

Péče o hospicového pacienta

Tereza Mandáková

Bakalářská práce
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Tereza Mandáková
Osobní číslo:	H18532
Studijní program:	B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor:	Všeobecná sestra
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Péče o hospicové pacienty

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti hospicové péče.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

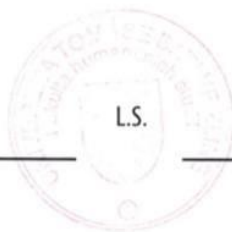
- HACKETT N. *Hospice Nursing 101*. USA: CreateSpace Independent Publishing Platform, 2018. 76 p. ISBN 978-1984978585.
- KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2019. 160 s. ISBN 978-80-88126-54-6.
- MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví České republiky, Ministerstvem práce a sociální věci České republiky, Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky a Magistrátem města Prahy, 2000. 92 s. ISBN 978-80-239-1915-6.
- MOYLE, W. P. *Fast Facts for the Hospice Nurse: A Concise Guide to End-of-Life Care*. USA: Springer Publishing Company, 2017. 210 s. ISBN 978-0826131980.
- O'CONNOR, M. a A. SANCHIA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 978-80-247-1295-4.

Vedoucí bakalářské práce: **JUDr. Libor Šnědar, Ph.D.**
Ústav regionálního rozvoje, veřejné správy a práva

Datum zadání bakalářské práce: **22. října 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **27. května 2022**



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na péči o umírající, na hospicovou péči. V teoretické části se zaměřuji na vysvětlení pojmů paliativní péče, hospic, princip jeho fungování, druh hospicové péče, umírání, smrt, potřeby umírajících, druhy potřeb.

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

Klíčová slova: paliativní péče, hospic, hospicová péče, umírání, smrt, potřeby umírajících

ABSTRACT

Bachelor thesis is aimed on care of dying on hospice care. I focus on explanation of terms palliative care, hospice, principle of his working, hospice care, dying, death, needs of the dying, kinds of needs.

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.

Keywords: palliative care, hospice, hospice care, dying, death, needs of the dying kinds

Děkuji vedoucímu své práce JUDr. Libor Šnédar, Ph.D. za jeho odbornou pomoc.

Velké poděkování patří mé rodině, která mě během studia podporovala a také těm, kteří ochotně přispěli ke zpracování praktické části práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH	8
ÚVOD	11
I	12
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PALIATIVNÍ PÉČE	13
1.1 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE	13
1.2 FÁZE PALIATIVNÍ PÉČE Z HLEDISKA PŘEDPOKLÁDANÉ PROGNÓZY	14
1.3 PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	14
1.4 KDE SE PALIATIVNÍ PÉČE POSKYTUJE	15
1.5 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE	15
1.5.1 OBECNÁ PALIATIVNÍ PÉČE	15
1.5.2 SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE	16
1.5.3 DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE	16
1.6 HISTORIE DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE V ČR	17
1.6.1 KRITÉRIA PRO POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE	17
1.7 STACIONÁRNÍ HOSPICOVÁ PÉČE	18
1.8 LŮŽKOVÁ HOSPICOVÁ PÉČE	18
1.9 DĚTSKÝ HOSPICE	19
1.10 PALIATIVNÍ PÉČE V NEMOCNICI	19
1.11 PALIATIVNÍ TÝM V NEMOCNICI	20
1.12 FINANCOVÁNÍ PÉČE	20
2 HOSPIC	22
2.1 HOSPICOVÁ PÉČE	22
2.2 HISTORIE HOSPICE	23
2.3 HOSPIC ANEŽKY ČESKÉ	23
2.4 PŘIJETÍ NEMOCNÉHO DO HOSPICOVÉHO ZAŘÍZENÍ	25
2.5 REŽIM DNE V HOSPICI	25
2.6 PŘÍNOS HOSPICOVÉ PÉČE	26
3 UMÍRÁNÍ A SMRT	27
3.1 SMRT VE ZDRAVOTNICTVÍ	28
3.2 UMÍRÁNÍ, JISTÉ A NEJISTÉ ZNÁMKY SMRTI	28
3.3 FÁZE UMÍRÁNÍ DLE ELIZABETH KÜBLER-ROSS	29
3.4 PROCES UMÍRÁNÍ A JEHO FÁZE	30

4	POTŘEBY UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA.....	31
4.1	POTŘEBY BIOLOGICKÉ	31
4.2	POTŘEBY PSYCHOLOGICKÉ	31
4.3	POTŘEBY SPIRITUÁLNÍ	32
4.4	POTŘEBY SOCIÁLNÍ.....	32
5	SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....	33
II.	34
	PRAKTICKÁ ČÁST	34
6	PROVÁDĚNÝ VÝZKUM	35
6.1	PŘÍPRAVA VÝZKUMU	35
6.2	METODIKA VÝZKUMU	35
7	INFORMOVANOST LAICKÉ VEŘEJNOSTI O HOSPICOVÉ PÉČI.....	36
7.1	SROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ OBOU SKUPIN RESPONDENTŮ	50
7.2	ZÁVĚR VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	52
	ZÁVĚR	56
8	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57
9	SEZNAM PŘÍLOH	59

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá problematikou hospicové a paliativní péče. Cílem bakalářské práce je podat komplexní přehled o problematice hospicové a paliativní péče, vysvětlit rozdíly v definici

V teoretické části se zabýváme vymezením pojmů paliativní péče, hospicová péče, smrt, umírání, potřeby umírajících. Pojem paliativní péče, hospicová péče není všeobecně dostatečně znám. Také o smrti a umírání není dostatečné povědomí mezi lidmi. Dříve byla smrt součástí života jako běžná věc. Umíralo se doma mezi blízkými. Dnes se smrt a umírání přesunulo do nemocničních zařízení a lidé, kteří nejsou součástí odborného zařízení jako personál nebo se nesetkali se smrtí v rodině nemusí přijít se smrtí dlouhou dobu života do kontaktu. Pro nikoho smrt jako taková není příjemné téma. Přes to by se mělo o smrti hovořit jako o běžné věci, která se děje a dít bude. Právě ke smrti patří pojem paliativní péče, hospicová péče. Všechny termíny představují péči o člověka v terminálním stadiu života. Paliativní péče je specializovaná péče o umírající osobu, která může probíhat kdekoli. Hospicová péče probíhá ve speciálním zařízení určeném a specializovaném přímo a jen na již zmíněnou paliativní péči.

Paliativní péče je zde popsána, zmíněno je financování, dělení, typy, formy či kdo péči poskytuje a komu. Problémy a potřeby klientů jsou zmiňovány jako bolest, psychická podpora nebo spirituální potřeby nemocného. I přes to, že z průzkumů vyplývá fakt, že si většina umírajících přeje zemřít v domácím prostředí, splní se to jen hrstce z nich. Umírání a smrt jsme vložili do kompetence zdravotnických a sociálních institucí nemocnic, léčeben dlouhodobě nemocných a domovů pro seniory či jiných ústavů. Rodiny v dnešní době ve většině případů nejsou vícegenerační, ale jedná se spíše o menší rodiny, kterým nestačí síly na péči o umírajícího člena. K prozkoumání informovanosti laické i odborné veřejnosti hospicové péče nás vedl právě fakt o nízkém povědomí o smrti a umírání ve společnosti. Je třeba, aby laická veřejnost měla povědomí o možnostech péče pro své blízké a mohla tak zvolit tu správnou cestu pro sebe a umírající osobu.

Práce je složena ze dvou částí teoretické a praktické. Teoretická část poskytuje komplexní přehled o problematice hospicové a paliativní péče. Řeší výzkumné šetření, které bylo provedeno na základě dotazníkového šetření. Z výzkumného šetření vyplývá nutnost poskytnout laické veřejnosti více možností, kde se mohou dozvědět více skutečností o této problematice.

V teoretické části je analyzována současná dostupná literatura.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní (z latinského slova pallium–plášť, přehoz, přikrývka) 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. Paliativní péče smrt významně neurychluje, ani neoddaluje. Její přístup lze shrnout slovy: “Pomáhat v umírání ano, pomáhat ke smrti ne“ (Munzarová, 2002, s. 29).

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., 2021, s. 19).

Paliativní péče vychází z několika zdrojů, z nichž žádný nesmí být opominut – jde minimálně o východiska etická (eticko – filosofická), právní, medicínská, ekonomická, organizační. (Kalvach, 2019, s. 21.)

Světová zdravotnická organizace dále konstatuje, že paliativní péče:

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

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 (MARKOVÁ, 2010, S. 56)

1.1 Historie paliativní péče

V novodobé historii paliativní péče začala rozvíjet na přelomu 50. a 60. let minulého století. K jejímu vzniku výrazně přispěla kritika ze strany odborné veřejnosti, která považovala péči a o terminálně nemocné pacienty za velmi nedostatečnou. Kritika spadala nejvíce do oblastí, kde je péče orientovaná na chorobu, nikoli na pacienta samotného a možnosti tišení jeho bolestí. Na základě těchto kritik začali postupně vznikat první hospice. (HACKETT, 2018, s. 15)

1.2 Fáze paliativní péče z hlediska předpokládané prognózy

Z hlediska předpokládané prognózy a z toho plynoucích cílů lze paliativní péče rozlišit do tří fází a následně zařadit pacienty do těchto skupin:

- První fáze je fáze kontrolovaného onemocnění, kdy se pacient nachází v relativně dobrém stavu na stupni funkční zdatnosti. Tato fáze může trvat několik měsíců i let. Cílem této léčby je pokračování v prevenci a léčba sekundárních onemocnění.
- Další zlomová fáze je, kdy onemocnění přestává reagovat na kauzální léčbu a dochází k postupnému selhávání orgánů. Délka přežití se pohybuje v řádech týdnů či měsíců.
- V poslední terminální fázi dochází k nevratnému selhání organismu. Tato fáze se obvykle pohybuje několik týdnů i dnů. Hlavní cílem léčby je zajistit co možná nejvyšší komfort a umožnit pacientovi důstojně odejít. (KALVACH, 2019, S. 33)

1.3 Paliativní péče v České republice

Paliativní péče v České republice se začala rozvíjet jako specifický model péče o nevléčitelně nemocné až po roce 1989, a tím mírně zaostává svým vývojem oproti jiným vyspělým zemím. Mezi první pokusy o zřízení lůžkového oddělení paliativní péče bylo otevření oddělení paliativní péče v nemocnici v Babicích nad Svitavou v roce 1992. Ačkoliv od počátku se péče specializovala zejména na onkologicky nemocné pacienty. V roce 1993 se na rozvoji hospicového hnutí podílela lékařka Marie Svatošová, která založila hospicové hnutí Ecce homo. To zajistilo vybudování prvního hospice Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995. V České republice se momentálně nachází již 16. lůžkových hospiců. (PECHOVÁ, K. a LEJSAL M., 2020, S. 84)

Důležitou roli sehrála roce 2005 Asociace poskytovatelů, která přispěla k rozvoji hospicové a paliativní péče. V roce 2007 vydala za podpory Nadace rozvoje společnosti Standarty hospicové a paliativní péče, která si dala za úkol definovat požadavky, které by měli poskytovatelé v ČR splňovat, tak aby byla zajištěna její úroveň a odpovídající kvalita. V období 2011–2015 vznikl dokument Strategie rozvoje paliativní péče v České republice, které je vypracované v souladu s mezinárodními dokumenty, jako Charta práv umírajících, Úmluva o lidských právech a biomedicíně a Evropská sociální charta. (PECHOVÁ, K. a LEJSAL M., 2020, S. 105)

1.4 Kde se paliativní péče poskytuje

Obecná forma paliativní péče by měla být dostupná všude tam, kde se vyskytují umírající lidé a kde si přejí být ošetřeni, jsou-li pro to splněny základní podmínky.

