

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Povědomí studentů speciální pedagogiky o hospicové péči v České republice

Awareness of special education students about hospice care  
in the Czech Republic

Markéta Porubová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Monika Mužáková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika (N7506)

Studijní obor: N SPPG (7506T002)

2018

Odevzdáním této diplomové práce na téma Povědomí studentů speciální pedagogiky o hospicové péči v České republice potvrzují, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzují, že tato práce nebyla využita k získání jiného, nebo stejného titulu.

Praha, 11. 7. 2018

Děkuji vedoucí mé práce paní PhDr. Mgr. Monice Mužákové, Ph.D., za vstřícný přístup a cenné rady, které mi během psaní práce poskytla. Dále bych ráda poděkovala paní PhDr. Tereze Hradilové, Ph.D. za umožnění přístupu do hodin, ve kterých jsem distribuovala některé dotazníky. Poděkování patří také studentům speciální pedagogiky, kteří se ochotně zapojili do dotazníkového šetření. V neposlední řadě bych chtěla velmi poděkovat své rodině a snoubenci za veškerou podporu, kterou mi věnovali během celé doby studia.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce s názvem „Povědomí studentů speciální pedagogiky o hospicové péči v České republice“ seznamuje čtenáře s problematikou hospiců a hospicové péče. Cílem teoretické části práce je definice základních pojmů, kterými jsou především hospic, hospicová péče, paliativní péče a formy hospicové péče. Jsou rozebrány také potřeby klienta a jeho rodiny v rámci hospicové péče. Podkapitoly jsou věnovány i Asociaci poskytovatelů hospicové paliativní péče, současné legislativě a financování v oblasti hospicové péče. Teoretická část práce je zakončena zmínkou o Programu „Podpora hospicové paliativní péče v České republice“. Výzkumná část práce je založena na kvantitativním šetření a jejím cílem je analyzovat znalosti studentů speciální pedagogiky o hospicové péči v České republice. Výsledky pak poukazují na to, že studenti mají základní povědomí o této problematice.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

hospic, hospicová péče, paliativní péče, klient, rodina, potřeba, smrt, umírání, student speciální pedagogiky, povědomí studentů, Česká republika

## **ABSTRACT**

The thesis „Awareness of special education students about hospice care in the Czech Republic“ introduces hospices and hospice care to its reader. The aim of its theoretical part is to define basic terms such as a hospice, hospice care, palliative care and forms of hospice care. Needs of a client and a client’s family are analysed within the scope of hospice care. Subchapters also deal with hospice care providers’ association, current legislation and financing in the field of hospice care. The thesis’ theoretical part concludes with a remark on the Programme “Support of hospice palliative care in the Czech Republic”. The research part is based on the quantitative survey and its aim is the analyzation of special education students’ knowledge of hospice care in the Czech Republic. Results shows that students have basic knowledge thereof.

## **KEYWORDS**

hospice, hospice care, palliative care, client, family, need, death, dying, special education student, student awareness , Czech Republic

## Obsah

Úvod .....	7
1 Thanatologie .....	9
1.1 Umírání .....	9
1.2 Smrt.....	11
2 Hospic.....	13
2.1 Vývoj hospicové péče v České republice .....	13
2.2 Paliativní péče.....	15
2.3 Hospicová péče .....	16
2.4 Dětský hospic.....	16
2.5 Formy hospicové péče .....	17
2.6 Kritéria pro přijetí a možnosti hospice .....	19
2.6.1 Žádost a svobodný informovaný souhlas .....	20
2.7 Potřeby klientů v hospicové péči .....	21
2.8 Rodina umírajícího .....	22
2.8.1 Potřeby rodiny .....	23
2.8.2 Zármutek.....	24
2.9 Tým v hospicové péči .....	25
2.10 Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče .....	28
2.11 Současná legislativa a financování v oblasti hospicové péče .....	29
2.11.1 Legislativa .....	29
2.11.2 Financování .....	30
2.12 Program „Podpora hospicové paliativní péče v České republice“ .....	32
3 Povědomí studentů speciální pedagogiky o hospicové péči v České republice .....	34
3.1 Dílčí cíle a hypotézy výzkumu .....	34

3.2	Výběr výzkumného vzorku.....	34
3.3	Metoda výzkumu .....	35
3.4	Organizace výzkumného šetření a sběru dat.....	35
3.5	Zpracování výsledků výzkumného šetření .....	37
3.6	Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření .....	74
3.7	Doporučení pro praxi .....	77
	Závěr.....	79
	Seznam použitých informačních zdrojů .....	80
	Seznam příloh.....	86
	Příloha – dotazník.....	87

## Úvod

Smířít se se smrtí milované osoby představuje jednu z nejtěžších životních zkoušek. Pokud v ní člověk obstojí, jsou za ním většinou dlouhé měsíce a mnohdy i roky spojené se smutkem, který snad nikdy nekončí, množství vzpomínek, které nám nikdo nemůže vzít a mnohdy jsou to i výčitky, jež cítíme, protože jsme se s milovaným nestihli rozloučit tak, jak bychom chtěli. Pro většinu lidí jsou to bolestné chvíle, při nichž si uvědomují i vlastní smrtelnost a krátce se zamýšlí nad umíráním a smrtí. V každodenním životě se však smrtí nezabýváme. Necháváme věci plynout, žijeme okamžikem a plánujeme, co chceme v životě dosáhnout, jaké sny si chceme splnit. Smrt však nikam nemizí, je stále přítomna všude kolem nás a mnohdy zasáhne do našich životů, nečekaně. Někdy člověk neumírá hned, ale zbývá mu ještě nějaký čas. A právě v takových případech, kdy nemocný ví, že umírá a už se s tím nedá nic dělat, je tu pro něj a pro jeho nejbližší hospicová péče. Představuje oporu pro umírajícího a snaží se mu zajistit to, aby jeho poslední dny byly prožité pokud možno bez bolesti a důstojně.

Tématiku hospicové péče považuji za velmi zajímavou a poučnou pro každého z nás. Lidé by o ní měli mít alespoň základní povědomí a speciální pedagogové obzvláště, protože právě oni jsou těmi, kdo pracují s lidmi v obtížných situacích a podávají pomocnou ruku potřebným. Proč by speciální pedagog nemohl být právě tou osobou, kterou umírající hledá? Ať už by šlo o jakoukoli pomoc, jistě by byla přínosná. Dle mého názoru speciálních pedagogů, kteří se nějakým způsobem podílejí na hospicové péči, není mnoho, a proto jsem si sama sobě položila otázku *proč tomu tak je a kolik toho vlastně já sama vím o hospicové péči?* Další úvahy mě vedly k rozhodnutí, že hlavním cílem mé diplomové práce bude zmapování povědomí studentů speciální pedagogiky o hospicové péči. Tohoto úkolu jsem dosáhla pomocí dotazníkového šetření, při němž jsem mimo jiné zaznamenala zájem o téma. Několik studentů si po vyplnění dotazníku přišlo popovídat o hospicové péči a správných odpovědích. Osobně to považuji za dílčí úspěch, protože jsem očekávala spíše negativní reakce v podobě odmítnutí vyplnění dotazníku. Lidé se tomuto tématu raději vyhýbají.

Diplomová práce se dělí na dvě části. Úvodní teoretická část se snaží v první kapitole popsat odborné poznatky o umírání a smrti. Druhá kapitola řeší problematiku hospiců,



jejich historický vývoj na území České republiky, popisuje paliativní a hospicovou péči, její formy a kritéria pro přijetí do hospice. Řeší také potřeby klientů a jejich rodin. Popisuje tým pracovníků v hospicové péči a krátce představuje i Asociaci poskytovatelů hospicové paliativní péče, legislativu a financování hospiců. Praktická část práce uvádí hlavní a vedlejší cíle výzkumného šetření a stanovuje hypotézy. V další části popisuje výzkumný vzorek, metodu výzkumu a organizaci výzkumného šetření. Poté jsou graficky a slovně okomentovány výsledky výzkumného šetření. Na závěr je uvedeno slovní vyhodnocení výzkumného šetření a nechybí ani doporučení pro praxi.

# 1 Thanatologie

Interdisciplinární vědní obor o umírání, smrti a všech fenoménech, které jsou s nimi spojeny, nazýváme thanatologií. Obor byl pojmenován podle řeckého boha smrtelného spánku a smrti Thanatose. Zasahuje do oblasti filosofie, sociologie, psychologie, medicíny a teologie. Řeší témata, která potvrzují konečnost lidského života. Jako vědní disciplína se profiluje až po druhé světové válce. V reakci na uvědomění si vlastní konečnosti a pocity viny spojené s událostmi v Hirošimě a Nagasaki vědní obor vzniká na území USA. (srov. Kelnarová, 2007; Sígl, 2006; Vokurka a kol., 2009)

## 1.1 Umírání

Lékařská terminologie nahlíží na pojem umírání jako na terminální stav, kdy dochází k postupnému a především nevratnému selhávání vitálních funkcí tkání a orgánů. Důsledkem je pak zánik individua, tedy smrt. Na terminální stav tedy můžeme nahlížet jako na „vlastní umírání“. Přesto nemůže pojem umírání zredukovat jen na terminální stav, protože umírání je především proces. (Haškovcová, 2015)

V klinické praxi bývá umírání označováno jako delší či kratší období končící terminálním stavem. Z praktických důvodů byl proces umírání rozdělen do tří časově nestejných období – pre finem, in finem a post finem. Někteří lidé umřou náhle a nečekaně, jiní odcházejí dlouho. Není však nezbytnou podmínkou, že by opravdu každý umírající musel projít všemi třemi stádii. (Haškovcová, 2015)

V období pre finem se člověk dovídá, že jeho nemoc je vážná a do budoucna neslučitelná se životem. Po seznámení se s diagnózou probíhá u umírajícího několik fází psychické odezvy na vážnou nemoc. (Haškovcová, 2015) Dle Kübler-Rossové (2015) jde o fázi popírání, ve které je osoba přesvědčena, že došlo k chybě v diagnóze. Žádá provedení nových testů nebo hledá názory jiných odborníků. Stále žije v naději, že se situacelepší. Někteří lidé prožívají až úzkostné popírání své diagnózy. Většinou jde o pacienty, kterým byla informace sdělena předčasně či stroze až necitlivě. Přičemž sdělující osoba dotyčného dobře neznala nebo sdělila informaci ve spěchu, aby měla nepříjemnou záležitost rychle za sebou. V těchto případech sdělující nebere v potaz, zda je pacient připraven vážnou zprávu přijmout. Avšak i přesto, že je zpráva podána citlivě a ve vhodný čas, není možné se

vyhnout popírání. To se vyskytuje alespoň v malé míře u všech pacientů, jelikož jde o přirozenou formu psychické obrany před nenadálou a šokující zprávou. Po určité době popírání odeznívá a střídá ho částečné přijetí skutečnosti, které je doprovázeno pocity vzteku a rozmrzelosti. Přichází fáze zlosti. Hněv nemocného se obrací proti všem, kteří jej obklopují. Ať už jde o lékaře, zdravotní sestry nebo rodinné příslušníky. Pacienti se neustále trápí otázkami typu: „Proč já? Proč to nepotkalo někoho jiného?“ Zloba a závist je o to větší, když pacient cítí, že jeho životní cíle a sny zůstaly nesplněny. Ve třetí fázi přichází smlouvání. Člověk slibuje nápravu nebo oběti, jen aby docílil odkladu smrti. Za dodržení slibu požaduje odměnu v podobě toho, co by ještě chtěl před smrtí vykonat (např. účast na svatbě svého potomka nebo dožití se posledních Vánoc). Lidé většinou zahrnují také implicitní slib, což znamená, že již nebudou žádat víc, pokud se jim splní, co požadují. Ne všichni jej dodrží. V momentě, kdy smrtelně nemocný pacient nemůže dále popírat smutnou realitu a už nemá síly se vztekat nebo smlouvat, přichází čtvrtá fáze – deprese. Pacient se poddává svému smutku, obavám, strachu a beznaději. Častým důvodem deprese bývá ztráta původního vzhledu (např. u osob po mastektomii), obava o zaopatření rodiny a neschopnost vyrovnat se s koncem vlastní existence. Jestliže měl pacient dostatek času a překonal výše popsané fáze, je u něj pravděpodobné, že dosáhne páté fáze – akceptace. Člověk se učí přijmout nevyhnutelnou situaci, dosahuje vnitřního pokoje a smíření. Nutno dodat, že ne všichni lidé projdou všemi fázemi a pořadí, v jakém je projdou, může být variabilní. (Kübler-Ross, 2015)

Období *pre finem* střídá *in finem*. Zahrnuje péči a doprovázení nemocného i jeho rodiny po dobu terminálního stavu, tj. umírání v užším slova smyslu. (Svatošová, 2011) Během terminálního stavu bývá člověk unavený a soustředí se přednostně na základní fungování své biologické existence. Snižuje se úroveň fyzických, ale také psychických sil. Umírající se vzdaluje vnějšmu světu, přestává se zajímat o jiné lidi, obklopuje se jen nejbližšími. Ve zvýšené míře spí nebo zasněně bdí. Celkově lze říci, že se uzavírá do sebe. (Haškovcová, 2007) Věnuje se vnitřnímu monologu, provádí životní bilanci, rekapituluje svůj život. V období *in finem* stále častěji vyvstává otázka: „Jak dlouho to bude ještě trvat?“ Ptá se samotný umírající, ale i jeho blízcí. Další pečující osoby, tzn. lékaři nebo zdravotní sestry, tak stojí před složitým úkolem. Ne vždy je možné odhadnout délku procesu umírání. Proto si musí pečující připravit několik vhodných slov a především by měli zúčastněné ujistit, že

tu jsou pro ně a budou až do konce. Také by rodinu měli informovat o tom, že umírající mnohdy nechtějí jíst, a pokud chtějí, střídají se jim chutě. Zabrání se tak případnému sebeobviňování příbuzných, že nezajistili umírajícímu dostatek potravy. Nezbytné je však pečovat o pravidelný pitný režim. Umírající sice nepotřebuje tolik jíst, ale pít musí, protože je-li dehydrovaný, skutečně trpí. V terminálním stádiu jsou u umírajících vyzorovány projevy neklidu. Většinou jde o mačkání až cupování ložního prádla nebo oděvu. Neklid se vztahuje ke ztrátě sounáležitosti s pozemským životem a signalizuje blížící se smrt. Doprovázející by měl zasáhnout, postačí chytit umírajícího za ruku a vysvětlit mu, že není osamocen. Několik dní před smrtí přichází euforie. Umírající náhle pocítí příval dobré nálady, spokojenosti a je zcela v bdělém stavu. Projevuje zájem o okolní dění, vyslovuje různá přání. Mívá potřebu se postavit nebo alespoň posadit. Jde o poslední světlé okamžiky života. Po euforii následuje smrtelné kóma. Jedná se o stav hlubokého bezvědomí s vymizením volní činnosti. Umírající nereaguje na řeč, oči má polootevřené a ústa nedovřená. Kůže mívá temnější barvu. Ruce, nohy a kolena bývají chladnější než zbylé části těla. Puls postupně slábne. Tělesná teplota a krevní tlak klesá. Dech může být pomalý nebo naopak zrychlený. Nakonec umírající odchází ze života, mnohdy tiše, někdy s poslední myšlenkou na rtech. V posledních slovech člověka se odráží momentální potřeba či atmosféra situace. (Tausch-Flammer, 2011)

Třetím a posledním obdobím je post finem. Nastává bezprostředně po smrti jedince. Zahrnuje péči o tělo zemřelého a poslední rozloučení se zemřelým. Do období post finem také patří poměrně dlouhotrvající zármutek příbuzných a péče o jejich psychické strádání. (Haškovcová, 2015).

## **1.2 Smrt**

Vědomí vlastní smrtelnosti v lidech vzbuzuje strach, ale také podněcuje mnoho otázek. Možná i z tohoto důvodu existuje velké množství definic smrti. O vymezení pojmu smrt se pokouší psychologie, sociologie, filosofie, ale také biologie nebo teologie. Medicínské vymezení však zůstává rozhodující a nejdůležitější, protože jen lékař může konstatovat smrt. (Špaténková, 2014)

Z lékařského hlediska smrt přichází v podobě nevratného zastavení všech životních funkcí organismu. Dochází k úplné a trvalé ztrátě vědomí. V těle probíhají biologické změny,

kteřé zamezují obnovení životních funkcí. Zástava dechu a srdce nemusí ještě nutně znamenat smrt. Jestliže můžeme stav speciálním zásahem zvrátit, jedná se o smrt klinickou. Pokud dojde k nevratnému vymizení všech funkcí mozku, mluvíme o smrti mozkové. (Thorová, 2015) Dále můžeme zmínit sociální smrt, při které mozek částečně odumřel, zatímco nižší části řídicího oběhu jsou zachovány. V takovém případě bývá pacient uměle udržován na přístrojích. V situaci, kdy jsou funkce organismu omezeny na minimum a člověk se podobá mrtvému, mluvíme o zdánlivé smrti. (Vokurka a kol., 2009)

Dále můžeme smrt dělit podle následujících kritérií: dle příčiny rozlišujeme tzv. přirozenou smrt, k té dochází z důvodu věkové sešlosti. Častěji se však objevuje jistý patologický proces, tedy nemoc, která vede ke smrti lékařské. (Haškovcová, 2007)

Dle průběhu smrti stanovujeme rychlý, pomalý nebo náhlý konec života. Rychlou a náhlou smrt spojuje fakt, že smrt přichází „neavizovaně“, tzn., že příbuzní zemřelého jsou smrtí zaskočeni a nejsou na ni připraveni. Náhlá smrt bývá spojena s tragickou, nečekanou událostí (např. autonehoda), rychlá smrt je zapříčiněna nemocí. Naproti tomu u pomalé smrti mají příbuzní možnost se delší dobu připravovat na úmrtí blízké osoby. Ani tato situace však nezaručuje připravenost. (srov. Haškovcová, 2007; Kelnarová, 2007)

Podle věku, ve kterém úmrtí přichází, rozlišujeme předčasnou nebo přiměřenou smrt. Přičemž přiměřenou smrtí se myslí skon v tzv. požehnaném věku. (Haškovcová, 2007)

Kromě výše zmíněných definic a kritérií můžeme najít tematiku smrti například v psychologii. Tento vědní obor vidí smrt jako hybnou sílu, která uvádí do pohybu mechanismus vyhodnocování celého života člověka. V průběhu tohoto vyhodnocování dochází k reflexi životních událostí a postupnému vyrovnávání se se smrtí. (Landsberg, 1990) V sociologickém hledisku představuje smrt sociální událost. Zaměřujeme se zde na to, jakým způsobem společnost tzv. organizuje smrt. Spadají sem různé kulturní tradice a zvyky spojené se smrtí. (Bártlová, 2005)

At' už se na smrt díváme z jakéhokoli hlediska, asi každý člověk si přeje zemřít pokojně, bez zbytečných bolestí a zármutku. Ne všem je taková smrt umožněna, každý umírá vlastní neopakovatelnou smrtí.

## 2 Hospic

S termínem hospic se setkáváme již v období raného středověku, kdy byl používán pro označení tzv. domů odpočinku. Samotné slovo hospic pochází z latinského slova hospitium – útulek, útočiště. Hospice vyhledávali zejména unavení poutníci putující do Palestiny. Dostalo se jim zde přístřeší, občerstvení, duchovní podpory a v případě potřeby i základního zdravotního ošetření. Zařízení poskytovala na elementární úrovni vše, co dnes můžeme označit jako bio-psycho-sociální a spirituální komfort. Moderní hospicové hnutí je spojeno se jménem Cicely Saundersové (1918-2005), která stála v čele prvního hospice moderního typu s názvem St. Christopher' s Hospice. Tento hospic byl založen v roce 1967 v Londýně. (srov. Haškovcová, 2007; Tomeš et al., 2015)

V dnešní terminologii jsou hospice označovány jako speciální zařízení pro umírající a jejich blízké, kteří je doprovází na jejich poslední cestě. Cílem těchto zařízení není za každou cenu život prodloužit, ale zajistit co nejvyšší možnou kvalitu života. Lékařka a zakladatelka hospicového hnutí v České republice Marie Svatošová (1942-) k tomu trefně dodává: „*Jde o to, naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny.*“ (Svatošová, str. 115, 2011)

Myšlenka hospice představuje mnohem více než pouhé nalezení vhodného místa pro důstojné umírání. Opírá se o čtyři těžiště hospicové práce: paliativní medicínu a péči, psychosociální i spirituální doprovázení a provázení v době truchlení. Myšlenka dále vychází z hluboké úcty k životu a k lidskému jedinci. (Sabatowski a kol. (2003) in Student, Mühlum a Student, 2006) Hospic svému klientu zaručuje, že nebude trpět přílišnou bolestí, bude respektována důstojnost jeho osoby a v nejtěžších chvílích na konci života nezůstane sám. (Svatošová, 2011)

### 2.1 Vývoj hospicové péče v České republice

Hospicové péči, jak ji známe dnes, předcházela zdravotnická domácí péče. Na její organizaci se po roce 1918 podílela Ústřední sociální pojišťovna, Československý červený kříž a město Praha. Poté, co se tento způsob péče osvědčil, byla založena Masarykova škola zdravotní a sociální péče. Tímto krokem byla zajištěna dostatečná odbornost pracovníků ve zmíněné domácí péči. (Tomeš et al., 2015)

První pokusy o zřízení specializované hospicové péče se objevily koncem roku 1989, kdy s touto myšlenkou přichází MUDr. Marie Opatrná (1955-). Její projekt hospice připravovaného v budově bývalé gynekologie v Praze na Roosveltově ulici se však neseťkal s pochopením, a tak se nevyhnul zrušení. (Tomeš et al., 2015)

Krokem vpřed pak bylo otevření prvního oddělení paliativní péče při nemocnici v Babicích nad Svitavou u Brna v roce 1992. Historie hospicového hnutí u nás se však naplno otevírá až o rok později, kdy Marie Svatošová zakládá občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicové hnutí s názvem Ecce homo. Prvním velkým úspěchem sdružení bylo vybudování Hospice Anežky České v Červeném Kostelci. První lůžkový hospic na našem území byl otevřen 8. prosince 1995. Přičemž své první pacienty přijal v lednu následujícího roku. (Haškovcová, 2007) Výstavba a provoz dalších hospiců na sebe nenechaly dlouho čekat a postupně vznikaly hospice v Praze, Plzni, Litoměřicích, Rajhradě a v dalších koutech republiky. (Přidalová in Student, Mühlum a Student, 2006) Specifickým rysem vývoje hospicové péče u nás je velké zpoždění v rozvoji mobilní neboli domácí hospicové péče. Ta se objevila vedle lůžkových hospiců až v roce 2001, kdy vznikl první mobilní hospic Cesta domů. (Bužgová, 2012)

S nově vznikajícími hospici se začínaly objevovat i nejrůznější projekty vzdělávání a rozvoje hospicové péče. V roce 1998 bylo založeno Sdružení poskytovatelů hospicové péče v ČR. Toto sdružení již zaniklo a v roce 2005 jeho místo převzala Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče. Existuje také Národní centrum domácí péče České republiky, které funguje v rámci Fakultní nemocnice v Praze Motole. (Haškovcová, 2007)

V současnosti Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče registruje 24 hospiců. Z toho je 9 pouze mobilních, tedy domácích, 11 pouze lůžkových a 4 nabízejí jak domácí, tak lůžkovou péči. V každém kraji je dostupná hospicová péče s výjimkou kraje Vysočina, zde se plánuje výstavba lůžkového hospice.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. *Hospice v ČR*. [online]. [cit. 2018-03-14]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/hospice-v-cr>

## 2.2 Paliativní péče

Dříve, než se budeme plně věnovat hospicům a hospicové péči, je nutné zmínit několik slov o paliativní péči, jejíž strategie se uplatňují právě v hospicích, také v některých kvalitních léčebnách dlouhodobě nemocných (zkráceně LDN) a v nemocnicích. Slovo paliare pochází z latiny a v překladu znamená ulehčit, usnadnit. To paliativní péči přesně vystihuje, protože právě díky ní se mírní účinky nevyléčitelné nemoci, což nemocnému výrazně ulehčuje od bolesti a “usnadňuje“ život v jeho konečné fázi. (Kabelka, 2017) Proto mezi hlavní dimenze paliativní péče řadíme především mírnění bolesti a dalších symptomů (tzn. příznaků) spojených s nemocí. (O organizaci paliativní péče, 2004)

Bužgová (2012) uvádí hlavní zásady paliativní péče (podle Světové zdravotnické organizace) následovně:

- úleva od bolesti a dalších symptomů,
- podpora života a považování umírání za normální proces,
- smrt neurychluje ani neoddaluje,
- důraz klade na kvalitu života a celostní přístup k nemocnému a jeho rodině,
- vytváření podpůrného systému, který pomáhá nemocnému žít co nejefektivnějším způsobem až do smrti
- využívání týmové spolupráce k uspokojování potřeb nemocných a jejich rodin.

