

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.Praha 5**

**INFORMOVANOST VEŘEJNOSTI O HOSPICOVÉ PÉČI  
V OLOMOUCKÉM KRAJI**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**KLÁRA ŠKAŘUPOVÁ, Dis**

Praha 2012

**VYSOKÁ ŠKOLA ZRDAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5**

**INFORMOVANOST VEŘEJNOSTI O HOSPICOVÉ PÉČI  
V OLOMOUCKÉM KRAJI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KLÁRA ŠKAŘUPOVÁ, Dis

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Foukalová

Konzultant práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD.

Praha 2012



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Škařupová Klára**  
**3. VSV**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 25. 11. 2011 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Informovanost veřejnosti o hospicové péči v Olomouckém kraji

*Public Awareness of Hospice Care in the Olomouc Region*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Vladimíra Foukalová  
Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD.

V Praze dne: 25. 11. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem absolventskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze 20. května 2012

.....  
Klára Škařupová, Dis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji paní Mgr. Vladimíře Foukalové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a nápady při psaní této práce, dále všem respondentům, kteří se zúčastnili mého výzkumu a mým blízkým, kteří mě při psaní této práce podporovali.

V Praze 20. května 2012

.....

Klára Škařupová, Dis

## **ABSTRAKT**

ŠKAŘUPOVÁ, Klára Dis. *Informovanost veřejnosti o hospicové péči v Olomouckém kraji*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mrg. Vladimíra Foukalová. Praha. 2012. 66 stran.

Tématem této bakalářské práce je Informovanost veřejnosti o hospicové péči v Olomouckém kraji. Práce je koncipována v rovině teoretické a praktické.

Teoretická část je zaměřená na umírání a smrt jako součást života a na paliativní péči, která zvyšuje kvalitu posledních chvil člověka. V této části se práce věnuje také psychice osob v náročných životních situacích. Nosná část se zabývá především osobním doprovázením umírajících a jednou ze složek hospicové péče – lůžkovou hospicovou péčí. Popisuje podmínky fungování a možnosti, které hospicová služba nabízí.

Na tuto teoretickou část navazuje praktický průzkum mezi obyvateli Olomouckého kraje, který je zaměřen na zjištění jejich povědomí o hospicové péči, její dostupnosti a možnostech, kterými služba disponuje.

Cílem práce bylo zmapovat hospicovou péči v Olomouckém kraji a pomocí dotazníkového šetření zjistit povědomí veřejnosti o této službě.

### **Klíčová slova**

Bolest. Doprovázení. Hospicová péče. Smrt. Umírání.

## **ABSTRAKT**

ŠKAŘUPOVÁ, Klára Dis. *Public Awareness of Hospice Care in the Olomouc Region*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Level of qualification: Bakalář (Bc.). Supervisor: Mgr. Vladimíra Foukalová. Praha. 2012. 66 pgs.

Theme of this work is public awareness of hospice care in the Olomouc region. The work is developed in theoretical and practical level.

Theoretical part is focused on dying and death as a part of life and also on palliative care, which improves the quality of the last moments of a man. This part deals with people's psyche in difficult life situations. Main part deals with personal accompaniment of dying patients and one of the part of hospice care: ward hospice care. Then it describes conditions for the functioning and choices that hospice service offers.

This theoretical part is followed by practical survey among residents of the Olomouc region, which is focused on their awareness of hospice care, its availability and possibilities which the service disposes.

The aim of the work was to map the hospice care in the Olomouc region and through a questionnaire survey determined public awareness of this service.

### **Key words**

Accompaniment. Dying. Death. Hospice care. Pain.

## OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	9
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ .....	9
SEZNAM TABULEK .....	10
SEZNAM GRAFŮ .....	11
ÚVOD.....	12
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>13</b>
1 UMÍRÁNÍ.....	13
1.1 Umírání jako součást života.....	13
1.2 Pochopení umírajícího .....	13
1.3 Bolest .....	14
1.4 Psychika v náročných životních situacích .....	15
1.4.1 Reakce na nepříznivou prognózu.....	15
1.4.2 Strach .....	15
1.4.3 Smutek .....	16
1.4.4 Deprese .....	16
1.4.5 Povzbuzení.....	16
1.5 Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících.....	17
1.6 Smrt.....	17
1.7 Eutanazie – právo na smrt.....	18
2 PALIATIVNÍ PÉČE .....	20
2.1 Komunikace v paliativní péči .....	21
2.2 Laskavá péče.....	21



3	HOSPICOVÁ PÉČE .....	23
	3.1 Typy hospicové péče .....	23
	3.1.1 Domácí hospicová péče laická.....	23
	3.1.2 Domácí hospicová péče odborná .....	24
	3.1.3 Ambulantní a semiambulantní hospicová péče .....	25
	3.1.4 Lůžková hospicová péče .....	26
4	DOPROVÁZENÍ NEMOCNÝCH .....	29
	<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>30</b>
5	ŘEŠENÍ PRŮZKUMU .....	30
	5.1 Popis řešení .....	30
	5.2 Hypotézy .....	32
6	VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA .....	33
	6.1 Identifikační údaje .....	33
	6.2 Povědomí o hospicové péči .....	35
7	DISKUZE .....	54
	ZÁVĚR .....	57
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	58
	SEZNAM PŘÍLOH.....	61

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

**LDN** – léčebna dlouhodobě nemocných

## **SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ**

Hypnotika – léky navozující spánek.

Anxieta - chorobný stav úzkosti.

Eutanazie - je obvykle definována jako usmrcení na žádost (též asistovaná sebevražda).

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů

Tabulka č. 2 – Místo bydliště respondentů

Tabulka č. 3 – Pojem hospicová péče

Tabulka č. 4 – Povědomí o odborné ošetrovatelské péči

Tabulka č. 5 – Nejvhodnější způsob zajištění hospicové péče

Tabulka č. 6 – Přání umírajícího

Tabulka č. 7 – Ochota respondentů hospitalizovat blízkého do hospicového zařízení

Tabulka č. 8 – Důvody pro zajištění péče v hospicovém zařízení

Tabulka č. 9 – Důvody pro odmítnutí zařízení poskytujícího hospicovou péči

Tabulka č. 10 – Hospicové zařízení v Olomouckém kraji

Tabulka č. 11 – Osobní návštěva hospicového zařízení

Tabulka č. 12 – Zázemí hospicové péče

Tabulka č. 13 – Eutanazie

Tabulka č. 14 – Pohled na eutanazii s ohledem na věk dotazovaných

Tabulka č. 15 – Bolest a eutanazie

Tabulka č. 16 – Bolest a eutanazie s ohledem na věk dotazovaných

## **SEZNAM GRAFŮ**

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů

Graf č. 2 – Místo bydliště respondentů

Graf č. 3 – Pojem hospicová péče

Graf č. 4 – Povědomí o odborné ošetrovatelské péči

Graf č. 5 – Nejvhodnější způsob zajištění hospicové péče

Graf č. 6 – Přání umírajícího

Graf č. 7 – Ochota respondentů hospitalizovat blízkého do hospicového zařízení

Graf č. 8 – Důvody pro zajištění péče v hospicovém zařízení

Graf č. 9 – Důvody pro odmítnutí zařízení poskytujícího hospicovou péči

Graf č. 10 – Hospicové zařízení v Olomouckém kraji

Graf č. 11 – Osobní návštěva hospicového zařízení

Graf č. 12 – Zázemí hospicové péče

Graf č. 13 – Eutanazie

Graf č. 14 – Pohled na eutanazii s ohledem na věk dotazovaných

Graf č. 15 – Bolest a eutanazie

Graf č. 16 – Bolest a eutanazie s ohledem na věk dotazovaných

## ÚVOD

*„Vlídá slova mohou být stručná a prostá, ale jejich ozvěna je nekonečná.“*

**Matka Tereza**

V životě jsou určité okolnosti, které nás nutí zpomalit, zastavit se a přemýšlet. Zvláště pak, jsou-li to situace bolestivé, těžko snesitelné a neovlivnitelné. Právě v těchto chvílích je důležité mít kolem sebe lidi a přátele, kteří nám budou oporou, rádci a pomocníky.

Nezřídka bývají tyto situace spojené s nemocí, umíráním a ztrátou blízké osoby. Umírání je nedílnou součástí každého života a přesto velmi málo diskutovanou. Je, bylo a bude vždy pro blízké smutným loučením. Vnitřní pocity, vlastní prožitky a zkušenosti dělají umírání a doprovázení nemocných jedinečnými a neopakovatelnými chvílemi. Je na každém, jak těchto chvil dokáže využít, zaplnit poslední chvíle umírajícího a důstojně se s ním rozloučit. Je mnoho, které můžeme udělat – být mu nablízku, zahrnovat milující péčí, pochopením, vyjádřit naději a útěchu.

Předmětem pro tuto práci byla má osobní zkušenost se ztrátou blízkého člověka. Často mi přišly na mysl otázky: „Udělala jsem vše správně? Tak proč?“ Nikdy si nemůžeme být jistí, že to, co děláme, je správné. Je ale důležité, jak to děláme. Odměnou nám potom může být poděkování nebo úsměv a to při těch těžkých chvílích není vůbec málo.

Cílem práce je zjistit informovanost veřejnosti o hospicové péči. Toto téma jsem blíže specifikovala na veřejnost Olomouckého kraje právě proto, že jsem také jedním z jeho obyvatel. Jelikož jsem pracovníkem ve zdravotnictví, setkala jsem se s tím, že se na mě lidé obrátili o pomoc při řešení těžké životní situace. Přáli si umírajícího ponechat v domácím prostředí, ale neměli dostatek informací a prostředků pro zajištění kvalitní péče. To byl také jeden z dalších podmětů pro volbu tohoto tématu. Záměrem je zjistit formu péče, kterou blízcí upřednostňují při péči o umírajícího, jaké mají možnosti pro její uskutečnění a osobní zkušenosti při doprovázení.

Práce je rozdělena na dvě části. V první části se zaměřuji na umírání, hospicovou péči a doprovázení blízké osoby na cestě ke smrti i při samotném skonu. Praktická část je zaměřena na dotazy respondentů týkající se hospicové péče. Metodou zjišťování je kvantitativní výzkum u 100 respondentů.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 UMÍRÁNÍ

Tato kapitola je zaměřena na období umírání, bolest, psychiku nemocného a jeho blízkého okolí.

### 1.1 Umírání jako součást života

V dřívějších dobách byla smrt téměř každodenní realitou a společnost byla připravena na rituály související s umíráním tak, aby nezraňovala (MARKOVÁ, 2010). Členové rodiny byly samozřejmě přítomni umírání a i sousedé přišli doprovázet nemocného na jeho posledním úseku životní pouti, který čekal na každého z nich. Péče o umírajícího a všechny pohřební záležitosti byly úkonem celé rodiny a nikoliv nějakých cizích profesionálů. Smrt byla velmi blízkým, i když většinou nevídaným, druhem (MUNZAROVÁ, 2005, s. 66).

V dnešní době je umírání a smrt spíše zdravotnickým problémem, než realitou rodinného života (MARKOVÁ, 2010). Laická veřejnost a především příbuzní, kteří participují na péči o umírajícího, by měli vědět, že určité projevy spojené s umíráním a smrtí jsou přirozené a že je nelze eliminovat. Přijmout smrt v jejích četných modifikacích je jediným odpovídajícím řešením (VORLÍČEK, 1998, s. 366).

### 1.2 Pochopení umírajícího

Důležité je starat se nejen o tělo, ale především o psychiku umírajících. Tam, kde má lékař omezené možnosti, má o to větší pole působnosti rodina a okolí. Mohou zajistit nemocnému alespoň blaho psychické. Jsou určité úkony, které může nemocný udělat sám – jako např. zapojení do procesu péče, snažit se o motivaci, zapojovat se do řešení problémů – samozřejmě vhodným způsobem. V ideálním případě je dobré si s nemocným promluvit o jeho problémech, Nemocný by měl zapracovat na těch problémech, které lze řešit a tam směřovat své síly a bojovat (SVATOŠOVÁ, 2008).

Doktorka Kübler-Rossová odpovídá na otázku, kdy je vhodné s nemocným mluvit o smrti takto: Neotvírejte před nemocným tento problém sami od sebe. Vyčkejte, až sám nastolí téma smrti a umírání. Bude-li hovořit o bolesti, hovořte o jeho bolesti. Jestliže vyjádří strach ze smrti, usedněte, vyslechněte ho a zeptejte se ho, z čeho konkrétně má obavy. Pokud si chce vyřídit nějaké záležitosti kolem pohřbu nebo sepsat poslední vůli ještě před tím, než se přiblíží smrti, nezkoušejte ho od toho zrazovat, ale sežeňte mu právníka a pomozte mu uspořádat jeho záležitosti (SVATOŠOVÁ, 2008, s. 16).

