

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Lucie Mořkovská

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Lucie Mořková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Křivková

PLZEŇ 2019

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Paliativní péče v České republice vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce za použití pramenů uvedených v přiložené bibliografii.

V Plzni, dne

.....

Podpis autora

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Janě Krívkové za odborné vedení, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále bych ráda poděkovala všem zařízením, které mi vyšly vstříc a umožnily dotazníkové šetření

Abstrakt

Příjmení a jméno: Mořkovská Lucie

Katedra: Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Paliativní péče v České republice

Vedoucí práce: Mgr. Jana Křivková

Počet stran – číslované: 76

Počet stran – nečíslované: 31

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 38

Klíčová slova: etika, hospic, motivace, paliativní péče, thanatologie

Souhrn:

Tématem bakalářské práce je „*Paliativní péče v České republice*“. Práce je dělena na dvě části. Na část teoretickou a část praktickou.

V teoretické části bakalářské práce je popsána definice paliativní péče, historie, charakteristika, principy a formy poskytování paliativní péče. Dále jsou definovány pojmy hospic a thanatologie.

V praktické části jsou prezentovány výsledky anonymního dotazníkového šetření, které probíhalo v několika hospicích po České republice.

Abstract

Surname and name: Mořkovská Lucie

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Palliative care in the Czech Republic

Consultant: Mgr. Jana Křivková

Number of pages – numbered: 76

Number of pages – unnumbered: 31

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 38

Keywords: ethics, hospice, motivation, palliative care, thanatology

Summary:

The theme of this thesis is "Palliative care in the Czech Republic". The thesis is divided into two parts, the theoretical part and the practical part.

The theoretical part of the thesis describes the definition of palliative care, history, characteristics, principles and forms of providing palliative care. Furthermore, the terms hospice and thanatology are defined.

The practical part presents the results of an anonymous questionnaire survey, which took place in several hospices in the Czech Republic.

Obsah

SEZNAM ZKRATEK.....	9
ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 Paliativní péče	12
1.1 Termín paliativní a definice paliativní péče	12
1.2 Historie a rozvoj paliativní péče	13
1.3 Charakteristika paliativní péče	14
1.3.1 Principy paliativní péče	14
1.3.2 Právní principy a legislativa	15
1.4 Dříve vyslovená přání.....	17
1.5 Cíle paliativní péče	18
1.6 Fáze paliativní péče z hlediska předpokládané prognózy	18
1.7 Rozdělení paliativní péče.....	19
1.7.1 Obecná paliativní péče	19
1.7.2 Specializovaná paliativní péče	20
1.8 Základní formy specializované paliativní péče	21
1.8.1 Mobilní hospicová péče	21
1.8.2 Dobrovolnictví v domácí hospicové péči.....	22
1.8.3 Lůžková hospicová péče	22
1.8.4 Konziliární týmy	23
1.8.5 Oddělení paliativní péče.....	23
1.8.6 Ambulance paliativní péče	24
1.8.7 Denní stacionář.....	24
2 HOSPIC.....	25
2.1 Pojem „hospic“	25

2.2	Hospicové hnutí ve světě	26
2.3	Hospicové hnutí v České republice	27
2.3.1	Česká společnost paliativní medicíny (ČSPM)	28
2.3.2	Asociace poskytovatelů paliativní péče	28
2.3.3	Fórum mobilních hospiců.....	29
2.3.4	Centrum paliativní péče	29
2.4	Formy hospicové péče	30
2.4.1	Domácí hospicová péče.....	30
2.4.2	Stacionární hospicová péče	30
2.4.3	Lůžková hospicová péče	30
2.5	Hospicová péče z hlediska časového	31
2.5.1	Kritéria pro poskytnutí lůžkové hospicové péče	31
3	THANATOLOGIE.....	32
3.1	Umírání.....	32
3.2	Proces umírání	33
3.2.1	Období pre finem	33
3.2.2	Období in finem	35
3.2.3	Období post finem.....	35
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	36
4	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY	36
4.1	Hlavní cíl	36
4.2	Dílčí cíle	36
5	VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	37
6	PRACOVNÍ HYPOTÉZY	38
7	METODIKA ŠETŘENÍ	39
8	ORGANIZACE A PRŮBĚH ŠETŘENÍ.....	40

9	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	41
10	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	42
11	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	43
12	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	66
13	DISKUZE	68
14	ZÁVĚR	75
15	LITERÁRNÍ ZDROJE A PRAMENY	77
16	SEZNAM OBRÁZKŮ	80
17	SEZNAM TABULEK	81
18	SEZNAM PŘÍLOH	82
18.1	Přílohy	83

SEZNAM ZKRATEK

aj.	A jiné
APHPP	Asociace poskytovatelů paliativní péče
atd.	A tak dále
č.	Číslo
ČR	Česká republika
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
ČSÚ	Český statistický úřad
ČLK	Česká lékařská komora
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
n	Absolutní četnost
OPP	Oddělení paliativní péče
Rel.	Relativní
Sv.	Svatý
Str.	Strana
Tab.	Tabulka
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Lidské bytí je vymezeno zrozením a smrtí. Toto vymezení dává životu určitý smysl a rámeček. Co se děje před zrozením a po smrti nelze zakusit zkušeností, ani popsat nebo pochopit. Smrt mnohým lidem nahání strach, strach z neznámého. Nikdo z nás neví, kdy a jakým způsobem se tak stane. Pokud se zamyslíme nad tímto tématem a dokážeme-li si připustit konečnost svého života, budeme lépe zacházet s časem, který je nám vyměřen na tomto světě.

Smrt a umírání je v dnešní době zcela běžný pojem, se kterým se můžeme setkávat denně. Můžeme na něj narazit v rozhlase nebo televizi. Lidé si před umíráním a smrtí vytvořili jakýsi ochranný krunýř a podobná fakta ohledně smrti přijímají velmi chladně a laxe. Není ani výjimkou, že se o smrti často žertuje. Činí tak možná právě pro to, aby se vymanili ze strachu. Vystřízlivění častokrát přináší až nevyčísitelné onemocnění nebo úmrtí blízké osoby. Mnozí lidé nejsou připraveni vyrovnat se s novou situací, které stojí tvář v tvář, a proto přenechávají veškeré starosti v péči profesionálů.

I přes to, že z průzkumů vyplývá fakt, že si většina umírajících přeje zemřít v domácím prostředí, splní se to jen hrstce z nich. Umírání a smrt jsme vložili do kompetence zdravotnických a sociálních institucí - nemocnic, léčeben dlouhodobě nemocných a domovů pro seniory či jiných ústavů.

Rodiny v dnešní době ve většině případů nejsou vícegenerační, ale jedná se spíše o menší rodiny, kterým nestačí síly na péči o umírajícího člena. Nejedná se pouze o četnost rodinných příslušníků, ale také o nátlak společnosti, ve smyslu pracovního vytížení členů rodiny, kdy mnohdy selhává schopnost některých lidí postarat se o své děti, natož o umírající.

I přes to, že se paliativní péče neustále vyvíjí, je stále poskytována malému množství obyvatel v České republice. Specializovaná paliativní péče je poskytována jak v domácím prostředí, tak v kamenných hospicích, ambulancích, lůžkových zařízeních paliativního typu, odděleních paliativní péče v rámci jiných zdravotnických zařízení aj.

Domácí hospicovou péči vnímám jako jednu z nejlepších alternativ. Jedná se vlastně o návrat ke starým tradicím, kdy bylo zcela běžné, že lidé umírali doma. Ovšem je také důležité si uvědomit nároky, které jsou kladeny na moderní společnost a na členy rodiny, kdy ne vždy je možné domácí péči umožnit.

Komplikovaná otázka umírání a smrti, která tolik lidí děsí, mě přivedla k zájmu o tuto problematiku. Chtěla jsem zjistit, proč si pracovníci hospice vybrali právě tuto práci, když smrt mají téměř každý den na očích. Hlavním cílem práce je přiblížit motivaci pracovníků pro práci v domácí hospicové (paliativní) péči.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, a to na část teoretickou a část empirickou. V teoretické části se snažíme nastínit paliativní péči z historického hlediska jak v České republice, tak i ve světě. Dále se teoretická část zabývá paliativní péčí z obecného hlediska, kde jsou rozebrány definice, etické principy, legislativní souvislosti, obecnou a specializovanou paliativní péčí a typy hospicové péče. V poslední části se zabýváme tématem thanatologie.

V praktické části se zabýváme výzkumným šetřením, které probíhalo formou dotazníkového šetření. Hlavní cílem práce bylo zjistit, jaké mají povědomí sestry, které pracují v hospicích o paliativní péči. Dále jaké vnímají jako zdroje motivace a naopak jaké vnímají demotivační faktory ve svém zaměstnání.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

1.1 Termín paliativní a definice paliativní péče

Termín „paliativní“ je odvozen z latinského slova pallium, které můžeme do češtiny přeložit jako plášť nebo rouška. Anglické slovo „palliate“ znamená mírnit či tišit. Hlavním úkolem paliativní péče je maskovat účinky nevléčitelné choroby a zároveň se postarat o člověka, který trpí bolestmi a i přes jeho nemoc mu umožnit vést relativně kvalitní život (Bužgová, 2015).

Definice paliativní péče, popřípadě paliativní medicíny je hned několik. Jejich obsah totiž nebyl dosud ustálen. Ovšem všechna vymezení paliativní péče kladou důraz na kvalitu života, zaměřují se na řešení obtížných symptomů a v neposlední řadě na skupiny pacientů, kteří paliativní péči přijímají. Paliativní péče se zaměřuje na nemocné, kteří trpí pokročilým progredujícím onemocněním, a jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Netýká se tedy pouze lidí, kteří jsou bezprostředně před smrtí, ale také v průběhu onemocnění, kdy by měly být řešeny všechny potíže s ním spojené (Marková, 2010).

Terminologie paliativní péče se mění v průběhu času a prošla několika proměnami. Je ovlivněna historickým vývojem a charakterem zdravotnických služeb v různých zemích. Dle Payneové (2007) se v šedesátých a sedmdesátých letech dvacátého století užívaly nejčastěji termíny „terminální péče“ a „hospicová péče“. Poté byl používán název „kontinuální péče“ nebo také „péče o umírající“. Pojem „paliativní péče“ se začal používat teprve v letech 1980-2000. V současné době se zavádí nový termín „podpůrná péče“, který se používá pro označení poskytování a doplnění základní léčby u pacientů s onkologickým onemocněním. Ve Spojených státech amerických se užívá pojem „péče na konci života“ (Payenová a spol., 2007).

Paliativní péče je typ péče, který nabízí specializovanou péči nejen o umírající, ale také účinnou pomoc jejich blízkým (Stáhalová, 2010). V definicích paliativní péče je péče poskytována osobám s pokročilým progredujícím onemocněním po celou dobu trvání onemocnění, nikoli pouze bezprostředně před smrtí. Celková péče o nemocné klade důraz na kvalitu života a celostní přístup (Marková, 2010).

1.2 Historie a rozvoj paliativní péče

Paliativní péče je jednou z nejstarších forem medicíny vůbec. Dle Stáhalové (2010) se jedná o nový a nepříliš známý obor, ovšem na základě poznatků se již před několika staletími rodinní příslušníci, přátelé, ale i duchovní podíleli na mírnění utrpení svých nejbližších přirozeným způsobem v jejich domácím prostředí a doprovázeli je k dobré smrti, přestože tento úkol byl hlavním posláním lékařů a zdravotních sester (Marková 2010). „*Lidé věděli, jak se mají vůči umírajícímu chovat, a dokonce umírající věděl, co se od něj očekává.*“ (Haškovcová, 2007, s. 26) Tento způsob ošetřování se uplatňoval ještě před druhou světovou válkou, kdy bylo zcela běžné ošetřovat umírající osobu ve svém zcela přirozeném prostředí za přítomnosti ošetřovatelky, kněze, rodinného lékaře a rodiny (Marková, 2010).

V posledních dvou stoletích můžeme hovořit o principu takzvaného domácího modelu umírání, který nám přibližuje péči o umírající. Do té doby se nemocným z nižších vrstev dostávalo péče pouze laické, anebo žádné (Haškovcová, 2007).

V minulém století se dostalo do popředí umírání ve zdravotnickém zařízení a tím došlo k oddělení umírání z rodinného života. Nemocní se léčili za každou cenu až do úplného vyčerpání organismu, a tím došlo k tomu, že umírající trávili poslední chvíle svého života v zařízeních osamoceni, namísto toho, aby je trávili po boku svých blízkých (Marková, 2010).

Rozvoj institucionálního modelu umírání byl postupný. Nemocní a umírající byli nejdříve umísťováni do chorobinců, později do nemocnic, kde byla poskytována pomoc především laická. Pomoc pramenila především ze zkušeností ošetřovatelů, kteří ovšem neměli odpovídající vzdělání, a nemocní se nesetkávali se zvláštní pozorností. Přelom nastal až ve 20. letech 20. století, kdy vznikla praxe tzv. bílé plenty, která měla zajistit klid nejen umírajícímu, ale také spolupacientům. Později byly zřizovány v zařízeních zvláštní pokoje pro umírající, do kterých ovšem nesměli rodinní příslušníci, protože ošetřovatelé byli přesvědčeni, že umírající potřebují klid. Haškovcová (2007) uvádí že, moderní člověk umírá sám, je obklopen bílou zástěnou anebo je v pokoji mezi ostatními pacienty v péči profesionálních zdravotníků, kteří jsou pro něj, stejně jako on pro ně, cizí lidé.

V 70. letech 20. století došlo k rozvoji paliativní medicíny jako samostatného lékařského oboru současně s rozvojem hospiců (Stáhalová, 2010).

Od roku 1970 dochází k rozvoji společností zabývajících se paliativní medicínou. Evropská společnost paliativní medicíny sdružuje národní společnosti. V České republice

byla ustanovena Sekce paliativní medicíny v rámci Společnosti pro výzkum a léčbu bolesti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (Haškovcová 2007).

„Od roku 2004 v České republice existuje samostatný specializační obor Paliativní medicína a léčba bolesti“. V ČR se také každoročně koná Brněnský den paliativní medicíny (Sláma, 2011, s. 25-26).

Přestože se v ČR dostává kvalitní hospicové péče, jedná se o péči dostupnou jen malému počtu lidí oproti jiným vyspělým zemím na světě (Stáhalová, 2010).

1.3 Charakteristika paliativní péče

Paliativní, neboli útěšná či úlevová péče je přístup, jehož hlavním cílem je zlepšení kvality života nejen nemocných, ale také jejich rodin a zároveň čelit problémům s život ohrožujícími chorobami za pomoci prevence a úlevy utrpení. Důležitou roli hraje včasné zjištění, bezchybné zhodnocení a léčba fyzických, psychických a spirituálních problémů (Stáhalová, 2010, s. 2-3).

Na paliativní péči lze pohlížet jako na organizovanou péči, která klade důraz na bio-psycho-socio-spirituální potřeby jedince. Vychází z individuálních potřeb a přání jednotlivce a respektuje hodnotové priority. Snahou je vytvořit takové podmínky, které jsou pro nemocného a umírajícího co jen možná nejlepší, a to prožít poslední chvíle svého života ve společnosti svých blízkých v důstojném prostředí (Sláma, 2011).

Umírání považujeme za normální pochod, který ani neurychluje, ani neoddaluje, podporuje život, skýtá úlevu od bolesti, zaměřuje se také na psychické a duchovní aspekty, začleňuje celou rodinu do péče o nemocného a pomáhá se vyrovnat s pacientovou nemocí a následnou smrtí (Kupka, 2011).

Péče je založena na interdisciplinární spolupráci, která v sobě integruje aspekty lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální. Vychází ze zkušeností, uznává hodnotové priority a ochraňuje práva na sebeurčení (Stáhalová, 2010).

