

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2011

Bc. Jaroslava BURDYCHOVÁ

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Management kvality života nemocných v programu
hospicové péče**

Bc. Jaroslava Burdychová

Diplomová práce

2011

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Jaroslava BURDYCHOVÁ**
Osobní číslo: **Z09228**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech**
Název tématu: **Management kvality života nemocných v programu hospicové péče**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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

1. Studium soudobých poznatků, vyhledání vhodné literatury
 2. Stanovení podmínek, metod a cílu práce
 3. Návrh otázek do dotazníku a jejich konzultace s vedoucím práce
 4. Vyhledání vhodných respondentů a sběr informací
 5. Analýza získaných informací
 6. Kritické zhodnocení a doporučení
-

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

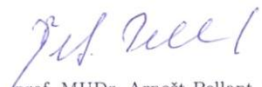
Seznam odborné literatury:

1. SLÁMA, O.; KABELKA, L.; VORLÍČEK, J. et.al. Paliativní medicína pro praxi. 1. vyd. Praha : Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
2. VORLÍČEK, J.; ADAM, Z. a kol. Paliativní medicína. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-437-1.
3. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
4. SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. 6. doplněné vydání. Praha : Karmelitánské nakladatelství, 2008. 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.
5. O'CONNOR, M.; ARANDA, S. Paliativní péče : pro sestry všech oborů. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
6. LAPORTE MATZO, M.; WITT SHERMAN, D. Palliative Care Nursing : Quality Care to the End of Life. 2. vydání. New York : Springer Publishing Company, 2006. 454 s. Dostupné z WWW: <http://books.google.cz/books?id=5L0u9q06XSUC&printsec=frontcover&dq=palliative+care&lr=&cd=2v=onepage&q=&f=false>. ISBN 0-8261-5794-7.


Vedoucí diplomové práce: prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání diplomové práce: 30. listopadu 2010

Termín odevzdání diplomové práce: 25. dubna 2011


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 25. února 2011

Prohlašuji:

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

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 26.4. 2011

Jaroslava Burdychová

Poděkování

Děkuji vedoucímu diplomové práce panu prof. MUDr. Fuskovi za cenné rady, ochotu a pomoc při tvorbě práce. Také děkuji za cenné rady a připomínky doc. MUDr. Slováčkovi. Dále chci poděkovat vedení Hospice za umožnění provedení výzkumu. Také bych chtěla poděkovat celému kolektivu a mým kolegům za velkou pomoc a podporu ve studiu a tvorbě této práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala všem členům své rodiny za podporu při studiu a ve všech chvílích mého života.

Souhrn

Předmětem diplomové práce je shrnutí poznatků a zmapování problematiky kvality života pacientů v hospicové péči a popsání změny kvality života při hospitalizaci. Cílem práce je zároveň poukázat na oblasti kvality života, kde pacienti uvádějí větší obtíže, nebo kde se vyskytuje nízká kvalita života či životní spokojenosti.

Teoretická část práce se věnuje teorii hospicové a paliativní péče, základním informacím o fázích nevléčitelného onemocnění, základní symptomatologii v paliativní péči. Dále se zaměřuji na kvalitu života obecně a na kvalitu života v paliativní medicíně a možnosti jejího měření.

Výzkumná část přináší vyhodnocení dat prospektivního výzkumu. Výzkum probíhal v Hospici od září 2010 do března 2011 u 30 klientů. Výzkum sleduje změnu kvality života, životní spokojenosti a stupně depresivity pacientů v hospicovém programu od příjmu do 14 dnů hospitalizace.

Klíčová slova:

Paliativní péče, hospicová péče, kvalita života, životní spokojenost, nevléčitelně nemocný

Title:

Management of quality of life of patients in hospice care program

Summary

The main theme of this diploma thesis is comparison and mapping of life quality issues of inmates in family palliative care and the description of changes of life during hospitalization. The goal of this work is to point out the areas of life qualities, where inmates stating bigger issues or where are the lower life quality or life satisfaction.

Theoretical part comes with theory of family palliative care, basic info thru the phases of incurable diseases and basic symptomatology in family palliative care. Further there goes the quality of life in general terms, on quality in palliative medicine and measurement possibilities.

Practical part brings results evaluation. The practical part was conducted at hospice facility from September 2010 to March 2011. Total number of participated were 30. The practical part goes with measurement of life quality, life satisfaction and degrees of depressivity in hospice programme from income to 14 days of hospitalization.

Keywords:

Family palliative care, hospice care, life quality, life satisfaction, incurable ill

Obsah

Úvod	9
Hlavní cíle práce:	10
I. Teoretická část	11
1 HOSPICOVÁ A PALIATIVNÍ PÉČE	11
1.1 Historie	11
1.1.1 Historie v ČR	13
1.2 Současnost hospicové péče	14
1.3 Definice hospicové a paliativní péče	14
1.4 Dělení paliativní péče	15
1.4.1 Obecná paliativní péče	16
1.4.2 Specializovaná paliativní péče	17
1.5 Multidisciplinární tým	20
2 FÁZE NEVYLÉČITELNÉHO ONEMOCNĚNÍ	21
2.1 Fáze vyrovnávání se se smrtí	21
3 NEJČASTĚJŠÍ SYMPTOMY V PALIATIVNÍ PÉČI	23
3.1 Bolest	23
3.2 Dušnost	24
3.3 Úzkost	24
3.4 Smutek a deprese	25
3.5 Kvalitativní poruchy vědomí a psychomotorický neklid	25
3.6 Dyspeptické potíže horního typu	25
3.7 Dyspeptické obtíže dolního typu	26
4 KVALITA ŽIVOTA	27
4.1 Hodnocení kvality života	29
4.1.1 Generické dotazníky kvality života nemocných	30
4.1.2 Specifické dotazníky kvality života nemocných	31
4.2 Dotazník životní spokojenosti (DŽS)	32
4.2.1 Celková životní spokojenost	34
4.3 Kvalita života v paliativní péči	34
II. Výzkumná část	36
1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
1.1 Výzkumný záměr	36

2	METODIKA.....	37
2.1	Statistické zpracování výsledků výzkumu	38
3	PRESENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	41
3.1	Identifikační údaje.....	41
3.2	Karnofskyho index (PSI) – objektivní celkový zdravotní stav	46
3.3	Dotazník kvality života EUROQoL EQ-5D	49
3.4	Dotazník životní spokojenosti – DŽS	62
3.5	Index depresivity (Zungův SDS index).....	67
4	DISKUZE.....	70
5	ZÁVĚR.....	74
	Soupis bibliografických citací	75
	Seznam zkratk	79
	Seznam tabulek	80
	Seznam obrázků	81
	Seznam příloh.....	82

Úvod

Od začátku zdravotnického studia nás učí, že smrt je součástí života a nejedná se o nic jiného než ukončení jedné životní etapy. Snaží se nás připravit na první setkání se smrtí. Vše se probírá z několika pohledů. Jeden z těchto pohledů, který mě oslovil již na střední škole, byl koncept důstojného umírání v programu hospicové péče. V hospicích je nabízena paliativní péče. Tato péče klade důraz na kvalitu života nemocných na konci života. Jak však poznáme, že pacienti mají vysokou kvalitu života? Pracovník v hospici se může jen domnívat, že jeho pacienti mají kvalitu života vysokou nebo nízkou. Vědí, co je trápí a co je naopak potěší. Poděkování a úsměv těchto pacientů znamená velice mnoho. V těchto zařízeních je velice významný kontakt s rodinou nemocného. A vždy nás potěší děkovné dopisy od rodin pacientů, kteří mohli konec svého života prožít v tomto zařízení a byli zde spokojeni.

Zpočátku jsem měla strach tento výzkum provádět, ale viděla jsem v něm velkou výzvu, kterou přináší toto téma. Právě kvalita života nemocných v hospicové péči není nijak zmapované téma v české literatuře. Obavy přicházely proto, že posuzování kvality života v paliativní péči je obtížné vzhledem ke krátké době přežití a chudým kognitivním funkcím velkého počtu nevyлéčitelně nemocných. V České republice zemře ročně necelých 30 tisíc lidí na nádorová onemocnění, ale pouhá 2 – 3 % jich může využít kvalitní péči, která je nabízena v hospicích.

V diplomové práci je sledována kvalita života pacientů v terminálním stádiu onkologického a neonkologického onemocnění v Hospici. Práce se zaměřuje na několik oblastí, které určují kvalitu života. V práci je také popsán výskyt depresivních příznaků u pacientů v hospicové péči a jejich závažnost, kterou přináší pacientům. Jde o práci teoreticko-výzkumnou.

Hlavní cíle práce

Základním cílem diplomové práce je shrnout poznatky o problematice paliativní péče a kvalitě života v této oblasti, tedy u klientů v hospicové péči. Teoreticky popsat základní informace o paliativní péči a o kvalitě života.

Výzkumná část práce má za cíl zmapovat kvalitu života klientů v hospicové péči. Porovnat hodnocení kvality života pacientů při příjmu a s odstupem 14 dnů a zjistit zda se kvalita života změní.

Dílčí cíle práce:

1. Zhodnotit kvalitu života onkologických a neonkologických nemocných v programu hospicové péče.
2. Zhodnotit životní spokojenost u nemocných v programu hospicové péče.
3. Zhodnotit výskyt a závažnost depresivních symptomů u nemocných v programu hospicové péče.
4. Zhodnotit změnu ve všech oblastech po 14 dnech poskytované péče.

1 Hospicová a paliativní péče

Nemoc, utrpení, a smrt byly, jsou a budou nevyhnutelnou a nedílnou součástí lidského života. Historie medicíny uvádí, že medicína byla převážně medicínou tlumení symptomů a že až do nedávna lékaři jen výjimečně mohli poskytovat léčbu, která přímo ovlivňuje příčinu onemocnění. Dodnes u mnoha onemocnění není tato kauzální léčba možná. To platí pro nádorová onemocnění, ale také pro některá kardiovaskulární onemocnění, autoimunitní a degenerativní nemoci, AIDS a další. Statistiky uvádějí, že přibližně 90% populace umírá na chronická onemocnění. Dnešní medicína umí ovlivněním některých patofyziologických mechanismů onemocnění upravovat, prodloužit délku života a mírnit symptomy nemoci (Opatrná, 2008).

Vorlíček (1998) shrnuje, že péče o nemocné s chronickým, život ohrožujícím onemocněním je podstatou přístupu zvaného paliativní péče.

Paliativní péče představuje samostatný a stále se rozvíjející lékařský obor, který je zaměřen na péči o pacienty s nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu nemoci. Vychází z celistvého pohledu na člověka, není zaměřena pouze na tišení rozličných fyzických příznaků provázející terminální onemocnění a umírání, usiluje o udržení kvality jeho života v dimenzích bio-psycho-socio-spirituálních (Sláma, Vorlíček, 2007).

Cílem paliativní péče je dosažení co nejvyšší kvality života pacientů a jejich rodin. Vedle léčby bolesti a ostatních symptomů, tedy péče o fyzickou stránku, zahrnuje paliativní péče i psychologické a duchovní aspekty péče (Opatrná, 2008). Vysoká úroveň péče o fyzickou stránku je samozřejmě zásadní, ale sama o sobě nestačí. Nelze redukovat osobnost na pouhou biologickou jednotku. Terminálně nemocný pacient není biologickým pozůstatkem, pro nějž již nelze nic udělat, nýbrž osobou, která je až od samého konce života schopna vnitřně růst a něco dokázat. A to vše za předpokladu, že se mu dostane od ostatních přijetí a potřebné podpory (Doporučení Rec, 2003).

1.1 Historie

Koncept péče o těžce nemocné pacienty, tedy nejen o „tělo“, ale také o „duši“ a sociální prostředí, byl v evropské medicíně přítomen od nepaměti. Péče byla provozována multidisciplinárním týmem. Tento tým se již tehdy skládal z lékařů, zdravotních sester,

duchovních, jeptišek a členů rodiny. Již ve středověku vznikaly při některých klášterech útulky pro těžce nemocné a zmrzačené lidi. V roce 1842 Jeanne Garnierová založila v Lyonu seskupení žen, které se plně věnovalo péči o nevléčitelně nemocné. V roce 1847 toto společenství otevřelo v Paříži první zařízení pojmenované hospic. V souvislosti s dílem J. Garnierové získalo slovo „hospic“ svůj význam a to jako místo, kam jsou přijímáni a kde je pomáháno pacientům na konci života. V roce 1878 Marie Aikenheadová založila v irském Dublinu kongregaci Sester lásky, jejím posláním bylo doprovázet těžce nemocné při umírání. Toto společenství založilo několik takových to domů v Irsku a v Anglii, např. hospic sv. Josefa v Londýně. Právě v tomto hospici pracovala a začínala po 2. světové válce Cecily Saundersová, na začátku jako zdravotní sestra, po ukončení studií jako lékařka. V 50. letech 20. století zde postupně formovala a formulovala zásady lékařské péče vycházející z potřeb a situace nemocných, kterým tehdy nemohla ani rychle se rozvíjející medicína nabídnout vyléčení (Sláma, 2009; Vorlíček, Sláma, 2005; Vorlíček, Adam, 1998).

Sláma ve svém článku z roku 2009 píše o tom, že v souvislosti s biologickou a technologickou orientací moderní medicíny otázka péče o nevléčitelně nemocné a umírající zůstala v pozadí. Tehdy převládalo přesvědčení, že je otázkou času, než lidstvo zvítězí nad všemi nemocemi. Mělo to však jeden neblahý důsledek. Těžce nemocní a umírající, u kterých právě tato „vítězná“ medicína selhala, se ocitali zcela na pokraji zájmu lékařů a zdravotníků. Postoj zdravotníků by se dal shrnout do tvrzení, že s pacientem, kterého nemůže vyléčit nebo u nějž nemůže alespoň významně prodloužit život, se již nedá nic dělat. Hospicové hnutí vzniká jako reakce na výše uvedený postoj. Oproti tvrzení „nic se nedá dělat“ staví myšlenku hospice na přesvědčení, že bez ohledu na diagnózu, stupeň pokročilosti onemocnění či nepříznivou prognózu nemoci, můžeme vždy něco udělat pro zlepšení kvality zbývajících života nemocného.

Významné jsou výzkumy Saundersové o použití perorálního morfinu v léčbě chronické nádorové bolesti. Ve své práci byla Saundersová velice ovlivněna dílem psychologa Carla Rogerse, a to především jeho myšlenkami o naslouchání a komunikaci s nemocným. Za jistý souhrn základních myšlenek Saundersové lze považovat její koncept „celkové bolesti“ (total pain). Tělesná bolest je podle tohoto pojetí spjata a vzájemně se ovlivňuje s utrpením (bolestí) v oblasti psychické, sociální a duchovní. U terminálně nemocných a umírajících je tato provázanost zásadní a jednotlivé složky bolesti nelze mírnit odděleně (Vorlíček, Sláma, 2005).

Velmi důležitým mezníkem je v roce 1967 otevření Dr. Saundersovou na předměstí Londýna hospice sv. Kryštofa, ve kterém byla péče o „celkovou bolest“ terminálně nemocných zajištěna multidisciplinárním týmem. Šlo o první všem dostupný hospic. Toto bývá považováno za počátek moderního hospicového hnutí. Na lůžkové hospice často navazovala domácí hospicová péče („mobilní hospic“). Tato forma hospicové péče se rozvinula v první řadě v USA a ve Velké Británii (Sláma, 2009; Vorlíček, Sláma, 2005; Vorlíček, Adam, 1998).

První oddělení paliativní péče založil v roce 1975 doktor Balfour Mount v Royal Victoria Hospital v kanadském Montrealu. Koncept paliativní péče je založen na zásadách hospicového hnutí. Nevymezuje se proti hlavnímu proudu medicíny, ale usiluje o aplikaci přístupů a jednotlivých postupů hospicové péče v podmínkách dalších zdravotnických zařízení. Ve Velké Británii se stanovení pěti zásad stalo mezníkem rozvoje paliativní medicíny (Vorlíček, Sláma, 2005; Vorlíček, Adam, 1998):

1. *„Založení oddělení paliativní medicíny, která provádějí komplexní multidisciplinární péči, včetně vysoce odborné péče lékařské.*
2. *Rozvoj multidisciplinární domácí paliativní péče, včetně vyškolení lékařů a sester v tomto oboru, kteří pracují jako součást multikulturního paliativního týmu.*
3. *Založení hospicových paliativních oddělení v nemocnicích, které zavádějí multidisciplinární paliativní péči zpět do nemocničních provozů.*
4. *Rozvinutí konzultačních služeb v oblasti paliativní medicíny ve všech nemocnicích.*
5. *Výuka všech lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků v základech multidisciplinární péče.“* (Vorlíček, Adam, 1998, s. 18)

Paliativní medicínu můžeme označit jako jeden z nejstarších oborů medicíny a jako nejstarší lékařskou a také ošetrovatelskou disciplínu. (Opatrná, 2008)

1.1.1 Historie v ČR

V ČR se zájem o paliativní a hospicovou péči rozšiřuje až po roce 1989. Někteří z našich lékařů a sester měli možnost navštívit pracoviště paliativní péče v zahraničí. Vlivem těchto zkušeností bylo v 90. letech 20. století vybudováno několik lůžkových hospiců. Prvním hospicem, který byl otevřen, byl hospic Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995. V nemocnici v Babicích nad Svitavou bylo otevřeno v roce 1992 první oddělení paliativní

péče. Toto oddělení bylo později transformováno na LDN. V posledních 20 letech koncept paliativní péče o pokročile a terminálně nemocné postupně proniká do hlavního proudu medicíny. Postavení, úroveň a kvalita paliativní péče a její dostupnost pro pacienty jsou však v různých zemích Evropy rozdílné (Sláma, 2009).

1.2 Současnost hospicové péče

Novou organizační formou hospicové/paliativní péče jsou specializované ambulance a konziliární paliativní týmy, které začínají působit v řadě nemocnic v ČR. Hospice se staly místem, kde jsou aplikovány nejmodernější léčebné postupy při zmírňování všech symptomů a kde probíhá soustavný klinický výzkum. Naopak v mnoha akutních odděleních a zařízeních následné péče je snaha prakticky využívat postupů paliativní péče a poznatků získaných v prostředí hospiců (Vorlíček, Sláma, 2005).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) na nádorové onemocnění v roce 2005 zemřelo přibližně 7,6 milionu lidí a odhady WHO uvádějí, že v následujících deseti letech zemře 84 milionů. M. Opatrná (2008) uvádí, že podle přepočtů mohou onkologické diagnózy tvořit v roce 2015 až 55% příčin všech úmrtí.

V současné době je v ČR 14 lůžkových hospiců, 1 dětský hospic a jedno zařízení garantující paliativní péči. Jeden hospic je zamýšlený vybudovat v Libereckém kraji. Na portálu hospice.cz se uvádí, že v letošním roce 2011 by se měl otevřít druhý hospic v Praze, jedná se o hospic Malovická. Domácích (mobilních) hospiců na území české republiky funguje 19. Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích má také záměr provozovat mobilní hospic. Seznam a adresář všech hospicových zařízení v ČR naleznete v příloze 1. Po celé ČR také fungují ambulance paliativní medicíny.

1.3 Definice hospicové a paliativní péče

Plně uspokojivá definice hospicové péče dosud neexistuje. Tento pojem se původně používal pro formu péče, která se rozvinula jako protiklad k běžné zdravotní péči, v rámci této péče vykonávali převážnou většinu práce dobrovolníci a důraz byl kladen na spokojenost a duchovnost. Dnes je pojem „hospicová péče“ používán jako synonymum paliativní péče (Rec, 2003).

Definice paliativní péče je však několik, všechny kladou důraz na kvalitu života, řešení obtížných symptomů a specifikace skupiny pacientů, kteří jsou příjemci této péče.

„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života. American Academy of Hospice and Palliative Medicine“ (Marková, 2010, s. 19)

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin. WHO“ (Vorlíček, 1998, s. 19)

„Hospicový program je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných doma i za hospitalizace, který zajišťuje léčbu a psychologickou, sociální a spirituální péči pro umírající osoby a jejich rodiny. Služby jsou zajišťovány lékařsky řízeným interdisciplinárním týmem profesionálů i dobrovolníků. Po smrti nemocného je k dispozici péče o pozůstalé (bereavement). National Hospice Organisation, Arlington, Virginia, USA“ (Vorlíček, 1998, s. 19)

V definicích se mluví o nemocných, u kterých nemoc nereaguje na kurativní terapii, kteří trpí progredujícím a pokročilým onemocněním. Paliativní péče a léčba se netýká jen lidí bezprostředně před smrtí, ale i v průběhu onemocnění, kdy mají být nepřetržitě řešeny všechny obtíže spojené s onemocněním. Dle definice WHO paliativní medicína zahrnuje léčbu a péči nejen o nemocného, ale i o jeho rodinu a blízké. Tato definice tedy průlomově zdůrazňuje, že nemocný a jeho blízcí jsou společnou jednotkou a pokud je jim péče věnována odděleně, nebo snad jedné složce neposkytována vůbec, nemůžeme hovořit o kvalitní paliativní péči a léčbě (Marková, 2010)

Především v zahraniční literatuře se objevuje tendence rozlišovat pojmy paliativní medicína a paliativní péče. V některých publikacích se však používají jako synonyma. Pokud je tendence k rozlišení, pak v následujícím smyslu: paliativní medicína je obor medicíny a ten je vykonáván lékaři. Paliativní péče vyjadřuje multidisciplinární přístup k pacientovi, zahrnuje tedy komplexní činnost multidisciplinárního týmu, kam patří vedle lékařů i další zdravotničtí profesionálové (Opatrná, 2008).

1.4 Dělení paliativní péče

Marková (2010) uvádí, že v českých zemích u laické veřejnosti převládá názor, že paliativní péče znamená hospicová péče. To je však omyl. Dobrou paliativní péči by měli být

schopni poskytnout všichni zdravotníci ve všech zařízeních. Marková se také odkazuje na Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „ O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“, v kterém jsou vyzývány vlády členských států, aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované především týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími standardy; a aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající pacienti, pokud jejich přání nebudou jiná, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tato léčba mohla mít u daného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince.

Na výbor ministrů rady Evropy se Marková (2010) odkazuje i v tom, jak rozdělit paliativní péči a to podle míry její komplexnosti. Rozděluje paliativní péči na obecnou a specializovanou paliativní péči. Rada Evropy tedy vyzývá členské státy k tomu, aby všechna zařízení byla schopna poskytnout obecnou paliativní péči a aby byla dále zřizována zařízení specializované paliativní péče.

