



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Postoj laické veřejnosti k problematice paliativní péče

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Lucie Vonešová

Vedoucí práce: Mgr. Inka Kratochvílová

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Postoj laické veřejnosti k problematice paliativní péče*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2022

.....

Lucie Vonešová

Poděkování

Děkuji Mgr. Ince Kratochvílové za vstřícný přístup, odborné vedení a cenné rady. Dále děkuji všem respondentům, kteří obětovali svůj čas a ochotně vyplnili dotazník. Nesmím opomenout poděkovat Mgr. Olze Dvořáčkové za pomoc při zpracování dat do výzkumné části bakalářské práce. V neposlední řadě děkuji své rodině, příteli a přátelům za velkou podporu, víru a trpělivost v průběhu studia.

Postoj laické veřejnosti k problematice paliativní péče

Abstrakt

Tato bakalářská práce je zaměřená na zjišťování postoje laické veřejnosti k problematice paliativní péče. Na základě stanoveného cíle byly vytvořeny následující hypotézy: H₁: Postoj laické veřejnosti k problematice paliativní péče se liší dle věku. H₂: Postoj laické veřejnosti k problematice paliativní péče se liší dle nejvyššího dosaženého vzdělání. H₃: Postoj laické veřejnosti k problematice paliativní péče se liší na základě předchozí zkušenosti.

V teoretické části práce je paliativní péče definována a rozdělena, dále je vymezeno, pro koho je určená, kde se s touto péčí lze setkat a jaké jsou nejčastější potřeby pacientů. Jsou zde také uvedeny důležitá historická data ve vývoji paliativní péče.

Výzkumná část byla realizována za pomoci kvantitativního výzkumu. Sběr dat probíhal formou online dotazníků, který se skládal z 20 otázek zaměřených na paliativní péči, umírání a smrt. Výzkumný soubor tvořilo 180 respondentů. Při statistickém vyhodnocení dat byl využit Pearsonův korelační koeficient.

Výzkumné šetření potvrdilo všechny 3 stanovené hypotézy. Vzhledem k věku bylo zjištěno, že starší lidé vnímají větší významnost paliativní péče, častěji ji spojují s péčí o nemocné a nemajetné, v porovnání s mladšími. Dále z výzkumu vyplynulo, že lidé s vyšším vzděláním spojují paliativní péči častěji s péčí o nevléčitelně nemocné a péčí o celou rodinu nemocného. U poslední hypotézy bylo zjištěno, že lidé se zkušeností s paliativní péčí častěji chápou přínos péče a spojují paliativní péči s péčí o nevléčitelně nemocné. Vzhledem k výsledkům byl zpracován informační leták, jehož cílem je přispět k osvětě tématu paliativní péče u laické populace.

Klíčová slova

Paliativní péče; hospicová péče; postoj; laická veřejnost; umírání; smrt

Attitude of the Lay Audience to the Problematic of Palliative Care

Abstract

This bachelor thesis is focused on finding out the attitude of lay audience to the problematic of palliative care. Based on the set goal, the following hypotheses were created: H1: The attitude of the lay audience to the problematic of palliative care varies according to age. H2: The attitude of the lay audience to the problematic of palliative care varies according to the highest attained level of education. H3: The attitude of the lay audience to the problematic of palliative care differs based on previous experience.

In the theoretical part of the work, the palliative care is defined and divided, it is also defined for whom it is intended, where this care can be met and what are the most common needs of patients. It also presents important historical data in the development of palliative care.

The research part was carried out with the help of quantitative survey. The data were collected in the form of online surveys, which consisted of 20 questions focused on palliative care, dying and death. The research group consisted of 180 respondents. Pearson's correlation coefficient was used in the statistical evaluation of the data.

The research confirmed all 3 established hypotheses. Due to age, it was found out that older people perceive the greater importance of palliative care and more often associate it with the care of the sick and poor, compared to younger ones. Furthermore, the research showed that people with higher education more often combine palliative care with care for the terminally ill and care for the entire family of the sick. The last hypothesis found out that people, who experienced palliative care, more often understand the benefits of the care and combine the palliative care with care for the incurably ill. Considering the results, an information leaflet, which aim is to contribute to the enlightenment of the topic of palliative care for the lay audience, was prepared.

Key words

Palliative care; hospice care; attitude; lay audience; dying; death

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Pojem paliativní péče	9
1.1.1 Obecná a specializovaná paliativní péče	9
1.1.2 Principy paliativní péče	10
1.1.3 Cílová skupina a indikace.....	11
1.2 Historie paliativní péče.....	12
1.2.1 Mezinárodní historie	12
1.2.2 Historie v České republice.....	13
1.3 Druhy paliativní péče	14
1.3.1 Domácí paliativní péče	14
1.3.2 Nemocniční paliativní péče	15
1.3.3 Hospicová paliativní péče.....	17
1.4 Pacienti v paliativní péči a jejich potřeby	18
1.4.1 Pediatrická paliativní péče.....	22
1.4.2 Geriatrická paliativní péče.....	25
1.5 Umírání a pojetí smrti ve společnosti.....	26
2 Cíl a hypotézy	28
2.1 Cíl	28
2.2 Hypotézy	28
2.3 Operacionalizace pojmů.....	28
3 Metodika	29
3.1 Použitá metodika	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	29
4 Výsledky	30

4.1	Testování hypotéz.....	62
5	Diskuse.....	66
	Závěr	72
	Seznam příloh.....	81
	Seznam grafů.....	82
	Seznam tabulek.....	84
	Seznam zkratk.....	85
	Přílohy	86

Úvod

Bakalářskou práci na téma „*Postoj laické veřejnosti k problematice paliativní péče*“ jsem si vybrala nejen proto, že mě zajímá, jak moc je veřejnost informována, ale také z toho důvod, že vypracování tohoto tématu bude i pro mě velkým přínosem, pro mé budoucí povolání. Dalším důvodem výběru byl i fakt, že ve třetím ročníku studia je praxe v hospici, kde bych mohla získat užitečné informace a zároveň sem půjdu již s určitými znalostmi v oblasti hospicové/paliativní péče. Když jsem ve svém okolí říkala, jaké jsem si zvolila téma bakalářské práce nebo že mě čeká praxe v hospici, tak se mě spousta lidí ptala: „*O čem ta práce je? Co tam budu dělat? Do hospice se přeci chodí umírat ne?*“ A tak mi nezbylo nic jiného než vysvětlovat, co to je paliativní a hospicová péče a že hospic není o tom, tam přijít a umřít, ale o tom, jaké to umírání bude, že bere ohledy na stránku biologickou, psychickou, sociální a duchovní a tím zajišťuje co nejkvalitnější poslední chvíle života. Samozřejmě i další důležité vlastnosti, které budu rozebírat v této práci.

Obecně si myslím, že paliativní péče je málo propagována a nejspíš je to i tím, že i když žijeme ve vyspělé společnosti, je stále smrt a umírání tak trochu společenské tabu. Lidé se často vyhýbají péči o umírajícího i kontaktu s ním, ale mohlo by pomoci uvědomění, že smrt je přirozený proces a potká každého z nás. Proto je paliativní péče to nejlepší řešení u nemocných lidí na sklonku života, kde již klasická medicína nedokáže život zachránit. Nehledě na to, že neustále přibývá chronických onemocnění a také různých onkologických chorob v různých věkových kategoriích. Tudíž pokládám za důležité, aby se paliativní péče více dostala do povědomí mezi veřejnost, protože snad každý z nás si přeje, aby naši blízcí, kteří umírají, netrpěli bolestí, měli důstojné umírání či duchovní péči a mnoho dalšího, co nabízí právě paliativní péče.

1 Současný stav

1.1 Pojem paliativní péče

Pojem paliativní lze najít v latinském slovníku jako *pallium*, po překladu rouška či plášť. Anglické slovo *palliate* je možné přeložit jako mírnit, tišit. Tyto pojmy naznačují, že úkolem paliativní péče (dále PP) je skrýt léčivou rouškou účinky nevléčitelné choroby nebo nabídnout plášť nemocným, kde už medicína nemůže pomoci (Bužgová, 2015).

V průběhu let docházelo ke změně vymezení pojmu paliativní péče, ale ani dnes neexistuje jednotná definice. První definice z roku 1990 dle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization – dále jen WHO) popisuje paliativní péči jako *„aktivní, komplexní péče o pacienty s progresivním, daleko pokročilým onemocněním a omezenou očekávanou délkou života, jejichž onemocnění nereaguje na kurativní léčbu. Vztahuje se na kontrolu bolesti a dalších symptomů, stejně jako na léčbu sociálních, psychologických a duchovních problémů“* (IAHPC Pallipedia, 2021). Nyní WHO na svých webových stránkách definuje paliativní péči jako přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů (dospělých i dětí) a jejich rodin, kteří se potýkají s problémy spojenými s život ohrožujícím onemocněním. Předchází a zmírňuje utrpení prostřednictvím včasné identifikace, správného posouzení a léčby bolesti a dalších problémů, ať už fyzických, psychosociálních nebo duchovních (WHO, 2020).

V literatuře je často spojována s holismem a holistickou péčí, kde dochází k prolínání bio-psycho-socio-spirituálních aspektů člověka. Péče o pacienta je nepředvídatelná a nejistá, pokud jde o trvání a povahu (Baldwin a Woodhouse, 2011). Dříve byla tato péče určena pouze pro umírající (Nemcová, 2013). Nicméně v definici paliativní péče dle WHO se péče rozšiřuje i na pacienty s život ohrožující nemocí (WHO, 2020). Je tedy možné ji zahájit nejen v konečném ale i v časném stádiu nemoci. Je jisté, že včasné indikovaná paliativní péčelepší nejen kvalitu života, ale i cenu poskytované péče a délku přežití (Svoboda, Herle, 2019).

1.1.1 Obecná a specializovaná paliativní péče

Paliativní péči je možné rozdělit do dvou úrovní: obecná a specializovaná. Základem obecné péče je, co nejdříve odhalit nevléčitelné onemocnění, identifikovat a následně působit na oblasti, které jsou důležité pro kvalitu života pacienta (Sláma et al., 2013). Zaměřuje se na léčbu příznaků, spolupráci s rodinou s ohledem na zdravotní stav (Sláma,

2012). Měl by ji být schopen poskytnout jak lékař, tak zdravotnický personál z hlediska svých kompetencí (Pechová a Lejsal, 2020). Je důležité zmínit, že počet zařízení, kde je poskytována obecná paliativní péče, je nízký. Do budoucna se však předpokládá jejich nárůst. Můžeme se s ní setkat u praktického lékaře, v agentuře domácí péče nebo v ambulanci (např. v geriatrické) (Česká společnost paliativní medicíny, 2021).

Lze se setkat s konziliárním týmem paliativní péče (lékaři, sociální pracovníci, psychologové, sestry a další), který poskytuje poradenské služby jak obecné, tak specializované paliativní péči. Může být využit pouze jednorázově nebo pravidelná konzilia (Ministerstvo zdravotnictví, 2019). Jinak specializovanou péči poskytuje multidisciplinární tým, který má dostatečné znalosti, dovednosti a zkušenosti v oblasti paliativní péče. K jejímu doporučení dojde, pokud pacient a jeho rodina mají obtíže, které obecná péče nedokáže vyřešit (Sláma et al., 2011). Například dochází k nestabilitě zdravotního stavu, u pacienta se mění nároky na poskytovanou péči nebo začne vyžadovat neustálou dostupnost péče. Specializovaná péče je nabízena v hospicích (lůžkových i mobilních), v ambulancích paliativní medicíny či na nemocničních odděleních paliativní péče (Pechová a Lejsal, 2020).

1.1.2 Principy paliativní péče

U pacientů v paliativní péči je důležité nezapomínat na ošetřovatelskou etiku, ale i na práva pacientů. Při práci s pacientem je nutné brát ohled na jeho nezávislost, uplatňovat princip autonomie, tedy ho nechat samostatně a svobodně rozhodovat. Stejně tak zachovat spravedlnost a rovnoprávnost v péči bez ohledu na pohlaví, národnost, věk, víru (Nemcová, 2013). Pacient by neměl vynechávat věci, které má rád, jeho záliby. Naopak bychom ho měli podporovat, aby žil aktivní a smysluplný zbytek života. Umožnit mu profesionální život, pokud se na to cítí. Pacient sám ví nejlépe, jaké činnosti jsou v jeho silách (Kurucová et al., 2017). Všechny tyto činnosti se samozřejmě odvíjí od aktuálního stavu pacienta.

Neméně důležité je nabídnout pomoc příbuzným již od stanovení diagnózy vyžadující paliativní péči, stejně tak v průběhu umírání, ale i po ztrátě blízkého člověka. Péči realizujeme s ohledem na přání a potřeby pacienta a jeho blízkých. Můžeme do ní zapojit i rodinu. Každý zdravotník by měl respektovat důstojnost pacienta a snažit se zachovat, co nejvyšší kvalitu jeho života. Paliativní péče v podstatě spojuje ošetřovatelské, lékařské, sociální, spirituální a psychické složky (Česká společnost paliativní medicíny

ČLS JEP a Fórum mobilních hospiců, 2019). Poskytovatelem péče je multidisciplinární tým, který se snaží tlumit bolest a mírnit celkové utrpení pacienta. Vždy by měl být volen vhodný postup s ohledem na zdravotní stav (Hrdá et al., 2018). Pacienti si často paliativní péči, která usiluje o minimalizaci obtíží a podporování, spojují s eutanazií. To je chyba. Při ní dochází k aktivnímu zkrácení života. Nicméně v České republice není eutanázie zatím uzákoněna (Kalvach, 2019).

1.1.3 Cílová skupina a indikace

V České republice lidé nejčastěji umírají na srdeční onemocnění (41 %) a poté na zhoubné novotvary (24,5 %) (Švancara et al., 2016a). Zhruba u 60 % nemocných je nemoc vleklá, a právě obecná paliativní péče by jim mohla pomoci. U specializované paliativní péče je to okolo 30-35 % nemocných v posledním roce života (Bužgová, 2015). Největší skupinou, u které je poskytována paliativní péče, jsou onkologičtí pacienti. Je však jasné, že přibývá lidí, kteří trpí chronickým, progresivním onemocněním, které se nakonec stane terminálním a pak budou vyžadovat tento druh péče na konci života (Boog a Tester, 2008). Kromě nádorových onemocnění je paliativní péče poskytována u neurodegenerativních, vrozených a terminálních stádií orgánových chorob. Dále se s ní setkáváme u onemocnění AIDS a starších polymorbidních pacientů. O indikaci paliativní péče rozhoduje ošetřující lékař jakékoliv odbornosti. Na základě tělesných, sociálních a psychických obtíží rozhodne, zda je lepší obecná nebo specializovaná péče (Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP a Fórum mobilních hospiců, 2019).

Nicméně paliativní péče není určena pouze dospělým a geriatrickým pacientům, ale i dětským. Spadají sem děti s onemocněním, které jim zkracuje život. V takovém případě předčasné úmrtí není neobvyklé. Ovšem i přesto je doporučena kurativní léčba, která může a nemusí být úspěšná. Druhou skupinou jsou onemocnění s vysokým rizikem předčasného úmrtí, tedy život ohrožující. I v této situaci je však prováděna intenzivní léčba, tudíž je zde snaha o prodloužení života (Bužgová a Sikorová, 2019). Ovšem tuto péči mohou vyžadovat ještě mladší jedinci. Tento typ vysoce specializované péče se nazývá perinatální paliativní péče. Její indikace je v případě onemocnění, které není kompatibilní s dlouhým přežitím dítěte nebo hrozí postižení či smrt. Dále u nebezpečí snížení kvality života, například u poporodních komplikací nebo v případě, že narozené dítě není schopné přežít (Ratislavová, 2016). Je důležité podotknout, že lékaři často indikují paliativní péči pozdě, přitom je možné poskytovat ji souběžně s kurativní terapií.

Nejspíš je to i z toho důvodu, že si ji spojují s hospicovou péčí, což není správně. Ta se aplikuje zhruba v posledních šesti, ale i více měsících života pacienta, kdy se již kurativní léčba nevyužívá (Schlick a Bentrem, 2019).

1.2 Historie paliativní péče

Již ve středověku byla snaha o péči o nemocné, umírající a chudé. Tu zajišťovaly zejména ženy – fenomén ženského léčitelství. Nejznámější byla Anežka Česká, která vybudovala první špitál v českých zemích a následně se podílela na vzniku bratrstva, které se staralo o nemocné a umírající pacienty (Kisvetrová, 2018). V období 16.-18. století se umíralo zejména v domácím prostředí a na péči se často podíleli různé náboženské řády, které zajišťují svoji činnost i v současnosti. V polovině 19. století se objevily první hospice (Pechová a Lejsal, 2020).

Péče o nemocné se v historii velmi měnila v závislosti na filozofii, medicínských a ošetrovatelských znalostech konkrétní doby. V začátcích byla charitativní hospicová péče, po které následoval vznik moderní hospicové a paliativní péče (Kisvetrová, 2018). Z budovy hospice se paliativní péče rozšířila do nemocnic, komunitních, pečovatelských a obytných domů. Dnes je tedy poskytována v městském, venkovském i vzdáleném prostředí (Baldwin a Woodhouse, 2011).

1.2.1 Mezinárodní historie

Původně byl hospic útulek pro poutníky, kterým bylo poskytováno útočiště v kláštorech, kde si mohli odpočinout, dostali jídlo, léky, ale i duchovní pomoc (Tomeš et al., 2015). Paliativní péče tedy vychází z hospicové péče. První hospic byl založen v Paříži roku 1874. Známy je též hospic svatého Kryštofa (1967) v Londýně (Kurucová et al., 2017). Jeho zakladatelkou je Cicely Mary Saundersová, která je zároveň považována za průkopnici moderního hospicového hnutí. Pracovala jako sestra v nemocnici a později vystudovala medicínu (Kupka, 2014). Po roce 1958 začala publikovat články v různých britských časopisech, kde se zabývala péčí o umírající, ošetrovatelskými aspekty a sdělováním špatné prognózy. Články vyvolaly velký zájem a následně sestry začaly přijímat a využívat její názory, i přes nedůvěru lékařů. To vše přispělo ke zlepšení přístupu k umírajícím a jejich bolesti s ohledem na fyzické a psychologické aspekty. Také je její zásluha, že paliativní medicína byla uznána jako samostatný obor. V USA se vyznamenala Florence Sophie Waldová, která usilovala o zapojení sester, pacienta a jeho

rodiny do péče (Kisvetrová, 2018). Hospicové hnutí se pak následně rozšířilo i do dalších zemí. Došlo k rozvíjení mobilního hospice a denního hospicového stacionáře. Další důležitou osobností byl doktor Balfour Mount, který v kanadské nemocnici založil první oddělení paliativní péče roku 1975 (Pechová a Lejsal, 2020). U našich sousedů na Slovensku, vznikl první hospic v 90. letech 20. století v Bardejovské Nové Vsi. Také zde mají dětský mobilní hospic, i kamenný (Kurucová et al., 2017). I přes snahu začlenit paliativní péči do lékařské i ošetrovatelské péče, jsou stále ve společnosti skupiny lidí, které mají odlišný pohled na umírání, a to může ohrožovat další vývoj péče (Kisvetrová, 2018).

1.2.2 Historie v České republice

V Čechách došlo vzhledem k ekonomické a politické situaci k výraznému vývoji paliativní péče až v 90. letech 20. století. Předcházela ji zdravotnická domácí péče. Po roce 1918 si ji vzal na starost Československý červený kříž (Tomeš et al., 2015). Nicméně již za Československa vzniklo první paliativní oddělení v Babicích nad Svitavou, konkrétněji na oddělení tuberkulózy. Největší rozvoj nastal poté, co bylo možné odcestovat do zahraničí. Zde lékaři a sestry navštěvovali nejlepší nemocnice a následně získané zkušenosti aplikoval u nás do praxe (Peřina, 2016a).

Roku 1995 se Česká republika dočkala prvního kamenného hospice v Červeném Kostelci – Hospic Anežky České. Jeho zakladatelkou byla doktorka Marie Svatošová. K jeho vzniku dopomohla její publikace „Hospice a umění doprovázet“. Poté hospice vznikaly i v ostatních městech jako například v Praze, Plzni, Brně, Prachaticích a dalších městech (Kisvetrová, 2018). Aktuálně se hospice, ať už mobilní nebo lůžkové, nacházejí v každém kraji s výjimkou kraje Vysočina, kde se do budoucna plánuje výstavba hospice Mezi stromy (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2017). Dále v roce 2001 vznikl mobilní hospic (v Praze) Cesta domů (Peřina, 2016a). Je to nezisková organizace, která umožňuje poradenské služby ohledně paliativní péče lidem z celé republiky. Též poskytuje i pomoc pozůstalým vyrovnat se se ztrátou (Cesta domů, 2021). Důležitou událostí bylo také otevření Centra paliativní péče v Praze, které má za cíl výzkum, poučení a vzdělávání v tomto oboru (Bužgová, 2015).

1.3 Druhy paliativní péče

1.3.1 Domácí paliativní péče

Paliativní péče v domácím prostředí umožňuje pacientovi zůstat na místě, kde se cítí nejlépe. Je obklopen vzpomínkami a lidmi, které má rád. Nemusí se adaptovat na nové prostředí a lidi, přičemž lze zamezit mnoha komplikacím (Kerton-Church, 2021). Pokud se pacient rozhodne umřít doma, často se pak jeho rodinní příslušníci stávají jeho ošetřovateli. To pro ně mnohdy může být psychicky i fyzicky náročné, zejména když se stav pacienta postupně zhoršuje. Určitě není chyba v tuto chvíli požádat o pomoc (Berg, 2020). Přestože většina pacientů si přeje umřít v domácím prostředí, ne vždy je to možné. Bohužel je to často z důvodu nedostatku poskytovatelů domácí paliativní péče (Šmídová, 2020). Ovšem Ministerstvo zdravotnictví České republiky přišlo s projektem s názvem Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti domácí specializované paliativní péče, který má za cíl zvýšit dostupnost služeb domácí paliativní péče (Ministerstvo zdravotnictví, 2018).

U rozhodování o domácí paliativní péči má vždy hlavní slovo lékař, ten rozhodne, zda je vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta tento druh péče možný. Též lze kontaktovat i praktického lékaře. Důležitý je také názor rodiny, zda chce, umí a může se o pacienta starat. V této chvíli je dobré rodině zaručit, že pokud to nebude zvládat, má pacient místo v ústavní péči. Případně nabídnout respitní, odlehčovací služby nebo denní stacionáře (Kalvach, 2019). Péče může být tedy prováděna blízkými osobami – laiky nebo profesionály. Starat se mohou zaměstnanci agentury domácí péče nebo organizace, která spadá pod hospic – mobilní hospicová péče (Kupka, 2014). I zde je multidisciplinární tým, který poskytuje péči a musí být schopný, co nejrychleji řešit komplikace v domácím prostředí. A je zde přítomen i pro rodinu pacienta, a to nejen během fáze umírání jejich blízkého ale i poté (Marková, 2021).

Zaměstnanec, který vykonává paliativní péči u pacientů v domácím prostředí spolu s rodinou, se může starat o hygienu, kontinenci, léky, dopomáhat při pohybu, ale také může pomoci s úklidem, přípravou jídla, nakupováním a dalšími věcmi. Ovšem to záleží na daném povolání (Kerton-Church, 2021). Kompetencí všeobecné sestry jsou například získávání anamnézy od pacienta, zavedení a péče o periferní žilní katétr, pečovat o zavedené močové katétr, může podávat léčivé přípravky, kyslíkovou terapii, ošetřovat rány a spoustu dalšího (Česko, 2017). Lze se také setkat s ošetřovatelem/ošetřovatelkou,

mezi jejichž kompetence patří například provádění hygieny, úprava lůžka, péče o pokožku, o vyprazdňování, krmení, měření teploty, výšky a váhy, péče o zemřelé a další (Česko, 2011). Jsou však služby, které mohou být opomíjeny jako například sociální služby, které pomáhají se zařizováním různých příspěvků na péči. Dále rehabilitační péče, která může zajistit úlevu. Pod ni lze zařadit i fyzioterapii, aby pacient zůstal co nejvíce pohyblivý, ale i ergoterapii k zachování soběstačnosti. Důležité jsou také pečovatelské služby, které se podílejí na zajištění pomoci při osobní hygieně, běžných úkonů při péči o vlastní osobu, zajištění stravy, pomoc při péči o domácnost nebo doprovod na potřebná místa (Česko, 2022). Další služby v rámci mobilní hospicové péče jsou: duchovní a psychická podpora, dobrovolníci a další (Kalvach, 2019). U agentury domácí péče je možné využít zapůjčení různých pomůcek, které usnadní péči o klienta jako jsou polohovací pomůcky či postele, dále berle, podložky a další. Je dobré si dopředu zjistit, zda daná agentura má uzavřenou smlouvu s pacientovou zdravotní pojišťovnou (Stiborová a Frei, 2018).

Pokud dojde k tomu, že rodina péči o nemocného příslušníka nezvládá, potřebuje si odpočinout, tak mohou využít denní stacionáře. Zde je pacient ráno odvezen do určitého zařízení, kde je o něj pečováno a večer se zase vrací domů. Nejčastěji tuto službu poskytuje hospic. Mnohdy to může zabránit psychickým následkům, rodinným konfliktům, ale i vyčerpání rodiny (Kupka, 2014). Podobně funguje také respitní péče, která zajišťuje krátkodobou nebo dlouhodobou (záleží na zařízení) pauzu pro rodinu pečující o pacienta. Může být poskytována v domácím prostředí, nemocnicích, hospicích nebo domovech pro seniory (Bernstein, 2020).

