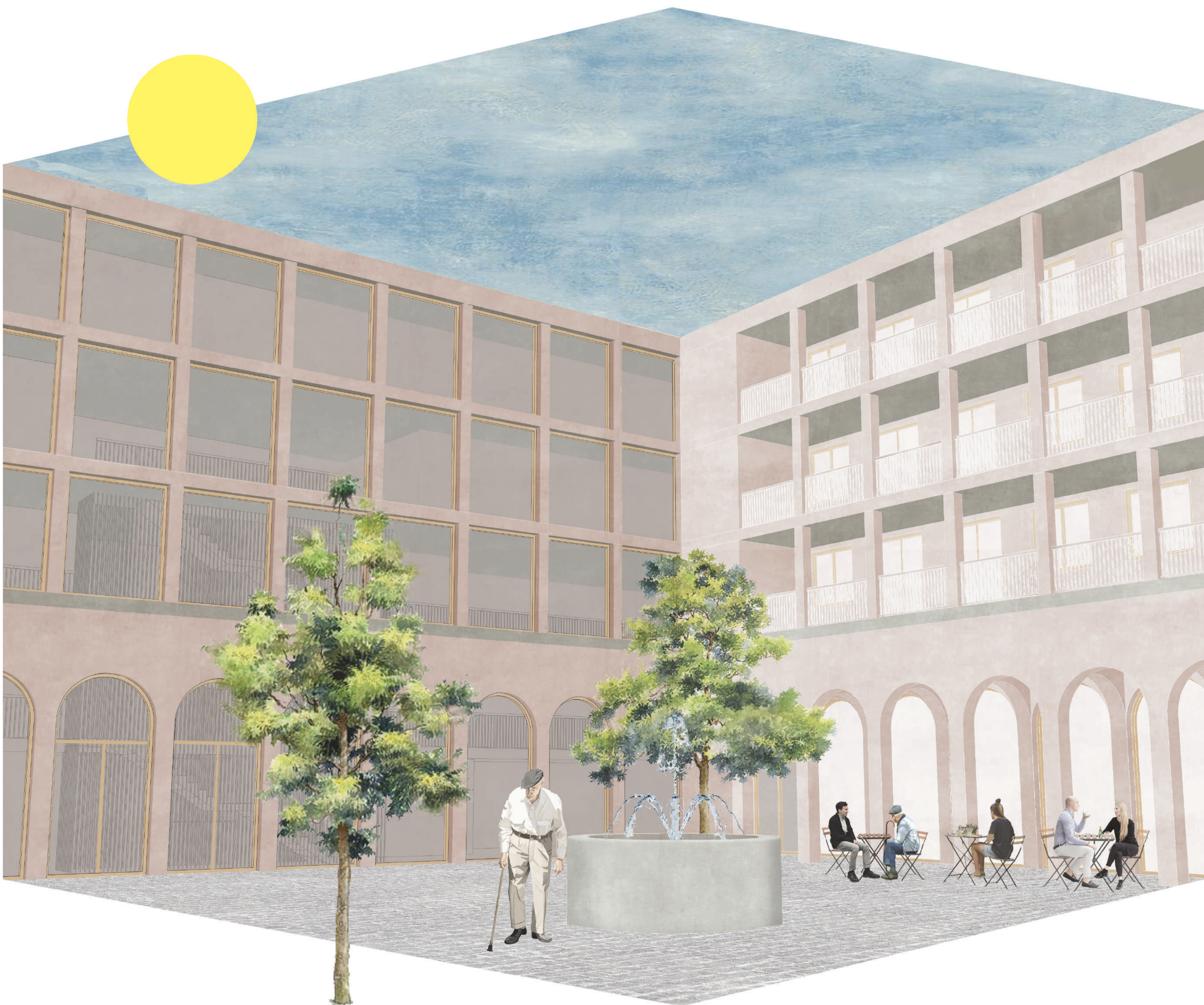




Může architektura ulehčit odchod lidem i jejich blízkým a odstranit, či alespoň zmírnit stigmatizaci a tabuizaci smrti?

Cílem této práce je koncipování ideálního prostoru pro paliativní péči. Snahou není navrhnout další hospic, či domov pro seniory, kterých již bylo navrženo a postaveno více méně dostatečné množství (viz Analytická část).

Úkolem, který jsem si vytýčila, bylo pojmut tento prostor na základě jeho širokého kontextu, zaměřit se na správné urbanistické umístění, provozní náplň, vztahy k okolí i mezi sebou, propojení, otevření... ale i na samotnou myšlenku smrti, odcházení a loučení.

Téma paliativní péče je velice komplexní a celospolečenské, což se promítá do vlastního návrhu, který představuje nový model architektury paliativní péče.

Centrum paliativní péče.

Centrum paliativní péče

Navrhovaná imitační velká budova

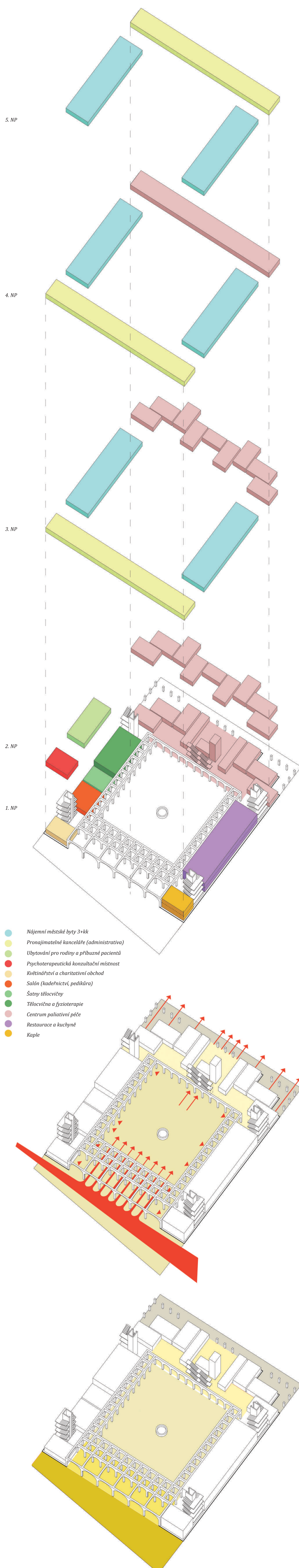
Centrum paliativní péče

Objevovaná zahrada nadace partnerství

Hrad Špilberk

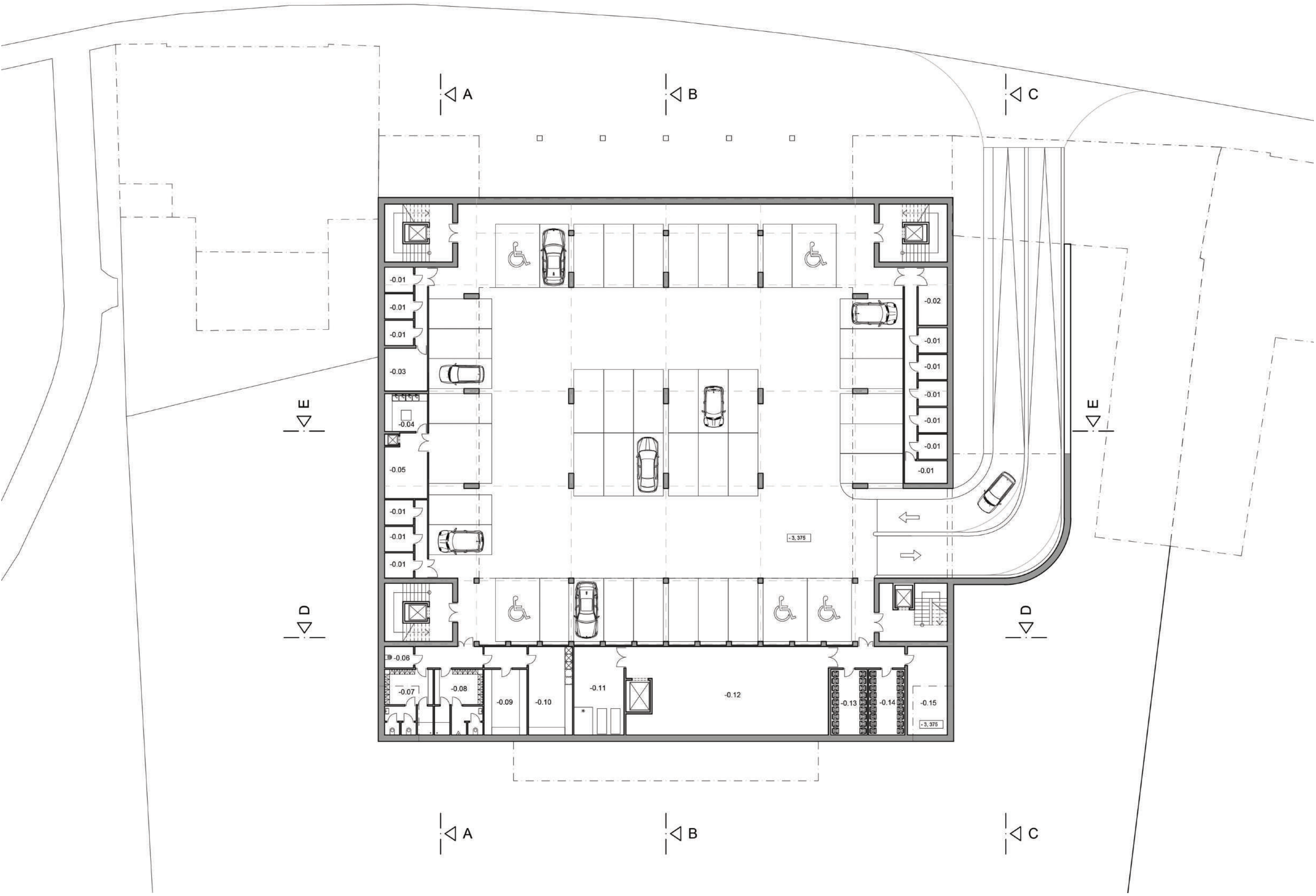
Severní náspase ke hradu Špilberk

Kancelář veřejného ochránce práv



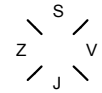
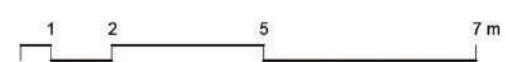
KONEC DOBRÝ, VŠECHNO DOBRÉ
ARCHITEKTURA PALIATIVNÍ PÉČE

autor | Bc. KATEŘINA VÍTKOVÁ (Id: 164186)
vedoucí | Ing. arch. JAN MLÉČKA, Ph.D.

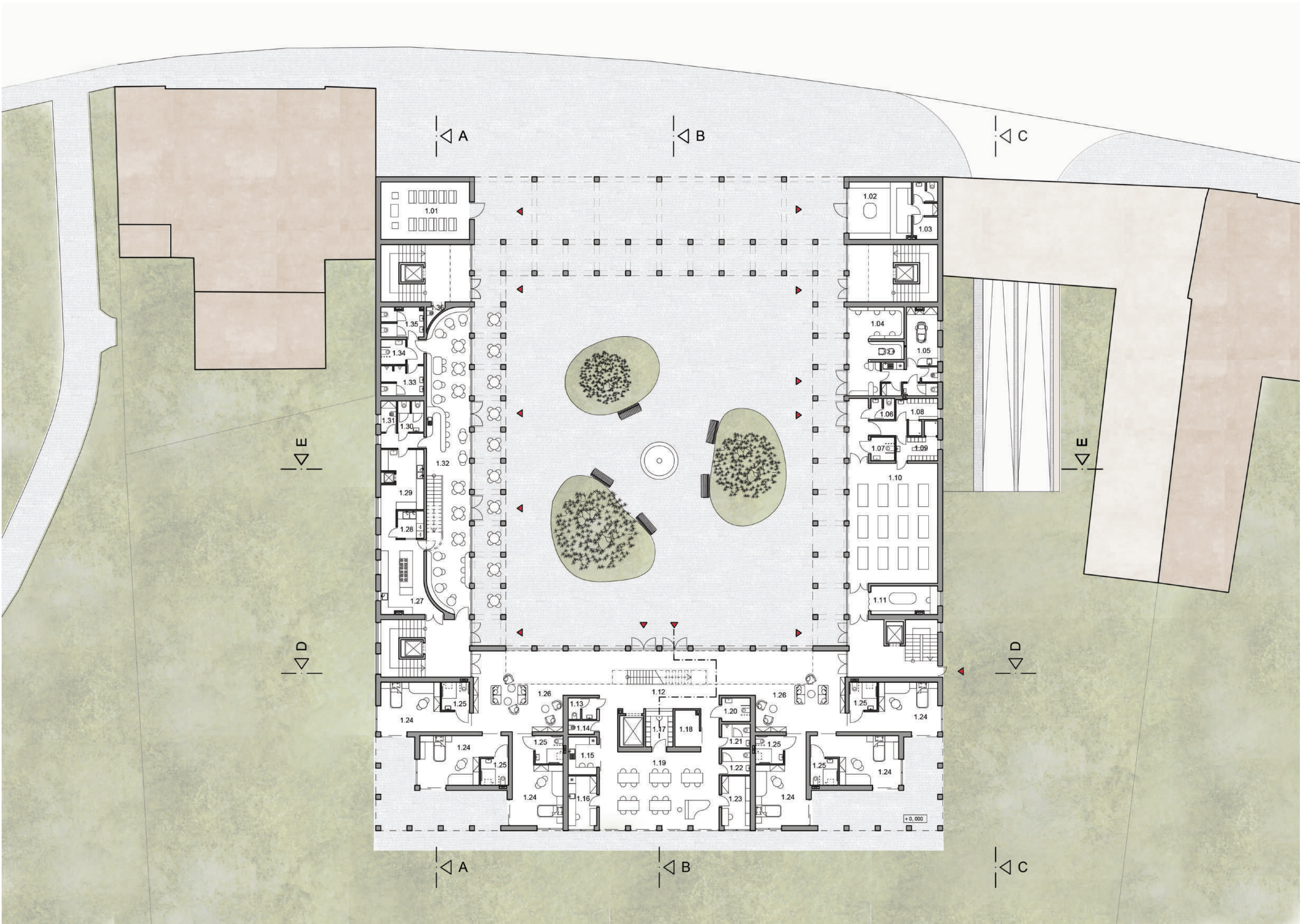


/ 1. PP /

1:250

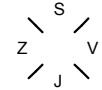
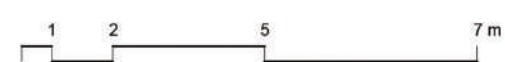


-0.01	Bytový sklep	4,6 m ²
-0.02	Sklad květinářství	10,6 m ²
RESTAURACE		
-0.03	Vzduchotechnika	11,6 m ²
-0.04	Hrubá příprava	10,2 m ²
-0.05	Sklad potravin	16,4 m ²
-0.06	Úklidová místnost	3,9 m ²
-0.07	Šatny restaurace ženy	10,8 m ²
-0.08	Šatny restaurace muži	10,8 m ²
HOSPIC		
-0.09	Sklad textilu hospic	17,7 m ²
-0.10	Prádlna, sušárna, žehlárna	24,5 m ²
-0.11	Márnice	27,8 m ²
-0.12	Sklad hospicu a půjčovny pomůcek	106,5 m ²
-0.13	Infekční odpad	15 m ²
-0.14	Komunální odpad	15 m ²
-0.15	Vzduchotechnika	22,1 m ²

