

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Jana Světová

Hospicová péče očima laické veřejnosti a zdravotníků

Bakalářská práce

Praha 2015

Autor práce: **Jana Světová**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Víchová**

Konzultant: **PhDr. Hana Nikodémová**

Oponent práce: **PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA**

Datum obhajoby: **2015**

Bibliografický záznam

SVĚTOVÁ, Jana. Hospicová péče očima laické veřejnosti a zdravotníků. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2015, 83 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Jana Víchová.

Abstrakt

Bakalářská práce „Hospicová péče očima laické veřejnosti a zdravotníků“ se zabývá hodnocením informovanosti laické veřejnosti a vzdělávání sester v hospicové a paliativní péči. Práce je rozdělena na dvě části - teoretickou a empirickou.

V teoretické části jsou vysvětleny pojmy, formy, cíle a popsána historie hospicového hnutí. Není opomenuto pojetí smrti doktorky Elizabeth Kübler Rossové a její přínos ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stádiu. Práce je především zaměřena na legislativu, na informovanost laické veřejnosti, vzdělávání zdravotníků v paliativní a hospicové péči a porovnání podmínek pro poskytování hospicové péče v České republice a ve světě.

V empirické části jsou stanoveny cíle a pracovní hypotézy průzkumného šetření. Primární analýza je provedena na základě reálných dat z dotazníkového šetření. Výsledky průzkumu napomáhají zmapovat míru informovanosti a preference typu paliativní péče u laické veřejnosti a zdravotníků.

Abstract

Bachelor's dissertation „Hospic care from laymen's and nurses' perspective“ assesses laymen's and nurses' knowledge of hospic and palliative care. The dissertation is divided into two parts – theoretical and empirical. The theoretical part explains basic terminology, forms of hospic care and goals of this dissertational paper including history of hospic movement. It does not omit the conception of death by Elizabeth Kübler Ross and her contribution to the terminal patient's nurse care. This dissertation focuses on legislation and the knowledge of hospic and palliative care among laymen

and nurses and then it compares and contrasts the hospice care between the Czech Republic and the world.

The empirical part sets the goals and working hypothesis for a research. Prime analysis is based on real data from questionnaires. Research outcomes help to understand the knowledge rate of hospice and palliative care among laymen and nurses.

Klíčová slova

hospice, hospicová péče, hospicové služby, terminální stádium, paliativní péče, hospicová péče v domácím prostředí, chronická bolest, uspokojování potřeb, umění doprovázet, umírání

Keywords

hospice, hospice care, hospice services, terminal stage, palliative care, hospice home care, chronic pain, satisfaction of needs, accompanying, skills, dying

Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE 2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Jana Světová**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Hospicová péče očima laické veřejnosti a zdravotníků**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana 2. LF UK č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

- BYOCK, Ira. Dobré umírání: možnosti pokojného konce života. Vyd. 2. Praha: Vyšehrad, 2013. 325 s. Cesty; sv. 10. ISBN 978-80-7429-134-0.
- MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3171-1.
- PROKOP, Jiří et al. Hospicová péče v praxi. Rajhrad: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, [2010]. 6 sv. (11, 27, 15, 27, 19, 19 s.). ISBN 978-80-254-6594-3.
- SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství I. Vyd. 1. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2005. 50, 50 s. ISBN 80-239-6132-2.
- GOLDMANNOVÁ, Marie. Domácí hospic cesta domů. Practicus, 2007, roč. 6, č. 7, s. 31. ISSN: 1213-8711

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Víchová Jana**

Oponenti: **PhDr. RNDr. Jirkovský Daniel, Ph.D., MBA**

Konzultanti: **Mgr. Nikodemová Hana**

Datum zadání bakalářské práce: 20.3.2014

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 20.3.2014


.....
Děkan

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
2. lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Jany Víchové, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 10. 4. 2015

Jana Světová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla především poděkovat vedoucí práce Mgr. Janě Víchové za cenné rady a věcné připomínky k mé bakalářské práci. Velké díky patří též konzultantům PhDr. Haně Nikodemové a MUDr. Lence Pavlíčkové, za podporu a pomoc. Děkuji všem respondentům za ochotu a vstřícnost při vyplňování dotazníků.

Obsah

1	ÚVOD	9
1.1	CÍLE PRÁCE	11
2	TEORETICKÁ ČÁST	12
2.1	VYMEZENÍ POJMŮ A DEFINICE HOSPICOVÉ PÉČE	12
2.2	VYMEZENÍ POJMŮ A DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE.....	14
2.2.1	Cílová skupina	17
2.3	FORMY PALIATIVNÍ PÉČE.....	17
2.3.1	Obecná a specializovaná paliativní péče.....	17
2.3.2	Ústavní (lůžková) hospicová péče	19
2.3.3	Domácí hospicová péče	20
2.3.4	Poskytování paliativní péče v nemocnici.....	21
2.4	HISTORIE HOSPICOVÉ PÉČE	22
2.4.1	Historie hospicového hnutí ve světě	22
2.4.2	Historie hospicového hnutí v České republice.....	23
2.4.3	Historie domácí hospicové péče v České republice.....	23
2.5	POJETÍ SMRTI PODLE ELISABETH KÜBLER ROSS.....	24
2.5.1	Fáze umírání dle Elisabeth Kübler Ross.....	25
2.5.2	Kompetence zdravotních sester	27
2.5.3	Komunikace s umírajícími.....	28
2.6	PODMÍNKY A LEGISLATIVA PRO POSKYTOVÁNÍ HOSPICOVÉ PÉČE.....	29
2.6.1	Podmínky a legislativa hospicové péče ve světě	29
2.6.2	Podmínky a legislativa hospicové péče v České republice	32
2.7	VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ V HOSPICOVÉ A PALIATIVNÍ PÉČI	34
2.7.1	Vzdělávání sester, sociálních pracovníků a lékařů v paliativní péči.....	34
2.7.2	Lékařská specializace – paliativní medicína.....	35
2.7.3	Česká společnost paliativní medicíny	35
2.7.4	Semináře a konference.....	36
2.7.5	Vzdělávání paliativní péče na českých školách	37
3	EMPIRICKÁ ČÁST	38
3.1	CÍLE PRÁCE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY	38
3.2	METODIKA ŠETŘENÍ	39
3.2.1	Konstrukce dotazníků	39
3.3	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	40
3.4	PRIMÁRNÍ A STATISTICKÁ ANALÝZA DAT.	41
3.5	CHARAKTERISTIKA POPISNÉHO VZORKU	41
3.6	VÝSLEDKY PRÁCE	45
	DISKUZE	58
3.7	ZHODNOCENÍ VLASTNÍCH VÝSLEDKŮ PRÁCE.....	58
3.8	STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ HYPOTÉZ	61
3.9	DŘÍVE JIŽ REALIZOVANÝ PRŮZKUM	69
3.10	POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S DŘÍVE REALIZOVANÝMI STUDIEMI	70
4	ZÁVĚR	73
	SEZNAM PŘÍLOH	82

SEZNAM ZKRATEK

% - relativní četnost

Atd. – a tak dále

č. - číslo

ČNR – Česká národní rada

ČSPM – Česká společnost paliativní medicíny

EAP – Evropská asociace paliativní péče

FN Motol – fakultní nemocnice v Motole

GIT – gastrointestinální trakt

H₀ – Nulová hypotéza

H_A – Alternativní hypotéza

LB – léčba bolesti

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

N - absolutní četnost

Např. - například

NCO NZO – Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotních oborů

Obr. - obrázek

PM – paliativní medicína

PP – Paliativní péče

s. - strana

Sv. - svatý

Tab. – tabulka

USA- Spojené státy americké

v – variační koeficient

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

1 ÚVOD

Dnes není nejhorší nemocí malomocenství nebo tuberkulóza, ale pocit viny, že člověk je nechtěný. Matka Tereza (Kalvach, 2010, s. 65).

Téma své bakalářské práce „Hospicová péče očima laické veřejnosti a zdravotníků“ jsem si vybrala na základě svého zájmu zjistit, do jaké míry jsou zdravotníci a laická veřejnost informováni o problematice hospicové péče. Hospicová péče v mnoha zemích prochází v současnosti intenzivním vývojem a každá vyspělá společnost se snaží dosáhnout její nejvyšší kvality. Jsem přesvědčena o nutnosti řešení daného tématu v České republice a dalšího zkoumání, popřípadě jeho vylepšování.

Umírání je součástí lidského života od počátku věků. Člověk na smrt nemyslí nebo ji zlehčuje. Téměř denně se se smrtí setkáváme, prostřednictvím médií a z akčních filmů, aniž bychom si uvědomovali, že se umírání týká i nás samotných. Mnohdy díky hodnotové devalvaci moderní společnosti, přes úspěchy přístrojové medicíny, odmítáme vidět nemoc a umírání v kontextu života. Ale pokud se smrt přiblíží, neumíme se s ní vyrovnat a přijmout ji do své přirozenosti. Někdy smrt přijde nečekaně, rychle, ale v převážné většině procházíme třemi úseky na konci svého života, jako je stáří, nemoc a umírání. Člověk na zvládnutí především posledně zmíněného úseku (umírání) potřebuje pomoc druhých. Tuto službu nabízí filozofie hospicové péče.(Sláma, Drbal, Plátová, 2008).

Většina lidí si pod slovem hospic představuje něco děsivého a smutného, v povědomí přetrvávají mýty o umírání: paliativní péče je určena starým lidem, lidé musí umírat v nemocnicích, aby neděsili své okolí, umírání už není život... Opak je však pravdou, někteří hospic právem označují „místem radosti“, protože zde není čas ani síla na přetvářku a lži, zažívá se zde lidská opravdovost, což obohacuje a posiluje pečující. Umírající zde dostanou komplexní péči, fyzickou, duševní a spirituální. Pouze tělesná a psychická stránka nevystihuje celého člověka a na třetí, duchovní stránku, často zapomínáme a nevíme, že k nám také patří. Chceme-li porozumět a pomoci pacientovi, musíme uspokojovat potřeby ve všech jeho dimenzích. Duchovno udává směr cesty,

kam směřujeme, v co věříme, abychom došli k cíli. Filozofií hospicového hnutí je zachování kvality života bez bolesti, v pohodě, zachování důstojnosti a s cílem vyřešení svých přání a úkolů a předání toho, co jsme předat chtěli (Křivohlavý, 1994), (Huneš, 2008).

Práce se skládá z části teoretické a empirické. Teoretická část seznamuje se stávající situací hospicového hnutí u nás i ve světě. Práce je zaměřena především na legislativu a na otázky vzdělávání v oblasti hospicové a paliativní péče. Součástí empirické části je kapitola s dříve již realizovanými studiemi. Empirická část se zabývá šetřením mezi laickou veřejností v Roudnici nad Labem a zdravotními sestrami na vybraných pracovištích FN Motol v Praze.

1.1 CÍLE PRÁCE

Záměrem bakalářské práce je popsat stávající úroveň hospicové a paliativní péče v České republice a v zahraničí a zjistit míru informovanosti laické veřejnosti a vzdělávání zdravotníků v této specifické oblasti péče. Na základě zmíněných souvislostí byly stanoveny následující cíle:

1. Shromáždit a vytvořit ucelený přehled teoretických poznatků dané problematiky.
2. Provést analýzu zjištěných dat z dotazníkového šetření a následně prezentovat výsledky vlastního průzkumu.
3. Zmapovat informovanost laické veřejnosti a zdravotníků o paliativní a hospicové péči.
4. Zjistit zájem laické veřejnosti a zdravotníků o hospicovou péči v domácím prostředí a v ústavním (lůžkovém) zařízení.

Pracovní hypotézy vztahující se k cílům:

H1 Zdravotníci mají více informací o dostupnosti blízkého hospicového zařízení než laická veřejnost.

H2 Zdravotníci s konkrétním vyznáním a věřící „v cosi,“ mají více znalostí o hospicové a paliativní péči než zdravotníci „atheisté“.

H3 Laická veřejnost s konkrétním vyznáním a věřící „v cosi“, mají více znalostí o hospicové a paliativní péči než laická veřejnost „atheisté“.

H4 Sestry ve věku do 30 let mají více znalostí o hospicové a paliativní péči než sestry od 31 let výše.

H5 Zdravotníci mají více znalostí o principech hospicové a paliativní péče než laická veřejnost.

H6 Zdravotníci ženského pohlaví mají více znalostí o hospicové a paliativní péči než zdravotníci mužského pohlaví.

2 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část seznamuje s problematikou a úrovní hospicové i paliativní péče a možnostmi jejího poskytování. Hlavní část práce je zaměřena na porovnání této péče v České republice a v zahraničí a dále zmapování, zda je předmět hospicové a paliativní péče zařazen do výuky českých škol se zdravotnickým zaměřením, je-li vyučován jako samostatný předmět, nebo je součástí jiného vyučovacího předmětu. Jaká je informovanost populace o stávajících hospicových zařízeních je objasněno v další kapitole. Součástí práce je kapitola zabývající se legislativou, která vytváří právní rámec pro poskytování paliativní a hospicové péče.

2.1 VYMEZENÍ POJMŮ A DEFINICE HOSPICOVÉ PÉČE

Hospicová péče, hospicové hnutí jsou názvy známé z roku 1967, kdy Cicely Sundersová založila Hospic sv. Kryštofa v Londýně. Brzy poté byl této název změněn v Montrealu kanadským lékařem Balfourem Mountem, když měl v úmyslu pojmenovat novou nemocniční jednotku, zjistil jiný význam slova „hospic“ ve francouzštině, proto vytvořil nový pojem: „paliativní péče.“ Od té doby, tedy od roku 1975 je v oblasti hospicové a paliativní péče ve světě snaha o vytvoření společné terminologie, která by dala jasný základ pro stanovení jednotných mezinárodních norem a standardů. Evropské standardy a normy mohou být podstatným materiálem pro organizace hospicové péče, ale musí být důkladně zpracovány a měly by zohledňovat specifika dané země (Vorlíček a kol., 2012).

Z průzkumu Evropské asociace pro paliativní péči (EAPC) o vývoji paliativní péče v Evropě vyplynuly jak společné rysy, tak značná rozdílnost vývojové struktury a způsobu poskytování paliativní péče související především s nejednotnou terminologií. V mnoha zemích evropské unie jsou jednoznačně rozlišeny pojmy hospicová a paliativní péče, v jiných zemích jsou vnímány tyto dva pojmy jako synonyma (Radbruch a kol., 2009).

Existuje několik definic hospicové péče od různých institucí, organizací a osobností. Některé jsou zaměřeny pouze na pacienta, jiné pojímají hospicovou péči v širším slova smyslu i s blízkými umírajícího v kontextu jeho sociálního prostředí.

Světová zdravotnické organizace definuje hospicovou péči takto:

„Hospicová péče je 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. V rámci hospicové péče je poskytována zejména paliativní péče“ (Misconivá, 1998, s. 28).

Světová organizace domácí a hospicové péče:

„Hospicová péče je centrálně řízený program paliativní péče - je cíleně zaměřený na zmírnění symptomů nemoci u terminálně nemocných, u kterých se předpokládá délka dalšího života v rozsahu méně než 6 měsíců. Podstatou hospicové péče je úcta k životu a umožnění maximální kvality života umírajícímu člověku, poskytováním kvalitní péče a podpory nemocným a jejich rodinám. Nemocnému se musí umožnit žít plně a bez zbytečného utrpení tak, jak je to jen možné. Smrt je vnímána jako nedílná součást života každého jedince. Hospicová péče smrt ani neoddaluje, ani neurychluje“ (Misconivá, 1998, s. 29).

Definice Elizabet Kübler Ross :

„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.“ (Misconivá, 1998, s. 30)

Cecily Saudersová říká:

„Hospicová péče je pomoc člověka člověku v utrpení způsobeném nemocí a umíráním.“ (Misconiová, 1998, s. 31)

V rámci hospicové péče je možnost využít i služeb respitních (odlehčovací služba). Jedná se o službu, jejímž cílem je pomoc pečujícím rodinám s náročnou péčí o umírajícího. Možnost krátkodobého předání pacienta odborné odlehčovací službě umožní pečující rodině odpočinek a znovu nabrání sil (Misconiová, 1998).

2.2 VYMEZENÍ POJMŮ A DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní ošetřovatelství, paliativní medicína a otázka umírání není fenoménem moderní doby, tento způsob péče je znám již z doby dávno minulé. My se nyní k principům paliativní péče a medicíny opět vracíme a snažíme se docílit dobrého umírání, aby člověk v této těžké chvíli nebyl sám a odešel z tohoto světa s vědomím, že jeho život nebyl zbytečný a že stál za to. Paliativní péče je zaměřena na uspokojování potřeb, tlumení symptomů nevyléčitelně nemocných a zachování jejich důstojnosti a kvality bytí do posledních dnů života. Ke komplexnosti paliativní péče patří uspokojování potřeb somatických, duševních, sociálních a spirituálních (Marková, 2010), (Byock, 2005).

Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1990 definovala paliativní péči takto: *„Aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadní důležitost má léčba bolesti a ostatních tělesných symptomů, stejně jako mírnění psychických, sociálních a spirituálních problémů. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života pro pacienty a jejich rodiny“* (Vorlíček, 2012, s. 218).

Obvykle se vychází z definice WHO, jelikož ve vymezení pojmu „paliativní“ neexistuje úplná shoda. Tato definice klade důraz na nemocného, plně vnímá vícerozměrný charakter lidské existence a jejím cílem je kvalita života z pohledu nemocného.

Novější definice WHO z roku 2002 klade důraz na prevenci strádání a utrpení: „*Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.*“

„Jako doplněk své nejnovější definice stanovila Světová zdravotnická organizace tyto hlavní zásady, podle nichž paliativní péče:

- *poskytuje úlevu od bolesti a dalších symptomů;*
- *podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces;*
- *neusiluje ani o urychlení, ani o oddálení smrti;*
- *obsahuje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta;*
- *nabízí systém podpory, který pacientům pomáhá žít co nejaktivněji až do smrti;*
- *nabízí systém podpory, který pomáhá rodinám zvládat období pacientovy nemoci a období zármutku;*
- *využívá týmové práce pro uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin, včetně případného psychologického poradenství v období zármutku;*
- *usiluje o zlepšení kvality života a může též pozitivně ovlivnit průběh nemoci;*
- *je použitelná v raném stádiu nemoci spolu s řadou jiných terapií, jejichž cílem je prodloužení života, jako chemoterapie či radioterapie, a zahrnuje vyšetření nutná k lepšímu pochopení a zvládnutí těživých klinických komplikací“ (Organizace paliativní péče Doporučení Rady Evropy, 2003, s. 22).*

Vorlíček (2012) přirovnává paliativní péči k péči podpůrné. „*Paliativní péči lze považovat za podpůrnou péči u pacientů v pokročilých a terminálních stádiích nevyлéčitelných chorob“ (Vorlíček a kol., 2012, s 218). Označení „paliativní“ se používá i pro léčbu, jejímž cílem není vyléčení, ale zmírnění nebo prevence symptomů a prodloužení kvalitního života. Může se hovořit o paliativní chemoterapii, paliativní*

radioterapii ...apod. Kvalitu života nemocných mohou výrazně podpořit některé postupy i v pokročilém terminálním stádiu, jako jsou např. bypassové chirurgické operace v GIT nebo analgetická radioterapie.

Pro lékaře a ostatní členy týmu je nejtěžším úkolem rozpoznat, kdy je třeba ukončit terapii a pokračovat v péči paliativní. Je třeba podporovat nábivku znalostí týkajících se rozpoznání terminálního zhoršování. Toto podpoří zaměstnance pečovatelských ústavů v časném vyhledávání a indikaci paliativní péče (Welch et al, 2008).

Lékař v rámci paliativní medicíny, řeší příznaky – symptomy (bolest, dušnost, zvracení, zácpa, průjem...) doprovázející nevléčitelnou chorobu. Bolest je nejčastěji se vyskytujícím symptomem v pokročilých stádiích nemoci, výrazně ovlivňuje kvalitu života, jelikož zabraňuje pohybu, vede k trvalé imobilizaci, ovlivňuje psychiku, navozuje negativní náladu a nechut' do života – hrozí deprese, nechut' k jídlu, což vede k podvýživě – malnutrici a tím postupně pacienta dostává do sociální izolace. Bolest hraje zásadní roli v celkovém utrpení, proto je třeba ji řešit co možná nejdříve. Bylo prokázáno, že bolestí trpí 90 % pacientů v pokročilém stádiu nádorových onemocnění, 70 % s AIDS a 60 % pacientů se selháním orgánů. Řešení bolesti se tak stává závažným etickým problémem, jelikož některé léky zmírňující bolesti, jako je Morfin, a další silné opioidy nebo nesteroidní protizánětlivé léky nesou riziko vzniku silných nežádoucích účinků, které mohou přivodit i smrt. Jejich pozitivní efekt v léčbě bolesti však převažuje nad jejich potencionálně škodlivými účinky. To musí mít lékař ordinující léky pro mírnění nežádoucích symptomů stále na mysli. Pro aplikaci správné léčby je důležité přesné určení lokalizace a intenzity bolesti pomocí účelové komunikace s použitím nejrůznějších škál pro určování bolesti. Bolest může být spojená s progredujícím rozvojem nádorového onemocnění nebo s léčbou a diagnostikou. Záleží na zdravotnících, jak pacienta přesvědčí o jejím řešení. Je prokázáno, že u 90 % pacientů je možné bolest významně zmírnit. Pacienti v terminálním stádiu jsou sledováni nejen u svého praktického lékaře, ale i u lékařů specialistů. Ne všichni lékaři jsou v paliativní péči dostatečně vzděláni, mnohdy symptomům, včetně bolesti, nevěnují dostatečnou pozornost. V České republice vznikla specializovaná centra - ambulance pro léčbu

bolesti, jsou dostupné v každém kraji, řeší však převážně algeziologickou péčí a nikoliv komplexní paliativní péčí (O'Connor,2005), (Parkers et al,2007).

Pokud je dobře zajištěna komplexní paliativní péče, člověk nemá potřebu přemýšlet o eutanázii, neboť jeho kvalita žití je zajištěna do poslední chvíle jeho života (Ptáček a kol, 2012).

2.2.1 Cílová skupina

Hospicová péče je určena lidem trpícím nevléčitelnou chorobou. Ve velkém zastoupení to jsou pacienti s onkologickou diagnózou s nepříznivou prognózou. Dále pak lidé s rozvinutým AIDS, s pokročilým neurodegenerativním onemocněním (např. roztroušenou sklerózou, Parkinsonovou chorobou, pokročilou demencí), lidé v konečných stádiích chronických orgánových selhání (srdce, ledvin, dýchacího, trávicího traktu), polymorbidní geriatrickí pacienti, pacienti s některými vrozenými pediatrickými vadami a syndromy, lidé v perzistujícím vegetativním stavu. O ukončení kurativní léčby rozhoduje ošetřující lékař v nemocnici nebo praktický lékař. Seznámí pacienta a rodinu s aktuálním zdravotním stavem a doporučí následnou péči. Je zcela na něm, jakou péči pacientovi nabídne, zda domácí nebo ústavní hospicovou péči. Vše konzultuje s rodinou nemocného a veškerá rozhodnutí mají směřovat ke zkvalitnění pacientova života v pokročilém stádiu nevléčitelné choroby (Sláma et al, 2007).

2.3 FORMY PALIATIVNÍ PÉČE

Kvalitní paliativní péči by měli být schopni poskytovat všichni zdravotníci tam, kde péči poskytují s ohledem na specifika své odbornosti. Paliativní péče je rozdělována na obecnou a specializovanou.

2.3.1 Obecná a specializovaná paliativní péče

Obecná paliativní péče je zdravotníky poskytována v každém zdravotnickém zařízení. Zahrnuje vyhodnocení pacientova stavu a poskytování takové léčby a péče, která je významná pro kvalitu pacientova života. Vyžaduje správnou organizaci, cílenou

a efektivní komunikaci s pacientem, jeho rodinou a především respektuje pacientovu autonomii (Marková, 2010).

Faktory, podle kterých lze posoudit úroveň obecné paliativní péče ve zdravotnických zařízeních jsou:

- Úroveň komunikace mezi zdravotníky a pacientem o diagnóze život ohrožující nemoci, o prognóze, cílech a rozsahu terapie;
- Schopnost zdravotníků řešit obtíže - tlumení bolesti a dalších příznaků projevujících se u nevléčitelných nemocí.
- Kvalita ošetrovatelské péče (v lůžkových zařízeních i v domácím prostředí);
- Zajištění farmak a zdravotnických pomůcek;
- Zajištění psychologické péče a poradenství v každém zdravotnickém zařízení;
- Dostupnost spirituální péče a poradenství v ústavní i ambulantní péči;
- Kvalita ubytovacích služeb v ústavních zařízeních, standardní počet kvalitních lůžek a pomůcek včetně zajištění odpovídající stravy;
- Zajištění konzilií specialistů v hospicové péči dle potřeby;
- Dostupnost a koordinace péče k aktuálním potřebám jedince;
- Možnost svobodné volby místa poskytování hospicové péče; v zařízeních sociální péče, ve zdravotnickém zařízení nebo v domácím prostředí (Sláma et al, 2007).

