

# Informovanost laiků o paliativní a hospicové péči

David Petrášek

---

Bakalářská práce  
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **David Petrásek**  
Osobní číslo: **H14201**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Informovanost laiků o paliativní a hospicové péči**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury.**

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

**Příprava metodiky průzkumné části.**

**Realizace průzkumu informovanosti laiků o paliativní a hospicové péči technikou dotazníku.**

**Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.**

**Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**BUŽGOVÁ, Radka.** Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.  
**GOLDSTEIN, Nathan E. a R. Sean MORRISON.** Evidence-based practice of palliative medicine. 1st edition. Philadelphia: Elsevier/Saunders, 2013. ISBN 14-377-3796-X.  
**MARKOVÁ, Monika.** Sestra a pacient v paliativní péči. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.  
**SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK.** Paliativní medicína pro praxi. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.  
**ŠPATENKOVÁ, Naděžda.** Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3736-2.

Vedoucí bakalářské práce:

**doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.**

Ústav zdravotnických věd

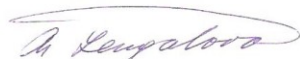
Datum zadání bakalářské práce:

**9. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**19. května 2017**

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016



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



L.S.



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 28.2.2017

.....  
Petrůšek

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Práce se zabývá problematikou paliativní a hospicové péče. Je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Začátek teoretické části je věnován historii hospiců a vývoji paliativní péče. Jsou vysvětleny základní pojmy a poslání paliativní péče. Práce je zaměřena na identifikaci a uspokojování potřeb pacienta, hodnocení, léčbu bolesti a komunikaci s nevléčitelně nemocným člověkem i jeho rodinou. Zahrnuje část věnovanou péči o umírajícího člověka a poradenství pro pozůstalé. V praktické části jsem se věnoval především zjišťování úrovně informovanosti laické veřejnosti o paliativní a hospicové péči. Tento průzkum byl zrealizován formou dotazníkového šetření.

**Klíčová slova:** paliativní péče, hospic, bolest, umírání, ošetrovatelská péče

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals with the problematics of palliative and hospice care. It's divided into theoretical and practical part. In theoretical part there is a description of hospice history and development of palliative care. There is an explanation of basic concepts and purpose of palliative care. The bachelor thesis focuses on identification and satisfaction of patient's needs, evaluation and treatment of patient's pain and communication with incurable patient and his family. Theoretical part includes part about care of dying patient and his family. In practical part I did a research about knowledge of the public about palliative and hospice care. This research was based on questionnaire method.

**Keywords:** palliative care, hospice, pain, dying, nursing care

## Poděkování

Děkuji doc. MUDr. Miroslavu Kalovi CSc. za odborné vedení bakalářské práce, za jeho cenné rady, jeho čas a trpělivost.

Děkuji také všem respondentům, kteří se zapojili do průzkumného šetření.

V neposlední řadě děkuji svým rodičům, celé rodině a také všem známým za podporu během celého studia.

David Petrásek

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Informovanost laiků o paliativní a hospicové péči“ vypracoval samostatně a všechny použité zdroje jsou uvedeny v seznamu literatury.

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

V Břestu 27. 4. 2017

David Petrásek



# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 PALIATIVNÍ PÉČE</b> .....	<b>13</b>
1.1 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE.....	13
1.2 INDIKACE PALIATIVNÍ PÉČE.....	15
1.3 DĚLENÍ A ORGANIZACE PALIATIVNÍ PÉČE .....	16
<b>2 FÁZE NEVYLÉČITELNÉHO ONEMOCNĚNÍ</b> .....	<b>17</b>
2.1 FÁZE KONTROLOVANÉHO (KOMPENZOVANÉHO) ONEMOCNĚNÍ .....	17
2.2 FÁZE ZLOMU .....	17
2.3 TERMINÁLNÍ FÁZE .....	17
<b>3 POTŘEBY PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI</b> .....	<b>18</b>
3.1 POTŘEBA HYDRATACE A VÝŽIVY V PALIATIVNÍ PÉČI.....	19
3.2 SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY .....	20
<b>4 ZÁSADY KOMUNIKACE S PACIENTEM V PALIATIVNÍ PÉČI</b> .....	<b>22</b>
4.1 PROCES SDĚLOVÁNÍ ŠPATNÝCH ZPRÁV A MOŽNÉ REAKCE ZE STRANY PACIENTA .....	22
4.1.1 Stádium popírání a izolace .....	23
4.1.2 Stádium zlosti.....	23
4.1.3 Stádium smlouvání.....	23
4.1.4 Stádium deprese .....	24
4.1.5 Stádium akceptace.....	24
4.2 ZÁKLADNÍ ZÁSADY PROCESU SDĚLOVÁNÍ ŠPATNÝCH ZPRÁV .....	24
<b>5 LÉČBA BOLESTI</b> .....	<b>26</b>
5.1 AKUTNÍ BOLEST .....	26
5.2 CHRONICKÁ BOLEST .....	26
5.3 CHARAKTER A HODNOCENÍ BOLESTI .....	26
5.4 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA BOLESTI .....	27
5.4.1 Kognitivní a behaviorální terapie.....	27
5.4.2 Alternativní a doplňkové terapie.....	28
5.4.3 Fyzikální terapie.....	29
5.5 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA BOLESTI .....	29
5.5.1 Základní principy léčby chronické bolesti dle WHO.....	30
5.5.2 Základní typy nádorové bolesti .....	30
5.5.3 Léčba akutní bolesti .....	31
5.5.4 Neopioidní analgetika .....	31
5.5.4.1 Paracetamol.....	31
5.5.4.2 Metamizol .....	31
5.5.4.3 Nesteroidní antiflogistika.....	32
5.5.4.4 Selektivní inhibitory cyklooxygenázy 2, koxiby .....	32
5.5.5 Opioidní analgetika .....	32
5.5.5.1 Tramadol.....	33
5.5.5.2 Kodein, dihydrokodein .....	33
5.5.6 Silné opioidy .....	33

5.5.6.1	Morfin .....	34
5.5.6.2	Hydromorfon .....	34
5.5.6.3	Oxykodon.....	34
5.5.6.4	Fentanyl .....	34
5.5.6.5	Buprenorfin.....	35
5.5.6.6	Piritramid .....	35
5.5.6.7	Sufentanil, Alfentanil.....	35
<b>6</b>	<b>PORADENSTVÍ PRO POZŮSTALÉ .....</b>	<b>36</b>
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>37</b>
<b>7</b>	<b>METODIKA PRŮZKUMU .....</b>	<b>38</b>
7.1	CÍLE PRŮZKUMU.....	38
7.2	CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMU .....	38
7.3	VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA .....	39
<b>8</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>80</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>85</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>86</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>88</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>89</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>90</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>92</b>

## ÚVOD

Smrt je přirozenou součástí našeho života. Dříve lidé obvykle umírali v domácím prostředí, ve kterém se o ně starali jejich nejbližší příbuzní. I nejnovější výzkumy poukazují na to, že by si přála většina lidí zemřít v domácím prostředí. V dnešní době je však spousta věcí jinak. Životní styl je velmi uspěchaný. Lidé mají dlouhou pracovní dobu, netráví spolu tolik času jako dříve, jednotlivé generace většinou žijí odděleně. To do značné míry jistě ovlivňuje mezilidské vztahy. Když člověk onemocní, tak se o něj často nemá kdo postarat, protože jeho příbuzní pracují. Medicína je na takové úrovni, že většina lidí bere doslova automaticky, že nemocný člověk přicházející do nemocnice přijde za pár dní uzdravený. Jenže ne každá nemoc se dá vyléčit bez ohledu na věk pacienta. V dnešní době lidé nejčastěji umírají v nemocnici, protože se o ně jejich rodina z nějakého důvodu nemůže, nedokáže, nebo nechce postarat.

Téměř každý z nás přišel někdy o někoho ze svých blízkých. Já sám jsem tuto situaci nedávno zažil, a to do značné míry ovlivnilo výběr tématu mé bakalářské práce. Uvědomil jsem si totiž, jak je v domácím prostředí péče o umírajícího člověka náročná. I přesto, že jsme rodina zdravotníků, zažívali jsme těžké chvíle a nebylo to vůbec jednoduché. Zamýšlel jsem se nad otázkou, o kolik těžší to musí být pro rodiny, které s ošetřováním nemocných nemají žádné zkušenosti. Cestou, jak těmto lidem pomoci těžkou situaci řešit, je využití péče v hospicích a jiných zařízeních paliativní péče, kde je o nevléčitelně nemocné pacienty v terminálním stádiu nemoci dobře postaráno. Taková zařízení poskytují péči umírajícím i podporu jejich rodinám, je zde možnost návštěv 24 hodin denně, včetně ubytování pro příbuzné a zajištění stravy.

Zamýšlel jsem se nad několika otázkami: Má vůbec veřejnost nějaké povědomí o paliativní a hospicové péči? Vědí lidé, jaké jsou v České republice možnosti poskytování této péče? Jaký je o tuto péči zájem? Je vůbec dostupná? Na tyto otázky jsem se pokusil najít odpovědi v praktické části své práce.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 PALIATIVNÍ PÉČE

Slovo paliativní pochází z latinského slova pallium. To znamená plášť nebo rouška. Anglický výraz palliate je v doslovném překladu mírnit, tišit. Původ těchto slov nám naznačuje, co je hlavním posláním paliativní péče. Poskytuje „plášť“ těm, kterým nezabrala kurativní léčba a hojivou roušku, která mírní účinky nevléčitelné choroby.

V průběhu rozvoje paliativní péče nastaly změny v definici tohoto pojmu. Ani v současnosti nemáme jednotný pohled na vymezení pojmu paliativní péče. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1990 je např. definována paliativní péče jako „*aktivní komplexní péče o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin*“ (Bužgová, 2015, s. 16)

### 1.1 Historie paliativní péče

Péče o nevléčitelně nemocného člověka byla předmětem zájmu již po staletí. Zahrnovala péči nejen o tělo, ale i o duši a sociální podmínky. Již ve středověku vznikaly různé azyly pro nevléčitelně nemocné a zmrzačené. (Adam, Vorlíček, Pospíšilová et al., 2004, s. 19)

Jednou z nejdůležitějších osob v historii paliativní péče je bezesporu její zakladatelka Jeane Garnierová, která v roce 1847 založila první hospic v Paříži. Další významnou postavou v historii paliativní péče se stala Marie Aikenheadová, která v roce 1878 založila v irském Dublinu kongregaci Sester lásky, jejíž hlavním cílem byla starost o umírající. Toto společenství zřídilo několik domů v Irsku a v Anglii, např. hospic sv. Josefa v Londýně. Významnou osobností byla Cicely Saundersová, která definovala principy lékařské péče o nemocné, kterým tenkrát rychle se rozvíjející medicína nemohla nabídnout uzdravení. V roce 1967 založila Cicely Saundersová v Londýně hospic sv. Kryštofa, ve kterém je péče o „celkovou bolest“ nemocných v terminálním stádiu života poprvé zajištěna multidisciplinárním týmem. Tato událost bývá považována za vznik moderního hospicového hnutí. (Adam, Vorlíček, Pospíšilová et al., 2004, s. 19-20)

K největšímu rozvoji medicíny došlo ve 2. polovině 20. století, tedy po 2. světové válce. Většina společnosti žila v přesvědčení, že je jen otázkou času, kdy se budeme schopni vypořádat se všemi nemocemi. Mělo to však neblahý dopad na nevléčitelně ne-

mocné pacienty, u kterých selhala nejmodernější medicína, protože většina zdravotníků zastávalo názor, že se již takovým pacientům nedá žádným způsobem pomoci. Zastánci hospicového hnutí bojovali právě proti tomuto postoji. Sdíleli názor, že i navzdory nevyléčitelné diagnóze a velmi nepříznivé prognóze lze vždy nějak zlepšit kvalitu zbývajících života. Ostatně to je hlavní náplní paliativní medicíny a hospicové péče! (Adam, Vorlíček, Pospíšilová et al., 2004, s. 20)

Hospicové hnutí se rozvíjelo v několika podobách. Jako další odvětví klasické lůžkové hospicové péče byla domácí neboli mobilní hospicová péče. Mobilní hospicová péče se rozvinula zejména ve Velké Británii a USA. V roce 1975 bylo založeno první oddělení paliativní péče v Montrealu doktorem Balfourem Mountem. Od té doby vznikla řada konziliárních paliativních týmů a specializovaných ambulancí, které začaly působit v některých nemocnicích v Americe a západní Evropě. Díky tomu začala spolupracovat akademická medicína s medicínou paliativní. Hospice se staly prostorem, kde se aplikují nejnovější léčebné trendy při tlumení příznaků a kde se vyvíjí soustavný klinický výzkum. (Adam, Vorlíček, Pospíšilová et al., 2004, s. 20)

Vývoj specializované paliativní péče má v každé zemi jiná specifika. Rozdílné jsou postupy organizace péče, dotování a obzvláště způsob začlenění do zdravotnického systému a sociální péče. Dostupnost paliativní péče v jednotlivých zemích není úplně rovnoměrná, a proto se snažíme tyto rozdíly v dostupnosti snížit. Velmi důležitým krokem je integrace paliativní péče do zdravotnického systému. Paliativní péče je ve většině evropských zemích povinnou složkou pregraduální přípravy sester a lékařů. Vzniklo i volné sdružení evropské asociace paliativní péče zvané EAPC. (Adam, Vorlíček, Pospíšilová et al., 2004, s. 20-21)

V ČR byla paliativní péče rozvinuta až po roce 1989, kdy několik českých sester a lékařů mělo možnost stáže v zahraničních pracovištích a získat tak spoustu teoretických i praktických poznatků. Na základě těchto zkušeností se v 90. letech 20. století zřídilo několik hospiců, které jsou nestátními zdravotnickými zařízeními a jsou zprostředkována katolickou Charitou nebo občanskými sdruženími. V roce 1992 bylo otevřeno první oddělení paliativní medicíny v Babicích nad Svitavou. Bohužel toto oddělení bylo po pár letech přeměněno na LDN. V roce 1995 se ČR dočkala otevření prvního hospice. Stal se jím Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, který založila Marie Svatošová. (Adam, Vorlíček, Pospíšilová et al., 2004, s. 21-22)

Postupně byly u nás zřízeny další hospice, mezi které patří: Domácí hospic RUAH, Benešov; Hospic sv. Alžběty o.p.s., Brno; Domácí hospic Tabita, Brno; Lůžkový hospic Dobrého Pastýře Čerčany; Domácí hospic Dobrého pastýře Čerčany; Mobilní hospic Anežky České, Červený Kostelec; Hospic Frýdek-Místek, p. o.; Domácí hospic Duha, Hořice; Domácí hospic Dobrého Pastýře, Hořovice; Hospic sv. Zdislavy, o.p.s., Liberec; Domácí hospic sv. Zdislavy, Liberec; Hospic sv. Štěpána, Litoměřice; Domácí hospic sv. Štěpána, Litoměřice; Nadační fond Klíček – dětský hospic, Malejovice; Hospic v Mostě, o.p.s.; Domácí hospic Vysočina, Nové Město na Moravě; Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc; Hospic sv. Lukáše, Ostrava; Mobilní hospic Ondrášek, Ostrava; Hospic svatého Lazara, Plzeň; Hospic Štrasburk, o.p.s., Praha; Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice; Domácí hospic Jordán, o.p.s., Tábor; sdílení o.p.s., Telč; Hospic Citadela, Valašské Meziříčí. (Palán, 2015)

Od roku 2001 působí ve FN Brno specializovaná ambulance paliativní medicíny, která pomáhá řešit léčbu bolesti a úroveň péče o nevléčitelně nemocné na klinikách a odděleních fakultní nemocnice. V poslední době vzniká spousta agentur, které se věnují mobilní hospicové péči. Rozvoj těchto agentur věnujících se mobilní hospicové péči je značně limitován ze strany pojišťoven. Důležitým zlomem pro rozvoj paliativní péče u nás se stal leden roku 2004, kdy byla uznána paliativní medicína jako samostatný obor. (Adam, Vorlíček, Pospíšilová et al., 2004, s. 22)

V současnosti je registrováno ve více než 100 státech světa přes 9500 paliativních zařízení. (Bužgová, 2015, s. 16)

## 1.2 Indikace Paliativní péče

Paliativní péče je uplatňována u onkologických i neonkologických pacientů. Nejčastějšími onkologickými diagnózami bývají karcinom tlustého střeva, žaludku, plic, prostaty, prsu a děložního čípku. Nejčastějšími neonkologickými diagnózami, u kterých je indikována paliativní léčba, jsou pokročilá chronická srdeční selhání, plicní fibróza, refrakterní angina pectoris, chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), jaterní nebo ledvinové selhání, mnohočetná skleróza (SM), amyotrofická laterální skleróza (ALS), demyelinizační choroby (např. Creutzfeld-Jacobova choroba), chronické bolestivé stavy (osteoporóza, artróza), pokročilá demence, stavy po cévních mozkových příhodách, AIDS v pokročilém stadiu apod.

### 1.3 Dělení a organizace paliativní péče

Paliativní péči můžeme rozdělit na obecnou a specializovanou:

**Obecnou paliativní péči** poskytují zdravotníci v rozsahu jednotlivých odborností. Je zaměřena na léčbu symptomů, respektování pacientovy autonomie a efektivní komunikaci, kterou by měli být schopní zajistit všichni zdravotničtí pracovníci. (Bužgová, 2015, s. 18-19)

**Specializovanou paliativní péči** zprostředkovávají interdisciplinární zdravotničtí pracovníci, kteří jsou odborně vzdělaní v oblasti paliativní péče. Slouží tam, kde dynamika a intenzita potíží přesahuje možnosti, které nabízí obecná paliativní péče. Specializovaná paliativní péče má různé organizační formy. Jsou to ambulance paliativní medicíny, mobilní paliativní péče, lůžková zařízení hospicového typu, konziliární týmy paliativní péče, denní stacionáře paliativní péče a zvláštní zařízení specializované paliativní péče, např. poradny, oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení. (Bužgová, 2015, s. 19)

Dříve lidé umírali často v nesnesitelných bolestech, ale dnes máme tak vyspělou medicínu, že je možné u pacientů v terminálních stádiích onemocnění zajistit bezbolestné a důstojné umírání. (Marková, 2010, s. 18)

Dle statistik ČR potřebuje 60 až 70 tisíc nevyléčitelně nemocných chronických pacientů paliativní péči. Nynější onemocnění těchto pacientů nelze podstatně ovlivnit kauzální léčbou, což pacienta zásadně omezuje a způsobuje mu řadu potíží. Specializovanou paliativní péči u nás vymezuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. (Bužgová, 2015, s. 19)



## 2 FÁZE NEVYLÉČITELNÉHO ONEMOCNĚNÍ

Obecně lze rozdělit průběh nevléčitelného onemocnění na fázi kontrolovaného onemocnění, fázi zlomu a na terminální fázi. Nevléčitelná onemocnění mohou různě rychle progredovat. Důležité je stanovení prognózy a přesného léčebného postupu.

### 2.1 Fáze kontrolovaného (kompenzovaného) onemocnění

Je to fáze onemocnění, kdy je nemoc kompenzovaná kauzální a symptomatickou léčbou. Obvykle trvá měsíce až léta. S ohledem na předpokládanou prognózu délky přežití se běžně pokračuje v terapii či prevenci dalších doprovodných chronických onemocnění. V této fázi je v případě nutnosti naprostá indikace k resuscitační a intenzivní terapii. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2008, s. 28-29)

### 2.2 Fáze zlomu

Kauzální léčba přestává úspěšně udržovat příznaky nemoci pod kontrolou. Nastává tak stav, kdy postupně selhává jeden nebo více orgánů. Odhadnutí prognózy v této fázi je velmi složité. Může být v řádu několika týdnů až měsíců. Bohužel nezděka nastává rychlý nevratný progres onemocnění a těžce nemocný člověk zmírá v průběhu několika dní. Z tohoto důvodu je velmi důležité zvážit, zdali jsou v této fázi ještě nutné prevence přidružených onemocnění. V případě komplikací je volba ohledně intenzivní a resuscitační terapie naprosto individuální. Pokud jsou známky prognostických pochybností, je pokaždé přistoupeno na kompletní léčbu. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2008, s. 29)

### 2.3 Terminální fáze

V terminální fázi nevléčitelného onemocnění nastává progresivní ireverzibilní zhoršení celostního stavu pacienta následkem postupné dysfunkce jedné anebo více orgánových soustav. Terminální fáze onemocnění trvá zpravidla posledních pár týdnů nebo pouze dnů. V této etapě nemoci obvykle není indikovaná resuscitační a intenzivní terapie. Pacientovi bychom měli umožnit důstojnou a klidnou smrt. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2008, s. 29)

### 3 POTŘEBY PACIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI

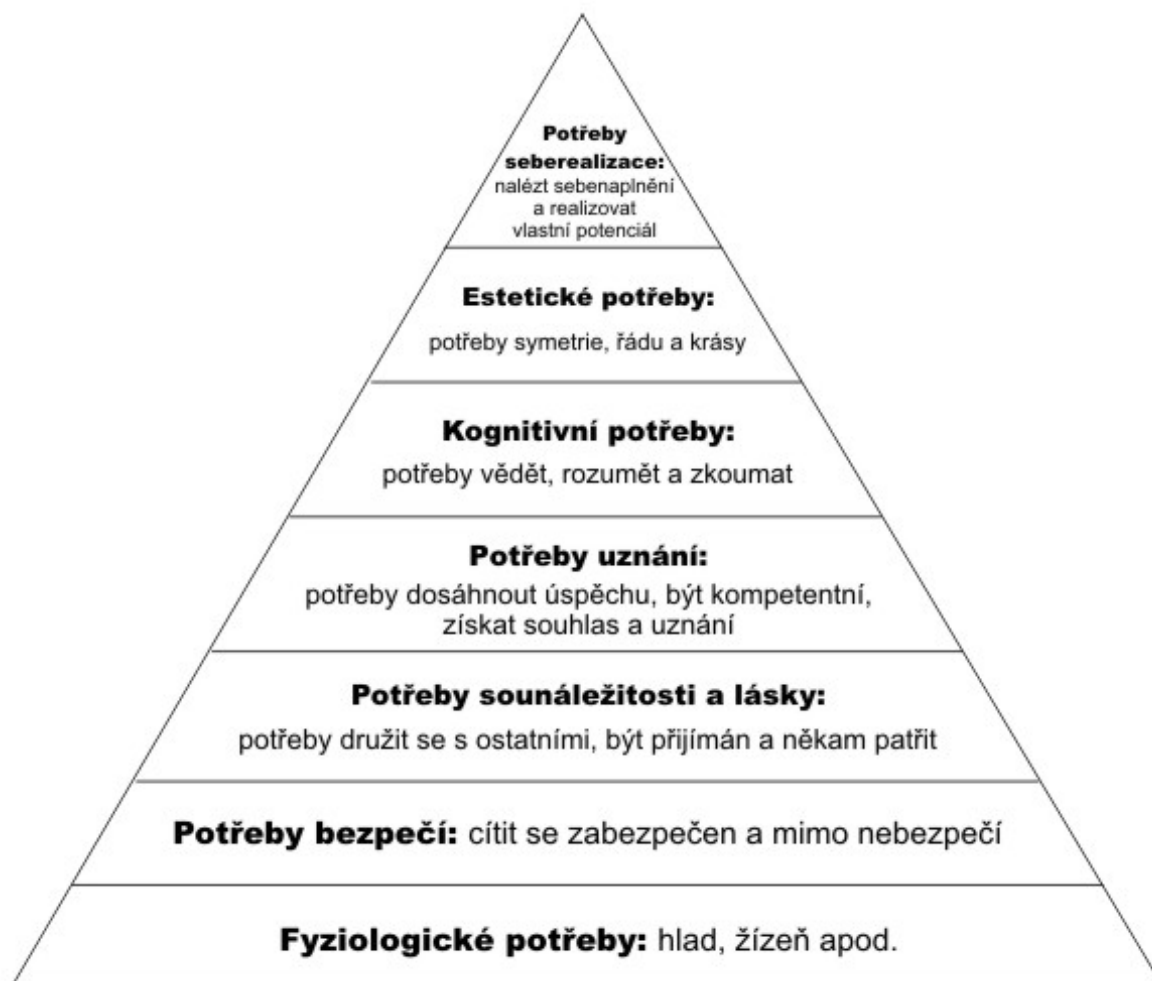
Potřeby jsou stavem nedostatku nebo nadbytku něčeho, co je pro nás důležité. Můžeme je rozdělit na potřeby biologické, psychické, sociální a duchovní. Pokud nejsou naše potřeby uspokojovány, začneme prožívat frustraci, což je stav provázející zklamání zapříčiněné někým nebo něčím. V případě nevléčitelně nemocného člověka bude tato frustrace zapříčiněna především nemocí. I přes všechny pokroky v moderní medicíně nedokážeme vyřešit všechna nepříjemná úskalí, která s sebou smrtelná nemoc přináší. Co však můžeme do značné míry změnit, je významné zlepšení kvality života. Velmi důležité je, aby byly, pokud možno, efektivně saturovány všechny potřeby nemocného. Bezesporu to je posláním paliativní péče! Za předpokladu, že nebudou pacientovy potřeby uspokojeny dlouhodobě, dost pravděpodobně to vyústí v deprivaci až depresi. (Bužgová, 2015, s. 40-45)

Existuje spousta okolností, které významným způsobem ovlivňují uspokojování potřeb člověka. Patří zde např. příčiny vzniku nemoci, stupeň vývojového stádia, interpersonální vztahy a osobnost nemocného. (Trachtová a kol., 2004, s. 16)

U nemocného pacienta je potřeba brát v úvahu okolnosti vlivu cizího prostředí. Pacient v domácí péči bude mít jiné požadavky na saturaci potřeb než pacient v nemocnici, hospici, anebo kdekoliv jinde. Neměli bychom zapomínat ani na mimořádné situace, jako je např. závažná nemoc matky malých dětí apod. Je nutno brát v úvahu také věk nemocného. Jinak dá najevo své potřeby dítě, dospělý člověk nebo senior. Je velmi důležité, aby byla sestra empatická a měla dostatečné komunikační dovednosti k tomu, aby pacienta dokázala podpořit. (Trachtová a kol., 2004, s. 16-17)

Každý člověk je individuální jedinec a má rozdílné potřeby a způsoby jejich uspokojování. Záleží také na typologii člověka (introvert, extrovert), jeho odolnosti proti zátěži a úrovni vyjadřovacích schopností. (Trachtová a kol., 2004, s. 17)

Potřeby člověka definoval např. známý americký psycholog Abraham Harold Maslow, který vytvořil pyramidu potřeb. Na základně pyramidy jsou znázorněny potřeby s největší prioritou, přičemž o naplnění potřeb ve vyšších patrech pyramidy usiluje člověk až po naplnění potřeb bazálních. (Motivace, dělení motivů, sebezáchovné, psychické a sociální motivy, © 2016)



Obrázek 1 Maslowova pyramida (Vysekalová, ©2011-2017)