1.3.1 Principy paliativní péče

Jako každý jiný obor medicíny, tak i paliativní medicína má svou rozpracovanou strategii péče o nemocné a umírající. Obecně se tedy dodržují určité zásady péče. Za první

zásadu můžeme považovat skutečností, že péče má být zahájena tehdy, pokud dojde k negativním důsledkům kurativní léčby větší než očekávaný přínos (Haškovcová, 2007).

Dále platí, že péče důsledně respektuje přání a potřeby umírajících, které jsou rozdílné oproti pacientům s příznivou diagnózou. Paliativní péče představuje koordinovaný program odborníků a podpůrných služeb, které jsou realizovány v hospici, doma nebo v jiném zařízení. Jednotlivé služby na sebe navazují (Haškovcová, 2007).

Za další zásadu řadíme možnost dobrovolnické péče, ovšem vždy je nutné, aby laickou iniciativu koordinoval také lékař (Haškovcová, 2007).

Kromě obecných principů paliativní péče existují také zásady při ošetřování v domácím prostředí. Domácí péče by měla být dostupná nepřetržitě 24 hodin denně, 7 dní v týdnu a na tvorbě plánu by se měli podílet jak pacienti, tak i rodina a nejbližší přátelé. Součástí péče je účinná péče o bio-psycho-socio-spirituální potřeby pacienta a rodiny (Skála, 2005). Nejdůležitějším aspektem při ošetřování v domácím prostředí je ochota rodiny se podílet na péči, dále souhlas pacienta o ošetřování v domácím prostředí, seznámení rodiny se zdravotním stavem a závažností onemocnění a následný souhlas s péčí. I přesto, že z průzkumů vyplývá, že většina pacientů by si přála zemřít v domácím prostředí, tak tomu ve skutečnosti není a toto přání je plněno pouze u malé části nemocných (Sláma, 2011).

Za zmínku stojí i aspekty, které jsou specifické v péči o umírající. Jedná se o osm bodů, které seznamují nemocného a rodinu a učí je řešit situace, které mohou v průběhu onemocnění nastat. Dále také podávají informace co, kdy a jak zajistit pacientovi a na co se připravit (Skála, 2005).

Ve všech oblastech medicíny se uplatňují základní etické principy. Jinak tomu není ani při poskytování paliativní péče. Hlavními principy jsou: autonomie, beneficence, nonmaleficence, informovanost pacienta a spravedlnost (Sláma, 2011).

1.3.2 Právní principy a legislativa

Do dnešních dnů se poskytování v pobytových službách jeví jako velmi problematická. Základní práva, která jsou odvozena z důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících osob, mohou být v dnešní době ohrožena několika faktory. Mezi ně můžeme zařadit nedostupnost paliativní péče, zanedbání léčby, nedostatečnou pozornost na potřeby psychologické, sociální a spirituální nebo umělé prodlužování procesu umírání a v neposlední

řadě také nedostatečně vzdělaný personál (Stáhalová, 2010). I přesto, že pacient již není schopen komunikovat a vyslovit svá přání, měla by být respektována dříve vyslovená přání (Skála, 2005).

Mezi základní právní předpisy, které souvisejí s poskytováním paliativní péče, patří: Listinu základních práv a svobod, Úmluvu o lidských právech a biomedicíně z roku 1997, Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a prováděcí předpisy, Etický kodex České lékařské komory, Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Dále Vyhláška č. 619/2006 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007. V neposlední řadě nesmíme opomenout také Standardy hospicové paliativní péče, které roku 2007 připravila Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče ve spolupráci pracovní skupiny Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně z roku 1997, který byla přepracována roku 2001 má přednost s poskytováním paliativní péče před běžnými zákony. V případě, že by došlo k rozporu mezi pravidly této úmluvy s českými zákony a podzákonými předpisy o zdravotnické péči, tak by měla být dána v aplikační praxi přednost pravidla, vyplývající z této úmluvy (Sláma, 2011).

Lidé s nevléčitelným onemocněním mají právo na péči, která je v souladu s Etickým kodexem České lékařské komory a právním řádem České republiky. Etický kodex není právním předpisem a v případě, že by došlo k rozporu s předpisem právním, měl by být upřednostněn právní předpis. Podle Článku 7. Etického kodexu České lékařské komory lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní jejich utrpení. Nemá být však cílem vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanázie nebo asistované sebevražda nejsou přípustné.

Až do roku 2006 český právní zákon neobsahoval termín „paliativní péče“ nebo „hospic“. Změna nastala až s novelizací Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. V novele č. 340/2006 ze dne 3.7.2006, byl zaveden nový §22a) s názvem - Zvláštní lůžková péče, neboli služby, mezi které řadíme i léčbu paliativní a symptomatickou osobám v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zařízeních (Sláma, 2011).

Standardy hospicové paliativní péče určují požadavky, které by měly poskytovatelé specializované paliativní péče v České republice splňovat a dodržovat, aby tak byla zajištěna odpovídající kvalita a úroveň potřebné péče. Jedná se o předpisy doporučující povahy. Standardy se stávají platnými v případě, že zřizovatel specializované paliativní péče tyto normy začlení mezi vnitřní předpisy a jejich dodržování se stanoví jako povinnost nebo v případě smluvního ujednání např.: mezi pacientem a zřizovatelem (Standardy, 2006).

1.4 Dříve vyslovená přání

Sebeurčení každého jednotlivce nekončí pouze tím, že nemůže komunikovat anebo není schopen díky svému zdravotnímu stavu o sobě rozhodovat. Již od roku 2001 může každý občan České republiky sepsat své dříve vyslovené přání v případě, že by došlo k závažným změnám, jako např.: pokud bude v dlouhodobém bezvědomí nebo bude trpět syndromem demence v pokročilém stádiu aj. Dříve vyslovená přání přináší velkou úlevu a pomoc jak pro pacienta, tak i pro rodinu, blízké a zdravotníky. Nemocný může sám rozhodnout o zdravotnických postupech např.: o resuscitaci, sondě do žaludku, dýchání pomocí přístroje a dalších (Matějek, 2012).

Právní náležitost stanovuje Zákon č. 372/2011 o zdravotních službách, který je v platnosti od 1.4.2012. Samotné přání musí mít písemnou formu a musí být úředně ověřeno notářem. Pokud se pacient rozhodne své přání projevit až po příchodu do nemocnice nebo v průběhu hospitalizace, je nutné zapsat přání do zdravotnické dokumentace a následně musí být podepsáno pacientem, zdravotnickým pracovníkem a svědkem (Matějek, 2012).

Dříve vyslovená přání není třeba respektovat v několika případech. Pokud od doby vyslovení došlo v poskytování služeb k takovému vývoji, že by důvodně šlo předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s poskytnutím služeb. Tato rozhodnutí a důvody o nerespektování dříve vyslovených přání se uvádějí do pacientovy zdravotnické dokumentace. Přání nemůže být respektováno v případě, že tyto postupy nabádají k aktivně způsobené smrti nebo mohou ohrozit i jiné osoby. Další situací je předpoklad, že byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání a byly již započaty takové zdravotní výkony, které by v případě přerušení vedly k aktivnímu způsobení smrti. A v neposlední řadě, pokud se jedná o nezletilé pacienty anebo pacienty zbavené způsobilosti k právním úkonům (Matějek, 2012).

1.5 Cíle paliativní péče

Hlavním cílem paliativní péče není prodloužit život, ale zaměřit se na kvalitu života, aby nedocházelo k tělesnému i duševnímu strádání. Provádět integrovanou a komplexní péči, ve které můžeme zmírnit všechny aspekty utrpení chronicky nemocného nebo nemocného v terminálním stádiu onemocnění (Sláma, 2011).

Kupka (2011, s. 51) definuje paliativní léčbu jako „*zlepšení kvality života nevléčitelně nemocných lidí, a to po stránce tělesné, tak duševní, sociální i duchovní*“. „Kvalita života“ je pojem, který je velice široký, složitý a mnohostranný, zabývající se pochopením lidského smyslu života, existence a samotného bytí. Zkoumá podmínky pro zdravý a šťastný život, do kterých zahrnujeme materiální, sociální, psychologické a duchovní předpoklady. V průběhu onemocnění se kvalita života mění a posouvá. Pro každého člověka je kvalita života velice individuální, proto je nutné při jejím zajištění zohlednit potřeby v rodině s nemocným člověkem (Marková, 2010 s. 38).

U osob s nevléčitelným onemocněním nelze vyřešit všechny problémy, ale je důležité si stanovit společně priority a pojmenovat cíle léčby, kdy rozhodujícím by měl být názor nemocného. „*Teprve při takto pojmenovaných cílech lze posoudit, zda je daný diagnostický či léčebný postup přiměřený, zda přispívá k dosažení těchto cílů*“ (Sláma, 2011 s. 30). U každého jedince je nutné opakovaně zjišťovat, co je pro něj a pro kvalitu jeho života důležité. Důležitým předpokladem je oboustranná komunikace a důvěra (Sláma, 2011).

Cesta vedoucí ke správnému cíli je založena na respektování hodnot pacienta a jeho rodiny. Hodnota není jen to, čeho si ceníme, ale je to také něco, co vytváříme v průběhu našeho života. Můžeme je rozdělit na tvůrčí, které jsou omezeny vnějšími okolnostmi, jako je např. práce. Dále hodnoty prožitkové, do nichž patří láska, prožívání umění a krásy. A nakonec hodnoty postojové, které se řadí k nejdůležitějším. Jedná se o kladné zaujetí k náročným situacím (Marková, 2010 s. 38-39).

1.6 Fáze paliativní péče z hlediska předpokládané prognózy

Z hlediska předpokládané prognózy a z toho plynoucích cílů lze paliativní péče rozlišit do tří fází a následně zařadit pacienty do těchto skupin: První fáze je fáze kontrolovaného či kompenzovaného onemocnění, kdy se pacient nachází v relativně dobrém stavu na stupni funkční zdatnosti. Tato fáze může trvat několik měsíců, někdy i let. Hlavním cílem léčby je pokračovat v prevenci a léčbě sekundárních onemocnění.

Další fáze je fáze zlomu, kdy onemocnění nereaguje na kauzální léčbu, postupně dochází k selhávání orgánových soustav. Délka přežití se pohybuje v řádech týdnů či měsíců.

Poslední fází je fáze terminální, při které dochází k nevratnému zhoršení orgánových soustav. Fáze trvá obvykle několik týdnů i dnů. Cílem léčby je zajistit co možná nejvyšší komfort a umožnit pacientovi důstojnou smrt (Sláma, 2011).

1.7 Rozdělení paliativní péče

Podle komplexnosti nabízené péče můžeme rozdělit paliativní péči na obecnou a specializovanou (Bužgová, 2015).

Výbor ministrů rady Evropy takto rozdělující paliativní péči klade důraz na to, aby všechna zařízení členských států byla schopná poskytnout obecnou paliativní péči. Zároveň by měla v těchto zemích být zařízení, která umožní také specializovanou paliativní péči (Marková, 2010).

1.7.1 Obecná paliativní péče

„Obecnou paliativní péči rozumíme klinickou praxi, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich odbornosti. Jejím základem je včasné rozpoznání nevléčitelného charakteru onemocnění a identifikace a ovlivňování oblastí, jež jsou významné pro kvalitu pacientova života“ (Kabelka, 2017, s. 21).

Jedná se o primární léčbu symptomů, účinnou komunikaci a respekt k autonomii pacienta. Takovou formu péče by měl poskytovat každý lékař a zdravotnický pracovník a každé zdravotnické zařízení. Léčba zahrnuje rozpoznání, sledování a ovlivnění faktorů, které jsou důležité pro kvalitu života. Součástí obecné paliativní péče je také léčba orientovaná na kvalitu života a psychosociální podpora (Bužgová, 2015).

Její součástí je také léčba bolesti, respekt k pacientově samostatnosti, podpora rodinných příslušníků a případné doporučení k dalším odborníkům (Marková, 2010).

Bezpochyby každý nemocný se nejlépe cítí v domácím prostředí, ovšem často se rodiny chtějí o své blízké postarat, ale nevědí jak. Členové rodiny se učí ošetrovatelské úkony od zdravotních sester, ale ne vše zvládnou sami. Proto se obrací na domácí péči. Domácí péče, která je prováděna laiky, se nazývá home help. Domácí péče prováděná profesionály se nazývá home care (Haškovcová, 2007).

Home care pracuje systémem plánovaných návštěv, které vycházejí z indikace lékaře. Domácí péče z hlediska organizace má tři varianty. Jako první je péče adresovaná jedinci nebo celé rodině, kladoucí důraz na osvětu, která se týká stravování, hygieny, péče o děti, prevence AIDS a plánovaného rodičovství. Další forma péče je zaměřená na návštěvy sester a lékařů. Tato forma je rozšířená nejen u nás, ale i v jiných vyspělých zemích. Poslední formou péče je domácí hospitalizace, která je ovšem velice nákladná a neobvyklá. „V ČR se v současnosti rozvíjí systém komplexní domácí péče, kde rozsah zdravotní péče určuje lékař a potřebné penzum sociálních služeb určuje sociální pracovník. Zároveň zde také existuje Asociace domácí péče v ČR sdružující Agentury domácí péče“ (Haškovcová, 2007, s. 59 - 60).

1.7.2 Specializovaná paliativní péče

Dle Standardů paliativní péče je specializovaná paliativní péče charakterizována jako aktivní multiprofesní péče, která je poskytována pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzdělaní a disponují potřebnými zkušenostmi (Paliativní medicína, ©2018).

Specializovanou paliativní péči poskytují zdravotníci s příslušným zdravotnickým vzděláním a zkušenostmi v oblasti paliativní péče. Takto vzdělaní zdravotníci mohou pracovat v komunitním zařízení paliativní péče, v hospici nebo jako konzultanti v nemocnicích (O'Connor, 2005).

Tým odborníků je tvořen zdravotními sestrami, sociálním pracovníkem, lékařem, psychologem, fyzioterapeutem a pastoračním pracovníkem. Specializovaná paliativní péče se uplatňuje u nemocných a jejich rodin, kde dynamika a intenzita obtíží přesahuje možnosti obecné paliativní péče (Sláma, 2011).

Hlavní činností specializované hospicové péče je poskytování péče o chronicky nemocné a umírající pacienty. V zařízeních pracuje profesně kvalifikovaný personál a v poměru k pacientovi větší počet zaměstnanců. Služby v těchto zařízeních by měly být dostupné ve všech formách a měly by poskytnout pacientovi podporu kdekoliv. Všichni zdravotničtí pracovníci, ať v zařízeních specializované paliativní péče nebo i mimo ně, by měli mít podporu a přístup ke konzultacím od specializovaných poskytovatelů paliativní péče (Standardy paliativní péče, 2013).

Standardy paliativní péče z roku 2013 rozpracovávají klíčové charakteristiky specializovaných zařízení paliativní péče, mají za cíl podpořit a usnadnit realizaci paliativní

péče u pacientů s nevléčitelným onemocněním v celém průběhu péče a ve všech prostředích zdravotnického systému. Snahou je koncepční rozvoj paliativní péče v České republice. Standardy se zaměřují na tělesné, sociální, kulturní, etické a právní aspekty péče, dále na psychologické a psychiatrické aspekty péče a existenciální, spirituální a náboženské aspekty péče. Specializovaná zařízení paliativní péče uznávají a oceňují přínos od dobrovolníků, zajišťují akademické vzdělání a zvyšování kvalifikace při zaměstnání. Pro kontrolu praxe jsou využívány programy pro zajištění kvality, k hodnocení léčby a výzkumné programy a klinický audit pro vyhodnocení výsledků (Standardy paliativní péče, 2013).

Dostupnost a nabídka péče v České republice je oproti zahraničí velice nízká. Pro zajištění optimálních obecných a specializovaných potřeb paliativní péče fungují v zahraničí tzv. „regionální paliativní programy nebo sítě poskytovatelů paliativní péče, kteří efektivně sdružují různé formy péče“ (Sláma, 2011, s. 32). Kvalita péče v ČR je do značné míry závislá na úrovni obecné paliativní péče, kterou poskytují lékaři z jiných oborů. Péče je také závislá na etice při rozhodování, praktických a teoretických dovednostech a na motivaci lékařů (Sláma, 2011).