Specializovaná paliativní péče je multidisciplinární péče zastoupená týmem odborníků speciálně vzdělaných v poskytování paliativní péče. Do týmu, poskytující paliativní péči a konziliární činnost, patří lékař, zdravotní sestry, psycholog, fyzioterapeut, sociální pracovník, duchovní, popř. další odborník. Cílovou skupinou jsou pacienti, kterým poskytování obecné paliativní péče, vzhledem k intenzitě a dynamice obtíží, nestačí (Sláma et al, 2007).

Dobrá práce týmu provádějící paliativní péči vyžaduje konsensus a koordinaci členů spíše než jejich pevné vedení. Dobrá paliativní péče se zakládá na kvalitních interdisciplinárních a interpersonálních vazbách. Role členů týmu a hierarchie by však

měly být jednoznačně definovány. Pracovní prostředí by mělo být kreativní a pozitivně laděné. Každý by se měl snažit o prostředí neformální a uvolněné.

Profesionálové v paliativní péči všeobecně zažívají na jedné straně uspokojení a růst, ale současně procházejí i fázemi větší zranitelnosti, když jsou konfrontováni s utrpením druhých. Stejně tak, jak paliativní péče přináší empatii a lidský dotek do péče o pacienta, tak i vedoucí týmu musí rozvinout lidskost a empatii pro členy svého týmu, neboť jejich práce ovlivňuje jejich osobní životy a rodiny (Najún, Cesteno, 2014) (překlad autor).

Mezi zařízení paliativní specializované péče se dle Markové (2010) řadí: oddělení paliativní péče, lůžkové hospice, denní stacionáře, domácí hospicová péče, konziliární týmy hospicové péče, ambulance hospicové péče, poradny...atd. Rozvoj paliativní péče v zařízeních, jako jsou domovy pro seniory, domy s pečovatelskou službou nebo penzion pro seniory, je důležitým úkolem v české sociální sféře.

2.3.2 Ústavní (lůžková) hospicová péče

Kamenný hospic je zdravotnické zařízení, kde je poskytována péče nevléčitelně nemocným a umírajícím. Většinou disponuje zhruba 20 lůžky, pokoje jsou spíše jednolůžkové s možností přistýlek pro členy rodiny a blízké. Pacient před přijetím podepisuje informovaný souhlas, je tím seznámen s péčí, která mu bude poskytována. Možnost návštěv je zde neomezena, podpora rodiny je součástí péče. Výhodou hospicového zařízení je neomezený režim pro pacienty, oni si sami řídí, kdy budou jíst, spát odpočívat...(Sláma et al, 2007).

O pacienty v terminálním stádiu se zde stará tým odborníků složených z lékařů, sester, pečovatelů, fyzioterapeutů, duchovních, psychologů a dobrovolníků. Dobrovolníci jsou často blízcí pacientů zemřelých v daném zařízení. Fyzioterapie má v hospicové péči několik důležitých rolí. Maximalizuje funkční schopnosti i pohodlí pacienta, aby podpořila kvalitu života. Posiluje jistotu a bezpečnost pacienta i pečovatele. Komplexní rehabilitace poskytuje podporu týkající se fyzických, emočních a spirituálních záležitostí na konci života. Lékařská a ošetrovatelská péče je zde poskytována 24 hodin denně proškoleným týmem se znalostí problematiky paliativní

a hospicové péče. Personál je pacientům stále na blízku, povídají si s nimi, modlí se s nimi a pomáhají jim řešit záležitosti, které umírající chtějí ještě dokončit a vyřešit (např. závěť, odpuštění, smíření, uvědomění si, že jejich život stál za to (Vorlíček a kol., 2012), (Jeyaraman, Kathiresan; Gopalsamy, 2010)

Dle WHO je doporučovaný standard - 5 hospicových lůžek na 100 000 obyvatel. V ČR poskytuje paliativní a hospicovou péči 16 lůžkových hospiců a 2 oddělení hospicové péče (v nemocnici v Jihlavě a v nemocnici sv. Karla Boromejského v Praze pod Petřínem) celkově disponujících se 460 lůžky, což odpovídá na 4,5 lůžka na 100 000 obyvatel. Na území České republiky navíc působí 90 ambulančních léčebních týmů bolesti a 2 specializovaná onkologická centra (v Brně a Hradci Králové), několik větších agentur domácí péče, zajišťujících i péči hospicovou a 4 mobilní týmy paliativní péče. Na rozdíl od zahraničí nejsou v ČR provozovány další formy specializované hospicové péče: konziliární týmy pro zdravotnická zařízení, denní stacionáře hospicové péče a zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. tísňové linky, poradny...) Například v roce 2009 zemřelo v ústavních a domácích hospicích 3000 nemocných, 85 % onkologicky nemocných a jen 15 % s jinými diagnózami. Z toho vyplývá, že paliativní péče se dostává především onkologicky nemocným pacientům. Přestože je v ČR paliativní péče na dobré úrovni, nemůže být poskytnuta všem pacientům v terminálním stádiu (Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015, 2011).

2.3.3 Domácí hospicová péče

Z psychologického a sociálního hlediska je pro člověka nejlepší prostředí pro umírání doma za přítomnosti nejbližších. Domácí hospicová péče vychází ze zásad hospicového hnutí – zaručuje nevyčísitelně nemocným pacientům kvalitu života, respektování lidské důstojnosti a umírání v přítomnosti svých blízkých. Pro tuto možnost umírání je třeba, aby byla rodina ochotna a schopna starat se o umírajícího za pomoci multidisciplinárního týmu odborníků 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Ke komplexnímu pokrytí nepřetržité péče je třeba minimálně pět plných úvazků středního zdravotnického personálu v čele s vrchní sestrou (koordinátorkou péče). V ČR

zatím nejsou všechny agentury domácí péče schopny zajistit domácí hospicovou péči, jelikož pojišťovny nebyly ochotny rozšířit smlouvy o zdravotní výkon - 06349 (signální výkon), jehož prostřednictvím je hrazena péče o umírajícího v neomezeném čase, dle indikace lékaře. Jedním z důvodů je stále nízká úroveň vzdělanosti praktických lékařů v paliativní péči a léčbě bolesti a dále limity ze strany pojišťoven. Praktický lékař by měl být koordinátorem péče a průvodcem zdravotnickým systémem. Ne každý praktický lékař nebo i ambulantní specialista je ochoten spolupracovat s agenturami domácí péče.

Specializovaná paliativní péče v podobě domácího hospice s multidisciplinárním týmem je nejžádanější formou paliativní péče v zahraničí. Týmy jsou schopné zajistit důstojný, kvalitní život umírajícím v jejich známém prostředí a řešit situace, spojené s koncem života. Domácí hospice zajišťují podpůrné služby pro pozůstalé v době truchlení. Jak již bylo zmíněno, v současné době zajišťují tuto péči v ČR čtyři domácí hospice (Sláma a kol, 2007), (Svatošová, 2008), (Špinková, Špinková, 2004).

2.3.4 Poskytování paliativní péče v nemocnici

Zajištění paliativní péče v nemocnici vyžaduje vyčlenění pokojů pro pacienty čerpající tento druh péče a především navýšení počtu ošetrovatelského personálu (zdravotnických asistentů a ošetrovatelů a sester) v poměru k počtu pacientů 1 : 3 v denní službě. K zajištění komplexnosti paliativní péče v nemocnici nebo léčebně je třeba dostupnosti specializovaného konziliárního týmu alespoň minimálního složení (lékař, sestra a sociální pracovník). V dnešní době, kdy probíhá transformace českého zdravotnictví, avšak paliativní péče v nemocnicích za výše zmiňovaných standardů zajištěna není, přestože zde umírá značný počet pacientů většinou o samotě (Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015, 2011), (Marková, 2010).

2.4 HISTORIE HOSPICOVÉ PÉČE

Historie nám často napoví jak chápat současnost. Není tomu jinak ani v problematice paliativní péče. Nejedná se o nový obor, dá se říci, že paliativní péči lidé znají už od nepaměti. O umírajícího se téměř vždy starala především rodina v domácím prostředí za pomoci a podpory lékaře a ošetřovatelek, později sester a duchovního. Umírání a smrt nebývala tabu a byla přirozenou součástí života.

V 19. století vlivem industrializace docházelo k hromadnému stěhování lidí do měst, což mělo za následek atomizaci rodiny (širší rodina nežila společně). Umírající byli soustředěni v chudobincích, později v moderních nemocnicích a v ústavech. Pokud kurativní léčba již nepomáhala, bylo pacientovi zajištěno teplo, čisto a soukromí za bílou plentou okolo lůžka. Lidé přijali za přirozené umírat v nemocnicích a smrt začala být tabuizována (Haškovcová, 2007).

2.4.1 *Historie hospicového hnutí ve světě*

Hospicová péče dnešní úrovně je ve světě známa od roku 1967, kdy zdravotní sestra, později lékařka Cicely Saudersová, založila hospic St. Christopher's v Anglii. Zde byla poprvé zajištěna komplexní péče umírajícím týmem zdravotníků, včetně tlumení bolesti a dalších symptomů, jak tělesných, tak duševních a zajištění kvality života. O dva roky později je již hospicová péče zajišťována i v prostředí pacientova domova. (Baines, 2012), především v Anglii a následně pak do jiných zemí. V roce 1974 byl otevřen první hospic v New Havenu v Connecticutu. V sedmdesátých letech 20. století dochází k rozvoji samostatných hospiců ve světě a současně vzniká samostatný lékařský obor - paliativní medicína. (Vorlíček a kol., 2004), (Munzarová, 2005).

V roce 2007, ve více než 100 zemích, bylo v evidenci 9500 zařízení hospicové péče (z toho cca 3500 v Evropě a 500 v Severní Americe). V posledních letech se hospicové hnutí ve vyspělých státech šíří ještě rychleji, např. v USA bylo v roce 2007 ošetřeno v zařízeních hospicové péče 1 400 000 pacientů oproti roku 1982, kdy jich bylo pouze 25 000 (Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015, 2011).

2.4.2 Historie hospicového hnutí v České republice

V České republice se hospicová péče začala rozvíjet na začátku 90. let, kdy se hranice otevřely světu. Českým zdravotníkům bylo umožněno cestovat a čerpat ze zahraničních zkušeností. Vývoj politické a ekonomické situace, je v České republice oproti některým zemím stále opožděn, což má za následek opoždění vývoje obecné i specializované paliativní péče. První lůžkový hospic, založila doktorka Marie Svatošová v roce 1995 v Červeném Kostelci, jde o Hospic sv. Anežky České (Svatošová, 2008).

2.4.3 Historie domácí hospicové péče v České republice

Na začátku 20. století bylo samozřejmostí umírat doma. O tišení bolesti nemocného, o péči, podporu a pomoc se staral rodinný lékař, který pečoval o více generací, to mu umožňovalo lépe rozumět příčinám nemoci a starat se o nemocného komplexně. V padesátých letech téhož století zanikli rodinní lékaři a v souvislosti s centralizací zdravotní péče se umírání přesunulo do nemocnic a ústavních zařízení, kde umíralo 87 % pacientů.

Na začátku 90. let demokratizace společnosti umožnila humanizaci postupů v péči o umírající a posílení důrazu na lidská práva.

Při ministerstvu zdravotnictví v roce 1991 byla založena „pracovní skupina pro vznik domácí a hospicové péče,“ jejími členy byli odborníci i zástupci laické veřejnosti. Koncepce domácí hospicové péče byla vypracována v průběhu 2 let. Pro zdravotnické pracovníky poskytujících domácí hospicovou péči byly vytvořeny metodické pokyny specifikující náplň jejich práce. Ve stejném roce umožnilo ministerstvo sociálních věcí prostřednictvím vyhlášky MPSV č. 182/91. Sb., upravující poskytování sociální péče, finanční úhradu nestátním subjektům. Tím byla umožněna alternativa poskytování sociální péče a pomoci nevyčísitelně nemocným charitativními organizacemi a agenturami domácí péče. Na základě zákona ČNR č. 160/92. Sb., o provozování zdravotní péče v nestátním zdravotnickém zařízení, vznikly první agentury domácí péče. Již v roce 1993 poskytovaly agentury domácí péče komplexní domácí péči, včetně domácí hospicové péče. Z celkového objemu zajištění domácí péče je 23 % péče

hospicové, poskytované umírajícím a jejich blízkým. Prostřednictvím Asociace domácí péče ČR byly v následujících letech pořádány odborné semináře zaměřené na péči o umírající v domácím prostředí.

V roce 1995 byla věnována všem agenturám registrovaným v Asociaci domácí péče České republiky publikace E. K. Ross „Hovory s umírajícími“ za podpory 3. Lékařské fakulty.

Ministerstvo zdravotnictví ČR v letech 1996-1997 vydalo „Koncepti systému zdravotní péče“, kde doporučuje, pokud to okolnosti dovolí, volit domácí hospicovou péči při indikaci péče o umírajícího, označovanou jako „Princip první volby“.

V roce 1998 byla vybraným projektům agentur domácí péče, po doporučení odborné komise, udělena finanční dotace MZČR, vázaná na zlepšení podmínek péče o umírající v domácím prostředí.

Zavedení domácí hospicové péče v ČR, která je nedílnou součástí komplexní domácí péče, si získalo podporu ze strany laické veřejnosti, protože je péčí odbornou a především lidskou (Misconiová, 2006)

2.5 POJETÍ SMRTI PODLE ELISABETH KÜBLER ROSS

Když mluvíme o smrti a umírání, není možné nezmínit jméno Elisabeth Kübler Ross. Tato lékařka zasvětila celý svůj život nemocným a umírajícím lidem a svým výzkumem popsala pět fází, kterými člověk před smrtí prochází. V důsledku tohoto poznání je ošetrovatelská paliativní péče na vyšší úrovni.

Elisabeth Kübler Ross se narodila ve Švýcarsku v protestantské rodině, v mládí poznala utrpení umírajících v době 2. světové války, v roce 1957 dokončila lékařskou fakultu University of Zürich. Obor psychiatrie vystudovala ve Spojených státech Amerických na University of Colorado v roce 1963. O dva roky později začala pracovat na výzkumném projektu v oblasti smrti a umírání u pacientů s infaustní prognózou. Problematice umírání zasvětila téměř celý život, přispěla tak k jejímu porozumění a usnadnila roli doprovázejícím. Během své kariéry napsala přes 20 hodnotných knih, mezi nejznámější patří: Hovory s umírajícími (1973), O smrti a umírání (1969), Světlo

na konci tunelu (1985), O dětech a smrti (1999), Život a smrt (1973)...atd (Elisabeth Kübler-Ross Biography, 2013)

2.5.1 Fáze umírání dle Elisabeth Kübler Ross

Negativní zpráva o progresivní, nevléčitelné chorobě vyřčená lékařem způsobí nemocnému krátkodobý šok a dále u většiny lidí nastupuje období popírání (denial), dalšími fázemi jsou: hněv (anger), smlouvání (bargaining), deprese (depression) a míření (reconciliation). Není pravidlem, že by tyto fáze nastupovaly postupně za sebou, mohou přicházet nezávisle na sobě. Výjimkou není ani to, že jedna fáze přetrvává po celou dobu terminálního stádia. Některé fáze se mohou i opakovat, nebo naopak chybět. Dobrá podpora doprovázejících zmírňuje nemocnému utrpení.

Podobnými fázemi procházejí i nejbližší umírajícího. Nesoulad fází příbuzných a nemocného vede k problémové komunikaci. Jedním z cílů hospicové péče je napomáhat tomu, aby se ve stejné fázi v určitou dobu nacházela rodina i nemocný.

Šok - velké překvapení a zmatenost z nečekané změny zdravotního stavu. Jedná se o krátkodobou, prudkou reakci, rychle přecházející do fáze popření.

Popření - člověk v důsledku nepřijetí této skutečnosti navštíví více lékařů, chce slyšet jiný verdikt. Dožaduje se objasnění omylu. Nevnímá lékaře, co mu sděluje, odmítá přijímat informace o svém zdravotním stavu. Často vyhledává samotu, odmítá přítomnost druhých. Důsledkem toho je nezájem ostatních lidí o něho a opravdová samota. Již bylo zmíněno, že fáze popření může většinou přetrvávat až do konce, nebo se může vracet a opakovat. Elisabeth Kübler Ross (1992) popisuje, že důvodem takového chování může být nešetrně podaná zpráva od lékaře, který pacienta dost dobře neznal, nebo neodhadl, zda je v této chvíli na závažnou zprávu připraven. V této fázi je důležité být nemocnému nablízku, navázat s ním kontakt a získat důvěru.

Hněv - nemocný je plný negativních nálad, které velmi těžko ovládá. Je často zmatený a zlostný, nechápe, proč zrovna on je tak nemocný. Podezírá sám sebe z nějakého činu, za který musí nyní trpět. Není řešením odpovídat na agresivní chování nemocného

chápaním úsměvem ani výčitkami. Rodina by měla být poučena, že jde o přechodnou fázi, kterou nemocný neumí ovládat a není potřeba se na něho zlobit, jelikož jeho chování plyne z velké touhy žít. Je třeba mluvit o emocích, pokud si to pacient přeje. S psychologem nebo duchovním pacient může promluvit o pocitech bezmoci, strachu, zoufalství a úzkostech. Z toho vyplývá, že máme emocím nemocného nechat volný průběh, nepohoršovat se a nebrat jeho hněv osobně.

Smlouvání - třetí fáze bývá nejkratší ze všech zmíněných. Nemocní mají potřebu něco dokončit, přejí si ještě jít na svatbu potomkům, dočkat se narození vnoučete... Smlouvají, prosí o čas. Jsou ochotni dát za naději, zázračné léky a získání času cokoli. Smlouvání je vlastně pokusem o odklad. Žádají o něco a slibují, že už je to poslední žádost, ale my víme, že není. Je to jako u malých dětí, slibují, slibují a po dosažení svého slib často nedodrží. Ošetřování vyžaduje velkou trpělivost a snahu chránit nemocné před podvodníky, doporučující „zázračné léky“.

Deprese - ve stádiu prodělání několika operací a náročné léčby, je nemocný unaven a často propadá depresi. Například žena s rakovinou dělohy se už necítí ženou, po ablaci prsu ji trápí, že ztratila postavu. S rozsáhlým a dlouhodobým léčením rostou finanční náklady, dlouhodobou absencí může nemocný přijít o zaměstnání. Těžce nemocná matka může trpět tím, že nemá své děti u sebe a pod přímou kontrolou, že je vychovává někdo jiný. To vše vede k depresivním stavům dvojího druhu: Ve stavu **reakční deprese** můžeme být pacientovi nápomocni svojí přítomností a komunikací. Například ujistíme ženu, že se její ženskost vůbec nevytratila pro její určitou ženskou vlastnost. Sebeúcty pacientky s rakovinou prsu lze napomoci vrátit poučením o prsní protéze. **Depresí přípravnou** člověk prochází těsně před smrtí. Přípravuje se na ztrátu svých milovaných a svého života, nemocný většinou mlčí a nemá význam ho utěšovat, touží být sám, na rozdíl od deprese reakční. Je doporučováno trpělivé naslouchání, přítomnost nejbližších, urovnání vztahů.

Smíření - pokud pacient projde všemi zmiňovanými stádii a zvláště dočká-li se adekvátního doprovázení od nejbližších a profesionálů, dostává se do fáze smíření.

Nemocný cítí příchod konce, je unavený, zesláblý, často pospává, už nechce bojovat, nemá zlost na zdravé lidi, je vyrovnaný. Větší podporu v této fázi potřebuje rodina a nejbližší. Rodina často neodhadne, že se blíží konec a může způsobit trápení nemocnému tím, že ho nutí k další léčebné intervenci. Největší pomocí v poslední fázi je dopřání klidu odcházejícímu a držení ho za ruku. Následně je velmi důležité podpořit rodinu v jejím smutku a vyrovnání se s odchodem nejbližšího (Fáze vyrovnání se s nemocí, 2013), (E. K. Roos, 1992).

2.5.2 *Kompetence zdravotních sester*

Stanovení základních kompetencí, které by měly splňovat sestry ve všech zemích Evropské unie, byly přijaty 17-18. dubna 1997 (XV/ E9432/ 96) poradním výborem pro vzdělávání ve zdravotnictví (Advisory committee on training in nursing). V popředí nestojí osvojení odborných a ošetrovatelských dovedností, ale dovedností komunikačních, organizačních a edukačních, což bylo pro české zdravotnické prostředí v tomto pořadí kompetencí neobvyklé. Za účelem naplňování této směrnice se vzdělávací systém nelékařských pracovníků v České republice postupně mění.

Kompetence nejsou nikdy statické. Je třeba, aby sestry své kompetence dalším vzděláváním zkvalitňovaly a rozšiřovaly. Podmínky pro další vzdělávání zdravotníků a uznávání kvalifikací byly v České republice ustanoveny zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání k výkonu činnosti souvisejících...

Dle Markové (2010) mezi hlavní kompetence spadá:

- profesionálně navázat kontakt
- umět vytvořit atmosféru důvěry
- zvládnout komunikaci s nemocným s afázií
- zvládnout navázání kontaktu s rodinnými příslušníky
- zmapovat situaci a plánovat postup
- stanovit efektivní a komplexní ošetrovatelský plán
- průběžně vyhodnocovat ošetrovatelský plán

- podporovat a zachovávat důstojnost člověka
- chápat pacientovy obavy, správně na ně reagovat
- umět poskytnout emoční podporu

Sestra by si měla osvojit praktické dovednosti své práce v paliativní péči. Předpokladem je znalost a dodržování standardů, musí znát základní postupy v ošetřování symptomů, především bolesti, umět je správně monitorovat a poznatky předávat celému týmu. Musí umět samostatně podávat léky označené lékařem v preskripci - „dle potřeby“. Zdravotní sestra musí znát nežádoucí a vedlejší účinky nejčastěji podávaných léků. Především v poskytování domácí hospicové péče by měla sestra odhadnout další vývoj pacientova stavu a správně nemocného a rodinu připravit na možný vývoj nemoci a komplikací.

Zdravotní sestra by měla být ztotožněna s pravidly stanovené organizací, měla by porozumět struktuře organizace a jejím cílům. Sestra poskytuje péči v souladu s filozofií hospicové péče se zřetelem na kvalitu pacientova života s ohledem na individuální potřeby nemocného a jeho blízkých.

Dobrá spolupráce s ostatními v týmu je předpokladem k vykonávání kvalitní práce. Sestra umí aplikovat své zkušenosti ze seminářů a školení a účinně je přenáší do práce celého týmu. Účastní se supervizí a společenských akcí a podílí se na růstu kvality paliativní péče (Marková, 2010).

2.5.3 *Komunikace s umírajícími*

Umění komunikovat je důležitým prvkem v ošetřovatelské péči. Správnou komunikací zjistíme pacientovy potřeby, což je v ošetřovatelském procesu to nejdůležitější. V důsledku vážného smrtelného onemocnění je komunikace složitá, protože nemocný prochází velmi těžkým obdobím. Pravda o závažné nemoci by měla být podle Listiny práv a svobod sdělena každému dospělému člověku. Výjimku mohou tvořit psychicky nemocní, nebo pacienti po psychotické epizodě v minulosti. Pokud má lékař dostatečný důvod, nemusí pacientovi celou pravdu sdělit. Kontraindikací sdělování pravdy není nepřipravenost pacienta přijmout závažnou informaci o pravdě. Zda nemocný pravdu „snese“ bylo před dvaceti lety značně probíráno a řešeno.

Odborníci dospěli k názoru o sdělování pravdy v každém případě profesionálním způsobem a to otázkou: „ Jak vám mohu pomoci nést váš úděl?“ (Haškovcová, 2002).

Dobrému umírání brání nedostatečná komunikace. Tím může být popírání smrti, neposkytnutí důležitých informací nemocnému a jeho rodině, absence informace o fázích a jak může umírání probíhat, strach z neznámého. Není dobré mlčet, kde je třeba mluvit a naopak, svou roli hraje i nedůvěra v blízké, v lékaře a pečující. (Marková, 2010)

2.6 PODMÍNKY A LEGISLATIVA PRO POSKYTOVÁNÍ HOSPICOVÉ PÉČE

Podmínky pro poskytování hospicové péče ve světě jsou odlišné od podmínek v České republice. Jedním z důvodů je zcela rozdílný historický vývoj, zmiňovaný v kapitole o historii. Péče, kvalita života a zachování důstojnosti umírajícím je odrazem vyspělosti společnosti.

2.6.1 Podmínky a legislativa hospicové péče ve světě

Mezi země s hospicovou péčí na vysoké úrovni patří Velká Británie, Rakousko, Lucembursko, Polsko, Belgie, Itálie, Nizozemí a Německo.

V prosinci 1988 byla založena Evropská Asociace Paliativní Péče (EAPC) s cílem propagovat paliativní péči v Evropě a soustředit ty, co pracují nebo se zajímají o oblast paliativní péče, ať už na vědecké, klinické či sociální úrovni. V roce 2015 již má EAPC členy ze 48 zemí celého světa a spojuje členy z 55 národních asociací z 31 evropských zemí, které reprezentují tisíce zdravotních a sociálních pracovníků i dobrovolníků v paliativní péči (Centeno, 2007).

Dokument Pražská Charta vznikl na půdě EAPC u příležitosti Evropského kongresu paliativní péče 2013. Usiluje o dostupnost paliativní péče coby lidského práva a vyzývá všechny vlády ke spolupráci a podpoře (Pražská charta, 2013).