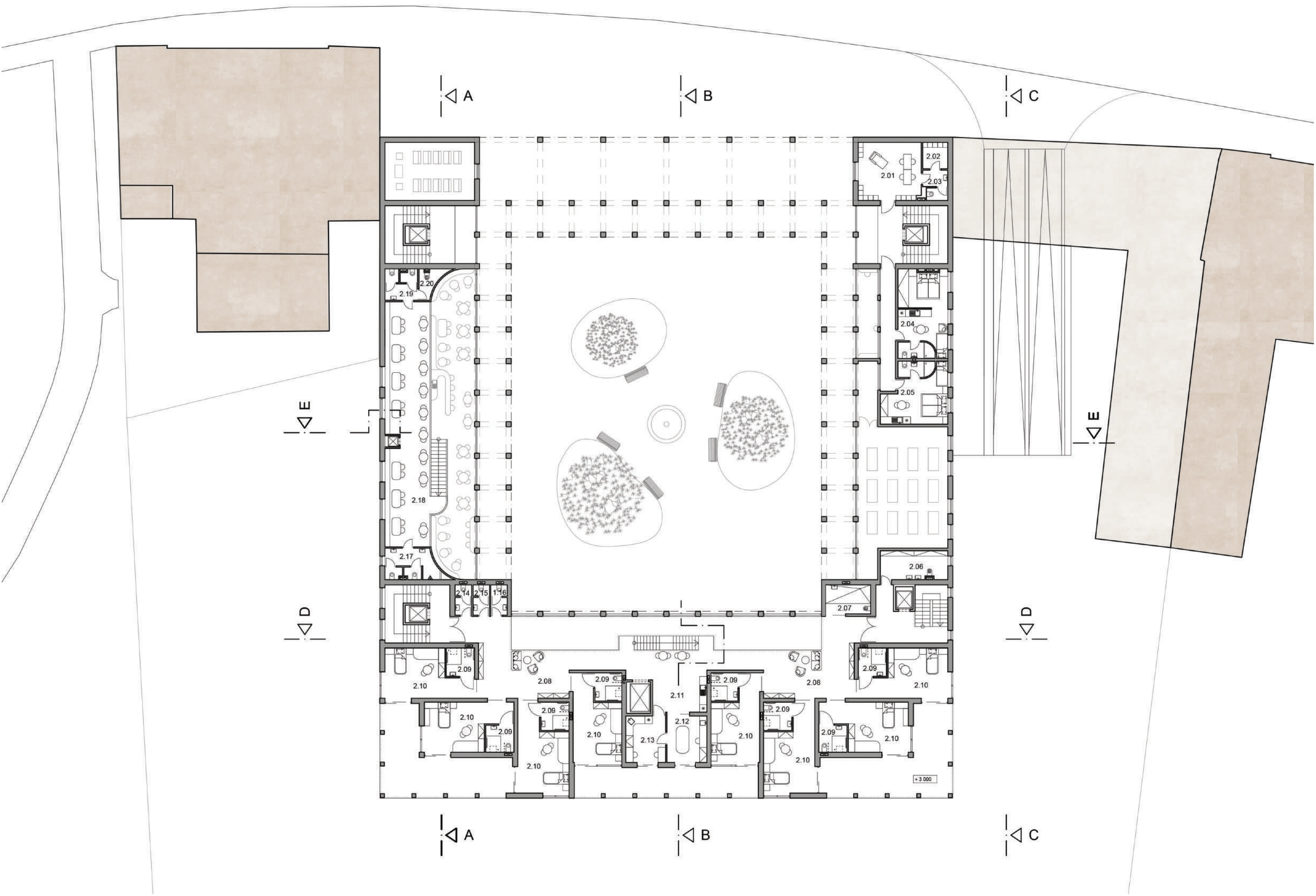


/ 1. NP /

1:250

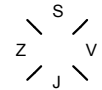
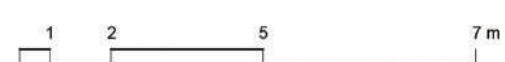


1.01	Kaple	32,7 m ²
1.02	Květinářství a charitativní obchod	23 m ²
1.03	Zázemí obchodu	9,2 m ²
1.04	Kadeřnictví	30 m ²
1.05	Pedikúra	17,8 m ²
1.06	WC muži	3,2 m ²
1.07	WC ženy/invalidé	3,6 m ²
1.08	Šatny muži	6,8 m ²
1.09	Šatny ženy	7,6 m ²
1.10	Tělocvična rehabilitace/fýga	68,2 m ²
1.11	Fyzioterapie	12,3 m ²
CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE		
1.12	Vstupní hala hospic	54,7 m ²
1.13	WC muži	4 m ²
1.14	Úklidová místnost	2,3 m ²
1.15	Kuchyňka	7 m ²
1.16	Sesterna	10 m ²
1.17	Recepce	6,7 m ²
1.18	Sklad	5,6 m ²
1.19	Společenská místnost/jídelna/dělničky	56,8 m ²
1.20	WC invalidé / ženy	4,8 m ²
1.21	WC zaměstnanci muži	4,4 m ²
1.22	WC zaměstnanci ženy	4,7 m ²
1.23	Kancelář psycholog	9,5 m ²
STACIONÁRNÍ DENNÍ I POBYTOVÁ PÉČE		
1.24	Pokoj stacionární pobytové péče	23,8 m ²
1.25	Bezbariérová koupelna a WC	5,1 m ²
1.26	Společenské prostory s knihovnou	47 m ²
RESTAURACE		
1.27	Kuchyně (hospic/restaurace)	22,3 m ²
1.28	Nádobí	4,7 m ²
1.29	Čistá příprava	15,2 m ²
1.30	WC zaměstnanci	5,3 m ²
1.31	Úklidová místnost	3,1 m ²
1.32	Restaurace a kavárna	74 m ²
1.33	WC muži	8,3 m ²
1.34	WC invalidé	4 m ²
1.35	WC ženy	8,3 m ²
1.36	Úklidová místnost	1,3 m ²

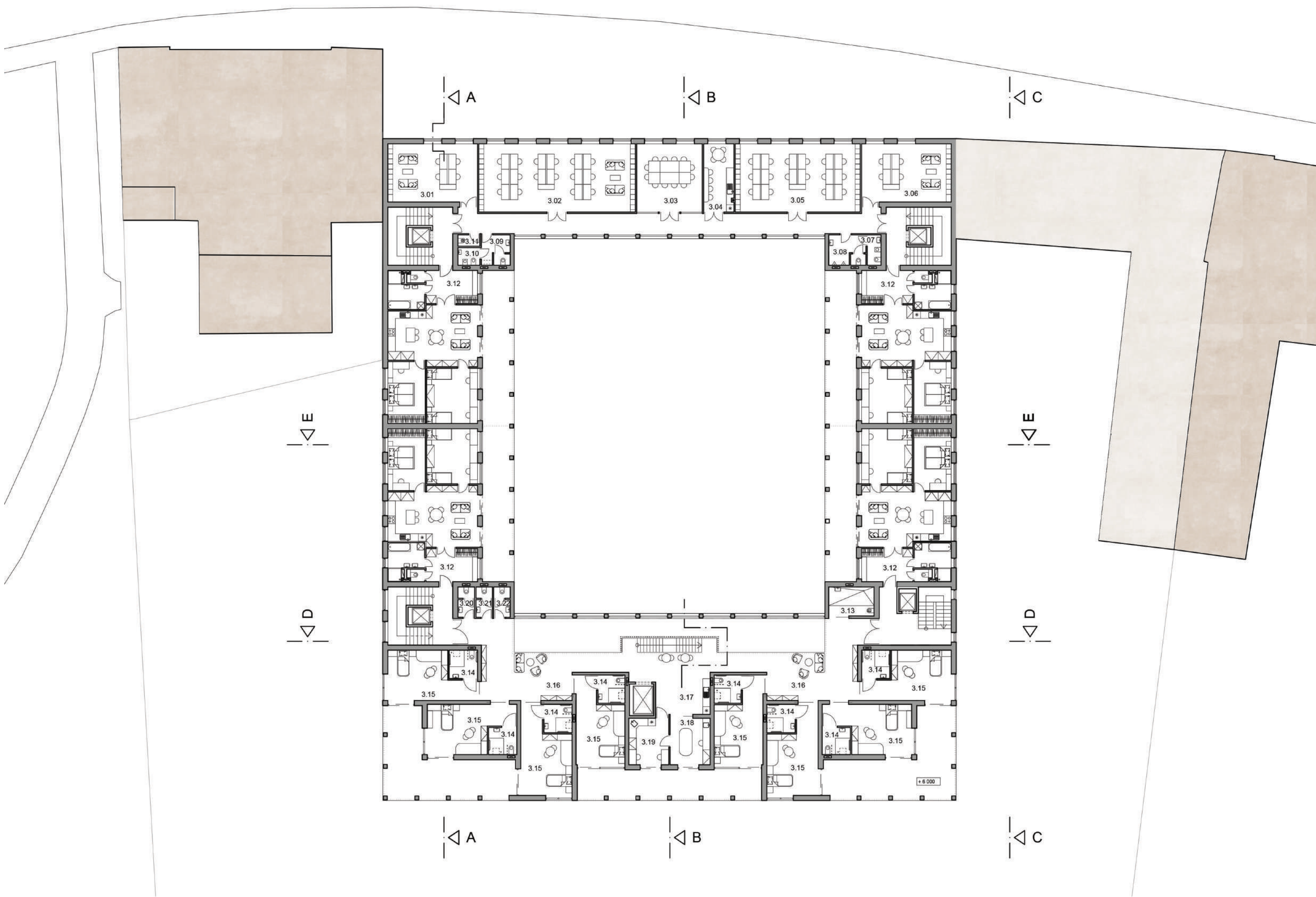


/ 2. NP /

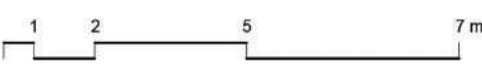
1:250



2.01	Psychoterapeutická konzultační místnost	23 m ²
2.02	Zázemí/archiv	4,2 m ²
2.03	WC	4,8 m ²
2.04	Pokoj pro příbuzné hospicových pacientů	28 m ²
2.05	Pokoj pro příbuzné hospicových pacientů	23 m ²
2.06	Úklidová místnost	12,3 m ²
CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE		
2.07	Čistící místnost na lážka	8,3 m ²
2.08	Společenské prostory	27,6 m ²
2.09	Bezbariérová koupelna a WC	5,1 m ²
2.10	Hospicový pokoj	23,3 m ²
2.11	Kuchyňka	14,3 m ²
2.12	Kancelář doktor	11,7 m ²
2.13	Sesterna	11,7 m ²
2.14	WC návštěvy	3,2 m ²
2.15	WC zaměstnanci ženy	3,2 m ²
2.16	WC zaměstnanci muži	3,2 m ²
RESTAURACE		
2.17	WC muži	10,4 m ²
2.18	Restaurace	69 m ²
2.19	WC ženy	6,5 m ²
2.20	Úklidová místnost	3,7 m ²



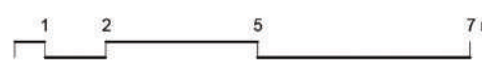
/ 3. NP /
1:250



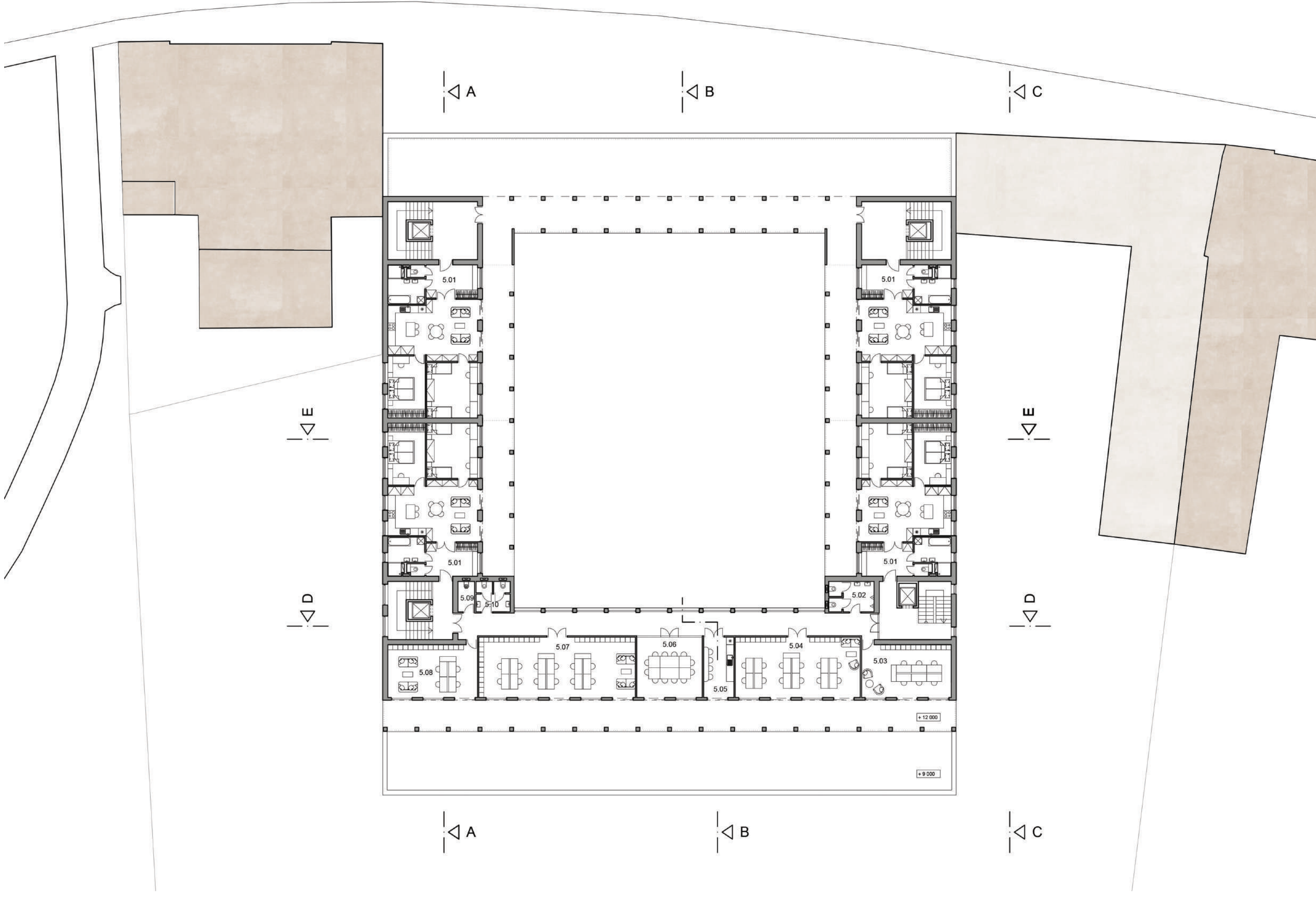
ADMINISTRATIVA		
3.01	Kancelář	32,7 m ²
3.02	Kancelář	70 m ²
3.03	Zasedací místnost	28 m ²
3.04	Kuchyňka	13 m ²
3.05	Kancelář	53,5 m ²
3.06	Kancelář	33 m ²
3.07	Hygienická kabina mužů	2,6 m ²
3.08	WC muži	7,3 m ²
3.09	WC ženy	5,4 m ²
3.10	Hygienická kabina žen	2,5 m ²
3.11	Úklidová místnost	1,6 m ²
3.12	Byt 3+kk	81 m ²
CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE		
3.13	Čistící místnost na ládku	8,3 m ²
3.14	Bezbariérová koupelna a WC	5,1 m ²
3.15	Hospicový pokoj	22,1 m ²
3.16	Společenské prostory	27,6 m ²
3.17	Kuchyňka	14,3 m ²
3.18	Základová místnost	11,7 m ²
3.19	Sesterna	11,7 m ²
3.20	WC návštěvy	3,2 m ²
3.21	WC zaměstnanci ženy	3,2 m ²
3.22	WC zaměstnanci muži	3,2 m ²