1.3.2 Nemocniční paliativní péče

Podle dlouhodobých statistik v nemocnicích umírá okolo 39,3 % pacientů, v domácím prostředí či sociálních zařízeních 27,5 % a v hospici pouze 2,5 % pacientů (Švancara et al., 2016b). Z toho vyplývá, že v České republice pacienti umírají převážně v nemocnicích, proto je nutné navýšit poskytování nemocniční paliativní péče. To není vůbec jednoduché, daná nemocnice musí vše důkladně naplánovat, zvážit situaci a mít podporu jak vedení, tak i managementu.

Dále je potřeba znát finanční a personální situaci. Musí zde být komplexní, dostatečně vzdělaný multidisciplinární tým, který bude poskytovanou péčí koordinovat. Je důležitá vzájemná komunikace a spolupráce mezi veškerými odděleními a paliativním týmem, aby péče byla včas poskytnuta tam, kde je potřeba (Brabencová, 2020).

Dochází ke vzniku různých programů, které usilují o zavedení paliativní péče do nemocnic. Samozřejmě kromě specializované péče by mělo docházet i k rozvoji obecné paliativní péče v českých nemocnicích. K tomu je potřeba správná koordinace péče o pacienty. Je zde důležitá komunikace o diagnóze, prognóze, kvalitní ošetrovatelská péče, dostatek léků, pomůcek. Zajištění psychologické péče, možnost volby a další faktory úrovně obecné paliativní péče. Aby byla tato péče správně poskytována je však nutné adekvátní vzdělání zdravotnických pracovníků, k tomu mají dopomáhat různé kurzy (Bužgová, 2015). Obecně zařazení paliativní péče do nemocnic má pozitivní dopad na zaměstnance, kteří jsou díky tomu vyškoleni a ví, jak se chovat v přítomnosti nevyléčitelně nemocného pacienta, což vede i k vyšší spokojenosti pacienta. Mimo jiné to má přínos i pro společnost, kdy dochází k častějším diskusím na téma péče o umírající, umírání a smrti (Sláma et al., 2019).

V nemocnicích mohou být přímo oddělení paliativní péče, v ideálním případě jednopokojové s možností přespání blízké osoby. Dále může být jednotka paliativní péče nebo je jen zřízeno pár lůžek určených k této péči v rámci určitého oddělení, například oddělení následné péče (Nemcová, 2013). V rámci specializované paliativní péče se lze také setkat s ambulancí paliativní péče, kterou navštěvují pacienti, u kterých jejich zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci. Nicméně často tito pacienti vyžadují lékařskou pomoc, když se jejich stav zhorší, a proto pro ně není možné se do ambulance dostavit, což je jednou z nevýhod. Často služby paliativní péče nabízejí v ambulanci bolesti nebo onkologické ambulanci. V akutních případech mohou být pacienti hospitalizováni na jednotce akutní paliativní péče v rámci nějakého oddělení, například onkologického (Bužgová, 2015). Aby se u nás zlepšila a navýšila úroveň poskytování paliativní péče, musí dojít ke vzniku nových paliativních týmů v nemocnicích. V současnosti v České republice funguje okolo 40 týmů, což naznačuje, že za poslední roky došlo k rozvoji specializované paliativní péče (Peterová, 2021).

1.3.3 Hospicová paliativní péče

Hospic je většinou samostatné zařízení nestátního typu. Je určen pacientům, kteří před sebou mají poslední chvíle svého života a rozhodli se tento čas strávit mimo svůj domov pod zdravotnickým dohledem. Snaží se zde udělat co nejlepší podmínky pro pacienty, aby se cítili jako doma. Také je zde umožněno, aby u pacienta přespala jeho rodina a blízký, k tomu jsou určeny přistýlky (Pechová a Lejsal, 2020). K přijetí pacienta do hospice je nutný jeho souhlas. V opravdu výjimečných situacích lze se souhlasem osoby blízké. Doporučení pro pobyt v hospici dává ošetřující lékař, ale rozhodující slovo má vedoucí lékař daného hospice (Kupka, 2014). I zde funguje multidisciplinární tým, zejména všeobecné sestry s praxí, lékaři, ošetřovatelé a sociální pracovníci. Hospic tedy poskytuje jak zdravotní, tak i sociální, psychologickou a duchovní péči (Tomeš et al., 2015).

Velkou výhodou je, že hospic má k dispozici různé pomůcky, které například v běžných nemocnicích nejsou nebo jsou omezeně. Zejména jsou zde polohovatelné postele, různé vany a židle k usnadnění hygieny. Dále se klade důraz na péči o pokožku a sliznice pacienta, takže se vzhledem k dostatku času pravidelně mažou masážními emulzemi, oleji. Také zde najdeme speciální přípravky k péči o dutinu ústní. Další výhodou je svobodná volba, pokud to jde, tak si pacient sám zvolí, kdy bude vstávat, co bude jíst, co chce dělat. Nikam se s nimi nechvátá, dává se jim prostor udělat si věci po svém, bez spěchu. A i když si bude chtít popovídat uprostřed noci, tak bude mít s kým (Kupka, 2014). Bohužel i přes to, jak dobrou péči hospic poskytuje svým pacientům, se potýká s některými problémy a mezi nejzásadnější patří problematika financování. Ta zahrnuje například špatné získávání financí, přičemž je potřeba více zdrojů nebo také chybí kontrola nad financováním. Dále se objevují problémy s pojišťovnami a v některých případech je potíže s naplňováním kapacity. Někdy může dojít z hlediska poskytovatele k nerovnosti mezi neziskovou a církevní organizací (Tomeš et al., 2015). Dalším problémem hospicové péče může být i nedostatečná informovanost laické veřejnosti. Mnoho lidí si myslí, že je hospic určen pouze pro staré lidi nebo pouze pro věřící. Ovšem toto jsou pouze mýty. V některých situacích by lidé rádi využili služby hospiců, avšak bojí se, že to bude drahé. Přitom se hospic velmi snaží získávat peníze z různých zdrojů, aby jejich služby byly dostupné široké veřejnosti (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2017a).

Je důležité zmínit rozdíl mezi hospicovou a paliativní péčí a to, že hospicová je poskytována v posledních 6 a méně měsících, na rozdíl od paliativní, se kterou je nutné začít co nejdříve (Neha et al., 2019).

Plán péče je založen na aktuálních potřebách daného pacienta s ohledem na jeho přání. Také je mu umožněno, aby se na péči podílel osobně, ale i jeho rodina. Dostává zde tedy 24hodinovou péči, která je pravidelně a důkladně dokumentována. Zdravotnický tým se pravidelně schází, diskutují o stavu pacienta a v některých případech si vyžádají názor odborníků. Důležitou součástí paliativní péče v hospici je spirituální péče, která umožňuje nejen pacientovi kontakt s jeho vírou, ale také se po jeho smrti stará o náboženský obřad po domluvě s rodinou (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016b).

1.4 Pacienti v paliativní péči a jejich potřeby

Potřeby má každý člověk na planetě a potřebuje je ke svému životu, jedná se o stav, kdy máme něčeho nedostatek nebo naopak nadbytek. Jejich uspokojování je u každého individuální. Americký psycholog A. Maslow sestavil roku 1943 pyramidu potřeb, která zahrnuje potřeby fyziologické, potřeba bezpečí, sounáležitosti, uznání a seberealizace. Nicméně existují určité faktory, které nám ovlivňují uspokojování potřeb, jako je osobnost člověka, vývojové stádium, vztahy nebo právě nemoc (Menšíková, 2018).

Paliativní péče podporuje holistický pohled na člověka, tedy jako na komplexní lidskou bytost. Stará se o tělesné, sociální psychologické a duchovní potřeby. Neřeší pouze tělesné trápení. Snaží se zajistit co nejkvalitnější život umírajícím pacientům s ohledem na jejich potřeby (Pechová a Lejsal, 2020).

Aby došlo ke včasnému odhalení potřeb pacientů v paliativní péči, existuje několik měřících nástrojů jako například NEQ (Needs Evaluation Questionnaire) nebo PNAP (Patient Needs Assessment in Palliative care). Všechny jsou v angličtině, ale u některých je možné dohledat českou verzi. Avšak jejich využití může často vést ke zlepšení komunikace mezi zdravotníky, pacientem a jeho rodinou a zároveň je lze použít jako zpětnou vazbu (Bužgová, 2015). Dotazníkem NEQ lze získat informace o psychosociálních potřebách, zejména potřeby informační, jako například o diagnóze, budoucnosti, ošetřovatelském plánu či možnost hovořit s lidmi se stejným zdravotním problémem (Bužgová, 2011). Dotazník PNAP se zabývá 7 doménami (fyzické symptomy, sociální oblast, respekt a podpora zdravotnických pracovníků, smysl života

a smíření, autonomie, možnost sdílení emocí a religiózní potřeby), která dále zahrnují několik jednotlivých specifických položek. Pacient zde vyplňuje důležitost dané potřeby a případně zda došlo k naplnění (Bužgová, 2014).

Jak již bylo zmíněno, v nemoci se mohou potřeby u každého lišit nebo se v průběhu měnit. Nicméně z dostupné literatury a výzkumů vyplývá, že některé potřeby v paliativní péči jsou u většiny pacientů stejné. Jedná se například o důstojnost, která spadá mezi nejzákladnější hodnoty. K jejímu narušování může docházet během hygieny či různých výkonů, kdy je pacient obnažován. Také je nedůstojné oslovování u seniorů „babi / dědo“, i když v některých případech si to pacienti přejí, například v domovech pro seniory, kde je blízký vztah mezi nimi a personálem. Vrcholem narušení důstojnosti je omezování osobní svobody různými pomůckami, nejčastěji u pacientů s poruchou vědomí nebo demencí. Je důležité důstojnost nejen chránit, ale i ji posilovat a rozvíjet (Kalvach, 2019). Dále je pro pacienty důležité zůstat sám sebou, zachovat si svou roli v životě a splnit si svůj životní cíl/úkol. S tím souvisí potřeba rozhodovat o sobě, kdy například může odmítnout léčbu a zdravotnický pracovník to musí respektovat. Ovšem aby se mohl sám rozhodovat, potřebuje k tomu pravdivé informace o zdravotním stavu, na které má právo (Marková, 2010).

Při péči o paliativní pacienty se můžeme setkat s četnými aktuálními i potencionálními ošetrovatelskými diagnózami (viz tabulka 2). Výčet těch nejčastějších je uveden v tabulce níže spolu s intervencemi (viz tabulka 1). Obvyklým příznakem/problémem u pacientů v paliativní péči je bolest. Její vnímání se u každého jedince liší. Patří mezi subjektivní příznaky, a pokud pacient tvrdí, že má bolesti, tak mu to musíme věřit a nezlehčovat. Člověk, který umírá, by neměl trpět, a proto je pro ně velmi potřebné být bez bolesti. Je důležité získat základní údaje o tom, co bolí, kde, kdy, jak moc, jak dlouho, jakou intenzitou a další informace. Někdy to lze zpozorovat přímo na pacientovi například výrazem v obličeji, reakcí na dotyk (Stiborová a Frei, 2018). Ovšem paliativní péče nehledí pouze na fyzickou bolest, ale i psychickou, sociální a duševní. V opačném případě by nemuselo dojít ke zlepšení zdravotního stavu a bolest by i přes probíhající léčbu setrvala. Často jsou pacientům podávána různá analgetika či opiáty v různých formách a kombinacích, je třeba volit nejméně invazivní metodu (Marková, 2021). Avšak pomoci může i úlevová poloha, dechová cvičení a další nefarmakologické metody vedoucí k úlevě od bolesti (Stiborová a Frei, 2018).

Mezi další potřeby patří nebýt sám, zůstat v sociálním kontaktu a zachovat vzájemnou komunikaci. Často vyžadují přítomnost blízké osoby či někoho z rodiny, protože jim to dodává pocit jistoty a bezpečí. Někdy můžou pomoci děti i ty menší, které vykouzlí úsměv, ale stejně tak i dlouholetí přátelé. V některých případech se pacient špatně vyrovnává se svou situací, nedokáže se smířit s tím, že umírá, a proto je dobré uskutečnit setkání s člověkem, který je v podobné situaci, aby si vzájemně promluvili a tím i pomohli (Bužgová, 2015). V rámci udržení sociálních vztahů je dobré, aby se i rodina zapojila do péče o pacienta, samozřejmě pokud se na to cítí. Může se tím snížit strach z přicházející smrti, vyhnout se úzkosti a získat větší vnitřní klid (Kisvetrová, 2018). Pokud je pacient hospitalizován v nemocnici nebo jiném zařízení, je pro něj také důležitá komunikace se zdravotnickými pracovníky, protože ne vždycky je rodina přítomna a někdy je jednodušší se svěřit cizí osobě (Bužgová, 2015).

Pro některé pacienty jsou důležité duchovní potřeby, zejména pokud se blíží smrt. Právě v tu chvíli se obrací na různá náboženství, aby jim pomohla najít odpovědi na jejich složité otázky jako například smysl lidského života nebo u nich hledají podporu (Hajnová Fukasová et al., 2015). Duchovní péče je typická zejména pro hospice, kde působí odborník na tuto péči jako je například kaplan, farář a další osobnosti, které jsou zde přítomny jak pro pacienty, tak jejich rodiny. Nejenže poskytuje duchovní oporu, naslouchá, chrání, věnuje se vztahům, konfliktům, stejně tak po smrti pacienta doprovází pozůstalé (Marková, 2021). Nicméně během umírání jsou i jiné potřeby, které je nutné naplnit jako například zabezpečení, vhodné prostředí, dostatek soukromí a další. Výše uvedené jsou ty nejčastější a nejdůležitější (Bužgová, 2015).

Tabulka 1: Nejčastější diagnózy u pacientů v paliativní péči

Ošetřovatelská diagnóza	Intervence
Bolest akutní - 00132	Posud' bolest (lokalizace, závažnost, změny během dne a další). Podávej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj účinky. Sleduj neverbální projevy bolesti.
Bolest chronická - 00133	

Nauzea - 00134	<p>Podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj účinek.</p> <p>Kontroluj příjem tekutin.</p> <p>Doporuč konzumaci jídel v krátkých intervalech a menších dávkách.</p>
Zhoršená pohyblivost - 00085	<p>Zdůrazni pacientovi důsledky nedostatečného pohybu.</p> <p>Veď pacienta k aktivitě, péči o sebe.</p> <p>Zajisti polohovací a ortopedické pomůcky.</p>
Nedostatečná výživa - 0002	<p>Zjisti od pacienta jeho stravovací návyky a oblíbené pokrmy.</p> <p>Važ pacienta v pravidelných intervalech a proved' záznam.</p> <p>Konzultuj sestavení jídelníčku s nutričním terapeutem.</p>
Úzkost ze smrti - 00147	<p>Respektuj pacientovo přání.</p> <p>Dbey na dostatek soukromí.</p> <p>Zajisti přítomnost odborníka – psychologa/kaplana.</p>
Porušený obraz těla - 00118	<p>Vyslechni pacienta, promluv s ním o problémech.</p> <p>Navštěvuj pacienta častěji.</p> <p>Dej pacientovi čas na vyrovnání se s aktuální situací, problémy.</p>
Sociální izolace - 00053	<p>Vytvoř si u pacienta důvěru.</p> <p>Spolupracuj s rodinou pacienta.</p> <p>Zajisti pacientovi kontakt s okolím – telefonát, televize, rádio.</p>

Zdroj: vlastní zpracování dle (Herdman, Kamitsuru, 2020)

Tabulka 2: Potencionální diagnózy u pacientů v paliativní péči

Potencionální ošetrovatelská diagnóza	Intervence
Riziko dehydratace - 00028	Zajistit dostatečné množství tekutin v dosahu pacienta. Zaznamenávej příjem a výdej tekutin. Pravidelně sleduj kožní turgor.
Riziko zácpy - 00015	Sleduj pravidelnost defekace a proved' záznam. Doporuč vhodné potraviny s obsahem vlákniny. Zdůrazni důležitost dostatečného příjmu tekutin.
Riziko imobilizačního syndromu - 00040	Zhodnot' riziko vzniku dekubitů. Zajisti čisté a upravené lůžko. Využívej antidekubitní pomůcky (např. matrace).

Zdroj: vlastní zpracování dle (Herdman, Kamitsuru, 2020)

Specifickými skupinami v paliativní péči jsou pacienti pediatričtí a geriatričtí, které si podrobně rozebereme v následujících podkapitolách.

1.4.1 Pediatrická paliativní péče

Úkolem dětské paliativní péče je starat se o tělesnou, psychickou, sociální a spirituální stránku nemocného dítěte, stejně jako u dospělých a starších lidí. Ovšem zde je velmi důležitá také podpora rodiny. Celkově se jedná o dlouhodobou spolupráci s rodinou, proto by měla mít dostatek informací, účastnit se rozhodování a obdržet individuální péči. S ohledem na věk pacienta, je vhodné dát dítěti možnost rozhodovat o péči (Chvílová Weberová et al., 2020). Paliativní péče pro dospělé je často zaměřena zejména na nádorová onemocnění, kdežto u dětí se mnohdy setkáváme s vážnými a vzácnými chorobami jako jsou různé chromozomové anomálie, vrozené vývojové vady, srdeční onemocnění a další. Pro děti byly služby paliativní péče zahájeny v 80. letech 20. století, kdy vznikl první dětský hospic ve Velké Británii s názvem Helen House. V dnešní době je i u dětí možnost poskytování péče v domácím, nemocničním prostředí nebo v dětském hospici (Baldwin a Woodhouse, 2011).

Vývoj dětské paliativní péče stále probíhá, u nás je několik doktorů, kteří se této problematice věnují a snaží se dětskou paliativní péči implementovat do českého zdravotnictví. V České republice se objevila okolo roku 2000, kdy docházelo k individuální paliativní podpoře rodinám a dětem od nadačního fondu Klíček, který následně zajistil provoz respitního domu. Pak v průběhu let vznikaly v různých městech mobilní hospice, které se zaměřovaly i na péči o děti (Bužgová a Sikorová, 2019). Nyní dostupnost péče závisí na místě bydliště. V případě onkologických onemocnění lze navštívit dostupnější onkologická centra. Aktuálně poskytují dětskou paliativní péči v Praze – Cesta domů, Ostrava – Mobilní hospic Ondrášek, Olomouc – Nejste sami, Mobilní paliativní tým při Klinice dětské onkologie FN Brno, Mobilní hospic při Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem (Závadová et al., 2017).

Dětské pacienty, kteří vyžadují paliativní péči, lze rozdělit do čtyř kategorií. Jednou z možností je, že onemocnění nelze léčit. Další variantou je, že můžeme využít léčbu, u které je ale riziko selhání, takže je stále v ohrožení života. Také v některých případech je úmrtí nevyhnutelné, nicméně lze intenzivní léčbou prodlužovat život. A poslední možností je nezvratné onemocnění, kde je z důvodu komplikací riziko předčasné smrti (Marková, 2021). Stejně jako u jiné paliativní péče je zde varianta obecné nebo specializované paliativní péče. Činnost zajišťuje také multidisciplinární tým, který se snaží saturovat fyzické, psychické, sociální a duchovní potřeby jak dítěti, tak celé rodině. Důležitou složkou péče je správná komunikace mezi zdravotníky, rodinou a dětmi. K tomu je potřeba znalost, trénink a empatie. Ale také komunikace v rámci rodiny pomáhá udržovat psychické zdraví. Celkově by měla být rodina podporována v průběhu nemoci, ale i v době truchlení (Kreicbergs, 2021).

Základem dobré péče je dostatečná informovanost rodiny. Nemoc dítěte se projeví na celé rodině a je nutné ji chápat jako celek. Neměli bychom zapomínat na nikoho z rodiny, každý se s aktuální situací bude vyrovnávat jiným způsobem. Každý zdravotnický pracovník by měl být schopný mluvit s rodinou, případně doporučit pomoc odborníka. Často rodič upne veškerou pozornost na péči o dítě a v případě, že je v rodině více dětí, dojde k rozdělení, kdy se jeden stará o nemocné a druhý o zdravé dítě. Ovšem v tomto případě je lepší doporučit, aby docházelo ke střídání rolí, aby děti nestrádaly a rodiče si odpočinuli. Obecně by v takové situaci neměla rodina zanedbávat péči sama o sebe. Naopak je důležité mít dostatek spánku, odpočinku, věnovat se svým koníčkům a partnerskému životu, aby nedocházelo k psychickým onemocněním jako je například

deprese (Chvilová Weberová et al., 2020). V průběhu onemocnění dítěte se u rodičů mohou objevit různé problémy jako například změna sociálního postavení, ztráta zaměstnání až ekonomické potíže, omezení společenského života a další. Avšak nemocné děti mohou taktéž trápit problémy či neuspokojené potřeby. Například je dítě nuceno přerušit školní docházku a tím ztrácí kontakt s vrstevníky. Dále může dojít ke změně prostředí nebo rodina z důvodu nákladné léčby nemá dostatek financí na splnění jeho přání. Mezi nejdůležitější potřeby dítěte patří potřeba jistoty, bezpečí, osobní identity, budoucnosti a stimulace, kterou lze zajistit vhodným prostředím a blízkostí důležitých osob, které s ním udržují tělesný kontakt jako je například mazlení. Často má příznivý vliv na zdravotní stav využití hry (Bužgová a Sikorová, 2019).

Velmi specifickým druhem pediatrické péče je perinatální paliativní péče. Ta se zabývá předvídáním, prevencí a léčbou fyzického, psychického, sociálního a duchovního utrpení plodu nebo novorozence s život omezujícím nebo ohrožujícím onemocněním a jeho rodiny. Péči zajišťuje odborný multidisciplinární tým, zahrnující porodníky, neonatology, porodní asistentky a další. Hlavní slovo v rozhodování a plánování péče mají rodiče (Martín-Ancel et al., 2021). Péče je poskytována v případě, že se během těhotenství zjistí, že má plod život limitující vadu nebo nemoc. Dále pokud žena rodí mrtvé dítě nebo se novorozenec narodí na hraně viability. Někteří se při zjištění diagnózy rozhodnou těhotenství ukončit, ale někteří v něm pokračují. V takovém případě může dojít k tomu, že žena následně porodí dítě, které v rádech hodin, dní, týdnů umře. Novorozené dítě by mělo být v teple, měli bychom se u něj snažit vyhnout bolestivým procesům, odstranit zbytečné katétry, dbát na komfort a umožnit rodičům být s dítětem a rozloučit se (Ratislavová, 2016). V druhém případě může dojít k úmrtí ještě v děloze a pro ženu pak nastává psychicky náročná fáze – porod mrtvého dítěte. Většinou k tomu dojde náhle. Ženě je pak představen porodní plán, který by měl zahrnovat přítomnost blízké osoby, tlumení bolesti, možnost rozloučení a vzpomínek (Bužgová a Sikorová, 2019)

Každá rodina se ke ztrátě staví jinak. Skoro všichni chtějí své dítě vidět a rozloučit se. Někdo nechce žádné vzpomínkové předměty, jiní si berou kartičku, kde je napsáno jméno a datum narození, nechají si udělat otisky nožičky či ručičky nebo fotografii, schovají si pramínek vlasů dítěte nebo obdrží čepičku či hračku. Často se ženy chtějí rozloučit, mají strach, že v opačném případě by později litovaly. Rodičům jsou nabídnuty informace o psychické pomoci, možnosti pojmenování, pohřbu nebo pokřtění dítěte (Chvilová Weberová et al., 2020). Důležitá je také péče o ženu, která zažívá toto velmi smutné

období. Každá se se ztrátou vyrovnává po svém, ale vždy je důležitá podpora rodiny a zdravotníků. Po šestinedělí by se měla žena dostavit na kontrolu, kde je možné využít ke zjištění psychického stavu škálu perinatálního zármutku. Ta je určena pro ženy po potratu, porodu mrtvého dítěte nebo úmrtí novorozence (Ratislavová, 2016).

1.4.2 Geriatrická paliativní péče

Paliativní péče by měla být nedílnou součástí zařízení, které poskytují služby seniorům jako jsou například domovy pro seniory. Většina geriatrických pacientů má problémy se zdravím, proto je mezi nimi větší potřeba paliativní péče. Nicméně většina seniorů si přeje umřít v domácím prostředí, na to ale není mnohdy připravena jejich rodina (Baldwin a Woodhouse, 2011). V posledních letech se paliativní péče neprosazuje pouze u pacientů v terminálním stádiu nebo onkologicky nemocných, ale má uplatnění i u chronických chorob — u seniorů se jedná často o různé formy demence. Tím se obecná paliativní péče dostává i do pobytových zařízení pro seniory (Hrdá et al., 2018). Její poskytování je závislé na vzdělávání, dovednostech a postojích pracovníků. Funguje zde také multidisciplinární tým, který zahrnuje zejména pečovatele, sociální pracovníky, všeobecné sestry a dle potřeby další. Během péče by mělo docházet ke vzájemnému podílení se na plánu poskytované péče, a to mezi zařízením, zdravotnickým personálem, klientem a jeho rodinou (Pechová a Lejsal, 2020). Pracovníci pomáhají seniorům se zvládnutím základních potřeb. Geriatrickí pacienti mají často sníženou soběstačnost a objevuje se u nich polymorbidita. Změny ať už fyzické, psychické, sociální nebo duchovní ovlivňují celkový stav pacienta a vedou k celkovému slábnutí. Tento proces je u někoho pozvolný, ale v některých případech dochází k rychlému zhoršení zdravotního stavu (Hrdá et al., 2018). U starších lidí se bohužel mimo obvyklé problémy, které řeší paliativní péče (například dušnost, bolest, nevolnost a další), objevuje také riziko pádů, zmatenost, inkontinence, zrakové či sluchové postižení a další obtíže. Občas může být problémem podceňování bolesti u geriatrických pacientů. I senioři mají určité potřeby a v závěru života vyžadují zejména bezpečí, důstojné umírání a nebýt osamělý (Baldwin a Woodhouse, 2011).