V roce 2003 byla v rámci EAPC ustanovena pracovní skupina, která zhodnotila stupeň rozvoje paliativní péče v 52 WHO zemích Evropy. V jednotlivých zemích jsou

implementovány různé odlišné modely služeb. Např. ve Velké Británii, Německu, Rakousku, Polsku a v Itálii je dobře vyvinutá extenzivní síť hospiců. V jiných zemích (zejména Francii) jsou zase rozvinuty mobilní týmy či nemocniční podpůrné týmy. Rozvoj velkého množství denních stacionářů je typický pro Velkou Británii. Mezi země s nejvyšší úrovní rozvoje paliativní péče patří v západní Evropě Velká Británie, ve střední a východní Evropě Polsko a z ostatních zemí např. i Arménie (Centeno, 2007).

Velká Británie

Stála u zrodu moderní hospicové péče v druhé polovině 20. století: v roce 2008 měla 208 stacionárních zařízení, 287 denních zařízení, 340 ambulantních zařízení a 25 dětských hospicových zařízení. Nejrozšířenější je zde domácí hospicová péče v podobě multidisciplinárního edukačního týmu pečujícího o nemocné. Přesto, že je registrováno 400 agentur domácí hospicové péče a dalších 50 pracuje při lůžkových hospicích, je ještě v několika případech problém s dostupností kvalitní hospicové péče z důvodu vzdálenosti od domova (Huneš, 2008).

Rakousko

Legislativa rakouského státu umožňuje příbuzným nebo sousedovi pečovat o umírajícího až 6 měsíců s nárokem na dovolenou nebo mu zaměstnavatel nevyplácí mzdu, ale hradí za něho pojištění a zachová mu pracovní místo. Jedním z hlavních důvodů, proč v České republice rodina umístí umírajícího do zařízení, je ztráta zaměstnání. V roce 1989 byl ve Vídni otevřen první hospic. V Rakousku poskytují paliativní péči v 9 soukromých hospicích, v denních stacionářích, několika mobilních hospicích a na jednotkách paliativní péče, většinou pod záštitou katolické a evangelické církve, a to ve spolupráci s diecézemi, charitou, řeholními společenstvími a městskými správami. Vzdělávání lékařů i sester v oblasti paliativní péče je zde na vysoké úrovni. V Rakousku je přes 100 hospicových zařízení (Huneš, 2008), (Dobriková et al, 2005).

Lucembursko

V Lucembursku stát finančně přispívá na hospicovou péči 85 %; to je o 25 – 45 % více než u nás, což zajišťuje větší stabilitu zajištění péče. Hospicová péče je zde na

vysoké úrovni, lidem se dostává kvalitní specializovaná péče, nemají tudíž potřebu eutanázie, přestože je v Lucembursku uzákoněna (V Lucembursku se s umírajícími loučí důstojně, 2012).

Švýcarsko

V roce 2000 v bohaté a vyspělé zemi, jako je Švýcarsko, nebyla možnost dalšího vzdělávání v paliativní péči. Bylo zde v provozu šest hospiců, šest mobilních hospiců a pět multidisciplinárních týmů a devět jednotek paliativní péče (Dobriková et al, 2005).

Polsko

Polsko patří mezi země východního bloku, kde se hospicová péče začíná vracet v 90 letech 20. století. Právě katolické Polsko bylo výjimkou a byly zde založeny hospice již před rokem 1990 za komunistického režimu.

Belgie

Rozvoj paliativní péče v belgickém zdravotnictví postupoval velmi pomalu, až v roce 2000 byl otevřen první hospic, ale ve stejném roce nabyl platnosti vládní program s nařízením pro zajištění týmu paliativní péče v každé nemocnici a v domech s pečovatelskou službou. V tu dobu vzniklo 49 jednotek paliativní péče, 55 multidisciplinárních týmů v nemocnicích, 45 týmů pro domácí péči a 2 týmy pro denní hospicovou péči.

Itálie

V Itálii je velice humánní přístup k umírajícím, je to země, kde se 85 % občanů hlásí ke katolickému vyznání. Italská vláda podporuje rozvoj hospicové péče speciálním programem. Již v roce 1970 uvedli do provozu 3 hospice a 88 týmů domácí péče (Huneš, 2008).

Péče o pozůstalé v zahraničí

Nedílnou součástí komplexní hospicové péče je pomoc a podpora určená pozůstalým. V západní Evropě, Severní Americe a Austrálii, existují poradci pro

pozůstalé, kteří musí splňovat určité nároky. Poradenství pro pozůstalé je zde etablované, existují specializované vzdělávací kurzy pro poradce, školicí centra s kurzy zakončenými celostátně uznávanou zkouškou (Péče o pozůstalé v ČR, 2010).

2.6.2 Podmínky a legislativa hospicové péče v České republice

Jak již bylo zmíněno, začátky hospicového hnutí v ČR sahají do roku 1995, ale právní řád ještě v roce 2004 neznal pojem hospic. V roce 2005 vzniká Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče (APHPP), kterému se podařilo prosadit legislativní základy pro mobilní a lůžkovou hospicovou péči, což trvalo téměř 3 roky. Hospicovou a paliativní péči, zejména v oblasti zdravotní a sociální, upravuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vyhláška č. 505/2006 Sb., k provedení zákona o sociálních službách. Podařilo se prosadit 2 novely zákona č. 48/1997 Sb., pro úhrady hospicové péče ze zdravotního pojištění a zakotvit zdravotní výkon 0730 pro specializovanou ústavní hospicovou péči (v roce 2007) do úhradové vyhlášky ministerstva zdravotnictví.

Financování hospicové péče je vícezdrojové, zdravotní složka je hrazena pojišťovnami, sociální složka není dostatečně financována. Péče je částečně hrazena pacientem, někde přispívají obce a kraje, dotace z MPSV a dále přispívají fyzické osoby formou darů, nadace a sponzoři. Ošetrovatelská, lékařská péče, veškeré služby v hospici stojí denně průměrně 2000 Kč, 50 – 60 % hradí zdravotní pojišťovna. Ve většině jsou hospice nestátní neziskové organizace, tudíž nemají svého zřizovatele, nemají tedy samozřejmý nárok na dotace z rozpočtu kraje nebo obce.

Pro zajištění potřebné úrovně a kvality poskytování specializované paliativní péče byly zpracovány v roce 2007 Standardy hospicové péče pracovní skupinou MZČR ve spolupráci s APHPP.

Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče nyní usiluje o dořešení financování sociální složky hospicové péče. Hospice budou moci žádat o dotace MPSV na sociální péči, pokud proběhne rozšíření v § 44 o další typ odlehčovací služby v novele zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Od roku 1991 je hospicová péče v domácím prostředí zajišťována agenturami domácí péče, a od r. 2010 je

podporována možností vykazování tzv. signálního výkonu 06349 - časově neomezené vykazování poskytnuté péče umírajícím dle indikace lékaře. Jak již bylo zmíněno, stále chybí podpora ze strany pojišťoven a lékařů. APHPP usiluje prosadit do legislativy mobilní paliativní péči, zajistit její financování a rozvinout specializovanou paliativní péči podle evropských standardů (Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015, 2011).

Přehled zásadních právních předpisů, zákonů, standardů a úmluv vztahujících se k paliativní a hospicové péči:

- 1948 Všeobecná deklarace lidských práv
- 1953 Mezinárodní etický kodex pro sestry
- 1961 Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákoník
- 1981 Lisabonská deklarace o právech nemocných
- 1992 Ústava České republiky
- 1992 Listina základních práv a svobod, čl. 6
- 1996 Etický kodex České lékařské komory
- 1997 Úmluva o lidských právech a biomedicině
- 1997 Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- 1999 Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „o ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných umírajících“
- 2000 Charta proti rakovině v příštím miléniu (Onko-charta)
- 2000 Pařížská charta proti rakovině
- 2002 Deklarace práv onkologických pacientů
- 2004 Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy o organizaci paliativní péče
- 2005 Korejská deklarace o hospicové a paliativní péči
- 2006 Zákon č. 340/2006 Sb., o činnosti institucí zaměstnaneckého penzijního pojištění z členských států Evropské unie na území České republiky a o změně zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- 2007 Standardy hospicové paliativní péče APHPP

- 2007 Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů
- 2010 Vyhláška č. 361/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání, zubních lékařů a farmaceutů a oborech specializačních kurzů
- Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
- 2011 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- 2013 Standardy a normy 2013 (Huneš, 2008), (SLÁMA, Ondřej. ŠPINKOVÁ, Martina. KABELKA, Ladislav, 2013)

2.7 Vzdělávání zdravotníků v hospicové a paliativní péči

2.7.1 Vzdělávání sester, sociálních pracovníků a lékařů v paliativní péči

Zkvalitnění péče o pacienty nevyлéčitelně nemocné předpokládá zlepšení znalostí obecné a specializované paliativní péče. Všeobecná sestra v hospicové péči by měla splňovat pětiletou praxi, z toho tři roky u lůžka a navíc stáž v hospicovém lůžkovém zařízení nebo na oddělení paliativní péče po dobu čtyř týdnů. Zdravotní sestry mají možnost dalšího vzdělávání v Brně v doškolovacím zařízení NCO NZO. Hospicové občanské sdružení Cesta domů garantuje ELNEC kurz (Kurz ošetrovatelství v závěru života). Vysokoškolsky vzdělaný sociální pracovník v oboru sociální práce, by měl projít výcvikem v telefonické a krizové intervenci v rámci čtyřtýdenní praxe v hospicovém lůžkovém zařízení nebo na oddělení paliativní péče. Pro zajištění kvality komplexní hospicové péče v domácím prostředí se doporučuje 1,6 úvazku sociálního pracovníka.

Pregraduální vzdělávání na zdravotnických školách a lékařských fakultách již probíhá, avšak v nedostačujícím rozsahu. Pouze v několika školách je výuka paliativní a hospicové péče zařazena jako samostatný předmět. Ostatní školy vyučují řadu témat paliativní péče v rámci jiného vyučujícího předmětu (psychologii, onkologii,

komunikace...). Témata paliativní péče jsou především vyučována v rámci specializační přípravy všeobecného lékařství a v oboru onkologie. Sjednocující předmět, zabývající se problematikou péče v závěru života, chybí ve výuce budoucích lékařů. Paliativní medicína je vyučována jako samostatný předmět pouze na lékařské fakultě v Brně od roku 2013 (Sláma, Špinková, Kabelka, 2013).

2.7.2 Lékařská specializace – paliativní medicína

Lékaři v ČR mají od roku 2004 možnost specializace v oboru „Paliativní medicína a léčba bolesti (PM-LB)“ Zájem o tento obor byl ve většině případů u anesteziologů. Od roku 2004 do roku 2013 získalo odbornost PM – LB 125 lékařů, kteří pracují především v ambulancích léčby bolesti, pouze asi 15 lékařů se věnuje paliativní medicíně. Lékaři působící v hospicích v převážné většině tuto specializaci nemají. V roce 2010 došlo k rozdělení oboru PM-LB na dva samostatné nastavbové obory „Paliativní medicína“ a „Algeziologie.“

2.7.3 Česká společnost paliativní medicíny

Česká společnost paliativní medicíny (ČSPM) vznikla v roce 2009 a je jednou z odborných společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. V roce 2013 měla 130 řádných členů. ČSPM je členem Evropské asociace paliativní péče (EAPC). Společnost má jedinečnou příležitost podporovat vzdělávání a dobrou klinickou praxi v oblasti obecné a specializované paliativní péče a informovat občany o zákonných možnostech léčby a péče o pacienty v závěru života. Významným dokumentem společnosti, který vznikl za podpory MZČR, jsou Standardy paliativní péče 2013. Česká společnost paliativní medicíny (ČSPM) zajišťuje specializační (atestační) přípravu v oboru Paliativní medicína. Společně s Institutem postgraduálního vzdělávání lékařů pořádá kurzy v rámci specializačního a celoživotního vzdělávání. ČSPM se podílela na tvorbě „Strategie rozvoje paliativní péče v ČR 2011-2015“, která byla vládou zamítnuta. Společnost považuje za nutné tento materiál upravit a rozšířit a znovu předložit vládě a vytvořila **Strategii rozvoje paliativní péče v ČR 2015-2020**.

Dále se podílí na tvorbě projektu **Paliativní medicína na lékařských fakultách** (postgraduální studium pro lékaře). Další projektem ČSPM je **Leadership v paliativní péči** a má za cíl podpořit lékaře v dovednosti vedení týmů, lektorských dovednostech a působení na veřejnost. V roce 2015 je společností připraveno nemalé množství kurzů v oblasti specializované paliativní péče pro lékaře (Sláma, 2013).

2.7.4 Semináře a konference

Vzdělávání v hospicové péči v České republice v podobě seminářů a konferencí zajišťují některé instituce, asociace, obecně prospěšné společnosti, občanská sdružení, doškolovací zařízení a nadační fondy např.: TŘI o. p. s., nadační fond na podporu rozvoje hospicového hnutí v České republice Umění doprovázet, nadační fond Klíček, občanské sdružení Cesta domů, APHPP, NCO NZO Brno.

V roce 2014 se konalo v České republice několik přínosných konferencí, které pomohly dalšímu vývoji v oblasti paliativní péče, např.: VI. konference Paliativní medicíny v Brně (9. – 10. 10. 2014), konference Paliativní medicíny v Náchodě (16. 10. 2014), konference Paliativní péče nejen v sociálních službách ve Vlašimi (21. 11. 2014) seminář Paliativní péče v kardiologii v Praze (16. 12. 2014). Za významnou událost lze považovat konání **První české konference dětské paliativní péče**, která se konala 13. – 14. 11. 2014 v Praze. Hlavním tématem konference byla paliativní péče o nevléčitelně nemocné dětské pacienty. Psychosociální podpora nemocných dětí a jejich rodin v České republice dlouhodobě chybí, na rozdíl od léčebné péče, která je na vysoké úrovni.

Konference byla především určena odborné veřejnosti, zabývající se problematikou nevléčitelně nemocných dětí. Cílem konference bylo vytvoření standardů péče a navázání bližší spolupráce mezi zainteresovanými skupinami. Dále zjistit potřeby a očekávání rodin, které se vyrovnávají s blížící se ztrátou dítěte a zajistit následnou paliativní péči (První česká konference dětské paliativní péče, 2014).

2.7.5 *Vzdělávání paliativní péče na českých školách*

V prosinci roku 2014 jsem elektronickou poštou oslovila 62 středních zdravotnických škol v České republice, 52 vyšších odborných škol zdravotních a 8 vysokých škol s otázkou, zda je na jejich škole vyučována hospicová a paliativní péče jako samostatný vyučovací předmět nebo zda je součástí jiného vyučovacího předmětu. Zástupci devíti SZŠ odpověděli, že problematika paliativní péče je součástí jiného předmětu. Zástupci 7 vyšších odborných škol, kteří odpověděli, vyučují Paliativní a hospicovou péči jako samostatný předmět. Z jedné VOŠZ mě informovali o vyučování paliativní péče v rámci jiného předmětu. Nejvyšší návratnost odpovědí byla na vysokých školách, kde vyučují paliativní péči jako samostatný předmět. Pouze z jedné vysoké školy nepřišla odpověď. Přehled výsledků této mé sondy je uveden v tab. 1.

Tab. 1: Vyučování paliativní péče na školách se zdravotnickým zaměřením

	Bylo osloveno	Odpověděli	Samostatný vyučovací předmět	Součást jiného vyučovacího předmětu
SZŠ	62	9		9
VOŠZ	56	7	6	1
Vysoká škola	8	7	7	

3 EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část práce je věnována objasnění metodiky výzkumu, organizaci šetření a charakteristice zkoumaného vzorku. Zpracované tabulky a grafy, znázorňující výsledky vlastního šetření, jsou podstatou této kapitoly. V závěru empirické části je uvedena krátká diskuze nad zjištěnými výsledky.

3.1 CÍLE PRÁCE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY

Záměrem bakalářské práce je popsat stávající úroveň hospicové a paliativní péče v České republice a v zahraničí a zjistit míru informovanosti laické veřejnosti a vzdělávání zdravotníků v této specifické oblasti péče. Na základě zmíněných souvislostí byly stanoveny následující cíle:

1. Provést analýzu zjištěných dat z dotazníkového šetření a následně prezentovat výsledky vlastního průzkumu.
2. Zmapovat informovanost laické veřejnosti a zdravotníků o paliativní a hospicové péči.
3. Zjistit zájem laické veřejnosti a zdravotníků o hospicovou péči v domácím prostředí a v ústavním (lůžkovém) zařízení.

Pracovní hypotézy vztahující se k cílům:

H1 Zdravotníci mají více informací o dostupnosti blízkého hospicového zařízení než laická veřejnost.

H2 Zdravotníci s konkrétním vyznáním a věřící „v cosi,“ mají více znalostí o hospicové a paliativní péči než zdravotníci bez vyznání.

H3 Laická veřejnost s konkrétním vyznáním a věřící „v cosi“, mají více znalostí o hospicové a paliativní péči než laická veřejnost bez vyznání.

H4 Sestry ve věku do 30 let mají více znalostí o hospicové a paliativní péči než sestry od 31 let a výše.

H5 Zdravotníci mají více znalostí o principech hospicové a paliativní péči než laická veřejnost.

H6 Zdravotníci ženského pohlaví mají více znalostí o hospicové a paliativní péči než zdravotníci mužského pohlaví.

3.2 METODIKA ŠETŘENÍ

Metoda dotazníkového šetření obsahující dva druhy dotazníků, byla zvolena pro sběr dat potřebných pro zpracování empirické části práce. Jeden typ dotazníku, obsahující 21 otázek, byl určen pro laickou veřejnost a dotazník s 26 otázkami byl určen zdravotníkům.

Před vlastní distribucí dotazníků, byl proveden předvýzkum, který měl význam pro následnou úpravu stávajících otázek v dotazníku.

3.2.1 Konstrukce dotazníků

Dotazník je způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Řadí se mezi explorační výzkumné metody získávání informací prostřednictvím subjektivních výpovědí oslovených osob. Dotazník je nejčastěji používanou metodou pro hromadné získávání údajů. Otázky by měly být formulovány jasně, srozumitelně a pro respondenta mají být pochopitelné a zodpověditelné (Farkašová, 2006).

Dotazník určený pro laickou veřejnost obsahuje 21 položek skládající se z výběrových uzavřených, otevřených i výběrových polo-uzavřených otázek. Prostřednictvím dotazníku byly zjištěny nejprve základní údaje jako je pohlaví, věk, dosažený stupeň vzdělání, postoj ke spiritualitě a další otázky směřovaly k objasnění zájmu a informovanosti laické veřejnosti o hospicové a paliativní péči.

Stejně formulace otázek obsahuje dotazník určený pro zdravotníky, avšak je navýšen o pět specifických otázek pro zjištění vzdělanosti sester v daném tématu. Skládá se tedy z 26 otázek.

Účelem bylo získat informace ohledně znalostí problematiky hospicové a paliativní péče u sester a laické veřejnosti. Dále získat informace zda dotazovaní upřednostňují domácí nebo ústavní hospicovou péči.

Kompletní dotazníky jsou uvedeny v příloze této práce.

3.3 ORGANIZACE ŠETŘENÍ

Průzkum probíhal v měsících listopad a prosinec 2014 ve formě dotazníků v papírové podobě. Tištěné dotazníky pro laickou veřejnost byly rozdány v Roudnici nad Labem personálu 2. Základní školy v Jungmannově ulici a v mateřské školce Pohádka v Horově ulici. Dotazníky určené zdravotníkům, byly rozdány ve Fakultní nemocnici v Motole na odděleních s interním, chirurgickým a onkologickým zaměřením, na základě písemného souhlasu náměstkyně ošetrovatelství. Žádost o umožnění dotazníkového šetření a následně vyslovený písemný souhlas je možné nalézt v příloze této práce.

Laické veřejnosti bylo distribuováno celkem 80 dotazníků, z toho 40 dotazníků zaměstnancům 2. ZŠ a 40 dotazníků zaměstnancům a rodičům dětí navštěvujících mateřskou školku v Roudnici nad Labem. Po 10 dnech bylo z 2. ZŠ vráceno 34 vyplněných dotazníků a z mateřské školky 27 dotazníků z toho jeden neúplný, tudíž nepoužitelný k dalšímu zpracování. Návratnost z celkového množství dotazníků určeným laické veřejnosti činila 52, 17 %.

Ve FN Motol bylo rozdáno 95 dotazníků určených sestřám na oddělení chirurgického, interního a onkologického typu, přes opakované výzvy byla celková návratnost 55 vyplněných dotazníků. Návratnost z celkového množství dotazníků určeným sestřám činila 47,83 %.

Celková návratnost dotazníků byla tedy v obou skupinách zhruba vyrovnaná.

Tab. 2: Návratnost dotazníků

dotazník	data					
	laici		sestry		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Vydáno	80	45,71 %	95	54,29 %	175	100 %
Návratnost	60	52,17 %	55	47,83 %	115	100 %
Vyhodnoceno	59	51,75 %	55	48,25 %	114	100 %

3.4 PRIMÁRNÍ A STATISTICKÁ ANALÝZA DAT

K třídění a primárnímu zpracování dat byla použita aplikace Microsoft Excel 2010 a ke statistické analýze program Statistika 12.

Prostřednictvím aplikace Microsoft Excel 2010 byly vytvořeny tabulky četnosti zvlášť pro laiky a zvlášť pro zdravotníky a následně pro obě skupiny respondentů. U všech skupin byla zjištěna absolutní a relativní četnost, a to v tabulkách, výsečových diagramech a sloupcových grafech.

3.5 CHARAKTERISTIKA POPISNÉHO VZORKU

Soubor respondentů se skládá z laické veřejnosti v Roudnici nad Labem a zdravotníků - sester z FN Motol. Dotazníků od laiků je celkem 59 a od zdravotníků 55, tedy celkový počet dotazníků čítá 114. Zkoumaný vzorek je charakterizován pohlavím, věkem, dosaženým stupněm vzdělání a postojem ke spiritualitě.

Pohlaví respondentů

Tab. 3: Absolutní (n) a relativní (%) četnost žen a mužů v souboru respondentů

		Uveďte Váš věk					
		laici		sestry		celkem	
proměnná		n	%	n	%	n	%
1	20 - 30	8	13,56 %	18	32,73 %	26	22,81 %
2	31 - 45	24	40,68 %	17	30,91 %	41	35,96 %
3	46 - 60	21	35,59 %	20	36,36 %	41	35,96 %
4	61 - 75	6	10,17 %	0	0,00 %	6	5,26 %
součet		59	100,00 %	55	100,00 %	114	100,00 %

Mezi laiky bylo zastoupeno 49 (83,05 %) žen a 10 (16,95 %) mužů. Na odděleních FN Motol 44 (80,00 %) respondentů uvedlo pohlaví ženské a 11 (20,00%) pohlaví mužské.

Zastoupení pohlaví, tedy poměr mužů a žen, je v obou dotazovaných skupinách, mezi laiky i zdravotníky, obdobný. Obě skupiny dotazovaných jsou tedy z hlediska pohlaví vyvážené a dobře srovnatelné. Z uvedené tabulky je patrné četnější zastoupení žen, jak v celkovém vzorku, tak i mezi zástupci laiků a zdravotníků. Zastoupení mužů je z celkového souboru 18 % a žen 82 %.

Věk respondentů

Tab. 4: Absolutní (n) a relativní (%) četnost ve věkových kategoriích souboru respondentů

Uveďte Váš věk							
		laici		sestry		celkem	
proměnná		n	%	n	%	n	%
1	20 - 30	8	13,56 %	18	32,73 %	26	22,81 %
2	31 - 45	24	40,68 %	17	30,91 %	41	35,96 %
3	46 - 60	21	35,59 %	20	36,36 %	41	35,96 %
4	61 - 75	6	10,17 %	0	0,00 %	6	5,26 %
součet		59	100,00 %	55	100,00 %	114	100,00 %

Věk respondentů je rozdělen do čtyř kategorií. Respondentů mezi laiky je 8 (13,56 %) ve věkové kategorii od 20 do 30 let, 24 (40,68 %) ve druhé věkové kategorii od 31- 45 let, 21 (35,59 %) ve třetí věkové kategorii od 46 – 60 let a 6 (10,17 %) ve věku od 61-75 let. Respondentů mezi zdravotníky je 18 (32,73 %) ve věkové kategorii od 20 do 30 let, 17 (30,91 %) respondentů ve věkové kategorii od 31 - 45 let, 20 (36,36 %) respondentů ve věkové kategorii od 46 - 60let a 0 (0,00%) ve věku od 61 – 75 let. Z uvedené tabulky je patrné zastoupení věkové kategorie všech respondentů 20 - 30 let 23 %, 31 – 45 let 36 %, 46 – 60 let 36 %, 61 – 75 let 5 %.