1.4.1 Obecná paliativní péče

Marková (2010) uvádí, že tuto paliativní péči by mělo poskytnout každé zdravotní zařízení. Součástí této péče je včasné vyhodnocení pacientova stavu a smysluplnosti další aktivní léčby, sledování, porozumění a poskytnutí takové terapie a péče, která je důležitá pro kvalitu klientova života. Sláma a Vorlíček (2007) ji označují jako dobrou klinickou péči o pacienta v situaci pokročilého onemocnění. Jejíž součástí je dobrá komunikace s pacientem a rodinou, orientace terapie na kvalitu života, účinná léčba symptomů a psychosociální podpora. Tuto péči by měli být schopni poskytnout lékaři všech odborností v rámci své běžné klinické práce. Marková (2010) odkazuje na Standardy hospicové paliativní péče, kde se píše o tom, že všichni zdravotníci by měli mít možnost v případě potřeby konzultovat a mít podporu specializovaných poskytovatelů paliativní péče.

Kvalita paliativní péče poskytovaná v nemocnicích závisí na několika faktorech, patří mezi ně především:

- Schopnost týmu identifikovat potřebu paliativního přístupu, tedy včas rozpoznat, kdy kurativní postup už pacientovi nemůže nic přinést a spolu s nemocným se rozhodnout pro postup paliativní.
- Kvalita vzdělání lékařů a sester v paliativní medicíně a péči.

- Fungující multidisciplinární tým.
- Kvalita formální i neformální komunikace uvnitř týmu.
- Otevřenost oddělení pro „civilní“ návštěvy, tedy pro rodinu a dobrovolníky (Marková, 2010).

1.4.2 Specializovaná paliativní péče

Specializovanou paliativní péči přináší pacientům a jejich rodinám tým odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzdělaní a disponují potřebnými zkušenostmi. Tento tým poskytuje výhradně paliativní péči. Tato péče je indikována tam, kde pacient a jeho rodina mají obtíže, jež svým obsahem přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče (Sláma, Vorlíček, 2007). Specializovaná zařízení paliativní péče jsou tedy taková zařízení, která poskytují paliativní péči jako svou hlavní činnost. Počet zaměstnanců v poměru k počtu pacientů je v těchto zařízeních větší. Služby v těchto institucích by měly být dostupné ve všech formách péče a měly by být schopné poskytovat pacientovi podporu, ať je kdekoliv: doma, v nemocnici, v rezidentní péči, v pečovatelském domě, v denním stacionáři, v ambulantní péči či na specializovaném oddělení paliativní péče (Marková, 2010).

Sláma a Vorlíček (2007) uvádí pět základních organizačních forem specializované paliativní péče.

1.4.2.1 Domácí paliativní péče

Zařízení domácí paliativní péče neboli tzv. mobilní hospic poskytuje tuto péči v domácím nebo v náhradním sociálním prostředí pacientů, vždy je to důvěrně známé prostředí, formou návštěv všech členů hospicového týmu. Slibuje trvalou dostupnost péče (7 dní v týdnu, 24 hodin denně). Tento typ péče zahrnuje také práci s pacientovou rodinou a blízkými, kteří se obvykle podílejí na péči. V ČR rozvoj tohoto typu specializované paliativní péče naráží na neexistující model úhrady ze strany zdravotních pojišťoven (Sláma, Vorlíček, 2007).

Marková (2010) vymezuje domácí paliativní péči jako nejlepší alternativu z hlediska sociálního a psychického pro většinu pacientů. I výzkumy věnující se problematice umírání potvrzují, že zemřít doma odpovídá představám o dobré smrti. Pro domácí paliativní péči musí být zajištěny tři podmínky: rodina, souhlas pacienta s touto formou péče a tým odborníků. Domácí hospic je ve světě nejrozšířenější a nejčastější formou specializované

paliativní péče. Týmy domácí hospicové péče jsou schopné vyřešit v domácím prostředí všechny možné situace spojené s koncem života, aby to hlavní přání nemocného „zemřít doma“ mohlo být splněno a to i při zachování vysokého standardu medicínské i ošetrovatelské péče. Nedílnou součástí je také péče o doprovázející rodiny nemocného v období nemoci a podpora pozůstalých v době truchlení. Kvalitní péči o umírajícího pacienta je možné zařídit při dobré spolupráci mezi praktickým lékařem, ambulancí paliativní péče a agenturou domácí ošetrovatelské péče, která však musí nabízet neomezenou návštěvní službu.

1.4.2.2 Lůžkový hospic

Lůžkový hospic je většinou samostatně stojící lůžkové zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči a to především v neterminální a terminální fázi nevy léčitelné nemoci. Důraz je kladen na jednotlivé a osobní potřeby a přání nemocného. Tato zařízení se snaží vytvořit prostředí, ve kterém by pacient mohl zůstat až do konce života v přímých vztazích se svými blízkými (Sláma, Vorlíček, 2007). U nás se pojem hospic vžil v jeho původním významu – zdravotnické lůžkové zařízení. Hospice patří mezi zdravotně sociální zařízení. Je zde poskytována zdravotní péče, ale i sociální poradenství a pomoc, a to nejen hospitalizovaným klientům a jejich rodinám, ale také pozůstalým a dalším v souvislosti s umíráním a smrtí jejich blízkých. Hlavní náplní práce v hospici je péče o umírající, umožňuje to tedy soustředit všechny síly na zajištění dobrého umírání nemocných. To je zajištěno především výběrem vhodně motivovaného personálu a jeho dalším vzděláváním, v uspořádání režimu dne, domácího řádu, podpory práce dobrovolníků a mnoho dalších. Dobrá paliativní péče se neobejde bez vyššího počtu personálu, než je v současné době stanoven pro jednotlivá oddělení. Jako ideální se ukazuje poměr nelékařského zdravotního personálu v denní službě k počtu pacientů 1:3-5 (Marková, 2010).

Podle Svatošové garantuje hospic klientovi, „že *nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a že v posledních chvílích života nezůstane umírající osamocen.*“ (Svatošová, 2008, s. 115)

Lůžkové hospice poskytují také tzv. respitní péči neboli péči o pečující. Jedná se o odlehčení v péči o nemocné, o které se stará dlouhodobě rodina. Je založena na předpokladu, že psychicky vyrovnaný ošetřující personál či pečující (např. z domácí hospicové péče či agentur ošetrovatelské domácí péče), umí vést k potřebné duševní hygieně i rodinu umírajícího, která je vystavena extrémní psychické zátěži. V určitých chvílích se stane, že již

rodina či blízký dál nemůže pečovat, že jsou vyčerpaní každodenním náročným ošetřováním, případně psychickým tlakem a starostmi o nemocného a jeho chorobu. Tehdy je dobré vyhledat respitní lůžko např. v domovech důchodců, nebo hospicích. Během několikadenních i několikatydenních pobytů nemocného v hospici, které jsou často opakované, si může rodina odpočinout, má možnost načerpat novou sílu. Při tom jsou nemocní v prostředí, kde starosti s ošetrovatelskou péčí, s tlumením případných bolestí či jiných obtíží přípravou jídla převezmou jiní lidé, odborníci.

1.4.2.3 Konziliární tým a ambulance paliativní péče

Konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení přináší interdisciplinární odbornou znalost z oblasti paliativní péče do lůžkových zařízení různého typu. Ovlivňuje kvalitu paliativní péče a nepřímo přispívá k postupné edukaci. Součástí je ambulance paliativní medicíny, bývá často utvářejícím jádrem týmu (Sláma, Vorlíček, 2007).

1.4.2.4 Oddělení paliativní péče (OPP)

Oddělení paliativní péče je součástí zdravotnických zařízení (nemocnice, léčebny). Pečuje o nemocné, kteří potřebují komplexní paliativní péči a současně potřebují pro diagnostiku a terapii ostatní služby nemocnice. V rámci možností daného zařízení OPP se snaží o realizaci hospicového ideálu. Ve fakultních nemocnicích mají velkou roli edukační. Často slouží jako základna pro konziliární tým paliativní péče (Sláma, Vorlíček, 2007).

1.4.2.5 Denní hospicový stacionář a zvláštní zařízení paliativní péče

Dalšími zahraničními formami specializované paliativní péče jsou denní hospicový stacionář a specializovaná poradna (Sláma, Vorlíček, 2007).

Stacionární hospicová péče (denní pobyty) je péče, kdy je pacient do hospice přijat ráno a během odpoledne či až k večeru se vrací domů. Dopravu nemocného do zařízení zajišťuje buď rodina, nebo hospic. Tato forma je vhodná pouze pro nemocné v místě nebo blízkém okolí zařízení (Svatošová, 2008).

Svatošová (2008) uvádí důvody využití stacionární péče diagnostické (kontrola bolesti), léčebné (nejrůznější paliativní léčba, úprava medikace), psychoterapeutické (osamělí

nemocní, tam kde rodina má obtíže s komunikací o problémech nemocného) a azylový důvod (potřeba si na chvíli odpočinout jak rodina od nemocného, tak nemocný od rodiny, vhodné jako prevence před vyčerpáním rodiny).

Mezi zvláštní zařízení paliativní péče zahrnuje Marková (2010) poradny, tísňové linky a půjčovny pomůcek.

1.5 Multidisciplinární tým

Pro sestru v paliativní péči je důležité pracovat v dobrém týmu. V týmu, který společně soustředí své síly ke společnému cíli: kvalitnímu životu svých pacientů a jejich rodin, ke zmírňování celkového utrpení pacienta. Jak bylo již výše uvedeno, tým v paliativní péči musí být multidisciplinární a za jeho členy by měli být považováni i členové pacientovy rodiny a to i samotný pacient. Ten by měl mít zásadní slovo při rozhodování o léčbě i dalších intervencích. Právě v takovém to týmu může být zachována důstojnost pacienta, a mohou být v těchto podmínkách individuálně řešeny všechny obtíže nemocného a jeho blízkých.

Marková (2010) uvádí složení multidisciplinárního týmu takové to:

- Lékaři – výhodou jsou specializace paliativní medicíny, ale i další odbornosti, a spolupráce s odborníky dle aktuálních zdravotních obtíží nemocného.
- Zdravotní sestry, zdravotničtí asistenti, ošetřovatelé.
- Sociální pracovník.
- Psycholog.
- Fyzioterapeut.
- Nutriční specialista.
- Pastorační pracovník, duchovní.

2 Fáze nevléčitelného onemocnění

U nevléčitelně nemocných může být klinický obraz a to i prognóza přežití velmi rozdílná. Při rozhodování o léčebném postupu nebo případném ukončení některých život prodlužujících postupů je třeba diferencovaný pohled na nevléčitelně nemocné z hlediska prognózy. Sláma a Vorlíček (2007) rozlišují tři fáze: Kontrolované onemocnění, fáze zlomu a terminální fázi. Slováček a Slováčková (2003) zmiňují dále fázi preterminální, tato fáze odpovídá fázi zlomu. V preterminální fázi je zbývající délka života týdny až měsíce. V terminální fázi dochází k postupnému nevratnému zhoršení celkového stavu v důsledku selhávání jednoho nebo více orgánů. Tato fáze odpovídá několika posledním dnům maximálně týdnům života. Cílem léčby v této fázi je snížit diskomfort, který pacientovi onemocnění přináší a umožnit nemocnému klidné a důstojné umírání.

Svatošová (2008) uvádí tři období hospicové péče:

- První období – pre finem – zdravotní stav není možné kurativně zlepšit, zvyšují se obtíže, nemocný si často uvědomuje blížící se konec života, příbuzní se vyrovnávají s blížící se ztrátou blízkého člověka
- Druhé období – in finem – umírání, nemocnému postupně ubývají fyzické i psychické síly, nemá zájem o okolí, odmítá stravu a tekutiny, je více unavený, slabý, nastupuje somnolence. Příbuzní v tomto období potřebují vysokou podporu.
- Třetí období – post finem – do tohoto období patří důstojné rozloučení se zemřelým, péče o mrtvé tělo, ale také podpora pozůstalých, a to jednak bezprostředně po úmrtí, ale i v delším časovém úseku.

Hospice by měly rozvíjet péči o své klienty ve všech třech obdobích. Chybou by bylo redukovat hospicovou péči pouze na období in finem (Svatošová 2008).

2.1 Fáze vyrovnávání se se smrtí

I když jsou reakce jednotlivých lidí na těžké životní situace různé a závisí na spoustě okolností, na zkušenostech a osobnosti jednotlivce, jsou zde určité zákonitosti. Velice přehledně je jako fáze popsala Elisabeth Kübler-Rossová (Svatošová, 2008).

- I. fáze - šok, popírání a stažení se do izolace.
- II. fáze - zlost a agrese, hněv, vzpoura.

- III. fáze – smlouvání, vyjednávání.
- IV. fáze – deprese, smutek.
- V. fáze - přijetí a smíření, akceptace, souhlas (Haškovcová, 2007; Svatošová, 2008).

Těmito fázemi neprochází jen pacient, ale i jeho nejbližší. Často je zde časový posun, v jakém prožívají jednotlivé fáze. Jestliže pacient již dosáhl stádia smíření, zatímco jeho okolí ještě prožívá fázi smlouvání, může to pacientovi být na škodu. I přes složitost situace by se měla rodina snažit co nejdříve s nemocným vyrovnat krok. Fázi smíření je ovšem důležité odlišit od rezignace. Svatošová (2008) uvádí rozdíl mezi přijetím a rezignací, který popisuje Kübler-Rossová takto:

„Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří jen na svůj osud rezignovali, tento výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti a chybějícího smíru. Tento výraz je velmi snadno odlišitelný od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového stadia přijetí pravdy.“ (Svatošová, 2008, s 25)

3 Nejčastější symptomy v paliativní péči

Preterminální a terminální stadia maligních onemocnění bývají provázena nepříjemnými, omezujícími a bolestivými symptomy. Nejčastějšími symptomy jsou bolest, únava, slabost, respirační obtíže doprovázené dušností a kašlem, dyspeptické obtíže horního a dolního typu a psychické obtíže (úzkost, strach, deprese, poruchy spánku). Mnoho z těchto příznaků je možné, vedle farmakologické terapie, ovlivnit také ovlivnit vhodnými ošetrovatelskými postupy (Marková, 2010; Slováček, Slováčková, 2003; Slováček, 2009).

Uvedené symptomy, které doprovázejí maligní onemocnění, negativně ovlivňují kvalitu života nemocného. Nemocnému i jeho rodině by měl být zřejmý zájem lékařů ošetrovatelského personálu o zmírnění jeho tělesných a psychických obtíží (Slováček, Slováčková, 2003).

3.1 Bolest

Bolest je nejčastějším symptomem u terminálně nemocných. Má mnoho příčin a podílí se na ní mnoho faktorů (Marková, 2010). Mírnit bolest u terminálně nemocných je prvořadým úkolem vedoucí k úlevě nemocného a snížení stresu ošetrovatelského personálu. V pokročilých stadiích maligních nádorových onemocnění jsou nádorové bolesti přítomny u 65–85 % nemocných, přičemž je lze tlumit kombinací analgetik u 85–95 % nemocných (Slováček, Slováčková, 2003). Chronická bolest výrazně snižuje kvalitu pacientova života. Je velmi důležité, aby sestra bolest správně monitorovala a hodnotila, což vede k účinné léčbě (Marková, 2010). V závěrečných dnech života lze u nemocných s obtížně tišenou bolestí užít analgosedaci. V klinické praxi využíváme analgesic ladder, tj. třístupňový medikamentózní analgetický žebříček doporučený WHO. Analgetická léčba má zajistit zmírnění bolesti na snesitelnou (Slováček, Slováčková, 2003; Slováček 2009). Tirayová (2001), na kterou se odkazují Slováček a Slováčková (2003), popisuje snesitelnou míru bolesti jako subjektivní snížení bolesti o nejméně 90 %. Analgetika je nutno aplikovat pravidelně tak, aby nemocný dostal další dávku dříve, než odezní účinek dávky předchozí (Slováček, Slováčková, 2003).

Vedle analgetik užíváme v léčbě bolesti i další metody. Jsou to: paliativní radioterapie, chemoterapie, paliativní chirurgické výkony s cílem zmenšit nádor a tím i bolest. Důležitou

součástí analgetické léčby jsou koanalgetika (adjuvantní analgetika). Nejčastěji užívanými jsou zejména antidepresiva, neuroleptika a benzodiazepiny.

3.2 Dušnost

Dušnost je subjektivní pocit nedostatku vzduchu. Není to jen izolovaný symptom patologického dýchání, ale i soubor fyzických, psychických, emocionálních a funkčních faktorů (Bredin, 2005). Provází v posledních 6 týdnech života 50-70 % onkologicky nemocných (Skříčková, Merta, 1998). Dušností nejčastěji trpí nemocní s bronchogením karcinomem a nemocní s metastatickým postižením plic (Slováček, Slováčková, 2003). Další příčinou dušnosti může být také ascites, oslabení dýchacího svalstva nebo důsledek podávání myorelaxancií. Akutní dušnost bývá způsobena i úzkostí (Marková, 2010).

V léčbě dušnosti pátráme po léčitelné příčině. Snížit pocit dušnosti zajišťuje i poloha v polosedě a podávání kyslíku nebo nízká dávka ovoidů. Lze využít i neuroleptika, která mírní kašel, úzkostnou složku u dušnosti, ale také tlumí bronchiální sekreci (Slováček, Slováčková, 2003).

3.3 Úzkost

Úzkost je definována jako strach z něčeho neznámého, neurčitého. Projevuje se tělesně – bušení srdce, pocení, třes, obtížné dýchání, pocit zalykání se, vnitřní chvění, bolesti nebo nepříjemné pocity na hrudi, břišní nevolnost, návaly horka nebo chladu, pocity slabosti, nevolnost. Projevy psychické jsou pocity závratě, neklidu, strach z mdloby, ze ztráty kontroly, strach ze smrti (Marková, 2010). Především krátkodobá a intenzivní úzkost je častým symptomem u onkologicky nemocných (Slováček, Slováčková, 2003).

3.4 Smutek a deprese

Smutek vzniká při zhoršení pacientova stavu, když si uvědomí své životní ztráty (Dostálová, 1998). Smutný pacient vyžaduje od sestry pochopení, a aby mu umožnila projevit své pocity (Marková, 2010).

Dostálová (1998) uvádí, že se deprese vyskytuje u pacientů s onkologickým onemocněním častěji než v běžné populaci. Deprese patří mezi poruchy nálady. Jedná se o patologický smutek. Pacient se nedokáže radovat ani na nic těšit. I v závěru života zasluhuje adekvátní psychologickou pomoc a psychiatrickou léčbu (Marková 2010).

3.5 Kvalitativní poruchy vědomí a psychomotorický neklid

U kvalitativních poruch vědomí je spíše zachována vigilita, je však porušena některá z psychických funkcí (vnímání, myšlení, efektivita a paměť). Z těchto poruch vyplývají poruchy jednání. Sem patří zmatenost (amence) a delirium. Příčiny mohou být v metabolických poruchách, hypoxii, dehydrataci, bolesti, infekci, některých farmak apod. Často se u těchto poruch vyskytuje psychomotorický neklid. Zde je nutné řešit vyvolávající příčinu těchto stavů (Slováček, Slováčková, 2003).

3.6 Dyspeptické potíže horního typu

Do této skupiny řadíme tyto obtíže: nevolnost, nauzea, zvracení, nechutenství a škytavka. Nevolnost je častějším příznakem než zvracení. Udává jí 50-60 % onkologicky nemocných. Zvracení se objevuje u 30 % terminálně nemocných. Může být způsobeno vlastními produkty nádorového metabolismu, tumorózní masou s metastázami. K potlačení těchto symptomů se používají antiemetika s centrálním či periferním účinkem. Nemocnému je vhodné doporučit přijímat stravu v malých dávkách a vícekrát denně s dostačujícím pitným režimem.

Škytavka je u terminálně nemocných častá. Bývá způsobena roztažením žaludku, vysokým stavem bránice při metastatickém postižení jater, ascitem, pleurálním výpotkem, primárním

nádorem mozku nebo metastatickým postižením mozku. U dlouhotrvající škytavky je lékem první volby chlorpromazin (Slováček, Slováčková, 2003).

3.7 Dyspeptické obtíže dolního typu

Nejčastějšími symptomy tohoto typu je zácpa, meteorismus. Jsou to problémy s vícečetnou etiologií – imobilita, nízký příjem tekutin a vlákniny, metabolické a nutriční procesy, postradiační fibróza střeva, ale i nežádoucí účinky opioidů. Nemocnému se doporučuje preventivní podávání laxativa osmoticky působící (např. Lactulosa) či ostatní typy. Není-li efekt, přistupuje se k podávání očištných klyzmat nebo k manuálnímu vybavení stolice (Slováček, Slováčková, 2003).

4 Kvalita života

„Kvalita života člověka určuje kvalitu jeho smrti.“

Elisabeth Kübler-Ross

„Základním mottem paliativní péče je kvalita života pacienta a jeho rodiny.“ (Marková, 2010, s. 38)

Kvalita života je složitý a široký pojem. Je to pojem, který je těžko uchopitelný pro svou mnohostrannost a komplexnost. Dotýká se pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zahrnuje klíčové faktory bytí a sebepochopení. Zjišťuje materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro šťastný život člověka. Komplexní pohled na život zahrnuje jak vnější podmínky, tak i vnitřní rozměry člověka (Payne, 2005).

Kvalita života je obtížná oblast. Po mnoha snahách ji objektivně klasifikovat dospěli odborníci k závěru, že jde o výrazně subjektivní hodnotu. Rozdíl mezi ideálem a realitou je někdy značný, a přesto není příčinou nekvalitního prožívání života. Mnozí handicapovaní a vážně nemocní lidé jsou nesporným důkazem toho, že i přes mnohá protivenství a nerovnost šancí žít život i s nemocí a v ní. (Haškovcová, 1998)

Polák (2010) ve své práci shrnuje definice z několika zdrojů. Člověk často přemýšlí o svém životě a hodnotí spokojenost s ním. Pojmenovat termín kvality života, přestože dává zjevný smysl, není snadné. Odkazuje se na Slámu, který vymezuje kvalitu života jako *„subjektivní globální hodnocení vlastního života.“* (Sláma, 2005, s. 288). Dále WHOQoL Group (World Health Organization Quality of Life Assessment) definuje kvalitu života člověka jako: *„...vnímání vlastní pozice v životě člověka v kontextu kultury a hodnotového systému, v němž žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním a zájmům. Jedná se o široký koncept včleňující do sebe komplex fyzického zdraví, duševního stavu, úrovně nezávislosti, sociálních vztahů a jejich vztahu k zásadním aspektům životního prostředí.“* (1994, s. 43). Slováček a Jebavý (2007) shrnují kvalitu života nemocného, jako subjektivní veličinu, kterou definují jako *„subjektivní posouzení vlastní životní situace“*(s. 11). Uvádějí, že definice kvality života nemocného vyplývá z koncepčního modelu kvality života, který má 4 dimenze plnohodnotného života. Těmito dimenzemi jsou fyzický stav, psychický stav a psychologické aspekty, sociální stav a spirituální aspekty. Na kvalitu života se nahlíží jako na vícerozměrnou veličinu zahrnující nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost příznaků onemocnění či

terapie, ale v celkovém pohledu také psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty. Slováček a Jebavý (2007) uvádějí další faktory ovlivňující kvalitu života. Jsou jimi věk, pohlaví, polymorbidita, rodinná situace, preferované hodnoty, ekonomická situace, vzdělání, religiozita a kulturní zázemí. Celková kvalita života je souhrnem všech uvedených faktorů.