1. paliativní péče v domácích zařízeních, kde se na péči podílejí zejména rodina nemocného
 - mobilní hospice – kvalifikované multidisciplinární týmy od odborníků specializovaných na paliativní péči
 - agentury domácí péče = home care – ty jsou řízeny praktickým lékařem
 - paliativní péče v pobytových zařízeních – např. domovech pro seniory, nebo pro osoby se zdravotním postižením
2. paliativní péče v lůžkových zdravotnických zařízeních
 - nemocnice
 - zařízení následné péče (NNP), léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN), psychiatrické léčebny
 - paliativní péče v hospicích – zdravotně sociální zařízení specializované na paliativní péči (MARKOVÁ, 2010, s. 55)

1.5 Rozdělení paliativní péče

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

Paliativní péče by se tedy měla týkat všech umírajících a nevyлéčitelně nemocných, a proto také všech zdravotníků. (PECHOVÁ, K. a LEJSAL M, 2020, s. 123)

1.5.1 Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péči rozumíme klinickou praxi, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich odborností. Jejím základem je včasné rozpoznání nevyлéčitelného charakteru onemocnění a identifikace a ovlivňování oblastí, jež jsou významné pro kvalitu pacientova života“ (O’CONNOR a SANCHIA, 2005, s. 36)

Obecná forma paliativní péče by měla být poskytnuta ve všech zdravotnických zařízeních v rámci své specializace. Součástí je včasné vyhodnocení pacientova stavu, zhodnocení, zda další aktivní léčba bude smysluplná, sledování, porozumění a poskytnout

péči tak, aby byla zachována kvalita života pacienta. To zahrnuje především respekt k pacientově autonomii, primárně léčba bolesti a dalších symptomů, důležitost je podpora rodiny nebo doporučení jiných odborníků. Členové rodiny se učí ošetrovatelské úkony od zdravotních sester, ale ne vždy to zvládnou sami. Proto se obrací na domácí péči, která se nazývá home help. Oproti domácí péči, která je prováděna profesionály home care. (BUŽGOVÁ, 2015, s. 76)

1.5.2 Specializované paliativní péče

Jsou taková zařízení, která se věnují především paliativní péči jako své hlavní činnosti. Je vyžadován vyškolený personál s vyšší úrovní profesní kvalifikace a větší počet zaměstnanců v poměru k počtu pacientů. Služby v takových zařízeních by měli být schopné poskytnout podporu pacientovi ať je kdekoli: v nemocnici, doma, v rezidentní péči, v pečovatelském domě, denním stacionáři, v ambulantní péči nebo na specializovaném oddělení paliativní péče. Všichni zdravotníci v případě potřeby, by měli mít přístup ke konzultaci specializovaných poskytovatelů paliativní péče. (Marková, 2010, s. 70).

V České republice je specializovaná paliativní péče vymezena v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen zákon o zdravotních službách), jako samostatný druh zdravotní péče, jehož účelem je „zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí“. (BUŽGOVÁ, 2015, s. 79)

1.5.3 Domácí hospicová péče

Domácí hospic je nejrozšířenější formou poskytování specializované paliativní péče. Umírání doma mělo po staletí stejný scénář, každý člen rodiny věděl, jaká je jeho role. Z generace na generaci tak přecházela nejen zkušenost, jak pečovat, ale také prožitek, jak umírání a smrt vypadá z blízka. Posláním domácí hospicové péče je pro každého pacienta prostřednictvím zdravotní, sociální, psychologické a duchovní podpory zůstat ve známém domácím prostředí. (MISCONIOVÁ, 2000, s. 51)

Laická domácí péče zn. kdy o nemocného pečuje jeho rodina a blízcí. Laickou domácí hospicovou péči mohou využívat nemocní, jejichž sociální prostředí umožňuje takovou pomoc, která nepovede k ohrožení jejich zdraví. V tomto ohledu nesmí dojít ke snížení kvality života nemocného ani pomáhajících. Péči mohou využívat osoby všech věkových kategorií. (MISCONIOVÁ, 2000, s. 62)

Odborná domácí hospicová péče je odborná komplexní péče o člověka v konečném stádiu onemocnění, kdy léčba již nezabírá a příchod smrti se nezadržitelně blíží. Je poskytována ve vlastním domácím prostředí nemocného v souladu s postupy paliativní medicíny. Domácí hospicová péče odborná je dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Péče je tvořena multidisciplinárním týmem, který je často tvořen lékařem, který vede nad celkovou službou dohled a indikuje způsob a rozsah zdravotní péče o nemocného. Další člen týmu je sociální pracovník, ten pracuje jako poradce. Všeobecná zdravotní sestra v

rámci týmu poskytuje zdravotnickou péči stanovenou lékařem. Asistent domácí hospicové péče často zajišťuje hygienu a stravování pacienta. Psycholog poskytující pacientovi a jejich rodinným příslušníkům pomoc a podporu. Posledním členem týmu je duchovní pracovník, jehož náplní je buď na přání pacienta nebo jeho rodiny, poskytnout duchovní péči. Domácí hospicová péče se týká i podpory rodinám, blízkým, a to i v čase truchlení. Rodina může využít poradnu hospicové péče, nebo půjčovny zdravotních pomůcek zřizovaných při hospicích. Tento druh péče je pro nemocného ideální, ale ne vždy dostačující. Pokud není dostupná agentura poskytující domácí péči nebo speciální hospicovou péči, je setrvání pacienta doma nemožné.

Na tomto principu v současné době fungují čtyři domácí hospice v České republice. (FILATOVA, 2014, s. 32)

„Domácí hospic je ve světě nejrozšířenější formou poskytování specializované paliativní péče. Jedná se o péči multidisciplinárních týmů, jejichž členové—lékaři, zdravotní sestry, sociální a pastorační pracovníci, psychologové a dobrovolníci poskytují všestrannou péči rodinám, které se rozhodly pečovat o svého umírajícího (Marková, 2010, s. 23)

1.6 Historie domácí hospicové péče v ČR

První náznaky domácí hospicové můžeme vidět již v 19. a 20. století. Rysy domácí hospicové péče vykazovaly intervence domácích lékařů, kteří primárně pomáhali svým umírajícím pacientům v tišení bolesti. Avšak zlom nastal v padesátých letech 20. století, kdy došlo k zániku rodinných lékařů. To byl do jisté míry krok zpět, jelikož tehdejší doba kladla důraz na kolektivní rozvoj, a tím se péče o umírající pacienty přesunula do nemocničních zařízení a do domova důchodců. Tím se výrazně zmenšil počet lidí, kteří umírali domácím prostředím méně jak na 13% doprovázení umírajících v domácí péči. (MISCONIOVÁ, 2000, s. 46)

1.6.1 Kritéria pro poskytování domácí hospicové péče

Nemocný je zařazen do domácí hospicové péče ve fázi kdy ho jeho postupující choroba ohrožuje na životě, kdy potřebuje paliativní léčbu a péči a současně není nutná hospitalizace v nemocnici. Domácí hospicová péče je poskytována nemocným v pokročilém stadiu nádorového onemocnění, v pokročilém stadiu onemocnění nervové soustavy s postupným zhoršováním zdravotního stavu (např. syndrom demence, amyotrofická laterální

sklerózy apod.) V pokročilém stadiu imobilizačního syndromu (imobilní chronicky nemocní vyššího věku). (Marková, 2010, s. 44)

Další indikací pro poskytování péče je terminální stadium chronických onemocnění srdce, ledvin, trávicího a dýchacího traktu, se bez možnosti zdravotní stav nemocného ovlivnit kurativní cestou. Zdravotní stav nemocného nesmí vyžadovat léčbu na jednotce intenzivní péče. Jsou vyčerpány další možnosti léčby a léčba je zaměřena na mírnění potíží, které základní onemocnění působí. Terminálně nemocný si sám přeje, aby léčba a péče probíhaly v přirozeném sociálním prostředí nemocného. Nemocný rozumí principům, možnostem a limitům domácí hospicové péče. (PECHOVÁ, K. a LEJSAL, 2020, 61)

1.7 Stacionární hospicová péče

Tato varianta péče je oblíbená v zahraničí, u nás není rozšířena. Jde o stacionární péči, která je omezena na několik hodin denně. Hospicové stacionáře pracují komplexně a pomáhají také rodinným příslušníkům nemocného při vyrovnávání se smrtí. Stacionáře jsou zřizovány většinou jako součást hospice. Pacient je v tomto případě přijat ráno nebo dopoledne a v odpoledních či večerních hodinách si ho odváží zpět do domácího prostředí a večer se vrací domů. Dopravu nemocného zařizuje buď rodina, nebo hospic. Tato forma hospicové péče je vhodná pouze pro nemocné v místě bydliště nebo blízkého okolí. Důvod pobytů může být různý. Například diagnostický (kontrola bolesti, kterou se nepodaří zvládnout doma), léčebný důvod (aplikace chemoterapie). Psychoterapeutický- zde 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. V tomto případě mohou tuto péči využívat pacienti z nejbližšího okolí hospice. (MARKOVÁ, 2010, s. 88)

1.8 Lůžková hospicová péče

Hospice se řadí mezi zdravotně sociální zařízení. To znamená, že je poskytována jak péče zdravotnická, tak sociální poradenství a pomoc, a to nejen pacientovi ale i jeho rodině, nebo pozůstalým. Ne každý v hospici umírá. Celkem třetina hospitalizovaných pacientů se

vrací po upravení léčby, nebo když jejich stav umožňuje navrácení do ošetřování domácí hospicové péče. Důvodem přijetí nemocného do hospicového zařízení je vážné, většinou onkologické onemocnění, v terminálním stádiu, kdy nemoc bezprostředně 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. Většina nemocných, kteří trpí nádorovým onemocněním využívá hospic účelně. To je nesmírně důležité, neboť dobrovolně přicházejí na krátkodobé a zpravidla opakované pobyty, ze svého svobodného rozhodnutí, 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 poskytnout. Pacient je přijat hospice na základě potvrzení lékařské diagnózy od ošetřujícího lékaře, nebo na základě svého svobodného rozhodnutí. (FILATOVA, 2014, s. 59)

1.9 Dětský hospice

Dětský hospice "se výrazně odlišuje od podobných zařízení určených pro dospělé. Na rozdíl od hospiců pro dospělé, v nichž většina dospělých v terminálním stadiu tráví poslední dny svého života, soustřeďují se dětské hospice spíše na tzv. respitní (odlehčovací) péči". (MARKOVÁ, 2010, 91)

Hospitalizace u dětí je v tomto směru velmi specifická. Nemocní a jejich rodina přijíždí pouze na krátkou dobu. Hospitalizace obvykle trvá v řádu několika dnů, maximálně týdnů, kdy se jedná o zotavovací pobyty. Ty jsou pak možné opakovat dle potřeby pacienta. Vždy jde o to, aby nejen dítě, ale i jeho rodiče měli možnost načerpat novou sílu a měli tak možnost si odpočinout od každodenního stresu a náročné ošetřující péče, které jsou vystaveni. (MARKOVÁ, 2010, s. 93)

1.10 Paliativní péče v nemocnici

Paliativní péče se v dobré praxi na nemocničním lůžku neobejde bez vyššího počtu personálu, než je v současné době stanoven jako minimálně pro dané oddělení. Ideální řešení se ukazuje počet nelékařského zdravotního personálu (sester, ošetřovatelů) v denní službě v poměru k počtu pacientů 1:3.

