

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PEDAGOGIKY

**HOSPICOVÁ PÉČE
SE ZAMĚŘENÍM NA
HOSPIC SV. LAZARA V PLZNI**
DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Kateřina Žihlová

Sociální práce: Sociální politika a sociální práce (2010 – 2013)

Vedoucí práce: Mgr. Radomír Bednář

Plzeň 2013

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracovala samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 31.3.2013

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Zde bych ráda poděkovala vedoucímu své práce panu Mgr. Radomíru Bednářovi za cenné rady, které jsem čerpala během konzultací. Mé poděkování za příjemnou spolupráci patří také všem zaměstnancům Hospice sv. Lazara. Dále bych ráda poděkovala své rodině za podporu během celého studia.

Obsah

OBSAH.....	5
ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 UMÍRÁNÍ A SMRT	11
1.1 Umírání	12
1.1.1 Stádia umírání	14
1.2 Smrt.....	16
2 HISTORICKÝ PŘÍSTUP KE SMRTI	17
2.1 Domácí model umírání	18
2.2 Institucionální model umírání	19
3 PALIATIVNÍ PÉČE	21
4 HOSPICOVÉ Hnutí	23
4.1 Historie vývoje hospicového hnutí ve světě	23
4.1.1 Historie vývoje hospicového hnutí v Anglii	24
4.2 Historie vývoje hospicového hnutí v ČR.....	24
4.3 Přehled Hospiců v ČR.....	25
4.4 Legislativní zakotvení.....	27
5 HOSPICOVÁ PÉČE.....	29
5.1 Potřeby umírajícího.....	29
5.1.1 Biologické potřeby	29
5.1.2 Psychologické potřeby	30
5.1.3 Sociální potřeby	30

5.1.4 Spirituální potřeby.....	30
5.2 Typy hospicové péče	31
5.2.1 Domácí hospicová péče.....	32
5.2.2 Stacionární hospicová péče	33
5.2.3 Lůžková hospicová péče	34
6 EUTANAZIE	35
7 HOSPIC SV. LAZARA V PLZNI.....	39
PRAKTICKÁ ČÁST.....	44
8 METODIKA.....	45
9 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA	48
9.1 Výsledky dotazníkového šetření	48
9.1.1 Identifikace respondentů	48
10 HODNOCENÍ HYPOTÉZ.....	66
11 POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S PŘEDEŠLÝM VÝZKUMEM	69
12 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU	73
13 ZÁVĚR.....	81
14 ANOTACE	82
15 SUMMARY	83
16 BIBLIOGRAFIE.....	84
Seznam literatury	84
Internetové zdroje	86
Zahraniční zdroje	86
České zdroje	86
SEZNAM TABULEK	88

SEZNAM OBRÁZKŮ	89
SEZNAM PŘÍLOH	90

Úvod

Jako téma své diplomové práce jsem si zvolila hospicovou péči. Výběr tohoto tématu byl podněten několika zkušenostmi z mého života. V tomto úvodu vylíčím alespoň vybrané zkušenosti, které se týkají mé přípravy na povolání sociální pracovníce.

První, méně intenzivní zkušeností, byl výkon studentské praxe v domově pokojného stáří sv. Alžběty, který v Plzni provozuje Diecézní charita. V rámci této praxe jsem přišla do kontaktu s klienty, kteří vzhledem ke svému pokročilému věku často mluvili o blížící se smrti. Byla to má první zkušenost s osobními rozhovory na toto téma a možná právě tehdy jsem si uvědomila, jakým tabu je smrtelnost pro dnešního člověka. Pro živou bytost je přežití základním instinktem, což ale nic nemění na faktu, že organismus je konečný a smrt postihne jednou každíčkou bytost na tomto světě. Přesto se s tímto faktem, který je nám znám od počátku věků, neumíme dnes vyrovnat. Neumíme přijmout vlastní konečnost ani konečnost milovaných osob a to často s sebou nese riziko, že kvůli této neschopnosti, neumíme prožít poslední okamžiky v míru a smíření, ať už s rodinou, přáteli či Bohem.

Dalším impulzem k napsání této práce byla moje studentská praxe, kterou jsem vykonávala v Hospici sv. Lazara v Plzni. Přiznávám, že jsem před tímto kontaktem o hospicové péči mnoho nevěděla, a právě při studiu této problematiky a četbě knih doktorky Marie Svatošové, jsem se rozhodla zaměřit se ve své absolventské práci právě na tuto tematiku, a to s nadějí přínosu alespoň základních informací o této problematice případným čtenářům této práce.

Na začátku této práce jsem se rozhodla osvětlit základní problematiku smrti a umírání, věnovat se budu jak vysvětlení samotných pojmů, tak dalším poznatkům a dělením, které popsali lidé pracující s umírajícími. Pozornost byla věnována i vývoji a vnímání fenoménu smrti v průběhu věků. A samozřejmě byly objasněny pojmy paliativní péče a vznik a vývoj hospicového hnutí ve světě i v ČR. Stěžejní kapitolou bude pojednání o samotné hospicové péči, o jejích zásadách a typech. Jako jakýsi protiklad hospicové péče jsem zvolila zamyšlení se, nad bohužel poměrně populárním tématem dnešní doby - eutanazií. A teoretickou část této práce jsem završila kapitolou týkající se konkrétně Hospice sv. Lazara v Plzni.

Praktická část pak s tímto konkrétním hospicem velmi úzce souvisela, protože jsem realizovala výzkum veřejného mínění obyvatel žijících v Plzni a blízkém okolí o hospicové péči. Výzkum veřejného mínění byl proveden dotazníkovou formou. Dotazníky byly šířeny

mezi obyvatele Plzně a okolí, jak v tištěné podobě, tak ve formě elektronické. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 400 respondentů. Otázky byly směřovány na povědomí o hospicové péči, povědomí o Hospici sv. Lazara v Plzni a ochotu využívat hospicové služby v případě potřeby.

V rámci empirické části práce byl stanoven cíl práce:

- 1) Zjistit míru informovanosti veřejnosti v Plzni a okolí o tom, co je hospicová péče
- 2) Zjistit míru informovanosti veřejnosti o poskytování hospicové péče v Plzni a jejich ochotu využívat tyto služby v případě potřeby
- 3) Porovnat získané výsledky s podobným výzkumem provedeným v roce 1999

Dále byly stanoveny dvě hypotézy.

H₁: Povědomí o hospicové péči je závislé na věku respondenta

H₂: Povědomí o hospicové péči nezávisí na stupni vzdělání

Výsledky výzkumu byly porovnány s již dříve zrealizovaným výzkumem, který proběhl rok po otevření Hospice sv. Lazara a mapoval povědomí obyvatel o možnostech hospicové péče. Na tomto prvním výzkumu se podílel tehdejší ředitel hospice Ing. Václav Pták.

Tento výzkum jsem provedla o to raději, že výsledky snad nebudou sloužit jen k obhájení této diplomové práce, ale později je poskytnu Hospici sv. Lazara, který v tomto roce slaví patnáctileté jubileum od založení, a doufám, že tento výzkum bude prospěšný pro jeho další případnou propagaci.

Teoretická část

1 Umírání a smrt

Smrt jednou čeká každého živého tvora na této planetě. Paradoxem ale je, že člověk, ač si logicky svojí konečnost uvědomuje, nepřemýšlí o ní a leckdy si jí ani nepřipouští. Přitom o čem jiném může lidský jedinec s takovou jistotou říci, že ho opravdu čeká? Pravděpodobně o ničem...

S tématem smrti je ale také spojeno velké neznámo. V souvislosti s vírou nebo filosofií se rozvíjí četné teorie o tom, co by mohlo zemřelého po smrti čekat. Samozřejmě že jednou z teorií je i to, že smrtí končí veškerá existence jedince. S jistotou ale nemůžeme žádnou z teorií vyvrátit nebo potvrdit. Například křesťané věří, že se smrtí končí náš pozemský život a začíná život věčný. Nesmrtelná duše se odloučí od smrtelného těla a bude souzena před Bohem¹. Co bude po tomto soudu následovat, a kde duše nakonec skončí, záleží už na spoustě jiných věcí, pro nás je ale důležitý fakt, že ani člověk věřící, jemuž jeho víra přináší útěchu v životě věčném, nevstupuje do poslední etapy pozemského života beze strachu a ani se to od něj neočekává. Vždyť i v evangeliu podle Marka je zachycen strach Ježíše Krista ve chvíli, kdy věděl, že se blíží jeho smrt a modlil se v Getsemanské zahradě: *„Má duše je smutná až k smrti. Zůstaňte zde a bděte!“ Poodešel od nich, padl na zem a modlil se, aby ho, je-li to možné, minula tato hodina.“ A i na kříži pak volá ke svému Otci: „Bože můj, Bože můj proč jsi mě opustil!“* Proto se žádný člověk nemusí stydět za svůj strach ze smrti.

Řada lidí, kteří trpí vážnou chorobou, jenž postupuje do terminálního stádia, uvádějí, že krom strachu ze samotné smrti pociťují i strach z okamžiku, kdy nebude možné zvládnout bolest s nemocí spojenou. I když se v dnešní době daří bolest velmi dobře zvládat, každý má práh bolestivosti nastaven jinak, a proto někteří jedinci bolest vnímají intenzivněji než jiní.

Období před smrtí je dobou, kdy člověk začne rekapitulovat svůj život, posuzovat jeho kvalitu a úspěšnost. Mohou se objevit deprese vzniklé na základě zklamání z dosavadního života nebo obavy o rodinu a přátele, které zde umírající zanechá bez pomoci a podpory. K tomu se mohou dostavit bolesti spojené s nemocí a přirozeně strach z konce života. Proto je období před smrtí jednou z nejtěžších chvil života člověka. Ne nadarmo píše Jiří Wolker ve své básni: *„Smrti se nebojím, smrt není zlá, smrt je jen kus života těžkého, co strašné je, co zlé je, to umírání je ...smrti se nebojím, smrt není zlá, ve smrti nejsem sám, umírání se bojím, kde každý je opuštěn, - a já umírám.“*

¹ Srov. BECK, Eleonore, BARTH, Bradi. *VĚŘÍM: malý katolický katechismus*

1.1 Umírání

Umírání je proces, který řadíme do poslední etapy života člověka. Mnozí autoři popisují tento proces jako různě dlouhý. Křivohlavý pak na základě délky tohoto procesu rozlišuje rychlou smrt a pomalé umírání.²

„Pojem umírání je v lékařské terminologii skutečně synonymem terminálního stavu. Definice terminálního stavu uvádí, že dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua, tj. smrt. Terminální stav můžeme chápat jako vlastní umírání. Pojem umírání ale v žádném případě nemůžeme redukovat pouze na terminální stav“³

Zkušený zdravotník, ale i člověk pečující o umírající obvykle podle příznaků pozná, že se pacient již blíží do závěrečné fáze umírání a do smrti mu zbývá jen pár hodin. To je velice praktické, zejména pokud pacient umírá v institucionálním zařízení, protože se zde naskýtá možnost zavolat rodinu a blízké, aby se přišli s jejich milovaným naposledy rozloučit a poskytnout mu psychickou podporu v této těžké chvíli. Průběh umírání se sice u každého jedince může lišit, ale je možné zde uvést jednotlivé rysy, které se signifikantně u umírajících projevují:

- *změna frekvence a nepravidelnost tepu*
- *nepravidelné dýchání*
- *ochlazování konců končetin*
- *hipokratovská tvářⁱ*
- *unavený výraz obličeje*
- *nepravidelné mrkání*
- *ztráta schopnosti mimického výrazu obličeje*
- *kalící se vědomí*
- *zvýšený výskyt chyb v řeči*
- *výskyt halucinací*
- *euforie – nevysvětlitelně veselá nálada, často s iluzemi*
- *bledá až šedá kůže, lepkavý studený pot*
- *zapadlé oči*

² Srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Křesťanská péče o nemocné*, s. 128

³ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Spoutaný život*, s. 181-182

- *chladný nos a uši*
- *inkontinence moče a stolice*⁴

Proces umírání doprovázejí jak výše zmíněné fyzické změny v organismu, tak změny psychické. V důsledku raketového vývoje medicíny, se toto období notně prodlužuje, což na jednu stranu umožní nemocným připravit se na smrt, ale může to přinést i negativní důsledky v kontextu narůstajícího strachu ze smrti. Ne každý na svojí nemoc a blízcí se smrt reaguje stejně. Svou roli zde může hrát lidský temperament, životní filozofie ale i víra. Doktorka Elisabeth Kübler – Ross v průběhu své dlouholeté praxe shrnula ve své knize *O umírání a smrti* určité rysy a fáze vyrovnávání se se vzniklou situací, které se objevovaly u významného počtu nemocných:

- V první fázi, prožívá pacient při sdělení nepříznivé diagnózy šok, negaci a může danou informaci popírat
- V druhé fázi nastupuje hněv, agrese, vzpoura – pacient se může zlobit na lékaře, na zdravé lidi, na pečovatele...
- Ve třetí fázi se dostaví smlouvání a vyjednávání – člověk smlouvá většinou s Bohem a se sebou, čeká na zázračné uzdravení, vyhledává léčitele, věří pověrám a zázračným dietám, je ochoten zaplatit cokoliv a činí velké sliby...
- Ve čtvrté fázi nastupuje deprese a smutek – pacient si uvědomuje svoji konečnost, má starosti s uspořádáním svých záležitostí, s nedokončenou prací, má obavy o svou rodinu...
- V poslední páté fázi nastává smíření, souhlas a akceptace, kdy se v ideálním případě umírající smíří s neodvratitelným koncem i s Bohem, nastává loučení s rodinou⁵...

Jednotlivé fáze se mohou prolínat. Umírající nemusí projít všemi jednotlivými fázemi a může se také vracet k již prožitým fázím. Je nutné pamatovat, že těmito fázemi neprochází jen samotný umírající, ale i jeho blízcí a rodina.

⁴ Srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Poslední úsek cesty*

⁵ Srov. KÜBLER - ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání*.

1.1.1 Stádia umírání

Proces umírání zahrnuje řadu aspektů. Zkoumat jej můžeme z hledisek biologických, psychologických, sociálních, filozofických, teologických, ale i z hledisek etických. Doktorka Haškovcová⁶ tento proces dělí do tří stádií, které mají význam pro intervenci lékařskou, ale i další. Tato stádia nazýváme *pre finem*, *in finem* a *post finem*.

1.1.1.1 Pre finem

Toto období může být dlouhé několik měsíců, ale i let. Po celou tuto dobu se snaží lékaři docílit remise nemoci nebo alespoň zmírnění důsledků onemocnění. Tato fáze nemusí být spojována jen s nemocí, ale může se objevit i v důsledku vysokého věku. Důležitým úkolem v této fázi je uchránit pacienta před takzvanou sociální smrtí. Což je stav, kdy je nemocný sice fakticky živý, ale jeho život zahrnuje prakticky jen čekání na smrt. Po celou dobu této fáze by měl pacient dostávat objektivní informace o své nemoci. Rozsah těchto informací by se měl odvíjet od přání pacienta a jeho psychického stavu. Pravda jako taková není vždy bezpodmínečně nutná, pokud si jí nemocný nepřeje slyšet. Nikdy by ale neměl být nemocný zanechán po sdělení úplné pravdy bez podpory a pomoci.

1.1.1.2 In finem

Toto období se váže k okamžiku samotné smrti. Jde o období mezi životem a fyzickou smrtí. Smrti většinou předchází trans, což je změněný stav vědomí, kdy je minimální nebo žádná odezva na běžné podmínky. Po tomto stavu většinou umírající upadá do kómatu. Kóma je nejhlubší forma bezvědomí, kdy neprobíhá žádná odezva na vnější podmínky. Kóma můžeme dělit na vegetativní, kdy je jedinec schopen stereotypních reflexních funkcí jako je dýchání, spaní, trávení potravy, není však schopen myslet, nebo si uvědomovat okolní svět, a kóma bdělé, při kterém jsou ale také minimální nebo žádné odezvy na vnější podmínky. Umírající ale může mít jedno nebo obě oči otevřené.⁷ V tomto období obvykle vymizí potřeba přijímat potravu a tekutiny, umírající by se neměl nutit jíst, pokud sám nechce, postačí zvlhčovat rty. Umírající v této fázi ale stále potřebuje ošetrovatelskou péči. Je nutné kontrolovat vyměšovací procesy, předcházet vzniku dekubitůⁱⁱ, zachovávat hygienu a tišit

⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*

⁷ <<http://www.hospic.webpark.cz/smrt.htm> > [citováno: 28.1.2013]

bolest. Měly by být uspokojeny všechny potřeby fyzické, psychické, sociální i spirituální. Člověk je v tomto období již značně omezen v sebeobsluze, a proto by se mělo dbát na to, aby si umírající mohl zachovat svojí důstojnost. Čím více se jedinec přibližuje smrti, tím méně přestávají být důležité potřeby biologické a silí potřeby spirituální. Tyto poslední chvílky by měl nemocný trávit se svými blízkými. Je to také vhodná chvíle k poskytnutí duchovní péče v podobě Pomazání nemocných.⁸

1.1.1.3 Post finem

Toto období začíná až po samotné smrti pacienta. Týká se především péče o jeho tělo a zahrnuje samozřejmě i péči o pozůstalé.

Jakmile ustanou životní funkce pacienta, nastává smrt. Je nutné mít na paměti, že smrt může konstatovat vždy jen lékař. Ten provede ohledání zemřelého a vyplní List o prohlídce zemřelého.

Další péče o mrtvé tělo se odvíjí podle toho, zda člověk zemřel doma nebo v nemocnici. V nemocničním nebo jiném zařízení další péči obvykle provádí zdravotní sestra, doma péči provádí blízcí. Je třeba zavřít zemřelému oči, podvázat bradu, svléci a omýt potřísněná místa, odstranit náplasti, zakrátit drény, odstranit cévky a kanyly. Případné rány se čistě převáží a zemřelý se uloží do vodorovné polohy na čisté prostěradlo. V nemocnici sestra musí ještě provést identifikaci zemřelého a opatřit jeho tělo jmenovkou, datem a časem úmrtí. Poté je mrtvé tělo převezeno do pietní místnosti. Pokud tělo zůstává v místnosti, je dobré otevřít okno a ztlumit topení na minimum.⁹

Psychologové radí, aby blízcí setrvali nějakou chvíli v klidu v blízkosti mrtvého a nechali na sebe působit zvláštnost těchto okamžiků, mohlo by jim to pomoci snáze akceptovat smrt milované osoby a lépe se s ní vyrovnat. Toto je chvíle i pro modlitbu, ať už společnou nebo osobní. Pozůstalí, kteří cítí, že potřebují pomoc, by se neměli stydět říci si o ni. V zařízeních, jako je hospic se s poskytnutím takové pomoci na požádání pozůstalých počítá. Tato pomoc se neomezuje jen na psychologickou a spirituální podporu, ale samozřejmě i na pomoc s vyřizováním veskrze praktických věcí, jako je pohřeb a podobně.

Já sama si vzpomínám na dobu, kdy zemřel můj dědeček. Zemřel doma v kruhu své rodiny. Od chvíle konstatování smrti lékařem do odvozu těla pohřební službou se mně a mé

⁸ Srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Poslední úsek cesty*

⁹ tamtéž

rodině naskytla několikahodinová příležitost se s dědečkem ještě naposledy rozloučit, a to ve známém prostředí, kde jsme pospolu prožili řadu krásných let. Toto je dle mého názoru mnohem osobnější než později na pohřbu, kde je i širší rodina a další lidé.

1.2 Smrt

Díky vědeckotechnickému pokroku je lidský věk stále prodlužován. Lidský jedinec se dnes dožívá průměrného věku dvakrát delšího, než tomu bylo ve Středověku.

S jistou nadsázkou můžeme tvrdit, že organismus začíná umírat již v první vteřině po narození. Tehdy se odstartují biologické procesy, které nezadržitelně pokračují, až vyústí v samotnou smrt. Přirozenou smrtí je skon starého člověka, většinou ale smrt nastává v důsledku patologického procesu v organismu. *„Smrt je z lékařského hlediska stav, kdy u člověka dochází k nezvratným změnám mozku, při nichž nastane selhání funkce a zánik center řídících krevní oběh a dýchání.“¹⁰*

Procesy smrti a umírání se zabývá vědní obor zvaný thanatologie. *„Thanatologie jako obor představuje interdisciplinární posouzení a shrnutí znalostí o smrti“¹¹* Zjištění a konstatování smrti je výhradně záležitostí lékařskou. Ekvivalentem smrti je biologická smrt mozku.¹²

¹⁰ Srov. VOKURKA, Martin, HUGO, Jan. Praktický slovník medicíny

¹¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sputaný život*

¹² tamtéž

2 Historický přístup ke smrti

Smrt je v životě jedince jedinou jistotou. Je to přirozená součást života. Lidé si svoji konečnost vždy uvědomovali. Ale v průběhu staletí si můžeme všimnout různých přístupů k lidské konečnosti. V minulosti se lidé učili umírat skrze neustálou přítomnost smrti v jejich životech. Smrt byla tehdy viditelná. Lidé umírali běžně doma. „*V dávných dobách byla smrt chápána jako významný předěl mezi krátkým a těžkým pozemským životem a rajským životem věčným.*“¹³ Tím, že se v posledních staletích průměrná délka života člověka značně prodloužila, nabyl na významu i pozemský život, a lidé se přirozeně začali orientovat právě na něj. „*Lidstvu se splnila odvěká touha po významném prodloužení střední délky života a po výrazném zkvalitnění života. Smrt je stále a stále odsouvána a mnozí nabyli dojmu, že zemřít je vždy předčasné a vlastně nevhodné.*“¹⁴ Postupně se myšlenky na fyziologickou konečnost člověka začaly vytěšňovat a téma smrti se začalo tabuizovat. Lidé nechtějí o smrti přemýšlet, ani o ní otevřeně hovořit. Myšlenka na vlastní smrt je člověku nekonečně vzdálena. Jedinec začne většinou o smrti uvažovat, až když je sám smrtelně nemocný, nebo smrt dostihla někoho z jeho blízkých. V takovém případě se člověk před touto těžkou životní zkouškou ocitá zcela nepřipraven, protože v minulosti o smrti nikdy nepřemýšlel.