Vzdělání respondentů

Tab. 5: Absolutní (n) a relativní (%) četnost nejvyššího dosaženého vzdělání v souboru respondentů

Nejvyšší dosažené vzdělání							
		laici		sestry		celkem	
proměnná		n	%	n	%	n	%
1	základní	3	5,08 %	0	0,00 %	3	2,63 %
2	středoškolské	32	54,24 %	35	63,64 %	67	58,77 %
3	vyšší odborné	1	1,69 %	12	21,82 %	13	11,40 %
4	vysokoškolské	23	38,98 %	8	14,55 %	31	27,19 %
součet		59	100,00 %	55	100,00 %	114	100,00 %

Ve skupině laické veřejnosti měli největší zastoupení lidé se středoškolským vzděláním 32 (54,24 %). Následovali lidé s vysokoškolským vzděláním 23 (38,98 %). Základní vzdělání měli ve skupině laiků 3 (5,08 %) respondenti. Vyšší odborné vzdělání měl pouze 1 (1,69 %) laik.

Ve skupině sester měly největší zastoupení sestry se středoškolským vzděláním 35 (63,64 %). Následovaly sestry s vyšším odborným vzděláním 12 (21,82 %). Vysokoškolské bakalářské vzdělání uvedlo 8 respondentů (14,55 %).

Nejvyšší zastoupení z celkového počtu respondentů měli lidé se středoškolským vzděláním 67 (59 %). Dále následovali lidé s vysokoškolským vzděláním 31 (27 %). Lidé s vyšším odborným vzděláním byli zastoupeni v celkovém počtu 13 (11 %) respondenty. Základní vzdělání se týkalo jen laické veřejnosti a bylo popsáno ve výše uvedené tabulce 5.

Postoj k víře

Tab. 6: Absolutní (n) a relativní (%) četnost v postoji k víře v souboru respondentů

Postoj k víře							
		laici		sestry		celkem	
proměnná		n	%	n	%	n	%
1	hlásím se k vyznání	5	8,47 %	10	18,18 %	15	13,16 %
2	věřím v "cosi"	11	18,64 %	16	29,09 %	27	23,68 %
3	bez vyznání	43	72,88 %	29	52,73 %	72	63,16 %
součet		59	100,00 %	55	100,00 %	114	100,00 %

Mezi laiky byli v nejvyšším zastoupení respondenti nehlásící se k vyznání 43 (72,88 %). Následovali respondenti věřící „v cosi“ v počtu 11 (18,64 %). Hlásících se ke konkrétní víře uvedlo 5 (8,47 %) respondentů z řad laiků.

Mezi zdravotníky měli nejvyšší zastoupení respondenti nehlásící se k žádnému vyznání 29 (52,73 %). Následovali zdravotníci věřící „v cosi“ v počtu 16 (29,09 %) respondentů. Hlásících se ke konkrétní víře uvedlo 10 (18,18 %) respondentů z řad zdravotníků.

Z uvedené tabulky je patrné, že i v celkovém počtu respondentů je pořadí postojů stejné jako v jednotlivých kategoriích. Lidé bez vyznání 72 (63,16 %), lidé věřící „v cosi“ 27 (23,68 %) a lidé hlásící se ke konkrétní víře 15 (13,16 %).

Je známou skutečností, že v české populaci je okolo 70 % lidí, kteří sami sebe řadí do kategorie ateisté. Proto náš vzorek můžeme v tomto smyslu považovat za reprezentativní.

Mezi zdravotníky je však méně „absolutních“ ateistů a téměř 30 % procent dotazovaných uvedlo „věřím v cosi“. Svědčí to o tom, že jsou si vědomi lidské spirituality.

3.6 Výsledky práce

Výsledky vlastní práce jsou hodnoceny postupně dle pořadí otázek v dotazníku. Tyto výsledky jsou prezentovány pomocí tabulek vypovídajících o procentuálním zastoupení zvolených odpovědí laiky a zdravotníky na uvedené otázky.

Tab. 7: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Víte, co je hospicová péče?

Co je hospicová péče?							
proměnná		laici		sestry		celkem	
		n	%	n	%	n	%
1	ano	52	88,14 %	55	100,00 %	107	93,86 %
2	ne	7	11,86 %	0	0,00 %	7	6,14 %
součet		59	100,00 %	55	100,00 %	114	100,00 %

Z uvedené tabulky je patrné, že převážná většina laiků 52 (88,14 %) a všichni zdravotníci 55 (100,00 %), ví co je hospicová péče. Pouze 7 (6,14 %) respondentů z řad laické veřejnosti uvedlo, že neví co je hospicová péče.

Tab. 8: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Víte, co může hospicová péče pacientům nabídnout?

Co může hospicová péče pacientům nabídnout?							
proměnná		laici		sestry		celkem	
		n	%	n	%	n	%
1	odpověděli	29	49,15 %	47	85,45 %	76	66,67 %
2	neodpověděli	30	50,85 %	8	14,55 %	38	33,33 %
součet		59	100,00 %	55	100,00 %	114	100,00 %

Na konkrétní otevřenou otázku o hospicové péči odpověděl již menší počet lidí z řad laické 29 (49,15 %) i odborné veřejnosti 47 (85,45 %). Neodpovědělo, tudíž neznalo odpověď nebo odpovědělo mylně 30 (50,85 %) respondentů laiků a 8 (14,55 %)

zdravotníků. Z mého průzkumu vyplývá, že téměř polovina laické veřejnosti neví, co je hospicová péče a co je její náplní. Převážná většina zdravotníků ví, co je hospicová péče a co je jejím obsahem.

Tab. 9: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Víte, co je paliativní péče?

Víte, co je paliativní péče?							
proměnná		laici		sestry		celkem	
		n	%	n	%	n	%
1	ano	15	25,42 %	54	98,18 %	69	60,53 %
2	ne	44	74,58 %	1	1,82 %	45	39,47 %
součet		59	100,00 %	55	100,00 %	114	100,00 %

Na otázku, co je paliativní péče, odpovědělo 15 (25,42 %) laiků a téměř většina 54 (98,18 %) zdravotníků. Neodpověděli nebo nevědělo 44 (74,58 %) laiků a 1 (1,82 %) zdravotník. V celkovém množství je 69 (60,53 %) respondentů s pozitivní odpovědí 45 (39,47 %) s odpovědí zápornou.

Tab. 10: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Jaké jsou cíle paliativní péče?

Jaké jsou cíle paliativní péče?							
proměnná		laici		sestry		celkem	
		n	%	n	%	n	%
1	odpověděli	13	22,03 %	40	72,73 %	53	46,49 %
2	neodpověděli	46	77,97 %	15	27,27 %	61	53,51 %
součet		59	100,00 %	55	100,00 %	114	100,00 %

Na konkrétní otázku „jaké jsou cíle paliativní péče“ již pozitivně odpovědělo pouze 13 (22,03 %) laiků a 40 (72,73 %) zdravotníků. Chybně odpovědělo 46 (77,97 %) laiků 15 (27,27 %) zdravotníků. V celkovém množství je 53 (46,49 %) respondentů s pozitivní odpovědí 61 (53,51 %) s odpovědí zápornou.

Laici tedy doložili svou (ne)informovanost i při zodpovězení konkrétních otázek ověřujících skutečné vědomosti o paliativní péči. U zdravotníků je situace jiná. Zhruba 26 % z nich uvedlo, že vědí, co je paliativní péče, ale konkrétní otázky správně nezodpověděli.

Tab. 11: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Víte, kdo tvoří tým poskytovatelů hospicové péče?

Víte, kdo tvoří tým poskytovatelů paliativní péče?							
proměnná		laici		sestry		celkem	
		n	%	n	%	n	%
1	odpověděli správně	36	61,02 %	42	76,36 %	78	68,42 %
2	odpověděli nesprávně	23	38,98 %	13	23,64 %	36	31,58 %
součet		59	100,00 %	55	100,00 %	114	100,00 %

Z tabulky vyplývá, že 36 (61,02 %) laiků 42 (76,36 %) zdravotníků ví, kdo tvoří tým poskytovatelů hospicové péče. Nesprávně odpovědělo 23 (38,98 %) laiků a 13 (23,64 %) zdravotníků. Celkově znalo odpověď 78 (68,42 %) a neznalo odpověď 36 (31,58 %) respondentů.

Tab. 12: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Je v blízkosti Vašeho bydliště nějaké hospicové zařízení?

Je v blízkosti Vašeho bydliště nějaké hospicové zařízení?							
proměnná		laici		sestry		celkem	
		n	%	n	%	n	%
1	ano	41	69,49 %	21	38,18 %	62	54,39 %
2	ne	6	10,17 %	9	16,36 %	15	13,16 %
3	nevím	12	20,34 %	25	45,45 %	37	32,46 %
součet		59	100,00 %	55	100,00 %	114	100,00 %

O tom, zda respondenti vědí o blízkém hospicovém zařízení, odpovědělo ano 41 (69,49 %) laiků a 21 (38,18 %) zdravotníků a záporně odpovědělo 18 laiků 34 zdravotníků. Celkem ano odpovědělo 62 (54,39 %) a ne a nevím 52 respondentů.

Tab. 13: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Doporučili byste ho Vaším pacientům?

Doporučili byste ho vašim pacientům?			
		sestry	
proměnná		n	%
1.	ano	35	63,64 %
2.	ne	20	36,36 %
součet		55	100,00 %

Z uvedené tabulky vyplývá, že zdravotníci by blízký hospic doporučili v počtu 35 (63,64 %) a nedoporučilo by ho 20 (36,36 %) zdravotníků.

Tab. 14: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Myslíte, že je pro umírající odborná hospicová péče potřebná?

Je pro umírající odborná hospicová péče potřebná?							
		laici		sestry		celkem	
proměnná		n	%	n	%	n	%
1	ano	47	79,66 %	46	83,64 %	93	81,58 %
2	ne	3	5,08 %	1	1,82 %	4	3,51 %
3	nepřemýšleli o tom	9	15,25 %	8	14,55 %	17	14,91 %
součet		59	100,00 %	55	100,00 %	114	100,00 %

Z uvedené tabulky je patrné, že větší počet laiků 47 (79,66%) i zdravotníků 46 (83,64 %) považuje hospicovou péči za potřebnou. O této problematice nepřemýšlelo 9 (15,25 %) laiků a 8 (14,55 %) zdravotníků. Za nepotřebnou hospicovou péči považovali 3 (5,08 %) laici a 1 (1,82 %) zdravotník. Z celkového množství respondentů považovalo za potřebnou hospicovou péči 93 (81,58 %). Za nepotřebnou jí považovali 4 (3,51 %) respondenti a ti, kteří o tom nepřemýšleli, bylo 17 (14,91 %).

Tab. 15: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Víte o možnosti zajištění hospicové péče v domácím prostředí?

Víte o možnosti zajištění hospicové péče v domácím prostředí?							
proměnná		Laici		sestry		celkem	
		n	%	n	%	n	%
1	ano	20	33,90 %	42	76,36 %	62	54,39 %
2	ne	39	66,10 %	13	23,64 %	52	45,61 %
součet		59	100,00 %	55	100,00 %	114	100,00 %

Z uvedené tabulky je patrné, že o zajištění hospicové péče v domácím prostředí jsou výrazně více informováni zdravotníci 42 (76,36 %), než laická veřejnost 20 (33,90 %). Odpověď ne vybralo 39 (66,10 %) laiků 13 (23,64 %) zdravotníků. Z celkového množství respondentů uvedlo kladnou odpověď 62 (54,39 %) zápornou 52 (45,61 %). Celkově to tedy svědčí o malé míře informovanosti o domácí hospicové péči.

Tab. 16: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Máte nějakou zkušenost s domácí hospicovou péčí?

Máte nějakou zkušenost s domácí hospicovou péčí?							
proměnná		laici		sestry		celkem	
		n	%	n	%	n	%
1	ano	3	5,08 %	14	25,45 %	17	14,91 %
2	ne	56	94,92 %	41	74,55 %	97	85,09 %
součet		59	100,00 %	55	100,00 %	114	100,00 %

Na otázku o vlastní zkušenosti s domácí hospicovou péčí z laické veřejnosti odpověděli 3 (5,08 %) respondenti a ze zdravotníků 14 (25,45 %) respondentů. Záporně odpovídalo větší množství laiků 56 (94,92 %) i zdravotníků 41 (74,55 %). V celkovém množství respondentů je počet s odpovědí „ano“ 17 (14,91 %) a s odpovědí „ne“ 97 (85,09 %). V českém prostředí je tedy s domácí hospicovou péčí málo zkušeností.

Tab. 17: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Co jste postrádal/a v této péči?

Co jste postrádal/a v této péči?							
proměnná		laici		sestry		celkem	
		n	%	n	%	n	%
1	odpověděli	2	3,39 %	5	9,09 %	7	6,14 %
2	neodpověděli	57	96,61 %	50	90,91 %	107	93,86 %
součet		59	100,00 %	55	100,00 %	114	100,00 %

O tom, co respondenti postrádali v této péči, vypovídá uvedená tabulka: 2 (3,39 %) zástupci laické veřejnosti a 5 (9,09 %) zástupců zdravotníků konkrétně odpověděli. Ostatní laici 57 (96,61 %), zdravotníci 50 (90,91 %) nic nepostrádali nebo neodpověděli. Z celkového množství, kdo by od této péče vyžadoval něco víc, bylo 7 (6,14 %) a těch, kteří neodpověděli, nebo byli zcela spokojeni, bylo 107 (93,86 %).

Odpovědi laické veřejnosti:

„Více by nám vyhovoval kontakt jen jednou sestrou, aby se nestřídalý“

„Více času od sester“

Odpovědi zdravotníků:

„Čas, který nám sestry věnovaly“

„Potřebný čas na klienta“

„Noční dohled“

„Čas“

„Odbornost sester“

Tab. 18: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Máte nějakou zkušenost s ústavní hospicovou péčí?

Máte nějakou zkušenost s ústavní (lůžkovou) hospicovou péčí?							
		Laici		sestry		celkem	
proměnná		n	%	n	%	n	%
1	ano	6	10,17 %	10	18,18 %	16	14,04 %
2	ne	53	89,83 %	45	81,82 %	98	85,96 %
součet		59	100,00 %	55	100,00 %	114	100,00 %

Na otázku o vlastní zkušenosti s ústavní hospicovou péčí z laické veřejnosti odpovědělo 6 (10,17 %) respondentů a ze zdravotníků 10 (18,18 %) respondentů. Záporně odpovídalo větší množství laiků 53 (89,83 %) i zdravotníků 45 (81,82 %). Z celkového množství respondentů je nižší počet s odpovědí „ano“ 16 (14,04 %) a výrazně vyšší s odpovědí „ne“ 53 (89,83 %). To opět svědčí o malé zkušenosti s hospicovou péčí i v její ústavní podobě.

Tab. 19: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Co jste postrádal/a v této péči?

Máte nějakou zkušenost s ústavní (lůžkovou) hospicovou péčí?							
		laici		sestry		celkem	
proměnná		n	%	n	%	n	%
1	ano	6	10,17 %	10	18,18 %	16	14,04 %
2	ne	53	89,83 %	45	81,82 %	98	85,96 %
součet		59	100,00 %	55	100,00 %	114	100,00 %

O tom, co respondenti postrádali v lůžkové hospicové péči, vypovídá uvedená tabulka: 6 (10,17 %) zástupců laické veřejnosti a 5 (9,09 %) zástupců zdravotníků odpovědělo. Ostatní laici 57 (96,61 %), zdravotníci 50 (90,91 %) nic nepostrádali nebo neodpověděli. Z celkového množství, nebylo zcela spokojeno s péčí 11 (9,65 %) respondentů a spokojených bylo nebo neodpovědělo 103 (90,35 %) respondentů. Je

zřejmé, že ti, kteří nemají s hospicovou péčí zkušenosti, nemohli na tuto otázku odpovídat.

Odpovědi laické veřejnosti:

„Informace“

„Vše“

„Více péče“

„Lepší přístup sester“

„Individuální přístup“

„Více osobní péče od personálu“

Výroky zdravotníků:

„Čas“

„Čas na péči o klienta“

„Více empatie“

„Málo ošetrovatelské péče“

„Spolupráci s nemocnicí“

Tab. 20: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Co by Vás nejvíce ovlivnilo při rozhodování, zda využít domácí hospicovou péči nebo ústavní hospicovou péči?

Co by Vás nejvíce ovlivnilo při rozhodování, zda doporučit hospicovou péči?							
proměnná		laici		sestry		celkem	
		n	%	n	%	n	%
1	pacientovo přání	45	57,69 %	44	44,90 %	89	50,57 %
2	schopnost rodiny pečovat	18	23,08 %	23	23,47 %	41	23,30 %
3	vzdálenost od domova	4	5,13 %	10	10,20 %	14	7,95 %
4	vstřícný personál	11	14,10 %	21	21,43 %	32	18,18 %
Součet odpovědí		78	100,00 %	98	100,00 %	176	100,00 %

Z uvedené tabulky je patrné, že respondenti měli možnost výběru z více uvedených možností. „Pacientovo přání“ by ovlivnilo při rozhodování 45 (57,69 %) laiků 44 (57,69 %) zdravotníků. Ve druhém pořadí hrálo roli při rozhodování „schopnost rodiny pečovat“, jak u laiků 18 (23,08%), tak i u zdravotníků 23 (23,47 %). Další v pořadí byl „vstřícný personál“ u laiků 11 (14,10 %) a u zdravotníků 21 (21,43 %). Na posledním místě při rozhodování byla „vzdálenost od domova“ u laiků 4 (5,13 %), u zdravotníků 10 (10,20 %).

Tab. 21: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Jaký zdroj informací byste volil/a v případě nevyléčitelného onemocnění svého nejbližšího?

Jaký zdroj informací byste volili v případě nevyléčitelného onemocnění svého nejbližšího?							
		laici		sestry		celkem	
proměnná		n	%	n	%	n	%
1	Internet	19	23,75 %	23	22,33 %	42	22,95 %
2	odborná literatura	14	17,50 %	28	27,18 %	42	22,95 %
3	příbuzní, známí	10	12,50 %	13	12,62 %	23	12,57 %
4	linka důvěry	1	1,25 %	2	1,94 %	3	1,64 %
5	zdravotnický pracovník	34	42,50 %	36	34,95 %	70	38,25 %
6	Jiný	2	2,50 %	1	0,97 %	3	1,64 %
Součet odpovědí		80	100,00%	103	100,00%	183	100,00%

Informace o hospicové péči by respondenti nejčastěji získávali od zdravotníků - laici 34 (42,50 %) a zdravotníci 36 (34,95 %). Na druhém místě byl volen internet – 19 (23,75 %) laiků a 23 (22,33 %) zdravotníků. Obdobně populární byla odborná literatura - 14 (17,50 %) laiků, 28 (27,18 %) zdravotníků. Od příbuzných a známých by zkušenosti a informace čerpalo 10 (12,50 %) laiků a 13 (12,62 %) zdravotníků. Linku důvěry by volil pouze 1 (1,25 %) laik a 2 (1,94 %) zdravotníci a jiný zdroj by zvolili 2 (2,50 %) laici a 1 (0,97 %) zdravotník.

Tab. 22: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Myslíte, že péče o umírající v ČR dostačující?

Je péče v České republice dostačující?							
proměnná		laici		sestry		celkem	
		n	%	n	%	n	%
1	Perfektní	0	0,00 %	2	3,64 %	2	1,75 %
2	dostačující	24	40,68 %	24	43,64 %	48	42,11 %
3	nedostačující	22	37,29 %	25	45,45 %	47	41,23 %
4	nevím, nedokážu posoudit	13	22,03 %	4	7,27 %	17	14,91 %
součet		59	100,00 %	55	100,00 %	114	100,00 %

Počet respondentů, kteří si myslí, že je hospicová péče u nás dostačující – 48 (42,11 %), je zhruba stejný počet jako těch, kteří ji považují za nedostatečnou – 47 (41,23 %). Odpověď „perfektní“ nevolil nikdo (0,00 %) z laiků a pouze 2 (3,64 %) zdravotníci. Sedmáct (14,91%) dotázaných neví a pouze 2 (1,75 %) si myslí, že je perfektní. Situaci nedokázalo posoudit 13 (22,3 %) laiků 4 (7,27 %) zdravotníci.

Tab. 23: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Víte, co je respitní péče?

Víte co je respitní péče?			
proměnná		Sestry	
		n	%
1	ano	28	50,91 %
2	ne	27	49,09 %
Součet		55	100,00 %

Z tabulky je patrné, že 28 (50,91 %) zdravotníků ví co je respitní (odlehčovací) péče a 27 (49,09 %) zdravotníků respitní péči nezná.

Tab. 24: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Doporučený počet hospicových lůžek na 100 000 obyvatel podle WHO činí:

Doporučený počet hospicových lůžek na 100 000 obyvatel podle WHO.			
		sestry	
proměnná		n	%
1	3	1	1,82 %
2	5	6	10,91 %
3	10	3	5,45 %
4	15	2	3,64 %
5	nevím	43	78,18 %
součet		55	100,00 %

Z uvedené tabulky je patrné, že správnou odpověď volilo pouze 6 (10,91 %) zdravotníků a 43 (78,18 %) neznalo správnou odpověď. Celkem 6 zdravotníků typovalo chybné odpovědi.

Tab. 25: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Kde byl založen první hospic?

Kde byl založen první hospic?			
		sestry	
proměnná		n	%
1	Francie	4	7,27 %
2	Anglie	22	40,00 %
3	Dánsko	4	7,27 %
4	Rakousko	2	3,64 %
5	nevím	23	41,82 %
součet		55	100,00 %

Z uvedené tabulky a grafu je patrné, že správnou odpověď volilo 22 (40,00 %) zdravotníků a 23 (41,82 %) neznalo správnou odpověď. Celkem 10 zdravotníků typovalo chybné odpovědi.

Tab. 26: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Za zakladatelku hospicového hnutí je považována:

Zakladatelkou hospicového hnutí je považována			
		sestry	
proměnná		n	%
1	V. Hendersonová	6	10,91 %
2	C. Saudersová	12	21,82 %
3	D. Oremová	9	16,36 %
4	nevím	28	50,91 %
součet		55	100,00 %

Z uvedené tabulky a grafu je patrné, že správnou odpověď znalo jen 12 (21,82%) zdravotníků, oproti tomu 43 (78,18%) zdravotníků uvedlo odpověď špatnou nebo přiznalo neznalost odpovědi správné.

Tab. 27: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázky: Jaké prostředí byste doporučil/a pro umírání svého nejbližšího? Jaké prostředí byste doporučil/a pro umírání svým pacientům?

Jaké prostředí byste doporučila pacientům, známým v terminálním stádiu?							
		laici		sestry		Celkem	
proměnná		n	%	n	%	n	%
1	v domácím prostředí	28	47,46 %	22	40,00 %	50	43,86 %
2	v domácím hospicové péči	20	33,90 %	24	43,64 %	44	38,60 %
3	v lůžkovém hospic. zařízení	1	1,69 %	3	5,45 %	4	3,51 %
4	v nemocnici	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
5	nevím	10	16,95 %	6	10,91 %	16	14,04 %
součet		59	100,00%	55	100,00 %	114	100,00 %

Z uvedené tabulky vyplývá, že laici 28 (47,46 %) i zdravotníci 22 (40,00 %) by doporučovali pacientům pro umírání domácí prostředí. Domácí prostředí s odbornou pomocí preferovalo 20 (33,90 %) laiků a 24 (43,64 %) zdravotníků. Lůžkový hospic by doporučilo poměrně malé množství respondentů: 1 (1,69 %) laiků a 3 (5,45 %) zdravotníci. Negativní postoj k umírání v nemocnici zaujali laici i zdravotníci v obou případech s nulovým počtem. Respondentů, kteří nevěděli, bylo 10 (16,95 %) laiků a 6 (10,91 %) zdravotníků.

Z celkového množství respondentů by si přáli umírat doma 50 (43,86%) a doma za pomoci odborné hospicové péče 44 (38,60%). Celkem 16 (14,04%) respondentů nevědělo, v jakém prostředí by chtěli umírat. 4 (3,51%) respondenti zvolili lůžkový hospic a v nemocnici si nepřál umírat nikdo.

Tab. 28: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: V jakém prostředí byste chtěl/a umírat vy?

Je péče v České republice dostačující?							
proměnná		laici		sestry		celkem	
		n	%	n	%	n	%
1	perfektní	0	0,00 %	2	3,64 %	2	1,75 %
2	dostačující	24	40,68 %	24	43,64 %	48	42,11 %
3	nedostačující	22	37,29 %	25	45,45 %	47	41,23 %
4	nevím, nedokážu posoudit	13	22,03 %	4	7,27 %	17	14,91 %
součet		59	100,00 %	55	100,00%	114	100,00 %

Laická veřejnost 19 (32,20%), i zdravotníci 24 (43,64%) byli pro umírání v domácím prostředí a na dalším místě byli respondenti, kteří nevěděli a ještě o tom nepřemýšleli, laiků bylo 25 (42,37%) a zdravotníků 16 (29,09%). Pro své umírání volili domácí prostředí s hospicovou péčí laici 11 (18,64%), zdravotníci 14 (25,45%). V lůžkovém hospici by si přáli umírat 2 (3,39%) laici a 1 (1,82%) zdravotník a v nemocnici 2 (3,39%) laici a žádný zdravotník.

Z celkového množství respondentů by si přáli umírat doma 43 (37,72%) a doma za pomoci odborné hospicové péče 25 (21,93%). Celkem 41 (35,96%) respondentů nevědělo, v jakém prostředí by chtěli umírat. Tři (2,63%) respondenti zvolili lůžkový hospic a 2 (1,75%) nemocnici.