Nemocnice budou pravděpodobně ještě dlouho místem, kde bude k úmrtí docházet nejčastěji, proto je důležité, aby každá z nich usilovala o co nejlepší vlastní rozvoj v oblasti paliativní léčby. Je zapotřebí posílit složku sociální péče, která se dotýká celé rodiny umírajícího. Rodina má právo kontinuálně navštěvovat umírajícího, ale i na právo vlastní podpory umírání i poté. (ELIAS, 1998, s. 33)

1.11 Paliativní tým v nemocnici

Péče zdravotnického personálu se ve většině nemocnicích soustředí na pacienty s možností vyléčení, a tak je proto velmi obtížné vytvořit podpůrné prostředí pro pacienty umírající. Možnost, jak tuto skutečnost zlepšit je vytvořit uvnitř nemocnice multidisciplinární paliativní tým, který poskytne konziliární a faktickou péči umírajícím napříč celým spektrem všech oddělení. Členové tohoto týmu působí jako podpora ostatnímu personálu, ale také pomohou s péčí, která by se pro personál zdála být neperspektivní či vyčerpávající. (BUŽGOVÁ, 2015, s. 38)

1.12 Financování péče

Paliativní a hospicová péče není všeobecně dostupná, lidé si tudíž nemohou vybrat místo, kde chtějí svůj život zakončit. Mezi nejčastější překážky a problémy patří nedostatečné a nesystémové financování a absence návaznosti mezi zařízeními paliativními a léčebnými. Na úrovni znalostí problematiky ze strany zákonodárců a poskytovatelů služeb a na jejich postojích. Kvalita hospicových služeb je závislá na kvalitě stávajících norem. Zřizování hospiců patří mezi soukromoprávními subjekty a je zařazeno do dvou oblastí odpovědných státních rezortů-Ministerstva zdravotnictví (MZ) a Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV). Hospic počítá s vícezdrojovým financováním. Je tak financován z více veřejných finančních zdrojů, a to z všeobecného zdravotního pojištění a z veřejných rozpočtů. Jelikož zdroje nepokryjí všechny náklady spojené s hospicovou péčí, je z toho důvodu nutné získávat dodatečné zdroje od soukromých uživatelů a sponzorů. (O'CONNOR M. a. SANCHIA., 2005, s. 24)

Mezi další problém v oblasti financování je problematika příspěvků pacientů a jejich rodin, která souvisí s majetností klientů a jejich rodin a také možnými dluhy v hospicích, tzn. že příspěvek na poskytovanou péči není z časových důvodů přiznán včas. Systém na poskytnutí příspěvku není schopen pohotově reagovat na onemocnění v posledních týdnech či dnech života. Sociální pracovník často nestihne šetření provést včas před úmrtím pacienta. To se děje tak z důvodu, že pacienti přicházejí do hospiců ještě s nepřiznanými příspěvky na péči. Šetření ukončuje až úřad práce, tím pak v hospicovém zařízení vzniknou dluhy. Proto je nutné vytvořit legislativní úpravu, která by zajistila přiznání příspěvků na péči i po úmrtí pacienta jako vzniklý dluh, a následně zvážit zvláštní povahu péče o umírající v hospicích. 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. Tím vznikají Společné problémy hospiců ve vztahu k nemocnicím, LDN, domácí péči a zdravotní pojišťovně. 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

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. 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. Po dočasném zlepšení zdravotního stavu, které bylo dosažené v hospici, jsou pacienti přeloženy do nemocnic a LDN, kde většinou nezískají komplexní léčbu založenou na bio-psycho-socio-spirituálním holistickém přístupu. Proto by měl pacient, kterému se dočasně zlepšil zdravotní stav, zůstat v péči hospicové zařízení. (O'CONNOR, a SANCHIA., 2005, 30)

2 HOSPIC

"Hospic je specializované zařízení, poskytující tzv. paliativní péči, tedy péči zaměřenou na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší, na rozdíl od standardní lékařské (kurativní) péče zaměřené na léčbu nemoci." (ŠIKLOVÁ, 2013, s. 16)

Hospic věnuje umírajícímu více času a pozornosti. Člověk zde má čas na smrt se připravit. Není léčebnou dlouhodobě nemocných, není domovem důchodců, není ani nemocnicí a není ani sanatoriem. Neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Hospic respektuje smrt jako nedílnou a přirozenou součást života stejně jako narození. 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. Nemocnému garantuje, že: nebude trpět nesnesitelnou bolestí v každém ohledu budou respektována jeho lidská práva. V hospici nejde o prodloužení života, ale o jeho slušnou kvalitu až do jeho úplného konce. Základní etický princip spočívá právem člověka na důstojnou smrt. Cílem je naplnit dny životem, nikoli život naplnit dny. (ŠIKLOVÁ, 2013, s. 24)

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 pacientům v terminální fázi. Představuje úctu k životu a člověku, který je jedinečnou bytostí. Jedná se o doprovázení nemocného, ale také jeho blízkých, kteří, přestože trpí současně s nemocným, zde hrají nezastupitelnou roli. (SIEBEROVÁ, 2016, 32)

2.1 Hospicová péče

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

U pacientů, kteří byli přijati do hospicové péče byly již vyčerpány všechny možnosti kurativní léčby. Léčba pokračuje minimalizací bolestí a zmírnění všech obtíží, které vyplývají ze základní diagnózy. Jedná se o léčbu symptomatickou. V praxi to znamená bez bolesti se vyspat, je-li to možné i bez bolesti chodit. To ale za předpokladu zvládnutí somatické bolesti. Poté následují bolesti lidské duše. Marie Svatošová poukazuje na to že pacient nemá důvod žádat o eutanázii, pokud byly splněny jeho potřeby ve všech čtyřech oblastech, tělesné, duševní, sociální i duchovní. Hospic velmi úzce spolupracuje s blízkými nemocného a umožňuje jim pobývat v zařízení společně s nemocným. Nemocný má právo přijímat návštěvy bez omezení, nepřetržitě po celý den a v jakýkoli den v roce. Návštěvy přicházejí s cílem být nablízku nemocnému, nemusejí o něj pečovat a zabezpečovat ošetřování. (SIEBEROVÁ, 2016, s. 29)

Primární náplní hospiců je poskytování paliativní péče, jde vzhledem k tomuto účelu přizpůsobeno i personální zajištění. Hospice řadíme na základě poskytované péče, kterou poskytují mezi zdravotně sociální zařízení. Personál zde pracuje nejen s nemocnými, ale poskytuje služby i jejich rodinám a blízkým. Prostředí hospice bývá blízké domácímu prostředí. Personál se zde snaží pacientům zajistit, co nejvyšší standard

poskytované péče. Mimo klasické hospicové péče poskytované v rámci lůžkových hospiců rozlišujeme také stacionární hospicovou péči. Ta spočívá v tom, že nemocný pobývá většinou doma a do hospice je převezen pouze na několik hodin, nebo na celý den. Zpravidla převoz zajišťuje rodin v ojedinělých případech hospic. Další forma je domácí hospicová péče, kdy jsou pacient a jeho rodina motivováni k vzájemné spolupráci se zdravotnickým personálem, který danou péči zajišťuje. Tento systém péče je postaven na základě indikace ošetřujícího lékaře a úkonech zdravotnického a sociálního pracovníka. (KUPKA, 2014, s. 110)

2.2 Historie hospice

Slovo hospic pochází z latinského slova *hospitium*, vyjadřujícího vzájemný vztah mezi hostem a hostitelem, nemocným a křesťanskými pečovateli. Historie hospicové péče má své kořeny hluboko v našich dějinách.

Již od středověku to býval dům na hlavních poutních cestách, jehož hlavním smyslem bylo doprovázení poutníků. Ve spojitosti s problematikou péče o umírající se začal od roku 1874 užívat termín hospic. Tento dům jim poskytoval zotavení a povzbuzení k další cestě. Dnešní hospic plní podobnou funkci-doprovází člověka na jeho cestě. Kdy tato cesta vede k přijetí vlastní nevyлéčitelné nemoci a jde o nalezení smyslu života, který se pomalu chýlí ke svému konci. Systém péče byl v českých zemích rozvinutý v podobě hospitálů a ty pečovali o děti nemocné a zestárlé pacienty. Takle péče byla poskytována i pro umírající. Mnohdy se jednalo o církevní zařízení, jehož hlavní zřizovateli byli fary, nebo vnikali v blízkosti klášterů. Teprve později se o tuhle problematiku začali zajímat města a obce. Na počátku 20. století otevřela Charita irských sester St. Joseph's Hospic v Hackney Londýně. 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.

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. (SIEBEROVÁ, 2013, s. 36)

2.3 Hospic Anežky České

Hospic Anežky České v Červeném Kostelci je první český hospic. Byl vybudován ve velmi krátké době, tedy během za 13 měsíců. Základní kámen byl postaven v roce 1994 a

hospic se slavnostně otevřel 8. prosince v roce 1995. Od 1. ledna 1996 byl plně využíván. Zřizovatelem hospice je Diecézní charita Hradec Králové a je též společným projektem nadace Ecce homo. Zakladatelkou a zároveň iniciátorkou je lékařka Marie Svatošová. Hospic Anežky České se řadí mezi nestátní zdravotnické a sociální zařízení. Hospic pečuje o nemocné, kteří trpí nevy léčitelnou chorobou, jsou to zejména pacienti v terminální stadiu onkologického onemocnění. Pacientům je poskytnuta celistvá individuální péče spolu s léčbou paliativní. Paliativní léčba se zaměřuje zejména na kvalitu života do poslední chvíle. Léčba však poskytuje i poradenskou službu s půjčovnou zdravotnických pomůcek. (SIEBEROVÁ, 2016, s. 53)

Budova hospicového zařízení je postavený do písmene „L“. Hospic má kapacitu dvaceti pokojů, které jsou rozmístěny do 2 podlaží s celkovou kapacitou 30 lůžek (14 jednolůžkových, 4 dvoulůžkové a 2 čtyřlůžkové pokoje). V každém pokoji jsou od podlahy prosklená okna, která jsou situována směrem k jihu nebo západu. Všechny pokoje, které jsou v přízemí mají možnost vejít i lůžkem na velkou prostornou terasu. Pacienti z 1. poschodí mají také možnost dostat se na terasu pomocí výtahu. Většina pokojů je jednolůžkových, což umožňuje pacientům dostatek soukromí a klidu. K základnímu vybavení pokoje patří ošetrovatelská lůžka polohovací lůžka Linet, obložená imitací dřeva. Interiér je navržený tak připomínal spíše domov a ne nemocnici. Na všech 14 jednolůžkových pokojích se nachází přistýlky pro rodinné příbuzné. Součástí každého pokoje je signalizační zařízení, které je napojeno na sesternu. Na všech pokojích jsou k dispozici telefony. Nemocný si tak může kdykoliv a kamkoliv zavolat. Hovory jsou placené. Denní místnost v přízemí je vybavena jako čajovna. Je přístupna nejen pacientům hospice i lidem z venku. Chodí zde na kávu, čaj, dívat se na televizi a občas se zde mohou uskutečnit kulturní akce. Koupelny jsou vždy bezbariérové jako celý objekt. U sprchy je sklopená sedačka, tak aby se nemocný mohl sprchovat ve stoje nebo vsedě. Pro pacienty, kteří se mohou koupat jen vleže, je využívána ve velké koupelně speciální pojízdná vana. V prvním podlaží jsou pokoje stejné, jen zimní zahrada je menší. Navíc se zde nachází 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 velká kuchyň, prádelna, sklady a nesmíme opomenout místnost posledního rozloučení. Sem se odváží zemřelý z pokoje. Pozůstalí tak mají možnost se v této místnosti se zemřelým o samotě rozloučit. (SIEBEROVÁ, 2016, s. 56)

2.4 Přijetí nemocného do hospicového zařízení

Hospicové zařízení je určeno pro nemocné s nevléčitelnou nemocí, která znehodnocuje jejich kvalitu života jak po stránce biologické, tak sociální, psychologické i spirituální. Kauzální léčba, která směřuje k vyléčení nemoci byla ukončena a byla nahrazena léčbou symptomatickou. Tedy ke zmírnění obtíží, které nemoc přináší. K přijetí nemocného do hospicového zařízení dochází v situaci, kdy nemoc postupuje a bezprostředně ohrožuje život nemocného. Nemocniční péče byla ukončena a nemocný potřebuje léčbu paliativní, která není možná být vykonávána v domácí péči. Nemocný podává vlastní žádost, na předepsaném formuláři, který je k dispozici v každém hospicovém zařízení, popřípadě na webových stránkách organizace. Nemocný přiloží k žádosti informovaný souhlas. Je obeznámen jak bude jeho léčba probíhat a také je třeba nemocného seznámit se s chodem zařízení a způsobem poskytování péče. Součástí žádosti je také lékařská zpráva, ošetřující lékař vyplňuje údaje o diagnóze, dosavadní léčbě. O přijetí nemocného do hospicové péče rozhoduje hospicový lékař na základě konzultace s ošetřujícím lékařem. (MISCONIOVÁ, 2000, s. 66)

