

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ**

Informovanost veřejnosti o paliativní péči

Bakalářská práce

Autor práce: **Denisa Tichá**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2022

**CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

Public awareness of palliative care

Bachelor's thesis

Author: **Denisa Tichá**

Supervisor: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2022

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové
(podpis)

Obsah

Úvod.....	7
Teoretická část.....	8
1 Paliativní péče.....	8
1.1 Zásady paliativní péče.....	8
1.2 Složky paliativní péče.....	8
1.3 Cíle paliativní péče.....	9
1.4 Rozdělení paliativní péče.....	9
1.4.1 Obecná.....	10
1.4.2 Specializovaná.....	10
1.5 Místa poskytování paliativní péče.....	10
1.5.1 Domácí paliativní péče.....	10
1.5.2 Stacionární hospicová péče.....	10
1.5.3 Lůžková hospicová péče.....	11
2 Potřeby člověka.....	12
2.1 Biologické.....	12
2.2 Psychologické.....	12
2.3 Sociální.....	13
2.4 Spirituální.....	13
3 Hospicová péče.....	14
3.1 Historie.....	15
3.2 Hospice v ČR.....	16
3.3 Moderní trendy v evropské hospicové péči.....	18
4 Umírání.....	19
4.1 Fáze umírání dle Kübler-Rossově.....	19
4.2 Bolest.....	20
4.3 Naděje.....	22
4.4 Postoje veřejnosti ke smrti a umírání.....	23
5 Ošetrovatelská péče o umírajícího pacienta.....	24
5.1 Komunikace s umírajícím pacientem a pozůstalými.....	24
5.2 Diagnózy dle NANDA int.....	25
6 Etické aspekty péče o umírajícího pacienta.....	29
6.1 Respektování důstojnosti.....	29
6.2 Otázka eutanazie.....	30
Praktická část.....	31

1	Cíle práce a metodika výzkumu.....	31
2	Analýza a interpretace výzkumu.....	33
3	Diskuze.....	60
	Závěr.....	65
	Abstrakt.....	67
	Abstract.....	68
	Bibliografie / Zdroje.....	69
	Seznam zkratk.....	71
	Seznam tabulek.....	72
	Seznam grafů.....	72
	Přílohy.....	73
	Příloha č. 1: Dotazník - Informovanost veřejnosti o paliativní péči.....	73
	Příloha č. 2: Souhlas s prováděním výzkumu.....	76
	Příloha č. 3: Charta práv umírajících.....	77
	Příloha č. 4: Odpovědi respondentů.....	82

Úvod

Jak pravil Jan Amos Komenský: „Všichni budeme umírat bez generálky, rovnou, naostro“. Proto je důležité o umírání mluvit, přijmout ho jako nezbytnou část bytí a připravit se na smrt. Bohužel však bývá umírání vytěšňováno. Toto je jeden z hlavních důvodů, proč jsem si zvolila téma paliativní péče. V nynější době je téma smrti a paliativní péče diskutováno více než v minulosti, tabuizace smrti však stále zcela nevytizela. Téma paliativní péče, především v posledních letech nabírá na důležitosti a je důležité, aby byla veřejnost dostatečně informována o tomto tématu a možnostech paliativní péče. V teoretické části práce se zaměřujeme na seznámení čtenáře s tímto tématem. Obecně v ní popisujeme obor paliativní péče, její zásady, složky, cíle, rozdělení a místa kde se poskytuje. Také v této práci uvádíme kapitolu o hospicích v ČR, protože jsou pojmy paliativní péče a hospiců úzce spojeny. Vytvořili jsme také seznam hospiců v ČR pro lepší orientaci v dostupnosti paliativní péče. V teoretické části uvádíme témata potřeb člověka, umírání, bolesti a samozřejmě kapitolu ošetrovatelské péče o umírajícího pacienta, která je pro můj studijní obor velmi důležitá. Hlavním cílem teoretické části je čtenáři přiblížit téma paliativní péče a popsat důležitost této péče. V rámci empirické části byl vytvořen dotazník, který byl poskytnut různým skupinám respondentů. Hlavním cílem této práce je zjistit informovanost veřejnosti o paliativní péči. Zjistit, zda tomuto tématu rozumí či zda vůbec znají tento pojem. Dílčími cíli práce je zjistit, jaká je četnost informovanosti veřejnosti o paliativní péči a hospicích v souvislosti se vzděláním, pohlavím, věkem a náboženským vyznáním respondentů. Zjistit, jak velké procento respondentů má osobní zkušenost s paliativní péčí, a zda je tato zkušenost pozitivní či negativní. Zjistit, zda veřejnost považuje hospice za potřebné, a zda si myslí, že je paliativní péče v ČR dostačující. A jako poslední zjistit, zda se liší názory na paliativní péči a hospice mezi věřícími a ateisty. Pevně doufám, že tato práce pomůže rozšířit povědomí o paliativní péči, a že lidé začnou více hovořit o tématech umírání a smrti.

Teoretická část

1 Paliativní péče

Paliativní péče je obor, který se nezabývá pouze péčí o terminálně nemocné, ale také o jejich rodinné příslušníky. Tato péče může být poskytována krátkodobě v agonální fázi umírání, ale také dlouhodobě. Dlouhodobá paliativní péče se poskytuje častěji pacientům s neoncologickým onemocněním, u kterých není jistá prognóza. Může být také poskytována přechodně, při zhoršení stavu pacienta a krizích (Kalvach, 2010).

Existuje také perinatální paliativní péče, která se zabývá péčí o ženu při zjištění nemoci či vady plodu a podporou ženy při porodu mrtvého plodu. Také se zabývá péčí o novorozence (comfort care) a o truchlící rodinu (Ratislavová, 2016). Paliativní péče má za úkol naplnit jak fyzické a psychické potřeby pacienta, tak i potřeby sociální a spirituální.

Existují dva přístupy v pojetí této péče. Přístup humanistický a fiskální. Humanistický přístup usiluje především o vytvoření smysluplné náplně zbytku života umírajícího a o optimální péči a podporu pacienta i jeho rodiny. Přístup fiskální usiluje o včasné přerušení zbytečné léčby pacientů, která by je v posledních měsících života pouze zatěžovala, a o zlevnění zdravotní péče. Snížení nákladů na léčbu by ovšem nikdy nemělo být prioritou. I toto je jedna ze zásad paliativní péče (Kalvach, 2010).

1.1 Zásady paliativní péče

Je stanoveno několik zásad paliativní péče. První zásadou je úleva od bolesti a jiných symptomů nemoci. Také by měla paliativní péče pohlížet na smrt jako na přirozený proces a nikdy by neměla usilovat o její oddálení nebo naopak urychlení. Tato péče se nezabývá pouze biologickými potřebami pacienta, ale také psychologickými, sociálními a duchovními. I to je jeden z důvodů, proč zdůrazňuje význam rodiny a blízkých v péči. Poslední, ale neméně důležitou zásadou je, že usiluje o zlepšení kvality života pacienta, a především o udržení jeho důstojnosti. Paliativní péče je poskytována multidisciplinárním týmem, který neposkytuje péči jen umírajícím ale také jejich rodinám (Munzarová, 2005).

1.2 Složky paliativní péče

Složkou paliativní péče nejsou pouze lékaři a zdravotní sestry. K tomu, aby byla paliativní péče kvalitní, je zapotřebí multidisciplinárního týmu. Tento tým se skládá z lékařů a zdravotních sester se speciálním kurzem, ale také z psychologů, sociálních pracovníků, fyzioterapeutů, duchovních, dobrovolníků a především rodiny. Každá z těchto složek hraje nezastupitelnou roli v péči o pacienta.

Lékař poskytuje specializovanou a obecnou paliativní péči, nebo může působit jako konsiliář. Všeobecné sestry poskytují komplexní ošetrovatelskou péči (existenciální podpora, zabezpečení biologických potřeb, plnění indikací lékaře, sledování a vyhodnocování pacienta), včetně rehabilitačního ošetrovatelství. V péči je také velmi potřebná sociální práce, která pomáhá rodině či nemocnému zařídit příspěvky na péči, podporuje rodinu, informuje o dalších možnostech podpory a aktivuje širší rodinný kruh k péči o pacienta. Psychoterapeuti provází nemocného i rodinu umíráním a pomáhají pozůstalým vyrovnat se se ztrátou. Fyzioterapeuti zajišťují rehabilitační péči pacienta a snaží se udržet co nejdéle soběstačnost pacienta, provádějí také dechovou rehabilitaci. Duchovní podpora umírajícího je také velmi důležitou složkou. Duchovní provází umírajícího i jeho rodinu.

Rodina je klíčový prvek kvalitní domácí paliativní péče. Musí být vyškolená a podporována. Pomáhá nemocnému najít smysl, komunikuje s ním. Může nemocnému poskytnout odpuštění, smíření a především rozloučení. Složkou multidisciplinárního týmu jsou také dobrovolníci, kteří komunikují s nemocným a odlehčují pečovatelským rodinám. Všechny složky paliativní péče směřují ke stejným cílům (Kalvach, 2010).

1.3 Cíle paliativní péče

Hlavním cílem paliativní péče je zlepšit kvalitu života umírajících. Tento cíl ovšem nezahrnuje jen naplňování biologických, sociálních a duchovních potřeb pacienta. Paliativní péče se snaží, aby člověk našel smysl svého života a pochopil sebe sama. Snaží se dovést člověka k smíření se smrtí a k tomu, aby i v nemoci mohl žít kvalitní život. Se zlepšením kvality života souvisí i tlumení bolesti a jiných nepříjemných pocitů. Vždy ale musíme respektovat pacienta, který odmítne tlumení bolesti.

Cíle musí být vždy realistické, splnitelné a při postupu nemoci se mohou měnit. Na začátku nemoci může být cílem například pohybovat se bez bolesti, ale ke konci nemoci, když už pohyb nebude možný, se tento cíl může změnit na vyspání se bez bolesti. Cíle by se měly vždy stanovovat společně s rodinou nemocného a nemocným, protože se odvíjejí od jeho životních hodnot (Svatošová, 1999).

1.4 Rozdělení paliativní péče

Paliativní péče se dá rozdělit dle komplexnosti na obecnou a specializovanou. Obecnou paliativní péči by měla být schopna poskytnout všechna zdravotnická zařízení. Pro specializovanou paliativní péči jsou zřizována specializovaná zařízení, například hospice (Marková, 2010).

1.4.1 Obecná

Jak již bylo řečeno, tato paliativní péče by měla být poskytována každým zdravotnickým zařízením. Tato zařízení by měla být schopna správně vyhodnotit stav pacienta a zhodnotit smysluplnost další léčby. Do této péče se řadí léčba symptomů jako je bolest, psychosociální podpora pacienta a rodiny, komunikace s pacientem a rodinou. Vždy by měla být respektována autonomie pacienta (Sláva, Kabelka, Vorlíček, 2011).

1.4.2 Specializovaná

Tento druh péče je poskytován v zařízeních, jejichž hlavní činností je paliativní péče. Jsou to například oddělení paliativní péče, domácí a lůžkové hospice, denní stacionáře, ambulance paliativní péče a další. V těchto zařízeních musí být vyškolený personál pro poskytování této péče a větší počet zaměstnanců než pacientů. Také nabízejí podporu zdravotníkům poskytujícím paliativní péči. Zajišťují podporu pacientů a jejich rodin jak v nemocnicích, tak i v jejich domovech nebo ambulantně (Marková, 2010).

1.5 Místa poskytování paliativní péče

Paliativní péče není poskytována pouze v nemocnicích a hospicích, ale také ambulantně. Všechna místa poskytování paliativní péče by měla umožnit pacientovy zemřít v klidu a bezpečí.

1.5.1 Domácí paliativní péče

Tato péče je také známá pod názvem mobilní hospic. Je poskytována v domovech pacientů nebo v náhradním sociálním prostředí. Funguje na principu návštěv lékařů, sester, ošetřovatelů či dobrovolníků. Tato péče je dostupná 7 dní v týdnu, 24 hodin denně. Péči si často musí pacient či jeho rodina hradit sami. Pokud je ovšem lékařem indikovaná ošetřovatelská domácí péče, tak jsou alespoň ošetřovatelské výkony hrazeny zdravotní pojišťovnou (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

1.5.2 Stacionární hospicová péče

Tato péče je poskytována ve specializovaných zařízeních a je určena především pacientům, kteří nejsou hospitalizováni. Do stacionárního hospice mohou docházet například dvakrát týdně nebo i každý den na určitý časový úsek. Nabízejí péči lidem, které nemoc vytrhla z jejich sociálního života, a nabízejí jim možnost setkávat se s dalšími umírajícími. Díky této péči je nemocný schopen znovu objevit sám sebe a rozvíjet své schopnosti (Student, Muhlum, 2006).

1.5.3 Lůžková hospicová péče

Lůžková zařízení poskytují péči především pacientům v preterminální a terminální fázi umírání. Jsou to nejčastěji samostatně stojící lůžková zařízení. Snaží se vytvořit bezpečné a příjemné prostředí pro umírání, soustředí se na individualitu a jedinečnost každého člověka. Paliativní péče, která je poskytována v lůžkových zařízeních a na odděleních paliativní péče, je plně hrazena ze zdravotního pojištění (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

2 Potřeby člověka

Člověk, jako každá jiná bytost, má velké množství potřeb. Je velmi důležité si uvědomit, že tyto potřeby nejsou jen tělesné. Monika Marková je ve své knize *Sestra a pacient v paliativní péči* dělí na potřeby lidské osobnosti, pravdy, rodiny a nitra člověka.

Mezi potřeby lidské osobnosti řadí potřebu zůstat sám sebou, rozhodovat o sobě a splnit svůj úkol. Také sem řadí potřebu plakat a smát se. Ve své podstatě tyto pojmy znamenají, že člověk ať už v nemoci nebo ve zdraví si chce udržet svou identitu a vůli. Právě ty mu onemocnění často odebere, to vede k frustraci a smutku. Proto by měl mít nemocný vždy možnost volby, ať už to je volba odmítnutí tlumení bolesti, nebo kde chce zemřít. Měli bychom nemocným dovolit plakat a velmi důležitým úkolem sestry je právě tento pláč vydržet, ale zároveň nevytvářet kolem pacienta atmosféru smutku, protože i humor je důležitou součástí péče.

Další potřeba je potřeba pravdy, kdy je pacientovy nutné sdělovat vždy pravdivé informace, a to i ty špatné.

Další potřebou je potřeba rodiny. Pacient i v nemoci má potřebu být součástí rodiny, a to nejen aby rodina pečovala o něj, ale i on měl možnost pečovat o rodinu a být užitečný. Rodina může poskytnout obrovskou emoční podporu, smíření a rozloučení, často se ovšem zapomíná, že všechny tyto věci poskytuje i nemocný rodině.

Poslední potřeby jsou potřeby nitra člověka. Jejichž podstatou je, že pacient potřebuje nějak uzavřít svůj život, odpustit a předat to co zná dalším. Nemocný často hledá smysl života, odpuštění, lásku, naději a transcendenci (Marková, 2010).

Toto je ovšem velmi specifické dělení. Obecněji se dají potřeby člověka rozdělit na biologické, sociální, psychologické a spirituální.

2.1 Biologické

Tyto potřeby, jsou potřebami těla. Řadí se sem příjem potravy a hydratace, kdy se vždy snažíme, aby byl pacient schopen přijímat potravu a tekutiny co nejpřirozenější a nejméně invazivní cestou. Dále se sem řadí potřeba hygieny, pohybu, spánku aj. (Svatošová, 2012).

2.2 Psychologické

Jednou z nejdůležitějších psychologických potřeb je potřeba udržet si důstojnost. Pacient si vždy zaslouží náš respekt a empatii. Nikdy nesmíme pacientovi lhát, a měl by mít vždy možnost, zvolit si, kolik toho chce o svém stavu vědět, a kdy mu tyto informace budou

sdělovány. Komunikace je velmi důležitá součást paliativní péče a je třeba, aby se v ní nedělaly chyby, protože právě ty mají velký vliv na psychiku pacienta (Svatošová, 2012).

2.3 Sociální

Jedním z největších problémů paliativní péče je izolace pacienta. Pacientovi tedy musíme poskytovat pravidelnou komunikaci a zprostředkovávat návštěvy jeho rodiny i známých. Umírající pacient má právo na nepřetržité návštěvy, ale je nutné pamatovat, že návštěvy může také odmítnout. Pacient si návštěvy sám usměrňuje a my ho musíme v těchto rozhodnutích respektovat (Svatošová, 2012).

2.4 Spirituální

Na tuto potřebu se často zapomíná, pravděpodobně i proto, že po dlouhou dobu byla tato témata tabu. Bývá často vnímána jako uspokojování potřeb věřících, to je ovšem omyl. Většina věřících totiž s touto potřebou pomoci nepotřebuje. Vědí, co dělat, vědí, v co věří. Nevěřící se ovšem spirituálními potřebami začnou zabývat až v posledních chvílích života. Hledají smysl života, pochopení a odpuštění. Naším úkolem je pacientovi pomoci najít smysluplnost žití, i když umírá (Svatošová, 2012).

K dělení potřeb se také využívá Maslowova hierarchická teorie potřeb. Maslow vytvořil pyramidu potřeb, kde rozděluje potřeby fyziologické, potřebu bezpečí a jistoty, potřebu lásky, úcty a potřebu seberealizace. Všechny jsou sestaveny do pyramidy. Nejnížší jsou potřeby fyziologické, tělesné. Nad nimi je potřeba bezpečí a jistoty, následuje potřeba lásky, přijetí a spolupatříčnosti. Těsně před vrcholem pyramidy je uváděna potřeba uznání, úcty a na vrcholu pyramidy potřeba seberealizace. Lidé jsou těmito potřebami motivováni a teprve při naplnění potřeb nižších jsou schopni naplňovat potřeby vyšší (Šamánková, 2011).

3 Hospicová péče

Hospicová péče je ve své podstatě paliativní péče poskytovaná v hospicích. Hospice jsou zařízení, ve kterých je vytvořeno bezpečné a vhodné prostředí s proškoleným personálem pro umírající. Aby měl pacient možnost tuto péči využívat, musí splňovat určitá kritéria.

První kritérium je, že nemocný musí trpět jedním ze čtyř druhů onemocnění (onkologické s metastázami, infekční onemocnění AIDS, onemocnění nervového systému s pokračujícím ochrnutím, konečným stavem chronického onemocnění ledvin, jater, plic).

Druhým kritériem je, že už musí být možné určit příčinu smrti nemocného, např. selhání ledvin, srdce a další.

Posledním kritériem je, že nemocný, jeho rodina a ošetřující lékař si nepřejí další léčbu a souhlasí s poskytováním hospicové péče.

Přednostně se do této péče přijímají lidé, kterým zbývá posledních pár týdnů či měsíců života. Větší problém se získáním hospicové péče mají dlouhodobě nemocní. Kapacita lůžkových hospiců je bohužel omezena, a proto se dlouhodobě nemocní často do této péče nedostanou. Těžiště všech hospiců je ale v ambulantní péči, která umožňuje co největšímu počtu nemocných umírat doma. Dlouhodobě nemocní mají však mnohem větší šanci získat stacionární hospicovou péči, kde se personál zaměřuje především na psychosociální péči, a kde není tolik kritérií pro přijetí a zahájení péče.

Úkolem hospiců ovšem není pouze péče o umírající, jejich další povinností je například pořádání besed s nemocnými, jejich rodinami a truchlícími. Také musejí vykonávat vzdělávací činnost, protože jako v každém zdravotnickém zařízení musí být personál neustále proškolen a musí získávat nové poznatky o péči. Hospice by také měly publikovat výzkumy, ty vedou k hlubšímu poznání potřeb nemocných a etické reflexe personálu (Student, Muhlum, 2006).

Hlavní náplní práce hospice je ovšem péče o nemocného, jeho rodinu a truchlící. Zabývá se hodnocením a léčbou bolesti, ke které používá neopioidní, slabé opioidní i silně opioidní analgetika. Také se často potýká s nechutenstvím pacienta, nevolností a zvracením. Pacienti mohou mít taky problém s obstrukcí střev a následnou zácpou, často však také trpí dušností. Dušnost může v pacientovi vyvolat úzkost, nebo i panické záchvaty. Ke konci života mohou být pacienti také zmatení, neklidní až delirantní. Hospice tedy neřeší pouze biologické problémy pacientů, ale i psychologické a psychiatrické, jako například depresi.

Hospicová péče se zabývá širokou škálou problémů a jejich řešení neleží pouze ve farmakologické léčbě, ale především v komunikaci s pacientem a v týmové spolupráci

personálu. Zajišťují i duchovní péči a snaží se, aby pacient zemřel důstojně, bez utrpení, a aby našel smysl ve své minulosti i budoucnosti (Marková, 2021).

3.1 Historie

Již ve starém Egyptě existoval „egyptský kult mrtvých“, který se zabýval tématem překonávání smrti. Smrt nebyla pouze konec, ale především začátek něčeho nového, lepšího. Vykonávali různé rituály, které měly pomoci přechodu do lepšího světa, jako balzamování, omývání těla a uložení do hrobu.

V rámci buddhismu v 8. století vznikla kniha Tibetská kniha mrtvých, která připravovala umírající na znovuzrození a na to, co přijde po smrti.

V Evropě v 15. století vznikla literatura ars-moriendi, která popisuje boj temnoty a světla v životě i smrti člověka. Během let také vznikaly xenodochia v Malé Asii (domovy pro cizí), ve středověku špitály a kláštery. Je důležité také zmínit chrámové kruhy v Mezopotámii a roty v Dánsku, které popisují ženy obdarované zvláštními schopnostmi. Schopnostmi zůstat nablízku umírajícímu (empatie), pozorovat odpudivé (diagnóza) a schopnostmi mírnit obtíže (terapie). I ve střední Evropě je dlouhá historie žen léčitelek, ta byla však přerušena „upalováním čarodějnic“.

První hospic vznikl v roce 1847 v Lyonu a byl založen Jeanne Garnierovou, která už před jeho vznikem vytvořila společenství žen pečující o umírající. Po roce 1878 vytvořila kongregace „Sestry lásky“ několik domů pro umírající ve Velké Británii. V těchto domech pracovala po 2. světové válce i Cicely Saundersová, která měla velký vliv při formulování zásad paliativní péče a v roce 1967 založila “St. Christopher’s Hospice” ve Velké Británii.

Velký zlom nastává v roce 1969, kdy Elisabeth Kubler-Rossová publikovala knihu “Hovory s umírajícími”, kde uvádí 5 fází umírání. Právě Elisabeth Kubler-Rossová a Cicely Saundersová přispěly k rozvoji hospicové péče a k přijetí umírání jak veřejností, tak i jeho zařazením do zdravotní péče. Roku 1987 byla paliativní péče v Anglii uznána jako odborná disciplína. (Student, Muhlum, 2006).