V současné době a v době nedávno minulé se opět téma smrti a umírání dostává na světlo. Odborníci si uvědomují, jaké neblahé důsledky tabuizace umírání člověku přinesla.

Světově uznávaným autorem, věnujícím se tématu smrti a umírání, byl německý sociolog a lékař Norbert Elias. Tomuto tématu se věnuje ve své knize *O osamělosti umírajících*, vyjádřil zde i svůj pohled na smrt: „*Smrt je problémem živých. Mrtví žádné problémy nemají. Mezi mnoha tvory na této zemi, kteří umírají, dělá smrt potíže jen lidem. Smrt není nic strašného. Člověk upadne do spánku a svět zmizí. Strašné mohou být bolesti umírajících a pocity ztráty u živých.*“¹⁵ Elias také poukazuje na problematiku tabuizace smrti ve společnosti a neschopnost projevit veřejně emoce, ať už samotného umírajícího nebo jeho blízkých. Samotný rozhovor s umírajícím se proto stává velice obtížným a neosobnost nemocničních zařízení k citové izolaci ještě přispívá.¹⁶

¹³ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, str. 23

¹⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, s. 31

¹⁵ Srov. ELIAS, Norbert. *O osamělosti umírajících*

¹⁶ Srov. ELIAS, Norbert. *O osamělosti umírajících*

Johann Christoph Student popisuje současný přístup k umírání jako zpustnutí smrti. Vše prostupující individualismus 21. století dělá ze smrti osamělý proces. Umírající často svou nemoc zatajují a pozůstalí nejsou mnohdy schopni truchlit, i když cítí bolest ze ztráty blízkého.¹⁷ Student rozvinul teoretické a praktické základy pro hospicové hnutí v Německu. V letech 1980-1997 učil thanatologii a sociální lékařství v Hannoveru a Freiburgu. V letech 1997 až 2006 byl generálním ředitelem Hospice ve Stuttgartu. V současnosti působí v německém institutu pro paliativní péči.¹⁸

Objevilo se i velké množství nejrůznějších studií, zabývajících se problematikou smrti. Koncipovala se dokonce i zvláštní věda o smrti, nesoucí název thanatologie, jež je odvozena z řeckého slova thanatos, což v překladu znamená smrt. K rozvoji této vědy značně přispěla i lékařka švýcarského původu žijící ve Spojených Státech Elisabeth Kübler-Ross. Její nejznámější dílo vyšlo v roce 1967 pod názvem „*On Death and Dying*“, u nás vyšlo v roce 1992 pod názvem „*Hovory s umírajícími*“

V České Republice se o rozvoj thanatologie zasloužila především Helena Haškovcová svou průkopnickou prací „*Rub života a líc smrti*“, vydanou v roce 1975. Právě tato autorka dělí způsob umírání do dvou pólů, a to na domácí model umírání a institucionální model umírání.

2.1 Domácí model umírání

Historicky starší je domácí model umírání, který se dnes považuje za ideál v této oblasti. Umírající tráví poslední chvíle svého života v domácím známém prostředí, se svými blízkými, se kterými má možnost důstojně se rozloučit.

Nemocný obvykle poznal, že se blíží jeho poslední hodinka, proto dal poslat pro kněze, který mu udělil Svátost pomazání nemocných. Poskytnutím této svátosti připravil kněz nemocného na poslední cestu. Je třeba si uvědomit, že takto popsany model umírání je ideální, bohužel ale nebyl ani v minulosti zcela běžný. Řada umírajících rodinu neměla a umírali sami a v bídě.¹⁹

Domácí model umírání nebyl přínosem jen pro umírajícího, ale i pro ostatní členy rodiny, kteří měli možnost setkat se s umírajícím a na základě této zkušenosti věděli, jak

¹⁷ Srov. STUDENT, Johann-Christoph; MÜHLUM, Albert; STUDENT, Ute. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*

¹⁸ <http://de.wikipedia.org/wiki/Christoph_Student> [citováno: 10.11.2012]

¹⁹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*

umírání vypadá. Dříve člověk běžně znal fáze umírání, o kterých si dnes můžeme přečíst v odborné literatuře, i když je vyjadřoval hovorovými názvy. Naši předci věděli také, jak se postarat o mrtvé tělo blízkého, jak ho umýt a nebyli zděšeni posmrtnými procesy, které by pravděpodobně dnešního člověka vyděsily. Naopak nevýhodou domácího modelu umírání byly především značně omezené možnosti odborné pomoci. Kvalitní ošetrovatelská péče neexistovala. Nemocní a umírající byli odkázáni na své příbuzné. Ti však díky četným zkušenostem byli celkem zdatní poskytnout běžnou ošetrovatelskou péči. Lékař, jako představitel odbornosti, se objevuje v domácím modelu umírání až mnohem později.²⁰

2.2 Institucionální model umírání

Vznik moderního ošetrovatelství datujeme na konec 19. století a nerozlučně ho spojujeme se jménem Florence Nightingale, jejíž *Kniha o ošetrování nemocných* vyšla v češtině ve stejném roce, jako byla založena první zdravotnická škola v Rakousku – Uhersku, tedy v roce 1874.²¹ Ošetrovatelství a lékařství se rychle vyvíjelo směrem kupředu. Zpočátku nebyla umírajícím věnována zvláštní péče. Tito pacienti byli zpravidla umístěni mezi ostatní. Ve 20. letech minulého století se vyzdvihoval klid v péči o umírající, proto byli tito pacienti oddělováni od ostatních bílými zástěnami, další efektem tohoto oddělování bylo samozřejmě i ušetření ostatních nemocných od pohledu na umírajícího. Paradoxem bylo, že poskytnutí klidu umírajícímu znamenalo i vyloučení rodiny a přátel z péče o nemocného. Blízcí měli možnost návštěv jen ve vymezených návštěvních hodinách. „*A tak se stalo to. Co důvěrně známe: moderní člověk umírá sám, obklopen bílou zástěnou nebo v pokoji mezi ostatními a v péči profesionálních zdravotníků, kteří jsou pro něj, stejně jako on pro ně, cizí lidé.*“²² Dlouhé období praxe umístování umírajícího do nemocnice, izolace a odloučení rodiny od nemocného způsobilo, že příbuzní dnes neví, jak se mají u umírajícího chovat.

Institucionální péče přinesla mnoho dobrého, ale je zjevné, že má i značná negativa. Cíl vrátit dnes umírajícího zpět do rodin naráží na četné překážky. Rodina totiž nemusí vždy chtít, umět a moci zvládnout starost o umírajícího. Řešením by v takové situaci mohla být kombinace domácího prostředí a odborné péče.

²⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*

²¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*

²² Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, str 30

Po druhé světové válce začíná období vítězné medicíny. Zemřít se jeví téměř vždy jako nevhodné a předčasné. „*Ve střetu s koncem života získává značný význam medicína, která považuje smrt za porážku a snaží se ji včas od umírajícího odvrátit.*“²³ Stává se čím dál víc, že i když vítězná medicína je v koncích, paliativní formy péče nastupují pozdě nebo vůbec. Umírající často ani neví, že se blíží konec a čekají na zázrak uzdravení, proto se mnohdy ani nemůžou připravit na pokojný odchod a rozloučit se s rodinou. Často se stává, že ani lékaři se nesmíří s přirozeností smrti a stále se snaží intervenovat lékařskými zákroky, které už nepomáhají, ale jen znemožní pacientovi v klidu zemřít. „*Stav, kdy smrt je neodvratná, a přesto je stále a namáhavě oddalována, nazývají odborníci dystanázíí neboli zadržovanou smrtí.*“²⁴

Cílem rozvážné medicíny by nemělo být činit člověka nesmrtelným, ale s vědomím lidské konečnosti uznat lékařské hranice a nabídnout umírajícímu takovou péči, která zajistí jeho důstojné umírání a důstojnou smrt. Pacientovi, který se nachází v konečném neboli terminálním stádiu nemoci, které již nemůže zvrátit žádná dostupná léčba, by měla být poskytnuta paliativní péče.

²³ Srov. VIRT, Günter. *Žít až do konce*, str. 16

²⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, str 32

3 Paliativní péče

Paliativní péče je někdy označována také jako útěšná medicína. Zahrnuje péči jak o pacienta samého, tak o jeho rodinu a blízké. Důraz je kladen na kvalitu života, jakož i na celostní péči o umírajícího a jeho rodinu.

Paliativní péče musí být změněna na kurativníⁱⁱⁱ, pokud dojde k pozitivnímu zvratu v průběhu nemoci.

Někdy se může paliativní péče odlišovat od péče terminální, která je považována až za poslední péči poskytovanou umírajícímu v posledních chvílích před smrtí. Mnozí autoři však tyto dva pojmy nerozlišují.

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je paliativní péče přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří společně čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím včasné identifikace nemoci, mírnění bolesti a eliminace dalších fyzických, psychosociálních a spirituálních problémů.²⁵

Paliativní péče tedy především poskytuje:

- Úlevu od bolesti a jiných nepříjemných symptomů
- Potvrzuje život a považuje umírání za přirozený proces
- Nemá v úmyslu smrt ani uspíšet ani zadržet
- Integruje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta
- Pomáhá pacientům prožít co nejkvalitnější život až do konce
- Pomáhá rodinám umírajících zvládnout těžké období před i po smrti milované osoby
- Poskytuje podporu i pacientům, kteří nejsou v terminálním stádiu nemoci, ale podstupují chemoterapii či radioterapii, aby u nich nevznikly deprese, které by mohly komplikovat léčbu²⁶

Paliativní medicína je spojována zejména s léčbou rakoviny. Paliativní péče by měla být zahájena v případě, že lékař dojde k závěru, že kurativní péče bude mít více negativních

²⁵ <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>> [citováno: 10.11.12]

²⁶ <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>> [citováno: 10.11.12]

důsledků, než by byl její přínos. „Protože kurativní léčba je redukována, nebo zcela chybí, je paliativní péče koordinovaným programem odborných i podpůrných služeb prováděných v hospici, dalších institucích nebo doma.²⁷

²⁷ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, str. 36

4 Hospicové hnutí

„Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti.“²⁸

Cílem hospicového hnutí je pomoci nemocným a jejich rodinám usnadnit umírání, přijmout smrt a vyrovnat se s bolestnou ztrátou blízkého člověka. Jedná se o takovou péči, která se zaměřuje na všechny provázané a neoddelitelné dimenze člověka – fyzickou, psychickou, duchovní a sociální. Hospic by měl umírajícímu poskytnout takové služby, aby netrpěl nesnesitelnou bolestí, aby byla respektována jeho lidská důstojnost a v neposlední řadě, aby nezůstal v posledních chvílích svého života sám.

„Termín hospic je odvozen z německého Hospitz (jednoduchá krátkodobá ubytovna spravovaná církví). Etymologicky má původ v latinském hospitium (pohostinství, přátelské přijetí, hostinec), hospitus (host). Hospitalizovat tak znamená přijmout hosta do nemocnice neboli hospitálu (Spítalu, špitálu apod).“²⁹

4.1 Historie vývoje hospicového hnutí ve světě

Historický hospic byl dům odpočinku sloužící unaveným poutníkům na cestě do Palestiny. Těmto poutníkům se zde dostalo nejen odpočinku a nasycení, ale zpravidla i základního ošetření ran způsobených dlouhou cestou.³⁰ *„Jednalo se o útulky nebo přístřešky při cestách, v nichž si mohli poutníci odpočinout, těhotné ženy porodit a nemocní buď se uzdravit a pokračovat v cestě anebo v klidu umřít.“³¹* Středověký hospic tedy saturoval nejen biologické a psychické potřeby, ale vzhledem k faktu, že se jednalo o zařízení spravované církví, se poutníkům dostala i péče spirituální.

Spirituální podpora a pomoc umírajícímu v klidném a důstojném přechodu do Království nebeského nebyla tehdy přímým účelem hospice. Ale protože poslední chvíle před smrtí jsou chápány jako doba určená k vyznání se ze svých hříchů a smíření se s Bohem, je spirituální účel hospice logickou součástí péče o umírajícího.

²⁸ Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet* str.115

²⁹ Srov. HUNEŠ, Robert. Hospic – sociální fenomén moderní společnosti

³⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*

³¹ Srov. MUNZAROVÁ, Marta. Eutanazie, nebo paliativní péče?

4.1.1 Historie vývoje hospicového hnutí v Anglii

Za přímého předchůdce hospice, jak ho známe dnes, pokládáme až zařízení pro umírající, vznikající ve 20. století. K výraznému nárůstu počtu hospiců dochází až po druhé světové válce, jakožto důsledek omezených možností takzvané vítězné medicíny. Lékaři začali vnímat smrt pacienta jako své selhání ve všech případech. Smrt přestala být vnímána jako přirozená součást života člověka. V padesátých letech v Anglii umíralo více lidí v nemocnicích než ve svých domovech v klidu a se svými blízkými. Rakovina byla nejvíce obávanou diagnózou, nesnesitelná bolest postihovala nejméně tři čtvrtiny pacientů s touto nemocí a tisíců léků bylo málo. Morfin byl navíc pokládán za vysoce návykový a pacientům se nepodával.³²

A právě na tato fakta reagoval nově založený mateřský dům hospicového hnutí, který je pokládán za první hospic moderního typu. Vznikl v Londýně v roce 1967 a dodnes nese název St. Christopher's Hospice.³³

Protagonistkou hospicového hnutí se stala Angličanka madam Cecilia Saunders (22.6. 1918 - 14.7. 2005), která později působila právě v St. Christopher's Hospice. Tato zdravotní sestra, která se stala později lékařkou, prosazovala myšlenku, že umírající pacienti potřebují zvláštní péči, díky níž mohou být uchráněni před utrpením. *„Profesně se věnovala nemocným na konci životní cesty a její setkání s pacientem Davidem Tasmou bylo osudové. Tento muž byl hospitalizován v St. Joseph's Hospice, aniž věděl, jak je jeho zdravotní stav vážný. Saunders mu sdělila pravdu a starala se o něj do posledních chvil. Pomáhala mu, aby našel smír a význam posledních chvil. Z vděčnosti jí David Tasma věnoval 500 liber s přáním, aby byly použity na stavbu další nemocnice tohoto typu.“*³⁴ A tak byl otevřen St. Christopher's Hospice.

Profesorka Haškovcová odhaduje, že v roce 2000 funguje v Anglii asi 150 hospiců, ve světě pak více než 2000.

4.2 Historie vývoje hospicového hnutí v ČR

Za zakladatelku hospiců v České Republice je pokládána doktorka Marie Svatošová, která v roce 1993 založila občanské sdružení Ecce homo^{iv}. Cílem sdružení je podpora domácí

³² <<http://www.stchristophers.org.uk/about/history>> [citováno: 21.10.2012]

³³ <<http://www.stchristophers.org.uk/about/history>> [citováno: 21.10.2012]

³⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, str.40

péče a hospicového hnutí v České Republice, také prosazuje práva pacientů a úctu k lidskému životu.³⁵

Ministerstvo zdravotnictví začalo poskytovat investiční dotace pro zřizování prvního modelového hospice v ČR. Velkou podporou pro šíření hospicové myšlenky se stal Odbor sociální péče Ministerstva zdravotnictví. Současně se státními dotacemi na výstavbu hospiců byly finančně podpořeny také kurzy paliativní medicíny pro zdravotníky a rozsáhlá edukační činnost zaměřená na širokou veřejnost.³⁶

Prvním otevřeným hospicem v ČR se stal Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Jeho zřizovatelem se stala Diecézní charita v Hradci Králové. Slavnostní otevření proběhlo 8. 12. 1995, po měsíčním ukázkovém provozu začali být přijímáni první pacienti. Jelikož si Hospic sv. Anežky České v Červeném Kostelci vedl dobře, podpořilo Ministerstvo zdravotnictví i další projekty ke zřízení hospiců, a to i přes to, že v této době neexistoval žádný legislativní rámec.

4.3 Přehled Hospiců v ČR

Podle asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče je v České republice koncem roku 2012 v provozu 13 lůžkových hospiců.

Nejstarším je Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, který zahájil provoz v roce 1995. V roce 1998 byl otevřen Hospic sv. Lazara v Plzni, Hospic Štrasburk v Praze a Hospic sv. Alžběty v Brně, ten však svou činnost ukončil už v roce 2001 a po rekonstrukci otevřel své brány až v roce 2004. V roce 1999 byl otevřen Dům léčby bolesti s Hospicem sv. Josefa v Rajhradě. Po dvouleté přestávce byl otevřen v roce 2001 Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích. A už v roce 2002 poskytuje služby pacientům Hospic na Svatém kopečku u Olomouce. V roce 2004 zahájil činnost Hospic Hvězda ve Zlíně a Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí. V roce 2005 zahájil provoz Hospic v Mostě a Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích a v roce 2007 Hospic sv. Lukáše v Ostravě. V roce 2008 začal pacientům sloužit Hospic Dobrého pastýře v Čerčanech. Pro středočeský kraj se buduje Hospic Johanka v Havlíčkově Brodě.³⁷

³⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*

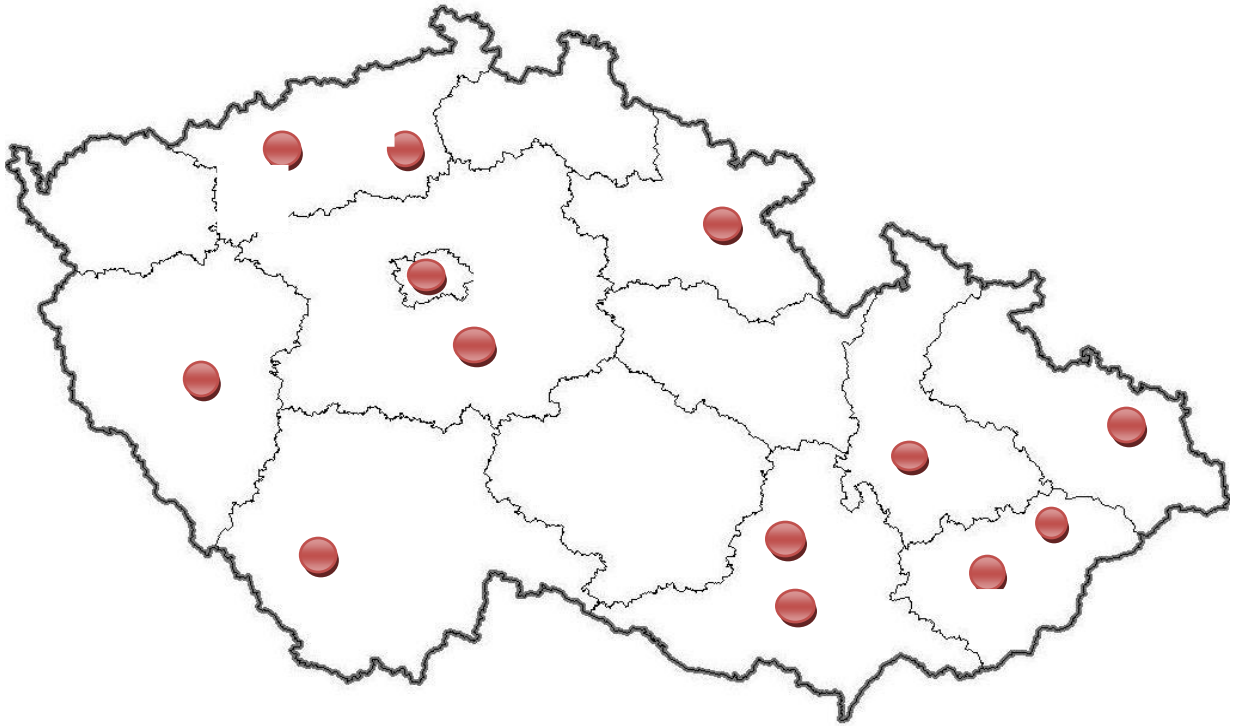
³⁶ Srov. DOLEŽALOVÁ, Jana. *Kvalita života umírajících osob v hospicové péči*

³⁷ <<http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/hospice-v-cr/>> [citováno 4.11.2012]

Existuje také řada organizací, které poskytují mobilní (domácí) hospicovou péči, mezi nimi je nejznámější zejména občanské sdružení Cesta domů, ale i mobilní hospic Ondrášek nebo Hospicové hnutí Vysočina.