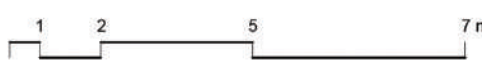
/ 4. NP /
1:250



ADMINISTRATIVA		
4.01	Kancelář	32,7 m ²
4.02	Kancelář	70 m ²
4.03	Zasedací místnost	28 m ²
4.04	Kuchyňka	13 m ²
4.05	Kancelář	53,5 m ²
4.06	Kancelář	33 m ²
4.07	Úklidová místnost	1,3 m ²
4.08	WC muži	6,4 m ²
4.09	WC invalidé	4,7 m ²
4.10	WC ženy	5 m ²
4.11	Byt 3+kk	81 m ²
ADMINISTRATIVA CENTRA PALIATIVNÍ PÉČE		
4.12	WC muži	6,7 m ²
4.13	Satny zaměstnanci ženy	11 m ²
4.14	Satny zaměstnanci muži	9,8 m ²
4.15	Kancelář sociální péče	25 m ²
4.16	Kancelář ředitele a sekretářky	18,2 m ²
4.17	Archiv	4,7 m ²
4.18	Kuchyňka	8,7 m ²
4.19	Zasedací/edukační místnost	28,9 m ²
4.20	Kancelář domácího hospic	13,4 m ²
4.21	Kancelář	34,6 m ²
4.22	Kancelář	30 m ²
4.23	WC návštěvy	3,2 m ²
4.24	WC ženy	6,4 m ²

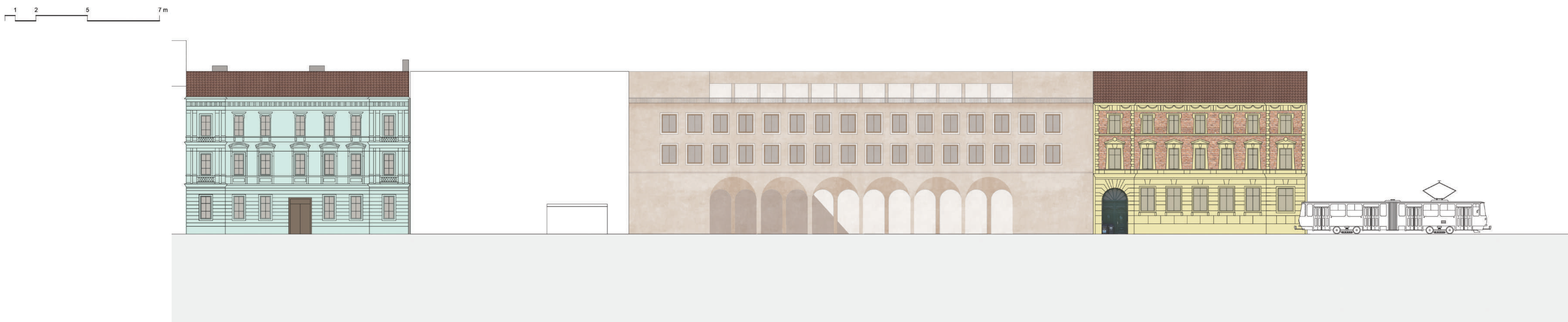


/ 5. NP /
1:250

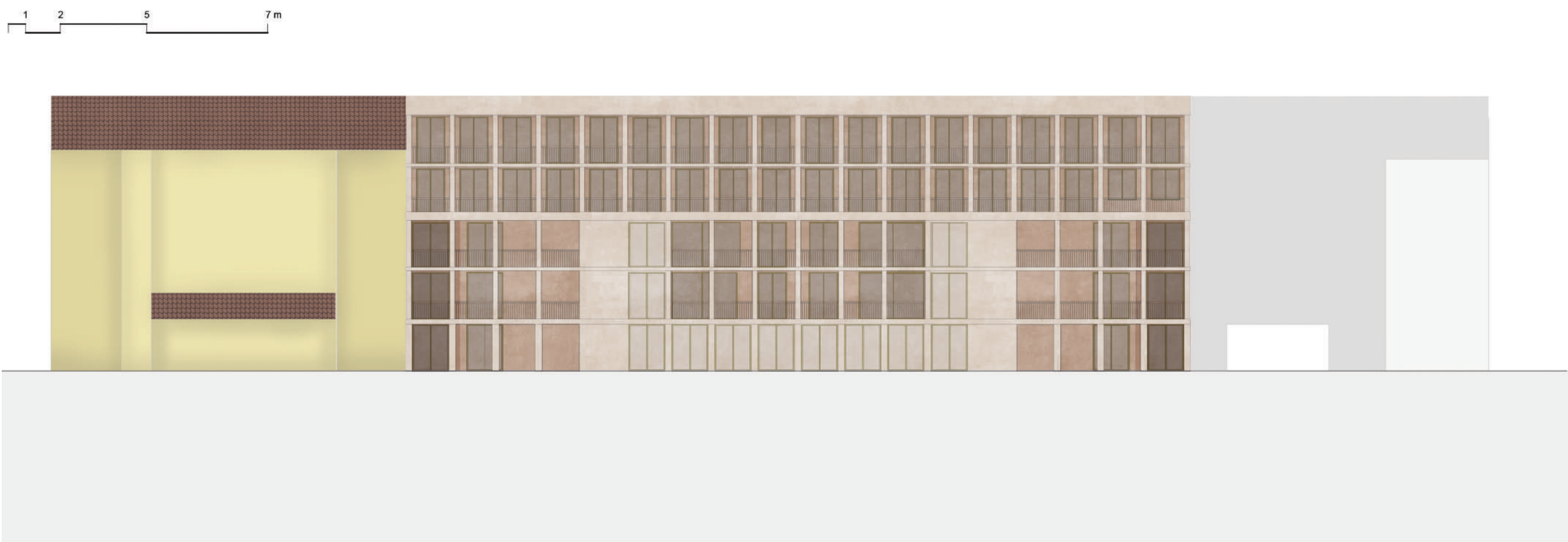


5.01	Byt 3+kk	81 m ²
ADMINISTRATIVA		
5.02	WC muži	8,6 m ²
5.03	Kancelář	30 m ²
5.04	Kancelář	47,3 m ²
5.05	Kuchyňka	11,5 m ²
5.06	Zasedací místnost	25 m ²
5.07	Kancelář	59,2 m ²
5.08	Kancelář	30 m ²
5.09	Úklidová místnost	3,2 m ²
5.10	WC ženy	6,4 m ²

