

Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce

Bakalářská práce

2017

Blanka Baudyšová

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

Péče o umírající – hospicová péče

Bakalářská práce

Autor: Blanka Baudyšová
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce ve veřejné správě
Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Blanka Baudyšová, DiS.
Studium:	U1464
Studijní program:	B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce ve veřejné správě
Název bakalářské práce:	PÉČE O UMÍRAJÍCÍ - HOSPICOVÁ PÉČE
Název bakalářské práce AJ:	CARE FOR THE DYING PEOPLE - HOSPIC CARE

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem bakalářské práce je zjistit informovanost veřejnosti o hospicové péči, zvláště jejími formami, a porovnat ji s péčí v nemocničních i v jiných institucích. V teoretické části bude vysvětlen princip fungování hospice, bude uvedena jeho historie a zároveň současnost v České republice. V praktické části budu vycházet ze svých zkušeností z pozice pracovníka přímé obslužné péče. Bude použit kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného dotazníku.

HAŠKOVCOVÁ, H., Lékařská etika, Edice Skripta, sv. III, Praha : Galen, 1997 ISBN 80-85824-54-X (Galen), ISBN 80-7484-466-7 (Karolinum) KUBLER - ROSSOVÁ, E., Hovory s umírajícím, nakladatelství Signum Unitatis ve spolupráci s agenturou TGM, 1992, 1. vydání, 135 s., ISBN 80-85439-04-2 MISCONIOVÁ, B., Péče o umírající-hospicová péče, Národní centrum domácí péče ČR ve spolupráci s MZ ČR, MPSV ČR, VZP ČR a Magistrátem hlavního města Prahy. MUNZAROVÁ, M., Proč ne eutanazii aneb Být, či nebýt, Karmelitánské nakladatelství v Kostelním Vydří, 2008, 1369. publikace, 84 s., ISBN 978-80-7195-258-9. SVATOŠOVÁ, M., Hospice a umění doprovázet, Ecce Homo, Praha 1995, 3. vydání, 144 s., ISBN 80-902049-0-2. SVATOŠOVÁ, M., Hospic slovem a obrazem, Ecce Homo, Praha 6, 1. vydání, 1998, ISBN 80-902049-1-0.

Garantující pracoviště:	Katedra sociální práce a sociální politiky, Ústav sociální práce
Vedoucí práce:	doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.
Oponent:	doc. JUDr. Olga Sovová, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	4.12.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne.....

Blanka Baudyšová

Poděkování

Děkuji vedoucí své práce doc. MUDr. Aleně Vosečkové, CSc., za její odbornou pomoc a připomínky, které mi během zpracovávání bakalářské práce poskytla. Velké poděkování patří mé rodině, která mě během studia podporovala a také těm, kteří ochotně přispěli ke zpracování praktické části práce.

Abstrakt

Baudyšová, Blanka. *Péče o umírající – hospicová péče*. Hradec Králové, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Bakalářská práce je zaměřena na péči o umírající, hospicovou péči. V teoretické části se zaměřuji na vysvětlení pojmů hospic, princip jeho fungování, hospicová a paliativní péče, historie i současnost hospice v České republice. Součástí teoretické části je také charakteristika hospice Anežky České v Červeném Kostelci.

V praktické části je využita kvantitativní metoda polostrukturovaného vlastního dotazníku. Cílem výzkumu je zjistit povědomí laické i odborné veřejnosti o hospicové péči a míru informovanosti o zařízení hospicového typu.

Klíčová slova: hospic, hospicová péče, paliativní péče, multidisciplinární tým

Abstrakt

Baudyšová, Blanka. *Care for the dying people – hospice care*. Hradec Králové, 2016. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové. Leader of the Bachelor Degree Thesis : doc. Mudr. Alena Vosečková, CSc.

Bachelor thesis is aimed on care of dying on hospice care. I focus on explanation of terms hospice, principle of his working, hospice care and palliative care, history and present of hospice in Czech republic in theoretical part. Part of theoretical part is also characteristic of Anežka Česká's hospice in Červený Kostelec.

There is used quantitative method of semistructured own questionnaire. Target of exploration is find out subconscious of laical and of professional public about hospice care and extent of knowledge about hospice institution.

Key words: hospice, hospice care, palliative care, multidisciplinary team

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST	12
1.1 Hospic	12
1.1.1 Historie hospice	13
1.1.2 Hospicová péče	14
1.1.3 Paliativní péče	15
1.2 Formy hospicové péče	17
1.2.1 Domácí hospicová péče	17
1.2.2 Stacionární hospicová péče	17
1.2.3 Lůžková hospicová péče	17
1.2.4 Hospicová péče z hlediska časového	18
1.3 Podmínky přijetí do hospice	19
1.4 Potřeby těžce nemocného	20
1.4.1 Potřeby biologické	20
1.4.2 Potřeby psychologické	21
1.4.3 Potřeby sociální	22
1.4.4 Potřeby spirituální	23
1.5 Dětský hospic	23
1.6 Hospic Anežky České	24
1.6.1 Informace před přijetím	25
1.6.2 Poskytované služby	26
1.6.3 Režim dne v hospici	27
1.6.4 Financování Hospice Anežky České	27
1.6.5 Mýty o hospicích a paliativní péči	28
PRAKTICKÁ ČÁST	32
2 Prováděný výzkum	32
2.1 Příprava výzkumu	32
2.2 Metodika výzkumu	32
2.3 Srovnání výsledků obou skupin respondentů	46
2.4 Závěr výzkumného šetření	48
ZÁVĚR	50
BIBLIOGRAFIE	- 52 -

SEZNAM PŘÍLOH

- 54 -

SEZNAM GRAFŮ

- 55 -

Úvod

Již 20 let jsem zaměstnaná jako pracovník přímé obslužné péče v terénu, kde náplní mé práce je pomáhat nejen seniorům, jež v důsledku vysokého věku či zdravotního postižení ztratili svoji soběstačnost a byli odkázáni na pomoc druhých, ale také klientům s onkologickým onemocněním.

Velkou zkušeností pro mne byla stáž v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci.

Díky prostředí, tedy i profesionálnímu a lidskému přístupu zaměstnanců k umírajícím, jsem si uvědomila, že myšlenka hospice, jež vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti, není pouze frází, ale skutečností.

A proto jsem se ve své bakalářské práci rozhodla zpracovat téma hospicová péče – péče o umírající. Cílem bakalářské práce je seznámit veřejnost s hospicovou péčí, zvláště jejími formami, a porovnat ji s péčí v nemocničních i v jiných institucích.

V teoretické části chci vysvětlit princip fungování hospice, nahlédnout do jeho historie a zároveň současnosti v České republice.

V praktické části budu vycházet ze svých zkušeností z pozice pracovníka přímé obslužné péče. Na základě polostrukturovaného dotazníku se pokusím zjistit jak je laická i odborná veřejnost informována o hospicové péči, jaký postoj zaujímá k problematice hospicové péče.

Umírání a smrt je údělem člověka. Obojí nás jednou čeká a bohužel nemine. To je jediná jistota zahalená do nejistoty, neboť nikdo z nás neví, kdy se tak stane, ani jakým způsobem. O umírání a smrti se moc nemluví, přesto by se však mělo. Domnívám se, že každý má právo na důstojnou smrt a každý má právo zemřít doma, i když názory některých lidí jsou různé. A právě tomu bychom měli věnovat přinejmenším stejnou pozornost, jako je tomu při narození. Umírajícímu by měla být prokázána úcta a s tělem zemřelého by mělo být zacházeno ohleduplně. Člověk na sklonku života mnohdy potřebuje stejnou péči jako novorozeně a stejně tak jako novorozeně si ji zaslouží.

Dříve o nemocné a umírající pečovala rodina, její péče ale byla převážně laická. Umírání doma mělo po staletí svůj řád a každý věděl, jaká je zde jeho role. Tím, že členové rodiny asistovali u lůžka umírajícího, byla z generace na generaci předávána zkušenost jak o něho pečovat. Umírající měl jistotu, že v jeho poslední hodině nebude

opuštěn a že se mu dostane kvalitní péče. Představa o důstojném umírání se během doby změnila. Po dlouhou dobu měl pojem důstojná smrt obtížně dosažitelný cíl - mít čistou postel, teplo, jídlo a tisíce prostředky proti bolestem.

Později se péče o nemocné a umírající přenesla do nemocnice, kde jim sice byla poskytnuta potřebná a odborná péče, ale chyběl lidský kontakt a láskyplná účast (HAŠKOVCOVÁ, 1997).

Americká psychiatrička E. Kübler-Rossová, zastánkyně umírání doma, je přesvědčena, že osamělost a neosobní jednání nastupují, když je nemocný vytržen z domácího prostředí a horečně dopravován do nemocnice. A přitom přáním téměř všech nemocných či umírajících je prožít závěr života v domácím prostředí spolu se svými rodinami a přáteli. Tím, že zemřou doma, pomohou nejen sami sobě, ale i rodině mohou ukázat, že není třeba mít ze smrti a z umírání strach.

Pravdou je, že jen málo rodin v současné době má odvahu postarat se o svého rodinného příslušníka až do samého konce života. Umírání a smrt je pro ně neuchopitelným problémem zejména proto, že nemají zkušenost jak se v podobné situaci chovat, co dělat, jak reagovat.

Bojí se osobního selhání a nezvládnutelnosti situace. Proto jsou zde zařízení tzv. hospice, které poskytnou veškerou potřebnou péči jak umírajícímu, tak i jeho nejbližším.

TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Hospic

Motto: „Lékař může vyléčit někdy, ulevit často, potěšit vždycky“

Hutchinson

Hospic není dům a už vůbec to není „dům smrti“, jak si někteří lidé myslí. Jde o nestátní zdravotnické zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči především pacientům v terminální fázi nevyléčitelného onemocnění.

U těchto pacientů byly již vyčerpány všechny možnosti kurativní léčby, ale pokračuje léčba příznaků s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže, vyplývající ze základní diagnózy i jejích komplikací. Paliativní péče je soustředěna na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší.

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti a z jeho bio-psycho-sociálních a duchovních potřeb. Hospic je alternativou, která respektuje priority pacienta. Důraz je kladen především na kvalitu života nemocného, a to kvalitu života až do konce, do posledního vydechnutí. Jde o doprovázení nemocného, ale také jeho blízkých, kteří, přestože trpí současně s nemocným, zde hrají významnou a nezastupitelnou roli. Hospic neopouští ze zřetele rodinu ani po smrti nemocného a je-li potřeba, věnují se jí i dlouhodobě. Pro některé umírající právě toto ujištění představuje pomoc nejcennější.

„ O smysluplnosti života rozhodují jeho vrcholné body a jediný jeho okamžik může dát zpětně smysl celému životu „ V. E. Frankl

Tato možnost zůstává i tehdy, je-li pacient upoután na lůžko a závislý na pomoci druhých. Stále může milovat, obdivovat krásu umění nebo přírody, což jsou hodnoty vyššího řádu než hodnoty hmotné. Ještě důležitější jsou však podle něho hodnoty postojové. Člověk může například odpustit křivdy a dát to zřetelně najevo. A právě tohle může být v jeho životě vrcholným bodem, který dá zpětně smysl celému předchozímu životu. Hospic v této záležitosti plní důležitou funkci, a tou je zvládnout tělesné symptomy a bolest, a tak v pacientově mysli ponechat dostatek prostoru na řešení těchto problémů.

Hospic respektuje smrt jako nedílnou a přirozenou součást života stejně jako narození. Zásadně ji nikdy ničím neurychluje, to by byla eutanazie. Jeho úkolem je

pomáhat a sloužit. Hospic neslibuje uzdravení, ale také nebere naději, nemocnému garantuje, že:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen.

V hospici tedy nejde o prodloužení života, ale o jeho slušnou kvalitu až do jeho samotného konce. Právo každého člověka na důstojnou smrt je základním etickým principem. Cílem je naplnit dny životem, nikoli život naplnit dny.

(VORLÍČEK a kol., 1998)

1.1.1 Historie hospice

Slovo hospic pochází z latinského slova hospitium, vyjadřujícího vzájemný vztah mezi hostem a hostitelem, nemocným a křesťanskými pečovateli.

Hospic, neboli útulek, či útočiště je znám již ve středověku, kde se takto nazývaly tzv. domy odpočinku. Do těchto domů se uchylovali unavení poutníci, kteří směřovali do Palestiny, aby se zde najedli, vyspali, načerpali nové síly. Těhotné ženy mohly porodit a nemocní buď se uzdravit a pokračovat v cestě, anebo v klidu zemřít.

Postupem času hospice zanikaly a jejich myšlenka ožila až v polovině 18.století, kdy byla v Dublinu otevřena zvláštní nemocnice pro umírající. Byla určena lidem, kteří končili svůj život v podmínkách materiálního nedostatku a špíny. Zakladatelka Mary Aikdenheadová se rozhodla znovu pro pojmenování hospice. Umírající měl možnost zde dožít v důstojnosti a v přijatelných podmínkách, zajišťujících jeho tělesné potřeby.

Na počátku 20. století otevřela Charita irských sester St. Joseph's Hospic v Hackney ve východní části Londýna.

První novodobá myšlenka hospice se zrodila po 2. světové válce v hlavě zdravotní sestry Cecilly Saundersové. Ta pracovala od roku 1958 v Hospici Sv. Josefa. Později vystudovala lékařskou fakultu a v roce 1967 otevřela v Londýně první hospice moderního typu s názvem St. Christopher's Hospic, který je dnes znám po celém světě a stal se vzorem pro vznik mnoha dalších. Postupně se rozšířily nejprve v Anglii, Irsku a Americe. V současné době jich celá řada funguje po celé Evropě. Odhaduje se, že ve Velké Británii existuje více než 140 hospiců a ve světě pak více než 2500 (www.domaci-pece.info, 1).

U nás je plným právem za „českou Saundersovou“ považována lékařka Marie Svatošová, která roku 1993 založila sdružení pro podporu domácí péče a hospicové hnutí s názvem Ecce homo. Toto hnutí chce prosazovat práva pacientů a úctu k lidskému životu od jeho početí až do přirozené smrti. Od 1. ledna 1996 je v provozu první hospic v České republice – Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, jehož zřizovatelem je Diecézní charita Hradec Králové.

Od počátku roku 2009 bylo v České republice celkem 13 lůžkových hospiců a několik domácích (mobilních) hospiců. (www.hospice.cz, 2)

1.1.2 Hospicová péče

„Právě od našich umírajících pacientů se učíme poznávat pravé hodnoty života. Kdybychom byli schopni dosáhnout stádia přijetí smrti již v mládí, prožili bychom mnohem smysluplnější život, dokázali bychom se radovat z maličkostí a ještě bychom měli i jiný žebříček hodnot“.

E. Kübler-Rossová

„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“. (www.habilab.cz, 3)

Hospicová péče řeší nejen bolest a utrpení samotných pacientů, ale zároveň pomáhá jejich rodinám zvládat nadměrnou psychickou a fyzickou zátěž při intenzivní péči o svého blízkého.