Tabulka 1 - seznam lůžkových Hospiců v ČR

číslo	Lůžkový hospic	adresa	zřizovatel
1	Hospic Anežky České	5. května 1170, 549 41 Červený Kostelec	Česká katolická charita
2	Hospic sv. Lazara	Sladkovského 66, 326 00 Plzeň	Občanské sdružení
3	Hospic Štrasburk	Bohnická 12, 180 00 Praha 8 - Bohnice	Občanské sdružení
4	Hospic sv. Alžběty	Kamenná 36, 639 00 Brno	Občanské sdružení
5	Hospic sv. Josefa	Jiráskova 47 664 61 Rajhrad	Česká katolická charita
6	Hospic sv. Štěpána	Rybářské náměstí 662/4, 412 01 Litoměřice	Občanské sdružení
7	Hospic na Svatém kopečku	Sadové náměstí 24, 779 00 Olomouc	Česká katolická charita
8	Hospic Hvězda	Sokolovská 967, 760 01 Zlín - Malenovice	Občanské sdružení
9	Hospic Citadela	Žerotínova 1421, 757 52 Valašské Meziříčí	Diakonie ČCE
10	Hospic v Mostě	Svážná ul. 1528, 434 00 Most	Obecně prospěšná společnost
11	Hospic sv. Jana N. Neumanna	Neumannova 144, 383 01 Prachatice	Občanské sdružení
12	Hospic sv. Lukáše	Charvátská 8, 700 30 Ostrava - Výškovice	Česká katolická charita
13	Hospic Dobrého pastýře	Sokolská 584, 257 22 Čerčany	Občanské sdružení



Obrázek 1 - Lůžkové hospice v ČR

4.4 Legislativní zakotvení

Ještě deset let po otevření prvního Hospice v České republice nebylo poskytování hospicové péče legislativně zakotveno v českém právním řádu. V roce 2005 byla založena Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, která se velkou měrou zasadila o ukotvení této problematiky v právních předpisech. I tak trvalo několik let, než došlo k novele zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Do tohoto zákona byl vložen nový paragraf: **§ 22a Zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková: Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu.**³⁸

Další legislativní činností významnou pro poskytování hospicové péče bylo přijetí zákona č. 109/2006 Sb., o sociálních službách a vyhlášky 505/2006 Sb., k provedení zákona o sociálních službách. I když v tomto zákoně není paliativní péče hospicového typu výslovně zakotvena, většina hospiců poskytuje i služby respitní péče, kterou tento zákon upravuje v §44 jako odlehčovací služby. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče se v současné době snaží prosadit rozšíření tohoto paragrafu o odstavec 2: *"Zvláštním typem odlehčovacích*

³⁸ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

služeb jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby zaměřené na péči o osoby v terminálním stavu onemocnění, které jsou poskytovány v součinnosti se zdravotní ošetrovatelskou péčí hrazenou dle zákona č.48/1997Sb, §22 a 22a); cílem služby je umožnit klientům a jejich blízkým vyrovnat se s umíráním blízké osoby a poskytnout jim podporu v truchlení.³⁹ Tato novela by měla přinést nové dotace od Ministerstva práce a sociálních věcí a tím také větší finanční stabilitu a jistoty, jak pro klienty, tak pro zaměstnance hospiců.

V roce 2007 připravila speciální skupina pracovníků Ministerstva Zdravotnictví ve spolupráci s Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče Standardy hospicové paliativní péče. Příprava tohoto dokumentu si kladla za cíl: *definovat požadavky, které by měli poskytovatelé specializované paliativní péče v ČR splňovat, aby byla zajištěna její potřebná úroveň a odpovídající kvalita. Standardy nepodkročitelného minima jsou závazným dokumentem pro členy APHPP. Lůžkové hospice, jež jsou členy APHPP, jsou povinny tyto standardy dodržovat a naplňovat.*⁴⁰

Velké legislativní nedostatky jsou zatím spatřovány u mobilní hospicové péče. Pojišťovny většinou nejsou ochotné tento druh terénní péče hradit. Výše zmíněná asociace si v současnosti klade za cíl rozvoj právě tohoto druhu hospicové péče.

³⁹ <<http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/pravni-ramec-pro-hospice/>> [citováno: 4.11.2012]

⁴⁰ <<http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/pravni-ramec-pro-hospice/>> [citováno: 4.11.2012]

5 Hospicová péče

Ve chvíli kdy se dostane nemoc do neperspektivní fáze a pacient začne umírat, měla by jít stranou léčebná medicína, aby dala prostor paliativní léčbě. Tak to vidí představitelé hospicového hnutí a tak to realizuje hospicový program po celém světě. Někdy je hospicová péče nahrazována pojmem paliativní medicína. V některých oblastech můžeme tyto pojmy považovat za synonyma. Především v USA jsou obsahy pojmů "hospice" a "palliative care" zaměnitelné.⁴¹ Jinde můžeme vyzdvihnout medicínský význam pojmu paliativní péče a psycho - sociální rozměr péče hospicové. I když, jak hospicová, tak paliativní péče zahrnují psycho–socio–spirituální rozměr a samozřejmě úkolem hospicové péče je poskytnout tišení bolesti.

5.1 Potřeby umírajícího

Těžké onemocnění může pacientovi převrátit naruby celý život. Nemocný obvykle ztrácí své sociální role, jeho životní rytmus se mění, musí si zvyknout na svá omezení, nový jídelníček a další věci. Priorita potřeb se v průběhu nemoci mění. Zatímco na počátku bývají v popředí potřeby biologické, na samém konci životní cesty nabírají na intenzitě potřeby spirituální.

5.1.1 Biologické potřeby

Biologické potřeby zajišťují vše potřebné pro to, aby lidské tělo fungovalo. Podle Maslowovy pyramidy jsou biologické potřeby řazeny na první místo pomyslné pyramidy potřeb. Pokud nejsou tyto potřeby naplněny, jen těžko může jedinec naplňovat další potřeby. Biologické potřeby nemocného jsou stejné jako u zdravého jedince s jistými modifikacemi, například odlišná strava, saturace kyslíkem, kompenzace poruch metabolismu a další. Základní biologickou potřebou umírajícího na rozdíl od zdravého člověka je tišení bolesti. Biologické potřeby jsou zpravidla dobře saturovány i v nemocnicích.

⁴¹ Srov. Hospice Information Service. *Annual Directory of Hospice and Palliative Care Services*. London: St. Christopher's Hospice, 1997. p.iii.

5.1.2 Psychologické potřeby

Tělo pacienta je sice nemocné, ale psychika zpravidla bývá nedotčena. V nemocném těle je ten samý člověk, který žil před nemocí svůj život, na který byl zvyklý a který ho více, či méně, uspokojoval. Nemoc přinese v tomto ohledu změnu. Lékaři se většinou soustředí na léčbu těla a na péči o psychiku nemusí zbývat čas. Nemocný chce, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, bez ohledu na to v jakém stavu je jeho tělo. Pacient chce být informován o svém stavu šetrným způsobem a v rozsahu, a době, která vyhovuje právě jemu s ohledem na jeho psychické vlastnosti.

5.1.3 Sociální potřeby

Člověk je tvor společenský. Do společenství se rodí, vyrůstá v něm a bylo by zvláštní, kdyby umíral sám. Pacient obvykle chce mít nablízku svou rodinu a přátele. Měl by mít právo blízké u sebe mít, ale samozřejmě by měl mít i právo návštěvy regulovat. Umírající může být také nemocí zaskočen natolik, že nestačí uspořádat své záležitosti. Mělo by mu být umožněno, aby sepsal závěť, obstaral nový domov pro svého psa nebo zajistil rodinné záležitosti.

5.1.4 Spirituální potřeby

Marie Svatošová ve své knize poukazuje na to, že většina lidí si myslí v důsledku tabuizace tohoto tématu, že spirituální potřeby na sklonku života mají jen věřící osoby, ale je tomu právě naopak. Věřící většinou má svůj pohled na svět již vyjasněný a ví, jak si má svoji duši na smrt připravit. Mnoho lidí, kteří se v průběhu života označují za nevěřící či ateisty, začnou na konci své cesty rekapitulovat a tážou se, jaký smysl jejich život měl. Mohou mít potřebu se smířit s rodinou či přáteli, vyznat se ze svých hříchů či životních pochybení. Je potřeba umírajícímu pomoci, aby si uvědomil, že jeho život měl smysl, případně mu pomoci, aby ukončil nedořešené záležitosti, které ho dosud na tomto světě tíží a aby došel pokoje.

Umírající pacient v jednom Britském hospici, který je jakožto příjemce služeb, naplňující tyto potřeby, nejpovolanejší k jejich určení, shrnul svou představu o laskavé péči v těchto větách: *„Když ke mně přijdete přesto, že víte, co všichni víme – že umírám. Když ke*

mně přijdete, i když reprezentujete profesí, které selhaly v zajištění mého uzdravení. Když ke mně přijdete a věříte ve mě, uzdravení – neuzdravení. Když se mnou trávíte čas, ačkoli vám to nemohu vrátit. Když mě berete jako individualitu. Když si vzpomenete na maličkosti, které mi jsou milé, když vzpomenete i na mé blízké. Když se zajímáte i o mou minulost a dokážete mluvit i o mé budoucnosti. Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mě jako na osobu. Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu. Když se dokážete smát a být šťastni uprostřed vaší těžké práce. Tím se ve vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až přijde.“⁴²

5.2 Typy hospicové péče

Většina pacientů udává, že by nejraději umírali ve svých rodinách. *Studie ukázaly, že přibližně 75% respondentů touží po tom prožít poslední fázi života doma.*⁴³ Statistiky, ale uvádějí, že většina pacientů umírá v nemocnicích nebo léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Mnoho umírajících je doma až do posledních dnů, kdy už není rodina péči schopna zvládnout a proto je pacient převezen do nemocnice, kde umírá. *Místa, která pacient upřednostní pro poskytování paliativní péče a úmrtí, je třeba brát na vědomí a prodiskutovat s pacientem i s rodinou a je třeba pokusit se naplnit tato přání, je-li to možné.*⁴⁴ Samozřejmě že nemoc může postoupit do takového stádia, kdy není možné péči o umírajícího zvládnout v domácím prostředí navzdory jeho předchozím preferencím. V takovém případě by ale vhodnou alternativou mohl být hospic, kde rodina může s umírajícím blízkým trávit 24 hodin denně.

„Paliativní péče může být poskytována jako obecná paliativní péče či jako všeobecná paliativní péče v rámci nesespecializovaných služeb, případně jako služby specializované paliativní péče.“⁴⁵

Mezi nesespecializované poskytovatele paliativní péče řadíme:

- Regionální pečovatelské služby
- Praktické lékaře
- Standardní oddělení v nemocnici
- Zařízení poskytující dlouhodobou ošetrovatelskou péči

⁴² Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, str.20

⁴³ Srov. REDBRUCH, Lukas, PAYNE, Shella. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*

⁴⁴ Srov. REDBRUCH, Lukas, PAYNE, Shella. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*, str. 42

⁴⁵ Srov. REDBRUCH, Lukas, PAYNE, Shella. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*, str.42

Specializovanou paliativní péči pak poskytují:

- Ústavní jednotky paliativní péče
- Lůžkové hospice
- Týmy paliativní péče působící v běžných nemocnicích
- Týmy zajišťující paliativní péči v domácím prostředí
- Komunitní hospicové týmy⁴⁶
- Denní hospice
- Ambulantní kliniky

Marie Svatošová shrnuje výše zmíněné rozdělení pouze do třech forem poskytování hospicové péče, a to na základě rozsahu času, který klient v zařízení stráví a samozřejmě i podle místa poskytování služeb. Podobné dělení je zvolené i v zákoně o sociálních službách, kde jsou služby děleny na ambulantní, pobytové a terénní. Doktorka Svatošová jednotlivé formy hospicové péče nazývá:

- Domácí hospicová péče
- Stacionární hospicová péče
- Lůžková hospicová péče⁴⁷

5.2.1 Domácí hospicová péče

Jak je zmíněno v předchozí kapitole, většina pacientů udává, že by rádi zemřeli doma. Proto označujeme tuto formu péče za ideální, ale samozřejmě v jednotlivých případech záleží na přání pacienta a limitech stanovených bydlištěm a onemocněním. Této formy nejde využít, pokud rodinné zázemí úplně schází nebo se časem vyčerpá. Také pokud početná rodina obývá malý byt, mohla by být péče v takových podmínkách stresující, jak pro nemocného, tak pro ostatní členy domácnosti. V takovém případě by bylo lepší zvolit jednu z následujících forem péče.

Podle MUDr. Svatošové je domácí péče možná pouze tehdy, jsou-li splněny tři předpoklady kladené na rodinu umírajícího:

1. **Chce** – nechce-li, nic s tím neuděláme

⁴⁶ Srov. REDBRUCH, Lukas, PAYNE, Shella. Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě

⁴⁷ Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*

2. **Umí** – neumí-li, je možné ji vyškolit
3. **Může** – mnozí by chtěli i věděli jak, ale z objektivních důvodů nemohou nebo rodina neexistuje.⁴⁸

Domácí hospicová péče je v ČR dosti rozšířená, i když chybí legislativní zakotvení. Už od roku 1990 se začaly objevovat různé organizace poskytující tuto péči, první organizací byla Česká katolická charita. Roku 1994 je vydána Asociací domácí péče ČR metodika Domácí hospicové péče. V roce 2001 vzniklo občanské sdružení Cesta domů, které začalo jako první poskytovat specializovanou paliativní péči v domovech klientů. Existuje také řada kamenných hospiců, které poskytují mobilní služby jako doplňkovou činnost.

Domácí hospicovou péči poskytuje tým odborníků, který péči poskytuje nejen umírajícímu, ale také jeho rodině. Tým poskytuje služby saturující všechny potřeby klienta i jeho rodiny, jako je tomu v kamenném hospici. V rámci domácí hospicové péče mohou být využívány dokonce i služby dobrovolníků.⁴⁹

5.2.2 Stacionární hospicová péče

Tato forma péče je na pomezí domácí péče a lůžkové péče. Pacient je ráno do stacionáře přijat a odpoledne nebo večer se vrací domů. Z pochopitelných důvodů může tuto formu péče využívat jen nemocný žijící v blízkosti stacionáře, dopravu obvykle zajišťuje rodina. Možnost využívat tuto formu péče limituje i stádium nemoci, ve kterém se pacient nachází. Důvodem využívání služeb stacionáře může být nemožnost zvládat bolest v domácích podmínkách nebo aplikace paliativní chemoterapie. Příznivý vliv může mít na pacienty i fakt, že tráví den s dalšími nemocnými lidmi, kteří jim lépe porozumí a společně nebo individuálně také mohou využívat služeb psychologa. Stacionární hospicová péče také poskytuje nezbytný odpočinek osobám, které jinak doma o umírajícího pečují, tím se předchází psychickému a fyzickému zhroucení pečujících osob.⁵⁰

⁴⁸ Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. Hospicová péče v ČR.

⁴⁹ REDBRUCH, Lukas, PAYNE, Shella. Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě, str.42

⁵⁰ SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet

5.2.3 Lůžková hospicová péče

Tato forma péče poskytuje vše, co poskytuje péče stacionární. Přístupuje se k ní ale proto, že nemocný nemůže každý den dojíždět do stacionárního hospice, ať již z důvodu velké vzdálenosti od jeho bydliště nebo kvůli jeho zdravotnímu stavu. Ne každý má také štěstí, že má dobré rodinné zázemí, bytové podmínky a blízké, kteří jsou ochotni převzít částečně péči o nemocného.

I když hospic primárně slouží umírajícím v posledních fázích jejich života, není pravda, že pacient chodí do hospice jen zemřít a pokud sem jednou přijde, už se domů nikdy nepodívá. Samozřejmě řada pacientů sem přichází strávit poslední chvíle svého života a umírají zde. Mnoho pacientů však v hospici tráví opakovaně i krátký čas, ve kterém se lékaři i celý hospicový tým snaží překlenout nepříznivé okamžiky průběhu jeho nemoci, například nezvládnutí bolesti v domácí prostředí. Také se takovým pobytem poskytne rodině čas na zotavenou.

Pobyt v hospici je v rukou samotného pacienta, jen on rozhoduje o využívání služeb. Také se rozhoduje, zda bude v hospici pobývat sám nebo se svým blízkým, návštěvní hodiny v hospici obvykle nebývají omezeny, jsou možné 24 hodin denně po všech 365 dní v roce. Je to umožněno také tím, že v hospicích není nastaven nemocniční režim, sice probíhají vizity, ale pacienta kvůli nim ráno nikdo nebudí. Pokud je to jen trochu možné, tak si režim dne určuje sám pacient. Nemocný neleží celý den v posteli, ale podle jeho možností ráno vstane, obleče se do běžného oblečení a pohybuje se po celém hospici a samozřejmě může i na vycházky mimo objekt. K zpříjemnění pobytu slouží řada společenských prostor a množství aktivit. *„Lůžkový hospic by měl mít domácí atmosféru, měl by umožňovat přístup osobám se zdravotním postižením, vybaven by měl být jednolůžkovými nebo dvoulůžkovými pokoji pro pacienty a celková kapacita by měla činit nejméně osm lůžek. Hospice by měly být vybaveny místnostmi pro sociální a terapeutické činnosti.“⁵¹*

Základ hospicového týmu tvoří odborný zdravotnický personál, v jehož čele je lékař s atestací v paliativní medicíně, dále jsou zde zahrnuti ošetřovatelé, sociální pracovník, fyzioterapeut, psychologové, duchovní, a mnoho dalších odborníků starajících se o pohodu pacientů a možnosti trávení jejich času.

⁵¹ REDBRUCH, Lukas, PAYNE, Shella. Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě, str.52

6 Eutanazie

Eutanazie je v dnešní době velice často diskutovaným tématem. Debaty vzbuzují velké emoce a rozdělují společnost na dva nesmiřitelné tábory, na odpůrce a příznivce eutanazie. Pokud bychom chtěli zjistit, co přesně eutanazie znamená, měli bychom si nejprve rozebrat samotný pojem. Řecká předpona eu- znamená dobrý či normální a thanatos je rovněž řecké slovo označující smrt. Z tohoto slovního rozboru tedy vyplývá, že pojem označuje dobrou smrt. Jak může tedy toto téma rozdělovat společnost na dva nesmiřitelné tábory? Cožpak může existovat slušný člověk, který by nechtěl svému bližnímu dopřát „dobrou smrt“, když už nadejde jeho čas? Pávě samotný pojem může přinést mnoho nedorozumění, proto musíme upustit od jazykového výkladu a správně ho definovat. Světová lékařská asociace definuje eutanazii následovně: *„vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a jejímu přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku.“*⁵² Přestože Světová lékařská asociace eutanazii definuje, tak ve své Madridské deklaraci z roku 1987, ji shledává neetickou a pokládá ji za kolidující se základními etickými principy lékařské praxe. I Etický kodex České lékařské komory označuje eutanazii za nepřípustnou.

V předešlé době, ale někdy i dnes, se eutanazie ještě dále dělila na aktivní a pasivní. Pod prvním pojmem chápeme zabití člověka lékařem, jak je definováno výše. V druhém případě ale vymezení není tak jednoduché, protože pod tímto pojmem můžeme chápat dvě diametrálně odlišné situace a ani jedna z nich nezahrnuje eutanazii tak, jak jsme si ji vymezili. První bychom mohli nazvat jako ustoupení léčbě. Druhá situace znamená nepodání léčebné látky nebo procedury, pokud tým lékařů usoudí, že takový zásah by již zlepšení stavu pacienta nepomohl. Šlo by jen o zadržování smrti, které by přineslo negativní důsledky pro umírajícího. Je nutné zdůraznit, že takový postup není proti lékařské etice, pacient má plné právo odmítnout takovou léčbu⁵³ a z tohoto důvodu není ani vhodné užívat pojem eutanazie, protože takové jednání *letting die*, neboli ustoupení smrti, eutanazií rozhodně není. Nutno ještě podotknout, že ustoupením smrti nepovažuje za problematické žádné náboženství ani

⁵² Srov. MUNZAROVÁ, Marta. Proč NE eutanazii: aneb Být, či nebýt? str. 19

⁵³ tamtéž

filozofická škola, jedná se o přirozený proces.⁵⁴ Někdy se pasivní eutanazie vymezuje jako nejednání s úmyslem zabít, ale bez výslovné žádosti umírajícího. V takovém případě se také rozhodně nejedná o eutanazii, protože zde chybí explicitní žádost. O eutanazii nelze hovořit ani v případě takzvané asistované sebevraždy, kdy lékař sice připraví vše potřebné pro předčasné ukončení života pacienta, ten ale samotný krok udělá již sám. Budeme tedy pro naše účely chápat eutanazii jako aktivní čin lékaře na aktivní žádost pacienta.⁵⁵

V České republice není eutanazie zákonem povolena, i když v průběhu let můžeme zaznamenat deklarování cíle prosazení legislativního návrhu ve volebních programech některých liberálních stran. V květnu 2007 provedlo Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV průzkum veřejného mínění ohledně potratů, eutanazie a trestu smrti. „*V otázce ukončení života nevléčitelně nemocného člověka se více než tři pětiny oslovených kloní k názoru, že náš právní řád by měl eutanazii umožňovat. S uzákoněním eutanazie nesouhlasí 29 % respondentů. Nesouhlas s eutanazií je statisticky významně častější u věřících lidí než u lidí bez náboženského vyznání. S eutanazií častěji než ostatní nesouhlasí lidé starší 60 let.*“⁵⁶ Z tohoto průzkumu můžeme usoudit, že většina lidí, převážně těch, kteří se nehlásí k žádné víře, se vyjádřili k legalizaci eutanazie v ČR. Pokud se však zeptáme obyčejných lidí, jak si představují dobrou smrt, většinou odpoví: „*rychlá...ve spánku...bez bolesti...v přítomnosti někoho blízkého...po smíření s někým...po smíření s Bohem*“⁵⁷ Nikdo pravděpodobně neodpoví na vlastní žádost, smrtící injekcí. Většina lidí se shodne, že smrt je dobrá, pokud umírající netrpí fyzicky ani duševně či duchovně a pokud není osamělý.