DISKUZE

Tato kapitola je věnována posouzení výsledků průzkumného šetření, zrealizovaného pomocí strukturovaných dotazníků určených laické veřejnosti a zdravotníkům – sestřám a vyjádřením se ke stanoveným hypotézám. Porovnání vlastních výsledků s dříve již realizovanými studii najdeme na konci kapitoly.

3.7 ZHODNOCENÍ VLASTNÍCH VÝSLEDKŮ PRÁCE

Na základě provedeného průzkumného šetření, bylo dle získaných dat zjištěno, že zdravotníci mají více znalostí o hospicové a paliativní péči na rozdíl od laiků. Laici na otázku, zda znají tento druh péče (Tab.7), odpovídali 88,14 %, ale na následnou konkrétní otázku, co může hospicová léče pacientům nabídnout (Tab.8), již neodpověděli nebo odpověděli mylně, z čehož plyne skutečnost o znalosti problematiky jen u 49,15 % respondentů. Na otázku, zda vědí, co je hospicová péče, odpovědělo „ano“ 100 % zdravotníků, ale na kontrolní otázku odpovědělo již o 24,65 % respondentů méně.

Na otázku, týkající se dostupnosti blízkého hospicového zařízení (Tab.12), odpovědělo překvapivě více laiků 69,49 %, na rozdíl od zdravotníků 38,18 %. Jak domnívám se, že vysvětlením může být skutečnost, že sestry z onkologie, interny a chirurgie ve FN Motol se často setkávají s umíráním pacientů v nemocnici, považují to za běžný standard a nezajímají se o následnou péči v hospicovém zařízení v blízkosti nemocnice, nebo netuší, který hospic v Praze, je nejbližší motolské nemocnici. Laici z Roudnice nad Labem byli v určité výhodě, protože Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích, je proslulý kvalitní péčí i mimo hranice ústeckého kraje.

O možnosti zajištění domácí hospicové péče (Tab.15) ví 33,90 % laiků a 79,36 % zdravotníků. Zkušenost s domácí hospicovou péčí (Tab.16) uvedlo pouze 5,08% laiků a 25,45 % zdravotníků a s ústavní hospicovou péčí (Tab.18) 10,17 % laiků a 18,18 % sester. Je zřejmé, že povědomí o domácí hospicové péči mezi veřejností je nedostatečné a vyžaduje, aby se informování věnovaly příslušné instituce.

Největší vliv na rozhodování, zda doporučit hospicovou péči (Tab. 20) uvedlo v celkovém počtu respondentů pacientovo přání 50,57 % dotazovaných. Dále schopnost rodiny pečovat o nemocného 23,30 % a vstřícný personál by sehrál roli v 18,18 % při rozhodování respondentů. Na posledním místě by byli respondenti ovlivněni vzdáleností od domova a to 7,95 %. Je dobrým obrazem společnosti, že na prvním místě je brán ohled na přání nemocného. Klademe si však otázku, zda fakt, že lidé nepovažují vzdálenost od domova za významný faktor, svědčí o tom, že jsou ochotní dojíždět jakkoliv daleko nebo o tom, že s častým navštěvováním svého umírajícího nepočítají.

Informaci o zajištění hospicové péče (Tab. 21) by laici i zdravotníci chtěli získat v největším počtu od zdravotníků 38,25 %, to vypovídá o určité důvěře ke zdravotníkům a důležitosti dalšího vzdělávání zdravotníků v hospicové péči.

Na specifické otázky v dotazníku pro zdravotníky (Tab. 23 - 26), odpovídali převážně mylně nebo nevěděli, z toho je zřejmé, že dotazovaní se problematikou hospicové péče hlouběji nezabývají.

Na otázku zda je péče v ČR „dostačující“ (Tab. 22) odpovědělo stejné množství laiků i zdravotníků 24 (40,48 %) a 24 (43,64 %). Za nedostačující označilo hospicovou péči 37,29 % laiků a 45,45 % zdravotníků. V předloženém dotazníku chyběla možnost odpovědi „Nevím, nedokážu posoudit,“ někteří respondenti si ji sami přidali. To lze chápat jako projev zájmu o adekvátní vyplnění dotazníku ze strany respondentů, ale také o tom, že více než 20% dotazovaných zdravotníků nemá s hospicovou péčí takovou zkušenost, aby posoudili její kvalitu. „Nevím, nedokážu posoudit“ odpovědělo 22,3 % laiků 7,27 % zdravotníků. Odpověď „perfektní“ nevolil nikdo 0,00 % z laiků a pouze 3,64% zdravotníků. Celkový počet respondentů si myslí, že je hospicová péče u nás dostačující 42,11 %, 41,23 % respondentů si myslí, že je nedostačující a 14,91 % neví a pouze 1,75% si myslí, že je perfektní.

Prostředí pro umírání svým blízkým nebo pacientům by laici nejčastěji doporučili v domácím prostředí (Tab. 27) 47,46 % a v domácí hospicové péči 33,90 % a nevědělo 16,95 %. Nikdo by nedoporučil nemocnici a lůžkové hospicové zařízení pouze 1,69 %. U zdravotníků byly výsledky podobné s tím rozdílem, že upřednostňují domácí

hospicovou péči 43,64 % a domácí prostředí 40,00 %, 10,91 % zdravotníků nevědělo, lůžkový hospic by doporučilo 5,45 % zdravotníků a nemoci nedoporučil nikdo.

Velmi podobné jsou výsledky u otázky „V jakém prostředí byste chtěl/a umírat vy,“ (Tab.28) laici nejčastěji nevěděli v zastoupení 42 % respondentů. Dále volili umírání v domácím prostředí 32,20 % a 18,64 % bylo pro domácí hospicovou péči. Stejný počet laiků volil alternativu v lůžkovém hospicovém zařízení a v nemocnici 3,39 %. zdravotníci by nejčastěji volili umírání v domácím prostředí 43,64 % a 25,45 % v domácí hospicovou péči, 29,09 % nevědělo. Nemocnici pro umírání nevolil žádný zdravotník a hospicové zařízení pouze 1,82 % respondentů. Překvapujícím zjištěním byl minimální zájem o umírání v kamenném hospicovém zařízení oproti domácí hospicové péči i přesto, že kamenné hospice v České republice byly budovány již od 90 let minulého století. Je zřejmé, že lidé nevědí o komplexnosti služeb zajištěné hospicovým zařízením prostřednictvím multidisciplinárních týmů. Protože lidé chtějí umírat v domácím prostředí, je výzvou pro zákonodárce, aby prostřednictvím správné legislativy zajistili kvalitu péče, odpovídající vyspělému státu.

3.8 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ HYPOTÉZ

H1 Zdravotníci mají více informací o dostupnosti blízkého hospicového zařízení než laická veřejnost.

Tab. 29: Hypotéza 1 – sestra, laik x informovanost o hospicovém zařízení

Jste sestra nebo laik?	2-rozměrná tabulka: pozorované četnosti		
	Máte informace o hospicovém zařízení? Ano	Nemáte informace o hospicovém zařízení? Ne	Řádkové Součty
Laici (abs. četnost)	41	18	59
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	66,13%	34,62%	
<i>Řádková relativní četnost</i>	69,49%	30,51%	
Sestry (abs. četnost)	21	34	55
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	33,87%	65,38%	
<i>Řádková relativní četnost</i>	38,18%	61,82%	
Celkem	62	52	114

H₀ Neexistuje statisticky významná závislost mezi laiky a zdravotníky o informovanosti o možnosti využití hospicového zařízení v blízkosti jejich pracoviště nebo bydliště.

H_A Existuje statisticky významná závislost mezi laiky a zdravotníky o informovanosti o možnosti využití hospicového zařízení v blízkosti jejich pracoviště nebo bydliště v tom smyslu, že zdravotníci mají statisticky významně méně informací o hospicovém zařízení, než laici.

Tab. 30: Pearsonův chí – kvadrát vztahující se k hypotéze 1

Statist.	Jste sestra nebo laik? x Máte informace?		
	Chí-kvadr.	sv	P
	Pearsonův chí-kv.	10,0215	df=1

P = 0,00154 < než 0,05

Lze **přijmout alternativní hypotézu**, tj. že na 5% hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi laiky a zdravotníky o informovanosti, o možnosti využití hospicového zařízení v blízkosti jejich pracoviště nebo bydliště a v tom smyslu, že laici jsou statisticky významně více informováni o hospicovém zařízení než zdravotníci – sestry.

H2 Zdravotníci s konkrétním vyznáním a věřící „v cosi,“ mají více znalostí o hospicové a paliativní péči než zdravotníci bez vyznání.

Tab. 31: Hypotéza 2 – sestry věřící, bez vyznání x znalost hospicové péče

Jste sestry hlásící se k vyznání, věřící v „cosi“ nebo bez vyznání?	2-rozměrná tabulka: pozorované četnosti		
	Znáte hospicovo u péči? Ano	Znáte hospicovou péči? Ne	Řádkové Součty
Hlásící se k vyznání a věřící „v cosi“ (abs. četnost)	6	20	26
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	75,00%	42,55%	
<i>Řádková relativní četnost</i>	23,08%	76,92%	
Bez vyznání vyznání (abs. četnost)	2	27	29
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	25,00%	57,45%	
<i>Řádková relativní četnost</i>	06,90%	93,10%	
Celkem	8	47	55

H₀ Neexistuje statisticky významná závislost mezi věřícími zdravotníky a zdravotníky bez vyznání a jejich znalostmi hospicové a paliativní péče.

H_A Existuje statisticky významná závislost mezi věřícími zdravotníky a zdravotníky bez vyznání a znalostmi o hospicové a paliativní péči v tom smyslu, že zdravotníci bez vyznání mají statisticky významně nižší znalosti, než věřící.

Tab. 32: Pearsonův chí – kvadrát vztahující se k hypotéze 2

Statist.	Jste sestry hlásící se k vyznání, věřící v „cosi“ nebo bez vyznání? x Zajímáte se?		
	Chí-kvadr.	sv	P
Pearsonův chí-kv.	1,7325	df=1	p=0,1881

P = 0,1881 > než 0,05

Nelze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5% hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi věřícími zdravotníky a zdravotníky bez vyznání a znalostmi o hospicové a paliativní péči v tom smyslu, že věřící mají statisticky významně větší znalosti než zdravotníci bez vyznání

H3 Laická veřejnost s konkrétním vyznáním a věřící „v cosi“, mají více znalostí o hospicové a paliativní péči než laická veřejnost bez vyznání.

Tab. 33: Hypotéza 3 – laici věřící, bez vyznání x znalost hospicové péče

Jste laik hlásící se k vyznání, věřící v „cosi“ nebo bez vyznání	2-rozměrná tabulka: pozorované četnosti		
	Znáte hospicovo u péči? Ano	Znáte hospicovou péči? Ne	Řádkové Součty
Hlásící se k vyznání a věřící „v cosi“ (abs. četnost)	3	13	16
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	<i>10,00%</i>	<i>44,83%</i>	
<i>Řádková relativní četnost</i>	<i>18,75%</i>	<i>81,25%</i>	
Bez vyznání vyznání (abs. četnost)	27	16	43
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	<i>90,00%</i>	<i>55,17%</i>	
<i>Řádková relativní četnost</i>	<i>62,79%</i>	<i>37,21%</i>	
Celkem	30	29	59

H₀ Neexistuje statisticky významná závislost mezi věřící laickou veřejností a laiky bez vyznání a jejich znalostmi hospicové a paliativní péče.

H_A Existuje statisticky významná závislost mezi věřící laickou veřejností a laiky bez vyznání a znalostmi o hospicové a paliativní péči v tom smyslu, že laici bez vyznání mají statisticky významně nižší znalosti, než věřící.

Tab. 34: Pearsonův chí – kvadrát vztahující se k hypotéze 3

Statist.	Jste laik hlásící se k vyznání, věřící v „cosi“ nebo bez vyznání x Zajímáte se?		
	Chí-kvadr.	sv	P
Pearsonův chí-kv.	7,3733	df=1	p=0,0662

P = 0,0662 > než 0,05

Nelze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5% hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi věřící laickou veřejností a laiky bez vyznání a znalostmi o hospicové a paliativní péči v tom smyslu, že věřící mají statisticky významně větší znalosti než laici bez vyznání.

H4 Sestry ve věku 20 – 30 let mají více znalostí o hospicové a paliativní péči než sestry od 31 let a výše.

Tab. 35: Hypotéza 4 – zdravotník 20 – 30 let, nad 30 let x znalost hospicové péče

Jste zdravotník, jste ve věku 20 -30 let nebo nad 30 let?	2-rozměrná tabulka: pozorované četnosti		
	Znáte hospicovo u péči? Ano	Znáte hospicovo u péči? Ne	Řádkové Součty
Zdravotník ve věku 20- 30 let (abs. četnost)	17	1	18
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	<i>34,69%</i>	<i>16,67%</i>	
<i>Řádková relativní četnost</i>	<i>94,44%</i>	<i>05,56%</i>	
Zdravotník nad 30 let (abs. četnost)	32	5	37
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	<i>65,31%</i>	<i>83,33%</i>	
<i>Řádková relativní četnost</i>	<i>86,49%</i>	<i>15,51%</i>	
Celkem	49	6	55

H_0 Neexistuje statisticky významná závislost mezi zdravotníky ve věku v rozmezí od 20 do 30 let a zdravotníky ve věku nad 31 let a jejich znalostmi hospicové a paliativní péče.

H_A Existuje statisticky významná závislost mezi zdravotníky ve věku v rozmezí od 20 do 30 let a zdravotníky ve věku nad 31 let a jejich znalostmi hospicové a paliativní péče v tom smyslu, že zdravotníci ve věku v rozmezí od 20 do 30 let mají statisticky významně více znalostí, než ve věku nad 31 let.

Tab. 36: Pearsonův chí – kvadrát vztahující se k hypotéze 4

Statist.	Jste zdravotník, jste ve věku 20 -30 let nebo nad 30 let? x Znáte?		
	Chí-kvadr.	sv	P
Pearsonův chí-kv.	0,1827	df=1	p=0,6691

P = 0,6691 > než 0,05

Nelze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5% hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi zdravotníky ve věku v rozmezí od 20 do 30 let a zdravotníky ve věku nad 30 let a znalostmi o hospicové a paliativní péči v tom smyslu, že mají statisticky významně nižší znalosti starší zdravotníci než zdravotníci mladší.

H5 Zdravotníci mají více znalostí o hospicové a paliativní péči než laická veřejnost.

Tab. 37: Hypotéza 5 – laik nebo zdravotník x znalost hospicové péče

Jste laik nebo zdravotník?	2-rozměrná tabulka: pozorované četnosti		
	Znáte hospicovu péči? Ano	Znáte hospicovu péči? Ne	Řádkové Součty
Laici(abs. četnost)	29	30	59
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	38,16%	78,95%	
<i>Řádková relativní četnost</i>	49,15%	50,85%	
Zdravotníci (abs. četnost)	47	8	55
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	61,84%	21,05%	
<i>Řádková relativní četnost</i>	85,45%	14,55%	
Celkem	76	38	114

H₀ Neexistuje statisticky významná závislost mezi laiky a zdravotníky a jejich znalostmi hospicové a paliativní péče.

H_A Existuje statisticky významná závislost mezi laiky a zdravotníky a znalostmi o hospicové a paliativní péči v tom smyslu, že zdravotníci mají statisticky významně větší znalosti, než laici.

Tab. 38: Pearsonův chí – kvadrát vztahující se k hypotéze 5

Statist.	Jste laik nebo zdravotník? x Znáte?		
	Chí-kvadr.	sv	P
Pearsonův chí-kv.	88,7057	df=1	$p < 2,2e-16$

$P < 2,2e - 16 < než 0,05$

Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5% hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi laiky a zdravotníky a znalostmi o hospicové

a paliativní péči v tom smyslu, že laici mají statisticky významně nižší znalosti než zdravotníci – sestry.

H6 Zdravotníci ženského pohlaví mají více znalostí o hospicové a paliativní péči než zdravotníci mužského pohlaví.

Tab. 39: Hypotéza 6 – zdravotník muž, žena x znalost hospicové péče

Jste zdravotník muž nebo žena?	2-rozměrná tabulka: pozorované četnosti		
	Znáte hospicovo u péči? Ano	Znáte hospicovo u péči? Ne	Řádkové Součty
Muži (abs. četnost)	10	1	11
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	20,41%	16,67%	
<i>Řádková relativní četnost</i>	90,91%	09,09%	
Ženy (abs. četnost)	39	5	44
<i>Sloupcová relativní četnost</i>	79,59%	83,33%	
<i>Řádková relativní četnost</i>	88,64%	11,36%	
Celkem	49	6	55

H₀ neexistuje statisticky významná závislost mezi zdravotníky mužského a ženského pohlaví a jejich znalostmi hospicové a paliativní péče.

H_A Existuje statisticky významná závislost mezi zdravotníky mužského a ženského pohlaví a znalostmi o hospicové a paliativní péči v tom smyslu, že zdravotníci ženského pohlaví mají statisticky významně větší znalosti, než zdravotníci muži.

Tab. 40: Pearsonův chí – kvadrát vztahující se k hypotéze 6

Statist.	Jste zdravotník muž nebo žena? x Znáte?		
	Chí-kvadr.	sv	P
Pearsonův chí-kv.	0	df=1	p=1

P = 1 > než 0,05

Nelze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5% hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi zdravotníky mužského a ženského pohlaví a znalostmi o hospicové a paliativní péči v tom smyslu, že zdravotníci mužského pohlaví mají statisticky významně nižší znalosti než zdravotníci ženského pohlaví.

3.9 DŘÍVE JIŽ REALIZOVANÝ PRŮZKUM

V roce 2011 agentura STEM/MARK zrealizovala průzkum pro hospicové občanské sdružení Cesta domů. Zúčastnilo se ho 1006 zdravotníků a 1095 populace ve věku nad patnáct let.

Kde lidé „umírat chtějí“ – nejpříjemnější prostředí.

V domácím prostředí odpovědělo 88 % zdravotníků a 78 % populace (je zde poznámka, že populace příliš nerozlišuje mezi nemocnicí, hospicem a sociálním zařízením) V hospici 10 % zdravotníků a 35 % populace, v sociálním zařízení 9 % zdravotníků a 6 laiků a v nemocnici odpovědělo 9 zdravotníků a 4 laici. Pouze v léčebně dlouhodobě nemocných by si přálo umřít 1 % zdravotníků a 2 % laiků. Jiné prostředí uvedli 3 % nezdravotníci a zdravotníků bylo 12 % (např. při záchraně jiných životů, v přírodě, během zábavy v hospodě).

Koho byste chtěl/a mít na blízku na samotném konci života?

Populace odpovídala v 69 % pro rodinu, 45 % partnera, 12 % přátele, kolegy, 6 % ošetřovatelky, 5 % zdravotnický personál a řádové sestry 4 % lidí. Někoho jiného uvedli 3 % a nikoho 14 % laiků (nejčastěji muži a starší lidé nad 60 let).

Na zdroje informací v případě, že by blízká osoba umírala, odpovídali nezdravotníci takto: prostřednictvím internetu 55 %, od zdravotníků 53 %, od přátel 44 %, v literatuře 26 %, na sociálním odboru 7 %, linku důvěry by volila 3 %, jiný zdroj informací 4 % populace a 3% by nehledala nikde. (STEM/MARK, 2011)

V roce 2011 byla v deníku Právo uveřejněna Anketa na téma „Přáli byste si raději umřít doma?“

Pro umírání v domácím prostředí hlasovalo 86,8 % lidí a péči v terminálním stádiu ve zdravotnickém zařízení si přálo 13,2 % z celkového množství 4669 hlasujících čtenářů. I přes tyto výsledky lidé nejčastěji umírají v domovech pro seniory v nemocnicích a v centrech následné péče. (Pergl, 2012)

3.10 POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S DŘÍVE REALIZOVANÝMI STUDIEMI

Při porovnání výsledků musíme vzít v potaz množství respondentů agentury (2101) a počet respondentů mého průzkumu (114). Agentura STEM/MARK zpracovává profesionální průzkumy v širším zeměpisném prostředí na rozdíl od mého studentského průzkumu.

PRŮZKUM AGENTURY STEM/MARK

Místo k umírání

V **domácím prostředí** odpovědělo 88 % zdravotníků a 78 % populace (je zde poznámka, že populace příliš nerozlišuje mezi nemocnicí, hospicem a sociálním zařízením) V **hospici** 10 % zdravotníků a 35% populace, v sociálním zařízení 9 % zdravotníků a 6 laiků a v nemocnici odpovědělo 9 zdravotníků a 4 laici. V **léčebně dlouhodobě nemocných** by si přálo umřít pouhé 1 % zdravotníků a 2 % laiků. Jiné prostředí uvedli 3 % nezdravotníci a zdravotníků bylo 12 % (např. při záchraně jiných životů, v přírodě, během zábavy v hospodě).

Získávání informací

Prostřednictvím internetu by získávalo 55 %, od zdravotníků 53 %, od přátel 44 %, v literatuře 26 %, na sociálním odboru 7 %, linku důvěry by volila 3 %, jiný zdroj informací 4 % populace a 3 % by nehledala nikde.

MÉ DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Místo k umírání

Laická veřejnost 19 (32,20 %), i zdravotníci 24 (43,64 %) byli pro umírání v **domácím prostředí** a na dalším místě byli respondenti, kteří **nevěděli a ještě o tom nepřemýšleli**, laiků bylo 25 (42,37 %) a zdravotníků 16 (29,09 %). Pro své umírání volili **domácí prostředí s hospicovou péčí** laici 11 (18,64 %), zdravotníci 14 (25,45 %). V **lůžkovém hospici** by si přáli umírat 2 (3,39 %) laici a 1 (1,82 %) zdravotník a v **nemocnici** 2 (3,39 %) laici a žádný zdravotník.

Laici si přejí umírat doma, ať už s hospicovou péčí, či nikoliv v počtu 50, 84 % a zdravotníci v počtu 69, 09 %. Doma si přeje umírat nevíce respondentů, je tomu tak i v

dříve již realizovaném průzkumu. Překvapující je nízký zájem o hospicové zařízení, jak u laiků, tak u zdravotníků opět u obou průzkumů.

Získávání informací

Tabulka č. 21 nám dává následující informace - o hospicové péči by nejčastěji respondenti získali od **zdravotnického pracovníka**, laici 34 (42,50 %) a zdravotníci 36 (34,95 %). Dále pomocí **internetu**, laici 19 (23,75 %), zdravotníci 23 (22,33 %) a prostřednictvím **odborné literatury** 14 (17,50 %) laiků, 28 (27,18 %) zdravotníků. Od **příbuzných a známých** si přálo zkušenosti a informace čerpat, 10 (12,50 %) laiků a 13 zdravotníků. **Linku důvěry** by volil pouze 1 (1,25 %) laik a 2 (1,94 %) **jiný zdroj** by zvolili 2 (2,50 %) laici a 1 (0,97 %) zdravotník.

Pořadí možnosti výběru zdroje informací je téměř stejně v mém průzkumu a dříve již realizovanou studií s tím rozdílem, že v mém průzkumu jsou na prvním místě zdravotničtí pracovníci a na druhém místě internet. U dříve realizované studie je tomu naopak a další zdroje se již shodují u obou průzkumů.

4 ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce na téma „Hospicová péče očima zdravotníků a laické veřejnosti“ vychází z výsledků průzkumného šetření sester z FN Motol a laické veřejnosti z Roudnice nad Labem.

Je známo, že právě toto téma o umírání je v moderní době podvědomě vytěšňováno a do určité míry tabuizováno. Záměrem bylo zjistit úroveň vědomostí a informovanosti daného tématu u dvou již zmíněných skupin respondentů a zároveň přispět procesem průzkumného šetření, nad jejím zamyšlením a zájmem se o danou problematiku více zajímat. Zajímavé je, že dotazníky jako podnět pro rozšíření znalostí v této oblasti nejvíce ocenili laici - učitelky mateřské školky, na rozdíl od zdravotníků.

Teoretická část je zaměřena na vymezení pojmů - hospicová a paliativní péče. Kdo tvoří cílovou skupinu, jsem popsala v další kapitole a poté následoval popis forem hospicové péče a jejich existence v České republice a zahraničí. V krátkosti byla připomenuta i historie hospicové péče. Doktorce E. K. Roos a jejímu přínosu do tématu umírání jsem věnovala další kapitolu a dále popisují kompetence sester a důležitost správné komunikace s umírajícími.

Významná kapitola předložené práce je zaměřena na stávající legislativu u nás. Dále upozorňuji na důležitosti spolupráce České republiky s Evropskou Asociací Paliativní Péče (EAPC), jejímž cílem je propagovat paliativní péči v Evropě a soustředit ty, kteří pracují nebo se zajímají o oblast paliativní péče, ať už na vědecké, klinické či sociální úrovni. Větší pozornost jsem věnovala kapitole o vzdělávání a snažila se zjistit, na jaké úrovni se nachází. Průzkum této problematiky najdete v teoretické části práce. Při psaní bakalářské práce jsem se snažila o srozumitelnost textu a jeho logickou návaznost.