První hospic v České republice byl založen v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou, později se však proměnil v léčebnu dlouhodobě nemocných. Po roce 1990 přichází na scénu další průkopnice hospicové a paliativní péče Marie Svatošová. Začínala propagováním domácí paliativní péče a v roce 1996 založila Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Poté začaly vznikat další a další hospice (Sedlářová, 2015).

3.2 Hospice v ČR

V České republice od roku 1990-2011 vzniklo 11 hospiců. Pět církevních, jeden pomocí příspěvkové organizace a ostatní pomocí občanských sdružení. V roce 1998 vzniká hospic v Plzni a Praze. V roce 1999 v Rajhradě a následně v roce 2001 v Litoměřicích a 2002 v Olomouci. V roce 2003 hospic ve Zlíně a Valašském Meziříčí. Roku 2004 je založen hospic v Brně a následně v roce 2005 v Prachaticích a Mostu. Roku 2007, 2008 a 2009 vznikají hospice v Ostravě, Čerčanech a Chrudimi. Poslední vzniklý hospic je v roce 2011 ve Frýdku Místku.

Nyní je v ČR 15 lůžkových hospiců s celkovou kapacitou 480 lůžek, v roce 2011 v nich zemřelo 3 960 lidí. V ČR je zřízeno 29 zařízení poskytující lůžka dlouhodobě nemocným, jejich celková kapacita lůžek je přibližně 1172 (Sedlárová, 2015).

Existuje i Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP), která sdružuje lůžkové i domácí hospice a garantuje kvalitu jejich služeb. Jejím cílem je prosazovat a podporovat hospicovou péči. Společně s ministerstvem zdravotnictví vytvořila standardy hospicové paliativní péče. Tato organizace vznikla roku 2005 a díky ní byly uzákoněny lůžkové i mobilní hospice. APHPP pořádá odborné konference, vydává vlastní zpravodaj a poskytuje poradenské služby nemocným, jejich rodinám ale i ostatním zájemcům. Toto poradenství je anonymní a bezplatné (Svatošová, 2011). V roce 2021 má APHPP 27 členů. Z toho je 10 lůžkových hospiců, 14 mobilních hospiců a 3 zároveň lůžkové a mobilní hospice.

Tabulka č. 1 Členové APHPP

Praha	Hospic Malovická L	Hospic Štrasburg, o.p.s. L		
Středočeský kraj	Nadační fond Klíček M	RUAH, o.p.s. M	HOSPIC TEMPUS, z.s. M	Domácí hospic Srdcem, z.ú. M
Jihočeský kraj	Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. L	Domácí hospic sv. Veroniky v Českých Budějovicích M	Domácí hospic sv. Markéty Strakonice M	Domácí hospic sv. Jakuba Prachatice M
Plzeňský kraj	Hospic svatého Lazara L			
Ústecký kraj	Hospic v Mostě, o.p.s. L			
Liberecký kraj	Hospic sv. Zdislavy, o.p.s. L,M			
Karlovarský kraj	Zařízení následné rehabilitační a hospicové péče, p. o . Nejdek – Hospic Archanděla Rafaela L	Hospic sv. Jiří, o.p.s. M		
Královéhradecký kraj	Domácí hospic Duha, o.p.s M.	Domácí hospic Setkání, o.p.s. M	Hospic Anežky České L,M	
Jihomoravský kraj	Hospic sv. Alžběty o.p.s. L,M			
Olomoucký kraj	Hospic na Svatém Kopečku L			
Zlínský kraj	Diakonie Valašské Meziříčí L	Charita Nový Hrozenkov M	PAHOP, Zdravotní ústav paliativní a hospicové péče, z.ú. M	
Moravskoslezský kraj	Hospic sv. Lukáše L	Hospic Frýdek – Místek, p.o. L	Charitní středisko sv. Kryštofa – mobilní hospic a ošetrovatelská služba M	Charita Opava, Domácí hospic Pokojný přístav M

Tato tabulka byla vytvořena z informací získaných na internetových stránkách www.asociacehospicu.cz

3.3 Moderní trendy v evropské hospicové péči

V této kapitole bych ráda zmínila projekt SALUT, který byl v roce 2012 představen v rámci kulatého stolu v Londýně. SALUT je tříletý projekt v severním Španělsku, který měl doplnit

paliativní péči o sociální podporu v domácnostech, tedy aby paliativní péče nebyla složena pouze ze zdravotní části, ale hlavně ze sociální. Tento projekt se zabývá udržením důstojnosti umírajících, soustředí se také na rodinu umírajícího a její podporu jak psychickou i sociální. Tento projekt chce spojit zdravotní a sociální služby. Byl také proveden výzkum srovnání nákladů a dopadů na kvalitu péče v domácnostech, které SALUT využívají, a v domácnostech, které mají přístup pouze ke zdravotní paliativní péči. Výzkum dokázal, že náklady v domácnosti se SALUT jsou nižší.

Také jednou z nejdůležitějších snah SALUT je, aby si umírající mohl vybrat, kde chce zemřít (doma, v nemocnici, LDN). Poskytuje podporu „face to face“, a to i po telefonu, kdykoliv to umírající či jeho rodina potřebuje. Také zprostředkovává spolupráci mezi poskytovateli paliativní péče a zajišťuje kurzy pro rodinu umírajícího. Koordinuje péči mezi lékařem, zdravotní sestrou a sociálním pracovníkem.

Ve všech zemích Evropské Unie si většina umírajících přeje zemřít doma, s rodinou a blízkými. Proto je snaha zapojení rodiny do péče, a především o komplexní péči o umírajícího.

Existuje výzkum zabývající se kvalitou paliativní péče v evropských zemích. Porovnávají se zde náklady na péči, zdravotní péče a dostupnost péče na konci života. Dle tohoto výzkumu je nejlepší kvalita paliativní péče ve Velké Británii, Austrálii a Novém Zélandu. Česká republika obsadila v tomto výzkumu 21. místo (Tomeš, 2015).

4 Umírání

Ač je smrt a umírání součástí života každého z nás, tak se jí většina lidí obává, nebo i hůře, smrt zcela popírá. Jenže právě smrt dává životu smysl. Lidé se často bojí rozloučení s ostatními a cítí existenční nejistotu, ptají se, zda měl život smysl. Je také důležité říci, že umírání je věc vysoce osobní a individuální, umírajícímu je potřeba poskytnout dostatek času a citlivého zacházení, aby přijal svou vlastní smrtelnost. Proto by se mělo o umírání více mluvit, připravit se na něj a přijmout myšlenku smrti. Jeden z cílů hospice je právě navrátit myšlenku umírání do každodenního života. Především proto, aby mohl umírající smysluplně prožít zbytek svých dnů, aby se mohl radovat a najít svůj smysl. Umírání je proces. Může trvat dny, týdny, měsíce, ale i roky. Za toto období se umírající potýká s mnohými pocity a díky Elisabeth Kübler-Rossově máme možnost umírajícímu pomoci. Popsala několik fází umírání, na které můžeme umírajícího připravit a pomoci mu jednotlivými fázemi projít až k prožití poklidné, důstojné smrti (Student, Muhlum, 2006).

4.1 Fáze umírání dle Kübler-Rossové

Fáze, které Elisabeth Kübler-Rossová popisuje ve své knize *Hovory s umírajícími* se nevztahují pouze na umírající, ale prochází jimi i jejich nejbližší. Existuje pět fází umírání – popírání, agrese, smlouvání, deprese a smíření. Umírající a jeho nejbližší však nemusí tyto fáze prožívat v daném pořadí. Jako první fáze může nastoupit deprese, poté agrese, popírání atd. Všichni lidé jsou individuální a stejně tak i jejich umírání. Také je častým problémem to, že umírající a jeho blízcí nemusí být v určitý čas ve stejné fázi, tedy umírající může být se smrtí smířen, ale jeho rodina může být stále na počátku. To může umírajícím uškodit a je třeba pomoci rodině smrt přijmout. Jednotlivé fáze se mohou také prolínat.

První fází je popírání, šok a negace, kdy člověk odmítá představu smrti. Tohle se mu přece nemůže stát, musí to být nějaký omyl, chyba ve výsledcích, prostě to není možné. V této fázi by se měl doprovázející snažit získat důvěru člověka, nedělat žádné závěry a nikdy nebrat naději. Snaží se člověka uklidnit, zároveň mu ale nikdy nesmí lhát. Měl by být optimistický a například poukázat na pacienty, kteří se z jeho nemoci vyléčili. Může před umírajícího dát krátkodobé cíle jako například oslavu jeho narozenin či narození vnoučete, aby se měl na co těšit.

Poté přichází fáze agrese, hněvu a vzpoury, kdy si člověk často klade otázku proč zrovna on? Má často zlost na zdravotníky, lékaře, rodinu nebo i na sebe. Hledá někoho, koho může za svou nemoc vinit. V této fázi by se nikdy neměl doprovázející pohoršovat a soudit.

Doprovázející by se měl pokusit umírajícího nebo jeho rodinu odreagovat a snažit se vymyslet drobné úkoly či radosti, které by jim pomohly. Důležité je především vyjádření pochopení.

Fáze třetí je smlouvání a vyjednávání. V ní často lidé dělají velké sliby a hledají různé zázračné léky a léčitele. Jsou schopni zaplatit obrovské částky i za malou naději na vyléčení. Proto by si měl doprovázející v této fázi dávat pozor na různé podvodníky a mít s umírajícím či jeho rodinou trpělivost.

Předposlední fázi je fáze deprese a smutku. Člověk smutní nejen proto, že něco ztratí, tedy svůj život či blízkého, ale také proto, že vidí, co už ztratil, například samostatnost, soběstačnost. Má strach ze smrti nebo třeba i o zajištění rodiny po jeho smrti. V této fázi je důležité naslouchat umírajícímu, nevyhýbat se mu. Můžeme pomoci rodině urovnat vztahy s umírajícím a snažíme se najít řešení pro jakýkoliv problém, který způsobuje umírajícímu obavy.

Poslední fázi je smíření, akceptace. Je nutné říct, že ne každý stihne před svou smrtí k této fázi dojít, ale pokud se to člověku podaří, tak se mu konečně otevřou dveře k pokoře a k řádnému rozloučení. Člověk se často „svěřuje do rukou božích“. Najde vnitřní klid a porozumění. V této fázi nemusí doprovázející nic říkat, jeho mlčenlivá přítomnost je často dostatečná, může umírajícího držet za ruku, mohou si společně i zaplakat. Je však důležité, aby si doprovázející uvědomil, že zatímco pacient už jeho podporu nepotřebuje, jeho rodina ano.

Musí se věnovat truchlícím. Kondolence musí být osobní, nikoliv formální. Musí jim dát najevo zájem a naslouchat jim. Nabídnout jim pomoci, ale nikdy se nevnucovat. Pozůstalí se také často viní a je důležité vědět, že pouze vyslovení tohoto pocitu jim může poskytnout velkou úlevu (Svatošová, 2011).

4.2 Bolest

Aby člověk dokázal dojít k fázi smíření, je třeba, aby netrpěl pocity bolesti, pokud si tak sám nepřeje. Přestože bolest není jediným problémem, se kterým se paliativní péče setkává, je její léčba důležitým úkolem paliativní péče.

Tato bolest může být spirituální nebo fyzická. Spirituální bolest může být signalizována přehnanou potřebou pozornosti, respektu a lásky. Nemocný může také neustále přemýšlet a zmiňovat zradu, nespravedlnost, opuštěnost či vlastní selhání nebo neschopnost. Navenek se tato bolest často projevuje rezignací na život. Těmto pacientům se nesmíme vyhýbat, i když to často může být těžké. Je třeba s nimi komunikovat a zjistit příčinu jejich utrpení. Je několik

nejčastějších příčin spirituální bolesti. Nemocný může mít potřebu poskytnout odpuštění nebo naopak, aby jemu bylo odpuštěno, může pociťovat ztrátu smyslu života nebo strach z neznámého nebo také trpět pocitu marnosti. Pokud si doprovázející není jistý, co s tímto stavem pacienta dělat, měl by se obrátit na duchovního. Tato bolest se může vyskytovat i u pozůstalých, může vést k patologickému truchlení, které vyžaduje psychiatrickou léčbu (Svatošová, 2011).

V pokročilejších stádiích onemocnění se často objevuje chronická fyzická bolest. Ovlivňuje náladu, komfort a motivaci umírajícího. Také mu bere radost ze života a má negativní vliv na pacientovu spolupráci při léčbě. Neovlivňuje pacienta pouze psychicky, ale také fyzicky, může způsobit sníženou hybnost až imobilizaci nemocného, nechutenství až malnutrici a sociální dysfunkci. Jedním z cílů paliativní péče je zajistit, aby pacient byl schopen existovat bez bolesti nebo alespoň bolest zmírnit na snesitelnou úroveň (Sláma, Bystřický, 2011).

Prvním úkolem při léčbě bolesti je zjistit její příčinu. Pacient by nám měl sdělit, kde bolest pociťuje, její intenzitu a charakter, co bolest vyvolává, ovlivňuje, a jak často se objevuje. Dle doby trvání můžeme bolest rozdělit na akutní a chronickou, která trvá déle než 3 měsíce. Bolest může být také epizodická, jejíž intenzita kolísá během dne. Intenzitu bolesti můžeme hodnotit pomocí verbálních škál bolesti, vizuální analogové škály nebo numerické škály. Existují také dotazníky bolesti, například Brief Pain Inventory.

Léčba bolesti může být kauzální či symptomatická. Při kauzální léčbě se snažíme odstranit příčinu bolesti. Řadíme sem například protinádorovou léčbu. Symptomatická léčba se zabývá zabráněním vzniku, vedení nebo vnímání bolesti (Sláma, Bystřický, 2011).

Základem léčby bolesti je farmakoterapie. Bolest může být mírná, středně silná či silná a podle této intenzity se zvolí vhodná farmaka, která je třeba je podávat v pravidelných intervalech, aby se v těle udržela koncentrace léčiva a bolest se neobjevila znovu. Snažíme se je vždy podávat co nejméně invazivním způsobem, sledovat jejich účinky a předcházet nežádoucím účinkům. Analgetika mohou být neopioidní, opioidní a koanalgetika (Sláma, Bystřický, 2011).

Tabulka č. 2 Analgetika

Neoploidní analgetika	Opioidní analgetika	Koanalgetika
Paracetamol	Slabé opioidy	Kortikoidy
Metamizol	Tramadol	Alfa 2-agonisté
Nesteroidní antiflogistika	Kodein	Antidepresiva
Selektivní inhibitory cyklooxygenázy 2, koxiby	Silné opioidy	Antikonvulziva
	Morfin	Antiarytmika
	Hydromorfon	Ketamin
	Oxykodon	Kalcitonin
	Fentanyl	Psychostimulancia

Informace v tabulce získány z knihy „Paliativní medicína pro praxi“.

Užívání především opioidních analgetik může mít nežádoucí účinky, kterým by se mělo předcházet. Jejich objevení by nemělo mít za následek přerušování léčby, ale řešení nežádoucích účinků. Mezi nežádoucí účinky řadíme zácpu, zvracení, nauzeu, únavu, močovou retenci, teplotu, zmatenost, útlum dechového centra nebo vznik tolerance.

K léčbě bolesti se také využívají neurochirurgické postupy (rekonstrukční, modulační, ablační) a radioterapie (Sláma, 2011).

4.3 Naděje

Naděje napomáhá člověku vyrovnat se s různými nepříznivými situacemi v životě. V rámci paliativní péče je tedy velmi důležitá. Umírajícímu nikdy nesmíme naději brát, ale zároveň v něm nezbuzovat falešné naděje. Umírající může například doufat, že se dožije narození vnučky, či že odvede dceru k oltáři. Potřeba naděje se projevuje i ve víře člověka. Umírající se často upínají k víře v Boha, právě kvůli naději, která víru doprovází. Pro umírajícího vždy platí jedno – čím silnější je jeho naděje, tím je větší šance dosažení cíle, který si vytvořil. Pomocí naděje se umírající může naučit zvládat deprese, úzkosti, ale také tlumit bolest. Nedílnou součástí paliativní péče je pomoci najít naději a udržet ji (Kutnohorská, 2017).

4.4 Postoje veřejnosti ke smrti a umírání

Existuje několik výzkumů, které se zabývaly postojem veřejnosti ke smrti a umírání. Výzkumy probíhaly v Anglii, Irsku, Německu, Portugalsku, Španělsku, Nizozemsku i v České republice. Jejich výsledky se shodují v několika bodech:

- Lidé by preferovali zemřít doma
- Obávají se samoty, bolesti, ztráty soběstačnosti a důstojnosti
- Téma umírání a smrti považovali za málo diskutované
- Lidé mladšího věku dokázali o tomto tématu hovořit otevřeněji než starší populace
- Starší lidé se tomuto tématu často vyhýbali

Výsledky výzkumů uvádějí, že lidé si nejvíce přejí umřít doma mezi blízkými v klidné a příjemné atmosféře. Také si ale přejí dostupnou zdravotní péči a podporu pro sebe i své blízké. Lidé se také obávají smrti, většinou z důvodů ztráty soběstačnosti a zatěžování své rodiny. Ti, kteří preferovali smrt v institucích, tedy v nemocnici nebo v lůžkovém hospici, tak volili především kvůli obavám, že v domácím prostředí by jim nebyla poskytnuta kvalitní péče, a že by péče příliš zatěžovala rodinu, popřípadě že by zajištění péče bylo příliš nákladné. Všechny tyto obavy by mohly být vyvráceny, pokud by tito lidé měli více informací o paliativní péči, hospicích, jejich možnostech a financování. Pro mladé respondenty bylo důležité umírat mezi blízkými v příjemném prostředí, pro starší spíše bez bolesti a s kvalitní péčí. Může to být i proto, že mladí respondenti neměli tolik zkušeností s umíráním, a tedy je jejich představa o něm lehce „zromantizována“.

Nedostatečná informovanost veřejnosti o paliativní péči se také ukázala v otázce, které instituce by preferovali při umírání. Někteří respondenti by raději volili nemocniční péči nad péči hospicovou. Obecně se ukázalo, že mladší respondenti se o smrti nebojí tolik mluvit a není jim to tolik nepříjemné, kdežto starší populace se tomuto tématu spíše vyhýbá (Dragomirecká, 2015).

5 Ošetřovatelská péče o umírajícího pacienta

Péče o umírajícího pacienta musí být vždy komplexní. Zdravotní sestra se nezabývá pouze fyzickými potřebami pacienta, ale především psychickými, sociálními a spirituálními. Sestra musí umět získat správné informace od pacienta, získat informace o jeho základním onemocnění, o nepříjemných pocitech jako je bolest, dušnost, nevolnost. Dále hodnotí jeho celkový stav a vzhled těla, stav hydratace, kvalitu chrupu a kůže, z čehož plánuje ošetřovatelský plán péče. Nezbytnou součástí je zjištění jeho sociální situace. Měla by také zjistit, jak se pacient cítí, a zda nestrádá z hlediska psychologických či sociálních potřeb. Pokud o to pacient stojí, měla by s ním komunikovat o jeho víře, naději i smyslu bytí. Vždy by měla být pro pacienta oporou a měla by mu dát možnost komunikace. Jedním z jejích hlavních úkolů je také zachovat důstojnost pacienta, podporovat ho v soběstačnosti, poskytnou mu emoční oporu a informovat ho o dalších možnostech pomoci, nabídnout pomoc psychologa či psychiatra a duchovní či sociální podporu.

Ošetřovatelská paliativní péče tedy musí zajistit existenciální podporu umírajícího, zabezpečení biologických potřeb, plnění lékařských intervencí, sledování a vyhodnocování stavu pacienta a vytvoření ošetřovatelského plánu péče (Marková, 2021).

5.1 Komunikace s umírajícím pacientem a pozůstalými

Hlavním úkolem sestry je s pacientem komunikovat a zajistit, aby on mohl komunikovat se svými blízkými a oni zase s ním. Je několik zásad, které by se měly při konverzaci s umírajícím či jeho rodinou vždy dodržovat. Konverzace by se nikdy neměla vyhýbat tématu smrti, ale zároveň by se nemělo umírajícímu či jeho rodině vnučovat. Nikdy nesmíme umírajícímu či jeho rodině lhát, dávat jim falešnou naději, nebo jim naopak naději brát. Umírajícího i jeho rodinu musíme podporovat a nezatajovat jim žádné informace.

Je důležité umírajícímu aktivně naslouchat a být empatický, vhodné je již na začátku spolupráce nastolit atmosféru důvěry. Vždy musíme umírajícímu na jeho otázky odpovědět upřímně, i když to znamená přiznat, že nevíme. Umírající by měl vědět, že na umírání není sám a že se může na doprovázejícího spolehnout. Dobrý doprovázející musí být vždy upřímný, opravdu přítomný tělem i duchem při konverzaci s umírajícím či jeho rodinou, citlivý a musí přijmout nejen smrtelnost umírajícího, ale i svou vlastní. Doprovázení také vyžaduje určitou odvahu a respekt pro umírajícího. Musí se snažit pochopit, co druhý člověk prožívá a být si vědom svých vlastních mezí (McQuellon, Cowan, 2010).

S pacienty je také důležité komunikovat o cílech léčby, které se mohou během progresu nemoci měnit. Měli bychom zjistit, kde chce pacient své poslední dny prožít, zeptat se, zda se

na něco v budoucnosti těší nebo naopak zda má z něčeho obavy a co by si ještě přál stihnout. Často se také doprovázející setká s umírajícími, kteří si již přejí zemřít. Toto přání brzké smrti je třeba brát vážně, značí, že potřeby nemocného nejsou saturovány a on se cítí vyčerpaný, beznadějný. V těchto situacích je důležité vyjádřit pochopení a hovořit o pocitech umírajícího, zjistit, z jakého důvodu chce zemřít. Snažíme se, aby se situace pro nemocného stala snesitelnější. Další možností je také nasazení antidepresiv či anxiolytik nebo navrhnutí návštěvy psychiatra (Kabelka, Sláma, 2011).

Úkolem sestry není ovšem jen komunikace s umírajícím, ale také s pozůstalými po jeho úmrtí. Jedním z nejvíce stresujících okamžiků u pozůstalých je sdělení zpráv o úmrtí. Vždy musíme zajistit klid, soukromí a dostatek času na rozhovor. Je vhodné začít představením a následně si k pozůstalým například sednout, být s nimi na úrovni očí. Lékař by měl podrobně popsat okolnosti úmrtí a vyjádřit pozůstalým soustrast. Ta by nikdy neměla být formální ale osobní. Soustrast by měla vyjadřovat, že jsme si zemřelého vážili. Je nutné poskytnout pozůstalým čas na zpracování zprávy, nikdy není na místě spěchat (Kutnohorská, 2007).