„Dle světové zdravotnické organizace WHO 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 života v rozsahu méně než 6 měsíců. V rámci hospicové péče je poskytována zejména paliativní péče.“ (MISCONIOVÁ, s 28)

Podle vyjádření Elisabeth Kübler-Rossové je „*hospicová péče vlastně staromódní zvyk – důstojná reakce na nevyhnutelný konec života, pomáhá i umírajícímu jeho rodině, která se musí vyrovnat se ztrátou.*“

Cecilly Saundersová uvádí „*Hospicová péče je pomoc člověka člověku v utrpení způsobeném nemocí a umíráním.*“ (MISCONIOVÁ, s. 31)

Její osobní zkušenost s umírajícím milovaným člověkem se jí stala životní výzvou, pomohla jí ujasnit základní potřeby umírajících a též možnost, jak by bylo možno je naplnit. Sedm let pracovala v Hospici sv. Josefa, který v tomto století otevřely řeholní sestry v Londýně. Provedla studii na více než 1000 pacientech a prokázala, že podávání opiátů před nástupem průlomové bolesti a v pravidelných intervalech účinně tlumí bolest, aniž by u pacientů hrozil návykový efekt. Její práce představuje počátek moderní paliativní léčby chronických bolestí. Saundersová je průkopnicí v prevenci bolesti u onkologických onemocnění. (www. hospice.cz, 4)

1.1.3 Paliativní péče

Paliativní (z latinského slova *pallium* – plášť, přehoz, příkrývka) neboli útěšná, zmírňující léčba a péče, je nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínou. Paliativní péče má svůj původ v hospicovém hnutí. V naší republice se začala rozvíjet až po roce 1989. (MUNZAROVÁ, 2008)

Zcela uspokojivá definice paliativní medicíny či péče neexistuje. Uvádím tu, kterou popsala Světová zdravotnická organizace (WHO).

„*Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.*“ (VORLÍČEK a kol., s. 19).

Světová zdravotnická organizace dále konstatuje, že paliativní péče:

- podporuje život a považuje umírání za normální proces
- smrt neurychluje ani neoddluže
- 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.

U paliativního způsobu léčby se sice neodstraní nemoc, subjektivní stav se však přesto

zlepší. Paliativní péče smrt významně neurychluje, ani neoddaluje. Její přístup lze shrnout slovy: “Pomáhat v umírání ano, pomáhat ke smrti ne.“

Paliativní medicína úzce souvisí s hospicovým hnutím. Hospicový program je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných doma i během pobytu v nemocnici, které jsou zajišťovány lékařsky řízeným multidisciplinárním týmem profesionálů, který tvoří lékaři různých specializací, zdravotní sestry, sociální pracovník, psycholog, psychiatr, duchovní a další pracovníci dle potřeby. Důležitou součástí týmu jsou také členové rodiny nemocného, přátelé a dobrovolníci (VORLÍČEK a kol., s. 19).

1.2 Formy hospicové péče

Ve světě i u nás máme tři základní formy hospicové péče. Je to domácí, stacionární a lůžková hospicová péče.

1.2.1 Domácí hospicová péče

Domácí mobilní hospic je tvořený týmem zdravotnických i nezdravotnických pracovníků jako jsou lékař, zdravotní sestra, pečovatelka a dobrovolník. Tato péče je pro nemocného ideální, ale ne vždy dostačující.

Pro každého pacienta je nejlepší zůstat ve známém domácím prostředí. O pacienta se stará rodina s pomocí pečovatelské nebo ošetrovatelské služby, ve které mohou působit i speciálně vyškolené sestry pro hospicovou péči. Rodina může také využívat poradnu hospicové péče a půjčovny zdravotních pomůcek, zřizovaných při hospicích.

I při nejlepší snaze mnohdy může chybět prostor, pečovatel či odborník. Někde schází i domácí zázemí. Pokud není dostupná agentura poskytující domácí péči nebo speciální hospicovou péči, je setrvání pacienta doma nemožné (SVATOŠOVÁ, 1995).

1.2.2 Stacionární hospicová péče

Stacionáře jsou zřizovány většinou jako součást hospice. Pacient je v tomto případě přijat ráno nebo dopoledne a večer se vrací domů. Dopravu nemocného zařizuje buď rodina, nebo hospic. Záleží na domluvě a na místních podmínkách. Tato forma je vhodná pouze pro nemocné v místě bydliště nebo blízkého okolí. V určité fázi onemocnění ale může být pro některé nemocné tím nejvhodnějším řešením. Důvod takových pobytů může být různý. Například diagnostický (kontrola bolesti, kterou se nepodařilo zvládnout doma), léčebný důvod (za účelem aplikace chemoterapie), psychologický a azylový důvod. Sem je třeba zařadit nemocné, kteří si přejí prožít poslední dny a hodiny života v hospici nikoli proto, že by se doma nedaly zvládnout příznaky nemoci, ale proto, že chtějí některé členy své domácnosti, například malé děti, těchto prožitků ušetřit.

Ale v takových případech už nepůjde o stacionář, nýbrž o lůžko (SVATOŠOVÁ, 1995).

V tomto případě mohou tuto péči využívat pacienti z nejbližšího okolí hospice. V určité fázi onemocnění je tím nejvhodnějším řešením.

1.2.3 Lůžková hospicová péče

Důvodem přijetí nemocného do hospicového zařízení je vážné, většinou

onkologické onemocnění, v terminálním stádiu, kdy nemoc ohrožuje pacienta na životě. Pro mnoho pacientů je přijetí hospicového lůžka psychicky negativní záležitostí, neboť to berou jako verdikt, že na něm musí také zemřít. Samozřejmě mohou, ale nemusí. Většina nemocných, nejčastěji s nádorovým onemocněním využívá hospic účelně. Co je nesmírně důležité, přicházejí na krátkodobé, zpravidla opakované pobyty zcela svobodně a dobrovolně tehdy, když oni sami cítí, že je to pro ně dobré. Především tehdy, když vidí, že to rodina již nezvládá a pobyt v nemocnici není nutný. Hospicová péče je aktuální i tehdy, kdy těžce nemocný či umírající leží v nemocnici nebo v jiném zařízení a ty mu již nemohou další kurativní léčbu, vedoucí k výrazným změnám v onemocnění, poskytnout. Na základě svého potvrzení lékařské diagnózy od ošetřujícího lékaře a na základě svého svobodného, informovaného souhlasu je pacient do hospice přijat (SVATOŠOVÁ, 1995).

1.2.4 Hospicová péče z hlediska časového

a) Období pre finem

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

b) Období in finem

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

c) Období post finem

Kromě péče o tělo zemřelého doprovázení pozůstalých podle potřeby i dlouhodobě, zpravidla po dobu 1 roku.

Z uvedeného vyplývá, že čím dříve těžce nemocný a jeho rodina hospic kontaktují, tím více pro ně hospic může udělat. Z téhož důvodu je nesmírně důležitá doba a včasná spolupráce ošetřujících lékařů a nemocnic i hospicový systém.

1.3 Podmínky přijetí do hospice

Péče a léčba nemocných v hospici je v případě potřeby určena všem bez rozdílu rasy, pohlaví, národnosti a náboženského vyznání. Kritériem pro přijetí pacienta do hospicové péče je jeho zdravotní stav. Nejčastěji se jedná o nemocné s pokročilým onkologickým onemocněním, s potřebou kontroly a léčby bolesti nebo s potřebou ošetrovatelsky náročné preterminální péče, ale také o klienty s pokročilým degenerativním onemocněním svalů nebo nervů, s těžkými stavy po poranění míchy, klienty se souborem symptomů doprovázejících rozvinutý AIDS či stavy po mozkových mrtvicích. Ošetřující lékař nemocného vyplní žádost o přijetí do hospice. Nejedná se však o žádnou formalitu, je to důležité pro kontinuitu péče. Musí být jisté, že se vyčerpaly všechny léčebné možnosti, které mohly nemoc vyléčit nebo zastavit.

Další podmínkou pro přijetí je časový horizont maximálně do 6 měsíců od očekávané smrti. Jak již z toho vyplývá, hospic není pro každého, není určen pacientům, kteří potřebují „běžnou“ dlouhodobou péči, to znamená, že neslouží jako léčebna dlouhodobě nemocných či rehabilitační ústav. Není určen k dlouhodobému ani trvalému pobytu (www.asociacehospicu.cz, 5).

1.4 Potřeby těžce nemocného

O klidném a důstojném umírání a o kvalitě života umírajícího můžeme mluvit jen v případě, jsou-li respektovány a co nejlépe uspokojeny základní lidské potřeby nemocného a to biologické, psychologické, sociální a spirituální.

Priorita potřeb se během nemoci mění. Jestliže na začátku byly prvořadě potřeby biologické, v závěrečné fázi velmi často nabývají na významu potřeby spirituální (SVATOŠOVÁ, 1998).

1.4.1 Potřeby biologické

Vychází ze základních potřeb každého člověka. Patří sem vše, co potřebuje nemocné tělo. Znamená to příjem potravy, někdy zvláštním způsobem upravené (infúze, sondy), vyměšování, dýchání, tišené bolesti, hygiena a s ní související prevence dekubitů (proleženin) a rehabilitace.

Mezi nejdůležitější potřeby těžce nemocného patří tišení bolesti. Člověk se v bolestech rodí a nejednou i umírá. V oblasti psychické je reakcí na nevyléčitelnou nemoc prožívání úzkosti z neisté budoucnosti, pocit ohrožení z toho, co bude. Jde o strach z bolesti, opuštěnosti, z utrpení.

Bylo mnohokrát opakováno, že bolest má formativní význam pro utváření lidské psychiky. Řekové přistupovali k bolesti jako ke zlu a jednoznačně jí vyhlašovali boj. Křesťanství dalo bolesti význam zkoušky a povahu vykoupení. Bolest je vždy subjektivním zážitkem a bolest nemusí cítit ten, jenž si vědomě snížil pro bolest vnímavost. Některými příklady, překonání bolesti“ jsou odvrácení pozornosti, soustředění na cíl, zápal boje, extáze náboženské a jiné (HAŠKOVCOVÁ, 1975).

Bolest je jedním z důvodů strachu z umírání. Každý má jiný práh bolesti, každý svou bolest cítí jinak, a proto je třeba nemocnému věřit. U onkologicky nemocných pacientů je bolest chronická a vytrvalá, urputná a nedovolí nemocnému na nic jiného myslet. Proto musí být prvořadou snahou tuto bolest bezpodmínečně zvládnout a nenechat člověka trpět.

K co nejučinnějšímu zvládnutí bolesti je třeba s pacientem o těchto otázkách hovořit a snažit se společně s ním, lékařem a ošetřujícím personálem tuto bolest průběžně tlumit podle její intenzity. Je třeba také říci, že k překonání bolesti velmi často pomáhá jistota, že život má i v bolestech svůj smysl. (SVATOŠOVÁ, 1995)

1.4.2 Potřeby psychologické

Zaručují především respektování lidské důstojnosti, a to naprosto nezávisle na jeho tělesném stavu. Každý je jedinečnou a neopakovatelnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. A jako takového je nutno ho chápat a respektovat vždy, tím spíše v období, kdy svůj specifický úkol završuje. Na těchto zásadách je založeno celosvětové hospicové hnutí. Nemocný potřebuje se svým okolím komunikovat a my často zapomínáme, že pacient nepotřebuje slyšet jen naše slova. Někdy dokonce víc než slova mluví naše mimika, pohyby, gesta, postoj, naše oči. Každý potřebuje pocit bezpečí. I proto je důležité nikdy nemocnému nelhat. Případná lež by se vymstila ztrátou důvěry. Optimální je říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet, a jen tehdy, kdy to chce slyšet. Škoda, že tak málo lidí ví, jak důležitá je komunikace s pacientem v jeho posledních chvílích. Kdyby jen tušili, co všechno mohou v těchto hodinách pro umírající udělat! Umět správně komunikovat není však jednoduché. Dobrá komunikace vyžaduje schopnost vžít se do kůže nemocného, respektovat jeho současný zdravotní stav, jeho potřeby, prožívání, hodnoty. (SVATOŠOVÁ, 1995)

Důležité je počítat s jeho psychickou reakcí na nevyлéčitelnou nemoc. Pacient, jemuž je sdělena diagnóza vážné nemoci, není schopen tuto informaci přijmout okamžitě. Je jakoby chráněn určitou psychologickou obranou. Trvá to nějakou dobu, než tuto informaci prožije a zpracuje. Americká psychiatrická Elizabeth Kübler – Rossová, která se jako jedna z prvních začala odborně zajímat o smrt a umírání, definovala pět základních stádií, jak se vyrovnat s nemocí a se smrtí.

První fáze, fáze negace, šoku, popření začíná obvykle se zjištěním vážné nemoci. Nemocný je zprávou zdrcený a namlouvá si, že jde o omyl. Zde je důležité navázat s ním kontakt a získat jeho důvěru.

Druhou fází je agrese, hněv, vzpoura. Nemocný má zlost na zdravotníky, zlost na zdravé lidi, vyčítá nespravedlnost. Klade si otázky „Proč zrovna já?“, Čí to je vina? Obviňuje a svaluje vinu na všechny kolem sebe. V tomto případě je potřeba dovolit mu odreagování a nepohoršovat se.

Třetí fází je smlouvání, vyjednávání. Nemocný hledá jakoukoli pomoc, zázračné léky, léčitele a činí velké sliby. Je ochoten udělat a zaplatit cokoli pro své vyléčení. V této fázi musíme mít s pacientem maximální trpělivost, avšak musíme dávat pozor na podvodníky.

Čtvrtou fází je deprese a smutek. Nemocný prožívá hluboký smutek z utrpené

ztráty, z hrozící ztráty, strach z účtování. Je v depresi a má strach o zajištění rodiny. V této fázi je třeba trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení.

Poslední fází je smíření, souhlas a vyrovnání se. Nemocný svůj osud přijal a je čas loučení. V této chvíli je u umírajícího pacienta důležitá lidská přítomnost. Tuto fázi smíření je nutno odlišit od rezignace (vzdát se na milost a nemilost). Rezignaci lze chápat i jako selhání doprovázejícího, i když neúmyslné. Rozdíl mezi přijetím a rezignací popisuje Kübler - Rossová takto: „*Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří jen na svůj osud rezignovali, tento výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího smíru. Tento výraz je velmi snadno odlišitelný od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového stádia přijetí pravdy.*“ (SVATOŠOVÁ, 1995, s.28)

Všechny tyto fáze, i když jsou seřazeny za sebou tak, jak obvykle přicházejí, nemusí vždycky zachovávat tento sled. Některé z nich se opakovaně vracejí a střídají a mohou se i dvě nebo tři, někdy i v jiném dni, prolínat. Nejsou stejně dlouhé a může se stát, že některá chybí. Každý člověk, každý pacient je jiný. Důležité však je, aby umírající dospěl do fáze smíření. V každé fázi je vždy přítomna naděje a je záhodno její sílu živit.

1.4.3 Potřeby sociální

Člověk je tvor společenský, nežije izolovaně a izolovaně ani nestůně ani neumírá. Potřebuje své nejbližší, na které má nejsilnější citové vazby. Obvykle je to jeho rodina, ale mohou to být i přátelé a známí. Nemocný většinou stojí o návštěvy a potřebuje je. V tomto ohledu hospic podporuje doprovázející a blízké osoby tím, že jsou v hospici neomezené návštěvy, a také tím, že se někdo z rodiny může s nemocným ubytovat přímo na jeho pokoji.

„ *Doprovázení umírajících ubere kus sil, ale přidá kus moudrosti a zralosti.*“ (SVATOŠOVÁ, 1995, s.124)

1.4.4 Potřeby spirituální

Spirituální potřeby jsou péčí o duši, či duchovní podstatu člověka.