U geriatrických pacientů v paliativní péči se velmi těžko odhaduje, kdy přichází terminální fáze a jaká bude trajektorie konečného propadu pacienta. Často důvodem k indikaci paliativní péče u seniorů je geriatrická křehkost. Ta je důsledkem vývojových změn, polymorbidity a životního stylu. Mnohdy může dojít až do terminální fáze nebo se

projeví nevléčitelné onemocnění v poslední fázi (Sláma et al., 2011). V seniorském věku se často setkáváme s demencí. Ta sama o sobě není nemoc ale soubor příznaků, které vedou k poškození mozku. Projevuje se narušením kognitivních funkcí, hybnosti nebo neuropsychickou poruchou atd. Většinou je diagnostikována Alzheimerova nebo Parkinsonova nemoc či ostatní neurodegenerativní onemocnění. Je důležité, aby součástí týmu byli zdravotníci, kteří mají dostatek znalostí o demencích za účelem aplikování, co nejučinnější intervence ke zkvalitnění života (Pechová a Lejsal, 2020).

Dalším problémem, se kterým bychom v rámci paliativní péče měli počítat, je léková polypragmatie u seniorů. Často se ani neví, kdo a kdy lék indikoval, tím pádem se ani lék nevysadí, pokud již není potřeba, a naopak další léky přibývají (Svoboda, Herle, 2019). Je důležité, aby senioři pravidelně navštěvovali své lékaře, kteří případně upraví dávkování léků, či daný lék vysadí či vymění a zároveň dají pozor na lékovou inkompatibilitu. Existuje také seznam léků, které jsou nevhodné pro seniory, aby se předešlo riziku nežádoucích účinků (Sláma et al., 2011).

1.5 Umírání a pojetí smrti ve společnosti

Smrt je proces, který je charakterizován odchodem ze života a trvalým koncem veškerého fyziologického fungování (Baldwin a Woodhouse, 2011). Každý z nás se jednou narodil a jednou zemře, je to přirozená součást životního cyklu. Pro dnešní společnost se mluvení o smrti stalo tabu. Nejspíš je to dáno i tím, že naše vyspělá medicína bojuje o ohrožený život každého člověka. A nás tak velmi znepokojuje smrt. Nicméně ji nelze odstranit z našeho osudu a nikdy nevíme, kdy přijde. Je jisté, že umíráním a smrtí si všichni projdeme a bude to pro nás zásadní událost (Kupka, 2014).

Během umírání má každý odlišné priority, ale některé jsou velmi časté: neprodłużování bolesti, autonomie, soběstačnost, důstojnost, bezpečnost. Vše se odvíjí podle situace, adaptace, prognózy, ale i druhu onemocnění (Kalvach, 2019). Abychom mohli určit, jak se pacient adaptuje na nepříznivou prognózu, vyvinula roku 1969 Elisabeth Kübler-Rossová model pěti fází umírání: popírání, hněv/agrese, smlouvání, deprese a nakonec smíření (Mcvean, 2019). Určitě bude snadnější čelit smrti, pokud se stane součástí našeho života. Lépe pak zvážíme svou situaci a nebudeme se zbytečně zatěžovat, a naopak zanedbávat věci, na kterých nám záleží. Budeme si vážit času, který nám ještě zbývá (Kupka, 2014).

Umírání a smrt postihuje v podstatě celou rodinu. Vědomí, že je čas omezený, může mít tu výhodu, že poskytuje čas na usmíření, na poděkování, na zanechání dědictví nebo závěrečná opatření (Boog a Tester, 2008). Někdy se může stát, že nemocný zemře, když je sám. Neměli bychom si to vyčítat, protože se říká, že i on čeká na to, kdy bude sám, aby mohl v klidu odejít. Pro všechny je to zvláštní atmosféra a neměli bychom se bránit následným projevům pocitů (Stiborová a Frei, 2018). Avšak i po ztrátě blízkého člověka lze uplatnit výše uvedený model E. Kübler-Rossové, jehož obsah zůstává stejný i pro fáze smutku (Casabianca, 2021).

2 Cíl a hypotézy

2.1 Cíl

Cílem bakalářské práce je zjistit postoj laické veřejnosti k problematice paliativní péče.

2.2 Hypotézy

H1: Postoj laické veřejnosti k problematice paliativní péče se liší dle věku.

H2: Postoj laické veřejnosti k problematice paliativní péče se liší dle nejvyššího dosaženého vzdělání.

H3: Postoj laické veřejnosti k problematice paliativní péče se liší na základě předchozí zkušenosti.

2.3 Operacionalizace pojmů

Postoj: Je pozitivní nebo negativní hodnocení a reakce jedince vůči nějakému aspektu (Hayes, 2021).

Laická veřejnost – laik: Je obecně člověk neškolený v určitém oboru, neodborník (Petráčková a Kraus, 1995).

Paliativní péče: Přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů (dospělých i dětí) a jejich rodin, kteří se potýkají s problémy spojenými s život ohrožujícím onemocněním. Předchází a zmírňuje utrpení prostřednictvím včasné identifikace, správného posouzení a léčby bolesti a dalších problémů, ať už fyzických, psychosociálních nebo duchovních (WHO, 2020).

Hospicová péče: Vychází z paliativní péče. Většinou je poskytována v samostatném zařízení nestátního typu. Je určena pacientům, kteří před sebou mají poslední chvíle svého života a rozhodli se tento čas strávit mimo svůj domov pod zdravotnickým dohledem. Snaží se zde udělat co nejlepší podmínky pro pacienty, aby se cítili jako doma. Také je zde umožněno, aby u pacienta přespala jeho rodina a blízcí, k tomu jsou určeny přistýlky (Pechová a Lejsal, 2020).

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

Výzkumná část bakalářské práce byla zpracována pomocí kvantitativního šetření. Jako metoda sběru dat byl použit anonymní nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce (viz příloha 1), který byl vytvořen na základě 3 stanovených hypotéz. Dotazníkové šetření bylo zvoleno zejména z důvodu získání většího množství potřebných dat a jejich rozmanitosti.

Před vyplňovací částí dotazníku byl text, ve kterém proběhlo představení studentky, odůvodnění prováděného výzkumu, také pro koho je dotazník určen a poděkování za vyplnění. První 4 otázky byly identifikační, zajímaly se o pohlaví, věk, vzdělání a bydliště. Následovaly otázky ohledně víry a případného chronického onemocnění. Další otázky byly zaměřeny na informace ohledně hospicové a paliativní péče, jaké mají a kde je získali, ale i na osobní zkušenost s hospicovou a paliativní péčí. Na závěr bylo uvedeno několik otázek ohledně subjektivního pohledu na umírání a smrt.

Dotazník obsahoval celkem 20 otázek z toho 17 s možností jedné odpovědi, 7 s možností více nebo vlastní odpovědi a 1 otázka otevřená. Dotazník byl vytvořen za pomoci Google Formuláře, distribuce tedy probíhala v elektronické podobě, sdílením na vybraných facebookových stránkách, případně rozesláním mezi kontakty. Sběr dat se odehrával v průběhu měsíce března 2022. Celkem bylo získáno 180 dotazníků, po jejich optické kontrole nebylo nutné žádné vyřadit. Ke zpracování dat a vytvoření grafů byl využit program Microsoft Excel. Vztah mezi hypotézami byl zkoumán za pomoci Pearsonova korelačního koeficientu a stanovená hladina významnosti byla $\alpha=5\%$ (0,005). Testy byly prováděny programem IBM SPSS 26.0.

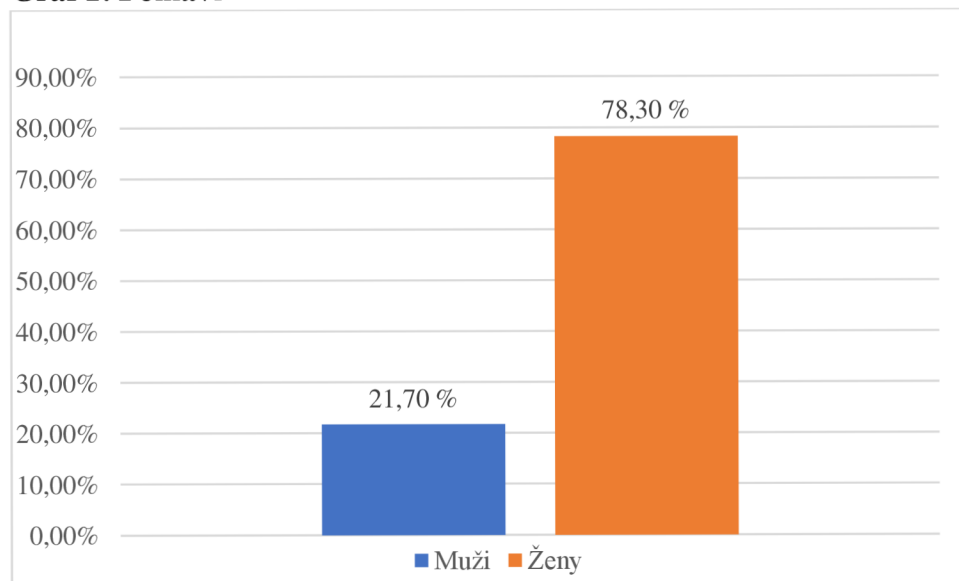
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Dotazník byl určen pro laickou veřejnost, tedy respondenty bez zdravotnického vzdělání, od 18 let, v rámci České republiky. Výběr respondentů probíhal na základě náhodného výběru. Cílem práce nebylo získat reprezentativní vzorek, ale zmapovat postoj laické veřejnosti napříč Českou republikou.

4 Výsledky

Celkem se výzkumu zúčastnilo 180 respondentů (N=180).

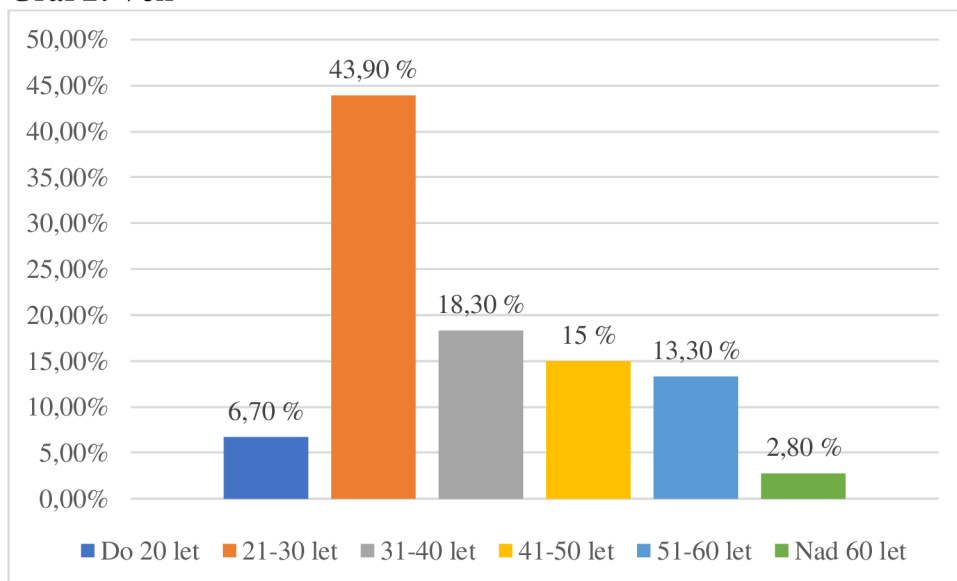
Graf 1: Pohlaví



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 1 znázorňuje kolik žen a mužů odpovídalo, celkem bylo 180 (100 %) respondentů, z toho 141 (78,3 %) žen a 39 (21,7 %) mužů.

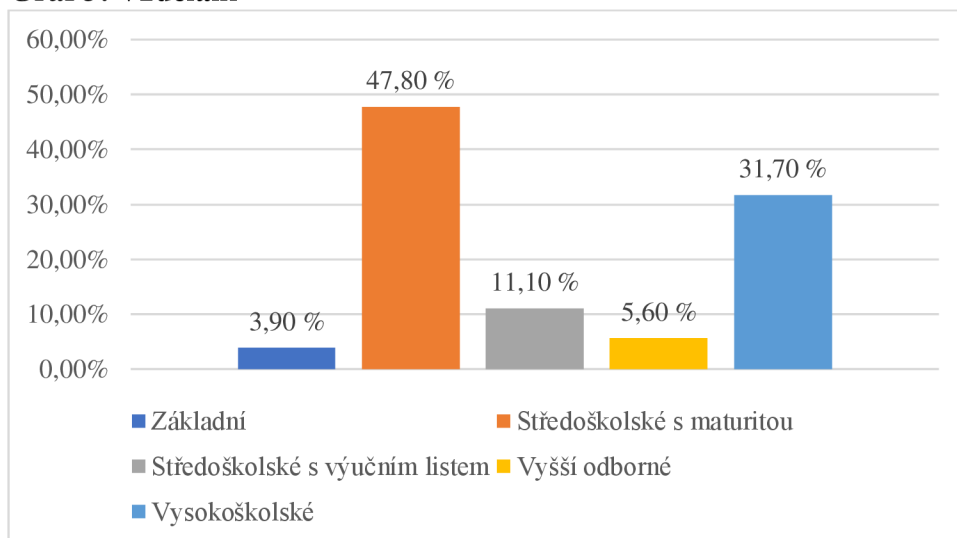
Graf 2: Věk



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 2 znázorňuje věkové kategorie, celkem bylo 180 (100 %) respondentů, z toho bylo v kategorii do 20 let 12 (6,7 %) respondentů, ve věkové kategorii 21-30 let bylo 79 (43,9 %) respondentů, v kategorii 31-40 let bylo 33 (18,3 %) respondentů, v kategorii 41-50 let bylo 27 (15 %) respondentů, v kategorii 51-60 let bylo 24 (13,3 %) respondentů a ve věkové kategorii nad 60 let bylo 5 (2,8 %) respondentů.

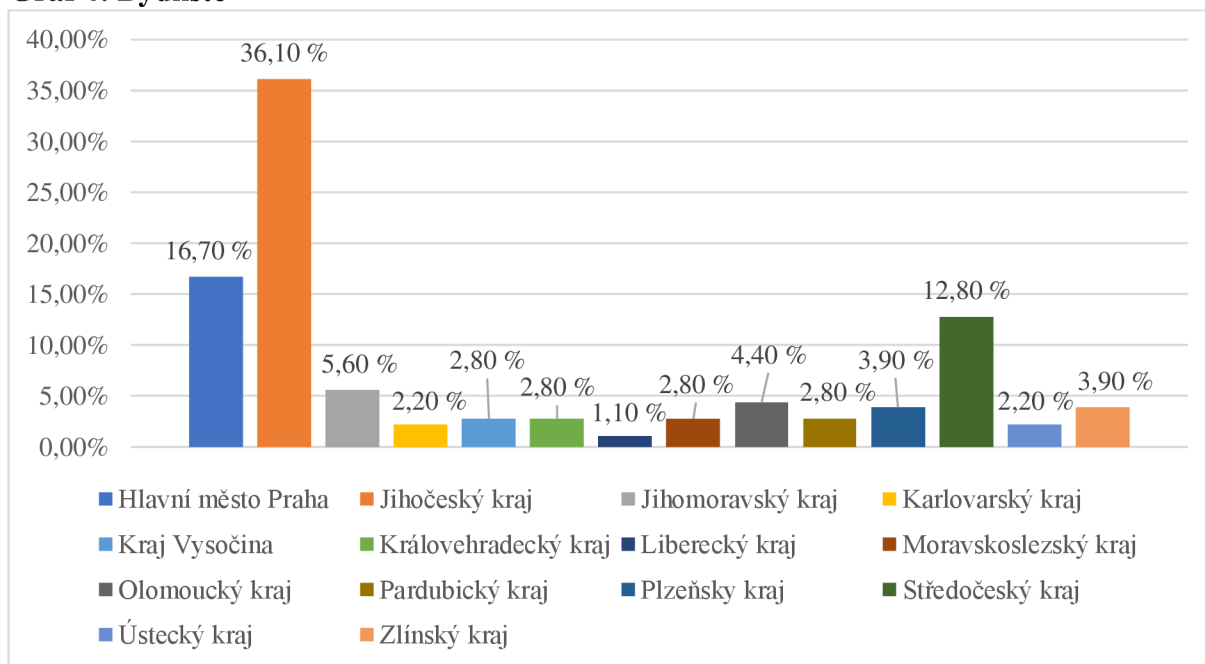
Graf 3: Vzdělání



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 3 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání, celkem bylo 180 (100 %) respondentů, z nich dosáhlo základního vzdělání 7 (3,9 %) respondentů, středoškolského s maturitou 86 (47,8 %) respondentů, středoškolského s výučním listem 20 (11,1 %) respondentů, vyššího odborného vzdělání dosáhlo 10 (5,6 %) respondentů a vysokoškolského 57 (31,7 %) respondentů.

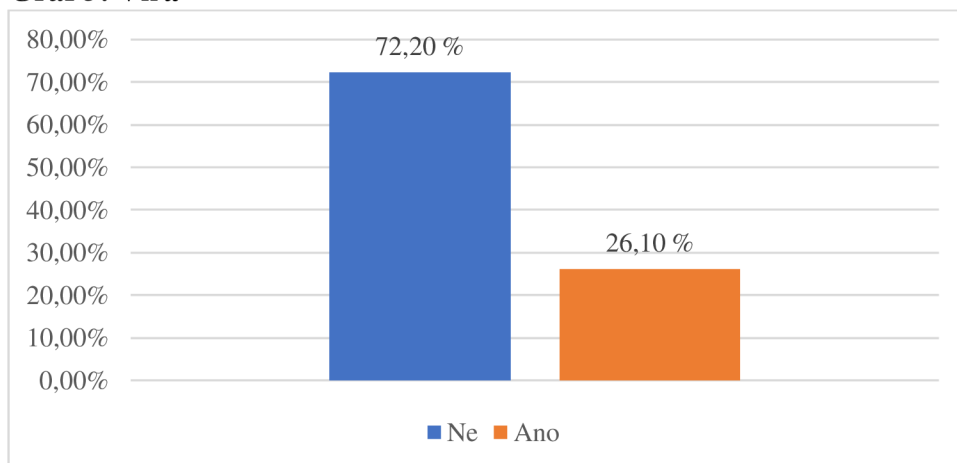
Graf 4: Bydliště



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 4 znázorňuje místo bydliště dle krajů, z celkem 180 (100 %) respondentů se 30 (16,7 %) nacházelo v Hlavním městě Praha, 65 (36,1 %) bylo z Jihočeského kraje, 10 (5,6 %) bylo z Jihomoravského kraje, 4 (2,2 %) bylo z Karlovarského kraje, 5 (2,8 %) bylo z Kraje Vysočina, 5 (2,8 %) bylo z Královehradeckého kraje, 2 (1,1 %) bylo z Libereckého kraje, 5 (2,8 %) bylo z Moravskoslezského kraje, 8 (4,4 %) bylo z Olomouckého kraje, 5 (2,8 %) bylo z Pardubického kraje, 7 (3,9 %) bylo z Plzeňského kraje, 23 (12,8 %) bylo ze Středočeského kraje, 4 (2,2 %) bylo z Ústeckého kraje, 7 (3,9 %) bylo ze Zlínského kraje.

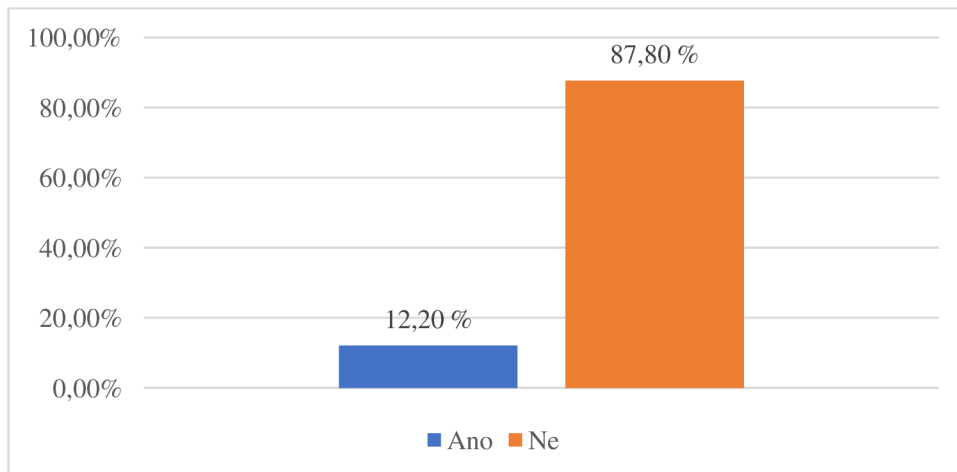
Graf 5: Víra



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 5 znázorňuje, zda jsou respondenti věřící, z celkem 180 (100 %) bylo 130 (72,2 %) nevěřících/bezbožných a 47 (26,1 %) věřících. Bylo zjišťováno i konkrétní náboženství a 14 (29,8 %) respondentů uvedlo římskokatolické náboženství, 4 (8,5 %) respondentů uvedlo, že jsou věřící, ale nehlásí se k žádnému náboženství a 1 respondent uvedl protestantskou víru.

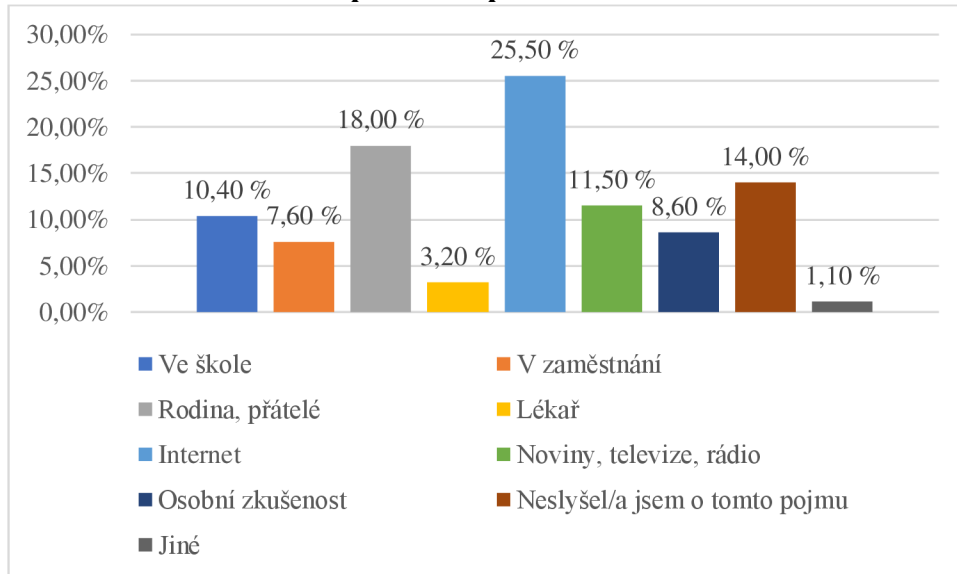
Graf 6: Léčba chronického onemocnění



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 6 znázorňuje, zda se respondent léčí s chronickým onemocněním, z celkem 180 (100 %) respondentů 22 (12,2 %) uvedlo že ano (např. roztroušená skleróza, revmatoidní artritida, myotická dystrofie, hypertenze, diabetes mellitus nebo nádorová onemocnění). Zbytek, tedy 158 (87,8 %) respondentů, uvedlo, že se neléčí s chronickým onemocněním.