1.8 Základní formy specializované paliativní péče

Mezi základní organizační formy péče patří mobilní - domácí paliativní péče, ambulance, lůžková zařízení paliativního typu, oddělení paliativní péče v rámci jiných zdravotnických zařízení, denní stacionáře, konziliární týmy a jiná specifická zařízení paliativní péče jako např.: poradny, půjčovny pomůcek nebo tísňové linky (Sláma, 2011). V zahraničí a částečně i v České republice jsou tyto formy péče využívány kombinovaně (Kalvach, 2004).

1.8.1 Mobilní hospicová péče

Domácí či mobilní hospic poskytuje péči v domácím anebo sociálním prostředí. Do běžného složení týmu patří lékař, sestry, sociální pracovník, psychoterapeut či psycholog, terapeut pro pozůstalé, pastorační pracovník a někdy koordinátor dobrovolníků. Každý člen přicházející k pacientovi reprezentuje organizaci týmu a její zásady (Marková, 2016).

Tým nejčastěji plní funkci konzultační a poradní. Nabízí odborné znalosti v oblasti kontroly symptomů, léčení bolesti a také psychosociální podporu (Radbruch, 2010).

Nemůžeme opomenout ani rodinu, přátele a dobrovolníky, kteří také spadají do multidisciplinárního týmu (Adam, 2004).

Péče je dostupná nepřetržitě 24 hodin 7 dní v týdnu. Z hlediska sociálního i psychologického se jedná o nejlepší variantu pro nemocného a zároveň se jedná o nejrozšířenější formu péče ve světě. V ČR rozvoj tohoto typu péče zatím naráží na problém financování od zdravotních pojišťoven (Sláma, 2011).

1.8.2 Dobrovolnictví v domácí hospicové péči

Dobrovolníci jsou lidé, kteří se rozhodli ve svém volném čase pomáhat bez nároku na odměnu a bez jakéhokoliv předchozího vztahu k pacientovi. Aby dobrovolníci mohli plnit svou práci, musí splňovat několik předpokladů. Jedním z nich je, že musí být vyškoleni a pracovat pod dohledem. Jsou pečlivě vybráni, a proto je nedílnou součástí jejich výběru výcvik. Působí pod vedením koordinátora, který představuje spojení mezi dobrovolníky a pacienty (Radbruch, 2009).

Dobrovolní pracovníci v multiprofesním týmu nenahrazují žádného člena týmu, ale pouze doplňují práci týmu. Odborná veřejnost i společnost musí tyto pracovníky uznávat jako právoplatné členy týmu (Radbruch, 2009).

1.8.3 Lůžková hospicová péče

Lůžkový hospic je zpravidla samostatně stojící lůžkové zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči, a to zejména pacientům v preterminálním nebo terminálním stadiu onemocnění (Sláma, 2011). Zrod lůžkového hospice je datován po druhé světové válce ve Velké Británii. Za zakladatelku je považována zprvu sestra, později doktorka Cecilly Saundersová (Svatošová, 2011).

Hospic patří mezi zdravotně-sociální zařízení, ve kterém je poskytována péče nemocným, rodinám a pozůstalým. Snahou hospice je vytvoření osobitého a domácího prostředí, ve kterém by pacient mohl zůstat až do konce života spolu se svými blízkými. Důraz je především kladen na individuální potřeby a přání nemocného. Délka pobytu nemocných se pohybuje v řádu několika týdnů (Sláma, 2011).

Zařízení se obvykle skládá z lůžek a ze stacionáře. Činnost stacionáře bývá rozsáhlá a kombinovaná s agenturní domácí péčí. V České republice je kapacita lůžek obvykle kolem 25, v zahraničí kolem 10-20 lůžek. V zařízeních se také obvykle nachází edukační centrum

s poradnou (Haškovcová, 2007). Lůžkový hospic můžeme rozdělit dle věkové struktury pacientů na hospic pro děti a hospic pro dospělé (Malkovská, 2007).

V současné době se v České republice nachází 16 lůžkových hospiců. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP) si klade několik cílů. Jedním z nich je dosažení stavu, kdy každý kraj bude mít samostatně stojící specializované lůžkové zařízení hospicového typu. Dalším cílem je hustota pokrytí, která by měla dosahovat alespoň 5 lůžek na 100 tisíc obyvatel. Samozřejmostí jsou dále cíle ohledně zajištění kvalitní zdravotní péče, dodržování standardů APHPP, důraz na sociální, duchovní a psychologický rozměr aj. Všechny tyto parametry potřebnosti lůžkové hospicové péče v ČR jsou naplněny s výjimkou kraje Vysočina (Asociace hospicu, ©2018).

1.8.4 Konziliární týmy

Jednou z dalších forem péče jsou konziliární týmy. *„Konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny) přináší interdisciplinární expertní znalost v oblasti paliativní péče do lůžkových zařízení různého typu“* (Sláma, 2011, s. 31). Tým je složen minimálně z lékaře, sestry a sociálního pracovníka. Posiluje pocit souvislosti péče, umožňuje ovlivnění její kvality a přispívá k postupné edukaci. V ČR zatím není tento typ péče rozšířen (Sláma, 2011).

1.8.5 Oddělení paliativní péče

Dalším typem specializované paliativní péče jsou oddělení paliativní péče (OPP) v rámci jiných lůžkových zařízení, a to zejména léčeben a nemocnic. Nemocnice bývají často místem zjištění negativní prognózy u pacientů, proto došlo k zavedení specializované paliativní péče právě i do nemocnic. OPP pečují o nemocné, kteří potřebují jak komplexní paliativní péči, tak diagnostickou a léčebnou péči. V rámci možností daného zařízení OPP usilují o realizaci tzv.: „hospicového ideálu.“ To znamená, že by lidé umírali bez fyzické, psychické, sociální a duchovní bolesti. (Sláma, 2011).

Často však právě v těchto zařízeních není péče o pacienty adekvátní. Nejčastějším nedostatkem bývá špatná komunikace, vícelůžkové pokoje, nedostačující léčba bolesti a jiných symptomů, nedostatečná informovanost nejen pacientů, ale i rodin. Dále také bezvýznamná pozornost věnovaná spirituálním a psychosociálním aspektům nemoci a v neposlední řadě nedostatky ve zpracování vlastní smrti (Bužgová, 2015).

1.8.6 Ambulance paliativní péče

Ambulance paliativní péče jsou určeny pro pacienty v domácím prostředí anebo v sociálních zařízeních. Mohou být přidruženy k lůžkovým hospicům, oddělením paliativní péče v rámci lůžkových zařízení nebo součástí domácí paliativní péče. Specializované ambulance spolupracují úzce s praktickým lékařem a zařízeními obecné domácí a specializované péče (Malkovská, 2007).

1.8.7 Denní stacionář

Dalším typem poskytujícím paliativní péči je denní stacionář, který je zpravidla podřízen hospici, ovšem může být provozován také samostatně (Student, 2006). Jedná se zde především o denní formu péče, kdy jsou pacienti přijati ráno a v odpoledních nebo večerních hodinách jsou vráceni domů. Dopravu zajišťuje buď rodina, anebo po domluvě hospic (Svatošová, 2011). V zahraničí jsou hospicové stacionáře velmi oblíbené, neboť umožňují návrat nemocných do domácí péče. V Anglii přesahuje počet denních stacionářů nad počtem lůžkových hospiců. Péče v denních stacionářích oddaluje hospitalizaci a umožňuje pobyt v domácím prostředí (Haškovcová, 2007). Tato forma péče bývá využívána z důvodu diagnostického (např. kontrola bolesti, která se nepodařila zvládnout doma), psychoterapeutického, léčebného (např. aplikace infúzí) a z důvodu azylového (Svatošová, 2011).

Mezi základní formy specializované paliativní péče můžeme také zařadit zvláštní zařízení specializované paliativní péče, do kterých spadají například tísňové linky, specializované poradny, půjčovny pomůcek aj. (Marková, 2010).

2 HOSPIC

Hospice se řadí mezi zdravotně sociální zařízení. Vedle zdravotnické péče je poskytována také sociální péče a poradenství jak hospitalizovaným nemocným, tak i jejich rodinám, nejbližším i pozůstalým. Oproti zdravotnickým zařízením se na první místo řadí péče o umírající, a proto je možné zaměřit veškerou pozornost na dobré umírání hospitalizovaných (Marková, 2010).

Hospic zajišťuje komplexní péči poskytovanou v domácím nebo náhradním sociálním prostředí, kde jsou služby poskytovány všem umírajícím (Hronovská, 2010).

Délka pobytu nemocného v lůžkovém hospici se pohybuje v rozmezí několika týdnů i měsíců a ne každý nemocný umírá. Až třetina nemocných se vrací do domácího prostředí po upravení léčby a při zlepšení celkového zdravotního stavu. Nejčastějšími pacienty jsou lidé s onkologickým onemocněním, u kterých kurativní léčba nepřináší žádný profit (Marková, 2010).

Hlavní myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako k jedinečné bytosti a z úcty k životu. Hospic nemocnému garantuje, že za každé situace bude respektována jeho lidská důstojnost, dále nebude trpět nesnesitelnou bolestí a nezůstane osamocen v posledních chvílích života. *„Myšlenku hospice lze při dobré vůli a za předpokladu splnění určitých podmínek uplatnit kdekoliv. Jde o to naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny. Důraz je kladen především na kvalitu života nemocného, a to na kvalitu života až do konce, doslova do posledního vydechnutí“* (Svatošová, 2011, s. 115).

2.1 Pojem „hospic“

Hospic můžeme z anglického výrazu přeložit jako útočiště nebo útulek. Ve středověku byl tento výraz používán pro tzv. domy odpočinku. Tyto domy byly využívány zejména poutníky, kteří směřovali do Palestiny. Měli zde možnost nabrat nové síly na další úsek své cesty. Hospice zpravidla spravovali lidé, kteří byli schopni vést jak hostinec, tak se vyznali v ranhojičství. Dle Haškovcové středověký hospic poskytoval vše, čím dnes označujeme bio-psycho-socio-spirituální komfort (Haškovcová, 2007).

Ve Velké Británii je pojem „hospic“ chápán jako „účelově postavená nebo adaptovaná budova, v níž by byla hospitalizační lůžka“ (Payenová, 2007, str. 438). Hospicová péče je zde velmi často chápána jako synonymum budovy, ve které lidé s rakovinou tráví poslední týdny

svého života. Nejen ve Velké Británii, ale také v Německu si lidé spojují pojem „hospic“ s institucí anebo s budovou (Payenová, 2007).

Pravdou však je, že tento termín více jak 30 let neznamena instituci, ale holistický koncept podpory umírajících osob a jejich nejbližších. Podstatou je poskytnout možnost zemřít v bezpečí a klidu (Student, 2006).

2.2 Hospicové hnutí ve světě

První zmínky o hospici datujeme do roku 1049. Tehdy ho založil svatý Bernard z Menthonu v Alpách. Hospice časem zanikly a teprve v 18. století znovu ožila myšlenka na otevření nemocnice pro umírající z iniciativy Mary Aikdenheadové v Dublinu a Corcu. Nemocnice nazývána hospic poskytovala péči na principu sesterské charity. V roce 1905 uvítali první nemocné v Hospici svatého Josefa v Hackney v Londýně. Prudký rozvoj nastal ovšem až ve 20. století, kdy se protagonistkou hospicového hnutí stala Cicely Saudersová.

V roce 1967 stála v čele otevření prvního hospice moderního typu St. Christopher's Hospice v Londýně, který je v současnosti nazýván „mateřským domovem“. Cicely Sauderosová však zanedlouho zjistila, že i přes veškerý komfort, který hospic nabízel, většina nemocných si přála zemřít doma. Právě to byl podnět pro rozšíření ambulantní služby, která mohla zaopatřit více lidí než lůžkový hospic. Kořeny hospicového hnutí ve Velké Británii sahají až k roku 1893. V tomto roce došlo k založení St. Lukes Home for the Dying Poor neboli zařízení, které bylo určeno pro umírající osoby, zvláště pro chudé a potřebné (Student, 2006).

Francouzské hospicové hnutí je spojeno především s velkou škálou neutichajícího rozvoje nařízení, zákonů a oběžníků, které se zaměřují na situaci umírajících osob a jejich rodin. Za zmínku stojí zákon z roku 1995, který zabezpečuje právo na ošetřování bolesti. Také oběžník z roku 1986 stanovuje právo terminálně nemocných na paliativní péči. Ve Francii nenajdeme výraz hospic, ale hovoří se zde o soins palliatifs, neboli o ulevující péči. V Německu byl rozvoj hospicové péče datován až roku 1988 ve spojitosti s katolickou církví (Student, 2006).

V Itálii je preferován velmi vstřícný přístup, kde má kvalita života nemocného přednost před ekonomikou. Za pacientem využívajícím hospicovou péči dochází kdokoliv z týmu až do bytu, včetně specialistů.

V Americe v New Haven v Connecticutu došlo k otevření prvního hospice roku 1974. Byl sponzorován především formou sponzorských darů a později ze zdravotního pojištění. Z důvodu prvotních finančních problémů se v USA do popředí dostala ambulantní hospicová práce. Pokud tato forma péče nepostačuje nemocným, existují zde také tzv. ošetrovatelské domy. Roku 2000 průzkum v USA odhalil cenovou výhodnost hospicové péče oproti nemocniční péči (Student, 2006).

Ve světě můžeme najít různé formy hospice, ovšem myšlenka je stejná. Rozvoj péče je závislý na místních podmínkách, zákonech a způsobu financování zdravotní péče. Dle Svatošové všude, kde vznikly hospice, bylo časem zaznamenáno výrazné zlepšení péče o umírající i v nemocnicích (Svatošová, 2011, s. 123).

2.3 Hospicové hnutí v České republice

Historie hospicové péče v České republice je relativně krátká a datuje se od první poloviny devadesátých let 20. století. Termín hospic byl u nás do roku 1989 téměř neznámý (Ulrichová, 2009).

Prvotní myšlenka hospicového hnutí byla realizována od března roku 1990 podobou experimentu, které schválilo Ministerstvo zdravotnictví. Prvním hospicem v ČR byl Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Je ovšem nutno podotknout, že prvním pokusem o paliativní péči bylo lůžkové oddělení v Nemocnici TRN v Babicích nad Svitavou, které bylo otevřeno 2. 11. 1992 (Student a spol. 2006).

O vznik prvního hospice se zasloužila česká lékařka Marie Svatošová, která roku 1993 založila občanské hnutí pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem Ecce homo. Ecce homo znamená v překladu Ejhle člověk, což bylo výrokem Piláta Pontského, který pronesl tato slova nad trpícím Ježíšem. Právě z důvodu podobnosti umírajících pacientů a trpícího Ježíše byl odvozen název občanského sdružení. Hnutí se zasloužilo o vybudování a otevření hospice Anežky České. Výstavba trvala 13 měsíců a slavnostní otevření proběhlo 8. 12. 1995 (Haškovcová, 2007).

Marie Svatošová byla oceněna státním vyznamenáním za dlouhodobou práci Medailí Za zásluhu. Zároveň byla také dlouholetou prezidentkou Asociace poskytovatelů paliativní péče (APHPP), dnes již emeritní prezidentkou. V současné době prezidentem APHPP je PhDr. Robert Huneš (Asociace hospicu, ©2018).

V současné době je hlavní organizací pro hospicovou a paliativní péči je Asociace poskytovatelů paliativní péče a Fórum mobilních hospiců. Nelze opomenout ani Národní centrum domácí péče České republiky, které vydává odborné publikace a specializuje se na poradenský servis, a dále Centrum pro léčení a výzkum bolesti v Praze v Motole a Českou společnost paliativní medicíny (Haškovcová, 2007).

