

Informovanost o paliativní hospicové péči u studentů nezdravotnických bakalářských oborů Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně

Eva Doleželová

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva Doleželová**

Osobní číslo: **H120245**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Informovanost o paliativní hospicové péči u studentů
nezdravotnických bakalářských oborů Univerzity
Tomáše Bati ve Zlíně**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek se zaměřením na paliativní a hospicovou péči.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace dotazníkového šetření u studentů nezdravotnických bakalářských oborů na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Shrnutí výsledků šetření a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

MUNZAROVÁ, Marta. Eutanazie, nebo paliativní péče? 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-6535-8.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. Paliativní péče: pro sestry všech oborů. 1. české vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. 1. vyd. Praha: ECCE HOMO, 1995. ISBN 80-902049-0-2.

VORLÍČEK, Jiří. Paliativní medicína. Vyd. 1. Editor Jiří Vorlíček, Zdeněk Adam. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-716-9437-1.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.**

Ústav zdravotnických věd

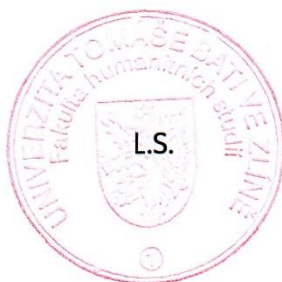
Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **23. května 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014



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



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 20. 2. 2019

.....
Jolízeta

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Tématem mé bakalářské práce je „Informovanost o paliativní hospicové péči u studentů nezdravotnických bakalářských oborů Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně“. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se zaměřuje na historii, rozdělení, zásady a princip péče v zařízení paliativní hospicové péče. Dále se zabývá životem pacientů v hospici, význam paliativních hospicových zařízení, vliv práce v hospicových zařízeních na zdravotnické pracovníky. V posledním úseku teoretické části se zaměřím na důstojné umírání nemocných v hospicovém zařízení.

Praktická část zjišťuje pomocí dotazníkového šetření vědomosti o hospicové paliativní péči u studentů nezdravotnických bakalářských oborů na Univerzitě Tomáše Bati. Součástí je zpracování a vyhodnocení zjištěných dat pomocí tabulek a grafů s uvedenými slovními komentáři.

Klíčová slova: hospic, péče, pacient, paliativní

ABSTRACT

Topic of my Bachelor thesis is „Awareness of Hospice Palliative Care for Non-medical Students of Bachelor Programs at Tomas Bata University in Zlin.“. Thesis is divided into the theoretical and practical part.

The theoretical part focuses on the history, classification, rules and principles of palliative care in hospice care. It also deals with the lives of patients in a hospice, the importance of palliative hospice facilities and the impact of work in hospice facilities on medical workers. In the last section of the theoretical part I will focus on the dignified dying of patients in hospice.

The practical part consists of a survey about knowledge of hospice palliative care of non-medical students of Bachelor programs at Tomas Bata University. It also includes the evaluated data in charts and graphs with verbal comments.

Keywords: hospice, care, patient, palliative

Poděkování

Děkuji panu doc. MUDr. Miroslavu Kalovi, CSc. za vedení mé bakalářské práce, drahocenné rady a připomínky, které mi byly poskytnuty a pomohly mi při zpracování této práce. Velké díky také patří mé rodině za podporu a trpělivost po celou dobu mého studia.

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

Motto

„Nikdo nesmí zavírat oči a myslet si, že utrpení,
od něhož se odvrátil, vlastně neexistuje.“

Albert Schweitzer

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 PALIATIVNÍ PÉČE	13
1.1 DEFINICE.....	13
1.2 DĚJINY POJMŮ HOSPIC A PALIATIVNÍ PÉČE.....	14
1.3 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE V ČR	15
1.4 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE	18
1.4.1 Obecná paliativní péče	18
1.4.2 Specializovaná paliativní péče	18
1.5 MODERNÍ ZÁSADY PALIATIVNÍ PÉČE	19
1.6 KTEŘÍ PACIENTI MOHOU MÍT PROSPĚCH Z PALIATIVNÍ PÉČE?.....	20
1.7 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI.....	20
1.8 FINANCOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE	21
2 HOSPICOVÁ PÉČE	22
2.1 KRITÉRIA PRO PŘIJETÍ.....	22
2.2 ŽIVOT V HOSPICI.....	23
2.3 PŘEHLED HOSPICŮ V ČR	23
2.4 HOSPICE VE SVĚTĚ	24
3 PROBLEMATIKA SOUVISEJÍCÍ S PALIATIVNÍ HOSPICOVOU PÉČÍ.....	27
3.1 UMÍRÁNÍ	27
3.1.1 Příznaky a klinické projevy umírání	27
3.2 POSTOJ KE SMRTI.....	27
3.2.1 Jak jsou na tom sestry?.....	28
3.3 KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍMI	28
3.3.1 Předpoklady pravdivé komunikace	29
3.3.2 Základní sociální potřeby člověka na konci života	29
3.4 OCHRANA LIDSKÝCH PRÁV A DŮSTOJNOSTI SMRTELNĚ NEMOCNÝCH A UMÍRAJÍCÍCH	30
3.5 CO PROŽÍVÁ NEMOCNÝ A JEHO NEJBLIŽŠÍ.....	31
3.5.1 Reakce nemocného na sdělení špatné prognózy	31
3.6 EUTANÁZIE	32
3.7 POMOC PŘÍBUZNÝM.....	33
3.8 INFORMAČNÍ PORTÁLY VĚNUJÍCÍ SE TĚTO PROBLEMATICE.....	33
3.9 ZÁTĚŽOVÉ FAKTORY PRACOVNÍHO PROSTŘEDÍ	34
3.10 SYNDROM VYHOŘENÍ	34
3.10.1 První varovné příznaky	34
3.10.2 Fáze syndromu vyhoření	35
3.10.3 Prevence syndromu vyhoření	35
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
4 CÍLE	37

4.1	DÍLČÍ CÍLE	37
5	METODIKA PRÁCE.....	38
5.1	VÝZKUMNÁ METODA	38
6	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	40
6.1	ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKU.....	40
	ZÁVĚR	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	66
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	68
	SEZNAM GRAFŮ A OBRÁZKŮ	69
	SEZNAM TABULEK.....	70
	SEZNAM PŘÍLOH.....	71

ÚVOD

Na sklonku minulého tisíciletí se život začal postupně měnit. Po vývoji medicíny se začala rapidně prodlužovat délka života, změnilo se i jeho tempo a pokrok ve vědě a technice způsobil, že se nám žije daleko pohodlněji.

Žijeme déle a máme odlišný životní styl, než měli naši předkové, což má za následek větší výskyt obtížně léčitelných či neléčitelných nemocí, které dříve nebyly tak časté nebo se dokonce vůbec nevyskytovaly. Dříve se o nevléčitelně nemocného mnohdy postarala rodina, dnes je to kvůli zaměstnání často nemožné.

Proto je dnes paliativní péče v mnoha ohledech nutností a jak v odborné, tak laické veřejnosti je často diskutována. Zajímalo mě, jak jsou studenti většiny oborů mé alma mater informováni o tomto druhu pomoci nevléčitelně nemocným, proto jsem si pro tuto práci zvolila téma „*Informovanost o paliativní hospicové péči u studentů nezdravotnických bakalářských oborů na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně*“. V problematice paliativní péče se orientuji. V těchto zařízeních jsem absolvovala praxi, kde mě tento druh péče oslovil a začala jsem se mu věnovat hlouběji.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí: první je teoretická a druhá praktická.

Teoretická část se dělí na informace o třech druzích péče. První z nich je paliativní, kde rozebírám definici, dějiny, rozdělení a moderní zásady tohoto druhu péče. Dále se v této kapitole dotknu i vhodnosti typů pacientů pro tento druh péče a volbu vhodné komunikace s nimi. Nakonec popíši problematiku financování. Druhou kapitolou je hospicová péče. Zde jsou popsána kritéria pro přijetí, jak vypadá život v hospici a kolik je hospiců na území České republiky a ve světě. Poslední kapitolou v teoretické části je „*Problematika související s paliativní hospicovou péčí*“, která obsahuje deskripci problematiky jakou je třeba umírání, postoj ke smrti, komunikace s umírajícími obecně, ochrana lidských práv a eutanázie. V této kapitole se zmiňuji i o možnostech pomoci příbuzným a kde mají získat informace. Z hlediska pracovníka v zařízení poskytujícím paliativní péči je zde i část věnující se zátěžovým faktorům a syndromu vyhoření.

Praktická část této práce není ničím jiným, než kvantitativním výzkumem zaměřeným na studenty nezdravotnických oborů Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Tento výzkum probíhal dotazníkovým a internetovým šetřením s vyloučením Fakulty logistiky a krizového řízení, neboť se nenachází ve Zlíně, ale v Uherském Hradišti a dotazníků pocházejících od studentů a studentek zdravotnických oborů vyučovaných na Fakultě humanitních studií, protože tyto obory by měly mít o této problematice nějaké povědomí a výsledky by nebyly

tolik objektivní. Dotazník, který byl totožný pro obě varianty distribuce je přítomen jako příloha k této bakalářské práci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

„Paliativní péče je aktivní péče poskytována pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.“ (Skála, 2011, s. 3)

1.1 Definice

„Zcela uspokojující definice paliativní medicíny či paliativní péče zřejmě neexistuje. V USA se termín „hospice“ často používá pro paliativní péči, ale mnoho lidí si pod pojmem hospice představují budovu nebo instituci, kde je nemocný umístěn. Pro ilustraci uvádíme některé často citované definice paliativní medicíny: Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.“ (Vorlíček, 2004, s. 24)

Velká Británie 1987

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ (Vorlíček, 2004, s. 24)

WHO 1990

„Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním, kvalifikovaným zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a duchovních problémů se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a jejich rodin.“ (Vorlíček, 2004, s. 24)

V definicích se hovoří o nemocných, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu, kteří trpí progredujícím, pokročilým onemocněním. Paliativní péče a léčba se tedy netýká jen lidí bezprostředně před smrtí, ale i v průběhu trvání onemocnění, kdy mají být kontinuálně řešeny všechny potíže s onemocněním spojené. Velmi důležité je, že dle definice WHO paliativní medicína zahrnuje léčbu a péči nejen o pacienta, ale i o jeho blízké. A tato definice průlomově zahrnuje, že nemocný a jeho blízcí jsou jednou jednotkou a že pokud

je jim péče věnována odděleně, nebo jedné části neposkytována vůbec, nemůžeme hovořit o kvalitní paliativní péči a léčbě. (Marková, 2010, s. 19)

1.2 Dějiny pojmů hospic a paliativní péče

Myšlenka komplexní péče o těžce nemocného pacienta, nejen o jeho „tělo“, ale také o jeho duši byla v tradici evropské medicíny přítomna po staletí. Již ve středověku vznikaly při některých kláštorech útulky pro těžce nemocné a zmrzačené. V roce 1842 bylo založeno v Lyonu Jeanne Garnierovou Společenství žen, ve kterém působily především vdovy a plně se věnovaly péči o nevléčitelně nemocné. V roce 1874 byl otevřen tímto společenstvím první dům pojmenovaný Hospic a to v Paříži. Název „Hospic“ získal svůj význam právě v souvislosti s dílem J. Garnierové, a stal se místem, kam byli přijímáni pacienti na sklonku života. V roce 1878 založila Marie Aikenheadová v Dublinu společenství Sestry lásky, jejímž hlavním cílem bylo doprovázet nemocné při umírání. Společenství Sestry lásky založilo několik domů v Irsku a Anglii např. hospic sv. Josefa v Londýně. Zde po válce pracovala nejprve jako zdravotní sestra a po ukončení studii jako lékařka Cicely Saundersová. V 50. letech 20. století se zasloužila o postupné formování zásad lékařské péče, přizpůsobené potřebám a situaci nemocných, kterým tehdejší medicína nemohla nabídnout vyléčení. Její výzkumy o použití morfinu při léčbě chronické nádorové bolesti byly významné. Jejím vzorem při práci byl známý psycholog Carl Rogers, byla ovlivněna především jeho myšlenkami o naslouchání a komunikaci s nemocným. Mezi základní myšlenky C. Saundersové a celého hospicového hnutí se může považovat její návrh „celkové bolesti“. Podle tohoto pojetí je tělesná bolest nerozlučně spjata a navzájem se ovlivňuje s utrpením v jiných oblastech např. psychické, sociální a duchovní. Obzvláště u umírajících je tato provázanost zcela zásadní a nelze mírnit odděleně jednotlivé složky bolesti. V roce 1967 založila C. Saundersová hospic sv. Kryštofa na předměstí Londýna, zde je péče o terminálně nemocné zajištěna poprvé profesionálním týmem. S rozvojem moderní medicíny zůstalo toto pojetí od určité míry v pozadí. Na druhou stranu byl důvodem k optimismu v 2. polovině 20. století rozvoj medicíny a její převratné úspěchy (antibiotika, transplantace orgánů, možnosti podpůrných vitálních funkcí). Převládalo mylné přesvědčení, že lidstvo časem zvítězí nad všemi chorobami. Pacienti, u kterých veškerá léčba selhala, se často ocitali na pokraji zájmů zdravotníků. Jejich názor můžeme najít ve tvrzení, že s pacientem, kterého nemůžeme vyléčit, se již „nic nedá dělat“. Jako reakce (často protest) na výše uvedené vzniká Hospicové hnutí, které proti tvrzení „nic se nedá dělat“, staví tvrzení, že bez

ohledu na diagnózu a nepříznivou prognózu nemoci, můžeme něco udělat ke zkvalitnění zbývajících života nemocného. Právě „ono“ něco je hlavním smyslem a obsahem hospicové a paliativní péče. Vztah mezi prvními hospici a klasickou medicínou byl a v některých oblastech je i dodnes napjatý. Často bylo vytýkáno aktivisty hospicového hnutí, které tvořili nezdravotníci a nižší zdravotní personál, že péče o umírající je v nemocnicích nepřiměřená, příliš agresivní a málo empatická. Ze strany medicíny vycházela kritika hospiců, na neprofesionalitu, podceňování výsledků výzkumu a přílišný důraz na duchovní aspekty péče. Dalo by se říci, že v dnešní době je již nevráživost mezi hospicovou a paliativní péčí a akademickou medicínou překonána. V mnoha samostatně stojících hospicích jsou aplikovány nejmodernější léčebné postupy a probíhá zde výzkum. A naopak v mnoha nemocnicích je snaha využívat léčebné postupy ověřené v hospicích. Hospicové hnutí se rozvíjelo v několika podobách. Po samostatně stojících hospicích často následovala domácí hospicová péče. Péče poskytovaná v domácnosti pacienta se rozvinula zejména v USA a ve Velké Británii. Existují také denní hospicové stacionáře, které jsou provozovány při některých hospicových zařízeních.

V roce 1975 bylo založeno první oddělení paliativní péče dr. Balfourem Mountem v Royal Victoria Hospital v Montrealu. Tento název „paliativní péče“ zvolil proto, aby předešel nedorozuměním s pejorativními konotacemi slova „hospic“ ve francouzštině. Návrh paliativní péče vychází ze zásad hospicového hnutí, nestaví se však proti medicíně. Naopak se snaží o zavádění postupů hospicové péče v nemocničních podmínkách. Nově vznikají paliativní konziliární týmy, které působí v mnoha akutních nemocnicích v západní Evropě a USA. Již v roce 1986 byla ve Velké Británii uznána paliativní medicína jako samostatný lékařský obor. (Vorlíček, 2012, s. 219, 220)

1.3 Historie paliativní péče v ČR

Prvním organizovaným společenstvím byly již ve středověku rytířské řády, jejichž posláním bylo ošetřovat raněné a nemocné. Kolem roku 1232 se do Čech dostávají templáři, jejichž posláním byla péče o nemocné ve špitálech a poutníky putující do svaté země. Dle latinských pramenů z 12. století, byla potvrzena existence špitálů řádu maltézkých rytířů v Praze na Malé Straně, který sloužil jako dům pro pocestné. Špitály plnily funkci sociální, lidem zde byl umožněn nocleh, strava a odpočinek. Útočiště ve špitálech začali vyhledávat i místní občané, kterým byla poskytnuta péče, tuto pomoc vyhledávali především staří, nemocní a chudí. Hlavním posláním špitálů bylo ochránit nemocné před hroz-

bou smrti bez poskytnutí duchovních služeb, zpovědi, posledního pomazání a také křesťanského pohřbu.

Důležitou roli v historii péče o nemocné a umírající zaujímá církev a rodina. Pomoc trpícímu byla ryze charitativní. Vycházela z hlubokých humánních tradic a náboženského přesvědčení. Charita (latinsky milosrdná láska) patří již od počátku církve k podstatě jejího života. O nemocné pečovali již ve středověku, samotná péče se soustředila kolem klášterů. Křesťanská církev zakládala zařízení jako např. gerontotrofium, ptochotrofium, xenodochium, nosokomium. V této době se o nemocné a umírající nestarala pouze církev. V 10. století vznikaly první hospice (útulky pro nemocné, chudé a umírající) na území Prahy. V těchto pracovaly civilní pracovnice, bez odborného vzdělání.