Vavrda (2005) popisuje situaci při kontaktu s pacientem, předpokládáme, že přichází pro terapeutický zákrok. Často zůstává skryto mimo naši pozornost jiné očekávání, a to velice zásadní, očekávání změny kvality života. Rozdíl mezi očekávanou a dosaženou kvalitou života pak zásadně ovlivňuje spokojenost pacienta s léčbou. Obtíže představuje i skutečnost, že si pacienti neuvědomují, že souvislost mezi výsledkem léčby a změnou kvality života není tak bezprostřední. Změna tělesného stavu je jen jedním z mnoha předpokladů změny kvality života, ve kterou pacient doufá.

Engel a Bergsma mapují problematiku kvality života ve třech hierarchicky odlišných sférách (Křivohlavý, 2002). Tyto sféry jsou: makro-rovina, mezo-rovina a personální rovina. Otázky kvality života zasahují na makro-rovině do základních politických úvah. Život je na této rovině chápán jako celková morální hodnota, ze které kvalita života vychází. V druhé rovině je problematika kvality života sledována v malých sociálních skupinách (zdravotníci, obyvatelé domova důchodců, studenti apod.). Kromě morálních hodnot člověka je zde také sledováno uspokojování potřeb, sociální opory, sociálních vztahů, sdílení hodnot apod. Poslední, třetí, rovina osobní, je již zaměřena na samotnou osobu a její subjektivní hodnocení kvality života. Podle autorů je v této oblasti kvalita života reflexí nad vlastní osobností. Autoři píší ještě o čtvrté rovině, kterou nedoporučují k hodnocení, je to rovina fyzická. Zde jsou kritéria pro posuzování kvality operacionálně stanovena, ale postrádají hlubší vhled do problematiky (např. sledování jak pacient chodil před a po ortopedickém zákroku).

Marková (2010) uvádí, že prožívání kvalitního života se v nemoci mění a posouvá. To, co by zdravý člověk nikdy neoznačil za kvalitní, v nemoci získává úplně jiný význam. Kvalita života také souvisí na uspokojování potřeb. Každý člověk a každá rodina má potřeby jiné, proto je tedy i kvalita individuální pojem. Pro zajištění dobré kvality života je nutné správně rozpoznávat potřeby v rodině s nemocným člověkem a správně na ně reagovat. V žádném případě nelze říci, že člověku k prožívání kvalitního života stačí, pokud je bez bolestí a dalších tělesných symptomů. Pro kvalitu života nemocného je podstatné tyto hodnoty pochopit a přemýšlet o potřebách, které s nimi mohou souviset.

4.1 Hodnocení kvality života

Podle Hnilicové je možno zjednodušeně rozlišit dva přístupy ke kvalitě života – subjektivní a objektivní. „*Je stále otevřenou otázkou, jak tyto dvě úrovně spolu souvisí, a jak by tedy měla být kvalita života nejlépe měřena.*“ (Hnilicová, 2005, s. 207).

Hnilicová (2005) definuje objektivní kvalitu života, jako splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. Kvalitu života zaměřenou hlavně na zdravotní stav pacienta tedy hodnotí druhý hodnotitel obvykle podle daných kritérií. Křivohlavý (2002) upozorňuje, že přes všechny dobré snahy vykazovaly výstupy značné rozdíly od toho, jak kvalitu života hodnotil sám pacient a hodnotitel. Subjektivní kvalita života se týká dimenze emocionality a obecné spokojenosti se životem (Hnilicová, 2005). Patrick a Ericsson, na které odkazuje Křivohlavý (2002), navrhli zjišťovat u pacienta nejprve priority dimenzí kvality života a teprve poté brát v úvahu ty dimenze, které daný pacient považuje za nejpodstatnější z jeho hlediska. Do popředí měření kvality života vstupuje fenomenální hledisko, vnitřní referenční rámec pacienta. O'Boyle, McGee a Joyce, na které taktéž odkazuje Křivohlavý (2002), si všimli, že jednotlivé dimenze kvality zdraví mají také odlišnou závažnost pro daného pacienta. To by mělo být respektováno při zjišťování kvality pacientova života. Také upozornili na to, že jednotlivé dimenze kvality života a jejich hierarchie se v průběhu času a vlivem rozličných situací mohou pozměňovat. Podle těchto autorů by měla být kvality života definována individuálně podle toho, jak si určí každý člověk sám. Podle Hofstedeho, na kterého odkazuje Křížová (2005), je kvalita života převážně záležitostí hodnot. Ty částečně závisejí na osobní volbě, ale to, co je posuzováno jako dobré a co špatné, je především diktováno kulturou a společností (Křížová, 2005). Často užívaným termínem při definování kvality života bývá také životní spokojenost. Křivohlavý (2002) odkazuje na Cohena, podle kterého jsou cíle a plány, kterých chce člověk dosáhnout, souvislé, a dávají smysl a jednotnost lidskému životu.

Berg a Schmale, na které se odvolává Hnilicová (2005), uvádějí, že pro subjektivní vnímání kvality života je rozhodující kognitivní hodnocení a citové prožívání vlastního života. Pro toto hodnocení nemusí být v přímé úměře se socioekonomickým statusem, a dokonce ani s biologickým zdravím. Hnilicová (2005) uvádí, že v současné době je studium kvality života zaměřeno na identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu štěstí a dále se badatelé zajímají o vzájemné vztahy mezi všemi těmito faktory. Cílem je podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a podmínky, které umožňují lidem žít způsobem, který považují za kvalitní a za nejlepší.

Nástroji k měření kvality života jsou dotazníky, které hodnotí dopad nemoci a její léčby na běžný život pacienta. Oblastmi, které vytvářejí či ovlivňují kvalitu života, jsou fyzikální funkce (soběstačnost, pohyblivost, zrak, sluch, kontinence), emocionalita (deprese, lítostivost, pocit strachu), sociální funkce (vztahy v rodině, k okolí, náplň volného času), práce, domácí práce a nakupování, bolest, spánek a jeho kvalita a poslední jsou příznaky specifické pro dané onemocnění. Dotazníky kvality života se dělí na obecné (generické) a specifické pro dané onemocnění, nebo aspekty kvality života (Slováček, Jebavý, 2007).

4.1.1 Generické dotazníky kvality života nemocných

Generické dotazníky hodnotí všeobecně komplexní stav nemocného, bez ohledu na konkrétní chorobu. Tyto dotazníky jsou široce použitelné u jakékoli skupiny populace. K neznámějším a nejpoužívanějším dotazníkům patří Karnofsky Performance Status Scale, Activities of Daily Living, Sickness Impact Profile, Short Form 36 Health Subject Questionnaire, Nottingham Health Profile, European Quality of Life Questionnaire Version EQ-5D, World Health Organization Quality of Life Assessment (Slováček, Jebavý, 2007).

Salajka (2001) jako společnou výhodu těchto dotazníků považuje to, že si všimají kvality života nemocných v co nejširším záběru. Jsou tedy vhodné k hodnocení nevýběrových vzorků populace, nebo ke srovnání velikosti ovlivnění kvality života různými onemocněními. Upozorňují však na malou citlivost k jemnějším změnám zdravotního stavu dosaženého třeba terapií (Slováček, Jebavý, 2007).

Dotazník European Quality of Life Questionnaire Version EQ-5D (EuroQol EQ-5D) byl vyvinut multidisciplinárním týmem odborníků z několika evropských zemí v roce 1987. V tomto dotazníku je kvalita života nemocných měřena pomocí 5 dimenzí kvality života. Tito ukazatelé fyzického a psychického zdraví jsou pohyblivost, sebeobsluha, běžná činnost, bolesti/obtíže a úzkost/deprese (příloha 2). Součástí dotazníku je také subjektivní ukazatel na principu vizuální analogové škály (tzv. EQ-5D VAS) se stupnicí 0 – 100 (0 – nejhorší zdravotní stav, 100 – nejlepší zdravotní stav) (Slováček, Jebavý, 2007) (příloha 3). Tento dotazník je jedním z nejčastěji používaných generických dotazníků u onkologicky nemocných (Slováček, Slováčková, Blažek, Jebavý, 2006).

Karnofskyho index - Performance Status Scale, tento index vyjadřuje lékařův názor na celkový zdravotní stav např. onkologického pacienta k danému datu (Křivohlavý, 2002, 2005).

- 100% - Normální stav, neprojevují se žádné obtíže.
- 90% - Normální výkonnost pacienta, minimální projevy choroby.
- 80% - Normální výkonnost pacienta, avšak s vypětím, drobné příznaky nemoci.
- 70% - Omezená výkonnost pacienta, samoobslužnou zachována, pracovní neschopnost pacienta.
- 60% - Omezená výkonnost pacienta, ten však občas potřebuje cizí pomoc.
- 50% - Omezená výkonnost pacienta, ten není trvale upoután na lůžko, potřebuje však ošetrovatelskou a lékařskou péči.
- 40% - Pacient je trvale upoután na lůžko, potřebuje nutně lékařskou odbornou péči.
- 30% - Pacient je vážně nemocen, nutná je odborná péče a podpůrná léčba, je indikována hospitalizace.
- 20% - Pacient je velmi těžce nemocen, je nutná hospitalizace, odborná péče a aktivní podpůrná léčba.
- 10% - Pacient je moribundní (pomalu umírá), nemoc rychle pokračuje a léčení nezaznamenává účinné zlepšení (nepomáhá).
- 0% - Pacient je mrtev.

4.1.2 Specifické dotazníky kvality života nemocných

Specifické dotazníky jsou vytvořeny pro jednotlivá onemocnění neboho určitý aspekt kvality života. Součástí často bývá generický dotazník. Specifickými dotazníky jsou například Functional Assessment of Cancer Therapy – General Scale pro pacienty s nádorovým onemocněním s jednotlivými modifikacemi. Jsou to například for Patients with Breast Cancer, for Patients with Bladder Cancer. Pro nemocné s nádorovým onemocněním je to dotazník European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire. Pro nemocné v terminálním stádiu onemocnění to jsou dotazníky Missoula – Vitas Quality of Life Index V-25 a jeho zkrácená verze Missoula – Vitas Quality of Life Index V-15 (Slováček, Jebavý, 2007).

4.2 Dotazník životní spokojenosti (DŽS)

Dotazník životní spokojenosti slouží ke spolehlivému zachycení individuálního obrazu celkové životní spokojenosti člověka a rozdělení této spokojenosti do deseti oblastí. Dotazník vznikl v Německu, kde byl i standardizován na vzorku 2870 osob. Českou verzi přeložili a upravili Rodná a Rodný (2001).

DŽS lze použít v mnoha oblastech - např. v průběhu léčby chronicky nemocných, v sociologicky orientovaných výzkumech, v průběhu psychoterapie k hodnocení její účinnosti apod. Dotazník je určen pro dospělé a děti od 14 let (Rodná, Rodný, 2001).

Dotazník životní spokojenosti obsahuje 10 oblastí, které zahrnují různé složky životní spokojenosti. U každé oblasti se odpovídá na 7 položek na sedmibodové stupnici (od "velmi nespokojen/a" až po "velmi spokojen/a") (příloha 4). Na základě dosažených bodů v těchto jednotlivých škálách, které se zapisují do záznamového listu (příloha 5), vypočteme index tzv. celkové životní spokojenosti. Životní spokojeností je míněno individuální posouzení minulých a současných životních podmínek a perspektivy do budoucnosti (Rodná, Rodný, 2001).

První hodnocenou oblastí je zdraví. Osoby s vysokou hodnotou v této oblasti jsou spokojeny se svým celkovým zdravotním stavem, se svou duševní i tělesnou kondicí, se svou fyzickou výkonností a odolností proti nemocem. Zde jsou zahrnuty i případné bolesti a nemoci. (Příklad: "Se svou fyzickou kondicí jsem...").

Druhou oblastí je práce a zaměstnání. Osoby s vysokou hodnotou v této škále jsou spokojeny se svou pozicí v zaměstnání, se svými úspěchy a s možnostmi vzestupu. Pozitivně hodnotí jistotu své profesionální budoucnosti, a zda jsou spokojeni s mírou požadavků a zátěže v zaměstnání. (Příklad: "Se svou pozicí v zaměstnání jsem ...")

Finanční situace je další hodnocená oblast. Osoby s vysokou hodnotou v této škále považují svůj příjem, výši svého majetku a svůj životní standard za uspokojující, ale také pro zajištění existence, možnost výdělku v budoucnosti a zajištění ve stáří. „*Tomu odpovídá spokojenost s finančními možnostmi rodiny.*“ (Rodná, Rodný, 2001, s. 60) (Příklad: "Se svým majetkem jsem ...")

Volný čas je čtvrtou oblastí. Lidé s vysokou škálovou hodnotou jsou spokojeni jak s délkou, tak s kvalitou svého volného času a své dovolené. Dobu, kterou mají k dispozici pro

koničky a pro blízké osoby, hodnotí velice kladně, stejně jako celkovou pestrost ve volném čase. (Příklad položky: "S kvalitou odpočinku ve volném čase během týdne a o víkendech jsem ...").

Pátou oblastí je manželství a partnerství. Lidé s vysokou škálovou hodnotou v této oblasti jsou v podstatných aspektech svého manželství, resp. svého partnerského života spokojeni s požadavky, se společnými aktivitami, s partnerovou otevřeností, pochopením a ochotou pomáhat, s něžností a bezpečím. (Příklad položky: "S pochopením, které má pro mne můj partner/moje partnerka, jsem...").

Šestou hodnocenou oblastí je vztah k vlastním dětem. Ti s vysokou škálovou hodnotou mají vztahy k vlastním dětem celkově dobré. Jsou spokojeni se svým vlivem na děti, se společnými aktivitami a s tím, jak si jich děti cení. (Příklad položky: "Pomyslím-li na to, jak vycházím se svými dětmi, jsem ...").

Sedmá oblast se zabývá vlastní osobou. Lidé s vysokou škálovou hodnotou jsou spokojeni s mnoha aspekty své osoby: se svým vzhledem, svými schopnostmi, charakterem, svou vitalitou a sebevědomím. K tomu patří také hodnocení způsobu života, který až doposud vedly, ale také vycházení s ostatními lidmi. (Příklad položky: "Se svými schopnostmi a dovednostmi jsem ...").

Sexualita je osmou hodnocenou oblastí. Osoby s vysokou hodnotou v této oblasti pozitivně hodnotí svou fyzickou atraktivitu a svou spokojenost se svou sexuální výkonností, se svými sexuálními kontakty a sexuálními reakcemi. (Příklad položky: "Pomyslím-li na soulad s partnerem v oblasti sexuality, jsem...").

Oblast přátel, známí a příbuzní je devátou oblastí dotazníku. Osoby s vysokou hodnotou v této oblasti jsou spokojeny se svými sociálními vztahy, tzn. s kruhem svých přátel a známých, se svými příbuznými a také se svými kontakty se sousedy. Pozitivně hodnoceny jsou sociální aktivity a společenská angažovanost a četnost styků s ostatními. (Příklad položky: "S kontaktem se svými příbuznými jsem ...").

Poslední desátou oblastí je bydlení. Osoby s vysokou hodnotou v této škále jsou spokojeny se svými bytovými podmínkami, tzn. s velikostí, stavem a polohou bytu, s dostupností dopravních prostředků, s náklady, stejně jako obecně se standardem bydlení. (Příklad položky: "S výdaji za bydlení (nájemné, příp. splátky) jsem ...").

4.2.1 Celková životní spokojenost

Osoby s vysokou škálovou hodnotou jsou v mnoha oblastech života nadprůměrně spokojeny. Mají-li v jednotlivých oblastech či určitých aspektech důvod k nespokojenosti, je to kompenzováno spokojeností v jiných oblastech. Oblasti práce a povolání, manželství a partnerství a vztah k vlastním dětem, které se mnoha osob netýkají, přitom byly ponechány stranou.

4.3 Kvalita života v paliativní péči

Kaasa (2000) uvádí že, většina lékařů a badatelů se shoduje na tom, že hlavním cílem paliativní péče je zlepšování kvality pacientova života. Podobné je i stanovisko Světové zdravotnické organizace (WHO), která paliativní péči definuje jako „*aktivní péči o pacienty trpící onemocněním, proti kterému nelze účinně uplatnit žádnou léčebnou proceduru. Jde především o potlačení bolesti a dalších symptomů a řešení problémů psychologického, sociálního a duchovního charakteru. Cílem paliativní péče je zajistit pacientům a jejich rodinám nejvyšší možnou kvalitu života. Paliativní péči lze uplatnit také v kombinaci s metodami zaměřenými na léčbu rakoviny u pacientů, kteří nejsou v terminálním stádiu.*“

Kaasa (2000) uvádí několik faktorů, na kterých závisí, jak rozumíme pojmu kvality života. Patří mezi ně:

- typ klinické zkušenosti, zde rozlišujeme, zda mluvíme o kvalitě života v kontextu onkologie, nebo paliativní péče, v kontextu hospice, nebo obecněji paliativní medicíny,
- typ pacienta, zde máme na mysli pacienta v poslední den jeho života, nebo během určité doby paliativní léčby,
- profese, záleží na tom, zda se na kvalitu života díváme z pohledu lékaře, zdravotní sestry, duchovního nebo sociálního pracovníka, či psychologa,
- kulturní příslušnost a také prostředí, ve kterém se s pojmem pracuje, tedy zda jde o výzkum, nebo o klinickou praxi.

Dle Kaasy (2000) kvalita života v rámci paliativní péče nemůže být dle názoru mnoha badatelů hodnocena jinak než z individuálního pohledu. Pacientům by proto nemělo být zevnějšku podsouváno žádného předem daného hodnotového systému. Pacienti by si tedy měli sami rozhodnout, které aspekty jejich života jsou v danou chvíli nejdůležitější pro zhodnocení

jeho kvality. Kvalita života je v tomto přístupu chápána jako celková stanoviska, která ve své plné šíři zahrnují také pacientův etický pohled na život. Jedná se o alternativu k přístupu, který se zaměřuje na pojem zdraví – požadavkem je, aby pacient seřadil symptomy podle závažnosti a také každému z nich přiřadil jeho relativní hodnotu.

Sláma (2005) uvádí, že většina onkologů se shoduje v tom, že kvalita života udává míru, do jaké nemoc a její léčba ovlivňují pacientovu možnost a schopnost žít takový život, který mu přináší uspokojení. Uvádějí dvě základní charakteristiky takto koncipované kvality života. První z nich je multidimenzionalita (mnohorozměrnost), což znamená, že kvalita života se týká více oblastí. Rozlišuje se pět oblastí:

- tělesné obtíže (bolest, nevolnost, únava);
- funkční zdatnost (schopnost zvládat běžné denní aktivity, pracovní zátěž);
- psychologická/emocionální oblast (nálada, úzkost, deprese),
- sociální oblast (vliv nemoci na vztahy v rodině, s přáteli, sociální postavení, oblast finančních potíží),
- existenciální oblast a duchovní (otázky smyslu života, naděje, smíření a odpuštění) (Sláma, 2005).

Druhou je subjektivnost. Jednoduše řečeno, dva rozdílní pacienti budou stejnou nemoc prožívat různě. Na onu subjektivnost odkazuje Sláma (2005), když představuje výzkum, který se zabývá vztahem kvality života a paliativní chemoterapie. Výzkum ukázal, že paliativní chemoterapie nevedla k výraznému prodloužení života (pouze o několik týdnů), ale pozitivně ovlivnila kvalitu života, kterou pacienti udávali, oproti kontrolní skupině, která dostávala maximální podpůrnou a symptomatickou léčbu. Je však důležité, aby výsledky těchto studií byly interpretovány velmi uvážlivě. Někteří pacienti léčení chemoterapií měli velmi vážné nežádoucí účinky, a přesto fakt, že dále probíhala léčba, a byla zde určitá, byť malá šance na zlepšení, je motivovala, dávala naději a tím zlepšovala kvalitu života. Sláma upozorňuje na situace z praxe, že nekurativní chemoterapie sice může mít vliv na délku života, ale její nežádoucí účinky mohou nepříznivě působit na kvalitu života pacienta. Je obtížné rozhodnout složité lékařské dilema, kterým směrem se bude další léčba ubírat. Při tomto rozhodování nelze vycházet z výzkumů, ale je třeba zjišťovat postoje vždy konkrétního pacienta.

II. Výzkumná část

1 Výzkumné otázky

- 1) Bude se lišit kvalita života u klientů hospicové péče při přijetí a po 14 dnech hospitalizace?
- 2) Bude se lišit životní spokojenost u klientů hospicové péče při přijetí a po 14 dnech hospitalizace?
- 3) Změní se hodnoty škály depresivity u klientů hospicové péče při přijetí a po 14 dnech hospitalizace?
- 4) Bude odpovídat sebehodnocení deprese se stupněm depresivity pacientů?
- 5) Má vzdělání vliv na životní spokojenost respondentů?
- 6) Má religiozita vliv na kvalitu života nemocných?
- 7) Má věk vliv na hodnocení zdravotního stavu?

1.1 Výzkumný záměr

HYPOTÉZY:

Hypotéza č. 1:

Objektivní celkový zdravotní stav pacientů se po 14 dnech pobytu v Hospici zvýší.

Hypotéza č. 2:

Kvalita života pacientů se po 14 dnech zlepší. Změna bude především v oblasti bolest a potíže a úzkost a deprese.

Hypotéza č. 3:

Vnímání aktuálního zdravotního stavu pacientem se po 14 dnech v hospicové péči zvýší.

Hypotéza č. 4:

Životní spokojenost respondentů bude po 14 dnech vyšší než při přijetí.

Hypotéza č. 5:

Po 14 dnech se sníží depresivita pacientů.

2 Metodika

Výzkum byl prováděn formou dotazníkového šetření. První část dotazníku jsem vyplňovala po kontaktu s pacientem a cílenými otázkami (příloha 8). Tato část obsahovala Karnofskyho index, polymorbiditu, otázku nikotinismu a religiozity. Dále byl dotazník sestaven z několika standardizovaných dotazníků a škál. Obsahoval otázky identifikační, dichotomické, polytomické výběrové a výčtové. Dotazníky byly předkládány pacientům s jejich souhlasem a po předchozím vysvětlení při příjmu (max. do druhého dne) a poté po 14 dnech.

