

# Pohled veřejnosti na problematiku umírání a smrti

Markéta Samková

---

Bakalářská práce  
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2008/2009

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta SAMKOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Pohled veřejnosti na problematiku umírání a smrti**

Zásady pro vypracování:

**Zpracovat teoretickou část:**

**Seznámit s problematikou paliativní péče.**

**Charakterizovat obecnou a specializovanou paliativní péči.**

**Popsat formy paliativní péče.**

**Seznámit s definicí thanatologie.**

**Vymezit pojmy smrt a umírání.**

**Popsat zásady komunikace a potřeby umírajících.**

**Zpracovat praktickou část:**

**Stanovit cíle a hypotézy pro daný výzkum.**

**Sestavit dotazník pro výzkumné šetření.**

**Analyzovat získaná data.**

**Interpretovat výsledky.**

**Na základě výsledků navrhnout praxeologická opatření.**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Littera, 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.

MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.

PAYNEOVÁ, Sheila, SEYMOUROVÁ, Jane, INGLETONOVÁ, Christine. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.

SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.

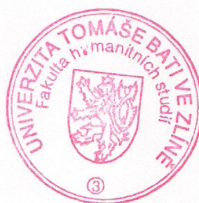
VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, POSPÍŠILOVÁ, Yvona et al. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Valentová**  
Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **5. února 2009**

Termín odevzdání bakalářské práce: **5. června 2009**

Ve Zlíně dne 5. února 2009



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*

L.S.

doc. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.  
*ředitel ústavu*



## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Ve Zlíně 25.2.2009

Markéta Šamková

---

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

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

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



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

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

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

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

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

3). 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 užit 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 přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Tématem bakalářské práce je „Pohled veřejnosti na problematiku umírání a smrti“. Práce se skládá z teoretické a praktické části.

Teoretická část se zabývá vymezením základních pojmů jako je thanatologie, umírání a smrt. Následně je charakterizován proces umírání, smrti a uspokojování potřeb umírajících. Další úsek je zaměřen na paliativní péči a na možnosti finanční podpory pečujícím rodinám. Závěr je věnován období zármutku a informacím pro pozůstalé.

Praktická část obsahuje zpracování a grafické znázornění dat získaných z dotazníkového šetření a statistické vyhodnocení hypotéz.

Klíčová slova: umírání, smrt, paliativní péče, hospic, pacient, rodina, pozůstalí

## **ABSTRACT**

The theme of a bachelor thesis is „The public attitudes to death and dying“. The work is composed at a theoretical and a practical part.

The theoretical part deals with the determination of essential notions as are thanalogy, dying and death. The process of dying, a death and satisfying of dying people's needs is consequently characterized. The next part is focused on the palliative care and the possibilities of financial support for taking care families. The conclusion is devoted to the period of grief and information for surviving relatives.

The practical part contains an elaboration and a graphic chart of dates obtained by a questionnaire and a statistic evaluation of hypothesis.

Keywords: dying, death, palliative care, hospice, patient, family, survivors



## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Markétě Valentové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a trpělivost při zpracovávání bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat svému příteli Nikolovi Konce-  
rovi za podporu a pomoc v průběhu celého studia. Velký dík patří také rodině a přátelům.

Motto:

*„Smrt není porážka, jako ani život není vítězství.“*

Reinhard Abeln, Anton Kner

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>13</b>
<b>1 VYMEZENÍ POJMŮ</b> .....	<b>14</b>
1.1 THANATOLOGIE.....	14
1.2 UMÍRÁNÍ .....	14
1.3 SMRT.....	15
<b>2 PROCES UMÍRÁNÍ A SMRTI</b> .....	<b>16</b>
2.1 CHARAKTERISTIKA PROCESU UMÍRÁNÍ .....	16
2.2 REAKCE UMÍRAJÍCÍCH A JEJICH BLÍZKÝCH .....	16
2.3 FÁZE PODLE ELISABETH KÜBLER–ROSSOVÉ .....	17
2.3.1 Šok, popírání a izolace .....	17
2.3.2 Agrese, hněv a vzpoura .....	17
2.3.3 Smlouvání, vyjednávání a kompromisy .....	18
2.3.4 Deprese.....	18
2.3.5 Smíření, souhlas a akceptace.....	18
2.4 UMÍRÁNÍ A SMRT V MINULOSTI A SOUČASNOSTI .....	19
2.5 DŮSTOJNÁ SMRT.....	20
2.6 KVALITA ŽIVOTA .....	20
<b>3 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB UMÍRAJÍCÍCH</b> .....	<b>22</b>
3.1 TEORIE POTŘEB ČLOVĚKA.....	22
3.2 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH.....	22
3.2.1 Potřeby biologické.....	23
3.2.2 Potřeby psychologické.....	23
3.2.3 Potřeby sociální .....	24
3.2.4 Potřeby spirituální .....	25
<b>4 PALIATIVNÍ PÉČE</b> .....	<b>26</b>
4.1 DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE .....	26
4.2 ZÁKLADNÍ PRINCIPY PALIATIVNÍ PÉČE .....	27
4.3 PALIATIVNÍ PÉČE A EUTANÁZIE.....	27
4.3.1 Definice eutanázie .....	27
4.3.2 Vztah paliativní péče a eutanázie .....	28
4.4 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE .....	29
4.5 PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....	30
4.6 OBECNÁ A SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE .....	31
4.6.1 Obecná paliativní péče .....	32
4.6.2 Specializovaná paliativní péče .....	32



4.7	FORMY SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE.....	32
4.7.1	Zařízení domácí paliativní péče .....	32
4.7.2	Hospic .....	35
4.7.3	Oddělení paliativní péče.....	36
4.7.4	Konziliární tým paliativní péče .....	37
4.7.5	Specializovaná ambulance paliativní péče .....	37
4.7.6	Denní stacionář paliativní péče .....	37
4.7.7	Zvláštní zařízení specializované paliativní péče .....	37
<b>5</b>	<b>FINANČNÍ PODPORA PEČUJÍCÍM RODINÁM.....</b>	<b>38</b>
5.1	PŘÍSPĚVEK NA PÉČI.....	38
5.2	PODPORA PŘI OŠETŘOVÁNÍ ČLENA RODINY .....	38
<b>6</b>	<b>OBDOBÍ ZÁRMUTKU .....</b>	<b>39</b>
6.1	ÚROVNĚ PODPORY V OBDOBÍ ZÁRMUTKU .....	40
<b>7</b>	<b>INFORMACE PRO POZŮSTALÉ .....</b>	<b>42</b>
7.1	ORGANIZACE POHŘBU .....	42
7.2	POHŘEBNÉ.....	42
7.3	VDOVSKÝ A VDOVECKÝ DŮCHOD .....	43
7.4	DĚDICKÉ ŘÍZENÍ .....	43
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>44</b>
<b>8</b>	<b>METODIKA PRŮZKUMU .....</b>	<b>45</b>
8.1	CÍLE A HYPOTÉZY .....	45
8.2	PRŮZKUMNÁ METODA .....	46
8.3	ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	47
8.4	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	47
8.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT .....	47
<b>9</b>	<b>VÝSLEDKY PRŮZKUMU .....</b>	<b>48</b>
9.1	ZPRACOVÁNÍ A GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ ZÍSKANÝCH DAT .....	48
9.2	STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ HYPOTÉZ .....	80
9.2.1	Test dobré shody Chí-kvadrát $\chi^2$ .....	80
9.2.2	Test P binomického rozdělení.....	81
9.2.3	Testování hypotéz .....	82
<b>10</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>103</b>
<b>11</b>	<b>SHRnutí VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU .....</b>	<b>118</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>120</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>122</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>126</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>128</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>129</b>

<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>131</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>132</b>



## ÚVOD

Ve své bakalářské práci na téma „Pohled veřejnosti na problematiku umírání a smrti“ jsem se zaměřila na závěrečné období lidského života, na období umírání a smrti.

Lidský život je omezen a jeho konec je nevyhnutelný. Stejně tak jako se každý z nás jednou narodí, tak jednou i zemře. Smrt může být nečekaná a nespravedlivá, ale téměř vždy je neovlivnitelná. Samotný proces umírání ovšem mnohdy lze ovlivnit a přesto smutným faktem zůstává, že i v dnešní době není všem lidem umožněno strávit poslední chvíle života důstojně, s úctou a v prostředí, kde se cítí jistě a bezpečně. Na straně druhé se postupně zvyšuje počet zařízení určených pro pacienty ve stádiu terminálního onemocnění a také počet odborníků a těch, kteří si tento obtížný problém uvědomují a svou práci směřují ke zlepšení této nelehké situace. Jedná se o práci velmi náročnou, jak po stránce fyzické, tak i psychické. Tito lidé si zaslouží mé velké uznání a obdiv. Za další prospěšný počín považuji rozvoj hospicové paliativní péče, která se maximálně snaží zkvalitnit závěrečnou fázi života umírajících, a to jak v lůžkových hospicových zařízeních, tak i doma ve spolupráci s rodinou. Domnívám se, že s ohledem na potřeby umírajících a jejich blízkých je velmi důležité rozvíjet a rozšiřovat možnosti domácí hospicové péče a jak již bylo uvedeno výše, i nadále zvyšovat počet odborníků, kteří by profesionálně pomáhali umírajícím a jejich rodinám v domácím prostředí. To z psychologického hlediska sehrává významnou roli v tomto obtížném období. Je to právě domov, kde se lidé cítí nejbezpečněji a je jen na nás, kde a v jakých podmínkách umožníme našim blízkým prožít poslední chvíle jejich života.

K hlubšímu pochopení této problematiky a rovněž k vypracování mé bakalářské práce mi značně pomohla návštěva Hospicového občanského sdružení Cesta domů v Praze. Hlavním cílem tohoto sdružení je přispět ke zlepšení kvality péče o umírající a o jejich rodiny. Měla jsem možnost zúčastnit se semináře o mobilní specializované paliativní péči pořádaného pracovníky Cesty domů. Ti mi na základě svých mnohaletých zkušeností předali část cenných teoretických i praktických informací a postřehů, kterých si velmi vážím, neboť mi umožnily pohlížet na celou věc očima „lepšího“ člověka.

Společnost se umírání a smrti obává a zatímco narození nového života patří mezi radostná témata, která jsou vyhledávána a o kterých se často hovoří, umírání, smrt a cokoliv s nimi společného leží na opačném konci pomyslné stupnice oblíbenosti. Musíme si však uvědomit, že i o této fázi života je velmi důležité mluvit. Jak jinak by bylo možné dále zlepšovat

podmínky umírajících a jejich blízkých, jak po fyzické, psychické a v neposlední řadě i materiální stránce? Jak jinak zjistit potřeby a zachovat důstojnost člověka v posledních chvílích jeho života?

Práce se zabývá nejen obdobím umírání a smrti, ale i následnou etapou, která nastává po úmrtí. Na mysli mám období zármutku pozůstalých, kteří se ocitli ve složité životní situaci, často ztraceni, v osamělosti a bez informací o tom, jak postupovat dále.

Téměř každý z nás se již někdy s umíráním a smrtí setkal, ale ne všichni jsme měli dostatek informací, ne všichni jsme věděli, jak se v dané situaci zachovat a jaké máme možnosti. Jaký je vůbec pohled veřejnosti na problematiku umírání a smrti? I z těchto mnoha důvodů jsem si vybrala výše uvedené téma.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 VYMEZENÍ POJMŮ

## 1.1 Thanatologie

Thanatologie je definována jako interdisciplinární vědní obor o smrti a o všech fenoménech s ní spojených. Název je odvozen od jména řeckého boha smrtelného spánku a smrti. Základy položila počátkem 60. let Elisabeth Kübler-Rossová. Thanatologie vznikla v USA a zájem o ni vyvolal především fenomén rostoucího pocitu viny za smrt jiných.

Obsah oboru je „rozptýlen“ do celé řady klasických oborů: filozofie, psychologie, sociologie, teologie, medicíny atd. Důvodem je, že každý ze jmenovaných oborů se vyjadřuje ke stejnému problému ze svého úhlu pohledu a prostřednictvím svých vědeckých metod.

V dnešní době se nemluví o umění zemřít, ale o umění život prodloužit. Rozdíl mezi vysoce vzdělaným a technicky vybaveným lékařem a trpícím nemocným je velký. A právě to je překážkou pomoci v procesu umírání, kde nabývají na významu jiné než technické prostředky. Rozumět podmínkám výkonu lékařského povolání, limitům péče a hlavně sobě samému ve chvílích konfrontace s bolestí, nejistotou, marností, umíráním a smrtí je nutné z důvodů jak profesních, tak i lidských. (Haškovcová, 2007, s. 178 - 179)

## 1.2 Umírání

V lékařské terminologii je pojem umírání synonymem terminálního stavu. Ten je definován jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí s následkem smrti. Terminální stav bývá časově ohraničen na dobu několika hodin, dnů, popřípadě týdnů.

V širším pojetí je umírání časově delším úsekem, než odpovídá terminálnímu stavu. Jeho počátek lze spatřit v okamžiku, kdy nemoc, která vstoupila do života člověka, je neslučitelná se životem. Ačkoliv má nemocný před sebou ještě relativně dlouhé období života, bude vždy jeho kvalita výrazně ovlivňována průběhem nemoci.

Pokrok vědy a techniky s sebou přináší skutečnost, že umírání v současnosti trvá zpravidla déle, což může přinášet větší nejistotu, strach a úzkost nejen umírajícím, ale i jejich blízkým. Nikdo z žijících nemá zkušenost s umíráním. Zkušenost, kterou člověk získá, nemůže ani předat, ani zobecnit, je jedinečná a neopakovatelná. Každý si ji získává sám, každý si musí sám ujít poslední úsek života. (Vorlíček, et al, 2004, s. 435)

### 1.3 Smrt

Smrt je individuální zánik jedince. Nepostihuje pouze stránku fyzickou, ale i psychickou a sociální. *Smrt fyzická* je úplná, trvalá a nezvratná ztráta vědomí. Je popisována jako biologická smrt mozku, tj. takový stav organismu, kdy dochází k selhávání základních životních funkcí. *Psychická smrt* představuje naprostou psychickou rezignaci, prožívanou bez nadějí a zoufalstvím. Za stav, kdy člověk sice žije, ale je sociálně izolován a vyvázán z mezilidských vztahů, je považována *smrt sociální*.

Fyzické smrti často předchází smrt psychická a sociální. Nikdo by neměl zemřít dříve psychicky než fyzicky. Opuštění domova a blízkých, ztráta lásky a naděje, to vše je první fází umírání, počátkem smrti psychické a sociální. (Misconiová, 1998, s. 16 - 17)



## 2 PROCES UMÍRÁNÍ A SMRTI

### 2.1 Charakteristika procesu umírání

Proces umírání lze rozdělit do tří fází: *pre finem*, *in finem* a *post finem*.

*Fáze pre finem* může být velmi dlouhá a časově může trvat několik měsíců, ale i let. U terminálně nemocných převládá otázka pravdy na nemocničním lůžku a problematika změny životního stylu. Je nezbytné usilovat o remisi, tedy stav různě dlouhého a různě kvalitního příměří s nemocí, která pravděpodobně dříve či později vzplane znovu.

Podstatou psychické pomoci je emotivní podpora zaměřená na aktivní spoluúčast nemocného. Nelze však opomenout ztráty, které umírajícího v průběhu nemoci postihují. Dochází ke změně nebo ztrátě zaměstnání, k narušení partnerských a rodinných vztahů, klesá finanční příjem (např. z důvodu přiznání částečného nebo plného invalidního důchodu), zatímco osobní výdaje stoupají (např. příplatky na léky). Proto je nesmírně důležité nemocného podpořit a citlivě doprovázet obdobím nemoci.

*Fáze in finem* představuje umírání ve vlastním slova smyslu. Z praktického a etického hlediska se zde otevírají dvě problematické oblasti, a to ritualizace smrti (zejména v podmínkách hospitalizace) a problematika eutanázie. Rituál znamená řád obřadu neboli obřadnictví. Každý rituál určitým způsobem uzákoňuje chování lidí, ať již v radostné nebo smutné, v církevní nebo civilní situaci. Podstatné je, že rituálem bývá snížena vysoká emotivita a nejistota všech zúčastněných. Příkladem může být zrození, křest, svatba, umírání a smrt.

*Fáze post finem* je charakteristická péčí o mrtvé tělo. V této fázi je žádoucí věnovat zvýšenou pozornost problematice zármutku a žalu, který pozůstalí prožívají zpravidla ještě dříve, než dojde k úmrtí blízkého. (Vorlíček, et al, 2004, s. 435 - 436)

### 2.2 Reakce umírajících a jejich blízkých

Reakce na těžké životní situace mohou být různé a obvykle závisí na vnějších okolnostech, například na dosavadních zkušenostech nebo osobnosti jedince. Velmi přehledně je jako fáze na základě svých mnohaletých zkušeností s těžce nemocnými a umírajícími popsala lékařka Elisabeth Kübler-Rossová.

Těmito fázemi neprochází pouze pacient, ale i jeho nejbližší. Trpí spolu s ním, prožívají jeho bolest, navíc se od nich očekává někdy až nadlidský výkon. Proto také musí existovat rozumná hranice. Jsou situace, ve kterých je rodina nenahraditelná, ale v něčem je možné ji nahradit. Rodina nemocného by měla mít příležitost si odpočinout a nabrat dech. Už to samo o sobě je dostatečným důvodem k tomu, aby se do doprovázení a péče zapojilo i širší okolí.

Dále je nutné vědět, že i když jsou fáze seřazeny za sebou tak, jak přicházejí, nemusí být vždy zachován tento sled. Naopak, často se některé z nich opakovaně vracejí a střídají, mohou se i prolínat. Nejsou stejně dlouhé a některá může chybět. Nemělo by nás to překvapit, stačí si jen uvědomit, že každý z nás je jiný. (Svatošová, et al, 2003, s. 27)

## **2.3 Fáze podle Elisabeth Kübler–Rossové**

### **2.3.1 Šok, popírání a izolace**

„Ne, to se mě netýká, pro mne to neplatí. To není možné. To je určitě omyl. Zaměnili výsledky.“ Těmito slovy reaguje většina nemocných na zprávu o terminálnosti svého onemocnění. Prvotní odmítání je charakteristické pro pacienty, kteří byli lékařem otevřeně informováni o jejich zdravotním stavu, tak i pro ty, kteří nebyli informováni a sami došli k tomu, že jsou smrtelně nemocní.

První reakcí je šok, otřes a často neochota pacienta spolupracovat s lékařem a podstoupit léčbu. Nemocní se uzavírají do sebe, pláčou a předstírají, že je jim dobře. Pečlivě si v rodinném kruhu, mezi přáteli a zdravotnickým personálem vybírají, s kým o své nemoci chtějí mluvit. Vytváří si obrany, aby zvládli stres a vydrželi ho. Obranný systém je ovlivněn řadou okolností, např. charakterovými vlastnostmi, nervovou soustavou, výchovou a také prostředím, ve kterém se umírající nachází. Láska, přítomnost blízké a důvěryhodné osoby, naslouchání, držení za ruce, ale i sklenička dobrého vína nebo podání oblíbeného jídla v domácím prostředí je často více než infúze nebo tisíce léky na bolest.

### **2.3.2 Agrese, hněv a vzpoura**

„Proč právě já? Čí je to vina? Vždyť mi nic nebylo.“ Pacient začíná rozpoznávat nevyhnutelnost situace a zoufale se jí brání. Nastupují pocity zlosti, vzteku, nenávisti, závisti

a rozmrzelosti. Nemocný si vybíjí hněv na osoby kolem něj. Na své nejbližší, na zdravotnický personál a na všechny ostatní.

K zlobě je nutno přistupovat s velkou tolerancí, empatií a s nadhledem. Tento postoj získáme pouze tehdy, pokud sami nemáme strach ze smrti, máme pochopení pro chování umírajícího a nestavíme se do obranné pozice.

### **2.3.3 Smlouvání, vyjednávání a kompromisy**

V této fázi lidé smlouvají s Bohem, hledají zázračné léky a léčitele a činí velké sliby, které bývají spojeny s pocitem viny. Tíže viny roste s dalším smlouváním. Dochází také k výraznému „tápaní“ mezi iluzí a jistotou. Nemocný sice chápe nevyhnutelnost své situace, ale stále se mu ještě nedaří tuto skutečnost přijmout nebo se mu to daří jen dočasně.

Je potřeba, aby se pacient zbavil strachu a přání být za svá provinění potrestán. Významnou roli zde hraje psycholog nebo duchovní.

### **2.3.4 Deprese**

Dlouhodobě léčený pacient postupně ztrácí své síly a jeho zdravotní stav se zhoršuje. Často si tak uvědomí blížící se smrt. Může mít složité rodinné problémy a touží po urovnání sporů se svými nejbližšími. Jejich neochota může být pro umírajícího velmi bolestivá. Nemocný se připravuje na odchod z tohoto světa. Dává si do pořádku majetkové záležitosti, jeho tvář je smutná a často propadá hluboké depresi.

Umírající jsou vděční, pokud je necháme, aby vyjádřili svůj žal. Jsou vděční i pokud jsme s nimi a neříkáme jim, ať nejsou smutní. Mnohdy už nemají sílu bojovat a jsou připraveni na smrt. Rozpor mezi přáním pacienta a jeho blízkých, kteří nechtějí, aby zemřel, vnáší bolest a neklid do duše umírajícího. Jakmile příbuzní pochopí a přijmou přání umírajícího zemřít, jsou ušetřeni vzájemné bolesti.

### **2.3.5 Smíření, souhlas a akceptace**

V poslední fázi nastává období smíření a vyrovnání se s vlastním osudem. Nemocný si přeje, abychom byli u něj a drželi ho za ruce. Komunikace se stává spíše neverbální. Ožívají potřeby blízkosti, bezpečí a jistoty. Blízkost pomáhá umírajícímu v klidném a důstojném odchodu. Stisk ruky ho ubezpečí, že nezůstává ani v této těžké chvíli sám. Do stavu klidu

a vyrovnanosti se nemusí dostat každý. Jsou pacienti, kteří fáze akceptace nedosáhnou. (Kelnarová, 2007, s. 29 - 31)

## 2.4 Umírání a smrt v minulosti a současnosti

V dávných dobách byla smrt chápána jako významný přelom mezi „krátkým a těžkým životem pozemským a věčným životem posmrtným“. Mnohokrát bylo doloženo, že se lidé v minulosti dožívali poměrně nízkého věku. Vysoká kojenecká a dětská úmrtnost, špatná výživa, neléčitelné infekce a zranění snižovaly reálné šance dožít se dospělosti. Smrt byla běžnou součástí života a byla vidět. Lidé umírali nejen doma, ale také na veřejných prostranstvích, často o hladu, ve špíně a bez pomoci. Pouze bohatí měli jistý materiální komfort, asistenci blízkých osob, kněze a lékaře. Umírání však bylo relativně krátké a nebylo oddalováno léčebnými zásahy. Dá se říci, že lidé krátce stonali a rychle umírali. Každé umírání znamenalo loučení. Loučení se vším, co měl člověk rád a se všemi, které měl rád. Nelze tvrdit, že se lidé v minulosti nebáli smrti, báli se, ale jinak. Byli přesvědčeni o tom, že je už nic horšího nemůže potkat. Útěchou byla všeobecně sdílená víra v život po smrti, který už nebude sužován útrapami, bolestí a nemocemi.

V 19. století došlo k poklesu úmrtnosti. Zapříčinil se o to značný pokrok v poskytování lékařské péče a rozvoj medicíny. Podstatná byla i změna ve způsobu života. Zlepšila se kvalita stravy a hygienické podmínky. Nadále však existoval sociální nepoměr mezi bohatými a chudými lidmi. Umírání bylo v této době ritualizováno. Rodina pečovala o umírajícího s naprostou samozřejmostí. Tato zkušenost se předávala z generace na generaci. Téměř každý člen rodiny dokázal přistupovat k umírajícímu a zase věděl, že ani on sám nebude ve chvíli, kdy nastane jeho čas, osamocen. Významnou roli při umírání a smrti sehrálo náboženství. Rovněž i po staletí ustálený scénář pohřbů měl svůj smysl. Bylo možno plakat, naříkat a postupně se smířit se ztrátou. O smrti a žalu se mluvilo, smutek měl předepsanou dobu trvání, např. se chodilo v černém oblečení, což upozorňovalo na taktní a ohleduplné chování.

Na počátku 20. století mortalita naopak vzrostla. Lékařská péče, zdravotní osvěta ani životní styl lidí nebyl stále ještě dostačující. Vlivem sociálních změn a vyšší informovanosti se situace postupně zlepšovala.

Ve druhé polovině 20. století nastala tzv. institucionalizace umírání. Umírání a smrt byly odsunuty do nemocnic se snahou co nejvíce ji vzdálit a oddělit od živých, často však bez ohledu na jejich přání. To poukazovalo na úsilí vytěsnit smrt ze života lidí. Existovaly také mýty kolem umírání, které mnohdy přetrvávají i dodnes (příloha P I).

Současný způsob péče o umírající má své výhody, zajišťuje odbornou péči a materiální zabezpečení pro důstojné dožití. Zpravidla však chybí upřímná lidská účast a psychická podpora. Většina dnešní populace omezuje své pojetí smrti na intenzivní subjektivní pocit strachu z nejistoty a prázdnoty. Charakteristické je také střetávání křesťanského a ateistického přístupu k smrti.

Problematice umírání je nyní věnována větší pozornost. Svědčí o tom rostoucí počet knih o této tématice, snaha o šíření hospicového hnutí i samotný zájem lidí. (Kelnarová, 2007, s. 24 - 27)

## 2.5 Důstojná smrt

Důstojnost smrti bychom mohli spatřit v pečlivém a obětavém ošetřování člověka, který potřebuje laickou i profesionální péči. Je nezbytné se oprostit od estetických kritérií, které zabraňují přirozeně vnímat fyziologické projevy strádání. Pocity bezmoci a beznaděje nám nesmí zabránit vidět v umírajícím člověka „takového, jaký býval“, tedy v plné fyzické i duševní síle. Možná právě to, naučit se vidět i předchozí kvalitní stránky jeho osobnosti, umožní respektovat jeho důstojnost. Nejdůležitějším prvkem je blízkost druhého člověka. Ten může napomoci vytvořit předpoklad pro důstojné umírání a smrt. Nikdo se sám nerodí, nikdo by sám neměl ani zemřít.

## 2.6 Kvalita života

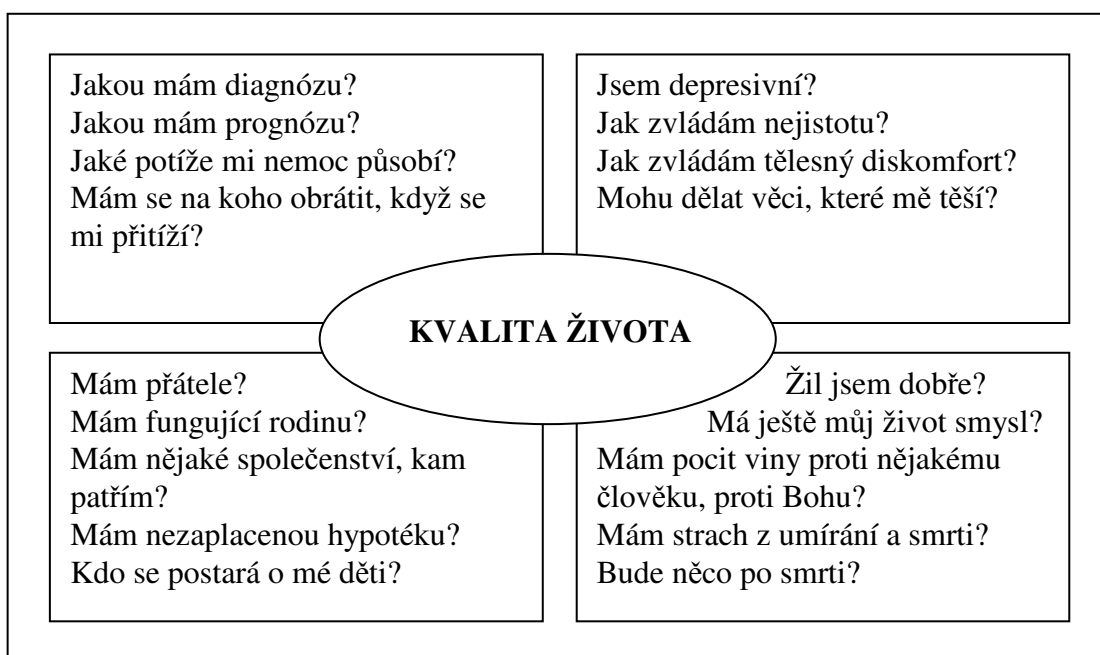
S důstojností smrti bývá spojována i kvalita života. Obsah tohoto pojmu má mnoho významů. Dá se však říci, že je to výrazně subjektivní hodnota. Rozpor mezi ideálem a realitou bývá zpravidla velký, a přesto není příčinou nekvalitního prožívání života. Mnozí vážně nemocní lidé jsou důkazem toho, že lze i s nemocí žít kvalitně. Faktory ovlivňující kvalitu života umírajících jsou znázorněny na obr. 1. (Sláma, et al, 2007. s. 24)

Problémem by mohlo být to, že kvalitě života je věnována pozornost především v systémech řízené kvality péče ve zdravotnictví a sociální sféře. Přestože je tento aspekt



důležitý, nelze zaměňovat dodržování standardů kvalitní péče za skutečnou kvalitu života nemocného.

Zaměříme-li se na kvalitu života v kontextu s nemocí, pak musíme odlišit dva základní úhly pohledu. Jeden je vnější a spočívá v tom, že ošetřující nebo laici hodnotí stav pacienta z vnějšku, a to na základě svého plného nebo relativního zdraví. Často se domnívají, že kvalita života vážně nemocného nebo umírajícího je nízká nebo dokonce žádná. Myslí si, že život dotyčného nemá cenu a někdy si i přejí, aby jeho utrpení už skončilo. Druhý pohled je vázán na subjektivní hodnocení samotného pacienta, který může být opačného názoru, a to i v situacích značně problematických a náročných. Podstatné je, že subjektivní hodnocení pacienta nemusí být tedy ve vztahu s biologickým zdravím. Čili i těžce nemocný a trpící člověk může nalézt ve svém životě smysl. Proto je nutné vědět, co umírající vlastně očekávají a s ohledem na psychická a i fyzická omezení mohou s pomocí ošetřujících či rodiny realizovat. (Haškovcová, 2007, s. 161 - 163)



Obr. 1. Faktory ovlivňující kvalitu života umírajících

### 3 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB UMÍRAJÍCÍCH

Pro zajištění maximální kvality péče je nutné znát specifické potřeby umírajících a jejich blízkých. Vcítit se a pochopit tyto potřeby je velmi náročné, neboť přinutit mladé a zdravé lidi k úvahám o závěru lidského života není snadné.

Každý z nás je jedinečnou lidskou bytostí. Čeká nás jedinečná lidská smrt, kterou každý prožijeme podobně, ale nikdy ne stejně. Nesmíme zapomínat na to, že umírající člověk je stále žijící člověk, který se chce radovat, komunikovat se všemi těmi, kteří ho provázeli životem, o to více, o co se blíží smrt. Umírající lidé se vydávají na cestu, o které nic nevědí a kterou jen obtížně zvládají. Žádný, který touto cestou prošel, nemůže předat zkušenosti druhému.

#### 3.1 Teorie potřeb člověka

Potřeby člověka lze obecně rozdělit na *základní životní potřeby* (potřeba jídla, vody, kyslíku, bezpečí) a na *vyšší životní potřeby* (pocit sounáležitosti, solidarity, radosti, pohody). Narozdíl od základních životních potřeb jsou potřeby vyšší velmi individuální. Vyšší životní potřeby a způsoby jejich uspokojování vytváří v životě každého z nás určitou hodnotovou orientaci, vyjádřenou našimi přáními, ideály, tužbami a přesvědčením.

Proces uspokojování základních i vyšších potřeb je spojen s uvědoměním si určitého nedostatku či přebytku. Pocit nedostatku vyvolává reakci pro uspokojení potřeb. Nejsou-li naplněny potřeby základní, je výrazně ovlivněn pocit uspokojení potřeb vyšších. Pokud nejsou uspokojeny životní potřeby, vzniká stav nelibosti a nepohody zvaný frustrace.

Jedinečnost lidské bytosti a její psychosomatický soulad ve vztahu k životním potřebám nejlépe vystihuje holistický přístup. Mezi nejvýznamnější představitele holistické teorie osobnosti patří Abraham Maslow a Kurt Goldstein. (Misconiová, 1998, s. 49 - 50)

#### 3.2 Potřeby umírajících

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako „plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka“. Z této definice lze odvodit čtyři okruhy potřeb těžce nemocného: biologické, psychologické, sociální a spirituální.

Je důležité si uvědomit, že prioritita potřeb se v průběhu nemoci mění. Jestliže na začátku byly prvořadě potřeby biologické, v závěrečné fázi se velmi často dostávají do popředí potřeby spirituální. (Svatošová, et al, 2003, s. 21)

### 3.2.1 Potřeby biologické

Biologické potřeby umírajících vychází ze základních potřeb, tj. potřeba přijímání potravy, tekutin, vyprazdňování a dýchání. Neméně důležitá je hygienická péče a polohování, včetně prevence opruzenin a dekubitů. Dále sem patří zajištění dostatečné kvality spánku a odpočinku. Velký důraz se klade na symptomatickou léčbu, která je zaměřena na tlumení bolesti, nevolnosti, zvracení a dalších příznaků nemoci.

Bolest se řadí mezi nejčastější symptomy doprovázející onemocnění. Za stav, který vyžaduje specializovanou léčbu, je uznávána až v posledních padesáti letech. Dříve, kdy nebyly natolik dostupné léky, byla bolest považována za očekávanou a přirozenou součást života. Lidé si její přítomnost vysvětlovali zejména z hlediska náboženské víry, ve které medicína nehrála příliš významnou roli.