Významnou osobností byla i sv. Anežka Česká a Zdislava z Lemberka, které významně přispěly k péči o nemocné. V roce 1232 založila sv. Anežka Česká špitál sv. Františka, kromě toho začala v jedné z nejchudších čtvrtí na břehu Vltavy stavět ženský a mužský minoristký klášter – v současnosti známý jako klášter „Na Františku“. Matkou chudých lidí nazývali Zdislavu z Lemberka, u nich vždy našli laskavé přijetí poutníci, nemocní a chudí.

Významným zlomem ve zdravotnictví byl rok 1348, kdy byla založena univerzita respektive lékařská fakulta, která měla vychovávat doktory medicíny, odborníky na léčbu a péči o nemocné. Tito lékaři také působili jako poradci panovníkům v oblasti prevence, ale hlavním cílem jejich práce bylo zabránění vzniku epidemií, kterých bylo v tomto období velké množství.

V 15. století se v Čechách nacházelo 270 špitálů, v tuto dobu vypracoval Pavel Žídek návrh na výstavbu městského špitálu, kde pečovali o chovance z různých důvodů (chudoba, stáří, umírání atd.).

V 16. Století se u nás velice rozmohla péče v domácím prostředí o nemocné a umírající, která zahrnovala i pomoc o pečující. První pohřební bratrstvo vzniklo v roce 1564, jeho služeb mohla využít celá obec. Prvotní myšlenka založení bratrstva vychází z judaismu. Podle tradic v judaismu se prováděly poslední obřady u umírajících a byly nápomocní rodinám při vyřizování pohřbu. (Vaňásek, 2013, s.8 – 10)

Od 17. Století se uvádí vznik klasických nemocnic na našem území – významně přispěl i František Josef I, za své vlády. V roce 1863 bylo zavedeno občanské právo, které ukládalo obcím povinnost starat se o chudé, nemocné, staré a umírající občany, což může

být vnímáno jako vznik sociální péče u nás. V nově vzniklých chudobincích, starobincích a nemocnicích pro chudé pracovaly ošetřovatelky, které byly většinou řádové sestry bez odborného vzdělání, z čehož vyplývá, že péče nebyla dostatečná. Ke konci 19. století některé nemocnice nesměly přijímat chronicky nemocné, s tuberkulózou, s nádorovým onemocněním, revmatiky, diabetiky apod. Tito byli odkázáni na domácí péči, která nebyla tak kvalitní a velice často měla nejistou budoucnost. Pokud se o nemocného neměl kdo postarat, končival v chudobinci nebo chorobinci.

První ošetřovatelská škola byla založena v roce 1874 za přispění Karolíny Světlé a Elišky Krásnohorské. Tato škola vychovávala studentky pro práci ve špitálech, ale i pro preventivní terénní činnost.

Za první republiky došlo k velkému rozvoji péče o nemocné a umírající. Na rozvoji péče se podílí stát, dobročinné organizace i církve. Po roce 1918 vznikaly charitativní organizace. Československý červený kříž byl založen v roce 1919, díky velké pomoci Alice Masarykové. V roce 1928 byl v Praze otevřen první zaopatřovací neboli sociální ústav, který měl navracet zdraví dětem a trávit klidná poslední léta života starcům a stařenkám. V roce 1929 byla založena prof. Rudolf Eiselt v Praze Klinika nemoci stáří, která byla jedinou takovou na světě. Od 2. světové války došlo k velkému rozvoji ústavní péče, což výrazně změnilo tzv. tradiční model umírání.

Od roku 1954 vznikaly první domovy důchodců. V 70. letech 20. století vznikaly domy s pečovatelskou službou a léčebny dlouhodobě nemocných. V 80. letech byla zřizována specializovaná geriatrická a gerontologická oddělení a ambulance při klasických nemocnicích. Pro zkvalitnění domácí péče začaly vznikat specializované agentury, z nichž jako první vznikla roku 1990 agentura NIKE, při Krajské nemocnici v Pardubicích.

K největšímu rozmachu paliativní hospicové péče na území České republiky došlo po roce 1989. Díky poznatkům ze zahraničí bylo vybudováno několik nestátních hospiců. V roce 1955 byl otevřen první hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Roku 1992 bylo otevřeno první zařízení paliativní péče v TRN v Babicích nad Svitavou. V dnešní době je paliativní péče dobře dostupná a na vysoké úrovni je kvalita léčby, ale neustále se potýká s finančními problémy. (Vaňásek, 2013, s. 8 – 10)

1.4 Rozdělení paliativní péče

1.4.1 Obecná paliativní péče

„Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována v rámci jejich jednotlivých odborností. Jejím základem je sledování, rozpoznávání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života (např. léčba nejčastějších symptomů, respekt k pacientově autonomii, citlivosti a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, manažerská zdatnost při zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.). Obecnou paliativní péčí by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.“

1.4.2 Specializovaná paliativní péče

„Specializovaná paliativní péče je aktivní odborná interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzdělaní. Tento tým tvoří lékař, sestry, sociální pracovník, případně psycholog, fyzioterapeut, pastorační pracovník, koordinátor dobrovolníků a další odborníci. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu.“

„Specializovaná paliativní péče může mít různé organizační formy:

- a) **Zařízení domácí paliativní péče** (tzv. „domácí hospic“ či „mobilní hospic“) poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientům formou návštěv lékaře-specialisty, sester, ošetrovatelů, dobrovolníků, případně dalších odborníků. Garantuje trvalou dostupnost péče po 24 hodin denně 7 dnů v týdnu. Důležitou součástí je komplexní podpora pacientovy rodiny a jeho blízkých, kteří se obvykle aktivně na péči podílejí.
- b) **Hospic** je samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči především pacientům v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění (obvyklá délka pobytu je 3-4 týdny). Důraz je kladen na individuální potřeby a přání každého nemocného a na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Tohoto cíle je mimo jiné dosahováno snahou o osobitou a domácí atmosféru, maximálním soukromím pacientů (obvykle jednolůžkové pokoje), volným režimem pro návštěvy a dobrou dopravní dostupností hospice. (Sláma, 2004, s. 24, 25)

- c) **Oddělení paliativní péče (OPP)** v rámci jiných zdravotnických zařízení (nemocnice, léčebny) pečuje o nemocné, kteří potřebují komplexní paliativní péči a současně potřebují pro diagnostiku a léčbu ostatní služby a komplement nemocnice. OPP usiluje o realizaci hospicového ideálu v rámci možností daného zařízení. OPP slouží jako lůžková základna pro konziliární tým paliativní péče. OPP ve fakultních nemocnicích mají významnou funkci edukační a výzkumnou.
- d) **Konziliární tým paliativní péče** v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny). Tato forma zajišťuje interdisciplinární expertní znalost z oblasti paliativní péče v lůžkových zařízeních různého typu. Posiluje kontinuitu péče (pacient zůstává na oddělení, kde byl doposud léčen a které zná) a vedle přímého ovlivnění kvality paliativní péče přispívá také k edukaci personálu na ostatních odděleních. Minimální složení takového týmu: lékař, sestra a sociální pracovník.
- e) **Specializovaná ambulance paliativní péče.** Zajišťuje ambulantní péči pacientům, kteří pobývají v domácím prostředí nebo v zařízeních sociální péče. Obvyklá je úzká spolupráce s praktickým lékařem, zařízeními obecné domácí péče a specializované paliativní péče. Ambulance paliativní péče někdy působí při lůžkových hospicích, při odděleních paliativní péče lůžkových zařízení, případně jako součást zařízení domácí paliativní péče.
- f) **Denní stacionář paliativní péče** („denní hospicový stacionář“). Formou denních návštěv pacienta ve stacionáři pomáhá řešit zdravotní problémy pacienta a současně nabízí komplexní edukační, relaxační a rekreační aktivity podle potřeb a možností pacienta. V zahraničí je obvyklá úzká vazba těchto denních stacionářů na lůžkový hospic.
- g) **Zvláštní zařízení specializované paliativní péče** (např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.)“ (Sláma, 2004, s. 24, 25)

1.5 Moderní zásady paliativní péče

- „Neodvrací se od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života
- Dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií nevléčitelných a ke smrti směřujících onemocnění

- Je založena na interdisciplinární spolupráci a integruje v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty
- Vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení
- Zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých
- Nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek po smrti blízkého člověka
- Vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením“ (Sláma, 2004, s. 10)

1.6 Kteří pacienti mohou mít prospěch z paliativní péče?

- „Nádorová onemocnění
- Konečná stádia chronického srdečního selhání, chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN)
- Jaterní cirhózy, onemocnění ledvin
- Neurologická onemocnění typu demence, roztroušené sklerózy, amyotrofické laterální sklerózy, imobilizační syndromy po cévních mozkových příhodách
- Polymorbidní geriatrickí pacienti
- Konečná stádia AIDS
- Pacienti v perzistentním vegetativním stavu“ (Sláma, 2007, s. 27)

1.7 Komunikace v paliativní péči

Hlavním bodem úspěšné komunikace mezi pacientem a zdravotníkem je citlivá a otevřená informovanost pacienta o svém zdravotním stavu, povaze nemoci a tedy i pravděpodobné prognóze. Ke každému pacientovi je nutno přistupovat individuálně a rozsah a způsob sdělení je nutné přizpůsobit celkovému psychickému stavu pacienta. Nutností je srozumitelně informovat pacienta o možnostech využití protinádorové léčby, ale rovněž o tom jaká je možná pravděpodobnost účinků léčby, o riziku léčby a nežádoucích účincích. Při určování cílů léčby je nutné brát ohled na pacientova přání. Vždy by měla být léčba společným návrhem informovaného pacienta a lékaře. Onkologicky nemocní pacienti se

často zabývají existenčními otázkami o smyslu života, na což by měl být připraven zdravotnický personál a pacienta by měl vyslechnout, poradit mu a nikoli ho odmítat. Pokud se k rozhovoru na toto téma zdravotník necítí být dostatečně erudován, měl by za sebe najít dle přání pacienta dostatečně erudovanou osobu (člen rodiny, přítel, duchovní, lékař, psycholog atd.). (Vorlíček, 2012, s. 221)

1.8 Financování paliativní péče

„V zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění je mezi typy péče hrazené ze zdravotního pojištění uvedena péče poskytovaná v zvláštním lůžkovém zařízení hospicového typu „léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu“ (§ 22a Zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková) a v domácím prostředí „domácí zdravotní péče, pokud je poskytována na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péče o pojištěnce v terminálním stavu“ (§ 22 Zvláštní ambulantní péče).“ (Sláma, 2013, b.s)

2 HOSPICOVÁ PÉČE

Hospicová péče se zabývá poslední fází života na sociální, fyzické a psychické úrovni. Dříve tuto funkci plnila rodina a sousedé, ale nyní je to považováno spíše na úkol společenský „funkční“. Musíme si uvědomit, že umírání je součástí života. Tato zařízení akceptují požadavky umírajících lidí a tímto v souladu s myšlenkou hospice zhodnocují a humanizují umírání. Podstatným prvkem hospicové péče je individuální přístup ke každému pacientovi. (Student, 2006, s. 36)

2.1 Kritéria pro přijetí

„Do hospicové péče bývají přednostně přijímáni lidé, u nichž je výhled na dožití omezen na týdny nebo několik málo měsíců (více než 80% dospělých pacientů v hospici trpí rakovinou nebo AIDS). Kritéria pro přijetí většinou vylučují lidi s dlouhodobým onemocněním, vedoucím ke smrti. Pravidlo, o kterém je třeba vést diskuzi, ovšem ukazuje meze hospice. Odráží se rovněž při ambulantní péči o umírající. Ta je možná v takovém případě, kdy alespoň jedna osoba převezme odpovědnost za péči. Osamocení lidé jsou většinou odkázáni na stacionární hospic. To je zapotřebí zdůraznit, jelikož těžiště všech hospiců spočívá v ambulantní práci, umožňující co největšímu počtu lidí zemřít doma. (Tausch/Tausch 1985; Tausch 1988) Počet pacientů v ambulantní péči tedy značně převyšuje počet umístěných ve stacionárním zařízení. Pro přijetí do stacionárního hospice platí užší kritéria, mezi nimiž zdůrazňujeme potřebnost psychosociální péče. Je zapotřebí, aby stacionární hospice byly na tyto terminálně nemocné pacienty připraveny - personálně, prostorově i svým vybavením.

Základní kritéria pro přijetí

1. Dotyčný člověk trpí jedním z následujících čtyř druhů nemoci:
 - a) Onkologickým onemocněním s metastázami, pokročilými i po léčbě
 - b) Infekčním onemocněním AIDS
 - c) Onemocněním nervového systému s pokračujícím ochrnutím
 - d) Konečným stavem chronického onemocnění ledvin, jater, srdce nebo plic
2. Lze již určit konkrétní, individuální příčinu smrti (např. selhání ledvin, srdce, dýchání, již nevléčitelná otrava krve);
3. Dotyčný člověk, jeho rodina a pokud možno též ošetřující lékař znají a schvalují princip hospicové péče a terapie. Nepřejí si již další vyšetření nebo další způsob

léčby, a souhlasí s tím, že se další zacházení s pacientem soustředí na zmírňování doprovodných obtíží. To především znamená, že pacientovi nebude podávána výživa proti jeho vůli, umělé dýchání ani trvalá infuzní terapie.“ (Student, 2006, s. 41)

2.2 Život v hospici

Ve většině zdravotnických zařízení je režim dne jasně stanovený, a tímto se režim dne v hospici zásadně liší. Veškeré prováděné činnosti jsou přizpůsobované nemocnému a jeho momentálnímu zdravotnímu stavu, proto jsou možné neomezené návštěvy rodiny a jeho příbuzných 365 dnů v roce a to i v noci. Ve většině hospicových zařízení jsou nemocní ubytováni na jednolůžkovém pokoji a mají dostatek soukromí a klidu. Dále je brán ohled na dlouholeté zvyky pacienta (vypítí skleničky vína před spaním apod.). Pokud je zdravotní stav uspokojivý může nemocný kdykoliv mimo budovu hospice a to buď s rodinnými příslušníky, anebo s dobrovolníkem. Může navštívit park, cukrárnu apod. Jelikož je, ale většina pacientů imobilních je více využíváno vyvezení lůžka s nemocným do zahrady nebo na terasu. Příjemným zpestřením života v hospici bývají různě kulturní akce, jako jsou např. výstavy obrazů v jeho prostorách, krátké koncerty, bohoslužby a nejoblíbenější bývají dětské vystoupení. (Vorlíček, 2004, s. 514)

2.3 Přehled hospiců v ČR

„ Hospic Štrasburk, o.p.s., Praha 8 - Bohnice

Hospic dobrého Pastýře, Tři, o.p.s., Čerčany

Domácí hospic Jordán o.p.s., Tábor

Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s., Prachatice

Hospic sv. Lazara, z.s., Plzeň

Hospic sv. Štěpána, z.s., Litoměřice

Hospicová péče sv. Zdislavy, o.p.s., Liberec

Hospic Anežky České, Červený Kostelec

Domácí hospic Vysočina, o.p.s., Nové Město na Moravě

Hospic sv. Alžběty, o.p.s., Brno

Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc

Hospic Citadela – Diakonie CCE, Valašské Meziříčí

Hospic sv. Lukáše, Ostrava - Výškovice „,

(Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, 2010)

2.4 Hospice ve světě

Regulatory standards

„Hospices in the United Kingdom operate under self-imposed regulations. Each hospice has its own set of criteria that varies from hospice to hospice. According to the Working Party on Guidelines in Palliative Care: There is talk of accreditation of hospices by outside bodies, but as yet there is no existing professional machinery to perform this duty There is also no indication of universal acceptance that [accreditation] standards will be accepted in favor of the self-imposed arrangements. The United Kingdom National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Service and the Hospice Information Service at Saint Christopher’s also provide research and resource information, as well as advocacy for the terminally ill.“ (Chapman, 2000)

Standardy péče

Hospice ve Velké Británii jsou provozovány pod vlastními regulacemi. Každý hospic má svá vlastní kritéria, pod kterými funguje. Ta se liší hospic od hospice. Existují ale Hospicové informační služby a United Kingdom National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Service, které se podílejí na výzkumu, šíření informací a v neposlední řadě také o obhajování práv nevyléčitelně nemocných.

Demographics

„At the time of this study, there were 125 independent voluntary inpatient hospices, 11 Marie Curie homes, and nine Sue Ryder Foundation homes in the United Kingdom. The survey included inpatient, home care, and day care providers. In 1994-1995, 30,063 new patients were admitted to palliative care units. There were slightly more females (50.3 percent) than males (49.7 percent). The average length of stay was 13.5 days. Fifty-four percent of deaths occurred at the unit. The home care population showed similar results. There were 40,375 new patients admitted. Sixty percent of the patients were over 65 years old, with 51.4 percent female and 48.6 percent male. Some 96.3 percent of the patients had cancer. The average length of stay was two to three months, with the largest number (46 percent) dying at home, 26 percent in a palliative care unit, 23 percent in a hospital, and 5

percent in a nursing home.“ (Chapman, 2000)

Demografické údaje

Ve Velké Británii bylo 125 hospiců, 11 domů Marie Curie a 9 středisek Sue Ryder Foundation. V letech 1994 a 1995 bylo přijato 30 063 pacientů do péče, ženy tvořily 50,3 %. Průměrná doba pobytu činila 13,5 dne a s úmrtností 54 %. Výraznou většinu tvořili pacienti s rakovinou (96,7 %).

