

**UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2011

Bc. JANA STRAŠKOVÁ

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Hospicová péče - představy zdravotníků a laiků.
Bc. Jana Strašková

Diplomová práce
2011

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Jana STRAŠKOVÁ**
Osobní číslo: **Z09161**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech**
Název tématu: **Hospicová péče - představy zdravotníků a laiků**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací, studium literatury a popis hospicové péče
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a výzkumný záměr práce
3. Zkonzultování výběru metod výzkumu a respondentů s vedoucím práce
4. Stanovení metodiky a sestavení dotazníků
5. Výběr vhodných respondentů a rozdělení dotazníků
6. Analýza a interpretace získaných dat
7. Kritické zhodnocení a návrh doporučení

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

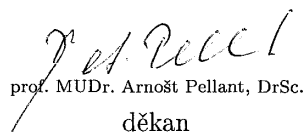
Seznam odborné literatury:

1. HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. 3. rozš. vyd. Praha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
2. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
3. O'CONNOR, M.; ARANDA, S. Paliativní péče - pro sestry všech oborů. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 324s. ISBN 80-247-1295-4.
4. PAYNEOVÁ, S.; SEYMOUROVÁ, J.; INGLETONOVÁ, CH. Principy a praxe paliativní péče. 1. vyd. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807s. ISBN 978-80-87029-25-1.
5. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. Paliativní medicína. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

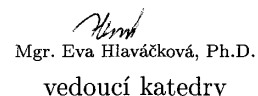
Vedoucí diplomové práce: MUDr. Ivo Bureš
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání diplomové práce: 30. listopadu 2010

Termín odevzdání diplomové práce: 25. dubna 2011


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 25. února 2011

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne: 20.04.2011

Bc. Jana Strašková

Poděkování:

Děkuji MUDr. Burešovi za odborné vedení a cenné rady při zpracování mé diplomové práce. Dále děkuji všem dotázaným za pomoc při získávání údajů potřebných pro výzkumnou část práce.

Souhrn:

Tématem diplomové práce je „Hospicová péče - představy zdravotníků a laiků.“ Práce se skládá z teoretické a praktické části. Cílem práce je zjistit, jaká je informovanost zdravotních sester a laické veřejnosti o hospicové péči.

Teoretická část se zabývá vysvětlením základních pojmů, které souvisí s paliativní a hospicovou péčí. Následně jsou v práci podrobněji rozebrány potřeby nemocného a fáze, kterými prochází nemocný a jeho příbuzní po sdělení diagnózy. V dalším úseku je podrobněji vysvětleno, co je to hospic a formy hospicové péče. V závěru práce se zmiňují o nejčastějších symptomech u pokročilého nemocnění.

Praktická část obsahuje zpracování a grafické znázornění dat získaných z dotazníkového šetření a statistické vyhodnocení hypotéz.

Klíčová slova:

paliativní péče, hospicová péče, hospic, euthanázíe, respitní péče

Summary:

The topic of the thesis is "Hospice care – images of medical staff and non-professionals." This paper consists of a theoretical and a practical part. The goal of this work is to ascertain the level of hospice care awareness of nurses and general public.

The theoretical part deals with the explanation of basic concepts related to palliative and hospice care. In the latter part of this paper, we analyze the needs of the patient as well as stages the patient and relatives go through after being communicated the diagnosis. In the next section more details on hospice and hospice care are presented. In the conclusion we mention the most common symptoms of advanced phases of diseases.

The practical part includes processing and graphic representation of data obtained from the questionnaire investigation and evaluation of statistical hypotheses.

Keywords:

palliative care, hospice care, hospice, euthanasia, respite care

Obsah:

I.	ÚVOD.....	9
II.	CÍL PRÁCE.....	10
III.	TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1	Základní pojmy v paliativní péči.....	11
1.1	Paliativní péče.....	11
1.2	Hospicová péče.....	12
1.3	Kvalita života.....	12
1.4	Zdraví a nemoc.....	13
1.5	Syndrom vyhoření (burn-out syndrome).....	14
1.6	Eutanázie.....	14
1.7	Respitní péče.....	15
1.8	DNR - Do not resuscitate.....	15
1.9	Smrt a umírání.....	15
2	Více informací o paliativní péči.....	16
2.1	Historie paliativní péče.....	16
2.2	Co vše paliativní péče zahrnuje?.....	16
2.3	Kdo je příjemcem paliativní péče? Kdo by měl být příjemcem paliativní péče?.....	17
2.4	Paliativní péči zajišťuje:.....	17
2.5	Rozdělení paliativní péče:.....	18
3	Potřeby nemocného.....	19
4	Sdělení závažné diagnózy.....	20
4.1	Pravda ano či ne?.....	20
4.2	Způsob sdělení diagnózy.....	21
5	Pocity nemocného a jeho příbuzných po sdělení diagnózy.....	22
5.1	Fáze podle Elisabeth Kübler-Rossově.....	22
6	Hospic.....	24
6.1	Myšlenka hospice.....	24
6.2	Definice.....	24
6.3	Vývoj hospicového hnutí.....	24
6.4	Formy hospicové péče.....	25
6.5	Denní režim v lůžkovém hospici.....	27
6.6	Výhody hospice.....	27
6.7	Přijetí do hospice.....	27
7	Nejčastější symptomy u pokročilým onemocnění.....	28
7.1	Bolest.....	28
7.2	Dušnost.....	28
7.3	Chrčivé dýchání.....	29
7.4	Únava.....	29
7.5	Zácpa.....	29
7.6	Nevolnost a zvracení.....	30
7.7	Potíže při příjmu potravy.....	30
7.8	Hydratace.....	31
7.9	Zmatenost a neklid.....	31
7.10	Maligní rány.....	31
IV.	PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
1	Cíle práce.....	32
2	Výzkumné otázky a hypotézy.....	32

3 Metodika výzkumu	33
3.1 Charakteristika výzkumného souboru	33
3.2 Zpracování získaných dat	35
4. Prezentace výsledků - laická veřejnost	36
4.1 Otázka č. 1: Kolik Vám je let?	36
4.2 Otázka č. 2: Pohlaví	36
4.3 Otázka č. 3: Vzdělání	37
4.4 Otázka č. 4: Když se řekne slovo hospic, mám přibližně představu o jakou péči se jedná.	37
4.5 Otázka č. 5: Co je to hospic?	38
4.6 Otázka č.13: Jeden z hospiců se nachází přímo v Pardubicích	38
4.7 Otázka č.15: Pobyt v hospici urychluje smrt, je to něco podobného jako euthanázie.	39
4.8 Otázka č.17: Do hospice mohou být přijati pouze pacienti starší 65ti let včetně.	39
4.9 Otázka č.19: Na co se nejvíce zaměřuje hospic?	40
4.10 Otázka č.21: Podával Vám někdo informace o zařízení hospic?.....	40
5. Prezentace výsledků - zdravotní sestry	41
5.1 Otázka č.1: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?	41
5.2 Otázka č.2: Jaké je Vaše dosažené vzdělání?	41
5.3 Otázka č.3: Co je to hospic?	42
5.4 Otázka č.12: Fáze vyrovnávání se s blízkostí smrti podle <i>Elisabeth Kübler-Rossové</i>	42
5.5 Otázka č.15: Jací pacienti se nejčastěji hospitalizují v hospici?	43
5.6 Otázka č.17: Pokud je nemocný hospitalizován v hospici, znamená to, že musí v hospici zemřít?	44
5.7 Otázka č.18: Myslíte si, že je počet hospicových zařízení dostatečný?	44
5.8 Otázka č.20: Překládáte některé pacienty do hospice z vašeho oddělení?	45
5.9 Otázka č.21: Dokážete si představit pracovat v hospici jako zdravotní sestra?	46
6. Prezentace výsledků - laická veřejnost a zdravotní sestry (společné otázky).....	47
6.1 Jaká je myšlenka hospice?	47
6.2 Pro koho je hospic určený?	48
6.3 Co znamená zkratka DNR?.....	49
6.4 Kdo rozhoduje o přijetí pacienta do hospice?.....	50
6.5 Máte osobní zkušenost s hospicovou péčí?	51
6.6 Pobyt v hospici je pro každého bezplatný.	51
6.7 V hospici jsou povoleny návštěvy od 9h do 18h.	52
6.8 Znáte některé hospice?.....	52
6.9 Do hospice je možné vzít sebou i menší domácí zvíře.	53
6.10 Na umístění do hospice jsou většinou dlouhé čekací doby	53
6.11 Pacienti v hospici mají každý svůj pokoj.....	54
6.12 Hospicová péče může být poskytována i v domácím prostředí.....	54
6.13 Byl/a byste pro legalizaci eutanázie v ČR?	55
6.14 Kde byste hledali informace o hospici?	56
7. Statistické zpracování hypotéz.....	57
V. DISKUZE	62
VI. ZÁVĚR	65
VII. SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	67
VIII. SEZNAM PŘÍLOH.....	70

I. ÚVOD

Ke své diplomové práci jsem si vybrala téma: „Hospicová péče - představy zdravotníků a laiků“. Na toto téma se v dnešní době čím dál více diskutuje. Zdravotnický personál se postupně začíná vzdělávat v oblasti paliativní medicíny již na vysokých školách. O důstojném umírání se i více píše v časopisech a v novinách a mluví se a o hospicích se mluví i v mediálních prostředcích. Téma smrt a umírání bylo dříve tabuizované a v dnešní době je snaha toto téma více otevřít.

Většina české populace si přeje dožít svůj život v domácím prostředí a v blízkosti svých nejbližších. Toto přání se bohužel nesplní každému z nich. Většina umírajících tráví poslední chvíle svého života v nemocnicích či různých jiných institucích jako jsou např. léčebny dlouhodobě nemocných či domovy pro seniory. Jak to bylo dříve? Proč se mnozí nemocní odkládají do zdravotnických institucí a umírají zde za plentou a v osamocení? Na tuto otázku jsem hledala odpověď u svých prarodičů, kteří vzpomínali na doby svého mládí. Diskuze na toto téma byla velmi dlouhá a nepocítovala jsem během rozhovoru strach ze smrti či jiné nepříjemné pocity. Prarodiče brali toto téma jako normální přirozenou věc a rozpovídali se o rodičích, prarodičích, sourozencích ale i smrti. Nakonec jsme dospěli k závěru, že dříve to měli moji prarodiče s touto problematikou jednodušší. Dříve se umíralo doma, maminka se starala o domácnost, takže doma stále někdo byl, oni jako děti viděly, jak se jejich rodiče starají o jejich nemohoucí prarodiče a byla to pro ně naprosto běžná a přirozená věc. Na jedné přednášce nám přednášející řekl: „Tak jak se vy budete starat o své rodiče, tak se budou vaše děti starat o vás, až vy budete staří.“ Nad tímto by se měl určitě každý zamyslet.

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na hospicovou a paliativní péči z pohledu zdravotníka i laické veřejnosti. V teoretické části jsem blíže vysvětlila, co je to paliativní a hospicová péče, pro koho je péče určena a kdo tuto péči poskytuje. Blíže jsem popsala potřeby nemocných a fáze, kterými nemocný prochází po sdělení závažné diagnózy. Dále jsem se zabývala nejčastějšími symptomy, které se vyskytují u nemocných v pokročilých stádiích onemocnění.

V praktické části jsem se zaměřila u laické veřejnosti, zda zná slovo hospic, zajímalo mě, jakou má laická veřejnost v dnešní době představu o hospicové péči a zda se s hospicovou péčí ve svém životě setkala. U zdravotních sester jsem se zaměřila na teorii o hospicové péči, dále jsem se chtěla seznámit s jednotlivými odděleními a jejich spoluprací s hospicovou péčí.

„Kdo ví, zda není život umíráním a smrt životem.“

Euripidés

II. CÍL PRÁCE

- 1) Zmapovat jaké jsou představy zdravotníků a laiků o hospicové péči.
- 2) Zpracovat teoretickou problematiku z oblasti hospicové péče.
- 3) Uvést jak je využívána hospicová péče na jednotlivých odděleních.

III. TEORETICKÁ ČÁST

1 Základní pojmy v paliativní péči

V následujících odstavcích jsou vysvětleny některé pojmy, které jsou spjaty s paliativní péčí a zmíněny v této práci.

1.1 Paliativní péče

Definic, pro termín paliativní péče, najdeme několik, uvádím dvě definice, které jsou nejčastěji citovány.

„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.“

American Academy of Hospice and Palliative Medicine (Marková, 2010)

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

Světová zdravotnická organizace WHO (Vorlíček, 2004)

Základními principy paliativní péče je komplexní a celostní přístup k léčbě, která zahrnuje oblast tělesnou, psychickou, sociální a spirituální. V paliativní péči se poskytují léčebné symptomatické postupy, provádějí se také kurativní postupy za účelem úlevy od obtěžujících symptomů, pro komfort a kvalitu života (Topinková, 2010).

Paliativní péče by se měla poskytovat všem umírajícím a nevléčitelně nemocným, proto by se měla týkat všech zdravotníků (Marková, 2010).

1.2 Hospicová péče

Nejen v laické veřejnosti se vyskytuje názor, že paliativní péče znamená hospicová péče. Toto je mylný výrok, který může mít následky na kvalitu ošetrovatelské péče pro všechny ostatní umírající, kteří se do hospice z nějakého důvodu nedostanou. Podle statistik zemřelo v roce 2008 v České Republice asi 1% lidí v hospicích (Marková, 2010).

Hospicová péče je poskytována většinou pacientům s onkologickým onemocněním. Přijati jsou ale i pacienti, kteří nejsou onkologicky nemocní, jsou postiženi nevléčitelným onemocněním, pacienti jsou většinou přijati v terminálním stadiu onemocnění. Pro příklad uvádím, jak jsou přijímáni pacienti do Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích. Ve výroční zprávě z roku 2009 je uvedeno, že bylo přijato 81% pacientů s onkologickým onemocněním a 19% pacientů s neonkologickým onemocněním. Pacienti v Litoměřicích byli nejčastěji přijímáni pro tyto onkologické diagnózy: zhoubný nádor dýchacího ústrojí, zhoubný nádor dolní části trávicího traktu, zhoubný nádor urogenitální, zhoubný nádor prsu, zhoubný nádor gynekologický, zhoubný nádor CNS, zhoubný nádor slinivky břišní a další jiné zhoubné nádory (Hospic sv. Štěpána Litoměřice, 2009-2011).

Hospicová péče se poskytuje v lůžkových hospicových zařízeních, ale může se poskytovat i doma, kde je důležitá spolupráce s rodinou nemocného.

„Hospicová péče je integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče poskytovaná nemocným všech indikačních, diagnostických i věkových skupin, u nichž je prognózou ošetrujícího lékaře předpokládána délka dalšího života v rozsahu méně než 6 měsíců. V rámci hospicové péče je poskytována zejména paliativní péče.“

Světová zdravotnická organizace WHO (Osobní asistence, 2010)

1.3 Kvalita života

Slovo kvalita je odvozeno od latinského základu „qualitas“. Bártlová uvádí definici o kvalitě života od Světové zdravotnické organizace:

„Kvalita života je to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“

Světové zdravotnické organizace, WHO (Bártlová, 2005)

Většina autorů uvádí tři rozměry kvality života:

- subjektivní pocit pohody - spokojenosti;
- objektivní schopnost fungovat v každodenním životě, pečovat o sebe a zastávat sociální role;
- dostupnost zevních zdrojů materiální povahy a sociální podpory.

Někteří nemocní lidé jsou důkazem toho, že lze žít kvalitní život s nemocí a v nemoci. Dobrou kvalitu života lze popsat dobrými podmínkami, bez omezení požadovaných aktivit a pocitem štěstí. Špatnou kvalitu života popisujeme pocitem diskomfortu, bolestí, omezením aktivit a nespokojeností (Bártlová, 2005).

Měření kvality života:

Metod pro měření kvality života je velké množství, rozdělujeme dle Křivohlavého do tří skupin:

- Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba.
- Metody měření kvalita života, kde hodnotitelem je sama daná osoba.
- Metody smíšené, vzniklé kombinací předchozích metod (Křivohlavý, 2002).

1.4 Zdraví a nemoc

Co to je zdraví a nemoc si skoro každý na vlastní kůži zkusil. Křivohlavý uvádí ve své publikaci „Psychologie zdraví.“ několik definic. Nejznámější definicí zdraví je od Světové zdravotnické organizace, která říká:

„Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti“ (Křivohlavý, 2009).

O nemoci se Křivohlavý zmiňuje jako o poruše zdraví. Praktický slovník medicíny definuje nemoc takto:

„Nemoc je stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu“ (Vokurka, 1994).

Bártlová nemoc definuje jako poruchu schopnosti individua plnit očekávané úkoly a role. Znamená to tedy, že nemoc je odchylka od normální sociální role. Nemoc nám přináší potíže, narušuje obvyklý způsob života, mění navyklý stereotyp a mění program dne. Při nemoci dochází k omezování lidských potřeb. Nemocný se musí vyrovnat s novou situací, s nepříznivými často bolestivými projevy. Nemoc nám mnohdy narušuje a ovlivňuje

mezilidské vztahy. Je omezen kontakt se známými a blízkými lidmi a naopak někdy přináší nutnost tvořit si nové vztahy s personálem či s jinými pacienty. Většinou dochází k nedostatečným informacím o chorobě nebo mají pacienti informace zkreslené (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

1.5 Syndrom vyhoření (burn-out syndrome)

Je stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání. Vyčerpání je příčinou dlouhodobého setrvání v emocionálně těžkých situacích, souvisí také s pracovní zátěží. Postižený ztrácí zájem o svoji práci, je spokojený s každodenním stereotypem a rutinou. Nepocituje důvod pro další sebevzdělávání, osobní růst, jen přežívá, aby nebyly problémy (Kelnarová, Matějková, 2008).

Procesy vyhoření podle Alfreda Laenglea, logoterapeuta:

- a) Nadšení, smysluplnost, jasný cíl práce.
- b) Smysl se ztrácí, člověk pracuje „za něco“.
- c) Život v popeli: dochází ke ztrátě úcty k druhým nebo ke ztrátě úcty k vlastnímu životu, propad do života beze smyslu (Venglářová, 2007).

1.6 Eutanázie

Zakladatelem termínu eutanázie je anglický filozof Francis Bacon (1561-1626). Bacon eutanázii spojil s bezbolestnou, snadnou a šťastnou smrtí. (Haškovcová, 2002)

Termín pochází z řečtiny eu – dobrý a thanatos – smrt. Euthanázie je obvykle popisována jako usmrcení na žádost („asistovaná sebevražda“). „*Usmrcení na žádost, tedy se svolením poškozeného, stejně jako asistovaná sebevražda, je z hlediska českého trestního práva nedovolené a je posuzováno jako vražda.*“ (Wikipedie, 2010).

Eutanázie se rozlišuje na aktivní a pasivní.

Aktivní eutanázie se popisuje jako usmrcení z útrpnosti na žádost oběti nebo i bez této žádosti. Je to cílené ukončení života, o němž někdo rozhodl, že už nestojí za to, aby se žil. Aktivní eutanázie je celosvětově odmítána.

Pasivní eutanázie se popisuje jako, omezení či vynechání různých opatření, které prokazatelně nedokážou zachránit ztracený život člověka, život jen prodlužují za cenu utrpení nemocného a jeho příbuzných. „*Český trestní zákon kvalifikuje trestní čin vraždy jako úmyslné usmrcení, přičemž se lze takového jednání dopustit nejen aktivní činností,*

ale i nečinností, opomenutím. Všechny formy eutanázie se považují za neetický čin, odporují především křesťanské morálce“ (Bártlová, 2005).

Většina států odmítá legalizaci eutanázie, nejčastějším důvodem je strach ze zneužití. Holandsko se stalo první evropskou zemí, která legalizovala eutanazii. 28. 11. 2000 odhlasovali nizozemští poslanci zákon, který obsahuje několik podmínek, za nichž není možné trestat lékaře za pomoc pacientovi při dobrovolném odchodu ze života (Eutanazie, 2010).

1.7 Respitní péče

Respitní péče se poskytuje nemocnému i ošetřujícímu např: rodinnému příslušníkovi. Respiti péče neboli odlehčující péče pomáhá lidem, dlouhodobě pečujícím o nemocného (často rodinného příslušníka). Cílem respitní péče je usnadnit situaci pečujícím. Respiti péče poskytuje ošetřujícímu prostor pro načerpání nových sil a energie. Poskytování této péče je možné v domácím prostředí nebo v pobytovém zařízení (Slezáková, 2006).

1.8 DNR - Do not resuscitate

„U terminálně nemocného pacienta, kde se očekává smrt, může lékař nebo je-li to možné i pacient, dát souhlas s pokynem k neprovedení resuscitace. Tento pokyn by měl být obnovován každých 48-72 hodin. Pokud tuto ordinaci lékař zaznamená do dokumentace pacienta, sestra v případě zástavě srdeční či dýchání resuscitaci nezahajuje. Pokyny k DNR jsou právně uznávané a sestra v tomto případě neponese žádnou zodpovědnost za smrt pacienta“ (Kapounová, 2007).

1.9 Smrt a umírání

„Kvalita života člověka určuje kvalitu jeho smrti“

Elizabeth Kübler Ross

Diskuze o smrti či o umírání je pro každého z nás velmi těžká, v naší společnosti patří toto téma mezi určitá tabu. Toto platí do určité míry i ve zdravotnictví. Tanatologie neboli nauka o smrti a umírání se věnuje objektivním údajům o smrti a umírání (Křivohlavý, 2002).

Vývojem doby dochází k institucionalizaci umírání. Péče o nemocné se přesunula do nemocnic a nabyla odborného charakteru. Nyní dochází k velké snaze zajistit nemocným důstojné umírání a důstojnou smrt ve speciálních zařízeních (Bártlová, 2005).

