

Domácí hospicová péče

Šárka Zemánková

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Šárka ZEMÁNKOVÁ**
Osobní číslo: **H09279**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Domácí hospicová péče**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části práce vymezit pojmy hospic, smrt, umírání, thanatologie, terminálně nemocný pacient. Charakterizovat specifika domácí hospicové péče a popsat význam sester při péči o umírající.

V praktické části vypracovat dotazník týkající se domácí hospicové péče, který bude určen pro sestry pracující v agenturách domácí péče. Analyzovat a interpretovat data získaná z dotazníkového šetření a na základě takto získaných poznatků navrhnout opatření pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Vydání 2. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3

MARKOVÁ, Alžběta, et al., 2009. Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-254-4552-5.

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

ROKYTA, Richard, et al., 2009. Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2003. Hospice a umění doprovázet. Vydání 5. Praha: Ecce homo. ISBN 80-902049-4-5.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Markéta Blažková

Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. května 2012

Ve Zlíně dne 14. února 2012



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka





Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 15.5.2010



1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(2) Vysoká škola nevídomě zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně pozadků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpisy vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být teč nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdaním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, učiní-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat náhrady chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce si klade za cíl ukázat historický vývoj domácí péče během posledních několika století a popsat změny v pohledu společnosti na smrt a umírání. Dále bych chtěla vysvětlit pojmy jako je smrt, umírání, hospic, thanatologie a terminálně nemocný pacient. Cílem praktické části je zjistit názor sester pracujících v agenturách domácí péče a v mobilních hospicových zařízeních na smrt a umírání doma a na nemocničních odděleních. Praktickým výstupem této práce je zjistit překážky, které brání pacientům prožít konec svého života ve svém vlastním domově.

Klíčová slova: smrt, umírání, hospic, thanatologie, terminálně nemocný pacient

ABSTRACT

The bachelor work's purpose is to show historical development of home care and hospice care during the last few centuries and to describe changes in the society's approach to death and dying. I would also like to explain the terms such death and dying, hospice, thanatology and terminally ill patient. The practical part's aim is to determine different opinions of nurses working at home care agencies, which provide hospice home care on death and dying at home and at hospital wards. The outcome of the practical part of the thesis is to find out impediments that hinder to patients to live through the end of their lives at their own home.

Keywords: death, dying, hospice, thanatology, terminally ill patient

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Markétě Blažkové za cenné rady a čas který mi věnovala při tvorbě mé bakalářské práce a mým rodičům, kteří mě podporovali během celé doby mého studia.

Motto:

„Smrt by měla být klidným přitakáním, láskyplným rozloučením se starými přáteli, se světem. Neměla by v ní být obsažena ani stopa tragédie.“

Osho

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	4
I TEORETICKÁ ČÁST	6
1 PALIATIVNÍ PÉČE	7
2 HOSPICOVÁ PÉČE	9
2.1 SOUČASNÝ MODEL HOSPICOVÉ PÉČE	10
2.1.1 Poslání hospice.....	11
2.2 FORMY A PRINCIPY HOSPICOVÉ PÉČE.....	11
2.2.1 Domácí hospicová péče.....	13
2.2.2 Stacionární hospicová péče	14
2.2.3 Lůžková hospicová péče	14
3 DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE	16
3.1 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH	17
3.1.1 Duchovní potřeby	17
3.1.2 Sociální potřeby	18
3.2 DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	18
3.3 DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE V EU.....	20
3.4 VYBRANÉ PROBLÉMY A JEVI V KOMPETENCI OŠETŘUJÍCÍ SESTRY	20
3.4.1 Stav vědomí.....	21
3.4.2 Psychický stav	22
3.4.3 Bolest.....	24
3.4.4 Respirační potíže	25
3.4.5 Péče o rány	26
II PRAKTICKÁ ČÁST	29
4 PPŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ	30
4.1 CÍLE PRÁCE	30
Cíl č. 1: Získat informace o rozsahu služeb poskytovaných agenturami domácí péče a domácími hospicovými zařízeními umírajícím.....	30
Cíl č. 2: Zjistit pohled sester na péči poskytovanou umírajícím agenturami domácí péče a domácími hospicovými zařízeními.	30
Cíl č. 4: Informovat veřejnost o možnostech domácí a hospicové péče poskytované umírajícím ve Zlínském kraji.	30
5 METODIKA PRÁCE	31
5.1 METODA PRÁCE.....	31
5.1.1 Formy otázek dotazníku	31
5.1.2 Charakteristika otázek dotazníku	31
5.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	32
5.3 ORGANIZACE ŠETŘENÍ	32
5.4 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	33
6 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA	34
6.1 DISKUSE	63
ZÁVĚR	68
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	73
SEZNAM TABULEK.....	74
SEZNAM GRAFŮ	76
SEZNAM PŘÍLOH.....	78

Úvod

Hodnota lidského života je velmi těžce popsateľný pojem, který v sobě zahrnuje nevyčísľitelné množství aspektů, jež provázejí člověka celým jeho bytím od narození a přesahují mnohdy významně okamžik jeho smrti. Život jednotlivce nekončí konstatováním smrti, ani provedením nezbytného rituálu nutného pro rozloučení se zemřelým. Každý člověk zde po sobě i po své smrti zanechává část své osobnosti, kterou si sebou nesou jeho blízcí, snažíce se, každý po svém, vyrovnat s nastalou ztrátou, s níž jim právě tento pozůstatek pomáhá se vyrovnat. Nejintenzivněji působí na pozůstalé právě prožitek smrti daného člověka a proto je způsob, jakým je jejich milovaný opouští nesmírně důležitý.

Vyrovnání se smrtí blízké osoby nám samotným napomáhá vyrovnat se s myšlenkou na smrt vlastní, a způsob, jakým vidíme odcházet ostatní, v nás zanechává nesmazateľné stopy, které se, ať chceme nebo ne, podílejí na formování naší osobnosti. Někdy méně, někdy více, někdy jde o zážitek víceméně kladný, jindy spíše záporný. Při doprovázení umírajícího člověka tedy nelze říci, že jsme tu pouze proto, abychom umírajícímu poskytli poslední službu, jsme to především my sami, kdo si z tohoto zážitku může odnést cenné zkušenosti. Poskytneme-li člověku v závěru jeho života podporu, budeme-li mu pozorně naslouchat a snažit se vyplnit jeho prosby a přání, budeme i my sami mít naději, že se najde někdo, kdo nám jednou tuto službu oplatí.

Smrt je nevyhnutelným mezníkem v cestě životem každého jednotlivého člověka. Na každého z nás čeká na jiném místě. Problémem je, že nikdo z nás neví, co se za oním mezníkem skrývá a daná zkušenost je za našeho života nezjistitelná, empiricky neprokazateľná. Tato skutečnost s sebou nese velký problém v podobě nejistoty. Nejistoty, která s blížícím se okamžikem našeho konce stále roste bez ohledu na naše vyznání nebo životní krédo. V procesu umírání se tato nejistota promítá a transformuje do dalších silných emočních prožitků, jimiž je například strach, vztek, závist, deprese, ale posléze může přijít také pocit klidu a smíření se svým údělem. Je zřejmé, že takto složitým obdobím člověk nemůže procházet sám. Stane-li se to, pak je naděje takovéto osoby na dosažení klidu a míru při opouštění tohoto světa takřka nulová. Proto je třeba, abychom poznali pocity a potřeby umírajících, abychom jim, a tím i sobě, dopomohli k pocitu naplnění, k nalezení jistoty, že jejich život nebyl zbytečný.

Žádný zdravý člověk si své umírání nepředstavuje jako dlouhé martyrium, během něhož by byl odloučen od svých blízkých, napojen na močový katétr a centrální žilní linku v pokoji s

dalšími pacienty. Nikdo by si takový konec nepřál, ale u dlouhodobě nemocných pacientů je toto v drtivé většině popis nedůstojné skutečnosti.

Od počátku devadesátých let nám však v České Republice svítla naděje v podobě systematického budování domácí hospicové péče. Ta je určena především dlouhodobě nemocným klientům, kteří mají dostatečně vhodné zázemí pro péči o umírajícího v jeho nejpřirozenějším prostředí, jež mu nejlépe napomáhá projít všemi etapami složitého procesu umírání. Takováto péče poskytuje dostatečný prostor pro urovnání osobních záležitostí, a to jak citových, tak materiálních. Nejsme omezeni návštěvními hodinami v nemocnici, nemusíme mít strach, že naše chování nebude ošetřujícímu personálu vhod. A přesto je počet osob, kterým je tento způsob odchodu ze života umožněn, stále mizivý.

Díky práci mnohých lidí, kteří v našich podmínkách šíří myšlenku hospicového hnutí, o jejímž zdaru v počátku leckdo pochyboval, je však tato možnost dostupná a stává se stále propracovanější, a to jak z právního, tak z profesionálního hlediska.

Téma této bakalářské práce jsem si zvolila na základě dlouhodobého zájmu o hospicovou péči. Ke studiu oboru Všeobecná sestra mě přivedla zkušenost s dobrovolnickou činností v Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě v letech 2007 – 2008. Praxe, kterou jsem absolvovala v rámci svého studia, mi ukázala, jak odlišně může vypadat umírání v různých zařízeních. Stejně, jako většina lidí si přeji zemřít doma v kruhu rodiny. V souladu s dnešními tendencemi je však tento způsob umírání přístupný jen málokomu. Je tedy třeba se tomuto tématu věnovat a odhalit nedostatky a překážky v péči o umírající v domácím prostředí, aby bylo možno alespoň částečně tyto tendence zvrátit.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

V současných dnech se nám paliativní péče jeví jako relativně nový obor, který se začal vyvíjet v souvislosti s množícími se případy dystanazie, zadržené smrti, v šedesátých letech dvacátého století, kdy se spolu s voláním po uzákonění eutanazie začala rozvíjet také myšlenka hospicového hnutí. *Ve skutečnosti je však paliativní péče nejstarší formou medicíny vůbec. Po dlouhá staletí bylo mírnění lidského utrpení a provázení k dobré smrti hlavním posláním lékařů a posléze i ošetřovatelek (a sester). Zcela přirozeně a většinou v domácím prostředí, méně často ve špitálech se na paliativní péči vedle „zdravotníků“ a často i bez nich podílela především rodina, přátelé, duchovní. A tak můžeme již z tohoto důvodu hovořit o paliativní péči jako o multidisciplinární péči ověřené dějinami* (Marková, M., 2010, str. 13).

V době na počátku 19. století nastal na mnoha místech Evropy, Severní Ameriky a Austrálie tzv. epidemiologický zlom, během něž došlo k přechodu v dominujících příčinách úmrtí od smrtelných infekčních chorob s rychlou progresí k déletrvajícím chronickým chorobám. Poprvé v dějinách se začaly vytvářet instituce zaměřené na péči o umírající. Do té doby centralizace takovéto péče nebyla potřebná. Obvyklými zřizovateli byly církevní instituce. Zpočátku šlo však o izolované snahy, které měly malý vliv na obecnou praxi. Až od poloviny dvacátého století začíná docházet k systematizaci péče o umírající, která má všeobecný dopad na léčebné a ošetřovatelské postupy a staví na původních náboženských a filantropických myšlenkách. Objevují se termíny jako „kvalita života“, „symptomatická léčba“ a „psychosociální podpora“. Postupně se v jednotlivých zemích vyvíjí paliativní medicína jako samostatný obor začleněný do praxe a systému vzdělávání lékařů i ostatních zdravotnických pracovníků. Zvláště devadesátá léta dvacátého století zaznamenala obrovský rozvoj a vzestup počtu institucí poskytujících paliativní péči napříč všemi kontinenty. Zajímavé při tom je, že velkou část institucí vznikajících na této bázi zakládaly ženy. Mezi nejznámější patří Janne Garnierová, která v roce 1842 založila v Lyonu L'Association des Dames du Calvaire, sestra Mary Augustina, zakládající osobnost nemocnice sv. Vincenta v Dublinu a představená kláštera, který se v roce 1879 stal Hospicem Panny Marie pro umírající. Milosrdné sestry následovaly tento příklad a zakládaly další hospice v Anglii, Skotsku a Austrálii. Mezi ně patřil také Hospic sv. Josefa v Hackney založený roku 1905, který má v historii moderní paliativní péče zvlášť významné místo. Zakladatelkou prvního institucionárního domova pro umírající se však roku 1885 stala Skotka Frances Davidsovaná, tato londýnská instituce byla určena hlavně pro umírající s tuberkulózou. V USA

založila první domov bezplatné péče o umírající Rose Hawthornová v roce 1896 v New Yorku. Kromě těchto zakladatelek domovů pro umírající se objevilo i několik lékařů a ošetřovatelů, kteří se podíleli na rozvoji myšlenek paliativní medicíny, byli to například Dacre Cravenová, Oswald Brown, William Munk, Herbert Snow a další. Bohužel však vliv jejich myšlenek neměl dostatečný dopad na tehdejší společnost či dění ve výše zmíněných institucích. Tyto domy byly založeny na třech základních pilířích: náboženství, filantropii a morálce. Přes dobré úmysly zainteresovaných osob nebyly místem, kde by se umírajícím dostalo skutečně kvalifikované péče, byly však základním východiskem pro vývoj v období po druhé světové válce, kdy začíná skutečné systematické budování paliativní a hospicové péče (Payneová et al., 2000).

Dnes je paliativní péče charakterizována jako komplexní péče poskytovaná nemocným trpícím nevléčitelnou chorobou, která omezuje délku a kvalitu života, kladoucí si za cíl nikoliv uzdravení nemocného, ale řešení symptomů nemoci, především bolesti a dalších faktorů způsobujících diskomfort nemocného.

2 HOSPICOVÁ PÉČE

České slovo hospic, které se dnes používá pro označení zařízení pro nevléčitelně nemocné, má svůj původ v latinském hospitium (pohostinství, přátelské posezení, hostinec) a čeština toto jméno převzala z německého slova Hospitz. Ze stejného základu vychází také slova jako hotel, hospitalizace, hosteska apod. (Loucká, 2009).

Mezi nejznámější zařízení tohoto typu patřil hospic založený Svatým Bernardem z Menthonu v roce 1049 v Západních Alpách, který byl zbudován ve výšce 2188 m n. m. v místě dnešních Švýcarsko-Italských hranic na místě, kterému se dnes říká Svatý Bernard (Misconiová, 2009). Nebyl však zdaleka jediným svého druhu, na různých místech světa byly stavěny hospice a špitály určené k pomoci chudým a umírajícím. Dané instituce se však v jednotlivých oblastech vyvíjely samostatně bez společného rámce a nesystematicky.

Laicky lze říci, že hospice jsou primárně určeny pro péči o umírající pacienty. **Umírání** je různě dlouhý proces podle úhlu pohledu, z jakého se na něj díváme. Zcela obecně lze říci, že umíráme již od svého narození. Samotnou smrt můžeme rozdělit do tří fází – období *prae finem*, *in finem* a *post finem* a můžeme také rozlišit několik různých druhů smrti. **Smrt fyzická** je úplná nezvratná ztráta vědomí, patří k životu a je jeho neoddelitelnou součástí. Dříve byla považována za ukazatel smrti zástava srdeční činnosti, to se však s postupným rozvojem medicíny změnilo a dnes se při určování smrti řídíme spíše činností mozku, který odumírá až po několika minutách, kdy se mu nedostává okysličené krve. Po mozkové smrti následuje smrt ostatních orgánů. **Smrt psychická** znamená naprostou psychickou rezignaci jedince, intenzivně prožívanou beznadějí a zoufalstvím, které usnadňuje postupování smrti fyzické. **Smrt sociální** nastává ve chvíli, kdy je člověk neodvratně vyvázan z důležitých sociálních a interpersonálních vztahů. Přitom platí, že smrt psychická ani sociální by neměla předcházet smrti fyzické (Misconiová, 2009).

Problematikou smrti a umírání se zabývá vědní disciplína zvaná **thanatologie**. Jde o interdisciplinární obor, o který se zajímají jak lékaři, tak filosofové, teologové, biologové a sociologové.

Speciální skupinou pacientů, která spadá do oblasti péče paliativní medicíny a vyžaduje vysoce individualizovanou péči, jsou **terminálně nemocní pacienti**. Jde o nemocné v konečném stádiu onemocnění, které není slavitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné (Černý, 2009). Jde tedy o stav bezprostředního umírání, nemocný se v této chvíli nachází v období *in finem*.

2.1 Současný model hospicové péče

Dvacáté století, charakterizované rychlým rozvojem komunikačních technologií, umožnilo společnosti, ve které začala vzrůstat potřeba poskytování ústavní péče, vytváření jednotného a uceleného konceptu hospicového hnutí.

Hospice tak, jak je známe dnes, do velké míry vychází z myšlenek dvou významných osobností minulého století, Cicelly Saunders a Elizabeth Kübler-Ross.

Cicelly Saunders (1918 – 2005) byla původně britskou zdravotní sestrou a později i lékařkou, která v Londýně v roce 1967 založila Hospic Svatého Kryštofa. S hospicovou péčí se již před tím setkala v Hospici Svatého Josefa v londýnském Hackney, kde pracovala sedm let.

Elizabeth Kübler-Ross (1926 – 2004) byla americkou psychiatrickou švýcarského původu, která oslovila jak odborníky, tak širokou veřejnost skrze své knihy, v nichž čerpá ze své dlouholeté práce s umírajícími. Její stěžejní dílo, *On Death and Dying*, které poprvé vyšlo v roce 1969 ve spojených státech, vzniklo původně z iniciativy čtyř studentů chicagského teologického semináře, kteří přišli za Elizabeth Kübler-Ross na podzim roku 1965 s prosbou o pomoc s jejich výzkumným projektem „krize v lidském životě“. Tito čtyři muži byli toho názoru, že konfrontace se smrtí je nejtěžší krizí lidského života. Společně s budoucí autorkou se shodli na tom, že nejvíce se mohou dozvědět o smrti a umírání od umírajících pacientů. Získání souhlasu ošetřujících lékařů zpočátku nebylo jednoduché, protože považovali rozhovory tohoto typu s pacienty za nevhodné. S postupem času však lékaři začali být přístupnější. Začalo se ukazovat, že tyto rozhovory nejsou pro pacienty zátěží, ba naopak, mnozí z nich uvítali možnost otevřeně si o své situaci promluvit. Tak se stalo, že z iniciativy čtyř studentů teologie vznikl seminář, který navštěvovali studenti zdravotnických oborů a teologie, zdravotní sestry i lékaři. Pro jeho realizaci byla zřízena speciální místnost se zrcadlovou stěnou. Pacient měl tedy pocit soukromí, přestože za zrcadlem jej mohlo pozorovat až padesát lidí. S tím byl pacient samozřejmě srozuměn. Pacient vždy hovořil s Elizabeth Kübler-Ross a s duchovním, kteří byli přítomni v tomto pokoji. Po skončení rozhovoru byl pacient převezen zpět na svůj pokoj a účastníci semináře společně rozebírali své dojmy z toho, co si právě vyslechli.

Tyto rozhovory pak byly základním materiálem pro tvorbu stěžejního díla týkajícího se péče o nevléčitelně nemocné, knihy Elizabeth Kübler-Ross *On death and Dying* (Kübler-Ross, 1991).

2.1.1 Poslání hospice

Až do poměrně nedávné doby bylo umírání běžnou součástí lidského života. Lidé umírali oproti dnešku relativně rychle a v nízkém věku, k čemuž přispívaly i války a epidemie. Nebylo dokonce výjimkou, že rodiče pochovávali své děti. Každý tak měl vlastní zkušenost s umíráním blízkých. Dosáhl-li někdo patřičného věku, bylo přirozené přijmout jeho odchod jako neodvratnou věc, připravit se na ni a dotyčného patřičně podpořit při jeho poslední cestě. Nebyl-li nemocnému nablízku nikdo, kdo by mu poskytl útočiště v jeho těžké hodině, tedy neměl-li fungující rodinu, umíral takový člověk osamocen na ulici, v chudobinci, ve špitále a v podobných zařízeních. V každém případě však smrt přišla do několika dnů, maximálně měsíců (Haškovcová, 2007). Nedochovalo tak k tomu, že by nemohoucí člověk byl dlouhou dobu odkázán na pomoc druhých. I kdyby člověk chtěl, nebylo výrazné prodloužení jeho života vzhledem k tehdejším možnostem medicíny možné.

V minulém století se však umírání stalo spíše záležitostí lékařskou a začalo se chápat jako jakási patologie, jíž je za všech okolností nutné se vyhnout, léčit ji až do úplného vyčerpání organismu. Takto umírající nemocní často nekončili svůj život právě důstojně, jejich utrpení bylo uměle prodlužováno bez ohledu na přání nemocného. To vedlo k vývoji dvou odlišných hnutí, která si vzala za cíl tuto neutěšenou situaci vyřešit. Prvním z nich je hnutí za uzákonění eutanazie, druhým je hnutí hospicové.

Posláním hospice není léčit, ale pomáhat umírajícím pacientům dosáhnout „dobré smrti“. Kolébkou novodobého hospicového hnutí je díky práci Cicelly Saundersové Velká Británie. Není proto překvapující, že právě tato země patří v tomto směru mezi nejrozvinutější, navíc se zde prakticky nevyskytují žádosti o eutanazii, což je naprosto opačná situace než v Holandsku, kde hospicová péče až do nedávna vůbec neexistovala (Munzarová, 2005).

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

- 1. Nebude trpět nesnesitelnou bolestí,*
- 2. V každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost,*
- 3. V posledních chvílích života nezůstane osamocen“ (Svatošová, 2003, str. 123).*

2.2 Formy a principy hospicové péče

Rámcově je hospicová péče chápána a prezentována různými organizacemi podobně, rozdíly se objevují pouze v určitých aspektech. Světová zdravotnická organizace a Minister-

stvo zdravotnictví České republiky se při definici hospicové péče orientují výhradně na klienta, zatímco Světová organizace domácí a hospicové péče a Americká asociace léčby bolesti se zaměřuje také na podporu blízkých osob a sociálního prostředí umírajících (Missioniová, 2009).