Funding

„Provision of hospice services in the United Kingdom is not dependent upon a patient or family’s ability to pay. Services are provided on a “no charge” basis to patients or their general practitioner, (GP) who is the gatekeeper for accessing services. It is the GP who certifies that a patient’s condition is terminal. The National Association of Health Authorities and Trusts defines a terminal illness as an “active and progressive disease for which curative treatment is not possible or not appropriate and from which death can reasonably be expected within twelve months.“ Some hospices are totally funded and managed by the NHS while others rely heavily upon fundraising activities and philanthropic donations. Hospices in the United Kingdom depend on a variety of resources to meet the medical needs of patients and their families. Contributions from the NHS are obtained through grants from trusts and health authorities. In addition to these contributions, the Cancer Relief MacMillan Fund provides initial funds (for the first three years) to many of the home nursing teams, after which the health authority assumes the responsibility for funding. Other foundations, such as the Sue Ryder Foundation, provide funding for many hospice homes throughout the United Kingdom to help defray the cost of care. The Sue Ryder homes care for patients afflicted with a wide variety of diseases and disabilities in addition to providing palliative care services tailored to the needs of each patient and family. The Marie Curie Nurses’ Support and Marie Curie Cancer Care are examples of resources that are accessed through the health authorities. Outpatient clinics provide palliative care services, and some privately owned nursing homes also offer care to the terminally ill.“ (Chapman, 2000)

Financování

Hospicové služby nejsou závislé na finanční situaci klienta či jeho rodiny, jsou poskytovány bezplatně na základě rozhodnutí praktického lékaře. Spousta hospiců je financována prostřednictvím NHS (veřejného zdravotního pojištění), zatímco ostatní jsou závislé na

veřejných sbírkách a příspěvcích. Existují i nadace, které se starají o podporu hospiců, např. Sue Ryder Foundation.

3 PROBLEMATIKA SOUVISEJÍCÍ S PALIATIVNÍ HOSPICOVOU PÉČÍ

3.1 Umírání

„Označujeme jako terminální fázi života, která je poslední dny a hodiny života, kdy dochází k nevratnému selhávání lidského organismu (oběhová soustava, dýchání, metabolismus). Umírání není pouze patofyziologický proces. Jde současně o konečnou fázi jedinečného lidského života, která má svou psychologickou, sociální a spirituální dimenzi.“

3.1.1 Příznaky a klinické projevy umírání

„Zřetelným projevem vstupu pacienta do finální fáze onemocnění je postupné zhoršování celkového stavu a prohlubování níže uvedených symptomů:

- Narůstající celková slabost a únava, pacient nevstává z lůžka, prodlužují se periody denního spánku, stává se více závislým na cizí pomoci;
- Ztráta zájmu o okolí, vzdalování se od vnějšího světa, často dezorientace, neklid, někdy halucinace;
- Odmitání jídla a pití (někdy nauzea, dysfagie, neschopnost cokoliv polknout);
- Nepravidelnost dýchání (apnoické pauzy, Cheyneosovo-Stokesovo dýchání);
- Chrčivé dýchání;
- Oligurie až anurie;
- Změny ve vizáži: periferní cyanóza na končetinách, mramorová kůže.“ (Sláma, 2007, s.301 – 302)

3.2 Postoj ke smrti

Jako každý jiný vztah, tak i vztah člověka ke smrti se vyvíjí v čase. Je ovlivňován mnoha faktory, z nichž nejvýznamnější je příklad rodičů. Budování vztahu ke smrti je podstatně ovlivněno tím, jak k setkání se smrtí dojde – jinak je vnímána smrt ve svém blízkém okolí anebo smrt která je zveřejněna v médiích. Pokud dojde k úmrtí nějaké blízké osoby, můžeme smrt reálně vnímat a zaujmout k ní nějaký postoj. V každém věku člověka je setkání se smrtí vnímáno jinak.

„Existenciální psycholog I. D. Yalom uvádí na základě nemnoha výzkumů (zdá se zvláštní ptát se malých dětí na smrt), že náš vztah ke smrti se utváří již ve velmi raném věku „Fáze »vstoupit do vztahu se smrtí« je užitečná: Velmi malé dítě na smrt myslí, smr-

ti se bojí, je zvědavé, souvislosti se smrtí zaznamenává vjemy, které s ním zůstávají celý život, a staví si proti smrti čarovné obrany“.(Marková, 2010, s.29)

3.2.1 Jak jsou na tom sestry?

K prvnímu setkání se smrtí u zdravotních sester, většinou dochází při praxích na středních zdravotnických školách. Toto setkání je většinou velice významné, vytváří určitý postoj k setkávání s umíráním a smrtí.

„Zajímalo mne, jak je to s utvářením postojů ke smrti u českých zdravotních sester, a tak jsem během svých přednášek v roce 2009 provedla malý průzkum na toto téma u 30 zdravotních sester – 16 z nich studovalo magisterský obor ošetřovatelství a 14 z nich pracovalo v různých zařízeních sociálních služeb. Překvapivým zjištěním pro mne bylo, že přesně polovina z dotazovaných se nesetkala až do svého nástupu na střední školu s umírajícím nebo zemřelým člověkem ve své rodině. Jiné popisovaly, že jim umírala blízká osoba (většinou babička), ale rodina je chtěla chránit před pohledem na smrt, a tak je k umírajícímu nepustila.“ (Marková, 2010, s. 30)

Dle své vlastní zkušenosti vím, že se o smrti na středních zdravotnických školách hovoří, ale v nedostatečné míře. Většina vyučujících preferuje 100% profesionalitu, která se neslučuje s lidským přístupem a projevem pocitů ztráty a oplakání pacienta. Během svého studia na střední zdravotnické škole jsem se setkala pouze s výjimkami, kdy se nám vyučující svěřil se svým vlastním prvním setkáním se smrtí. Smrt je brána spíše jako určité „tabu“.

V profesním životě se setkání se smrtí žádný zdravotník nevyhne, ale záleží pouze na každém jedinci, jak si nastaví své hranice uvědomování si smrti a udržování „optimálního odstupů“. (Marková, 2010, s. 31)

3.3 Komunikace s umírajícími

- „Představujte se srozumitelně a klidně
- Pacientovi zřetelně dejte najevo již v první odpovědi, že jste tu pro něj a máte na něj čas
- Buďte přívětiví, laskaví, vstřícní
- Pro hovor volte pokud možno klidné a tiché místo
- Ujistěte pacienta o tom, že jste připraveni naslouchat. Hovor nepřerušujte s tím, že zvoní mobil nebo druhý telefon, naopak uklidněte pacienta, že ač zvoní tele-

fon, je pro vás stále na prvním místě pacient a na telefon se ozvete později nebo jej vyřídí kolega z týmu

- Dejte pacientovi prostor, aby vysvětlil svou situaci. Reagujte a pokládejte otevřené otázky, nepřerušujte jej, neodvádějte řeč jinam
- Při delším hovoru je vhodné občas oslovit pacienta jménem, zvláště je-li rozrušený, smutný, plačící, mlčící. Pacienty do ničeho nenutěte, nicméně jim můžete dodávat odvalu, podporu a rozhovor vést
- Při loučení stručně zopakujte, na čem jste se dohodli. Musí být jasné, co má kdo udělat, kdo vyčkává, kdo znovu zavolá a kdy“

3.3.1 Předpoklady pravdivé komunikace

- „Zacházení s úctou, respektování intimity
- Vytvořit bezpečné prostředí
- Vytvořit vztah důvěry
- Empatie, aktivní naslouchání
- Otevřenost (nemají existovat tabuizovaná témata)
- Respektuje přijetí
- Nebojme se přiznat vlastní hranice a projevit vlastní emoce“

3.3.2 Základní sociální potřeby člověka na konci života

- „Nebýt sám
- Sdílení současnosti, rekapitulování minulosti
- Moci vyslovit obavy z budoucnosti a smrti, i svá přání
- Moci projevit city
- Být informován o zdravotním stavu
- Mít útěchu a podporu od ostatních členů rodiny
- Obdržet uznání, podporu a útěchu i od „profesionálů“
- Být informován o blížící se smrti
- Být respektován ve svých kulturních a spirituálních názorech, přáních a potřebách
- Dokončit nehotové, rozloučit se
- Vědět, že ti co zůstanou, to zvládnou
- Dostat dovolení zemřít“ (Cesta domů, 2014)

3.4 Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících

„Dokument byl přijat 25. června 1999 velkou většinou hlasů Parlamentního shromáždění Rady Evropy. Shromáždění tedy doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost smrtelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

- a) že uznají a budou hájit nárok smrtelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:
 - aby zajistili, že bude paliativní péče uznána za zákonný nárok individua
 - aby byl všem smrtelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
 - aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli smrtelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována.
 - aby zajistily spolupráci všech osob, podílejících se na péči o smrtelně nemocné nebo umírající
 - aby zajistily, že smrtelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolesti, i kdyby tato léčba měla u příslušného jedince přispívat ke zkrácení života
 - aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny.
- b) že budou chránit právo smrtelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že proto přijmou nutná opatření
 - aby se prosadilo právo smrtelně nemocné nebo umírající osoby na upřímnou, srozumitelnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu, a aby při tom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
 - aby měla každá smrtelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího lékaře
 - aby bylo zajištěno, že žádná smrtelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčená 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 nátlakem

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání smrtelně 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“ (Munzarová- 2005, s.79-81)

3.5 Co prožívá nemocný a jeho nejbližší

Je velmi důležité, aby byl zdravotník proškolen a zároveň byl připraven na různé varianty reakcí jak pacienta, tak příbuzných, jelikož reakce každého jedince závisí na mnoha okolnostech a jsou velmi odlišné.

Stejně tak se od rodinných příslušníků očekává velmi velká opora či až nadlidský výkon při zvládnání této zátěžové situace. I rodina nemocného by měla mít možnost si odpočinout a nabrat nový dech. Pokud je do tohoto procesu zahrnuto i širší okolí, než pouze partner nemocného, je to velkou výhodou. (Svatošová, 1995, s.23, 25-26)

3.5.1 Reakce nemocného na sdělení špatné prognózy

1. Fáze šoku a popření

„Nastupuje bezprostředně po informaci o diagnóze a závažnosti prognózy. Nemocný nejprve popírá tuto informaci, protože není schopen se s ní vyrovnat. V této době sám sobě předstírá, že něco takového nemůže být pravda. Popření je nerealistickou reakcí, jejímž smyslem je dopřát nemocnému oddech před přijetím negativní skutečnosti, že již nikdy nebude zdravý nebo brzy zemře. V této fázi nemá smysl nemocného informovat o dalším průběhu choroby, protože tato fakta nepřijme. Tyto informace na něj působí rušivě, převládá u něj představa, že infaustní diagnóza je omyl a on se uzdraví. Podobné představy má i zdravá populace, lidé obvykle reagují obranným postojem, že se jim nemůže v zásadě nic zlého přihodit, i když konzumují škodlivé látky.“

2. Fáze postupného přijetí

„Potíže, které jsou příznaky vážné nemoci nelze trvale odmítat a popírat. Nemocný se musí vyrovnat s popřením (respektive zhodnocením) vlastní existence. Reakce závisí na typu osobnosti. Existují dvě hlavní možnosti: útok nebo únik.“

Vyrovnaní se (coping) je zaměřen na řešení problémů, tedy volba přístupu, kdy nemocný myslí, že může něco dělat. Coping může být zaměřený například na obranu vlastních pocitů, tj. snaha udržení přijatelného emočního komfortu a redukci negativních zážitků. Jde o útěk od situace, kterou nemocný nedokáže řešit, změnu jejího hodnocení. V tomto případě jde o paliativní coping. Objevuje se ve stresujících a obtížně řešitelných situacích, například při nevyléčitelném onemocnění. Jedná se o změnu hodnocení traumatizujících situací, kterou nelze zásadnějším způsobem řešit. Míra úspěšnosti této strategie je různá a v čase se mění.

V průběhu nemoci může dojít k dočasnému zlepšení, nemocný může získat neoprávněnou naději, že zlepšení by mohlo být definitivní. Ošetřující personál však nesmí podporovat nebo vytvářet falešné naděje protože pocit zklamání nemocného je pak větší.“

3. Fáze smíření s chorobou a jejími následky

„Nemocný akceptuje své onemocnění a vyrovnává se se svou situací. Poznává, že stav nelze zásadně změnit a bere jej v úvahu. Často však nejde o reakce racionální a účelné, navíc se mnozí nemocní s chorobou nesmíří nikdy.“(Vaňásek, 2013, s. 46)

3.6 Eutanázie

„Častým etickým problémem – nejen v případě paliativní medicíny – je otázka eutanázie dnešním slova smyslu. Je třeba přesně od sebe odlišit jednotlivé pojmy – eutanázie, asistované suicidium a odstoupení od léčby. „

„Eutanázie je úmyslné usmrcení člověka na jeho explicitní opakovanou žádost někým jiným než pacientem samotným. Ve valné většině evropských států je eutanázie trestným činem – patří mezi ně i Česká republika.“

„Jde o aktivní čin: smrt u konkrétního pacienta by nepřišla samovolně, ale je zapříčiněna zásahem druhé osoby, v tomto případě vždy lékařem. Nelze tedy za eutanázii považovat případ, kdy by došlo k odpojení pacienta od ventilátoru a ten by pro neschopnost dýchání zemřel. V tomto případě není pacient schopen samostatné existence. Eutanázie je chtěným a záměrným činem: pacient musí své vlastní usmrcení požadovat. Ona žádost musí být opakovaná (v blízkém časovém horizontu), kompetentní – tedy vědomá, na pacienta nesmí být vyvíjen žádný nátlak.“

„Asistované suicidium je úmyslné usmrcení sebe sama na opakovanou žádost, za pomoci druhé osoby. Podobná kritéria jako platí u eutanázie, platí i pro asistované suicidium. Rozdíl je pouze v technickém provedení samotného činu, kdy lékař dopomáhá radou a prostředky k tomu, aby se pacient usmrtil sám. Morální odpovědnost však plně zůstává na lékaři a na jeho postoji vůči pacientovi.“

Eutanázie není:

- „Podání opiátů nebo jiných léků za účelem kontroly symptomů, včetně bolesti, strachu nebo nezvladatelné úzkosti;
- Nepodání nebo odstoupení od zbytečně zatěžující léčby včetně nutrice a hydratace v případě, kdy pacient již není schopen tuto léčbu přijímat vzhledem k terminalitě svého stavu přirozenou cestou;
- Sedace pacienta v terminálním stadiu, když ostatní praktické metody kontroly symptomů selhaly;
- Odstoupení od resuscitace v terminálním stadiu pacienta.“

(Sláma, 2007, s.320 – 322)

3.7 Pomoc příbuzným

Základním prvkem pomoci příbuzným je zapojení veškerých členů rodiny a efektivní komunikace. Volba pomoci také záleží na tom, jaké vztahy jsou v dané rodině, zda rodina drží pospolu a dokáže komunikovat, anebo nejsou kladné rodinné vztahy. Budeme-li těmto problémům věnovat pozornost, zvýšíme tak schopnost členů rodiny podpořit umírajícího, což sníží nemocnost příbuzných po smrti pacienta. Nemoc většinou přichází v důsledku truchlení. V takové kritické situaci se projeví rodinné vztahy a vzájemná podpora jednotlivých členů rodiny. K udržení těchto rodinných vztahů velkou mírou napomáhají zdravotničtí pracovníci, kteří poskytují potřebnou oporu a dokáží zahnat obavy rodinných příslušníků. (O'Connor, 2005, s. 198)

3.8 Informační portály věnující se této problematice

„www.asociacehospicu.cz Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

www.paliativnimedicina.cz Sekce paliativní medicíny Společnosti pro studium a léčbu bolesti

www.umenidoprovazet.cz Nadační fond Umění doprovázet

www.hospice.cz	portál pro podporu a rozvoj hospicového hnutí v ČR
www.umirani.cz	informační a poradenský portál pro pacienty, rodinné příslušníky i profesionály, setkávajícími se s nevyléčitelnými onemocněními v každodenním životě.
www.palliativedrugs.com	anglický webový diskusní a informační portál lékařů, klinických farmakologů a dalších profesionálů v oboru paliativní medicíny, s celosvětovou působností.“ (Sláma, 2007, s.347)

3.9 Zátěžové faktory pracovního prostředí

- „Neustálá přítomnost smrti a umírání
- Identifikace s trpícím pacientem
- Pocit neschopnosti a bezmoci
- Nedostatek kontroly nad situací a pocity vlastního selhání
- Mnohočetné ztráty a zármutek
- Problémy v týmu“ (O'Connor, 2005, s.45 – 48)

3.10 Syndrom vyhoření

„Vzniká dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně náročné. Objevuje se při práci s lidmi v tzv. „pomáhajících profesích“. Souvisí jednak se zátěží ale také je důsledkem selhání osobních „coping mechanismů“ (mechanismů zvládnání nároků). Při jeho vzniku se kombinuje velké očekávání pracovníka a zátěže, které plynou z vysokých nároků. Opakovaný zážitek pracovníka, že už nemůže dále těmto nárokům dostát, ve spojení s přesvědčením, že vložené úsilí je naprosto neadekvátní nízkému výslednému efektu nebo ohodnocení, vede k vyhoření. „

„Syndrom vyhoření není nemoc, je to proces, který se objevuje v průběhu kariéry pomáhajícího, často velmi záhy. Syndrom vyhoření způsobuje škody osobní, ale také se v jeho důsledku zhoršuje kvalita poskytovaných služeb.“ (Bartošíková, 2006, s. 20 – 21)

3.10.1 První varovné příznaky

- „Zdravotník má pocit, že práci nezvládá, zpochybňuje význam a smysl své práce
- Na druhé působí nervózním, nespokojeným a podrážděným dojmem.