2 Více informací o paliativní péči

2.1 Historie paliativní péče

Paliativní péče je poskytována již od dávných dob, v historických pramenech je zaznamenána z doby antiky. Tato péče byla poskytována multidisciplinárně. Na péči se podíleli lékaři, zdravotní sestry, duchovní, jeptišky, členové rodin i ostatní laici. Hospicová zařízení pro péči o nemocné v terminálním stádiu byla zřizována na konci 19. a začátkem 20. století různými katolickými řády ve Francii, Irsku, Anglii, Austrálii a Spojených státech amerických (Vorlíček, 2004).

V období před druhou světovou válkou se považovalo za zcela normální pečovat o svého umírajícího člena rodiny doma s pomocí a podporou rodinného lékaře, nebo placené ošetřovatelky, zavolat k nemocnému kněze a rozloučit se v kruhu rodinném. V minulém století se umírání stalo lékařskou záležitostí a bylo vymaněno z domácího prostředí. Úspěchy medicíny umožňovaly zachraňovat lidské životy. Došlo k velkému pokroku v diagnostických i léčebných metodách (např. dialýza). Umírající v nemocnicích pak trávili své poslední chvíle života v osamění. V šedesátých letech 20. století se poprvé mluví o etickém problému zvaném dystanazie - neboli zadržovaná smrt. Tento výraz můžeme vysvětlit tak, že přístroje a medikamentózní léčba nedovolí nemocnému odejít z tohoto světa, zatímco za normálních podmínek v klidu by nemocný zemřel (Marková, 2010).

2.2 Co vše paliativní péče zahrnuje?

- poskytuje úlevu od bolesti a jiných nepříjemných projevů nemoci;
- život a umírání pokládá za normální proces;
- nemá za cíl smrt urychlovat, ani oddalovat;
- začleňuje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta;
- pomáhá pacientům žít až do konce tak aktivně, jak je to jen možné;
- pomáhá rodinám vyrovnat se s pacientovou nemocí a se ztrátou blízké osoby;
- je-li potřeba, poskytuje pomoc cestou týmového přístupu odpovídající potřebám pacientů a jejich rodin, včetně poradenství při zármutku;
- zaměřuje se na zvyšování kvality života a někdy může mít i pozitivní vliv na průběh nemoci;
- je stanovena od počátku nemoci ve spojení s jinými terapeutickými postupy, které mají prodloužit život (chemoterapie, ozařování) a začleňuje i zkoumání potřebná

k lepšímu pochopení a zvládnutí léčebných komplikací (Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2007; Forman, 2003).

2.3 Kdo je příjemcem paliativní péče? Kdo by měl být příjemcem paliativní péče?

Paliativní péče by měla být poskytnuta pacientům, kteří mají:

- pokročilá stádia nádorového onemocnění;
- pokročilá stádia onemocnění nervové soustavy s postupným zhoršováním klinického stavu (např. syndrom demence, amyotrofická laterální skleróza, roztroušená skleróza);
- terminální stádia imobilizačního syndromu, často s nutností intenzivní léčby bolesti i dalších obtíží – nejčastěji chronicky nemocní vyššího věku;
- terminální stádia chronických onemocnění srdce, ledvin, trávicího a dýchacího traktu (Oblastní charita Rajhrad, 2011).

Macková se zmiňuje v časopisu Sestra o paliativní péči, která by měla být přirozenou součástí v péči o seniory. Paliativní péče by neměla být poskytována pouze onkologickým pacientům, ale všem lidem s neléčitelným onemocněním. *„Koncept paliativní péče je primárně zaměřován na pacienty s onkologickým onemocněním, senioři bez onkologického onemocnění do tohoto konceptu nejsou zahrnováni.“* Většina seniorů si přeje strávit poslední dny života v domácím prostředí a v tomto prostředí i zemřít. Bohužel různé životní okolnosti toto přání značně omezují, a proto je u seniorů míra institucionální péče vyšší než u mladších pacientů. Mnoho seniorů umírá v domovech důchodců, nemocnicích či léčebnách dlouhodobě nemocných - v institucích, v nichž paliativní péče, ve srovnání s paliativními jednotkami či hospici, není dostatečně rozvinuta (Macková, 2009).

„Paliativní péče by se měla týkat všech umírajících a nevléčitelně nemocných, a proto také všech zdravotníků“ (Marková, 2010).

2.4 Paliativní péči zajišťuje:

- Ošetřovatelská péče: ošetřovatelé, můžeme sem zahrnout i rodinu a přátelé.
- Lékařská péče: praktický lékař, odborníci na paliativní medicínu, specialisté v jiných oborech lékařství.
- Sociální péče: sociální pracovníci.
- Duchovní péče: kněží, pastorační asistenti.

- Terapeuti: pracovní terapeuti, fyzioterapeuti, muzikoterapeuti, dramaterapeuti.
- Psychologická péče: psychiatri, psychoterapeuti.
- Specializovaný personál: dietologové.
- Podpůrný personál: pomocníci ošetřovatelů, administrativní personál, lidé pečující o zahradu, řidiči a jiní pracovníci.
- Dobrovolní pracovníci (Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2007).

2.5 Rozdělení paliativní péče:

- **Obecná paliativní péče**

Tuto péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti. Jejím základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života (Umírání, 2011).

Součástí této péče je včasné vyhodnocení pacientova stavu, a zhodnocení vhodnosti další aktivní léčby. Měla by se soustředit na respektování autonomie pacienta, na léčbu bolesti a dalších příznaků a také by měla podporovat rodinu (Marková, 2010).

- **Specializovaná paliativní péče**

Tato péče je poskytována pacientům a jejich rodinám týmem odborníků. Poskytují ji instituce, které se věnují paliativní péči jako své hlavní činnosti. Je to aktivní interdisciplinární péče. V institucích pracuje vyškolený personál s vyšší úrovní kvalifikace a větší počet zaměstnanců k poměru počtu pacientů.

Mezi zařízení paliativní specializované péče řadíme: oddělení paliativní péče, domácí hospice, lůžkové hospice, konziliární týmy paliativní péče, ambulance paliativní péče, denní stacionáře a zvláštní zařízení paliativní péče (poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek...) (Marková, 2010).

3 Potřeby nemocného

„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka“ (Trachtová, 2001).

Význam pojmu potřeba:

- 1) Biologický: Dochází k narušování fyziologické rovnováhy (homeostázy). Chybí některé biologické potřeby jako např: potřeba vápníku, vitamínů - nemají psychickou odezvu.
- 2) Ekonomický: Potřebou je míněn určitý prostředek k dosahování nějakého psychologického cíle.
- 3) Psychologický: Význam je spojen s významem sociálním, vyjadřujícím nedostatky v sociálním životě jedince (Trachtová, 2001).

Bártlová dělí potřeby:

- potřeby, které se nemocí nemění (potřeba vzduchu, spánku, odpočinku, výživy, vyprazdňování se, pocit pohodlí a bezpečí);
- potřeby, které se nemocí modifikovaly (potřeba aktivity - pacient chce aktivně spolupracovat, dostatek informací, potřeba vzájemné komunikace, kulturní potřeby);
- potřeby, které s nemocí vznikly (potřeba tlumení a zbavení bolesti) (Bártlová, 2005).

V paliativní péči je třeba se zaměřit na čtyři okruhy potřeb: biologické, psychologické, sociální a spirituální.

- *K biologickým potřebám* patří vše, co potřebuje nemocné tělo. Tělo potřebuje, co možná nejpřirozenější způsob (tzn. bez cévek a bez klystýrů, pokud je možno). Tělo potřebuje také přijímat potravu a to někdy speciálně upravenou. Důležité jsou také podmínky pro nerušený spánek.
- *K psychologickým potřebám* bychom mohli zahrnout hlavně respektování lidské důstojnosti a to nezávisle na stavu tělesné schránky. Dále sem zahrnujeme potřebu komunikace s okolím, řadíme sem i mimoslovní komunikaci (mimika, pohyby, gesta, postoj, naše oči, oblečení aj.). Pocit bezpečí je také pro nemocné velmi důležitý, zásadní je pacientovi nikdy nelhat, mohlo by dojít ke ztrátě důvěry.
- *U potřeb sociálních* je důležité, abychom si uvědomili, že člověk je společenský tvor. Nemocný většinou stojí o návštěvy a potřebuje je. Je dobré zajistit sociální kontakt s rodinou, s přáteli, se spolupracovníky, pokud nemocný o tyto návštěvy stojí.
- *Spirituální potřeby* byly dlouhá léta tabu. „Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl až do poslední chvíle smysl“ (Svatošová, 1995).

4 Sdělení závažné diagnózy

4.1 Pravda ano či ne?

Haškovcová uvádí, že „*sdělit nemocnému pravdu může být pokládáno stejně tak za etické, neboť pravda osvobozuje, jako za neetické, protože i pravdivá slova mohou ublížit. Na výsledné kvalitě konsenzu se podílí řada faktorů nestejné ceny a je jistě žádoucí věnovat jim náležitou pozornost*“ (Haškovcová, 2002).

Významnou roli ve vztahu k problematice pravdy na nemocničním lůžku mají tyto události:

- přijetí Listiny základních práv a svobod;
- zpracování české verze etického kodexu Práva pacientů;
- založení organizací sdružujících pacienty, jejich příbuzné a přátelé, každá organizace vypracovávala vlastní programové prohlášení a každá hodlá usilovat o praktické naplnění stanovených cílů. Ukazuje se, že pacienti vyžadují dostatečné a pravdivé informace o svém stavu;
- byl zahájen proces privatizace ve zdravotnictví a ten je spjat s jednoznačným vymezením pravomocí a odpovědností jednotlivých lékařů (Haškovcová, 2002).

Systém milosrdných lží

Před 50 lety byly metody léčby nádorů omezenější, a pokud lékaři nemohli pacientům už více pomoci, snažili se je ochránit před dopadem nepříznivé zprávy, a proto volili takzvanou milosrdnou lež.

Tento postup mohl mít své výhody i nevýhody. Většinou pravdu věděli pouze lékaři a rodina, nemocný se pravdu nedozvěděl. Lékaři se báli s pacientem komunikovat, protože nevěděli, co mu mají říci. Samozřejmě, že někteří pacienti se svoji diagnózu dozvěděli z lékařské zprávy a docházelo k tomu, že pacienti ztratili důvěru k lékařům a nemohli ani komunikovat s rodinou o prožívaném problému. Nemocní, kteří se pravdu nedozvěděli, byli ušetřeni psychickými útrapami spojené s vědomím, že mají rakovinu.

Dnes léčebné postupy vyžadují určitou spolupráci pacienta a tedy i jeho informovanost. V dnešní době se říká pacientům pravda, která zjednodušila komunikaci mezi pacientem, lékařem a rodinou. V USA se preferuje motiv pro sdělování naprosté pravdy. Lékaři se tímto chrání proti žalobě za nepřesnou informaci. Tento motiv může být poněkud drsný pro pacienta a necitelný (Adam; Vorlíček, 2003).

4.2 Způsob sdělení diagnózy

Lékař by měl zvolit přiměřený způsob sdělování diagnózy pacientovu chápání. Při sdělování negativní zprávy záleží na každém slově. Pacient se soustředí na každé slovo na lékařova gesta i mimiku. Lékař by si měl předem připravit několik vět, jak začít mluvit. Při emocionálních projevech pacienta je dobrá lékařova zdrženlivost. Nechat pacienta plakat či křičet. Je dobré nabídnout léčbu do konce - paliativní léčbu. Česká onkologická společnost doporučuje pojmenovat diagnózu přímo (pokud to jde), pro pacienta srozumitelně. Někdy sám nemocný řekne: „Mám rakovinu?“.

Sdělování nepříjemných zpráv je psychicky náročné pro nemocného i pro lékaře, proto by mělo probíhat formou fázovaného rozhovoru (Linhartová, 2007).

„Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy“- viz. příloha
(Vorlíček, 2003)

5 Pocity nemocného a jeho příbuzných po sdělení diagnózy

5.1 Fáze podle Elisabeth Kübler-Rossové

Fázemi, které zde uvedu, neprochází pouze pacient, ale také jeho příbuzní a blízcí. Fáze jsou seřazeny za sebou, ale nemusí vždy udržovat stejný sled, některé fáze se mohou vrátit zpět, někdy se mohou i navzájem prolínat v jednom dni. Fáze nemusí být stejně dlouhé a některé z nich se nemusí vůbec projevit, každý člověk je jiný. Většinou může docházet k tomu, že nemocný prožívá určitou fázi např. smíření, zatímco jeho blízcí prožívají fázi jinou např. smlouvání a vyjednávání. Jde o tzv. časový posun, v jakém prožívají jednotlivé fáze pacient a jeho blízcí. V této situaci může pomoci rodině duchovní, někdo z přátel nebo zkušená sestra či dobrovolník hospice, ti se mohou ujmout role doprovázejícího a pomoci jim o dosažení stejné fáze jako nemocný a přijmout neodvratitelnou skutečnost (Svatošová, 1995).

Negace - neboli popírání, šok

Tato fáze se může projevovat výroky, jako jsou např.: „To je určitě omyl.“; „Ne, já ne, pro mne to neplatí, to není možné.“; „Zaměnili výsledky.“ V této fázi je nutné, abychom získali pacientovu důvěru, navázali s ním kontakt.

Agrese - neboli hněv a vzpoura

V této fázi se můžeme setkat s otázkami, jako jsou např.: „Proč zrovna já?“, „Čí je to vina?“, také se u nemocného může projevovat zlost na zdravotníky a na zdravé lidi, vyčítání nespravedlnosti apod. V této situaci bychom pacientovi neměli odporovat, dovolit mu se odreagovat, nepohoršovat se.

Smlouvání - neboli vyjednávání

Nemocný ve fázi smlouvání často hledá léčitele, zázračné léky, je ochoten zaplatit cokoliv za uzdravení. V tuto chvíli je důležité chránit nemocného před podvodníky a mít maximální trpělivost. Nedávat nemocnému falešnou naději.

Deprese - neboli smutek

Nemocný pociťuje většinou strach o zajištění rodiny, smutek z hrozící ztráty. Důležité je nemocnému trpělivě naslouchat a pomoci mu urovnat vztahy, pomoci mu hledat řešení. (zajištění rodiny apod.) (Venglářová, 2006)

Rezignace - neboli hození flinty do žita

Musíme odlišovat od přijetí nemoci. Elisabeth Kübler-Rossová popisuje, výraz lidí, kteří svůj osud rezignovali, v jejich tvářích. V jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň, pocit marnosti a zbytečného usilování. V této fázi se musíme snažit hledat krátkodobé cíle, podporovat naději, hledat smysl logoterapie.

Smíření - neboli souhlas, akceptace, přijetí

Elisabeth Kübler-Rossová popisuje výraz pacientů, kteří se smířili se svým osudem, v jejich tvářích. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti, mají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. „Skončil boj, je čas loučení.“ V této fázi je dobré udržovat mlčenlivou lidskou přítomnost, držet nemocného za ruku, utřít slzu. Důležité je postarat se o rodinu, možná potřebuje pomoci víc než pacient (Svatošová, 1995).

6 Hospic

Pojem hospic znamená původně útulek, útočiště. Ve středověku byl termín používán pro tzv. domy odpočinku. Smyslem péče je zajistit lidem důstojné umírání (Bártlová, 2005).

6.1 Myšlenka hospice

„Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti“ (Svatošová, 1995).

U laické veřejnosti je velký zmatek ohledně významu slova hospic. Někteří lidé věří, že hospic je místo, kde lidé umírají. Jiní spojují toto slovo se smrtí a nepohodlím. Slovo hospic je z latinského slova „hospitium“, význam tohoto slova znamená pohostinnost. Slovo hospic je také ze starého francouzského slova „hospes“, nebo-li hostitelské. Dnes je toto slovo popisováno v programu individuální péče o nemocné v terminálním stádiu a o jejich rodinu a blízké (Conner, 1998).

6.2 Definice

„Hospice je zařízení specializované na péči o terminálně nemocné pacienty s důrazem na management bolesti a zachování psychologické pohody, aby pacienti byli schopni čelit přicházející smrti důstojně“ (Výkladový ošetřovatelský slovník, 2007).

6.3 Vývoj hospicového hnutí

V roce 1842 založila Jeanne Garnierová v Lyonu společenství žen, které se hlavně zaměřovalo na péči o nevléčitelně nemocné. V roce 1874 tato společnost otevřela v Paříži dům, který se jmenoval hospic. V této souvislosti získalo slovo „hospic“ význam jako místo, kde jsou přijímáni pacienti na konci života (Vorlíček; Abrahámová; Vorlíčková a kol., 2006).

V roce 1967 dr. Cecilly Saundersová založila v Londýně St. Christopher hospic a myšlenka hospice brzy obletěla svět. Spolu s rozvojem hospiců dochází také k rozvoji paliativní medicíny jako samostatného lékařského oboru (Vorlíček, 2004).

V České Republice se paliativní medicína rozvinula až po roce 1989. Řada našich lékařů a sester se dostala do zahraničí a získali mnoho praktických i teoretických poznatků o paliativní medicíně. MUDr. Marie Svatošová se podílela v hospicovém hnutí a také díky

ní byl otevřen první hospic v České Republice Hospic Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995. Každoročně probíhá postgraduální kurz paliativní medicíny pro lékaře a sestry v Institutu pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků v Brně. Paliativní medicína se začala přednášet i na našich lékařských fakultách (Vorlíček, 2004).

6.4 Formy hospicové péče

- **Lůžkový hospic**

Patří mezi klasickou formu poskytování paliativní péče. Obvykle se hovoří o zařízení, které má k dispozici 20 až 30 lůžek. V tomto zařízení pracuje odborně vyškolený personál v paliativní medicíně, který poskytuje vysokou úroveň péče. V lůžkovém hospici vládne spíše domácí atmosféra. Lékařskou péči zajišťují většinou místní lékaři, kteří s hospicem spolupracují. Dále jsou zde k dispozici sociální pracovníci, duchovní, dobrovolníci a celá skupina odborníků, kteří napomáhají ke komplexní péči o pacienta. Do lůžkového hospice bývají přijímáni pacienti, kteří trpí nevléčitelným onemocněním a v dohledné době dnů či týdnů vede ke smrti. Pacienti mohou zůstat v hospici, dokud se jejich potíže natolik nezlepší, aby mohli být znovu opatrováni doma. Lůžkové hospice nemusí být tedy „konečnou stanicí“ pro umírající (Student Johann-Christoph, Mühlum Albert, 2006).

Financování tohoto zařízení je prováděno z části prostřednictvím nemocenského pojištění a dále je odkázáno na další zdroje a zvláště na dotace a dary a také na spoluúčast pacientů (Smíření, 2010).

- **Domácí hospicová péče - „mobilní hospic“**

Základním cílem hospiců je zajistit hospicovou péči v domácím prostředí, umožnit umírajícím prožít konec života ve známém prostředí „doma“. Tato péče by měla splňovat tyto požadavky:

- musí být umožněna 24 hodinová pohotovostní služba;
- personál musí být proškolen a vybaven znalostmi, zkušenostmi a možnostmi pro kontrolu symptomů (zvláště léčbu bolesti);
- rodině musí být poskytnuta dostatečná nabídka k odreagování a k úlevě (Student Johann-Christoph, Mühlum Albert, 2006).

Účastníci poskytování domácího hospice:

- lékař, který je odborník na léčbu příznaků, které se vyskytují v terminálních stadiích (např: bolesti, dušnosti, nevolnosti, nehojících se ran či jiných tělesných potíží);
- zdravotní sestra, která pravidelně navštěvuje domácnost a průběžně kontroluje zdravotní stav, plní ordinace lékaře (podává léky včetně opiátů, převazuje rány, měří fyziologické funkce, poradí ohledně stravování a dalších potřeb);
- personál domácího hospice ukazuje rodině, jak se o nemocného starat, poskytuje potřebné informace z oblasti sociálního poradenství o možnostech zdravotní péče, komunikuje s nemocným i s pečujícím o nemoci a jejím vývoji dle potřeby (Sláma, 2008).

Hlavním cílem je podpora a aktivizace rodiny a přátel v péči o nemocné. V západoevropských zemích je poskytována domácí hospicová péče v úzké součinnosti s lůžkovým hospicem. V ČR se některé agentury domácí péče snaží rozšířit nabídku svých služeb o domácí paliativní péči, někdy dochází k problémům hrazení ošetrovatelské péče ze strany zdravotních pojišťoven (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006).

Na financování domácí hospicové péče se tedy podílí zdravotní pojišťovny, dary od sponzorů a peníze z různých sbírek (Charita, 2010).

- **Denní hospicový stacionář**

Poskytuje možnost denního pobytu u těžce nemocných pacientů. Během dne jsou prováděny některé léčebné postupy např: infuze, fyzioterapie, psychoterapie, ergoterapie. No noc se pacienti vrací zpět domů (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006).

„ Tato forma je v ČR zatím dostupná spíše ve větších nemocnicích v rámci specializace Paliativní medicína a léčba bolesti, výjimečně Onkologie“ (Youngová, 2010).

- **Oddělení paliativní péče v nemocnici**

Postupně vznikají v posledních 20 letech v nemocnicích různých typů v řadě zemí. V České Republice zatím toto oddělení paliativní péče neexistuje. Nemocnice se snaží o „export hospicové kultury“ do jejich prostředí. Využívají možností odborných konzilií a komplementu akutní nemocnice k intenzivní podpůrné a paliativní léčbě. Často se hospitalizují pacienti, kteří mají nádorové onemocnění, pro zvládnutí specifických obtíží spojených s nemocí nebo její léčbou. Stálá přítomnost lékaře a kvalifikovaných sester dává možnost řešit i komplikované stavy (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006).

- **Konziliární zdravotnické týmy paliativní péče**

Interdisciplinární konziliární tým by měl pracovat konziliárně přímo u lůžka nemocného. Spolu s ošetřujícím lékařem by měl tým hledat optimální léčebný postup. Pacient by měl stále zůstat v péči svého ošetřujícího lékaře. V zahraničí se tento způsob péče začíná rozvíjet. V České republice můžeme tento způsob najít u ambulance léčby bolesti, která nabízí spolupráci jiným oddělením formou konzilií u lůžka nemocného (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006).