*„Paliativní péče je přínosem pro všechny nemocné s život ohrožující nemocí a to bez ohledu na prognózu. Jednoznačně zlepšuje kvalitu jejich života, snižuje utrpení spojené s nevyléčitelným onemocněním a některým nemocným prodlužuje život o několik měsíců.“*

(Marková a kol., str. 8, 2015) Zároveň také snižuje objem poskytované agresivní intenzivní péče, jako jsou například zbytečná vyšetření, která již nejsou v případě letálních (smrtných) onemocnění nutná a mnohdy žádoucí, protože bývají pro nemocného příliš vyčerpávající. (Marková a kol., 2015)

Zatímco *„o hospicové péči obvykle mluvíme tam, kde se prognóza nemocného pohybuje v řádu týdnů či měsíců. Tedy tam, kde nemocný vstupuje do poslední fáze svého onemocnění.“* (Marková a kol., str. 8, 2015)



## 2.3 Hospicová péče

Na hospicovou péči můžeme nahlížet jako na formu paliativní péče. Bývá tvořena souhrnem lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačně-ošetrovatelských činností. Jmenované činnosti jsou poskytovány nemocným preterminálně a terminálně.<sup>2</sup> Tito lidé prohráli svůj boj na poli vítězné medicíny - nedojde k vyléčení, ale pokračuje u nich symptomatická léčba s cílem minimalizovat bolest. Péče se dále zaměřuje na eliminaci či zmírnění všech obtíží vyplývajících ze základní diagnózy, včetně jejich komplikací. (Nezbeda, 2016) V hospicové péči se ke klientovi přistupuje celostně, tzn., že je chápán jako bytost, u které nemoc ovlivňuje všechny sféry jeho života. Proto je kladen důraz na rozpoznávání a uspokojování biologických, psychických, spirituálních a sociálních potřeb nemocného. (Bužgová, 2012) Délka péče se většinou odvíjí od prognózy stavu konkrétního člověka, kterou stanovuje ošetřující lékař. Předpokládaná délka života pak nepřekračuje dobu šesti měsíců. (Misconiová, 1998)

Nutno dodat, že se hospicová péče nepotýká pouze s bolestí a utrpením samotných pacientů. Opomíjena není ani rodina, jejímž členům je nabízena pomoc se zvládnutím psychické i fyzické zátěže spojené s péčí o nemocného.

## 2.4 Dětský hospic

Smrt se nevyhýbá nikomu ani dětem. Dětské hospice nabízí pomoc rodinám s dětmi, u nichž byla diagnostikována život ohrožující choroba nebo se nacházejí ve vážném poúrazovém stavu. Poslání dětského hospice se shoduje s posláním hospice pro dospělé – celkové zlepšování kvality života nemocného a jeho blízkých. Těžiště práce v dětském hospici se však liší od toho v hospicích pro dospělé. V mnoha případech spočívá v respitní (odlehčovací) péči. Dítě s rodinou ji zpravidla využívá na přechodnou dobu, která postačuje k tomu, aby se zotavili a posílili, zkrátka si odpočinuli od náročného ošetřování. (Svatošová in Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2010) Hospic jim k tomu nabízí praktickou pomoc a bezpečné prostředí. Rodina se zde může podělit o své starosti, odpočinout si a vrátit se domů s nabranou energií k další náročné péči. Pokud je to možné,

---

<sup>2</sup>HOSPICE. CZ *Slovník pojmů*. [online]. [cit. 2018-03-14]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/slovník-pojmu/>

rodina preferuje postarat se o své nemocné dítě především v domácím prostředí. V případech, kdy to možné není, je dětský hospic připraven se postarat o nemocné dítě v terminálním stádiu. Objem poskytované respitní péče však stále převládá.<sup>3</sup>

Podle České společnosti paliativní medicíny je v současné době v ČR 6 poskytovatelů domácí dětské paliativní péče: Nadační fond Klíček, Mobilní hospic Ondrášek, Nadační fond Krtek, Cesta domů, Nejste sami – mobilní hospic a Domácí Hospic Jordán.<sup>4</sup>

## 2.5 Formy hospicové péče

V České republice rozlišujeme tři základní formy hospicové péče. Domácí, lůžkovou a stacionární hospicovou péči.

Domácí (mobilní) hospicová péče představuje ideální variantu péče. Z výzkumu agentury STEM/MARK z roku 2013 vyplývá, že společnost v České republice se v otázkách spojených s umíráním nejvíce bojí: ztráty důstojnosti, bolesti, odloučení od blízkých a osamění. Z těchto důvodů si 78% z nás přeje zemřít doma v rodinném prostředí, kde to zná a cítí se nejlépe. (Nezbeda, 2016) Domácí péče také přispívá k minimalizaci pobytů klientů ve zdravotnických zařízeních. „*Cílem služby je co nejvíce prodloužit možnost pobytu nemocného v domácím prostředí, pokud to zdravotní stav dovoluje, až do konce života.*“ (Sláma, Drbal, Plátová, str. 54, 2008) Péče však není možná, bez zajištění týmu terénních pracovníků, odborně vyškolených sester, lékaře a sociálního pracovníka. S týmem může v případě potřeby spolupracovat psycholog, duchovní nebo dobrovolníci. Zmíněný tým působí v součinnosti s praktickým lékařem, který koná pravidelné návštěvy klienta a poskytuje mu specializovanou paliativní péči. (Sláma, Špinka, 2004) Patří do něj i rodina a blízcí klienta, bez jejichž aktivního zapojení by domácí forma péče nebyla možná. Zpravidla se podílí na rozhodování a poskytování péče. (Tomeš et al., 2015)

K zajištění kvalitní domácí péče přispívá zejména: neustálá dostupnost kvalifikované ošetrovatelské péče, možnost telefonní konzultace s lékařem, který je seznámen

---

<sup>3</sup>Nadační fond Klíček. *Dětský hospic*. [online]. [cit. 2018-06-14]. Dostupné z: <http://www.klicek.org/hospic/index.html>

<sup>4</sup>Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. *Poskytovatelé domácí dětské paliativní péče*. [online]. [cit. 2018-06-14]. Dostupné z: <http://www.detsky-hospic.cz/?hospic=1#mapa>

s pacientovým stavem, zmíněný interdisciplinární tým a vybavení pomůckami, které umožňují odbornou paliativní péči. (Bužgová, 2012) Negativně ji ovlivňuje, až úplně znemožňuje špatné rodinné zázemí, např. nedostatek prostor, neochoty, času, sil nebo odborných znalostí ze strany pečujících. (Svatošová, 2011)

Lůžková hospicová péče nastupuje zpravidla tehdy, když si s progredací nemoci nedokáže poradit kurativní (léčebná) medicína. Postupující nemoc ohrožuje dotyčného na životě a v domácí péči nedostačují 3 návštěvy nebo 2 hodiny denně práce sestry (ustálené kritérium v české praxi) a současně rodina není schopna nebo ochotna poskytovat dvacet čtyř hodinovou péči umírajícímu doma. Dále se pak v dohledné době v rámci dnů až týdnů očekává smrt nemocného. (Bužgová, 2012) Není však pravidlem, že lidé v lůžkovém hospici musí umřít. Stává se, že do lůžkového hospice přicházejí i ke krátkodobému pobytu, který může být opakovaný. Důležité je vlastní rozhodnutí nemocného a jejich pocit, že je pro ně zvolená forma péče žádoucí. (Chadima, 2007) Měli by však splňovat kritéria pro přijetí, která jsou popsána v následující podkapitole.

Lůžkový hospic je místem, kde se o pacienta stará interdisciplinární tým složený ze zdravotnického personálu - lékařů, sester a ošetřovatelek. Patří sem však i sociální pracovník, psycholog a duchovní. Hospic je vybaven tak, že může být s pacientem trvale přítomen někdo z jeho nejbližších nebo jej může navštívit prakticky kdykoli během dne, všechny dny v týdnu, 365 dní v roce. Záleží na domluvě klienta s jeho rodinou. V lůžkových hospicích jsou návštěvy chápány jako součást péče. S přítomností blízkých cítí umírající lidé větší pocit bezpečí. Důležitou součástí života v hospici je mimo setkávání s návštěvami také společenský život, který je podporován nejrůznějšími besedami, přednáškami, koncerty nebo divadelními představeními.<sup>5</sup>

Výhodou lůžkových hospiců bývá bezbariérové prostředí a vyšší vybavenost pomůckami, které v jiných zdravotnických zařízeních nejsou součástí běžné výbavy. Jde například o polohovací lůžka, mobilní dávkovače léků nebo pojízdné vany. Další světlou stránkou hospiců je jejich příjemné prostředí a interiéry podobající se domovu. Klienti zde mívají

---

<sup>5</sup>HOSPIC KNÍŽETE VÁCLAVA. *Lůžkový hospic*. [online]. [cit. 2018-03-16]. Dostupné z: <http://www.hospicknizetevaclava.cz/luzkovy-hospic>

vlastní pokoj, do kterého si mohou přinést předměty, na které jsou zvyklí z domova a nemusí se tak od nich odloučit. Důležitá je také atmosféra svobodné volby, klienti nejsou do ničeho nuceni. Je ponecháno na jejich svobodném rozhodnutí, kdy je čas vstávat, mýt se a jíst. Díky tomu se podílí na utváření svého dne a je tak zachováno jejich právo na rozhodování. Celkově je kladen důraz na kvalitu života. (srov. Kupka, 2014; Bužgová, 2012)

Stacionární hospicová péče je založena na denním pobytu klienta ve stacionáři, kam je přijat ráno a odpoledne se vrací domů. Z tohoto důvodu je vhodné, aby se zařízení nacházelo v místě bydliště nebo v jeho blízkém okolí. Přičemž přepravu nemocného zajišťuje rodina nebo hospic. (Chadima, 2007) Pacienti využívají této formy služeb z nejrůznějších důvodů, k těm nejčastějším patří léčebný důvod. Nemocný přichází za účelem aplikace speciálního druhu léčby (např. chemoterapie) nebo paliativní léčby tak, aby i nadále mohl zůstat v domácí péči. Dalším důvodem bývá možnost sdělit někomu, kdo naslouchá, své obavy, problémy, zkrátka vše, co se pacient ostýchá sdělit rodinným příslušníkům. Někteří pacienti přichází z důvodů respitních. Pečující osoby tak mají možnost si odpočinout a obstarat si své záležitosti. (Svatošová, 2011)

## **2.6 Kritéria pro přijetí a možnosti hospice**

S činností hospiců souvisí přijímání nových klientů, to je však limitováno určitými hranicemi. Pro ulehčení výběru existují kritéria, která vše usnadňují. Žadatel o přijetí musí současně splňovat tři kritéria. Za prvé, trpí jedním z těchto čtyř onemocnění: onkologickým onemocněním s metastázami; infekčním onemocněním AIDS; onemocněním nervového systému s pokračujícím ochrnutím nebo konečným stavem chronického onemocnění ledvin, jater, srdce či plic. Za druhé, je možné určit konkrétní, individuální příčinu smrti a za třetí, žadatel, jeho rodina a ošetřující lékař jsou seznámeni s principy hospicové péče a schvalují způsob terapie. Dále bývají přednostně přijímáni lidé, u nichž se výhledově počítá s dožitím v rámci týdnů nebo několika měsíců (zpravidla doba do šesti měsíců). (Student, Mühlem a Student, 2006)

Pokud je to možné, bývá upřednostňováno přijímání do mobilní hospicové péče tak, aby člověk mohl dožít doma. V prostředí, které je mu nejbližší a kde je obklopen rodinou. (Student, Mühlem a Student, 2006) Přijetí do této formy péče je kromě výše uvedených

informací podmíněno vlastní pacientovou volbou. Uspokojením jeho psychických a emotivních potřeb a zároveň neexistencí sociálních důvodů, které by vylučovaly možnost domácí péče. Další podmínkou je souhlas rodiny se spolupodílením se na domácí péči a souhlas alespoň jedné osoby, která bude ochotná převzít odpovědnost za péči o svého blízkého. Rodina je dále dobře obeznámena se zdravotním stavem nemocného a je si vědoma možností a limitů mobilní hospicové péče. (Špínková et al., 2004)

Indikace lůžkové formy v hospici nastává v případech, kdy choroba ohrožuje nemocného na životě. Rodina se ošetřováním vyčerpala nebo ošetřování nezvládá po odborné a fyzické stránce nebo rodina neexistuje. Dalším důvodem může být akutní potřeba nemocničního ošetření nebo potřeba paliativní a především symptomatické léčby a péče. (Sláma in Vorlíček ed. a kol., 2004)

K stacionární hospicové péči bývají přijímáni klienti, kteří jsou schopni převozu do stacionáře a bydlí v blízkém okolí. Jejich zdravotní stav jim takovýto druh péče umožňuje a oni sami si jej zvolili. (Sláma in Vorlíček ed. a kol., 2004)

### **2.6.1 Žádost a svobodný informovaný souhlas**

O přijetí do hospice si musí zájemce požádat. Zpravidla vyplňuje formulář, který mu je příslušným pracovištěm zaslán nebo si jej stáhne z webových stránek. Formulář vyplňuje ošetřující lékař (praktický či nemocniční) společně s žadatelem, případně rodinnými příslušníky. Ve formuláři se uvádí: základní identifikační údaje o pacientu; druh služby, který je požadován; praktický lékař; odesílající lékař; aktuální zdravotní stav; míra potřebnosti ošetrovatelské péče a sociální situace žadatele. K tomuto formuláři se přikládá svobodný informovaný souhlas, ve kterém nemocný vyjadřuje svůj souhlas s žádanou péčí a stvrzuje, že byl plně seznámen se svým zdravotním stavem a vývojem svého onemocnění. Prohlašuje, že se pro takovou péči rozhodl svobodně a chápe, že cílem této péče není prodloužení života, ale zachování jeho kvality.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup>Oblastní charita Rajhrad. *Postup pro přijetí pacienta*. [online]. [cit. 2018-06-10]. Dostupné z: <http://rajhrad.charita.cz/dum-lecby-bolesti-s-hospicem-sv-josefa1/jak-probiha-prijeti-do-hospice/>

## 2.7 Potřeby klientů v hospicové péči

Stejně jako zdraví lidé i nemocní mají své potřeby, které by měly být uspokojovány. Potřeby nemocného lze shrnout do čtyř dimenzí: tělesno, duševno, sociálno a duchovno. S průběhem nemoci se priority potřeb mění a v terminálním stádiu bývají v popředí především potřeby tělesné a spirituální. S tělesnými potřebami, kde jde především o zvládnání bolesti, si lékaři umí dobře poradit. Obtížnější to bývá s uspokojením spirituálních potřeb, protože se od pomáhajících předpokládá hlubší a osobnější angažovanost, soucítění a vcítění se. (Svatošová in Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2010)

Tělesné potřeby řadíme mezi ty nejzákladnější, proto je žádoucí, aby byly naplňovány co nejpřirozenějším způsobem, což se děje s ohledem na meze dané onemocněním. K tělesným potřebám řadíme vše, co nemocné tělo potřebuje. Jde především o příjem potravy a pravidelné vyprazdňování. Dodržování pitného režimu a péče o hygienu. Uvolňování dýchacích cest zvláště při onemocněních dýchacího systému. Pravidelné kontroly pokožky a její udržování v čistotě a suchu. U nepohyblivých osob je důležité pravidelné polohování jako prevence proti dekubitům (tzn. proleženinám). (Trachtová, 2013)

Stejně důležité je uspokojování potřeb spirituálních. Klient si potřebuje promluvit o tématech vztahujících se k situaci nevyléčitelné nemoci a blížící se smrti. Hledá smysl zbývajících života, jeho hodnoty. Potřebuje projevit všechny emoce, které v sobě potlačuje, ujasnit si aktuální potřeby a přání. Potřebuje zkrátka osobu, se kterou bude moci bez obav sdílet vše, co jej trápí. Většinou se tak děje při empatických rozhovorech s psychologem, případně s rodinnými příslušníky nebo s osobou, kterou si umírající sám vybere. (Tomášková, Pazderková in Prokop, 2010)

K uspokojení psychických potřeb výrazně přispívá účast rodiny a přátel na doprovázení umírajícího. Jejich přítomnost mu dodává pocit jistoty, naděje a bezpečí při konfrontaci s realitou blížící se smrti. (Tomášková, Pazderková in Prokop, 2010)

S rodinou a celkově s mezilidským kontaktem jsou spojeny potřeby sociální. I člověk na sklonku života potřebuje alespoň do jisté míry udržovat sociální kontakty. Nemocní většinou stojí o pravidelné návštěvy svých blízkých, se kterými je pojí nejsilnější vazby.

Nemusí však jít jen o příbuzné, může jít o jakýkoliv kontakt s okolím. Ať už jde o pozdravení se s lékařem nebo dlouhé rozpravy s dobrovolníky. Všechny formy hospicové péče umožňují sociální kontakt prakticky neomezeně, a tak napomáhají k uspokojování sociálních potřeb klientů. (Svatošová, 2011)

Spirituální potřeby bývají odsouvány na okraj, to ale neznamená, že mají menší důležitost. Lidé je mnohdy přisuzují věřícím lidem a příliš se o ně nezajímají. Na sklonku života se však týkají každého z nás. Snažíme se upínat k něčemu, co přináší určitý druh naděje. „*Je to víra, kam člověka dovedou myšlenky o smyslu bytí, o tom, jak prožil svůj vlastní život, kam by chtěl směřovat dál. Člověk má v období těžké nemoci potřebu odpuštění ostatním, ale také doufá, že bude odpuštěno jemu samotnému.*“ (Havelková, str. 29, 2017)

Pokud klient projeví přímo náboženské potřeby, je mu zprostředkována návštěva duchovního nebo může sám navštívit kapli, různé meditační pokoje či modlitebny, kterými jsou lůžkové hospice vybaveny. Pokud návštěvu klientovi neumožňuje jeho zdravotní stav, může sledovat mši v televizi nebo poslouchat v rádiu. (Havelková, 2017)

## **2.8 Rodina umírajícího**

Rodina tvoří důležitou součást hospicové péče. Ať už jde o jakoukoli formu hospicové péče, rodina v ní má své specifické místo. Svou péčí a mnohdy pouhou přítomností výrazně zvyšuje kvalitu života umírajícího, protože snad nikdo si nepřeje umírat osamocen, nýbrž potřebuje své blízké, aby společně čelili blížícímu se konci.

Při doprovázení umírajícího zastávají rodinní příslušníci zvláštní úkol, měli by podporovat blízkého a současně sami potřebují podporu. Je to právě rodina a především pak nejbližší členové – manžel/ka a děti, na koho v největší míře dopadá tíha nemoci a blízkost smrti milované osoby. (srov. Student, Mühlum a Student, 2006; Prokop, 2010) Musí se vyrovnávat s obrovskou psychickou a často i fyzickou zátěží, která je s péčí o umírajícího spojena. Pracovníci v hospicích jsou připraveni rodinným příslušníkům pomáhat v konkrétních úkonech týkajících se péče o potřeby umírajícího. Mimo to musí předvídat smutek, resp. konfrontaci se strachem, který rodina pocítuje z blížící se smrti milované osoby. Rodinní příslušníci trpí zvláště čtyřmi druhy strachu. Ovládá je strach z nejistoty, utrpení, ztráty a selhání. Nejistota spojená se smrtí pramení z vytěšňování umírání

z každodenní zkušenosti. Lidé nechtějí o smrti či umírání slyšet a vytlačují myšlenky s tím spojené ze svých úvah. Proto pocíťují nejistotu, když jsou konfrontováni s blízcí se smrtí blízkého. Strach a obavy pramenící z nejistoty však bývají mnohdy tísnivější než realita. Pokud se podaří zahrnout rodinu dostatečným množstvím informací a přimět jednotlivé členy k otevřenému rozhovoru, a to i s nemocným, může to znamenat významný krok k hlubšímu porozumění a nabytí jistoty v otázkách vyrovnávání se s umíráním a smrtí člena rodiny. (Student, Mühlum a Student, 2006)

Strach z utrpení, a především z bolesti, pocíťují rodinní příslušníci, kteří nejsou ujištěni o tom, že jejich blízký netrpí. Z toho důvodu je velmi důležité, aby pracovníci hospice přislíbili rodině, že udělají vše, co bude v jejich silách, aby umírající netrpěl bolestí. Tento slib značně povzbuzuje rodinné příslušníky a znamená zmírnění utrpení pro všechny zúčastněné. Jakmile se člověk zbaví obav z fyzické bolesti, dopadá na něj ve větší míře strach ze ztráty. S ním se jednotliví členové rodiny vyrovnávají lépe, pokud jsou schopni připouštět si a vyjadřovat své pocity. K tomu potřebují bezpečné prostředí, ve kterém vládne důvěrná atmosféra. Takové podmínky mohou zažívat nejen doma, ale i v prostředí hospice. Rodina se tak společně se svým blízkým připravuje na umírání a díky vzájemné podpoře a otevřenosti se vyrovnává se strachem ze ztráty. (Student, Mühlum a Student, 2006)

K procesu smutku patří i strach ze selhání, a to z různých důvodů. Zde mohou zasáhnout pracovníci hospice svým profesionálním porozuměním těmto věcem. Rozeznají důvod pocitů selhání a přispějí k jejich odstranění. Často jde o uzavření nedořešených konfliktů, vhodný způsob rozloučení nebo vyjádření citů, které byly celý život potlačovány. (Student, Mühlum a Student, 2006)

### **2.8.1 Potřeby rodiny**

Jak bylo řečeno výše, pro příbuzné je důležité ujištění o tom, že jejich blízký netrpí. Rodina se tak lépe vyrovnává se situací a adekvátně se zapojuje do péče o blízkého. K patřičnému zapojení potřebuje rodina dostatek informací o nemoci, o tom jak pečovat, jak zajistit blízkému pohodu a jak mluvit s ostatními členy rodiny o nemoci blízkého. Velmi důležité jsou také informace o léčbě a jednotlivých lécích, aby rodina chápala, proč je podávání jednotlivých léků důležité a případně nezabraňovala v podávání některých



léků. To se může stát například v případě opioidů, kdy se rodina bojí přílišného útlumu a návyku na lék. Veškeré informace by měly být podávány ve srozumitelné formě, jednoduše a měly by odpovídat aktuálním potřebám rodiny. (Kristjanson, Hudson, Oldman in O'Connor, Aranda, 2005)

K dalším potřebám radíme emocionální podporu. Zde bývá důležité naučit členy rodiny, že se nemusí snažit vyřešit vše najednou, že si mohou odpočinout a poté se opět věnovat péči o svého příbuzného. Emocionální podporu rodinám poskytuje do určité míry celý tým zajišťující hospicovou péči. Každý pracovník může přispět slovy povzbuzení, vyslechnutím nebo pouhým úsměvem. Tým také zajišťuje praktickou pomoc, která se většinou týká rodin, které o svého blízkého pečují v domácím prostředí a potřebují si například vyřešit osobní záležitosti. Poté přichází na řadu dobrovolníci nebo zdravotní sestry, které mohou na určitou dobu převzít péči. K dalším praktickým potřebám radíme například rady, jak se pečuje o hygienu, jak polohovat nemocného nebo jak pečovat o kůži apod. Rodina se může potýkat s mnoha problémy v praktické oblasti, a proto je důležité vše pečlivě prodiskutovat. (Kristjanson, Hudson, Oldman in O'Connor, Aranda, 2005)

### **2.8.2 Zármutek**

*„Ztráta blízkého člověka v nás vyvolává mnoho protichůdných pocitů, jimiž jsme často zmítáni a můžeme se cítit jako při jízdě na horské dráze. Existuje ještě celá oblast myšlenek, které se jeví jako matoucí a neuchopitelné.“* (Tausch-Flammer, str. 7, 2011)

Období zármutku po bolestném odloučení od milované osoby může trvat různě dlouho a stejně tak jeho projevy mohou být různé. Obecně platí, že čím hlubší a vřelejší vztah měl pozůstalý k zemřelému, tím je jeho zármutek větší a intenzivnější. (Kelnarová, 2007)

Odborníci se dívají na žal a smutek jako na proces, který má fáze. Oates (1981) uvádí jako první fázi šoku, kdy pozůstalý potřebuje péči. Šok pak přechází v otupělost a neschopnost cokoliv dělat. Tuto fázi střídá smíšené smíření s pravdou, že dotyčného blízký navždy opustil, což přechází do stavu deprese. Po tomto těžším období přichází údobí klidnější, ale může být stále narušováno depresemi. Na konci se truchlící dostává k rozhodnutí „začít znovu žít“. Další odborníci, jako například Kübler-Rossová nebo Křivohlavý, uvádí obdobné fáze, které začínají šokem a končí smířováním se se situací. (srov. Křivohlavý in Kelnarová, 2007; Student, Mühlum a Student, 2006)