Hospicový lékař posuzuje zdravotní indikaci, přihlíží k možnostem hospice a jeho momentální obsazenosti. Hospicové zařízení je určeno pro pacienty, u kterých se v brzké době předpokládá úmrtí. Protekce v hospicových zařízení je brána jako nepřípustná a velmi neetická. Pro pacienta, který je hospitalizovaný v hospicovém zařízení je důležitý režim dne. Denní program si určuje nemocný podle svého aktuálního stavu. Nejdůležitější je pro nemocného maximální pohodlí, uvolnění a aby měl vše co potřebuje dostupné. Nemocnému jsou zajištěny kontinuální návštěvy, telefon u lůžka, soukromí, volnost pohybu i mimo objekt (umožňuje-li to zdravotní stav), poslední přání. V hospicovém zařízení nemá místo direktivní přístup. Je důležitá tolerance zaměstnanců (i za cenu nepořádku, ne špíny). Nemocnému jsou zajištěny kontinuální návštěvy, telefon u lůžka, soukromí, volnost pohybu i mimo objekt. (MISCONIOVÁ, 2000, s. 69)

Léčba a péče v hospicových zařízeních je indikována s ohledem na kvalitu života nemocného a jeho blízkých. Léčebný postup je tvořen společně s pacientem, jeho blízkými, pracovním týmem, hlavní rozhodnutí je na nemocném. (MISCONIOVÁ, 2000, s. 70)

2.5 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. Nemocnému není daný přesný řád kdy má ulehnout nebo kdy vypnout televizi, či rádio. Jídlo dostává pravidelně, pokud však nemá na něj chuť, není problém. Proto se jídlo nechává ve speciálním termokufříku na vyhřátých talířích, jídlo pak zůstane dlouho teplé. Většina jednorázových pokudí se uzpůsobena tak aby bylo možné přidání přistýlky 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 návštěvních hodin je v hospici celých 24 hod. denně. Pokud nemocnému jeho zdravotní stav umožní, 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. (Kalvach, 20198, s. 61)

2.6 Přínos hospicové péče

Hospicová péče je přínosem pro celou společnost. Podmínkou této péče je její komplexnost. Musí brát ohled nejen na tělesné, ale i na psychologické, sociální a spirituální potřeby nemocného a jeho blízkých.

Z pohledu nemocného, je prostřednictvím hospicové péče zaručeno, že nemocný nebude trpět nesnesitelnou bolestí a že budou, či zmírněny nepříjemné symptomy jeho onemocnění.

Když se zaměříme na rodinu pacienta, je ve snaze ošetřujícího personálu věnovat se blízkým příbuzným a šetrně je tak připravovat na odchod člena rodiny. Tímto se dá zabránit vzniku nežádoucího stresu. Stresor ze ztráty blízké osoby, je uváděn jako jeden z největších ze všech výzkumů. Tento stres se tak může nepříznivě projevit na jejich zdravotním stavu, čemuž se pracovníci v hospicovém zařízení snaží předejít. Snaží se rodinu pomalu připravit na odchod nemocného.

Ošetřující lékař, který poskytuje co nejvyšší možný standart péče, posiluje tak nemocného i jeho blízké příbuzné. Ošetřující lékař nechápe smrt pacienta jako profesní selhání, ale snaží se udělat maximum proto, aby zachoval kvalitu života nemocného do posledních chvil jeho života. Tento pocit mu pak brání před větší mírou stresu, nebo před syndromem vyhoření, který by se pak u lékaře mohl později projevit.

Z pohledu zdravotní pojišťovny se zmírňuje stres a představuje menší nemocnost u pojištěnců, kteří přežijí nemocného, což se poté promítne ve výdajích zdravotních neprodukuje alibisticky často velmi drahou protinádorovou léčbu, ukáže-li se jako neúčinná. Léky, které jsou využívány v paliativní medicíně jsou často velmi drahé, ale jsou levnější než například léčiva, která jsou užívána např. při chemoterapii. Velký finanční efekt je v případě domácí hospicové péče.

Stát. Největším přínosem je preventivní význam komplexní hospicové péče. Výsledek sice nebývá okamžitý, ale projevuje se po určité době nižší nemocností, což se státu vyplatí nejen na daních.

Společnost. Tento fakt nejvíce potvrdí ti, kteří byli přímým kontaktem s hospicovou péčí. Jde především o posílení mezilidských vztahů. Pro každého zúčastněného je to škola života, významná osobní zkušenost, která umožňuje přijetí osobní zodpovědnosti za svůj život a jeho naplnění. (BUŽGOVÁ, 2015, S. 130)

3 UMÍRÁNÍ A SMRT

"Dej mi klid, abych přijal, co nemohu změnit. Dej mi odvahu, abych změnil, co změnit mohu." (Reinhold Niebuhr)

Thanatologie (z řeckého Thanaton, tj. bůh spánku) je vědní obor, který se zabývá problematikou umírání a smrti. Na tomto poli pracuje řada psychologů i lékařů z nichž nejznámější je Kübler-Rossová, z našich pak prof. Haškovcová a doc. Křivohlavý.

Umírání je proces, kdy nevléčitelně nemocný člověk žije v relativně dlouhém čase ve znamení blížící se a nakonec i realizující se smrti. Člověk má často pocit, že pokud existenci určitých věcí potlačí, tak se nestanou, ovšem smrt dožene dříve či později každého z nás. Z biologického hlediska je umírání přirozenou závěrečnou fází života, časové hledisko je velmi individuální. Umírání a posléze smrt je z biologického hlediska zcela přirozené, tělo je opotřebováno a vyčerpáno. Lékařským kritériem smrti jsou: ztráta reakcí organismu na okolí, úplné zrušení všech reflexů, ztráta svalových pohybů, zástava dýchání, pokles tlaku krve v tepnách, absolutně literární encefalografická křivka, zástava činnosti mozku a ztráta vědomí." (HAŠKOVCOVÁ, 2000, s. 155)

Umírání může být rychlé, ale naopak také dlouhé a může trvat i několik měsíců. Zjednodušeně lze také říci, že čím je delší doba umírání, tím je umírání bolestivější. Klidnému umírání nejvíce brání fyzické bolesti, osamělost (nepřítomnost blízké osoby v hodině smrti), neakceptace smrti nemocným z nevědomí blízkosti smrti, neadekvátní, bolestivé zásahy lékařů, kteří chtějí nemocnému za každou cenu prodloužit život. Umírání je často vyloučeno z běžného života, uvádí se, že překáží společnosti. Lidé zapomněli na staré latinské přísloví "Memento mori" – "Pamatuj na smrt". Zdravý, produktivní jedinec tak zcela přirozeně vytěsňuje smrt ze svých prožitků. Většina lidí má umírání spojené se stářím. Podílí se na tom skutečnost jako je např. zvyšování střední délky života, vysoce vyspělá medicína. Ke smrti často dochází v nějakém zařízení, nejvíce v nemocnici. Člověk je tvor společenský a ani v umírání nechce být sám. Nemocný se může na smrt připravit, rozloučit se a následně přijmout smrt. Důležitost hraje blízkost rodiny, blízkých přátel, nebo vlídnost doprovázejícího pracovníka. V posledních chvílích během umírání se odráží celý jeho život. Teprve na smrtelné posteli si často uvědomí všechny chyby, které v životě udělal, tváře lidí, kterým ublížil. Pokud tomu, tak skutečně je, odchází se umírajícímu ze života těžko. Umírající vyžaduje v poslední chvíli zejména individuální přístup, potřeba pocitu bezpečí, respektování svých přání a lidské důstojnosti, naslouchání, smysluplně strávený zbývající čas, smíření s životem i přicházející smrtí, smíření se sebou, rodinou. Nepotřebuje přehnanou péči a lítost, nemá potřebu sdílet trápení s ostatními nemocnými. Z praxe často vyplývá, že lidé, kteří věří v Boha, umírají klidně a pokojně. (KUNOHORSKÁ, 2007, s. 34)

Thanatologie (z řeckého Thanaton, tj. bůh spánku) je vědní obor, který se zabývá problematikou umírání a smrti. Na tomto poli pracuje řada psychologů i lékařů z nichž nejznámější je Kübler-Rossová, z našich pak prof. Haškovcová a doc. Křivohlavý.

Teorie biologických hodin, je tzn. program smrti je realizován v tehdy, kdy je daný čas odejít, to znamená že byl naplněný tzn. program života, který je geneticky podmíněný a v tu skutečnost člověk umírá.

- Smrt sociální je stav kdy člověk žije, ale je odtržený od společnosti a vyvázán z důležitých sociálních vztahů. Do kontextu společnosti už ho nelze navrátit, avšak

tohle může nastat i u zdravého člověka. Zdravotnický personál musí dbát na to, aby nemocný "žil" i přesto že přichází smrt.

- Smrt psychická. Absolutní psychická rezignace, intenzivně prožívané zoufalství a beznaděj. Zjednodušuje vstup smrti fyzické.
- Smrt fyzická. Naprostá, trvalá ztráta vědomí. Se ztrátou funkcí v mozku odchází i vědomí, tzn. že žádná část mozku nefunguje. Po mozkové smrti přichází smrt orgánů lidského těla. (KUTNOHORSKÁ, 2007, s. 74.)

3.1 Smrt ve zdravotnictví

Smrt a umírání je ve zdravotnictví hodně diskutované téma. Avšak mnoho zdravotních pracovníků neví, nebo neumí s pacienty, kteří jsou v terminální části života jednat, nebo jak se chovat. Vždy je základem empatie a vstřícnost. Jelikož si nikdo touto fází neprošel, nemůže správně odhadnout jak se dotyčný cítí, jaké má myšlenky a co přesně prožívá. Na zdravotnickém personálu je těmto lidem primárně ulevit od bolesti, vyslechnout je. K pacientovi zachováváme do poslední chvíle respekt a důstojnost. (DVOŘÁČKOVÁ, 2012, s. 31)

3.2 Umírání, jisté a nejisté známky smrti

"Umírání je proces, který má různou délku, podobu, je různě prožíván, je zcela individuální a jedinečný."

Umírání je vždy doprovázeno agónií, při které u nemocného dochází k selhávání životních funkcí. Tento proces vždy ukončen smrtí. Z lékařského hlediska je smrt stav, kdy u člověka dochází ireverzibilní změnám organismu, které následně vedou k ukončení biologického života. Jde tedy o přirozené uzavření životního cyklu člověka. Smrt se vyznačuje na základě lékařského ohledání zemřelého. Rozlišujeme jisté a nejisté známky smrti. Mezi jisté známky smrti patří posmrtná ztuhlost těla, četný výskyt posmrtných skvrn na těle a postupné hnilobné změny. Tyhle známky lze vidět pouhým okem. Smrt můžeme určit i na základě EEG a EKG vyšetření. (DVOŘÁČKOVÁ, 2012, s. 44)

Nejisté známky smrti se mohou vyskytovat ještě před definitivní zástavou srdce. Muže jich být hned několik najednou. Mezi nejisté příznaky řadíme je pokles tělesné teploty zvláště končetin, bledost kůže, areflexie, nehmatný puls, neslyšitelná srdeční činnost, nepoznatelné dýchání. (DVOŘÁČKOVÁ, 2012, s. 46)

3.3 Fáze umírání dle Elizabeth Kübler-Ross

Problematikou umírání se zabývala švýcarsko-americká lékařka Elizabeth Kübler-Ross, která při své práci často rozmlouvala s těžce nemocnými pacienty umírajícími často v důsledku nádorových onemocnění. Na základě rozhovorů s pacienty si tato lékařka všimla, že chování pacientů se vyznačuje obdobnými rysy chování. "Chování umírajícího je podle ní mimoslovní komunikací." (Kutnohorská, 2007, s. 72) Každý umírající člověk vykazuje v oblasti umírání společné znaky. Reakce každého člověka na jednu a tu samou situaci je individuální. Na základě jednotlivých reakcí popsala Elizabeth Kübler-Ross pět fází, které proces umírání doprovázejí. (Kutnohorská, 2007, s. 73)

Šok a popírání

"Ne, to se mě netýká, zaměnili výsledky!" (Kelnerová, Matějková, 2010, s. 121) Pro jedince jde o šokovou situaci, která může trvat jakkoliv dlouho. Ve chvíli, kdy je pacient seznámen s nemocí, tak se snaží vidinu blížící se smrti existenci nemoci popřít. Pacient odmítá vlastní smrtelnost. Jedná se o dočasnou obranu. (Kutnohorská, 2007, s. 73).