Použité nástroje k měření kvality života nemocných, které vyplňoval pacient

- K hodnocení kvality života bude použita česká verze mezinárodního generického dotazníku **European Quality of Life Questionnaire - Version EQ-5D** (EuroQol).
- K hodnocení životní spokojenosti bude použit **Dotazník životní spokojenosti** (Fahreberg et al.).
- K hodnocení výskytu a závažnosti depresivních symptomů bude použita **Zungova sebesuzovací škála deprese**. Jedná se o analogicky strukturovaný sebesuzovací dotazník, který se skládá z 20 otázek, na které respondent odpovídá 4bodovou stupnicí (1 – nikdy, 2 – někdy, 3 – často, 4 – velmi často či stále) (příloha 6).

Požadavky na vhodnost respondentů.

- Funkční a kognitivní schopnost vyplnit dotazník samostatně
- Ochota vyplnit dotazníky

Dotazníky jsem rozdala respondentům ve věkové rozmezí od 33 do 80let. Výzkum probíhal od září 2010 do března 2011 v Hospici (dále jen hospic). V hospici jsem požádala o možnost provádění výzkumu. Poté jsem do zařízení pravidelně docházela a vybírala jednotlivé klienty ke spolupráci. Postupně jsem takto oslovila 30 vhodných respondentů. 29 respondentů bylo do hospice přijato pro onkologické onemocnění, jeden byl neonkologický.

Typ studie, sběr dat

- lokální, transverzální, prospektivní.

2.1 Statistické zpracování výsledků výzkumu

Statistická analýza dat

Vyhodnocení dotazníků kvality života bude provedeno deskriptivní analýzou v souladu s metodikou European Quality of Life Group.

Vyhodnocení dotazníků životní spokojenosti bude provedeno konverzí hrubého celkového skóre výsledný index životní spokojenosti.

Vyhodnocení sebesposuzovací škály deprese bude provedeno konverzí hrubého celkového skóre na výsledný index depresivity (příloha 7).

Proměnné

Nezávisle proměnné:

- věk
- pohlaví
- vzdělání
- rodinný stav
- performance status – Karnofskyho index (celkový zdravotní stav pacienta)
- počet přidružených onemocnění (polymorbidita)
- abusus kouření
- náboženské vyznání /religiozita/

Závisle proměnné:

- dimenze kvality života (EQ-5D skóre)
- subjektivní zdravotní stav (EQ-5D VAS)
- index životní spokojenosti
- index depresivity (Zungův SDS index)

Většina získaných dat je vyjádřena absolutní a relativní četností v procentech. Některá data jsou popsána aritmetickým průměrem a směrodatnou odchylkou nebo mediánem a modusem. Hypotézy jsou v diplomové práci pro zjištění statistické významnosti testovány pomocí dvouvýběrového párového t-testu na střední hodnotu. Tento test je součástí analýzy dat programu Microsoft Office Excel 2007.

Absolutní četnost je počet statistických jednotek, jímž přísluší stejná hodnota znaku. Ve výzkumné části je absolutní četnost označena symbolem „ n_i “.

Relativní četnost je definována jako podíl četnosti znaku a rozsahu souboru. Ve výzkumné části je relativní četnost označena „% pacientů“.

Součet absolutních četností je roven rozsahu souboru, součet relativních četností je roven 1 (Zvárová, 2004; Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005).

Míry střední polohy

Aritmetický průměr (vážený průměr) je míra polohy, charakterizuje obecnou velikost zkoumaného jevu v daném souboru. Je dán podílem součtu hodnot znaků a rozsahu souboru. Je vyjádřen vztahem:

$$\bar{x} = \frac{\sum_1^n x_i}{n}$$

Medián je střední hodnota souboru pro numerická i ordinální data seřazena vzestupně nebo sestupně. Medián dělí statistický soubor na dvě stejné poloviny (u sudých počtů měření se bere jako průměr dvou prostředních čísel). Lze díky němu stanovit střední hodnotu statistického souboru.

Modus je nejčastěji se vyskytující se hodnota mezi znaky (Zvárová, 2004; Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005).

Míry variability, zachycují hodnoty rozptýlené kolem středu

Směrodatná odchylka – nejběžněji a nejčastěji používaná míra variability, která ukazuje, jak jsou data rozptýlena od střední hodnoty (průměru). Udává se ve stejných jednotkách jako

původní data a průměr. Pro měření variability je vždy ve smyslu vzájemných rozdílů. Je určena vztahem:

$$s = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{(n - 1)}}$$

Hladina statistické významnosti byla zvolena 5% ($p < 0,05$).

Testování hypotéz

Hypotéza lze definovat jako předpokládanou odpověď na výzkumnou otázku, či tvrzení, předběžný předpoklad nebo vysvětlení vztahu mezi dvěma nebo více proměnnými, vztahu mezi závislou a nezávislou proměnnou. Hypotéza umožňuje vysvětlení určitého jevu. Hypotéza je tvrzení o postatě určité situace ve světě, je to vědecky zdůvodněný předpoklad možného stavu skutečnosti (Zvárová, 2004; Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005).

Postup při testování hypotéz

- a) Prvním krokem je formulace nulové hypotézy (H_0) a hypotézy alternativní (H_A)
- b) Zvolit si hladinu významnosti p .
- c) Vybrat vhodný statistický test.
- d) Vyhledat ve statistických tabulkách kritickou hodnotu pro zvolenou hladinu významnosti a pro zvolený test.
- e) Provézt statistické rozhodování porovnáním kritické a experimentální hodnoty.

Pokud hodnota testovacího kritéria překročí kritickou hodnotu, nulovou hypotézu zamítáme při zvolené hladině významnosti a přijímáme alternativní hypotézu. V opačném případě nulovou hypotézu přijímáme (Zvárová, 2004; Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005).

3 Presentace výsledků výzkumu

3.1 Identifikační údaje

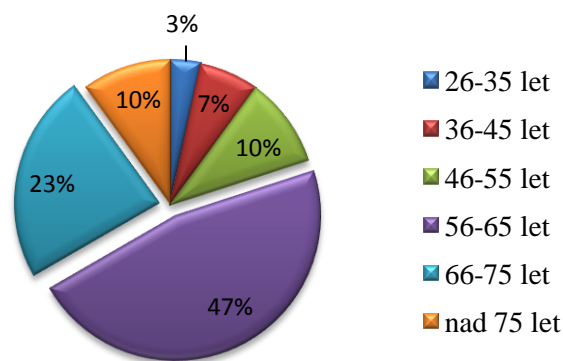
- **Pohlaví**

Tab. 1 Pohlaví respondentů

<i>pohlaví</i>	<i>n_i</i>	<i>% pacientů</i>
<i>muž</i>	15	50%
<i>žena</i>	15	50%
<i>celkem n</i>	30	100%

Výzkumný vzorek obsahoval 50% žen a 50% mužů.

- **Věk**



Obr. 1 Graf věkového rozložení respondentů

Nejpočetnější skupinou respondentů (47 %) byli pacienti ve věku 56-65 let. 23 % pacientů patřilo do skupiny 66-75 let.

Průměrný věk respondentů

$$\bar{x} = \frac{\sum_1^n x_i}{n} = \frac{1849}{30} = 61,6$$

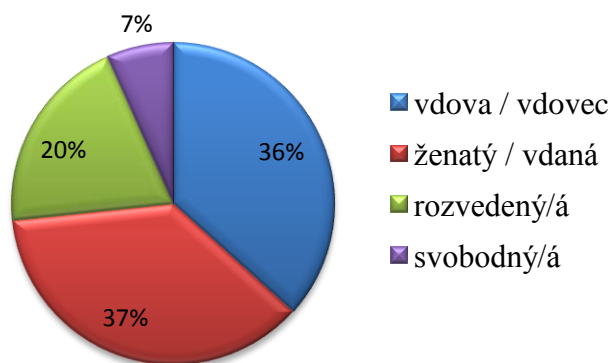
Průměrný věk respondentů je 61,6 let.

Směrodatná odchylka

$$s = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{(n - 1)}} = \sqrt{\frac{3209}{(30 - 1)}} = 10,52$$

Směrodatná odchylka věku respondentů je 10,52 let.

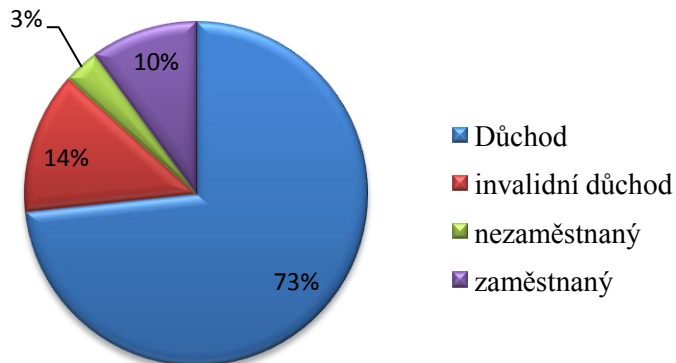
- **Rodinný stav**



Obr. 2 Rodinný stav respondentů

37 % respondentů je ženatých či vdaných, tato skupina je nejpočetnější. 36 % respondentů je již ovdovělých. Rozvedených je 20 % respondentů. Pouhých 7 % respondentů je svobodných.

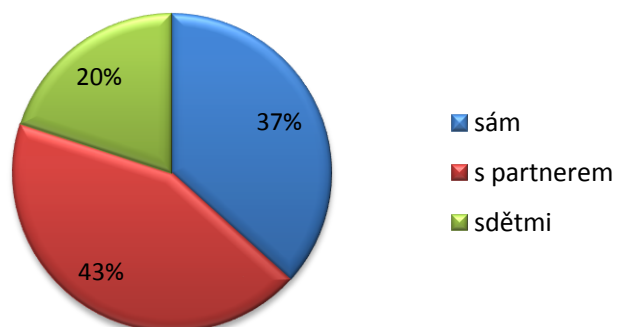
- **Zaměstnání**



Obr. 3 Zaměstnání respondentů

73 % respondentů je již v důchodu. V invalidním důchodu je 14 % respondentů. Zaměstnaných respondentů je 10 %, tyto respondenti často čekají na vyřízení invalidního důchodu, nebo je zde krátká doba pracovní neschopnosti. 3% respondentů je nezaměstnaných.

- **Domácnost**



Obr. 4 Domácnost a bydlení respondentů

Ve společné domácnosti s partnerem žije 43 % respondentů. 37 % respondentů žije u svých dětí. 20 % dotazovaných bydlí sami.

- **Vzdělání**

Tab. 2 Vzdelání respondentů

<i>vzdělání</i>	<i>ni</i>	<i>% pacientů</i>
<i>Nedokončené základní</i>	0	0%
<i>základní</i>	2	7%
<i>Vyučen bez maturity</i>	9	30%
<i>Vyučen s maturitou</i>	2	7%
<i>Ukončené středoškolské</i>	12	40%
<i>Ukončené vysokoškolské</i>	5	17%
celkem	30	100%

Nejčastěji byly ve výzkumném vzorku respondenti s ukončeným středoškolským vzděláním (40 %). Vyučených bez maturity bylo 30 % respondentů. 17 % respondentů mělo ukončené vysokoškolské vzdělání. Po 7 % respondentů mělo základní vzdělání a také vyučených s maturitou.

- **Náboženské vyznání (religiozita)**

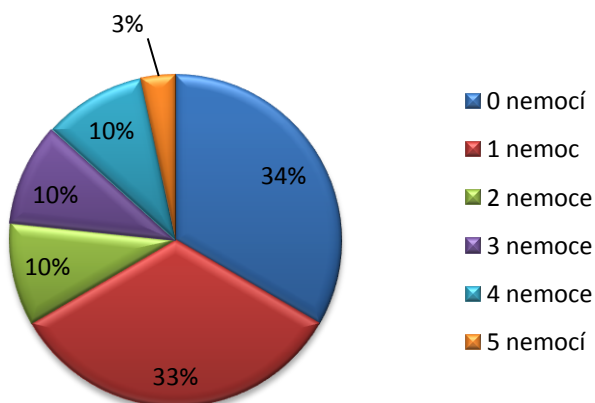
Tab. 3 Náboženské vyznání respondentů

<i>náboženské vyznání / religiozita</i>	<i>ni</i>	<i>% pacientů</i>
<i>ne</i>	13	43%
<i>Ano - Římsko-katolická</i>	9	31%
<i>Ano - evangelická</i>	4	13%
<i>Ano - husitská</i>	1	3%
<i>Ano – východní směry</i>	3	10%
celkem	30	100%

$31\% + 13\% + 3\% + 10\% = 57\%$ věřících respondentů

Věřících není 43 % pacientů. 57 % pacientů je věřících. Největší zastoupení má Římsko-katolická církev (31 %), 13 % respondentů se hlásí k Evangelické církvi, 10 % respondentů sympatizuje s východními směry.

- **Polymorbidita / přidružená onemocnění**



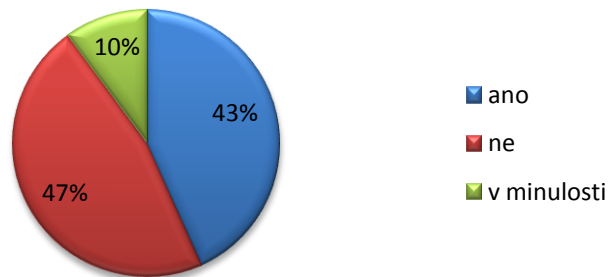
Obr. 5 Počet přidružených onemocnění k základnímu

Pouze základním (onkologickým) onemocněním trpí 34 % respondentů. 33 % respondentů má jedno přidružených onemocnění. Po 10 % respondentů mají přidružená 2-4 onemocnění. Maximální počet přidružených onemocnění bylo 5 (3 %).

Do přidružených onemocnění nebyly počítány metastázi, nebo několika násobné karcinomy (např. triplicita onkologického onemocnění).

Nejčastěji se vyskytovala arteriální hypertenze, diabetes melitus, ischemická choroba srdeční, arytmie, st. po CMP. Tato onemocnění však nebyla sledována.

- **Nikotinismus (abusus kouření)**



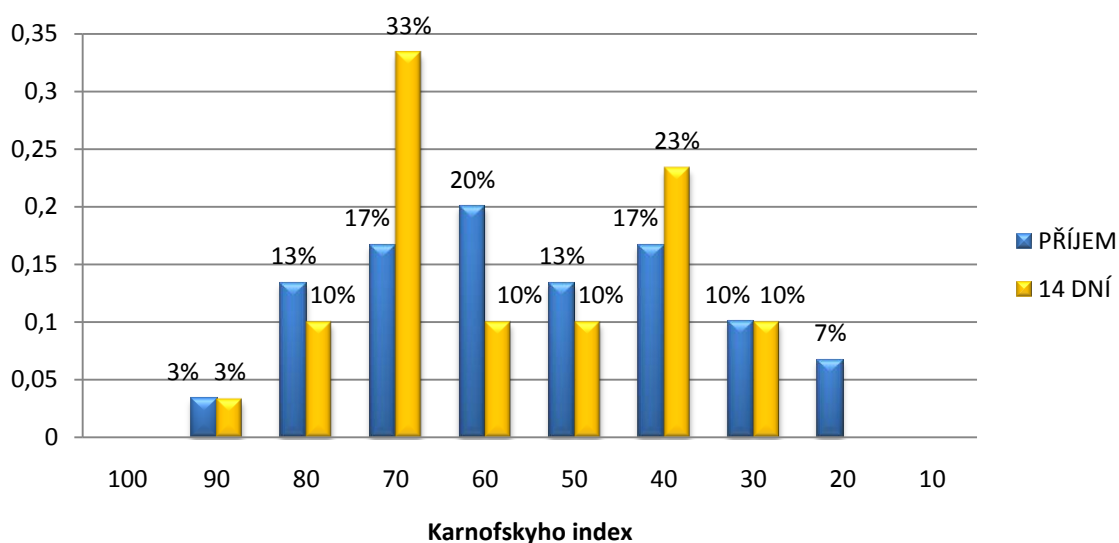
Obr. 6 Výskyt nikotinismu u respondentů

Ve výzkumném vzorku respondentů uvádí 47 % klientů, že nekouří, 43 % respondentů kouří a 10 % respondentů již nekouří.

3.2 Karnofskyho index (PSI) – objektivní celkový zdravotní stav

Tab. 4 Karnofskyho index - PSI

100%	Normální stav, neprojevují se žádné obtíže.
90%	Normální výkonnost pacienta, minimální projevy choroby.
80%	Normální výkonnost pacienta, avšak s vypětím, drobné příznaky nemoci.
70%	Omezená výkonnost pacienta, samoobslužnou zachována, pracovní neschopnost pacienta.
60%	Omezená výkonnost pacienta, ten však občas potřebuje cizí pomoc.
50%	Omezená výkonnost pacienta, ten není trvale upoután na lůžko, potřebuje však ošetrovatelskou a lékařskou péči.
40%	Pacient je trvale upoután na lůžko, potřebuje nutně lékařskou odbornou péči.
30%	Pacient je vážně nemocen, nutná je odborná péče a podpůrná léčba, je indikována hospitalizace.
20%	Pacient je velmi těžce nemocen, je nutná hospitalizace, odborná péče a aktivní podpůrná léčba.
10%	Pacient je moribundní (pomalu umírá), nemoc rychle pokračuje a léčení nezaznamenává účinné zlepšení (nepomáhá).
0%	Pacient je mrtev.



Obr. 7 Performance status dle Karnofskyho indexu u respondentů

Při příjmu byl nejčastější (20 %) index 60 % PSI. 17 % klientů bylo při příjmu na 40 % a na 70 % PSI. 13 % respondentů mělo při příjmu 80 % a 50 % PSI. 30 % PSI mělo 10 % klientů, 7 % klientů mělo 20 % PSI a 3 % klientů byly na 90 % PSI. Rozmezí při příjmu se pohybovalo od 20 do 90 %.

Po 14 dnech hospitalizace bylo 33 % klientů na 70 % PSI. 23 % respondentů mělo 40 % PSI. PSI na hladině 30 %, 50 %, 60 % a 70 % mělo shodně po 10 % respondentů. 3 % klientů mělo 90 % PSI. Rozmezí po 14 dnech pobytu se pohybovalo od 30 do 90 %.

Průměrné PSI respondentů při příjmu

$$\bar{x} = \frac{\sum_1^n x_i}{n} = \frac{1650}{30} = 55$$

Průměrné PSI při příjmu bylo 55 %.

Směrodatná odchylka pro PSI při příjmu

$$s = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{(n - 1)}} = \sqrt{\frac{10550}{(30 - 1)}} = 19,07$$

Směrodatná odchylka PSI při příjmu je 19,07 %.

Průměrné PSI respondentů po 14 dnech

$$\bar{x} = \frac{\sum_1^n x_i}{n} = \frac{1730}{30} = 57,7$$

Průměrné PSI po 14 dnech bylo 57,7 %.

Směrodatná odchylka pro PSI po 14 dnech

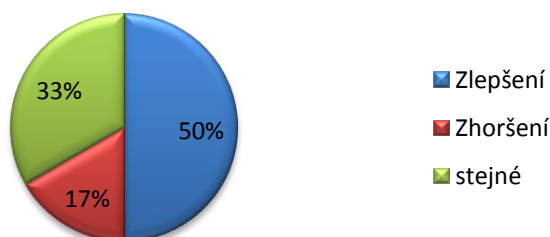
$$s = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{(n - 1)}} = \sqrt{\frac{8736,67}{(30 - 1)}} = 17,36$$

Směrodatná odchylka PSI po 14 dnech je 17,36 %.

Modus a medián PSI

Nejčetnější hodnota – modus – při příjmu je 60 %, po 14 dnech je 70 %.

Medián PSI je při příjmu i po 14 dnech 60 %.



Obr. 8 Změna PSI

Ke zlepšení došlo u 50 % respondentů, zhoršilo se 17 % respondentů. U ostatních se PSI nezměnilo.

Testování hypotézy č. 1:

Objektivní celkový zdravotní stav pacientů se po 14 dnech pobytu v Hospici zvýší.

Je třeba prokázat domněnku, že se objektivní celkový zdravotní stav pacientů po 14 dnech pobytu v hospici zvýší.

H₀: Hodnoty objektivního celkového zdravotního stavu budou stejné při příjmu i po 14 dnech.

H_A: Hodnoty objektivního celkového zdravotního stavu budou rozdílné při příjmu a po 14 dnech.

Tab. 5 Testování hypotézy č.1 t-testem

<i>Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu</i>		
	<i>příjem</i>	<i>14 dní</i>
<i>Střední hodnota</i>	55	57,66666667
<i>Rozptyl</i>	363,7931034	301,2643678
<i>Pozorování</i>	30	30
<i>Pears. korelace</i>	0,744743856	
<i>Hyp. rozdíl stř. hodnot</i>	0	
<i>Rozdíl</i>	29	
<i>t Stat</i>	-1,11384097	
<i>P(T<=t) (1)</i>	0,137247173	
<i>t krit (1)</i>	1,699126996	
<i>P(T<=t) (2)</i>	0,274494346	
<i>t krit (2)</i>	2,045229611	

Závěr: Vypočítaná hodnota T-testu je nižší než kritická hodnota, proto nulovou hypotézu (H₀) potvrzujeme.

Hypotézu, že objektivní celkový zdravotní stav pacientů se po 14 dnech pobytu v Hospici zvýší, jsme nepotvrdily. Není zde statisticky významná změna.

3.3 Dotazník kvality života EUROQoL EQ-5D

Tab. 6 Podíl úrovně 1, 2 a 3 v jednotlivých dimenzích při příjmu a po 14 dnech

dimenze kvality života	oblast obtíží	příjem		14 dní	
		ni	% pacientů	ni	% pacientů
Pohyblivost	1 - bez obtíží	2	7%	3	10%
	2 - mírné obtíže	16	53%	15	50%
	3 - velké obtíže	12	40%	12	40%
Soběstačnost	1 - bez obtíží	10	33%	14	47%
	2 - mírné obtíže	12	40%	10	33%
	3 - velké obtíže	8	27%	6	20%
Běžné činnosti	1 - bez obtíží	2	7%	4	13%
	2 - mírné obtíže	13	43%	11	37%
	3 - velké obtíže	15	50%	15	50%
Bolest/potíže	1 - bez obtíží	1	3%	21	70%
	2 - mírné obtíže	13	43%	9	30%
	3 - velké obtíže	16	53%	0	0%
Úzkost, strach/deprese	1 - bez obtíží	8	27%	22	73%
	2 - mírné obtíže	16	53%	8	27%
	3 - velké obtíže	6	20%	0	0%

Pohyblivost bez obtíží hodnotí 7 % respondenti při příjmu a 10 % respondentů po 14 dnech. Mírné obtíže v pohyblivosti udává při příjmu 53 % a 50 % respondentů po 14 dnech. Velké obtíže v pohyblivosti, tedy upoutání na lůžko, udává 40 % respondentů při příjmu i po 14 dnech.