Základním pilířem hospicových organizací je poskytování paliativní péče, jejíž principy jsou následující:

1. *„Smyslem paliativní péče je i v zařízeních domácí, následné a dlouhodobé péče, zkvalitnit závěr života, nikoliv zkrátit umírání.*
2. *Umírající lidé potřebují chráněný prostor, aby byli sami sebou.*
3. *Vysokou prioritou je empatická komunikace a kontakt s rodinou.*
4. *Umírání nevyklučuje kauzální léčebné intervence komplikací a náhodných zdravotních problémů.*
5. *Očekávané umírání a paliativní péče nevyklučují zanedbání péče.*
6. *Eutanazie je nelegální, nepřijatelná a trestná.*
7. *U kompetentního člověka nesmí být paliativní péče s odstupováním od některých intervencí aplikována bez jeho souhlasu (nutný je informovaný souhlas).*
8. *Každý pacient v paliativní péči musí mít svého odborně, eticky a právně zodpovědného ošetřujícího lékaře.*
9. *V zařízeních dlouhodobé / následné péče ani v ústavech sociální péče ani při poskytování domácí péče nesmějí vzniknout „bezlékařská gheta“, kde by umírající pacienti v „paliativním režimu“ byli v primární zodpovědnosti nelékařského personálu, který by určoval strategii přístupu včetně potřeby kontaktu s lékařem a lékařské intervence obtíží. (Byla by to nepřijatelná diskriminační demedicinace, která nemá nic společného se žádoucí demedicinací ve smyslu podřízení dlouhodobé zdravotní péče kvalitě života a přirozeným životním rolím a podmínkám).*
10. *Mimořádnou pozornost a opatrnost vyžaduje indikace paliativní péče u jiných než onkologických pacientů.*
11. *Zvláště u křehkých geriatrických pacientů péče kolísá mezi paliací a animací.*
12. *Vysokou prioritou jsou důstojnost a přání umírajícího člověka a jejich plnění i spokojenost s náplní bdělého času.*
13. *Lidé v bezvědomí, ve vegetativním stavu mají právo na dlouhodobou kvalitní péči.*
14. *Je nutno rozlišovat mezi dlouhodobým ošetřovatelstvím a paliativní péčí nezadržující přirozený průběh závěrečné fáze neléčitelné choroby.*

15. *Informace o pacientech v paliativním režimu musejí být alespoň 1x týdně probírány na sezení multidisciplinárního týmu.*
16. *O pacientech v paliativním režimu musí být v ústavu či v agentuře domácí péče veden samostatný přehled.*
17. *Program zavádění paliativní péče v LDN, v jiných ústavních zařízeních i v domácí péči musí být konstruován, vysvětlován a „jištěn“ tak, aby byl bezpečný i v nejhorsším ještě přijatelném zařízení daného typu s minimálním povědomím personálu o povaze paliativní medicíny (nepodkročitelné minimum kvality péče) – nesmí optimisticky předpokládat obecně optimální znalosti personálu ani optimální provozní a kontrolní mechanismy.*
18. *Paliativní péče v LDN vyžaduje úhradovou podporu paliativního (hospicového) lůžka s navýšenou režii a paušálem.*
19. *Cílevědomá paliativní péče v LDN či v rámci home care není totéž, co náhodné umírání v LDN či v rámci home care.*
20. *Nezbytnou podmínkou paliativní péče je pečlivá paliativní dokumentace s etapovými analyticko-systematickými epikrizami a s pravidelnými záznamy lékaře“ (Kalvach, 2010, str. 29-31).*

Hospicová péče může být nemocnému poskytována ve třech základních formách - domácí, stacionární a lůžkové.

2.2.1 Domácí hospicová péče

Jde o celosvětově nejrozšířenější formu hospicové péče vůbec (Marková, M., 2010). Ve své laické podobě ji můžeme označit také za nejstarší způsob péče o umírající nemocné. Ve většině případů jde o nejvhodnější možný způsob léčby, je však nutné zohlednit možnosti rodiny, jakými jsou prostorové podmínky, odborné schopnosti členů rodiny a jejich časové možnosti (Chadima, 2007). Je-li rodina schopna poskytnout nemocnému péči přiměřenou jeho stavu, pak je třeba zajistit jí komplexní péči poskytovanou v domácím prostředí multidisciplinárním týmem, do něhož kromě pacienta, rodiny, lékaře a sester patří také ošetřovatelky, psychologové, duchovní, sociální pracovníci, a přeje-li si to rodina, pak také dobrovolníci.

2.2.2 Stacionární hospicová péče

Tato forma péče je obvykle zřizována při lůžkových hospicích. Klient je do zařízení přijat ráno a odpoledne nebo navečer se vrací domů. Vzhledem k náročnému cestování je možné poskytovat tuto péči pouze klientům v relativně dobrém stavu, kteří mají možnost vlastní dopravy do hospice a bydlí v jeho blízkém okolí. Z toho plyne, že není možné ani vhodné vytrvat u této formy péče až do konečného stádia nemoci (Chadima, 2007). Zvolit tuto formu péče je možné z několika důvodů:

1. diagnostický – nejčastěji se děje za účelem kontroly bolesti, kterou se doma nedaří zvládnout,
2. léčebný – probíhá za účelem paliativní léčby, kterou není možné provádět doma, například chemoterapie, po ustálení klientova stavu se může nemocný vrátit do domácího ošetřování,
3. psychologický – vhodné pro nemocné, kteří jsou osamělí nebo jejich rodina není schopna či ochotna o jejich problémech hovořit,
4. azylový – jeden z nejčastějších důvodů pro výběr stacionární hospicové péče, poskytuje nemocnému i jeho rodině možnost na chvíli si od sebe odpočinout (Svatošová, 2003).

2.2.3 Lůžková hospicová péče

Důvodem pro umístění nemocného do lůžkového hospice mohou být všechny důvody uvedené v předchozím odstavci, pokud je klientovo bydliště od hospice příliš vzdálené na to, aby sem mohl dojíždět každý den, nebo to nedovoluje vážnost jeho zdravotního stavu. Je-li někdo přijat do hospice, neznamená to, že zde nutně musí zemřít. Velká část nemocných, především s nádorovým onemocněním, využívá hospic velmi účelně. Přicházejí sem na krátkodobé, opakované pobyty, pokud cítí, že rodina je už péčí o ně vyčerpána a je třeba nabrat nové síly (Svatošová, 2003).

Klient má možnost být v zařízení hospitalizován i s doprovodem. Obvykle jde o příbuzné, kteří jsou ubytováni ve svém vlastním pokoji a pobyt zde si plně hradí. Také návštěvní doba není ničím omezena a je rodinám a blízkým umožněna 24 hodin denně.

Tato zařízení se řadí mezi zdravotně sociální instituce. Klientům je zde tedy kromě zdravotní péče poskytováno také sociální poradenství a pomoc, přičemž tato péče nekončí smrtí hospitalizovaného klienta, ale pokračuje dále péčí o pozůstalé (Marková, M., 2010).

Péče zde poskytovaná není určena pouze terminálně nemocným klientům, lůžkové hospice obvykle nabízejí také respitní služby pro rodiny vyčerpané náročnou péčí o dlouhodobě nemocného.

3 DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE

Z dlouhodobého hlediska je domácí hospicová péče nejstarším způsobem péče o umírající. V různých částech světa se dnes výrazně liší. Na některých místech se vyvíjela pozvolna a plynule, v takzvaném civilizovaném světě však došlo k narušení této tradice a přesunu péče o umírající do ústavní sféry. Evropa se k myšlence komplexní domácí péče začala navracet v sedmdesátých letech dvacátého století, kdy zdravotnická zařízení začala spotřebovávat stále větší části státních rozpočtů. Nastala tedy doba pro hledání ekonomičtějšího způsobu péče o nemocné a otevřel se prostor pro finančně mnohem méně náročnou domácí péči (Misconiová, 2009).

Proto se nám dnes na první pohled může zdát, že jde o nový směr v péči o nemocné. Není tomu tak, jde pouze o pozapomenutou tradici, na kterou se v posledním půlstoletí snaží svět znovu navázat. V našich podmínkách nastal viditelný rozvoj v oblasti domácí péče po roce 1989, kdy došlo k výrazným změnám v sociální a ekonomické sféře v České Republice.

Pro většinu pacientů je tento typ péče nejlepším možným řešením, kdo z nás by si nepřál zemřít doma. Aby bylo možno poskytnout umírajícímu pacientu tuto alternativu, je třeba, splnit tři základní podmínky:

1. rodina – alespoň jeden její člen musí být ochoten a schopen převzít celodenní péči o umírajícího,
2. nemocný musí s touto formou péče souhlasit,
3. nemocnému a jeho rodině musí být k dispozici tým odborníků, schopný kdykoliv během 24 hodin po sedm dní v týdnu řešit náhle vzniklé komplikace pacientova stavu (Marková, M., 2010).

Na personál pracující v této oblasti jsou kladeny specifické nároky, protože přichází do velmi intimního prostředí nemocného a stává se součástí života celé rodiny. Je třeba, aby se pracovníci v oboru dobře orientovali, aby byli schopni řešit nenadálé situace a komplikace pacientova stavu. Kromě odborných dovedností je třeba, aby byli schopni unést smutek a bolest pacienta i rodiny, a to bez pomoci dalšího personálu, který by jim byl nápomocen při ošetřování hospitalizovaného pacienta. Navíc nemají nad pacientem stálou kontrolu a větší část odpovědnosti musejí nechat na jeho rodině, což může pro některé zdravotníky znamenat další problém. Z těchto důvodů je třeba, aby se personál pracující v domácí péči

pravidelně scházel při supervizích a hovořil o své práci a o problémech s ní spojených (Marková, M., 2010).

3.1 Potřeby umírajících

Aby byla péče poskytovaná umírajícím klientům co nejkvalitnější, je třeba dobře se seznámit s potřebami umírajících v jejich holistickém pojetí a pochopit je. Je tedy třeba starat se nejen o potřeby biologické, jejichž saturace bude popsána v kapitole 3.4, ale též o potřeby duchovní / spirituální a sociální.

3.1.1 Duchovní potřeby

Ve všech definicích a příručkách o paliativní péči se vždy dočteme o důležitosti duchovní podpory umírajících. Není proto divu, že většina zařízení poskytujících tuto péči úzce spolupracuje s duchovními, kteří mají na starost spirituální složku péče.

Ve chvíli, kdy se člověk dozví pravdu o svém nevyléčitelném onemocnění, je bezprostředně konfrontován se svou vlastní konečností na tomto světě, vynořují se tak před ním existenciální otázky, často spojené s problémy spirituálními či náboženskými (Martinek, 2008). Pacient potřebuje znát pravdu o svém stavu, zároveň však potřebuje také naději, která mu nesmí být odepřena.

V ČR se práce nemocničních kaplanů řídí smlouvou mezi církvemi. Z hlediska péče o umírajícího není podstatné, zda je nemocný věřící či nikoliv, útěcha je mu v případě potřeby poskytnuta vždy. Existují zde názory, že spirituální péči může nemocnému poskytnout kterýkoliv člen týmu bez ohledu na jeho specializaci, to je ovšem poněkud zavádějící, měli být služba poskytnuta skutečně správně, je třeba, aby ji zprostředkoval odborně vyškolený pracovník. Stejně tak lze tuto službu poskytnout příbuzným a blízkým nemocného. Spirituální složka péče má za úkol především snížit existenciální úzkost. Nejde o lehký úkol, především, jsou-li duchovní a klient odlišného životního názoru či vyznání, jelikož je nepřipustné jakkoli vnucovat své vlastní názory klientovi, byť bychom byli přesvědčeni o jejich prospěšnosti. Prostřednictvím rozhovoru má duchovní za úkol především pomáhat trpícímu nalézat odpovědi na otázky, které před něj nemoc postavila a smířit jej s jeho příbuznými a přáteli. Kaplan se tak často stává prostředníkem mezi pacientem, rodinou a zdravotníky (Martinek, 2008).

Přání pacienta v této oblasti mohou nabýt různých podob, je třeba tato přání respektovat, doprovázet jej v jeho tázání a dbát na zachování jeho důstojnosti (Kalvach, 2010).

3.1.2 Sociální potřeby

Prostor pro sociální práci je v tomto typu péče o umírající dosti rozsáhlý. Týká se též pomoci při zajištění finanční situace rodiny, obzvláště u pacientů s delší životní prognózou, kdy je třeba zajistit příspěvky na péči, informovat o možných sociálních službách. V kompetenci sociálního pracovníka je také zajistit udržitelnost dlouhodobé péče aktivizací širšího kruhu rodiny tak, aby veškerá práce nebyla přesunuta pouze na jednoho člena rodiny (Kalvach, 2010).

Zdlouhavé umírání s sebou nese nepříjemnou zkušenost v podobě možné sociální smrti. Ta by v ideálním případě nikdy neměla předcházet smrti fyzické. Vzhledem k dnešnímu pohledu na smrt a umírající lidi je tomu však těžké předejít. Začlenění nemocného do společenského dění a jeho aktivizace během dne je úkolem pro sociálního pracovníka i pro ostatní členy multidisciplinárního týmu.

Pocity izolace umírajícího a jeho nejbližších, kteří o něj pečují, mohou být prohlubovány nejen odchodem z běžného produktivního života, který přichází po opuštění zaměstnání a celodenní namáhavé péči o nemocného, ale též neosobním přístupem personálu. Personál, který není dostatečně vyškolen a vnitřně vyzrálý na práci s umírajícími se této chyby může lehce dopustit (Misconiová, 2009, Payneová et al., 2007).

Člověk je společenský tvor a ani během umírání se tato skutečnost nemění. V posledních chvílích života si člověk obvykle přeje, aby nezůstal osamocen a aby mu bylo umožněno vyřídit „poslední věci“, urovnat vztahy či vyřešit majetkové záležitosti (Svatošová, 2003).

3.2 Domácí hospicová péče v České republice

Pro domácí péči v České republice v širším slova smyslu byl odrazovým můstkem první Evropský kongres domácí péče konaný v roce 1991 ve francouzském Strasburgu. Tato specializovaná odnož domácí péče se však u nás odvíjí především od roku 1993, kdy bylo MUDr. Marií Svatošovou založeno občanské sdružení Ecce Homo. Jde o organizaci, která se zabývá problematikou smrti a umírání, podporuje vznik hospicových zařízení, informovanost široké i odborné veřejnosti o tomto tématu a stojí za vznikem prvního hospice v ČR v Červeném Kostelci.

V současnosti se uplatňuje systém komplexní domácí péče, kdy rozsah zdravotní péče určuje lékař a úhrn sociálních služeb zajišťuje sociální pracovník, který je vyškolen v tomto

oboru. Pacient i jeho rodina jsou profesionálním týmem motivováni k aktivní spolupráci a soběstačnosti. Komplexní péče zajišťuje prostor jak pro „home care“ – péči prováděnou profesionály, tak pro „home help“ – péči poskytovanou laiky, mezi něž se řadí rodina nemocného a dobrovolníci (Haškovcová, 2007).

Domácí hospicová péče je v současnosti poskytována agenturami domácí péče zřizovanými především státní správou, samosprávou, zdravotnickými zařízeními ambulantního i lůžkového typu, privátními sestrami i lékaři, charitativními a humanitárními organizacemi jako je Český červený kříž nebo Charita České republiky. Poskytovatel domácí zdravotní péče musí být registrován u pověřeného úřadu státní správy. Tento úřad v rámci své působnosti dohlíží na dostupnost a kvalitu poskytované domácí zdravotní péče. Většinu těchto agentur sdružuje Asociace domácí péče České republiky. O členství v této asociaci rozhoduje etická a odborná komise, která má při svém rozhodování k dispozici aktuální reference o kvalitě poskytované domácí zdravotní péče konkrétním zdravotnickým zařízením, což umožňuje jistou míru porovnatelnosti kvality péče poskytované jednotlivými subjekty (Asociace domácí péče České republiky, 2012).

Od svého vzniku v roce 1994 zajišťuje odborné zdravotnické a sociální poradenství pro odbornou i laickou veřejnost v oblasti domácí a hospicové péče Národní centrum domácí péče České Republiky.

Ačkoliv se paliativní péče poskytovaná v ČR v domácím prostředí stále vyvíjí, nelze říci, že by byla na vysoké úrovni. Možnosti vzdělávání nelékařských zdravotnických profesí jsou mizivé, specializační vzdělávání v oboru hospicové či paliativní péče prakticky neexistuje. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických pracovníků (NCO NZO) sice nabízí možnosti celoživotního vzdělávání v oborech jako je geriatrické či domácí péče, specifický modul zabývající se paliativní péčí zde i přes iniciativy některých sdružení stále chybí. Znalosti praktických lékařů o paliativní péči, léčbě bolesti a dalších symptomech spojených s terminálním onemocněním nejsou dostatečné a potřeba agentur domácí péče převyšuje jejich skutečný počet. Navíc ne všechny agentury jsou schopny zajistit svým klientům péči po celých 24 hodin, takže se nezdá, že v případě nečekaných komplikací musí být klient převezen do nemocnice, kde později umírá (Marková, M., 2010).

Hospicová péče v domácím prostředí nemusí být poskytována pouze agenturami domácí péče, v posledních letech vznikají takzvané mobilní neboli domácí hospice (Haškovcová,

2007), které byly rámcově popsány ve druhé kapitole. Jde o celosvětově nejrozšířenější formu poskytování specializované paliativní péče (Marková, M., 2010).

3.3 Domácí hospicová péče v EU

Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům o organizaci paliativní péče přijaté Výborem ministrů 12. Listopadu 2003 na 860. zasedání zástupců ministrů na základě ustanovení článku 15 písmene b Statutu Rady Evropy připomínající článek II Evropské sociální charty, článek 3 a 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, doporučení Výboru ministrů členským státům č. R (2005) 5 (týkající se rozvoje struktur pro účast občanů a pacientů na rozhodovacím procesu ovlivňujícím zdravotní péči), doporučení Parlamentního shromáždění 1418 (1999) (týkající se ochrany lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících), doporučení č. R (89) 13 (týkající se organizace multidisciplinární péče o pacienty nemocné rakovinou), Poznaňskou deklaraci o paliativní péči ve východní Evropě z roku 1998 doporučuje, aby vlády členských států:

1. *„přijaly politická, legislativní a jiná opatření nezbytná k vytvoření jednotného a komplexního národního rámce pro paliativní péči;*
2. *za tímto účelem přijaly, jakmile to bude proveditelné a s ohledem na svou národní situaci, opatření uvedená v příloze k tomuto doporučení;*
3. *podporovaly vytváření mezinárodních sítí organizací, výzkumných a dalších institucí činných v oblasti paliativní péče;*
4. *podporovaly aktivní a cílené šíření tohoto doporučení a jeho důvodové zprávy, případně doplněných o překlad“* (Výbor ministrů Rady Evropy, 2004, str. 9).

3.4 Vybrané problémy a jevy v kompetenci ošetřující sestry

Sesterské intervence se značnou měrou překrývají s intervencemi dalších členů interdisciplinárního týmu, ať už jde o lékaře, sociální pracovníky nebo ošetřovatelky, významně je doplňují a plní svou nezastupitelnou specifickou roli jako jakýsi spojovací článek mezi těmito profesemi. S nimi sleduje sestra hlavní společný cíl, kterým je setrvání pacienta v domácím prostředí co nejdéle, v ideálním případě až do jeho smrti. V této souvislosti je třeba připomenout, že to vždy není v našich silách a v případě nejrůznějších komplikací je nutný transport do nemocnice (Kalvach, 2010, Marková, A., 2009).

Setry musí být schopny samostatně plnit odborné výkony a ordinace lékaře a zároveň musí umět řešit řadu obecných problémů, někdy zdánlivě nevýznamných, které výrazně ovlivňují kvalitu posledních dnů života pacienta (Kalvach, 2010).

Různé výkony se v kompetenci jednotlivých profesí liší. Některé problémy jsou součástí práce více členů multidisciplinárního týmu, jiné jsou specifické pouze pro jednu určitou skupinu pracovníků. Zde se hodlám podrobněji zabývat ošetrovatelskými intervencemi, které mohou ovlivnit řadu tělesných příznaků a nejlépe popisují roli sestry v domácím prostředí.

Sestra u pacienta v domácí péči se zajímá o celkový stav klienta, pravidelně hodnotí stav vědomí klienta, jeho psychický stav, monitoruje bolest, dýchání, krevní tlak, puls, tělesnou teplotu, zjišťuje, jak pacient spí, hodnotí stav výživy, hydratace, vyměšování stolice a močení, sleduje stav pokožky. Co se týče lokálního nálezu, patří do její kompetence ošetřování chronické rány, antidekubitální režim a polohování (Kalvach, 2010).

3.4.1 Stav vědomí

Jako u každého pacienta se sestra zaměřuje jak na kvantitativní, tak na kvalitativní charakter vědomí. U umírajících lidí si může vystačit se semikvantitativním popisem, kdy může stav vědomí vyhodnotit jako lucidní, somnolentní, sopor nebo koma. Při kvalitativním popisu vědomí hodnotí základní orientaci (osobou, časem, místem), přítomnost psychotických projevů, přítomnost závažných změn emocí (úzkost, apatie, labilita), přítomnost poruch chování (zvláště agresivita) a jiné změny, které mohou nastat ve specifických případech (např. po epileptickém záchvatu, při jaterní encefalopatii, atd.).

Kalvach (2010) uvádí, že u somnolentního pacienta je třeba sledovat, zda nedochází k prohlubování poruchy vědomí. Odborný zásah vyžaduje především hyperkapnie, syndrom malého minutového volumu a hypoaktivní delirium.

U pacienta v soporu je třeba trvalé sledování z důvodu hrozící poruchy dýchání, proto je vhodná pulsní oxymetrie. Jde-li o pacienta s delší životní prognózou, je třeba zajistit lékařskou intervenci se zjištěním vyvolávající příčiny.

V případě pacienta v komatu je třeba zavést speciální opatření. Nutné je sledování vitálních funkcí, především dýchání, prevence aspirace, velmi pečlivé provádění hygienické péče, přísný antidekubitální režim, zabránění vysychání rohovky, udržování průchodnosti dýcha-

cích cest. Péči o dutinu ústní je třeba provádět každé dvě hodiny, rty natírat nejlépe balzámem na rty.

3.4.2 Psychický stav

Správné zhodnocení psychického stavu pacienta je závislé na určení kvalitativních změn vědomí. V paliativní péči se můžeme poměrně často setkat s *deliriem*. Tento stav se popisuje jako akutně vzniklá porucha vnímání, pozornosti a psychomotorických jevů. Můžeme se setkat jak s hypoaktivním deliriem, které bývá občas zaměňováno za agonií, tak s jeho agitovanou formou, která představuje velkou zátěž především pro rodinu (Marková, M., 2010). Jeho nástup je třeba co nejdříve rozpoznat a realizovat efektivní odborné intervence. Nejprve je třeba pokusit se pacienta zklidnit a zajistit jeho bezpečnost (prevence pádu, riziko suicidia, atd.). V případě rozvoje závažných kvalitativních změn vědomí je třeba konzultace s lékařem, který může předepsat vhodné anxiolytikum popřípadě analgetický opioid, který může mít u nemocného se závažnou dušností nebo bolestí taktéž anxiolytický účinek. Podání opioidního analgetika v jiném případě je obvykle bez efektu. Lékem první volby je Haloperidol, který lze použít i v případě hypoaktivního deliria (Marková, M., 2010).

Základním principem v léčbě deliria v terminálním stádiu je lidský přístup. Řadu delirií lze zvládnout bez farmakologické intervence. Postačí přítomnost u lůžka pacienta, držení za ruku, klidný tón hlasu. V případě horečnatého deliria plní svou úlohu podání antipyretika a studené zábaly (Kalvach, 2010). O těchto možnostech je třeba poučit rodinu nemocného.

Pochopitelnou komplikací u závažně nemocných je hluboký *smutek* až *deprese*. Vzhledem k tomu, že pacient prožívá kritické období svého života, jde o víceméně normální stav a klinická diagnóza deprese není obvykle odůvodněná. Podávání antidepresiv se v tomto případě tedy nejvíce jeví jako vhodné. Pacienti dobře reagují na symptomatickou léčbu a psychosociální podporu (Marková, A., 2009). Přesto však podle Raudenské a Javůrkové (2011) 40 % - 60 % všech onkologických pacientů trpí nějakou diagnostikovatelnou psychickou poruchou a v terminálním stádiu onkologického onemocnění množství takovýchto pacientů stoupá až na 77 %. I v závěru života je však třeba tomuto onemocnění věnovat pozornost (Marková, M., 2010).