Člověk se v nemoci a posledních okamžicích života začne zabývat životně důležitými otázkami po smyslu života – vlastního života. Každý člověk v takové situaci potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno, a má potřebu i sám odpouštět. Potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. Je potřeba mu ukázat, že smysluplně a hodnotně se dá žít v každé situaci.

„Odpuštění je příznakem toho, že člověk přestal stavět na tom, co bylo v minulosti, a má pro co žít.“ (KŘIVOHLAVÝ, J., 2004, s.64)

Spirituální péče o duši je poskytována duchovními pastýři různých náboženských skupin a vyznání v průběhu celého života věřícího. Kontakt s duchovním pastýřem nemocného by měl být jedním z prvních kroků hospicové péče. Obvykle je duchovní pastýř aktivní psychoterapeutickou podporou pro umírajícího klienta i jeho blízké ve všech fázích umírání. Respekt k duchovnímu životu člověka je nezbytným předpokladem pro zachování důvěry a komplexní péče o umírajícího člověka.

Proto je nutné brát ohled na rituály, které věřícímu přináší v období umírání duševní vyrovnanost, uspokojení a smíření.

1.5 Dětský hospic

Dětský hospic se od hospice pro dospělé výrazně liší. Slouží dětem, u nichž byla zjištěna život ohrožující nebo život omezující choroba. Někdy také může sloužit dětem v pórázových stavech - a jejich rodinám.

Zatím co ve většině hospiců pro dospělé jsou nemocní v terminálním stádiu a tráví v nich nejčastěji poslední dny svého života, tak dětské hospice fungují pro tzv. respitní (odlehčovací) péči. To znamená, že nemocné děti a jejich rodiny jezdí do hospicu na krátkodobé pobyty, při kterých načerpají nové síly.

Dětský hospic je schopen a připraven postarat se i o nemocné děti v terminálním stádiu, ale není to jeho dominantní péče ve srovnání s respitní péčí.

První samostatný dětský hospic vznikl ve světě počátkem 80. let ve Velké Británii, v Oxfordu, s názvem Helen House.

U nás se dětský hospic nachází v Malejovicích, který vybuodovala nadace Klíček. Posláním dětského hospice je celkové zlepšování kvality života nemocného člověka a jeho blízkých, včetně péči o duši a ducha. Důležitou součástí práce je podpora pozůstalých rodinných příslušníků.

1.6 Hospic Anežky České

Hospic Anežky České v Červeném Kostelci (okres Náchod), kde jsem v létě 2011 absolvovala stáž, je první český hospic.

Byl vybudován ve velmi krátké době – za 13 měsíců. Stavět se začalo v říjnu 1994 a slavnostně byl otevřen 8. prosince 1995. Od 1. ledna 1996 sloužil hospic plně svému účelu.

Hospic je společným projektem nadace Ecce homo a Diecezní charity Hradec Králové, která je jeho zřizovatelem. Iniciátorkou a zároveň zakladatelkou je lékařka Marie Svatošová.

Hospic Anežky České je nestátní zdravotnické a sociální zařízení, které pečuje o nevléčitelně nemocné, zejména s onkologickým onemocněním v terminálním stádiu. Pacientům poskytuje jak individuální celistvou péči a paliativní léčbu, která je zaměřená na kvalitu života až do poslední jeho chvíle, tak poradenskou službu s půjčovnou zdravotnických pomůcek.

Budova hospice je postavena ve tvaru písmene „L“. Dvacet pokojů je rozmístěno ve dvou podlažích s celkovou kapacitou 30 lůžek (14 jednolůžkových, 4 dvoulůžkové a 2 čtyřlůžkové pokoje). V každém z pokojů jsou prosklená okna až k podlaze a jsou situována směrem k jihu nebo západu. Všechna ústí na prostornou terasu, na kterou je možné z pokojů v přízemí vejít i s lůžkem. Samozřejmě ani pacienti z 1. poschodí nejsou o nic ošizeni. Na terasu se mohou dostat na vozíku nebo na posteli pomocí výtahu.

Většina pokojů je jednolůžkových, což umožňuje pacientům dostatek soukromí a klidu. Ke standardnímu vybavení pokoje patří ošetřovatelská lůžka polohovací lůžka Linet, obložená imitací dřeva, aby interiér pokoje připomínal více domov než nemocnici. Na všech 14 jednolůžkových pokojích jsou přistýlky pro rodinné příslušníky. Součástí každého pokoje je dorozumívací zařízení, které je napojeno na sesternu. Na všech pokojích jsou telefony. Pacient si může kamkoli zavolat a hovor si pak zaplatí. Denní místnost v přízemí je vybavena jako čajovna. Je přístupna pacientům hospice i lidem z venku. Chodí zde na kávu, čaj, dívat se na televizi a občas se zde uskuteční nějaká kulturní akce.

Koupelny jsou bezbariérové jako celý objekt. U sprchy je sklopaná sedačka, takže se nemocný může sprchovat ve stoje nebo vsedě. Pro pacienty, kteří se mohou koupat jen vleže, se využívá ve velké koupelně speciální pojízdná vana.

První poschodí se moc neliší od přízemí. Pokoje jsou stejné, jen zimní zahrada

je menší. Navíc je zde kaple a jídelna. Ty jsou od sebe odděleny rozkládací stěnou, která se v době bohoslužeb otevírá, aby zde měli přístup i ležící pacienti a návštěvy.

V suterénu je umístěna velká kuchyň, prádelna, sklady a místnost posledního rozloučení. Sem se odváží zemřelý z pokoje. Pozůstali se s ním v této místnosti mohou o samotě rozloučit.

1.6.1 Informace před přijetím

Jediné kritérium pro přijetí do hospice je zdravotní indikace nemocného a jeho svobodný informovaný souhlas. Hospic není nic povinného, nelze jen tak někoho „přeložit bez jeho souhlasu“. Nemocný by měl vědět, o jaké zařízení se jedná a podle toho se sám svobodně rozhodne, zda chce být v hospicu. Každý hospic má svůj formulář žádosti o přijetí (příloha č. 4). Pro přijetí je nutné podat žádost o přijetí, kterou lze získat na internetových stránkách hospice, u praktického či odborného lékaře, v nemocnici nebo přímo v hospici. Přílohou žádost jsou tzv. Informace před přijetím a z nich vyplývající formulář Svobodný informovaný souhlas (příloha č. 5). Tiskopis Žádost o přijetí vyplní ošetřující lékař (praktický či z nemocničního oddělení). Pro posouzení žádosti je důležité uvést co nejvíce informací nejen o zdravotním stavu, ale i o sociálním zázemí žadatele. Vyplněnou žádost spolu s informovaným souhlasem a s podpisem žadatele je možno zaslat faxem, poštou na adresu hospice nebo donést osobně. Přijetí rozhoduje hospicový lékařský tým dle daných kritérií. Příjem žadatele do hospice probíhá tak, že v „informacích před přijetím“ (příloha č. 3) jsou uvedeny věci, které jsou potřebné přivést s sebou k hospitalizaci neznámého prostředí. Nemocného přijímá lékař, zdravotní sestra a navštíví ho sociální pracovnice. Klienta seznámí s možností léčby, se způsobem pro něho vhodné péče, denním režimem, se službami které hospic nabízí. Je potřeba počítat s tím, že klient na hospitalizaci přispívá určitou finanční částkou odstupňované podle výše svého příjmu (formulář kde jsou informace o financování). Hospic je nestátní zařízení a tak si část pobytu hradí i sám pacient. Pojišťovna přispívá asi 50 – 60% z celkových nákladů. Část nákladů je hrazena z dotací a příspěvků. Částka, kterou si hradí pacient je vypočítána z jeho příjmů.

1.6.2 Poskytované služby

Základním posláním Hospicu Anežky České je péče o těžce nemocné a doprovázející příbuzné a blízké. Návštěvníkům a doprovázejícím osobám nemocných může hospic poskytnout také ubytování a celodenní stravování. V případě volné kapacity zařízení nabízí nemocným tzv. odlehčovací služby. V zájmu zmírnění dopadu úmrtí pacienta na pozůstalé nabízí hospic osobní blízkost zkušených pracovníků prostřednictvím korespondence, pravidelných setkávání s pozůstalými, svépomocné skupiny a eventuálních návštěv. Na pomoc rodinám, které chtějí o své nemocné pečovat v domácím prostředí, provozuje hospic sociální poradenství, půjčovnu zdravotnických pomůcek a v charitativním edukačním centru jim nabízí vzdělávací programy zaměřené na teoretickou i praktickou stránku domácího ošetřovatelství. Hospic, jako modelové zařízení předává zkušenosti zájemcům o hospicovou péči z řad široké veřejnosti prostřednictvím vzdělávacích kurzů, exkurzí a stáží.

Pobyt nemocného v hospici je dobrovolný. Multidisciplinární tým poskytuje individuální celistvou paliativní péči a paliativní léčbu, která je zaměřena na kvalitu života. Tým tvoří odborně proškolený personál = lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelé, sociální pracovník, psychoterapeut, duchovní a dobrovolníci. Ti všichni se svým hluboce lidským a současně profesionálním přístupem snaží uspokojit tělesné, duševní, sociální a spirituální potřeby člověka. Dobrovolníci svou činnost doplňují práci zaměstnanců a přinášejí tím do hospice nový rozměr. Náplní jejich činností je především:

- rozhovory s pacienty
- péče o pokojové květiny a zahradu
- služba v recepci
- obsluha v čajovně
- šití a spravování prádla
- pomoc při jednorázových akcích (např. při benefičním koncertě, Tříkrálové sbírky)

Odměnou dobrovolníků je hlavně pocit užitečnosti, vědomí, že člověk pomáhá druhým, odezva od pacientů a personálu.

1.6.3 Režim dne v hospici

Výrazně se liší od režimu v nemocnici. Nenarušuje-li to pohodu ostatních pacientů, přizpůsobuje se režim dne v maximální možné míře potřebám pacienta. Nikdo mu nepředepisuje, kdy musí vstávat a kdy uléhat, kdy zhasnout či vypnout rozhlas či televizi. Jídlo dostává sice pravidelně, ale nemá-li na něj chuť, nic se neděje. Ve speciálním termokufříku vydrží na nahřátých talířích jídlo dlouho teplé.

Většina pokojů je jednolůžkových s přistýlkou pro příbuzné. Ideální je, když se v hospici s nemocným ubytuje někdo z jeho blízkých. Není-li to možné, měli by přicházet na návštěvu co nejčastěji. Doba návštěv není nijak omezena (24 hod. denně). Dovoluje-li to stav nemocného, může si jít s vědomím sestřičky sám nebo s doprovodem do parku nebo do města. Kdo má zájem, může se téměř každý den účastnit v kapli mše svaté. Běžně tam bývají pacienti i s lůžkem.

1.6.4 Financování Hospice Anežky České

Hospic je velmi specifické zařízení, které svojí činností spadá do dvou rezortů - Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí. Vzhledem k tomu, že prakticky neexistuje legislativní norma, která by zároveň určovala postavení hospice jak ve sféře zdravotnictví, tak ve sféře sociální, existují i nevyjasněnosti v oblasti ekonomické. Hospic je považován za neziskovou organizaci, což znamená, že musí hospodařit minimálně vyrovnaně, v lepším případě se ziskem, ale zisk nemůže být použit pro rozdělení formou mezd, nebo odměn, ale musí být použit pro další rozvoj.

Hospic počítá s vícezdrojovým financováním. Ministerstvem zdravotnictví byl hospic zařazen do kategorie ošetrovatelských ústavů, protože převážná část péče spočívá v ošetřování nemocných, i když v léčbě, převážně paliativní péčí, se samozřejmě pokračuje dál. Problém je v tom, že naše legislativa pojem hospic stále nezná, tudíž ho nezná ani sazebník pojišťoven. Přesto však mají všechny české hospice uzavřeny smlouvy s pojišťovnami podle šablony pro ošetrovatelská lůžka. Hrazení zdravotními pojišťovnami pokrývá zhruba 50% provozních nákladů. Asi 20% dosud přispívalo formou dotace Ministerstvo práce a sociálních věcí a stejnou částku se daří získat od dárců a sponzorů. Zbývajících asi 10% představují platby klientů za nadstandard - (jednolůžkový pokoj s vlastním bezbariérovým sociálním zařízením, polohovacím lůžkem, televizí, telefonem a dalším vybavením). Stravu si hradí nemocný. To činí asi 13% nákladů. Dalších 27 – 37% musí být získána od sponzorů. Dárců, z provozu vlastní činnosti.

Vyšší náklady jsou důsledkem většího počtu zdravotnického personálu, především sester a ošetřovatelů, kteří jsou nezbytnou součástí individuální a vysoce kvalitní poskytované péče. Bez sponzorů a dárců se žádný hospic neobejde. (www.hospice.cz., 6)

Financování hospiců je dost obtížné. Dle posledních průzkumů bylo zjištěno, že nejčastějšími problémy a překážkami, jsou nedostatečné a nesystémové financování a absence v návaznosti jednotlivých zdravotnických a sociálních zařízení.

Hlavní problémy v souvislosti s řízením hospiců lze stručně shrnout asi takto:

- Nejistota ve financování (problém získávání financí z nesystémových dotací)
- Vícezdrojové financování (jeden zdroj hospice nepokryje)
- Problematické vyjednávání s pojišťovnami (pravidla umožňují různý výklad)
- Nejistota hospiců při získávání financí na nadstandardní sociální služby (platí se lůžko, ve kterém nejsou zahrnuty práce psychologů, ani nadstandardní počet pracovníků)
- Složitě naplňování kapacity, kterou poskytovatel eviduje pro MPSV
- Problematika časové dostupnosti příspěvku na péči, zákon diskriminuje část pacientů, kteří sice splňují všechny potřebné náležitosti, ale zemřou dříve, než jsou jim poskytnuty příspěvky na péči (přichází se o výrazný zdroj příjmů)

Nesystémové a nevyhovující financování může potom mít nepříznivé důsledky v mnoha oblastech. Může ovlivnit nejen léčbu bolesti, ale i práci lékařů a jejich vzdělávání zaměřené na léčbu bolesti.

Proto je potřeba z hlediska legislativy dořešit jak financování sociální péče tak i ukotvení hospicové péče jako takové, jelikož v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, není hospicová péče žádným způsobem vymezena. (Tomeš, I., a kol., 2015)

1.6.5 Mýty o hospicích a paliativní péči

O umírání se téměř nemluví, je tabu. O to více žije v našich myslích mnoho mýtů, domněnek a omylů, které vznikly z mlčení a nevědomosti a vynoří se ve chvíli, kdy se ocitneme nablízku umírání a smrti. Níže uvedu na pravou míru nejčastější mylné představy spojené s umíráním.

- **Umírání je plné bolesti, osamění a neporozumění, s tím se nedá moc dělat**

Paliativní péče nabízí cestu, kdy se nemocný člověk smí plně spolehnout na to, že nebude trpět nesnesitelnými bolestmi, nebude opuštěn a lidé kolem něj se budou snažit vyjít vstříc všem jeho přáním. Oporou jsou mu doma jeho nejbližší a přátelé, kteří mají odbornou i lidskou pomoc v zaměstnancích a dobrovolnících hospice.

