péči o nemohoucí osobu pomoci služby domácí hospicové péče, pokud byste o ní měli dostatek informací?

ano 1 2 3 4 5 ne

19) Jaký je Váš názor na eutanázii?

schvaluji ji 1 2 3 4 5 neschvaluji ji

20) Má být podle Vás eutanázie uzákoněna?

ano 1 2 3 4 5 ne

21) Pokud by došlo k její legalizaci, uvažoval(a) byste o jejím využití?

ano 1 2 3 4 5 ne

22) Pokud ano, z jakého důvodu?

.....
.....
.....

23) Váš věk roků

24) Jste (zakroužkujte)

Muž

Žena

25) Kde bydlíte

a) ve vlastní domácnosti

b) v domově pro seniory

c) v domě s pečovatelskou službou

d) jinde (kde)

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Jana Zbožínková
Katedra:	Ústav speciálně pedagogických studií PdF UP Olomouc
Vedoucí práce:	Mgr. et Mgr. Marie Chrásková
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Zařízení hospicového typu a jejich nezastupitelné místo ve společnosti.
Název v angličtině:	Hospice establishments and their irreplaceable role in society.
Anotace práce:	<p>Cílem bakalářské práce bylo zjistit názory seniorů na význam hospicových zařízení a způsob, jak jsou tyto zařízení vnímány osobami v postproduktivním věku.</p> <p>V teoretické části byly popisovány postoje k umírání a smrti, smysl smrti, specifické potřeby v období umírání, vymezení paliativní péče a eutanázie, hospicové hnutí a principy hospicové péče.</p> <p>V praktické části bakalářské práce se zaměřujeme na zjištění názorů seniorů na význam hospiců pro společnost a zjištění způsobu vnímání hospicové péče osobami v postproduktivním věku.</p>
Klíčová slova:	Hospic, paliativní péče, potřeby, umírání, eutanázie

Anotace v angličtině:	<p>The aim of the thesis was to find out opinions of elderly people on the importance of hospice establishments and the way these establishments are perceived by people in postproductive age.</p> <p>The theoretical part describes the attitudes to dying and death, sense of death, specific needs in the time of dying, definition of the palliative care and euthanasia, hospice movement and hospice care principles.</p> <p>In the empirical part we explore opinions of elderly people on hospice establishments and the way these establishments are perceived by people in postproductive age.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Hospice, palliative care, needs, dying, euthanasia
Přílohy vázané v práci:	č. 1 Dotazník zjišťující význam hospiců pro společnost a způsob, jak jsou vnímány osobami v postproduktivním věku.
Rozsah práce:	60 stran
Jazyk práce:	český