Komplikací nebo vyvolávajícím momentem předešlých psychických obtíží může být *úzkost*. Jde o velmi nepříjemný stav, který člověka na rozdíl od strachu, jemuž se na první pohled podobá, paralyzuje. V paliativní péči se objevuje nejčastěji v souvislosti se stra-

chem z bolesti, ze smrti či z udušení. Pacienti se často ostýchají nahlas vyslovit svou obavu z přicházející smrti, pro zvládnutí úzkosti je však nutné, aby pacient dokázal svůj stav popsat, aby jej mohl následně pochopit. Proto je zde přínosný terapeutický rozhovor vedený sestrou. V některých případech je nutné po konzultaci s lékařem nasazení farmakologické léčby (Marková, M., 2010).

V reakci na nastalou změnu v životě pacienta se u něj mohou objevit *suicidální tendence*. Dojde-li k verbalizaci tohoto stavu a pacient mluví o sebevraždě nebo o eutanazii, je to signálem pro všechny členy ošetřujícího týmu k přehodnocení dosavadního průběhu léčby. Kromě toho, že může jít o projev dosud nezjištěného psychického onemocnění, jehož diagnostika je v rukou lékaře, může jít i o nedostatečnou saturaci potřeb pacienta, který se tak cítí být na obtíž, nevidí před sebou žádnou perspektivu ani životní smysl. Retrospektiva je proto na místě. Je třeba klást si otázky, zda má pacient prostor pro vyjádření svých přání a rozhodování o vlastní péči, zda je mu ponechána možnost pro sebevyjádření, do kterého patří také potřeba cítit se mužsky / žensky, nejsou-li jeho pocity bagatelizovány a zavrhovány. Závěr života není pouze obdobím očekávání blízké smrti, pacient má stále potřebu se smát a stejně tak i plakat (Marková, M., 2010). Tyto projevy je třeba brát jako přirozené a není na místě snažit se je u pacienta potlačovat, přestože je pro nás osobně těžké projevy bolesti, duševní či fyzické, snést.

Pro psychickou podporu umírajícího je důležitá schopnost jeho okolí podat mu vhodnou formou pravdivé informace, i když pro něj nejsou právě příznivé. Bez pravdivých informací nemocný nemá možnost svobodné volby, není mu poskytnut prostor pro přípravu na důležité období jeho života, nestihne se rozloučit se svou rodinou a blízkými, protože se jejich síly koncentrují na to, aby se uzdravili, což je v paliativní péči téměř neuskutečnitelný cíl.

Zadržování informací o pacientově stavu je zpochybnitelné nejen morálně, ale také právně. Přístup nemocných k pravdivým informacím o jejich stavu zajišťuje Charta práv pacientů a zákon č. 111/2007 Sb. (Marková, M., 2010). Dříve většinou lékařů přijímaná a používaná *pia fraus* už dnes nepatří mezi uznávané taktiky, chce-li pacient znát pravdu o svém onemocnění, má právo se jí dozvědět.

Pokud je pacient seznámen se svým stavem a prognózou, znamená to pro nás do budoucna lepší možnost komunikace a řešení problémů. V okamžiku sdělování nepříznivé informace jsme však vystaveni velkému tlaku a je třeba se na tuto chvíli dobře připravit. Právo infor-

movat pacienta má pouze lékař, je však možné, aby si jako podporu pro sebe a pacienta přivzal sestru či někoho z rodiny nemocného, kdo má právo získávat informace o jeho zdravotním stavu.

Je třeba vybrat vhodné prostředí, v němž se bude pacient cítit bezpečně. Nejvhodnější je k tomu domov pacienta. Není-li to možné, je třeba vybrat klidnou místnost, zajistit, aby diskuze nebyla zbytečně přerušována zvoněním telefonů či klepáním na dveře. Je dobré zjistit, co už pacient o své nemoci ví, rozhovor přizpůsobit mentálním schopnostem nemocného a během rozhovoru se stále ujišťovat, že si jednotlivé strany vzájemně rozumí.

Významnou úlohou sestry je podpora nemocného při zpracování takovéto informace. Pacient ani jeho rodina nejsou schopni vyrovnat se s prognózou terminálnosti onemocnění během jediného setkání. Všichni členové týmu musí být seznámeni s mírou informovanosti pacienta, je proto vhodné, zaznamenat tuto skutečnost do dokumentace.

3.4.3 Bolest

Odstranění nebo alespoň zmírnění bolesti na snesitelnou míru je základním cílem paliativní péče. Měla by být pravidelně monitorována, zaznamenávána do dokumentace a hodnocena. Podle intenzity a charakteru bolesti se můžeme v méně závažných případech orientačně spokojit pouze s pacientovou slovní odpovědí nebo můžeme použít vizuální či analogové hodnotící škály. U chronické bolesti je nerozumné podávat analgetika dle potřeby, ale je třeba dávkovat je pravidelně tak, aby se jejímu vzniku předcházelo. V domácím prostředí je třeba mít v zásobě dostatečnou „záchrannou“ dávku rychle účinkujících analgetik pro použití v případě propuknutí průlomové bolesti (PB). Tato dávka by měla činit 1/6 celkové denní dávky opioidů (Marková, A., 2009).

PB je podle Hwanga a Portenoye definována jako transitorní exacerbace, tj. dočasné zhoršení základní bolesti, která je jinak relativně stabilní a daří se ji tlumit dlouhodobou opioidní medikací, přičemž základní bolest neboli background pain, je konstantní nebo pokračující bolest dlouhého trvání, nejméně 12 h/den. Objevuje se v pokročilé fázi onemocnění. Obvykle její frekvence nepřesahuje 4 epizody za den a jednotlivá vzplanutí trvají 1 min – 30 min, maximálně 240 min. Někdy ale může propuknout i více jak desetkrát (in Vondráčková, 2010).

PB lze dělit na dvě základní skupiny:

1. Spontánní = idiopatická – je nepředvídatelná a vůlí neovlivnitelná.

2. Incidentální – je předvídatelná, vyvolává ji známá příčina a může být jak vůlí ovlivnitelná (například chůze) tak vůlí neovlivnitelná (kašel, kýčání).

Někdy se uvádí též třetí skupina průlomové bolesti – bolest procedurální – sem můžeme zařadit bolest při převazu rány. Tato skupina však zcela nespĺňuje definici PB (Vondráčková, 2010).

Základní prevencí PB je optimální bazální léčba. Ferrel ve svém výzkumu z roku 1999 uvádí, že 96% pacientů léčených opioidy bere dávku nižší než optimální, 1% pacientů bere dávku vyšší a pouze 3 % jsou léčena optimálními dávkami opioidů (in Vondráčková, 2010).

Aby bylo možné léčbu správně nastavit, je třeba pravidelně sledovat průběh bolesti.

Kromě sledování účinku analgetik je třeba si všimnout možných nežádoucích účinků. U opioidů se často dostavuje úporná zácpa, nauzea, zvracení, zmatenost, delirium a může dojít i k útlumu dechového centra. Z toho důvodu je vhodná kontrola saturace kyslíkem pomocí pulzní oxymetrie.

Zvýšené opatrnosti je třeba také při ukončování dlouhodobé léčby opioidy. Pokud se medikace vysadí příliš rychle, může dojít k rozvoji abstinčního syndromu, který může zhoršit už tak nepříznivý stav pacienta. Při jakémkoliv překladi pacienta z nemocnice domů nebo naopak je tedy třeba podat úplnou informaci o způsobu léčby bolesti.

Ošetrovatelské intervence jsou omezeny intenzitou bolesti. Při mírné bolesti lze podat běžné analgetikum, jako je paracetamol v dávce 1000 mg, nesteroidní antirevmatikum (ibalgín, diclofenak), metamizol či spasmolytikum při břišních kolikovitých bolestech. Při dlouhodobém používání nesteroidních antirevmatik je vhodné chránit žaludeční sliznici inhibitory protonové pumpy (omeprazol). Při vyskytnutí průlomové bolesti, se podává silné analgetikum dle ordinace lékaře. Pokud se nedostavuje účinek analgetické léčby, je na řadě konzultace s lékařem. Také je možné využít služeb specializovaného centra pro léčbu bolesti.

3.4.4 Respirační potíže

Život pacienta v jeho poslední fázi může znepříjemňovat subjektivní pocit nedostatku vzduchu – dušnost, přitom objektivní známky nedostatku kyslíku se nemusí shodovat s projevy dušnosti. Na jejím vzniku se totiž podílí i psychická složka, proto se při léčbě s úspěchem používají anxiolytika a opioidy. Pokud dušnost nelze zvládnout pomocí běžné

farmakoterapie a kvalita pacientova života je tím výrazně omezena, je možné přistoupit k farmakologické sedaci po dohodě s tímto pacientem. Nepříjemným jevem, který dušnost doprovází je pacientova obava o vlastní život. V posledních šesti týdnech života se objevuje až u 70 % onkologicky nemocných (Skřičková, 2004, in Marková, M., 2010). Příčiny mohou být různé, například jde o dušnost v důsledku srdečního selhání, anemie, změn plicního parenchymu, lokalizovaných nebo generalizovaných obstrukcí dýchacích cest. Akutní dušnost může být způsobena také úzkostí.

Sestra může být při řešení tohoto problému pacientu nápomocná především péčí o jeho psychický stav. Podpora vztahů v rodině, porozumění pacientovým obavám nebo i banální rozhovor mohou pocit dušnosti ovlivnit, především z dlouhodobého hlediska.

Dalším, pro pacienta velmi stresujícím jevem je vykašlávání krve – hemoptýza. Nejčastěji se objevuje v souvislosti s nádorovým onemocněním plic, hlavy a krku, v souvislosti s aspirací při masivním krvácení do trávicího traktu.

Důležitá je opět psychická podpora. Předpokladem pro zvládnutí situace je uklidnění pacienta, ujištění, že jde o zvládnutelnou situaci. Vhodné je pomoci pacientu zaujmout polohu vsedě či vpolosedě, přiložit ledový obklad na hrudník a v žádném případě nedávat pít horké nápoje ani nekoupat pacienta v horké vodě.

Dojde-li u pacienta v terminálním stadiu k chrlení krve – hemoptoe, je nutné zachovat klid, zůstat u pacienta, uklidnit ho a přiložit k ústům savý materiál tmavší barvy, která lépe zamaskuje barvu krve a nebude tak děsit nemocného. Při péči o pacienta, u kterého předpokládáme, že by k chrlení krve mohlo dojít, je třeba edukovat dopředu rodinu (Marková, A., 2009).

V terminálním stavu se často objevuje hlasité chrčivé dýchání, které obvykle mívají pacienti v agonii. Nebývá však spojeno s úzkostí, jak je tomu u dušnosti. Většinou je způsobeno nadměrnou parenterální hydratací. Mírná dehydratace tento projev zmírňuje a není v tomto stavu škodlivá, naopak působí příznivě na rodinu, která nese tento příznak obvykle velmi těžce, neboť má pocit, že se umírající dusí. Odsávání není vhodné, pro pacienta je nepříjemné a zvyšuje riziko zvracení a aspirace (Marková, A., 2009).

3.4.5 Péče o rány

V paliativní péči se setkáváme se dvěma základními typy ran. Jsou to rány chronické a rány maligní a péče o ně spadá velkou měrou do kompetence sestry.

Mezi typické zástupce chronických ran patří bércové vředy, dekubity, exulcerované nádory, diabetické defekty a rozpadlé operační rány. S takovými ranami se lze setkat běžně na každém oddělení v nemocnici i v domácí péči, pro paliativní léčbu je typickým léčebným postupem vlhké hojení rány, které podporuje hojení a zmírňuje bolest, která vzniká při vyschnutí rány. Při tom se postupuje dle fázového hojení TIME:

- T (tissue) – 1. fáze, čištění rány;
- I (inflammation) – 2. fáze, kontrola infekce;
- M (moisture) – 3. fáze, zajištění dostatečné vlhkosti, podpora výživy a okysličení granulační tkáně;
- E (epithelisation) – 4. fáze, epitelizace (Marková, A., 2009).

Pro tento typ hojení dnes existuje celá řada moderních materiálů vhodných na různé druhy ran. Volbu těchto materiálů podřizujeme tomu, zda se jedná o ránu povleklou, infikovanou, epitelizující, granulující či nekrotickou.

Specifičtější je péče o rány maligní. Primárně zde řešíme kromě obligátní bolesti ještě zápach z rány, exudaci, stav okolní kůže, krvácení a infekci.

Nádorové rány je nutné neustále omývat, mezi roztoky vhodné k aplikaci do rány patří Dermacyn, Prontosan a Ringerův roztok. Ránu převazujeme dle potřeby i několikrát denně, vždy v premedikaci a kvůli možnosti zavlečení infekce přikládáme na ránu antiseptická krytí.

Zápach je pro nemocného velmi nepříjemným problémem, jelikož si jej uvědomuje a je pro něj překážkou v sociálních kontaktech a může být nepřekonatelným problémem i pro příbuzné. Základem pro úspěšné zvládnutí zápachu je odstranění nekrotické tkáně. Nejšetrnější metodou je v tomto směru autolytický debridement, který je však zároveň nejzdlouhavější. Možné je také odstranění nekrotické tkáně chirurgicky nebo lokální léčba antibiotiky. Pro pohlčení zápachu je možné také použít krytí s aktivním uhlím.

Výběr krytí podmiňuje také množství exudátu, jež rána vylučuje. Maligní rány se obvykle vyznačují vysokou sekrecí. V tomto případě je vhodné použít krytí s vysokou absorpční schopností. Savost materiálu musí být přiměřená, aby nedošlo k vyschnutí rány s následnou bolestivostí.

Při podráždění okolní kůže je třeba rozlišit, zda k němu došlo v důsledku iritace obvazovým materiálem či exudátem anebo jestli jde o reakci způsobenou samotným nádorem.

V prvním případě je vhodné chránit kůži ochrannými pastami, ve druhém je účinné přikládání chladivých gelů. Při jejich aplikaci je nutné, aby se gel nedostal dovnitř rány.

Krvácení z rány předcházíme prováděním co nejmenšího možného počtu převazů a používáním nepřilnavých obvazů. Dojde-li ke krvácení, lze použít Gelaspon, nebo lokálně adrenalin. Úkolem sestry je opět pacienta uklidnit, brát jeho obavy vážně a věnovat mu dostatek času. Zvláště při silnějším krvácení mívá pacient obavu z vykrvácení.

II. Praktická část

4 PPŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

4.1 Cíle práce

Ve své práci jsem si zvolila tyto cíle:

Cíl č. 1: Získat informace o rozsahu služeb poskytovaných agenturami domácí péče a domácími hospicovými zařízeními umírajícím.

Cíl č. 2: Zjistit pohled sester na péči poskytovanou umírajícím agenturami domácí péče a domácími hospicovými zařízeními.

Cíl č. 3: Zjistit pohled sester na výhody, nevýhody a možné překážky v péči o umírající v domácím prostředí.

Cíl č. 4: Informovat veřejnost o možnostech domácí a hospicové péče poskytované umírajícím ve Zlínském kraji.

5 METODIKA PRÁCE

5.1 Metoda práce

Jako výzkumnou metodu jsem zvolila strukturovaný dotazník [příloha PI] určený pro sestry pracující v agenturách domácí péče a v mobilních hospicových zařízeních. *„Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Získáváme jím empirické informace, založené na přímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných otázek“* (Bártlová, 2005, str. 46). Tento dotazník se skládal z 27 otázek týkajících se především rozsahu služeb poskytovaných umírajícím pacientům a pohledu sester na domácí hospicovou péči. Po sestavení dotazníku a konzultaci s vedoucí mé bakalářské práce jsem provedla drobné změny a oslovila vybraná zařízení s prosbou o spolupráci.

5.1.1 Formy otázek dotazníku

V dotazníku jsem použila několik typů otázek:

1. Typ uzavřených dichotomických otázek je zastoupen otázkami č. 5, 11, 17, 22, 24, 26.
2. Typ uzavřených polytomických výběrových otázek je zastoupen otázkami č. 2,3,7,13,20,21.
3. Typ otevřených otázek je zastoupen otázkami č. 1, 4, 9, 15.
4. Typ polouzavřených otázek je zastoupen otázkami č. 8, 10, 14, 16, 18, 19, 23.
5. Typ filtračních otázek je zastoupen otázkami č. 5, 24, 26.

5.1.2 Charakteristika otázek dotazníku

Jednotlivé položky uvedené v dotazníku jsou charakterizovány takto:

1. Otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6 jsou identifikační.
2. Otázky č. 7, 8, 9, 10 se zaměřují na obecnou charakteristiku jednotlivých zařízení.
3. Otázky č. 11, 12 zkoumají spolupráci s lůžkovými hospici.
4. Otázky č. 13, 17, 18, 23, 24, 25 zjišťují pohled respondentů domácí hospicovou péčí.
5. Otázky č. 14, 15, 16, 26, 27 zkoumají rozsah služeb poskytovaných klientům oslovených zařízení.

6. Otázky č. 19, 20, 21, 22 sledují možné problémy, které mohou vzniknout díky psychické náročnosti práce s umírajícími.

Cílem dotazníkového šetření bylo zmapovat rozsah služeb zprostředkovaných těmito zařízeními a zjistit pohled sester na kvalitu a rozsah péče poskytované umírajícím agenturami domácí péče (DP) a domácími hospicovými zařízeními a pomocí získaných informací rozpoznat možné překážky v péči o umírající. K cíli číslo jedna se vztahují otázky číslo 7, 10, 11, 12, 14, 16, 26, 27, k cíli číslo dva se vztahují otázky číslo 8, 9, 15, 22, 23,24,25 k cíli číslo tři se vztahují otázky číslo 13, 17, 18,19,20,21.

5.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Dotazník jsem distribuovala do osmi různých zařízení na Jižní a Severní Moravě. Šlo o sestry pracující v agenturách DP a mobilních hospicích. Žádné jiné profese kromě sester nebyly do šetření zahrnuty. Celkem 36,9 % respondentů mělo specializační vzdělání pro práci v agentuře domácí péče nebo v hospicovém zařízení, zbytek respondentů buď žádné specializační vzdělání neměl, nebo měl vzdělání, které se nevztahovalo k danému oboru.

5.3 Organizace šetření

Oslovila jsem 18 různých zařízení, z toho osm přislíbilo spolupráci a podílelo se na vyplnění dotazníků. Šlo o tato zařízení: Charitní ošetrovatelská a pečovatelská služba Uherské Hradiště – Uherské Hradiště, Charitní ošetrovatelská a pečovatelská služba Zlín – Zlín, Hospic Hvězda –Zlín, Domácí hospic David – Kyjov, Domácí hospic Tabita – Brno, Mobilní hospic sv. Jana – Rajhrad, Charitní hospicová péče Pokojný přístav – Opava, Mobilní hospic Ondrášek – Ostrava.

Kvůli nízkému počtu sester pracujících v jednotlivých zařízeních jsem rozdala 69 dotazníků, zpět jsem získala 64 vyhodnotitelných dotazníků, návratnost tedy byla poměrně vysoká, činila 92,75 %. Spolupráce s výše uvedenými zařízeními byla velmi dobrá, počet dotazníků rozdaných v jednotlivých zařízeních byl přibližně stejný, vrácené dotazníky byly vyplněny pečlivě, navíc byly zcela anonymní, což mi dovoluje se domnívat, že informace v nich uvedené jsou pravdivé a lze z nich vyvodit smysluplné závěry.

Dotazníky jsem podstoupila vždy vrchní sestře daného zařízení, s informací o účelu dotazníku, cílové skupině respondentů a zdůraznění, že získané informace budou zpracovány

zcela anonymně a pouze pro účely zpracování bakalářské práce. Ta jej pak poskytla podřízeným sestřím k vyplnění a sesbírala pro mě zpět.

5.4 Zpracování získaných dat

Dotazníky jsem zpracovala pomocí programu Microsoft Excel. Data jsem nejprve přepsala z dotazníků do programu, roztřídila a poté statisticky zpracovala. Všechny otázky a odpovědi jsem uvedla jak do tabulek, tak do grafů. Otázky byly vždy nejprve sečteny a z výsledných cifer jsem vypočetla relativní hodnoty dle vzorce

$$v_j = \frac{n_j}{n}.$$

v_j *relativní četnost*

n_j *absolutní četnost*

n *rozsah souboru*

Hodnoty relativní četnosti jsem poté vyjádřila v procentech zaokrouhlených na dvě desetinná místa.

V otázkách, u kterých je uveden aritmetický průměr ze zkoumaného souboru, je použit vzorec

$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i.$$

\bar{x} *aritmetický průměr*

n *rozsah souboru*

i *velikost kroku*

x_i *hodnoty znaku*

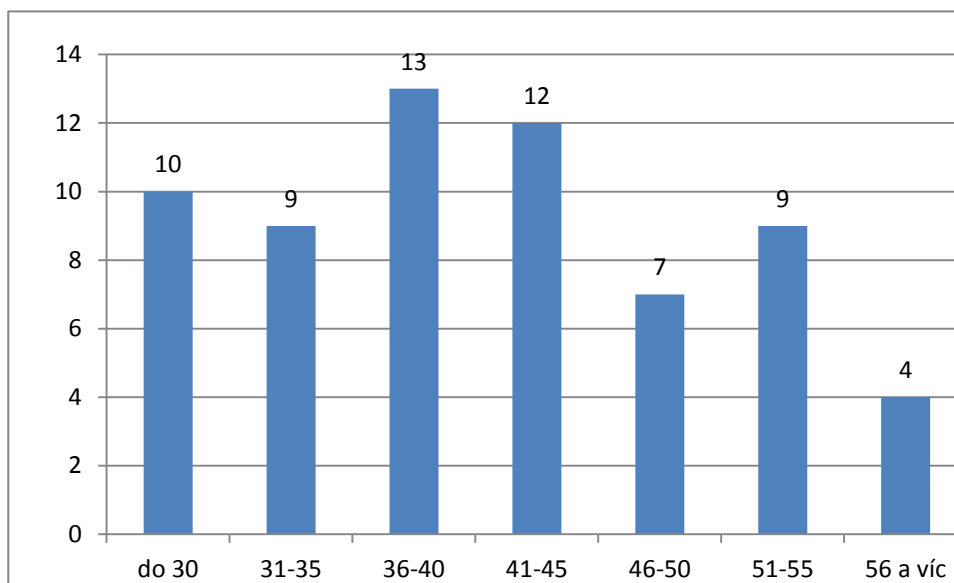
6 Výsledky výzkumu a jejich analýza

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Tabulka 1: Věk respondentů.

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 30	10	15,63%
31-35	9	14,06%
36-40	13	20,31%
41-45	12	18,75%
46-50	7	10,94%
51-55	9	14,06%
56 a víc	4	6,25%
Celkem	64	100,00%

Graf 1: Věk respondentů.