5.2 Diagnózy dle NANDA int.

Umírání je proces, který je pro pacienta velmi náročný. Může proto trpět mnohými psychickými i fyzickými obtížemi. Jednou z nejčastějších diagnóz je únava. Na únavu pramenící z chronických či terminálních onemocnění bohužel nemá vliv odpočinek nebo spánek. Únavu je třeba včas rozeznat, hovořit o ní s nemocným a naslouchat mu.

Další diagnózou může být například nevyvážená výživa či dehydratace, protože pacienti s terminálním onemocněním často ztrácí chuť k jídlu nebo je trápí poruchy polykání. Hubnutí může vést k narušenému obrazu těla, a to následně k vyhýbání se sociálnímu prostředí a izolaci. Umírající také mohou trpět inkontinencí moče či stolice, zácpou i průjmy. Mohou mít zhoršenou pohyblivost, deficity sebezpečí, intoleranci aktivity. Může být také ovlivněna jejich paměť, ovládání emocí a mohou být zmatení, ať už z důsledků medikace nebo jejich psychického stavu. Umírající může trpět narušenou integritou kůže, která spolu se zhoršenou pohyblivostí může být rizikovým faktorem pro vznik dekubitů. Další diagnózou je i porušená výměna dýchacích plynů, což může pramenit v respirační obtíže, například dušnost, která je jedna z diagnóz, která může v umírajícím vyvolávat neklid, strach a úzkost. Dušnost se pacienti snaží zvládat pomocí rehabilitace či biomedicínských postupů. Musíme dát pacientovi možnost o svém prožívání dušnosti a nemoci mluvit, pečlivě naslouchat (Cornerová, 2007). Kromě dušnosti může umírající trpět hlasitým chrčivým dýcháním a hemoptýzou.

Jednou z nejčastějších diagnóz umírajících je bolest, akutní i chronická. Kůže a sliznice onkologických pacientů může být postižena maligními ranami, které mohou zapáchat, exsudovat či krvácet.

Toto jsou diagnózy fyzické, nesmíme ale zapomínat na diagnózy psychické jako je úzkost, smutek, deprese, zmatenost, delirium či suicidální tendence. Umírající často trpí úzkostí, která je definována jako strach z neznámého, neurčitého, strach ze smrti, ztráty kontroly, bolesti, udušení. Může se projevovat palpitací, pocením, třesem, dechovými obtížemi, nevolností, neklidem, nemocného může až zcela paralyzovat. Úzkost lze zmírnit rozhovorem s pacientem nebo farmakoterapií, která zahrnuje anxiolytika a antidepresiva.

Dalším problémem bývá zmatenost. Doprovázející se může setkat jako s akutně zmateným pacientem, tak i chronicky zmateným z důvodu demence. Těžší formou zmatenosti je delirium, to může být hypoaktivní či agitované. Agitované se projevuje psychomotorickým neklidem, křečemi, kolísavým vědomím. Hypoaktivní delirium je často přehlíženo, protože je podobné stavu agonie. Delirium může být způsobeno močovou retencí, bolestí, dehydratací, dušností, hypoxií či existenciální úzkostí, je tedy třeba tyto příčiny vyřešit. Umírajícímu může pomoci i vysazení postradatelných léků či upravení dávkování léků. Deliriu se dá také předcházet prostřednictvím klidného prostředí, ve kterém pacient je, zajištěním světla v noci, přítomností blízkých a klidnou, srozumitelnou řečí (Marková, 2021).

Možných diagnóz je tedy velké množství. Pro příklad některé uvádím v následující tabulce i s číselnými kódy.

Tabulka č. 3 Diagnózy dle NANDA

Neefektivní udržování zdraví	00099
Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu	00002
Porušené polykání	00103
Riziko dehydratace	000128
Zácpa	00011
Průjem	00013
Inkontinence stolice	00014
Porucha výměny plynů	00030
Nespavost	00095
Zhoršená tělesná pohyblivost	00085
Únava	00093
Zhoršené udržování domácnosti	00098
Deficit sebeděče	00108, 00109, 00102, 00110
Akutní zmatenost	00128
Zhoršená verbální komunikace	00051
Beznaděj	00124
Riziko oslabení lidské důstojnosti	00174
Riziko narušení osobní identity	00225
Narušený obraz těla	00118
Narušené procesy v rodině	00060
Zhoršená sociální interakce	00052
Úzkost	00146
Úzkost ze smrti	00147
Strach	00148
Bezmocnost	00125

Stresové přetížení	00177
Riziko duchovního strádání	00067
Riziko pádů	00155
Riziko dekubitu	00249
Sebepoškození	00151
Zhoršený komfort	00214
Chronická bolest	00133
Nauzea	00134
Riziko sebevraždy	00150
Narušená integrita kůže	00046

6 Etické aspekty péče o umírajícího pacienta

V praxi je nutné dohlížet na dodržování základních práv umírajícího. Umírající má právo rozhodovat o svém životě i smrti a jeho vůle musí být plně respektována. Má právo uspořádat své věci a závěť. Musí být včas a dobře informován o svém zdravotním stavu. Umírajícímu by měla být poskytnuta možnost umřít bez bolesti, pokud si sám nepřeje jinak, je důležité, aby věděl, že jeho život nebude zbytečně prodlužován vyspělou technikou, není-li to jeho přání. Etická péče o umírajícího zahrnuje naslouchání, zachování důstojnosti, akceptování jeho přání, umožnění komunikace a vyjádření psychické podpory. Sestra se snaží vytvořit v umírajícím pocit pohody, podpory a sounáležitosti. Poskytuje umírajícím uklidňující slova a dotek. Musí s umírajícím jednat jako se svéprávnou bytostí, věnovat mu čas k usmíření a nalezení smyslu života (Kutnohorská, 2007).

Existuje několik principů paliativní péče. Jedním z nich je autonomie. Ta v podstatě znamená, že má pacient právo na odmítnutí léčby. Dalším principem je informovanost pacienta, kdy má pacient právo vědět o svém zdravotním stavu, ale i tyto informace odmítnout. Pacient se může rozhodnout o tom, kdo další může být o jeho stavu informován a kdo ne. Dále existuje princip beneficence, což je závazek mezi lékařem a pacientem. Lékař musí vždy jednat v nejlepším zájmu pacienta a nesmí pacientovi nijak uškodit (Prokop, Kabelka, 2011).

Existuje také dokument Rady Evropy k péči o smrtelně nemocné, který vznikl v roce 1999. Rada Evropy chrání důstojnost a práva všech lidí. Základní práva umírajících jsou však ohrožena několika faktory: malou dostupností paliativní péče a kontroly bolesti, častým přehlížením psychologických a sociálních potřeb umírajícího, nepřiměřeným užíváním léčebných prostředků a tím prodlužováním umírání, malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu, nedostatečnou péčí o rodinné příslušníky a sociální diskriminací. Nabádá tedy, aby členské státy Evropské Rady hájily nárok umírajících na komplexní paliativní péči, tedy aby byla paliativní péče uznána jako zákonný nárok individua a zachován rovný přístup k umírajícím. Taktéž klade důraz na podporu rodiny umírajícího, na vyškolení a dostatečnou spolupráci paliativního týmu, na rozvoj výzkumu o paliativní péči. Je také potřeba budovat specializovaná centra paliativní péče a starat se, aby tato péče byla ukotvena ve vědomí veřejnosti (Kutnohorská, 2007).

6.1 Respektování důstojnosti

Součástí každé kvalitní péče, a především té paliativní, je respektování důstojnosti člověka. Respektování důstojnosti umírajícího ošetřovatelský tým provádí skrze své chování, postoje a prováděním ošetřovatelské péče. Ošetřovatelský tým by měl projevit zájem o umírajícího

i jeho rodinu. Měl by projevit empatii, zdvořilost a umět naslouchat. S důstojností také úzce souvisí nalezení smyslu života umírajícího, doprovázející by měl pomoci umírajícímu tento smysl objevit. Je důležité vnímat, že každý člověk je jedinečná bytost, která si zaslouží náš čas, porozumění, respekt, pochopení a úctu. Ať už jednáme s umírajícím a jeho rodinou, či zda se jedná o péči o zemřelého, je třeba respektovat jejich důstojnost (Kutnohorská, 2018).

6.2 Otázka eutanazie

Eutanazie je pojímána dvěma způsoby. První jako právo pacienta na důstojné umírání za podmínek, které ho jinak neumožňují. Druhý jakožto protiklad paliativní péče. Dříve za dob starého Řecka znamenalo toto slovo „dobrou smrt“, byla to smrt přirozená, bez jakékoliv asistence, mírumilovná a šťastná. V tuto smrt většina doufala. V dnešní době se význam tohoto slova změnil, a je pojímána spíše jako asistovaná sebevražda. Existují však také pasivní a nepřímé varianty eutanazie, které jsou veřejně akceptovatelné. U nepřímé eutanazie je smrt předvídatelným, ale ne záměrným dopadem péče, například při tlumení bolesti nebo jiných symptomů. U pasivní eutanazie je smrt výsledkem přerušení léčby nebo její neposkytnutí například resuscitace. Tyto druhy mohou být poskytnuty na přání pacienta nebo v případě, kdy by byla další léčba marná (Broeckaert, 2007).

Ať už je názor na eutanazii jakýkoliv, pravdou je, že terminálně nemocní o ni často žádají. Častým důvodem této žádosti je pocit opuštění, bolest, strach ze ztráty důstojnosti či deprese. Paliativní a hospicová péče se snaží těmto pocitům předcházet a dokázat, aby umírající našel ve svých zbylých chvílích smysl. Žádost o eutanazii je tedy vnímána jako selhání paliativní péče (Kutnohorská, 2007). Marie Svatošová ve své knize *Hospice a umění doprovázet* uvádí, že pokud se nemocnému dostává správné a všestranné péče, tak o ukončení svého života nepožádá. Názory na tuto péči se však s největší pravděpodobností ještě dlouhou dobu nesjednotí. Rozhodně platí, že eutanazie i paliativní péče mají mnoho výhod i nevýhod, názor na ně si každý ale musí utvořit sám.

Praktická část

1 Cíle práce a metodika výzkumu

V empirické části této práce byly stanoveny hlavní a dílčí cíle práce.

Hlavní cíl práce: Zjistit informovanost veřejnosti o paliativní péči.

Dílčími cíle práce jsou zjistit:

1. Míru informovanosti veřejnosti o paliativní péči a hospicích v souvislosti se vzděláním, pohlavím, věkem a náboženským vyznáním respondentů
2. Procento respondentů s osobní zkušeností s paliativní péčí, a zda je zkušenost pozitivní či negativní
3. Považuje-li veřejnost hospice za potřebné a paliativní péči v ČR za dostačující
4. Liší-li se názory na paliativní péči a hospice mezi věřícími a ateisty

Také jsme v rámci této bakalářské práce zvolili pět hypotéz, vztahujících se k cílům práce.

- Hypotéza 1 – Respondenti s vysokoškolským vzděláním měli vyšší informovanost o paliativní péči a hospicích než respondenti s nižším vzděláním.
- Hypotéza 2 – 80 % respondentů je dostatečně informováno o paliativní péči a hospicích v ČR
- Hypotéza 3 – 50 % respondentů má osobní zkušenost s paliativní péčí
- Hypotéza 4 – 70 % respondentů považuje hospice a paliativní péči za potřebné a péči za dostačující
- Hypotéza 5 – Věřící považují paliativní péči a hospice za důležitější oproti ateistům

Výzkum probíhal ve formě dotazníku a byl poskytnut veřejnosti formou online. Celkově na dotazník odpovědělo 134 respondentů. Na začátku dotazníku je zajištěn souhlas s prováděním výzkumu: „vyplněním tohoto dotazníku souhlasíte s použitím výsledků v bakalářské práci“. Dotazník se skládá z pěti úvodních otázek o životě respondenta (pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, náboženské vyznání) a následně pokračuje osmnácti otázkami týkajícími se paliativní péče a hospiců. U otázek respondenti vybírali z nabídnutých možností, měli na výběr i mnohočetné odpovědi. Na konci dotazníku měli respondenti možnost sdělit informace, na které nemohli odpovědět v ostatních otázkách.

Otázky 1-5 jsou identifikační a cílem je zjištění dílčích cílů: 1. „Míra informovanosti veřejnosti o paliativní péči a hospicích v souvislosti s vzděláním, pohlavím, věkem a náboženským vyznáním respondentů“, k němu se vztahují otázky číslo 6, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 17 a 19.

K zjištění 2. cíle: „Procento respondentů s osobní zkušeností s paliativní péčí, a zda je zkušenost pozitivní či negativní“ slouží otázky číslo 11 a 12

K 3. cíli „Považuje-li veřejnost hospice za potřebné a paliativní péči v ČR za dostačující“ slouží otázky 14, 18 a 20

K 4. cíli „liší-li se názory na paliativní péči a hospice mezi věřícími a ateisty“ slouží otázky číslo 21 a 22

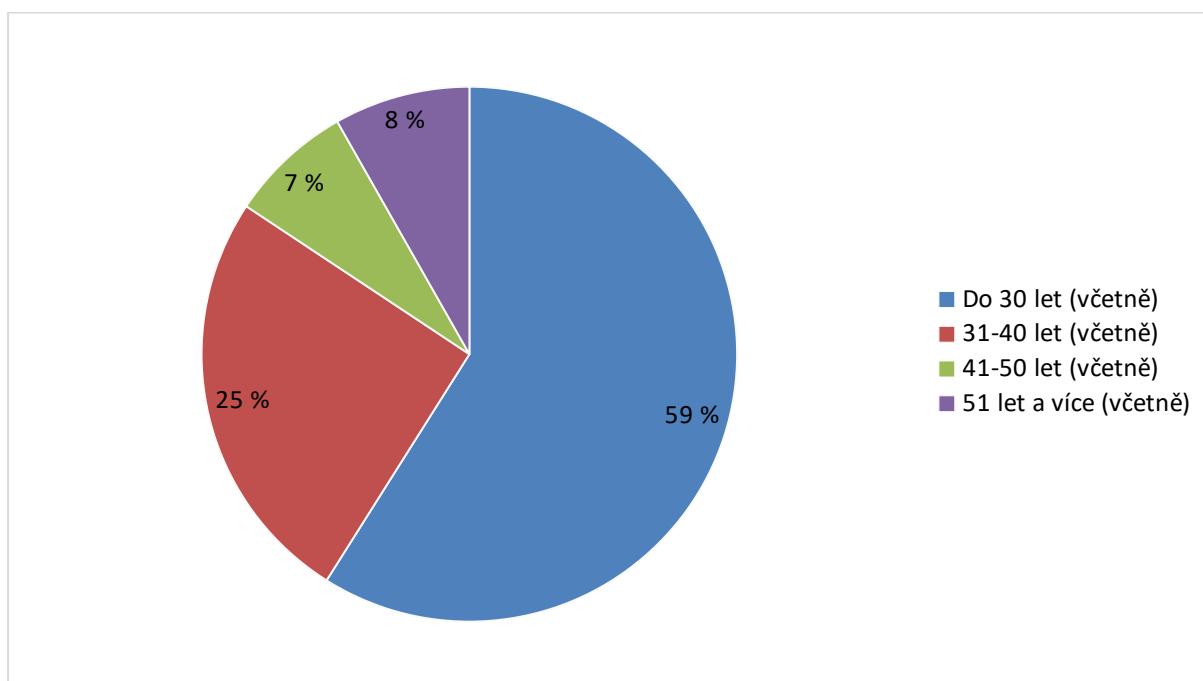
2 Analýza a interpretace výzkumu

V této kapitole budeme analyzovat a interpretovat otázky dotazníku, seznámíme tedy s výsledky našeho kvantitativního šetření

Otázka č.1 – Kolik Vám je let?

V této otázce se zabýváme zjištěním věku respondentů. Respondenti měli možnost si vybrat ze čtyř odpovědí. Největší počet respondentů byl ve věku do 30 let, z celkového počtu 134 respondentů takto odpovědělo 79 z nich, to činí 59 % skupiny. Ve věku 31 až 40 let je celkově 34 respondentů neboli 25 %. Výzkumu se zúčastnili i starší respondenti od 41 do 50 let s celkovým počtem 10 respondentů, kteří zabírají 8 %. 11 respondentů uvedlo, že jsou starší 51 let, tedy 8 %. Většinu skupiny respondentů tedy tvoří mladší populace.

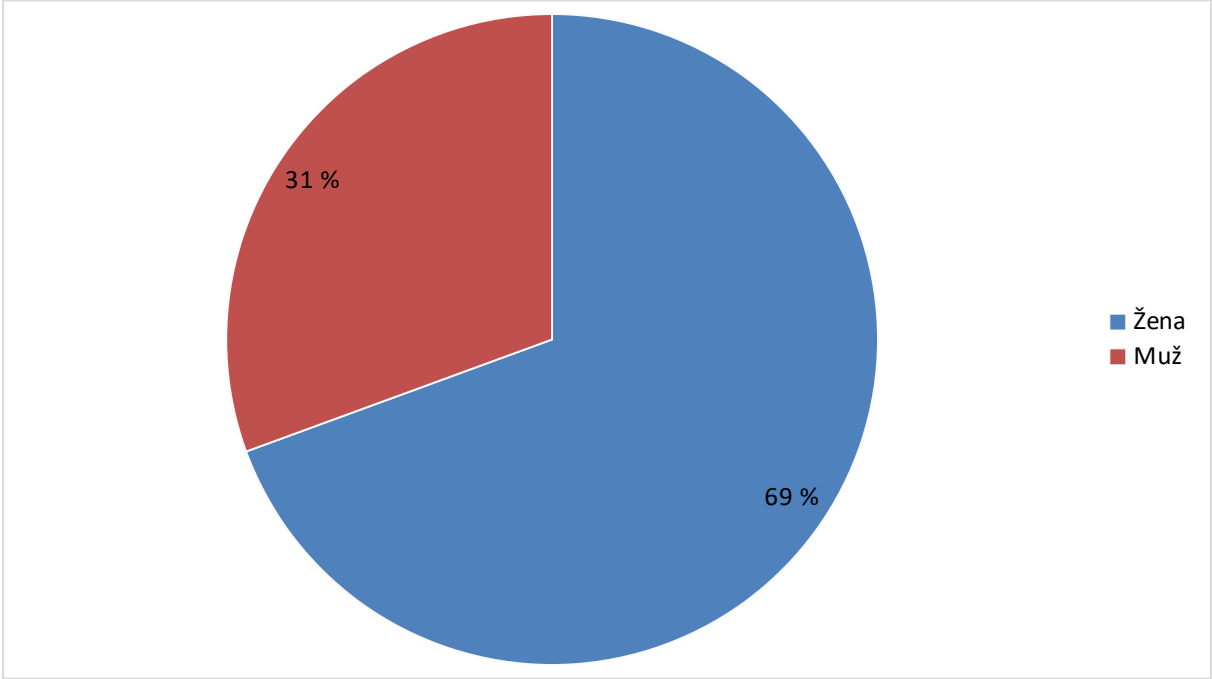
Graf č. 1 Věk respondentů



Otázka č. 2 – Jaké je Vaše pohlaví?

V této otázce se zabýváme zjištěním pohlaví respondentů. Výzkumu se zúčastnilo 93 žen a 41 mužů. Většinou se tedy výzkumu zúčastnily ženy. Procentuálně se výzkumu zúčastnilo 69 % žen a 31 % mužů. Na tuto otázku odpovědělo všech 134 respondentů.

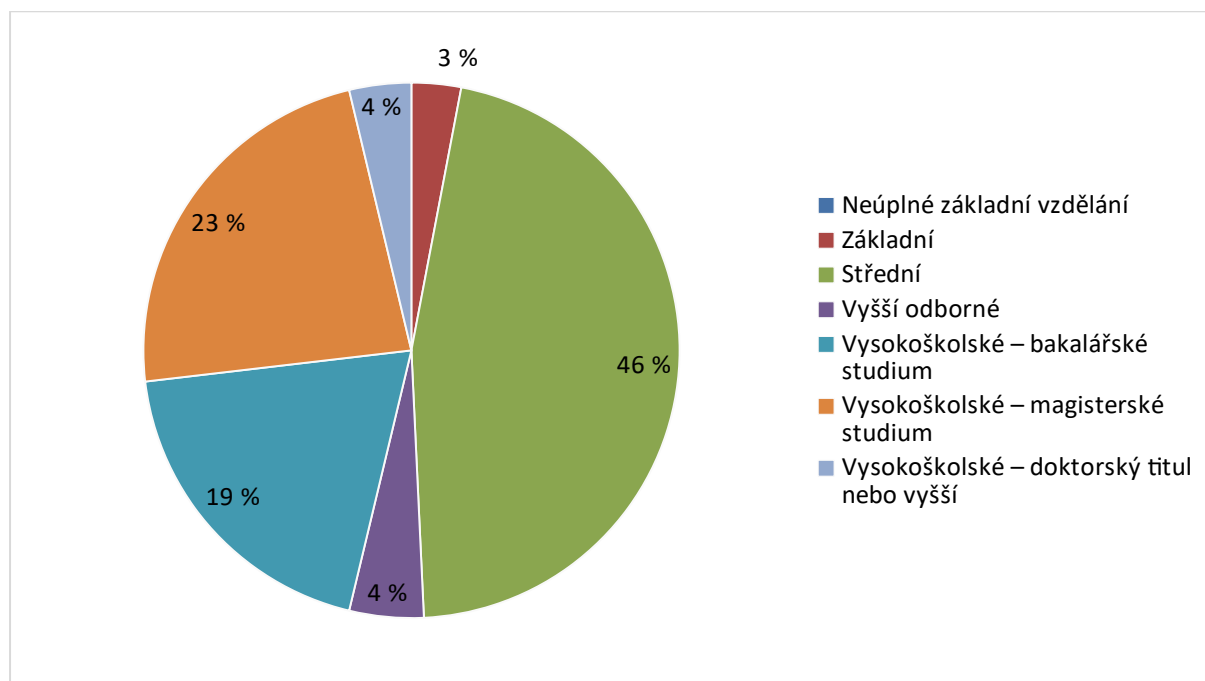
Graf č. 2 Pohlaví respondentů



Otázka č. 3 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

V této otázce zjišťujeme vzdělání respondentů. Respondenti měli na výběr ze sedmi odpovědí. Úrovně vzdělání jsou uvedeny od neúplného základního vzdělání až do vysokoškolského vzdělání s doktorským titulem nebo vyšší. Na tuto otázku odpovědělo všech 134 respondentů. Nejvyšší počet respondentů byl se středním vzděláním, s konkrétním počtem 62 respondentů, procentuálně 46 %. Druhé nejčastější ukončené vzdělání bylo vysokoškolské magisterské studium, takto odpovědělo 31 respondentů, tedy 23 %. 26 respondentů má dokončené vysokoškolské bakalářské studium, ti procentuálně zabrali 19 %. Výzkumu se také zúčastnilo 6 respondentů s vyšším odborným vzděláním a 4 se základním vzděláním. Respondenti s vyšším odborným vzděláním zabírají 5 % a se základním vzděláním 3 %. Vysokoškolské studium s doktorským titulem nebo vyšší má ukončeno 5 respondentů neboli 4 %. Většinou jsou tedy ve skupině respondentů zařazeni ti se středním a vysokoškolským vzděláním. Menšinu tvoří respondenti se základním a vyšším odborným vzděláním. Žádný z respondentů nemá neúplné základní vzdělání.