Jak jednou projdeme procesem umírání, už o něm nemůžeme podat zprávu; nemůžeme hodnotit péči, které se nám dostalo, nebo navrhnout způsoby, jak by se dala vylepšit. I když se umírání pokládá za jedno z nejkritičtějších období života, zkušenost s umíráním do velké míry závisí na jiných lidech (PAYNEOVÁ, 2008, s. 201).

### 1.3 Bolest

V terminálním stádiu u onkologicky nemocných trpí až 73% pacientů bolestí (MARKOVÁ, 2010). Základní pravidlo zní – bolest vnímá každý jinak, a proto je nutno nemocnému věřit. A nejen věřit. My jsme povinni respektovat pacientovo rozhodnutí i v případě, že se vědomě a svobodně rozhodne bolest až do určité míry snášet (SVATOŠOVÁ, 2008, s. 26-27). Bolest je jedním z nejobávanějších příznaků onkologického onemocnění. Chronická nádorová bolest je komplexní povahy a dopad bolesti na nemocného v konečném důsledku skutečně zničující. Neléčená či nedostatečně léčená nádorová bolest zvyšuje morbiditu nemocných, výrazně zhoršuje kvalitu jejich života a může vést ke změnám osobnosti (<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/hodnoceni-a-lecba-chronicke-nadorove-bolesti-464250>).

Bolest má i varovný signál, upozorňuje na situaci ohrožení, varuje před škodlivými vlivy. Význam ztrácí, jestliže překročila míru snesitelné intenzity. Chronická bolest na rozdíl od bolesti akutní tento význam popírá. Při dlouhodobém působení bolesti hrozí více anxiety, deprese, beznaděje a vzdání se. Tyto stavy mají také vliv na spolupráci s nemocným. Dobré mezilidské vztahy a prostředí, kde se cítí nemocný dobře, zvyšují práh bolesti. Značný vliv má také přítomnost blízké osoby nejen u dětí, ale i u dospělých lidí (TRACHTOVÁ, 1998).

## 1.4 Psychika v náročných životních situacích

Emoce jsou projevem citlivosti a součástí každodenního života. Dáváme tak najevo, že se nás věci dotýkají a že na nás působí lidé z našeho okolí (ARRIVÉ, 2004).

### 1.4.1 Reakce na nepříznivou prognózu

Kübler – Rossová popisuje ve své knize několik fází, kterými prochází jedinec, po zjištění terminální diagnózy:

- V první fázi je šok, popírání a izolace. Pacient odmítá spolupracovat, nechce zahájit léčbu, domnívá se, že je vše ztraceno.
- Druhé stádium je agrese a hněv. Pacient si často klade otázky „proč já?“ Toto období je velmi bolestivé i pro okolí, pacient si mnohdy vztek vybíjí na svých blízkých. Důležitá je tolerance, láska a pochopení nemocného. Nezanevřít a snažit se udržet vztah a upevňovat pouto k nemocnému.
- Smlouvání, vyjednávání a kompromisy jsou časté ve třetí fázi. Nemocní se obracejí na Boha a smlouvají s ním. U některých může být doprovodným jevem pocit viny.
- Čtvrtým stádiem je deprese např. ze ztráty životní síly, nelepšícího se stavu, ztráty zaměstnání, mnohdy jsou i finanční problémy, které musí nemocný řešit. Vědomí blížící se smrti může v pacientovi vyvolat hlubokou depresi.
- Akceptování a souhlas jsou posledním stádiem. Nemocný využívá tento čas k urovnání sporu s rodinou, vyřešení majetkových vztahů, je vyrovnanější, je osvobozen od krutých pocitů zlosti a závisti zdravým lidem (KUEBLER-ROSSOVÁ, 1992).

### 1.4.2 Strach

*„Strach pacienta z dalšího vývoje nemoci je někdy horší než nemoc sama.“*

MUDr. J. Pecka

Jde o přirozenou emoci zvláště v okamžicích zklamání, nedostatku lásky, neúspěchu nebo ztráty. Umožňuje nám překonávat určité situace a připravit se na realitu. Často bývá doprovázena truchlením a oplakáváním. Měl by být prožíván plně, bez pocitu viny a méněcennosti (ARRIVÉ, 2004).



Z pohledu rodiny bývá strach častý při péči o umírajícího v domácím prostředí. Příbuzní se bojí, že nebudou vědět co dělat, jak zajistit nejlepší péči, že nemocný bude strádat a trpět bolestí. Edukace a podpora rodiny mají nesmírný vliv, jestliže si nemocný přeje poslední chvíle strávit v kruhu rodiny (HOLEKSOVÁ, 2004).

### **1.4.3 Smutek**

Smutek je normální reakcí na nějakou ztrátu. Měla by být možnost, plně tuto reakci prožít, aby se nenahromadily problémy do budoucna. Míra smutku závisí na intenzitě vztahu mezi umírajícím a okolím. Někteří mají potřebu o svém smutku mluvit více, jiní prožívají tyto emoce v soukromí, beze svědků. Jedním z projevů je pláč. Smutek z nezvratné ztráty něčeho významného (např. úmrtí blízké osoby) je vystupňován v žal. Nevypořádá-li se člověk s žalem, snadno propadne depresím (MARKOVÁ, 2010). V období smutku také tkví nebezpečí v tom, jestliže se postoj člověka změní a on vidí vše negativně. Přestane vnímat okolí a začne se druhých stranit (MARKOVÁ, 2010).

### **1.4.4 Deprese**

Bývá charakterizována silnou psychickou bezmocí. Postižena bývá pozornost, soustředění, je narušená paměť, ztráta vitality a energie. Nezřídka se stává, že se lidé, při opakovaném vychýlení z rovnováhy, utíkají k nejrůznějším metodám či technikám jako např. alkohol, tabák, drogy, hypnotika atd. (ARRIVÉ, 2004).

Důležité je radovat se z toho, že se můžeme radovat. Jsou to maličkosti, jako například sluneční svit, kvetoucí rostliny. Připouštění těchto radostí dodává životu jas a vnitřní klid (KŘIVOHLAVÝ et. al., 2004).

Pacienti v zařízení paliativní péče trpící depresemi a pocity beznaděje si častěji přejí zemřít. Podle jedné studie bylo přání zemřít čtyřikrát silnější u depresivních pacientů než u těch, kteří depresí netrpí. Toto zjištění je velmi důležité pro identifikaci pacientových problémů (O' CONOR, et. al., 2005).

### **1.4.5 Povzbuzení**

Lidé mají kvůli nemocím v průběhu života mnoho nepříjemných zážitků, které jim berou odvahu a naději. Je mnoho věcí, které už nemohou dělat, a proto se jich musí

vzdát. Kvůli tomu zažívají další a další nová zklamání. Není vhodné, odpovídat na tyto pocity slovy: „Vždyť to není tak hrozné.“ Je důležité být dobrým pozorovatelem a posilovat a povzbuzovat naději a odvalu při překonávání nemoci. Kdykoli se něco podaří byť i nepatrného, je dobré to ocenit. I ty nejmenší krůčky by neměly být bez povšimnutí. Dalším důležitým aspektem je mít možnost volby. Dát nemocnému pocit svobody a vlastního rozhodnutí i v maličkostech, zvláště pak, je-li upoután na lůžko a musí akceptovat ošetřující personál, je svoboda v rozhodování velkým přínosem. Byť by šlo jen o nepatrné záležitosti jako např. vybrat si svou housku, zákusek, na který má chuť a ne se spokojit s tím, co dostane na talíř. Právo spolurozhodovat ve chvílích, kdy má nemocný velmi omezený prostor. Pomoci najít opěrné body, které umožní do určité míry samostatné jednání (PÖRTNER, 2009).

## **1.5 Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících**

Tento dokument byl schválený 25. června 1999 Parlamentem Rady Evropy. Je zde vyjádřena podpora paliativní péči a výzva, aby tento druh péče byl uznán za zákonný nárok. Důraz je kladen také na zákaz eutanazie s odkazem na lidská práva – každý má právo na život a nemůže ho být úmyslně zbaven. V současné době dokáže medicína díky pokrokům léčit dosud nevléčitelné choroby. To má za následek prodlužování lidského života a odsunování blížící se smrti. Zde se naskýtá další z diskutovaných témat – kvalita života umírajícího člověka, osamělost a utrpení jak nemocného, tak jeho blízkých a pečujících osob. Proto bylo přijato doporučení, které vychází z myšlenky, že přáním umírajících je zemřít pokojně a důstojně. Doporučením pro lékaře je zajištění lékařské péče, jejíž cílem by nemělo být jen prodloužení života, ale také ukončení utrpení (MUNZAROVÁ, 2005).

## **1.6 Smrt**

*„Umění zemřít je umění všech umění.“*

J. A. Komenský

Smrt je jak nezpochybnitelným faktem v lidském životě, tak i záhadou (PAYNEOVÁ, 2008, s. 201). Nikdo by neměl umírat sám a důstojná smrt by měla mít charakter sociálního aktu (VORLÍČEK, 1998, s. 371). Stává se rozcestím mezi nadějí

a zoufalstvím – buď je vstupem do nicoty, nebo pokračováním života. V prvním případě může vyvolat v jedinci pocity zoufalství, u jiného pocity naděje. Ne všichni, kteří věří v posmrtný život, ale v této představě nalézají útěchu. Jsou zatíženi určitou obavou, nejistotou a pochybnostmi. Vše se vyjeví okamžikem smrti. Smrt fyzickou může předcházet smrt psychická a sociální. Sociální smrt je stav, kdy nemocný přestává být aktivní ve společenském životě. Dochází k odluce mezi světem a přáteli. Představa samoty se člověku přičí a může se stát synonymem pro představu pekla. Je přirozené klást si otázky tohoto typu a vyrovnávat se s nimi (MUNZAROVÁ, 2005). Připustí-li si jedinec konečnost svého života, zcela jistě bude zodpovědněji přistupovat ke svému drahocennému času a bude vnímavější k občanům stojícím na prahu smrti. Ti potřebují nejen pochopení, ale i konkrétní pomoc těch vzdálenějších občanů. Právě zdraví a ekonomicky činní lidé mohou pro umírající něco udělat. Díky svému rozhodování a praktickým činům vytvářejí, nebo také nevytvářejí, důstojné podmínky pro závěr života lidí ve společnosti (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

## **1.7 Eutanazie – právo na smrt**

Společnost staví především na ochraně práva na život. Povinností státu je ochraňovat nezcizitelná práva každého člověka. Ta mohou být zachována tehdy, je-li naživu. A od téhož státu má být vyžadováno, aby ochraňoval právo k sebedestrukci? (MUNZAROVÁ, 2005).

Skutečné právo by mělo být přinejmenším bezúhonné a hájit chvályhodné a spravedlivé činy. Právo na smrt však zahrnuje dvojznačnost pojmu, co se úmyslu týče. Možnost legálně odmítnout léčbu s určitým rizikem urychlení smrti, na straně druhé možnost vysadit léčbu s cílem zemřít. První možnost souvisí s výběrem jak žít při umírání, druhá pak souvisí s volbou smrti. Tento pojem se tedy používá i v kontextu pomoci ke smrti. Je ale velký mravní rozdíl mezi podřízením se smrti v době, kdy nadešel čas, a úmyslným zabitím. V současné době je jasně patrná snaha přesunout „práva na smrt“ na jiné, kteří u toho mají asistovat nebo dokonce to uskutečnit. Nejčastější důvody žádosti o zabití jsou: strach z protahovaného utrpení, strach z příliš dlouhéhožití, strach z degradace kvůli stáří a závislosti na druhých osobách, strach ze ztráty kontroly nad sebou, strach, že nemocný bude finanční, psychickou a sociální zátěží pro ostatní. Proto by se mohlo stát, že se na smrt bude nahlížet jako na schválení ukončení životů neúčinných. Mohlo by tak dojít ke snížení nákladů na ošetrovatelskou

péči. Tyto názory zastávají především ti, kteří se snaží změnit etiku orientovanou ve prospěch života a terminologie práv (MUNZAROVÁ, 2005).

Lze rozlišit konkrétní formy eutanazie:

- **eutanazie aktivní** – pacient trpí nevléčitelnou nemocí, prognóza onemocnění není příznivá, smrt lze očekávat v krátké době (někdy se nesprávně užívá časové rozmezí 6 měsíců), pacient opakovaně žádá urychlení smrti pro nesnesitelné utrpení, vykonavatelem je lékař,
- **eutanazie nevyžadovaná** – je částečně aktivní eutanazii, liší se však v tom, že pacient není schopen o urychlení smrti požádat,
- **eutanazie nedobrovolná** – je nevyžádaná a nechtěná, odlišit nevyžádanou eutanazii od nechtěné je metodicky nemožné,
- **eutanazie pasivní** – často bývá spojována s odnětím nebo přerušением léčby, nikoliv však ukončení péče, mnohdy bývá interpretováno jako právo na „přirozenou smrt“ – ve světě má mnoho příznivců (VORLÍČEK et. al., 2004).

K otázce eutanázie má paliativní péče jednoznačně vyhraněný postoj: Pomáhat v umírání ANO, pomáhat k smrti NE. (<http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>).