Hněv

Fázi popírání střídá fáze hněvu, která se často vyznačuje větami: "Proč zrovna já?"; "Či je to vina?" V této fázi pociťuje nemocný zlost, vztek. Hněvá se na celý svět. Viní, lékaře, zdravotnický personál. Nemocného popadne závist zejména na zdravé lidi. Je našťvaný na celý svět. Nejdůležitější je v této fázi pochopení a podpora, aby mohl pacient svůj vztek adekvátně ventilovat. V této fázi si začíná nemocný uvědomovat, že další popírání již nemůže pokračovat. Nemocný též může přestat spolupracovat se zdravotnickým personálem. (Kutnohorská, 2007, s. 74).

Smlouvání

Nemocný smlouvá. Hledá únik od smrti. Smlouvá. Nabízí cokoli za zdraví. Obrací se na vyšší moc – k Bohu, s žádostí na delší život. Uvědomuje si, že zemře, ale žádá o více času. Často sází na pověry a pomoc léčitelů. Zkouší různé "zázračné" léky. V tuto chvíli je nutné dát pozor na podvodníky, kteří mohou na bezvýchodné situaci nemocného a jeho touze po uzdravení vydělat. (Kutnohorská, 2007, s. 75)

Deprese

Během této fáze si nemocný začíná uvědomovat blížící se smrt. Začíná propadat strachu o sebe, o svoji rodinu. Nastupuje u něj stav beznaděje a deprese. Může být smutný, zamlklý a odmítat návštěvy. V této fázi se nedoporučuje nemocného nějak rozveselit. Nemocnému můžeme pomoci v napravování rodinných a mezilidských vztahů. Důležitou roli v této fázi hraje naslouchání. U některých pacientů je nutné podat psychofarmaka. (Kutnohorská, 2007, s. 76)

Smíření

Fáze smíření se vyznačuje tím, že nemocný se s danou situací vyrovnal. Zde dochází k psychickému uvolnění. Člověk je odevzdán svému osudu a přijímá jej, tak jak je. Je smířen a odchází s pokorou. Prožívání této fáze je často daleko složitější pro rodinu umírajícího než pro něj samotného. (Kutnohorská, 2007, s. 76)

3.4 Proces umírání a jeho fáze

Definici umírání definuje Elizabet Kübler-Ross jako období mezi uvědoměním si závažnosti onemocnění a vlastní smrtí. (Slezáková a kol., 2007, s. 160). Proces života každého člověka je jiný, stejně tak se liší umírání. U každého člověka je proces umírání jiný. Ať už trvá několik měsíců, nebo se jedná o den. Jsou lidé, co umírají i rok a déle. Proces umírání se podle odborníků rozděluje na tři časově nestejná období: *pre finem*, *in finem* a *post finem*. (HAŠKOVCOVÁ, 2010, s. 210)

Období pre finem

Je začátek celého procesu umírání, kdy se nemocný dozví svoji diagnózu a následně a prognózu terminálního stádia. Z hlediska psychického stavu se jedná o velmi zatěžující období, proto je v této fázi nejdůležitější psychická podpora nemocného. Tuhle podporu na prvním místě poskytuje rodina, zdravotnický personál, nebo se pacient může obrátit na pomoc ze strany psychologa, duchovního nebo jiné osoby. (HAŠKOVCOVÁ, 2010, s. 211)

Období in finem

je často označováno jako terminální stav nemoci. Mezi hlavní projevy tohoto období patří selhávání životních funkcí. Změny životních funkcí lze sledovat na základě lékařských vyšetření. Nemocný začíná postupně slábnout ztrácí zájem o okolí, nastupuje u něj somnolence, často již není schopen přijímat stravu. V tomto bodě nastává čas rozloučení. Je potřeba myslet i na psychickou podporu pro příbuzné, kteří pomalu přicházejí o svého blízkého. (HAŠKOVCOVÁ, 2010, s. 212)

Období post finem

Nastává ukončení životní cesty nemocného, kdy již nastala smrt. Do této fáze řadíme péči o zemřelé tělo a následně důstojné rozloučení. Pro příbuzné je možno poskytnout psychickou podporu doprovázení v době truchlení. (HAŠKOVCOVÁ, 2010, s. 213.)

4 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA

Jsou-li respektovány všechny aspekty důstojného umírání můžeme tedy mluvit o uspokojení základních potřeb nemocného a to biologické, psychologické, sociální a spirituální. O klidném a umírání a kvalitě života umírajícího můžeme mluvit jen v případě, jsou-li respektovány a uspokojeny základní lidské potřeby. Priorita potřeb se během rozvíjející nemoci mění. Zpravidla na začátku mluvíme hlavně o potřebách biologických v závěrečné fázi nabývají na významu potřeby spirituální. (MOYLE, 2017, 22)

4.1 Potřeby biologické

Vychází ze základních potřeb každého člověka. Zahrnuje vše co nemocné tělo potřebuje. Zahrnuje příjem potravy, které může být někdy upraveno zvláštním způsobem (infúze, sondy), dýchání, mírnění bolesti, hygiena a stou související prevence dekubitů (proleženin) a v neposlední řadě rehabilitace. Mezi hlavní potřeby těžce nemocného patří tišení bolesti. V oblasti psychické je reakcí na nevléčitelnou nemoc prožívání úzkosti z nejisté budoucnosti, pocit ohrožení z toho, co bude. Jedná se strach z bolesti nebo opuštění. Již dříve bylo zdůrazněno, že bolest má jistý význam na utváření lidské psychiky. Mezi nejdůležitější potřeby těžce nemocného patří tišení bolesti. Člověk se v bolestech rodí a nejednou i umírá. V oblasti psychické je reakcí na nevléčitelnou nemoc prožívání úzkosti z nejisté 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. (VENGLÁŘOVÁ, a MAHROVÁ, 2006, s. 71)

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. Bolest je jedním z hlavních 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 nejúčinnějšímu 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. (ANDYSEK, 2011, 100)

4.2 Potřeby psychologické

Hlavním cílem je zaručení především respektování lidské důstojnosti, a to naprosto nezávisle na jeho tělesném stavu. Každý člověk je jedinečnou a neopakovatelnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. 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 hraje mimika, pohyby, gesta, postoj, naše oči větší roli než slova. Každý člověk potřebuje mít pocit bezpečí. Je důležité nemocnému nikdy nelhat. To by se pak mohlo jednat o ztrátu důvěry pacienta. Ideální je říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet, a jen tehdy, kdy to chce slyšet. Obecně se málo ví, že komunikace s pacientem je v posledních chvílích velmi důležitá. Umět správně komunikovat není však jednoduché. Dobrá komunikace vyžaduje schopnost empatie a umět se vžít do kůže nemocného, respektovat jeho současný zdravotní stav, jeho potřeby, prožívání, hodnoty. Je důležité být připraven na jeho psychickou reakci na nevyléčitelnou nemoc. Pacient, který se dozví svoji nepříznivou diagnózu, není schopen hned tuto informaci přijmout. Má v sobě určitou psychickou obranu, která může trvat různě dlouho dobu. Teprve až po nějaké době tuto informaci dokáže zpracovat a přijmout. (SOCHOR, M., ZÁVADOVÁ I. a SLÁMA, 2019, 344)

4.3 Potřeby spirituální

Spirituální potřeby zahrnují péči o duši, či duchovní podstatu člověka. Člověk se v nemoci a posledních okamžicích života začne zabývat životně důležitými otázkami vlastního smyslu života. Každý člověk potřebuje v takové situaci vědět, že mu bylo případně odpuštěno, a má potřebu i sám sobě odpouštět. Potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. Je třeba mu ukázat, že v každé situaci se dá smysluplně a hodnotně se dá žít. Spirituální péče o duši je poskytována duchovními pastýři různých náboženských skupin a vyznání v průběhu celého života věřícího. Jedním z prvních kroků hospicové péče, je navázání kontaktu s duchovním pastýřem nemocného. Duchovní pastýř zaujímá aktivní psychotherapeutickou pozici, pro podporu pro umírajícího klienta i jeho blízké ve všech fázích umírání. Nezbytným předpokladem pro zachování důvěry a komplexní péče o umírajícího člověka je respekt a úcta k duchovnímu životu. Je důležité brát ohled na rituály, které věřícímu přináší duševní vyrovnanost, uspokojení a smíření v posledních chvílích života. (SOCHOR., ZÁVADOVÁ. a SLÁMA, 2019, s.346)

4.4 Potřeby sociální

Člověk je tvor společenský, který nežije izolovaně a ani izolovaně neumírá. Potřebuje mít své nejbližší, na které má nejsilnější citové vazby. Obvykle se jedná o jeho rodinu, ale mohou to být i přátelé a známí. Nemocný většinou má zájem o návštěvy a potřebuje je. Hospic podporuje doprovázející a blízké osoby tím, že jsou v hospici neomezené návštěvy, nebo může být současně kdokoliv z rodiny ubytovaný přímo na jeho pokoji. Doprovázení umírajících ubere kus sil, ale přidá kus moudrosti a zralosti.“ (ŠAMÁNKOVÁ, 2011, 136)

5 SHRNU TÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

V první kapitole jsem definovala pojem paliativní péče, zmínila její historii i současnost, a navázala na oblast hospicového zařízení a následně jsem vymezila formy hospicové péče.

Druhá kapitola byla věnována smrti a umírání, kde jsem popsala proces umírání.

V poslední části jsem se zaměřila na potřeby těžce nemocného, které s tímto tématem souvisí.

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.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 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

6.1 Příprava výzkumu

Výzkum jsem realizovala s obyvateli a zaměstnanci DPS Vážany, v Trutnově a dále se zdravotními sestrami z interního oddělení a následné ošetrovatelské péče v Kroměřížské nemocnici. 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 10.1. 2022 do 15.2. 2022. V období, kdy jsem prováděla výzkum v Kroměřížské nemocnici, nebyl potřeba informovaný souhlas zařízení. Celkem jsem získala dotazníky od 50 respondentů z celkového počtu 100.

6.2 Metodika výzkumu

K výzkumu jsem použila: a) metodu dotazníků A (laická veřejnost)

b) metodu dotazníků B (zdravotníci)

7 INFORMOVANOST LAICKÉ VEŘEJNOSTI O HOSPICOVÉ PÉČI

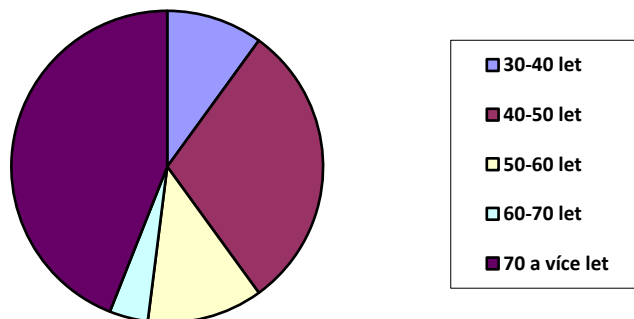
Moje jméno je Tereza a chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění dotazníku, který je zaměřen na hospicovou péči. Dotazník je anonymní a výsledky budou sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce.