- **Hospic je dům hrůzy, dům smrti, ústav**

Hospic je místem laskavé péče o umírajícího člověka a vytváří bezpečné prostředí nemocnému a jeho blízkým. V hospici se užívá každého dne, každé minuty. Zdravotníci dbají, aby nemocný neměl žádné bolesti a obtíže, pracovníci a dobrovolníci nabízejí svůj čas při organizování akcí pro pacienty, rodiny i veřejnost. Společné sdílení a užívání si „běžného života“ v hospici patří mezi specifika péče.

- **Hospic je jen pro věřící**

Opak je pravdou. Zaměstnanci jsou sice většinou nábožensky založení, ale své služby poskytují každému a to bez rozdílu vyznání. Církevní pomoc nabídnou jen v případě, pokud si to umírající nebo jeho rodina přeje.

- **Hospice jsou jen pro staré lidi**

Hospice slouží všem, kteří z důvodu své nevyлéčitelné nemoci hospicovou péči potřebují. Nejčastěji se jedná o nemocné s onkologickou diagnózou, která se vyskytuje u lidí v každém věku. I když většina pacientů v hospicích je starší 60ti let, výjimkou nejsou ani třicetiletí, nebo hospice pečující i o děti. Hospic není v žádném případě domov pro seniory nebo LDN.

- **Paliativní péče jen urychluje smrt, už nebudu dostávat žádnou léčbu**

Smyslem paliativní péče není to, aby člověk pouze nějak dožil a zemřel, ale úkolem je zajistit co největší komfort jak pro umírající, tak i pro jejich blízké.

Když už nemocnému člověku nezbyvá mnoho času, jde právě o to, aby tento čas strávil co nejkvalitněji. Bez bolesti a v přítomnosti svých blízkých. Tím je myšleno „důstojné umírání“.

- **Paliativní péče je poskytována jen v nemocnicích**

Paliativní péče je poskytována kdekoliv, kde si pacient přeje být. Pokud

si nemocný nebo rodina přeje zůstat doma, existují mobilní hospice (např. Cesta domů), které mu jsou schopné poskytnout všechnu potřebnou péči v domácím prostředí.

- **Paliativní péče je to samé co hospicová péče**

Paliativní péče je široký pojem, kterým se označuje péče o těžce nemocné pacienty.

Spadá sem jak péče zdravotní, tak nezdravotní – sociální, duchovní, psychická. Paliativní péči může dostávat pacient s životní prognózou v řádu let. Hospicová péče je péčí o umírající pacienty, obvykle o ty, jejichž prognózu lékaři odhadují na 6 až 12 měsíců. (Mýty a otázky kolem umírání a paliativní péči- cit. 2016-10-10)

Shrnutí teoretické části

V první kapitole jsem definovala pojem hospic, zmínila jeho historii i současnost, a navázala na problematiku hospicové a paliativní péče. Následně jsem vymezila formy hospicové péče.

V další kapitole jsem se věnovala potřebám těžce nemocného a neopomněla jsem se zmínit o fázích umírání a smrti, které s tímto tématem souvisí.

V poslední části jsem se zaměřila na popis hospice Anežky České v Červeném Kostelci, jeho režim, jaké jsou podmínky pro přijetí, a zároveň uvedla několik mýtů kolujících o hospici a hospicové péči.

Na základě poznatků, které jsem získala v teoretické části, se v praktické části mé bakalářské práce budu snažit zjistit, jak je laická i odborná veřejnost informována o hospicích a jaký postoj zaujímá k hospicové péči.

PRAKTICKÁ ČÁST

2 Prováděný výzkum

Součástí mé bakalářské práce je dotazníkové šetření.

Úkolem výzkumu je:

- Zjistit informovanost laické veřejnosti o hospicích a hospicové péči
- Zjistit, zda laická veřejnost ví, komu jsou určeny a kde se v ČR nacházejí
- Zjistit jaká je informovanost zdravotníků o hospicích a hospicové péči
- Zjistit, zda se péče v nemocnici liší od péče v hospici
- Zjistit názor laické i odborné veřejnosti na eutanázii
- Zjistit, kde by si přáli strávit závěr svého života

2.1 Příprava výzkumu

Výzkum jsem realizovala s obyvateli a zaměstnanci DPS Trutnov, s uživateli terénní pečovatelské služby v Trutnově a dále se zdravotními sestrami z Oblastní charity – domácí péče a z ČČK - Alice v Trutnově. Respondenty jsem seznámila s obsahem dotazníku a upozornila, že dotazník je anonymní, a že výsledky budou sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce. Sběr dotazníků probíhal od poloviny října 2016 do konce listopadu 2016. Celkem jsem získala dotazníky od 100 respondentů.

2.2 Metodika výzkumu

- K výzkumu jsem použila:
- a) metodu dotazníků A (laická veřejnost)
 - b) metodu dotazníků B (zdravotníci)

INFORMOVANOST VEŘEJNOSTI O HOSPICOVÉ PÉČI

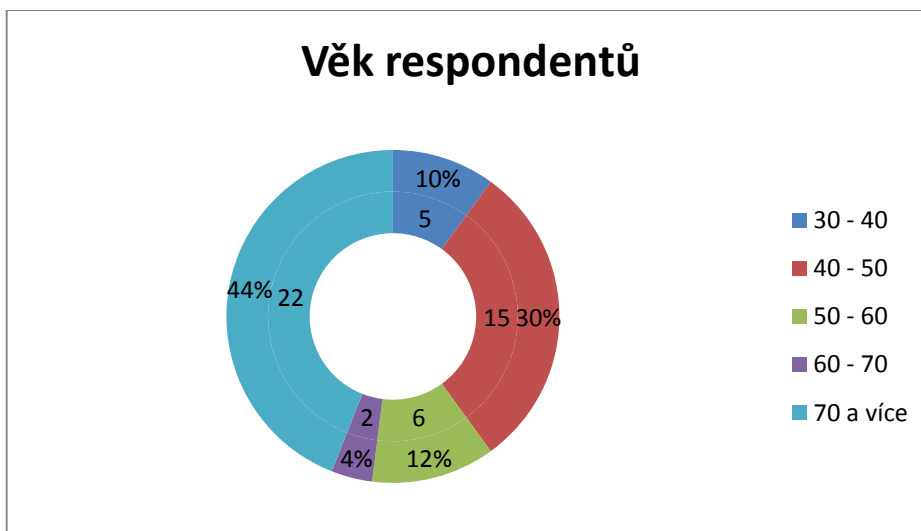
Jmenuji se Baudyšová Blanka a chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je zaměřen na hospicovou péči. Dotazník je anonymní a výsledky budou sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce.

DOTAZNÍK A (PRO LAICKOU VEŘEJNOST)

1. Kolik je Vám let?

- a) 30 – 40 let = 5 respondentů
- b) 40 - 50 let = 15 respondentů
- c) 50 - 60 let = 6 respondentů
- d) 60 – 70 let = 2 respondenti
- e) 70 a více let = 22 respondentů

Graf č. 1

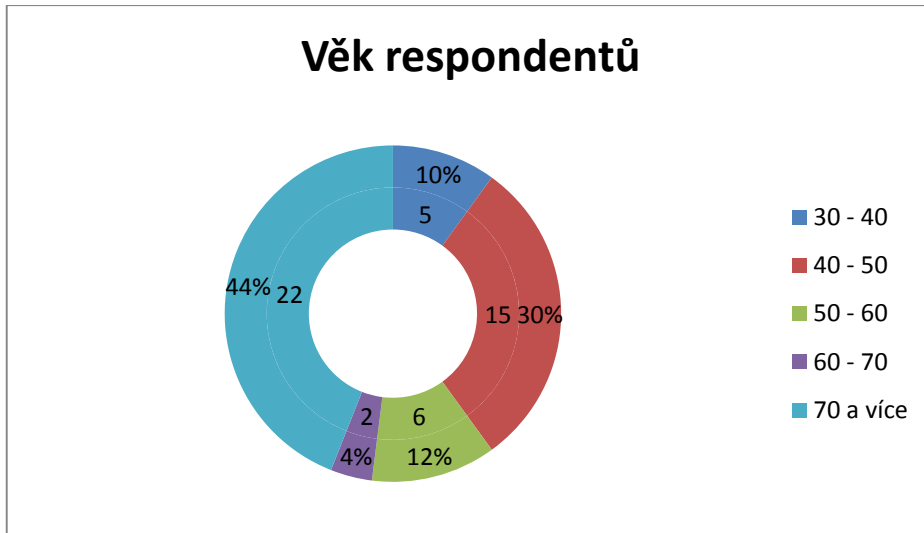


2. Pohlaví respondentů

a) žena = 38 resp.

b) muž = 12 resp.

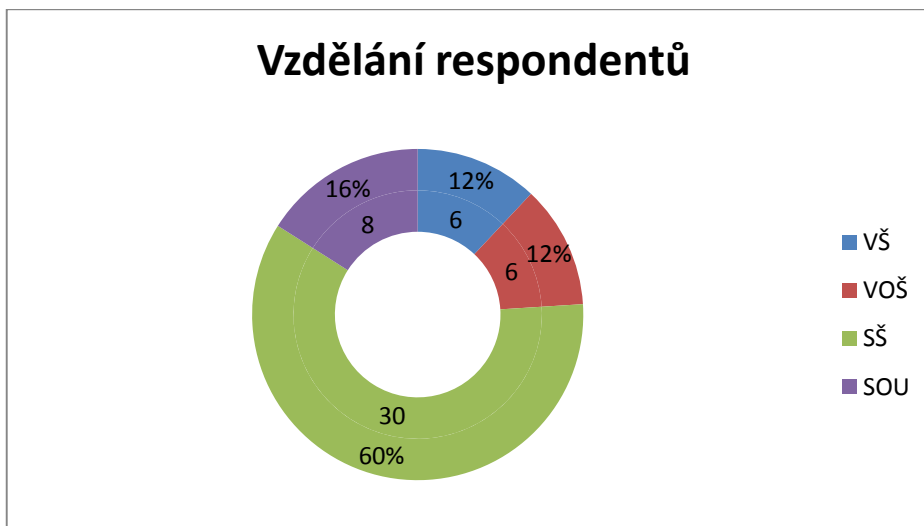
Graf č. 2



3. Dosažené vzdělání :

VŠ (6),VOŠ (6), SŠ (30), SOU (8) resp.

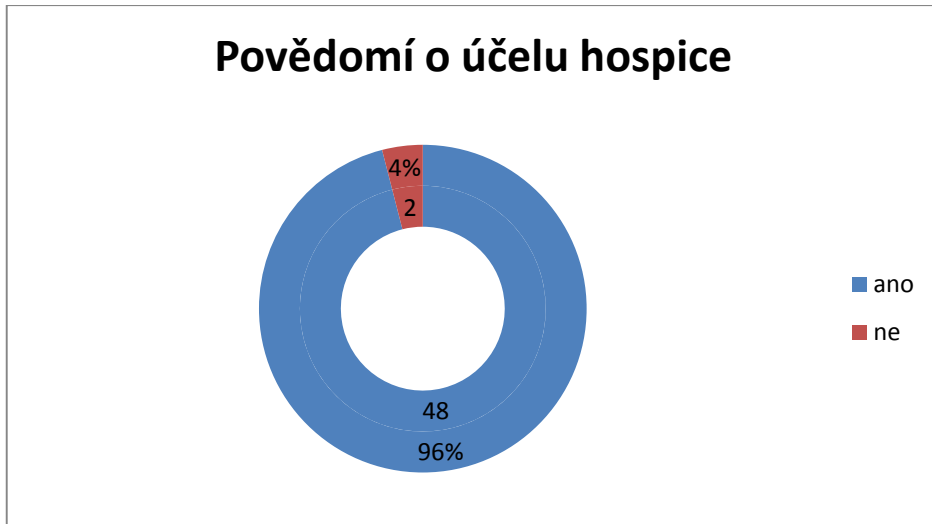
Graf č. 3



4. Víte, co je hospic?

- a) ano = 48 resp.
- b) ne = 2 resp.

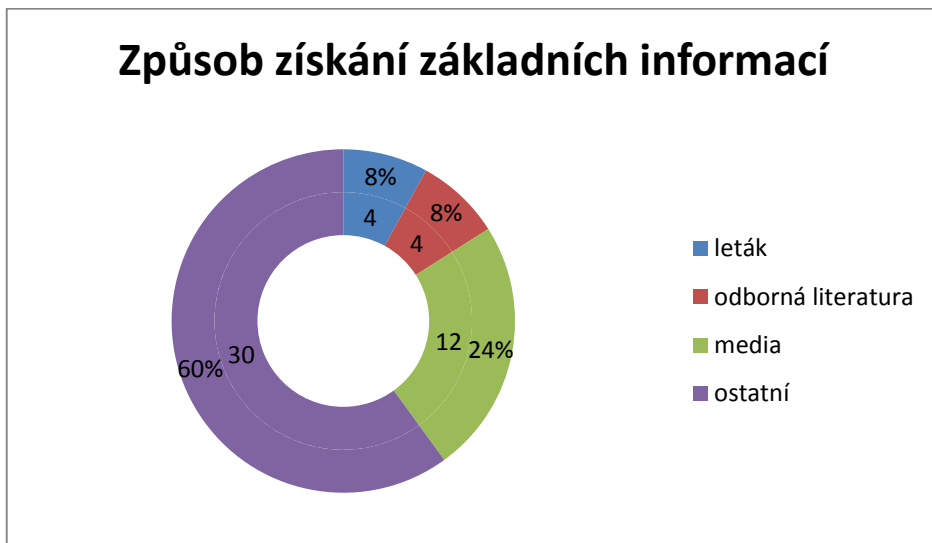
Graf č. 4



5. Kde jste získal (a) základní informace o hospici?

- a) z letáku = 4 resp.
- b) z odborné literatury = 4 resp.
- c) z médií = 12 resp.
- d) ostatní (praxe , známí) = 30 resp.

Graf č. 5

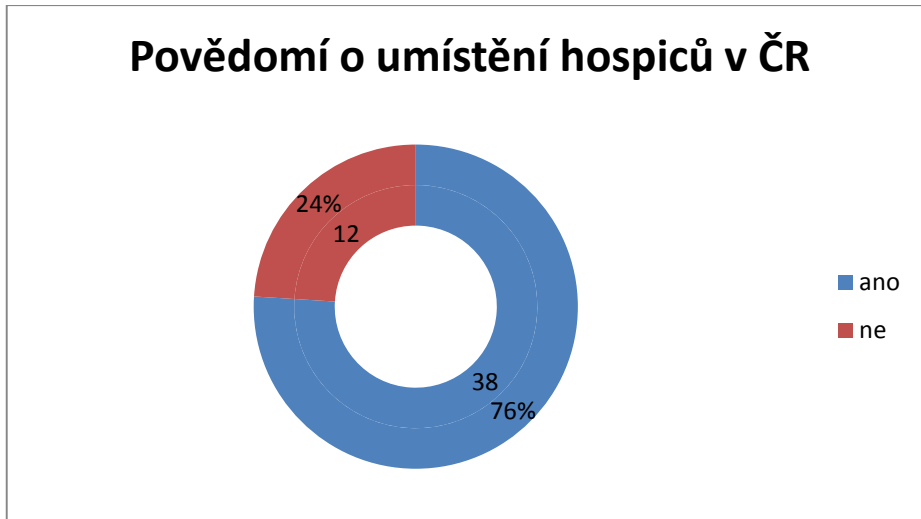


6. Víte, kde jsou v ČR hospice?

a) ano = 38 resp.

b) ne = 12 resp.