- K prvním tělesným stížnostem patří problémy se spaním, bolesti hlavy, břicha, ztuhlý krk, bolesti zad, časté infekce, poruchy krevního oběhu, kolísání váhy“ (Venglářová, 2011, s. 24)

3.10.2 Fáze syndromu vyhoření

1. „Nadšení – v popředí jsou ideály, jasný cíl, kvalita práce, smysluplnost, srší nápady a dochází k přetěžování se.
2. Stagnace – počáteční nadšení uvadá, slevování ze svých ideálů.
3. Frustrace – zdravotníka začínají zajímat otázky efektivity a smyslu vlastní práce, objevuje se tunelové vidění: má v hlavě jen svoji práci, nic jiného ho nezajímá, cítí se osamělý se svými problémy, velká deziluze a zklamání.
4. Apatie – zdravotník vnímá svoje povolání jen jako zdroj obživy, dělá jen nejnужnější práce, vyhýbá se komunikaci s nemocnými a dalšímu vzdělávání, může se vyskytnout i tzv. HH-syndrom (bezmoci a beznaděje).
5. Vyhoření – vyčerpání, negativismus, lhostejnost a naprosté vyhýbání se profesním požadavkům.“ (Venglářová, 2011, s. 30)

3.10.3 Prevence syndromu vyhoření

„Podle zahraničních zkušeností dochází u pracovníků hospiců průměrně po dvou letech k syndromu vyhoření a v jeho důsledku k velké fluktuaci personálu. Skutečnost, že během dvou let provozu nebyl v prvním českém hospici zaznamenán ani jediný případ syndromu vyhoření, svědčí o tom, že důsledná a systematická prevence může být i zde velmi účinná. K ní patří především:

- zodpovědný výběr personálu,
- vyrovnat se s vlastní konečností a smrtelností,
- definovat splnitelný cíl – důstojné a klidné umírání (nikoliv uzdravování),
- nedovolit přetížení personálu,
- pochopit, o jak velké věci v hospici jde,
- bránit se rutině,
- mít smysl pro humor,
- mimopracovní akce, sport, oslavy,
- soustavné vzdělávání, výměnné stáže,
- hlavně: pěstovat dobré mezilidské vztahy, mít se rád!“ (Vorlíček, 2004, s. 517)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE

Hlavní cíl: Informovanost o paliativní hospicové péči u nezdravotnických studentů UTB

4.1 Dílčí cíle

Cíl 1: Zjistit zkušenosti studentů UTB s poskytováním paliativní hospicové péče

Cíl 2: Zjistit informovanost studentů UTB o možnostech využití zařízení, které poskytuje paliativní hospicovou péči.

Cíl 3: Zjistit informovanost o dostupnosti paliativních hospicových zařízení z pohledu studentů UTB.

5 METODIKA PRÁCE

5.1 Výzkumná metoda

Pro praktickou část této bakalářské práce bylo užito kvantitativního výzkumu formou nestandardizovaného dotazníku, který byl respondentům k dispozici jak v tištěné formě, tak i na Internetu.

Dotazník obsahoval 20, resp. 24 otázek. Mezi první čtyři otázky patřil věk, pohlaví, fakulta a obor, které sloužily zejména pro statistické účely. Otázka směřovaná na obor byla povahou kontrolní a filtrační, aby mohlo dojít k ověření věrohodnosti či vyřazení respondentů, kteří nejsou pro tento výzkum relevantní.

Zbýlých 20 otázek bylo v následujícím složení:

- 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20 – uzavřené;
- 6, 14 – polouzavřené;
- 13 – otevřená.

5.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili studenti nezdravotnických bakalářských oborů všech fakult na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně s výjimkou Fakulty logistiky a krizového řízení v Uherském Hradišti. Jedná se tedy o statistifikovaný výzkumný soubor, ve kterém docházelo k náhodnému výběru respondentů. Vzhledem k nízké návratnosti dotazníků je však výzkum značně neproporcionální.

5.3 Organizace výzkumného šetření

Výzkum probíhal pomocí internetového a tištěného dotazníku od 15. března 2014 až do 1. května 2014, probíhal tedy měsíc a půl. Dotazník byl konzultován s vedoucím práce a při jeho sestavování bylo užito odborné literatury. Před spuštěním samotného výzkumu proběhl i předvýzkum, který si kladl za cíl odhalit případné nedostatky v dotazníku, kdy byl dotazník rozdán 10 respondentům, a bylo požádáno o vyplnění. Na základě zpětné vazby byl dotazník upraven tak, aby naplňoval stanovené cíle výzkumu.

Celkem bylo rozdáno 128 otazníků, vrátilo se jich 100. Návratnost činila 78, 125 %.

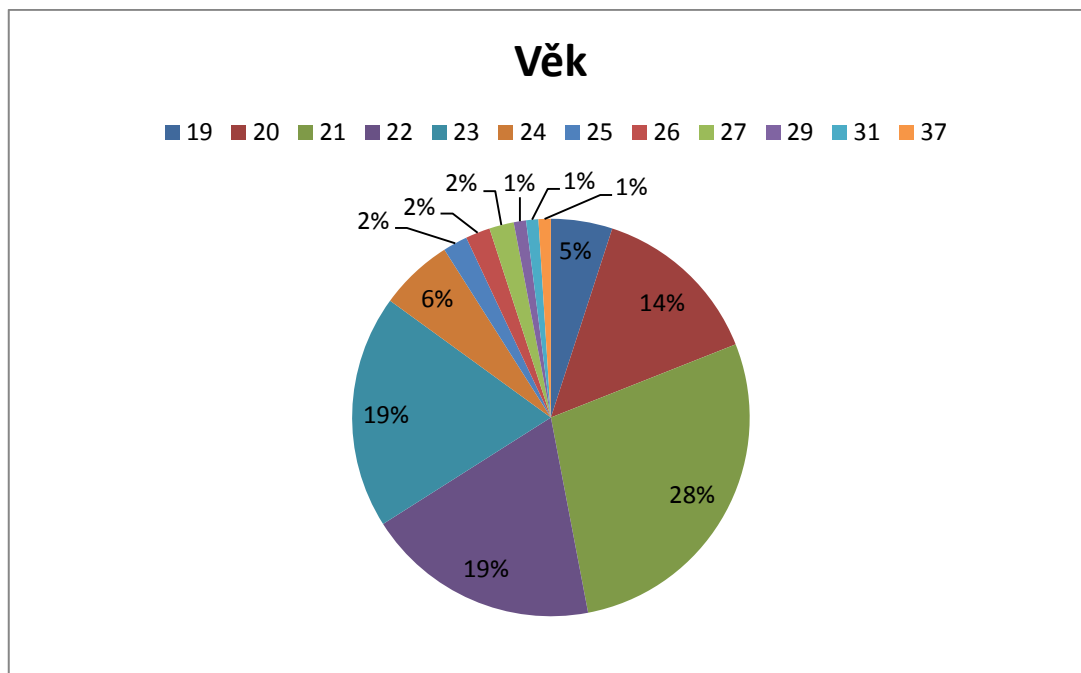
5.4 Vyhodnocení získaných dat

Získaná data byla v tabulkovém procesoru Microsoft Office Excel 2010 převedena do kontingenční tabulky a vyhodnocena. Ve většině případů je přítomen graf, kde je zobrazena četnost u jednotlivých odpovědí. U několika případů, kde graf není vhodný, je přítomna tabulka s průměrem. Vzhledem k tomu, že bylo jen 100 validních respondentů, tak je absolutní četnost shodná s relativní.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

6.1 Zpracování dotazníku

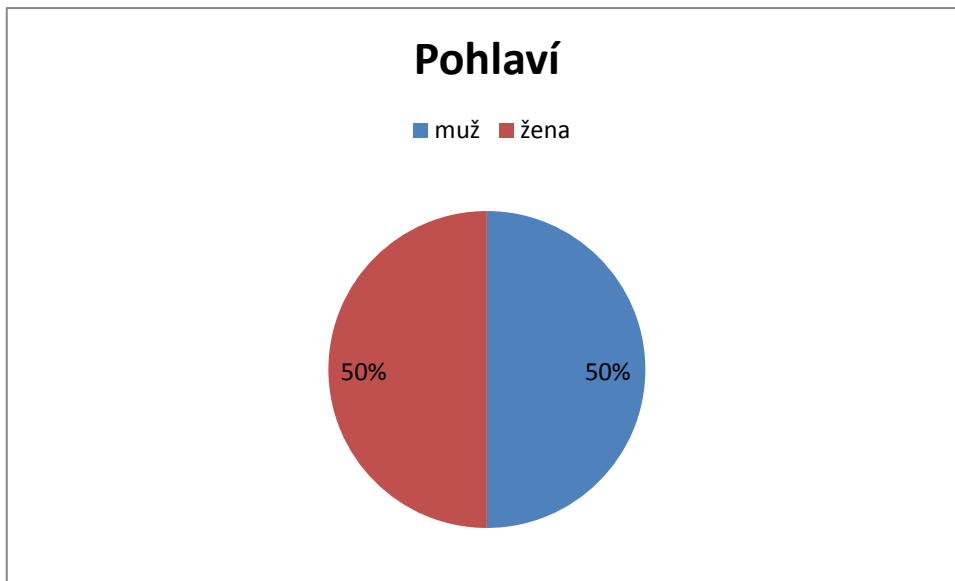
Graf č. 1 - Věk respondentů



Komentář:

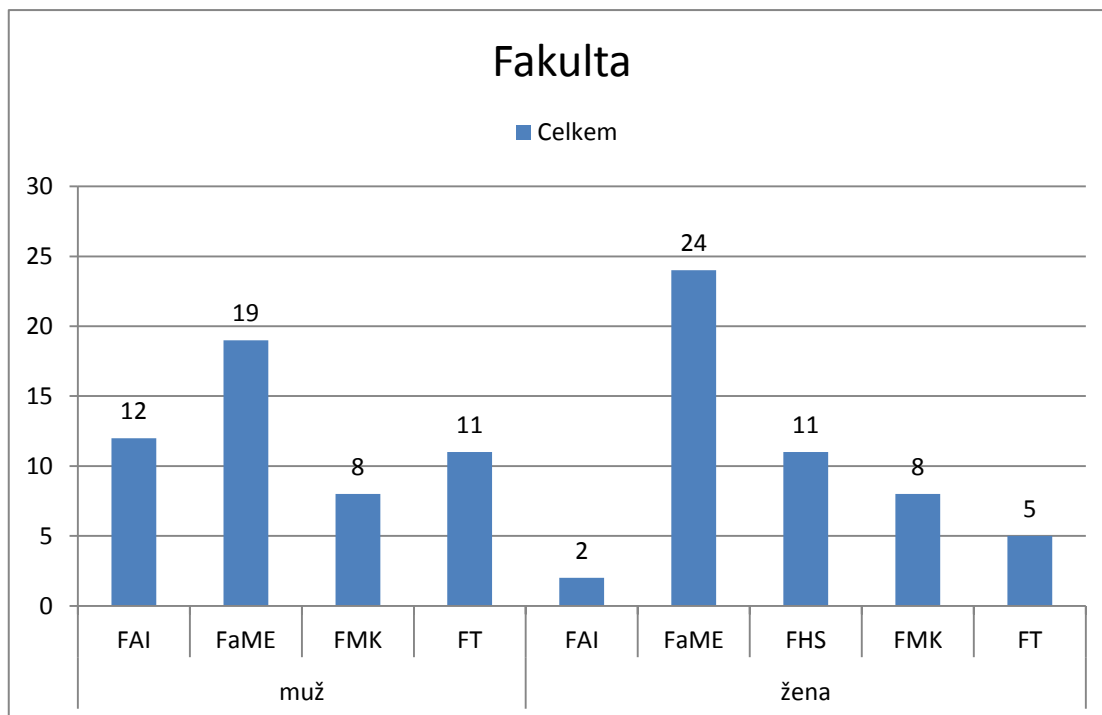
Největší počet respondentů byl ve věku 21 let (28%). Na druhém místě byly studenti ve věku 22 a 23 let (shodně 19%), třetí místo zaujímá 20 let (14%), čtvrté místo zaujímají studenti ve věku 24 let (6%), na pátém místě věk 19 let (5%). Na posledních místech byly studenti ve věku 25, 26, 27 (shodně 2%), 29, 31, 37 (shodně 1%).

Graf č. 2 – Pohlaví respondentů

**Komentář:**

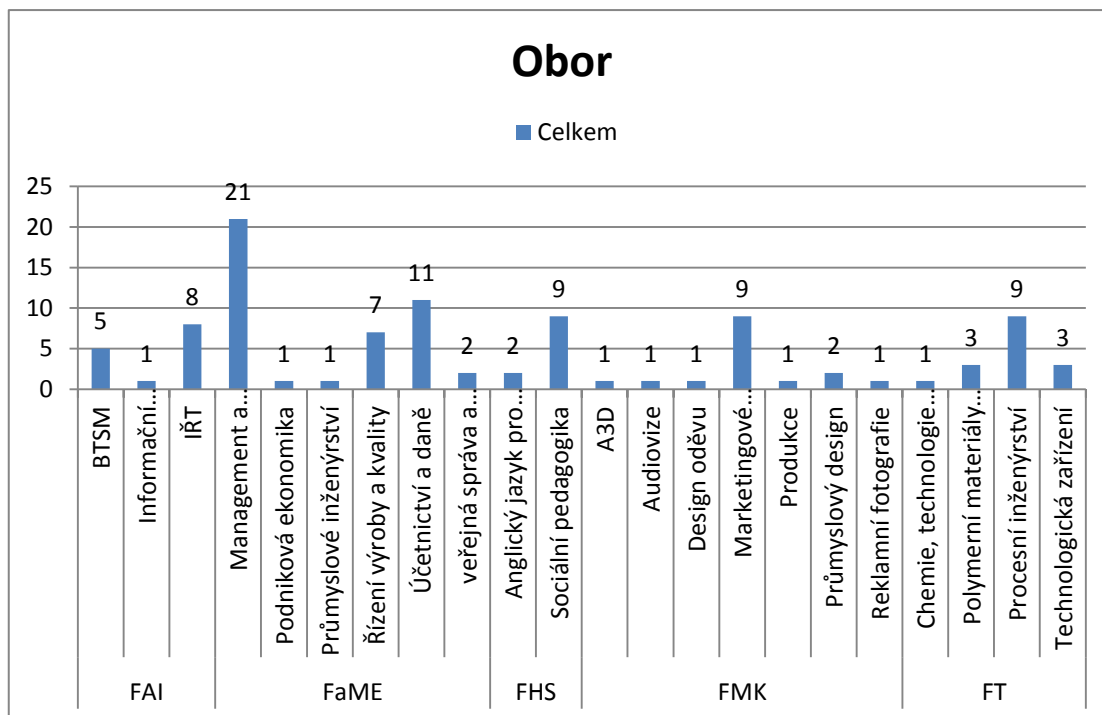
50 % respondentů byli muži a 50 % ženy

Graf č. 3 – Studovaná fakulta

**Komentář:**

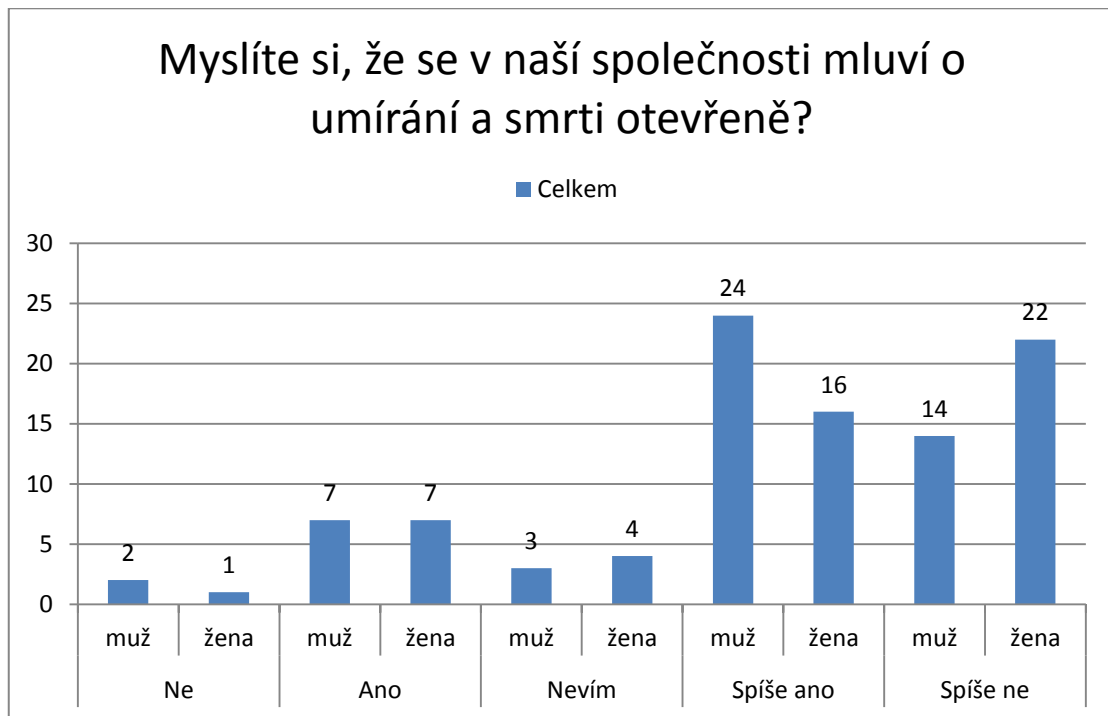
Nejvíce respondentů pocházelo z FaME, 19 % za muže a 24 % za ženy. Další v pořadí je FMK, která má rovnoměrné zastoupení, 8 % bylo jak mužského, tak ženského pohlaví. Patrná je disproportionality u FAI, kde bylo 12 % mužů, ale jen 2 % žen a u FT, kde bylo 11 % mužů oproti 5 % žen. Zajímavá je i FHS, která je zastoupena pouze 11 % žen.

