

# Informovanost veřejnosti o možnosti paliativní péče

Eva Smetanová

---

Bakalářská práce  
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav pedagogických věd  
akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva SMETANOVÁ**  
Osobní číslo: **H09159**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Informovanost veřejnosti o možnosti paliativní péče**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.  
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti paliativní péče.  
Příprava metodiky výzkumné části.  
Realizace kvantitativního výzkumu.  
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.  
Prezentace výsledků výzkumu a jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

**MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.**

**MUNZAROVÁ, Marta. Eutanazie, nebo paliativní péče? Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.**

**SLÁMA, O., L. KABELKA a J. VORLÍČEK. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.**

**VORLÍČEK, J., Z. ADAM a Y. POSPÍŠILOVÁ. Paliativní medicína. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.**

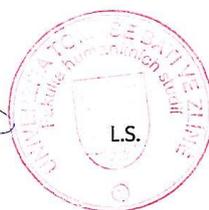
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Šalenová**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce: **3. května 2013**

Ve Zlíně dne 19. února 2013

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 2.5.2013



.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá paliativní péčí a úrovní informovanosti našich občanů o ní. Teoretická část rozebírá historii a fungování paliativní péče, dále řeší potřeby pacientů, využívající tuto péči, a smrt, jež je nevyhnutelná součást našich životů. Praktická část obsahuje kvantitativní výzkum o paliativní péči formou dotazníkového šetření a jeho vyhodnocení. Pomocí závěrů z výzkumu odpovím na stanovené výzkumné otázky, jako jaká je informovanost občanů o paliativní péči, zda znají zařízení hospic aj.

Klíčová slova: paliativní péče, terminálně nemocný pacient, hospic, potřeby, smrt

## **ABSTRACT**

This Bachelor thesis deals with palliative care and the level of awareness among our citizens about it. The theoretical part analyses the history and functioning of palliative care, furthermore it addresses the needs of patients using this treatment, and also death, inevitable part of our lives. The practical part contains quantitative research on palliative care in the form of a questionnaire survey and its evaluation. The findings from the research will be used as a base for answering questions such as what is the awareness of palliative care among those respondents, if they know the hospice equipment, etc.

Keywords: Palliative care, the terminaly ill patiens, hospice, needs, death

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji za odborné vedení práce, pomoc a cenné rady Mgr. Evě Šalenové, jež mi v průběhu práce poskytla. Také chci poděkovat respondentům, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, bez jejich pomoci by tato bakalářská práce nevznikla. Velké díky patří i mé rodině a blízkým za poskytnutou podporu.

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

*Stáří a bezmocnost jsou smutní druhy posledních let života.*

Henryk Sienkiewicz

*O život můžeme přijít různě. Smrt je jen jednou z možností.*

Robert Fulghum

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>13</b>
<b>1 PALIATIVNÍ PÉČE</b> .....	<b>14</b>
1.1 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE.....	14
1.1.1 Historie paliativní péče ve světě .....	14
1.1.2 Historie paliativní péče v České republice.....	16
1.2 DEFINICE POJMU PALIATIVNÍ PÉČE .....	17
1.3 CÍLE PALIATIVNÍ PÉČE .....	18
1.4 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE .....	19
1.4.1 Obecná paliativní péče .....	19
1.4.2 Specializovaná paliativní péče .....	19
1.5 VÝCHODISKA PALIATIVNÍ PÉČE .....	21
1.5.1 Ochrana lidského života.....	21
1.5.2 Nepřijatelnost eutanazie .....	22
1.5.3 Více než odstupování od léčby a tlumení bolesti.....	23
1.5.4 Důstojnost .....	23
1.6 POTŘEBY TĚŽCE NEMOCNÉHO PACIENTA .....	23
1.6.1 Biologické potřeby .....	24
1.6.2 Psychologické potřeby .....	24
1.6.3 Sociální potřeby .....	25
1.6.4 Spirituální potřeby.....	25
<b>2 UMÍRÁNÍ A SMRT</b> .....	<b>27</b>
2.1 TERMINÁLNÍ FÁZE - UMÍRÁNÍ .....	27
2.1.1 Šok a popření.....	27
2.1.2 Hněv .....	28
2.1.3 Smlouvání .....	28
2.1.4 Deprese.....	28
2.1.5 Smíření nebo rezignace .....	29
<b>3 HOSPIC</b> .....	<b>30</b>
3.1 POČÁTKY HOSPICE V ČESKÉ REPUBLICE.....	30
3.2 CÍLOVÉ SKUPINY PRO HOSPICOVOU PÉČI .....	30
3.3 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE .....	31
3.3.1 Stacionární hospicová péče .....	31
3.3.2 Lůžková hospicová péče .....	32
3.3.3 Domácí hospicová péče.....	32
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>35</b>
<b>4 METODOLOGICKÁ ČÁST</b> .....	<b>36</b>
4.1 PROJEKT VÝZKUMU .....	36
4.1.1 Výzkumný problém.....	36
4.1.2 Cíle výzkumu .....	36
4.1.3 Výzkumné otázky.....	37
4.1.4 Druh výzkumu.....	37
4.1.5 Výzkumný vzorek .....	37

4.1.6	Metoda výzkumu.....	38
4.1.7	Způsob zpracování dat .....	38
<b>5</b>	<b>INTERPRETACE DAT.....</b>	<b>40</b>
5.1	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....	66
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>69</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>71</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>74</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>75</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>76</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>77</b>

## ÚVOD

Téma umírání není pro většinu lidí zajímavé, většinou je spojeno se ztrátou, strachem a bolestí. Přitom je to neoddělitelná součást našeho života, nevyhnutelná realita, která se jednou bude týkat každého z nás. Přestože smrt nedokážeme nijak ovlivnit, můžeme se alespoň pokusit o zmírnění utrpení, které umírajícího doprovázejí a to při zachování nejvyšší možné kvality života, dle jeho přání.

Nemoci, na které pacienti dříve běžně umírali, dokáže dnešní medicína bez větších obtíží úspěšně léčit. Dostupné prostředky a léky dokážou nejenom zkvalitnit, ale i prodloužit lidský život. Ovšem i tady jsou hranice, které nelze překonat a je třeba hledat jiné možnosti.

V poslední době se do popředí dostává pojem paliativní a hospicová péče, která se snaží reflektovat potřeby umírajících. Cílem paliativní péče je zachování důstojnosti a kvality života umírajících až do konce. Účinným nástrojem je léčba příznaků, které umírání doprovázejí, zejména pak léčba bolesti.

V naší republice se jedná o stále nový pojem, který není u veřejnosti pevně zakotven. Lidé, kteří se již setkali s pojmem hospic, nemají ve skutečnosti reálnou představu o jeho funkci. Většina je toho názoru, že se jedná o domov pro seniory nebo že je to místo určené věřícím. V povědomí veřejnosti se drží fakt, že se jedná o místo, kde se umírá.

V souvislosti s výrazným stárnutím populace a stále častějším výskytem nevléčitelných onemocnění bude z našeho pohledu poptávka po paliativní a hospicové péči stále vyšší. To je také důvod, aby se správný význam paliativní a hospicové péče dostal do povědomí veřejnosti, aby veřejnost vnímala a dokázala přijmout její výhody, neboť jen tak může účinně plnit své poslání. V neposlední řadě je nutné si uvědomit, že umírání se nejednou dotkne každého člověka bez výjimky a nikdo mu neunikne. To je také důvod, proč se v bakalářské práci věnujeme pojmu paliativní péče, a zjišťujeme, jaká je informovanost a úroveň znalostí veřejnosti o této péči. Hlavním záměrem je podpořit osvětu v oblasti paliativní péče.

Dalším důvodem proč mě téma zaujalo, je uplatnění sociálního pracovníka v této oblasti. Z tohoto důvodu i má volba v rámci odborné praxe směřovala do zařízení, která spadají pod občanské sdružení HVĚZDA. Osobně jsem se přesvědčila o nezastupitelnosti sociálního pracovníka v dané oblasti.

Odborné publikace zabývající se tímto oborem nejsou u nás příliš zastoupeny. V České republice se problematikou paliativní a hospicové péče zabývá především Munzarová,

Svatošová, Skála, Haškovcová, Kalvach, Marková a Vávrová. Odborníky v oblasti paliativní medicíny jsou Vorlíček a Sláma.

Práce je členěna na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část obsahuje seznámení s dostupnou odbornou literaturou. První kapitola objasňuje pojem paliativní péče, jaká je její historie a náplň. Také se zmiňujeme o potřebách uživatele paliativní péče. Druhá kapitola je věnována oblasti, která s paliativní a hospicovou péčí úzce souvisí, a tím je téma umírání a smrt. Třetí kapitola se podrobněji věnuje zařízení, jež poskytuje paliativní péči a neměla by v praktické části chybět. Rozebíráme historii hospicu i formy péče. Cílem teoretické části bakalářské práce je kompletace a zpracování odborné tematicky orientované literatury a seznámení veřejnosti s danou problematikou.

Zatímco teoretická část rozebírá fungování a chápání paliativní péče pomocí literatury, praktická část bakalářské práce je postavena na kvantitativním výzkumu o dané problematice. Výzkum reálně prokazuje zkušenosti, znalosti a názory přímých respondentů či jejich blízkého okolí. Praktická část končí vyhodnocením získaných dat pomocí tabulek a grafů, vyvozením závěrů a zodpovězením stanovených výzkumných otázek. Cílem praktické části bakalářské práce je prozkoumat a popsat informovanost veřejnosti o paliativní péči. Dílčími cíli je zjistit názory veřejnosti na péči o umírající v domácím prostředí a znalosti občanů o hospici.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 PALIATIVNÍ PÉČE

V této kapitole se budeme věnovat paliativní péči. Nahlédneme do historie paliativní péče ve světě i v České republice. Následně definujeme pojem paliativní péče, cíle a rozdělení paliativní péče, její východiska a v závěru pojmenujeme potřeby těžce nemocných pacientů.

Umírání a smrt je neoddelitelnou součástí našeho života, přesto ji stále odmítáme, neumíme o ní mluvit. Dříve byli lidé daleko více v kontaktu se smrtí a věřili v posmrtný život. (Vodáčková et al., 2007, s. 305). Byla to primárně rodina, přátelé a duchovní, kteří se podíleli na paliativní péči. Tato podpora rodiny byla zcela běžná ještě v období před druhou světovou válkou. Následně se umírání stalo lékařskou záležitostí, jejímž cílem je léčit za každou cenu, do úplného vyčerpání organismu. (Marková, 2010, s. 13-14) Klademe si otázku, kde přesně nebo kdy nastala ta změna? Mohla za to válka a její výsledky, nebo snad pokrok civilizace, uspěchanost doby? Odpověď není jednoznačná.

Podle Haškovcové (1995, s. 15) dnešní společnost zaujímá ke smrti vytěšňující stanovisko, jehož důsledkem je narušení mechanismu uvědomování si vlastní konečnosti. Nevím, jestli bychom s tvrzením Haškovcové souhlasili. Podle našeho názoru si vlastní konečnost uvědomujeme a možná častěji, než si dokážeme přiznat. Osobně nám takové myšlenky vplynou v mysli ve chvílích absolutní fyzické a psychické vyčerpanosti a patových situacích, kdy nevíme kudy kam. Dle našeho názoru si vlastní konečnost uvědomujeme, jen o ní nemluvíme nahlas, spíše se v ní sami utápíme.

### 1.1 Historie paliativní péče

Problematika umírání a smrti je stará jako lidstvo samo. Stejně jako se mění pohled na každou etapu života v průběhu dějin, mění se i pohled na smrt a terminální stádium onemocnění. To je dáno kulturou, ve které daný jedinec žije. Proto bychom rádi v této kapitole představili paliativní péči v historickém kontextu.

#### 1.1.1 Historie paliativní péče ve světě

Již od raného středověku vznikaly v některých kláštřích útulky pro těžce nemocné a zmrzačené, později také z iniciativy měšťanů, šlechty nebo dokonce panovníka. Některé církevní rytířské řády jako např. johanité se staraly o nemocné poutníky a rytíře během křížáckých výprav do Svaté země, zakládaly špitály. Od 12. století se v péči o nemocné, chu-

dé a staré angažovaly rytířské a křížovnické řády, ačkoli povinností křesťana je pomoc bližnímu svému. Středověké špitály fungovaly podobně jako dnešní léčebny dlouhodobě nemocných, domovy seniorů nebo hospice.

Roku 1842 založila Jeanne Garnierová v Lyonu společenství žen, které se věnovalo péči o nevyлéčitelně nemocné. O pět let později založilo toto společenství v Paříži první dům pojmenovaný hospic, který byl vnímán jako místo, kde jsou přijímáni pacienti na konci života. V 50. letech 20. století postupně formulovala doktorka Cicely Saudersová zásady lékařské péče nemocným, kterým rychle se rozvíjející medicína nedokázala nabídnout vyléčení. Saudersová, ovlivněna dílem známého psychologa Carla Rogerse, klade důraz na myšlenky o naslouchání a komunikaci s nemocným. Základní myšlenkou Saudersové je její koncept „celkové bolesti“, kde tělesná bolest je vzájemně propojena s utrpením v psychické, sociální a duchovní oblasti. První takový multidisciplinární tým pečující o celkovou bolest pacienta vznikl roku 1967 na předměstí Londýna v hospici sv. Kryštofa. Hospicové hnutí vznikalo jako reakce na tehdejší přesvědčení, že moderní medicína jednoho dne zvítězí nad všemi chorobami a pacienti, u kterých právě zmíněná medicína selhala, byli na pokraji zájmu zdravotníků. Akademické prostředí medicíny kritizovalo hospice za neprofesionalitu, terapeutický nihilismus, přílišný důraz na duchovní aspekty péče a podceňování výsledků moderního výzkumu. Roku 1975 založil doktor Balfour Mount v Royal Victoria Hospital v kanadském Montrealu vůbec první oddělení paliativní péče. Přestože koncept paliativní péče vychází ze zásad hospicového hnutí, nevymezuje se proti hlavnímu proudu medicíny a usiluje o aplikaci přístupů a dílčích postupů hospicové péče v podmínkách akutní nemocniční péče. V současnosti je nevráživost mezi hospicovou a paliativní péčí a akademickou medicínou překonána. V hospici jsou aplikovány nejmodernější léčebné postupy při mírnění symptomů a naopak v nemocnicích a zařízeních následné péče je snaha prakticky využívat poznatků získaných v prostředí hospiců. (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004 s. 19-20)

Filozofie paliativní péče je aplikovatelná nejen v hospicích, ale i v nejrůznějších nemocničních zařízeních a také v domácím prostředí. Zatímco dříve byla paliativní péče spojována s terminální fází, dnes má co nabídnout i v mnohem dřívějším průběhu progresivních chorob, nejen onkologických. (Munzarová, 2005, s. 61)

Jedním z hlavních faktorů rozvoje moderní paliativní péče jsou změny v příčinách úmrtí a radikálního prodlužování života v průběhu posledního století. Paradoxně žijeme déle, ale také pohodlněji než před sto lety. O potřebnosti paliativní péče svědčí i fakt, že navzdory

mnohým překážkám je zaznamenán její velmi rychlý rozvoj ve světovém měřítku. Tento fakt celosvětové potřebnosti vidíme v boji institucí, aby se paliativní péče stala jednou z prioritních oblastí rozvoje zdravotnické péče, která bude dostupná pro všechny. Tohle všechno podporují nastávající demografické změny, kde je patrný nárůst starší věkové populace. (Sláma a Špínka, 2004, s. 11)

### 1.1.2 Historie paliativní péče v České republice

V České republice se paliativní medicína začala rozvíjet po roce 1989. Na základě praktických i teoretických poznatků získaných našimi lékaři a sestrami na zahraničních pracovištích bylo v 90. letech 20. století vybudováno několik hospiců. Prvním z nich byl roku 1995 otevřen Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Jen o dva roky dříve bylo otevřeno první oddělení paliativní péče v nemocnici v Babicích nad Svitavou a roku 2001 specializovaná ambulance paliativní medicíny v rámci Oddělení léčby bolesti ve FN Brno. V posledních letech vzniklo několik agentur, zaměřujících se na domácí hospicovou péči. Tento typ péče je však značně limitován stávajícím způsobem úhrad péče ze strany zdravotních pojišťoven. Celková dynamika rozvoje zařízení specializované paliativní péče je v České republice v porovnání s ostatními srovnatelnými zeměmi (Polsko, Maďarsko) značně pomalá. (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 22) S předchozím výrokem plně souhlasíme, české obyvatelstvo limituje příliš faktorů jako je lpění na detailech, různorodost názorů, neochota, finanční zátěž, nízká informovanost.

