

Paliativní péče a eutanazie očima studentů pomáhajících profesí

Kateřina Mirošová

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Mirošová**

Osobní číslo: **H13874**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Paliativní péče a eutanazie očima studentů pomáhajících profesí**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti paliativní hospicové péče a eutanazie.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu kvantitativní metodou dotazníkového šetření.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření a jejich shrnutí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. 7. dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.

WITTENBERG-LYLES, Elaine. Communication in palliative nursing. Oxford: Oxford University Press, 2013. 286 p. ISBN 978-0-19-979682-3.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

13. ledna 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

20. května 2016

Ve Zlíně dne 13. ledna 2016



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




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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 9.2.2016

M. Bati

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 nevydávajíc 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, užíje-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 vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

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

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

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

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

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá paliativní hospicovou péčí a eutanazií. Práce je členěna na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se věnuje zejména problematice paliativní hospicové péče. Dále popisuje základní pojmy, které se týkají eutanazie. Praktická část se zaměřuje na informovanost studentů v oblasti paliativní hospicové péče a na jejich postoj k celé této problematice. Průzkum je tvořen kvantitativní metodou pomocí dotazníkového šetření. Získaná data jsou zpracována do tabulek a grafů s komentářem.

Klíčová slova: paliativní péče, hospicová péče, potřeby umírajících, eutanazie

ABSTRACT

Bachelor thesis deals with palliative hospice care and euthanasia. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part pays attention especially to the issue of palliative hospice care. It also describes the basic concepts related to euthanasia. The practical part focuses on the awareness of students in palliative and hospice care and their attitude to this whole issue. The research consists of a quantitative method using questionnaire. Obtained data are processed into tables and graphs with verbal commentary.

Keywords: palliative care, hospice care, needs of the dying, euthanasia

Chtěla bych poděkovat doc. MUDr. Miroslavu Kalovi, CSc. za odborné vedení, pomoc a cenné rady při vytváření této práce. Poděkování patří i všem respondentům, kteří byli velmi ochotní při vyplňování dotazníků. Také bych chtěla poděkovat svým rodičům a příteli za oporu během mého studia.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PALIATIVNÍ PÉČE	12
1.1 DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE.....	12
1.2 ROZVOJ PALIATIVNÍ PÉČE A HOSPICOVÉ HNUTÍ.....	13
1.2.1 Hospicové hnutí ve světě	13
1.2.2 Hospicové hnutí v ČR	14
1.3 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE	15
1.4 MÍSTA POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE.....	15
1.4.1 Lůžkový hospic	15
1.4.2 Domácí paliativní péče.....	17
1.4.3 Konziliární paliativní tým	17
1.4.4 Oddělení paliativní péče.....	18
1.4.5 Stacionární paliativní péče	18
1.5 PALIATIVNÍ PÉČE V ČÍSLECH.....	19
1.6 PRINCIPY A CÍLE PALIATIVNÍ MEDICÍNY	21
1.7 HOSPICOVÁ PÉČE.....	21
2 PACIENT V PALIATIVNÍ PÉČI	23
2.1 POTŘEBY PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI.....	23
2.1.1 Fyziologické potřeby.....	23
2.1.2 Potřeba jistoty a bezpečí.....	24
2.1.3 Afektivní potřeby, potřeba lásky	25
2.1.4 Potřeba sebeúcty a seberealizace	25
2.2 NEJČASTĚJI ŘEŠENÉ SYMPTOMY V PALIATIVNÍ MEDICÍNĚ	25
2.2.1 Bolest.....	26
2.2.2 Dušnost.....	27
2.2.3 Úzkost, deprese, delirium.....	27
2.3 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI	28
2.3.1 Zásady a chyby při komunikaci s umírajícími	29
3 PROBLEMATIKA EUTANAZIE	31
3.1 DEFINICE EUTANAZIE	31
3.2 MODELY EUTANAZIE	32
3.3 EUTANAZIE VE SVĚTĚ A V ČESKÉ REPUBLICCE	33
3.4 EUTANAZIE PRO ČI PROTI?.....	34
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
4 METODOLOGIE PRŮZKUMU	37
4.1 CÍLE PRŮZKUMU	37
4.1.1 Hlavní cíle	37
4.1.2 Dílčí cíle	37
4.2 PRŮZKUMNÁ METODA	37
4.2.1 Charakteristika dotazníkových položek	37
4.2.2 Charakteristika zkoumaného vzorku respondentů	37

4.3	ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	38
5	VÝSLEDKY PRŮZKUMU	39
	DISKUZE	62
	ZÁVĚR	66
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	68
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	72
	SEZNAM TABULEK.....	73
	SEZNAM GRAFŮ	74
	SEZNAM PŘÍLOH.....	75

ÚVOD

„Zemřít bez strachu ze smrti - to je záviděníhodná smrt.“

Seneca

Tématem bakalářské práce je „Paliativní péče a eutanazie očima studentů pomáhajících profesí“. Bakalářská práce se zabývá problematikou paliativní hospicové péče a eutanazie.

Smrt je naší nevyhnutelnou součástí. V dnešní moderní a pokročilé době má umírající nemocný možnosti, jak se na tuto etapu života připravit. Mnoho lidí a bohužel i zdravotníků si myslí, že paliativní péče se týká jen hospice a že se tato péče vztahuje k posledním dnům či hodinám před smrtí. Ano, tato tvrzení jsou pravdivá, ale v žádném případě úplná. Paliativní péče by měla mít určitou úroveň i v nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních, měla by započat dřív než jen pár dnů před smrtí.

Na praxi jsem se často setkávala s umírajícími lidmi. Při pohledu na ně mě často napadlo, zda by mohli o svém stavu říct, že je důstojný? Mám zkušenosti, kdy pacienti volali, že tohle už není život a prosili, ať už všechno skončí. V současnosti se v nemocnicích odehrává spousta paradoxů jako např. moje zkušenost, kdy paní s diagnózou rakovina plic v terminálním stádiu prosila o léky na tišení bolesti. Lékař řekl, že morfin nepředeje, protože na něj vzniká závislost. Ano, opět je to správné tvrzení, na morfin jistě vzniká závislost, ale je vhodné to spojovat s trpícím a umírajícím člověkem, který chce už jen v klidu odejít?

V dnešní době panuje o umírání a celkově o paliativní péči mnoho mýtů. Jeden z nich je například to, že období umírání musí jít ruku v ruce s bolestí a utrpením. Bolest má mnoho podob a může být jak fyzická tak i duševní. Bolest postihující duši umírajícího můžeme zmírnit už jen tím, že tam pro nemocného budeme a že ho doprovodíme na jeho nejtěžším úseku života. Lidé se smrti bojí a je to naprosto přirozené. Strach by ale neměl proudit z nedostatečně tlumené bolesti, nebo z pocitu nejistoty. Samotný strach ze smrti a z toho co přináší, žene člověka do kouta, kde pak přemýšlí nad otázkami eutanazie. Právě téma eutanazie jsme zvolili jako kontrast k problematice paliativní hospicové péče, protože vystává mnoho otázek, na které jen málo kdo zná správné odpovědi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

Postupy v medicíně můžeme rozdělit podle jejich cíle na postupy kurativní – léčebné, jejichž cílem je vyléčení pacienta a na postupy paliativní, u kterých se nemoc neodstraní a jejich cílem je zlepšení subjektivního stavu nemocného. Slovo paliativní se odvozuje od latinského slova palium, to v překladu znamená plášť anebo přikrývka. Je třeba ho chápat ve smyslu určité ochrany, kterou má paliativní přístup poskytovat nemocnému (Hatošková et al., 2013, s. 42).

Jedná se o pojetí, které můžeme uplatnit nejen v hospicích, ale i v různých zdravotnických zařízeních a také v domácím prostředí. Paliativní péči nelze vztahovat jen k určitému typu ústavu. Nemůžeme se na ni dívat jako na něco odlišného. Paliativní medicína byla dříve vázána jen na terminální fázi nemoci. Dnes je jasnější, že má co nabídnout i v dřívějších fázích těžkých onemocnění a nemusí to být onemocnění pouze onkologické (Munzarová, 2005a, s. 61).

V současné době převažuje všeobecná shoda v tom, že nemocní nemusí absolvovat léčbu, která už je zbytečná a lékař nemusí takovou léčbu zahájit nebo v ní pokračovat. Kauzální léčba se může podle situace ukončit, ale zároveň se nikdy nesmí ukončit péče. Radikální léčbu je třeba nahradit péčí paliativní, symptomatickou a nakonec i terminální. Jestliže má být úloha v péči o nevléčitelně nemocné a umírající pacienty správná a etická, musí být úplná. To znamená, že se musí realizovat ve všech rovinách lidského bytí: v rovině biologické, psychologické, spirituální i sociální (Gulášová, 2009, s. 90-91).

1.1 Definice paliativní péče

V průběhu rozvoje paliativní péče došlo ke změnám v definování tohoto termínu. Ani v dnešní době nenajdeme ucelený názor odborníků na definování tohoto pojmu a to zvláště v problematice kdy, komu a jakým způsobem bude paliativní péče poskytnuta (Bužgová, 2015, s. 16). Pro představu následuje několik definicí paliativní medicíny.

WHO Světová zdravotnická organizace v roce 1990 definovala paliativní péči jako „*aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin*“ (Bužgová, 2015, s. 16-17).

Dřívější pojetí paliativní péče vymezuje jako klienty paliativní péče ty, kteří již neodpovídají na kurativní léčbu. Novější definice (2002) je již chápána v rozsáhlejší pojetí a může být uplatněna i v časně fázi choroby a zní takto: „*Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, a to prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží*“ (Bužgová, 2015, s. 16-17).

„*Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života*“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, s. 25).

Sláma, Kabelka, Vorlíček (2007, s. 26) definují i to, co není paliativní péče. Slovem paliativní bývá automaticky nazývána každá léčba, která nemá kurativní cíl. Tato interpretace paliativní péče má většinou negativní charakter: „*paliativní znamená ne intenzivní léčba, ne léčba na JIP, ne nákladné diagnostické postupy, ne drahé léky, ne transfúze; pacient stejně umře, takže už je to vlastně všechno zbytečné*.“ Takto pochopena paliativní péče je však mnohdy projevem pasivity a nezájmu lékařů o nemocného s nevléčitelnou chorobou.

1.2 Rozvoj paliativní péče a hospicové hnutí

Veřejnost často nahlíží na paliativní medicínu jako na něco nového, ve skutečnosti se však jedná asi o nejstarší medicínský obor vůbec. Tišení lidského trápení a doprovázení k dobré smrti bylo po staletí základním posláním lékařů a poté i ošetřovatelek a sester. Převážně v domácím prostředí (méně často v nemocnici) se na paliativní péči kromě zdravotníků a mnohdy i bez nich podílela zejména rodina, blízcí známý a duchovní, tak již z tohoto důvodu můžeme mluvit o paliativní péči jako o multidisciplinární péči prověřené historií (Virt, 2000, s. 36; Marková, 2010, s. 13).

1.2.1 Hospicové hnutí ve světě

V polovině 18. století byla díky Mary Aidenhead otevřena nemocnice pro umírající, která byla označena slovem Hospic. Nabízela péči odpovídající zásadám sesterské charity. V roce 1905 byla ve východní části Londýna otevřena St. Joseph's Hospice v Hackney. Velký rozmach institucí pro umírající nastal až v druhé polovině 20. století. Hlavní iniciátorkou hospicového hnutí byla Angličanka Cicely Saundersová, která stála v čele prvního

britského hospice moderního typu St. Christophers Hospice. Hospic byl otevřen v Londýně v roce 1967 a je označován „mateřským domem“ hospicového hnutí. Cicely Sandersová se stala prezidentkou organizace Help the Hospices, která byla založena v roce 1984. V Americe v New Haven v Connecticutu se otevřel první hospic v roce 1974. Současně s vývojem hospiců nastává v sedmdesátých letech 20. století i vývoj paliativní medicíny jako samostatného lékařského odvětví (Marková, 2010, s. 14-15; Haškovcová, 2007, s. 46).

1.2.2 Hospicové hnutí v ČR

V ČR se začala paliativní péče rozvíjet až po roce 1989. Svým vývojem mírně zaostává oproti vyspělým zemím. Od začátku se specializovaná paliativní péče v ČR vyvíjí hlavně jako lůžková hospicová péče, zvláště pro onkologicky nemocné. Prvotním pokusem o založení lůžkového oddělení paliativní péče v nemocnicích bylo v roce 1992 otevření oddělení paliativní péče v nemocnici v Babicích nad Svitavou. Zakladatelkou rozvoje hospicového hnutí byla lékařka Marie Svatošová, která je i zakladatelkou sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem Ecce homo. Toto sdružení vybudovalo první samostatný hospic Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995 (Bužgová, 2015, s. 20).

Od roku 2001 je ve Fakultní nemocnici Brno specializovaná ambulance paliativní péče v rámci Oddělení léčby bolesti, kde usilují o zvýšení úrovně péče o pokročile nemocné na jiných odděleních a klinikách fakultní nemocnice. První výzkum, který upozornil na nedostatky péče o umírající nemocné, se uskutečnil v letech 2003-2004. Výzkum byl proveden sdružením Cesta domů. Rozvoj kvalitní paliativní péče měla podpořit Koncepce paliativní péče v ČR, která byla přijata v roce 2004. V předešlých několika letech se začaly vyvíjet kromě lůžkových hospiců také domácí hospicové ambulance a jednotky. Vývoj těchto typů péče je ale velmi omezován způsobem úhrad péče ze strany zdravotních pojišťoven (Bužgová, 2015, s. 21; Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 22).

Na rozvoji paliativní péče se také podílela Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče založená v roce 2005. Tato asociace v roce 2007 uveřejnila Standardy hospicové paliativní péče za podpory Nadace rozvoje občanské společnosti. V roce 2009 byla založena Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP (ČSPM). Jejich cílem je rozvoj a podpora klinické praxe a vzdělání v oboru obecné a specializované paliativní péče. Důležitým krokem ČSPM bylo také vydání Standardů paliativní péče 2013. Na podzim roku 2014 započalo svou činnost Centrum paliativní péče v Praze pod vedením PhDr. Martina Loučky,

Ph.D. Den pro hospice byl poprvé vyhlášen 8. října 2005 (Bužgová, 2015, s. 21-22; Haškovcová, 2007, s. 48).

1.3 Rozdělení paliativní péče

Podle komplexnosti se paliativní péče dělí na obecnou a specializovanou.

Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou péči o klienta s pokročilým onemocněním. Všichni lékaři, všech odborností by měli být schopni tuto péči poskytovat při své běžné klinické praxi. Mezi složky obecné paliativní péče patří zaměření léčby na kvalitu života, dobrá komunikace s nemocným a jeho rodinou, efektivní léčba příznaků a psychosociální opora (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, s. 30).

Specializovaná paliativní péče

Tato péče nabízí nemocným a jejich rodinám skupinu odborníků, kteří jsou v tomto oboru speciálně proškoleni a mají potřebné zkušenosti. Zásadní pracovní náplní tohoto týmu je poskytování paliativní péče. Tato péče je indikována v případech, kdy jsou pacient a jeho rodina v obtížích, které převyšují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče. Přestup mezi specializovanou a obecnou paliativní péčí by měl být souvislý (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, s. 30-31).

Obecná paliativní péče může zajistit u velké části nemocných dobrou kvalitu života. Zahraníční studie prokazují, že z celkového množství nemocných potřebujících paliativní péči minimálně 10-20 % vyžaduje delší dobu soustavnou specializovanou paliativní péči (Plevová et al., 2011, s. 109 cit. podle Sláma, Špinka, 2004).

1.4 Místa poskytování paliativní péče

Nejčastější formou specializované paliativní péče v ČR je hospic a zařízení nabízející specializovanou domácí paliativní péči, která zahájila své působení v ČR teprve v posledních letech (Plevová et al., 2011, s. 109).

1.4.1 Lůžkový hospic

Slovo hospic vychází z angličtiny a představuje útočiště nebo útulek. Ve středověku byl termín hospic původně používán pro tzv. domy odpočinku. Pobývali v nich především vyčerpaní poutníci (Haškovcová, 2007, s. 45).

Lůžkový hospic má většinou podobu samostatně stojícího lůžkového zařízení, které nabízí specializovanou paliativní péči. Tato specializovaná péče je poskytována především klientům s nevléčitelným onemocněním (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, s. 31).

Důvodů pro výběr lůžkového hospice může být několik:

- Péče o umírajícího je pro rodinu příliš náročná.
- Rodina je vyčerpaná, nebo ji umírající nemá vůbec.
- Důvodem může být i nezbytná kontrola bolesti.

Nemocný si může vybrat, zda chce být v hospici sám, s rodinným příslušníkem nebo s někým blízkým. Návštěvy nepodléhají žádnému omezení. Jsou umožněny nepřetržitě 24 hodin, každý den v roce. Od rodiny či známých nemocného se neočekává, že budou svého blízkého ošetřovat. Je na jejich vlastní svobodné vůli do jaké míry se do ošetřování zapojí. Ani nemocnému se nic nezakazuje a není do ničeho nucen. Režim dne v hospici se výrazně odlišuje od toho v nemocnici, např. pacienti spí, jak dlouho chtějí, hygienu provádíme podle zvyklostí pacienta z domácího prostředí, pacienti mají oblečené své domácí šaty (Ulrichová, 2009, s. 100).

Je zde úsilí o to, aby se hospic podobal spíše domovu než nemocničnímu zařízení. Pro nemocné a jejich návštěvy máji hospice spoustu společných prostor, kde se všichni mohou bez omezení scházet.

Lůžkový hospic nemocnému zaručuje, že:

- za jakýchkoliv okolností bude zachována jeho lidská důstojnost,
- nebude pociťovat nesnesitelnou bolest,
- v posledních momentech života nezůstane sám (Svatošová, 2011, s. 115-121).