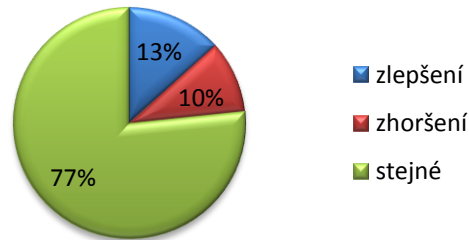
Soběstačnost bez obtíží hodnotí 33 % respondentů při příjmu a 47 % po 14 dnech. Mírné obtíže uvádí při příjmu 40 % respondentů a 33 % po 14 dnech. A velké obtíže udává při příjmu 27 % respondentů a po 14 dnech 20 % respondentů.

Bez obtíží hodnotí běžné činnosti při příjmu 7 % respondentů a po 14 dnech 13 % respondentů. Mírné obtíže udává 43 % respondentů u příjmu a 30 % respondentů. Velké obtíže udává v obou případech 50 % respondentů.

Při příjmu jen 3 % respondentů neuvádělo bolesti a jiné potíže, po 14 dnech to bylo již 70 % respondentů. Mírné obtíže v této oblasti uvádělo při příjmu 43 % respondentů a 30 % respondentů po 14 dnech. Velké bolesti a obtíže při příjmu uvádí 53 % respondentů, po 14 dnech již nikdo neuvádí silné bolesti a velké obtíže.

Úzkost, strach a depresi neuvádí při příjmu 27 % respondentů, po 14 dnech je to již 73 % respondentů. Strach a depresi s mírnými obtížemi uvádí při příjmu 53 % respondentů a po 14 dnech již 27 % respondentů. Velký strach a deprese uvádí při příjmu 20 % respondentů.

- **pohyblivost**



Obr. 9 Změna v pohyblivosti

U 13 % respondentů došlo ke zlepšení, u 10 % respondentů došlo ke zhoršení a u 77 % se stav v pohyblivosti nezměnil.

Průměrná uváděná hodnota pohyblivosti respondentů při příjmu

$$\bar{x} = \frac{\sum_1^n x_i}{n} = \frac{70}{30} = 2,333$$

Průměrná hodnota pohyblivosti při příjmu je 2,333, tedy mírné obtíže.

Směrodatná odchylka pro hodnoty pohyblivosti při příjmu

$$s = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{(n - 1)}} = \sqrt{\frac{10,67}{(30 - 1)}} = 0,61$$

Směrodatná odchylka hodnot pohyblivosti při příjmu je 0,61.

Průměrná uváděná hodnota pohyblivosti respondentů po 14 dnech

$$\bar{x} = \frac{\sum_1^n x_i}{n} = \frac{69}{30} = 2,3$$

Průměrná hodnota pohyblivosti po 14 dnech je 2,3, tedy mírné obtíže.

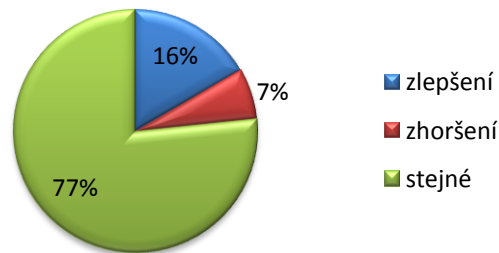
Směrodatná odchylka pro hodnoty pohyblivosti po 14 dnech

$$s = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{(n - 1)}} = \sqrt{\frac{12,3}{(30 - 1)}} = 0,65$$

Směrodatná odchylka hodnot pohyblivosti po 14 dnech je 0,65.

Na základě t-testu je zlepšení statisticky nevýznamné.

- **Soběstačnost**



Obr. 10 Změna v soběstačnosti

U 16 % respondentů došlo v soběstačnosti ke zlepšení, zhoršení soběstačnosti uvedlo 7 % respondentů. 77 % respondentů uvedlo stejné obtíže v soběstačnosti i po 14 dnech.

Průměrná uváděná hodnota soběstačnosti respondentů při příjmu

$$\bar{x} = \frac{\sum_1^n x_i}{n} = \frac{58}{30} = 1,93$$

Průměrná hodnota soběstačnosti při příjmu je 1,93. To odpovídá mírným obtížím.

Směrodatná odchylka pro hodnoty soběstačnosti při příjmu

$$s = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{(n - 1)}} = \sqrt{\frac{17,87}{(30 - 1)}} = 0,78$$

Směrodatná odchylka hodnot soběstačnosti při příjmu je 0,78.

Průměrná uváděná hodnota soběstačnosti respondentů po 14 dnech

$$\bar{x} = \frac{\sum_1^n x_i}{n} = \frac{52}{30} = 1,73$$

Průměrná hodnota soběstačnosti po 14 dnech je 1,73. To odpovídá mírným obtížím.

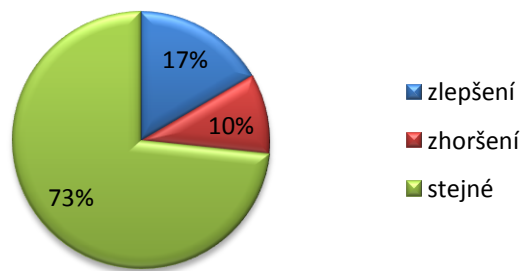
Směrodatná odchylka pro hodnoty soběstačnosti po 14 dnech

$$s = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{(n - 1)}} = \sqrt{\frac{17,87}{(30 - 1)}} = 0,78$$

Směrodatná odchylka hodnot soběstačnosti po 14 dnech je 0,78.

Na základě t-testu je zlepšení statisticky nevýznamné.

- **Běžné činnosti**



Obr. 11 Změna v běžných činnostech

V běžných činnostech došlo ke zlepšení u 17 % respondentů. Zhoršení po 14 dnech uvedlo 10 % respondentů. Stejně obtíže v běžných činnostech uvádí 73 % respondentů.

Průměrná uváděná hodnota v běžných činnostech respondentů při příjmu

$$\bar{x} = \frac{\sum_1^n x_i}{n} = \frac{73}{30} = 2,43$$

Průměrná hodnota v běžných činnostech při příjmu je 2,43. To odpovídá mírným obtížím.

Směrodatná odchylka pro hodnoty běžných činností při příjmu

$$s = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{(n - 1)}} = \sqrt{\frac{11,37}{(30 - 1)}} = 0,63$$

Směrodatná odchylka hodnot běžných činností při příjmu je 0,63.

Průměrná uváděná hodnota v běžných činnostech respondentů po 14 dnech

$$\bar{x} = \frac{\sum_1^n x_i}{n} = \frac{71}{30} = 2,37$$

Průměrná hodnota v běžných činnostech po 14 dnech je 2,37. To odpovídá mírným obtížím.

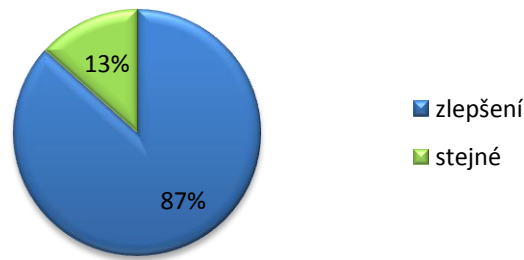
Směrodatná odchylka pro hodnoty běžných činností po 14 dnech

$$s = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{(n - 1)}} = \sqrt{\frac{14,97}{(30 - 1)}} = 0,72$$

Směrodatná odchylka hodnot běžných činností po 14 dnech je 0,72.

Na základě t-testu je zlepšení statisticky nevýznamné.

- **Bolest a potíže**



Obr. 12 Změna v bolesti a ostatních potížích

Zlepšení v pociťování bolesti a ostatních potíží došlo u 87 % respondentů, u 13 % respondentů ke změně nedošlo.

Průměrná uváděná hodnota bolesti a potíží respondentů při příjmu

$$\bar{x} = \frac{\sum_1^n x_i}{n} = \frac{75}{30} = 2,5$$

Průměrná hodnota bolesti a potíží při příjmu je 2,5. To odpovídá mírným až velkým obtížím.

Směrodatná odchylka pro hodnoty bolesti a potíže při příjmu

$$s = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{(n - 1)}} = \sqrt{\frac{9,5}{(30 - 1)}} = 0,57$$

Směrodatná odchylka hodnot bolesti a potíží při příjmu je 0,57.

Průměrná uváděná hodnota bolesti a potíží respondentů po 14 dnech

$$\bar{x} = \frac{\sum_1^n x_i}{n} = \frac{39}{30} = 1,3$$

Průměrná hodnota bolesti a potíží po 14 dnech je 1,3. Pacienti jsou téměř bez bolesti a potíží.

Směrodatná odchylka pro hodnoty bolesti a potíží po 14 dnech

$$s = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{(n - 1)}} = \sqrt{\frac{6,3}{(30 - 1)}} = 0,47$$

Směrodatná odchylka hodnot bolesti a potíží po 14 dnech je 0,47.

Testování části hypotézy č.2.

Kvalita života pacientů se po 14 dnech zlepší. Změna bude především v oblasti bolest a potíže a úzkost a deprese.

Je třeba prokázat domněnku, že změna bude především v oblasti bolest a potíže.

H₀: Hodnoty oblasti bolest a potíže budou stejné při příjmu i po 14 dnech.

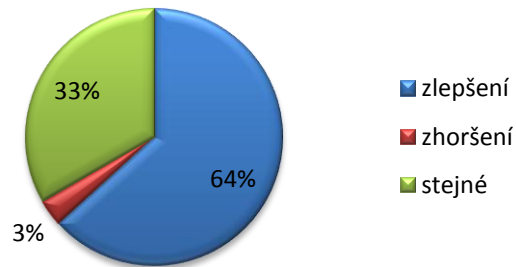
H_A: Hodnoty oblasti bolest a potíže budou rozdílné při příjmu a po 14 dnech.

Tab. 7 Statistická významnost změny v bolesti a potížích

<i>Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu</i>		
	<i>příjem</i>	<i>14 dní</i>
<i>Stř. hodnota</i>	2,5	1,3
<i>Rozptyl</i>	0,327586207	0,217241
<i>Pozorování</i>	30	30
<i>Pears. korelace</i>	0,323152806	
<i>Hyp. rozdíl stř. hodnot</i>	0	
<i>Rozdíl</i>	29	
<i>t Stat</i>	10,77032961	
<i>P(T<=t) (1)</i>	5,96924E-12	
<i>t krit (1)</i>	1,699126996	
<i>P(T<=t) (2)</i>	1,19385E-11	
<i>t krit (2)</i>	2,045229611	

Závěr: Vypočítaná hodnota T-testu je vyšší než vypočítaná kritická hodnota. Zlepšení je tedy statisticky významné.

- **Strach, úzkost a deprese**



Obr. 13 Změna v oblasti strach, úzkost a deprese

Vnímání úzkosti, strachu a deprese se zlepšilo v 63 % respondentů. Ke zhoršení došlo u 4 % respondentů. U 33 % respondentů se pociťování deprese nezměnilo.

Průměrná uváděná hodnota strachu, úzkosti a deprese respondentů při příjmu

$$\bar{x} = \frac{\sum_1^n x_i}{n} = \frac{58}{30} = 1,93$$

Průměrná hodnota strachu, úzkosti a deprese při příjmu je 1,93. To odpovídá mírným obtížím.

Směrodatná odchylka pro hodnoty strachu, úzkosti a deprese při příjmu

$$s = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{(n - 1)}} = \sqrt{\frac{13,87}{(30 - 1)}} = 0,69$$

Směrodatná odchylka hodnot strachu, úzkosti a deprese při příjmu je 0,69.

Průměrná uváděná hodnota strachu, úzkosti a deprese respondentů po 14 dnech

$$\bar{x} = \frac{\sum_1^n x_i}{n} = \frac{38}{30} = 1,27$$

Průměrná hodnota strachu, úzkosti a deprese po 14 dnech je 1,27. Pacienti jsou téměř bez obtíží v této oblasti.

Směrodatná odchylka pro hodnoty strachu, úzkosti a deprese po 14 dnech

$$s = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{(n - 1)}} = \sqrt{\frac{5,87}{(30 - 1)}} = 0,45$$

Směrodatná odchylka hodnot strachu, úzkosti a deprese po 14 dnech je 0,45.

Testování části hypotézy č.2.

Kvalita života pacientů se po 14 dnech zlepší. Změna bude především v oblasti bolest a potíže a úzkost a deprese.

Je třeba prokázat domněnku, že změna bude především v oblasti úzkost a deprese.

H₀: Hodnoty oblasti úzkost a deprese budou stejné při příjmu i po 14 dnech.

H_A: Hodnoty oblasti úzkost a deprese budou rozdílné při příjmu a po 14 dnech.

Tab.8 Statistická významnost změny ve strachu, úzkosti a deprese

<i>Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu</i>		
	<i>příjem</i>	<i>14 dní</i>
<i>Střední hodnota</i>	1,933333	1,266667
<i>Rozptyl</i>	0,478161	0,202299
<i>Pozorování</i>	30	30
<i>Pears. korelace</i>	0,391744	
<i>Hyp. rozdíl stř. hodnot</i>	0	
<i>Rozdíl</i>	29	
<i>t Stat</i>	5,525063	
<i>P(T<=t) (1)</i>	2,95E-06	
<i>t krit (1)</i>	1,699127	
<i>P(T<=t) (2)</i>	5,9E-06	
<i>t krit (2)</i>	2,04523	

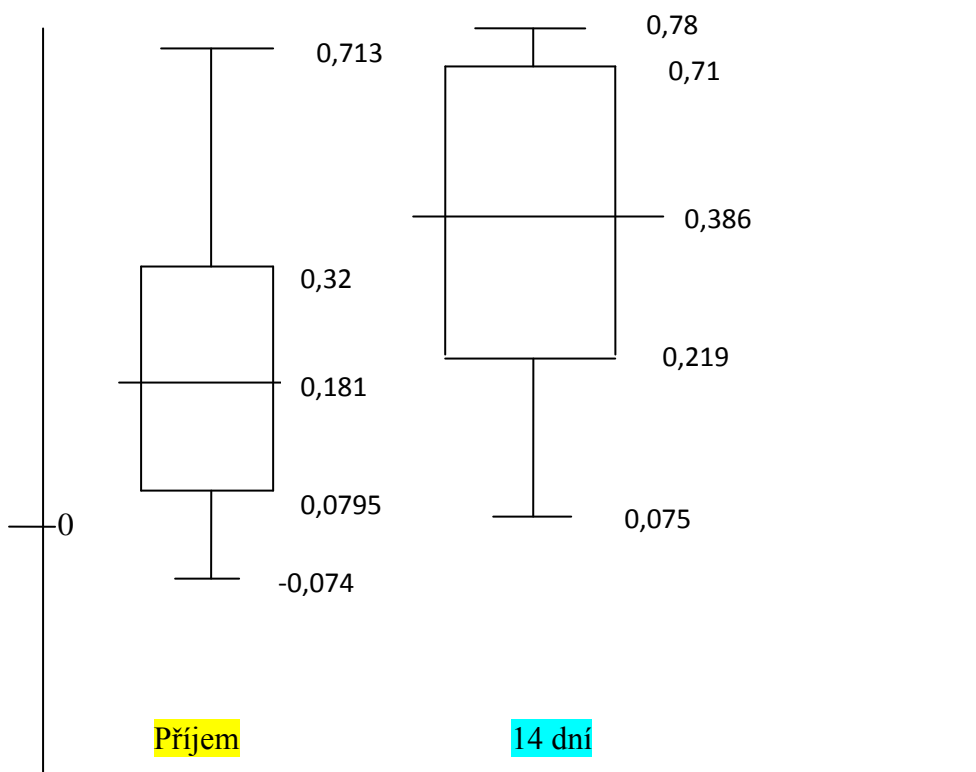
Závěr: Vypočítaná hodnota T-testu je vyšší než vypočítaná kritická hodnota. Zlepšení je tedy statisticky významné.

- Index kvality života dotazníku EUROQoL EQ-5D

Tab. 9 EQ-5D index - hodnoty při příjmu a po 14 dnech pobytu

	<i>příjem</i>	<i>14 dní</i>
<i>maximální hodnota</i>	0,713	0,78
<i>minimální hodnota</i>	-0,074	0,075
<i>průměr</i>	0,223	0,468
<i>medián</i>	0,181	0,386
<i>modus</i>	0,181 a 0,292	0,78
<i>25 percentil</i>	0,0795	0,219
<i>75 percentil</i>	0,321	0,713
<i>směrodatná odchylka</i>	0,205	0,264

Maximální hodnota při příjmu byla 0,713 a po 14 dnech 0,78. Minimální hodnota při příjmu byla -0,074 a po 14 dnech 0,075. Průměrná hodnota při příjmu byla 0,223 a po 14 dnech 0,468. Směrodatná odchylka pro indexové hodnoty dotazníku EQ-5D je při příjmu 0,205 a po 14 dnech 0,264.



Obr. 14 Krabicový graf rozložení hodnot EQ-5D indexu

Všechny hodnoty se po 14 dnech zvýšily, což odpovídá zlepšení kvality života pacientů.

Testování hypotézy č. 2:

Kvalita života pacientů se po 14 dnech zlepší. Změna bude především v oblasti bolest a potíže a úzkost a deprese.

Je třeba prokázat domněnku, že se kvalita života pacientů po 14 dnech pobytu v hospici zvýší.

H₀: Hodnoty kvality života budou stejné při příjmu i po 14 dnech.

H_A: Hodnoty kvality života budou rozdílné při příjmu a po 14 dnech.

Tab.10 Testování hypotézy č.2

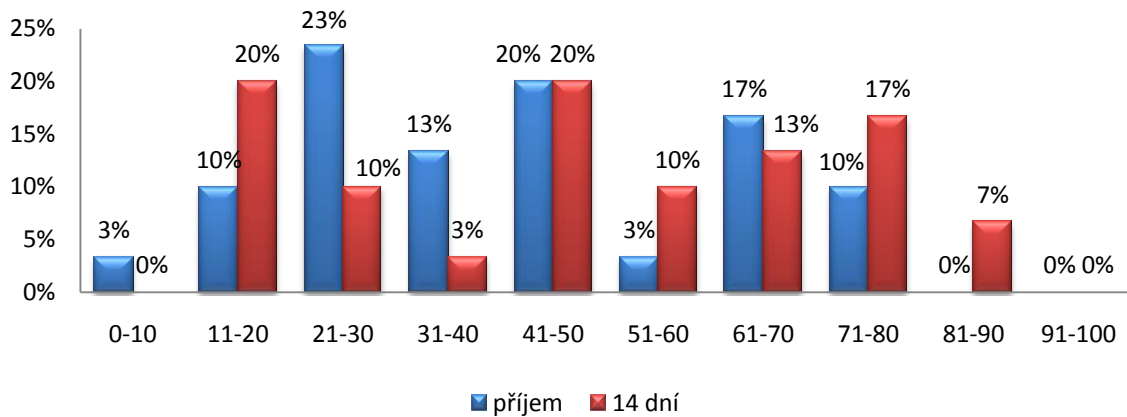
Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu		
	<i>příjem</i>	<i>14 dní</i>
<i>Střední hodnota</i>	0,22286667	0,467633333
<i>Rozptyl</i>	0,04209184	0,06989093
<i>Pozorování</i>	30	30
<i>Pears. korelace</i>	0,64875631	
<i>Hyp. rozdíl stř. hodnot</i>	0	
<i>Rozdíl</i>	29	
<i>t Stat</i>	-6,5724582	
<i>P(T<=t) (1)</i>	1,6779E-07	
<i>t krit (1)</i>	1,699127	
<i>P(T<=t) (2)</i>	3,3557E-07	
<i>t krit (2)</i>	2,04522961	

Závěr: Vypočítaná hodnota T-testu je vyšší než kritická hodnota, proto nulovou hypotézu (H₀) zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní (H_A).

Přijutím H_A jsme ověřili, že kvalita života pacientů se po 14 dnech pobytu v Hospici zvýší. V předchozím rozboru jsme také prokázali, že statisticky významná změna proběhla v oblasti bolest a potíže, ale také v oblasti úzkost, strach a deprese.

- **subjektivní zdravotní stav (EQ-5D VAS)**

0 – nejhorší zdravotní stav, 100 – nejlepší zdravotní stav



Obr. 15 Rozložení subjektivního zdravotního stavu na EQ-5D VAS

Při příjmu se vnímání zdravotního stavu pohybovalo od 5 do 75. Po 14 dnech se vnímání zdravotního stavu pohybovalo od 15 do 85. Při příjmu byl nejčastěji zdravotní stav hodnocen mezi 21-30 (23 %), po 14 dnech 20 % respondentů uvádělo hodnoty mezi 11-20, stejný počet respondentů uváděl 41-50. Druhými nejčastěji uváděnými hodnotami byly při příjmu 41-50 (20 %). Po 14 dnech byly druhými nejčastěji uváděnými hodnotami 71-80 a to u 17 % respondentů.

Průměrná uváděná hodnota zdravotního stavu na EQ-5D VAS respondentů při příjmu

$$\bar{x} = \frac{\sum_1^n x_i}{n} = \frac{1293}{30} = 43,1$$

Průměrná hodnota zdravotního stavu na EQ-5D VAS při příjmu je 43,1.

Směrodatná odchylka zdravotního stavu na EQ-5D VAS při příjmu

$$s = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{(n - 1)}} = \sqrt{\frac{11528,7}{(30 - 1)}} = 19,94$$

Směrodatná odchylka hodnot zdravotního stavu na EQ-5D VAS při příjmu je 19,94.

Průměrná uváděná hodnota zdravotního stavu na EQ-5D VAS respondentů po 14 dnech

$$\bar{x} = \frac{\sum_1^n x_i}{n} = \frac{1511}{30} = 50,37$$

Průměrná hodnota zdravotního stavu na EQ-5D VAS po 14 dnech je 50,37.

Směrodatná odchylka zdravotního stavu na EQ-5D VAS po 14 dnech

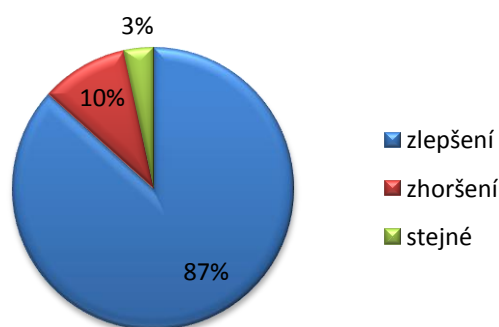
$$s = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{(n - 1)}} = \sqrt{\frac{14762,97}{(30 - 1)}} = 22,56$$

Směrodatná odchylka hodnot zdravotního stavu na EQ-5D VAS po 14 dnech je 22,56.