2.3.1 Česká společnost paliativní medicíny (ČSPM)

ČSPM je odborná medicínská společnost, která funguje na bázi občanského sdružení. V současnosti čítá přes 150 lékařů – specialistů v paliativní péči a dalších oborech jako interní medicína, onkologie, kardiologie, geriatrické aj. Součástí týmu jsou i členové nelékařských oborů z oblasti psychologie, sociální práce, ošetrovatelství a duchovní služby.

Snahou společnosti je zlepšení podmínek pro realizaci paliativní péče formou vzdělávání odborníků, edukací občanů o možnostech paliativní péče, strukturou poskytování péče a péče o těžce nemocné (Paliativní medicína, ©2018).

2.3.2 Asociace poskytovatelů paliativní péče

APHPP sdružuje organizace, které poskytují lůžkovou a mobilní hospicovou péči, zároveň také garantuje kvalitu poskytovaných služeb. Pozitivně přispívá ke změně české společnosti ke smrti a umírání a také podporuje a prosazuje hospicovou a paliativní péči vycházející z úcty k člověku. Zastupuje stovky profesionálů, kteří dále vyučují studenty na vysokých školách a působí také na vzdělávání laické i odborné veřejnosti.

APHPP je členem Evropské asociace paliativní péče, která vznikla v roce 2005. Do roku 2007 prosadila uzákonění mobilní a lůžkové hospicové péče. Podílela se na vytvoření prvních českých Standardů kvality hospicové paliativní péče ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví. Od dubna roku 2010 vydává vlastní zpravodaj s názvem Rovnováha a každý rok je pořádána odborná konference (Paliativní medicína, ©2018).

Mezi hlavní cíle APHPP patří podpora informovanosti jak laické, tak i odborné veřejnosti o nabízených službách hospicové péče. Dále zdokonalení kvality péče podílením se na tvorbě standardů kvality hospicové paliativní péče, přispívat ke zvyšování odbornosti profesionálů a jejich vzdělávání a doznat hospicům statut zdravotně-sociálních služeb v legislativě

Ideálem je vysoká kvalita života, a aby za každých okolností byla respektována lidská důstojnost a aby člověk umíral bez fyzické, psychické, sociální a spirituální bolesti (Asociace hospicu, ©2018).

2.3.3 Fórum mobilních hospiců

Fórum mobilních hospiců sdružuje poskytovatele mobilní specializované paliativní péče. Jedná se o pestré společenství hospiců, agentur domácí péče, charitativních organizací a dalších zdravotnických zařízení poskytující profesionální specializovanou paliativní péči v domácím prostředí nemocného. Hlavní snahou je podpora kvalitní paliativní péče a dožití umírajících doma (Mobilní hospice, ©2018).

Hlavními cíli Fóra mobilních hospiců je úsilí o systémové změny, které umožní lidem v ČR dožít v domácím prostředí s podporou dostupné a hrazené paliativní péče, podpora členů v poskytování kvalitní péče, rozšíření osvěty paliativní péče jak ve zdravotnických zařízeních, tak i ve společnosti. Dále prezentace zájmů členů veřejnosti a státní správy, spolupráce při přípravě zákonů a vyhlášek, zasahovat do aktuálních zdravotních a sociálních otázek, nebo také podpora ve spolupráci se zahraničními organizacemi. Součástí je vzdělávat, informovat, publikovat paliativní péči a vyvíjet studijní, dokumentační, informační, vzdělávací, výzkumné, publikační a poradenské činnosti ve zdravotní a sociální oblasti (Mobilní hospice, ©2018)

2.3.4 Centrum paliativní péče

Centrum paliativní péče vzniklo díky podpoře Nadačního fondu AVAST. Systematicky rozvíjí paliativní péči v České republice formou výzkumu, výuky a osvěty. Hlavními oblastmi výzkumných aktivit je studium kvality života u nemocných a jejich rodin v pokročilé fázi nevléčitelného onemocnění nemocného. Dále vyhodnocení klinických a socioekonomických výsledků paliativní péče, které dále mohou sloužit při tvorbě dalších klinických postupů v paliativní péči a k rozvoji poznatků oboru.

Vytváří a realizuje vzdělávací programy pro odbornou i širokou veřejnost. Podporuje integraci paliativní péče do studijních oborů ve spolupráci s Českou společností paliativní medicíny. Snahou Centra je zvyšování povědomí o významu paliativní péče. Podílí se na osvětových kampaních a dále nabízí expertní posudkové služby pro politiky a další instituce (Paliativní centrum, ©2018)

2.4 Formy hospicové péče

Mezi formy hospicové péče se řadí: domácí hospicová péče, stacionární hospicová péče a lůžková hospicová péče.

2.4.1 Domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče je pro nemocného zpravidla ideální, a to z toho důvodu, že se jedinec nachází v prostředí, které dobře zná, ovšem ne vždy je toto prostředí zcela ideální. Tato forma péče může být zajištěna za předpokladu plně fungujícího rodinného zázemí. Mezi omezující faktory však patří nejen prostorové důvody a celkové zatížení rodiny, ale také nedostatečná odbornost péče (Svatošová, 2011).

2.4.2 Stacionární hospicová péče

Stacionární hospicová péče neboli denní pobyty spočívá v pobytech v takzvaném stacionáři, který bývá většinou součástí hospice. Pacient je přijat do hospicového stacionáře v ranních hodinách a zpět domů se vrací odpoledne nebo večer. Dopravu zajišťuje buď rodina, anebo hospic. Tato forma péče je vhodná především pro pacienty z blízkého okolí a je většinou zvolena pouze na přechodnou dobu.

Důvody mohou být různé. Jedním z nich je diagnostický důvod, který je nejčastěji kvůli kontrole bolesti, která nebyla zvládnuta doma. Další důvod je léčebný za účelem aplikace infuzí a paliativní léčby. Psychoterapeutický důvod mají často jedinci, kteří jsou osamělí, ale i jedinci u kterých rodina nechce nebo není schopna hovořit o problémech. Poslední důvod je respitní nebo jinak také odlehčovací, který je velmi častý. Jedná se o využití hospicové péče, kdy si rodina potřebuje odpočinout od nemocného, ale i nemocný od rodiny. Je to i jakési preventivní opatření před možnou pozdější hospitalizací, ale i prevence vyčerpání rodinných příslušníků (Svatošová, 2011).

2.4.3 Lůžková hospicová péče

V případě, že není možné každodenní dojíždění nemocného do stacionáře, ať z důvodu zdravotního stavu nebo vzdálenosti od místa bydliště, je vhodná právě lůžková hospicová péče. Častým omylem je myšlenka, že každý nemocný zemře na hospicovém lůžku. To samozřejmě může, ale také nemusí být pravda. Hospitalizace bývají krátkodobé a obvykle

opakované. Nemocný přichází zcela dobrovolně a svobodně tehdy, pokud vidí, že nezvládá situaci doma, ale není důvod k hospitalizaci v nemocnici. Návštěvní hodiny jsou povětšinou neomezené. Pokud si rodinní příslušníci nebo blízcí přátelé přejí ošetřovat nemocného, je jim to umožněno. Systém v lůžkovém hospici je poněkud volnější oproti pobytu v nemocnici. I když probíhají lékařské a sesterské vizity, tak si nemocný může sám určit režim dne. Důraz je kladen na kvalitu života, proto také pokud nemá jedinec zdravotní důvody k celodennímu ležení, převlékne se ráno do svého oblečení a může se volně pohybovat v objektu hospice nebo po domluvě s personálem i mimo něj (Svatošová, 2011).

Snahou hospice je, aby budova, ve které tráví čas, připomínala spíše domov než nemocnici. Tomu odpovídá i vnitřní vybavení. Samozřejmostí jsou bezbariérové prostory a pomůcky usnadňující nemocným a ošetřujícímu personálu každodenní život a fyzickou námahu (např.: polohovací lůžka, pojízdné koupací vany, zvedáky aj.). O přijetí nemocného na hospicové lůžko rozhoduje hospicový lékař po domluvě s ošetřujícím lékařem. Pokud jsou všechna lůžka plná, mají přednost pacienti, u kterých nemoc povede v brzké době k úmrtí (Svatošová, 2011).

2.5 Hospicová péče z hlediska časového

Z hlediska časového můžeme hospicovou péči rozdělit do tří částí. První z nich je období - pre finem. Toto období může mít delší časový průběh a jedná se o doby, kdy je u pacienta diagnostikována závažná diagnóza. Tato fáze trvá až po nástup terminálního stavu. Druhá fáze - in finem je péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých během terminálního stavu, tj. umírání v užším slova smyslu. Třetí tedy poslední fáze - post finem zahrnuje kromě péče o tělo zemřelého doprovázení pozůstalých podle potřeby i dlouhodobě, zpravidla po dobu 1 roku. Bylo by mylné se domnívat, že se hospicová péče zabývá pouze druhou fází – in finem, tedy chvílí vlastního umírání. Všechny tyto fáze jsou popsány v kapitole Thanatologie.

2.5.1 Kritéria pro poskytnutí lůžkové hospicové péče

O přijetí do hospice rozhoduje hospicový lékař po domluvě s ošetřujícím lékařem nemocného. Haškovcová (2007, str. 50) popisuje konkrétní zásady pro přijetí. „V české praxi se ustálilo kritérium, kdy indikací pro přijetí je stav, kdy nepostačují tři návštěvy nebo dvě hodiny práce sestry v domácí péči. Bezpodmínečnou podmínkou je plný informovaný souhlas

nemocného“. Návrh o přijetí nepodává pouze ošetřující lékař, nýbrž také pacientova rodina nebo pacient sám (Kupka, 2014).

Svatošová (1998) uvádí čtyři kritéria indikace a naléhavost přijetí:

1. Je-li nutná paliativní péče a léčba
2. Postupující nemoc, která pacienta ohrožuje na životě
3. Pokud nepostačuje nebo není možná domácí péče
4. Nemocný nepotřebuje akutní ošetření nebo léčbu v nemocnici

V případě hospitalizace umírajícího člověka je informovaný souhlas nutností a znamená v podstatě to, že nemocný byl informován a rozhodl se pro paliativní péči v hospici. Informovaný souhlas chrání jak nemocného, tak i lékaře před právními spory. V případě pozmeněného nebo ztraceného vědomí, které znemožňuje kvalifikované stanovisko pacienta, nebo při neschopnosti pacienta přijmout informace o nepříznivé prognóze, lze akceptovat i souhlas osoby blízké. Hospic není léčebna pro dlouhodobě nemocné ani ošetrovatelský ústav, který poskytuje dlouhodobou péči pro pacienty s demencí, inkontinencí nebo imobilní pacienty (Kupka, 2012).

3 THANATOLOGIE

Thanatologie je interdisciplinární vědní obor zabývající se smrtí a všemi fenomény, které jsou spojeny se smrtí. Název je spojen s řeckým bohem Thanatosem, bohem smrtelného spánku a smrti. Jeho podoba je zobrazena jako okřídlený spící mládenec s uhasínající pochodní. Thanatologie se nepřednáší jako samostatný vědní obor, nýbrž obsah oboru se objevuje v mnoha klasických oborech jako je například filosofie, medicína, psychologie, sociologie, teologie a jiné. Jedním z důvodů je obtížnost sevření jednotlivých faktů, hypotéz, názorů a koncepcí tak, aby mohly vytvořit profesní náplň samostatného oboru. Dalším důvodem může být také fakt, že nikdo pravděpodobně nechce být označen jako thanatolog (Haškovcová, 2007).

3.1 Umírání

Umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu. Za terminální stav považujeme postupné, nevratné poruchy důležitých životních funkcí, jejichž důsledkem je smrt jedince. Ovšem terminální stav nemůžeme redukovat jen na terminální stav. Umíráním se především rozumí proces, který souvisí s předchozími skutečnostmi (Kupka, 2014).

Se samotným termínem „umírání“ souvisí také pojem „umírající člověk“, kterého můžeme definovat jako člověka, jehož život je vymezen pouze na týdny nebo měsíce a je ošetřován buď ambulantně v domácím prostředí nebo stacionárně v hospici nebo ve zdravotnickém zařízení (Student, 2006).

Dle Ulrichové (2009) je čas umírání pro většinu zúčastněných časem krize, kde dominují fenomény nejistoty, strachu a někdy zoufalství.

3.2 Proces umírání

V klinické praxi je umírání různě dlouhé časové období, končící terminálním stavem. Z praktického a didaktického hlediska odborníci rozdělují proces umírání na tři časově nestejná, avšak výrazná odlišná období: pre finem, in finem a post finem (Kupka, 2012; Haškovcová, 2015).

3.2.1 Období pre finem

Dle Misconiové (1998) nemůžeme období pre finem vázat pouze na terminální stav, nýbrž jako prožívání našeho každodenního života, kdy se každým prožitým dnem přibližujeme ke smrti. Oproti tomu Kupka (2014, str. 102) a Ulrichová (2009, str. 57) pohlíží na toto období jako na etapu, kdy si člověk začíná uvědomovat závažnost své nemoci, která je neslučitelná se životem. Proces umírání začíná ve chvíli sdělení diagnózy od lékaře. Tato fáze může trvat dny, měsíce, ale také roky. Hospitalizace může být přechodná i trvalá. Každý jedinec reaguje na sdělení závažnosti onemocnění odlišně v závislosti na temperamentu, osobnostních rozdílech, momentálním rozpoložení a životních zkušenostech. Díky těmto čtyřem možnostem pacient může přijmout nebo odmítnout informaci buďto na rovině emoční nebo rozumové (Kupka, 2014).

První možností je, že člověk informaci rozumově i emočně přijme. Může být zasažen různou silou novou informací, ale posléze se zpravidla ptá po perspektivě a okolnostech. Druhou možností je stav, že člověk informaci přijme rozumově, avšak ne emočně. Slovní sdělení bývá akceptováno, ovšem emoční projevy jsou bez nápadností, vyznačují se statečností, věcností a s odstupem času jako by se ho netýkali. Třetí možnost je taková, kdy člověk informaci odmítne jak rozumově, tak i emočně. V této situaci dochází k masivnímu popření skutečnosti. Jedinec tvrdí, že informace je mylná, bagatelizuje zprávu a směje se sdělení. U poslední, tedy čtvrté možnosti, člověk informaci rozumově odmítne, ale emočně přijme. V praxi se tato možnost projevuje tak, že člověk argumentuje způsobem, proč nemůže

být pravda to, co říkáme. Ovšem na emoční rovině jde vidět, že je jedinec zasažen např.: pláče, zlobí se (Kupka, 2014).

Po sdělení diagnózy prochází nemocný pěti fázemi umírání, které popsala již v roce 1969 americká psycholožka Elisabeth Kübler-Rossová ve své knize *On Death and Dying*.

První fáze je stádium popření – zavírání očí před skutečností a osamělostí. Po sdělení diagnózy bývají pacienti zaskočeni, nepřipouští si skutečnost a často si kladou otázku: „*Já? To nemůže být pravda! To se mne netýká!*“. Pociťují strach a úzkost, neklid, nepohodlí. Jedná se o jakousi obranu, útěk od reality. Nalhávají si, že se lékaři spletli, vyžadují si další vyšetření, vyhýbají se výrokům lékařů a ošetřujícího personálu. V této fázi dochází k odmítání léčby a spolupráci od druhých.

Druhá fáze je zloba. Jedná se o velice náročné období nevraživosti, závisti, zlosti, podrážděnosti a negativních emocí. Nemocný nedokáže pochopit, proč tato nemoc postihla právě jeho.

Třetí fáze je vyjednávání. Člověk se snaží smlouvat o odklad nemoci, slibuje a věří v lepší budoucnost, pokud se bude dobře chovat. Někteří jedinci uzavírají obchody s Bohem, jiní slibují, že své tělo po smrti přenechají vědeckým účelům. Dochází k upravení žebříčku hodnot a hledání alternativních způsobů léčby.