Období zármutku ulehčuje truchlící rodině vědomí, že stáli při svém příbuzném až do úplného konce. Udělali pro něj vše, co bylo v jejich silách, a po jeho odchodu se měli o koho opřít, komu se vyplakat a s kým hovořit o svém zármutku. Hospice jim k tomu nabízejí účast na společném setkávání lidí, kteří zažili doprovázení a následnou ztrátu svého blízkého. (Kelnarová, 2007) Například poskytovatel domácí hospicové péče Cesta domů zřídil pro pozůstalé Klub Podvečer, který každý měsíc pořádá společná setkávání lidí, kteří se vyrovnávají se ztrátou blízké osoby a jednou ročně pořádají vzpomínkové setkávání u příležitosti svátku zemřelých.<sup>7</sup>

## 2.9 Tým v hospicové péči

Dle Prokopa stojí hospicová péče na kvalitním personálu. Tvrdí, že nejdůležitější je jejich erudovanost a především lidský přístup. (Prokop, 2010) Protože péče nemůže být prováděna individuálně různými odborníky, předpokládá se u zaměstnanců spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu. (Student, Mühlum a Student, 2006) K týmu patří stabilní lékaři, zdravotní sestry, psychologové, duchovní a sociální pracovníci. V týmu mají svou nezastupitelnou roli i dobrovolníci a dle přání a potřeb pacienta fyzioterapeuti, různí terapeuti a další odborníci. (Prokop, 2010)

Optimální péče vyžaduje věnování pozornosti všem aspektům pacientova utrpení a jeho potřebám. (Student, Mühlum a Student, 2006) O tělesné potřeby klienta se stará především zdravotní personál - lékaři a zdravotní sestry, resp. odborníci v paliativní péči a medicíně. Po přijetí nemocného do péče zajišťují jeho zdravotní a sociální anamnézu a vedou o pacientu příslušnou dokumentaci. Potřebnou péči pak zajišťují s ohledem na diagnózu a aktuální stav nemocného. (Kabelka et al. in Prokop, 2010) V případě zhoršení chronických obtíží lékaři dále provádí diferenciální diagnostiku (tzn. proces výběru nejpravděpodobnější diagnózy) Každodenně sledují intenzitu bolesti pacientů a rozmlouvají s nimi o jejich dalších obtížích. V případě potřeby provádí další nezbytná vyšetření. Lékaři také rozhodují o medikaci pacientů, kdy jde především o analgetika. Zdravotní sestry provádí ošetrovatelskou péči, do které spadá především monitorování a ovlivňování stavu pacienta. Kontrolují základní životní funkce pacienta a jeho celkový stav

---

<sup>7</sup>Cesta domů. *Služby – Klub Podvečer*. [online]. [cit. 2018-06-15]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/klub-podvecer>

(tělesnou teplotu, chuť k jídlu, příjem potravy, hydrataci, vyměšování, moč, barvu kůže a její změny, atd.) Zdravotní služba je v hospici zajištěna 24 hodin, 7 dní v týdnu, aby se při zhoršení stavu předešlo zbytečným převozům do nemocnic. (Kalvach a kol., 2010)

Potřebu klienta s někým komunikovat a řešit své psychické problémy zajišťuje psycholog, případně psychoterapeut. Tito odborníci se soustředí na práci s pacientem a jeho pečující rodinou. Napomáhají všem vyrovnat se s nepříznivou životní situací (umíráním, péčí o umírajícího). Jsou na blízku při náhlém zhoršení stavu nemocného (např. u onkologicky nemocných pacientů). Zasahují při neshodách mezi pacientem a jeho rodinou nebo neshodách rodinných příslušníků. Pomáhají v komunikaci a objasňování postojů a vztahů jednotlivých zúčastněných. V takových případech je právě krizová intervence psychologa nedocenitelná. (Kalvach a kol., 2010)

O sociální potřeby se stará sociální pracovník, který pomáhá klientovi uspořádat si svoje věci, zabezpečit rodinu a vyřešit další náležitosti. (Svatošová, 2011) K výkonu své práce tedy potřebuje zhodnotit emoční, sociální, praktické, finanční a případně další potřeby klienta. Radí klientovi v oblasti sociálních dávek, vyřizuje související administrativu a zajišťuje spolupráci s příslušnými úřady. Musí být také dobrým komunikátorem, aby mohl pomoci rodině překonat komunikační obtíže, urovnat spory a vhodně využít čas, který zbývá k dořešení posledních záležitostí. Kromě klienta a pečujících osob, by si sociální pracovník měl všimnout i dětí, adolescentů a seniorů v příbuzenském vztahu. Pro nejbližší osoby je často velmi komplikované vyrovnat se se změnou situace, která je vázána na blížící se ztrátu člena rodiny. V konečné fázi zajišťuje sociální pracovník pozůstalým pomoc s organizačními záležitostmi spojenými s úmrtím a zprostředkovává pomoc okolí, jako je například kontakt na svépomocnou skupinu (osoby, které prožily ztrátu blízkého a sdílejí se skupinou své pocity a vzájemně se podporují) nebo zprostředkování terapeutické pomoci. (Svatošová in Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2010)

Pokud jde o potřeby spirituální je v týmu zajištěn duchovní nebo jiná osoba, která s umírajícím rozebírá spirituální témata. Adekvátní podpora v této oblasti vychází z kulturního, případně náboženského zázemí klienta, z jeho chápání smyslu života, z jeho zvyků apod. Proto je při hledání odpovídající osoby důležité vycházet výhradně z přání klienta. Vyžádaná osoba pak s klientem řeší různá témata spirituální podpory. Může jít

o rozpravu nad končícím životem, nad jeho smyslem. Dochází k validaci prožitého života. Hledání odpovědí na nezodpovězené otázky. Řešení strachu ze smrti, pomoc při nalézání odvahy k smíření se s blízkou smrtí atd. Témata záleží na samotném umírajícím a jeho přáních. Pracovník zajišťující spirituální potřeby by to měl respektovat a za každých okolností dbát na zachování důstojnosti klienta. (Kalvach a kol., 2010)

V hospicích mají své nezastupitelné místo i fyzioterapeuti. Přestože se může rehabilitace jevit jako zbytečná, protože již nedojde k znovunabytí původních schopností, je velmi důležitá. Postupy fyzioterapeutů mají významný úlevný efekt. Jde především o: uvolňování funkčních bloků, ovlivňování bolestivých svalových dysbalancí, udržování svalové síly dolních končetin, udržování a reedukace chůze, dechová rehabilitace a optimální polohování na lůžku. Do rehabilitace spadá i práce ergoterapeutů, kteří se zabývají obnovou či zachováním soběstačnosti u každodenních činností a v používání kompenzačních pomůcek. (Kalvach a kol., 2010)

Často v hospicích pomáhají také dobrovolníci, kteří jsou důležitou součástí týmu. V rámci něj hrají roli odborníků na všední záležitosti. (Student, Mühlum a Student, 2006) Obstarávají aktivity spočívající v řadě činností u lůžka nemocného nebo v budově hospice, dobrovolníci mohou zpříjemňovat pobyt klienta osobním rozhovorem, četbou, případně dopomocí při různých aktivitách. Ruku k dílu mohou dobrovolníci přiložit i na zahradě hospice, na recepci nebo při drobných opravách. Dobrovolníkem se může stát každý. Osoby, které se dostávají do přímého kontaktu s klienty, jsou zpravidla školeny ve speciálních kurzech.

(Haškovcová, 2007)

Z výše uvedeného je zřejmé, že v hospici působí rozsáhlý tým pracovníků, který by měl být vzájemně provázaný. Spolupracovníci by si měli pravidelně a především efektivně předávat informace a zajišťovat tak kontinuitu a kvalitu procesu péče. (Prokop, 2010) Ke kvalitně odváděné práci významným dílem přispívá i odpovídající další vzdělávání všech zaměstnanců. Ti si mohou své vědomosti rozšiřovat díky účasti na odborných konferencích, sdílením dobré praxe mezi kolegy z jiných hospiců nebo čerpají informace z publikací a odborných článků, v elektronických internetových kurzech. Získané vědomosti pak mohou pracovníkům ulehčit jejich nelehkou práci spočívající v péči

o umírající a jejich blízké. Prospěšné mohou být také při vyrovnávání se s bolestnými situacemi a zármutkem, souvisejícím s prací v hospici. (Cabrnoch et al., 2016)

## **2.10 Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče**

Většinu poskytovatelů lůžkové a domácí hospicové paliativní péče v České republice sdružuje Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (zkráceně APHPP). Jde o dobrovolnou samosprávnou nezávislou nepolitickou organizaci, která vznikla v roce 2005. (Svatošová, 2011) V jejím čele stojí prezident asociace. V současné době tuto funkci zastává PhDr. Robert Huneš, ředitel Hospice sv. Jana N. Neumanna.<sup>8</sup>

Cílem APHPP je prosazování a podpora hospicové a paliativní péče vycházející z úcty k člověku jako jedinečné neopakovatelné lidské bytosti. Asociace se také snaží přispět k pozitivní proměně vztahu naší společnosti ke smrti a umírání. Dále garantuje kvalitu služeb svých členů a ručí za jejich odbornost, ekonomickou průhlednost a korektnost. Potřebná kvalita a úroveň poskytované péče je zajišťována dodržováním standardů hospicové paliativní péče, které jsou pro všechny členy závazné.<sup>9</sup>

APHPP se také zapojuje do oblasti profesionálního rozvoje a celkové informovanosti svých členů. Vydává pro ně zpravodaj Hospicnoviny a každoročně pořádá odbornou konferenci. O dalších připravovaných konferencích týkajících se problematiky hospicové péče pravidelně informuje na svých internetových stránkách, aby se jich případní zájemci mohli zúčastnit a rozšířit si tak své znalosti.

Na svých internetových stránkách asociace nabízí čtenářům mnoho užitečných informací nejen o asociaci, ale především o hospicích a hospicové péči v České republice. APHPP zde nabízí volně ke stažení i svůj zpravodaj Rovnováha, který vychází pravidelně třikrát za rok od dubna 2010. Informuje o aktualitách z hospiců v ČR a tématech, která se týkají

---

<sup>8</sup>Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. *Lidé v Asociaci*. [online]. [cit. 2018-06-15]. Dostupné z: [http://www.asociacehospicu.cz/hospice-v-cr?post\\_id=147](http://www.asociacehospicu.cz/hospice-v-cr?post_id=147)

<sup>9</sup>Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. *Poslání Asociace*. [online]. [cit. 2018-06-15]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/poslani-asociace>

rozvoje hospicové paliativní péče. Na stránkách jsou také volně dostupná tematická videa a prostor pro dotazy návštěvníků stránek.<sup>10</sup>

## 2.11 Současná legislativa a financování v oblasti hospicové péče

### 2.11.1 Legislativa

V současnosti je s hospicovou péčí spojena legislativa především z oblasti sociální a zdravotní. Jako první musíme zmínit zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon uvádí v paragrafu 2 odst. (4) písm. a), definici zdravotní péče jako souboru činností a opatření, která jsou prováděna u fyzických osob mimo jiné za účelem zmírnění utrpení. Paragraf 5 odst. (2) písm. h), pak mezi druhy zdravotní péče zařazuje paliativní péči. Účel této služby definuje jako: *zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyлéčitelnou nemocí*. Dalším důležitým bodem v zákoně je ukotvení domácí péče jako ošetrovatelské, léčebně rehabilitační nebo paliativní péče. Stěžejním bodem s ohledem na dostupnost hospicové péče je paragraf 44 a. Ten byl přidán díky novele č. 290/2017 Sb. s účinností od 1. 1. 2018. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování tak nově zakotvuje institut hospice jako poskytovatele zdravotních služeb nevyлéčitelně nemocným pacientům v terminálním stádiu nemoci. Zmíněné služby jsou dle odst. (1) poskytovány prostřednictvím speciálních lůžkových zdravotnických zařízení hospicového typu nebo v domácím prostředí pacienta.<sup>11</sup>

Zákon o veřejném zdravotním pojištění č.48/1997 Sb., ve svém aktuálním znění uvádí paliativní péči jako hrazenou službu (dle § 13, odst. (2) písm. a)). Dále zákon řadí paliativní péči pod zvláštní ambulantní péči, jako součást domácí péče (dle § 22) nebo pod zvláštní lůžkovou péči v zařízeních hospicového typu (dle § 22a).<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup>Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. [online]. [cit. 2018-06-15]. Dostupné z <http://www.asociacehospicu.cz/>

<sup>11</sup>Zákon Ministerstva zdravotnictví č. 372/2011 Sb. V aktuálním znění. [online]. [cit. 2018-06-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

<sup>12</sup>Zákon Ministerstva zdravotnictví o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb. V aktuálním znění. [online]. [cit. 2018-06-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

V sociální oblasti zastupuje platnou legislativu zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Na jeho základě je poskytován příspěvek osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Příspěvek na péči náleží i osobě, která péči poskytuje, tzn., že může být přidělen i hospici. O samotném přidělení příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce (dle § 7). Žadatel však musí nejprve splnit všechny povinnosti, které mu jsou uloženy § 22. Pokud žadatel příspěvek obdrží, Úřad práce kontroluje, zda byl příspěvek řádně využit k zajištění pomoci příslušné osobě. Pokud žadatel o příspěvek zemře před jeho vyplacením, přechází nárok na příspěvek podle § 16 odst. (1) na fyzickou nebo právnickou osobu, která byla uvedena v žádosti o příspěvek, nebo osobu, která se prokazatelně podílela na pomoci dotyčnému před jeho smrtí. Příspěvek tak může obdržet i speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu.<sup>13</sup>

Dále je podle zákona o sociálních službách § 37 odst. (3- 4) poskytováno sociální poradenství osobám ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu. Služba zahrnuje následující činnosti: *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*. Paragraf 85 pak ukládá speciálním lůžkovým zdravotnickým zařízením hospicového typu povinnost registrace jako poskytovatelů sociálních služeb. Registr je veden příslušným krajským úřadem.<sup>14</sup>

### **2.11.2 Financování**

Problematika současného financování hospicové péče je obtížně uchopitelná, protože finance přicházejí z více zdrojů a jsou nesystémové. Cabrnch (2016) uvádí, že příjmy hospiců se různí, jsou nejednotné a nepřehledné. Nicméně se pokouší o následující zjednodušené dělení příjmu hospiců:

Významnou část příjmů hospiců tvoří platby z veřejného zdravotního pojištění. Odhadem jde o 40 - 60 % z celkových příjmů. Platby z veřejného zdravotního pojištění jsou realizovány prostřednictvím plateb za tzv. ošetrovací den, režii a kategorii pacienta.

---

<sup>13</sup>Zákon Ministerstva práce a sociálních věcí o sociálních službách č. 108/2006 Sb. V aktuálním znění. [online]. [cit. 2018-06-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

<sup>14</sup> ibidem

V ošetrovacím dni jsou zahrnuty všechny spotřebované léčivé přípravky za uplynulý den. Náročnost ošetrovatelské péče zohledňuje kategorie pacienta a nepřímé náklady tvoří režie (zahrnuje široký výčet položek, mezi které spadá např.: spotřeba materiálu, spotřeba energií, mzdy zaměstnanců, daně, apod.). (Cabrnoch et al., 2016) Hodnota bodu pro rok 2018 je 1 Kč<sup>15</sup> a k ošetrovacímu dni je přidělena režie ve výši 183,33 bodu.<sup>16</sup>

Další složku celkových příjmů tvoří dotace Ministerstva zdravotnictví<sup>17</sup> a Ministerstva práce a sociálních věcí. Přestože jde o nenárokové dotace, hospice je obvykle získají, musí však být registrovány jako poskytovatelé sociálních služeb. (Cabrnoch et al., 2016)

Nezanedbatelnou složku příjmů představují platby klientů. Jsou složeny z příspěvků na péči a dalších plateb klienta. Pro rok 2018 činí příspěvek pro osoby s těžkou závislostí 8 800 Kč (do 18 let 9 900 Kč) a při úplné závislosti jde o 13 200 Kč (pro dospělé i osoby do 18 let).<sup>18</sup> Jelikož příspěvky na péči a veřejné zdravotní pojištění nepokryjí všechny služby, požaduje hospice od klienta další platby. (Cabrnoch et al., 2016) Ty se mohou pohybovat od 200 do 500 Kč/den, může se však stát, že budou nižší nebo i vyšší. Záleží to především na finanční situaci klienta a dohodě s vedením hospice. Částka se stanovuje dle výše měsíčního příjmu klienta a výše jeho příspěvku na péči. Co se týče hrazení služeb v domácí hospicové péči, jsou platby různé, odvíjí se od konkrétních vykonaných úkonů, od finanční situace klienta a od toho, zda mají hospice smlouvu s pojišťovnou klienta.<sup>19</sup>

---

<sup>15</sup>Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018. [online]. [cit. 2018-06-15]. Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=353/2017&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=353/2017&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

<sup>16</sup>Vyhláška Ministerstvo zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Pouze ustanovení změněná k 1. 1. 2018 [online]. [cit. 2018-06-15]. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/info/uztxtzmeny.asp?cd=5&typ=r&det=&levelid=125469&datumakt=1.1.2018>

<sup>17</sup>(viz. str. 28)

<sup>18</sup>Integrovaný portál MPSV. *Příspěvek na péči*. [online]. [cit. 2018-06-15]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

<sup>19</sup>Srov. Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. *Informace před přijetím*.; Hospic Anežky České. *Informace před přijetím do Hospice Anežky České*.; Hospic Malovická. *Dokumenty*.; Hospic sv. Štěpána Litoměřice. *Domácí hospicová péče*.; Hospic v Mostě. *Pro klienty*. [online]. [cit. 2018-06-15]. Dostupné z: <http://rajhrad.charita.cz/res/archive/013/001577.pdf?seek=1461847177>,



Do rozpočtů hospiců dále přispívají kraje a obce, fyzické a právnické osoby prostřednictvím darů. A konečně i samy hospice pořádají dobročinné sbírky nebo prodej různých produktů za účelem získání finančních prostředků. (Cabrnoch et al., 2016)

## **2.12 Program „Podpora hospicové paliativní péče v České republice“**

Ke zlepšení situace hospicové paliativní péče u nás přispívá dotační program Ministerstva zdravotnictví České republiky a v letech 2017 - 2022 si klade za cíl podporovat vznik a vybavení hospiců v České republice. Hlavní cíl se zaměřuje na dosažení kapacity 516 hospicových lůžek, což představuje 5 lůžek na 100 000 obyvatel.<sup>20</sup> Jde o parametr, který je nastaven tak, aby byly hospice přiměřeně obsazeny. Vychází se zde z 25- ti leté zkušenosti působení hospiců v ČR. Program nahrazuje „*Podporu humanitárních projektů*“, obdobný program podpory, který skončil v roce 2016. Nový program podpory je určen pro nestátní neziskové organizace, které vyhoví kritériím při hodnocení jejich žádosti o poskytnutí dotace. Program se člení na dva podprogramy: *Podpora hospicové péče stroji a zařízeními* a *Podpora rozvoje nemovité infrastruktury hospicové paliativní péče*.

Podprogram *Podpora hospicové péče stroji a zařízeními* se zaměřuje na obnovu movitého majetku poskytovatelů hospicové a paliativní péče. Zahrnuje i vybavení již existujících zařízení (domácích a lůžkových hospiců a paliativních oddělení v nemocnicích). Může se jednat o pořizování polohovacích postelí, zvedáků pro imobilní (tzn. nepohyblivé) pacienty a antidekubitní matrace. Jde také o pořizování specializovaných přístrojů, které slouží ke zkvalitnění hospicové paliativní péče.

Podprogram *Podpora rozvoje nemovité infrastruktury hospicové paliativní péče* cílí právě na zvýšení kapacity hospicové paliativní péče, resp. budování a rekonstrukce hospiců. U realizace však nastává problém financování ubytovací kapacity pro doprovázející osoby. Lůžka pro doprovázející totiž dotace nepokrývá. Ta nepokrývá ani náklady spojené

---

<http://www.hospic.cz/res/data/011/001558.pdf>,<http://www.hospicmalovicka.cz/index.php/dokumenty>,  
<http://www.hospiclitomerice.cz/Domaci-pece/Domaci-hospicova-pece-1>,<https://www.hospic-most.cz/proklienty>.

<sup>20</sup> V roce 2016 bylo v ČR podle APHPP celkově 476 lůžek. Program Podpory tak počítá s rozšířením kapacity o minimálně 40 lůžek.

s odpisy, které se odvíjí od vysokých pořizovacích nákladů. S těmito výdaji se musí poskytovatelé hospicové paliativní péče vypořádat sami.

Ke splnění vytyčených cílů obou podprogramů je počítáno s rozpočtem ve výši 115,025 mil. Kč, který bude zajištěn finančními prostředky ze státního rozpočtu, a počítá se také se zapojením účastníků programu a jejich vlastními zdroji, a to v minimální výši 30% na celkovém rozpočtu, což je přibližně 34,525 mil. Kč.

(Dokumentace Programu „*Podpora hospicové paliativní péče v ČR*“, 2016)

### **3 Povědomí studentů speciální pedagogiky o hospicové péči v České republice**

V praktické části diplomové práce bylo provedeno dotazníkové šetření, zaměřující se na povědomí studentů speciální pedagogiky o hospicové péči v naší zemi. Hlavním cílem výzkumného šetření tedy bylo analyzovat znalosti studentů speciální pedagogiky o hospicové péči v České republice.

#### **3.1 Dílčí cíle a hypotézy výzkumu**

Mezi dílčí cíle bylo zařazeno následující:

1. Zjistit, odkud získali respondenti informace o hospicové péči.
2. Zhodnotit, zda respondenti disponují alespoň základními vědomostmi o hospicové péči.
3. Zjistit, zda respondenti považují hospicovou péči za důležitou.
4. Zjistit, zda respondenti považují informace o hospicích za podstatné a využitelné pro jejich budoucí práci.

Hypotézy:

H1: Respondenti z druhého ročníku magisterského studia dokáží lépe popsat hospicovou péči, než respondenti z prvního ročníků bakalářského studia.

H2: Pokud mají respondenti přímou zkušenost<sup>21</sup> s hospicovou péčí, nepovažují hospic za dům smrti.

#### **3.2 Výběr výzkumného vzorku**

K sestavení výzkumného vzorku byl použit záměrný výběr. Respondenti museli splňovat především dvě kritéria. Za prvé byli vybíráni studenti speciální pedagogiky a za druhé muselo jít o studenty z prvních ročníků bakalářského stupně studia a studenty z druhých ročníků magisterského stupně studia. Rozdílnost ve stupni studia byla vybrána se záměrem porovnání vědomostí začínajících studentů, u kterých se nepředpokládaly rozsáhlé znalosti o tématu, s těmi u kterých se naopak tyto znalosti očekávaly, protože již byli v posledním

---

<sup>21</sup> Definování přímé zkušenosti viz. vyhodnocení výsledků výzkumného šetření.

ročníku navazujícího studia. Porovnáním se pak mělo dojít k potvrzení nebo vyvrácení tohoto předpokladu.

### **3.3 Metoda výzkumu**

Pro výzkumné šetření byla použita kvantitativní metoda. Dle Gavory (2000) pracuje kvantitativní výzkum s číselnými údaji, je zjišťováno množství, rozsah či frekvence výskytu jevů. Čísla pak zajišťují přesné a jednoznačné vyjádření výzkumných údajů. Přesné údaje pak umožňují zevšeobecňování a vyslovení předpovědí o daných jevech. V kvantitativním výzkumu je ze strany výzkumníka udržován odstup od zkoumaných jevů, což zajišťuje nestrannost pohledu.

K realizaci výzkumu byl použit dotazník vlastní konstrukce. Právě dotazník představuje velmi frekventovanou metodu k hromadnému získávání údajů. Dotazník je soustavou předem připravených otázek, které jsou promyšleně seřazeny. Respondenti na ně odpovídají písemně a většinou anonymně. K nevýhodám dotazníku patří nemožnost jakékoli opravy nebo doplnění v případě špatného porozumění otázce na straně respondenta. Výhody pak spočívají v možnosti oslovení velkého počtu respondentů, časová nenáročnost a možnost hromadného zpracování odpovědí. (Chráska, 2007)

Dotazník k výzkumnému šetření byl vytvořen v elektronické a následně i v papírové podobě. Obsahoval celkem 30 otázek. Při jeho tvorbě byly použity uzavřené otázky s výběrem z několika variant odpovědí (otázky č. 1, 3, 4, 5, 7, 8, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30). U otevřených otázek měli respondenti možnost vlastního vyjádření (otázky č. 2, 9, 10, 11, 13) a v polouzavřených otázkách se kromě daných odpovědí nalézala možnost vlastní iniciativní odpovědi (otázky č. 6, 24). (Chráska, 2007)

### **3.4 Organizace výzkumného šetření a sběru dat**

Před vlastním výzkumem byl proveden předvýzkum, kterého se zúčastnilo 10 studentů speciální pedagogiky. Na základě jejich odpovědí a zpětné vazby v podobě rozpravy nad jednotlivými otázkami došlo k rozšíření možností odpovědí u dvou otázek a vyřazení otázky, která se zdála respondentům nadbytečná a neopodstatněná. Došlo také k úpravě pořadí kladených otázek a byla ověřena předpokládaná doba vyplňování dotazníku.