Modus a medián VAS

Nejčetnější hodnota – modus – při příjmu je 25, po 14 dnech je 20.

Medián PSI je při příjmu 41,5 a po 14 dnech 50.



Obr. 16 Změna zdravotního stavu na EQ-5D VAS

Zlepšení uvedlo 87 % respondentů, ke zhoršení došlo u 10 % respondentů, stejně na tom byly 3 % respondentů.

Testování hypotézy č. 3:

Vnímání aktuálního zdravotního stavu pacientem se po 14 dnech v hospicové péči zvýší.

Je třeba prokázat domněnku, že se vnímání aktuálního stavu pacientů po 14 dnech pobytu v hospici zvýší.

H₀: Hodnoty vnímaného aktuálního zdravotního stavu budou stejné při příjmu i po 14 dnech.

H_A: Hodnoty vnímaného aktuálního zdravotního stavu budou rozdílné při příjmu a po 14 dnech.

Tab. 11 Testování hypotézy č. 3

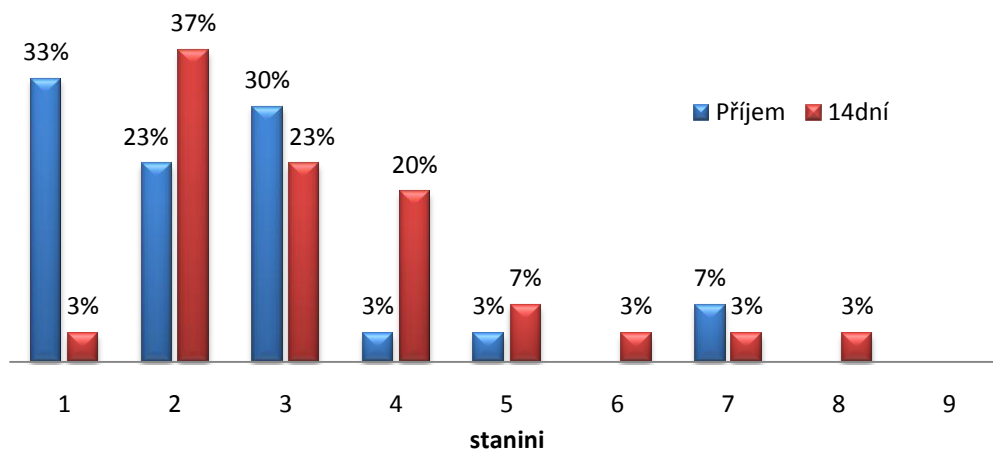
Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu		
	<i>příjem</i>	<i>14dní</i>
<i>Střední hodnota</i>	43,1	50,36666667
<i>Rozptyl</i>	397,541379	509,0678161
<i>Pozorování</i>	30	30
<i>Pears. korelace</i>	0,89130081	
<i>Hyp. rozdíl stř. hodnot</i>	0	
<i>Rozdíl</i>	29	
<i>t Stat</i>	-3,8900351	
<i>P(T<=t) (1)</i>	0,00026941	
<i>t krit (1)</i>	1,699127	
<i>P(T<=t) (2)</i>	0,00053883	
<i>t krit (2)</i>	2,04522961	

Závěr: Vypočítaná hodnota T-testu je vyšší než kritická hodnota, proto nulovou hypotézu (H₀) zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní (H_a).

Přijmutím H_A jsme ověřili, že vnímání aktuálního zdravotního stavu pacientem se po 14 dnech pobytu v Hospici zvýší.

3.4 Dotazník životní spokojenosti – DŽS

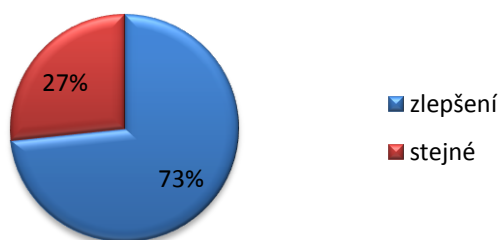
Konverze hrubého celkového skóre na výsledný index životní spokojenosti, se provádí pomocí tabulek dle pohlaví a věku respondentů. Převádí se na tzv. staninovou normu ST1-9. Hodnota ST1 velmi nespokojen hodnota ST9 velmi spokojen. Suma hrubého skóre je součet 7 oblastí z 10. Oblasti „práce a zaměstnání (PAZ), manželství a partnerství (MAN) a vztah s vlastními dětmi (DET)“ se nezapočítávají a vyhodnocují se samostatně.



Obr. 17 DŽS – výsledný index životní spokojenosti

Při příjmu uvádí 33 % respondentů velkou nespokojenost (ST1), 23 % respondentů uvádí nespokojenost na úrovni ST2, nespokojenost na úrovni ST3 uvádí při příjmu 30 % respondentů. ST4 a ST5 (ani spokojen ani nespokojen) uvádí shodně 3 % respondentů. 7 % respondentů je při příjmu spíše spokojeno na úrovni ST7.

Po 14 dnech je velmi nespokojeno (ST1) jen 3 % respondentů. Nejvíce lidí po 14 dnech uvádí nespokojenost na úrovni ST2 (37 % respondentů), nespokojenost na úrovni ST3 uvádí po 14 dnech 23 % respondentů. Spokojenost na úrovni stanin 4 uvádí 20 % respondentů. ST5 uvádí 7 % respondentů. ST6, ST7 a ST8, tedy spokojenost, uvádí shodně 3 % respondentů.



Obr. 18 Změna ve vnímání životní spokojenosti

Zlepšení uvedlo 73 % respondentů a 27 % respondentů pociťuje stejnou životní spokojenost.

Průměrná uváděná hodnota životní spokojenosti respondentů při příjmu

$$\bar{x} = \frac{\sum_1^n x_i}{n} = \frac{74}{30} = 2,47$$

Průměrná hodnota životní spokojenosti respondentů při příjmu je 2,47. Tedy velmi nespokojen.

Směrodatná odchylna životní spokojenosti při příjmu

$$s = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{(n - 1)}} = \sqrt{\frac{75,47}{(30 - 1)}} = 1,61$$

Směrodatná odchylna hodnot životní spokojenosti při příjmu je 1,61.

Průměrná uváděná hodnota životní spokojenosti respondentů po 14 dnech

$$\bar{x} = \frac{\sum_1^n x_i}{n} = \frac{99}{30} = 3,3$$

Průměrná hodnota životní spokojenosti respondentů po 14 dnech je 3,3. Tedy spíše nespokojen.

Směrodatná odchylna životní spokojenosti po 14 dnech

$$s = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{(n - 1)}} = \sqrt{\frac{76,3}{(30 - 1)}} = 1,62$$

Směrodatná odchylna hodnot životní spokojenosti po 14 dnech je 1,62.

Modus a medián životní spokojenosti respondentů

Nejčetnější hodnota – modus – při příjmu je stanin 1, po 14 dnech je stanin 2.

Medián PSI je při příjmu stanin 2 a po 14 dnech stanin 3.

Testování hypotézy č. 4:

Domnívám se, že životní spokojenost respondentů bude po 14 dnech vyšší než při přijetí.

Je třeba prokázat domněnku, že se životní spokojenost pacientů po 14 dnech pobytu v hospici zvýší.

H₀: Hodnoty životní spokojenosti budou stejné při příjmu i po 14 dnech.

H_A: Hodnoty kvality života budou rozdílné při příjmu a po 14 dnech.

Tab. 12 Testování hypotézy č. 4

Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu		
	<i>Příjem</i>	<i>14 dní</i>
<i>Střední hodnota</i>	2,466666667	3,3
<i>Rozptyl</i>	2,602298851	2,631034
<i>Pozorování</i>	30	30
<i>Pears. korelace</i>	0,933025267	
<i>Hyp. rozdíl stř. hodnot</i>	0	
<i>Rozdíl</i>	29	
<i>t Stat</i>	-7,708840996	
<i>P(T<=t) (1)</i>	8,41418E-09	
<i>t krit (1)</i>	1,699126996	
<i>P(T<=t) (2)</i>	1,68284E-08	
<i>t krit (2)</i>	2,045229611	

Závěr: Vypočítaná hodnota T-testu je vyšší než kritická hodnota, proto nulovou hypotézu (H₀) zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní (H_a).

Přijmutím H_A jsme ověřili, že životní spokojenost pacientů se po 14 dnech pobytu v hospici zvýší.

Jednotlivé aspekty životní spokojenosti

Tab. 13 Rozložení životní spokojenosti v jednotlivých oblastech při příjmu

<i>subškály DŽS</i>	<i>aritmetický průměr</i>	<i>medián</i>	<i>směrodatná odchylka</i>
<i>vztah k vlastním dětem (DET)</i>	35,6	37	7,01
<i>bydlení (BYD)</i>	33,9	32	5,73
<i>přátelé, známí, příbuzní (PZP)</i>	33	33	4,16
<i>práce a zaměstnání (PAZ)</i>	33,9	32	7,45
<i>sexualita (SEX)</i>	26,6	28	5,24
<i>volný čas (VLC)</i>	32,6	34	5,93
<i>manželství a partnerství (MAN)</i>	35	37	8,32
<i>zdraví (ZDR)</i>	22,23	22,5	7,31
<i>vlastní osoba (VLO)</i>	29,7	28,5	6,52
<i>finanční situace (FIN)</i>	28,7	28	7,85
<i>celková životní spokojenost (SUM)</i>	206,67	202,5	1,09

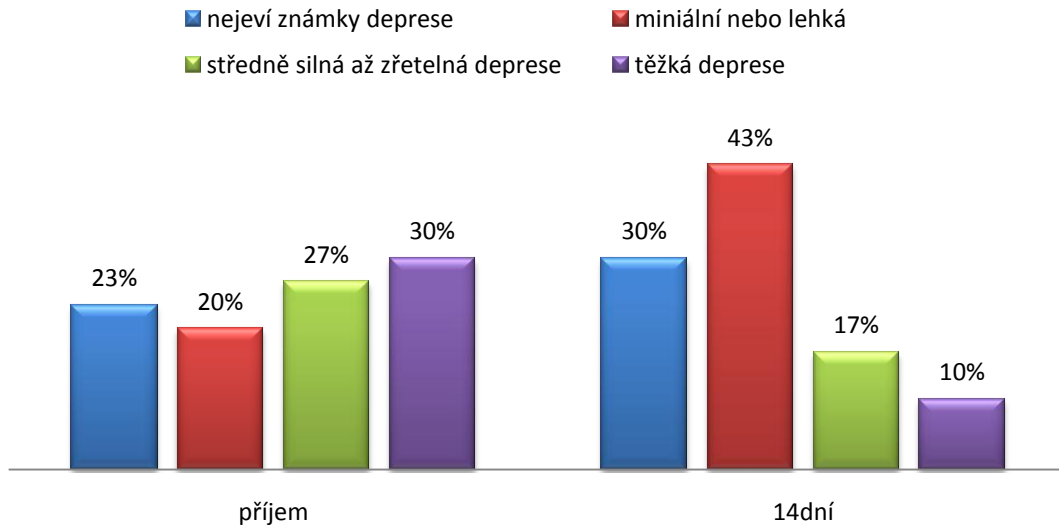
Respondenti subjektivně hodnotí jako nejspokojenější oblast *vztahu k vlastním dětem* (35,6); na druhém místě je *manželství a partnerství* (35), má však nejvyšší směrodatnou odchylku, která nám naznačuje určitou nesourodost subjektivního hodnocení v dané skupině respondentů. Na dalším místě je *bydlení a práce a zaměstnání* (33,9); poté *přátelé, známí, příbuzní* (33), tedy dimenze spjaté převážně se sociálními vztahy. V těchto komponentech se hodnocení pohybuje ve střední linii spokojenosti. Oblast *volného času* se objevuje ve střední části spokojenostních preferencí (32,6). Poněkud hůře jsou na tom respondenti v oblasti spokojenosti *financí* (28,7) a *sexualita* (26,6), linie spokojenosti je zde velice nízká. Na pomyslném dolním konci subjektivní životní spokojenosti se objevuje spokojenost v dimenzi *s vlastní osobou* (29,7) a *se zdravím* (22,23), které je na nízké linii spokojenosti, tedy oblastí týkajících se výhradně sebepercepce konceptu „Jáství“.

Tab. 14 Rozložení životní spokojenosti v jednotlivých oblastech po 14 dnech

<i>subškály DŽS</i>	<i>aritmetický průměr</i>	<i>medián</i>	<i>Směrodatná odchylka</i>
<i>vztah k vlastním dětem (DET)</i>	39,3	40	6,01
<i>bydlení (BYD)</i>	35,5	35	4,71
<i>přátelé, známí, příbuzní (PZP)</i>	36	35	4,06
<i>práce a zaměstnání (PAZ)</i>	33,7	31	7,39
<i>sexualita (SEX)</i>	27,7	28	4,87
<i>volný čas (VLC)</i>	33,3	35	5,06
<i>manželství a partnerství (MAN)</i>	38,9	39,5	5,03
<i>zdraví (ZDR)</i>	29,4	29,5	5,12
<i>vlastní osoba (VLO)</i>	32,5	32	5,9
<i>finanční situace (FIN)</i>	31	30	7,46
<i>celková životní spokojenost (SUM)</i>	224,93	219,5	1,024

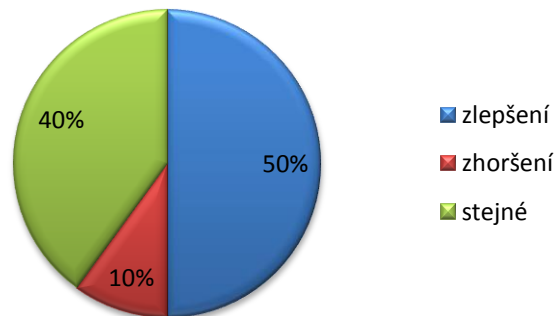
Po 14 dnech pobytu se subjektivní hodnocení respondentů téměř ve všech oblastech zvýšilo. Jako nejspokojenější oblast po 14 dnech pobytu zůstává *vztahu k vlastním dětem* (39,3); na druhém místě je *manželství a partnerství* (38,9). Na dalším místě je oblast *přátelé, známí, příbuzní* (36), *bydlení* (35,5) a *práce a zaměstnání* (33,7) tato oblast o něco klesla. V těchto komponentech se hodnocení pohybuje ve střední linii spokojenosti. Oblast *volného času* se objevuje ve střední části spokojenostních preferencí (33,3). Dimenze, které byly při přijetí na dolním konci subjektivní životní spokojenosti, se po 14 dnech zvýšily, jedná se o spokojenost s *vlastní osobou* (32,5) a se *zdravím* (29,4), které je na nízké linii spokojenosti. Na konci příčky po 14 dnech jsou oblasti spokojenosti *financí* (31) a *sexualita* (27,7), linie spokojenosti je zde nízká.

3.5 Index depresivity (Zungův SDS index)



Obr. 19 Index depresivity (Zungův SDS index)

Při přijetí ukázal index depresivity u 30 % respondentů těžkou depresi, po 14 dnech došlo ke snížení o 20 %. U 27 % ukázal SDS na středně silnou až zřetelnou depresi, po 14 dnech došlo ke snížení na 17 %. Minimální a lehkou depresi ukázal index při přijetí u 20 % respondentů, po 14 dnech to bylo již 43 % respondentů. 23 % respondentů nejevilo při přijetí známky deprese. Po 14 dnech to bylo již 30 respondentů.



Obr. 20 Změna ve stupni depresivity

U 50 % respondentů došlo po 14 dnech ke zlepšení ve stupni depresivity, 10 % došlo ke zhoršení stupně depresivity. Zbýlých 40 % respondentů zůstalo po 14 dnech na stejném stupni depresivity jako při příjmu.

Testování hypotézy č. 5:

Domnívám se, že se po 14 dnech sníží depresivita pacientů.

Je třeba prokázat domněnku, že se depresivita pacientů po 14 dnech pobytu v hospici sníží.

H₀: Hodnoty depresivity budou stejné při příjmu i po 14 dnech.

H_A: Hodnoty depresivity budou rozdílné při příjmu a po 14 dnech.

Tab. 15 Testování hypotézy č. 5

<i>Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu</i>		
	<i>příjem</i>	<i>14 dní</i>
<i>Sřední hodnota</i>	62,23333333	54,53333333
<i>Rozptyl</i>	156,3229885	102,8781609
<i>Pozorování</i>	30	30
<i>Pears. korelace</i>	0,759523788	
<i>Hyp. rozdíl stř. hodnot</i>	0	
<i>Rozdíl</i>	29	
<i>t Stat</i>	5,169373905	
<i>P(T<=t) (1)</i>	0,00000792	
<i>t krit (1)</i>	1,699126996	
<i>P(T<=t) (2)</i>	0,00001584	
<i>t krit (2)</i>	2,045229611	

Závěr: Vypočítaná hodnota T-testu je vyšší než kritická hodnota, proto nulovou hypotézu (H₀) zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní (H_A).

Přijmutím H_A jsme ověřili, že depresivita pacientů se po 14 dnech pobytu v Hospici sníží.

- **Porovnání stupnice depresivity dle SDS a subjektivní hodnocení deprese dle dotazníku EQ-5D**

Tab. 16 Porovnání stupně depresivity dle SDS a vnímáním deprese v dotazníku EQ-5D při příjmu

<i>příjem</i>	<i>Stupeň depresivity dle SDS</i>				
<i>Depresivita v EQ-5D</i>	<i>Nejeví známky deprese</i>	<i>Minimální deprese</i>	<i>Střední deprese</i>	<i>Těžká deprese</i>	celkem
<i>1 - bez obtíží</i>	3	2	1	2	8
<i>2 - mírné obtíže</i>	3	4	7	2	16
<i>3 - velké obtíže</i>	1	0	0	5	6
Celkem	7	6	8	9	30

V dotazníku EQ-5D 8 respondentů při příjmu uvedlo, že nemají obtíže s depresí, 3 z nich nejevily známku deprese, 2 měli minimální depresivitu, 1 měl střední depresi a dva dokonce těžkou. 16 respondentů uvedlo v dotazníku EQ-5D mírné obtíže. 3 z těchto respondentů nejevili známky deprese, 4 respondenti měli minimální stupeň depresivity, 7 respondentů mělo střední stupeň depresivity a 2 těžkou depresi. Velké obtíže uvedlo v dotazníku EQ-5D 6 respondentů. 1 respondent nejevili známky depresivity a 5 z nich mělo těžkou depresi.

Tab. 17 Porovnání stupně depresivity dle SDS a vnímáním deprese v dotazníku EQ-5D po 14 dnech

<i>14 dní</i>	<i>Stupeň depresivity dle SDS</i>				
<i>Depresivita v EQ-5D</i>	<i>Nejeví známky deprese</i>	<i>Minimální deprese</i>	<i>Střední deprese</i>	<i>Těžká deprese</i>	celkem
<i>1 - bez obtíží</i>	7	11	2	2	22
<i>2 - mírné obtíže</i>	2	2	3	1	8
<i>3 - velké obtíže</i>	0	0	0	0	0
Celkem	9	13	5	3	30

Po 14 dnech v dotazníku EQ-5D uvádí 22 respondentů, že nemají žádné obtíže. 7 z nich dle SDS indexu nejevily známky deprese, 11 respondentů má minimální depresi, 2 střední a 2 těžké deprese. Mírné obtíže v EQ-5D uvedlo 8 respondentů, 2 z nich nejevily známky deprese, 2 měli minimální depresi, 3 střední a 1 těžké.

4 Diskuze

Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek se skládal z 15 mužů a 15 žen. Toto rozdělení nebylo úmyslné. 29 respondentů bylo přijato pro pokročilé onkologické onemocnění, jeden z nich měl chronické neurologické onemocnění. Průměrný věk respondentů byl 61,6 (rozmezí 33 až 80 let). 40 % respondentů mělo ukončené středoškolské vzdělání. V důchodu bylo 73 % respondentů. 57 % respondentů bylo věřících.

Objektivní hodnocení zdravý dle Karnofsky index

Jocham a kol. (2009) udávají střední Karnofskyho index při prvním měření, což je v jejich výzkumu při prvním kontaktu se zařízením paliativní péče, 48,5 %. U zkoumaného vzorku respondentů byla průměrná hodnota Karnofskyho indexu při prvním hodnocení 55 %. Žádná statisticky významná změna v hodnotách po 14 dnech nebyla prokázána. Tímto zjištěním jsme zamítli první hypotézu, že celkový zdravotní stav pacientů se po 14 dnech pobytu v Hospici zvýší. Jocham a kol. (2009) také neprokázali žádnou statisticky významnou změnu v Karnofskyho indexu.

Kvalita života nemocných v programu hospicové péče

V tomto výzkumu byl použit dotazník mezinárodní skupiny EuroQol, verze dotazníku EQ-5D. Tento dotazník obsahuje 5 dimenzí kvality života. Nejlépe hodnocenou oblastí při příjmu se stala díky 33 % respondentů bez obtíží soběstačnost. Druhou oblastí, která měla nejvíce respondentů bez obtíží (27 %), se stala oblast úzkost, strach a deprese. Nejhůře hodnocenou byla oblast bolesti a ostatních potíží, velké bolesti a potíže uvedlo při příjmu 53 % respondentů a 43 % uvedlo mírné obtíže v této oblasti. Některé výzkumy upozorňují na fakt, že fyzické symptomy, např. bolest, dušnost i psychické symptomy jako je úzkost a deprese mají negativní dopad na kvalitu života umírajících pacientů (Hampton, 2007). Po 14 dnech došlo k výraznému zlepšení právě v oblasti bolest a ostatní potíže a v oblasti úzkosti, strachu a deprese. V těchto oblastech došlo k statisticky významným změnám. V obou oblastech se po 14 dnech neobjevily velké obtíže. Nejlépe hodnocenou se po 14 dnech stala oblast úzkosti a deprese kde z 27 % respondentů neudává obtíže 73 % respondentů. Ke zlepšení došlo u 63 %

respondentů. Druhou nejlépe hodnocenou oblastí se stala oblast bolesti a potíží. Tuto oblast hodnotí bez obtíží o 67 % respondentů více než při příjmu. V této oblasti došlo ke zlepšení u 87 % respondentů. V ostatních oblastech nedošlo ke statisticky významným změnám. Jocham a kol. (2009) ve své studii uvádějí, že až u 57% všech pacientů uvádí snížení únavy, méně dušnosti a menší bolest. Tyto změny uvádí jako statisticky významné. Ve výzkumu, který prováděla Doležalová (2007), se k symptomům svého onemocnění vyjádřily 3 z 5 pacientek. Uvádějí, že následkem hospicové péče se jejich obtíže stabilizovaly nebo nějakou měrou zmírnily.