Přijetí do hospice

Hospic přijímá klienty s nevléčitelným onemocněním, u nichž se smrt předpokládá v časovém horizontu maximálně 6 měsíců. Domnívat se, že nemocný přijatý do hospice, v něm musí i zemřít, by bylo velkou chybou.

Indikace pro přijetí jsou:

- progredující nemoc ohrožuje nemocného na životě,
- stav nemocného už nevyžaduje nemocnici,
- domácí péče nevyhovuje nebo není realizovatelná,
- umírající potřebuje paliativní medicínu (Ulrichová, 2009, s. 100-103).

Hospic se nehodí pro všechny jedince v závěru jejich života. Podmínkou přijetí do hospice je přání být přijat do hospice a plný informovaný souhlas. Tento dokument hájí, jak lékaře před případným právním konfliktem, tak může hájit i jiné zaměstnance hospice před rodinnými příslušníky, kteří mohou mít vidinu zázračného vyléčení jejich blízkého (Ulrichová, 2009, s. 103).

O přijetí nemocného do hospice rozhoduje hospicový lékař. Učiní tak po dohodě s ošetřujícím lékařem nemocného. Jsou – li lůžka plná, bezvýhradně musí být dána přednost nemocným, u nichž se očekává, že jejich onemocnění v blízké době bude směřovat ke smrti (Svatošová, 2011, s. 122).

1.4.2 Domácí paliativní péče

Domácí paliativní péče neboli domácí hospic znamená, že je pacient ošetřován v domácím prostředí, které zná důvěrně. Pacientovi nabízí trvalou dostupnost péče. Může být kombinována s dalšími službami. Tato péče může pro rodinu znamenat velkou fyzickou, psychickou ale i ekonomickou zátěž (Kupka, 2014, s. 28-29).

Kromě klasických hospiců byly vybudovány zařízení, které poskytují domácí paliativní péči (od lékařské péče přes ošetrovatelskou, duchovní a další) např. v Praze vznikla organizace „Cesta domů“. Tento druh péče však není financován ze zdravotního pojištění. Toto je důsledkem déletrvající neshody mezi poskytovateli domácí paliativní péče a zdravotními pojišťovnami.

„V roce 2015 došlo k dohodě o vytvoření pilotního projektu Všeobecné zdravotní pojišťovny, která nasmlouvala několika organizacím poskytujícím domácí hospicovou péči denní paušály ve výši blízké se platbě za lůžko a den ošetrovatelského typu v zařízení“ (Holmerová et al., 2014, s. 13-14).

1.4.3 Konziliární paliativní tým

Konziliární paliativní tým a ambulance paliativní medicíny, tyto formy poskytují znalosti paliativní medicíny do dalších lůžkových zařízení. Pacient tedy pobývá na kterémkoliv oddělení. Tento tým může působit na kvalitu paliativní medicíny. Skládají se minimálně ze zdravotní sestry, lékaře a sociálního pracovníka (Kupka, 2014, s. 28-29).

Všichni členové týmu by měli společně s ošetřujícím lékařem najít ideální léčebný postup. Tento druh paliativní péče se v zahraničí velmi vyvíjí. Ve Fakultní nemocnici Brno je am-

balance paliativní medicíny v rámci Oddělení léčby bolesti. Tato ambulance poskytuje jiným oddělením spolupráci pomocí konzilií u lůžka pacienta.

Nároky paliativní a podpůrné péče se v průběhu nemoci u všech pacientů výrazně rozvíjejí a mění. Je nepochybně v zájmu jak pacientů, tak i zdravotníků, aby i v České republice vznikl systém poskytovatelů paliativní péče různého druhu. Pouze tak bude zaručena náležitá paliativní péče všem, kteří ji mohou v různých stádiích své onkologické choroby potřebovat (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2006, s. 164).

1.4.4 Oddělení paliativní péče

Oddělení paliativní péče poskytuje celkovou paliativní péči o nemocné v rámci zdravotnického zařízení. Mají roli jako základna pro konziliární paliativní tým a také roli edukační (Kupka, 2014, s. 28-29).

Vyvíjejí se v posledních 20 letech v různých typech nemocnic a ve spoustě zemí. Snaží se o přesunutí hospicové kultury do prostředí akutní nemocnice. Na oddělení paliativní péče jsou často hospitalizováni nemocní během protinádorové léčby k uklidnění specifických příznaků souvisejících s chorobou, nebo s její léčbou. Permanentní přítomnost způsobilých sester a lékařů pomáhá dobře řešit i značně komplikované situace (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2006, s. 164).

1.4.5 Stacionární paliativní péče

Stacionární paliativní péče funguje tak, že je pacient ráno přijat a odpoledne nebo k večeru se vrací zpět domů. Hospicový stacionář je vhodný pro pacienty, kteří jsou blízko nebo v místě hospice (Kupka, 2014, s. 28-29). Důvody pro přijetí pacienta jsou např.:

- Terapeutický důvod – podání chemoterapie a další paliativní léčby. Když se odborníkům podaří vypilovat dávky léků zmírňující bolest, může nemocný zase pobývat v domácí péči.
- Diagnostický důvod – příčin diagnostického pobytu může být mnoho. Nejčastěji je to bolest, kterou se v domácím prostředí nepovedlo zvládnout.
- Psychoterapeutický důvod – tento důvod se týká zejména osamělých nemocných nebo těch, s nimiž rodina nechce nebo nedokáže o jejich potížích mluvit.
- Odlehčovací neboli respitní důvod – když onemocnění trvá delší dobu, potřebuje si jak rodina od nemocného, tak nemocný od své milující rodiny občas na chvíli odpočinout.

Do této skupiny je třeba zahrnout i ty nemocné, kteří chtějí strávit poslední dny a hodiny svého života v hospici a to ne proto, že by se projevy onemocnění nedaly překonat doma, ale proto, že chtějí těchto zážitků ušetřit některé členy jejich domácnosti např. děti. V tomto případě už nejde o stacionář, ale o lůžko (Svatošová, 2011, s. 120).

Dalším zařízením, které může poskytovat speciální paliativní péči, je speciální hospicová poradna. Zajišťuje poradenství přes internet, telefonicky nebo i přímo pro pacienty, pozůstalé nebo pečující (Kupka, 2014, s. 28-29).

1.5 Paliativní péče v číslech

V České republice každý rok zemře přibližně 105 000 lidí. Z tohoto počtu zemře 25 % lidí na zhoubné nádory, 50 % na choroby oběhové soustavy a zbývajících 25 % tvoří choroby jater, plic, ledvin, otravy a úrazy. V ČR je nejběžnějším místem, kde pacienti umírají v 60 % nemocnice a v 9 % zařízení dlouhodobé péče. V domácím prostředí zemře asi 20 % pacientů, v tomto případě se převážně jedná o nečekaná a náhlá úmrtí. Podle odhadů je jen asi 5-10 % úmrtí doma předpokládaných.

U značné skupiny nemocných začíná před smrtí doba, kdy choroba nemocného zásadně ovlivňuje a způsobuje mu mnoho nežádoucích potíží. Mimo terapii, která ovlivní základní onemocnění, tito nemocní potřebují určitý druh paliativní medicíny. Toto se každoročně vztahuje na 60-70 000 chronických nemocných v pozdních a konečných fázích neléčitelných chorob (Sláma, Kabelka, Špinková, 2013).

Obecná paliativní péče

V České republice zatím nejsou uspořádané kompletní data o kvalitě života nemocných a kvalitě péče na konci života, ale i tak zde jsou malé průzkumy a kazuistiky, které ukazují na jednotlivé obtíže této péče.

Praktičtí lékaři nejsou uspokojivě vyškoleni v oblasti paliativní péče. Jejich ochota a schopnost řídit péči o umírající je nedostačující. V ČR jim každý rok v domácím prostředí zemřou průměrně 4 pacienti. Většina nemocných je na konci života posílána do nemocničních zařízení. V lůžkových zařízeních péče o nemocné na konci života není často odpovídající. Častými chybami jsou nevyhovující léčba bolesti a jiných příznaků, špatná komunikace s rodinou, pokoje s více lůžky, malý zájem o spirituální a psychosociální stránky choroby. Objevují se ovšem výjimky. Mnohdy ani ambulantní specialisté nejsou dostateč-

ně vzdělání v odvětví paliativní péče a v problematice léčby bolesti. Za posledních 10 let byl zbudován systém ambulancí léčby bolesti. Tyto ambulance převážně poskytují pouze algeziologickou péči, ale neposkytují komplexní paliativní medicínu a dostupnost těchto ambulancí je v této době nedostatečná. V České republice je celkem rozšířený systém agentur home care. Tyto agentury nabízejí na základně indikace lékaře specialisty nebo praktického lékaře ošetrovatelskou péči. Pouze malá skupina agentur domácí péče se více zaměřuje na péči o pacienty s pokročilou chorobou a umírající, pouze malá skupina z nich nabízí i nezdravotnické, tj. sociální, psychologické a spirituální služby (Sláma, Kabelka, Špinková, 2013).

Specializovaná paliativní péče

Lůžkové hospice jsou financovány z více zdrojů. 40-60 % celkových nákladů je zajištěno z veřejného zdravotního pojištění. Okolo 20 % nákladů zajišťují dotace na sociální péči a příspěvky na péči. Hospice musejí zabezpečit ze sbírek a darů 20-40 % potřebných příjmů. Nemocní dávají na den v lůžkovém hospici 200-500 Kč. V roce 2013 se v ČR vyskytovala dvě oddělení paliativní péče a 16 hospiců s celkovou kapacitou 460 lůžek, doba hospitalizace je v průměru 30 dní a mortalita je kolem 80-95 %. Mnoho lůžkových hospiců je sdruženo v Asociaci poskytovatelů hospicové paliativní péče (viz příloha č. I). V roce 2013 bylo v ČR 90 ambulancí léčby bolesti a ve dvou onkologických centrech jsou ambulance paliativní onkologie, kde nabízejí ambulantní paliativní péči pacientům s onkologickým onemocněním. Hospicové občanské sdružení Cesta domů od roku 2001 rozvíjí svůj model mobilního hospice. Kromě mobilního hospice v Praze existují v ČR jenom 3 zařízení srovnatelná svou komplexností a rozsahem péče. Důležitým východiskem při rozvoji specializované paliativní péče je, že v zákoně č.372/2011 sb. o zdravotních službách je prvně paliativní péče popisována jako samostatná forma zdravotní péče (Sláma, Kabelka, Špinková, 2013). Zní takto: „*Paliativní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí*“ (Česko, 2011, s. 4733). Hospicovou péči tento zákon neuvádí, což ale nebrání jejímu vzniku.

Kvalitou paliativní péče poskytované umírajícím je Česká republika na 33. místě v rámci světa a v rámci Evropy je na místě 18. Tyto informace přinesl analytický útvar EIU. Studie se nazývá Index kvality umírání 2015. V čele tabulky je Británie za ní pak Austrálie, Nový Zéland, Irsko, Belgie, Tchaj- van, Německo, Nizozemsko, Spojené státy a Francie. Studie také uvádí, kde je kvalita paliativní péče nejhorší a to je v Bangladéši, na Filipínách nebo

v Iráku. Podle autorů studie patří Česká republika ke státům, kde je větší potřeba realizovat paliativní medicínu, vzhledem k množství starých a těžce nemocných osob (ČTK, 2015).

1.6 Principy a cíle paliativní medicíny

Základním cílem paliativní medicíny je dosažení co nejvyšší kvality života umírajících a jejich rodin. Dále pomáhá nemocnému uspokojovat jeho bio-psycho-socio-spirituální potřeby. Významnou zásadou paliativní medicíny je také zapojení rodiny do péče o nemocného a zároveň péče o členy rodiny, a to i po smrti nemocného (Plevová et al., 2011, s. 107).

Péče a léčba vystupují z určitých potřeb nemocného. Dobrá kvalita života znamená víc, než aby nebyl nemocný dušný, nezvracel a netrpěl bolestí. Zdravotníci se musí naučit ctít individualitu každého člověka – pacienta, ctít a podporovat jeho rodinu, přátele i zdroje radosti a naděje (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 221).

WHO stanovila zásady jako dodatek ke své nejnovější definici, podle nichž paliativní péče:

- Zabezpečuje úlevu od bolesti a dalších příznaků.
- Život podporuje a umírání vnímá jako normální proces.
- Nemá za cíl ani oddálit, ani urychlit smrt.
- Zapojuje do péče nemocného i spirituální a psychologické stránky.
- Poskytuje takový podpůrný systém, který pomáhá nemocnému žít nejaktivněji až do smrti.
- Poskytuje pomoc členům rodiny vypořádat se s nemocí pacienta a s jejich vlastním zármutkem.
- Využívá týmový přístup při uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin, včetně případného poradenství v době truchlení.
- Má úsilí o zlepšení kvality života a může také kladně působit na postup nemoci (Plevová et al., 2011, s. 107).

1.7 Hospicová péče

Převažuje názor, a to nejenom v laické veřejnosti, že paliativní péče znamená hospicová péče. Tento omyl by mohl mít nedozírný dopad na kvalitu ošetrovatelské péče o další umírající, kteří se do hospice z nějaké příčiny nedostanou (Marková, 2010, s. 20).

Hospicová péče je formou paliativní péče. Vytváří ji komplex ošetrovatelských, lékařských a rehabilitačně ošetrovatelských činností. Tyto činnosti jsou poskytované u nemocných v preterminální a terminální fázi nemoci, u kterých byly možnosti kauzální léčby vyčerpány, ale nepřestává symptomatická léčba. Cílem je snižovat bolest a další potíže, které vyplývají se základního onemocnění a jejich komplikací a zohledňovat bio-psycho-socio-spirituální potřeby nemocného (Slovník pojmů, 2010).

Hospicovou péči tvoří 3 základní formy:

1. Domácí hospicová péče
2. Stacionáře
3. Hospicová péče u lůžka (Slovník pojmů, 2010).

Hospicová péče z hlediska časového:

1. Období (prae finem) – doprovázení a péče o nemocné a jejich blízké od chvíle stanovení vážné diagnózy až po vypuknutí terminálního stavu.
2. Období (in finem) – doprovázení a péče o nemocné a jejich blízké v průběhu terminálního stavu.
3. Období (post finem) – zahrnuje péči o tělo zemřelého, ale také doprovázení pozůstalých dle nutnosti i delší dobu, většinou v období jednoho roku.

„*Chybou by bylo hospic chápat pouze jako péči v období in finem!*“ (Svatošová, 2011, s. 122).

Hospic a hospicová péče je úzce spojena s pojmem doprovázení. Doprovázení člověka s život ohrožujícím onemocněním představuje kráčet s tímto člověkem část jeho cesty životem. To znamená, že s klientem prožíváme ty stejné okamžiky, co on sám (Ulrichová, 2009, s. 96-97).

2 PACIENT V PALIATIVNÍ PÉČI

V paliativní péči se můžeme setkat s pacienty, kteří nejčastěji trpí těmito lékařskými diagnózami:

- nádorová onemocnění,
- závěrečná fáze chronického srdečního selhání, CHOPN (Chronická obstrukční plicní nemoc), choroby ledvin, jaterní cirhóza,
- onemocnění neurologická jako jsou roztroušené sklerózy, demence, amyotrofická laterální skleróza, imobilizační syndrom po CMP,
- závěrečná fáze AIDS,
- polymorbidní geriatřičtí klienti,
- vegetativní stavy (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, s. 27).

2.1 Potřeby pacientů v paliativní péči

Člověk má na konci života tytéž potřeby jako každý jiný. Jsou zde pouze menší specifika, které jsou spojené právě s poslední etapou života. Potřeby pacientů v pokročilé fázi nevyléčitelného onemocnění (z nich vycházející potřeba paliativní péče) vyplývají ze základní choroby a stádia její pokročilosti, výskytu více závažných onemocnění najednou, sociální situaci, věku a psychického stavu nemocného.

Do potřeb těžce nemocného řadíme potřeby biologické, psychologické, spirituální a sociální. Pořadí potřeb umírajícího člověka se opírá o Maslowovu hierarchii potřeb (viz příloha č. II). Tato hierarchie může být pro sestry pomocí při zjišťování specifických potřeb pacientů na konci života.

V posledních okamžicích života se potřeby nemocného často mění, důležitými se stávají potřeby sociální a to zejména potřeba nebýt sám a potřeby fyziologické ustupují stranou (Plevová et al., 2011, s. 110-111).

2.1.1 Fyziologické potřeby

Fyziologické potřeby pacientů na konci jejich života mají určité charakteristické znaky. Péče o fyziologické potřeby se z ošetrovatelského hlediska zaměřuje obzvláště na tyto oblasti:

- prevence dekubitů,
- polohování,

- péče o pokožku,
- péče o pitný režim,
- nutriční péče a poradenství v otázkách týkajících se příjmu potravy,
- péče o vyprazdňování,
- péče o dutinu ústní, zejména v preterminálním a terminálním stadiu,
- péče o dýchací cesty, především u onemocnění dýchacího ústrojí (Plevová et al., 2011, s. 111).

V závěru života není nezbytné vnucovat nemocnému jídlo. Důvodem je, že nemusí mít tolik chuti k jídlu. Akceptace toho, že potřeba jídla a pití mizí, je součástí akceptace smrti. Můžeme dopřát umírajícímu to, na co má chuť. Nezbytností je zajímat se o dostatečnou hydrataci nemocného. Pacient často cítí sucho v ústech, proto je důležité dutinu ústní vyčistit a rty zvlhčovat.

Aby se mohl nemocný cítit dobře, je nutná kvalitní ošetrovatelská péče. Správná hygiena podporuje prevenci proleženin. Rovnováha mezi odpočinkem a aktivitou se podílí na prevenci únavy. Umírající má stále méně tělesných sil a potřeba pohybu se při samotném umírání ztrácí. Péče by měla obsahovat také pohlazení a dotek (Plevová et al., 2011, s. 112).