Umírající většinou podávají žádost o eutanazii z důvodu strachu z protahovaného umírání, degenerace z důvodu senility a závislosti na druhých, strachu ze ztráty kontroly na sebou samým a také z obav že se stanou pro druhé zátěží, ať už finanční, psychickou či sociální.⁵⁸

Asi nikdo nebude mít námitky, když prohlásím eutanazii za multidisciplinární fenomén. Nejde zkoumat tuto problematiku jen z jednoho úhlu pohledu. Každý vědní obor má své argumenty pro i proti.

⁵⁴ VÁCHA, Marek, Orko. Místo, na němž stojíš, je posvátná země.

⁵⁵ tamtéž

⁵⁶ <<http://prolife.cz/?a=4&id=1615>> [citováno: 2.2.2013]

⁵⁷ MUNZAROVÁ, Marta. Proč NE eutanazii: aneb Být, či nebýt?, str. 16

⁵⁸ MUNZAROVÁ, Marta. Eutanazie, nebo paliativní péče?

Právník či legislativec bude zkoumat možné zneužití eutanazie, bude se věnovat znění paragrafů tak, aby skutečně postihovaly všechna kritéria, za kterých jde eutanazie provést. Už v roce 1982 vznikla takzvaná Rotterdamská kritéria čítající pět bodů, které musí být nutně lékařem dodrženy, aby nebyl souzen ani trestán. Podotýkám, že se to týkalo jen lékařů působících v Holandsku. Znění Rotterdamských kritérií je následující:

- *Pacient musí být kompetentní a žádost musí být zcela dobrovolná a úmyslná*
- *Pacientova žádost musí být dobře uvážená, jasná a opakovaná*
- *Pacient musí nesnesitelně trpět (ne nutně fyzicky) a eutanazie musí být poslední možností; jiné možnosti ulehčit situaci nemocnému již byly vyzkoušeny a shledány neúčinnými*
- *Eutanazii musí provádět jedině lékař*
- *Lékař musí vše konzultovat s jiným nezávislým lékařem, který již má v této oblasti zkušenosti*⁵⁹

Od 1. ledna 2002 je eutanazie v Holandsku plně legalizována. Zákon stanoví, že pacient musí podat písemnou žádost a lékař musí být přesvědčen, že pacientovy bolesti jsou trvalé a nesnesitelné.⁶⁰

Eutanazie je převážně problémem filozofickým a duchovním. Biolog a teolog Marek Vácha položil ve své knize trefnou otázku: *Existuje bod, od kterého dál již nemá cenu žít?*⁶¹ Z filozofického hlediska bude odpověď záviset na tom, jakým objektivem filozofického směru danou otázku sledujeme. Hédonista^v či utilitarista^{vi} stanoví tento bod do okamžiku, kdy nelibost ze života převáží nad libostí nebo do okamžiku, kdy už život nepřináší libé zážitky. Jiný názor na tuto otázku bude mít Viktor Frankl, který na základě vlastní zkušenosti z koncentračního tábora vytvořil psychoterapeutický směr logoterapie, neboli léčba pomocí nalézání smyslu. V jedné ze svých esejí Frankl uvádí: „Až smrt činí život z mnoha hledisek *smysluplným*.“⁶² Indeterminista^{vii} se bude pokládat za vlastníka svého života a jako jeho svrchovaný pán ho může i svévolně ukončit. Člověk, který věří, že po smrti nic nenásleduje, se dozajista nemusí ohlížet na následky svého rozhodnutí ukončit předčasně svůj život. Přesný opak však nutně musí cítit člověk věřící. Život je pro Židy i křesťany dar od Boha. Křesťané věří, že lidé by měli odstraňovat utrpení tam, kde mohou a tam, kde nemohou, mají pomoci

⁵⁹ VÁCHA, Marek, Orko. Místo, na němž stojíš, je posvátná země.

⁶⁰ tamtéž

⁶¹ tamtéž

⁶² TAVEL, Petr. Smysl života – podle Viktora Emanuela Frankla

utrpení nést. V žádném případě ale nelze odstranit utrpení tak, že odstraníme trpícího člověka.

Jan Pavel II. píše: *„Když se díváme zpět napříč staletími a generacemi, je možno vidět, že v utrpení je skryta mimořádná síla, která zvláštní milostí osobu vnitřně přibližuje Kristu.“*⁶³

Častý argument, který slyším od příznivců eutanazie, je ten, že eutanazie je důstojná smrt. Pro mě je naopak důstojná smrt v hospici nebo doma, za přítomnosti milujících osob. Důstojné je pro mě, když umírající přijme tuto poslední fázi svého života a ve světle této zkušenosti „vyroste“ a tím obohatí i lidi, kteří ho na této cestě doprovází. Dnes se umírající nemusí bát ani nesnesitelné bolesti, protože ve 21. století je pacient, který trpí dlouhotrvajícími nesnesitelnými bolestmi pacientem, který je léčen nesprávně.⁶⁴ A proto se já osobně vyjadřuji proti eutanazii a kloním se k paliativní léčbě.

⁶³ Papež Jan Pavel II., *Salvifici Doloris*, 1984 in VÁCHA, Marek, Orko. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země..*

⁶⁴ VÁCHA, Marek, Orko. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země..*

7 Hospic sv. Lazara v Plzni

Hospic svatého Lazara v Plzni byl založen v roce 1997, kdy byly v srpnu zaregistrovány jeho stanovy Ministerstvem vnitra ČR. Samotný provoz zařízení byl zahájen až v březnu 1998. O jeho otevření se zasadili někteří představitelé města Plzeň a vojenský a špitální řád sv. Lazara Jeruzalémského.

Hospic sv. Lazara je občanské sdružení a podle jeho stanov se jedná o nestátní, neziskovou, necírkevní, křesťanskou a charitativní organizaci, která vystupuje v právních vztazích svým jménem a může nabývat práva a zavazovat se k povinnostem v rozsahu stanoveném stanovami. Občanské sdružení, které je zřizovatelem i provozovatelem Hospice sv. Lazara v Plzni bylo založeno společně charitou a plzeňským Korandovo sborem Českobratrské církve evangelické. Prvním ředitelem se stal Ing. Václav Pták.

Posláním Hospice sv. Lazara je poskytovat komplexní a na kvalitu života zaměřenou péči nemocným, kteří trpí nevyléčitelnou, převážně onkologickou chorobou v jejím pokročilém nebo terminálním stadiu v Plzeňském kraji.⁶⁵

Plzeňský hospic byl třetím zařízením tohoto druhu v České republice a sídlí na Sladkovského třídě 66. Je umístěn v šestipodlažní budově v běžné městské zástavbě. V suterénu budovy se nachází místnost posledního rozloučení, šatny zaměstnanců a technické zázemí. V přízemí je recepce, kuchyňka, společenská místnost, kaple a kancelář sociálních pracovníků. V následujících patrech jsou pak jednotlivé pokoje pacientů. Kapacita je 28 lůžek. 20 jednolůžkových pokojů a 4 dvoulůžkové pokoje. Na většině pokojů je i přistýlka pro rodinné příslušníky. Ti totiž mohou v hospici trávit čas se svými blízkými 24 hodin denně, 365 dní v roce. V nejvyšším patře sídlí vedení hospice a lékaři.

Jak je již zmíněno výše, hospic je umístěn v husté zástavbě. Na první pohled nikdo nerozezná, že v bytovém domě sídlí toto zařízení. Hospic dokonale splývá s okolní zástavbou. Takto strategicky položené místo bylo pro vznik hospice zvoleno záměrně, aby bylo snadno dostupné i hromadnou dopravou. Vznik hospice na tomto místě však vůbec nebyl jednoduchý. Mnoho obyvatel okolních domů brojilo proti jeho výstavbě a dokonce sepisovali petici proti jeho umístění na současném místě. Jejich argumentem proti výstavbě bylo to, že v místě žijí rodiny s dětmi a ty by se neměly se smrtí setkávat. Neznalost lidí, předsudky a strach ze smrti vedly místní obyvatele k nesouhlasu s výstavbou. Jeden z případů se dokonce dostal až

⁶⁵ Výroční zpráva za rok 2011, Hospic sv. Lazara v Plzni, [21.1.2013]

k plzeňskému soudu. Jeden z majitelů okolních domů žaloval město Plzeň, protože se domníval, že umístění hospice v této lokalitě sníží lukrativnost bydlení a z toho důvodu mu klesnou zisky z pronájmu bytů. Tato žaloba neobstála a ani petice výstavbu nezastavila. Dnes se zdá, že soužití obyvatel čtvrti a Hospice sv. Lazara nepřináší žádné obtíže.

Výstavba hospice stála přes 35 milionů korun. Z toho 20 milionů poskytlo Ministerstvo zdravotnictví a zbylé finance poskytlo město Plzeň.

Provoz Hospice sv. Lazara je financován z více zdrojů. Hlavní zdroj příjmů plyne z plateb zdravotních pojišťoven a dotací města Plzeň, Ministerstva práce a sociálních věcí a Plzeňského kraje. Dalším příjmem jsou platby od klientů a dary fyzických a právnických osob. Výše finanční spoluúčasti pacienta se odvíjí od toho, zda je pacient přijat na zdravotnickou péči nebo na respitní pobyt. Za zdravotnický pobyt se platí 290 Kč za jeden den (8700Kč/30 dnů) a za respitní sociální péči, která je poskytována na specificky určenou dobu se platí 360 Kč denně (10.800Kč/30 dnů). Člen rodiny platí za přenocování v pokoji pacienta 50 Kč/den. Úhrada za pobyt se platí formou záloh 30 dní dopředu, případně dle domluvy. Poplatek se hradí sociálnímu pracovníkovi, který vystaví příjmový doklad, kopii předá pacientovi a originál založí do pokladní knihy.

Z předešlého odstavce můžeme vyvodit, jaké služby Hospic sv. Lazara svým klientům poskytuje. Kromě klasických hospicových služeb, o kterých pojednávaly předchozí kapitoly této práce, poskytuje hospic i péči respitní. Tato služba se řídí zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jedná se o odlehčovací službu, která se poskytuje po přesně stanovenou dobu a slouží k poskytnutí odpočinku pečující osobě. *„Odhlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.“*⁶⁶ Hospic tyto služby poskytuje od roku 2012 ve větším rozsahu. Další službou, kterou hospic poskytuje, je půjčovna pomůcek. Pečující osoby, které se o své blízké starají v domácím prostředí nebo sami pacienti si zde mohou za měsíční poplatek půjčit hole, chodítka, vozíky či ošetrovatelská lůžka. A to vše po složení vratné kauce a po sepsání dohody o zápůjčce pomůcky.

V neposlední řadě existuje v hospici poradna, kde se můžou nemocní se svými blízkými informovat o možnostech nejvhodnější péče. Poradnu mohou navštívit i lidé, kteří chtějí

⁶⁶ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 44

využívat péči v domácím prostředí, v takovém případě jsou napojeni na podpůrné služby jako agentury domácí péče, pečovatelské služby či ambulance léčby bolesti. Zájemcům je poskytováno také sociálněprávní poradenství a informace o půjčovně pomůcek či možnostech využití hospicových služeb. Rodina či nemocný si může při tomto prvním kontaktu také podat předběžnou žádost o umístění do hospice. Došlé žádosti se posuzují každé ráno v odborném koncilium podle následujících kritérií: nutnost paliativní léčby a péče, nedostatečná domácí péče a nepotřebnost akutní nemocniční léčby.

Pokud je podána akutní žádost, tak sociální pracovník zapíše pacienta do „Knihy pacientů“, zaznamená základní údaje o osobě a přiřadí pořadové číslo chorobopisu. Zápis je proveden i elektronicky v programu Win Medicale. Chorobopis je zkompletován i v tištěné podobě a se všemi údaji je předán na sesternu. Je sepsána také sociální anamnéza. S pacientem je uzavřena i smlouva o poskytování nezdravotnických služeb. Po přijetí je pacient seznámen s provozem zařízení a informován o poskytovaných službách, sociální pracovník předběžně zjišťuje, o co všechno by měl pacient zájem. To vše může být součástí smlouvy o nezdravotnických službách.

Po úmrtí pacienta sociální pracovník zaznamená jeho jména a datum narození i úmrtí do vzpomínkové knihy. Zemřelý je také odepsán z knihy pacientů a jeho spis je vyřazen, ohledací list je poslán na matriku úmrtí Úřadu městského obvodu Plzeň 3. Po uzavření chorobopisu lékařem je také zaslána zpráva ošetřujícímu praktickému lékaři. U zemřelých onkologických pacientů je odeslána kopie lékařské zprávy také Národnímu onkologickému registru. Ředitel hospice odevzdává kartičky zdravotních pojišťoven zpět pojišťovně a to jedenkrát za měsíc. Sociální pracovník vyrovná poplatky za pobyt s pozůstalým, a také zasílá zprávu dědickému oddělení příslušného soudu o tom, co si pozůstalí po zemřelém převzali, popřípadě co zůstalo v depozitu hospice. Je odeslána také kondolence rodině zemřelého, ta je také pozvána na setkání pozůstalých, které se koná třikrát ročně. Součástí setkání je i Mše svatá.

Sociální pracovník v hospici má na starost i přijímání darů. Na všechny částky musí být uzavřena darovací smlouva, pokud nejsou vhozeny do schránky v přízemí budovy.

Sociální pracovník má na starost i vedení nejrůznějších statistik, vedení pokladny, musí se účastnit ranních hlášení a například musí mít i povědomí o narozeninách a svátcích pacientů a zajišťovat pro ně drobné dárky, aby se v hospici cítili co nejlépe.

Velmi významným prvkem pro chod Hospice sv. Lazara je dobrovolnická činnost. Dobrovolníci jsou do hospice přijímáni přes občanské sdružení TOTEM, jde o regionální organizaci zajišťující dobrovolnictví po všech stránkách. S dobrovolníky je sepsána dobrovolnická smlouva podle zákona č.198/2002 Sb., o dobrovolnictví (smlouva o dobrovolné pomoci a pojištění dobrovolníka). V rámci tohoto sdružení je poskytována i supervize. Dobrovolníci se v hospici snaží různými způsoby zpříjemnit nemocným pobyt v tomto zařízení. *„Jejich posláním je posilovat duševní pohodu pacienta a jeho rodiny. Jsou vlídným posluchačem, přicházejí si popovídat, vyslechnout nemocného, přinesou novinky a zajímavosti. Také mohou nemocným předčítat knihy, časopisy nebo je mohou doprovodit na mši svatou.“*⁶⁷ Do hospice je možné nastoupit i na praxi v rámci studia. Tato praxe je zpoplatněná.

Pacienti můžou využívat i řadu externích služeb, v hospici je pravidelně nabízená canisterapie s přátelskou fenkou jack russel teriera, přichází sem také děti z okolních mateřských školek a zpívají písničky nemocným a předávají jim drobné dárky. Pořádají se zde koncerty, hudebníci chodí i do pokojů pokud si to pacienti přejí. Je možné vyrábět řadu věcí v rámci arteterapie, výrobky jsou pak k zakoupení v malém obchůdku v recepci.

V Hospici sv. Lazara je kladen velký důraz i na duchovní péči o pacienta. Do hospice dochází jednou týdně na celý den katolický kněz, je zde sloužena pravidelně Mše svatá, kněz samozřejmě dochází do hospice i kdykoli jindy, když je o to požádán. Hospic je v kontaktu se všemi církvemi působícími v Plzni.

*„Hospic sv. Lazara plní v současnosti svoji roli díky koordinované práci všech zúčastněných – lékařského a ošetrovatelského týmu a řady dalších – duchovních docházejících do hospice, sociálních pracovníků, obslužného personálu, ale také členů občanského sdružení Hospic sv. Lazara a dalších dobrovolníků. Jedni pečují především o nemocné tělo a ulevují mu od bolestí, jiní se starají především o duši nemocných v době jejího odcházení.“*⁶⁸

Hospic sv. Lazara v Plzni po celé desetiletí své existence plní své poslání profesionálně, ale hlavně bez absence lidského prvku empatie a pomoci. Umírající a jejich blízcí vědí, že zde bude o nemocného postaráno ve všech dimenzích jeho osobnosti a budou naplněny jeho potřeby. Myslím, že tento přístup mohu s čistým svědomím nazvat dobrým umíráním a vyzdvihnout ho jako pádný argument proti povolení eutanazie, jakožto zbytečného prvku,

⁶⁷ Výroční zpráva za rok 2011, Hospic sv. Lazara v Plzni, [21.1.2013], str. 12

⁶⁸ Výroční zpráva za rok 2011, Hospic sv. Lazara v Plzni, [21.1.2013], str. 3

neboť dobré umírání (Eu- thanasie) v České Republice existuje už od 90. let 20. století a díky Hospici sv. Lazara si tento odchod mohou zvolit i umírající v Plzeňském kraji.

ⁱ Obličej s propadlými tvářemi, z nichž vystupují lícní kosti a špičatý nos. Na čele bývá studený pot.

ⁱⁱ Proleženina – ohraničené odumření tkáně, jako důsledek působení dlouhotrvajícího tlaku způsobujícího poruchu prokrvení

ⁱⁱⁱ Běžná lékařská péče

^{iv} Latinská slova *Ecce homo* znamenají „Ejhle člověk“ a podle Janova evangelia 19,5 je pronesl Pilát k davu, kterému zmučeného Ježíše nechal ukázat.

^v směr ve filosofii, považující za cíl života dosahování slasti a rozkoš za nejvyšší dobro

^{vi} Filozofický směr, podle kterého je základem lidské morálky zřetel na bezprostřední prospěch

^{vii} názor odmítající všeobecnou, vždy platnou příčinnost; dění je nahodilé, dění je svobodné

Praktická část

8 Metodika

Zpracování empirické části předcházelo studium odborné literatury a zpracování teoretické části diplomové práce. V rámci empirické části práce byl stanoven cíl práce:

- 4) Zjistit míru informovanosti veřejnosti v Plzni a okolí o tom, co je hospicová péče
- 5) Zjistit míru informovanosti veřejnosti o poskytování hospicové péče v Plzni a jejich ochotu využívat tyto služby v případě potřeby
- 6) Porovnat získané výsledky s podobným výzkumem provedeným v roce 1999

Dále byly stanoveny dvě hypotézy.

H₁: Povědomí o hospicové péči je závislé na věku respondenta

H₂: Povědomí o hospicové péči nezávisí na stupni vzdělání

Na základě skutečností, které měly být zjištěny, jsem vytvořila dotazník. Dotazník obsahuje 14 otázek. V úvodu je krátce popsáno, k jakým výstupům údaje vyplněné v dotazníku povedou a žádost o vyplnění s poděkováním.

Všechny otázky v dotazníku jsou uzavřené. První tři otázky jsou zaměřené na identifikační údaje. Respondent měl uvést své pohlaví, věk a vzdělání.

Čtvrtá položka zjišťuje, zda respondent ví, nebo si alespoň myslí, že ví, co slovo hospic znamená.

Následuje pátá položka, která rozvíjí předešlou, a respondent zde vybírá jednu z možností, která nejlépe naplňuje jeho představu o tom, co hospic je.

Šestá položka mapuje povědomí veřejnosti o tom, zda ví, že v Plzni hospic existuje.

Následující sedmá položka nás informuje o tom, kde respondenti získaly povědomí a základní informace o tom, co hospic je.

Osmá položka umožňuje vyjádřit názor respondenta o tom, zda si myslí, že veřejnost je o této problematice dostatečně obeznámena.

Devátá otázka vyjadřuje názor respondenta na užitečnost zařízení a navazující desátá otázka poukazuje na ochotu respondenta hospicové služby využít v případě potřeby.

Jedenáctá otázka mapuje ochotu respondentů pracovat v zařízeních hospicového typu.

Řada lidí si myslí, že hospic je zařízení církevní a slouží jen věřícím, jaký je podíl těchto lidí, zjišťuje dvanáctá položka.

Třináctá položka slouží ke zjištění toho, jak je respondent obeznámen s rozšíření těchto služeb v České republice.

Poslední čtrnáctá doplňková otázka byla vložena do dotazníku na základě mého studia reálií o založení Hospice sv. Lazara v Plzni a kauze odporu veřejnosti proti výstavbě hospice v blízkosti jejich bydliště. Rozhodla jsem se do dotazníku vložit otázku, zda by respondentovi vadilo, kdyby byl hospic postaven v těsné blízkosti jeho bydliště.

Během listopadu 2012 jsem dotazník zadala deseti mým známým a provedla tak pilotní studii, jejímž účelem bylo zjistit, zda jsou otázky pro respondenta srozumitelné a aby bylo možné jejich případné doladění. V lednu a únoru 2013 byl pak dotazník distribuován veřejnosti.