Po přepočtu jednotlivých hodnot všech oblastí na EQ-5D index, který se pro Evropu pohybuje od 1,00 (ve všech oblastech 1) k -0,074 (ve všech oblastech 3) získáme celkový index kvality života. Tento index se při příjmu pohyboval od -0,074 do 0,713 a průměrná hodnota při příjmu byla 0,223, tato hodnota odpovídá nižší kvalitě života. Po 14 dnech došlo u 97 % respondentů ke zlepšení, u 3 % respondentů došlo ke zhoršení. Rozmezí po 14 dnech se pohybovalo od 0,075 do 0,78 a průměrná hodnota byla 0,468, tato hodnota odpovídá střední kvalitě života. Tato změna je statisticky významná. Toto zlepšení odpovídá dobrému nastavení paliativní péče, která si klade za cíl zvyšovat kvalitu života nemocných. Mnoho výzkumů také potvrzuje zlepšování kvality života v hospicové péči. Johnsen (2009) dokazuje ve svém výzkumu, že specializovaná paliativní péče zvyšuje kvalitu života pacientů. Z výsledků je také patrný vliv vnímaných symptomů na celkovou kvalitu života. Vysvětlení je velice snadné. Pokud má pacient bolesti, obtížně se mu dýchá, má strach, tak v noci hůře spí a je tedy unavený. Pokud pacienta zbavíme těchto obtíží, sníží se strach, pacient se lépe vyspí, nebude unavený a začnou se zlepšovat i fyzické funkce pacienta. Tento jev popisuje ve své studii i Jocham a kol. (2009). Literatura potvrzuje předpoklad, že existuje provázanost mezi paliativní péčí, kontrolou symptomů a kvalitou života nemocných. Cílem specializované paliativní péče je tedy řešení fyzických, psychických, sociálních a spirituálních problémů pacientů. Důstojné umírání a dobrá smrt v sobě vždy nerozlučně zahrnují kvalitu poskytované péče a pacientovo hodnocení a prožívání konce života (Bužgová, Sikorová, 2010).

Subjektivní hodnocení aktuálního zdravotního stavu – EQ-5D VAS

Toto hodnocení je závislé na všech předchozích dimenzích, které se hodnotí v první části tohoto dotazníku. Pokud mají pacienti větší obtíže v některé z 5 dimenzí, klesá i hodnota uvedená pacientem. Při příjmu se vnímání zdravotního stavu pohybovalo od 5 do 75. Po 14

dnech se vnímání zdravotního stavu pohybovalo od 15 do 85. Průměrná hodnota při příjmu se pohybovala okolo 43,1 a po 14 dnech okolo 50,37. Ve srovnání s objektivním hodnocením zdravotního stavu je subjektivní hodnocení o něco nižší. K vyššímu hodnocení po 14 dnech přispělo jistě zmírnění obtíží, které udávali při přijetí a zlepšení vnímání. Jistě by bylo zajímavé provést podrobnější srovnání a souvislosti k tomuto hodnocení.

Životní spokojenost

Dotazník životní spokojenosti posuzuje životní spokojenost v deseti oblastech. Tyto oblasti zaznamenávají spokojenost v sociálních vztazích, sexualita pacienta, finanční situaci, bydlení, vnímání sebe sama a posouzení vlastního zdravotního stavu. Průměrná hodnota zdraví při příjmu byla 22,3, to odpovídá staninové normě ST2 tedy, velmi nespokojen. Po 14 dech v této oblasti došlo ke zlepšení na 29,4. To odpovídá staninové hodnotě ST3. Zlepšení je tedy jen o jeden stupeň. Oblast práce a zaměstnání hodnotili respondenti při příjmu průměrnou hodnotou 33,9. To odpovídá staninové normě ST4. Ve stejné normě se pohybuje průměrná hodnota i po 14 dnech. Zde se změna zřejmě nedá očekávat vzhledem k situaci, ve které se pacienti nacházejí. Spokojenost v oblasti financí byla 28,7. To odpovídá staninové normě ST4. Stejně tak i hodnota po 14 dnech (31). Ani v této oblasti se nedá očekávat výrazné zlepšení. Změnu v této oblasti neprokázal ani Jocham a kol. (2009). Průměrná hodnota v oblasti volného času byla 32,6, tedy ST4. Po 14 dnech je průměrná spokojenost 33,3 odpovídá opět staninové normě ST4. Oblast manželství a partnerství se při příjmu pohybuje na úrovni ST4 a po 14 dnech na úrovni ST5. Vztah k vlastním dětem hodnotí respondenti průměrnými hodnotami 35,6 (ST5) a po 14 dnech je tato hodnota 39,3 (ST5). Spokojenost s vlastní osobou hodnotí respondenti při příjmu na úrovni ST2 (29,7) a po 14 dnech 32,5, tedy ST3. Sexuální oblast hodnotí respondenti při příjmu 26,6, na úrovni ST3, a po 14 dnech 27,7, také ST3. Oblast přátelé známí a příbuzní byla hodnocena při příjmu na úrovni ST4 (33) a po 14 dnech byla tato úroveň stejná hodnota byla však vyšší (36). Poslední oblastí dotazníku je spokojenost s bytem a bydlením. Průměrná hodnota této oblasti se pohybovala okolo 33,9, staninová hodnota je ST3. Po 14 dnech byla průměrná hodnota v této oblasti 35,5, hodnota ST4. Jocham a kol. (2009) prokázali statisticky významné změny v sociálních oblastech a fyzických funkcích, v těchto oblastech respondenti uvedli jisté zlepšení. Ve výzkumu nebyly změny v jednotlivých oblastech statisticky ověřeny, ale je zde ve všech sociálních oblastech zlepšení v průměrných hodnotách. Po přepočtu na staninové normy bylo zlepšení jen v oblasti

manželství a partnerství. To může být způsobeno malým vzorkem respondentů nebo rozdílnou kulturou. Všechny hodnoty se pohybují v nižší až střední životní spokojenosti.

Celková životní spokojenost se při příjmu pohybovala na velmi nízkých hodnotách, životní spokojenost po 14 dnech se pohybovala spíše ve středních hodnotách. Byly však zastoupeny nižší i vyšší hodnoty. Životní spokojenost klesla po 14 dnech na úrovni ST1 o 30 %. ST2 se po 14 dnech zvýšila o 14 %. ST3 se po 14 dnech snížilo o 7 %. Spokojenost na úrovni ST4 se po 14 dnech zvýšila o 17 %. Životní spokojenost na úrovni ST5 se po 14 dnech zvýšila jen o 4 %. Úroveň ST6-ST8 se po 14 dnech zvýšila o 2 %. U 73 % respondentů se prokázalo zlepšení celkové životní spokojenosti, u zbytku respondentů nebyla zaznamenána změna. Tato změna životní spokojenosti je statisticky významná. Tento a předchozí test poukazují svými výsledky také na kvalitu poskytované péče v hospici.

Výskyt a závažnost depresivních symptomů

Úzkost a deprese jsou subjektivní psychické symptomy, jejichž objektivizace je obtížná. Z tohoto důvodu byla použita Zungova škála deprese (SDS – Zungova škála deprese). Sekot a kol. (2005) uvádí, že výskyt depresivních symptomů u onkologického pacienta nemusí znamenat nutně diagnózu těžké deprese. Toto tvrzení by mohlo vysvětlovat to, že ti respondenti, kteří v dotazníku EQ-5D udávají, že nemají problémy v oblasti deprese, mají i přesto vysoký SDS index, který vyplývá z přítomnosti symptomů. Statisticky významná změna byla prokázána u obou testů. Výzkum prokázal zlepšení symptomů a tedy i SDS indexu u 50 % respondentů. V dotazníku EQ-5D v dimenzi úzkost a strach / deprese došlo ke zlepšení u 64 %. Příčin zlepšení může být několik: přístup multidisciplinárního týmu, kterého je součástí psycholog, psychoterapeut a duchovní; úleva od symptomů; nasazení antidepresiv, ale také komplexního řešení problémů. Nejen řešení fyzické stránky onemocnění, ale také psychické i sociální a duchovní oblasti. Při příjmu bylo rozložení depresivity mezi respondenty rovnoměrné (od 20 do 30 %), po 14 dnech hospitalizace 73 % respondentů se pohybovalo na prvních dvou stupních depresivity, tedy žádné nebo mírné příznaky.

Špuláková (2010) ve svém výzkumu zjistila, že se v Hospici kromě medikamentózní analgetické léčby klade důraz také na odbornou psychoterapii (u 58 % pacientů) v podobě návštěv psychoterapeutky, v současné době i psychologa, a na duchovní péči ve spolupráci s katolickým knězem či pastorem jiné církve, která se poskytuje více než polovině pacientů (53 %).

5 Závěr

Základním cílem diplomové práce bylo shrnout poznatky o hospicové péči a o kvalitě života nemocných v tomto programu. Výzkumná část měla za úkol sledovat a popsat kvalitu života, životní spokojenost a výskyt depresivních symptomů u pacientů v Hospici. Výsledky výzkumu, který byl prováděn při příjmu a u stejných pacientů po 14 dnech, ukazují kvalitu života v předchozím zařízení, nebo doma a změnu kvality života po 14 dnech poskytované paliativní péče.

Výsledky výzkumu ukazují na zvýšení kvality života pacientů po 14 dnech poskytované paliativní péče. Byla tedy prokázána hypotéza, že se kvalita života pacientů po 14 dnech zvýší. I samotní pacienti udávají zlepšení celkového zdravotního stavu. V hospicové péči je jistě výhodnější subjektivní hodnocení pacientů. Výsledky výzkumu ukazují na individualitu, jsou často ve velmi širokém rozmezí, což ukazuje na velkou nesourodost hodnocené skupiny. Z výzkumu je patrné, že ke zlepšení kvality života došlo zvláště po zlepšení v oblasti psychických a tělesných obtíží. Zvýšení životní spokojenosti ukazuje i na zlepšení v sociální oblasti pacientů, na zlepšení v rodinných vztazích pacientů.

Z výzkumu vyplynulo, že při příjmu je přítomno více depresivních symptomů než po 14 dnech. Z toho vyplývá dobrý přístup k léčbě těchto příznaků i komplexní přístup psychologa a duchovního.

Pro řízení kvalitní péče je důležité znát, jak úspěšná je poskytovaná péče. Podle výsledků výzkumu by se dalo usuzovat na dobrou péči. Jsou zde patrné oblasti, kterým by se měl celý tým věnovat více anebo v kterých by se měl ještě zlepšit. Jsou to oblasti, které se věnují finanční situaci pacienta, sociálním oblastem a vztahu k nejbližší rodině ale také ke všem známým a přátelům.

Výzkum poskytl velké množství dat a informací. V této práci jsou zpracovány především výsledky změny kvality života a životní spokojenosti v jednotlivých dimenzích. Nabízí se tedy ještě vyhodnocení a analyzování vlivu vybraných demografických (věk, pohlaví, vzdělání), zdravotních (performance status, počet přidružených onemocnění, nikotinismus, apod.), psychosociálních aspektů (rodinný stav, náboženské vyznání, apod.) na celkovou kvalitu života nemocných v programu hospicové péče.

Téma kvality života nemocných v hospicovém programu je široké, ale zároveň velice zajímavé. Výzkumná část práce se stala obohacující zkušeností pro autorku a zároveň přinesla podrobnější poznatky o kvalitě života nemocných v hospicovém programu.

Soupis bibliografických citací

- 1) BÁRTLOVÁ, S.; SADÍLEK, P.; TÓTHOVÁ, V. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. ISBN 80-7017-416-X.
- 2) BREDIN, M. Dušnost. In O'CONNOR, M.; ARANDA, S. *Paliativní péče : pro sestry všech oborů*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2005., s. 101-113. ISBN 80-247-1295-4.
- 3) DOLEŽALOVÁ, J. *Kvalita života umírajících osob v hospicové péči*. Brno, 2007. 131 s. Diplomová práce. Masarykova Univerzita, Filozofická fakulta.
- 4) DOSTÁLOVÁ, O. Emocionální problémy v paliativní medicíně. In VORLÍČEK, J.; ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. s. 389-414. ISBN 80-7169-437-1.
- 5) HAMPTON, D. M. et al. Spiritual Needs of Person With Advanced Cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2007, vol. 24, no. 1, s. 42-48. ISSN 1938-2715.
- 6) HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie : Nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha : Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
- 7) HAŠKOVCOVÁ, H. Etické problémy paliativní medicíny. VORLÍČEK, J.; ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. s. 357-368 ISBN 80-7169-437-1.
- 8) HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1.vyd. Praha : TRITON, 2005., s. 205-216. ISBN 80-7254-657-0.
- 9) JOHNSEN, A. Symptoms and problems in a nationally representative sample of advanced cancer patients. *Palliative Medicine*. 2009, vol. 23, no. 6, s. 491-501. ISSN 1477-030X.
- 10) JOCHAM, H. R., et al. Quality-of-life assessment in a palliative care setting in Germany: An outcome evaluation. *International Journal of Palliative Nursing*. 2009, Vol 15, No 7, s. 338-345. ISSN 1357-6321.
- 11) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- 12) KŘIVOHLAVÝ, J. měření kvality života objektivními ukazateli. In PAYNE, J. a kol.

- Kvalita života a zdraví*. 1. Vyd. Praha : TRITON, 2005., s. 281-287. ISBN 80-7254-657-0.
- 13) KŘÍŽOVÁ, E. Kvalita života v kontextu všedního dne. In PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha : TRITON, 2005., s. 217-233. ISBN 80-7254-657-0.
 - 14) MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. vydání 1. Praha : Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
 - 15) OPATRNÁ, M. *Etické problémy v onkologii*. 1. vyd. Praha : Mladá fronta a.s., 2008. 114 s. ISBN 978-80-204-1876-0.
 - 16) POLÁK, V. *Specializovaná mobilní paliativní péče a kvalita života*. Olomouc, 2010. 139 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci Katedra psychologie Filozofické fakulty.
 - 17) RODNÝ, T., RODNÁ, K. (něm. autor FAHRNBERG, J. et al.). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum, 2001. ISBN 8086471160.
 - 18) SKŘIČKOVÁ, J.; MERTA, Z. Respirační symptomy. In VORLÍČEK, J.; ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. s. 119-142. ISBN 80-7169-437-1.
 - 19) SLÁMA, O. kvalita života onkologicky nemocných. In PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha : TRITON, 2005., s. 176-180. ISBN 80-7254-657-0.
 - 20) SLÁMA, O.; KABELKA, L.; VORLÍČEK, J. et.al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
 - 21) SLOVÁČEK, L.; JEBAVÝ, L. *Transplantace krvetvorných buněk a kvalita života*. vydání 1. Hradec Králové : Nucleus, 2007. 35 s. ISBN 978-80-87009-28-4.
 - 22) SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6., doplněné vydání. Praha : Karmelitánské nakladatelství, 2008. 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.
 - 23) ŠPULÁKOVÁ, J. *Analgetická léčba kostních metastáz, efektivita a toxicita*. Pardubice, 2010. 89 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.
 - 24) THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQoL). In ORLEY, J., KUYKEN, W. (Eds). *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Heidleberg : Springer-Verlag, 1994. ISBN: 3540582053
 - 25) VAVRDA, V. Změna kvality života: očekávání a realita. In PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha : TRITON, 2005., s. 176-180. ISBN 80-7254-657-0.
 - 26) VORLÍČEK, J.; ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. 480 s. ISBN 80-7169-437-1.

- 27) VORLÍČEK, J. úvod do problematiky paliativní medicíny. In VORLÍČEK, J.; ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. s. 17-24. ISBN 80-7169-437-1.
- 28) ZVÁROVÁ, J. *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. Praha : Karolinum, 2004. 220 s. ISBN: 80-7184-786-0.

www stránky:

- 29) BUŽGOVÁ, R.; SIKOROVÁ, L. Vliv specializované paliativní péče na hodnocení potřeb a kvalitu života pacientů . *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2010, roč. 1., č. 2, [cit. 2011-03-09]. Dostupný z WWW: <http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-02/7_buzgova.pdf>. ISSN 1804-2740.
- 30) EuroQol Group Executive Office. *User Guide Basic information on how to use EQ-5D : Version 3.0 April 2010* [online]. EuroQol Group, 2010 [cit. 2011-03-20]. Dostupné z WWW: <http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders_Flyers/User_Guide_v3_April_2010_.pdf>.
- 31) *Hospice v ČR* [online]. 26.07.2010 [cit. 2011-03-09]. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Dostupné z WWW: <<http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/hospice-v-cr/>>.
- 32) KAASA, S., Assessment of quality of life in palliative care. *Innovations in End-of-Life Care*, [online]. 2000, 2(6) [cit. 2011-02-14]. Dostupný z WWW: <http://www2.edc.org/lastacts/archives/archivesNov00/editorial.asp> ISSN 1541-4744
- 33) LAPORTE MATZO, Marianne; WITT SHERMAN, Deborah. *Palliative Care Nursing : Quality Care to the End of Life*. 2. vydání. New York : Springer Publishing Company, 2006. 454 s. Dostupné z WWW: <<http://books.google.cz/books?id=5L0u9q06XSUC&printsec=frontcover&dq=palliative+care&lr=&cd=2#v=onepage&q=&f=false>>. ISBN 0-8261-5794-7.
- 34) *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care : Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies* [online]. Strasbourg : COUNCIL OF EUROPE, 2003 [cit. 2011-03-20]. Dostupné z WWW: <[http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)>.

- 35) SALAJKA, F. Kvalita života onkologicky nemocných - kritérium úspěšnosti naší péče. *Klinická onkologie* [online]. 2001, 14, zvláštní číslo 1, [cit. 2011-03-09]. Dostupný z WWW: <http://www.linkos.cz/odbornici/vzdelavani/zvl1_01/08.pdf>.
- 36) SEKOT, M., et al. Hodnocení úzkosti a deprese u pacientů se zhoubnými nádory trávicího traktu. *Česká a Slovenská psychiatrie : Časopis Psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrickej spoločnosti SLS* [online]. 2005, 101, č. 5, [cit. 2011-03-14]. Dostupný z WWW: <http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2005_5_252_257.pdf>. ISSN 1212-0383
- 37) SLÁMA, O. Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. *Klinická onkologie* [online]. 2009, 4, [cit. 2011-02-14]. Dostupný z WWW: <http://www.eonkologie.cz/cs/images/stories/KO_2009/KO_2009-04/_pdf/KO_2009-04_Slama.pdf>. ISSN 0862-495X.
- 38) SLOVÁČEK, L. Paliativní léčba vybraných obtíží v onkologii : praxe. *Florence* [online]. 2009, č. 1, [cit. 2011-03-09]. Dostupný z WWW: <<http://www.florence.cz/osetrovatelstvi/recenzovane-clanky/paliativni-lecba-vybranych-obtizi-v-onkologii-praxe>>.
- 39) SLOVÁČEK, L.; SLOVÁČKOVÁ, B. Příspěvek k paliativní léčbě onkologicky nemocných. *Vojenské zdravotnické listy* [online]. 2003, LXXII, č. 1, [cit. 2011-03-09]. Dostupný z WWW: <http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2003/Vz11_1.pdf>.
- 40) TIRAYOVÁ, L. Psychofarmakologie v onkologii, možnosti ovlivnění bolesti. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2001, roč. 2, č. 5, [cit. 2011-03-09]. Dostupný z WWW: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/05/03.pdf>>. ISSN 1803-5272.
- 41) VORLÍČEK, J.; SLÁMA, O. Paliativní medicína - historie a současnost. *Sanquis* [online]. 2005, 41, [cit. 2011-02-14]. Dostupný z WWW: <<http://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art345>>. ISSN 1212-6535.