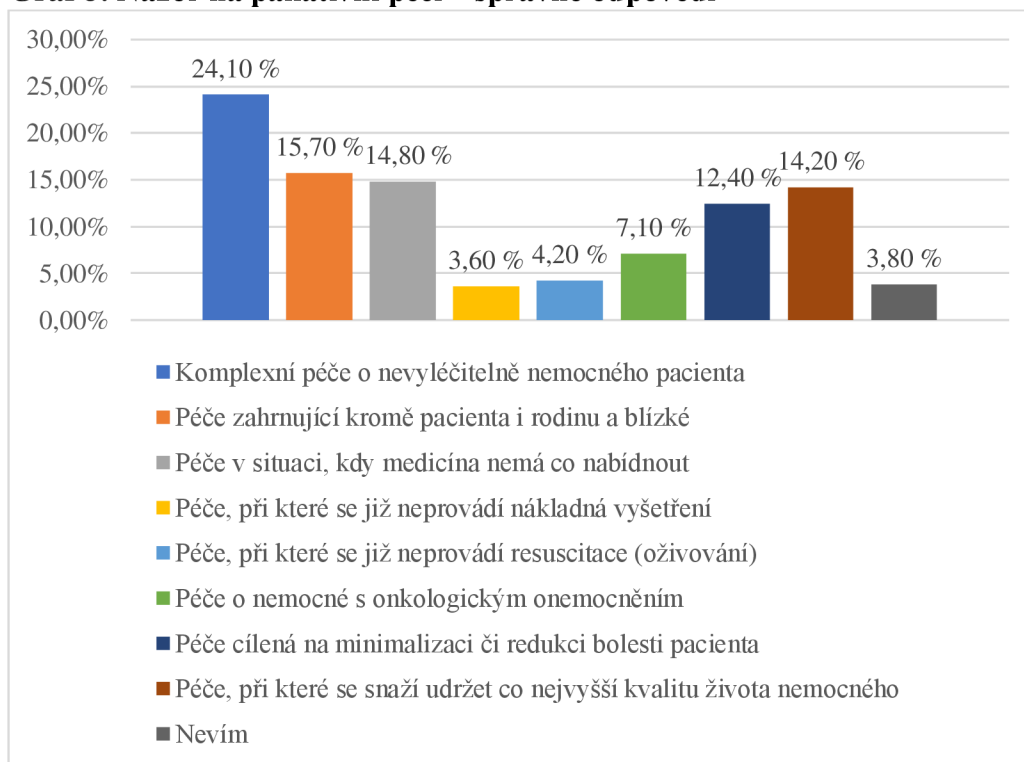
Graf 7: Zisk informací o paliativní péči



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 7 znázorňuje odkud se respondenti dozvěděli o paliativní péči. V této otázce bylo možné zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 180 respondentů bylo získáno 278 (100 %) odpovědí, 29 (10,4 %) respondentů uvedlo, že se o ní dozvědělo ve škole, 21 (7,6 %) v zaměstnání, 50 (18 %) od rodiny nebo přátel, 9 (3,2 %) od lékaře, 71 (25,5 %) na internetu, 32 (11,5 %) z novin, televize nebo rádia, 24 (8,6 %) z osobní zkušenosti, 39 (14 %) o ni nikdy neslyšelo a 3 (1,1 %) uvedli jiné (přednáška na akci, praxe, kniha).

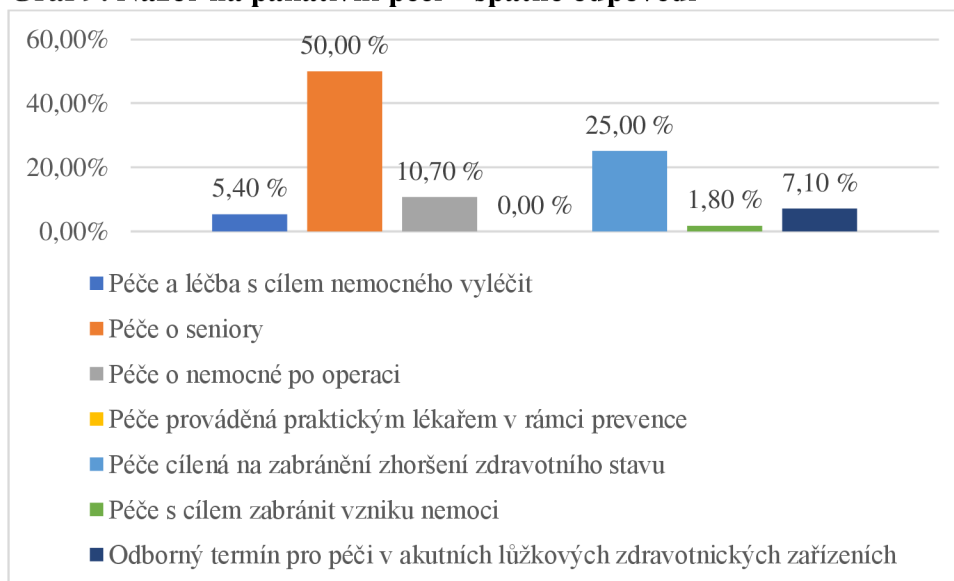
Graf 8: Názor na paliativní péči – správné odpovědi



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 8 znázorňuje, co správně podle respondentů znamená pojem paliativní péče, na otázku byla možná více odpovědí. Z celkového počtu 180 respondentů bylo získáno 548 (100 %) správných odpovědí, včetně těch, co označili *nevím*, 132 (24,1 %) respondentů uvedlo komplexní péče o nevléčitelně nemocného pacienta, 86 (15,7 %) uvedlo péče zahrnující kromě pacienta i rodinu a blízké, 81 (14,8 %) uvedlo péče v situaci, kdy medicína nemá co nabídnout, 20 (3,6 %) uvedlo péče, při které se již neprovádí nákladná vyšetření, 23 (4,2 %) uvedlo péče, při které se již neprovádí resuscitace, 39 (7,1 %) uvedlo péče o nemocné s onkologickým onemocněním, 68 (12,4 %) uvedlo péče cílená na minimalizaci či redukci bolesti pacienta, 78 (14,2 %) uvedlo péče, která se snaží udržet co nejvyšší kvalitu života nemocného a 21 (3,8 %) uvedlo, že neví co to je paliativní péče.

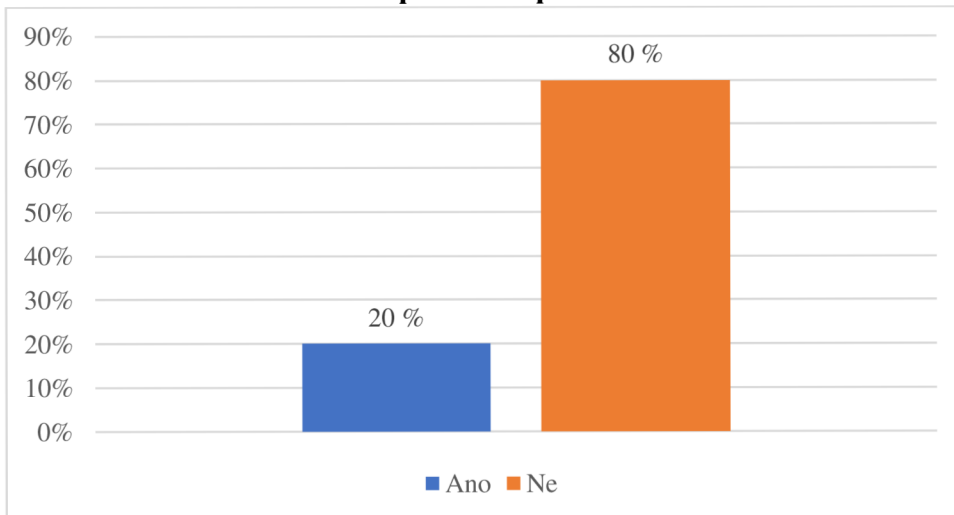
Graf 9: Názor na paliativní péči – špatné odpovědi



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 9 znázorňuje špatné odpovědi, co podle respondentů znamená pojem paliativní péče, na otázku byla možnost více odpovědí. Z celkového počtu 180 respondentů bylo získáno 56 (100 %) špatných odpovědí, 3 (5,4 %) uvedli péče a léčba s cílem nemocného vyléčit, 28 (50 %) uvedlo péče o seniory, 6 (10,7 %) uvedlo péče o nemocné po operaci, 14 (25 %) uvedlo péče cílená na zabránění zhoršení zdravotního stavu, 1 (1,8 %) uvedl péče s cílem zabránit vzniku nemoci, 4 (7,1 %) uvedli odborný termín pro péči v akutních lůžkových zdravotnických zařízeních a nikdo (0 %) neuvedl péče prováděná praktickým lékařem v rámci prevence.

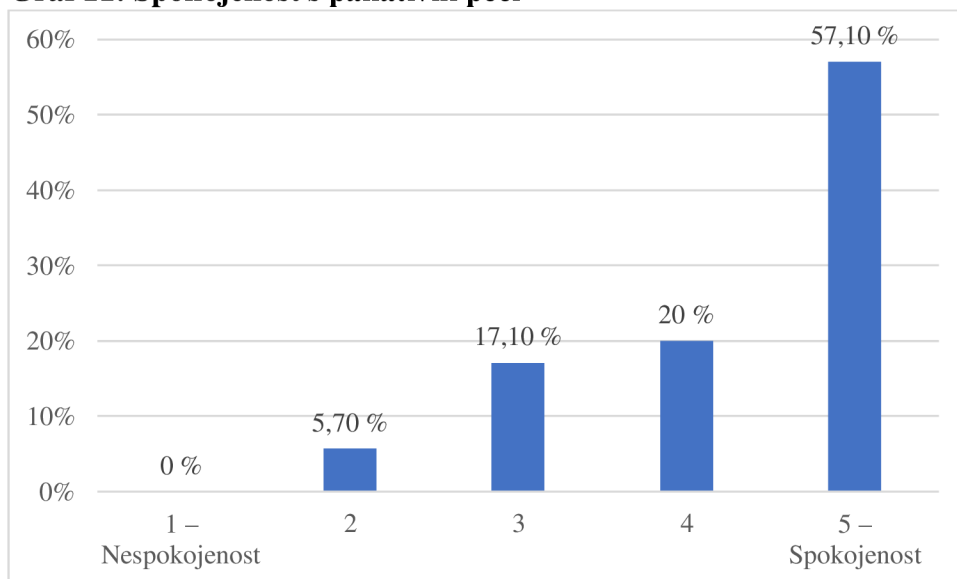
Graf 10: Osobní zkušenost s paliativní péčí



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 10 znázorňuje osobní zkušenost s paliativní péčí, z celkového počtu 180 (100 %) respondentů jich 36 (20 %) uvedlo, že mají osobní zkušenost a 144 (80 %) uvedlo, že zkušenost nemají.

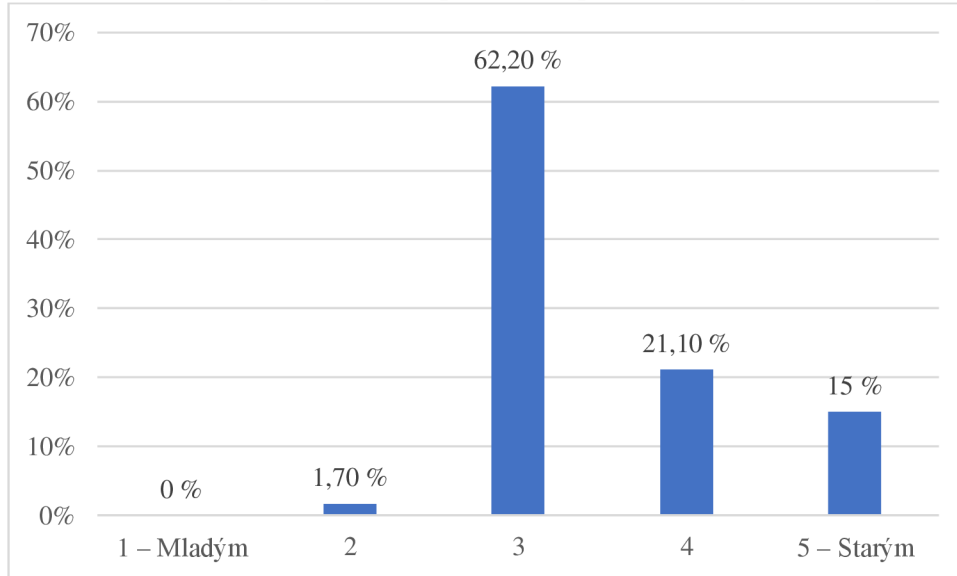
Graf 11: Spokojenost s paliativní péčí



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 11 znázorňuje spokojenost s poskytováním paliativní péče vyjádřenou pomocí Likertovy škály od 1 do 5, kde hodnota 1 znamená nespokojenost a hodnota 5 spokojenost. Osobní zkušenost uvedlo 36 respondentů z celkem 180 (100 %) respondentů, ale pouze 35 (100 %) ji ohodnotilo. Nikdo nebyl nespokojený, hodnotu 2 uvedli 2 respondenti (5,7 %), hodnotu 3 uvedlo 6 (17,1 %), hodnotu 4 uvedlo 7 (20 %) a spokojených respondentů bylo 20 (57,1 %).

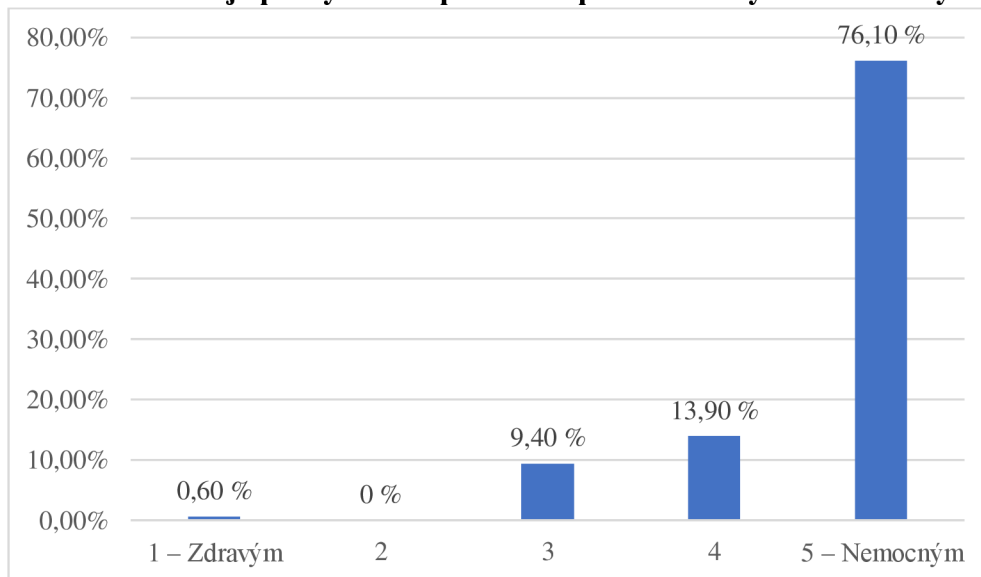
Graf 12: Komu je poskytována paliativní péče – mladým X starým



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 12 znázorňuje pomocí sémantického diferenciálu, zda se podle respondentů paliativní péče poskytuje mladým nebo starým lidem. Z celkem 180 (100 %) respondentů nikdo nevedl odpověď mladým, 3 (1,7 %) uvedli hodnotu 2 (přiklání se k mladým), 112 (62,2 %) uvedlo střední hodnotu 3 (mladým i starým), 38 (21,1 %) uvedlo hodnotu 4 (přiklání se ke starým) a 27 (15 %) uvedlo hodnotu 5 (starým).

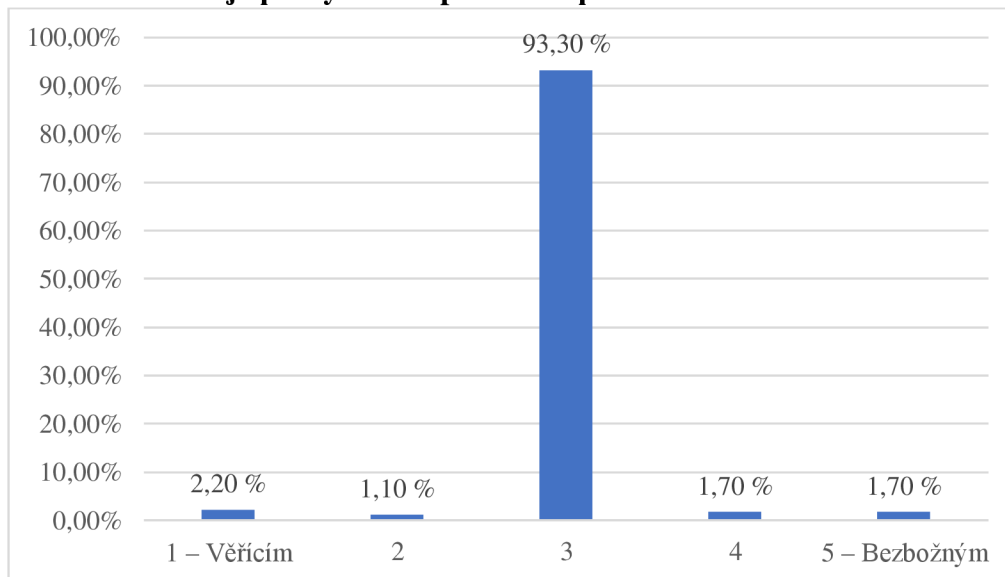
Graf 13: Komu je poskytována paliativní péče – zdravým X nemocným



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 13 znázorňuje za pomoci sémantického diferenciálu, zda se podle respondentů paliativní péče poskytuje zdravým nebo nemocným lidem. Z celkového počtu 180 (100 %) respondentů 1 (0,6 %) uvedl hodnotu 1 (zdravým), nikdo neuvedl hodnotu 2 (přiklání se k zdravým), 17 (9,4 %) uvedlo střední hodnotu 3 (zdravým i nemocným), 25 (13,9 %) uvedlo hodnotu 4 (přiklání se k nemocným) a 137 (76,1 %) uvedlo hodnotu 5 (nemocným).

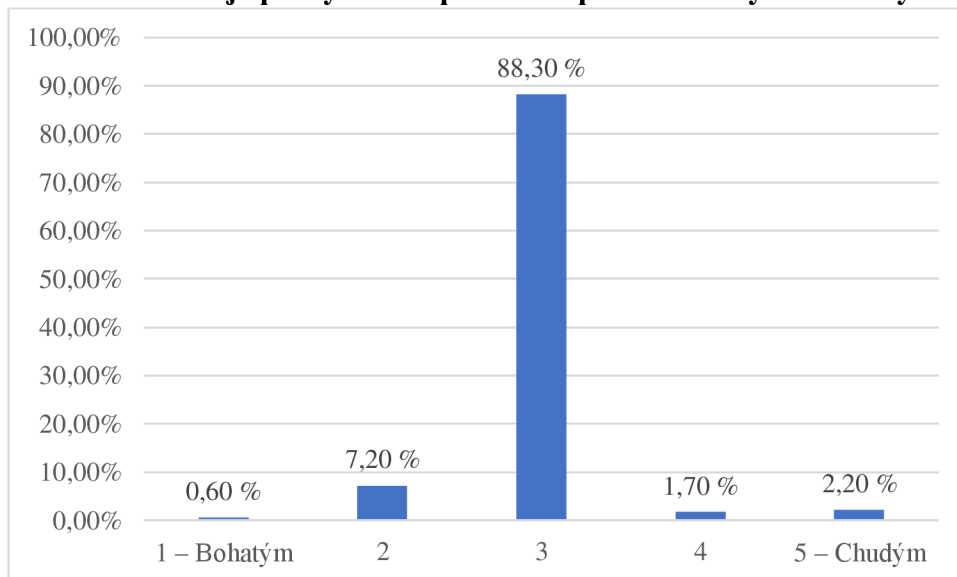
Graf 14: Komu je poskytována paliativní péče – věřícím X nevěřícím/bezbožným



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 14 znázorňuje za pomoci sémantického diferenciálu, zda se podle respondentů paliativní péče poskytuje věřícím nebo nevěřícím/bezbožným lidem, z celkem 180 (100 %) respondentů 4 (2,2 %) uvedli hodnotu 1 (věřícím), 2 (1,1 %) uvedli hodnotu 2 (přiklání se k věřícím), 168 (93,3 %) uvedlo střední hodnotu 3 (věřícím i nevěřícím/bezbožným), 3 (1,7 %) uvedli hodnotu 4 (přiklání se k nevěřícím/bezbožným) a 3 (1,7 %) uvedlo hodnotu 5 (nevěřícím/bezbožným).

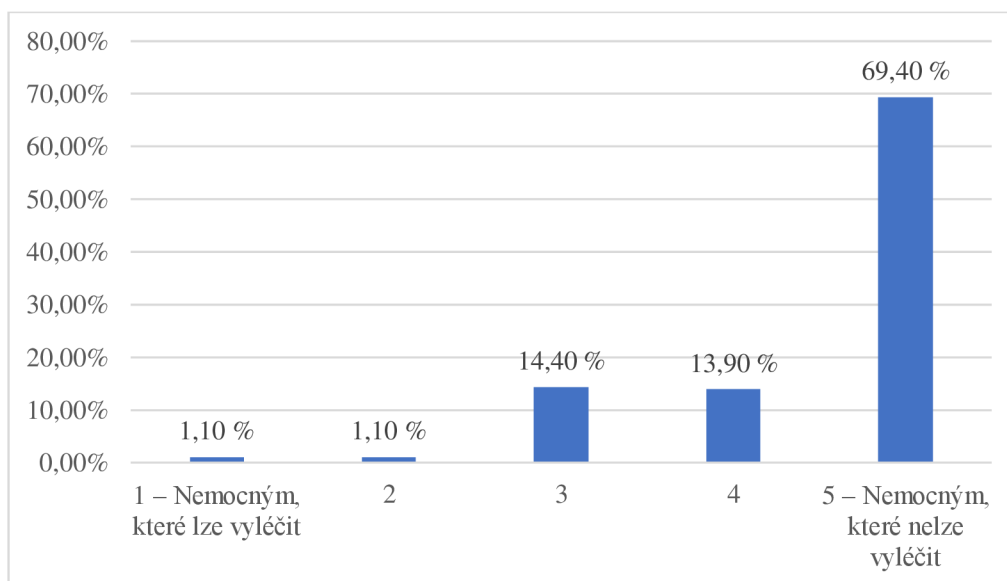
Graf 15: Komu je poskytována paliativní péče – bohatým X chudým



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 15 znázorňuje za pomoci sémantického diferenciálu, zda se podle respondentů paliativní péče poskytuje bohatým nebo chudým lidem, z celkem 180 (100 %) respondentů 1 (0,6 %) uvedl hodnotu 1 (bohatým), 13 (7,2 %) uvedlo hodnotu 2 (přiklání se k bohatým), 159 (88,3 %) uvedlo střední hodnotu 3 (bohatým i chudým), 3 (1,7 %) uvedli hodnotu 4 (přiklání se k chudým) a 4 (2,2 %) uvedli hodnotu 5 (chudým).

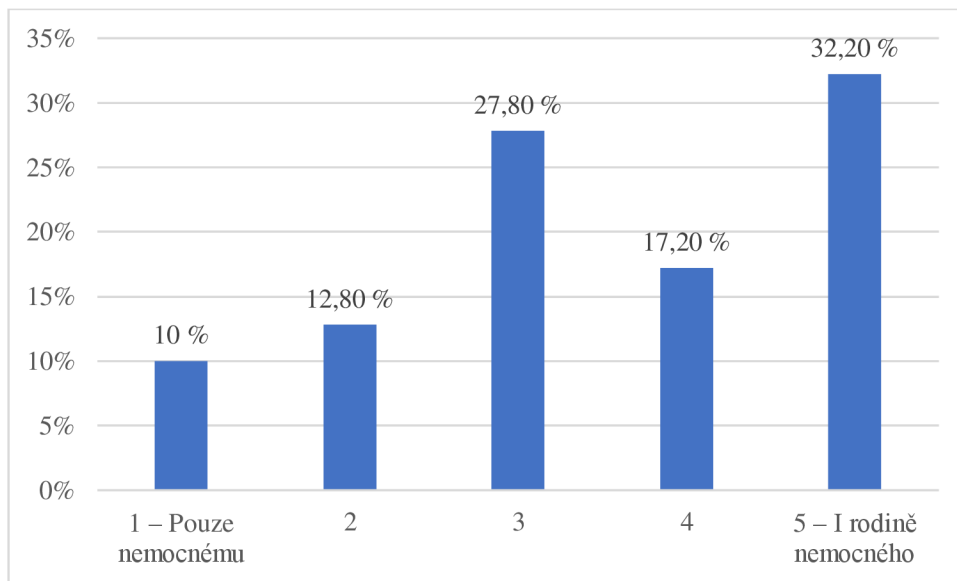
Graf 16: Komu je poskytována paliativní péče – nemocným, které lze vyléčit X nevléčitelně nemocným



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 16 znázorňuje za pomoci sémantického diferenciálu, zda se podle respondentů paliativní péče poskytuje nemocným, které lze vyléčit nebo nevléčitelně nemocným. Z celkem 180 (100 %) respondentů 2 (1,1 %) uvedli hodnotu 1 (nemocným, které lze vyléčit), 2 (1,1 %) uvedli hodnotu 2 (přiklání se k nemocným, které lze vyléčit), 26 (14,4 %) uvedlo střední hodnotu 3 (nemocným, které lze vyléčit i nevléčitelně nemocným), 25 (13,9 %) uvedlo hodnotu 4 (přiklání se k nevléčitelně nemocným) a 125 (69,4 %) uvedlo hodnotu 5 (nevléčitelně nemocným).