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

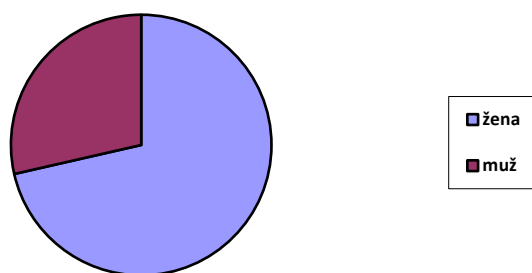
Graf č. 1



Pohlaví respondentů

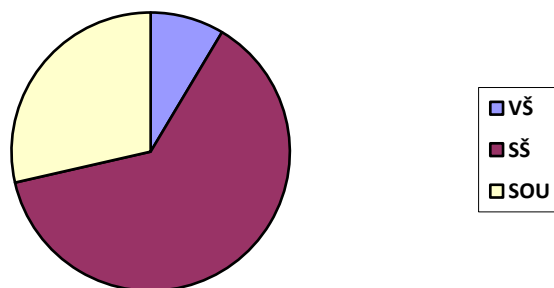
- a) žena = 25 resp.
- b) muž = 10 resp.

Graf č. 2

**3. Dosažené vzdělání:**

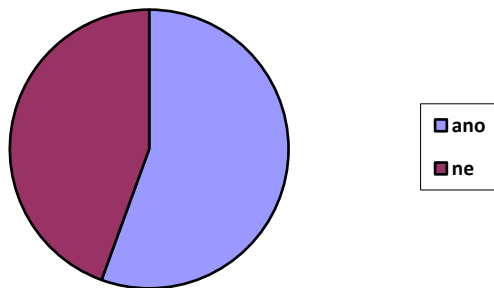
- a) VŠ 3 resp.
- b) SŠ 22 resp.
- c) SOU 10 resp.

Graf č. 3

**4. Víte, co si představit pod pojmem hospic?**

- a) ano = 20 resp.
- b) ne = 16 resp.

Graf č. 4

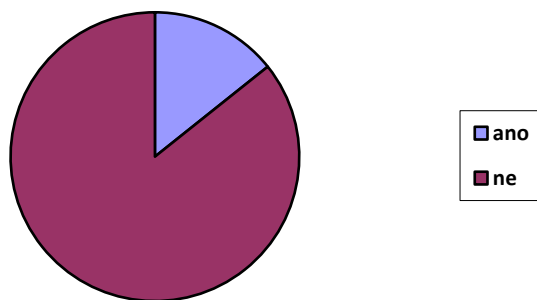


5. Víte, v jakých městech se v ČR nachází hospice?

a) ano = 5 resp.

b) ne = 30 resp.

Graf č. 5



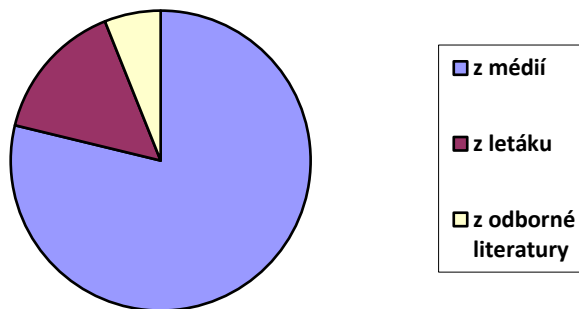
6. Kde jste získal (a) informace o hospici?

a) z médií = 26 resp.

b) z letáku = 5 resp.

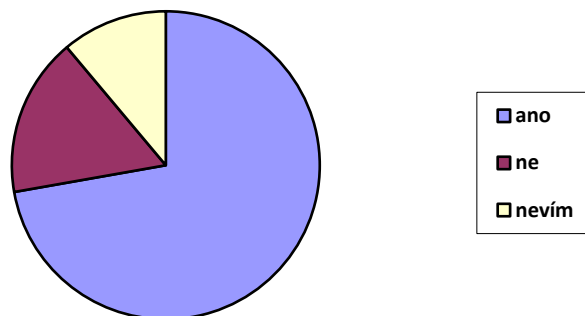
c) z odborné literatury = 2 resp.

Graf č. 6

**7. Myslíte si, že hospic slouží jen pro věřící?**

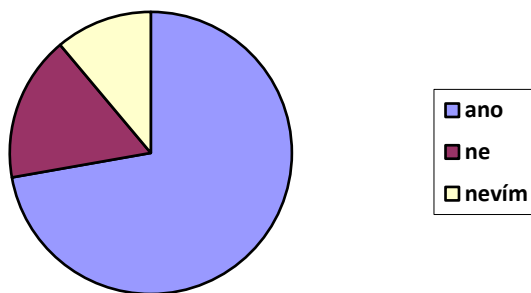
- a) ano = 4 resp.
- b) ne = 25 resp.
- c) nevím = 8 resp.

Graf č. 7

**8. Víte o tom, že v hospici může být ubytovaný i rodinný příslušník?**

- a) ano = 26 resp.
- b) ne = 6 resp.
- c) nevím = 4 resp.

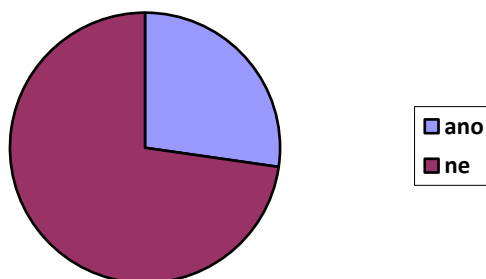
Graf č. 8

**9. Znamená pro Vás hospic domov smrti?**

a) ano = 12 resp.

b) ne = 24 resp.

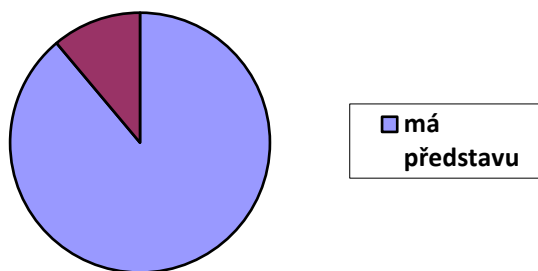
Graf č. 9

**10. Uved'te prosím, co pro Vás znamená pojem „hospicová péče“?**

a) pojem představuje péči o těžce, nebo nevléčitelně nemocné = 32 respondentů

b) nemají představu co hospicová péče znamená = 4 respondentů

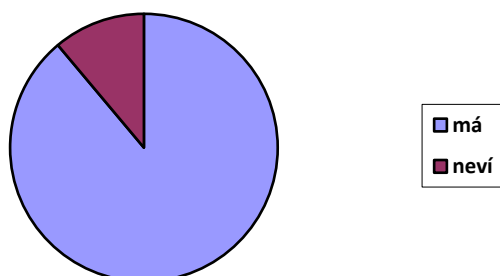
Graf č. 10

**11. Myslíte si, že má hospicová péče význam?**

a) má = 32 respondentů

b) neví = 4 respondenti

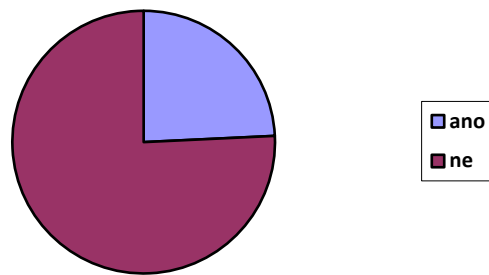
Graf č. 11

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

a) ano = 8 resp.

b) ne = 25 resp.

Graf č. 12

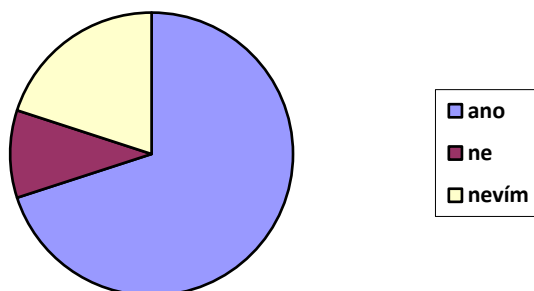
**13. Rozhodl (a) byste tuto péči pro své nejbližší?**

a) ano = 35 resp.

b) ne = 5 resp.

c) nevím = 10 resp.

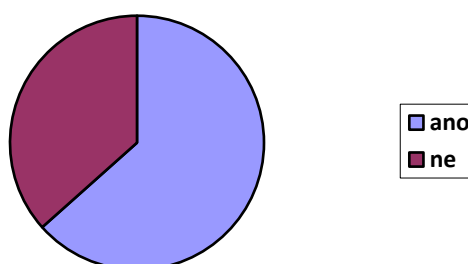
Graf č. 13

**14. Je podle Vás péče v nemocničním zařízení jiná než péče poskytovaná v hospici?**

a) ano = 26 resp.

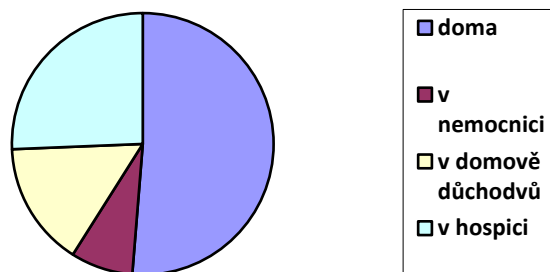
b) ne = 15 resp.

Graf č. 14

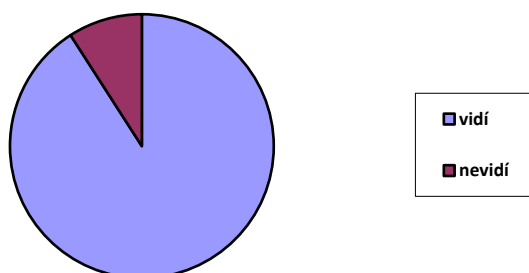


15. Kde by měl člověk podle Vás prožít poslední chvíle svého života?

- a) doma = 20 resp.
 b) v nemocnici = 3 resp.
 c) v domově důchodců = 6 resp.
 d) v hospici = 10 resp.

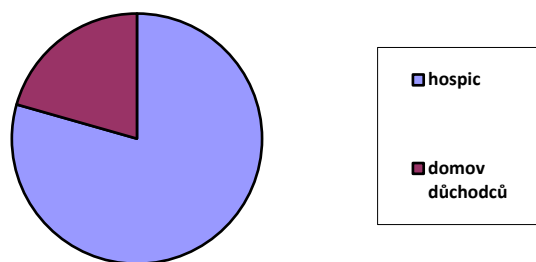
Graf č. 15**16. Jaký je podle Vás zásadní rozdíl mezi hospicem a domovem pro seniory?**

- a) vidí jednu z největších výhod hospice to, že rodinný příslušník může být s umírajícím kdykoliv po dobu hospitalizace, = 30 respondentů
 b) nevidí rozdíl mezi těmito zařízeními = 3 respondenti

Graf č. 16**17. Kdybyste onemocněl (a) nevléčitelnou nemocí a Váš zdravotní stav byl tak vážný, že byste již nemohl (a) zůstat doma, pro jaké zařízení byste se rozhodl (a) pro zbytek života?**

- a) hospic = 27 respondentů
 b) domov důchodců = 7 respondentů

Graf č. 17

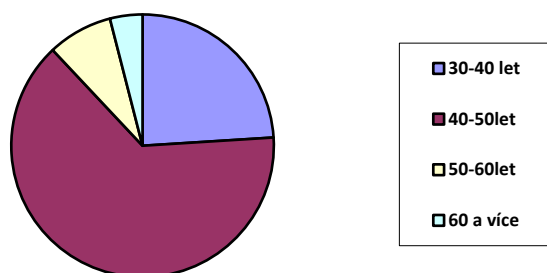


DOTAZNÍK B (PRO ODBORNOU VEŘEJNOST)

1. Kolik je Vám let?

- a) 30–40 let = 12 resp.
- b) 40–50 let = 32 resp.
- c) 50–60 let = 4 resp.
- d) 60 a více = 2 resp.