Dotazníky jsem distribuovala dvěma cestami. První z nich byla distribuce dotazníků on-line cestou. Dotazník jsem zhotovila v elektronické podobě na serveru určeném k zadávání internetových výzkumů vypInto.cz. Respondenty jsem sháněla pomocí uveřejnění internetového odkazu dotazníku na různých sociálních sítích a zaslala jsem odkaz také veškerým kontaktům v mé emailové schránce, zároveň jsem všechny oslovené respondenty vyzvala, aby odkaz dále šířily metodou snowball mezi své známé a uveřejňovali ho na svých internetových profilech či blogách. Touto formou jsem získala 245 vyplněných dotazníků. Vzhledem k tomu, že elektronický dotazník nejde odeslat před úplným vyplněním, všech 245 dotazníků, tj. 100%, bylo zařazeno do zpracování.

Byla jsem si samozřejmě vědoma toho, že on-line výzkum má tu nevýhodu, že sociální sítě a počítače vesměs užívá spíše mladší generace. Výzkumný vzorek by proto nebyl dostatečně reprezentativní. Zejména proto jsem zvolila i druhou formu distribuce dotazníků, a to v tištěné podobě. Protože jsem věděla, že on-line dotazník vyplňovala především skupina respondentů do 45 let, cíleně jsem tištěný dotazník šířila mezi respondenty starší 45 let.

V papírové podobě jsem vybrala 180 dotazníků, z nichž úplně vyplněných bylo 155 dotazníků, ostatní byly z šetření vyřazeny. Použito bylo tedy 88,1% papírových dotazníků.

Celkem jsem vyhodnocovala 400 dotazníků, což v mé práci tvoří 100% respondentů.

Uvědomuji si, že vzorek čtyř set respondentů není zcela reprezentativní vzhledem k celkovému počtu obyvatel v Plzni a okolí. Jen samotná Plzeň měla k 1.1.2012 přes 167 tisíc

obyvatel.⁶⁹ Proto nemohu výsledky výzkumu vztahovat na celou populaci Plzně a blízkého okolí.

Pro testování stanovených hypotéz byl použit Test nezávislosti Chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Za pomoci tohoto testu lze rozhodnout, zda mezi dvěma proměnnými existuje vzájemný vztah. Takto lze zkoumat, zda mezi dvěma odpověďmi v dotazníku existuje nějaká závislost.⁷⁰ Dle vlastních předpokladů byla vytvořena alternativní hypotéza H_A . K této hypotéze byla přiřazena nulová hypotéza H_0 . Byla vytvořena kontingenční tabulka, která slouží právě k hodnocení dvou sledovaných jevů. Dále byly stanoveny skutečné a teoretické četnosti. Poté byla spočítaná testovací charakteristika X^2 (chí-kvadrát), což je srovnání teoretických a empirických četností pomocí testu X^2 (chí-kvadrát). Poté porovnáme X^2 s kvantilem, což je kritická hodnota pro zvolenou hladinu významnosti (většinou 1 % nebo 5 %). Kritické hodnoty jsou uvedené v tabulkách rozdělení X^2 pro počet stupňů volnosti $f = (r-1)(k-1)$ (počet řádku minus 1 krát počet sloupců minus 1.). V této práci je zvolena hladina významnosti 5%, což znamená, že pokud zamítneme nulovou hypotézu, je zde riziko 5%, že se mýlíme. Alternativní hypotézu pak potvrzujeme s 95% jistotou. Pokud bude $X^2 <$ kvantil pak nulovou hypotézu nezamítáme, ale ani ji nepotvrzujeme. Pokud bude $X^2 >$ kvantil, pak můžeme nulovou hypotézu zamítnout a potvrdit hypotézu alternativní.⁷¹

⁶⁹ <http://www.czso.cz/xp/redakce.nsf/i/pocet obyvatel v obcích plzenskeho kraje k 1 1 2012> [citováno: 16.3.2013]

⁷⁰ CHRÁSTKA, Miroslav. Empirická pedagogická šetření a jejich statistické vyhodnocování. Olomouc: 1986, s. 25.

⁷¹ GERYLOVOVÁ, Anna, HOLCÍK, Jan. *Úvod do statistiky*. 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 31 s. ISBN 80-210-2301-5, s. 29.

9 Výsledky výzkumu a jejich analýza

Celkem bylo vyhodnoceno 400 dotazníků, což v této práci představuje 100% respondentů.

Výsledky z dotazníků jsem zpracovala pomocí programu Microsoft Office Excel. Výsledky jsou prezentovány jak v absolutních číslech, tak relativní četností v procentech. Pro přehlednost jsem vytvořila grafy, které jsou slovně komentovány.

9.1 Výsledky dotazníkového šetření

9.1.1 Identifikace respondentů

Rozdělení respondentů dle věku (tabulka č. 2, graf č. 2)

Tabulka 2 - Věk respondentů

Věková kategorie		Abs. č.	Rel. č. %
A	20 – 45 let	273	68,25
B	Nad 45 let	127	31,75
	celkem	400	100,00



Obrázek 2 - Věk respondentů

Podle věku byly respondenti rozdělení do dvou kategorií.

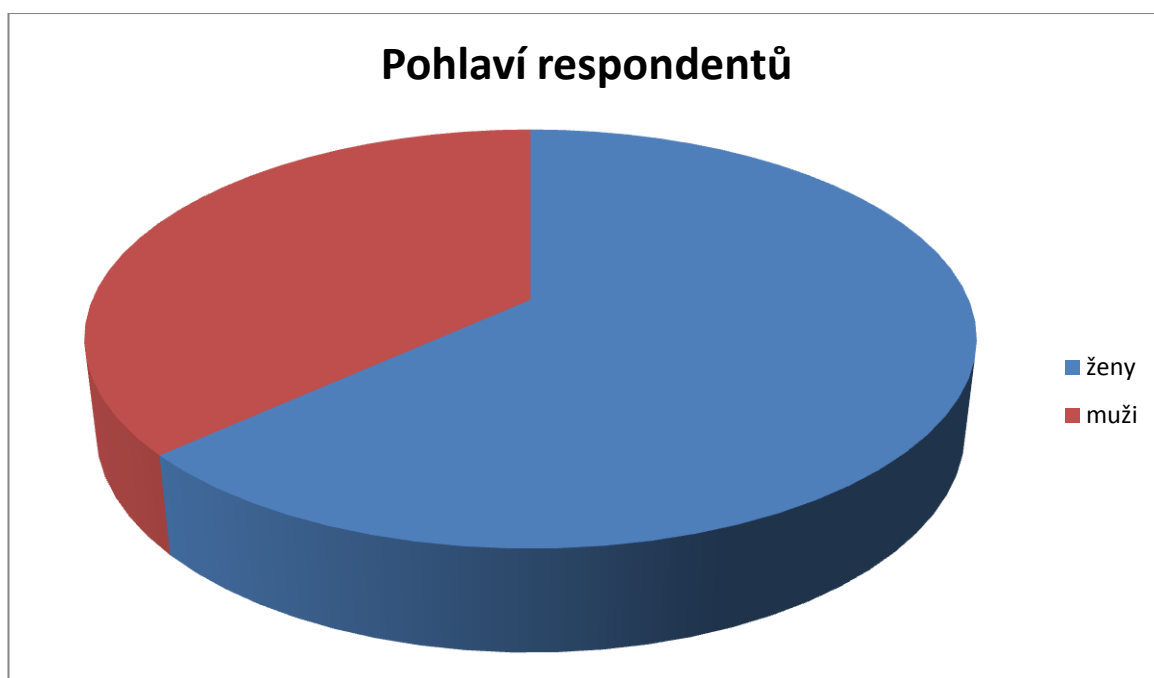
První kategorii tvořili respondenti do 45 let (včetně), přičemž výzkumu se mohli respondenti účastnit až po dovršení dvaceti let věku. Tuto kategorii tvořilo 273 dotazovaných (tj. 68,25 %)

Druhou kategorii tvořili respondenti nad 46 let. Tuto kategorii tvořilo celkem 127 respondentů (tj. 31,75%).

Rozdělení respondentů dle pohlaví (tabulka č. 3, graf č. 3)

Tabulka 3 - Pohlaví respondentů

Pohlaví		Abs. č.	Rel. č. %
A	Žena	253	63,25
B	Muž	147	36,75
	celkem	400	100,00



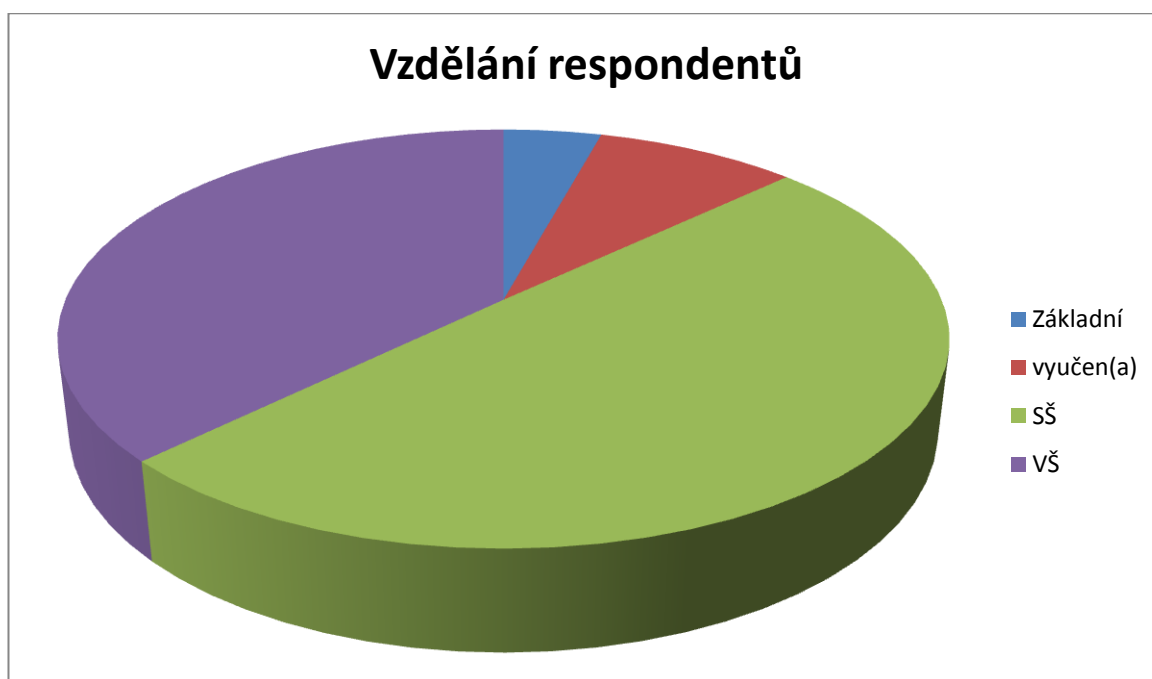
Obrázek 3 - Pohlaví respondentů

Z celkového počtu čtyř set respondentů bylo 253 žen (tj.63,25%) a 147 mužů (tj. 36,75%). Předpokládám, že celkově nižší zastoupení mužů v tomto výzkumu závisí na menší ochotě mužů vyplňovat dotazníky a zvláště zamýšlet se nad emotivním tématem hospicové péče.

Zastoupení respondentů dle vzdělání (tabulka č. 4, graf č. 4)

Tabulka 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání		Abs. č.	Rel. č. %
A	základní	17	4,25
B	Vyučen (a)	35	8,75
C	Středoškolské vzdělání	199	49,75
D	Vysokoškolské vzdělání	149	37,25
	celkem	400	100,00



Obrázek 4 - Vzdělání respondentů

Z celkového počtu respondentů mělo 17 osob základní vzdělání (tj. 4,25%), vyučeno bylo 35 osob (tj. 8,75%), nejvíce zastoupena byla skupina se středoškolským vzděláním, konkrétně 199 osob (tj. 49,75%) a vysokoškolsky vzdělaných bylo 149 osob (tj. 37,25%).

Povědomí o významu slova „Hospic“ (tabulka č. 5, graf č. 5)

Tabulka 5 - Znalost významu slova „Hospic“

Znalost významu slova Hospic		Abs. č.	Rel. č. %
A	ANO	343	85,75
B	NE	57	14,25
	celkem	400	100,00



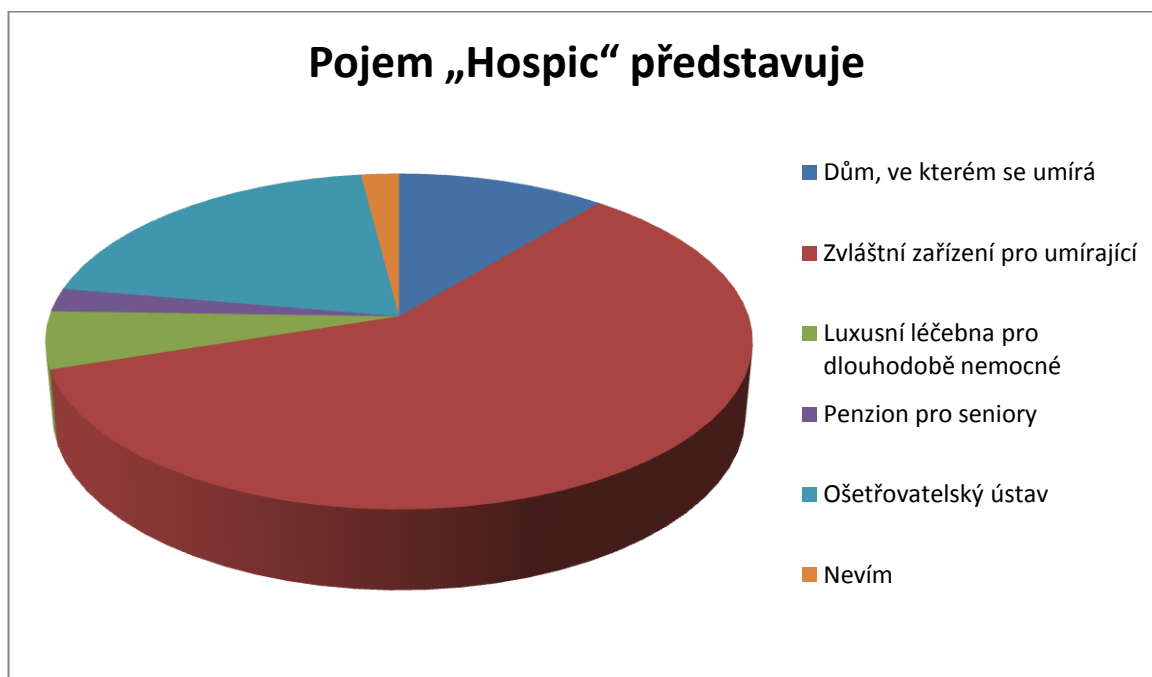
Obrázek 5 - Znalost významu slova „Hospic“

Celkem 343 (tj.85,75%) dotázaných respondentů zodpovědělo, že se subjektivně domnívají, že znají význam slova hospic. Jen 57 (tj.14,25%) dotazovaných zodpovědělo, že neví, co tento pojem znamená.

Představa o tom, co pojem „Hospic“ představuje (tabulka č. 6, graf č. 6)

Tabulka 6 - Pojem „Hospic“ představuje

Pojem „Hospic“ představuje		Abs. č.	Rel. č. %
A	Dům, ve kterém se umírá	44	11
B	Zvláštní zařízení pro umírající	236	59
C	Luxusní léčebna pro dlouhodobě nemocné	22	5,5
D	Penzion pro seniory	9	2,25
E	Ošetřovatelský ústav	81	20,25
F	Nevím	8	2
celkem		400	100,00



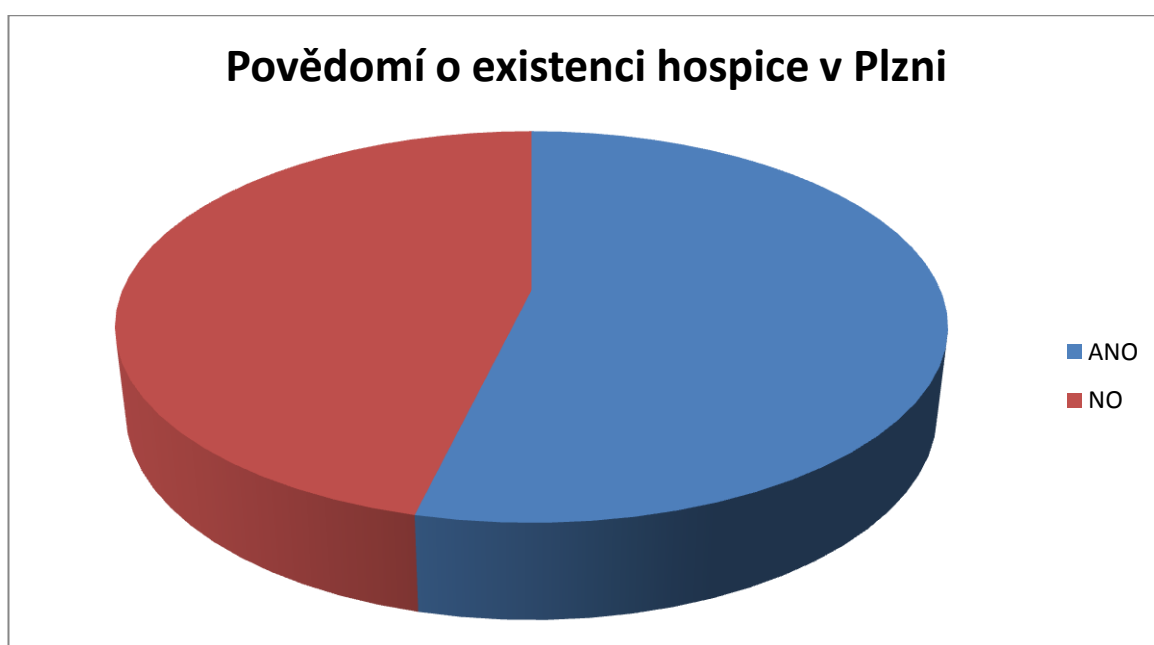
Obrázek 6 - Pojem „Hospic“ představuje

Nejvíce respondentů správně odpovědělo, že si pod pojmem hospic představují zvláštní zařízení pro umírající, konkrétně tak odpovědělo 236 dotázaných (tj. 59%). Druhou nejčastější odpovědí byl ošetrovatelský ústav, 81 dotázaných (tj. 20,25%) se domnívá, že je to hlavním posláním hospice. 44 dotázaných (tj. 11%) označilo hospic za dům, ve kterém se umírá, 22 respondentů (tj. 5,5%) se domnívá, že jde o luxusní léčebnu pro dlouhodobě nemocné. Devět dotázaných (tj. 2,25%) si pak myslí, že se jedná o ekvivalent penzionu pro seniory a jen osm dotázaných (tj. 2%) neumělo na tuto otázku odpovědět a zvolili odpověď neví.

Povědomí o tom, že zařízení hospicového typu existuje v Plzni (tabulka č. 7, graf č. 7)

Tabulka 7 - Povědomí o existenci hospice v Plzni

Povědomí o existenci hospice v Plzni		Abs. č.	Rel. č. %
A	ANO	215	53,75
B	NE	185	46,25
	celkem	400	100,00



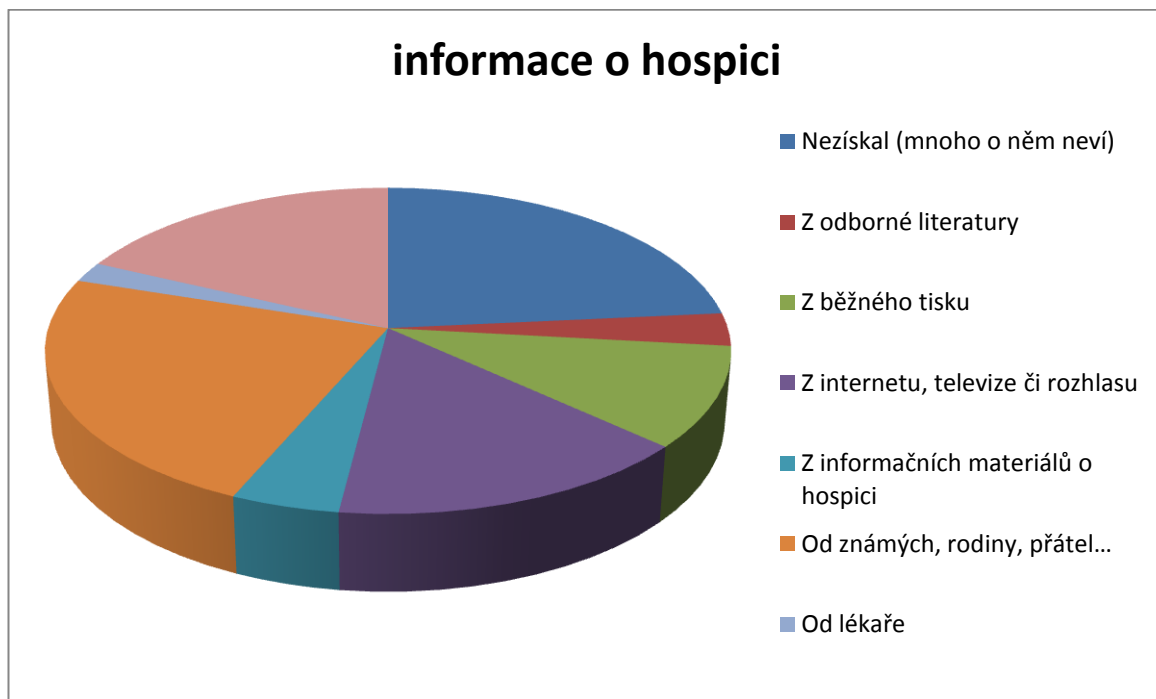
Obrázek 7 - Povědomí o existenci hospice v Plzni

Celkem 215 dotázaných (tj.53,75%) respondentů vědělo, že v Plzni hospic existuje. Zbytek respondentů, 185 (tj. 46,25%), o existenci plzeňského hospice nevěděl.