Následně byla upravená forma dotazníku použita pro vlastní šetření, které probíhalo od konce dubna do poloviny června 2018. Bylo osloveno celkem 158 studentů, zpět se vrátilo 122 vyplněných dotazníků. Návratnost tedy činí 77%. Sběr dat byl realizován na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy, kde byli studenti speciální pedagogiky osloveni přímo ve výuce. Studentům Ostravské univerzity byl dotazník zaslán elektronickou formou.

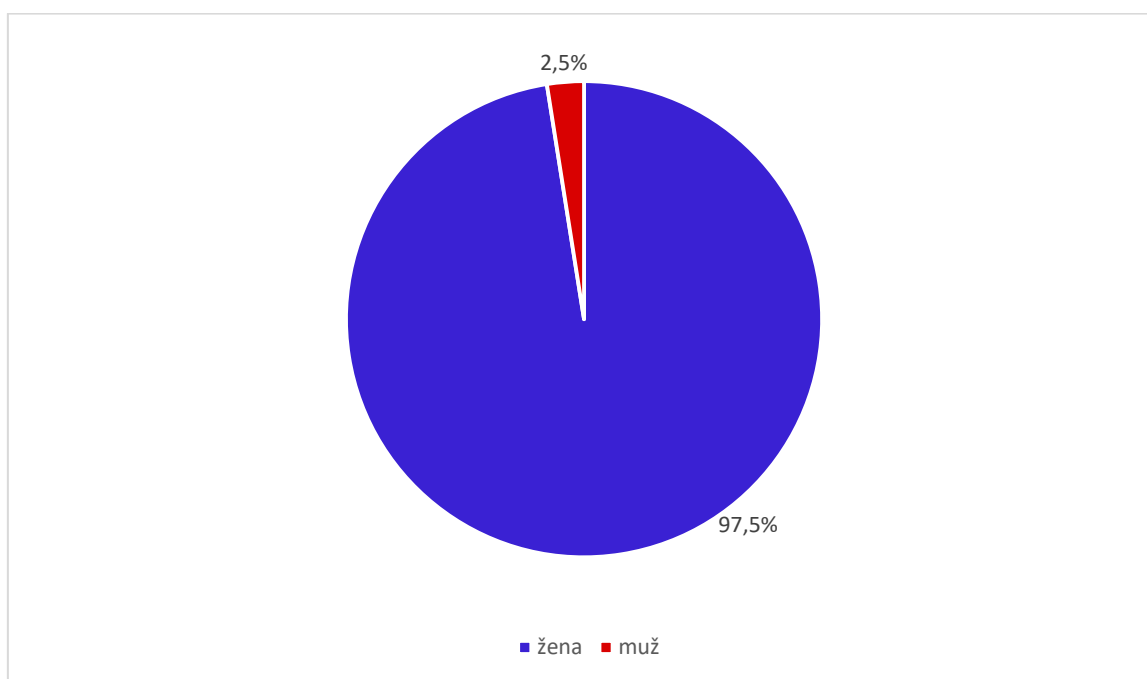
### 3.5 Zpracování výsledků výzkumného šetření

Po ukončení sběru dat byly odpovědi z papírových dotazníků převedeny do elektronické verze tak, aby bylo zajištěno snazší zpracování získaných údajů. Odpovědi jsou níže slovně okomentovány a graficky znázorněny, čehož bylo docíleno užitím programu Microsoft Excel a Microsoft Word.

#### Otázka č. 1 Dotazník vyplnil/a?

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
žena	119	97,5 %
muž	3	2,5%

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů



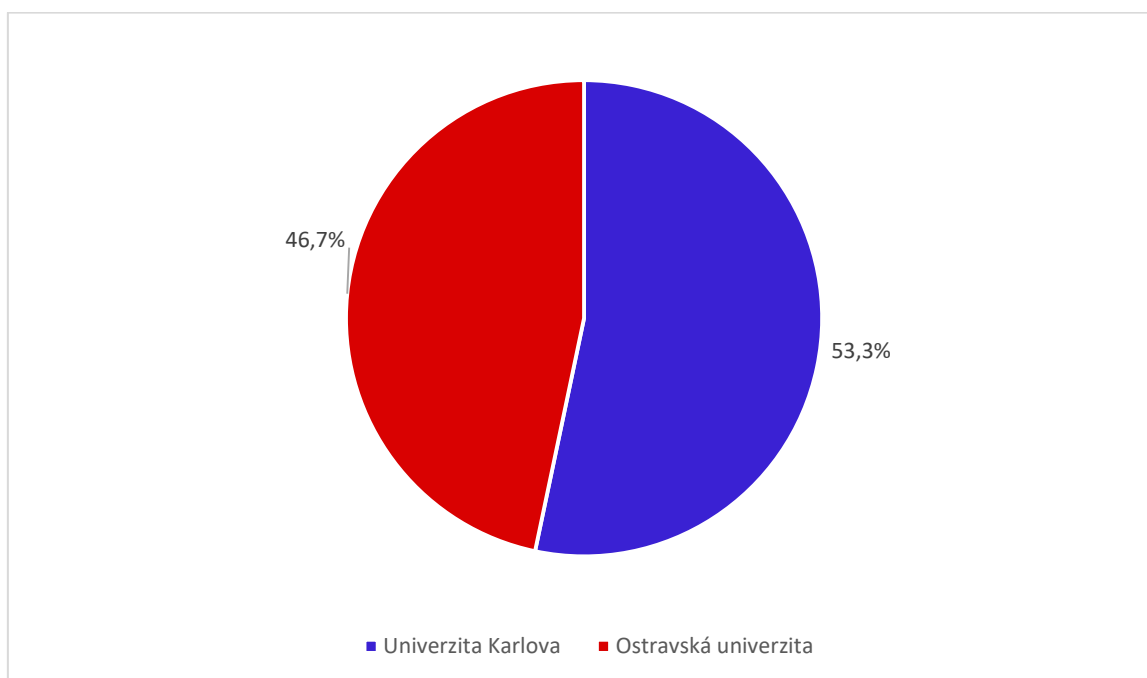
Graf č. 1 Pohlaví respondentů

První otázka byla položena čistě z informativních důvodů. Z výsledků je jasné, že dotazník vyplňovaly především ženy, jejich odpovědi tvoří 97,5%. Muži byli zastoupeni ve 2,5%.

## Otázka č. 2 Na jaké univerzitě studujete?

Název univerzity	Absolutní četnost	Relativní četnost
Univerzita Karlova	65	53,3%
Ostravská univerzita	57	46,7%

Tabulka č. 2 Název univerzity



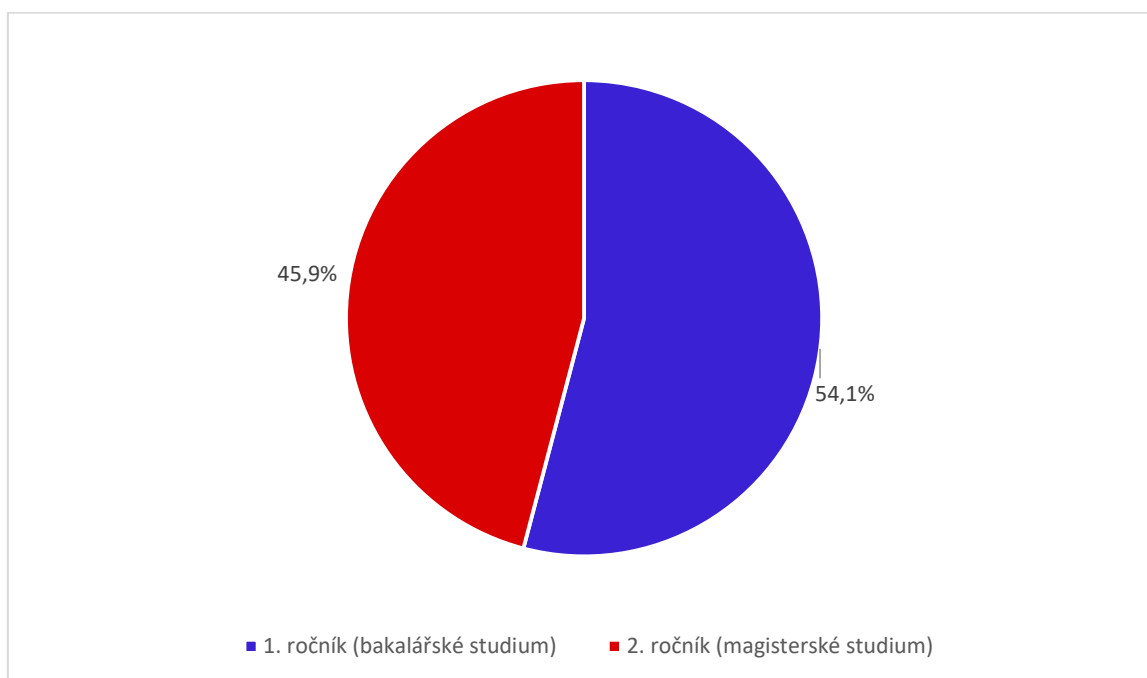
Graf č. 2 Název univerzity

V této otázce respondenti označovali, na které z univerzit studují. O 6,6% procenta převládaly odpovědi studentů z Univerzity Karlovy, zabírají 53,3% z celku, kdežto studenti Ostravské univerzity 46,7%.

### Otázka č. 3 Jaký je ročník Vašeho studia?

Ročník	Absolutní četnost	Relativní četnost
1.ročník (bakalářské studium)	66	54,1%
2.ročník (magisterské studium)	56	45,9%

Tabulka č. 3 Ročník studia



Graf č. 3 Ročník studia

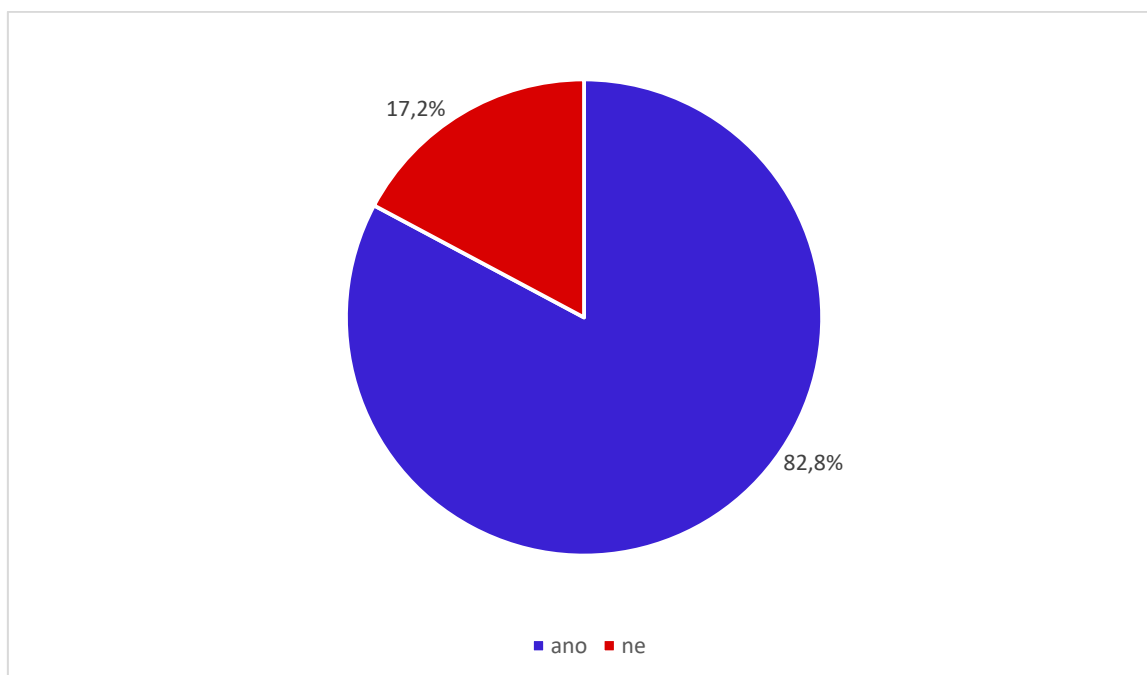
Třetí otázka je opět informativní a sleduje zastoupení ročníků, to je vcelku vyrovnané. V prvním ročníku bakalářského studia je 54,1% respondentů a ve druhém ročníku magisterského studia je 45,9% respondentů.



**Otázka č. 4 Absolvovali jste na škole předmět, který by se alespoň částečně týkal hospiců, hospicové péče?**

Absolvování předmětu	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	101	82,8%
ne	21	17,2%

*Tabulka č. 4 Absolvovali předmětu*



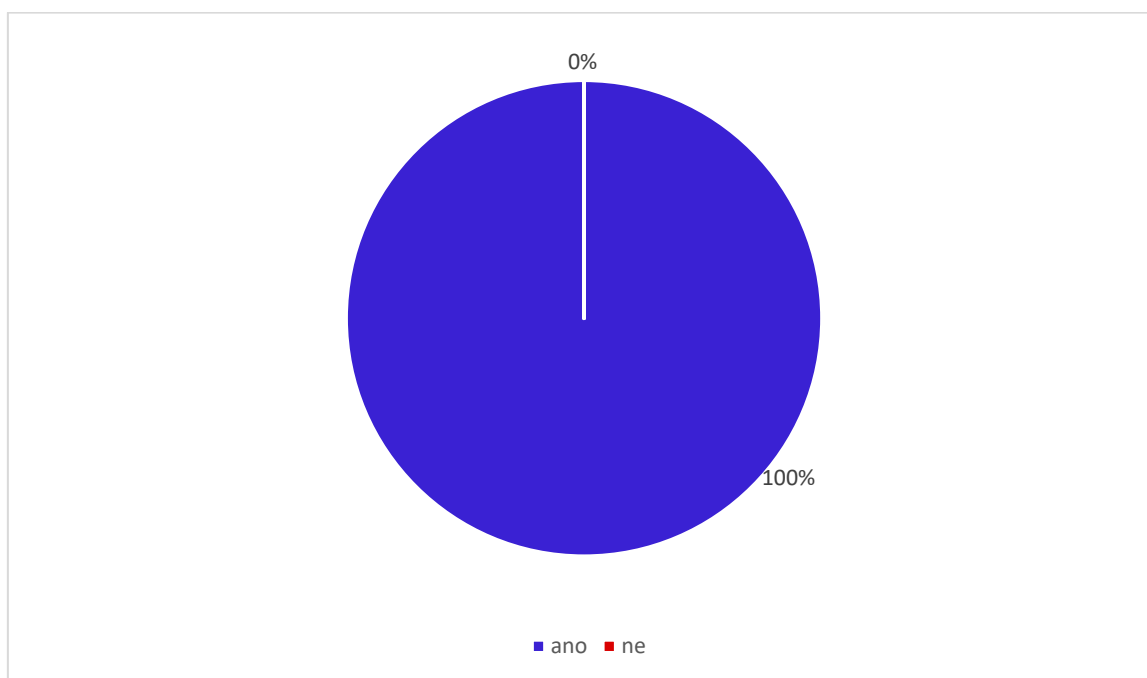
*Graf č. 4 Absolvovali předmětu*

Otázka číslo čtrnáct měla zjistit, jestli respondenti absolvovali předmět, který se týkal hospiců a hospicové péče. Respondenti v naprosté většině (82,8%) absolvovali takovýto předmět a pouze 17,2% uvedlo zápornou odpověď.

### Otázka č. 5 Víte co je to hospic?

Znalost pojmu hospic	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	122	100%
ne	0	0%

Tabulka č. 5 Znalost pojmu hospic



Graf č. 5 Znalost pojmu hospic

Pozitivně vyznívá jednotná odpověď všech respondentů v páté otázce. Všichni (100%) uvedli, že vědí, co znamená pojem hospic.

**Otázka č. 6 Odkud znáte pojem hospicová péče?**

<b>Zdroj informací</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
výklad učitelů ve škole, média	40	32,8%
výklad učitelů ve škole	24	19,7%
média	14	11,5%
odborné publikace, výklad učitelů ve škole	11	9,1%
odborné publikace, výklad učitelů ve škole, média	11	9,1%
odborné publikace, média	4	3,3%
osobní zkušenosti při doprovázení blízkého	4	3,3%
odborné publikace, osobní zkušenosti při doprovázení blízkého, média	2	1,6%
odborné publikace	1	0,8%
odborné publikace, osobní zkušenosti při doprovázení blízkého, dobrovolnictví	1	0,8%
odborné publikace, výklad učitelů ve škole, média, jiné: práce	1	0,8%
osobní zkušenosti při doprovázení blízkého, dobrovolnictví	1	0,8%
osobní zkušenosti při doprovázení blízkého, dobrovolnictví, média	1	0,8%
média, jiné: z iniciativy v místě bydliště	1	0,8%
dobrovolnictví, jiné: rodič pracující v hospici	1	0,8%
výklad učitelů ve škole, dobrovolnictví, média	1	0,8%
výklad učitelů ve škole, osobní zkušenosti při	1	0,8%

doprovázení blízkého, média		
výklad učitelů ve škole, jiné: exkurze na SŠ	1	0,8%
jiné: praxe ve škole	1	0,8%
jiné: od rodinných příslušníků pracujících ve zdravotnictví	1	0,8%

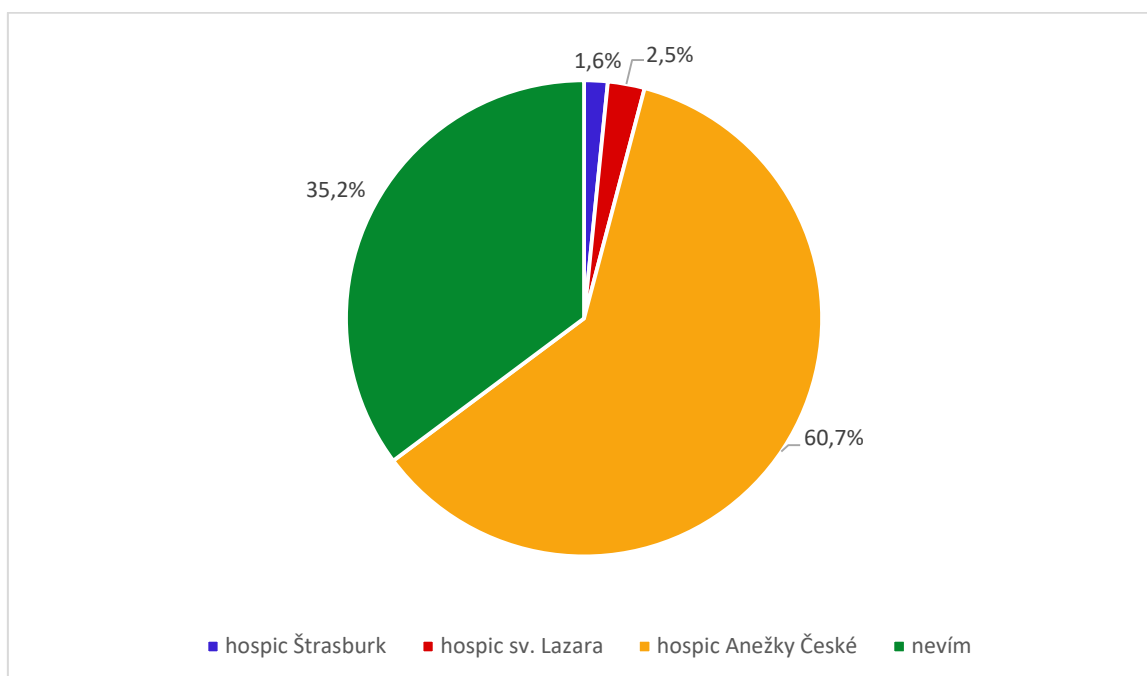
Tabulka č. 6 Zdroje informací

Další otázka ukázala, že respondenti znají pojem hospicové péče nejčastěji z výkladu učitelů ve škole a médií. Tato kombinace se vyskytovala u 32,8% dotázaných. Pouze výklady učitelů označilo 19,7% respondentů. Jen z médií zná hospicovou péči 11,5% respondentů. Odborné publikace a výklad učitelů ve škole označilo 9,1% respondentů, přičemž stejný počet procent zabíraly odpovědi, ve kterých se vyskytovala stejná kombinace zdrojů informací s možností *média* navíc. Shodně 3,3% zabírají dvě kombinace informačních zdrojů a to: *odborné publikace, média a osobní zkušenosti při doprovázení blízkého*. 1,6% uvedlo, že znají pojem hospicová péče z odborných publikací, osobní zkušenosti při doprovázení blízkého a z médií. Každá z následujících dvanácti odpovědí představuje vždy 0,8% z celkového počtu odpovědí. Jde o různé kombinace zdrojů informací, za zmínku stojí například odpověď, ve které respondent uvedl, že zná hospicovou péči z médií a z iniciativy v místě svého bydliště nebo odpověď z dobrovolnictví a od rodiče, který pracuje v hospici.

**Otázka č. 7 Který z uvedených hospiců byl v ČR založen jako první?**

<b>První hospic v ČR</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Hospic Štrasburk	2	1,6%
Hospic sv. Lazara	3	2,5%
Hospic Anežky České	74	60,7%
nevím	43	35,2%

*Tabulka č. 7 První hospic v ČR*



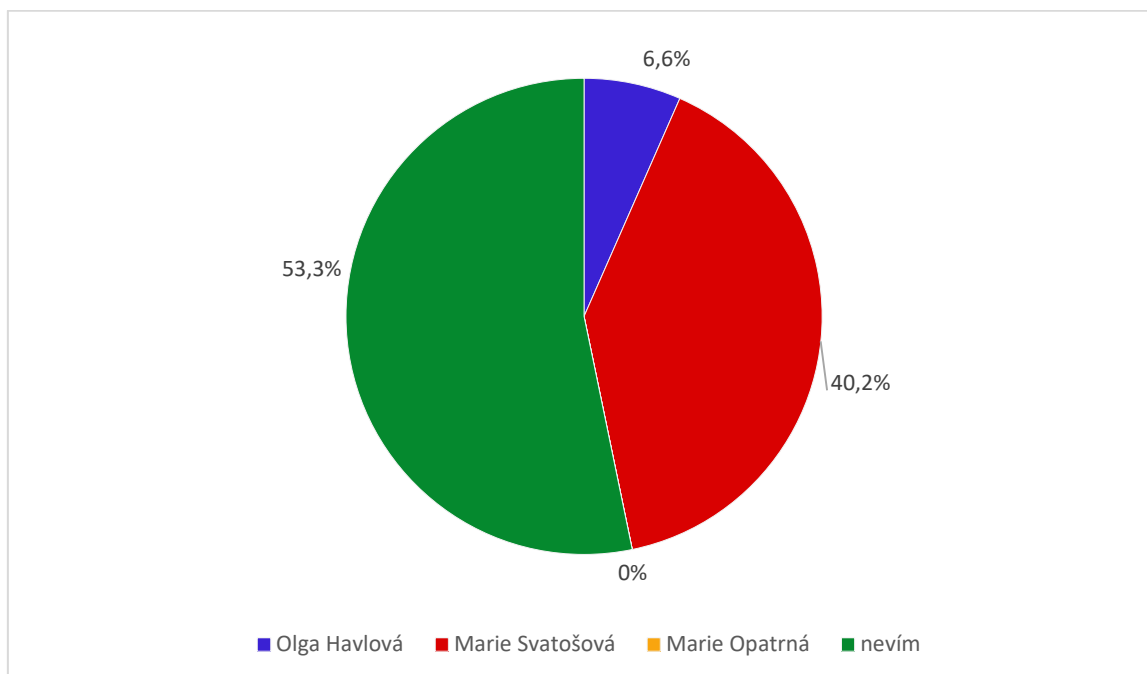
*Graf č. 6 První hospic v ČR*

V sedmé otázce je zjišťováno, jestli respondenti znají název prvního hospice v České republice. Ukázalo se, že správnou odpověď zná 60,7% respondentů. Možnosti nevím využilo 35,2% respondentů. Pouze 2,5% označilo hospic sv. Lazara za první hospic v ČR a 1,6% označilo hospic Štrasburk.