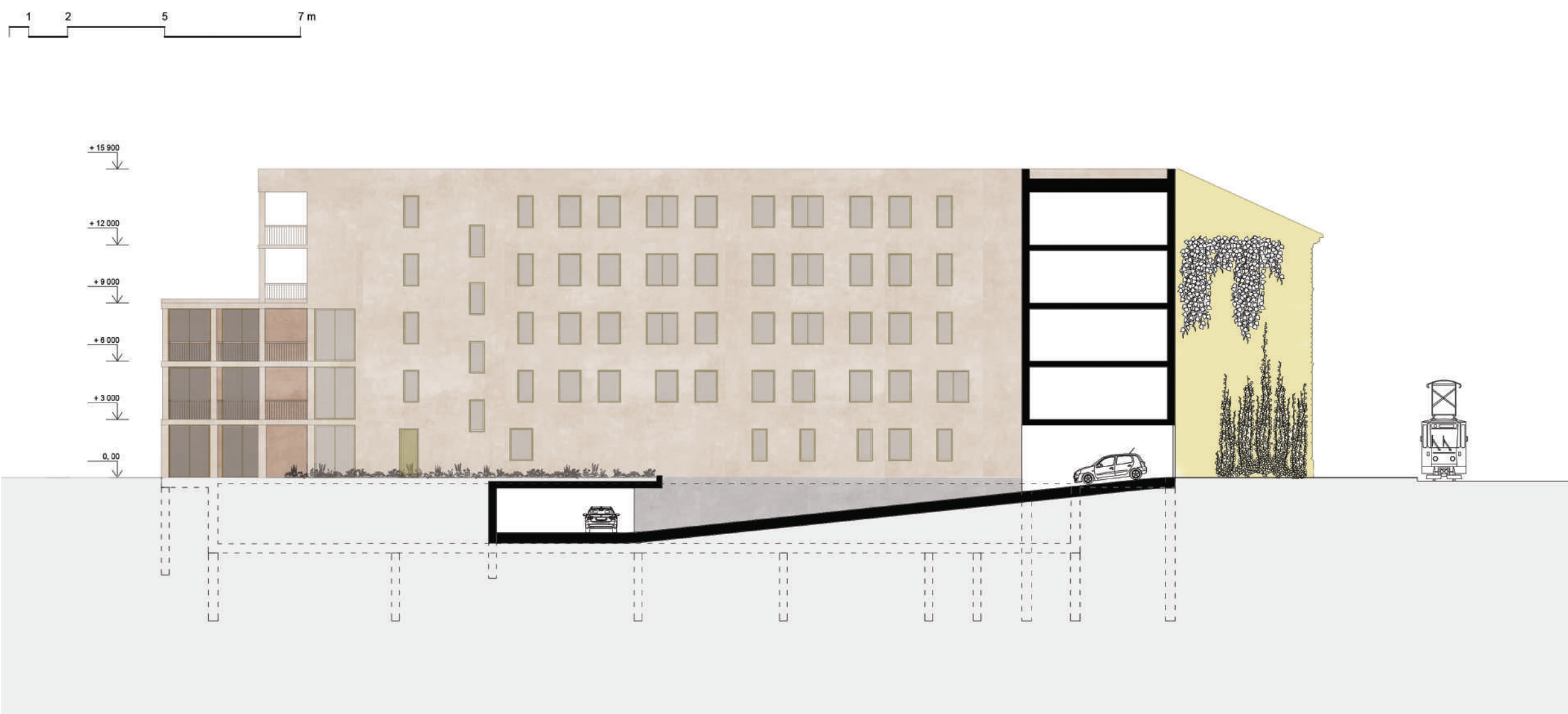
/ POHLED SEVERNÍ Z ULICE ÚDOLNÍ /
1:250



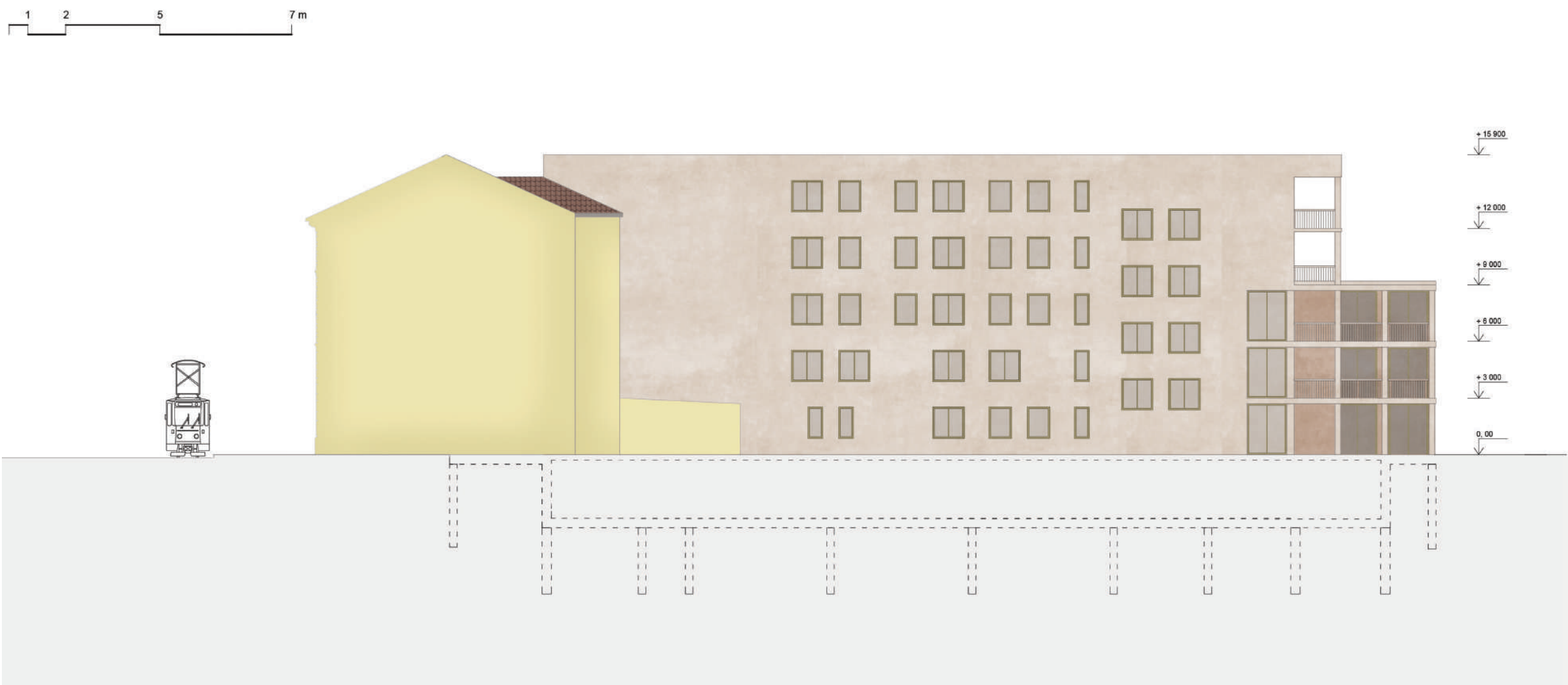
/ POHLED JIŽNÍ ZE ZAHRADY /
1:250



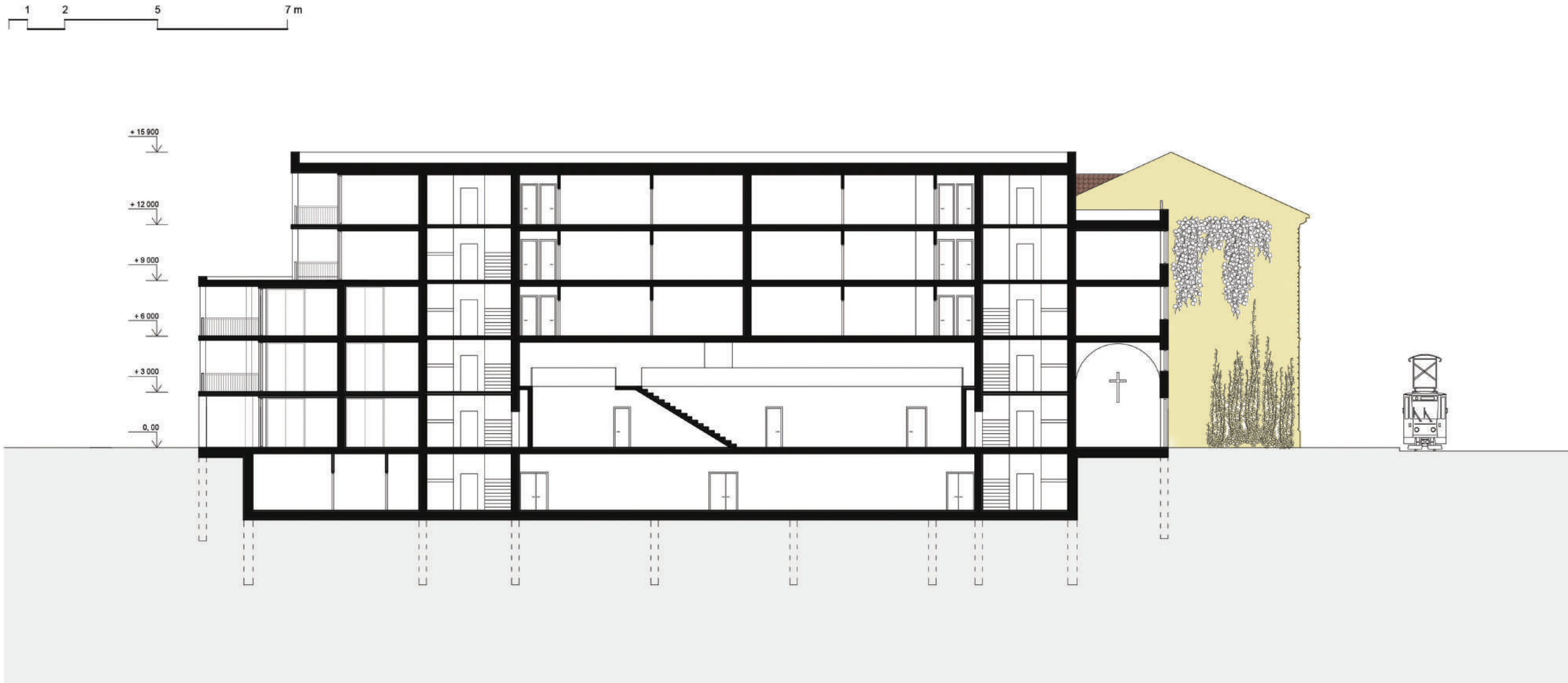
/ ŘEZ C - POHLED VÝCHODNÍ /
1:250



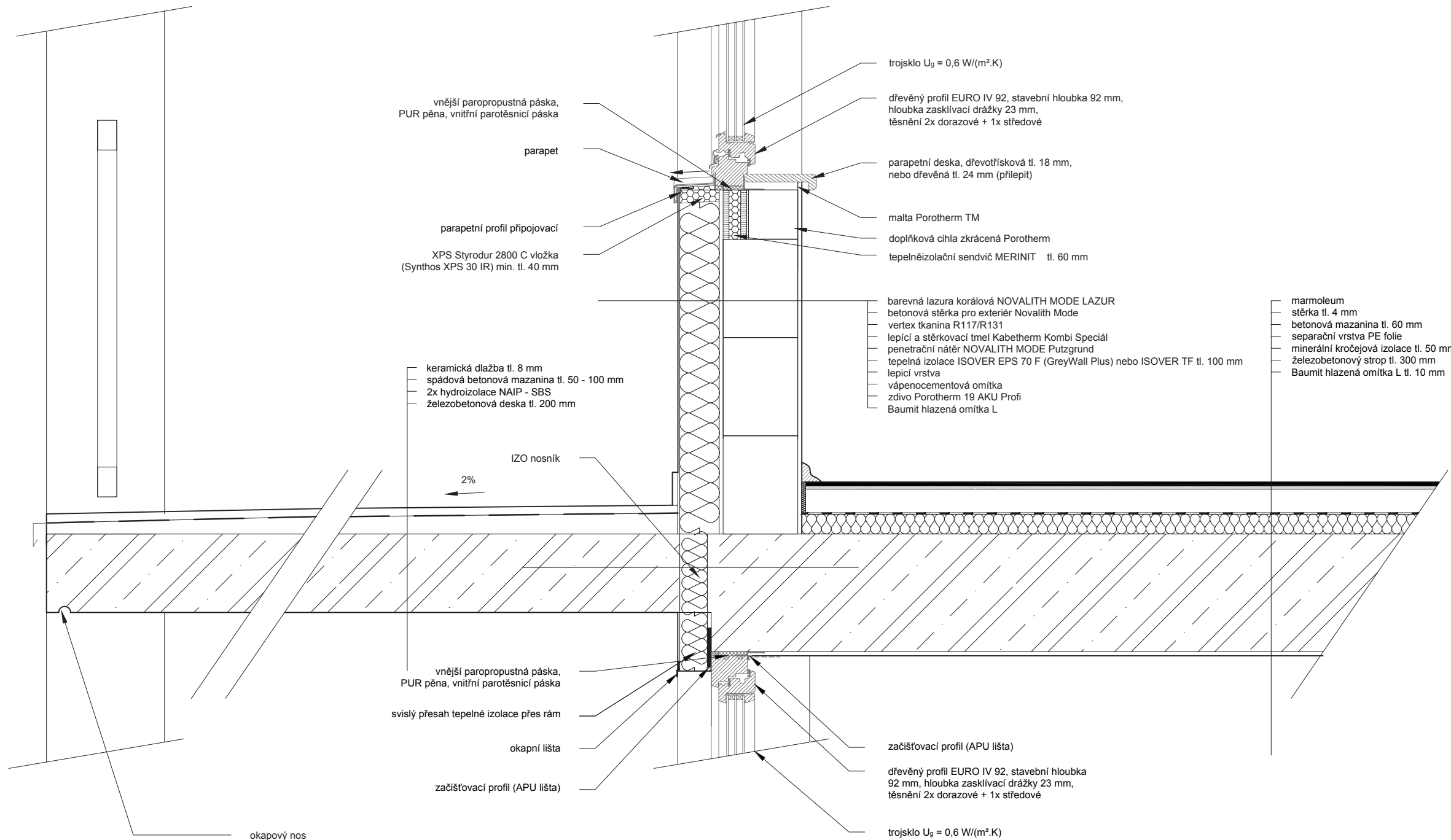
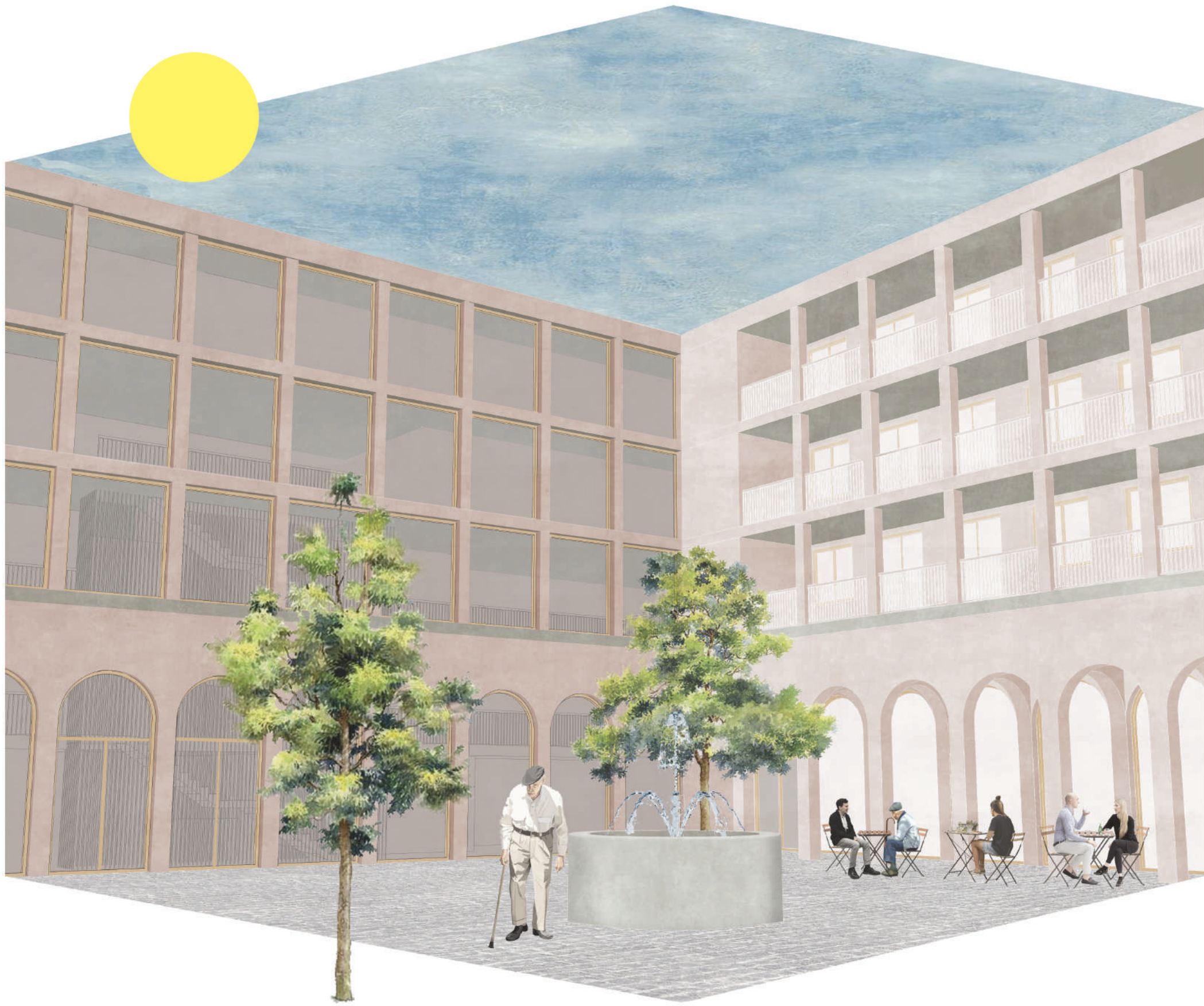
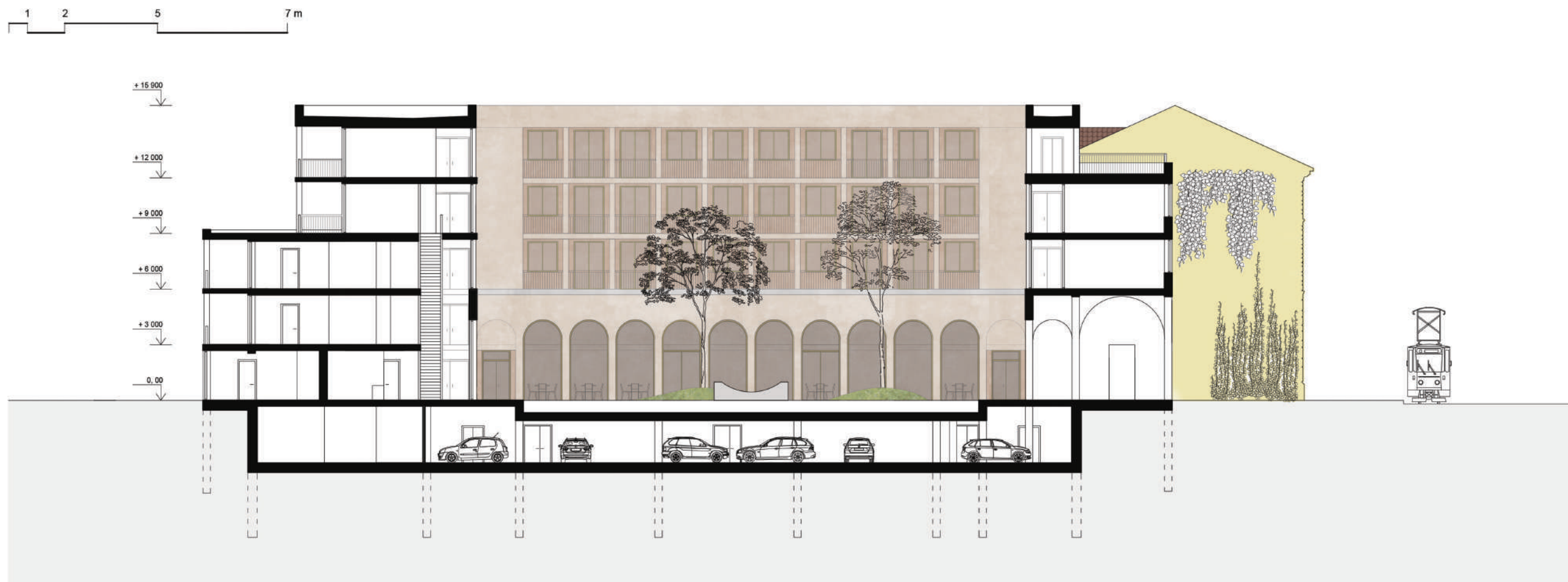
/ POHLED ZÁPADNÍ /
1:250