Graf č. 6



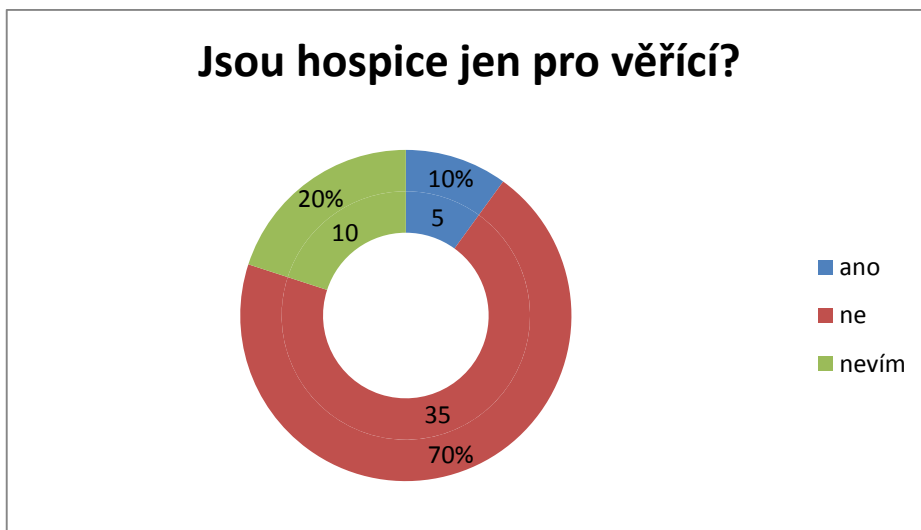
7. Myslíte si, že hospic je pouze pro věřící?

a) ano = 5 resp.

b) ne = 35 resp.

c) nevím = 10 resp.

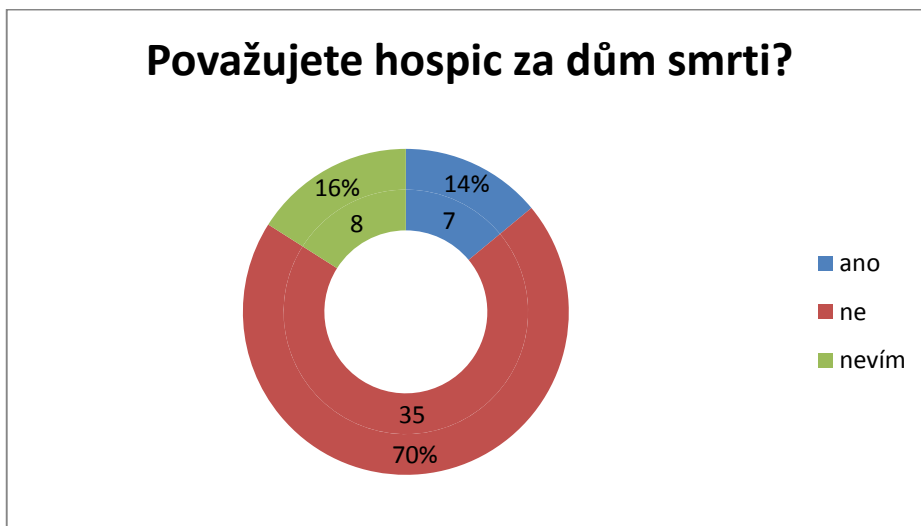
Graf č. 7



8. Je pro Vás hospic domem smrti?

- a) ano = 7 resp.
- b) ne = 35 resp.
- c) nevím = 8 resp.

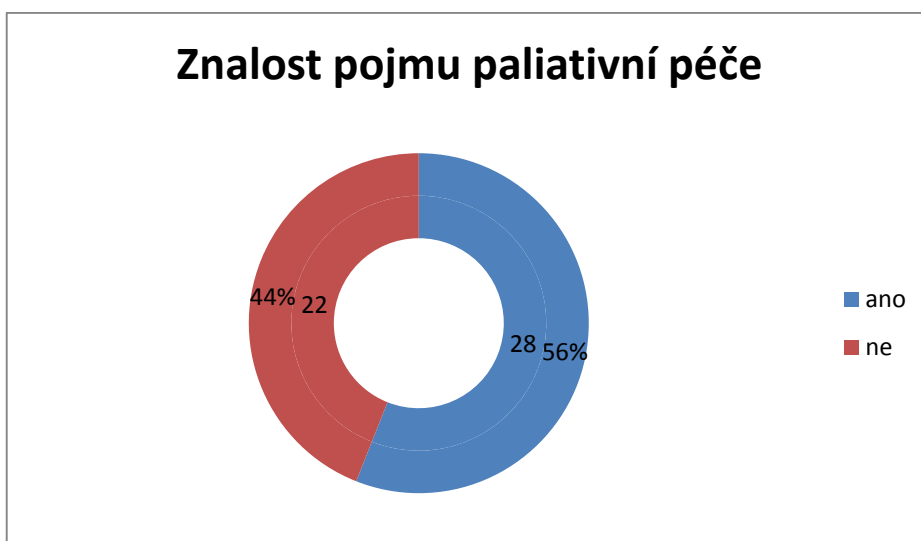
Graf č. 8



9. Myslíte si, že v hospici může být s nemocným ubytován i rodinný příslušník?

- a) ano = 36 resp.
- b) ne = 8 resp.
- c) nevím = 6 resp.

Graf č. 9



10. Uved'te, co si představujete pod pojmem „hospicová péče“

48 resp. si představuje péči o nevléčitelně nemocné, 2 respondenti neví

11. Má podle Vás hospicová péče smysl či význam ?

Pro 48 resp. má smysl , 2 resp.neví...

12. Setkal(a) jste se s pojmem paliativní péče?

a) ano = 28 resp.

b) ne = 22 resp.

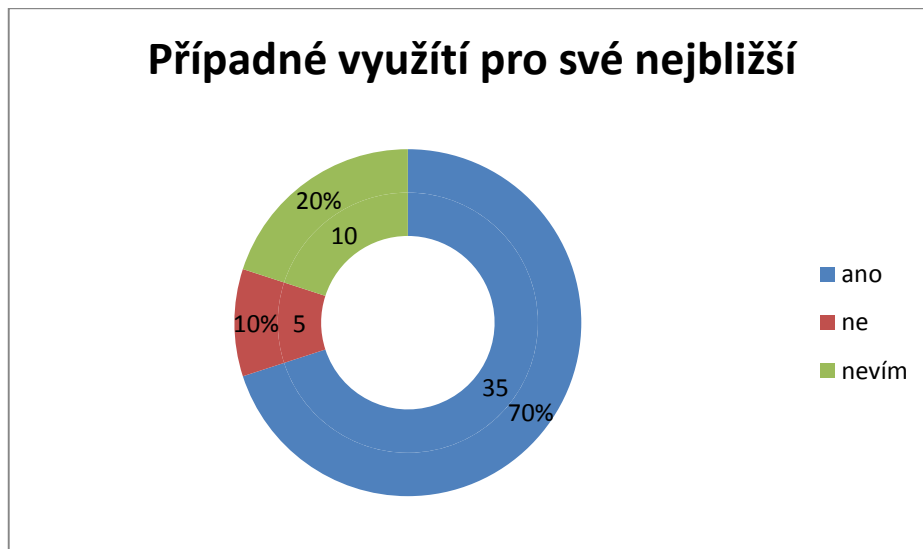
13. Využil(a) byste tuto péči pro své nejbližší?

a) ano = 35 resp.

b) ne = 5 resp.

c) nevím = 10 resp.

Graf č. 10

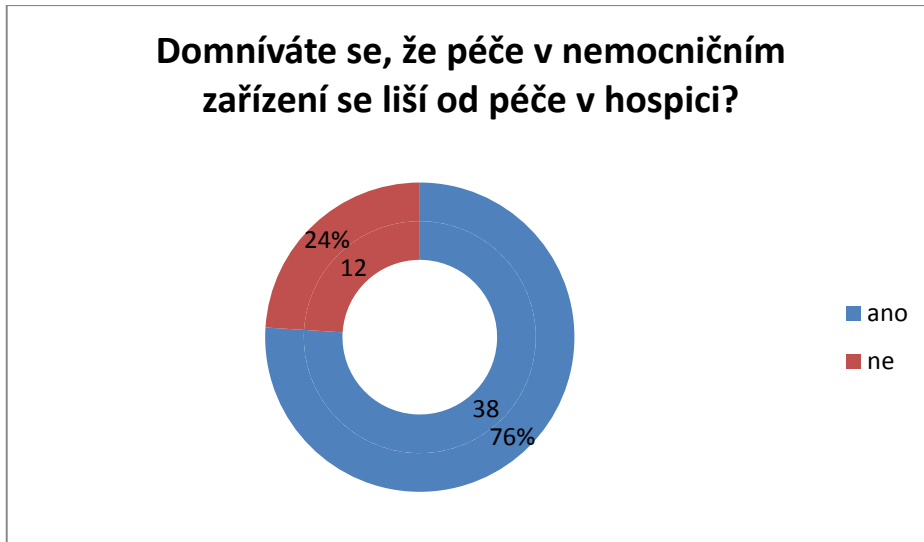


14. Domníváte se, že péče v nemocničním zařízení se liší od péče v hospici?

a) ano = 38 resp.

b) ne = 12 resp.

Graf č. 11



15. Kde by měl člověk prožít závěr svého života ?

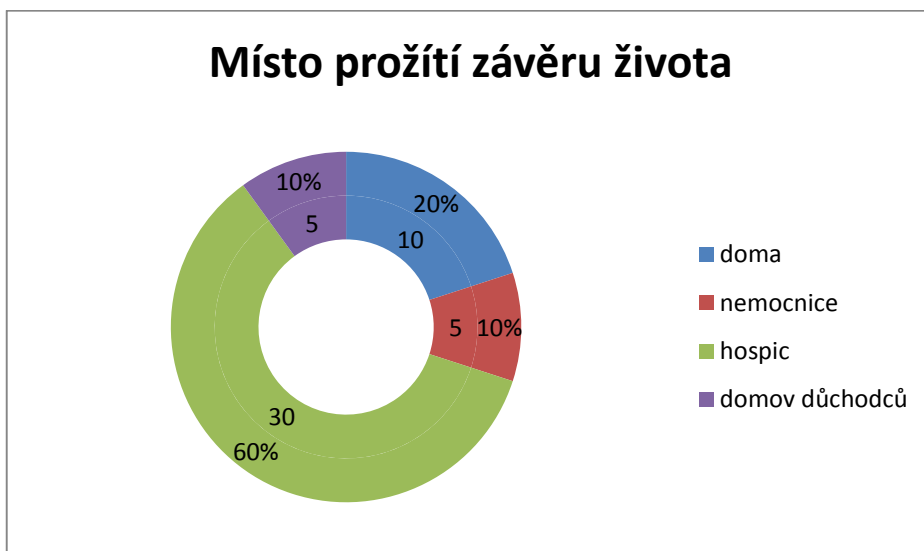
a) doma = 10 resp.

b) v nemocnici = 5 resp.

c) v hospici = 30 resp.

d) v domově důchodců = 5 resp.

Graf č. 12



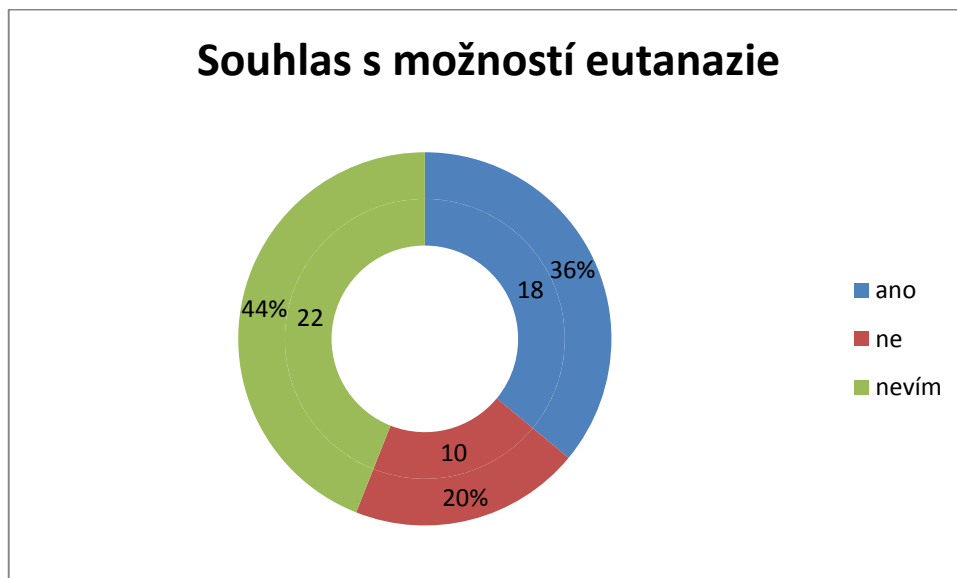
16. Souhlasíte s eutanazií - dobrovolným ukončením života umírajícího?

a) ano = 18 resp.

b) ne = 10 resp.

c) nevím, nedovedu to posoudit = 22 resp.

Graf č. 13



17. Jaký si myslíte, že je rozdíl mezi domovem důchodců a hospicem?

40 resp. vidí velký rozdíl v tom, že v domově důchodců nemůže být s umírajícím rodinný příslušník a v hospici ano, 10 respondentů nevidí žádný rozdíl (bez grafu)

18. Kdyby jste onemocněl (a) nevléčitelnou chorobou a Váš zdravotní stav byl tak vážný, že by jste již nemohl (a) zůstat doma, jaké by jste si zvolil(a) zařízení pro zbytek života?

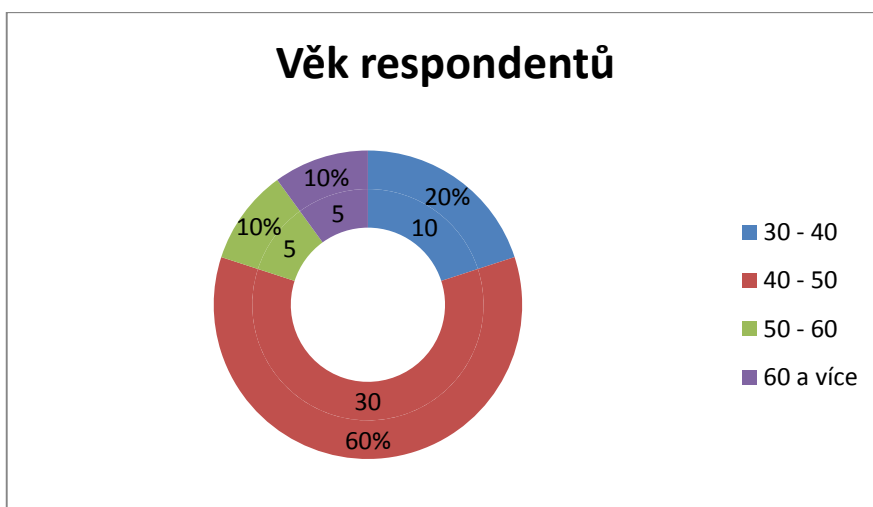
Hospic by volilo 38 respondentů (aby nebyli na obtíž rodinným příslušníkům), nemocnici by volilo 12 resp. (do hospice by to příbuzní měli daleko)

DOTAZNÍK B (PRO ODBORNOU VEŘEJNOST)

1. Kolik je Vám let?

- a) 30 – 40 let = 10 resp.
- b) 40 – 50 let = 30 resp.
- c) 50 – 60 let = 5 resp.
- d) 60 a více = 5 resp.