Česká republika navzdory obětavé práci zdravotníků a průkopníků paliativní péče značně zaostává za vývojem péče ve vyspělých zemích. Země s rozvinutou paliativní péčí vytvářejí snahu začlenit paliativní péči do standardního systému zdravotní a sociální péče, která by umožnila co nejširší dostupnost kvalitní péče všem občanům. Úspěšné zvládnutí je závislé na řešení dvou klíčových problémů, a to, jak přenést vysokou kvalitu specializované paliativní péče do institucí zdravotnického a sociálního systému, jako jsou běžná oddělení nemocnice, jednotky intenzivní péče, LDN, ústavy sociální péče atd. A také, jakým způsobem propojit specializovanou léčbu, která usiluje o uzdravení a prodloužení života se specializovanou paliativní péčí, která klade důraz na kvalitu života vč. jeho duševních, existenciálních a spirituálních rozměrů, na pacientovu rodinu a jeho sociální a kulturní zázemí. (Sláma a Špínka, 2004, s. 11) Vyřešení těchto problémů je poslání naší i příštích generací.

V lednu 2004 došlo k významné změně a to uznání samostatného oboru Paliativní medicíny a léčby bolesti. Samostatný obor vytváří předpoklad pro další rozvoj paliativní medicíny

ny v oblasti vzdělávání a zlepšení její dostupnosti pacientům. (Vorlíček a Sláma, 2005, s. 34)

V letech 2003 – 2004 byl občanským sdružením Cesta domů proveden první rozsáhlejší výzkum Stavů péče o umírající v ČR. Tento výzkum ukázal, že kvalitní paliativní péče v ČR existuje, tedy že byly vybudovány solidní základy v této oblasti, ovšem také potvrdil, že celkový pohled na úroveň poskytované péče je velmi neuspokojivá až alarmující. Průzkum poukázal na naléhavou potřebu zkvalitnit péči o umírající, zvýšit dostupnost moderní paliativní péče, zaměřit se na rozvoj nových forem paliativní péče, především domácí péče a zásadně zlepšit péči o umírající ve zdravotnických a sociálních institucích, především v léčebnách dlouhodobě nemocných a domovech pro seniory. (Sláma a Špinka, 2004, s. 14-15) Dá se očekávat, že od doby, kdy byl výzkum prováděn, se některé aspekty paliativní péče zlepšily, a nové výzkumy by mohly přinést pozitivnější výsledky. Samozřejmě ani ty však neznamenaají, že „můžeme usnout na vavřínech“.

## 1.2 Definice pojmu paliativní péče

Obsah pojmu paliativní péče není doposud ustálen, proto se v odborné literatuře můžeme setkat s celou řadou definic.

„Slovo paliativní je odvozeno z latinského „pallium“, což znamená rouška nebo plášť. Tato etymologie naznačuje, co je úkolem paliativní péče – zakrýt hojivou rouškou účinky nevyléčitelné nemoci.“ (O organizaci paliativní péče, 2004, s. 21).

Světová zdravotnická organizace v roce 2002 definovala paliativní péči jako: „přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží (O organizaci paliativní péče, 2004, s. 22).

Jiná definice paliativní péče zase uvádí: „Paliativní péče je profesionální, holistická a interdisciplinární a má být poskytována všem umírajícím pacientům bez ohledu na diagnózu či typ zdravotnického zařízení. Jde o kontinuální péči – od všeobecného přístupu až po specializovanou medicínu.“ (O’Conor a Aranda, 2005, s. 15). Definice uvádí, že jde o všeobecný přístup až specializovanou medicínu, tak proč zde není zmíněna rodina, která je

nedílnou součástí péče? Naopak s důrazem, že by péče měla být poskytována v každém zdravotnickém zařízení, ovšem naprosto souhlasíme.

„Paliativní péči se rozumí cílevědomá, ucelená (komplexní) kvalifikovaná podpora lidí se závažnými, příčinně neléčitelným a život zkracujícím onemocněním (zdravotním stavem) a také rodin těchto lidí.“ (Kalvach, 2010, s. 12).

Mnozí lidé si mohou spojovat paliativní péči s eutanazií, ale není tomu tak. Jednou ze zásad hospice je: „Pomáhat v umírání – ano, pomáhat k smrti, ne.“ (Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2005, s. 2003). I když je tato definice stručná, pro nás má jednoznačně nejvíce vystihující charakter paliativní péče.

### 1.3 Cíle paliativní péče

Přístupy k paliativní péči jsou v různých zemích rozdílné, můžeme v literatuře najít celou řadu společných hodnot a principů, které jsou poskytovateli hospicové a paliativní péče obecně uznávány a přijímány. Osobně se mi líbí důraz, který je kladen na individuální přístup k pacientovi, bez ohledu na jeho kulturu či vyznání.

Hlavním cílem je dosáhnout, podpořit, zachovat a posílit nejvyšší možnou kvalitu života, tak jak ji definuje osoba, které se týká. Marková (2010, s. 18) poukazuje na skutečnost, že pobyt v nemocnici zásadně mění význam prožívání kvality života. To, co zdravý člověk označí za kvalitní, dostává v nemocnici zcela jiný význam. Jednou z hodnot, která je uznávána a respektována v paliativní péči je hodnota každého člověka jako autonomní a jedinečné osobnosti, která má možnost rozhodovat o léčbě či péči, která je mu poskytována. Tato péče má být prováděna s úctou, otevřeně a citlivě s ohledem na osobní, kulturní a náboženské hodnoty, ale také na zákony jednotlivé země. Důležitými partnery při plánování péče jsou nejenom pacienti, ale i jejich rodiny, a proto je pro poskytovatele paliativní péče důležité s nimi udržovat vztah na bázi spolupráce. Bylo prokázáno, že efektivní komunikace významně zlepšuje péči o pacienty, proto základním předpokladem paliativní péče jsou dobré komunikační dovednosti, ve smyslu interakce mezi pacientem a zdravotníky, ale také mezi pacienty a jejich příbuznými, jakož i interakce mezi různými zdravotnickými pracovníky a službami podílející se na péči. Jedna z hlavních charakteristik paliativní péče je týmová práce. Multidisciplinární tým zastupuje různé zdravotnické i nezdravotnické povolání, které společně poskytují péči o pacienty s určitou diagnózou. Zatímco obecnou paliativní péči může realizovat a poskytovat jediná osoba, komplexní specializovanou

paliativní péče je poskytována na základě spolupráce a komunikace různých profesí, kteří zajišťují fyzickou, psychickou, sociální a duchovní podporu. Je prokazatelné, že týmová práce je pro pacienta výhodná, jelikož dokáže řešit více problémů a potřeb pacienta i jeho rodiny. Stejně tak interdisciplinární přístup vede ke snížení celkových nákladů na péči, protože zkracuje dobu, kterou pacienti tráví v akutní nemocniční péči. Nezbytnou součástí paliativní péče je podpora rodiny a dalších blízkých příbuzných během nemoci pacienta. Cílem je připravit rodinu na ztrátu blízkého a následné podpory v době zármutku, je-li to potřeba. (Radbruch a Payne, 2010, s. 22 – 25) S tímto názorem se plně ztotožňujeme, týmová spolupráce, komplexní servis a hlavně jednoznačná komunikace jsou nezbytné pro tuto činnost.

## **1.4 Rozdělení paliativní péče**

Názor, že paliativní péče je v podstatě hospicovou péčí, je mylný. Kvalitní paliativní péči by měli být schopni poskytnout všichni zdravotní pracovníci a měla by být určena pro všechny umírající a nevléčitelně nemocné. (Marková, 2010, s. 20). Péče je rozdělena podle komplexnosti na obecnou a specializovanou paliativní péči.

### **1.4.1 Obecná paliativní péče**

Obecná paliativní péče je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností a měli by ji umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifikaci své odbornosti. Základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je pro kvalitu života pacienta významné. (Sláma a Špínka, 2004, s. 24). Důraz je kladen na respekt k pacientově autonomii, léčbě bolesti a symptomů. Nezbytnou součástí je podpora rodiny a doporučení k dalším odborníkům. (Marková, 2005, s. 20-21)

### **1.4.2 Specializovaná paliativní péče**

Specializovaná paliativní péče je tvořena týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzdělaní. Mluvíme tedy o aktivní odborné interdisciplinární péči, která je tvořena týmem odborníků, kam patří lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník, případně psycholog, fyzioterapeut, pastorační pracovník, koordinátor dobrovolníků a další odborníci. (Sláma a Špínka, 2004, s. 24) Osobně jsme si vědomi smysluplnosti tohoto komplexního přístupu k pacientům. V rámci odborné praxe jsme měli příležitost seznámit se s chodem zařízení, jež poskytuje občanské sdružení HVĚZDA svým klientům. Mezi tato zaří-

zení patří např. Dům služeb seniorům nebo hospic HVĚZDA. Každý z uvedených odborníků má své nezastupitelné místo právě v tom individuálním přístupu ke klientům.

Specializovaná paliativní péče je poskytována ve specializovaných institucích pacientům, kteří mají komplexní problémy, které není možné dostatečně řešit v jiných zdravotnických zařízeních. Těmto pacientům je poskytována široká škála terapeutických zásahů v mírnění a léčbě symptomů prostřednictvím vysoce kvalifikovaného personálu, jejichž hlavním profesním zaměřením je paliativní péče. (Radbruch a Payne, 2010, s. 28).

Marková (2010, s. 26) uvádí zařízení, kde se poskytuje specializovaná paliativní péče:

- oddělení paliativní péče
- domácí hospice – mobilní paliativní péče
- lůžkové hospice
- konziliární týmy paliativní péče
- ambulance paliativní péče
- denní stacionáře
- zvláštní zařízení paliativní péče (poradny, tísňové linky, prodejny pomůcek, aj.)

Velmi kreativním modelem multidisciplinární spolupráce, který vychází ze zavedených praktických postupů, je model irský. Tento model je kromě Irska uplatňován také v Holandsku a Belgii. Multidisciplinární tým se sestavuje na základě anamnézy pacienta a je v kompetenci sestry, která společně se všemi přizvanými odborníky vypracuje ošetrovatelský plán. Členy tohoto týmu tvoří lékař specialista, dietoterapeut, fyzioterapeut, sestra specialistka, sociální pracovník, edukační sestra a sestra z domácí péče. Skupinu tvoří odborníci, kteří jsou pro řešení problému pacienta klíčoví. Každý člen týmu na základě svých kompetencí určí postup, doporučí řešení a intervenci v ošetrovatelském procesu. Tým se pravidelně setkává s nemocným a společně vyhodnocují jednotlivé kroky, které ošetrovatelský tým navrhl a které nemocný odsouhlasí a akceptuje. Irský model vychází z modelu, který je používán v ekonomické sféře. Mezi jeho přednosti patří především vysoká profesionalita, jednotná dokumentace pro všechny členy v týmu, kreativní přístup jednotlivých členů, role sestry v pozici manažera, komunikace, edukace a zejména velká spolupráce a zapojení nemocného do péče o sebe sama. Jednou z nevýhod tohoto modelu je jeho časová náročnost. Jednotliví odborníci v týmu nemusí být na jednom pracovišti nebo v dosahu a z tohoto důvodu může vyplynout následná ztráta autonomie. (Pinkavová et al., 2006, s. 5-6) Nastíněný irský model se nám zamlouvá, ale chápeme, že je v našich podmínkách ne-

realizovatelný, nemáme dostatečné množství těchto potřebných kvalifikací, finanční a časové možnosti, stejně tak ochota zapojení samotného pacienta je subjektivní záležitostí.

## 1.5 Východiska paliativní péče

Odnepaměti lékaři dbali na to, aby pacienti v terminálním stádiu netrpěli více, než je nezbytně nutné. Odborná intervence byla orientována především na tlumení bolesti morfiem. (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 423) Dnešní pohled na potřeby nemocného jsou brány v celistvosti jeho individuality, nesoustředí se pouze na léčbu bolesti, i když ta je z mého pohledu prvořadá.

Paliativní péče vychází z několika zdrojů, z nichž žádný nesmí být opomenut – jde minimálně o východiska etická, právní, medicínská, ekonomická, organizační. (Kalvach, 2010, s. 18) Etika v paliativní péči je postavena na tradičních teoriích, jako je směřování k dobru a nepoškozování. (O'Connor a Aranda, 2005, s. 54) Vymezuje základní rámec paliativní péče, jehož rozsah je dán ekonomickými možnostmi. Patří sem především ochrana lidského života, nepřijatelnost eutanazie, více než odstupování od léčby a pouhé tlumení bolesti, paliativní péče mezi tlumením obtíží a invazivními intervencemi a důstojnost. (Kalvach, 2010 s. 18) V následujících řádcích jednotlivé části představíme.

### 1.5.1 Ochrana lidského života

Absolutní hodnota a bezpodmínečná ochrana lidského života patří k základnímu etickému východisku paliativní péče. Z pohledu zdravotní péče může být přístup k dlouhodobě umírajícím pacientů několikery a to bez reflexe umírání a jeho specifických potřeb, aplikace paliativní péče a zkracování života s utrpením. (Kalvach, 2010, s. 18-19)

V současnosti může umírání probíhat ve třech podobách. Jednou z těchto podob je tzv. dystanazie. Jde o snahu lékařů či odborníků zvrátit nepříznivý zdravotní stav pacientů a tím zdržovat smrt. Přeci jen žijeme v době, kdy cílem lékařů se stalo prodlužovat život pacientů za každou cenu. Jako reakce na zmiňovanou dystanazii se ožívají otázky o legalizaci eutanazie. Problematika kolem eutanazie nespočívá jen v nebezpečí zneužití, ale také v mylném přesvědčení, že jde o univerzální řešení situace mnohých umírajících pacientů. Za ideální řešení můžeme v dnešní době, kdy je vyznáván kult krásy, mládí a úspěchu, považovat hospicové hnutí, kde se setkáváme s komplexním přístupem péče o umírající pacienty. (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 423-424). Jak z výše uvedeného vyplývá, je medicína na takové úrovni a má takové možnosti, že nám dokáže život uměle pro-

dloužit. Dle našeho názoru se tímto brání přirozenosti. Na druhou stranu plně rozumíme tomu, že se většina z nás bojí smrti. Vždyť nikdo neví, a obáváme se, že se ani nikdy nedozví, jestli nás po ní čeká ještě jiná dimenze vnímání.

### 1.5.2 Nepřijatelnost eutanazie

Kalvach (2010, s. 21) uvádí, že paliativní péče je zásadně proti všem formám zkracující život umírajících pacientů. Hlavním důvodem je naprostá důvěra pacientů v paliativní péči. Především lidé s nejistou prognózou a komplikacemi musí mít jistotu v paliativním týmu. Jistotu, že učiní vše pro zvládnutí jejich obtíží a to nejen při léčbě symptomatických obtíží, ale také při léčbě případných komplikací.

U nás je eutanazie zakázána a asistovaná sebevražda pokládána za trestný čin, ovšem v některých státech je povolena asistovaná sebevražda, v jiných je uzákoněna beztrestnost aktivní eutanazie, např. v Holandsku a nově v Belgii. (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 445) Holandská královská společnost vymezuje eutanazii jako „úmyslné usmrcení člověka někým jiným než pacientem samotným na jeho explicitní opakovanou žádost.“ (Kalvach, 2010, s. 21)

Definici vymezují tzv. Roterdamská kritéria:

- „pacient musí být kompetentní a jeho žádost plně dobrovolná
- žádost musí být plně uvážená, jasná a opakovaná
- pacient musí nesnesitelně trpět (fyzicky, psychicky, sociálně nebo duchovně)
- eutanazie musí být poslední možností, ostatní byly vyzkoušeny a shledány neúčinnými
- eutanazii musí provést pouze a jedině lékař
- lékař musí vše konzultovat s jiným lékařem majícím s prováděním eutanazie zkušenosti. (Kalvach, 2010, s. 21)

Podle našeho názoru o eutanazii žádají pouze lidé, kteří trpí velkými, převážně fyzickými obtížemi, které jim ztrpčují končící život. Ovšem medicína je dnes na takové úrovni, že může nemocného zbavit většiny tělesných obtíží. V případě, že tomu tak není, vidíme selhání hlavně na straně lékaře a paliativní medicíny.

### 1.5.3 Více než odstupování od léčby a tlumení bolesti

Medicína je na takové úrovni, že dokáže bez problému vyhodnotit stav pacienta a jeho možnosti v oblasti léčby nemoci. Dle našeho názoru není správné někoho léčit, když předem víme, že tím pacientovi nepřinášíme žádný užitek a mnohdy je to pro něj více zatěžující. V tom spatřujeme velký etický problém.