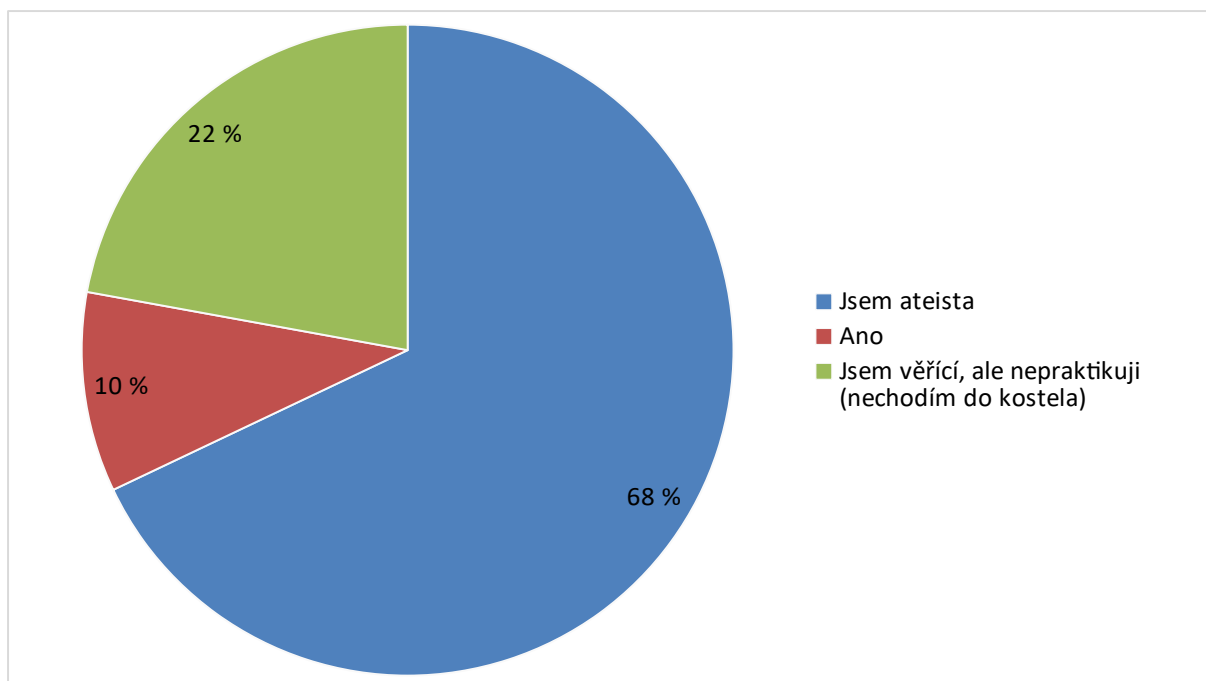
Graf č. 3 Vzdělání respondentů



Otázka č. 4 – Jste věřící?

Na tuto otázku odpovědělo 131 respondentů. Respondenti si mohli vybrat ze tří odpovědí. Většinu respondentů tvoří ateisté, s celkovým počtem 89. 29 respondentů uvedlo, že jsou věřící, ale nepraktikují (nechodí do kostela). Výzkumu se zúčastnilo 13 věřících. Věřící v následující otázce měli možnost uvést, jaké konkrétní náboženství vyznávají. Procentuálně se výzkumu zúčastnilo 68 % ateistů a 32 % věřících. 22 % věřících ovšem své náboženství nepraktikuje.

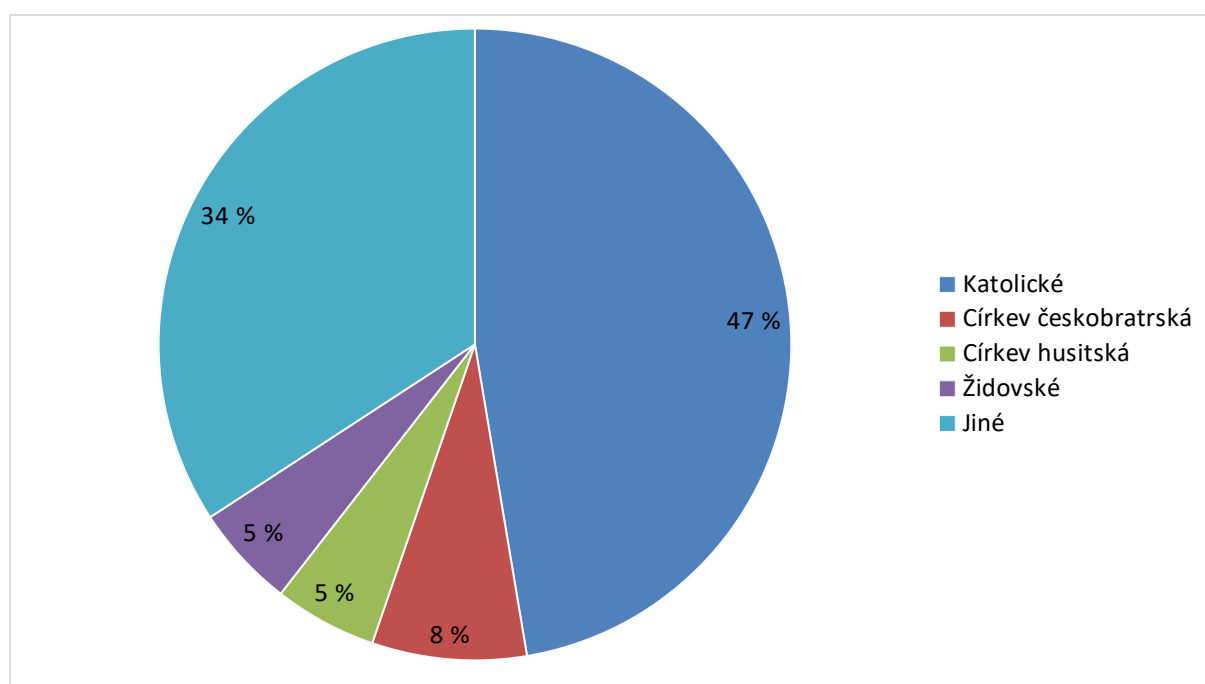
Graf č. 4 Náboženské vyznání 1



Otázka č. 5 – Pokud jste věřící, jaké náboženství vyznáváte?

Tato otázka navazuje na otázku předchozí. Celkově na ní odpovědělo 38 respondentů. Tito respondenti jsou věřící, ne všichni však svou víru praktikují. Respondenti si mohli vybrat z nabídnutých náboženství: katolické, Církev československá, Církev husitská, židovské nebo mohli vybrat možnost jiné a uvést náboženství, které vyznávají, a které nebylo uvedeno v předešlých možnostech. Největší počet respondentů tvoří skupina vyznávající katolické náboženství a to celkem 18 respondentů. 4 respondenti uvedli Církev československou. Dva respondenti zvolili Církev husitskou a dva židovské vyznání. Mezi jiná náboženství respondenti uváděli například adventisté sedmého dne, pohanství či agnosticismus. Na odpověď jiné odpovědělo 21 respondentů. Procentuálně tvoří skupinu věřících z 48 % věřící katolického vyznání a z 8 % příslušníci Církve československé. Menšinu tvoří vyznavači Církve husitské a Judaismu a to procentuálně 5 %. Velkou skupinu tvoří věřící, kteří vyznávají náboženství, která nebyla uvedena v nabídce odpovědí. Odpověď jiné vybralo 34 % respondentů.

Graf č. 5 Náboženské vyznání 2

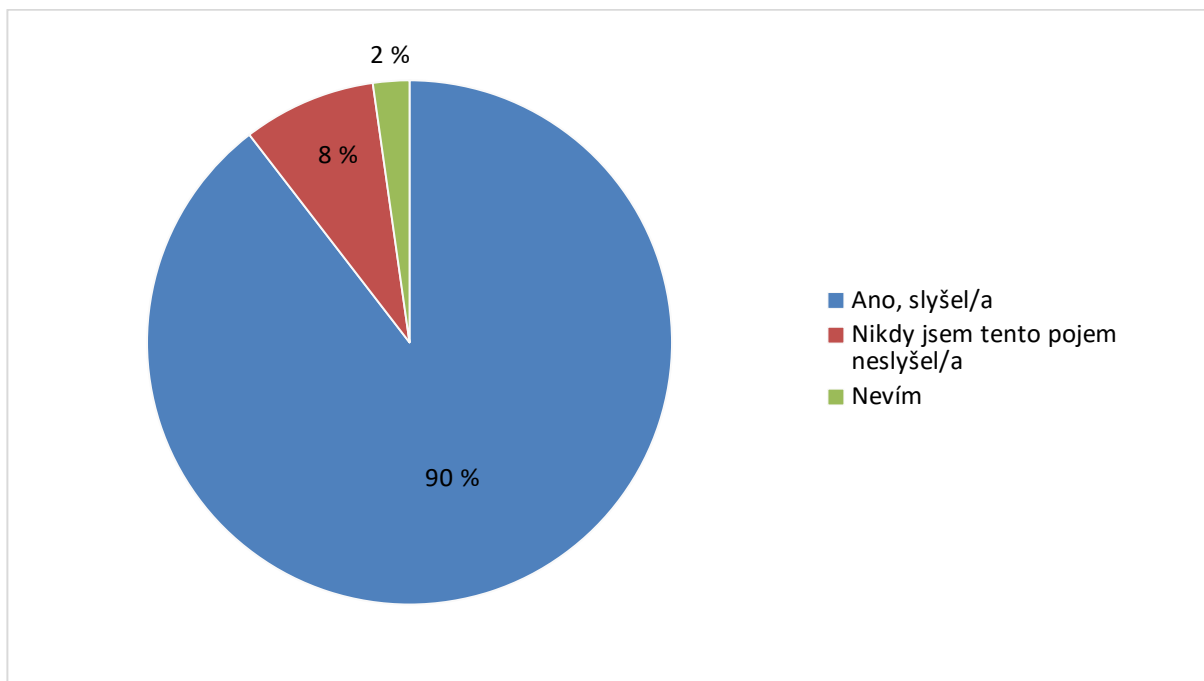


Otázka č. 6 - Slyšel/a jste už někdy pojem paliativní péče?

Tato otázka slouží k zjištění informovanosti veřejnosti o paliativní péči. Respondenti měli na výběr ze tří odpovědí. Vybírali z možností: nikdy jsem tento pojem neslyšel/a, slyšel/a a nevím. Na tuto otázku odpovědělo 134 respondentů. Většinou z 90 % o paliativní péči

respondenti slyšeli, pouze 8 % respondentů o této péči nikdy neslyšelo. 2 % respondentů zvolila odpověď „nevím“. Tedy 120 respondentů již o paliativní péči slyšelo, 11 neslyšelo a tři respondenti si to nevybavují.

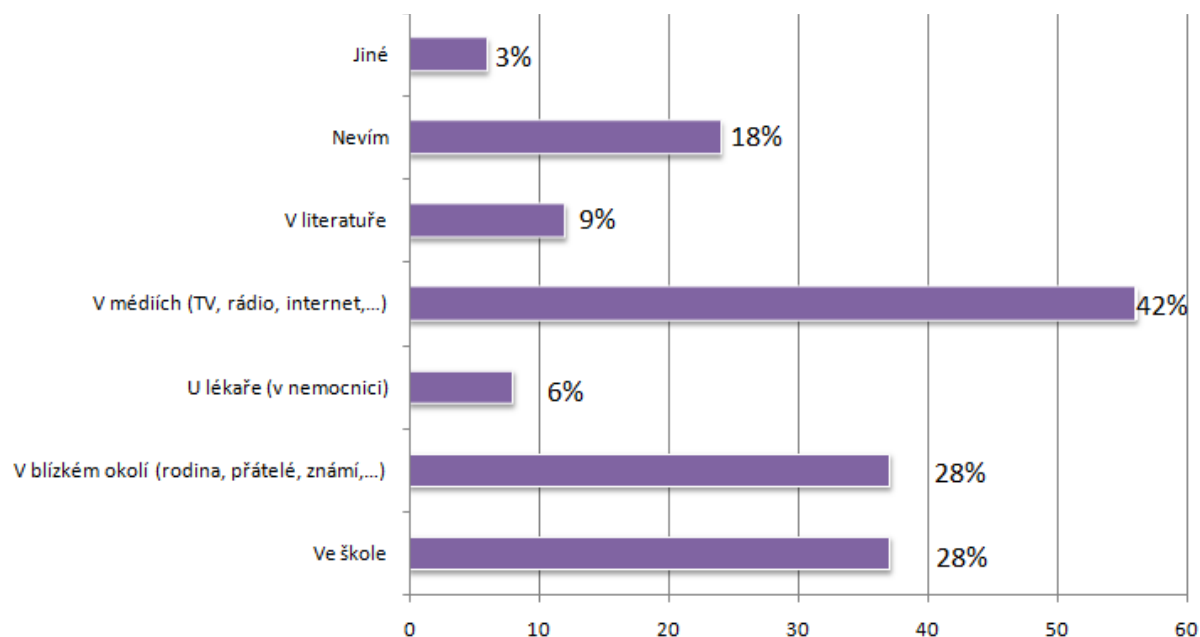
Graf č. 6 Informovanost o péči 1



Otázka č. 7 - Pokud ano, vzpomenete si, kde jste poprvé slyšel/a pojem paliativní péče?

Tato otázka navazuje na otázku číslo 6. Respondenti měli možnost vybrat z nabídnutých odpovědí, nebo mohli vybrat odpověď „jiné“. Respondenti měli možnost vybrat i více odpovědí. Vybírali z odpovědí: ve škole, v blízkém okolí, u lékaře, v médiích, v literatuře, nevím a jiné. V odpovědi jiné respondenti nejvíce uváděli, že se o paliativní péči dozvěděli v práci. Nejčastější kombinace odpovědí byly v blízkém okolí a v médiích (5 respondentů) a ve škole a v médiích (4 respondenti). Objevily se také kombinace dalších odpovědí, ale ty vybírali maximálně 2 respondenti. Většina respondentů odpovědi nekombinovala a vybrala jen jednu odpověď. Nejčastěji uváděli respondenti, že se o paliativní péči dozvěděli v médiích, konkrétně 56 respondentů, kteří tvoří 42 % skupiny. Respondenti také volili odpověď ve škole a v blízkém okolí. Na každou z nich odpovědělo 37 respondentů, tedy 28 % respondentů. „Nevím“ zvolilo 24 respondentů, 18 %. Někteří respondenti se také dozvěděli o paliativní péči z literatury, konkrétně 9 % z nich, četnost tedy tvoří 12 respondentů. Jedna z nejméně častých odpovědí byla odpověď „u lékaře“, kterou zvolilo 8 respondentů (6 %). 6 respondentů zvolilo možnost jiné, ti tvoří 3 % skupiny.

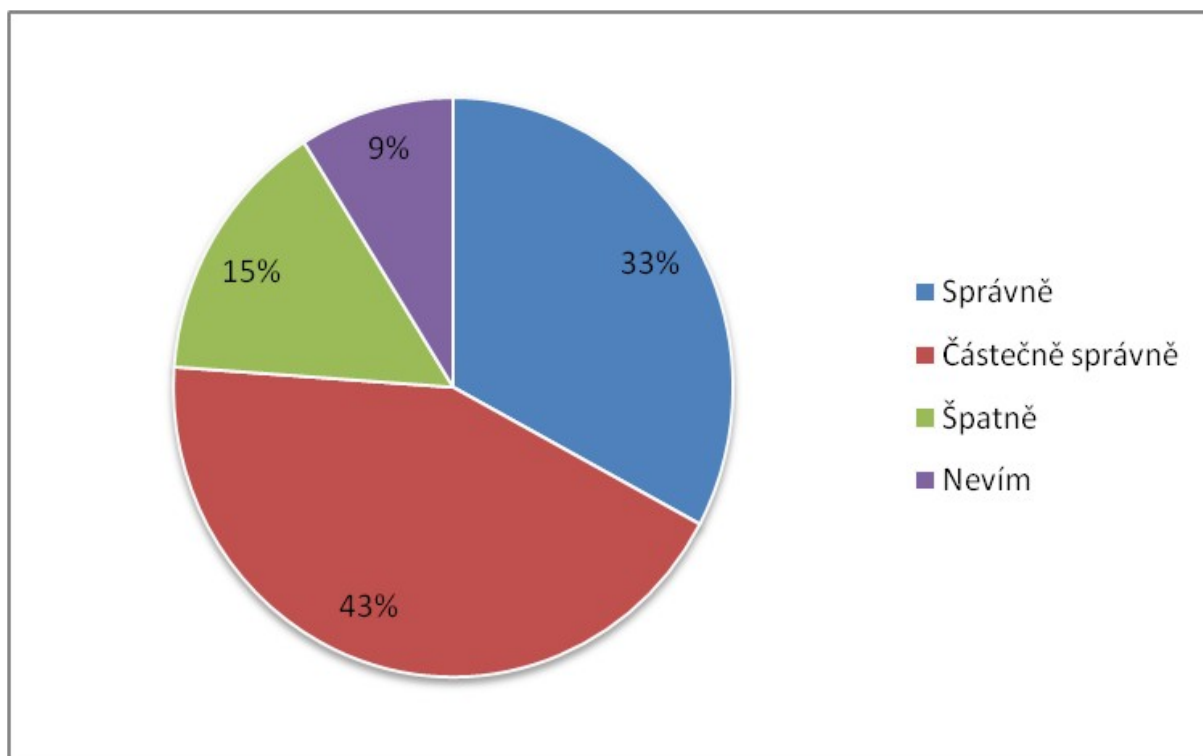
Graf č. 7 Informovanost o péči 2



Otázka č. 8 - Víte, co je to paliativní péče?

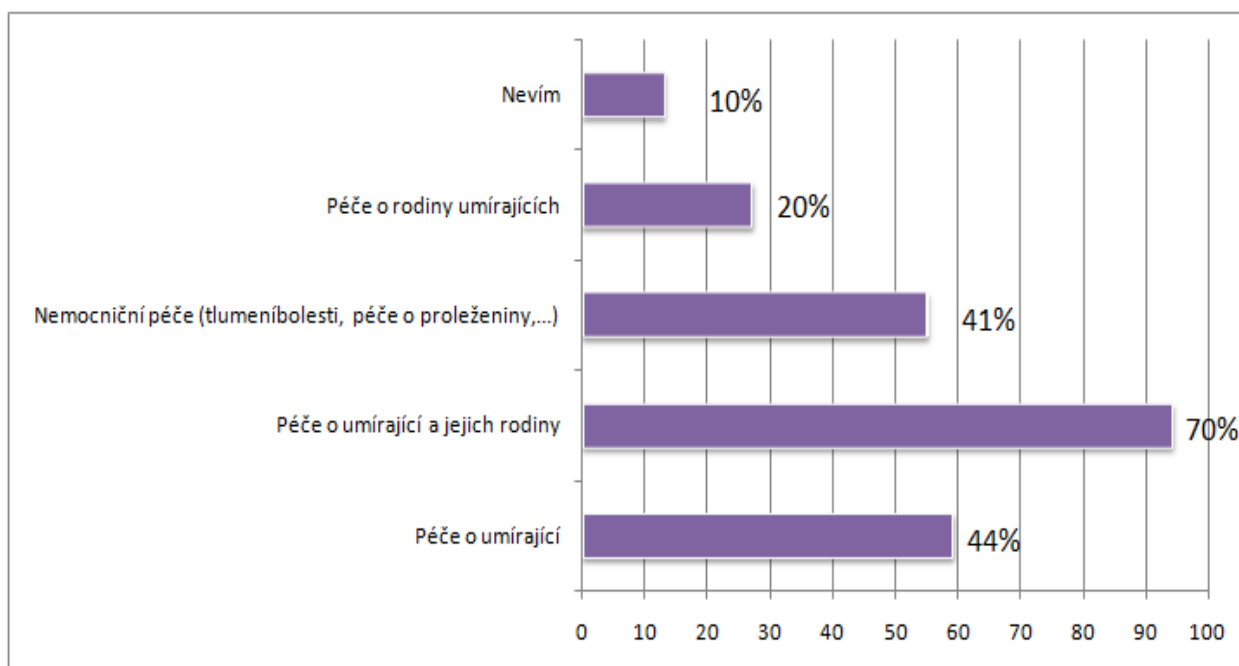
V této otázce měli respondenti na výběr celkově z 5 odpovědí s více možnostmi odpovědí. Nabízené odpovědi byly: péče o umírající, péče o umírající a jejich rodiny, nemocniční péče, péče o rodiny umírajících a nevím. Za správnou odpověď byla považována péče o umírající a jejich rodiny společně s odpovědí nemocniční péče. Uznáno jako správně také bylo, pokud respondent označil všechny odpovědi až na „nevím“. Za nesprávnou odpověď bylo považováno, pokud respondent odpověděl pouze péče o umírající či pouze nemocniční péče. Za částečně správně bylo považováno, pokud respondent odpověděl péče o umírající a jejich rodiny či kombinace odpovědí péče o umírající a nemocniční péče, popřípadě péče o rodiny umírajících v kombinaci s nemocniční péčí. Také byla jako částečně správně uznávána odpověď péče o umírající a jejich rodiny. Správně odpovědělo 44 respondentů, částečně správně 58 respondentů a špatně 20 respondentů. Procentuálně tedy správně odpovědělo 33 %, částečně správně 43 % a špatně 15 % respondentů. 9 % respondentů odpovědělo „nevím“, tedy 12 z nich.

Graf č. 8 Informovanost o péči 3



Kromě předchozího grafu zde uvádíme i druhý graf, který vyobrazuje četnost výběru jednotlivých odpovědí. Péči o umírající zvolilo 59 respondentů, tedy 44 %. Péči o umírající a jejich rodiny zvolilo 94 respondentů, tedy 70 %. Nemocniční péči zvolilo 55 respondentů, procentuálně 41 %. Péči o rodiny umírajících zvolilo 20 % respondentů neboli 27 z nich a nevím zvolilo 13 respondentů (10 %).