2.1.2 Potřeba jistoty a bezpečí

Podstatou těchto potřeb je, že lidé chtějí mít životní situaci alespoň z části pod kontrolou. Situace, která se ze subjektivního nebo objektivního důvodu prožívá jako nejistá (chaotická, neočekávaná, nebezpečná, nezvladatelná), je z dlouhodobého hlediska pro jednotlivce nesnesitelná. To znamená, že potřebu jistoty a bezpečí můžeme popisovat jako potřebu stability, ochrany, struktury, pořádku, limitů, norem a vysvobození od úzkosti a strachu. Situace, která je prožívána jako dlouhodobě nejistá, vyvolává frustraci a stres (Tomagová, Bóriková, 2008, s. 128).

Pocit bezpečí se u každého liší – někdo se může cítit bezpečněji doma, jiný zase v hospici nebo v nemocnici. Jelikož se potřeba bezpečí vztahuje také k problematice pravdy, neměl by mít pacient dojem, že je obelháván. Nemocnému by mělo být podáváno dostatek informací o jeho zdravotním stavu, o možnostech péče i finančním zaopatření. Měl by dostat šanci hovořit o svých obavách a strachu (Plevová et al., 2011, s. 112).

2.1.3 Afektivní potřeby, potřeba lásky

Každý člověk má potřebu „aby mě měl někdo rád a abych i já měl někoho koho mít rád“. Tuto potřebu silně vnímají právě umírající. Jedinec v závěru života potřebuje cítit, že je milován, aby mohl milovat (Plevová et al., 2011, s. 113).

Důležité je, dát nemocnému prostor, aby se mohl projevit a vybit své emoční napětí při překonávání fází vyrovnání se s nemocí a umíráním. Jeho potřebou je to, aby ho někdo vyslechl. K tomu potřebuje někoho, kdo mu bude naslouchat. Jedině přes slovní či jiné vyjádření svého trápení se může emocionálně uvolnit (Hatoková et al., 2013, s. 66-67).

2.1.4 Potřeba sebeúcty a seberealizace

Je nezbytné, aby si člověk co možná nejdéle zachoval možnost rozhodovat sám za sebe a zůstal pánem svého života. Na uchování sebeúcty do značné míry působí i přístup personálu ve zdravotnickém zařízení. Významná je zde potřeba plánovat. I člověk, který se blíží ke smrti, potřebuje alespoň chvilkami něco plánovat. Takové plánování je nezbytné a je vyjádřením přání a tužeb. Jeho plány jsou známkou, že je ještě stále naživu. Je-li to v našich silách a stav nemocného to dovoluje, můžeme se pokusit zprostředkovat anebo přímo zajistit všechno nutné pro uskutečnění některých jeho nesplněných snů. Žádné živé bytosti nesmíme vzít sny. Sny dávají naději. Umírající nemocný může také cítit potřebu být užitečný, dávat, dělit se (Plevová et al., 2011, s. 113; Hatoková et al., 2013, s. 67-68).

2.2 Nejčastěji řešené symptomy v paliativní medicíně

Příznaky varují člověka, že je něco v nepořádku a že by měl navštívit lékaře. V paliativní péči už symptomy nemají ochranný význam a často se z nich stává stálé a stresující připomenutí pokročilé choroby, které má záporný dopad na schopnost nemocného zapojit se do běžných denních činností a na kvalitu jeho života (Plevová et al., 2011, s. 113).

Mezi nejčastější příznaky, které se vyskytují u pacientů v paliativní péči, patří bolest a dušnost. Léčba bolesti je hlavní náplní paliativní péče. Z ostatních příznaků to jsou poruchy výživy, zácpa až střevní neprůchodnost, zvracení, zvýšená tělesná teplota, kašel a vykašlávání krve, hromadění volné tekutiny v hrudní a břišní dutině, stavy zmatenosti a proleženiny (Hatoková et al., 2013, s. 47).

2.2.1 Bolest

Bolest se často objevuje u nemocných v terminální fázi choroby. U pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním se vyskytuje až v 90 %, u nemocných v terminální fázi orgánového selhání v 60 % a u pacientů s AIDS v 60 % (O'Connor, Aranda, 2005, s. 89).

Bolest můžeme rozdělit na dva základní typy - akutní a chronickou bolest. Zvláštním typem je bolest průlomová, což znamená epizody výrazné bolesti, které se vyskytují u nemocného s jinak dostatečně sledovanou bolestí (Kalvach et al., 2011, s. 231-322).

Munzarová člení bolest dle Saundersové na:

- bolest fyzickou - lze ji určit lépe než ostatní,
- bolest sociální - je spojena s odloučením od přátel a rodiny anebo se ztrátou sociálních rolí,
- bolest spirituální - neboli duchovní, definovat ji je nejtěžší. Je to bolest spojená s odloučením od svého vlastního já,
- bolest emoční - neboli duševní. Obsahuje hněv, smutek, úzkosti, deprese (Munzarová, 2005b, s. 78-79).

Zásady terapie chronické bolesti dle WHO:

- Pro zvolení analgetika je primárním vodítkem intenzita bolesti, kterou nám pacient sděluje.
- Analgetika se při stálých bolestech dávají v pravidelných rozestupech a ne až po vypuknutí bolesti.
- Množství podané látky je velmi individuální. Dávka analgetik se navyšuje postupně, dokud se nedostaví úleva při ještě přijatelných nežádoucích účincích.
- Analgetika se aplikují co možná nejméně zatěžujícím způsobem.
- Terapie zahrnuje opakované posuzování účinnosti analgetik, nežádoucích účinků a komplexní působení léčby na kvalitu života.
- Terapie chronické bolesti také zahrnuje sociální poradenství nebo psychoterapii.
- Pokud při systémovém podávání analgetik nedojde k uspokojivému zmírnění bolesti, přemýšlí se nad invazivními analgetickými metodami na specializovaných pracovištích (Kalvach et al., 2011, s. 323).

2.2.2 Dušnost

Dušnost můžeme popsat jako subjektivní pocit nedostatku vzduchu. Patří mezi nejčastější symptomy pokročilých fází nenádorových i nádorových chorob. Ve zbývajících týdnech života se objevuje u 50-80 % nemocných. Obdobně jako i jiné příznaky může být dušnost stálá nebo epizodická, akutní nebo chronická, postupně progredující nebo stacionární, námahová nebo klidová (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, s. 169).

Mezi příčiny akutní dušnosti patří infekce, plicní embolie, strach, úzkost, selhání levého srdce. Nejčastější příčiny chronické dušnosti u pacientů v onkologické paliativní péči jsou pleurální výpotek, obstrukce dýchacího ústrojí, masivní postižení plic metastázami, plicní lymfostáza, metabolická acidóza v důsledku jaterního a ledvinného selhání, únava a vyčerpání dýchacích svalů při podvýživě a kachexii (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, s. 169).

Obecná léčebná pravidla:

- Určit důvody vzniku dušnosti, které se dají léčbou odstranit (např.: aspirace, infekce) a tyto důvody kauzálně řešit,
- jestliže kauzální terapie není uskutečnitelná, je nezbytná léčba symptomatická, která působí na vnímání dušnosti a zvyšuje kvalitu života,
- v každé situaci posoudit jestli riziko těžkých nežádoucích účinků léčby není větší než její předpokládaný zisk pro pacienta,
- důležitým prvkem terapie dušnosti je psychosociální opora, rehabilitace, antidepresivní a anxiolytická medikace (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, s. 170).

2.2.3 Úzkost, deprese, delirium

Úzkost čas od času prožívá každý z nás a je to značně nepříjemný stav. Popisujeme ho jako strach z něčeho nejasného, neznámého. Tento stav se projevuje somaticky – pocení, palpitace, třes, zhoršené dýchání, břišní nevolnost, nepříjemné pocity nebo bolest na hrudníku, slabost v končetinách, návaly chladu nebo horka, ale může se projevit i psychicky – strach ze ztráty kontroly, strach ze smrti, pocity neklidu. Rozdíl mezi úzkostí a strachem je, že strach většinou pobízí k nějaké aktivitě, ale úzkost člověka ochromí. V paliativní péči se úzkost nejčastěji dostaví ve spojitosti se strachem z udušení, bolesti anebo se strachem ze samotné smrti. Úlohou sestry je na prvním místě tuto úzkost na nemocném rozpoznat a mluvit s ním o jejím původu. Klidný, laskavý a pro nemocného pochopitelný rozhovor, může tento úzkostný stav mnohokrát zmírnit. Kromě toho je v paliativní péči také použí-

vána medikace úzkosti, kam patří např. antipsychotika, benzodiazepiny a při spojení úzkosti s depresí antidepressiva (Marková, 2010, s. 112-114).

Depresi řadíme mezi poruchy nálady a jedná se o patologický smutek. Deprese způsobuje déletrvajícím útlum nálady, nemocný se nedokáže na nic těšit ani mít radost. Nemocný v depresi nehledá přítomnost druhé osoby a svých činností takřka není schopen. Deprese patří i v závěru života mezi nemoci, které potřebují náležitou psychologickou podporu a psychiatrickou terapii. Suicidální myšlenky nebo dokonce i pokusy jsou pokládány za výrazný ukazatel klinické, neléčené nebo neuspokojivě léčené deprese. Především v terminálním stadiu se deprese může projevit přáním o eutanazii (Marková, 2010, s. 114; Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, s. 240).

Jako **delirium** označujeme náhle vzniklou poruchu vnímání, psychomotorických jevů a pozornosti. Poruchu rozdělujeme na dva typy: agitované delirium a hypoaktivní delirium. Mezi projevy agitovaného deliria patří významné psychomotorické napětí, svalové záškluby až křeče a kolísavé vědomí. Hypoaktivní delirium bývá někdy omylem zaměňováno s agonií a proto se mu nevěnuje dostatek pozornosti. Toto může nemocnému a jeho blízkým v závěru života překazit dodělání důležitých úkolů. Delirantnímu stavu můžeme předcházet úpravou okolí nemocného např. přítomnost rodinných příslušníků a blízkých známých, stálý ošetřující personál, tichá místnost s komfortním lůžkem, omezit přesuny pacienta, jasná a pokojná řeč, snížit fyzická omezení (příčinou může být i vytažení postranic na lůžku). Při léčbě musíme nejdříve zjistit a řešit příčinu. Mnohdy může pomoci regulace nezbytných léků a vysazení medikace, která je postradatelná. V některých případech se může jednat o abstinenční příznaky u kuřáků a osob závislých na alkoholu. Léky, které se používají v léčbě nejčastěji je haloperidol, chlorpromazin a tiaprid. Při agitovaném deliriu se snažíme dosáhnout sedace. K domácí aplikaci je výhodný Diazepam, který můžeme podat per os, ale je zde i možnost podat jej ve speciálně připravené lékové formě per rectum (Marková, 2010, s. 114-116).

2.3 Komunikace v paliativní péči

Cílem paliativní medicíny je pomáhat nemocným s nevyлéčitelným onemocněním a umírajícím uchovat dobrou kvalitu života i při těžkém onemocnění. Upřímná empatická komunikace mezi pacienty, jeho rodinou a zdravotníky je zásadní pro dopracování se k tomuto cíli (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, s. 33).

Pacienti a jejich rodiny čelí vážnému, chronickému nebo smrtelnému onemocnění a mají svůj příběh. Většina z nich chce sdílet svou cestu a mluvit o strastech a trápení, které vyplývají z nemoci. Mnoho z nich se o to chce podělit se svou zdravotní sestrou. Naučit se naslouchat těmto příběhům a zachycovat důležité informace o tom, čeho si cení, co je pro ně důležité a o tom, co má v jejich životě smysl, může vést ke kladné komunikaci. Základem komunikace v paliativní péči je umět pacienta povzbudit k vyprávění, naslouchat mu, když mluví o problémech a kvalitě života a používat cílenou komunikaci (Wittenberg-Lyles, 2013, s. 44).

2.3.1 Zásady a chyby při komunikaci s umírajícími

Právo pacienta na pravdivé informování se v minulosti mnohdy nerespektovalo. Používání milosrdné lži se vysvětlovalo tím, že by pacient nemusel snést pravdu. V dnešní době se už nepřemýšlí nad otázkou, zda pacientovi říct pravdu, ale přemýšlí se nad tím kdy, kdo, kde a jak (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 52-53).

Při správné komunikaci můžeme všem, kteří se jí účastní pomoci lépe prožít fáze vyrovnání se s nemocí a umíráním. Elisabeth Kübler-Rossová tyto fáze popsala jako negaci, agresi, smlouvání, depresi a smíření (Štěrbová, 2015, s. 30).

Zásady komunikace:

- Nespěchat
- Neodporovat
- Nezlehčovat to, co pacient říká
- Nepřerušovat
- Neodvádět řeč
- Neuposilovat falešné naděje (Štěrbová, 2015, s. 30).

Základní proces komunikace s umírajícím:

- Měli bychom být vlídní, ochotní, laskavý, nikoho bychom neměli soudit ani kritizovat. Představíme se srozumitelně a klidně.
- K rozhovoru vybrat pokud je to možné tiché a klidné prostředí.
- Na pacienta netlačíme.
- Ubezpečíme nemocného, že jsme připraveni ho vyslyšet. Hovor nepřerušujeme.
- Dáme nemocnému čas, aby nám objasnil svůj stav, odpovídáme a klademe otevřené otázky.

- S pacientem se nesnažíme mluvit o problematice umírání a smrti za každou cenu.
- Nevyvracíme představy nemocného.
- Nemocné do ničeho netlačíme, můžeme je povzbuzovat a poskytovat pomoc a tím rozhovor řídit.
- Snažme se o to, aby se pacient necítil „odepsaný“.
- Na konci rozhovoru krátce zopakujeme, co jsme probrali a na čem jsme se shodli (Štěrbová, 2015, s. 30).

Nejčastější chyby při komunikaci:

- nepřítomnost empatie,
- stranění se umírajícího,
- rozpor mezi neverbální a verbální složkou komunikace,
- beznaděj a devalvační jednání, např. reakce typu „všichni musíme umřít“ (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 56).

3 PROBLEMATIKA EUTANAZIE

Pojem eutanazie se odvozuje ze staré řečtiny ze dvou slov a to jsou „eu“ (dobrá) a „thana-tos“ (smrt). Staří Řekové tímto spojením dvou výrazů pojmenovali ukončení cizího nebo vlastního způsobu života z důvodu udržení důstojnosti a cti (Kutnohorská, 2007, s. 84).

Klasickým významem termínu eutanazie je tedy dobrá smrt. Respektive taková smrt, která je bez bolesti, rychlá a následuje po uspokojivém a dlouhém životě. V pozdějším období došlo ke změně tohoto pojmu a eutanazie je chápána jako smrt z milosti (Haškovcová, 2007, s. 120).

3.1 Definice eutanazie

Výklad pojmu eutanazie se v jednotlivých společnostech odlišuje. Jedná se o termín mnohoznačný, který zahrnuje zcela rozdílné způsoby jednání (Virt, 2000, s. 22).

Světová zdravotnická organizace popisuje eutanazii jako úmyslné a vědomé uskutečnění činu s jasným úmyslem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek:

- jedinec je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou nemocí, která svobodně požádala, aby byl její život ukončen,
- jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a koná tento čin s hlavním záměrem ukončit život této osoby,
- skutek je vykonán se soucitem a bez osobního prospěchu (Ptáček, Bartůněk, 2012, s. 16).

V Holandsku, kde je eutanazie dovolena, je tento pojem definován jako vědomé ukončení života jedince někým jiným než jedincem samotným na jeho vlastní přání. Zásadními prvky jsou vlastní žádost pacienta, úmysl zabít a zabití (Munzarová et al., 2008, s. 20).

Prohlášení Etického kodexu České lékařské komory zní takto: „*Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.*“ (Ptáček, Bartůněk, 2014, s. 280).

Katechismus katolické církve uvádí, že přímá eutanazie, opomenutí nebo postup, který sám od sebe anebo je jeho záměrem přivodit smrt, jsou mravně nepřijatelná. Katechismus také říká, že „*ukončení nákladných, nebezpečných, mimořádných nebo neúměrných léčebných*

procedur vzhledem k očekávaným výsledkům může být oprávněné. V takovém případě je to odmítnutí léčby za každou cenu. Nechce se tím přivodit smrt: uzná se, že jí nelze zabránit“ (Ptáček, Bartůněk, 2012, s. 197).

3.2 Modely eutanazie

Aktivní a pasivní eutanazie

Aktivní eutanazie je skutek lékaře nebo jiné osoby, který směřuje ke smrti nemocného. Tento druh eutanazie bývá někdy označován jako strategie přeplněné stříkačky (Heřmanová et al., 2012, s. 178; Haškovcová, 2007, s. 121).

Pojem pasivní eutanazie může zahrnovat dva různé postupy. Postup první, který je po mravní stránce stejný, jako postup aktivní, znamená nezasáhnutí s úmyslem zabít. Druhý postup znamená neposkytnutí léčby nebo upuštění od dalších přístupů, pokud jsou zatěžující, zbytečné a nemocnému způsobují jen další utrpení. Nemocný má právo na odmítnutí takových přístupů. Termín pasivní eutanazie by měl být naprosto vyhlazen (Munzarová, 2005a, s. 48-49).

Haškovcová (2007, s. 121) uvádí, že ať už je definování samotných druhů eutanazie jakékoliv, pokaždé se jedná o postup aktivní, protože se zpravidla jedná o odejmutí života na přání nemocného.