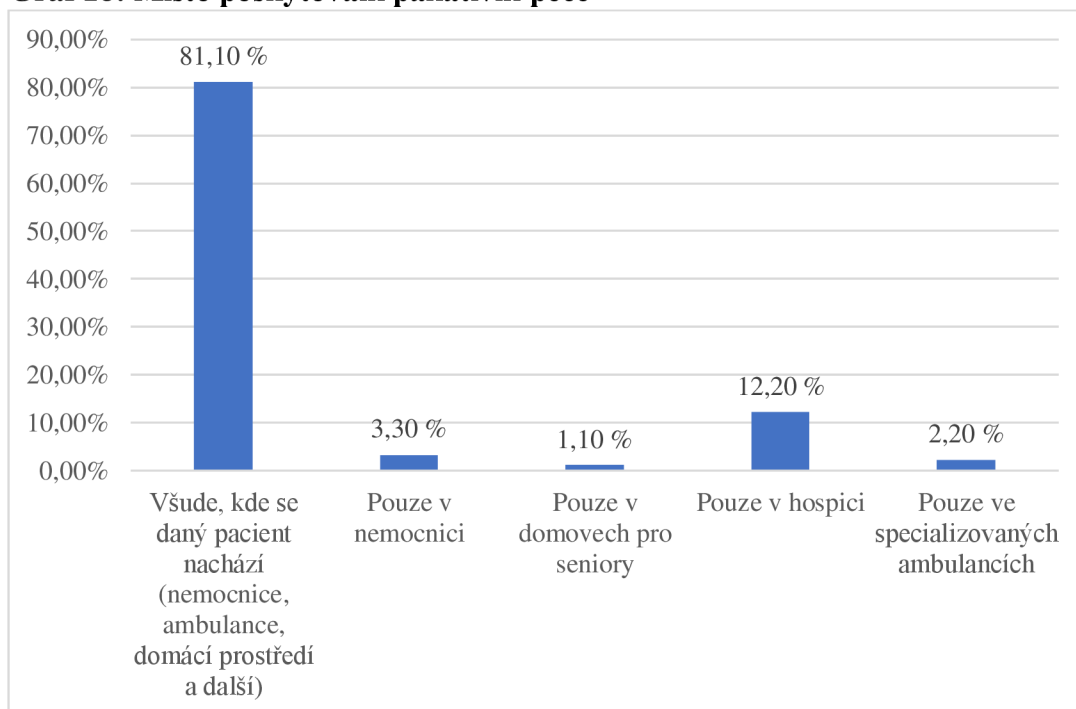
Graf 17: Komu je poskytována paliativní péče – pouze nemocnému X i rodině nemocného



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 17 znázorňuje za pomoci sémantického diferenciálu, zda se podle respondentů paliativní péče poskytuje pouze nemocnému nebo i rodině nemocného. Z celkem 180 (100 %) respondentů jich 18 (10 %) uvedlo hodnotu 1 (pouze nemocnému), 23 (12,8 %) uvedlo hodnotu 2 (přiklání se k pouze nemocnému), 50 (27,8 %) uvedlo střední hodnotu 3 (nemocnému i rodině nemocného), 31 (17,2 %) uvedlo hodnotu 4 (přiklání se k rodině nemocného) a 58 (32,2 %) uvedlo hodnotu 5 (i rodině nemocného).

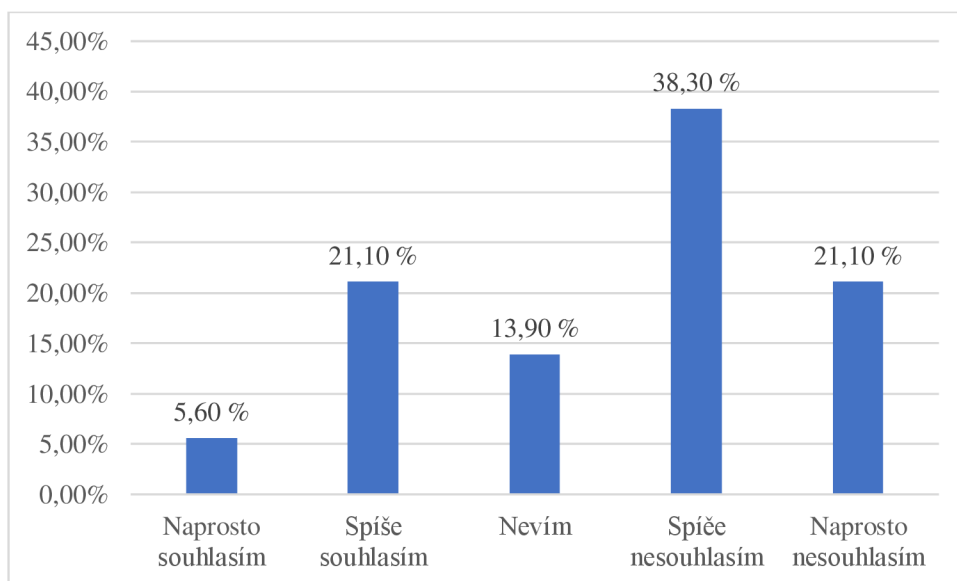
Graf 18: Místo poskytování paliativní péče



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 18 znázorňuje kde podle respondentů může být paliativní péče poskytována, z celkem 180 (100 %) respondentů jich 146 (81,1 %) uvedlo všude, kde se daný pacient nachází (nemocnice, ambulance, domácí prostředí, ...), 6 (3,3 %) uvedlo pouze v nemocnici, 2 (1,1 %) uvedli pouze v domovech pro seniory, 22 (12,2 %) uvedlo pouze v hospici a 4 (2,2 %) uvedli pouze ve specializovaných ambulancích.

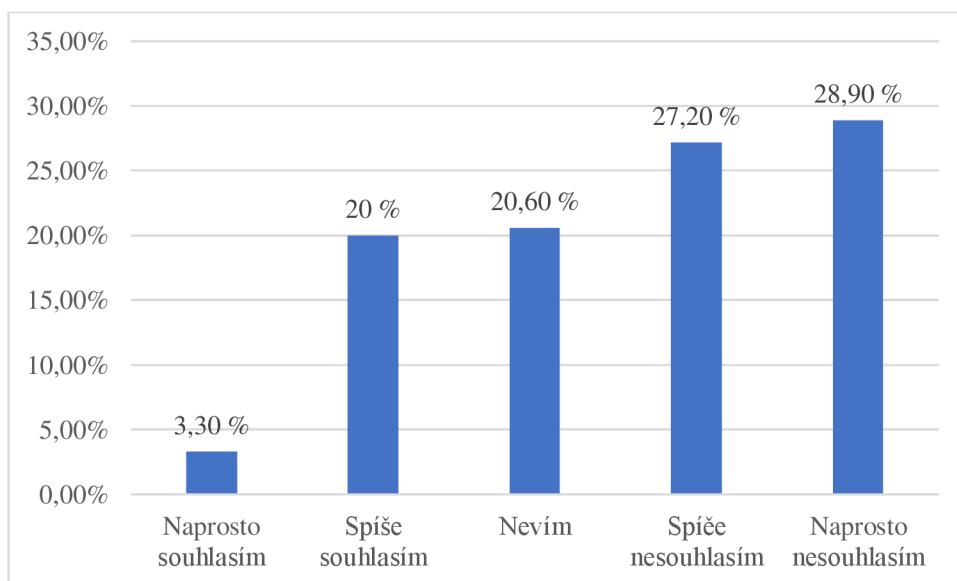
Graf 19: Míra souhlasu ohledně poskytování dostatečného množství informací o paliativní péči



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 19 znázorňuje, zda je podle názoru respondentů podáváno dostatečné množství informací o paliativní péči. Byla využita Likertova škála a z celkem 180 (100 %) respondentů jich 10 (5,6 %) zvolilo možnost naprosto souhlasím, 38 (21,1 %) zvolilo možnost spíše souhlasím, 25 (13,9 %) zvolilo možnost nevím, 69 (38,3 %) zvolilo možnost spíše nesouhlasím a 38 (21,1 %) zvolilo možnost naprosto nesouhlasím.

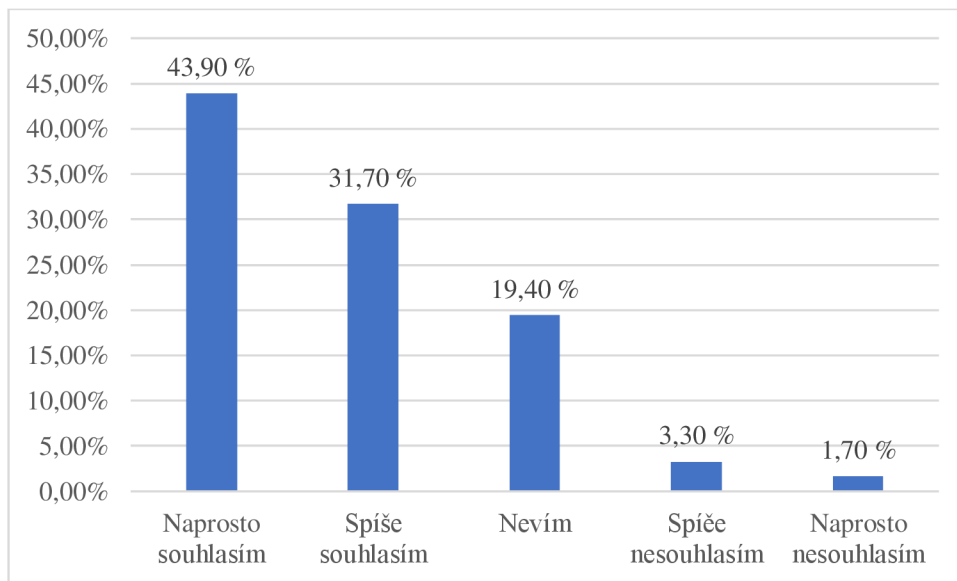
Graf 20: Míra souhlasu ohledně poskytování dostatečného množství informací o dětské paliativní péči



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 20 znázorňuje, zda je podle respondentů o dětské paliativní péči podáváno dostatečné množství informací. Byla využita Likertova škála a z celkem 180 (100 %) respondentů jich 6 (3,3 %) zvolilo naprosto souhlasím, 36 (20 %) zvolilo spíše souhlasím, 37 (20,6 %) zvolilo nevím, 49 (27,2 %) zvolilo spíše nesouhlasím a 52 (28,9 %) zvolilo naprosto nesouhlasím.

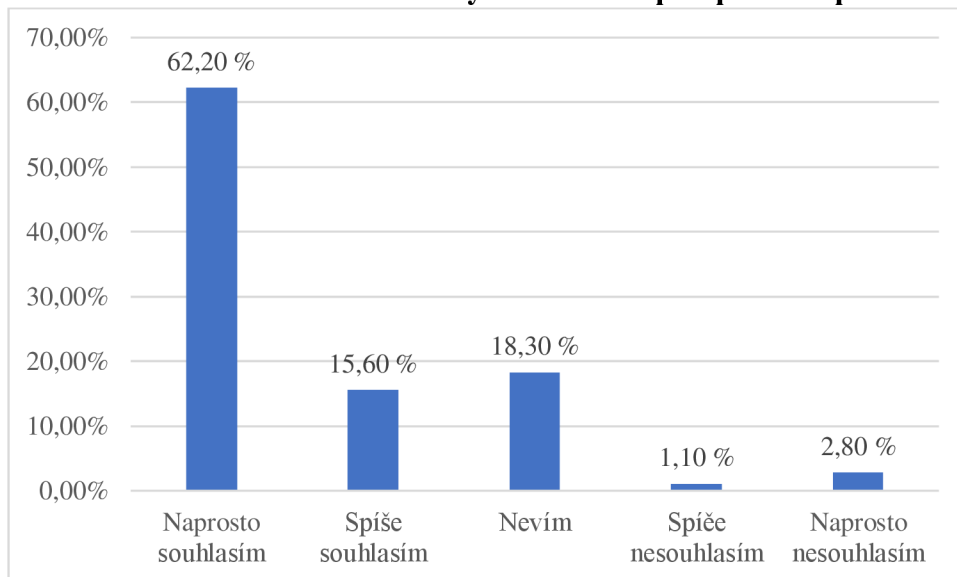
Graf 21: Míra souhlasu s možností vyhledání paliativní péče pro člověka z respondentovo okolí, který trpí nevléčitelným onemocněním



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 21 znázorňuje, že pokud by člověk z respondentova okolí trpěl nevléčitelným onemocněním, vyhledal/a by pro něj paliativní péči. Byla využita Likertova škála a z celkem 180 (100 %) respondentů jich 79 (43,9 %) zvolilo naprosto souhlasím, 57 (31,7 %) zvolilo spíše souhlasím, 35 (19,4 %) zvolilo nevím, 6 (3,3 %) zvolilo spíše nesouhlasím a 3 (1,7 %) zvolilo naprosto nesouhlasím.

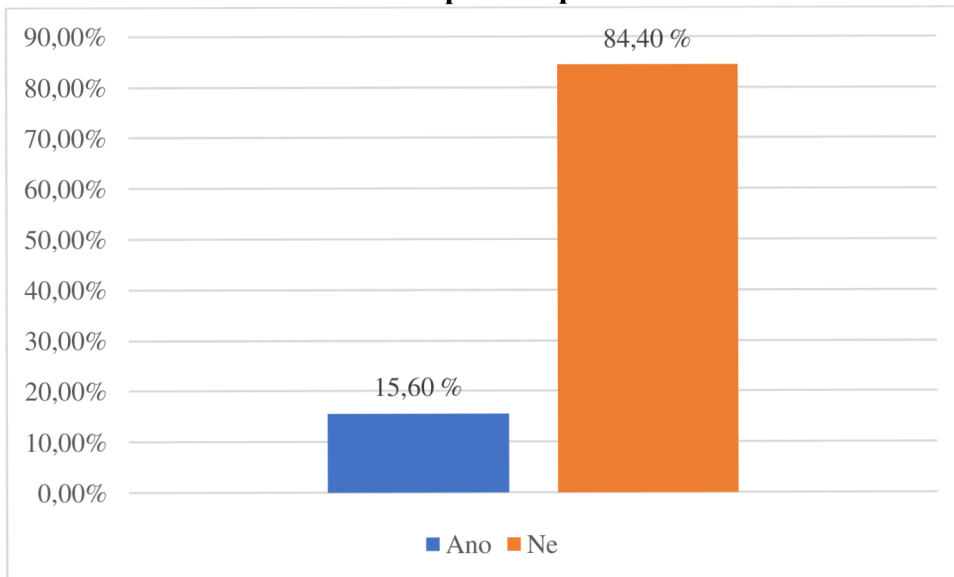
Graf 22: Míra souhlasu ohledně významnosti a prospěšnosti paliativní péče



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 22 znázorňuje, zda podle respondenta má paliativní péče význam a prospěšnost. Byla využita Likertova škála a z celkem 180 (100 %) respondentů jich 112 (62,2 %) zvolilo naprosto souhlasím, 28 (15,6 %) zvolilo spíše souhlasím, 33 (18,3 %) zvolilo nevím, 2 (1,1 %) zvolilo spíše nesouhlasím a 5 (2,8 %) zvolilo naprosto nesouhlasím.

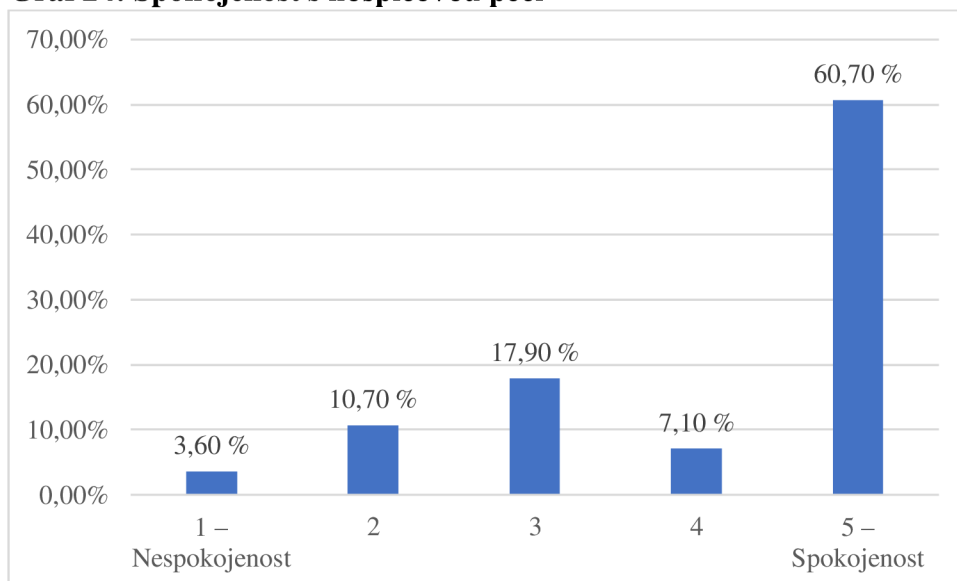
Graf 23: Osobní zkušenost s hospicovou péčí



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 23 znázorňuje osobní zkušenost s hospicovou péčí z celkem 180 (100 %) respondentů jich 28 (15,6 %) uvedlo, že mají osobní zkušenost a 152 (84,4 %) uvedlo, že zkušenost nemají.

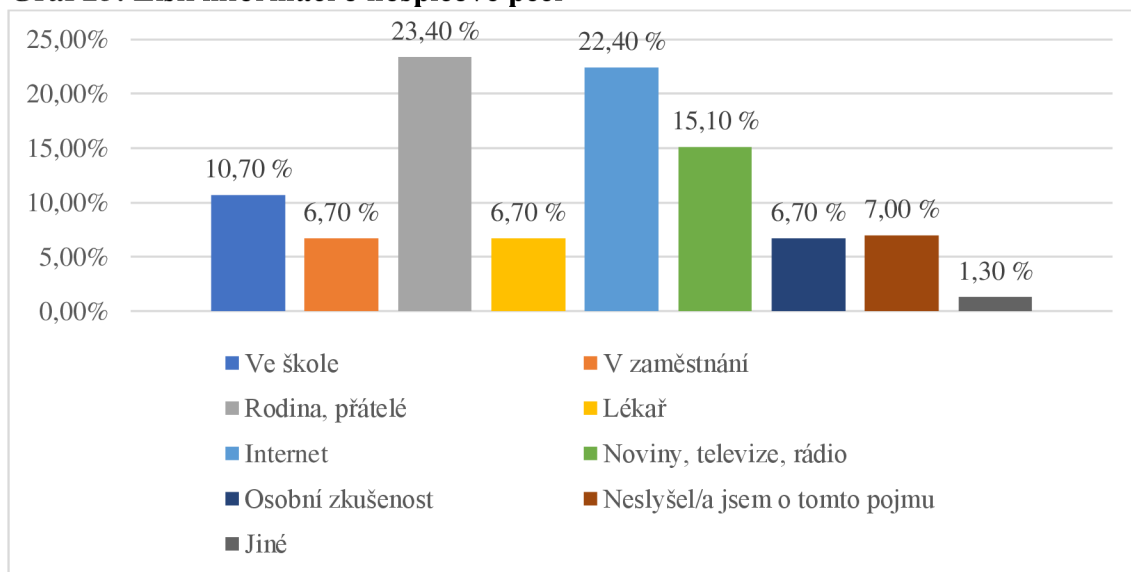
Graf 24: Spokojenost s hospicovou péčí



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 24 znázorňuje spokojenost s poskytováním hospicové péče, kdy na číselné Likertově 1-5 hodnota 1 znamená nespokojenost a hodnota 5 spokojenost. Osobní zkušenost uvedlo 28 respondentů z celkem 180 (100 %). Nespokojenost uvedl 1 (3,6 %) respondent, hodnotu 2 uvedli 3 respondenti (10,7 %), hodnotu 3 uvedlo 5 (17,9 %), hodnotu 4 uvedli 2 (7,1 %) a spokojených respondentů bylo 17 (60,7 %).

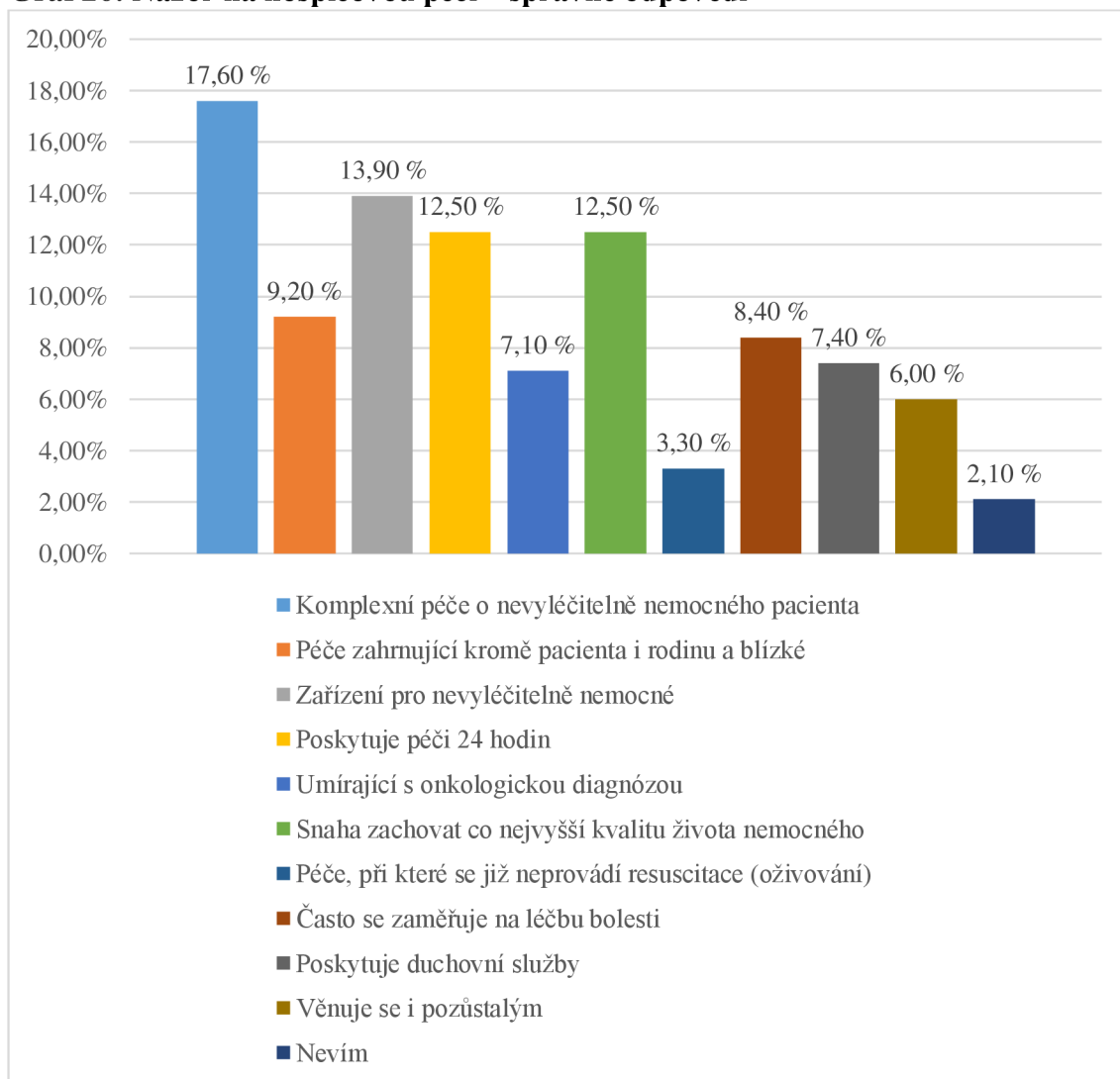
Graf 25: Zisk informací o hospicové péči



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 25 znázorňuje, odkud se respondenti dozvěděli o hospicové péči, na otázku byla možnost více odpovědí. Z celkového počtu 180 respondentů bylo získáno 299 (100 %) odpovědí, 32 (10,7 %) uvedlo, že ve škole, 20 (6,7 %) uvedlo v zaměstnání, 70 (23,4 %) uvedlo od rodiny nebo přátel, 20 (6,7 %) uvedlo od lékaře, 67 (22,4 %) uvedlo z internetu, 45 (15,1 %) uvedlo z novin, televize nebo rádia, 20 (6,7 %) uvedlo z osobní zkušenosti, 21 (7 %) respondentů o pojmu hospicová péče nikdy neslyšeli a 4 (1,3 %) uvedli jiné (nevím, přednáška na akci, spolupráce s hospicem).

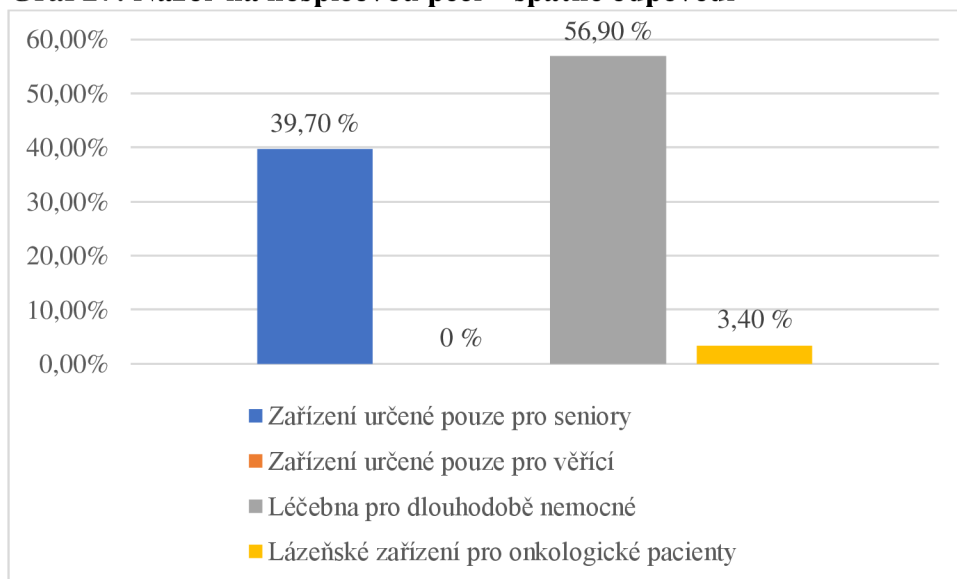
Graf 26: Názor na hospicovou péči – správné odpovědi



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 26 znázorňuje, co správně podle respondentů znamená pojem hospicová péče, na otázku byla možnost více odpovědí. Z celkového počtu 180 respondentů bylo 632 (100 %) správných odpovědí, včetně těch, co zvolili *nevím*, 111 (17,6 %) respondentů uvedlo komplexní péče o nevléčitelně nemocného pacienta, 58 (9,2 %) uvedlo péče zahrnující kromě pacienta i rodinu a blízké, 88 (13,9 %) uvedlo zařízení pro nevléčitelně nemocné, 79 (12,5 %) uvedlo poskytuje péči 24 hodin, 45 (7,1 %) uvedlo umírající s onkologickou diagnózou, 79 (12,5 %) uvedlo snaha zachovat co nejvyšší kvalitu života nemocného, 21 (3,3 %) uvedlo péče, při které se již neprovádí resuscitace (oživování), 53 (8,4 %) uvedlo často se zaměřuje na léčbu bolesti, 47 (7,4 %) uvedlo poskytuje duchovní služby, 38 (6 %) uvedlo věnuje se i pozůstalým 13 (2,1 %) uvedlo, že neví, co znamená pojem hospicová péče.