6.5 Denní režim v lůžkovém hospici

Většinou denní režim v hospici je přizpůsoben pacientům a jejich momentálním potřebám a přáním. Výrazně se tento denní režim liší od nemocničních lůžek. Pacienti se nebudí v brzkých ranních hodinách. Pacienti mají možnost snídat, obědovat a večeřet podle svého přání, možností a potřeb. Forma stravy se přizpůsobuje dle potřeb pacienta. Ošetřovatelský personál se stará o klienty, pomáhá klientům při podávání stravy, včetně krmení a stará se o jejich pitný režim. Dle přání pacienta mohou klienti trávit čas na terase, v zahradě, u krbu a to na vozík či v posteli (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2010).

6.6 Výhody hospice

Klienti v hospici mají jistotu: že nebudou trpět nesnesitelnou bolestí; že bude vždy respektována jejich lidská důstojnost; že v posledních chvílích života nezůstanou osamoceni. Pacienti mají většinou jednolůžkové pokoje, kde je přistýlka pro blízkou osobu. Do pokoje si mohou dát cokoli, co mají rádi, např. obrázek, vlastní nádobí, vlastní povlečení, rádio, televizi, pokud není součástí vybavení pokoje, varnou konvici atd. Návštěvní hodiny v hospici nejsou omezené, vyhovuje se přání pacienta. Nemocný může hospitalizaci v hospici kdykoliv ukončit a znovu požádat o přijetí (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2010).

6.7 Přijetí do hospice

Žádost o přijetí do hospice může podat rodina, praktický či ošetřující lékař, sociální pracovníce či sám pacient. Formulář pro přijetí do hospicového zařízení má většina hospiců na svých internetových stránkách. O přijetí do hospice rozhoduje hospicový lékař či hospicový tým (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2010)

Seznam poskytovatelů hospicové péče- viz příloha

7 Nejčastější symptomy u pokročilých onemocnění

7.1 Bolest

„Bolest je vždy to, co pacient označí za bolest a vyskytuje se vždy, kdy to říká.“

Přibližně 70 - 90% pacientů s pokročilou rakovinou si stěžuje na bolest. Někdy může být příčinou bolesti tlak nádoru na orgány, kosti, nervy, krevní cévy. Bolest vede k omezení každodenních životních aktivit a k bolesti svalů (Vše o léčbě bolesti, 2006).

Bolest je často podceňována, příčiny mohou být na straně zdravotníků, pacientů a někdy i rodinných příslušníků. Zdravotníci mají většinou strach ze závislosti na opioidech. Pacienti často zatajují bolest, myslí si, že je nevyhnutelná a neléčitelná. Důležité je soustředit se a hodnocení bolesti, měření intenzity bolesti, hodnocení charakteru bolesti, doba trvání a frekvence bolesti (O'Connor, 2003).

Cílem analgezie je udržet pacienta v pohodlí, bez bolesti a v bdělém stavu. Důležité je nepodceňovat a předcházet komplikacím, které mohou přijít v souvislosti s podáváním opioidních analgetik (Richards, 2004).

Sestra by měla poskytovat lékařům významné informace o tom, zda léčba, kterou ordinují, pacientovi opravdu pomáhá. Důležité jsou záznamy v dokumentaci o bolesti. Lékaři získají přehled o intenzitě bolesti v závislosti na čase, podaných lécích a podpůrných prostředcích (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006).

7.2 Dušnost

Je subjektivní pocit, kdy nemocný pociťuje strach a úzkost, nemocný má pocit, že už se nikdy nenadechne. Pacienti popisují dušnost velmi živě - „mám hrudník v okovech“, „jako kdybych se nadechoval a zároveň pil vodu“, nebo „dusím se“. Tento příznak je velmi nepříjemný pro pacienta i pro personál, sestry mohou také pociťovat stav bezmoci při pohledu na pacienta, který zápasí s dechem (O'Connor, 2003).

Kromě farmakologické léčby jsou doporučovány také nefarmakologické postupy při léčbě dušnosti:

- uklidnit pacienta;
- zaujmout, co nejméně nepříjemnou polohu;
- pravidelně ochlazovat a zvlhčovat vzduch;
- zajistit proudění čerstvého vzduchu (otevření okna, ventilátor);

- dechová a relaxační cvičení (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006; Youngová, 2010).

7.3 Chrčivé dýchání

U terminálního chrčivého dýchání je důležité vysvětlit rodině a pečovatелům, že pro pacienta většinou není tento stav bolestivý. Pacient většinou nevnímá sebe ani okolí. Příčinou chrčení je hromadění sekretu v dýchacích cestách u zesláblých nemocných, kteří nejsou schopni vykašlávání. Z ošetrovatelského hlediska je doporučováno uložit pacienta na bok, odsávat pacienta podle potřeby, který jsou v kómatu, ne pacienty při vědomí (riziko zvracení, aspirace, diskomfort), rozumně postupovat s hydratací (Youngová, 2010).

7.4 Únava

Únava negativně ovlivňuje kvalitu pacientova života. Únava má fyzické, psychické a kognitivní příznaky.

- fyzické příznaky - slabost, celková ochablost, ospalost, vyčerpání, pobolívání po celém těle, letargie, nedostatek energie;
- psychické příznaky - znučenost, nedostatek motivace, deprese;
- kognitivní příznaky - neschopnost koncentrace.

Sestra může pacientovi pomoci s únavou tím, že s ním bude komunikovat o problému (např. jak změnit myšlenky na smrt). Pacienti si mohou vést deník, aby se zjistilo, kdy je únava horší a kdy mírnější. Sestry mohou naučit pacienta hodnotit svojí únavu na číselné škále a pomoci jim naplánovat aktivity i odpočinek. Zvyšující únava a spavost může být známkou toho, že se blíží konec života. Sestry by měly vždy naslouchat pacientovi a jeho rodině a posoudit, zda si pacient ještě přeje aktivní léčbu únavy (O'Connor, 2003).

7.5 Zácpa

Zácpa se vyskytuje často u pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním. Příčiny zácpy mohou být různé např: snížení hybnosti, vliv výživy, vliv léků či střešní obstrukce. Hlavní příčinou zácpy jsou silné opioidy.

Ošetrovatelské postupy, jak předcházet zácpe:

- snaha o pravidelný příjem potravy;
- snažit se o dostatečný příjem tekutin;

- snažit se o dostatečný příjem vlákniny, pokud je tolerována (není to vhodný postup u terminálně nemocných);
- snaha o mobilizaci pacienta, pokud to jeho stav dovolí;
- naučit pacienta využívat gastrokolický reflex (defekace nejlépe ráno, 30 minut po jídle);
- umožnit soukromí pro defekaci;
- využít polohu vsedě, u ležících pacientů polohu na levém boku, event. zkusit přitažení dolních končetin k břichu.

Pokud je pacient vyšetřován lékařem či sestrou pro zácpu, musí být vše zaznamenáno v dokumentaci, aby nedocházelo k zbytečnému přetěžování pacienta (O'Connor, 2003; Youngová, 2010).

7.6 Nevolnost a zvracení

Jde o velmi obtížné příznaky, kdy dochází k pocitu vyčerpání a snížení kvality života. „Role sestry při léčbě nevolnosti a zvracení vyžaduje výborné diagnostické schopnosti a aktuální znalost fyziologie, léků a vhodných nefarmakologických prostředků.“ Těmto nepříjemným symptomům by se mělo v paliativní péči více věnovat zaměřit se na pečlivou analýzu příčin nevolnosti a zvracení a také na vhodné léčebné zákroky, které mohou potlačit nepříjemnou situaci a přispět ke zvýšení kvality života, ke klidné smrti a hezkým vzpomínkám u pozůstalých (O'Connor, 2003).

7.7 Potíže při příjmu potravy

Nechutenství je velmi častým příznakem pokročilých onemocnění. Důvodů může být celá řada. Některé příčiny můžeme kauzálně ovlivnit, častým důvodem je nedostatečně léčená bolest. U pacientů v terminálním stadiu onemocnění zcela respektujeme přání nemocného. Pokud pacient odmítá přijímat stravu, nenutíme ho a nepřesvědčujeme. V některých případech je nutné vysvětlit rodině, že pacient netrpí hladu a pacient v tomto stadiu už nepocítuje hlad. Odmítání stravy je přirozeným projevem umírání. (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2006).

7.8 Hydratace

Role sestry je, aby pacienta pravidelně hydratovala po douškách a zajistila, aby měl pacient neustále po ruce různé druhy nápojů. Někdy malé množství alkoholu, může kladně působit na chuť k jídlu. Sucho v ústech můžeme pacientovi zmírnit například podáním ledové kostky, která může být ochucená ovocným džusem nebo Coca-Colou. K jídlům je dobré podávat různé zálivky a omáčky, můžeme nabídnout i zmrzlinu (O'Connor, 2003).

7.9 Zmatenost a neklid

Akutní zmatenost se vyskytuje často u pacientů s pokročilým onemocněním, u starších osob a u lidí, kteří prodělávají více onemocnění. *„Nerozpoznaná a neléčená zmatenost je stresující zkušeností pro pacienta i jeho blízké.“* Pokud je zmatenost spojena s neklidem, hrozí pacientovi riziko pádu a úrazu. Je potřebné pečlivě pozorovat známky zmatenosti, abychom mohli zmatenost včas léčit a zabránit komplikacím (O'Connor, 2003).

7.10 Maligní rány

Maligní rány znepríjemňují pacientovi život, často nepříjemně zapáchají, secernují a bolí. Maligní rány mají výrazný vliv na psychický a sociální stav pacienta. Pacienti se často špatně smířují se znečištěním oděvů, lůžkovin a se zápachem. Také bývá problémem stud, který může být zapříčiněn lokalizací rány, kdy rána je na choulostivých místech (např. prsou, v oblasti genitálií). Role sestry je v pečlivé péči o rány a posílení pacienta v psychické stránce, posílit sebevědomí i jeho sociální kontakty (O'Connor, 2003).

IV. PRAKTICKÁ ČÁST

1 Cíle práce

Cíl č. 1) Zmapovat jaké jsou představy zdravotníků a laiků o hospicové péči.

Cíl č. 2) Zpracovat teoretickou problematiku z oblasti hospicové péče.

Cíl č. 3) Uvést jak je využívána hospicová péče na jednotlivých odděleních.

2 Výzkumné otázky a hypotézy

Výzkumná otázka č. 1) Mají zdravotní sestry vyšší znalosti o hospicové péči než laická veřejnost?

Výzkumná otázka č. 2) Zná laická veřejnost slovo hospic?

Výzkumná otázka č. 3) Je nejvíce pacientů překládáno do hospicové péče z onkologického oddělení?

Výzkumná otázka č. 4) Je internet nejčastějším zdrojem pro vyhledávání informací o hospicové péči?

Hypotéza č. 1) Zdravotní sestry mají znalosti o hospicové péči na vyšší úrovni než laická veřejnost.

H₀: „Mezi typem respondenta a informovaností není souvislost.“

H₁: „Mezi typem respondenta a informovaností je souvislost.“

Hypotéza č. 2) Vysokoškolsky vzdělaní respondenti z laické veřejnosti mají více znalostí o hospicové péči než středoškolsky vzdělaní respondenti.

H₀: „Mezi vysokoškolsky vzdělaným respondentem a středoškolsky vzdělaným respondentem a jejich informovaností není souvislost.“

H₁: „Mezi vysokoškolsky vzdělaným respondentem a středoškolsky vzdělaným respondentem a jejich informovaností je souvislost.“

Hypotéza č. 3) Vysokoškolsky vzdělané zdravotní sestry mají více znalostí o hospicové péči než středoškolsky vzdělané zdravotní sestry.

H₀: „Mezi vysokoškolsky vzdělanou zdravotní sestrou a středoškolsky vzdělanou zdravotní sestrou a jejich informovaností není souvislost.“

H₁: „Mezi vysokoškolsky vzdělanou zdravotní sestrou a středoškolsky vzdělanou zdravotní sestrou a jejich informovaností je souvislost.“

3 Metodika výzkumu

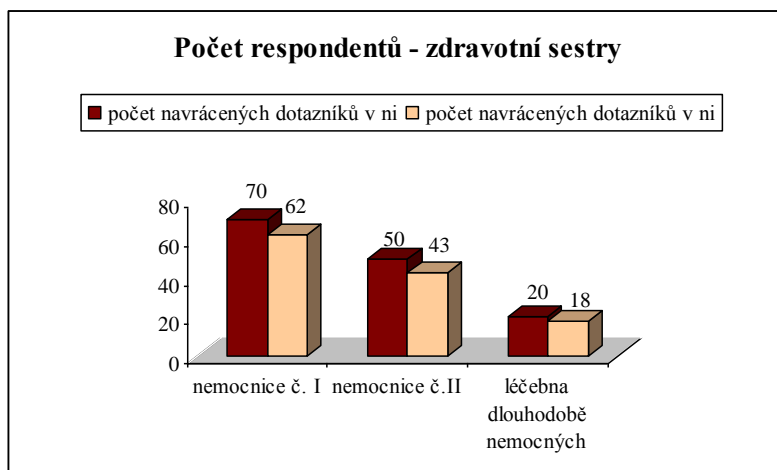
Pro svoji diplomovou práci jsem si zvolila práci teoreticko-praktickou. K získání potřebných informací jsem si vytvořila nestandardizovaný dotazník. Použila metodu dotazování, pomocí dotazníku, který je anonymní. Dotazníky jsou dva, jeden je určen zdravotním sestřám a druhý byl předkládán laické veřejnosti. Dotazníky zjišťovaly informovanost zdravotních sester a laické veřejnosti o hospicové péči. Dále jsem u zdravotních sester zjišťovala, jak často jsou překládáni pacienti do hospiců z jednotlivých oddělení.

Použité dotazníky pro zdravotní sestry a pro laickou veřejnost obsahují každý 25 tématicky provázaných otázek. V dotazníku jsem používala otázky, které jsou uzavřené a otevřené. Uzavření otázky jsou dichotomického, trichotomického a výběrového typu. Dotazníky jsou uvedeny níže v příloze.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum, který se zabýval hospicové péče, probíhal od prosince 2010 do dubna 2011. Dotazníky byly rozdány zdravotním sestřám do okresních nemocnic a do léčebny dlouhodobě nemocných. Název nemocnic a léčebny dlouhodobě nemocných neuvádím z důvodu anonymity zařízení. Celkem bylo rozdáno 140 dotazníků pro zdravotní sestry. Z celkového počtu 140 dotazníků se vrátilo celkem 123 dotazníků vyplněných, což činí 88% z celkového počtu.

Zde uvádím graf, který nám ukazuje návratnost jednotlivých dotazníků z institucí.



Obrázek 1 - Počet respondentů - zdravotní sestry

Dále uvádím tabulku, která nám ukazuje, jaká byla návratnost dotazníků z jednotlivých oddělení v nemocnici č. I.

Tabulka 1 - Nemocnice č. I

Nemocnice č. I	počet rozdaných dotazníků v n_i	počet navrácených dotazníků v n_i	počet navrácených dotazníků v f_i
onkologické oddělení	20	16	80%
geriatrické oddělení	14	14	100%
chirurgické oddělení	12	11	92%
neurologické oddělení	12	11	92%
interní oddělení	12	10	83%
celkem	70	62	89%

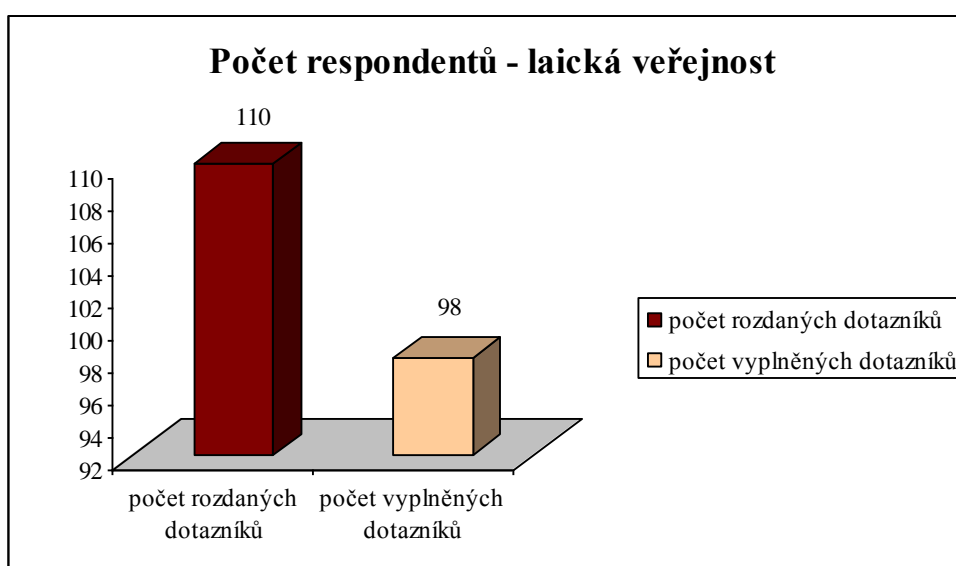
Další tabulka znázorňuje, jaká byla návratnost dotazníků z jednotlivých oddělení z nemocnice č. II.

Tabulka 2 - Nemocnice č. II

Nemocnice č. II	počet rozdaných dotazníků v n_i	počet navrácených dotazníků v n_i	počet navrácených dotazníků v f_i
chirurgické oddělení	10	10	100%
interní oddělení	10	9	90%
neurologické oddělení	10	7	70%
léčebna dlouhodobě nemocných	20	17	85%
celkem	50	43	86%

Dále jsem rozdala dotazníky laické veřejnosti. Respondenti byli vybráni z Pardubického kraje. Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků laické veřejnosti. Z celkového počtu 110 dotazníků se vrátilo celkem 98 dotazníků vyplněných, což činí 89% z celkového počtu.

Následující graf nám znázorňuje návratnost jednotlivých dotazníků od laické veřejnosti.



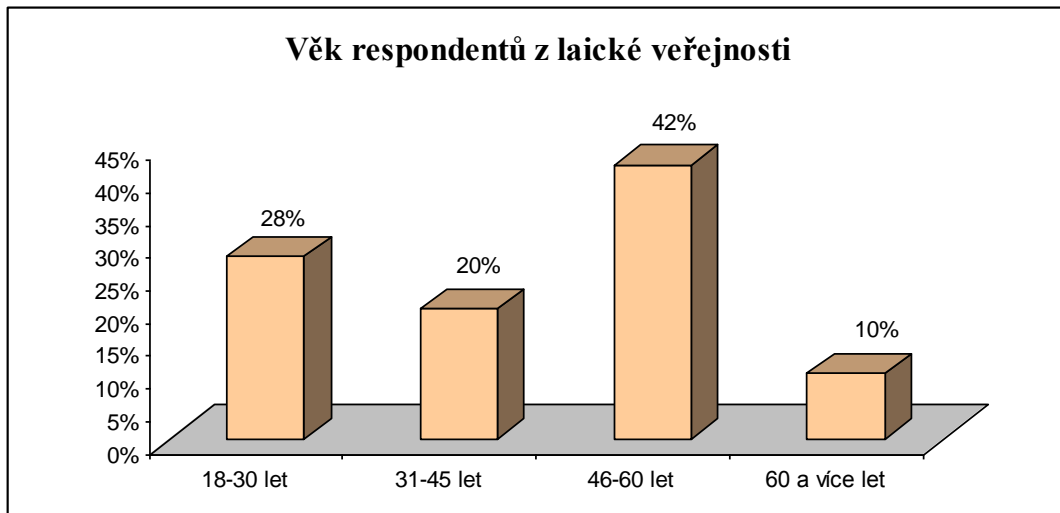
Obrázek 2 - Počet respondentů - laická veřejnost

3.2 Zpracování získaných dat

K vyhodnocení výsledků jsem používala pro lepší přehlednost grafy a tabulky vytvořené v programu Microsoft Office Excel 2003. V tabulkách a v grafech jsou uvedeny zkratky pro absolutní četnost n_i a pro relativní četnost f_i . K výpočtu relativní četnosti jsem použila vzorec: $f_i = (n_i / n) \times 100$.

4. Prezentace výsledků - laická veřejnost.

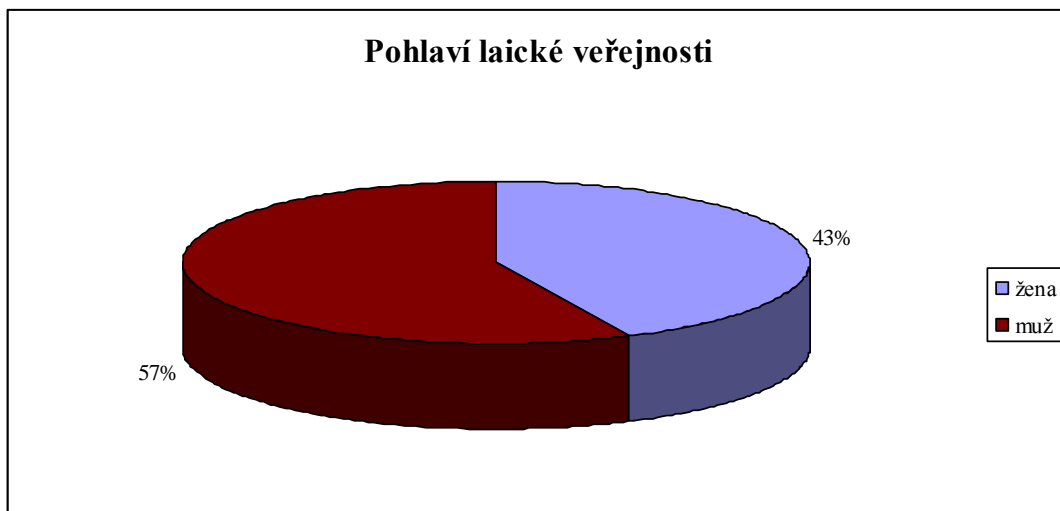
4.1 Otázka č. 1: Kolik Vám je let?