Definice ze zahraničního i českého prostředí ukazují, že od pojmu pasivní eutanazie se v dnešní době ustupuje. Autoři učebnic však v tomto nejsou za jedno. Běžně se eutanazie vyznačovala jako aktivní v kontrastu s pasivní, dobrovolná v kontrastu s nevyžádanou a nedobrovolná (Heřmanová et al., 2012, s. 178).

Dobrovolná eutanazie

Představuje zabití pacienta na jeho vlastní přání a s jeho souhlasem.

Nevyžádaná eutanazie

Znamená, že nemocný o eutanazii sám nepožádal (důvodem je např. demence nebo kóma) a nepodal k ní ani souhlas.

Nedobrovolná eutanazie

Představuje zabití člověka proti jeho vůli (Heřmanová et al., 2012, s. 178-179).

Asistovaná sebevražda

Označuje zvláštní druh eutanazie. Nemocný chce zemřít, protože trpí nevléčitelnou chorobou, nesnesitelnými bolestmi a nemoc má špatnou prognózu. Pacient žádá lékaře o pomoc, případně o konkrétní prostředek, jak uskutečnit odchod ze života. Někdy se mluví o „návodu k vysvobození“. Lékař neprovádí čin ukončení života, ale pacient tak činní sám za jeho asistence (Haškovcová, 2007, s. 122).

Prenatální eutanazie

Tento druh je problematický termín definující interrupci ze sociálních důvodů. Mnoho znalců tento termín odmítá, protože nechtěné dítě není nemocné. Dítě o milosrdnou smrt nežádá a ani žádat nemůže, o fatální diagnóze a nesnesitelných bolestech se také nedá mluvit. (Haškovcová, 2007, s. 122).

Sociální eutanazie

Každý člověk by měl dostat kdekoliv a kdykoliv takovou péči, která je v souladu se současnými možnostmi medicíny a vědy. V podstatě se však lidem může dostat omezená péče, v případě limitovaných geografických, ekonomických a vzdělanostních zdrojů. V České republice je tento pojem málokdy používán (Haškovcová, 2007, s. 122).

3.3 Eutanazie ve světě a v České republice

Země dovolující aktivní eutanazii:

- Nizozemsko – zákon dovolující eutanazii se stal platným v dubnu 2002. V březnu 2012 začaly pracovat mobilní lékařské týmy, které uskutečňují eutanazii v domácím prostředí. Zákonodárství umožňuje asistovanou sebevraždu i u dětí nad 12 let.
- Belgie – zákon dovolující eutanazii u dospělých byl přijat v roce 2002.
- Lucembursko – v únoru 2008 parlament schválil zavedení eutanazie, a však v prosinci jej lucemburský velkovévoda zamítl podepsat. Parlament na to odpověděl změnou ústavy a v březnu 2009 zákon opět odsouhlasili a podpis velkovévody už nebyl nutný.
- Spojené státy americké – zákon eutanazii povoluje od roku 1994 v Oregonu, od roku 2008 ve Washingtonu a od 2013 ve Vermontu. Ve skutečnosti je možná i v Montaně, kde nejvyšší soud zakázal tresty lékařů, kteří se jí účastní za dodržení určitých podmínek.

- Švýcarsko – v této zemi může umírajícímu pomoci jak lékař, tak i laik. Podle jejich ústavy není trestním činem pomoc při sebevraždě, pokud se za ní neskrývají egoistické zájmy a sám umírající před smrtí učiní několik zákonem daných úkonů.

Země dovolující pasivní eutanazii:

- Dánsko – pasivní eutanazie je zde povolena od roku 1998.
- Francie – zákon, povolující pasivní eutanazii schválil v listopadu 2004 parlament a v dubnu 2005 pak senát. Zákon o aktivní eutanazii několikrát senát zamítl. Její uzákonění delší dobu podporuje prezident Francois Hollande.
- Itálie – pasivní eutanazie je zde povolena jen ve výjimečných situacích, např. pacienta po mozkové smrti lze odpojit od přístrojů.
- Indie – zákon zde platí od roku 2011.
- Irsko – platí zde „právo na smrt“, to znamená, že lékař, který přeruší nemocnému léčbu na jeho vlastní žádost, nemůže být potrestán.
- Německo – eutanazie je nepovolená. Pomoc při sebevraždě se netrestá, pokud se ten, kdo umírajícímu v jeho úmyslu zemřít pomáhá, do samotného zabití přímo nezapojí.
- Finsko (ČTK, 2014).

Eutanazie není v **České republice** povolena. V roce 2008 se projednával návrh zákona povolující asistovanou sebevraždu, tenkrát jej zamítl senát. O legalizaci eutanazie pro děti se prozatím nepřemýšlelo. Průzkumy však naznačují, že 2/3 obyvatel Česka by byly pro legalizaci eutanazie (Česká televize, 2014).

3.4 Eutanazie pro či proti?

Problematika eutanazie má mnoho zapálených příznivců, ale stejně tak má i mnoho důsledných oponentů. Bylo by naivní se domnívat, že se lidé ať už laici, nebo znalci sjednotí v jeden jediný platný názor (Haškovcová, 2007, s. 119).

Zastánci eutanazie argumentují právem člověka se sám rozhodnout, tedy principem autonomie. Kdybychom chápali autonomii, jako vyhovět každému přání nemocného, bylo by to rozhodujícím měřítkem lékařova konání. Usmrcení na vlastní žádost by muselo být povoleno vždy, a to nejen v situaci těžko snesitelné a nevléčitelné nemoci (Virt, 2000, s. 19).

Dalším argumentem pro legalizaci eutanazie je právo člověka na sebeurčení. Nemocný má právo na odmítnutí léčby, i když následkem bude jeho smrt. Obhájci eutanazie si pokládají otázku, pokud pacient dle svého zvážení má právo skončit svůj život, proč by nemohl lékař pomoci v případě nouze (Šimek, 2015, s. 165).

Zastánci eutanazie v trápení umírajícího nevidí v podstatě žádný význam. Hlavní příčinou k žádosti nemocného o eutanazie je v nizozemské legislativě nezmírnitelné utrpení. Mnohdy samotné čekání na konec je tím nesnesitelným utrpením. Nejedem člověk než by prožíval těžké loučení se svými blízkými a životem, raději dřív zemře. Právě strach z utrpení, které nemocný pociťuje v závěru svého života, je tím nejzávažnějším argumentem pro legalizaci eutanazie (Šimek, 2015, s. 165).

Zásadním argumentem proti legalizaci eutanazie je posvátnost, nenahraditelnost života a konečnost smrti. Člověk svůj život dostal darem od Stvořitele, rodičů nebo lidské společnosti. Tento dar nemůže zahodit a nikdo další nemůže v tomto odmítnutí daru života pomáhat.

Lékař má hájit zdraví a život svých klientů a proto dalším argumentem proti je úloha lékaře. Vykonávání eutanazie je v nesouladu s tímto zásadním lékařským úkolem (Šimek, 2015, s. 165).

Dnes již absolventi lékařských fakult skládají místo Hippokratovy přísahy Lékařský slib, ale i tak zmíníme, že se Hippokratova přísaha řídí tím, že nelze nikomu dát usmrcující prostředek. Jasně vymezuje, že se lékař ani žádostmi nepřiměje k podání smrtícího léku a ani sám tuto možnost nenabídne (Kutnohorská, 2007, s. 84).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE PRŮZKUMU

4.1 Cíle průzkumu

4.1.1 Hlavní cíle

Zjistit informovanost studentů pomáhajících profesí v oblasti paliativní hospicové péče.

Zjistit názory studentů pomáhajících profesí na kvalitu paliativní péče.

Zjistit postoj studentů pomáhajících profesí k problematice eutanazie.

4.1.2 Dílčí cíle

Zjistit, zda náboženské vyznání ovlivňuje pohled na eutanazii.

Zjistit, zda by studenti souhlasili s legalizací eutanazie v České republice.

4.2 Průzkumná metoda

Průzkum proběhl kvantitativní metodou pomocí dotazníkového šetření. Dotazník je komplex otázek, které jsou připraveny dopředu na přesném formuláři. Na začátku dotazníku je uvedeno krátké zdůvodnění, aby respondent věděl, proč dotazník vyplňuje. Toto zdůvodnění zahrnuje i utvrzení o respondentově anonymitě. V dotazníku jsou formulovány zásadní problémy, na které chceme pomocí něho získat odpovědi. Struktura dotazníku byla vytvořena tak, aby u respondentů vyvolala zájem o jeho vyplnění. Otázky v dotazníku mají být jasné. (Kutnohorská, 2009, s. 41-42).

4.2.1 Charakteristika dotazníkových položek

Dotazník obsahuje celkem 20 otázek (viz příloha č. III). Z nich se 13 otázek zabývá paliativní hospicovou péčí a zbylých 7 se zaměřuje na problematiku eutanazie. Otázky č. 1, 4, 7, 8, 14, 18 jsou otevřené, otázky č. 2, 3, 6, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20 jsou uzavřené a otázky č. 5 a 9 jsou polouzavřené.

4.2.2 Charakteristika zkoumaného vzorku respondentů

Respondenti jsou studenti a studentky University Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulty humanitních studií, oboru Všeobecná sestra. Pro průzkum byly vybrány 2. a 3. ročníky, prezenční i kombinované formy.

4.3 Organizace průzkumného šetření

Před začátkem průzkumu byla zajištěna Žádost o dotazníkové šetření na fakultě humanitních studií (viz příloha č. IV). Dotazníky byly rozdány v období od 22.1 2016 do 12.2 2016. Celkem bylo rozdáno 165 dotazníků. Z tohoto počtu se vrátilo 152 dotazníků. Kvůli nesprávnému vyplnění se 11 dotazníků muselo vyřadit, takže celkový počet navrácených dotazníků je 141 (85 %).

5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

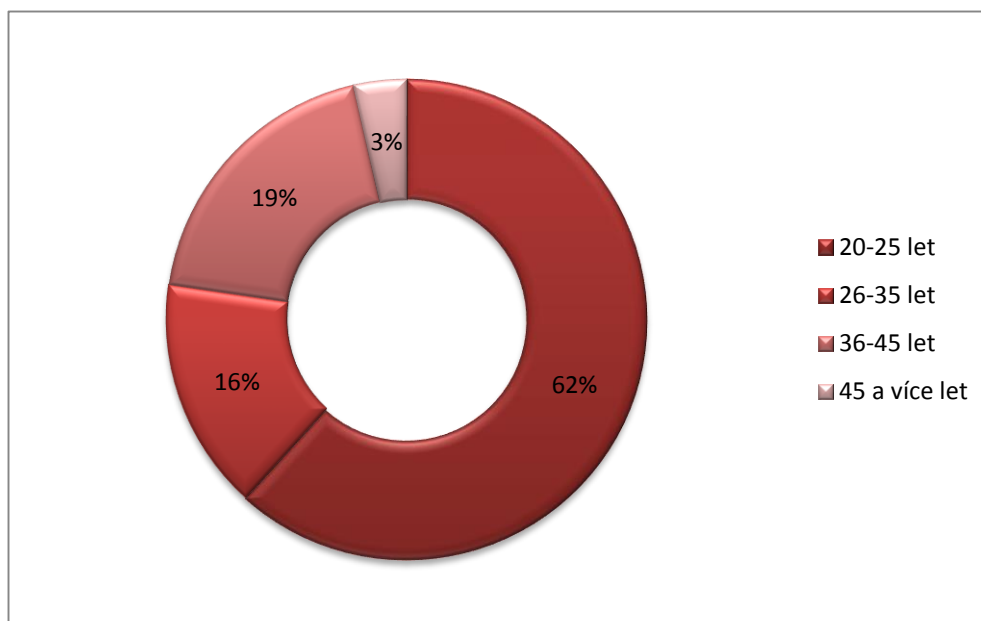
Otázka č. 1: Uved'te Váš věk:

Otázka č. 1 je otevřená, dle shodných odpovědí jsme rozdělili věk respondentů do kategorií.

Tabulka 1 *Věk respondentů*

	Absolutní četnost	Relativní četnost
20-25 let	87	62 %
26-35 let	22	16 %
36-45 let	27	19 %
45 a více let	5	3 %
Celkem	141	100 %

Graf 1 *Věk respondentů*



Komentář:

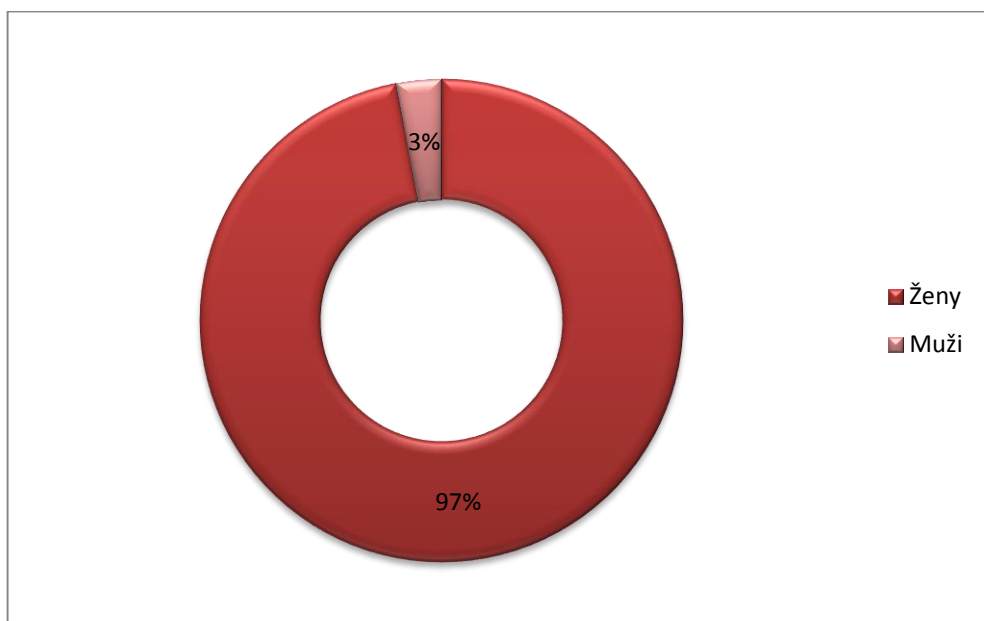
Otázka č. 1 zjišťuje věk respondentů. Z počtu 141 respondentů je v kategorii 20-25 let 87 respondentů (62 %), v kategorii 26-35 let 22 respondentů (16 %), dále pokračuje kategorie 36-45 let se 27 respondenty (19 %) a v kategorii 45 let a více je 5 respondentů (3 %).

Otázka č. 2: **Jste:**

Tabulka 2 *Pohlaví respondentů*

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženy	137	97 %
Muži	4	3 %
Celkem	141	100 %

Graf 2 *Pohlaví respondentů*



Komentář:

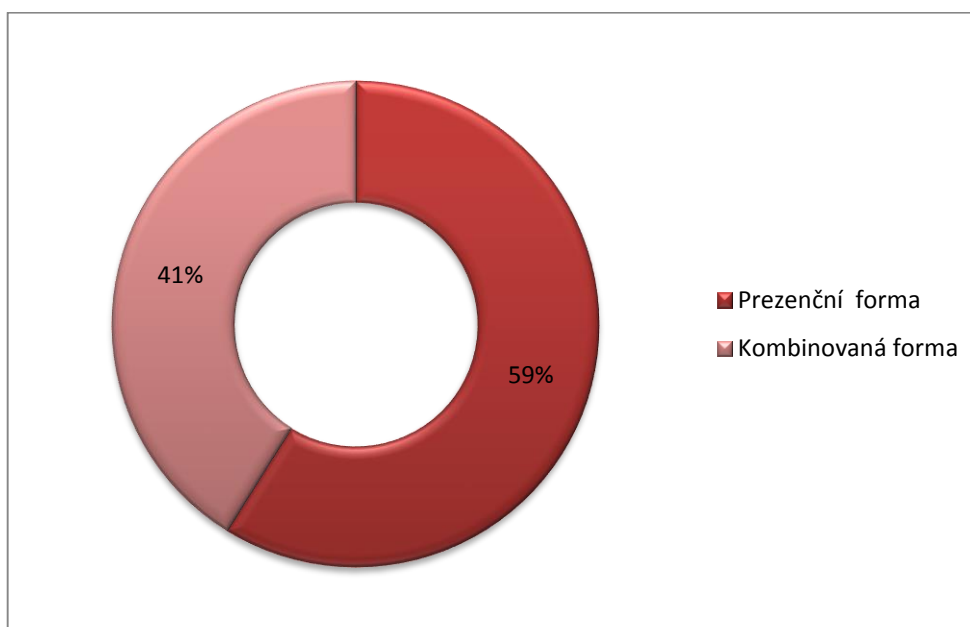
Otázka č. 2 se zabývá pohlavím respondentů. Z počtu 141 respondentů je 137 žen (97 %) a 4 muži (3 %).

Otázka č. 3: Jaká je Vaše forma studia?

Tabulka 3 *Forma studia respondentů*

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Prezenční forma	83	59 %
Kombinovaná forma	58	41 %
Celkem	141	100 %

Graf 3 *Forma studia respondentů*



Komentář:

Otázka č. 3 se zabývá formou studia respondentů. Z počtu 141 respondentů navštěvuje 83 respondentů prezenční formu studia (59 %) a kombinovanou formu studia navštěvuje 58 respondentů (41 %).