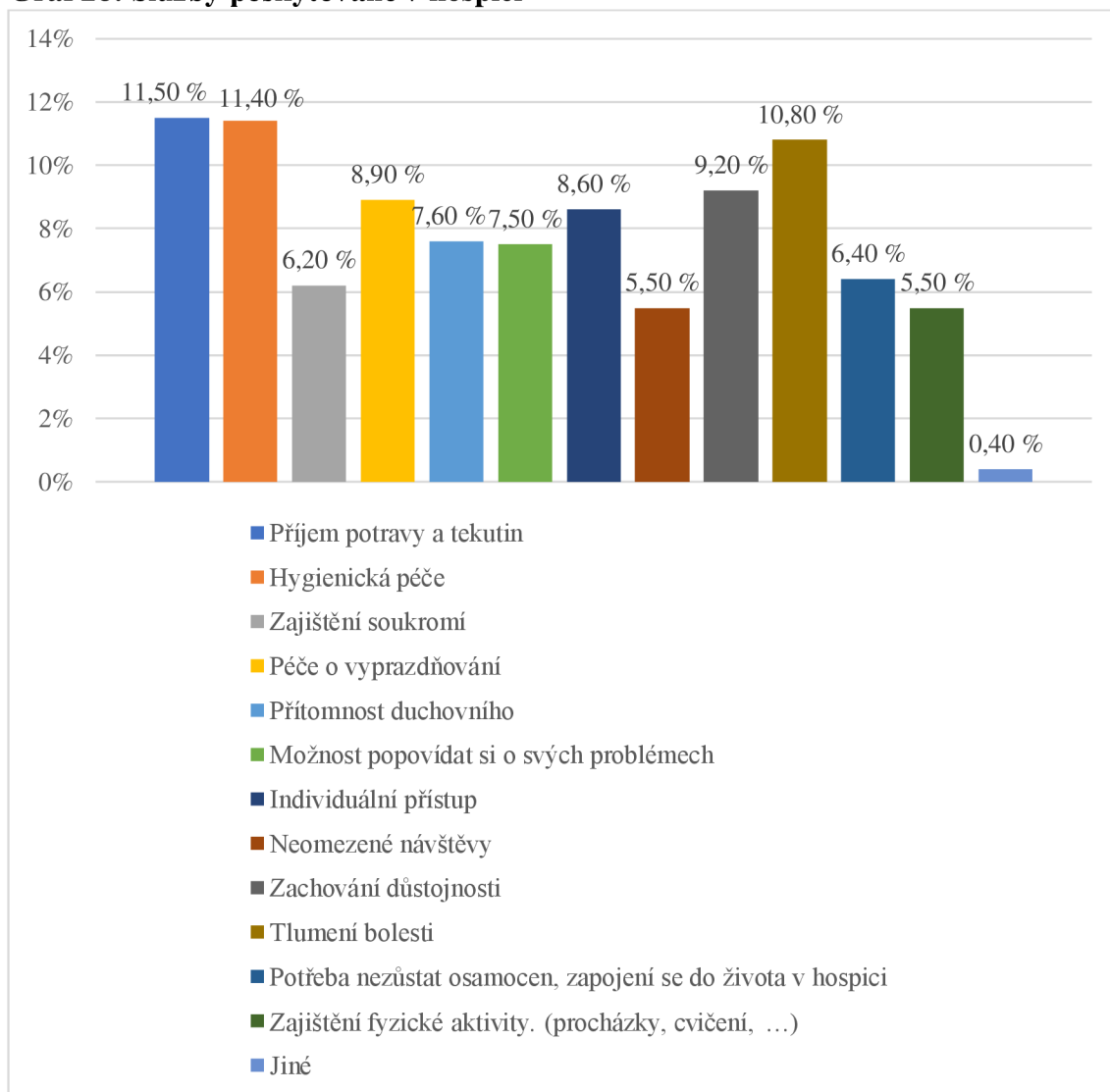
Graf 27: Názor na hospicovou péči – špatné odpovědi



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 27 znázorňuje špatné odpovědi, co podle respondentů znamená pojem hospicová péče, na otázku byla možnost více odpovědí. Z celkového počtu 180 respondentů bylo získáno 58 (100 %) špatných odpovědí, 23 (39,7 %) respondentů uvedlo zařízení určené pouze pro seniory, Nikdo (0 %) nevedl zařízení určené pouze pro věřící, 33 (56,9 %) uvedlo léčebna pro dlouhodobě nemocné a 2 (3,4 %) respondenti uvedli lázeňské zařízení pro onkologické pacienty.

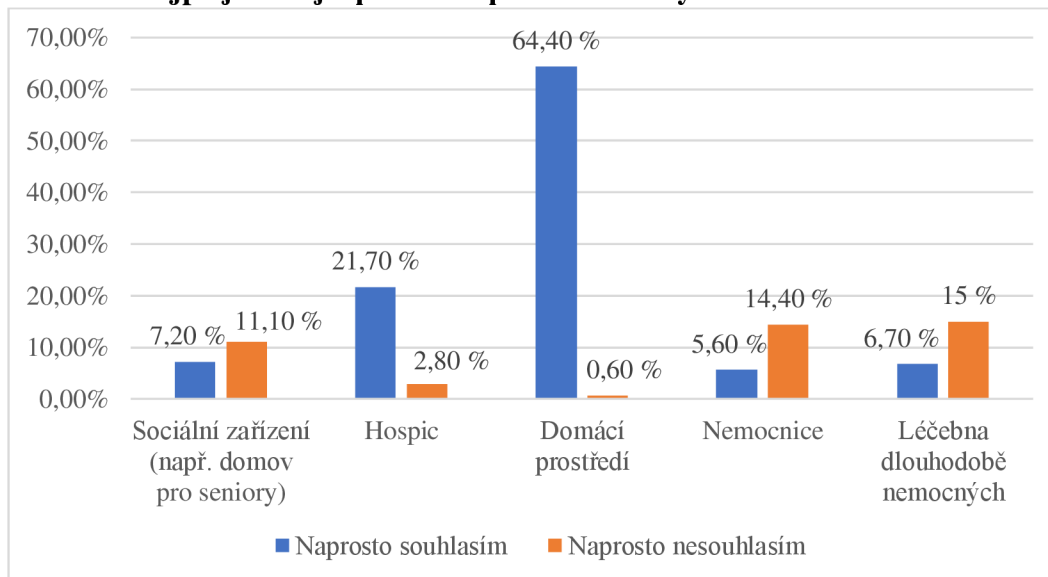
Graf 28: Služby poskytované v hospici



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 28 znázorňuje, jaké služby podle respondentů hospic poskytuje, na otázku byla možnost více odpovědí. Z celkového počtu 180 respondentů bylo získáno 1334 odpovědí, 153 (11,5 %) respondentů příjem potravy a tekutin, 152 (11,4 %) uvedlo hygienická péče, 83 (6,2 %) uvedlo zajištění soukromí, 119 (8,9 %) uvedlo péče o vyprazdňování, 101 (7,6 %) uvedlo přítomnost duchovního, 100 (7,5 %) uvedlo možnost popovídat si o svých problémech, 115 (8,6 %) uvedlo individuální přístup, 74 (5,5 %) uvedlo neomezené návštěvy, 123 (9,2 %) uvedlo zachování důstojnosti, 144 (10,8 %) uvedlo tlumení bolesti, 85 (6,40 %) uvedlo potřeba nezůstat osamocen, zapojení se do života v hospici, 74 (5,5 %) uvedlo zajištění fyzické aktivity (procházky, cvičení, ...) a 6 (0,4 %) uvedlo jiné (nevím, plní přání umírajícího, ubytování člena rodiny na přistýlce).

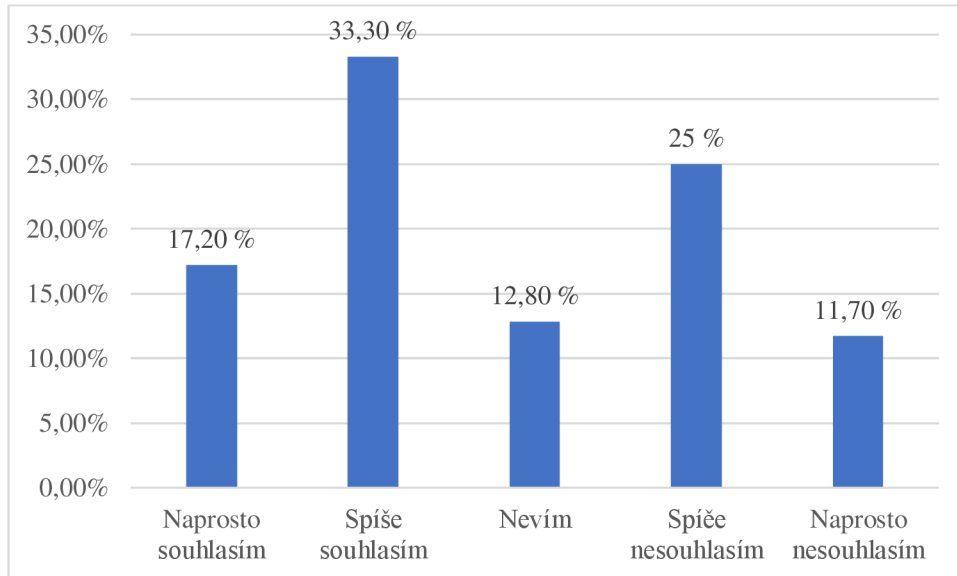
Graf 29: Nejpřijatelnější prostředí pro úmrtí nevléčitelně nemocného



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 29 znázorňuje, jaké je podle respondentů nejméně přijatelné prostředí pro úmrtí nevléčitelně nemocného. Byla využita Likertova škála. V grafu jsou pro větší přehlednost uvedeny pouze možnosti naprosto souhlasím a naprosto nesouhlasím, zbytek odpovědí bude uveden zde v popisu. Z celkem 180 respondentů jich pro sociální zařízení (např. domov pro seniory) zvolilo odpověď naprosto souhlasím 13 (7,2 %) a naprosto nesouhlasím 20 (11,1 %), dále spíše souhlasím zvolilo 38 (21,1 %), nevím zvolilo 52 (28,9 %) a spíše nesouhlasím zvolilo 57 (31,7 %). Pro hospic zvolil naprosto souhlasím 39 (21,7 %) a naprosto nesouhlasím 5 (2,8 %), dále spíše souhlasím zvolilo 64 (35,6 %), nevím zvolilo 48 (26,7 %) a spíše nesouhlasím zvolilo 24 (13,3 %). Pro domácí prostředí zvolilo 116 (64,4 %) naprosto souhlasím a 1 (0,6 %) naprosto nesouhlasím, dále spíše souhlasím zvolilo 40 (22,2 %), nevím zvolilo 16 (8,9 %) a spíše nesouhlasím zvolilo 7 (3,9 %). Pro nemocnici zvolilo naprosto souhlasím 10 (5,6 %) a naprosto nesouhlasím 26 (14,4 %), dále spíše souhlasím 37 (20,6 %), nevím zvolilo 43 (23,9 %) a spíše nesouhlasím zvolilo 64 (35,6 %). Pro léčebnu dlouhodobě nemocných zvolilo naprosto souhlasím 12 (6,7 %) a naprosto nesouhlasím 27 (15 %), dále spíše souhlasím 47 (26,1 %), nevím zvolilo 47 (26,1 %) a spíše nesouhlasím zvolilo 47 (26,1 %).

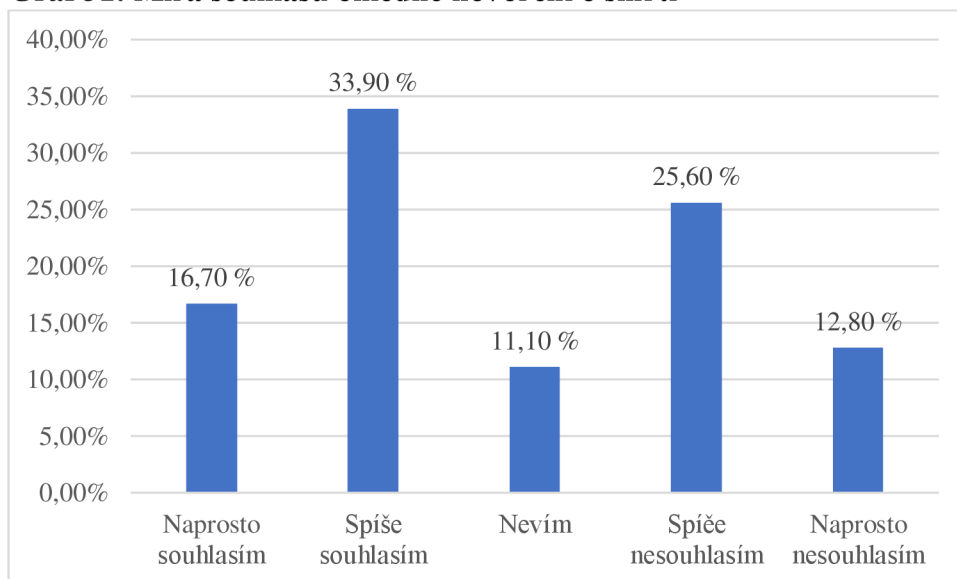
Graf 30: Míra souhlasu ohledně hovoření o umírání



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 30 znázorňuje, zda je respondentům nepříjemné hovořit o umírání. Byla využita Likertova škála a z celkem 180 (100 %) respondentů jich 31 (17,2 %) zvolilo naprostou souhlasím, 60 (33,3 %) zvolilo spíše souhlasím, 23 (12,8 %) zvolilo nevím, 45 (25 %) zvolilo spíše nesouhlasím a 21 (11,7 %) zvolilo naprostou nesouhlasím.

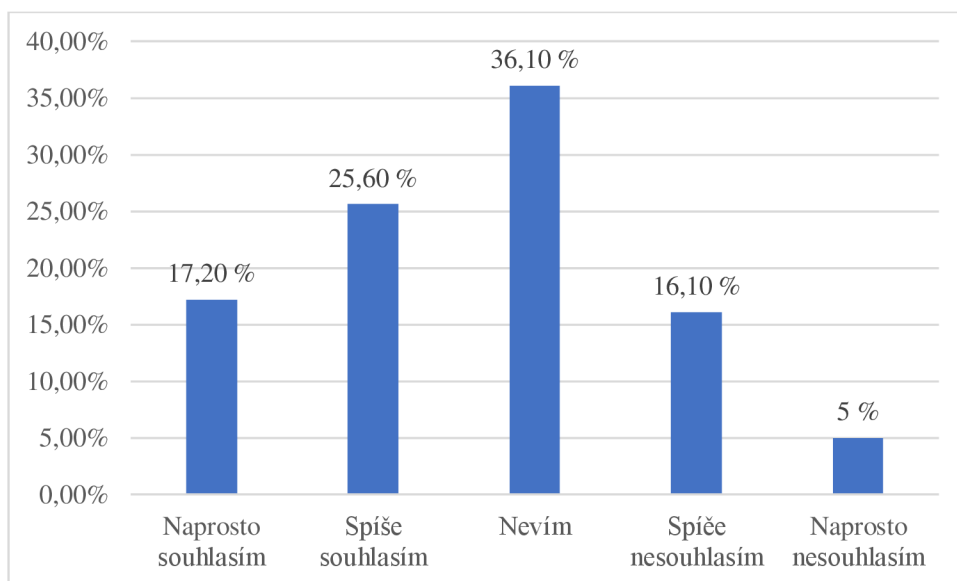
Graf 31: Míra souhlasu ohledně hovoření o smrti



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 31 znázorňuje, zda je respondentům nepříjemné hovořit o smrti. Byla využita Likertova škála a z celkem 180 (100 %) respondentů jich 36 (16,7 %) zvolilo naprosto souhlasím, 61 (33,9 %) zvolilo spíše souhlasím, 20 (11,1 %) zvolilo nevím, 46 (25,6 %) zvolilo spíše nesouhlasím a 23 (12,8 %) zvolilo naprosto nesouhlasím.

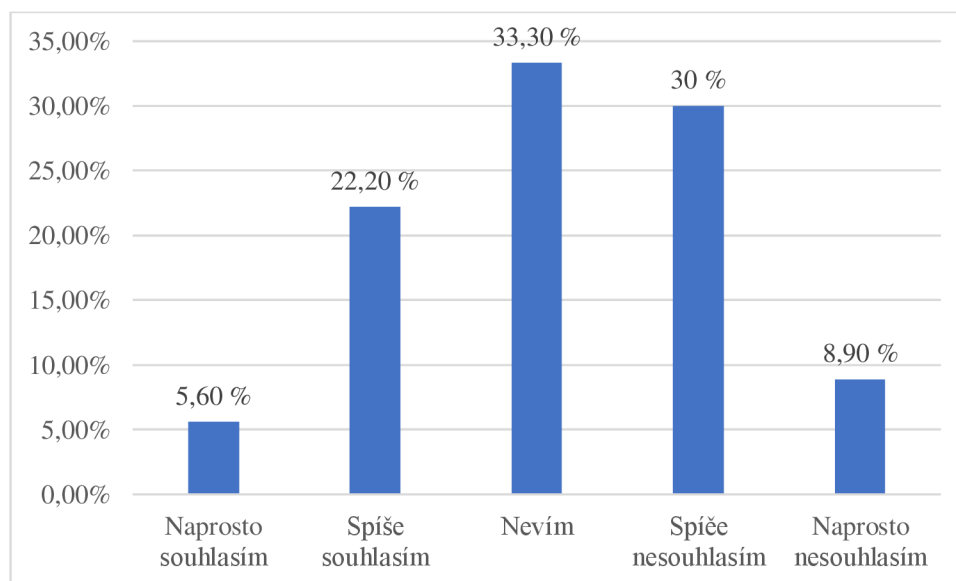
Graf 32: Míra souhlasu s možností pečovat o umírajícího člena rodiny v domácím prostředí



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 32 znázorňuje, zda by respondent dokázal pečovat o umírajícího člena rodiny v domácím prostředí. Byla využita Likertova škála a z celkem 180 (100 %) respondentů jich 31 (17,2 %) zvolilo naprosto souhlasím, 46 (25,6 %) zvolilo spíše souhlasím, 65 (36,1 %) zvolilo nevím, 29 (16,1 %) zvolilo spíše nesouhlasím a 9 (5 %) zvolilo naprosto nesouhlasím.

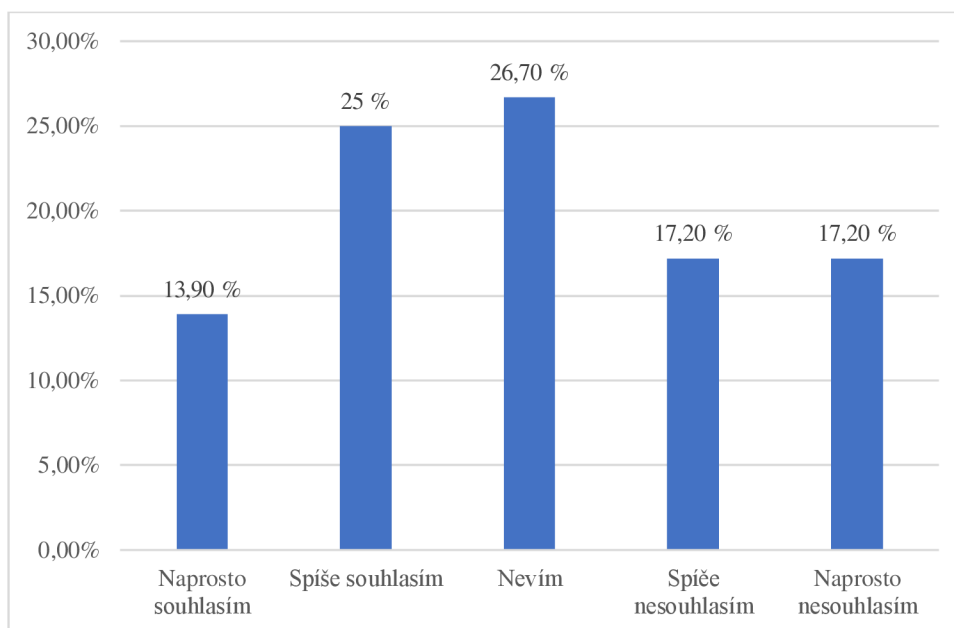
Graf 33: Míra souhlasu ohledně důstojnosti a kvality péče o umírající v České republice



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 33 znázorňuje, zda je podle respondentů v České republice zajištěna důstojná a kvalitní péče pro umírající pacienty. Byla využita Likertova škála a z celkem 180 (100 %) respondentů jich 10 (5,6 %) zvolilo naprosto souhlasím, 40 (22,2 %) zvolilo spíše souhlasím, 60 (33,3 %) zvolilo nevím, 54 (30 %) zvolilo spíše nesouhlasím a 16 (8,9 %) zvolilo naprosto nesouhlasím.

Graf 34: Míra souhlasu ohledně myšlenek o přáních či představách a o posledních chvílích života



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 34 znázorňuje, zda respondent přemýšlel o svých přáních či představách o tom, jak by o něj mělo být pečováno v posledních chvílích života. Byla využita Likertova škála a z celkem 180 (100 %) respondentů jich 25 (13,9 %) zvolilo naprosto souhlasím, 45 (25 %) zvolilo spíše souhlasím, 48 (26,7 %) zvolilo nevím, 31 (17,2 %) zvolilo spíše nesouhlasím a 31 (17,2 %) zvolilo naprosto nesouhlasím.

4.1 Testování hypotéz

Tato část práce vyhodnocuje předem stanovené hypotézy. Všechny 3 hypotézy jsou vyhodnoceny pomocí T testu. Vztah byl studován pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Zvolená hladina významnosti byla $\alpha=5$ %.

H1: Postoj laické veřejnosti k problematice paliativní péče se liší dle věku.

Tabulka 3: Vztah mezi postojem laické veřejnosti k paliativní péči a věkem

Vztah věku k	Korelační koeficient	Dosažená hladina významnosti
Volba PP péče pro blízkého	0,118	11,5 %
Má PP význam?	0,160	3,1 %
Pojem PP – správně	-0,043	59,4 %
Pojem PP – špatně	-0,117	14,2 %
Mládí – stáří	-0,047	53,3 %
Zdraví – nemoc	0,233	0,2 %
Bezbožní – věřící	0,018	80,6 %
Nemajetnost – bohatství	-0,154	3,9 %
Vyléčitelnost – nevyléčitelnost	0,128	8,6 %
Individuální péče – i rodinná	0,117	11,7 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Hypotéza byla vyhodnocována na základě otázek č. 2, 8, 11, částečně 13, částečně 20. Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi postojem laické veřejnosti k paliativní péči a věkem ($\alpha < 0,05$). Závislost byla zjištěna u významnosti paliativní péče, dále na škále zdraví – nemoc a nemajetnost – bohatství. Vyplývá tedy, že lidé se zkušeností s paliativní péčí častěji připouští její využití pro blízkou osobu, častěji chápou přínos, spojují ji s péčí o nemocné, a to zvláště nevyléčitelně nemocné. Na základě nalezených vztahů můžeme H1 potvrdit.

H2: Postoj laické veřejnosti k problematice paliativní péče se liší dle nejvyššího dosaženého vzdělání.

Tabulka 4: Vztah mezi postojem laické veřejnosti k paliativní péči a vzděláním

Vztah vzdělání k	Korelační koeficient	Dosažená hladina významnosti
Volba PP pro blízkého	0,058	43,8 %
Má PP význam?	0,048	52,0 %
Pojem PP – správně	0,087	27,4 %
Pojem PP – špatně	0,029	71,5 %
Mládí – stáří	-0,003	96,7 %
Zdraví – nemoc	0,114	12,8 %
Bezbožní – věřící	-0,062	41,1 %
Nemajetnost – bohatství	-0,011	88,6 %
Vyléčitelnost – nevyléčitelnost	0,176	1,8 %
Individuální péče – i rodinná	0,160	3,2 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Hypotéza byla vyhodnocována na základě otázek č. 3, 8, 11, částečně 13, částečně 20. Došlo ke zjištění statisticky významná souvislost mezi postojem laické veřejnosti k paliativní péči a vzděláním ($\alpha < 0,05$). Závislost byla zjištěna u hodnocení paliativní péče na škále vyléčitelnost – nevyléčitelnost a individuální – rodinná péče. Vyšlo najevo, že lidé s vyšším vzděláním spojují paliativní péči častěji s péčí o nevyléčitelně nemocné a péčí o celou rodinu nemocného. Na základě nalezených vztahů můžeme H2 potvrdit.