Bolest má zásadní vliv na pohodlí a náladu, ale také na radost ze života, naději a motivaci pacienta k životu i spolupráci při léčbě. Tyto faktory zároveň zpětně ovlivňují, jak nemocný bude bolest snášet a vyjadřovat. Neléčená bolest může vést ke snížení hybnosti, nechutenství, k sociální dysfunkci až izolaci. Nelze ji tedy vnímat pouze jako tělesný problém, je jednou z více složek utrpení v závěru života. Řadu aspektů bolesti nevyčísitelně nemocných nelze zcela odstranit, avšak některé její aspekty je možné účinně zmírnit, což je hlavní snahou paliativní medicíny. (Sláma, et al, 2007, s. 39; Payneová, et al, 2007, s. 276)

### 3.2.2 Potřeby psychologické

K potřebám nevyčísitelně nemocných patří respektování lidské důstojnosti. Umírající nechce být pouhým objektem diagnostických a léčebných metod. Má právo na taktní a empatický přístup, trpělivost, zvýšenou pozornost a chce být vnímán jako lidská bytost. Důstojné zacházení s pacienty v terminálním stádiu je zakotveno v Doporučení Rady Evropy č.1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyčísitelně nemocných a umírajících“ (příloha P II). Každý z nás je jedinečný a neopakovatelný. Budeme-li takto chápat sebe i druhé, vždy se k sobě budeme chovat důstojně, s úctou a především lidsky.

Nemocný také potřebuje komunikovat se svým okolím. Komunikace je proces, k jehož cílům patří výměna informací, vzájemná podpora a porozumění, vyrovnání se s obtížnými a někdy i bolestivými problémy a překonání citového strádání. Je k ní potřeba dostatek času, odhodlání a upřímná vůle vyslechnout a pochopit starosti druhých. Zčásti jde o poskytnutí odpovědí, avšak z větší části jde o to být druhému nablízku, když už žádné odpovědi nejsou a pokusit se soucítit s jeho bolestí. Komunikace není ale pouze o slovech, mnohé odhalí i mimoslovní projev, který obvykle odráží postoje a přesvědčení prostřednictvím výrazů tváře, gest nebo řeči těla.

Při komunikaci s umírajícím by měly být dodrženy následující zásady:

- respektovat právo nemocného na pravdivé informace;
- ponechat naději na zlepšení nebo zpomalení nemoci;
- neurčovat čas, který zbývá do konce;
- pečlivě volit slova, raději se vyhýbat výrazům, které by mohly asociovat smrt;
- umožnit umírajícímu hovořit o svých pocitech;
- naslouchat umírajícímu;
- respektovat právo umírajícího nemít bolest, dát mu jistotu, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí;
- při komunikaci s umírajícím zapojit i rodinu;
- využívat neverbální komunikaci (doteky);
- umožnit umírajícímu vyjádřit své potřeby a podle možností mu je splnit;
- vyhradit si čas na rozhovor s umírajícím;
- s rodinou komunikovat i po úmrtí. (Payneová, et al, 2007, s. 68, 154; O organizaci paliativní péče, 2004, s. 36)

### **3.2.3 Potřeby sociální**

Člověk je společenský tvor, sám nežije, nestoná ani neumírá. Z toho důvodu nemocný většinou stojí o přítomnost rodiny a blízkých. Chce být obklopen lidmi, které má rád, a kteří pro něj něco znamenají. Vždy tomu tak ale nemusí být. V situacích, kdy už je poskytována paliativní péče, jsou nemocní a jejich blízcí vystaveni velkému stresu a může vzniknout

řada nedorozumění. Umírající by proto měl mít právo si sám usměřňovat, kým bude navštěvován a jeho přání by mělo být plně respektováno. (Svatošová, et al, 2003, s. 23)

### 3.2.4 Potřeby spirituální

Spiritualita představuje péči o duši či duchovní blaho člověka. V minulosti se spirituálními potřebami nemocných příliš nikdo nezabýval a byly považovány spíše za tabu. Není se proto čemu divit, že se stále ještě mnoho lidí domnívá, že se jedná o uspokojování potřeb věřících. Dá se říci, že je tomu naopak. To neznamená, že by věřící své duchovní potřeby neměl. Má je, ale ví, co má dělat a obvykle se podle toho dokáže zařídit. Obtížnější je to s lidmi, kteří nežijí z víry. Právě během vážné nemoci se začínají zabývat životně důležitými otázkami o smyslu vlastního života. Člověk v takové situaci potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a má i vlastní potřebu odpouštět. Potřebuje také vědět, že jeho život měl a má až do poslední chvíle smysl. Nenaplnění této potřeby smysluplnosti se rovná stavu duchovní nouze. Nemocný tím trpí, proto je potřeba mu ukázat, že v každé situaci se dá žít smysluplně.

V současnosti roste zájem o duchovní aspekty jako předpoklad humánnějšího přístupu k těžce nemocným a umírajícím. Respektování spirituálních potřeb pomáhá nalézat způsob, jak zmírnit obtíže a zlepšit kvalitu života bez ohledu na to, zda je možné nemoc ovlivnit léčbou. (Vorlíček, et al, 2004, s. 449; Svatošová, et al, 2003, s. 23 - 24)



## 4 PALIATIVNÍ PÉČE

### 4.1 Definice paliativní péče

Světová zdravotnická organizace v roce 1990 definovala paliativní péči jako „aktivní komplexní péči o nemocné, jejichž choroba nereaguje na kurativní léčbu. Prvořadým úkolem je kontrola bolesti nebo jiných symptomů a psychických, sociálních a spirituálních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života nemocných a jejich rodin“.

Tato definice je dobrá v tom, že zdůrazňuje podstatu lidské existence a za nejvyšší cíl označuje kvalitu života. Avšak použití slova „kurativní“ není vhodné, neboť mnoho chronických chorob nelze léčit, a přitom je s nimi možné žít řadu let.

Novější definice z roku 2002 klade větší důraz na předcházení utrpení: „Paliativní péče je přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin, a který čelí problémům spojeným s život ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení, a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením, léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních“. (Munzarová, 2005, s. 62)

Jak již bylo zmíněno, cílem je udržet dobrou kvalitu života. Dobrá kvalita života však znamená více, než že pacient nemá nesnesitelné bolesti, nezvrací a má pravidelnou stolicí. Kromě tělesných obtíží je kvalita života určena také mírou uspokojení potřeb v oblasti psychické, sociální a duchovní.

Paliativní péče tedy znamená určitou *filozofii péče* s ohledem na bio- psycho- socio- spirituální jedinečnost každého člověka a propojenost somatických a psychosociálních aspektů zdraví, nemoci a umírání, ale také *konkrétní organizaci péče*, která by umožnila uspokojení potřeb ve všech výše uvedených oblastech.

Cílovou skupinu tvoří nemocní, kteří se nachází v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných chorob. Mezi tyto stavy patří zejména onkologická onemocnění, konečná stádia chronických orgánových onemocnění (srdeční, renální nebo jaterní selhání), neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci a demence, nevratná multiorgánová selhávání v prostředí intenzivní péče, CHOPN, AIDS, polymorbidní geriatričtí pacienti a pacienti v perzistujícím vegetativním stavu. (Sláma, et al, 2007, s. 25 - 27)

## 4.2 Základní principy paliativní péče

Jako dodatek k definici z roku 2002 stanovila Světová zdravotnická organizace následující principy, podle nichž paliativní péče:

- poskytuje úlevu od bolesti a jiných projevů nemoci;
- přisvědčuje životu a umírání pokládá za normální proces;
- nemá za cíl smrt ani urychlovat, ani oddalovat;
- integruje do péče o pacienta i psychologické a duchovní aspekty;
- nabízí podpůrný systém, který umožní nemocným žít až do smrti tak aktivně, jak je to jen možné;
- nabízí podpůrný systém, který může pomoci rodině vyrovnat se pacientovou nemocí a se ztrátou blízké osoby;
- využívá týmový přístup k zajištění potřeb nemocných a jejich rodin, včetně poradenství při zármutku, je-li to třeba;
- usiluje o zvyšování kvality života a může mít také pozitivní vliv na průběh onemocnění;
- je indikována od počátku nemoci ve spojení s jinými terapeutickými postupy, které mají prodloužit život, jako je chemoterapie nebo ozařování, a zahrnuje i zkoumání potřebná k lepšímu pochopení a zvládnutí léčebných komplikací. (Payneová, et al, 2007, s. 8)

## 4.3 Paliativní péče a eutanázie

### 4.3.1 Definice eutanázie

Podle Světové lékařské asociace je eutanázie „vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetní informovaná osoba s nevyлéčitelnou nemocí, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jedná jí ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku“. V Holandsku, kde je eutanázie legalizována, je obsah tohoto pojmu vymezen analogicky: „jedná se o úmyslné ukončení života člověka někým jiným než

člověkem samotným na jeho vlastní žádost“. Klíčovými slovy jsou zde úmysl zabít, zabití a vlastní žádost pacienta.

V dřívější době byla eutanázie rozdělována na aktivní a pasivní. Pojem aktivní eutanázie vyjadřoval zásah vedoucí ke smrti (např. podáním smrtelné dávky léku), zatímco pojem pasivní eutanázie znamenal ustoupení od aktivity, čili nepodání léku nebo nepokračování v léčebných postupech, což vedlo rovněž ke smrti. Záleželo také na tom, zda to nemocný vyžadoval nebo nikoliv, anebo zda byl usmrčen dokonce i proti své vůli.

Pod pojmem pasivní eutanázie však mohly být schovány dva odlišné postupy. Na jedné straně nezasáhnutí s úmyslem zabít, což je v tomto případě po mravní stránce totéž, jako přístup aktivní eutanázie a na straně druhé nepodání léčby nebo ustoupení od dalších postupů tehdy, jsou-li zatěžující, přinášejí-li umírajícímu jen další utrpení a jsou-li již marné a zbytečné, tzn. není-li ani při jejich aplikaci naděje na výrazné a trvalejší zlepšení stavu. Na odmítnutí takových postupů má nemocný plné právo, jen on může rozhodovat, jak chce žít při svém umírání. Je třeba zdůraznit, že tato druhá situace není eutanázií. Je to postup, který je plně v souladu s lékařskou etikou a s respektem k lidské důstojnosti umírajícího člověka.

Terminologie na základě výše uvedeného rozdělení by měla být definitivně zrušena. Pojem eutanázie totiž zastřešoval po mravní stránce zcela odlišné úmysly a činy, a proto docházelo a stále ještě dochází k matení. (Munzarová, 2005, s. 48 - 49)

#### **4.3.2 Vztah paliativní péče a eutanázie**

Eutanázie a paliativní péče se od sebe zcela liší a etický rozdíl mezi nimi je zásadní. Paliativní péče bere vážně nevyлéčitelný charakter nemoci. Vychází z přesvědčení, že bez ohledu na stupeň pokročilosti onemocnění lze vždy něco udělat pro zlepšení kvality zbývajícího života. Smrt neurychluje, ale ani neoddaluje. Eutanázie je aktivní usmrcení pacienta na jeho vlastní žádost. Eutanázie nepřijímá umírání jako normální období lidského života. Tyto dva přístupy proto nelze stavět pod společného jmenovatele. (Sláma, et al, 2007, s. 27)

#### 4.4 Historie paliativní péče

Koncept celostní péče o nemocného, tedy nejen o jeho tělo, ale také o duši a sociální prostředí byl přítomen po staletí. Již ve středověku vznikaly při některých klášterech útulky pro těžce nemocné a zmrzačené.

V roce 1842 založila Jeanne Garnierová v Lyonu Společenství žen, které se věnovalo péči o nevléčitelně nemocné. O pět let později byl otevřen v Paříži první dům pojmenovaný hospic. Právě v souvislosti s dílem J. Garnierové získalo slovo „hospic“ svůj význam jako místo, kam jsou přijímáni pacienti na konci života.

V roce 1878 vznikla v irském Dublinu kongregace Sester lásky, založená Marií Aikenheadovou. Hlavním posláním bylo doprovázení umírajících při umírání. Zároveň také došlo k vybudování několika domů v Irsku a v Anglii.

Moderní hospic a paliativní péče za svůj rozvoj do značné míry vděčí aktivitě, odvaze a odhodlání Cicely Saundersové. Tato zdravotní sestra, sociální pracovnice a později i lékařka je považována za průkopnici moderního hospicového hnutí. Poté, co několik let pracovala v Hospici sv. Josefa v londýnském Hackney, založila v roce 1967 v Londýně Hospic sv. Kryštofa, který se stal prvním moderním hospicovým centrem výuky a výzkumu. Saundersová věnovala svůj osobní i profesní život výzkumu a péči o pacienty v pokročilém stádiu onemocnění.

Rozvoj medicíny v 2. polovině 20. století a její úspěchy dávaly důvod k optimismu. Převládl názor, že je pouze otázkou času a dalšího vývoje, kdy lidstvo zvítězí nad všemi chorobami. Nevléčitelně nemocní a umírající pacienti, u kterých technologická medicína selhala, se pak často ocitali na pokraji zájmu zdravotníků. Jejich postoj lze shrnout do tvrzení, že s pacientem, kterého nemůžeme vyléčit, se již „nedá nic dělat“. Hospicové hnutí vzniklo jako určitá reakce, často protest proti tomuto postoji. Naproti tvrzení „nic se nedá dělat“ stavělo přesvědčení, že bez ohledu na diagnózu, stupeň pokročilosti i nepříznivou prognózu, můžeme vždy udělat něco pro zlepšení kvality zbývajícího života. Právě ono „něco“ je náplní a obsahem hospicové a paliativní péče.

Vztah mezi prvními hospici a hlavním proudem medicíny byl zpočátku napjatý. Aktivisté hospicového hnutí, většinou nezdravotníci nebo nižší a střední zdravotníci, byli přesvědčeni o tom, že péče o nevléčitelně nemocné a umírající je v nemocnicích zcela nepřiměřená, agresivní a nedostatečně empatická. Z prostředí akademické medicíny zaznívala kritika

hospiců za neprofesionalitu, podceňování výsledků moderního výzkumu a přílišný důraz na duchovní aspekty péče.

Hospicové hnutí rozvíjelo svou činnost v několika formách. Na klasické lůžkové hospice navazovala domácí hospicová péče, která se rozvinula především v USA a ve Velké Británii.

Některé hospicové programy nyní provozují kromě domácí a lůžkové péče tzv. denní hospicové stacionáře. Lékař Balfour Mount založil v roce 1975 v Royal Victoria Hospital v kanadském Montrealu první oddělení paliativní péče. Novou organizační formou jsou také konziliární paliativní týmy a specializované ambulance, které začínají působit v řadě nemocnic v západní Evropě a Americe.

V posledním desetiletí bylo opakovaně mnohými významnými celosvětovými, evropskými i národními institucemi zdůrazněno, že paliativní péče musí být jednou z prioritních oblastí rozvoje zdravotnické péče a že lidé mají právo na její všeobecnou dostupnost. Světová zdravotnická organizace považuje rozvoj paliativní péče za jednu ze svých priorit od počátku 90. let 20. století. (Vorlíček, et al, 2004, s. 19 - 20)

#### **4.5 Paliativní péče v České republice**

V České republice se zájem o paliativní medicínu rozvinul až po roce 1989. Někteří lékaři a zdravotní sestry měli možnost navštívit zahraniční pracoviště, kde získali mnoho teoretických i praktických poznatků.

Na základě těchto zkušeností došlo v 90. letech 20. století k vybudování několika hospiců, které nyní působí jako nestátní zdravotnická zařízení zřizovaná občanskými sdruženími nebo charitou.

Za vznikem prvního hospice v Čechách stojí lékařka Marie Svatošová, která v roce 1993 založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem Ecce homo. Zásadním činem Ecce homo bylo vybudování a otevření Hospice Anežky České v Červeném Kostelci ve spolupráci s Diecézní charitou v Hradci Králové. Slavnostní otevření se konalo v roce 1995 a první pacienti byli přijati v roce 1996. V současné době je Marie Svatošová prezidentkou Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Za její vynikající a dlouhodobou práci byla oceněna státním vyznamenáním Medaile Za zásluhy.

V roce 1992 bylo otevřeno první oddělení paliativní péče v nemocnici v Babicích nad Svitavou. Toto oddělení bylo však před několika lety transformováno na léčebnu dlouhodobě nemocných.

Ve Fakultní nemocnici Brno působí od roku 2001 specializovaná ambulance paliativní medicíny v rámci Oddělení léčby bolesti. Formou ambulantních a konziliárních vyšetření se snaží zlepšovat úroveň péče o pokročile nemocné na různých odděleních a klinikách nemocnice.

Paliativní medicína se v posledních letech profiluje jako samostatný lékařský obor, který se snaží studovat a léčit tělesné i duševní potřeby a projevy pokročilého onemocnění. V roce 2001 byla zřízena Subkatedra paliativní medicíny v Institutu pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví v Praze. Od roku 2004 existuje samostatný specializační obor Paliativní medicína a léčba bolesti, který navazuje na obor anesteziologie a resuscitace.

Současně vzniklo také několik agentur zaměřujících se na domácí hospicovou péči. Rozvoj tohoto typu péče je však značně omezen stávajícím způsobem úhrad péče ze strany zdravotních pojišťoven.

Velmi významnou událostí bylo založení České společnosti paliativní medicíny jako součásti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, které bylo schváleno Vědeckou radou 10. 10. 2008. Společnost je určena lékařům, ostatním zdravotnickým pracovníkům a nezdravotníkům se zájmem o problematiku paliativní medicíny.

Celkově lze říci, že dynamika rozvoje zařízení specializované paliativní péče v ČR je v porovnání s ostatními zeměmi poměrně pomalá. V České republice zatím zcela chybí koncepční zdravotní politika v oblasti péče o nevléčitelně nemocné. (Vorlíček, et al, 2004, s. 22; Haškovcová, 2007, s. 47 - 48)

#### **4.6 Obecná a specializovaná paliativní péče**

Potřeby nevléčitelně nemocných a z nich plynoucí potřeba paliativní péče závisí na základním onemocnění, stupni jeho pokročilosti, přítomnosti více závažných chorob současně, dále na věku, sociální situaci a psychickém stavu pacienta.

Podle komplexnosti péče, která je nutná k udržení dobré kvality života, je vhodné paliativní péči dělit na obecnou a specializovanou.

#### 4.6.1 Obecná paliativní péče

Obecná paliativní péče tvoří větší část z celkového objemu. Je označována jako klinická péče o nemocného ve stádiu pokročilého onemocnění. Její součástí je komunikace s pacientem a jeho rodinou, zaměření léčby na kvalitu života, účinná léčba symptomů a psychosociální podpora. Měli by ji umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.

#### 4.6.2 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je odborná interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzdělaní. Tento tým tvoří lékař, zdravotní sestry, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, pastorační pracovník, koordinátor dobrovolníků a další odborníci. Je indikována tam, kde pacient a jeho rodina mají obtíže, které svou komplexností přesahují možnosti obecné paliativní péče. Přechod mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí by měl být plynulý. (Sláma, et al, 2007, s. 30 - 31)

### 4.7 Formy specializované paliativní péče

#### 4.7.1 Zařízení domácí paliativní péče

Domácí paliativní péče (tzv. domácí či mobilní hospic) poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí.

Většina umírajících si přeje prožít konec svého života doma. Domov je místem, které nejlépe znají, jsou v něm obklopeni nejbližšími lidmi, emocionálními vztahy a intimitou. Mohou si zde do určité míry určovat průběh dne a spolurozhodovat o řadě věcí. Ústavní péče (nemocnice, LDN, penziony pro seniory) je zpravidla charakterizována větší anonymitou, omezením soukromí a nutností se podřídít dennímu režimu.

Prožít závěr života v domácím prostředí však není umožněn všem nemocným. Důvodem může být obtížně zvládnutelné projevy nemoci, náročnost ošetrovatelské péče, ale také změny života rodiny v posledních letech (např. členové rodiny žijící na opačných koncích republiky).

- Dostupnost domácí paliativní péče

Umírající a jejich rodiny mají právo spolurozhodovat o tom, kde bude paliativní péče poskytována. Přístup musí být umožněn všem nemocným, kteří mají potřebu této péče. Zároveň nesmí být omezován věkem, druhem nemoci, zeměpisnou polohou, socioekonomickým postavením a finanční situací pacienta.

- Základní principy domácí paliativní péče

- pacient a jeho rodina jsou společnými příjemci péče a zásadním způsobem se podílejí na vytváření plánu poskytované péče;
- tým paliativní péče je interdisciplinární: tvoří jej lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovník, psycholog, koordinátor dobrovolníků, poradenský pracovník, osobní asistenti, ošetřovatelé, duchovní, dobrovolníci a další pracovníci dle potřeby;
- tým domácí paliativní péče je pacientovi a jeho rodině k dispozici 24 hodin denně 7 dní v týdnu;
- domácí paliativní péče je komplexní: pečuje o fyzický, psychický, sociální a spirituální stav nemocného a jeho rodiny;
- součástí je vysoce odborná léčba bolesti a dalších symptomů provázejících umírání;
- paliativní tým poskytuje péči rodině pacienta a minimálně po dobu jednoho roku po smrti nemocného nabízí jeho pozůstalým odborně vedenou službu doprovázení v období truchlení;
- tým domácí paliativní péče spolupracuje s praktickými lékaři, s agenturami domácí ošetrovatelské péče a dalšími poskytovateli zdravotní a sociální péče;
- důležitou součástí jsou školení a odborně vedení dobrovolníci.

- Kritéria přijetí nemocného do domácí paliativní péče

*Ze strany pacienta:*

- pacient trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu;
- pacient si přeje péči v domácím prostředí;



- pacient byl informován o svém zdravotním stavu a dle svých možností porozuměl závažnosti a prognóze své nemoci;
- pacient rozumí možnostem i limitům domácí paliativní péče a souhlasí s jejími principy;
- neexistují závažné zdravotní, sociální či jiné důvody, které vylučují péči v domácím prostředí.

*Ze strany rodinných příslušníků a blízkých:*

- rodina je informována o zdravotním stavu nemocného;
- rodina rozumí možnostem i limitům domácí paliativní péče a souhlasí s jejími principy;
- rodina je ochotná se spolupodílet na domácí péči a v rodině či mezi blízkými pacienta je alespoň jedna osoba připravená převzít odpovědnost za nepřetržitou péči.

- Mobilní hospic Cesta domů

První specializovaná ambulantní mobilní jednotka paliativní péče v České republice byla založena v roce 2001 v Praze z iniciativy hospicového občanského sdružení Cesta domů. Nejprve byla uvedena do provozu Poradna domácí hospicové péče, návazně poté v roce 2003 Domácí hospic jako pilotní projekt Ministerstva zdravotnictví ČR. Cestě domů byl v roce 2005 udělen statut nestátního zdravotnického zařízení. Dnes již v České republice existuje několik podobných mobilních hospiců (příloha P III).

Hlavním úkolem Cesty domů je zajistit domácí péči o umírající na celém území hlavního města Prahy. Dalšími přínosnými aktivitami jsou:

- **telefonická poradna** (i pro mimopražské pacienty);
- **odlehčovací služby** pro pečující;
- **půjčovna speciálních pomůcek** (polohovací lůžka, invalidní vozíky, antidekubitní matrace, koncentrátor kyslíku, nafukovací vana atd.);
- **klub Podvečer**- poradenský a svépomocný klub pro pečující a pozůstalé;
- **veřejná specializovaná knihovna**- vlastní odborné i populárně naučné knižní tituly vztahující se k paliativní péči;

- **edukační a ediční činnost**- tisk informačních materiálů, organizace školení a seminářů pro laickou i odbornou veřejnost;
- **webový informačně - poradenský portál [www.umirani.cz](http://www.umirani.cz)**, který denně navštíví více než 300 lidí.

Na měsíc péče přispívá rodina částkou 1000 Kč. Tým pracovníků nabízí své služby 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Složení pečujícího týmu je následující: lékaři, zdravotní sestry, pracovníci odlehčovacích služeb, sociální pracovníce, psychoterapeut, koordinátoři dobrovolníků, dobrovolníci a další pracovníci.

Jak již bylo uvedeno výše, Cesta domů mimo jiné pořádá školení a semináře pro laickou a odbornou veřejnost. V říjnu roku 2008 jsem měla možnost osobně se zúčastnit jednoho ze seminářů o mobilní specializované paliativní péči v Praze (příloha P V). Určen byl především pracovníkům v sociálních a zdravotních zařízeních, zakladatelům mobilních hospiců a studentům vyšších a vysokých škol. Do programu byla zahrnuta následující témata: legislativa v paliativní péči a problematika zakládání mobilního hospice, zdravotní a sociální služby mobilního hospice, doprovázení pozůstalých a role dobrovolníků. Informace, které jsem získala, jsou pro mne velmi cenné a zcela zásadně ovlivnily můj pohled na danou problematiku. (Špinková, et al, 2004, s. 13-14; Haškovcová, 2007, s. 66 - 67)

#### 4.7.2 Hospic

Hospic je samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči pacientům v preterminální a terminální fázi onemocnění. Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Zaručuje nemocnému, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, vždy bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen. Nezbytnou součástí je symptomatická léčba a uspokojování psychických, sociálních a spirituálních potřeb. Úkolem není prodloužení života, ale zajištění co nejlepší možné kvality. Důraz je kladen zejména na individuální potřeby, přání nemocného a na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce svého života v doprovodu svých blízkých. Tohoto cíle je dosahováno především snahou o osobitou a domácí atmosféru, zajištěním maximálního soukromí (jednolůžkové pokoje), možností ubytování příbuzného či blízkého spolu s pacientem a volným režimem návštěv. Ty jsou v hospicích neomezené, čili 24 hodin denně.

V současnosti existuje v České republice 13 lůžkových hospiců (příloha P IV). Většina z nich má kolem 25 - 30 lůžek. Režim dne je plně přizpůsoben nemocnému. Jediným omezením je jeho zdravotní stav. V popředí je úsilí o to, aby hospic nemocnému připomínal více domov než nemocnici. Tomuto požadavku je přizpůsobeno i vnitřní vybavení. K dispozici jsou nejrůznější pomůcky usnadňující každodenní život pacientů a fyzickou námahu zdravotních sester (např. polohovací lůžka, hydraulické vany apod.). Všechny prostory jsou bezbariérové, čili dostupné i nemocným na lůžku. K pohodlí mohou přispět například výstavy obrazů, krátké koncerty, zpívání při kytáře a jiné kulturní akce.

Do hospice jsou pacienti přijímáni na základě žádosti (příloha P VI). O přijetí rozhoduje vedoucí lékař hospice po dohodě s ošetřujícím lékařem a po zvážení zdravotní indikace. Podmínkou je plný písemný informovaný souhlas pacienta (příloha P VII). Nejčastěji jsou přijímáni onkologicky nemocní pacienti s potřebou paliativní, zejména symptomatické léčby, kteří momentálně nevyžadují akutní nemocniční ošetření a vzhledem k jejich zdravotnímu není možná domácí péče.

Součástí služeb, které hospic nabízí, je poskytování tzv. odlehčovacích služeb neboli respitní péče. Cílem je umožnit odpočinek a odlehčení rodině pečující o nemocného v domácím prostředí na časově omezenou dobu.

Péče je zajišťována multidisciplinárním týmem, který zahrnuje lékaře, zdravotní sestry, ošetřovatelky, rehabilitační pracovníky, sociálního pracovníka, psychologa, duchovního, dobrovolníky a další odborníky dle aktuálních potřeb pacienta. Dobrovolníci jsou plnohodnotnými členy týmu. Navštěvují nemocné, obstarávají jim drobné nákupy, pomáhají organizovat různé akce apod. (Vorlíček, et al, 2004, s. 511 - 516; Svatošová, et al, 2003, s. 123 - 130)

#### **4.7.3 Oddělení paliativní péče**

Oddělení paliativní péče fungují v rámci jiných zdravotnických zařízení jako jsou nemocnice a léčebny. Zaměřují se na nemocné, kteří potřebují komplexní paliativní péči a komplement nemocnice pro diagnostiku a léčbu. Usilují také o realizaci hospicového vzoru v rozsahu možností daného zařízení. Slouží jako lůžková základna pro konziliární tým paliativní péče. Ve fakultních nemocnicích mají důležitou edukační a výzkumnou funkci. V ČR ve výše popsaném smyslu prozatím takové oddělení neexistuje.

#### **4.7.4 Konziliární tým paliativní péče**

Tato forma zajišťuje v rámci zdravotnického zařízení interdisciplinární odbornou znalost v oblasti paliativní péče v lůžkových zařízeních různého typu. Posiluje návaznost péče a vedle přímého ovlivnění kvality přispívá také k edukaci personálu na ostatních odděleních. Takový tým tvoří minimálně lékař, zdravotní sestra a sociální pracovník. Cílovou skupinu tvoří pečující, sami pacienti a jejich příbuzní. Snahou je co největší úleva doprovodných projevů a zkvalitnění paliativní péče v místech, kde neexistují specializovaná oddělení a zařízení. Podmínkou přijetí je potřeba komplexní paliativní péče. V ČR nejsou zatím konziliární týmy rozšířeny. (Sláma, et al, 2007, s. 31)

#### **4.7.5 Specializovaná ambulance paliativní péče**

Specializovaná ambulance paliativní péče zajišťuje péči pacientům, kteří pobývají v domácím prostředí nebo v zařízeních sociální péče. Spolupracuje s praktickým lékařem, zařízeními domácí péče a specializované paliativní péče. Působí při lůžkových hospicích, při odděleních paliativní péče lůžkových zařízeních nebo jako součást zařízení domácí paliativní péče.

#### **4.7.6 Denní stacionář paliativní péče**

Formou denních návštěv pomáhá denní stacionář (tzv. denní hospicový stacionář) řešit zdravotní problémy a současně nabízí komplexní edukační, relaxační a rekreační aktivity podle potřeb a možností nemocného. Stacionář je určen pro pacienty schopné transportu a pro jejich příbuzné. Cílem je zajištění kvality života, prevence vzniku sociální izolace, psychosociální podpora, odlehčení příbuzným a pečujícím a zabránění zbytečným pobytům v nemocnici. Podmínkou přijetí je, že nemocný je informován o svém zdravotním stavu a souhlasí s péčí, je schopen transportu a vyžaduje ambulantní výkony bez nutnosti hospitalizace. Denní hospicové stacionáře se vyskytují spíše v zahraničí.

#### **4.7.7 Zvláštní zařízení specializované paliativní péče**

Zde patří specializované poradny, tísňové linky, zařízení pro určité diagnostické skupiny a jiné. (Sláma, et al, 2004, s. 25)

## 5 FINANČNÍ PODPORA PEČUJÍCÍM RODINÁM

### 5.1 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je nejžádanějším příspěvkem. Nahradil původní příspěvky na bezmocnost a příspěvek při ošetřování člena rodiny. Poskytuje se osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. O příspěvek se žádá prostřednictvím formuláře na sociálním odboru obecního úřadu obce s rozšířenou působností.

Žadatel, jehož zdravotní stav je třeba posoudit pro stupně závislosti, je povinen se podrobit sociálnímu šetření a vyšetření zdravotního stavu lékařem určeným úřadem práce. Do formuláře je třeba uvést blízkou osobu nebo službu či instituci, která poskytuje nebo bude poskytovat péči. Příjemce příspěvku jej musí využít na zajištění potřebné pomoci. Buď ho využije k pokrytí nákladů spojených s péčí, kterou potřebuje od svých blízkých nebo k zakoupení dalších sociálních služeb (terénní, ambulantní, respitní služby, atd.). Výplata příspěvku se pozastavuje v době pobytu nemocného ve zdravotnickém zařízení.

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí 2000 Kč (pro stupeň I: lehká závislost), 4000 Kč (pro stupeň II: středně těžká závislost), 8000 Kč (pro stupeň III: těžká závislost) a 11000 Kč (pro stupeň IV: úplná závislost). (Sláma, et al, 2008, s. 64)

### 5.2 Podpora při ošetřování člena rodiny

Je určena pro zaměstnance, který nemůže pracovat, protože musí ošetřovat nemocného člena rodiny (jeho zdravotní stav musí nezbytně vyžadovat ošetření jinou osobou). Zařizuje ji zaměstnavatel. Podmínkou je, že nemocný žije se zaměstnancem ve společné domácnosti.

Výše podpory je stanovena stejným způsobem jako nemocenská pouze s tím rozdílem, že se dávka ve výši 60% denního vyměřovacího základu poskytuje už od prvního dne. Vyplácí ji příslušná okresní zpráva sociálního zabezpečení.

Na jedno ošetřování (jedna nemoc) náleží podpora jen jednou ročně, a to jen po dobu prvních devět dnů. O podporu nelze žádat opakovaně v jednom roce z důvodu stejné nemoci. Pokud potřeba péče trvá, čili nemocný se po devíti dnech neuzdravil a i nadále potřebuje ošetřování, není bohužel možné na stejnou nemoc ošetřování prodloužit ani napsat na jiného člověka, například na manžela. (Ministerstvo vnitra, 2003 - 2009)

## 6 OBDOBÍ ZÁRMUTKU

Úmrtí blízkého člověka znamená velkou životní ztrátu. Truchlení, které nastává, je proto běžnou reakcí. Projevuje se zármutkem, stavy úzkosti, deprese a někdy i doprovodnými somatickými obtížemi. Většina pozůstalých je schopna mobilizovat své síly a s nastalou situací se v průběhu měsíců vyrovnají. U části pozůstalých však dochází k tzv. komplikovanému truchlení, které se vyznačuje intenzivní, neobvykle dlouhou dobou smutku a pozdními komplikacemi typu deprese.

Podpora v období zármutku je považována za zásadní součást paliativní péče a za službu, jež by měla být dostupná ve všech zařízeních, v nichž je paliativní péče poskytována: na specializovaných odděleních paliativní péče, ve všeobecných nemocnicích a v prostředí domácí péče. Existují pro to dva důvody. Zaprvé, období zármutku začíná obvykle už před vlastním úmrtím pacienta, protože paliativní fáze nemoci je pro něj i pro jeho rodinu v podstatě obdobím postupující ztráty. Zadruhé, pracovníci paliativní péče pohlíží na rodinu jako na „objekt péče“. Z toho důvodu je logické pokračovat v péči o rodinu i po smrti pacienta (pokud má rodina tuto potřebu).

Služby poskytované v období zármutku mají za cíl pomoci pacientům a jejich rodinám vyrovnat se se ztrátou. Měly by být nabízeny na základě zhodnocení řady faktorů, zejména individuálního posouzení, intenzity zármutku, schopností pozůstalých vyrovnat se s vzniklou situací a potřeb vnímaných rodinou.