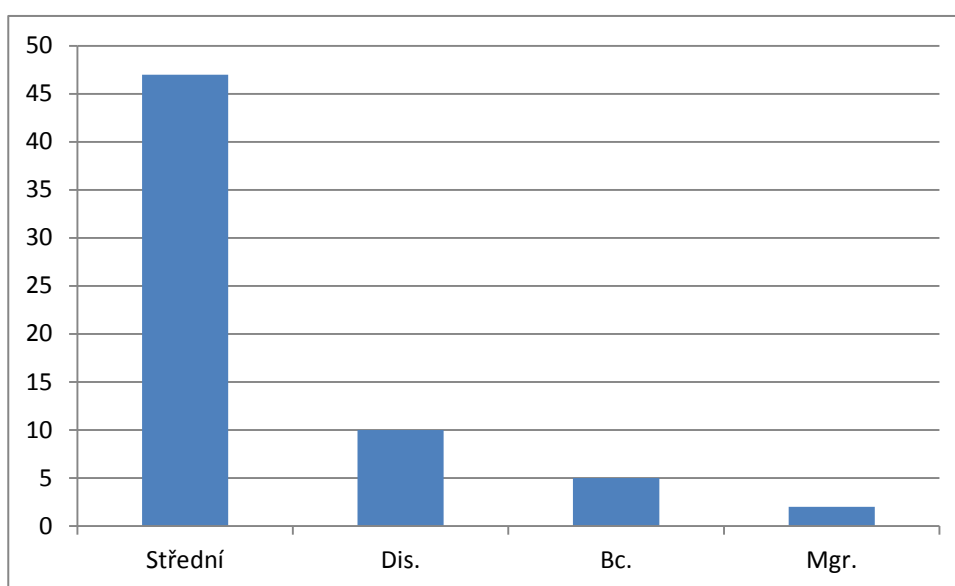
Výzkumu se zúčastnilo 64 respondentů ve věkovém rozmezí 26 -60 let. Absolutní a relativní rozvrstvení věkových skupin znázorňuje uvedená tabulka. Lze zde vyčíst, že nejvíce pracovníků, 39,06 %, bylo ve věku od 36 do 45 let, což je vzhledem k typu vykonávané práce očekávaný výsledek.

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

Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední	47	73,44%
Dis.	10	15,63%
bc.	5	7,81%
Mgr.	2	3,13%
Celkem	64	100,00%

Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.



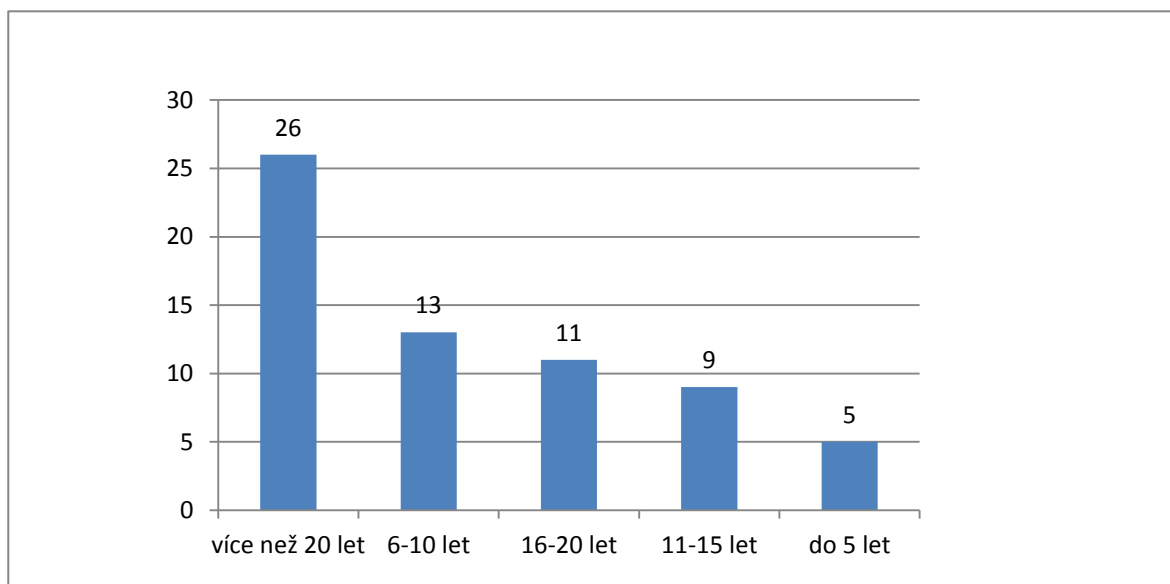
Všichni respondenti oslovení v dotazníku měli středoškolské vzdělání, z toho 73,44 % respondentů nedosáhlo vyššího vzdělání, což je vzhledem k současné legislativě a věku respondentů dostačující. 15,63 % respondentů mělo vyšší odborné vzdělání, 7,81 % vysokoškolské bakalářské a pouze 3,13 % vysokoškolské magisterské.

Otázka č. 3: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka 3: Léta odpracovaná ve zdravotnictví.

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
více než 20 let	26	40,63%
6-10 let	13	20,31%
16-20 let	11	17,19%
11-15 let	9	14,06%
do 5 let	5	7,81%
Celkem	64	100,00%

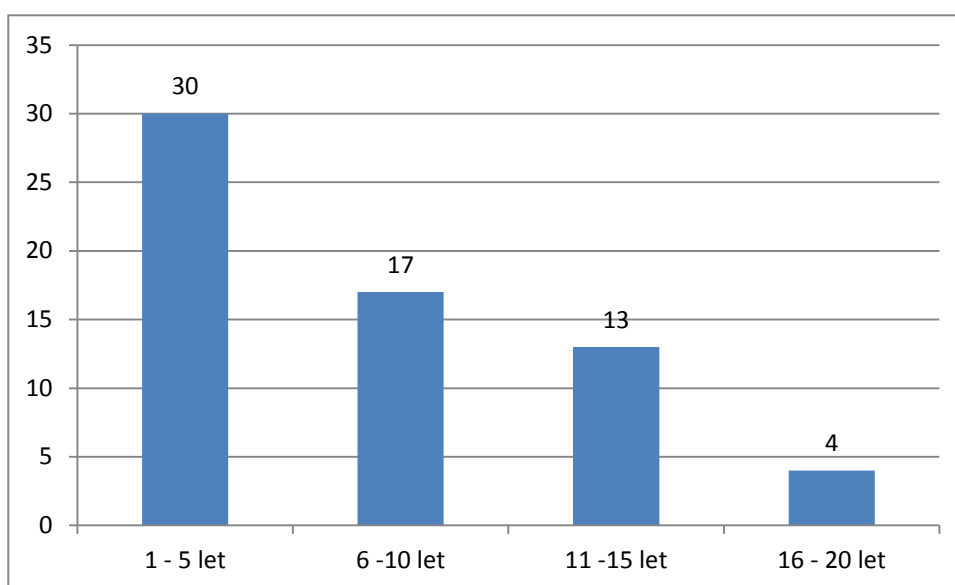
Graf 3: Léta odpracovaná ve zdravotnictví.



Podle výsledků šetření pracujících v oslovených zařízeních zkušené sestry, 40,63 % sester má více než dvacetiletou praxi ve zdravotnictví, 20,31 % sester pracuje ve zdravotnictví 6 – 10 let, 17,9 % sester pracuje ve zdravotnictví 16 – 20 let, 14,06 % sester pracuje ve zdravotnictví 11 – 15 let a pouze 7,81 % z oslovených sester pracuje ve zdravotnictví 5 a méně let. Tyto výsledky korespondují s výsledky otázky č. 1.

Otázka č. 4: **Jak dlouho pracujete v agentuře domácí péče / v hospicovém zařízení?**Tabulka 4: *Léta odpracovaná v agentuře domácí péče / v hospicovém zařízení.*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - 5 let	30	46,88%
6 -10 let	17	26,56%
11 -15 let	13	20,31%
16 - 20 let	4	6,25%
Celkem	64	100,00%

Graf 4: *Léta odpracovaná v agentuře domácí péče / v hospicovém zařízení.*

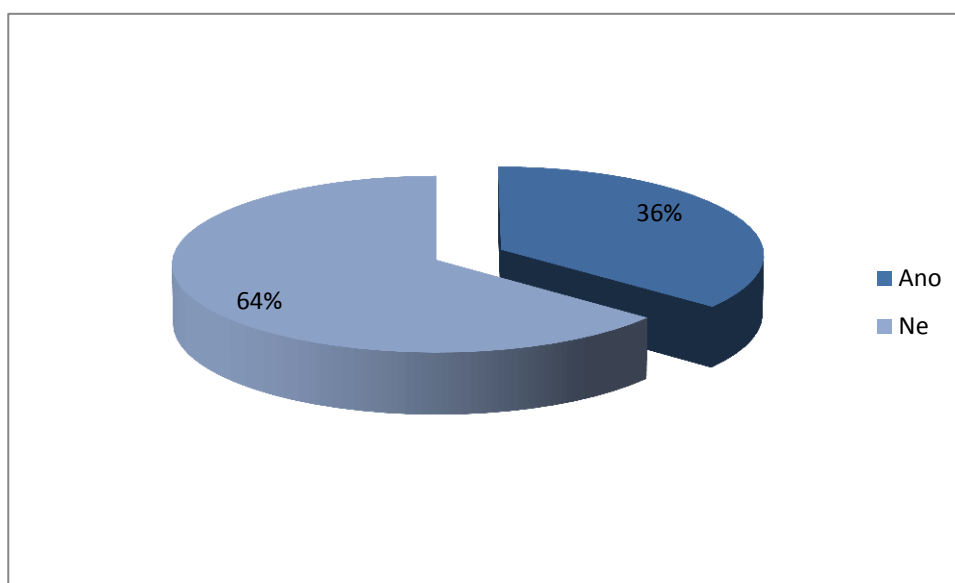
Nejvíce respondentů, 46,88 %, pracuje v agentuře DP nebo v hospicovém zařízení 5 a méně let, 6 – 10 let pracuje v agentuře DP nebo v hospicovém zařízení 26,56 % respondentů, 11 – 15 let pracuje v agentuře DP nebo v hospicovém zařízení 20,31 % respondentů a jen 6,25 % respondentů pracuje v agentuře DP či v hospicovém zařízení 16 – 20 let. Doba odpracovaná v těchto zařízeních je v porovnání s otázkou č. 5 poměrně krátká, což si lze vysvětlit historickým vývojem domácí péče v ČR. Tento typ služeb je u nás poměrně mladý a jejich nabídka před dvaceti lety byla omezená stejně jako počet pracovních míst.

Otázka č. 5: Máte nějaké specializační vzdělání nebo certifikát pro práci v agentuře domácí péče nebo v hospicovém zařízení?

Tabulka 5: *Specializační vzdělání respondentů.*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	23	35,94%
Ne	41	64,06%
Celkem	64	100,00%

Graf 5: *Specializační vzdělání respondentů.*



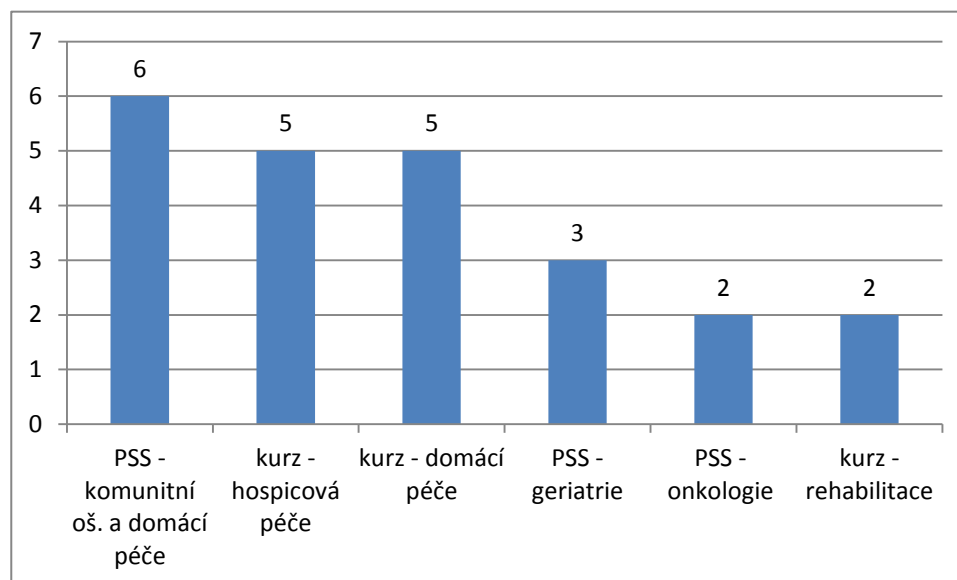
Méně než polovina respondentů, tedy 35,94 % má specializační vzdělání pro práci v hospicovém zařízení či agentuře domácí péče, zbytek respondentů, tj. 64,06 %, buď žádné specializační vzdělání nemá, nebo má vzdělání, které nesouvisí s péčí o umírající v domácím prostředí.

Otázka č. 6: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, uveďte, prosím, jaké.

Tabulka 6: Konkrétní druh specializačního vzdělání respondentů.

Specializace	Absolutní četnost	Relativní četnost
PSS - komunitní oš. a domácí péče	6	26,09%
kurz - hospicová péče	5	21,74%
kurz - domácí péče	5	21,74%
PSS - geriatrie	3	13,04%
PSS - onkologie	2	8,70%
kurz - rehabilitace	2	8,70%
Celkem	23	100,00%

Graf 6: Konkrétní druh specializačního vzdělání respondentů.



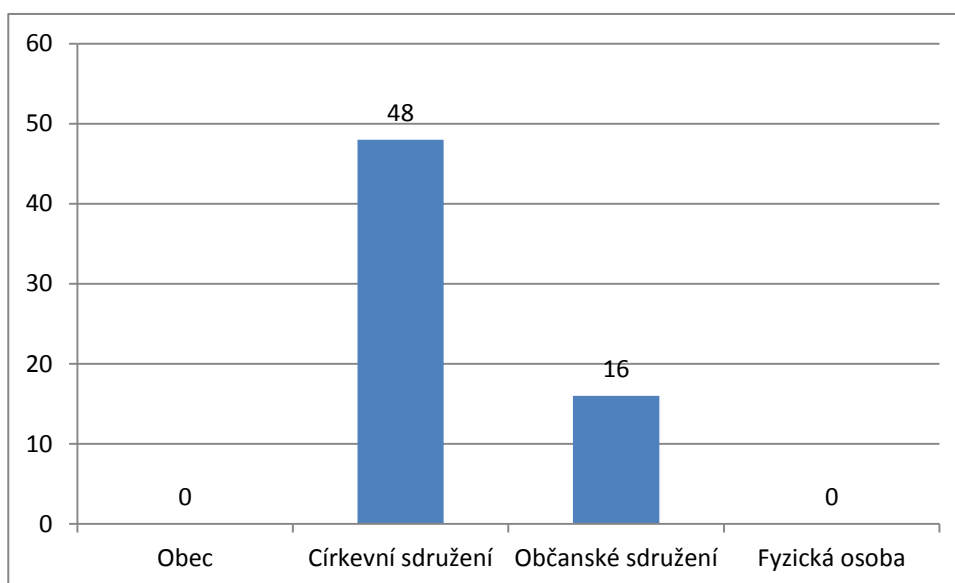
Z respondentů, kteří v otázce č. 5 odpověděli, že mají nějaké specializační vzdělání pro práci v agentuře DP / v hospicovém zařízení, jich 26,09 % absolvovalo modul komunitní ošetrovatelství a domácí péče v rámci pomaturitního specializačního studia (PSS) v NCO NZO. Kurz hospicové péče má 21,7 % respondentů, stejně jako kurz domácí péče. Modul geriatrie v NCO NZO absolvovalo 13,0 % respondentů, modul onkologie v NCO NZO absolvovalo 8,70 % respondentů, stejně jako kurz rehabilitace.

Otázka č. 7: Kdo je zřizovatelem Vaší agentury domácí péče / hospicového zařízení?

Tabulka 7: Zřizovatelé agentur DP a hospicových zařízení.

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Obec	0	0,00%
Církevní sdružení	48	75,00%
Občanské sdružení	16	25,00%
Fyzická osoba	0	0,00%
Celkem	64	100,00%

Graf 7: Zřizovatelé agentur DP a hospicových zařízení.



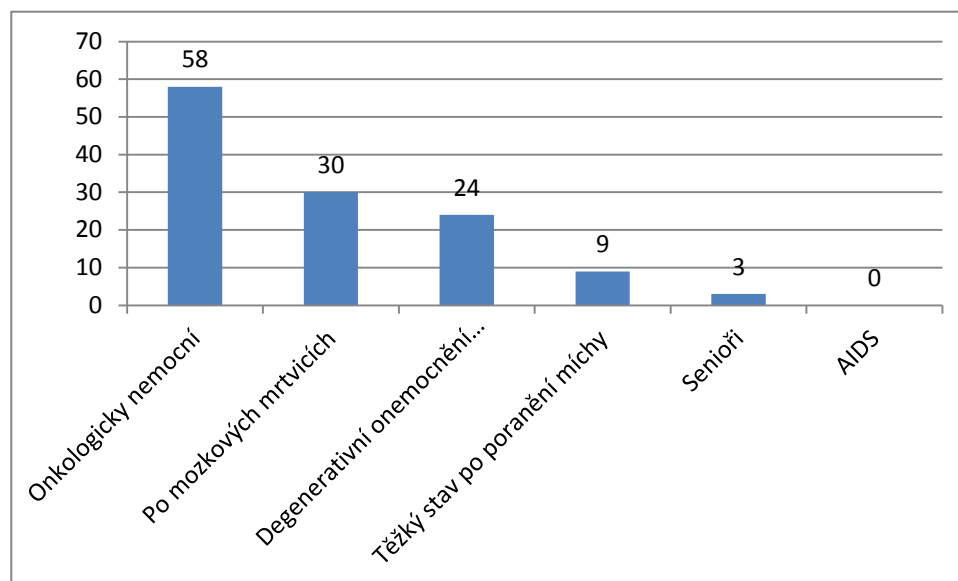
Žádné z oslovených zařízení nebylo zřízeno obcí ani fyzickou osobou. V 25 % byly zřizovatelé občanská sdružení, v 75 % bylo zřizovatelem církevní sdružení. Pro církevní instituce byla péče o nemocné vždy důležitou činností, je proto pochopitelné, že i dnes jsou nejčastějšími poskytovateli tohoto druhu péče.

Otázka č. 8: Jaké klienty nejčastěji ošetřujete v rámci hospicové péče?

Tabulka 8: Nejčastější skupiny klientů ošetřovaných v oslovených zařízeních.

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Onkologicky nemocní	58	46,77%
Těžký stav po poranění míchy	9	7,26%
Po mozkových mrtvicích	30	24,19%
AIDS	0	0,00%
Degenerativní onemocnění svalů nebo nervů	24	19,35%
Senioři	3	2,42%
Celkem	124	100,00%

Graf 8: Nejčastější skupiny klientů ošetřovaných v oslovených zařízeních.



V souladu s myšlenkou hospicového hnutí jsou největší ošetřovanou skupinou, 46,77 %, onkologicky nemocní klienti, je to dáno tím, že u pacientů s onkologickým onemocněním lze poměrně snadno určit terminálnost onemocnění a nasadit paliativní léčbu. Další početnou skupinou jsou klienti po mozkových mrtvicích, kteří byli uvedeni v 24,19 %. Klienti s degenerativním onemocněním svalů nebo nervů byli uvedeni v 19,35 %, nemocní v těžkém stavu po poranění míchy tvoří 7,26 % z celkového počtu a nejmenší skupinou

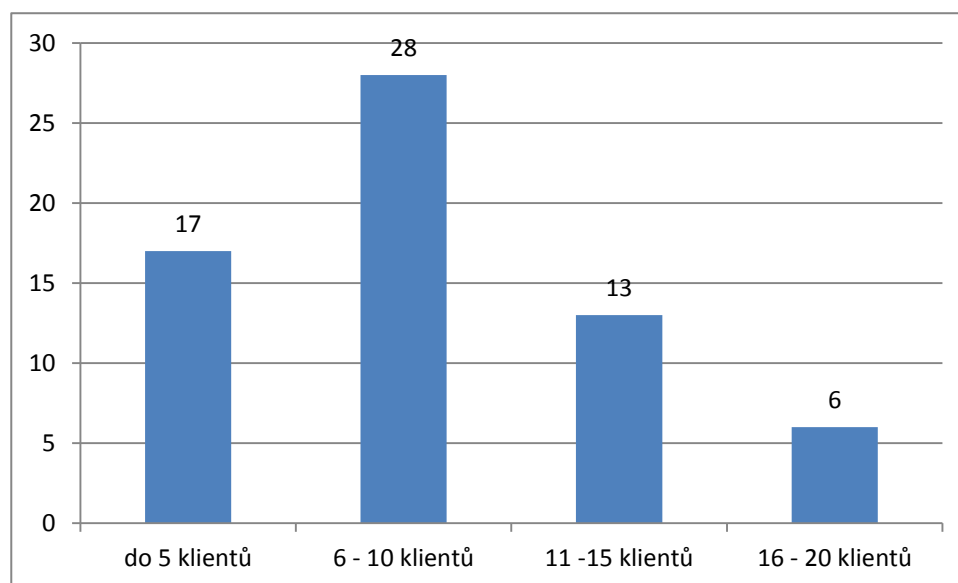
uvedenou v dotazníku tvoří senioři, kteří byli uvedeni ve 2,42 % v kolonce Jiné. Klienti se symptomy doprovázejícími rozvinutý AIDS nebyli uvedeni vůbec.

Otázka č. 9: Kolika terminálně nemocným klientům souběžně je Vaše zařízení schopno poskytnout své služby?

Tabulka 9: Počet terminálně nemocných klientů, jimž jsou jednotlivá zařízení schopna poskytnout své služby současně.

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 5 klientů	17	26,56%
6 - 10 klientů	28	43,75%
11 - 15 klientů	13	20,31%
16 - 20 klientů	6	9,38%
Celkem	64	100,00%

Graf 9. Počet terminálně nemocných klientů, jimž jsou jednotlivá zařízení schopna poskytnout své služby současně.



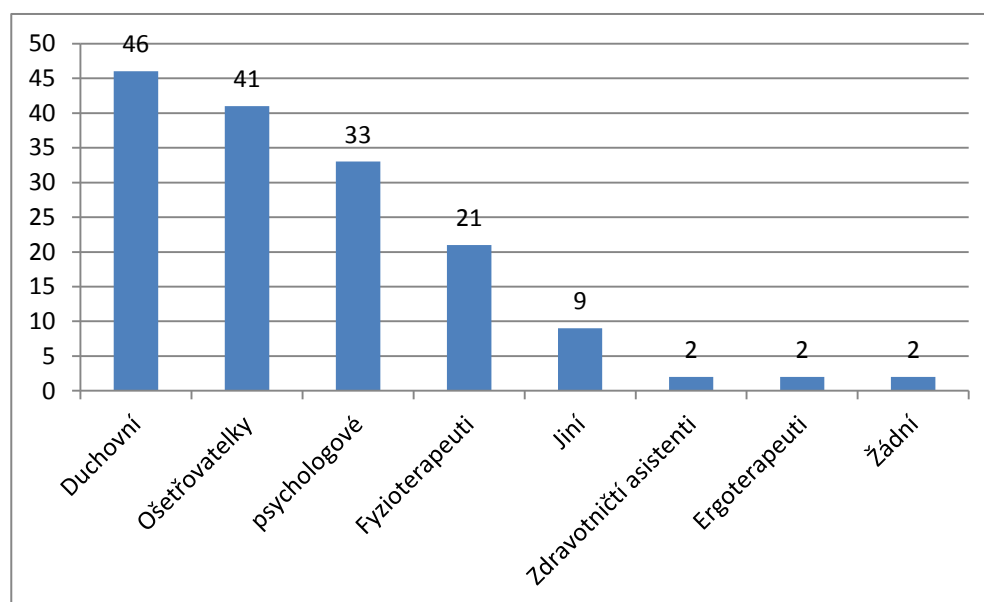
Většina respondentů, 43,75 %, uvedla, že jejich zařízení je schopno pečovat současně o 6 – 10 terminálně nemocných klientů. Ve 26,56 % byl uveden počet menší nebo roven pěti, 20,31% respondentů uvedlo číselný údaj 11 – 15 klientů a 9,38 % dotázaných uvedlo dokonce 16 – 20 klientů.