H3: Postoj laické veřejnosti k problematice paliativní péče se liší na základě předchozí zkušenosti.

Tabulka 5: Vztah mezi postojem laické veřejnosti k paliativní péči a předchozí zkušeností

Vztah předchozí zkušenosti k	Korelační koeficient	Dosažená hladina významnosti
Volba PP pro blízkého	0,225	0,2 %
Má PP význam?	0,237	0,1 %
Pojem PP – správně	0,038	63,4 %
Pojem PP – špatně	-0,142	7,3 %
Mláď – stáří	-0,124	9,8 %
Zdraví – nemoc	0,152	4,2 %
Bezbožní – věřící	-0,039	60,4 %
Nemajetnost – bohatství	0,006	93,4 %
Vyléčitelnost – nevyléčitelnost	0,197	0,8 %
Individuální péče – i rodinná	-0,027	71,6 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Hypotéza byla vyhodnocována na základě otázek č. 8, 9, 10, 11, částečně 13, částečně 20. Statisticky významná souvislost byla nalezena mezi postojem laické veřejnosti k paliativní péči a předchozí zkušenosti ($\alpha < 0,05$). Závislost byla zjištěna u názoru na využití paliativní péči pro blízkou osobu, hodnocení její významnosti, hodnocení na škále zdraví – nemoc a vyléčitelnost – nevyléčitelnost. Nalezené vztahy ukazují, že lidé se zkušeností s paliativní péčí častěji připouští její využití pro blízkou osobu, častěji chápou přínos, spojují ji s péčí o nemocné, a to zvláště nevyléčitelně nemocné. Na základě nalezených vztahů můžeme H3 potvrdit.

5 Diskuse

Vznik paliativní péče je datován do poloviny 19. století, ovšem již mnohem dříve se s ní lidé setkávali. Poskytovala se na speciálních místech jako například v klášterech a postupem času se dostala do domácího prostředí, do nemocnic a dnes ji lze poskytovat v podstatě kdekoliv, kde se nevyлéčitelně nemocný pacient nachází (Peřina, 2016b). Přestože je relativně rozšířená a dostupná, tak spousta obyvatel, nejen České republiky, o ní nemá dostatek informací nebo jsou mylné. To je také jeden z důvodů, proč jsme se rozhodli realizovat výzkumné šetření v oblasti postoje laické veřejnosti k paliativní péči.

V první hypotéze jsme se zajímali, zda je postoj laické veřejnosti k paliativní péči ovlivněn věkem. Během výzkumu byla prokázána souvislost mezi postojem k paliativní péči a věkem respondentů, a to konkrétně u významnosti paliativní péče a dále u hodnocení paliativní péče na škále zdraví – nemoc a nemajetnost – bohatství. Vyplynulo tedy, že starší lidé vnímají větší význam paliativní péče a častěji si ji spojují s nemocnými a nemajetnými, v porovnání s mladšími respondenty. Obecně ohledně informovanosti o paliativní péči dle smíšeného výzkumu – průřezového šetření a rozhovorů McIlfatricka et al. (2021) v Severním Irsku bylo zjištěno, že existují významné rozdíly mezi mladší a starší populací, s tím že starší lidé dosáhli v rámci analýzy dat většího skóre než mladší (McIlfatrick et al., 2021). I v našem dotazníku jsme se zajímali o to, co si respondenti představují pod pojmem paliativní péče, bylo možné uvést více odpovědí, správné odpovědi jsou uvedeny v Grafu 8. Nicméně nejvíce odpovědí 132 (24,1 %) bylo, že se jedná o *komplexní péči o nevyлéčitelně nemocné*, nejméně vybírali: *péče, při které se již neprovádí nákladná vyšetření* 20 (3,6 %) a *péče, při které se již neprovádí resuscitace (oživování)* 23 (4,2 %). Mezi nejčastější špatnou odpověď v našem dotazníku na představu o pojmu paliativní péče, kterou uvedlo 28 respondentů je, že paliativní péče je *péče o seniory*, dále 14 respondentů uvedlo že se jedná o *péči, která je cílená na zabránění zhoršení zdravotního stavu*, 6 uvedlo *péče o nemocné po operaci* a další odpovědi v Grafu 9. Ve výzkumu McIlfatrick et al. (2021) uvádí tyto 3 nejčastější mylné představy o paliativní péči – *paliativní péče je výhradně pro osoby v posledních 6 měsících* (55,4 %), *cílem paliativní péče je řešení případných psychických problémů způsobených závažným onemocněním* (42,2 %) nebo že, *cílem paliativní péče je zlepšit schopnost člověka zapojit se do každodenních činností* (39,6 %) (McIlfatrick et al., 2021). V našem dotazníku uvedlo 21 (3,8 %) respondentů, že neví, co znamená pojem paliativní

péče, oproti tomu Tuček a Žáčková (2013) uvádí, že v jejich výzkumu uvedlo možnost *nevím* 79 % respondentů. Co se týče obdobných výzkumů celosvětově týkající se znalostí nebo povědomí veřejnosti o paliativní péči, můžeme například uvést výzkum ze Skotska z roku 2003, ze kterého vyplývá, že 32 % respondentů nemělo žádné znalosti a 49 % mělo nějaké znalosti o paliativní péči a nejčastěji že je pro pacienty v terminálním stádiu rakoviny (Wallace, 2003). Dále v Japonsku v roce 2011 zjistili, že 63,1 % respondentů neznalo paliativní péči, 18,6 % o ní vědělo, ale nevědělo o její dostupnosti (Hirai et al., 2011). V Saudské Arábii výsledky ukázaly, že 16,2 % respondentů vědělo, co je paliativní péče, 22,8 % o ní slyšelo a 34,4 % věřilo, že může snížit fyzické utrpení (Alkhudairi, 2019). V roce 2018 prováděli online průzkum ve Švédsku ohledně povědomí o paliativní péči, vyšlo najevo, že 41 % respondentů nemělo žádné povědomí a 43 % určité povědomí (Westerlund et al., 2018).

Vzhledem k tomu, že jsme zjišťovali, jaké mají informace o paliativní péči, tak nás v dotazníku také zajímalo, zda je podle respondentů obecně podáváno dostatečné množství informací o paliativní péči (Graf 19), a nejvíce odpovědí 69 (38,30 %) ze 180 (100 %) zvolilo spíše nesouhlasím a nejméně zvolilo možnost naprosto souhlasím 10 (5,6 %). Stejně tak nás zajímala také dětská paliativní péče, kde 52 (28,9 %) respondentů uvedlo, že naprosto nesouhlasí a 49 (27,2 %) spíše nesouhlasím s tím, že by o ní bylo podáváno dostatečné množství informací. Z výzkumu tedy vyplývá, že je obecně podáváno málo informací o paliativní péči a bohužel pak veřejnost neví, kdy je vhodné její využití. K jejímu rozšíření by právě mohl pomoci i náš letáček (viz příloha 2).

V druhé hypotéze jsme zjišťovali, zda je postoj laické veřejnosti k paliativní péči ovlivněn vzděláním respondentů. Při vyhodnocování hypotéz byla prokázána souvislost postoje k paliativní péči ve vztahu ke vzdělání, a to konkrétně u hodnocení paliativní péče na škále vyléčitelnost – nevyléčitelnost a individuální – rodinná péče. Bylo zjištěno, že lidé s vyšším vzděláním si častěji spojují paliativní péči s péčí o nevyléčitelně nemocné a péčí o celou rodinu. Dle výzkumu McIlfatricka et al. (2021) bylo zjištěno, že lidé s vyšším vzděláním, mají lepší, správné znalosti než ti, co mají nižší vzdělání (McIlfatrick et al., 2021). David Petrúsek (2017) ve své bakalářské práci zjistil, že z hlediska vzdělanosti se s paliativní péčí více setkali respondenti, kteří byli vysokoškolsky vzdělání oproti těm, kteří byli vyučeni (Petrúsek, 2017). Přestože byla zjištěna jistá souvislost mezi postojem a vzděláním respondentů, tak na otázku ohledně místa *získání informací o paliativní péči* byla nejčastější odpověď *internet* (25,5 %) a na druhém místě byla

rodina, přátelé (18 %). Zisk informací ve škole proběhl u 29 (10,4 %) respondentů. Překvapivé zjištění bylo, že pouze 9 (3,2 %) respondentů uvedlo, že se o paliativní péči dozvěděli od lékaře. Také 39 (14 %) respondentů ze všech dotazovaných uvedlo, že o paliativní péči nikdy neslyšeli. V USA Neha et al. (2019) zkoumali také informovanost a povědomí o paliativní péči a z výsledku vyplývá, že okolo 71 % dospělých nikdy neslyšelo o paliativní péči, přičemž starší, ženy a s vyšším vzděláním měli větší povědomí oproti ostatním (Neha et al., 2019). Při výzkumu Kozlova et al. (2018) zjistili, že méně než polovina dotazovaných (46,8 %) slyšela o paliativní péči, ti, kteří o ni nevěděli, dosáhli nižších bodů v rámci vědomostních otázek (Kozlov et al., 2018).

Ve třetí hypotéze jsme se zajímali, zda je postoj laické veřejnosti k paliativní péči ovlivněn na základě předchozí zkušenosti. Bylo zjištěno, že lidé se zkušeností častěji připouští její využití pro blízkou osobu, častěji chápou, jaký má přínos pro nemocné a nejčastěji ji spojují s péčí o nevléčitelně nemocné. K prokázání souvislosti došlo tedy u otázek týkajících se *názoru na využití paliativní péče pro blízkou osobu, zda má péče význam a prospěšnost*, hodnocení na škále *zdraví – nemoc a vyléčitelnost – nevléčitelnost*. Předchozí zkušenost uvedlo 36 (20 %) respondentů. Ti byli dále dotazováni na spokojenost s péčí, kterou ohodnotilo pouze 35, z toho 20 (57,1 %), tedy více jak polovina uvedlo hodnotu 5 – Spokojenost a nikdo nebyl nespokojen. I ve výzkumu McIlfatricka et al. (2021) se ukázalo, že postoj a znalosti o paliativní péči jsou ovlivněny předchozí zkušeností, nicméně také zde bylo odhaleno, že v některých případech setkání s touto péčí vedlo k negativnímu pohledu na ni (McIlfatrick et al., 2021). Podobné výsledky přineslo i zkoumání Neha et al. (2019), kdy respondenti se zkušenostmi, ať už osobními nebo znali někoho, kdo péči využíval, dosáhli vyššího skóre ve vědomostních otázkách než ti bez zkušeností (Neha et al., 2019). Také jsme se dotazovali, zda *pokud by člověk z jejich okolí trpěl nevléčitelným onemocněním, jestli by pro něj vyhledal paliativní péči*, z celkem 180 respondentů 79 (43,9 %) zvolilo naprosto souhlasím, 57 (31,7 %) spíše souhlasím a pouze 3 (1,7 %) zvolili naprosto nesouhlasím. Očekávali jsme větší míru využití, vzhledem k tomu, že podle dat České společnosti paliativní medicíny (2016) potřebuje v České republice paliativní péči okolo 70 000 pacientů a vzhledem k narůstajícímu počtu chronicky nemocných se budou čísla zvyšovat (České společnosti paliativní medicíny, 2016).

V dotazníku bylo formulováno několik otázek týkajících se hospicové péče, která velmi úzce souvisí právě s paliativní péčí a často s ní bývá zaměňována. Již v bakalářské práci byl zmíněn hlavní rozdíl, a to, že hospicová péče je poskytována v posledních zhruba 6 měsících života, kdežto u paliativní péče je nejlepší začít ji využívat co nejdříve od stanovení diagnózy, není nijak omezena. Například ve výzkumu Neha et al. (2019) bylo zjištěno, že 57 % respondentů neví, zda je poskytována paliativní péče v posledních 6 měsících a 18 % že je to pravda (Neha et al., 2019). V našem dotazníku jsme se na tuto informaci neptali, nicméně i přes to byly zjištěny některé mylné informace (celkem 58) o hospicové péči, které jsou uvedeny v Grafu 27. Respondenti například špatně uvedli, že hospic je *zařízení určené pouze pro seniory* 23 (39,7 %), 33 (59,9 %) si myslí, že se jedná o *léčebnu dlouhodobě nemocných* a 2 (3,4 %) že je to *lázeňské zařízení pro dlouhodobě nemocné*. V odpovědích byla také uvedena možnost, že se hospicová péče *zaměřuje na umírající s onkologickou diagnózou*, toto tvrzení uvedlo 45 (7,1 %) respondentů. Zvažovali jsme, zda tuto opověď brát jako správnou nebo špatnou. Nakonec vzhledem k tomu, že paliativní péči vyhledávají nejčastěji lidé s onkologickým onemocněním (Boog a Tester, 2008), byla ponechána v kategorii správně. I v knize od autorů Hrdá et al. (2018) se uvádí, že paliativní péče je často připisována onkologicky nemocným, ale také píše, že postupně dochází k rozšíření i na neonkologicky nemocné pacienty, nejčastěji s chronickým onemocněním (Hrdá et al., 2018). Dalším docela rozšířeným mýtem podle Asociace poskytovatelů hospicové péče je to, že hospicová, ale i paliativní péče je určena pouze pro věřící (Asociace poskytovatelů hospicové péče, 2017a). Ovšem bylo překvapivé zjištění, že v našem dotazníku nikdo neuvedl, že hospicová péče je *zařízení pouze pro věřící*. Stejně jako u paliativní péče, i u hospicové jsme zjišťovali osobní zkušenost, tu uvedlo 28 (15,6 %) respondentů. Na škále spokojenosti uvedl 1 (3,6 %) nespokojenost, 5 (17,9 %) uvedlo střední hodnotu - 3 a spokojeno bylo 17 (60,7 %) respondentů. Informace o hospicové péči měli respondenti nejčastěji od *rodiny, přátel* 70 (23,4 %) a *z internetu* 67 (22,4 %). Je důležité zmínit, že z výzkumu Ševčíkové a Machálkové vyplývá, že 43,6 % respondentů není informováno o hospicové péči a pouze 26,7 % má dostatek informací, což je relativně málo (Ševčíková a Machálková, 2016). Poslední otázkou ohledně hospice bylo, co podle respondentů *hospic poskytuje svým klientů*, často byla odpověď *příjem potravy a tekutin* 153 (12 %) a *hygienická péče* 152 (11,4 %), ano jsou to důležité činnosti, nicméně u nemocných s omezeným časem nepokládáme za nejdůležitější. Ovšem dost respondentů vybralo i *tlumení bolesti* 144 (11 %), kterou uvádí Marková (2010) mezi nejčastější obtíže

u pacientů v paliativní péči. Jednou z nabízených odpovědí bylo *zachování důstojnosti*, která byla zvolena relativně často – 123x (9,2 %). Je faktem, že většina pacientů si přeje, aby při umírání byla zachována jejich důstojnost, z výzkumu Tučka a Beranové (2011) vyplývá, že 51 % dotazovaných se obávají její ztráty.

Posledních několik otázek se zaměřovalo na témata umírání a smrt, která velmi úzce souvisí právě s paliativní péčí. Nejprve jsme se zajímali o to, jaké místo je podle respondentů nejvíc přijatelné pro úmrtí nevléčitelně nemocného. Více jak polovina – konkrétně 116 (64,4 %) respondentů uvedlo, že *domácí prostředí*. Též v knize od Tomeše et al. (2015) uvádí, že během výzkumu více jak 80 % dotazovaných uvedlo domácí prostředí (Tomeš et al., 2015). Ovšem trochu negativním faktem je, že v dnešní době pouze malé množství nemocných umírá doma, většina v nemocnici, což napsal Kupka (2014) ve své publikaci *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Mezi nejčastější místa, vybraná jako nejméně vhodná patřila *léčebna dlouhodobě nemocných* (15 %) a *nemocnice* (14,4 %). Také 57 (31,7 %) respondentů spíše nesouhlasilo s vhodným úmrtím v sociálním zařízení. Ke stejným výsledkům dospěl také Kupka (2014), nicméně bylo pro nás překvapivé, že v jeho výzkumu téměř 40 % mladých respondentů považuje za nevhodné prostředí hospic (Kupka, 2014). Nejspíš to bylo právě nedostatkem nebo mylnými informacemi o hospicích. Ohledně domácího prostředí jsme se také ptali, zda by respondenti dokázali doma pečovat o umírajícího člena rodiny. Většina uvedla, že *neví* (36,1 %), zda by se dokázali postarat. *Naprosto souhlasilo* pouze 31 (17,2 %) našich respondentů, kdežto ve výzkumu Prokšové (2009) v rámci své diplomové práce uvádí, že více jak polovina (75 %) respondentů uvedla, že by byli ochotni se postarat o umírajícího blízkého doma (Prokšová, 2009). Další 2 otázky zkoumaly názor respondentů na tvrzení: *není mi příjemné hovořit o umírání a hovořit o smrti*. Zde u obou témat nedošlo úplně k jednoznačnému zjištění, protože u *umírání* zvolilo *spíše souhlasím* 60 (33,3 %) a *spíše nesouhlasím* 45 (25 %) respondentů. U *smrti* *spíše souhlasilo* 61 (33,9 %) a *spíše nesouhlasilo* 46 (25,6 %) respondentů. Ovšem s přihlédnutím i k dalším možnostem míry souhlasu na Likertově škále (graf 30, 31) vyšlo najevo, že přeci jen více respondentům není příjemné hovořit o smrti a umírání. Opačného výsledku dosáhli ve výzkumu Tuček a Beranová (2011), kde více jak polovině respondentům spíše nebo rozhodně nedělá problém hovořit o smrti a umírání (Tuček a Beranová, 2011). Také jsme se zajímali o to, zda je v České republice zajištěna kvalitní a důstojná péče pro umírající pacienty, nejčastěji respondenti uváděli, že *neví* 65 (36,1 %) a *spíše souhlasilo* 46 (25,6 %)

respondentů. Na závěr jsme se dotazovali, zda *respondenti přemýšleli o svých přáních, či představách o tom, jak by o ně mělo být pečováno v posledních chvílích života*. Nejvíce respondentů 48 (26,7 %) uvedlo, že *neví a spíše ano* 45 (25 %). Na stejnou otázku se ptal i web Žáčková (2015) ve svém výzkumu, kde 57 % dotazovaných uvedlo že občas, jednou nebo dvakrát přemýšlelo o výše uvedených skutečnostech (Žáčková, 2015).

Dle mého názoru je paliativní, ale i hospicová péče téma, o kterém se ve společnosti příliš nemluví a je to docela škoda, protože by mohla spoustě nemocným pomoci, ale neví se o tom. Ovšem vzhledem k výzkumům uvedeným v diskusi se tento problém netýká pouze České republiky, ale i ostatních zemí. Nejspíš je to dáno tím, že souvisí s umíráním a smrtí, což jsou stále docela tabuizovaná témata. Během zpracování této práce jsem zjistila, že laická veřejnost je relativně málo informována a že postoj je ovlivněn věkem, dosaženým vzděláním, ale i dřívějším setkáním s paliativní péčí. Celkově hodnotím postoj veřejnosti k paliativní péči pozitivně, už jen z důvodu, že více jak polovina souhlasila s tím, že má paliativní péče význam a prospěšnost a také téměř půlka respondentů uvedla, že by ji využilo, doporučilo pro své blízké.

Závěr

Téma této bakalářské práce zní „Postoj laické veřejnosti k problematice paliativní péče.“ Cílem tedy bylo zjistit, jaký postoj k paliativní péči zaujímají občané České republiky. Teoretická část začínala definováním paliativní péče, jejím dělením, principy a pro koho je péče určena. Dále se krátce zmiňuje o pojetí umírání a smrti ve společnosti. Další část se zabývala historií paliativní péče, jak v České republice, tak i ve světě. Následovaly kapitoly se specifikací jednotlivých forem paliativní péče a také s popisem, jaké jsou nejčastější potřeby paliativních pacientů. Poslední kapitoly byly zaměřeny na specializovanou pediatrickou a geriatrickou paliativní péči.

Navazuje na ni část empirická, která zjišťuje postoj laické veřejnosti k paliativní péči ve vztahu k věku, vzdělání a předchozí zkušenosti. K výzkumu byl využit online dotazník vytvořený pomocí Google formuláře, který obsahoval 20 otázek. Celkem bylo získáno 180 respondentů. K vyhodnocení dat byl využit Pearsonův korelační koeficient.

Během výzkumu došlo k prokázání závislosti postoje paliativní péče ve vztahu k věku, a to u hodnocení významnosti paliativní péče a dále u hodnocení na škále zdraví – nemoc a nemajetnost – bohatství. Dále byla nalezena souvislost mezi vzděláním a postojem, konkrétně u hodnocení paliativní péče na škále vyléčitelnost – nevyléčitelnost a individuální – rodinná péče. U respondentů se zkušeností s paliativní péčí bylo zjištěno, že častěji připouští využití paliativní péče pro blízkou osobu, častěji chápou její přínos, spojují ji s péčí o nemocné. Z celkových výsledků vyplynulo, že spousta lidí má mylné nebo nedostatečné informace o paliativní péči. Například několik respondentů uvedlo, že je paliativní péče určena spíše starým nebo bohatým pacientům. Někteří respondenti uvedli, že se tato péče poskytuje pouze v hospici. Ovšem je důležité zmínit, že víc jak polovina respondentů uvedla, že má paliativní péče význam a prospěšnost.

Význam této práce spatřujeme v tom, že poukazuje na to, jak laická veřejnost smýšlí nejen o paliativní péči. Může přispět k rozšíření povědomí o paliativní péči ale i hospicové, poskytnout informace a tím zajistit větší implementaci do péče o nevyléčitelně nemocné. Bakalářská práce může být použita jako studijní materiál pro studenty zdravotnických nelékařských oborů či laickou veřejnost. Aby byla zvýšena informovanost laické veřejnosti, byl zpracován informační leták, který lze distribuovat v ordinacích praktického lékaře nebo na vybraných nemocničních odděleních.

Seznam použité literatury

1. ALKHUDAIRI, HM., 2019. *General public awareness, knowledge and beliefs toward palliative care in a Saudi population*. J Nat Sci Med. [online]. © 2019 [cit. 2022-4-25]. Dostupné z: https://doi.org/10.4103/JNSM.JNSM_37_18.
2. ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE, 2016. Členské hospice APHPP v ČR *Standardy hospicové paliativní péče*. Česká republika. [asociacehospicu.cz](http://www.asociacehospicu.cz) [online]. © 2016 [cit. 2022-1-19]. Dostupné také z: <http://www.asociacehospicu.cz/wp-content/uploads/2017/01/STANDARDY%202016.pdf>
3. ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE, 2017a. *Mýty o hospicích*. Česká republika. [asociacehospicu.cz](http://www.asociacehospicu.cz) [online]. © 2017 [cit. 2022-4-12]. Dostupné z: <https://asociacehospicu.cz/myty-o-hospicich>
4. ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE, 2017b. Členské hospice APHPP v ČR. [Asociacehospicu.cz](http://www.asociacehospicu.cz) [online]. © 2017 [cit. 2021-12-12]. Dostupné z: <https://www.asociacehospicu.cz/clenske-hospice-aphpp-v-cr>
5. BALDWIN, M. A., WOODHOUSE, J. (eds.), 2011. *Key Concepts in Palliative Care*. London: SAGE Publications. 256 p. ISBN 978-1-84860-871-9.
6. BERG, V., 2020. *Getting end of life and palliative care at home*. [Homecare.co.uk](http://www.homecare.co.uk). [online]. © 2020 [cit. 2021-12-27]. Dostupné z: <https://www.homecare.co.uk/advice/getting-end-of-life-and-palliative-care-at-home>
7. BERNSTEIN, S., 2020. *Respite Care*. [webmd.com](http://www.webmd.com) [online]. © 2020 [cit. 2021-12-27]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/cancer/what-is-respite-care>
8. BOOG, K. M., TESTER, C., 2008. *Palliative care: a practical guide for the health professional : Finding Meaning and Purpose in Life And Death*. New York: Elsevier. 228 p. ISBN 978-0-443-10380-3.
9. BRABENCOVÁ, M., 2020. *Jak správně v nemocnici nastavit paliativní péči* [online]. © 2020 [cit. 2022-1-19]. Dostupné z: <https://www.hartmann.info/cs-cz/novinky/1/cz/casopis-insight/nastaveni-paliativni-pece-v-nemocnici>
10. BUŽGOVÁ, R., 2011. Hodnocení psychosociálních potřeb terminálně nemocných. *Kontakt*. 13(3), 265-274. ISSN 1212-4117.