Řešení problémů spojených se ztrátou a zármutkem by mělo začít na počátku paliativní péče a mělo by pokračovat po celý její průběh. V případě, že rodinný příslušník zesnulého pacienta cítí, že bylo o jeho blízkého dobře pečováno, a pokud měl možnost vyjádřit své obavy a dostalo se mu podpory, má dobré předpoklady k tomu, aby zvládl složité období zármutku. Naopak pokud má výhrady ke kvalitě péče, jež byla poskytována zesnulému i jemu samotnému, s větší pravděpodobností bude mít komplikované reakce na ztrátu blízké osoby a čeká ho delší období zármutku.

Podpora rodinám se skládá z pomoci v průběhu nemoci a z pomoci v období zármutku. Tyto dvě formy jsou těsně propojeny: veškeré pozitivní zkušenosti z období před smrtí blízké osoby později pomohou se s její smrtí vyrovnat.

Důležitou roli v procesu zármutku hraje vzpomínka, kterou si pozůstalí odnesou. Po smrti blízké osoby se často dostaví pocit prázdnoty a pozůstalý si připadá osamělý, zranitelný

a neschopný vyrovnat se s nově vzniklou situací. Rodina a přátelé nabízejí málo útěchy, sociální vztahy již neposkytují takovou pomoc jako v minulosti. Podpora v období zármutku, kterou nabízí paliativní péče, tuto mezeru vyplňuje. Novými formami péče jsou vzpomínkové akce, korespondence, linky pomoci, individuální rozhovory, podpůrné skupiny apod.

## 6.1 Úrovně podpory v období zármutku

Můžeme rozlišit tři úrovně. *První úroveň* znamená obecnou podporu. Poskytují ji vyškolení pracovníci a dobrovolníci pod dozorem. Nejedná se o poradenství, přestože dobrovolníci uplatňují své poradenské schopnosti. Pomoc na této úrovni může být cenná pro osoby prostrádající sociální podporu nebo mající pocit, že jim jsou všechny možné zdroje podpory vzdáleny. *Druhou úroveň* představuje poradenství. Mělo by být poskytováno kvalifikovanými pracovníky při specializovaných zařízeních paliativní péče nebo mimo ně. Poradenství je vhodné pro osoby, kterým ztráta blízkého působí větší problémy, např. z důvodu přítomnosti dalších stresujících faktorů v jejich životě nebo kvůli neschopnosti vyrovnat se se zármutkem. *Třetí úroveň* je psychoterapie, kdy je nutné osobu předat specializovaným zdravotníkům. K tomu dochází v situacích, kdy se přidávají poruchy chování nebo emoční krize.

Tyto tři úrovně podpory souvisí se zhodnocením rizik, které umožní během rozhovoru s jednotlivcem či rodinou určit nejvhodnější úroveň péče v období zármutku.

- Obecné zásady podpory pozůstalých
  - základ tvoří individuálně zaměřená intervence;
  - důležitá je důvěra mezi pozůstalými a zdravotníky, která se vytváří již v průběhu péče;
  - služby bez osobního kontaktu (např. informační letáky nebo internetová poradna) jsou méně efektivní.
  
- Podpora rodiny v konečné fázi a bezprostředně po smrti pacienta
  - empatická a citlivá komunikace;
  - vytvoření alespoň základního pocitu soukromí;
  - zapojení rodiny do péče;

- otevřenost a vstřícnost k požadovaným náboženským či jiným rituálům;
  - oznámení úmrtí: jestliže je rodina přítomna, pak klidně bez spěchu setrvat chvíli s rodinou u lůžka, vyjádřit soustrast;
  - při telefonickém sdělování oznámit úmrtí citlivě, rodina by měla mít možnost vidět zemřelého;
  - nabídnout možnost dalšího kontaktu (např. s psychologem, sociálním pracovníkem).
- Další formy podpory pozůstalých
    - kontaktování pozůstalých po smrti blízkého;
    - individuální poradenství;
    - odborná psychoterapie;
    - podpůrná skupina pro specifickou věkovou kategorii;
    - vzpomínkové programy;
    - setkání pozůstalých;
    - bohoslužby za zemřelé;
    - anonymní podpora prostřednictvím internetu a telefonních krizových linek.

Proces truchlení lze přirovnat k hojení rány. Jedná se o dlouhodobý psychosociální i spirituální proces trvající řadu měsíců a někdy i let. Bez truchlení není vyrovnání. Pozůstalým bychom měli pomoci přijmout ztrátu a prožít svůj zármutek. (O organizaci paliativní péče, 2004, s. 40 - 42; Sláma, et al, 2007, s. 315 - 318)



## 7 INFORMACE PRO POZŮSTALÉ

### 7.1 Organizace pohřbu

Pohřeb je rituál, který uvádí pozůstalé do nového života. Umožňuje jim vnějším způsobem vyjádřit něco z toho, co prožívají. Nemají-li pozůstalí žádné zkušenosti, může v nich představa organizování pohřbu vyvolat řadu dalších nepříjemných pocitů. Je proto důležité, aby měli k dispozici alespoň základní informace.

Optimální doba pro vykonání pohřebního obřadu je zpravidla 5 až 6 dní po úmrtí. Pohřeb je možné zadat u kterékoli pohřební služby. Podmínkou je předložení občanského průkazu zemřelého a občanského průkazu toho, kdo pohřeb zajišťuje (není to potřebné v případě úmrtí ve zdravotnickém zařízení). Zemře-li blízký doma, je nutné při sjednávání doložit ještě *List o prohlídce mrtvého*. Tento list vyplňuje praktický lékař nebo lékař lékařské služby první pomoci (při nedostupnosti praktického lékaře). Platba pohřbu se obvykle provádí při objednávce. Základní cena se může pohybovat v rozmezí 15 - 20 tisíc korun, záleží však na konkrétním pohřebním ústavu.

Součástí služeb je vyhotovení parte neboli smutečního oznámení. Parte obsahuje základní informace o tom, kdo, kdy a kde zemřel a také kdy bude mít pohřeb. Je na něj nutné uvést jména nejbližších příbuzných a adresu pro zasílání písemných kondolencí.

*Úmrtní list* se vyřizuje na matrice spádově podle místa úmrtí osobně nebo poštou po předchozí telefonické domluvě. K vyřízení je potřeba předložit občanský průkaz a rodný list zemřelého. U ženatého/vdané je navíc nutný oddací list a rodné číslo pozůstalého. U vdovce/vdovy oddací a úmrtní list zemřelého. U rozvedeného rozsudek o rozvodu manželství. (Sláma, et al, 2007, s. 336- 337)

### 7.2 Pohřebné

Tato dříve plošně vyplácená dávka byla zrušena od 1. 1. 2008. Nadále jednorázově náleží osobě, která vypravila pohřeb nezaopatřenému dítěti nebo osobě, která byla rodičem tohoto dítěte. Podmínkou je, že zemřelá osoba měla ke dni úmrtí trvalý pobyt na území ČR.

Výše pohřebného je stanovena pevnou částkou 5000 Kč. Žádost se vyřizuje na oddělení státní sociální podpory v místě bydliště žadatele.

### 7.3 Vdovský a vdovecký důchod

Je na něj nárok po zemřelém manželovi (manželce), který byl poživatelem starobního, plného invalidního nebo částečného invalidního důchodu, splnil k němu podmínky a nebo zemřel následkem pracovního úrazu. Náleží po dobu 1 roku od smrti, nadále jen pokud pozůstalý pečuje o nezaopatřené dítě, o nezletilé dítě ve II., III. a IV. stupni závislosti, o rodiče, je invalidní nebo dosáhl věku 55 let (žena) a 58 let (muž). Nárok na vdovský a vdovecký důchod zanikne tehdy, jestliže pozůstalá osoba přestane plnit některou z výše uvedených podmínek (lze ji obnovit splněním některé z těchto podmínek do 5 let od dřívějšího zániku) nebo uzavře nové manželství.

Vdovský a vdovecký důchod se skládá ze základní a procentní výměry. Výše základní výměry je nyní 2170 Kč měsíčně. Výše procentní výměry činí polovinu procentní výměry starobního nebo plného invalidního důchodu nebo polovinu procentní výměry částečného invalidního důchodu.

Žádost o důchod se vyřizuje u okresní správy sociálního zabezpečení v místě trvalého bydliště žadatele. Doklady potřebné k vyřízení jsou následující: občanský průkaz pozůstalého i zemřelého, úmrtí list, oddací list a důchodový výměr zemřelého. (Sláma, et al, 2008, s. 63 – 65; Ministerstvo vnitra, 2003 - 2009)

### 7.4 Dědické řízení

Dědické řízení se zahajuje na základě úmrtího listu, který soudu zašle matrika. Notář jako první kontaktuje dědice (většinou to bývá osoba, která se postarala o pohřeb) a sdělí mu, co bude potřebné pro vyřízení dědictví udělat. Vyrozumí také dědice o jeho dědickém právu a o možnosti dědictví odmítnout ve lhůtě jednoho měsíce. Zároveň se informuje na osobní a majetkové poměry zemřelého (např. zda měl potomky nebo zda zanechal nějaký movitý či nemovitý majetek). Pokud vypořádání dědictví proběhne dohodou, což je nejčastější forma, pak musí být uzavřena před notářem.

Dědí se ze zákona, ze závěti nebo z obou těchto důvodů. Dědic odpovídá do výše ceny nabytého dědictví za přiměřené náklady spojené s pohřbem a za dluhy zemřelého, které na něj byly převedeny po jeho smrti. Platí odměnu notáře a dědickou daň. Od ní jsou osvobozeni příbuzní v přímé řadě a manželé. (Sláma, et al, 2008, s. 48 - 49)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 8 METODIKA PRŮZKUMU

### 8.1 Cíle a hypotézy

#### **Cíl č. 1: Zjistit informovanost veřejnosti o paliativní péči a o jejích možnostech.**

- H<sub>01</sub> Většina veřejnosti neví, co znamená paliativní péče.  
H<sub>A1</sub> Většina veřejnosti ví, co znamená paliativní péče.
- H<sub>02</sub> Většina veřejnosti nezná možnosti péče o umírající.  
H<sub>A2</sub> Většina veřejnosti zná možnosti péče o umírající.
- H<sub>03</sub> Mezi muži a ženami není ve znalosti paliativní péče významný rozdíl.  
H<sub>A3</sub> Mezi muži a ženami je ve znalosti paliativní péče významný rozdíl.
- H<sub>04</sub> Zkušenost s péčí o umírajícího nemá na znalost paliativní péče významný vliv.  
H<sub>A4</sub> Zkušenost s péčí o umírajícího má na znalost paliativní péče významný vliv.

#### **Cíl č. 2: Zmapovat postoj veřejnosti k umírání v minulosti a současnosti.**

- H<sub>05</sub> Mezi věkovými skupinami lidí do 55 let a nad 55 let se postoj k umírání oproti minulosti nezměnil.  
H<sub>A5</sub> Mezi věkovými skupinami lidí do 55 let a nad 55 let se postoj k umírání oproti minulosti změnil.

#### **Cíl č. 3: Zhodnotit úroveň péče o umírající v jednotlivých typech zařízení z pohledu veřejnosti.**

- H<sub>06</sub> Většina veřejnosti se domnívá, že péče o umírající ve specializovaných zařízeních není na vyšší úrovni než péče v domácím prostředí.  
H<sub>A6</sub> Většina veřejnosti se domnívá, že péče o umírající ve specializovaných zařízeních je na vyšší úrovni než péče v domácím prostředí.

#### **Cíl č. 4: Posoudit možné nedostatky v péči o umírající ze strany doprovázejících.**

- H<sub>07</sub> Většina doprovázejících se při péči o umírající nesešla s nedostatky.  
H<sub>A7</sub> Většina doprovázejících se při péči o umírající setkala s nedostatky.

## 8.2 Průzkumná metoda

K získání potřebných informací byla využita metoda dotazníku. Bártlová ve své knize Výzkum a ošetřovatelství uvádí následující: „Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Získáváme jím empirické informace, založené na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných otázek. Jde o relativně nejrozšířenější a nejpopulárnější techniku.“ (Bártlová, et al, 2008, s. 98)

Použitý dotazník obsahuje 28 otázek (příloha P VIX). Jednotlivé otázky byly formulovány na základě předem stanovených cílů a hypotéz. Úvodní část je zaměřena na seznámení respondenta s průzkumníkem a s tématem práce, následuje zdůraznění anonymity a účel, za jakým je dotazník předkládán. V závěru jsou uvedeny pokyny k vyplňování a poděkování.

### Formy položek v dotazníku:

- Nezávisle proměnné, identifikační, uzavřené, dichotomické- 1;
- Nezávisle proměnné, identifikační, uzavřené, výběrové, polytomické- 2, 3;
- Nezávisle proměnné, identifikační, polouzavřené- 4;
- Nezávisle proměnné, uzavřené, dichotomické- 5, 6;
- Závisle proměnné, uzavřené, výběrové, polytomické- 7, 10, 15, 16, 26, 27, 28;
- Závisle proměnné, uzavřené, dichotomické- 8, 9, 13, 17, 18, 23;
- Závisle proměnné, filtrační, uzavřené, dichotomické- 11, 21, 22;
- Závisle proměnné, polouzavřené, výčtové- 12;
- Závisle proměnné, polouzavřené- 14, 24;
- Závisle proměnné, kontrolní, uzavřené, výběrové, polytomické- 19;
- Závisle proměnné, kontrolní, výčtové- 20;
- Závisle proměnné, polouzavřené, výčtové- 25.

### **8.3 Organizace průzkumného šetření**

Průzkumnému šetření předcházela pilotní studie, která proběhla v měsíci říjnu. O vyplnění dotazníku bylo požádáno 10 respondentů. Jejich úkolem bylo zhodnotit srozumitelnost a návaznost jednotlivých položek, popřípadě poukázat na možné nedostatky. Na základě výsledků pilotní studie byla v dotazníku upravena formulace položek číslo 2 a 21. Po konzultaci s vedoucí práce byla zhotovena konečná podoba dotazníku.

Dotazníkové šetření probíhalo od prosince roku 2008 do března roku 2009. Celkem bylo rozdáno 160 dotazníků. Výsledný počet vrácených dotazníků činil 126, návratnost byla tedy 79%. 10 dotazníků bylo vyplněno nesprávně, proto musely být z průzkumu vyřazeny. Konečný počet dotazníků použitých pro průzkumné šetření byl 116.

### **8.4 Charakteristika zkoumaného vzorku**

Průzkum byl zaměřen na širokou veřejnost. Jednalo se o vzorek respondentů dospělé populace ze Zlínského a Jihomoravského kraje ve věku 35 až 66 let a více. Dotazník byl respondentům rozdán osobně a také prostřednictvím přátel a rodiny.

### **8.5 Zpracování získaných dat**

Údaje získané z dotazníkového šetření byly zaznamenány do matice v programu Microsoft Excel a dále zpracovány do přehledných tabulek a grafické podoby. Následně byly tyto informace využity k ověření platnosti jednotlivých hypotéz, jak bude uvedeno podrobněji níže.

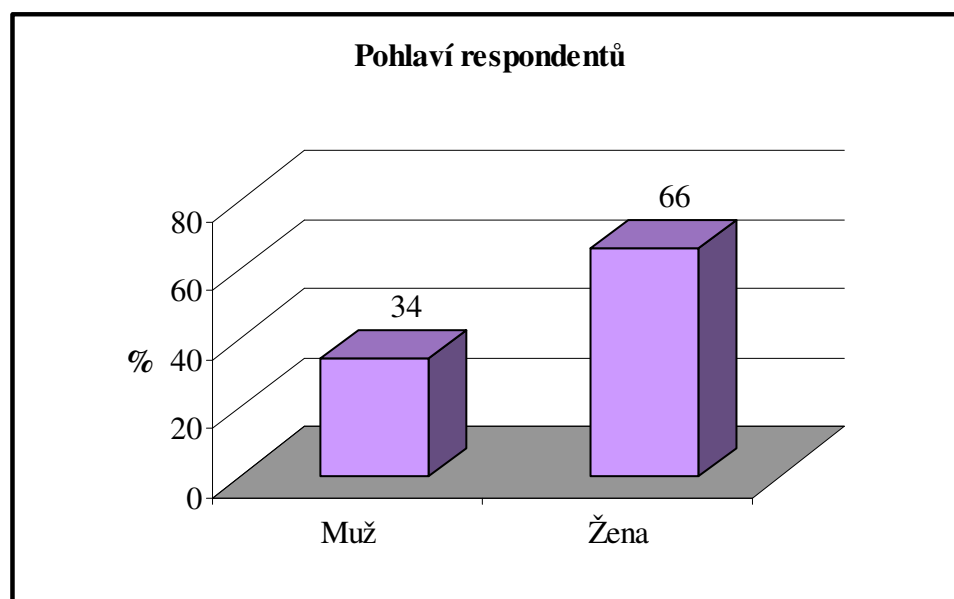
## 9 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

### 9.1 Zpracování a grafické znázornění získaných dat

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Tab. 1. Pohlaví respondentů

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Muž	40	0,34	34
Žena	76	0,66	66
<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 1. Pohlaví respondentů

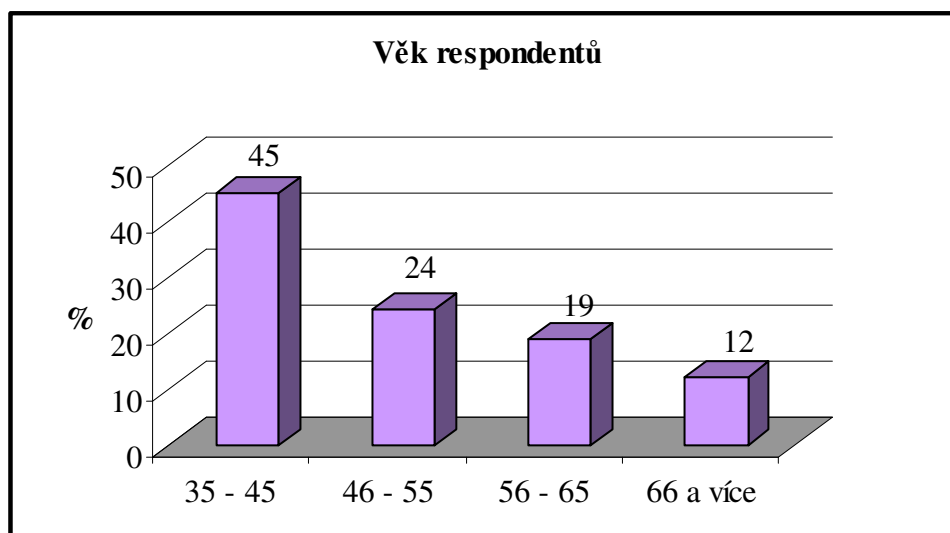
#### Komentář:

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 66 % žen a 34 % mužů.

## Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Tab. 2. Věk respondentů

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
35 - 45	52	0,45	45
46 - 55	28	0,24	24
56 - 65	22	0,19	19
66 a více	14	0,12	12
<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 2. Věk respondentů

**Komentář:**

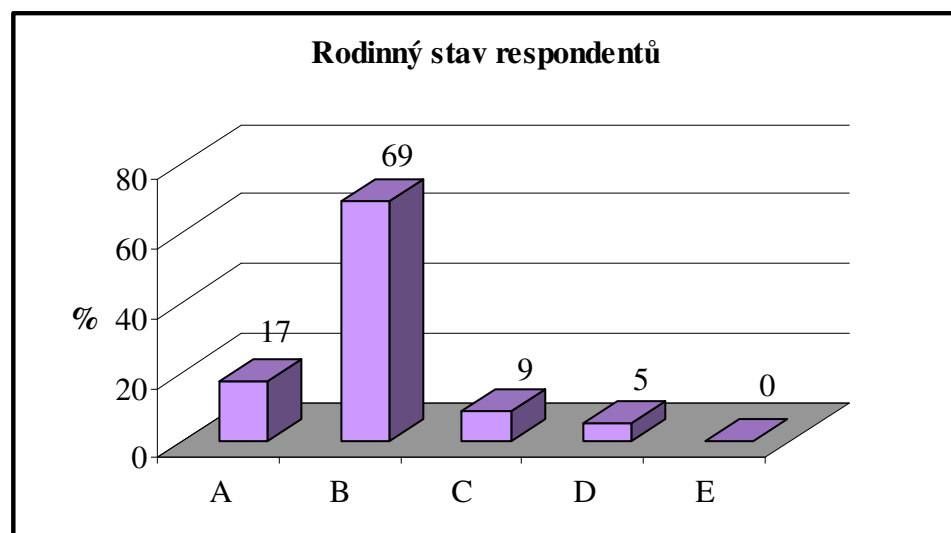
Z celkového počtu 116 dotazovaných je 45 % z nich zastoupeno ve věkové kategorii 35 – 45 let, 24 % je ve věku 46 – 55 let a 19 % spadá do kategorie 56 – 65 let. Nejméně zastoupena je věková skupina 66 let a více, a to v počtu 12 %.



Otázka č. 3: Jaký je Váš rodinný stav?

Tab. 3. Rodinný stav respondentů

	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Svobodný/svobodná	20	0,17	17
B	Ženatý/ vdaná	80	0,69	69
C	Rozvedený/rozvedená	10	0,09	9
D	Vdovec/vdova	6	0,05	5
E	Druh/družka	0	0,00	0
	<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 3. Rodinný stav respondentů

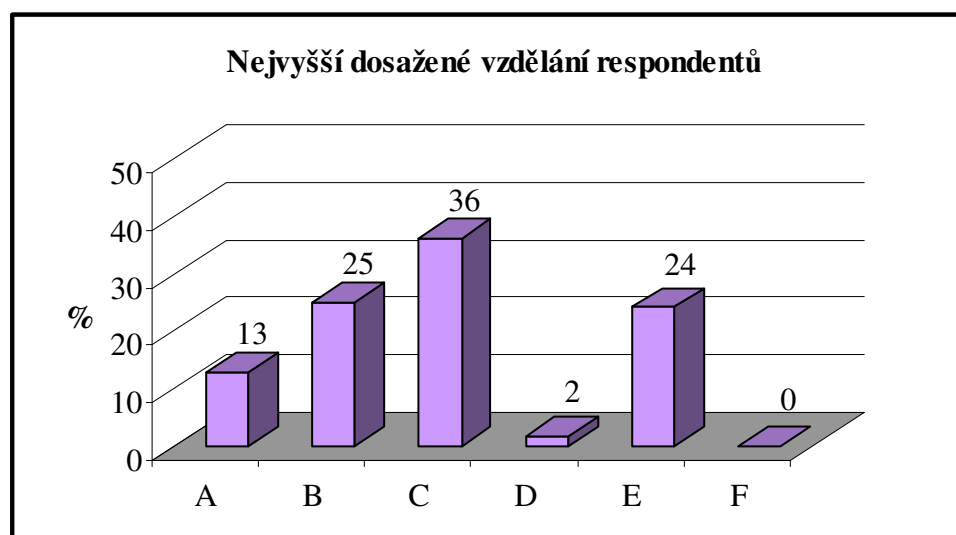
#### Komentář:

Mezi dotazovanými je 69 % ženatých/vdaných, 17 % svobodných, 9 % rozvedených a 5 % vdovců/vdov. Možnost druh/družka neoznačil nikdo z respondentů.

Otázka č. 4: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. 4. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Základní	15	0,13	13
B	Středoškolské bez maturity	29	0,25	25
C	Středoškolské s maturitou	42	0,36	36
D	Vyšší odborné	2	0,02	2
E	Vysokoškolské	28	0,24	24
F	Jiné.....	0	0,00	0
	<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 4. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

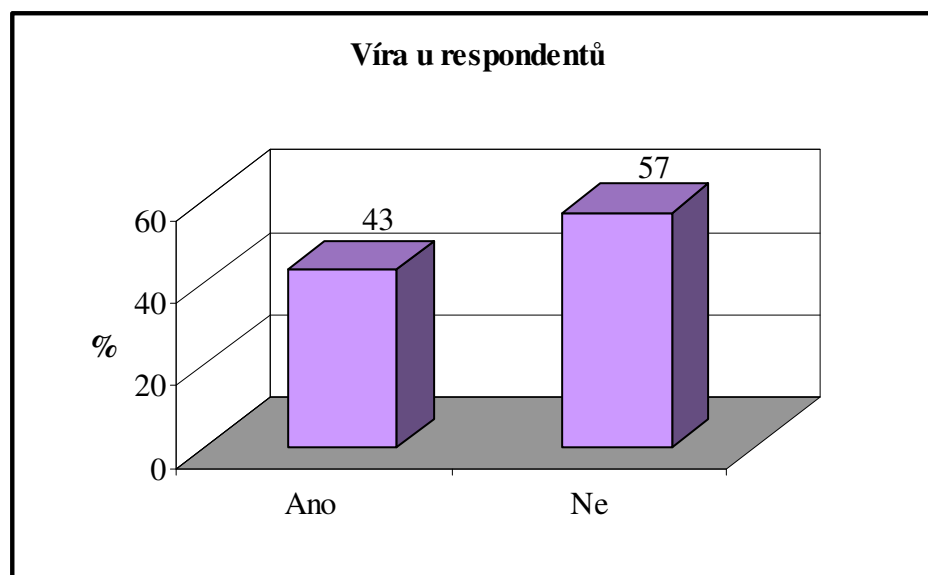
#### Komentář:

Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 116 dotazovaných tvoří 36 % respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou a 25 % se středoškolským vzděláním bez maturity. Vysokoškolsky vzdělání respondenti jsou zastoupeni v počtu 24 %. Respondenti se základním vzděláním tvoří 13 % a v nejmenším počtu 2 % jsou zastoupeni respondenti s vyšším odborným vzděláním. K možnosti jiné se nevyjádřil nikdo z dotazovaných.

Otázka č. 5: Jste věřící?

Tab. 5. Víra u respondentů

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	50	0,43	43
Ne	66	0,57	57
<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 5. Víra u respondentů

**Komentář:**

Mezi dotazovanými je 43 % věřících a 57 % nevěřících.

## Otázka č. 6: Pracujete ve zdravotnictví?

Tab. 6. Práce ve zdravotnictví

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	4	0,03	3
Ne	112	0,97	97
<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 6. Práce ve zdravotnictví

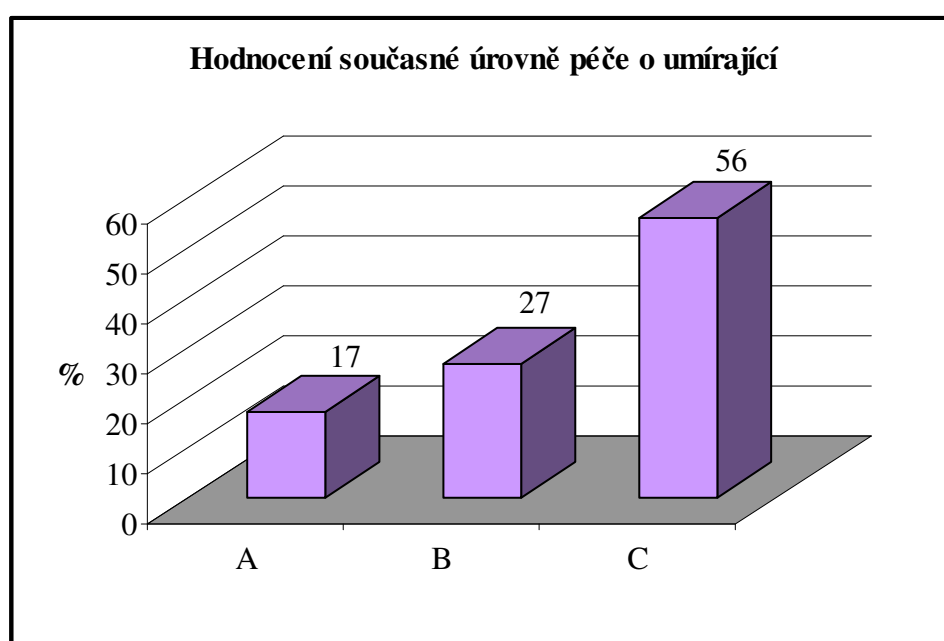
**Komentář:**

Z grafu je patrné, že převážná většina respondentů nepracuje ve zdravotnictví (97 % dotazovaných), pouze 3 % respondentů ve zdravotnictví pracují.

## Otázka č. 7: Jak hodnotíte současnou úroveň péče o umírající?

Tab. 7. Hodnocení současné úrovně péče o umírající

	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Jako dostatečnou	20	0,17	17
B	Jako nedostatečnou	31	0,27	27
C	Nevím, nedokážu posoudit	65	0,56	56
	<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 7. Hodnocení současné úrovně péče o umírající

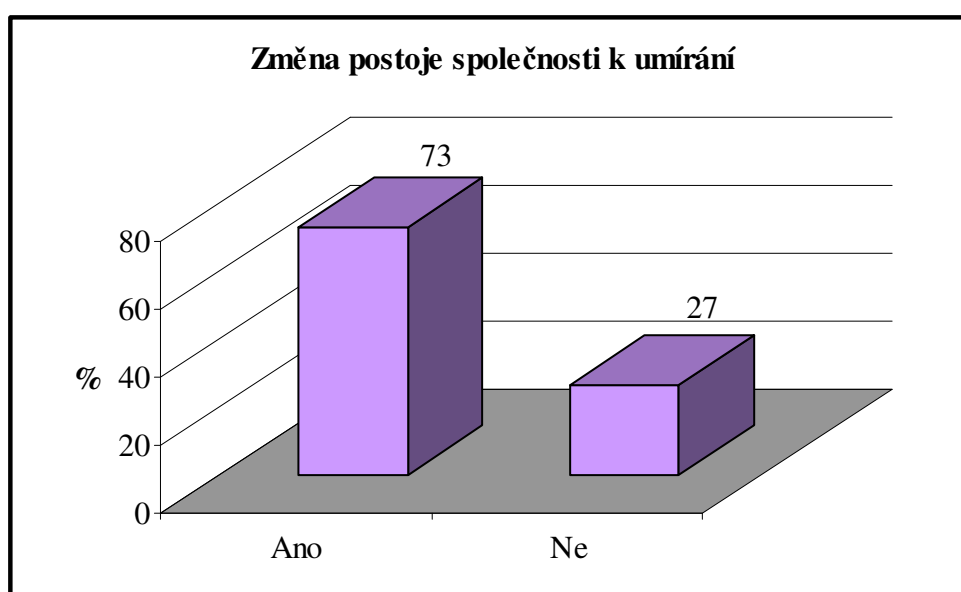
**Komentář:**

Z celkového počtu 116 dotazovaných 17 % z nich hodnotí současnou úroveň péče o umírající jako dostatečnou a 27 % jako nedostatečnou. 56 % respondentů nedokáže tuto položku posoudit.

Otázka č. 8: Myslíte si, že se v porovnání s minulostí změnil postoj společnosti k umírání?

Tab. 8. Změna postoje společnosti k umírání

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	85	0,73	73
Ne	31	0,27	27
<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 8. Změna postoje společnosti k umírání

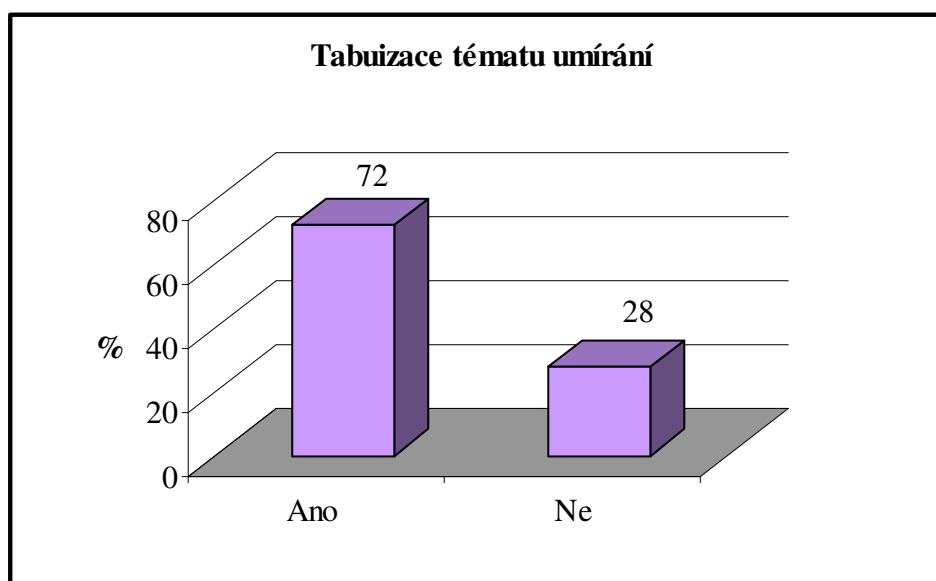
**Komentář:**

Průzkumem bylo zjištěno, že převážná většina respondentů v počtu 73 % si myslí, že se v porovnání s minulostí změnil postoj společnosti k umírání. Méně četnější zastoupení 27 % tvoří respondenti, kteří si myslí, že se v porovnání s minulostí postoj společnosti k umírání nezměnil.

Otázka č. 9: Domníváte se, že dříve bylo téma umírání více tabuizované?

Tab. 9. Tabuizace tématu umírání

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	84	0,72	72
Ne	32	0,28	28
<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 9. Tabuizace tématu umírání

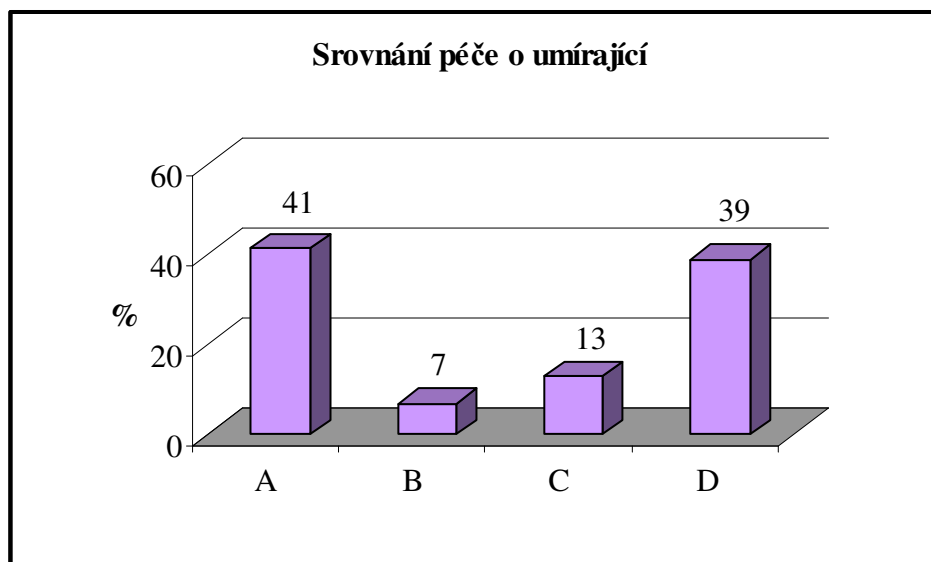
**Komentář:**

Z grafu je patrné, že 72 % dotazovaných se domnívá, že téma umírání bylo dříve více tabuizované. 28 % respondentů uvedlo, že téma umírání nebylo dříve více tabuizované.