## 2 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je takový přístup, který zvyšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným se životohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních - definice WHO 2002 (MUNZAROVÁ, 2005, s. 62).

Časový horizont 6 měsíců do očekávané smrti tak zásadně odlišuje péči hospicovou od péče nemocnic, léčeben dlouhodobě nemocných, nebo ošetrovatelských ústavů (<http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>).

Paliativní péči lze vnímat i jako filozofii, je možné ji aplikovat nejen v hospicích, v nejrůznějších nemocničních zařízeních, ale také v domácím prostředí. V poslední fázi života je přece důležité jak žít i při blížící se smrti (MUNZAROVÁ, 2005, s. 62). Těžkým rozhodnutím při cestě k paliativní péči je dospět k poznání, že stav je natolik vážný, že nepovede k uzdravení pacienta. Bývá to bolestivé nejen pro nemocného, ale i pro ošetřující personál. Nezbytné je zodpovězení všech jeho otázek a respektování názoru na průběh další léčby (MARKOVÁ, 2010).

Mezi základní kurikulum pro paliativní péči, kterou navrhuje International Society of Nurses in Cancer Care, patří:

- politika zdravotní péče – smrt, společnost a péče paliativní
- teorie ošetrovatelství – ošetrovatel v paliativní péči
- teorie a praxe v poradenské činnosti
- interdisciplinární týmová práce
- zvládání bolesti a jejích symptomů
- ztráta blízké osoby a zármutek
- spiritualita
- právní a etické otázky (PAYNEOVÁ, 2008).

## 2.1 Komunikace v paliativní péči

Dobrá komunikace je v paliativní péči nezbytná např. při rozhodování o své péči, reálném zhodnocení vlastní situace a připravení se na budoucnost. Podle nejnovějších studií může vhodná komunikace nejen pozitivně ovlivnit psychický stav a kvalitu života lidí, ale také napomoci ke zmírnění tělesných symptomů. Používají se otevřené a řízené otázky, zaměřené na psychosociální problémy. V hospicových zařízeních se pacienti svěřují spíše s tělesnými než psychosociálními problémy a více než 60 % své problémy zamlčuje. Neznamena to ale, že žádné potíže nemají, nýbrž se mohou nacházet v psychické tísní. Rozhovor o psychických problémech může v nemocném vyvolat nepříjemné a mnohdy až bolestné pocity. Důležitý je také čas, který se nemocnému věnuje, a použití nejen verbálních, ale i neverbálních projevů (O'CONNOR et. al. 2005).

### Příčiny utrpení:

Etiologie utrpení zahrnuje celý komplex problémů. Příčiny utrpení můžeme rozdělit na fyzické, psychické, sociální, kulturní a duchovní (VORLÍČEK et. al., 1998, s. 20). Bolest člověka lze léčit snadněji než utrpení, protože vychází z poškození celé osoby. Utrpení může být spojováno také s pocity ohrožení – ohrožuje celistvost osoby.

## 2.2 Laskavá péče

Každá péče, kterou budeme u nemocného vykonávat, zvláště pak u umírajícího, by měla být spojena s láskou. V jednom britském hospici odpověděl na otázku, co si představuje pod pojmem laskavá péče, pacient před svou smrtí takto:

- Když ke mně přijdete přesto, že víte, co všichni víme – že umírám.
- Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profese, které selhaly v zajištění mého uzdravení.
- Když ke mně přijdete a věříte ve mně, uzdravení – neuzdravení.
- Když se mnou trávíte čas, ačkoliv vám to nemohu vrátit.
- Když mě berete jako individualitu.

- Když si vzpomenete na maličkosti, které mi jsou milé, když vzpomínáte i na mé blízké.
- Když se zajímáte i o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti.
- Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mě jako osobu.
- Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu.
- Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce.
- Tím se ve vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až přijde (SVATOŠOVÁ, 2008, s. 21-22).

### **3 HOSPICOVÁ PÉČE**

Hospicová péče je komplexní ústavní péče, která je založená na péči paliativní a jejímž hlavním aspektem v péči je zohlednění psychických, duchovních a vztahových potřeb (SLÁMOVÁ et. al., 2007).

Světová organizace domácí a hospicové péče:

Hospicová péče je centrálně řízený program paliativní péče - je cíleně zaměřený na zmírnění symptomů nemoci u terminálně nemocných, u kterých se předpokládá délka dalšího života v rozsahu méně než 6 měsíců. Podstatou hospicové péče je úcta k životu a umožnění maximální kvality života umírajícímu člověku, poskytováním kvalitní péče a podpory nemocným a jejich rodinám. Nemocnému se musí umožnit žít plně a bez zbytečného utrpení tak, jak je to jen možné. Smrt je vnímána jako nedílná součást života každého jedince. Hospicová péče smrt ani neoddaluje, ani neurychluje (<http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>).

#### **3.1 Typy hospicové péče**

Při volbě adekvátní formy hospicové péče pro konkrétního klienta by měly být pečlivě a odpovědně zváženy všechny argumenty a protiargumenty hovořící ve prospěch očekávané kvality života umírajícího klienta. Základním kritériem by měla být svobodná volba klienta příslušné formy hospicové péče (<http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1>).

##### **3.1.1 Domácí hospicová péče laická**

Domácí hospicová péče laická je poskytována umírajícím všech věkových skupin, u kterých nevyžaduje jejich psychosomatický a sociální stav odbornou péči, služby či pomoc. Je určena umírajícím, kteří mají takové sociální podmínky, které dovolují poskytování domácí hospicové péče laické bez ohrožení, či snížení kvality života umírajícího a jeho blízkých. Domácí hospicová péče laická je základním pilířem hospicové péče jako celku. Pomáhá umírajícímu, jeho rodině a blízkým překonávat společně nejtěžší úsek cesty lidským životem v prostředí osobním, důvěrně známém, blízkém a bezpečném. Domácí hospicová péče laická je poskytována tak zvaným pečovatelem (člen rodiny, příbuzný, popřípadě dobrovolník). Součástí domácí



hospicové péče laické je rodinná péče, péče a pomoc blízkých, sousedská výpomoc, péče dobrovolníků, cílená sociální a materiální pomoc státní správy a samosprávy (MISCONIOVÁ, rok vydání neuveden, s. 33).

Důvodem, proč i v současnosti zůstává tato forma péče přirozenou součástí života obyvatel, je:

- 1) tradice, úcta k rodině a životu,
- 2) hodnotový posun společnosti ve vztahu k prioritám života orientovaným na morální a etické hodnoty,
- 3) kultura, víra, či vyznání společnosti,
- 4) urbanistické podmínky pro spolužití více generací,
- 5) vzdělání a zaměstnanost žen,
- 6) sociální systém státu,
- 7) paradoxně nedostatek, či neexistence jiné alternativy (MISCONIOVÁ, rok vydání neuveden, s. 34).

### **3.1.2 Domácí hospicová péče odborná**

Domácí hospicová péče odborná je integrovanou formou zdravotní, sociální a laické péče – poskytovanou umírajícím v jejich vlastním sociálním prostředí. Doplňuje, či nahrazuje domácí hospicovou péči laickou. Je určena umírajícím plně, či částečně závislým na pomoci druhé osoby a jejich blízkým, kteří mají takové sociální podmínky, či zázemí, které dovolují poskytování domácí hospicové péče odborné bez ohrožení, či snížení kvality života umírajícího a jeho blízkých. Domácí hospicová péče odborná je dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Je poskytována multidisciplinárním týmem složeným dle aktuálních potřeb umírajícího, či jeho blízkých. Tým zahrnuje odborné pracovníky - lékaře, sestry, rehabilitační pracovníky, sociálního pracovníka, psychologa či duchovního a odborně připravené dobrovolníky. Pomáhá umírajícímu, případně jeho blízkým, v rámci paliativní péče zmírnit příznaky doprovázející umírání. U osamělých klientů nahrazuje prostřednictvím odborně připravených dobrovolníků rodinné příslušníky či blízké (MISCONIOVÁ, rok vydání neuveden, s. 37).

Domácí hospicová péče odborná je ordinována ošetřujícím lékařem klienta, nebo odborným lékařem po hospitalizaci klienta. Rozsah ordinovaných intervencí je

obměňován ošetřujícím lékařem klienta dle aktuálního stavu klienta a jeho potřeb. Maximální časový rozsah domácí hospicové péče v České republice je 3x denně na 1 hodinu (MISCONIOVÁ, rok vydání neuveden, s. 38).

V případech zvláštního zřetele hodných na žádost agentury domácí péče a ošetřujícího lékaře, po rozhodnutí revizního pracovníka zdravotní pojišťovny je možné rozšířit tento časový limit na takový časový rozsah, který je bezpodmínečně nutný pro zajištění maximální kvality odborné péče v poslední fázi života klienta (MISCONIOVÁ, rok vydání neuveden, s. 39).

### **3.1.3 Ambulantní a semiambulantní hospicová péče**

Ambulantní hospicová péče je určena plně, či částečně mobilním umírajícím, jejichž aktuální psychosomatický stav nevyžaduje umístění na lůžko, péči ve stacionáři či poskytování domácí hospicové péče odborné. Je doplňkem domácí hospicové péče laické. Pomáhá umírajícím v rámci paliativní péče zmírňovat příznaky doprovázející umírání prostřednictvím krátkodobých časově omezených, odborných a specializovaných intervencí (MISCONIOVÁ, rok vydání neuveden, s. 39).

Semiambulantní, či stacionární hospicová péče je integrovanou formou zdravotní a sociální péče poskytovanou umírajícím v prostředí stacionáře, který po část dne nahrazuje jejich vlastní sociální prostředí. Rozšiřuje domácí hospicovou péči laickou z následujících důvodů:

- 1) aktuální časová indispozice rodinných příslušníků a blízkých,
- 2) obnovení psychických i fyzických sil rodinných příslušníků či blízkých pro další poskytování domácí hospicové péče laické, či odborné,
- 3) nevhodnost vlastního sociálního prostředí klienta pro momentální poskytování hospicové domácí péče (například úpravy v bytě),
- 4) náročnost odborné intervence – vyžadující zvláštní personální a materiálně technické vybavení (MISCONIOVÁ, rok vydání neuveden, s. 39).

Je určena umírajícím, kteří nemají aktuálně takové sociální podmínky, které by dovolily poskytování domácí hospicové péče laické i odborné v průběhu 24 hodin denně – bez ohrožení či snížení kvality života umírajícího a jeho blízkých (MISCONIOVÁ, rok vydání neuveden, s. 40).

Semiambulantní hospicová péče je obvykle zřizována při lůžkových typech hospicové péče. Je dostupná v rozsahu, který je určen potřebami umírajícího uvedenými v ordinaci ošetřujícího lékaře. Je poskytována multidisciplinárním týmem (MISCONIOVÁ, rok vydání neuveden, s. 40).

Tým zahrnuje odborné pracovníky – lékaře, sestry, rehabilitační pracovníky, sociálního pracovníka, psychologa či duchovního a odborně připravené pečovatele. Pomáhá umírajícímu, případně jeho blízkým, v rámci paliativní péče zmírnit příznaky doprovázející umírání (MISCONIOVÁ, rok vydání neuveden, s. 41).

### **3.1.4 Lůžková hospicová péče**

Myšlenka hospice:

„Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že

- 1) nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- 2) v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost
- 3) v poslední chvíli života nezůstane osamocen (SVATOŠOVÁ, 2008, s. 115).

#### **Hospic na Svatém Kopečku**

Hospic na Svatém Kopečku u Olomouce byl zřízen Arcidiecézní charitou Olomouc v bývalém poutním domě na Svatém Kopečku u Olomouce. Slavnostně byl za přítomnosti arcibiskupa Jana Graubnera otevřen 28. listopadu 2002. Tomuto předcházely zhruba čtyřleté přípravy (<http://hospickopecek.caritas.cz/index.php?str=rodina#k1>).

První klienty hospic přivítal počátkem prosince 2002. Během více než 6 roků existence hospice zde pobývalo asi 1800 klientů, o které se stará multidisciplinární tým (<http://hospickopecek.caritas.cz/index.php?str=rodina#k1>).

Hospic na Svatém Kopečku je jediným zařízením tohoto typu v Olomouckém kraji. Projekt navazuje na zkušenosti získané v hospicích v celé České republice i v zahraničí (<http://hospickopecek.caritas.cz/index.php?str=rodina#k1>).

Financování provozu hospice je vícezdrojové - platby zdravotních pojišťoven (pokrývají asi 55% všech nákladů), dále pak dotace MPSV, Magistrátu města Olomouce, příspěvky dárců, sponzorů, další dotace a granty. Klienti podle výše svého příjmu přispívají na služby v hospici, které nejsou zdravotního charakteru - vylepšení komfortnosti pobytu – telefon, televize, lednice apod. (<http://hospickopecek.caritas.cz/index.php?str=onas#k1>).