11. BUŽGOVÁ, R., 2014. *Dotazníky pro hodnocení potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči*. Ostravská univerzita. © 2014 [cit. 2022-3-13]. Dostupné také z: <https://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/manual-dotazniku.pdf>
12. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
13. BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L., 2019. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-271-0584-7.
14. CASABIANCA, S. S., 2021. Mourning and the 5 Stages of Grief. In: *Psychcentral.com* [online]. © 2021 [cit. 2021-12-12]. Dostupné z: <https://psychcentral.com/lib/the-5-stages-of-loss-and-grief#the-kubler-ross-model>
15. CESTA DOMŮ, 2019. *Standardy mobilní specializované paliativní péče*. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP a Fórum mobilních hospiců. *Cestadomu.cz* [online]. © 2019 [cit. 2021-12-12]. Dostupné z: https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/2018_standardy_mobilni_paliativni_pece_a4_final_0.pdf
16. CESTA DOMŮ, 2021. O nás. *Cestadomu.cz* [online]. © 2021 [cit. 2021-12-12]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/o-nas>
17. ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY, 2016. *Paliativní péče v České republice 2016: Situační analýza* [online]. © 2016 [cit. 2022-4-21]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf
18. ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY, 2021. Kde se s paliativní medicínou potkáte? In: *Nzip.cz* [online]. © 2021 [cit. 2021-12-12]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/466-kde-se-s-paliativni-medicinou-potkate>
19. ČESKO, 2017. Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. [online]. [cit. 2022-03-30]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 137. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>

20. ČESKO, 2022. Vyhláška č. 34/2022 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 11. 4. 2022]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 18. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2022-34>
21. HAJNOVÁ FUKASOVÁ, E., BUŽGOVÁ, R., FELTL, D., 2015. Hodnocení duchovních potřeb pacientů v paliativní péči. *Klinická onkologie Care Comm. linkos.cz* [online]. © 2015 [cit. 2022-2-1]. ISSN 1802-5307. 13-19 s. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/191/4629.pdf>
22. HAYES, N., 2021. *Základy sociální psychologie*. Vydání osmé. Přeložil Irena ŠTĚPANÍKOVÁ. Praha: Portál, 168 s. ISBN 978-80-262-1850-0.
23. HERDMAN, T. H., KAMITSURU, S., (eds.), 2020. *NANDA International, Inc. Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2018-2020*. Praha: Grada, 520 s. ISBN 978-80-271-0710-0.
24. HIRAI, K. et al., 2011. *Public awareness, knowledge of availability and readiness for cancer palliative care services: a population-based survey across four regions in Japan*. *J Palliat Med.* [online]. © 2011 [cit. 2022-4-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0529>.
25. HRDÁ, K. et al., 2018. *Průvodce poskytováním paliativní péče v obytných sociálních službách pro seniory: metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořený NF AVAST*. Praha: Domov Sue Ryder. 206 s. ISBN 9788090719026.
26. CHVÍLOVÁ WEBEROVÁ, M., RYGLOVÁ, I., NOVOTNÁ, L., DOUCHA, M., 2020. *Nejste sami. Vysocina. paliatr-vysocina.cz* [online]. © 2020 [cit. 2022-1-19]. Dostupné také z: <https://www.paliatr-vysocina.cz/wp-content/uploads/2020/02/NEJSTE-SAMI-detska-PPVyso%C4%8Dina.pdf>
27. IAHPCC Pallipedia, 2021. *Palliative care - 1990 and 2002 WHO definitions*. *pallipedia.org* [online]. ©2021 [cit. 2022-3-14]. Dostupné z: <https://pallipedia.org/palliative-care-1990-and-2002-who-definitions/>
28. KALVACH, Z., 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 2., upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů. 152 s. ISBN 978-80-88126-54-6.

29. KERTON-CHURCH, C., 2021. *Palliative care - Where do you need care?*. [online]. Helping Hands. November 4, 2021. [cit. 2022-1-19]. Dostupné z: <https://www.helpinghandshomecare.co.uk/home-care-services/fast-track-palliative-care/>
30. KISVETROVÁ, H., 2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf. 149 s. ISBN 978-80-7345-496-8.
31. KOZLOV, E. et al., 2018. *Knowledge of Palliative Care Among Community-Dwelling Adults*. American Journal of Hospice and Palliative Medicine. [journals.sagepub.com/\[online\]](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049909117725725?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%3dpubmed,doi:10.1177/1049909117725725). © 2018 [cit. 2022-4-21]. Dostupné z: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049909117725725?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%3dpubmed,doi:10.1177/1049909117725725
32. KREICBERGS, U., 2021. *Paediatric palliative care: A personal perspective*. [wileyonlinelibrary.com](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joc.12572) [online]. © 2021 [cit. 2022-1-19]. Dostupné z: [wileyonlinelibrary.com/journal/apa](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joc.12572)
33. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
34. KURUCOVÁ, R., ŽIAKOVÁ, K., NEMCOVÁ, J., 2018. *Vybrané kapitoly z paliativnej ošetrovateľskej starostlivosti*. 2., upravené a doplnené vydanie. Martin: Vydavateľstvo Osveta. 310 s. ISBN 978-80-8063-457-5.
35. MARKOVÁ, A., 2021. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 3. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů. 184 s. ISBN 978-80-88126-77-5.
36. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
37. MARTÍN-ANCEL, A., PÉREZ-MUÑUZURI, A., GONZÁLEZ-PACHECO, N., BOIX, H., 2021. *Perinatal palliative care*. [analesdepediatria.org](https://www.analesdepediatria.org/en-perinatal-palliative-care-avance-S2341287921002076) [online]. © 2021 [cit. 2022-1-19]. Dostupné z: <https://www.analesdepediatria.org/en-perinatal-palliative-care-avance-S2341287921002076>
38. MCILFATRICK, S. et al., 2021. *Examining public knowledge, attitudes and perceptions towards palliative care: a mixed method sequential study*. [bmc-palliat-care.biomedcentral.com](https://doi.org/10.1186/s12904-021-00730-5) [online]. © 2021 [cit. 2022-4-19]. Dostupné z: [https://bmc-palliat-care.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-021-00730-](https://doi.org/10.1186/s12904-021-00730-5)

39. MCVEAN, A., 2019. It's Time to Let the Five Stages of Grief Die. In: *McGill.ca* [online]. © 2019 [cit. 2021-12-12]. Dostupné z: <https://www.mcgill.ca/oss/article/health-history/its-time-let-five-stages-grief-die>
40. MENŠÍKOVÁ, A., 2018. *POTŘEBY ČLOVĚKA A JEJICH HIERARCHIE*. *is.muni.cz* [online]. © 2018 [cit. 2022-1-19]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/med/podzim2018/BSPC011/Potreby_lidskeho_jedince_a_jejich_hierarchie.pdf
41. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2018. *Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti domácí specializované paliativní péče*. *Paliativa.cz* [online]. © 2018 [cit. 2022-3-13]. Dostupné z: <https://paliativa.cz/podpora-domaci-paliativni-pecce/o-projektu/popis-projektu>
42. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2019. *Nemocniční program paliativní péče - konziliární tým paliativní péče*. Praha. *mzcr.cz* [online]. © 2019 [cit. 2021-12-30] 4 s. Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/16695/39649/PM_1_Nemocni%C4%8Dn%C3%AD%20program%20paliativn%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De-konzili%C3%A1rn%C3%AD%20t%C3%BDm%20paliativn%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De.docx
43. NEHA, T. et al., 2019. *Awareness of Palliative Care among a Nationally Representative Sample of U.S. Adults*. *Journal of palliative medicine*. *ncbi.nlm.nih.gov* [online]. © 2019 [cit. 2022-4-21]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6998043/>
doi:10.1089/jpm.2018.0656
44. PECHOVÁ, K., LEJSAL, M., 2020. *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 202 s. ISBN 978-80-88361-01-5.
45. PEŘINA, J., 2016a. Historie a současnost paliativní péče v Česku. In: *Umirani.cz* [online]. © 2016 [cit. 2021-12-12]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/historie-a-soucasnost-paliativni-pecce-v-cesku>
46. PEŘINA, J., 2016b. Historie paliativní péče. In: *Umirani.cz* [online]. © 2016 [cit. 2021-12-12]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pecce>

47. PETEROVÁ, B., 2021. *Paliativní týmy v nemocnicích budou dále financovány díky podepsanému Memorandu*. *mzcr.cz* [online]. © 2021 [cit. 2022-1-19]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/paliativni-tymy-v-nemocnicich-budou-dale-financovany-diky-podepsanemu-memorandu/>
48. PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J., 1995. *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia, 834 s. ISBN 80-200-0497-1.
49. PETRÚSEK, D., 2017. *Informovanost laiků o paliativní a hospicové péči*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
50. PROKŠOVÁ, I., 2009. *Domácí paliativní péče v povědomí veřejnosti*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita.
51. RATISLAVOVÁ, K., 2016. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-0121-4.
52. SCHLICK, C. J. R., BENTREM, D. J., 2019. Timing of palliative care: When to call for a palliative care consult. *Journal of Surgical Oncology*. (120), 30-34, doi: 10.1002/jso.25499.
53. SLÁMA, O. et al., 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměněné vydání. Praha: Galén. 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.
54. SLÁMA, O., 2012. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. 5(1), 10-12. ISSN 1337-6896.
55. SLÁMA, O., KREJČÍ, J., AMBROŽOVÁ, J., 2019. *Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *paliativa.cz* [online]. © 2019 [cit. 2022-1-19]. Dostupné také z: https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/Methodika_implementation_PPP_2019%20FINAL.pdf
56. SLÁMA, O., ŠPINKOVÁ, M., KABELKA, L., 2013. *Standardy paliativní péče 2013*. Praha: Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP. *Paliativnimedicina.cz* [online]. © 2013 [cit. 2021-12-30]. 18 s. Dostupné také z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf
57. STIBOROVÁ, D., FREI, J., 2018. *Paliativní péče a umírání v domácím prostředí*. Sedlec-Prčice: Stiborová Denisa. 66 s. ISBN 978-80-270-3719-3.
58. SVOBODA, P., HERLE, P. (eds.), 2019. *Paliativní medicína pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe. 112 s. ISBN 978-80-7496-448-0.

59. ŠEVČÍKOVÁ, B., MACHÁLKOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech: Informovanost laické veřejnosti o hospicové péči a jejích možnostech v české republice (e-poster)* [online]. ©2016 [cit. 2022-4-22]. Dostupné z: <https://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/sbornik-2016.pdf>
60. ŠMÍDOVÁ, V., 2020. *Proč je u nás stále problém umřít doma.* *vitalia.cz* [online]. © 2020 [cit. 2022-3-13]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/mobilni-hospic-proc-je-u-nas-problem-umrit-doma/>
61. ŠVANCARA, J. et al., 2016a. Časové trendy (2004–2016) *paliativnidata.cz* [online]. © 2016 [cit. 2022-1-19]. Dostupné z: <https://www.paliativnidata.cz/browser/web/mortalitni-data/casove-trendy/>
62. ŠVANCARA, J. et al., 2016b. *Místo úmrtí – detailně.* *paliativnidata.cz* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací ČR, © 2016 [cit. 2022-3-30]. Dostupné z: <https://www.paliativnidata.cz/browser/web/mortalitni-data/misto-umrti/>
63. TOMEŠ, I. et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry.* Praha: Karolinum. 168 s. ISBN 978-80-246-2941-4.
64. TUČEK, J., ŽÁČKOVÁ, L., 2013. *Umírání a péče o nevyléčitelně nemocné II.* Praha: STEM/MARK, a.s. [online]. © 2013 [cit. 2022-4-19]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>
65. TUČEK, J., BERANOVÁ, L., 2011. *SMRT A PÉČE O UMÍRAJÍCÍ: Pohled laické i zdravotnické veřejnosti.* Praha: STEM/MARK, a.s. [online]. © 2011 [cit. 2022-4-22]. Dostupné také z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2011.pdf>
66. WALLACE, J., 2003. Public awareness of palliative care: report of the findings of the first national survey on Scotland into *public knowledge and understanding of palliative care.* Edinburgh. Scottish Partnership for Palliative Care. [online]. © 2003 [cit. 2022-4-25]. Dostupné z: <https://www.palliativecarescotland.org.uk/content/publications/PublicAwareness-o-PalliativeCare.pdf>
67. WESTERLUND, C. et al., 2018. *Public awareness of palliative care in Sweden.* *Scand J Public Health.* [online]. © 2018 [cit. 2022-4-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1403494817751329>.
68. WHO, 2020. Palliative care. In: *Who.int* [online]. © 2020 [cit. 2021-12-30]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

69. ZÁVADOVÁ, I., MOJŽÍŠOVÁ, M., LOUČKA, M., 2017. *Dětská paliativní péče v Čechách*. *lf1.cuni.cz* [online]. © 2017 [cit. 2022-1-19]. Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/detska-paliativni-pece-v-cechach>
70. ŽÁČKOVÁ, L., 2015. *Dříve vyslovená přání*. Praha: STEM/MARK, a.s. [online]. © 2015 [cit. 2022-4-22]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník	86
Příloha č. 2: Informační leták pro laickou veřejnost o paliativní péči.....	98

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví	30
Graf 2: Věk.....	31
Graf 3: Vzdělání.....	32
Graf 4: Bydliště.....	33
Graf 5: Víra	34
Graf 6: Léčba chronického onemocnění.....	34
Graf 7: Zisk informací o paliativní péči	35
Graf 8: Názor na paliativní péči – správné odpovědi	36
Graf 9: Názor na paliativní péči – špatné odpovědi	37
Graf 10: Osobní zkušenost s paliativní péčí.....	38
Graf 11: Spokojenost s paliativní péčí.....	39
Graf 12: Komu je poskytována paliativní péče – mladým X starým	40
Graf 13: Komu je poskytována paliativní péče – zdravým X nemocným	41
Graf 14: Komu je poskytována paliativní péče – věřícím X nevěřícím/bezbožným.....	42
Graf 15: Komu je poskytována paliativní péče – bohatým X chudým	43
Graf 16: Komu je poskytována paliativní péče – nemocným, které lze vyléčit X nevyléčitelně nemocným.....	44
Graf 17: Komu je poskytována paliativní péče – pouze nemocnému X i rodině nemocného	45
Graf 18: Místo poskytování paliativní péče	46
Graf 19: Míra souhlasu ohledně poskytování dostatečného množství informací o paliativní péči.....	47

Graf 20: Míra souhlasu ohledně poskytování dostatečného množství informací o dětské paliativní péči	48
Graf 21: Míra souhlasu s možností vyhledání paliativní péče pro člověka z respondentovo okolí, který trpí nevléčitelným onemocněním.....	49
Graf 22: Míra souhlasu ohledně významnosti a prospěšnosti paliativní péče	50
Graf 23: Osobní zkušenost s hospicovou péčí	51
Graf 24: Spokojenost s hospicovou péčí	52
Graf 25: Zisk informací o hospicové péči	53
Graf 26: Názor na hospicovou péči – správné odpovědi.....	54
Graf 27: Názor na hospicovou péči – špatné odpovědi.....	55
Graf 28: Služby poskytované v hospici.....	56
Graf 29: Nejpříjemnější prostředí pro úmrtí nevléčitelně nemocného	57
Graf 30: Míra souhlasu ohledně hovoření o umírání.....	58
Graf 31: Míra souhlasu ohledně hovoření o smrti	59
Graf 32: Míra souhlasu s možností pečovat o umírajícího člena rodiny v domácím prostředí.....	60
Graf 33: Míra souhlasu ohledně důstojnosti a kvality péče o umírající v České republice	61
Graf 34: Míra souhlasu ohledně myšlenek o přáních či představách a o posledních chvílích života	62

Seznam tabulek

Tabulka 1: Nejčastější diagnózy u pacientů v paliativní péči	20
Tabulka 2: Potencionální diagnózy u pacientů v paliativní péči	21
Tabulka 3: Vztah mezi postojem laické veřejnosti k paliativní péči a věkem	63
Tabulka 4: Vztah mezi postojem laické veřejnosti k paliativní péči a vzděláním ...	64
Tabulka 5: Vztah mezi postojem laické veřejnosti k paliativní péči a předchozí zkušeností	65

Seznam zkratek

NEQ – Needs Evaluation Questionnaire

PNAP – Patient Needs Assessment in Palliative care

PP – paliativní péče

USA – United States of America (Spojené státy americké)

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation)

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník

Postoj laické veřejnosti k problematice paliativní péče

Dobrý den, jmenuji se Lucie Vonešová, jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění níže uvedeného krátkého dotazníku, který je důležitý pro mou bakalářskou práci na téma „Postoj laické veřejnosti k problematice paliativní péče“. Práce by měla sloužit ke zvýšení informovanosti laické veřejnosti o paliativní péči.

Dotazník je určen pro všechny obyvatele České republiky od 18 let, bez zdravotnického vzdělání a je zcela anonymní. Získané informace budou sloužit výhradně ke zpracování mé práce. Předem Vám moc děkuji za Váš čas a ochotu při vyplnění dotazníku.

 inkakrat2@gmail.com (nesdíleno) [Přepnout účet](#)



*Povinné pole

1. Jaké je vaše pohlaví? *

Žena

Muž

2. Kolik je Vám let? *

Vaše odpověď



3. Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl/a? *

- Základní
- Středoškolské s maturitou
- Středoškolské s výučním listem
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

4. V jakém kraji bydlíte? *

- Hlavní město Praha
- Jihočeský kraj
- Jihomoravský kraj
- Karlovarský kraj
- Kraj Vysočina
- Královehradecký kraj
- Liberecký kraj
- Moravskoslezský kraj
- Olomoucký kraj
- Pardubický kraj
- Plzeňský kraj
- Středočeský kraj
- Ústecký kraj
- Zlínský kraj



5. Jste věřící? *

Pokud ano, do položky JINÁ prosím uveďte jaká je Vaše víra.

- Ano
- Ne
- Jiné:

6. Jste léčen/a z důvodu chronického onemocnění? (např. diabetes mellitus, ischemická choroba srdeční, srdeční selhání, významné postižení hybnosti, nádorové onemocnění, obezita, chronická obstrukční plicní nemoc a další) *

Pokud ano, do položky JINÁ prosím uveďte jaké onemocnění.

- Ano
- Ne
- Jiné:

7. Odkud jste se o paliativní péči dozvěděl/a? *

Možnost více odpovědí.

- Ve škole
- V zaměstnání
- Rodina, přátelé
- Lékař
- Internet
- Noviny, televize, rádio
- Osobní zkušenost
- Neslyšel/a jsem o tomto pojmu
- Jiné:



8. Co podle Vašeho názoru znamená pojem paliativní péče? *

Možnost více odpovědí.

- Komplexní péče o nevléčitelně nemocného pacienta.
- Péče zahrnující kromě pacienta i rodinu a blízké.
- Péče a léčba s cílem nemocného vyléčit.
- Péče v situaci, kdy medicína již nemá co nabídnout.
- Péče, při které se již neprovádí nákladná vyšetření.
- Péče při které se již neprovádí resuscitace (oživování).
- Péče o nemocné s onkologickým onemocněním.
- Péče o seniory.
- Péče o nemocné po operaci.
- Péče prováděná praktickým lékařem v rámci prevence.
- Péče cílená na minimalizaci či redukci bolesti pacienta.
- Péče cílená na zabránění zhoršení zdravotního stavu.
- Péče s cílem zabránit vzniku nemoci.
- Péče, při které se snaží udržet co nejvyšší kvalitu života nemocného.
- Odborný termín pro péči v akutních lůžkových zdravotnických zařízeních
- Nevím

9. Máte osobní zkušenost s paliativní péčí? *

- Ano
- Ne



10. Pokud máte osobní zkušenost s paliativní péčí, jak moc jste byl/a spokojen/a s poskytováním?

	1	2	3	4	5	
Nespokojenost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Spokojenost

11. Paliativní péče se poskytuje? *

Uvedte ke kterému tvrzení se přikláníte a jak moc.

	1	2	3	4	5	
Mladým	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Starým

Paliativní péče se poskytuje? *

Uvedte ke kterému tvrzení se přikláníte a jak moc.

	1	2	3	4	5	
Zdravým	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nemocným

Paliativní péče se poskytuje? *

Uvedte ke kterému tvrzení se přikláníte a jak moc.

	1	2	3	4	5	
Věřícím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bezbožným/nevěřícím



Paliativní péče se poskytuje? *

Uveďte ke kterému tvrzení se přikláníte a jak moc.

	1	2	3	4	5	
Bohatým	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Chudým

Paliativní péče se poskytuje? *

Uveďte ke kterému tvrzení se přikláníte a jak moc.

	1	2	3	4	5	
Nemocným, které lze vyléčit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nevyléčitelně nemocným

Paliativní péče se poskytuje? *

Uveďte ke kterému tvrzení se přikláníte a jak moc.

	1	2	3	4	5	
Pouze nemocnému	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	I rodině nemocného

12. Kde může být paliativní péče poskytována? *

- Všude, kde se daný pacient nachází (nemocnice, ambulance, domácí prostředí a další)
- Pouze v nemocnici
- Pouze v domovech pro seniory
- Pouze v hospici
- Pouze ve specializovaných ambulancích



13. Do jaké míry souhlasíte s následujícími názory? *

	Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
O paliativní péči je podáváno dostatečné množství informací.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O dětské paliativní péči je podáváno dostatečné množství informací.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pokud by člověk z mého okolí trpěl nevyléčitelným onemocněním, vyhledal/a bych pro něj paliativní péči.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paliativní péče má podle mě význam a prospěšnost.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Máte osobní zkušenost s hospicovou péčí? *

- Ano
- Ne



15. Pokud máte osobní zkušenost s hospicovou péčí, jak moc jste byl/a spokojen s poskytováním?

	1	2	3	4	5	
Nespokojenost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Spokojenost

16. Odkud jste se o hospicové péči dozvěděl/a? *

Možnost více odpovědí.

- Ve škole
- V zaměstnání
- Rodina, přátelé
- Lékař
- Internet
- Noviny, televize, rádio
- Osobní zkušenost
- Neslyšel/a jsem o tomto pojmu
- Jiné:



17. Co si představujete pod pojmem hospicová péče? *

Možnost více odpovědí.

- Komplexní péče o nevléčitelně nemocného pacienta.
- Péče zahrnující kromě pacienta i rodinu a blízké.
- Zařízení pro nevléčitelně nemocné.
- Zařízení určené pouze pro seniory.
- Zařízení určené pouze pro věřící.
- Léčebna pro dlouhodobě nemocné.
- Poskytuje péči 24 hodin.
- Lázeňské zařízení pro onkologické pacienty.
- Umírající s onkologickou diagnózou.
- Snaha zachovat co nejvyšší kvalitu života nemocného.
- Péče, při které se již neprovádí resuscitace (oživování).
- Často se zaměřuje na léčbu bolesti.
- Poskytuje duchovní služby.
- Věnuje se i pozůstalým.
- Nevím



18. Hospic svým klientům poskytuje? *

Možnost více odpovědí.

- Příjem potravy a tekutiny
- Hygienická péče
- Zajištění soukromí
- Péče o vyprazdňování
- Přítomnost duchovního
- Možnost popovídat si o svých problémech
- Individuální přístup
- Neomezené návštěvy
- Zachování důstojnosti
- Tlumení bolesti
- Potřeba nezůstat osamocen, zapojení se do života v hospici
- Zajištění fyzické aktivity (procházky, cvičení,...)
- Jiné:



19. Které prostředí považujete za nejvíc přijatelné pro úmrtí nevléčitelně nemocného? *

	Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
Sociální zařízení (např. domov pro seniory)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospic	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Domácí prostředí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nemocnice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Léčebna dlouhodobě nemocných	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



20. Do jaké míry souhlasíte s následujícími názory? *

	Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
Není mi příjemné hovořit o umírání.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Není mi příjemné hovořit o smrti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dokázal bych pečovat o umírajícího člena rodiny v domácím prostředí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V ČR je zajištěna důstojná a kvalitní péče pro umírající pacienty.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Přemýšlel/a jsem o svých přáních či představách o tom, jak by o mě mělo být pečováno v posledních chvílích života.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Odeslat

Vymazat formulář

Nikdy přes Formuláře Google neposílejte hesla.

Obsah není vytvořen ani schválen Googlem. [Nahlásit zneužití](#) · [Smluvní podmínky služby](#) · [Zásady ochrany soukromí](#)



Google Formuláře

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha č. 2: Informační leták pro laickou veřejnost o paliativní péči

Přední strana

Autor: Lucie Vonešová,
studentka ZSF JU

Paliativní péče

- i když ztratíme naději na vyléčení, neznamená to, že konec života nemůže být kvalitní, důstojný, bez strádání a ideálně bez bolesti.

- ❖ **Trpíte Vy (Vaši blízcí) nevléčitelným onemocněním?**
- ❖ **Vyčerpala již medicína všechny své prostředky?**
- ❖ **Chcete, aby zbytek Vašeho života byl co možná nejkvalitnější?**
- ❖ **Chcete, aby o Vás bylo dobře postaráno, nestrádali jste?**
- ❖ **Chcete, aby Vám bolest nebránila žít naplno?**

Pokud jste si na výše uvedené otázky odpověděli ANO, je pro Vás paliativní péče jednoznačně vhodné řešení...

Co to je paliativní péče?

Péče o nevléčitelně nemocné pacienty, která klade důraz na zachování co nejvyšší kvality života. Zabývá se řešením tělesných obtíží, ale i psychických, sociálních a duchovních.

Pro koho je určena?

Je vhodná pro pacienty, u nichž medicína již vyčerpala své prostředky. Je poskytována komukoliv bez ohledu na finanční situaci, věku nebo věk (existuje i perinatální a dětská paliativní péče). Ovšem nezaměřuje se pouze na pacienta, ale i jeho rodinu.

Kde ji najdeme?

Lze se s paliativní péčí setkat v nemocnici, ve specializovaných ambulancích, v domovech pro seniory, v hospici, v domácím prostředí - zkrátka všude, kde se daný pacient nachází.

Více užitečných informací je možné nalézt na těchto webových stránkách:

<https://paliativnicentrum.cz/>

<https://www.umirani.cz/rady-a-informace/paliativni-pece>

<https://www.paliativnimedicina.cz/>

<https://www.cestadomu.cz/ambulance-paliativni-a-podpurne-pece>

Zdroj: Vlastní zpracování