Pokud se na problematiku péče o terminálně nemocné podíváme v užším pojetí, jde především o zmírnění utrpení, avšak rozhodující je širší pojetí, v němž jde o naplnění základních lidských potřeb u člověka, v situaci končícího svůj život. Na základě Maslowovy pyramidy označil Leary (cit. podle Kalvach, 2010, s. 22) za základní **potřebu „být někým“** – „být považován za člověka, který má svoji důstojnost, hodnotu, kterému se proto dostává potřebné pozornosti, ohledu a úcty od druhých lidí. Paliativní tým si jako svůj základní úkol stanovil pomoci umírajícím lidem zachovat si svou tvář, sebeúctu a pozitivní přístup k životu až do konce“. (Kalvach, 2010, s. 22) S posledním výrokem zcela souhlasíme.

### 1.5.4 Důstojnost

Člověk je jedinou živou bytostí, která je schopna o sobě přemýšlet, být svým pánem a určovat svůj vlastní život. Je to schopnost tvořící jeho důstojnost. Proto není možné přistupovat k člověku jako k nějaké věci či prostředku pro cizí cíle. Každý člověk má právo rozhodovat sám o sobě. Podstata lidské důstojnosti spočívá v tom, že člověkem, majícím svou svobodu sebeurčení, nesmí nikdo disponovat. Pravou hodnotu zakouší člověk především tehdy, když se cítí milován a pokud se mu takové náklonnosti nedostává, může upadnout do izolace a beznaděje. (Rotter, 1999, s. 25-26) Jsem toho názoru, že každý z nás potřebuje pocit, že je milován. Pokud vedle sebe nemáme své nejbližší, cítíme se osamoceni a začneme rezignovat, to je podle mě živná půda pro myšlenky typu eutanazie.

## 1.6 Potřeby těžce nemocného pacienta

Zdraví vymezuje čtyři okruhy potřeb těžce nemocného pacienta. Spadají sem potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální. V průběhu nemoci se priority jednotlivých potřeb u pacientů mění, zatímco na začátku bývají nejdůležitější potřeby biologické, v konečné fázi jdou do popředí potřeby spirituální. (Svatošová, 1995 s. 18). Filozofií paliativní péče je starost o člověka v celém jeho kontextu, tzv. bio-psycho-socio-spirito, což mi

případá smysluplné, a proto chci v následujícím textu přiblížit každou z těchto oblastí podrobněji.

### **1.6.1 Biologické potřeby**

Svatošová (1995) do biologických potřeb zahrnuje vše, co potřebuje nemocné tělo. Patří sem mimo jiné příjem potravy, pohybová aktivita, nerušený spánek a tišení bolesti.

Zdravotníci zabývající se léčbou bolesti u pacientů v terminální fázi onemocnění označují tuto léčbu jako největší etické dilema. Problém tkví převážně v nedostatečném mírnění bolesti, která způsobuje zbytečné utrpení. (O'Connor a Aranda, 2005, s. 89). Skála et al. (2005, s. 3) proto doporučuje maximálně využívat nejnovějších poznatků a doporučení zvládnání bolesti a dalších symptomů. „Péče se zaměřuje především na péči o pokožku, prevenci proleženin a polohování, nutriční péči a poradenství, péči o vyprazdňování, o pitný režim, o dutinu ústní a péči o dýchací cesty.“ Jak uvádí Marková (2010, s. 28), celou řadu tělesných příznaků je možné vedle farmakologické terapie doplnit vhodnými ošetrovatelskými postupy.

### **1.6.2 Psychologické potřeby**

Pokročilé stadium onemocnění představuje pro pacienta i jeho blízké velkou psychickou zátěž, proto je důležité hodnotit chápání nemoci z pohledu pacienta a pomoci mu se s těžkou situací vyrovnávat. (Skála et al., 2005, s. 3). Jak uvádí Svatošová (1995), respektování lidské důstojnosti je základní lidskou psychologickou potřebou. Každý člověk je jedinečnou bytostí mající své poslání, a proto je nezbytné k němu i takovým způsobem přistupovat, tím spíše v období, kdy své poslání završuje. Potřeba, která je pro pacienta důležitá a kterou často opomíjíme, je komunikace. Je důležité říkat nemocnému pravdu o jeho zdravotním stavu, neboť by pacient k takovému člověku ztratil tak důležitou důvěru. Zásadou je říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet a jen tehdy, kdy to chce slyšet.

Ze zkušeností si myslíme, že je velmi důležité rozpoznat situaci, zda dotyčný člověk chce slyšet, že jeho šance na uzdravení jsou nulové. Jsou lidé, kteří se umírání bojí takovým způsobem, že je v tu chvíli lepší použít milosrdnou lež než říci pravdu, která by umírajícímu na tu chvíli, která mu zbývá, ještě přitížila.

### 1.6.3 Sociální potřeby

Každý z nás, kdo přišel do kontaktu s nevléčitelně nemocným, ví, že tato situace ovlivní nejen pacienta samotného, ale i celou rodinu. Najednou se v rodině začnou proměňovat role jednotlivých členů, mění se životní styl a fungování rodiny. Podle nás jsou tyto změny naprosto normální dané situaci a záleží na jednotlivých členech, jak se k ní postaví. Každopádně bychom se my, jako rodina, měli snažit o dostatečnou podporu, pokud možno v domácím prostředí. Z osobních zkušeností totiž víme, že nemocný ve svém stavu ocení právě přítomnost svých nejbližších.

Člověk je tvor společenský a kontakt s druhými lidmi je pro něj přirozenou součástí, proto bychom vazby s nejbližšími neměli podceňovat. Pacient by měl mít právo rozhodnout a usměrňovat návštěvy a my bychom jeho rozhodnutí měli akceptovat. (Svatošová, 1995, s. 20). Jak uvádí Komínková (2002, s. 20 - 21), člověk ve svých konečných dnech potřebuje hlavně blízkost osoby, kterou má rád. Potřebuje dotyk a pohlazení i v době, kdy je v bezvědomí, ale přesto vnímá.

### 1.6.4 Spirituální potřeby

Člověk, jako jediná bytost na planetě, dokáže předjímat svou smrt a z vědomí smrti si více uvědomuje smysl existence lidského života a smysl světa, který jej obklopuje. (Opatrná et al., 2006, s. 9) V obecném měřítku platí, že vážné onemocnění představuje mezní životní situaci. Pro pacienta nastává náročné období, na které většina lidí není připravena, cítí akutní ohrožení a ztrátu jistot. (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 451)

Spirituální potřeby pacientů byly do nedávné doby více méně tabu. Stále mnoho lidí, včetně zdravotníků, se domnívá, že jde o uspokojování potřeb věřících. Ovšem dalo by se říci, že právě věřící ví, co v takové situaci má dělat a obvykle se i podle toho řídí. Horší je to s lidmi, kteří z víry nežijí. Právě tito lidé se v průběhu vážné nemoci začínají zabývat otázkami po smyslu vlastního života. Každý potřebuje vědět, zda měl jeho život smysl, ukázat mu, že v každé situaci se dá žít smysluplně. (Svatošová, 1995, s. 20)

Odlišnost každého jedince v otázkách spirituálních hodnot a orientace by měla být lékaři nebo zdravotními sestrami citlivě zjištěna a v rámci poskytované péče nabízena způsobem, jenž by odpovídal individuálním potřebám. Respekt a případná pomoc zajistit náboženské a duchovní rituály by měli být v poskytované péči samozřejmostí. (Skála et al., 2005, s. 3)

Rozvoj paliativní medicíny probíhá v době, která na první pohled není spirituálním aspiracím příznivá. Typickým rysem současné společnosti je povrchnost spolu s laciným optimismem. Lidé věří, že věda objeví léky na všechny choroby a příznaky stárnutí. Nesmíme zapomínat na začátky paliativní medicíny, které byly motivovány snahou dosáhnout rovnováhy mezi intervencemi technické povahy a humánním přístupem. Tyto původní ideály jsou nezbytné, abychom v budoucnu mohli čelit různým společenským nátlakům a nadále plnit poslání paliativní medicíny. (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 454–455)

Otázka spirituálních hodnot je z mého pohledu spíše psychologickou pomocí, právě pro osoby, které mají strach ze smrti. Na druhou stranu se o to více mohou zdát cennější. Každý z nás je jiný a ke smrti má specifické stanovisko. Někdo se bojí, jiný je smířený s definitivním stavem. Je otázkou, až se každý z nás do té situace dostane, zda mu jeho víra pomůže.

Tato kapitola se zabývala historií, vznikem, významem a smyslem paliativní péče. Avšak nedílnou součástí je smrt. Umírání a smrti se věnuje následující kapitola. Přirozené umírání probíhá ve většině případech v několika fázích, kterým se budeme věnovat konkrétněji.

## 2 UMÍRÁNÍ A SMRT

Umírání a smrt je nedílnou součástí paliativní péče, proto považujeme za důležité se zmínit o vědním oboru, který se touto problematikou zabývá. Současně se pokusíme přiblížit pojem terminální fáze a popsat pět fází umírání podle Elizabeth Kubler Rossové.

Vědní obor, zabývající se tematikou smrti a fenoménech s ní souvisejících, se nazývá thanatologie. Název je odvozen od jména řeckého boha smrtelného spánku a smrti, Thanotose. Thanatologie není přednášena jako samostatná vědní disciplína. Můžeme se s ní setkat v celé řadě klasických oborů, jako jsou filozofie, medicína, psychologie, sociologie apod. Většina autorů, kteří se zabývají problematikou umírání a smrti, se shodují na tom, že jsou problémové okruhy, s nimiž by se měli studenti medicíny a studenti středních zdravotnických škol seznámit. Do tohoto okruhu patří fenomén smrti, proces umírání, zadržovaná smrt (dystanázie), paliativní medicína, eutanazie, programy DNR, kvalita života, ritualizace smrti, zármutek a žal, seznámení se s dostupnou zahraniční i českou literaturou (Haškovcová, 2010 s. 142–144)

### 2.1 Terminální fáze - umírání

Terminální fází jsou označovány poslední dny a hodiny života, při kterém dochází k nevratnému selhání lidského organismu. K tomuto selhání může dojít jak náhle a nečekaně, tak jako očekávané vyústění pokročilé, nevyléčitelné nemoci. Rozhodnutí o terminální fázi pacienta je třeba přiměřeným způsobem prodiskutovat s rodinou pacienta, a pokud je to možné, tak i s pacientem samotným. Stav pacienta je také zaznamenán do zdravotnické dokumentace, aby mohl být vytvořen nový klinický kontext péče, který zajistí klidnou a důstojnou smrt. (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 301-304)

Jednotlivé fáze umírání podrobně popsala švýcarská lékařka, která se věnovala procesu umírání, Elizabeth Kubler-Rossová. Rozlišuje pět fází umírání, z nichž některé se mohou opakovat a některé nemusí ani nastat. (Vodáčková et al., 2007, s. 307) Nyní jednotlivé fáze přiblížíme.

#### 2.1.1 Šok a popření

První fáze je často prožívána v šoku. Chování jedince je často impulzivní a nekontrolovatelné a není vyloučeno riziko sebevraždy. Po odeznění šoku, přichází na řadu fáze popření. Jedná se o reakci mechanismu, který lze pozorovat v konfliktních situacích. Potlačení mů-

že dojít tak daleko, že nemocný odmítne nutné diagnostické a terapeutické zásahy. Ošetřující by měl v této fázi respektovat popírání nemocného, aniž by tuto iluzi jakkoli podporoval. (Barby, 1987, s. 63-64) Fáze popírání většinou končí kolotočem léčby, která nemocného uvede zpět do reality, co se s pacientem vlastně děje. Pokud fáze popření chybí, může to být signálem, že pacient hůře mobilizuje své síly v možnostech uzdravení. (Vodáčková et al., 2007, s. 309)

### **2.1.2 Hněv**

V této fázi se pacient začíná vyrovnávat se svým osudem. Zprvu se tato fáze projevuje útočností, která je zaměřená vůči těm, kteří to s nemocným myslí dobře a k nimž má hluboký citový vztah. Je důležité, aby okolí bylo seznámeno s projevem této fáze a nebralo si osobně chování pacienta. Musí vědět, že výbuchy hněvu jsou voláním o pomoc a jejich původ pramení v bezmocnosti nemocných. (Barby, 1987, s. 64-66) Jak uvádí Vodáčková et al. (2007, s. 309), můžeme tyto výroky plné hněvu na adresu zdravých chápat v kontextu jeho touhy žít. Musíme se vyvarovat toho, abychom tyto útoky braly osobně a reagovaly dotčeně.

### **2.1.3 Smlouvání**

Ve fázi smlouvání se situace vyjasňuje, nemocný chápe nevyhnutelnost a připouští, že se asi zázrak nestane. Uvažuje o smyslu života a přemýšlí nad tím, jak naplní čas, který mu ještě zbývá a co všechno by chtěl ještě stihnout. Úkolem člověka, který nemocného v této fázi doprovází, je pomáhat vytvářet krátkodobé cíle, které jsou zaměřené více na obsah než čas. (Vodáčková et al., 2007, s. 309-310) Tyto krátkodobé cíle by měly být realizovatelné, aby nemocný nepropadal dalšímu zoufalství.

### **2.1.4 Deprese**

Tato fáze je spojená s fyzickou stránkou nemocného. Přichází smutek nad ztrátou zdraví, nových možností a budoucnosti. Deprese mohou vyvolat dvě příčiny. První z nich je vědomí nemocného, co všechno opouští a druhou příčinou je nevyhnutelné rozloučení se všemi svými blízkými. Depresivní stavy nemocného mohou vyústit v žádost o zkrácení procesu čekání na smrt. V tuto chvíli mobilizujeme síly a snažíme se mu pomoci vyrovnat se s osudem, ovšem povzbuzovat nemocného lacinými slovy, aby překonal stávající obtíže, není nejvhodnější reakcí. (Barby, 1987, s. 67)

### 2.1.5 Smíření nebo rezignace

Přijetí pravdy může člověka dostat do stavu vnitřního klidu a vyrovnanosti, stejně jako do stavu rezignace a beznaděje. Nemocný ví, že smrt je neodkladná a že není úniku, proto se snaží co nejlépe a v rámci podmínek využít čas, který mu zbývá. (Vodáčková et al., 2007 s. 310) Zda výsledkem bude smíření nebo naopak rezignace ovlivňuje charakter osobnosti nemocného a také výsledek hodnocení prožitého života.

Umírání a smrt jsou bolestivé. Zcela jistě pro samotného dotyčného, který umírá, stejně tak i pro jeho nejbližší. Podpora rodiny je důležitým aspektem, avšak samotné vyrovnání se s faktem, že je konec, probíhá v samotné osobnosti. Jak jsme uvedli výše, fáze umírání nemusí probíhat postupně a některé mohou i chybět. Záleží na individualitě jednotlivce, na jeho životních zkušenostech, zcela jistě i na věku. Odborná péče a věříme, že i správný přístup lze nacházet v zařízeních k tomu určených. Těmi se bude zabývat následující kapitola.

### 3 HOSPIC

Poslední kapitola teoretické části je věnována zařízení, které se nazývá hospic. Krátce nastíníme počátky hospice v ČR, dále specifikujeme, pro koho je hospic určen, a v poslední části představíme formy hospicové péče.

#### 3.1 Počátky hospice v České republice

Hospice v ČR mají poměrně krátkou historii, která se datuje od roku 1993 a je spojována s lékařkou Marií Svatošovou, která založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem *Ecce homo*. Cílem *Ecce homo* je prosazovat práva pacientů a úctu k lidskému životu. Rovněž chce podporovat rozvoj hospicového hnutí a domácí péče v celé České republice. (Haškovcová, 2000, s. 40)

Prvním hospicem vybudovaným v ČR je Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, který slouží jako model pro vznik a rozvoj dalších hospiců. Hospicové zařízení se zpravidla skládá z poměrně malé lůžkové části a stacionáře, jehož součástí je agenturní domácí péče. Snahou hospice je vytvořit příjemné prostředí, které bude připomínat spíše domov než nemocnici. Stejně tak běžný denní režim je v hospici zcela přizpůsoben potřebám jednotlivých umírajících. Pacienti vstávají a uléhají ke spánku, kdy chtějí. Také stravovací režim je zcela volný a pacient si sám může určit hodinu, kdy chce jíst. Jednou z priorit hospicového zařízení je podporovat návštěvnost příbuzných u pacientů. Z tohoto důvodu jsou návštěvy povoleny sedm dní v týdnu a 365 dní v roce. Pokud má rodina zájem podílet se na péči, je tato podpora vítána, ovšem není podmínkou. Samotná přítomnost příbuzného je pro pacienta velkou psychickou podporou. (Haškovcová, 2000, s. 42 – 43) Pro příbuzné však může jít o psychickou zátěž.