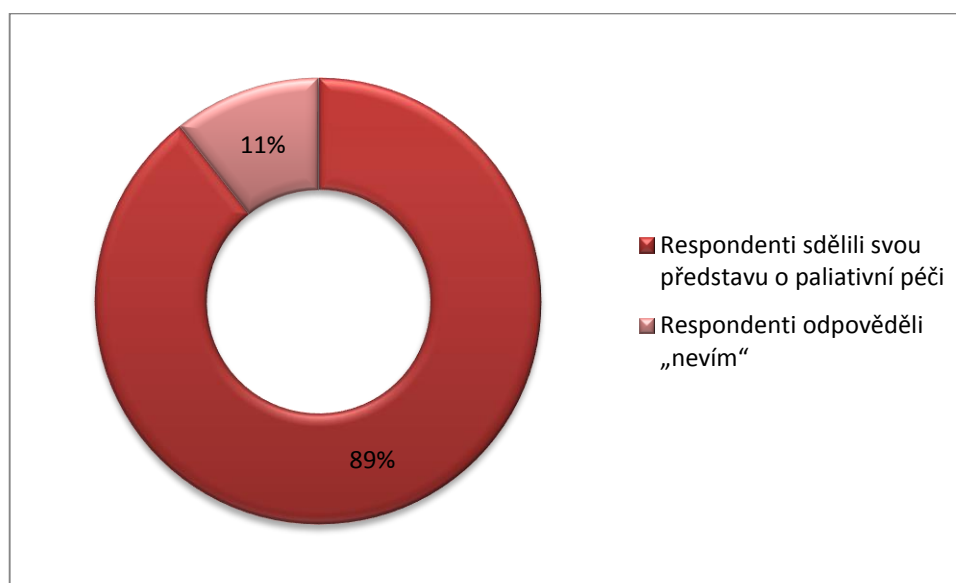
Otázka č. 4: Co si představujete pod pojmem paliativní péče?

Otázka č. 4 je otevřená. Respondenti byli rozděleni podle odpovědí do dvou kategorií.

Tabulka 4 Paliativní péče dle studentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Respondenti sdělili svou představu o paliativní péči	126	89 %
Respondenti odpověděli „nevím“	15	11 %
Celkem	141	100 %

Graf 4 Paliativní péče dle studentů



Komentář:

Otázka č. 4 zjišťuje, co si studenti představují pod pojmem paliativní péče. Z počtu 141 respondentů 15 odpovědělo, že neví (11 %) a 126 napsalo svou představu (89 %). Nejčastější odpovědi na tuto otázku jsou péče o pacienta v terminálním stadiu, péče o umírající, péče symptomatická, pomoc např. od bolesti, důstojné umírání, péče bez kurativního účinku, úlevová péče, život bez utrpení, bolesti, péče o nevléčitelně nemocné. Další odpovědi jsou:

- „Péče o P/K v posledních stadiích, na sklonku života - tlumí bolest, zpříjemňuje jim poslední chvíle.“

- *„Zajištění důstojného a bezbolestného umírání.“*
- *„Poslední péče před smrtí.“*
- *„Uspokojování potřeb klienta v poslední fázi života. Jedná se hlavně o plnění přání.“*
- *„Péče v hospicích u pacientů v terminálním stadiu nemoci.“*
- *„Péče zaměřená na co největší komfort pacienta, kterého nelze vyléčit.“*
- *„Ulehčení odchodu člověka – lepší smrt.“*
- *„Nejlepší možná péče o nevyléčitelného člověka.“*
- *„Péče o pacienta v terminálním stádiu nemoci, pouze tišení bolesti a uspokojování potřeb, smířování rodiny se smrtí, pomoc rodině v těžké situaci.“*
- *„Provádí se, pokud u pacienta nepůsobí žádné léky a pokud selhává péče.“*
- *„Nezatěžovat pacienta zbytečnými radikálními zásahy, zlepšit jeho kvalitu života medikamenty (analgetika, opioidy, psychoterapeutika) a ošetrovatelskou péčí.“*

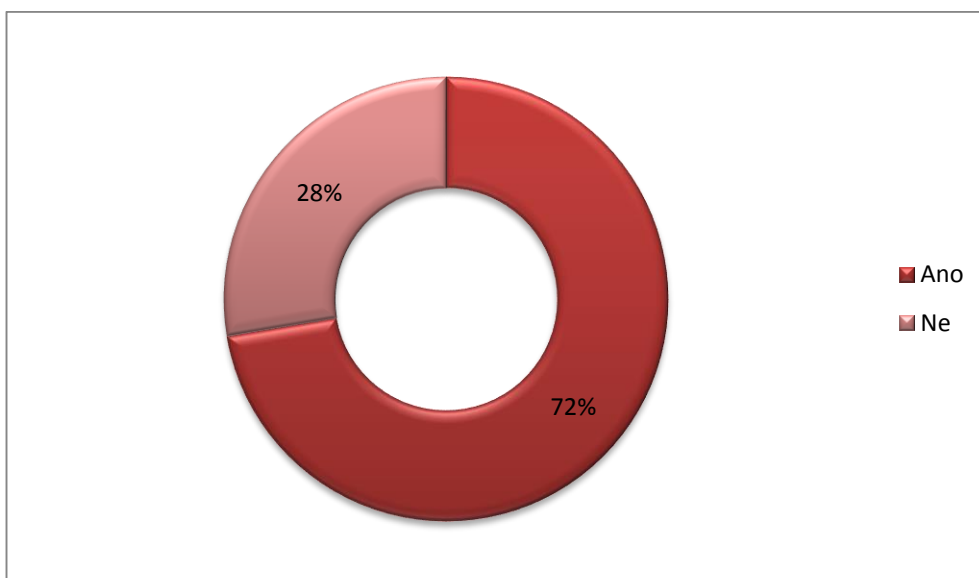
Otázka č. 5: Znáte cíle paliativní péče?

Otázka č. 5 je polouzavřená, pokud respondenti uvedli „ano“, měli také definovat, jaké cíle znají.

Tabulka 5 Cíle paliativní péče

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	102	72 %
Ne	39	28 %
Celkem	141	100 %

Graf 5 Cíle paliativní péče

**Komentář:**

Otázka č. 5 zjišťuje, jestli respondenti znají cíle paliativní péče. Z počtu 141 respondentů odpovědělo 102 „ano“ (72 %) a 39 respondentů odpovědělo „ne“ (28 %). Nejčastějšími odpověďmi byli, že cílem je ulevit od bolesti, zachování lidské důstojnosti, zlepšit kvalitu života, zajistit potřeby nemocného, psychická podpora, zmírnit utrpení a zmírňovat symptomy onemocnění. Další odpovědi jsou:

- „Poskytnou kvalitní ošetrovatelskou péči.“
- „Pomocť smířit se smrtí.“

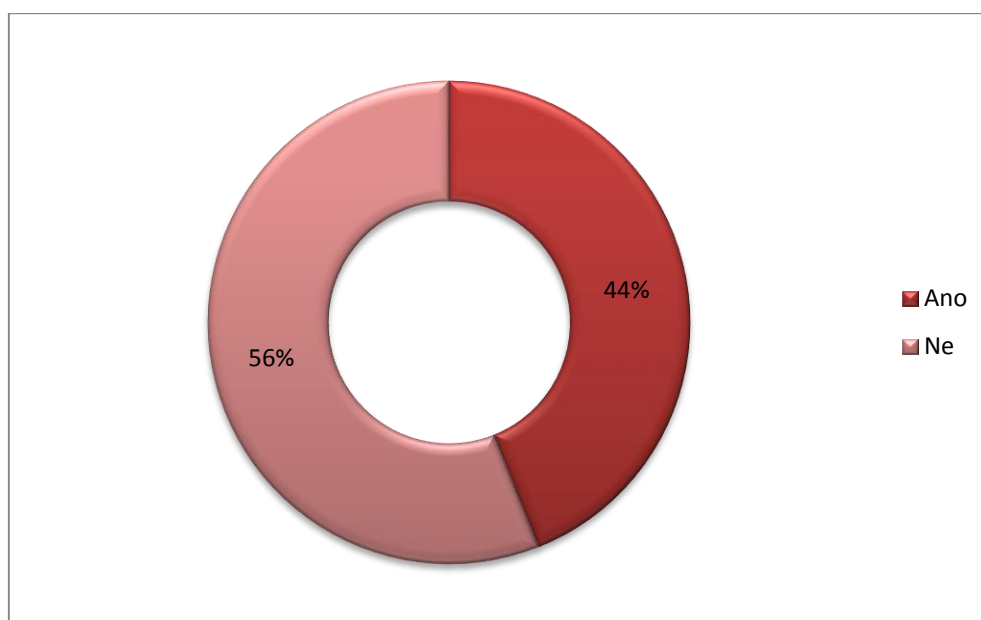
- „Aby P. neztratil důstojnost a z toho vše vyplývající - zbytek života dožil co nejlépe jak jde.“
- „Důstojná smrt, smrt v kruhu blízkých a rodiny.“
- „Zlepšit hodnotu života před smrtí, zlepšit hodnotu života v terminálním stádiu.“
- „Nenastavování nové léčby.“
- „Zmírnění bolesti, najít bio-psycho-sociální rovnováhu.“
- „Uspokojování potřeb nemocného, pomoc i rodině nemocného.“
- „Zajistit důstojnou smrt bez bolesti s poskytnutím všeho co si nemocný přeje.“
- „Ulehčit P/K poslední dekádu života, ulevit od bolesti, nenechat umírat klienta samotného, podpořit kontakt s rodinou.“
- „Cíl operativní.“

Otázka č. 6: Máte vlastní zkušenost s poskytováním paliativní péče?

Tabulka 6 Zkušenost respondentů s paliativní péčí

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	62	44 %
Ne	79	56 %
Celkem	141	100 %

Graf 6 Zkušenost respondentů s paliativní péčí

**Komentář:**

Otázka č. 6 zjišťuje, zda mají respondenti vlastní zkušenost s poskytováním paliativní péče. Z počtu 141 respondentů odpovědělo 62 „ano“ (44 %) a 79 odpovědělo „ne“ (56 %).

Otázka č. 7: **Definujte pojem hospic:**

Otázka č. 7 je otevřená, nejčastější odpovědi jsou:

- „Zdrav. zařízení zaměřené na péči o nevyléčitelně nemocné lidi.“
- „Zařízení pro pacienty v terminálním stádiu.“
- „Místo pro umírající.“
- „Zařízení poskytující paliativní péči.“
- „Zařízení, kde jsou lidé na dožití.“
- „Péče o starého člověka.“
- „Místo, které ulehčuje pacientům a rodinám umírání.“
- „Je to zařízení, kde člověk umírá a jsou mu uspokojovány bio-psycho-sociální potřeby.“
- „Zařízení, kde se poskytuje pouze symptomatická péče.“
- „Starají se o p/k, kteří čekají na smrt, nebo o pacienty, když si rodina potřebuje odpočinout.“
- „Místo pro pac., kteří nepotřebují léčbu – je již bezvýznamná, ale dožívají a personál se snaží zlepšit kvalitu života.“
- „Zařízení pro lidi, kteří jsou na konci se životem a nemají, kdo by se o ně postaral.“

Další odpovědi jsou:

- „Zařízení sociální péče, které poskytuje klientům úlevu od bolesti.“
- „Místo klidného umírání.“
- „Zařízení nezdravotnického typu, klientům jsou splněna jejich přání, klienti kterým zbývá půl roku života.“
- „Zařízení na poslední cestě.“
- „Dům, který poskytuje důstojné umírání.“
- „Pro pacienty, kteří umírají a nemají možnost být v domácím prostředí.“
- „Objekt, ve kterém jsou pacienti pod stálým dohledem sestry, ale mají svůj pokoj, kde můžou za nimi docházet rodinní příslušníci.“
- „Je to zařízení, kde chodí/jsou ubytováni lidé s velkými bolestmi před smrtí.“
- „Domov důchodců se sesterským personálem.“

Otázka č. 8: **Jaké diagnózy se podle Vás nejčastěji vyskytují v hospici?**

Otázka č. 8 je otevřená, nejčastější odpovědi jsou:

- „*Onkologické onemocnění.*“
- „*Nádory, karcinomy.*“
- „*Rakovina, AIDS.*“
- „*Nádorová onemocnění, Alzheimerova demence, onemocnění pohybového aparátu.*“
- „*Demence.*“
- „*Degenerativní onemocnění, např. amyotrofická laterální skleróza, roztroušená skleróza, Parkinson.*“

Další odpovědi jsou:

- „*Rakovina, staří klienti, kdy není možno se o ně starat nebo rodina chce lepší péči.*“
- „*Onkologické, neurologické, konečná stádia chronických onemocnění (ICHS, CHOPN, demence).*“
- „*Chronické respirační a kardiovaskulární onemocnění.*“
- „*CA, CMP, cirhóza jater.*“
- „*Terminální stádia Ca, různé trvalé následky nemocí – těžká obrna, po CMP.*“
- „*Nevyléčitelné.*“

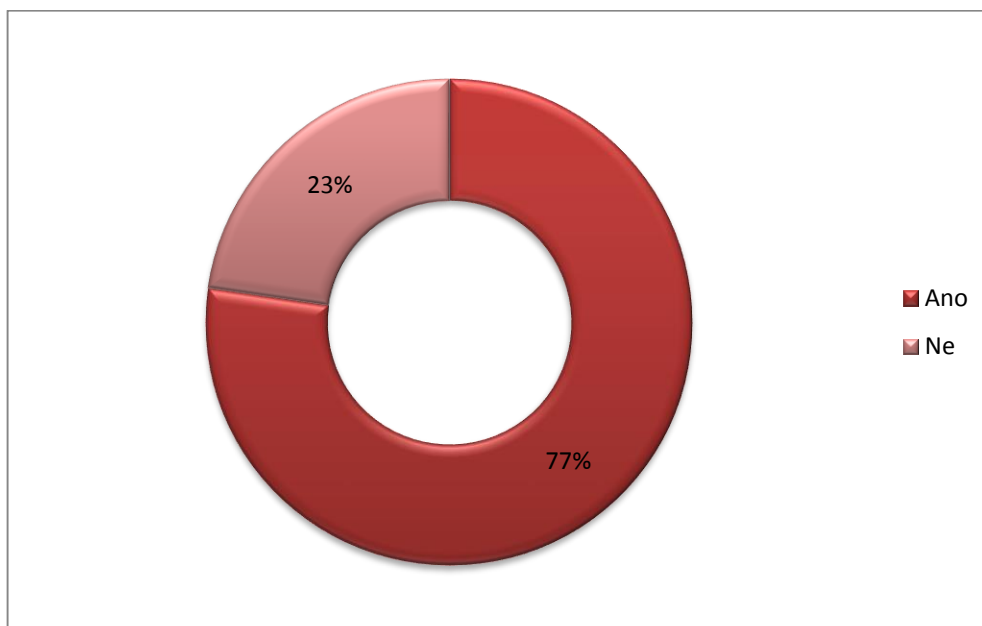
Otázka č. 9: Znáte nějaké hospice v České republice?

Otázka č. 9 je polouzavřená, pokud respondenti odpověděli „ano“, měli také napsat, jaké hospice v ČR znají.

Tabulka 7 Hospice v ČR

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	109	77 %
Ne	32	23 %
Celkem	141	100 %

Graf 7 Hospice v ČR

**Komentář:**

Otázka č. 9 zjišťuje, zda respondenti znají nějaké hospice v České republice. Z počtu 141 respondentů odpovědělo 109 „ano“ (77 %) a 32 odpovědělo „ne“ (23 %). Mezi nejčastější odpovědi patří Hospic na Svatém Kopečku, hospic v Rajhradu, Citadela ve Valašském Meziříčí, hospic Anežky České, Červený Kostelec, Hvězda v Malenovicích.

