

UNIVERZITA KARLOVA

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství

Jana Mikulová

**Doprovázení v hospicové péči, povědomí a
představy veřejnosti**

Bakalářská práce

Praha 2022

Autor práce: Jana Mikulová
Vedoucí práce: PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA
Oponent práce: Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
Datum obhajoby: 2022

Bibliografický záznam

MIKULOVÁ, Jana. *Doprovázení v hospicové péči, povědomí a představy veřejnosti*. Praha, 2022, 69s, přílohy. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 2.lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D. MBA

Abstrakt

Bakalářská práce „Doprovázení v hospicové péči, povědomí a představy veřejnosti“ zjišťovala, srovnávala a také hodnotila povědomí a představy laické veřejnosti o pojmech jako je: hospic, doprovázení, paliativní péče a zároveň se zaměřila na téma smrti a umírání. **Cílem práce** bylo zjistit, jaké je povědomí laické veřejnosti o paliativní péči v České republice, jaké má veřejnost obavy ze smrti a umírání a také jak se představy a povědomost o daných tématech liší v závislosti na věku, vzdělání a místě bydliště. V **teoretické části** práce byly vysvětleny zákonné definice a zásadní pojmy. Byl zdůrazněn význam paliativní péče v České republice, zmapován její rozvoj, definovány jeho základní cíle a vymezena cílová skupina paliativní péče. Dále jsou v bakalářské práci strukturovaně uvedeny formy hospicové péče, popsány profese pracující v hospicích a závěrečná část teoretické části je věnována doprovázení umírajících. **Empirická část** obsahuje výsledky vlastního průzkumného šetření a jeho komparaci s výsledky dalších podobných prací. **Metoda:** dotazníkové šetření – dotazník vlastní konstrukce. **Výsledky:** výzkumného šetření se zúčastnilo 87 respondentů z původních 93 dotazovaných, tj. 93,54 %. Většina respondentů (81,60 %) má relativně ucelenou představu o tom, co znamená paliativní péče a komu je poskytována. Výrazně menší skupina respondentů (57,47 %) dokázala specifikovat co je hospic. Část respondentů přirovnávala hospic k zařízením typu LDN (10,34 %) a poměrně nezanedbatelná část respondentů (11,49 %) nemá o hospici žádnou povědomost. Doprovázení umírajících považuje většina respondentů (88,51 %) za důležité a téměř stejné procento dotázaných (83,91 %) uvedlo, že by chtěli doprovázet blízkého člověka. **Závěry:** Povědomí a představy laické veřejnosti o paliativní a hospicové péči jsou neúplné a do značné míry zkreslené. Osvěta v těchto oblastech má značné mezery a měla by být na ni zaměřena větší pozornost. Je mimořádně důležité si uvědomit, že právě neinformovanost budí strach, obavy a dává příležitost ke zkreslování a konfabulacím, které obor paliativní péče dehonestují. Pokud budou veřejnosti poskytovány informace o aktuálním stavu paliativní péče, může tato skutečnost výrazně pomoci k odstranění mýtů o hospicích.

Abstract

Bachelor thesis "Accompaniment in hospice care, awareness and perceptions of the public" surveyed, compared and also evaluated the awareness and perceptions of the general public about concepts such as hospice, companionship, palliative care and also is focused on the topic of death and dying. **The aim of the study** was to determine the general public's awareness of palliative care in the Czech Republic, what concerns the public about death and dying and how perceptions and awareness of these topics vary depending on age, education and place of residence. **In the theoretical part** of the thesis legal definitions and key concepts were explained. The importance of palliative care in the Czech Republic has been highlighted, its development has been mapped, its basic objectives and the target group of palliative care has been defined. Furthermore - the forms of hospice care are structurally presented in the bachelor thesis, the professions working in hospices are described and the final part of the theoretical part of the thesis is devoted to the accompaniment of the dying. **The empirical part includes** the results of the survey and its comparison with the results of other similar works. **Method:** self-constructed questionnaire survey. **Results:** 87 participants took part in the survey of the original 93 respondents, i.e. 93.54 %. Most respondents (81.60 %) have a relatively comprehensive idea of what palliative care means and to whom it is provided. A significantly smaller group of respondents (57.47 %) was able to specify what hospice is. Some respondents compared hospice to LDN type facilities (10.34 %) and a relatively significant proportion of respondents (11.49 %) did not have any information about hospice. Accompanying the dying is considered by most of respondents (88.51 %) as important and almost the same percentage of respondents (83.91 %) stated they would like to accompany a loved one. **Conclusions:** Awareness and perceptions of the general public about palliative and hospice care are incomplete and largely distorted. Awareness in these areas has significant gaps and should be given more attention. It is extremely important to recognise that it is precisely the lack of information that creates fear and concerns and provides the opportunity for distortions and confabulations that diminish the palliative care field importance. If the public is provided with information on the current state of palliative care, it may significantly help to dispel myths about hospices.

Klíčová slova

Hospic, hospicová péče, paliativní péče, doprovázení, terminální stadium, smíření, umírání, strach ze smrti.

Keywords

Hospice, hospice care, palliative care, accompaniment, terminal stage, reconciliation, dying, fear of death.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. RNDr. Daniela Jirkovského, Ph.D. MBA, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Prohlašuji, že elektronická verze práce vložená do studijního informačního systému je totožná s odevzdanou tištěnou verzí bakalářské práce. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne 4.4.2022

Jana Mikulová

Poděkování

Moje poděkování patří především vedoucímu mé bakalářské práce PhDr. RNDr. Danielovi Jirkovskému, Ph.D. MBA, za jeho odborné a trpělivé vedení, spolupráci i konzultace, také za cenné rady, připomínky i doporučení. Moje obrovské poděkování patří mé rodině, bez jejíž podpory a pomoci by studium bylo o dost náročnější a také chci poděkovat Hospici svatého Lazara za pracovní příležitost, zkušenosti a za profesionální vedení při získávání praktických dovedností.

SEZNAM ZKRATEK

AIDS - z anglického Acquired Immune Deficiency Syndrome

ALS - Amyotrofická laterální skleróza

Apod. – a podobně

Atd. – a tak dále

č. – číslo

et.al. – kolektiv

H – hypotéza

Kol.- kolektiv

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví ČR

Např. – například

n- absolutní četnost

Obr. – obrázek

pl. – platném

r. – rok

rel.četnost – relativní četnost

RS – roztroušená skleróza

Sb.- sbírka

Soc.zař. – sociální zařízení

s. – strana

sloupc. četnost – sloupcová četnost

sm.odch. – směrodatná odchylka

SŠ – střední škola

sv.- svatého

tab. – tabulka

tj. – to je

tzv. – takzvaně

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

VŠ – vysoká škola

vyd. – vydání

WHO – Světová zdravotnická organizace

OBSAH

1	ÚVOD	10
1.1	Cíle práce	11
2	TEORETICKÁ ČÁST	12
2.1	PALIATIVNÍ PÉČE	12
2.1.1	Paliativní péče v České republice	13
2.1.2	Rozvoj paliativní péče	13
2.1.3	Cíle rozvoje paliativní péče v České republice	14
2.1.4	Obecná a specializovaná paliativní péče	14
2.1.5	Cílová skupina paliativní péče	15
2.2	HOSPIC	16
2.2.1	Historie vzniku hospiců	17
2.2.2	Vznik hospiců v České republice	20
2.2.3	České mýty o hospicích	21
2.2.4	Definice hospicové péče	22
2.2.5	Hospicová péče v České republice	24
2.3	FORMY HOSPICOVÉ PÉČE	24
2.3.1	Lůžkový hospic	24
2.3.2	Mobilní hospic	24
2.3.3	Denní stacionář	25
2.4	HOSPICOVÁ PÉČE Z HLEDISKA ČASOVÉHO	25
2.4.1	1.Období – prae finem	25
2.4.2	2.Období – in finem	25
2.4.3	3.Období – post finem	26
2.5	KDO PRACUJE V HOSPICÍCH	27
2.5.1	Kdo může v hospici pracovat?	27
2.5.2	Multidisciplinární hospicový tým	27
2.6	DOPROVÁZENÍ	29
2.6.1	Pojem doprovázení	29
2.6.2	Představa umírajícího pacienta o laskavé péči	29
2.6.3	Fáze prožívání těžké nemoci podle Kübler-Rossově	30
2.6.4	Potřeby umírajícího	30
2.7	POSLEDNÍ TÝDNY A DNY	32
2.7.1	Důstojné umírání	33
2.7.2	Pět kategorií důstojné smrti	34
2.7.3	Postupy zachovávající důstojnost	35
2.7.4	Smrt	36
2.7.5	První okamžiky po smrti	37
2.7.6	Péče o pozůstalé	37
3	EMPIRICKÁ ČÁST	38
3.1	Metodika	38
3.2	Materiál	38
3.3	Organizace vlastního šetření a zpracování dat	40
3.4	Výsledky vlastní práce	40
3.5	DISKUZE	50
3.5.1	Diskuse vlastních výsledků práce ve vztahu ke stanoveným hypotézám	50
3.5.2	Komparace výsledků vl. šetření s výsledky dříve realizovaných studií	57
4	ZÁVĚR	60

4.1	Limity práce	62
4.2	Impulsy do budoucna	62
4.3	Aplikace do praxe	62
	SEZNAM TABULEK	66
	SEZNAM OBRÁZKŮ	67
	SEZNAM PŘÍLOH.....	68

1 ÚVOD

Ve zdravotnictví pracuji celkem 6 let, z toho poslední 3 roky jako ošetřovatelka v Hospici svatého Lazara v Plzni. Předchozí pracovní zkušenost byla v léčebně dlouhodobě nemocných. Moje původní profese i vzdělání nemělo se zdravotnictvím nic společného, a kdyby mi někdo před pár lety řekl, že budu pracovat ve zdravotnictví a ještě ke všemu v hospici, s pacienty v terminálním stadiu nemoci, považovala bych to za nereálné. Moje pracovní zkušenosti s hospicovou péčí, s doprovázením umírajících a s péčí o rodiny umírajících, mne velmi ovlivnily při výběru tématu bakalářské práce. Doprovázení umírajících vnímám jako významnou součást kvalitních a komplexních zdravotnických služeb. Naprosto souhlasím s tvrzením MUDr. Marie Svatošové, že doprovázení je v podstatě umění. Proto se budu snažit toto „Umění doprovázet“ nadále zdokonalovat, rozvíjet a prohlubovat svoje odborné dovednosti a ke každému pacientovi přistupovat s pokorou, láskou a porozuměním, s cílem vnímat ho jako individualitu ve všech ohledech.

Z vlastní zkušenosti se připojuji k tvrzení, že hospic není pouze místem, kam se chodí zemřít, ale místem, spojeným s nadějí a smířením.

Motto zakladatelky hospicového hnutí v České republice paní MUDr. Marie Svatošové nelze parafrázovat, vnímám jej jako zásadní opěrný bod pro všechny, kdo pracují v hospicích, pro ty, kteří se denně setkávají s bolestí, strachem a beznadějí umírajících i blízkých, ale zároveň pro všechny, kteří mají odvahu, pokoru a lásku v srdci.

*„Jde o to naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny“
(Svatošová, 2003, s.123)*

1.1 Cíle práce

Bakalářská práce zachycuje pohled laické veřejnosti na hospice, doprovázení pacientů v terminálním stadiu nemoci a dále myšlenky na vlastní smrt a umírání. Zároveň práce popisuje velký rozvoj paliativní péče, reflektuje aktuální problematiku a situaci ohledně hospicové péče a pokouší se mapovat postoje veřejnosti k tabuizovaným tématům, jako je smrt a umírání.

Získaná data jsou zajímavým zdrojem informací, který po utřídění a statistickém vyhodnocení umožňuje vyvodit obecně platné závěry a doporučení pro praxi.

Záměrem bakalářské práce je zjistit, jaké má laická veřejnost povědomí a představy o paliativní a hospicové péči, jakým způsobem vnímá a nahlíží na doprovázení umírajících. Cílem práce je zjistit, porovnat a vyhodnotit, jak se povědomost o daných tématech liší v závislosti na věku, vzdělání a místě bydliště respondentů.

2 TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části práce budou nejprve vysvětleny zásadní pojmy, zmíněny obecně platné definice. Dále bude podrobněji popsána historie vzniku hospiců, strukturovaným způsobem popsány formy hospicové péče a její personální struktura a závěr teoretické části je věnován doprovázení umírajících s důrazem na jednotlivé fáze tohoto procesu a potřeby doprovázených i doprovázejících.

2.1 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče bývá definována různě, klíčová je definice dle §5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění, kde je paliativní péče vymezena jako specifický druh zdravotní péče, „*jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí*“.

„*Paliativní péče (paliare – skrýt, ulehčit, usnadnit) je komplexní, multidisciplinární péče, směřující k udržení či zvýšení kvality života s nevléčitelnou, život ohrožující chorobou nebo souborem chorob. Nabízí podporu nemocným, ale i jejich blízkým. Zabývá se včasným vyhledáváním a léčbou závažných symptomů – tělesných, psychických, sociálních i spirituálních*“. (WHO, 2002).

„*Adjektivum „paliativní“ je odvozeno z latinského slova pallium, které znamená rouška nebo plášť*“. (Bužgová, 2015, s.16). Toto připodobnění naznačuje, že podstatou paliativní péče je tzv. „zakrýt“ hojivou rouškou nevléčitelnou nemoc a její účinky. (Bužgová, 2015).

Jak uvádí Kalvach (2019): „*Pro paliativní péči je zásadně důležité, aby ji pacienti a veřejnost neztotožňovali s eutanazií, aby si pacienti i jejich blízcí byli jisti, že vstupem do paliativní péče, podpisem souhlasu s ní, nezmocňují poskytovatele k „zahubení“, nýbrž k doprovázení, podporování a k tlumení bolesti. Právě v paliativní péči si pacienti musejí být naprosto jisti, že k nim, jak zdůrazňoval V.E.Frankl, vždy a za všech okolností přichází lékař či jiný podpůrný zdravotník, a nikoliv kat ani ten, kdo nad nimi a jejich životem „zlomil hůl“*“. (Kalvach, 2019, s.23).

2.1.1 Paliativní péče v České republice

Kabelka (2018) uvádí, že: „*Paliativní péče v České republice je stále ještě vnímána především jako pouze péče hospicová*“. (Kabelka, 2018, s. 30). Je však třeba uznat fakt, že více jak 95 % pacientů v České republice nemá šanci hospicovou péči využít, a pokud ano, dostane se jim jí až v posledních dnech života. Většina našich pacientů se potýká se svým onemocněním doma za podpory praktického lékaře, domácí péče a rodiny. V jiných případech v léčebnách dlouhodobě nemocných nebo v domovech pro seniory se zvláštním režimem. Především tato zařízení postrádají to, co zásadním způsobem definuje paliativní péče. (Kabelka, 2018).

2.1.2 Rozvoj paliativní péče

Rozvoj paliativní péče v České republice můžeme datovat do doby po roce 1990. Ve zprávě Světové zdravotnické organizace z roku 1990 se mimo jiné můžeme dočíst o tom, že politiku mírnění bolesti u terminálních pacientů přijaly vlády Austrálie, Japonska, Švédska, Francie. V Itálii byl vydán zvláštní výnos, který upravuje podávání dostatečných dávek opiátů. Taktéž některé státy Indie realizovaly tzv. „Plán pro zmírňování bolesti při rakovině.“. Některé projekty paliativní péče se tudíž překrývají. Příkladem takového překrývání může být americká Wisconsinská iniciativa, pod jejímiž křídly vychází např. časopis Cancer pain relief.

„Jednotlivé národní společnosti paliativní medicíny sdružuje Evropská asociace paliativní medicíny. V České republice byla ustanovena Sekce paliativní medicíny v rámci Společnosti pro výzkum a léčbu bolesti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. (Haškovcová, 2007, s. 39).

Obor paliativní medicíny je tedy obor poměrně mladý a dynamicky se rozvíjející. Principy paliativní péče jsou přednášeny na středních a vyšších zdravotnických školách, lékařských fakultách. Mnohé formy výuky je potřeba rozšiřovat, zvláště pak proto, že paliativní medicína dostala v České republice prostor až po roce 1989.

Českou učebnici paliativní medicíny vydalo v roce 1998 nakladatelství Grada. Jiří Vorlíček a Zdeněk Adam, jako autoři této knihy, byli za tuto knihu odměněni za nejlepší publikaci roku. Postupem let na našem trhu přibývá kvalitní literatury v tomto oboru jak z rukou odborníků, ale i laiků, kteří čtenářům odkrývají své zkušenosti, když doprovázeli někoho blízkého, nebo sami onemocněli závažnou chorobou. Velkou

zásluhu na poli osvěty v tomto oboru má bezesporu občanské sdružení Cesta domů. Toto sdružení má i samostatné vydavatelské aktivity. (Haškovcová, 2007.)