### 3.1 Potřeba hydratace a výživy v paliativní péči

Nutriční péče si v poslední fázi života žádá zvýšenou pozornost. Existuje však obecný názor na to, že je zbytečné umírajícímu měnit jakkoli jídelníček či dělat jiné převratné změny (Preddy 2011, s. 12). Nedostatečná výživa zhoršuje průběh onemocnění, jejím následkem je kachexie a slabost, ale pacienti v terminální fázi onemocnění do jídla nenutíme. Příbuzní se často snaží přimět svého nemocného sníst jídlo i přes jeho nechut' k jídlu v domnění, že se jeho zdravotní stav zlepší. Ale opak bývá pravdou. Téměř každá závažná nemoc bývá provázena nechutenstvím. Proto zásadně dáváme pacientovi jídlo, jaké si sám vybere, pěkně upravené, raději menší porce vhodné teploty a konzistence. Pokud má pacient potíže s polykáním a je jídlo nutné mixovat, je dobré, když nemocný nejdříve vidí jídlo pěkně esteticky upravené na talíři a až potom se rozmělní do vhodné konzistence. (Marková, 2010, s. 105-106)

Velkou pozornost je třeba věnovat hydrataci. Pacienti v terminální fázi onemocnění většinou preferují spíše nápoje studené nežli teplé. Jestliže pacient pije dostatečně a nejsou známky dehydratace, není nutné podávat tekutiny parenterálně. Indikací k parenterální rehydrataci jsou zvýšené ztráty tekutin v důsledku zvracení, průjmů nebo pocení, když pacient nemůže přijímat tekutiny perorálně, při nadměrných ztrátách tekutin, které souvisejí s léčbou terminální nemoci, např. punkcí ascitu. (Marková, 2010, s. 107)

Dostatečné hydrataci musíme věnovat značnou pozornost. Pokud pacient nemůže přijímat dostatečné množství tekutin per os a je problém s aplikací infuzí i. v., existuje možnost podávat léky a tekutiny podkožně. Pro pacienta je subkutánní aplikace infuzí komfortní, bezpečná a snadná a tento způsob aplikace v paliativní péči nabývá na významu. (Sláma, 2008, 246-248)

### 3.2 Spirituální potřeby

Pro nevléčitelně nemocné je velmi důležité uspokojení potřeb spirituálních. Ošetřovatelský tým by si při péči o nemocné, kteří se nacházejí v pokročilém stádiu onemocnění a trpí, měl prvně uvědomit, že utrpení je velmi příbuzné dvěma klíčovými pojmy: duchovno a existence. Duchovno můžeme definovat jako: „*aspekt lidskosti, který se odvolává na způsob, jakým jednotlivci hledají a vyjadřují smysl a účel, také způsob, jakým vyjadřují svou spojitost k okamžiku, k sobě samým, k druhým, k přírodě, k významu nebo k posvátnosti.*“ (Goldstein, Morrison, 2013, s. 480). Tato definice vznikla na Národní konsensuální konferenci o duchovnu v paliativní péči v roce 2008. Pacienti mohou například trpět nejen z důvodu, že je něco bolí, ale především z důvodu, že jsou odtrženi od něčeho, co mají rádi – rodina, práce nebo dokonce sami od sebe. I kdyby dva různí pacienti trpěli stejně, jejich strach bude vždy rozdílný, protože každý je individualitou. Hlavní úlohou zdravotníků v případě, že pacient trpí je, jak toto utrpení zvládnout. Neexistuje přímo nástroj k posouzení utrpení. Posouzení se skládá z otázek, které zdravotnický personál pacientovi pokládá (např. „Jste nyní v klidu? Jste z něčeho vystrašen? Čeho se bojíte, že by se Vám mohlo stát? Jaké jsou Vaše hodnoty?“). Tyto otázky je vhodné zařadit již k odebírání anamnézy pacienta, přičemž je do rozhovoru vhodně vkládáme. Jsou vhodné při navázání kontaktu a získání důvěry pacienta a jeho rodiny, protože je zřejmé, že pečujícím na pacientovi záleží. Zároveň je nezbytné, aby zdravotnický personál posoudil situaci a pacientovi nepokládal nepříjemné nebo nevhodné otázky. Ve shrnutí můžeme tedy říct, že nejlepší léčbou utrpení, jakou může zdravotnický personál pacientovi nabídnout, je především

vstřícnost, dostatek času, naslouchání, umění vyslechnout pacienta bez souzení a také ochota být pacientovi co nejvíce nápomocni. (Goldstein, Morrison, 2013, s. 480-483)

## 4 ZÁSADY KOMUNIKACE S PACIENTEM V PALIATIVNÍ PÉČI

Lze očekávat, že ne všechny potíže související s nevléčitelným onemocněním úspěšně vyřešíme. Je nezbytné, aby si ošetřující lékař promluvil s pacientem a ustanovili si priority a cíle léčby. Po vytyčených cílech terapie může lékař odhadnout, zdali je terapeutická intervence dostačující k záměrům léčby. Z tohoto důvodu je potřeba se pacienta záměrně dotazovat na oblasti, které jsou pro kvalitu jeho života nejdůležitější. Významným aspektem k tomu, abychom mohli s pacientem či jeho rodinou efektivně a otevřeně komunikovat, je vybudování si důvěry! (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 30)

### *Předpoklady účinné komunikace na straně zdravotníka:*

- *Nedirektivnost, úcta k nemocnému i jeho blízkým;*
- *Umění mlčet a aktivně naslouchat;*
- *Překonání vlastní úzkosti a nejistoty;*
- *Autenticita: schopnost být sám sebou, zdravé sebevědomí, otevřenost;*
- *Empatie: schopnost vyjádřit svou účast, vcítit se;*
- *Schopnost týmové spolupráce, znalost a dodržování »společného cíle« péče;*
- *Profesionalita: znalost problematiky (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 33)*

### *Předpoklady účinné komunikace na straně pacienta a jeho blízkých:*

- *Důvěra ve zdravotníky;*
- *Schopnost otevřené komunikace mezi členy rodiny;*
- *Dostatek informací (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 33)*

### 4.1 Proces sdělování špatných zpráv a možné reakce ze strany pacienta

Pacientovi a jeho nejbližším příbuzným bychom měli dát dost času k tomu, aby byli schopni pochopit a přijmout oznámené informace. Je nezbytné, aby jim lékař aktivně naslouchal a dal prostor k opětovným otázkám týkajících se zdravotního stavu a možnostech léčby. Další důležitou součástí je empatický způsob chování celého zdravotnického personálu k pacientovi a jeho rodině, protože je často provází nejistota, napětí a strach. Pacient i jeho rodina prochází dle Kübler-Rossově několika fázemi reakce a přizpůsobení se na sdělení informace o nevléčitelné nemoci. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 33)

#### 4.1.1 Stádium popírání a izolace

Drtivá většina pacientů po sdělení infaustní diagnózy reaguje slovy: „Ne, to nemůže být pravda, to se určitě netýká mě, mohlo dojít k diagnostickému omylu!“ Většina z nás se ve svém nevědomí pokládá za nesmrtelné, a proto si nedovedeme představit, že by se tento fakt mohl týkat i nás. (Kübler-Rossová, 2015, s. 51-63)

Tato fáze je typická přechodným šokem, popřením či rozruchem. Pacientovi je oznámena infaustní diagnóza, ale on si ji nechce připustit. (Kutnohorská, 2007)

Stádium popírání a izolace je shodné jak u lidí zcela informovaných o jejich zdravotním stavu, tak u lidí, kteří informováni nejsou a došli k tomu vlastní úvahou. Nevyléčitelně nemocní pacienti v sobě mobilizují všechny obranné mechanismy, aby se mohli alespoň částečně vzpamatovat z vyřknuté diagnózy. (Kübler-Ross, 2015, s. 51-63)

Nežřídká se pacienti uzavřou sami do sebe, a proto je nezbytné s nimi mluvit. Nemocný musí mít ve zdravotnickém personálu jistotu! (Kutnohorská, 2007)

#### 4.1.2 Stádium zlosti

Agrese, zloba, vztek...Tato synonyma velmi výstižně říkají, co se asi odehrává v hlavě nemocného, který si začíná připouštět, že nedošlo k diagnostickému omylu a prodělává nezvratné smrtelné onemocnění. Pacient v této fázi hledá vysvětlení, ptá se „proč zrovna já? Nikomu jsem nic neudělal! Proč se to muselo stát zrovna mně, a ne někomu jinému?“ Dalo by se říci, že je „naštvaný na celý svět.“ Toto stádium postoje k umírání je velmi složité nejen pro rodinu pacienta, ale i pro ošetřující zdravotnický personál. Z tohoto důvodu nesmíme za žádných okolností reagovat na pacientovu agresi agresí. Naopak je na místě, abychom se jako zdravotníci chovali profesionálně a měli pro chování pacienta v této fázi pochopení. Strach ze smrti má každý z nás, proto musíme být v tak těžké životní situaci k pacientovi velmi tolerantní, ukázat, že nám na něm skutečně záleží. Jenom tak je možné, abychom si pacienta získali na svoji stranu a ztišili tím jeho hněv. (Kübler-Rossová, 2015, s. 64-97)

#### 4.1.3 Stádium smlouvání

Pacient se snaží dosáhnout nějaké dohody, která mu pomůže prodloužit život bez bolesti a fyzických obtíží. Často se obrací na boha nebo nějakou vyšší moc. Když pacientům sebrala i moderní medicína naději na vyléčení, odkazují se na všemožné alternativní způsoby léčby nebo léčitele. Jsou doslova ochotni zaplatit cokoli za to, jen aby tady mohli

být déle. Stádium smlouvání je velmi užitečné, i když obvykle trvá pouze chvíli. Pacienti se v tomto stádiu snaží zmobilizovat všechny síly k tomu, aby stihli prožít nějakou událost ve svém životě. Říkají např. „Chci se dožít svatby mého syna,“ nebo „za 2 měsíce se mi narodí vnuk“. (Kübler-Rossová, 2015 s. 98-100)

#### 4.1.4 Stádium deprese

Postupem času nastává období deprese, které je charakteristické větším úbytkem sil a příbytkem progredujících symptomů choroby (Kübler-Rossová, 2015 s. 101-126). Stádium deprese lze charakterizovat projevem, jímž se nevléčitelně nemocný člověk chystá na nadcházející ztrátu nejbližších osob. Jestliže nemocnému umožníme, aby dal průchod veškerým svým emocím, dokáže se dostat do konečného stádia smíření. Není vhodné, abychom říkali pacientovi „nebuďte smutný“ (Kübler-Rossová, 2015 s. 101-126). Ve fázi deprese zachvacuje pacienta ohromný žal z důsledku nezvratné diagnózy a ztráty soběstačnosti. Je nezbytné pacientovi trpělivě naslouchat a respektovat ho. Měli bychom se snažit nemocnému pomoci saturovat potřeby, které nastaly v souvislosti se ztrátou soběstačnosti. (Kutnohorská, 2007, s. 95)

#### 4.1.5 Stádium akceptace

Jestliže byla nemocnému pacientovi věnována dostatečná pozornost, došel do stádia smíření, nebo může nastat rezignace. Boj s vážným onemocněním je u konce. Nemocný je připraven se rozloučit (Kutnohorská, 2007). V postoji o smrti a umírání bývá stádium akceptace neznáma mylně označováno za šťastné. Někteří pacienti tuto fázi popisují jako období, kdy nepocítují bolest, boj se stal konečným a přišel čas posledního odpočinku před dlouhou trasou. V tomto stádiu potřebuje rodina zpravidla více pomoci a pochopení než samotný pacient. Z důvodu progresu onemocnění se stává pacient slabším a slabším. Začíná preferovat spíše neverbální komunikaci. Potřeba spánku se stává v souvislosti s onemocněním čím dál tím více intenzivnější. (Kübler-Rossová, 2015 s. 127-153)

## 4.2 Základní zásady procesu sdělování špatných zpráv

Informace o zdravotním stavu sděluje výhradně lékař! Lze doporučit sdělovat pravdu postupně a nikoliv najednou. Pro sdělování takových informací platí tyto zásady:

- *Zajistit pro rozhovor dostatek času a nerušené místo;*
- *Dobře znát pacientův zdravotní stav;*



- *Ujasnit otázky »co nemocný ví« a »co si nemocný přeje vědět?«;*
- *Podávat informace stručné a věcně;*
- *Nezapomínat na neverbální komunikaci;*
- *Opakovaně ověřovat, zda pacient sdělené informaci dobře porozuměl;*
- *Dát pacientovi možnost vyjádřit své emoce;*
- *Důležitá rozhodnutí dělat společně s pacientem;*
- *Vést dokumentaci o míře informovanosti pacienta i jeho rodiny; jenom tak může být udržena kontinuita. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 34)*

## 5 LÉČBA BOLESTI

V běžném životě, ale i ve všech typech zdravotnických zařízení se každodenně setkáváme s lidmi trpícími bolestí. Nekorigovaná bolest negativně ovlivňuje hojení ran, přispívá k vzestupu komplikací a způsobuje zbytečný dyskomfort pacienta. Můžeme ji rozdělit dle délky trvání a charakteru. (Kolektiv autorů, 2003, s. 7)

### 5.1 Akutní bolest

Akutní bolest začíná náhle a souvisí s tělesnou příčinou. Většinou jde o ostrou, intenzivní a dobře lokalizovatelnou bolest. Akutní bolest způsobí aktivaci části sympatického autonomního nervového systému, což zapříčiní projevy jako zrychlený pulz a dýchání, vzestup krevního tlaku, silné pocení či rozšířené zornice. Může být prodloužená nebo recidivující. (Kolektiv autorů, 2003, s. 41)

### 5.2 Chronická bolest

Chronická bolest je definována jako bolest přetrvávající 6 měsíců a déle. Naproti tomu od akutní bolesti nastupuje pomalu a nemá obranný charakter. Neupozorňuje na podstatné porušení tkáně a tělesné projevy jako respirační činnost, pulz, krevní tlak a velikost zornic jsou v normě na rozdíl od akutní bolesti. Zdroje chronické bolesti zahrnují neobjasnitelné a abnormální odezvy nervového systému na porušení tkáně nebo poruchy při poškození nervů, jako následek poranění mozku. Chronická bolest má neblahý vliv na behaviorální pocity pacienta, který prožívá beznaděj, zoufalství či dokonce deprese. To vše často vyvolá problémy v pracovní kariéře a osobních aktivitách každého pacienta. V nejhorších případech může vést chronická bolest až k suicidálnímu jednání. Dalším problémem chronické bolesti je její hodnocení, jelikož se autonomní nervový systém po určitém čase přizpůsobí na bolest a na pacientovi nejsou zjevné známky autonomní reakce zmíněné výše. To by však nemělo vést zdravotnický personál k rozhodnutí o tom, že pacient netrpí bolestmi! (Kolektiv autorů, 2003, s. 44-45)

### 5.3 Charakter a hodnocení bolesti

Důležité je posoudit charakter bolesti a její lokalizaci. Výhodou je, pokud pacient spolupracuje. Požádáme pacienta, aby vylíčil charakter bolesti svými slovy. Jde o bolest tlakovou? Bodavou? Bušivou či pálivou? (Kolektiv autorů, 2003, s. 56-57)

Ptáme se pacienta, kdy bolesti začaly a jak dlouho trvají, zda byl jejich začátek postupný či náhlý, přetrvávají-li déle anebo zda jsou recidivující. Požádáme pacienta, aby vyjádřil intenzitu bolesti s využitím škál bolestí. Při vybírání vhodné škály bolesti pro pacienta je nutné zvážit jeho úroveň kognitivních funkcí. Škály mohou pomoci zjistit, zdali intervence vykonány před a po terapii vedly ke snížení bolesti či nikoliv. Škál k hodnocení bolesti je celá řada. Např. škála pro hodnocení intenzity bolesti pomocí výrazů v obličeji, vizuálně analogová škála, numerická hodnotící škála, slovně popisná škála, průvodce k hodnocení bolesti, krátký inventář bolesti atd. (Kolektiv autorů, 2003, s. 44-45).

Dále se dotazujeme pacienta, jestli jsou jeho bolesti závislé na změně polohy nebo pohybu, anebo naopak co jeho bolest zmírňuje, např. úlevová poloha apod. (Kolektiv autorů, 2003, s. 56-57)

## 5.4 Nefarmakologická léčba bolesti

Prostředky k potlačení nebo dokonce úplné eliminaci bolesti nemusí vždy představovat jediné medikamenty. Alternativní medicína nám nabízí spoustu možností, které se v dnešní době staly velmi populární mezi zdravotníky i veřejností (Kolektiv autorů, 2003, s. 97).

Nefarmakologické prostředky můžeme rozdělit do třech hlavních kategorií:

### 5.4.1 Kognitivní a behaviorální terapie

- **Meditace** – zaměření soustředěnosti jiným směrem, zejména na zklidnění dýchání. Přemístěním soustředění z bolesti či jiných nežádoucích projevů souvisejících ze špatným zdravotním nebo psychickým stavem se eliminuje stres, který negativně ovlivňuje bolesti (Kolektiv autorů, 2003, s. 132-134).
- **Biofeedback** – tato metoda užívá elektronické monitory k tomu, aby si pacienti uvědomovali kontrolu nad všelijakými autonomními funkcemi, jako jsou krevní tlak, pulz a dýchání. Díky monitoraci získají pacienti schopnost ovlivňovat konkrétní tělesné funkce úpravou vlastního dýchání, napětím svalů a myšlenek. Pokud zvládnou částečně řídit základní životní funkce vůlí, mohou se dopracovat ke schopnosti kontrolovat bolesti bez použití farmakologických prostředků (Kolektiv autorů, 2003, s. 135-136).
- **Hypnóza** – pomocí hypnózy se snažíme pozitivním způsobem ovlivňovat intenzitu stupně vědomí. Při této terapii můžou nastat zejména tyto fyziologické

změny: zpomalení pulzu, pokles krevního tlaku, snížená spotřeba kyslíku, snížená aktivita sympatického nervového systému (Kolektiv autorů, 2003, s. 137-138).

#### 5.4.2 Alternativní a doplňkové terapie

- **Aromaterapie** – představuje vdechování nebo použití extraktových olejů z všelijakých druhů rostlin. Tato metoda snižuje pocit napětí a je částečnou prevencí proti počátku nemocí, anebo některé nemoci navíc léčí. Indikace aromaterapie je především při premenstruačním syndromu, pásovém oparu, artritidě, cefalee a myalgii (Kolektiv autorů, 2003, s. 118-119).
- **Muzikoterapie** – tato terapie využívá hudbu jako prostředek k relaxaci, čímž do značné míry můžeme dosáhnout snížení vnitřního napětí, které se dá předpokládat u nevyléčitelně nemocných pacientů, ale například také u lidí se stresujícím povoláním (Kolektiv autorů, 2003, s. 119-120).
- **Terapie dotykem** – je doporučena pro zdravotnické pracovníky, aby mohli vnést do své profese větší holistický přístup k pacientovi. Takovým postojem můžeme zmírnit pacientovu úzkost a bolest. Nejkrásnější věci v životě jsou zadarmo a pokud chceme být skutečnými profesionály, měli bychom přistupovat ke každému pacientovi tak, jako by to byl náš blízký. Takový prostý dotek nás nic nestojí a může vyčarovat úsměv na tváři velmi nemocného a psychicky podlomeného pacienta (Kolektiv autorů, 2003, s. 121-122).
- **Jóga** – jedna z letitých metod k posílení zdraví. Mezi primární složky jógy patří správná funkce dýchání, meditace, postoj a pohyb. Indikace k využití jógy jsou srdeční onemocnění, diabetes mellitus, migrény, bolesti krku a zad, artritidy a nádorová onemocnění. To znamená, že jóga zahrnuje mentální, tělesnou i duchovní energii k posílení zdraví (Kolektiv autorů, 2003, s. 124-125).
- **Masáž** – provází nás ve většině kultur již po staletí. Slouží převážně k redukci nebo dokonce k eliminaci některých svalových potíží. Mimo jiné dokážeme pomocí některých druhů masáže výrazným způsobem zmírnit stres a zlepšit krevní cirkulaci v těle (Kolektiv autorů, 2003, s. 126-127).
- **Chiropraktická léčba** – je terapeutický systém, který je indikován při nefyziologickém postavení obratlů. Tento problém lze napravit správnou manipulací (Kolektiv autorů, 2003, s. 127-128).

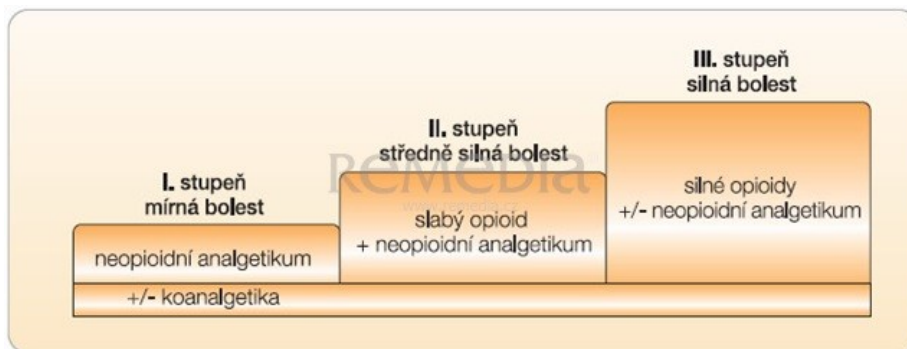
- **Akupunktura** – je asi 5000 let stará alternativní metoda čínské medicíny, která spočívá v zavedení jehliček pod kůži do určitých míst. Stimulací těchto míst můžeme podle WHO ovlivnit až 100 případů, které mohou mít negativní důsledek na naše zdraví. Indikace akupunktury je zejména u bolestí zad, artritid, syndromu karpálního tunelu, fibromyalgiích, bolestí zubů, neuralgií trigeminu, periferních neuropatií atd. (Kolektiv autorů, 2003, s. 129-130).

#### 5.4.3 Fyzikální terapie

- **Terapie teplem** – využívá vlhké či suché teplo za účelem redukce bolesti či ztuhlosti svalů a kloubů. Dalším příznivým efektem je zlepšením krevního oběhu a větší odolnost proti bolestem (Kolektiv autorů, 2003, s. 101).
- **Terapie chladem** – tato metoda uplatňuje různé chladivé zábaly nebo ledové masáže ke zmenšení otoku, tišení bolesti anebo k redukcí horečky (Kolektiv autorů, 2003, s. 103).
- **Hydroterapie** – užívá k léčení nemocí a bolesti vodu. Hydroterapie je nejčastěji indikovaná při popáleninách, při namožení svalů a výronech (Kolektiv autorů, 2003, s. 99).
- **Vibrace** – léčba vibracemi navozuje sníženou sensitivitu postižené oblasti a díky tomu zmírňuje bolest (Kolektiv autorů, 2003, s. 106).
- **TENS** – transkutánní elektrická stimulace nervu je založena na principu střídavého elektrického proudu do oblasti postižení anebo přímo do periferních nervů (Kolektiv autorů, 2003, s. 107).
- **Imobilizace** – neboli znehybnění jedné či více částí těla. Mezi metody imobilizace patří ortézy, sádrové obvazy a trakce. Imobilizace je určena ke způsobu léčby zejména v případech podpory bolestivého kloubu, upevnění zlomenin anebo redukcí akutní bolesti (Kolektiv autorů, 2003, s. 113).

### 5.5 Farmakologická léčba bolesti

Pro léčbu chronické nádorové bolesti, která je nejčastějším doprovodným symptomem nevléčitelného onemocnění, máme základní analgetický pilíř léčby dle WHO. Tato opora nám představuje zjednodušené instrukce ve výběru vhodného analgetika a koanalgetika v návaznosti na intenzitu a povahu bolesti.



Obrázek 2 Analgetický žebříček dle WHO (Doležal et al., 2009, s. 3)

### 5.5.1 Základní principy léčby chronické bolesti dle WHO

Subjektivní prožitek bolesti je u každého člověka rozdílný. Z tohoto důvodu je intenzita bolesti udávaná pacientem základním vodítkem pro volbu analgetika. Dle profilu bolesti je doporučováno kombinovat analgetika s koanalgetiky na všech úrovních žebříčku. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 47)

Koanalgetika jsou určitými pomocnými přípravky, které nemají přímý analgetický efekt, avšak při správné ordinaci cíl léčby celkově zlepšují. Charakteristickým příkladem použití koanalgetik při léčbě chronické bolesti jsou antidepresiva. Antidepresiva mají anxiolytický účinek, a tak zbavují pacienta úzkosti, jejíž eliminace či významné snížení opět přispívají k menšímu vnímání bolesti. Jedním ze základních pravidel u léčby chronické bolesti jsou postupy, které doporučují začínat slabší medikací. Poté zvyšujeme dávky analgetik a koanalgetik do takové míry, kdy pacientova bolest ustane. Tuto dávku analgetik podáváme v pravidelných časových periodách z důvodu udržení vyrovnaného plazmatického složení medikace. Je podstatné si uvědomit, že každý z nás má jinak rychlý metabolismus, jemuž je třeba přizpůsobit časovou periodu podávání analgetik, abychom podali dávku před opětovnými projevy bolesti. Pokud dojde onemocnění do takového stádia, kdy pacient po čase začne opět cítit bolesti, zvolíme silnější kombinaci analgetik či opiátů. (Farmakoterapie bolesti, 2017)

### 5.5.2 Základní typy nádorové bolesti

Rozlišujeme několik typů bolestí. Charakter bolesti má vliv na volbu léčebného postupu.

- **Bolest nocicepční somatická:** Bolest způsobená podrážděním nervů v oblasti, ve které došlo k poškození tkání. Nejčastěji se s ní setkáváme při metastázách

v kostech, exulcerovaných kožních nádorech či nádorech prorůstajících do měkkých tkání. (Doležal, 2009, s. 2)

- **Bolest nocicepční viscerální:** Bolest je často signalizovaná pacientem na jiném místě, než je příčina. Hovoříme tedy o tzv. přenesené neostře lokalizované bolesti. Tato bolest je způsobená distenzí a infiltrací. Postihuje orgány v oblasti malé pánve a dutiny břišní např. nádory slinivky břišní, jater, střev, močového měchýře a močovodů. (Doležal, 2009, s. 2)
- **Bolest neuropatická:** Bolest zapříčiněná poškozením centrálního nebo periferního nervového systému. Nezřídka zároveň objevujeme různá senzomotorická poškození, která nejčastěji souvisí s útlakem nervů a míchy. (Doležal, 2009, s. 2)
- **Bolest smíšená:** U pacienta se vyskytuje neuropatické i nocicepční bolesti současně. Např. může jít o nádor metastazující do kostí a svalů v malé pánvi, přičemž zároveň poškozují nervové pletence. (Doležal, 2009, s. 2)

### 5.5.3 Léčba akutní bolesti

Při léčbě akutní bolesti postupujeme opačným způsobem než u chronické bolesti. Doporučuje se nejdříve nasadit silnější analgetika či opiáty. S odstupem času dle pacientovy snášenlivosti bolesti postupně dávku analgetik snižujeme.