Průzkum v empirické části potvrdil statisticky významnou závislost mezi laiky a zdravotníky o informovanosti a možnosti využití hospicového zařízení v blízkosti jejich pracoviště nebo bydliště v tom smyslu, že zdravotníci mají statisticky významně méně informací o hospicovém zařízení v jejich okolí, než laici. Předpokládala jsem větší informovanost o využití u hospicového zařízení zdravotníků než u laiků. Více znalostí o

hospicové a paliativní péči se potvrdilo u zdravotníků, laici se v mnoha případech domnívali, že hospicovou péči znají, ale konkrétně neuměli vysvětlit, nebo odpovídali mylně, to potvrdilo jejich nižší vědomosti k dané problematice. Výpočty ukázaly, že není statisticky významný poměr ve vědomostech o hospicové péči v rozdílnosti věku, pohlaví a vyznání. Průzkum potvrdil nízkou informovanost o hospicové péči a to především u laické veřejnosti. V oblasti hospicové péče je třeba se zaměřit na šíření informací, prostřednictvím seminářů, přednášek a jiných vzdělávacích programů, k propagaci je vhodné využít i média. Nejlepší reklamou je vlastní pozitivní zkušenost, proto je třeba zvát na tato setkání profesionály společně s pozůstalými se zkušenostmi, aby poodkryli roušku tajemna, která neodůvodněně zakrývá poslední stádium života.

REFERENČNÍ SEZNAM

Adresář hospiců. [online]. 2010 [cit. 2015-03-19]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/adresar-hospicu/>

BAINES, Mary. Bringing hospice home: the real story of. *Progress in Palliative Care.* 2012, roč. 2012, č. 3, s. 154-157.

BYOCK, Ira. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života.* Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2005. 325 s. Cesty; sv. 10. ISBN 80-7021-797-9.

CENTENO C. Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC Task Force. *Palliative Medicine* [online]. roč. 2007, č. 6 [cit. 2015-03-13]. Dostupné z: <http://www.eapcnet.eu/Themes/Organisation/DevelopmentinEurope.aspx>

DOBRÍKOVÁ-PORUBČANOVÁ, Patricia et al. *Nevyléčitel'ne chori v súčasnosti.* Trnava: Spolok Svätého Vojtecha, 2005. 280 s. ISBN 80-7162-581-7.

Elisabeth Kubler-Ross Biography, Psychiatrist, Journalist (1926–2004) [online]. 2014. [cit. 2014 – 10 – 12]. Dostupné z: <http://www.biography.com/people/elisabeth-kubler-ross-262762#synopsis>

FARKAŠOVÁ, Dana, et al. *Ošetrovatel'stvi - teorie.* 1. čes. vyd. Martina: Osveta, 2006, s. 36. ISBN 80-8063-227-8

Fáze vyrovnání se s nemocí. 5fázi smířování se ztrátou podle Elisabeth Kubler- Rossové [online]. 2013 [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/faze-vyrovnavani-se-s-nemoci.html>

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika.* 3., rozš. vyd. Praha: Galén, ©2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

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

HUNEŠ, R, Hospic, místo radosti, Kontakt: vědecký časopis. 2008, roč. 10, Suppl. 1, s. 69-72. ISSN: 1212-4117; 1804-7122. Lit.: 15

HUNEŠ, Robert. *Hospic-sociální fenomén moderní společnosti.* Bratislava, 2008. Rigorózní. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. alžběty. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/Hunes-hospic-socialni-fenomen-moderni-spolecnosti.pdf>

Charta práv umírajících [online]. 1999 [cit. 2015-03-19]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.htm>

JEYARAMAN S; KATHIRESAN G; GOPALSAMY K. Hospice: Rehabilitation in Reverse. *Indian Journal of Palliative Care*, roč. 2010, č. 3, s. 111-116.

KALVACH, Zdeněk a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2010. 134 s. ISBN 978-80-904516-4-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Mít pro co žít*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1994. 94 s. ISBN 80-85495-33-3.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. [Nové Město nad Metují]: Signum unitatis, 1992. 135 s.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3171-1.

MISCONIOVÁ, Blanka. *Hospicová péče* [online]. 2014. [cit. 2014 – 12 – 27]. Dostupné : <http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1>

MISCONIOVÁ, Blanka. *Péče o umírající - hospicová péče*. [Česko]: Národní centrum domácí péče České republiky, [1998]. 96 s. ISBN 80-239-1915-6.

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

NAJÚN, Matias. CESTENO. Carlos Leadership of a palliativecare team- a personal view. *European Journal of Palliative Care*, roč. 2014, č. 4, s. 166-169. DOI: European Journal of Palliative Care.

O'CONNOR, Margaret a ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. 324 s. Sestra. ISBN 80-247-1295-4.

Organizace paliativní péče Doporučení Rec (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům. [online]. 2003 [cit. 2015-03-24]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/res/data/010/001125.pdf>

PARKES, Colin Murray, RELF, Marilyn a COULDRICK, Ann. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 180 s. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-23-7.

Péče o pozůstalé v ČR. Ministerstvo pro místní rozvoj [online]. 2010 [cit. 2015-03-12]. Dostupné z: <http://www.mmr.cz/cs/Podpora-regionu-a-cestovni-ruch/Pohrebnictvi/Koncepce-Strategie/Pece-o-pozustale-v-CR>.

PERGL, V. *Lidé si přejí umírat doma, odhalil unikátní průzkum.* [online]. Právo, 2012 [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: : <http://www.novinky.cz/domaci/246840-lide-si-preji-umirat-doma-odhalil-unikatni-pruzkum.html>

Pražská charta. 2013 [online]. [cit. 2015-04-01]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/aktualita/prague-charter-prazska-charta>

První česká konference dětské paliativní péče.[online]. 2014 [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/detail-novinky/prvni-ceska-konference-detske-paliativni-pece.html>

PTÁČEK, Radek a kol. *Eutanazie - pro a proti.* 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 256 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3

RADBRUCH, Lukas a kol. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči.* [Praha]: Cesta domů, 2010. 63 s. ISBN 978-80-904516-1-2.

SLÁMA, O. *Jak pacienti v ČR umírají* [online]. 2013 [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/aktualita/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2013>

SLÁMA, Ondřej a ŠPINKA, Štěpán. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi.* 1. vyd. Praha: Cesta domů, ©2004. 43 s. ISBN 80-239-4330-8.

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

SLÁMA, Ondřej, DRBAL, Josef a PLÁTOVÁ, Ludmila. *Umřít doma: příručka pro laické pečující.* Brno: Moravskoslezský kruh, 2008. 79 s. Laická péče. ISBN 978-80-254-2788-0.

SLÁMA, Ondřej, ŠPINKOVÁ, Martina, KABELKA, Ladislav. *Standardy paliativní péče 2013.* [online]. 2014. [cit. 2014 - 12 - 27]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/standardy-normy/standardy-paliativnich-postupu/standardy-paliativni-pece-2013>

STEM/MARK, Umírání a péče o nevléčitelně nemocné, soubor kvantitativních výzkumů pro hospicové občanské sdružení Cesta domů. [online]. 2011 [cit. 2015-04-01]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/res/data/017/001909.pdf>

Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015, [online]. 2011. [cit. 2014 – 12 – 27]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/legislativa/narodni-strategie-palmed-cr/strategie-rozvoje-paliativni-pece-v-ceske-republice-na-obdob>.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6., dopl. vyd., (V KNA 1.). V Kostelním Vydří: APHPP, 2008. 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.

ŠPINKOVÁ, Martina a ŠPINKA, Štěpán. *Standardy domácí paliativní péče: podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. Praha: Cesta domů, ©2004. 35 s. ISBN 80-239-4329-4.

Umírání a péče o nevléčitelně nemocné, Soubor kvantitativních výzkumů pro hospicové občanské sdružení Cesta domů. [online]. 2011, [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/res/data/017/001909.pdf>

V Lucembursku se s umírajícími loučí důstojně. Mají na to peníze 2. ledna 2012 [online]. [cit. 2015 – 19 – 02]. Dostupné z : <http://www.rozhlas.cz/radiozurnal/reportaze/zprava/v-lucembursku-se-s-umirajicimi-louci-dustojne-maji-na-to-penize--997600>

VORLÍČEK, Jiří a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. 448 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3742-3.

VORLÍČEK, Jiří, ed. a kol. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. 537 s., [4] s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-0279-7.

WELCH LC ; MILLER SC; MARTIN EW ; NANDA A. Referral and Timing of Referral to Hospice. *The Gerontologist* Vol. 48, No. 4, 477-484 Copyright 2008 by The Gerontological Society of America

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Vyučování paliativní péče na školách se zdravotnickým zaměřením	37
Tab. 2: návratnost dotazníků.....	40
Tab. 3: Absolutní (n) a relativní (%) četnost žen a mužů v souboru respondentů.....	41
Tab. 4: Absolutní (n) a relativní (%) četnost ve věkových kategoriích souboru respondentů.....	42
Tab. 5: Absolutní (n) a relativní (%) četnost nejvyššího dosaženého vzdělání v souboru respondentů.....	43
Tab. 6: Absolutní (n) a relativní (%) četnost v postoji k víře v souboru respondentů..	44
Tab. 7: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Víte, co je hospicová péče? ...	45
Tab. 8: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Víte, co může hospicová péče pacientům nabídnout?	45
Tab. 9: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Víte, co je paliativní péče? ...	46
Tab. 10: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: jaké jsou cíle paliativní péče?	46
Tab. 11: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Víte, kdo tvoří tým poskytovatelů hospicové péče?.....	47
Tab. 12: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Je v blízkosti vašeho bydliště nějaké hospicové zařízení?	47
Tab. 13: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Doporučili byste ho vašim pacientům?	48
Tab. 14: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Myslíte, že je pro umírající odborná hospicová péče potřebná?	48
Tab. 15: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Víte o možnosti zajištění hospicové péče v domácím prostředí?	49
Tab. 16: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Máte nějakou zkušenost s domácí hospicovou péčí?	49

Tab. 17: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Co jste postrádal/a v této péči?	50
Tab. 18: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Máte nějakou zkušenost s ústavní hospicovou péčí?	51
Tab. 19: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Co jste postrádal/a v této péči?	51
Tab. 20: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Co by vás nejvíce ovlivnilo při rozhodování, zda využít domácí hospicovou péči nebo ústavní hospicovou péči? 52	
Tab. 21: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Jaký zdroj informací byste volil/a v případě nevyléčitelného onemocnění svého nejbližšího?.....	53
Tab. 22: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Myslíte, že péče o umírající v ČR dostatečná?	54
Tab. 23: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Víte, co je respitní péče?	54
Tab. 24: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Doporučený počet hospicových lůžek na 100 000 obyvatel podle WHO činí:	55
Tab. 25: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Kde byl založen první hospic?	55
Tab. 26: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: Za zakladatelku hospicového hnutí je považována:	56
Tab. 27: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázky: Jaké prostředí byste doporučil/a pro umírání svého nejbližšího? Jaké prostředí byste doporučil/a pro umírání svým pacientům?	56
Tab. 28: Absolutní (n) a relativní (%) četnost na otázku: V jakém prostředí byste chtěl/a umírat vy?.....	57
Tab. 29: Hypotéza 1 – Sestra, laik x informovanost o hospicovém zařízení.....	61
Tab. 30: Pearsův chí – kvadrát k hypotéze 1	62
Tab. 31: Hypotéza 2 – Sestry věřící, bez vyznání x znalost hospicové péče.....	62
Tab. 32: Pearsonův chí – kvadrát k hypotéze 2	63

Tab. 33: Hypotéza 3 – Laici věřící, bez vyznání x znalost hospicové péče	64
Tab. 34: Pearsonův chí – kvadrát k hypotéze 3	65
Tab. 35: Hypotéza 4 – Zdravotník 20 – 30 let, nad 30 let x znalost hospicové péče ...	65
Tab. 36: Pearsonův chí – kvadrát k hypotéze 4	66
Tab. 37: Hypotéza 5 – Laik nebo zdravotník x znalost hospicové péče	67
Tab. 38: Pearsonův chí – kvadrát k hypotéze 5	67
Tab. 39: Hypotéza 6 – Zdravotník muž, žena x znalost hospicové péče	68
Tab. 40: Pearsonův chí – kvadrát k hypotéze 6	69

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník určený zdravotníkům

Příloha č. 2: Dotazník určený laikům

Příloha č. 3: Žádost o umožnění dotazníkového šetření 1 a 2

Příloha č. 4: Žádost o informace 1 a 2

Příloha č. 5: Doplnující grafy

Příloha č. 6: Charta práv umírajících

Příloha č. 7: Seznam hospiců v České republice

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník určený zdravotníkům

Hospicová péče očima laické veřejnosti a zdravotníků
dotazníkové šetření určené profesionálním zdravotníkům - zdravotním sestřám

Dobrý den,

jmenuji se Jana Světová, studuji 2. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy, obor Všeobecné ošetřovatelství. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Předloženým dotazníkem bych chtěla zjistit informovanost laické veřejnosti a zdravotníků o paliativní a hospicové péči.

Předem děkuji za Váš čas, který jste věnovali vyplnění anonymního dotazníku.

1. *Jste muž nebo žena?*

- a) Žena
- b) Muž

2. *Uveďte Váš věk:*

- a) 20 – 30
- b) 31 – 45
- c) 46 – 60
- d) 61 – 75

3. *Nejvyšší dosažené vzdělání:*

- a) Základní
- b) Středoškolské
- c) Vyšší odborné
- d) Vysokoškolské

4. *Postoj k víře:*

- a) Hlásím se ke konkrétnímu vyznání
- b) Věřím v „cosi“
- c) Bez vyznání

5. *Víte, co je hospicová péče?*

- a) Ano
- b) Ne

6. *Víte, co může hospicová péče pacientům nabídnout?*

Napište:

7. *Víte, co je paliativní péče?*

- a) Ano
- b) Ne

8. *Jaké jsou její cíle?*
Napište:

9. *Víte, kdo tvoří tým poskytovatelů hospicové péče?*

- a) Lékaři
- b) Sestry
- c) Psycholog
- d) Fyzioterapeut
- e) Sociální pracovník
- f) Rodina
- g) Duchovní
- h) Dobrovolníci

10. *Je v blízkosti Vašeho pracoviště nějaké hospicové zařízení?*

- a) Ano (uveďte
kde).....
- b) Ne
- c) Nevím

11. *Doporučila byste ho Vaším pacientům?*

- a) Ano
- b) Ne

12. *Myslíte, že je pro umírající odborná hospicová péče potřebná?*

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nepřemýšlel/a jsem o tom

13. *Víte o možnosti zajištění hospicové péče v domácím prostředí?*

- a) Ano
- b) Ne

14. *Máte nějakou zkušenost s domácí hospicovou péčí?*

- a) Ano
- b) Ne

15. *Co jste postrádal/a v této péči?*

Napište:

16. Máte nějakou zkušenost s ústavní (lůžkovou) hospicovou péčí?

- a) Ano
- b) Ne

17. Co jste postrádal/a v této péči?

Napište:

18. Co by Vás nejvíce ovlivnilo při rozhodování, zda doporučit pacientovi domácí hospicovou péči nebo ústavní hospicovou péči?

- a) Pacientovo přání
- b) Ochota a schopnost rodiny účastnit se na hospicové péči
- c) Vzdálenost od domova
- d) Příjemné a profesionální vystupování personálu

19. Jaký zdroj informací byste volil/a v případě nevléčitelného onemocnění svého nejbližšího?

- a) Internet
 - b) Odborná literatura
 - c) Příbuzní, známí
 - d) Linka důvěry
 - e) Zdravotnický pracovník
 - f) Jiný
-
-

20. Myslíte, že je péče o umírající v ČR dostačující?

- a) Perfektní
- b) Dostačující
- c) Nedostačující
- d) Nevím, nedokážu posoudit

21. Víte, co je respitní péče?

- a) Ano
- b) Ne

22. Doporučený počet hospicových lůžek na 100 000 obyvatel podle WHO činí:

- a) 3
- b) 5
- c) 10
- d) 15
- e) Nevím

23. Kde byl založen první hospic?

- a) Francie

- b) Anglie
- c) Dánsko
- d) Rakousko
- e) Nevím

24. *Za zakladatelku hospicového hnutí se považuje:*

- a) Virginie Hendersonová
- b) Cicely Saundersová
- c) Dorothea Oremová
- d) Nevím

25. *Jaké prostředí byste doporučil/a Vaším pacientům v terminálním stádiu?*

- a) V domácím prostředí
- b) V domácí hospicové péči
- c) V ústavním hospicovém zařízení
- d) V nemocnici
- e) Nevím

26. *V jakém prostředí byste chtěl/a umírat vy?*

- a) V domácím prostředí
- b) V domácí hospicové péči
- c) V ústavním hospicovém zařízení
- d) V nemocnici
- e) Nevím

Příloha č. 2: Dotazník určený laikům

Hospicová péče očima laické veřejnosti a zdravotníků
dotazníkové šetření určené laické veřejnosti

Dobrý den,

jmenuji se Jana Světová, studuji 2. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy, obor Všeobecná sestra. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Předloženým dotazníkem bych chtěla zjistit informovanost laické veřejnosti a zdravotníků o paliativní a hospicové péči.

Předem děkuji za Váš čas, který jste věnovali vyplnění anonymního dotazníku.

1. *Jste muž nebo žena?*

- c) Žena
- d) Muž

2. *Uveďte Váš věk:*

- e) 20 – 30
- f) 31 – 45
- g) 46 – 60
- h) 61 – 75

3. *Nejvyšší dosažené vzdělání:*

- e) Základní
- f) Středoškolské
- g) Vyšší odborné
- h) Vysokoškolské

4. *Postoj k víře:*

- d) Hlásím se ke konkrétnímu vyznání
- e) Věřím v „cośi“
- f) Bez vyznání

5. *Víte, co je hospicová péče?*

- c) Ano
- d) Ne

6. *Víte, co může hospicová péče pacientům nabídnout?*

Napište:

7. *Víte, co je paliativní péče?*

- c) Ano
- d) Ne

8. *Jaké jsou její cíle?*

Napište:

9. *Víte, kdo tvoří tým poskytovatelů hospicové péče?*

- i) Lékaři
- j) Sestry
- k) Psycholog
- l) Fyzioterapeut
- m) Sociální pracovník
- n) Rodina
- o) Dobrovolníci
- p) Duchovní

10. *Je v blízkosti Vašeho bydliště nějaké hospicové zařízení?*

- a) Ano (uveďte kde).....
- b) Ne
- c) Nevím

11. *Myslíte, že je pro umírající odborná hospicová péče potřebná?*

- a) Ano
- b) Ne

12. *Víte o možnosti zajištění hospicové péče v domácím prostředí?*

- a) Ano
- b) Ne

13. *Máte nějakou zkušenost s domácí hospicovou péčí?*

- a) Ano
- b) Ne

14. *Co jste postrádal/a v této péči?*

Napište:

15. *Máte nějakou zkušenost s ústavní (lůžkovou) hospicovou péčí?*

- a) Ano
- b) Ne

16. *Co jste postrádal/a v této péči?*

Napište:

17. *Co by Vás nejvíce ovlivnilo při rozhodování, zdali využijete domácí hospicovou péči nebo ústavní hospicovou péči?*

- a) Pacientovo přání
- b) Ochota a schopnost rodiny účastnit se na hospicové péči
- c) Vzdálenost od domova
- d) Příjemné a profesionální vystupování personálu

18. *Jaký zdroj informací byste volil/a v případě nevléčitelného onemocnění svého nejbližšího?*

- a) Internet
 - b) Odborná literatura
 - c) Příbuzní, známí
 - d) Linka důvěry
 - e) Zdravotnický pracovník
 - f) Jiný
-

19. *Myslíte, že péče o umírající v ČR dostačující?*

- a) Perfektní
- b) Dostačující
- c) Nedostačující
- d) Nevím, nedokážu posoudit

20. *Jaké prostředí byste doporučil/a pro umírání svého nejbližšího?*

- a) V domácím prostředí
- b) V domácí hospicové péči
- c) V ústavním hospicovém zařízení
- d) V nemocnici
- e) Nevím

21. *V jakém prostředí byste chtěl/a umírat vy?*

- a) V domácím prostředí
- b) V domácí hospicové péči
- c) V ústavním hospicovém zařízení
- d) V nemocnici
- e) Nevím

Příloha č. 3: Žádost o umožnění dotazníkového šetření 1, 2

Fakultní nemocnice v Motole

Mgr. Jana Nováková, MBA

V Úvalu 84

150 06, Praha 5

V Roudnici n. L., 23. 7. 2014

Žádost o provedení průzkumného šetření v rámci bakalářské práce

Vážená paní náměstkyně,

Jsem studentkou 2. ročníku, oboru Všeobecná sestra, 2. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. V rámci závěrečné bakalářské práce na téma: „Hospicová péče očima laické veřejnosti a zdravotníků“ budu provádět průzkum pomocí anonymních dotazníků. Proto se na Vás obracím se žádostí o umožnění provedení průzkumu na lůžkových odděleních Interní a Chirurgické kliniky FN Motol.

Cílem průzkumného šetření je zjistit míru informovanosti laické veřejnosti a zdravotních sester o možnostech využití hospicové péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení a v domácím prostředí.

Předpokladem pro provedení průzkumného šetření ve výše uvedeném zařízení je cca 100 anonymních dotazníků.

Průzkumné šetření proběhne přibližně v září a v říjnu v roce 2014.

Předem děkuji za vyřízení žádosti.

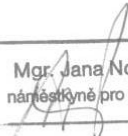
S pozdravem,


Jana Světová

Jungmannova 1024

413 01 Roudnice n. L.

SOUHLASÍM


Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstkyňe pro oš. péči FN Motol

Fakultní nemocnice v Motole

Mgr. Jana Nováková, MBA

V Úvalu 84

150 06, Praha 5

V Roudnici nad Labem, 13. 11. 2014

Věc: Žádost o provedení průzkumného šetření v rámci bakalářské práce

Vážená paní náměstkyně,

Jsem studentkou 3. Ročníku, oboru Všeobecné ošetřovatelství, 2. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Obracím se na Vás se žádostí o souhlas s provedením dotazníkového šetření v rámci řešení mé bakalářské práce s názvem „Hospicová péče očima laické veřejnosti a zdravotníků.“ Záměrem této práce je uskutečnit dotazníkový průzkum o informovanosti laické veřejnosti a zdravotníků v oblasti hospicové péče. Již v červenci 2014 mi byla schválena žádost o umožnění provedení průzkumu na lůžkových odděleních Interní a Chirurgické kliniky FN Motol. Nyní žádám o rozšíření dotazníkového šetření ještě na lůžková oddělení Onkologické kliniky pro děti a dospělé FN Motol.

Dotazníkové šetření proběhne v listopadu a prosinci v roce 2014.

Předem děkuji za vyřízení žádosti.

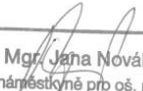
S pozdravem,


Jana Světová

Jungmannova 1024

413 01, Roudnice n. L.

SOUHLASÍM


Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstkyně pro oš. péči FN Motol

Příloha č. 4: Žádost o informace 1, 2

Jana Světová
Jungmannova 1024
Roudnice nad Labem
413 01
e-mail: svet.jana@seznam.cz

V Roudnici n. L. dne 18. 11. 2014

Vážený/á vedoucí studijního oddělení,

jsem studentkou 3. ročníku na 2. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy, obor Všeobecná sestra. Prostřednictvím mé bakalářské práce na téma „Hospicová péče očima laické veřejnosti a zdravotníků“ mám zájem zmapovat informovanost laické veřejnosti a zdravotníků o paliativní a hospicové péči. Dovoluji si Vás oslovit a požádat z důvodu zjištění, zda je na Vaší fakultě probíhá výuka paliativní a hospicové péče a zda je zařazena jako samostatný předmět nebo je součástí jiného předmětu? Budu ráda, když mi věnujete čas a odpovíte. V mém zájmu je napsat kvalitní bakalářskou práci, jelikož bude archivována na Karlově univerzitě několik let. Věřím, že tato práce, alespoň v malé míře pomůže terminálně nemocným a jejich rodinám.