2.1.3 Cíle rozvoje paliativní péče v České republice

- *Ve všech segmentech zdravotního a sociálního systému v České republice je každému nevléčitelně nemocnému pacientovi dostupná kvalitní paliativní péče.*
- *Každý pacient má reálnou možnost volby prostředí, ve kterém si přeje prožít život s nevléčitelnou chorobou i závěr svého života.*
- *Rodinám a blízkým, kteří pečují o nevléčitelně nemocného pacienta, je dostupná adekvátní psychologická a sociální podpora. (Kabelka, 2018, s. 30)*

Koncept paliativní péče prokázal, že je možné:

- Účinným způsobem mírnit fyzické a psychické symptomy onemocnění.
- Stanovit individuální plán péče, který respektuje pacientovi potřeby, hodnotový systém a priority.
- Vytvořit fungující systém podpory pro pacienta a jeho rodinu.
- I v terminálních a velmi pokročilých fázích nevléčitelných onemocnění zachovat dobrou kvalitu života pacienta i jeho rodiny.
- Vytvářet systém péče, která výše uvedené postupy péče realizuje v praxi (Kabelka, 2018).

2.1.4 Obecná a specializovaná paliativní péče

Kabelka (2018) uvádí, že: „*V souladu s mezinárodními doporučeními rozlišujeme dvě úrovně poskytování paliativní péče: obecnou a specializovanou paliativní péči. Je třeba, aby si obě úrovně služeb vytvořily a zachovaly dostatečné komunikační propojení*“.
(Kabelka, 2018, s.31).

Obecná paliativní péče

Její základním pilířem je včasné rozpoznání nevléčitelného charakteru onemocnění a identifikace zároveň s ovlivňováním oblastí, které jsou zásadní pro kvalitu pacientova života. Obecná paliativní péče je zajišťována multidisciplinárním týmem. Tým tvoří nejen praktičtí lékaři společně s agenturami domácí péče, ale také lékaři specialisté – onkologové, internisti, geriatři, neurologové. Samozřejmě také sociální poradenství,

pastorační péče a služby dobrovolníků mají v obecné paliativní péči svoji nezastupitelnou roli. (Kabelka, 2018).

Specializovaná paliativní péče

V případě, že pacienti na základě závažnosti svých potřeb přesahují hranice a možnosti obecné paliativní péče, měli by jim poskytovatelé obecné paliativní péče umožnit přístup ke specializované paliativní péči. Ta je poskytována týmem odborníků, kteří absolvovali formální vzdělání v oboru paliativní péče a mají potřebné zkušenosti a praxi v tomto oboru. Poskytují ji ta zařízení, ve kterých je hlavní náplní služeb paliativní péče. (Kabelka, 2018.)

V České republice potřebuje paliativní péči každoročně více než 70 000 pacientů. (Kabelka, 2018, s. 31)

2.1.5 Cílová skupina paliativní péče

Cílovou skupinu paliativní péče tvoří pacienti v pokročilých a konečných stádiích nevyléčitelných chorob. (Sláma, 2011).

- Nádorová onemocnění.
- Konečná stadia chronických orgánových onemocnění.
- Parkinsonova nemoc.
- ALS.
- Neurodegenerativní onemocnění (RS).
- Demence.
- AIDS.
- Kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorgánovým selháváním.
- Polymorbidní geriatrickí pacienti.
- Pacienti v persistujícím vegetativním stavu.
- Některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění.

2.2 HOSPIC

Hospice jsou nestátní zdravotnická zařízení, která poskytují hospicovou a tzv. paliativní péči. Lůžkové hospice fungují nejen z veřejného zdravotního pojištění, ale také díky úhradám malých či větších sponzorů, dotacím krajů a obcí, které si uvědomují důležitost těchto poskytovaných služeb. Je třeba zdůraznit, že hospice nelze zaměňovat nebo připodobňovat k léčebnám dlouhodobě nemocných (Slámová, 2018). Hospice neuzdravují, ale zároveň neberou naději, lidskou důstojnost ani víru. Hlavní náplní hospiců je snaha o zachování co možná nejlepší kvality života, snaha, aby umírající netrpěl nesnesitelnou bolestí, snaha o to, aby byla respektována jedinečnost každého pacienta a zároveň je cílem hospiců, aby umírající neodcházel z tohoto světa sám. Hospice jsou v dnešní době vybaveny moderními přístroji, kvalitním zdravotním materiálem a pomůckami. Mají kapacitu od 15 do 50 lůžek. O pacienty se stará multidisciplinární tým, který zahrnuje lékaře, sestry, ošetřovatele, sanitáře, psychoterapeuty, fyzioterapeuty, sociální pracovníce, dobrovolníky a také duchovní či pastorační asistenty. Hospice mají z velké většiny jednolůžkové pokoje s přistýlkou pro příbuzné a vlastní koupelnu a WC. Na rozdíl od jiných zdravotnických zařízení jsou v hospicích povoleny návštěvy kdykoliv během dne a kromě blízkých, příbuzných a známých jsou návštěvy povoleny i domácím mazlíčkům.

Většina lidí má o hospicích velmi mylnou představu. Zpravidla si představují hospic jako jakousi alternativu léčebny dlouhodobě nemocných, kam jsou umístěováni velmi staří pacienti. V dnešní době je opak krutou pravdou. Více než jedna třetina pacientů bývá v produktivním, ne-li ve velmi mladém věku.

„Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti.“

Hospic nemocnému garantuje, že:

- 1) Nebude trpět nesnesitelnou bolestí.*
- 2) V každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost.*
- 3) V posledních chvílích života nezůstane osamocen (Svatošová, 2003, s.123).*

2.2.1 Historie vzniku hospiců

Haškovcová (2007) uvádí, že: *Anglický výraz hospic znamená útulek nebo útočiště. Termín byl původně používán ve středověku pro tzv. domy odpočinku. Vyhledávali je zejména unavení poutníci směřující do Palestiny* (Haškovcová, 2007, s. 45)

V období **středověku** se setkáváme s *fenomémem ženského léčitelství a péče*, který představovaly ženy, které ovládaly léčebné metody, měly schopnost odhalit to, co zůstávalo ostatním skryto. Dokázaly být v blízkosti nemocného navzdory tomu, že ostatní nemocného vnímali s odporem a vzbuzoval v nich také strach. Byly zkušenými bylinkářkami – dokázaly mírnit bolest. Ve střední Evropě byl tento fenomén reprezentován zejména sv. Anežkou Českou, Alžbětou Durynskou a Hedvikou Slezskou. (Kisvetrová, 2018).

Sv. Anežka Česká byla princezna z rodu Přemyslovců. *Jejími rodiči byli král Přemysl Otakar I. a Konstancie Uherská. Anežka je často označována za zakladatelku organizované péče o nemocné a umírající v českých zemích ve středověku.* (Kisvetrová, 208, s. 19).

V roce 1231 nechala v Praze postavit klášterní komplex „Na Františku“. V Praze roku 1233 nechala vystavět první špitál v Čechách a byla též zakladatelkou laického špitálního bratrstva, které se staralo o nemocné a umírající. Sv. Anežka vstoupila do kláštera a obětavě sloužila nemocným i mimo zdi kláštera. Papež Jan Pavel II. ji 12. listopadu 1989 svatořečil. (Kisvetrová, 2018).

V **16. až 18. století** umírali lidé většinou doma, starala se o ně rodina. O nemocné se také staraly náboženské řády. Jednou z představitelk této doby je Apolónie Radermecherová. Ta se nechala inspirovat špitální činností Alžběty Durynské. Ve spolupráci s dalšími ženami začala počátkem roku 1622 pečovat o nemocné a osamocené v německém městě Cáchy. Snažila se zmírňovat jejich bolest a utrpení. Vstoupila do řehole sv. Františka (1626), ve stejném roce zemřela. Příčinou její smrti byla morová infekce. Byla zakladatelkou Řádu svaté Alžběty (Alžbětinek). Jejich hlavním posláním byla péče o nemocné ve špitálech, které sestry zakládaly. (Jirásko, 1991). Řád se doposud dobře věnuje péči o nemocné a umírající v několika zemích (Hanzlíková, 2011).

V 19.století se postupně začínaly měnit příčiny úmrtí. Dochází k výraznému epidemiologickému zlomu, zlepšuje se kontrola infekcí, rozvíjí se veřejné hygienické služby a také dochází k významnému medicínskému pokroku. To mělo za následek snížení počtu smrtelných infekcí, zvýšení počtu chronických chorob, u kterých se významně prodloužila jejich terminální fáze. Tyto změny vyvolaly potřebu institucionalizace způsobu ošetřování i na umírající pacienty. (Payne et.al.2004). Iniciativa ale nevycházela z tradičního směru medicínské praxe. Mezi lékaři stále přetrvával názor, že pro umírající již nemůže medicína nic poskytnout. Právě toto vedlo náboženské řády k tomu, aby vytvářely nový typ institucí, které by poskytovaly péči nevyléčitelně nemocným. Hlavní důraz byl kladen na holistickou péči, která se zaměřovala nejen na tělo, ale i na duši. V roce 1890 byl v Londýně vydán *Průvodce pro oblasti ošetřovatelství a domácí péče*, který napsala Dacre Cravenová. Publikace obsahovala i kapitolu o „nejlepších místech pro umírající podle jejich nemocí“ (Payneová a kol., 2007)

První použití termínu hospic, jako označení místa pro umírající, je přisuzováno Francouzce Jeanne Garnierové. Ta v roce 1842 založila ve francouzském Lyonu sdružení *L'Association des Dames du Calvaire*“. V roce 1843 zřídily členky sdružení tzv. *Dům pro umírající*.

Významnou událostí pro rozvoj hospicové péče v této době bylo založení *Hostel of God* (Božího útulku) v Londýně v roce 1891. O umírající pacienty se staraly anglikánské sestry Služebníků chudých sv. Jakuba. V roce 1900 došlo k rozšíření domova, byla zde poskytována péče 36 nemocným. V současné době nese domov jméno Hospic Nejsvětější trojice (*Trinity Hospic*), jeho celková kapacita je 28 lůžek a řadí se k nejdéle působícím zařízením hospicové péče ve Velké Británii. (Kisvetrová, 2018).

„**Dvacáté století přineslo nový pohled na pojetí péče o umírající. V polovině dvacátého století se setkáváme s významnými osobnostmi, které navázaly na historický fenomén charitativní péče devatenáctého století. Necháply umírání jako neúspěch a prohru medicíny, ale vrátily do péče o umírající opět prvek doprovázení, který umírajícímu pomáhá zachovat důstojnost, poskytuje lásku i pocit sounáležitosti až do posledního dne života**“. (Kisvetrová, 2018. s.24)

Mezi hlavní představitelky této doby patří mimo jiné Cicely Mary Strode Saundersová, byla to právě ona, kdo první použil pojem „*celková bolest*“ (total pain), který zahrnoval kromě bolesti fyzické také bolest psychologickou, duševní a sociální. V roce 1958 publikovala Cicely Saundersová svůj první článek k této problematice. Článek otiskl The St.Thomas´Hospital Gazette. Následovaly další články pro časopis Nursing Times. Tyto články se zaměřovaly na základní principy péče o umírající a měly být inspirací pro praxi. Její články měly velký ohlas hlavně u ošetrovatelské veřejnosti přestože její primární snaha zaujmout byla zaměřena na lékaře. Hlavní důvod, proč její články vyvolaly takový ohlas, souvisel se změnami v medicíně a zdravotní péči, které nastaly v západní Evropě. Pokroky, které byly zaznamenány v medicíně s sebou nesly nové léčebné postupy a metody. Největší důraz byl kladen na uzdravení a následnou rehabilitaci. Nevyléčitelně nemocní se tak dostali na samý okraj zájmu a byli považováni za selhání lékařské praxe. Smrt se tak stala normou v duchu institucionálního modelu umírání v nemocnicích. Cicely Saundersová naopak ve svých článcích připomínala tradiční aspekty ošetrovatelské péče, které umírajícím poskytovaly potřebnou péči, důstojnost a klidný závěr života. Její dlouholeté zkušenosti (St.Luke´S Home for Dying Poor a v St.Joseph´s Hospice) byly základem pro koncept kompetentní medicíny s odbornou péčí, včetně péče sociální. Svoji vizi se jí podařilo realizovat otevřením Hospice sv.Kryštofa v roce 1967 v jižním Londýně.

Cicely Saundersová zcela zásadním způsobem ovlivnila pohled zdravotnického personálu na péči v závěru života o nevléčitelně nemocné pacienty. Výrazným způsobem přispěla také k tomu, že paliativní medicína byla anglickou Královskou lékařskou společností uznána za samostatný lékařský obor. (Kisvetrová, 2018).

Dalšími výraznými osobnostmi této doby byly Florence Waldová a Elizabeth Kübler-Rossová. Ta se ve své práci soustředila na psychologickou péči o těžce nemocné, kteří trpěli úzkostí. Pořádala semináře pro sestry, lékaře a duchovní, kde diskutovaným tématem byl právě strach a obavy umírajících. Výsledky svých studií a rozhovorů s umírajícími pacienty uveřejnila ve své knize *O smrti a umírání*. Její teorie o fázích umírání byly publikovány v této knize. Právě tyto fáze budou v dalších kapitolách popisovány.

21. Století

Smrt je spojená s celou historií lidstva. Každá civilizace je nucena nějakým způsobem reagovat na otázky spojené s umíráním a se smrtí. Dříve byla smrt chápána jako přirozená součást lidského koloběhu života. Ve 20. století se přesunula do zdravotnických a sociálních institucí a stala se z ní medicínská záležitost. Dříve se o umírající starala rodina, postupně se však tato zodpovědnost přesunula na anonymní okruh lidí, na personál nemocnic, léčeben pro dlouhodobě nemocné a do domovů důchodců. Smrt tak byla a je často vytěsněna z domácího prostředí do prostředí nemocnic, následné a dlouhodobé péče. Umírající však je osamocen, uvězněn se svou úzkostí, se svými strachy a obavami.

2.2.2 Vznik hospiců v České republice

První hospic byl v Čechách otevřen v roce 1995 v Červeném Kostelci. Postupně byly hospice zřizovány i v dalších českých a moravských městech naší republiky.

r. 1998	Praha	Hospic Štrasburk
r. 1998	Plzeň	Hospic svatého Lazara
r. 1999	Rajhrad	Hospic svatého Josefa
r. 2001	Litoměřice	Hospic svatého Štěpána
r. 2002	Olomouc	Hospic na svatém Kopečku
r. 2004	Valašské Meziříčí	Hospic Citadela
r. 2004	Brno	Hospic svaté Alžběty
r. 2005	Most	Hospic
r. 2005	Prachatice	Hospic svatého Jana Nepomuckého
r. 2007	Ostrava	Hospic svatého Lukáše
r. 2008	Čerčany	Hospic Dobrého Pastýře
r. 2010	Chrudim	Hospic Smíření

2.2.3 České mýty o hospicích

Nízká informovanost veřejnosti o paliativní a hospicové péči bývá největší příčinou pochybností, nedůvěry a důvodem k mylné interpretaci. Téma smrti a umírání bylo a stále ještě je tabuizovaný tématem. Teprve poslední doba s sebou přináší velký rozvoj v této oblasti, iniciativa hospiců se začala také soustřeďovat na informování veřejnosti, na prolomení určitých bariér a mýtů ve společnosti. Např.:

Hospic je dům smrti

Ano, hospic je místo, kde se umírá. Je to však zároveň i místo, kde uslyšíte hudbu, vyprávění a mnohdy i smích. Je to také místo naděje, smíření, úcty k lidem, k životu samému i ke smrti. Ta zkrátka k životu patří. Není to tak dávno, co jsem od pacientky našeho hospice slyšela větu: „*To bych nikdy nevěřila, že se zrovna v hospici tolik nasměji*“. Tato slova Vás utvrdí v tom, že svoji práci děláte dobře, že Vaše práce má smysl nejen pro Vás samotné, ale i pro ostatní. A zároveň Vás tato slova zahřejí u srdce.

Hospic je jen pro věřící

Církev bývají také zakladateli nebo provozovateli (částečnými) hospiců. To je zřejmě důvod, který v lidech vyvolává pocit, že do hospiců jsou umísťováni pouze věřící. Není tomu tak. Kritéria pro hospitalizaci do hospiců jsou jiná. Faktem ovšem je, že v každém hospici je poskytována duchovní (spirituální) péče. Pokud se pacient považuje za nevěřícího, není jeho povinností se bohoslužeb účastnit a odmítnutí spirituální pomoci je plně respektováno (Haškovcová, 2007).