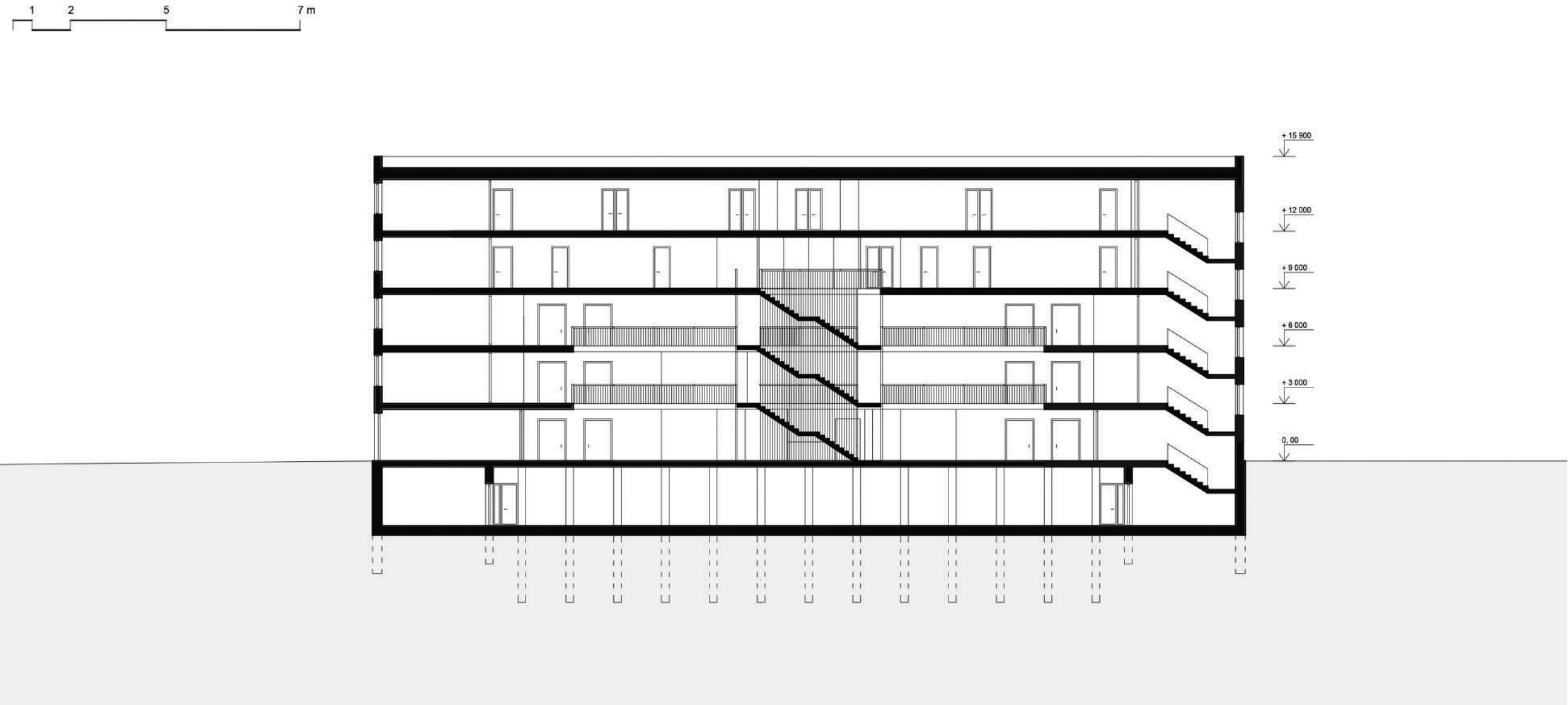
/ ŘEZ A /
1:250



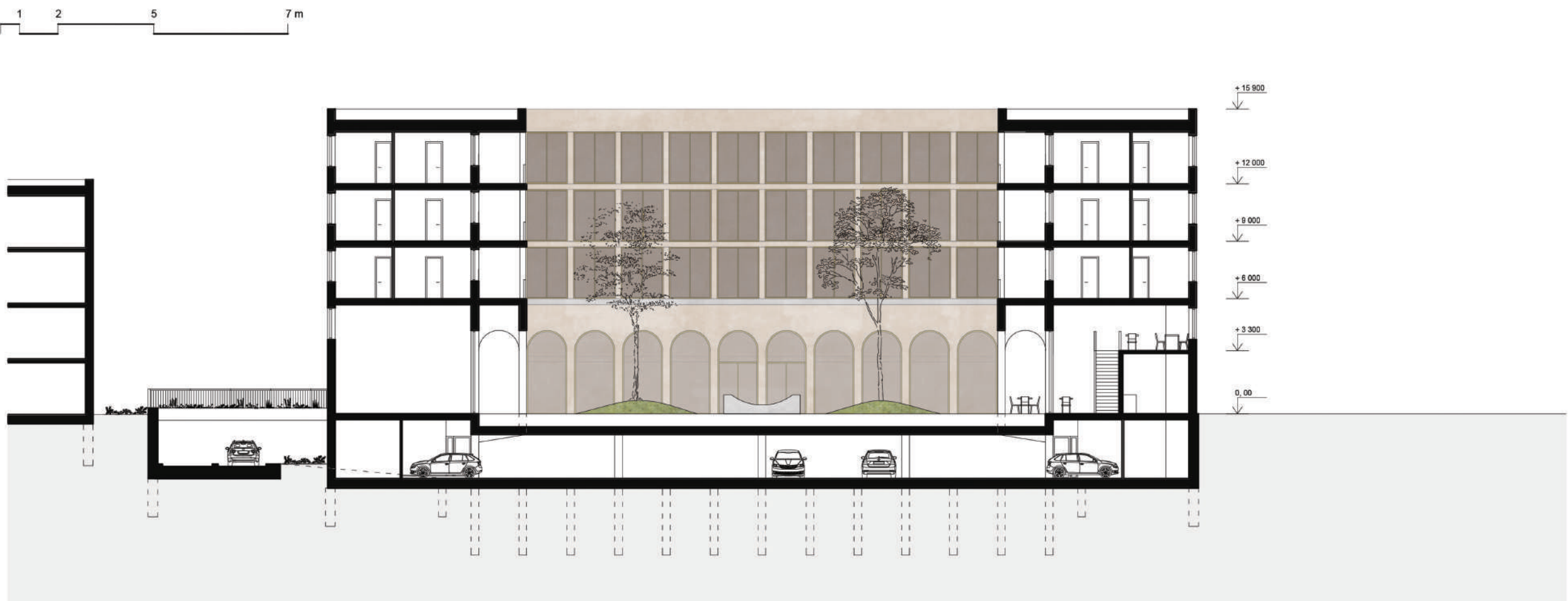
/ ŘEZ B /
1:250



/ ŘEZ D /
1:250



/ ŘEZ E /
1:250



/ Situace 1 : 20 000 /



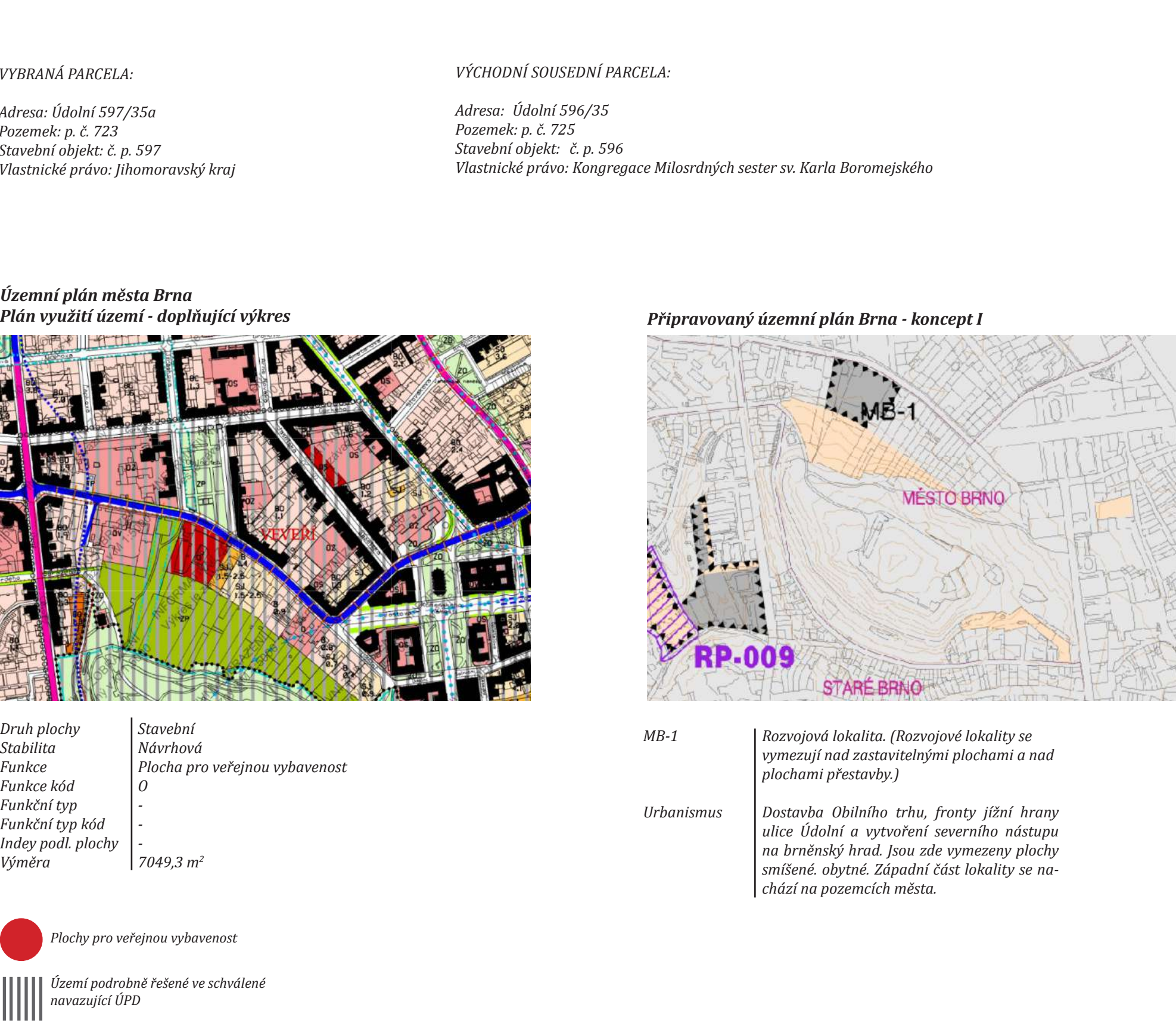
/ Situace 1 : 1 500 /



/ Ptáčí perspektiva /



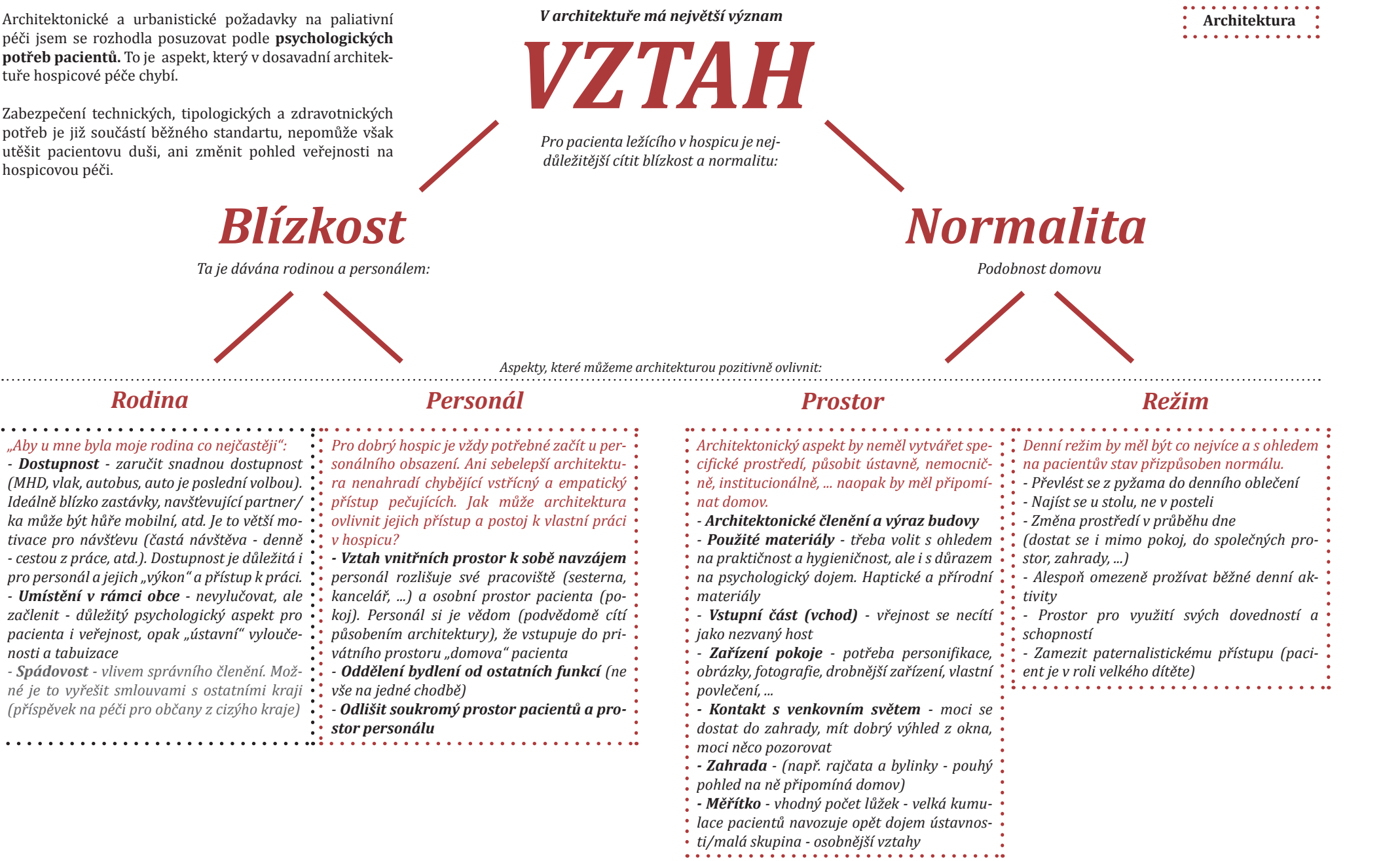
/ Lokalita dle Územního plánu /



/ Historie místa - parcela /



/ Jak zabezpečit důležité aspekty pro pacienta? /



/ Historie hospicové péče /

/ První zmínky /

Hospic - z latinského **hospitium** („útluké“, „útočistiště“)
hospes („host“, „návštěvník“, „cizinec“)

První zmínka:

Podobenství o milosrdném Samaritánovi z novozákonního Evangelia svatého Lukáše. Židé a Samaritáni sebou navzájem opovrhovali a Ježíš v tomto podobenství vysvětluje, kdo je bližní, kterého měli podle Tóry židé i Samaritáni milovat. Z podobenství pochází pojmy jako samaritánství označující alit milosrdenství.

Podle vyprávění je pouťouk oloupen, zbit a ponechán polomrtvý v cestě. Nejpřevráceně projde kněm, pak levta, přičemž se oba zraněnému vyhnou. Nakonec kolem projde Samaritán, který zraněnému pomůže.

/ Tu vystoupil jeden zákoník a zhoušel ho: „Mistře, co mám dělat, abych měl podíl na věčném životě?“ Ježíš mu odpověděl: „Co je psáno v Zákone? Jak to tam čteš? On mu řekl: „Miluj Hospodina, Boha svého, z celého svého srdce, celou svou duši, celou svou sílu a celou svou mysl“ „miluj svého bližního jako sám sebe.“ Ježíš mu řekl: „Správně jsi odpověděl. To čti a budeš živ.“

Zákoník se však chtěl ospravedlnit, a proto Ježíšovi řekl: „A kdo je můj bližní?“ Ježíš mu odpověděl: „Jeden člověk šel z Jeruzaléma do Jericha a padl do rukou lupičů; ti jej obrátili, zbiti a nechali tam ležet polomrtvého. Náhodou šel tou cestou jeden kněz, ale když ho uviděl, vyhnul se mu. A stejně se mu vyhnul i levita, když přišel k tomu místu a uviděl ho. Ale když jeden Samaritan na své cestě přišel k tomu místu a uviděl ho, byl pohnut soucitem; přistoupil k němu, ošetřil jeho rány olivem a vínem a obvázal mu je, posadil jej na svého mezečku, zavezl do hostince a tam se o něj staral. Druhého dne dal hostinskému dva denýry a řekl: „Postarej se o něj, a bude-li tě stát víc, já ti to zaplatím, až se budu vracet.“ Kdo z těch tří, myslíš, byl bližním tomu, který upadl mezi lupiče?“ Zákoník odpověděl: „Ten, který mu prokázal milosrdenství.“ Ježíš mu řekl: „Jdi a jednej také tak.“ /



Hospic Maltařských rytířů na Rhodu

/ Novověk /

Hospice po rozpadu církevních řádů přirozeně zanikly, myšlenka na ně zno- vu ožila až v 17. století ve Francii.

17. století - Dcery Charity svatého Vincenta de Paula

Obnovení „hospicové péče“ ve Francii dcerami Charity svatého Vincenta de Paula. Toto apostolské hnutí bylo založeno roku 1633 **Louise de Marillac** a **Victorie de Paulem** s cílem poskytovat duchovní i fyzickou pomoc chudým a nemocným. Francie pokračovala v rozvoji hospicové oblasti. V roce 1660 už bylo po celé Francii více než 40 takovýchto útočisk. Roku 1652 byla zřízena první pobočka mniší v Paříži - ve Varřev. Před Velkou francouzskou revolucí čítala Francie už 430 útočisk, Polsko 20.



V roce 1792, během revoluce, byly Dcery charity potlačeny francouzskou vládou a mnohé z nich zabity. Některé pak byly blahofečeny ve 20. stol. Nakonec byly ale restaurovány Napoleonem Bonapartem v roce 1800.

Dcery charity poté expandovaly do Španělska (1790), Švýcarska (1810), Itálie (1833). Poté přibýly zakladky i v Německu, Rakousku, Maďarsku, Portugalsku, Irsku, Řecku a USA. Dále misie na Blízkém a Dálném východě a na východě až na Madagaskaru. V roce 1847 přicházejí do Číny Funguii dodnes, účinkují v hospicích, ústavech, sirotčincích, atd.



Hospitium soukromé

V dobách Homéra spadali všichni cizinci pod ochranu boha cizinců zvaného - *Zeus Xenios* (nebo také *Philozenon*, *ti Hospites*). Tento fakt udával cizincům právo na pohostinnost. Nevíme zda toto platilo i pro nepřátele, či zajatce, ale existují zdroje, které tvrdí, že i na ně se vztahovalo právo na *Hospitium*. Ihned po příjezdu byli cizinec oběten, byla mu poskytnuta péče a nebylo učiněno žádné sečení obědnicí, jeho jména nebo původu, dokud nebyli spíše všechny náležitosti pohostinnosti. Při odjezdu od hostitele byly hostu často dány dary a někdy došlo i k rozpuštění línce, z kteréž polovina případů byla a polovina hostiteli. Toto „známka“ vyjadřovala spojení rodiny a také sloužila jako symbol uznání, či doporučení, na jejímž základě se pak obě strany v případě potřeby mohly obrátit na další hostitele. Porušení hostitelských povinností mohlo vyvolat hněv bohů, ale reálně jeví neexistoval žádný postih nad rámec této náboženské sankce.