Obrázek 3 - Věk respondentů z laické veřejnosti

V této otázce jsem se chtěla informovat o věku respondentů. Nejpočetnější skupina dotazovaných je v období starší dospělosti okolo 46 až 60 let, to odpovídá 42% z celkového počtu vyplněných dotazníků, 28% respondentů je ve věku mezi 18 - 30 lety, 20% respondentů je ve věku mezi 31 - 45 lety a 10% respondentů je ve věku 60 a více.

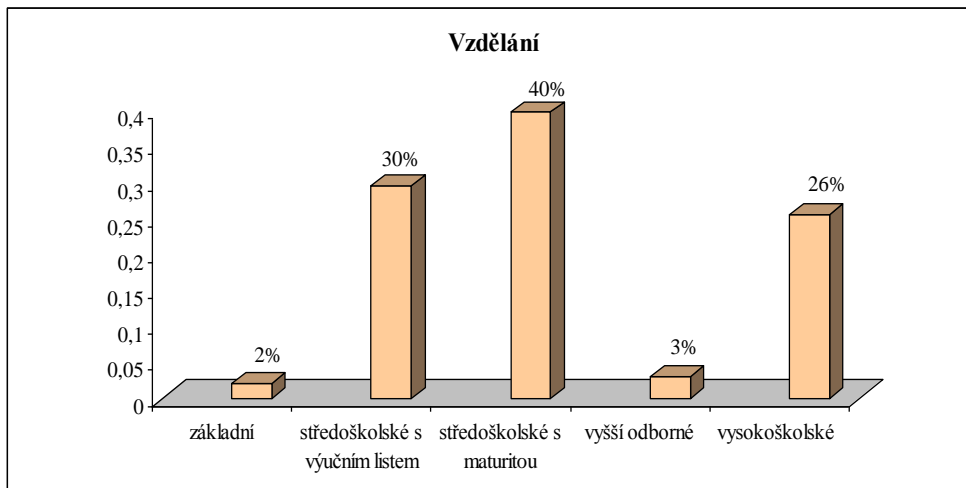
4.2 Otázka č. 2: Pohlaví



Obrázek 4 - Pohlaví laické veřejnosti

Tato otázka mě informuje o pohlaví laické veřejnosti. Z celkového počtu 98 rozdaných dotazníků je 57% mužů a 43% žen.

4.3 Otázka č. 3: Vzdělání



Obrázek 5 - Vzdělání

V této otázce jsem se dotazovala respondentů na nejvyšší dosažené vzdělání. Z celkového počtu 98 dotazovaných 40% respondentů dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou, 30% respondentů dosáhlo středoškolského vzdělání s výučním listem, 26% respondentů dosáhlo vysokoškolského vzdělání, 3% respondentů vyššího odborného vzdělání a pouhé 2% respondentů základního vzdělání.

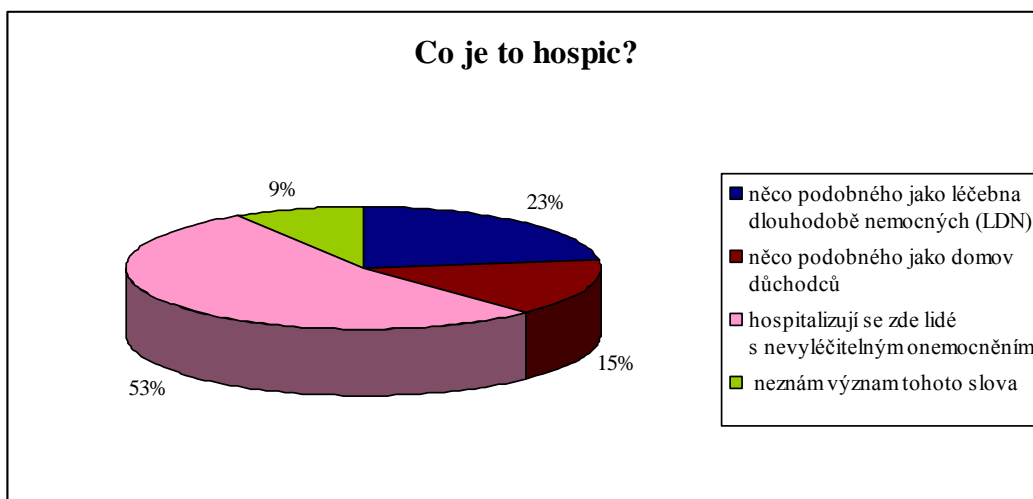
4.4 Otázka č. 4: Když se řekne slovo hospic, mám přibližně představu, o jakou péči se jedná.



Obrázek 6 - Představa o hospici.

V této otázce jsem se ptala respondentů, zda mají nějakou představu, o jakou péči se jedná, když se řekne slovo hospic. 9% respondentů uvedlo, že nemají představu o slově hospic. 91% respondentů uvedlo, že mají představu o slově hospic.

4.5 Otázka č. 5: Co je to hospic?



Obrázek 7 - Co je to hospic?

Dále jsem se respondentů dotazovala na konkrétnější otázku, co je to hospic. Z celkového počtu 98 dotazníků 53% respondentů odpovědělo správnou variantu, 23% dotazovaných si myslí, že hospic je něco podobného jako léčebna dlouhodobě nemocných, 15% dotazovaných si myslí, že hospic je něco podobného jako domov důchodců a 9% dotazovaných nezná význam tohoto slova. Těchto 9 dotazníků jsem dále nezapočítávala do celkového počtu dotazníků a vyřadila jsem tyto respondenty nadále z výzkumu.

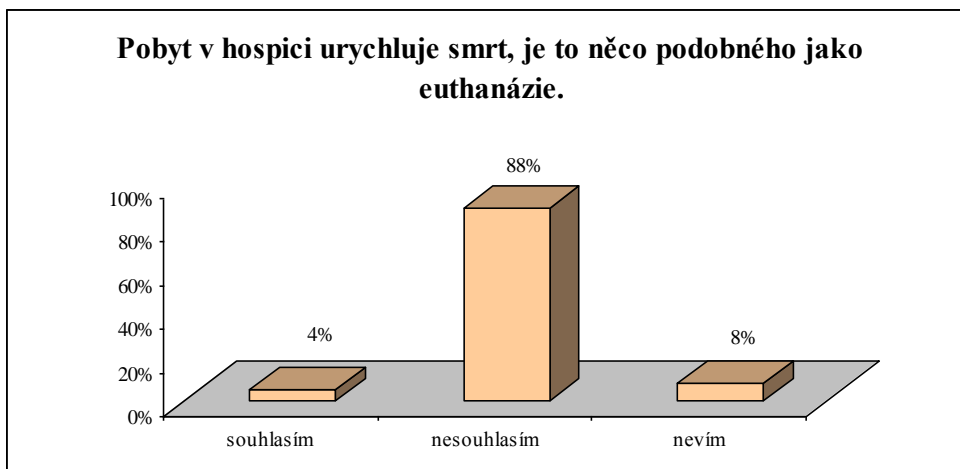
4.6 Otázka č. 13: Jeden z hospiců se nachází přímo v Pardubicích.



Obrázek 8 - Jeden z hospiců se nachází přímo v Pardubicích.

V této otázce jsem se laické veřejnosti ptala, zda se hospic nachází v Pardubicích. Z celkového počtu 89 dotazníků odpovědělo 62% respondentů správnou variantu ne a 38% respondentů odpovědělo špatně ano. Těchto 34 respondentů se nejspíše domnívá, že hospic je něco podobného jako léčebna dlouhodobě nemocných, či domov důchodců.

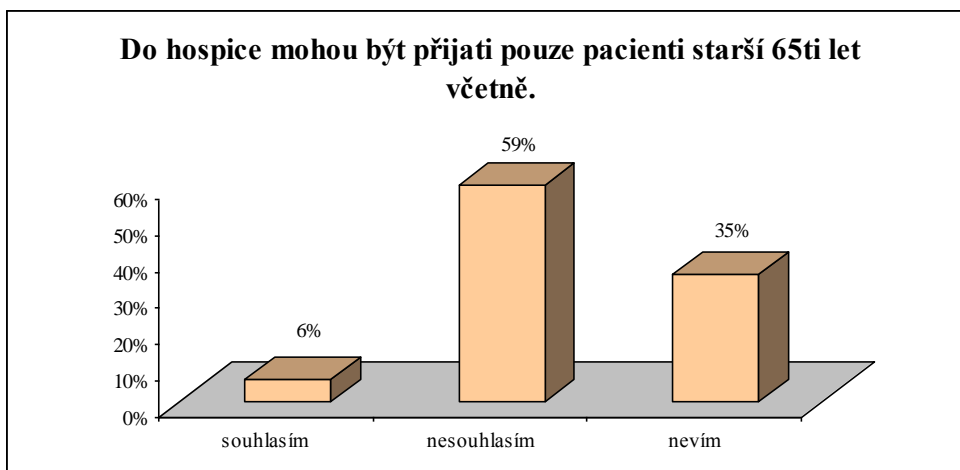
4.7 Otázka č. 15: Pobyt v hospici urychluje smrt, je to něco podobného jako euthanázie.



Obrázek 9 - Pobyt v hospici je něco podobného jako euthanázie.

V této otázce jsem se ptala respondentů, jestli pobyt v hospici urychluje smrt. Z celkového počtu 89 dotazníků 88% respondentů uvedlo, že s tímto verdiktem nesouhlasí, 4% respondentů souhlasí a 8% respondentů odpovědělo, že neví.

4.8 Otázka č. 17: Do hospice mohou být přijati pouze pacienti starší 65ti let včetně.



Obrázek 10 - Do hospice mohou být přijati pouze pacienti starší 65ti let včetně.

V této otázce jsem se ptala laické veřejnosti, jestli je nějaké věkové omezení, kdo může být přijat do hospice. 59% respondentů odpovědělo, že nesouhlasí s tím, že do hospice mohou být přijati pouze pacienti starší 65ti let včetně, 35% respondentů neví, zda je nějaké věkové omezení a 6% respondentů souhlasí s tím, že do hospice jsou přijímáni pacienti starších 65ti let.

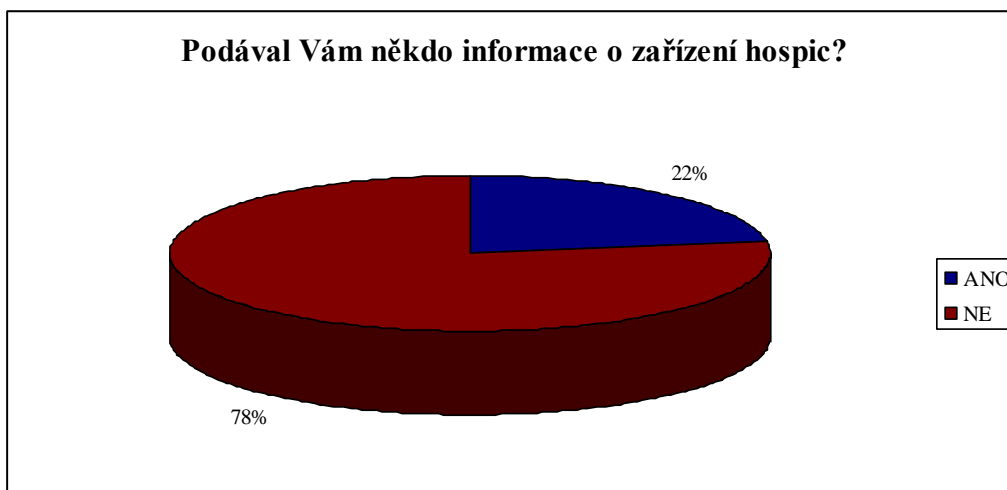
4.9 Otázka č. 19: Na co se nejvíce zaměřuje hospic?



Obrázek 11 - Na co se zaměřuje hospic?

V této otázce jsem se ptala respondentů na zaměření hospice. Z celkového počtu 89 dotazníků odpovědělo 84% respondentů správnou odpověď, že se nejvíce zaměřuje na kvalitu života nemocného. 13% respondentů si myslí, že se hospic nejvíce zaměřuje na hydrataci a výživu. 3% respondentů se domnívá, že se hospic nejvíce zaměřuje na příbuzného nemocného. Žádný z respondentů neodpověděl možnost na kvalitní zařízení pokoje.

4.10 Otázka č. 21: Podával Vám někdo informace o zařízení hospic? Jestli ano, napište prosím kdo.

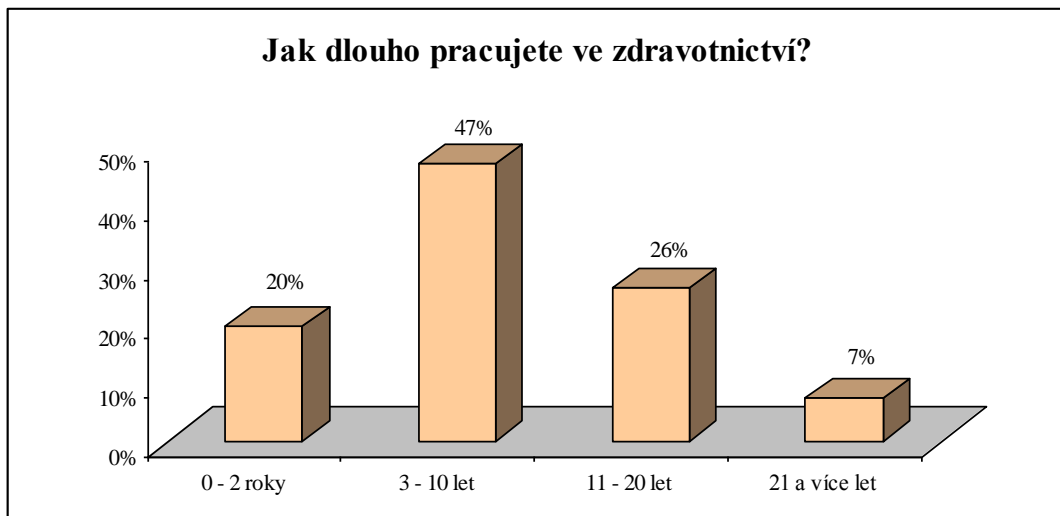


Obrázek 12 - Podával Vám někdo informace o zařízení hospic?

V této otázce jsem se ptala respondentů, zda je někdo informoval o zařízení hospic. 22% respondentů odpovědělo, že ano. 78% respondentů odpovědělo, že nedostali žádné informace o zařízení hospic. 22% respondentů bylo informováno většinou od známých, od kamarádů a od lékaře.

5. Prezentace výsledků - zdravotní sestry.

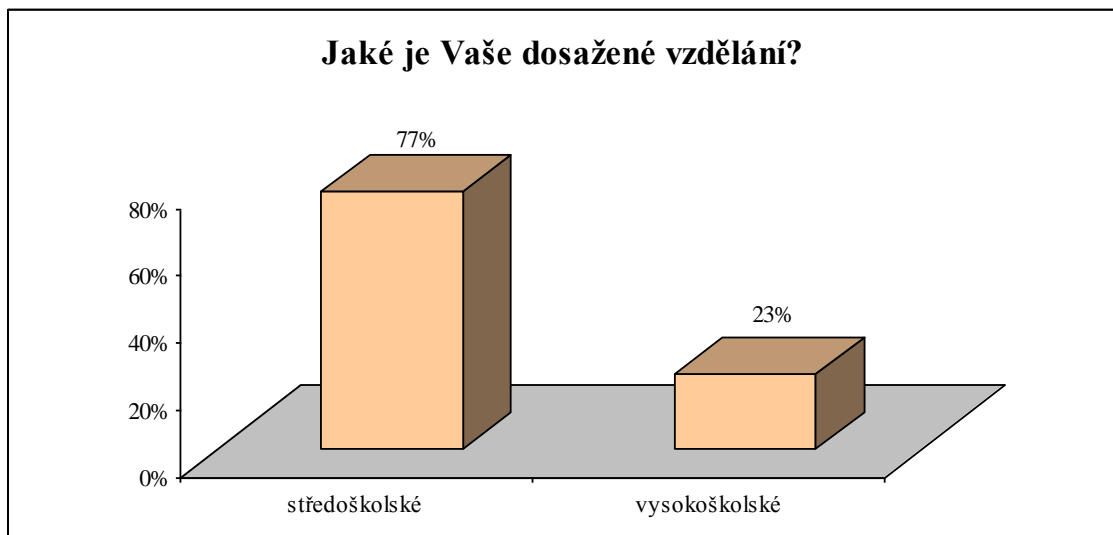
5.1 Otázka č. 1: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?



Obrázek 13 - Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

V této otázce jsem se ptala zdravotních sester, jak dlouho pracují ve zdravotnictví. Z celkového počtu 123 dotazníků pracuje 47% ve zdravotnictví 3 - 10 let, 26% pracují ve zdravotnictví 11 - 20 let, 20% pracují ve zdravotnictví 0 - 2 roky a 7% pracuje 21 a více let ve zdravotnictví.

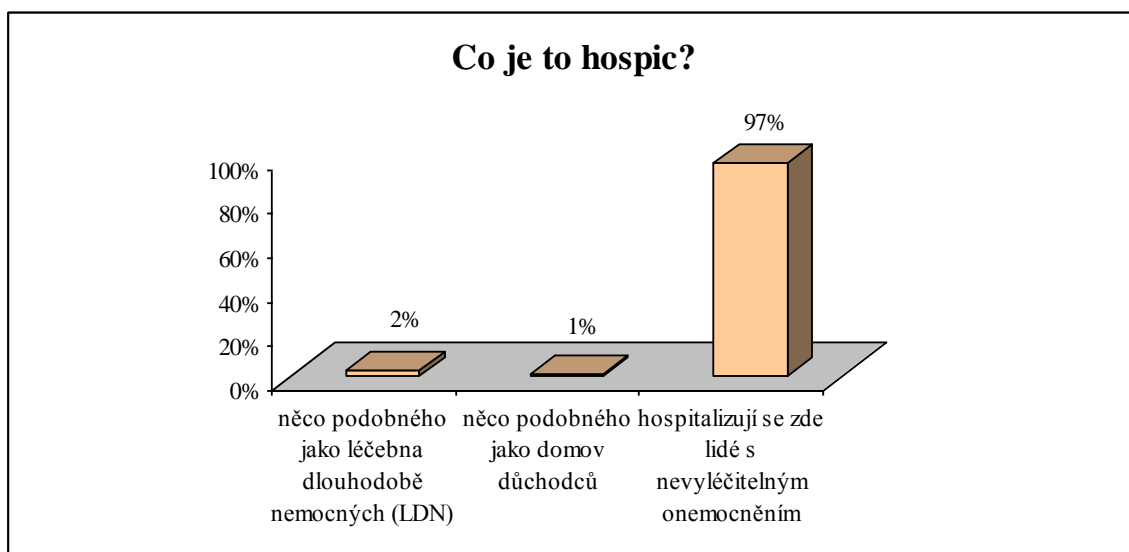
5.2 Otázka č.2: Jaké je Vaše dosažené vzdělání?



Obrázek 14 - Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

Tato otázka byla zaměřená na vzdělání zdravotních sester. Z celkového počtu 123 dotazníků 77% zdravotních sester dosáhlo středoškolského vzdělání a 23% zdravotních sester dosáhlo vysokoškolského vzdělání.

5.3 Otázka č.3: Co je to hospic?



Obrázek 15 - Co je to hospic?

V této otázce jsem chtěla zkontrolovat, zda zdravotní sestry vědí, co je to hospic. 97% zdravotních sester odpovědělo správnou odpověď a pouhé 3% zdravotních sester odpovědělo nesprávnou odpověď.

5.4 Otázka č. 12: Fáze vyrovnávání se s blízkostí smrti podle *Elisabeth Kübler-Rossové* jsou tyto.

Tabulka 3 - Fáze vyrovnání se s blízkostí smrti podle *Elisabeth Kübler-Rossové*

Fáze vyrovnávání se s blízkostí smrti podle Elisabeth Kübler-Rossové jsou tyto	absolutní četnost (n_i)	relativní četnost (f_i)
a) frustrace, stres, agrese, vyčerpání	0	0%
b) negace, agrese, smlouvání, deprese, smíření	113	97%
c) odmítání, bolest, negace, rezignace	4	3%
d) se žádnou z výše uvedených odpovědí nesouhlasím	0	0%
celkem	117	100%

V této otázce jsem se ptala zdravotních sester, jaké jsou fáze vyrovnávání se s blízkostí smrti podle *Elisabeth Kübler-Rossové*. V tabulce vidíme, že 97% zdravotních sester odpovědělo správnou odpověď a pouhé 3% zdravotních sester odpovědělo nesprávnou odpověď.

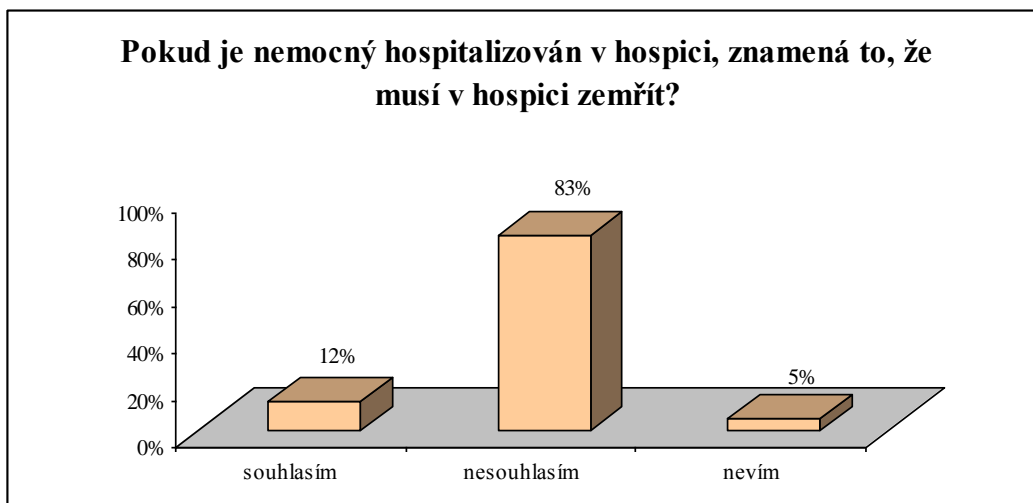
5.5 Otázka č. 15: Jací pacienti se nejčastěji hospitalizují v hospici? S jakou diagnózou? Prosím napište podle svého názoru některá onemocnění.