Hospic se hodí pro všechny umírající

Nehodí. Hospicový program není určen pro všechny lidi na konci své životní cesty. Ne každý umírající splňuje základní podmínky přijetí. Informovaný souhlas a přání být přijat do hospice.

Indikace pro přijetí se zakládá na těchto kritériích:

- Progrese onemocnění ohrožuje pacienta na životě.
- Nemocniční péče nemá již pacientovi co nabídnout.
- Pacient potřebuje paliativní péči a léčbu.
- Domácí péče již není možná.

Hospice poskytují služby a péči většinou onkologicky nemocným, přijetí ostatních pacientů je možné, nikoliv však typické (Haškovcová, 2003).

2.2.4 Definice hospicové péče

Názory na poskytování a využívání hospicové péče se v jednotlivých evropských zemích značně různí. V některých zemích je hospicová péče oddělena a odlišena od péče paliativní, v jiných zemích se obě tyto péče prolínají. Rozlišení těchto typů může souviset s formou instituce, která péči poskytuje. Jednotky paliativní péče bývají zřizovány jako samostatná oddělení v rámci nemocničního zařízení. Naproti tomu hospice jsou samostatná, lůžková, zdravotnická zařízení. Další rozlišení mezi paliativní a hospicovou péčí představuje v některých zemích indikace pro přijetí do péče a spektrum nabízených služeb. (Kisvetrová, 2018).

Kupříkladu v německých nemocnicích, jak uvádí Kisvetrová (2018) : *„jsou hlavní náplní péče na paliativním oddělení krizové intervence a lékařská stabilizace stavu nevyléčitelně nemocného“* (Kisvetrová, 2018, s.14).

Lůžkové hospice zajišťují péči pacientům v konečné fázi jejich života, kdy péči není schopna zajistit rodina v domácím prostředí. Toto kategorizované pojetí není v jiných zemích používáno. (Kisvetrová, 2018).

Hospicová péče může být také definována jako péče, která se *„zabývá člověkem v jeho celistvosti a klade si za cíl naplnit všechny jeho potřeby – fyzické, emocionální, sociální i duchovní.* (Radbruch, Payne et al. 2010, s.16)

Kisvetrová (2018) uvádí že: *„V České republice je hospicová péče poskytována zejména v rámci lůžkových hospiců. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR) definuje hospic, který tuto péči poskytuje, jako: lůžkové zdravotnické zařízení, kde základem léčby je léčba paliativní, poskytovaná pacientovi v pokročilém a konečném stadiu jeho nemoci, u kterého byly vyčerpány možnosti léčebné péče vedoucí*

k vyléčení. Jejím účelem je zmírňování utrpení pacienta a vytváření podmínek pro klidné umírání a důstojnou smrt“. (Kisvetrová, 2018, s. 15)

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je hospicová péče: *„Integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče poskytovaná nemocným všech indikačních, diagnostických i věkových skupin, u nichž je prognózou ošetřujícího lékaře předpokládána délka dalšího života v rozsahu méně než 6 měsíců“.* (WHO, 2002).

Ministerstvo zdravotnictví ČR definuje hospicovou péči jako: *„komplexní multidisciplinární paliativní péči, kterou tvoří souhrn odborných lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačních činností, poskytovaných preterminálně a terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány všechny možnosti klasické léčby, u kterých ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny potíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující biologické, psychologické a sociální potřeby nemocného“.*

(Osobniasistence.cz [online]. [cit. 2022-04-14]).

Při bližším zkoumání definice pojmu hospicová a paliativní péče lze citovat také Elisabeth Kübler-Rossovou, která hospicovou péči popisuje takto: *„Hospicová péče je vlastně staromódní zvyk – důstojná reakce na nevyhnutelný konec života, pomáhá umírajícímu i jeho rodině, která se musí vyrovnat se ztrátou. Nemocný, který smí zemřít v důvěrně známém okolí, se nemusí tak přizpůsobovat, neboť rodina jej zná. Někdy se uklidňující lék může nahradit sklenkou vína, vůně doma připravené polévky ho povzbudí, aby si vzal pár lžic. Nic proti uklidňujícím prostředkům a infuzím, vím, že často zachraňují život a že se jim nelze vyhnout! Ale stejně tak dobře vím, že trpělivost, důvěrná ruka a obvyklá jídla mohou nahradit mnoho lahviček intravenózních tekutin, které jsou fyziologicky nutné, ale hlavně nevyžadují mnoho personálu, ale individuální péči“.* (Osobniasistence.cz [online]. [cit. 2022-04-14]).

Důraz na využití posledního vyměřeného času klade ve své definici hospicové péče Bernie S.Siegel, který zmiňuje že: *„Hospicová péče nám pomáhá naplno žít poslední dny našeho života. Učí nás žít nyní, ale dává nám i odvahu střetnout se s každým dnem, s přibližující se smrtí a zužitkovat naši bolest a utrpení jako motivátory a ukazatele nového směru.“* (Osobniasistence.cz [online]. [cit. 2022-04-14]).

Na základě všech výše uvedených definic je jasně patrné, že definice a filozofie paliativní a hospicové péče se víceméně překrývají a tudíž by se dalo konstatovat, že oba termíny lze vnímat synonymně.

Se všemi těmito definicemi se lze ztotožnit, některé znějí našim uším lahodněji, některé naopak v nás vzbuzují strohost, formálnost – přesto mají své místo i význam. Já bych na závěr použila a vypůjčila si odpověď z dotazníku, který vyplnila jedna respondentka.

„Hospicová péče je poslední domov člověka.“

2.2.5 Hospicová péče v České republice

Hospicová a paliativní péče se začala v České republice rozvíjet až po roce 1989. Hlavní propagátorkou a realizátorkou hospicové péče byla MUDr. Marie Svatošová. Její vize byla umožnit umírajícím v České republice dožít svoji závěrečnou etapu života v důstojném prostředí, pokud byli vzhledem k závažnosti svého onemocnění nuceni strávit poslední dny svého života v nemocničních zařízeních. V roce 1990 opustila svoji profesi praktické lékařky a podílela se na vzniku hospice Anežky České, který byl zprovozněn v prosinci roku 1995 v Červeném Kostelci. (Bužgová, 2015).

2.3 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE

2.3.1 Lůžkový hospic

Lůžkový hospic je zařízení, v němž je pacientovi poskytována nejen péče, ale také ubytování. Orientuje se nejen na zdravotní a ošetrovatelskou péči, ale také nabízí vyplnění pacientova volného času podle jeho zájmů, nálady a samozřejmě zdravotního stavu.

2.3.2 Mobilní hospic

Mobilní hospic pečuje o pacienty v terminálním stadiu nemoci v jejich domácím prostředí. Nejedná se tudíž o lůžkové zařízení. Tuto formu péče si vybírají pacienti a jejich rodiny, kteří si přejí strávit poslední chvíle svého života ve svém vlastním prostředí, v kruhu rodiny. I přesto je v domácích podmínkách poskytována kvalitní a odborná péče, srovnatelná s lůžkovým zařízením. Za pacienty domů dojíždí jak lékař,

sestra, tak případně psychoterapeut nebo dobrovolníci. „*Hlavním cílem domácí paliativní péče je umožnit terminálně nemocným důstojné prožití poslední části života v jejich domácím prostředí a pečujícím členům jejich rodin usnadnit obtížnou životní situaci*“. (Kalvach, 2004, s. 74).

2.3.3 Denní stacionář

V denním stacionáři je hospicová péče poskytována jen v průběhu dne, přes noc zůstává pacient doma. Denní stacionáře bývají zřizovány při lůžkových hospicích.

2.4 HOSPICOVÁ PÉČE Z HLEDISKA ČASOVÉHO

2.4.1 1.Období – prae finem

Haškovcová (2002) uvádí, že je to časový úsek před začátkem umírání, který začíná ve chvíli, kdy dojde ke zjištění diagnózy. Pacient se od lékaře dozví, že je nevléčitelně nemocný a jeho prognóza je infaustní. Takový stav může trvat různě dlouhou dobu. Někdy trvá dny, měsíce, ale také roky. Haškovcová (2002) také upřesňuje, že v období prae finem jsou úzkostné strachy ze smrti intenzivnější i častější, než ve fázi in finem. Nejdůležitější pro toto časové období je poskytnout nemocnému potřebnou emoční podporu. Mnozí pacienti chtějí o své situaci s někým promluvit. Jako nejsilnější emoci cítí osamělost a izolaci od okolí. Ta je dána právě tím, že nemohou se svými blízkými otevřeně mluvit o blížícím se konci jejich života. „*Potřeba důvěrného a bezpečného vztahu, ve kterém je možno otevřít jakoukoli otázku, kterou evokuje blízká smrt, má jasný terapeutický přesah*“ (Kupka, 2014, s.105)

2.4.2 2.Období – in finem

Relativně krátký úsek umírání, péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých během terminálního stavu, umírání v užším slova smyslu. Trvalá přítomnost blízkých u lůžka umírajícího je sporná a velmi individuální. Dle mého názoru nejnáročnější úsek doprovázení pro všechny, kteří jsou doprovázejícími i doprovázeným. Umírající má stále menší potřebu hovořit, většinu času spí, rozjímá. V terminální fázi často dochází k náhlým projevům neklidu, nekoordinovaným pohybům. Proto paušální rada „držte umírajícího za ruku“ nemusí být vždy vhodná. Haškovcová (2007) je přesvědčena, že příbuzní umírajícího by měli být poučeni o tom, že přicházející smrt má své projevy – slábnutí pulsu, pokles tělesné teploty, ztížené nebo nepravidelné dýchání, rysy tváře se

špičatí. Umírající zpravidla již nereaguje na blízké okolí, ale může slyšet. Proto bychom jako doprovázející v přítomnosti umírajícího měli hovořit tak, jako by byl při plném vědomí. (Kupka, 2014).

2.4.3 3.Období – post finem

Časový úsek po smrti. Kromě péče o tělo zemřelého sem patří i doprovázení pozůstalých. Není nezvyklé, že toto doprovázení je i dlouhodobějšího charakteru.

Haškovcová (2007) uvádí, že: „*První minuty po skonu blízkého příbuzného bývají naplněny bezradností*“. (Haškovcová, 2007, s. 95).

Pozůstalým bychom měli v těchto okamžicích poskytnout několik málo praktických rad:

- Nepospíchat, přílišná aktivita v této chvíli není zcela na místě.
- V souladu s tradicí i z hygienických důvodů otevřít okno.
- Věřící lidé se mohou pomodlit, jinou možností je nechat si v mysli probíhat vzpomínky na společně strávené chvíle, na společné zážitky.
- Pokud příbuzní nechtějí zůstat u lůžka zemřelého sami, můžeme nabídnout jiný prostor k rozjímání nebo tichou společnost.
- Zámutku nechat dostatečný prostor.

„*Nechte na sebe působit ticho a zvláštnost tohoto okamžiku!- radí německá psycholožka Daniela Tausch-Flammerová*“ (Haškovcová, 2007, s. 95).

Stává se u mnoha pacientů, že do hospice bývají přijímáni již v těžkém klinickém stavu, jejich prognóza čítá leckdy jen několik desítek hodin. Jedná se tedy o hospitalizaci velmi krátkodobou, při které je vysoce obtížné beze zbytku naplnit potřeby nemocného a jeho rodiny, přičemž nároky na ošetřující personál jsou vysoké. (Kala, 2017).

Svatošová (2003) uvádí, že: „*Chybou by bylo hospic chápat pouze jako péči v období IN FINEM! Z uvedeného vyplývá, že čím dříve těžce nemocný a jeho rodina hospic navštíví, tím víc pro ně může hospic udělat. Z téhož důvodu je nesmírně důležitá dobrá a včasná spolupráce ošetřujících lékařů a nemocnic s hospicovým týmem.*“ (Svatošová, 2003, s. 132).

2.5 KDO PRACUJE V HOSPICÍCH

2.5.1 Kdo může v hospici pracovat?

Marie Svatošová ve své knize „*Neboj se vrátit domů*“ odpovídá v rozhovoru s Alešem Palánem na otázku, jací lidé se nechávají v hospicích zaměstnávat, takto: „*Blázni. Typově a většinově prostě blázni. Mnozí z nich „blázni pro Krista“, jak by je nazval svatý Pavel*“. (Svatošová, 2018, s. 152).

Mnohokrát jsem již slyšela z úst mých známých, přátel a kamarádů větu: „Jak tam proboha můžeš pracovat?“ A já odpovídám, že tam pracuji ráda. Je však velkou pravdou, že v hospici opravdu nemůže pracovat každý. To, že je někdo lékař, sestra, ošetřovatel nebo psychoterapeut ho ještě nepředurčuje k práci v hospici. Odbornost je samozřejmě bezpodmínečná nutnost, ale pokud by ji někdo chtěl považovat za dostačující, hluboce by se mýlil. V hospici může pracovat pouze ten, kdo má rád lidi. Má je rád za všech okolností, bezvýhradně. Pouze ten může umírajícím poskytnout laskavou péči. Ale ani to ještě nestačí. Je potřeba mít ve svém životě ventil – činnost, která pomáhajícím profesím tzv. dobíjí baterky. Není možné jen energii dávat, ale také je třeba ji někde čerpat.

„Je tedy bezpodmínečně nutno vědět, jak energii, a to nejen sílu, ale i lásku doplňovat. Doprovázení umírajících ubere kus sil, ale přidá kus moudrosti.“

(Svatošová, 2003, s.124)

2.5.2 Multidisciplinární hospicový tým

- **Lékaři** – poskytují profesionální paliativní léčbu, což znamená zejména léčbu bolesti, dušnosti a dalších nepříjemných příznaků onemocnění. Lékaři v hospici vědomě upouští od léčebných výkonů a postupů, které nemohou zlepšit kvalitu života nemocného, a naopak ordinují všechno to, co kvalitu života zlepšit může. Život uměle neprodlužují, ale ani nezkracují.
- **Sestry** – poskytují zdravotní a ošetřovatelskou péči, zaznamenávají vše do ošetřovatelské dokumentace a plánují péči. Každá sestra musí splňovat podmínky vzdělání dle zákona a celoživotní vzdělávání je samozřejmostí.

- **Ošetřovatelé** – vykonávají přímou péči u lůžka. S pacienty tráví nejvíce času. Mají přehled o jejich zvycích, radostech, smutcích. Pomáhají při běžných denních činnostech, podporují soběstačnost nemocných.
- **Psychoterapeuti** – tvoří důležitou součást hospicového týmu. Náplní jejich práce je terapie, doprovázení a podpora těžce nemocných. Jsou dobrými průvodci nejen nemocným, ale i jejich blízkým a pozůstalým.
- **Ergoterapeuti** – připravují pro pacienty volnočasové aktivity, snaží se zapojit je do dění v hospicu, podněcují je v jejich tvořivosti a fantazii, pomáhají nacházet smysl závěrečné fáze života.
- **Fyzioterapeuti** – snaží se v rámci možností pacientů o jejich aktivizaci, odlehčovacími technikami pomoci pohybovému aparátu a ochablému svalstvu
- **Duchovní** – pravidelně vykonává bohoslužby, rozmlouvá s pacienty, zaopatřuje.
- **Administrativní pracovníci** – jejich úloha je také nezastupitelná, podílejí se na chodu hospice a vytvářejí podmínky pro jeho fungování.
- **Dobrovolníci** – nejsou přímými zaměstnanci hospicu. Docházejí do hospiců ve svém volném čase, který chtějí bez nároku na odměnu věnovat nemocným, jejichž čas byl již naplněn. Rozmlouvají s nimi, nebo pouze naslouchají.

2.6 DOPROVÁZENÍ

2.6.1 Pojem doprovázení

Co vlastně znamená pojem doprovázení v hospicové péči? Kdybych měla sama vytvořit definici pro tento pojem, přála bych si ho vystihnout vřelými slovy. Slovy, které by zahalily umírajícího do měkoučké bavlnky porozumění, soucítění, vřelosti, odvahy čelit neznámému, smíření s nemocí, s odcházením. Pokud by však definice měla být jednoduchá a výstižná, zřejmě bych pojem doprovázení nejlépe charakterizovala jako provázení umírajícího posledními týdny, dny a okamžiky života. Doprovázení do nejmenšího detailu odkryje naše emoce i úmysl, ochotu, která by se dala nazvat též empatií. (Kabelka, 2020).