Kritéria pro přijetí:

- nemocný trpí pokročilým nevléčitelným onemocněním
- léčba směřující k vyléčení nemoci byla ukončena
- stav nemocného vyžaduje celodenní péči
- péči o nemocného není možné zajistit v domácím prostředí

O přijetí rozhodují lékaři hospice. O výsledku je vyrozuměn ošetřující lékař, rodina nebo sám pacient. Přijetí pak probíhá v dohodnutém termínu (<http://hospickopecek.caritas.cz/index.php?str=rodina#k1>).

Návštěvy v hospici jsou povoleny celých 24 hodin denně. Na jednolůžkových pokojích se může kdokoliv s pacientem ubytovat a být mu nepřetržitě nablízku. Denní režim je co nejvíce přizpůsoben individuálním potřebám pacienta, aby se cítil jako v domácím prostředí. Personál hospice je připraven pomáhat také rodině (<http://hospickopecek.caritas.cz/index.php?str=rodina#k1>).

Hospic pečuje i o pozůstalé, snaží se jim pomoci vyrovnat se smrtí svých blízkých. V Hospici na Svatém Kopečku bývají 2x ročně setkání rodin, kterým v hospici zemřel někdo blízký. Na těchto setkáních je sloužena mše za zemřelé (<http://hospickopecek.caritas.cz/index.php?str=rodina#k1>).

Mýty o hospicích:

- „*Hospic je moc drahý, normální člověk na zaplacení péče nemá peníze*“

Informujte se v konkrétním hospici o ceníku služeb. Pacient platí zlomek ceny celkové péče, hospice vynakládají velké úsilí při získávání zdrojů státních i soukromých proto, aby péče v hospici byla dostupná pro každého, kdo ji potřebuje. Hospic nabízí péči naprosto odlišnou od nemocniční, zaměřenou na podporu pacienta a jeho rodiny

v důležité etapě jejich společného života (<http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/myty-o-hospicich/>).

- „*Hospice jsou smutná místa*“

V hospicích se užívá každého dne, každé minuty. Zdravotníci dbají na to, aby nemocný neměl zbytečné bolesti a obtíže, pracovníci a dobrovolníci nabízejí svůj čas při organizování akcí pro pacienty, rodiny i veřejnost. Právě společné sdílení a užívání si „běžného života“ v hospici patří mezi specifika péče. Vyjížděky nemocných na zahradu či terasu na vozíku či na posteli v doprovodu dobrovolníků či rodiny jsou ve většině zařízení samozřejmostí, hospice zvou aktivně všechny na nejrůznější společné akce - např. výtvarné dílny, koncerty, opékání buřtů na zahradě, dny otevřených dveří. Vloni za dobu pobytu pacient hospice (výtvarník, architekt) připravil svou vlastní výstavu... Až bude hospic v regionu, kde žijete, pořádat koncert, módní přehlídku či benefiční běh, neváhejte a podpořte jej svou účastí (<http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/myty-o-hospicich/>).

## 4 DOPROVÁZENÍ NEMOCNÝCH

*„Vlídá slova mohou být stručná a prostá, ale jejich ozvěna je nekonečná.“*

Matka Tereza

Doprovázení umírajících nemocných je službou nejen pro ně samotné, ale také načerpáním zkušeností pro doprovázející. Doprovázející člověk pomáhá nemocnému při jeho smíření se s konečností, tázáních a pochybnostech o smyslu jeho utrpení a vůbec o smyslu života. V radách pro doprovázející je zdůrazněno, aby nepodporovali naději k uzdravení těla. Léčení ducha je v těchto situacích velmi důležité (MUNZAROVÁ, 2005).

Tým, který umírající a jejich rodiny doprovází, by se měl naučit trpělivosti a chápat, že přijetí smrti vyžaduje čas. Každý, kdo se profesionálně věnuje péči o umírající, by měl vnímat své pocity během poskytování péče, měl by se naučit s nimi zacházet a nepřenášet je do vztahu s umírajícím. Kdo chce pomáhat umírajícímu, musí být připraven přijmout jej takového, jaký je a zdržet se jakéhokoliv hodnocení. Akceptace umírajícího znamená tolerovat jeho vlastnosti a jeho způsob prožívání a reakcí. Doprovázející by měli najít rovnováhu mezi empatií a věcností, aby nebyli sami vtaženi do deprese (<http://www.umirani.cz/predpoklady-profesionalu-pro-doprovazeni.html>).

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### 5 ŘEŠENÍ PRŮZKUMU

#### 5.1 Popis řešení

##### Námět na průzkumný problém

- Míra informovanosti laické veřejnosti o hospicové péči v olomouckém kraji.

##### Dosavadní stav poznání

- V daném problému nejsou publikovány poznatky.
- V terénu nebylo dosaženo poznatků.

##### Cíl a hodnota průzkumu

Cílem průzkumného šetření je zjistit, zda veřejnost rozumí pojmu hospicová péče, jestli by využili zařízení hospicové péče a názor na eutanazii.

##### Předmět průzkumu

Zkoumaná oblast:

- Respondenti z obcí do 5.000 obyvatel v Olomouckém kraji  
Němčice na Hané, Dub nad Moravou, Vrchoslavice, Česká Ves, Polkovice, Stříbrnice, Křenovice, Měrovice na Hané.
- Respondenti z měst od 5.000 obyvatel v Olomouckém kraji  
Olomouc, Prostějov, Jeseník, Přerov, Kojetín.

##### Zkoumaný soubor

- Průzkum je náhodný.
- Obyvatelé v základním souboru jsou rozděleni do dvou skupin, a to muži a ženy.

- V průzkumném šetření jsou vyhodnoceny dotazníky obyvatel nad 18 let.
- Velikost vzorku – 100 dotazovaných občanů Olomouckého kraje.

### **Časové rozmezí**

- Průzkumné šetření bylo prováděno od 20. 2. 2012 – 1. 5. 2012.

### **Metody a techniky**

- V průzkumném šetření je použito dotazníkové metody.
- Dotazník je nestandardizovaný.
- Obsahuje 2 položky s identifikačními údaji a 12 položek zaměřených na dané téma.
- Dotazník je anonymní.

### **Průzkumný tým**

- Individuální průzkum
- Zpracovatel – Škařupová Klára, Dis

### **Zpracování**

- Získaná data jsou zodpovědně zpracována kvantitativní metodou v absolutních/relativních číslech.
- Jednotlivé položky jsou zpracovány do grafů a tabulek s procentuálním vyjádřením.
- Rozdáno bylo celkově 112 dotazníků, návratnost 103 dotazníků, 3 dotazníky byly vyřazeny pro nesprávné vyplnění.
- Celkově bylo správně vyplněno a odevzdáno 100 dotazníků (100%).

### **Organizační zabezpečení**

- Zvolený časový prostor pro průzkumné šetření je do 3 měsíců.



- Průzkumné šetření je financováno z vlastních prostředků průzkumníka.
- Před samotným průzkumem byl proveden předvýzkum, rozdáno 10 dotazníků k ověření srozumitelnosti položek.
- Dotazník byl použit v tištěné nebo v elektronické formě (e-mailem).

## **5.2 Hypotézy**

- H 1** – Předpokládám, že většina dotazovaných obyvatel Olomouckého kraje (více jak 50%) je obeznámena s pojmem hospicová péče (položka č. 1).
- H 2** – Předpokládám, že většina dotazovaných obyvatel Olomouckého kraje (více jak 50%) je informována o zařízení, poskytující odbornou hospicovou péči v tomto kraji (položka č.8).
- H 3** – Jsem toho názoru, že většina dotazovaných obyvatel tohoto kraje (více jak 50%) neměla možnost navštívit zařízení poskytující lůžkovou hospicovou péči (položka č. 9).
- H4** - Předpokládám, že ti dotazovaní respondenti, kteří u položky č.5 (Byl/a byste ochoten/a dát svého těžce nemocného příbuzného do zařízení, poskytujícího odbornou péči o umírajícího - hospicové zařízení?) odpovědí NE, uvedou nejčastěji přání, ponechat si blízkého v domácím prostředí (položka č.7).
- H5** - Předpokládám, že většina dotazovaných mužů (více jak 50%), odpovídajících na položku č. 11 (V České republice je eutanázie - usmrcení na žádost nedovolená. Je podle Vašeho přesvědčení toto rozhodnutí správné?), označí odpověď NE.

## 6 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA

### 6.1 Identifikační údaje

#### Identifikační údaj – pohlaví respondentů

Pohlaví - zakroužkujte: A) muž

B) žena

V této položce jsem zjišťovala počet mužů a žen odpovídajících v dotazníku.

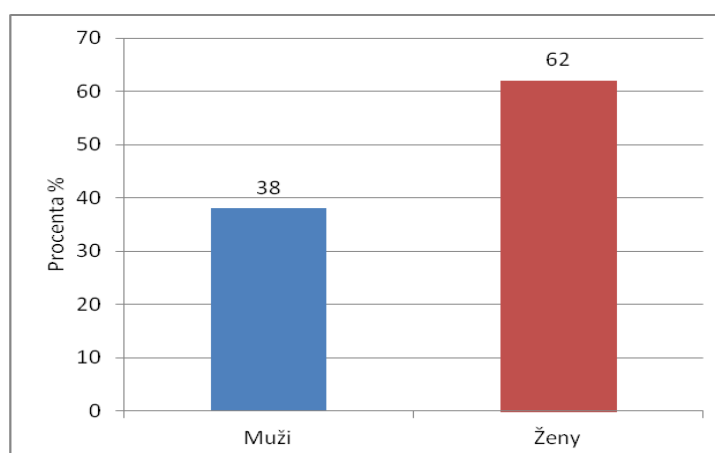
Z celkového počtu 100 respondentů (100%) vyplnilo dotazník 38 mužů (38%) a 62 žen (62%).

Zpracování tohoto identifikačního údaje (pohlaví respondentů) je v tabulce č. 1 a na grafu č. 1.

**Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů**

Odpověď	n	%
Žena	62	62
Muž	38	38
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Graf č. 1 – Pohlaví respondentů**



## Identifikační údaj – Bydliště respondentů

Máte trvalé nebo přechodné bydliště v Olomouckém kraji?

A) ano

B) ne

V této položce jsem zjišťovala, zda jsou respondenti občany Olomouckého kraje.

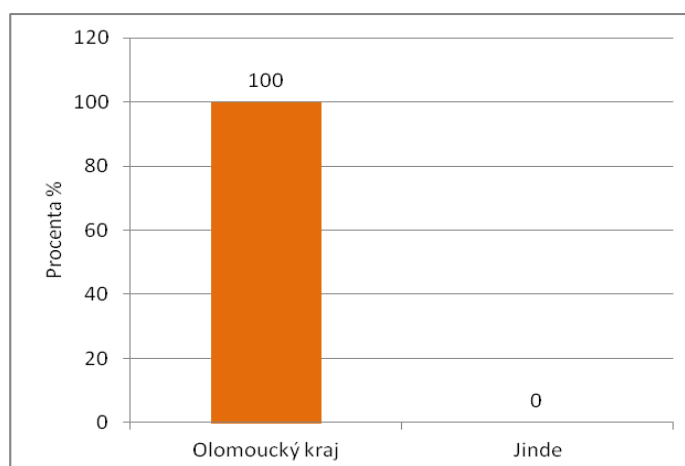
Z celkového počtu 100 respondentů (100%) odpovědělo na otázku kladně 100 respondentů (100%). Všichni pobývají dlouhodobě v Olomouckém kraji.

Zpracování tohoto identifikačního údaje (bydliště respondentů) je zaznamenán v tabulce č. 2 a na grafu č. 2.

**Tabulka č. 2 – Místo bydliště respondentů**

Odpověď	n	%
Místo bydliště je v Olomouckém kraji	100	100
Místo bydliště je mimo Olomoucký kraj	0	0
<b>Celkem</b>	100	100

**Graf č. 2 – Místo bydliště respondentů**



## 6.2 Povědomí o hospicové péči

### Položka 1

Pod pojmem hospicová péče rozumím:

- A) snaha ošetřovatelského týmu zajistit nemocnému nejmodernější vyšetření
- B) péče zaměřená na vyléčení pacienta po těžkých úrazech
- C) komplexní péče a léčba zaměřená na zvýšení kvality života u nevléčitelně nemocných lidí, s kladením důrazu na psychiku člověka a tišení jeho bolestí**
- D) komplexní péče o psychiku nemocného

V této položce jsem zjišťovala, zda respondenti znají pojem hospicová péče.

Z celkového počtu 100 respondentů (100%) neuvedl žádný respondent odpověď A) ani B) - (0%). Správnou odpověď (odpověď: C) komplexní péči a léčbu zaměřenou na zvýšení kvality života u nevléčitelně nemocných lidí, s kladením důrazu na psychiku člověka a tišení jeho bolestí zvolilo 100 respondentů (100%) a žádný respondent (0%) neoznačil možnost komplexní péče o psychiku nemocného (odpověď D).