### Otázka č. 8 Kdo založil hospicové hnutí v ČR?

Zakladatel	Absolutní četnost	Relativní četnost
Olga Havlová	8	6,6%
Marie Svatošová	49	40,2%
Marie Opatrná	0	0%
nevím	65	53,3%

Tabulka č. 8 Zakladatel



Graf č. 7 Zakladatel

Po zakladatelce hospicového hnutí v tuzemsku se ptá osmá otázka. Více než polovina respondentů – 53,3% nedokázala označit správnou osobu a proto zvolila možnost nevím. Vcelku uspokojující pak může být fakt, že 40,2% respondentů odpovědělo správně a pouze 6,6% špatně označilo Olgu Havlovou.

### Otázka č. 9 Pro koho jsou hospice určeny?

Pro koho jsou hospice	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pro nevléčitelně nemocné, umírající.	52	42,6%
Pro osoby, které umírají (jsou dlouhodobě vážně nemocné a potřebují stálou péči).	18	14,9%
Pro starší a nemocné lidi (slouží na dožití)	12	9,8%
Pro osoby ve finálním stádiu života a jejich rodiny.	11	9,1%
Pro staré a nemocné (se smrtelnou diagnózou), o které se rodina nemůže postarat.	9	7,4%
Umírající.	7	5,7%
Pro staré umírající osoby, které nemají naději na vyléčení.	6	4,9%
Pro lidi, kteří chtějí důstojně dožít život, ale nemají kam jít a nemá se o ně kdo postarat.	2	1,6%
Pro osoby s letálním onemocněním, které odmítnou léčbu nebo je jejich stav bez jakékoliv vyhlídky na zlepšení.	2	1,6%
Pro pacienty v terminálním stádiu nemoci či onkologicky nemocné.	2	1,6%
Pro lidi, kteří chtějí umírat v domácím prostředí.	1	0,8%

Tabulka č. 9 Pro koho jsou hospice

Tato otázka nechává prostor pro vlastní vyjádření, ve kterém respondenti uvádí, pro koho jsou hospice určeny. Nevléčitelně nemocné a umírající označilo 42,6% respondentů. Pro umírající, kteří jsou dlouhodobě vážně nemocní a potřebují stálou péči, uvedlo 14,9%. V 9,8% si respondenti myslí, že hospice slouží na dožití života starým a nemocným lidem. Dalších 9,1% uvedlo osoby ve finálním stádiu života a jejich rodiny. Formulace: pro staré a nemocné (se smrtelnou diagnózou), o které se rodina nemůže postarat, se objevila u 7,4%

respondentů. Krátkou odpověď: umírající, napsalo 5,7% zatímco 4,9% uvedlo: pro staré umírající osoby, které nemají naději na vyléčení. Odpovědi následujících tří dvojic respondentů zabíraly shodně 1,6%, šlo o následující sdělení: Pro lidi, kteří chtějí důstojně dožít život, ale nemají kam jít a nemá se o ně kdo postarat. Pro osoby s letálním onemocněním, které odmítnou léčbu nebo je jejich stav bez jakékoliv vyhlídky na zlepšení.; Pro osoby s letálním onemocněním, které odmítnou léčbu nebo je jejich stav bez jakékoliv vyhlídky na zlepšení.; Pro pacienty v terminálním stádiu nemoci či onkologicky nemocné. Sdělení byla mírně upravena, ale jejich hlavní myšlenka byla zachována. Závěrem pak uvádíme odpověď jednoho respondenta (0,8%): „Pro lidi, kteří chtějí umírat v domácím prostředí.“

#### Otázka č. 10 Uveďte, co si představujete pod pojmem hospicová péče?

<b>Představa o hospicové péči</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Komplexní péče o umírající (lékařská, psychologická, sociální a spolupráce s rodinou).	32	26,3%
Důstojné dožití a uspokojování potřeb umírajících.	17	13,9%
Doprovázení umírajícího v důstojném prostředí, péče o rodinu.	10	8,1%
Doprovázení umírajícího, tišení bolesti a podpora rodiny.	10	8,1%
Poskytování paliativní péče, ale i psychologické, sociální, duchovní a podpora rodiny.	6	4,9%
Plná podpora klienta (pohodlí a snadnější odchod).	6	4,9%
Péče o umírající, odlehčení od bolesti, zachování osobní důstojnosti, podpora blízkých.	5	4,1%
Pomoc nemocným – fyzická a psychická podpora.	4	3,3%
Podobá se LDN (léčba, rehabilitace, 24 h lékařská péče).	4	3,3%



Péče o potřeby nemocného.	4	3,3%
Péče v domácím prostředí.	4	3,3%
“Zpříjemnění“ odchodu z tohoto světa, zájem o osobu klienta, zpříjemnění dní, nepřítomnost samoty.	4	3,3%
Nevím.	3	2,5%
Péče o klienta 24/7.	3	2,5%
Péče o ty, o něž se jejich příbuzní nemohou nebo nechtějí starat.	3	2,5%
Zařízení s lékařskou podporou (klient dochází nebo pracovníci dochází k němu domů).	3	2,5%
Empatická péče a pomoc umírajícím a jejich rodinám.	1	0,8%
Skvělí lidé, kteří se starají ze všech sil o lidi, kterým pomáhají, zcela jim pomoci nemohou (neuzdraví je).	1	0,8%
Terénní, ambulantní a domácí služba pro osoby ve finálním stádiu života (zdravotní, sociální, psychologická a duchovní péče).	1	0,8%
Úleva od bolesti, přítomnost a pochopení – být lidským elementem v těžké životní situaci.	1	0,8%

Tabulka č. 10 Představa o hospicové péči

Desátá otázka dala respondentům prostor k vyjádření jejich představ o pojmu hospicová péče. Zpracování bylo obtížné, protože přestože se mnoho odpovědí podobalo, musely být dále roztříděny, aby si zachovaly svou autenticitu. Nejvíce shodujících se odpovědí tvoří 26,3% a vypovídají o hospicové péči jako o komplexní péči o umírající. Názor, že jde především o důstojné dožití a uspokojování potřeb umírajících uvedlo 13,9% respondentů.

Shodných 8,1% respondentů uvedlo dvě podobné představy o hospicové péči: *Doprovázení umírajícího v důstojném prostředí, péče o rodinu a Doprovázení umírajícího, tišení bolesti a podpora rodiny*. Další dvě skupiny odpovědí tentokrát rozdílných uvedlo

4,9% respondentů. Odpovědi byly následující: Poskytování paliativní péče, ale i psychologické, sociální, duchovní a podpora rodiny. Druhá skupina odpovědí mluvila o plné podpoře klienta. Ve 4,1% respondenti vyjmenovávali: péči o umírající, odlehčení od bolesti, zachování osobní důstojnosti, podpora blízkých. Celkem 3,3% si vysloužilo pět skupin odpovědí. První uváděla fyzickou a psychickou pomoc nemocným. Druhá připodobňovala hospicovou s LDN péčí. Péče o potřeby nemocného uváděla třetí skupina, zatímco čtvrtá uváděla péči v domácím prostředí, jako představu hospicové péče. Pátá skupina v souvislosti s hospicovou péčí zmiňovala „zpříjemnění“ odchodu z tohoto světa, zájem o osobu klienta, zpříjemnění dní, nepřítomnost samoty. 2,5% respondentů uvedlo do otevřené odpovědi neví. Dalších 2,5% vidí hospicovou péči jako 24/7 péči o klienta a shodný počet respondentů ji vidí jako možnost pro ty, o které se rodina nemůže nebo nechce postarat

Zařízení s lékařskou podporou, kdy klient dochází nebo pracovníci dochází k němu domů – tuto odpověď uvedlo také 2,5% respondentů. 3,2% pak zastupují čtyři respondenti, kteří uvedli následující odpovědi:

- *„Empatická péče a pomoc umírajícím a jejich rodinám.“*
- *„Skvělí lidé, kteří se starají ze všech sil o lidi, kterým pomáhají, zcela jim pomoci nemohou (neuzdraví je).“*
- *„Terénní, ambulantní a domácí služba pro osoby ve finálním stádiu života (zdravotní, sociální, psychologická a duchovní péče).“*
- *„Úleva od bolesti, přítomnost a pochopení – být lidským elementem v těžké životní situaci.“*

**Otázka č. 11 Dokázali/y byste popsat rozdíl mezi paliativní a hospicovou péčí?**

<b>Rozdíl mezi hospicovou a paliativní péčí</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ne.	77	63,1%
Paliativní- poskytována v rámci péče v hospici, zaměřena na zmírnění bolesti a nežádoucích příznaků, které plynou z onemocnění. Hospicová – soubor dalších činností (péče psychologická, sociální, duchovní, atd.), více komplexní.	7	5,7%
Paliativní – pouze medicínská. Hospicová – komplexní.	5	4,1%
Paliativní – odlehčení od bolesti. Hospicová – komplexní.	5	4,1%
Není mezi nimi rozdíl.	5	4,1%
Paliativní – pro lidi v pokročilém stádiu. Hospicová – specializovaná paliativní péče v terminálním stádiu nemoci.	4	3,3%
Hospicová – nabízí paliativní péči, ta může být vykonávána i jinde (mimo hospic).	4	3,3%
Paliativní – zlehčuje odchod. Hospicová – zlepšuje celkově kvalitu života.	3	2,5%
Paliativní – v domácím prostředí. Hospicová – v nějakém zařízení.	3	2,5%
Hospicová péče je nadřazeným pojmem, paliativní péče se v hospici poskytuje jako jedna z mnoha služeb. Obě se zaměřují na zkvalitnění života a důstojného konce pro klienta.	3	2,5%
Paliativní – už se aktivně neléčí, tlumí se bolest.	2	1,6%

Hospicová – aktivní léčení.		
Paliativní – možnost návratu domů. Hospicová – umírání.	1	0,8%
Paliativní – prognóza dožití: týdny. Hospicová – prognóza dožití: měsíce, roky.	1	0,8%
Paliativní- péče konkrétně o pacienta. Hospicová – zahrnuje i sociální poradenství, práci s rodinou a blízkými.	1	0,8%
Paliativní – tišení bolesti a podávání výživy k zajištění životních funkcí. Hospicová – spojena s doprovázením ke smrti.	1	0,8%

Tabulka č. 11 Rozdíl v péči

Rozdíl mezi paliativní a hospicovou péčí měla zjišťovat otázka číslo jedenáct. Velká část respondentů (63,1%) nedokázala na otázku ohledně rozdílnosti odpovědět. 5,7% respondentů uvedlo, že paliativní péče je poskytována v rámci péče v hospici a je zaměřena na zmírnění bolesti a nežádoucích příznaků, které plynou z onemocnění. Hospicovou péčí pak označovali jako soubor dalších činností. Shodně 4,1% zastupují dvě skupiny respondentů, kteří vidí hospicovou péči stejně a to jako komplexní, kdežto paliativní vnímají rozdílně jedna skupina jako medicínskou a druhá jako odlehčení od bolesti. 4,1% respondentů si myslí, že mezi hospicovou a paliativní péčí není rozdíl. V 3,3% respondenti uvádí, že paliativní péče je pro lidi v pokročilém stádiu nemoci a hospicová péče je specializovanou paliativní péčí v terminálním stádiu nemoci. Další 3,3% respondentů vidí rozdílnost v možnosti vykonávání paliativní péče, která podle nich může být vykonávána v hospici, ale i mimo něj. Názor, že paliativní péče zlehčuje odchod a hospicová zlepšuje celkově kvalitu života, uvedlo 2,5%. Stejně procento respondentů si představuje paliativní péči v domácím prostředí a hospicovou v zařízeních (nějakém zařízení). Do třetice, stejné procento dotázaných uvedlo, že hospicová péče je nadřazeným pojmem a paliativní péče se v hospici poskytuje jako jedna z mnoha služeb. Obě se zaměřují na zkvalitnění života a důstojného konce pro klienta. 1,6% si myslí, že se

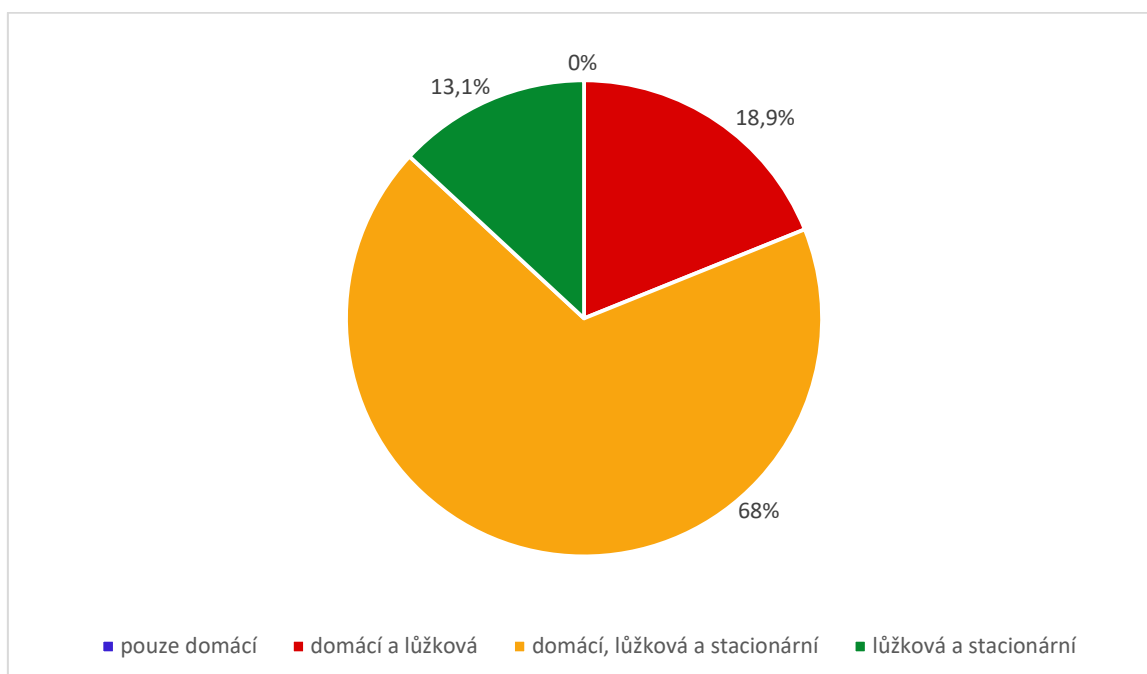
v paliativní aktivně neléčí, pouze se tlumí bolest, kdežto v hospicové se aktivně léčí. Zbylé 3,2% jsou reprezentovány těmito názory:

- *„V hospicové se umírá. U paliativní je možnost návratu domů.“*
- *„Paliativní péče – prognóza dožití týdny. x Hospicová – prognóza dožití měsíce, roky.“*
- *„Paliativní péče je konkrétně o pacienta. Hospicová zahrnuje i sociální poradenství, práci s rodinou a blízkými.“*
- *„Hospicová je spojena s doprovázením ke smrti. Paliativní – tišení bolesti a podávání výživy k zajištění životních funkcí.“*

### Otázka č. 12 Jaké jsou formy hospicové péče u nás?

Formy hospicové péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
pouze domácí	0	0%
domácí a lůžková	23	18,9%
domácí, lůžková a stacionární	83	68%
lůžková a stacionární	16	13,1%

Tabulka č. 12 Formy hospicové péče



Graf č. 8 Formy hospicové péče

Na otázku ohledně forem hospicové péče odpovědělo nejvíce respondentů správně, celých 68%. Zbývajících 18,9% označilo pouze domácí a lůžkovou formu a 13,1% označilo lůžkovou a stacionární. Nikdo z respondentů nevyužil možnosti pouze domácí, proto zde uvádíme 0%.

**Položka č. 13 Vyjmenujte alespoň 3 pracovníky, kteří se podílí na péči v hospici.  
Pokud víte, uveďte i více.**

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
nevím	15	12,3%
zdravotníci, psycholog, sociální pracovník	13	10,7%
lékař, zdravotní sestra, ošetřovatel	12	9,8%
lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník	11	9,1%
lékař, zdravotní sestra, psycholog	8	6,6%
lékař, zdravotní sestra, psycholog, dobrovolníci, sociální pracovník	7	5,7%
lékař, zdravotní sestra	6	4,9%
lékař, zdravotní sestra, asistent	5	4,1%
lékař, zdravotní sestra, psycholog, dobrovolníci, sociální pracovník, duchovní	5	4,1%
lékař, psycholog, sociální pracovník, speciální pedagog	5	4,1%
lékař, zdravotní sestra, psycholog, sociální pracovník, terapeut	5	4,1%
lékař, psycholog, fyzioterapeut	4	3,3%
lékařský personál, psycholog, sociální pracovník, speciální pedagog, duchovní	4	3,3%
lékař, zdravotní sestry, řádové sestry, kněz	3	2,5%
lékař, sociální pracovník, terapeuti	3	2,5%
zdravotní sestra, psycholog, pečovatel	3	2,5%
lékař, psycholog, speciální pedagog	2	1,6%

lékař, sociální pracovník, speciální pedagog	2	1,6%
lékař, psycholog, pečovatel	1	0,8%
psycholog, sociální pracovník, speciální pedagog	1	0,8%
lékař, psycholog, sociální pracovník, kněz	1	0,8%
lékař, zdravotní sestra, psycholog, dobrovolníci, ergoterapeut	1	0,8%
lékař, zdravotní sestra, psycholog, psychiatr, speciální pedagog	1	0,8%
lékař, zdravotní sestra, psycholog, ergoterapeut	1	0,8%
zdravotníci, kněz	1	0,8%
terénní pracovníci, pečovatelé	1	0,8%
lékař, zdravotní sestra, duchovní, pomocný personál	1	0,8%

Tabulka č. 13 Pracovníci

U třinácté položky dotazníku byli respondenti požádáni, aby vyjmenovali alespoň tři pracovníky podílející se na péči v hospici. Překvapivě 12,3% respondentů nedokázalo uvést, žádného pracovníka. 10,7% respondentů uvedlo kombinaci: zdravotníci, psycholog, sociální pracovník. Další kombinaci: lékař, zdravotní sestra, ošetřovatel uvedlo 9,8% respondentů. O 0,7% méně tedy 9,1% uvedlo kombinaci: lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník. Pátou nejčastější kombinací: lékař, zdravotní sestra, psycholog, tvořila 6,6%. U 5,7% převládala kombinace: lékař, zdravotní sestra, psycholog, dobrovolníci, sociální pracovník. Pouze lékaře a zdravotní sestru, uvedlo 4,9% respondentů. Stejnou kombinaci s asistentem navíc napsalo 4,1% respondentů. Nejpočetnější kombinaci představovalo složení: lékař, zdravotní sestra, psycholog, dobrovolníci, sociální pracovník, duchovní, takto to uvedlo 4,1% respondentů. Stejně procento t respondentů uvedlo tutéž kombinaci, ale bez zdravotní sestry a duchovního. Další kombinaci: lékař, zdravotní sestra, psycholog, sociální pracovník, terapeut uvádělo 4,1% respondentů. Shodně 3,3% respondentů uvedlo následující dvě kombinace: lékař, psycholog, fyzioterapeut a lékařský personál, psycholog,

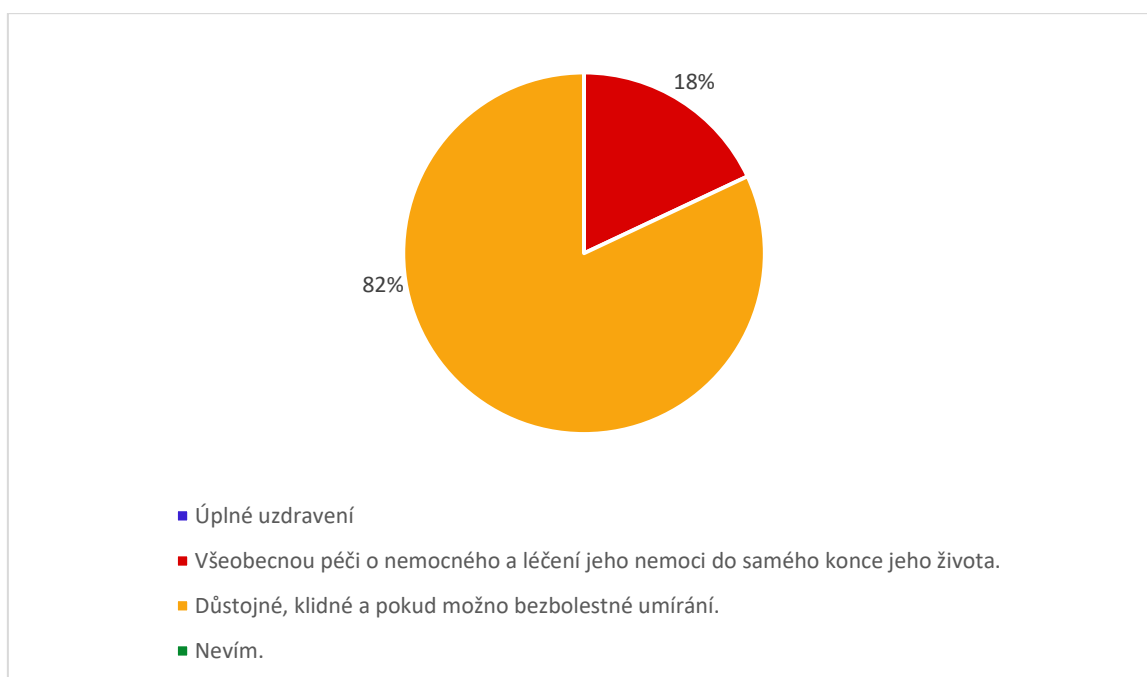


sociální pracovník, speciální pedagog, duchovní. U následujících čtrnácti odpovědí se vyskytují různé kombinace pracovníků, ale téměř ve všech se objevuje lékař a u poloviny zdravotní sestra. Tyto různé kombinace tvoří odpovědi 17,9% respondentů.

### Otázka č. 14 Co považujeme za stěžejní cíl v hospicové péči?

Stěžejní cíl hospicové péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
Úplné uzdravení	0	0%
Všeobecnou péči o nemocného a léčení jeho nemoci do samého konce jeho života.	22	18%
Důstojné, klidné a pokud možno bezbolestné umírání.	100	82%
Nevím.	0	0%

Tabulka č. 14 Stěžejní cíl hospicové péče



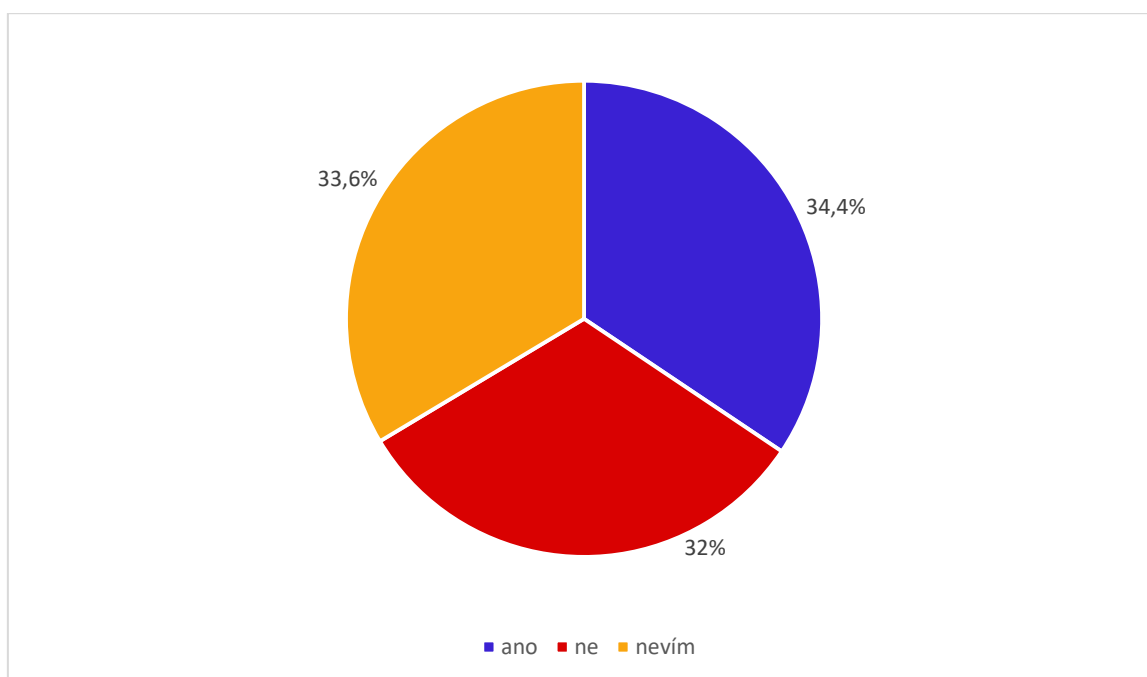
Graf č. 9 Stěžejní cíl hospicové péče

Čtrnáctá otázka vybízí k označení stěžejního cíle hospicové péče. Rovných 82% dotázaných uvedlo správně Důstojné, klidné a pokud možno bezbolestné umírání. Pro variantu Všeobecné péče o nemocného a léčení jeho nemoci do samého konce jeho života se rozhodlo 18% respondentů. Žádný z dotázaných nevyužil možnosti nevím ani možnosti úplné uzdravení.