### 5.5.4 Neopioidní analgetika

Mezi zástupce neopioidních analgetik řadíme NSA (nesteroidní antirevmatika), toxyby, metamizol a paracetamol. Pro tato analgetika společně platí, že je podáváme obzvláště k tišení viscerální a nocicepční somatické bolesti. Jejich podávání lze kombinovat s opioidy. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 49)

#### 5.5.4.1 Paracetamol

Analgetikum, jehož maximální doporučená denní dávka je 4 g. Vyšší dávka může znamenat riziko hepatotoxicity. Jednorázová dávka je zpravidla 750–1000 mg. U pacientů léčených warfarinem si musíme dávat pozor při denní dávce větší než 2 g, jelikož významně ovlivňují hodnotu INR. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 50)

#### 5.5.4.2 Metamizol

Analgetikum, antipyretikum doporučené při terapii viscerální i nocicepční somatické bolesti. Při dlouhodobé léčbě metamizolem hrozí riziko agranulocytózy, proto je vhod-

né pravidelně kontrolovat krevní obraz. U pacientů léčených warfarinem ovlivňuje INR. Lze ho podávat v kombinaci s paracetamolem a NSA. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 50)

#### **5.5.4.3 Nesteroidní antiflogistika**

Analgetika, antipyretika s protizánětlivým účinkem. Doporučují se používat při terapii neuropatické a nocicepční bolesti. Nevýhodou NSA je řada nežádoucích účinků, zejména nepříjemné gastrointestinální účinky, jako jsou nauzea, pyróza, ulcus, krvácení z vředu nebo perforace. Pokud má pacient nevolnosti, anebo zvrací, podáme ke zmírnění těchto příznaků antacidy a H<sub>2</sub>blokátoři (např. famotidin). Indikací proti riziku tvorby žaludečního vředu a krvácení jsou blokátoři protonové pumpy (např. omeprazol, lazoprazol). Při léčbě kortikoidy, NSA a warfarinem vzrůstá riziko krvácení do GIT. U pacientů s onemocněním srdce a ledvin se nezdá projevuje toxicita NSA zhoršením renálních funkcí, tvorbou otoků a dekompenzací hypertenze. Kombinace různorodých NSA není vhodná z důvodu vzestupného rizika nežádoucích účinků, což může způsobit komplikace. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 50-51)

#### **5.5.4.4 Selektivní inhibitory cyklooxygenázy 2, koxiby**

Zástupce selektivních inhibitorů zahrnují např. celecoxib, lumirecoxib a valdecoxib. Mezi nežádoucí účinky patří například zvýšené riziko kardiovaskulární morbidit a mortality, renální toxicita a mírné gastrointestinální účinky. Při léčbě chronické bolesti se tato léčiva využívají velmi zřídka, jelikož mají spoustu nežádoucích vedlejších účinků. Z toho důvodu je indikace toxibů definována pouze pro velmi malou skupinu pacientů, kterým může být prospěšná. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 51)

#### **5.5.5 Opioidní analgetika**

Mezi slabé opioidy obvykle řadíme codein, dihydrocodein a tramadol. Společný projev slabých opioidů je výskyt klinicky podstatného stropového efektu. Od jisté dávky nastává při dalším zvýšení jenom malý vzestup analgetického efektu, avšak vedlejší účinky, jako útlum dechového centra, sedace nebo zácpa, jsou zesíleny podstatně. Doporučuje se terapie s kombinací neopioidních analgetik (např. tramadol + ibuprofen, tramadol + paracetamol). Nevhodné je kombinovat slabé opioidy (např. tramadol + dihydrocodein). Dále není vhodné kombinovat silné a slabé opioidy při pravidelných dlouhodobých medikacích. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 52)



#### 5.5.5.1 *Tramadol*

Opioid, který potlačuje zpětné vychytávání serotoninu a noradrenalinu v míše, což má vliv na descendentní antinocicepční dráhy. Výhodou je dobrá snášenlivost a méně nežádoucích účinků. Tramadol je v ČR dostupný v různých formách, které je možno kombinovat (injekce, čípky, kapky, tablety s rychlým i řízeným uvolňováním). Tramadol se sice nedoporučuje kombinovat se silnými opioidy, avšak při terapii průlomové bolesti je tato volba na místě. Kontraindikována je kombinace podání tramadolu s antidepresivy kvůli riziku serotoninového syndromu. Nástup účinku začíná po 20-30 minutách, počáteční dávka je obvykle 4x 50 mg a maximální denní dávka je 2x 200 mg (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 52).

#### 5.5.5.2 *Kodein, dihydrokodein*

V játrech se odehrává látková přeměna na morfin, přesněji na dihydromorfin. Dihydromorfin je vlastní analgetická účinná látka. 10 % europoidní populace z důvodu genového polymorfismu není schopna této přeměny, což způsobí analgetickou neúčinnost. Kodein má nástup účinku 30-60 minut, obvyklá denní dávka je 4x 30 mg a maximální 4x 60 mg. Dihydrokodein má nástup účinku za 2-3 h, obvyklá počáteční dávka je 4x 50 mg a maximální denní dávka 2x 200 mg. Jejich dostupnost v ČR je jenom v perorální formě, přičemž dihydrokodein pouze v podobě s řízeným uvolňováním. Tato léčiva mají značný antitusický efekt. Obvyklým nepříjemným dopadem užívání léčiva je zácpa. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 52-53)

#### 5.5.6 **Silné opioidy**

Léková skupina, která je indikována především k léčbě silné akutní bolesti, onkologické bolesti či vybraných typů chronické neonkologické bolesti. Analgetický efekt je závislý na dávce. Dávky srovnatelného analgetického účinku mají porovnatelné nepříjemné vedlejší účinky. Charakteristika nechtěných účinků je závislá u určitého pacienta na řadě podmínek (funkční stav GIT, renální funkce, pohlaví, věk, interakce ostatních léků). V praxi není vymezena maximální denní dávka. Při dávkování nás však omezují nechtěné účinky jako jsou nauzea, útlum, zmatenost atd., což další zvyšování dávky podstatně limituje. Běžně dávka ke zmírnění bolesti u onkologických pacientů odpovídá menšímu množství než 200 mg morfinu s. c., tj. 500 mg p. o. U některých pacientů podáváme výjimečně

dávky až několika gramů morfinu za 24 hodin (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 53).

#### **5.5.6.1 Morfin**

Opiát, který se používá standardně při léčbě intenzivní nádorové bolesti. V ČR je dostupný ve více medikamentózních formách např. injekce, čípky, kapky nebo tablety s postupným uvolňováním (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2008, s. 54). Mezi nežádoucí účinky při léčbě morfinem patří např. útlum dechového centra, nauzea, zvracení a zácpa (Vaňásek, Čermáková a Kolářová, 2014 s. 20).

#### **5.5.6.2 Hydromorfon**

Zástupce silných opiátů, který je dostupný jedině v podobě kapslí s řízeným uvolňováním (interval dávkování je 12 hodin). Jeho vazba na plazmatické bílkoviny je menší než u morfinu, díky čemuž jsou účinky předpověditelně lepší u starých a polymorbidních pacientů. Další výhodou je možnost bezpečného podání i při mírné renální insuficienci, protože hydromorfon nemá tolik aktivních metabolitů jako morfin. Jeho analgetický účinek je 5-7x silnější při perorálním podání než u morfinu. Způsobí méně nauzey, vomitu, zmatenosti, svědění a sedace u pacienta. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 54)

#### **5.5.6.3 Oxykodon**

V ČR je dostupný jedině v podobě kapslí s duální farmakokinetikou (rychlý nástup účinku + prodloužené trvání). Interval dávkování oxykodonu je 12 hodin. Analgetický účinek je při perorálním podání 2x silnější než u morfinu. Je třeba dávat pozor u závažné renální insuficience, ve srovnání s morfinem je nevýhodou větší riziko obstipace. Výhodou je méně svědění a sedace než u morfinu. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 54)

#### **5.5.6.4 Fentanyl**

Silný opioid, který je doporučený zejména k léčbě průlomové bolesti. Výhodou je jeho složení, ve kterém nejsou aktivní metabolity, tudíž ani při renální nedostatečnosti nenastává zadržování léčiva v organismu a nutnosti snížení dávky. Přístupnost fentanylu je v různých formách např. i. v., s. c., TTS (transdermální lékové formy). Injekční forma má nástup účinku 2-10 minut a působí krátkodobě (30-60 min). Při terapii bolesti fentanylem ve formě náplastí je nástup analgetického účinku za 12-24 hodin. Okolo 3 dnů je potřeba počkat na vytvoření vyrovnané plazmatické koncentrace léčiva. Při přechodu z léčby mor-

finu na transdermální fentanyl se mohou nečastěji objevit abstinenční příznaky trvající 3-7 dní projevující se pocením, neklidem, průjmem, křečemi a zhoršením bolestí. Dle potřeby pacienta je v tomto období zapotřebí aplikovat morfin s rychlým nástupem účinku. Doba účinku TTS je přibližně 72 hodin, avšak zhruba 10 % nemocných potřebují měnit náplasti už po 48 hodinách. Doba účinku náplasti je zkracována zejména kvůli pocení způsobené febriliemi. Z toho důvodu je zapotřebí zkrátit aplikační interval. Při terapii průlomové bolesti u pacientů léčených na TTS se doporučuje kombinace s morfinem, fentanylem, sufentanilem, alfentanilem, tramalem. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 54-55)

#### **5.5.6.5 Buprenorfin**

Silný opioid, který je v ČR dostupný pouze v podobě TTS. Při renální a jaterní insuficienci není nutno snižovat dávku. Výhodou jsou mírné nechtěné účinky. Průlomovou bolest je možno u pacientů léčených buprenorphinem TTS léčit s morfinem, fentanylem, sufentanilem, alfentanilem, tramadolem. Doba účinku těchto náplastí je až 84 hodin. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 55)

#### **5.5.6.6 Piritramid**

Piritramid se používá převážně v léčbě pooperační bolesti. Jeho nechtěné vedlejší účinky jsou porovnatelné s morfinem. Při terapii chronické bolesti se doporučuje kontinuální forma s. c. nebo i. v. infuze. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 55)

#### **5.5.6.7 Sufentanil, Alfentanil**

Opioidy s krátkodobým účinkem (15-30 minut), které se používají zejména v anesteziologii. Další užívání těchto opiátů se preferuje v paliativní péči k premedikaci před krátkodobými bolestivými zákroky. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007, s. 56)

## 6 PORADENSTVÍ PRO POZŮSTALÉ

Smrt je přirozenou součástí našeho života. Představuje extrémní zásah do života pozůstalých. V jediné chvíli se podstatně změní jejich život. Ztráta blízké osoby vyvolá u pozůstalých silnou emoční reakci včetně narušení vlastní identity, integrity, vztahů a přesvědčení o bezpečnosti světa (Špatenková, 2013, str. 9). Pomoc a podporu pozůstalým může nabídnout kdokoliv z řad zdravotnického personálu, přátel, duchovních, příbuzných, zaměstnanců pohřební služby nebo členů svépomocných skupin. Pozůstalí očekávají podporu hlavně v psychické, pragmatické, informační a ekonomické oblasti (Špatenková, 2013, str. 15-16). Nezbytnou součástí poradenství pro pozůstalé je vybudování si respektu a sebeúcty s pozůstalými. Nejdůležitějším úkolem při prvním setkání je navázání kontaktu. Nejlepším způsobem, jak toho docílit, je dostatečná empatie, tolerance a podpora pozůstalých (Špatenková, 2013, s. 116).

Je nutné mít pochopení pro závažnost situace, která není pro nejbližší zemřelého vůbec jednoduchá a udělat si na ně dostatek času. Nechat je mluvit o pocitech, které je zrovna trápí. Pokud nemluví sami, tak se nevyhýbáme otázkám na zemřelého. Pozůstalí potřebují o svých problémech mluvit a vyventilovat je. Nežřídká se mohou u pozůstalých objevit pocity viny, bezmoci, hněvu a zlosti. Tyto nepříjemné pocity jsou často směřovány na zdravotnický personál nebo příbuzné, jelikož pro pozůstalé může být neakceptovatelné obracet svou zlost k zemřelému. Poradce by měl pozůstalým pomoci zpracovat jejich zlost. Rodina se často obviňuje, že nedonutila svého zemřelého, aby vyhledal lékaře dříve. Cítí se provinile a pomůže jim, když se můžou vyprávět někomu, komu důvěřují. Potřebují ujištění, že i bez svého blízkého jsou schopni žít dál. Poradce pomáhá pozůstalým se od zemřelého odpoutat, může jim pomoci, aby se neuzavírali do sebe a vytvářeli si nové sociální vztahy. Pozůstalí potřebují dostatek času pro truchlení, všechno chce čas. Hlavně je důležité, aby měl truchlící s kým o svých pocitech hovořit. Někdy hrozí u pozůstalého riziko maladaptivního jednání, jako suicidální pokusy, řešení situace alkoholem apod. Úkolem poradenství pro pozůstalé je mimo jiné toto riziko rozpoznat a nabídnout v případě potřeby např. psychologickou nebo psychiatrickou pomoc. (Špatenková, 2013, 41-51)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 7 METODIKA PRŮZKUMU

Pro praktickou část své bakalářské práce jsem zvolil kvantitativní metodu šetření formou dotazníku, na základě kterého jsem udělal analýzu. V této kapitole je popsán způsob průzkumu, výběr respondentů, způsob organizace šetření, metoda zpracování získaných informací, výsledky výzkumu a jejich vyhodnocení. Získaná data jsou zpracována s využitím software Microsoft Excel. V bakalářské práci jsou použity sloupcové grafy a tabulky doplněné komentářem.

### 7.1 Cíle průzkumu

**Cíl 1:** Zjistit míru informovanosti laiků o paliativní a hospicové péči.

**Cíl 2:** Zjistit míru informovanosti o paliativní a hospicové péči v závislosti na věku respondentů.

**Cíl 3:** Zjistit, zda existuje rozdíl v informovanosti dle věků respondentů.

**Cíl 4:** Zjistit míru informovanosti o paliativní a hospicové péči v závislosti na dosaženém stupni vzdělání.

**Cíl 5:** Zjistit, zda respondenti, kteří odpověděli kladně na dotaz, zda se setkali s pojmem paliativní nebo hospicová péče a vysvětlili pojem správně.

### 7.2 Charakteristika průzkumu

Mými respondenty byli lidé z řad laické veřejnosti. Respondenty jsem vybíral záměrně tak, aby byly z nejrozličnějších věkových skupin, různého pohlaví a vzdělání.

Průzkumné šetření bylo realizováno v březnu 2017 mezi respondenty z oblasti Moravy. Před zahájením průzkumu jsem provedl předvýzkum, na základě kterého jsem se snažil vhodně zformulovat dotazník tak, aby nebyly otázky pro respondenty příliš náročné ani jednoduché. Průzkumu se zúčastnilo 116 respondentů, z nichž se mi vrátilo 112 použitelných dotazníků. Spolupráce se skupinou z řad laické veřejnosti byla výborná, jelikož byly dotazníky pro velkou většinu respondentů plně nových informací. Jednotlivé otázky jsou vyhodnoceny formou tabulek a grafů, k nimž je uveden komentář. Jedná se o údaje anonymní, které po zpracování nelze vztáhnout k určité osobě. Výsledky šetření jsou shrnuty a zhodnoceny v diskuzi.

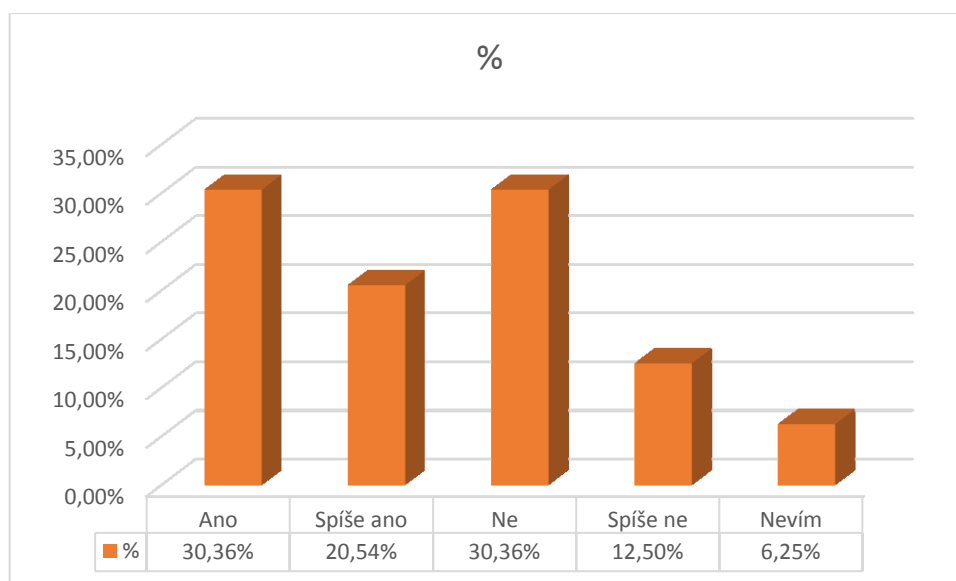
### 7.3 Výsledky průzkumu a jejich analýza

**Položka 1:** Otázka č. 5. – Setkali jste se s pojmem paliativní anebo hospicová péče?

**Cíl:** Zjistit, kolik respondentů se setkalo s pojmem paliativní anebo hospicová péče.

Tab. 1 Setkání s pojmem paliativní a hospicová péče

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	34	30,36
Spíše ano	23	20,54
Ne	34	30,36
Spíše ne	14	12,50
Nevím	7	6,25
<b>Celkem</b>	<b>112</b>	<b>100,00</b>



Graf 1 Setkání s pojmem paliativní a hospicová péče

#### Komentář

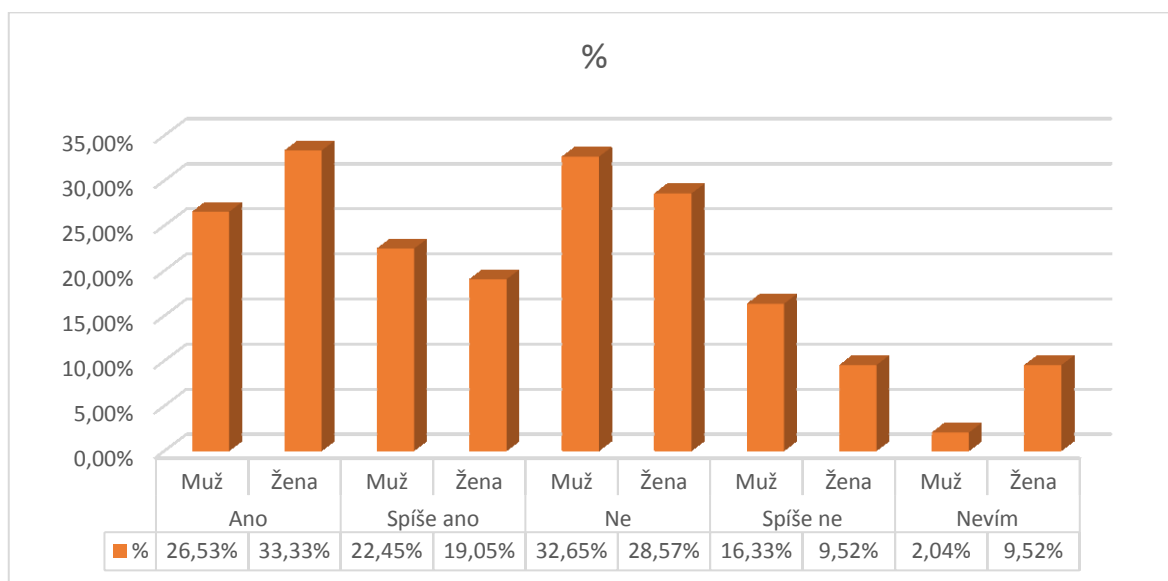
Z celkového počtu respondentů 112 (100%) uvedlo 30,36 % respondentů, že se setkali s pojmem paliativní nebo hospicová péče. Stejný počet respondentů uvedlo, že se s těmito pojmy nesetkali. Celkem 20,54 % respondentů uvedlo „Spíše ano“; 12,50 % respondentů se s těmito pojmy spíše nesetkali a 6,25 % respondentů uvedlo, že neví. Dle odpovědí na tuto otázku lze říci, že se s pojmem paliativní nebo hospicová péče setkala polovina respondentů (50,90 %).

**Položka 2:** Otázka č. 5. – Setkali jste se s pojmem paliativní anebo hospicová péče?  
- Analýza informovanosti dle pohlaví respondentů.

**Cíl:** Zjistit, zda existuje rozdíl v informovanosti dle pohlaví respondentů.

Tab. 2 Rozdíl v informovanosti dle pohlaví

Odpověď	Pohlaví	Počet respondentů	%
Ano	Muž	13	26.53
	Žena	21	33.33
Spíše ano	Muž	11	22.45
	Žena	12	19.05
Ne	Muž	16	32.65
	Žena	18	28.57
Spíše ne	Muž	8	16.33
	Žena	6	9.52
Nevím	Muž	1	2.04
	Žena	6	9.52
<b>Celkem</b>		<b>112</b>	<b>100.00</b>



Graf 2 Rozdíl v informovanosti dle pohlaví



**Komentář**

Z odpovědí respondentů vyplývá, že se muži i ženy s pojmem paliativní nebo hospicová péče setkali v podobné míře. Mužů na tuto otázku (Setkali jste se s pojmem paliativní anebo hospicová péče?) odpovědělo „Ano“ a „Spíše ano“ 48,98 %, žen 52,38 %.

**Položka 3:** Otázka č. 5. – Setkali jste se s pojmem paliativní anebo hospicová péče?

- Analýza informovanosti dle věku respondentů.

Cíl: Zjistit, zda existuje rozdíl v informovanosti dle věku respondentů

Tab. 3 Rozdíl v informovanosti dle věku

Odpověď	Věk	Počet respondentů	%
Ano	18-29	6	17.65
	30-44	9	26.47
	45-59	14	41.18
	60 a více	5	14.71
Spíše ano	18-29	7	30.43
	30-44	9	39.13
	45-59	6	26.09
	60 a více	1	4.35
Ne	18-29	10	29.41
	30-44	10	29.41
	45-59	9	26.47
	60 a více	5	14.71
Spíše ne	18-29	4	28.57
	30-44	4	28.57
	45-59	5	35.71
	60 a více	1	7.14
Nevím	18-29	2	28.57
	45-59	2	28.57
	60 a více	3	42.86
<b>Celkem</b>		<b>112</b>	<b>100.00</b>

**Komentář**

Z odpovědí respondentů vyplývá, že se s pojmem paliativní anebo hospicová péče nejvíce setkali respondenti ve věku od 45 do 59 let (67,26 %). Téměř stejné povědomí o paliativní nebo hospicové péči měli respondenti ve věku od 30 do 44 let (65,60 %). Nižší povědomí měli respondenti ve věku 18-29 let (48,08 %). Nejmenší povědomí měli překva-

pivě respondenti ve věku 60 a více let. Z jejich odpovědí vyplynulo, že se s pojmem paliativní nebo hospicová péče setkalo pouze 19,05 % respondentů.

**Položka 4:** Otázka č. 5. – Setkali jste se s pojmem paliativní anebo hospicová péče?  
- Analýza informovanosti dle vzdělání respondentů.

**Cíl:** Zjistit, zda existuje rozdíl v informovanosti dle vzdělání respondentů.

Tab. 4 Rozdíl informovanosti dle vzdělání

<b>Odpověď</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>%</b>
Ano	Vyučený(á)	9	29.03
	Středoškolské s maturitou	13	23.64
	Vysokoškolské	7	38.89
Spíše ano	Vyučený(á)	4	12.90
	Středoškolské s maturitou	16	29.09
	Vysokoškolské	3	16.67
Ne	Vyučený(á)	12	38.71
	Středoškolské s maturitou	17	30.91
	Vysokoškolské	4	22.22
Spíše ne	Vyučený(á)	2	6.45
	Středoškolské s maturitou	7	12.73
	Vysokoškolské	4	22.22
Nevím	Vyučený(á)	4	12.90
	Středoškolské s maturitou	2	3.64
<b>Celkem</b>		<b>112</b>	<b>100.00</b>

### **Komentář**

Při porovnávání odpovědí jsem vyřadil respondenty, kteří uvedli vzdělání „Základní“ a „Vyšší odborné“. Důvodem byl nízký počet respondentů (v obou případech se jednalo pouze o 4 respondenty). Vzorek dle mého názoru nebyl dostatečně reprezentativní a případný výsledek by zřejmě neodpovídal realitě.

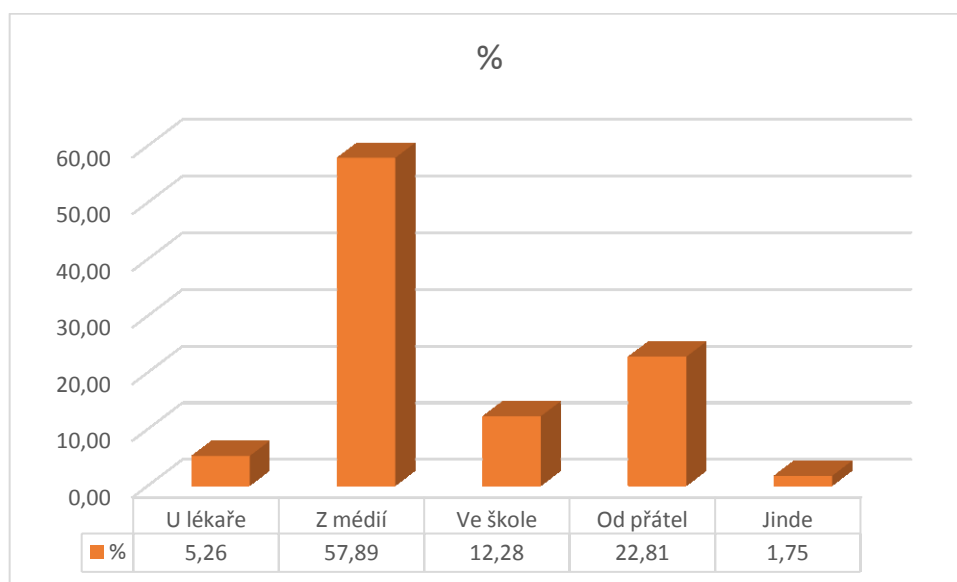
Z respondentů s vysokoškolským vzděláním uvedlo 55,56 %, že se setkali s pojmem paliativní a hospicová péče. Respondentů se středoškolským vzděláním se s tímto pojmem setkalo 52,73 %. Vyučených respondentů se s tímto pojmem setkalo 41,94 %.

**Položka 5:** Otázka č. 6 – Kde jste se dozvěděl(a) o paliativní nebo hospicové péči?

**Cíl:** Zjistit, kde se respondenti dozvěděli o paliativní nebo hospicové péči.

Tab. 5 Způsob získání informací

Odpověď	Počet respondentů	%
U lékaře	3	5.26
Z médií	33	57.89
Ve škole	7	12.28
Od přátel	13	22.81
Jinde	1	1.75
<b>Celkem</b>	<b>57</b>	<b>100.00</b>



Graf 3 Způsob získání informací

### Komentář

Z odpovědí respondentů vyplývá, že více než polovina z nich se o paliativní nebo hospicové péči dozvěděla z médií (57,89 %). Od přátel se o tomto druhu péče dozvědělo 22,81 % respondentů. Ve škole se o paliativní nebo hospicové péči dozvědělo 12,28 % respondentů. Od lékaře se o paliativní nebo hospicové péči dozvědělo 5,26 % respondentů. 1,75 % respondentů uvedlo, že se o této péči dozvědělo jinde.