Otázka č. 10: **Jací další pracovníci kromě sester a lékařů participují na poskytování domácí hospicové péče ve vašem zařízení?**

Tabulka 10: *Profese participující na poskytování domácí hospicové péče v oslovených zařízeních.*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Duchovní	46	29,49%
Ošetřovatelky	41	26,28%
Psychologové	33	21,15%
Fyzioterapeuti	21	13,46%
Jiní	9	5,77%
Zdravotničtí asistenti	2	1,28%
Ergoterapeuti	2	1,28%
Žádní	2	1,28%
Celkem	156	100,00%

Graf 10: *Profese participující na poskytování domácí hospicové péče v oslovených zařízeních.*



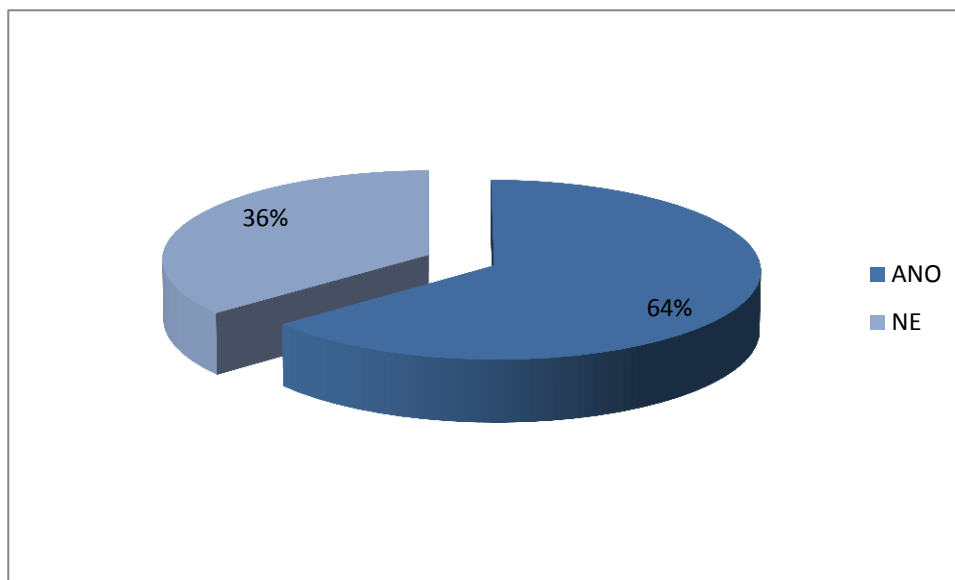
Nejčastěji byli jako pracovníci participující na poskytování domácí hospicové péče uváděni duchovní, stalo se tak v 29,46 %. V 26,28 % byly uvedeny ošetřovatelky, dále v 21,15 % psychologové, v 13,46 % fyzioterapeuti. Kolonka Jiné byla uvedena v 5,77 %, z toho bylo 4,49 % sociálních pracovníků a 1,28 % dobrovolníků. Zbývající tři položky – zdravotničtí asistenti, ergoterapeuti a žádní – byly uvedeny se stejnou četností 1,28 %.

Otázka č. 11: **Má Vaše zařízení možnost spolupráce s některým z lůžkových hospiců?**

Tabulka 11: *Spolupráce mezi lůžkovými a mobilními hospici.*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	41	64,06%
Ne	23	35,94%
Celkem	64	100,00%

Graf 11: *Spolupráce mezi lůžkovými a domácími hospici.*



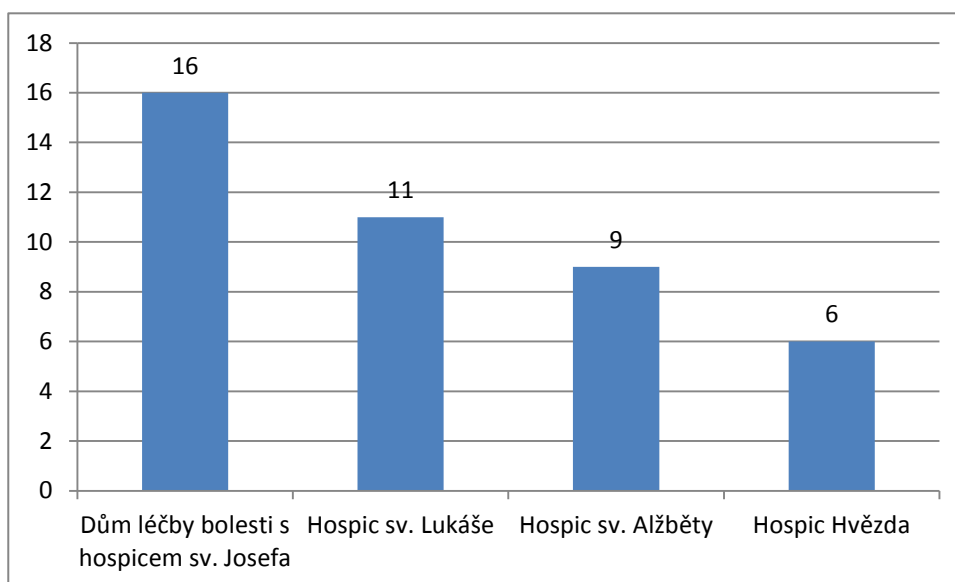
Většina respondentů, tj. 64,06 % uvedla, že jejich zařízení má možnost spolupráce s některým z lůžkových hospiců. Zbytek respondentů, tj. 35,94 % procent uvedlo, že jejich zařízení tuto možnost nemá.

Otázka č. 12: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, uveďte, prosím, název tohoto hospice.

Tabulka 12: *Lůžkové hospice spolupracující s mobilními hospici a agenturami DP.*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	16	39,10%
Hospic sv. Lukáše	11	26,19%
Hospic sv. Alžběty	8	21,43%
Hospic Hvězda	6	14,29%
Celkem	42	100,00%

Graf 12: *Lůžkové hospice spolupracující s mobilními hospici a agenturami DP.*



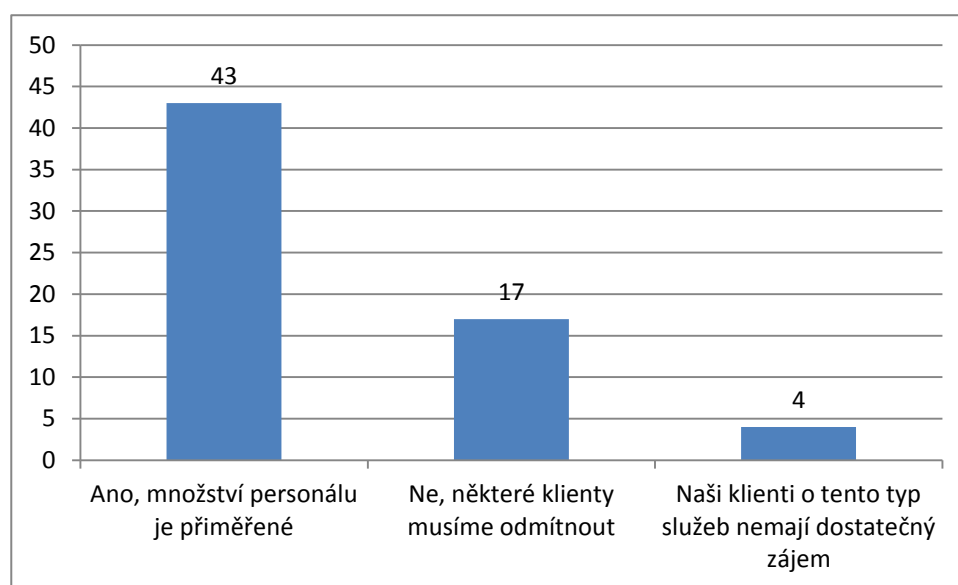
Celkem byly uvedeny čtyři hospice. Podle údajů v dotazníku nejvíce zařízení spolupracuje s Domem léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě, uvedla jej více než třetina respondentů, přesně 39,10 %. 26,19 % zařízení spolupracuje s Hospicem sv. Lukáše v Ostravě, 21,43 % zařízení spolupracuje s hospicem sv. Alžběty v Brně a 14,29 % zařízení spolupracuje s Hospicem Hvězda ve Zlíně. V jednom případě byl uveden jak Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, tak Hospic sv. Alžběty.

Otázka č. 13: **Zaměstnává Vaše zařízení dostatečné množství personálu pro poskytování domácí hospicové péče všem potenciálním klientům ve Vaší spádové oblasti?**

Tabulka 13: *Názor respondentů na stavy personálu pracujícího v oslovených zařízeních.*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, množství personálu je přiměřené	43	67,19%
Ne, některé klienty musíme odmítnout	17	26,56%
Naši klienti o tento typ služeb nemají dostatečný zájem	4	6,25%
Celkem	64	100,00%

Graf 13: *Názor respondentů na stavy personálu pracujícího v oslovených zařízeních.*



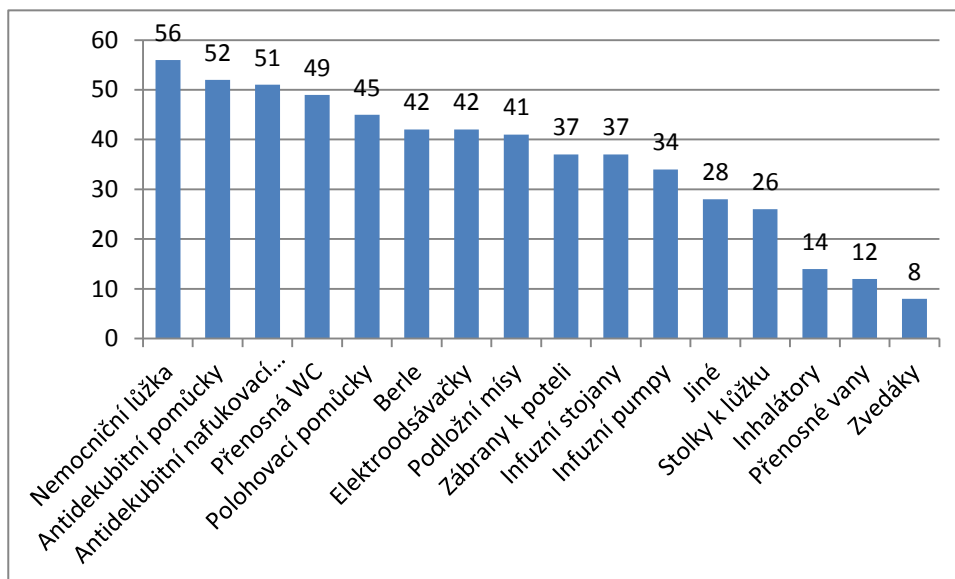
Nadpoloviční většina respondentů, celých 67,19%, se domnívá, že množství personálu pracujícího v jejich zařízení je dostačující. Naproti tomu 26,56 % respondentů si myslí, že množství personálu dostačující není a 6,25 % respondentů uvedlo, že jejich klienti o tento typ služeb nemají dostatečný zájem.

Otázka č. 14: Jaké pomůcky poskytuje Vaše agentura svým klientům?

Tabulka 14: Pomůcky poskytované oslovenými zařízeními jejich klientům.

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nemocniční lůžka	56	9,76%
Antidekubitní pomůcky	52	9,06%
Antidekubitní nafukovací matrace	51	8,89%
Přenosná WC	49	8,54%
Polohovací pomůcky	45	7,84%
Berle	42	7,32%
Elektroodsávačky	42	7,32%
Podložní mísy	41	7,14%
Zábrany k poteli	37	6,45%
Infuzní stojany	37	6,45%
Infuzní pumpy	34	5,92%
Jiné	28	4,88%
Stolky k lůžku	26	4,53%
Inhalátory	14	2,44%
Přenosné vany	12	2,09%
Zvedáky	8	1,39%
Celkem	574	100,00%

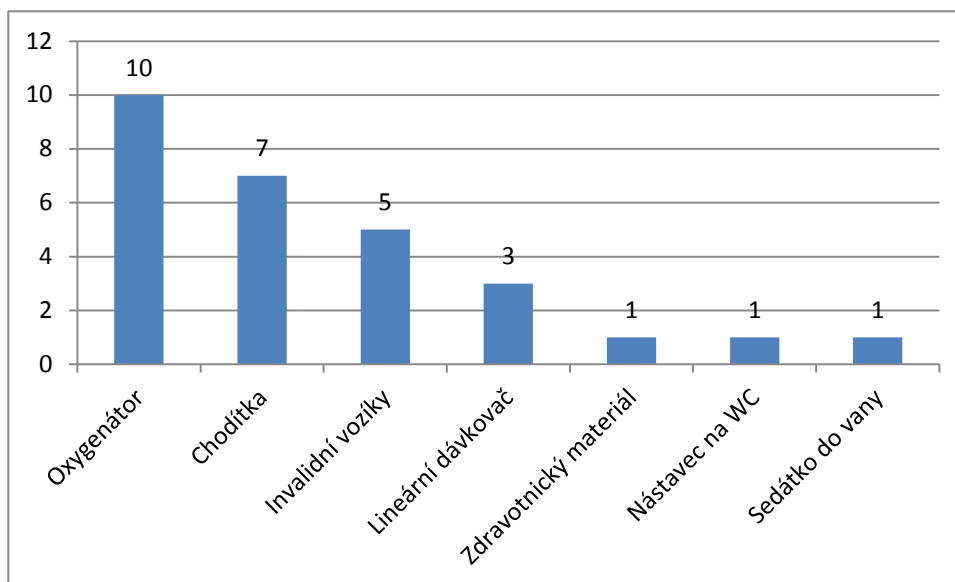
Graf 14: Pomůcky poskytované oslovenými zařízeními jejich klientům.



Tabulka 15. *Pomůcky poskytované oslovenými zařízeními jejich klientům uvedené v kolonce Jiné.*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Oxygenátor	10	1,74%
Chodítka	7	1,22%
Invalidní vozíky	5	0,87%
Lineární dávkovač	3	0,52%
Zdravotnický materiál	1	0,17%
Nástavec na WC	1	0,17%
Sedátko do vany	1	0,17%
Celkem	28	4,88%

Graf 15: *Pomůcky poskytované oslovenými zařízeními jejich klientům uvedené v kolonce Jiné.*



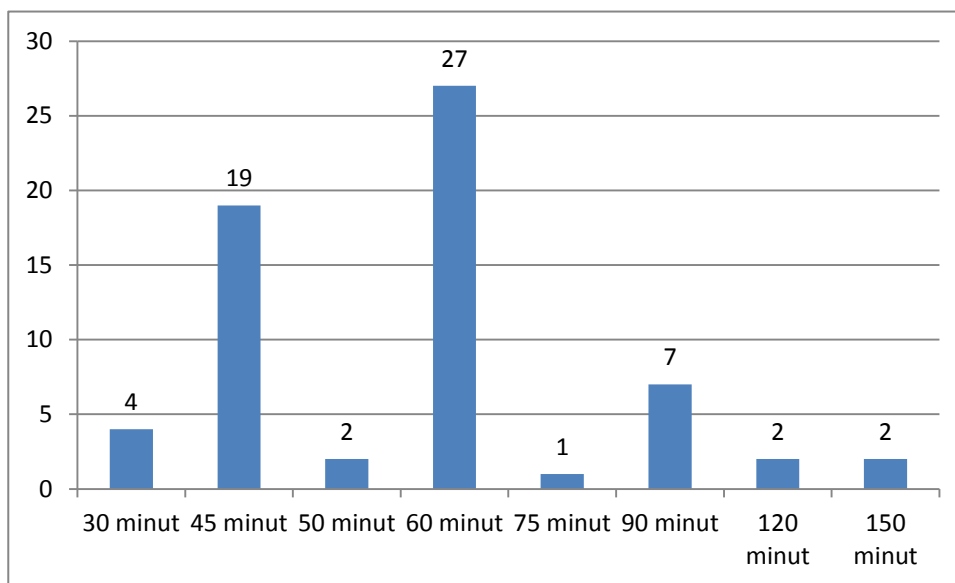
Mezi položkami v první části tab. č. 16 je poměrně malý rozptyl. Nejčastěji uváděnou odpovědí byla nemocniční lůžka – 9,76 %, dále byly uvedeny antidekubitní pomůcky – 9,06 %, antidekubitní nafukovací matrace – 8,89 %, přenosná WC – 8,54, polohovací pomůcky – 7,84 % a berle – 7,32 %. Tyto pomůcky tvoří 51,41 % ze všech položek, které respondenti v dotazníku vybrali. V položce Jiné byl jako nejčastější pomůcka uveden oxygenátor, který tak tvoří 1,74 % ze všech položek uvedených v této otázce.

Otázka č. 15: **Kolik času průměrně Vám obvykle zabere jedna návštěva u terminálně nemocného klienta?**

Tabulka 16. *Průměrná doba strávená ošetřováním terminálně nemocného klienta.*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
30 minut	4	6,25%
45 minut	19	29,69%
50 minut	2	3,13%
60 minut	27	42,19%
75 minut	1	1,56%
90 minut	7	10,94%
120 minut	2	3,13%
150 minut	2	3,13%
Celkem	64	100,00%

Graf 16: *Průměrná doba strávená ošetřováním terminálně nemocného klienta.*



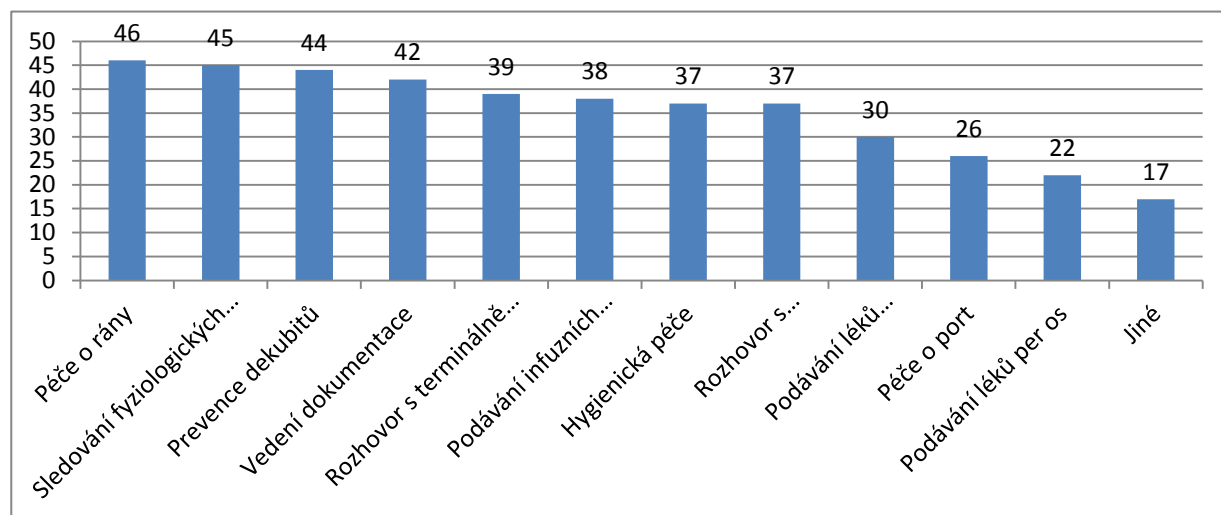
Podle vzorce pro výpočet aritmetického průměru je průměrná doba strávená péčí o terminálně nemocného klienta během jedné návštěvy 72 minut. Nejvíce respondentů odpovědělo, že jedna návštěva u terminálně nemocného trvá 60 minut, tuto možnost udává 42,19 % dotazovaných.

Otázka č. 16: **Které z následujících výkonů provádíte u terminálně nemocného klienta nejčastěji?**

Tabulka 17: *Nejčastější výkony prováděné u terminálně nemocných klientů.*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Péče o rány	46	10,87%
Sledování fyziologických funkcí	45	10,64%
Prevence dekubitů	44	10,40%
Vedení dokumentace	42	9,93%
Rozhovor s terminálně nemocným klientem	39	9,22%
Podávání infuzních roztoků	38	8,98%
Hygienická péče	37	8,75%
Rozhovor s ošetřovatelem terminálně nemocného klienta	37	8,75%
Podávání léků parenterálně	30	7,09%
Péče o port	26	6,15%
Podávání léků per os	22	5,20%
Jiné	17	4,02%
Celkem	423	100,00%

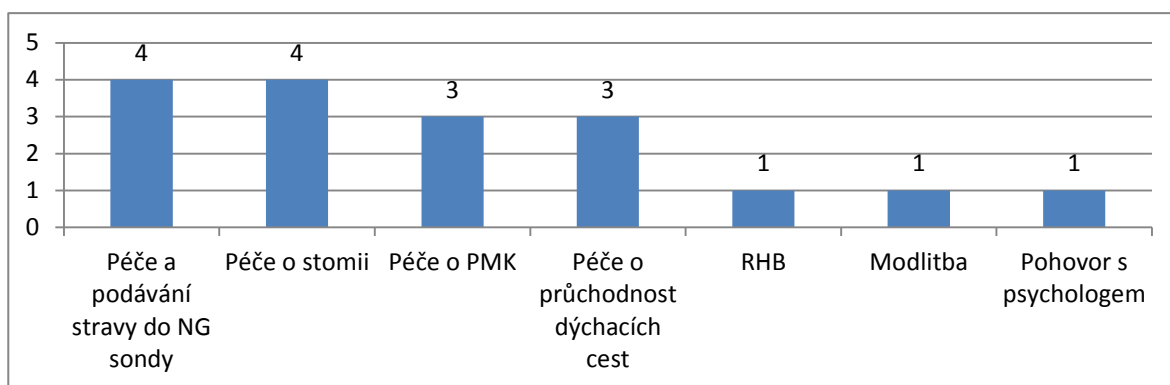
Graf 17: *Nejčastější výkony prováděné u terminálně nemocných klientů.*



Tabulka 18: Nejčastější výkony prováděné u terminálně nemocných klientů uvedené v kolonce Jiné.

Možnosti	Absolutní čtnost	Relativní čtnost
Péče a podávání stravy do NG sondy	4	0,95%
Péče o stomii	4	0,95%
Péče o PMK	3	0,71%
Péče o průchodnost dýchacích cest	3	0,71%
RHB	1	0,24%
Modlitba	1	0,24%
Pohovor s psychologem	1	0,24%
Celkem	17	4,02%

Graf 18: Nejčastější výkony prováděné u terminálně nemocných klientů uvedené v kolonce Jiné.