Graf č. 4 – Studovaný obor

**Komentář:**

Tento graf není nijak podstatný pro výzkum. Sloužil pouze k určení, zda jsou studenti opravdu z bakalářského studia.

Graf č. 5 – Umírání a smrt v naší společnosti

**Komentář:**

Pouze 7 % mužů a 7 % žen si myslí, že se v naší společnosti mluví o umírání a smrti otevřeně. 24 % mužů a 16 % žen je názoru, že spíše ano. 14 % mužů a 22 % žen si myslí, že se o této problematice spíše nemluví otevřeně a 2 % mužů a 1 % žen, že vůbec. 3% mužů a 4 % žen neví.

Tabulka č. 1 - Jaké faktory léčby nevléčitelně nemocného v terminálním stádiu nemoci jsou podle Vás důležité?

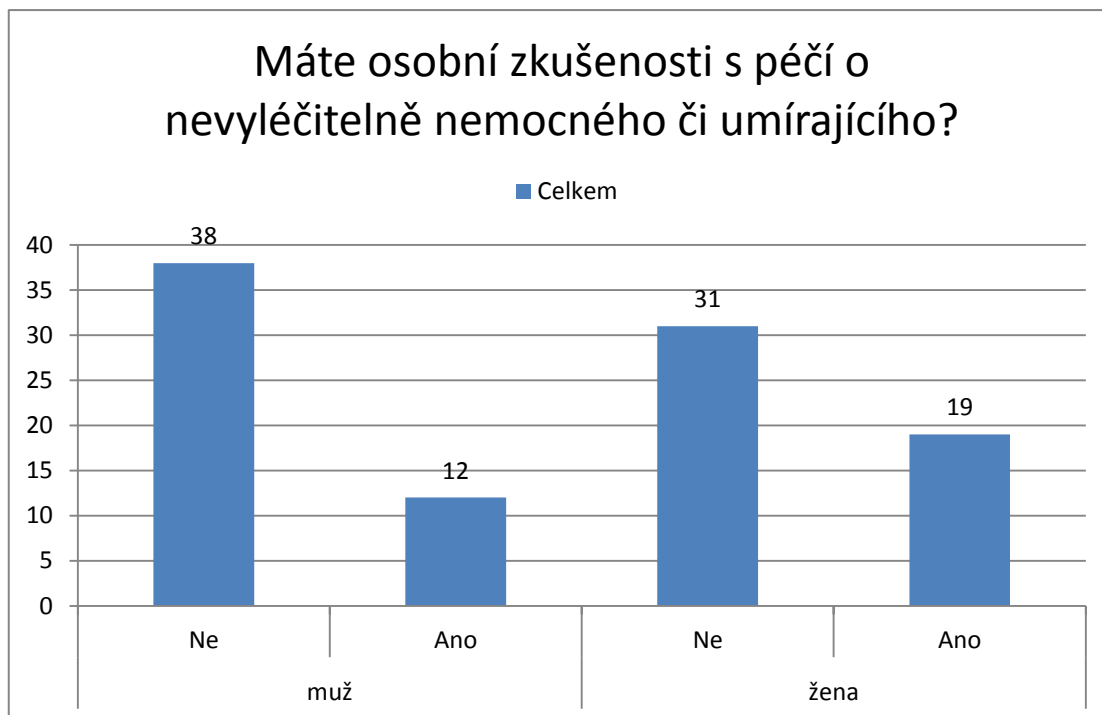
Možnost	Pohlaví	Průměr za pohlaví	Celkem
Nepřetržitá péče	Muži	2,8	2,82
	Ženy	2,84	
Efektivní terapie bolesti	Muži	2,88	2,88
	Ženy	2,88	
Důstojné podmínky pro umírání	Muži	2,8	2,75
	Ženy	2,7	
Duševní podpora	Muži	2,64	2,75
	Ženy	2,86	
Poskytnutí opory rodině umírajícího	Muži	3,88	3,8
	Ženy	3,72	

Komentář:

Průměrem je zde myšlena průměrná hodnota vhodnosti onemocnění. Respondenti měli za úkol seřadit jednotlivé onemocnění od jedné do pěti, čím nižší hodnota, tím vhodnější.

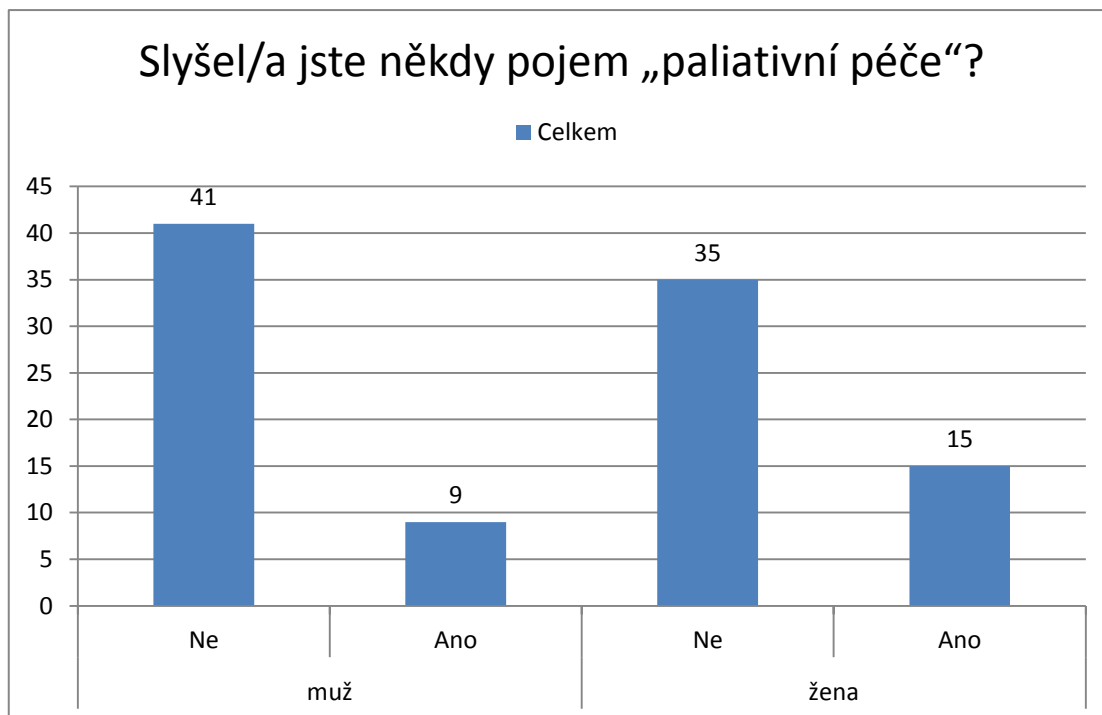
Nejdůležitější se z hlediska respondentů jeví duševní podpora a důstojné podmínky pro umírání, oba shodně s průměrem 2,75. Na druhém místě je nepřetržitá péče s průměrem 2,82, na třetím se nachází efektivní terapie bolesti s průměrem 2,88 a na posledním poskytnutí opory rodině umírajícího s průměrem 3,8.

Graf č. 6 – Zkušenosti s péčí o nevléčitelně nemocného či umírajícího

**Komentář:**

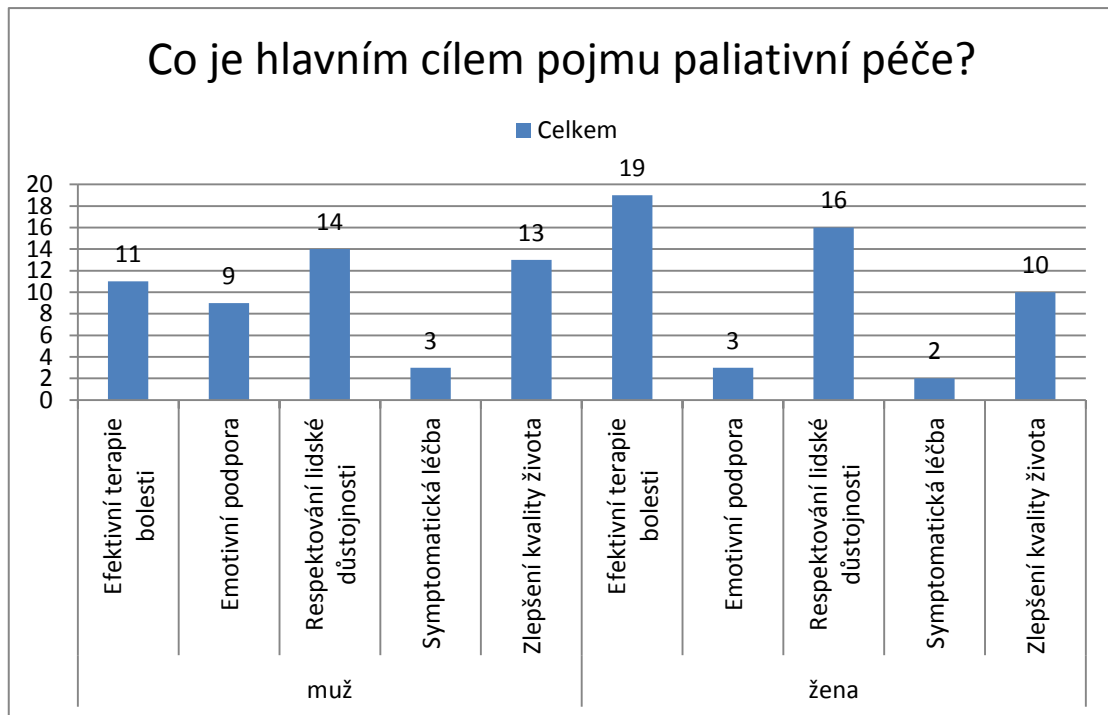
12 % mužů a 19 % žen má zkušenost s tímto druhem péče, zatímco 38 % mužů a 31 % žen tuto zkušenost nemá.

Graf č. 7 – Pojem „paliativní péče“

**Komentář:**

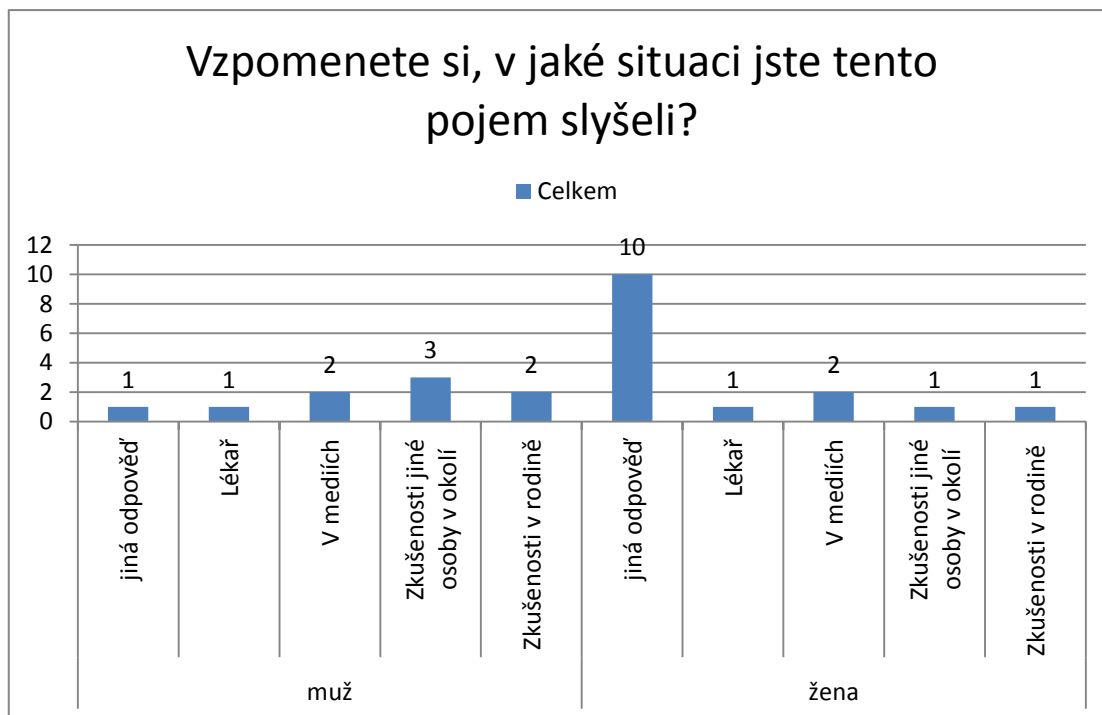
Tento pojem slyšelo 9 % mužů a 15 % žen. O paliativní péči nikdy neslyšelo 41 % mužů a 35 % žen.

Graf č. 8 – Co je hlavním cílem pojmu paliativní péče

**Komentář:**

Mezi nejdůležitější cíle paliativní péče patří dle respondentů efektivní terapie bolesti (11 % mužů a 19 % žen) a respektování lidské důstojnosti (14 % mužů, 16 % žen). Další významným cílem je zlepšení kvality života (13 % mužů, 10 % žen). Mezi již ne tak podstatné cíle patří emotivní podpora (9 % mužů, 3 % žen) a symptomatická léčba (3 % mužů, 2 % žen)

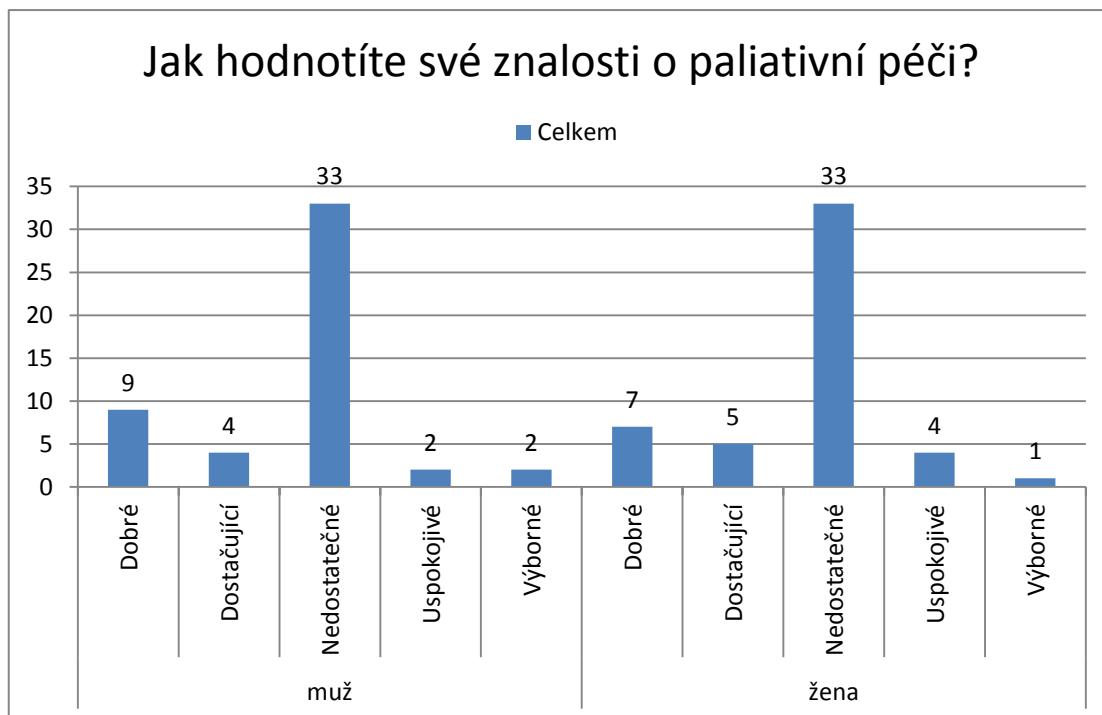
Graf č. 9 – V jaké situaci jste tento pojem slyšeli?

**Komentář:**

Muži tento pojem slyšeli hlavně od jiné osoby v okolí (3 %). Potom ho znají z rodiny a z médií (oba po 2 %). Lékaře uvedlo pouze jedno procento, to samé platí pro jinou odpověď.