Ve čtvrté fázi procházejí jedinci depresí, kterou můžeme rozdělit na přípravnou a reaktivní. Reaktivní deprese je doprovázena pocity viny a studu z utrpěné ztráty (např. pocit zoufalství u ženy, která se nemůže postarat o své děti). Přípravná deprese vzniká při pocitu z hrozcí ztráty, oproti reaktivní depresi probíhá velmi tiše a umírající se má rozhodovat, co a jak uspořádat. Depresivní stavy vznikají především z prožitků loučení se životem, blízkými a s životními plány.

Poslední fází je fáze akceptace, kdy jedinec nalézá smíření se svým stavem. Dochází k tzv. tichému očekávání, k času posledního odpočinku. Synonymem této fáze může být do jisté míry také rezignace, kdy již člověk vyhořel ze svých emocí. Nejedná se o šťastný stav, nýbrž o stav kdy dochází k osvobození od nemilosrdných pocitů. K úplné akceptaci mohou dospět především starší jedinci (Kübler-Ross Elisabeth, 2015).

V období *pre finem* dochází k uvědomění si závažnosti stavu a k adaptabilní negligaci neboli vytěsnění nepříjemného a úzkostně prožívaného ohrožení života. Důležitý je způsob sdělení diagnózy. Pokud se postupuje správně, zvyšuje se šance, že bio-psycho-sociálně-

spirituální paliativní péče přinese adekvátní výsledky pro nemocného a jeho rodinu (Kupka, 2014).

3.2.2 Období in finem

Období in finem je období vlastního umírání, které se z lékařského hlediska ztotožňuje s terminální fází onemocnění. Ulrichová (2009, s. 57) popisuje toto období, které může být spojeno s chrčivým a zrychleným dechem, suchými a popraskanými rty a se ztrátou vědomí. V období in finem má nemocný stále méně fyzických a psychických sil, často spí, nebo naopak bdí. Klesá zájem o lidi a více se soustřeďuje na své nitro. Chce mít u sebe jen své blízké nebo naopak chce být sám. Může docházet k projevům neklidu. Smrt se ohlašuje slábnutím pulsu, klesající tělesnou teplotou, poklesem krevního tlaku, ztíženým a nepravidelným dýcháním, tmavšími lokty a koleny a špičatějšími rysy ve tváři. Dalším průvodním jevem může být předsmrtná euforie neboli stav, ve kterém jsou jedinci plni života, dobře slyší, zodpovídají otázky, vyslovují prosby a přání. V některých případech se dokáží posadit i vstát. V této chvíli je důležitá přítomnost nejbližších. Stav euforie střídá smrtelné kóma. Umírající může slyšet, ale nereaguje na podněty (Kupka, 2014).

Fyzické smrti předcházejí různé stupně transu, stavu změněného vědomí, které se u umírajících osob projevuje změnou reakcí na otázky každodenního života. Trans může být čtvrtinový, poloviční, tříčtvrteční nebo plný. U čtvrtinového transu dochází ke zpomalené nebo nepřiléhavé reakci na komunikaci. U polovičního transu je odezva na komunikaci silně zpožděná či nepřiléhavá k tématu. Tříčtvrteční trans je označován jako semikóma, které souvisí s organickými problémy. Plný trans, též nazývaný jako plné kóma, je stav hlubokého bezvědomí, kde umírající nereaguje na verbální nebo neverbální podněty (Mindell, 2008).

3.2.3 Období post finem

Období, které začíná smrtí člověka. V této fázi nabývá na významu potřeba věnovat pozornost pozůstalým, neboť první okamžiky po smrti blízké osoby jsou velmi významné. Žal nad ztrátou osoby může probíhat normálním způsobem, ale také patologickou formou zármutku, která může vyústit až v úzkostné či depresivní reakce. Předání pozůstalých věcí musí probíhat dle předepsaného postupu a taktně (Kupka, 2014). Pokud zemře pacient v hospici, jeho tělo je převezeno do zvláštního pokoje, kde se rodina může se zesnulým rozloučit (Ulrichová, 2009).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

4.1 Hlavní cíl:

Zmapovat povědomí sester o paliativní péči v České republice.

4.2 Dílčí cíle:

Dílčí cíl 1: Zmapovat mínění sester o výuce oboru paliativní péče v pregraduálním stupni vzdělávání

Dílčí cíl 2: Zjistit spokojenost sester pracujících na pracovišti paliativní péče

5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY:

VO 1: Jaké je povědomí sester pečujících o pacienty v paliativní péči v oblasti legislativy?

VO 2 Jak vnímají sestry časovou dotaci v curicculu pregraduálního vzdělávání v oboru paliativní péče?

VO 3 Vyskytují se demotivační faktory u sester pracujících v paliativní péči?

6 Pracovní hypotézy

Hypotéza č. 1:

Předpokládám, že více než polovina sester dokáže charakterizovat pojmy ohledně paliativní péče.

Hypotéza č. 2:

Předpokládám, že více než polovina sester vnímá nízkou časovou dotaci v curiculu pregraduálního vzdělávání v oboru paliativní péče.

Hypotéza č. 3:

Předpokládám, že u více než 75 % sester se objevuje alespoň 1 demotivační faktor, který je spojen s péčí o pacienta v paliativní péči.

Hypotéza č. 4:

Předpokládám, že většina sester vykonávajících povolání sestry v paliativní péči, jsou motivovány vnější motivací.

7 METODIKA ŠETŘENÍ

Pro potvrzení nebo naopak vyvrácení výše uvedených a stanovených cílů a předpokladů šetření byla zvolena metoda kvantitativní pomocí techniky polostrukturovaného dotazníku, které vyplňovaly sestry v lůžkových a domácích hospicích. Dotazník (viz Příloha A) byl zcela anonymní a skládal se z 26 otázek. Anonymitu vyplnění jsem dosáhla tím, že ke každému dotazníku byla přiložena obálka, do které respondenti vkládali dotazník a zalepený odevzdali vrchní sestře.

Otázky jsou obsahově členěny do 3 tematických úseků. První úsek dotazníku je tvořen demografickými otázkami č. 1 – 6, které slouží k identifikaci respondentů, a jsou to: pohlaví, věk, délka odborné praxe, dosažené vzdělání, víra a typ pracoviště. Druhý úsek, který začíná otázkou č. 7 a pokračuje k otázce č. 14, je cílen na téma paliativní péče a povědomí sester o pojmech. Třetí úsek – otázka č. 15 – 26 se dotýká motivačních a demotivačních faktorů, které jsou spojeny s profesí v oboru paliativní péče.

Otázky, které se vyskytují v dotazníku, jsou většinou uzavřené a umožňují volit mezi jednou, dvěma nebo více odpověďmi (otázka č. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23). Dále jsou v dotazníku otázky polouzavřené, které dávají respondentovi možnost odpovědět i vlastními slovy (otázka č. 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 24, 26). Šest otázek je polynomických a lze na ně odpovědět vícero možnostmi (otázka č. 7, 8, 9, 13, 24 a 26). Otázka č. 20 je otevřená a umožňuje respondentům odpovědět dle vlastního cítění. V dotazníku se nachází také jedna otázka filtrovaná, která je určena pouze pro výběrové respondenty (otázka č. 12).

8 ORGANIZACE A PRŮBĚH ŠETŘENÍ

Samotné výzkumné šetření probíhalo v časovém rozmezí od února 2019 až do března 2019. Vzhledem k velkému místnímu rozptýlení hospiců po České republice nebylo možné dotazníky předat osobně, proto jsem po předchozím telefonickém nebo e-mailovém obeznámení a předběžném schválení vrchní sestrou z daného zařízení dotazníky odeslala poštou. Po předchozí domluvě s vrchními sestrami mi byl sdělen počet dotazníků, který mohu odeslat.

Z důvodu nutnosti získat co největší vzorek respondentů byly zcela respektovány přání a požadavky všech zúčastněných osob (např.: prodloužení doby na vyplnění a navrácení dotazníků, seznámení se teoretickou částí práce).

Spolu s dotazníky jsem také posílala žádosti o umožnění dotazníkového šetření v zařízení (viz Příloha B). Hospic Štrasburk v Praze požadoval vyplnění vlastní žádosti pro výzkumné šetření v jejich zařízení. Vyplnění dotazníků trvalo průměrně dva týdny.

9 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU A VÝZKUMNÉ PROSTŘEDÍ

V rámci výzkumného šetření jsem kontaktovala celkem 13 zařízení, ovšem i přes opakované telefonické hovory a zasílání písemných žádostí i provedením monitoringu celkem souhlasilo pouze 7 zařízení, kterými byly:

- Hospic sv. Anežky České v Červeném Kostelci
- Hospic sv. Lazara v Plzni
- Hospic Štrasburk v Praze
- Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech
- Hospic Rehos v Nejdku
- Domácí hospic sv. Markéty ve Strakonících
- Hospic sv. Zdislavy v Třebíči.

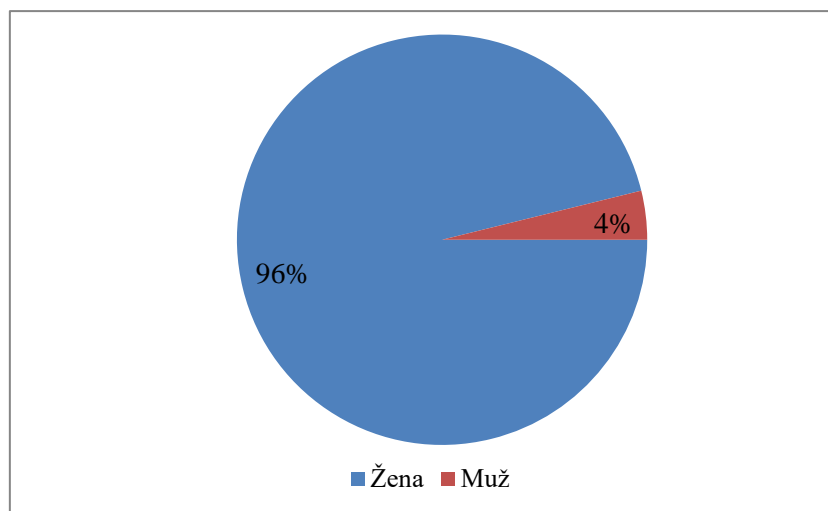
Dotazovaným souborem byly osloveny sestry z lůžkových a domácích hospiců po celé České republice, viz výše. Podmínkou pro zúčastnění se dotazníkového šetření bylo zaměstnání v hospici. Z celkově 84 zaslaných dotazníků (tzn. 100 %) bylo zpět vráceno 78 dotazníků. Návratnost činila 92,86 %.

10 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

Získaná data byla zpracována za pomoci programu Microsoft Office Excell 2010 a Microsoft Word 2010. Pro vizuální přehlednost jsou výsledky prezentovány pomocí tabelárních přehledů, výsečových diagramů a histogramů četností.

11 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Otázka č. 1: Pohlaví



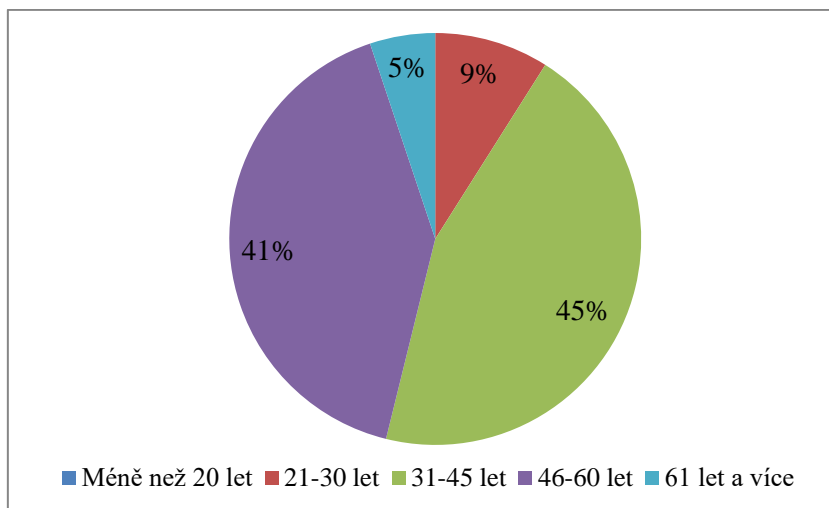
Obrázek 1 – Pohlaví respondentů

Vyplněním dotazníku se výzkumu zúčastnilo celkem 75 žen (96,15 %) a 3 muži (3,85 %).

Otázka č. 2 – Věk

Věkové rozmezí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně než 20 let	0	0
21-30 let	7	8,97 %
31-45 let	35	44,87 %
46-60 let	32	41,03 %
61 let a více	4	5,13 %

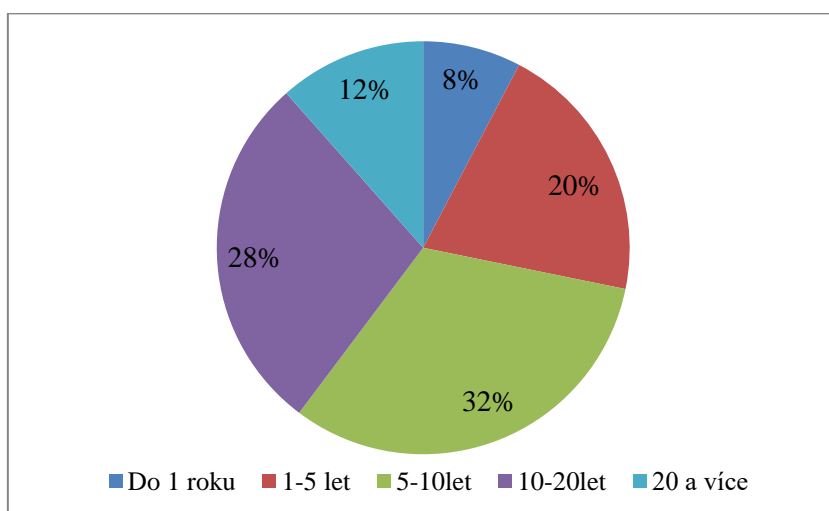
Tabulka 1 - Věkové rozložení respondentů



Obrázek 2 - Věkové rozložení

Věk respondentů je rozdělen celkem do pěti věkových kategorií. První kategorii tvoří respondenti, kterým je méně než 20 let. Druhou kategorií tvoří respondenti ve věku od 21 – 30 let. Ve třetí kategorii jsou věkové skupiny od 31 – 45 let, ve čtvrté od 46 – 60 let a poslední kategorii tvoří respondenti, kterým je 61 let a více. Z výše vyobrazené tabulky a výšečového diagramu je patrné, že první věkovou kategorií netvoří ani jeden respondent. Druhou kategorií tvoří 8,97 % (n = 7). Největší zastoupení má třetí kategorie, která činí 44,87 % (n = 35) a čtvrtá 41,03 % (n = 32). Poslední kategorii tvoří 5,13 % (n = 4) respondentů.

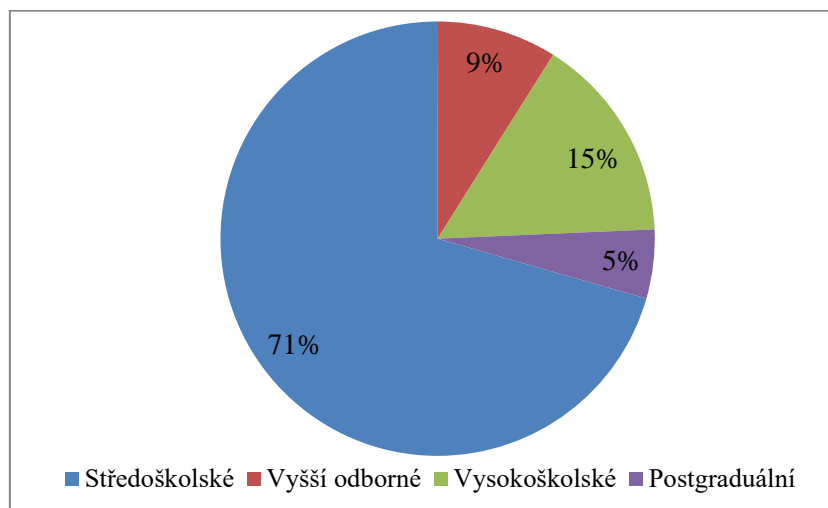
Otázka č. 3 – Délka odborné praxe v oboru paliativní péče



Obrázek 3- Délka odborné praxe

Na otázku o délce odborné praxe v oboru paliativní péče uvedlo 6 respondentů (7,69 %) své působení do 1 roku, 16 respondentů (20,51 %) pracuje v oboru 1 – 5 let, dalších 25 respondentů (32,05 %) v rozmezí 5 – 10 let. 22 respondentů (28,21 %) se paliativní péčí zabývá 10 – 20 let a 9 respondentů (11,54 %) uvádí dokonce 20 let a více.