V této otázce jsem se ptala zdravotních sester, jací pacienti se nejčastěji hospitalizují v hospici, s jakým konkrétním onemocněním. Nejvíce odpovědí bylo obecnějších jako např. rakovina, onkologická onemocnění, nevléčitelná onemocnění, některé odpovědi byly i konkrétnější viz. následující tabulka. Z celkového počtu 123 dotazníků bylo 37 dotazníků v této otázce nezodpovězených.

Tabulka 4 - Jací pacienti se nejčastěji hospitalizují v hospici?

Jací pacienti se nejčastěji hospitalizují v hospici? S jakou diagnózou?	absolutní četnost (n_i)	relativní četnost (f_i)
rakovina	47	38%
onkologická onemocnění	35	28%
nevléčitelné onemocnění - terminální stádia	17	14%
roztroušená skleróza	11	9%
kdokoliv	10	8%
karcinom pankreatu	4	3%
selhávání orgánů	4	3%
karcinom rektosigmatu s generalizací do jater	3	2%
poslední stádia demence	2	2%
leukémie	1	1%
tlumení bolestí	1	1%
paliaci	1	1%
cévní mozková příhoda	1	1%
nevyplněné	37	30%

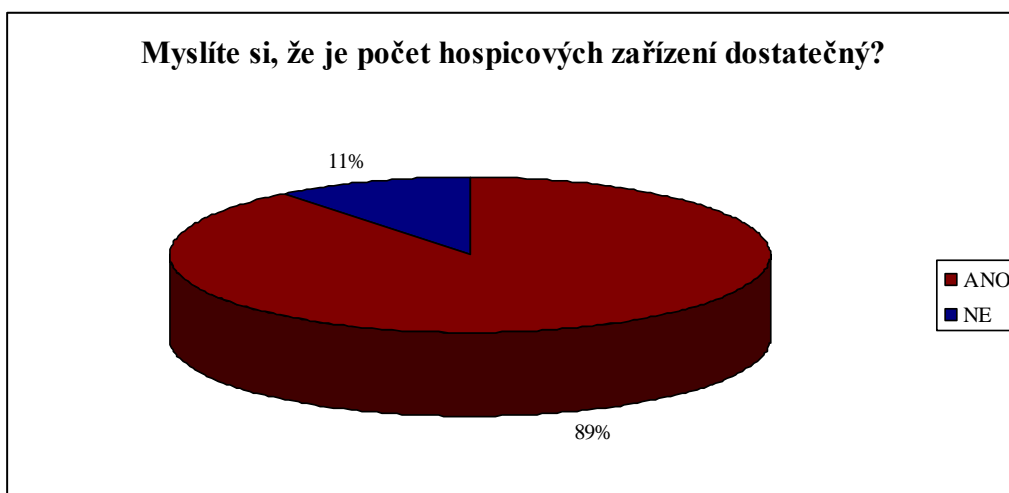
5.6 Otázka č. 17: Pokud je nemocný hospitalizován v hospici, znamená to, že musí v hospici zemřít?



Obrázek 16 - Pokud je nemocný hospitalizován v hospici, znamená to, že musí v hospici umřít?

V této otázce jsem se ptala zdravotních sester, jestli hospitalizovaný pacient v hospici musí také v hospici zemřít. 83% zdravotních sester odpovědělo, že s tímto verdiktem nesouhlasí. 12% zdravotních sester odpovědělo, že s tímto verdiktem souhlasí a 5% zdravotních sester neví.

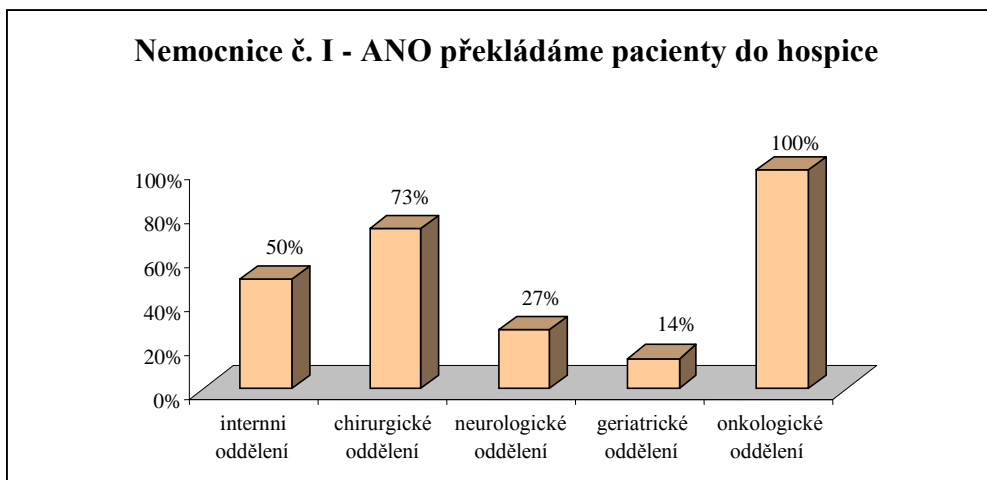
5.7 Otázka č. 18: Myslíte si, že je počet hospicových zařízení dostatečný?



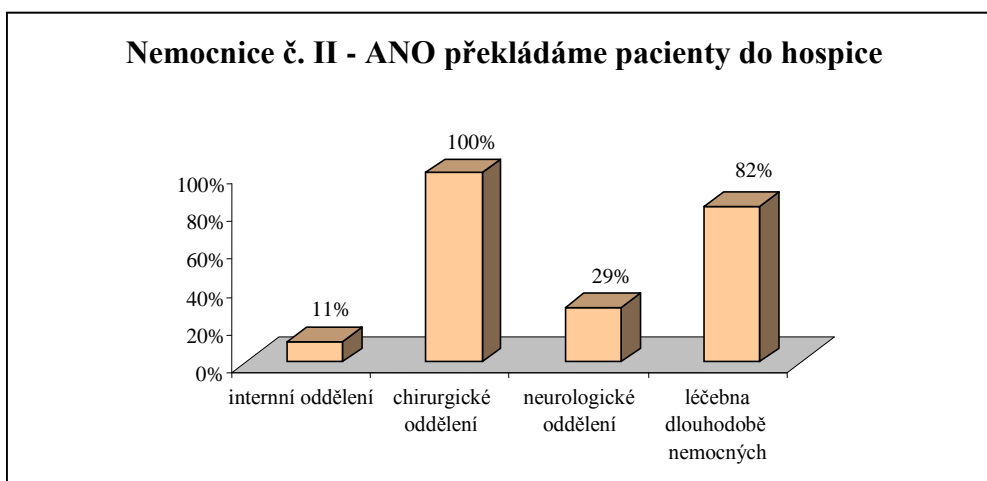
Obrázek 17 - Myslíte si, že je počet hospicových zařízení dostatečný?

V této otázce jsem se ptala zdravotních sester, zda si myslí, že je počet hospicových zařízení dostatečný. 89% zdravotních sester se domnívá, že ano. 11% zdravotních sester se domnívá, že ne.

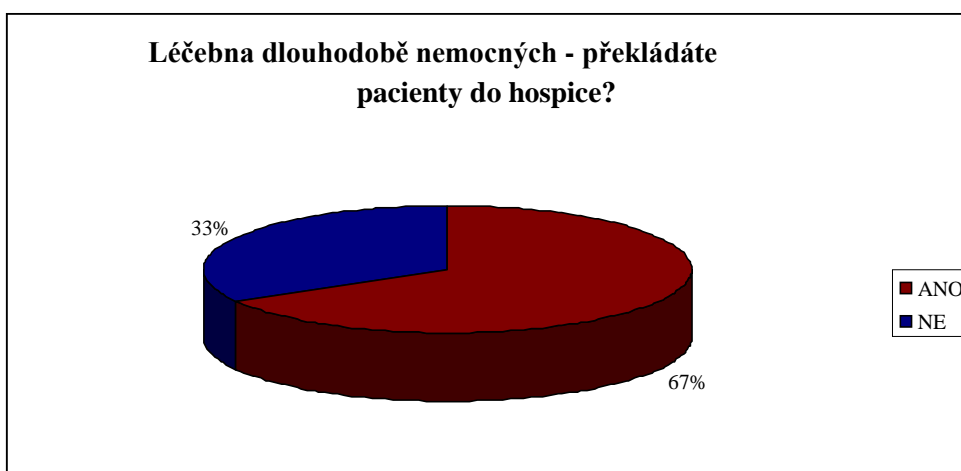
**5.8 Otázka č.20: Překládáte některé pacienty do hospice z vašeho oddělení?
Pokud ano, napište, jak často.**



Obrázek 18 -Nemocnice č. I



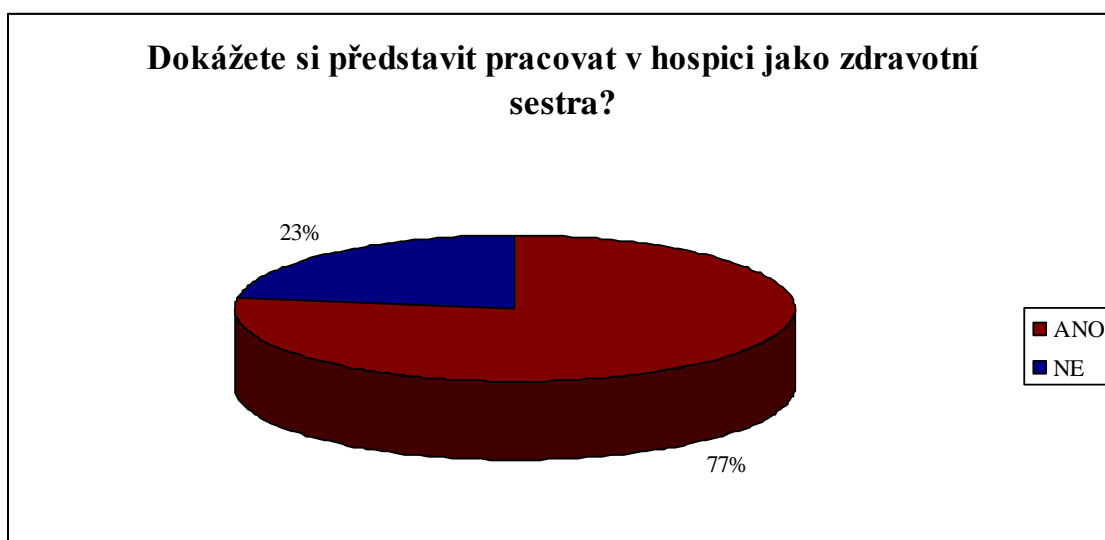
Obrázek 19 - Nemocnice č. II



Obrázek 20 - LDN

V této otázce jsem se ptala zdravotních sester, jestli z konkrétního oddělení na kterém pracují, překládají pacienty do hospiců. Z nemocnice č. I se nejvíce překládá do hospice z onkologického oddělení a nejméně z geriatrického oddělení. Z nemocnice č. II se nejvíce překládá pacientů z chirurgického oddělení a nejméně z interního. Z léčebny dlouhodobě nemocných odpovědělo z celkového počtu 18 dotazníků 67% respondentů, že překládají pacienty do hospice. Na otázku, jak často překládají pacienty do hospiců, odpovídaly zdravotní sestry velmi odlišné odpovědi, které se nedaly graficky znázornit.

5.9 Otázka č. 21: Dokážete si představit pracovat v hospici jako zdravotní sestra?



Obrázek 21 - Dokážete si představit pracovat v hospici jako zdravotní sestra?

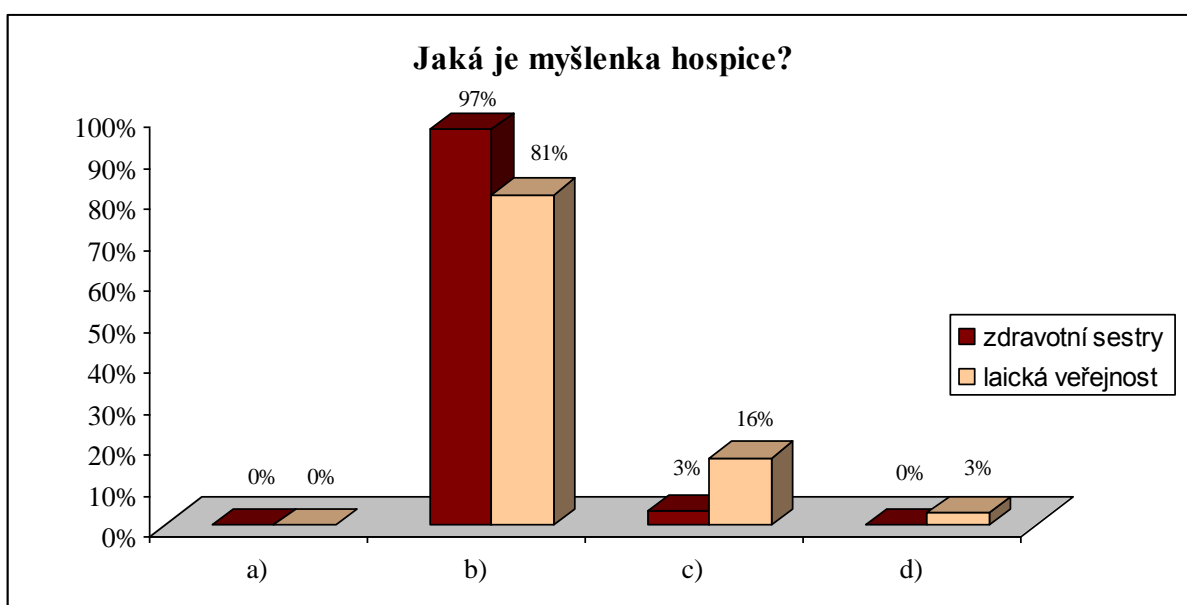
V této otázce jsem se ptala zdravotních sester, jestli by si dokázali představit pracovat v hospici. Z celkového počtu 123 dotazníků odpovědělo 77% zdravotních sester by si dokázalo představit pracovat v hospici. 23% zdravotních sester si nedokáže představit pracovat v hospici.

6. Prezentace výsledků - laická veřejnost a zdravotní sestry (společné otázky).

6.1 Jaká je myšlenka hospice?

Tabulka 5 - Možnosti odpovědí k otázce: Jaká je myšlenka hospice?

	možnosti odpovědí
a)	středem zájmu se stává nemoc, nemocný ustupuje do anonymity
b)	vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti
c)	je určený převážně pro věřící v poslední etapě života
d)	soustředí se hlavně na léčbu onemocnění



Obrázek 22 - Jaká je myšlenka hospice?

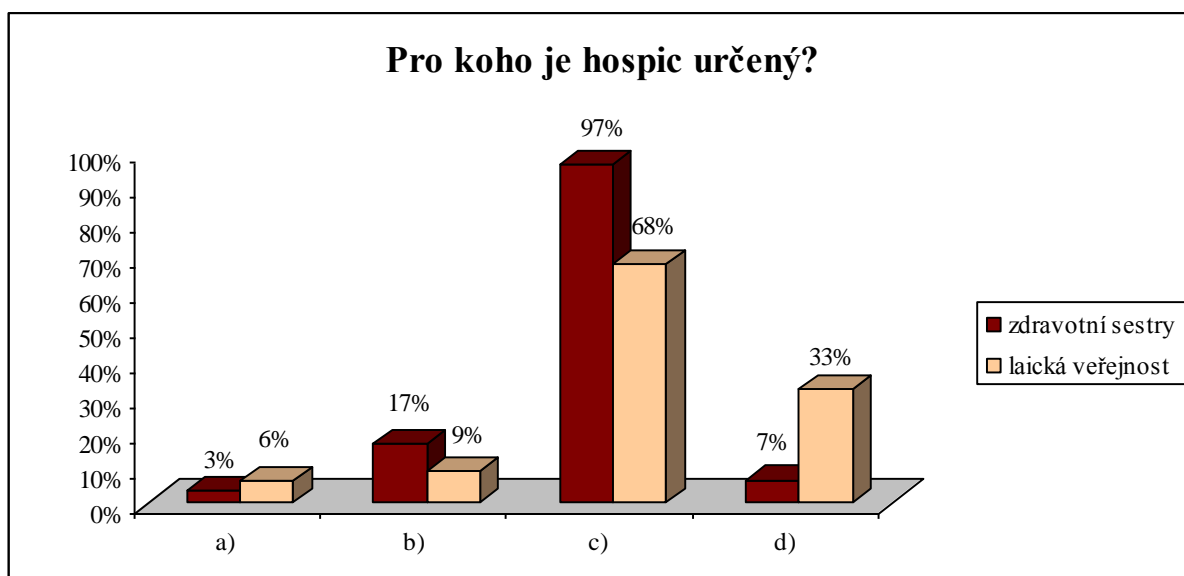
V této otázce jsem se ptala respondentů na myšlenku hospice. Odpovědi respondentů jsem porovnávala mezi zdravotními sestrami a laickou veřejností. V grafu je patrné, že obě porovnávané skupiny odpověděli ve většině správnou odpověď. Z celkového počtu 123 dotazníků odpovědělo 97% zdravotních sester správnou odpověď a pouze 3% zdravotních sester odpovědělo nesprávnou odpověď. Z celkového počtu 89 dotazníků odpovědělo 81% laické veřejnosti správnou odpověď a 19% laické veřejnosti odpovědělo nesprávnou odpověď.

6.2 Pro koho je hospic určený?

V této otázce měli respondenti uvedenou možnost zakroužkování i více odpovědí.

Tabulka 6 - Možnosti odpovědí k otázce: Pro koho je hospic určený?

	možnosti odpovědí - možnost zakroužkování i více odpovědí
a)	hospicová péče je určena pacientům od 65 ti let
b)	hospicová péče může poskytovat i možnost respitního pobytu
c)	pro nemocného v terminální fázi nevyléčitelného onemocnění
d)	pro všechny nemocné s bolestí



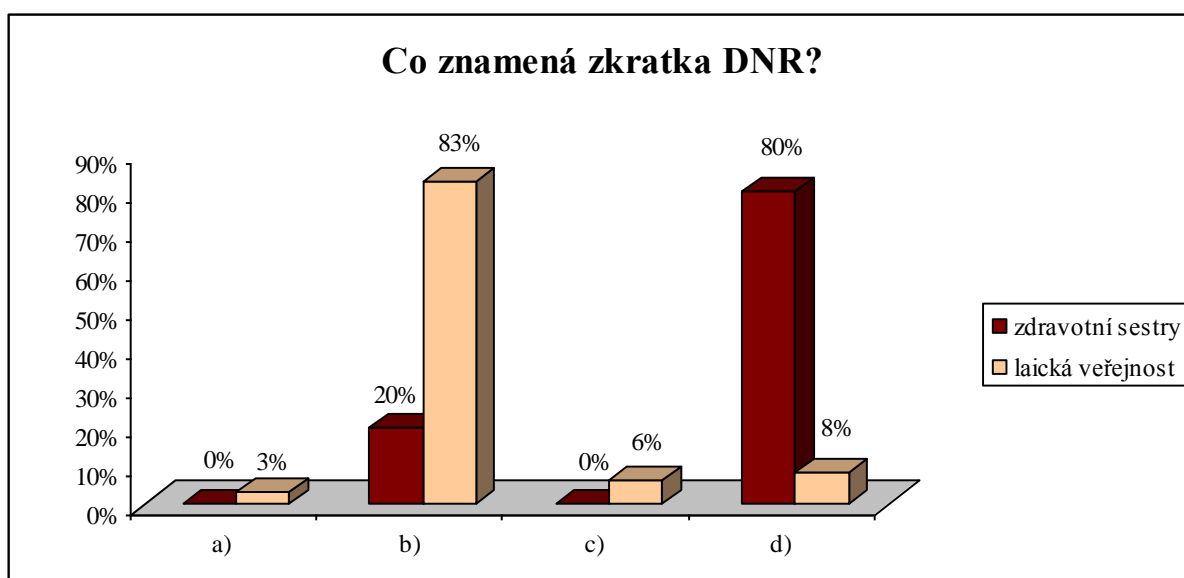
Obrázek 23 - Pro koho je hospic určený?

V této otázce jsem se ptala respondentů, pro koho je hospic určený. Z celkového počtu 123 dotazníků od zdravotních sester odpovědělo 97% správnou odpověď, že je hospic určený pro nemocné v terminální fázi onemocnění. Pouhých 17% zdravotních sester si vzpomnělo, že hospic, může poskytovat i respitní péči. 7% zdravotních sester odpovědělo, že je hospic určený pro všechny nemocné s bolestí a 3% zdravotních sester se domnívá, že je hospic určený pacientům od 65ti let. Z celkového počtu 89 dotazníků laické veřejnosti odpovědělo 68% správnou odpověď, že je hospic určený pro nemocné v terminální fázi onemocnění. 33% laické veřejnosti se domnívá, že je hospic určený pro všechny nemocné s bolestí. 9% laické veřejnosti uvedlo, že hospic může poskytovat i respitní péči a 6% respondentů se domnívá, že je hospicová péče určena pacientů od 65 ti let.