Další odpovědi jsou:

- „U sv. Anny v Brně.“

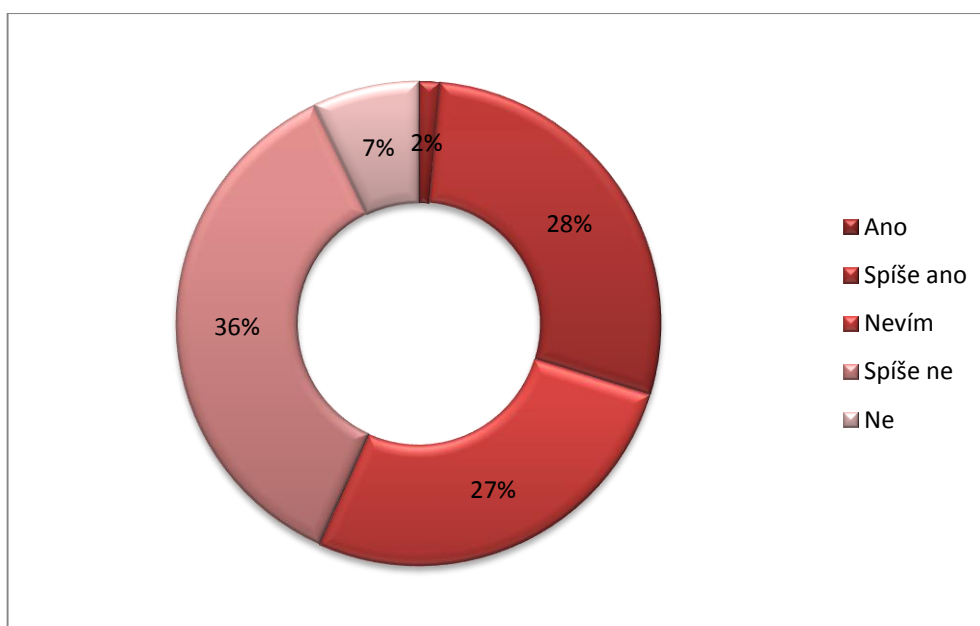
-
- „*Kroměříž – sdružení milosrdných sester.*“
 - „*Sv. Hostýn u Olomouce*“ (chybný geografický údaj doslovně citován z dotazníku)
 - „*Olomouc, Praha, Zlín*“
 - „*Frydek – Místek*“

Otázka č. 10: **Myslíte si, že se v České republice dostatečně věnuje pozornost problematice paliativní a hospicové péče?**

Tabulka 8 *Paliativní péči v ČR*

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	2	2 %
Spíše ano	40	28 %
Nevím	38	27 %
Spíše ne	51	36 %
Ne	10	7 %
Celkem	141	100 %

Graf 8 *Paliativní péči v ČR*



Komentář:

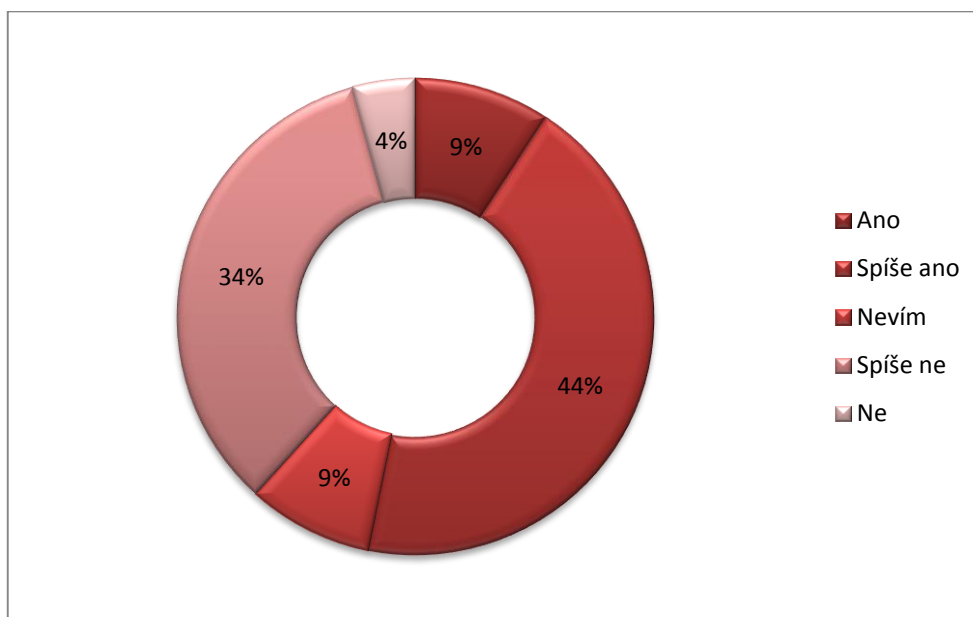
Otázka č. 10 zjišťuje, zda se v ČR věnuje dostatečná pozornost problematice paliativní hospicové péče. Z počtu 141 respondentů odpověděli 2 „ano“ (2 %), 40 odpovědělo „spíše ano“ (28 %), 38 odpovědělo „nevím“ (27 %), 51 respondentů odpovědělo, že „spíše ne“ (36%) a zbylých 10 uvedlo „ne“ (7 %).

Otázka č. 11: **Získáváte ve škole dostatek informací o problematice paliativní a hospicové péče?**

Tabulka 9 *Paliativní péče ve škole*

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	13	9 %
Spíše ano	62	44 %
Nevím	12	9 %
Spíše ne	48	34 %
Ne	6	4 %
Celkem	141	100 %

Graf 9 *Paliativní péče ve škole*



Komentář:

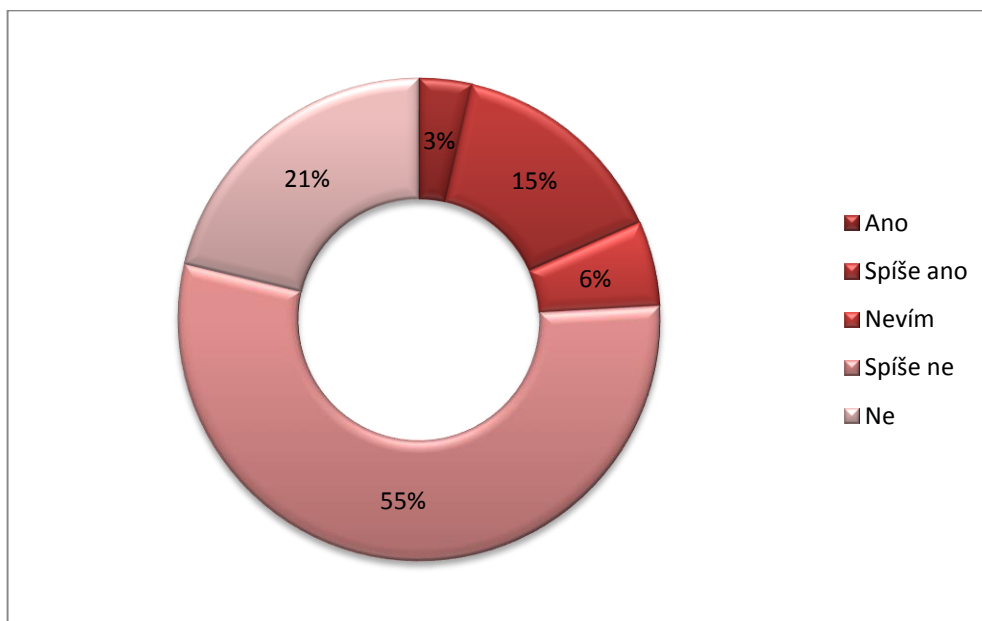
Otázka č. 11 zjišťuje, jestli respondenti získávají ve škole dostatek informací o paliativní hospicové péči. Z počtu 141 respondentů 13 odpovědělo „ano“ (9 %), 62 odpovědělo „spíše ano“ (44 %), 12 uvedlo, že neví (9%), 48 odpovědělo „spíše ne“ (34 %) a 6 odpovědělo „ne“ (4 %).

Otázka č. 12: Jsou podle Vás v nemocnicích důstojné podmínky pro umírající?

Tabulka 10 Podmínky pro umírající v nemocnici

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	5	3 %
Spíše ano	21	15 %
Nevím	8	6 %
Spíše ne	77	55 %
Ne	30	21 %
Celkem	141	100 %

Graf 10 Podmínky pro umírající v nemocnici



Komentář:

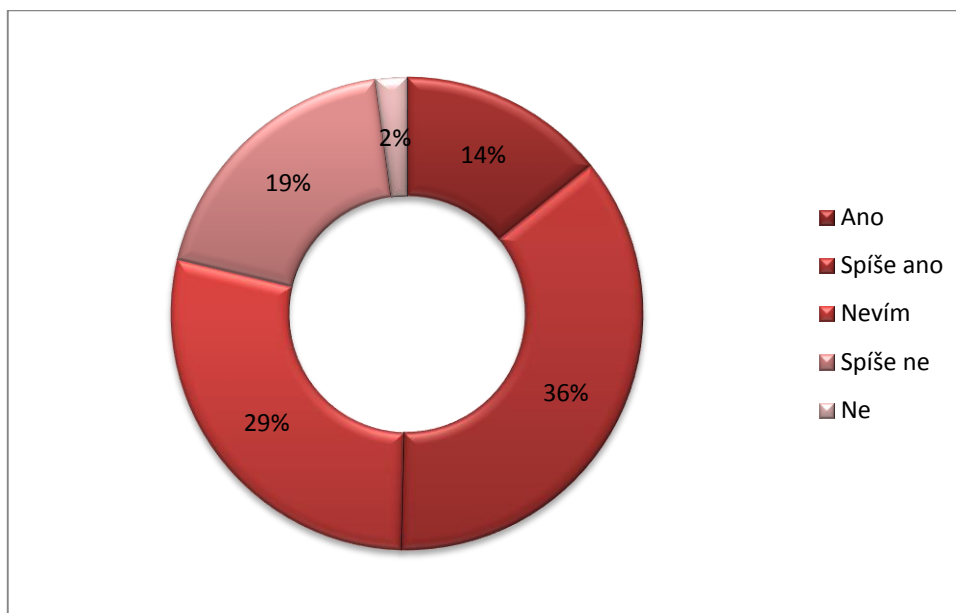
Otázka č. 12 zkoumá, zda si respondenti myslí, že jsou v nemocnici důstojné podmínky pro umírající. Z počtu 141 respondentů odpovědělo 5 „ano“ (3 %), 21 odpovědělo „spíše ano“ (15 %), 8 odpovědělo „nevím“ (6 %), 77 odpovědělo „spíše ne“ (55 %) a 30 respondentů uvedlo, že „ne“ (21 %).

Otázka č. 13: **Myslíte, že dokážete komunikovat s umírajícím nemocným?**

Tabulka 11 *Komunikace s umírajícím*

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	20	14 %
Spíše ano	51	36 %
Nevím	40	29 %
Spíše ne	27	19 %
Ne	3	2 %
Celkem	141	100 %

Graf 11 *Komunikace s umírajícím*



Komentář:

Otázka č. 13 zkoumá, zda si respondenti myslí, že umí komunikovat s umírajícím. Z počtu 141 respondentů si 20 myslí, že „ano“ (14 %), 51 odpovědělo „spíše ano“ (36 %), 40 odpovědělo „nevím“ (29 %), 27 uvedlo, že „spíše ne“ (19 %) a 3 odpověděli „ne“ (2 %).

Otázka č. 14: Co si představuje pod pojmem eutanazie?

Otázka č. 14 je otevřená, nejčastější odpovědi jsou:

- „Ukončení života.“
- „Vědomé a dobrovolné ukončení života.“
- „Ukončení života na přání nemocného.“
- „Úmyslné podání látky za účelem navození smrti.“
- „Řízená smrt.“
- „Asistovaná sebevražda.“
- „Smrt z milosti.“
- „Usmrcení.“
- „Smrt.“

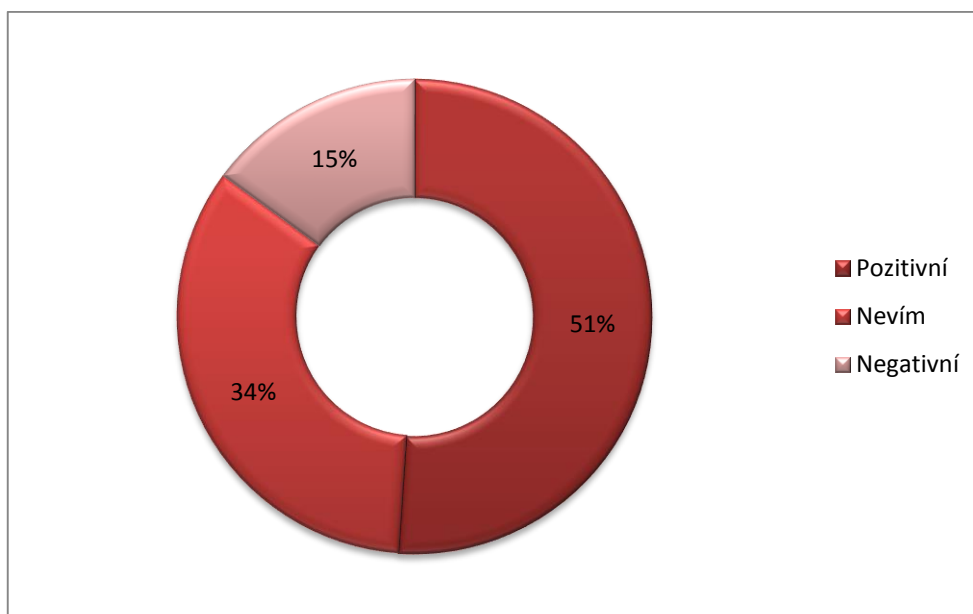
Další odpovědi jsou:

- „Úleva od trápení.“
- „Vysvobození pacienta od neléčitelné nemoci.“
- „Blažená smrt.“
- „Volba, kterou učiní pacient, když už nechce dál žít z důvodu komplikované diagnózy.“
- „Možnost zemřít bezbolestně.“
- „Volba smrti, člověk chce ukončit život (v důsledku nemoci).“
- „Možnost rozhodnout o svém životě.“
- „Odpojení pacienta od přístroje.“
- „Dopomoc umřít.“
- „Ulehčení umírání nemocných.“
- „Je to ukončení života, kdy člověk vypije určitou látku a poté usne a už se nevzbudí.“

Otázka č. 15: Jaký zaujímáte postoj k eutanazii?

Tabulka 12 *Postoj k eutanazii*

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pozitivní	72	51 %
Nevím	48	34 %
Negativní	21	15 %
Celkem	141	100 %

Graf 12 *Postoj k eutanazii***Komentář:**

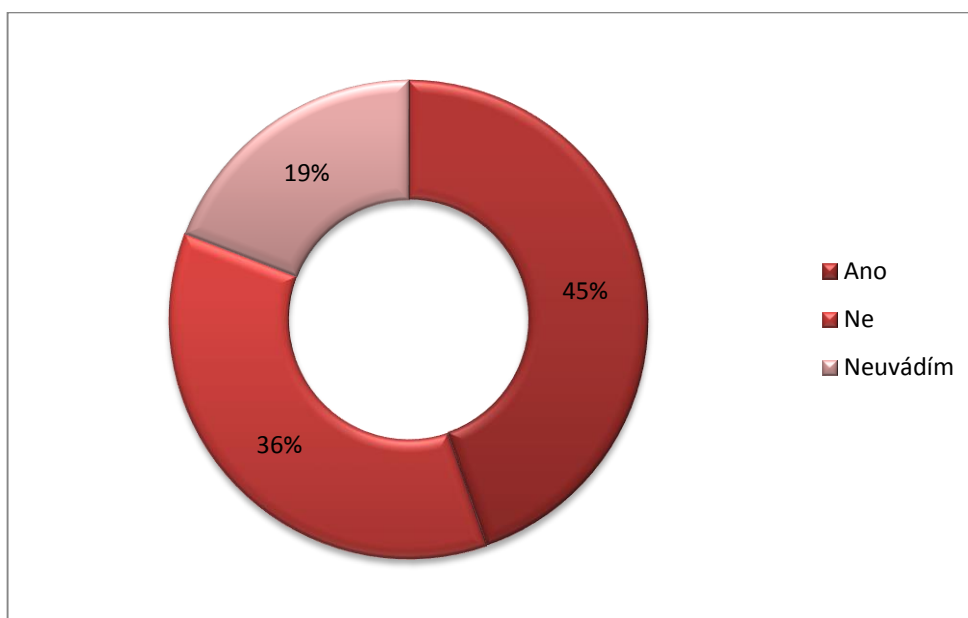
Otázka č. 15 zjišťuje, jaký mají respondenti postoj k eutanazii. Z počtu 141 respondentů 72 odpovědělo, že postoj k eutanazii mají pozitivní (51 %), 48 uvedlo „nevím“ (34 %) a 21 respondentů odpovědělo, že mají postoj negativní (15 %).

Otázka č. 16: Věříte v Boha či jiné nadpřirozené síly?

Tabulka 13 Náboženské vyznání

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	63	45 %
Ne	51	36 %
Neuvádím	27	19 %
Celkem	141	100 %

Graf 13 Náboženské vyznání



Komentář:

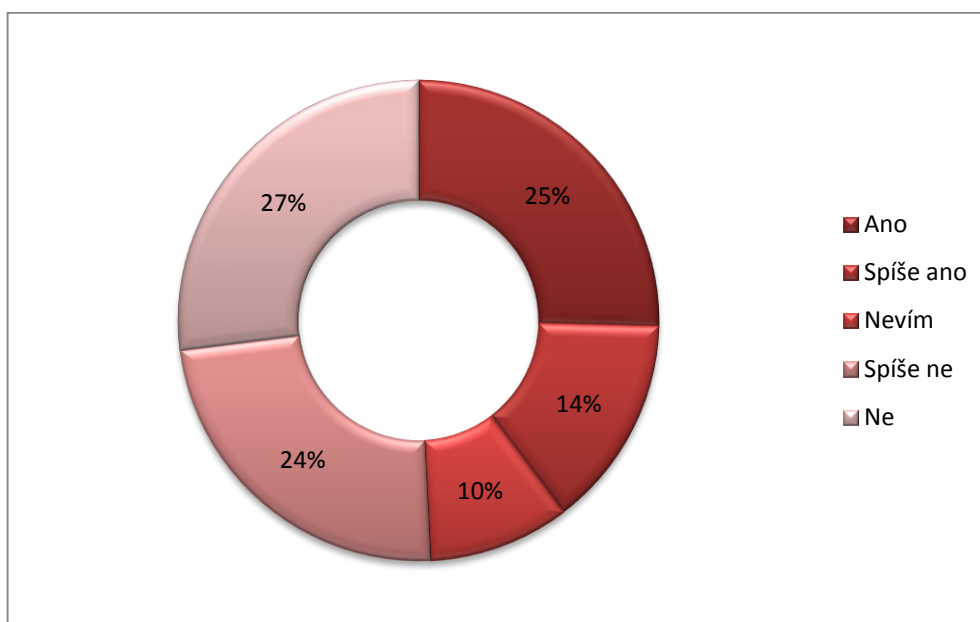
Otázka č. 16 zkoumá, zda respondenti věří v Boha či jiné nadpřirozené síly. Z počtu 141 respondentů odpovědělo 63 „ano“ (45 %), 51 uvedlo „ne“ (36 %) a 27 zvolilo odpověď „neuvádím“ (19 %).

Otázka č. 17: **Myslíte, že víra v Boha ovlivňuje Váš pohled na eutanazii?**

Tabulka 14 *Náboženské vyznání a eutanazie*

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	16	25 %
Spíše ano	9	14 %
Nevím	6	10 %
Spíše ne	15	24 %
Ne	17	27 %
Celkem	63	100 %

Graf 14 *Náboženské vyznání a eutanazie*



Komentář:

Tato otázka zkoumá, zda víra v Boha či jiné nadpřirozené síly ovlivňuje respondentův pohled na eutanazii. Pokud respondenti v předchozí otázce (otázka č. 16) uvedli že „ne“ nebo „neuvádím“ tuto otázku vynechali. Z počtu 63 respondentů 16 odpovědělo „ano“ (25 %), 9 uvedlo „spíše ano“ (14 %), 6 odpovědělo „nevím“ (10 %), 15 odpovědělo „spíše ne“ (24 %) a 17 respondentů odpovědělo, že „ne“ (27 %).