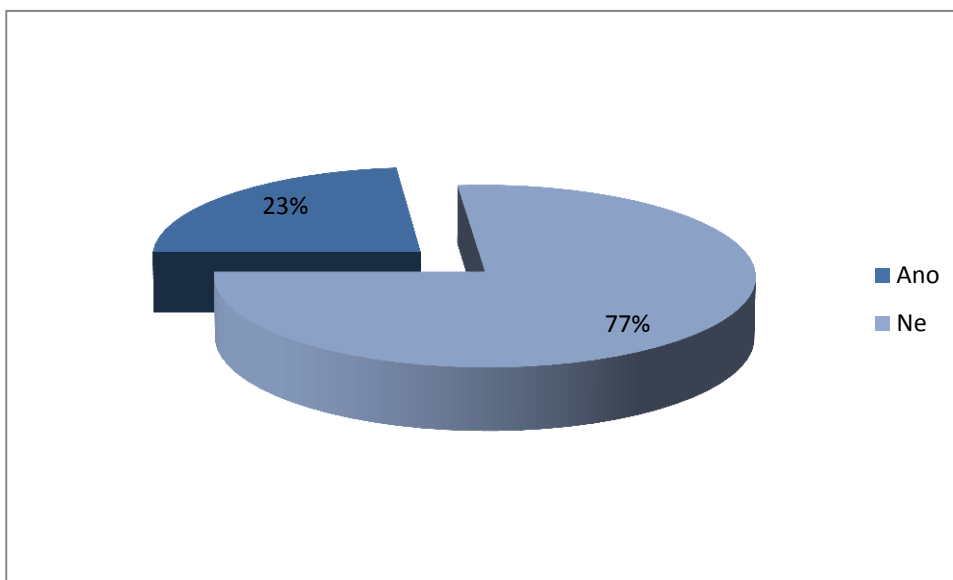
Nejvíce respondentů, 10,87 %, uvedlo jako jednu z nejčastěji prováděných činností u terminálně nemocného klienta péči o rány. Dále 10,64 % respondentů uvedlo jako jednu z nejčastěji prováděných činností sledování fyziologických funkcí, 10,40 % respondentů uvedlo prevenci dekubitů, 9,93 % vedení dokumentace a 9,22 % rozhovor s terminálně nemocným klientem. Tyto činnosti tvořily více než polovinu ze všech uvedených položek včetně položek uvedených v kolonce Jiné.

Otázka č. 17: **Myslíte si, že je ve Vašem regionu veřejnost dostatečně informována o možnostech využívání domácí hospicové péče?**

Tabulka 19: *Názor respondentů na informovanost veřejnosti o možnostech využívání domácí hospicové péče.*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	15	23,44%
Ne	49	76,56%
Celkem	64	100,00%

Graf 19: *Názor respondentů na informovanost veřejnosti o možnostech využívání domácí hospicové péče.*



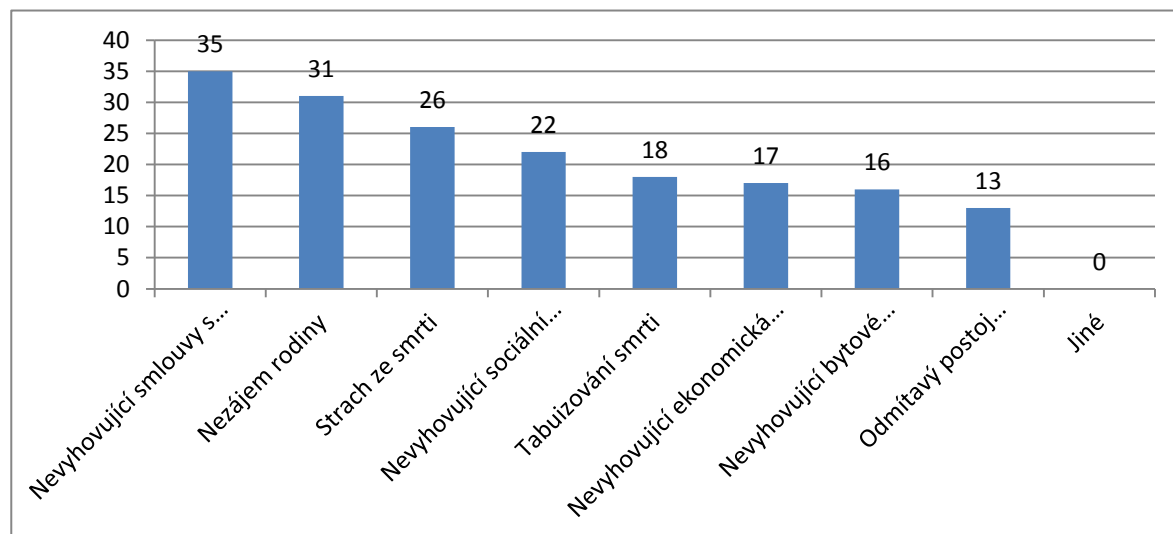
Výrazná většina respondentů tvořící 76,56 % z celkového počtu se domnívá, že veřejnost v jejich regionu není dostatečně informována o možnostech využívání domácí hospicové péče. Zbytek respondentů, tj. 23,44 %, si myslí, že informovanost veřejnosti v této oblasti je dostačující.

Otázka č. 18: Co vidíte jako největší překážku v péči o umírající v domácím prostředí?

Tabulka 20: Největší překážky v péči o umírající podle názoru respondentů.

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nevyhovující smlouvy s pojišťovny	35	19,66%
Nezájem rodiny	31	17,42%
Strach ze smrti	26	14,61%
Nevyhovující sociální podmínky	22	12,36%
Tabuizování smrti	18	10,11%
Nevyhovující ekonomická situace rodiny	17	9,55%
Nevyhovující bytové podmínky	16	8,99%
Odmítavý postoj zdravotníků	13	7,30%
Jiné	0	0,00%
Celkem	178	100,00%

Graf 20: Největší překážky v péči o umírající podle názoru respondentů.



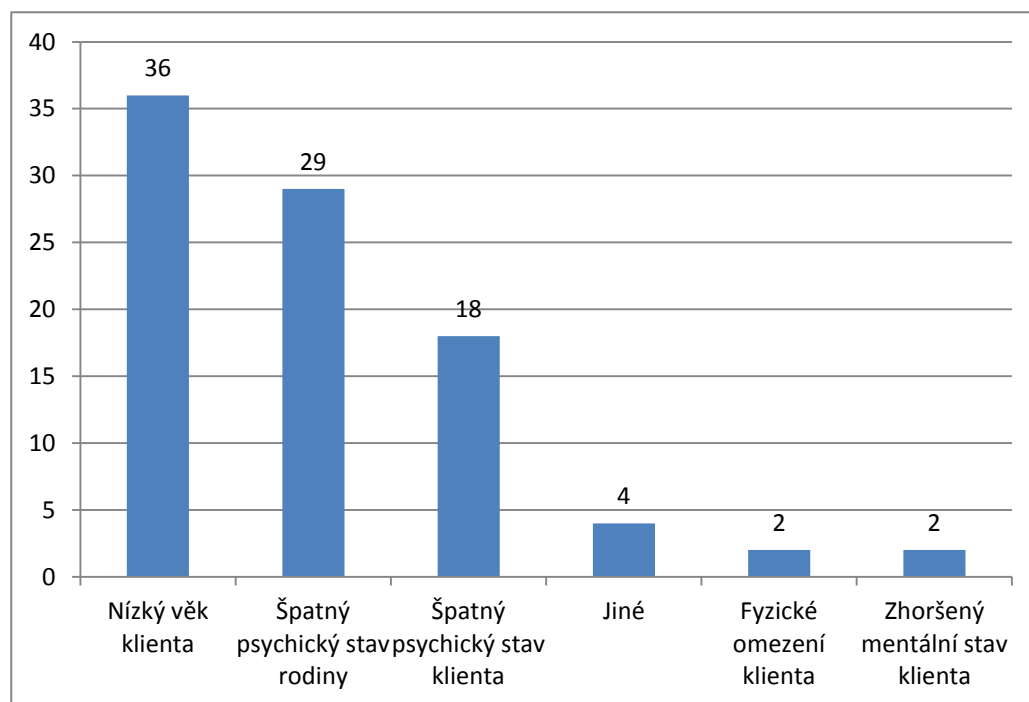
Ve více než polovině uvedených možností se opakovaly tyto tři položky: nevhovující smlouvy s pojišťovny – 19,66 %, nezájem rodiny – 17,42 %, strach ze smrti – 14,61 %. Tyto tři položky se tedy respondentům jeví jako nejpalčivější. Nevhovující sociální podmínky byly uvedeny v 12,36 %, tabuizování smrti v 10,11 %, nevhovující ekonomická situace rodiny v 9,55 %, odmítavý postoj zdravotníků v 7,30%. Kolonka Jiné nebyla označena vůbec. Zajímavostí je, že ve třech případech byla kolonka Odmítavý postoj zdravotníků doplněna o poznámku, že jde především o lékaře.

Otázka č. 19: Co Vám osobně dělá největší problém při péči o umírající?

Tabulka 21: Problémy respondentů při péči o umírající.

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nízký věk klienta	36	39,56%
Špatný psychický stav rodiny	29	31,87%
Špatný psychický stav klienta	18	19,78%
Jiné	4	4,40%
Fyzické omezení klienta	2	2,20%
Zhoršený mentální stav klienta	2	2,20%
Celkem	91	100,00%

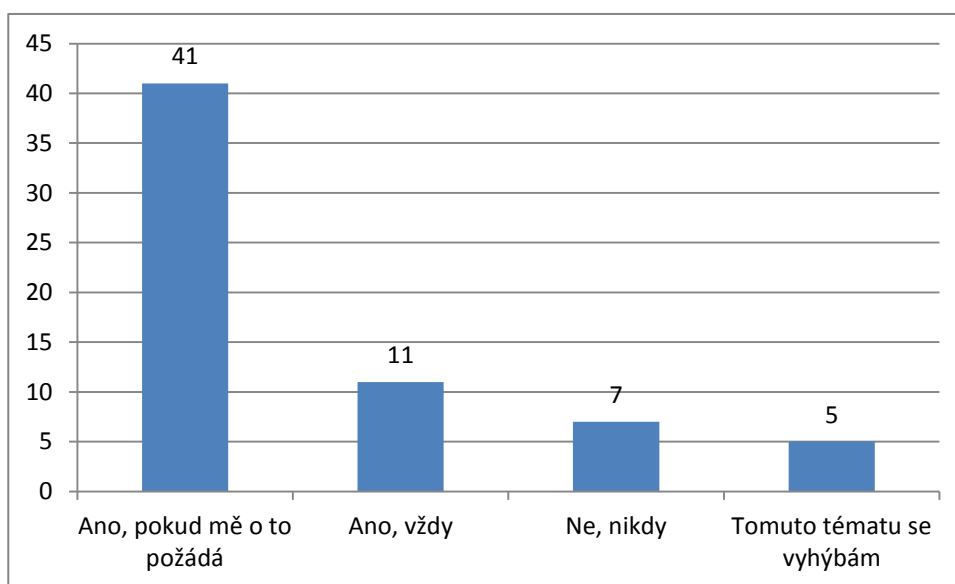
Graf 21: Problémy respondentů při péči o umírající.



Jako největší problém v péči o umírající uvedlo 39,56 % respondentů nízký věk klienta, 31,87 % uvedlo špatný psychický stav rodiny nemocného, 19,78 % respondentů uvedlo špatný psychický stav klienta, 4,40 % respondentů uvedlo položku jiné, zde byly uvedeny čtyři různé problémy se stejnou četností 1,10 %, a to, že klient není smířený se smrtí, umírá v bolestech, jeho situace není pochopena rodinou, a že klient není informován o závažnosti jeho stavu. Zbylé dvě odpovědi byly uvedeny se stejnou četností, 2,20 % uvedlo fyzické omezení klienta a posledních 2,20 % uvedlo zhoršený mentální stav klienta.

Otázka č. 20: **Hovoříte s terminálně nemocným klientem o závažnosti jeho stavu?**Tabulka 22: *Schopnost hovořit s klientem o závažnosti jeho stavu.*

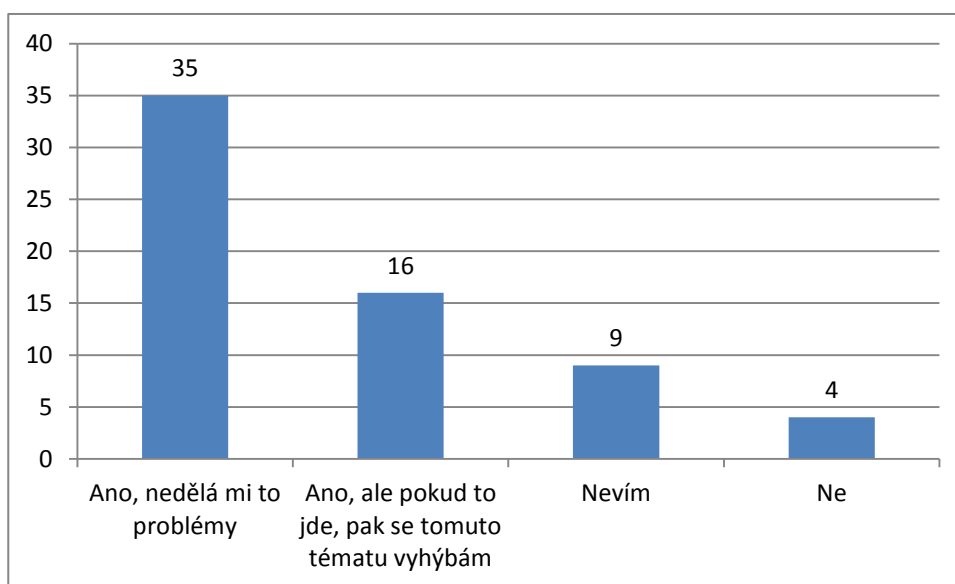
Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, pokud mě o to požádá	41	64,06%
Ano, vždy	11	17,19%
Ne, nikdy	7	10,94%
Tomuto tématu se vyhýbám	5	7,81%
Celkem	64	100,00%

Graf 22: *Schopnost hovořit s klientem o závažnosti jeho stavu.*

Přes osmdesát procent respondentů podle svých odpovědí problémy s tímto tématem nemá. Z toho 64,06 % hovoří o závažnosti klientova stavu při každé návštěvě a 17,19 % respondentů je schopné hovořit se svým klientem na toto téma, pokud si to klient přeje. Nikdy o závažnosti klientova stavu nemluví 10,94 % respondentů a 7,81 % dotazovaných neví, zda by bylo schopno hovořit s terminálně nemocným klientem o závažnosti jeho stavu.

Otázka č. 21: **Dokážete hovořit s terminálně nemocným o smrti a umírání?**Tabulka 23: *Schopnost hovořit s klientem o smrti a umírání.*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, nedělá mi to problémy	35	54,69%
Ano, ale pokud to jde, pak se tomuto tématu vyhýbám	16	25,00%
Nevím	9	14,06%
Ne	4	6,25%
Celkem	64	100,00%

Graf 23: *Schopnost hovořit s klientem o smrti a umírání.*

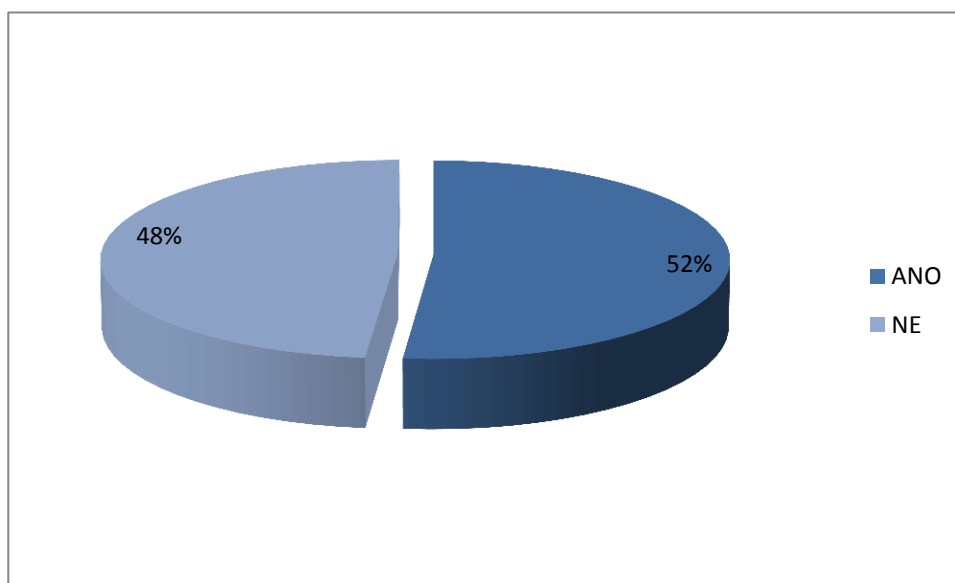
Většina respondentů uvádí, že je schopna o tématu smrti a umírání s klienty hovořit. Z toho 54,69 % s tím nemá žádné problémy, 25 % respondentů sice na toto téma dokáže vést s klientem rozhovor, ale pokud to jde, pak se mu raději vyhne. 14,06 % respondentů neví, zda by bylo schopno na toto téma hovořit a zbylých 6,25 % se o smrti a umírání s klientem podle sebe bavit nedokáže.

Otázka č. 22: Jsou ve Vašem zařízení pravidelně prováděny supervize?

Tabulka 24: Provádění supervizí v jednotlivých zařízeních.

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	33	51,56%
NE	31	48,44%
Celkem	64	100,00%

Graf 24: Provádění supervizí v jednotlivých zařízeních.



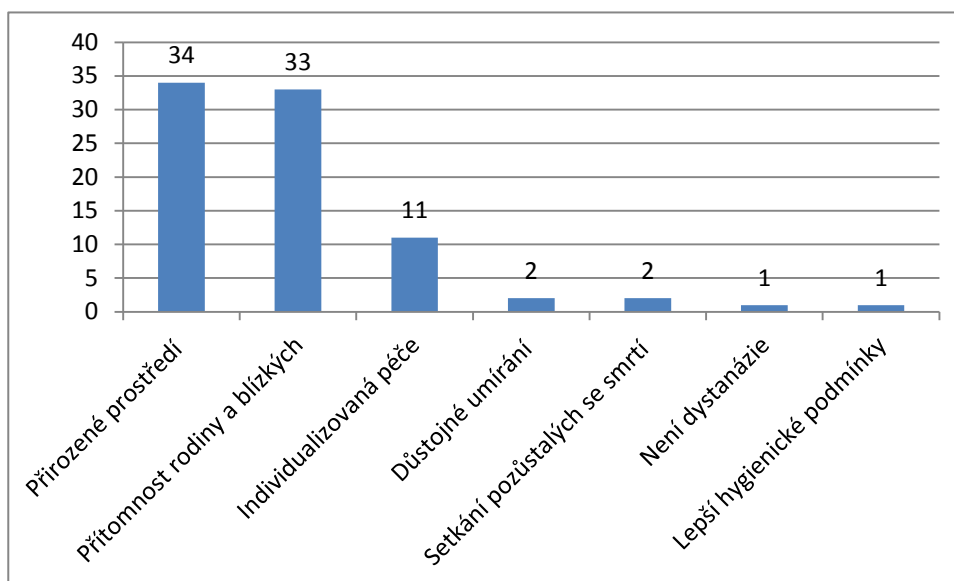
Odovědi na tuto otázku byly vyrovnané, 51,56 % respondentů uvádí, že je v jejich zařízení pravidelně prováděna supervize, 48,44 % respondentů uvádí, že na jejich pracovištích nejsou pravidelně prováděny supervize.

Otázka č. 23: Jaká je podle Vás největší výhoda v péči o umírající v domácím prostředí ve srovnání s ústavní péčí?

Tabulka 25: *Největší výhody v péči o umírající podle názoru respondentů.*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Přirozené prostředí	34	40,48%
Přítomnost rodiny a blízkých	33	39,29%
Individualizovaná péče	11	13,10%
Důstojné umírání	2	2,38%
Setkání pozůstalých se smrtí	2	2,38%
Není dystanázie	1	1,19%
Lepší hygienické podmínky	1	1,19%
Celkem	84	100,00%

Graf 25: *Největší výhody v péči o umírající podle názoru respondentů.*



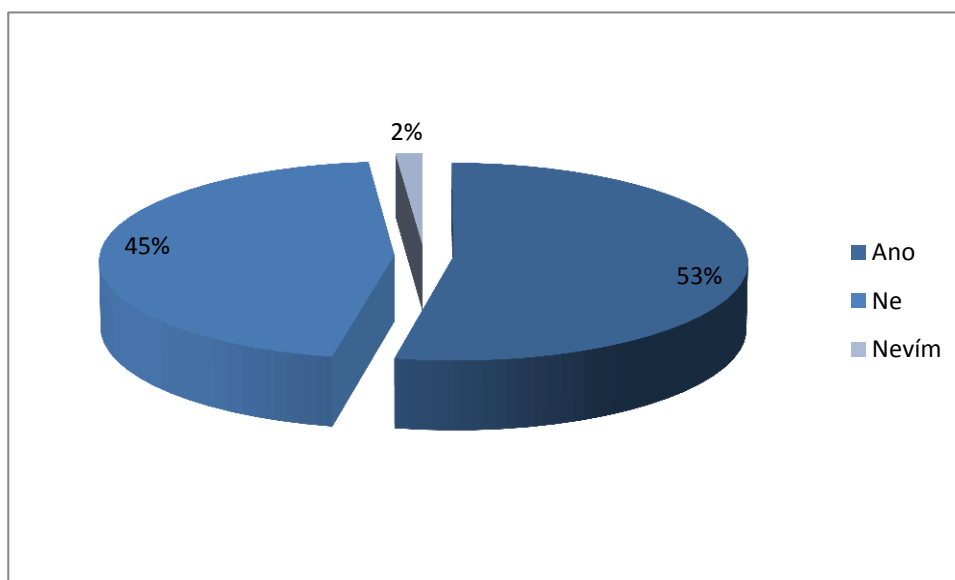
Jako největší výhodu vidí respondenti v 40,48 % přirozené prostředí pro pacienta, v 39,29 % přítomnost rodiny a blízkých, v 13,10 % individualizovanou péči, v 2,38 % důstojné umírání, v dalších 2,38% setkání pozůstalých se smrtí, v 1,19 % bylo uvedeno, že nedochází dystanazii a posledních 1,19 % respondentů uvedlo jako jednu z největších výhod domácí péče o umírající lepší hygienické podmínky.