**Otázka č. 15 Myslíte si, že v hospici může být ubytovaný příbuzný nemocného?**

Ubytování příbuzného	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	42	34,4%
ne	39	32%
nevím	41	33,6%

*Tabulka č. 15 Ubytování příbuzného*



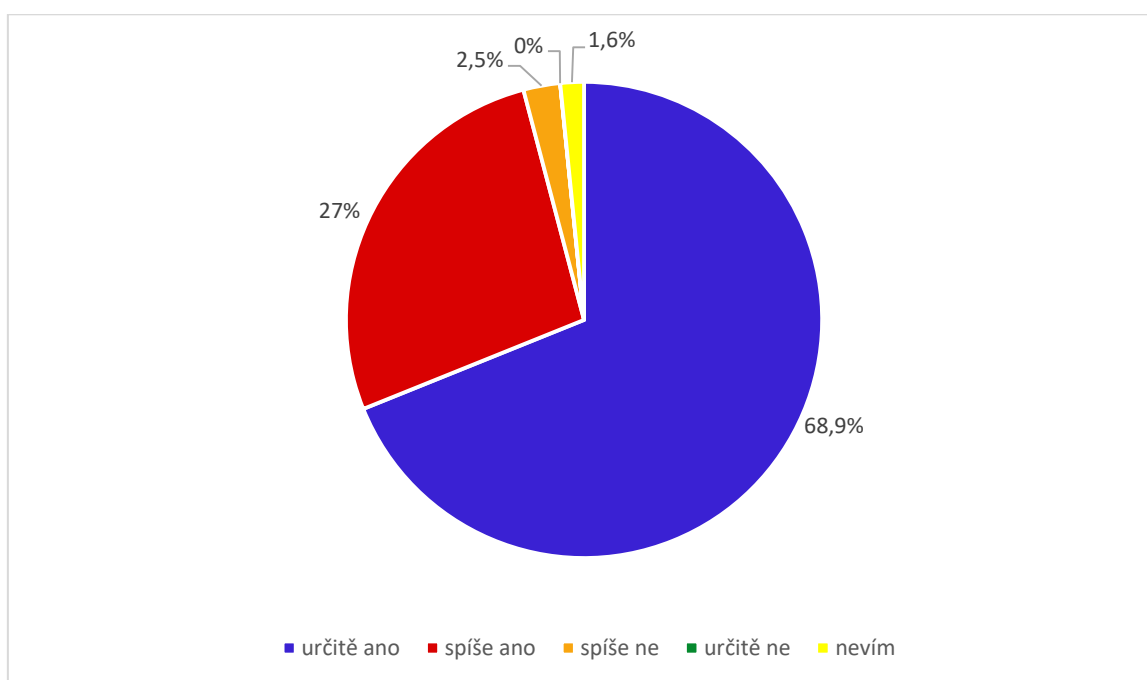
*Graf č. 10 Ubytování příbuzného*

U následující otázky byly zaznamenány téměř vyrovnané odpovědi na dotaz ohledně možnosti ubytování příbuzného v hospici. 34,4% respondentů si myslí, že ubytování je možné, zatímco 32% tuto možnost odmítá a 33,6% neví správnou odpověď.

**Otázka č. 16 Myslíte si, že se péče v hospici liší od péče v nemocničním zařízení?**

<b>Odlišnost péče</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
určitě ano	84	68,9%
spíše ano	33	27%
spíše ne	3	2,5%
určitě ne	0	0%
nevím	2	1,6%

*Tabulka č. 16 Odlišnost péče*



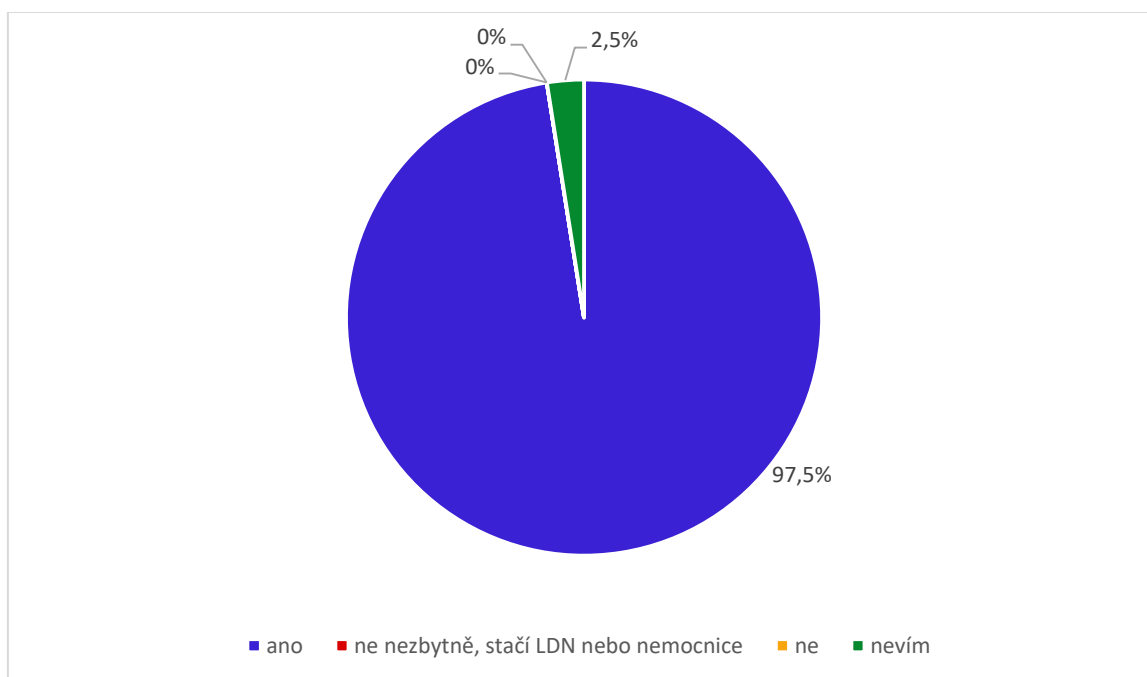
*Graf č. 11 Odlišnost péče*

Na názor respondentů ohledně odlišnosti péče v hospici oproti nemocničnímu zařízení se ptá otázka číslo šestnáct. V 68,9% vidí respondenti rozdíl určitě. Rovných 27% označilo možnost spíše ano. Váhavou odpověď spíše ne uvedlo 2,5% a pouhých 1,6% nevědělo. Nikdo nevyužil odpovědi určitě ne.

**Otázka č. 17 Je podle Vás hospicová péče důležitá? Má svůj význam?**

Důležitost/význam	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	119	97,5%
ne nezbytně, stačí LDN nebo nemocnice	0	0%
ne	0	0%
nevím	3	2,5%

Tabulka č. 17 Důležitost/význam



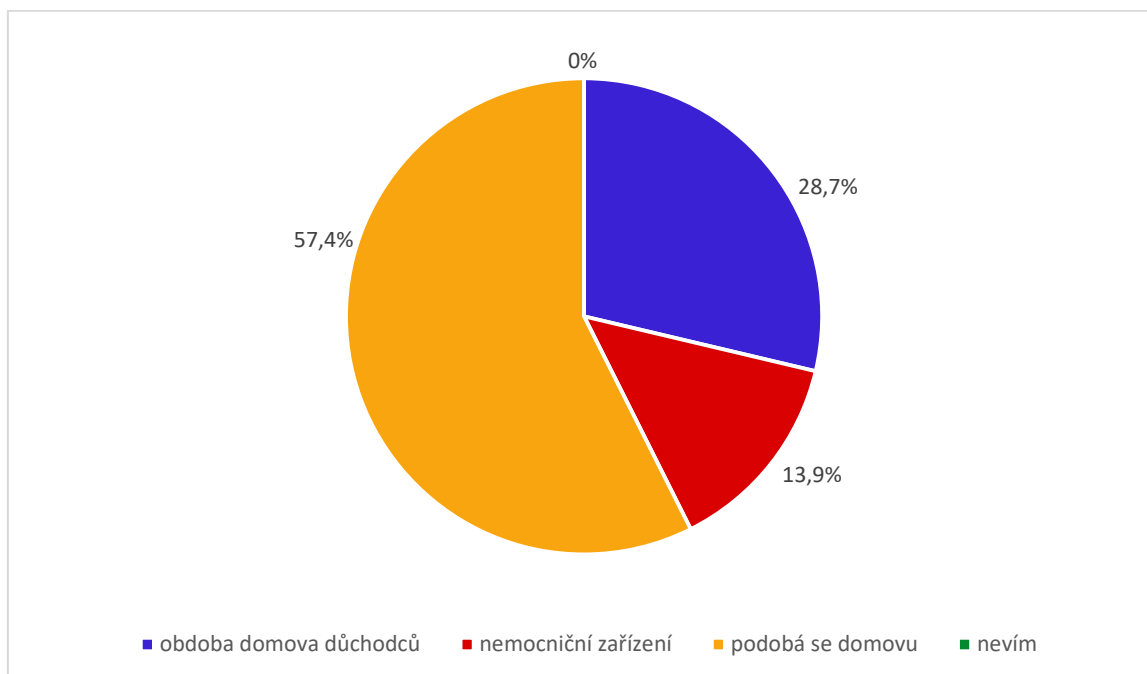
Graf č. 12 Důležitost/význam

Záměrem sedmnácté otázky bylo zjistit, zda je podle dotázaných hospicová péče důležitá a má svůj význam. Respondenti využili pouze možností ano a nevím. 97,5% uvedlo kladnou odpověď a pouze 3 respondenti si nebyli jistí a zvolili možnost nevím.

### Otázka č. 18 Jak si představujete hospic?

Představa hospice	Absolutní četnost	Relativní četnost
obdoba domova důchodců	35	28,7%
nemocniční zařízení	17	13,9%
podobá se domovu	70	57,4%
nevím	0	0%

Tabulka č. 18 Představa hospice



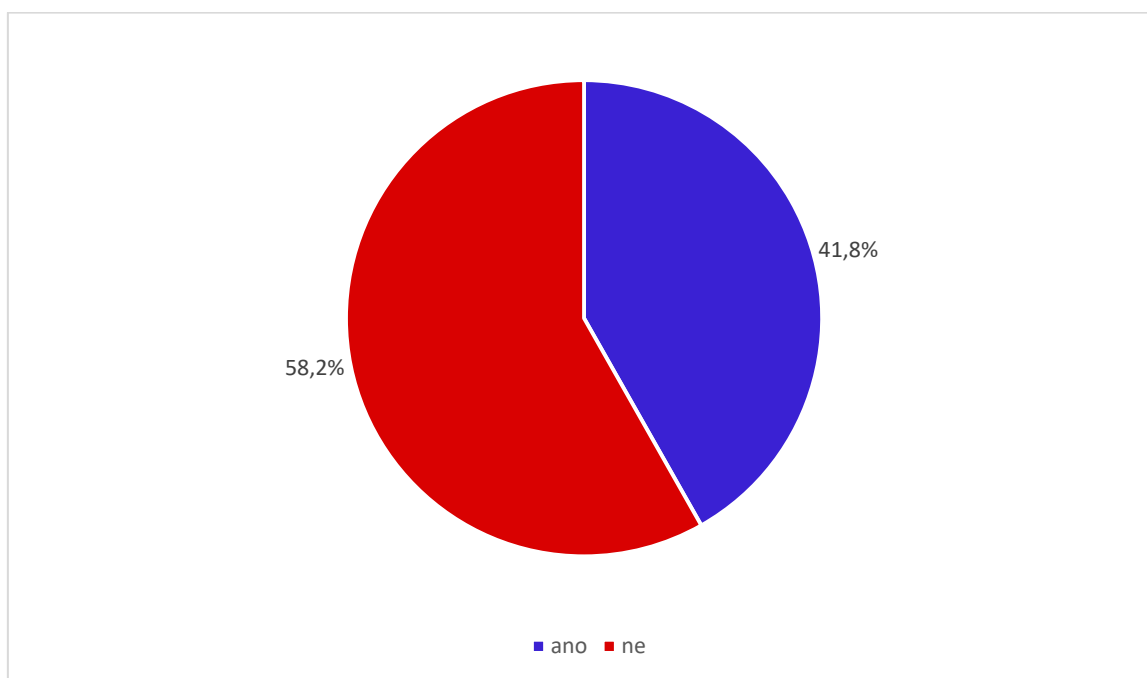
Graf č. 13 Představa hospice

Osmnáctá otázka zjišťovala představu respondentů o hospici, resp. prostředí, které připomíná: 28,7% připomíná obdoba domova důchodců, 13,9% vidí hospic jako nemocniční zařízení a 57,4% uvedlo, že se hospic podobá domovu. Nikdo pro odpověď nevyužil možnost nevím.

### Otázka č. 19 Představuje pro Vás hospic dům smrti?

Dům smrti	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	51	41,8%
ne	71	58,2%

Tabulka č. 19 Dům smrti



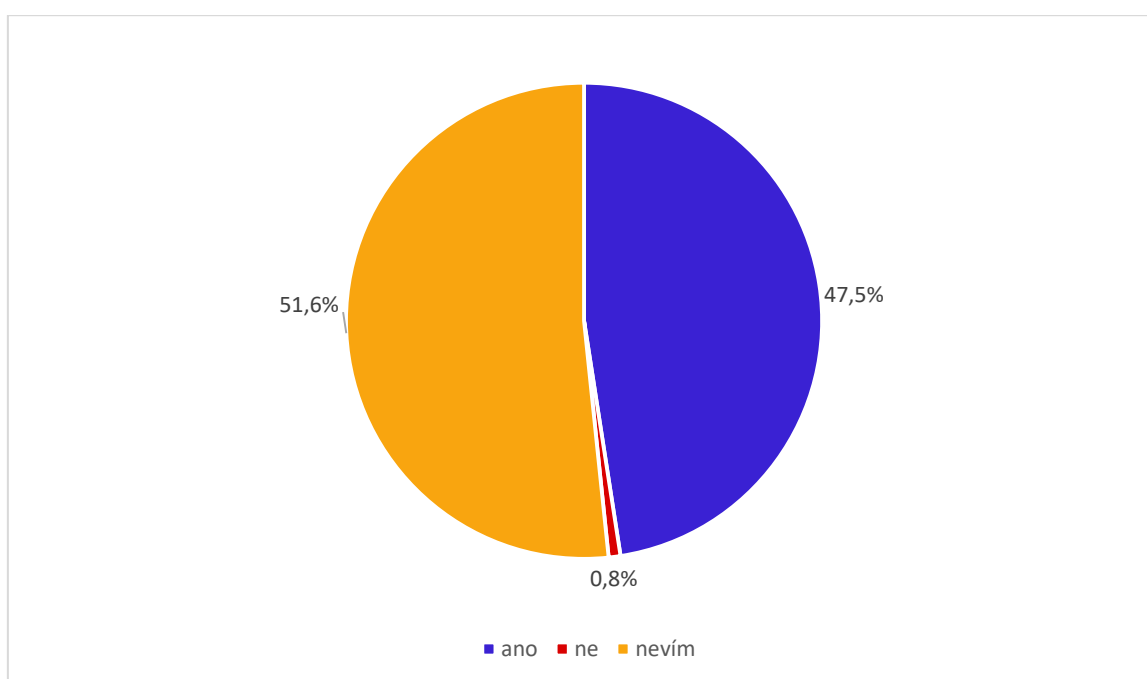
Graf č. 14 Dům smrti

Tato otázka zjišťovala, jestli dotázaní vidí hospic jako dům smrti. Kladné odpovědi zabírají 41,8% a záporné 58,2%.

### Otázka č. 20 Existují hospice pro děti?

Existence hospiců pro děti	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	58	47,5%
ne	1	0,8%
nevím	63	51,6%

Tabulka č. 20 Existence hospiců pro děti



Graf č. 15 Existence hospiců pro děti

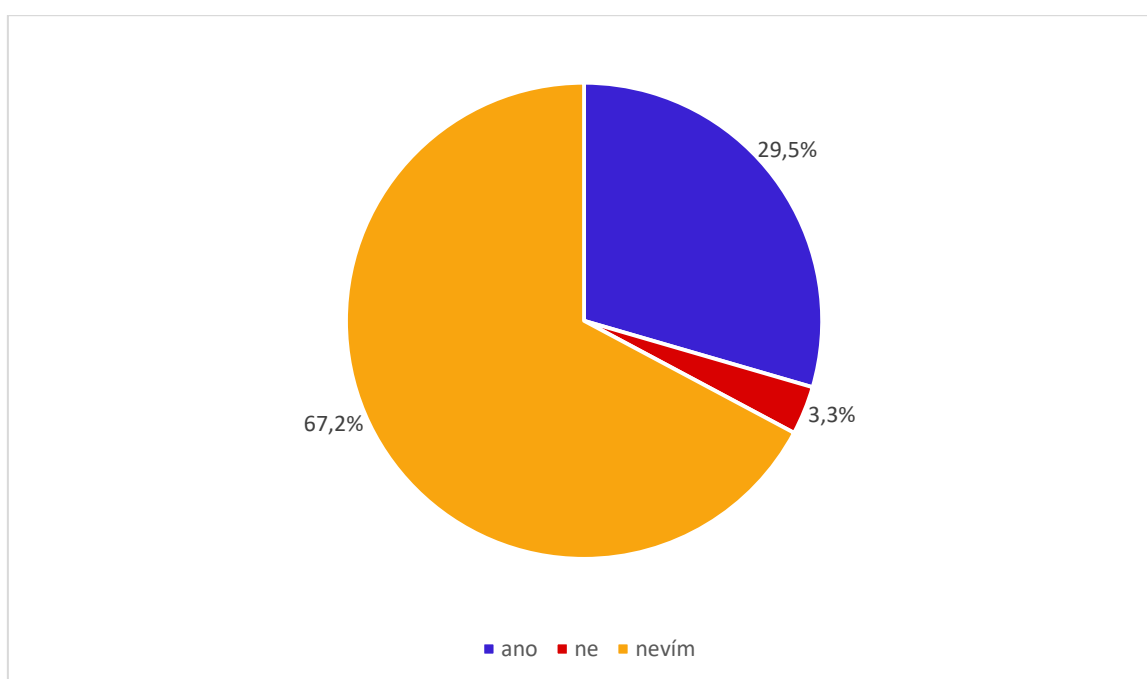
Ve dvacáté otázce se respondentů ptáme na existenci hospiců pro děti. 47,5% potvrdilo jejich existenci, 0,8% vyvrátilo a 51,6% respondentů se nedokázalo vyjádřit rozhodně, proto zvolilo možnost nevím.



### Otázka č. 21 Máme takové v ČR?

Dětské hospice v ČR	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	36	29,5%
ne	4	3,3%
nevím	82	67,2%

Tabulka č. 21 Dětské hospice v ČR



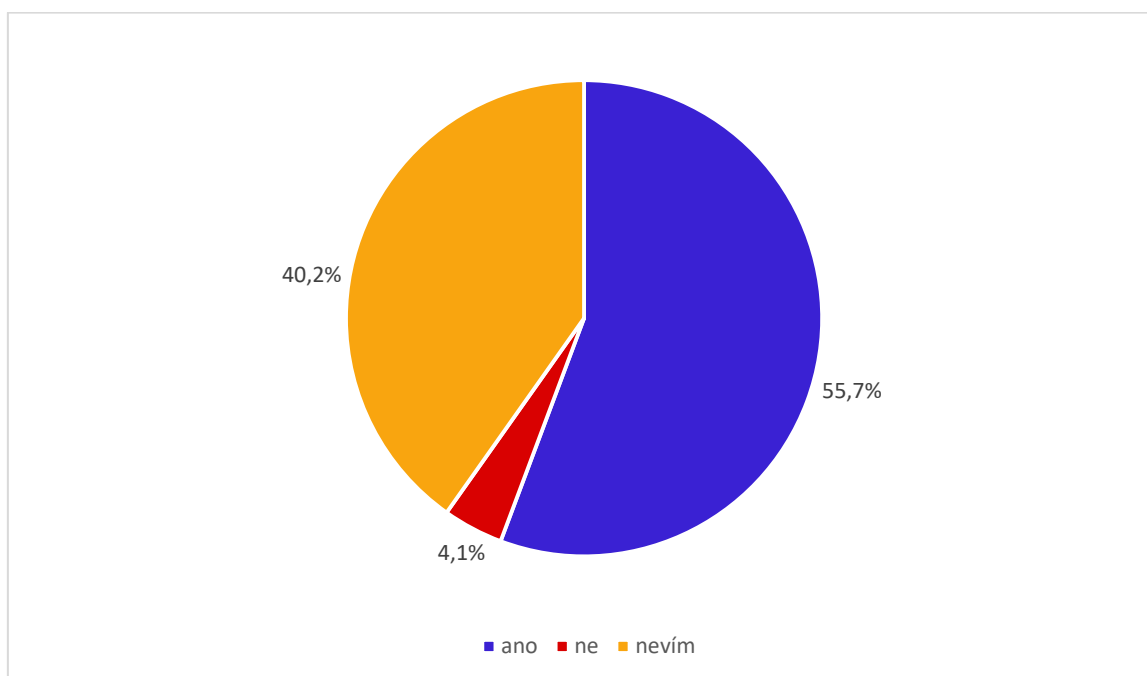
Graf č. 16 Dětské hospice v ČR

Otázka číslo dvacet jedna navazovala na předchozí a zjišťovala, jestli respondenti vědí o existenci dětských hospiců v České republice. Ve 29,5% respondenti věděli o existenci těchto hospiců, 3,3% existenci zamítlo a 67,2% o ní nevědělo.

**Otázka č. 22 Existuje v ČR sdružení, organizace nebo asociace, která by zajišťovala standardy služeb registrovaných hospiců?**

Existence sdružení, organizace, asociace	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	68	55,7%
ne	5	4,1%
nevím	49	40,2%

Tabulka č. 22 Existence sdružení, organizace, asociace



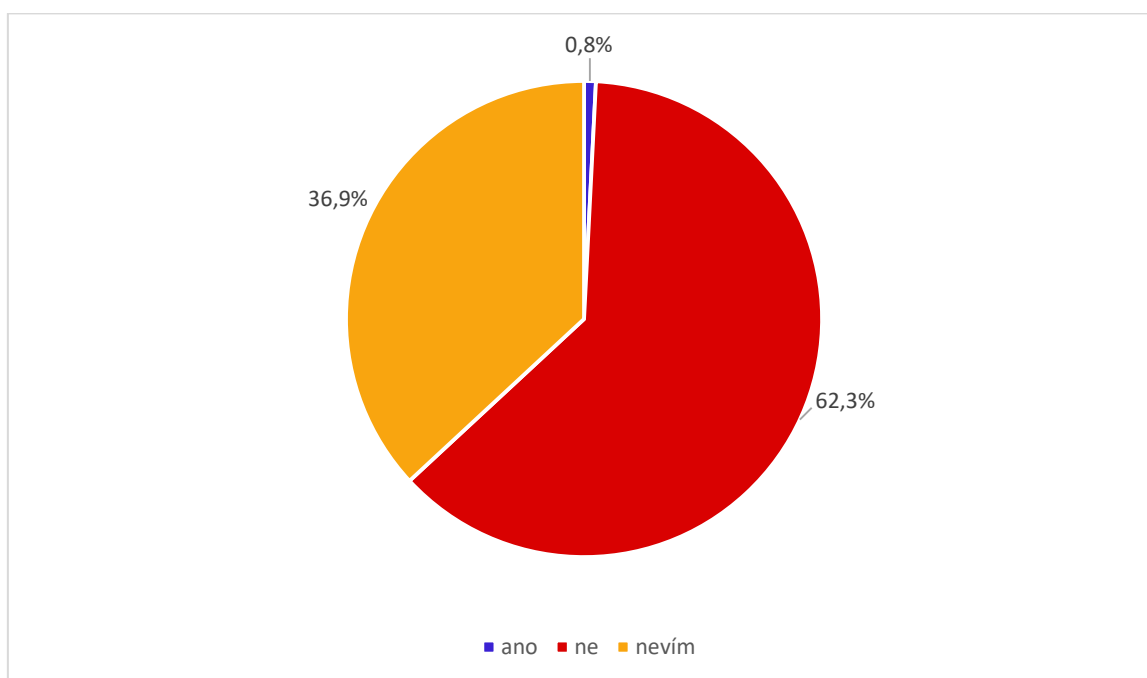
Graf č. 17 Existence sdružení, organizace, asociace

Na sdružení, organizace nebo asociace, která by zajišťovala standardy služeb registrovaných hospiců, se ptala otázka číslo dvacet dva. Kladně se vyjádřilo 55,7%, záporně 4,1% a 40,2% uvedlo nevím.