S poděkováním a pozdravem

Jana Světová
3. ročník bakalářského studijního oboru
Všeobecná sestra
2. LF UK v Praze

Jana Světová
Jungmannova 1024
Roudnice nad Labem
413 01
e-mail: svet.jana@seznam.cz

V Roudnici n. L. dne 18. 11. 2014

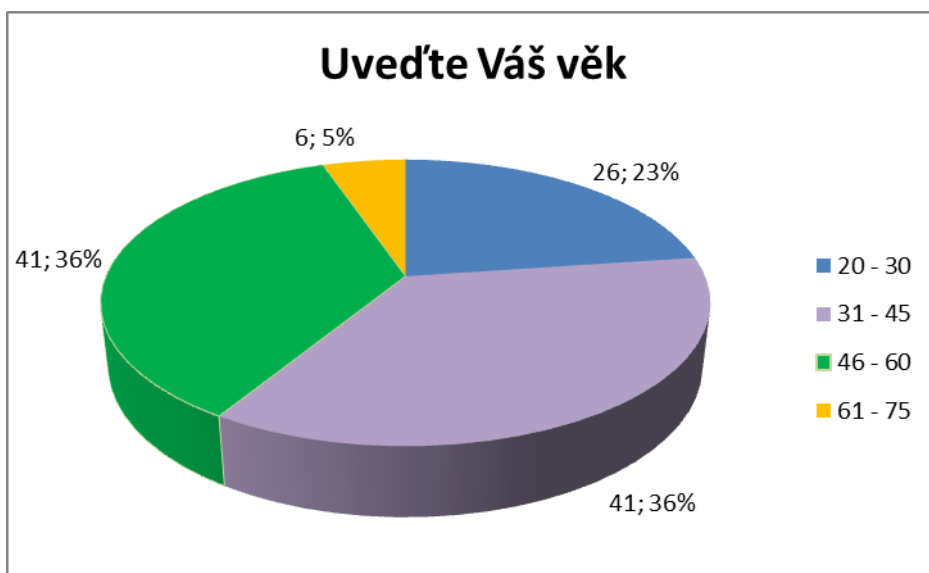
Vážený pane řediteli, ředitelko,

jsem studentkou 3. ročníku na 2. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy, obor Všeobecná sestra. Prostřednictvím mé bakalářské práce na téma „Hospicová péče očima laické veřejnosti a zdravotníků“ bych chtěla zjistit informovanost laické veřejnosti a zdravotníků o paliativní a hospicové péči. Dovoluji si Vás oslovit a požádat z důvodu zjištění, zda je ve Vaší škole probíhá výuka paliativní a hospicové péče a zda je zařazena jako samostatný předmět nebo je součástí jiného předmětu? Budu ráda, když mi věnujete čas a odpovíte. V mém zájmu je napsat kvalitní bakalářskou práci, jelikož bude archivována na Karlově univerzitě několik let. Věřím, že tato práce, alespoň v malé míře pomůže terminálně nemocným a jejich rodinám.

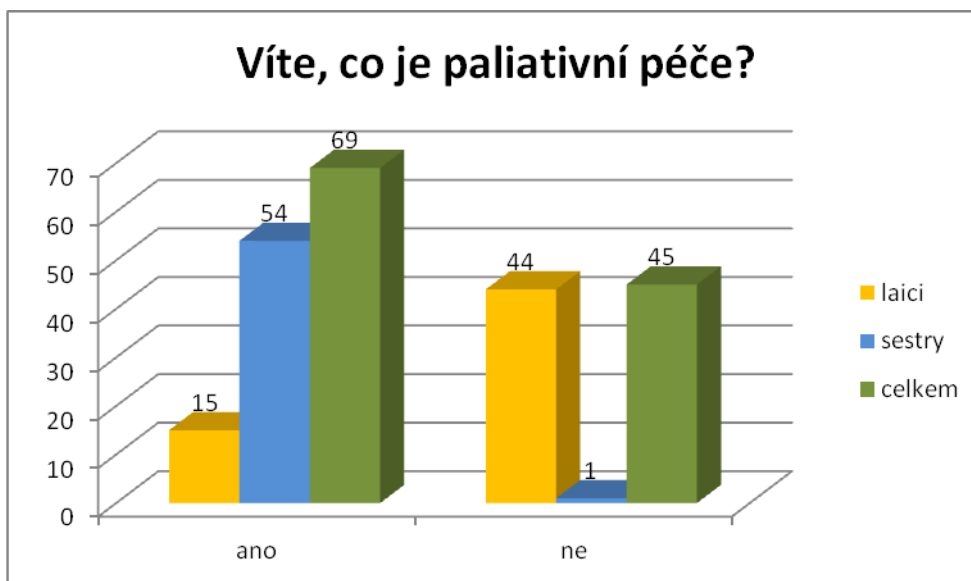
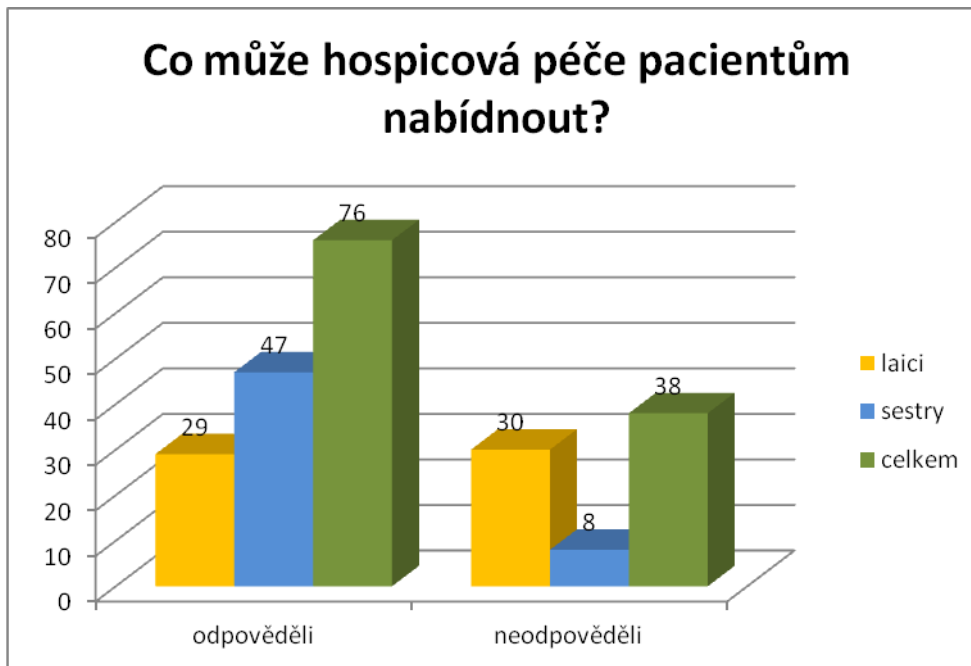
S poděkováním a pozdravem

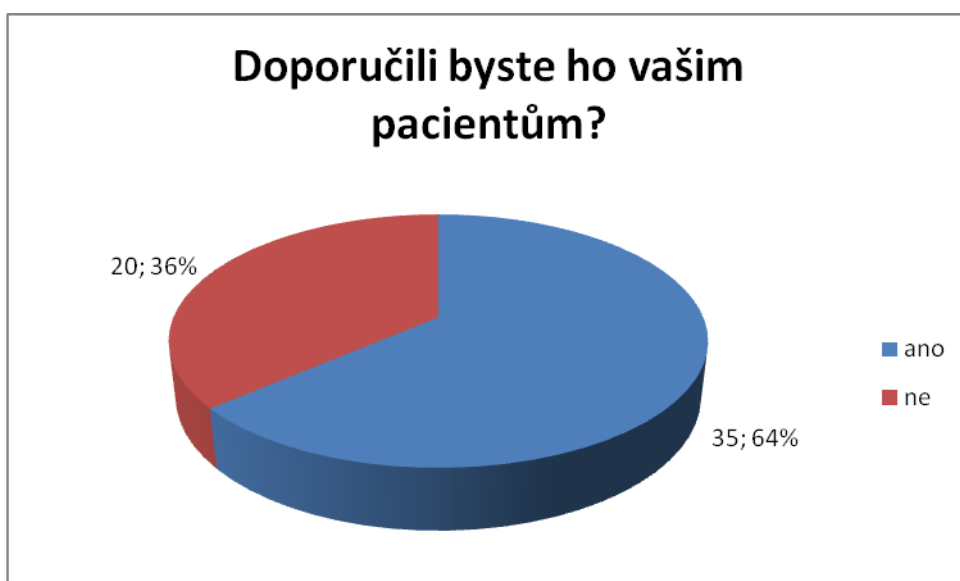
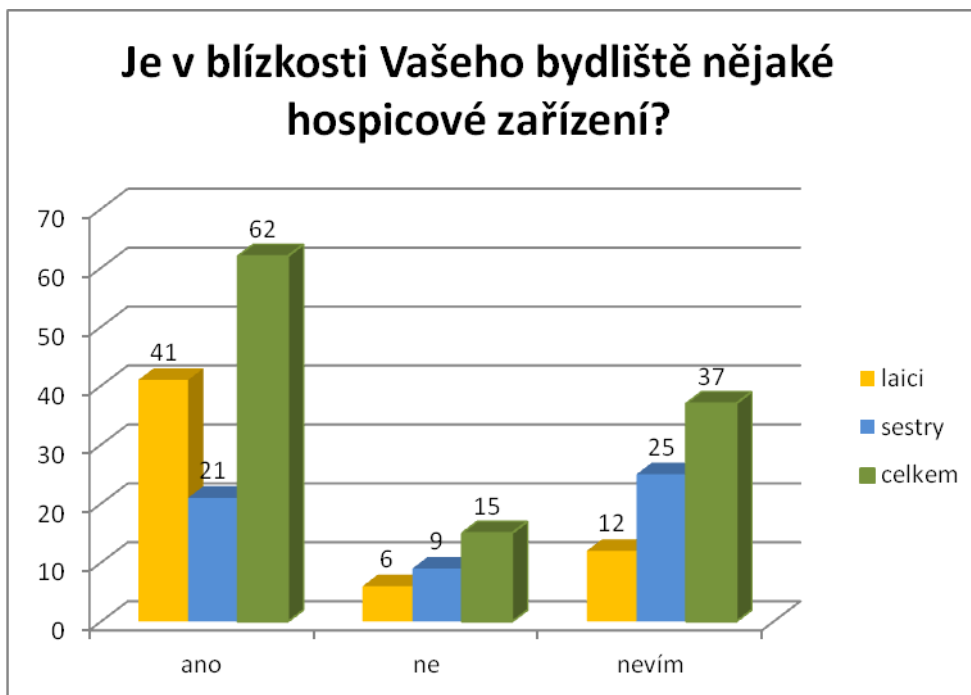
Jana Světová
3. ročník bakalářského studijního oboru
Všeobecná sestra
2. LF UK v Praze

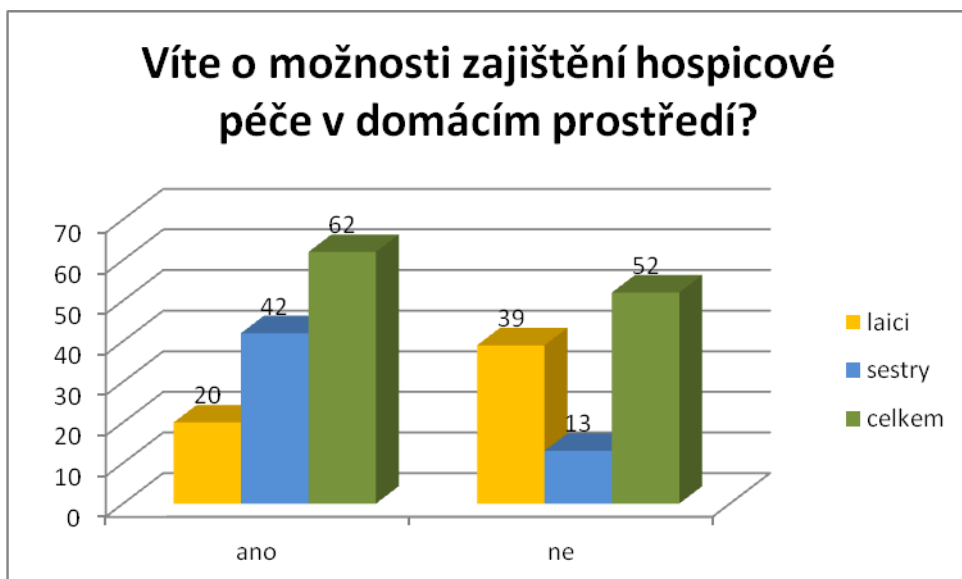
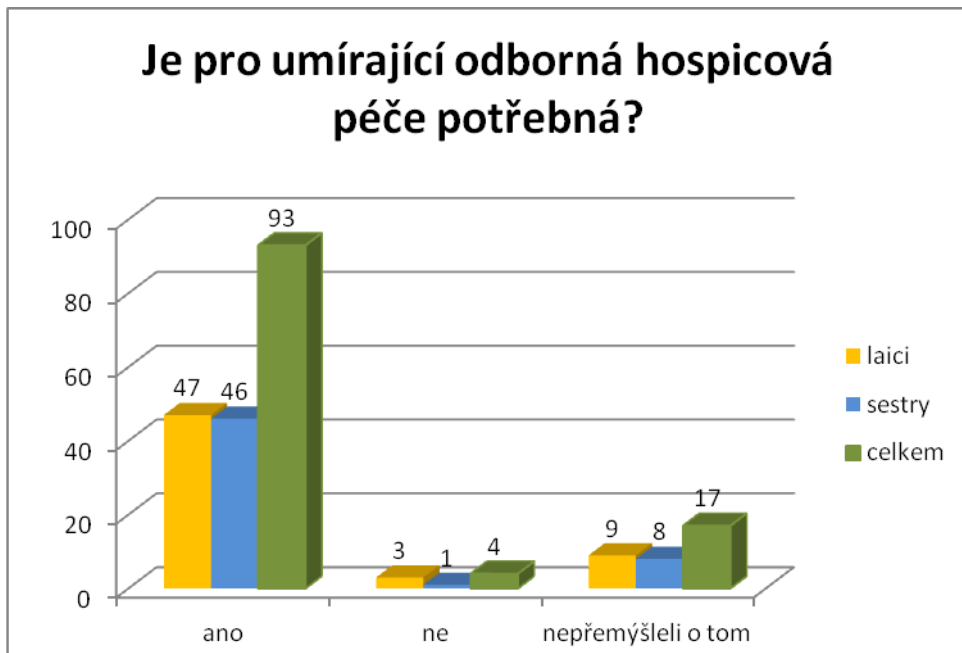
Příloha č. 5: Doplnující grafy

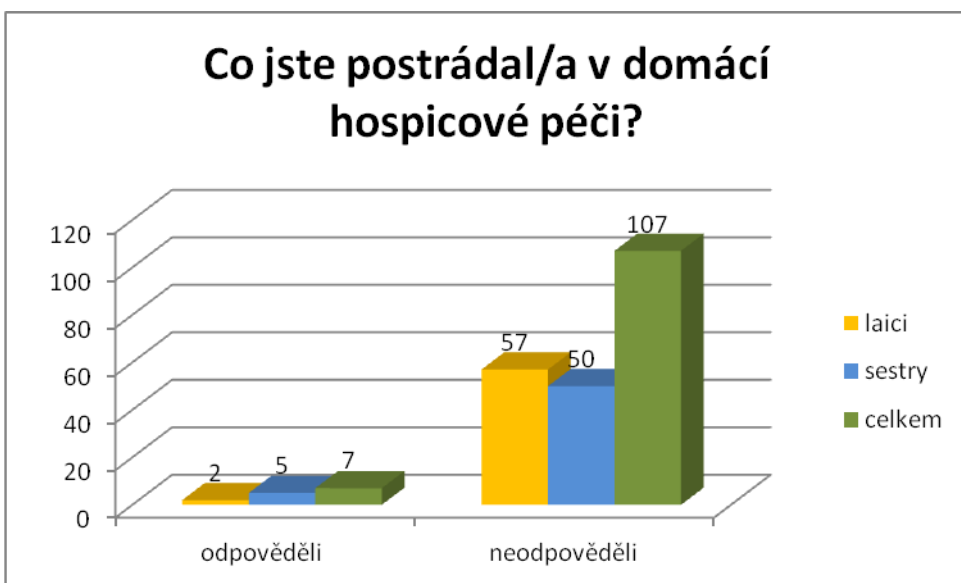
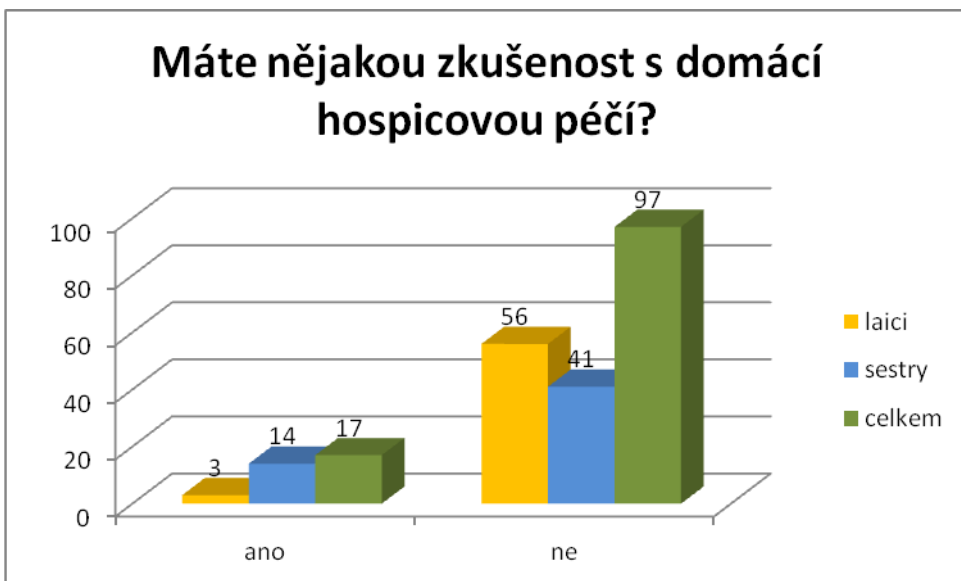


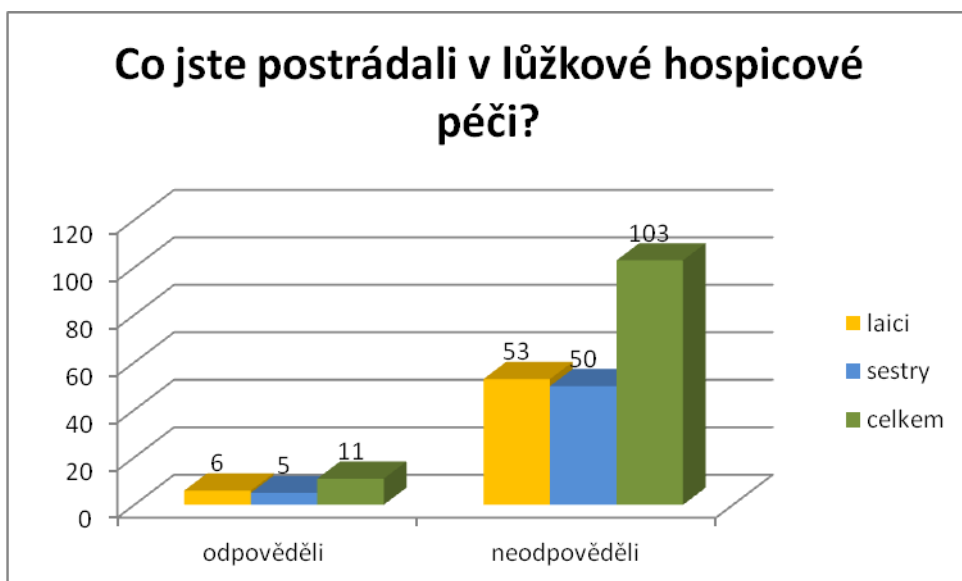
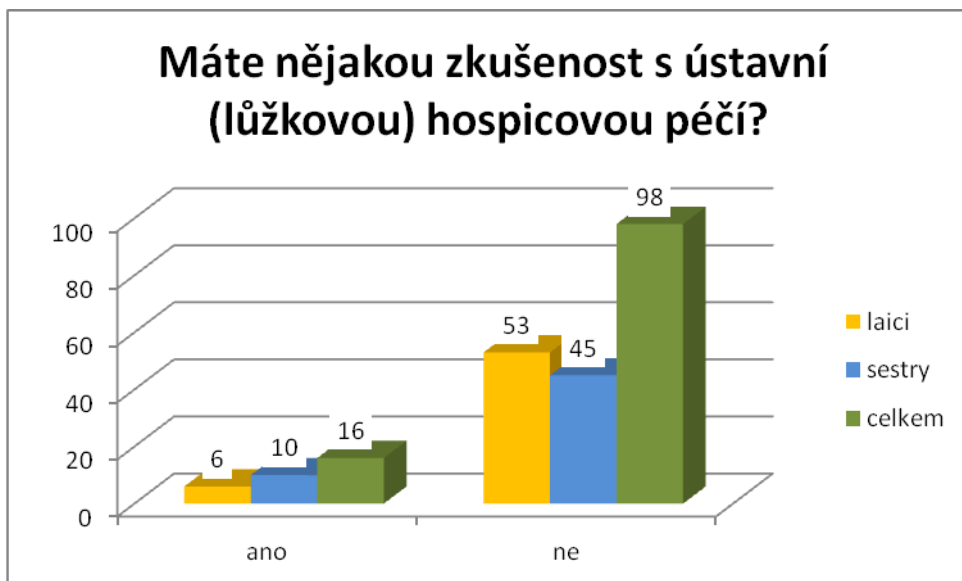


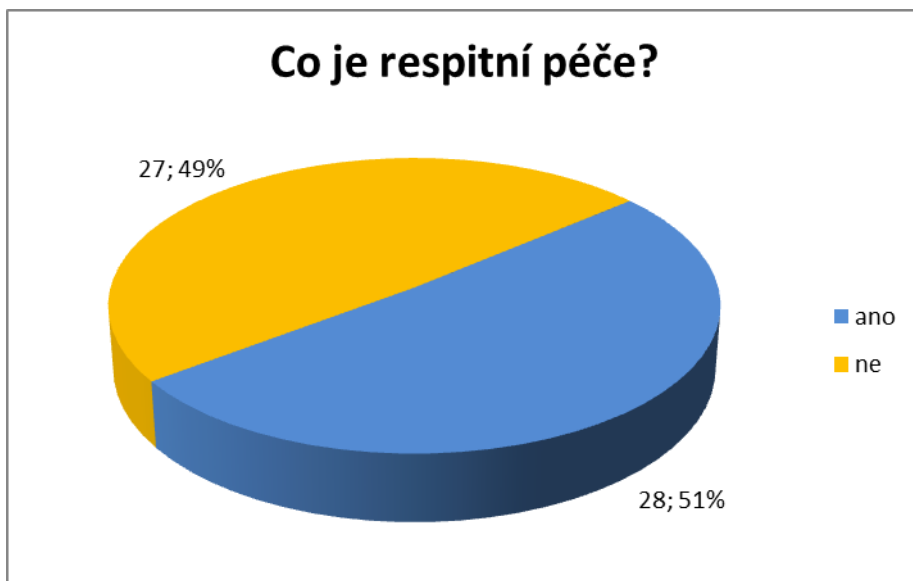


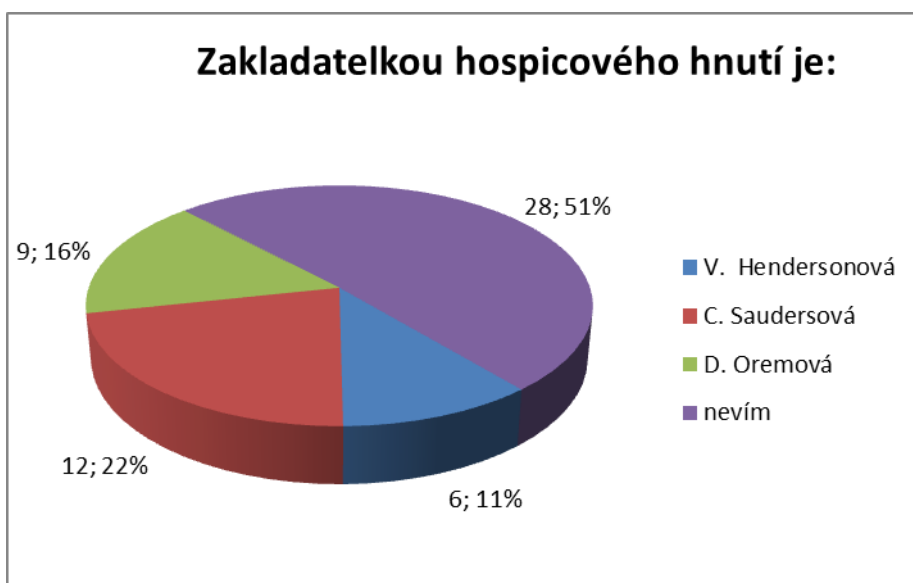
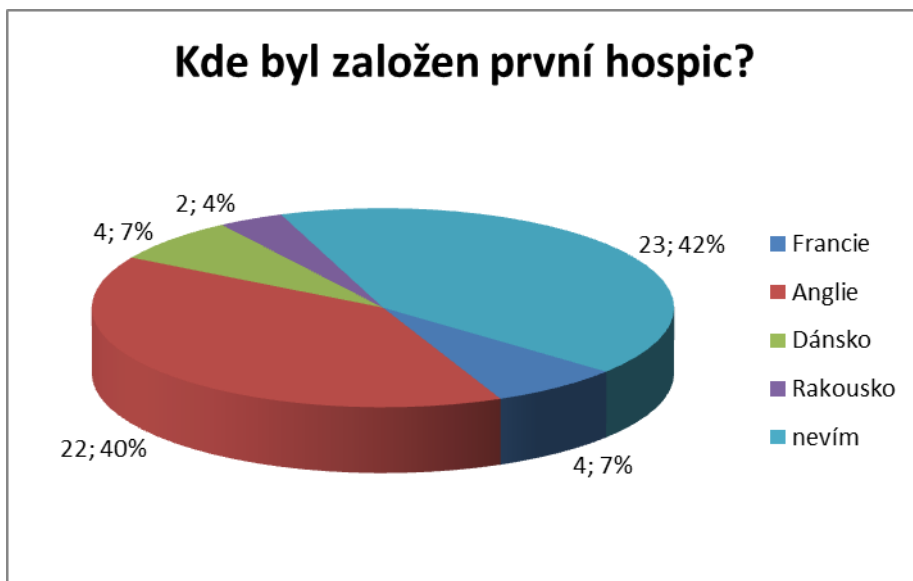