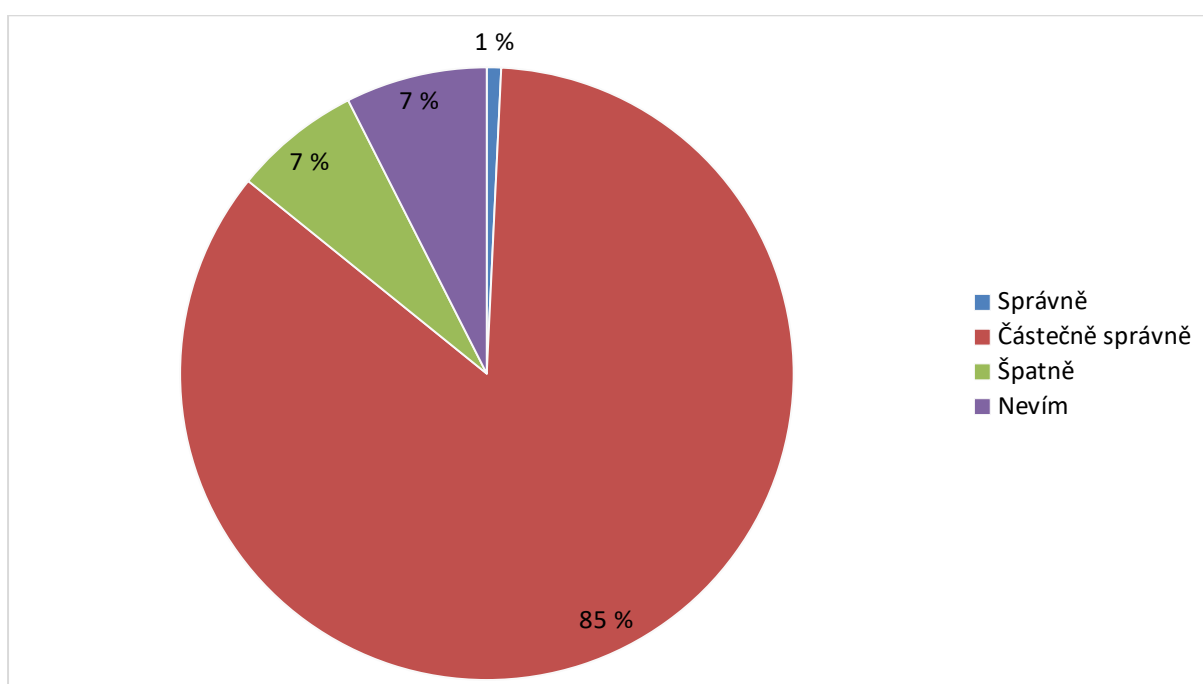
Graf č. 9 Informovanost o péči 4



Otázka č. 9 - Víte, kde se paliativní péče poskytuje?

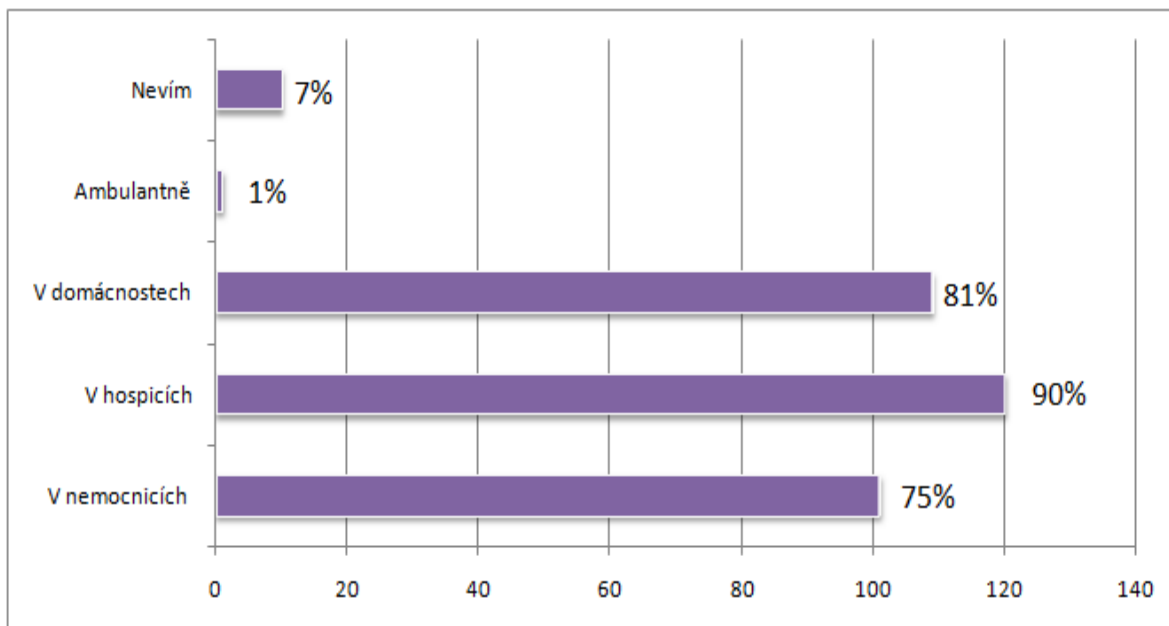
V této otázce mohli respondenti vybírat z pěti odpovědí a byl jim poskytnut mnohočetný výběr. Vybírali z odpovědí v nemocnicích, hospicích, domácnostech, ambulantně a nevím. Za správně bylo považováno, pokud respondenti zvolili všechny možnosti až na „nevím“. Za částečně správně, pokud zvolili dvě nebo tři odpovědi krom „nevím“ a za špatně, pokud zvolili jen jednu odpověď. Zcela správně odpověděl pouze jeden respondent, nikdo z ostatních neuvedl, že se paliativní péče poskytuje i ambulantně. Často také respondenti neuváděli, že se poskytuje v nemocnicích. Částečně správně odpovědělo 114 respondentů, 90 z nich odpovědělo v nemocnicích, hospicích a domácnostech. 9 respondentů odpovědělo špatně a 10 odpovědělo „nevím“. Procentuálně odpovědělo 1 % respondentů správně, 85 % částečně správně, 7 % špatně a 7 % „nevím“.

Graf č. 10 Informovanost o péči 5



Celkově na otázku odpovědělo 134 respondentů. 101 z nich uvedlo odpověď v nemocnicích, tedy 75 %. V hospicích uvedlo 120 z nich, zabírají tedy 90 % a v domácnostech 109 respondentů což činí 81 %. Ambulantně odpověděl pouze jeden respondent, tedy 1 %. Odpověď nevím uvedlo 10 respondentů, zabírají tedy 7 %.

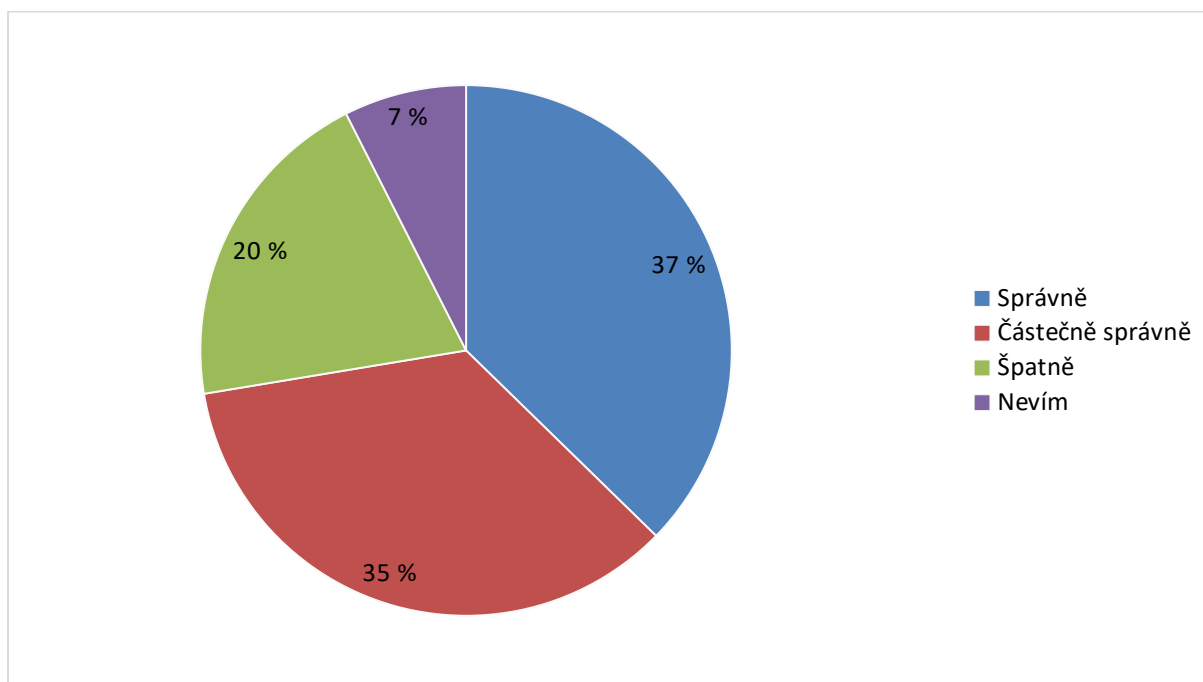
Graf č. 11 Informovanost o péči 6



Otázka č. 10 – Víte, jaké cíle má paliativní péče?

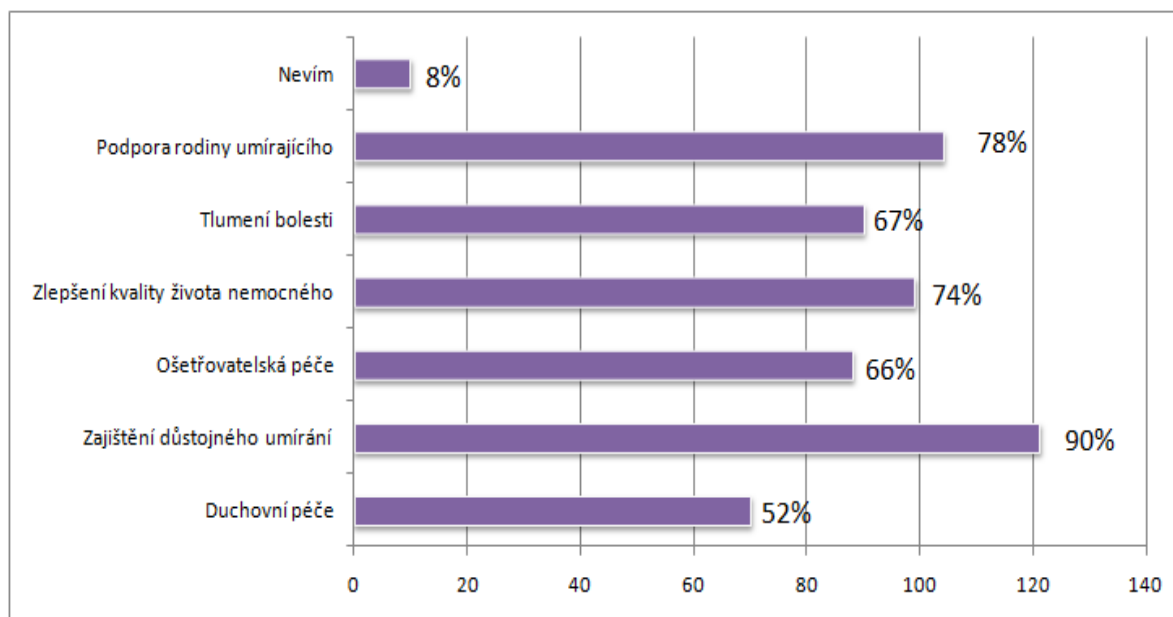
V této otázce měli respondenti na výběr ze sedmi odpovědí, opět s mnohočetným výběrem odpovědí. Mohli vybírat z cílů: duchovní péče, zajištění důstojného umírání, zajištění ošetrovatelské péče, zlepšení kvality života nemocného, tlumení bolesti a podpory rodiny umírajícího. Také mohli zvolit odpověď nevím. Za správnou odpověď bylo považováno, pokud respondent zvolil všechny odpovědi, až na „nevím“. Za částečně správnou, pokud zvolil alespoň čtyři odpovědi krom „nevím“. Za špatně, pokud zvolil méně jak čtyři odpovědi. Správně odpovědělo 50 respondentů, částečně správně 47 a špatně 27 respondentů. Nevím odpovědělo 10 respondentů. Procentuálně tedy odpovědělo správně 37 %, částečně správně 35 %, špatně 20 % a nevím 8 % respondentů.

Graf č. 12 Informovanost o péči 7



Celkově na otázku odpovědělo 134 respondentů. Nejméně respondentů uvedlo duchovní péči a to celkem 70 z nich, ti tvoří 52 %. Nejvíce uváděli zajištění důstojného umírání, to uvedlo 121 z nich, 90 %. Ošetrovatelskou péči uvedlo 88 respondentů, kteří procentuálně tvoří 66 %. 99 respondentů uvedlo zlepšení kvality života nemocného, celkově tvoří 74 %. Tlumení bolesti odpovědělo 90 respondentů tedy 67 %. 104 respondentů uvedlo jako odpověď podporu rodiny umírajícího, to tvoří 78 %. Nevím odpovědělo 10 respondentů, tedy 8 % z nich.

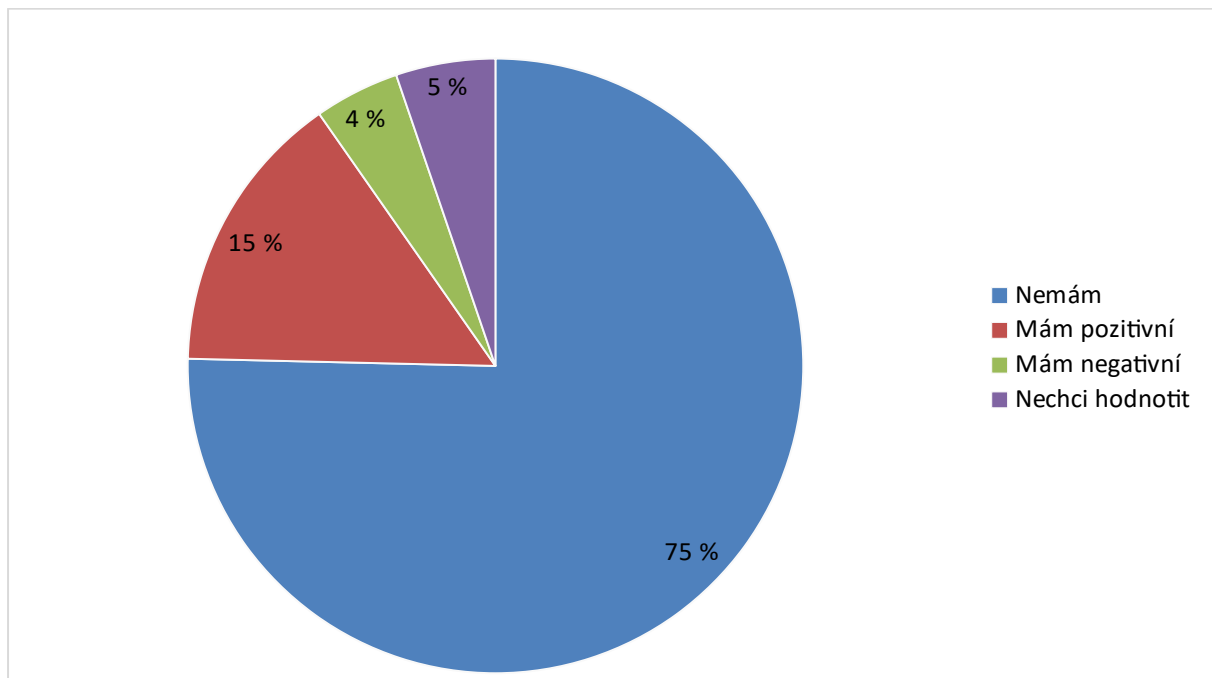
Graf č. 13 Informovanost o péči 8



Otázka č. 11 - Máte osobní zkušenost s paliativní péčí?

V této otázce měli respondenti na výběr ze čtyř odpovědí: nemám, mám pozitivní, mám negativní a nechci hodnotit. Většina respondentů odpověděla, že zkušenost s touto péčí nemá, konkrétně 101 respondentů, 75 %. Respondenti, kteří zkušenost s paliativní péčí mají, ji považují většinou za pozitivní, konkrétně 20 z nich, zabírají 15 % skupiny. 6 respondentů má zkušenost s touto péčí negativní, ti tvoří 5 %. 7 respondentů si nepřálo svou zkušenost hodnotit, ti tvoří 5 % skupiny. Celkově skupinu tvoří 75 % respondentů, kteří nemají zkušenost s paliativní péčí a 25 % respondentů, kteří zkušenost s péčí mají.

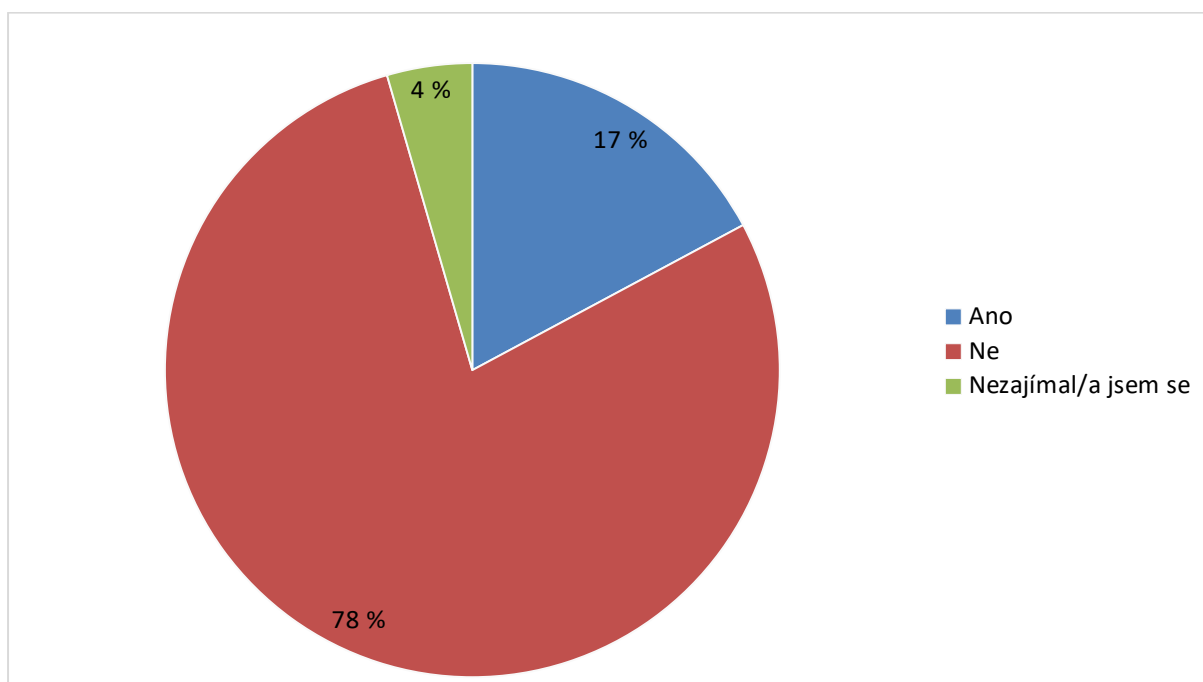
Graf č. 14 Zkušenost s péčí 1



Otázka č. 12 - Umíral někdo z Vašich známých, blízkých v hospici?

Tato otázka navazuje na předchozí. Zjišťuje, zda respondenti mají krom paliativní péče i zkušenost s hospici. Respondenti mohli vybrat z odpovědí ano, ne a nezajímá/a jsem se. Většina respondentů nemá ani s hospici zkušenost, konkrétně 105 z nich. 23 respondentů odpovědělo, že někdo z jejich blízkých v hospici umíral a 6 respondentů se nezajímalo. 78 % respondentů tedy zkušenost s hospici nemá, 17 % ano a 5 % neví.

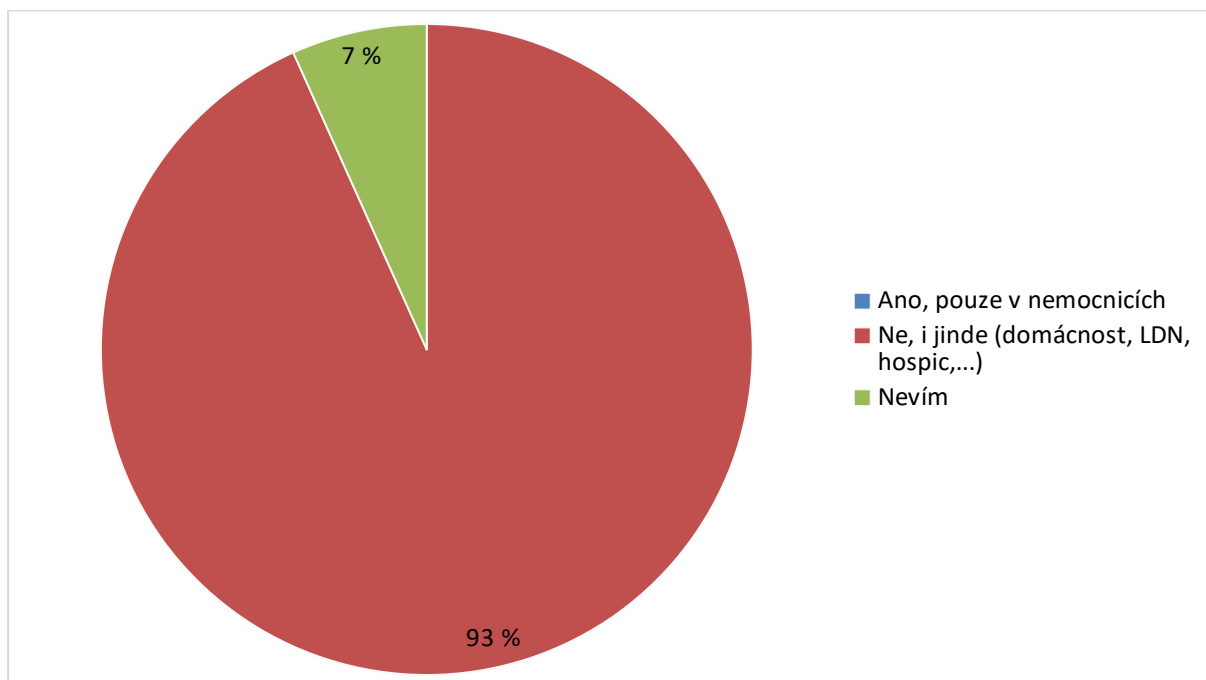
Graf č. 15 Zkušenost s péčí 2



Otázka č. 13 - Myslíte, že se paliativní péče poskytuje pouze v nemocnicích?