Definice doprovázení od H.Pera zní: *„Doprovázení znamená, že nenecháme člověka na tomto úseku jeho životní cesty samotného. Doprovázení znamená, že tomuto konkrétnímu neopakovatelnému nemocnému nabídneme, že ho budeme, bude-li chtít, doprovázet a že zůstaneme u něho. Doprovázení znamená, že u umírajícího zůstaneme, jestliže bude jeho tělo potřebovat pomoc, že nebudeme nevšímaví, jestliže si jeho duše bude žádat útěchu, že budeme při něm, jestliže bude potřebovat radu a pomoc v praktických otázkách svého života, a že budeme v neposlední řadě naslouchat, abychom nepřeslechli vyslovené i nevyslovené otázky, týkající se smyslu, viny, Boha.“* (Pera, 1991, s.131)

Marie Svatošová, průkopnice hospicového hnutí u nás, říká: *„Skutečně doprovázet znamená jít kus cesty společně“* (Svatošová, 2003, s.19).

2.6.2 Představa umírajícího pacienta o laskavé péči

Představy a reakce jednotlivých umírajících jsou různé. Každý pacient je individualita, osobnost v mnoha ohledech. Klíčovou úlohu sehrává dosavadní zkušenost pacienta, jeho „fáze“ nemoci. Tyto „fáze“ prožívání těžké nemoci na základě svých mnohaletých zkušeností s umírajícími popsala dr. Elisabeth Kübler-Rossová.

2.6.3 Fáze prožívání těžké nemoci podle Kübler-Rossové

➤ **Fáze negace – šok, popírání**

Pacient si nechce připustit, že právě on se ocitl v této situaci. Vědomě popírá skutečnost, která je mu sdělena a snaží se sám sebe přesvědčit, že se jedná o omyl, o záměnu výsledků, nedopatření.

➤ **Fáze agrese – hněv, vzpoura**

Zlost na zdravotníky, na zdravé lidi obecně, na nespravedlnost světa.

➤ **Fáze smlouvání – vyjednávání**

Hledání zázračných léků, léčitelů, alternativní medicíny, snaha nabízet velké sumy peněz za vyléčení.

➤ **Fáze deprese – smutek**

Smutek z hrozící ztráty blízkých, strach ze ztráty soběstačnosti, důstojnosti, bolesti. Strach o rodinu, strach z neznáma.

➤ **Fáze smíření – souhlas**

Vyrovnání, pokora, zúctování, loučení.

Fáze jsou zde seřazeny v tom sledu, v jakém obvykle přicházejí. Je však potřeba brát zřetel na to, že tento sled nemusí být vždy zachován. Je běžné, že jednotlivé fáze mohou přicházet v jiném pořadí, nebo se opakovaně vracet, střídat i prolínat. Člověk je individualita a právě individualita každého člověka je zásadní v procesu doprovázení.

2.6.4 Potřeby umírajícího

➤ **Biologické potřeby**

Do biologických potřeb vlastně řadíme všechno, co je neoddělitelně spjata s lidským tělem. Potřeba dýchání, potravy, spánku, vyprazdňování, bezpečí. Hospicová péče se kromě všech těchto potřeb zaměřuje na nejzákladnější lidskou potřebu – být bez bolesti.

Právě mírnění nesnesitelných bolestí je alfou a omegou základní náplně služeb hospice a paliativní péče obecně.

➤ **Potřeby psychologické**

Respektování lidské důstojnosti. Představy pacienta o jeho důstojnosti, o důstojném odcházení z tohoto světa se mohou zásadním způsobem lišit. To, že má pacient pocit, že přichází o svoji vlastní důstojnost je většinou spjato s pocitem, že kvalita jeho života se velmi rychle změnila. Sužují ho obavy ze ztráty vlastní soběstačnosti, ze ztráty soukromí, vlastního prostředí, které měl pacient rád. Důstojnost úzce souvisí i s tím, jak pacient vnímá změnu svého těla, které je nemocí sužováno. Pocity ze ztráty důstojnosti však může mít mnohdy na svědomí i zdravotnický personál, respektive úroveň poskytované péče a přístup ošetřujícího personálu. Často zapomínáme, že nejen naše slova, ale i gesta, mimika a řeč těla jsou právě ta komunikace, která nás nejvíce prozradí. Pacient nám musí důvěřovat, aby se cítil v bezpečí. Musí mít pocit, že v posledních chvílích jeho života jsme tady pro něho, že nezůstane osamocen. (Kisvetrová, 2018), (Svatošová, 2003.)

➤ **Potřeby sociální**

Nejsilnějším poutem pro umírajícího bývá zpravidla rodina. Není to tak ale vždy. Některé vazby v rodině bývají často životem zpřetrhány, narušeny. Právě v tento okamžik přichází čas na smíření, urovnání starých sporů, křivd, ustoupení ze zatvrdlosti, hrdosti a pýchy. Člověk je ze své podstaty tvor společenský, měl by mít proto právo i v této chvíli svoje návštěvy sám korigovat a my bychom ho v těchto rozhodnutích měli plně respektovat. Možná umírající řeší další jiné starosti, které nestihl dořešit. Například nestihl dostavět dům, nerozdělil svůj majetek, nezaopatřil svého domácího mazlíčka. Je důležité tyto věci, které umírajícího trápí nijak nezlehčovat, pokusit se porozumět, najít cestu k řešení, nebo jen k promluvě, která v ten správný čas dokáže být lékem na bolavou duši.

➤ **Potřeby spirituální**

Do nedávné doby byly spirituální potřeby, dalo by se říci, tabuizované a nepochopené téma. Jak pro pacienty, rodinu, ale také zdravotníky. Mnoho lidí se domnívá, že spirituální potřeby jsou výsadou pouze věřících. Tomu ale tak není. V průběhu vážné nemoci se pacienti začínají zabývat otázkami po smyslu vlastního života. Každý z nás potřebuje v závěru života vědět, že nežil nadarmo, že jeho život měl smysl, že došlo k jeho naplnění. Zásadní význam pro člověka bývá fakt, bylo-li mu odpuštěno, nebo zda-li někomu sám dokázal odpustit. Pokud tyto potřeby smysluplnosti nejsou naplněny, člověk tím velmi trpí a strádá.

2.7 POSLEDNÍ TÝDNY A DNY

Umírání a smrt jsou bolestnou kapitolou lidského života. Úvahy o nich v nás vzbuzují strach a nejistotu. Smrt je jedinečná pro každého z nás. Každý z nás umírá svou vlastní smrtí, přesto lze definovat jisté zákonitosti.

- Umírajícímu ubývají fyzické i psychické síly.
- Klesá jeho zájem o jiné lidi, zájmy, televizi.
- Snaží se omezit návštěvy známých a přátel a prioritou je pro něho rodina.
- Většinu času spí nebo bývá hodně unavený.
- Nezřídka si přeje být sám.
- Někdy bdí, ale nevnímá okolí.
- Později převládá mlčení
- Zaniká smysl pro čas.
- Důležitou prioritou se stává ticho. (Haškovcová, 2007).

V takových chvílích bychom měli mít na paměti důležitost, sílu a význam ticha.

Umírající se ve své mysli často zabývají otázkou, kolik času jim je ještě vyměřeno. Obávají se bolesti, prázdnoty, sužuje je pocit nejistoty, obava, co přijde. Pečující personál na tyto otázky musí myslet, musí mít na ně připraveny odpovědi. Musí umírajícím připomínat, že nemusí trpět bolestí, že jsou pro ně připraveny léky, které odstraňují bolest, že tudíž strach z nesnesitelných bolestí není na místě. Ptá se i rodina:

„Kdy proboha skončí to utrpení, jak dlouho to ještě může trvat?“ Je důležité umět na tyto otázky odpovědět, Nastínit to, co zanedlouho nastane. Utvrdit je v tom, že na to nezůstanou sami. Častokrát se mi za svou praxi v hospici stalo, že rodina se bála doprovázení, bála se smrti samotné. Nevěřila, že to dokáže zvládnout. Měli pochybnosti o sobě samých. V takovéto chvíli musíte být s nimi. Podat nejen pomyslnou pomocnou ruku, ale podat tu ruku fyzicky. Lehký dotek, obejmutí, má neuvěřitelnou sílu pro doprovázejícího člověka. Dokážete ho provést okamžikem umírání, smrti jeho nejbližšího. To je pro něj i pro Vás obzvláště cenné. Vytvoříte tím pouto, které je velmi silné pro tu danou chvíli a obohatí Vás na celý život. Tu chvíli si budete pamatovat, protože byla výjimečná a zkušenost nepřenositelná.

2.7.1 Důstojné umírání

Pro pacienty v závěrečné fázi života představují důstojnost a respekt zásadní hodnoty. Důstojné umírání je možno v tomto kontextu vyjádřit jako uznání lidské hodnoty jedince, kterému je ošetrovatelská péče poskytována s empatií a respektem. Důstojné umírání můžeme specifikovat ve třech dimenzích. (Špatenková et.al.,2014).

První dimenze:

Kvalitní péče o umírajícího s důrazem na psychosociální a spirituální potřeby

Druhá dimenze:

Péče o rodinu a blízké umírajícího pacienta a to ve všech fázích procesu umírání (pre finem, in finem, post finem). Právě ve fázi in finem bývá věnován největší prostor umírajícímu, byť rodina a blízcí v této fázi také velmi trpí. Opora je pro ně velmi důležitá a častokrát bývají opomíjeni.

Třetí dimenze:

Péče o pečující – prevence syndromu vyhoření, podpora profesních a osobních kompetencí.

2.7.2 Pět kategorií důstojné smrti

Důstojné umírání ve vztahu k pacientovi v konečné fázi jeho života lze nazvat jako *zachování osobního komfortu a možnosti rozhodovat o průběhu smrti* (Beckstrand et.al., 2006). Z pohledu seniorů lze pojem důstojná smrt definovat jako smrt „v pravý čas“. Pacient má šanci zůstat aktivní co nejdéle, jeho bolest je tlumena, jeho osobní přání bývají plně akceptována a zároveň je podporována přítomnost blízkých. Karlsson definoval pět kategorií důstojné smrti. (Karlsson et.al. 2006).

1. *Smrt bez utrpení* – utrpení je sníženo na minimální možnou úroveň, je zajištěna kontrola a tlumení fyzických a duševních symptomů (dušnost, horečka, křeče, žízeň, úzkost, strach).
2. *Smrt s redukcí lékařských zákroků* – umírání není uměle prodlužováno, pacient není zatěžován jakýmkoliv zbytečnými invazivními zákroky
3. *Smrt s pocitem bezpečí* – smrt v prostředí, které má na pacienta uklidňující účinek, nevyvolává v něm obavy a zbytečný strach a není v tomto prostředí osamocen
4. *Smrt s ohledem na osobnost pacienta* – empatická péče respektující do poslední chvíle individualitu pacienta, a to i v období nevyléčitelné nemoci
5. *Smrt se smířením* – pacient měl možnost se rozloučit se svými nejbližšími a dojít pokojnou cestou ke smíření se smrtí.

*„Až jednou dojdu ku konci svých dnů,
mne zemřít nechte a netočte se tolik okolo,
vždyť jednou i hrnec rozpadne se v střep.
I mlýnské kolo jednou umlkne.
A nevlácejte mne od lékaře k lékaři,
ušetřte trýznivé hledání sobě i mně,
každý jednou přestane putovat
a starý člověk rád usedne na zápraží,
o to se starejte, aby se trýzeň umírání
na spánek změnila a ne na lékařské jeviště,
stará loď hledá přec klid v přístavu,
nemocné zvíře uléhá ve vší tichosti.*

(G.Hentschel – v situaci, kdy byl pacientem)

2.7.3 Postupy zachovávající důstojnost

Tyto postupy můžeme též nazvat jako soubor chování a činností, které umírajícímu poskytují šanci, aby se mohl vyrovnat se změněnými životními okolnostmi.

➤ Žít přítomností

Znamená schopnost zaměřit se na to, co je právě tady a teď. Zvládnout aktuální problémy a příliš nepřemýšlet o tom, co přinese budoucnost. Závažná, nevléčitelná nemoc ale nutí pacienta, aby o budoucnosti přemýšlel. Čím více se člověk snaží budoucnost nějakým způsobem ovlivnit, přestává být schopný se zaměřit na své bezprostřední okolí. I přes fatální diagnózu mohou pacienti vnímat v závěru svého života i jiné věci, než pouze svoji nemoc. Snaha žít přítomností, užít si každý další den, spojit jej s lidským kontaktem, láskou, humorem. To vše přináší pocit útěchy a smíření.

➤ Udržování normálního stavu

Většina každodenních činností jako jsou hygiena, sledování televize, cvičení bývá považováno za banální a nedůležité. Z hlediska psychologického však mohou mít velký význam. Udržení a zachování aktivit pomáhá nemocnému si zachovat svoji vlastní identitu, pomoci mu zůstat tím, kým je. Normální lidský přístup zahrnuje ze strany personálu empatickou komunikaci a tak důležité aktivní naslouchání.

➤ Hledání duchovní útěchy

Hledání smyslu lidské existence a smrti představuje základní faktory, které ovlivňují důstojnost umírajícího v závěru jeho života. Z tohoto důvodu je spiritualita vnímána jako stěžejní aspekt důstojného umírání. Aktivity, které lze do této kategorie zařadit jsou : ochrana náboženského přesvědčení, poskytnutí duchovní podpory, zajištění soukromí pro náboženské aktivity, modlení s pacientem, zajištění přítomnosti duchovního (Kisvetrová, 2018)

2.7.4 Smrt

Smrt, úmrtí, skon, latinsky exitus je z lékařského hlediska zastavení životních funkcí v organismu bez možnosti jejich obnovení. „Smrt je tajemství a většinu lidí děsí, proto tuto myšlenku v sobě zaháníme“. (Sieberová, 2019, s. 7). Dá se rovněž říci, jak uvádí Haškovcová (2007), že: „*Smrt je individuální zánik organismu, tedy také člověka. V minulosti lidé častěji umírali tzv. přirozenou smrtí, někdy označovanou jako sešlost věkem*“. (Haškovcová, 2007, s. 89).

Současná doba, rozvoj medicíny, paliativní a ošetrovatelské péče s sebou nese smrt tzv. lékařskou. Jedná se o vyústění patologického procesu (nemoci). K té dochází většinou v nemocnicích nebo jiných institucích.

Pokud bychom dále chtěli smrt nějakým způsobem rozlišovat, mohli bychom hovořit o smrti náhlé, rychlé, očekávané, neočekávané, pomalé nebo o smrti v pozeňnaném věku.

Současnost s sebou nese názor většiny lidí, kteří by dali přednost smrti náhlé nebo rychlé. Ve středověku přitom byla za nejhorší možnou smrt považována právě smrt náhlá a neočekávaná. Před tou měl člověka ochránit sám Bůh.

Samostatnou kapitolou je smrt, kterou si člověk způsobí sám. Sebevražda v kontextu historického vývoje je mimořádně poučným tématem. V evropské kultuře byla sebevražda nejprve tolerována, někde i povolována. V některých státech starověkého Řecka byl nástrojem sebevraždy jed, který úředníci poskytovali těm, kteří chtěli zemřít. Důvodem nebyla jen nemoc, ale častokrát také ztráta cti. (Haškovcová, 2007). „*S narůstajícím vlivem křesťanství byla sebevražda prohlášena jako hříšný akt pýchy*“. (Haškovcová, 2007, s. 91).

Ti, kteří ukončili svůj život sebevraždou, byli pohřbíváni u hřbitovních zdí v nevysvěcené zemi. Někteří dokonce nemohli být pohřbeni vůbec. Později se náhled na sebevraždy změnil, dokonce našel pochopení i u některých filosofů např. Thomas Moore, David Hume, Arthur Schopenhauer, T.G.Masaryk. (Haškovcová, 2007).

2.7.5 První okamžiky po smrti

První minuty po odchodu blízkého člověka jsou nepopsatelné. Provází je bezradnost, otupělost, nevyřčené otázky. Pozůstalí mají právo v tu chvíli ustrnout. Na průchod žalu je příliš brzy. Ještě k nim nedolehla opravdovost a definitivnost daného okamžiku. Reakce jsou individuální a byla by chyba truchlící v tomto směru jakkoliv omezovat. (Haškovcová, 2007).

2.7.6 Péče o pozůstalé

Po úmrtí je jakákoliv aktivita doprovázejícího hospicového personálu velmi cenná. Je důležité nepropadnout zmatku a vnímat zvláštní klid těchto okamžiků. ((Funk, 2014). Krátký rozhovor či modlitba u lůžka zemřelého, letný dotyk nebo jen chvilka ticha. To vše truchlícím pomůže překonat přijetí těžké reality, že je opustil milovaný člověk. Nastává pro ně čas přijmout ztrátu jako realitu. Prožít zármutek a truchlit. Pokračovat v žití ve světě bez zemřelého. Tzv. ho nechat odejít.