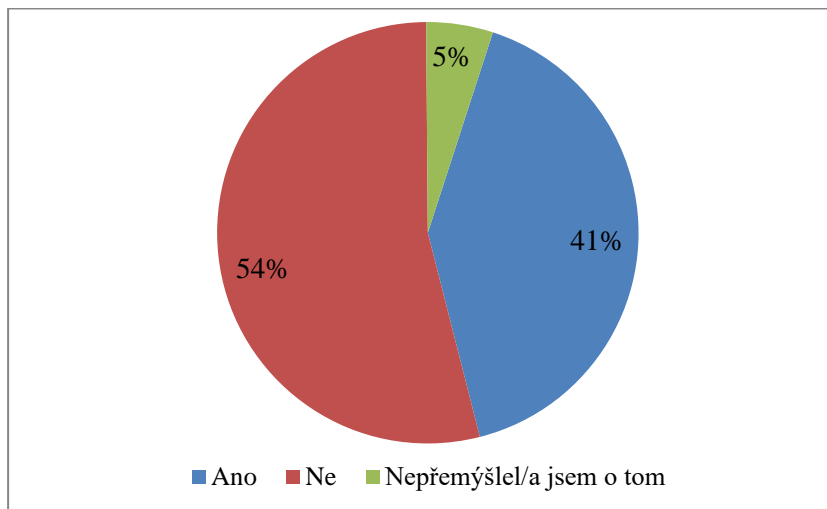
Otázka č. 4 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Obrázek 4- Nejvyšší dosažené vzdělání

U otázky číslo čtyři měli respondenti na výběr z celkem ze čtyř možností. První možnost byla středoškolské vzdělání, dále vyšší odborné, poté vysokoškolské a nakonec postgraduální specializační studium. Z výšečového diagramu vyplývá, že nejčastěji vyskytujícím se vzděláním je středoškolské, které tvoří 71 % (n = 55). Jako další následuje vysokoškolské vzdělání – 15 % (n = 12). Vyšší odborné vzdělání uvedlo 9 % (n = 7) respondentů. Čtvrtou možnost uvedlo 5 % (n = 4) respondentů.

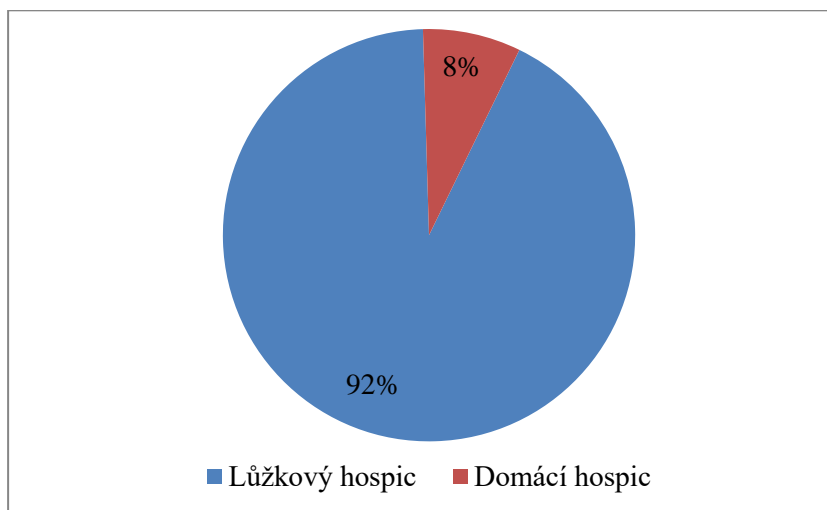
Otázka č. 5 – **Jste věřící?**



Obrázek 5- *Víra respondentů*

Z výšečového diagramu je patrné, že celkem 54 % (n = 42) respondentů udává, že je věřící. Dále 41 % (n = 32) procent není a zbylé 4 % (n = 4) o tom nepřemýšlela.

Otázka č. 6 – **Na jakém pracovišti pracujete?**



Obrázek 6 - Pracoviště respondentů

V otázce č. 6 měli respondenti na výběr ze čtyř odpovědí. První odpověď byla lůžkový hospic, další domácí hospic, dále stacionární anebo měli možnost odpovědi jiné. Respondenti ovšem volili pouze mezi první a druhou odpovědí, proto jsem dala do výšečového diagramu

jen tyto odpovědi. Celkem 92 % (n = 72) uvedlo, že pracuje v lůžkovém hospici a 8 % (n = 6) pracuje v domácím hospici.

Otázka č. 7 – Co znamená pojem paliativní péče?

Co znamená pojem paliativní péče?	Absolutní/ relativní četnost	SZŠ	VŠ	Celkem
a) Péče o nevléčitelně nemocného či umírajícího směřující k navrácení plného zdraví	n1	0	0	0
	sloupcová četnost	0,00 %	0,00 %	
	celková četnost	0,00 %	0,00 %	0,00 %
b) Péče o nevléčitelně nemocného či umírajícího směřující ne k uzdravení, ale ke zmírnění bolesti a zachování co nejlepší kvality života	n2	58	19	77
	sloupcová četnost	61,05 %	57,58 %	
	celková četnost	45,31 %	14,84 %	60,16 %
c) Péče, která se zabývá pouze vlastní smrtí pacienta	n3	0	0	0
	sloupcová četnost	0,00 %	0,00 %	
	celková četnost	0,00 %	0,00 %	0,00 %
d) Péče o pacienta, která klade důraz na bio-psycho-socio-spirituální potřeby	n4	37	14	51
	sloupcová četnost	48,05 %	18,18 %	
	celková četnost	28,91 %	10,94 %	39,84 %
N	celková četnost	95	33	128
%		74,22 %	25,78 %	100,00 %

Tabulka 2 – Pojem paliativní péče

U této otázky byla možnost zaškrtnout více odpovědí. Při vyhodnocení byli respondenti rozděleni na středoškolsky vzdělané, s vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním, pro zjištění, jaké mají povědomí o paliativní péči. V této otázce jsou dvě správné odpovědi, a to odpověď b) a d). Ani jedna skupina respondentů nevolila špatné odpovědi a) a c). Ze všech 128 odpovědí (100 %) volilo 60,16 % (n = 77) respondentů odpověď b) a 39,84 % (n = 51) respondentů volilo odpověď d).

Otázka č. 8 – Na jakou oblast klade důraz paliativní péče?

Na jakou oblast klade důraz paliativní péče?	Absolutní/ relativní četnost	SŠ	VŠ	Celkem
a) Zdravotní	n1	55	17	72
	sloupcová četnost	25,23 %	22,97 %	
	celková četnost	18,84 %	5,82 %	24,66 %
b) Psychická	n2	59	19	78
	sloupcová četnost	27,06 %	25,68 %	
	celková četnost	20,21 %	6,51 %	26,71 %
c) Sociální	n3	55	19	74
	sloupcová četnost	25,23 %	25,68 %	
	celková četnost	18,84 %	6,51 %	25,34 %
d) Spirituální	n4	49	19	68
	sloupcová četnost	22,48 %	25,68 %	
	celková četnost	16,78 %	6,51 %	23,29 %
N	celková četnost	218	74	292
%		74,66 %	25,34 %	100,00 %

Tabulka 3 - Výběr oblasti kladoucí důraz na paliativní péči

I u této otázky měli respondenti na výběr z více možností. Z celkem 292 odpovědí (100 %) vybralo 24,66 % (n = 72) respondentů odpověď „Zdravotní oblast“, dále 26,71 % (n = 78) „Psychická oblast“, poté 25,34 % (n = 74) „Sociální oblast“ a nejméně 23,29 % (n = 68) vybralo odpověď „Spirituální oblast“.

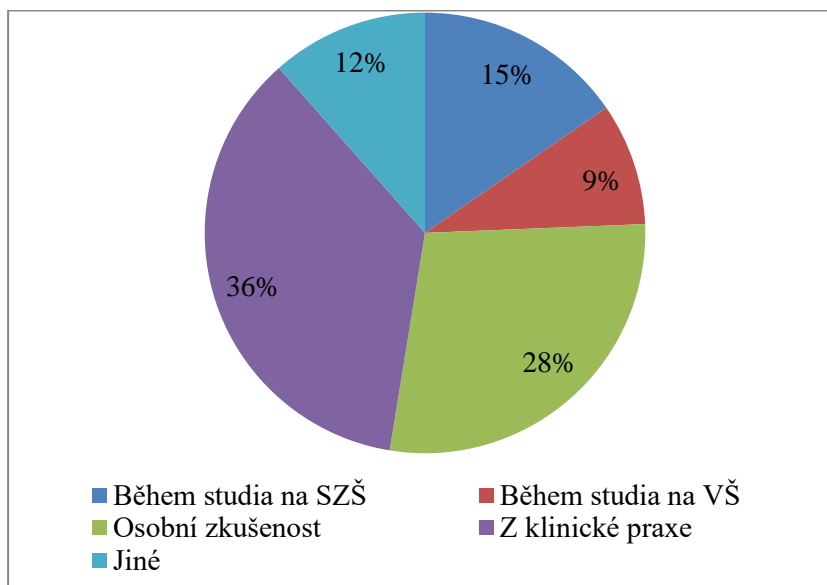
Otázka č. 9 – Na jakých odděleních je poskytována paliativní péče?

Oddělení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Onkologické	58	17,21 %
Dětské	24	7,12 %
Hospic	78	23,15 %
Interní	31	9,20 %
Chirurgické	24	7,12 %
Intenzivní lůžka	22	6,53 %
Sociální lůžka	35	10,39 %
Ortopedické	21	6,23 %
LDN	39	11,57 %
Jiné	5	1,48 %
Celkový počet odpovědí (n)	337	100,00 %

Tabulka 4 - Oddělení poskytující paliativní péči

Jednoznačně všichni respondenti se shodli, že paliativní péče je poskytována v hospici. Tato odpověď tvoří 23,15 % (n = 78), následuje onkologické oddělení - 17,21 % (n = 58), dále léčebny dlouhodobě nemocných - 11,57 % (n = 39), sociální lůžka 10,39 % (n = 35), interní oddělení 9,20 % (n = 31). Se stejným počtem odpovědí se jako další řadí dětské oddělení - 7,12 % (n = 24) a chirurgické oddělení - 7,12 % (n = 24). Mezi poslední se řadí intenzivní lůžka – 6,53 % (n = 22) a ortopedické oddělení - 6,23 % (n = 21). Respondenti také mohli využít odpověď jiné. Tuto odpověď využilo jen velice málo z nich. Mezi nejčastější připomínky, které se u této odpovědi vyskytovaly, byly především, že by měla být paliativní péče poskytována na všech odděleních, ovšem rozchází se teorie z praxí.

Otázka č. 10 – Kdy jste se poprvé setkal/a s pojmem „Paliativní péče“?



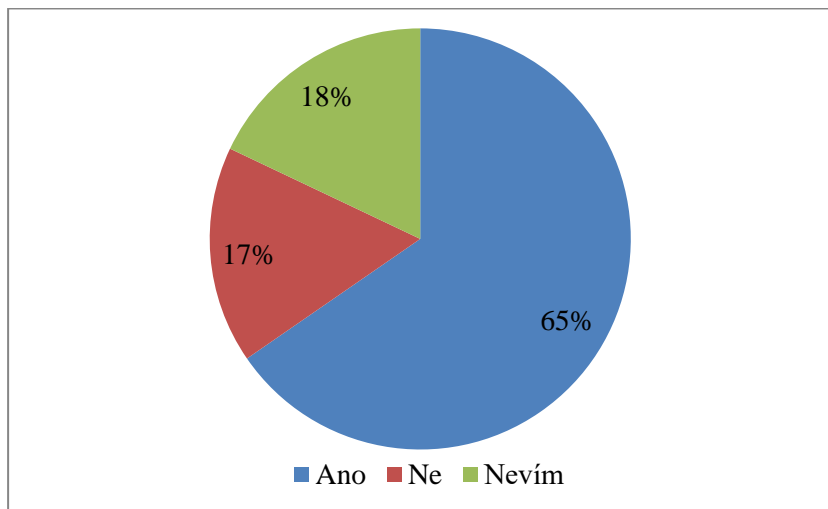
Obrázek 7 - První setkání respondentů s pojmem paliativní péče

Kdy jste se poprvé setkal/a s pojmem?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Během studia na SZŠ	12	15,38 %
Během studia na VŠ	7	8,97 %
Osobní zkušenost	22	28,21 %
Z klinické praxe	28	35,90 %
Jiné	9	11,54 %

Tabulka 5 - První setkání s pojmem paliativní péče

S pojmem „paliativní péče“ se nejčastější respondenti setkali v klinické praxi 35,90 % (n = 28). 28,21 % (n = 22) respondentů se o paliativní péči dozvědělo díky osobní zkušenosti. Díky studiu na střední škole se o paliativní péči dozvědělo celkem 15,38 % (n = 12), následovala odpověď jiné - 11,54 % (n = 9). Nejméně respondentů se s pojmem setkala během studia na vysoké škole 8,97 % (n = 7). U odpovědi „Jiné“ respondenti mohli doplnit, kde se s pojmem setkali. Mezi nejčastějšími odpověďmi byly: ze seminářů a přednášek, dále při nástupu do zaměstnání nebo z internetových stránek

Otázka č. 11 – **Byl/a jste seznámen/a s legislativou v oblasti paliativní péče?**



Obrázek 8 – Legislativa

Nadpoloviční většina respondentů – 65 % (n = 51) uvedla, že byla seznámena s legislativou v oblasti paliativní péče. 18 % (n = 14) respondentů uvedlo, že neví, jestli byli seznámeni a 17 % (n = 13) uvedlo odpověď „Ne“.

Otázka č. 12 – V jaké legislativě je ukotvena paliativní péče?

V jaké legislativě je ukotvena paliativní péče?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Práva pacientů	7	7,61 %
Charta práv umírajících	11	11,96 %
Ústava ČR	7	7,61 %
Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu	42	45,65 %
Úmluva o lidských právech a biomedicíně	9	9,78 %
Standardy ošetrovatelské péče	8	8,70 %
Nevím	7	7,61 %
Jiné	1	1,09 %
Celkový počet odpovědí (n)	92	100,00 %

Tabulka 6 - Ukotvení paliativní péče v legislativě

Tato otázka byla výběrová, odpovídali na ni pouze ti respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli „Ano“. Celkem na otázku č. 12 odpovídalo 51 respondentů. Respondenti odpovídali na to, v jaké legislativě je ukotvena paliativní péče. Celkem bylo zvoleno 92 odpovědí. Nejčastěji byla uváděna *odpověď* „Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu“ - 45,65 % (n = 42). V 11,96 % (n = 11) byla uváděna *odpověď* „Charta práv umírajících“. V 9,78 % (n = 9) byla zvolena *odpověď* „Úmluva o lidských právech a biomedicíně“, dále „Standardy ošetrovatelské péče“ - 8,70 % (n = 8). Procentuální shodu měly odpovědi „Práva pacientů“ a „Ústava ČR“ a *odpověď* „Nevím“ - 7,61 % (n = 7). Jeden respondent uvedl *odpověď* „Jiné“ - 1,09 % (n = 1).