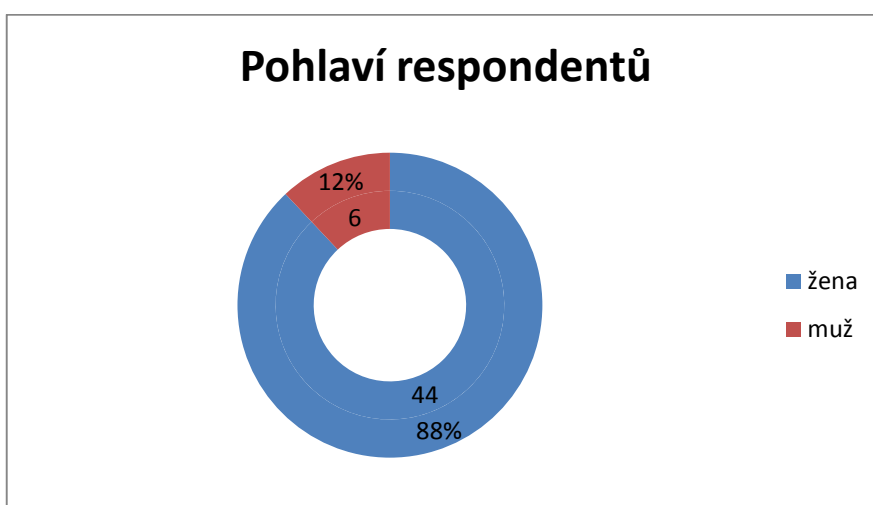
Graf č. 14



2. Pohlaví respondentů

- a) žena = 44 resp.
- b) muž = 6 resp.

Graf č. 15



3. Dosažené vzdělání :

VŠ 10 resp, VOŠ 5 resp., SŠ 30 resp., SOU 5 resp.

Graf č. 16



4. Víte, co je hospic?

- a) ano = 50 resp.
- b) ne

5. Kde jste získal (a) základní informace o hospici?

- a) z letáku
- b) z odborné literatury
- c) z médií
- d) z praxe = 50 resp.

6. Víte, kde jsou v ČR hospice?

- a) ano = 50 resp.
- b) ne

7. Myslíte si, že hospic je pouze pro věřící?

- a) ano
- b) ne = 50 resp.

c) nevím

8. Uveďte, co si konkrétně představujete pod pojmem hospicová péče

Komplexní péči o umírajícího, důstojné umírání

9. Má podle Vás hospicová péče smysl a význam?

Ano, má si myslí všichni respondenti (50 resp.)

10. Co si představujete pod pojmem paliativní péče?

péče o nevyléčitelně nemocného (50 resp.)

11. Komu je podle Vás poskytována?

Pacientům, u kterých je ukončena akutní léčba

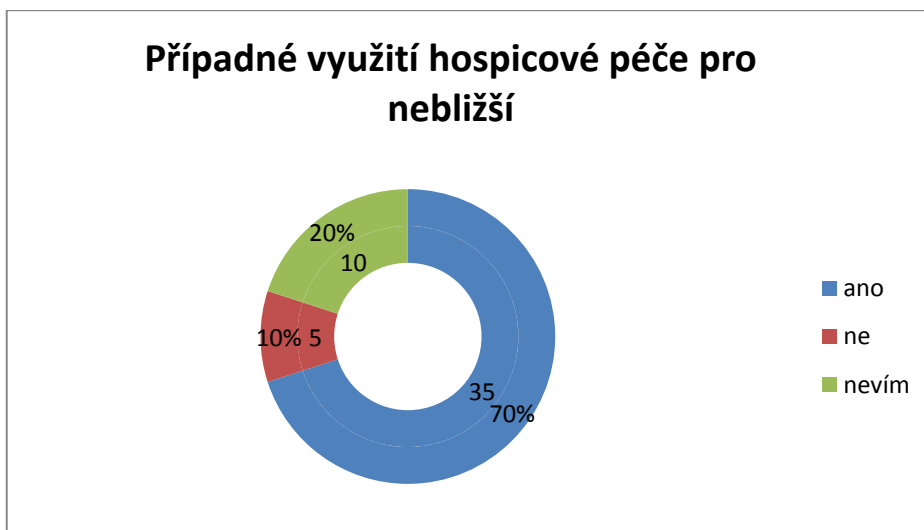
12. Využil(a) byste tuto péči pro své nejbližší?

a) ano = 35 resp.

b) ne = 5 resp.

c) nevím = 10 resp.

Graf č. 17

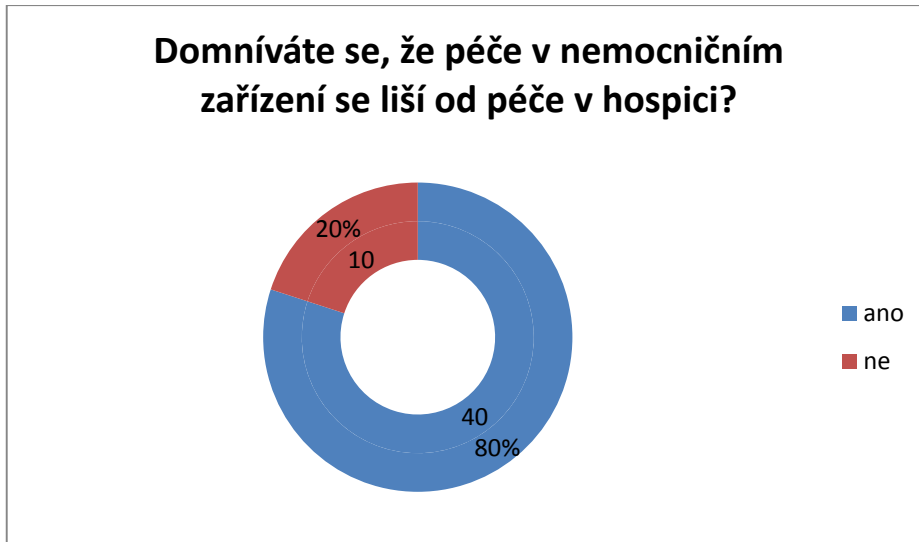


13. Domníváte se, že péče v nemocničním zařízení se liší od péče v hospici?

a) ano = 40 resp.

b) ne = 10 resp.

Graf č. 18



14. Kde by měl podle Vás člověk umírat?

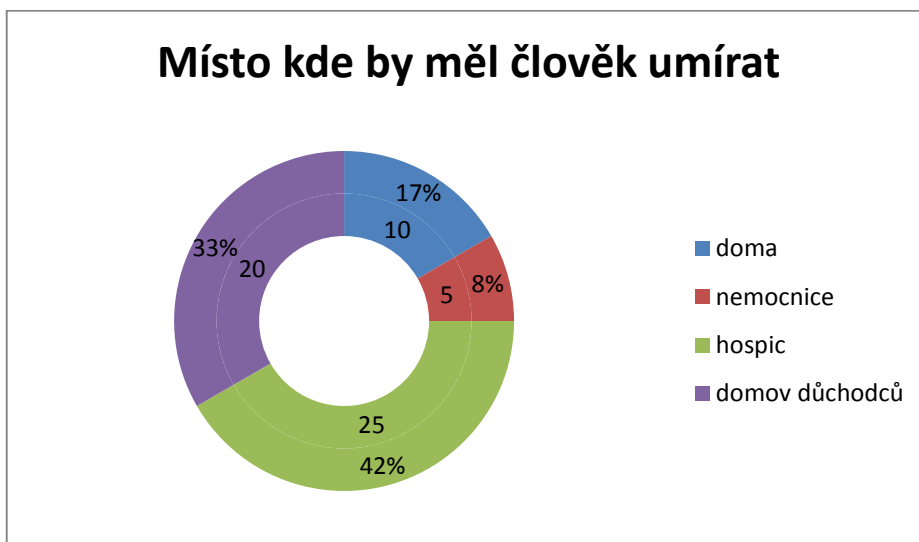
a) doma = 10 resp.

b) v nemocnici = 5 resp.

c) v hospici = 30 resp.

d) v domově důchodců = 20 resp.

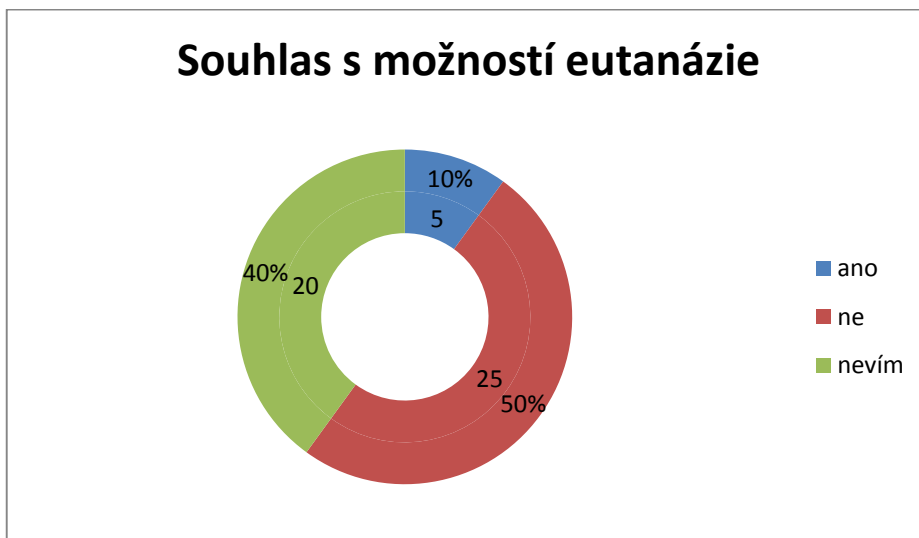
Graf č. 19



15. Souhlasíte s eutanazií - dobrovolným ukončením života umírajícího?

- a) ano = 5 resp.
- b) ne = 25 resp.
- c) nevím, nedovedu to posoudit = 20 resp.

Graf č. 20



16. Jaký si myslíte, že je rozdíl mezi domovem důchodců a hospicem?

Velký rozdíl v přístupu personálu k pacientům, jiné možnosti léčby, možnost přítomnosti rodiny po dobu hospitalizace.

17. Kdyby jste onemocněl (a) nevléčitelnou chorobou a Váš zdravotní stav byl tak vážný, že by jste již nemohl (a) zůstat doma, jaké by jste si zvolil (a) zařízení pro zbytek života?

46 resp. by volilo hospic, 2 nemocnici, 2 domov důchodců

2.3 Srovnání výsledků obou skupin respondentů

U otázky č. 1 Věk respondentů je rozdíl v průměrném věku především proto, že většina respondentů v laické části jsou klienti hospicové péče.

U otázky č. 2 Pohlaví respondentů převažují u obou skupin ženy. U laické veřejnosti vidím důvod především ve skutečnosti, že se ženy dožívají vyššího věku a jsou dlouho soběstačné. V případě odborné veřejnosti vycházím ze zkušenosti z mé dosavadní praxe, že se ošetrovatelské péči věnují spíše ženy.

U otázky č. 3 Dosažené vzdělání nejsou mezi oběma skupinami významné rozdíly.

U otázky č. 4 je pochopitelné, že všichni respondenti z odborné veřejnosti vědí co je hospic. Podobný výsledek je i u laické veřejnosti.

U otázky č. 5 „Kde jste získal základní informace o hospici?“ odpověděli tak, jak jsem, předpokládala, všichni respondenti z odborné veřejnosti ze své praxe. Zajímavé pro mě byly odpovědi laické veřejnosti. Respondenti převážně získali informace z praxe nebo od známých. Což by mělo vést k zamyšlení, zda by nemělo být informování veřejnosti ze stran médií více využíváno.

U otázky č. 6 „Víte, kde jsou v ČR hospice?“ mě nepřekvapila odpověď odborné veřejnosti, kde všichni respondenti uvedli, že jsou informováni o síti hospicové péče v ČR, neboť ve své praxi často pomáhají klientům při rozhodování v těžkých životních situacích. U laické veřejnosti větší část respondentů měla přehled o nabídce hospicové péče. Zde bylo vidět, že zájem o možnost umístění v hospici se zvyšuje.

U otázky č. 7 „Myslíte si, že je hospic pouze pro věřící?“ odpověděli všichni respondenti z řad odborníků záporně. Respondenti z řad laiků převážně věděli, že hospicová péče je poskytována všem bez ohledu na vyznání. Ke kladným odpovědím na tuto otázku u laiků vede jistě skutečnost, že hospice jsou v ČR převážně zařízeními pod správou oblastních charit, které jsou spojovány s církevními organizacemi.

Otázka č. 8 byla rozdílná pro obě skupiny, proto není možné srovnání.

Otázka č. 9 byla určená pouze pro laickou veřejnost, proto není možné srovnání.

Otázka č. 10 (LV) a č. 8 (OV) byla obdobná. Pojem hospicová péče je laické veřejnosti převážně známý a u odborníků je znalost pojmu stoprocentní.

Otázka č. 11 (LV) a č. 9 (OV) - smysl hospicové péče. Odborníci i laická veřejnost se shoduje, že hospicová péče má svůj význam v péči o nevléčitelně nemocné.

Otázka č. 12 (LV) a č. 10 (OV) – paliativní péče. Odborníci vědí ve všech případech, co tento pojem znamená. Laická veřejnost, přestože je informována o hospicové péči ve větší míře než jsem předpokládala, pojem paliativní péče nezná nebo se s ním nesešla.

Otázka č. 11 (OV) byla určena pouze odborníkům.

Otázka č. 13 (LV) a č. 12 (OV) „Využila byste tuto péči pro své nejbližší?“ – zde se procentuální výsledky mezi laickou i odbornou veřejností plně shodují. Každý se podle mého názoru s podobnou otázkou vyrovnává spíše na základě svého svědomí než na základě věku, pohlaví nebo vzdělání.

Otázka č. 14 (LV) a č. 13 (OV) „Domníváte se, že péče v nemocničním zařízení se liší od péče v hospici?“ Přestože jsem předpokládala, že odborná veřejnost bude mít o rozdíl v péči v obou zařízeních dostatek informací, 10 respondentů rozdíl v péči nevidí. U laické veřejnosti mě naopak překvapilo, že větší část respondentů vidí rozdíl mezi péčí v nemocnici a hospici.

Otázka č. 15 (LV) a č. 14 (OV) – místo kde by měl člověk prožít závěr svého života. Odpovědi obou skupin respondentů jsou shodně rozděleny mezi uvedené možnosti. Stejně jako u otázek č.13 – 12 je podle mého názoru, rozhodnutí spíše věcí svědomí.

Otázka č. 16 (LV) a č. 15 (OV) – souhlas s možnou eutanazií u laické veřejnosti je větší počet kladných odpovědí než u odborníků, u kterých polovina respondentů s možností eutanazie nesouhlasí.

U otázky č. 17 (LV) a č. 16 (OV) – rozdíl mezi domovem důchodců a hospicem laická veřejnost spatřuje hlavní rozdíl v tom, že v domově důchodců nemůže být s umírajícím rodinný příslušník, 10 respondentů rozdíl nevidí, Odborná veřejnost jasně chápe rozdíl mezi oběma zařízeními.