Role péče o pozůstalé má své důležité místo v poskytování služeb ve všech hospicích. Měli bychom tuto roli vnímat jako rituál, který pomáhá pozůstalým překlenout tuto náročnou fázi života. (Kabelka, 2018).

„A zůstávají také vztahy. I ty si zaslouhují úctu. Je třeba pomáhat pozůstalým , aby si uvědomili, že vztah k zesnulému v jejich životě i nadále přetrvává a nestal se minulostí, na kterou je potřeba zapomenout“. (Opatrný, 2017, s. 140)

3 EMPIRICKÁ ČÁST

Tato část bakalářské práce je zaměřena na rozbor a popis vlastního výzkumného šetření, který byl proveden dotazníkovým šetřením. Laická veřejnost prostřednictvím otázek vyjadřuje svoje názory týkající se povědomosti o hospicové a paliativní péči, o doprovázení umírajících a také v otázkách odpovídá na témata spojená se smrtí a umíráním.

3.1 Metodika

Pro sběr dat byl využit dotazník, který se částečně opíral o dříve položené otázky z jiných studií, aby byla možnost jejich komparace s vlastními výsledky. Do dotazníku jsem zvolila otevřené, uzavřené i polynomické položky. Respondenti vybírali jednu nebo více variant odpovědí, podle typu otázky. U otevřených otázek napsali stručně své vyjádření. Otevřené otázky přinášejí více informací, respondenti v některých otázkách mohou popsat svoje emoce a pocity. To pokládám pro výzkum za velmi cenné. Před samotným zahájením výzkumného šetření byla provedena pilotáž dotazníku na malém vzorku respondentů, abych si ověřila vhodnost zvolených otázek. Z pilotáže vyplynulo, že dotazník byl formulován srozumitelným a jednoznačným způsobem. Anonymita vlastního šetření byla zajištěna tak, že dotazník respondenti vkládali do označených boxů, které byly umístěny v čekárně praktického a odborného lékaře. Dotazník jsem pro účely práce shledala jako vyhovující.

3.2 Materiál

Zkoumaný soubor tvořili muži i ženy, pacienti praktických a odborných lékařů, kteří ve zvoleném období říjen – listopad 2021 navštívili ordinace svých lékařů. Dotazníky byly předávány každému jednotlivému pacientovi, který ordinaci navštívil, aby nedošlo ke zkreslení získaných dat. Aktivně se zúčastnilo 87 respondentů, přičemž větší skupinu tvořily ženy – celkem 72 žen (82,76 %) a 15 mužů (17,24 %).

Tab.č.1: Pohlaví respondentů

Pohlaví		
Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (%)
Žena	72	82,76
Muž	15	17,24
Celkem	87	100,00

Skupina oslovených respondentů byla v rámci intervalového měření rozdělena do dvou věkových kategorií. Kategorie do 50 let, tj. 45 respondentů (51,72 %) a kategorie nad 50 let věku, kterou tvoří 42 respondentů (48,28 %). Průměrný věk respondentů je 49,3.

Tab.č.2: Věk respondentů

Věk		
Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (%)
Do 50 let věku	45	51,72
Nad 50 let věku	42	48,28
Celkem	87	100,00

Vzdělání respondentů jsem rozdělila do dvou kategorií. První kategorii tvoří základní, vyučen a středoškolské vzdělání (49 respondentů, tj. 56,32 %) a druhou kategorii tvoří respondenti s vysokoškolským vzděláním (38 respondentů, tj. 43,68 %).

Tab.č.3: Vzdělání respondentů

Nejvyšší dosažené vzdělání		
Kategorie	Četnost(n)	Rel.četnost (%)
Základní, vyučen, středoškolské	49	56,32
Vysokoškolské	38	43,68
Celkem	87	100,00

Důležitým údajem pro statistické zpracování je bydliště respondentů. To jsem rozdělila také do dvou kategorií, první kategorii tvoří obec do 3000 obyvatel – 50 respondentů, tj. 57,47 % a druhá kategorie představuje bydlení ve městech nad 3000 obyvatel – 37 respondentů, tj. 42,53 %.

Tabulka č.4: Velikost obce

Kde žijete		
Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (%)
Obec do 3000 obyvatel	50	57,47
Město nad 3000 obyvatel	37	42,53
Celkem	87	100,00

3.3 Organizace vlastního šetření a zpracování dat

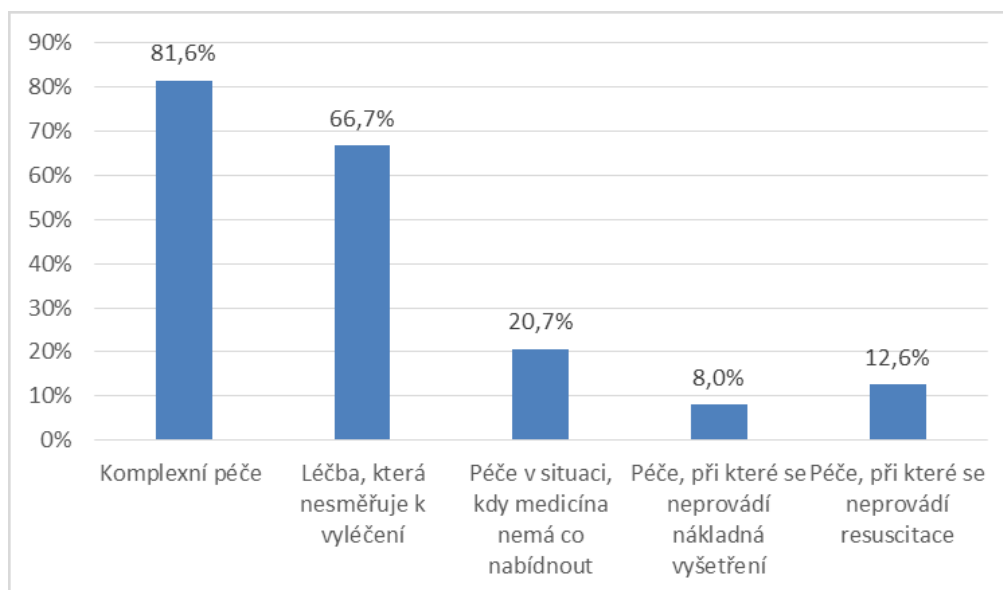
Dotazníkové šetření probíhalo v ordinaci praktického lékaře v Rokycanech a v neurologické ambulanci v Plzni. Na jednotlivá pracoviště jsem předala celkem 150 dotazníků, zpět se mi jich vrátilo 93. Z nich jsem 5 pro neúplné vyplnění vyhodnotila jako nevyhovující, celkem jsem použila 87 dotazníků. Pro statistické zpracování dat byl počet dotazníků vyhovující.

Ke zpracování dat jsem použila tabulkový procesor MS Excel 2016. Vytvořila jsem datový list, který byl použit jako podklad pro zpracování statistické analýzy v programu STATISTIKA CZ 12.

3.4 Výsledky vlastní práce

Otázka č.1: Co podle Vás zahrnuje pojem „paliativní péče“

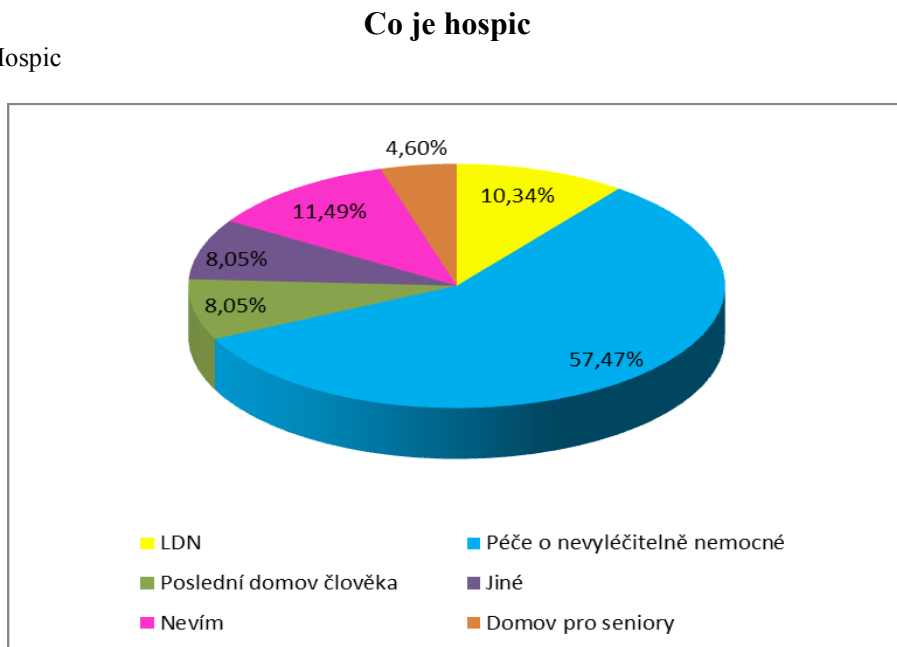
Obr.č.1: Pojem paliativní péče



Důležitým ukazatelem, který má vliv na zjištění povědomosti veřejnosti o hospicové a paliativní péči v České republice jsou odpovědi na otázku: Co podle Vás zahrnuje pojem „paliativní péče“. U této otázky měli respondenti možnost vybírat z pěti variant a označit mohli více než 1 odpověď. Z dotazníkového šetření vyplývá, že možnost „komplexní péče o nevléčitelně nemocného pacienta v terminálním stadiu“ označilo celkem 71 dotázaných tj. 81,60 %. Variantu „léčba, která nesměřuje k vyléčení“ označilo 58 dotázaných (66,70 %), což představuje druhou nejpočetnější skupinu. Menší podíl představují odpovědi „péče v situaci, kdy nemá medicína co nabídnout“ – tu označilo 18 respondentů (20,70 %) a odpověď „péče, při které se již neprovádí resuscitace“ označilo 11 dotázaných (12,60 %). Nejmenší podíl připadl odpovědi: „péče, při které se již neprovádí nákladná vyšetření“. Tu označilo celkem 7 respondentů, což představuje 8,05 %. Lze jednoznačně říci, že všeobecně převažuje názor, že paliativní péče představuje komplexní péči o nevléčitelně nemocného pacienta v terminální stadiu a zároveň péči, která nesměřuje k vyléčení.

Otázka č. 2: Co je podle Vás hospic?

Obr.č.2: Hospic



Další otázka byla směřována na povědomost respondentů o tom, co je vlastně hospic. Tato otázka byla otázkou otevřenou, respondenti tak měli možnost otázku více rozvinout a pro účely výzkumu to představuje více informací. Více jak polovina dotazovaných tj. 50 respondentů (57,47 %) uvedla jako svoji odpověď, že hospic je

místo, kde se pečuje o nevléčitelně nemocné. Další dotazovaní uvedli, že hospic je posledním domovem člověka (uvedlo 7 dotázaných, tj. 8,05 %). Odpověď, že hospic je léčebna dlouhodobě nemocných označilo 9 dotázaných (10,34 %), domov pro seniory označili 4 respondenti (4,60 %) a 7 dotazovaných (8,05 %) uvedlo odpovědi, které jsem zahrнула do kategorie „jiné“. Co je hospic nevědělo celkem 10 dotazovaných (11,49 %).

Otázka č. 3: Znáte nějaký hospic ve Vašem okolí?

Tab. č.5: Hospic v okolí

Znáte nějaký hospic ve Vašem okolí?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (%)
Ano	64	73,56
Ne	23	26,44
Celkem	87	100,00

Z uvedených odpovědí na tuto otázku zcela jednoznačně vyplývá, že velká většina dotazovaných (64 respondentů, 73,56 %) zná hospic, který se nachází v jejich okolí a pouze 23 dotázaných (26,44 %) o hospici ve svém okolí nemá žádnou povědomost.

Otázka č.4: Vyberte nejvhodnější tvrzení, jaká je v hospicích poskytována péče.

Tab.č.6: Péče v hospicích

Vyberte nejvhodnější variantu tvrzení, jaká je podle Vás v hospicích poskytována péče:		
Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (%)
Paliativní péče	67	77,01
Psychiatrická péče	1	1,15
Dlouhodobá ošetrovatelská péče	19	21,84
Celkem	87	100,00

Z celkového počtu 87 respondentů na tuto otázku 67 z nich uvedlo (77,01 %), že v hospicích je poskytována paliativní péče. Dlouhodobou ošetrovatelskou péčí označilo 19 respondentů tj. 21,84 %, psychiatrickou péčí označil pouze 1 dotazovaný (1,15 %).

Otázka č. 5: Souhlasíte s tvrzením, že hospic nahrazuje léčebnu dlouhodobě nemocných?

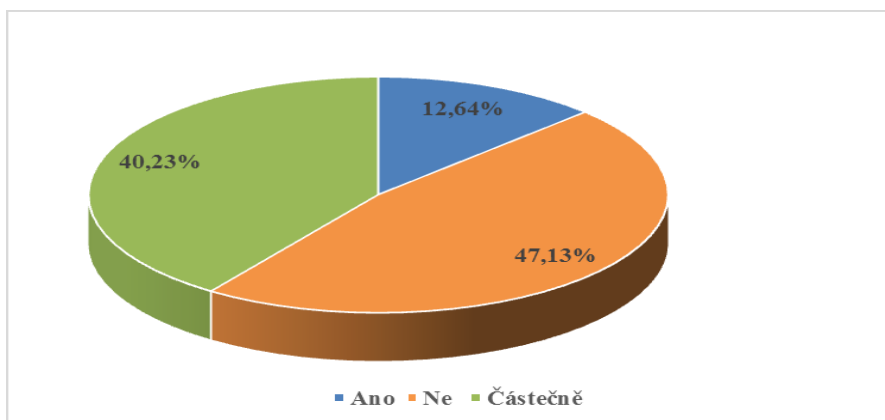
Tab. č.7: Hospic jako náhrada za LDN?

Souhlasíte s tvrzením, že hospic nahrazuje LDN?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (%)
Ano	23	26,44
Spíše ano	26	29,89
Ne	15	17,24
Spíše ne	16	18,39
Určitě ne	7	8,05
Celkem	87	100,00

U této otázky měli respondenti odpovídat na to, zda-li se domnívají, že hospic nahrazuje léčebnu dlouhodobě nemocných. Odpověď „ano“ označilo celkem 23 dotazovaných (26,44 %), „spíše ano“ uvedlo 26 respondentů. Naproti tomu odpověď „ne“ označilo 15 dotázaných (17,24 %), „spíše ne“ označilo 16 respondentů (18,39 %) a odpověď „určitě ne“ označilo 7 dotázaných tj. (8,05 %).

Otázka č.6: Je podle Vás veřejnost dobře informována o hospicové péči?

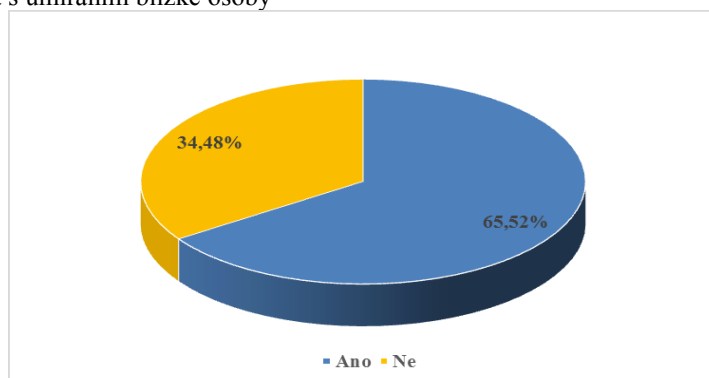
Obr.č.3: Informovanost o hospicové péči



Na otázku, jestli je veřejnost dobře informována o hospicové péči odpovídali dotazovaní takto: Variantu „ano“ označilo 11 dotázaných (12,64 %), téměř polovina respondentů (41 dotázaných; 47,13 %) označilo variantu „ne“ a zbylá část dotázaných tj. 35 respondentů (40,23 %) uvedlo, že si myslí, že veřejnost je o hospicové péči informována jen částečně.

Otázka č. 7: Měl/měla jste Vy osobně bezprostřední zkušenost s umíráním někoho blízkého?

Obr. č.4 Zkušenost s umíráním blízké osoby



Zkušenost s umíráním blízké osoby u této otázky označilo 57 dotázaných (65,52 %), zápornou odpověď označilo 30 respondentů (34,48 %).

Otázka č. 8: Pokud jste na předchozí otázku odpověděli „ANO“, jaké pocity a emoce to ve Vás vyvolalo?