V této otázce se vracíme k informovanosti veřejnosti o paliativní péči a ke znalosti míst poskytování této péče. Respondenti mohli vybrat jednu ze tří odpovědí: pouze v nemocnicích, i jinde a nevím. Za správnou odpověď byla považována odpověď „ne, i jinde (domácnost, LDN, hospic) a za nesprávnou „ano, pouze v nemocnicích“. Téměř všichni respondenti odpověděli na tuto otázku správně, konkrétně 125 z nich, 93 %. Zbytek respondentů zvolil odpověď „nevím“, tedy 7 % nebo 9 z nich. Žádný z respondentů si nemyslí, že je paliativní péče poskytována pouze v nemocnicích.

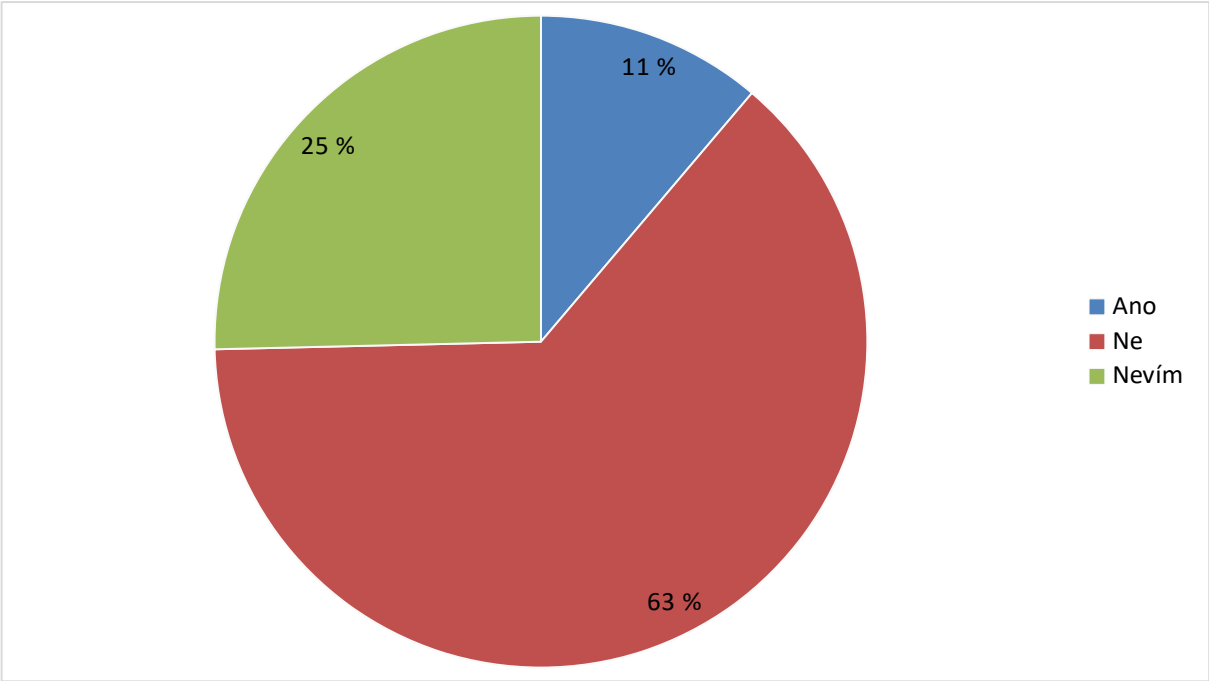
Graf č. 16 Informovanost o péči 9



Otázka č. 14 - Myslíte, že je paliativní péče dostupná všem umírajícím?

Tato otázka se zabývá dostupností paliativní péče. Respondenti měli na výběr ze tří odpovědí: ano, ne, nevím. Z celkového počtu 134 respondentů, 34 zvolilo odpověď nevím, 15 ano a 85 ne. Až 64 % respondentů si tedy myslí, že paliativní péče není dostupná všem umírajícím, pouze 11 % si myslí, že ano. 25 % zvolilo „nevím“.

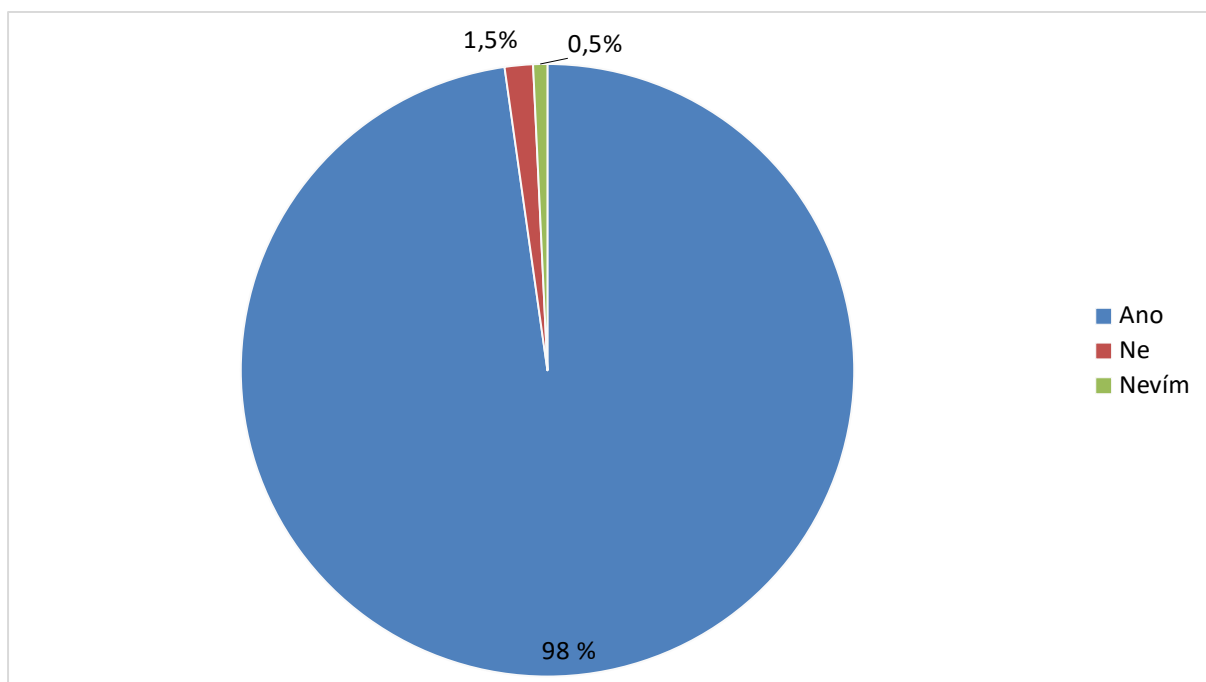
Graf č. 17 Názor na péči 1



Otázka č. 15 - Slyšel/a jste někdy pojem hospic?

Tato otázka se zabývá informovaností veřejnosti o hospicích. Respondenti mohli vybrat ze tří nabídnutých odpovědí: ano, ne a nevím. Ze 134 respondentů odpovědělo 131, že o hospicích v minulosti již slyšeli. Tvoří tak tedy 98 % respondentů. Pouze 2 respondenti nikdy pojem hospic neslyšeli a jeden zvolil odpověď „nevím“. Procentuálně tedy 2 % neslyšelo a 1 % neví.

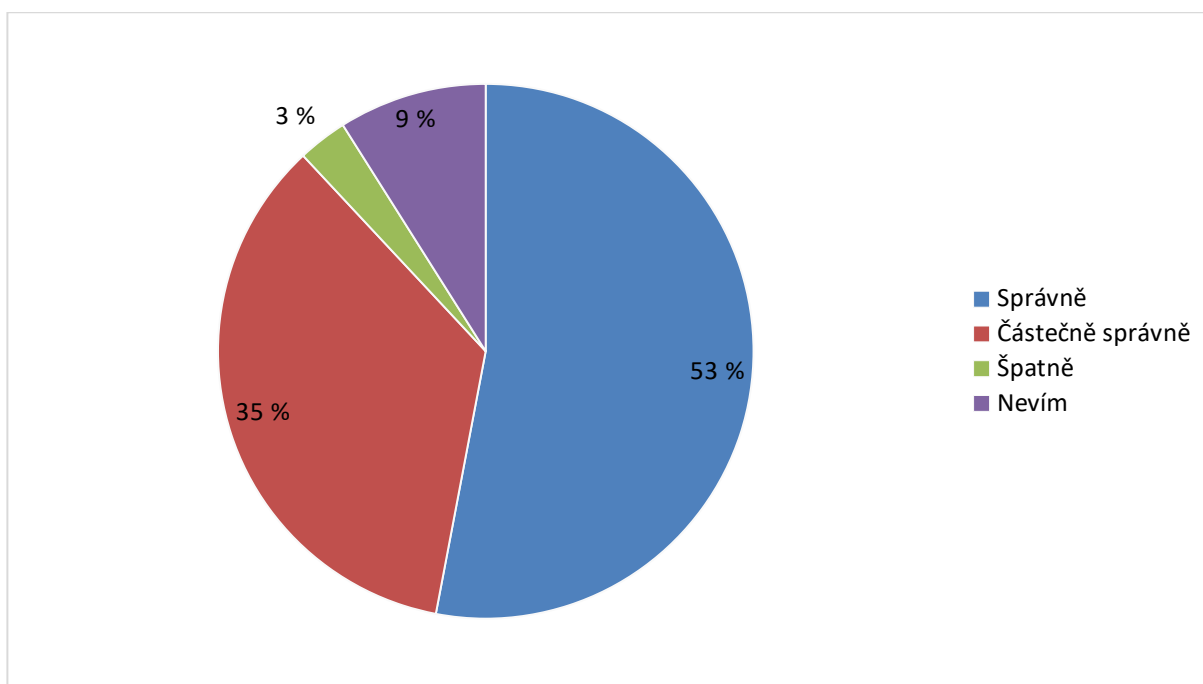
Graf č. 18 Informovanost o hospicích 1



Otázka č. 16 - Víte, co je to hospic?

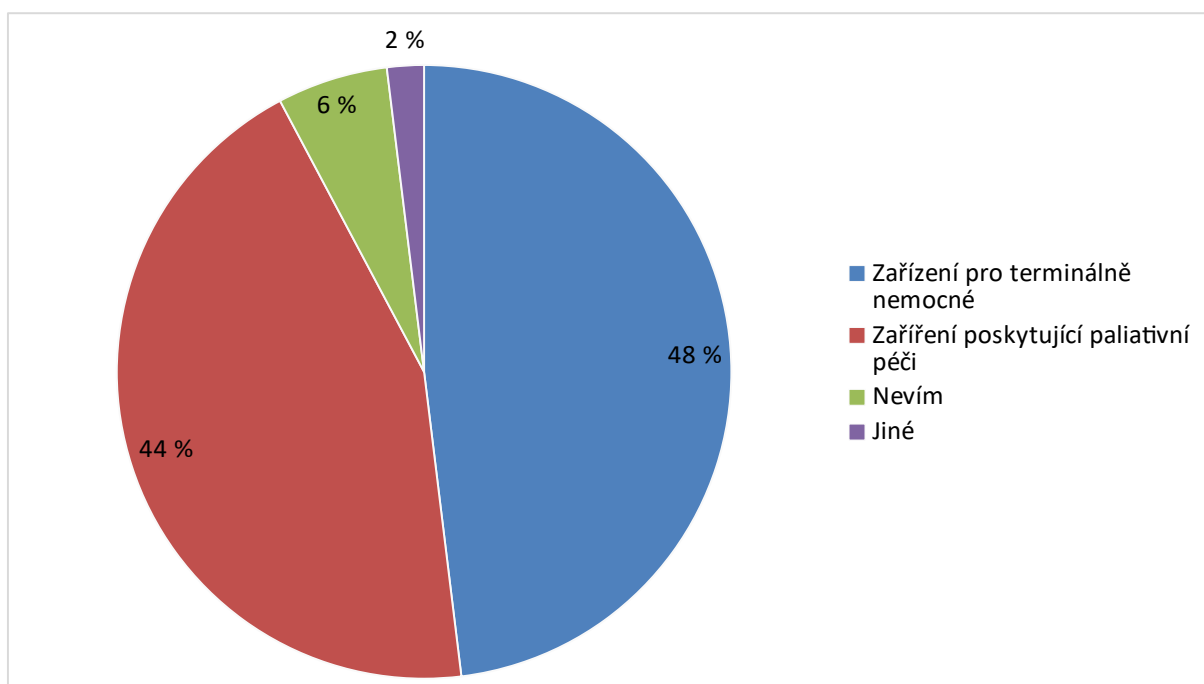
V této otázce si respondenti mohli vybrat ze 4 odpovědí: zařízení pro terminálně nemocné, zařízení poskytující paliativní péči, nevím a jiné. Byla možnost mnohočetné odpovědi. Za správnou odpověď bylo považováno, pokud respondent zvolil odpověď zařízení pro terminálně nemocné společně se zařízení poskytující paliativní péči, popřípadě společně s odpovědí jiné, pokud doplnil další funkce hospice. Za nesprávnou odpověď byla považována odpověď jiné, která neodpovídala skutečnosti, například pokud respondent odpověděl ubytování pro seniory. Za částečně správně pokud respondent zvolil alespoň jednu správnou odpověď, tedy pouze zařízení pro terminálně nemocné, zařízení poskytující paliativní péči či fakticky správnou odpověď jiné. Správně odpovědělo 71 respondentů, částečně správně 47, špatně 4 a nevím odpovědělo 12 respondentů. Respondenti, kteří odpověděli špatně, uváděli, že hospic je zařízení pro dlouhodobě nemocné, ale nikoliv terminální. Procentuálně tedy odpovědělo 53 % správně, 35 % částečně správně, 3 % špatně a 9 % respondentů nevím.

Graf č. 19 Informovanost o hospicích 2



Celkově na otázku odpovědělo 134 respondentů. 12 respondentů odpovědělo nevím, 99 zařízení pro terminálně nemocné, 91 zařízení poskytující paliativní péči a 4 odpověď jiné. Procentuálně tedy 6 % zvolilo nevím, 2 % jiné, 48 % odpověď zařízení pro terminálně nemocné a 44 % zařízení poskytující paliativní péči.

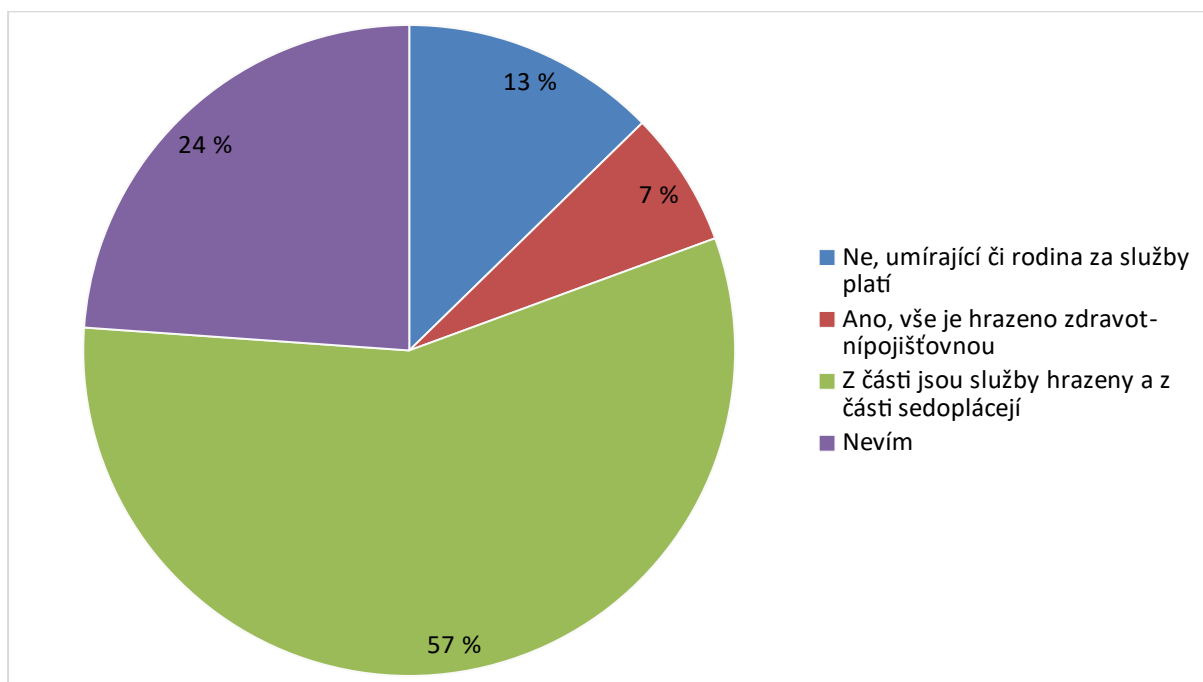
Graf č. 20 Informovanost o hospicích 3



Otázka č. 17 - Myslíte, že jsou služby hospice poskytovány zdarma?

V této otázce měli respondenti na výběr ze čtyř odpovědí. Jejich názor mohl být, že je péče hrazena zdravotní pojišťovnou, rodinou umírajících či umírajícím, kombinovaně nebo mohli uvést odpověď „nevím“. Za správnou odpověď bylo považováno: z části jsou služby hrazeny a zčásti se doplácí. Za nesprávně všechny ostatní odpovědi, tedy umírající či rodina za služby platí, vše je hrazeno zdravotní pojišťovnou. 32 respondentů neboli 24 % zvolilo odpověď „nevím“, 17 odpověď umírající či rodina za služby platí, ti tvoří 13 % skupiny. 7 % neboli 9 respondentů si myslí, že je péče plně hrazena zdravotní pojišťovnou a 57 % odpovědělo správně, z části jsou služby hrazeny a zčásti se doplácí, takto odpovědělo 76 respondentů. 19 % respondentů odpovědělo špatně.

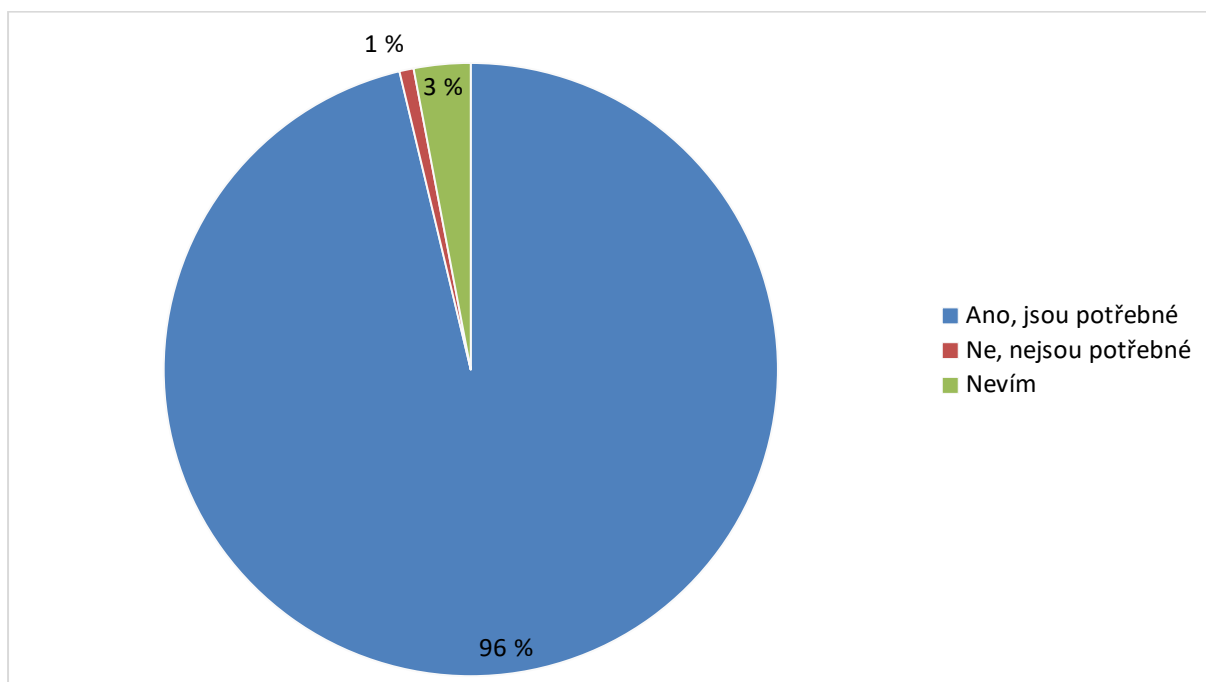
Graf č. 21 Informovanost o hospicích 4



Otázka č. 18 - Myslíte, že hospice a paliativní péče jsou potřebné?

Tato otázka se zabývá potřebností paliativní péče, konkrétně jaký názor na paliativní péči a hospice respondenti mají. Mohli vybrat ze tří odpovědí: jsou potřebné, nejsou potřebné a nevím. 129 respondentů si myslí, že paliativní péče a hospice jsou potřebné, tedy většina 96 %. 4 respondenti odpověděli nevím, ti zabírají 3 % skupiny a pouze jeden respondent odpověděl, že nejsou potřebné, zabírá 1 % skupiny.