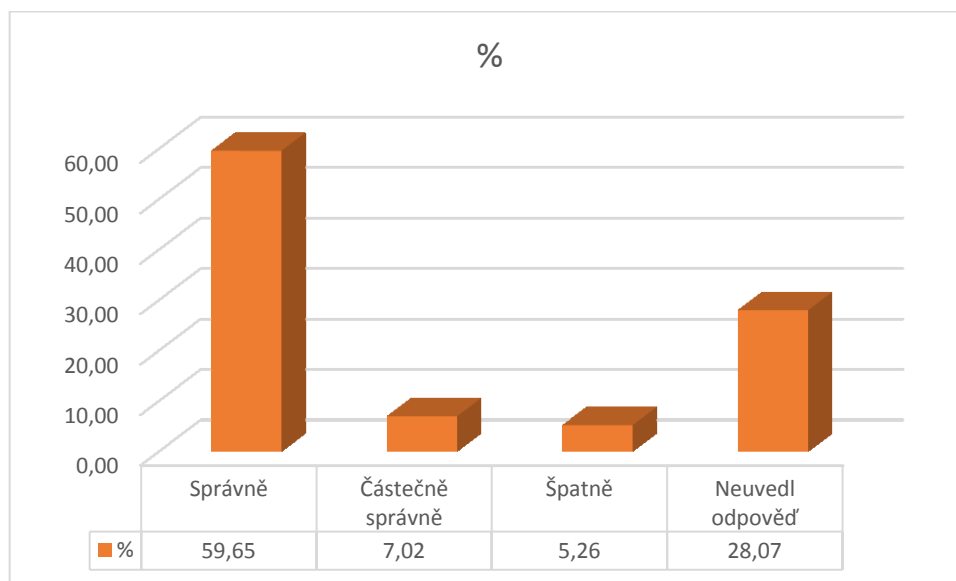
**Položka 6:** Otázka č. 5 – Setkali jste se s pojmem paliativní anebo hospicová péče? Pokud ano, prosím, pokuste se tento pojem vysvětlit.

- Analýza vysvětlení pojmu paliativní nebo hospicová péče.

**Cíl:** Zjistit, zda respondenti, kteří odpověděli kladně na dotaz, zda se setkali s pojmem paliativní nebo hospicová péče, vysvětlili pojem správně.

Tab. 6 Ověření správnosti odpovědi I.

Odpověď	Počet respondentů	%
Správně	34	59.65
Částečně správně	4	7.02
Špatně	3	5.26
Neuvedl odpověď	16	28.07
<b>Celkem</b>	<b>57</b>	<b>100.00</b>



Graf 4 Ověření správnosti odpovědi I.

### Komentář

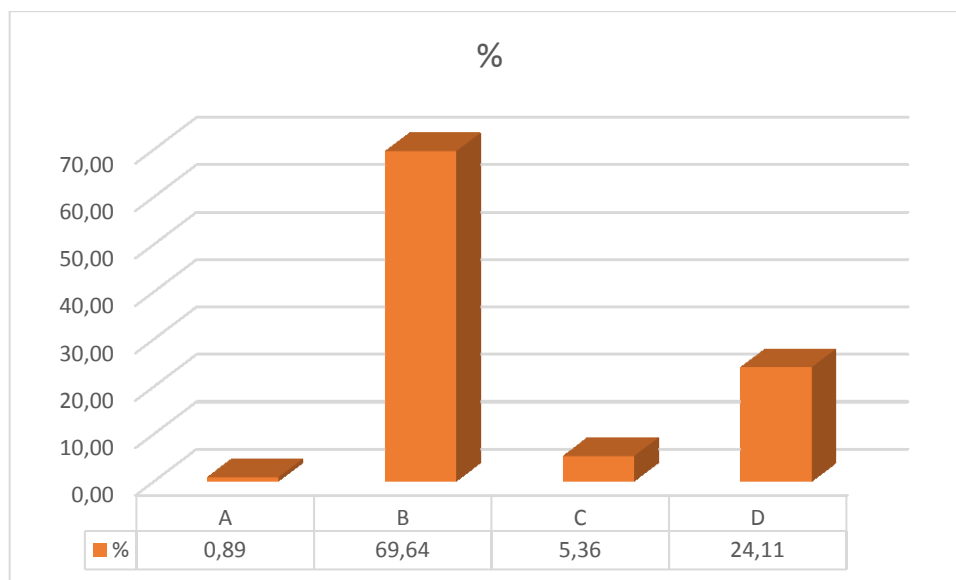
Většina respondentů, kteří uvedli, že se setkali s pojmem paliativní nebo hospicová péče, dokázala pojem i správně vysvětlit (59,65 %), 7,02 % respondentů pojem vysvětlila částečně správně. Pouze 5,26 % respondentů vysvětlilo pojem paliativní nebo hospicová péče špatně. 28,07 % respondentů neodpovědělo.

**Položka 7:** Otázka č. 7 – Víte, co je hlavním cílem paliativní a hospicové péče?

**Cíl:** Zjistit, zda respondenti věděli, co je hlavním cílem paliativní a hospicové péče.

Tab. 7 Znalost cílů paliativní péče

Odpověď	Počet respondentů	%
A	1	0.89
B	78	69.64
C	6	5.36
D	27	24.11
<b>Celkem</b>	<b>112</b>	<b>100.00</b>



Graf 5 Znalost cílů paliativní péče

### Komentář

Většina respondentů (69.64 %) uvedla správně, že hlavním cílem paliativní či hospicové péče je „Zaměření na zlepšení kvality života nemocného, který trpí nevléčitelnou nemocí“. Špatně odpovědělo 7 respondentů (6.27 %). Konkrétně 6 (5.36 %) respondentů uvedlo, že hlavním cílem paliativní či hospicové péče je „Zaměření pouze na tlumení bolesti“, pouze 1 respondent (0.89 %) uvedl, že je hlavním cílem „Zaměření na úplné vyléčení“. Zbýlých 27 respondentů (24.11 %) uvedlo, že neví.

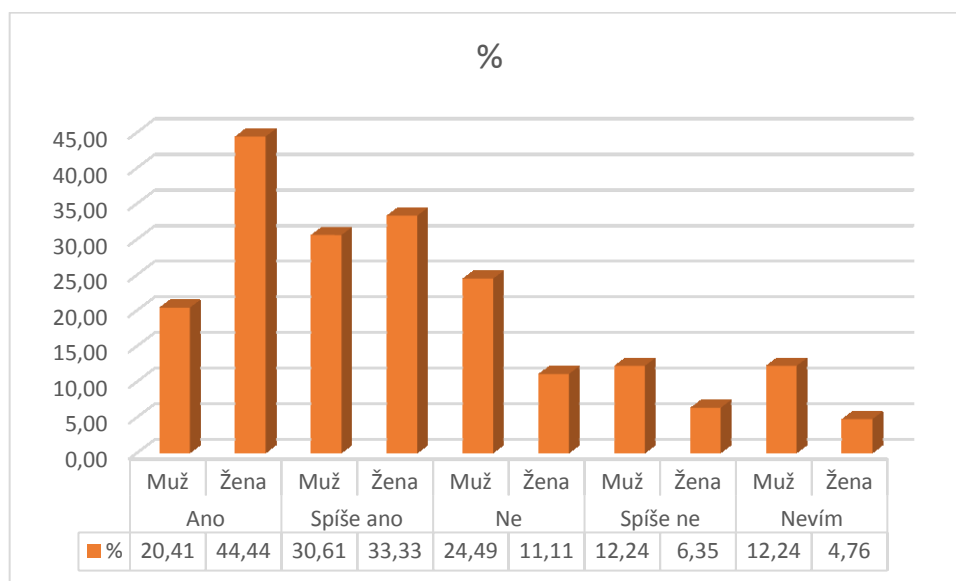
**Položka 8:** Otázka č. 8 – Víte, co je to hospic?

- Analýza informovanosti dle pohlaví respondentů.

**Cíl:** Zjistit, zda existuje rozdíl v informovanosti dle pohlaví respondentů.

Tab. 8 Analýza informovanosti o hospicích dle pohlaví

Odpověď	Pohlaví	Počet respondentů	%
Ano	Muž	10	20.41
	Žena	28	44.44
Spíše ano	Muž	15	30.61
	Žena	21	33.33
Ne	Muž	12	24.49
	Žena	7	11.11
Spíše ne	Muž	6	12.24
	Žena	4	6.35
Nevím	Muž	6	12.24
	Žena	3	4.76
<b>Celkem</b>		<b>112</b>	<b>100.00</b>



Graf 6 Analýza informovanosti o hospicích dle pohlaví

**Komentář**

Většina žen (77.77 %) uvedla, že ví, co je to hospic. Mužů kladně na tuto otázku odpovědělo 51.02 %. Z uvedených lze soudit, že ženy mají větší povědomí o tom, co je to hospic.

**Položka 9:** Otázka č. 8 – Víte, co je to hospic?

- Analýza informovanosti dle věku respondentů.

**Cíl:** Zjistit, zda existuje rozdíl v informovanosti dle věku respondentů.

*Tab. 9 Analýza informovanosti o hospicích dle věku*

<b>Odpověď'</b>	<b>Věk</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>%</b>
Ano	18-29	6	20.69
	30-44	13	40.63
	45-59	17	47.22
	60 a více	2	13.33
Spíše ano	18-29	11	37.93
	30-44	7	21.88
	45-59	12	33.33
	60 a více	6	40.00
Ne	18-29	6	20.69
	30-44	10	31.25
	60 a více	3	20.00
Spíše ne	18-29	3	10.34
	30-44	1	3.13
	45-59	4	11.11
	60 a více	2	13.33
Nevím	18-29	3	10.34
	30-44	1	3.13
	45-59	3	8.33
	60 a více	2	13.33
<b>Celkem</b>		<b>112</b>	<b>100.00</b>

### **Komentář**

80.56 % respondentů ve věku od 45 do 59 let uvedlo, že ví, co je to hospic. Stejnou odpověď uvedlo 62.50 % respondentů ve věku od 30 do 44 let, 58.62 % respondentů ve věku od 18 do 29 let a 53.33 % respondentů starších 60 let. Překvapivě tedy nejstarší respondenti mají nejmenší povědomí.

**Položka 10:** Otázka č. 8 – Víte, co je to hospic?

- Analýza informovanosti dle vzdělání respondentů.

**Cíl:** Zjistit, zda existuje rozdíl v informovanosti dle vzdělání respondentů.

*Tab. 10 Analýza informovanosti o hospicích dle vzdělání*

<b>Odpověď</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>%</b>
Ano	Středoškolské	19	34.55
	Vysokoškolské	6	33.33
	Vyučený(á)	9	29.03
Spíše ano	Středoškolské	19	34.55
	Vysokoškolské	7	38.89
	Vyučený(á)	9	29.03
Ne	Středoškolské	9	16.36
	Vysokoškolské	3	16.67
	Vyučený(á)	6	19.35
Spíše ne	Středoškolské	4	7.27
	Vysokoškolské	2	11.11
	Vyučený(á)	4	12.90
Nevím	Středoškolské	4	7.27
	Vyučený(á)	3	9.68
<b>Celkem</b>		<b>104</b>	<b>100.00</b>

### **Komentář**

Při porovnávání odpovědí jsem vyřadil respondenty, kteří uvedli vzdělání „Základní“ a „Vyšší odborné“. Důvodem byl nízký počet respondentů (v obou případech se jednalo pouze o 4 respondenty). Vzorek dle mého názoru nebyl dostatečně reprezentativní a případný výsledek by zřejmě neodpovídal realitě.

Z respondentů s vysokoškolským vzděláním uvedlo 72.22 %, že ví, co je to hospic. Respondentů se středoškolským vzděláním odpovědělo stejně 69.09 %. Vyučených respondentů takto odpovědělo 58.06 %.



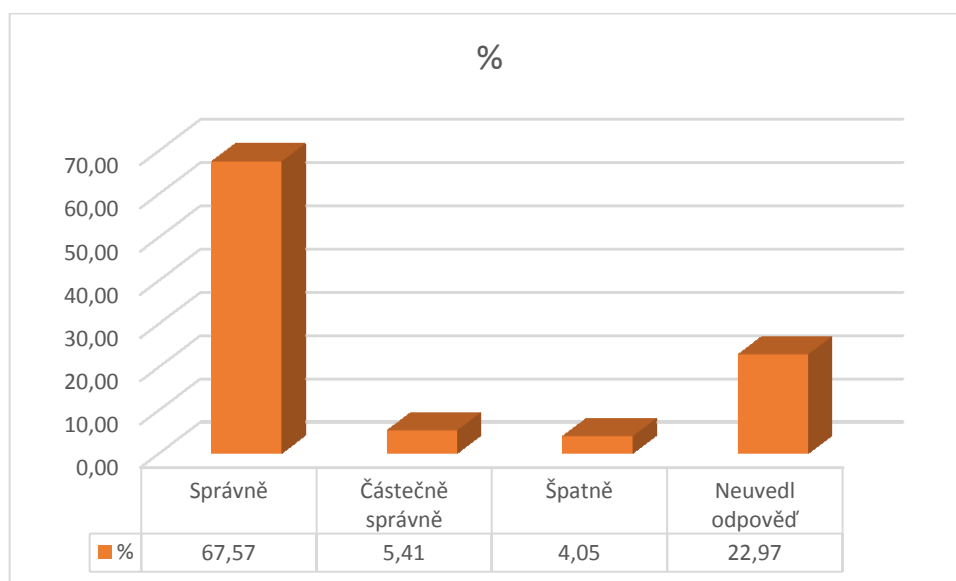
**Položka 11:** Otázka č. 8 – Víte, co je to hospic? Pokud ano, pokuste se, prosím, tento pojem vysvětlit.

- Analýza odpovědí respondentů, kteří uvedli, že ví, co je to hospic.

**Cíl:** Zjistit, zda respondenti, kteří odpověděli kladně na otázku č. 8, skutečně ví, co je to hospic.

Tab. 11 Ověření správnosti odpovědi II.

Odpověď	Počet respondentů	%
Správně	50	67.57
Částečně správně	4	5.41
Špatně	3	4.05
Neuvedl odpověď	17	22.97
<b>Celkem</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>



Graf 7 Ověření správnosti odpovědi II.

### Komentář

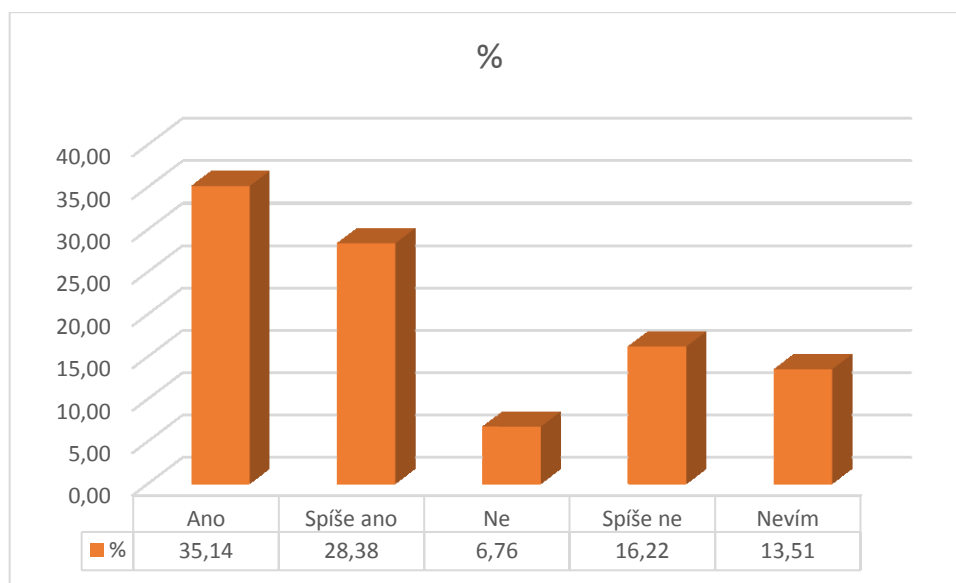
Většina respondentů, kteří uvedli, že ví, co je to hospic, dokázala pojem i správně vysvětlit (67.57 %), 5.41 % respondentů pojem vysvětlila částečně správně. Pouze 4.05 % respondentů vysvětlilo pojem hospic špatně. 22.97 % respondentů neodpovědělo.

**Položka 12:** Otázka č. 9 – Myslíte si, že hospicová zařízení poskytují pomoc i rodině umírajících?

**Cíl:** Zjistit, zda si respondenti myslí, že hospicová zařízení poskytují pomoc i rodině umírajících.

Tab. 12 Pomoc rodině umírajících

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	26	35.14
Spíše ano	21	28.38
Ne	5	6.76
Spíše ne	12	16.22
Nevím	10	13.51
<b>Celkem</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>



Graf 8 Pomoc rodině umírajících

### Komentář

Na otázku č. 9 odpovídali pouze respondenti, kteří odpověděli kladně na otázku č. 8. Celkem se jednalo o 74 respondentů. Respondenti na otázku, zda si myslí, že hospicová zařízení poskytují pomoc i rodině umírajících uvedli v 35.14 % případech „Ano“. „Spíše ano“ odpovědělo 28.38 % respondentů, „Ne“ odpovědělo 6.76 % respondentů, „Spíše ne“ odpovědělo 16.22 % respondentů a „Nevím“ odpovědělo 13.51 % respondentů. Většina respondentů na tuto otázku tedy odpověděla kladně (celkem 63.52 %).

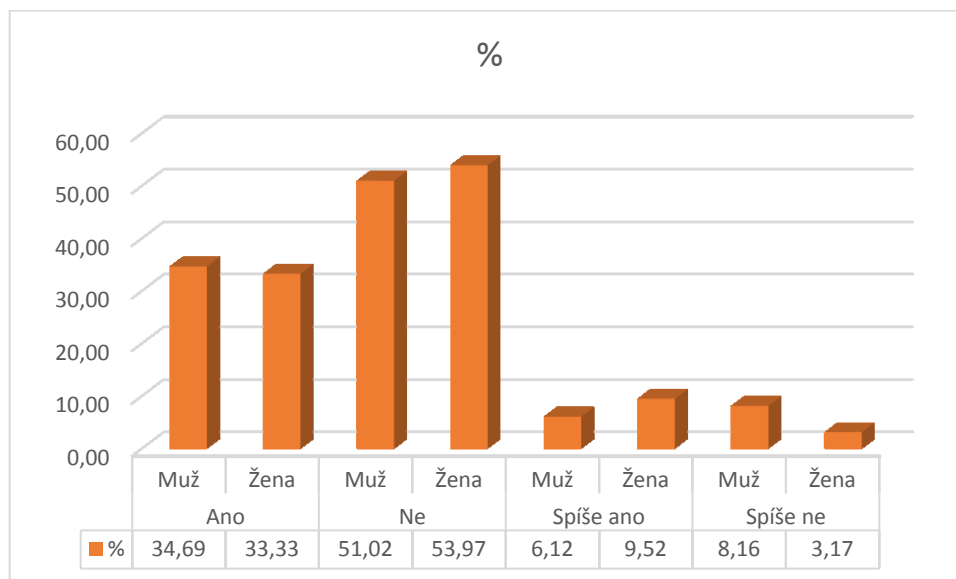
**Položka 13:** Otázka č. 10 – Máte osobní zkušenost s péčí o nevléčitelně nemocného člověka?

- Analýza zkušeností dle pohlaví respondentů.

**Cíl:** Zjistit, zda existuje rozdíl ve zkušenosti s péčí o nevléčitelně nemocného člověka dle pohlaví respondentů.

Tab. 13 Osobní zkušenost s péčí dle pohlaví

Odpoověď	Pohlaví	Počet respondentů	%
Ano	Muž	17	34.69
	Žena	21	33.33
Ne	Muž	25	51.02
	Žena	34	53.97
Spíše ano	Muž	3	6.12
	Žena	6	9.52
Spíše ne	Muž	4	8.16
	Žena	2	3.17
<b>Celkem</b>		<b>112</b>	<b>100.00</b>



Graf 9 Osobní zkušenost s péčí dle pohlaví

### Komentář

Odpovědi mužů a žen na tuto otázku byly téměř totožné. 85.71 % mužů odpovědělo kladně. Stejně odpovědělo 87.30 % žen. Z odpovědí se tedy dá usoudit, že neexistuje rozdíl ve zkušenosti v péči o nevléčitelně nemocného dle pohlaví respondentů.

**Položka 14:** Otázka č. 10 – Máte osobní zkušenost s péčí o nevléčitelně nemocného člověka?

- Analýza zkušeností dle věku respondentů.

**Cíl:** Zjistit, zda existuje rozdíl ve zkušenosti s péčí o nevléčitelně nemocného člověka dle věku respondentů.

*Tab. 14 Osobní zkušenost s péčí dle věku*

<b>Odpověď</b>	<b>Věk</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>%</b>
Ano	18-29	8	27.59
	30-44	10	31.25
	45-59	16	44.44
	60 a více	4	26.67
Spíše ano	18-29	3	10.34
	30-44	2	6.25
	45-59	3	8.33
	60 a více	1	6.67
Ne	18-29	14	48.28
	30-44	18	56.25
	45-59	17	47.22
	60 a více	10	66.67
Spíše ne	18-29	4	13.79
	30-44	2	6.25
<b>Celkem</b>		<b>112</b>	<b>100.00</b>

### **Komentář**

Kladně na tuto otázku odpovědělo 37.94 % respondentů ve věku 18–29 let; 37.50 % respondentů ve věku 30–44 let; 52.77 % respondentů ve věku 45–59 let a 33.34 % respondentů starších 60 let. Dle odpovědí lze soudit, že největší zkušenosti s péčí o nevléčitelně nemocného člověka mají respondenti ve věku od 45 do 59 let.

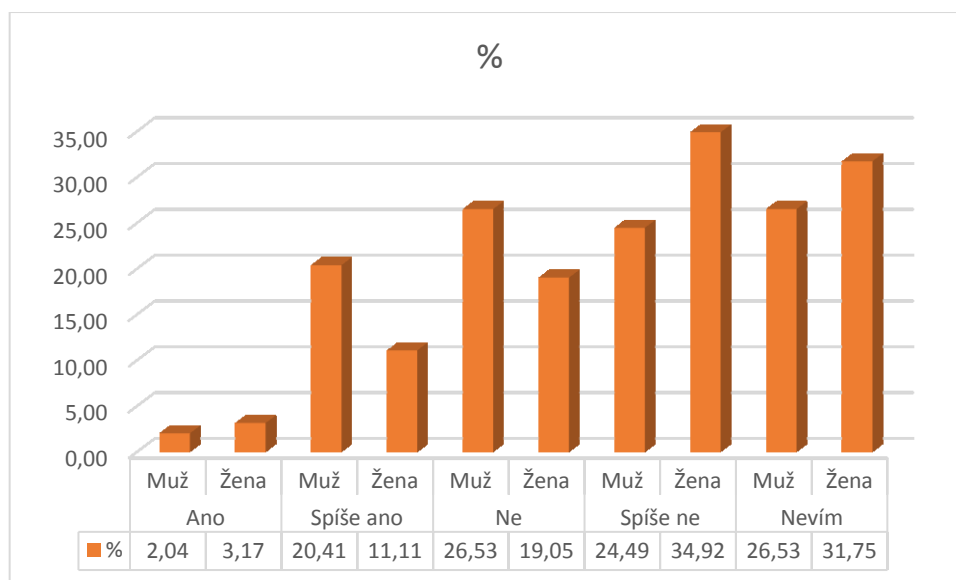
**Položka 15:** Otázka č. 11 – Domníváte se, že péče o nevléčitelně nemocné je v ČR dostatečně zabezpečena?

- Analýza dle pohlaví respondentů.

Cíl: Zjistit, zda existuje rozdíl v názoru na dostatečné zabezpečení péče o nevléčitelně nemocné v ČR dle pohlaví respondentů.

Tab. 15 Názor na zabezpečení paliativní péče v ČR dle pohlaví

Odpověď	Pohlaví	Počet respondentů	%
Ano	Muž	1	2.04
	Žena	2	3.17
Spíše ano	Muž	10	20.41
	Žena	7	11.11
Ne	Muž	13	26.53
	Žena	12	19.05
Spíše ne	Muž	12	24.49
	Žena	22	34.92
Nevím	Muž	13	26.53
	Žena	20	31.75
<b>Celkem</b>		<b>112</b>	<b>100.00</b>



Graf 10 Názor na dostatečné zabezpečení paliativní péče v ČR dle pohlaví

### Komentář

Respondenti ve většině případů odpovídali, že se domnívají, že péče o nevléčitelně nemocné v ČR není dostatečně zabezpečena. Záporně odpovědělo 51.02 % mužů a

53.97 % žen. Kladně odpovědělo 22.45 % mužů a 14.28 % žen. „Nevím“ odpovědělo 26.53 % mužů a 31.75 % žen. Z odpovědí vyplývá, že muži i ženy mají podobný názor na zabezpečení péče o nevléčitelně nemocné v ČR.

**Položka 16:** Otázka č. 11 – Domníváte se, že péče o nevléčitelně nemocné je v ČR dostatečně zabezpečena?

- Analýza dle věku respondentů.

**Cíl:** Zjistit, zda existuje rozdíl v názoru na dostatečné zabezpečení péče o nevléčitelně nemocné v ČR dle věku respondentů.

Tab. 16 Názor na zabezpečení paliativní péče v ČR dle věku

Odpověď	Věk	Počet respondentů	%
Ano	18-29	1	3.45
	30-44	1	3.13
	45-59	1	2.78
Spíše ano	18-29	7	24.14
	30-44	3	9.38
	45-59	6	16.67
	60 a více	1	6.67
Ne	18-29	5	17.24
	30-44	5	15.63
	45-59	12	33.33
	60 a více	3	20.00
Spíše ne	18-29	8	27.59
	30-44	11	34.38
	45-59	11	30.56
	60 a více	4	26.67
Nevím	18-29	8	27.59
	30-44	12	37.50
	45-59	6	16.67
	60 a více	7	46.67
<b>Celkem</b>		<b>112</b>	<b>100.00</b>

### Komentář

Z odpovědí vyplývá, že pouze 6.67 % respondentů starších 60 let se domnívá, že je péče o nevléčitelně nemocné v ČR dostatečně zabezpečena. Stejný názor pak má 19.44 % respondentů ve věku od 45 do 59 let, 12.50 % respondentů ve věku od 30 do 44 let a 27.59

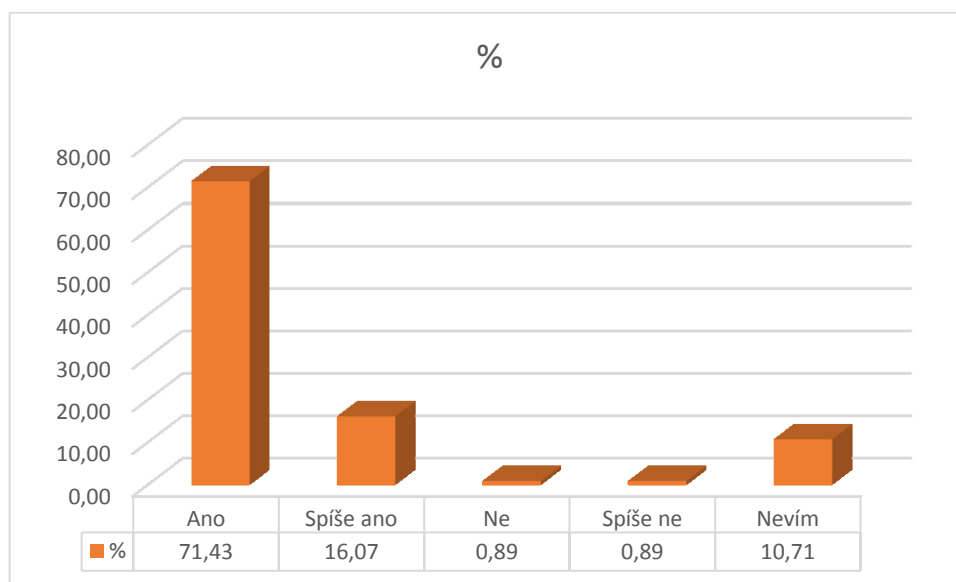
% respondentů ve věku od 18 do 29 let. Pokud bychom nebrali v potaz odpovědi respondentů, kteří odpověděli „Nevím“, u všech věkových skupin převládá názor, že péče o nevyléčitelně nemocné v ČR není dostatečně zabezpečena. Konkrétně se jednalo o 44.83 % respondentů ve věku od 18 do 29 let, 50 % respondentů ve věku od 30 do 44 let, 63.89 % respondentů ve věku od 45 do 59 let a 46.67 % respondentů starších 60 let.