#### 3.2 Cílové skupiny pro hospicovou péči

Marková (2010, s. 58) uvádí, že převážnou část pacientů v hospici tvoří jedinci s onkologickým onemocněním. Důvodem toho je fakt, že u tohoto onemocnění lze jednoznačně stanovit, že kurativní léčba už nepřináší žádné výsledky. Přijetí pacienta na hospicové lůžko je v kompetenci hospicového lékaře, který po dohodě s ošetřujícím lékařem zváží nejen zdravotní indikaci, ale i možnosti hospice. Bezpodmínečná přednost je dána nemocným, u nichž lze předpokládat, že jejich nemoc v krátké době povede ke smrti. (Svatošová, 1995, s. 118)

Jedním z mýtů o hospicích je ten, že se hospic hodí pro všechny umírající. Není tomu tak, jelikož ne všichni lidé na konci životní etapy splňují podmínky přijetí. Jednou z těchto podmínek je informovaný souhlas a přání nemocného být přijat do hospice. Mezi kritéria spojená s přijetím pacienta do hospice patří postupující choroba ohrožující pacienta na životě, nemocnému už nemohou v nemocnici nic nabídnout, nemocný potřebuje paliativní léčbu a péči a domácí péče již nestačí nebo není možná. Hospic poskytuje péči převážně lidem onkologicky nemocným a nemocným v rozvinutém stádiu AIDS. Například ochrnutý nemocný by nemohl využít všech pozitivních metod a přístupů, které nabízí hospic, proto pro něj tento typ zařízení není vhodný. (Haškovcová, 2000, s. 62)

Častou chybnou myšlenkou je představa, že hospicová péče je pouze terminální péčí. Proto z časového hlediska rozlišujeme tři časové úseky:

- **pre finem** = péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stavu (trvá měsíce až roky, nejčastěji formou domácí hospicové péče)
- **in finem** = péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých během terminálního stavu, tj. umírání v užším slova smyslu (relativně krátký časový úsek vlastní péče terminální)
- **post finem** = kromě péče o tělo nemocného doprovázení pozůstalých podle potřeby i dlouhodobě, zpravidla po dobu 1 roku (péče o pozůstalé, poskytuje se individuálně dle potřeby). (Svatošová, 1995, s. 118-119)

### 3.3 Formy hospicové péče

Tato kapitola se věnuje jednotlivým formám hospicové péče. Každá z těchto forem má své nezastupitelné místo. Velkou výhodou spatřujeme hlavně v tom, že má pacient či rodina na výběr, zda bude využívat hospicovou péče stacionární, lůžkovou nebo u nás stále ještě málo zažitou domácí hospicovou péči. Domácí hospicová péče je z našeho pohledu velmi přínosnou hlavně z toho důvodu, že nám umožní, za přispění profesionálů postarat se o nemocného v jeho přirozeném prostředí, samozřejmě pokud to jeho stav dovolí.

#### 3.3.1 Stacionární hospicová péče

Jednou z forem hospicové péče je stacionární hospicová péče, kde je pacient ráno přijat a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Po domluvě a místních podmínkách může hospic zajistit dopravu nemocného. Důvodem pobytu ve stacionáři může být několik, nejčastěji se

tak děje za účelem kontroly bolesti, kterou se doma nepodařilo zvládnout. Jiní pacienti rádi docházejí do hospice z důvodu osamělosti či důvodu, že s nimi rodina není schopna o jejich problémech mluvit a právě zde nacházejí člověka, kterému se mohou se svým trápením svěřit. Častým důvodem bývá poskytnutí azylu. Když nemoc trvá příliš dlouho, je potřeba si z preventivních důvodů občas odpočinout a to jak rodina od nemocného, tak nemocný od rodiny. Zabrání se tak zbytečnému vyčerpání rodiny, někdy i konfliktům, které mohou člověka mrzet. (Svatošová, 1995, s. 115-116) Na tomto modelu se nám líbí právě možnost prevence. Přeci jen se jedná o náročnou, vyčerpávající situaci, kdy je potřeba na chvíli vypnout, zmobilizovat síly a následně pokračovat „v jízdě“.

### 3.3.2 Lůžková hospicová péče

Druhou formou hospicové péče je lůžková hospicová péče. Důvodem lůžkové péče může být vše, co bylo uvedeno u péče stacionární, s výjimkou každodenního dojíždění nemocného. Většina nemocných využívá hospic velice účelně, přicházejí na krátkodobé, zpravidla opakované pobyty a to zcela svobodně a dobrovolně. Tehdy, kdy sami cítí, že je to pro ně dobré. Jak uvádí Haškovcová (2000, s. 49), tak bezpodmínečnou podmínkou pro přijetí je plný informovaný souhlas nemocného. Sám pacient si rozhodne, zda chce v hospici pobývat sám nebo se svým průvodcem. Návštěvy jsou zásadně neomezené, naopak jsou vítány a považovány za nezbytnou součást péče o nemocného. Režim dne v hospici si určuje sám pacient, dle své vůle a potřeby. Svatošová (1995, s. 117-118) poukazuje na to, že se klade důraz na kvalitu života nemocného s cílem, aby hospic nemocnému nepřipomínal nemocnici, ale domov. Všechny prostory v hospici musí být bezbariérové, aby byly dostupné i nemocným na lůžku.

### 3.3.3 Domácí hospicová péče

Průzkumy jasně prokazují, že většina lidí by si přála umírat doma. Jde o přirozené prostředí s lidmi, které důvěrně známe a máme k nim citový vztah. Sami bychom si lepší způsob ukončení života nemohli přát. Proto tento způsob péče o nemocného vítáme a věříme, že se brzy dostane do povědomí široké veřejnosti. Zároveň jsme si vědomi limitů, které s sebou domácí hospicová péče přináší. Jak uvádí Svatošová (1995, s. 115) patří mezi ně například důvody vyplývající z nevhodných prostorových možností bytu nebo z důvodu, že zcela chybí rodinné zázemí. Častým důvodem bývá také vyčerpání, kterému jsou vystaveni členové rodiny, prostě dojdou síly. Nelze opomenout ani fakt, že v místě není žádná agentura poskytující domácí péči, tudíž zde chybí faktor odbornosti.

Zatímco ve světě je domácí hospicová péče nejrozšířenější formou poskytování specializované péče, u nás se teprve začíná dostávat do povědomí. Tuto péči poskytuje tým specializovaných odborníků rodinám, které se rozhodly pečovat o umírajícího v domácím prostředí. Tyto týmy jsou schopné v domácím prostředí vyřešit všechny možné nastalé situace při zachování vysokého medicínského standardu a ošetrovatelské praxe. (Marková, 2010, s. 23)

Primární roli pro přijetí pacienta do péče domácího hospice hraje lékař, který posuzuje indikaci pro tuto léčbu. K prvnímu kontaktu mezi pacientem a lékařem dochází obvykle v domácím prostředí, kde lékař nabídne pacientovi pomoc při společném řešení problémů, které souvisejí s jeho chorobou. Nejde však o léčení základní choroby, ale ovlivnění obtíží, které nemoc způsobuje tak, aby život ohrožený neléčitelnou chorobou byl co nejkvalitnější. Velmi důležité je u pacienta zhodnotit obtíže, funkční limity, soběstačnost, sebeobsluhu, míru zabezpečení a spokojenosti. V tomto případě hraje klíčovou roli soběstačnost, která nám udává schopnost pacienta samostatně uspokojovat obvyklé potřeby v daném prostředí. Tato schopnost je dána dvěma faktory, a to funkční zdatností organismu a náročností prostředí. (Kalvach, 2010, s. 47-52)

Součástí domácí hospicové péče je nejen akutní intervence, která se provádí na zavolání pečující rodiny, ale také vizity podle rozhodnutí lékaře a zdravotní sestry. Specifické je pro tento typ péče, že má rodina výrazný podíl na řízení návštěv. Zdravotníci se řídí stavem a potřebou nemocného a jeho rodiny. Součástí vizity je nezbytná dokumentace, kde je zaznamenáno vše, co se s pacientem a kolem něj děje. Nejčastěji je to bolest, dušnost, úzkost či zvracení a také aktualizace plánu péče v závislosti na vývoji nemoci a účinku léčebných opatření. Kalvach (2010, s. 61-62) uvádí, že součástí domácí hospicové péče je vypracování SOS plánu intervencí pro případ komplikací, která jsou reálně očekávaná k povaze pacientova onemocnění. Tento plán je především určen rodině pacienta a obsahuje stručný popis opatření pro případ komplikací spojených s nemocí. SOS plán může do značné míry snížit stres a nejistotu v rodině a také utrpení pacienta do příjezdu zdravotníků mobilního hospice.

V rámci odborné praxe jsme měli příležitost mimo jiné navštívit hospic HVĚZDA, který se nachází v klidné části Zlína Malenovice. Spolu s hospicem v ní sídlí také Domov pro seniory. Obě zařízení jsou propojena a klienti se mohou setkávat. V hospicové části je poskytována péče nejen nevléčitelně nemocným onkologickým pacientům, ale i těm, kteří se nacházejí v pokročilém stádiu závažných neonkologických onemocnění. Nebo jsou třeba

po těžkých úrazech a nemohou zůstat v domácí péči. Jak jsme měli možnost poznat, všichni pracovníci malenovického hospice vykonávají svou práci srdcem. Ředitelka zařízení Miroslava Kalivodová je mimořádně energická žena, která se osobně účastní chodu celého zařízení. Péče o pacienta je zde na prvním místě, a pokud dojde například ke zhoršení jeho stavu, je posílena služba na oddělení o jednoho nebo dva lidi. Hospic Hvězda také poskytuje domácí hospicovou péči, mezi jejich klienty patří i děti od dvou do dvanácti let. Protože v terénu musí sestra zvládnout mnoho věcí, včetně nejnáročnějších úkonů péče o pacienta, zaměstnává zařízení pouze zkušené pracovnice s dlouholetou praxí.

Často jsou hospice spojovány s církevními organizacemi a to může mnohé lidi odradit. Hospic Hvězda není církevní, přesto je na duchovní život věřících pacientů kladen velký důraz. V denním programu je začleněná pravidelná modlitba, bohoslužby apod.

Jsme rádi, že jsme měli možnost částečně propojit teorii s praxí a seznámit se s chodem hospice Hvězda v Malenovicích. Z prostředí vyzařoval klid a vyrovnanost. Velmi dobrý pocit jsme měli i z personálu zařízení, a to je při péči o lidi přeci to nejdůležitější, vždyť pohlázení je někdy účinnější než drahý lék.

Kapitola zabývající se hospicem uzavírá teoretickou část, která pokryla spektrum týkající se paliativní péče.

Teoretické poznatky jsme chtěli prověřit v praxi. Zvolili jsme proto pro náš výzkum metodu dotazníku, abychom pokryly větší množství respondentů a zjistili informovanost veřejnosti o paliativní a hospicové péči. Výzkumem se bude zabývat následující praktická část.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODOLOGICKÁ ČÁST

Metodologická část je zaměřena na výzkumný projekt, který jsem zpracovávala. Projekt obsahuje definování výzkumného problému, cílů výzkumu, vybraný druh výzkumu, definici výzkumného vzorku, metody výzkumu a způsob zpracování dat, které jsem pro vypracování svého výzkumu zvolila.

Metodologická část navazuje na teoretickou část. Zaměřuje se na výzkum, který probíhal v dubnu roku 2012. Výzkum probíhal dle předem vypracovaného projektu.

### 4.1 Projekt výzkumu

#### 4.1.1 Výzkumný problém

Paliativní péče nebývá předmětem běžných rozhovorů, přesto je součástí našich životů. Někoho se dotýká osobně, je jejím „zákazníkem“, pro někoho je „chlebozárcem“ – sám je poskytovatelem, někoho se dotýká zprostředkovaně přes příbuzné, rodinu, přátele a blízké. A někoho zatím vůbec nezajímá. Dali jsme si za úkol zjistit, jak dobře je česká veřejnost informována o možnostech paliativní péče. To je hlavní výzkumný problém dotazníkového šetření a tedy i bakalářské práce. Díky této bakalářské práci se také termín „paliativní péče“ a jejího fungování vůbec dostane více do povědomí občanů.

„Vědecký problém je otázka, která obsahuje vždy dvě nebo více proměnných a táže se po jejich vzájemném vztahu. Má-li tento problém být podroben ověření, musí být navíc uchopitelný metodami empirického šetření.“ (Pelikán, 2007, s. 39)

Hlavním výzkumným problémem bylo zjistit, nakolik je česká veřejnost informována o možnosti paliativní péče.

#### 4.1.2 Cíle výzkumu

„Cíle výzkumu stanoví, čeho chce výzkumník během šetření dosáhnout... nejde jen o řešení, nebo vyřešení problému, ale badatel může při formulaci cíle vymezit i předpokládanou prezentaci výzkumu, případně využití výsledku výzkumu v praxi.“ (Pelikán, 2007, s. 39)

Hlavním cílem našeho výzkumu bylo zjistit míru povědomí veřejnosti o existenci paliativní péče.

Dílním výzkumným cílem bylo zjistit obecný názor veřejnosti na péči o osoby blízké v domácím prostředí, co je pro ně v takových chvílích rozhodující.

Druhým dílním cílem bylo zjistit míru povědomí veřejnosti o existenci hospice.

#### 4.1.3 Výzkumné otázky

Výzkumnými otázkami zjišťujeme ty aspekty, které nás na této problematice zajímají – povědomí o paliativní péči, hospice a péče o umírajícího v domácím prostředí.

VO1: Vědí občané české společnosti, co je paliativní péče?

VO2: Jaký názor má česká veřejnost na péči o umírajícího v domácím prostředí?

VO3: Zná česká veřejnost zařízení hospic?

#### 4.1.4 Druh výzkumu

Vybrali jsme si kvantitativní druh výzkumu. Jak uvádí Chráska (2007, s. 12), v kvantitativním výzkumu se řeší buď jeden, nebo více problémů. Jde o řadu navzájem propojených a na sobě závislých kroků a činností. Vzhledem k definování výzkumného problému se jedná o výzkum popisný. Kvantitativní druh výzkumu jsme zvolili proto, že cílem práce jsou názory širší veřejnosti. Výhodou spatřujeme především v získání relativně velkého množství dat od velkého počtu respondentů. Jak jsme se mohli osobně přesvědčit, nevýhodou tohoto výzkumu je v případě nepochopení odpovědi následné upřesnění, které umožňuje osobnější kontakt.

#### 4.1.5 Výzkumný vzorek

Výzkum se zaměřuje na širokou veřejnost, proto jsme jako metodu výběru zvolili „nabaloování sněhové koule“, která je založena na kombinaci účelového výběru a prostého náhodného výběru. Tato metoda spočívá v kontaktu s první vlnou účastníků výzkumu, kteří aplikují dotazník dalším účastníkům a ti zase dalším. (Milovský, 2006, s. 131)

Dotazníky byly rozeslány v elektronické podobě a to formou odkazu na uložení dotazníků, který se nacházel na serveru [www.vyplnto.cz](http://www.vyplnto.cz) Dotazníky jsme také rozesílali e-mailem svým přátelům, známým, kolegům v práci a rodině. Odkaz byl také umístěn na sociální síť facebook, kde jej většina přátel sdílela a tím došlo k získání velkého množství respondentů.

Návratnost dotazníků, která je dána poměrem vyplněných a zobrazených dotazníků je 78,2% . Z toho vyplývá, že na odkaz kliklo celkem 200 respondentů, ovšem celkový počet

těch, kteří dotazník vyplnili, bylo 157. Z toho více jak polovina žen, kterých bylo 100 a 57 mužů. Kritériem pro výběr respondentů byla nejnižší věková hranice 20-ti let a to především z důvodu, že předpokládáme, že jedinec nad 20 let věku už by měl mít širší rozhled, upevněné postoje a názory a také již zcela jistě stihl spoustu věcí zažít a prožít a dokáže svůj názor na věc prezentovat bez ovlivnění okolí. Respondenti se dále odlišují věkem, nejvyšší dosaženou úrovní vzdělání, místem bydliště, vztahem k víře a povoláním.

#### **4.1.6 Metoda výzkumu**

Jako výzkumný nástroj byl použit dotazník. Jak uvádí Gavora (200, s. 99) je právě dotazník nejfrekventovanější metodou zjišťování údajů od velkého počtu respondentů.

Dotazník obsahoval celkem 24 položek. Položky jsou otevřené, polozavřené a uzavřené (dichotomické i polytomické). V úvodní části dotazníku jsme se představili, informovali respondenty o záměru výzkumu s informací, že dotazník je zcela anonymní. Dále nechyběly pokyny k jeho vyplnění.

Úvod dotazníku tvoří otázky informační, které zjišťují údaje o respondentech (pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, víra, bydliště a povolání). Vlastní dotazník se skládá ze 17 otázek a jedné dobrovolné otázky.