Otázka č. 10: Péče o umírající se ve srovnání s minulostí dle Vašeho názoru:

Tab. 10. Srovnání péče o umírající

	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Zlepšila	48	0,41	41
B	Zhoršila	8	0,07	7
C	Je na stejné úrovni	15	0,13	13
D	Nevím, nedokážu posoudit	45	0,39	39
	<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 10. Srovnání péče o umírající

#### Komentář:

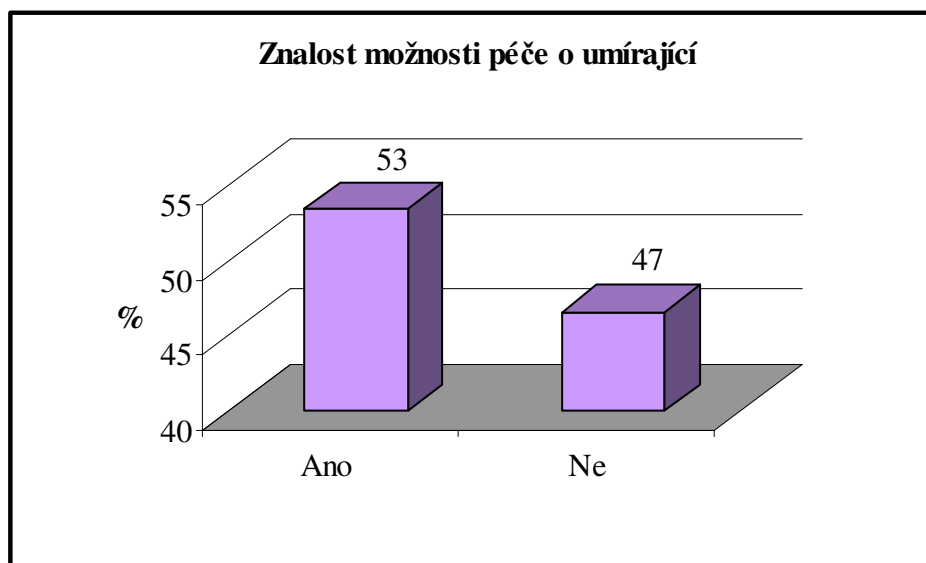
Z celkového počtu 116 dotazovaných se 41 % z nich domnívá, že se péče o umírající ve srovnání s minulostí zlepšila, 39 % tuto položku nedokáže posoudit a 13 % je přesvědčených, že je na stejné úrovni. Nejméně je zastoupen názor, že se péče o umírající oproti minulosti zhoršila, tuto možnost si vybralo pouze 7 % respondentů.



Otázka č. 11: Znáte některou z možností péče o umírající?

Tab. 11. Znalost možnosti péče o umírající

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	62	0,53	53
Ne	54	0,47	47
<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 11. Znalost možnosti péče o umírající

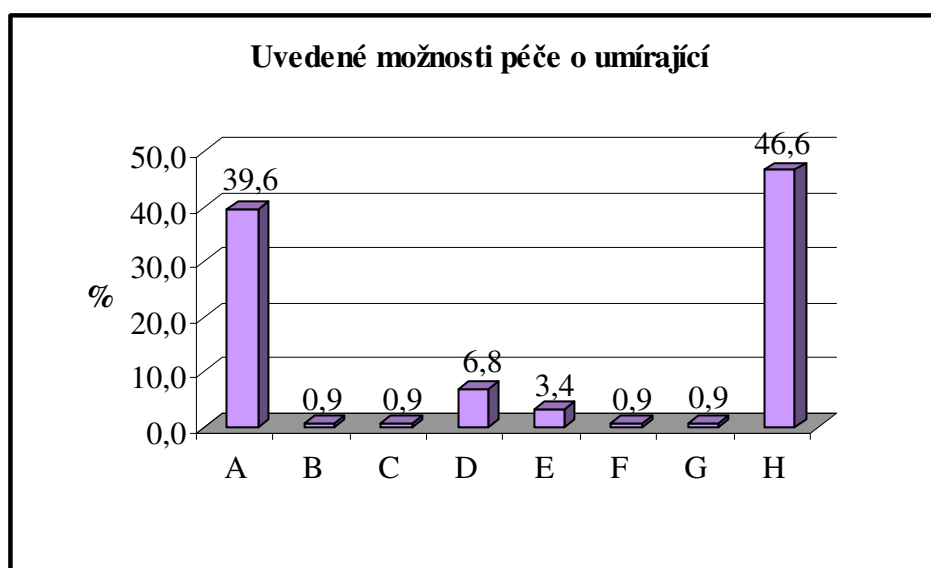
**Komentář:**

Průzkumem bylo zjištěno, že z celkového počtu 116 dotazovaných 53 % z nich zná některou z možností péče o umírající. 47 % respondentů žádnou z možností péče o umírající nezná.

Pokud ano, uveďte prosím jakou.....

Tab. 12. Uvedené možnosti péče o umírající

	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Hospic	46	0,40	39,6
B	Domy pro seniory	1	0,01	0,9
C	Nemocnice	1	0,01	0,9
D	LDN	8	0,07	6,8
E	Domov	4	0,03	3,4
F	Duchovní	1	0,01	0,9
G	Pečovatelka	1	0,01	0,9
H	Neznám	54	0,46	46,6
	<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100,0</b>



Graf 12. Uvedené možnosti péče o umírající

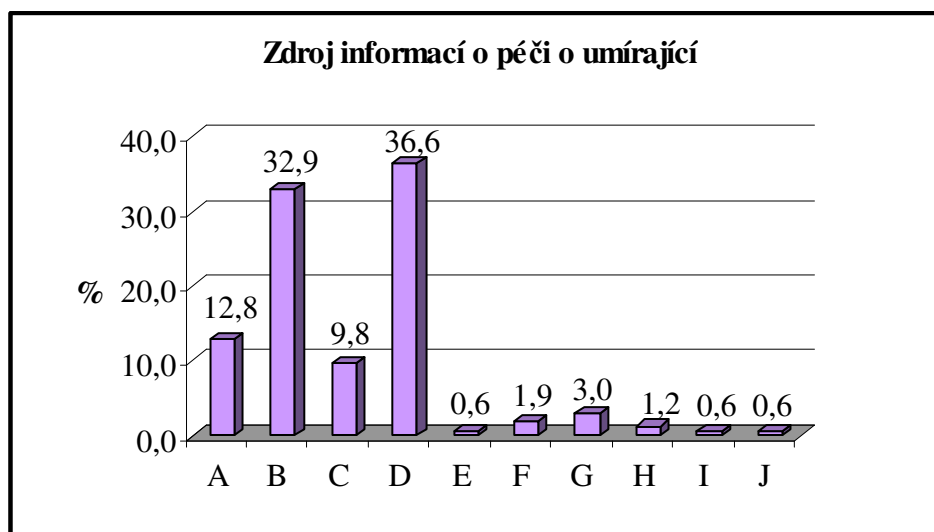
### Komentář:

Z počtu 62 respondentů (100 %), kteří odpověděli na předchozí otázku ano, jich 46,6 % opět uvedlo, že neznají možnosti péče o umírající. 39,6 % dotazovaných uvedlo hospic a 6,8 % LDN. 3,4 % respondentů považuje za jednu z možností péče o umírající domov. Nejméně jsou zastoupeny odpovědi domy pro seniory, nemocnice, duchovní a pečovatelka, všechny ve shodném počtu 0,9 %.

Otázka č. 12: **Kde jste získal/a informace o péči o umírající?** (Lze uvést více možností)

Tab. 13. Zdroj informací o péči o umírající

	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Z internetu	21	0,13	12,8
B	Z médií	54	0,32	32,9
C	Od zdravotnického personálu	16	0,10	9,8
D	Od příbuzných a přátel	60	0,36	36,6
E	Studium	1	0,01	0,6
F	Nikde	3	0,02	1,9
G	Vlastní	5	0,03	3,0
H	Málo informací	2	0,01	1,2
I	Obec	1	0,01	0,6
J	Nepotřebuji	1	0,01	0,6
	<b>CELKEM</b>	<b>164</b>	<b>1,00</b>	<b>100,0</b>



Graf 13. Zdroj informací o péči o umírající

### Komentář:

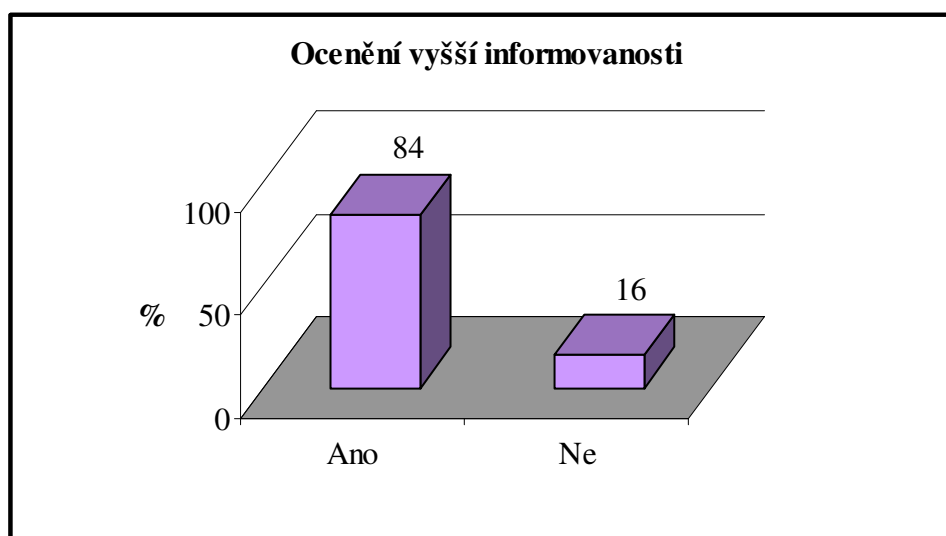
Nejvíce z dotazovaných v počtu 36,6 % získalo informace o péči o umírající od příbuzných a přátel. 32,9 % respondentů uvedlo jako zdroj informací média, 12,8 % internet a 9,8 % zdravotnický personál. Nejméně zastoupenými odpověďmi byly možnosti vlastní v počtu

3,0 %, nikde 1,9 %, málo informací 1,2 % studium 0,6 %, obec 0,6 % a nepotřebuji také 0,6 %.

Otázka č. 13: **Ocenil/a byste více informací?**

Tab. 14. *Ocenění vyšší informovanosti*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	98	0,84	84
Ne	18	0,16	16
<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 14. *Ocenění vyšší informovanosti*

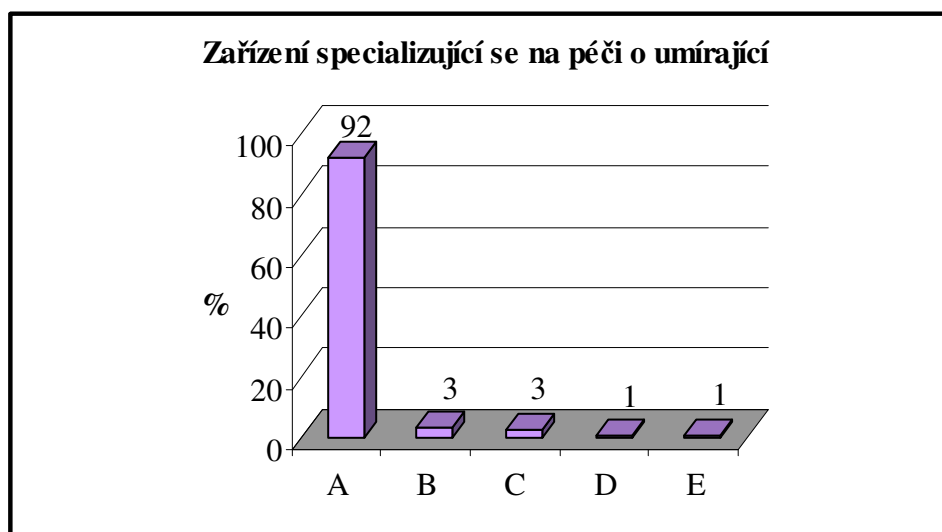
**Komentář:**

Z celkového počtu 116 dotazovaných by 84 % respondentů ocenilo více informací, pouhých 16 % respondentů by více informací neocenilo.

Otázka č. 14: Víte, která zařízení se specializují na péči o umírající?

Tab. 15. Zařízení specializující se na péči o umírající

	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Hospic	107	0,92	92
B	Nemocnice	4	0,03	3
C	Penzion pro seniory	3	0,03	3
D	Nevím	1	0,01	1
E	LDN	1	0,01	1
	<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 15. Zařízení specializující se na péči o umírající

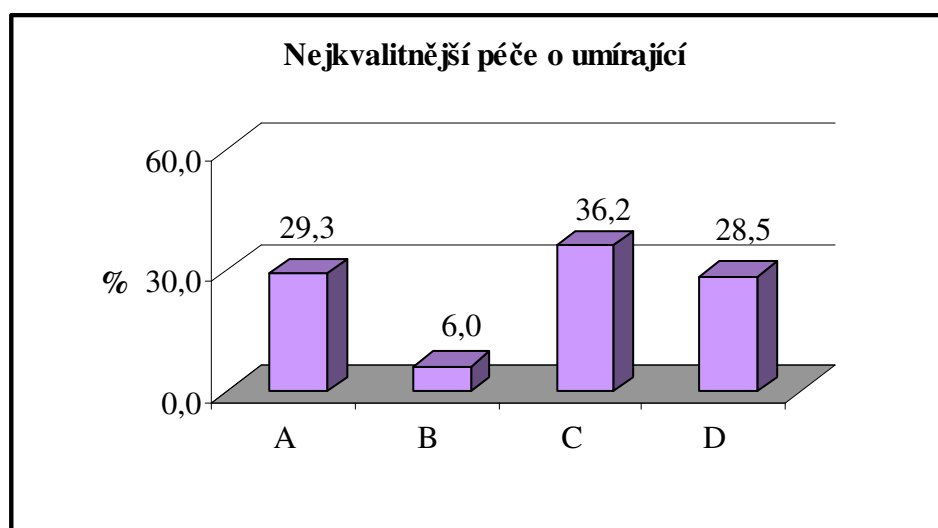
#### Komentář:

Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondenti ví, jaká zařízení se specializují na péči o umírající. Možnost hospic zvolilo 92 % dotazovaných. Ve shodném počtu 3 % jsou zastoupeny odpovědi nemocnice a penzion pro seniory. 1 % respondentů neví, jaká zařízení se specializují na péči o umírající a 1 % dotazovaných uvedlo možnost LDN.

Otázka č. 15: **Jaká péče o umírající je podle Vás nejkvalitnější?**

Tab. 16. *Nejkvalitnější péče o umírající*

	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Hospicová péče	34	0,29	29,3
B	Nemocniční péče	7	0,06	6,0
C	Domácí péče	42	0,36	36,2
D	Nevím, nedokážu posoudit	33	0,29	28,5
	<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100,0</b>



Graf 16. *Nejkvalitnější péče o umírající*

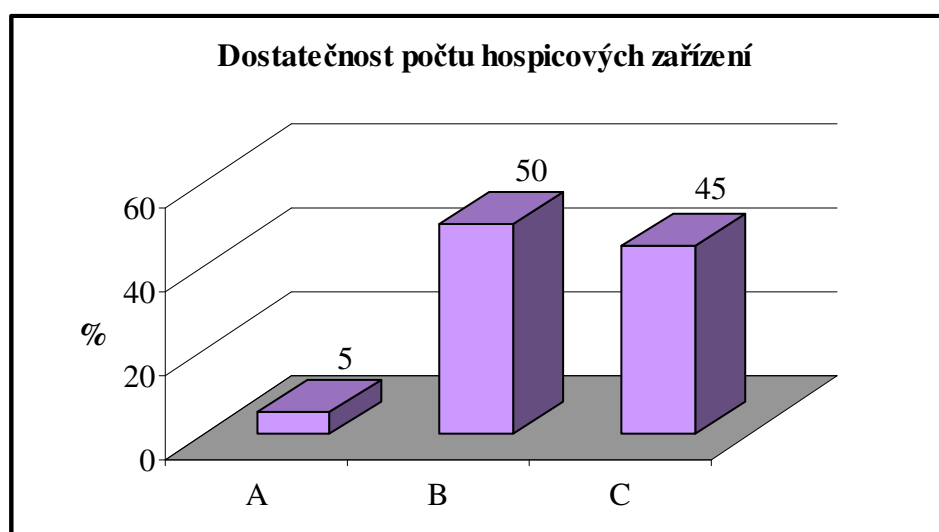
### Komentář:

Průzkumem bylo zjištěno, že nejvíce z dotazovaných respondentů v počtu 36,2 % považuje za nejkvalitnější domácí péči. Druhým nejčastěji zastoupeným názorem je, že nejkvalitnější péče je poskytována v hospicích, to si myslí 29,3 % dotazovaných. 28,5 % respondentů tuto položku nedokáže posoudit. Nejméně zastoupenou skupinu tvoří respondenti v počtu 6,0 %, kteří si vybrali možnost, že nejkvalitnější péče je poskytována v nemocnicích.

Otázka č. 16: **Připadá Vám počet hospicových zařízení dostatečný?**

Tab. 17. Dostatečnost počtu hospicových zařízení

	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Ano	6	0,05	5
B	Ne	58	0,50	50
C	Nevím, nedokážu posoudit	52	0,45	45
	<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 17. Dostatečnost počtu hospicových zařízení

#### Komentář:

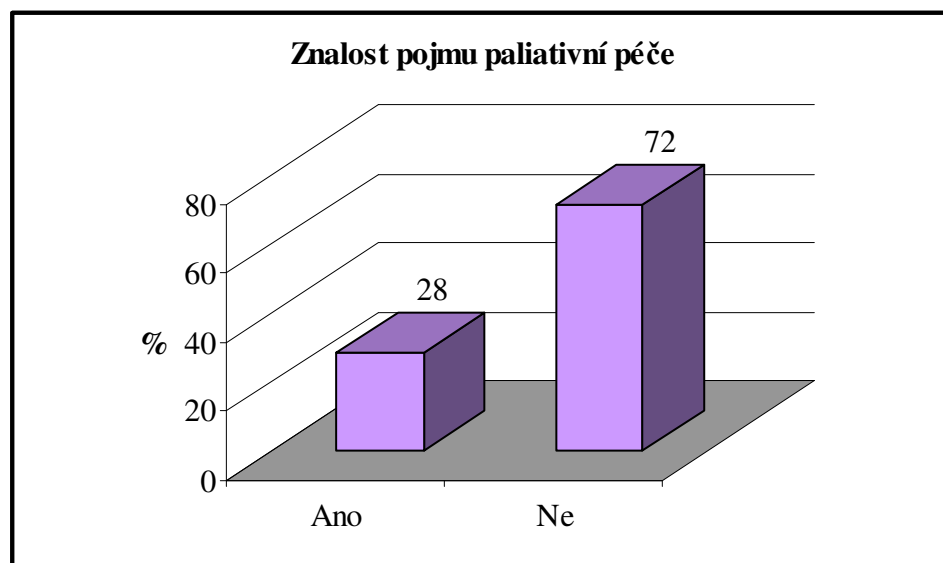
Z 116 dotazovaných pouze 5 % připadá, že počet hospicových zařízení je dostatečný, 50 % respondentů se domnívá, že počet těchto zařízení není dostatečný a 45 % tuto položku nedokáže posoudit.



Otázka č. 17: Víte, co znamená pojem paliativní péče?

Tab. 18. Znalost pojmu paliativní péče

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	33	0,28	28
Ne	83	0,72	72
<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 18. Znalost pojmu paliativní péče

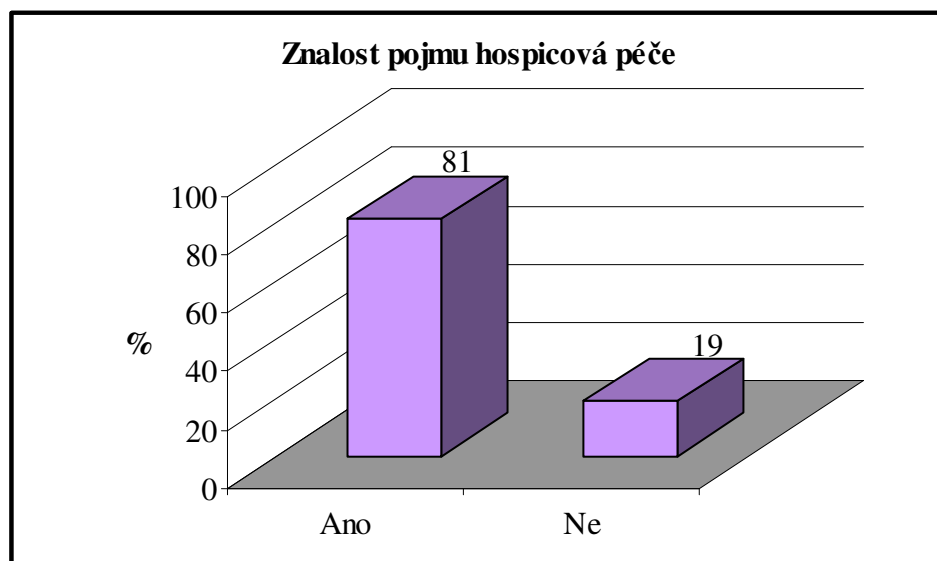
**Komentář:**

Z grafu je patrné, že z celkového počtu 116 respondentů převážná většina neví, co znamená pojem paliativní péče (72 % dotazovaných). Tento pojem zná pouze 28 % z nich.

Otázka č. 18: Víte, co znamená pojem hospicová péče?

Tab. 19. Znalost pojmu hospicová péče

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	94	0,81	81
Ne	22	0,19	19
<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 19. Znalost pojmu hospicová péče

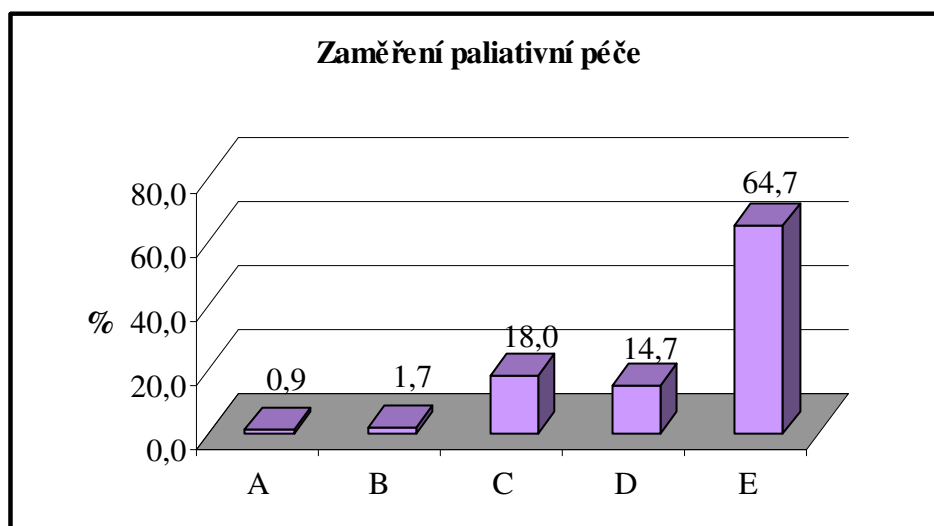
**Komentář:**

Z celkového počtu 116 dotazovaných z nich 81 % ví, co znamená pojem hospicová péče. 19 % respondentů neví, co tento pojem znamená.

Otázka č. 19: Pro koho je určena paliativní péče?

Tab. 20. Zaměření paliativní péče

	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Pro seniory	1	0,01	0,9
B	Pro nemocné	2	0,02	1,7
C	Pro umírající	21	0,18	18,0
D	Pro umírající a jejich blízké	17	0,15	14,7
E	Nevím	75	0,65	64,7
	<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100,0</b>



Graf 20. Zaměření paliativní péče

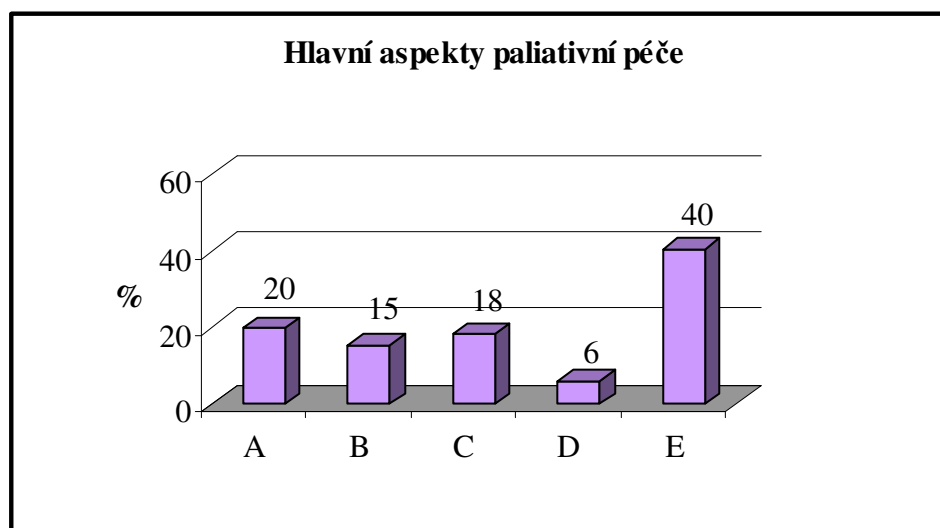
#### Komentář:

Na otázku pro koho je určena paliativní péče odpovědělo 0,9 % respondentů možností pro seniory, 1,7 % pro nemocné a 18,0 % pro umírající. 14,7 % dotazovaných se domnívá, že paliativní péče je určena pro umírající a jejich blízké a 64,7 % respondentů neví, pro koho je určena.

Otázka č. 20: **Jaké jsou hlavní aspekty paliativní péče?** (Lze uvést více možností)

Tab. 21. *Hlavní aspekty paliativní péče*

	<b>Možnosti</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>%</b>
A	Zmírnění bolesti	36	0,20	19,9
B	Psychická podpora	28	0,16	15,5
C	Zachování lidské důstojnosti	33	0,18	18,2
D	Péče o pozůstalé	11	0,06	6,1
E	Nevím	73	0,40	40,3
	<b>CELKEM</b>	<b>181</b>	<b>1,00</b>	<b>100,0</b>



Graf 21. *Hlavní aspekty paliativní péče*

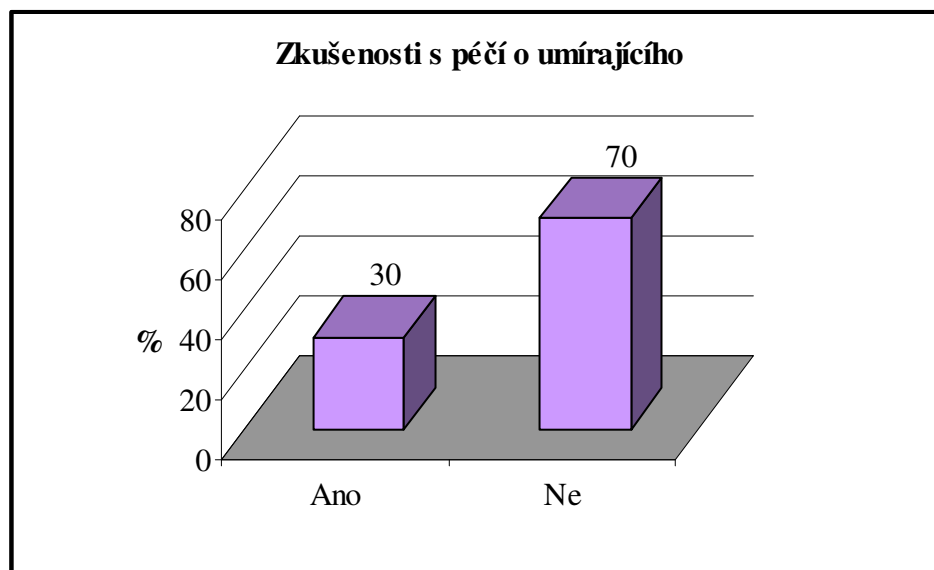
### **Komentář:**

19,9 % respondentů z celkového počtu 116 dotazovaných považuje za hlavní aspekt paliativní péče zmírnění bolesti, 15,5 % uvedlo možnost psychická podpora, 18,2 % zachování lidské důstojnosti a pouze 6,1 % péče o pozůstalé. 40,3 % dotazovaných aspekty paliativní péče nezná.

Otázka č. 21: Máte zkušenosti s péčí o umírajícího?

Tab. 22. Zkušenosti s péčí o umírajícího

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	35	0,30	30
Ne	81	0,70	70
<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 22. Zkušenosti s péčí o umírajícího

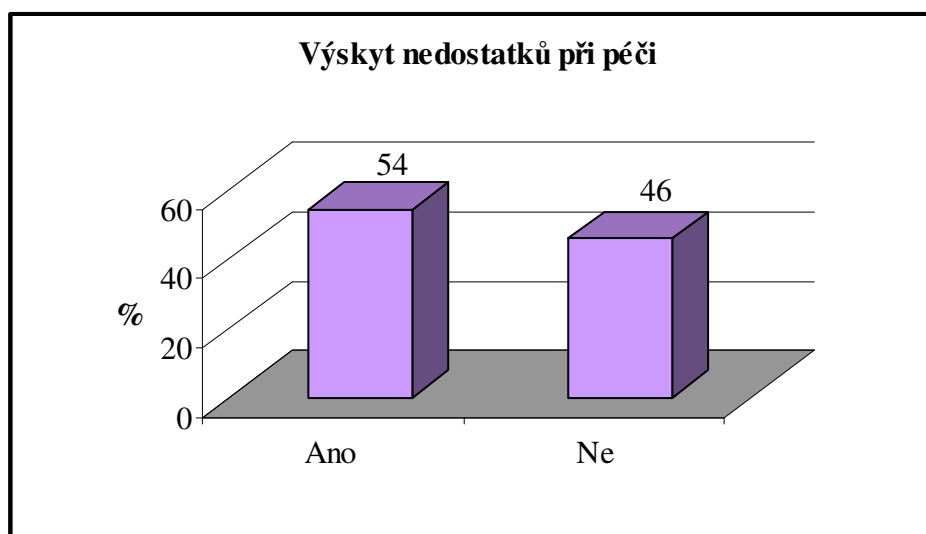
**Komentář:**

Z grafu vyplývá, že 30 % dotazovaných má zkušenosti s péčí o umírajícího, zatímco větší část respondentů v počtu 70 % tyto zkušenosti nemá.

Otázka č. 22: Vyskytly se nějaké nedostatky při péči?

Tab. 23. Výskyt nedostatků při péči

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	19	0,54	54
Ne	16	0,46	46
<b>CELKEM</b>	<b>35</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 23. Výskyt nedostatků při péči

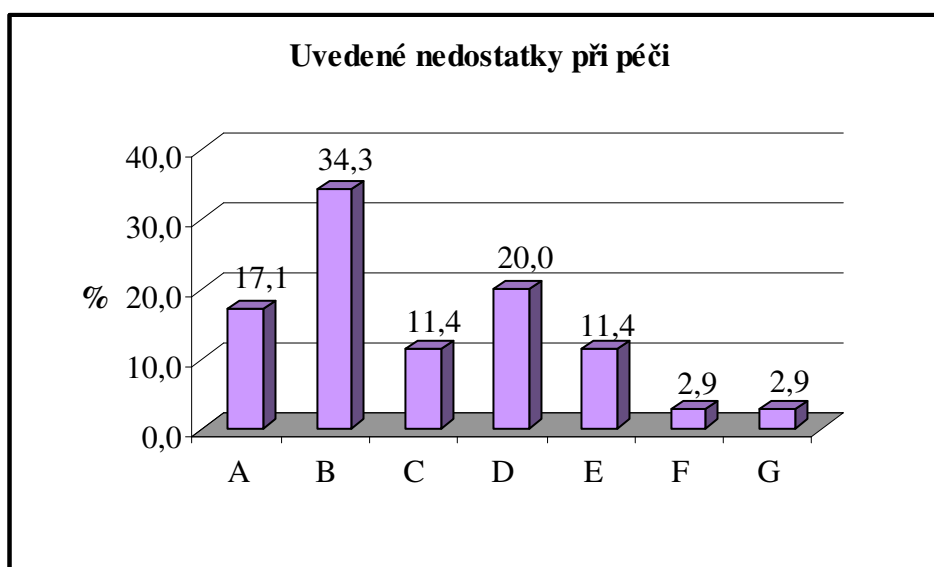
**Komentář:**

Z počtu 35 respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli, že mají zkušenosti s péčí o umírajícího, jich 54 % uvedlo, že se vyskytly nedostatky při péči. 46 % respondentů se při péči s nedostatky neseťkalo.