Tab.č. 8: Pocity a emoce při umírání blízké osoby

Pocity a emoce při umírání blízkého:		
Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (%)
Beznaděj	3	3,45
Smutek	14	16,09
Strach	2	2,30
Bezmoc	7	8,05
Nevyplněno	42	48,28
Jiné	19	21,84
Celkem	87	100,00

Tato otázka byla otevřená a vázaná na otázku přechozí. Pokud měli dotazovaní bezprostřední zkušenost se smrtí někoho blízkého, byli dotazováni, jaké pocity a emoce to v nich vyvolalo. Téměř polovina respondentů (42 dotázaných, tj. 48,28 %) na tuto otázku neodpověděla, jen 14 dotázaných (16,09 %) uvedlo jako svoji emoci „*smutek*“, 3 respondenti (3,45 %) uvedli jako odpověď „*beznaděj*“, 2 respondenti (2,30 %) uvedli „*strach*“, „*bezmoc*“ uvedlo 7 respondentů (8,05 %), 19 odpovědí (21,84 %) jsem zařadila do kategorie „jiné“.

Otázka č. 9: Čeho se nejvíce obáváte na umírání? (označte pouze 1 variantu)

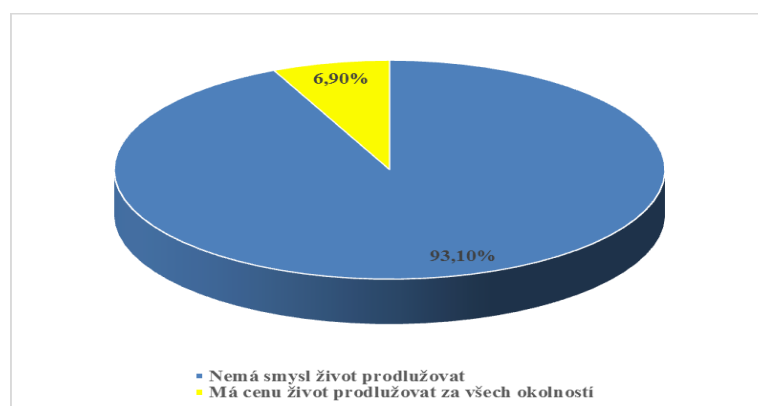
Tab. č. 9: Obavy při umírání

Čeho se nejvíce obáváte na umírání?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (%)
Ztráty důstojnosti	27	31,03
Bolesti	19	21,84
Odloučení od svých blízkých	24	27,59
Psychického strádání	2	2,30
Toho, co bude po smrti	3	3,45
Něčeho jiného	1	1,15
Na umírání se ničeho nebojím	4	4,60
Nevím, nepřemýšlela jsem o tom	7	8,05
Celkem	87	100,00

U této otázky byly označeny v naprosté většině první 3 varianty, tedy: „ztráta důstojnosti“ – označilo 27 respondentů (31,03 %), „bolest“ – označilo 19 respondentů (21,84 %), „odloučení od svých blízkých“ – označilo 24 respondentů (27,59 %). Ostatní varianty byly zastoupeny v menšinových podílech. „psychické strádání“ označili 2 dotázaní (2,30 %), „toho, co bude po smrti“ se obávají 3 respondenti (3,45 %), „něčeho jiného“ se obává 1 dotázaný (1,15 %). O svých obavách „nepřemýšlelo“ 7 dotázaných (8,05 %) a na umírání se „ničeho nebojí“ 4 respondenti (4,60 %).

Otázka č. 10: Které z následujících tvrzení o péči a léčbě na sklonku života je Vám bližší?

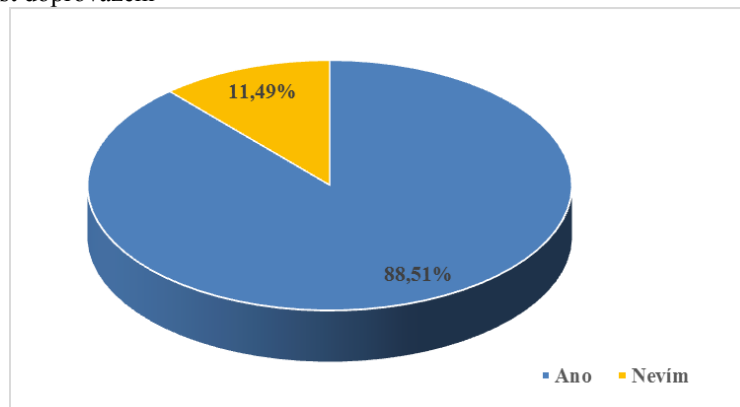
Obr. č. 5 Umělé prodlužování života



Naprostá většina dotazovaných (81; 93,10 %) se shodla, že může nastat v životě chvíle, kdy nemá smysl život uměle prodlužovat. To, že život má cenu prodlužovat za všech okolností a všemi možnými způsoby, označilo 6 respondentů (6,90 %).

Otázka č. 11: Domníváte se, že je důležité doprovázení umírajícího?

Obr.č.6: Důležitost doprovázení



Na dotaz o důležitosti doprovázení umírajících naprostá většina 77 respondentů; (88,51 %) odpověděla, že doprovázení umírajících považuje za důležité. 10 respondentů; (11,49 %) odpovědělo, že neví.

Otázka č.12: Chtěl/a byste doprovázet Vám blízkého člověka?

Tab. č. 10: Doprovázet ano či ne

Chtěl/a byste doprovázet Vám blízkého člověka?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (%)
Ano	73	83,91
Ne	2	2,30
Nevím	12	13,79
Celkem	87	100,00

Na položenou otázku: „Chtěl/a byste doprovázet Vám blízkého člověka“ odpovědělo 73 dotázaných (83,91 %), že „ANO“, pouze 2 respondenti (2,30 %) označili odpověď „NE“ a 12 respondentů (13,79 %) odpovědělo, že neví.

Otázka č. 13: Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ANO, domníváte se, že jste na něco takového, jako je doprovázení umírajícího připraven/připravena?

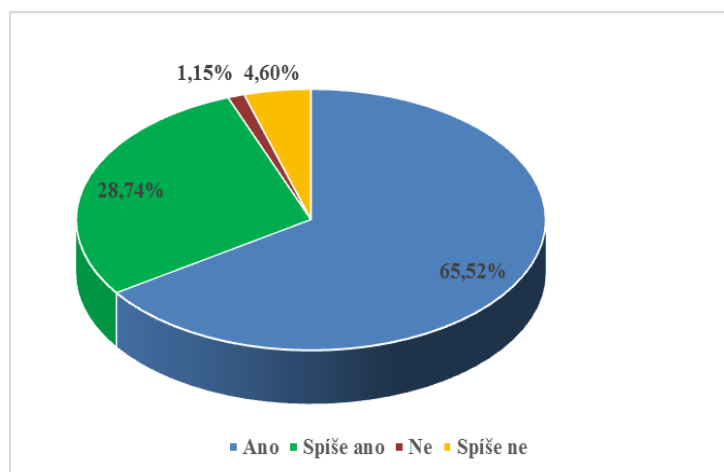
Tab.č. 11: Připravenost k doprovázení

Jste na doprovázení připravení?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (%)
Ano	37	42,53
Ne	17	19,54
Nevím	29	33,33
Neuvedeno	4	4,60
Celkem	87	100,00

37 respondentů (42,53 %) je na doprovázení blízkého člověka připraveno. Naopak 17 respondentů (19,54 %) na doprovázení připraveno není a 29 respondentů (33,33 %) si není jisto a neví. Odpověď neoznačili 4 dotazovaní (4,60 %).

Otázka č. 14: Myslíte si, že člověk na prahu smrti vnímá přítomnost blízkého člověka?

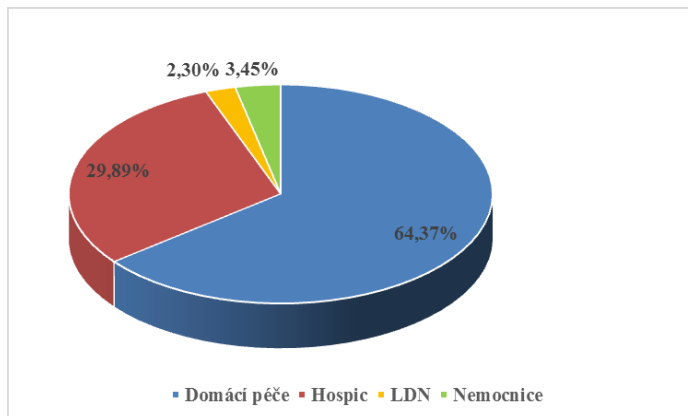
Obr.č.7: Vnímání přítomnosti blízkého člověka



Více jak polovina dotázaných - 57 respondentů (65,52 %) označila, že člověk na prahu smrti vnímá přítomnost blízkého člověka. K odpovědi „spíše ano“ se přiklonilo 25 respondentů (28,74 %). Pouze 1 dotazovaný (1,15 %) uvedl, že „NE“ a 4 respondenti (4,60 %) označili odpověď „spíše ne“.

Otázka č. 15: Jakou péčí byste zvolil/zvolila pro Vašeho blízkého umírajícího?

Obr.č. 8: Volba péče pro umírajícího



Nadpoloviční většina; 56 respondentů (64,37 %) by zvolila pro svého blízkého domácí péči, 26 respondentů (29,89 %) by vybralo hospic, 2 respondenti (2,30 %) označili variantu LDN a pro 3 respondenty (3,45 %) by ideální péči představovala nemocnice.

Otázka č. 16 Je pro Vás těžké o smrti a umírání hovořit?

Tab.č. 12:Smrt a umírání

Je pro Vás těžké o smrti a umírání hovořit?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (%)
Spíše ano	36	41,38
Rozhodně ano	5	5,75
Spíše ne	31	35,63
Rozhodně ne	15	17,24
Celkem	87	100,00

V této otázce respondenti reagovali na to, jak a jestli vůbec, je pro ně obtížné o smrti a umírání hovořit. 36 dotázaných tj. 41,38 % uvedlo, že „spíše ano“, 5 respondentů tj. 5,75 % označilo odpověď „rozhodně ano“. Naproti tomu 31 dotázaných tj. 35,63 % uvedlo, že o smrti a umírání pro ně spíše není problém hovořit a 15 dotázaných 17,24 % označilo odpověď „rozhodně ne“ tj. rozhodně pro ně nepředstavuje problém o smrti a umírání hovořit.

Otázka č. 17 Jaké místo pro umírání byste zvolil/zvolila Vy?

Tab.č. 13:Místo pro umírání

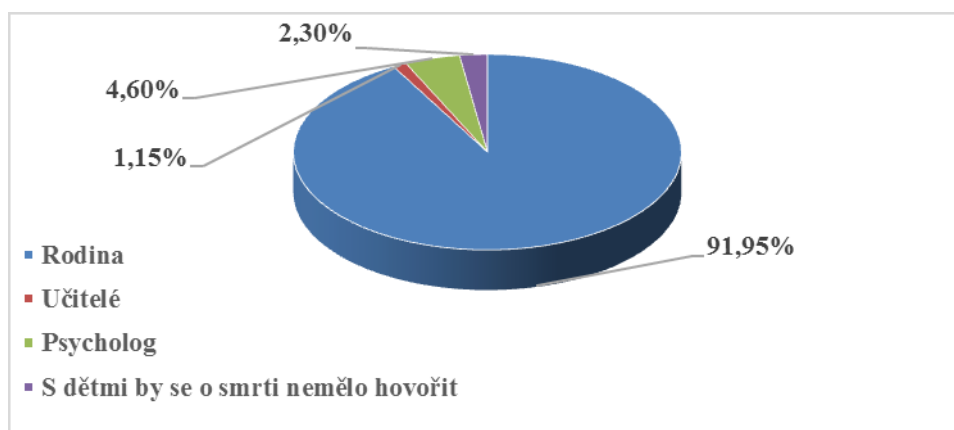
Jaké místo byste pro umírání zvolil/a Vy?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (%)
Domov	45	51,72
Nemocnice	4	4,60
Hospic	14	16,09
Sociální zařízení	2	2,30
Nevím	22	25,29
Celkem	87	100,00

Tato otázka byla zaměřena na to, jaké místo by si respondenti zvolili pro umírání. Více než polovina (45 dotázaných, tj. 51,72 %) by si jako místo pro umírání zvolilo „domov“.

Druhá nejčastější varianta odpovědí (22 dotázaných, 25,29 %) byla „nevím“, 14 respondentů (16,9 %) by si jako místo pro svoje umírání zvolilo hospic a 4 respondenti (4,60 %) označili odpověď „nemocnice“. Sociální zařízení, jako místo pro svoje umírání označili 2 dotazovaní (2,30 %).

Otázka č.18 Kdo by měl podle Vás s dětmi mluvit o konečnosti života, o umírání, o smrti?

Obr.č. 9: Mluvení o smrti s dětmi



Naprostá většina dotazovaných (80; 91,95 %) si myslí, že s dětmi by o smrti a umírání měla hovořit rodina. 4 respondenti (4,60 %) uvedli jako odpověď „psycholog“, 1 respondent (1,15 %) označil jako odpověď „učitelé“ a pouze 2 dotazovaní (2,30 %) jsou toho názoru, že s dětmi by se o smrti hovořit nemělo. Ostatní odpovědi jako „lékaři“, „duchovní“ nebo „někdo jiný“ nebyly označeny žádným z respondentů.

3.5 DISKUZE

V této části bakalářské práce budou diskutovány výsledky vlastního šetření především ve vztahu k dříve stanoveným hypotézám.

3.5.1 Diskuse vlastních výsledků práce ve vztahu ke stanoveným hypotézám

Pro tuto práci jsem zvolila následující pracovní hypotézy, které výsledky mé práce umožňují potvrdit či vyvrátit.

Lze očekávat, že se odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku nebudou významně statisticky rozdílné v závislosti na pohlaví, věku a nejvyšším dosaženém vzdělání respondenta a na velikosti obce pobytu respondentů.

Pohlaví respondentů bylo jedním ze statisticky významných ukazatelů, který byl použit při kategorizování proměnných k výpočtu Pearsonova Chí- kvadrátu.

Tab.č.14: Pohlaví respondentů

Pohlaví		
Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (%)
Žena	72	82,76
Muž	15	17,24
Celkem	87	100,00

Věk respondentů byl rozdělen na dvě kategorie a to na respondenty do 50 let věku a na respondenty ve věkové kategorii nad 50 let. Četnost dotazovaných je uvedena v následujícím tabelárním přehledu.

Tab.č.15: Věk respondentů

Věk		
Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (%)
Do 50 let věku	45	51,72
Nad 50 let věku	42	48,28
Celkem	87	100,00

Z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání byl zkoumaný soubor rozdělen také do dvou kategorií a to kategorie, která zahrnuje základní vzdělání, vyučen a středoškolské vzdělání a druhou kategorií tvoří respondenti s vysokoškolským vzděláním. Četnost respondentů dle dosaženého vzdělání uvádím v následujícím tabelárním přehledu.

Tab.č.16:Vzdělání respondentů

Nejvyšší dosažené vzdělání		
Kategorie	Četnost(n)	Rel.četnost (%)
Základní, vyučen, středoškolské	49	56,32
Vysokoškolské	38	43,68
Celkem	87	100,00

Velikost obce, kde respondenti žijí, byla kategorizována na dvě skupiny. První skupinu tvoří respondenti, kteří žijí v obci do 3000 obyvatel, druhou skupinu pak respondenti žijící ve městech nad 3000 obyvatel.

Tab. č.17: Velikost obce

Kde žijete		
Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (%)
Obec do 3000 obyvatel	50	57,47
Město nad 3000 obyvatel	37	42,53
Celkem	87	100,00

Statistická analýza dat byla zpracována pomocí programu STATISTIKA CZ 12 a v následujícím tabelárním přehledu jsou prezentovány výsledky Pearsonova Chi-kvadrátu – testování hypotéz. Statistická významnost dat byla posuzována na standardní hladině, která je obvyklá pro dotazníkové šetření, tj. 0,05.

Výsledky, u nichž je vypočítaná p hodnota nižší než hladina statistické významnosti 0,05; jsou v tabelárním přehledu barevně a tučně zvýrazněny tak, aby bylo na první pohled zřejmé, u kterých položek v dotazníku byl zaznamenán statisticky významný rozdíl.