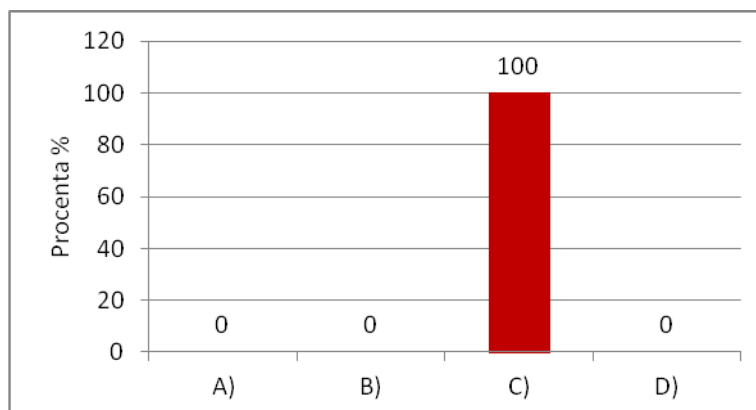
Zpracování této položky je zaznamenáno v tabulce č. 3 a na grafu č. 3.

Hypotéza (H1) - potvrzena

**Tabulka č. 3 – Pojem hospicová péče**

Odpověď	n	%
A) Zajištění nejmodernějšího vyšetření.	0	0
B) Vyléčení pacienta po těžkých úrazech.	0	0
C) Komplexní péče u nevléčitelně nemocných.	100	100
D) Péče o psychiku nemocného.	0	0
<b>Celkem</b>	100	100

**Graf č. 3 – Pojem hospicová péče**



## **Položka 2**

Setkal/a jste se někdy s odbornou ošetrovatelskou péčí o umírajícího?

A) ne, nikdy jsem neslyšel/a o poskytování odborné ošetrovatelské péče

B) ano, vím o tom jen něco málo

C) ano, mám dostatek informací o odborné péči o umírajícího

V této položce jsem zjišťovala, zda se respondenti někdy setkali s odbornou péčí o umírajícího.

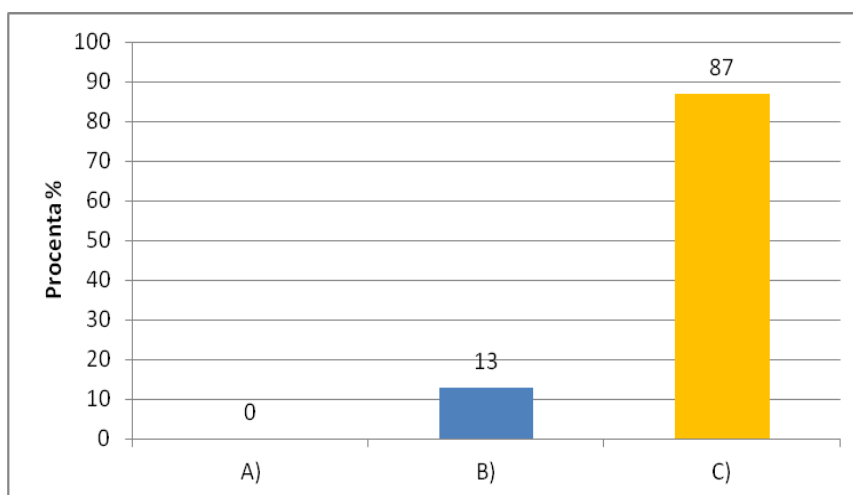
Z celkového počtu 100 respondentů (100%) uvedlo 87 respondentů (87%), že ví o této péči něco málo, dále 13 respondentů (13%) odpovědělo, že má dostatek informací v této oblasti a žádný respondent (0%) nevyužil možnost odpovědi, že nikdy neslyšel o poskytování odborné ošetrovatelské péči.

Zpracování této položky je zaznamenáno v tabulce č. 4 a na grafu č. 4.

**Tabulka č. 4 – Povědomí o odborné ošetrovatelské péči**

<b>Odpověď</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
A) Ne, nikdy jsem neslyšel/a o poskytování odborné ošetrovatelské péči.	0	0
B) Ano, vím o tom něco málo.	87	87
C) Mám dostatek informací v péči o umírající.	13	13
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Graf č. 4 – Povědomí o odborné ošetrovatelské péči**



### **Položka 3**

Umírající na nevléčitelné onemocnění by mohl pobývat, podle Vašeho názoru:

- A) v nemocnici
- B) v hospicovém zařízení
- C) v domácím prostředí
- D) jiné řešení - doplňte: .....

V této položce jsem zjišťovala názory respondentů na nejvhodnější způsob hospitalizace u nemocných vyžadujících hospicovou péči.

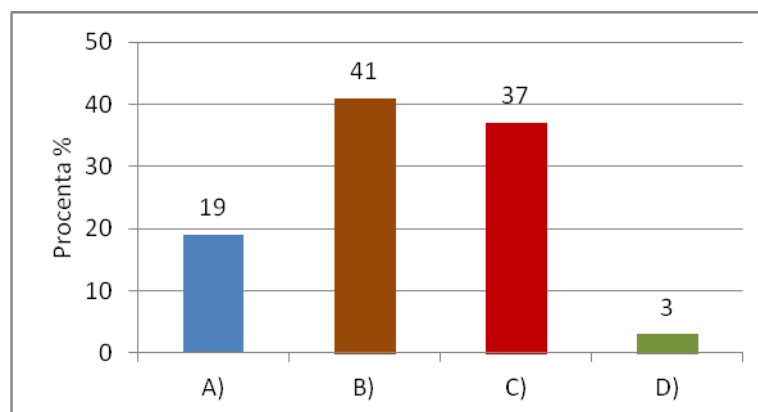
Z celkového počtu 100 respondentů (100%) uvedlo 19 respondentů (19%) hospitalizaci v nemocnici, dále 41 respondentů (41%) uvedlo hospicové zařízení, dále 37 respondentů (37%) označilo jako nejvhodnější způsob péči v domácím prostředí a 3 respondenti (3%) odpověděli u možnosti jiné: LDN, nevím, na žádost umírajícího.

Zpracování této položky je zaznamenáno v tabulce č. 5 a na grafu č. 5.

**Tabulka č. 5 – Nejvhodnější způsob zajištění hospicové péče**

<b>Odpověď</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
A) Hospitalizace v nemocnici	19	19
B) V hospicovém zařízení	41	41
C) V domácím prostředí	37	37
D) Jiné	3	3
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Graf č. 5 – Nejvhodnější způsob zajištění hospicové péče**



## **Položka 4**

Nemocný na sklonku života si přeje podle Vašeho názoru umírat:

- A) ve zdravotnickém zařízení
- B) v hospicovém zařízení
- C) v domácím prostředí
- D) jiné – uveďte: .....

V této položce jsem zjišťovala názor respondentů na to, kde si nemocný přeje umírat na sklonku života.

Z celkového počtu 100 respondentů (100%) uvedli 3 respondenti (3%) zdravotnické zařízení, dále 16 respondentů (16%) označilo hospicové zařízení, většina dotazovaných respondentů, což je 81 (81%), uvedla domácí prostředí a možnost jiné nevyužil žádný respondent (0%).

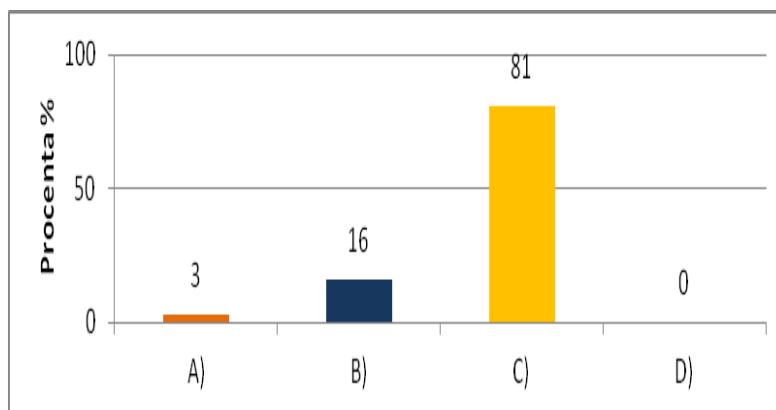
Zpracování této položky je zaznamenáno v tabulce č. 6 a na grafu č. 6.

**Tabulka č. 6 – Přání umírajícího**

<b>Odpověď</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
A) ve zdravotnickém zařízení	3	3
B) v hospicovém zařízení	16	16
C) v domácím prostředí	81	81
D) jiné	0	0
<b>Celkem</b>	100	100



**Graf č. 6 – Přání umírajícího**



### **Položka 5**

Byl/a byste ochoten/a dát svého těžce nemocného příbuzného do zařízení, poskytujícího odbornou péči o umírajícího (hospicové zařízení)?

A) ano

B) ne

V této položce jsem zjišťovala, zda by byli respondenti ochotni hospitalizovat umírajícího do zařízení, poskytujícího kompletní odbornou péči o umírajícího.

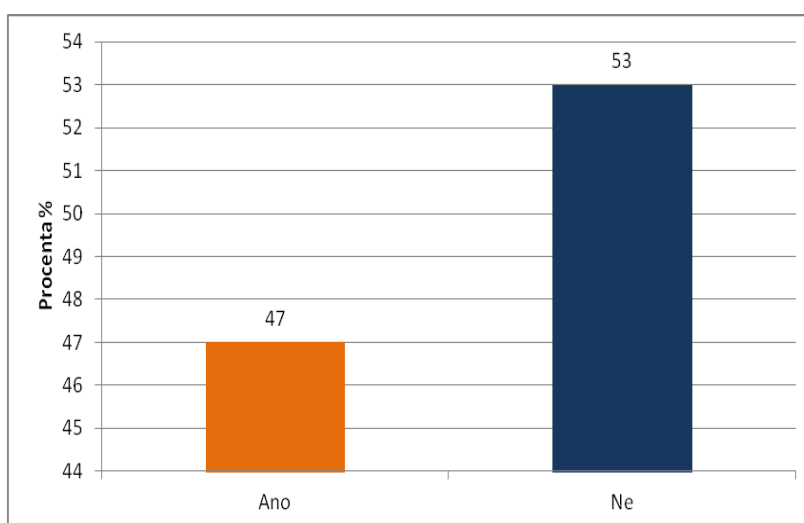
Z celkového počtu 100 respondentů (100%) uvedlo 47 respondentů (47%) ano a 53 respondenti (53%) odpověděli ne.

Zpracování této položky je zaznamenáno v tabulce č. 7 a na grafu č. 7.

**Tabulka č. 7 – Ochota respondentů hospitalizovat blízkého do hospicového zařízení**

<b>Odpověď</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ano	47	47
Ne	53	53
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Graf č. 7 – Ochota respondentů hospitalizovat blízkého do hospicového zařízení**



## **Položka 6**

Na tuto položku odpovídali respondenti, kteří označili u předešlé položky odpověď ANO.

Co Vás vedlo učinit toto rozhodnutí? Možné vybrat i 2 odpovědi, ne více.

- A) chtěl/a bych, aby byla mému příbuznému zajištěna nejvhodnější péče
- B) vím, že by si to blízký tak přál
- C) nemám dostatek zkušeností s domácí péčí
- D) nemám dostatek financí pro zajištění domácí péče o blízkého
- E) mám osobní pozitivní zkušenost se zajištěním péče v hospicovém zařízení

F) bojím se mít svého blízkého v těžkých chvílích u sebe

G) jiné – uveďte: .....

V této položce jsem zjišťovala, co vedlo respondenty k tomuto rozhodnutí.

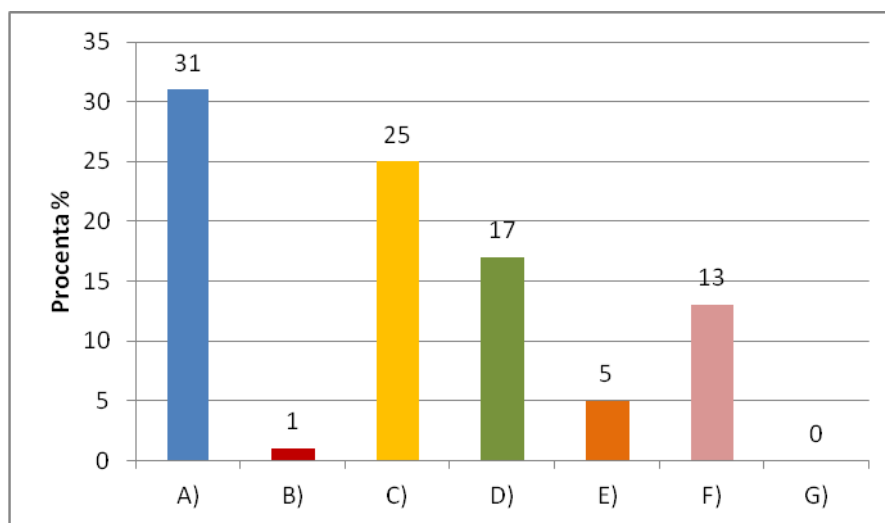
Z celkového počtu 47 respondentů (100%) uvedlo 31 dotazovaných (66,0%), že si přejí zajištění nejvhodnější péče u blízkého, 1 respondent (2,1%) se domnívá, že by si to blízký tak přál, dále 25 respondentů (53,2%) odpovídalo, že nemá dostatek zkušeností s domácí péčí, proto by volili raději hospicové zařízení, 17 respondentů (36,2%) nemá dostatek financí pro zajištění péče v domácím prostředí, 5 respondentů (10,6%) má zkušenost s péčí v hospicovém zařízení, 13 respondentů (27,7%) označilo možnost, že se bojí mít blízkého na sklonku života u sebe, a žádný respondent (0%) nevyužil možnosti uvést jiné rozhodnutí.