**Pokud ano, o jaké nedostatky se jednalo?** (Lze uvést více možností)

Tab. 24. Uvedené nedostatky při péči

	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Finanční nejistota	6	0,17	17,1
B	Časová tíseň	12	0,34	34,3
C	Problémy v zaměstnání	4	0,11	11,4
D	Rodinné vztahy	7	0,20	20,0
E	Nevhodné bytové podmínky	4	0,11	11,4
F	Nedostatečná péče v nemocnici	1	0,03	2,9
G	Nevstřícnost profesionálních zařízení	1	0,03	2,9
	<b>CELKEM</b>	<b>35</b>	<b>1,00</b>	<b>100,0</b>



Graf 24. Uvedené nedostatky při péči

#### Komentář:

Cílem této otázky bylo zjistit, s jakými nedostatky se respondenti setkali při péči o umírajícího. Největším problémem se ukázala časová tíseň v počtu 34,3 %, následovaly rodinné vztahy, tuto možnost označilo 20,0 % dotazovaných. Možnost finanční nejistota byla zastoupena v počtu 17,1 %, problémy v zaměstnání a nevhodné bytové podmínky shodně

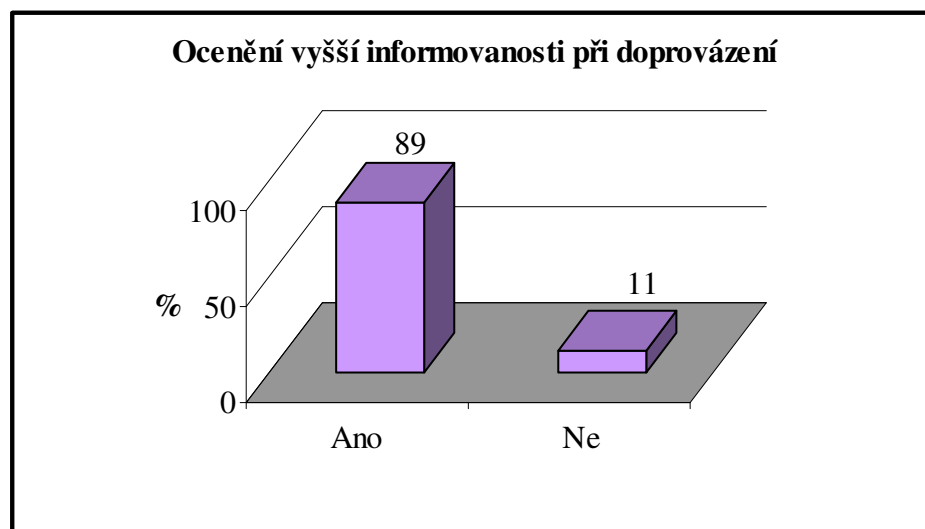
11,4 %. Nejméně zastoupenými odpověďmi byly nedostatečná péče v nemocnici a nevstřícnost profesionálních zařízení, obojí 2,9 %.



Otázka č. 23: **Ocenil/a byste více informací při doprovázení umírajícího?**

Tab. 25. *Ocenění vyšší informovanosti při doprovázení*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	31	0,89	89
Ne	4	0,11	11
<b>CELKEM</b>	<b>35</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 25. *Ocenění vyšší informovanosti při doprovázení*

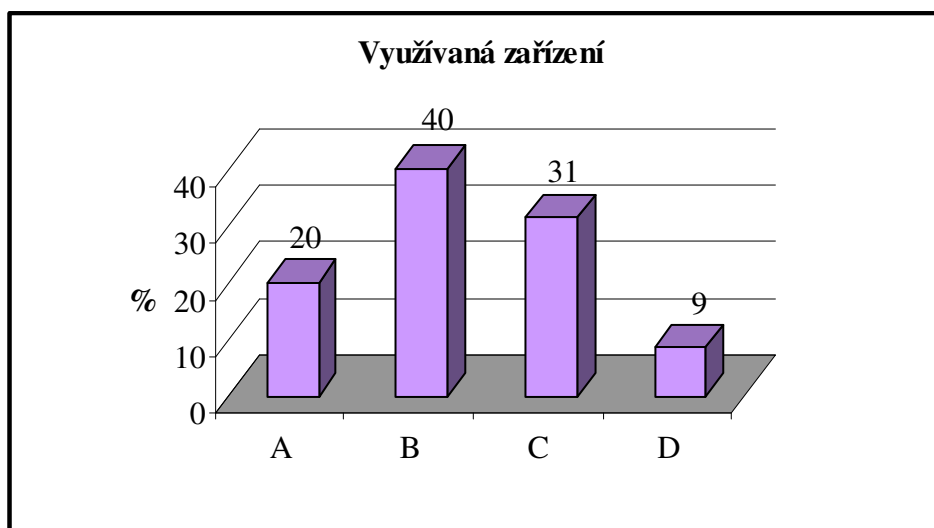
**Komentář:**

Z celkového počtu 116 dotazovaných by 89 % respondentů ocenilo více informací při doprovázení, pouhých 11 % respondentů by více informací neocenilo.

Otázka č. 24: Která zařízení jste využíval/a?

Tab. 26. Využívaná zařízení

	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Hospic	7	0,20	20
B	Nemocnice	14	0,40	40
C	Žádná	11	0,31	31
D	Doma	3	0,09	9
	<b>CELKEM</b>	<b>35</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 26. Využívaná zařízení

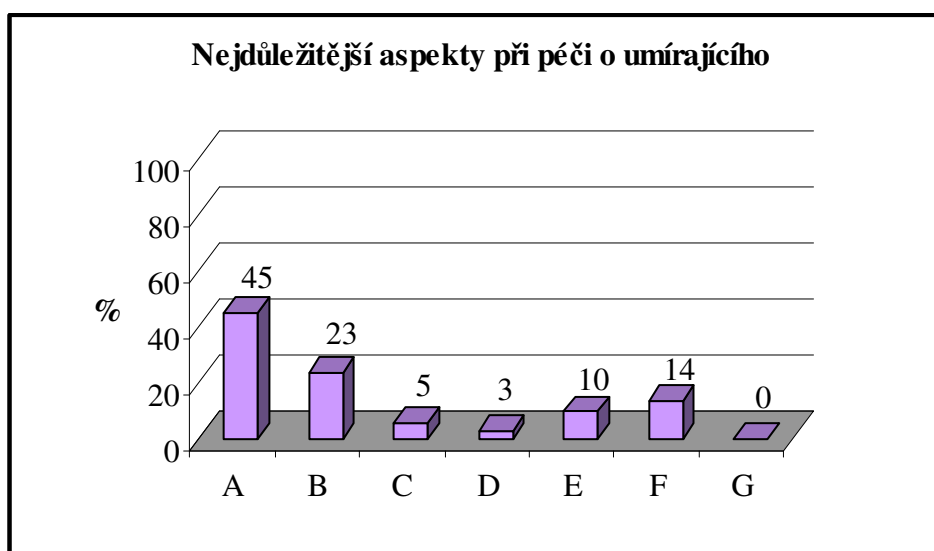
**Komentář:**

Nejvíce dotazovaných v počtu 40 % využívalo při péči nemocnici, 31 % respondentů nevyužívalo žádné zařízení. 20% dotazovaných se rozhodlo pro hospic a 9 % pro možnost doma.

Otázka č. 25: Co považujete za nejdůležitější při péči o umírajícího? (Lze uvést více možností)

Tab. 27. Nejdůležitější aspekty při péči o umírajícího

	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Rodinné zázemí	33	0,45	45
B	Odborná zdravotnická pomoc	17	0,23	23
C	Finanční zajištění	4	0,05	5
D	Návštěva psychologa	2	0,03	3
E	Návštěva duchovního	7	0,10	10
F	Možnost využití odlehčovacích služeb (respitní péče)	10	0,14	14
G	Jiné.....	0	0,00	0
	<b>CELKEM</b>	<b>73</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 27. Nejdůležitější aspekty při péči o umírajícího

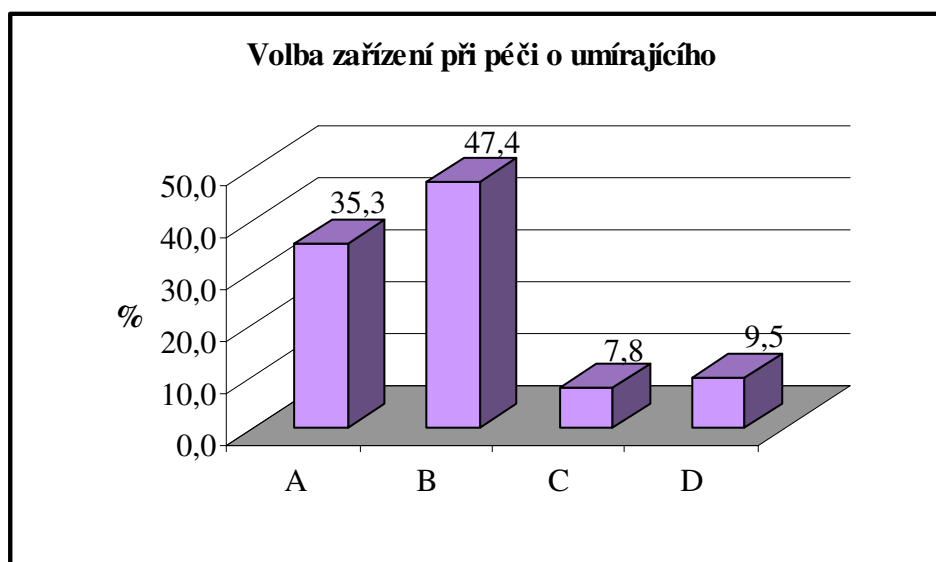
### Komentář:

Za nejdůležitější při péči o umírajícího považuje 45 % respondentů rodinné zázemí, 23 % odbornou zdravotnickou pomoc, 14 % možnost využití odlehčovacích služeb (respitní péče) a 10 % návštěvu duchovního. 5 % dotazovaných upřednostňuje finanční zajištění a 3 % návštěvu psychologa. K možnosti jiné se nevyjádřil nikdo z respondentů.

Otázka č. 26: Které zařízení byste využil/a při péči o umírajícího, pokud by to bylo nutné?

Tab. 28. Volba zařízení při péči o umírajícího

	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Lůžkový hospic	41	0,35	35,3
B	Domácí hospic	55	0,47	47,4
C	Nemocnice	9	0,08	7,8
D	Žádné	11	0,1	9,5
	<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100,0</b>



Graf 28. Volba zařízení při péči o umírajícího

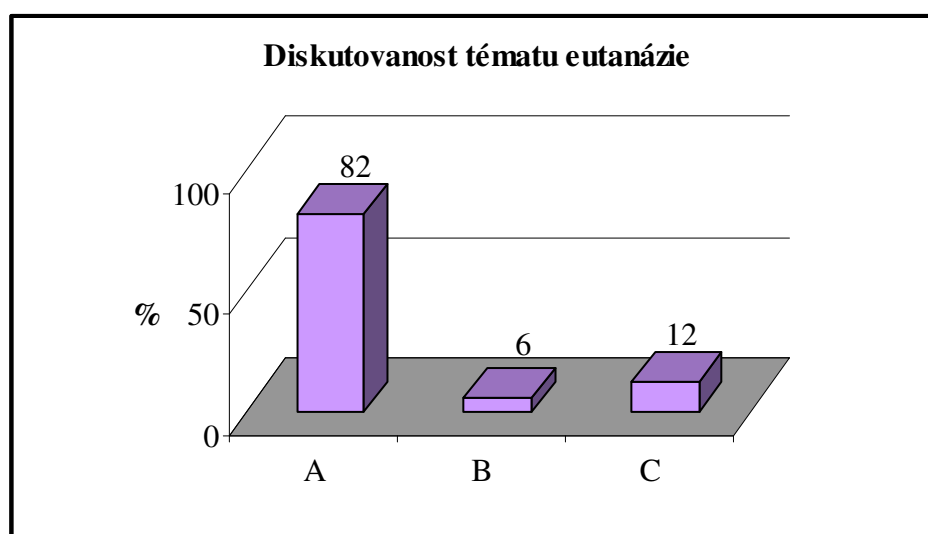
#### Komentář:

Z grafu vyplývá, že, v případě nutnosti by 47,4 % respondentů využilo při péči o umírajícího domácí hospic, 35,3 % lůžkový hospic a 9,5 % dotazovaných by při péči ne zvolilo žádné zařízení. Nejmenší zastoupení v počtu 7,8 % tvoří možnost nemocnice.

Otázka č. 27: Myslíte si, že téma eutanázie je v dnešní společnosti více diskutované?

Tab. 29. Diskutovanost tématu eutanázie

	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Ano	95	0,82	82
B	Ne	7	0,06	6
C	Nevím, nedokážu posoudit	14	0,12	12
	<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 29. Diskutovanost tématu eutanázie

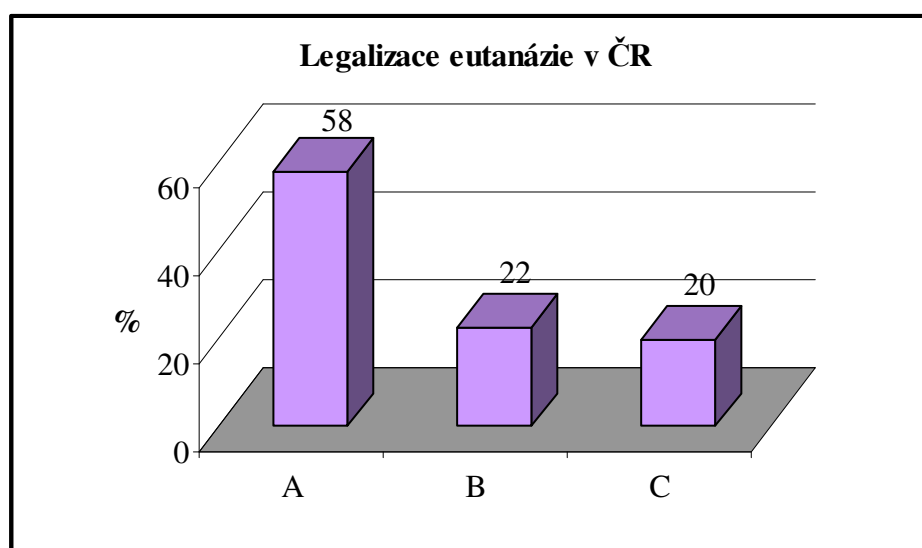
#### Komentář:

Mezi dotazovanými je skupina respondentů, kteří si v počtu 82 % myslí, že téma eutanázie je v dnešní společnosti více diskutované, 12 % dotazovaných tuto položku nedokáže posoudit a 6 % je přesvědčeno o tom, že téma eutanázie není v dnešní společnosti více diskutované.

Otázka č. 28: Souhlasíte s legalizací eutanázie v ČR?

Tab. 30. Legalizace eutanázie v ČR

	Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
A	Ano	67	0,58	58
B	Ne	26	0,22	22
C	Nepřemýšlel/a jsem nad tím	23	0,20	20
	<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>



Graf 30. Legalizace eutanázie v ČR

**Komentář:**

Z grafu je zřejmé, že 58 % dotazovaných souhlasí s legalizací eutanázie v České republice a 22 % s legalizací nesouhlasí. 20 % respondentů nad tím nepřemýšlelo.

## 9.2 Statistické zpracování hypotéz

Na počátku bakalářské práce byly stanoveny čtyři cíle, na jejichž podkladě bylo vypracováno sedm hypotéz. K ověření platnosti hypotéz byl použit test dobré shody tzv. test chí-kvadrát a test P binomického rozdělení. Oba tyto testy budou popsány podrobněji níže.

### 9.2.1 Test dobré shody Chí-kvadrát $\chi^2$

*„Test shody je zaměřen na ověřování shody rozdělení. Jde o ověření nulové hypotézy v podobě tvrzení, že empirická pozorování jsou v souladu s předpoklady o pravděpodobnostním rozdělení určitého znaku. Při použití tohoto kritéria se porovnávají rozdíly mezi empirickými (skutečně zjištěnými) četnostmi a četnostmi teoretickými (očekávanými, vypočítanými). Východiskem pro hodnocení závislosti dvou kvalitativních znaků je sestavení tzv. kontingenční tabulky.“ (Bártlová, et al, 2008, s. 167)*

Vzorec pro výpočet testu Chí-kvadrát:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^n \frac{(f_{ij} - f'_{ij})^2}{f'_{ij}} \quad (1)$$

$\chi^2$	chí- kvadrát
$\Sigma$	suma
m	počet řádků
n	počet sloupců
$f_{ij}$	pozorovaná četnost
$f'_{ij}$	očekávaná četnost

Pro výpočet testu chí-kvadrát je nutné provést následující kroky:

- Formulace hypotéz- nulová ( $H_0$ ), alternativní ( $H_A$ );
- Sestavení kontingenční tabulky;
- Sestavení tabulky s odhadovanými hodnotami;
- Stanovení hladiny významnosti;
- Určení počtu stupňů volnosti:  $v = (m - 1) * (n - 1)$ ;

- Určení Pearsonova koeficientu;
- Výpočet testovaného kritéria  $\chi^2$ ;
- Srovnání výsledné kritické hodnoty na stanovené hladině významnosti a stupni volnosti s výsledky v tabulce pro kritické hodnoty testovaného kritéria Chí-kvadrát;
- Potvrzení či vyvrácení nulové nebo alternativní hypotézy. (Friedrich, 2002, str. 312)

### 9.2.2 Test P binomického rozdělení

„Binomické rozdělení popisuje situaci, kdy náhodný jev  $A$  nastává s pravděpodobností  $p$  a kdy  $n$ -krát nezávisle opakujeme náhodný pokus, při kterém jev  $A$  může nastat. Zkoumáme počet  $x$  výskytů jevu  $A$  v sérii těchto nezávislých pokusů.“ (Rytíř, et al, 2005, s. 60)

Vzorec pro výpočet testu P binomického rozdělení:

$$t = \frac{(x/n) - p_0}{\sqrt{\frac{p_0 * (1 - p_0)}{n}}} \quad (2)$$

t testová statistika

x počet prvků se sledovanou vlastností

n počet odpovědí

$p_0$  stanovená procenta

Pro výpočet testu P binomického rozdělení je nutné provést následující kroky:

- Formulace hypotéz- nulová ( $H_0$ ), alternativní ( $H_A$ );
- Stanovení hladiny významnosti ( $\alpha = 0,05$ );
- Volba testového kritéria;
- Výpočet testového kritéria;
- Srovnání výsledné kritické hodnoty na stanovené hladině významnosti;
- Přijetí nebo zamítnutí hypotézy. (Rytíř, et al, 2005, s. 60)



### 9.2.3 Testování hypotéz

**Cíl č. 1: Zjistit informovanost veřejnosti o paliativní péči a jejích možnostech.**

$H_{01}$  Většina veřejnosti neví, co znamená paliativní péče.

$H_{A1}$  Většina veřejnosti ví, co znamená paliativní péče.

Pro ověření hypotézy byl proveden test P binomického rozdělení.

Otázka č. 17: **Víte, co znamená pojem paliativní péče?**

Tab. 31. Tabulka četností odpovědí znázorňující znalost pojmu paliativní péče

Možnosti	Absolutní četnost	%
Ano	33	28
Ne	83	72
<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

$$t = \frac{(x/n) - p_o}{\sqrt{\frac{p_o * (1 - p_o)}{n}}} = \frac{(83/116) - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5 * 0,5}{116}}} = 4,642 \quad (3)$$

$$I\langle -\infty ; 1,645 \rangle \quad (4)$$

Protože platí  $t = 4,642 > I\langle -\infty ; 1,645 \rangle$  na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  **přijímám nulovou hypotézu** a zamítám alternativní.

Otázka č. 19: Pro koho je určena paliativní péče?

Tab. 32. Tabulka četností odpovědí znázorňující zaměření paliativní péče

Možnosti	Absolutní četnost	%
Pro seniory	1	0,9
Pro nemocné	2	1,7
Pro umírající	21	18,0
Pro umírající a jejich blízké	17	14,7
Nevím	75	64,7
<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>100,0</b>

Tab. 33. Výběr odpovědí pro výpočet testu  $P$  binomického rozdělení k otázce č. 19

Odpovědi	Absolutní četnost	%
Správné odpovědi	17	15
Špatné odpovědi	99	85
<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

$$t = \frac{(x/n) - p_o}{\sqrt{\frac{p_o * (1 - p_o)}{n}}} = \frac{(99/116) - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5 * 0,5}{116}}} = 7,614 \quad (5)$$

$$I\langle -\infty ; 1,645 \rangle \quad (6)$$

Protože platí  $t = 7,614 > I\langle -\infty ; 1,645 \rangle$  na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  **přijímám nulovou hypotézu** a zamítám alternativní.

Otázka č. 20: **Jaké jsou hlavní aspekty paliativní péče?** (Lze uvést více možností)

Tab. 34. Tabulka četností odpovědí znázorňující hlavní aspekty paliativní péče

Možnosti	Absolutní četnost	%
Zmírnění bolesti	36	19,9
Psychická podpora	28	15,5
Zachování lidské důstojnosti	33	18,2
Péče o pozůstalé	11	6,1
Nevím	73	40,3
<b>CELKEM</b>	<b>181</b>	<b>100,0</b>

Tab. 35. Výběr odpovědí pro výpočet testu  $P$  binomického rozdělení k otázce č. 20

Odpovědi	Absolutní četnost	%
Správné odpovědi	108	59,7
Špatné odpovědi	73	40,3
<b>CELKEM</b>	<b>181</b>	<b>100,0</b>

$$t = \frac{(x/n) - p_o}{\sqrt{\frac{p_o * (1 - p_o)}{n}}} = \frac{(73/181) - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5 * 0,5}{181}}} = -2,602 \quad (7)$$

$$I\langle -\infty ; 1,645 \rangle \quad (8)$$

Protože platí  $t = -2,602 \in I\langle -\infty ; 1,645 \rangle$  na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  **přijímám alternativní hypotézu** a zamítám nulovou.

$H_{02}$  Většina veřejnosti nezná možnosti péče o umírající.

$H_{A2}$  Většina veřejnosti zná možnosti péče o umírající.

Pro ověření hypotézy byl proveden test P binomického rozdělení.

Otázka č. 11: **Znáte některou z možností péče o umírající?**

Tab. 36. Tabulka četností odpovědí znázorňující znalost možností péče o umírající

Možnosti	Absolutní četnost	%
Ano	62	53
Ne	54	47
<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

$$t = \frac{(x/n) - p_o}{\sqrt{\frac{p_o * (1 - p_o)}{n}}} = \frac{(54/116) - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5 * 0,5}{116}}} = -0,743 \quad (9)$$

$$I\langle -\infty ; 1,645 \rangle \quad (10)$$

Protože platí  $t = -0,743 \in I\langle -\infty ; 1,645 \rangle$  na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  **přijímám alternativní hypotézu** a zamítám nulovou.

$H_{03}$  Mezi muži a ženami není ve znalosti paliativní péče významný rozdíl.

$H_{A3}$  Mezi muži a ženami je ve znalosti paliativní péče významný rozdíl.

Pro ověření hypotézy byl proveden test chí-kvadrát.

Otázka č. 1: **Jaké je Vaše pohlaví?**

Otázka č. 17: **Víte, co znamená pojem paliativní péče?**

Tab. 37. Rozdíly ve znalosti pojmu paliativní péče mezi muži a ženami

Možnosti	Ano	Ne	CELKEM
Muž	10	30	40
Žena	23	53	76
<b>CELKEM</b>	<b>33</b>	<b>83</b>	<b>116</b>

Tab. 38. Očekávané četnosti k otázkám č. 1 a 17

Možnosti	Ano	Ne	CELKEM
Muž	11,37931034	28,62068966	40
Žena	21,62068966	54,37931034	76
<b>CELKEM</b>	<b>33</b>	<b>83</b>	<b>116</b>

Tab. 39. Tabulka podle vzorce  $(f_{ij} - f_{i\cdot})^2 / f_{i\cdot}$  k otázkám č. 1 a 17

Možnosti	Ano	Ne	CELKEM
Muž	0,167189131	0,066472787	0,233661918
Žena	0,087994279	0,034985677	0,122979956
<b>CELKEM</b>	<b>0,25518341</b>	<b>0,101458464</b>	<b>0,356641874</b>

Kritická hodnota chí-kvadrát pro stanovenou hladinu významnosti 0,05 a pro počet stupňů volnosti 1:  $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$

$$\chi^2 = 0,356641874$$

Protože platí  $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841 > \chi^2 = 0,356641874$  **přijímám nulovou hypotézu** a zamítám alternativní.

$H_{04}$  Zkušenost s péčí o umírajícího nemá na znalost paliativní péče významný vliv.

$H_{A4}$  Zkušenost s péčí o umírajícího má na znalost paliativní péče významný vliv.

Pro ověření hypotézy byl proveden test chí-kvadrát.

Otázka č. 17: **Víte, co znamená pojem paliativní péče?**

Otázka č. 21: **Máte zkušenosti s péčí o umírajícího?**

Tab. 40. Vliv zkušeností s péčí o umírajícího na znalost pojmu paliativní péče

Možnosti	Ano	Ne	CELKEM
Ano	10	23	33
Ne	25	58	83
<b>CELKEM</b>	<b>35</b>	<b>81</b>	<b>116</b>

Tab. 41. Očekávané četnosti k otázkám č. 17 a 21

Možnosti	Ano	Ne	CELKEM
Ano	9,956896552	23,04310345	33
Ne	25,04310345	57,95689655	83
<b>CELKEM</b>	<b>35</b>	<b>81</b>	<b>116</b>

Tab. 42. Tabulka podle vzorce  $(f_{ij} - f_{i\cdot})^2 / f_{i\cdot}$  k otázkám č. 17 a 21

Možnosti	Ano	Ne	CELKEM
Ano	0,000186595	0,000080627	0,000267222
Ne	0,000074188	0,000032057	0,000106245
<b>CELKEM</b>	<b>0,000260783</b>	<b>0,000112684</b>	<b>0,000373467</b>

Kritická hodnota chí-kvadrát pro stanovenou hladinu významnosti 0,05 a pro počet stupňů volnosti 1:  $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$

$$\chi^2 = 0,0000373467$$

Protože platí  $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841 > \chi^2 = 0,0000373467$  **přijímám nulovou hypotézu** a zamítám alternativní.

**Cíl č. 2: Zmapovat postoj veřejnosti k umírání v minulosti a současnosti.**

$H_{05}$  Mezi věkovými skupinami lidí do 55 let a nad 55 let se postoj k umírání oproti minulosti nezměnil.

$H_{A5}$  Mezi věkovými skupinami lidí do 55 let a nad 55 let se postoj k umírání oproti minulosti změnil.

Pro ověření hypotézy byl proveden test chí-kvadrát.

Otázka č. 2: **Kolik je Vám let?**

Otázka č. 8: **Myslíte si, že se v porovnání s minulostí změnil postoj společnosti k umírání?**

*Tab. 43. Vliv věku na změnu postoje společnosti k umírání v porovnání s minulostí*

Možnosti	Ano	Ne	CELKEM
35- 45	42	10	52
46- 55	18	10	28
56- 65	16	6	22
66 a více	9	5	14
<b>CELKEM</b>	<b>85</b>	<b>31</b>	<b>116</b>

*Tab. 44. Očekávané četnosti k otázkám č. 2 a 8*

Možnosti	Ano	Ne	CELKEM
35- 45	38,10344828	13,89655172	52
46- 55	20,51724138	7,482758621	28
56- 65	16,12068966	5,879310345	22
66 a více	10,25862069	3,74137931	14
<b>CELKEM</b>	<b>85</b>	<b>31</b>	<b>116</b>

*Tab. 45. Tabulka podle vzorce  $(f_{ij} - f_{i\cdot j})^2 / f_{i\cdot j}$  k otázkám č. 2 a 8*

Možnosti	Ano	Ne	CELKEM
35- 45	0,398470899	1,092581499	1,491052398
46- 55	0,308838018	0,84681392	1,155651938
56- 65	0,0009035589	0,0024775	0,003381059
66 a více	0,154419009	0,42340696	0,577825969
<b>CELKEM</b>	<b>0,862631485</b>	<b>2,365279879</b>	<b>3,227911364</b>

Kritická hodnota chí-kvadrát pro stanovenou hladinu významnosti 0,05 a pro počet stupňů volnosti 3:  $\chi^2_{0,05}(3) = 7,815$

$$\chi^2 = 3,227911364$$

Protože platí  $\chi^2_{0,05}(3) = 7,815 > \chi^2 = 3,227911364$  **přijímám nulovou hypotézu** a zamítám alternativní.



Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Otázka č. 9: Domníváte se, že dříve bylo téma umírání více tabuizované?

Tab. 46. Vliv věku na tabuizaci tématu umírání

Možnosti	Ano	Ne	CELKEM
35 - 45	38	14	52
46 - 55	22	6	28
56 - 65	14	8	22
66 a více	10	4	14
<b>CELKEM</b>	<b>84</b>	<b>32</b>	<b>116</b>

Tab. 47. Očekávané četnosti k otázkám č. 2 a 9

Možnosti	Ano	Ne	CELKEM
35 - 45	37,65517241	14,34482759	52
46 - 55	20,27586207	7,724137931	28
56 - 65	15,93103448	6,068965517	22
66 a více	10,13793103	3,862068966	14
<b>CELKEM</b>	<b>84</b>	<b>32</b>	<b>116</b>

Tab. 48. Tabulka podle vzorce  $(f_{ij} - f_{i\cdot})^2 / f_{i\cdot}$  k otázkám č. 2 a 9

Možnosti	Ano	Ne	CELKEM
35 - 45	0,003157762	0,008289125	0,011446887
46 - 55	0,146610368	0,384852216	0,531462584
56 - 65	0,234064785	0,614420062	0,848484847
66 a více	0,001876613	0,004926108	0,006802721
<b>CELKEM</b>	<b>0,385709528</b>	<b>1,012487511</b>	<b>1,398197039</b>

Kritická hodnota chí-kvadrát pro stanovenou hladinu významnosti 0,05 a pro počet stupňů volnosti 3:  $\chi^2_{0,05}(3) = 7,815$

$$\chi^2 = 1,398197039$$

Protože platí  $\chi^2_{0,05}(3) = 7,815 > \chi^2 = 1,398197039$  **přijímám nulovou hypotézu** a zamítám alternativní.

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Otázka č. 10: Péče o umírající se ve srovnání s minulostí dle Vašeho názoru:

Tab. 49. Vliv věku na péči o umírající ve srovnání s minulostí

Možnosti	Zlepšila	Zhoršila	Stejná úroveň	Nevím	CELKEM
35 - 45	23	3	6	20	52
46 - 55	13	1	2	12	28
56 - 65	6	3	5	8	22
66 a více	6	1	2	5	14
<b>CELKEM</b>	48	8	15	45	<b>116</b>

Tab. 50. Očekávané četnosti k otázkám č. 2 a 10

Možnosti	Zlepšila	Zhoršila	Stejná úroveň	Nevím	CELKEM
35 - 45	21,51724138	3,586206897	6,724137931	20,17241379	52
46 - 55	11,5862069	1,931034483	3,620689655	10,86206897	28
56 - 65	9,103448276	1,517241379	2,844827586	8,534482759	22
66 a více	5,793103448	0,965517241	1,810344828	5,431034483	14
<b>CELKEM</b>	48	8	15	45	<b>116</b>

Tab. 51. Tabulka podle vzorce  $(f_{ij} - f_{i\cdot})^2 / f_{i\cdot}$  k otázkám č. 2 a 10

Možnosti	Zlepšila	Zhoršila	Stejná úroveň	Nevím	CELKEM
35 - 45	0,102177276	0,095822281	0,077984084	0,001473622	0,277457263
46 - 55	0,172516419	0,448891625	0,725451559	0,119211821	1,466071424
56 - 65	1,05799373	1,449059562	1,632706375	0,033472657	4,173232324
66 a více	0,007389163	0,001231527	0,019868637	0,034209085	0,062698412
<b>CELKEM</b>	1,340076588	1,995004995	2,456010655	0,188367185	<b>5,979459423</b>

Kritická hodnota chí-kvadrát pro stanovenou hladinu významnosti 0,05 a pro počet stupňů volnosti 9:  $\chi^2_{0,05}(9) = 16,919$

$$\chi^2 = 5,979459423$$

Protože platí  $\chi^2_{0,05} (9) = 16,919 > \chi^2 = 5,979459423$  **přijímám nulovou hypotézu**  
a zamítám alternativní.

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Otázka č. 27: Myslíte si, že téma eutanázie je v dnešní společnosti více diskutované?

Tab. 52. Vliv věku na diskutovanost tématu umírání v dnešní společnosti

Možnosti	Ano	Ne	Nevím	CELKEM
35 - 45	45	3	4	52
46 - 55	24	1	3	28
56 - 65	18	1	3	22
66 a více	8	2	4	14
<b>CELKEM</b>	<b>95</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>116</b>

Tab. 53. Očekávané četnosti k otázkám č. 2 a 27

Možnosti	Ano	Ne	Nevím	CELKEM
35 - 45	42,5862069	3,137931034	6,275862069	52
46 - 55	22,93103448	1,689655172	3,379310345	28
56 - 65	18,01724138	1,327586207	2,655172414	22
66 a více	11,46551724	0,844827586	1,689655172	14
<b>CELKEM</b>	<b>95</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>116</b>

Tab. 54. Tabulka podle vzorce  $(f_{ij} - f_{i\cdot j})^2 / f_{i\cdot j}$  k otázkám č. 2 a 27

Možnosti	Ano	Ne	Nevím	CELKEM
35 - 45	0,136814183	0,006062903	0,825312618	0,968189704
46 - 55	0,049831475	0,281491906	0,04257565	0,373899031
56 - 65	0,000016499	0,08083296	0,044782803	0,125632262
66 a více	1,047472128	1,579521465	3,159042929	5,786036522
<b>CELKEM</b>	<b>1,234134285</b>	<b>1,947909234</b>	<b>4,071714</b>	<b>7,253757519</b>

Kritická hodnota chí-kvadrát pro stanovenou hladinu významnosti 0,05 a pro počet stupňů volnosti 6:  $\chi^2_{0,05}(6) = 12,592$

$$\chi^2 = 7,253757519$$

Protože platí  $\chi^2_{0,05} (6) = 12,592 > \chi^2 = 7,253757519$  **přijímám nulovou hypotézu**  
a zamítám alternativní.

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Otázka č. 28: Souhlasíte s legalizací eutanázie v ČR?