Dotazníky byly zveřejněny prostřednictvím serveru [www.vyplnto.cz](http://www.vyplnto.cz) od 30. 3. 2012 do 8. 4. 2012. Tento způsob dotazování jsme zvolili především z důvodu, že internet považujeme v dnešní době za nejrozšířenější komunikační prostředek a zdroj informací vůbec. Výhody vyplnění dotazníku prostřednictvím internetu spatřujeme také v tom, že si respondent v případě zájmu, může ihned vyhledat informace týkající se dané problematiky. Čímž se částečně zvýší informovanost o dané problematice a to je jeden z účelů této práce. Ovšem nevýhodu spatřujeme v zapojení věkové skupiny 61 let a výše, která byla velmi nízká. Můžeme to odůvodnit počítačovou negramotností této skupiny.

#### **4.1.7 Způsob zpracování dat**

Data získaná pomocí služby serveru [www.vyplnto.cz](http://www.vyplnto.cz). jsme zaznamenali pomocí čárkovací metody. Po sečtení jsme vytvořili tabulky četností a z těch jsme následně vygenerovali grafy, které jsou společně s tabulkami znázorněny v následující kapitole. Tabulky četností obsahují absolutní a relativní vyjádření. Otázky s otevřenou formou odpovědi jsme vyhodnocovali tak, že jsme udali nejpočetnější nebo nejzajímavější odpovědi.

Jednotlivé vyhodnocené otázky z dotazníku jsme interpretovali tabulkou, grafem a přidali jsme krátký komentář, který slovně popisuje získané informace. Celkové shrnutí výsledků výzkumu lze nalézt v kapitole 5. 1.

## 5 INTERPRETACE DAT

V této části jsou vyhodnoceny jednotlivé otázky z dotazníkového šetření. K otázkám jsou zpracovány tabulky obsahující absolutní a relativní četnost a grafy, které tento podíl zobrazují. Odpovědi na jednotlivé otázky jsou uvedeny v následující kapitole.

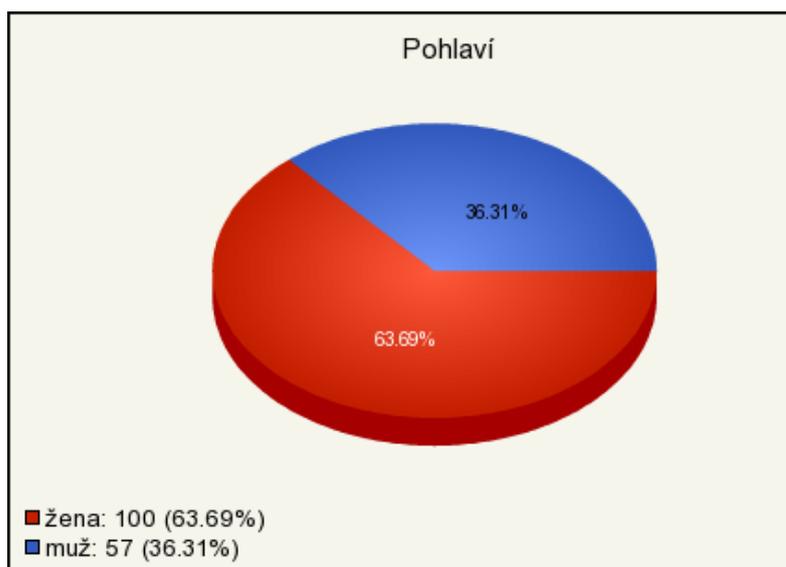
### A. Pohlaví

- a) žena
- b) muž

**Tabulka č. 1: Pohlaví**

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
<b>Žena</b>	100	64
<b>Muž</b>	57	36
<b>Celkem</b>	157	100

**Graf č. 1: Pohlaví**



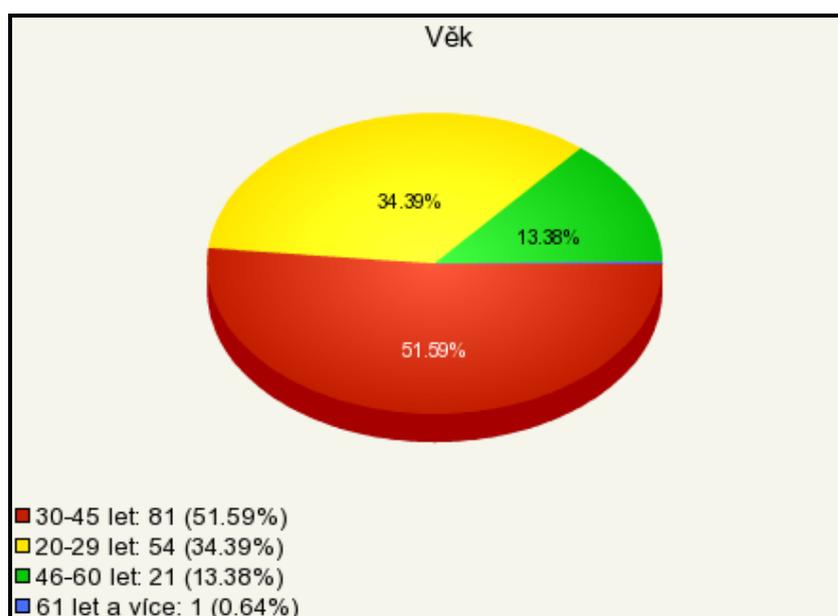
Výzkumu o této problematice se zúčastnilo 157 respondentů, téměř dvě třetiny tvoří ženy (63,69 %), z čehož lze usuzovat, že ženy se více starají, přemýšlí dopředu, myslí na budoucnost. Avšak zcela jistě ani některým mužům není jejich budoucnost lhostejná.

**B. Věk**

- a) 20 – 29 let
- b) 30 – 45 let
- c) 46 – 60 let
- d) 61 let a více

**Tabulka č. 2: Věk**

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
<b>20 – 29</b>	54	34,39
<b>30 – 45</b>	81	51,59
<b>46 – 60</b>	21	31,38
<b>61 a více</b>	1	0,64
<b>celkem</b>	157	100

**Graf č. 2: Věk**

Tato položka v dotazníku zjišťovala stáří respondentů, které zúčastněné věkové kategorie jsou srozuměny s problematikou mého výzkumu. Věkové rozhraní jsme zvolili podle

Langmeiera a Krejčířové. Ze 157 respondentů převažuje střední dospělost (30 – 45 let), v této době se často rodinný a pracovní život stabilizuje a lidé myslí více na budoucnost, plánují. To potvrzuje naši domněnku, že tato kategorie bude převládat.

### C. Vzdělání

- a) základní škola
- b) střední škola bez maturity
- c) střední škola s maturitou
- d) vyšší odborná škola
- e) vysoká škola

Tabulka č. 3: Vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
základní škola	4	2,55
střední škola bez maturity	17	10,83
střední škola s maturitou	98	62,42
vyšší odborná škola	9	5,73
vysoká škola	29	18,47
<b>Celkem</b>	157	100

Graf č. 3: Vzdělání



U respondentů převládá střední škola s maturitou nebo vysoká škola, jejich povědomí o dané problematice jsme očekávali.

#### D. Víra

- a) věřící
- b) něcista
- c) ateista

Tabulka č. 4: Víra

Víra	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
věřící	38	24,2
něcista	73	46,5
ateista	46	29,3
celkem	157	100

Graf č. 4: Víra



Zkoumaná problematika může být ovlivněna vírou respondentů, proto jsme do dotazníku uvedli tuto položku. Největší zastoupení mají lidé, kteří přestože nevěří v Boha, věří, že existuje nějaká vyšší síla, následovali ateisti a lidé, kteří věří v Boha.

### E. Bydliště

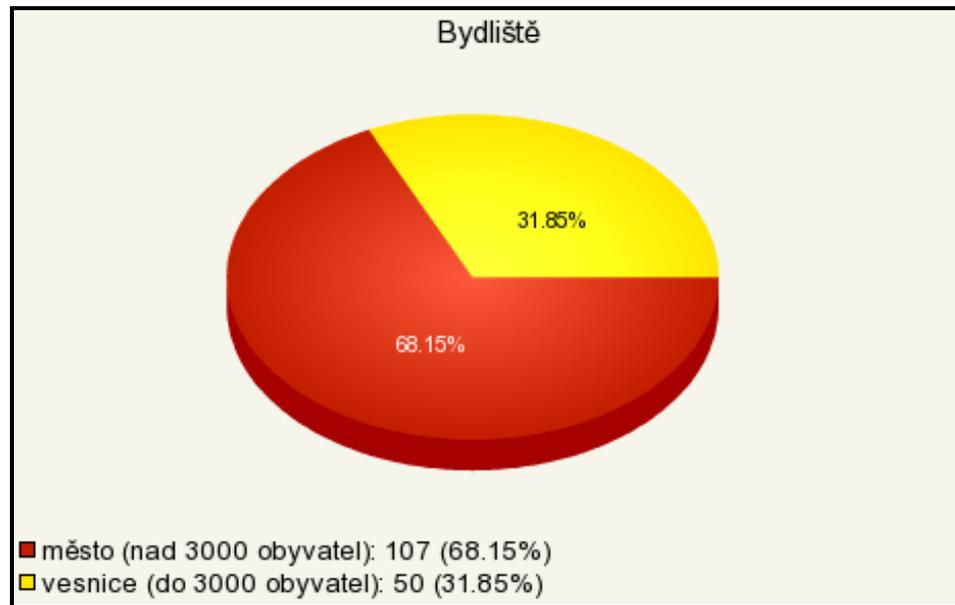
a) město

b) vesnice

Tabulka č. 5: Bydliště

Bydliště	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Město	107	68,15
Vesnice	50	31,85
<b>Celkem</b>	<b>157</b>	<b>100</b>

Graf č. 5: Bydliště



I lokální prostředí může mít vliv na zkoumanou problematiku, proto tato položka nechybí v dotazníku. Převládá městské obyvatelstvo.

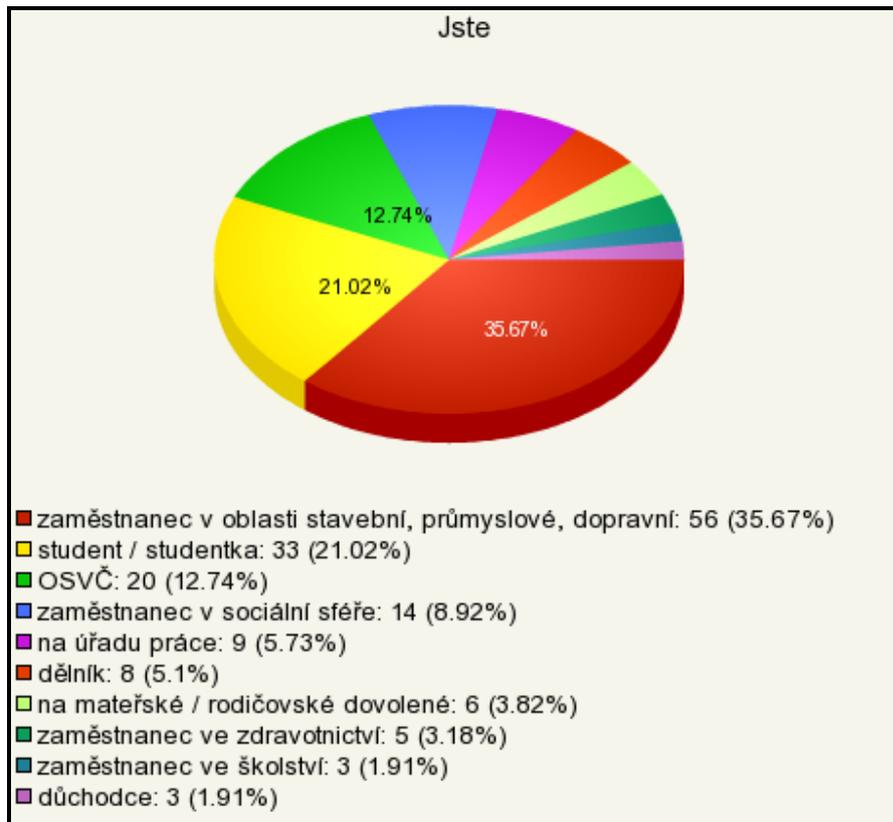
#### F. Status

- a) student / studentka
- b) OSVČ
- c) dělník
- d) na mateřské / rodičovské dovolené
- e) zaměstnán/a ve zdravotnictví
- f) zaměstnán/a v sociální sféře
- g) zaměstnán ve školství
- h) zaměstnán/a v oblasti stavební, průmyslové, dopravní
- i) na úřadu práce
- j) důchodce

Tabulka č. 6: Status

<b>Status</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost v %</b>
<b>student/studentka</b>	33	21,02
<b>OSVČ</b>	20	12,74
<b>dělník</b>	8	5,1
<b>MD</b>	6	3,82
<b>zaměstnanec/zdravotnictví</b>	5	3,18
<b>zaměstnanec/soc. sféra</b>	14	8,92
<b>zaměstnanec/školství</b>	3	1,91
<b>zaměstnanec/ostat. sféry</b>	56	35,67
<b>na úřadu práce</b>	9	5,73
<b>důchodce</b>	3	1,91
<b>celkem</b>	157	100

Graf č. 6: Status



Mezi našimi respondenty se objevila celá škála statusů. Největší zastoupení mají zaměstnané osoby ze všeobecné sféry, tedy lidé zaměstnaní v dopravě, stavebnictví a průmyslu. Druhou skupinou byli studenti a nejméně se našeho výzkumu zúčastnilo seniorů a zaměstnanců ve školství.

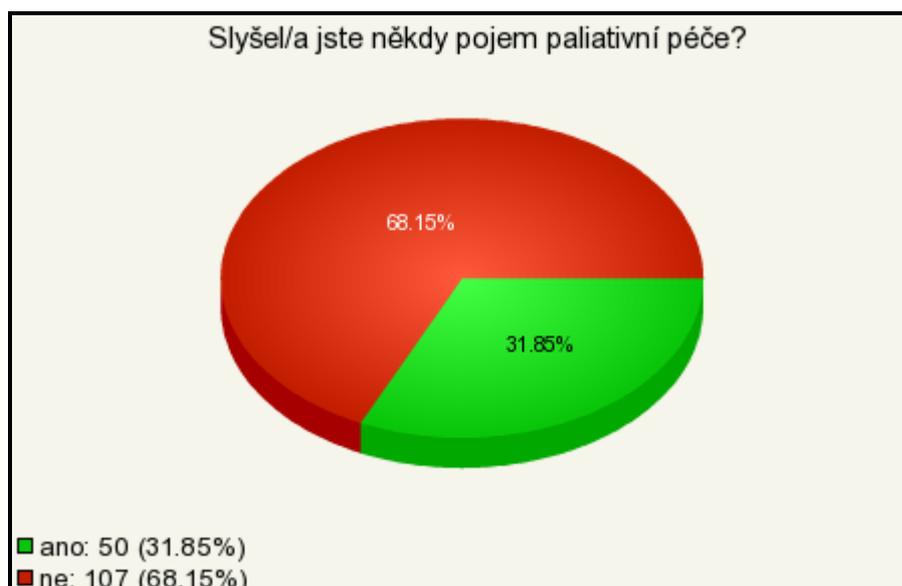
Otázka č. 1: Slyšel/a jste někdy pojem paliativní péče?

- a) ano
- b) ne

Tabulka č. 7: Pojem paliativní péče

Pojem paliativní péče	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	50	31,85
ne	107	68,15
celkem	157	100

Graf č. 7: Pojem paliativní péče



Tento výsledek není překvapující, odborné termíny málokdo z nás používá, věříme však, že je možné, že většina respondentů ví, o jakou problematiku se jedná, jen ji nazývají jiným označením.

Otázka byla rozřazovací, pokud respondent odpověděl NE, přecházel na otázku č. 7. Pokud odpověděl, že pojem paliativní péče zná, zodpovídal následující otázky, které zjišťují, zda

opravdu respondent ví, co tato péče znamená, z jakého důvodu se o ni zajímal, kde čerpal informace a zda by ji v případě osobní potřeby také využil.