6.3 Co znamená zkratka DNR?

Tabulka 7 - Možnosti odpovědí k otázce: Co znamená zkratka DNR?

	možnosti odpovědí
a)	znamená to, že chci euthanázii
b)	nikdy jsem to neslyšel/a
c)	znamená to, že onemocnění nelze léčit
d)	znamená to, že nechci být resuscitován



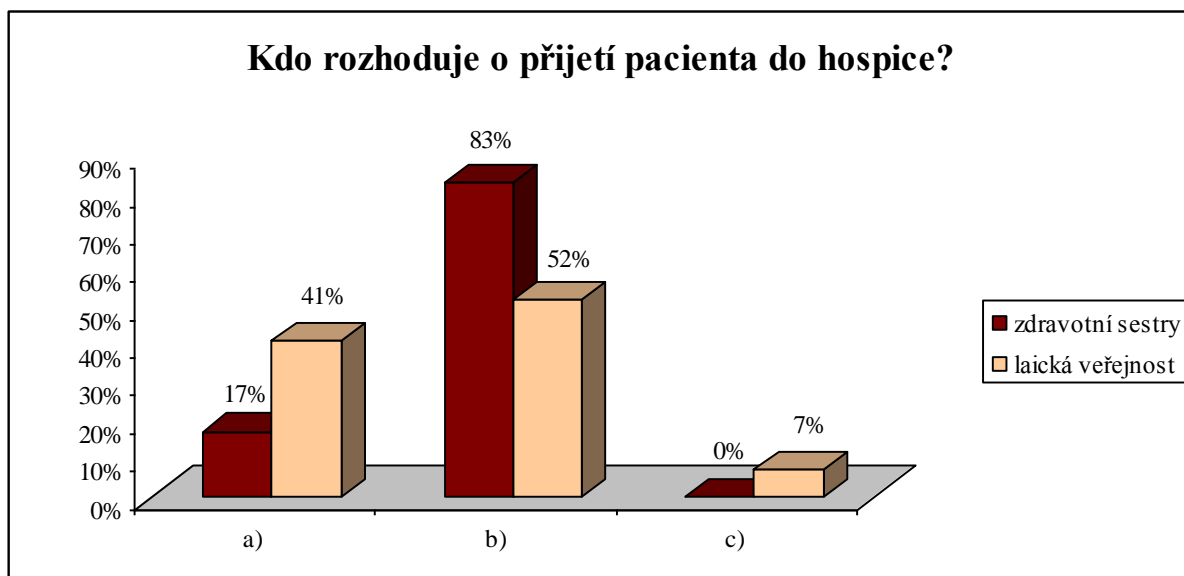
Obrázek 24 - Co znamená zkratka DNR?

V této otázce jsem se ptala respondentů, co znamená zkratka DNR. Z celkového počtu 123 dotazníků zdravotních sester odpovědělo 80% správnou odpověď a 20% zdravotních sester tuto zkratku nikdy neslyšelo. Z celkového počtu 89 dotazníků laické veřejnosti odpovědělo 83% respondentů, že tuto zkratku nikdy neslyšelo a pouhých 8% laické veřejnosti, zná význam této zkratky. 9% laické veřejnosti odpovědělo špatnou odpověď.

6.4 Kdo rozhoduje o přijetí pacienta do hospice?

Tabulka 8 - Možnosti odpovědí k otázce: Kdo rozhoduje o přijetí pacienta do hospice?

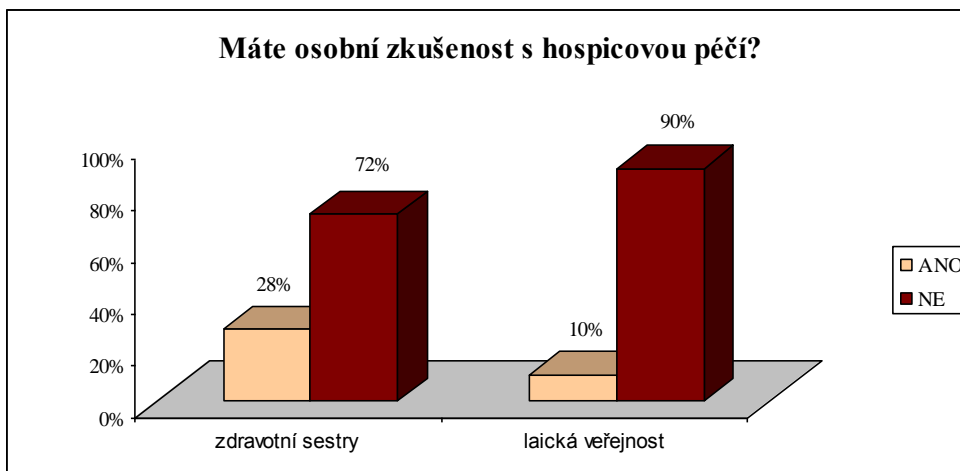
	možnosti odpovědí
a)	ošetřující lékař
b)	hospicový lékař
c)	obvodní lékař



Obrázek 25 - Kdo rozhoduje o přijetí pacienta do hospice?

V této otázce jsem se ptala respondentů, zda mají představu, kdo rozhoduje o přijetí pacienta do hospice. Z celkového počtu 123 dotazníků zdravotních sester odpovědělo 83% správnou odpověď a 17% zdravotních sester se domnívá, že o přijetí pacienta do hospice rozhoduje ošetřující lékař. Z laické veřejnosti z celkového počtu 89 dotazníků 52% odpovědělo správnou odpověď a 41% laické veřejnosti se domnívá, že o přijetí pacienta do hospice rozhoduje ošetřující lékař. 7% laické veřejnosti si myslí, že hlavní rozhodnutí k přijetí do hospice má obvodní lékař.

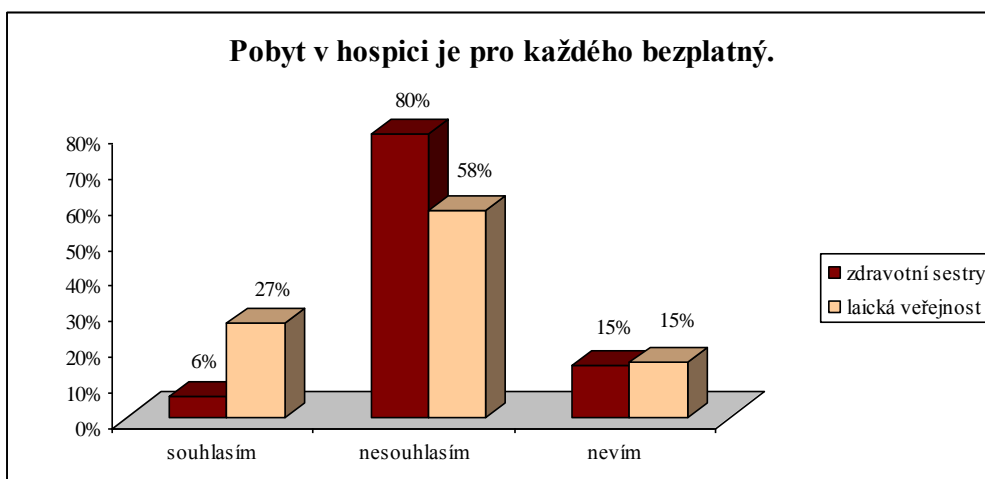
6.5 Máte osobní zkušenost s hospicovou péčí? Někdo z vašich blízkých byl hospitalizován v hospici?



Obrázek 26 - Máte osobní zkušenost s hospicovou péčí?

V této otázce jsem se ptala respondentů, zda mají osobní zkušenost s hospicovou péčí. Z celkového počtu 123 dotazníků 72% zdravotních sester odpovědělo, že nemá osobní zkušenost s hospicovou péčí a 28% respondentů odpovědělo, že mají osobní zkušenost s hospicovou péčí. Z celkového počtu 89 dotazníků 90% laické veřejnosti nemá osobní zkušenost s hospicovou péčí a 10% laické veřejnosti má osobní zkušenost s hospicovou péčí.

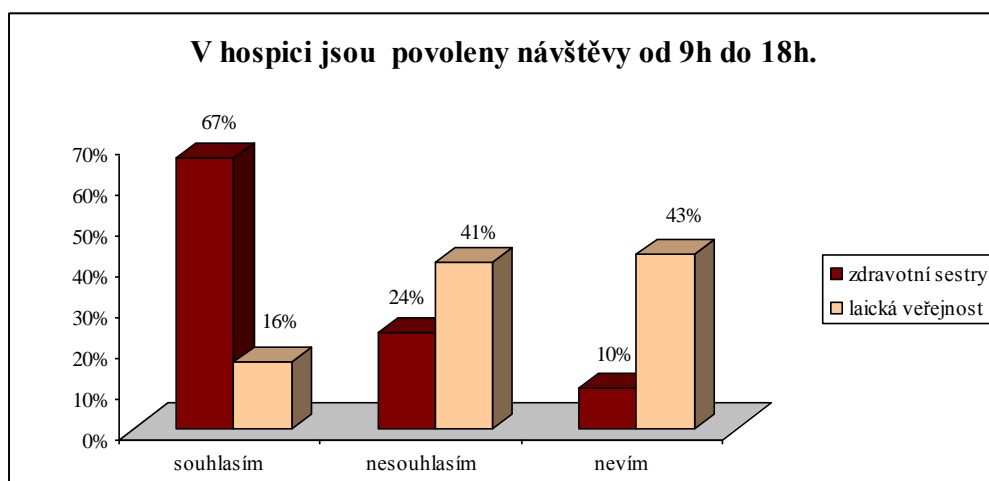
6.6 Pobyt v hospici je pro každého bezplatný.



Obrázek 27 - Pobyt v hospici je pro každého bezplatný.

V této otázce jsem se ptala respondentů, jestli si pacienti platí za pobyt v hospici. Z celkového počtu 123 dotazníků zdravotních sester 80% nesouhlasí s tím, že pobyt v hospici je bezplatný, 6% souhlasí a 15% neví. Z celkového počtu 89 dotazníků laické veřejnosti 58% nesouhlasí s tím, že pobyt v hospici je bezplatný, 27% souhlasí a 15% neví.

6.7 V hospici jsou povoleny návštěvy od 9h do 18h.



Obrázek 28 - V hospici jsou povoleny návštěvy od 9 do 18h.

V této otázce jsem si ověřovala, jestli respondenti vědí, jaké jsou povoleny návštěvy v hospici. Z celkového počtu 123 dotazníků zdravotních sester 67% souhlasí verdiktem, že jsou povoleny návštěvy od 9h. do 18h. a pouhých 24% odpovědělo správně, že nesouhlasí s tímto verdiktem, 10% zdravotních sester neví. Z celkového počtu 89 dotazníků laické veřejnosti 24% odpovědělo správně, že nesouhlasí s daným verdiktem a 16% souhlasí a 43% neví, jak je to s návštěvami v hospici.

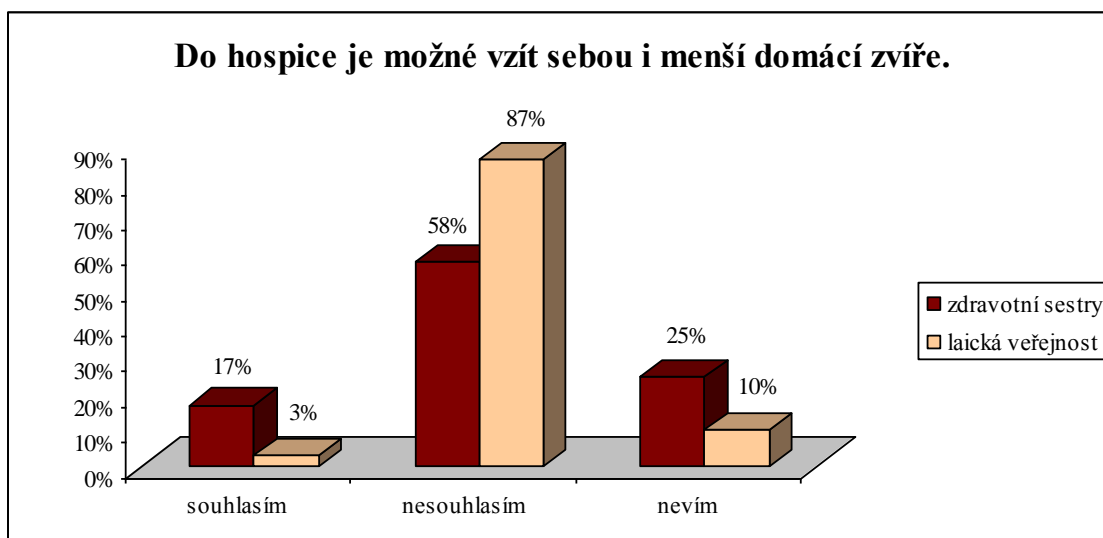
6.8 Znáte některé hospice? Jestli ano, napište, ve kterém městě se nachází, popř. poblíž jakého města, či název hospice.

V této otázce jsem se ptala respondentů, zda znají některé hospice. V následující tabulce jsou uvedené nejčastější odpovědi od zdravotních sester i od laické veřejnosti.

Tabulka 9 - Nejčastější odpovědi respondentů na otázku: Znáte některé hospice?

Nejčastější odpovědi respondentů:	absolutní četnost (n_j)	relativní četnost (f_j)
Chrudim	82	85%
Červený Kostelec	29	30%
Litoměřice	4	4%
Olomouc	3	3%
Ostrava	2	2%
Přelouč	6	6%
Heřmanův Městec	3	3%
Prachatice	2	2%
Svatý Kopeček	1	1%
Brno	2	2%
Praha	3	3%
Pardubice	13	13%
Rybitví	3	3%
Vysoké Mýto	1	1%

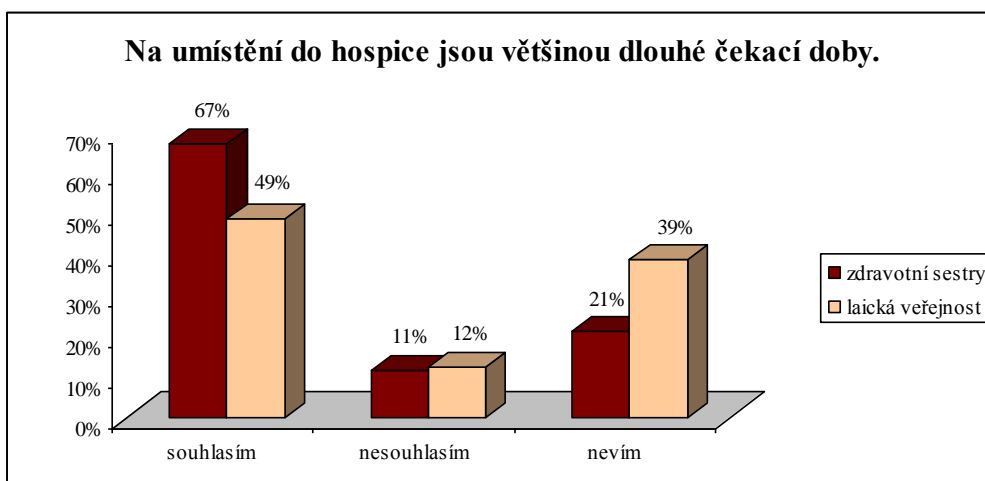
6.9 Do hospice je možné vzít sebou i menší domácí zvíře.



Obrázek 29- Do hospice je možné vzít sebou i menší domácí zvíře.

V této otázce jsem se ptala respondentů, jestli je možné mít v hospici i menší domácí zvíře. Z celkového počtu 123 dotazníků od zdravotních sester 58% nesouhlasí s tím, že do hospice je možné vzít i menší domácí zvíře, 17% zdravotních sester s tímto verdiktem souhlasí a 25% zdravotních sester neví. Z celkového počtu 89 dotazníků laické veřejnosti 87% nesouhlasí s tímto verdiktem, 3% souhlasí a 10% laické veřejnosti neví.

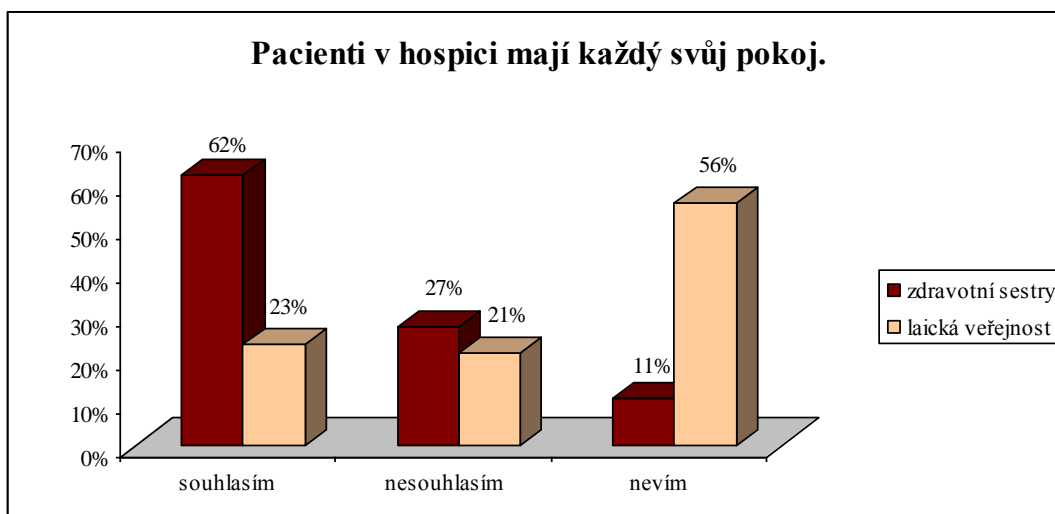
6.10 Na umístění do hospice jsou většinou dlouhé čekací doby (tj. delší než 1 měsíc).



Obrázek 30 - Na umístění do hospice jsou dlouhé čekací doby.

V této otázce jsem se ptala respondentů, jestli jsou dlouhé čekací doby na přijetí do hospice. Z celkového počtu 123 dotazníků od zdravotních sester 67% sester souhlasí s daným verdiktem, 11% nesouhlasí a 21% neví. Z celkového počtu 89 dotazníků laické veřejnosti 49% souhlasí s daným verdiktem, 12% nesouhlasí a 39% neví.

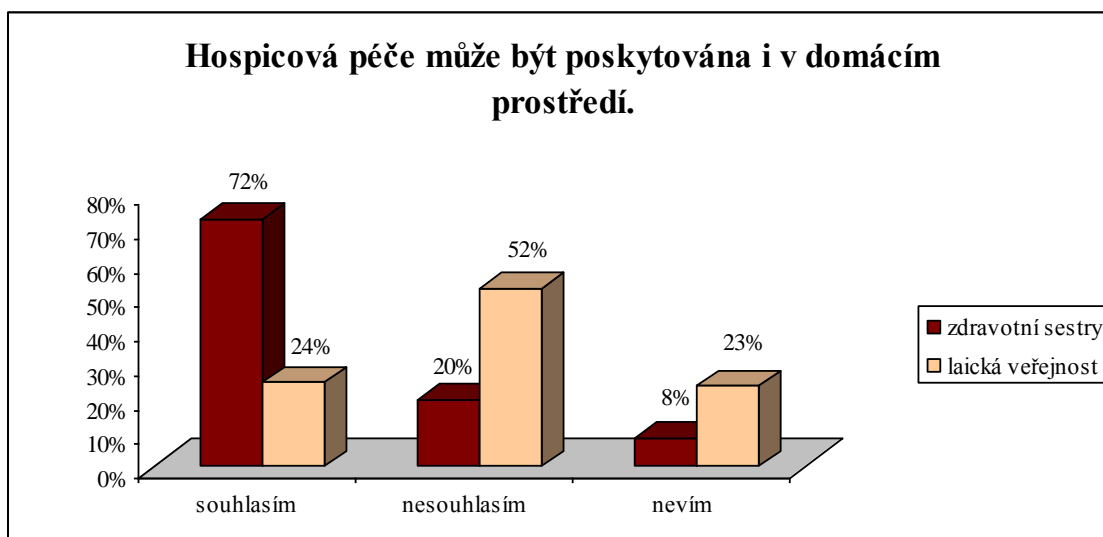
6.11 Pacienti v hospici mají každý svůj pokoj.



Obrázek 31 - Pacienti v hospici mají každý svůj pokoj.

V této otázce jsem se ptala respondentů, jestli mají pacienti v hospici svůj pokoj. Z celkového počtu 123 dotazníků od zdravotních sester 62% souhlasí s tímto verdiktem, 27% nesouhlasí a 11% neví. Z celkového počtu 89 dotazníků laické veřejnosti 23% souhlasí s daným verdiktem, 21% nesouhlasí a 56% neví, zda mají pacienti v hospici svůj pokoj.

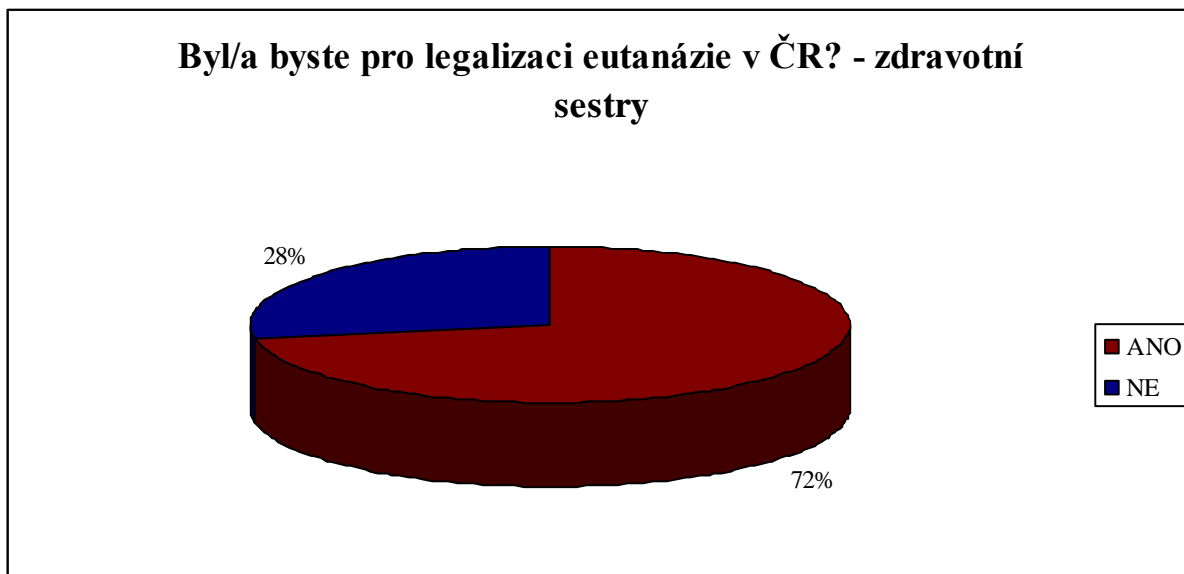
6.12 Hospicová péče může být poskytována i v domácím prostředí.