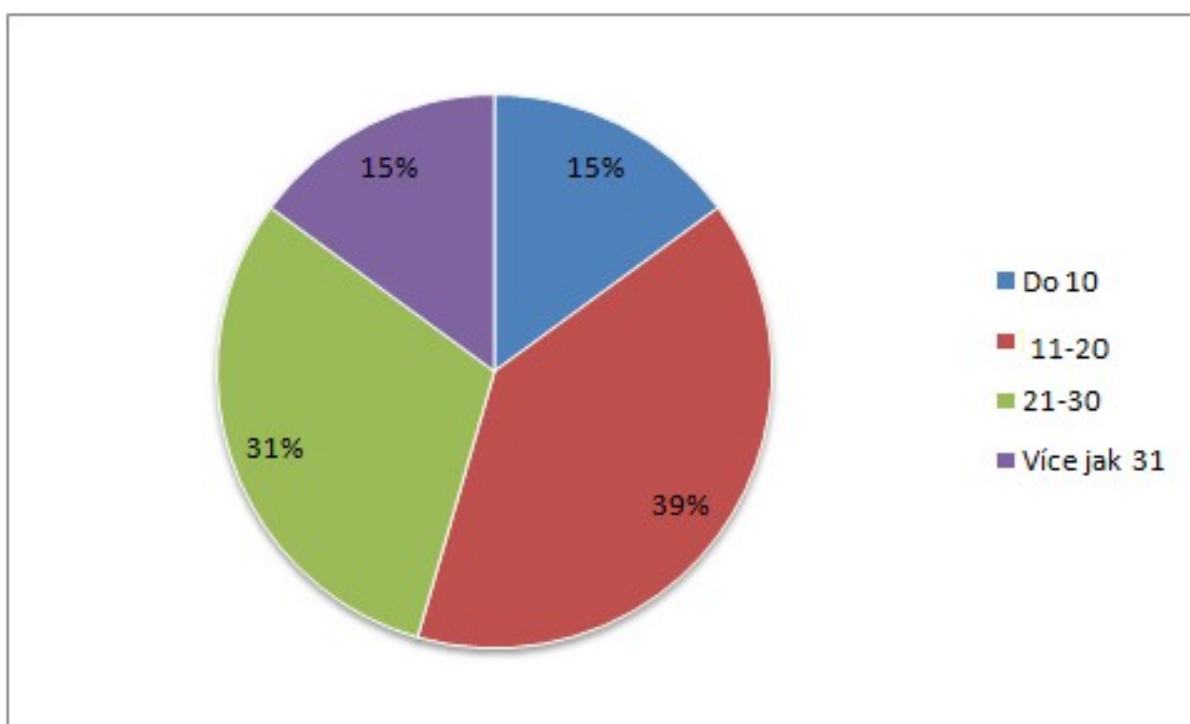
Graf č. 22 Názor na péči 2



Otázka č. 19 - Kolik si myslíte, že je lůžkových hospiců v ČR?

Tato otázka se váže s dostupností paliativní péče, ke zjištění, zda si respondenti myslí, že je lůžkových hospiců více či méně, než je realita. Respondenti měli na výběr ze čtyř odpovědí: do 10, 11-20, 21-30 a více jak 31. V ČR nyní funguje 13 lůžkových hospiců (10 lůžkových a 3 v kombinaci s mobilními). Za správnou odpověď bylo považováno 11-20. 20 respondentů odpovědělo do 10, procentuálně tedy 15 %, ti počet hospiců lehce podcenili. 53 respondentů odpovědělo správně, zahrnují 40 % skupiny. 61 respondentů počet hospiců přecenilo. 41 z nich zvolilo odpověď 21-30 a 20 více jak 31. Procentuálně tedy 46 % přecenilo, 31 % zvolilo variantu 21-30 a 15 % více jak 31.

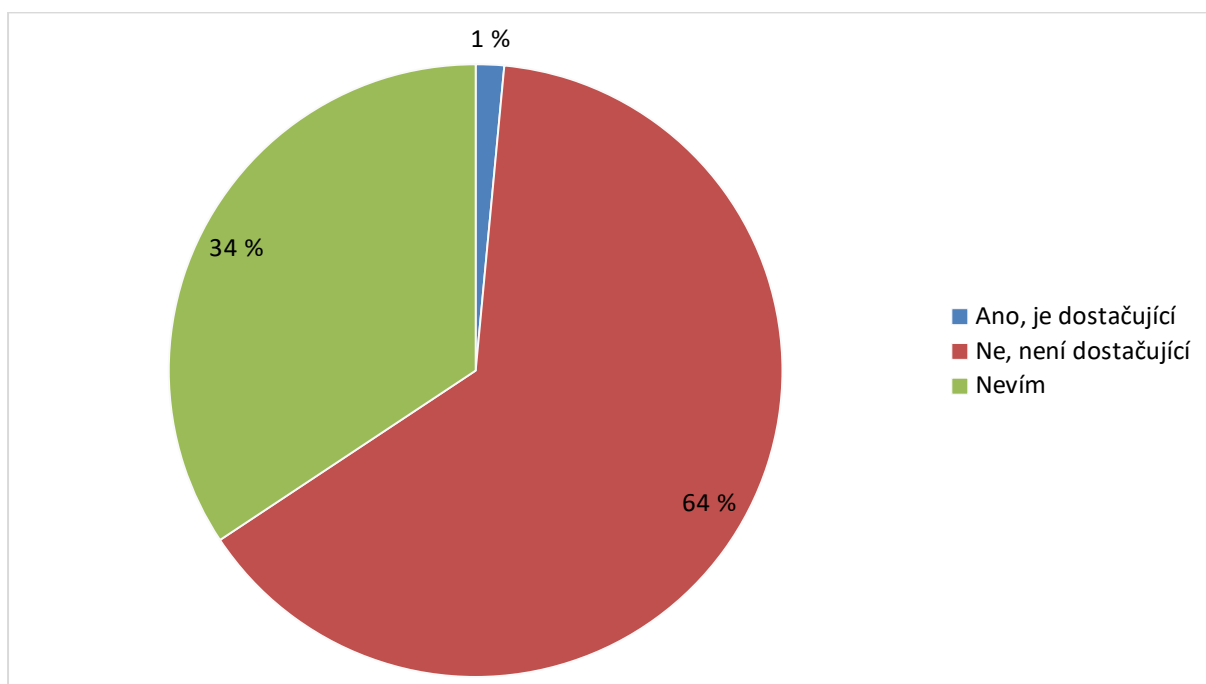
Graf č. 23 Dostupnost péče



Otázka č. 20 - Myslíte, že je paliativní péče v ČR dostačující?

Tato otázka souvisí s názorem respondentů na paliativní péči. Respondenti mohli vybírat z tří odpovědí: je dostačující, není dostačující a nevím. Většina, tedy 86 respondentů uvedlo odpověď „ne, není dostačující“, ti zabírají 64 % skupiny. 2 respondenti ji považují za dostačující, tedy 2 % a 46 odpovědělo nevím, ti zabírají 34 % skupiny. Většinově si tedy respondenti myslí, že paliativní péče v ČR je nedostačující.

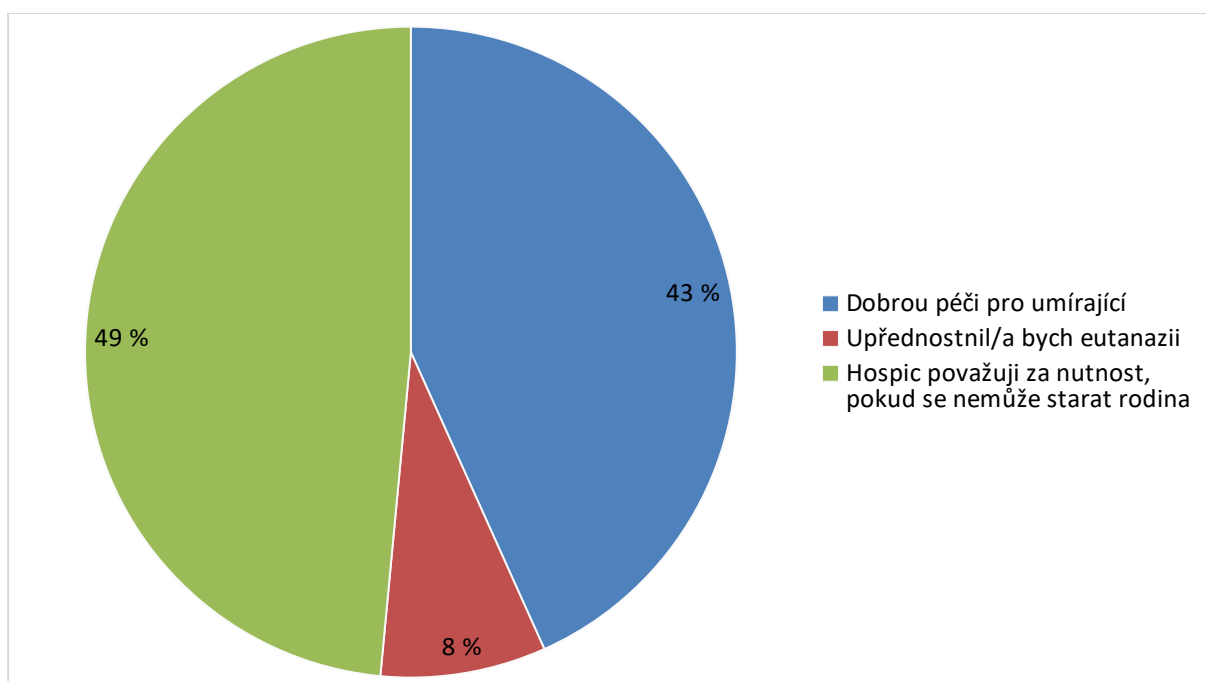
Graf č. 24 Názor na péči 3



Otázka č. 21 - Hospic považujete za:

V této otázce se zabýváme názorem veřejnosti na hospice. Respondenti mohli vybrat ze tří odpovědí: dobrou péči pro umírající, upřednostnil/a bych eutanazii, hospic považují za nutnost, pokud se nemůže starat rodina. Většina respondentů, 65, uvedla, že ho považují za nutnost, pokud se nemůže starat rodina, ti tvoří 49 % skupiny. Již menší počet 58 respondentů neboli 43 % ho považuje za dobrou péči pro umírající. 11 respondentů uvedlo, že by upřednostnili eutanazii, ti zabírají 8 %. Většina respondentů tedy považuje hospice za nutnost, ale myslí si, že preferenčně by se měla o umírajícího starat rodina.

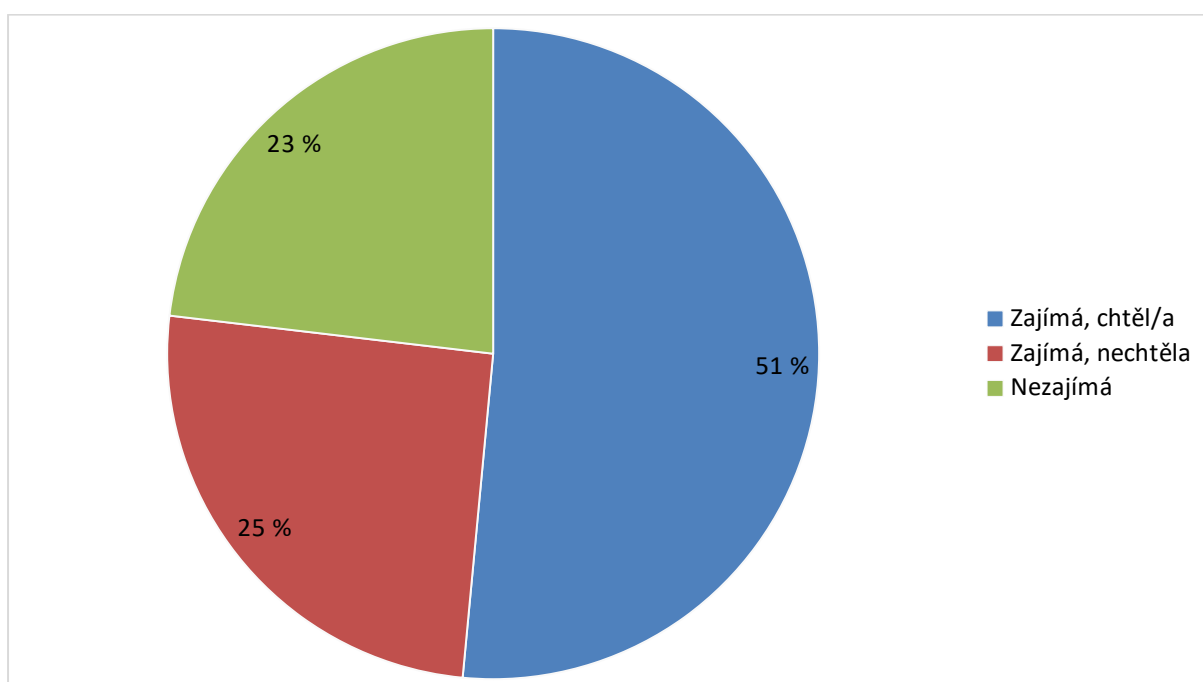
Graf č. 25 Názor na péči 4



Otázka č. 22 - Zajímá Vás téma paliativní péče? Dozvěděl/a byste se rád/a víc?

Tato otázka se zabývá zájmem respondentů o toto téma. Respondenti měli na výběr ze tří odpovědí: zajímá a chtěl/a, zajímá a nechtěl/a, nezajímá. 69 respondentů by mělo zájem se o paliativní péči dozvědět více, 65 respondentů se více o tomto tématu dozvědět nechce, ale 34 z nich toto téma alespoň zajímá. Celkově dotazník vyplnilo 31 respondentů, které téma paliativní péče nezajímá. Procentuálně tedy 52 % téma zajímá a chtělo by se dozvědět víc, 25 % zajímá, ale nechtějí se dozvědět víc a 23 % se nezajímá.

Graf č. 26 Zájem o téma



Otázka č. 23 - Zde, prosím, uveďte sdělení, na které jste nemohl/a odpovědět v otázkách

V poslední otázce měli respondenti možnost uvést sdělení, na které nemohli odpovědět v otázkách, popřípadě sdělit svůj názor na dotazník. Učinilo tak 12 respondentů. Respondenti zde nejvíce popisovali, kde přesně se dozvěděli o paliativní péči nebo svůj názor na eutanazii. Také zde někteří vysvětlili, proč se o toto téma nezajímají (zajímají se o jiná společenská témata). Následně uvádíme několik odpovědí:

- Není to tak, že by mi nezáleželo na kvalitě, nebo formě poskytování paliativní péče. Co se ale týká mého zájmu o tato společenská témata, je spíše na okraji.

- Jsem velmi pro eutanazii, ale pokud není smrt rychlá a eutanazie nevyhovuje, je hospicová péče ta nejlepší možná varianta umírání. Ideálně v podobě mobilního hospice. Je důležité, že se paliativní péče věnuje i rodině.

- V rámci letní dobročinnosti (povídky věnované neziskovým organizacím, hodnocené počtem odeslaných DMS) jedna autorka pravidelně píše právě pro tento typ služeb, takže poprvé jsem se o nich dozvěděla právě tam. Jinak v práci (knihovna) máme několik dokumentů na toto téma.

- Osobně bych jako umírající zvolila eutanazii, nepovažuji ji ale za univerzální řešení.

- Mám pocit, že důležitost paliativní péče je opomíjena především proto, že z lékařského hlediska není zajímavá, ekonomicky také ne a společensky je téma smrti obecně tabu. Děkuji za to, že se tomuto tématu věnujete.

3 Diskuze

V této kapitole uvádíme výsledky jednotlivých cílů práce a vyhodnocujeme stanovené hypotézy.

Cíl č. 1 - Míra informovanosti veřejnosti o paliativní péči a hospicích v souvislosti s vzděláním, pohlavím, věkem a náboženským vyznáním respondentů

Výzkumu se zúčastnilo 93 žen a 41 mužů. Právě vyšší počet ženských respondentů ovlivnil závěrečné výsledky práce. Celkově ženy odpověděly správně v 54 %, v 35 % částečně správně a v 11 % špatně. Muži odpověděli správně v 46 %, částečně správně v 37 % a v 17 % špatně. Ženy měly tedy větší informovanost o paliativní péči než muži, tyto výsledky jsou odlišné od výsledků uváděné v diplomové práci Bc. Kateřiny Bakalíkové *Informovanost veřejnosti o problematice hospicové a paliativní péče z roku 2016*. Ta uvádí, že v informovanosti o paliativní péči není mezi muži a ženami statistický rozdíl.

Celkově ženy, které měly vysokoškolské vzdělání, uváděly o 5 % více správných odpovědí než ženy s nižším vzděláním a o 3 % méně špatných odpovědí. Naopak muži s vysokoškolským vzděláním měli o 10 % méně správných odpovědí než muži s nižším vzděláním a o 2 % více špatných odpovědí. Tyto výsledky mohly být ovlivněny počtem respondentů, konkrétně se výzkumu zúčastnilo 43 vysokoškolsky vzdělaných žen a pouze 19 vysokoškolsky vzdělaných mužů, 22 mužů ve skupině mělo nižší vzdělání a 50 žen s nižším vzděláním.

Výzkum také ukázal, že rozdíl znalostí starších a mladších respondentů je minimální. Výzkumu se zúčastnilo 79 respondentů do 30 let a 55 starších respondentů. Procentuálně mladší respondenti získali 52 % správných odpovědí, 35 % částečně správných a 13 % špatných. Starší respondenti získali 51 % správných odpovědí, 37 % částečně správných a 12 % špatných. Tyto výsledky jsou shodné s diplomovou prací Bc. Kurové z roku 2015, ve které uvádí, že také nebyl zjištěn validní rozdíl ve znalostech mladší a starší veřejnosti.

Výzkum se také zabýval otázkou, zda mají věřící větší či menší znalost paliativní péče a hospiců než ateisté. Věřící v 55 % odpověděli správně, 36 % částečně správně a v 9 % špatně. Ateisté v 50 % správně, 36 % částečně správně a v 14 % špatně. Tedy věřící získaly o 5 % více správných odpovědí a o 5 % méně špatných odpovědí.

Hypotéza č. 1 „Respondenti s vysokoškolským vzděláním měli vyšší informovanost o paliativní péči a hospicích než respondenti s nižším vzděláním“ se sice ukázala jako

správná, protože měli vysokoškolsky vzdělaní respondenti o 3 % více správných a o 1 % méně špatných odpovědí než respondenti s nižším vzděláním, tyto rozdíly jsou však spíše minimální. Výzkumu se zúčastnilo 126 respondentů s nižším vzděláním a 62 respondentů s vysokoškolským vzděláním. Právě fakt, že bylo vysokoškolsky vzdělaných respondentů méně, ovlivnilo výsledky práce. Toto zjištění je shodné s výsledky, které uvádí Bc. Jana Kurová ve své diplomové práci *Informovanost veřejnosti o paliativní a hospicové péči z roku 2015*. Konkrétně ve své diplomové práci došla k zjištění, že vzdělání silně ovlivňuje informovanost veřejnosti o paliativní péči.

Celkově se výzkumu zúčastnilo 134 respondentů. Celkově mohli mít respondenti šest správných odpovědí. Pokud měli alespoň 4 správné odpovědi, jsou považováni za respondenty, kteří jsou o paliativní péči a hospicích v ČR dostatečně informováni, pokud méně, tak nejsou dostatečně informováni. Odpověď 'nevím se' považovala za nesprávnou. Odpověď částečně správně byla považována za půl správné odpovědi, tedy pokud měl respondent dvě odpovědi částečně správně, tak měl jednu správně. 77 respondentů mělo 4 a více správných odpovědí, 57 méně jak 4 správné odpovědi. Ve výsledku je tedy 57 % respondentů dostatečně informováno o paliativní péči a hospicích a 43 % nikoliv.

Hypotéza č. 2 „80 % respondentů je dostatečně informováno o paliativní péči“ je nesprávná. Dostatečně je informováno pouze 57 % respondentů. Tyto výsledky se dají porovnat s bakalářskou prací Pavlína Křížové *Studie veřejného mínění o hospicích v ČR z roku 2006*. Ta došla k zjištění, že 94 % respondent je dostatečně seznámeno s pojmem hospic a jejich službami. Z těchto zjištění se dá vyvodit, že je informovanost veřejnosti o hospicích větší než o paliativní péči. K tomuto zjištění došla i Bc. Kurová ve své diplomové práci *Informovanost veřejnosti o paliativní a hospicové péči z roku 2015*. Kde uvádí, že je veřejnost informována o hospicích více, než je o paliativní péči.

Cíl č. 2 - Procento respondentů s osobní zkušeností s paliativní péčí a zda je zkušenost pozitivní či negativní

Z celkového počtu 134 respondentů, 101 nemělo žádnou zkušenost s paliativní péčí a 33 mělo. Tedy 75 % respondentů nemělo žádnou zkušenost s paliativní péčí a 25 % ano. Zkušenost respondentů je z většiny pozitivní, konkrétně v 14,9 %, 4,5 % respondentů mají zkušenost negativní a 5,2 % si nepřáli svoji zkušenost hodnotit. Tři respondenti odpověděli, že zkušenost nemají, ale zároveň udávají, že někdo z jejich blízkých umíral v hospici. Jinak respondenti, kteří zkušenost nemají, odpovídali, že nikdo z jejich blízkých v hospici neumíral nebo se nezajímal. 7 respondentů s pozitivní zkušeností uvedli, že někdo z jejich blízkých umíral v hospici. 9 respondentů s pozitivní zkušeností uvedlo, že nikdo z jejich blízkých v hospici nezemřel. Respondenti, kteří mají zkušenost negativní, většinou neměli nikoho, kdo v hospici umíral, konkrétně takto odpověděli čtyři, zbylí dva odpověděli ano. 3 respondenti, kteří si péči nepřáli hodnotit, měli blízkého, který v hospici umíral a 4 nikoliv. Tedy většina respondentů, jejichž blízký umíral v hospici, mají zkušenost s paliativní péčí pozitivní.

Hypotéza č. 3 „50 % má osobní zkušenost s paliativní péčí“ se ukázala jako nesprávná. Osobní zkušenost s touto péčí má pouze 25 % respondentů. Počet respondentů s osobní zkušeností s paliativní péčí je v naší bakalářské práci větší, než je v publikaci Bc. Bakalíkové. Ta ve své diplomové práci z roku 2016 zjistila, že osobní zkušenost mělo pouze 16 % respondentů.

Cíl č. 3 - Považuje-li veřejnost hospice za potřebné a paliativní péči v ČR za dostačující

Všichni respondenti až na dva, jejichž blízký umíral v hospici, si myslí, že paliativní v ČR dostačující není, zbylý dva odpověděli „nevím“. Všichni až na jednoho také uvedli, že paliativní péče není dostupná všem umírajícím a naprosto všichni považují paliativní péči za potřebnou.

Z respondentů, kteří neměli žádného blízkého, který umíral v hospici, si většina myslí, že paliativní péče není dostupná všem umírajícím, tedy 64 %, 25 % neví a 11 % si myslí, že všem umírajícím dostupná je. Pouze jeden z těchto respondentů odpověděl, že paliativní péče a hospice potřebné nejsou, 96 % z těchto respondentů si myslí, že potřebné jsou, 3 % zvolilo odpověď „nevím“. 64 % těchto respondentů si myslí, že paliativní péče v ČR není dostačující a pouze 2 %, že dostačující je. 34 % zvolilo odpověď „nevím“. Většina respondentů tedy považuje paliativní péči v ČR za nedostatečnou a uvádějí, že tato péče není dostupná všem umírajícím. Zároveň považují služby hospice a paliativní péči za potřebné.