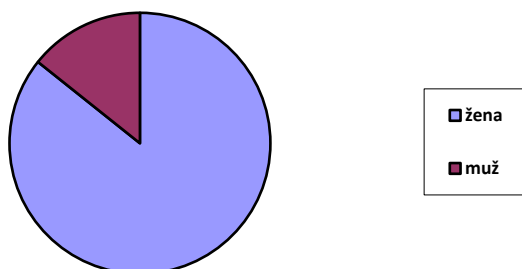
Graf č. 1



2. Pohlaví respondentů

- a) žena = 36 resp.
- b) muž = 6 resp.

Graf č. 2



3. Dosažené vzdělání:

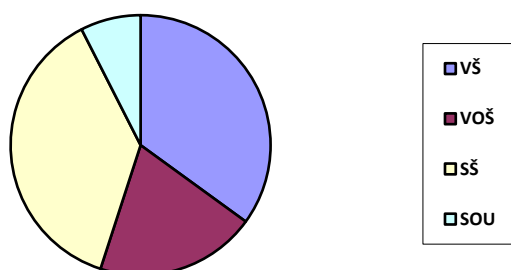
VŠ 14 resp.

VOŠ 8 resp.

SŠ 15 resp.

SOU 3 resp.

Graf č. 3

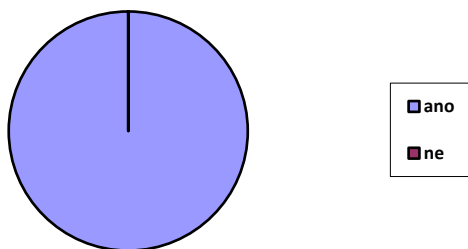


4. Víte, co si představit pod pojmem hospic?

a) ano = 40 resp.

b) ne

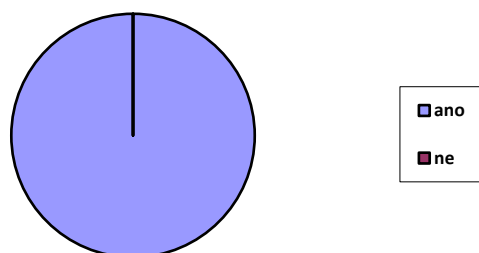
Graf č. 4

**5. Víte, v jakých městech se v ČR nachází hospice?**

a) ano = 40 resp.

b) ne

Graf č. 5

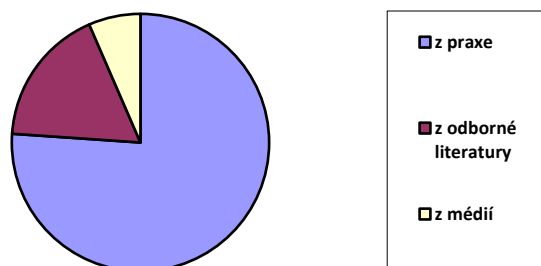
**6. Kde jste získal (a) základní informace o hospici?**

a) z praxe = 35 resp.

b) z odborné literatury = resp. 8

c) z médií = 3 resp.

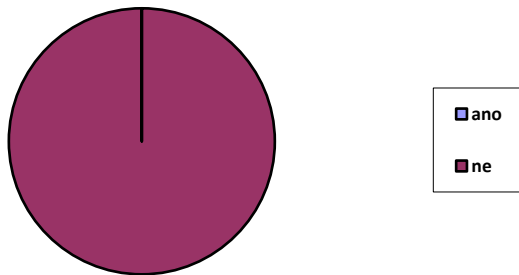
Graf č. 6



7. Myslíte si, že hospic slouží jen pro věřící?

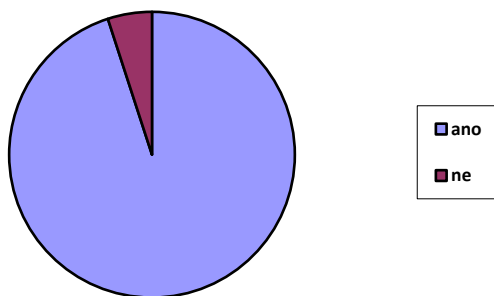
- a) ano
b) ne = 40 resp.

Graf č. 7

**8. Víte o tom, že v hospici může být ubytovaný i rodinný příslušník?**

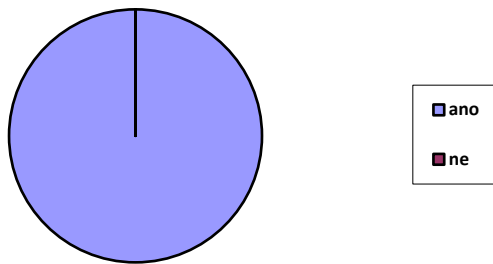
- a) ano = 38 resp.
b) ne = 2 resp.

Graf č. 8

**9. Myslíte si, že má hospicová péče význam?**

- a) ano = 40
b) ne

Graf č. 9

**10. Co si představujete pod pojmem paliativní péče?**

Jedná se o péči o nevyléčitelně nemocného pacienta

11. Komu je podle Vás poskytována?

Pacientům, u kterým byla ukončena akutní léčba

11. Komu je podle Vás poskytována?

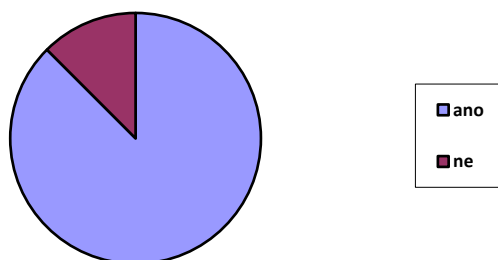
Pacientům, u kterým byla ukončena akutní léčba

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

a) ano = 35

b) ne = 5

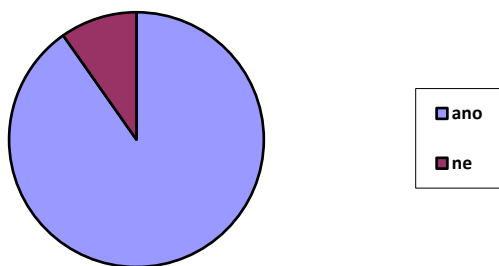
Graf č. 12

**13. Je podle Vás péče v nemocničním zařízení jiná než péče poskytovaná v hospici?**

a) ano = 37 resp.

b) ne = 4 resp.

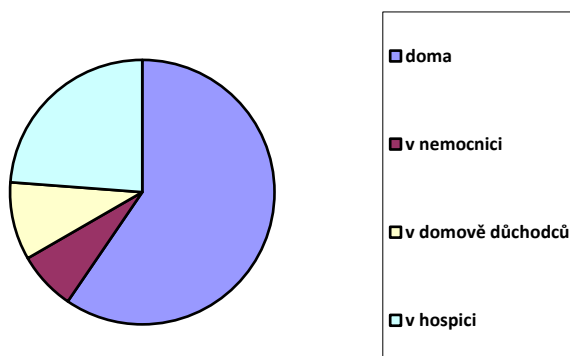
Graf č. 13



14. Kde by měl podle Vás člověk strávit poslední chvíle života?

- a) doma = 25 resp.
- b) v nemocnici = 3 resp.
- c) v domově důchodců = 4 resp.
- d) v hospici = 10 resp.

Graf č. 14



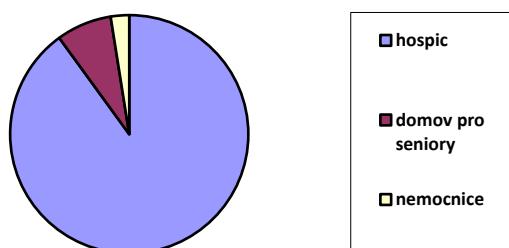
15. Jaký je podle Vás zásadní rozdíl mezi hospicem a domovem pro seniory?

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

16. Kdybyste onemocněl (a) nevyléčitelnou nemocí a Váš zdravotní stav byl tak vážný, že byste již nemohl (a) zůstat doma, pro jaké zařízení byste se rozhodl (a) pro zbytek života?

- a) hospic = 36 respondentů
- b) domov pro seniory = 3 respondenti
- c) nemocnice = 1 respondent

Graf č. 15



7.1 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 DPS Vážany.

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. 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 značné rozdíly mezi oběma skupinami.

U otázky č. 4 Mě odpověď z odborné veřejnosti nepřekvapila. U laické veřejnosti byl výsledek téměř stejný.

U otázky č. 5 „Víte, v jakých městech se v ČR nachází 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 mě výsledek překvapil, neboť si myslím, že tohle téma je často zmiňované.

U otázky č. 6 „Kde jste získal (a) základní informace o hospici?“ odpověděli tak, jak jsem předpokládala, všichni respondenti z odborné veřejnosti ze své praxe. Co bylo pro mě nebylo až tak překvapující, že laická veřejnost je informovaná ze stran médií.

U otázky č. 7 „Myslíte si, že hospic slouží jen pro věřící?“ odpověděli všichni respondenti ze řad laické veřejnosti a odborníků záporně. U laické veřejnosti převážně věděli, že hospicová péče slouží i pro nevěřící pacienty a je vždy poskytnutá bez ohledu na vyznání. Ke kladným odpovědím na tuto otázku u laiků vede jistě skutečnost, že hospice jsou v ČR převážně zařízeními pod zpravou oblastních charit, které jsou spojovány s církevními organizacemi.

Otázka č. 8 „Víte o tom, že v hospici může být ubytovaný i rodinný příslušník?“ byla odpověď stejná téměř pro obě skupiny, proto není možné srovnání.

Otázka č. 9 byla otázka u obou respondentů odlišná, proto není možné srovnání.

Otázka č. 10 byla otázka u obou respondentů odlišná. U laické veřejnosti jsem se zaměřila na pojem „hospicová péče“ zda ví, pro koho je péče určena. U odborníků jsem se zaměřila na pojem „paliativní péče“ - odborníci vědí ve všech případech, co tento pojem znamená. Znalost pojmu stoprocentní. U laické veřejnosti jsem předpokládala, že pojem paliativní péče nezná nebo se s ním nesešla.

Otázka č. 11.-byla otázka u obou respondentů odlišná, proto není možné srovnání.

Otázka č. 12 (OV) a č. 13 (LV) „Rozhodl (a) 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. 13 (OV) a č. 14 (LV) „Je podle Vás péče v nemocničním zařízení jiná než péče poskytovaná v hospici?“ Výsledek ze řad odborné veřejnosti byl takový, jaký jsem předpokládala. Většina zdravotníků vidí rozdíl v péči mezi nemocnicí a hospicem. U laické veřejnosti mě naopak překvapilo, že větší část respondentů vidí rozdíl mezi péčí v nemocnici a hospici.

Otázka č. 14 (OV) a č. 15 (LV)-místo kde by měl člověk prožít závěr svého života. Odpovědi obou skupin respondentů jsou shodně rozděleny mezi uvedené možnosti. Ačkoliv se obě skupiny respondentů shodli na odpovědi strávit poslední chvíle doma.

Otázka č. 15 (OV) a č. 16. (LV)-byla otázka u obou respondentů odlišná, proto není možné srovnání.

Otázka č. 17 (LV) „, Kdybyste onemocněl (a) nevléčitelnou nemocí a Váš zdravotní stav byl tak vážný, že byste již nemohl (a) zůstat doma, pro jaké zařízení byste se rozhodl (a) pro zbytek života?“ Většina dotázaných upřednostní hospic před domovem pro seniory.

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.