Zpracování této položky je zaznamenáno v tabulce č. 8 a na grafu č. 8.

**Tabulka č. 8 – Důvody pro zajištění péče v hospicovém zařízení**

Důvody pro zajištění odborné péče u svého blízkému v hospicovém zařízení	Označilo		Neoznačilo		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
A) chtěl/a bych, aby byla mému příbuznému zajištěna nejvhodnější péče	31	66,0	16	34,0	47	100
B) vím, že by si to blízký tak přál	1	2,1	46	97,9	47	100
C) nemám dostatek zkušeností s domácí péčí	25	53,2	22	46,8	47	100
D) nemám dostatek financí pro zajištění domácí péče o blízkého	17	36,2	30	63,8	47	100
E) mám osobní pozitivní zkušenost se zajištěním péče v hospicovém zařízení	5	10,6	42	89,4	47	100
F) bojím se mít svého blízkého v těžkých chvílích u sebe	13	27,7	34	72,3	47	100
G) jiné	0	0,0	47	100,0	47	100

**Graf č. 8 – Důvody pro zajištění péče v hospicovém zařízení**



### **Položka 7**

Na tuto položku odpovídali pouze ti respondenti, kteří označili u položky č. 5 odpověď NE.

Co Vás vedlo učinit toto rozhodnutí? Možné označit i 2 odpovědi, ne více.

- A) chtěl/a bych si nechat blízkého v domácí péči
- B) nechtěl/a bych za nemocným dojíždět
- C) nemám důvěru v tento typ zařízení
- D) nevím, jestli by to blízký chtěl
- E) nechci dát blízkému najevo, že se blíží jeho konec
- F) nezvládl/a bych psychicky odloučení s blízkým
- G) jiné – uveďte: .....

V této položce jsem zjišťovala, co vedlo respondenty k tomuto rozhodnutí.

Z celkového počtu 53 respondenti (100%) by si přálo 11 dotazovaných (20,8%) ponechat blízkého v domácím prostředí, 9 respondentů (17,0%) by nechtělo za nemocným dojíždět do hospicového zařízení, dále žádný respondent (0%) nemá nedůvěru v tento typ zařízení, 27 respondentů (50,9%) neví, jestli by to blízký chtěl, dále 33 respondenti (62,3%) by si nepřáli, dát nemocnému tímto způsobem najevo, že se blíží jeho konec, 15 respondentů (28,3%) by nezvládlo psychicky odloučení s blízkým, a 3 respondenti (5,7%) využili možnost jiné a uvedli: Nepřemýšlel jsem nad tím. Nevím. Je to velice zavazující rozhodnutí, nedokážu se teď rozhodnout.

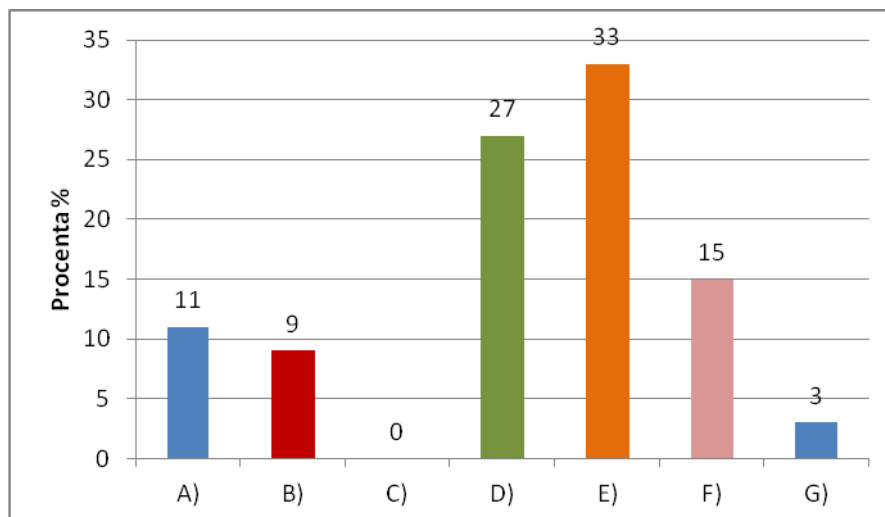
Zpracování této položky je zaznamenáno v tabulce č. 9 a na grafu č. 9.

Hypotéza (H4) - vyvrácena

**Tabulka č. 9 – Důvody pro odmítnutí zařízení poskytujícího hospicovou péči**

Důvody pro odmítnutí odborné péči pro blízkého v hospicovém zařízení	Označilo		Neoznačilo		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
A) chtěl/a bych si nechat blízkého v domácí péči	11	20,8	42	79,2	53	100
B) nechtěl/a bych za nemocným dojíždět	9	17,0	44	83,0	53	100
C) nemám důvěru v tento typ zařízení	0	0,0	53	100,0	53	100
D) nevím, jestli by to blízký chtěl	27	50,9	26	49,1	53	100
E) nechci dát blízkému najevo, že se blíží jeho konec	33	62,3	20	37,7	53	100
F) nezvládl/a bych psychicky odloučení s blízkým	15	28,3	38	71,7	53	100
G) Jiné	3	5,7	50	94,3	53	100

**Graf č. 9 – Důvody pro odmítnutí zařízení poskytujícího hospicovou péči**



### **Položka 8**

Je ve Vašem kraji zařízení, které zajišťuje péči o umírajícího?

**A) ano, jaké (doplňte) .....**

B) ne

C) nevím

V této položce jsem zjišťovala informovanost veřejnosti o zařízení poskytujícím hospicovou péči.

Z celkového počtu 100 respondentů (100%) označilo odpověď ano 57 respondentů (57%), dále 5 respondentů (5%) uvedlo ne a 38 respondentů (38%) označilo možnost nevím.

Respondenti, kteří označili odpověď ano, správně napsali hospicové zařízení na Svatém Kopečku, z celkového počtu těchto odpovědí pouze u 6 nebylo označeno žádné zařízení.

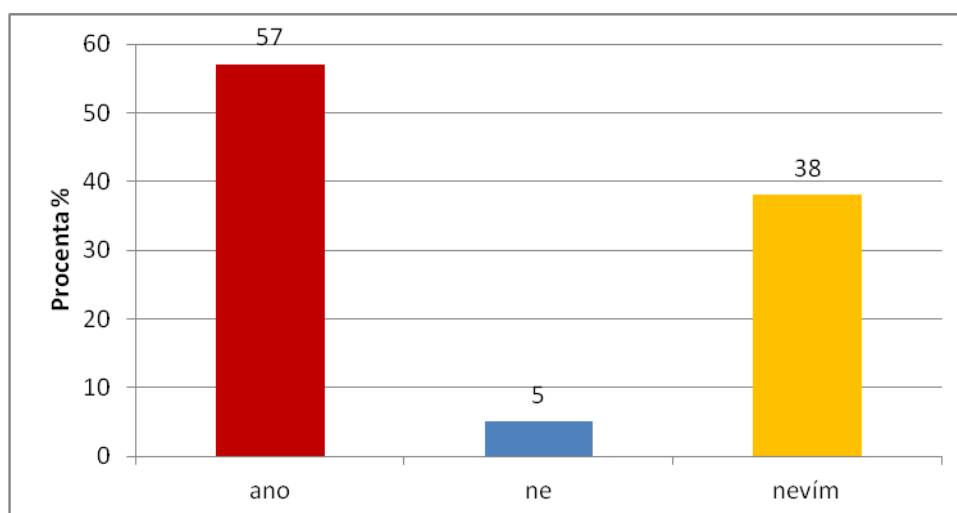
Zpracování této položky je zaznamenáno v tabulce č. 10 a na grafu č. 10.

Hypotéza (H2) - potvrzena

**Tabulka č. 10 – Hospicové zařízení v Olomouckém kraji**

<b>Odpověď</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
ano	57	57
ne	5	5
nevím	38	38
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Graf č. 10 – Hospicové zařízení v Olomouckém kraji**



### **Položka 9**

Měl/a jste možnost navštívit osobně nějaké takové zařízení?

A) ano

B) ne

V této položce jsem zjišťovala, zda respondenti měli možnost navštívit hospicové zařízení.

Z celkového počtu 100 respondentů (100%) uvedlo 16 respondentů (16%) ano a 84 respondenti (84%) odpověděli ne.

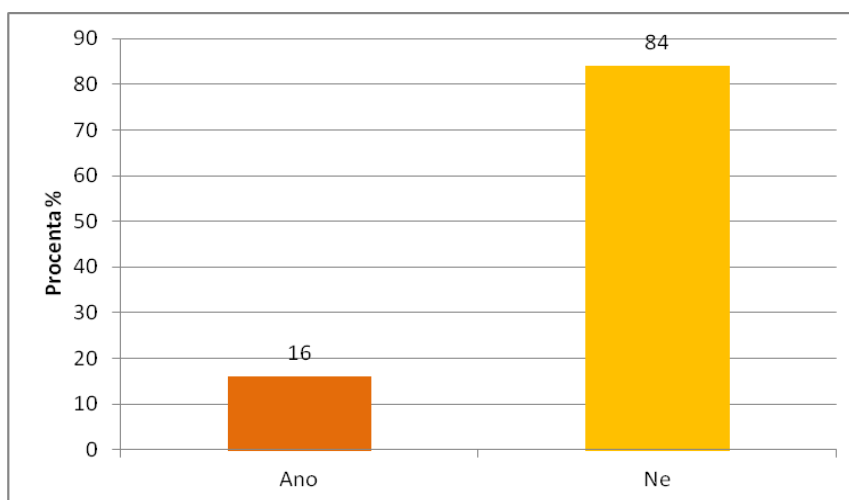
Zpracování této položky je zaznamenáno v tabulce č. 11 a na grafu č. 11.

Hypotéza (H3) - potvrzena

**Tabulka č. 11 – Osobní návštěva hospicového zařízení**

<b>Odpověď</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ano	16	16
Ne	84	84
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Graf č. 11 – Osobní návštěva hospicového zařízení**



## **Položka 10**

Hospicová péče může být zajišťována:

- A) pouze v nemocnicích
- B) pouze v hospicových zařízeních
- C) v domácím prostředí a hospicových zařízeních**



V této položce jsem zjišťovala informovanost o formách hospicové péče.

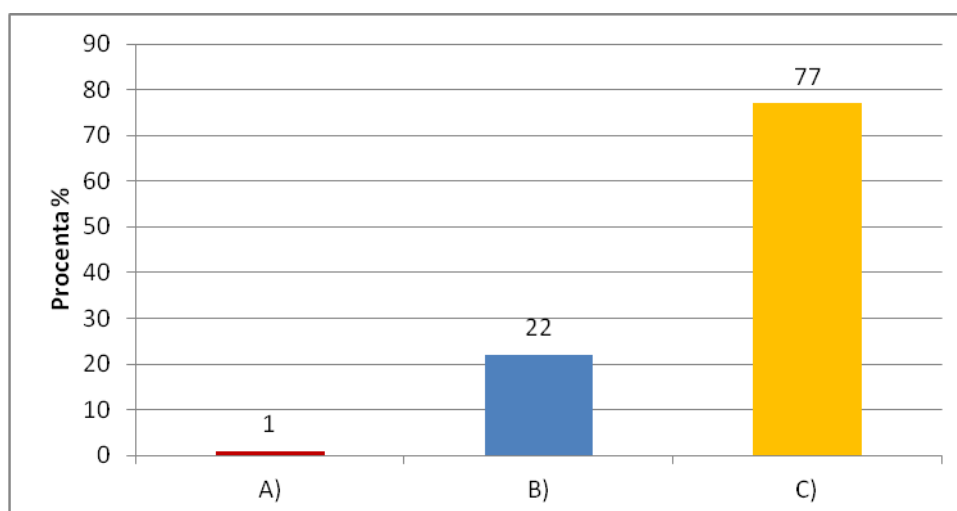
Z celkového počtu 100 respondentů (100%) uvedl 1 respondent (1%) pouze nemocnici jako poskytovatele hospicové péče, dále 22 respondenti (22%) označili pouze hospicové zařízení a 77 respondentů (77%) uvedlo poskytování hospicové péče v domácím a hospicovém zařízení.

Zpracování této položky je zaznamenáno v tabulce č. 12 a na grafu č. 12.