Hypotéza č. 4 „70 % respondentů považují paliativní péči za potřebnou a dostačující“ je nesprávná. Respondenti sice z 96 % považují tuto péči za potřebnou, ale pouze z 34 % za dostačující.

Cíl č. 4 - Liší-li se názory na paliativní péči a hospice mezi věřícími a ateisty

Výzkumu se zúčastnilo 42 věřících a 89 ateistů. 3 respondenti na otázku, zda jsou věřící, neodpověděli. Ukázalo se, že 16 věřících považuje hospice za dobrou péči pro umírající, 25 za nutnost, pokud se nemůže starat rodina a 1 by upřednostnil eutanazii. 41 ateistů považuje hospice za dobrou péči o umírající, 39 za nutnost a 9 by upřednostnilo eutanazii. Eutanazii by tedy upřednostňovali ateisté, ti takto odpovídali v 10 %, věřící pouze v 2 %. Z 46 % považují ateisté hospice za dobrou péči pro umírající, tedy o 8 % více než věřící. Za nutnost považuje hospice 44 % ateistů a 60 % věřících. Věřící tedy z většiny považují hospice za nutnost, ale preferují, když se může o umírajícího starat rodina. Ateisté mírně upřednostňují hospice a častěji by volili eutanazii. Také se ukázalo, že 26 % ateistů a 19 % věřících se o téma paliativní péče nezajímá. Tedy věřící mají větší zájem o téma paliativní péče. Všichni ateisté považují paliativní péči a hospice za potřebné, krom dvou, kteří zvolili odpověď „nevím“. Věřící se také myslí, že paliativní péče a hospice jsou potřebné, pouze jeden odpověděl, že potřebné nejsou a jeden neví.

Hypotéza č. 5 „věřící považují paliativní péči a hospice za důležitější, oproti ateistům“ je nesprávná. Ateisté i věřící považují paliativní péči i hospice za potřebné, není v jejich názorech validní rozdíl.

Závěr

Paliativní péče a hospice, jsou velmi důležitou složkou zdravotnického systému. Díky psaní této bakalářské práce jsem si uvědomila, jak velký význam tato péče má, a to nejen pro umírající a jejich rodiny, ale i pro veřejnou populaci. Tato práce vedla k zjištění, že pouze 57 % respondentů je dostatečně informováno o paliativní péči a hospicích. Zbýlých 43 % respondentů tedy informováno dostatečně není, což ovlivňuje nejen jejich názor na paliativní péči, ale také jestli se jí v budoucnu rozhodnou využívat. Také se ukázalo, že většina respondentů považuje hospice za nutnost, nikoliv však za dobrou péči o umírající. Myslím, že někteří by svůj názor mohli změnit, kdyby byli o možnostech této péče více informováni. Ve skupině respondentů se ukázalo, že jejich věk nemá přílišný vliv na informovanost o této péči. Ukázalo se také, že věřící mají o 5 % větší informovanost o paliativní péči než ateisté. Vliv na informovanost mělo také pohlaví a mírně i vzdělání respondentů. Ukázalo se, že ženy byly více informovány než muži a vysokoškolsky vzdělaní o 3 % více než respondenti s nižším vzděláním. Musí se ovšem brát v potaz fakt, že tyto výsledky byly ovlivněny konkrétním počtem respondentů v jednotlivých skupinách a celkovým počtem respondentů. Dobrou zprávou je, že z 25 % respondentů s osobní zkušeností s paliativní péčí, ji považuje za pozitivní, ti, kteří mají zkušenost negativní, většinově neměli nikoho z blízkých, kdo v hospici umíral. Většina respondentů, jejichž blízký umíral v hospici, mají zkušenost s paliativní péčí pozitivní. Z toho se dá vyvodit, že paliativní a hospicová péče je v ČR kvalitní. Mnozí respondenti považují paliativní péči v ČR za nedostačující, ale zároveň velmi potřebnou. Tento názor se validně nelišil mezi věřícími a ateisty a i já s jejich názorem plně souhlasím. Myslím, že by tato péče měla být více personálně i finančně podporována a mělo by se přispívat k jejímu rozvoji a edukaci paliativních pracovníků. Toto se samozřejmě děje a paliativní péče je podporována, myslím si však, že je stále velký prostor pro zlepšení. Většina respondentů taktéž uvedla, že si myslí, že paliativní péče není dostupná všem umírajícím. Byla by zajímavá otázka dalšího zkoumání, proč si to respondenti myslí.

Mnoho respondentů se prvně o paliativní péči dozvědělo na internetu a v médiích, doufám, že tato práce také přispěje k rozšíření informovanosti veřejnosti o paliativní péči a hospicích. Jedním z překvapivých výsledků práce je zjištění, kolik respondentů se o paliativní péči dozvědělo od lékaře. Pouze 8 respondentů uvedlo, že bylo prvně informováno od lékaře, což osobně považuji za velmi málo. Je otázkou další diskuze, jakou informovanost o paliativní péči mají samotní lékaři, kteří by měli být prvními, kdo pacienty s touto péčí seznámí.

Výsledky výzkumu budou rozeslány respondentům. Myslím, že každý by měl být plně informován o možnostech této péče, protože právě její pochopení povede nejen k zvýšení kvality umírání ale také životů umírajících a jejich rodin.

Abstrakt

Autor:	Denisa Tichá
Instituce:	Ústav nelékařských studií
Název práce:	Informovanost veřejnosti o paliativní péči
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
Počet stran:	81
Počet příloh:	3
Rok obhajoby:	2022
Klíčová slova:	Paliativní péče, hospice, umírání, Model Kübler-Rossové, obecná a specializovaná paliativní péče, historie paliativní péče

Bakalářská práce pojednává o informovanosti veřejnosti o paliativní péči. Uvádí se v ní teoretické poznatky o paliativní péči a hospicích v ČR. Těžiště práce tvoří kvantitativní průzkumné šetření informovanosti veřejnosti o paliativní péči, a zda se liší informovanost veřejnosti v souvislosti s jejich vzděláním, pohlavím, věkem a náboženským vyznáním. Zjišťuje také, jaké procento respondentů má osobní zkušenost s paliativní péčí a zda je zkušenost pozitivní či negativní. Zkoumá také rozdíl mezi názorem na paliativní péči a hospice v ČR mezi ateisty a věřícími. Zabývá se celkovým názorem veřejnosti na paliativní péči a hospice v ČR.

Abstract

Author: Denisa Tichá

Institution: Charles University in Prague
Faculty of Medicine in Hradec Králové, Department of
Non-medical Studies

Title: Public awareness of palliative care

Supervisor: doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Number of pages: 81

Year of defense: 2022

Keywords: Palliative care, hospice, dying, Kübler-Ross, general and specialized palliative care, history of palliative care

Our bachelor thesis deals with public awareness of palliative care. The theoretical part contained the theory of palliative care and hospice. The main part of this work is an exploratory survey about public awareness of palliative care and if awareness is affected by age, education, gender and religion. Our focus is also on the percentage of respondents with experience with this care and if it is positive or negative. We are also interested in finding a difference of opinion about palliative care and hospice between atheists and believers. Another finding that we are interested in is the general opinion of the public about palliative care and hospice.

Bibliografie / Zdroje

KUTNOHORSKÁ, Jana. Etika v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. Etika pro zdravotně sociální pracovníky. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.

KUTNOHORSKÁ, Jana, a Pavla, KUDLOVÁ. Důstojnost člověka v závěru života: fenomén naděje a empatie. Paliativna medicína: a liečba bolesti [online]. 2018, 2018, 2018(11), 17-19 [cit. 2021-12-22]. Dostupné z: https://www.solen.sk/storage/file/article/PALMED_1-2_2018_final%20%E2%80%93%20Kutnohorska.pdf

KUTNOHORSKÁ, Jana. Fenomén naděje ve zdraví a v nemoci. Seniorzone.cz [online]. Praha: Verlag Dashöfer, 2017, 2017 [cit. 2021-12-22]. Dostupné z: <https://www.seniorzone.cz/33/fenomen-nadeje-ve-zdravi-a-v-nemoci-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EvykoCyJ2LGYYA7tkgU0RLo/>

KALVACH, Zdeněk. Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 9788090451643.

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

PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON. Paliativní péče: principy a praxe. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-25-1.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0121-4.

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. 4. vyd. Praha: Ecce homo, 1999. ISBN 80-902049-2-9.

SVATOŠOVÁ, Marie. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4107-9.

STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. Sociální práce v hospici a paliativní péče. Jinočany: H & H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. Paliativní medicína pro praxi. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.

MARKOVÁ, Alžběta. Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy. 3. aktualizované vydání. [Praha]: Cesta domů, 2021. ISBN 978-80-88126-77-5.

P. MCQUELLON, Richard a Michael A. COWAN. The art of conversation through serious illness: Lessons for caregivers. 1. New York: Oxford university press, 2010. ISBN 9780195389227.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU. Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017. 1. české vydání. Praha: Grada, 2015. 439 s. ISBN 978-80-247-5412-3.

Hospic: asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. <https://www.asociacehospicu.cz/> [online]. Praha: APHPP - Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, 2017 [cit. 2022-01-19]. Dostupné z: <https://www.asociacehospicu.cz/clenske-hospice-aphpp-v-cr>

KŘÍŽOVÁ, Pavlína. Studie veřejného mínění o Hospicích v ČR [online]. Praha, 2008 [cit. 2021-7-20]. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/16084/BPTX_0_0_11130_D0406015_141447_0_59547.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. 2. lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Marie Šamánková.

BC. KUROVÁ, Jana. Informovanost veřejnosti o paliativní a hospicové péči [online]. Zlín, 2015 [cit. 2022-02-24]. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/31842/kurov%3%a1_2015_dp.pdf?sequence=. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Radana Kroutilová Nováková, Ph.D.

BC. BAKALÍKOVÁ, Kateřina. Informovanost veřejnosti o problematice hospicové a paliativní péče [online]. Zlín, 2016 [cit. 2022-02-24]. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/37103/bakal%3%adkov%3%a1_2016_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce PhDr. Zuzana Hrnčířiková, Ph.D.

Seznam zkratk

APHPP - Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

AIDS - acquired Immune Deficiency Syndrome

aj – a jiné

atd. - a tak dále

Bc - Bakalář

ČR – Česká republika

Int. - International

EU - Evropská unie

L – lůžkový hospic

LDN - Léčebna dlouhodobě nemocných

L, M – lůžkový a mobilní hospic

M – mobilní hospic

např. – například

o.p.s – obecně prospěšná společnost

s. - strana

tzv. - tak zvané

WHO - World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

z.ú. – zapsaný ústav

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Členové APHPP.....	17
Tabulka č. 2 Analgetika.....	22
Tabulka č. 3 Diagnózy dle NANDA.....	27

Seznam grafů

Graf č. 1 Věk respondentů.....	33
Graf č. 2 Pohlaví respondentů.....	34
Graf č. 3 Vzdělání respondentů.....	35
Graf č. 4 Náboženské vyznání 1.....	36
Graf č. 5 Náboženské vyznání 2.....	37
Graf č. 6 Informovanost o péči 1.....	38
Graf č. 7 Informovanost o péči 2.....	39
Graf č. 8 Informovanost o péči 3.....	40
Graf č. 9 Informovanost o péči 4.....	41
Graf č. 10 Informovanost o péči 5.....	42
Graf č. 11 Informovanost o péči 6.....	43
Graf č. 12 Informovanost o péči 7.....	44
Graf č. 13 Informovanost o péči 8.....	45
Graf č. 14 Zkušenost s péčí 1.....	46
Graf č. 15 Zkušenost s péčí 2.....	47
Graf č. 16 Informovanost o péči 9.....	48
Graf č. 17 Názor na péči 1.....	49
Graf č. 18 Informovanost o hospicích 1.....	50
Graf č. 19 Informovanost o hospicích 2.....	51
Graf č. 20 Informovanost o hospicích 3.....	52
Graf č. 21 Informovanost o hospicích 4.....	53
Graf č. 22 Názor na péči 2.....	54
Graf č. 23 Dostupnost péče.....	55
Graf č. 24 Názor na péči 3.....	56
Graf č. 25 Názor na péči 4.....	57
Graf č. 26 Zájem o téma.....	58

Přílohy

1. Dotazník
2. Souhlas s prováděním výzkumu
3. Charta práv umírajících
4. Odpovědi respondentů

Příloha č. 1: Dotazník - Informovanost veřejnosti o paliativní péči

1. Kolik Vám je let?
 - a. Do 30 let (včetně)
 - b. 31-40 let (včetně)
 - c. 41-50 let (včetně)
 - d. 51 a více (včetně)
2. Jaké je Vaše pohlaví?
 - a. Žena
 - b. Muž
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a. Základní
 - b. Střední
 - c. Vyšší odborné
 - d. Vysokoškolské – bakalářské studium
 - e. Vysokoškolské – magisterské studium
 - f. Vysokoškolské – doktorský titul nebo vyšší
4. Jste věřící?
 - a. Ano
 - b. Jsem ateista
 - c. Jsem věřící, ale nepracuji (nechodím do kostela)
5. Pokud jste věřící, jaké náboženství vyznáváte?
 - a. Katolické
 - b. Církev československá
 - c. Církev husitská
 - d. Židovské
 - e. Jiné
6. Slyšel/a jste už někdy pojem paliativní péče?
 - a. Nikdy jsem tento pojem neslyšel/a
 - b. Ano, slyšel/a
 - c. Nevím
7. Pokud ano, vzpomenete si, kde jste poprvé slyšel/a pojem paliativní péče?
 - a. Ve škole
 - b. V blízkém okolí (rodina, přátelé, známí...)
 - c. U lékaře (v nemocnici)

- d. V médiích (TV, rádio, internet...)
 - e. V literatuře
 - f. Nevím
 - g. Jiné – uveďte
8. Víte, co je to paliativní péče (mnohočetný výběr odpovědí)?
- a. Nevím
 - b. Péče o umírající
 - c. Péče o rodiny umírajících
 - d. Péče o umírající a jejich rodiny
 - e. Nemocniční péče (tlumení bolesti, péče o proleženiny...)
9. Víte, kde se paliativní péče poskytuje (Mnohočetný výběr odpovědí)?
- a. V nemocnicích
 - b. V hospicích
 - c. V domácnostech
 - d. Nevím
 - e. Jiné – uveďte
10. Víte, jaké cíle má paliativní péče (Mnohočetný výběr odpovědí)?
- a. Zajištění důstojného umírání
 - b. Duchovní péče
 - c. Ošetrovatelská péče
 - d. Zlepšení kvality života nemocného
 - e. Tlumení bolesti
 - f. Podpora rodiny umírajícího
 - g. Nevím
 - h. Jiné – uveďte
11. Máte osobní zkušenost s paliativní péčí?
- a. Nemám
 - b. Mám pozitivní
 - c. Mám negativní
 - d. Nechci hodnotit
12. Umíral někdo z Vašich známých, blízkých v hospici?
- a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nezajímala jsem se
13. Myslíte, že se paliativní péče poskytuje pouze v nemocnicích?
- a. Ano, pouze v nemocnicích
 - b. Ne, i jinde (domácnost, LDN, hospic...)
 - c. Nevím
14. Myslíte, že je paliativní péče dostupná všem umírajícím?
- a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nevím

15. Slyšel/a jste někdy pojem hospic
 - a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nevím

16. Pokud ano, víte, co je to hospic (mnohočetný výběr odpovědí)?
 - a. Nevím
 - b. Zařízení pro terminálně nemocné
 - c. Zařízení poskytující paliativní péči

17. Myslíte, že jsou služby hospice poskytovány zdarma?
 - a. Ne, umírající či rodina za služby platí
 - b. Ano, vše je hrazeno zdravotní pojišťovnou
 - c. Z části jsou služby hrazeny a z části se doplácují
 - d. Nevím

18. Myslíte, že hospice a paliativní péče jsou potřebné?
 - a. Ano, jsou potřebné
 - b. Ne, nejsou potřebné
 - c. Nevím

19. Kolik si myslíte, že je lůžkových hospiců v ČR?
 - a. Do 10
 - b. 11-20
 - c. 21-30
 - d. Více jak 31

20. Myslíte, že je paliativní péče v ČR dostačující?
 - a. Není dostačující
 - b. Je dostačující
 - c. Nevím

21. Hospic považujete za:
 - a. Dobrou péči pro umírající
 - b. Upřednostnila bych eutanazii
 - c. Nutnou péči, pokud se nemůže starat rodina

22. Zajímá Vás téma paliativní péče? Dozvěděl/a byste se rád/a víc?
 - a. Zajímá, chtěl/a
 - b. Zajímá, nechtěl/a
 - c. Nezajímá

23. Zde prosím, uveďte sdělení, na které jste nemohl/a odpovědět v otázkách.

Příloha č. 2: Souhlas s prováděním výzkumu

Dobrý den,

ráda bych Vás požádala o vyplnění zcela anonymního a dobrovolného dotazníku, jehož výsledky použiji ve své bakalářské práci věnující se tématu paliativní péče. Vyplněním tohoto dotazníku souhlasíte s použitím výsledků v bakalářské práci.

Děkuji Vám za Váš čas,

Denisa Tichá

Studentka Lékařské fakulty v Hradci Králové

Příloha č. 3: Charta práv 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 prodlužování 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 číslo 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 mnoha 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:

0. 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 tyto 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 nevléčitelně 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

a. tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na seburčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevléčitelně 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 nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena 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 nevléčitelně 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 před tím, 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 nevléčitelně 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

b. že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně 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 nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

Příloha č. 4: Odpovědi respondentů

1) Kolik Vám je let?	Počet respondentů	Procento respondentů
Do 30 let (včetně)	79	59%
31-40 let (včetně)	34	25%
41-50 let (včetně)	10	6%
51 let a více (včetně)	11	8%

2) Jaké je Vaše pohlaví?	Počet respondentů	Procento respondentů
Muž	41	31%
Žena	93	69%

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	Počet respondentů	Procento respondentů
Neúplné základní	-	-
Základní	4	3%
Střední	62	46%
Vyšší odborné	6	5%
Vysokoškolské – bakalářské studium	26	19%
Vysokoškolské – magisterské studium	31	23%
Vysokoškolské – doktorský titul nebo vyšší	5	4%

4) Jste věřící?	Počet respondentů	Procento respondentů
Ano	13	10%
Jsem ateista	89	68%
Jsem věřící, ale nepraktikuji (nechodím do kostela)	29	22%

5) Pokud jste věřící, jaké náboženství vyznáváte?	Počet respondentů	Procento respondentů
Katolické	18	48%
Církev československá	4	8%
Církev husitská	2	5%
Židovské	2	5%
Jiné	21	34%

6) Slyšel/a jste už někdy pojem paliativní péče?	Počet respondentů	Procento respondentů
Nikdy jsem tento pojem neslyšel/a	11	8%
Ano, slyšel/a	120	90%
Nevím	3	2%

7) Pokud ano, vzpomenete	Počet respondentů	Procento respondentů
---------------------------------	--------------------------	-----------------------------

si, kde jste poprvé slyšel/a pojem paliativní péče		
Ve škole	37	28%
V blízkém okolí	37	28%
U lékaře	8	6%
V médiích	56	42%
V literatuře	12	9%
Nevím	24	18%
Jiné	6	3%

8) Víte, co je to paliativní péče (mnohočetný výběr odpovědí)?	Počet respondentů	Procento respondentů
Péče o umírající	59	44%
Péče o umírající a jejich rodiny	94	70%
Nemocniční péče	55	41%
Péče o rodiny umírajících	27	20%
Nevím	13	10%

9) Víte, kde se paliativní péče poskytuje (mnohočetný výběr odpovědí)?	Počet respondentů	Procento respondentů
V nemocnicích	101	75%
V hospicích	120	90%
V domácnostech	109	81%
Nevím	11	8%
Ambulatně	1	1%

10) Víte jaké cíle má paliativní péče (mnohočetný výběr odpovědí)?	Počet respondentů	Procento respondentů
Duchovní péče	70	52%
Zajištění důstojného umírání	121	90%
Ošetrovatelská péče	88	66%
Zlepšení kvality života	99	74%
Tlumení bolesti	90	67%
Podpora rodiny umírajícího	104	78%
Nevím	10	8%

11) Máte osobní zkušenost s paliativní péčí?	Počet respondentů	Procento respondentů
Nemám	101	75%
Mám pozitivní	20	15%
Mám negativní	6	5%
Nechci hodnotit	7	5%

12) Umíral někdo z Vašich známých, blízkých v hospici?	Počet respondentů	Procento respondentů
Ano	23	17%
Ne	105	78%
Nezajímal/a jsem se	6	5%

13) Myslíte, že se paliativní péče poskytuje pouze v nemocnicích?	Počet respondentů	Procento respondentů
Ano, pouze v nemocnicích	-	-
Ne, i jinde	125	93%
Nevím	9	7

14) Myslíte, že je paliativní péče dostupná všem umírajícím?	Počet respondentů	Procento respondentů
Ano	15	11%
Ne	85	63%
Nevím	34	25%

15) Slyšel/a jste někdy pojem hospic?	Počet respondentů	Procento respondentů
Ano	131	98%
Ne	2	1,5%
Nevím	1	0,5%

16) Víte, co je to hospic (mnohočetný výběr odpovědí)?	Počet respondentů	Procento respondentů
Nevím	12	6%
Zařízení pro terminálně nemocné	99	48%
Zařízení poskytující paliativní péči	91	44%
Jiné	4	2%

17) Myslíte, že jsou služby hospice poskytovány zdarma?	Počet respondentů	Procento respondentů
Ne, umírající či rodina za služby platí	17	13%
Ano, vše je hrazeno zdravotní pojišťovnou	9	7%
Z části jsou služby hrazeny a z části se doplácují	76	57%
Nevím	32	24%

18) Myslíte, že hospice a paliativní péče jsou potřebné?	Počet respondentů	Procento respondentů
Ano	129	96%
Ne	4	1%
Nevím	1	3%

19) Kolik si myslíte, že je lůžkových hospiců v ČR?	Počet respondentů	Procento respondentů
Do 10	20	15%
11-20	53	39%
21-30	41	31%
Více jak 31	31	15%

20) Myslíte, že je paliativní péče v ČR dostačující?	Počet respondentů	Procento respondentů
Ano	2	2%
Ne	86	64%
Nevím	46	34%

21) Hospic považujete za:	Počet respondentů	Procento respondentů
Dobrou péči pro umírající	58	43%
Upřednostnil/a bych eutanazii	11	8%
Nutnost, pokud se nemůže starat rodina	65	49%

22) Zajímá Vás téma paliativní péče? Dozvěděl/a byste se rád/a víc?	Počet respondentů	Procento respondentů
Zajímá, chtěl/a	69	52%
Zajímá, nechtěl/a	34	25%
Nezajímá	31	23%