**Otázka č. 2: Vysvětlete, prosím, svými slovy, co vystihuje / je cílem pojmu paliativní péče**

Tato otázka nabízí otevřenou odpověď, všichni respondenti se shodli na tom, že se jedná o péči lidí, kteří jsou nemocní nebo umírají a tato péče jim pomáhá jak psychicky, tak fyzicky. Odborné vysvětlení viz teoretická část 1. Uvedu zde několik odpovědí na ukázkou:

- „Je určena pro jedince, kteří trpí nevléčitelnou nemocí, nebo se jedná o staré lidi, kdy jejich zdravotní stav není příliš dobrý a je malá pravděpodobnost, že se jejich stavlepší. Cílem je se o tyto jedince postarat lidským a důstojným způsobem, zajistit jim dobrý konec jejich života“.
- „Jedná se o kombinaci zdravotní a sociální péče o osoby v terminálním stadiu života. Cílem této služby je poskytnout umírající osobě (a její rodině, blízkým) pomoc prostřednictvím nabízených služeb. Služby jsou diferencovány dle typu paliativní péče“.
- „Paliativní péče je péče poskytovaná pacientům, kteří trpí nevléčitelnou, smrtelnou nemocí v pokročilém nebo terminálním stadiu. Jedná se o soubor opatření poskytovaných nemocnému v případě, že cílem léčby již není a nemůže být uzdravení, opatření jsou orientována na tělo, psychiku i na duši nemocného“.
- „Cílem je umožnit důstojný odchod ze života v případě, kdy lékařská péče již nemůže poskytnout zlepšení a nemocný trpí bolestmi, podávají se utišující léky a na žádost pacienta se neprovádí žádné resuscitační techniky“.
- „Je to komplexní péče o těžce nemocné a nevléčitelné pacienty. Péče by měla být zaměřena nejen na podmínky zdravotní, ale i sociální, také na duchovní stránku pacienta“.

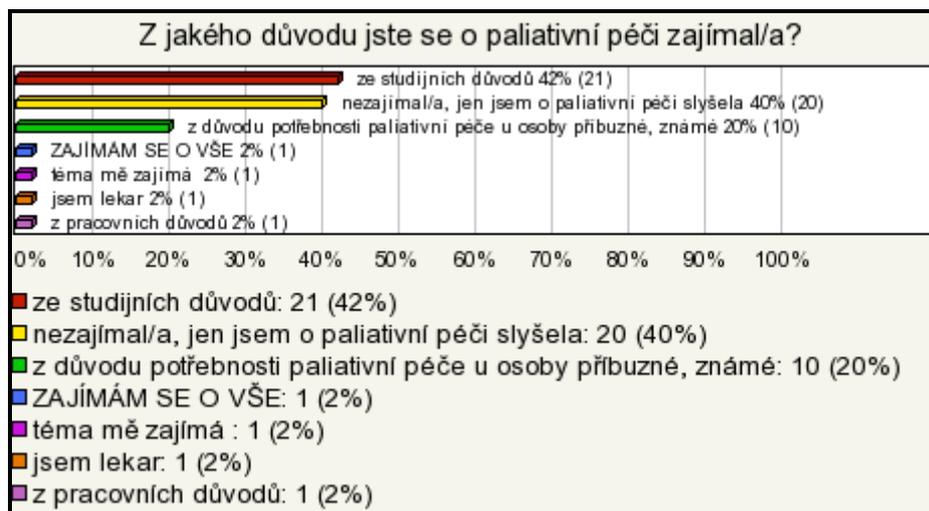
**Otázka č. 3: Z jakého důvodu jste se o paliativní péči zajímal/a?** (možnost více odpovědí)

- a) ze studijních důvodů
- b) z pracovních důvodů
- c) z důvodu aplikace paliativní péče u osoby příbuzné, známé
- d) nezajímal/a, jen jsem o něm slyšel/a
- e) jiný

**Tabulka č. 8: Důvod zájmu o paliativní péči**

<b>Důvod zájmu o PP</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost v %</b>
<b>studijní důvody</b>	21	42
<b>pracovní důvody</b>	1	2
<b>potřeba pro blízké, rodinu</b>	10	20
<b>z doslechu</b>	20	40
<b>zajímá mě to</b>	1	2
<b>zajímám se o vše</b>	1	2
<b>vlastní: jsem lékař</b>	1	2

Graf č. 8: Důvod zájmu o paliativní péči



Tuto otázku zodpovídal 50 respondentů, kteří odpověděli v otázce č. 7 ano. Avšak mohli uvést více jak 1 možnost, proto nám výsledná nedává ani 50 osob, ani 100 %. Studijní důvody mohou vysvětlovat množství vysokoškolsky vzdělaných respondentů (29 v otázce č. 3), problematika paliativní péče může být předmětem mnoha studijních oborů a předmětů. 20 z 50 respondentů již o paliativní péči alespoň slyšelo. Deset respondentů již má nějaké zkušenosti, buď vlastní, nebo zprostředkované svým okolím.

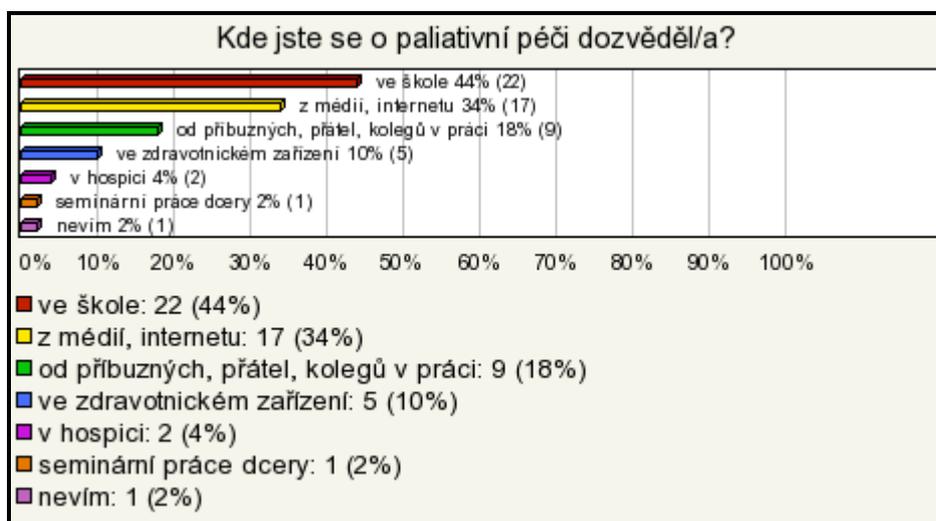
**Otázka č. 4: Kde jste se o paliativní péče dozvěděl/a? (možnost více odpovědí)**

- ve škole
- od příbuzných, přátel, kolegů v práci
- z médií, internetu
- ve zdravotnickém zařízení
- v hospici
- jiný

Tabulka č. 9: Místo nabité informace o paliativní péči

Kde získali informace	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
škola	22	44
příbuzní, přátelé, kolegové	9	18
média, internet	17	34
zdravotnické zařízení	5	10
v hospici přímo	2	4
jiné: seminární práce potomka	1	2
nevím	1	2

Graf č. 9: Kde získali informace o paliativní péči



I na tuto otázku odpovídalo 50 respondentů z otázky č. 7 a mohli odpovědět na více jak jednu možnost. Jak se dalo očekávat, nejsilnější zastoupení má školství a média. I když toto téma není příliš známé ani neznámé. A ne nadarmo se říká, že média jsou všemocná. Internet je plný mnoha zajímavých, důležitých, zároveň však také nepřesných a zkreslujících informací. Za zamyšlení stojí i nízký počet v odpovědi hospic nebo zdravotnické zařízení, právě v těchto místech by se měli postarat o největší osvětu.

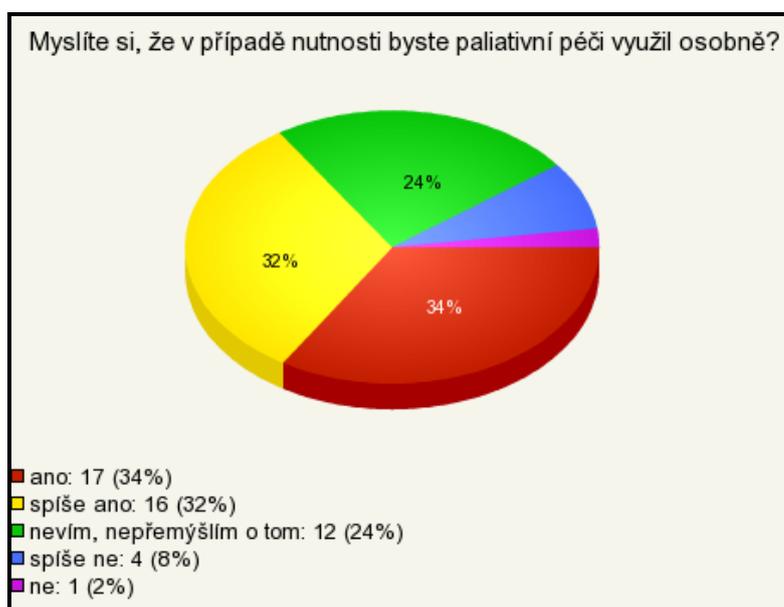
Otázka č. 5 Myslíte si, že v případě nutnosti byste paliativní péči osobně využil?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

Tabulka č. 10: Osobní využití paliativní péče

Osobní využití PP	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	17	34
spíše ano	16	32
nevím	12	24
spíše ne	4	8
ne	1	2
celkem	50	100

Graf č. 10: Osobní využití paliativní péče



Na tuto otázku odpovídalo 50 respondentů, kteří v otázce č. 7 odpověděli ano a tentokrát měli jen jednu možnost. Potěšilo nás, že převažovaly pozitivní odpovědi, dává nám to impulz dostat zkoumanou problematiku více mezi širokou veřejnost. 12 respondentů o paliativní péči nepřemýšlelo, není schopno se v současné době rozhodnout, jejich odpověď chápeme. Až akutní potřeba pro sebe či blízké může vyvolat zájem nejen o tuto problematiku, většinou jsme zvyklí řešit otázky a situace, až když nastanou, ne hypoteticky dopředu.

Pokud bychom se jednou ocitli v situaci, kdy se budeme muset rozhodnout, zda danou péči osobně využijeme, budeme rádi, pokud tady bude zařízení, které jsme měli možnost osobně poznat a tím je hospic Hvězda.

#### **Otázka č. 6: Z jakého důvodu byste tuto péči nevyužil?**

Tuto otázku vyplňovali respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli spíše ne nebo ne. Jde tedy o výpovědi 5 respondentů, byla to otevřená odpověď a zde uvádíme jejich vlastní slova:

- „Asi bych chtěla být se svou nemocí sama, popřípadě bych to řešila v kruhu rodiny.“
- „Eutanazie.“
- „Ještě nevím.“
- „Nedovedu si představit dlouhodobě žít a být závislý na péči ostatních.“
- „Nechci být na obtíž svým blízkým, nechci, aby na mě měli vzpomínky jako na nemocnou, ale soudím tak momentálně, nejsem v té situaci. Nevím, jestli bych měla stejný názor jako nemocná (umírající).“

#### **Otázka č. 7: Myslíte si, že je péče o terminálně (umírající) nemocné pacienty v ČR dostačující?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nevím, nedokážu to posoudit

Tabulka č. 11: Kvalita péče o terminálně nemocné

Dostačující péče o terminálně nemocné	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	4	2,55
spíše ano	11	7,01
ne	26	16,56
spíše ne	56	35,2
nevím, nedokážu to posoudit	60	38,2
celkem	157	100

Graf č. 11: Dostačující péče o terminálně nemocné



Ve výsledcích na tuto otázku se odráží situace naší republiky, co se týče zdravotnické a sociální politiky státu. Poslední roky se událo mnoho změn, které se dotkly všech z nás, v jakémkoli věku. Každý jedinec je vnímá jinak. Největší zastoupení má odpověď nedokážu to posoudit. I my se přikláníme k tomuto stanovisku, je těžké soudit nebo analyzovat skutečnosti, o kterých prakticky nic nevíme nebo víme málo a ještě třeba ne „z první ruky“.

**Otázka č. 8: Máte nějaký návrh na zlepšení péče o terminálně (umírající) nemocné pacienty v ČR?**

Tato otázka byla dobrovolná, nevyplnili ji zcela všichni respondenti, některé zajímavé odpovědi zde uvádíme pro názornost.

- „Dnešní sociální podmínky z hlediska zákonů jsou neprostopupné, a proto jakýkoliv návrh je zbytečný. Vše je o financích a ty bohužel nejsou a zřejmě ani nebudou. Moje návrhy by byly pouhou hypotézou.“
- „Více pracovního personálu na pacienta, zkrášlení místa, kde se s pečujícím rodiny scházejí (pokoj), a umožnění eventuálního přespání příbuzným.!
- „Finanční podpora pro jedince, kteří se starají o umírající pacienty v domácím prostředí. Mnozí lidé by přišli o své zaměstnání, kdyby se starali o někoho blízkého, který umírá - úprava v zákoně. Více hospiců.“
- „Myslím si, že tuto práci by měl vykonávat člověk, který ji skutečně dělat chce, ne ten, který se jen proškolí a rekvalifikuje, protože nikde jinde nenašel uplatnění, to se samozřejmě na péči o takto nemocné projeví, samozřejmě v negativním přístupu k nemocným, jako se to projevuje i ve zdravotnických zařízeních“.
- „Uzákonění dobrovolné eutanázie, pokud o to umírající požádá, a to ještě při svém plném vědomí.“

**Otázka č. 9: Myslíte si, že by se příbuzní měli zapojit do péče o umírajícího?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

Tabulka č. 12: Příbuzní a péče o umírajícího

Příbuzní a péče o umírajícího	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
<b>ano</b>	74	47,13
<b>spíše ano</b>	58	36,94
<b>spíše ne</b>	1	0,64
<b>nevím</b>	24	15,29
<b>celkem</b>	157	100

Graf č. 12: Příbuzní a péče o umírajícího



132 kladných ze 157 odpovědí je jasným důkazem toho, že nám není lhostejný osud a budoucnost našich blízkých, ať již rodinných příslušníků, či přátel a známých. Samozřejmě nese to s sebou jisté riziko jako je finanční, časová a psychická zátěž. Na druhou stranu každý na své okolí spoléhá, nikdo nechce být na obtíž či přítěž pro cizí osoby. Roli v tom také hrají rodinné vztahy a povaha nemocné osoby.

**Otázka č. 10: Pečoval/a byste o svého nejbližšího „do konce“ doma?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

**Tabulka č. 13: Péče o nejbližší doma**

Péče o nejbližší doma	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
<b>ano</b>	45	28,66
<b>spíše ano</b>	47	29,94
<b>ne</b>	4	2,55
<b>spíše ne</b>	11	7,01
<b>nevím</b>	50	31,85
<b>celkem</b>	157	100

**Graf č. 13: Péče o nejbližší doma**



Téměř 2/3 respondentů by volilo domácí péči pro své nejbližší, nejspíše je to dáno finanční situací, nedostačujícím počtem zdravotnických zařízení a především slibem, který si u oltáře dáváme: „v nemoci i ve zdraví.“ Téměř třetina však ještě není rozhodnuta, hodně by jistě záleželo na stavu nemocné osoby a závažnosti onemocnění. Psychickou zátěž zvládáme každý jinak a v různé míře.

Osobně si myslíme, že domácí péče by měla být prvořadá. Ve chvíli, kdy by převažovalo více negativ u domácí péče, je nutné hledat alternativy, kde by blízkému byla poskytnuta nejlepší možná péče. Tuto alternativu spatřujeme v zařízení – hospic.

**Otázka č. 11: Z jakého důvodu byste nepečoval/a o svého nejbližšího "do konce" doma? (možnost více odpovědí)**

- a) psychicky bych to nezvládl/a
- b) nevím, jak se o umírajícího starat
- c) nezvládl/a bych to finančně
- d) z pracovních důvodů
- e) blízký si to nepřeje, chce umírat o samotě
- f) jiný

**Tabulka. 14 Důvody proti domácí péči**

<b>Důvody proti domácí péči</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost v %</b>
<b>psychicky bych to nezvládl/a</b>	8	47,06
<b>nevím, jak se o umírajícího starat</b>	7	41,18
<b>nezvládl/a bych to finančně</b>	5	29,41
<b>z pracovních důvodů</b>	4	23,53
<b>s „nejbližším“ si nerozumím</b>	1	5,88
<b>kvůli dětem</b>	1	5,88
<b>nemohu poskytnout takovou péči jako v hospici</b>	2	11,76

Graf č. 14 Důvody proti domácí péči



Na tuto otázku reagovali respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli ne nebo spíše ne, tedy 15 osob. Mohly však vybírat více odpovědí nebo dopsat vlastní. Nejčastějšími odpověďmi byly: psychická zátěž, pracovní a finanční důvody, preference odborné péče a profesionality.