U otázky č. 18 (LV) a č. 17 (OV) – zda by si vybrali hospic jako místo pro závěr svého života by v případě laické veřejnosti 38 respondentů volilo hospic a v případě odborníků by to bylo 46 respondentů. U laiků je důvodem především možná zátěž spojená s péčí o ně pro rodinu. U odborníků je podle mého názoru důvodem kvalita péče pro nevléčitelně nemocné.

Z uvedeného srovnání vychází, že laická veřejnost je dostatečně o možnostech, účelu a způsobu práce v hospicích dostatečně informována a to i přesto, že okolo smrti a umírání mezi veřejností koluje mnoho mýtů a předsudků.

2.4 Závěr výzkumného šetření

Hospicová péče se v České republice začala rozvíjet po roce 1989. První český hospic Hospic Anežky České v Červeném Kostelci byl otevřen 8. prosince 1995. Od té doby uplynulo již 20 let. Zajímalo mě, jak je po takové době veřejnost informována o hospicích a hospicové péči. Výzkum jsem realizovala s obyvateli a zaměstnanci DPS Trutnov, s uživateli terénní pečovatelské služby v Trutnově a dále se zdravotními sestrami z Oblastní charity – domácí péče a z ČČK – Alice v Trutnově. Výsledky mne mile překvapily. Nejdříve zhodnotím laickou veřejnost.

Co je hospic, vědělo 96 % respondentů, a nepovažuje ho za dům smrti, jak se z počátku někteří lidé domnívali. Hospic je pro ně místem laskavé péče o umírajícího člověka a nemocnému přináší jistotu, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí a že také nebude osamocen. Někteří respondenti byli v hospicovém zařízení a to nejčastěji z důvodu návštěvy někoho ze svých blízkých. Na otázku, zda vědí, kde se v České republice hospice nacházejí, 38 (76%) respondentů odpovědělo ano. Nejvíce informací o tomto zařízení mají z praxe, od známých a z mediálních prostředků.

Přestože řada hospiců vznikla na základě křesťanských myšlenek a ideálů, je 35 respondentů (70%) přesvědčeno, že hospic není pouze pro věřící. Vztah k víře je soukromou záležitostí nemocného. S tím souvisí i otázka, kde by měl člověk prožít závěr života. 30 respondentů (60%) je pro hospic, 10 respondentů (20%) preferuje zemřít doma a zbývajících 10% je pro domov důchodců a pro nemocnici.

Pravdou je, že péče o umírajícího v hospici se hodně liší od péče v nemocnici. O tom je přesvědčeno 76 % dotázaných. V hospici je kladen důraz na důstojnost a kvalitu života až do poslední chvíle nemocného. Respektování lidské důstojnosti je podle tázaných jednou z nejdůležitějších součástí péče o nemocného a ze strany zdravotnického personálu, péče o člověka jako živé bytosti, lékařem počínaje, zdravotní sestrou nebo sanitářem konče. Bohužel v praxi, převážně v nemocnicích či v jiných institucích, se lidská důstojnost jako nedílná součást péče o pacienty mnohdy nerespektuje. Ne vždy a ne všude. S nemocným je zacházeno jako s „věcí“, pacient se stává předmětem „byznysu“ zdravotnického zařízení. Někteří občané, převážně ti starší, se setkali i s negativním postojem ze strany zdravotnického personálu – ignorací, neschopností a nechutí naslouchat. Starší lidé si tak připadají odstrčeni, s pocitem, že o ně nikdo nestojí.

V neposlední řadě mě zajímal postoj veřejnosti k eutanázii. V poslední době

se toto téma hodně diskutuje. 18 respondentů s ní souhlasí, 10 je proti a 22 to nedovede posoudit.

Výzkum u laické veřejnosti probíhal mezi uživateli sociálních služeb, kteří mají zdravotní problémy a mezi obyvateli domu s pečovatelskou službou, tedy mezi potenciálními uživateli hospicové péče. Většina respondentů informace, které jsou uvedeny v teoretické části, zná a orientuje se v nich. Cílová skupina je podle mého názoru dostatečně informována o účelu a významu hospicové péče. Určité mezery vidím nedostatečné informovanosti o paliativní péči. Právě u paliativní péče se potvrzují mýty o umírání, které jsou uvedeny v kapitole 1.6.5. Tady je podle mého názoru prostor pro osvětu u cílové skupiny. O možnosti prožít konec svého života v hospici se rozhodují lidé s fatální diagnózou. Pro odborníky je proto velice důležité orientovat se v psychickém stavu klienta, aby pomoc přišla v pravou chvíli, proto by znát fáze vyrovnávání se s nepříznivou životní situací.

ZÁVĚR

Motto: *„Každý má být spokojen s časem, který mu je dán k životu. I krátký čas je dost dlouhý k tomu, aby ho člověk prožil dobře a čestně“*

M.T.Cicero

K životu každého z nás patří skutečnost, že kdykoli a kdekoli můžeme zemřít. Nejrůznější lékařská péče nám může sice život prodloužit, ale nemůže smrt zrušit. Není smysluplné před tím zavírat oči.

Důstojný a bezbolestný závěr života by si přál každý. A o to se snaží hospicová péče, která je zatím jediným z moderních modelů doprovázení a důstojného umírání. U nás se začala rozvíjet po roce 1989 a stala se nedílnou součástí zdravotnického systému, která umožňuje těžce nemocným pacientům důstojné dožití. Umírající člověk potřebuje zázemí, místo, kde se cítí bezpečně a kde je postaráno o všechny složky jeho potřeb a kde je zvládnuta i bolest. Tímto místem může být nejen hospic, zdravotnické zařízení založené na poskytování paliativní péče, která dbá na komplexní zvládnutí všech obtíží, jež s sebou proces umírání přináší, ale i domov nemocného, pokud rodina najde odvahu pečovat o svého blízkého doma s podporou hospicových pracovníků.

Díky hospicovému hnutí se o smrti a umírání začalo více hovořit a je potřeba problematice věnovat pozornost. Důležité je zajišťovat dostatečnou osvětu, zejména o paliativní péči, která se zaměřuje na kvalitu života těžce nemocného. V současné době se hodně mluví o eutanazii. Měli bychom si uvědomit, že dnešní lékařská technologie umožňuje udržovat na živu i pacienty s beznadějnou prognózou a posouvá tak hranici mezi životem a smrtí. Téma eutanazie je vážným problémem umírání a smrti. Většina lidí by si přála zemřít rychle, tiše a hlavně bez bolesti. Představa dlouhého a bolestného umírání u nich vyvolává úvahy o eutanazii jako „o milosrdné smrti“.

U nás zatím není uzákoněna a z etického hlediska je nepřijatelná. Jedinou alternativou může být paliativní medicína. Jsem přesvědčena, že umírající žádá o smrt ve chvíli, kdy má strach, pokud o něho není dostatečně postaráno a kdy ani silné opiáty nepomáhají a trpí nesnesitelnou bolestí.

Dvacet let jsem zaměstnaná jako pracovník přímé obslužné péče v terénu, kde pomáhám nejen seniorům, ale také klientům s onkologickým onemocněním. Velkou

zkušeností pro mne byla stáž v hospici Anežky České. Díky prostředí, profesionálnímu a lidskému přístupu zaměstnanců k umírajícím, jsem si uvědomila, že myšlenka hospice, jež vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti, není pouze frází, ale skutečností. Bylo by krásné, kdyby se myšlenku hospice podařilo prosadit všude, kde lidé umírají.

BIBLIOGRAFIE

1. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*, Edice Skripta, sv.III, Praha: Galén, 1997. ISBN 80 - 85824 - 54 - X (Galén), ISBN 80- 7484-466-7 (Karolinum).
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Rub života – Líc smrti*, Praha : Orbis. 1975. 176 s. ISBN 11-107-75.
3. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *O odpuštění*, Karmelitánské nakladatelství v Kostelním Vydří, 2004, 1039. publikace v edici Autor- Téma, svazek 16, ISBN 80 –7192 - 928 - X.
4. KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *Hovory s umírajícím*, nakladatelství SIGNUM UNITATIS ve spolupráci s agenturou TGM, 1992, 1. vydání, 135 s., ISBN 80-85439-04-2.
5. KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, Cesta domů 2010, www.cestadomu.cz, ISBN 978-80-904516-4-3
6. LUFFOVÁ Gill, FIRTHOVÁ Pam, OLIVIERE David. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*, The Editors and Contributors, 2005.2007 Open University Press UK, Společnost pro odbornou literaturu, o.s., 2007 ISBN 978-80-87029-21-3
7. MISCONIOVÁ, Blanka. *Péče o umírající - hospicová péče*, Národní centrum domácí péče České republiky ve spolupráci s MZ ČR, MPSV ČR, VZP ČR a Magistrátem Hlavního města Prahy.
8. MUNZAROVÁ, Marta. *Proč ne eutanazii aneb Být, či nebýt*, Karmelitánské nakladatelství v Kostelním Vydří, 2008, 1369. publikace, 84 s., ISBN 978-80-7195-258-9.

9. O'CONNOR Margaret, ARANDA Sanchia, *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, Grada Publishing, a.s., U Průhonu 22, Praha 7, vydání 1. české, Praha 2005,324s., ISBN 80-247-1295-4.
10. SIEBEROVÁ, Jana. *Hospic, příběh naplněné naděje*, vydání 1., Praha 2016 : Stanislav Juhaňák – Triton, 2016, ISBN 978-80-7553-038-7.
11. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, ECCE HOMO, Praha 1995, 3. vydání, 144 s., ISBN 80-902049-0-2 .
12. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospic slovem a obrazem*, ECCE HOMO, Praha 6, 1. vydání, 1998, ISBN 80-902049-1-0.
13. THEOVÁ, Anne- Mei., *Paliativní péče a komunikace*, Společnost pro odbornou literaturu, o.s., Brno 2007, 1. vydání, 241 s., ISBN 978-80-87029-24-4.
14. TOMEŠ, Igor a kolektiv, *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*, Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, Praha1, 1. vydání, 2015, ISBN 978-80-246-2941-4, ISBN 978-80-246-2972-8 (pdf)
15. VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a kolektiv, *Paliativní medicína*, Grada Publishing, 1998, 480 s.,ISBN 80-7169-437-1.

Elektronické zdroje

- 1.[http: //www.domaci-pece.info/hospicova-pece1](http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1). [17.10.2016]
- 2.[http: //www.hospice.cz/wp-content](http://www.hospice.cz/wp-content). [17.10.2016].
- 3.[http: // www.habilab.cz/uvod-do-problamatiky-hospicove-pece](http://www.habilab.cz/uvod-do-problamatiky-hospicove-pece). [20.9.2016]
- 4.[http: //www.asociacehospicu.cz](http://www.asociacehospicu.cz). [19.9.2016]
- 5.[http: //www.osobniasistence.cz/?tema=3&artide=3](http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&artide=3). [22.9.2016]
- 6.[http: //www.hospic.cz/hodpic-se-predstavuje.html](http://www.hospic.cz/hodpic-se-predstavuje.html). [16.9.2016]

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Hospic Anežky České v Červeném Kostelci

Příloha č. 3 Informace před přijetím

Příloha č. 4 Žádost o přijetí pacienta do hospice

Příloha č. 5 Svobodný informovaný souhlas pacienta

Příloha č. 6 Seznam lůžkových hospiců v ČR

SEZNAM GRAFŮ

A. Laická veřejnost

- Graf č. 1 Věk respondentů
- Graf č. 2 Pohlaví respondentů
- Graf č. 3 Vzdělání respondentů
- Graf č. 4 Povědomí o účelu hospice
- Graf č. 5 Způsob získání základních informací
- Graf č. 6 Povědomí o umístění hospiců v ČR
- Graf č. 7 Jsou hospice jen pro věřící
- Graf č. 8 Považujete hospic za dům smrti
- Graf č. 9 Znalost pojmu paliativní péče
- Graf č. 10 Případné využití pro své nejbližší
- Graf č. 11 Domníváte se, že péče v nemocničním zařízení se liší od péče v hospici?
- Graf č. 12 Místo prožití závěru života
- Graf č. 13 Souhlas s možností využití eutanazie

B. Odborná veřejnost

- Graf č. 14 Věk respondentů
- Graf č. 15 Pohlaví respondentů
- Graf č. 16 Vzdělání respondentů
- Graf č. 17 Případné využití pro své nejbližší
- Graf č. 18 Domníváte se, že péče v nemocničním zařízení se liší od péče v hospici?
- Graf č. 19 Místo kde by měl člověk umírat
- Graf č. 20 Souhlas s možností využití eutanazie
- Graf č. 21 Osobní volba zařízení v případně fatálního onemocnění

Příloha č.1

DOTAZNÍK

1) Kolik je Vám let?

- a) 30 – 40 let
- b) 40 – 50 let
- c) 50 – 60 let
- d) 70 – 80 let
- e) 80 a více let

2. Pohlaví respondentů

- a.) žena
- b) muž

3. Dosažené vzdělání

VŠ, VOŠ, SŠ, SOU

4. Víte, co je hospic?

- a) ano
- b) ne

5. Kde jste získal(a) základní informace o hospici?

- a) z letáku
- b) z odborné literatury
- c) z médií
- d) ostatní (praxe, známí)

6. Víte, co je hospic

- a) ano
- b) ne

7. Myslíte si, že hospic je pouze pro věřící?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

8. Je pro Vás hospic domem smrti?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

9. Myslíte si, že v hospici může být s nemocným ubytovaný i rodinný příslušník?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

10. Uved'te, co si představujete pod pojmem „hospicová péče“

.....

11. Má podle Vás hospicová péče smysl či význam?

.....

12. Setkal(a) jste se s pojmem paliativní péče?

- a) ano
- b) ne

13. Využil(a) by jste tuto péči pro své nejbližší?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Domníváte se, že péče v nemocničním zařízení se liší od péče v hospici?

- a) ano
- b) ne

15. Kde by měl člověk umírat?

- a) doma
- b) v nemocnici
- c) v hospici
- d) v domově důchodců

16. Souhlasíte s eutanazií, dobrovolným ukončení života umírajícího?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nedovedu to posoudit

17. Jaký si myslíte, že je rozdíl mezi domovem důchodců a hospicem?

18. Kdyby jste onemocněl(a) nevléčitelnou chorobou a Váš zdravotní stav byl tak vážný, že byste již nemohl(a) zůstat doma, jaké by jste zvolil(a) zařízení pro zbytek života?

Příloha č.2
Hospic Anežky České (Červený Kostelec)



Zdroj: [<http://www.hospic.cz/hospic-se-predstavuje.html>]



Zdroj: [\http://www.hospic.cz/hospic-se-



Zdroj: [\http://www.hospic.cz/hospic-se-

Příloha č. 3

INFORMACE PŘED PŘIJETÍM do Hospice Anežky České

Hospic Anežky České v Červeném Kostelci je charitní nestátní zdravotnické zařízení pro pacienty v pokročilém stádiu většinou onkologického onemocnění, u nichž náročnost léčebné a ošetrovatelské péče přesahuje možnosti domácí péče. Do hospice jsou přijímáni pacienti různého věku z celé republiky bez ohledu na národnost a náboženské vyznání. Jedná se o první zařízení svého druhu v ČR.