Podobné zvyklosti existovaly i na Apeninském poloostrově, kde byla soukromá pohostinnost, která existovala od nejranějších časů, definována mnohem přesněji než u Řeků, přičemž vazba mezi hostitelem a hostem byla téměř tak silná jako mezi mecenášem a klientem. Tento vztah vzniknul na základě smlouvy uzavřené vzájemným slibem, potvrzením rukou a výměnou písemné dohody (*tabula hospitale*) nebo symbolu (*tesery* či *symbolum*) a rozpuštěním *tesery* následně vznikl i dědičné právo. Výhody takto získané smlouvou bylo pro hosta právo na pohostinnosti při cestách a především ochrana jeho hostitelem (který plnil funkci patrona) u soudu. Smlouva byla posvátná a nedotknutelná, vykonávaná jménem *Jupitera Hospitalis*, a mohla být rozpuštěna pouze formálním jednáním.

Hospitium veřejné

První úkon, podle kterého stát (měský stát) jmenoval jednoho z občanů císařho státu za svého zástupce. *Proxenos* pro ochrana svého občana, který cestuje nebo pobývá v cizí zemi. Někdy se takovýto člověk dobrovolně přihlásil k výkonu těchto povinností jménem jiného státu *Ethelaproxenos*. *Proxenos* se dá dnes přirovnat k modernímu konzulu nebo velvyslanci. Jeho úkolem bylo poskytovat pohostinnost krajanům (cizincům) v cizím státě, je- ho- byl proxeussem, zajistit jim vstup na shromáždění a místa v divadle a obecně se starat o obchodní a politické zájmy státu, kterým byl jmenován do své pozice. Postavení proxenos pro určité město bylo často dědičné i konkrétní rodině.



Bronzová tabula hospiciaria popisující smlouvu o pohostinnosti mezi prefektorem Gaiusem Perentusem Basso a Lunienusem, 40 n. let. Latinsky, Basso (provincie Burgos, Kastilie a León, Španělsko)

Filéonón a Baucis (latinsky: *Philemon et Baucis*) je v řecké mytologii starý manželský pár z Prýgje.

/ Jednoho dne se Zeus rozhodl navštívit smrtelníky na zemi. Jeho syn *Hermés* jej doprovázel. Přestavili se za *pozdílné chudáky* a hledali nocleh u občerstvení. *Marně však chodili dům od domu, všude je vyhnali. Až došli k malému vetřech-mu doměčku, kde našli otevřené dveře i srdece.*

Starí manželé *Filéonón a Baucis* své hosty srdečně a štědrě pohostili i když sami neměli na rozdávání. *Pozdě se oba stali bohy, ne- bat se mase doplněje. Potom pochopili jakou vzácnou návštěvu mají pod svou střechou. Chtěli bohy pohostit a upéci pro ně svou poslední husu. To ale Zeus nedopustil a vyzval je, aby se připravili na cestu a šli si ním na nedaleké vysoké kopce. Na jeho vrcholu se ohlédli na vesnici spatřili všechny domy zapotné v vodě. Jedni jejich chlapci stáli na stěsání na souši. To se následně změnilo v chrám se zlatou střechou.*

Zeus je pochválil za jejich dobrotu a pohostinnost a nabídl jim splnění jakéhokoli přání. *Tím bylo, aby měli být strážci svého chrámu a božmi sluhy. A později také aby jim bylo dovoleno odjet společně s touto světa, aby nemuseli jeden druhého oplakávat. Bohové jim to šlhlbi.*

Starčekové žili ještě dlouhá léta a když přišel čas, vzpomínali na dlouhý spo- něž to poznavší, že obrátili listem, proměnili se ve stromy. Starce *Filéonón se proměnil v dub a jeho žena Baucis v lípu.*

V římských bájkách se vypráví o Jupiterovi a Merkuru, římské obdoby jmen řeckých bohů.



Jupiter a Mercurius v domě Filéonóny a Baukise (1630-33)

/ Středověk /

4. století

Já že v 4. století se výrazem *hospice* označovaly útočistič pro pouťníky ležící chlel cílem byla zejména Palestina. Sloužily k občerstvení, převzatování, odpočinku a ošetření ran. Chléb, který hospic vedl se muel vyráběl nejen v řízení hostitelce, ale též ranhojičství.

11. století, Křížácké výpravy

Některí historikové tvrdí, že první hospice vznikaly už kolem roku 1065. Bě- hem křížáckých výprav v 90. letech 11. století bylo nevyčíslené nemocným dovezeno přelobřvat v prostorách určených pro raněné křížáky.

Řád maltéřských rytířů

Vznikl roku 1099 na území křesťanského Jeruzalémského království ve Svaté zemi jako Řád rytířů špitálu svatého Jana v Jeruzaléme (latinsky *Ordo Fratrum Hospitalis Sancti Iohannis Hierosolymitanus*) neboli Řád Johánův či hospitalitů (*Proteritatus Hospitalitatis*). Od svého působení na ostrově Rhodu známý jako „maltéžští rytíři“ a teprve po přesídlení do roce 1530 na Maltu získal označení „maltéžští rytíři“. U kolebký řádu stál špitál sv. Jana Silto- vníka v Jeruzaléme, založený kolem roku 1050 italskými kupci z Amalfi. Ne- nemocici, která byla schopna pojmut na 2000 nemocných především z řad pouťníků, spravovali benediktní. Po příchodu křížáka se špitální bratrstvo začalo rychle rozšiřovat. Úlohou řádu byla zpočátku péče o nemocné pou- tníky do Svaté země, se vzrůstající nebezpečím turecké expanze pak stále více i ochrana posvátných křesťanských míst v Jeruzaléme. Členové řádu se dělili do třídy bojových rytířů, kněží a bratří ošetřovatelů. [13]Na počátku 15. století otevírali Maltéžští rytíři první hospice na Rhodu, kde rozvíznuli svou lékařskou praxi a péči o nemocné i umírající.

Ve středověké hospice vyzkvetaly, ko ovšem skončilo s rozpadem nábožens- kých řádů.

DIPLOMOVÁ PRÁCE 2019, FA VUT BRNO

19. století - Rose Hawthorne

Rose Hawthorne narozená roku 1851 v Lenoxu, Massachusetts, ve Spoje- ných státech, zažila smrt svého dítěte i blížké přítelkyně, básničky Emmy La- zarusové, která umřela na rakovinu. Roku 1891 se Rose a její manžel George Lathrop obrátili na katolicismus, o pět let později se však rozvedli. Po těchto chmurných událostech se rozhodla věnovat zbývek svého života péči o chudé trpící rakovinou.

Poté, co v létě roku 1896 absolvovala tříměsíční kurz péče v New York Can- cer Hospital, v září téže roku založila ve Scammel Street ve východní části New Yorku první hospic v USA, nazývaný také jako „První domov bezplatné péče o nevyčísitelné nemocné a chudé oběti rakoviny“. Zpočátku se během práce setkávala s nepočetnými vzkřísitými i téměř všeobecnou nedůvěrou, ale měla podporu organizované skupiny žen, známé jako „**Servants of Re- lief of Incurable Cancer**“ založené Alici Huberovou, dcerou lékaře z Ken- tuckey. Rose Hawthorne využila svých literárních koníčků a schopností psát a vydávat vydavky, které apeloaly na finanční prostředky. Díky získané podpore se mohla roku 1897 přestěhovat do nových prostor ve Water Street.

Pod jménem Matka Alfonsa založila řád známý jako Dominikánské sestry Hawthorne. Poté založila **hospic St Rose** na Dolním Manhattanu, dále **Rose- ary Hill**, mimo New York, následně v jinými ve Philadelphii, Fall River, Atlantu, St Paul a Clevelandu. Rose Hawthorne byla součástí stále častější tendence žien střední třídy - zapojit se do charitativní práce mezi chudými, nemocnými a znevýhodněnými.



Rose Hawthorne

19. století - Závěr

Tyto rané domovy a hospice měly za cíl zájmy morální, náboženské a filan- tropické. Klady důraz na péči o duši i, když život vyprchával. V této době se síce umírajícím nedostávalo skutečně kvalifikované lékařské a ošetrova- telské péče, ale byly tak založeny instituce, které o generaci později vedly k rozvoji dalších domovů a hospiců a vytvořily se tak předběžné podmínky pro moderní paliativní a hospicovou péči.

Jedním z prvních moderních hospiců, který prosazoval moderní filozofii ter- minální péče, byl **Hospic sv. Josefa** v jihovýchodním Londýně. Dalším hos- picem, který se snažil kombinovat základní principy, a to vzdělání, výzkum a skvělou klinickou péči byl v roce 1967 **Hospic sv. Kryštofa** v jižním Lon- dýně. Stal se tak podnětem hospicového hnutí nejen v Británii, ale po celém světě.



Hospic sv Josefa v Londýně

/ Zrod hospicového hnutí /

Cicely Saunders (1918 - 2005)

Za zakladatelku moderního hospicového hnutí a průkopnici paliativní medi- ciny je považována Cicely Sauners a Velké Británii. V roce 1945 dokončila vzdělání na Oxfordu a začala uvažovat o náboženském poslání při hledání misijní služby. Zkušenosti z role dobrovolnice v nemocnici pro chudé umíra- jící ji přesvědčila o nutnosti změny ustáleného názoru zdravotníků na umí- rání, smrt a truchlení. Jako vystudovaná lékařka (r. 1956) pak spojila svou roli členky výzkumného týmu léčby bolesti s činností sociální pracovníce v nemocnici. Zde poznala od charitních sester, jak mnoho lze udělat pro umí- rající s podporou láskyplné péče, a tedy také začaly státi větší roli hrát její neortodoxní názory na mírnění bolesti.

V roce 1967 založila v Sydenhamu (jihovýchodní část Londýna) **Hospic Sv. Kryštofa** - první výzkumný a výukový hospic spojený s klinikou. To ještě u lékařů a zdravotníků převládalo přesvědčení, že „s pacientem, kterého nemůžeme vyléčit nebo mu alespoň významně prodloužit život, se již nic nedá dělat“.

V roce 1974, při návštěvě Yale University v New Havenu, pak Cicely Sau- nders inspirovala studenty tak, že založili hospicové centrum.

/ Dnes ve světě existuje přes 7 000 zařízení hospicové a paliativní péče a působí ve více než 90 zemích. Jejich společným znakem však dlouhou dobu byla existence mimo hlavní proud zdravotnictví. /



Elisabeth Kübler-Ross (1926 - 2004)

Osobnost, která se významně podílela na vzniku a vývoji moderní hospicové paliativní péče. Švýcarská psychiatrická Elisabeth Kübler-Ross, se po vy- studoání lékařství na Curyšské univerzitě provadala do USA a zde působila až do své smrti v roce 2004. Zabývala se psychologií umírání a smrti. Proslula především definováním pěti fází smutku či pěti fází umírání. Známý model představila v knize On Death and Dying (O smrti a umírání) z roku 1969.

Popření – *Těhle se nemůžeš díít, ne mně... „Došlo ke záměné výsledků, to má být omyl“.* Popírání je pouze dočasnou obranou. Jde o šokovou situaci, která může trvat různé dlouho. Dotyčný se nechce s nastalou situací smířit.

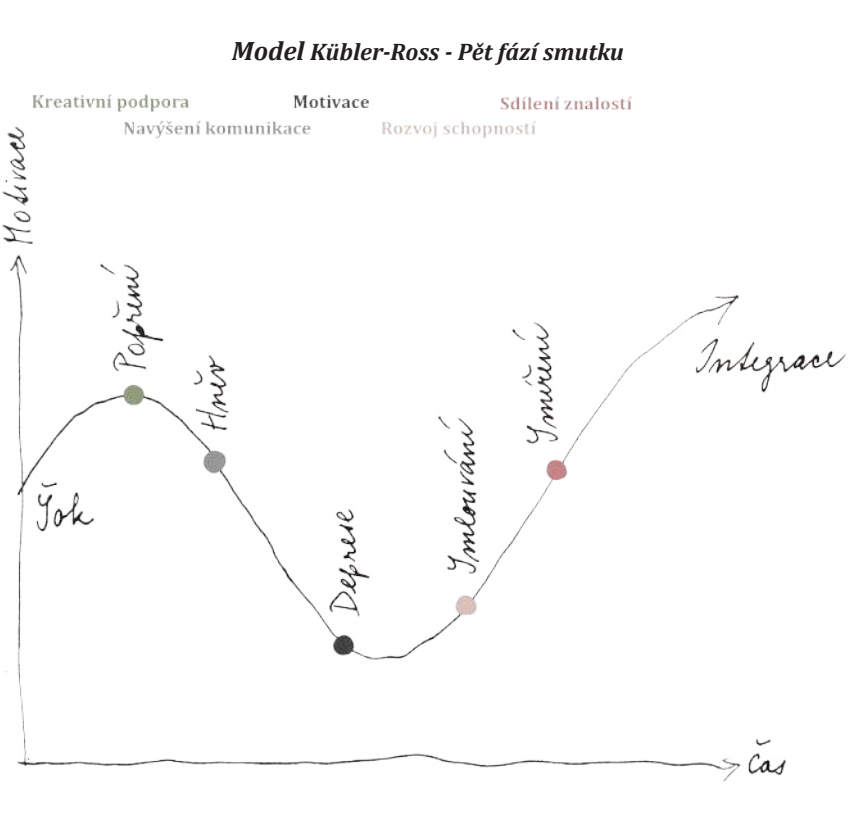
Hněv – *„Proč já? To není fér?“, „Proč se to děje mně?“, „Kdo za to může?“* Jakmile se jedinec dostane do druhé fáze, uvědomuje si, že popírání již ne- může pokračovat. V této fázi je o dotyčného velmi těžké pečovat v důsledku pocitů vzteku a závnsti. Mohou též přestat spolupracovat a komunikovat se zdravotnickými pracovníky.

Deprese – *„Jsem tak smutný, proč se s címkli obtěžovat?“, „Umřu, tak o co jde?“, „Ztratit/a jsem milovaného/milovanou, proč dále žít?“* Během čtvrté fáze si umírající začíná uvědomovat jistotu blížící se smrti. Může být proto zamklivý, uzavřený, odmítat návštěvy a trávit většinu času v pláči a truchlení s pocity strachu, úzkosti, smutku a bezradné. Nedoporuču- je se dotyčného v této fázi rozveselovat. Jde o důležité období smutku, které musí proběhnout. V některých případech je nezbytné podat psychofarmaka.

Smlouvání – *„Chci se dožít svých vnuků...“, „Udělám cokoli, abych mohl/a žít ještě pár let...“, „Dám všechny své peníze za...“* Třetí fáze zahrnuje naději, že jedinec může nějakým způsobem oddálit či odložit smrt. Dotyčný se obává k vyší moci (např. Hospodinu) s žádostí o delší život výměnou za změnu životního stylu apod. Psychologicky dotyčný říká: „Chápu, že umřu, jen kdybych měl o trochu více času...“ V této fázi též dochází k hledání zázračného léku či alternativních metod léčby.

Smíření – *„Bude to v pořádku...“, „Nemůžu proti tomu bojovat, měl bych se na to připravit...“* V této poslední fázi se dotyčný začíná vyrovnávat se svou smrtí či smrtí milo- vaného. Dochází k psychickému uvolnění a pacient je schopný na léčbu spo- lupracovat a přistupovat k ní rozumem.

Kübler-Ross původně aplikovala tyto fáze pouze u lidí trpících smrtelnou nemocí, poz- ději však i na jejkých druh tragické smrti (práce, příjmy, svoboda).



Tyto fáze nemusí proběhnout kompletně či chronologicky. Ne každý, kdo zažije situaci ohrožující či zánásné změny lidský život, pociťuje všech pět reakcí, a rovněž ne každý, kdo zažije, je musí bezpodmínečně prožívat v daném pořadí. Často též dotyčný může fáze zažít jako na tzv. „horuké dráze“ - což je střídání dvou nebo více fází, během nichž se dotyčný neohlíká k jedné či více z nich navráci.

Existují však jedinci, kteří bojují se smrtí až do úplného konce. Některí psychologové věří, že čím urputněji dotyčný bojuje se smrtí, čím spíše své vlastní práva popírá, v takov- ým případě je možné, že nemocný člověk bude umírat méně důstojně.