Tab. 55. Vliv věku na souhlas s legalizací eutanázie v ČR

Možnosti	Ano	Ne	Nepřemýšlel/a jsem	CELKEM
35 - 45	34	10	8	52
46 - 55	19	5	4	28
56 - 65	12	3	7	22
66 a více	2	8	4	14
<b>CELKEM</b>	<b>67</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>116</b>

Tab. 56. Očekávané četnosti k otázkám č. 2 a 28

Možnosti	Ano	Ne	Nepřemýšlel/a jsem	CELKEM
35 - 45	30,03448276	11,65517241	10,31034483	52
46 - 55	16,17241379	6,275862069	5,551724138	28
56 - 65	12,70689655	4,931034483	4,362068966	22
66 a více	8,086206897	3,137931034	2,775862069	14
<b>CELKEM</b>	<b>67</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>116</b>

Tab. 57. Tabulka podle vzorce  $(f_{ij} - f_{i\cdot})^2 / f_{i\cdot}$  k otázkám č. 2 a 28

Možnosti	Ano	Ne	Nepřemýšlel/a jsem	CELKEM
35 - 45	0,523575754	0,235054069	0,517702688	1,276332511
46 - 55	0,494375414	0,259378552	0,433711715	1,187465681
56 - 65	0,039325203	0,756209308	1,595270546	2,390805057
66 a více	4,580876407	7,533535433	0,539837224	12,65424906
<b>CELKEM</b>	<b>5,638152778</b>	<b>8,784177362</b>	<b>3,086522173</b>	<b>17,50885231</b>

Kritická hodnota chí-kvadrát pro stanovenou hladinu významnosti 0,05 a pro počet stupňů volnosti 6:  $\chi^2_{0,05}(6) = 12,592$

$$\chi^2 = 17,50885231$$

Protože platí  $\chi^2_{0,05} (6) = 12,592 < \chi^2 = 17,50885231$  **přijímám alternativní hypotézu** a zamítám nulovou.



**Cíl č. 3: Zhodnotit úroveň péče o umírající v jednotlivých typech zařízení z pohledu veřejnosti.**

$H_{06}$  Většina veřejnosti se domnívá, že péče o umírající ve specializovaných zařízeních není na vyšší úrovni než péče v domácím prostředí.

$H_{A6}$  Většina veřejnosti se domnívá, že péče o umírající ve specializovaných zařízeních je na vyšší úrovni než péče v domácím prostředí.

Pro ověření hypotézy byl proveden test P binomického rozdělení.

Otázka č. 15: **Jaká péče o umírající je podle Vás nejkvalitnější?**

Tab. 58. Tabulka četností odpovědí znázorňující nejkvalitnější péči o umírající

Možnosti	Absolutní četnost	%
Hospicová péče	34	29,3
Nemocniční péče	7	6,0
Domácí péče	42	36,2
Nevím, nedokážu posoudit	33	28,5
<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>100,0</b>

Tab. 59. Výběr odpovědí pro výpočet testu P binomického rozdělení k otázce č. 15

Odpovědi	Absolutní četnost	%
Specializovaná zařízení	34	29,3
Domácí prostředí	82	70,7
<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>100,0</b>

$$t = \frac{(x/n) - p_o}{\sqrt{\frac{p_o * (1 - p_o)}{n}}} = \frac{(82/116) - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5 * 0,5}{116}}} = 4,457 \quad (11)$$

$$I(-\infty ; 1,645) \quad (12)$$

Protože platí  $t = 4,457 > I(-\infty ; 1,645)$  na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  **přijímám nulovou hypotézu** a zamítám alternativní.

Otázka 16: **Připadá Vám počet hospicových zařízení dostatečný?**

Tab. 60. Tabulka četností odpovědí znázorňující počet hospicových zařízení

Možnosti	Absolutní četnost	%
Ano	6	5
Ne	58	50
Nevím, nedokážu posoudit	52	45
<b>CELKEM</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

U této otázky nelze zahrnout k výpočtu testu P binomického rozdělení odpověď „Nevím, nedokážu posoudit“.

Tab. 61. Výběr odpovědí pro výpočet testu P binomického rozdělení k otázce č. 16

Možnosti	Absolutní četnost	%
Ano	6	9
Ne	58	91
<b>CELKEM</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

$$t = \frac{(x/n) - p_o}{\sqrt{\frac{p_o * (1 - p_o)}{n}}} = \frac{(58/64) - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5 * 0,5}{64}}} = 6,5 \quad (13)$$

$$I\langle -\infty ; 1,645 \rangle \quad (14)$$

Protože platí  $t = 6,5 > I\langle -\infty ; 1,645 \rangle$  na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  **přijímám nulovou hypotézu** a zamítám alternativní.

**Cíl č. 4: Posoudit možné nedostatky v péči o umírající ze strany doprovázejících.**

$H_{07}$  Většina doprovázejících se při péči o umírající nesešla s nedostatky.

$H_{A7}$  Většina doprovázejících se při péči o umírající setkala s nedostatky.

Pro ověření hypotézy byl proveden test P binomického rozdělení.

Otázka č. 22: **Vyskytly se nějaké nedostatky při péči?**

Tab. 62. Tabulka četností odpovědí znázorňující výskyt nedostatků při péči

Možnosti	Absolutní četnost	%
Ano	19	54
Ne	16	46
<b>CELKEM</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

$$t = \frac{(x/n) - p_o}{\sqrt{\frac{p_o * (1 - p_o)}{n}}} = \frac{(16/35) - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5 * 0,5}{35}}} = -0,507 \quad (15)$$

$$I\langle -\infty ; 1,645 \rangle \quad (16)$$

Protože platí  $t = -0,507 \in I\langle -\infty ; 1,645 \rangle$  na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  **přijímám alternativní hypotézu** a zamítám nulovou.

Otázka č. 23: **Ocenil/a byste více informací při doprovázení umírajícího?**

Tab. 63. Tabulka četností odpovědí znázorňující ocenění vyšší informovanosti

Možnosti	Absolutní četnost	%
Ano	31	89
Ne	4	11
<b>CELKEM</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

$$t = \frac{\frac{(x/n) - p_o}{\sqrt{\frac{p_o * (1 - p_o)}{n}}}}{\sqrt{\frac{0,5 * 0,5}{35}}} = -4,564 \quad (17)$$

$$I\langle -\infty ; 1,645 \rangle \quad (18)$$

Protože platí  $t = -4,564 \in I\langle -\infty ; 1,645 \rangle$  na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  **přijímám alternativní hypotézu** a zamítám nulovou.

## 10 DISKUZE

V diskuzi se zaměřuji na zhodnocení cílů a hypotéz, které jsem si stanovila v úvodu mé bakalářské práce. Ke zjištění potřebných informací jsem využila metodu dotazníku. Vytyčených čtyř cílů se mi podařilo dosáhnout. Ověření platnosti daných sedmi hypotéz, které se vztahují k jednotlivým cílům, uvádím podrobněji níže. Zmiňuji se také o otevřených otázkách, které jsem zahrнула do dotazníkového šetření. Těmito doplňujícími položkami jsem chtěla rozšířit své dosud zjištěné informace o nové poznatky a získat si tak ucelenější pohled na danou problematiku.

Navzdory tomu, že v posledních deseti letech došlo k rozvoji a k výraznému zlepšení v oblasti péče o umírající, velké většině pacientů se však stále v naší zemi nedostává potřebné a odpovídající péče. Závěr života mnohých z nich je doprovázen bolestí, osamělostí, ztrátou důstojnosti a dalšími formami utrpení, jimž by bylo zcela jistě možné předejít. Příčin tohoto neuspokojivého stavu je nepochybně mnoho, zatím však nebyly dostatečně pojmenovány. V roce 2004 byl zahájen dvouletý projekt s názvem „Podpora rozvoje paliativní péče v ČR“, jehož nositelem bylo Hospicové občanské sdružení Cesta domů. Projekt vznikl jako určitá reakce na výše uvedenou situaci a usiloval o zásadní zlepšení péče o nevléčitelně nemocné, umírající a o jejich rodiny. Stěžejní cíle projektu byly následující: identifikovat hlavní slabiny péče o umírající v ČR a překážky rozvoje této péče, navrhnout koncepční řešení zjištěných překážek a zapojit co nejvíce subjektů do dlouhodobého úsilí, které by vedlo k zásadnímu a udržitelnému zkvalitnění péče o umírající a o jejich rodiny. Některé z výsledků výzkumu iniciovaného Hospicovým sdružením Cesta domů jsem se rozhodla začlenit do práce, a to zejména proto, neboť jimi stanovené cíle a následné výsledky jsou velmi zajímavé, přinesly řadu pozoruhodných poznatků a zároveň nalézám jistou spojitost s mým průzkumem.

Dále jsem se snažila o porovnání výsledků otázek č. 9 a 17 s výsledky, ke kterým dospěla Tereza Procházková, studentka Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, ve své bakalářské práci na téma Lidská důstojnost a umírání v roce 2008. Studentka mimo jiné zjišťovala prostřednictvím dotazníkového šetření názor veřejnosti na problematiku umírání a paliativní péče. Vzhledem k tomu, že u výše zmíněných otázek shledávám jistou podobnost s položkami z jejího dotazníkového šetření, rozhodla jsem se toto srovnání pro zajímavost uvést. Podotýkám, že autorka do svého výzkumu kromě veřejnosti začlenila také pacienty

využívající služeb paliativní péče a všeobecné sestry, pro mé účely se však zabývám pouze veřejností.

**CÍL č. 1: Zjistit informovanost veřejnosti o paliativní péči a o jejích možnostech.**

K tomuto cíli se vztahují hypotézy č. 1, 2, 3 a 4.

**HYPOTÉZA č. 1**

$H_0$  Většina veřejnosti neví, co znamená paliativní péče.

$H_A$  Většina veřejnosti ví, co znamená paliativní péče.

Hypotézu jsem ověřovala pomocí otázek č. 17, 19 a 20.

Pojem paliativní péče nezná převážná většina respondentů, a to v počtu 83 (tj. 72 %). Pouze 33 (tj. 28 %) respondentů ví, co tento pojem znamená. Výsledek byl pro mne překvapivý, neboť jsem předpokládala, že lidé budou v dnešní době více informováni. Přestože je toto téma v současné době aktuální, troufám si říci, že jednou z příčin je celková nedostatečná osvěta a informovanost veřejnosti, na které se do jisté míry podílí to, že téma péče o umírající a také vše, co s umíráním a smrtí souvisí, není mezi lidmi stále příliš populární, což má za následek tuto neuspokojivou situaci. Domnívám se proto, že soustavná popularizace, podpora veřejné diskuze a níže zmiňovaná medializace by jistě vedla ke zlepšení tohoto nepříznivého stavu. Rovněž postavení zdravotní sestry je v procesu poskytování informací zcela zásadní a nezastupitelné. Zdravotní sestra je stěžejní v péči o umírající nejen v zařízeních specializujících se na paliativní péči, ale také na různých nemocničních odděleních, jimiž jsou např. léčebny dlouhodobě nemocných. Také zde se sestra setkává s umíráním a smrtí. Měla by proto z hlediska holistického pojetí a multidisciplinárního přístupu umět pečovat o umírající i na běžných odděleních a zároveň by měla být připravena využít svých odborných teoretických a praktických dovedností k poskytování informací rodině umírajícího, např. o tom, jaké mají možnosti, pokud se rozhodnou o blízkého umírajícího pečovat doma, co mohou při péči využít, na koho se mohou obrátit a jiné. Sestra je zároveň povinna dodržovat Chartu práv umírajících, která vychází z poslání chránit důstojnost a práva všech lidí, a která je obecně platná pro všechny zdravotníky. Důležitou roli zastává i v případě úmrtí pacienta. Pro rodinu a blízké by sestra měla znamenat psychickou oporu, měla by umět projevovat empatii a trpělivost především při komunikaci s rodinou.

Pro zajímavost bych chtěla uvést srovnání mého výsledku s výsledkem, ke kterému dospěla studentka Tereza Procházková, jak jsem již avizovala výše. Ta v roce 2008 zjišťovala znalost definice paliativní péče a zjistila, že většina respondentů je schopna označit správnou definici, tedy že jejím úkolem je zmírnění projevů nemoci, hlavně účinné tišení bolesti, doprovázení nemocného a jeho příbuzných. Faktem však zůstává, že autorka u této položky dala respondentům na výběr z více možností, tedy lze předpokládat, že tím jim byla usnadněna volba správné odpovědi.

Dále jsem chtěla zjistit, zda respondenti ví, pro koho je určena paliativní péče. Z výsledků vyplývá, že většina respondentů v počtu 75 (tj. 64,7 %) neví, pro koho je paliativní péče určena a 21 (tj. 18,0 %) respondentů se domnívá, že je určena pro umírající. Je pro mne zarážející, že pouhých 17 (tj. 14,7 %) respondentů odpovědělo správně, tedy že paliativní péče je určena pro umírající a jejich blízké. Myslela jsem, že tuto odpověď zvolí více respondentů. Domnívám se, že je velmi důležité, aby lidé byli informováni o tom, že paliativní péče není pouze pro umírající, ale také pro jejich blízké. Ti se zpravidla podílí na péči, která je náročná jak po stránce fyzické, tak i psychické. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby do péče byl zapojen i někdo další, aby rodina měla možnost si odpočinout a načerpat potřebných sil. Další z odpovědí, jejichž zastoupení nebylo příliš výrazné, jsou pro nemocné, tuto odpověď zvolili 2 (tj. 1,7 %) respondenti a možnost pro seniory označil jen 1 (tj. 0,8 %) respondent.

U položky zaměřující se na hlavní aspekty paliativní péče mohli respondenti uvést více možností, které byly ovšem všechny správné. Výsledkem bylo, že převážná většina respondentů v počtu 73 (tj. 40,3 %) odpověděla, že neví, jaké jsou hlavní aspekty paliativní péče. 36 (tj. 19,9 %) respondentů považuje za hlavní aspekt zmírnění bolesti, 33 (tj. 18,2 %) respondentů zachování lidské důstojnosti a 28 (tj. 15,5 %) respondentů možnost psychické podpory. Překvapivé pro mne bylo, že pouhých 11 (tj. 6,1 %) respondentů uvedlo možnost péče o pozůstalé. Paliativní péče totiž nabízí podpůrný systém, který napomáhá rodině vyrovnat se se ztrátou blízké osoby. Domnívám se, že poměrně nízká znalost této skutečnosti pramení z celkové neinformovanosti veřejnosti o paliativní péči. Jak jsem se již zmiňovala výše, v roce 2004 se prostřednictvím Hospicového občanského sdružení Cesta domů uskutečnil projekt „Paliativní péče v ČR“. Téhož roku byla zveřejněna výzkumná zpráva Umírání a paliativní péče v ČR. Ta mimo jiné potvrdila, že kvalita paliativní péče je nedostatečná a veřejnost s ní není spokojena. Paliativní péče je podle výsledků jejich výzkumu



dostupná jen velmi malé části umírajících. Přesto, že od zahájení výzkumu pořádaného Cestou domů uplynulo více než 5 let, troufám si říci, že příliš k velkým změnám od té doby nedošlo. Opět musím podotknout, že za hlavní jádro problému považuji nedostatečnou informovanost veřejnosti o této problematice, což potvrzují výsledky i mého průzkumu. Pro zlepšení této nepříznivé situace by bylo zcela jistě účelné a efektivní provést určitá opatření, k nimž patří např. využití odborně vedených přednášek a edukačních materiálů ke zvýšení informovanosti veřejnosti o této péči a také umožnění větší dostupnosti informací pro veřejnost formou informačních letáků a brožur umístěných v nemocnicích a ambulancích. Nezbytné je jistě také kvalifikační vzdělávání a zvyšování odbornosti nejen personálu poskytujícího paliativní péči, ale všech zdravotnických pracovníků, kteří by se společně podíleli na poskytování informací. Myslím si, že je v této souvislosti vhodné uvést položku č. 12 z mého dotazníkového šetření, která nebyla zařazena do testování. V této otázce jsem zjišťovala, kde respondenti získali informace o péči o umírající. Respondenti měli možnost uvést více možností. K nejvíce zastoupeným odpovědím patřila možnost od příbuzných a přátel v počtu 60 (tj. 36,6 %) a z médií v počtu 54 (tj. 32,9 %). Pouze 16 (tj. 9,8 %) respondentů označilo jako zdroj informací zdravotnický personál. Tento ne příliš pozitivní výsledek nasvědčuje tomu, že zdravotníci poskytují informace v poměrně malé míře, v čemž vidím velký problém. Domnívám se proto, že vzdělávání a zvyšování odbornosti zdravotnického personálu by zcela jistě přispělo k větší informovanosti laické veřejnosti. V dnešní době má zdravotní sestra možnost využít celou škálu vzdělávacích programů a tím zároveň zvýšit svoji odbornost. Patří k nim např. absolvování vyšší zdravotnické školy, kde sestra získá vyšší odborné vzdělání či absolvování bakalářského, magisterského nebo doktorského studijního programu v rámci kvalifikačního vzdělávání. Dále v rámci celoživotního vzdělávání je možné zúčastnit se seminářů a konferencí s danou tematikou, což opět vede k prohloubení znalostí. Poměrně novou a významnou událostí, k níž došlo 10. 10. 2008, bylo založení České společnosti paliativní medicíny, jejichž členy se mohou stát lékaři, ostatní zdravotničtí pracovníci, ale i nezdravotníci se zájmem o problematiku paliativní medicíny. Dostupná jsou odborná periodika a knižní publikace poskytující rovněž řadu zajímavých a přínosných informací a poznatků. Kromě toho považuji za důležité pokusit se o to, aby tematika paliativní péče byla zařazena do učebních plánů zdravotnických škol. Na mysli mám především předměty s důslednějším zaměřením na multidisciplinární spolupráci, psychologii a komunikaci. Základem pro poskytování paliativní péče je multidisciplinární tým. Tvoří ho celá řada odborníků různých profesí, kteří se vzájemně

podílí na péči o umírajícího. Domnívám se, že je velmi důležité, aby v tomto pojetí byly budoucí zdravotní sestry vzdělávány již od středních škol. Psychologie je jedním z předmětů, který se významně podílí na rozvoji osobnosti a také na vytváření vztahu ke zdravotnickému povolání a rozvoji profesních kompetencí, zejména vztahu k pacientům. Rovněž komunikace je procesem, k jehož cílům patří výměna informací, vzájemná podpora a porozumění, vyrovnání se s obtížnými a někdy i bolestivými problémy a překonání citového strádání. Je k ní potřeba dostatek času, odhodlání a upřímná vůle vyslechnout a pochopit starosti druhých. Každá budoucí zdravotní sestra, ale také všichni zdravotníci by se nejprve měli pokusit porozumět sami sobě a ujasnit si, že jejich budoucí povolání vyžaduje nejen teoretické a praktické znalosti, ale také empatický, trpělivý přístup, taktní a ohleduplné jednání, schopnost vcítit se do potřeb pacienta a snažit se o jejich uspokojování. Taktéž vztah vybudovaný na důvěře a porozumění usnadní vzájemnou komunikaci a napomůže tak k ulehčení náročné situace, ve které se nemocný nachází. Zejména z těchto mnoha výše uvedených důvodů je nezbytné, aby se zdravotní sestra ve své profesi průběžně vzdělávala, což opět směřuje k tomu, že bude schopna podílet se na poskytování kvalitních a vhodných informací. Zbylé odpovědi u této položky jsou uvedeny v grafu 13.

Na základě výsledků otázek č. 17, 19 a 20 se celkově přikláním k platnosti **nulové hypotézy**- většina veřejnosti neví, co znamená paliativní péče.

## **HYPOTÉZA č. 2**

$H_0$  Většina veřejnosti nezná možnosti paliativní péče.

$H_A$  Většina veřejnosti zná možnosti paliativní péče.

K hypotéze se vztahuje otázka č. 11, pomocí níž jsem zjišťovala, zda respondenti znají některou z možností péče o umírající. 62 (tj. 53 %) respondentů odpovědělo, že zná některou z možností péče o umírající a 54 (tj. 47 %) respondentů uvedlo, že nezná. Dále jsem se zaměřila na ty respondenty, kteří odpověděli, že znají některou z možností. Zajímalo mne, jaké možnosti mají na mysli. Výsledkem bylo, že převážná většina respondentů v počtu 54 (tj. 46,6 %) opět uvedla, že nezná žádnou z možností. Druhou nejčastěji zastoupenou odpovědí byl hospic, odpovědělo tak 46 (tj. 39,6 %) respondentů. Tento výsledek považuji za více než uspokojivý. Chtěla bych ale zdůraznit, že lidé sice znají hospic, avšak pojem paliativní péče ne, jak je zřejmé z položky uvedené u hypotézy č. 1. Hospic je přitom typem zařízení, které přímo paliativní péči poskytuje. Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku

jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Zaručuje nemocnému, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, vždy bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen. Nezbytnou součástí je symptomatická léčba a uspokojování psychických, sociálních a spirituálních potřeb. Úkolem není prodloužení života, ale zajištění co nejlepší možné kvality. Hospic patří zcela jistě mezi zařízení, o nichž se jako o možnosti péče o umírající ve společnosti nejvíce hovoří. Myslím si, že právě proto byl také velmi často uváděn. Je ovšem zřejmé, že lidé jsou o této problematice informováni jen povrchově, neboť kdyby znali výše uvedenou skutečnost, tedy hlavní priority a myšlenky hospice, uvědomovali by si skutečnou propojenost paliativní péče a hospice. Za další ze stěžejních opatření proto považuji pokusit se zvýšit povědomí veřejnosti o hospici jako o zařízení poskytujícím paliativní péči, čehož by bylo možné dosáhnout např. prostřednictvím samotných hospicových zařízení, které by ve větší míře pořádaly dny otevřených dveří pro laickou veřejnost, jenž by měla možnost získat veškeré potřebné informace a obdržet tak odpovědi na případné nejasnosti či pochybnosti. Profese zdravotní sestry rovněž vyžaduje znalosti v oblasti paliativní péče, a to i v případě, že sestra pracuje ve standardním zdravotnickém zařízení, jak jsem již zmiňovala výše. Ve všech situacích by měla být schopna poskytnout vhodné informace a podílet se tak na předávání a šíření informací. Domnívám se, že průběžná a větší medializace s pomocí médií, která by poukazovala na současnou situaci týkající se péče o umírající a celkově i na téma umírání a smrt jako na běžnou součást života, by také jistě vedla k vyšší informovanosti. Ostatní odpovědi, jejichž procentuální zastoupení nebylo příliš výrazné, jsou znázorněny v grafu 12.

Jednou z priorit hospicového hnutí je, že u nemocného bude respektována jeho lidská důstojnost. V této souvislosti mne zajímalo, co si lidé pod pojmem důstojná smrt představují. Odpověď na tuto otázku jsem zjišťovala prostřednictvím jedné z doplňujících položek, jak jsem již avizovala výše. Některé odpovědi zcela jistě stojí za to, aby byly citovány doslovně. „*Pod pojmem důstojná smrt si představuji, že člověk nebude na obtíž, bude se moci při nevyléčitelné nemoci podílet na spolurozhodování o způsobu léčby, případně o ukončení života.*“ Další odpověď, které mne zaujala, zní následovně: „*Důstojná smrt znamená bezbolestné umírání v klidném a čistém prostředí, s možností rozloučit se s rodinou a přáteli. Za důležité považuji také možnost mít se komu vyzpovídat a nebyť v situaci, že mne každý lituje.*“ Myslím si, že není potřebné tyto odpovědi komentovat, samy o sobě totiž o mnohém vypovídají.

Na základě výsledku zjištěného otázkou č. 11 se celkově přikláním k platnosti **alternativní hypotézy**- většina veřejnosti zná možnosti péče o umírající.

### **HYPOTÉZA č. 3**

$H_0$  Mezi muži a ženami není ve znalosti paliativní péče významný rozdíl.

$H_A$  Mezi muži a ženami je ve znalosti paliativní péče významný rozdíl.

K hypotéze patří otázky č. 1 a 17.

Ženské pohlaví je zastoupeno v počtu 76 (tj. 66 %) respondentů a mužské pohlaví v počtu 40 (tj. 34 %) respondentů. Vzhledem k tomu, že jsem dotazníkovým šetřením oslovovala širokou veřejnost, nelze z tohoto výsledku cokoli vyvozovat.

Znalost pojmu paliativní péče byla již popsána u hypotézy č.1. Pro připomenutí uvádím, že 83 (tj. 72 %) respondentů neví, co znamená pojem paliativní péče a 33 (tj. 28 %) respondentů tento pojem zná.

Statisticky významná závislost mezi pozorovanými jevy se nepotvrdila, proto se celkově přikláním k platnosti **nulové hypotézy**- mezi muži a ženami není ve znalosti paliativní péče významný rozdíl.

### **HYPOTÉZA č. 4**

$H_0$  Zkušenost s péčí o umírajícího nemá na znalost paliativní péče významný vliv.

$H_A$  Zkušenost s péčí o umírajícího má na znalost paliativní péče významný vliv.

K hypotéze se řadí otázky č. 17 a 21.

Znění a výsledky otázky č. 17 jsou uvedeny v předchozích hypotézách č. 1 a 3.

Zkušenosti s péčí o umírajícího nemá 81 (tj. 70 %) respondentů, jak vyplývá z výsledků otázky č. 21. Pouze 35 (tj. 30 %) respondentů uvedlo, že s péčí o umírajícího zkušenosti má. Výsledek této položky byl pro mne vcelku překvapivý, neboť jsem předpokládala, že tomu bude naopak, tedy že více lidí již někdy pečovalo o umírajícího. Troufám si říci, že jedna z příčin je, že řada lidí se obává převzít na sebe tu zodpovědnost a pečovat o blízkého člověka. Na tom má jistě podíl nedostatečná informovanost o tom, jaké pečující má vůbec možnosti, co vše při péči může využít a na koho se obrátit. Podílet se na tom může také to, že v druhé polovině 20. století došlo k tzv. institucionalizaci umírání. Umírání a smrt byly odsunuty do nemocnic se snahou co nejvíce ji vzdálit od živých, což poukazovalo na

úsilí vytěsnit smrt ze života lidí. Obávám se, že tento model do určité míry přetrvává dodnes. Dá se říci, že současný způsob péče o umírající má své výhody, zajišťuje odbornou péči a materiální zabezpečení pro důstojné dožití. Zpravidla však chybí upřímná lidská účast a psychická podpora.

Celkově se přikláním k platnosti **nulové hypotézy**- zkušenost s péčí o umírajícího nemá na znalost paliativní péče významný vliv.

### **Cíl č 2: Zmapovat postoj veřejnosti k umírání v minulosti a současnosti.**

K tomuto cíli se vztahuje hypotéza č. 5.

#### **HYPOTÉZA č. 5**

$H_0$  Mezi věkovými skupinami lidí do 55 let a nad 55 let se postoj k umírání oproti minulosti nezměnil.

$H_A$  Mezi věkovými skupinami lidí do 55 let a nad 55 let se postoj k umírání oproti minulosti změnil.

Při vyhodnocování hypotézy jsem vycházela z otázek č. 2, 8, 9, 10, 27 a 28.

V otázce č. 2 jsem zjišťovala věk respondentů. 52 (tj. 45 %) respondentů je zastoupeno ve věkové kategorii 35 – 45 let, 28 (tj. 24 %) respondentů je ve věku 46 – 55 let a 22 (tj. 19 %) respondentů spadá do kategorie 56 – 65 let. Nejméně je zastoupena věková skupina 66 let a více, a to v počtu 14 (tj. 12 %) respondentů. Podotýkám, že věkovou hranici 35 let jsem stanovila záměrně, neboť se domnívám, že lidé od tohoto věku mají již více zkušeností s touto problematikou než lidé mladšího věku.

Z výsledků otázky zabývající se postojem společnosti k umírání v porovnání s minulostí jednoznačně vyplývá, že většina respondentů v počtu 85 (tj. 73 %) si myslí, že se postoj společnosti k umírání v porovnání s minulostí změnil a 31 (tj. 27 %) respondentů se naopak domnívá, že se nezměnil. Tento výsledek je poměrně rozporuplný. Lze považovat za velmi příznivé to, že většina si myslí, že se postoj společnosti k umírání v porovnání s minulostí změnil. Otázkou však zůstává, do jaké míry a především v jakém smyslu. Mým názorem je, že dnešní společnost si cení krásy, mládí a umírání a smrt, jakkoli přirozená součást života, je obecně popírána a obávána. Při pohledu do minulosti byla v dávných dobách smrt chápána jako významný přelom, ne jako ukončení života, ale přechod „jinam“. Smrt byla běžnou součástí a byla vidět. Většina dnešní společnosti však omezuje své

pojetí smrti na intenzivní a subjektivní pocit strachu z nejistoty a prázdnoty. V této souvislosti bych pro zajímavost chtěla uvést jednu z doplňujících otázek, jenž byla součástí dotazníkového šetření. V této položce mne zajímalo, čeho se lidé sami bojí na umírání. Z uvedených odpovědí je patrné, že nejvíce se obávají bolesti a samoty. Rovněž i já zastávám tento názor, neboť nikdo z nás nechce zemřít v bolestech a osamocen. Poměrně velký počet uvedl, že se nebojí ničeho. Považují totiž umírání za přirozenou součást života, kterému není možné se vyhnout. Troufám si říci, že tento názor pramení z toho, jak člověk celkově přistupuje k životu a také jak má kdo nastaven pomyslný žebříček hodnot.

Dále jsem zkoumala názor respondentů na to, zda si myslí, že téma umírání bylo dříve více tabuizované. Většina respondentů se domnívá, že bylo. Tuto odpověď označilo 84 (tj. 72 %) z nich. 32 (tj. 28 %) respondentů si myslí opak, tedy že téma umírání nebylo dříve více tabuizované. Z výsledku je možné usuzovat, že dnešní společnost přistupuje k tématu umírání více otevřeně než tomu bylo dříve. Pro zajímavost uvádím výsledky dotazníkového šetření studentky Terezy Procházkové, která zjišťovala, zda je naše společnost otevřená problematice umírání. Autorka dospěla k závěru, že o problematice umírání se nehovoří. Při hlubším zamyšlení lze říci, že téma umírání je tedy stále do určité míry tabuizované, zatímco já jsem zjistila opak, jak je uvedeno výše.

Respondenti také hodnotili péči o umírající ve srovnání s minulostí. 48 (tj. 41 %) respondentů zvolilo možnost, že se péče o umírající ve srovnání s minulostí zlepšila, 45 (tj. 39 %) respondentů nedokázalo tuto položku posoudit a 15 (tj. 13 %) respondentů je přesvědčených, že je péče na stejné úrovni. Nejméně byl zastoupen názor, že se péče o umírající ve srovnání s minulostí zhoršila, tuto odpověď označilo pouze 8 (tj. 7 %) respondentů. Ukázalo se tedy, že lidé považují současnou péči o umírající na lepší úrovni než tomu bylo dříve, k čemuž přistupují velmi kladně a i mým názorem je, že v této oblasti došlo zcela jistě oproti minulosti k pokroku. Považuji za vhodné se zároveň krátce zmínit o tom, jak se k umírání přistupovalo v dřívějších dobách. Umírání a smrt byly součástí mýtů a osobního života, stejně jako koncept posmrtného života. Lidé se v minulosti dožívali poměrně nízkého věku. Vysoká kojenecká a dětská úmrtnost, špatná výživa, neléčitelné infekce a zranění snižovaly reálné šance dožít se dospělosti. Lidé umírali nejen doma, ale také na veřejných prostranstvích, často o hladu, ve špíně a bez pomoci. Pouze bohatí měli jistý materiální komfort, asistenci blízkých osob, kněze a lékaře. Umírání však bylo relativně krátké a nebylo oddalováno léčebnými zásahy. Nelze tvrdit, že se lidé v minulosti nebáli smrti,

báli se, ale jinak. Byli přesvědčeni o tom, že je už nic horšího nemůže potkat. Útěchou byla všeobecně sdílená víra v život po smrti, který už nebude sužován útrapami, bolestí a nemocemi. Umírání bylo také ritualizováno. Rodina pečovala o umírajícího s naprostou samozřejmostí. Tato zkušenost se předávala z generace na generaci. Téměř každý člen rodiny dokázal přistupovat k umírajícímu a zase věděl, že ani on sám nebude ve chvíli, kdy nastane jeho čas, osamocen. Významnou roli při umírání a smrti sehrálo náboženství. Rovněž i po staletí ustálený scénář pohřbů měl svůj smysl. Bylo možno plakat, naříkat a postupně se smířit se ztrátou. O smrti a žalu se mluvilo, smutek měl předepsanou dobu trvání, např. se chodilo v černém oblečení, což upozorňovalo na taktní a ohleduplné chování. Faktem je, že dnešní společnost není připravena o umírání a smrti otevřeně hovořit a situace je podstatně horší, než tomu bylo dříve. Lidé byli v minulosti se smrtí mnohem smířnější, protože se s ní setkávali mnohokrát za život, navíc v její normální podobě a ne tak, jak ji lze dnes znát z televizní obrazovky.

V otázkách č. 27 a 28 se zaměřuji na eutanázii, neboť součástí bakalářské práce je část věnovaná právě této problematice. Považuji proto za vhodné a také zároveň zajímavé zařadit do průzkumu položky s touto tematikou.

Z výsledků je patrné, že téma eutanázie je v dnešní společnosti jednoznačně více diskutované. Odpovědělo tak 95 (tj. 82 %) respondentů. 14 (tj. 12 %) respondentů nedokázalo tuto položku posoudit a pouze 7 (tj. 6 %) respondentů se domnívá, že není.