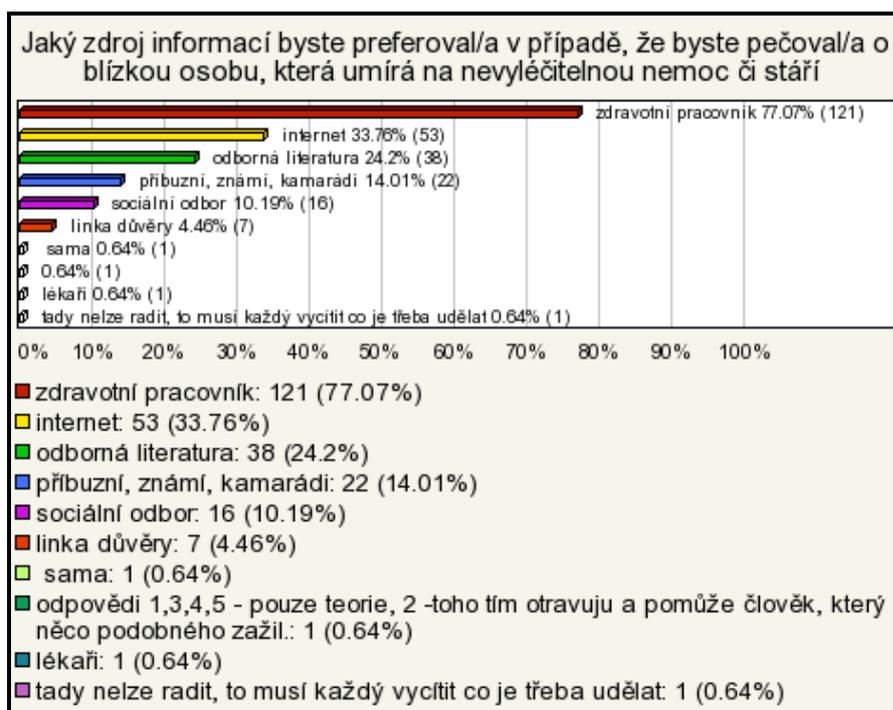
**Otázka č. 12: Jaký zdroj informací byste preferoval/a v případě, že byste pečoval/a o blízkou osobu, která umírá na nevléčitelnou nemoc či stáří a trpící nepředstavitelnými bolestmi.** (možnost více odpovědí)

- internet
- zdravotní pracovník
- odborná literatura
- linka důvěry
- sociální odbor
- příbuzní, známí, kamarádi
- jiný

Tabulka č. 15: Zdroje informací pro péči

Zdroje informací pro péči	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
internet	53	33,76
zdravotnický pracovník	121	77,07
odborná literatura	38	24,2
linka důvěry	7	4,46
sociální odbor	16	10,19
příbuzní, přátelé	22	14,01
sám	1	0,64
lékař	1	0,64
jiné: vycítit to, zkušenosti	2	1,28

Graf č. 15: Zdroje informací pro péči



V této otázce respondenti mohli vybírat více odpovědí, proto i tato otázka netvoří celek 100 %. Nejvíce osob důvěřuje zdravotnickému personálu, který by měl být nejlépe informován a poskytovat druhým potřebné rady. Dnešní moderní doba umožňuje získat potřebné informace také prostřednictvím internetu a odborných publikací (91 odpovědí). Mnozí dají i na zkušenosti známých či blízkých, na doporučení a osvědčené možnosti/postupy.

Osobně považují internet za největší zdroj informací dnešní doby. Není výjimkou, že některé konzultace s lékařem již probíhají prostřednictvím e-mailu.

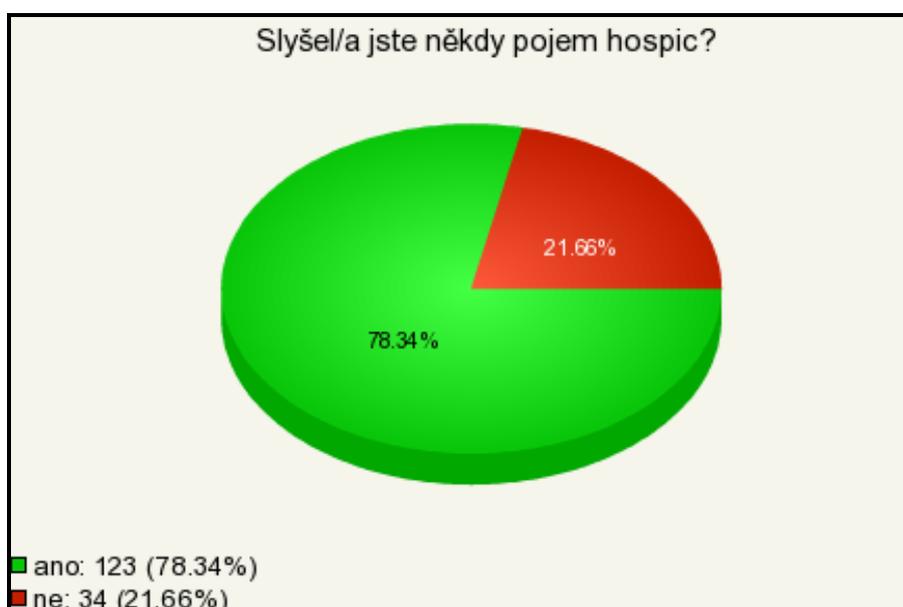
### Otázka č. 13: Slyšel jste někdy pojem hospic?

- a) ano
- b) ne

**Tabulka č. 16: Znalost pojmu hospic**

Znáte hospic	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
<b>ano</b>	123	78,34
<b>ne</b>	34	21,66
<b>celkem</b>	157	100

**Graf č. 16: Znají pojem hospic**



Přes dvě třetiny respondentů uvedlo, že zná pojem hospic. Samozřejmě to však nevyovídá o tom, zda si tento termín vykládají správně. To nám prozradí další otázka.

#### **Otázka č. 14: Vysvětlete prosím svými slovy, k čemu slouží hospic**

Tato otázka má v dotazníku otevřenou odpověď, všechny odpovědi byly správné a opět zde uvádíme některé zajímavé odpovědi:

- "Domov pro umírající", lidé se smrtelnou chorobou zde mohou bydlet (příbuzní mohou přespávat), pokud se o blízkého umírajícího staráte doma, můžete tam chodit na konzultace.“
- „Dožití v důstojných podmínkách, zajištění zdravotní a hygienické péče v případech, kdy domácí péče není možná nebo si ji pacient nepřeje.“
- „Hospic je zdravotnické zařízení, které je určené pro osoby, které trpí nevléčitelnou nemocí, jsou staří, např. už nemohou chodit, a potřebují 24 hodinovou péči.“
- „Hospicová péče je taková péče, která nabízí těžce nemocným (většinou v terminálním stavu) a jejich blízkým účinnou pomoc, kdy už jsou prostředky klasické medicíny, síly a schopnosti nejbližšího okolí pečovat o nemocného nedostačující. Hospicová péče je určena většinou pro pacienty s onkologickým onemocněním, přijímáni jsou ale i pacienti s jinými druhy nevléčitelných onemocnění, většinou v terminálním stadiu onemocnění. Hospicová péče se poskytuje jak v lůžkových hospicových zařízeních, tak i doma ve spolupráci s rodinou nemocného (např. domácí hospic Cesta domů v Praze).“
- „Místo jako hotel pro těžce nemocné, staré lidi, kteří nemohou již žít sami doma či jejich rodina nemá zájem, čas či finance se o ně starat, v hospici mají lékařský dozor, jídlo, společnost lidí i svůj klid, pacient se pak necítí tak osamocen.“

Správnost odpovědí respondentů lze ověřit ve 3. kapitole.

Otázka č. 15: Máte osobní zkušenost s pobytem blízké osoby v hospici?

a) ano

b) ne

Tabulka č. 17: Osobní zkušenost s hospicem

Osobní zkušenost s hospicem	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	18	14,63
ne	105	85,37
celkem	123	100

Graf č. 17: Osobní zkušenost s hospicem



Tuto otázku vyplňovali respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli ano. Předpokládáme, že negativní odpovědi převažují z důvodu nižšího věku a tedy nepotřebnosti tohoto zařízení doposud. Také výsledek může poukazovat na to, že lidé mají své blízké opravdu rádi a pokud takovou pomoc potřebují, jsou schopni ji poskytovat sami, v interakci s osobním, pracovním životem a finanční situací.

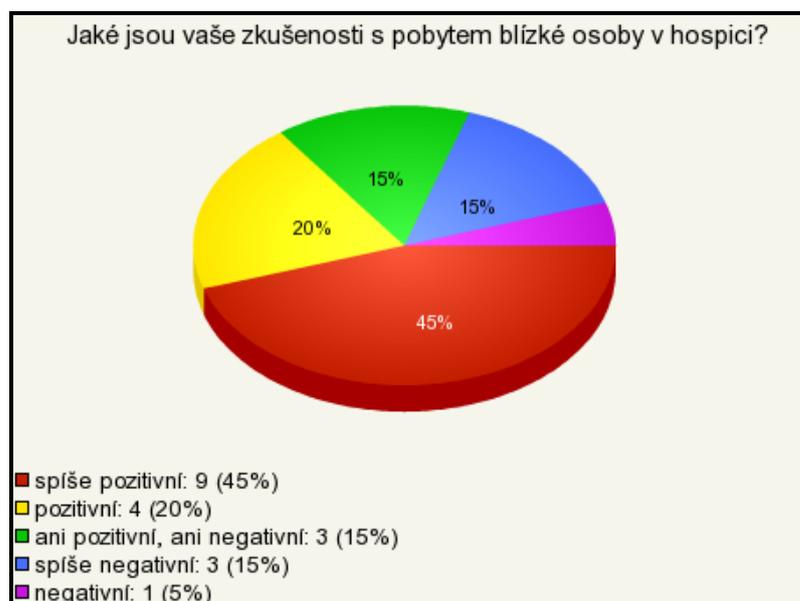
**Otázka č. 16: Jaké jsou vaše zkušenosti s pobytem blízké osoby v hospici?**

- a) pozitivní
- b) spíše pozitivní
- c) ani pozitivní, ani negativní
- d) spíše negativní
- e) negativní

**Tabulka č. 18: Povaha zkušeností s hospicem**

Povaha zkušeností s hospicem	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
pozitivní	4	20
spíše pozitivní	8	45
ani pozitivní, ani negativní	3	15
spíše negativní	2	14
negativní	1	6
celkem	18	100

**Graf č. 18: Povaha zkušeností s hospicem**



Pro 105 respondentů skončil tento dotazník u předchozí otázky č. 21. V dotazníku, tuto otázku zodpovíдалo 18 osob. Převažují pozitivní odpovědi, což svědčí o dobrých zkušenostech a tedy i spokojenosti s těmito zařízeními v naší republice. Diskutabilní je, co je únosné, správné, pozitivní a co ne. Co poskytuje jeden hospic, neznamená standard pro jiný. Důvody nespokojenosti řeší následující otázka.

### **Otázka č. 17: Uved'te vaše negativní zkušenosti s pobytem blízké osoby v hospici**

Na tuto otázku měli odpovědět ti, kteří v předchozí otázce odpověděli negativní, spíše negativní. Odpovědi objasňují jejich zkušenost:

- „Hlad.“
- „Nezájem personálu.“
- „Totální nezájem (tchýně byla dvakrát hospitalizována v nemocnici - důvodem byla totální dehydratace, i když jsme ji denně navštěvovali, nedokázali jsme zvrátit stav, že jako ležící měla na stolku jídlo i pití, které ji bylo odnášeno z důvodu, že nechce a odmítá jíst a pít, ale ona se nemohla ani zvednout, natož sednout a jídlo si podat ...).“

## **5.1 Shrnutí výsledků výzkumu**

Za výzkumný problém pro náš výzkum jsme vybrali: Informovanost veřejnosti o možnosti paliativní péče. Za cíle výzkumu jsme vytyčili níže uvedené cíle, které shrnujeme do následujících bodů:

*Zjistit, zda ví česká veřejnost o možnosti paliativní péče.*

Pro zodpovězení hlavního cíle je potřeba shrnout výsledky šetření v otázkách č. 7 – 10 dotazníku. Bohužel hned první otázka (tedy č. 7) ukazuje, že respondentům termín paliativní péče není příliš známou problematikou, převažují negativní odpovědi – 107 ze 157 respondentů. Jak jsme již poukázali, odpověď nevysvětluje, zda neznají termín nebo obsah termínu. V další otázce měli respondenti vysvětlit pojem paliativní péče vlastními slovy, odpovědi byly pestré a vesměs správné, odrazily se v nich vlastní zkušenosti, tedy rozvitější odpověď, nebo naopak jen základní povědomí = krátká odpověď. V analýze otevřených odpovědí z dotazníku uvádíme pouze několik odpovědí, samozřejmě jsme však prostudovali odpovědi všech respondentů. Důvod zájmu o paliativní péči se různí, převládají studij-

ní zájmy, samotná potřebnost pro své blízké, také všestranný přehled nad různou problematikou, dotýkající se našich životů. Způsobů, jak se o paliativní péči respondenti dozvěděli, je několik, převládají poznatky ze studia, předávání nebo přijímání zkušeností ze svého okolí, dále z médií (včetně internetu), které hrají důležitou roli při získávání informací. Očekávali jsme vyšší zastoupení odpovědi zdravotnická zařízení nebo přímo v hospici, je však dosti pravděpodobné, že lidé volí jednodušší cestu, jak se k informacím dostat než čelit skutečnosti přímo na místě v nemocnici nebo hospici. **Z dotazníkového šetření vyplynulo, že respondenti nejsou doposud blíže obeznámeni s termínem paliativní péče. Správnou odpověď označila pouhá 1/3 respondentů. Pozitivní faktor vnímáme v tom, že druhou nejvíce zastoupenou skupinou byli studenti a důvody zájmu o paliativní péči byly studijní.**

*Zjistit, jak se lidé staví k péči o osoby blízké, co je pro ně v takových chvílích rozhodující.*

Odpověď pro tento dílčí díl nalezneme v odpovědích otázek č. 11 - 18. Respondent měl možnost zamyslet se nad vlastním osudem, zda by paliativní péče využil. Z 50 osob znalých paliativní péči by ji dvě třetiny využily, což hovoří v prospěch zařízení touto péčí se zabývajících. Necelá třetina však o tom také ještě nepřemýšlela, takže výsledky nejsou zcela jednoznačné. 5 osob, které by paliativní péče nevyužily, zodpovídají ve 12. otázce své důvody. 13. otázka posuzuje úroveň péče o terminálně nemocné (umírající) v naší republice a 14. otázka na ni navazuje možnostmi navrhnout, jak vše zlepšit. Téměř polovina všech dotázaných však nemá osobní zkušenosti, aby tuto otázku mohla vyhodnotit kladně nebo záporně, ti, kteří znalosti mají, vyvozují spíše negativní závěry. Ty mohou být ovlivněny různými složitostmi a změnami, které v poslední době ovládají zdravotnictví a sociální sektor. V návrzích na zlepšení se nám zamlouvají odpovědi typu, že tuto práci mají vykonávat lidé, kteří ji berou jako poslání, ne nutné zlo. Z dalších otázek vyplývá, že lidé si stále ještě pomáhají a vzájemně o sebe starají, že jim není lhostejný osud druhých. Pokud by nevyužili paliativní péče, tak celé dvě třetiny respondentů je ochotno se o své blízké postarat doma až do jejich skonu, třetina však ještě váhá. Je rozumné zvážit všechny aspekty, které tento závazek přináší. V důvodech, proč by to pro své blízké neudělali, převládají psychická, finanční zátěž a také pracovní vytíženost (otázka č. 17). Pokud by se však rozhodli o své blízké pečovat doma, obstarají si informace od nejzkušenějších, tedy od zdravotního personálu, popř. budou čerpat z internetu a odborných publikací. Internet a knihy však mohou nabízet rady spíše teoretické, sami bychom se přiklonili raději ke zkušenostem a osvědčeným radám. **Z výsledku dotazníkového šetření vyplývá, že většina**

**z nás by se ráda v těchto chvílích starala o své nejbližší sama v domácím prostředí. Ovšem jsou zde důvody, které jim v tom brání. Mezi nejzávažnější patří psychická, finanční zátěž a pracovní důvody.**

*Zjistit, zda jsou lidé obeznámeni se zařízením, které paliativní péče poskytuje.*

Tématiku hospicu řeší otázky č. 19 až 23. 123 osob ze 157 zná termín hospic a v následující otázce měli možnost termín vlastními slovy vysvětlit. Všechny odpovědi byly správné, některé jsme uvedli pod otázkou v interpretaci. Osobní zkušenost s hospicem mělo jen 18 ze 123 osob, tyto osoby vyplnily i další otázky. Zbylých 105 osob tyto zkušenosti dosud nemají, pro ně účast na výzkumu a vyplňování dotazníku tímto skončila. 18 respondentů pokračuje v posledních 2 otázkách, zkušenosti převažují pozitivní, z čehož jsme potěšeni. Samozřejmě to neznamena, že by tento výsledek platil např. pro větší výzkumný vzorek (celá ČR). Poslední otázka dotazníku byla pro ty, kteří v předchozí otázce odpověděli negativně. Mohli zde uvést zkušenosti, důvody. Ve dvou ze tří odpovědí figuruje nezájem personálu. To může být hodnoceno na základě subjektivních pocitů nebo vysokými očekáváními, nepopíráme ale ani tu možnost, že personál opravdu neplní své povinnosti a funkce. **Podle výsledků získaných našim dotazníkem vyplynulo, že pojem hospic je v povědomí širší veřejnosti znám. A přestože zkušenosti respondentů, které nejsou nikterak četné, jsou pozitivní.**

## ZÁVĚR

V teoretické části bakalářské práce představujeme paliativní péči, její charakteristiku pomocí odborné literatury. Kromě historie této péče u nás i ve světě se zabýváme cíli a členěním péče, zohledňujeme etické hledisko v této činnosti. Ve stručnosti uvádíme i lidské potřeby, kterých se péče dotýká. Toto téma je neodmyslitelně spojené s poslední fází života – smrtí, její fáze popisujeme v další kapitole (č. 2). Poslední částí teoretické části je představení hospice. Vysvětlujeme, komu je zařízení určené, jak funguje, jaké jsou možnosti pacientů a jejich blízkých, jaké druhy péče mohou využívat.