**Položka 17:** Otázka č. 12 – Myslíte si, že hospic může využít i člověk, který není věřící?

**Cíl:** Zjistit, zda se veřejnost domnívá, že může hospic využít i člověk, který není věřící.

Tab. 17 Názor veřejnosti na možnost využití hospiců u nevěřících

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	80	71.43
Spíše ano	18	16.07
Ne	1	0.89
Spíše ne	1	0.89
Nevím	12	10.71
<b>Celkem</b>	<b>112</b>	<b>100.00</b>



Graf 11 Názor veřejnosti na možnost využití hospiců u nevěřících

### Komentář

Z odpovědí je patrné, že se většina respondentů domnívá, že hospic může využít i člověk, který není věřící. Odpověď „Ano“ zvolilo 71.43 % respondentů, odpověď „Spíše

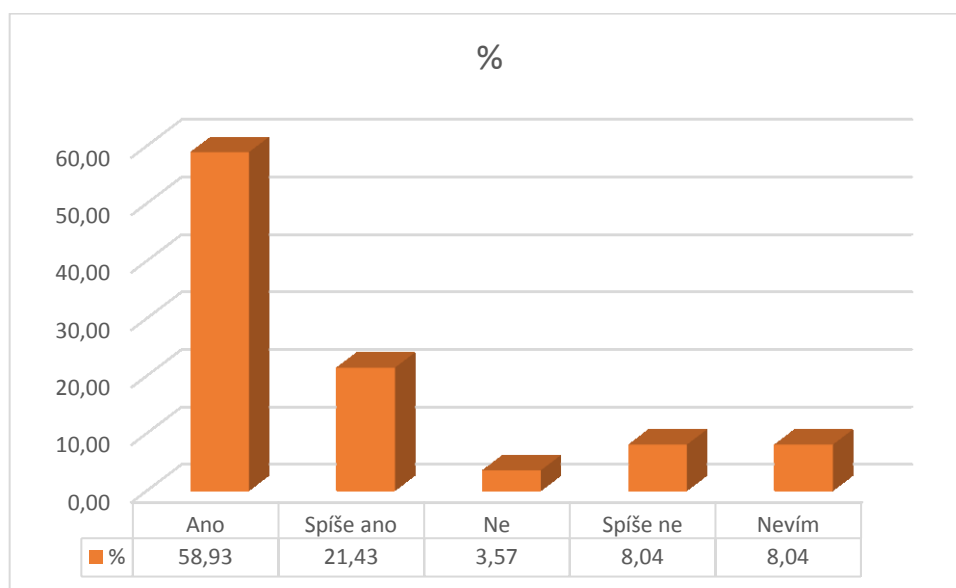
ano“ uvedlo 16.07 % respondentů, odpověď „Ne“ 0,89 % respondentů a „Nevím“ uvedlo 10.71 % respondentů.

**Položka 18:** Otázka 13 – Víte, co je to eutanazie?

Cíl: Zjistit, jaké je povědomí o eutanazii.

*Tab. 18 Eutanazie – znalost pojmu*

<b>Odpověď</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>%</b>
Ano	66	58.93
Spíše ano	24	21.43
Ne	4	3.57
Spíše ne	9	8.04
Nevím	9	8.04
<b>Celkem</b>	<b>112</b>	<b>100.00</b>



*Graf 12 Eutanazie – znalost pojmu*

**Komentář**

Převážná většina respondentů uvedla, že ví, co je to eutanazie. 58.93 % respondentů odpovědělo „Ano“, 21.43 % respondentů odpovědělo „Spíše ano“, 3.57 % respondentů odpovědělo „Ne“, 8.04 % respondentů odpovědělo „Spíše ne“ a 8.04 % respondentů odpovědělo „Nevím“.

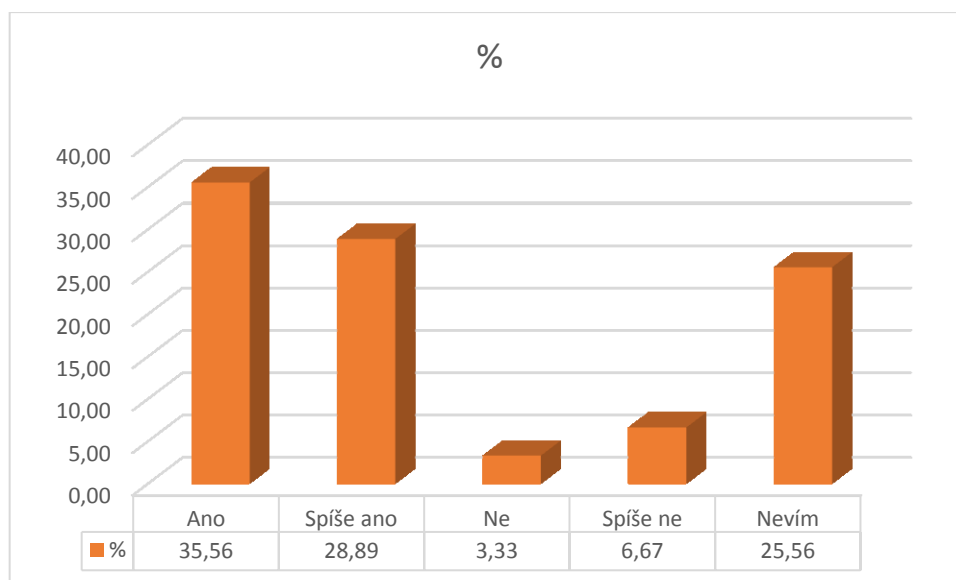


**Položka 19:** Otázka č. 14 – Myslíte si, že by měla být eutanazie legální i v ČR?

Cíl: Zjistit názor veřejnosti na eutanazii.

Tab. 19 Názor na legalizaci eutanazie v ČR

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	32	35.56
Spíše ano	26	28.89
Ne	3	3.33
Spíše ne	6	6.67
Nevím	23	25.56
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100.00</b>



Graf 13 Názor na legalizaci eutanazie v ČR

### Komentář

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří odpověděli kladně na otázku č. 13 – „Víte, co je to eutanazie?“.

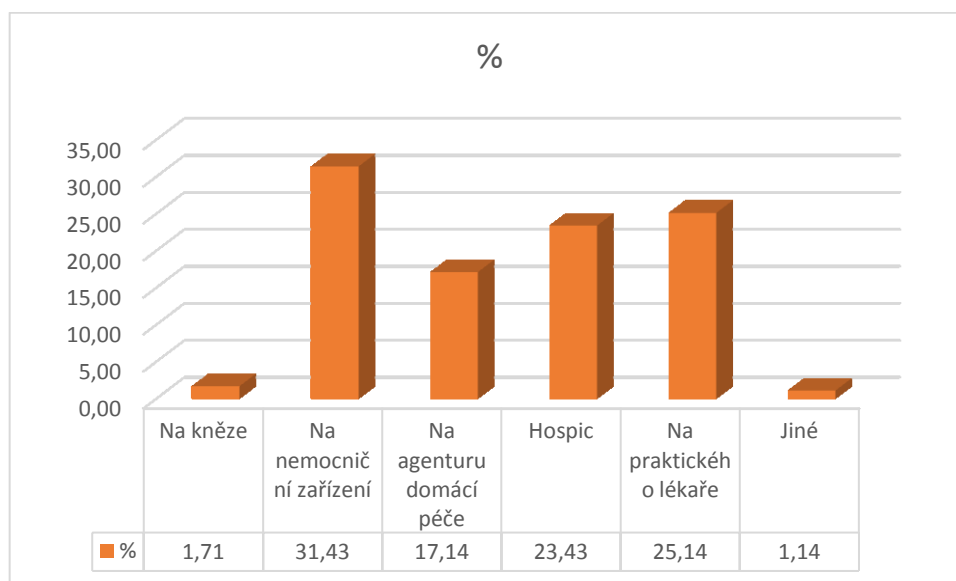
Z odpovědí vyplývá, že respondenti si myslí, že by eutanazie měla být v ČR legální. Konkrétně odpovídali respondenti takto: 35.56 % respondentů odpovědělo „Ano“, 28.89 % respondentů odpovědělo „Spíše ano“, 3.33 % respondentů odpovědělo „Ne“, 6.67 % respondentů odpovědělo „Spíše ne“ a „25.56 % respondentů odpovědělo „Nevím“.

**Položka 20:** Otázka č. 15 – Pokud byste chtěl zajistit péči pro nevléčitelně nemocného blízkého člověka, na koho byste se obrátil(a)?

**Cíl:** Zjistit, na koho by se respondenti obrátili v případě zajištění péče pro nevléčitelně nemocného blízkého člověka.

Tab. 20 Nejčastější volba možnosti péče o blízkou osobu

Odpověď	Počet respondentů	%
Na kněze	3	1.71
Na nemocniční zařízení	55	31.43
Na agenturu domácí péče	30	17.14
Hospic	41	23.43
Na praktického lékaře	44	25.14
Jiné	2	1.14
<b>Celkem</b>	<b>175</b>	<b>100.00</b>



Graf 14 Nejčastější volba možnosti péče o blízkou osobu

### Komentář

Respondenti mohli v této otázce uvést více odpovědí. Celkový počet odpovědí je tedy 175, ačkoli respondentů bylo pouze 112.

Respondenti nejčastěji uvedli, že by se v případě, že by chtěli zajistit péči pro nevléčitelně nemocného blízkého člověka, obrátili na nemocniční zařízení (31.43 %), další nejčastější odpovědí byl praktický lékař (25.14 %), dále hospic (23.43 %) a agentura domácí péče

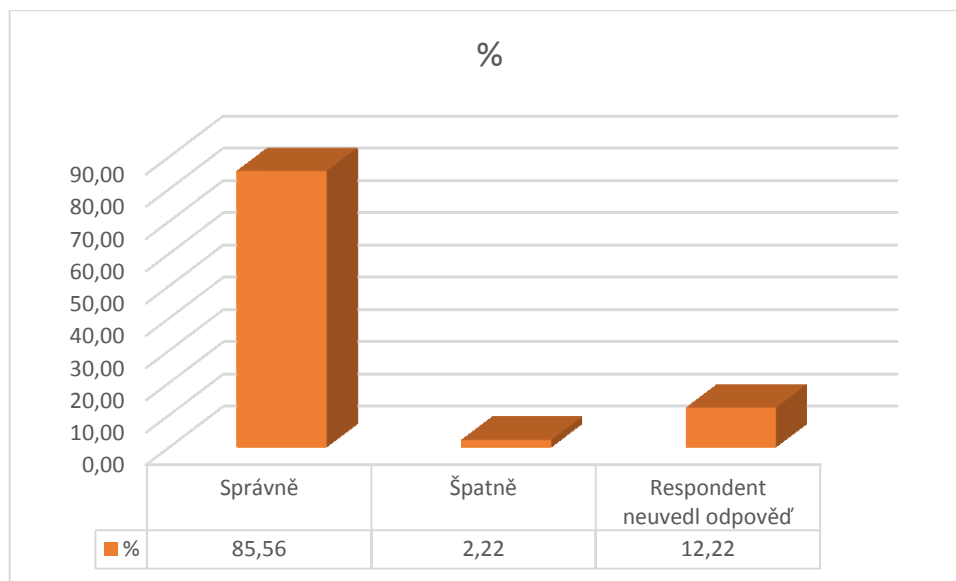
(17.14 %). Odpověď „Na kněze“ uvedli respondenti pouze v 1.71 % případech. 2 respondenti uvedli možnost „Jiné“. To představuje 1.14 % odpovědí.

**Položka 21:** Otázka č. 13 – Víte, co je eutanazie? Pokud jste odpověděl(a) ano nebo spíše ano, pokuste se, prosím, tento pojem vysvětlit.

**Cíl:** Zjistit, zda respondenti, kteří odpověděli kladně na otázku č. 13, opravdu ví, co je to eutanazie.

Tab. 21 Ověření správnosti odpovědi III.

Odpověď	Počet respondentů	%
Správně	77	85.56
Špatně	2	2.22
Respondent neuvedl odpověď	11	12.22
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100.00</b>



Graf 15 Ověření správnosti odpovědi III.

### Komentář

Na tuto podotázku odpovídalo pouze 90 respondentů, kteří odpověděli kladně na otázku č. 13.

Většina respondentů (85.56 %) správně vysvětlila, co je to eutanazie. Pouze 2.22 % respondentů uvedlo špatnou odpověď. 12.22 % respondentů neuvedlo žádnou odpověď. Mů-

žeme tedy říci, že respondenti, kteří uvedli, že ví, co je eutanazie, tomuto pojmu skutečně rozumí.

**Položka 22:** Otázka č. 14 – Myslíte si, že by měla být eutanazie legální i v ČR? V případě kladné i záporné odpovědi uveďte, prosím, vaše argumenty.

**Cíl:** Zjistit, z jakého důvodu by dle respondentů eutanazie měla nebo neměla být v ČR legální.

Tab. 22 Argumenty pro a proti legalizaci eutanazie

Odpověď	Argument	Počet respondentů	%
ANO	Celková ztráta hybnosti	1	1.56
	Dlouhodobá kómata s infaustní prognózou, při nichž pacient přežívá pouze na přístrojích	1	1.56
	Nebezpečí zneužití	3	4.69
	Nevyléčitelná nemoc spojená s nesnesitelnou bolestí	12	18.75
	Osobní zkušenost péče o nevléčitelně nemocného	1	1.56
	Právo rozhodovat o svém životě	21	32.81
	Respondent neuvedl argument	23	35.94
	Souhlas rodiny	2	3.13
NE	Nebezpečí zneužití	6	54.55
	Právo rozhodovat o svém životě	2	18.18
	Respondent neuvedl argument	3	27.27
Nevím	Nebezpečí zneužití	4	16.67
	Nevyléčitelná nemoc spojená s nesnesitelnou bolestí	1	4.17
	Respondent neuvedl argument	19	79.17
<b>Celkem</b>		<b>99</b>	<b>100.00</b>

### Komentář

Argumenty uváděli pouze respondenti, kteří odpověděli kladně na otázku č. 13 – „Víte, co je eutanazie?“.

Respondenti, kteří uvedli, že si myslí, že by měla být eutanazie v ČR legální, ve většině případů argumentovali tím, že by měl každý mít právo rozhodovat o svém životě (32.81 %). Dalším častým argumentem k legalizaci eutanazie bylo, že lidé často trpí nevléčitelnou nemocí spojenou s nesnesitelnou bolestí (18.75 %). 35.94 % respondentů, kteří odpověděli kladně na otázku č. 13, neuvedlo argument. Respondenti, kteří uvedli, že si myslí, že

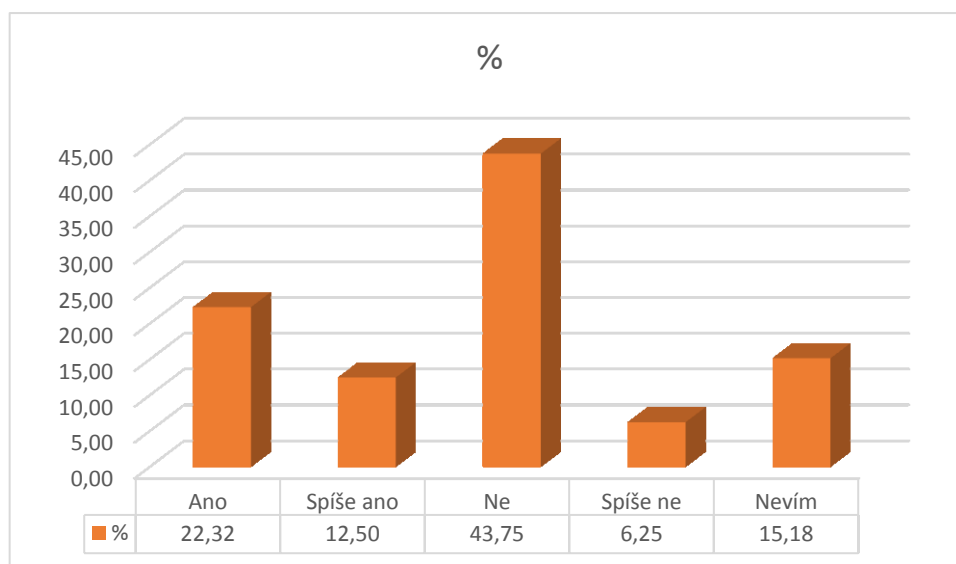
by eutanazie v ČR neměla být legální, většinou argumentovali nebezpečím zneužití (54.55 %). 18.18 % respondentů uvedlo, že by měl mít každý právo rozhodovat o svém životě. 27.27 % respondentů neuvedlo argument. Respondenti, kteří na otázku č. 13 odpověděli „Nevím“ ve většině případů neuvedli argument (79.17 %).

**Položka 23:** Otázka č. 16 – Znáte některé konkrétní zařízení, které poskytuje hospicovou či paliativní péči ve Vašem regionu nebo i mimo region, ve kterém bydlíte?

**Cíl:** Zjistit povědomí respondentů o zařízeních, které poskytují hospicovou nebo paliativní péči.

Tab. 23 Znalost zařízení v regionu

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	25	22.32
Spíše ano	14	12.50
Ne	49	43.75
Spíše ne	7	6.25
Nevím	17	15.18
<b>Celkem</b>	<b>112</b>	<b>100.00</b>



Graf 16 Znalost zařízení v regionu

### Komentář

Přesná polovina respondentů (50 %) uvedla, že nezná konkrétní zařízení, které poskytuje hospicovou nebo paliativní péči. 43.75 % respondentů uvedlo odpověď „Ne“, 6.25

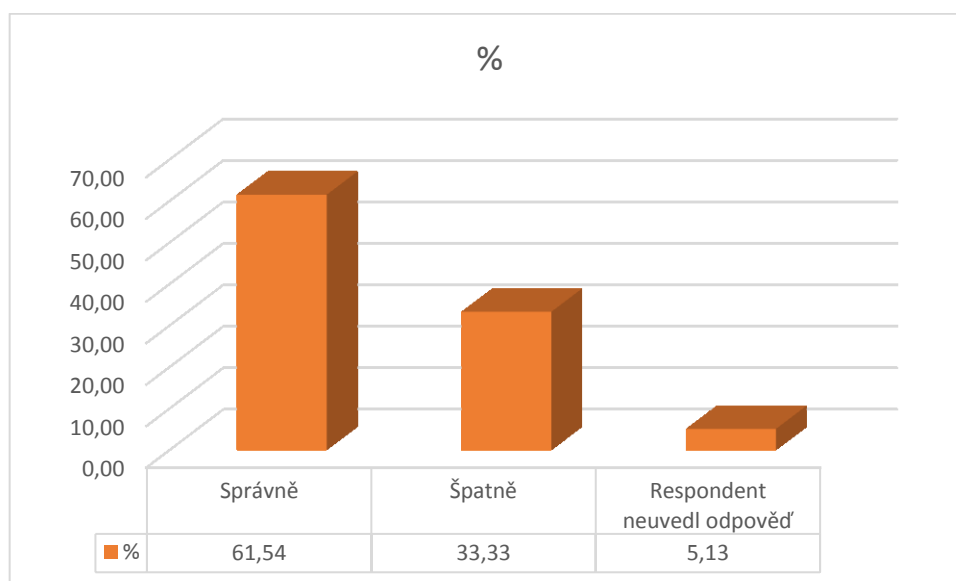
% respondentů uvedlo odpověď „Spíše ne“. Třetina respondentů (34.82 %) odpověděla, že zná konkrétní zařízení, které poskytuje hospicovou nebo paliativní péči. 22.32 % respondentů odpovědělo „Ano“, 12.50 % respondentů odpovědělo „Spíše ano“. 15.18 % respondentů uvedlo, že neví.

**Položka 24:** Otázka č. 16 – Znáte některé konkrétní zařízení, které poskytuje hospicovou či paliativní péči ve Vašem regionu nebo i mimo region, ve kterém bydlíte?  
- Analýza odpovědí respondentů, kteří odpověděli „Ano“ a „Spíše ano“.

**Cíl:** Zjistit, zda respondenti, kteří odpověděli kladně na otázku č. 16, skutečně znají nějaké konkrétní zařízení, které poskytuje hospicovou nebo paliativní péči.

Tab. 24 Ověření správnosti odpovědi IV.

Odpověď	Počet respondentů	%
Správně	24	61.54
Špatně	13	33.33
Respondent neuvedl odpověď	2	5.13
<b>Celkem</b>	<b>39</b>	<b>100.00</b>



Graf 17 Ověření správnosti odpovědi IV.

**Komentář**

Konkrétní zařízení, které poskytuje hospicovou, nebo paliativní péči měli uvést pouze respondenti, kteří odpověděli kladně na otázku č. 16.

61.54 % respondentů dokázalo uvést správné zařízení. 33.33 % respondentů uvedlo špatný příklad zařízení, které poskytuje hospicovou nebo paliativní péči a 5.13 % respondentů neuvedlo žádný příklad.

**Položka 25:** Otázka č. 16 – Znáte některé konkrétní zařízení, které poskytuje hospicovou či paliativní péči ve Vašem regionu nebo i mimo region, ve kterém bydlíte?

- Analýza uvedených zařízení, které poskytují hospicovou nebo paliativní péči.

Cíl: Zjistit, které zařízení respondenti znají.

*Tab. 25 Zařízení hospicové péče*

<b>Zařízení poskytující hospicovou nebo paliativní péči</b>	<b>Počet odpovědí</b>
Hospic Svatý Kopeček Olomouc	17
Respondent uvedl špatnou odpověď (Myslel si, že je LDN a hospic totéž)	13
Valašské Meziříčí – Citadela	8
Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa – Oblastní charita Rajhrad	2
Hospic Svaté Alžběty Brno	2
Domácí hospicová péče – Charita Holešov	1
Domácí hospicová péče – Charita Přerov	1
Hospic Svatého Štěpána Litoměřice	1
<b>Celkem</b>	<b>45</b>

**Komentář**

Respondenti mohli uvést více zařízení, které poskytují hospicovou nebo paliativní péči.

Nejčastěji respondenti uvedli Hospic Svatý Kopeček v Olomouci. Tento hospic uvedlo 17 respondentů. Druhým nejčastěji uvedeným hospicem byla v 8 případech Citadela ve Valašském Meziříčí. Dvakrát respondenti uvedli Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa – Oblastní charita Rajhrad a Hospic Svaté Alžběty v Brně. Jednou respondenti uvedli Domácí hospicovou péči – Charita Holešov, Domácí hospicovou péči – Charita Přerov a Hospic Svatého Štěpána v Litoměřicích.

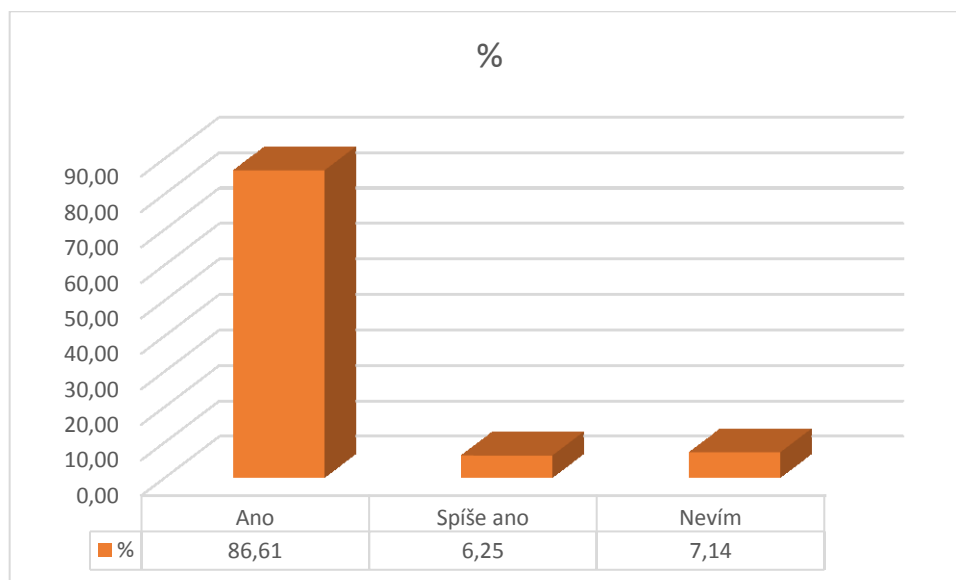
13 respondentů uvedlo nesprávné zařízení z důvodu, že se domnívali, že LDN a hospic je totéž.

**Položka 26:** Otázka č. 17 – Myslíte si, že jsou taková zařízení potřebná?

**Cíl:** Zjistit, zda se respondenti domnívají, že jsou tato zařízení potřebná.

Tab. 26 Názor na potřebnost zařízení

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	97	86.61
Spíše ano	7	6.25
Nevím	8	7.14
<b>Celkem</b>	<b>112</b>	<b>100.00</b>



Graf 18 Názor na potřebnost zařízení

### Komentář

Z uvedených odpovědí jasně vyplývá, že se respondenti domnívají, že jsou zařízení, které poskytují hospicovou nebo paliativní péči potřeba. 86.61 % respondentů uvedlo odpověď „Ano“, 6.25 % respondentů „Spíše ano“ a 7.14 % respondentů odpovědělo, že neví.