S legalizací eutanázie v České republice souhlasí 67 (tj. 58 %) respondentů. 26 (tj. 22 %) respondentů naopak nesouhlasí a 23 (tj. 20 %) respondentů nad tím nepřemýšlelo. Jsem přesvědčena o tom, že na tomto výsledku se opět podílí nedostatečná informovanost veřejnosti o paliativní péči a o jejich možnostech, jak vyplývá z položek uvedených u hypotézy č. 1. Paliativní péče je přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin, a který čelí problémům spojeným s život ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení, a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením, léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních. Paliativní péče tedy představuje péči s ohledem na bio- psycho- socio- spirituální jedinečnost každého člověka a propojenost somatických a psychosociálních aspektů zdraví, nemoci a umírání. Vychází z přesvědčení, že bez ohledu na stupeň pokročilosti onemocnění lze vždy něco udělat pro zlepšení kvality zbývajících života. Smrt neurychluje, ale ani neoddaluje. Eutanázie je aktivní usmrcení člověka na jeho vlastní žádost. Eutanázie nepřijímá umírání jako normální období lidského

života. Domnívám se, že kdyby lidé znali pravou podstatu a výše uvedené aspekty paliativní péče, zcela jistě by k této problematice přistupovali obezřetněji a s větším respektem a ohledem na umírání a smrt jako přirozenou součást života. Zajímavé také je, že o právu na eutanázii nejvíce mluví lidé mladí a zdraví, zatímco smrtelně nemocní pacienti v hospicích o ni nežádají. K otázce eutanázie je v hospicích velmi jednoznačně vyhraněný postoj. Pomáhat v umírání „ano“, ale pomáhat k smrti „ne“. Jak již bylo uvedeno výše, hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, za všech okolností bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen. Ze zkušeností hospiců jasně vyplývá, že jsou-li u nemocného uspokojeny všechny jeho tělesné, psychické, sociální i duchovní potřeby, nikdy o eutanázii nežádá. V případě, že by k takové žádosti přece jen došlo, je to pravděpodobně známka toho, že některá z výše uvedených oblastí potřeb byla opomenuta či zanedbána. Hospic není až tak o smrti, jako o životě. O co nejnplnějším a nejbohatším životě až do konce a také o umění v pravou chvíli dovolit odejít. V této souvislosti se mi nabízí zmínit další z doplňujících otázek, ve které lidé odpovídali, zda si dokáží představit potřeby umírajícího člověka. Ukázalo se, že mezi nejdůležitější potřeby z pohledu veřejnosti patří citlivé zacházení, naslouchání, tlumení bolesti, útěcha a kvalitní lékařská péče, dále odpočinek, dobrá výživa, pocit bezpečí a jiné. Velmi často také odpovídali, že si nedokáží představit potřeby umírajícího. Za pozoruhodnou považuji následující odpověď: *„Potřeby má asi každý člověk jiné, záleží především na tom, zda je nemocný nebo umírá stářím. V každém případě si zaslouží nemít pocit samoty. Ideální je zůstat v kontaktu s rodinou“*. Nejvíce mne však oslovila odpověď: *„Myslím si, že se umírající potřebuje hlavně smířit se životem a osudem, což mu zároveň umožní vyrovnat se se smrtí. Musí také vědět, že nežil nadarmo“*.

Z výsledků otázek č. 2, 8, 9, 10, 27 a 28 se celkově přikláním k platnosti **nulové hypotézy** mezi věkovými skupinami lidí do 55 let a nad 55 let se postoj k umírání oproti minulosti nezměnil.

### **Cíl č. 3: Zhodnotit úroveň péče o umírající v jednotlivých typech zařízení z pohledu veřejnosti.**

K tomuto cíli se vztahuje hypotéza č. 6.



**HYPOTÉZA č. 6**

$H_0$  Většina veřejnosti se domnívá, že péče o umírající ve specializovaných zařízeních není na vyšší úrovni než péče v domácím prostředí.

$H_A$  Většina veřejnosti se domnívá, že péče o umírající ve specializovaných zařízeních je na vyšší úrovni než péče v domácím prostředí.

K hypotéze uvádím výsledky otázek č. 15 a 16.

Veřejnost považuje za nejkvalitnější péči o umírající domácí péči. Odpovědělo tak 42 (tj. 36,2 %) respondentů. Tento výsledek mne vcelku překvapil, neboť jsem očekávala, že z nabízených možností bude nejvíce převládat odpověď hospicová péče. Je tedy zřejmé, že domácí péče je patrně stále nenahraditelná. Druhou nejčastěji zastoupenou odpovědí je výše zmiňovaná hospicová péče, a to v počtu 34 (tj. 29,3 %) respondentů. 33 (tj. 28,5 %) respondentů dále uvedlo, že tuto položku nedokáže posoudit a pouze 7 (tj. 6 %) respondentů označilo možnost nemocniční péče. Velmi mne těší, že lidé považují péči doma za nejkvalitnější. Také většina umírajících si zcela jistě přeje prožít konec svého života doma. Domov je místem, které nejlépe znají, jsou v něm obklopeni nejbližšími lidmi, emocionálními vztahy a intimitou. Mohou si zde do určité míry určovat průběh dne a spolurozhodovat o řadě věcí. Myslím si, že právě tyto aspekty, které zdraví lidé považují za zcela běžné, umírající velmi ocení. Přesto, že v některých případech může být zdravotní stav blízké osoby závažný, nemoc má obtížně zvládnutelné projevy nebo vyžaduje náročnou ošetrovatelskou péči, i tehdy je v dnešní době umožněno takto těžce nemocným pacientům prožít závěr života v domácím prostředí, a to s využitím domácí paliativní péče. Domácí paliativní péče neboli tzv. mobilní hospic nabízí rodině a blízkým nemocného lidskou a psychickou podporu, ale také odbornou radu či kvalifikovanou pomoc. Zaměstnanci a dobrovolníci mobilního hospice nabízejí rodinám, které se rozhodly pečovat o své umírající blízké doma, komplexní služby, např. školení v domácí péči o nemocné, poradenství, půjčování pomůcek, doprovázení pozůstalých a další. Hlavním cílem domácí paliativní péče je umožnit terminálně nemocným důstojné prožití posledních chvílí života v domácím prostředí a pečujícím členům rodin usnadnit jejich nelehkou životní situaci. Faktem zůstává, že jedním z nedostatků péče o umírající v ČR je právě nedostatečné zastoupení domácí paliativní péče, což jednoznačně vyplývá z výzkumu iniciovaného Hospicovým občanským sdružením Cesta domů. Navzdory tomu, že od té doby došlo ke zvýšení počtu domácích hospicových zařízení vznikajících zpravidla při klasických lůžkových hospicích, přesto se

domnívám, že tento počet ještě stále není dostačující. Vystávají i další problémy v rozvoji této formy péče, např. neexistuje systém financování domácí hospicové péče, chybí vstřícné sociální a finanční zabezpečení pečujících v domácích prostředí, chybí dostatečné odborné vzdělání zdravotníků, existují překážky v komunikaci a další. Tyto mnohé nedostatky, ke kterým dospělo sdružení Cesta domů ve svém výzkumu, přetrvávají do určité míry i v dnešní době. Za další problém považuji také neinformovanost veřejnosti o domácí paliativní péči. Pro doplnění uvádím v této souvislosti položky z mého dotazníkového šetření č. 24 a 26, které nebyly začleněny do testování. Otázkou č. 24 jsem chtěla zjistit, která zařízení využívali respondenti při péči o umírajícího. Podotýkám, že položka byla určena pouze těm respondentům, kteří již měli nějaké zkušenosti s péčí o umírajícího. Výsledky ukázaly, že 14 (tj. 40 %) respondentů při péči využívalo nemocnici a 11 (tj. 31 %) nevyužívalo žádná zařízení. 7 (tj. 20 %) respondentů využívalo hospic a pouze 3 (tj. 9%) respondenti pečovali o své blízké umírající doma. V otázce č. 26 jsem se zajímala, které zařízení by respondenti využili při péči o umírajícího, pokud by to bylo nutné. Z výsledků této položky, které jsou podrobněji znázorněny v grafu 28, chci zdůraznit především ten, že převážná většina respondentů v počtu 55 (tj. 47,4 %) by při péči využilo domácí hospic. Avšak respondenti, kteří se již setkali s péčí o umírajícího, převážně využívali nemocnici. Je možné usuzovat, že se na tomto výsledku také do určité míry podílí právě nedostatečná informovanost veřejnosti o této možnosti. Troufám si říci, že pokud by pečující měli vyšší povědomí o tom, co je domácí paliativní péče, jaké služby a možnosti nabízí, volili by tuto formu péče častěji. Ke zlepšení stávající situace by bylo účelné provést určitá opatření, k nimž lze řadit např. rozšiřování počtu domácích hospicových zařízení a vzdělávání a zvyšování odbornosti lékařů a ostatního zdravotnického personálu. Za efektivní považuji zvýšení počtu poradenských center určených pro pečující rodiny. Rozšíření počtu hospicových zařízení o možnost využití odlehčovacích služeb pro pečující rodiny by také usnadnilo jejich obtížnou životní situaci.

Dále jsem zjišťovala, zda respondentům připadá počet hospicových zařízení dostatečný. 58 (tj. 50 %) respondentům nepřipadá počet hospicových zařízení dostatečný a 52 (tj. 45 %) respondentů tuto položku nedokáže posoudit. Pouhých 6 (tj. 5 %) respondentů se domnívá, že je počet hospicových zařízení dostatečný. Z výsledků jednoznačně vyplývá, že zařízení tohoto typu není stále dostatek, proto je nezbytné neustále usilovat o rozšiřování počtu lůžkových hospicových zařízení a také např. prostřednictvím daňových úlev a s příslibem

finanční podpory ze strany státu motivovat podnikatele ke sponzorování výstavby a provozu hospicových zařízení.

Na základě výsledků otázek č. 15 a 16 se celkově přikláním k platnosti **nulové hypotézy** většina veřejnosti se domnívá, že péče o umírající ve specializovaných zařízeních není na vyšší úrovni než péče v domácím prostředí.

#### **Cíl č. 4: Posoudit možné nedostatky v péči o umírající ze strany doprovázejících.**

K tomuto cíli se vztahuje hypotéza č. 7.

#### **HYPOTÉZA č. 7**

$H_0$  Většina doprovázejících se při péči o umírající nesešla s nedostatky.

$H_A$  Většina doprovázejících se při péči o umírající sešla s nedostatky.

Hypotézu jsem ověřovala pomocí otázek č. 22 a 23.

Z výsledků položky, která se zabývala výskytem nedostatků při péči o umírajícího, vyplývá, že 19 (tj. 54 %) respondentů se s nedostatky setkala a 16 (tj. 46 %) respondentů se s nedostatky nesešlo. Jelikož jsem předpokládala, že se při péči patrně nějaké nedostatky vyskytnou, což se mi také potvrdilo, zajímalo mne tedy, o jaké nedostatky se jednalo. V této položce mohli respondenti uvést více možností. Jako největším problémem se ukázala časová tíseň, tuto odpověď označilo 12 (tj. 34,3 %) respondentů. 7 (tj. 20 %) respondentů uvedlo jako problém rodinné vztahy a 6 (tj. 17,1 %) respondentů finanční nejistotu. Ostatní zvolené odpovědi, jejichž procentuální zastoupení nebylo příliš výrazné, jsou podrobněji znázorněny v grafu 24. V této souvislosti by bylo jistě zajímavé vědět, co veřejnost navrhuje pro zlepšení kvality péče o umírající. Z tohoto důvodu jsem tuto doplňující otázku rovněž zařadila do dotazníkového šetření. Položku považuji za stěžejní, proto nejzajímavější odpovědi uvádím v plném znění. „*Stát by měl více podporovat rodinu, aby se mohla starat o nemocného i v domácím prostředí. Dále je nutné ve větší míře financovat hospicová zařízení. Osobně bych ocenila něco jako školky pro nemocné, např. ráno dovezete nemocného a odpoledne si jej vyzvednete nebo týdenní hlídání, vždyť i rodina umírajícího má právo na odpočinek.*“

„*V případě potřeby zajistit dostupnost léků na utišení bolesti. Od společnosti bych očekávala odpovídající finanční ohodnocení pro personál hospiců a nemocnic, hlavně zdravotních sester.*“

*„Každý člověk by si měl být vědom toho, že přijde stáří nebo nemoc. Především je tuto situaci nutné řešit v rámci rodiny. Společnost by ale měla pamatovat ve svých rozpočtech na situace, kdy člověk nemá rodinu, která by se o něj postarala.“*

*„Rozšířit počet hospiců, proškolit zdravotnický personál v této problematice a informovat příbuzné, kteří pečují o umírajícího, o možnostech zlepšení kvality péče.“*

*„Větší lidský přístup, každý z nás by si měl představit v každém umírajícím člověka svému srdci nejbližšího.“*

*„Zlepšení zákonů, aby člověk, který se stará o umírajícího, nepřišel mezitím o práci, aby byl finančně zajištěn a stát mu v jeho péči pomohl. Pokud není možná péče ze strany rodiny, dostatečný počet zařízení, kde se o člověka důstojně postarají.“*

Z výše uvedených odpovědí vyplývá, že lidé mají zcela jasno v tom, co je třeba udělat pro zlepšení kvality péče o umírající. Účast státu, finanční ohodnocení pro personál, větší počet hospicových zařízení, vyšší informovanost, to jsou hlavní priority z pohledu veřejnosti.

Pomocí další testovací otázky jsem zkoumala, zda by respondenti ocenili více informací při doprovázení umírajícího. Ukázalo se, že 31 (tj. 89 %) respondentů by více informací ocenilo a pouze 4 (tj. 11 %) respondenti by více informací neocenili. Výsledek této otázky opět nasvědčuje tomu, že veřejnost se celkově potýká s nedostatečnou informovaností, což považují za značný problém, neboť se jedná o téma velmi citlivé a je nesmírně důležité, aby lidé ve chvílích, kdy se starají o svého blízkého, měli možnost získat potřebné informace, které jim zcela jistě usnadní nelehkou situaci. I zde je zastoupení zdravotní sestry velmi důležité. Péče o umírajícího je náročná jak po stránce fyzické, tak i psychické a materiální. Sestra by měla být pečujícím rádce, na kterého se mohou v případě potřeby kdykoliv obrátit a tím jim napomoci ulehčit obtížnou životní situaci.

Podotýkám, že otázkami č. 22 a 23 jsem se zaměřila pouze na ty respondenty, kteří v otázce č. 21 odpověděli, že mají zkušenosti s péčí o umírajícího.

Celkově se přikláním k platnosti **alternativní hypotézy**- většina doprovázejících se při péči o umírající setkala s nedostatky.

## 11 SHRnutí VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

### Cíl č. 1: Zjistit informovanost veřejnosti o paliativní péči a jejich možnostech.

#### Hypotéza č. 1

$H_0$  Většina veřejnosti neví, co znamená paliativní péče.

$H_A$  Většina veřejnosti ví, co znamená paliativní péče.

Přikláním se k platnosti **NULOVÉ HYPOTÉZY**.

#### Hypotéza č. 2

$H_0$  Většina veřejnosti nezná možnosti péče o umírající.

$H_A$  Většina veřejnosti zná možnosti péče o umírající.

Přikláním se k platnosti **ALTERNATIVNÍ HYPOTÉZY**.

#### Hypotéza č. 3

$H_0$  Mezi muži a ženami není ve znalosti paliativní péče významný rozdíl.

$H_A$  Mezi muži a ženami je ve znalosti paliativní péče významný rozdíl.

Přikláním se k platnosti **NULOVÉ HYPOTÉZY**.

#### Hypotéza č. 4

$H_0$  Zkušenost s péčí o umírajícího nemá na znalost paliativní péče významný vliv.

$H_A$  Zkušenost s péčí o umírajícího má na znalost paliativní péče významný vliv.

Přikláním se k platnosti **NULOVÉ HYPOTÉZY**.

### Cíl č. 2: Zmapovat postoj veřejnosti k umírání v minulosti a současnosti.

#### Hypotéza č. 5

$H_0$  Mezi věkovými skupinami lidí do 55 let a nad 55 let se postoj k umírání oproti minulosti nezměnil.

$H_A$  Mezi věkovými skupinami lidí do 55 let a nad 55 let se postoj k umírání oproti minulosti změnil.

Přikláním se k platnosti **NULOVÉ HYPOTÉZY**.

**Cíl č. 3: Zhodnotit úroveň péče o umírající v jednotlivých typech zařízení z pohledu veřejnosti.**

**Hypotéza č. 6**

**H<sub>0</sub>** Většina veřejnosti se domnívá, že péče o umírající ve specializovaných zařízeních není na vyšší úrovni než péče v domácím prostředí.

**H<sub>A</sub>** Většina veřejnosti se domnívá, že péče o umírající ve specializovaných zařízeních je na vyšší úrovni než péče v domácím prostředí.

Přikláním se k platnosti **NULOVÉ HYPOTÉZY**.

**Cíl č. 4: Posoudit možné nedostatky v péči o umírající ze strany doprovázejících.**

**Hypotéza č. 7**

**H<sub>0</sub>** Většina doprovázejících se při péči o umírající nesešla s nedostatky.

**H<sub>A</sub>** Většina doprovázejících se při péči o umírající setkala s nedostatky.

Přikláním se k platnosti **ALTERNATIVNÍ HYPOTÉZY**.

## ZÁVĚR

Téma bakalářské práce „Pohled veřejnosti na problematiku umírání a smrti“ jsem si zvolila z více důvodů.

Zajímalo mne, jak lidé v dnešní době komplexně pohlíží na umírání a smrt a také na jaké úrovni informovanosti se dnešní společnost nachází, zejména v souvislosti s rozvojem paliativní péče a lůžkových a domácích hospicových zařízení. V neposlední řadě jsem chtěla své dosavadní znalosti obohatit o nové poznatky v oblasti paliativní a hospicové péče. Je velmi důležité, aby se o dané problematice co nejvíce hovořilo, a aby lidé měli dostatečné informace. Zdravotní sestra rovněž sehrává stěžejní a nezastupitelnou roli. Měla by mít potřebné teoretické i praktické znalosti a dovednosti, které by měla být schopna z holistického pojetí uplatňovat v péči o umírajícího. K tomu je nezbytné, aby v tomto směru byla vzdělávána. Rodina a blízcí umírajícího se mnohdy ocitají v situaci, kdy postrádají potřebné informace a právě zdravotní sestra by měla být schopna pomoci znát aktuální situaci v oblasti péče o umírající a umět rodině poradit, jak komunikovat s umírajícím, jak o něj správně pečovat a mnohé další, což rodině a také umírajícímu usnadní už i tak nelehkou životní situaci.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se potýká s celkovou problematikou umírání a smrti, je zaměřena na vymezení základních pojmů jako je thanatologie, umírání, smrt, dále na proces umírání a smrti a uspokojování potřeb umírajících. Následný úsek je podrobněji věnován paliativní péči a období zármutku. V závěru teoretické části jsou uvedeny možnosti finanční podpory pečujícím rodinám a informace pro pozůstalé.

Praktická část se přímo vztahuje ke stanoveným cílům a hypotézám. Ke zjištění potřebných informací jsem zvolila metodu dotazníku. Jednotlivé cíle a hypotézy jsou vyhodnoceny prostřednictvím statistických metod chí-kvadrát a testu P binomického rozdělení.

Součástí práce je poster, který jsem prezentovala na 5. mezinárodní konferenci sester domácí péče pořádané Českou asociací sester- Sekce domácí péče ve spolupráci s Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně (příloha P X). Své výsledky budu dále prezentovat opět formou posteru na mezinárodním sympóziu Ošetrovatel'stvo 21. storočia v procese zmien pořádaného Univerzitou Konštantína Filozofa, které se bude konat ve dnech 10. – 11. září 2009 v Nitře. Tento výstup bude zároveň publikován

ve sborníku (příloha P XI). Hlavním záměrem výstupu na konferencích je poukázat na nepříznivý stav, ve kterém se péče o umírající a celkově přístup k umírání a smrti v současné době nachází a rovněž docílit toho, aby se o této problematice hovořilo mezi odbornou veřejností, neboť právě zdravotníci se ve velké míře podílí na předávání informací a měli by být připraveni a především být schopni tyto informace vždy vhodným způsobem poskytovat.

Na počátku práce jsem si stanovila čtyři cíle, pomocí kterých jsem chtěla zjistit informovanost veřejnosti o paliativní péči a o jejich možnostech, dále zmapovat postoj veřejnosti k umírání v minulosti a současnosti, zhodnotit úroveň péče o umírající v jednotlivých typech zařízení a posoudit možné nedostatky v péči o umírající ze strany doprovázejících. Troufám si říci, že vytyčených cílů se mi podařilo dosáhnout. Mou snahou bylo bakalářskou práci vypracovat tak, aby sloužila jako zdroj informací těm, kteří se chtějí o této problematice něco více dozvědět nebo se již někdy setkali s péčí o umírajícího a nevěděli, co mají v této nelehké situaci udělat, na koho se mohou obrátit a jaké mají možnosti. Zároveň jsem chtěla poukázat na celkovou nedostatečnou informovanost laické veřejnosti o paliativní péči a na nedostatky, se kterými se lidé potýkají při péči, jak mimo jiné vyplývá z výsledků mého průzkumu.

Smrt je přirozeným zakončením života a samotné umírání není nemocí, která by se dala úspěšně vyléčit. Představa nevyhnutelnosti smrti není sama o sobě příjemná a proto vše, co je s umíráním a smrtí spojeno, podvědomě vytěsňujeme z našich životů. Přestože si většina umírajících pacientů přeje umírat v kruhu svých blízkých, nakonec však opouští svět v neosobním prostředí zdravotnických zařízení. Zatímco dříve bylo umírání krátké a nebylo odhalováno léčebnými zásahy, dnes převládá víra ve všemocnost moderního léčení. Medicína se neustále zdokonaluje a postupuje mílovými kroky vpřed, ale jen s rozpaky se potýká s umíráním pacientů. V moderní medicíně budou lékaři stále častěji řešit nikoli to, jak léčit, ale naopak kdy léčbu nenasazovat či kdy ji ukončit. V rozhodování však nezůstanou osamoceni, odpovědnost musí nést také pacienti a jejich blízcí. Je proto nesmírně důležité, aby se umírání a smrt staly v co největší míře předmětem diskuze laické i odborné veřejnosti.

*„Jsme dva. Dva na všechno- na lásku, na život, na boj i bolest a na hodiny štěstí. Dva na výhry i prohry, na život i na smrt- dva.“*

Karel Čapek



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY****MONOGRAFIE:**

- [1] BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr, TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
- [2] BYOCK, Ira. *Dobré umírání: Možnost pokojného konce života*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2005. 328 s. ISBN 80-7021-797-9.
- [3] CALLANANOVÁ, Maggie, KELLEYOVÁ, Patricia. *Poslední dary: Jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2005. 224 s. ISBN 80-7021-819-3.
- [4] DAVIES, Douglas. J. *Stručné dějiny smrti*. 1. vyd. Praha: Volvox Globator, 2007. 186 s. ISBN 978-80-7207-628-4.
- [5] FIRTHOVÁ, Pam, LUFFOVÁ, Gill, OLIVIERE, David. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 236 s. ISBN 978-80-87029-21-3.
- [6] FRIEDRICH, Václav. *Statistika 1: Vysokoškolská učebnice pro distanční studium*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2002, 398 s. ISBN 80-7082-913-3.
- [7] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [8] HENNEZEL, Marie de. *Smrt zblízka: Umírající nás učí žít*. 1. vyd. Praha: ETC Publishing, 1997, 134 s. ISBN 80-86006-15-8.
- [9] KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Littera, 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
- [10] KÚBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání: Etický manuál pro mediky, lékaře a sestry*. 1. vyd. Praha: Tvorba, 1995. 288 s.
- [11] KÚBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Hradec Králové: Signum unitatis, 1992. 135 s. ISBN 80-85439-04-2.
- [12] KÚBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *Život a umírání: Kurs šťastného umírání*. Hradec Králové: Signum unitatis, 1991. 22 s.

- [13] MINIBERGEROVÁ, Lenka, DUŠEK, Jiří. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
- [14] MISCONIOVÁ, Blanka. *Péče o umírající- hospicová péče*. Národní centrum domácí péče České republiky, 1998, 96 s. ISBN 80-239-1915-6.
- [15] MUNZAROVÁ, Marta, et al. *Proč ne eutanázie aneb Být, či nebýt?* 2. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. 87 s. ISBN 978-80-7195-258-9.
- [16] MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
- [17] NULAND, Sherwin, B. *Jak lidé umírají: Úvahy o závěrečné kapitole života*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1996. 283 s. ISBN 80-7176-264-4.
- [18] O'CONNOR, Margaret, ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- [19] O organizaci paliativní péče: Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členskými státy. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2004. 46 s. ISBN 80-239-4332-4.
- [20] PARKES, Colin Murray, RELFOVÁ, Marilyn, COULDRICKOVÁ, Ann. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 180 s. ISBN 978-80-87029-23-7.
- [21] PAYNEOVÁ, Sheila, SEYMOUROVÁ, Jane, INGLETONOVÁ, Christine, et al. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
- [22] PROCHÁZKOVÁ, Tereza. *Lidská důstojnost a umírání*. 2008. 131 s. Katedra ošetrovatelství LF MU. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Andrea Pokorná.
- [23] RYTÍŘ, Vladimír, et al. *Přednášky z Metod statistické analýzy*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2005. 118 s. ISBN 80-7318-353-6.

- [24] SLÁMA, Ondřej, DRBAL, Josef, PLÁTOVÁ, Ludmila. *Umřít doma: Příručka pro laické pečující*. 1. vyd. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008. 79 s. ISBN 978-80-254-2788-0.
- [25] SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří, et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
- [26] SLÁMA, Ondřej, ŠPINKA, Štěpán. *Koncepce paliativní péče v ČR: Pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2004, 43 s. ISBN 80-239-4330-8.
- [27] SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 5. vyd. Praha: Ecce homo, 2003, 150 s. ISBN 80-902049-4-5.
- [28] SVATOŠOVÁ, Marie, JIRMANOVÁ, Marie. *Hospic slovem i obrazem*. 1. vyd. Praha: Ecce homo, 1998. 148 s. ISBN 80-902049-1-0.
- [29] ŠPINKOVÁ, Martina, ŠPINKA, Štěpán. *Standardy domácí paliativní péče: Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Cesta Domů, 35 s. ISBN 80-239-4329-4.
- [30] VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, POSPÍŠILOVÁ, Yvona. et al. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.

#### INTERNETOVÉ ZDROJE:

- [31] Ministerstvo vnitra. *Podpora při ošetřování člena rodiny* [online]. c2003-2009 [cit. 2009-03-01]. Dostupný z WWW: <[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/696/\\_s.155/708?POSTUP\\_ID=615&PRV\\_EK\\_ID=376](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/696/_s.155/708?POSTUP_ID=615&PRV_EK_ID=376)>.
- [32] Ministerstvo vnitra. *Pohřebné* [online]. c2003-2009 [cit. 2009-03-28]. Dostupný z WWW: <[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/708/.cmd/ad/.c/307/.ce/14601/.p/12301?s=poh%C5%99ebn%C3%A9&o=&limit=10&index=0&POSTUP\\_ID=616&PRVEK\\_ID=438#prvek-zs](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/708/.cmd/ad/.c/307/.ce/14601/.p/12301?s=poh%C5%99ebn%C3%A9&o=&limit=10&index=0&POSTUP_ID=616&PRVEK_ID=438#prvek-zs)>.
- [33] Ministerstvo vnitra. *Vdovský a vdovecký důchod* [online]. c2003-2009 [cit. 2009-03-27]. Dostupný z WWW: <[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/704/\\_ps.1244/M/\\_s.155/708?POSTUP\\_ID=614&PRVEK\\_ID=556](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/704/_ps.1244/M/_s.155/708?POSTUP_ID=614&PRVEK_ID=556)>.

- [34] *Mýty a otázky kolem umírání a paliativní péče* [online]. c2009 [cit. 2009-04-30]. Dostupný z WWW: <<http://www.umirani.cz/myty-o-umirani.html>>.
- [35] *Svobodný informovaný souhlas pacienta* [online]. c2008 [cit. 2009-04-30]. Dostupný z WWW: <[http://www.hospicbrno.cz/index.php?option=com\\_docman&Itemid=83](http://www.hospicbrno.cz/index.php?option=com_docman&Itemid=83)>.
- [36] *Žádost o přijetí pacienta do hospice* [online]. c2008 [cit. 2009-04-30]. Dostupný z WWW: <[http://www.hospicbrno.cz/index.php?option=com\\_docman&Itemid=83](http://www.hospicbrno.cz/index.php?option=com_docman&Itemid=83)>.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

AIDS	acquired immune deficiency syndrome (syndrom získaného selhání imunity)
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
č.	číslo
ČR	Česká republika
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
$f_{ij}$	pozorovaná četnost
$f_{i\cdot j}$	očekávaná četnost
$H_0$	hypotéza nulová
$H_A$	hypotéza alternativní
I	kritická hodnota
Kč	Koruna česká
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
m	počet řádků
n	počet sloupců
např.	například
$p_0$	stanovená procenta ve vzorci
sv.	svatý, svatá, svaté
t	testová statistika
tab.	tabulka
tj.	to je
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaně
USA	United States of America (Spojené státy americké)

---

v	stupeň volnosti
x	počet prvků se sledovanou vlastností
$\alpha$	alfa
$\beta$	beta
$\chi^2$	chí-kvadrát
$\Sigma$	suma
>	znaménko „větší než“
<	znaménko „menší než“
$\in$	znaménko „leží“
$\infty$	znaménko „nekonečno“
%	procento

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1. Faktory ovlivňující kvalitu života umírajících .....	21
--	----

**SEZNAM TABULEK**

Tab. 1. Pohlaví respondentů .....	48
Tab. 2. Věk respondentů .....	49
Tab. 3. Rodinný stav respondentů.....	50
Tab. 4. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	51
Tab. 5. Víra u respondentů.....	52
Tab. 6. Práce ve zdravotnictví.....	53
Tab. 7. Hodnocení současné úrovně péče o umírající.....	54
Tab. 8. Změna postoje společnosti k umírání .....	55
Tab. 9. Tabuizace tématu umírání.....	56
Tab. 10. Srovnání péče o umírající .....	57
Tab. 11. Znalost možnosti péče o umírající .....	58
Tab. 12. Uvedené možnosti péče o umírající.....	59
Tab. 13. Zdroj informací o péči o umírající.....	60
Tab. 14. Ocenění vyšší informovanosti .....	62
Tab. 15. Zařízení specializující se na péči o umírající.....	63
Tab. 16. Nejvyšší péče o umírající .....	64
Tab. 17. Dostatečnost počtu hospicových zařízení.....	65
Tab. 18. Znalost pojmu paliativní péče.....	66
Tab. 19. Znalost pojmu hospicová péče.....	67
Tab. 20. Zaměření paliativní péče.....	68
Tab. 21. Hlavní aspekty paliativní péče .....	69
Tab. 22. Zkušenosti s péčí o umírajícího .....	70
Tab. 23. Výskyt nedostatků při péči.....	71
Tab. 24. Uvedené nedostatky při péči.....	72
Tab. 25. Ocenění vyšší informovanosti při doprovázení .....	74
Tab. 26. Využívaná zařízení .....	75
Tab. 27. Nejdůležitější aspekty při péči o umírajícího .....	76
Tab. 28. Volba zařízení při péči o umírajícího .....	77
Tab. 29. Diskutovanost tématu eutanázie .....	78
Tab. 30. Legalizace eutanázie v ČR.....	79
Tab. 31. Tabulka četností odpovědí znázorňující znalost pojmu paliativní péče .....	82



Tab. 32. Tabulka četností odpovědí znázorňující zaměření paliativní péče.....	83
Tab. 33. Výběr odpovědí pro výpočet testu P binomického rozdělení k otázce č. 19 .....	83
Tab. 34. Tabulka četností odpovědí znázorňující hlavní aspekty paliativní péče.....	84
Tab. 35. Výběr odpovědí pro výpočet testu P binomického rozdělení k otázce č. 20 .....	84
Tab. 36. Tabulka četností odpovědí znázorňující znalost možností péče o umírající .....	85
Tab. 37. Rozdíly ve znalosti pojmu paliativní péče mezi muži a ženami.....	86
Tab. 38. Očekávané četnosti k otázkám č. 1 a 17 .....	86
Tab. 39. Tabulka podle vzorce $(f_{ij} - f_{i\cdot j})^2 / f_{i\cdot j}$ k otázkám č. 1 a 17 .....	86
Tab. 40. Vliv zkušeností s péčí o umírajícího na znalost pojmu paliativní péče.....	87
Tab. 41. Očekávané četnosti k otázkám č. 17 a 21 .....	87
Tab. 42. Tabulka podle vzorce $(f_{ij} - f_{i\cdot j})^2 / f_{i\cdot j}$ k otázkám č. 17 a 21 .....	87
Tab. 43. Vliv věku na změnu postoje společnosti k umírání v porovnání s minulostí.....	88
Tab. 44. Očekávané četnosti k otázkám č. 2 a 8 .....	88
Tab. 45. Tabulka podle vzorce $(f_{ij} - f_{i\cdot j})^2 / f_{i\cdot j}$ k otázkám č. 2 a 8 .....	88
Tab. 46. Vliv věku na tabuizaci tématu umírání.....	90
Tab. 47. Očekávané četnosti k otázkám č. 2 a 9.....	90
Tab. 48. Tabulka podle vzorce $(f_{ij} - f_{i\cdot j})^2 / f_{i\cdot j}$ k otázkám č. 2 a 9 .....	90
Tab. 49. Vliv věku na péči o umírající ve srovnání s minulostí .....	92
Tab. 50. Očekávané četnosti k otázkám č. 2 a 10.....	92
Tab. 51. Tabulka podle vzorce $(f_{ij} - f_{i\cdot j})^2 / f_{i\cdot j}$ k otázkám č. 2 a 10 .....	92
Tab. 52. Vliv věku na diskutovanost tématu umírání v dnešní společnosti.....	94
Tab. 53. Očekávané četnosti k otázkám č. 2 a 27 .....	94
Tab. 54. Tabulka podle vzorce $(f_{ij} - f_{i\cdot j})^2 / f_{i\cdot j}$ k otázkám č. 2 a 27 .....	94
Tab. 55. Vliv věku na souhlas s legalizací eutanázie v ČR .....	96
Tab. 56. Očekávané četnosti k otázkám č. 2 a 28 .....	96
Tab. 57. Tabulka podle vzorce $(f_{ij} - f_{i\cdot j})^2 / f_{i\cdot j}$ k otázkám č. 2 a 28 .....	96
Tab. 58. Tabulka četností odpovědí znázorňující nejkvalitnější péči o umírající .....	98
Tab. 59. Výběr odpovědí pro výpočet testu P binomického rozdělení k otázce č. 15 .....	98
Tab. 60. Tabulka četností odpovědí znázorňující počet hospicových zařízení.....	100
Tab. 61. Výběr odpovědí pro výpočet testu P binomického rozdělení k otázce č. 16 .....	100
Tab. 62. Tabulka četností odpovědí znázorňující výskyt nedostatků při péči .....	101
Tab. 63. Tabulka četností odpovědí znázorňující ocenění vyšší informovanosti .....	102

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1. Pohlaví respondentů .....	48
Graf 2. Věk respondentů .....	49
Graf 3. Rodinný stav respondentů.....	50
Graf 4. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	51
Graf 5. Víra u respondentů.....	52
Graf 6. Práce ve zdravotnictví .....	53
Graf 7. Hodnocení současné úrovně péče o umírající .....	54
Graf 8. Změna postoje společnosti k umírání .....	55
Graf 9. Tabuizace tématu umírání .....	56
Graf 10. Srovnání péče o umírající .....	57
Graf 11. Znalost možnosti péče o umírající.....	58
Graf 12. Uvedené možnosti péče o umírající.....	59
Graf 13. Zdroj informací o péči o umírající.....	60
Graf 14. Ocenění vyšší informovanosti .....	62
Graf 15. Zařízení specializující se na péči o umírající.....	63
Graf 16. Nejlepší péče o umírající .....	64
Graf 17. Dostatečnost počtu hospicových zařízení.....	65
Graf 18. Znalost pojmu paliativní péče.....	66
Graf 19. Znalost pojmu hospicová péče .....	67
Graf 20. Zaměření paliativní péče.....	68
Graf 21. Hlavní aspekty paliativní péče.....	69
Graf 22. Zkušenosti s péčí o umírajícího .....	70
Graf 23. Výskyt nedostatků při péči .....	71
Graf 24. Uvedené nedostatky při péči.....	72
Graf 25. Ocenění vyšší informovanosti při doprovázení .....	74
Graf 26. Využívaná zařízení .....	75
Graf 27. Nejdůležitější aspekty při péči o umírajícího .....	76
Graf 28. Volba zařízení při péči o umírajícího .....	77
Graf 29. Diskutovanost tématu eutanázie .....	78
Graf 30. Legalizace eutanázie v ČR.....	79

**SEZNAM PŘÍLOH**

- P I Mýty a otázky kolem umírání a paliativní péče
- P II Charta práv umírajících
- P III Seznam mobilních hospiců v České republice
- P IV Seznam lůžkových hospiců v České republice
- P V Certifikát ze semináře o mobilní specializované paliativní péči
- P VI Žádost o přijetí pacienta do hospice
- P VII Svobodný informovaný souhlas pacienta
- P VIII Kvantily Pearsonova rozdělení
- P IX Dotazník
- P X Potvrzení o účasti na 5. mezinárodní konferenci sester domácí péče
- P XI Pozvánka na mezinárodní sympóziium Ošetrovatel'stvo 21. storočia v procese zmien

## **PŘÍLOHA P I: MÝTY A OTÁZKY KOLEM UMÍRÁNÍ A PALIATIVNÍ PÉČE**

O umírání se téměř nemluví, je tabu. Skoro jako kdyby nebylo a nikdy nikoho nepotkalo a ani nemělo potkat. O to více žije v našich myslích mnoho mýtů, domněnek a omylů, které vznikly z mlčení a nevědomosti a vyboří se ve chvíli, kdy se opravdu ocitneme nablízku umírání a smrti.