**Otázka č. 23 Myslíte si, že je počet hospiců v ČR dostatečný?**

Dostatečnost počtu hospiců v ČR	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	1	0,8%
ne	76	62,3%
nevím	45	36,9%

Tabulka č. 23 Dostatečnost počtu hospiců v ČR



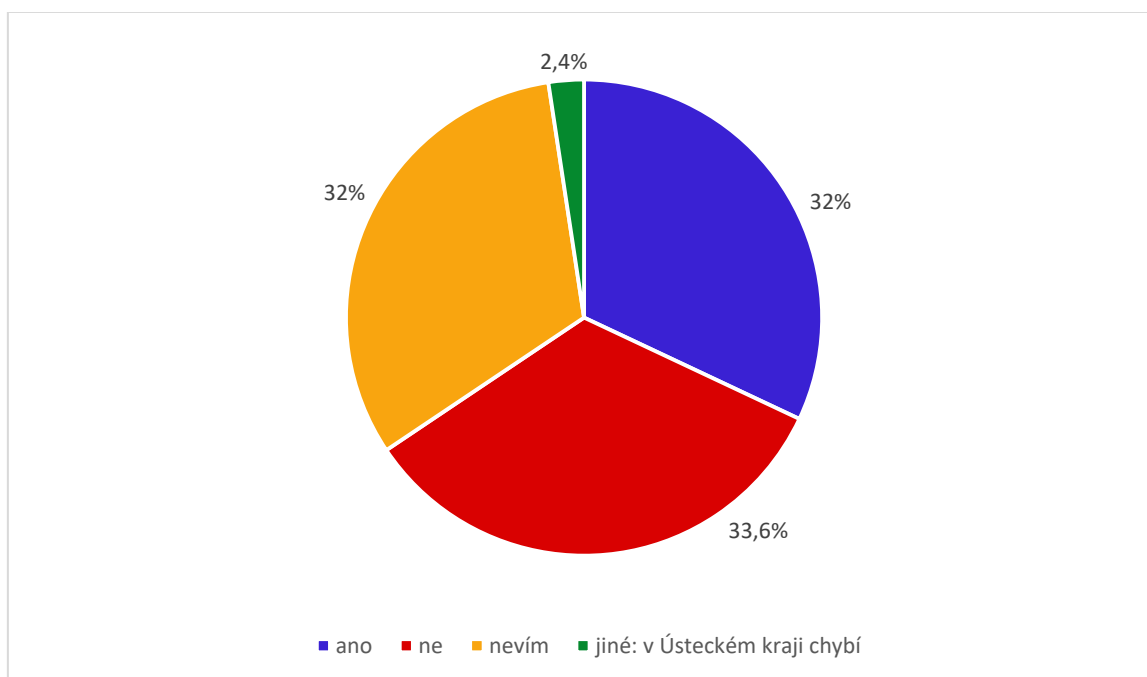
Graf č. 18 Dostatečnost počtu hospiců v ČR

V této otázce se respondenti měli vyjádřit k dostatečnosti hospiců na našem území. Pouze 0,8% si myslí, že jsou počty hospiců dostatečné. Více než polovina (62,3%) si myslí, že počty nedostačují a 36,9% nezná odpověď.

**Otázka č. 24 Je hospicová péče dostupná ve všech krajích? Případně uveďte, kde chybí.**

Dostupnost hospicové péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	39	32%
ne	41	33,6%
nevím	39	32%
jiné: v Ústeckém kraji chybí	3	2,4%

Tabulka č. 24 Dostupnost hospicové péče



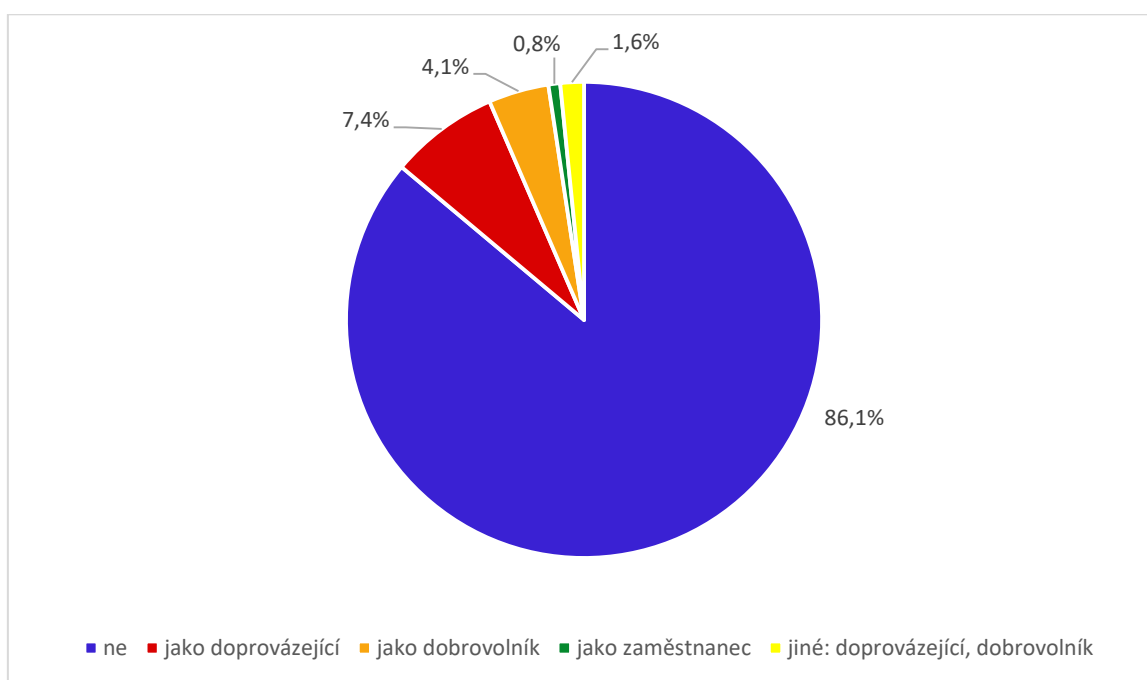
Graf č. 19 Dostupnost hospicové péče

S předchozí otázkou souvisí otázka na dostupnost hospicové péče v krajích ČR. Kladnou odpověď uvedlo 32% respondentů, zápornou pak 33,6% a opět 32% vybralo možnost nevím. Shodně si 3 respondenti myslí, že péče není dostupná v Ústeckém kraji.

### Otázka č. 25 Máte přímou zkušenost s hospicovou péčí?

Přímá zkušenost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ne	105	86,1%
jako doprovázející	9	7,4%
jako dobrovolník	5	4,1%
jako zaměstnanec	1	0,8%
jiné: doprovázející, dobrovolník	2	1,6%

Tabulka č. 25 Přímá zkušenost



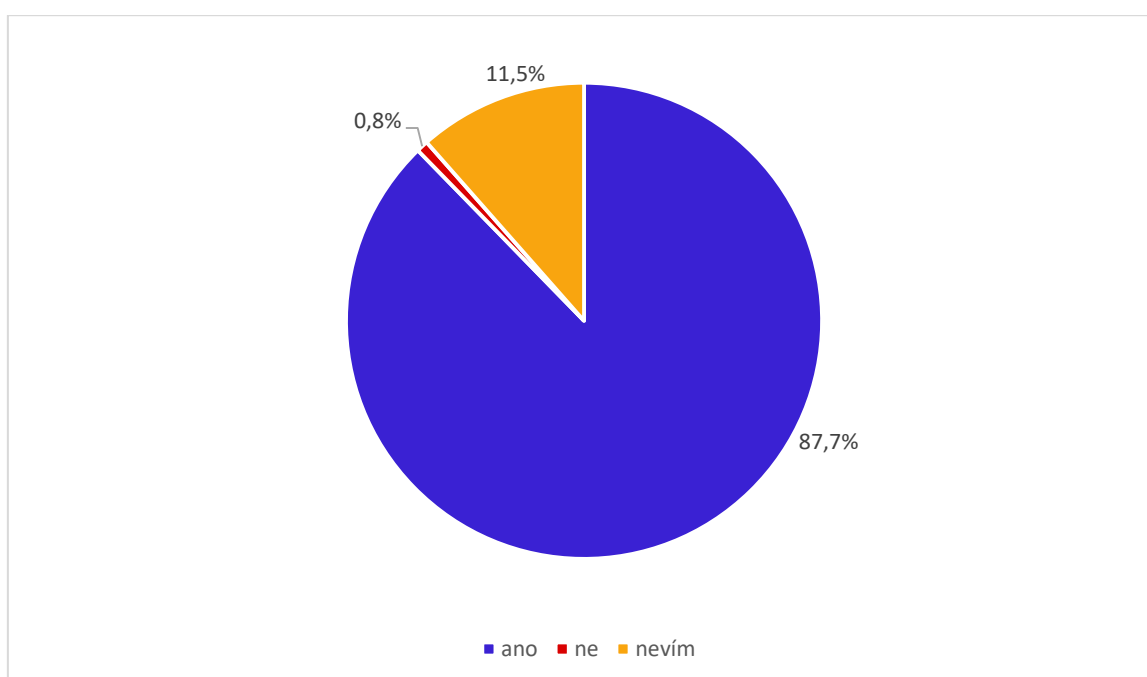
Graf č. 20 Přímá zkušenost

Zkušenosti s hospicovou péčí zjišťuje dvacátá pátá otázka. Většina respondentů 86,1% nemá žádnou přímou zkušenost s hospicovou péčí. Jako doprovázející má zkušenost 7,4%. Dobrovolnictví uvedlo 4,1% respondentů. Jeden (0,8%) z dotázaných má zkušenosti jako zaměstnanec a dva (1,6%) jako doprovázející i dobrovolníci.

### Otázka č. 26 Může v hospici najít uplatnění speciální pedagog?

Uplatnění spec. pedagoga	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	107	87,7%
ne	1	0,8%
nevím	14	11,5%

Tabulka č. 26 Uplatnění spec. pedagoga



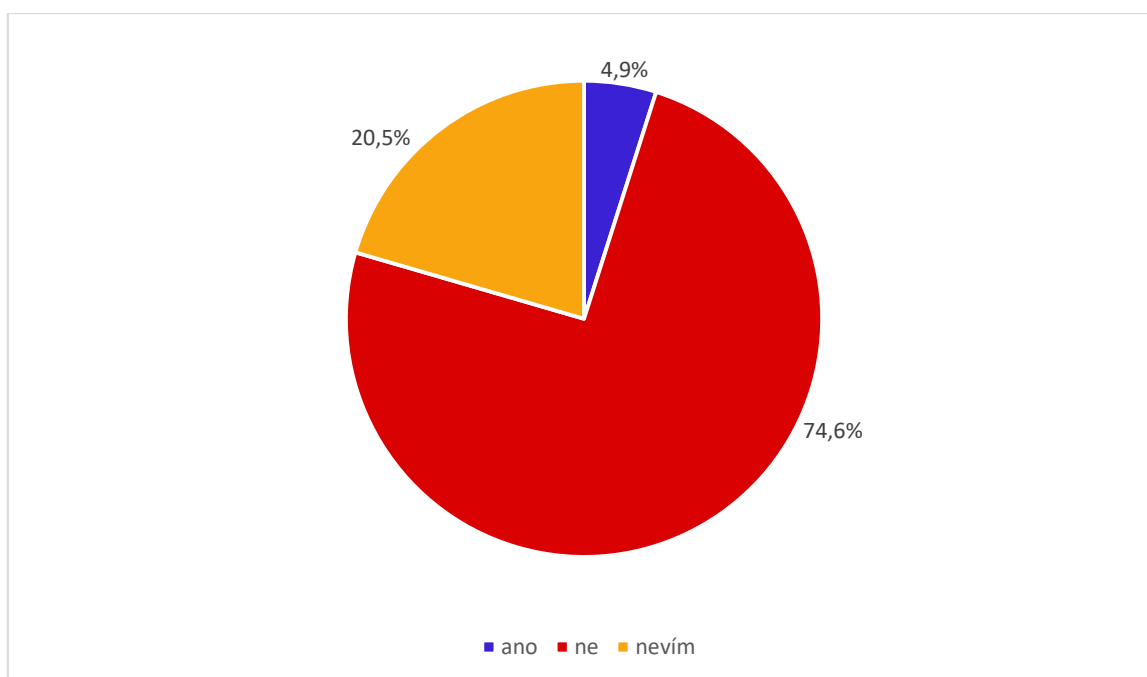
Graf č. 21 Uplatnění spec. pedagoga

Následující otázka zjišťuje, jestli by podle respondentů mohl speciální pedagog najít uplatnění v hospici. 87,7% si myslí, že ano, jen 0,8%, že ne a zbylých 11,5% respondentů uvedlo možnost nevím.

### Otázka č. 27 Chtěli byste v hospici pracovat?

Práce v hospici	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	6	4,9%
ne	91	74,6%
nevím	25	20,5%

Tabulka č. 27 Práce v hospici



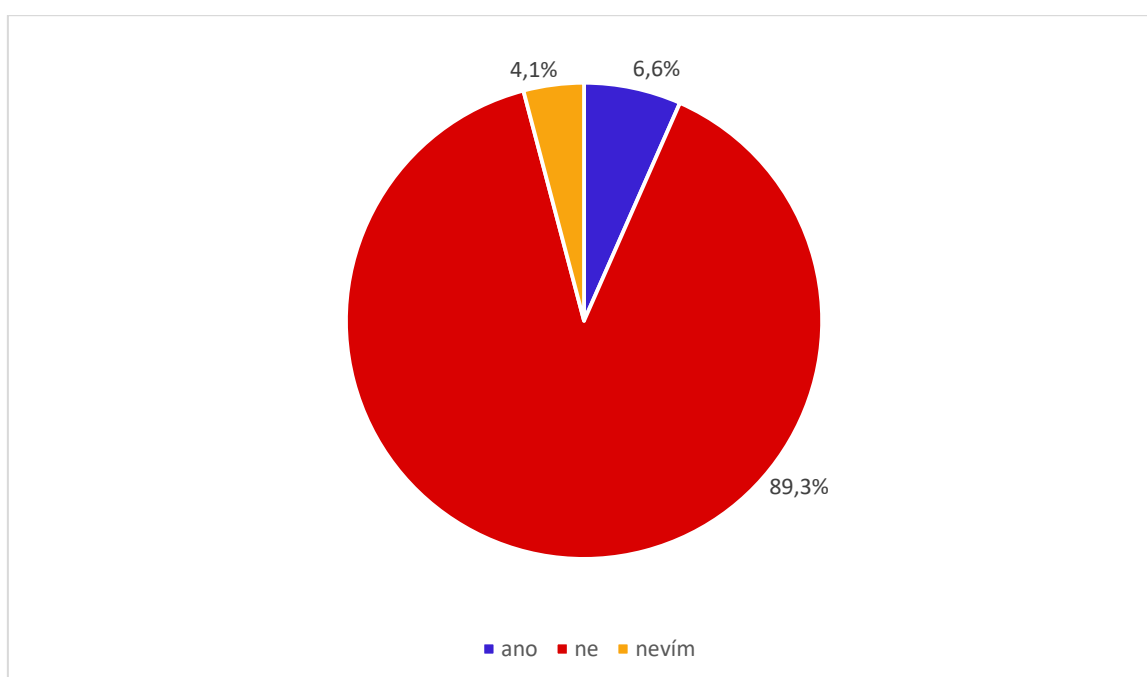
Graf č. 22 Práce v hospici

V hospici by dle odpovědí na dvacátou sedmou otázku chtělo pracovat pouze 4,9% respondentů. 74,6% takovouto práci nechce vykonávat a 20,5% respondentů si nebylo jistých.

**Otázka č. 28 Myslíte si, že jsou Vaše vědomosti o tématu hospiců dostatečné?**

Dostatečnost vědomostí	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	8	6,6%
ne	109	89,3%
nevím	5	4,1%

*Tabulka č. 28 Dostatečnost vědomostí*



*Graf č. 23 Dostatečnost vědomostí*

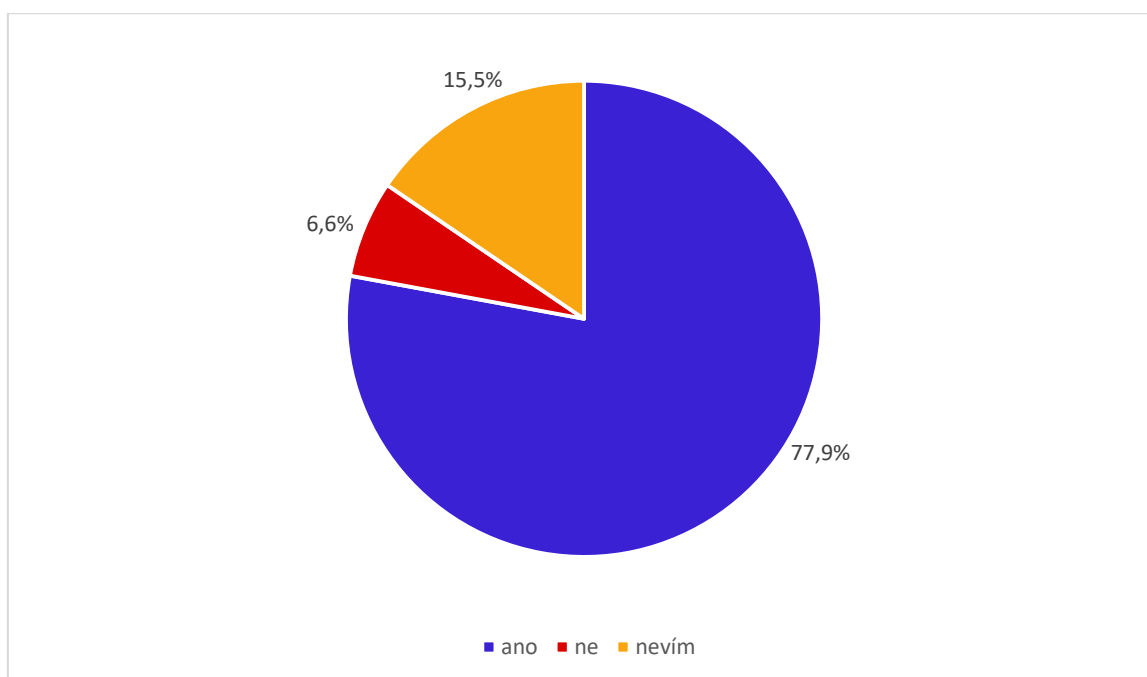
V otázce dvacet tři se respondenti měli vyjádřit, jestli si myslí, že jsou jejich znalosti o hospicové péči dostatečné. O dostatečnosti svých znalostí bylo přesvědčeno 6,6% dotázaných, kdežto o nedostatečnosti znalostí bylo přesvědčeno 89,3% respondentů. 4,1% si nebylo jistých ohledně dostatečnosti svých vědomostí o tématu a tak uvedlo možnost nevím.



**Otázka č. 29 Chtěli byste se o tématu dozvědět víc?**

<b>Dozvědět se více o tématu</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
ano	95	77,9%
ne	8	6,6%
nevím	19	15,5%

*Tabulka č. 29 Dozvědět se více o tématu*



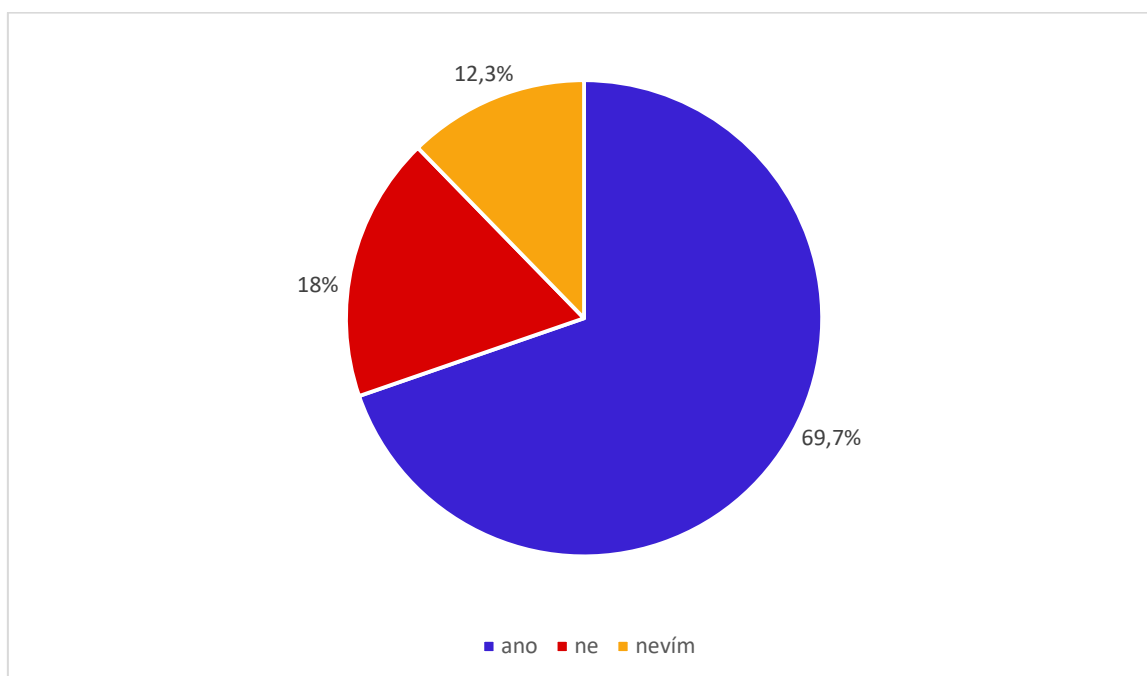
*Graf č. 24 Dozvědět se více o tématu*

Možnosti dovědět se více o tématu hospicové péče by využilo 77,9% respondentů, zatímco 15,5% si nebylo jistých a pouze 6,6% uvedlo negativní odpověď.

**Otázka č. 30 Považujete informace o hospicích za podstatné/využitelné pro Vaši budoucí práci?**

Podstatnost/využitelnost informací pro budoucí práci	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	85	69,7%
ne	22	18%
nevím	15	12,3%

Tabulka č. 30 Informace podstatné/využitelné



Graf č. 25 Informace podstatné/využitelné

V závěrečné otázce respondenti uvedli, že považují informace o hospicích za podstatné/využitelné pro jejich budoucí práci (69,7%). Záporně se vyjádřilo 18% a 12,3% respondentů uvedlo možnost nevím.

### 3.6 Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření

Z prvních tří informativních otázek vyplynulo, že dotazník vyplňovaly ženy, pouze ve třech případech vyplnili dotazník muži. Šlo o studenty prvního ročníku bakalářského studia, kterých bylo celkem 66 a o studenty druhého ročníku magisterského studia, jichž bylo 56. Odpovědi pocházely od studentů Univerzity Karlovy a Ostravské univerzity.

Hlavní cíl práce - analyzovat znalosti studentů speciální pedagogiky o hospicové péči v České republice byl naplněn. V rámci stanoveného základního okruhu vědomostí studenti prokazují znalost pojmu hospic a hospicová péče, přičemž ví, že hospice jsou určeny umírajícím osobám. Pozitivním zjištěním je, že 100 ze 122 studentů zná stěžejní cíl hospicové péče. Téměř 70% studentů správně uvedlo 3 formy hospicové péče, které jsou v ČR poskytovány. Více než polovina označila hospic Anežky České jako první český hospic, ale zakladatelku hospicového hnutí Marii Svatošovou zná naopak méně než polovina studentů. Dále jsou studenti schopni vyjmenovat několik pracovníků podílejících se na péči v hospici. Přičemž nejčastěji uvádějí dva pracovníky a to lékaře a zdravotní sestru, bez nichž by samozřejmě péče v hospicích nebyla možná. Důležitým zjištěním je také to, že téměř 70% studentů si myslí, že péče v hospici se liší od péče v nemocničním zařízení, což také dokládá jejich představa o hospici jako o místu, které se podobá domovu (uvedla více než polovina studentů). O existenci dětských hospiců ví necelá polovina studentů a o jejich existenci přímo v ČR ví třetina dotázaných. To, že je v ČR asociace, která zajišťuje standardy kvality služeb registrovaných hospiců, ví polovina studentů. Zhruba 62% pak nepovažuje počet hospiců v ČR za dostatečný, ale jejich vědomosti o dostupnosti hospicové péče ve všech krajích se rozcházejí. Třetina si myslí, že péče je dostupná všude a třetina je přesvědčena o opaku. Tři studenti uvedli, že péče není dostupná v Ústeckém kraji.

Z výše uvedených skutečností vyvozují závěr, že studenti základní povědomí o hospicové péči mají.