**Tabulka č. 12 – Zázemí hospicové péče**

<b>Odpověď</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
A) pouze v nemocnicích	1	1
B) pouze v hospicových zařízeních	22	22
C) v domácím prostředí a hospicových zařízeních	77	77
<b>Celkem</b>	100	100

**Graf č. 12 – Zázemí hospicové péče**



## **Položka 11**

V České republice je eutanázie (usmrcení na žádost) nedovolená. Je podle Vašeho přesvědčení toto rozhodnutí správné?

A) ano

B) ne

V této položce jsem zjišťovala, pohled respondentů na eutanazii.

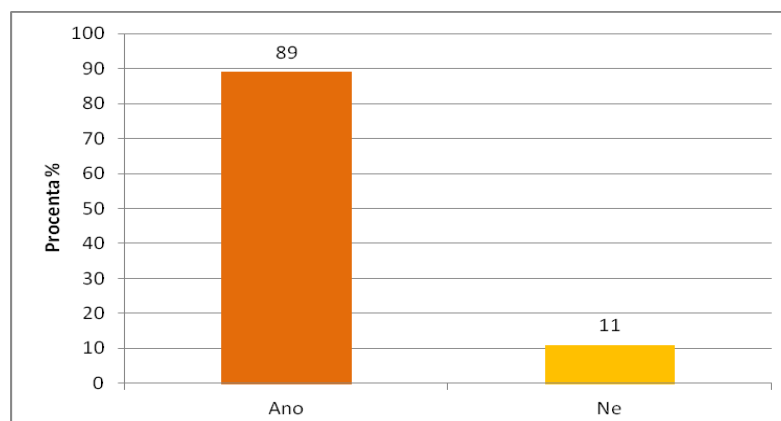
Z celkového počtu 100 respondentů (100%) uvedlo 89 respondentů (89%) ano a 11 respondentů (11%) odpovědělo ne.

Zpracování této položky je zaznamenáno v tabulce č. 13 a na grafu č. 13.

**Tabulka č. 13 – Eutanazie**

<b>Odpověď</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ano	89	89
Ne	11	11
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Graf č. 13 – Eutanazie**



## Položka č. 11 s ohledem na pohlaví respondentů:

V této položce jsem zjišťovala, pohled respondentů na eutanazii s ohledem na pohlaví respondentů.

Z celkového počtu 100 respondentů (100%) uvedlo 89 respondentů (89%) ano a 11 respondentů (11%) odpovědělo ne.

Z 89 respondentů (89%), co uvádějí ano, takto odpovědělo 30 mužů (30%) a 59 žen (59%).

Z 11 respondentů (11%), co uvádějí ne, takto odpovědělo 8 mužů (8%) a 3 ženy (3%).

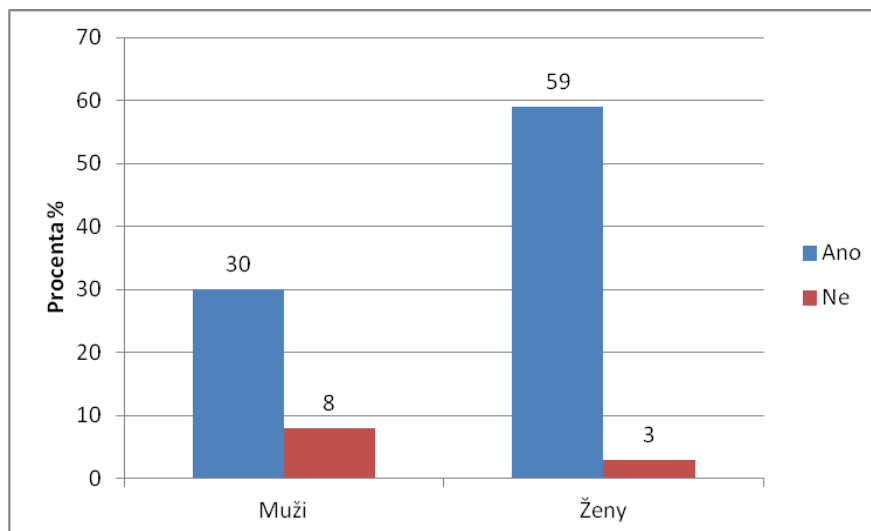
Zpracování této položky v tabulce č. 14 a na grafu č. 14.

Hypotéza (H5) - vyvrácena

Tabulka č. 14 – Pohled na eutanazii s ohledem na věk dotazovaných

Odpověď	Pohled na eutanazii s ohledem na věk dotazovaných					
	Ano		Ne		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
<b>Muži</b>	30	30	8	8	38	38
<b>Ženy</b>	59	59	3	3	62	62
<b>Celkem</b>	89	89	11	11	100	100

Graf č. 14 – Pohled na eutanazii s ohledem na věk dotazovaných



## Položka 12

Ke kterému tvrzení se podle Vašeho názoru přikláníte?

A) Jestliže nemocný umírá v důstojných podmínkách a bez bolesti, je přání eutanazie výrazně nižší.

B) Přání umírajícího o eutanazii může být stejně silné i přes zvládnutou léčbu bolesti.

V této položce jsem zjišťovala, ke kterému tvrzení se respondenti přiklání.

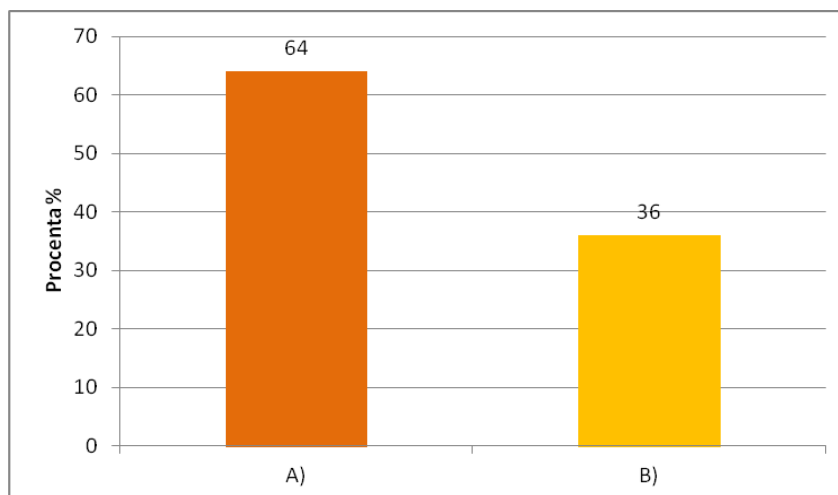
Z celkového počtu 100 respondentů (100%) se vyjádřili 64 respondenti (64%), že zvládnutím léčby bolesti lze docílit snížení přání umírajících na eutanazii a 36 respondentů (36%) uvedlo, že přání umírajícího o eutanazii může být stejně silné i přes zvládnutou léčbu bolesti.

Zpracování této položky je zaznamenáno v tabulce č. 15 a na grafu č. 15.

**Tabulka č. 15 – Bolest a eutanazie**

<b>Odpověď</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
A) Jestliže nemocný umírá v důstojných podmínkách a bez bolesti, je přání eutanazie výrazně nižší.	64	64
B) Přání umírajícího o eutanazii může být stejně silné i přes zvládnutou léčbu bolesti.	36	36
<b>Celkem</b>	100	100

## Graf č. 15 – Bolest a eutanazie



### **Položka č. 12 s ohledem na pohlaví respondentů:**

V této položce jsem zjišťovala, pohled respondentů na eutanazii s ohledem na léčbu bolesti a výsledky porovnávala s pohlavím respondentů.

Z celkového počtu 100 respondentů (100%) se vyjádřili 64 respondenti (64%), že zvládnutím léčby bolesti lze docílit snížení přání umírajících na eutanazii, a 36 respondentů (36%) uvedlo, že přání umírajícího o eutanazii může být stejně silné i přes zvládnutou léčbu bolesti.

Z 64 respondentů (64%), kteří uvádějí odpověď A, bylo 26 mužů (26%) a 41 žen (41%).

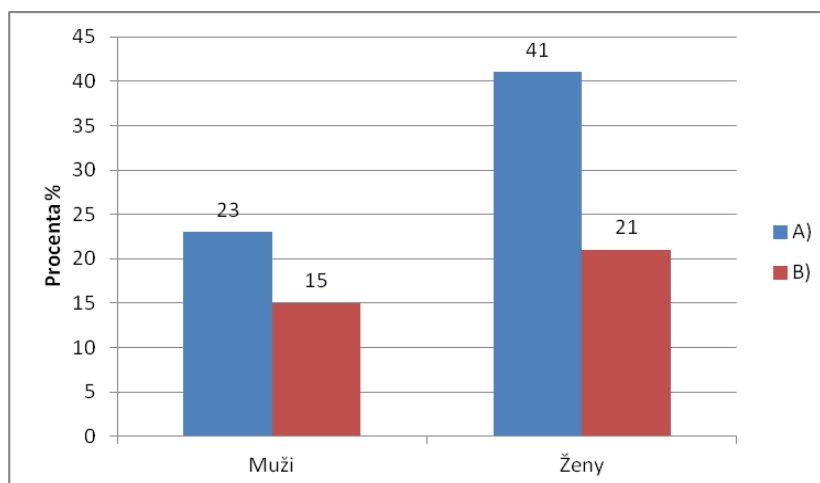
Z 36 respondentů (11%), kteří uvádějí odpověď B, bylo 15 mužů (15%) a 21 žen (21%).

Zpracování této položky v tabulce č. 16 a na grafu č. 16.

**Tabulka č. 16 – Bolest a eutanazie s ohledem na věk dotazovaných**

Odpověď	Bolest a eutanazie s ohledem na věk dotazovaných					
	A) Bolest má vliv na přání nemocného o ukončení života.		B) Bolest nemá vliv na přání nemocného o ukončení života		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
<b>Muži</b>	23	23	15	15	38	38
<b>Ženy</b>	41	41	21	21	62	62
<b>Celkem</b>	64	64	36	36	100	100

**Graf č. 16 – Bolest a eutanazie s ohledem na věk dotazovaných**



## 7 DISKUZE

Cílem bakalářské práce byla Informovanost veřejnosti o hospicové péči v Olomouckém kraji. Téma jsem si zvolila na základě vlastní zkušenosti s paliativní péčí a také díky návštěvě hospicového zařízení Svatý Kopeček, během absolvování praxe. Tato zkušenost, při které jsem se sama mohla přesvědčit, jak funguje hospicové zařízení a dostala zde cenné rady pro zajištění paliativní péče, mě dále částečně inspirovala při volbě tématu práce.

Stanovila jsem si, že vytvořím dotazník o hospicové péči a rozdám ho obyvatelům Olomouckého kraje. Netušila jsem, jak těžké bude pro některé z nich dotazníky vyplnit a u třech případů jsem se dokonce setkala s odmítnutím. Je těžké říci, co je vedlo učinit toto rozhodnutí. Ano, téma práce není nijak příjemné, ale umírání a smrt se týkají každého z nás. Lidé se bojí utrpení spojeného se smrtí. Toto mé zjištění potvrzuje autorka v předmluvě k publikaci Paliativní péče pro sestry všech oborů: lidé se přitom bojí více utrpení než smrti. A od toho je tu paliativní medicína, která utrpení včetně bolesti odstraňuje či alespoň zmírňuje (O' CONOR, et. al., 2005, s. 13). Neměli bychom být k tomuto tématu ani nijak lhostejní. Nevíme, kdy a v jaké situaci budeme potřebovat informace třeba o péči a přístupu k umírajícím.

Výsledky mého průzkumu bylo velmi obtížné srovnat s jinými autory a průzkumnými šetřeními. Autoři věnující se hospicové a paliativní péči se zabývají ve větší míře poskytováním péče jako celeku a nevyčleňují jednotlivé kraje, a proto je velmi obtížné najít jen část zaměřující se na péči hospicovou v Olomouckém kraji.

Z výsledků mého průzkumného šetření vyplývá, že všichni dotazovaní (100%) rozumí pojmu hospicová péče. Tento poznatek vyplývající z výsledku, mě velmi překvapil a domnívám se, že právě díky hospicovému zařízení na Svatém Kopečku v Olomouci se dostala hospicová péče více do povědomí občanů kraje Olomouce. Tato skupina tvoří základ potvrzení vyslovené domněnky k první hypotéze (H1). 57 respondentů (57%) odpovědělo správně, že se v Olomouckém kraji nachází zařízení poskytující péči o umírající. Zde byla potvrzena má druhá domněnka (H2). Ze všech respondentů by tento typ zařízení využila méně jak polovina (47%) dotazovaných. Tedy, více jak polovina (53%) tuto službu odmítá. Může to být dáno i faktem, že jen 16 respondentů (16%) mělo možnost osobně navštívit hospicové zařízení – hypotéza (H3) potvrzena. I vědomí, že neví, jak toto zařízení funguje a jakou péči poskytuje, mohlo

ovlivnit respondenty při volbě odpovědi. Tito dotazovaní pak dále odpovídali, proč by tento typ péče o u umírající nevyužili. Nejčastějším důvodem (v 62,3%) byl fakt, že nechtějí dát blízkému najevo, že se blíží jeho konec. Při sestavování hypotézy (H4) jsem se domnívala, že nejčastější odpovědí respondentů bude přání, nechat si blízkého v domácím prostředí. Tuto variantu využilo je 20,8% vyplňujících tuto položku. Tato hypotéza byla vyvrácena. Jednou z možností, proč respondenti takto odpovídali, může být fakt, že nemají dostatek informací o jedné z forem péče hospicové a tou je domácí hospicová péče.