Seznam zkratek

APHPP – asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

apod. – a podobně

CMP – centrální mozková příhoda

č. - číslo

ČR – Česká Republika

DŽS – Dotazník životní spokojenosti

DET – vztah k vlastním dětem

Euro QoL EQ-5D- European Quality of Life Questionnaire Version EQ-5D

EQ-5D VAS – vizuální analogová škála dotazníku EQ-5D

H_0 – nulová hypotéza

H_A – alternativní hypotéza

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

MAN – manželství a partnerství

max. – maximum

např. – například

obr. – obrázek

PAZ – přátelé a známí

PSI – performance status, Karnofsky index

QoL – kvalita života

ST1-9 – staniny 1-9

Sv. – svatý

SDS – sebesposuzovací depresivní škála

Tab. – tabulka

tj. – to je

tzv. – takzvaný

WHO – světová zdravotnická organizace

Seznam tabulek

Tab. 1 Pohlaví respondentů

Tab. 2 Vzdělání respondentů

Tab. 3 Náboženské vyznání respondentů

Tab. 4 Karnofskyho index - PSI

Tab. 5 Testování hypotézy č.1

Tab. 6 Podíl úrovně 1, 2 a 3 v jednotlivých dimenzích při příjmu a po 14 dnech

Tab. 7 Statistická významnost změny v bolesti a potížích, střední hodnoty

Tab.8 Statistická významnost změny ve strachu, úzkosti a deprese, střední hodnoty

Tab. 9 EQ-5D index - hodnoty při příjmu a po 14 dnech pobytu

Tab.10 Testování hypotézy č.2

Tab. 11 Testování hypotézy č. 3

Tab. 12 Testování hypotézy č. 4

Tab. 13 Rozložení životní spokojenosti v jednotlivých oblastech při příjmu

Tab. 14 Rozložení životní spokojenosti v jednotlivých oblastech po 14 dnech

Tab. 15 Testování hypotézy č. 5

Tab. 16 Porovnání stupně depresivity dle SDS a vnímáním deprese v dotazníku EQ-5D při příjmu

Tab. 17 Porovnání stupně depresivity dle SDS a vnímáním deprese v dotazníku EQ-5D po 14 dnech

Seznam obrázků

- Obr. 1 Graf věkového rozložení respondentů
- Obr. 2 Rodinný stav respondentů
- Obr. 3 Zaměstnání respondentů
- Obr. 4 Domácnost a bydlení respondentů
- Obr. 5 Počet přidružených onemocnění k základnímu
- Obr. 6 Výskyt nikotinu u respondentů
- Obr. 7 Performance status dle Karnofskyho indexu u respondentů
- Obr. 8 Změna PSI
- Obr. 9 Změna v pohyblivosti
- Obr. 10 Změna v soběstačnosti
- Obr. 11 Změna v běžných činnostech
- Obr. 12 Změna v bolesti a ostatních potížích
- Obr. 13 Změna v oblasti strach, úzkost a deprese
- Obr. 14 Krabicový graf rozložení hodnot EQ-5D indexu
- Obr. 15 Rozložení subjektivního zdravotního stavu na EQ-5D VAS
- Obr. 16 Změna zdravotního stavu na EQ-5D VAS
- Obr. 17 DŽS – výsledný index životní spokojenosti
- Obr. 18 Změna ve vnímání životní spokojenosti
- Obr. 19 Index depresivity (Zungův SDS index)
- Obr. 20 Změna ve stupni depresivity

Seznam příloh

PŘÍLOHA 1: Adresář hospiců - členů APHPP podle krajů

PŘÍLOHA 2: Dotazník kvality života Euro QoL EQ-5D

PŘÍLOHA 3: VAS EQ-5D

PŘÍLOHA 4: Dotazník životní spokojenosti

PŘÍLOHA 5: Vyhodnocovací list dotazníku životní spokojenosti

PŘÍLOHA 6: Dotazník pacienta – Zungova sebeposuzovací stupnice deprese

PŘÍLOHA 7: Hodnocení dotazníku pacienta - Zungova sebeposuzovací stupnice deprese

PŘÍLOHA 8: Dotazník předkládaný pacientům

PŘÍLOHA 1: Adresář hospiců - členů APHPP podle krajů

STAV K 26.07.2010

Vysvětlivky:

L = lůžkový hospic, příp. hospicová péče v jiném než hospicovém zařízení

M = mobilní (domácí) hospic

vL = lůžkový hospic ve výstavbě

zL = záměr vybudovat lůžkový hospic

zM = záměr provozovat mobilní hospic

Hlavní město Praha

- Hospic Štrasburk - L, M

Bohnická 12, 180 00 Praha 8 - Bohnice

Tel.: 283 853 256

[hospic.strasburk\(zavináč\)email.cz](mailto:hospic.strasburk(zavináč)email.cz)

Středočeský kraj

- Hospic Dobrého Pastýře, obč. sdružení TŘI - L, M

Sokolská 584, 257 22 Čerčany

Tel.: 317 777 381

[os-tri\(zavináč\)centrum-cercany.cz](mailto:os-tri(zavináč)centrum-cercany.cz)

www.centrum-cercany.cz

- Nadační fond Klíček - L, M

Podpora vážně nemocných dětí a jejich rodin

Malejovice 22 (škola), 285 04 Uhlířské Janovice

Tel: 327 544 043

[klicek\(zavináč\)klicek.org](mailto:klicek(zavináč)klicek.org)

www.klicek.org

Jihočeský kraj

- Hospic sv. Jana N. Neumanna - L, zM

Neumannova 144, 383 01 Prachatice

Tel.: 388 311 726

[info\(zavináč\)hospicpt.cz](mailto:info(zavináč)hospicpt.cz)

www.hospicpt.cz

Plzeňský kraj

- Hospic sv. Lazara - L

Sladkovského 66, 326 00 Plzeň

Tel.: 377 431 381

hospic(zavináč)hsl.cz

www.hsl.cz

Karlovarský kraj

- LDN Nejdek - lůžkové oddělení pro následnou paliativní a rehabilitační péči - L

Osvětimská 975, 362 22, Nejdek

Tel.: 353 825 445-6

info(zavináč)ldn-nejdek.cz

www.ldn-nejdek.cz

Ústecký kraj

- Hospic sv. Štěpána - L, M

Rybářské náměstí 662/4, 412 01 Litoměřice

Tel.: 416 733 185-7

info(zavináč)hospiclitomerice.cz

www.hospiclitomerice.cz

- Hospic v Mostě - L, M

Svážná ul. 1528, 434 00 Most

Tel.: 476 000 166

hospic(zavináč)mostmail.cz

www.hospic-most.cz

Liberecký kraj

- Hospicová péče sv. Zdislavy – M, zL

Poštovní 233, 463 11 Liberec 1

Tel.: 723 967 035

hp.sz(zavináč)seznam.cz

www.hospiczdislavy.cz

Královéhradecký kraj

- Hospic Anežky České - L, M

5. května 1170, 549 41 Červený Kostelec

Tel.: 491 467 030

sekretariat(zavináč)hospic.cz

www.hospic.cz

- Hospicové občanské sdružení Duha - M

Centrum domácí hospicové péče

ČSA 1815, 508 01 Hořice

hospic-horice(zavináč)seznam.cz

www.hospic-horice.cz

Pardubický kraj

- Hospic Chrudim - L, M

K ploché dráze 602, 537 01 Chrudim IV

Tel.: 731 151 538

smireni(zavináč)centrum.cz

www.smireni.cz

Vysočina

- Hospicové hnutí - Vysočina - M

Žďárská 610, 592 31 Nové Město na Moravě

Tel.: 566 615 198, 731 679 933

info(zavináč)hhv.cz

www.hhv.cz

- Sdílení o.s. - M

U Štěpnického rybníka 321, 588 56 Telč

Tel.: 777 574 975

www.os-sdileni.wz.cz

Jihomoravský kraj

- Hospic sv. Alžběty - L, M

Kamenná 36, 639 00 Brno

Tel.: 543 214 761, 777 883 639

info(zavináč)hospicbrno.cz

www.hospicbrno.cz

- Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa - L, M

Jiráskova 47, 664 61 Rajhrad
Tel.: 547 232 223
hospic(zavináč)dlbsh.cz
www.dlbsh.cz

- Domácí hospic David, Charita Kyjov - M

Palackého 194, 697 01 Kyjov
Tel.: 518 323 766
chos.kyjov(zavináč)caritas.cz
www.kyjov.caritas.cz

Olomoucký kraj

- Hospic na Svatém Kopečku - L

Sadové náměstí 24, 779 00 Olomouc
Tel.. 585 319 754
hospic.svkopecek(zavináč)caritas.cz
www.hospickopecek.caritas.cz

Zlínský kraj

- Hospic Citadela - Diakonie CCE - L, M

Žerotínova 1421, 757 52 Valašské Meziříčí
Tel.: 571 629 084
hospic(zavináč)citadela.cz
www.citadela.cz

- Domácí hospic - Obl. charita Uh. Hradiště - M

Velehradská tř. 247, 686 01 Uherské Hradiště
Tel.: 572 550 136
hospic.uhradiste(zavináč)caritas.cz
www.uhradiste.caritas.cz

- Hospic Hvězda, Obč. sdružení Hvězda - L

Sokolovská 967, 760 01 Zlín - Malenovice
Tel.. 577 113 542
sekretar.hvezdazlin(zavináč)seznam.cz
www.sdruzenihvezda.cz

Moravskoslezský kraj

- Hospic sv. Lukáše - L

Charita Ostrava, Charvátská 8, 700 30 Ostrava - Výškovice

Tel.: 599 508 505

lukashospic.ostrava(zavináč)caritas.cz

www.ostrava.caritas.cz

- CHOS a Mobilní hospicová jednotka - M

Charita Ostrava, Charvátská 8, 700 30 Ostrava - Výškovice

Tel.: 599 508 504

cho.chos(zavináč)caritas.cz

www.ostrava.caritas.cz

- Mobilní hospic Ondrášek - M

Horní 288/67, 700 30 Ostrava - Dubina

Tel.: 596 910 196

mhondrasek(zavináč)seznam.cz

www.mhondrasek.cz

- Mobilní hospicová jednotka Pokojný přístav - M

Charita Opava, Kylešovská 10, 746 01 Opava

Tel.: 553 623 171, 737 999 979

pokojnypristav(zavináč)charitaopava.cz

www.charitaopava.cz

DOSTUPNÉ NA: *Hospice v ČR* [online]. 26.07.2010 [cit. 2011-03-09]. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Dostupné z WWW: <<http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/hospice-v-cr/>>.

PŘÍLOHA 2: Dotazník kvality života Euro QoL EQ-5D

Dotazník kvality života EUROQOL EQ-5D

Prosíme vyberte jednu odpověď, která nejlépe vystihuje Váš dnešní zdravotní stav.

Pohyblivost

- Nemám obtíže při chůzi
Mám určité obtíže při chůzi
Jsem upoután a lůžko

Soběstačnost

- Jsem soběstačný(á)
Mám problémy s mytím nebo oblékáním
Nejsem schopen)schopna se umýt)

Běžné činnosti

- Nemám problémy s vykonáváním obvyklých činností (např. zaměstnání, studium, domácí práce, apod.)
Mám problémy s vykonáváním obvyklých činností
Nejsem schopen (schopna) vykonávat běžné činnosti

Bolest / potíže

- Nemám žádné bolesti či jiné obtíže
Trpím mírnou bolestí nebo obtížemi
Trpím výraznou bolestí či obtížemi

Úzkost a strach / deprese

- Nemá strach, nejsem depresivní
Mám strach nebo deprese
Mám velký strach nebo těžké deprese

PŘÍLOHA 3: VAS EQ-5D

Na stupnici 0 – 100 prosím vyznačte Váš aktuální zdravotní stav.

EuroQol		
	100	Nejlepší zdravotní stav
	90	
	80	
	70	
	60	
<u>Váš dnešní zdravotní stav</u>	50	
	40	
	30	
	20	
	10	
	0	Nejhorší zdravotní stav

PŘÍLOHA 4: Dotazník životní spokojenosti

DOTAZNÍK

Dotazník životní spokojenosti

J. Fahrenberg, M. Myrtek, J. Schumacher, E. Brähler

Zaškrtněte prosím u každého z tvrzení na následujících stranách vždy to číslo, které nejvíce odpovídá vaší spokojenosti ve vztahu k danému tvrzení.

Příklad:	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
S počasím jsem ...				X			

Pokud tedy – jako v tomto případě – nejste s počasím ani spokojen(a), ani nespokojen(a), zaškrtněte prosím ④. U každého tvrzení zaškrťávejte prosím pouze jedno políčko.

ZDRAVÍ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
Se svým tělesným zdravotním stavem jsem...							
Se svou duševní kondicí jsem...							
Se svou tělesnou kondicí jsem...							
Se svou duševní výkonností jsem...							
Se svou obranyschopností proti nemoci jsem...							
Když myslím na to, jak často mám bolesti, jsem...							
Když myslím na to, jak často jsem až dosud byl(a) nemocný(á), jsem ...							

PRÁCE A ZAMĚSTNÁNÍ (osoby v důchodu: hodnotěte prosím své bývalé zaměstnání)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
Se svým postavením na pracovišti jsem...							
Když myslím na to, jak jistá je moje budoucnost v zaměstnání, jsem...							
S úspěchy, které mám v zaměstnání, jsem...							
S možnostmi postupu, které mám na mém pracovišti, jsem...							
S atmosférou na pracovišti jsem...							
Co se týká mých pracovních povinností a zátěže, jsem...							
S pestrostí, kterou mi nabízí mé zaměstnání, jsem...							

FINANČNÍ SITUACE	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svým příjmem / platem jsem...							
S tím, co vlastním, jsem...							
Se svým životním standardem jsem...							
S hmotným zajištěním své existence jsem...							
Se svými budoucími možnostmi výdělků jsem...							
S možnostmi, které mohu vzhledem ke své finanční situaci nabídnout své rodině, jsem...							
Se svým budoucím očekávaným (finančním) zajištěním ve stáří jsem...							

VOLNÝ ČAS	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S délkou své každoroční dovolené jsem...							
S množstvím svého volného času po práci a o víkendech jsem...							
S kvalitou odpočinku, který mi přináší dovolená, jsem...							
S kvalitou odpočinku, který mi přináší volný čas po práci a víkendy, jsem...							
S množstvím času, který mám k dispozici pro své koníčky, jsem...							
S časem, který mohu věnovat blízkým osobám, jsem...							
S pestrostí svého volného času jsem...							

MANŽELSTVÍ A PARTNERSTVÍ (Vyplňte prosím pouze pokud máte stálého partnera / partnerku)	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S požadavky, které na mne klade mé manželství / partnerství, jsem...							
S našimi společnými aktivitami jsem...							
S upřímností a otevřeností svého partnera / partnerky jsem...							
S pochopením, které má pro mne můj partner / partnerka, jsem...							
S něžností a náklonností, kterou mi můj partner / partnerka projevuje, jsem...							
S bezpečím, které mi poskytuje můj partner / partnerka, jsem...							
S ochotou pomoci, kterou mi projevuje můj partner / partnerka, jsem...							

VZTAH K VLASTNÍM DĚTEM (Vyplňte pouze pokud máte vlastní děti)	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Když myslím na to, jak s dětmi vzájemně vycházíme, jsem...							
Když myslím na úspěchy svých dětí ve škole a zaměstnání, jsem...							
Když myslím na to, kolik radosti mám ze svých dětí, jsem...							
Když myslím na námahu a výdaje, které mě mé děti stály, jsem...							
S vlivem, který mám na své děti, jsem...							
S uznáním, kterého se mi od mých dětí dostává, jsem...							
S našimi společnými aktivitami jsem...							

VLASTNÍ OSOBA	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svými schopnostmi a dovednostmi jsem...							
Se způsobem, jak jsem až doposud žil, jsem...							
Se svým vnějším vzhledem jsem...							
Se svým sebevědomím a sebejistotou jsem...							
Se svým charakterem (povahou) jsem...							
Se svou vitalitou (tzn. s radostí ze života a životní energií) jsem...							
Když myslím na to, jak vycházím s ostatními lidmi, jsem...							

SEXUALITA	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svou tělesnou přitažlivostí jsem...							
Se svou sexuální výkonností jsem...							
S četností svých sexuálních kontaktů jsem...							
S tím, jak často se mi můj partner / má partnerka tělesně věnuje (dotýká se mne, hladí mne), jsem...							
Se svými sexuálními reakcemi jsem...							
Když myslím na to, jak otevřeně mohu mluvit o sexuální oblasti, jsem...							
Když myslím na to, jak se k sobě s partnerem v sexualitě hodíme, jsem...							

PŘÁTELE, ZNÁMÍ A PŘÍBUZNÍ	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Když myslím na okruh svých přátel a známých, jsem...							
S kontaktem se svými příbuznými jsem...							
S kontaktem se svými sousedy jsem...							
S pomocí a podporou, kterou mi poskytují přátelé a známí, jsem...							
Se svými veřejnými a spolkovými aktivitami jsem...							
Se svou společenskou angažovaností jsem...							
Když myslím na to, jak často se dostanu mezi lidi, jsem...							

BYDLENÍ	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S velikostí svého bytu jsem...							
Se stavem svého bytu jsem...							
S výdaji za svůj byt (nájem, příp. splátky) jsem...							
S polohou svého bytu jsem...							
S dosažitelností dopravních prostředků jsem...							
Když myslím na míru zátěže hlukem, jsem ve svém bytě...							
Se standardem svého bytu jsem...							

Odpovězte, prosím, na následující otázky tak, že zaškrtnete hodící se odpověď.

Pohlaví: muž žena

Věk: let

Dosažené vzdělání:

- nedokončené základní vzdělání
- základní
- vyučen bez maturity
- vyučen s maturitou
- ukončené středoškolské vzdělání
- ukončené vysokoškolské vzdělání

Rodinný stav:

- ženatý / vdaná
- svobodný(á)
- vdovec / vdova
- rozvedený(á)

Domácnost:

- žiji sám / sama
- žiji s partnerem / partnerkou

Jste zaměstnaný(á)?

- ano
- ano, ve vlastní firmě
- v domácnosti

– anebo jste:

- žák / žákyně
- student / studentka
- v učení
- v důchodu
- nezaměstnaný(á)

Zaměstnání:

.....

Děkujeme za vaši spolupráci.

PŘÍLOHA 5: Vyhodnocovací list dotazníku životní spokojenosti

VYHODNOCOVAČÍ LIST

Dotazník životní spokojenosti

J. Fahrenberg, M. Myrtek, J. Schumacher, E. Brähler

Jméno a příjmení:

Pohlaví: muž žena Věk:

Examinátor: Datum:

Chybějící odpovědi:

Hrubý skór	Standardní skór	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Staniny
		4	7	12	17	20	17	12	7	4	Procenta
	1. Zdraví										
	velmi nespokojen(a)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	velmi spokojen(a)
	2. Práce a zaměstnání										
	velmi nespokojen(a)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	velmi spokojen(a)
	3. Finanční situace										
	velmi nespokojen(a)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	velmi spokojen(a)
	4. Volný čas										
	velmi nespokojen(a)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	velmi spokojen(a)
	5. Manželství a partnerství										
	velmi nespokojen(a)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	velmi spokojen(a)
	6. Děti										
	velmi nespokojen(a)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	velmi spokojen(a)
	7. Vlastní osoba										
	velmi nespokojen(a)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	velmi spokojen(a)
	8. Sexualita										
	velmi nespokojen(a)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	velmi spokojen(a)
	9. Přátelé, známí a příbuzní										
	velmi nespokojen(a)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	velmi spokojen(a)
	10. Bydlení										
	velmi nespokojen(a)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	velmi spokojen(a)
	11. Celková životní spokojenost										
	velmi nespokojen(a)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	velmi spokojen(a)

PŘÍLOHA 6: Dotazník pacienta – Zungova sebeposuzovací stupnice deprese

Zaznamenejte, prosím, odpověď na každou z dvaceti položek.		ZUNGOVA SEBEPOSUZOVACÍ STUPNICE DEPRESE			
		Nikdy nebo zřídka	Někdy	Dosti často	Velmi často nebo stále
1.	Jsem smutný(á), skleslý(á) a zkroušený(á).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ráno se cítím nejlépe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Jsou chvíle, kdy je mi do pláče.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	V noci mám potíže se spaním.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Jím stejné množství jídla jako dříve.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Všiml(a) jsem si, že ubývám na váze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Mám potíže se zácpou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Srdce mi buší rychleji než obvykle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Unavím se a i bez příčiny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Mám v hlavě jasno jako obvykle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Snadno zvládnou totéž co dřív.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Cítím nepokoj a nevydržím v klidu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Jsem plný(á) naděje do budoucna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Jsem více podrážděný(á) než obvykle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Snadno se rozhoduji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Cítím, že jsem užitečný(á) a potřebný(á).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Žiji plným životem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Cítím, že by pro ostatní bylo lépe, kdybych zemřel(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Těší mne stejné věci co dříve.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instrukce pro vyplnění:

Přečtete si pečlivě každou větu. Pro každou položku zaškrtněte ve sloupcích ten, který nejlépe vyjadřuje, jak jste se cítil(a) v průběhu posledního týdne včetně dneška.

Dodržujete-li dietu, u položek 5 a 7 odpovídejte, jako kdybyste na dietě nebyl(a).

JMÉNO: _____

VĚK: _____ DATUM: _____

hrubý skór	
SDS index	

PŘÍLOHA 7: Hodnocení dotazníku pacienta - Zungova sebeposuzovací stupnice deprese

Bodové ohodnocení jednotlivých odpovědí		Nikdy nebo zřídka	Někdy	Dostí často	Velmi často nebo stále
1.	Jsem smutný(á), skleslý(á) a zkrroušený(á).	1	2	3	
2.	Ráno se cítím nejlépe.		3	2	1
3.	Jsou chvíle, kdy je mi do pláče.	1	2	3	
4.	V noci mám potíže se spaním.	1	2	3	
5.	Jím stejné množství jídla jako dříve.		3	2	1
6.	Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení.		3	2	1
7.	Všiml(a) jsem si, že ubývám na váze.	1	2	3	
8.	Mám potíže se zácrou.	1	2	3	
9.	Srdce mi buší rychleji než obvykle.	1	2	3	
10.	Unavím se a i bez příčiny.	1	2	3	
11.	Mám v hlavě jasno jako obvykle.		3	2	1
12.	Snadno zvládnú totéž co dřív.		3	2	1
13.	Cítím nepokoj a nevydržím v klidu.	1	2	3	
14.	Jsem plný(á) naděje do budoucna.		3	2	1
15.	Jsem více podrážděný(á) než obvykle.	1	2	3	
16.	Snadno se rozhoduju.		3	2	1
17.	Cítím, že jsem užitečný(á) a potřebný(á).		3	2	1
18.	Žiji plným životem.		3	2	1
19.	Cítím, že by pro ostatní bylo lépe, kdybych zemřel(a).	1	2	3	
20.	Těší mne stejné věci co dřív.		3	2	1

Konverze hrubého skóru na SDS index									
Hrubý skór	SDS index	Hrubý skór	SDS index	Hrubý skór	SDS index	Hrubý skór	SDS index	Hrubý skór	SDS index
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100

SDS index	Závažnost onemocnění
méně než 50	Normální, nejeví známky deprese.
50-60	Přítomny známky minimální nebo lehké deprese.
60-69	Přítomna středně silná až zcela zřetelně vyjádřená deprese.
70 a více	Přítomna těžká až extrémě těžká deprese.

Zpracováno podle: W. W. K. Zung, 1965, 1974, 1989, 1991

(Pod černými poličky se skrývá č.4 (při kopírování došlo ke snížení kvality dokumentu))

PŘÍLOHA 8: Dotazník předkládaný pacientům

Dobrý den,

jmenuji se Jaroslava Burdychová a jsem studentkou 2. ročníku Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, studuji obor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který bude podkladem pro mou diplomovou práci, na téma **Management kvality života nemocných v programu hospicové péče**. Uvedené údaje budou sloužit jen pro moji potřebu. Data budou zpracována podle zákona o ochraně osobních údajů 101/2000 Sb.

Děkuji za věnovaný čas při vyplňování dotazníku.

Bc. Jaroslava Burdychová

Tuto část dotazníku vyplní řešitel.

1) performance status

- 100% - Normální stav pacienta, neprojevují se žádné obtíže.
- 90% - Normální výkonnost pacienta, minimální projevy choroby.
- 80% - Normální výkonnost pacienta, avšak s vypětím, drobné příznaky nemoci.
- 70% - Omezená výkonnost pacienta, samoobslužnou zachována, pracovní neschopnost pacienta.
- 60% - Omezená výkonnost pacienta, ten však občas potřebuje cizí pomoc.
- 50% - Omezená výkonnost pacienta, ten není trvale upoután na lůžko, potřebuje však ošetrovatelskou a lékařskou péči.
- 40% - Pacient je trvale upoután na lůžko, potřebuje nutně lékařskou odbornou péči.
- 30% - Pacient je vážně nemocen, nutná je odborná péče a podpůrná léčba, je indikována hospitalizace.
- 20% - Pacient je velmi těžce nemocen, je nutná hospitalizace, odborná péče a aktivní podpůrná léčba.
- 10% - Pacient je moribundní (pomalu umírá), nemoc rychle pokračuje a léčení nezaznamenává účinné zlepšení (nepomáhá).
- 0% - Pacient je mrtev.

2) počet přidružených onemocnění (polymorbidita)

.....

3) kouření

- Ano**
- Ne**
- V minulosti**

4) náboženské vyznání /religiozita/

- Ano Jaké.....**
- Ne**

Následující části vyplní pacient po předchozím vysvětlení.

Dotazník kvality života EUROQoL EQ-5D (příloha 2)

VAS (příloha 3)

4 strany DŽS (příloha 4)

Zungova sebeposuzovací škála deprese (Příloha 5)