Otázka č. 24: **Měla by podle Vás mít sestra pečující o umírající kromě středoškolského odborného vzdělání ještě jiné, doplňující vzdělání?**

Tabulka 26: *Názor respondentů na potřebnost specializačního vzdělávání sester pro práci s umírajícími.*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	34	53,13%
Ne	29	45,31%
Nevím	1	1,56%
Celkem	64	100,00%

Graf 26: *Názor respondentů na potřebnost specializačního vzdělávání sester pro práci s umírajícími.*



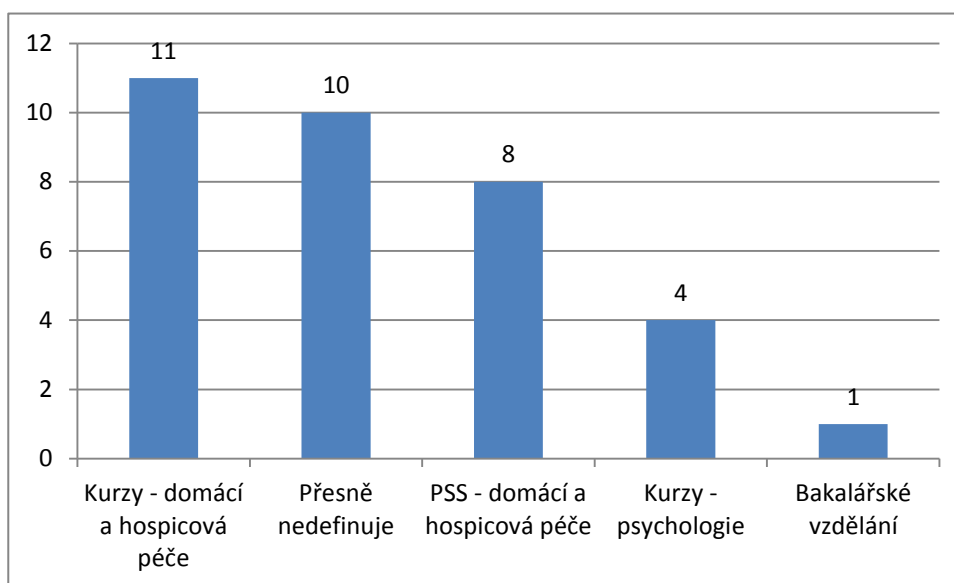
Většina respondentů, 53,13 % uvedla, že dle jejich názoru by sestra pracující s umírajícími měla mít pro tuto práci specializační vzdělání. 45,31 % respondentů uvedlo, že specializační vzdělání pro sestru pracující s umírajícími není potřeba a zbylých 1,56 % neví.

Otázka č 25: Pokud ano, jaké?

Tabulka 27: Druh specializačního vzdělání vhodného pro sestry pracující s umírajícími podle názoru respondentů.

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kurzy - domácí a hospicová péče	11	32,35%
Přesně nedefinuje	10	29,41%
PSS - domácí a hospicová péče	8	23,53%
Kurzy - psychologie	4	11,76%
Bakalářské vzdělání	1	2,94%
Celkem	34	100,00%

Graf 27: Druh specializačního vzdělání vhodného pro sestry pracující s umírajícími podle názoru respondentů.



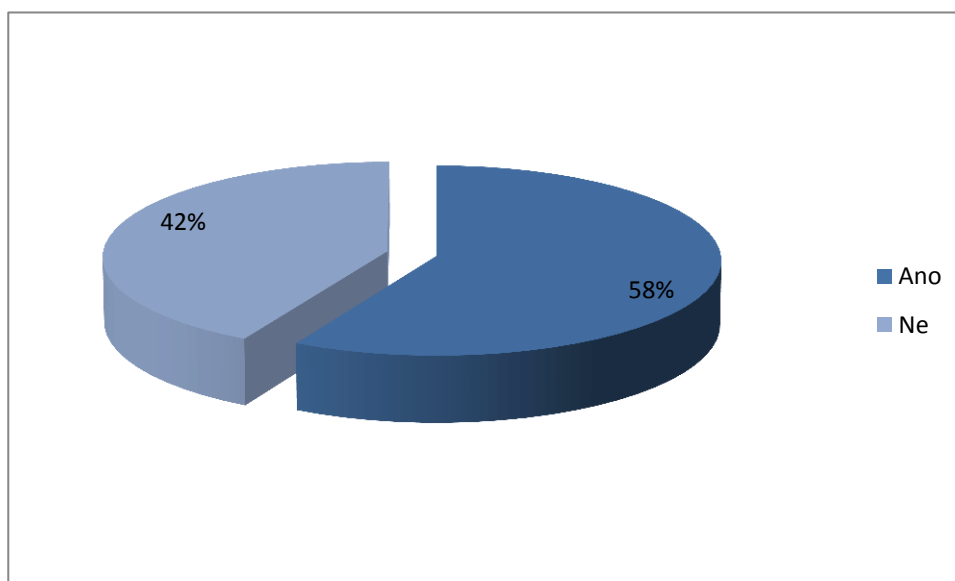
Z respondentů, kteří v otázce č. 24 uvedli možnost Ano, považuje 32,35 % za vhodné vzdělávat sestry pracující s umírajícími formou kurzů domácí a hospicové péče, 29,41 % respondentů nedokáže přesně definovat, o jaký druh vzdělání by mělo jít, 23,53 % respondentů vidí jako vhodnou formu vzdělávání pomocí modulů poskytovaných NCO NZO, konkrétně byl uveden modul domácí a hospicová péče, který však v současnosti NCO NZO neposkytuje. 11,76 % respondentů si myslí, že by bylo vhodné získat psychologické vzdělání pomocí kurzů a 2,94 % respondentů uvedlo bakalářské vzdělání.

Otázka č. 26: **Poskytuje Vaše agentura nějaké služby také pro pozůstalé?**

Tabulka 28: *Možnost využití služeb oslovených zařízení pozůstalými.*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	37	57,81%
Ne	27	42,19%
Celkem	64	100,00%

Graf 28: *Možnost využití služeb oslovených zařízení pozůstalými.*



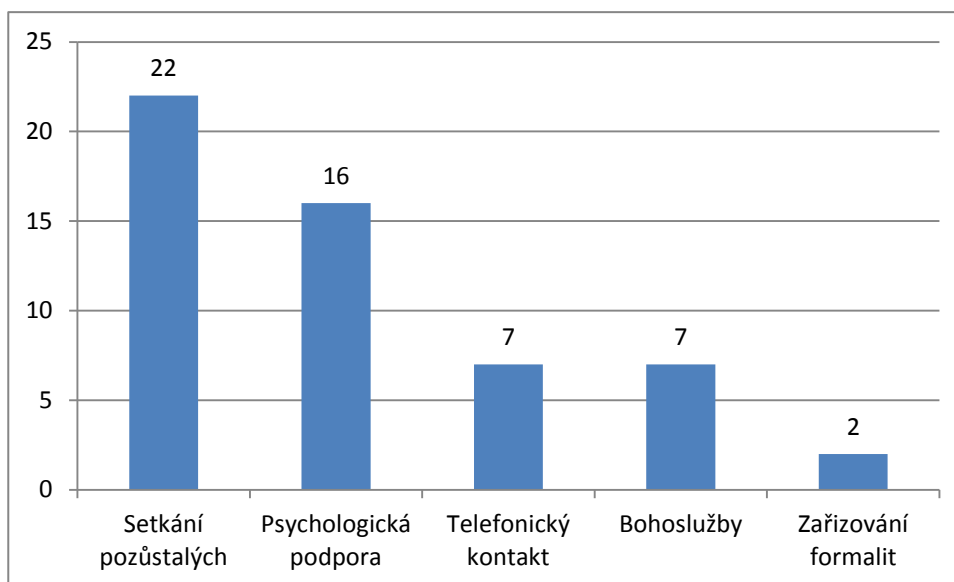
Většina respondentů, tj. 57,81 %, uvedlo, že jejich zařízení poskytuje také služby pro pozůstalé, zbylých 42,19 % uvedlo, že jejich zařízení žádné služby pro pozůstalé nenabízí.

Otázka č. 27: **Pokud ano, uveďte, prosím, jaké.**

Tabulka 29 : *Služby poskytované oslovenými zařízeními pozůstalým.*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Setkání pozůstalých	22	40,74%
Psychologická podpora	16	29,63%
Telefonický kontakt	7	12,96%
Bohoslužby	7	12,96%
Zařizování formalit	2	3,70%
Celkem	54	100,00%

Graf 29: *Služby poskytované oslovenými zařízeními pozůstalým.*



Z respondentů, kteří v otázce číslo 26 uvedli, že jejich zařízení poskytuje služby pro pozůstalé, 40,74 % uvedlo jako jednu z poskytovaných služeb setkání pozůstalých, 29,63 % respondentů uvedlo jako službu poskytovanou pozůstalým psychologickou podporu, 12,96 % respondentů uvedlo možnost telefonického kontaktu, dalších 12,96 % uvedlo pravidelné pořádání bohoslužeb za zemřelé a 3,7 % uvedlo pomoc při zařizování formalit.

6.1 Diskuse

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 64 sester pracujících v agenturách DP a v domácích hospicích ve věku 26 – 60 let. Nejvíce sester bylo ve věku od 36 do 45 let s dlouholetou pracovní praxí ve zdravotnictví.

Cíl č. 1 - Získat informace o rozsahu služeb poskytovaných agenturami domácí péče a domácími hospicovými zařízeními umírajícím.

Zpracováním dotazníkového šetření jsem zjistila, že mezi poskytovateli služeb domácí hospicové péče jednoznačně převažují církevní sdružení. Ve zkoumaném vzorku jich bylo 75 %. To si lze vysvětlit historickým vývojem péče o nemocné a umírající, jelikož první instituce poskytující tyto služby byly zřizovány právě pod patronátem církevních organizací. Tradice péče o tyto osoby je tedy v římskokatolické církvi stále živá.

Hospicová péče je zajišťována multidisciplinárním týmem odborníků, kteří plní v systému péče své nezastupitelné role. Profesí, která podle dotazníkového šetření největší měrou přispívá k poskytování péče o umírající, jsou podle šetření duchovní, hned za nimi s nevelkým odstupem ošetřovatelky a psychologové. Sociální pracovníci byli uvedeni jako pracovníci participující na poskytování domácí hospicové péče celkem sedmkrát, i když v nabídce možností nebyli výslovně uvedeni. Dovolují si předpokládat, že kdyby byli uvedeni ve výčtu možností, byl by jejich počet ještě mnohem vyšší. Výstupy tedy ukazují, že domácí hospicová péče je zaměřena skutečně holisticky. Stejných výsledků bylo dosaženo také v práci studentky Zdislavy Dostálové z roku 2011, která ale dodává, že ačkoliv všechna zkoumaná zařízení poskytovala služby duchovní, psychologické i sociální, jejich využití mezi klienty bylo malé.

Při péči o umírající v domácím prostředí mohou někdy nastat situace, které vyžadují intenzivnější profesionální intervenci spojenou s pobytem v lůžkovém zařízení, nebo se péče o nemocného může stát pro pečujícího už neúnosná. Aby klient z těchto důvodů nemusel být hospitalizován v nemocnici, což pro nemocného v takovémto stavu může znamenat, že domů už se nevrátí, je vhodné, aby měla zařízení poskytující domácí hospicovou péči možnost spolupráce s některým z lůžkových hospiců. Respondenti uvedli v 64 % případů, že zařízení, v němž pracují, tuto možnost má. Je potěšující, že jde o nadpoloviční většinu, zbylých 36 % však představuje taktéž nemalou početní skupinu, která svým klientům nedokáže zajistit překlady do lůžkového zařízení. To je pravděpodobně způsobeno velkou vzdáleností lůžkových hospiců od regionů, v nichž působí některá oslovená zařízení.

V dotazníku byly uvedeny 4 různé lůžkové hospice, které spolupracují se zkoumanými zařízeními. Více než třetina respondentů, která odpověděla, že jejich zařízení má možnost spolupráce s některým z lůžkových hospiců uvedla spolupráci s Domem léčby bolesti a hospicem sv. Josefa v Rajhradě. Dalšími udávanými zařízeními byl Hospic sv. Lukáše v Ostravě, Hospic sv. Alžběty v Brně a Hospic Hvězda ve Zlíně.

Všechna zkoumaná zařízení poskytují svým klientům možnost zapůjčení pomůcek. Nemocniční lůžka, antidekubitní pomůcky, antidekubitní nafukovací matrace, přenosná WC, polohovací pomůcky a berle byly uvedeny s relativní četností celkem 51,41 %. Téměř všichni respondenti uvedli, že jejich zařízení poskytuje svým klientům k zapůjčení nemocniční lůžka. Naopak nejméně respondentů uvedlo, že jejich zařízení umožňuje zapůjčení zvedáků, což je nejspíš dáno vysokou pořizovací cenou tohoto zařízení.

Nejčastěji prováděné výkony u terminálně nemocných pacientů jsou dle výsledků šetření péče o rány, prevence dekubitů a sledování fyziologických funkcí. Ošetřování těchto nemocných se tedy posunuje do oblasti bazální péče, která je obvykle v posledních fázích života indikována, aby pacient nebyl zbytečně zatěžován léčbou, která pro něj není z hlediska kvality života přínosná.

Pouze 57,81 % respondentů uvedlo, že jejich zařízení poskytuje služby také pozůstalým. Jako nejčastější druh služby bylo uvedeno setkání pozůstalých a psychologická podpora. Dále mohou pozůstalí zůstat v kontaktu s agenturou DP nebo s hospicovým zařízením pomocí telefonu, mohou se účastnit bohoslužeb nebo je jim poskytnuta pomoc s vyřizováním formalit souvisejících s úmrtím v rodině. Při tvorbě dotazníku jsem předpokládala, že služeb poskytovaných pozůstalým bude více, jelikož paliativní péče není určena pouze nemocným, ale také jejich rodinám. Tento výsledek tedy ukazuje, že v mnoha zařízeních není paliativní péče poskytována v celé své šíři. Ujistění, že rodina nezůstane ve svém smutku osamocena je důležité také pro umírajícího, který je tak utěšen myšlenkou, že někdo pomůže jeho rodině překonat bolest, kterou jí neúmyslně způsobí svou smrtí. Vzhledem k tomu, že jde o pomoc finančně nenáročnou, přičítám tuto skutečnost nedostatečné znalosti problematiky v těchto zařízeních.

Cíl č. 2: Zjistit pohled sester na péči poskytovanou umírajícím agenturami domácí péče a domácími hospicovými zařízeními.

Největší skupinu nemocných ošetřovaných v rámci domácí hospicové péče tvoří s četností 46,77 % onkologicky nemocní pacienti, kteří mohou z této péče hodně těžit.

Nejvíce respondentů uvedlo, že jejich zařízení je schopné se postarat o 6 – 10 terminálně nemocných klientů současně. Agentury DP a domácí hospice tvoří hustou síť služeb, je jich stále nedostatek a takto malá čísla jistě nepokrývají skutečnou poptávku. V jednotlivých oslovených zařízeních bylo zaměstnáno vždy po šesti až deseti sestřích, všechny však nepracovaly na plný úvazek. Uvedená čísla jsou tedy malá, ale vzhledem k počtu plných pracovních úvazků by bylo pro daná zařízení nemožné přijmout více terminálně nemocných klientů, jelikož péče o ně je náročná nejen z odborného, ale také z časového hlediska. Návštěvy u klientů využívajících služeb agentur DP trvají v závislosti na klientově diagnóze různě dlouhou dobu, nejméně 15 minut. Z odpovědí uvedených v dotazníku vyšlo, že průměrná doba strávená u terminálně nemocného pacienta během jedné návštěvy je 72 min. Přitom terminálně nemocní tvoří pouze část všech klientů využívajících domácí hospicovou péči. Aby mohly agentury DP a domácí hospice poskytovat své služby i dalším paliativně léčeným klientům, není v jejich silách, aby se skupina terminálně nemocných klientů v jejich péči zvyšovala, aniž by se zvýšily i stavy personálu.

Jako největší přínos domácí hospicové péče většina respondentů uvádí přirozené prostředí pro klienta, přítomnost rodiny a individualizovanou péči. To je v souladu se základními potřebami umírajících. Domácí prostředí s sebou nese pro nemocného pocit bezpečí a spolu s přítomností rodiny a blízkých mu přináší jistotu, že v posledních chvílích svého života nezůstane osamocen. Zároveň je zde větší prostor pro plnění jeho přání, která jsou v této životní etapě rozmanitá.

Odborné vzdělání nebo certifikát vztahující se k péči o nemocné a umírající v domácím prostředí má podle dotazníkového šetření 35,94 % respondentů. Nejvíce respondentů uvedlo, že absolvovalo pomaturitní specializační vzdělání v NCO NZO s názvem Komunitní ošetřovatelství a domácí péče. Většina sester však nepovažuje toto vzdělání pro práci s umírajícími za optimální. Z 53,13 % respondentů, kteří uvedli, že by podle nich sestra pracující v tomto oboru měla mít nějaké specializační vzdělání jich 32,35 %, uvedlo kurzy zaměřené na domácí hospicovou péči. Zajímavých je 23,53 % respondentů, kteří uvedli jako vhodné pomaturitní specializační vzdělání v NCO NZO v modulu domácí a hospicová

péče. Tento modul, však v současnosti NCO NZO nenabízí. Bylo by tedy vhodné modul zaměřený tímto směrem v budoucnosti otevřít.

Překvapivý výsledek byl pro mne počet zařízení, ve kterých nejsou pravidelně prováděny supervize. Tuto skutečnost uvedlo 48,44 % respondentů. Přitom pravidelné supervize jsou při vykonávání takto psychicky náročné práce důležitým prvkem v prevenci syndromu vyhoření a problémy spojené s věkem klientů a jejich psychickým stavem, které jsou uvedeny v předchozím odstavci, bývají také předmětem supervizních setkání.

Cíl č. 3: Zjistit pohled sester na výhody, nevýhody a možné překážky v péči o umírající v domácím prostředí.

Z pohledu respondentů patří mezi největší překážky v péči o umírající v domácím prostředí nevyhovující smlouvy s pojišťovny, což uvedlo 19,66 % sester, dále pak nezájem rodiny a strach ze smrti.

Překvapivý byl pro mne také názor 67,19 % respondentů, kteří považují množství personálu pracujícího v jejich zařízení za dostačující. Předpokládala jsem, že vzhledem k malému počtu poskytovatelů této péče ve zkoumané oblasti bude názor většiny respondentů opačný. Tuto skutečnost si vysvětluji úrovní informovanosti veřejnosti, která je nízká jak podle 76,56 % respondentů, kteří se zúčastnili mého dotazníkového šetření, tak podle výstupů prací studentky Markéty Samkové z roku 2009 a Alice Semiánové z roku 2012. Z obou těchto prací vyplývá, že veřejnost není dostatečně informována o problematice péče o umírající v domácím prostředí. Všichni potenciální klienti agentur domácí péče a domácích hospiců tedy nevědí o možnosti využití tohoto druhu péče a jejich počet neodpovídá aktuální poptávce, která by se v případě lepší informovanosti mohla zvýšit a přesáhnout tak kapacity současných poskytovatelů domácí hospicové péče.

Věk klienta je pro respondenty velmi důležitý faktor. Pro 36,56 % respondentů představuje nízký věk pacienta problém. Dále je pro respondenty obtížné pracovat s klientem a s rodinou, kteří jsou ve špatném psychickém stavu.

Celých 81,25 % respondentů uvádí, že dokáže s klientem hovořit o závažnosti jeho stavu. O smrti a umírání dokáže s klientem hovořit 79,69 % respondentů, 25,00 % respondentů ale udává, že pokud to jde, pak se hovoru na téma smrti a umírání raději vyhne. Kromě osobnostních předpokladů k těmto výsledkům přispívá pravděpodobně také fakt, že většina respondentů má dlouholeté zkušenosti s prací ve zdravotnictví.

Cíl č. 4: Informovat veřejnost o možnostech domácí a hospicové péče poskytované umírajícím ve Zlínském kraji.

Na základě informací získaných při tvorbě teoretické části práce a výsledků dotazníkového šetření jsem sestavila přednášku pro laickou veřejnost s názvem „Péče o nemocné a umírající v domácím prostředí“, kterou jsem přednesla 23. 5. 2012 v prostorách informačního střediska obce Bílovice. Jejím obsahem bylo vymezit, pro koho je tato péče určena, co vše je třeba zařídit, abychom byli schopni se o nemocného v domácím prostředí postarat, na co má nemocný a pečující právo, jak zajistit finanční stránku věci, informovat o možnostech využití profesionální pomoci při péči o tyto nemocné a předat kontakty na instituce zajišťující domácí hospicovou péči ve Zlínském kraji [viz. příloha PII, PIII, PIV, PV].

Na tuto přednášku se dostavilo 18 posluchačů. Samotná přednáška trvala 35 minut a následná debata zhruba 15 minut. Během této debaty se účastníci zajímali především o konkrétní postup při zahájení péče o nemocného a o kontakty na pověřené osoby, které tuto péči v našem regionu zajišťují, tyto kontakty jsem posluchačům poskytla také v tištěné formě [viz. příloha PII]. Jeden ze zúčastněných posluchačů se také podrobněji zajímal o teoretickou stránku věci, především o přesnější vymezení pojmu paliativní péče.

Závěr

Smrt a umírání jsou témata týkající se každého z nás. Přesto však většina lidí odmítá být jen nad nimi přemýšlet, natož se na ně dopředu připravovat. Proto je většina lidí vidinou blízké smrti zaskočena naprosto nepřipravena a na kontakt s umírajícím nejsou přichystáni ani jejich blízcí. Je tedy třeba, aby těmto lidem pomohl někdo z venčí, kdo přímo není zasazen a dovede s odstupem pomoci radou a činem. Otevírá se zde tedy prostor pro práci profesionálů z řad zdravotníků, duchovních, psychologů a sociálních pracovníků, kteří mají za úkol provést umírající a jejich blízké tímto nelehkým obdobím. Dokud společnost nepřijme smrt jako přirozenou součást života, je třeba na takovémto způsobu její prezentace pracovat, jak jsem se snažila vylíčit i ve své bakalářské práci.

Teoretická část práce se snaží o definici základních pojmů, stručný popis paliativní a hospicové péče, jejich základní charakteristiku a popis základních forem a principů hospicové péče a uvádí nejčastější problémy, se kterými se v péči o umírající v domácím prostředí můžeme sekat.

Rozsáhlejší praktická část je zaměřena na zmapování rozsahu služeb zprostředkovaných agenturami DP a domácími hospicemi a zjištění pohledu sester na kvalitu a rozsah péče poskytované umírajícím těmito zařízeními a pomocí získaných informací rozpoznat možné překážky v péči o umírající. Pro získání těchto informací jsem použila dotazníkové šetření, které tvoří spolu s teoretickou částí mé práce východisko pro sestavení přednášky pro laickou veřejnost s cílem informovat o základních principech a dostupnosti využití domácí hospicové péče a o jejím možném vývoji do budoucna.

Z výsledků mé práce vyplynulo, že současná nabídka specializačního vzdělávání v oboru není dostačující, bylo by vhodné otevřít nový specializační obor v NCO NZO se zaměřením na domácí hospicovou péči. Vzhledem k náročnosti této práce by mělo být toto studium zaměřeno také na psychologickou stránku věci. Zároveň je třeba zvýšit počet poskytovatelů domácí hospicové péče. V případě nárůstu poptávky po tomto druhu péče by stávající množství nemuselo dostačovat k jejímu pokrytí. Vzhledem k tomu, že jde o péči pro nemocného mnohem vhodnější a levnější, než je hospitalizace, mělo by se k této formě péče přistupovat častěji, než jak je tomu nyní. K tomu je ovšem nutné zvýšit počet poskytovatelů domácí hospicové péče a dle odpovědí respondentů zvýšit informovanost veřejnosti o možnostech využití služeb domácích hospiců. Současně jsem objevila jisté nedo-

statky také uvnitř některých zařízení, jde především o nedostatečnou péči o pozůstalé a malá pozornost věnovaná personálu.

Zásadním krokem ke zlepšení situace je zakotvení tohoto způsobu péče do legislativy. Pojem domácí hospicová péče se v ní vyskytuje teprve od roku 2010, což naznačuje, že je třeba se tomuto tématu stále věnovat.