Praktická část je postavená na dotazníkovém šetření a odpovědích 157 respondentů. Jednotlivé položky jsou shrnuty do tabulky a grafu, odpovědi, které takto nešly znázornit, jsou okomentovány slovně. Na počátku výzkumu bylo důležité stanovit si výzkumný problém a otázky, na základě výzkumu jsme na ně měli najít odpovědi. Výsledky jsou shrnuty v závěru praktické části.

Na začátku bakalářské práce na téma Informovanost veřejnosti o možnosti paliativní péče jsme vytyčili hlavní výzkumný problém a několik výzkumných otázek. Jak již název napovídá, zjišťovali jsme, zda lidé vědí, co je paliativní péče. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že lidé termín převážně neznají, ale vlastními slovy jsou schopni vysvětlit, co si představují o této problematice. V závěru praktické části jsme shrnuli nejčastější odpovědi na tyto otázky, avšak není to jednoznačná odpověď, tato problematika může zajímat i osoby s jinou charakteristikou. Usuzujeme, že by daná problematika měla zajímat občany na vrcholu dospělosti, než nastoupí stáří a příznaky vyššího věku, myslet dopředu a zjistit si všechny možnosti. V další výzkumné otázce jsme zkoumali, jak se lidé staví k péči o své blízké, zda by paliativní péče využili. Z výsledků vyplývá, že většina zúčastněných osob by této péče využila, ale i podstatná část respondentů o tom ještě nepřemýšlela. Tedy nevyplývá z toho jasná odpověď. Lidé jsou ochotni starat se o své blízké, pokud to bude v jejich silách, zvládnou psychickou, finanční i fyzickou zátěž, samozřejmě v závažnějších případech neváhají využít odborné paliativní péče. Poslední výzkumnou otázkou jsme zjišťovali, zda lidé znají hospic. Přes dvě třetiny respondentů toto zařízení znají a umí jej popsat, avšak jen zanedbatelné množství (18) má s ním zkušenosti. Věříme, že kdyby dotazník vyplnilo více osob s osobními zkušenostmi s hospicem, výsledky by byly mnohem zajímavější a jistě také pestřejší.

Pro uvedení této problematiky do povědomí lidí a také vzbuzení zájmu v nich o paliativní péči bychom doporučovali např. pořádání přednášek, seminářů pro veřejnost. Při těchto příležitostech by mohli odborníci diskutovat s laiky, vysvětlit jim skutečnosti, kvůli kterým tápou nebo mají strach o těchto faktech vůbec uvažovat. Vhodné by bylo i zapojení praktických lékařů, kteří svým pacientům, samozřejmě ve věku, kdy by to pro ně mohlo být aktuální, mohou vysvětlit jejich možnosti, představit jim klady, ale i zápory. Výborným nápadem by mohlo být i pořádání Dnu otevřených dveří v hospicích, aby se dostali do povědomí občanů a také je to vhodné jistě i pro vytvoření si vlastní představy, jak to tam vypadá, co se tam děje a podobně.

Narození, život, smrt. To je koloběh života. Děje se neustále kolem nás, bereme ho jako přirozený. Náš názor se však může radikálně změnit, když umírá náš blízký. Někdo, koho známe, milujeme a třeba se o nás celý život staral. Začne v nás bojovat smutek, nespravedlnost, beznaděj, vztek a mnoho dalších podobných pocitů. Snažíme se dělat vše pro to, abychom to změnili, odvrátili nebo oddálili. Nakonec nám ale nezbývá nic jiného, než se se skutečností smířit, přijmout realitu takovou, jaká skutečně je. Uděláme vše pro to, aby se náš blízký cítil o maličko lépe, aby si ten svůj „zbytek života“ ještě prožil bez bolestí, bez trápení. Z toho důvodu existuje paliativní péče a hospic. Je důležité zvážit všechna pro a proti. Uvědomit si, zda bude blízkému lépe v naší neustálé přítomnosti, byť neodborné z medicínského hlediska, nebo by raději zvolil variantu „neumírat před očima“ a „dívat se na to, jak jeho umíráním trpí právě jeho nejbližší a navíc být v odborné péči. Je to zcela individuální, proto bychom měli podpořit jakékoliv rozhodnutí. Může to přece být to poslední.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

BARBY BLUMENTHAL Kay et al., 1987. *Kapitoly z thanatologie*. Praha: Avicenum.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2000. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-034-7.

KAVLACH, Zdeněk, 2004. *Respektování lidské důstojnosti: Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*. Praha: Cesta domů.

KALVACH, Zdeněk, 2010. *Manuál péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů. ISBN 80-904516-4-3.

KOMÍNKOVÁ, Helena. Právo na důstojné umírání. *Sestra*. 2002, roč. 12, č. 1, s. 20-21. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ, 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0784-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2006. *Psychologie smysluplnosti existence: Otázky na vrcholu života*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1370-5.

MACKOVÁ, Marie et al., 2006. *Sborník z Odborné konference s mezinárodní účastí na téma: „Multidisciplinární tým“*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a lékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-437-2.

MACKOVÁ, Marie. Role hospicového sociálního pracovníka. In: MACKOVÁ, Marie et al. *Sborník z Odborné konference s mezinárodní účastí na téma: „Multidisciplinární tým“*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a lékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 27-29. ISBN 80-7013-437-2.

MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.

MATOUŠEK, O., P. KODYMOVÁ a J. KOLÁČKOVÁ, ed., 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Eutanazie nebo paliativní péče?* Praha: Grada. ISBN 80-247-1025-0.

NOVOTNÁ, Věra a Věra SCHIMMERLINGOVÁ, 1992. *Sociální práce její vývoj a metodické postupy*. Praha: Katedra sociální práce a vzdělávání dospělých filozofické fakulty Univerzity Karlovy. ISBN 80-7066-483-5.

*O organizaci paliativní péče: Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům*, 2004. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-4332-4.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, ed., 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.

OPATRNÁ, Marie. Klinická pastorační péče a její poskytovatel. In: MACKOVÁ, Marie et al. *Sborník z Odborné konference s mezinárodní účastí na téma: „Multidisciplinární tým“*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a lékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 9. ISBN 80-7013-437-2.

PINKAVOVÁ, Hana. Multidisciplinární spolupráce. In: MACKOVÁ, Marie et al. *Sborník z Odborné konference s mezinárodní účastí na téma: „Multidisciplinární tým“*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a lékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 5-6. ISBN 80-7013-437-2.

RADBRUCH, Lukáš a Sheila PAYNE, 2010. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. Praha: Cesta domů.

ROTTER, Hans, 1999. *Důstojnost lidského života: Základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-7021-302-7.

VORLÍČEK, Jiří a Ondřej SLÁMA. Paliativní medicína: historie a současnost. *SANQUIS*. 2005, č. 41, s. 34. Praha: Audabiac. ISSN 1212-6535.

SKÁLA, Bohumil et al., 2005. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: CDP-PL. ISBN 80-86998-03-7.

SLÁMA, O., L. KABELKA a J. VORLÍČEK, ed., 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.

STOCK, Christian, 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3553-5.

SVATOŠOVÁ, Marie, 1995. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo. ISBN 80-902049-0-2.

VODÁČKOVÁ, Daniela et al., 2007. *Krizová intervence*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-342-2.

VORLÍČEK, J., Z. ADAM a Y. POSPÍŠILOVÁ, ed., 2004. *Paliativní medicína*. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj. a jiné

např. například

s. strana

č. číslo

tzv. takzvaně

tj. to jest

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

<b>Graf č. 1: Pohlaví.....</b>	<b>39</b>
<b>Graf č. 2: Věk.....</b>	<b>40</b>
<b>Graf č. 3: Vzdělání.....</b>	<b>42</b>
<b>Graf č. 4: Víra.....</b>	<b>43</b>
<b>Graf č. 5: Bydliště.....</b>	<b>44</b>
<b>Graf č. 6: Status.....</b>	<b>46</b>
<b>Graf č. 7: Pojem paliativní péče.....</b>	<b>47</b>
<b>Graf č. 8: Důvod zájmu o paliativní péči.....</b>	<b>50</b>
<b>Graf č. 9: Kde získali informace o paliativní péči.....</b>	<b>51</b>
<b>Graf č. 10: Osobní využití paliativní péče.....</b>	<b>52</b>
<b>Graf č. 11: Dostačující péče o terminálně nemocné.....</b>	<b>54</b>
<b>Graf č. 12: Příbuzní a péče o umírajícího.....</b>	<b>56</b>
<b>Graf č. 13: Péče o nejbližší doma.....</b>	<b>57</b>
<b>Graf č. 14 Důvody proti domácí péči.....</b>	<b>58</b>
<b>Graf č. 15: Zdroje informací pro péči.....</b>	<b>60</b>
<b>Graf č. 16: Znají pojem hospic.....</b>	<b>61</b>
<b>Graf č. 17: Osobní zkušenost s hospicem.....</b>	<b>63</b>
<b>Graf č. 18: Povaha zkušeností s hospicem.....</b>	<b>64</b>

**SEZNAM TABULEK**

<b>Tabulka č. 1: Pohlaví .....</b>	<b>39</b>
<b>Tabulka č. 2: Věk .....</b>	<b>40</b>
<b>Tabulka č. 3: Vzdělání .....</b>	<b>41</b>
<b>Tabulka č. 4: Víra .....</b>	<b>42</b>
<b>Tabulka č. 5: Bydliště .....</b>	<b>43</b>
<b>Tabulka č. 6: Status .....</b>	<b>45</b>
<b>Tabulka č. 7: Pojem paliativní péče .....</b>	<b>47</b>
<b>Tabulka č. 8: Důvod zájmu o paliativní péči.....</b>	<b>49</b>
<b>Tabulka č. 9: Místo nabité informace o paliativní péči.....</b>	<b>51</b>
<b>Tabulka č. 10: Osobní využití paliativní péče.....</b>	<b>52</b>
<b>Tabulka č. 11: Kvalita péče o terminálně nemocné.....</b>	<b>54</b>
<b>Tabulka č. 12: Příbuzní a péče o umírajícího.....</b>	<b>56</b>
<b>Tabulka č. 13: Péče o nejbližší doma.....</b>	<b>57</b>
<b>Tabulka č. 14: Důvody proti domácí péči.....</b>	<b>58</b>
<b>Tabulka č. 15: Zdroje informací pro péči.....</b>	<b>60</b>
<b>Tabulka č. 16: Znalost pojmu hospic.....</b>	<b>61</b>
<b>Tabulka č. 17: Osobní zkušenost s hospicem.....</b>	<b>63</b>
<b>Tabulka č. 18: Povaha zkušeností s hospicem.....</b>	<b>64</b>

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I – Dotazník – Informovanost veřejnosti o možnosti paliativní péče

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a píši bakalářskou práci na téma *Informovanost veřejnosti o možnosti paliativní péče*. Touto cestou Vás chci požádat o vyplnění **anonymního** dotazníku.

Prosím o pravdivé zodpovězení všech otázek. U každé otázky, označte vždy jen jednu Vámi zvolenou odpověď, pokud nebude uvedeno jinak.

Děkuji za Váš čas

Eva Smetanová

### A. Pohlaví

- a) žena
- b) muž

### B. Věk

- a) 20 – 29 let
- b) 30 – 45 let
- c) 46 – 60 let
- d) 61 let a více

### C. Vzdělání

- a) základní škola
- b) střední škola bez maturity
- c) střední škola s maturitou
- d) vyšší odborná škola
- e) vysoká škola

**D. Víra**

- a) věřící
- b) nęcista
- c) ateista

**E. Bydliště**

- a) město
- b) vesnice

**F. Status**

- a) student / studentka
- b) OSVČ
- c) dělník
- d) na mateřské / rodičovské dovolené
- e) zaměstnán/a ve zdravotnictví
- f) zaměstnán/a v sociální sfěře
- g) zaměstnán ve školství
- h) zaměstnán/a v oblasti stavební, průmyslové, dopravní
- i) na úřadu práce
- j) důchodce

**Otázka č. 1: Slyšel/a jste někdy pojem paliativní péče?**

- a) ano
- b) ne

*po zvolení odpovědi NE, přejděte na otázku č. 7*

**Otázka č. 2: Vysvětlete, prosím, svými slovy, co vystihuje / je cílem pojmu paliativní péče**

**Otázka č. 3: Z jakého důvodu jste se o paliativní péči zajímal/a?** (možnost více odpovědí)

- a) ze studijních důvodů
- b) z pracovních důvodů
- c) z důvodu aplikace paliativní péče u osoby příbuzné, známé
- d) nezajímal/a, jen jsem o něm slyšel/a
- e) jiný

**Otázka č. 4: Kde jste se o paliativní péče dozvěděl/a?** (možnost více odpovědí)

- a) ve škole
- b) od příbuzných, přátel, kolegů v práci
- c) z médií, internetu
- d) ve zdravotnickém zařízení
- e) v hospici
- f) jiný

**Otázka č. 5: Myslíte si, že v případě nutnosti byste paliativní péči osobně využil?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím, nepřemýšlím o tom
- d) spíše ne
- e) ne

*po zvolení odpovědi ANO, SPÍŠE ANO, NEVÍM přejděte na otázku č. 7*

**Otázka č. 6: Z jakého důvodu byste tuto péči nevyužil?**

**Otázka č. 7: Myslíte si, že je péče o terminálně (umírající) nemocné pacienty v ČR dostačující?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nevím, nedokážu to posoudit

*po zvolení odpovědi ANO, SPÍŠE ANO, NEVÍM přejděte na otázku č. 9*

**Otázka č. 8: Máte nějaký návrh na zlepšení péče o terminálně (umírající) nemocné pacienty v ČR?**

**Otázka č. 9: Myslíte si, že by se příbuzní měli zapojit do péče o umírajícího?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

**Otázka č. 10: Pečoval/a byste o svého nejbližšího „do konce“ doma?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

*po zvolení odpovědi ANO, SPÍŠE ANO, NEVÍM přejděte na otázku č. 12*

**Otázka č. 11: Z jakého důvodu byste nepečoval/a o svého nejbližšího "do konce" doma? (možnost více odpovědí)**

- a) psychicky bych to nezvládl/a
- b) nevím, jak se o umírajícího starat
- c) nezvládl/a bych to finančně
- d) z pracovních důvodů
- e) blízký si to nepřeje, chce umírat o samotě
- f) jiný

**Otázka č. 12: Jaký zdroj informací byste preferoval/a v případě, že byste pečoval/a o blízkou osobu, která umírá na nevléčitelnou nemoc či stárí a trpící nepředstavitelnými bolestmi. (možnost více odpovědí)**

- a) internet
- b) zdravotní pracovník
- c) odborná literatura
- d) linka důvěry
- e) sociální odbor
- f) příbuzní, známí, kamarádi
- g) jiný

**Otázka č. 13: Slyšel jste někdy pojem hospic?**

- a) ano
- b) ne

*po zvolení odpovědi NE již ve vyplňování dotazníku nepokračujte, děkuji*

**Otázka č. 14: Vysvětlete prosím svými slovy, k čemu slouží hospic**

**Otázka č. 15: Máte osobní zkušenost s pobytem blízké osoby v hospici?**

- a) ano
- b) ne

**Otázka č. 16: Jaké jsou vaše zkušenosti s pobytem blízké osoby v hospici?**

- a) pozitivní
- b) spíše pozitivní
- c) ani pozitivní, ani negativní
- d) spíše negativní
- e) negativní

*po zvolení odpovědi POZITIVNÍ, SPÍŠE POZITIVNÍ, ANI POZITIVNÍ, ANI NEGATIVNÍ již ve vyplňování dotazníku nepokračujte, děkuji*

**Otázka č. 17: Uveďte vaše negativní zkušenosti s pobytem blízké osoby v hospici**