Kde respondent získal základní informace o hospici (tabulka č. 8, graf č. 8)

Tabulka 8 - Informace o hospici

Kde získal respondent informace o hospici		Abs. č.	Rel. č. %
A	Nezískal (mnoho o něm neví)	94	23,5
B	Z odborné literatury	13	3,25
C	Z běžného tisku	40	10
D	Z internetu, televize či rozhlasu	61	15,25
E	Z informačních materiálů o hospici	18	4,5
F	Od známých, rodiny, přátel...	94	23,5
G	Od lékaře	8	2
H	Jinde	72	18
	celkem	400	100,00



Obrázek 8 - Informace o hospici

Nejvíce respondentů, přesněji 94 (tj. 23,5%) uvádějí, že žádné informace nezískali a mnoho o hospicové péči nevědí. Stejný počet respondentů uvedl, že základní informace získaly především od svých známých. Z odborné literatury získalo informace 13 osob (tj. 3,25%). Čtyřicet osob (tj. 10%) uvádí, že informace načerpaly z běžného tisku. Z internetu, rozhlasu či televize získalo základní informace o hospicové péči 61 respondentů (tj. 15,25%). Od lékaře získalo povědomí o možnostech hospicové péče pouze 8 lidí (tj. 2%). Sedmdesát dva (tj. 18%) respondentů uvádí, že své znalosti o hospici získali jinde. Tyto osoby uváděli nejčastěji, osobní zkušenost v rodině nebo u blízkých známých a informace získané ve škole či v práci.

Názor na informovanost veřejnosti o hospicové péči (tabulka č. 9, graf č. 9)

Tabulka 9 - Je veřejnost dobře informována o hospicové péči?

Je veřejnost dobře informována o hospicové péči?		Abs. č.	Rel. č. %
A	ANO	34	8,5
B	NE	174	43,5
C	Částečně	192	48
	celkem	400	100,00



Obrázek 9 - Je veřejnost dobře informována o hospicové péči?

V této otázce měli respondenti vyjádřit svůj názor na to, zda si myslí, že je veřejnost dobře informována o hospicových službách. Nejvíce respondentů, přesněji 192 (tj. 48%), si myslí, že veřejnost je obeznámena jen částečně s tím, co znamená hospicová péče. Negativně informovanost veřejnosti hodnotilo 174 respondentů (tj. 43,5%). Zbýlých 34 dotázaných (tj. 8,5%) si myslí, že informovanost veřejnosti je dostatečná.

Názor veřejnosti na prospěšnost zařízení (tabulka č. 10, graf č. 10)

Tabulka 10 - Názor veřejnosti na prospěšnost zařízení

Názor veřejnosti na prospěšnost zařízení		Abs. č.	Rel. č. %
A	Prospěšné	383	95,75
B	Zbytečné	17	4,25
	celkem	400	100,00



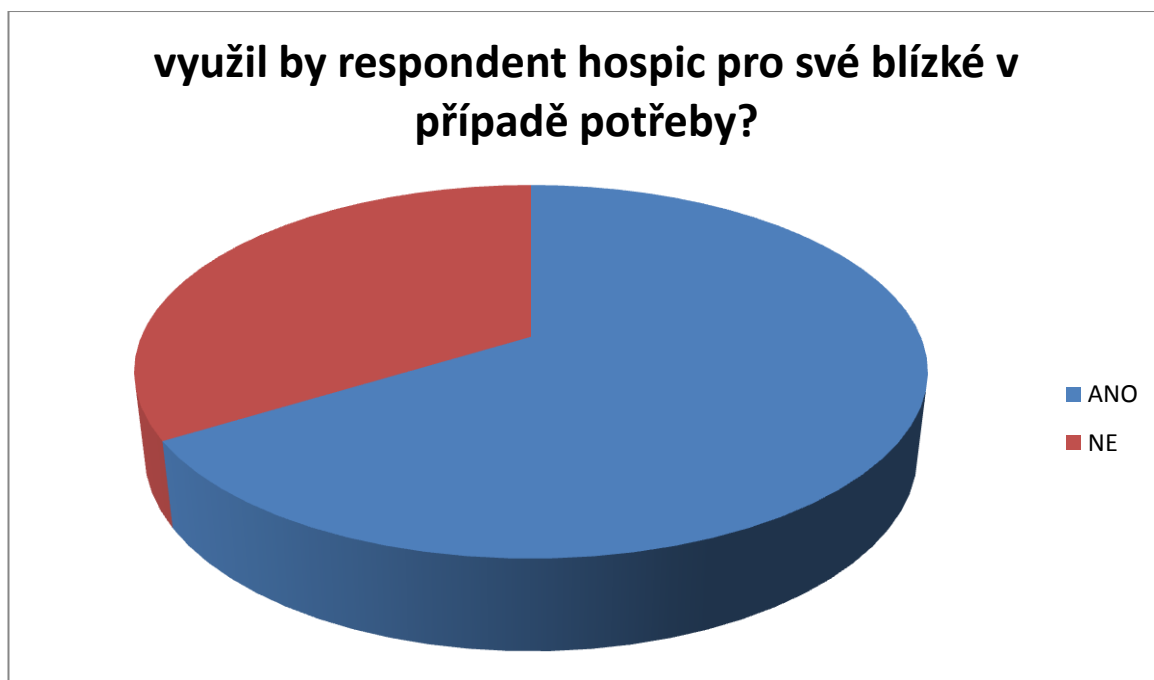
Obrázek 10 - Názor veřejnosti na prospěšnost zařízení

Drtivá většina respondentů, přesněji 383 (tj.95,75%), vyslovila názor, že hospicové zařízení je prospěšné. Pouhých 17 dotazovaných (tj. 4,25%) toto zařízení označilo za zbytečné.

Ochota respondentů využít hospic v případě potřeby pro své blízké (tabulka č. 11, graf č. 11)

Tabulka 11 - Využil by respondent hospic pro své blízké v případě potřeby?

Využil by respondent hospic pro své blízké v případě potřeby?		Abs. č.	Rel. č. %
A	ANO	265	66,25
B	NE	135	33,75
	celkem	400	100,00



Obrázek 11 - Využil by respondent hospic pro své blízké v případě potřeby?

U této otázky nebyly odpovědi respondentů už tak výrazně jednostranné, většina dotazovaných (265, tj.66,25%) sice uvedla, že by služeb hospice v případě potřeby pro své blízké využila, velké množství respondentů však využití hospicových služeb odmítlo (135, tj. 33,75%).

Umí si respondent představit, že by pracoval v zařízení hospicového typu?
(tabulka č. 12, graf č. 12)

Tabulka 12 - Umíte si představit, že byste pracoval/a v zařízení hospicového typu?

Umíte si představit, že byste pracoval/a v zařízení hospicového typu?		Abs. č.	Rel. č. %
A	ANO	91	22,75
B	NE	309	77,25
	celkem	400	100,00



Obrázek 12 - Umíte si představit, že byste pracoval/a v zařízení hospicového typu?

Na otázku, zda by si respondent dokázal představit, že by pracoval v zařízení, jako je hospic, odpovědělo 309 dotazovaných (tj. 77,25%) záporně.

Pouhých 92 respondentů (tj. 22,75%) si dokáže představit, že by v takovém zařízení pracovalo.

Domnívá se respondent, že je hospic církevní zařízení a je výlučně určen pro věřící osoby? (tabulka č. 13, graf č. 13)

Tabulka 13 - Je hospic církevní zařízení, a tudíž je určen jen pro věřící osoby?

Je hospic církevní zařízení, a tudíž je určen jen pro věřící osoby?		Abs. č.	Rel. č. %
A	ANO	7	1,75
B	Převážně	51	12,75
C	Je určen pro všechny	342	85,5
	celkem	400	100,00



Obrázek 13 - Je hospic církevní zařízení, a tudíž je určen jen pro věřící osoby?

Pouze 7 respondentů (tj.1,75%) se domnívá, že hospic je zařízení poskytující služby pouze věřícím pacientům.

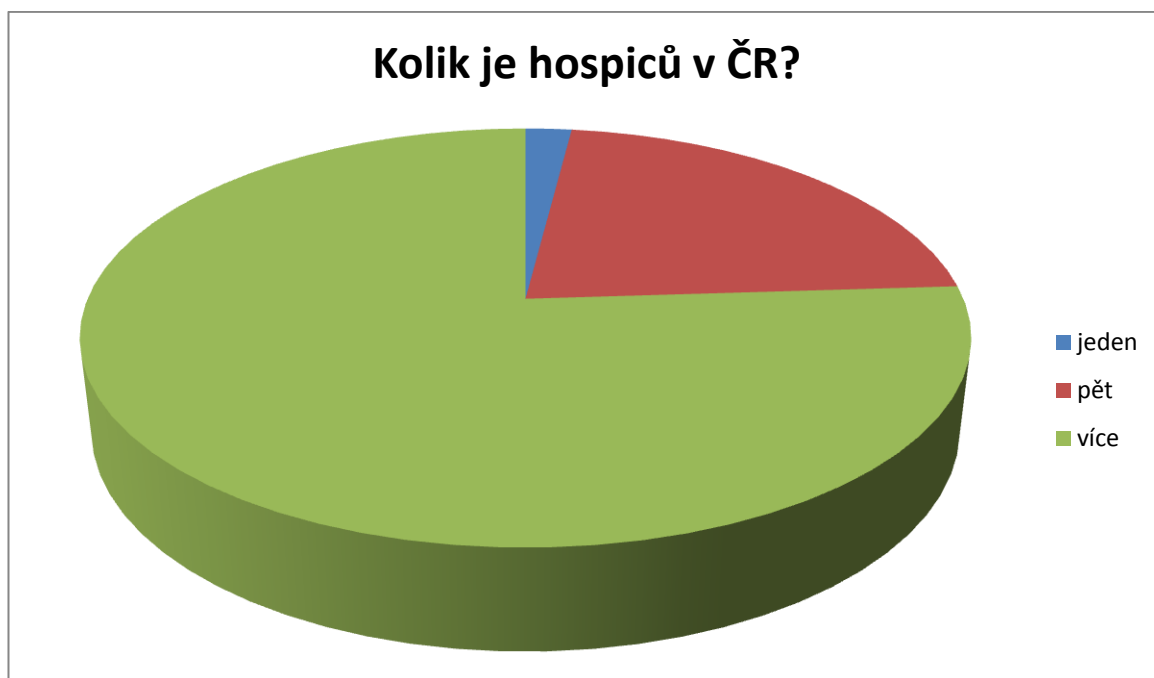
Celkem 51 respondentů (tj. 12,75%) se domnívá, že hospic je zařízení, které slouží nikoli výlučně, ale převážně, věřícím pacientům.

Zbytek dotazovaných (342, tj.85,5%) se domnívá, že hospicové zařízení slouží všem potřebným osobám, bez ohledu na jejich náboženské vyznání.

Povědomí respondentů o počtu hospiců v České Republice (tabulka č. 14, graf č. 14)

Tabulka 14 - Kolik je hospiců v ČR?

Kolik je hospiců v ČR?		Abs. č.	Rel. č. %
A	Jeden	8	2
B	Pět	88	22
C	Více	304	76
	celkem	400	100,00



Obrázek 14 - Kolik je hospiců v ČR?

Celkem 8 respondentů (tj. 2%) se domnívá, že v České Republice v současnosti existuje pouze jeden hospic.

88 dotázaných (tj. 22%) se domnívá, že v ČR je celkem pět hospiců.

Nejvíce dotazovaných (304,76%) odhaduje, že v ČR je v současnosti provozováno více než 5 hospiců.

Vadilo by respondentovi, kdyby byl hospic postaven v těsné blízkosti jeho bydliště? (tabulka č. 15, graf č. 15)

Tabulka 15 - Vadilo by respondentovi, kdyby byl hospic postaven v těsné blízkosti jeho bydliště?

Vadilo by respondentovi, kdyby byl hospic postaven v těsné blízkosti jeho bydliště?		Abs. č.	Rel. č. %
A	ANO	55	13,75
B	NE	345	86,25
	celkem	400	100,00



Obrázek 15 - Vadilo by respondentovi, kdyby byl hospic postaven v těsné blízkosti jeho bydliště?

Celkem 345 dotázaných (tj. 86,25%) odpovědělo, že by jim nevadilo, kdyby byl hospic postaven v těsné blízkosti jejich bydliště.

Opačně na tuto otázku odpovědělo 55 respondentů (tj.13,75%).

10 Hodnocení hypotéz

1.HYPOTÉZA

H₀: Povědomí o hospicové péči není závislé na věku respondenta

H_A: Povědomí o hospicové péči je závislé na věku respondenta

Pro zpracování této hypotézy byly využity údaje z dotazníkové otázky č. 1 věk respondentů a otázky č. 4 povědomí o významu slova hospic. V otázce číslo jedna byli respondenti rozděleni do dvou kategorií podle věku. První skupinu tvořili respondenti starší 20 let do věku 45 let a druhou skupinu tvořili respondenti starší 46 let. V otázce číslo čtyři měli respondenti na výběr ze dvou možností. Na otázku, zda vědí, co znamená pojem hospic, mohli odpovědět ano nebo ne. Na základě těchto hodnot byla vytvořena kontingenční tabulka.

Tabulka 16 - Kontingenční tabulka č. 1 – skutečná četnost

	Resp. 20 – 45 let	Resp. nad 45 let	Celkem (n _j)
ANO	227	116	343
NE	46	11	57
Celkem (n _i)	273	127	400

Tabulka 17 Kontingenční tabulka č. 2 – očekávaná četnost

	Resp. 20 – 45 let	Resp. nad 45 let	Celkem (n _j)
ANO	234,1	108,9	343
NE	38,9	18,1	57
Celkem (n _i)	273	127	400

Po vytvoření kontingenčních tabulek a stanovení skutečné a teoretické četnosti byl vypočítána testová charakteristika X^2 podle vzorce:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium **G= 4,759**

Poté byla dle tabulek určena kritická hodnota (kvantil) pro vypočítaný stupeň volnosti při zvolené hladině významnosti 5 %. Hodnota testové charakteristiky X^2 byla srovnána s kvantilem.

Kritická hodnota $\chi_{(1-\alpha); df} = 3,841$

$4,759 > 3,841 \rightarrow H_0$ zamítáme

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme hypotézu H_1 , která nám říká, že zde určitá závislost existuje. Přijímáme proto H_A : Povědomí o hospicové péči je závislé na věku respondenta.

2.HYPOTÉZA

H_0 : Povědomí o hospicové péči nezávisí na stupni vzdělání

H_A : Povědomí o hospicové péči závisí na stupni vzdělání

Pro zpracování této hypotézy byly využity údaje z dotazníkové otázky č. 3 nejvyšší dosažené vzdělání respondentů a otázky č. 4 povědomí o významu slova hospic. Údaje zjištěné v otázce č. 3 byly sloučeny do dvou kategorií, testováno bylo vysokoškolské vzdělání oproti ostatním kategoriím s nižším vzděláním. Údaje získané z otázky č. 4 byly rozděleny jako v první hypotéze. Na základě těchto hodnot byla vytvořena kontingenční tabulka.

Tabulka 18 - Kontingenční tabulka č. 3 – skutečná četnost

	VŠ vzdělání	Jiné vzdělání	Celkem (n _j)
ANO	139	204	343
NE	10	47	57
Celkem (n _j)	149	251	400

Tabulka 19 - Kontingenční tabulka č. 4 – očekávaná četnost

	VŠ vzdělání	Jiné vzdělání	Celkem (n _{·j})
ANO	127,77	20,71	343
NE	21,23	35,77	57
Celkem (n _{j·})	149	251	400

Po vytvoření kontingenčních tabulek a stanovení skutečné a teoretické četnosti byl vypočítána testová charakteristika X^2 podle vzorce:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium $G = 11,039$

Kritická hodnota $\chi_{(1-\alpha)}$; df = 3,841

$11,039 > 3,841 \rightarrow H_0$ zamítáme

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme hypotézu H_1 , která nám říká, že zde určitá závislost existuje. Přijímáme proto H_A : Povědomí o hospicové péči závisí na stupni vzdělání.

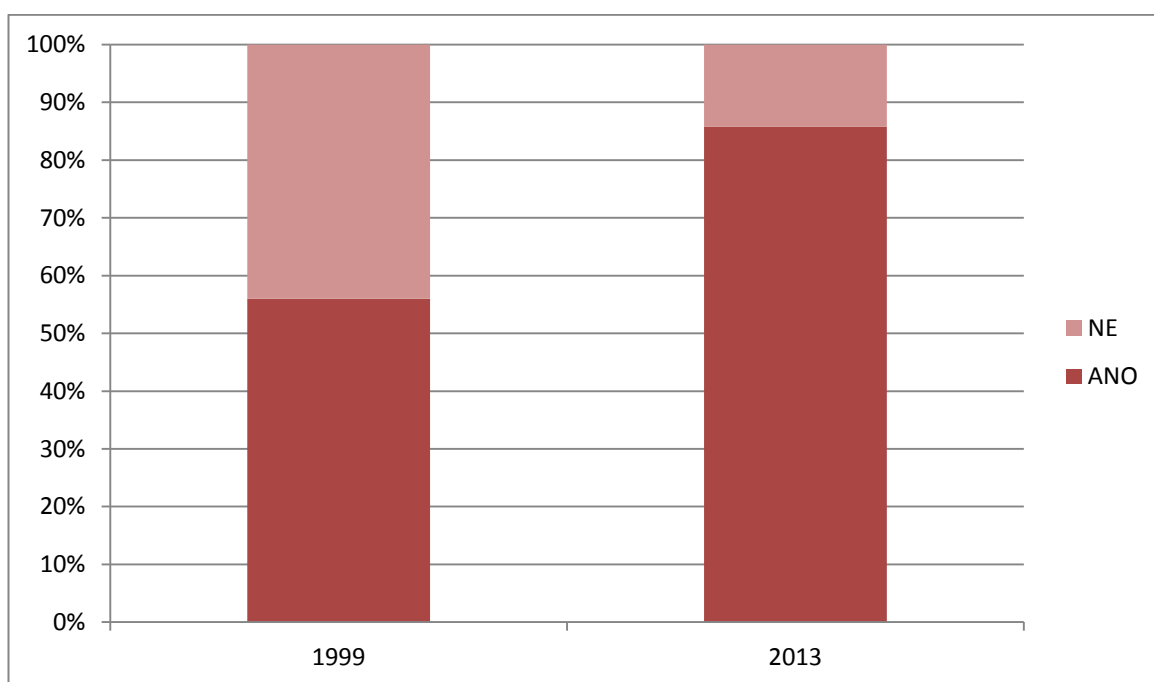
11 Porovnání výsledků s předešlým výzkumem

V roce 1999 po více jak ročním fungování Hospice sv. Lazara v Plzni se tehdejší vedení zařízení v čele s ředitelem Ing. Václavem Ptákem rozhodlo zběžně zmapovat povědomí o hospicové péči obyvatel Plzně. Výsledky byly zpracovány do jednoduchých sloupcových grafů.

Po konzultaci se současným ředitelem Hospice sv. Lazara Ing. Jakubem Forejtem jsem se rozhodla v rámci této práce některé zkoumané skutečnosti, shodující se s mým výzkumem, porovnat a zjistit tak, k jakému došlo vývoji v povědomí veřejnosti po téměř patnáctiletém fungování tohoto zařízení v Plzni.

Na základě analýzy dotazníku z roku 1999 jsem vybrala 4 zkoumané skutečnosti, které se dají pokládat za shodné se skutečnostmi zkoumanými v mé práci.

1. Povědomí o významu slova „Hospic“

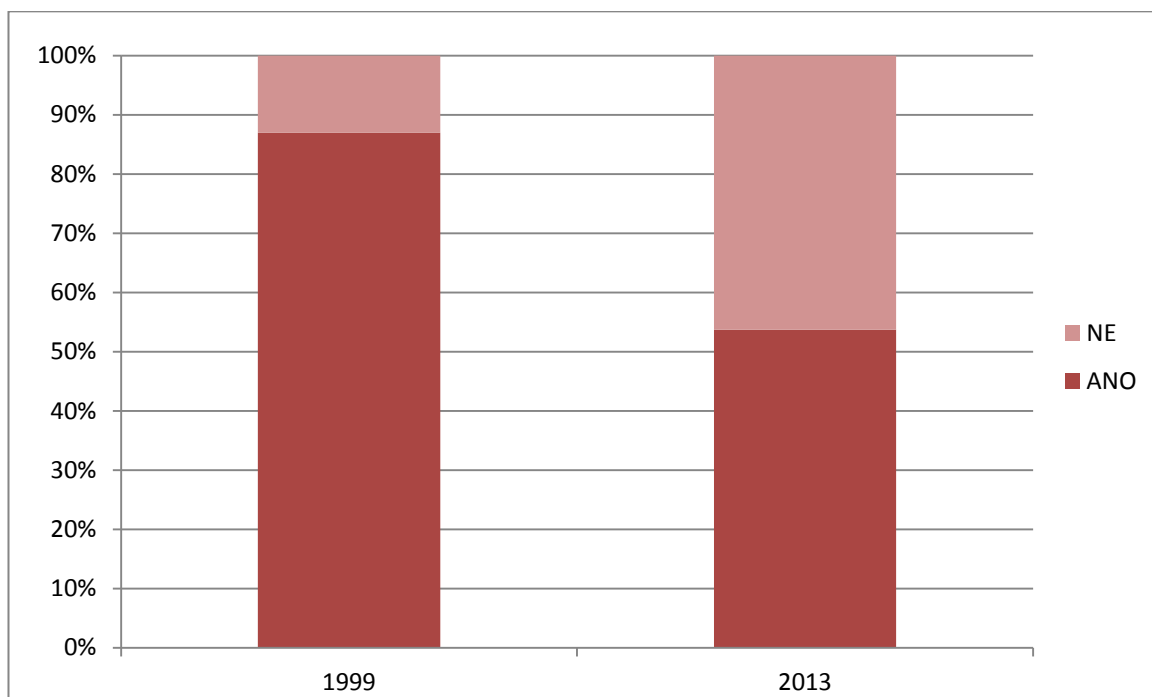


Obrázek 16 - Srovnání povědomí o významu slova „Hospic“

V roce 2013 celkem 343 (tj.85,75%) dotázaných respondentů zodpovědělo, že se subjektivně domnívají, že znají význam slova Hospic. Jen 57 (tj.14,25%) dotazovaných zodpovědělo, že neví, co tento pojem znamená.