Do budoucna je především třeba přijmout opět umírání a smrt jako běžnou součást života naší společnosti, tak jak tomu bylo dříve a vyhnout se jejímu zastírání, které vede k izolaci a ještě většímu utrpení umírajících a k posilování obecného strachu z tohoto fenoménu.

Seznam použité literatury

Monografie

- [1] BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ 2005. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-416-X.
- [2] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Vydání 2. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [3] CHADIMA, Martin, 2007. *Charitativní péče – dějiny a současnost: pracovní texty pro studenty katedry náboženské výchovy a charitativní práce*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-704163-2-7.
- [4] KALVACH, Zdeněk, et al., 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.
- [5] KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1993. *O smrti a umírání*. Praha: Arica. ISBN 978-80-900134-6-5.
- [6] Umírání. *Historie slova hospic: hospic a jeho hosté* [online]. Loucká, Pavla. 2009 [cit. 10-2-2012]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/historie-slova-hospic.html>.
- [7] MARKOVÁ, Alžběta, et al., 2009. *Hospic do kapsy: příručka pro paliativní týmy*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-254-4552-5.
- [8] MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
- [9] MARTINEK, Michael, et al. 2008. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. Praha: JABOK. ISBN 978-80-904137-2-6.
- [10] MEŠKO, Dušan, et al. 2005. *Akademická příručka*. Vydání 2. Martin: Osve-ta. ISBN 80-8063-200-6.
- [11] MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Eutanazie nebo paliativní péče?* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1025-0.
- [12] ONDRAČKA, Lubomír, et al., 2010. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-3-6.
- [13] PAYNEOVÁ, Sheila, et al., 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-25-1.

- [14] ROKYTA, Richard, et al., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro ne-lékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.
- [15] STUDENT, Johan-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT, 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H+H. ISBN 80-7319-059-1.
- [16] SVATOŠOVÁ, Marie, 2003. *Hospice a umění doprovázet*. Vydání 5. Ecce homo. ISBN 978-80-4-5.
- [17] Výbor ministrů Rady Evropy, 2004. *O organizaci paliativní péče: doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům*. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-4332-4.

Internetové zdroje

- [1] Asociace domácí péče. *Organizace domácí péče* [online]. 2012 [cit. 28-4-2012]. Dostupné z: <http://www.adp-cr.cz/574/organizace-dp/?c=570>.
- [2] Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. *Právní a finanční rámec pro hospice* [online]. 2010 [cit. 2-5-2012]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/pravni-ramec-pro-hospice/>.
- [3] Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP. *Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním* [online]. Černý, Vladimír. 2009 [cit. 24-2-2012]. Dostupné z: http://www.urgmed.cz/postupy/cizi/2009_paliativni.pdf.
- [4] DOSTÁLOVÁ, Zdislava. *Analýza služeb domácí hospicové péče s ohledem na potřeby uživatelů* [online]. České Budějovice, 2011 [cit. 19-5-2012]. Dostupné z: http://theses.cz/id/81ga57/DP_-_konecna_verze3_upr.pdf. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
- [5] Národní centrum domácí péče České Republiky. *Historie domácí péče* [online]. Misconiová, Blanka. 2010 [cit. 17-9-2011]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece->. Národní centrum domácí péče České Republiky. *Hospicová péče* [online]. Misconiová, Blanka. 2010 [cit. 17-9-2011]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1>
- [6] RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. Diagnostika a zvládání deprese v terminálním stádiu nádorového onemocnění. *Paliativna medicína a*

- liečba bolesti* [online]. Bratislava: SOLEN, 2011, 4(1), 12-15 [cit. 28-4-2012]. ISSN 1337-6896. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5033&magazine_id=13.
- [7] SAMKOVÁ, Markéta. *Domáci hospicová péče* [online]. Olomouc, 2012 [cit. 19-5-2012]. Dostupné z: <https://portal.utb.cz/wps/myportal/prohlizeni>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.
- [8] SEMIÁNOVÁ, Alice. *Pohled veřejnosti na problematiku smrti a umírání* [online]. Zlín, 2009 [cit. 19-5-2012]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/re45ht/BP2012.pdf>. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta.
- [9] VONDRÁČOVÁ, Dana. Průlomová bolest – klinický obraz a léčení. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. [Online]. Bratislava: SOLEN, 2010, 3(2), 53 – 57 [cit. 28-4-2012]. ISSN 1337-6896. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=4514&magazine_id=13.

Seznam použitých symbolů a zkratek

č. Číslo

DP Domácí péče

i Velikost kroku

n Celkový počet

NCO NZO Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

NG Nazogastrická

PB Průlomová bolest

PMK Permanentní močový katétr

RHB Rehabilitace

\bar{x} Aritmetický průměr

x_i Hodnoty znaku

Σ Suma

Seznam tabulek

Tabulka 1: <i>Věk respondentů.</i>	34
Tabulka 2: <i>Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.</i>	35
Tabulka 3: <i>Léta odpracovaná ve zdravotnictví.</i>	36
Tabulka 4: <i>Léta odpracovaná v agentuře domácí péče / v hospicovém zařízení.</i>	37
Tabulka 5: <i>Specializační vzdělání respondentů.</i>	38
Tabulka 6: <i>Konkrétní druh specializačního vzdělání respondentů.</i>	39
Tabulka 7: <i>Zřizovatelé agentur DP a hospicových zařízení.</i>	40
Tabulka 8: <i>Nejčastější skupiny klientů ošetřovaných v oslovených zařízeních.</i>	41
Tabulka 9: <i>Počet terminálně nemocných klientů, jimž jsou jednotlivá zařízení schopna poskytnout své služby současně.</i>	42
Tabulka 10: <i>Profese participující na poskytování domácí hospicové péče v oslovených zařízeních.</i>	43
Tabulka 11: <i>Spolupráce mezi lůžkovými a mobilními hospici.</i>	44
Tabulka 12: <i>Lůžkové hospice spolupracující s mobilními hospici a agenturami DP.</i>	45
Tabulka 13: <i>Názor respondentů na stavy personálu pracujícího v oslovených zařízeních.</i>	46
Tabulka 14: <i>Pomůcky poskytované oslovenými zařízeními jejich klientům.</i>	47
Tabulka 15: <i>Pomůcky poskytované oslovenými zařízeními jejich klientům uvedené v kolonce Jiné.</i>	48
Tabulka 16: <i>Průměrná doba strávená ošetřováním terminálně nemocného klienta.</i>	49
Tabulka 17: <i>Nejčastější výkony prováděné u terminálně nemocných klientů.</i>	50
Tabulka 18: <i>Nejčastější výkony prováděné u terminálně nemocných klientů uvedené v kolonce Jiné.</i>	51
Tabulka 19: <i>Názor respondentů na informovanost veřejnosti o možnostech využívání domácí hospicové péče.</i>	52
Tabulka 20: <i>Největší překážky v péči o umírající podle názoru respondentů.</i>	53
Tabulka 21: <i>Problémy respondentů při péči o umírající.</i>	54
Tabulka 22: <i>Schopnost hovořit s klientem o závažnosti jeho stavu.</i>	55
Tabulka 23: <i>Schopnost hovořit s klientem o smrti a umírání.</i>	56
Tabulka 24: <i>Provádění supervizí v jednotlivých zařízeních.</i>	57
Tabulka 25: <i>Největší výhody v péči o umírající podle názoru respondentů.</i>	58

Tabulka 26: <i>Názor respondentů na potřebnost specializačního vzdělávání sester pro práci s umírajícími.</i>	59
Tabulka 27: <i>Druh specializačního vzdělání vhodného pro sestry pracující s umírajícími podle názoru respondentů.</i>	60
Tabulka 28: <i>Možnost využití služeb oslovených zařízení pozůstalými.</i>	61
Tabulka 29 : <i>Služby poskytované oslovenými zařízeními pozůstalým.</i>	62

Seznam GRAFŮ

Graf 1: <i>Věk respondentů.</i>	34
Graf 2: <i>Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.</i>	35
Graf 3: <i>Léta odpracovaná ve zdravotnictví.</i>	36
Graf 4: <i>Léta odpracovaná v agentuře domácí péče / v hospicovém zařízení.</i>	37
Graf 5: <i>Specializační vzdělání respondentů.</i>	38
Graf 6: <i>Konkrétní druh specializačního vzdělání respondentů.</i>	39
Graf 7: <i>Zřizovatelé agentur DP a hospicových zařízení.</i>	40
Graf 8: <i>Nejčastější skupiny klientů ošetřovaných v oslovených zařízeních.</i>	41
Graf 9: <i>Počet terminálně nemocných klientů, jimž jsou jednotlivá zařízení schopna poskytnout své služby současně.</i>	42
Graf 10: <i>Profese participující na poskytování domácí hospicové péče v oslovených zařízeních.</i>	43
Graf 11: <i>Spolupráce mezi lůžkovými a domácími hospici.</i>	44
Graf 12: <i>Lůžkové hospice spolupracující s mobilními hospici a agenturami DP.</i>	45
Graf 13: <i>Názor respondentů na stavy personálu pracujícího v oslovených zařízeních.</i>	46
Graf 14: <i>Pomůcky poskytované oslovenými zařízeními jejich klientům.</i>	47
Graf 15: <i>Pomůcky poskytované oslovenými zařízeními jejich klientům uvedené v kolonce Jiné.</i>	48
Graf 16: <i>Průměrná doba strávená ošetřováním terminálně nemocného klienta.</i>	49
Graf 17: <i>Nejčastější výkony prováděné u terminálně nemocných klientů.</i>	50
Graf 18: <i>Nejčastější výkony prováděné u terminálně nemocných klientů uvedené v kolonce Jiné.</i>	51
Graf 19: <i>Názor respondentů na informovanost veřejnosti o možnostech využívání domácí hospicové péče.</i>	52
Graf 20: <i>Největší překážky v péči o umírající podle názoru respondentů.</i>	53
Graf 21: <i>Problémy respondentů při péči o umírající.</i>	54
Graf 22: <i>Schopnost hovořit s klientem o závažnosti jeho stavu.</i>	55
Graf 23: <i>Schopnost hovořit s klientem o smrti a umírání.</i>	56
Graf 24: <i>Provádění supervizí v jednotlivých zařízeních.</i>	57
Graf 25: <i>Největší výhody v péči o umírající podle názoru respondentů.</i>	58
Graf 26: <i>Názor respondentů na potřebnost specializačního vzdělávání sester pro práci s umírajícími.</i>	59

Graf 27: <i>Druh specializačního vzdělání vhodného pro sestry pracující s umírajícími podle názoru respondentů.</i>	60
Graf 28: <i>Možnost využití služeb oslovených zařízení pozůstalými.</i>	61
Graf 29: <i>Služby poskytované oslovenými zařízeními pozůstalým.</i>	62

Seznam Příloh

PI	Dotazník
PII	Kontakty na instituce zajišťující domácí hospicovou péči ve Zlínském kraji
PIII	Pozvánka na přednášku
PIV	Fotografie z přednášky
PV	Prezentace k přednášce

Příloha P I: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Šárka Zemánková a jsem studentkou 3. ročníku programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Dotazník, který Vám předkládám, je součástí mé bakalářské práce na téma „ Domácí hospicová péče“, jehož cílem je zmapovat rozsah služeb poskytovaných terminálně nemocným klientům agenturami domácí péče a mobilními hospicovými zařízeními a zjistit pohled sester na péči o terminálně nemocné klienty v domácím prostředí. Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní, a získané údaje budou použity pouze pro statistické zpracování mé bakalářské práce. Vaše odpovědi označte křížkem nebo napište odpověď svými slovy. Není-li uvedeno jinak, zaškrtněte vždy jen jednu odpověď. Předem Vám děkuji za ochotu a čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

1. Kolik je Vám let?

.....

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Středoškolské
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské bakalářské
- Vysokoškolské magisterské

3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- Do 5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16-20 let
- Více než 20 let

4. Jak dlouho pracujete v agentuře domácí péče/ v hospicovém zařízení?

.....

5. Máte nějaké specializační vzdělání nebo certifikát pro práci v agentuře domácí péče nebo v hospicovém zařízení?

ANO / NE

6. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, uveďte, prosím, jaké.

.....

7. Kdo je zřizovatelem Vaší agentury/ hospicového zařízení?

- Obec
- Církevní sdružení
- Občanské sdružení
- Fyzická osoba

8. Jaké klienty nejčastěji ošetřujete v rámci hospicové péče? (Můžete zvolit více možností, prosím.)

- Onkologicky nemocné
- Klienty v těžkém stavu po poranění míchy
- Klienty po mozkových mrtvicích
- Klienty se souborem symptomů doprovázejících rozvinutý AIDS
- Klienty s pokročilým degenerativním onemocněním svalů nebo nervů
- Jiné (uveďte, prosím).....

9. Kolika terminálně nemocným klientům souběžně je Vaše agentura schopna průměrně poskytnout své služby?

.....

10. Jací další zdravotníci kromě sester a lékařů participují na poskytování domácí hospicové péče? (Můžete zvolit i více možností, prosím.)

- Fyzioterapeuti
- Zdravotničtí asistenti
- Ošetřovatelky
- Ergoterapeuti

- Psychologové
- Duchovní
- Jiní (uveďte, prosím)
- Žádní další pracovníci se do domácí hospicové péče nezapojují

11. Má Vaše zařízení možnost spolupráce s některým z lůžkových hospiců? ANO / NE

12. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, uveďte, prosím, název tohoto hospice. Pokud ne, přejděte k otázce číslo 13.

.....

13. Zaměstnává Vaše zařízení dostatečné množství personálu pro poskytování domácí hospicové péče všem potenciálním klientům ve Vaší spádové oblasti?

- Ano, množství personálu je přiměřené
- Ne, některé klienty musíme odmítnout
- Naši klienti o tento typ služeb nemají dostatečný zájem

14. Jaké pomůcky poskytuje Vaše agentura svým klientům? (Můžete zvolit i více možností, prosím.)

- Nemocniční lůžka
- Antidekubitní pomůcky
- Polohovací pomůcky
- Antidekubitní nafukovací matrace
- Berle
- Zábrany k posteli
- Stolky k lůžku
- Zvedáky
- Přenosná WC
- Podložní mísy
- Přenosné vany
- Elektroodsávačky
- Infuzní pumpy
- Infuzní stojany

- Inhalátory
- Jiné (uved'te, prosím)

15. Kolik času průměrně Vám obvykle zabere jedna návštěva u terminálně nemocného klienta?

.....

16. Které z následujících výkonů provádíte u terminálně nemocného klienta nejčastěji? (Můžete zvolit i více možností, prosím.)

- Hygienickou péči
- Péči o port
- Podávání infuzních roztoků
- Podávání léků per os
- Podávání léků parenterálně
- Péči o rány
- Prevenci dekubitů
- Rozhovor s terminálně nemocným klientem
- Rozhovor s ošetřovatelem terminálně nemocného klienta
- Sledování fyziologických funkcí
- Vedení dokumentace
- Jiné (uved'te, prosím)

17. Myslíte si, že je ve Vašem regionu veřejnost dostatečně informována o možnostech využívání domácí hospicové péče?

ANO / NE

18. Co vidíte jako největší překážku v péči o umírající v domácím prostředí? (Můžete zvolit i více možností, prosím.)

- Nevyhovující sociální podmínky
- Nevyhovující ekonomická situace rodiny
- Nevhodné bytové podmínky
- Nezájem rodiny

- Odmítavý postoj zdravotníků k tomuto druhu péče
- Nevyhovující smlouvy s pojišťovny
- Strach ze smrti
- Tabuizování smrti
- Jiné (uveďte, prosím)

19. Co Vám osobně dělá největší problém při péči o umírající?

- Nízký věk klienta
- Fyzické omezení klienta
- Špatný psychický stav klienta
- Špatný psychický stav rodiny
- Zhoršený mentální stav klienta
- Jiné (uveďte, prosím)

20. Hovoříte s terminálně nemocným klientem o závažnosti jeho stavu?

- Ano, vždy
- Ano, pokud mě o to požádá
- Tomuto tématu se vyhýbám
- Ne, nikdy

21. Dokážete hovořit s terminálně nemocným o smrti a umírání?

- Ano, nedělá mi to problémy
- Ano, ale pokud to jde, pak se tomuto tématu vyhýbám
- Ne
- Nevím

22. Jsou ve Vašem zařízení pravidelně prováděny supervize?

ANO / NE

23. Jaká je podle Vás největší výhoda v péči o umírající v domácím prostředí ve srovnání s ústavní péčí?

24. Měla by podle Vás mít sestra pečující o umírající kromě středoškolského odborného vzdělání ještě jiné, doplňující vzdělání?

ANO / NE

25. Pokud ano, jaké?

26. Poskytuje Vaše agentura nějaké služby také pro pozůstalé?

ANO / NE

27. Pokud ano, uveďte, prosím, jaké.

Ještě jednou Vám děkuji za pomoc a za čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

Máte-li nějaké připomínky týkající se domácí hospicové péče, které v dotazníku nebyly zahrnuty, uveďte je prosím zde:

V případě jakýchkoliv nejasností mě můžete kontaktovat prostřednictvím emailu:
sarinkaz@seznam.cz.

Příloha P II: Kontakty na instituce zajišťující domácí hospicovou péči ve Zlínském kraji.

Instituce zajišťující domácí hospicovou péči ve Zlínském kraji

Charita ČR:

Sídlo webová adresa	Kontaktní osoba	Telefon
Kroměříž www.kromeriz.charita.cz/CHOS.htm	Jitka Gazdová	573 342 911, 733 755 842
Holešov www.holesov.caritas.cz/charitni_osetrovatelska_sluzba/	Mgr. Jitka Doleželová	573 398 468, 604 582 621
Luhačovice http://www.luhacovice.caritas.cz/Charitni-osetrovatelska-a-pecovatelska-sluzba	Františka Vratislavská, DiS	577 132 359, 603 764 921
Slavičín http://slavicin.charita.cz/zdravotni-sluzby/	Monika Hlavicová, Dis.,	577 341 281, 731 402 091
Uherské Hradiště http://uhradiste.charita.cz/hlavni-strana/domaci-zdravotni-pece	Miloslava Leciánová	572 555 784, 602 781 582
Vsetín http://www.vsetin.caritas.cz/charitni-sluzby/11-charitni-osetrovatelska-sluzba.html	Daniela Maňáková	571 414 025, 6 04 437 921

"HVĚZDA - občanské sdružení": Zlín

<http://www.sdruzenihvezda.cz/nestatni-zdravotnicke-zarizeni.html>

Domov seniorů a Nestátní zdravotnické zařízení Hospic Hvězda: tel. recepce: 577 113 541

Dotek, o.p.s.: Vizovice

<http://www.pecovatelstvi-dotek.cz/domaci-hospicova.php>

bc. Ivana Hruboňová, DiS., R.S., **tel.:** 577 005 991, 739 354 258

Martina Zbranková, R. S., tel.: 775 726 656

Příloha P III: POZVÁNKA NA PŘEDNÁŠKU

PÉČE O NEMOCNÉ A UMÍRAJÍCÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

TERMÍN KONÁNÍ: 23. 5. 2012

ČAS KONÁNÍ: 17:00 hodin

MÍSTO KONÁNÍ: Informační středisko obce Bílovice

OBSAH PŘEDNÁŠKY:

Organizace, podmínky a možnosti využívání profesionální pomoci při péči o nemocné a umírající.

Finanční náročnost a příspěvky na péči.

Domácí hospicová péče ve Zlínském kraji.



Příloha PIV: FOTOGRAFIE Z PŘEDNÁŠKY „PÉČE O NEMOCNÉ A UMÍRAJÍCÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ“



P V: PREZENTACE K PŘEDNÁŠCE „PÉČE O NEMOCNÉ A UMÍRAJÍCÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ“

Šárka Zemánková, Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií

PÉČE O DLOUHODOBĚ NEMOCNÉ A UMÍRAJÍCÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

„Že se v nemocnicích umírá lépe? To už netvrdí ani lékaři...“



Vymezení pojmů

- Kurativní vs. paliativní léčba
- Hospicová péče
- Umírání
- Smrt – tělesná, sociální, psychická
- Domácí hospicová péče



Pro koho je domácí hospicová péče určena?

- Nemocný trpí nevléčitelnou nemocí, která omezuje délku a kvalitu jeho života
- Všechny jiné možnosti léčby byly vyčerpány
- Dosavadní léčba je pro nemocného v porovnání s výhodami které mu přináší příliš zatěžující

Šárka Zemánková, Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií

Podmínky pro využívání domácí hospicové péče

- **NEMOCNÝ** musí s touto formou péče souhlasit
- **RODINA** – alespoň jeden její člen musí být ochoten a schopen převzít celodenní péči o umírajícího
- **TÝM ODBORNÍKŮ** schopný kdykoliv během 24 hodin po sedm dní v týdnu řešit náhle vzniklé komplikace pacientova stavu

Šárka Zemánková, Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií

Organizace paliativní péče

- Tři základní typy – domácí, stacionární, lůžková
- Charita ČR, ČČK, Asociace domácí péče ČR
- Národní centrum domácí péče České Republiky
- Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
- 1993 – založení organizace **Ecce homo**

Šárka Zemánková, Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií

Služby poskytované v rámci domácí hospicové péče

- Hygienická péče
- Odborné zdravotnické výkony
- Psychologická podpora
- Duchovní péče
- Sociální služby
- Dobrovolnická činnost
- Půjčování pomůcek

Šárka Zemánková, Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií

Finanční náročnost

- Hrazeno pojistovnou
- Možnost využívání placených služeb (pedikúra, nákup, praní, žehlení, donáška jídla, doprovod k lékaři a na úřady)
- Nutnost zakoupit pomůcky k péči o těžce nemocného a prevenci komplikací (některé polohovací pomůcky, ochranná kosmetika, rukavice, podložky)
- Příspěvky na péči

Šárka Zandáková, Univerzita Tonděje Boř, Fakulta humanitních studií

Příspěvky na péči

- Stupeň I – 800 Kč
- Stupeň II – 4000 Kč
- Stupeň III – 8000 Kč
- Stupeň IV – 12000 Kč
- Žádost na standardizovaném formuláři
- Vyřizuje úřad práce nebo příslušný obecní úřad s rozšířenou působností

Šárka Zandáková, Univerzita Tonděje Boř, Fakulta humanitních studií

Domácí hospicová péče ve Zlínském kraji

- Nestátní zdravotnické zařízení Hvězda – Zlín
- Dotek, o.p.s. – Vizovice
- Charita ČR – Zlín, Vsetín, Uh. Hradiště, Kroměříž, Holešov, Luhačovice, Slavičín, Vsetín
- ČČK – Zlín

Šárka Zandáková, Univerzita Tonděje Boř, Fakulta humanitních studií

Kontakty

- ředitelka úřadu OS ČČK Zlín: *Michaela Stýblová*, telefon: +420 577 210 607
- Charita ČR, Uh. Hradiště: *Miloslava Leciánová*, tel. 572 555 784, 602 781 582
- Domov seniorů a Nestátní zdravotnické zařízení Hospic Hvězda: tel. 577 113 541

Šárka Zandáková, Univerzita Tonděje Boř, Fakulta humanitních studií

Děkuji za pozornost

Šárka Zandáková, Univerzita Tonděje Boř, Fakulta humanitních studií