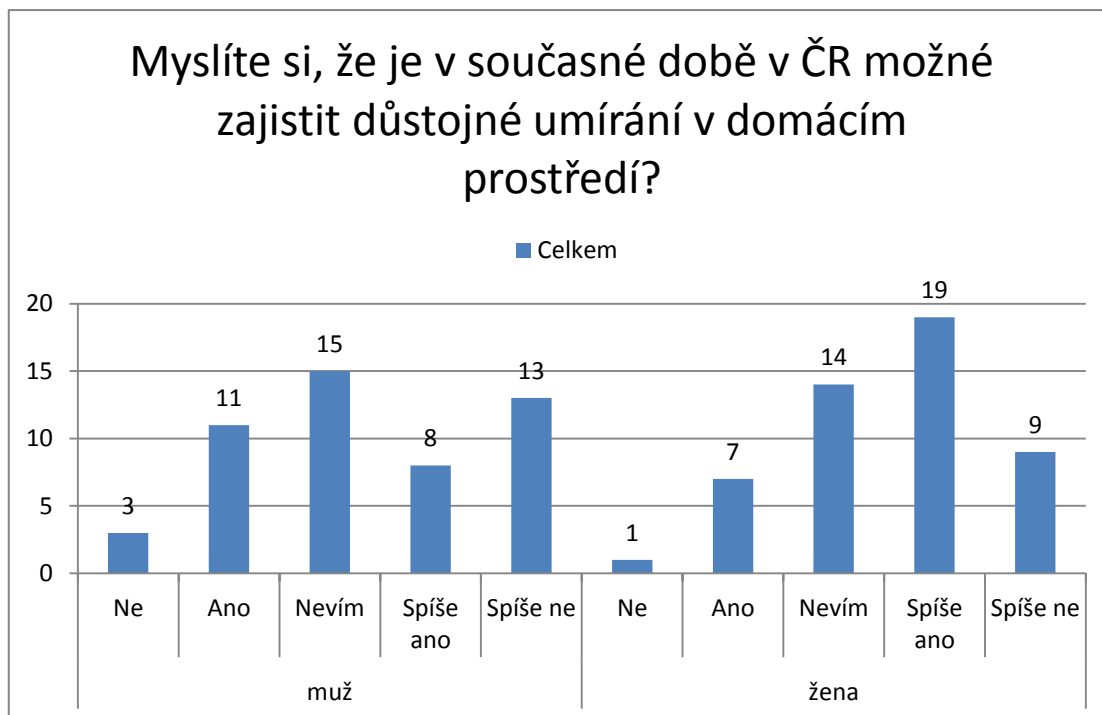
U žen je situace odlišná. V médiích to slyšely 2 %, od jiné osoby v okolí, z rodiny a od lékaře shodně po jednom procentu. Jinou odpověď uvedlo 10 % žen.

Graf č. 10 – Jak hodnotíte své znalosti o paliativní péči?

**Komentář:**

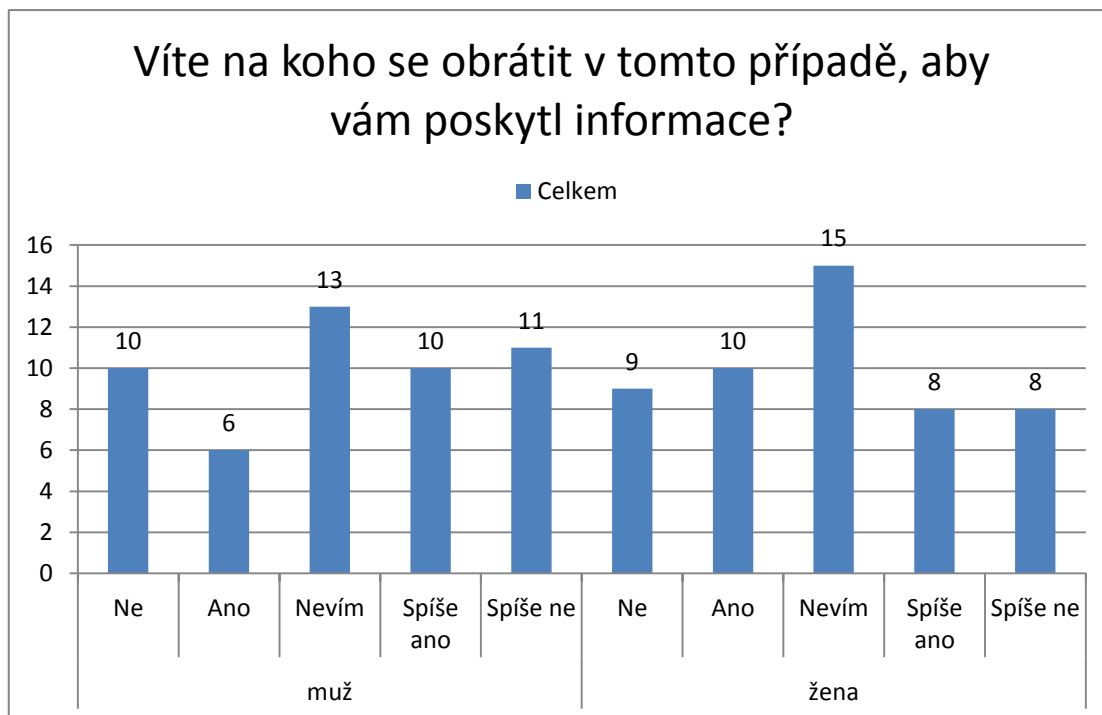
2 % mužů a 1 % žen si myslí, že má výborné znalosti ohledně paliativní péče. Za uspokojivé považuje své znalosti 2 % mužů a 4 % žen. Dobré znalosti má 9 % mužů a 7 % žen, u dostačujících je to 4 % pro muže a 5 % pro ženy. Většina respondentů si ale myslí, že o této problematice má nedostačující znalosti – shodně po 33 % pro každé pohlaví.

Graf č. 11 – Je možné v ČR zajistit důstojné umírání v domácím prostředí?

**Komentář:**

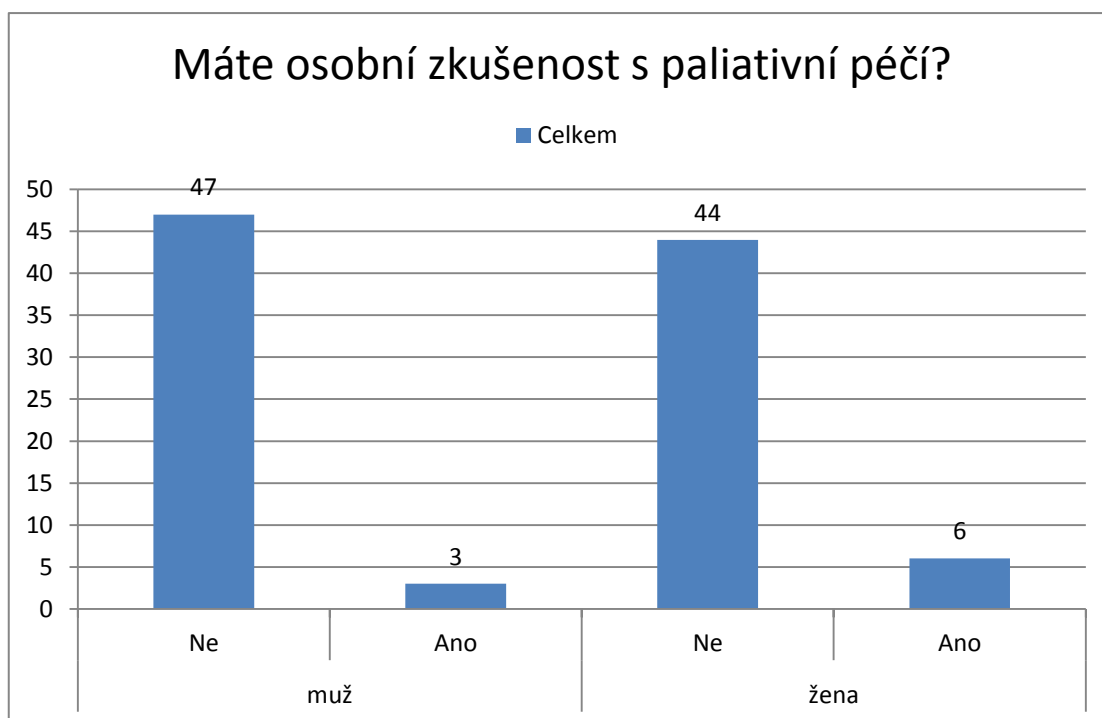
11 % mužů a 7 % žen si myslí, že je možné zajistit důstojné podmínky pro umírání v domácím prostředí. 8 % mužů a 19 % žen je názoru, že spíše ano. 13 % mužů a 19 % žen si myslí, že to spíše není možné a 3 % mužů a 1 % žen si myslí, že vůbec. 15% mužů a 14 % žen neví.

Graf č. 12 – Víte kdo Vám poskytne informace?

**Komentář:**

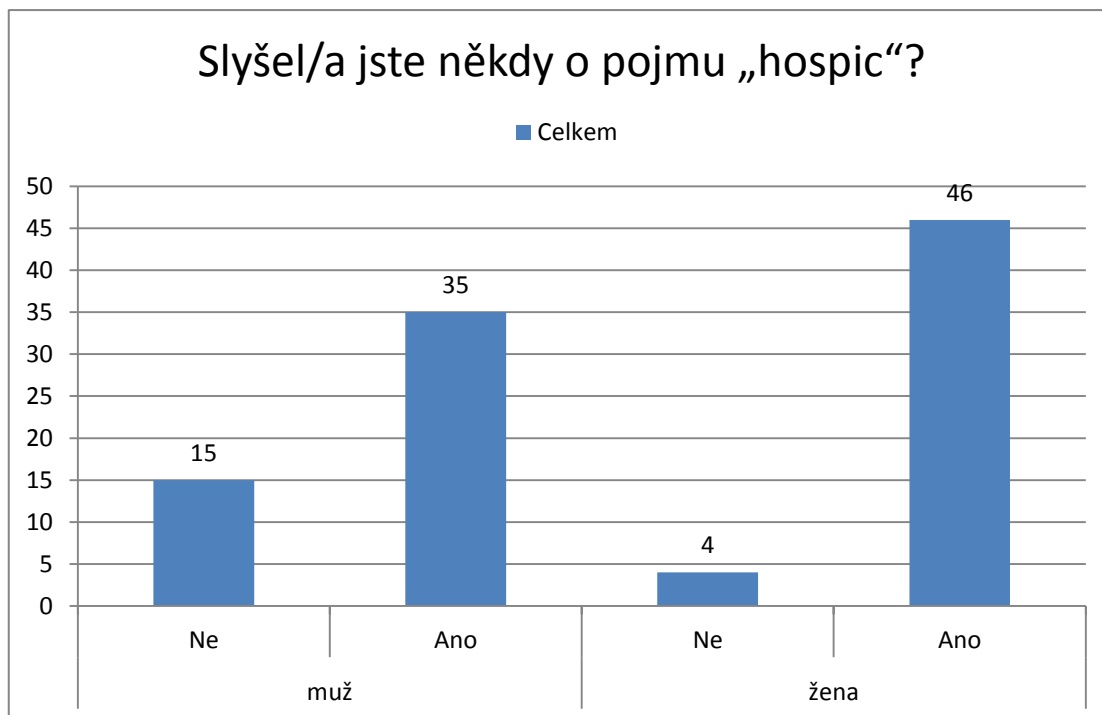
6 % mužů a 10 % žen ví určitě, kam se mají obrátit pro informace. 10 % mužů a 8 % žen tvrdí, že spíše ano. 11 % mužů a 8 % žen tvrdí, že spíše ne a 10 % mužů a 9 % žen, že vůbec ne. 13% mužů a 15 % žen neví.

Graf č. 13 – Máte osobní zkušenosti s paliativní péčí?

**Komentář:**

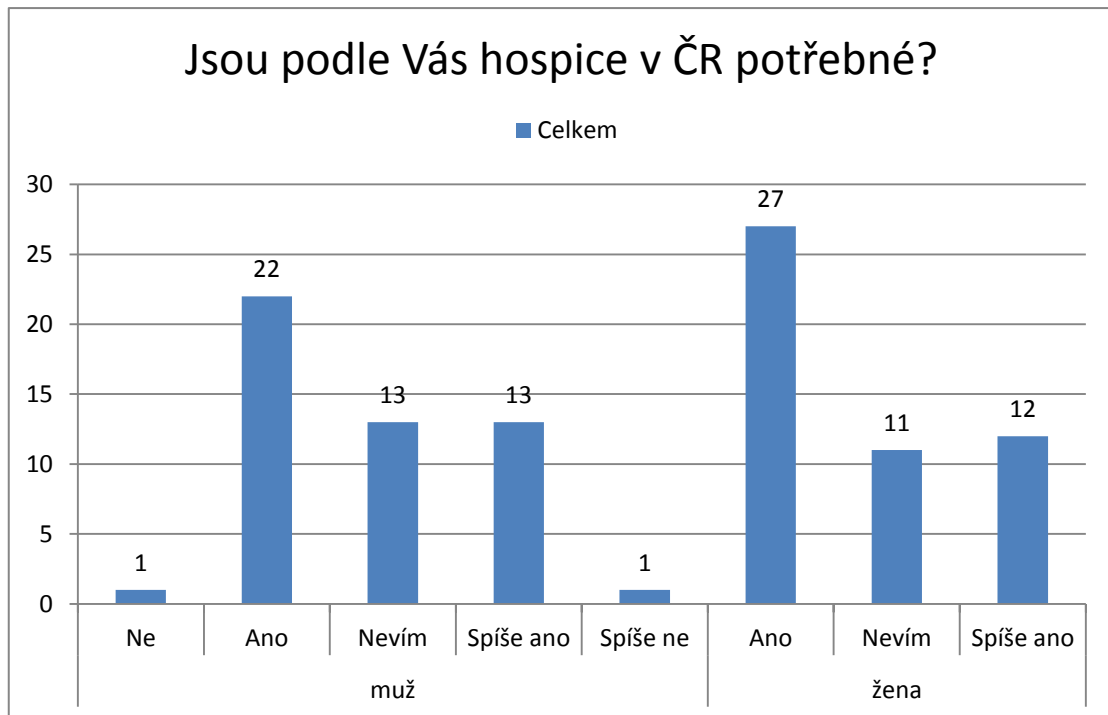
Respondenti (47 % mužů a 44 % žen) převážně neměli zkušenosti s paliativní péčí. Jen 3 % mužů a 6 % žen mělo osobní zkušenost.

Graf č. 14 – Pojem „hospic“

**Komentář:**

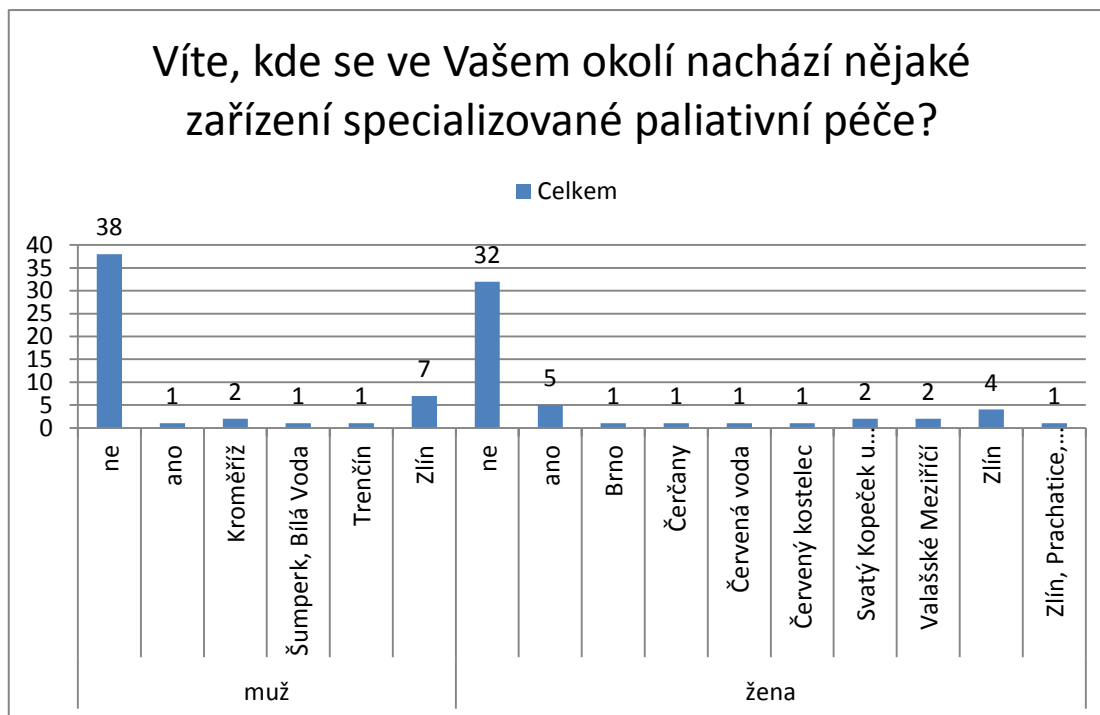
Pojem „hospic“ je známý pro 35 % mužů a 46 % žen. Neznámý je však pro 15 % mužů a 4 % žen.

Graf č. 15 – Jsou podle Vás hospice v ČR potřebné?

**Komentář:**

Podle 27 % žen jsou hospice potřeba, 12 % si myslí, že spíše ano a 11 % neví. U mužů je situace obdobná, 22 % tvrdí, že ano, jsou potřeba, 13 % že spíše ano a 13 % neví. Objevily se i záporné reakce, 1 % je názoru, že spíše ne a další 1 %, že ne.