### **❖ Umírání je plné bolesti, osamění a neporozumění, s tím se nedá moc dělat.**

Paliativní péče nabízí cestu, kdy se nemocný člověk smí plně spolehnout na to, že nebude trpět velkými bolestmi, nebude opuštěn a lidé kolem něj se budou snažit vyjít vstříc všem jeho přáním. Nablízku jsou mu doma příbuzní a přátelé, kteří mají odbornou i lidskou oporu v zaměstnancích a dobrovolnících hospice.

### **❖ Hospic je dům- ústav, jedině tam se dá poskytovat paliativní péče.**

Paliativní péče není zpravidla vázána na nějaké konkrétní místo. Je kdekoli, kde ji lidé v důležitém čase na konci života potřebují- tedy má být poskytována především doma. Tam, kde pacientovi nejlépe rozumějí, kde má rodinu a kde mu je možno nejlépe vycházet vstříc. Pokud není z nějakého vážného důvodu možno tuto péči nabídnout doma, pak tu je lůžkový hospic, který se snaží poskytnout služby co nejpodobnější péči domácí.

### **❖ Lidé mají umírat v nemocnici proto, aby jejich nemohoucnost neviděli jejich nejbližší, zvláště pak malé děti.**

Když se člověk narodí na svět, umějí se o něj nejlépe postarat jeho nejbližší. Podobně je tomu i na konci života. Umírající člověk potřebuje ty, kteří jej mají rádi a rozumějí mu. Těm, kteří se v této důležité době o něj starají, pomáhá tato zkušenost vyrovnat se nejen s jeho smrtí, ale i se svojí vlastní smrtelností. A děti, které vidí své rodiče pečovat něžně a trpělivě o babičku nebo dědečka, budou schopné v budoucnu podobně samozřejmě posloužit rodičům nebo jiným blízkým lidem.

❖ **Paliativní péče je pouze pro staré lidi.**

Je pravda, že většina lidí umírá ve vyšším věku. Umírají však i mladí lidé, umírají i děti. Paliativní péče je poskytována lidem všech věkových kategorií a důraz, který klade na plně žitý život a na zachování důstojnosti pacienta, přichází ke slovu u mladších lidí stejně jako u lidí starších.

❖ **Paliativní péče je vhodná pouze pro pacienty, kteří nepotřebují odbornou péči.**

Paliativní péče nemá za svůj hlavní cíl uzdravení pacienta, ale je to vysoce odborný typ péče, který dokáže hledat možnosti, jak pomoci i ve velmi složité situaci. Specializuje se na citlivé a cílené řešení specifických obtíží, tělesných i duševních, které se objevují právě v náročném období na konci života. V některých případech může mít i podobu specifické intenzivní péče.

❖ **Paliativní péče je na místě pouze tehdy, když už tzv. „nezbývá žádná naděje“.**

Když se blíží život ke konci, nabízejí se dvě možnosti: upadnout do beznaděje, protože život už ztratil smysl, nebo prožít zbývající čas co nejplněji. Paliativní péče pracuje s nadějí: nabízí pacientovi účinnou úlevu a rodinám pak možnost společně naplnit, hledat či uzdravit vzájemné vztahy tak, aby se na prožitý čas dalo ohlédnout s vděčností a s vědomím, že tato doba měla smysl a že bylo uděláno všechno, co uděláno být mohlo.

❖ **Paliativní péče je určena jen těm, kdo jsou se smrtí smířeni.**

Člověk, který náhle stojí tvář v tvář skutečnosti, že je nevléčitelně nemocný a jeho smrt se blíží, bojuje nezdědka s beznadějí a vzdorem. Paliativní tým mu může s trpělivostí a něhou pomoci se s touto situací vyrovnávat postupně takovým způsobem a tak rychle, jak si on sám přeje. Hospic spolupracuje se členy rodiny tak, aby tento proces probíhal pokojně podle jejich sil a přání.

❖ **Paliativní péče je určena pouze nemocnému členu rodiny.**

Paliativní péče je péčí komplexní a je zaměřena na celou rodinu. Hospic poskytuje zdravotnické, sociální, duchovní i psychologické služby rodině v době pacientovy nemoci a ani po jeho smrti péče nekončí. Různě dlouhý čas se pracovníci a dobrovolníci hospice věnují doprovázení pozůstalých v jejich smutku a pomáhají jim hledat nové jistoty a naděje.

❖ **Pracovníci hospice mohou pomoci umírání urychlit nebo zpomalit.**

Paliativní péče umírání nijak neurychluje ani nezpomaluje. Stejně jako při příchodu člověka na svět jsou přítomni lékaři a porodní asistentky se svými zkušenostmi a odbornou péčí, provází paliativní tým člověka na konci jeho života a je připraven odborně zvládat příznaky, které umírání provázejí.

❖ **Hospice jsou náboženské nebo církevní, přijímání jsou do nich jen věřící.**

Hospice, jako jiná charitativní nebo sociální zařízení, jsou poměrně často zřizovány církvemi nebo náboženskými společnostmi. Neznamená to ale, že by automaticky sloužily jen členům církví, natož aby víra byla podmínkou přijetí do péče hospice. Zaměstnanci a dobrovolníci hospice poskytují naplno své schopnosti a dovednosti každému bez rozdílu světového názoru, nikomu svoje náboženské přesvědčení nevnucují a o věcech duchovních rozmlouvají s pacientem či rodinou jen tehdy, projeví-li klienti o takové téma zájem.

Převzato z: *Mýty a otázky kolem umírání a paliativní péče* [online]. c2009 [cit. 2009-04-30]. Dostupný z WWW: <<http://www.umirani.cz/myty-o-umirani.html>>.

## **PŘÍLOHA P II: CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH**

### **Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“.**

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodloužení života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel“. V Doporučení č. 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení“.
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoho faktory:

- Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti;
  - Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby;
  - Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného;
  - Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči;
  - Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích;
  - Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží;
  - Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli;
  - Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících;
  - Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti.
- 8.** Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:
- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.);
  - Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli;
  - Umírání o samotě a v zanedbání;
  - Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží;



- Omezováním život udržující léčby (life- sustaining) z ekonomických důvodů;
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících.

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

*Že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:*

- Aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech;
- Aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči;
- Aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče;
- Aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně;
- Aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta;
- Aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající;
- Aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby

tato léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince;

- Aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevyлéčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy;
- Aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii;
- Aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti;
- Aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny.

*Tím, že budou chránit právo nevyлéčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:*

- Aby se prosadilo právo nevyлéčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován;
- Aby měla každá nevyлéčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetrojícího;
- Aby bylo zajištěno, že žádná nevyлéčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetrována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem;

- Aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (living will), v „pořízení“ nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (advance directives), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení;
- Aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností;
- Aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány.

*Že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:*

- Uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevyléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“;
- Uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby;
- Uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt.

*Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.*

Převzato z: SLÁMA, Ondřej, DRBAL, Josef, PLÁTOVÁ, Ludmila. *Umřít doma: Příručka pro laické pečující*. 1. vyd. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008. 79 s. ISBN 978-80-254-2788-0.

## **PŘÍLOHA P III: SEZNAM MOBILNÍCH HOSPICŮ V ČESKÉ REPUBLICE**

### **❖ *HOSPICOVÉ OBČANSKÉ SDRUŽENÍ CESTA DOMŮ***

**Adresa:** Bubenská 3, 170 00 Praha 7

**Telefon:** +420 283 850 949, +420 775 166 863

**E-mail:** info@cestadomu.cz

**Web:** www.cestadomu.cz

### **❖ *DOMÁCÍ HOSPIC BRNO***

**Adresa:** Kamenná 36, 639 00 Brno

**Telefon:** +420 773 499 943

**E-mail:** dom.hospic@hospicbrno.cz

**Web:** www.hospicbrno.cz

### **❖ *MOBILNÍ HOSPIC ONDRÁŠEK***

**Adresa:** o.p.s. Horní 288/67, 700 30 Ostrava- Dubina

**Telefon:** +420 724 975 275

**E-mail:** mhondrasek@seznam.cz

**Web:** www.mhondrasek.cz

### **❖ *DOMÁCÍ HOSPIC DAVID, CHARITA KYJOV***

**Adresa:** Palackého 194, 697 01 Kyjov

**Telefon:** +420 518 323 766

**E-mail:** chos.kyjov@caritas.cz

**Web:** www.kyjov.caritas.cz

❖ ***DOMÁCÍ HOSPIC- OBLASTNÍ CHARITA UH. HRADIŠTĚ***

**Adresa:** Velehradská třída 247, 686 01 Uherské Hradiště

**Telefon:** +420 572 550 136, +420 606 641 980

**E-mail:** hospic.uhradiste@caritas.cz

**Web:** www.uhradiste.caritas.cz

❖ ***MOBILNÍ HOSPICOVÁ JEDNOTKA POKOJNÝ PŘÍSTAV***

**Adresa:** Charita Opava, Kylešovská 10, 746 01 Opava

**Telefon:** +420 553 623 171, +420 737 999 979

**E-mail:** pokojnypristav@charitaopava.cz

**Web:** www.charitaopava.cz

❖ ***HOSPICOVÉ HNUTÍ- VYSOČINA***

**Adresa:** Žďárská 610, 592 31 Nové Město na Moravě

**Telefon:** +420 566 615 198, +420 604 156 442

**E-mail:** hhv@quick.cz

**Web:** www.hhv.nmmn.cz

❖ ***MOBILNÍ HOSPIC SV. JANA***

**Adresa:** Jiráskova 47, 664 61 Rajhrad

**Telefon:** +420 737 220 084

**E-mail:** dom.pece@dlbsh.cz

**Web:** www.dlbsh.cz

❖ **TERÉNNÍ SLUŽBY BENEŠOV**

**Adresa:** Jana Nohy 1352, 256 01 Benešov

**Telefon:** +420 317 722 046, +420 605 276 114

**E-mail:** mobilnihospic@centrum-cercany.cz

**Web:** [http://www.centrum-cercany.cz/index2\\_tsluzby.html](http://www.centrum-cercany.cz/index2_tsluzby.html)

❖ **OBLASTNÍ CHARITA- DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE**

**Adresa:** Strojírenská 4, 591 01 Žďár nad Sázavou

**Telefon:** +420 739 389 244

**E-mail:** dhp.zdar@caritas.cz

**Web:** [www.zdar.domaci-hospic.cz](http://www.zdar.domaci-hospic.cz)

❖ **MOBILNÍ HOSPICOVÁ JEDNOTKA- CHARITA OSTRAVA**

**Adresa:** Charvátská 8, 700 30 Ostrava- Výškovice

**Telefon:** +420 599 508 504, +420 733 676 601

**E-mail:** cho.chops@caritas.cz

**Web:** [www.ostrava.caritas.cz](http://www.ostrava.caritas.cz)

Převzato z: SLÁMA, Ondřej, DRBAL, Josef, PLÁTOVÁ, Ludmila. *Umřít doma: Příručka pro laické pečující*. 1. vyd. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008. 79 s. ISBN 978-80-254-2788-0.

## **PŘÍLOHA P IV: SEZNAM LŮŽKOVÝCH HOSPICŮ V ČESKÉ REPUBLICCE**

### **❖ *HOSPIC ANEŽKY ČESKÉ***

**Adresa:** 5.května 1170, 549 41 Červený Kostelec

**Telefon:** +420 491 467 030

**Fax:** +420 491 467 154

**E-mail:** sekretariat@hospic.cz

**Web:** www.hospic.cz

### **❖ *DŮM LÉČBY BOLESTI S HOSPICEM SV. JOSEFA***

**Adresa:** Jiráskova 47, 664 61 Rajhrad

**Telefon:** +420 547 232 223

**Fax:** +420 547 232 247

**E-mail:** hospic@dlbsh.cz

**Web:** www.dlbsh.cz

### **❖ *HOSPIC CITADELA- DIAKONIE ČCE***

**Adresa:** Žerotínova 1421, 757 52 Valašské Meziříčí

**Telefon:** +420 571 629 084

**Fax:** +420 571 629 085

**E-mail:** hospic@citadela.cz

**Web:** www.citadela.cz



❖ *HOSPIC DOBRÉHO PASTÝŘE*

**Adresa:** Sokolská 584, 257 22 Čerčany

**Telefon:** +420 317 777 381

**E-mail:** os-tri@centrum-cercany.cz

**Web:** www.centrum-cercany.cz

❖ *HOSPIC NA SVATÉM KOPEČKU*

**Adresa:** Sadové náměstí 24, 770 00 Olomouc

**Telefon:** +420 585 319 754, +420 585 319 758

**E-mail:** hospic.svkopecek@caritas.cz

**Web:** www.hospickopecek.caritas.cz

❖ *HOSPIC SV. ALŽBĚTY*

**Adresa:** Kamenná 36, 639 00 Brno

**Telefon:** +420 543 214 761, +420 777 883 639

**Fax:** +420 543 211 060

**E-mail:** info@hospicbrno.cz

**Web:** www.hospicbrno.cz

❖ *HOSPIC SV. JANA NEPOMUKA NEUMANNA*

**Adresa:** Neumannova 144, 383 01 Prachatice

**Telefon:** +420 388 311 726

**Fax:** +420 388 311 727

**E-mail:** info@hospicpt.cz

**Web:** www.hospicpt.cz

❖ **HOSPIC SV. LAZARA**

**Adresa:** Sladkovského 66, 326 00 Plzeň

**Telefon:** +420 377 431 381

**Fax:** +420 388 311 385

**E-mail:** hospic@hsl.cz

**Web:** www.hsl.cz

❖ **HOSPIC SV. LUKÁŠE**

**Adresa:** Charvátská 8, 700 30 Ostrava- Výškovice

**Telefon:** +420 599 508 505, +420 732 178 501

**E-mail:** lukashospic.ostrava@caritas.cz

**Web:** www.ostrava.caritas.cz

❖ **HOSPIC SV. ŠTĚPÁNA**

**Adresa:** Rybářské náměstí 662/4, 412 01 Litoměřice

**Telefon:** +420 416 733 185-7

**E-mail:** info@hospiclitomerice.cz

**Web:** www.hospiclitomerice.cz

❖ **HOSPIC ŠTRASBURK**

**Adresa:** Bohnická 12, 180 00 Praha 8- Bohnice

**Telefon:** +420 283 853 256

**Fax.** +420 283 853 253

**E-mail:** hospic.strasburk@cmail.cz

**Web:** www.lazaruscz.cz

❖ **HOSPIC V MOSTĚ**

**Adresa:** Svážná ulice 1528, 434 00 Most

**Telefon:** +420 476 000 166-8

**Fax:** +420 476 000 169

**E-mail:** hospic@mostmail.cz

**Web:** www.hospic-most.cz

❖ **HOSPIC HVĚZDA**

**Adresa:** Sokolovská 967, 760 01 Zlín- Malenovice

**Telefon:** +420 577 113 541

**E-mail:** sekretar.hvezdazlin@seznam.cz

**Web:** www.sdruzeniHvezda.cz

Převzato z: SLÁMA, Ondřej, DRBAL, Josef, PLÁTOVÁ, Ludmila. *Umřít doma: Příručka pro laické pečující*. 1. vyd. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008. 79 s. ISBN 978-80-254-2788-0.

# PŘÍLOHA P V: CERTIFIKÁT ZE SEMINÁŘE O MOBILNÍ SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČI

certifikátcestadomũcertifikátcestadomũcertifikátcestadomũ  
certifikátcestadomũcertifi  
**CESTA**  
  
**DOMŮ**  
certifikátcestadomũcertifi  
certifikátcestadomũcertifi  
certifikátcestadomũcertifi  
certifikátcestadomũcertifi

## C E R T I F I K Á T

*Marekša Samková*

*21.8.1984*

*absolvovala*

*Seminář o mobilní specializované  
paliativní péči  
(legislativa, organizace služeb)*

*Za Hospicové občanské sdružení Cesta domũ*

*v Praze dne 23.10.2008*


*M. Špinková*

*Martina Špinková, ředitelka*

**CESTA DOMŮ**  
Hospicové občanské sdružení  
Bubenská 421/3, 170 00 Praha 7  
ICO: 26528843



## PŘÍLOHA P VI: ŽÁDOST O PŘIJETÍ PACIENTA DO HOSPICE

		<b>ŽÁDOST O PŘIJETÍ PACIENTA DO HOSPICE SV. ALŽBĚTY V BRNĚ</b>	
<b>PACIENT</b>	Příjmení	Jméno, titul	
	Rodné číslo	Rodné příjmení	Stav
	Povolání (i dřívější)		Zdravotní pojišťovna
	Adresa trvalého bydliště		PSČ
			Telefon
<b>NEJBLIŽŠÍ OSOBA PACIENTA (příbuzná nebo jiná, kterou si určil pacient)</b>			
Jméno a příjmení		Vztah	
Adresa		PSČ	
Kontaktní telefon (ve dne, případně v noci)			
<b>KDO PŘEVEZME PÉČI O PACIENTA PO EVENT. PROPUŠTĚNÍ (není-li shodná s nejbližší osobou)</b>			
Jméno a příjmení		Vztah	
Adresa		Kontaktní telefon	
<b>PŘÍBUZNÍ</b>			
<b>LÉKAŘI</b>	<b>ODESÍLAJÍCÍ LÉKAŘ</b>		<b>PRAKTICKÝ LÉKAŘ</b>
	Jméno		Jméno
	Adresa		Adresa
	Tel. kontakt		Tel. kontakt
„SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA“ přikládám. (je podmínkou přijetí)			
Pacient má vyřízen „Příspěvek na péči“ <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE O příspěvek žádáno dne:			

Tuto část vypisuje pacient nebo jeho blízcí

**Tuto část vypisuje lékař**

**Aktuální zdravotní stav pacienta**

- Pacient ležící, zcela závislý na cizí pomoci  
 Pacient převážně ležící, schopen chůze s pomocí, částečně schopen sebeobsluhy  
 Pacient je chodící, schopen sebeobsluhy

**Hlavní současné klinické problémy**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bolest                           | <input type="checkbox"/> Stavy zmatenosti |
| <input type="checkbox"/> Dušnost                          | <input type="checkbox"/> Deprese          |
| <input type="checkbox"/> Nechutenství/nevolnost/ zvracení | <input type="checkbox"/> Úzkost           |
| <input type="checkbox"/> Slabost, únava                   | <input type="checkbox"/> Kožní defekty    |

**Hlavní příčina současného zdravotního stavu ( označte jednu)**

- Pokročilé onkologické onemocnění  
 Interní polymorbidita (např. stp.CMP, demence, ischemická choroba srdeční, degenerativní kloubní onemocnění) u pacienta s onkologickým onemocněním  
 Interní polymorbidita (viz výše) u pacienta bez onkologického onemocnění  
 Jiné (uved'te jako první diagnózu)

**Diagnózy**

(u hlavní diagnózy uveďte číslo)

**Doplňující informace u pacientů s onkologickou diagnózou**

Rozhodl u pacienta onkolog, že protinádorová léčba (operace, chemoterapie, ozařování) již není indikovaná?  ANO  NE

Pokud ANO, přiložte k žádosti kopii příslušné zdravotní dokumentace

**Medikamentózní terapie**

V.....dne.....

.....  
razítko a podpis lékaře

Žádost zašlete k rukám vedoucí lékařky do *Hospice sv. Alžběty*  
Kamenná 36, 639 00 Brno ☎ 543 214 761

Převzato z: *Žádost o přijetí pacienta do hospice* [online]. c2008 [cit. 2009-04-30]. Dostupný z WWW: <[http://www.hospicbrno.cz/index.php?option=com\\_docman&Itemid=83](http://www.hospicbrno.cz/index.php?option=com_docman&Itemid=83)>.



# PŘÍLOHA P VII: SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

**HOSPIC**  
sv. Alžběty

## **SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS** **PACIENTA**

Vážená paní, vážený pane,

člověk jako svobodný jedinec má nezadatelné právo na rozhodování o sobě i v otázkách tak citlivých jako je vlastní zdraví. Aby se mohl správně rozhodnout, má mít potřebné znalosti. Proto se na Vás obracíme s následující informací.

Čím více toho o nemocném víme, tím více pro něho můžeme udělat. Proto prosíme Vašeho ošetřujícího lékaře o vyplnění údajů v "Žádosti o přijetí". Její součástí je I písemný svobodný a informovaný souhlas pacienta. "Svobodný" znamená, že si sám nemocný přeje **hospic**, „informovaný“ znamená, že nemocný ví, **co hospic je a co není**. Nechápejte to, prosím, jako pouhou formalitu.

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Je třeba si uvědomit, že lékařská věda v dnešní době může hodně, ale není všemocná. Máte-li to štěstí, že mezi Vámi a lékařem je upřímný a poctivý vztah, možná Vám řekl, že další radikální léčba by pro Vás byla jen zdrojem nových nepříjemných vedlejších účinků, ale život prodloužit nemůže. Zde je pak na místě léčba, kterou Vám může nabídnout hospic. Jejím cílem není prodlužování, ale kvalita života. Chceme se snažit, aby Váš život byl až do svého konce hodnotný. Hospic nemocnému slibuje, že:

- **nebude trpět nesnesitelnou bolestí,**
- **bude vždy respektována jeho lidská důstojnost,**
- **v posledních chvílích nezůstane osamocen.**

Lékař v hospici vědomě upouští od všech léčebných zákroků a postupů, které nemohou zlepšit kvalitu života nemocného. A naopak ordinuje všechno to, co kvalitu života zlepšit může. Toto kritérium je v hospici rozhodující. Přítomnost blízké osoby v hospici je vítaná. Doba návštěv je neomezená.

Chceme, aby váš souhlas byl svobodný a informovaný.  
Máte-li další otázky, rádi je zodpovíme na tel. čísle 543 214 761.

---

ZDE ODSTRÍHNĚTE, horní část si ponechá pacient, dolní přiloží lékař k žádosti o přijetí.

✂

**HOSPIC**  
sv. Alžběty

**SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA**  
příloha k „Žádosti o přijetí do Hospice sv. Alžběty“

**Jméno a příjmení pacienta:** ..... **RČ:** .....

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl pro hospicovou péči svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení. Jsem si vědom toho, že cílem péče není prodloužení života, ale jeho kvalita a že zde nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemohou kvalitu života zlepšit.

V..... dne.....  
.....  
**podpis pacienta**

Převzato z: *Svobodný informovaný souhlas pacienta* [online]. c2008[cit. 2009-04-30]. Dostupný z WWW:<[http://www.hospicbrno.cz/index.php?option=com\\_docman&Itemid=83](http://www.hospicbrno.cz/index.php?option=com_docman&Itemid=83)>.



## PŘÍLOHA P VIII: KVANTILY PEARSONOVA ROZDĚLENÍ

### Kvantily $\chi_p^2(\nu)$ Pearsonova rozdělení

$\nu \backslash p$	0,01	0,025	0,05	0,95	0,975	0,99
1	0,000	0,001	0,004	3,841	5,024	6,635
2	0,020	0,051	0,103	5,991	7,378	9,210
3	0,115	0,216	0,352	7,815	9,348	11,345
4	0,297	0,484	0,711	9,488	11,143	13,277
5	0,554	0,831	1,145	11,070	12,832	15,086
6	0,872	1,237	1,635	12,592	14,449	16,812
7	1,239	1,690	2,167	14,067	16,013	18,475
8	1,647	2,180	2,733	15,507	17,535	20,090
9	2,088	2,700	3,325	16,919	19,023	21,666
10	2,558	3,247	3,940	18,307	20,483	23,209
11	3,053	3,816	4,575	19,675	21,920	24,725
12	3,571	4,404	5,226	21,026	23,337	26,217
13	4,107	5,009	5,892	22,362	24,736	27,688
14	4,660	5,629	6,571	23,685	26,119	29,141
15	5,229	6,262	7,261	24,996	27,488	30,578
16	5,812	6,908	7,962	26,296	28,845	32,000
17	6,408	7,564	8,672	27,587	30,191	33,409
18	7,015	8,231	9,390	28,869	31,526	34,805
19	7,633	8,907	10,117	30,144	32,852	36,191
20	8,260	9,591	10,851	31,410	34,170	37,566
21	8,897	10,283	11,591	32,671	35,479	38,932
22	9,542	10,982	12,338	33,924	36,781	40,289
23	10,196	11,689	13,091	35,172	38,076	41,638
24	10,856	12,401	13,848	36,415	39,364	42,980
25	11,524	13,120	14,611	37,652	40,646	44,314
26	12,198	13,844	15,379	38,885	41,923	45,642
27	12,878	14,573	16,151	40,113	43,195	46,963
28	13,565	15,308	16,928	41,337	44,461	48,278
29	14,256	16,047	17,708	42,557	45,722	49,588
30	14,953	16,791	18,493	43,773	46,979	50,892
31	15,655	17,539	19,281	44,985	48,232	52,191
32	16,362	18,291	20,072	46,194	49,480	53,486
33	17,073	19,047	20,867	47,400	50,725	54,775
34	17,789	19,806	21,664	48,602	51,966	56,061
35	18,509	20,569	22,465	49,802	53,203	57,342
36	19,233	21,336	23,269	50,998	54,437	58,619
37	19,960	22,106	24,075	52,192	55,668	59,893
38	20,691	22,878	24,884	53,384	56,895	61,162
39	21,426	23,654	25,695	54,572	58,120	62,428
40	22,164	24,433	26,509	55,758	59,342	63,691

Převzato z: FRIEDRICH, Václav. *Statistika 1: Vysokoškolská učebnice pro distanční studium*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2002, 398 s. ISBN 80-7082-913-3.



## **PŘÍLOHA P VIX: DOTAZNÍK**

### **DOTAZNÍK**

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Samková a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, obor Všeobecná sestra.

Téma mé bakalářské práce je *Pohled veřejnosti na problematiku umírání a smrti*. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který pro mne bude cenným zdrojem informací. Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze k účelům zpracování dat v závěrečné práci. Dotazník se skládá z 28 otázek. Při vyplňování prosím zvolte jednu variantu z nabízených možností, pokud není uvedeno jinak.

Předem děkuji za Váš čas a poctivé vyplnění dotazníku.

#### **1. Jaké je Vaše pohlaví?**

- Muž
- Žena

#### **2. Kolik je Vám let?**

- 35 - 45
- 46 - 55
- 56 - 65
- 66 a více

#### **3. Jaký je Váš rodinný stav?**

- Svobodný/svobodná
- Ženatý/vdaná
- Rozvedený/rozvedená
- Vdovec/vdova
- Druh/družka

**4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- Základní
- Středoškolské bez maturity
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské
- Jiné.....

**5. Jste věřící?**

- Ano
- Ne

**6. Pracujete ve zdravotnictví?**

- Ano
- Ne

**7. Jak hodnotíte současnou úroveň péče o umírající?**

- Jako dostatečnou
- Jako nedostatečnou
- Nevím, nedokážu posoudit

**8. Myslíte si, že se v porovnání s minulostí změnil postoj společnosti k umírání?**

- Ano
- Ne

**9. Domníváte se, že dříve bylo téma umírání více tabuizované?**

- Ano
- Ne

**10. Péče o umírající se ve srovnání s minulostí dle Vašeho názoru:**

- Zlepšila
- Zhoršila
- Je na stejné úrovni
- Nevím, nedokážu posoudit

**11. Znáte některou z možností péče o umírající?**

- Ano
- Ne

**Pokud ano, uveďte prosím jakou.....**

**12. Kde jste získal/a informace o péči o umírající? (Lze uvést více možností)**

- Z internetu
- Z médií
- Od zdravotnického personálu
- Od příbuzných a přátel
- Jiné.....

**13. Ocenil/a byste více informací?**

- Ano
- Ne

**14. Víte, která zařízení se specializují na péči o umírající?**

- Hospic
- Nemocnice
- Penzion pro seniory
- Jiné.....

**15. Jaká péče o umírající je podle Vás nejkvalitnější?**

- Hospicová péče
- Nemocniční péče
- Domácí péče
- Nevím, nedokážu posoudit

**16. Připadá Vám počet hospicových zařízení dostatečný?**

- Ano
- Ne
- Nevím, nedokážu posoudit

**17. Víte, co znamená pojem paliativní péče?**

- Ano
- Ne

**18. Víte, co znamená pojem hospicová péče?**

- Ano
- Ne

**19. Pro koho je určena paliativní péče?**

- Pro seniory
- Pro nemocné
- Pro umírající
- Pro umírající a jejich blízké
- Nevím

**20. Jaké jsou hlavní aspekty paliativní péče? (Lze uvést více možností)**

- Zmírnění bolesti
- Psychická podpora
- Zachování lidské důstojnosti
- Péče o pozůstalé
- Nevím

**21. Máte zkušenosti s péčí o umírajícího?**

- Ano
- Ne

*Pokud ne, přejděte prosím na otázku č. 26*

**22. Vyskytly se nějaké nedostatky při péči?**

- Ano
- Ne

**Pokud ano, o jaké nedostatky se jednalo?** (Lze uvést více možností)

- Finanční nejistota
- Časová tíseň
- Problémy v zaměstnání
- Rodinné vztahy
- Nevhodné bytové podmínky
- Jiné.....

**23. Ocenil/a byste více informací při doprovázení umírajícího?**

- Ano
- Ne

**24. Která zařízení jste využíval/a?**

- Hospic
- Nemocnice
- Žádná
- Jiné.....

**25. Co považujete za nejdůležitější při péči o umírajícího? (Lze uvést více možností)**

- Rodinné zázemí
- Odborná zdravotnická pomoc
- Finanční zajištění
- Návštěva psychologa
- Návštěva duchovního
- Možnost využití odlehčovacích služeb (respitní péče)
- Jiné.....

**26. Které zařízení byste využil/a při péči o umírajícího, pokud by to bylo nutné?**

- Lůžkový hospic
- Domácí hospic
- Nemocnice
- Žádné

**27. Myslíte si, že téma eutanázie je v dnešní společnosti více diskutované?**

- Ano
- Ne
- Nevím, nedokážu posoudit

**28. Souhlasíte s legalizací eutanázie v ČR?**

- Ano
- Ne
- Nepřemýšlel/a jsem nad tím

## DOPLŇUJÍCÍ OTÁZKY

Na závěr bych Vás chtěla požádat o zodpovězení následujících otázek. Vaše odpovědi pro mne budou cenné z hlediska doplnění informací a umožní mi podrobněji zpracovat baka-  
lářskou práci . Je však pouze na Vás, zda na ně odpovíte.

Děkuji a přeji hezký den.

### **1. Čeho se sám/a bojíte na umírání?**

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

### **2. Co si představujete pod pojmem důstojná smrt?**

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

### **3. Dokážete si představit, jaké potřeby má umírající člověk?**

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

### **4. Co navrhuje pro zlepšení kvality péče o umírající?**

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

# PŘÍLOHA P X: POTVRZENÍ O ÚČASTI NA 5. MEZINÁRODNÍ KONFERENCI SESTER DOMÁČÍ PÉČE





**PŘÍLOHA P XI: POZVÁNKA NA MEZINÁRODNÍ SYMPÓZIUM  
OŠETROVATELSTVO 21. STOROČIA V PROCESSE ZMIEN**

**UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE  
FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA  
KATEDRA OŠETROVATELSTVA**

**UNIVERSITY OF DEBRECEN  
FACULTY OF HEALTH**

**KARLOVA UNIVERZITA V PRAZE  
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Vás pozývajú na medzinárodné sympóziium**

**OŠETROVATELSTVO 21. STOROČIA  
V PROCESSE ZMIEN**



**10. -11. september 2009**

**NITRA**