V roce 1999 se domnívalo 56% respondentů, že zná význam slova hospic, zbytek (tj. 44%) uvedl, že tento význam nezná.

2. Povědomí o tom, že zařízení hospicového typu v Plzni existuje

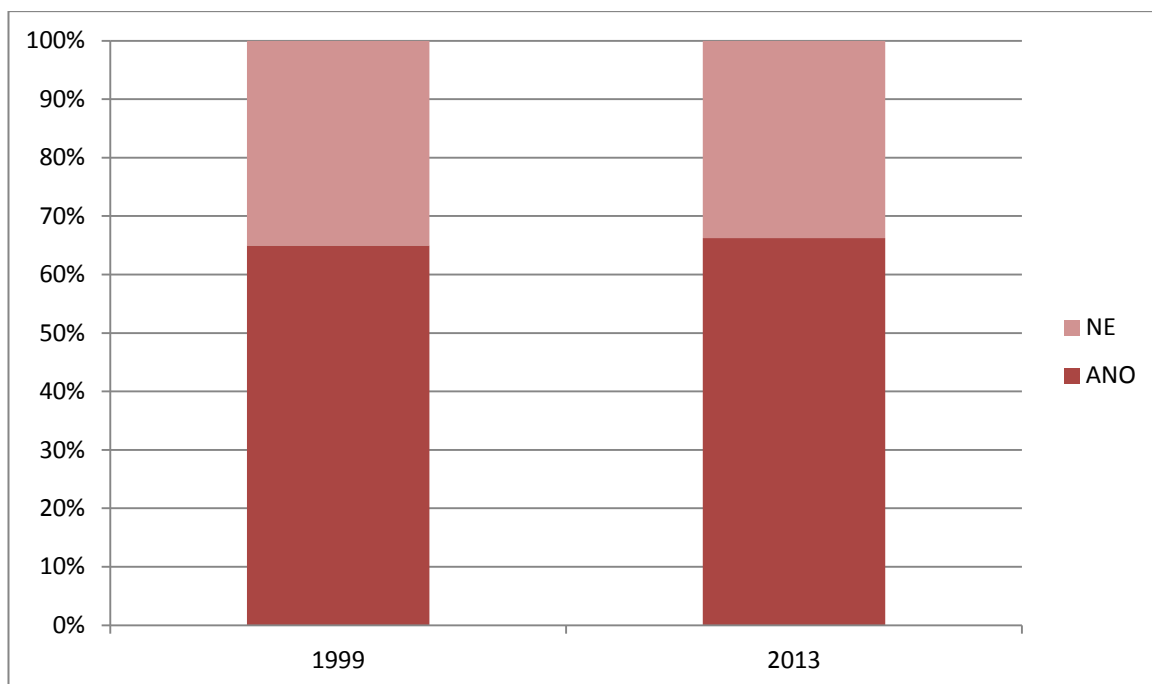


Obrázek 17 - Srovnání povědomí o tom, že zařízení hospicového typu existuje v Plzni

V roce 2013 celkem 215 dotázaných (tj. 53,75%) respondentů vědělo, že v Plzni hospic existuje. Zbytek respondentů, 185 (tj. 46,25%), o existenci plzeňského hospice nevěděl.

V roce 1999 odpovědělo 87% dotazovaných, že ví o existenci hospice v Plzni. O tom že hospic v plzni existuje, nevěděl pouze 13% dotázaných.

3. Ochota respondentů využít hospic v případě potřeby pro své blízké

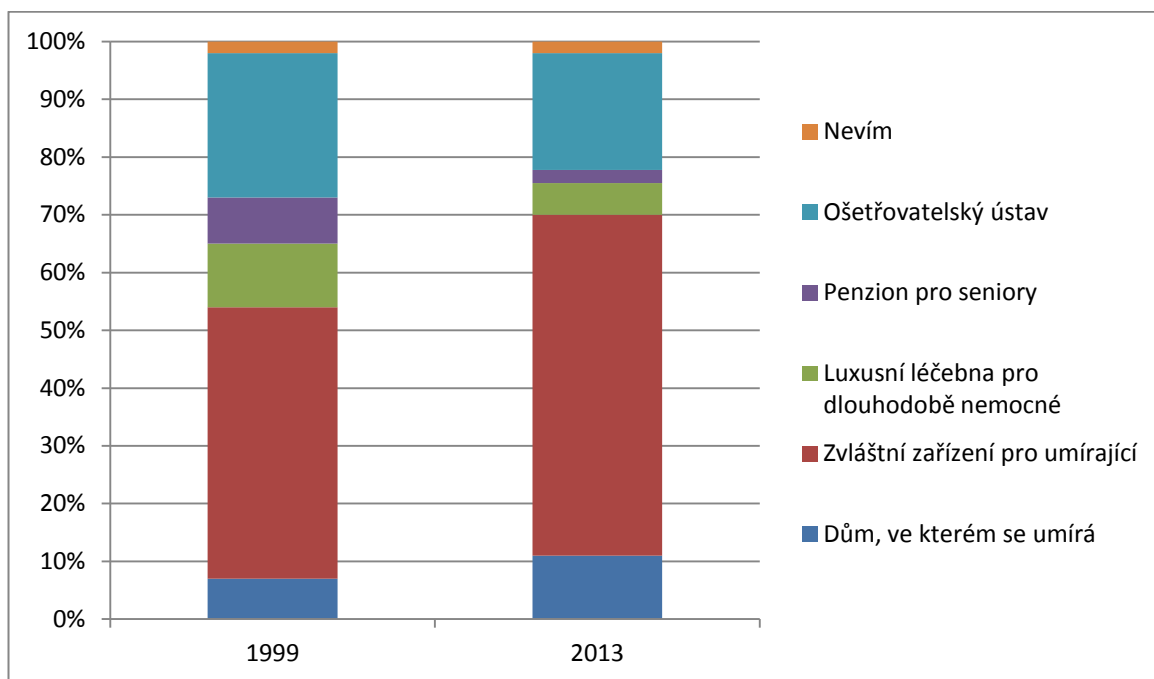


Obrázek 18 - Srovnání ochoty respondentů využít hospic v případě potřeby pro své blízké

V roce 2013 nadpoloviční většina dotazovaných (265, tj.66,25%) uvedla, že by služeb hospice v případě potřeby pro své blízké využila, na druhou stranu ale poměrně velké množství respondentů však využití hospicových služeb odmítlo (135, tj. 33,75%).

V roce 1999 byly výsledky podobné, 63% dotazovaných uvedlo, že by v případě potřeby hospicových služeb pro své blízké využilo, 33% dotazovaných uvedlo, že nikoli.

4. srovnání toho, co si respondent pod pojem „Hospic“ představuje



Obrázek 19 - Srovnání toho, co si respondent pod pojem „Hospic“ představuje

V roce 2013 nejvíce respondentů správně odpovědělo, že si pod pojmem hospic představují zvláštní zařízení pro umírající, konkrétně tak odpovědělo 236 dotázaných (tj. 59%). Druhou nejčastější odpovědí byl ošetrovatelský ústav, 81 dotázaných (tj. 20,25%) se domnívá, že je to hlavním posláním hospice. 44 dotázaných (tj. 11%) označilo hospic za dům, ve kterém se umírá, 22 respondentů (tj. 5,5%) se domnívá, že jde o luxusní léčebnu pro dlouhodobě nemocné. Devět dotázaných (tj. 2,25%) si pak myslí, že se jedná o ekvivalent penzionu pro seniory a jen osm dotázaných (tj. 2%) neumělo na tuto otázku odpovědět a zvolili odpověď neví.

V roce 1999 odpovědělo rovněž nejvíce respondentů (47%), že se jedná o zvláštní zařízení pro umírající. Druhou nejčastější odpovědí byl ošetrovatelská ústav (25%) a dále luxusní léčebna pro dlouhodobě nemocné (11%). Nejméně respondentů (8%) zvolilo odpověď penzion pro seniory a zbytek (2%) zvolil odpověď neví.

12 Vyhodnocení výzkumu

V této kapitole své diplomové práce se pokusím shrnout výsledky provedeného výzkumu. Cílem bylo zjistit míru informovanosti veřejnosti v Plzni a okolí o tom, co je hospicová péče, zjistit míru informovanosti veřejnosti o poskytování hospicové péče v Plzni a jejich ochotu využívat tyto služby v případě potřeby a porovnání získaných výsledků s podobným výzkumem provedeným v roce 1999.

Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek pro tento výzkum čítal celkem 400 respondentů. Ti byli rozděleni do dvou kategorií podle věku. První kategorii 18 – 45 let (včetně) tvořilo celkem 273 dotazovaných (tj. 68, 25 %), druhou kategorii 46 a více let tvořilo celkem 127 respondentů (tj. 31,75%).

Dalším dělicím kritériem respondentů bylo jejich pohlaví. Ve výzkumu bylo větší zastoupení žen (253, tj. 63,25%), mužů zodpovědělo dotazník celkem 147 (tj. 36,75%). Větší zastoupení žen ve výzkumném vzorku je způsobeno patrně větší ochotou žen vyplňovat dotazníky.

Podstatným kritériem rozdělení respondentů bylo jejich vzdělání. Z celkového počtu respondentů mělo 17 osob základní vzdělání (tj.4,25%), vyučeno bylo 35 osob (tj.8,75%), nejvíce zastoupena byla skupina se středoškolským vzděláním, konkrétně 199 osob (tj.49,75%) a vysokoškolsky vzdělaných bylo 149 osob (tj. 37,25%). Větší zastoupení středoškoláků a vysokoškoláků v testovaném vzorku je způsobeno pravděpodobně způsobem šíření dotazníků mezi potenciální respondenty v sociálním prostředí, ve kterém se výzkumník pohybuje a kde je v drtivé většině zastoupeno obyvatelstvo se středoškolským a vysokoškolským vzděláním. Pro testování hypotéz bylo vzdělání sloučeno pouze do dvou kategorií a to vysokoškolské vzdělání a nižší vzdělání než vysokoškolské. Podle výsledků sčítání lidu z roku 2011, tvoří vysokoškolsky vzdělané obyvatelstvo v kategorii 15 a více let pouhých 13,3 % obyvatelstva ČR.⁷² Výsledky testování stanovených hypotéz mohou být proto do značné míry zkresleny složením výzkumného vzorku.

⁷² <<http://www.scitani.cz/>> [citováno: 16. 3. 2013]

Informovanost veřejnosti v Plzni a okolí o tom, co je hospicová péče

Celkem 343 (tj.85,75%) dotázaných respondentů zodpovědělo, že se subjektivně domnívají, že znají význam slova Hospic. Jen 57 (tj.14,25%) dotazovaných zodpovědělo, že neví, co tento pojem znamená. Zároveň nejvíce respondentů správně odpovědělo, že si pod pojmem Hospic představují zvláštní zařízení pro umírající (236, tj. 59%). Druhou nejčastější odpovědí byl ošetrovatelský ústav (81, tj.20,25%). 44 dotázaných (tj. 11%) označilo hospic za dům, ve kterém se umírá, 22 respondentů (tj. 5,5%) se domnívá, že jde o luxusní léčebnu pro dlouhodobě nemocné. Devět dotázaných (tj. 2,25%) si pak myslí, že se jedná o ekvivalent penzionu pro seniory a jen osm dotázaných (tj. 2%) neumělo na tuto otázku odpovědět a zvolili odpověď nevim.

Většina respondentů sice odpověděla, že se subjektivně domnívají, že ví, co slovo „hospic“ znamená, z těchto 343 dotazovaných osob, ale jen 223 dotázaných (tj. 65%) odpovědělo správně, že se jedná o zvláštní zařízení pro umírající. K tomu můžeme ještě přiřadit odpovědi s negativním nádechem domu, ve kterém se umírá (37, tj. 10,8%). A zbytek, tedy 83 respondentů (tj. 24,2%) se domnívá, že hospic poskytuje zcela odlišné služby než tomu ve skutečnosti je (19 respondentů – luxusní léčebna pro dlouhodobě nemocné; 4 respondenti – penzion pro seniory; 60 respondentů – ošetrovatelský ústav). Téměř čtvrtina respondentů, kteří se domnívají, že ví, co hospic představuje, se ve skutečnosti mylí.

Vzhledem k tomu, že 236 osob (tj. 59%) odpovědělo správně, že hospic je zvláštní zařízení pro umírající a 44 dotázaných (tj. 11%) zvolilo odpověď s negativním nádechem a označilo hospic za dům, ve kterém se umírá, tak 70% všech dotazovaných má určité povědomí o službách, které hospic poskytuje. Srovnáme-li tyto výsledky s výzkumem provedeným v roce 1999, tak zjistíme, že tehdy mělo jen 52 % dotazovaných jisté povědomí o tom, jaké služby hospic poskytuje (47% - zvláštní zařízení pro umírající; 7% dům, ve kterém se umírá). V roce 1999 se domnívalo 56% respondentů, že zná význam slova hospic, zbytek (tj. 44%) uvedl, že tento význam nezná.

Jak se tedy dalo očekávat, povědomí o hospicové péči se, podle výsledků výzkumu, zvýšilo. Stále je tady ale velká rezerva ve vzdělávání veřejnosti o hospicových službách. Zdá se, že většina lidí už někdy o hospicích slyšela, ale mohou mít zcela mylnou představu o tom, jaké služby poskytují a komu jsou tyto služby určeny.

Zajímavé je také zjištění, kde respondenti získali informace o hospicové péči. Nejvíce respondentů (94, tj. 23,5%) uvádějí, že žádné informace nezískali a mnoho o hospicové péči nevědí. Stejný počet respondentů uvedl, že základní informace získaly především od svých známých. Z odborné literatury získalo informace 13 osob (tj. 3,25%). Čtyřicet osob (tj. 10%) uvádí, že informace načerpaly z běžného tisku. Z internetu, rozhlasu či televize získalo základní informace o hospicové péči 61 respondentů (tj. 15,25%). Od lékaře získalo povědomí o možnostech hospicové péče pouze 8 lidí (tj. 2%). Sedmdesát dva (tj. 18%) respondentů uvádí, že své znalosti o hospici získali jinde. Tyto osoby uváděli nejčastěji, osobní zkušenost v rodině nebo u blízkých známých a informace získané ve škole či v práci. Z takto rozdělených informací vyplývá, že i tato forma jde podpořit tím, že se mezi obyvatele budou šířit informace jinou cestou, například běžným tiskem nebo na internetu. V tomto roce slaví Hospic sv. Lazara v Plzni patnáctileté výročí založení, a proto chystá několik akcí, včetně Dne otevřených dveří. Bylo připraveno také mnoho informačních materiálů o hospici. Z vlastní zkušenosti vím, že o tyto materiály je velký zájem, ale jejich distribuce je velmi nákladná. Myslím, že velkým přínosem pro informovanost veřejnosti v Plzni by bylo uspořádání charitativního koncertu pro Hospic sv. Lazara v Plzni. Bohužel se dosud žádný takový koncert v Plzni neuskutečnil. Několik podobných koncertů bylo uskutečněno v Praze Asociací poskytovatelů hospicové péče, což bylo jistě velkým přínosem pro získání finančních prostředků, ale uskutečnění podobné akce v Plzni, by mimo jiné mělo i značný informační charakter. Velký nedostatek také spatřuje v nedostatečné ochotě praktických lékařů informovat o hospicových službách, ať už letákovou formou ve svých ordinacích nebo přímo poskytováním informací potřebným pacientům.

Poměrně jasno mají respondenti v tom, zda je či není hospic církevní zařízení, které slouží jen věřícím osobám. Pouze 7 respondentů (tj. 1,75%) se domnívá, že hospic je zařízení poskytující služby pouze věřícím pacientům. Celkem 51 respondentů (tj. 12,75%) se domnívá, že hospic je zařízení, které slouží nikoli výlučně, ale převážně, věřícím pacientům. Zbytek dotazovaných (342, tj. 85,5%) se domnívá, že hospicové zařízení slouží všem potřebným osobám, bez ohledu na jejich náboženské vyznání. Většina dotazovaných se tedy domnívá, že hospic je zařízení, které své služby poskytuje všem potřebným, bez ohledu na to, jakého jsou vyznání či jestli jsou věřící.

Většina respondentů považuje hospicové služby za rozšířené v rámci České Republiky. Většina (304; 76%) odhaduje, že v ČR je v současnosti provozováno více než 5 hospiců.

Celkově si ovšem respondenti myslí, že veřejnost není dostatečně informovaná o službách, které hospice poskytují. Nejvíce respondentů, přesněji 192 (tj. 48%), si myslí, že veřejnost je obeznámena jen částečně s tím, co znamená hospicová péče. Negativně informovanost veřejnosti hodnotilo 174 respondentů (tj. 43,5%). Zbýlých 34 dotázaných (tj. 8,5%) si myslí, že informovanost veřejnosti je dostatečná.

Informovanost veřejnosti o poskytování hospicové péče v Plzni

V roce 2013 celkem 215 dotázaných (tj. 53,75 %) respondentů vědělo, že v Plzni hospic existuje. Zbytek respondentů, 185 (tj. 46,25%), o existenci plzeňského hospice nevěděl.

V roce 1999 odpovědělo 87% dotazovaných, že ví o existenci hospice v Plzni. O tom že hospic v Plzni existuje, nevěděl pouze 13% dotázaných.

Jak je již zmíněno v teoretické části této práce, Hospic sv. Lazara zahájil svojí činnost v roce 1998, dnes funguje tedy skoro patnáct let. Dalo by se očekávat, že informovanost veřejnosti o tom, zda hospic v Plzni existuje, se po tak dlouhé době fungování zvýší. Z výsledků dotazníkového šetření, ale vyplývá opak. Podle současného výzkumu vědělo o existence hospice v Plzni téměř 54% dotazovaných, kdežto v roce 1999 o hospici slyšelo 87% dotazovaných, přičemž tehdejší výzkum byl prováděn 13 měsíců po zahájení provozu Hospice sv. Lazara.

Po zvážení okolností provázejících zřízení Hospice sv. Lazara ve Sladkovského ulici v Plzni, jako obrovský odpor obyvatel sousedících domů, sepisování petice a podání žaloby na ochranu vlastnických práv a dále velká medializace otevření jednoho z prvních Hospiců v České Republice, vyvozují, že vysoký míra informovanosti o existenci hospice v Plzni v roce 1999 byla způsobena právě těmito doprovodnými okolnostmi. Nepřikládám proto velkému rozdílu výsledků výzkumů význam klesání informovanosti obyvatel Plzně a okolí o hospicové péči, ale pouze předpokládám úbytek informací v médiích. Vzhledem k tomu, že se již nejedná o nové zařízení a ani toto zařízení neprovází žádné doprovodné kauzy, týkají se informace v médiích pouze hospicové péče samé. A tyto informace přirozeně neosloví tak velké množství obyvatel.

Výsledky tohoto výzkumu jsou samozřejmě závislé i na složení výzkumného vzorku. Podle věku byly respondenti rozděleny do dvou kategorií. Výzkumu se zúčastnilo 273 respondentů (tj. 68,25 %) ve věkové kategorii 20 - 45 let a 127 respondentů (tj. 31,75%) ve věkové kategorii 46 a více let. V závislosti na věku respondenta byla stanovena hypotéza H_1 : Povědomí o hospicové péči je závislé na věku respondenta. Tato hypotéza byla testována

pomocí metody Test nezávislosti Chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Takto stanovenou hypotézu jsme potvrdili a přijali jsme jí pro účely této práce. Vzhledem k tomu, že je tedy povědomí o hospicové péči závislé na věku respondenta, může být výsledek šetření zkreslen tím, že ve výzkumném vzorku převládají respondenti ve věkové kategorii do 45 let.

Druhá stanovená hypotéza H_2 : Povědomí o hospicové péči nezávisí na stupni vzdělání, byla také zamítnuta a předpokládáme závislost povědomí o hospicové péči na vzdělání respondenta. V tomto ohledu mohou být výsledky testu také zkresleny, protože nedisponujeme rovnoměrným zastoupením v jednotlivých kategoriích vzdělání respondentů.