Návrhy a doporučení pro praxi

- Je žádoucí podávat srozumitelné a ucelené informace o možnostech péče o osoby v terminálním stádiu nemocným i jejím blízkým. Tyto informace by měly být dostupné lidem nejen v případě potřeby, ale mohly by probíhat např. i diskuse v rámci jiných institucí jako je klub důchodců, denní stacionáře, občanská sdružení apod.
- Již ze samotné existence domácí hospicové péče vyplývá, že jsou lidé, kteří chtějí raději strávit poslední dny svého života doma v rodinném kruhu. Zapojení rodinných příslušníků do péče o nemocného by mohlo celý systém více zefektivnit a prohloubit tak blízkost rodinných členů.
- Samotné zapojení rodinných příslušníků není často snadné. Většinou se jedná o laickou veřejnost. Proto, aby měla celá péče smysl a probíhala v souladu s léčbou, je nutné podporovat pečující rodinné příslušníky v jejich snažení a řádně je poučit o

principech zvládání jednotlivých ošetrovatelských úkonů.

- Umírání je nejen pro nemocné velice citlivou problematikou. V tomto ohledu by jim měla být poskytnuta pomoc a podpora, aby měli možnost si o svých pocitech popovídat. Všem zúčastněným by měla být k dispozici psychologická a pastorační péče a pozůstalým pomoc při truchlení.
- Podporovat rodinu, aby mohli jejich blízcí strávit poslední dny života bez bolestí a se svými blízkými, což hospic umožňuje. Zapůjčit kompenzační pomůcky pro zefektivnění péče o nemocné v domácí hospicové péči.
- Apelovat na lékaře a sestry, aby podpořili rodinu v péči o svého blízkého nemocného v terminálním stádiu ať už v hospicovém zařízení, nebo v domácí hospicové péči.

7.2 Závěr výzkumného šetření

V České republice se hospicová péče začala rozvíjet teprve po roce 1989. První český hospic Hospic Anežky České v Červeném Kostelci byl otevřen 8. prosince 1995. Od té doby uplynulo již 27 let. Zajímalo mě, jak je po takové době veřejnost informována o hospicích a hospicové péči. Výzkum jsem realizovala s obyvateli DPS Vážany a dále se zdravotními sestrami z oblasti interní a následné péče v Kroměřížské nemocnici. Z výsledků jsem byla mile překvapena. Nejprve se zaměřím na laickou veřejnost. Co je hospic a hospicová péče vědělo 95% respondentů a není pro ně považován za domov smrti. Hospic je pro ně místo s laskavou péčí o umírajícího člověka, kde je mu poskytnuta jistota, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí v osamocení. Řada respondentů navštívila hospicové zařízení v rámci návštěvy někoho ze svých příbuzných. Na otázku, zda vědí, kde se v České republice nacházejí hospicové zařízení, 30 (70%) respondentů z řad laické veřejnosti odpovědělo že ne. V tomto případě, je dle mého názoru problém v informovanosti jak z médií tak i ze strany zdravotníků. Odborná veřejnost (zdravotní sestřičky) ví kde se hospice nacházejí a dokonce z pár z nich má osobní i pracovní zkušenost s hospicem. Co jsem se dozvěděla z výzkumu, že pokud se zdravotní sestry setkají s pacientem v terminálním stadiu, apelují na rodinné příslušníky a doporučují, aby pacient strávil poslední chvíle života právě v hospici, nebo pokud to jeho zdravotní stav umožní a rodina je připravena se o nemocného postarat, tak v domácí hospicové péči. Přestože řada hospiců vznikla na základě křesťanských myšlenek a ideálů, je 40 respondentů (100%) přesvědčeno, že hospic není pouze pro věřící, s tím že vztah k víře je soukromou záležitostí každého člověka. Souvisí s tím i otázka, kde by měl člověk prožít poslední závěr života. Z laické veřejnosti odpovědělo 20 (70%) respondentů preferuje zemřít doma. Zbylých 9 je buď pro domov pro seniory, kde právě žijí nebo nemocnici. Pravdou nadále zůstává, že péče poskytnuta v hospici se výrazně liší od péče v nemocnici. O tomto faktu je přesvědčeno 70% dotázaných. V hospicovém zařízení je kladen důraz na kvalitu života a důstojné umírání až do poslední chvíle. Podle dotázaných je jednou z nejdůležitějších součástí péče zdravotního personálu o nemocného zachování a respektování lidské důstojnosti. Kompletní péče o člověka jako živé bytosti, počínaje

lékařem, zdravotní sestrou a pomocným ošetřujícím personálem. V praxi je bohužel skutečnost jiná.

V nemocnicích nebo jiných institucích, nebývá lidská důstojnost příliš respektována. Ne vždy a ne všude. S pacientem je zacházeno jako s „věcí“ a následně se stává předmětem „byznysu“ zdravotnického zařízení. Někteří, většinou starší občané, mají zkušenost s negativním přístupem ze strany zdravotnického personálu—ignorací, neschopností a nechutí naslouchat. Starší lidé pak mají pocit, že jsou na obtíž s pocitem, že o ně nikdo nestojí. V neposlední řadě mě zajímala otázka „pokud by se jejich zdravotní stav zhoršil a neumožňoval by nadále zůstat v domácím prostředí, „kde by si zvolili strávit poslední chvíle života“, tak 27 respondentů z laické veřejnosti by zvolila hospic, hlavně z důvodu neomezených návštěv rodinných příslušníků. 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.

Mezery vidím nedostatečné informovanosti o paliativní péči. Tady je podle mého názoru prostor pro osvětu u cílových skupin. Lidé v terminálním stádiu s fatální diagnózou, rozhodují o možnosti prožít konec svého života v hospici. Pro odborníky je velice důležité se dobře orientovat v psychickém stavu pacienta a vyrovnávání se s nepříznivou životní situací a pomoc nabídnout v pravou chvíli.

7.3 Návrhy a doporučení pro praxi

- Je žádoucí podávat srozumitelné a ucelené informace o možnostech péče o osoby v terminálním stádiu nemocným i jejím blízkým. Tyto informace by měly být dostupné lidem nejen v případě potřeby, ale mohly by probíhat např. i diskuse v rámci jiných institucí jako je klub důchodců, denní stacionáře, občanská sdružení apod.
- Již ze samotné existence domácí hospicové péče vyplývá, že jsou lidé, kteří chtějí raději strávit poslední dny svého života doma v rodinném kruhu. Zapojení rodinných příslušníků do péče o nemocného by mohlo celý systém více zefektivnit a prohloubit tak blízkost rodinných členů.
- Samotné zapojení rodinných příslušníku není často snadné. Většinou se jedná o laickou veřejnost. Proto, aby měla celá péče smysl a probíhala v souladu s léčbou, je nutné podporovat pečující rodinné příslušníky v jejich snažení a řádně je poučit o principech zvládání jednotlivých ošetrovatelských úkonů.
- Umírání je nejen pro nemocné velice citlivou problematikou. V tomto ohledu by jim měla být poskytnuta pomoc a podpora, aby měli možnost si o svých pocitech popovídat. Všem zúčastněným by měla být k dispozici psychologická a pastorační péče a pozůstalým pomoc při truchlení.
- Podporovat rodinu, aby mohli jejich blízcí strávit poslední dny života bez bolestí a se svými blízkými, což hospic umožňuje. Zapůjčit kompenzační pomůcky pro zefektivnění péče o nemocné v domácí hospicové péči.
- Apelovat na lékaře a sestry, aby podpořili rodinu v péči o svého blízkého nemocného v terminálním stádiu ať už v hospicovém zařízení, nebo hospicové péči.

ZÁVĚR

K životu každého z nás patří skutečnost, že kdykoli a kdekoli můžeme zemřít. Nejruznější lékařská péče nám může sice život prodloužit, ale nemůže smrt zrušit. Není smysluplné před tím zavírat oči. O důstojný a bezbolestný konec života by si přál každý. Hospicová péče, která je zatím jediným z moderních modelů, se snaží o doprovázení a důstojné umírání.

V české republice se péče začala rozvíjet až po roce 1989 a je nedílnou součástí zdravotního systému, která umožňuje nemocným v terminálním stádiu nemoci důstojné dožití. Umírající člověk má právo na zázemí, místo, kde se cítí bezpečně a kde je postaráno o všechny složky jeho potřeb a kde je zvládnuta i bolest. Tímto místem nemusí být vždy jen hospic, ale i zdravotnické zařízení založené na poskytnutí paliativní péče, která dbá na komplexní zvládnání 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. Je třeba této problematice věnovat pozornost. Právě kvůli hospicovému hnutí o smrti a umírání začalo v široké veřejnosti více hovořit. Je důležité zejména v paliativní péči zajistit dostatečnou osvětu zaměřenou na kvalitu života těžce nemocného člověka. Pro většinu lidí je přáním zemřít rychle, tiše a bez bolesti. Pro nikoho z nás není představa o dlouhodobém umírání příznivá. Pokud se člověk ocitne v situaci s velmi fatální diagnózou, je pak jedinou alternativou 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.

Hospic je díky profesionálnímu a lidskému přístupu zaměstnanců k umírajícím místo, jež vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti, není pouze frází, ale skutečností. Z toho vychází hlavní myšlenka hospice. Doufám a pevně věřím v to, že se myšlenka hospice podaří prosadit všude, kde lidé umírají.

Psaní práce mě obohatilo nejen po stránce odborné, ale i osobní. Měla jsem možnost získat přehled o hospicové péči. Měla jsem více času si popovídat s lidmi, kteří jednou budou spadat do skupiny potencionálních klientů hospice. Jsem velmi ráda za možnost strávit čas s lidmi jako tazatel než jako zdravotní sestra provádějící odborný a ošetrovatelský úkon. Domnívám se, že možnost sdílení byla obohacující i pro samotné pacienty a jejich rodinné příslušníky.

8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ANDYSEK, O. *Mluv se mnou*. Praha: Maxdorf, 2011. 152 s. ISBN: 978-80-7345-257-5.
2. BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
- 3.
4. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
5. ELIAS, N. *O osamělosti umírajících v našich dnech*. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998. 66 s. ISBN 80-85844-39-7. ****
6. FILATOVA, R. *Paliativní péče třetího tisíciletí*. Frýdek-Místek: Jokl, 2014. 72 s. ISBN 978-80-905419-7-9.
7. HACKETT N. *Hospice Nursing 101*. USA. CreateSpace Independent Publishing Platform, 2018. 76 s. ISBN 978-1984978585
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. 244 s. ISBN 80-726-2034-7.
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 470 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
10. HACKETT N. *Hospice Nursing 101*. USA. CreateSpace Independent Publishing Platform, 2018. 76 s. ISBN 978-1984978585
11. KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2019. 160 s. ISBN 978-80-88126-54-6.
12. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
13. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. 260 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
14. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

15. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající-hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví s Ministerstvem zdravotnictví České republiky, Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky, Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky a Magistrátem města Prahy, 2000. 92 s. ISBN 978-80-239-1915-6.
16. MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky*. 2. opr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2002. 57 s. ISBN 80-210-3017-8.
17. MOYLE, W. *Fast Facts for the Hospice: A Concise Guide to End-of-Life Care*. USA: Springer Publishing Company, 2017. 210 s. ISBN 978-0826131980.
18. O'CONNOR M. a A. SANCHIA. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4. *
19. PECHOVÁ, K. a LEJSAL M. *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. 202 s. ISBN 978-80-88361-01-5.
20. SIEBEROVÁ, J. *Hospic: příběh naplněné naděje*. Praha: Triton, 2016. 128 s. ISBN 978-80-7553-038-7.
21. SIEBEROVÁ, J. *Proč máme strach ze smrti: jak zvládnout její příchod*. Praha: Triton, 2019. 72 s. ISBN 978-80-7553-654-9.
22. SOCHOR, M., ZÁVADOVÁ I. a SLÁMA, O. *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2019. 446 s. ISBN 9788020442239.
23. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
24. VENGLÁŘOVÁ, M. a MAHROVÁ G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
25. VORLÍČEK, J. ADAM Z. *Paliativní medicína* Grada: Praha: 1998, s.19 ISBN 80-7169-437-1

9 SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA č. 1 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.