Obrázek 32 - Hospicová péče může být poskytována i v domácím prostředí.

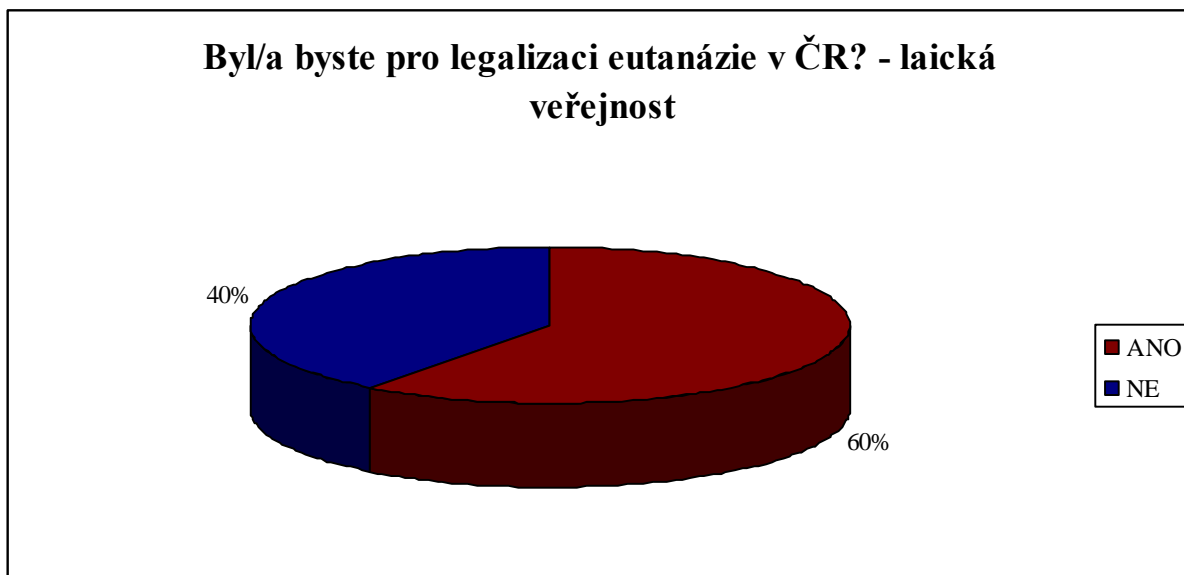
V této otázce jsem se ptala respondentů, jestli může být hospicová péče poskytována i v domácím prostředí. Z celkového počtu 123 dotazníků zdravotních sester 72% souhlasí s tímto verdiktem, 20% nesouhlasí a 8% neví. Z celkového počtu 89 dotazníků laické veřejnosti 24% souhlasí s daným verdiktem, 52% nesouhlasí a 23% laické veřejnosti neví, zda je možné poskytovat hospicovou péči v domácím prostředí.

6.13 Byl/a byste pro legalizaci eutanázie v ČR?



Obrázek 33 - Byl/a byste pro legalizaci eutanázie v ČR? (zdravotní sestry)

V této otázce jsem se ptala zdravotních sester, zda by byly pro legalizaci eutanázie v ČR. Z celkového počtu 123 dotazníků odpovědělo 72% zdravotních sester, že by byly pro legalizaci eutanázie v ČR a 28% zdravotních sester odpovědělo ne.



Obrázek 34 Byl/a byste pro legalizaci eutanázie v ČR? (laická veřejnost)

V této otázce jsem se ptala laické veřejnosti, zda by souhlasila s legalizací eutanázie v ČR. Z celkového počtu 89 dotazníků odpovědělo 60% laické veřejnosti, že by byla pro legalizaci eutanázie v ČR a 40% odpovědělo ne.

6.14 Kde byste hledali informace o hospici?

V této otázce jsem se ptala respondentů, kde by hledali informace o hospici. Nejčastější odpovědi jsou uvedeny od laické veřejnosti i od zdravotních sester níže. Internet byl nejčastější odpovědí téměř u všech respondentů.

Tabulka 10 - Nejčastější odpovědi respondentů na otázku: Kde byste hledali informace o hospici?

nejčastější odpovědi respondentů	absolutní četnost (n_i)	relativní četnost (f_i)
na internetu	200	90%
od lékaře	12	5%
přímo v hospici	34	15%
od sociální sestry	2	1%
od známých	10	5%
na informacích ve městě	1	0%

7. Statistické zpracování hypotéz

Hypotézy jsem si ověřovala pomocí statistické metody. Chí kvadrát je rozdělení pravděpodobnosti, které je často využíváno ve statistice. Velký význam má pro určování, zdali množina dat vyhovuje dané distribuční funkci. Chí-kvadrát test se používá pro zjištění, zda vzorek dat odpovídá předpokládanému rozdělení. (Pecáková, 1998)

Hypotéza č. 1) Zdravotní sestry mají znalosti o hospicové péči na vyšší úrovni než laická veřejnost.

H₀: „Mezi typem respondenta a informovaností není souvislost.“

H₁: „Mezi typem respondenta a informovaností je souvislost.“

Pro ověření této hypotézy jsem si rozdělila respondenty dle jejich informovanosti o hospicové péči. V dotazníku pro zdravotní sestry je celkem 13 otázek, které jsou zaměřené na hospicovou péči. Otázky, které jsem zařadila do informovanosti o hospicové péči, jsou otázky číslo: 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17 a 22. Zdravotní sestry, které správně zodpověděly 9 otázek ze 13 ti, jsou zařazené do skupiny informovaných. Zdravotní sestry, které správně zodpověděly 8 otázek a méně, jsou zařazené do skupiny neinformovaných.

V dotazníku pro laickou veřejnost je celkem 15 otázek, které jsou zaměřené na hospicovou péči. Otázky, které jsem zařadila do informovanosti o hospicové péči, jsou otázky číslo: 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22. Laická veřejnost, která správně zodpověděla 10 otázek z 15ti, je zařazena do skupiny informovaných. Laická veřejnost, která správně zodpověděla 9 otázek a méně, je zařazena do skupiny neinformovaných.

Tabulka 11 - Pozorovaná četnost

Typ respondenta	informovaný	neinformovaný	celkem
zdravotní sestry	78	45	123
laická veřejnost	17	81	98
celkem	95	126	221

Tabulka 12 - Očekávaná četnost

Typ respondenta	informovaný	neinformovaný	celkem
zdravotní sestry	53	70	123
laická veřejnost	42	56	98
celkem	95	126	221

Vzorec:

$$x^2 = \sum \frac{(\text{pozorovaná četnost} - \text{očekávaná četnost})^2}{\text{očekávaná četnost}}$$

$$x^2 = \frac{(78-53)^2}{53} + \frac{(45-70)^2}{70} + \frac{(17-42)^2}{42} + \frac{(81-56)^2}{56} = 11,79 + 8,93 + 14,88 + 11,16 = 46,76$$

Vypočítaná hodnota 46,76

Tabulková hodnota funkce CHIINV 3,841459

Počet stupňů volnosti $(r-1)*(c-1) = (2-1)*(2-1) = 1$

Hladina významnosti 0,05

Závěr:

Vypočítaná hodnota (46,76) je větší než tabulková hodnota funkce CHIINV (3,841459), proto se nulová hypotéza zamítá a přijímá se hypotéza alternativní.

Je souvislost mezi typem respondenta a jeho informovaností. Zdravotní sestry jsou více informovány.

Hypotéza č. 2) Vysokoškolsky vzdělaní respondenti z laické veřejnosti mají více znalostí o hospicové péči než středoškolsky vzdělaní respondenti.

H_0 : „Mezi vysokoškolsky vzdělaným respondentem a středoškolsky vzdělaným respondentem a jejich informovaností není souvislost.“

H_1 : „Mezi vysokoškolsky vzdělaným respondentem a středoškolsky vzdělaným respondentem a jejich informovaností je souvislost.“

Tato hypotéza se zaměřuje pouze na laickou veřejnost. Na ověření této hypotézy jsem si rozdělila laickou veřejnost na skupinu informovaných a neinformovaných, dle výše uvedených pravidel. Respondenti v dotazníku vyplňovali, jaké dosáhli úrovně vzdělání. Do středoškolsky vzdělaných respondentů jsem zahrнула respondenty se středoškolským

vzděláním s výučním listem a s maturitou a do vysokoškolsky vzdělaných respondentů jsem zahrнула respondenty s vyšším odborným vzděláním a s vysokoškolským vzděláním.

Tabulka 13 - Pozorovaná četnost - laická veřejnost

Typ respondenta	informovaný	neinformovaný	celkem
středoškolské vzdělání	11	57	68
vysokoškolské vzdělání	6	22	28
celkem	17	79	96

Tabulka 14 - Očekávaná četnost - laická veřejnost

Typ respondenta	informovaný	neinformovaný	celkem
středoškolské vzdělání	12	56	68
vysokoškolské vzdělání	5	23	28
celkem	17	79	96

Vzorec:

$$x^2 = \sum \frac{(\text{pozorovaná četnost} - \text{očekávaná četnost})^2}{\text{očekávaná četnost}}$$

$$x^2 = \frac{(11-12)^2}{12} + \frac{(57-56)^2}{56} + \frac{(6-5)^2}{5} + \frac{(22-23)^2}{23} = 0,83 + 0,18 + 0,2 + 0,04 = 1,25$$

Vypočítaná hodnota 1,25

Tabulková hodnota funkce CHIINV 3,841459

Počet stupňů volnosti $(r-1)*(c-1) = (2-1)*(2-1) = 1$

Hladina významnosti 0,05

Závěr:

Vypočítaná hodnota (1,25) je menší než tabulková hodnota funkce CHIINV (3,841459), proto se nulová hypotéza přijímá a zamítá se hypotéza alternativní.

Není souvislost mezi vysokoškolsky vzdělaným respondentem a středoškolsky vzdělaným respondentem a jejich informovaností.

Hypotéza č. 3) Vysokoškolsky vzdělaní zdravotní sestry mají více znalostí o hospicové péči než středoškolsky vzdělaní zdravotní sestry.

H_0 : „Mezi vysokoškolsky vzdělanou zdravotní sestrou a středoškolsky vzdělanou zdravotní sestrou a jejich informovaností není souvislost.“

H_1 : „Mezi vysokoškolsky vzdělanou zdravotní sestrou a středoškolsky vzdělanou zdravotní sestrou a jejich informovaností je souvislost.“

Tato hypotéza se zaměřuje pouze na zdravotní sestry. Na ověření této hypotézy jsem si rozdělila zdravotní sestry na skupinu informovaných a neinformovaných, dle výše uvedených pravidel. Respondenti v dotazníku vyplňovali, jaké dosáhli úrovně vzdělání.

Tabulka 15 - Pozorovaná četnost - zdravotní sestry

Typ respondenta	informovaný	neinformovaný	celkem
středoškolské vzdělání	58	37	95
vysokoškolské vzdělání	20	8	28
celkem	78	45	123

Tabulka 16 - Očekávaná četnost - zdravotní sestry

Typ respondenta	informovaný	neinformovaný	celkem
středoškolské vzdělání	60	35	95
vysokoškolské vzdělání	18	10	28
celkem	78	45	123

Vzorec:

$$x^2 = \sum \frac{(\text{pozorovaná četnost} - \text{očekávaná četnost})^2}{\text{očekávaná četnost}}$$

$$x^2 = \frac{(58 - 60)^2}{60} + \frac{(37 - 35)^2}{35} + \frac{(20 - 18)^2}{18} + \frac{(8 - 10)^2}{10} = 0,03 + 0,06 + 0,11 + 0,2 = 0,4$$

Vypočítaná hodnota 0,4

Tabulková hodnota funkce CHIINV 3,841459

Počet stupňů volnosti $(r-1)*(c-1) = (2-1)*(2-1) = 1$

Hladina významnosti 0,05

Závěr:

Vypočítaná hodnota (0,4) je menší než tabulková hodnota funkce CHIINV (3,841459), proto se nulová hypotéza přijímá a zamítá se hypotéza alternativní.

Není souvislost mezi vysokoškolsky vzdělanou zdravotní sestrou a středoškolsky vzdělanou zdravotní sestrou a jejich informovaností.

V. DISKUZE

V této části bych ráda zhodnotila konkrétní výzkumné otázky, které jsem si stanovila na začátku práce a odpovědi na statisticky ověřené hypotézy.

Výzkumná otázka č. 1) Mají zdravotní sestry větší znalosti o hospicové péči než laická veřejnost?

K této výzkumné otázce jsem si rozdělila respondenty na dvě skupiny - informované a neinformované. V dotazníku byly stanovené otázky, které se týkaly hospicové péče a provozu hospice. Pro zdravotní sestry bylo celkem 13 otázek, které byly zaměřené na hospicovou péči a provoz hospice, jsou to otázky č.: 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17 a 22. Ty zdravotní sestry, které zodpověděly 9 otázek správně, byly zařazeny do skupiny informovaných a ty zdravotní sestry, které zodpověděly méně než 9 otázek správně, byly zařazeny do skupiny neinformovaných. Z celkového počtu 123 zdravotních sester bylo zařazeno do skupiny informovaných 63% a 37% bylo zařazeno do skupiny neinformovaných. Pro laickou veřejnost bylo celkem 15 otázek, které byly zaměřené na hospicovou péči a provoz hospice, jsou to otázky č.: 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22. Laici, kteří zodpověděli 10 otázek správně, byli zařazeni do skupiny informovaných a laici, kteří zodpověděli méně, než 10 otázek byli zařazeni do skupiny neinformovaných. Z celkového počtu 98 respondentů z laické veřejnosti bylo zařazeno 17% do skupiny informovaných a 83% do skupiny neinformovaných.

Dle výsledků z dotazníkového šetření jsem dospěla k závěru, že zdravotní sestry mají vyšší znalosti o hospicové péči než laická veřejnost.

Výzkumná otázka č. 2) Zná laická veřejnost slovo hospic?

K této výzkumné otázce jsem si stanovila otázky č. 4 a č. 5. Laici v dotazníku na otázku č. 4 měli odpovědět, zda mají přibližně představu o slově hospic. Z celkového počtu 98 dotazníků celkem odpovědělo 91%, že mají představu, o jakou péči se jedná, a 9% laiků odpovědělo, že nemají představu, o jakou péči se jedná. V otázce č. 5 jsem se dotazovala respondentů na konkrétnější otázku: Co je to hospic? Tuto otázku správně zodpovědělo 53% respondentů laické veřejnosti.

Dle výsledků z dotazníkového šetření jsem dospěla k závěru, že přibližně ½ veřejnosti ví, co znamená slovo hospic a ½ veřejnosti se domnívá, že hospic je léčebna dlouhodobě nemocných či domov důchodců, či vůbec neví, co toto slovo znamená.

Výzkumná otázka č. 3) Je nejvíce pacientů překládáno do hospicové péče z onkologického oddělení?

Pro tuto výzkumnou otázku jsem si stanovila pro zdravotní sestry otázku č. 19 a otázku č. 20. V otázce č. 19 jsem se dotazovala zdravotních sester, na jakém oddělení pracují. V otázce č. 20 jsem se dotazovala zdravotních sester, zda překládají z jejich oddělení pacienty do hospicového zařízení a pokud ano, jak často. V praktické části uvádím výsledek z dotazování. V nemocnici č. I nejvíce překládají pacienty z onkologického oddělení. Z celkového počtu 16 zdravotních sester z onkologického oddělení mi odpovědělo celkem 16 zdravotních sester, což je 100%, že překládají pacienty do hospicového zařízení. Za onkologií se umístilo chirurgické oddělení, kde odpovědělo z celkového počtu 11 zdravotních sester 8 zdravotních sester, že překládají pacienty do hospicového zařízení, což je 73% zdravotních sester. Na geriatrickém oddělení odpověděly pouze dvě zdravotní sestry ze 14 dotazovaných, že překládají pacienty do hospicového zařízení.

Dle výsledků z dotazníkového šetření jsem dospěla k závěru, že je nejvíce pacientů překládáno do hospicového zařízení z onkologického oddělení.

Výzkumná otázka č. 4) Je internet nejčastějším zdrojem pro vyhledávání informací o hospicové péči?

Pro tuto hypotézu jsem si stanovila otázku č. 24, kde se respondentů ptám, kde by hledali informace o hospici. Z celkového počtu 221 dotazníků od zdravotních sester a laické veřejnosti 90% respondentů by hledalo nejčastěji informace na internetu. 15% respondentů by se informovalo o hospici přímo v zařízení.

Dle výsledků z dotazníkového šetření jsem dospěla k závěru, že nejčastějším zdrojem pro vyhledávání informací o hospici je internet.

Hypotéza č. 1) Zdravotní sestry mají znalosti o hospicové péči na vyšší úrovni než laická veřejnost.

Tuto hypotézu jsem si statisticky ověřila pomocí Chí kvadrátu. Dle výsledků z dotazníkového šetření jsem dospěla k závěru, že zdravotní sestry mají více znalostí o hospicové péči než laická veřejnost.

Hypotéza č. 2) Vysokoškolsky vzdělaní respondenti z laické veřejnosti mají více znalostí o hospicové péči než středoškolsky vzdělaní respondenti.

Tuto hypotézu jsem také statisticky ověřovala pomocí Chí kvadrátu. Dle výsledku v dotazníkové šetření jsem dospěla k závěru, že ve zkoumaném souboru respondentů není souvislost mezi vysokoškolsky vzdělaným respondentem a středoškolsky vzdělaným respondentem a jejich informovaností.

Hypotéza č. 3) Vysokoškolsky vzdělané zdravotní sestry mají více znalostí o hospicové péči než středoškolsky vzdělané zdravotní sestry.

Tato hypotéza byla také ověřena statistickou metodou pomocí Chí kvadrátu. Ve zkoumaném souboru zdravotních sester není souvislost mezi vysokoškolsky vzdělanou zdravotní sestrou a středoškolsky vzdělanou zdravotní sestrou a jejich informovaností.

Srovnání práce s jiným autorem:

V této části se zabývám srovnáváním výsledků, ke kterým jsem dospěla, s jinými autory, kteří prováděli výzkum na podobné téma.

Pazourková se ve své bakalářské práci dotazovala veřejnosti, zda by souhlasila s legalizací eutanázie. Z celkového počtu 100 dotazovaných respondentů jich 80 souhlasí s legalizací a 20 je proti legalizaci eutanázie v ČR. V mém souboru respondentů z celkového počtu 98 dotazovaných respondentů jich 59 souhlasí s legalizací a 39 respondentů je proti legalizaci eutanázie v ČR. Obě dvě práce mají podobné výsledky a převažuje u veřejnosti souhlas s legalizací eutanázie v ČR. Proč veřejnost převážně souhlasí s eutanázií? Důvodů může být mnoho: strach ze smrti, z utrpení, z bolesti, z osamocení, toto vše je hlavním úkolem paliativní a hospicové medicíny. Pokud bude kvalitně prováděna paliativní medicína v nemocnicích, možná se lidé nebudou obracet na slovo eutanázie. (Pazourková, 2008)

VI. ZÁVĚR

V závěru práce bych chtěla zhodnotit cíle, které jsem si stanovila na začátku práce.

Cíl č. 1) Zmapovat jaké jsou představy zdravotníků a laiků o hospicové péči.

Tento cíl práce jsem hodnotila dle výsledků z praktické části. Laická veřejnost je méně informovaná o hospicové péči než zdravotní sestry, jak jsem předpokládala. Pouhých 17% laické veřejnosti bylo informováno o hospicové péči. Ostatní respondenti spíše hádali správné odpovědi, či vůbec nevěděli, co je to hospic. Z těchto výsledků se domnívám, že informovanost laické veřejnosti o hospicové péči není dostačující. Jako řešení tohoto problému bych navrhovala vytvoření jednoduchého edukačního letáku, který by byl volně dostupný např. v čekárnách u obvodního lékaře či v jiných ambulancích (např. geriatric, či onkologie). Domnívám se, že toto téma bude postupem času laickou veřejností více diskutované. V poslední části dotazníku jsem se ptala respondentů na pocity, které mají po vyplnění dotazníku. Odpovědi byly pro mě zpětnou vazbou respondentů, jak se staví k tomuto tématu. Více než polovina respondentů odpověděla, že si zjistí o hospicu více informací a zároveň se v odpovědích objevilo u 30% respondentů, že se snaží toto téma vytěšňovat. Domnívám se, že většina laické veřejnosti se nechce tímto tématem vůbec zabývat a zajímat se o tuto péči začnou až jen v případě, kdy je to nezbytně nutné.

Zdravotní sestry dosáhly vyššího procenta informovanosti než laická veřejnost. Celkem 63% zdravotních sester bylo informovaných o hospicové péči. V poslední otázce, kterou zdravotní sestry vyplňovali v dotazníku, 70% zdravotních sester odpovědělo, že hospic znají a že otázky je nepřekvapily a ostatní zdravotní sestry odpovídali, že si zjistí o hospici něco více. Domnívám se, že informovanost zdravotních sester o hospicové péči není na špatné úrovni.