Graf č. 16 – Víte, kde se ve Vašem okolí nachází zařízení paliativní péče?

**Komentář:**

38 % mužů a 32 % žen stroze odpovědělo, že neví. 1 % mužů a 5 % ví, ale neuvedli konkrétně kde. Zbylé hodnoty nejsou již tak četné – nejzajímavější je relativně vysoká četnost pro Zlín (7 % mužů, 5 % žen).

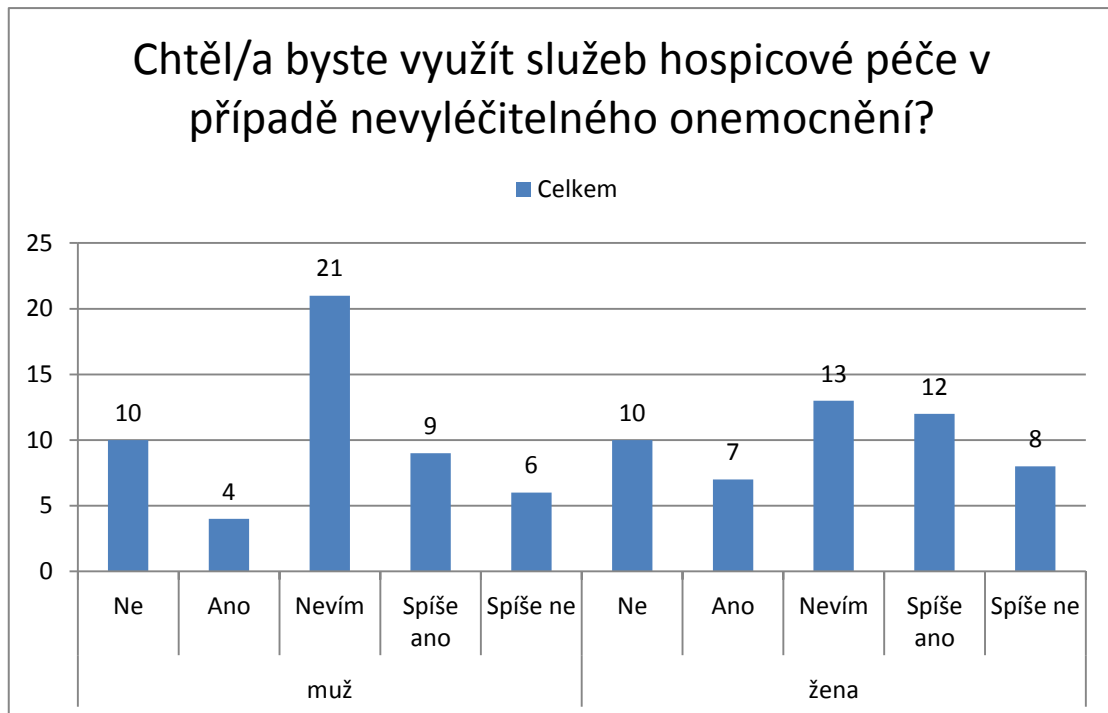
Graf č. 17 – Pokud ano, kde jste se o tomto zařízení dozvěděl/a?

**Komentář:**

Muži byli nejvíce obeznámeni se zařízením pomocí zkušenosti nějaké osoby v okolí (6 %), na druhém místě šlo o noviny, osobní zkušenost a jinou odpověď, shodně po dvou procentech. Na posledním místě je lékař a internet, shodně po jednom procentu.

Ženy znají tato zařízení z osobní zkušenosti (7 %), na druhém místě je zkušenost nějaké osoby v okolí a jiná odpověď (3 %). Televize s internetem je shodně po dvou procentech a na internet zbylo jedno procento.

Graf č. 18 – Chtěl/a byste využít služeb hospicové péče?

**Komentář:**

Respondenti nejčastěji neví, zda by této služby využili (21 % mužů a 13 % žen). Určitě by této služby využili 4 % mužů a 7 % žen, spíše ano 9 % mužů a 12 % žen. Spíše záporně se k tomu staví 6 % mužů, 8 % žen a určitě by tuto službu nevyužilo shodně 10 % respondentů z každého pohlaví.

Tabulka č. 2 - Pro které onemocnění si myslíte, že je vhodné využít hospicovou péči?

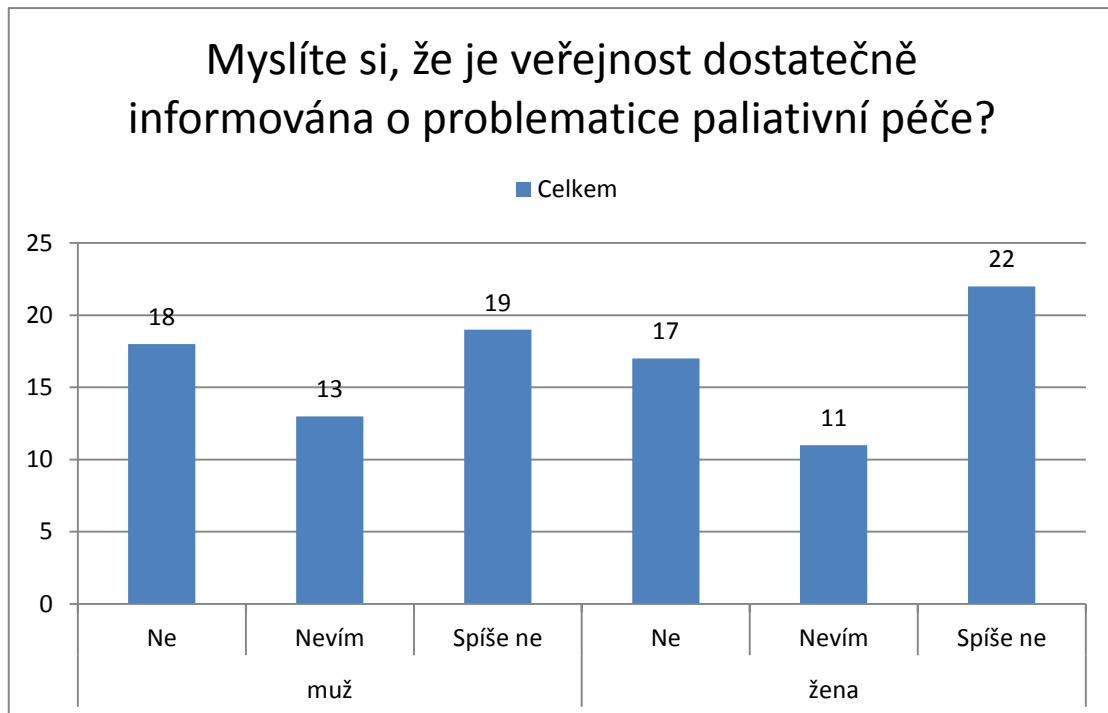
Možnosti	Pohlaví	Průměr za pohlaví	Průměr celkem
Pacient s onemocněním AIDS	Muži	3,54	3,45
	Ženy	3,36	
Pacienti s demencí	Muži	2,56	2,55
	Ženy	2,54	
Psychické onemocnění	Muži	2,64	2,82
	Ženy	3	
Onkologické onemocnění	Muži	2,88	2,88
	Ženy	2,88	
Respitní péče	Muži	3,38	3,3
	Ženy	3,22	

Komentář:

Průměrem je zde myšlena průměrná hodnota vhodnosti onemocnění. Respondenti měli za úkol seřadit jednotlivé onemocnění od jedné do pěti, čím nižší hodnota, tím vhodnější.

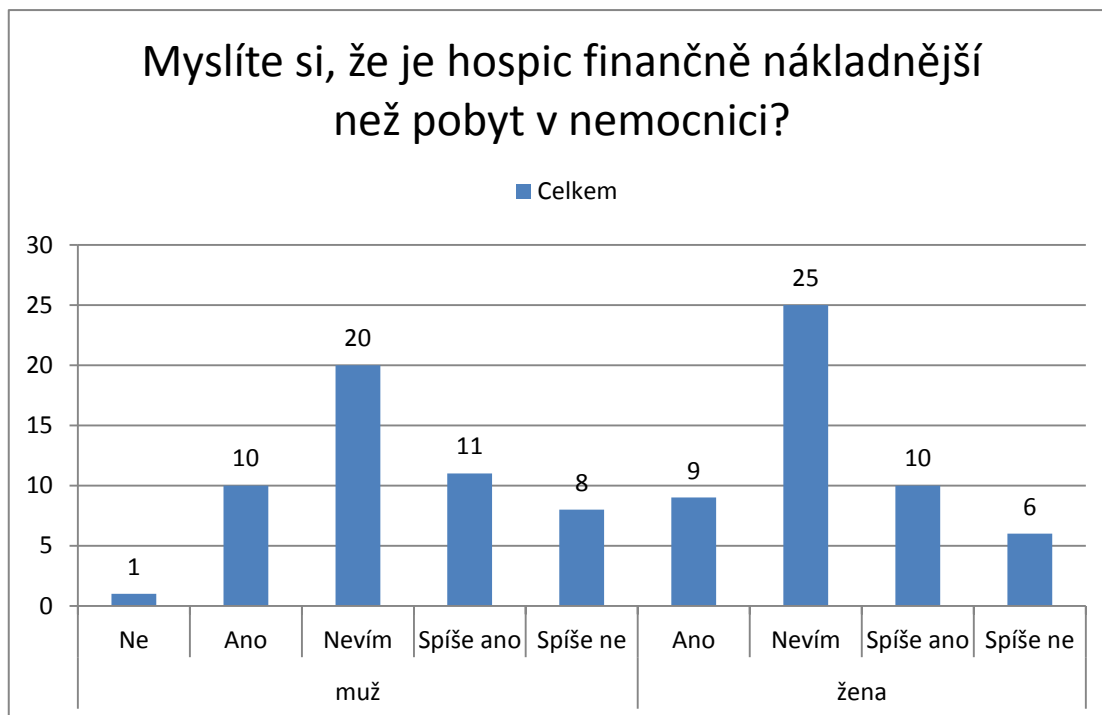
Dle respondentů je hospicová péče nejvhodnější pro pacienty s demencí o průměrné hodnotě 2,55. Na druhém místě jsou pacienti s psychickým onemocněním o průměru 2,82 a na třetím pacienti s onkologickým onemocněním o průměru 2,88. Jako nejméně vhodné se ukazuje respitní péče (3,3%) a pacienti s AIDS (3,45%).

Graf č. 19 – Je veřejnost dostatečně informována o problematice paliativní péče?

**Komentář:**

Respondenti na tuto otázku neodpověděli kladně. 19 % mužů a 22 % žen si myslí, že veřejnost spíše není informována a 18 % mužů s 17 % žen si myslí, že vůbec. 13% mužů, 11 % žen neví.

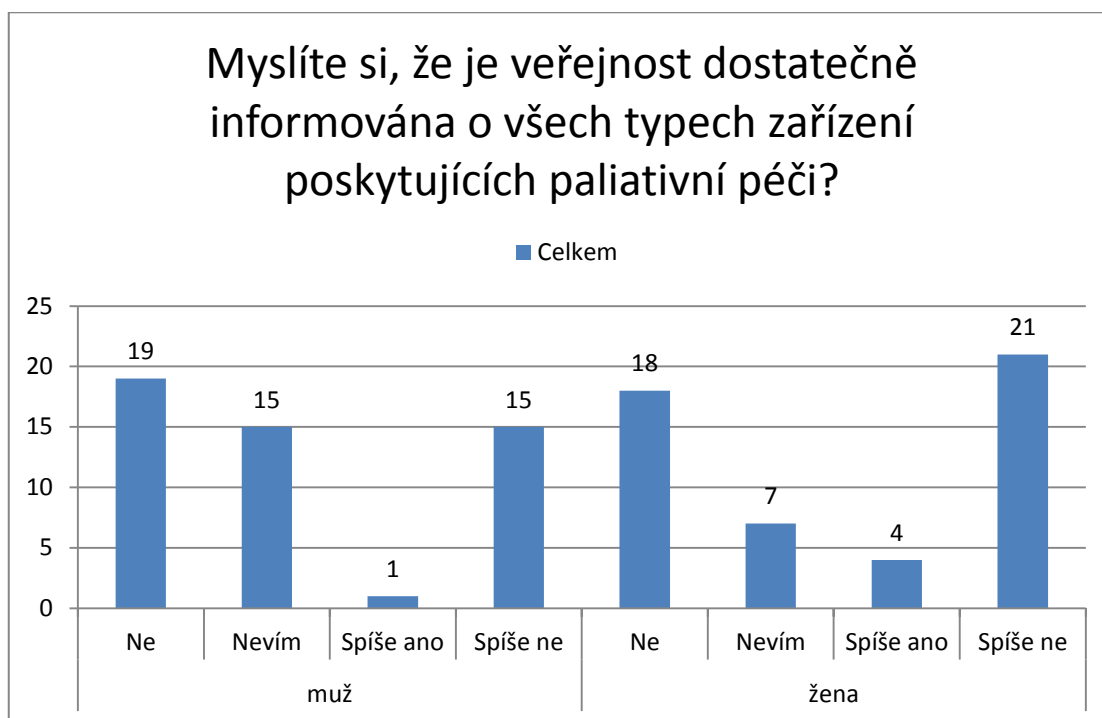
Graf č. 20 – Je hospic finančně nákladnější?

**Komentář:**

Muži odpověděli kladně v 10 %, spíše ano v 11 % případů. Záporné reakce byly v 1%, spíše ne v 8 %. 20 % mužů ale neví, co je nákladnější.

U žen je situace opět podobná: 9 % odpovědí bylo ano, 10 % si myslí, že je dražší. Pouhých 6 % si myslí, že je hospic spíše levnější. 25% žen neví.

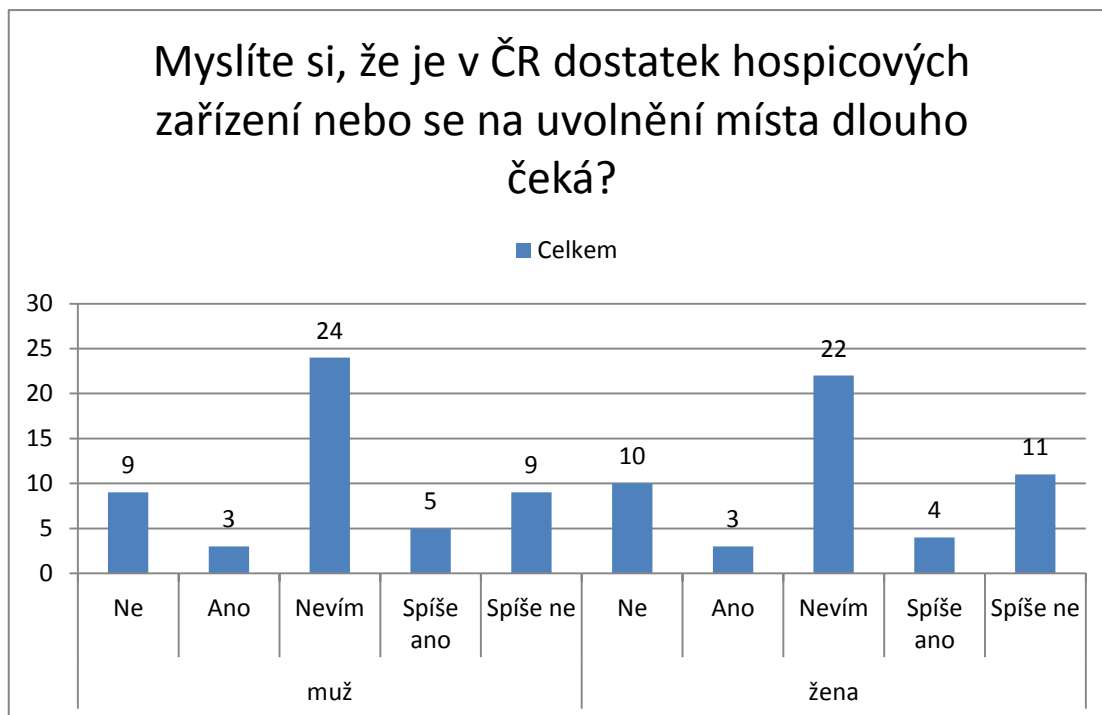
Graf č. 21 – Je veřejnost dostatečně informována o všech typech zařízení poskytujících paliativní péči?



Komentář:

Výsledky jsou za jednotlivá pohlaví podobná. Nikdo neodpověděl ano, spíše ano je zde zastoupeno u 1% mužů, 4 % žen, spíše ne 15% mužů, 21 % žen a jasné ne u 19 % mužů, 21 % žen. 15% mužů, 7 % žen uvedlo, že neví, zda je veřejnost dostatečně informována.

Graf č. 22 – Je v ČR dostatek hospicových zařízení?

**Komentář:**

Pouze 3 % žen a mužů si myslí, že je v ČR dostatek hospicových zařízení. 5 % mužů, 4 % žen si myslí, že je spíše dostatek. 9 % mužů, 11 % žen si myslí, že je spíše nedostatek a 9% mužů, 10 % žen je názoru, že je určitě nedostatek hospicových zařízení. 24 % mužů, 22 % žen neví.