Otázka č. 18: **Uved'te důvod anebo případně více důvodů, proč podle Vás lidé žádají o eutanazii?**

Otázka č. 18 je otevřená, nejčastější odpovědi jsou:

- „*Bolest.*“
- „*Utrpení.*“
- „*Z důvodu nevyléčitelné choroby.*“
- „*Strach z bolesti a umírání.*“
- „*Nedůstojné umírání.*“
- „*Nechtější zůstat na obtíž rodině.*“
- „*Ztráta smyslu života.*“
- „*Závislost na druhé osobě.*“
- „*Ztráta soběstačnosti.*“
- „*Bezmoc.*“
- „*Deprese.*“
- „*Nepohyblivost.*“

Další odpovědi jsou:

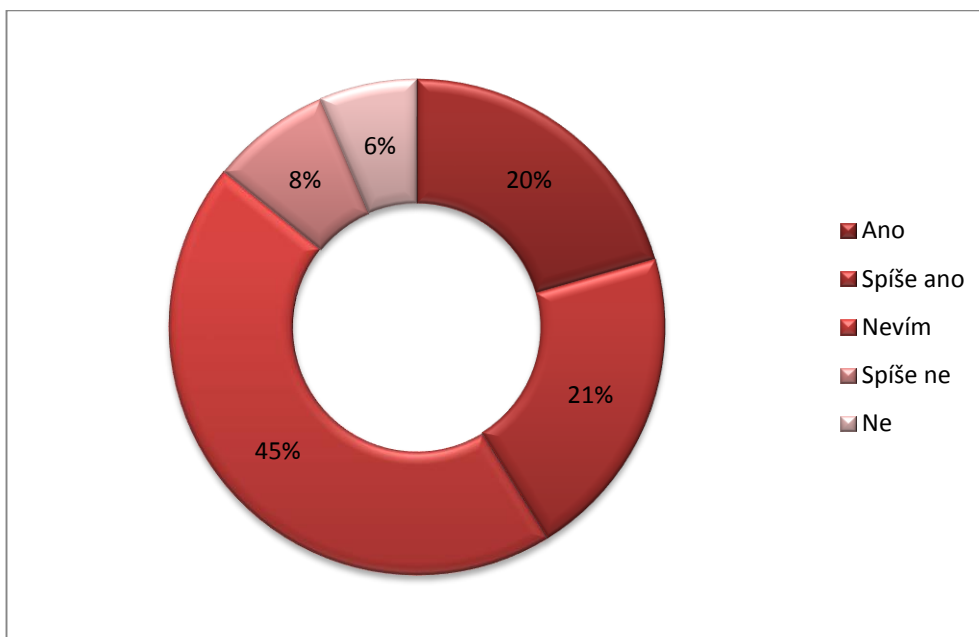
- „*Těžké umírání.*“
- „*Úleva.*“
- „*Protože ztratili smysl života, těžká nemoc v nízkém věku, náhlé onemocnění, chronické postižení, které jim brání v životních snech či běžných denních činnostech.*“
- „*Bolest, momentální stav, rakovina, finanční a zdravotnické problémy.*“
- „*Protože mají nemoc, která jim natolik ovlivnila kvalitu života, že to nezvládají a chtějí to ukončit.*“
- „*Nechtější, aby se trápili jejich příbuzní.*“
- „*Jsou už vyčerpáni s bojem s nemocí, nesnesitelné bolesti, ztráta víry v lepší konci.*“
- „*Už ztratili smysl života, připadají si zbyteční, stali se ležáky, o které nemá rodina zájem.*“
- „*Nechtější skončit imobilní a závislí na péči druhých osob, nechtější umírat v bolestech nebo dementní.*“
- „*Nechtější umírat v nesnesitelných bolestech a utrpení. Chtějí, aby příbuzní neměli vzpomínky na nemocné v posledním stádiu.*“

Otázka č. 19: **Zvolil/Zvolila byste eutanazii v případě, že byste trpěl/trpěla nevléčitelným onemocněním?**

Tabulka 15 *Volba eutanazie při nevléčitelném onemocnění*

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	29	20 %
Spíše ano	29	21 %
Nevím	63	45 %
Spíše ne	11	8 %
Ne	9	6 %
Celkem	141	100 %

Graf 15 *Volba eutanazie při nevléčitelném onemocnění*



Komentář:

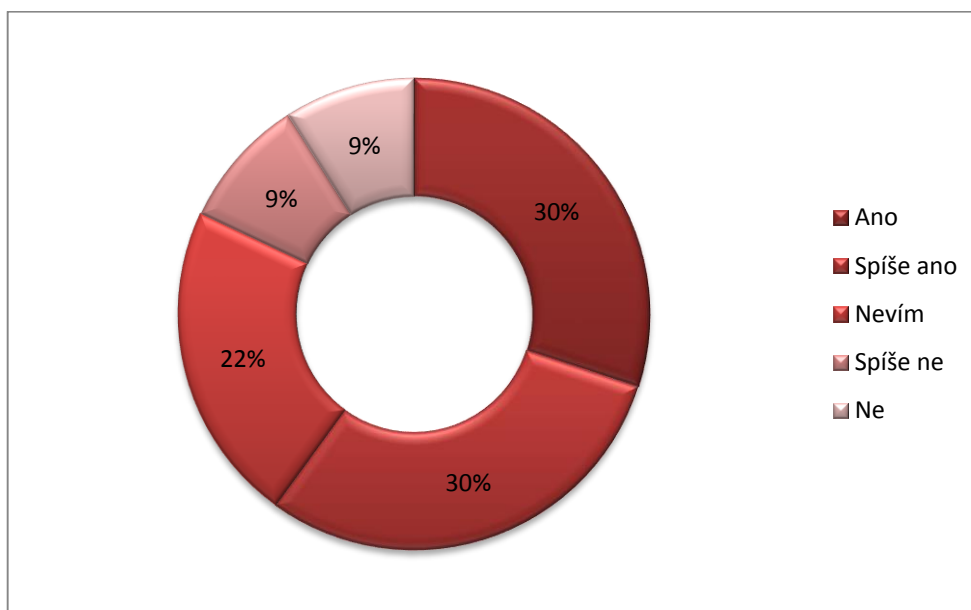
Otázka č. 19 zjišťuje, zda by respondenti zvolili eutanazii, kdyby trpěli nevléčitelným onemocněním. Z počtu 141 respondentů odpovědělo 29 „ano“ (20 %), 29 respondentů uvedlo „spíše ano“ (21 %), 63 odpovědělo „nevím“ (45 %), 11 odpovědělo „spíše ne“ (8 %) a 9 uvedlo, že „ne“ (6 %).

Otázka č. 20: Souhlasil/Souhlasila byste s legalizací eutanazie v České republice?

Tabulka 16 *Legalizace eutanazie*

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	43	30 %
Spíše ano	42	30 %
Nevím	31	22 %
Spíše ne	13	9 %
Ne	12	9 %
Celkem	141	100 %

Graf 16 *Legalizace eutanazie*



Komentář:

Otázka č. 20 zjišťuje, zda by respondenti legalizovali eutanazii v ČR. Z počtu 141 respondentů 43 odpovědělo „ano“ (30 %), 42 uvedlo „spíše ano“ (30 %), 31 uvedlo, že neví (22 %), 13 odpovědělo „spíše ne“ (9 %) a 12 odpovědělo „ne“ (9 %).

DISKUZE

V této kapitole se věnujeme zhodnocení výsledků získaných při dotazníkovém šetření. Pro porovnání některých výsledků jsme použili průzkum Terezy Císlarové s názvem Názory studentů Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně na eutanazii a paliativní péči obhájené v roce 2012 na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, Fakultě humanitních studií.

Hlavní cíl č. 1: Zjistit informovanost studentů pomáhajících profesí v oblasti paliativní hospicové péče.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 4, 5, 7, 8, 9.

Otázka č. 4 je otevřená a zkoumá, co si respondenti představují pod pojmem paliativní péče. Z celkového počtu 141 respondentů 15 napsalo, že neví a 126 sdělilo svou představu. Respondenti nejčastěji odpovídali, že pod pojmem paliativní péče si představují péči o pacienta v terminálním stadiu. Mezi další časté odpovědi patří péče o umírající a péče symptomatická. Někteří respondenti napsali, že je to péče, která nemá kurativní účinek. Menší část respondentů psala, že paliativní péče znamená úlevová péče a život bez trápení nebo bolesti. Z odpovědí vyplývá, že většina studentů si správně spojila paliativní péči s umírajícími pacienty v terminálním stádiu. Zmínka o tom, že se paliativní péče týká i rodiny a blízkých se objevila bohužel jen v jedné odpovědi. Odpověď, která nás příjemně překvapila je, že paliativní péči nezatěžuje pacienta zbytečnými radikálními zásahy a že zlepšuje jeho kvalitu života medikamenty (analgetika, opioidy, psychoterapeutika) a ošetrovatelskou péčí. Zde můžeme použít srovnání s průzkumem Císlarové, jež pokládala podobnou otázku, respondenti odpovídali podobně např.: péče o umírající, nebo zmírnění bolesti umírajících.

V otázce č. 5 se ptáme, jestli respondenti znají cíle paliativní péče. Z celkového počtu 141 respondentů 102 odpovědělo, že zná cíle paliativní péče a 39 respondentů odpovědělo, že nezná. Ti co odpověděli, že znají cíle paliativní péče, pak měli také vlastními slovy popsat, o jaké cíle jde. Více než polovina respondentů odpověděla, že cílem je tišení bolesti. Druhou nejčastější odpovědí bylo zachování lidské důstojnosti. Další pak byly zlepšit kvalitu života, zajistit potřeby nemocného, zmírňovat symptomy onemocnění a psychická podpora.

V otázce č. 7 žádáme respondenty, aby definovali pojem hospic. Nejčastější odpovědí byla, že je to zdravotnické zařízení, které zaměřuje svou péči na nevléčitelně nemocné, nebo že hospic znamená zařízení pro pacienty v terminálním stádiu. Někteří definovali hospic jako

místo pro umírající. Méně častými odpověďmi pak byly zařízení poskytující paliativní péči nebo zařízení, kde jsou lidé na dožití. Zajímavou odpovědí byla, že je hospic zařízení na poslední cestě člověka.

Otázka č. 8 se ptá, jaké diagnózy se podle respondentů nejčastěji vyskytují v hospici. Více než polovina respondentů odpověděla, že nejčastějšími diagnózami v hospici jsou diagnózy onkologické, nádory, tumory, rakovina. Méně časté odpovědi byly AIDS, onemocnění pohybového aparátu nebo demence. Překvapivá, ale bohužel nesprávná odpověď byla, že do hospice jsou přijati lidé z důvodů vysokého věku nebo stáří.

Otázka č. 9 zkoumá, zda respondenti znají nějaké hospice v ČR. Z celkového počtu 141 respondentů 109 odpovědělo, že znají a 32 odpovědělo, že neznají. Ti co odpověděli ano, pak dále měli popsat, jaké hospice to jsou. Většina respondentů uvedla maximálně 3 hospicová zařízení, proto tento výsledek můžeme zhodnotit jako ne moc dobrý. Někteří respondenti uvedli i chybné údaje jako např. hospic U sv. Anny v Brně, nebo Sv. Hostýn u Olomouce. Nejčastější správnou odpovědí je Hospic na Svatém Kopečku u Olomouce. Další častou odpovědí je hospic v Rajhradu, následuje Citadela ve Valašském Meziříčí, hospic Anežky České, Červený Kostelec a Hvězda v Malenovicích.

Hlavní cíl č. 2: Zjistit názory studentů pomáhajících profesí na kvalitu paliativní péče.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 10, 11, 12

Otázka č. 10 zkoumá, zda si respondenti myslí, že se problematice paliativní hospicové péče věnuje dostatečná pozornost v ČR. Z celkového počtu 141 respondentů si 2 respondenti myslí, že se věnuje dostatečná pozornost problematice paliativní péče. Možnost spíše ano zvolilo 40 respondentů. 38 respondentů odpovědělo, že neví. 51 respondentů si myslí, že se pozornost paliativní péči spíše nevěnuje a 10 odpovědělo ne. Spíše převládá názor, že se této problematice pozornosti příliš nevěnuje.

V otázce č. 11 se ptáme respondentů, zda získávají ve škole dostatek informací o problematice paliativní hospicové péče. Z celkového počtu 141 respondentů 13 odpovědělo, že získává dostatek informací. 62 dotazovaných zvolilo odpověď spíše ano a 12 uvedlo, že neví. Negativně na tuto otázku odpovědělo 54 respondentů. Z tohoto vyplývá, že si více než 1/3 respondentů myslí, že prostřednictvím své školy získává málo informací o této problematice.

Otázka č. 12 zjišťuje, co si respondenti myslí o podmínkách pro umírající v nemocnicích. Z celkového počtu 141 respondentů si 5 myslí, že jsou v nemocnicích důstojné podmínky pro umírající. 21 respondentů zvolilo odpověď spíše ano. Odpověď nevím zvolilo 8 respondentů. 77 je pro odpověď spíše ne a 30 respondentů si myslí, že nejsou v nemocnicích důstojné podmínky pro umírající. Více než polovina respondentů si myslí, že v nemocnicích nejsou důstojné podmínky pro umírající.

Otázky č. 6 a 13 jsou doplňující.

V otázce č. 6 se ptáme, zda mají respondenti zkušenost s poskytováním paliativní péče. Z celkového počtu 141 respondentů 62 má vlastní zkušenost s poskytováním paliativní péče a 79 respondentů nemá tuto zkušenost. Častěji odpovídali ano respondenti z kombinované formy. Dá se to přisuzovat i tomu, že se s poskytováním paliativní péče mají větší možnost setkat v rámci svého zaměstnání.

Otázkou č. 13 se ptáme respondentů, zda dle jejich uvážení umí komunikovat s umírajícím nemocným. 50 % respondentů si myslí, že komunikovat s umírajícím umí. 29 % uvedlo, že neví a 21 % se uchýlilo pro odpovědi spíše ne nebo ne. Toto můžeme pokládat za dobrý výsledek.

Hlavní cíl č. 3: Zjistit postoj studentů pomáhajících profesí k problematice eutanazie.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 14, 15, 18, 19

Otázka č. 14 zjišťuje, co si respondenti představují pod pojmem eutanazie. Mezi nejčastější představy respondentů patří ukončení života, řízená smrt nebo ukončení života na přání nemocného. 23 respondentů odpovědělo, že je to vědomé a dobrovolné ukončení života. Někteří respondenti si nesprávně spojili eutanazii s asistovanou sebevraždou. 11 respondentů označilo eutanazii jako vysvobození a úlevu od trápení.

Otázka č. 15 se zajímá o postoj studentů k eutanazii. Polovina respondentů zaujímá postoj pozitivní. 48 respondentů na tuto otázku nezná odpověď a 21 respondentů má postoj negativní.

Otázka č. 18 je otevřená a respondenti mají dle vlastního názoru sdělit nejčastější důvody pro žádosti o eutanazii. Bolest jako nejčastější důvod se objevil u 92 dotazovaných. Další velmi časté odpovědi zahrnovaly utrpení nebo nevyлéčitelnou chorobu. 15 respondentů

uvedlo jako další důvod samotný strach z bolesti a umírání. Někteří respondenti zmínili i pocit být na obtíž rodině.

V otázce č. 19 se ptáme, zda by si respondenti vybrali eutanazii v případě nevléčitelného onemocnění. Z celkového počtu 141 respondentů by 29 eutanazii zvolilo, stejný počet respondentů zvolilo i odpověď spíše ano. 63 respondentů na tuto otázku odpovědělo, že neví. 11 respondentů by možnost eutanazie spíše nezvolili a 9 uvedlo, že by eutanazii nezvolili.

Dílčí cíle k hlavnímu cíli č. 3:

Zjistit, zda náboženské vyznání ovlivňuje pohled na eutanazii. Otázky č. 16, 17.

Otázkou č. 16 zjišťujeme, kolik respondentů věří v Boha či jiné nadpřirozené síly. Tato otázka je úzce spojena s otázkou č. 17. Z celkového počtu 141 respondentů 63 věří v Boha či jiné nadpřirozené síly. 51 respondentů nevěří ani v Boha ani nadpřirozené síly. Náboženské vyznání nevedlo 27 respondentů.

Otázka č. 17 zkoumá, zda víra v Boha či jiné nadpřirozené síly hraje roli při pohledu na eutanazii. V otázce č. 16 odpovědělo 63, že v Boha či jiné nadpřirozené síly věří. Z tohoto počtu pak 16 respondentů odpovědělo, že víra ovlivňuje jejich pohled na eutanazii. 9 respondentů sdělilo, že víra spíše ovlivňuje jejich pohled na eutanazii. 6 respondentů zvolilo možnost neví. 15 respondentů je pro možnost spíše ne a 17 respondentů si myslí, že víra neovlivňuje jejich pohled na eutanazii. Tento výsledek nás překvapil, jelikož jsme očekávali, že víra v Boha či jiné nadpřirozené síly bude respondenty více ovlivňovat v pohledu na eutanazii.

Zjistit, zda by studenti souhlasili s legalizací eutanazie v České republice. Otázka č. 20.

Otázkou č. 20 zjišťujeme, zda jsou respondenti pro či proti uzákonění eutanazie v ČR. 60 % respondentů je pro legalizaci eutanazie. Pro odpověď neví se rozhodlo 22 % respondentů a 18 % respondentů je proti legalizaci eutanazie. Opět použijeme porovnání s prací Císlarové, kde položila podobný dotaz a to, zda studenti souhlasí s eutanazií. Na tuto její otázku více než 70 % studentů odpovědělo, že souhlasí.