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Snažíme se zkvalitnit pacientovy dny strávené v hospici a zároveň respektujeme smrt jako nedílnou a přirozenou součást života.

Hospic se snaží pacientovi zajistit, že:

- 1) nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- 2) vždy bude respektována jeho lidská důstojnost
- 3) ani v posledních chvílích nezůstane osamocen

Naším cílem je, aby pacient žil co nejplněji až do poslední chvíle svého života. Prioritou je poskytování kvalitní odborné zdravotní a ošetrovatelské péče, zaměřené na tlumení bolesti a ostatních příznaků nemoci. Kromě péče o tělesnou stránku se věnujeme dalším pacientovým potřebám – duševní, sociální a spirituální. Pacient a jeho blízcí mohou využít nabídky služeb psychologa, duchovního, sociální pracovníce. Všestrannou péči poskytujeme v rozsahu podle potřeb a dohody s pacientem a jeho blízkými.

Přijetí do hospice probíhá na základě žádosti. **ŽÁDOST** lze získat u Vašeho lékaře, v nemocnici, v hospici, na internetu www.hospic.cz.

Součástí žádosti je text Informace před přijetím a formulář Informovaný souhlas pacienta. Žádost vyplní pacient či jeho rodina s ošetřujícím lékařem (praktický či odborný lékař z nemocničního oddělení) a zašle ji do hospice spolu s překladovou nebo propouštěcí zprávou a s Informovaným souhlasem (**podepsaný pacientem**). Přijetí jsme schopni vyřešit v krátké době. O přijetí rozhoduje hospicový tým (lékař, ředitel, vrchní sestra nebo staniční sestra, sociální pracovníce). Posuzují, zda uchazeč splňuje všechna tato kritéria:

- pokročilé stádium většinou onkologického onemocnění
- léčba směřující k vyléčení nemoci byla ukončena a je nahrazena léčbou negativních dopadů nemoci
- stav pacienta není stabilizován vzhledem k jasně definovanému terminálnímu nebo preterminálnímu zdr. stavu

- péče pacienta není možné zajistit v domácím prostředí

Hospic stojí poblíž centra města.

Kapacita hospice je 30 lůžek pro pacienty a 14 míst pro přespávání doprovázejících osob (přistýlka na jednolůžkových pokojích s pacientem).

Pokoje jsou vybaveny polohovací postelí, šatní skříní, křesílkem, nočním stolem, televizí, telefonem, sociálním zařízením a žaluziemi. Pacienti a jejich doprovod mají možnost využít kuchyňku. Kuchyňka je vybavena lednicí s mrazákem, mikrovlnnou troubou, rychlovarnou konvicí a nádobím.

Pro dopravu do hospice můžete využít naši sanitku - příkaz k transportu vyplní Váš ošetřující lékař. Po přijetí do hospice Vám lékař při vstupním vyšetření vysvětlí rozsah hospicové péče. Zdravotní sestra s Vámi projedná úvodní informace, sociální pracovníce sepíše Smlouvu o podmínkách pobytu v Hospici Anežky České. Během celého pobytu Vám budou sestry, ošetrovatelky, sociální pracovníce a další personál nablízku.

Můžete svobodně pobývat v zimní nebo venkovní zahradě, na terase, v kapli, v čajovně nebo mimo objekt po domluvě s ošetřujícím lékařem. Každou středu a sobotu v 16:30 pořádáme bohoslužby v kapli, která je umístěna v budově hospice. Na přání Vám zprostředkujeme návštěvu duchovního (různých církví) ve Vašem pokoji.

Návštěvy jsou v hospici neomezené – po celý týden 24 hodin denně. Blízká osoba pacienta se může v hospici též ubytovat na pokoji s pacientem nebo samostatně v 1 km vzdáleném charitním zařízení Háčko. Chcete-li této možnosti využít, zaškrtněte v žádosti o přijetí kolonku ubytování blízké osoby, a předem zavolejte na **491 467 035/038**. Tel. Háčko **491 465 148**.

Maximální výše majetku, kterou si může pacient uschovat v trezoru hospice, činí 50.000,- Kč. Majetkem se rozumí peněžní hotovost, vkladní knížky apod. Tento majetek zůstává samozřejmě vlastnictvím pacienta. Doporučujeme, abyste si větší finanční obnos, šperky a jiné cennosti nechali raději doma. Na doručování důchodu či nemocenské se můžete domluvit s rodinou, nebo Vám sociální pracovníce zajistí, aby chodil do hospice.

Poplatky pro klienty:

Jedna hodina poskytování sociálních služeb je stanovena na 100,- Kč. Počet hodin péče je dán potřebou klienta. Konečná částka hrazená za jeden den se získá příslušným počtem hodin vynásobeným 100,- Kč. Platbu si klient hradí částečně z příspěvku na péči (pokud ho pobírá) a z jiného příjmu (důchod, pomoc rodiny, apod.).

Platby za sociální služby poskytované v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci:

uživatel	průměrná doba poskytování soc. služeb	úhrada za poskytování soc. služeb za den	cena hrazená z Pnp	cena hrazená z jiného příjmu (důchod, rodina)
Bez příspěvku	2,5 hodiny/den	250 Kč	-	250,-
I. Stupeň (800 Kč)	2,5 hodiny/den	250 Kč	2 6,-	224,-
II. Stupeň (4 000 Kč)	3,2 hodiny/den	318 Kč	1 33,-	185,-
III. Stupeň (8 000 Kč)	4,5 hodiny/den	451 Kč	2 66,-	185,-
IV. stupeň (12 000 Kč)	5,8 hodiny/den	585 Kč	4 00,-	185,-

V platbách bude i nadále zohledněna výše příjmů uživatele tak, aby po zaplacení plateb za poskytnuté služby zůstalo pro vlastní potřebu uživateli 25% jeho příjmu.

Po prokázané sociální nouzi a nemožnosti hradit částku z příjmu, může uživatel požádat o snížení platby.

Platby se hradí za každý započatý den poskytované péče. Platí se předem při příjmu - na dobu maximálně 1 měsíce dopředu nebo na smluvený počet dní. Skutečné náklady na pobyt jsou vyšší než vypočtená úhrada za sociální služby. Zčásti je uhradí Vaše zdravotní pojišťovna a další chybějící prostředky se snažíme získávat od dárců a sponzorů a ze státních a krajských dotací.

Poplatky pro doprovody:	nocleh	70,- Kč
	snídaně	27,- Kč
	oběd	56,- Kč
	večeře	42,- Kč

CO SI VZÍT S SEBOU:

- léky, které běžně užíváte
- pomůcky, které běžně používáte
 - (hůl, berle, vozík apod.)
- toaletní potřeby
- inkontinenční pomůcky (v případě potřeby)
- pyžama nebo noční košile (není nezbytné), župan
- pohodlné oblečení na den
- domácí obuv na přezutí
- občanský průkaz a průkazku zdravotní pojišťovny

KONTAKTY

Oblastní charita Červený Kostelec, středisko: Hospic Anežky České,
5. Května 1170, 549

41 Červený Kostelec,

hl. lékař: MUDr. Jan Král, fax lékaři: 491 467 054, tel. lékaři: 491 467 035,

e-mail: lekari@hospic.cz,

tel. ústředna: 491 467 030, vrchní sestra: 491 467 033

sesterna 1. patro: 491 467 046, sesterna přízemí: 491 467 036,

sociální pracovnice: 491 467 038, e-mail: social.prac@hospic.cz,

číslo účtu: 8282670227/0100, var.s. 5 000, IČ: 48623814,

další informace naleznete na: www.hospic.cz

Hospic poskytuje také poradenství, provozuje poradnu a půjčovnu zdravotnických pomůcek. Umožňuje stáže a exkurze v hospici.

Příloha č.4

Žádost o přijetí



OBLASTNÍ CHARITA ČERVENÝ KOSTELEČ

5. května 1170, 549 41 Červený Kostelec, IČ: 48623814
středisko Hospic Anežky České, www.hospic.cz, tel. 491467030

Žádost o přijetí pacienta do Hospice Anežky České v Červeném Kostelci, okr. Náchod	
jméno, příjmení, titul pacienta: #	
rodné číslo: # pojišťovna:	
stav: #	
adresa trvalého bydliště: #	
adresa nynějšího pobytu pacienta: #	
.....	
telefon:	
nejbližší osoba pacienta (příbuzná nebo jiná osoba, kterou si určil pacient) jméno a příjmení: # vztah: # adresa: #	
.....	
telefon :	
kdo převezme pacienta po propuštění (včetně kontaktního údaje)	
.....	
diagnózy - uveďte priority dle závažnosti příznaků, přiložte propouštěcí či překladovou zprávu	

dosavadní a současná terapie - vypište ji včetně dávkování, není-li uvedena v příložené zprávě	
odesílající lékař: #	praktický lékař: #
tel.: #	tel.: #
adresa: #	adresa: #

Příloha č. 5

Svobodný informovaný souhlas pacienta

Vážená paní, vážený pane,

člověk jako svobodný jedinec má nezadatelné právo na rozhodování o sobě i v otázkách tak citlivých, jako je vlastní zdraví. Aby se mohl správně rozhodovat, musí být dostatečně informován. Proto se na Vás obracíme s následující informací.

Čím více toho o nemocném víme, tím více pro něho můžeme udělat. Proto prosíme Vás a Vašeho ošetřujícího lékaře o vyplnění údajů v Žádosti o přijetí. Její součástí je i tento písemný svobodný a informovaný souhlas pacienta. "Svobodný" znamená, že si sám nemocný hospitalizaci v hospici přeje, "informovaný" znamená, že nemocný ví, co hospic je. Nechápejte to, prosím, jako pouhou formalitu.

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Lékařská věda může hodně, ale není všemocná. Máte-li to štěstí, že mezi Vámi a lékařem je upřímný a poctivý vztah, možná Vám řekl, že další radikální léčba by byla pro Vás jen zdrojem nových nepříjemných vedlejších účinků, ale život prodloužit nemůže. Zde je pak na místě léčba, kterou Vám může nabídnout hospic. Jejím cílem není prodlužování, nýbrž kvalita života. Nejsme pánem nad životem a smrtí, nemůžeme nikomu život prodloužit, a proto to neslibujeme. Nebudeme ho ale také zkracovat žádnou euthanasií. Hospic se snaží pacientovi zajistit, že:

- 1) nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- 2) bude vždy respektována jeho lidská důstojnost,
- 3) ani v posledních chvílích nezůstane osamocen.

Lékař v hospici vědomě upouští od všech léčebných zákroků a postupů, které nemohou zlepšit kvalitu života a naopak ordinuje všechno to, co kvalitu života zlepšit může. Toto kritérium je v hospici rozhodující. Váš souhlas s hospitalizací v hospici můžete kdykoliv odvolat. Rádi Vám předem zodpovíme další otázky. Základní informace a ceník úhrad najdete v tiskopise Informace před přijetím – získat jej můžete na výše uvedené adrese či u Vašeho lékaře nebo na www.hospic.cz.

Za Hospic Anežky České,

MUDr. Jan Král, vedoucí lékař v hospici

Zde odstříhnete. Horní část si ponechá pacient, dolní přiloží lékař k žádosti o přijetí.



Svobodný informovaný souhlas pacienta

příloha k žádosti o přijetí do Hospice Anežky České v Červeném Kostelci

Jméno a příjmení pacienta:

RČ:

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl/a pro hospicovou péči svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení. Jsem si vědom/a toho, že cílem péče není umělé prodlužování života, ale jeho kvalita a že zde nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemohou zlepšit kvalitu života. Informace o hospici jsem získal/a (zakroužkujte, event. doplňte na druhé straně formuláře):

- .. z poučení na tomto listě
- .. ústně od svého lékaře
- .. přečtením letáčku Informace před přijetím
- .. jiným způsobem – upřesněte jak

Souhlasím, aby s informacemi o mém zdravotním stavu byl seznámen

(jméno a příjmení, kontakt):

.....

Datum a místo: Podpis pacienta:

Příloha č. 6

Seznam lůžkových hospiců v ČR

Hospic Anežky České v Červeném Kostelci

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna

Tento hospic byl po celkové rekonstrukci objektu bývalé vojenské ubytovny a dostavby části domu otevřen v lednu 1999. Kapacita je 50 lůžek. Jde o nestátní církevní zařízení poskytující paliativní péči těžce a nevléčitelně nemocným pacientům.

Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí

Lůžkový hospic Diakonie Českobratrské církve evangelické byl otevřen v roce 2003 s kapacitou 28 lůžek pro nemocné. Je členem Asociace poskytovatelů hospicové péče.

Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech

Poslední otevřený hospic realizuje Občanské sdružení Tři. Provoz tohoto hospice s kapacitou 30 lůžek byl zahájen 1. 9. 2008.

Hospic Štrasburk v Praze

Občanské sdružení Hospic Štrasburk po rekonstrukci historické budovy a přístavby nově otevřelo 1. 1. 1998 hospic s kapacitou 25 lůžek. Toto zařízení je akreditovaným pracovištěm pro LF UK a dále slouží jako výukové pracoviště pro studenty mimopražských univerzit.

Hospic svatého Lazara v Plzni

Hospic v Plzni s kapacitou 28 lůžek byl vybudován v roce 1998.

Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích

Hospic se nachází v klidném prostředí v Litoměřicích na Dómském pahorku, s kapacitou 56 lůžek, z toho 26 lůžek je pro nemocné, 22 lůžek pro doprovázející a 8 lůžek pro stážisty a dobrovolníky. Provoz byl zahájen v únoru 2001.

Hospic sv. Alžběty v Brně

Tento hospic navazuje na činnost hospice, který zde působil do roku 2001 v rámci Masarykova onkologického ústavu a byl v září 2001 tímto ústavem zrušen. Občanské sdružení Gabriela usilovalo o obnovení činnosti. Nejdříve zde na začátku roku 2004 vznikla poradna s půjčovnou pomůcek. Od 1. 4. 2004 je v provozu lůžkový hospic s kapacitou 10 lůžek. Ta se po rekonstrukci dalších prostor zvýšila na celkový počet 16 lůžek.

Hospic na Svatém Kopečku Olomouc

Tento hospic zřídila Arcidiecézní charita Olomouc, když rekonstruovala bývalý poutní dům. Rekonstrukcí vzniklo 30 lůžek. Slavnostně byl otevřen 28. 11. 2002.

Hospic v Mostě

Hospic v Mostě je umístěn v nově rekonstruovaném objektu se zahradou na okraji města s kapacitou 15 dvoulůžkových pokojů (pacient+ doprovázející osoba).

Hospic sv. Jana N. Neumana v Prachaticích

Občanské sdružení pro Hospic sv. Jana N. Neumana bylo založeno s úmyslem vybudovat hospic pro Jihočeský kraj. Provoz s kapacitou 30 lůžky byl zahájen 1. listopadu 2005.

Hospic sv. Lukáše v Ostravě

Zřizovatelem je Charita Ostrava s kapacitou 34 lůžek. Hospic byl otevřen 17. 9. 2007. Poskytuje také zázemí pro charitní pečovatelskou službu a Mobilní hospicovou jednotku.

Hospic Milovická

Druhý pražský hospic pro nevléčitelně nemocné, který byl otevřen v roce 2011 s kapacitou 30 lůžek. Hospic bude přijímat i pacienty s neurologickými a interními nemocemi (Parkinsonova, Alzheimerova choroba).

[<http://www.hospice.cz/adresar-hospicu>]