V dotazníku se dále vyskytovaly otázky, které se přímo vztahovaly k dílčím cílům. První dílčí cíl měl *zjistit, odkud získali respondenti informace o hospicové péči*. Určitou část informací získali studenti díky předmětům, které absolvovali ve škole. Tuto možnost uvedlo ve čtvrté otázce 101 studentů. Šestá otázka to jen potvrzuje, protože nejčastěji

respondenti označovali jako zdroj informací média a právě výklad učitelů ve škole. Následně uváděli odborné publikace a v menším měřítku i osobní zkušenosti (ať už při doprovázení blízkého nebo dobrovolnictví).

*Zhodnotit, zda respondenti disponují alespoň základními vědomostmi o hospicové péči,* měl druhý dílčí cíl. Zde jsem se zaměřila na tři otázky z dotazníku, které považuji opravdu za základní (otázky 5, 9 a 10) Respondenti v nich prokázali, že naprostá většina z nich ví, co znamená pojem hospic a hospicová péče a dále mají základní představu o tom, pro koho jsou hospice určeny (pozn. bylo rozebráno výše).

Sedmnáctá otázka měla zjistit, *zda respondenti považují hospicovou péči za důležitou* a tím naplnit třetí dílčí cíl. Velmi pozitivním zjištěním je, že pouze 3 respondenti si nebyli jistí a využili odpovědi nevím a všech 119 ostatních respondentů považuje hospicovou péči za důležitou a významnou.

Čtvrtý dílčí cíl měl zjistit, *zda respondenti považují informace o hospicích za podstatné a využitelné pro jejich budoucí práci.* Zjištění vzešlo z vyhodnocení poslední otázky v dotazníku a podle vyjádření téměř 70% studentů jsou tyto informace podstatné a využitelné, což považuji za pozitivní výsledek. Byli dotazováni i studenti z prvních ročníků bakalářského studia a ti ještě nemusí mít úplnou představu o svém budoucím působení. Přesto mají už i někteří z nich jasno v tom, že jsou pro ně informace o hospicích podstatné a využitelné.

Dále uvádíme výsledky hypotéz:

H1: Respondenti z druhého ročníku magisterského studia dokáží lépe popsat hospicovou péči, než respondenti z prvního ročníku bakalářského studia.

První hypotéza se potvrdila. K potvrzení sloužily odpovědi na otázky číslo deset a jedenáct. Zde byl z otevřených odpovědí nejlépe jasný rozdíl mezi odpověďmi studentů z prvních ročníků bakalářského studia a studentů z druhého ročníku magisterského studia.<sup>22</sup> K potvrzení hypotézy mě vedlo to, že studenti druhých ročníků uváděli obsáhlejší definování hospicové péče v otázce č. 10 a především neopomínali uvést termíny jako: *„tišení bolesti, podpora rodiny, nepřítomnost samoty, přítomnost a pochopení v těžké*

---

<sup>22</sup> Dále jen: studenti prvního ročníku a studenti druhého ročníku.

situaci“ což se v definování studentů z prvních ročníků neobjevovalo. Také je nutno dodat, že pokud studenti z druhého ročníku popisovali obsah hospicové péče, uváděli častěji širší spektrum péče (např. duchovní a terapeutickou péči).

Pro představu uvádím několik odpovědí na otázku č. 10:

- „Terénní, ambulantní a domácí služba pro osoby ve finálním stádiu života (zdravotní, sociální, psychologická a duchovní péče).“
- „Úleva od bolesti, přítomnost a pochopení – být lidským elementem v těžké životní situaci.“
- „Zpříjemnění“ odchodu z tohoto světa, zájem o osobu klienta, zpříjemnění dní, nepřítomnost samoty.
- „Empatická péče a pomoc umírajícím a jejich rodinám.“

Co se týče otázky č. 11, zde se dle mého názoru studentům druhých ročníků podařilo lépe vystihnout hospicovou a paliativní péči. Rozhodně neuváděli chybná tvrzení, ve smyslu: u hospicové péče jde o aktivní léčení, nebo že je hospicová péče poskytována osobám s prognózou dožití počítanou až na roky. Studenti prvních ročníků dále chybně uváděli, že je paliativní péče určena pouze pro domácí prostředí nebo že je pro osoby s prognózou dožití počítanou na týdny (pouze). Studenti druhých ročníků neuváděli tyto mylné odpovědi a navíc správně definovali například, že paliativní péče je zaměřena na mírnění bolesti a nežádoucích příznaků, které z onemocnění plynou. Uváděli také, že paliativní péče není ve svém poskytování limitována pouze na prostředí hospiců, což je důležitý fakt. Dále pak uváděli, co se týče hospicové péče, že jde o péči komplexnější (např. „se souborem dalších činností – péče psychologická, sociální, duchovní atd.“)<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Pro popis potvrzení hypotézy byly vybrány takové výpovědi a myšlenky respondentů, aby byl zřetelný rozdíl mezi jejich vědomostmi. Nechci tím však říct, že odpovědi studentů z prvních ročníků byly pouze nesprávné nebo neúplné.

H2: Pokud mají respondenti přímou zkušenost s hospicovou péčí, nepovažují hospic za dům smrti.

Operacionalizace: přímá zkušenost je definována odpovědí na otázku č. 25. Konkrétně musel respondent uvést jednu z následujících odpovědí (byla možná i jejich kombinace): jako doprovázející, dobrovolník nebo zaměstnanec.

Druhá hypotéza se nepotvrdila. Ze 14 odpovědí si 10 respondentů představuje hospic jako dům smrti i přesto, že má s hospicovou péčí přímou zkušenost (7 doprovázejících a 3 dobrovolníci). Zbývá 4 respondenti, kteří uvedli, že pro ně hospic nepředstavuje dům smrti, byli ve dvou případech doprovázející, v jednom případě doprovázející i dobrovolník a čtvrtý respondent byl zaměstnancem hospice. Můžeme tedy jen spekulovat, co by přesvědčilo respondenty, kteří odpověděli kladně, aby svou odpověď změnili. Například jeden z respondentů, jež byl doprovázejícím, dopsal k odpovědi, jestli si představuje hospic jako dům smrti: „Bohužel ano“. Dle mého názoru z takovéto odpovědi mluví lítost a možná i přání, aby tomu bylo jinak, ale dotyčný to takto momentálně cítí. Bohužel se z důvodů kvantitativního zpracování výzkumu již nedozvíme další podrobnosti, které by odpověď osvětlovaly. Zde se tedy nabízí pole pro případné další výzkumné šetření v kvalitativní formě.

### **3.7 Doporučení pro praxi**

U doporučení pro praxi jsem se rozhodla vycházet z výsledku otázek 26 až 30. Studenti speciální pedagogiky sice mají základní povědomí o hospicové péči<sup>24</sup>, ale sami své vědomosti o tématu hodnotí jako nedostatečné, chtěli by se o tématu dozvědět více a považují informace o hospicích za podstatné a využitelné pro svou budoucí práci. (výsledky odpovědí na otázky č. 28, 29 a 30). Proto bych navrhovala rozšíření počtu přednášek o hospicové péči v rámci předmětů, které se tématu věnují. Příhodné je pak zařazení tematiky obzvláště v rámci předmětů typu gerontologie či speciální pedagogika dospělého věku. Posloupnost přednášek o hospicové péči bych pak navrhovala následovně: První přednášky – základní terminologie, vývoj a aktuální situace hospicové péče v České republice. V dalších přednáškách bych se pak věnovala přednostně tématům, které by si

---

<sup>24</sup> Dle výsledku hlavního cíle práce.

zvolili sami studenti (např. podle předem připravených možností, pokud by sami nevěděli). Úspěšné a velmi přínosné by mohly být také přednášky s hostem (odborník na tematiku nebo přímo zaměstnanec hospice, apod.), který by studentům přednesl své zkušenosti a mohl by jim sdělit, jaké jsou možnosti a náplň práce speciálních pedagogů v hospicích. Studenti v otázce 26 sice uvedli, že speciální pedagog může najít uplatnění v hospici, ale myslím si, že nevědí úplně o všech způsobech uplatnění. Je možné, že by po takové přednášce projeví větší ochotu pracovat v hospici nebo by o tom alespoň přemýšleli. Podle otázky 27 totiž o práci v hospici většina studentů nestojí nebo neví, jestli by o takovou práci stáli. V jejich rozhodování by jim mohla pomoci i praxe. V rámci dobrovolnictví by studenti mohli pomáhat nejen umírajícím a doprovázejícím, ale také například nabízet animační program pro sourozence umírajících dětí, podílet se na vytváření různých respitních akcí pro rodiny apod. Vše by samozřejmě vykonávali pod dohledem pracovníků hospicové péče.

Myslím, že zmíněné návrhy by jistě pozitivně přispěly k rozšíření vědomostí o tématu a k obohacení každého zúčastněného (především v případě praxí).

## **Závěr**

Diplomová práce analyzuje znalosti studentů speciální pedagogiky o hospicové péči v České republice. Teoretická část práce se zabývá rozebráním témat spojených s danou problematikou na základě prostudování odborné literatury. První kapitola se věnuje pojmům souvisejícím s umíráním a smrtí. Ve druhé kapitole je rozebrána problematika paliativní a hospicové péče, její vývoj v České republice, krátce je zmíněn dětský hospic a dále formy hospicové péče. Popsány jsou také kritéria pro přijetí do hospice a potřeby umírajících. Teoretická část se také zmiňuje o rodině jako důležitém elementu v péči o umírající a také o potřebách členů rodiny, která doprovází umírajícího blízkého. Několik stran je věnováno týmu v hospicové péči a Asociaci poskytovatelů hospicové paliativní péče. Zmíněna je také příslušná legislativa a financování hospicové péče. Závěr teoretické části tvoří zmínka o programu Ministerstva zdravotnictví: „Podpora hospicové paliativní péče v České republice.“

Třetí kapitola je věnována výzkumnému šetření, které ukázalo, že studenti speciální pedagogiky mají základní povědomí o hospicové péči. Informace o hospicích získali především ve škole a pomocí médií. Dále jsou si vědomi důležitosti a významnosti hospicové péče a považují informace o hospicích za podstatné a využitelné v jejich budoucí práci. První hypotéza byla potvrzena a to, že: respondenti z druhého ročníku magisterského studia dokáží lépe popsat hospicovou péči, než respondenti z prvního ročníku bakalářského studia. Druhá hypotéza byla vyvrácena, protože bylo dokázáno, že hospic představuje dům smrti i pro ty, kdo mají přímou zkušenost s hospicovou péčí jako doprovázející nebo dobrovolníci. V doporučení pro praxi navrhuji nejen rozšíření teoretických znalostí ve výuce, ale také znalostí praktických při dobrovolné činnosti.



## Seznam použitých informačních zdrojů

BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.

BUŽGOVÁ, R. *Paliativní a hospicová péče*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2012. ISBN 978-80-7464-208-1.

CABRNOCH, M. et al. *Výzvy hospicové péče*. [Čerčany]: Tři, 2016. ISBN 978-80-270-0455-3.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 4.vyd. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-204-6.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 2.vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

HAVELKOVÁ, D. *Využití podpůrných terapií a stimulací v hospicové péči*. Diplomová práce. Praha: Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova, 2017. Vedoucí práce PaedDr. Jaroslava Zemková, Ph.D.

CHADIMA, M. *Charitativní péče – Dějiny a současnost*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-632-7.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

KABELKA, L. et al. Lékařská a ošetrovatelská péče v paliativní medicíně – možnosti lékařů a sester. In: PROKOP, J. et al. *Hospicová péče v praxi*. Rajhrad: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, 2010. ISBN 978-80-254-6594-3.

KABELKA, L. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4225-3.

KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.

- KELNAROVÁ, J. *Thanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Litera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.
- KRISTJANSON, L.; HUDSON, P.; OLDMAN, L. Práce s příbuznými. In: O'CONNOR, M.; ARANDA, S. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
- KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání. Co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
- KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.
- LANDSBERG, P. L. *Zkušenost smrti*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1990. ISBN 80-7021-054-0.
- MARKOVÁ, A. a kol. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-905809-4-7.
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Dokumentace Programu: „Podpora hospicové paliativní péče v ČR“*. Identifikační číslo programu: 135 100. Rok vydání: 2016.
- MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky, 1998. ISBN 80-239-1915-6.
- NEZBEDA, O. *Průvodce smrtelníka. Prakticky o posledních věcech člověka*. Praha: Paseka, 2016. ISBN 978-80-7432-747-6.
- O organizaci paliativní péče: doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členskými státy*. Praha: Cesta domů, ©2004. ISBN 80-239-4332-4.
- PROKOP, J. et al. *Hospicová péče v praxi*. Rajhrad: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, 2010. ISBN 978-80-254-6594-3.
- PŘIDALOVÁ, M. České hospicové hnutí. In: STUDENT, J-CH.; MÜHLUM, A.; STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H&H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.

SABATOWSKI, R. a kol. (2003). Myšlenka hospice a znaky kvality. In: STUDENT, J-CH.; MÜHLUM, A.; STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H&H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.

SÍGL, M. *Co víme o smrti*. Praha: Epoque, 2006. ISBN 80-87027-11-6.

SLÁMA, O. Indikace lůžkové formy hospice. In VORLÍČEK, J., ed. a kol. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

SLÁMA, O.; DRBAL, J.; PLÁTOVÁ, L. *Umřít doma: příručka pro laické pečující*. Brno: Moravskoslezský kruh, o.s., 2008. ISBN 978-80-254-2788-0.

SLÁMA, O.; ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8.

STUDENT, J-CH.; MÜHLUM, A.; STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H&H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 2011. ISBN 80-902049-0-2.

SVATOŠOVÁ, M. Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici. In: MATOUŠEK, O.; KODYMOVÁ, P.; KOLÁČKOVÁ, J., ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

ŠPATENKOVÁ, N. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-138-4.

ŠPINKOVÁ, M. et al. *Standardy domácí paliativní péče: podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4329-4.

TAUSCH- FLAMMER, D. *Čas zármutku: pomoc pro truchlící a ty, kteří je doprovázejí*. Čerčany: Občanské sdružení Tři, 2011. ISBN 978-80-254-8944-4.

THOROVÁ, K. *Vývojová psychologie. Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

TOMÁŠKOVÁ, H.; PAZDERKOVÁ, R. Psychologická péče v paliativní medicíně. In: PROKOP, J. et al. *Hospicová péče v praxi*. Rajhrad: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, 2010. ISBN 978-80-254-6594-3.

TOMEŠ, I. et al. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 80-7013-324-4.

VOKURKA, M. a kol. *Velký lékařský slovník*. 9. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, „Jessenius“, 2009. ISBN 978-80-7345-202-5.

### **Internetové zdroje**

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. *Hospice v ČR*. [online]. [cit. 2018-03-14]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/hospice-v-cr>

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. *Lidé v Asociaci*. [online]. [cit. 2018-06-15]. Dostupné z: [http://www.asociacehospicu.cz/hospice-v-cr?post\\_id=147](http://www.asociacehospicu.cz/hospice-v-cr?post_id=147)

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. [online]. [cit. 2018-06-15]. Dostupné z <http://www.asociacehospicu.cz/>

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. *Poslání Asociace*. [online]. [cit. 2018-06-15]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/poslani-asociace>

Cesta domů. *Služby – Klub Podvečer*. [online]. [cit. 2018-06-15]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/klub-podvecer>

Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. *Poskytovatelé domácí dětské paliativní péče*. [online]. [cit. 2018-06-14]. Dostupné z: <http://www.detsky-hospic.cz/?hospic=1#mapa>

HOSPICE.CZ. *Slovník pojmů*. [online]. [cit. 2018-03-14]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/slovník-pojmu/>

HOSPIC KNÍŽETE VÁCLAVA. *Lůžkový hospic*. [online]. [cit. 2018-03-16]. Dostupné z: <http://www.hospicknizetevaclava.cz/luzkovy-hospic>

Integrovaný portál MPSV. *Příspěvek na péči*. [online]. [cit. 2018-06-15]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

Nadační fond Klíček. *Dětský hospic*. [online]. [cit. 2018-06-14]. Dostupné z: <http://www.klicek.org/hospic/index.html>

Oblastní charita Rajhrad. *Postup pro přijetí pacienta*. [online]. [cit. 2018-06-10]. Dostupné z: <http://rajhrad.charita.cz/dum-lecby-bolesti-s-hospicem-sv-josefa1/jak-probiha-prijeti-do-hospice/>

Srov. Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. *Informace před přijetím*.; Hospic Anežky České. *Informace před přijetím do Hospice Anežky České*.; Hospic Malovická. *Dokumenty*.; Hospic sv. Štěpána Litoměřice. *Domácí hospicová péče*.; Hospic v Mostě. *Pro klienty*. [online]. [cit. 2018-06-15]. Dostupné z: <http://rajhrad.charita.cz/res/archive/013/001577.pdf?seek=1461847177>, <http://www.hospic.cz/res/data/011/001558.pdf>, <http://www.hospicmalovicka.cz/index.php/dokumenty>, <http://www.hospiclitomerice.cz/Domaci-pece/Domaci-hospicova-pece-1>, <https://www.hospic-most.cz/pro-klienty>.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Pouze ustanovení změněná k 1. 1. 2018 [online]. [cit. 2018-06-15]. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/info/uztxtzmeny.asp?cd=5&typ=r&det=&levelid=125469&datumakt=1.1.2018>

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018. [online]. [cit. 2018-06-15]. Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=353/2017&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=353/2017&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

Zákon Ministerstva práce a sociálních věcí o sociálních službách č. 108/2006 Sb. V aktuálním znění. [online]. [cit. 2018-06-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zákon Ministerstva zdravotnictví č. 372/2011 Sb. V aktuálním znění. [online]. [cit. 2018-06-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Zákon Ministerstva zdravotnictví o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb. V aktuálním znění. [online]. [cit. 2018-06-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

## **Seznam příloh**

Příloha 1 – Dotazník

## **Příloha – dotazník**

### **1. Dotazník vyplnil/a**

- žena
- muž

### **2. Na jaké univerzitě studujete?**

- Univerzita Karlova
- Ostravská univerzita

### **3. Jaký je ročník Vašeho studia?**

- 1. ročník (bakalářské studium)
- 2. ročník (magisterské studium)

### **4. Absolvovali jste na škole předmět, který by se alespoň částečně týkal hospiců, hospicové péče?**

- ano
- ne

### **5. Víte, co je to hospic?**

- ano
- ne

### **6. Odkud znáte pojem hospicová péče?**

- odborných publikací
- výkladu učitelů ve škole
- osobní zkušenosti při doprovázení blízkého
- dobrovolnictví
- médií
- jiné, prosím doplňte .....

### **7. Který z uvedených hospiců byl v ČR založen jako první?**

- hospic Štrasburk
- hospic sv. Lazara
- hospic Anežky České
- nevím

### **8. Kdo založil hospicové hnutí v ČR?**

- Olga Havlová



- Marie Svatošová
- Marie Opatrná
- nevím

**9. Pro koho jsou hospice určeny?**

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

**11. Dokázali/y byste popsat rozdíl mezi paliativní a hospicovou péčí? (Pokud nevíte, napište \_\_\_\_\_ prosím \_\_\_\_\_ alespoň \_\_\_\_\_ ne.)**

.....

.....

.....

**12. Jaké jsou formy hospicové péče u nás?**

- pouze domácí
- domácí, lůžková a stacionární
- domácí a lůžková
- lůžková a stacionární

**13. Vyjmenujte alespoň 3 pracovníky, kteří se podílí na péči v hospicích. Pokud víte, uveďte i více.**

.....

**14. Co považujeme za stěžejní cíl v hospicové péči?**

- Úplné uzdravení.
- Všeobecnou péči o nemocného a léčení jeho nemoci do samého konce jeho života.
- Důstojné, klidné a pokud možno bezbolestné umírání.
- Nevím.

**15. Myslíte si, že v hospici může být ubytovaný příbuzný nemocného?**

- ano
- ne
- nevím

**16. Myslíte si, že se péče v hospici liší od péče v nemocničním zařízení?**

- určitě ano
- spíše ano
- spíše ne
- určitě ne
- nevím

**17. Je podle vás hospicová péče důležitá? Má svůj význam?**

- ano
- ne nezbytně, stačí zařízení LDN nebo nemocnice
- ne
- nevím

**18. Jak si představujete hospic?**

- obdoba domova důchodců
- nemocniční zařízení
- podobá se domovu
- nevím

**19. Představuje pro vás hospic dům smrti?**

- ano
- ne

**20. Existují hospice pro děti?**

- ano
- ne
- nevím

**21. Máme takové hospice v ČR?**

- ano
- ne
- nevím

**22. Existuje v ČR sdružení, organizace nebo asociace, která by zajišťovala standardy služeb registrovaných hospiců?**

- ano
- ne
- nevím

**23. Myslíte si, že je počet hospiců v ČR dostatečný?**

- ano
- ne
- nevím

**24. Je hospicová péče dostupná ve všech krajích? Případně uveďte, kde chybí.**

- ano
- ne
- nevím
- jiné: .....

**25. Máte přímou zkušenost s hospicovou péčí?**

- ne
- jako doprovázející, (člen rodiny, přítel)
- jako dobrovolník
- zaměstnanec
- jiné: .....

**26. Může v hospici najít uplatnění speciální pedagog? ano / ne / nevím**

**27. Chtěli byste v hospici pracovat? ano / ne / nevím**

**28. Myslíte si, že jsou Vaše vědomosti o tématu hospiců dostatečné? ano / ne / nevím**

**29. Chtěli byste se o tomto tématu dozvědět víc? ano / ne / nevím**

**30. Považujete informace o hospicích za podstatné/využitelné**

**pro Vaši budoucí práci? ano / ne / nevím**

## Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů.....	37
Tabulka č. 2 Název univerzity .....	38
Tabulka č. 3 Ročník studia .....	39
Tabulka č. 4 Absolvování předmětu.....	40
Tabulka č. 5 Znalost pojmu hospic.....	41
Tabulka č. 6 Zdroje informací .....	43
Tabulka č. 7 První hospic v ČR.....	44
Tabulka č. 8 Zakladatel .....	45
Tabulka č. 9 Pro koho jsou hospice .....	46
Tabulka č. 10 Představa o hospicové péči .....	48
Tabulka č. 11 Rozdíl v péči .....	51
Tabulka č. 12 Formy hospicové péče .....	53
Tabulka č. 13 Pracovníci .....	55
Tabulka č. 14 Stěžejní cíl hospicové péče .....	57
Tabulka č. 15 Ubytování příbuzného .....	58
Tabulka č. 16 Odlišnost péče.....	59
Tabulka č. 17 Důležitost/význam .....	60
Tabulka č. 18 Představa hospice.....	61
Tabulka č. 19 Dům smrti .....	62
Tabulka č. 20 Existence hospiců pro děti .....	63
Tabulka č. 21 Dětské hospice v ČR.....	64
Tabulka č. 22 Existence sdružení, organizace, asociace .....	65
Tabulka č. 23 Dostatečnost počtu hospiců v ČR.....	66
Tabulka č. 24 Dostupnost hospicové péče.....	67

Tabulka č. 25 Přímá zkušenost.....	68
Tabulka č. 26 Uplatnění spec. pedagoga .....	69
Tabulka č. 27 Práce v hospici.....	70
Tabulka č. 28 Dostatečnost vědomostí.....	71
Tabulka č. 29 Dozvědět se více o tématu .....	72
Tabulka č. 30 Informace podstatné/využitelné.....	73

## Seznam grafů

Graf č. 1 Pohlaví respondentů .....	37
Graf č. 2 Název univerzity.....	38
Graf č. 3 Ročník studia .....	39
Graf č. 4 Absolvování předmětu.....	40
Graf č. 5 Znalost pojmu hospic .....	41
Graf č. 6 První hospic v ČR.....	44
Graf č. 7 Zakladatel .....	45
Graf č. 8 Formy hospicové péče.....	53
Graf č. 9 Stěžejní cíl hospicové péče.....	57
Graf č. 10 Ubytování příbuzného .....	58
Graf č. 11 Odlišnost péče .....	59
Graf č. 12 Důležitost/význam.....	60
Graf č. 13 Představa hospice .....	61
Graf č. 14 Dům smrti.....	62
Graf č. 15 Existence hospiců pro děti.....	63
Graf č. 16 Dětské hospice v ČR .....	64
Graf č. 17 Existence sdružení, organizace, asociace .....	65
Graf č. 18 Dostatečnost počtu hospiců v ČR.....	66
Graf č. 19 Dostupnost hospicové péče .....	67
Graf č. 20 Přímá zkušenost.....	68
Graf č. 21 Uplatnění spec. pedagoga.....	69
Graf č. 22 Práce v hospici.....	70
Graf č. 23 Dostatečnost vědomostí.....	71
Graf č. 24 Dozvědět se více o tématu .....	72

Graf č. 25 Informace podstatné/využitelné .....	73
---	----