/ Hospicové hnutí v ČR /

Po převratu v roce 1989 se začaly objevovat první pokusy o zřízení hospic- ové péče i v České republice. Mezi prvními s touto myšlenkou přišla **MUDr. Marie Opatrná**. Ta připravovala zřízení hospice v budově bývalé gynecolo- gie v Rooseveltově ulici v Praze, protože se však o světovém hospicovém hnutí ještě moc nevědělo, setkal se projekt s nepochopením na všech front- ech a nakonec musel být zrušen.

MUDr. Marie Svatošová

Zakladatelkou a vůdčí osobností Hospicového hnutí v ČR je MUDr. Marie Svatošová, která stála také u zrodu prvního českého hospice, jímž je Hospic Aněžky České v Červeném Kostelci (1995). Mimo to někdy čas organiza- la domácí péči Katolické charity a založila občanské sdružení **Ecce homo - Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí** (1993).

V roce 1994 byla v Praze založena **Asociace hospicového hnutí**, která pod- poruje aktivity, související s hospicovým hnutím v celé České republice, pře- devším vzdělávání a výměnu zkušeností. Postupně vznikala i další sdružení, z nichž asi nejvýznamnější je dnes **Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče**, které je MUDr. Svatošová prezidentem.

M. Svatošová definovala myšlenku hospice takto:

/ „Vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinci, neopouštíva- telné bytosti. Hospic nemocnému ga- rantuje, že nebude trpět **nestesnel- nou bolestí**, že v každé situaci bude **respektována jeho lidská důsto- nost**, a že v posledních chvílích života **nezískane osamocen**.“ /



/ Hospicová péče v ČR /

/ Charakteristika hospicové péče /

/ **Hospicová péče je úzce spojena s paliativní nebot je míst, kde je paliativní péče prováděna je právě hospic. Hospicová péče se však na rozdíl od paliativní týká pouze nemocných v terminální fázi jejich nemoci.**

Hospic je specializované zařízení poskytující paliativní péči, kde jsou návštěvy možné 24h denně, 365 dní v roce /

Znaky lůžkových hospiců, které definoval PhDr. Václav Filec:

- hospic je vždy nestátním lůžkovým zdravotnickým zařízením

- toto zařízení poskytuje hospicovou péči definovanou v návrhu zákona o zdravotní péči

- všechny hospice mají smlouvy o hrazení zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami

- péče v hospicích je vždy pouze multidisciplinární a týmová

- hospic respektuje specifické potřeby člověka stojícího na konci života, postavení pacienta připomíná spíše hotelového hosta než pacienta na nemocničním lůžku

- normou je v hospici vysoký standard technické vybavení i poskytované péče, součástí hospice je například i kaple a místnost posledního rozloučení

- na péči o pacienta se společně s hospicem podílí i blízké osoby (chtějí-li) a naopak hospic poskytuje péči doprovázejícím a pozůstalým

- součástí hospice je sbor dobrovolníků, kteří představují potřebný spojovací článek mezi hospicem a celou společností

- hospic má „lidský rozměr“, to znamená, že obvyklá kapacita je 25 lůžek o stejný je počet lůžek pro doprovázející, kteří se na péči podílejí (ti si však svůj pobyt hradí)

- každý hospic plní i funkci edukačního centra hospicové péče v regionu

- podíl státních dotací na vzniku hospicového zařízení se pohybuje obvykle kolem 70% celkových investičních nákladů

/ Z rozhovoru s řádovou sestrou /

O hospic:

Lidem v hospicu říkáme pacienti, nikoli klienti, protože zde máme osobní přístup, během péče a pobytu se často navázu osobní vztahy, které jdou ruku v ruce se silnými životními příběhy lidí, kteří zde svůj život uzavírají. Nazývávat tyto lidi klienty nám přijde nepřátelčné.

U některých pacientů dochází ke smíření či zlepšení psychického a často i fyzického stavu, již při přechodu z nemocnice do hospice, kdy pro ně tato změna často znamená vysvobození z strachu - strachu z hospice, ale také nedostatečným prokázáním lékařů, kdy oni neumi sdělit pacientovi fakta o jeho zdravotním stavu. Kvůli tomuto nелеhкému úkolu sdělení pacientovi smrtelné pravdy, je často pacientům odebrána paliativní péče naprosto a oni pak umírají v nemocnici. Toto by se mělo změnit.

Na rozdíl od nemocnice je pacientovi poskytována nejen lékařská péče, ale též duchovní, sociální a psychologická. Lékařská péče se zaměřuje na tlášení symptomů (dušnost, kašel, bolesti, ...).

Paliativní péče neznamená jen kvalitní dožití pacienta v příjemném prostředí, ale též úlevu pro rodinu. Toto se pak odráží v celé společnosti.

Nejdůležitější pro umírajícího je cítit blízkost, vědět, že má možnost kdykoli se na někoho obrátit, popovídat si, světit se ...

Je potřeba empatie, ale též velká míra trpělivosti a někdy i pevná ruka, protože pacient občas neodhadne svůj stav a chce se jít projít, i když už jej unesou nohy, zahořout si, i když už by to mohla být poslední cigareta, dát si frůtka,

který by byl už jistě fatální. Je potřeba postupovat případ od případu, na druhou stranu nemůžeme pacientům rozkazovat, je třeba najít vždy rozumnou míru.

Bez velké dávky pokory a laskavosti to nejde. Mezi ošterujícími a pacientem často vzniká silné pouto.

Většina pacientů stráví v hospici 6 dní života, kdy terminální stavy přicházejí přímo z nemocnice, ale jsou zde i lidé s dlouhodobými pobytu. Například jedna paní s onkologi- ckým onemocněním zde byla rok, pak se její stav natolik zlepšil, že se vrátila na tři roky domů, kde se o ní staral domácí hospic. Nakonec se zase vrátila k nám do hospice, kde za půl roku umřela.

Práce v hospici je psychicky i fyzicky náročná, po dvanděctihodinové směně člověk leze po čtyřech. Zároveň ale ví, že dělá práci, která má skutečně smysl. Často ani nelze mluvit o práci, jako spíše o poslání.

Pacienti jsou různí, často nedůvěřiví a vystrašení, to hlavně z počátku, když je přivezou z nemocnice. Postupem času se však jejich psychický stav zlepšuje a dokáží si užít i běžné denní radosti.

To, že jsou někteří pacienti nepřijemní a někdy i hrubí na personál, byvdo často způsobeno tím, že mají nějaké neodeřešené problémy s rodinou, různé strachy a obavy, věci, které je tíží. Zabezpečení pozůstalosti, dům, zahrada, partner, děti, sourozenci, nespěšné přání, chtějí být s někým usmířit ...

Tušení blízkého odchodu je velkou psychickou záležitostí. Péče je třeba i péče psychologa. Většinou pacienti přivítají i duchovní péči. Některé se ještě před smrtí nechají pokřtít, konvertují, chtějí se vysvědomit, ...

Prakticky řešit: pacienti preferují starší pokoje s velkými okny, před tímto moderním s okny střešními a výhledem jen na oblohu.

Některí jsou raději na dvoulůžkových pokojích. Tvůři se zde přátelství (ti, co sdílají společné zájmy, nebo jsou příbuzní...), mají si s kým povídat, necítit se tak sami.

Na pokoji je vždy přistýlka, návštěvy sem můžou čtyřlůžvadec hodin denně každý den v roce.

</

/ Hospicová péče v ČR /

/ Legislativa hospicové péče /

Do roku 2005 český právní řád neznal pojem hospic. Bylo nutné se sjednotit a společně prosadit novely zákonů, které umožňují poskytování a financování hospicové péče z veřejných zdrojů. To byl hlavní důvod pro vznik **Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče** v roce 2005, které se společnými silami podařilo prosadit legislativní základy pro lůžkovou a mobilní hospicovou péči. Tento proces trval téměř 3 roky.

Legislativní zakotvení hospicové paliativní péče

APHPP se od počátku svého ustavení podílela na všech legislativních iniciativách směřujících k systémovému zakotvení hospicové paliativní péče do legislativy.

Právní úpravy v oblasti zdravotní a sociální
Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění
Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách
Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách
Vyhláška č. 505/2006 Sb. k provedení zákona o sociálních službách

Dosud se podařilo prosadit 2 novely zákona č.48/1997Sb. pro umožnění úhrady lůžkové a mobilní hospicové péče ze zdravotního pojištění a zakotvit tzv. „ošetřovací den“ 00030.

Financování hospicové péče

Hospice jsou financovány **vícezdrojově**. Zdravotní složka paliativní péče je již systémově hrazena zdravotními pojišťovnami, ale úhrada sociální složky této péče zůstává stále nedořešena. Zatím je poskládána z příspěvků klienta, dotací Ministerstva práce a sociálních věcí, v některých případech přispívají ještě kraje a obce a nezanedbatelnou část tvoří i dary fyzických osob, nadací a sponzorů.

Péče v každém hospici (lékařská, ošetrovatelská, veškeré služby) stojí **deně průměrně 2 500 Kč**, jen 50-60 % hraří zdravotní pojišťovna.

Hospice jsou v naprosté většině nevládní neziskové organizace, které nemají „zajištěného“ zřizovatele (např. kraj), z jehož rozpočtu by jej jejich rozpočet hrazil. O další finanční prostředky hospice žádají opakovaně obce, kraj, ministerstva zdravotnictví a práce a sociálních věcí - ale na tyto dotace není právní nárok. V praxi to vypadá tak, že v prosinci hospic neví, zda bude mít v lednu na platy a provoz. Z těchto zdrojů získávají hospice dalších asi 20 % rozpočtu. Částečně se na financování podílejí i pacienti a jejich rodiny, ti hradí příspěvek úměrný jejich příjmu, tak, aby hospicová péče byla dostupná pro každého. A zbýlé chybějící prostředky na provoz se hospice snaží získat od soukromých dárců, nadací, fondů, firem a jednotlivců - bez jejich pomoci by v současné době péči poskytoval všem bez rozdílu nemohli.

/ Dnešní priority paliativní péče/

Dnešní prioritou podle asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče není další růst počtu lůžkových hospiců, ale příněk paliativy i do nemocnic, ambulaní, léčeben, domovů důchodců, atd. a hlavně rozšíření služby domácího hospice.

I přes to se u nás i ve světě stává další lůžková paliativní zařízení a je to tak správné! Stávající zařízení mnohdy neodpovídají skutečným potřebám pacientů a personálu. Také lidé, kteří budou potřebovat paliativní péči, ale nebudou splňovat podmínky pro domácí hospic, bude stále přibývat.

/ Tato práce se zabývá vlivem architektury na speciální paliativní péči v její nejkompexnější podobě - tedy formě lůžkového hospice a přičleněným sociálním službám speciální paliativní péče. /

ZÁVĚR Z ANALÝZ:
Za vyspělým světem zaostáváme v hospicové péči o 15 až 20 let, co se týče péče odlehčovací, je to dokonce 30 let!
Hlavním problémem v ČR již podle statistik a tabulek není nízká kapacita zařízení poskytujících paliativní péči (i když i zde jsou výjimky a v praxi se ukazuje, že v hospicích jsou často dlouhé čekací doby, ale především se motná kvalita paliativní péče.

Lůžkový hospic nikdy nedisponoval vlastním archtýtem speciálně navrhnutým pro potřeby paliativní péče.

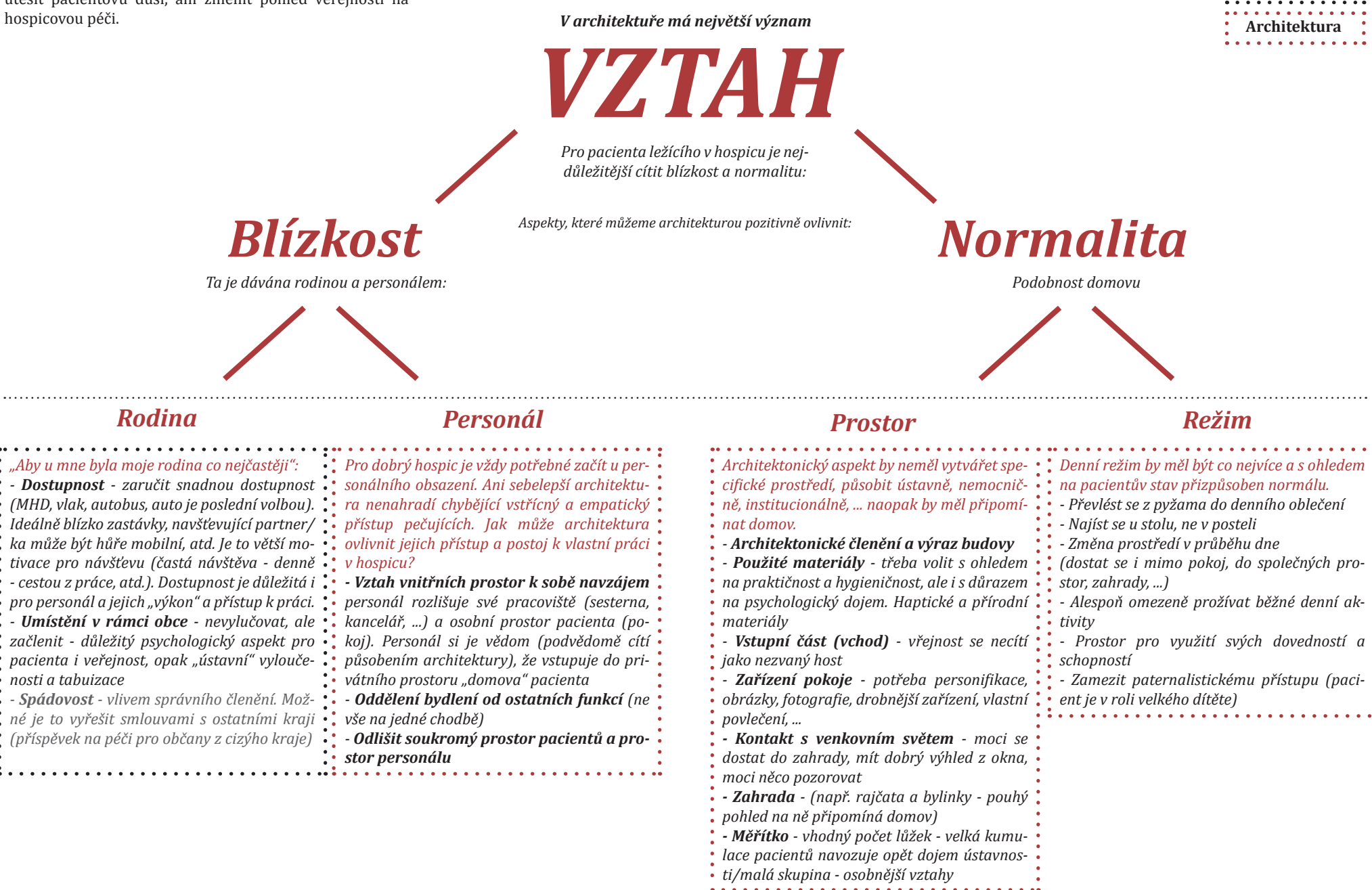
Od nejranějších dob měl nemocniční, či ústavní charakter. Tento fakt přetrvává i do dnešních dnů, kdy většina současných lůžkových hospiců sídlí v prostorných původně určených jinému účelu. Nejčastěji jsou to kláštery a léčebny. Bohužel také u novostaveb často přetrvává „ústavní“, zdravotnický, či hotelový charakter - zcela vzdálený sociální podstatě paliativní péče.

/ Jak tento „ústavní mikrosvět“ působí na psychiku člověka, o kterou jde v paliativní péči především? /

/ Jak zabezpečit důležité aspekty pro pacienta? /

Architektonické a urbanistické požadavky na paliativní péči jsem se rozhodla posuzovat podle **psychologických potřeb pacientů**. To je aspekt, který v dosavadní architektuře hospicové péče chybí.