Ochota respondentů využívat hospicové služby v případě potřeby

Drtivá většina respondentů, přesněji 383 (tj.95,75%), vyslovila názor, že hospicové zařízení je prospěšné. Pouhých 17 dotazovaných (tj. 4,25%) toto zařízení označilo za zbytečné.

Přesto pouze 265 dotazovaných (tj.66,25%) uvedlo, že by služeb hospice v případě potřeby pro své blízké využilo, velké množství respondentů však využití hospicových služeb odmítlo (135, tj. 33,75%). Tento výsledek je pravděpodobně ovlivněn nedostatečnou informovaností o tom, jaké služby hospicové zařízení svým klientům poskytuje. Na základě tohoto výzkumu bylo zjištěno, že pouze 70% všech dotazovaných má určité povědomí o službách, které hospic poskytuje. Dá se předpokládat, že právě proto, že řada respondentů si myslí, že hospic poskytuje podobné služby jako penzion pro seniory (2,25%), léčebna dlouhodobě nemocných nebo ošetřovatelský ústav (25,75%) a řada lidí vnímá podobná zařízení negativně a umístění svých blízkých do podobného zařízení vnímají jako své selhání, dá se předpokládat, že právě proto je ochota respondentů využívat hospicových služeb poměrně nízká.

V roce 1999 byly výsledky ochoty respondentů využít v případě potřeby hospicové služby podobné, 63% dotazovaných uvedlo, že by v případě potřeby hospicových služeb pro své blízké využilo, 33% dotazovaných uvedlo, že nikoli.

Vzhledem k tomu, že Hospic sv. Lazara v Plzni má během celého roku většinu lůžek obsazených a Fakultní nemocnice v Plzni chystá otevření Paliativní kliniky při Onkologickém ústavu, dá se předpokládat, že jsou hospicové a paliativní služby v Plzeňském kraji potřebné a žádané.

V kapitole 2 teoretické části se můžeme dočíst, že vnímání smrti prošlo v průběhu staletí značným vývojem a dnes je toto téma poměrně tabuizované. Lidé nevědí, jak se mají v přítomnosti umírajícího chovat a na smrtelnost nechtějí raději ani pomyslet. Právě proto asi většina respondentů uvedla, že si nedokáže představit, že by v zařízení jako je hospic pracovali, takto odpovědělo 309 dotazovaných (tj. 77,25%). Pouhých 92 respondentů (tj. 22,75%) si dokáže představit, že by v takovém zařízení pracovalo.

Z důvodu strachu ze smrti a vytěsnění smrti z životů lidí pramenili i protesty proti výstavbě Hospice sv. Lazara v Plzni. V dotazníku byla umístěna otázka reagující právě na tento odpor veřejnosti proti výstavbě hospice v blízkosti jejich bydliště. Celkem 345 dotázaných (tj. 86,25%) odpovědělo, že by jim nevadilo, kdyby byl hospic postaven v těsné blízkosti jejich bydliště. Opačně na tuto otázku zodpovědělo 55 respondentů (tj. 13,75%). Tato otázka byla do dotazníku umístěna pouze jako otázka doplňková, protože se dá předpokládat, že respondenti buď neodpoví pravdivě, nebo by v případě reálné možnosti výstavby hospice v blízkosti jejich bydliště zareagovali zcela jinak, než se teď domnívají, zvláště v důsledku skupinového ovlivnění od dalších sousedů.

Výsledky testování hypotéz

První hypotéza sloužila k zjištění závislosti informovanosti o hospicové péči na věku respondenta. Předem byl stanoven předpoklad, že jedna z kategorií bude výrazněji informována o hospicové péči. Mladší generace je sice častěji více vzdělaná a informovaná díky využívání moderních informačních systémů, starší generace má zase více zkušeností a pravděpodobně se statisticky více setkává s fenoménem smrti a tudíž i potřebou využívání hospicových služeb.

Pro zpracování této hypotézy byly využity údaje z dotazníkové otázky č. 1 - věk respondentů a otázky č. 4 - povědomí o významu slova hospic. V otázce číslo jedna byli respondenti rozděleni do dvou kategorií podle věku. První skupinu tvořili respondenti starší 20 let do věku 45 let a druhou skupinu tvořili respondenti starší 46 let. V otázce číslo čtyři měli respondenti na výběr ze dvou možností. Na otázku, zda vědí, co znamená pojem hospic, mohli odpovědět ano nebo ne.

Po provedení statistických výpočtů přijímáme hypotézu H_A : Povědomí o hospicové péči je závislé na věku respondenta.

Z výsledků tohoto výzkumu tedy vyvozujeme, že povědomí o hospicové péči je závislé na věku respondenta.

Druhá hypotéza slouží k určení závislosti mezi informovaností respondenta a stupněm jeho vzdělání. Dá se předpokládat, že respondenti s vyšším vzděláním budou mít větší všeobecný rozhled, budou se zajímat o celospolečenské problémy a díky přístupu k moderním informačním systémům se v této problematice budou i více orientovat. Zároveň ale musíme opět počítat s lidskou zkušeností, která je zcela nezávislá na vzdělání respondenta.

Pro zpracování této hypotézy byly využity údaje z dotazníkové otázky č. 3 nejvyšší dosažené vzdělání respondentů a otázky č. 4 povědomí o významu slova hospic. Údaje zjištěné v otázce č. 3 byly sloučeny do dvou kategorií, testováno bylo vysokoškolské vzdělání oproti ostatním kategoriím s nižším vzděláním. Údaje získané z otázky č. 4 byly rozděleny jako v první hypotéze.

Po provedení statistických výpočtů přijímáme hypotézu H_A : Povědomí o hospicové péči je závislé na vzdělání respondenta.

Z výsledků tohoto výzkumu tedy vyvozujeme, že povědomí o hospicové péči je závislé na vzdělání respondenta. Zároveň si ale musíme uvědomit, že nám chybí dostatečně velký soubor respondentů s nižším vzděláním.

Shrnutí praktické části

Cílem diplomové práce bylo zjistit míru informovanosti veřejnosti v Plzni a okolí o tom, co je hospicová péče, zjistit míru informovanosti veřejnosti o poskytování hospicové péče v Plzni a jejich ochotu využívat tyto služby v případě potřeby a porovnání získaných výsledků s podobným výzkumem provedeným v roce 1999. Výzkumný vzorek čítal 400 respondentů s převážně středoškolským a vysokoškolským vzděláním. Ve vzorku převažovali respondenti do 45 let.

Na základě výzkumu bylo zjištěno:

- 86 % dotázaných se domnívá, že ví jaký význam má slovo „Hospic“
- Z toho 76 % respondentů ví, jaké služby hospic poskytuje
- Téměř ¼ respondentů, kteří se domnívají, že znají význam slova hospic, se mýlí
- V roce 1999 se domnívalo 56% respondentů, že zná význam slova hospic. V roce 2013 došlo k nárůstu o 30 %

- Informace o hospicové péči se nejvíce šíří mezi lidmi v běžném styku (24%)
- Více jak polovina respondentů věděla, že v Plzni hospic existuje. V roce 1999 o existenci hospice vědělo 87% dotázaných
- Drtivá většina respondentů si myslí, že zařízení je prospěšné, a více jak polovina by využila jeho služeb v případě potřeby pro své blízké
- Na základě testovaných hypotéz vyvozujeme, že povědomí o hospicové péči je závislé na věku respondenta i na výši jeho vzdělání

13 Závěr

Smrt a umírání, budou pravděpodobně děsit lidské bytosti navždy, a to bez ohledu na jejich víru. Pozitivním vývojem by ale nebylo tento strach zcela odstranit, nebylo by to ani přirozené. Ideálním stavem by bylo odstranění strachu z umírajících. Rodina a blízcí by měli stát po boku umírající milované osoby a pomáhat jí zvládnout toto nejtěžší stádium lidského života. Bohužel z literatury i provedeného výzkumu vyplývá, že strach z blízkosti umírajících je v současnosti stále značný.

Povědomí o hospicové péči se, podle výsledků výzkumu, zvýšilo. Stále je tady ale velká rezerva ve vzdělávání veřejnosti o hospicových službách. Zdá se, že většina lidí už někdy o hospicích slyšela, ale mohou mít zcela mylnou představu o tom, jaké služby poskytují a komu jsou tyto služby určeny.

Je potřeba stále veřejnost vzdělávat a informovat o hospicových službách a jejich možnostech. Vhodnou formou jsou propagační materiály a informační letáky umístěné v ordinacích praktických lékařů, kde jsou podle výzkumů značné informační nedostatky. Prospěšné by byly jistě i kulturní charitativní akce, jako například charitativní koncert, které by přilákaly množství veřejnosti z Plzně a okolí a touto příjemnou formou by poskytly informace o hospicovém zařízení a zároveň poskytly možnost příjemně strávit volný čas.

Mně nezbyvá než doufat, že v tomto směru dojde k pozitivnímu vývoji a lidé budou mít opravdu možnost „dobrého umírání“, v žádném případě tím ale nemyslím eutanazii, ale umírání doma nebo v hospici, ve společnosti svých milovaných.

14 Anotace

Téma mé práce je Hospicová péče se zaměřením na Hospic sv. Lazara v Plzni. Diplomová práce se skládá z teoretické části, ve které se věnuji obecně tématu smrti a umírání, historickému vývoji nahlížení na tuto problematiku, paliativní a hospicové péči a okolnostem vzniku prvních hospiců na území naší republiky. Samostatná kapitola je věnována Hospici sv. Lazara, jeho vzniku a fungování. Pro úplnost tématu jsem do práce zařadila i kapitolu o eutanazii. Praktická část je pak věnována kvantitativnímu výzkumu, jehož cílem je zjistit míru informovanosti veřejnosti v Plzni a okolí o tom, co je hospicová péče, zjistit míru informovanosti veřejnosti o poskytování hospicové péče v Plzni a jejich ochotu využívat tyto služby v případě potřeby a porovnání získaných výsledků s podobným výzkumem provedeným v roce 1999.

15 Summary

The topic of my diploma thesis is hospice care and it is concerned more precisely on the Hospice of St Lazar in Plzen. The diploma thesis contains two major parts, the theoretical one and the practical one; both of them are further divided into several chapters. The theoretical part deals with the topic of death and dying in general, the historical development of perception of this issue, palliative and hospice care, and also the origin of the first hospices in the Czech Republic. As it has been already mentioned, the thesis is concerned on the Hospice of St Lazar in Plzen so a separate chapter dealing with its origin and work is contained in the thesis. To cover all the topic of death and dying, a chapter about euthanasia is included in my diploma thesis. The practical part of the thesis is concerned on the quantitative research. The aim of this research is to discover two main issues. The first question to answer is how much the society in Plzen is informed about providing hospice care in Plzen. Secondly, the research should obtain data about people willingness to use this service if it would be necessary. Finally, results of this research are compared to similar research realized in 1999.

16 Bibliografie

Seznam literatury

BECK, Eleonore, BARTH, Bradi. *VĚŘÍM: malý katolický katechismus*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001, s. 155. ISBN 80 – 7192 – 509 – 8.

Bible svatá, Praha: Knižní klub, 2007. ISBN 978 – 80 – 242 – 1692 – 2.

DOLEŽALOVÁ, Jana. *Kvalita života umírajících osob v hospicové péči*. Brno, 2007, [21.10.2012], dostupné na : http://is.muni.cz/th/65045/ff_m/, Diplomová práce, Masarykova univerzita

ELIAS, Norbert. *O osamělosti umírajících*. 1. Praha : Nakladatelství Franze Kafky, 1998. 66 s. ISBN 80-85844-39.

GERYLOVOVÁ, Anna, HOLCÍK, Jan. *Úvod do statistiky*. 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 31 s. ISBN 80-210-2301-5.

GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. Jihočeská univerzita, České Budějovice, 1998. ISBN 80-7040-286-5

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1994. s. 231. ISBN 80 – 85824 – 03 – 5

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Rub života – líc smrti*. Praha: Orbis, 1975. s. 176

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Spoutaný život*. Praha: 3. LF UK. 1991. s. 331

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000. s. 191. ISBN 80 – 7262 – 034 – 7

Hospice Information Service. *Annual Directory of Hospice and Palliative Care Services*. London: St. Christopher's Hospice, 1997. p.iii.

- HUNEŠ, Robert. *Hospic – sociální fenomén moderní společnosti*. Bratislava, 2008, [21.10.2012], dostupné na: http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/Hunes_HOSPIC-SOCIALNI_FENOMEN_MODERNI_SPOLECNOSTI.pdf, Rigorózní práce, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžběty
- CHRÁSTKA, Miroslav. *Empirická pedagogická šetření a jejich statistické vyhodnocování*. Olomouc: 1986.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991. s. 128
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. s. 95. ISBN 80 - 85495 - 43 - 0
- KÜBLER - ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání*. [překl.] Královec Jiří a agentura Lingua. 1. vyd. Turnov: Arica, 1993. 252 s. ISBN 80-900134-6-5.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing, 2005. s. 108. ISBN 80 - 247 - 1025 - 0
- MUNZAROVÁ, Marta. *Proč NE eutanazii: aneb Být, či nebýt?* Praha: Ecce Homo, 2008. s.87. ISBN 978 - 80 - 7195 - 258 - 9.
- REDBRUCH, Lukas, PAYNE, Shella. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny*, [21.1.2013], dostupné na: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=KX9ABbM7y4c%3d&tabid=736>.
- SAUNDERS, C. *Founder.Hospice Movement: selected Letters 1959-1999*, Oxford: University Press, 2002. ISBN 0-19-851607-X
- STUDENT, Johann-Christoph; MÜHLUM, Albert; STUDENT, Ute. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1.vyd. Jinorčany : H&H, 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1.
- SVATOŠOVÁ, M. *O naději s Marií Svatošovou*. Kostelní Vydří, Karmelitánské nakladatelství, 2003. ISBN 80-7192-833-X
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo, 1995. ISBN 80-902049-0-2.

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospicová péče v ČR. Čeho jsme dosáhli a kam směřujeme? *Ošetřovatelství. Teorie a praxe moderního ošetřovatelství*. Hradec Králové: UK, ISSN 1212-723X, 2006, sv. VIII, stránky 9-10.

TAVEL, Petr. *Smysl života – podle Viktora Emanuela Frankla*. 1. vydání. Praha; Kroměříž: Triton, 2007. Psyché. S. 304. ISBN 80-7254-915-4.

VÁCHA, Marek, Orko. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*. Brno: Cesta, 2008, ISBN: 978 – 80 – 7295 – 104 – 8.

VIRT, Günter. *Žít až do konce*. Praha: Vyšehrad, 2000. s. 96. ISBN 80 – 7021 – 330 – 2.

VOKURKA, Martin, HUGO, Jan. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 2000, s. 490, ISBN 80 – 85912 – 38 – 4.

Výroční zpráva za rok 2011, Hospic sv. Lazara v Plzni, [21.1.2013], dostupná na: <http://www.hsl.cz/cs/3vz/3vz2011.pdf>.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Internetové zdroje

Zahraniční zdroje

<<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>> [citováno: 10.11.12]

<<http://www.stchristophers.org.uk/about/history>> [citováno: 21.10.2012]

<<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=KX9ABbM7y4c%3d&tabid=736>> [citováno: 21.10.2012]

České zdroje

<<http://www.hospic.webpark.cz/smrt.htm>> [citováno: 28.1.2013]

<http://de.wikipedia.org/wiki/Christoph_Student> [citováno: 10.11.2012]

<<http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/hospice-v-cr/>> [citováno 4.11.2012]

<<http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/pravni-ramec-pro-hospice/>> [citováno: 4.11.2012]

<<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=KX9ABbM7y4c%3d&tabid=736>> [citováno: 10.11.2012]

<<http://prolife.cz/?a=4&id=1615>> [citováno: 2.2.2013]

<<http://www.scitani.cz/>> [citováno: 16.3.2013]

Seznam tabulek

Tabulka 1 - seznam lůžkových Hospiců v ČR	26
Tabulka 2 - Věk respondentů	48
Tabulka 3 - Pohlaví respondentů.....	50
Tabulka 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání.....	51
Tabulka 5 - Znalost významu slova „Hospic“	52
Tabulka 6 - Pojem „Hospic“ představuje.....	53
Tabulka 7 - Povědomí o existenci hospice v Plzni	55
Tabulka 8 - Informace o hospici	56
Tabulka 9 - Je veřejnost dobře informována o hospicové péči?	58
Tabulka 10 - Názor veřejnosti na prospěšnost zařízení.....	59
Tabulka 11 - Využil by respondent hospic pro své blízké v případě potřeby?	60
Tabulka 12 - Umíte si představit, že byste pracoval/a v zařízení hospicového typu?.....	61
Tabulka 13 - Je hospic církevní zařízení, a tudíž je určen jen pro věřící osoby?.....	62
Tabulka 14 - Kolik je hospiců v ČR?	64
Tabulka 15 - Vadilo by respondentovi, kdyby byl hospic postaven v těsné blízkosti jeho bydliště?	65
Tabulka 16 - Kontingenční tabulka č. 1 – skutečná četnost	66
Tabulka 17 Kontingenční tabulka č. 2 – očekávaná četnost	66
Tabulka 18 - Kontingenční tabulka č. 3 – skutečná četnost	67
Tabulka 19 - Kontingenční tabulka č. 4 – očekávaná četnost	68

Seznam obrázků

Obrázek 1 - Lůžkové hospice v ČR	27
Obrázek 2 - Věk respondentů.....	49
Obrázek 3 - Pohlaví respondentů.....	50
Obrázek 4 - Vzdělání respondentů.....	51
Obrázek 5 - Znalost významu slova „Hospic“	52
Obrázek 6 - Pojem „Hospic“ představuje.....	53
Obrázek 7 - Povědomí o existenci hospice v Plzni.....	55
Obrázek 8 - Informace o hospici.....	57
Obrázek 9 - Je veřejnost dobře informována o hospicové péči?	58
Obrázek 10 - Názor veřejnosti na prospěšnost zařízení.....	59
Obrázek 11 - Využil by respondent hospic pro své blízké v případě potřeby?	60
Obrázek 12 - Umíte si představit, že byste pracoval/a v zařízení hospicového typu?	61
Obrázek 13 - Je hospic církevní zařízení, a tudíž je určen jen pro věřící osoby?	62
Obrázek 14 - Kolik je hospiců v ČR?.....	64
Obrázek 15 - Vadilo by respondentovi, kdyby byl hospic postaven v těsné blízkosti jeho bydliště? ...	65
Obrázek 16 - Srovnání povědomí o významu slova „Hospic“	69
Obrázek 17 - Srovnání povědomí o tom, že zařízení hospicového typu existuje v Plzni.....	70
Obrázek 18 - Srovnání ochoty respondentů využít hospic v případě potřeby pro své blízké	71
Obrázek 19 - Srovnání toho, co si respondent pod pojem „Hospic“ představuje	72

Seznam příloh

Příloha 1 - Dotazník	91
Příloha 2 - Souhlasím se zapůjčováním diplomové práce.....	93

Příloha 1 - Dotazník

Dobrý den, prosím Vás o vyplnění dotazníku, který slouží k zmapování povědomí obyvatel Plzně a okolí o hospicových službách a jejich ochoty tyto služby v případě potřeby využívat. Dotazník je anonymní a výsledky budou zpracovány v mé Diplomové práci. Prosím zaškrtněte vždy jen jednu odpověď.

Děkuji za Váš čas

Bc. Kateřina Žihlová

Dotazník „Hospicová péče“

Věk:..... vzdělání: základní / vyučen(a) / SŠ / VŠ muž /
žena

1) Znáte význam slova „Hospic“ ?

- a. Ano b. Ne

2) Víte, že toto zařízení existuje v Plzni?

- a. Ano b. Ne

3) Co si pod pojmem „Hospic“ představujete?

- a. Dům, ve kterém se umírá
b. Zvláštní zařízení pro umírající
c. Luxusní léčebna pro dlouhodobě nemocné
d. Penzion pro seniory
e. Ošetrovatelský ústav
f. Nevím

4) Kde jste získal/a základní informace o hospici?

- a. Nezískal (mnoho o něm nevím)
b. Z odborné literatury
c. Z běžného tisku
d. Z rozhlasu, televize či internetu
e. Z informačních materiálů o hospici
f. Od známých
g. Od lékaře
h. Jinde:

- 5) Myslíte, že je veřejnost dobře obeznámena s tím, co znamená hospic?**
a. Ano b. Ne c. Částečně
- 6) Myslíte si, že toto zařízení je:**
a. Prospěšné b. Zbytečné
- 7) Využil/a byste služeb hospice pro své nejbližší?**
a. Ano b. Ne
- 8) Umíte si představit, že byste v takovém zařízení pracoval/a?**
a. Ano b. Ne
- 9) Domníváte se, že hospic je církevní zařízení a že je určen jen pro věřící?**
a. Ano
b. převážně
c. pro všechny
- 10) Kolik hospiců je v provozu v České republice?**
a. Jeden
b. Pět
c. Více
- 11) Vadilo by vám kdyby byl hospic postaven v těsné blízkosti Vašeho bydliště?**
a. Ano b. Ne

Příloha 2 - Souhlasím se zapůjčováním diplomové práce

Souhlasím se zapůjčováním diplomové práce a s jejím využitím ke studijním účelům.

V Plzni dne 31.3.2013

Bc. Kateřina Žihlová