Výsledky Pearsonova Chí-kvadrátu

Tab.č.18: Souhrnná tabulka Chí kvadrát, p hodnoty

proměnná:	věk	pohlaví	vzdělání	velikost obce
Co zahrnuje pojem paliativní péče? komplexní péče v terminálním stadiu	0,6884	0,57836	0,22671	0,65243
péče, která nesměřuje k vyléčení	0,36269	1	0,64745	0,44326
péče v situaci, kdy medicína nemá co nabídnout	0,71491	0,52989	0,3041	0,85354
péče, při které se neprovádí nákladná vyšetření	0,62443	0,40792	0,09018	0,43602
péče, při které se již neprovádí resuscitace	0,84121	0,34601	0,54589	0,65812
Co je hospic	0,05414	0,39308	0,49304	0,16853
Povědomost o hospicu v okolí	0,058	0,98229	0,03511	0,17136
Péče v hospicích	0,09585	0,87923	0,11113	0,56841
Nahrazuje hospic LDN?	0,7071	0,91852	0,08709	0,4436
Informovanost veřejnosti o hospicové péči	0,48308	0,83141	0,51537	0,5616
Zkušenost s umíráním blízkého	0,81539	0,48388	0,83889	0,20818
Pocity a emoce při umírání blízkého	0,70844	0,80715	0,21168	0,02531
Největší obavy na umírání	0,42437	0,94303	0,30067	0,27566
Péče a léčba na sklonku života	0,35015	0,24658	0,55738	0,70125
Důležitost doprovázení	0,43032	0,12497	0,7442	0,12559
Chtění doprovázet blízkého	0,99012	0,17587	0,28096	0,17573
Jste na doprovázení připravení?	0,32734	0,34156	0,80329	0,33742
Vnímání na prahu smrti	0,7781	0,28676	0,67156	0,22373
Volba péče pro umírajícího	0,41555	0,50825	0,60158	0,63989
Mluvení o smrti	0,2875	0,71076	0,65266	0,20421
Místo pro umírání	0,61813	0,73177	0,62923	0,21832
Rozhovory s dětmi o umírání	0,0525	0,66258	0,10294	0,83096

Z výše uvedeného tabelárního přehledu vyplývají následující závěry:

H1: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky v dotazníku se nebudou významně statisticky lišit v závislosti na věku respondenta.

Hypotézu č.1 lze přijmout.

H2: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky v dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na pohlaví respondenta.

Hypotézu č. 2 lze přijmout.

H3: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky v dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na vzdělání respondenta.

Hypotézu č. 3 lze přijmout, avšak s výjimkou následující položky, u které byl zjištěn statisticky významný rozdíl v odpovědích jednotlivých respondentů v závislosti na výši jejich dosaženého vzdělání:

Povědomost o hospici v jejich okolí.

V následujícím vícerozměrném tabelárním přehledu budou prezentovány četnosti odpovědi respondentů dle výše jejich dosaženého vzdělání v těch položkách, u kterých byly zjištěny statisticky významné rozdíly.

Pearsonův Chí-kvadrát

p= 0,0351

Tab.č. 19 Povědomost o hospici x vzdělání respondentů

Povědomost o hospici v okolí			
Kategorie	vzdělání Základní-SŠ	vzdělání VŠ	Celkem
Ano, mám povědomost o hospici ve svém okolí.	31	33	64
Sloupcová relativní četnost	64,58 %	84,62 %	
Řádková relativní četnost	48,44 %	51,56 %	
Celková relativní četnost	35,63 %	37,93 %	73,56 %
Ne, o hospici ve svém okolí nemám povědomost.	17	6	23
Sloupcová relativní četnost	35,42 %	15,38 %	
Řádková relativní četnost	73,91 %	26,09 %	
Celková relativní četnost	19,54 %	6,90 %	26,44 %
Celkem	48	39	87
Celková relativní četnost	55,17 %	44,83 %	100,00 %

Z tabelárního přehledu je zřejmé, že kategorie respondentů se vzděláním „VŠ“ má větší povědomost o hospici, který se nachází v jejich okolí 33; 84,62% oproti respondentům v kategorii s nejvyšším dosaženým vzděláním „základní až středoškolské“ 31; 64,58 %.

O hospici naopak nemá žádnou povědomost 17 respondentů (35,42 %) z kategorie vzdělání „základní-SŠ“ a v kategorii respondentů s nejvyšším dosaženým vzděláním „VŠ“ uvedlo odpověď „Ne o hospici ve svém okolí nemám žádnou povědomost“ 6 respondentů (15,38 %).

Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5% hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi povědomostí o hospici se vzděláním respondentů v tom smyslu, že četnost odpovědí o povědomosti hospice vzhledem ke vzdělání je významně nižší u kategorie vzdělání „základní – SŠ“, než u kategorie vzdělání VŠ.

H4: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky v dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na velikosti obce, ve které respondenti žijí.

Hypotézu č. 4 lze přijmout, avšak s výjimkou následující položky, u které byl zjištěn statisticky významný rozdíl v odpovědích jednotlivých respondentů v závislosti na velikosti obce, ve které žijí:

Pocity a emoce při umírání blízké osoby.

Pearsonův Chí-kvadrát **P= 0,02531**

Tab.č.20: Pocity a emoce x velikost obce

Pocity a emoce při umírání blízké osoby			
Kategorie	Velikost obce do 3000 obyvatel	Velikost obce nad 3000 obyvatel	Celkem
Beznaděj	3	0	3
Sloupcová relativní četnost	6,00 %	0,00 %	
Řádková relativní četnost	100,00 %	0,00 %	
Celková relativní četnost	3,45 %	0,00 %	3,45 %
Smutek	3	11	14
Sloupcová relativní četnost	6,00 %	29,73 %	
Řádková relativní četnost	21,43 %	78,57 %	
Celková relativní četnost	3,45 %	12,64 %	16,09 %
Strach	2	0	2
Sloupcová relativní četnost	4,00 %	0,00 %	
Řádková relativní četnost	100,00 %	0,00 %	
Celková relativní četnost	2,30 %	0,00 %	2,30 %
Bezmoc	3	4	7
Sloupcová relativní četnost	6,00 %	10,81 %	
Řádková relativní četnost	42,86 %	57,14 %	
Celková relativní četnost	3,45 %	4,60 %	8,05 %
Nevyplněno	27	15	42
Sloupcová relativní četnost	54,00 %	40,54 %	
Řádková relativní četnost	64,29 %	35,71 %	
Celková relativní četnost	31,03 %	17,24 %	48,28 %
Jiné	12	7	19
Sloupcová relativní četnost	24,00 %	18,92 %	
Řádková relativní četnost	63,16 %	36,84 %	
Celková relativní četnost	13,79 %	8,05 %	21,84 %
Celkem	50	37	87
Celková	57,47 %	42,53 %	100,00 %

U vyjadřování pocitů a emocí při umírání blízké osoby je z tabelárního přehledu zřejmé, že v kategorii respondentů „velikost obce do 3000 obyvatel“ označili položku „Beznaděj“ 3 respondenti (6,00 %) a položku „Smutek“ označili také 3 respondenti (6,00 %).

V kategorii „Velikost obce nad 3000 obyvatel“ položku „Beznaděj“ neoznačil žádný z respondentů a položku „Smutek“ označilo 11 respondentů (29,73 %).

Vysoké procento nevyplněných odpovědí (27 respondentů; 54,00 %) bylo zaznamenáno v kategorii „velikost obce do 3000 obyvatel“ a v kategorii „velikost obce nad 3000 obyvatel“ tuto položku nevyplnilo 15 respondentů (40,54 %).

„Jinou“ variantu odpovědí označilo v kategorii „velikost obce do 3000 obyvatel“ 12 respondentů (24,00 %) a v kategorii „velikost obce nad 3000 obyvatel“ 7 respondentů (18,92 %).

Lze přijmout alternativní hypotézu, že na 5% hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi vyjadřováním emocí při úmrtí blízké osoby a velikostí obce, kde respondenti žijí v tom smyslu, že respondenti žijící ve větších sídlech častěji pociťují smutek a beznaděj, než respondenti žijící v menších sídlech, kteří významně častěji na otázku neodpověděli nebo označili položku „jiné“ pocity a emoce.

Na závěr této diskuse je nutné zdůraznit, že v případě provedení dotazníkového šetření u větší skupiny respondentů nelze vyloučit, že výsledky statistické analýzy budou odlišné, nebo se mohou výrazně lišit od těch, které jsou prezentovány v této práci.

3.5.2 Komparace výsledků vlastního šetření s výsledky dříve realizovaných studií

Výsledky vlastního průzkumného šetření byly porovnány s výsledky dříve realizovaných a publikovaných studií na stejné nebo obdobné téma.

Výzkumnou studii, která zjišťovala postoje veřejnosti ke smrti a umírání publikovala Coxová (2013) se spoluautory. (Cox et al., 2013). Hlavní podmínkou tohoto výzkumu bylo, že respondenti museli být vybráni z běžné populace, nejednalo se tedy ani o pacienty, příbuzné nemocných nebo zdravotnický personál. Dle Coxové se postoje veřejnosti za posledních 20 let výrazně nezměnily. Většina respondentů si přála zemřít doma. Toto přání však bylo výrazně ovlivněno starostmi, že tato péče bude pro rodinu psychicky i finančně náročná a respondenti vyjadřovali obavy, aby svým blízkým nebyly na obtíž.

Výzkum Domos-Sue Ryder (2013) navazuje na studie odborníků z Cecily Sounders Institute. Autoři interpretují, že nejvíce preferovaným místem, kde chtějí dotazovaní zemřít, byl domov.

Doma si přálo zemřít 63 % respondentů, pouze 27 % však považovalo domov za místo, kde je zaručeno účinné tlášení bolesti v poslední fázi života.

Na otázku, kde by si respondenti přáli strávit poslední rok života, volili v 85 % domov a pouze v 11 % hospic. Pro poslední týdny života volili dvě třetiny respondentů domov, jedna třetina hospic. Pro poslední dny života pak více než polovina (55 %) hospic a 44 % domov. Preference výrazně souvisela s předchozí osobní zkušeností s hospicem.

Celkově respondenti preferovali jako místo, kde chtějí zemřít, v 63 % domov, v 28 % hospic, v 8 % nemocnici a v 1 % pobytová zařízení.

V dotazníkovém šetření, které jsem v rámci výzkumu prováděla, preferovali respondenti jako místo, kde chtějí zemřít, v 52 % domov, v 16 % hospic, v 5 % nemocnici a ve 2 % sociální zařízení. Je tedy patrné, že při bližším porovnání se tyto studie příliš neliší.

Výzkumy agentury STEM pro hospicové sdružení Cesta domů proběhly v letech 2011 a 2013. První dotazníkové šetření proběhlo v roce 2011. Data byla získána od 1095 osob běžné populace ve věku 15 let +. Bylo zjišťováno, nakolik je pro veřejnost téma smrti a umírání tématem tabuizovaným, dále pak čeho se v souvislosti se smrtí obávají, jak si

představují důstojný konec života a jestli by byli schopni se postarat o blízkého umírajícího.

Druhé dotazníkové šetření bylo uskutečněno v roce 2013, dotázáno bylo 1147 osob běžné populace a bylo rozšířeno o otázky sdělování nepříznivé diagnózy a optimální podoby paliativní péče.

Většina respondentů (74 %) odpověděla, že o smrti a umírání se nehovoří dostatečným způsobem, s vyšší četností toto téma považovali za tabuizované lidé ve věkové kategorii 60+ a příznivci domácí péče.

Co se týče místa úmrtí, respondenti jednoznačně preferovali domácí prostředí (78 %), nemocnici volilo pouze 11% respondentů, hospic a sociální zařízení 9% a léčebnu dlouhodobě nemocných pouhé 2 % dotazovaných. Hospic volili častěji lidé s vyšším vzděláním, věřící a lidé s osobní zkušeností s péčí o umírajícího.

Mezi nejčastější obavy v souvislosti se smrtí a umíráním byla uvedena ztráta důstojnosti a soběstačnosti, bolest a odloučení od blízkých.

Dotazníkové šetření s názvem *Psychosociální aspekty kvality lidského života* proběhlo v roce 2012 v rámci Programu rozvoje vědních oblastí na Univerzitě Karlově. Tazatelé byli studenti 1.ročníku magisterského oboru sociální práce na Katedře sociální práce FF UK. Jejich úkolem bylo získat dle předem definovaných kritérií data od svých vrstevníků (věková kategorie 20-29 let, muži i ženy, polovina bez VŠ vzdělání) a také jejich rodičů. Data byla získána celkem od 284 osob, procentuální podíl mužů 43 %, věk 20-66 let (průměrný věk 36,2). Kategorie 20-29 let obsahovala 145 osob, kategorie „rodičů“ pak podsoubor 139 osob ve věku 38-66 let (49 %). Téměř polovina respondentů uvedla jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou, 22 % bez maturitního vzdělání a 29 % absolvovalo vysokou školu. Co se týče bydliště respondentů - 30 % respondentů uvedlo obec do 10000 obyvatel, 40 % žije ve větších městech od 50 do 100000 obyvatel a 20 % respondentů uvedlo jako svoje bydliště větší město nad 100 tis. obyvatel.

Respondenti byli tázáni, zda-li se podle nich věnuje ve společnosti dostatečná pozornost konci života a umírání. Většina respondentů (74 %) uvedla, že tato témata považují za opomíjená, není jim věnována dostatečná pozornost, pouze čtvrtina vyhodnotila za pozornost spíše dostatečnou a pouze 2 respondenti ji spatřují za rozhodně postačující. (Tomeš, 2015).

V dotazníkovém šetření, které bylo prováděno v rámci bakalářské práce se jedna z otázek také zaměřovala na to, zda-li je podle respondentů veřejnost dobře informována o hospicové péči. Z výsledků tohoto šetření je patrné, že 47 % dotazovaných je toho názoru, že veřejnost není dostatečně informována, 40 % si myslí, že částečně a 13 % respondentů je s informovaností spokojena.

Pokud má být tedy provedena komplexní komparace výsledků vlastního šetření s výsledky dříve realizovaných studií, lze jednoznačně konstatovat, že ve většině otázek na daná témata se četnost odpovědí mezi jednotlivými studii a vlastním výzkumným šetřením významně neliší. Ze všech studií je patrné, že většina respondentů by si přála zemřít doma, v kruhu svých blízkých. Pokud někdo z respondentů označil v položce na tuto otázku jako místo pro umírání hospic, zpravidla měl nějakou předchozí osobní zkušenost. Také dochází k jasné shodě v tom, že o smrti a umírání se nehovoří dostatečným způsobem a informovanost veřejnosti o paliativní péči obecně, je značně kusá.

4 ZÁVĚR

Záměrem této bakalářské práce bylo zjistit, jaká je povědomost veřejnosti o paliativní a hospicové péči, jakou mají respondenti představu o poskytovaných službách v zařízeních, kde je poskytována paliativní péče nevyлéčitelně nemocným pacientům a do jaké míry považují za důležité doprovázení blízké osoby v posledních dnech života. Dále se práce zabývala tím, jaké má laická veřejnost obavy ze smrti a umírání, zda-li je pro ně obtížné o těchto tématech hovořit a jednou ze stěžejních otázek byl i dotaz na preferování místa umírání.

K dosažení tohoto záměru byly stanoveny následující cíle:

1. Sestavit vlastní dotazník, pilotně jej ověřit a poté zadat cílové skupině
2. Získaná data utřídít a statisticky posoudit.
3. Z výsledků vlastního šetření vyhodnotit závěry a doporučení pro praxi.

S odkazem na prezentované výsledky lze konstatovat, že byly naplněny cíle i záměr bakalářské práce. Podařilo se zjistit, jaké má laická veřejnost představy a povědomost o paliativní a hospicové péči, vyhodnotit, jakou spatřuje důležitost v doprovázení umírajících a také zmapovat, jaké má obavy ze smrti a umírání a případně jaké místo by si pro umírání zvolila.

Výzkumná metoda spočívala v dotazníkovém šetření, které bylo provedeno u respondentů, které ve zvoleném časovém období navštívili ordinace svých praktických lékařů. Výsledky této práce byly statisticky posouzeny a vyhodnoceny za použití neparametrického testu významnosti (Pearsonův Chí-kvadrát), aby došlo ke zjištění, zda-li se odpovědi jednotlivých respondentů statisticky významně liší v závislosti na jejich věku, pohlaví, vzdělání a velikosti obce, ve které žijí.

Při statistickém zpracování dat jsem kategorizovala soubor respondentů podle jejich věku, pohlaví, vzdělání a bydliště. Tyto otázky bylo nutné pro statistickou analýzu dat sloučit do kategorizovaných proměnných.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 87 respondentů, přičemž 82,80 % tvořily ženy a 17,20 % muži. Průměrný věk respondentů byl 49,3; nejmladší respondent 19 let, nejstarší 87 let. Věk jsem sloučila do dvou kategorií a to kategorii do 50 let věku (51,72 %) a kategorii 50+ (48,28 %). Obě kategorie zahrnují jak ženy, tak muže.