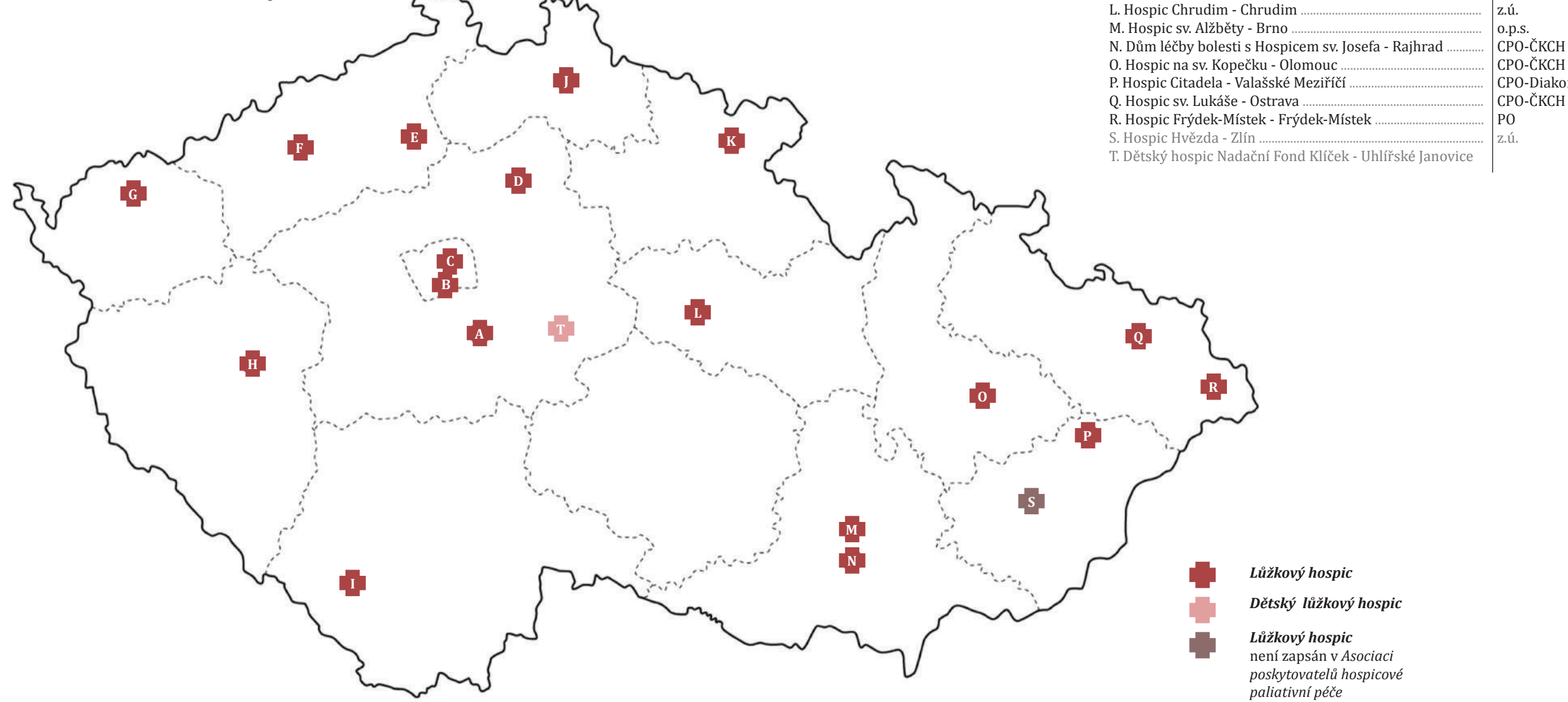
Zabezpečení technických, typologických a zdravotnických potřeb je již součástí běžného standardu, nepomůže však utišit pacientovu duši, ani změnit pohled veřejnosti na hospicovou péči.



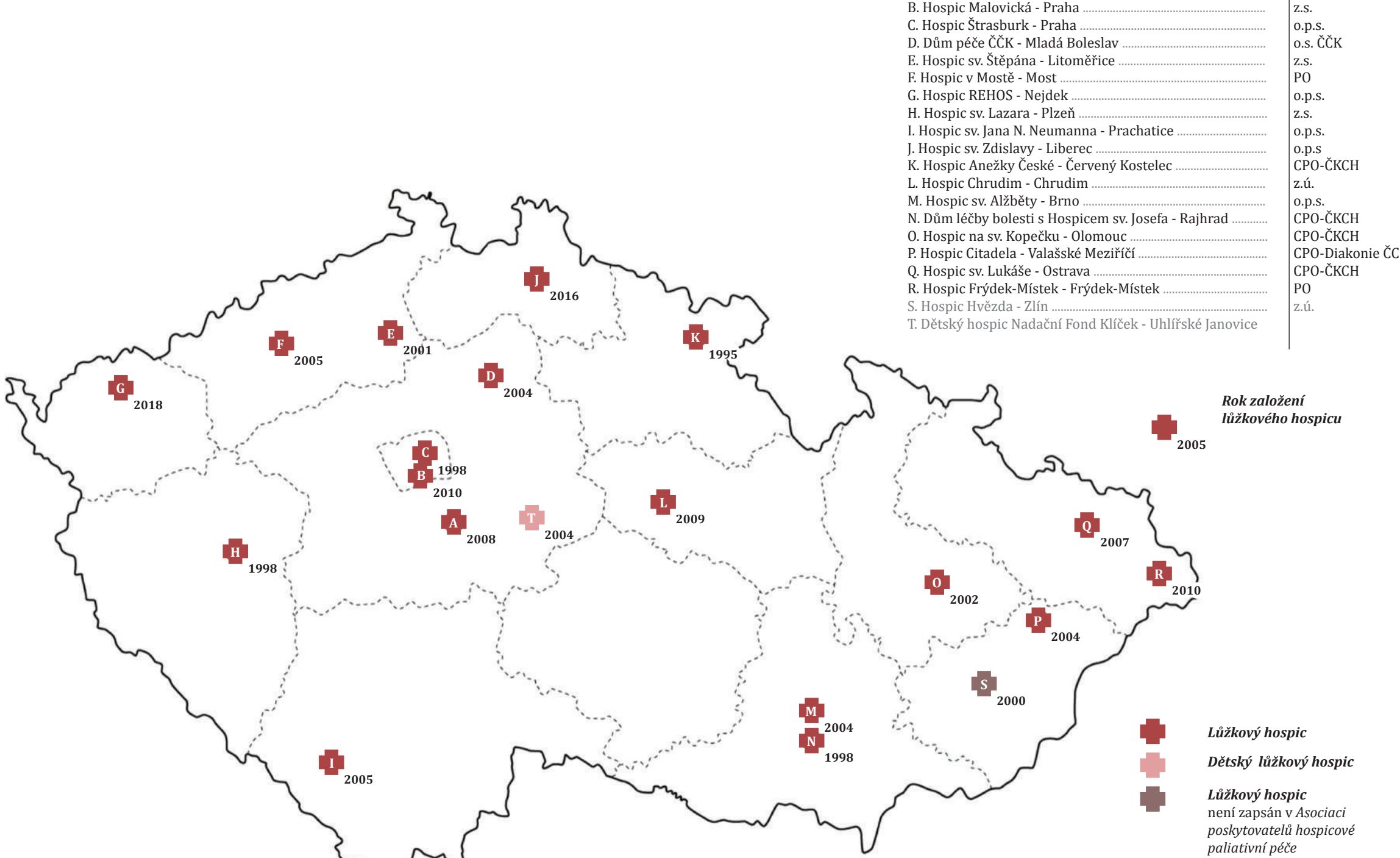
/ Mapa lůžkových hospiců /

Právní formy nestátní neziskové organizace:
CPO - církevní právnická osoba
z.s. - zapsaný spolek (dříve občanské sdružení)
PO - příspěvková organizace
o.p.s. - obecní prospěšná činnost
z.ú. - zapsaný ústav
o.s.ČČK - občanský spolek Českého červeného kříže

ČČKH - Česká katolická charita
Diakonie ČČČ - Československá církev evangelické

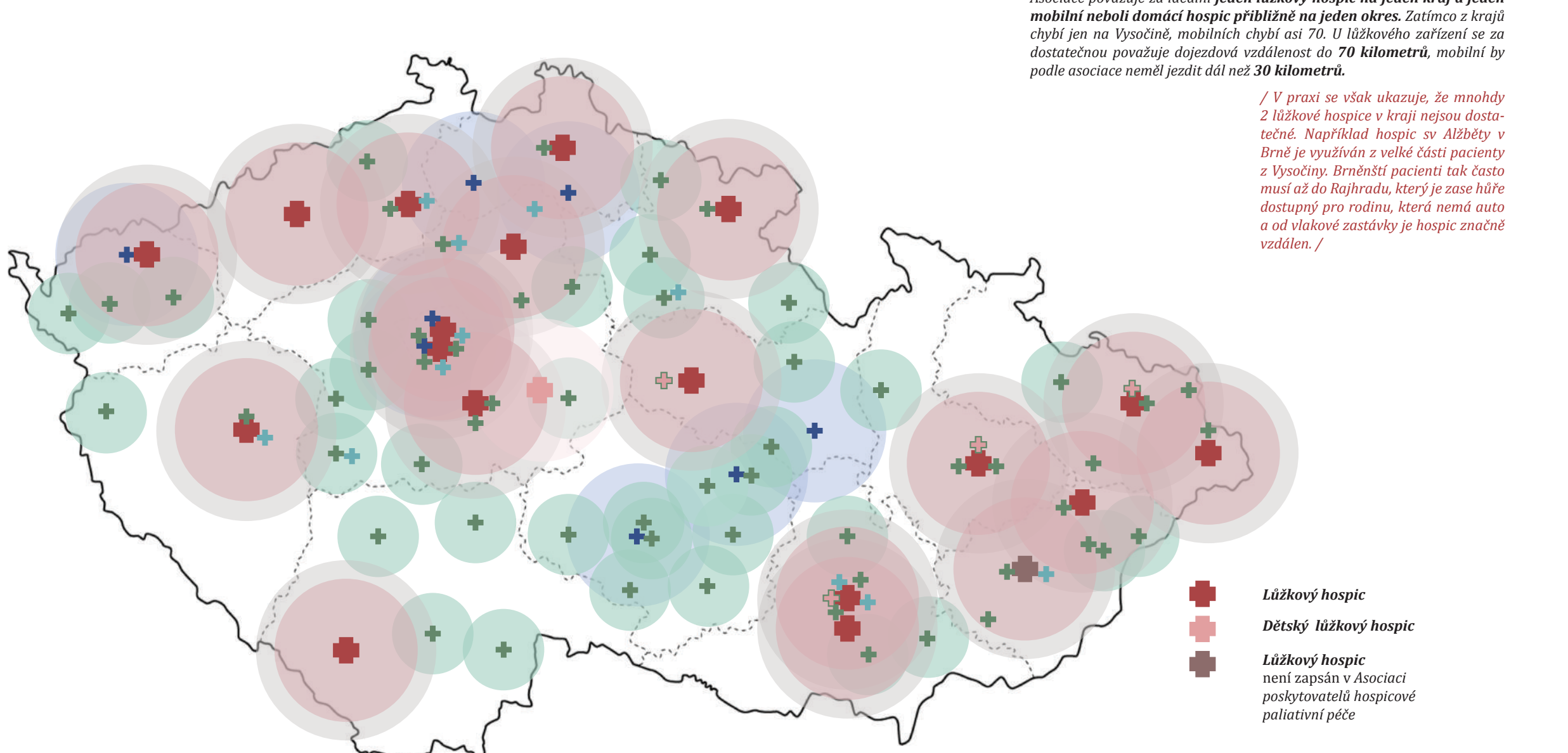


/ Mapa založení lůžkových hospiců /



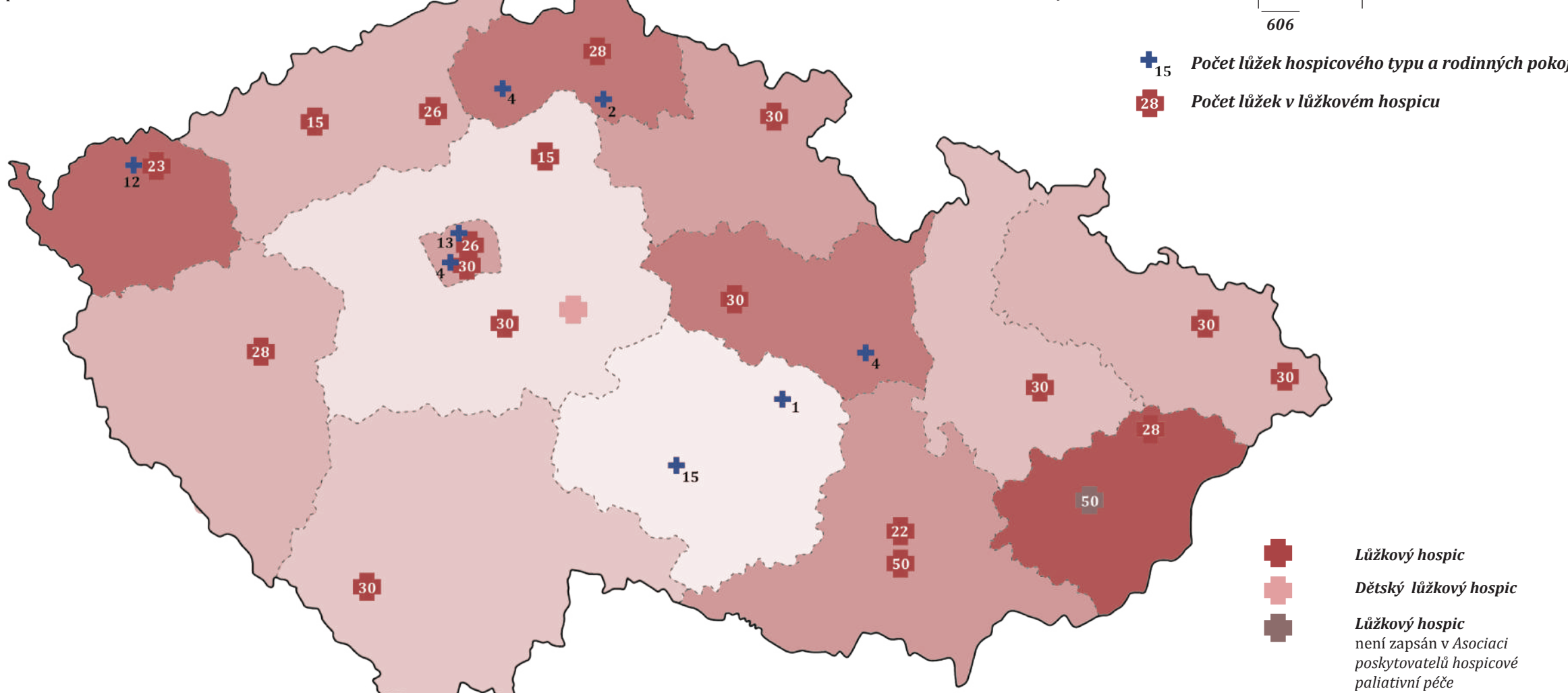
/ Mapa dojezdové vzdálenosti hospicové péče /

Domácí dětská paliativní péče
Mobilní specializovaná paliativní péče
Ambulance paliativní medicíny
Lůžka hospicového typu a rodinné pokoje



/ Počet hospicových lůžek /

Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje minimálně 5 hospicových lůžek na každých 100 tisíc obyvatel, ten, že je v České republice aktuálně provozováno přes 90% potřebných lůžek. Lůžkový hospic chybí pouze na Vysočině. Podle doporučení Rady Evropy by na počet obyvatel měla u nás být lůžková kapacita alespoň 515 lůžek.



/ Vývoj lůžkových hospiců /