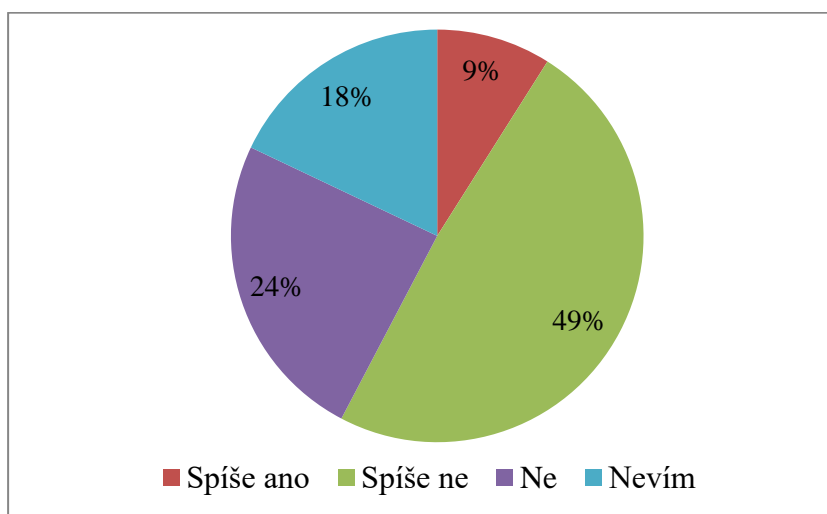
Otázka č. 13 – **Kdo si myslíte, že je oprávněn rozhodovat o převedení pacienta na paliativní léčbu?**

Kdo si myslíte, že je oprávněn rozhodovat o převedení pacienta na paliativní léčbu?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Lékař	78	43,09 %
Sestra	12	6,63 %
Pacient	52	28,73 %
Rodina	19	10,50 %
Pacienta, který o sobě nemůže rozhodovat (např. pokud je v kómatu) se netýká, pokud předem nevyjádřil svoji vůli	0	0,00 %
Na zástupní osobě	20	11,05 %
Jiní	0	0,00 %
Celkový počet odpovědí (n)	181	100,00 %

Tabulka 7 - Oprávnění na převedení pacienta do paliativní péče

I v otázce číslo devět měli respondenti na výběr z více odpovědí. Všichni respondenti se shodli u otázky kdo je oprávněn rozhodovat o převedení pacienta na paliativní péči na odpovědi „Lékař“ - 43,09 % (n = 78). Další nejčastější odpovědí byla „Pacient“ - 28,73 % (n = 52). 11,05 % (n = 20) respondentů označilo odpověď „Na zástupné osobě, kterou označil pacient předem“ a 10,50 % (n = 19) respondentů označilo odpověď „Rodina“. Odpověď „Sestra, jako součást ošetrovatelského týmu“ zvolilo 6,63 % respondentů (n = 12). Nulové zastoupení měla odpověď „Pacienta, který o sobě nemůže rozhodovat (např. pokud je v kómatu) se netýká, pokud předem nevyjádřil svoji vůli“, a také odpověď „Jiní“.

Otázka č. 14 – Považujete vzdělanostní přípravu na středních a vysokých školách v péči o umírající během studia za dostačující?



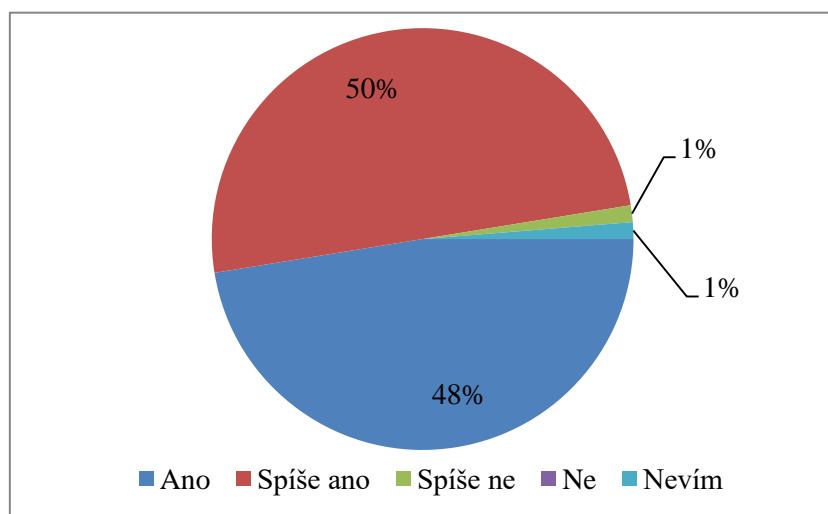
Obrázek 9 - Studijní příprava na školách

Považujete přípravu na středních a vysokých školách v péči o umírající během studia za dostačující?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	0	0,00 %
Spíše ano	7	8,97 %
Spíše ne	38	48,72 %
Ne	19	24,36 %
Nevím	14	17,95 %

Tabulka 8 - Studijní příprava na školách

Respondenti mohli vybírat z celkem pěti odpovědí. Do výšečového diagramu jsem nezařadila první odpověď „Ano“, protože ani jeden respondent nezvolil tuto možnost. Největší množství respondentů se domnívá, že příprava spíše není dostačující – 48,72 % (n = 38). Dále 24,36 % (n = 19) se domnívá, že vzdělanostní příprava není vůbec dostačující. Na odpovědi „Nevím“ se shodlo 17,95 % (n = 14) a pouze 8,97 % (n = 7) si myslí, že spíše ano.

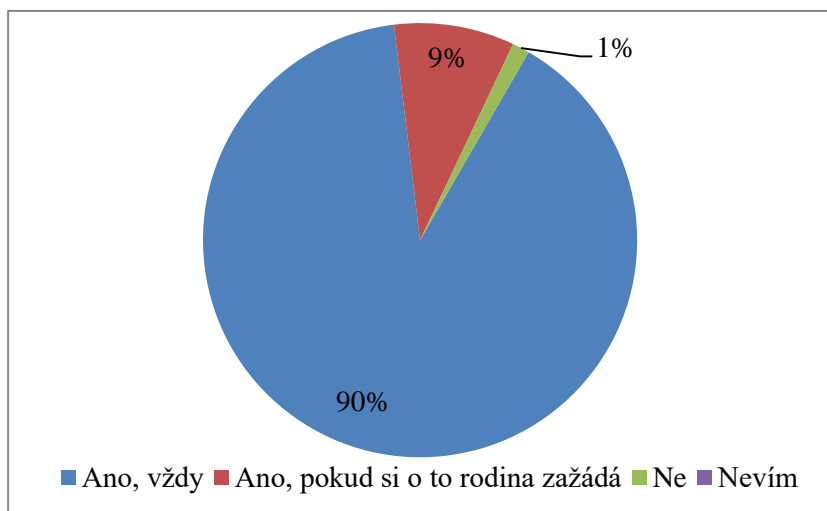
Otázka č. 15 - **Domníváte se, že vzdělávací akce (odborné konference, semináře) jsou přínosem pro zvyšování kvality poskytování paliativní péče v hospicích?**



Obrázek 10 - Vzdělávací akce v rámci paliativní péče v hospicích

Polovina všech dotazovaných ($n = 39$) se domnívá, že vzdělávací jsou spíše přínosné pro zvyšování kvality péče. V těsné návaznosti 48 % ($n = 37$) odpovídali respondenti, že jsou určitě přínosné. Jen 1 % ($n = 1$) odpovědělo, že buďto neví nebo že spíše nejsou. Ani jeden respondent neuvedl, že určitě nejsou.

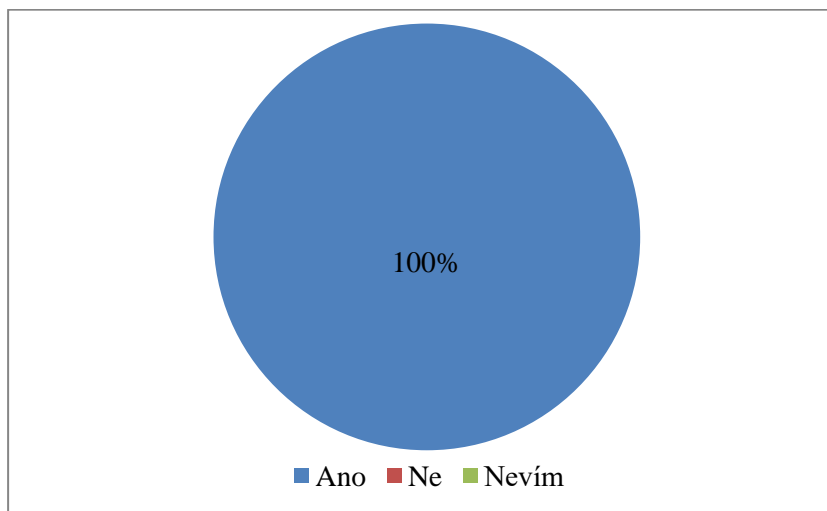
Otázka č. 16 – **Věnuje se ve Vašem zařízení v rámci poskytování paliativní péče i o pozůstalé?**



Obrázek 11 - Péče o pozůstalé v zařízení, ve kterém pracují respondenti

Téměř většina respondentů (90 %; n = 70) uvádí, že zařízení, ve kterém pracují, poskytuje péči o pozůstalé vždy jako rutinní součást péče. 9 % respondentů (n = 7) uvedlo, že jejich zařízení poskytuje péči, pouze pokud si o ni rodinní příslušníci zažádají. Jen 1 % (n = 1) respondentů uvedlo, že takovou službu jejich zařízení neposkytuje.

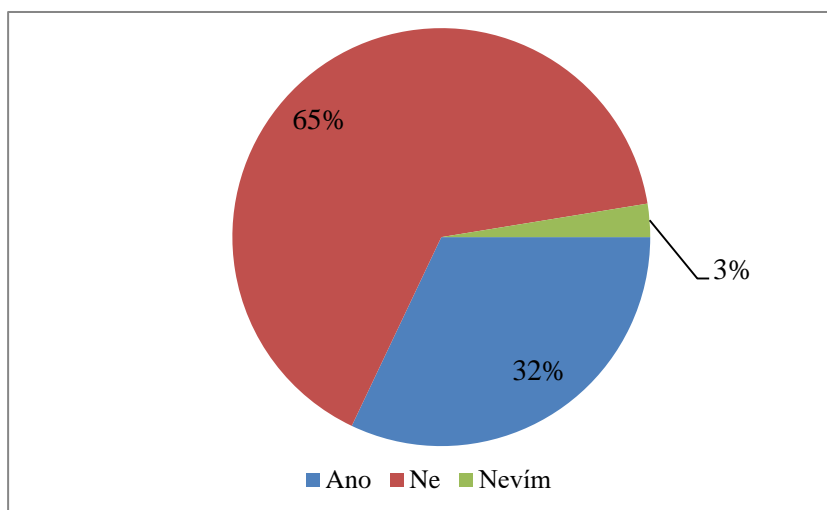
Otázka č. 17 - **Máte možnost dopřát rodinným příslušníkům chvíli o samotě se zemřelým?**



Obrázek 12 - Možnost samoty příbuzných s tělem zemřelého

Z grafu jednoznačně vyplývá, že všechna zařízení umožňují rodinným příslušníkům dopřát chvíli o samotě s tělem zemřelého.

Otázka č. 18 - **Ovlivnila Vás konkrétní situace např.: smrt blízkých, přátel pro výběr tohoto povolání?**

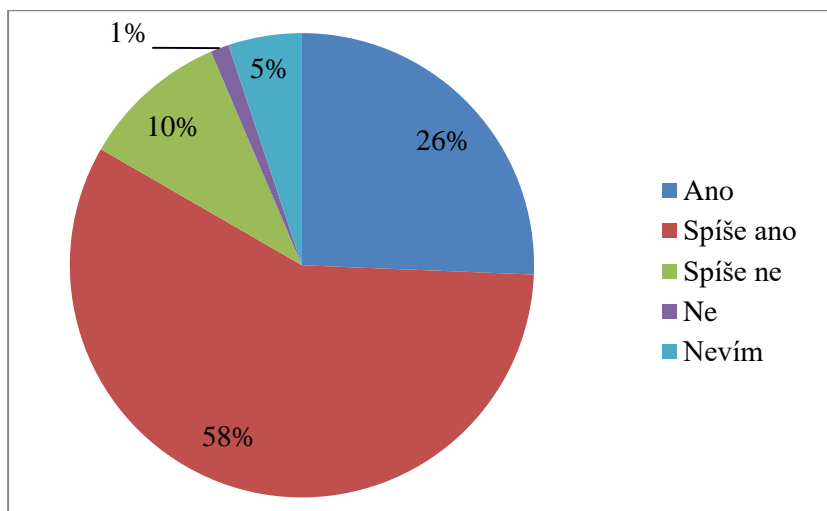


Obrázek 13 - Konkrétní situace pro výběr povolání

V následující otázce jsem se respondentů dotazovala, zdali je ovlivnila konkrétní životní situace pro to, aby se rozhodli pro práci v hospici. Nadpoloviční většina dotazovaných

– 65 % (n = 51) uvedla, že je konkrétní situace neovlivnila, dále 32 % (n = 25) ovlivnila a 3 % (n = 2) respondentů uvedla odpověď „Nevím“.

Otázka č. 19 – **Myslíte si, že jsou pro Vás pracovní podmínky dostatečně motivující?**



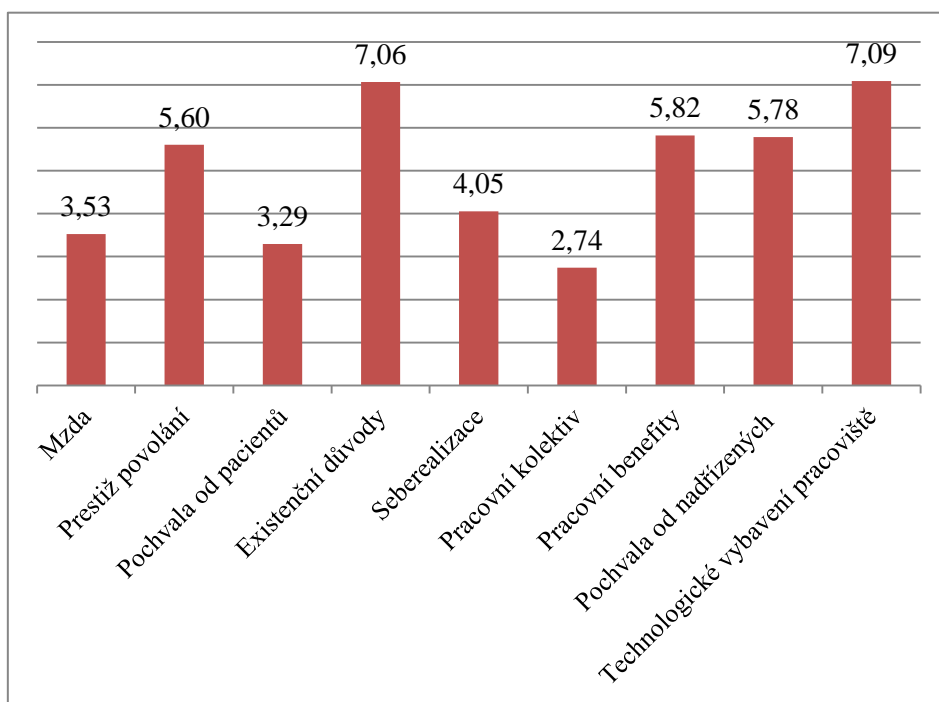
Obrázek 14 - Motivační podmínky na pracovišti

Myslíte si, že jsou pro Vás pracovní podmínky dostatečně motivující?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	20	25,64 %
Spíše ano	45	57,69 %
Spíše ne	8	10,26 %
Ne	1	1,28 %
Nevím	4	5,13 %

Tabulka 9 - Motivační podmínky v zaměstnání

Motivační podmínky pro práci jsou bezpochyby důležité pro zvyšování efektivity vykonané práce. Respondenti volili odpověď „*Spíše ano*“ v 57,69 % (n = 45). Méně často „*Ano*“ v 25,64 % (n = 20). Následovalo „*Spíše ne*“ v 10,26 % (n = 8). Dále odpověď „*Nevím*“ v 5,13 % (n = 4). A nejmenší zastoupení měla odpověď „*Ne*“ v 1,28 % (n = 1).