ZÁVĚR

Záměrem bakalářská práce bylo zmapovat postoje studentů ke dvěma velmi diskutovaným tématům a to jsou paliativní péče a eutanazii. Vytváření této práce mě vtáhlo do světa umírání a smrti a pomohlo mi objasnit některé důležité pojmy. I tak ani v této chvíli nejsem ani obhájce ani odpůrce eutanazie. Je to především pro mou víru v Boha, která zápasí s přesvědčením, že má každá bytost nárok na své vlastní rozhodnutí.

V teoretické části jsou objasněny základní pojmy. První kapitola se zaměřila na paliativní péči jako takovou. Popisuje její sled v rámci historie. Je zde uvedena i situace paliativní péče v České republice a je popsán rozdíl v kontextu s péčí hospicovou. Druhá se zabývá zejména pacientem v paliativní péči. Kapitola třetí upozorňuje na problematiku eutanazie. Objasňuje základní pojmy, které se s eutanazií pojí a jsou často zaměňovány. Praktická část se pomocí dotazníkového šetření zaměřila na studenty a na jejich pohled k této problematice.

V bakalářské práci jsme si stanovili 3 hlavní cíle a 2 dílčí. Tyto cíle byly splněny a jsou to:

Cíl č. 1: Zjistit informovanost studentů pomáhajících profesí v oblasti paliativní hospicové péče.

Cíl č. 2: Zjistit názory studentů pomáhajících profesí na kvalitu paliativní péče.

Cíl č. 3: Zjistit postoj studentů pomáhajících profesí k problematice eutanazie.

Dílčí cíle k hlavnímu cíli č. 3:

Zjistit, zda náboženské vyznání ovlivňuje pohled na eutanazii.

Zjistit, zda by studenti souhlasili s legalizací eutanazie v České republice.

V průběhu dotazníkového šetření se mě 3 studentky zeptaly, co to ta paliativní péče vůbec je. Když se na to podíváme v kontextu celé naší republiky, na to kolik lidí nemá ani představu o tom, co to paliativní péče vůbec znamená, je pak pro mnoho lidí snazší říct, že je eutanazie tou lepší cestou. Otázkou je, zda vůbec existuje lepší cesta. Je pravda, že paliativní péče u nás není kvalitou nejhorší, ale největším problémem je její dostupnost. Pokud ani my jako zdravotníci nebude mít dostatečné a hlavně úplné informace k této problematice nemůžeme to chtít ani po široké veřejnosti. Jak se pak něco může změnit, když nebudeme mít tušení, že nějaký problém vůbec existuje?

V závěru jen říci, že bychom si všichni měli položit otázku, zda jsme byli pro umírajícího světlem ve zlých časech, nebo jen další temnotou?

„Smrti se neboj. Dokud jsi tu ty, není tu smrt, až tu bude, nebudeš tu ty.“

Čínské přísloví

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby hodnocení kvalita života*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4
- [2] Česká televize. Eutanazie v ČR, 2014. *Zdravotnictví a medicína: čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii*. (4), 10. ISSN 2336-2987.
- [3] ČTK. Eutanazie ve světě, 2014. *Zdravotnictví a medicína: čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii*. (4), 10. ISSN 2336-2987.
- [4] GULÁŠOVÁ, Ivica, 2009. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. 1. vydání. Martin: Osveta. ISBN 978-808-0633-059.
- [5] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [6] HATOKOVÁ, Mária et al., 2013. *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich: dobrovoľníctvo v nemocniciach a paliatívnych zariadeniach*. 2.uprav. vyd. Košice: Equilibria. ISBN 978-80-8143-125-8.
- [7] HEŘMANOVÁ, Jana et al., 2012. *Etika v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3469-9.
- [8] HOLMEROVÁ, Iva et al., 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. 1. Vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5439-0.
- [9] KALVACH, Zdeněk et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- [10] KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5203-7.
- [11] KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.
- [12] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80247-2069-2.
- [13] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [14] MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-802-4731-711.

- [15] MUNZAROVÁ, Marta, 2005a. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada. ISBN 80-247-1025-0.
- [16] MUNZAROVÁ, Marta, 2005b. *Zdravotnická etika od A do Z*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1024-2.
- [17] MUNZAROVÁ, Marta et al., 2008. *Proč NE eutanazii, aneb, Být, či nebýt?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-258-9.
- [18] O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. Vydání, Překlad Jana Heřmanová, Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.
- [19] PLEVOVÁ, Ilona et al., 2011. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-35580.
- [20] PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2012. *Eutanazie - pro a proti*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4659-3.
- [21] PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. Století*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5471-0.
- [22] SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.
- [23] SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7. dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.
- [24] ŠIMEK, Jiří, 2015. *Lékařská etika*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5306-5.
- [25] ŠTĚRBOVÁ, Zdeňka, 2015. Komunikace s umírajícími. *Zdravotnictví a medicína*. (11), 30. ISSN 2336-2987.
- [26] TOMAGOVÁ, Martina a Ivana BÓRIKOVÁ, 2008. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-270-0.
- [27] ULRICHOVÁ, Monika, 2009. *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie*. 1. Vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-743-0.
- [28] VIRT, Günter, 2000. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. 1. vydání. Překlad Theodora Starnovská, Dagmar Pohunková. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-7021-330-2.
- [29] VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ, 2004. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.

- [30] VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1716-6.
- [31] VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3742-3.
- [32] WITTENBERG-LYLES, Elaine, 2013. *Communication in paliative nursing*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-979682-3.

Internetové zdroje

- [33] ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 ze dne 6. listopadu 2011, zákon o zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 131, [cit. 2016-03-07]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.
- [34] ČTK. V kvalitě paliativní péče je Česko 33. na světě, ukázala studie. Zdravotnictví a medicína [online]. 2015 [cit. 2016-05-13]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality/v-kvalite-paliativni-pecce-je-cesko-33-na-svete-ukazala-studie-480097>
- [35] Hospice v ČR. *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče* [online]. 2014 [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/hospice-v-cr/>
- [36] SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Martina ŠPINKOVÁ. Paliativní péče v České republice v roce 2013. In: *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. 2013. Brno a Praha, [cit. 2016-05-01]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/paliativni-pecce-v-ceske-republice-v-roce-2013>.
- [37] Slovník pojmů, 2010. *Hospice* [online]. [cit. 2016-03-07]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/slovník-pojmu/>.

Kvalifikační práce

- [38] CÍSLEROVÁ, Tereza. *Názory studentů Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně na eutanazii a paliativní péči* [online]. Zlín, 2012 [cit. 2016-05-01]. Dostupné z: file:///C:/Users/katerina/Downloads/Bakalarska_prace_Tereza_Cislerova.pdf. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Jarmila Šťastná.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
APHPP	Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
Atd.	A tak dále
Cit.	Citace
CMP	Cévní mozková příhoda
ČR	Česká republika
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
č.	Číslo
EIU	Economist Intelligence Unit
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
Např.	Například
Pac.	Pacient
P/K	Pacient/Klient
WHO	World Health Organization

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 <i>Věk respondentů</i>	39
Tabulka 2 <i>Pohlaví respondentů</i>	40
Tabulka 3 <i>Forma studia respondentů</i>	41
Tabulka 4 <i>Paliativní péče dle studentů</i>	42
Tabulka 5 <i>Cíle paliativní péče</i>	44
Tabulka 6 <i>Zkušenost respondentů s paliativní péčí</i>	46
Tabulka 7 <i>Hospice v ČR</i>	49
Tabulka 8 <i>Paliativní péči v ČR</i>	51
Tabulka 9 <i>Paliativní péče ve škole</i>	52
Tabulka 10 <i>Podmínky pro umírající v nemocnici</i>	53
Tabulka 11 <i>Komunikace s umírajícím</i>	54
Tabulka 12 <i>Postoj k eutanazii</i>	56
Tabulka 13 <i>Náboženské vyznání</i>	57
Tabulka 14 <i>Náboženské vyznání a eutanazie</i>	58
Tabulka 15 <i>Volba eutanazie při nevyléčitelném onemocnění</i>	60
Tabulka 16 <i>Legalizace eutanazie</i>	61

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 <i>Věk respondentů</i>	39
Graf 2 <i>Pohlaví respondentů</i>	40
Graf 3 <i>Forma studia respondentů</i>	41
Graf 4 <i>Paliativní péče dle studentů</i>	42
Graf 5 <i>Cíle paliativní péče</i>	44
Graf 6 <i>Zkušenost respondentů s paliativní péčí</i>	46
Graf 7 <i>Hospice v ČR</i>	49
Graf 8 <i>Paliativní péči v ČR</i>	51
Graf 9 <i>Paliativní péče ve škole</i>	52
Graf 10 <i>Podmínky pro umírající v nemocnici</i>	53
Graf 11 <i>Komunikace s umírajícím</i>	54
Graf 12 <i>Postoj k eutanazii</i>	56
Graf 13 <i>Náboženské vyznání</i>	57
Graf 14 <i>Náboženské vyznání a eutanazie</i>	58
Graf 15 <i>Volba eutanazie při nevléčitelném onemocnění</i>	60
Graf 16 <i>Legalizace eutanazie</i>	61

SEZNAM PŘÍLOH

- I. Adresář poskytovatelů hospicové paliativní péče – členů APHPP
- II. Maslowova hierarchie potřeb
- III. Dotazník
- IV. Žádost o umožnění dotazníkového šetření

PŘÍLOHA I: ADRESÁŘ POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE – ČLENŮ APHPP

Hlavní město Praha

- Hospic Štrasburk, o.p.s., Bohnická 12, 180 00 Praha 8 – Bohnice, tel.: 283 853 256

Středočeský kraj

- Hospic Dobrého Pastýře, Tři, o.p.s., Sokolská 584, 257 22 Čerčany, tel.: 317 777 381
- Nadační fond Klíček – Podpora vážně nemocných dětí a jejich rodin, Malejovice 22 (škola), 285 04 Uhlířské Janovice, tel: 327 544 043
- RUAH, o.p.s., Tyršova 2061, 256 01 Benešov, tel.: 733 741 707

Jihočeský kraj

- Domácí hospic Jordán, o. p. s., Bydlinkého ulice 2964 (Marešův vrch), Tábor 390 02
- Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s., Neumannova 144, 383 01 Prachatice, tel.: 388 311 726

Plzeňský kraj

- Hospic sv. Lazara, z.s., Sladkovského 66, 326 00 Plzeň, tel.: 377 431 381

Ústecký kraj

- Hospic sv. Štěpána, z.s., Rybářské náměstí 662/4, 412 01 Litoměřice, tel.: 416 733 185-7
- Hospic v Mostě, o.p.s., Svážná ul. 1528, 434 00 Most, tel.: 476 000 166

Liberecký kraj

- Hospicová péče sv. Zdislavy, o.p.s., Horská 1219, 460 14 Liberec 1, tel.: 604 697 317

Královéhradecký kraj

- Hospic Anežky České, 5. května 1170, 549 41 Červený Kostelec, tel.: 491 467 030
- Domácí hospic Duha, o.p.s. - Centrum domácí hospicové péče, ČSA 1815, 508 01 Hořice

Vysočina

- Domáci hospic Vysočina, o.p.s., Žďárská 610, 592 31 Nové Město na Moravě, tel.: 566 615 198, 731 679 933
- Sdílení, o. p. s., Masarykova 330, 588 56 Telč

Jihomoravský kraj

- Hospic sv. Alžběty o.p.s., Kamenná 36, 639 00 Brno, tel.. 543 214 761, 777 883 639

Olomoucký kraj

- Hospic na Svatém Kopečku, Sadové náměstí 24, 779 00 Olomouc, tel.. 585 319 754

Zlínský kraj

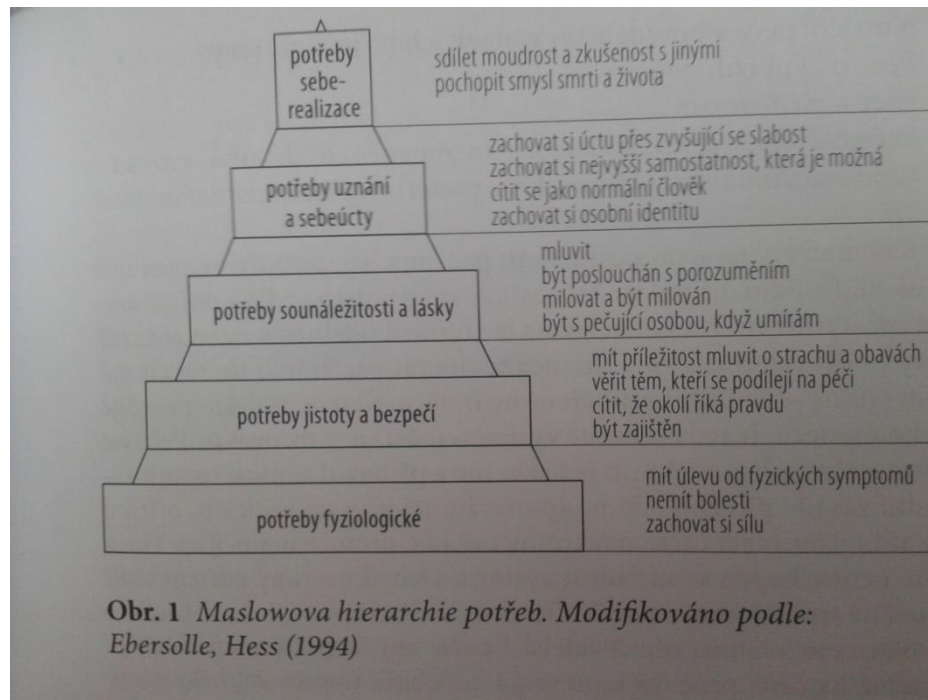
- Hospic Citadela – Diakonie CCE, Žerotínova 1421, 757 52 Valašské Meziříčí, tel.: 571 629 084

Moravskoslezský kraj

- Hospic sv. Lukáše –Charita Ostrava, Charvátská 8, 700 30 Ostrava – Výškovice, tel.: 599 508 505, 732 178 501
- Charitní středisko sv. Kryštofa – mobilní hospic a ošetrovatelská služba – Charita Ostrava, Charvátská 8, 700 30 Ostrava – Výškovice, tel.: 599 508 504, 733 676 601
- Mobilní hospic Ondrášek o.p.s., Horní 288/67, 700 30 Ostrava – Dubina, tel.: 596 910 196
- Hospic Frýdek – Místek,p.o., I.J.Pešiny 3640, 738 01 Frýdek – Místek, tel.: 595 538 111

Zdroj: Hospice v ČR, *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče* [online]. 2014 [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/hospice-v-cr/>

PŘÍLOHA II: MASLOWOVA HIERARCHIE POTŘEB



Zdroj: PLEVOVÁ, Ilona et al., 2011. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80 247-35580.

PŘÍLOHA III: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Mirošová, studuji obor Všeobecná sestra, studijní program Ošetřovatelství na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku. Vaše odpovědi budou zpracovány v mé bakalářské práci na téma: „**Paliativní péče a eutanazie očima studentů pomáhajících profesí**“. Získané informace použiji ke zpracování bakalářské práce a nebudou v žádném případě zneužity.

Doba pro vyplnění dotazníku je asi 15 min. Zakroužkujte pouze jednu odpověď.

Děkuji za Váš čas a spolupráci

1. Uveďte Váš věk:

2. Jste:

- a) Žena
- b) Muž

3. Jaká je Vaše forma studia?

- a) Prezenční
- b) Kombinovaná

4. Co si představujete pod pojmem paliativní péče?

.....
.....
.....

5. Znáte cíle paliativní péče?

- a) Ano – jaké?

.....
.....
.....

- b) Ne

6. Máte vlastní zkušenost s poskytováním paliativní péče?

- a) Ano
- b) Ne

7. Definujte pojem hospic.

.....

.....

.....

8. Jaké diagnózy se podle Vás nejčastěji vyskytují v hospici?

.....

.....

.....

9. Znáte nějaké hospice v České Republice?

- a) Ano - jaké?

.....

.....

.....

- b) Ne

10. Myslíte si, že se v České Republice dostatečně věnuje pozornost problematice paliativní a hospicové péče?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

11. Získáváte ve škole dostatek informací o problematice paliativní a hospicové péče?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

12. Jsou podle Vás v nemocnicích důstojné podmínky pro umírající nemocné?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

13. Myslíte, že dokážete komunikovat s umírajícím nemocným?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

14. Co si představujete pod pojmem eutanazie?

.....

.....

.....

15. Jaký zaujímáte postoj k eutanazii?

- a) Pozitivní
- b) Nevím
- c) Negativní

16. Věříte v Boha či v jiné nadpřirozené síly?

- a) Ano
- b) Ne (přejděte na otázku č. 18)
- c) Neuvádím (přejděte na otázku č. 18)

17. Myslíte, že víra v Boha či jiné nadpřirozené síly ovlivňuje Váš pohled na eutanazii?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

18. Uveďte důvod anebo případně více důvodů, proč podle Vás lidé žádají o eutanazii?

.....

.....

.....


19. Zvolil/Zvolila byste eutanazii v případě, že byste trpěl/trpěla nevléčitelným onemocněním?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

20. Souhlasil/souhlasila byste s legalizací eutanazie v České Republice?


- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

PŘÍLOHA IV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

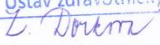
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	KATEŘINA MIROŠOVÁ	
Téma bakalářské práce	Relativní péče a eutanazie očima studentů pomáhajících profesí	
Vedoucí bakalářské práce	doc. MUDr. Miroslav Kolař, CSc.	
	 podpis	
Skupina respondentů	studenti	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně Fakulta humanitních studií	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	
	Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	
	Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 22. 1. 2016

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
26-01-2016


.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd


.....
razítko a podpis zástupce zařízení