ZÁVĚR

V teoretické části této bakalářské práce jsem popsala problematiku paliativní a hospicové péče. Věnovala jsem se i přidruženým fenoménům souvisejícím s tímto druhem péče jak ze strany pacientů, tak ze strany pracovníků (např. eutanázie a syndrom vyhoření) a uvedla jiné zdroje, kde mohou obě strany získat podrobnější informace, které již nejsou předmětem této práce. Praktická část byla provedena kvantitativním šetřením, výzkumný soubor obsahoval 100 respondentů v poměru 50 mužů a 50 žen.

Co se týče plnění cílů, práce měla jeden hlavní cíl a tři dílčí cíle.

Hlavní cíl, tj. zjistit informovanost o paliativní hospicové péči u nezdravotnických studentů UTB byl splněn již samotným vyhodnocením distribuovaných dotazníků. Bylo zjištěno, že nadpoloviční většina respondentů (66 %) má nedostatečné znalosti ohledně paliativní péče.

Vedle hlavního cíle byly stanoveny i dílčí cíle. Prvním z nich bylo zjistit zkušenosti studentů UTB s poskytováním paliativní péče. Bylo zjištěno, že naprostá většina respondentů (91 %) nemá s tímto druhem péče žádnou zkušenost. Dílčí cíl č. 1 byl splněn.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit informovanost studentů UTB o možnostech využití zařízení poskytujících paliativní hospicovou péči. 34 % respondentů neví, zda by takové zařízení využili, téměř shodný počet (34 %) se k tomu staví záporně. Téměř stejný počet (32 %) by ale takové zařízení s největší pravděpodobností využilo. Dílčí cíl č. 2 byl splněn.

Posledním dílčím cílem bylo zjistit dostupnost paliativních hospicových zařízení z pohledu studentů UTB. Výrazná většina respondentů (70 %) neví, kde se nachází zařízení poskytující paliativní péči, dostupnost je tedy velmi špatná. Dílčí cíl č. 3 byl splněn.

Z takových výsledků vyplývá, že studenti mají převážně nedostačující znalosti ohledně paliativní hospicové péče. Velmi malá část studentů, která je s touto problematikou obeznámena má získané zkušenosti ze svého okolí. Tato skutečnost mě vede k zamyšlení, zda tento výsledek mého výzkumu je obrazem informovanosti celé laické veřejnosti. Pokud bychom chtěli, aby informovanost laické veřejnosti stoupala, bylo by vhodné začít s edukací již u studentů. Pro zlepšení povědomí by bylo vhodné uspořádat přednášky či kurzy zabývající se tímto tématem na každé z fakult Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. K tomuto účelu jsem vypracovala informační letáček, který by mohl být na přednášce rozdan. V tomto letáčku jsou základní informace o hospicové péči – definice, cíle, pro koho je

tato péče určena, popis lůžkového a mobilního hospice, seznam zařízení poskytujících hospicovou paliativní péče a užitečné internetové odkazy.

Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože bych se této problematice chtěla věnovat i v budoucnu. Po ukončení studia na vysoké škole bych chtěla své nabitě zkušenosti uplatnit v některém ze zařízení paliativní hospicové péče a přispět k větší informovanosti veřejnosti s touto problematikou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

- [1] BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT, 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
- [2] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2008. *Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 123 s. ISBN 978-80-244-1877-3
- [3] MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
- [4] MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. 1. vyd. Praha: Grada, 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
- [5] O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. České vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- [6] SKÁLA, Bohumil, 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011 : [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 20 s. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.
- [7] SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, 2007. *Paliativní medicína pro praxi: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. 1. vyd. Praha: Galén, 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
- [8] SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA, 2004. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 43 s. ISBN 80-239-4330-8.
- [9] STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT, 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Vyd. 1. Jinočany: H, 161 s. ISBN 80-731-9059-1.

- [10] SVATOŠOVÁ, Marie, 1995. *Hospice a umění doprovázet*. 1. vyd. Praha: ECCE HOMO. ISBN 80-902049-0-2.
- [11] VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ, 2013. *Paliativní péče v onkologii*. Vyd. 1. Pardubice: Univerzita Pardubice, 61 s. ISBN 978-80-7395-586-1.
- [12] VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 184 s. Sestra. ISBN 978-802-4731-742.
- [13] VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ, 2004. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada-Avicenum, 537 s., [4] s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-0279-7.
- [14] VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 448 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4737-423.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- [15] ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ A PALIATIVNÍ PÉČE. *Hospice v České republice - členové APHPP: Adresář poskytovatelů hospicové paliativní péče - členů APHPP - podle krajů* [online]. 2010 [cit. 2014-05-11].
Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/hospice-v-cr/>
- [16] CESTA DOMŮ. *Komunikace s umírajícím člověkem a jeho blízkými* [online]. 2014 [cit. 2014-05-11]. Dostupné z: <http://elearning.cestadomu.cz/komunikace-s-umirajicim-a-blizkymi.html>
- [17] CHAPMAN, K. Y. A comparison of hospice in the UK and the US. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2000-05-01, vol. 17, issue 3, s. 173-177. DOI: 10.1177/104990910001700310.
Dostupné z: <http://ajh.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/104990910001700310>
- [18] SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Martina ŠPINKOVÁ. *Paliativní péče v České republice v roce 2013: perspektiva České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP* [online]. Praha a Brno, 2013 [cit. 2014-05-11]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/paliativni-pece-v-ceske-republice-v-roce-2013>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Apod.	A podobně
Atd.	A tak dále
ČR	Česká republika
Dr.	Doktor
FAI	Fakulta aplikované informatiky
FaME	Fakulta managementu a ekonomie
FHS	Fakulta humanitních studií
FMK	Fakulta multimediálních komunikací
FT	Fakulta technologická
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
OPP	Oddělení paliativní péče
Prof.	Profesor
Např.	Například
Resp.	Respektive
Sv.	Svatý/ Svata
Tj.	To je
TRN	Plicní oddělení
Tzv.	Takzvaný
UK	United Kingdom
USA	United State of America
UTB	Univerzita Tomáše Bati
WHO	World health organization

SEZNAM GRAFŮ A OBRÁZKŮ

Graf č. 1 - Věk respondentů.....	40
Graf č. 2 – Pohlaví respondentů.....	41
Graf č. 3 – Studovaná fakulta	42
Graf č. 4 – Studovaný obor	43
Graf č. 5 – Umírání a smrt v naší společnosti.....	44
Graf č. 6 – Zkušenosti s péčí o nevléčitelně nemocného či umírajícího	46
Graf č. 7 – Pojem „paliativní péče“	47
Graf č. 8 – Co je hlavním cílem pojmu paliativní péče	48
Graf č. 9 – V jaké situaci jste tento pojem slyšeli?.....	49
Graf č. 10 – Jak hodnotíte své znalosti o paliativní péči?.....	50
Graf č. 11 – Je možné v ČR zajistit důstojné umírání v domácím prostředí?	51
Graf č. 12 – Víte kdo Vám poskytne informace?	52
Graf č. 13 – Máte osobní zkušenosti s paliativní péčí?	53
Graf č. 14 – Pojem „hospic“	54
Graf č. 15 – Jsou podle Vás hospice v ČR potřebné?.....	55
Graf č. 16 – Víte, kde se ve Vašem okolí nachází zařízení paliativní péče?	56
Graf č. 17 – Pokud ano, kde jste se o tomto zařízení dozvěděl/a?.....	57
Graf č. 18 – Chtěl/a byste využít služeb hospicové péče?.....	58
Graf č. 19 – Je veřejnost dostatečně informována o problematice paliativní péče?.....	60
Graf č. 20 – Je hospic finančně nákladnější?.....	61
Graf č. 21 – Je veřejnost dostatečně informována o všech typech zařízení poskytujících paliativní péči?.....	62
Graf č. 22 – Je v ČR dostatek hospicových zařízení?.....	63

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - Jaké faktory léčby nevléčitelně nemocného v terminálním stádiu nemoci jsou podle Vás důležité?	45
Tabulka č. 2 - Pro které onemocnění si myslíte, že je vhodné využít hospicovou péči?.....	59

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Informační letáček	72
Příloha P II: Dotazník	74

PŘÍLOHA P I: INFORMAČNÍ LETÁČEK

Vybraná hospicová zařízení

- **Čechy**
 - Hospic Štrasburk, o.p.s., Praha 8 - Bohnice
 - Hospic dobrého Pastýře, Tři, o.p.s., Čerčany
 - Domácí hospic Jordán o.p.s., Tábor
 - Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s., Prachatice
 - Hospic sv. Lazara, z.s., Plzeň
 - Hospic sv. Štěpána, z.s., Litoměřice
 - Hospicová péče sv. Zdislavy, o.p.s., Liberec
 - Hospic Anežky České, Červený Kostelec
- **Morava**
 - Domácí hospic Vydročín, o.p.s., Nové Město na Moravě
 - Hospic sv. Alžběty, o.p.s., Brno
 - Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc
 - Hospic Citadela – Diakonie CCE, Valašské Meziříčí
 - Hospic sv. Lukáše, Ostrava - Výškovice

Další informace:

www.umirani.cz

www.hospice.cz

www.cestadomu.cz



Paliativní péče
Eva Doleželová

Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu.

Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.

Příklady vhodných pacientů

- pacienti mající onkologické onemocnění
- pacienti trpící psychickým onemocněním
- pacienti s onemocněním AIDS
- pacienti s demencí

Lůžkový hospic

je zařízení, kam se přijímají pacienti na základě žádosti.

Pacienti jsou v čistém a příjemném prostředí, personál se jim snaží co nejvíce odlehčit od bolesti a dalších strastí. Nachází se na jednohlůžkových pokojích.

Poskytovaná péče je odborná a na úrovni. Denní režim klienta je uzpůsoben jeho potřebám.

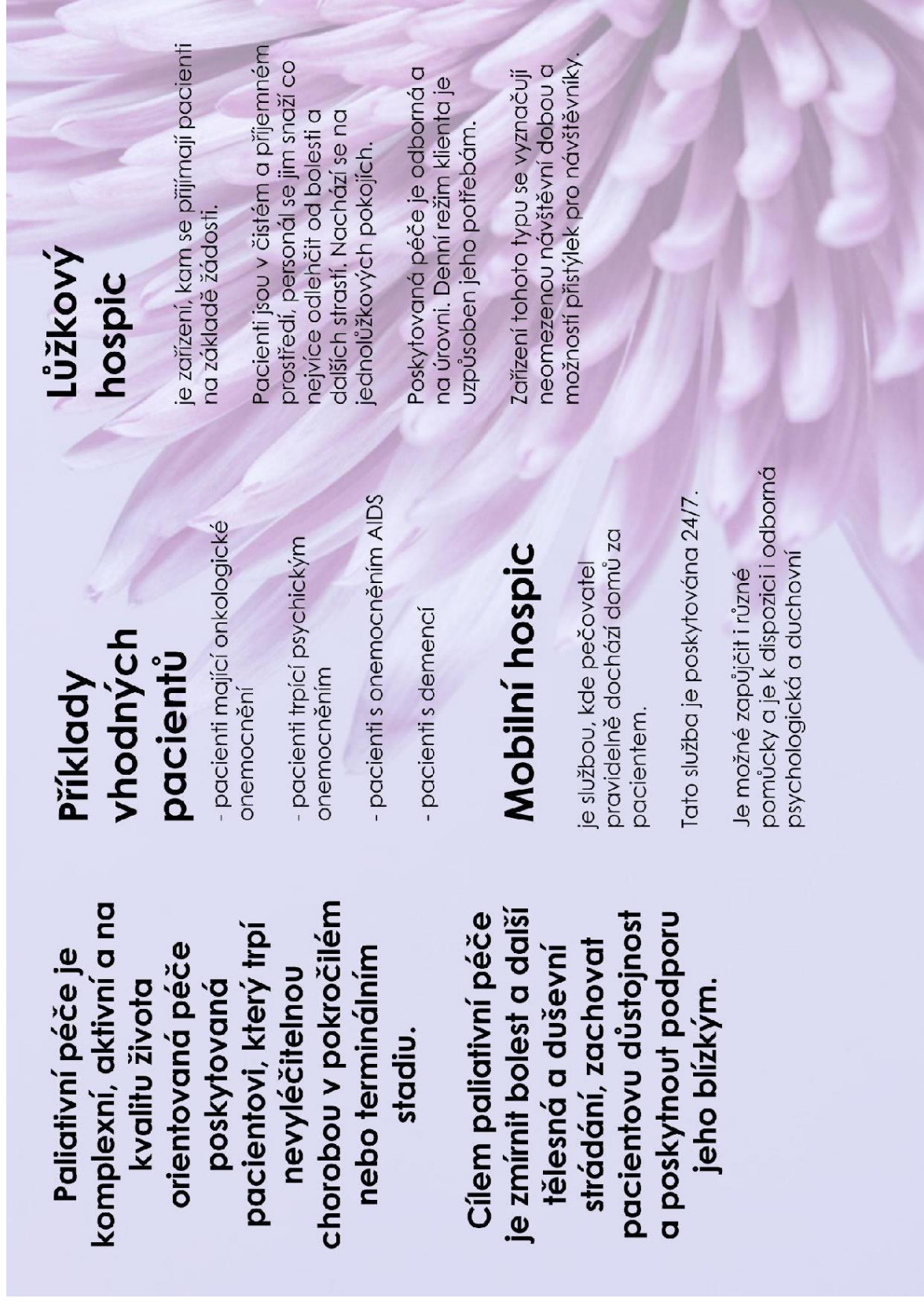
Zařízení tohoto typu se vyznačují neomezenou návštěvní dobou a možností přistýlek pro návštěvníky.

Mobilní hospic

je službou, kde pečovatel pravidelně dochází domů za pacientem.

Tato služba je poskytována 24/7.

Je možné zapůjčit i různé pomůcky a je k dispozici i odborná psychologická a duchovní



PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Eva Doleželová, jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, studijního programu Ošetrovatelství. Na závěr studia zpracovávám bakalářskou práci na téma: „Informovanost o paliativní hospicové péči u studentů nezdravotnických bakalářských oborů Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně“. Obracím se tedy na Vás s prosbou o vyplnění mého dotazníku, který bude cenným zdrojem informací pro mou práci. Dotazník je samozřejmě dobrovolný a anonymní. Získané informace použiji pouze ke zpracování své práce a nebudou v žádném případě zneužity.

Věk: _____

Pohlaví: žena/ muž

Fakulta: _____

Obor: _____

1. Myslíte si, že se v naší společnosti mluví o umírání a smrti otevřeně?

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

2. Jaké faktory léčby nevléčitelně nemocného v konečném (terminálním) stádiu nemoci jsou podle Vás důležité? Prosím seřadte podle důležitosti. 1- nejdůležitější, 5 – nejméně důležité

- Nepřetržitá péče
- Efektivní terapie bolesti
- Důstojné podmínky pro umírání
- Duševní podpora
- Poskytnutí opory rodině umírajícího

3. Máte osobní zkušenosti s péčí o nevléčitelně nemocného či umírajícího?

a) Ano
b) Ne

4. Slyšel/a jste někdy pojem „paliativní péče“?

a) Ano
b) Ne

5. Co je hlavním cílem pojmu paliativní péče. (Určete prosím podle Vás nejvíce vhodnou odpověď)

a) Zlepšení kvality života
b) Symptomatická léčba
c) Efektivní terapie bolesti

d) Emotivní podpora
e) Respektování lidské důstojnosti

6. Vzpomenete si, v jaké situaci jste tento pojem slyšeli?

a) Zkušenosti v rodině
b) V médiích
c) Lékař
d) Zkušenosti jiné osoby v okolí
e) Jiné

7. Jak hodnotíte své znalosti o paliativní péči?

a) Výborné
b) Uspokojivé
c) Dobré
d) Dostačující
e) Nedostatečné

8. Myslíte si, že je v současné době v ČR možné zajistit důstojné umírání v domácím prostředí?

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

9. Víte na koho se obrátit v tomto případě, aby vám poskytl informace?

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

10. Máte osobní zkušenost s paliativní péčí?

a) Ano
b) Ne

11. Slyšel/a jste někdy o pojmu „hospic“?

a) Ano
b) Ne

12. Jsou podle Vás hospice v ČR potřebné?

a) Ano
b) Spíše ano

c) Nevím
d) Spíše ne
e) Ne

13. Víte, kde se ve Vašem okolí nachází nějaké zařízení specializované paliativní péče?

--

14. Pokud ano, kde jste se o tomto zařízení dozvěděl/a?

a) Televize
b) Internet
c) Noviny
d) Lékař
e) Osobní zkušenost
f) Zkušenost nějaké osoby v okolí
g) Jiné

15. Chtěl/a byste využít služeb hospicové péče v případě nevléčitelného onemocnění?

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

16. Pro které onemocnění si myslíte, že je vhodné využít hospicovou péči? (prosím seřadte dle Vašeho názoru. 1 – nejdůležitější, 5 – nejméně důležité)

- Pacient s onemocněním AIDS
- Pacient s demencí
- Psychické onemocnění
- Onkologické onemocnění
- Respirní péče

17. Myslíte si, že je veřejnost dostatečně informována o problematice paliativní péče?

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

18. Myslíte si, že je hospic finančně nákladnější než pobyt v nemocnici?

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

19. Myslíte si, že je veřejnost dostatečně informována všech typech zařízení poskytujících paliativní péči?

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

20. Myslíte si, že je v ČR dostatek hospicových zařízení nebo se na uvolnění místa dlouho čeká? (Ano, je zde dostatek hospicových zařízení,
Ne, není a čeká se dlouho na uvolnění místa)

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