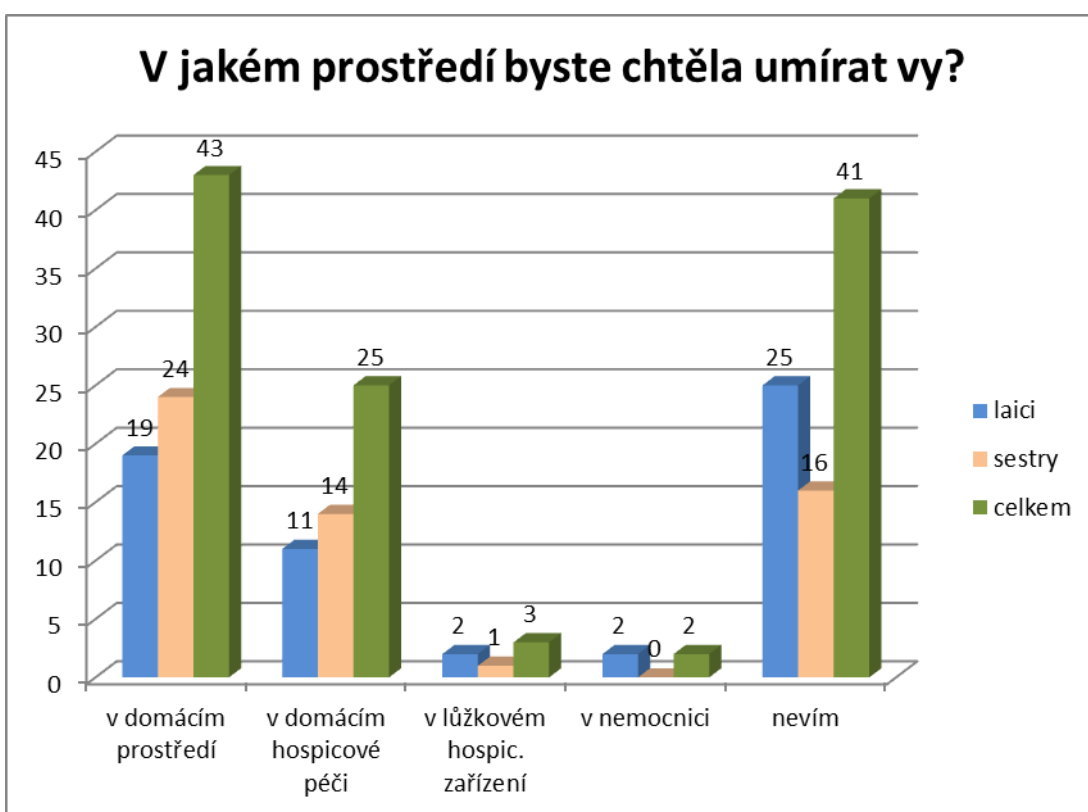
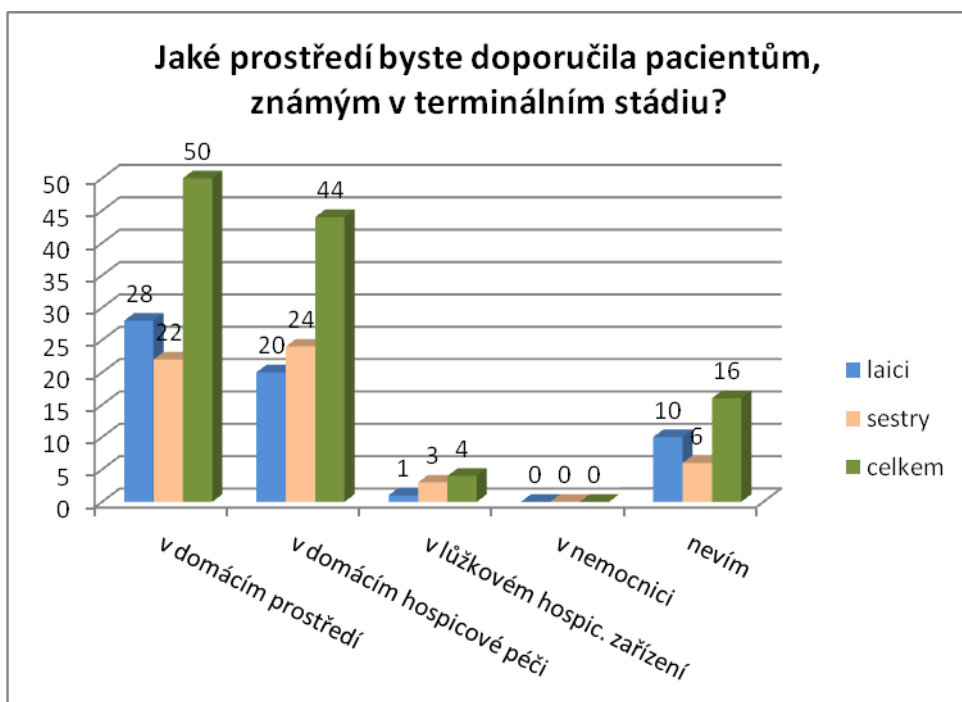












Příloha č. 6: Charta práv umírajících

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

(„Charta práv umírajících“)

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

- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
- Umírání o samotě a v zanedbání
- Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

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

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

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

- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Může být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a

ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

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

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

Příloha č. 7: Seznam hospiců a poskytovatelů hospicové péče v České republice

[APHPP, Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče](#)

5. 4. 2005 byla založena Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, sdružující všechny známé hospicové aktivity v ČR. Řádným členem Asociace se může stát každá právnická osoba – organizace hospicového paliativního typu působící v ČR. Mimořádným členem se může stát i fyzická osoba - kterýkoli občan ČR starší 18 let.

[Cesta domů](#)

Sdružení Cesta domů působí v Praze, ale poradenské služby poskytované přes internet nebo telefonicky jsou poskytovány bez rozdílu bydliště. Zaměstnanci a dobrovolníci hospice nabízejí rodinám, které se rozhodly pečovat o své umírající blízké doma, tyto služby: specializovanou paliativní domácí péči o terminálně nemocné, odlehčovací služby a sociální poradenství, půjčování pomůcek, péči o pozůstalé, služby specializované paliativní knihovny, ediční služby a edukaci. Příspěvek na den péče je 200 Kč. Průměrná doba péče 35 dní. Kapacita: cca 15 pacientů v péči zdravotní a cca 5 v odlehčovacích službách zároveň. Ročně asi 160 pacientů.

[Charita Česká republika](#)

Na webových stránkách charity najdete rovněž seznam všech zařízení spadajících pod ČKCH poskytujících domácí péči a v rámci domácí péče rovněž péči hospicovou. Rovněž na jejich stránkách najdete spojení a kontakty na všechny diecézní a arcidiecézní charity v Česku. Některé z nich jsou přímo spojeny s některým z hospiců.

[Charitní domácí hospicová péče Bárka](#)

Domácí hospicová péče Bárka je všestrannou péčí o nemocného a rodinu a je poskytovaná v domácnosti uživatelů. Základem služby je profesionální pomoc spojená s lidským přístupem všech pracovníků. Cílem Bárky je, aby lidé, o které pečujeme, mohli prožívat čas jim daný bezbolestně, důstojně a doma. Zajišťujeme odbornou zdravotní péči, odlehčovací službu, sociální poradenství, psychologickou pomoc, duchovní péči a podporu pečující rodině.

[Charitní hospicová péče Pokojný přístav, Opava](#)

Služba je poskytována samostatně pracujícími registrovanými sestrami, které na základě indikace onkologa, lékaře z ambulance bolesti či praktického lékaře zajišťují odbornou službu, vždy s ohledem na potřeby klienta. Služba je dostupná 24 hodin denně, 7 dnů v týdnu. Je bezplatná, klienti pouze platí poplatek za zapůjčené pomůcky dle platného ceníku.

[Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP](#)

Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČSPM – www.paliativnimediceina.cz) je občanské sdružení odborníků, kteří se specializují v oblasti paliativní medicíny a péče. Byla založena v únoru 2009. V současné době sdružuje přes 150 profesionálů na paliativní přístup(nejvíce lékařů).

Odborná společnost je platformou k odborné diskusi, strategii rozvoje paliativní medicíny v ČR, vyvíjí a provádí vzdělávání odborníků v paliativní léčbě a péči, podílí se na výzkumných projektech národních i mezinárodních.

[Domácí hospic David Kyjov](#)

Poskytuje individuální komplexní a dostupnou péči těžce nemocným a umírajícím i jejich rodinám v domácím prostředí. Péče zahrnuje potřeby fyzické, sociální, emoční a duchovní a je zaměřena na kvalitu života. Tým je sestaven z vyškolených pracovníků, složený z lékaře odborníka na léčbu bolesti, psychologa, duchovního, sociálního pracovníka, zdravotních sester, pečovatelek a dobrovolníků. Nabízí odborné poradenství a lidskou blízkost.

[Domácí hospic Duha, o.p.s.](#)

Naše sdružení si dalo za úkol zřízení domácí hospicové služby. Domácí hospicová péče bude všestranně podporovat rodiny, které na sebe převezmou péči o umírajícího nemocného v domácím prostředí. Těžce nemocný člen rodiny tak bude moci prožít konec života doma, mezi svými blízkými. V domácím prostředí pomůžeme kvalifikovaně zvládnout bolest a další průvodní jevy terminální fáze onkologického onemocnění.

[Domácí hospic Jordán o. p. s](#)

Domácí hospic Jordán o.p.s. je nezisková organizace, která vzniká jako nový typ péče v regionu Tábor. Cílem je umožnit lidem s nevléčitelným onemocněním v pokročilém a konečném stadiu nemoci zůstat doma v kruhu svých blízkých. Smyslem specializované paliativní péče je ulevit od bolesti a dalších tělesných i duševních obtíží, které s sebou zpravidla přináší závěrečné stadium těžké nemoci. Pracovníci týmu domácího hospice nezastupují rodinu v péči o nemocného, pouze pomáhají, aby rodina a nemocný důstojně a se zachováním co největší možné kvality života zvládli poslední životní období.

[Domácí hospic Vysočina, o.p.s.](#)

Domácí hospicová péče - Nové Město na Moravě, Jihlava. Poskytované služby: Domácí hospicová péče - Odlehčovací služby - Rodinný pokoj - Poradna Alej - Dobrovolnictví - Půjčovna zdravotnických pomůcek. Spolupracujeme s obvodními lékaři a služba je garantována odbornými lékaři v oboru paliativní medicína.

[Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna](#)

Nestátní církevní zdravotnické zařízení poskytující paliativní péči těžce a nevléčitelně nemocným pacientům. Přítomnost rodiny možná 24 hodin denně, stálá přítomnost lékaře a ošetřujícího personálu. Edukační a dobrovolnické centrum, ambulance fyzioterapie, domácí péče, pečovatelská služba, půjčovna kompenzačních pomůcek.

[Ecce homo, Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí](#)

Organizace byla založena s cílem rozvinout hospicové hnutí v ČR a prosadit myšlenku hospice i mimo budovy hospice, všude, kde lidé umírají. Ecce homo se mírou

nesměrnou přičinila o rozvoj hospicového hnutí v Čechách. MUDR. Svatošová, předseda občanského sdružení, po roce 1989 opustila lékařskou praxi a věnovala celé své úsilí rozvoji všech forem hospicové péče

[Hospic Anežky České v Červeném Kostelci](#)

Hospic Anežky České byl otevřen 8. prosince 1995 a stal se tak prvním hospicem v České republice. Nabízí 30 odborně specializovaných hospicových lůžek pro pacienty v terminálním stádiu většinou onkologického onemocnění z celé České republiky bez rozdílu vyznání, národnosti a sociálního postavení. V červenci roku 2010 byla v hospici otevřena Ambulance paliativní medicíny, jejíž cílem je pečovat o těžce nemocné před přijetím do hospice, po návratu do domácího prostředí nebo o terminální a preterminální klienty, kteří chtějí a mají tu možnost zůstat ve svém domově. Hospic dále nabízí zapůjčení kompenzačních pomůcek. Provozovatelem je Oblastní charita Červený Kostelec, člen APHPP.

[Hospic Chrudim z.ú.](#)

Hospic Chrudim je provozován jako nestátní lůžkové zdravotnické zařízení. Má 27 lůžek, v převážně jednolůžkových pokojích s přistýlkou pro blízkou osobu. Podrobnější informace na www.hospicchrudim.cz

[Hospic Citadela – dům hospicové péče ve Valašském Meziříčí](#)

Hospic Citadela nabízí 28 lůžek pro nemocné. Je členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Hospicová paliativní péče Zdravotní pojišťovna pacienta hrađí ubytování, stravu, ošetrovatelskou a zdravotní péči. Klient platí za služby 180 Kč denně (maximálně 5 580 Kč za měsíc). Sociální lůžka Klient platí za jeden den pobytu: Za celodenní stravu 130 Kč. Ubytování na dvoulůžkovém pokoji 150 Kč Za ošetrovatelskou péči je vybírána úhrada ve výši příspěvku na péči v přiznané výši. Odlehčovací služba Klient platí za jeden den pobytu: Za celodenní stravu 130 Kč. Ubytování na dvoulůžkovém pokoji 150 Kč Za ošetrovatelskou péči je vybírána úhrada maximálně do výše přiznaného příspěvku na péči.

[Hospic Dobrého Pastýře, Tři , o.p.s.](#)

Hospic Dobrého pastýře v Čerčanech je centrem odborné péče a podpory pro nemocné i jejich blízké. Zahrnuje všechny čtyři typy hospicové péče (lůžkovou, domácí, ambulantní a stacionářovou). Kapacita hospice je 24 jednolůžkových pokojů a 3 pokoje dvoulůžkové. Je členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. V Benešově je půjčovna kompenzačních pomůcek na adrese Jana Nohy 1352, 256 01 Benešov (areál PCB naproti celnici), tel/fax: 317 722 046, mobil: 605 276 114. Spojení na mobilní hospic: 734 435 033, mobilnihospic@centrum-cercany.cz

[Hospic Frýdek-Místek](#)

V hospici je 26 hospicových pokojů s 30 lůžky, 6 pokojů se 13 lůžky odlehčovací péče, 4 pokoje s 8 lůžky pro návštěvy pacientů nebo pro personál. Služby poskytuje v Centru zdravotních a sociálních služeb Frýdek-Místek na ul. J. Pešiny 3640, Frýdek-Místek. Hospic není členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

[Hospic Liberec](#)

Občanské sdružení Hospic pro Liberecký kraj

[Hospic Malovická](#)

Druhý pražský hospic pro nevléčitelně nemocné byl otevřen v roce 2011 v Praze 4 na Spořilově. Hospic má 30 bezbariérových jednolůžkových pokojů s kompletním samostatným sociálním zařízením. Pokoje mají i rezervní přistýlku pro možnost přespaní rodinných příslušníků, či přátel. Krom této možnosti je v hospici i hostinský pokoj v přízemí, mimo lůžkové oddělení, kde mohou návštěvy rovněž přespat. Hospic bude přijímat i pacienty s neurologickými a interními nemocemi (Parkinsonova, Alzheimerova choroba). Novým provozovatelem Soft Palm, a.s. začal od pondělí 3.2.2014 přijímat další žádosti o hospitalizaci.

[Hospic na Svatém Kopečku Olomouc](#)

V hospici je připraveno 20 jednolůžkových pokojů s přistýlkou pro příbuzného (doprovod) a 5 dvoulůžkových pokojů. Všechny pokoje mají vlastní sociální příslušenství, telefon, ledničku a televizi. K dispozici jsou také společné prostory hospice – recepce s možností zakoupení malého občerstvení, zimní zahrada, jídelna, kaple a velká terasa.

[Hospic sv. Alžběty o.p.s.](#)

Od roku 2004 občanské sdružení Gabriela o.s. provozuje lůžkové nestátní zdravotnické zařízení Hospic sv. Alžběty poskytující zvláštní ústavní péči podle § 22a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Hospic je lůžkové zdravotnické zařízení určené nevléčitelně nemocným v pokročilé fázi onemocnění; nabízí profesionální řešení potíží, které toto období mohou provázet a nelze je zvládnout v domácím prostředí (tlumení bolesti, dušnosti, nevolnosti, psychických potíží a dalších tělesných potíží). Důraz je kladen na kvalitu života pacienta. Nyní je k dispozici 22 lůžek v převážně jednolůžkových pokojích s možností přistýlky pro příbuzné.

[Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s.](#)

Poskytované služby: 30 odborně specializovaných hospicových lůžek (22 jednolůžkových a 4 dvoulůžkové pokoje) pro pacienty z celé České republiky, půjčovna pomůcek, poradenské služby - odborné sociální poradenství, respitní pobyty - odlehčovací služby (dle §44 Zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách) Smluvní pojišťovny na lůžkovou péči: VZP (111), ZPMV (211) OZP (207), VoZP (201), ČPZP (205), ZP MÉDIA (228) Pouze část nákladů hradí hospici zdravotní pojišťovny. Ostatní finanční zdroje jsou získávány od dárců a sponzorů, přesto je nezbytná ještě spoluúčast klienta za služby nezdravotního charakteru.

[Hospic sv. Lazara v Plzni](#)

Posláním Hospice sv. Lazara je poskytovat komplexní a na kvalitu života zaměřenou péči nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v jejím pokročilém nebo terminálním stadiu v Plzeňském kraji. Je členem Asociace poskytovatelů hospicové

paliativní péče.

[Hospic sv. Lukáše Ostrava](#)

Hospic sv. Lukáše je specializované zdravotnické zařízení, poskytující hospicové služby včetně léčby bolesti, kterou s sebou postupující nemoc přináší. Hospic je určen pro osoby nevléčitelně nemocné v terminálním stádiu života, nejčastěji s onkologickou diagnózou, jejichž obtíže nevyžadují léčbu v nemocnici a není možné je zvládnout ani v domácím prostředí. Kapacita hospice je 34 lůžek. Služby Hospice sv. Lukáše jsou provázány na další služby provozovatele Charity Ostrava – Mobilní hospicová jednotka, Dobrovolnické hospicové hnutí, Charitní hospicová poradna.

[Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích](#)

Projekt v hodnotě 54 milionů Kč byl započat v roce 1998. Dokončen a slavnostně otevřen byl 2. února 2001. Litoměřický hospic vznikl přístavbou k bývalé porodnici. Lůžková kapacita je 56 lůžek, z toho je 26 pro nemocné, 22 lůžek pro doprovázející a 8 lůžek pro stážisty a dobrovolníky. Virtuálně si hospic můžete prohlédnout na stránkách <http://www.qwert.cz/zdislava/clanek.php?cln=50>. Je členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Odborný garant při přípravě hospicu byl: MUDr. Svatošová, Ecce homo.

[Hospic Štrasburk v Praze](#)

Hospic má 24 pokojů, z toho je 23 jednolůžkových a 1 dvoulůžkový. Všechny pokoje jsou bezbariérové a jsou vybaveny vlastním sociálním zařízením. Slouží jako výukové pracoviště pro studenty mimopražských univerzit i ZŠ a spolupracuje s pražskými FN. Poskytuje služby občanům hl. m. Prahy a Středočeského kraje. Je členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Poskytované služby: lůžková hospicová péče na území hl. m. Prahy, psychologické a psychiatrické pro pacienty a rodiny, služby sociálního pracovníka, rehabilitačního pracovníka, poradenské, půjčování lůžek a pomůcek.

[Hospic v Mostě](#)

Hospic v Mostě je umístěn v nově rekonstruovaném objektu se zahradou na okraji města v bezprostřední blízkosti nemocnice a MHD. Lůžková část o kapacitě 15 dvoulůžkových pokojů (pacient + doprovázející osoba), ambulance bolesti v součinnosti s NNP Most (nemocnice následné péče), domácí hospicová péče pro pacienty z Mostecka. společnost také provozuje: Sociálně-psychologickou poradnu od 10/2001 Půjčovnu pomůcek od 10/2001. Současný stav: Lůžkový hospic je otevřen pro veřejnost a od 7. 7. 2005 přijímá klienty Kontakt: paní Blanka Števicová - jednatel o.p.s., tel.: 476 000 168

[Hospicová péče sv. Kleofáše Třeboň](#)

Zřizovatelem je Občanské sdružení pro podporu mobilního hospice na Třeboňsku, které se bude do konce roku 2013 transformovat v o.p.s. Hospicová péče v Třeboni je provozována formou domácího (mobilního) hospice. Za cíl si tato nová služba v regionu klade maximálně pomoci lidem s nevléčitelným onemocněním a rodinám, které je

doprovázejí v posledních dnech jejich života. Náš tým tvoří zdravotní sestry, sociální pracovnice, duchovní a psycholog. Rádi bychom dostali slov z životopisu sv. Kleofáše: "smutek změněný v radost", neboť věříme, že i poslední dny člověka jsou nezastupitelným obdobím života, ve kterém lze radost prožívat.

[Hospicová péče sv. Zdislavy](#)

Provozujeme: v Liberci a jeho okolí domácí hospicovou péči, odborné sociální poradenství, odlehčovací služby, půjčovnu pomůcek, dobrovolnické programy, spolu s Krajskou nemocnicí Liberec, a.s. provozujeme tzv. rodinný pokoj na LDN, který umožňuje doprovázení umírajícího blízkým člověkem.

[Mobilní hospic Ondrášek, Ostrava](#)

Mobilní hospic Ondrášek nabízí rodinám nemocných komplexní poradenství v oblasti péče o terminálně nemocné a poskytuje nemocným specifickou hospicovou péči v domácnosti pacienta. Jedná se o služby zdravotní, ošetřovatelské, sociální, psychologické a duchovní péče. Je členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

[Mobilní hospicová jednotka \(Ostrava\)](#)

Mobilní hospicová jednotka Charity Ostrava je specializovaná forma domácí zdravotní péče, poskytující hospicové služby včetně léčby bolesti, kterou s sebou postupující nemoc často přináší. Služby jsou určeny pro osoby s vážným onemocněním, nejčastěji s onkologickou diagnózou, jejichž zdravotní stav nevyžaduje pobyt v nemocnici. Cílem naší práce je dosažení co nejlepší kvality života pacienta i jeho rodiny. Služby MHJ umožňují prožít plnohodnotný zbytek života naplňováním fyzických, psychických, sociálních i duchovní potřeb.

[Nadační fond Klíček](#)

Cílem je Zlepšovat životní podmínky vážně nemocných dětí a jejich rodin Napomáhat návratu přirozených a obyčejných věcí do života vážně nemocných dětí Posilovat roli rodiče v péči o nemocné dítě Pomáhat při zavádění funkce herního pracovníka a dobrovolníka na dětská oddělení Vybudovat dětský hospic Podporovat zodpovědný a ohleduplný přístup k vlastnímu životu, k druhým lidem a okolnímu světu, inspirovat k uvažování v souvislostech Posilovat občanské chování, zejména ve vztahu jedinec x instituce Otevírat diskusi o otázkách nemoci, umírání a smrti a odstraňovat bariéry mezi světem "zdravých" a světem "nemocných".

[Nadační fond Umění doprovázet](#)

7. července 2006 byl za účelem podpory rozvoje hospicového hnutí v České republice založen Nadační fond Umění doprovázet. Zakladateli nadačního fondu jsou manželé Hana a Bohumil Harákoví. Členkou správní rady se stala i MUDr. Marie Svatošová, "matka hospiců v Čechách". Více o Poslání a cílech nadačního fondu, jakož i o možnostech, jak podpořit nadační fond a stát se dárce, se můžete dozvědět přímo na jejich webových stránkách

OPORA

Občanské sdružení OPORA vzniklo v roce 1997 v Roudnici nad Labem a v současné době má pobočky v Ústí nad Labem, Roudnici nad Labem, Slaném a v Praze. Domácí hospicovou péči poskytujeme v podobě odlehčovacích služeb v domácnosti klienta, dalšími pilíři služby jsou sociální poradenství, půjčovna kompenzačních pomůcek a zprostředkování psychologické a duchovní podpory. Dojezdová vzdálenost terénních služeb je do 20 km od pobočky. Od roku 2009 rozvíjíme také aktivity v oblasti vzdělávání pracovníků ze zdravotní a sociální sféry.

RUAH, o.p.s.

Společnost RUAH poskytuje odborné zdravotní a sociální služby v domácím prostředí v regionu Benešovsko, včetně domácí hospicové péče. Pomoc v domácím prostředí nabízí nemocným i umírajícím všech věkových skupin, seniorům i jejich rodinným příslušníkům. Hlavním cílem společnosti je zajistit každému člověku, který si přeje prožít i těžké období nemoci mezi svými blízkými doma, dostupnou odbornou zdravotní a sociální péči.

SDÍLENÍ o.s.

Občanské sdružení Sdílení nabízí domácí hospicovou péči, odlehčovací službu, sociální poradenství, půjčovnu zdravotnických pomůcek a realizuje dobrovolnický program (Adresář hospiců, 2010)