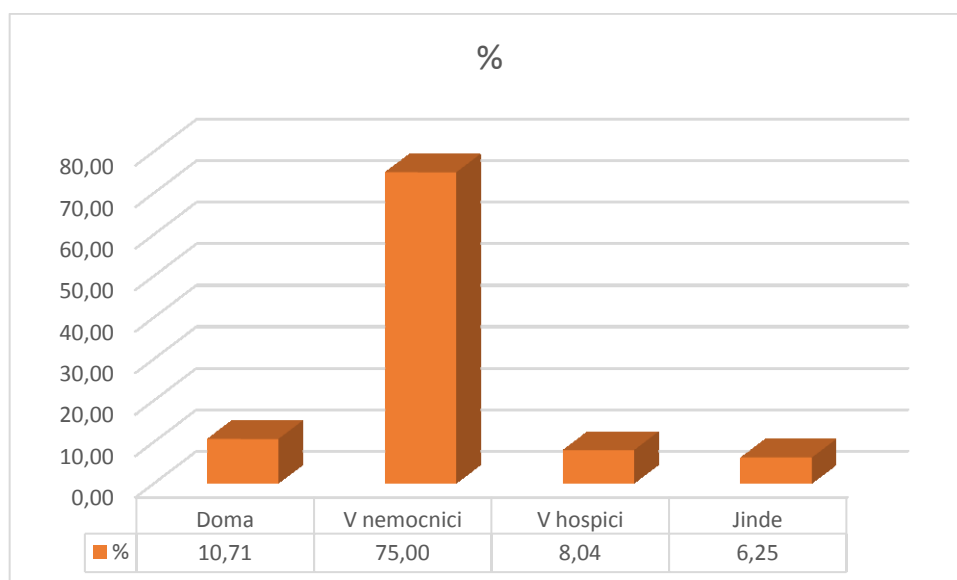


**Položka 27:** Otázka č. 18 – Kde podle Vás v současné době lidé nejvíce umírají?

**Cíl:** Zjistit, kde podle respondentů v současné době lidé nejvíce umírají.

Tab. 27 Názor na nejčastější místo umírání

Odpověď	Počet respondentů	%
Doma	12	10.71
V nemocnici	84	75.00
V hospici	9	8.04
Jinde	7	6.25
<b>Celkem</b>	<b>112</b>	<b>100.00</b>



Graf 19 Názor na nejčastější místo umírání

### Komentář

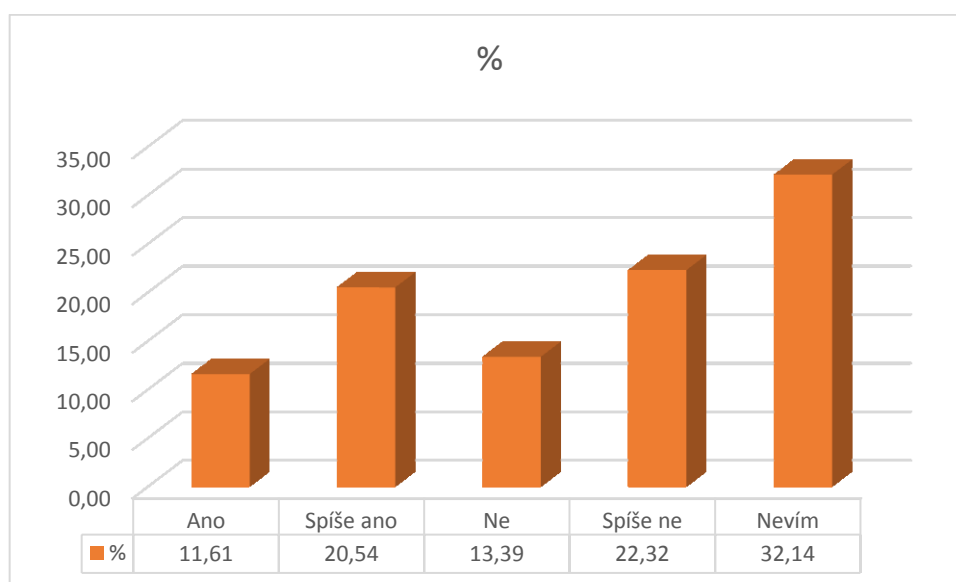
Většina respondentů se domnívá, že lidé v současné době nejvíce umírají v nemocnici (75.00 %). Zbývající respondenti uvedli jako nejčastější místo úmrtí doma (10.71 %), v hospici (8.04 %) nebo jinde (6.25%).

**Položka 28:** Otázka č. 19 – Myslíte si, že je hospicová péče dostupná pro každého?

**Cíl:** Zjistit, zda se respondenti domnívají, že je hospicová péče dostupná pro každého.

Tab. 28 Názor na dostupnost paliativní péče

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	13	11.61
Spíše ano	23	20.54
Ne	15	13.39
Spíše ne	25	22.32
Nevím	36	32.14
<b>Celkem</b>	<b>112</b>	<b>100.00</b>



Graf 20 Názor na nejčastější místo umírání

### Komentář

Názor na to, zda je hospicová péče dostupná pro každého, je u respondentů velmi rozdílný. Kladně na tuto otázku odpovědělo 32.4 % respondentů, záporně 35.71 % respondentů. Odpověď „Nevím“ zvolilo 32.14 % respondentů.

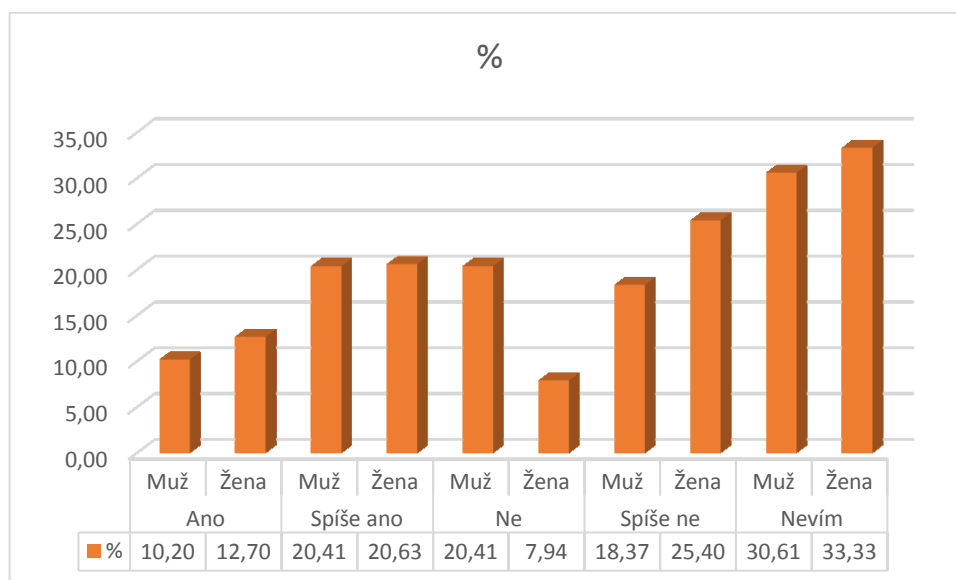
**Položka 29:** Otázka č. 19 – Myslíte si, že je hospicová péče dostupná pro každého?

- Analýza dle pohlaví respondentů.

**Cíl:** Zjistit, zda existuje rozdíl v názoru, zda je hospicová péče dostupná pro každého dle pohlaví respondentů.

Tab. 29 Názor na dostupnost paliativní péče dle pohlaví

Odpověď	Pohlaví	Počet respondentů	%
Ano	Muž	5	10.20
	Žena	8	12.70
Spíše ano	Muž	10	20.41
	Žena	13	20.63
Ne	Muž	10	20.41
	Žena	5	7.94
Spíše ne	Muž	9	18.37
	Žena	16	25.40
Nevím	Muž	15	30.61
	Žena	21	33.33
<b>Celkem</b>		<b>112</b>	



Graf 21 Názor na dostupnost paliativní péče dle pohlaví

**Komentář**

Dle odpovědí respondentů se 30.61 % mužů domnívá, že je hospicová péče dostupná pro každého. Stejný názor má 33.33 % žen. 38.78 % mužů se domnívá, že hospicová péče není dostupná pro každého. Stejný názor má 33.33 % žen. Z odpovědí respondentů tedy vyplývá, že neexistuje rozdíl v názoru, zda je hospicová péče dostupná pro každého dle pohlaví respondentů.

**Položka 30:** Otázka č. 19 – Myslíte si, že je hospicová péče dostupná pro každého?

- Analýza dle věku respondentů.

**Cíl:** Zjistit, zda existuje rozdíl v názoru, zda je hospicová péče dostupná pro každého dle věku respondentů.

*Tab. 30 Názor na dostupnost paliativní péče dle věku*

<b>Odpověď</b>	<b>Věk</b>	<b>Celkem</b>	<b>%</b>
Ano	18-29	3	10.34
	30-44	3	9.38
	45-59	5	13.89
	60 a více	2	13.33
Spíše ano	18-29	11	37.93
	30-44	3	9.38
	45-59	7	19.44
	60 a více	2	13.33
Ne	18-29	4	13.79
	30-44	5	15.63
	45-59	3	8.33
	60 a více	3	20.00
Spíše ne	18-29	4	13.79
	30-44	6	18.75
	45-59	12	33.33
	60 a více	3	20.00
Nevím	18-29	7	24.14
	30-44	15	46.88
	45-59	9	25.00
	60 a více	5	33.33
<b>Celkem</b>		<b>112</b>	

**Komentář**

Z odpovědí vyplývá, že nejčastěji odpovídali kladně respondenti ve věku od 18 do 29 let (48.28 %). Stejně odpovědělo 18.75 % respondentů ve věku 30–44 let, 33.33 % respondentů ve věku 45–59 let a 26.67 % respondentů starších 60 let. Záporně nejčastěji odpovídali respondenti ve věku od 45 do 59 let (41.67 %) a starší 60 let (40.00 %). Stejně odpovědělo 34.38 % respondentů ve věku od 30 do 44 let a 27.59 % respondentů ve věku od 18 do 29 let.

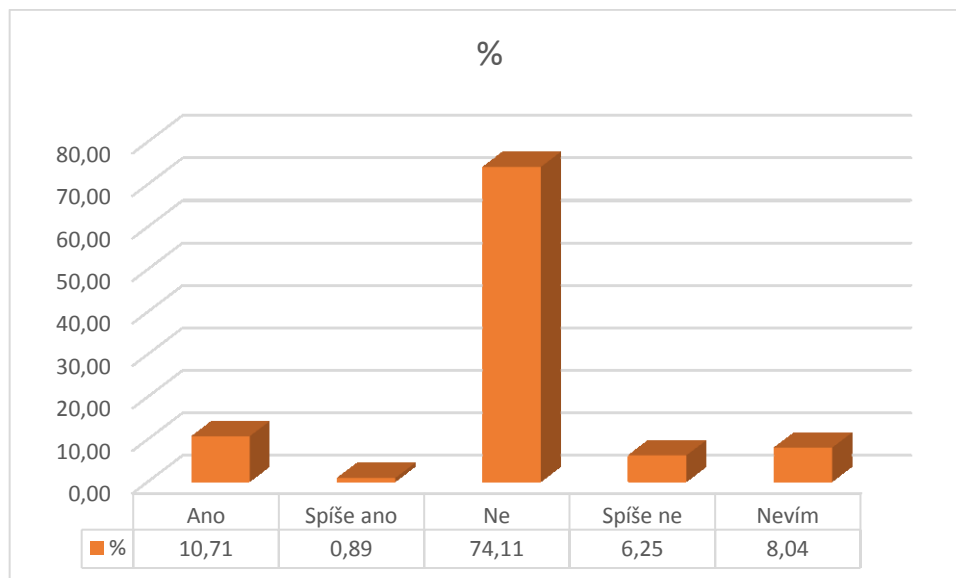
Z odpovědí respondentů vyplývá, že existuje rozdíl v názoru, zda je hospicová péče dostupná pro každého dle věku respondentů. Respondenti ve věku 18–29 let zcela evidentně nejčastěji uvedli, že se domnívají, že je hospicová péče dostupná pro každého.

**Položka 31:** Otázka č. 20 – Máte rodinné příslušníky nebo známé, kteří mají zkušenost s hospicovou péčí?

**Cíl:** Zjistit, zda mají respondenti rodinné příslušníky nebo známé, kteří mají zkušenost s hospicovou péčí?

*Tab. 31 Osobní zkušenost s hospicovou péčí*

<b>Odpověď</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>%</b>
Ano	12	10.71
Spíše ano	1	0.89
Ne	83	74.11
Spíše ne	7	6.25
Nevím	9	8.04
<b>Celkem</b>	<b>112</b>	<b>100.00</b>



Graf 22 Osobní zkušenost s hospicovou péčí

### Komentář

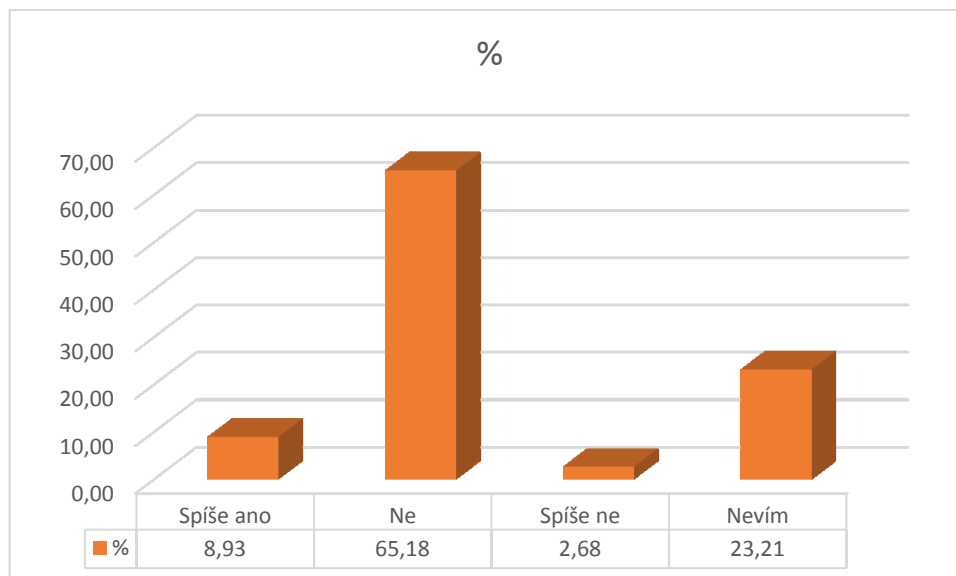
Většina respondentů (74.11 %) uvedla, že nemá rodinné příslušníky nebo známé, kteří mají zkušenost s hospicovou péčí. 6.25 % respondentů uvedlo „Spíše ne“. 10.71 % respondentů uvedlo, že mají rodinné příslušníky nebo známé, kteří mají zkušenost s hospicovou péčí. Odpověď „Spíše ano“ zvolilo 0.89 % respondentů. „Nevím“ odpovědělo 8.04 % respondentů.

**Položka 32:** Otázka č. 21 – Myslíte si, že je paliativní či hospicová péče vhodná pouze pro onkologicky nemocné pacienty v pokročilém stádiu?

**Cíl:** Zjistit, zda se respondenti domnívají, že je hospicová péče vhodná pouze pro onkologicky nemocné pacienty v pokročilém stádiu.

Tab. 32 Názor na využití hospiců pouze pro onkologické pacienty

Odpověď	Počet respondentů	%
Spíše ano	10	8.93
Ne	73	65.18
Spíše ne	3	2.68
Nevím	26	23.21
<b>Celkem</b>	<b>112</b>	<b>100.00</b>



Graf 23 Názor na využití hospiců pouze pro onkologické pacienty

### Komentář

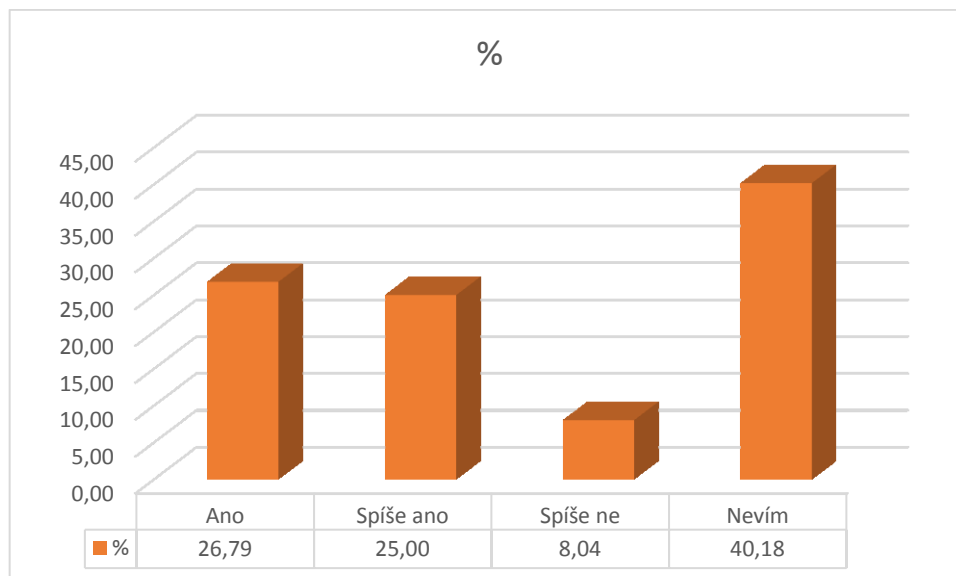
Nejčastější odpovědí respondentů byla možnost „Ne“. Tu zvolilo 65.18 % respondentů. Odpověď „Spíše ano“ zvolilo 8.93 % respondentů, „Spíše ne“ 2.68 % respondentů a „Nevím“ 23.21 % respondentů. Odpověď „Ano“ neuvedl žádný z respondentů.

**Položka 33:** Otázka č. 22 – Myslíte si, že je paliativní či hospicová péče určena také pro lidi s neurologickým postižením v případě velmi špatné diagnózy?

**Cíl:** Zjistit, zda se respondenti domnívají, že je paliativní či hospicová péče určena také pro lidi s neurologickým postižením v případě velmi špatné diagnózy.

Tab. 33 Názor na využití hospiců pro neurologické pacienty

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	30	26.79
Spíše ano	28	25.00
Spíše ne	9	8.04
Nevím	45	40.18
<b>Celkem</b>	<b>112</b>	<b>100.00</b>



Graf 24 názor na využití hospiců pro neurologické pacienty

### Komentář

Nejvíce respondentů na tuto otázku uvedlo, že neví (40.18 %). Kladně odpovědělo 51.79 % respondentů, z toho 26.79 % respondentů uvedlo „Ano“ a 25 % respondentů „Spíše ano“. 8.04 % respondentů uvedlo „Spíše ne“. Žádný z respondentů neuvedl odpověď „Ne“. Z odpovědí respondentů je patrné, že se většina domnívá, že je paliativní či hospicová péče určena také pro lidi s neurologickým postižením v případě velmi špatné diagnózy.

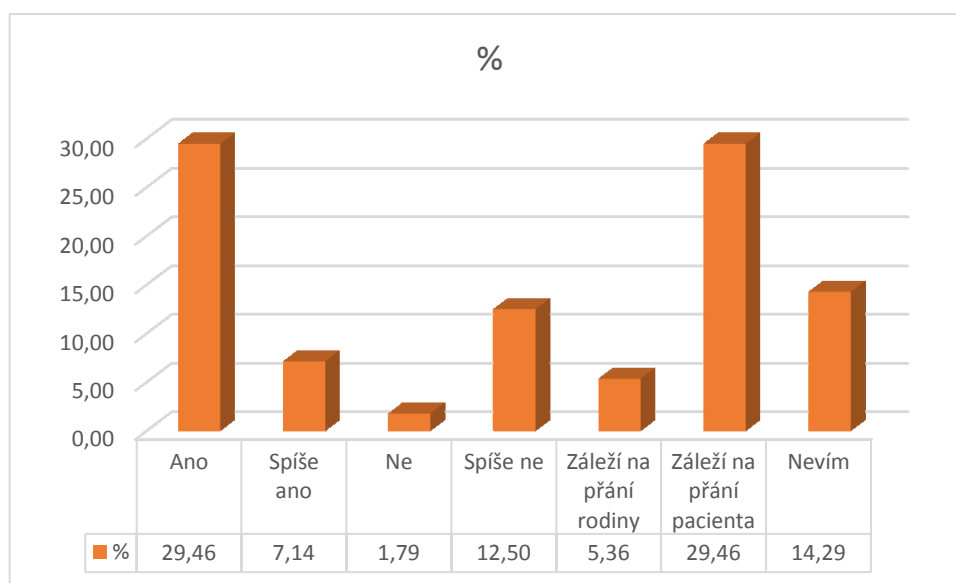
**Položka 34:** Otázka č. 23 – Myslíte si, že by se měl resuscitovat nevléčitelně nemocný pacient v případě velmi nepříznivé prognózy?

**Cíl:** Zjistit názor respondentů na resuscitaci nevléčitelně nemocného pacienta v případě velmi nepříznivé prognózy.

Tab. 34 Názor na indikaci k resuscitaci pacientů v terminálním stádiu

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	33	29.46
Spíše ano	8	7.14
Ne	2	1.79
Spíše ne	14	12.50
Záleží na přání rodiny	6	5.36
Záleží na přání pacienta	33	29.46
Nevím	16	14.29
<b>Celkem</b>	<b>112</b>	<b>100.00</b>





Graf 25 Názor na indikaci k resuscitaci pacientů v terminálním stádiu

### Komentář

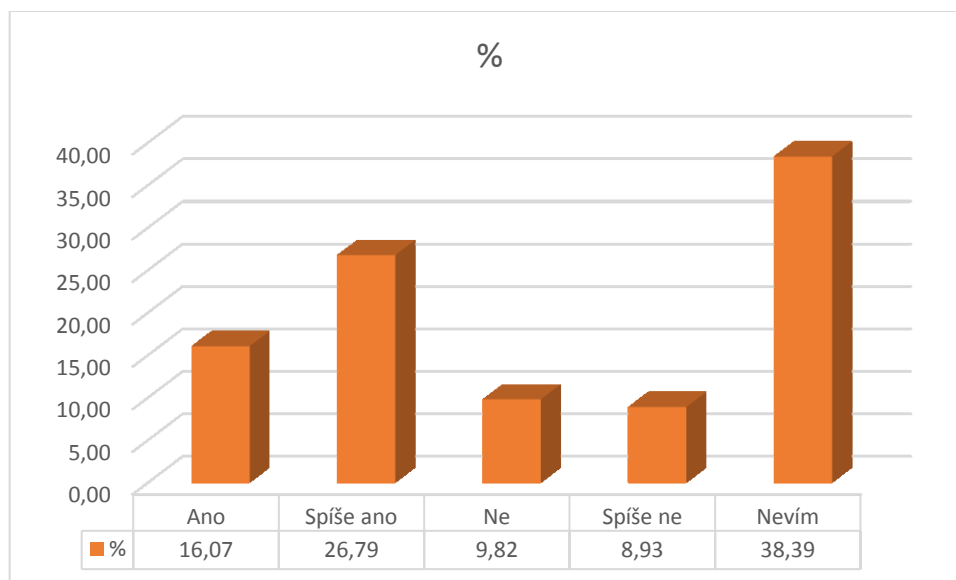
Respondenti nejčastěji uvedli, že si myslí, že by se měl resuscitovat nevléčitelně nemocný pacient i v případě velmi nepříznivé prognózy (29.46 %). Stejný počet respondentů uvedlo, že si myslí, že záleží na přání pacienta. 7.14 % respondentů uvedlo možnost „Spíše ano“, 1.79 % respondentů uvedlo „Ne“, 12.50 % respondentů „Spíše ne“. 5.36 % respondentů se domnívá, že záleží na přání rodiny. Odpověď „Nevím“ zvolilo 14.29 % respondentů.

**Položka 35:** Otázka č. 24 – Chtěl byste sám využít služeb hospicové péče, pokud byste trpěl nevléčitelnou nemocí?

**Cíl:** Zjistit, zda by respondenti chtěli využít služeb hospicové péče v případě, že by sami trpěli nevléčitelnou nemocí.

Tab. 35 Zájem o využití hospiců vlastní osobou

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	18	16.07
Spíše ano	30	26.79
Ne	11	9.82
Spíše ne	10	8.93
Nevím	43	38.39
<b>Celkem</b>	<b>112</b>	<b>100.00</b>



Graf 26 Zájem o využití hospiců vlastní osobou

### Komentář

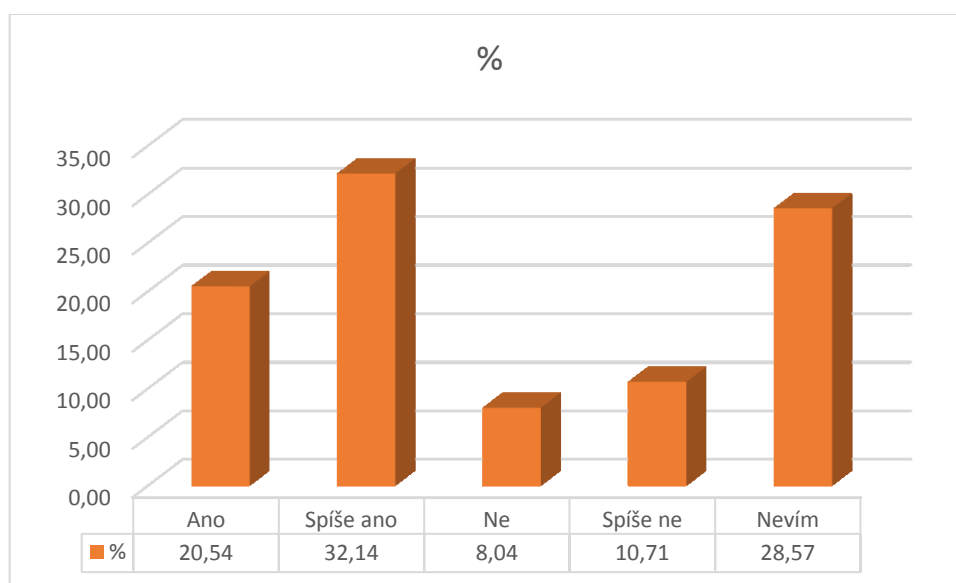
Nejvíce respondentů uvedlo, že neví, zda by chtěli využít služeb hospicové péče v případě, že by sami trpěli nevléčitelnou nemocí. 26.79 % respondentů uvedlo odpověď „Spíše ano“, 16.07 % respondentů odpovědělo „Ano“, 9.82 % respondentů „Ne“ a 8.93 % respondentů „Spíše ne“. Z odpovědí lze soudit, že většina respondentů není rozhodnuta, zbývající respondenti by ale ve většině případů využili možnost hospicové péče.