Pro zvýšení povědomí veřejnosti o hospicové péči jsem vytvořila informační letáček a edukační prezentaci, které jsou součástí přílohy bakalářské práce na CD nosiči. Tento informační letáček a edukaci jsem poskytla sociálnímu zařízení Charita Kojetín pro klienty a rodinné příslušníky klientů charitního zařízení. Dále jsem informační leták poskytla jako edukační materiál Fakultní nemocnici Olomouc, která tento materiál má možnost využít při krátce vzniklém projektu edukačních sester v této nemocnici.

Nutnost vidím právě ve zvýšení informovanosti veřejnosti o hospicové péči nejen odborné, ale také laické. Je vhodné, aby lidé, kteří se rozhodnou ponechat si blízkého v posledních chvílích v domácím prostředí, měli podporu nejen svých blízkých. Také aby věděli, že za nimi stojí instituce, které jim mohou pomoci při překonávání náročných situací. Hospicové zařízení nabízejí i tzv. respitní péči. Mnohdy ale pečující osoby o této možnosti nevědí, nebo si ji nemohou dovolit.

Bohužel tato všude na světě uznávaná indikace k přijetí na paliativní lůžko není v naší republice zdravotními pojišťovnami přijímána kladně a tolerována (<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/hospicova-pece-organizace-a-zkusenosti-z-ceskych-pracovist-134569>). Proto je vhodné, zabývat se také problematikou tzv. mobilního (domácího) hospice v Olomouckém kraji. Tento typ péče zatím není v kraji zřízen.

Na základě hodnocení průzkumu je zřejmé, že tři z pěti hypotéz (H1, H2, H3) byly potvrzeny a dvě hypotézy (H4, H5) byly vyvráceny. Z výsledků bakalářské práce vyplývají tyto nedostatky:



- nedostatečná informovanost veřejnosti o poskytování odborné ošetrovatelské péče o umírajícího
- strach mluvit otevřeně s umírajícím o jeho potížích a dalších možnostech.

## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjištění informovanosti veřejnosti o hospicové péči v Olomouckém kraji. Chtěla jsem zjistit, jak je veřejnost o této péči informována, a zda by byla ochotna využít zařízení poskytující hospicovou péči.

Výsledky jasně poukazují, že veřejnost ví, co je to hospicová péče a kým je v Olomouckém kraji odborně poskytována. Přesto o této péči mnoho informací nemá a více jak polovina by tuto možnost pro svého blízkého nevyužila. Dále z průzkumného šetření vyplývá, že většina dotazovaných nesouhlasí s legalizací eutanazie v České republice.

Práce pro mě byla přínosná, jelikož jsem se dověděla spoustu nových informací v oblasti paliativní péče a péče hospicové. Nebylo vždy příjemné zabývat se ve své práci těmito tématy. Je ale pravdou, že smrt a umírání jsou nedílnou součástí života a přinášejí tak i etické problémy, které se závěrečného odchodu ze života bezprostředně týkají. Každý z nás by si měl najít čas, zastavit se a zamyslet se nad svým životem, co od něho očekává a jak může sám přispět ke zlepšení kvality života druhých – zvláště pak nemocných a umírajících. Tímto i mně práce velice pomohla.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### MONOGRAFIE

1. ARRIVÉ, Jean – Yves. 2004. *Umění prožívat emoce*. Portál, 2004, 197 s. ISBN 80-71788287.
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2007. *Thanatologie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
3. HOLEKSOVÁ, Taťána. 2002. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002. 91 s. ISBN 80-247-0212-6.
4. KÜBLER – ROSSOVÁ, Elizabeth. 1992. *Hovory s umírajícími*. Vyd. 1. Hradec Králové: Signum Unitatis, 1992. 135 s. ISBN 80-85439-04-2.
5. KŘIVOHLAVÝ, Jaro; PEČENKOVÁ, Jaroslava. 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Grada Publishing, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
6. O'CONNOR, Margaret; ARANDA, Sanchia. 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
7. MARKOVÁ, Monika. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
8. MISCONIOVÁ, Blanka. *Péče o umírající – hospicová péče*. Národní centrum domácí péče české republiky. s. ISBN neuvedeno.
9. MUNZAROVÁ, Marta. 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče*. Grada Publishing, 2005. 108 s., ISBN 80-247-1025-0.
10. PAYNEOVÁ, S.; SEYMOUROVÁ, J.; INGLETONOVÁ, CH. 2008. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno, 1. vydání, 2008. 808 s. ISBN 978-80-87029-25.
11. PÖRTNER, Marlis. 2009. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadující trvalou péči*. Portál, 2009. 175 s. ISBN 978-80-7367-582-0.

12. RADBRUCH, Lukáš; PAYNE, Sheila. 2010. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny* 2010. ISBN neuvedeno.
13. SLÁMOVÁ, O.; KABELKA, L.; VORLÍČEK, J. et. al. 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
14. SVATOŠOVÁ, Marie. 2008. *Hospice a umění doprovázet*. Karmelitánské nakladatelství 2008. 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.
15. SVATOŠOVÁ, Marie. 2000. *O naději s Marií Svatošovou*. 2. vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství 2000. 87 s. ISBN 80-7195-049-1.
16. TRACHTOVÁ, E. aj. 2003. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno, 2003. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
17. VORLÍČEK, J.; ADAN, Z.; POSPÍŠILOVÁ, Y. et. al. 1998. *Paliativní medicína* Grada Publishing 1998. 450 s. ISBN 80-7169-437-1.
18. VORLÍČEK, J.; ADAN, Z.; POSPÍŠILOVÁ, Y. et. al. 2004. *Paliativní medicína*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing 2004, 537 s. ISBN 80-247-0279-7.

## **ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY**

19. CESTY DOMŮ [online]. Domáci hospic Cesta domů. [stav ze dne 2012-03-21] Dostupné na WWW: <http://www.cestadomu.cz/domaci-hospic.html>
20. HOSPICE [online]. Co je paliativní léčba. [cit. 2012-03-20]. Dostupné na WWW: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>
21. NÁRODNÍ CENTRUM DOMÁCÍ PÉČE ČESKÉ REPUBLIKY [online] Hospicová péče. [cit. 2012-07-4]. Dostupné na WWW: <http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1>
22. OSOBNÍ ASISTENCE [online]. Co je paliativní péče. [cit. 2012-04-03]. Dostupné na WWW: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>

23. POSTGRADUALNÍ MEDICÍNA- ZDN.CZ [online]. Hodnocení a léčba chronické nádorové bolesti. [stav ze dne 2012-04-27] Dostupné na WWW: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/hodnoceni-a-lecba-chronicke-nadorove-bolesti-464250>
24. HOSPIC NA SVATÉM KOPEČKU [online]. Pro rodinu. [cit. 2012-05-05]. Dostupné na WWW: <http://hospickopecek.caritas.cz/index.php?str=rodina#k1>
25. HOSPIC NA SVATÉM KOPEČKU [online]. Pro rodinu. [cit. 2012-05-05]. Dostupné na WWW: <http://hospickopecek.caritas.cz/index.php?str=onas#k1>
26. ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE [online]. Mýty o hospicích. [stav ze dne 2012-05-05] Dostupné na WWW: <http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/myty-o-hospicich/>
27. UMÍRÁNÍ [online]. Předpoklady profesionálů pro doprovázení. [cit. 2012-05-07-05]. Dostupné na WWW: <http://www.umirani.cz/predpoklady-profesionalu-pro-doprovazeni.html>
28. POSTGRADUALNÍ MEDICÍNA- ZDN.CZ [online]. Hospicová péče – organizace a zkušenosti z českých pracovišť. [stav ze dne 2012-05-17] Dostupné na WWW: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/hospicova-pece-organizace-a-zkusenosti-z-ceskych-pracovist-134569>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Fotografie Hospice na Svatém Kopečku a vnitřní vybavení pokoje

Příloha 3: Edukační leták přiložený na CD nosiči

Příloha 4: Edukační materiál přiložený na CD nosiči

## **Příloha č. 1:**

Dotazník na téma: **Informovanost veřejnosti o hospicové péči v Olomouckém kraji**

Vážená paní, vážený pane!

Jmenuji se Klára Škařupová, jsem studentkou třetího ročníku oboru Všeobecná sestra a chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který zjišťuje povědomí občanů o hospicové neboli paliativní péči poskytované v Olomouckém kraji. Veškeré informace považuji za důvěrné a použiji je pouze pro prezentaci své bakalářské práce.

Děkuji Vám a přeji hezký den.

Škařupová Klára

*Prosím o zakroužkování vždy jedné položky v otázce, pokud není uvedeno jinak.  
Tento dotazník je určený osobám starším 18-ti let.*

### **I. Identifikační údaje:**

Máte trvalé nebo přechodné bydliště v Olomouckém kraji?

- A) ano                      B) ne

**Pokud jste odpověděl/a NE, prosím, nevyplňujte dále dotazník.**

Pohlaví (zakroužkujte):    A) muž            B) žena

### **II. Povědomí o hospicové péči**

1) Pod pojmem hospicová péče rozumím:

- A) snaha ošetrovatelského týmu zajistit nemocnému nejmodernější vyšetření
- B) péče zaměřená na vyléčení pacienta po těžkých úrazech
- C) komplexní péče a léčba zaměřená na zvýšení kvality života u nevléčitelně nemocných lidí, s kladením důrazu na psychiku člověka a tišení jeho bolestí
- D) komplexní péče o psychiku nemocného

2) Setkal/a jste se někdy s odbornou ošetrovatelskou péčí o umírajícího?

- A) ne, nikdy jsem neslyšel/a o poskytování odborné ošetrovatelské péče
- B) ano, vím o tom jen něco málo
- C) ano, mám dostatek informací o odborné péči o umírajícího

3) Umírající na nevléčitelné onemocnění by mohl pobývat, podle Vašeho názoru:

- A) v nemocnici
- B) v hospicovém zařízení
- C) v domácím prostředí
- D) jiné řešení – doplňte: .....

4) Nemocný na sklonku života si přeje podle Vašeho názoru umírat:

- A) ve zdravotnickém zařízení
- B) v hospicovém zařízení
- C) v domácím prostředí
- D) jiné – uveďte: .....

5) Byl/a byste ochoten/a dát svého těžce nemocného příbuzného do zařízení, poskytujícího odbornou péči o umírajícího (hospicové zařízení)?

- A) ano
- B) ne

**Pokud jste odpověděl/a NE, přejděte na otázku č. 7**

6) Co Vás vedlo učinit toto rozhodnutí? Možné vybrat i 2 odpovědi, ne více.

- A) chtěl/a bych, aby byla mému příbuznému zajištěna nejvhodnější péče
- B) vím, že by si to blízký tak přál
- C) nemám dostatek zkušeností s domácí péčí
- D) nemám dostatek financí pro zajištění domácí péče o blízkého
- E) mám osobní pozitivní zkušenost se zajištěním péče v hospicovém zařízení
- F) bojím se mít svého blízkého v těžkých chvílích u sebe
- G) jiné – uveďte: .....

**Nyní pokračujte otázkou č. 8**

7) Co Vás vedlo učinit toto rozhodnutí? Možné označit i 2 odpovědi, ne více.

- A) chtěl/a bych si nechat blízkého v domácí péči



- B) nechtěl/a bych za nemocným dojíždět
- C) nemám důvěru v tento typ zařízení
- D) nevím, jestli by to blízký chtěl
- E) nechci dát blízkému najevo, že se blíží jeho konec
- F) nezvládl/a bych psychicky odloučení s blízkým
- G) jiné – uveďte: .....

8) Je ve Vašem kraji zařízení, které zajišťuje péči o umírajícího?

- A) ano, jaké – doplňte: .....
- B) ne
- C) nevím

9) Měl/a jste možnost navštívit osobně nějaké takové zařízení?

- A) ano
- B) ne

10) Hospicová péče může být zajišťována:

- A) pouze v nemocnicích
- B) pouze v hospicových zařízeních
- C) v domácím prostředí a hospicových zařízeních

11) V České republice je eutanázie (usmrcení na žádost) nedovolená. Je podle Vašeho přesvědčení toto rozhodnutí správné?

- A) ano
- B) ne

12) Ke kterému tvrzení se podle Vašeho názoru přikláníte?

- A) Jestliže nemocný umírá v důstojných podmínkách a bez bolesti, je přání eutanázie výrazně nižší.
- B) Přání umírajícího o eutanazii může být stejně silné i přes zvládnutou léčbu bolesti.

**Příloha č. 2:**