Dalším významným parametrem souboru respondentů bylo nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. I zde bylo pro statistickou analýzu opět nutné použít pouze dvě proměnné. (viz tab.č. 15). Z výsledků je patrné, že 43,68 % respondentů je vysokoškolsky vzdělaných, ostatní respondenti (56,32 %) uvedli jako nejvyšší dosažené vzdělání jednu z variant „základní, vyučen, středoškolské“.

Některé položky dotazníku byly zvoleny jako otázky otevřené, aby byl poskytnut větší prostor k vyjádření pocitů a emocí a také poskytnuta možnost více rozvinout svoje názory. Také polynomické otázky, které dotazník obsahuje, jsou širším ukazatelem smýšlení veřejnosti o dané problematice.

Z vyhodnocení empirické části vyplývá, že laická veřejnost se víceméně orientuje v tom, co zahrnuje pojem „paliativní“ péče. 81,60 % respondentů označilo jako nejlépe výstižnou odpověď, že paliativní péče je: „komplexní péče o nevléčitelně nemocného pacienta v terminálním stadiu i jeho rodinu“. Vzhledem k tomu, že otázka na toto téma byla zvolena jako polynomická, je dalším určujícím faktorem, že byly respondenty v mnoha případech zvoleny i jiné varianty, které podle nich pojem paliativní péče správně vystihují. Dle mého názoru je potřeba, aby společnost o paliativní medicíně uvažovala v širším kontextu a správně chápala veškeré možnosti paliativní péče a léčby. Vyhodnocení empirické části jednoznačně prokázalo, že jednotlivé položky dotazníku se statisticky významně nelišily v závislosti na věku a pohlaví.

Lze však jednoznačně konstatovat, že kategorie vysokoškolsky vzdělaných respondentů měla výrazně vyšší povědomost o hospici ve svém okolí. Lze také vyhodnotit, že většina dotazovaných považuje doprovázení blízkého člověka za velmi důležité, chtěla by svého blízkého doprovázet, ale není si zcela jista, jestli je na to připravena.

Výsledky tohoto šetření poukazují na to, že veřejnost o těchto tématech není dostatečně informována a z toho vyplývá jasný závěr, že osvěta v těchto oblastech má svoje mezery a měla by být na ni zaměřena větší pozornost. Je mimořádně důležité si uvědomit, že právě neinformovanost budí strach, obavy a dává příležitost ke zkreslování a konfabulacím, které obor paliativní péče dehonestují.

Širšími kontexty k postojům smrti a umírání se zabývají např. Haškovcová (2007) nebo Šiklová (2013).

4.1 Limity práce

Před samotným závěrem práce nutno zmínit, že vlastní dotazníkové šetření proběhlo v krátkém časovém období, pacienti navštívili náhodně ordinaci praktického lékaře i odbornou ambulanci v okresech Plzeň-město a Rokycany.

Výsledky mají omezenou platnost a to na základě zvolené metody, formy a organizace sběru dat. Závěry lze proto označit za platné pouze ve vztahu k okolnostem provedeného šetření.

4.2 Impulsy do budoucna

Výsledky práce budou využity v rámci edukace laické veřejnosti o paliativní a hospicové péči a dále budou prezentovány i odborné veřejnosti, např. na konferenci „Cesta k modernímu ošetřovatelství“ v roce 2022. Budování systému paliativní péče vnímám jako jeden ze stěžejních cílů dnešní moderní společnosti.

4.3 Aplikace do praxe

Ne všichni, kteří do hospice vstupují, mají jasnou představu o tom, co hospic obnáší. Není příliš podstatné, zda-li přicházejí v roli pacientů, nebo v roli pečujících a doprovázejících. Naopak podstatné je to, se k nim chovat s empatií, porozuměním, s citem naslouchat, citlivě informovat je a edukovat.

Pokud budou veřejnosti poskytovány informace o aktuálním stavu paliativní péče, může tato skutečnost výrazně pomoci k odstranění mýtů o hospicích a také zlepšit postoje a názory občanů k paliativní péči. (Polívka, 2018).

REFERENČNÍ SEZNAM

BECKSTRAND, R. et.al. Providing a „good death“: Critical care nurses' suggestions for improving end-of-life-care. *American Journal of Critical Care*, 2006, vol.15, issue 1, p. 38-45. ISSN 1937-710X.

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

Cox K, Bird L, Arthur A, et al
Public attitudes to death and dying in the UK: a review of published literature
BMJ Supportive & Palliative Care 2013;3:37-45.

FUNK, Karel. *Provázení stářím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*. Praha: Malvern, 2014. Adam a Eva. ISBN 978-80-87580-70-7.

HANZLÍKOVÁ, Alžběta. *Profesionálne ošetrovatelstvo a jeho regulácia*. 1.vyd. Martin: Osveta;2011.155s. ISBN 978-80-8063-360-8.

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

JIRÁSKO, Luděk. *Církevní řády a kongregace v zemích českých*. Praha: Fénix, 1991.

KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-5049-4.

KABELKA, Ladislav. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1688-1.

KALA, Miroslav. Může být krátkodobý pobyt v hospici přínosný? *Praktický lékař*. 2017, 97(1), 36-37. ISSN 0032-6739. Dostupné také z:
<http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/muze-byt-kratkodoby-pobyt-v-hospici-prinosny-60396>

KALVACH, Zdeněk. *Umírání a paliativní péče v ČR: (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-2832-5.

KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Druhé upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů, 2019. ISBN 978-80-88126-54-6.

KARLSSON, M., MILBERG, A., STRANG, P. Dying with dignity according to Swedish medical students. *Support care Cancer*.2006;14(4):334-9.ISSN 0941-4355.

KISVETROVÁ, Helena. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, [2018]. ISBN 978-80-7345-496-8.

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.

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

OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017. Bibliotheca theologica. ISBN 978-80-7465-269-1.

OSOBNIASISTENCE.CZ [online].[cit. 2022-04-14].
Dostupné z: <https://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>

PERA, Heinrich a Bernd WEINERT. *Nemocným nablízku: jak pomáhat v těžkých chvílích*. Praha: Vyšehrad, 1996. ISBN 80-7021-152-0.

POLÍVKA, Jindřich. Hospic - Pokračující péče během života pacienta. *Časopis lékařů českých*. 2018, 157:4-8. ISSN 0008-7335. Dostupné také z:
<https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2018-1/hospic-pokracujici-pece-behem-zivota-pacienta-63248>

RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. [Praha]: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-1-2.

SIEBEROVÁ, Jana. *Proč máme strach ze smrti?: jak zvládnout její příchod*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2019. ISBN 978-80-7553-654-9.

SIEBEROVÁ, Jana. *Hospic: příběh naplněné naděje*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2016. ISBN 978-80-7553-038-7.

SIEGEL, Bernie S. *Mír, láska a uzdravení*. Praha: Pragma, c2012. ISBN 978-80-7349-304-2.

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

SLÁMOVÁ, Regina, Alžběta MARKOVÁ, Petra KUBÁČKOVÁ a Barbora ANTONOVÁ. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika, 2018. ISBN 978-80-266-1279-7.

STEM/MARK. *Umírání a péče o nevléčitelně nemocné: Soubor kvantitativních výzkumů pro hospicové občanské sdružení Cesta domů*. Zář 2011. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/053/006114.pdf> [cit.2014-10-09].

SUE REYDER. *A time and a place: What people want at the end of life?* July 2013. Dostupné z: <http://www.sueryder.org./media/Files/About-us//A-Time-and-aPlace-Sue-Ryder.ashx> [cit.2014-10-09]

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6., dopl. vyd., (V KNA 1.). V Kostelním Vydří: APHPP, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.

SVATOŠOVÁ, Marie a Aleš PALÁN. *Neboj se vrátit domů*. Praha: Kalich, 2018. Rozhovory (Kalich). ISBN 978-80-7017-249-0.

ŠEVČÍKOVÁ, Blažena a Lenka MACHÁLKOVÁ. Informovanost laické veřejnosti o hospicové péči a jejích možnostech v České republice (e-Poster). In: *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech*. 2016, s. 221-222. ISBN 978-80-7464-826-7. Dostupné také z: <https://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/sbornik-2016.pdf>

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-138-4.

ŠPINKOVÁ, Martina. *Jak být nablízku: provázení posledními týdny a dny života*. 4. vydání. Přeložil Aranka GÄRTNEROVÁ. [Praha]: Cesta domů, [2015]. ISBN 978-80-905809-9-2.

TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

ZÁKON č. 372/2011 Sb. *O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. 2011. Dostupné z : <https://www.mzcr.cz/zakon-c-372-2011-sb-o--zdravotnich-sluzbach--mz/>

SEZNAM TABULEK

- Tab. č. 1 – Pohlaví respondentů
- Tab. č. 2 – Věk respondentů
- Tab. č. 3 –Vzdělání respondentů
- Tab. č. 4 – Velikost obce
- Tab. č. 5 – Hospic v okolí
- Tab. č. 6 – Péče v hospicích
- Tab. č. 7 – Hospic jako náhrada za LDN
- Tab. č. 8 – Pocity a emoce při umírání blízké osoby
- Tab. č. 9 – Obavy při umírání
- Tab. č. 10 –Doprovázet ano či ne
- Tab. č. 11 – Připravenost k doprovázení
- Tab. č. 12 – Smrt a umírání
- Tab. č. 13 – Místo pro umírání
- Tab. č. 14 – Pohlaví respondentů
- Tab. č. 15 – Věk respondentů
- Tab. č. 16 –Vzdělání respondentů
- Tab. č. 17 – Velikost obce
- Tab. č. 18 – Souhrnná tabulka χ^2 kvadrát, p hodnoty
- Tab. č. 19 – Povědomost o hospici x vzdělání respondentů
- Tab. č. 20 – Pocity a emoce x Velikost obce

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1 – Pojem paliativní péče

Obr. č. 2 - Hospic

Obr. č. 3 – Informovanost o hospicové péči

Obr. č. 4 – Zkušenost s umíráním

Obr. č. 5 – Umělé prodlužování života

Obr. č. 6 – Důležitost doprovázení

Obr. č. 7 – Vnímání přítomnosti blízkého člověka

Obr. č. 8 – Volba péče pro umírajícího

Obr. č. 0 – Mluvení s dětmi o smrti

SEZNAM PŘÍLOH

Dotazník	str. 70
Souhlas s dotazníkovým šetřením – praktický lékař	str. 74
Souhlas s dotazníkovým šetřením – odborný lékař	str. 75

DOTAZNÍK

Vážení respondenti, vážené respondentky

Jmenuji se Jana Mikulová a jsem studentkou 3.ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetrovatelství na 2.lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Obracím se na Vás se žádostí o vyplnění následujícího dotazníku. Získaná data využiji ve své bakalářské práci s názvem „**Doprovázení v hospicové péči, povědomí a představy veřejnosti.**“

Dovoluji si Vás požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Nejvhodnější odpověď u otázek s variantním řešením, prosím, označte kroužkem. U otevřených otázek napište stručně Vaše vyjádření. Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná. Anonymita vlastního šetření bude zajištěna tak, že vyplněný dotazník vložíte do označeného boxu, který je umístěn v čekárně. Děkuji Vám za Váš čas a trpělivost při vyplňování tohoto dotazníku.

S pozdravem

Jana Mikulová

B. Co podle Vás zahrnuje pojem „paliativní péče“? Můžete označit více než jednu odpověď.

1. Komplexní péče o nevléčitelně nemocného pacienta v terminálním stadiu i jeho rodinu
2. Léčba, která nesměřuje k vyléčení, ale k zachování kvality života
3. Péče v situaci, kdy medicína nemá co nabídnout
4. Péče, při které se již neprovádí nákladná vyšetření
5. Péče, při které se již neprovádí resuscitace

C. Co je podle Vás Hospic?

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

D. Znáte nějaký hospic ve Vašem okolí?

1. Ano
2. Ne

E. Vyberte nejvhodnější variantu tvrzení, jaká je podle Vás v hospicích poskytována péče:

1. Paliativní péče
2. Psychiatrická péče
3. Akutní zdravotní péče
4. Dlouhodobá ošetrovatelská péče

F. Souhlasíte s tvrzením, že hospic nahrazuje léčebnu dlouhodobě nemocných?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Ne
4. Spíše ne
5. Určitě ne

G. Je podle Vás veřejnost dobře informována o hospicové péči?

1. Ano
2. Ne
3. Částečně

H. Měl/a jste Vy osobně bezprostřední zkušenost s umíráním někoho blízkého?

1. Ano
2. Ne

I. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ANO, jaké pocity a emoce ve Vás tato zkušenost vyvolala? Ovlivnilo Vás to nějakým způsobem?

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

J. Čeho se nejvíce obáváte na umírání? Prosím označte pouze jednu z nabízených variant odpovědi.

1. Ztráty důstojnosti
2. Bolesti
3. Odloučení od svých blízkých
4. Psychického (duševního) strádání
5. Toho, co bude po smrti
6. Něčeho jiného
7. Na umírání se ničeho nebojím
8. Nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom

K. Které z následujících tvrzení o péči a léčbě na sklonku života je Vám bližší?

1. Může nastat chvíle, kdy nemá smysl život dále uměle prodlužovat
2. Život má cenu prodlužovat za všech okolností a všemi možnými způsoby

L. Domníváte se, že je důležité doprovázení umírajícího?

1. Ano
2. Ne
3. Nevím

M. Doprovázení umírajícího (prosté bytí s umírajícím) je neoddělitelnou součástí hospicové péče. Chtěl/a byste doprovázet Vám blízkého člověka?

1. Ano
2. Ne
3. Nevím

N. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ANO, domníváte se, že jste na něco takového, jako je doprovázení umírajícího, připraven/a?

1. Ano
2. Ne
3. Nevím

O. Myslíte si, že člověk na prahu smrti vnímá přítomnost blízkého člověka?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Ne
4. Spíše ne

P. Jakou péči byste zvolil/a pro Vašeho blízkého umírajícího?

1. Domácí péče
2. Hospic
3. Léčebna dlouhodobě nemocných
4. Nemocnice

Q. Je pro Vás těžké o smrti a umírání hovořit?

1. Spíše ano
2. Rozhodně ano
3. Spíše ne
4. Rozhodně ne

R. Jaké místo byste pro umírání zvolil Vy?

1. Domov
2. Nemocnice
3. Hospic
4. LDN
5. Sociální zařízení
6. Nevím

S. Kdo by měl podle Vás s dětmi mluvit o konečnosti života, o umírání, o smrti?

1. Rodina
2. Učitelé
3. Psycholog, psychoterapeut
4. Duchovní
5. Lékař
6. Někdo jiný
7. S dětmi by se o smrti hovořit nemělo

Děkuji za vyplnění dotazníku a za Váš čas, který jste vyplňováním strávili. Vaše odpovědi budou pro mne velmi přínosné. Na závěr bych Vás ještě požádala o vyplnění následujících doplňujících otázek:

Váš věk:

Pohlaví:

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- základní - vyučen/na - středoškolské -
vysokoškolské

Kde žijete: - obec (do 500 obyvatel)
 - obec (500- 1000 obyvatel)
 - obec (1000-3000 obyvatel)
 - město (nad 3000 obyvatel)

Příloha č. 2 : Souhlas praktického lékaře s provedením dotazníkového šetření

MUDr. Olga Šantorová
Praktický lékař pro dospělé
Voldušská 750/II
337 01 Rokycany

Titl: Vážená paní Jana Mikulová


Schvaluji Vaši žádost o provedení výzkumného dotazníkového šetření u klientů registrovaných v naší ambulanci praktického lékaře pro dospělé. Výzkum bude realizován za účelem vypracování bakalářské práce.

Podmínkou je dobrovolnost, důsledná anonymizace získaných dat a zachování zásad GDPR.

S pozdravem



MUDr. Olga Šantorová



V Rokycanech dne 30.9.2021

Příloha č. 3: Souhlas odborného lékaře s provedením dotazníkového šetření

MUDr. Martina Krausová
Neurologická ambulance
Poliklinika Plzeň- Doubravka
Masarykova 1132/62
312 00 Plzeň

Titl: Vážená paní Jana Mikulová

Schvaluji Vaši žádost o provedení výzkumného dotazníkového šetření u klientů registrovaných v naší neurologické ambulanci. Výzkum bude realizován za účelem vypracování bakalářské práce.

Podmínkou je dobrovolnost, důsledná anonymizace získaných dat a zachování zásad GDPR.

S pozdravem

MUDr. Martina Krausová

V Plzni dne 30.9.2021