**Položka 36:** Otázka č. 25 – Využil(a) byste služeb hospicové péče u Vaší blízké nevyléčitelně nemocné osoby?

**Cíl:** Zjistit, zda by respondenti využili služeb hospicové péče u své blízké nevyléčitelně nemocné osoby.

Tab. 36 Zájem o využití hospiců u blízké osoby

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	23	20.54
Spíše ano	36	32.14
Ne	9	8.04
Spíše ne	12	10.71
Nevím	32	28.57
<b>Celkem</b>	<b>112</b>	<b>100.00</b>



Graf 27 Zájem o využití hospiců u blízké osoby

### Komentář

Respondenti na otázku č. 25 odpovídali velice podobně jako na otázku č. 24. Zatímco otázka č. 24 byla mířena přímo na respondenta, otázka č. 25 se týkala blízkých osob respondentů. Z odpovědí tedy vyplývá, že by respondenti i v případě blízkých osob využili služeb hospicové péče. 21.14 % respondentů uvedlo odpověď „Spíše ano“, 20.54 % respondentů odpovědělo „Ano“, 10.71 % respondentů „Spíše ne“ a 8.04 % respondentů

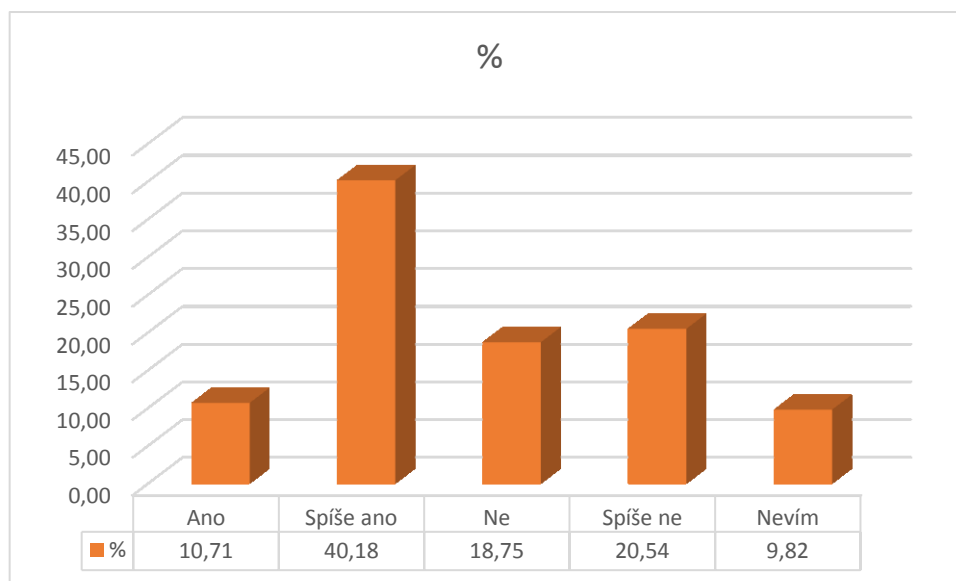
„Ne“. 28.57 % respondentů neví, zda by využili služeb hospicové péče u své blízké nevy-  
léčitelně nemocné osoby.

**Položka 37:** Otázka č. 26 – Myslíte si, že je v naší společnosti diskuze o umírání a smrti  
tabu?

**Cíl:** Zjistit, zda se respondenti domnívají, že je v naší společnosti diskuze o umí-  
rání a smrti tabu.

Tab. 37 Názor na tabuizaci diskuze o umírání

Odpověď	Počet respondentů	%
Ano	12	10.71
Spíše ano	45	40.18
Ne	21	18.75
Spíše ne	23	20.54
Nevím	11	9.82
<b>Celkem</b>	<b>112</b>	<b>100.00</b>



Graf 28 Názor na tabuizaci diskuze o umírání

### Komentář

Respondenti nejčastěji odpovídali, že se domnívají, že je v naší společnosti diskuze o umírání a smrti spíše tabu (40.18 %). Odpověď „Ano“ uvedlo 10.71 % respondentů. „Spíše ne“ uvedlo 20.54 % respondentů, „Ne“ odpovědělo 18.75 % respondentů. 9.82 % respondentů uvedlo, že neví.

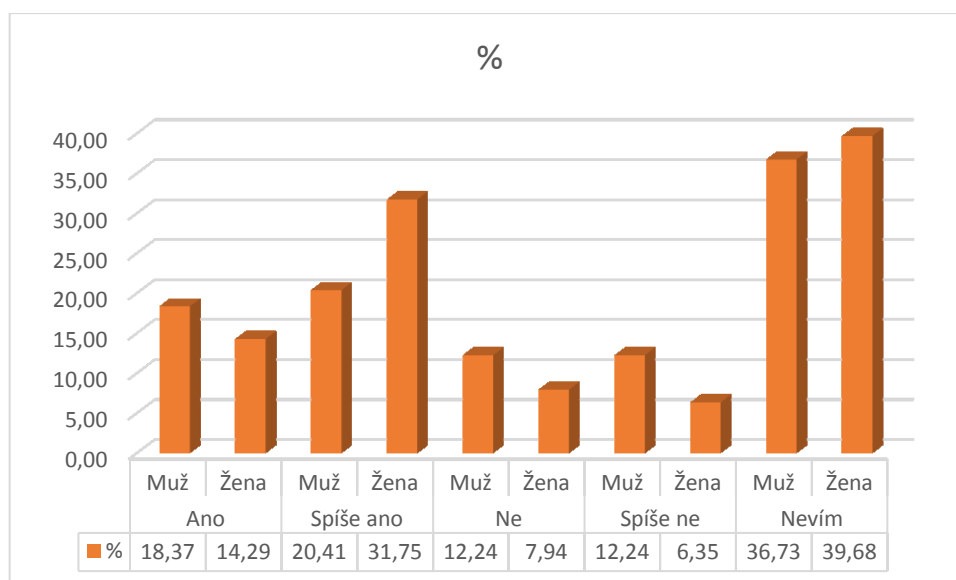
**Položka 38:** Otázka č. 24 – Chtěl byste sám využít služeb hospicové péče, pokud byste trpěl nevléčitelnou nemocí?

- Analýza dle pohlaví respondentů.

**Cíl:** Zjistit, zda existuje rozdíl v názoru, zda by respondenti využili služeb hospicové péče, pokud by trpěli nevléčitelnou nemocí dle pohlaví respondentů.

Tab. 38 Zájem o využití hospice vlastní osobou dle pohlaví

Odpoověď	Pohlaví	Počet respondentů	%
Ano	Muž	9	18.37
	Žena	9	14.29
Spíše ano	Muž	10	20.41
	Žena	20	31.75
Ne	Muž	6	12.24
	Žena	5	7.94
Spíše ne	Muž	6	12.24
	Žena	4	6.35
Nevím	Muž	18	36.73
	Žena	25	39.68
<b>Celkem</b>		<b>112</b>	<b>100.00</b>



Graf 29 Zájem o využití hospice vlastní osobou dle pohlaví

**Komentář**

Po analýze odpovědí lze říci, že spíše neexistuje rozdíl mezi muži a ženami v názoru na to, zda by sami chtěli využít služeb hospicových služeb, pokud by trpěli nevyléčitelnou nemocí. Rozdíl v odpovědích mužů a žen je zanedbatelný. Kladně na tuto otázku odpovědělo 38.78 % mužů a 46.04 % žen. Záporně odpovědělo 24.48 % mužů a 14.29 % žen. Odpověď „Nevím“ zvolilo 36.73 % mužů a 39.68 % žen.

**Položka 39:** Otázka č. 24 - Chtěl byste sám využít služeb hospicové péče, pokud byste trpěl nevléčitelnou nemocí?

- Analýza dle věku respondentů.

**Cíl:** Zjistit, zda existuje rozdíl v názoru, zda by respondenti využili služeb hospicové péče, pokud by trpěli nevléčitelnou nemocí dle věku respondentů.

*Tab. 39 Zájem o využití hospicu vlastní osobou dle věku*

<b>Odpověď</b>	<b>Věk</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>%</b>
Ano	18-29	1	3.45
	30-44	6	18.75
	45-59	8	22.22
	60 a více	3	20.00
Spíše ano	18-29	8	27.59
	30-44	10	31.25
	45-59	9	25.00
	60 a více	3	20.00
Ne	18-29	3	10.34
	30-44	1	3.13
	45-59	3	8.33
	60 a více	4	26.67
Spíše ne	18-29	4	13.79
	30-44	3	9.38
	45-59	2	5.56
	60 a více	1	6.67
Nevím	18-29	13	44.83
	30-44	12	37.50
	45-59	14	38.89
	60 a více	4	26.67
<b>Celkem</b>		<b>112</b>	<b>100.00</b>

**Komentář**

Z odpovědí vyplývá, že nejčastěji kladně odpověděli respondenti ve věku od 30 do 44 let (50 %). Dále pak respondenti starší 60 let (46.67 %) a respondenti ve věku od 18 do 29 let (31.03 %). Nejméně často odpovídali kladně respondenti ve věku 45 do 59 let (30.56 %).

## 8 DISKUZE

Smrt je přirozenou součástí našeho života. Problém dnešní doby je ten, že většina lidí umírá osamocena v nemocničních zařízeních. Nicméně, podle většiny výzkumů by si přáli lidé zemřít bez bolesti, důstojně a v okruhu svých nejbližších příbuzných. Proto je zde paliativní a hospicová péče.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti laiků o paliativní a hospicové péči a názory na paliativní péči, hospicovou péči a eutanazii. Průzkumu se zúčastnilo 112 respondentů, z toho 49 mužů (43.75 %) a 63 žen (56.25 %) různých věkových skupin.

K hodnocení jsem použil vlastní dotazník, který jsem vypracoval.

Z průzkumu vyplynulo, že se s pojmem paliativní péče setkala 50.90 % respondentů. Zbylí respondenti se s tímto pojmem buďto nesetkali (42.85 %) nebo nevěděli, zda se s ním setkali (6.25 %). Při zkoumání, zda se s pojmem paliativní péče setkali spíše muži nebo ženy, vyšlo najevo, že obě skupiny odpovídaly stejně. Mužů se s tímto pojmem setkala 48.98 % a žen 52.38 %.

Při analýze odpovědí dle věku respondentů bylo zjištěno, že se s pojmem paliativní nebo hospicová péče setkali nejčastěji respondenti ve věku od 45 do 59 let (67.26 %). Překvapením bylo, že respondenti starší 60 let se s tímto pojmem setkali nejméně často (pouze 19.05 % respondentů).

Při analýze odpovědí dle vzdělání respondentů bylo zjištěno, že se s pojmem paliativní nebo hospicová péče setkali nejčastěji respondenti s vysokoškolským vzděláním (55.56 %). Nejméně se s tímto pojmem setkali vyučení respondenti (41.94 %). Při porovnávání odpovědí jsem vyřadil respondenty, kteří uvedli vzdělání „Základní“ a „Vyšší odborné“. Důvodem byl nízký počet respondentů (v obou případech se jednalo pouze o 4 respondenty). Vzorek dle mého názoru nebyl dostatečně reprezentativní a případný výsledek by zřejmě neodpovídal realitě. Ponechání byli tedy jen respondenti, kteří uvedli vzdělání „středoškolské“, „vysokoškolské“ a „vyučený(á)“.

O paliativní péči se respondenti nejčastěji dozvěděli z médií (57.89 %) a od přátel (22.81 %). Respondenti, kteří uvedli, že se setkali s pojmem paliativní a hospicová péče, se měli pokusit tento pojem vysvětlit. Celkem se jednalo o 57 respondentů. Většina z nich dokázala pojem úspěšně vysvětlit (59.65 %). Čtvrtina respondentů nevedla odpověď (28.07 %). Respondenti měli dále odpovědět, co je hlavním cílem paliativní a hospicové péče. Správně odpovědělo 78 (69.64 %) respondentů.



Z výzkumu dále vyplynulo, že ženy (77.77 %) mají větší povědomí o tom, co je to hospic, než muži (51.02 %). Stejně jako u pojmu paliativní a hospicová péče, měli největší povědomí o tom, co je to hospic respondenti ve věku od 45 do 59 let (80.56 %). Překvapením byli opět respondenti starší 60 let, neboť se s pojmem hospic setkali nejméně často (53.33%).

Při porovnání informovanosti dle vzdělání jsem opět vyřadil respondenty, kteří uvedli vzdělání „základní“ a „vyšší odborné“. Z respondentů s vysokoškolským vzděláním uvedlo 72.22 %, že ví, co je to hospic. Respondentů se středoškolským vzděláním odpovědělo stejně 69.09 %. Vyučených respondentů takto odpovědělo 58.06 %.

Respondenti, kteří uvedli, že ví, co je to hospic, se měli pokusit pojem vysvětlit. Celkem se jednalo o 74 respondentů. Většina respondentů vysvětlila pojem správně (67.57 %), téměř čtvrtina respondentů neuvodla odpověď (22.97 %). Pouze 4.05 % respondentů vysvětlilo pojem špatně. 5.41 % respondentů pojem vysvětlilo částečně správně.

Při porovnání osobní zkušenosti s péčí o nevléčitelně nemocného člověka dle pohlaví a věku bylo zjištěno, že muži i ženy odpovídali téměř totožně. Osobní zkušenost s péčí o nevléčitelně nemocného člověka má 85.71 % mužů a 87.30 % žen. Největší zkušenosti s péčí o nevléčitelně nemocného člověka mají respondenti ve věku od 45 do 59 let (52.77 %). Nejmenší zkušenosti mají opět respondenti starší 60 let (33.34 %).

V další části průzkumu jsem zjišťoval, zda se respondenti domnívají, že je péče o nevléčitelně nemocné v ČR dostatečně zabezpečena. Většina respondentů odpověděla, že se domnívá, že péče o nevléčitelně nemocné v ČR není dostatečně zabezpečena. Konkrétně takto odpovědělo 51.02 % mužů a 53.97 % žen. Z analýzy dle věku respondentů vyplývá, že 93.33 % respondentů starších 60 let se domnívá, že péče není dostatečně zabezpečena. Nejčastější názor, že je péče dostatečně zabezpečena, měli respondenti ve věku od 18 do 29 let (27.59 %).

V další části dotazníku jsem analyzoval odpovědi respondentů ohledně eutanazie. Převážná většina respondentů uvedla, že ví, co je to eutanazie (80.36 %). Vzhledem k odpovědím respondentů nemělo smysl dále otázku analyzovat dle pohlaví nebo věku. Respondenti, kteří odpověděli, že ví, co je to eutanazie, se měli dále pokusit tento pojem vysvětlit. Takových respondentů bylo 90. Většina z nich dokázala správně pojem eutanazie vysvětlit (85.56 %). Pouze 2.22 % respondentů vysvětlila pojem špatně. 12.22 % respondentů neuvodlo žádné vysvětlení.

Respondenti měli dále uvést, zda si myslí, že by měla být eutanazie v ČR legální. 64.45 % respondentů uvedlo, že se domnívají, že by eutanazie v ČR být legální měla. Respondenti nejčastěji argumentovali tím, že má každý člověk právo rozhodovat o svém životě (32.81 %). Zlegalizovat eutanazii v ČR by chtěli respondenti i v případech, kdy je člověk nevléčitelně nemocný a trpí nesnesitelnou bolestí (18.75 %). Nejčastějším argumentem respondentů, kteří uvedli, že si myslí, že by eutanazie v ČR být legální neměla, byl fakt, že zde hrozí nebezpečí zneužití (54.55 %).

Další položkou dotazníku byla otázka, na koho by se respondenti obrátili v případě, že by chtěli zajistit péči pro nevléčitelně nemocného člověka. U této otázky mohli respondenti uvést více odpovědí. Celkový počet odpovědí na tuto otázku bylo 175. Z odpovědí vyplynulo, že by se nejčastěji obrátili na nemocniční zařízení (31.43 %). Respondenti by se často obrátili i na praktického lékaře (25.14 %), hospic (23.43 %) a na agenturu domácí péče (17.14 %).

V další části dotazníku odpovídali respondenti na otázku, zda znají konkrétní zařízení, které poskytuje hospicovou nebo paliativní péči. Přesná polovina respondentů (50 %) uvedla, že konkrétní zařízení nezná. 39 respondentů (34.82 %) uvedlo, že takové zařízení znají. V další otázce jsem se na tyto respondenty zaměřil a zjišťoval, zda skutečně některé zařízení poskytující hospicovou nebo paliativní péči znají. Většina respondentů dokázala správně uvést jméno zařízení (61.54 %). Mezi nejčastěji uváděná zařízení patřily Hospic Svatý Kopeček Olomouc (17 odpovědí) a Valašské Meziříčí – Citadela (8 odpovědí). 13 respondentů uvedlo špatnou odpověď, neboť se domnívali, že LDN a hospic je totéž.

Převážná většina respondentů (86.61 %) uvedla, že jsou zařízení, která poskytují hospicovou nebo paliativní péči potřebná. Respondenti dále odpovídali, kde se domnívají, že v současnosti umírá nejvíce lidí. Většina respondentů uvedla nemocnici (75 %).

V další části měli respondenti odpovídat, zda se domnívají, že je hospicová péče dostupná pro každého. Názory respondentů byly velmi rozdílné. Kladně odpovědělo 32.14 % respondentů, záporně 35.71 % a odpověď „Nevím“ zvolilo 32.14 %. Při analýze dle pohlaví respondentů jsem nezjistil žádné významnější rozdíly v odpovědích. Muži i ženy odpovídali přibližně stejně.

Při analýze dle věku respondentů jsem ale zjistil, že se odpovědi liší. Zjistil jsem, že se nejvíce domnívají, že je hospicová péče dostupná pro každého, respondenti ve věku od 18 do 29 let (48.28 %). Naopak respondentů ve věku od 30 do 44 let odpovědělo kladně pouze 18.75 %.

Respondentů jsem se dále ptal, zda mají rodinné příslušníky nebo známé, kteří mají zkušenost s hospicovou péčí. Převážná většina respondentů uvedla, že nemá (74.11 %). Respondenti měli dále odpovídat, zda by sami využili služeb hospicové péče, pokud by trpěli nevléčitelnou nemocí v terminálním stádiu. Nejčastěji respondenti uváděli, že neví, zda by těchto služeb chtěli využít (38.39 %). Pouze 16.07 % respondentů uvedla jako odpověď „Ano“. Zajímavostí je, že v případě otázky, zda by respondenti využili služeb hospicové péče o své blízké nevléčitelně nemocné osoby, odpovídali respondenti ve většině případů kladně (52.68 %). Plně rozhodnutých respondentů (odpověď „Ano“) bylo 20.54 %. Z odpovědí tedy vyplývá, že ačkoli by respondenti v případě své osoby často váhali s využitím hospicové péče, v případě blízkých osob by se spíše přiklonili k využití.

Při analýze dle pohlaví respondentů jsem zjistil, že téměř neexistuje rozdíl mezi muži a ženami v názoru na to, zda by sami využili hospicové péče, pokud by trpěli nevléčitelnou nemocí.

Při analýze dle věku respondentů jsem zjistil, že by nejčastěji hospicové péče využili respondenti ve věku od 30 do 44 let (50 %). Zajímavostí je, že právě tito respondenti uváděli, že dle jejich názoru tato péče není dostupná pro každého.

Svůj výzkum jsem dále porovnával s Tiskovou zprávou Sociologického ústavu AV ČR – Centra pro výzkum veřejného mínění z roku 2015. Sociologický ústav AV ČR zjišťoval, jaký je názor veřejnosti na legalizaci eutanazie. Dle zprávy, kterou vydal, s legalizací eutanazie „rozhodně souhlasí“ 23 % respondentů, „spíše souhlasí“ 43 %, „spíše nesouhlasí“ 17 %, nesouhlasí 9 % a „neví“ 8 %. (Čadová, © 2015)

Pokud bychom sečetli názory respondentů, kteří „rozhodně souhlasí“ a „spíše souhlasí“, zjistíme, že se jednalo o 66 % respondentů. Tato hodnota je téměř totožná s výsledkem mého dotazníku (64.45 %). Zbýlý počet respondentů se však v názorech lišil. Zatímco v mém dotazníku uvedlo 25.56 % respondentů, že na tuto oblast nemá jasný názor, ve zprávě, kterou uvedl Sociologický ústav AV ČR, zvolilo jako možnost „Nevím“ pouze 8 % respondentů. (Čadová, © 2015)

Pro další porovnání jsem si vybral zprávu Českého statistického úřadu z roku 2014, ve které je uvedeno, kde lidé umírají. Ve zprávě byly uvedeny možnosti „Doma“, „Zdravotnické zařízení lůžkové péče“, „Zdravotnické zařízení jiné formy zdravotní péče“, „Na ulici, veřejném místě“, „Při převozu“, „V zařízení sociálních služeb“, „Jinde“ a „Nezjištěno“. Jelikož v mém dotazníku byly odpovědi pouze „Doma“, „V nemocnici“, „V hospici“

a „Jinde“, musel jsem možnosti, které obsahoval dotazník Českého statistického úřadu přiřadit k mým možnostem. Pouze tak jsem mohl odpovědi obou dotazníků porovnat. Odpovědi Českého statistického úřadu „Na ulici, veřejném místě“, „Při převozu“, „V zařízení sociálních služeb“, „Jinde“ a „Nezjištěno“ přiřadit k možnosti z mého dotazníku „Jinde“. Dále jsem přiřadil odpovědi „Zdravotnické zařízení lůžkové péče“ a „Zdravotnické zařízení jiné formy zdravotní péče“ k odpovědi „V nemocnici“. Pouze možnost „Doma“ byla v obou dotaznících stejná. (Úmrtnost, © 2014)

Při porovnávání obou upravených dotazníků jsem zjistil, že ačkoliv se 10.71 % mých respondentů domnívá, že lidé umírají nejčastěji doma, dle Českého statistického úřadu jich doma umírá 20.55 %. Je třeba ale vyzdvihnout skutečnost, že většina mých respondentů uvedla správně jako nejčastější místo úmrtí nemocnici (75 %). Dle Českého statistického úřadu jich totiž na tomto místě umírá 66.53 %. Možnost „Jinde“ uvedlo 6.25 % respondentů, dle Českého statistického úřadu umíralo „Jinde“ 12.92 % občanů. Tato odpověď je ale silně ovlivněna skutečností, že možnosti, které uváděl Český statistický úřad, byly třeba přiřadit k mé odpovědi „Jinde“ a zcela chyběla možnost „Hospic“. (Úmrtnost, © 2014)

Ačkoliv doma umírá dle statistiky Českého statistického úřadu pouze 20.55 % lidí (Úmrtnost, © 2014), Lékařská fakulta Univerzity Karlovy uvádí na svých stránkách, že podle průzkumů veřejného mínění by si doma přálo zemřít téměř 85 % české populace. (Kolářová, 2015)

## ZÁVĚR

Umírání je přirozenou etapou lidského života. Přáním většiny z nás je umřít důstojně, bez bolestí a v obklopení svých nejbližších. Dříve bylo pečování o své blízké nevyléčitelně nemocné v domácím prostředí mnohem běžnější než dnes. Jednotlivé generace žily více pospolu a děti se už od útlého věku setkávaly s péčí o umírající. Dnes je medicína na špičkové úrovni, lékaři zvládnou vyléčit i onemocnění, na která se donedávna umíralo a veřejnost si často nepřipouští, že je i dnes lékař v některých případech bezmocný.

V dnešní době lidé nejčastěji umírají v nemocnici, protože se jejich rodina nemůže z nějakého důvodu o ně postarat. Nejčastěji proto, že musí chodit do práce nebo je péče tak náročná, že to prostě nezvládnou. Téměř každý z nás musel někdy řešit situaci, jak se o svého nevyléčitelně nemocného blízkého postarat.

Tato bakalářská práce se zabývá otázkami péče o nevyléčitelně nemocné pacienty. Je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy. Pozornost je věnována komunikaci v paliativní péči, saturaci potřeb pacientů v paliativní péči, léčbě bolesti a významu poradenství pro pozůstalé.

Praktická část je zaměřena na průzkum informovanosti veřejnosti o paliativní a hospicové péči metodou dotazníkového šetření. Jsou zde srovnány názory lidí různého věku, pohlaví a vzdělání. Z průzkumu vyplynulo, že přibližně polovina respondentů se s pojmem paliativní a hospicové péče nesešla. V tomto ohledu obě pohlaví odpovídají v podstatě stejně, ale o hospicových zařízeních jsou ženy informovány lépe než muži. Ovšem míra vzdělanosti měla na informovanost značný vliv stejně jako věk respondentů. Nejlépe informovaní byli lidé s vysokoškolským vzděláním a ve věkové skupině od 45 do 59 let, kteří také měli největší osobní zkušenost s péčí o nevyléčitelně nemocného člověka.

Využití paliativní a hospicové péče je možností, jak zajistit důstojné umírání člověku v terminálním stádiu nemoci. V hospici je na rozdíl od nemocnic možnost neomezených návštěv, takže umírající není odtržen od svých blízkých. Je zde také nabízena pomoc rodině.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed., 2004. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

ČADOVÁ, Naděžda, © 2015. *Veřejné mínění o interrupci, eutanazii a trestu smrti – květen 2015*. Tisková zpráva. Centrum pro výzkum veřejného mínění. Sociologický ústav AV ČR v.v.i [online]. [cit. 2017-05-14]. Dostupné z: [http://cvvm.soc.cas.cz/media/com\\_form2content/documents/c1/a7396/f3/ov150625.pdf](http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a7396/f3/ov150625.pdf)

DOLEŽAL, Tomáš et al, 2009. Metodické pokyny pro farmakologii nádorové bolesti, *Remedia* [online]. 2009(6), s. 2-3 [cit. 2017-05-07]. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2009/6-2009/Metodicke-pokyny-pro-farmakoterapii-nadorove-bolesti/e-a7-ad-NO.magarticle.aspx>

Farmakoterapie bolesti, 2017. *Průlomová-bolest.cz: Koanalgetika* [online]. [cit. 2017-05-07]. Dostupné z: <http://www.lecba-bolesti.cz/farmakoterapie-bolesti>

GOLDSTEIN, Nathan E. a R. Sean MORRISON, c2013. *Evidence-based practice of palliative medicine*. Philadelphia: Elsevier/Saunders. ISBN 14-377-3796-X.

KOLÁŘOVÁ, Zdena, 2015. *Češi by chtěli umírat doma* [online]. [cit. 2017-05-14]. Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/cesi-by-chteli-umirat-doma-ale-vetsina-z-nich-opousti-svet-v-instituci>

Kolektiv autorů, 2006. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1720-4.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. Etika umírání a smrti II. In: Sborník přednášek – Mostecké dny sester: Od Florence Nightingelové k současnosti aneb Ošetřovatelství s novou tváří. Most: Nemocnice Most ve spolupráci s ČAS, 2007, 95 s. ISBN 978-80-239-8725-6.

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

Motivace, dělení motivů, sebezáchovné (biologické), psychické a sociální motivy, © 2016.  
In: Studium psychologie, [cit. 2017-05-07]. Dostupné z: <http://www.studium-psychologie.cz/obecna-psychologie/12-motivace-deleni-motivu.html>

PALÁN, Aleš, 2015. *Hospicová péče v ČR*. Praha.

*Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*, 2006. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1720-4.

PREEDY, Victor R., ed., c2011. *Diet and nutrition in palliative care*. 2011. Boca Raton, FL: CRC Press. ISBN 14-398-1932-7

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, c2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.

SLÁMA, Ondřej, 2008. Podkožní aplikace léků a tekutin v paliativní medicíně. *Onkologie*, 2008 2(4), s. 246-248.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2013. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3736-2.

TRACHTOVÁ, Eva, 2004. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Druhé nezměněné – DOTISK. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-324-4.

Úmrtnost, *Vývoj obyvatelstva České republiky, Úmrtnost*, © 2014 [online]. ČSÚ s. 43 [cit. 2017-05-14]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20554227/1300691506.pdf/649af445-eda1-4412-8ab0-3dc634534ec4?version=1.0>

VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ, 2014. *Bolest v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-769-8.