Cíl č. 2) Zpracovat teoretickou problematiku z oblasti hospicové péče.

Tento cíl jsem se snažila splnit vyhledáváním aktuálních informací o paliativní a hospicové péči. V teoretické části jsem se zmínila o všech tématech, které byly zmíněny v dotazníku. Uvedená literatura je uvedena v závěrečné části této práce. Informace jsem hledala v českých i zahraničních publikacích a dále jsem uváděla i internetové zdroje.

Cíl č. 3) Uvést jak je využívána hospicová péče na jednotlivých odděleních.

Tento cíl jsem hodnotila dle výsledků z dotazníkového šetření ve výzkumném souboru zdravotních sester. Jak jsem již uvedla v praktické části, nejvíce pacientů je překládáno z onkologického oddělení, jak uvedly zdravotní sestry. Dále jsem se snažila zjistit, jak často překládají pacienti do hospicového zařízení. Bohužel tato informace se mi nepodařila zjistit,

jelikož odpovědi, které zdravotní sestry uváděly, byly velmi odlišné a některé i nepřesně udané (např. odpověď občas, někdy, málo).

V závěru této práce bych chtěla zmínit, že paliativní péče je péče, která by měla být poskytována všem umírajícím ve všech zařízeních, proto se paliativní péče týká všech zdravotníků.

VII. SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

- 1) ADAM, Z.; VORLÍČEK, J.; KOPTÍKOVÁ, J. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. 1. vyd. Praha : Grada, 2003. ISBN 80-247-0677-6.
- 2) Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. *Co je hospic a pro koho určen*. [online]. c2010 [cit. 2011-03-15] „Dostupný z WWW: <<http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/co-je-hospic/>>".
- 3) BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
- 4) CONNOR STEPHEN R. *Hospice: practice, pitfalls, and promise*. 1. vyd. Taylor & Francis, 1998. ISBN 1-56032-513-5.
- 5) Eutanazie. *Něco málo z historie eutanazie*. [online]. c2011 [cit. 2011-03-15] „Dostupný z WWW: <<http://www.eutanazie.estranky.cz/clanky/eutanazie/neco-malo-z-historie-eutanazie.html>>".
- 6) FORMAN WALTER B. *Hospice and paliative care: concepts and practice*. 1. vyd. Jones and Bartlett Publisher, 2003. ISBN 0-7637-1566-2.
- 7) HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3.vyd. Paha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
- 8) Hospic sv. Štěpána Litoměřice *Výroční zpráva 2009*. [online]. c2009-2011 [cit. 2011-03-18] „Dostupný z WWW: <<http://www.hospiclitomerice.cz/O-nas/Dokumenty-ke-stazeni>>".
- 9) Charita Pardubice. *Výroční zpráva 2009*. [online]. c2011 [cit. 2011-02-14] „Dostupný z WWW: <http://www.charitapardubice.cz/dokumenty/vyr_zprava_2009.pdf>".
- 10) KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. 1.vyd. Praha : Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
- 11) KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
- 12) KELNAROVÁ, J.; MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 1.vyd. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2831-5.
- 13) Kolektiv autorů. *Vše o léčbě bolesti : příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
- 14) Kolektiv autorů. *Výkladový ošetřovatelský slovník*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2240-5.

- 15) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada, 2002. 200s. ISBN 80-274-0179-0.
- 16) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- 17) LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně : pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. ISBN 80-247-1784-5.
- 18) MACKOVÁ, M. Paliativní péče pro seniory - hudba budoucnosti? *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 1/2009, s. 39. ISSN 1210-0404.
- 19) MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
- 20) MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha : Grada 2005. ISBN 80-247-1025-0.
- 21) Oblastní charita Rajhrad. *Pro koho je hospic určen?* [online]. c2011 [cit. 2011-02-14] „Dostupný z WWW: <<http://www.dlbsh.cz/index.php?page=9&podpage=12&language=cz>>".
- 22) O'CONNOR, M.; ARANDA, S. *Paliativní péče : pro sestry všech oborů*. 3. vyd. Praha : Grada, 2003. ISBN 80-247-1295-4.
- 23) Osobní asistence. *Co je hospicová péče*. [online]. c2009 [cit. 2011-03-15] „Dostupný z WWW: <<http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>>".
- 24) PAYNEOVÁ, S.; SEYMOUROVÁ, J.; INGLETONOVÁ, CH. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807s. ISBN 978-80-87029-25-1.
- 25) PECÁKOVÁ I. *Pořizování a vyhodnocování dat ve výzkumech veřejného mínění*. 2. vyd. Praha : VŠE, 1998. ISBN 80-7079-357-0.
- 26) RICHARDS, A.; EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0932-5.
- 27) SLÁMA, O.; DRBAL, J.; PLÁTOVÁ L. *Umřít doma*. 1. vyd. Brno : Moravskoslezský kruh, 2008. ISBN 978-80-254-2788-0.
- 28) SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - I*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1775-3.
- 29) Smíření. *Zpráva o hospodaření v r. 2009*. [online]. c2011 [cit. 2011-02-17] „Dostupný z WWW: <<http://www.smireni.cz/zpravy.htm>>".
- 30) STUDENT, J. CH.; MÜHLUM, A. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vyd. nakl. : H & H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.

- 31) SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 1. vyd. Praha : Ecce Homo, 1995. ISBN 80-902049-0-2.
- 32) TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 2.vyd. Praha : Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-365-5.
- 33) TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-4.
- 34) Umírání. *Definice paliativní péče*. [online]. c2011 [cit. 2011-02-15] „Dostupný z WWW: <<http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>>".
- 35) VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
- 36) VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
- 37) VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. Praha : Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-06-3.
- 38) VORLÍČEK, J.; ABRAHÁMOVÁ, H.; VORLÍČKOVÁ, H. a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 1 vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1716-6.
- 39) VORLÍČEK, J.; ADAM, Z.; POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
- 40) Wikipedie. *Eutanazie*. [online]. c2011 [cit. 2011-03-15] „Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Eutanazie>>".
- 41) YOUNGOVÁ, A. *Terminální stavy a paliativní péče*. [online]. c2007-2011. [cit. 2011-03-01] „Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/terminalni-stavy-a-paliativni-pece-455167>>".
- 42) ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie : teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.
- 43) Asociace domácí péče ČR. *Postup při zajištění DP* [online]. c2011 [cit. 2011-03-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.adpccr.cz/domaci-pece/postup-pri-zajisteni-dp/>>.
- 44) PAZOURKOVÁ, I. *Názor veřejnosti na eutanázii*. [online]. Pardubice : Univerzita Pardubice FZS, 2008. „Dostupný z WWW: <http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/30246/1/PazourkovaI_Nazor%20verejnosti_MR_2008.pdf>.

VIII. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Dotazník pro zdravotní sestry.....	70
Příloha B: Dotazník pro laickou veřejnost.....	74
Příloha C: Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy.....	78
Příloha D: Seznam poskytovatelů hospicové péče.....	79

Příloha A: Dotazník pro zdravotní sestry

Dobrý den,

jsem studentkou Univerzity Pardubice na Fakultě zdravotnických studií. Dovoluji si Vás tímto oslovit a požádat o vyplnění dotazníku, který bude zpracován v mé diplomové práci na téma: „Hospicová péče - představy zdravotníků a laiků.“

Dotazník je anonymní a získaná data budou zpracována výhradně v rámci mé diplomové práci. Vaše odpovědi zakroužkujte, prosím nevracejte se zpět k předchozím otázkám. Mnohokrát Vám děkuji za spolupráci.

Bc. Jana Strašková

- 1) Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
 - a) 0 - 2 roky
 - b) 3 - 10 let
 - c) 11 - 20 let
 - d) 21 a více let

- 2) Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
 - a) středoškolské
 - b) vysokoškolské

- 3) Co je to hospic? Vyberte si **jednu** odpověď, se kterou byste nejvíce souhlasili.
 - a) něco podobného jako léčebna dlouhodobě nemocných (LDN)
 - b) něco podobného jako domov důchodců
 - c) hospitalizují se zde lidé s nevléčitelným onemocněním

- 4) Jaká je myšlenka hospice? Vyberte si **jednu** odpověď, se kterou byste nejvíce souhlasili.
 - a) středem zájmu se stává nemoc, nemocný ustupuje do anonymity

- b) vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti
 - c) je určený převážně pro věřící v poslední etapě života
 - d) soustředí se hlavně na léčbu onemocnění
- 5) Pro koho je hospic určený? (Můžete zakroužkovat i více odpovědí.)
- a) hospicová péče je určena pacientům od 65 ti let
 - b) hospicová péče může poskytovat i možnost respitního pobytu
 - c) pro nemocného v terminální fázi nevléčitelného onemocnění
 - d) pro všechny nemocné s bolestí
- 6) Co znamená zkratka DNR?
- a) znamená to, že chci euthanázii
 - b) nikdy jsem to neslyšel/a
 - c) znamená to, že onemocnění nelze léčit
 - d) znamená to, že nechci být resuscitován
- 7) Kdo rozhoduje o přijetí pacienta do hospice?
- a) ošetřující lékař
 - b) hospicový lékař
 - c) obvodní lékař
- 8) Máte osobní zkušenost s hospicovou péčí? Někdo z vašich blízkých byl hospitalizován v hospici?
- ANO
 - NE
- 9) Pobyt v hospici je pro každého bezplatný.
- a) souhlasím
 - b) nesouhlasím
 - c) nevím
- 10) V hospici jsou povoleny návštěvy od 9h do 18h.
- a) souhlasím
 - b) nesouhlasím
 - c) nevím

11) Znáte některé hospice? Jestli ano, napište, ve kterém městě se nachází, popř. poblíž jakého města, či název hospice.

• ANO

• NE

12) Fáze vyrovnávání se s blízkostí smrti podle *Elisabeth Kübler-Rossové* jsou tyto:

- a) frustrace, stres, agrese, vyčerpání
- b) negace, agrese, smlouvání, deprese, smíření
- c) odmítání, bolest, negace, rezignace
- d) se žádnou z výše uvedených odpovědí nesouhlasím

13) Do hospice je možné vzít sebou i menší domácí zvíře.

- a) souhlasím
- b) nesouhlasím
- c) nevím

14) Na umístění do hospice jsou většinou dlouhé čekací doby (tj. delší než 1 měsíc).

- a) souhlasím
- b) nesouhlasím
- c) nevím

15) Jací pacienti se nejčastěji hospitalizují v hospici? S jakou diagnózou? Prosím napište podle svého názoru některá onemocnění.

16) Pacienti v hospici mají každý svůj pokoj.

- a) souhlasím
- b) nesouhlasím
- c) nevím

17) Pokud je nemocný hospitalizován v hospici, znamená to, že musí v hospici zemřít?

- a) souhlasím
- b) nesouhlasím
- c) nevím

18) Myslíte si, že je počet hospicových zařízení dostatečný?

- ANO
- NE

19) Na jakém oddělení pracujete?

20) Překládáte některé pacienty do hospice z vašeho oddělení? Pokud ano, napište, jak často.

- ANO.....
- NE

21) Dokážete si představit pracovat v hospici jako zdravotní sestra?

- ANO
- NE

22) Hospicová péče může být poskytována i v domácím prostředí.

- b) souhlasím
- d) nevím
- c) nesouhlasím

23) Byl/a byste pro legalizaci eutanázie v ČR?

- ANO
- NE

24) Kde byste hledali informace o hospici?

25) Pocity po vyplnění tohoto dotazníku? Zakroužkujte, s čím nejvíce souhlasíte, nebo můžete napsat svůj názor.

- a) asi si zjistím, o hospici něco více
- b) zařízení hospic znám, otázky mě nepřekvapily
- c) jiný názor (můžete se vyjádřit

Příloha B: Dotazník pro laickou veřejnost

Dobrý den,

jsem studentkou Univerzity Pardubice na Fakultě zdravotnických studií. Dovoluji si Vás tímto oslovit a požádat o vyplnění dotazníku, který bude zpracován v mé diplomové práci na téma: „Hospicová péče - představy zdravotníků a laiků.“

Dotazník je anonymní a získaná data budou zpracována výhradně v rámci mé diplomové práce. Vaše odpovědi zakroužkujte, prosím nevracejte se zpět k předchozím otázkám.

Mnohokrát Vám děkuji za spolupráci.

Bc. Jana Strašková

1) Kolik Vám je let?

- | | |
|----------|--------------|
| a) 18-25 | d) 46-55 |
| b) 26-35 | e) 56- 65 |
| c) 36-45 | f) 65 a více |

2) Pohlaví:

- žena
- muž

3) Vzdělání:

- a) základní
- b) středoškolské s výučním listem
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

4) Když se řekne slovo hospic, mám přibližně představu, o jakou péči se jedná.

- ANO
- NE

5) Co je to hospic? Vyberte si **jednu** odpověď, se kterou byste nejvíce souhlasili.

- a) něco podobného jako léčebna dlouhodobě nemocných (LDN)
- b) něco podobného jako domov důchodců
- c) hospitalizují se zde lidé s nevyléčitelným onemocněním

d) neznám význam tohoto slova

6) Jaká je myšlenka hospice? Vyberte si **jednu** odpověď se, kterou byste nejvíce souhlasili.

- a) středem zájmu se stává nemoc, nemocný ustupuje do anonymity
- b) vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti
- c) je určený převážně pro věřící v poslední etapě života
- d) soustředí se hlavně na léčbu onemocnění

7) Pro koho je hospic určený? (Můžete zakroužkovat i více odpovědí.)

- a) hospicová péče je určena pacientům od 65 ti let
- b) hospicová péče může poskytovat i možnost respitního pobytu
- c) pro nemocného v terminální fázi nevléčitelného onemocnění
- d) pro všechny nemocné s bolestí

8) Co znamená zkratka DNR?

- a) znamená to, že chci euthanázii
- b) nikdy jsem to neslyšel/a
- c) znamená to, že onemocnění nelze léčit
- d) znamená to, že nechci být resuscitován

9) Kdo rozhoduje o přijetí pacienta do hospice?

- a) ošetřující lékař
- b) hospicový lékař
- c) obvodní lékař

10) Máte osobní zkušenost s hospicovou péčí? Někdo z vašich blízkých byl hospitalizován v hospici?

- ANO
- NE

11) Pobyt v hospici je pro každého bezplatný.

- a) souhlasím
- b) nesouhlasím

c) nevím

12) V hospici jsou povoleny návštěvy od 9h do 18h.

a) souhlasím

c) nevím

b) nesouhlasím

13) Jeden z hospiců se nachází přímo v Pardubicích.

• ANO

• NE

14) Znáte některé jiné hospice? Jestli ano, napište, ve kterém městě se nachází, popř. poblíž jakého města, či název hospice.

• ANO

• NE

15) Pobyt v hospici urychluje smrt, je to něco podobného jako euthanázie.

a) souhlasím

c) nevím

b) nesouhlasím

16) Do hospice je možné vzít sebou i menší domácí zvíře.

a) souhlasím

c) nevím

b) nesouhlasím

17) Do hospice mohou být přijati pouze pacienti starší 65ti let včetně.

a) souhlasím

c) nevím

b) nesouhlasím

18) Na umístění do hospice jsou většinou dlouhé čekací doby (tj. delší než 1 měsíc).

a) souhlasím

c) nevím

b) nesouhlasím

19) Na co se nejvíce zaměřuje hospic?

a) na hydrataci a výživu

c) na příbuzné nemocného

b) na kvalitní zařízení pokoje

d) na kvalitu života nemocného

20) Pacienti v hospici mají každý svůj pokoj.

- a) souhlasím
- b) nesouhlasím
- c) nevím

21) Podával Vám někdo informace o zařízení hospic? Jestli ano, napište prosím kdo.

- ANO
- NE

22) Hospicová péče může být poskytována i v domácím prostředí.

- a) souhlasím
- b) nesouhlasím
- c) nevím

23) Byl/a byste pro legalizaci eutanázie v ČR?

- ANO
- NE

24) Kde byste hledali informace o hospici?

25) Pocity po vyplnění tohoto dotazníku? Zakroužkujte s čím nejvíce souhlasíte, nebo můžete napsat svůj názor.

- a) asi si zjistím, co ten hospic poskytuje (třeba na internetu)
- b) vůbec mě to nezajímá a doufám, že se mě to nikdy týkat nebude
- c) nechci nad tím přemýšlet, je to pro mě citlivé téma
- d) zařízení hospic znám a tak mě otázky nepřekvapily
- e) snažím se toto téma vytěšňovat, ale asi to nepůjde

Příloha C: „Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy“

- 1) Informace o podstatě nemoci poskytuj všem nemocným s maligním onemocněním, ale diferencovaně co do obsahu a způsobu podání.
- 2) Informaci o diagnóze podává vždy lékař. Pacient si může určit, kdo má být při sdělování diagnózy dále přítomen (např. členové rodiny, přátelé, další lékař, zdravotní sestra, psycholog). Informaci o nemoci a terapii podávej opakovaně, nestačí jednorázový rozhovor.
- 3) Informaci podej nejdříve pacientovi, potom dle jeho přání členům rodiny či jiným určeným lidem. Nemocný sám rozhoduje, koho a do jaké míry informovat.
- 4) S podstatou nemoci, vyšetřovacími a terapeutickými postupy seznam nemocného neprodleně, ještě před aplikací první léčby.
- 5) Zdůrazňuj možnosti léčby, ale neslibuj vyléčení.
- 6) Odpovídej na otázky, obavy a sdílené pocity ze strany pacienta i jeho blízkých. Věnuj čas neznačeným, ale nevyřčeným dotazům.
- 7) Informace o prognóze nemoci z hlediska doby přežití podávej uvážlivě, pouze na přímý pacientův dotaz. Nikdy neříkej konkrétní datum, spíše nastiň určitý časový rámec vycházející ze znalosti obvyklého průběhu daného onemocnění. Zdůrazni možné odchylky oběma směry od obvyklého průběhu.
- 8) Jednotnou informovanost zajisti důsledným předáváním informací mezi personálem navzájem (lékařská a sesterská dokumentace).
- 9) Ujistí pacienta o svém odhodlání vést léčbu v celém průběhu nemoci a komplexně řešit všechny obtíže, které mu onemocnění a jeho léčba přinesou.
- 10) Svým přístupem u nemocného probouzej a udržuj realistické naděje a očekávání.

Příloha D: Seznam poskytovatelů hospicové péče:

1) **APHPP, Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče**

<http://www.asociacehospicu.cz>

aphpp@t-email.cz

2) **Cesta domů**

<http://www.cestadomu.cz>

info@cestadomu.cz

3) **Charita Česká republika**

<http://www.charita.cz>

sekretariat@charita.cz

4) **Charitní domácí hospicová péče Bárka**

jana.sochorova@caritas.cz

567563671

5) **Domácí hospic Jordán o.p.s**

<http://www.hospicjordan.cz>

6) **Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna**

<http://www.dlbsh.cz>

hospic.rajhrad@caritas.cz

7) **Ecce homo, Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí**

<http://www.hospice.cz/eccehomo>

marie.svatosova@seznam.cz

8) **Hospic Anežky České v Červeném Kostelci**

<http://www.hospic.cz>

wajsar@hospic.cz

9) **Hospic Citadela – dům hospicové péče ve Valašském Meziříčí**

<http://www.citadela.cz>

hospic@citadela.cz

10) **Hospic Dobrého Pastýře Čerčany**

<http://www.centrum-cercany.cz>

os-tri@centrum-cercany.cz

11) **Hospic Frýdek-Místek**

<http://www.hospicfm.cz>

info@hospicfm.cz

12) Hospic Liberec

<http://www.hospic-liberec.cz>
hospic@hospicliberec.cz

13) Hospic Malovická

Druhý pražský hospic pro nevyléčitelně nemocné se otevře v roce 2011 v Praze 4 na Spořilově.

14) Hospic na Svatém Kopečku Olomouc

<http://www.hospickopecek.caritas.cz>
info@hospickopecek.charita.cz

15) Hospic Smíření, Chrudim

<http://www.smireni.cz>
smireni@centrum.cz

16) Hospic sv. Alžběty v Brně

<http://www.hospicbrno.cz>
reditel@hospicbrno.cz
+420543214761

17) Hospic sv. Jana N. Neumana v Prachaticích

<http://www.hospicpt.cz/prachatice/>

18) Hospic sv. Lazara v Plzni

<http://www.hsl.cz>
hospic@hsl.cz

19) Hospic sv. Lukáše Ostrava

<http://www.ostrava.caritas.cz>
lukashospic.ostrava@caritas.cz

20) Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích

<http://www.hospiclitomerice.cz>
info@hospiclitomerice.cz

21) Hospic Štrasburk v Praze

<http://www.hospicstrasburk.cz/>
hospic.strasburk@cmail.cz

22) Hospic v Mostě

<http://www.hospic-most.cz>
hospic@mostmail.cz

23) Hospicová péče sv. Zdislavy

<http://www.hospiczdislavy.cz>
info@hospiczdislavy.cz

24) Hospicové občanské sdružení Duha

<http://www.hospic-horice.cz/>
hospic-horice@seznam.cz
773 652 844

25) Mobilní hospic Ondrášek, Ostrava

<http://www.mhondrasek.cz/>
mhondrasek@seznam.cz

26) Mobilní hospicová jednotka (Ostrava).

<http://www.ostrava.caritas.cz>
cho.chos@caritas.cz

27) Nadační fond Umění doprovázet

<http://www.umenidoprovazet.cz>
info@umenidoprovazet.cz

28) OPORA

<http://www.opora-os.cz>
opora.ul@centrum.cz
777704221

29) SDÍLENÍ o.s.

<http://www.os-sdileni.wz.cz/>
os.sdileni@centrum.cz

30) Umirani.cz

<http://www.umirani.cz>
redakce@umirani.cz