VYSEKALOVÁ, Jitka. ©2011-2017. Maslowova pyramida lidských potřeb. [online]. 2011-2017 [cit. 2017-05-07]. Dostupné z: <http://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

<i>Obrázek 1 Maslowova pyramida (Vysekalová, ©2011-2017).....</i>	<i>19</i>
<i>Obrázek 2 Analgetický žebříček dle WHO (Doležal et al., 2009, s. 3).....</i>	<i>30</i>



**SEZNAM GRAFŮ**

<i>Graf 1 Setkání s pojmem paliativní a hospicová péče</i> .....	39
<i>Graf 2 Rozdíl v informovanosti dle pohlaví</i> .....	40
<i>Graf 3 Způsob získání informací</i> .....	43
<i>Graf 4 Ověření správnosti odpovědi I.</i> .....	44
<i>Graf 5 Znalost cílů paliativní péče</i> .....	45
<i>Graf 6 Analýza informovanosti o hospicích dle pohlaví</i> .....	46
<i>Graf 7 Ověření správnosti odpovědi II.</i> .....	49
<i>Graf 8 Pomoc rodině umírajících</i> .....	50
<i>Graf 9 Osobní zkušenost s péčí dle pohlaví</i> .....	51
<i>Graf 10 Názor na dostatečné zabezpečení paliativní péče v ČR dle pohlaví</i> .....	53
<i>Graf 11 Názor veřejnosti na možnost využití hospiců u nevěřících</i> .....	55
<i>Graf 12 Eutanazie – znalost pojmu</i> .....	56
<i>Graf 13 Názor na legalizaci eutanazie v ČR</i> .....	57
<i>Graf 14 Nejčastější volba možnosti péče o blízkou osobu</i> .....	58
<i>Graf 15 Ověření správnosti odpovědi III.</i> .....	59
<i>Graf 16 Znalost zařízení v regionu</i> .....	61
<i>Graf 17 Ověření správnosti odpovědi IV.</i> .....	62
<i>Graf 18 Názor na potřebnost zařízení</i> .....	64
<i>Graf 19 Názor na nejčastější místo umírání</i> .....	65
<i>Graf 20 Názor na nejčastější místo umírání</i> .....	66
<i>Graf 21 Názor na dostupnost paliativní péče dle pohlaví</i> .....	67
<i>Graf 22 Osobní zkušenost s hospicovou péčí</i> .....	70
<i>Graf 23 Názor na využití hospiců pouze pro onkologické pacienty</i> .....	71
<i>Graf 24 názor na využití hospiců pro neurologické pacienty</i> .....	72
<i>Graf 25 Názor na indikaci k resuscitaci pacientů v terminálním stádiu</i> .....	73
<i>Graf 26 Zájem o využití hospiců vlastní osobou</i> .....	74
<i>Graf 27 Zájem o využití hospiců u blízké osoby</i> .....	75
<i>Tab. 37 Názor na tabuizaci diskuze o umírání</i> .....	76
<i>Graf 28 Názor na tabuizaci diskuze o umírání</i> .....	76
<i>Graf 29 Zájem o využití hospice vlastní osobou dle pohlaví</i> .....	77

**SEZNAM TABULEK**

<i>Tab. 1 Setkání s pojmem paliativní a hospicová péče</i> .....	39
<i>Tab. 2 Rozdíl v informovanosti dle pohlaví</i> .....	40
<i>Tab. 3 Rozdíl v informovanosti dle věku</i> .....	41
<i>Tab. 4 Rozdíl informovanosti dle vzdělání</i> .....	42
<i>Tab. 5 Způsob získání informací</i> .....	43
<i>Tab. 6 Ověření správnosti odpovědi I.</i> .....	44
<i>Tab. 7 Znalost cílů paliativní péče</i> .....	45
<i>Tab. 8 Analýza informovanosti o hospicích dle pohlaví</i> .....	46
<i>Tab. 9 Analýza informovanosti o hospicích dle věku</i> .....	47
<i>Tab. 10 Analýza informovanosti o hospicích dle vzdělání</i> .....	48
<i>Tab. 11 Ověření správnosti odpovědi II.</i> .....	49
<i>Tab. 12 Pomoc rodině umírajících</i> .....	50
<i>Tab. 13 Osobní zkušenost s péčí dle pohlaví</i> .....	51
<i>Tab. 14 Osobní zkušenost s péčí dle věku</i> .....	52
<i>Tab. 15 Názor na zabezpečení paliativní péče v ČR dle pohlaví</i> .....	53
<i>Tab. 16 Názor na zabezpečení paliativní péče v ČR dle věku</i> .....	54
<i>Tab. 17 Názor veřejnosti na možnost využití hospiců u nevěřících</i> .....	55
<i>Tab. 18 Eutanazie – znalost pojmu</i> .....	56
<i>Tab. 19 Názor na legalizaci eutanazie v ČR</i> .....	57
<i>Tab. 20 Nejčastější volba možnosti péče o blízkou osobu</i> .....	58
<i>Tab. 21 Ověření správnosti odpovědi III.</i> .....	59
<i>Tab. 22 Argumenty pro a proti legalizaci eutanazie</i> .....	60
<i>Tab. 23 Znalost zařízení v regionu</i> .....	61
<i>Tab. 24 Ověření správnosti odpovědi IV.</i> .....	62
<i>Tab. 25 Zařízení hospicové péče</i> .....	63
<i>Tab. 26 Názor na potřebnost zařízení</i> .....	64
<i>Tab. 27 Názor na nejčastější místo umírání</i> .....	65
<i>Tab. 28 Názor na dostupnost paliativní péče</i> .....	66
<i>Tab. 29 Názor na dostupnost paliativní péče dle pohlaví</i> .....	67
<i>Tab. 30 Názor na dostupnost paliativní péče dle věku</i> .....	68
<i>Tab. 31 Osobní zkušenost s hospicovou péčí</i> .....	69
<i>Tab. 32 Názor na využití hospiců pouze pro onkologické pacienty</i> .....	70

---

<i>Tab. 33</i> <i>Názor na využití hospiců pro neurologické pacienty</i> .....	71
<i>Tab. 34</i> <i>Názor na indikaci k resuscitaci pacientů v terminálním stádiu</i> .....	72
<i>Tab. 35</i> <i>Zájem o využití hospiců vlastní osobou</i> .....	74
<i>Tab. 36</i> <i>Zájem o využití hospiců u blízké osoby</i> .....	75
<i>Tab. 37</i> <i>Názor na tabuizaci diskuze o umírání</i> .....	76
<i>Tab. 38</i> <i>Zájem o využití hospice vlastní osobou dle pohlaví</i> .....	77
<i>Tab. 39</i> <i>Zájem o využití hospicu vlastní osobou dle věku</i> .....	78

**SEZNAM PŘÍLOH**

*Příloha č. 1 Úvodní dopis k dotazníku.....*

*Příloha č. 2 Dotazník.....*

*Příloha č. 3 Žádost o přijetí do odlehčovací služby.....*

*Příloha č. 4 Žádost o přijetí do Hospice na Svatém Kopečku u Olomouce.....*

*Příloha č. 5 Potvrzení ošetřujícího lékaře.....*

*Příloha č. 6 Nejčastější formulace pojmů „hospic“ a „paliativní péče“ dle respondentů....*

## **PŘÍLOHA I: Úvodní dopis k dotazníku**

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se David Petrušek a jsem studentem třetího ročníku Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijního programu Všeobecná sestra, studijního oboru Ošetřovatelství. Zpracovávám bakalářskou práci, která se zabývá informovaností laické veřejnosti o paliativní a hospicové péči. Vyplnění dotazníku je anonymní a dobrovolné. Zabere Vám přibližně 15 minut.

Dotazník obsahuje 26 otázek. Přečtěte si pozorně každou otázku a vyplňte jednu správnou odpověď, pokud není uvedeno jinak. V případě chybného označení zaškrtejte nesprávnou odpověď a znovu zakroužkujte nebo vyplňte odpověď, o které se domníváte, že je správná.

Děkuji za Váš čas.

## **PŘÍLOHA II: Dotazník**

1. Jakého jste pohlaví?
  - a) Muž
  - b) Žena
  
2. Kolik Vám je let?
  - a) 18-29
  - b) 30-44
  - c) 45-59
  - d) 60 a více
  
3. Pracujete ve zdravotnictví?
  - a) Ano
  - b) Ne
  
4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - a) Základní
  - b) Vyučený(á)
  - c) Středoškolské s maturitou
  - d) Vyšší odborné
  - e) Vysokoškolské
  
5. Setkali jste se s pojmem paliativní anebo hospicová péče? Pokud ano, prosím, pokuste se tento pojem vysvětlit. Pokud ne, pokračujte otázkou číslo 7.
  - a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Ne
  - d) Spíše ne
  - e) Nevím

.....

.....

.....

6. Kde jste se dozvěděl(a) o paliativní nebo hospicové péči?
- a) U lékaře
  - b) Z médií (televize, rádio, internet)
  - c) Ve škole
  - d) Od přátel
  - e) Jinde (prosím, uveďte kde)
7. Víte, co je hlavním cílem paliativní či hospicové péče?
- a) Zaměření na úplné vyléčení
  - b) Zaměření na zlepšení kvality života nemocného, který trpí nevyléčitelnou nemocí
  - c) Zaměření pouze na tlumení bolesti
  - d) Nevím
8. Víte, co je to hospic? Pokud ano, pokuste se prosím tento pojem vysvětlit. Pokud ne, pokračujte otázkou číslo 10.
- a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Ne
  - d) Spíše ne
  - e) Nevím
- .....
- .....
- .....
9. Myslíte si, že hospicová zařízení poskytují pomoc i rodině umírajících?
- a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Ne
  - d) Spíše ne
  - e) Nevím

10. Máte osobní zkušenost s péčí o nevléčitelně nemocného člověka?

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

11. Domníváte se, že péče o nevléčitelně nemocné je v ČR dostatečně zabezpečena?

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

12. Myslíte si, že hospic může využít i člověk, který není věřící?

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

13. Víte, co je to eutanazie? Pokud jste odpověděl(a) ano nebo spíše ano, pokuste se prosím tento pojem vysvětlit. Pokud jste odpověděl(a) ne, spíše ne nebo nevím, pokračujte otázkou číslo 15.

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

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



14. Myslíte si, že by měla být eutanazie legální i v ČR? V případě kladné i záporné odpovědi uveďte, prosím, vaše argumenty.

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

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

15. Pokud byste chtěl zajistit péči pro nevléčitelně nemocného blízkého člověka, na koho byste se obrátil(a)? V této otázce můžete zakroužkovat více odpovědí.

- a) Na kněze
- b) Na nemocniční zařízení
- c) Na agenturu domácí péče
- d) Hospic
- e) Na praktického lékaře
- f) Jiné (prosím, uveďte konkrétně)

16. Znáte některé konkrétní zařízení, které poskytuje hospicovou či paliativní péči ve Vašem regionu anebo i mimo region, ve kterém bydlíte?

- a) Ano (prosím, uveďte jaké)
- b) Spíše ano (prosím, uveďte jaké)
- c) Ne
- d) Spíše ne
- e) Nevím

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

17. Myslíte si, že jsou taková zařízení potřebná?

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

18. Kde podle Vás v současné době lidé nejvíce umírají?

- a) Doma
- b) V nemocnici
- c) V hospici
- d) Jinde (prosím, uveďte konkrétně kde)

19. Myslíte si, že je hospicová péče dostupná pro každého?

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

20. Máte rodinné příslušníky nebo známé, kteří mají zkušenosti s hospicovou péčí?

V případě kladné odpovědi uveďte, prosím, Váš vlastní názor, anebo názor Vašich rodinných příslušníků na hospicovou péči.

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

.....

.....

.....

21. Myslíte si, že je paliativní či hospicová péče vhodná pouze pro onkologicky nemocné pacienty v pokročilém stádiu?
- a) Ano, paliativní péče je vhodná pouze pro onkologicky nemocné
  - b) Spíše ano
  - c) Ne, paliativní péče je vhodná pro všechny lidi trpící nevléčitelnou nemocí
  - d) Spíše ne
  - e) Nevím
22. Myslíte si, že je paliativní či hospicová péče určena také pro lidi s neurologickým postižením v případě velmi špatné prognózy?
- a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Ne
  - d) Spíše ne
  - e) Nevím
23. Myslíte si, že by se měl resuscitovat nevléčitelně nemocný pacient v případě velmi nepříznivé prognózy?
- a) Ano, mělo by se resuscitovat v každém případě
  - b) Spíše ano
  - c) Ne, v žádném případě
  - d) Spíše ne
  - e) Záleží na přání rodiny
  - f) Záleží na přání pacienta
  - g) Nevím

24. Chtěl byste sám využít služeb hospicové péče u sebe, pokud byste trpěl(a) nevléčitelnou nemocí?

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

25. Využil(a) byste služeb hospicové péče u Vaší blízké nevléčitelně nemocné osoby?

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

26. Myslíte si, že je v naší společnosti diskuze o umírání a smrti tabu?

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

## PŘÍLOHA III: Žádost do odlehčovací služby



### HOSPIC NA SVATÉM KOPEČKU

nám. Sadové 4/24, 779 00 Olomouc

Tel: 585 319 754, 585 319 758

E-mail: [info@hospickopecek.charita.cz](mailto:info@hospickopecek.charita.cz)

IČ: 73634671

IČ služby: 9004092



Poř. č.:	Doručeno dne:
<b>Žádost o přijetí</b> do odlehčovací služby	
<b>Jméno, příjmení:</b> (žadatel)	
Datum narození:	
Adresa trvalého bydliště:	
<b>Nejbližší osoba, kterou žadatel určil</b> Jméno a příjmení: Vztah k žadateli: Adresa: Tel. (lépe více čísel):	
<b>Má žadatel přiznaný příspěvek na péči?</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pouze podaná žádost Pokud je příspěvek přiznaný nebo v řízení, uveďte RČ žadatele: .....	
<b>Požadovaný termín pobytu (od-do), pokud je stanoven:</b>	
<b>Co žadatel od pobytu očekává (s čím potřebuje pomoci, jak si pomoc představuje):</b>	
<p>Osobní údaje poskytnuté v této žádosti a ve Vstupním dotazníku, který je její nedílnou součástí, budou zpracovány v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů. Tyto údaje jsou poskytnuty za účelem zpracování a vedení žádosti v písemné i elektronické podobě po dobu 5 let do jejich archivace.</p> <p>Souhlasím se zpracováním mnou poskytnutých údajů pro potřeby spojené s evidencí mé žádosti v Hospici na Svatém Kopečku a prohlašuji, že veškeré údaje v žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Souhlasím také se zpracováním citlivého osobního údaje týkajícího se mého vyznání, pokud jsem jej ve vstupním dotazníku uvedl/a.</p> <p>V ..... dne .....</p> <p>Podpis žadatele: .....</p>	

# PŘÍLOHA IV: Žádost o přijetí do hospice na Svatém kopečku u Olomouce



## HOSPIC NA SVATÉM KOPEČKU

nám. Sadové 4/24, 779 00 Olomouc

Tel: 585 319 754, 585 319 758

E-mail: [info@hospicekopecek.charita.cz](mailto:info@hospicekopecek.charita.cz)

IČ: 73634671

IČ služby: 9004092



### Vstupní dotazník

Vážená paní / vážený pane,  
rádi bychom Vám poskytli službu, která bude pokud možno co nejvíce odpovídat Vaším požadavkům a potřebám. Proto Vás prosíme o zodpovězení níže uvedených otázek, díky kterým budeme moci udělat vše pro to, abyste se u nás cítil/a dobře. Vybrané odpovědi zakřížkujte. Děkujeme.  
*Pokud zájemce není schopen se k otázkám sám vyjádřit, prosíme o jejich zodpovězení rodinou.*

#### Základní údaje

**Jméno a příjmení:** .....

Oslovování:  příjmením  křest. jménem+vykání  titulem  jiné .....

Stav:  svobodná/ý  vdaná/ženatý  rozvedená/ý  ovdovělá/ý  druh/družka  reg. partner/ka

Povolání (i dřívější): .....

#### Způsob života

společenská/ý  občas uvítá společnost  samotář/ka

kuřák  nekuřák

pravák  levák

Oblíbená hudba (žánr, interpret aj.) .....

Oblíbená četba (žánr, autor) .....

Oblíbený pořad v TV .....

Oblíbený pořad v rádiu .....

Další záliby:  zpěv  křížovky  spol. hry  ruční práce  kreslení  jiné .....

Víra:  křtěný katolík  jiná víra .....  bez vyznání  nechci uvést

**(Jedná se o citlivý osobní údaj – uvedení je nepovinné, ale může výrazně zkvalitnit poskytovanou službu. Souhlas s poskytnutím tohoto údaje je vyjádřen podpisem žádosti o přijetí, jejíž je dotazník nedílnou součástí)**

#### Dorozumívání

Sluch:  dobrý  naslouchátko  špatně slyším – na které ucho slyším lépe: .....

Zrak:  dobrý  brýle  špatně vidím  nevidí

Komunikace:  normální  špatně vyslovuji  jen neverbální (event. písemná)  neschopen

Porozumění:  normální  rozumí jen jednoduchým sdělením  nerozumí

#### Pohyblivost

sám  s doprovodem  franc. hole  chodítko  vozík  ležící

Hrozí při chůzi riziko pádu:  ano  ne

OTOČTE

### Stravovací návyky

Dieta:  žádná  diabetická  jiná .....

Oblíbené jídlo: .....

Oblíbený nápoj: .....

Neoblíbené jídlo: .....

Najím se:  sám  s dopomocí  vůbec  nejl

Úprava jídla - strava:  celá  krájená  mletá  mixovaná  jen tekutá

Mám raději:  sladké  slané  kyselé  ostré  nic neupřednostňuji

Teplota jídla:  vlažné  běžné  horké

### Osobní hygiena

sám  s dopomocí  nezvládne

WC  toaletní křeslo  bažant/podložní misa  pleny

Používané toaletní potřeby: .....

Teplota vody:  chladná  vlažná  teplá  horká

Péče o chrup:  ráno  večer  po jídle

Zubní protéza:  ne  ano

- spím s protézou:  ano  ne

Zvláštnosti v hygieně: .....

### Režim spánku

Chodím spát:  časně  pozdě  odpolední spánek  spím většinu dne

Vstávám:  časně  ráno  dopoledne  pozdě

V čem spím:  pyžamo  noční košile  jiné.....

Zatemnění při spánku:  ano  ne

Při čem usínám:  tiicho  TV/rádio  otevřené okno  rozsvícená lampička

### Jiné důležité informace, které bychom měli vědět

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

**Další informace můžete rozepsat na zvláštní papír (např. každodenní zvyklosti aj.).**

**Vstupní dotazník je nezbytnou přílohou Žádosti o přijetí do odlehčovací služby.**

Poř. č.:	Doručeno dne:
<p><b>Žádost</b> (vyjádření lékaře) o přijetí do Hospice na Svatém Kopečku u Olomouce tel: 585 319 754, 585 319 758, 739 526 264</p>	
<b>Jméno a příjmení žadatele:</b>	
Rodné číslo:	Pojišťovna:
Stav:	Povolání (i dřívější):
Adresa trvalého bydliště (vč. tel.):	
Žadatel bydlí sám (zakroužkujte):                      ano                      ne	
Adresa nynějšího pobytu žadatele:	
<b>Odesílající lékař:</b>	<b>Praktický lékař:</b>
Tel.:	Tel.:
Adresa:	Adresa:
<b>Nejbližší osoba žadatele</b> (příbuzná nebo jiná osoba, kterou určil žadatel):	
Jméno a příjmení:	Vztah:
Adresa:	
Tel. (lépe více čísel):	
<b>Diagnóza:</b> a) základní onemocnění:	
b) přidružené choroby:	
Diabetes:            ano    ne	alergie:            ano    ne
Koagulopatie, warfarinizace apod.:    ano    ne	epilepsie:        ano    ne
Infekce potlačující imunitu:            ano    ne	psychózy:        ano    ne
Tbc:                    ano    ne	hepatitis:        ano    ne
Alkohol:            ano    ne	cigarety:         ano    ne
Drogy:                ano    ne	
Dieta:	



Současné podávané léky (forma, dávky):
Je nutno podávat léky, které vyžadují laboratorní kontroly? Např.: antikoagulancia, insulin apod.
<b>Jednoznačné vyjádření doporučujícího lékaře o tom, že u žadatele byla ukončena kurativní péče a je indikována pouze léčba symptomatická:</b>
Co bylo řečeno žadateli o jeho základní diagnóze, event. prognóze?
<b>Současný stav:</b> a) vědomí                      b) hybnosti                      c) funkce svěračů
Hospitalizace v posledních 3 letech (rok, oddělení):
<b>Má přiznaný příspěvek na péči?</b> <input type="checkbox"/> ano ve výši: ..... <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pouze podaná žádost
<b>NEZBYTNÉ PŘÍLOHY:</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS ŽADATELE podepsaný žadatelem</li> <li>2. SOUHRNNÁ ZPRÁVA ODESÍLAJÍCÍHO LÉKAŘE nebo (PŘEDBĚŽNÁ) PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVA Z POSLEDNÍ HOSPITALIZACE</li> <li>3. RODINA S ŽADATELEM VYPLŇUJE ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO ODLEHČOVACÍ SLUŽBY A VSTUPNÍ DOTAZNÍK.</li> </ol> <p style="text-align: center;">Prosíme o vyplnění všech požadovaných údajů a dodání výše uvedených příloh! Děkujeme za pochopení!</p>

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

Razítko zdravotnického zařízení a podpis lékaře:

**Žádost (vyjádření lékaře) zašlete na výše uvedenou adresu Hospice na Svatém Kopečku.**

## Hospic na Svatém Kopečku

Sadové náměstí 24

779 00 Olomouc-Svatý Kopeček

e-mail: [info@hospickopecek.charita.cz](mailto:info@hospickopecek.charita.cz)

tel. 585 319 754, 739 526 264

Vážená paní, vážený pane,

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

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

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Lékařská věda může hodně, ale není všemocná. Máte-li to štěstí, že mezi Vámi a lékařem je upřímný a poctivý vztah, možná Vám řekne, že další radikální léčba by byla pro Vás jen zdrojem nových nepříjemných vedlejších účinků, ale život prodloužit nemůže. Zde je pak na místě léčba, kterou Vám může nabídnout hospic. Jejím cílem není prodloužování, nýbrž kvalita života. A tak jako nikdo na světě, ani my nejsme schopni prodloužit život do nekonečna. Lze však udržet určitou maximálně možnou kvalitu života i v jeho závěrečné fázi. To je smyslem a podstatou existence hospiců a tím i pobytu v našem zařízení. Nebudeme ale život také zkracovat žádnou euthanasií. Hospic nemocnému slíbujeme, že:

- 1) Nebude trpět nesnesitelnou bolestí.
- 2) Bude vždy respektována jeho lidská důstojnost.
- 3) V posledních chvílích nezůstane osamocen.

Lékař v hospici vědomě upouští od všech léčebných zákroků a postupů, které nemohou zlepšit kvalitu života nemocného. A naopak ordinuje všechno to, co kvalitu života zlepšit může. Toto kritérium je v hospici rozhodující. Domnívá-li se nemocný, že kvalitu jeho životalepší přítomnost milované osoby, může s ním být tato osoba ubytována na stejném pokoji. Pro tento účel máme připraveno 18 jednolůžkových pokojů s přistýlkou a vlastním příslušenstvím (dalších 6 pokojů je dvojlůžkových). Máte-li další otázky, rádi Vám je zodpovíme. Chceme, aby Váš souhlas byl opravdu svobodný a informovaný.

Za Hospic na Svatém Kopečku

Mgr. Jiří Borík, ředitel



**Hospic přijímá žadatele z celé ČR bez ohledu na národnost a vyznání.**

## Informace před přijetím

Klienti jsou do hospice přijímáni po schválení žádosti, a to vždy v pracovní dny během dopoledne. V den přijetí je s klientem (příp. jeho opatrovníkem či zmocněncem) uzavřena smlouva. Je vhodné, aby u přijetí byl přítomen rodinný příslušník či jiná blízká osoba klienta.

### S sebou do hospice si vezměte:

- Občanský průkaz a průkaz zdravotní pojišťovny.
- Léky a pomůcky, které užíváte (berle, invalidní vozík, sluchadlo), toaletní potřeby, přezůvky, župan (event. svetr, ponožky apod.). Hospic nabízí pyžamo a ručníky. Více najdete na internetu v dokumentu *Věci potřebné k nástupu*, dostupný také v recepci.

### Návštěvy

- Jsou v hospici neomezeně, tedy 24 hodin denně.
- Rodinným příslušníkům nabízíme možnost využití přistýlky na pokojích (50 Kč/noc) vč. objednání si celodenní stravy (dle aktuálního ceníku).

### Platba

- Výše platby ze strany klienta se řídí platným ceníkem dostupným v recepci hospice nebo na [www.hospickopecek.charita.cz](http://www.hospickopecek.charita.cz).

✂-----> Zde prosím odstříhněte, horní část si ponechá žadatel, dolní přiloží lékař k žádosti o přijetí. <-----✂

**SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS ŽADATELE**  
Příloha k žádosti (vyjádření lékaře) do Hospice na Svatém Kopečku

**Jméno a příjmení nemocného:**

**RČ:**

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

Souhlasím se zpracováním svých osobních a zdravotních údajů dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění, pro potřeby dokumentace v Hospici na Svatém Kopečku.

Souhlasím se stanovenou platbou dle platného ceníku.

**Souhlasím, aby s informacemi o mém zdravotním stavu byl seznámen/a:**

jméno: ..... vztah k žadateli: .....

V ..... dne .....  
podpis žadatele

## Příloha V: Potvrzení ošetřujícího lékaře

### Potvrzení ošetřujícího lékaře

(pro účely uzavření smlouvy v Hospici na Svatém Kopečku)

Jméno a příjmení: .....

Dat. nar.: .....

Trvale bytem: .....

Tímto výslovně potvrzují, že výše uvedená osoba není v důsledku svého zdravotního stavu schopna sama jednat a uzavřít smlouvu o poskytování sociální služby mezi ní jako uživatelem a Hospicem na Svatém Kopečku jako poskytovatelem sociálních služeb, na jejímž základě bude poskytována pobytová odlehčovací služba dle §44 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

Datum: .....

.....

razítko a podpis ošetřujícího lékaře

## **PŘÍLOHA VI: Nejčastější Formulace pojmů „paliativní péče“ a „hospic“ dle respondentů**

**Položka 6:** Setkali jste se s pojmem paliativní nebo hospicová péče?

Většina respondentů, kteří uvedli, že se setkali s pojmem paliativní nebo hospicová péče, dokázala pojem i správně vysvětlit (59.65%). Nejčastější správná formulace respondentů byla taková. „Poskytování péče umírajícímu člověku specializovaným zdravotnickým personálem“. 7.02 % respondentů pojem vysvětlila částečně správně. Tito respondenti charakterizovali definici paliativní péče obdobně, avšak domnívali se, že o pacienty pečují pouze řádové sestry. 5.26 % respondentů odpovědělo špatně, ti formulovali paliativní péči jako „péči o nemocné pacienty“. To je však velmi široký pojem, a proto jsem tuto možnost odpovědi nemohl uznat jako správnou. 28.07 % respondentů neodpovědělo vůbec.

**Položka 11:** Víte co je hospic? Pokud ano, pokuste se, prosím, tento pojem vysvětlit.

Většina respondentů, kteří uvedli, že ví, co je to hospic, dokázala pojem i správně vysvětlit (67.57 %). Definovali ho jako „zařízení, která zajišťují zdravotní péči osob s nevléčitelnou nemocí nebo pacientů, u nichž už lékaři vyčerpali všechny možnosti.“ 5.41 % respondentů pojem vysvětlila částečně správně. Nejčastěji byla definice v podstatě správná, ale stejně jako v položce 6 se domnívali, že zde pečují o pacienty pouze řádové sestry. Jenom 4.05 % respondentů vysvětlilo pojem hospic špatně. Tito respondenti si pletli hospic s léčebnou dlouhodobě nemocných. 22.97 % respondentů neodpovědělo.