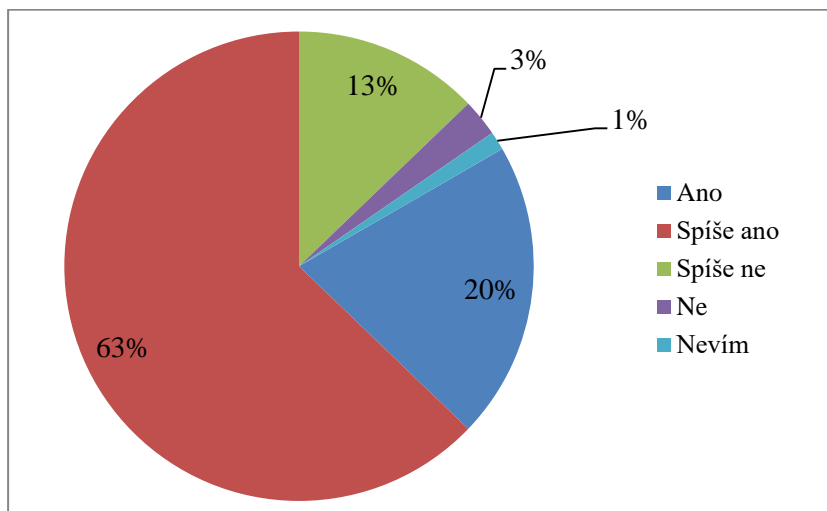
Otázka č. 20 – Seřad'te prosím podle vlastního cítění jednotlivé pojmy, kdy číslo 1 znamená nejvyšší důležitost a číslo 9 nejmenší důležitost:



Obrázek 15 - Seřazení pojmů dle vlastního cítění

U této otázky respondenti seřazovali výše uvedené pojmy podle důležitosti pro ně samé. U každé z odpovědí byly sečteny číselné odpovědi od každého z respondentů a následně z nich byl vypočten průměr, který je zobrazen v sloupcovém diagramu. Jako nejméně důležité se pro respondenty jevíly dvě z odpovědí: „Technologické vybavení“ s průměrem 7,09 a „Existenční důvody“ s průměrem 7,06. Dále následovaly odpovědi: „Pracovní benefity“ s průměrem 5,82; „Pochvala od nadřízených“ s průměrem 5,78 a „Prestiž povolání“ s průměrem 5,60. S průměrem 4,05 byla označena odpověď „Seberealizace“. Jako třetí nejpodstatnější, s průměrem 3,53, byla odpověď „Mzda“. Jako druhá, s průměrem 3,29; odpověď „Pochvala od pacientů.“ Jako nejdůležitější pojem respondenti zařadili „Pracovní kolektiv“, s průměrem 2,74.

Otázka č. 21 - **Domníváte se, že je Vaše práce dostatečně oceněna ze strany pacientů a jejich rodin?**



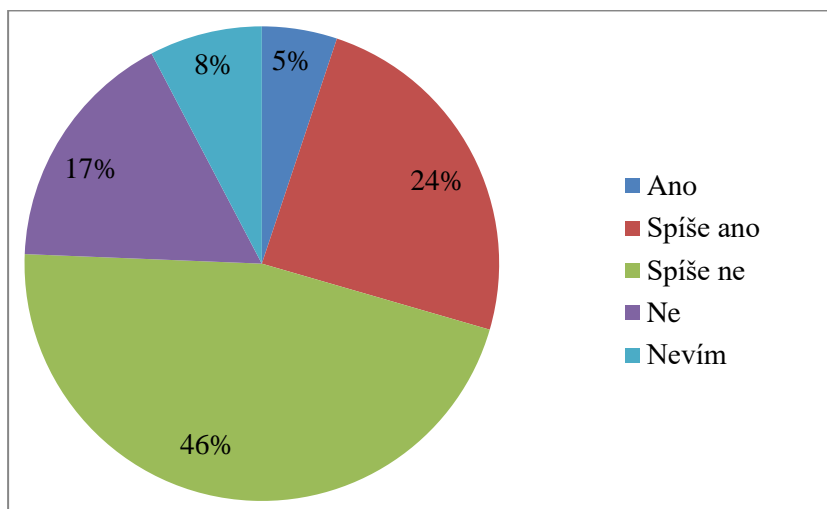
Obrázek 16 - Ocenění respondentů ze strany rodin

Domníváte se, že je Vaše práce dostatečně oceněna ze strany pacientů a jejich rodin?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	16	20,51 %
Spíše ano	49	62,82 %
Spíše ne	10	12,82 %
Ne	2	2,56 %
Nevím	1	1,28 %

Tabulka 10 - Ocenění respondentů ze strany rodin

Na tuto otázku odpovídali respondenti v 62,82 % „*Spíše ano*“ (n = 49) a v 20,51 % „*Ano*“ (n = 16). Odpověď „*Spíše ne*“ volily v 12,82 % (n = 10) a „*Ne*“ v 2,56 % (n = 2). Pouze jeden respondent uvedl odpověď „*Nevím*“. V této otázce jednoznačně převažují kladné odpovědi oproti záporným.

Otázka č. 22 - Myslíte si, že jste ve Vaší práci dostatečně finančně ohodnocen/a?



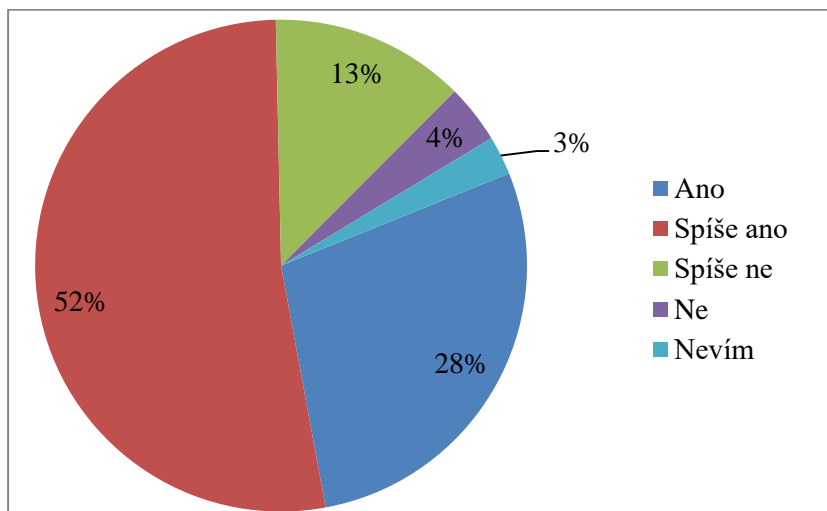
Obrázek 17 - Finanční ohodnocení

Myslíte si, že jste ve Vaší práci dostatečně finančně ohodnocen/a?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	4	5,13 %
Spíše ano	19	24,36 %
Spíše ne	36	46,15 %
Ne	13	16,67 %
Nevím	6	7,69 %

Tabulka 11 - Finanční ohodnocení

Celkem 46,15 % (n = 36) respondentů se cítí spíše nedostatečně finančně ohodnocena. Dále 24,36 % (n = 19) vnímá finanční ohodnocení jako spíše dostačující. S počtem 16,67 % (n = 16) se shodli respondenti na odpovědi, že určitě nejsou dostatečně ohodnoceni a 7,69 % (n = 6) udává, že neví. Nejmenší počet 5,13 % (n = 4) ze všech uvádí, že je dostatečně ohodnocena. Oproti předchozí otázce se zde vyskytují spíše negativní odpovědi.

Otázka č. 23 - Ovlivňuje pracovní prostředí a vybavení pracoviště Vaši motivaci k výkonu práce?



Obrázek 18 - Pracovní prostředí a vybavení

Až polovinu všech respondentů, přesněji 52,56 % (n = 41) spíše ovlivňuje pracovní prostředí a vybavení pracoviště. Odpověď „Ano“ zvolilo 28,21 % (n = 22). Méně často se objevovala odpověď „Spíše ne“, kterou uvedlo 12,82 % (n = 10) a odpověď „Ne“ v 3,85 % (n = 3). Pouze 2,56 % (n = 2) neví, jestli je prostředí a vybavení ovlivňuje jejich motivaci k práci.

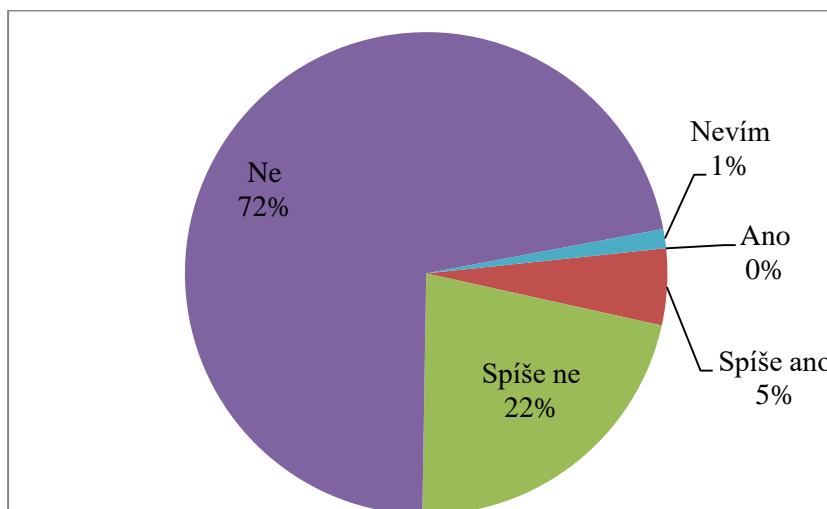
Otázka č. 24 - Co vnímáte jako největší demotivační faktor při poskytování paliativní péče?

Co vnímáte jako největší demotivační faktor při poskytování paliativní péče? (možnost více odpovědí)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Dlouhodobá péče o pacienty	10	7,69 %
Nadměrná administrativní činnost	32	24,62 %
Komunikace s umírajícím	1	0,77 %
Komunikace s rodinou	18	13,85 %
Smrt jako taková	8	6,15 %
Nejisté financování služeb	14	10,77 %
Pracovní kolektiv	5	3,85 %
Směnný provoz	2	1,54 %
Nízký sociální status	24	18,46 %
Žádný	6	4,62 %
Jiné	10	7,69 %
Celkový počet odpovědí (n)	130	100,00 %

Tabulka 12 - Demotivační faktory

U této položky byla možnost zaškrtnout více odpovědí. Celkem bylo zvoleno 130 odpovědí (100 %) u 78 respondentů. Jako největší demotivační faktor při poskytování paliativní péče vnímají nadměrnou administrativní činnost 24,62 % (n = 32). Následovala odpověď „Nízký sociální status“ 18,46 % (n = 24). „Komunikaci s rodinou“ volilo 13,85 % (n = 18). 10,77 % respondentů uvedlo, že je trápí nejisté financování služeb. Dlouhodobou péči o pacienty vnímá negativně 7,69 % (n = 10). Odpověď „Smrt jako taková“ volilo 6,15 % (n = 8). Méně časté odpovědi byly „Pracovní kolektiv“ - 3,85% (n = 5), dále „Směnný provoz“ - 1,54% (n = 2) a „Komunikace s umírajícím“ - 0,77% (n = 1). Žádný demotivační faktor uvedlo 4,62% (n = 6). V otázce byla také možnost odpovědi „Jiné“, kde se respondenti opět mohli sami vyjádřit. Mezi nejčastějšími odpověďmi byly: Špatná spolupráce s pojišťovny nebo praktickými lékaři, nízká dostupnost mobilních hospiců, poskytování nekvalitní péče nebo neúplný tým. Také se objevily odpovědi, že pacienti přicházejí příliš pozdě do hospiců, nebo že uvádění teoretických poznatků do praxe je příliš pomalá (legislativní překážky).

Otázka č. 25 - Vnímáte umírání a smrt jako demotivační faktor ve Vašem povolání?



Obrázek 19 - Smrt jako demotivační faktor

Vnímáte umírání a smrt jako demotivační faktor ve Vašem povolání?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	0	0,00 %
Spíše ano	4	5,13 %
Spíše ne	17	21,79 %
Ne	56	71,79 %
Nevím	1	1,28 %

Tabulka 13 - Smrt jako demotivační faktor

Práci s umírajícími a samotnou smrt v naprosté většině 71,79 % (n = 56) pracovníci nevnímají jako demotivační faktor. 21,79 % (n = 17) zvolilo odpověď „Spíše ne“. Pouze 5,13 % (n = 4) uvedlo odpověď „Spíše ano“. Jeden pracovník (1,28 %) odpověděl „Nevím“.

Otázka č. 26 - **Jaké konkrétní změny byste uvítali pro Vaši vyšší motivaci v oblasti paliativní péče?**

Jaké konkrétní změny byste uvítali pro Vaši vyšší motivaci v oblasti paliativní péče?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně administrativy	35	14,64 %
Zlepšení komunikace s pacientem	3	1,26 %
Zlepšení komunikace s rodinou	17	7,11 %
Více času pro pacienty	24	10,04 %
Lepší pracovní kolektiv	3	1,26 %
Vyšší platové ohodnocení	34	14,23 %
Zvýšení sociální prestiže	40	16,74 %
Změny v hrazení paliativní péče	39	16,32 %
Možnost zúčastnit se více odborných akcí	13	5,44 %
Změna pracovní doby	7	2,93 %
Změny ve vzdělávání	19	7,95 %
Žádné	2	0,84 %
Jiné	3	1,26 %
Celkový počet odpovědí (n)	239	100,00 %

Tabulka 14 - Změny pro vyšší motivaci

Opět v této otázce byla možnost odpovědět více možnostmi. Celkem bylo zvoleno 239 odpovědí (100 %) u 78 respondentů. Na každého z nich vycházely v průměru tři odpovědi. Nejvyšší zastoupení měly dvě odpovědi: „Zvýšení sociální prestiže“ – 16,74 % (n = 40) a „Změny v hrazení paliativní péče“ – 16,32 % (n = 39). Jako další změny by respondenti uvítali „Méně administrativní činnosti“ - 14,64 % (n = 35), „Vyšší platové ohodnocení“ – 14,23 % (n = 34). S podobným počtem odpovědí se sešla odpověď „Změny ve vzdělávání“ – 7,95 % a odpověď „Zlepšení komunikace s rodinou“ - 7,11 % (n = 17). Dále by se respondenti rádi zúčastnili více odborných akcí – 5,44% (n = 13), někteří by uvítali změnu pracovní doby – 2,73 % (n = 7). Se stejným počtem odpovědí se sešly tři možnosti, a to: „Zlepšení komunikace s pacientem“, „Lepší pracovní kolektiv“ a „Jiné“ – 1,26 % (n = 3). Pouze dva respondenti (0,84 %) uvedli, že nepotřebují žádné změny.

12 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Hlavním cílem celé bakalářské práce bylo: *Zjistit povědomí sester o paliativní péči.* Po stanovení hlavního cíle stanovili také dva dílčí cíle a pracovní hypotézy, které se vztahovali k výzkumným otázkám. Zjišťovali jsme, do jaké míry jsou respondenti informováni o základních pojmech v oboru paliativní péče a jak vnímají časovou dotaci na oblast vzdělávání oboru paliativní péče na školách. Dále co je vedlo k tomu, aby si vybrali práci v oboru paliativní péče, jaké jsou jejich motivace k výkonu povolání a co vnímají jako demotivační faktory. Na základě popsané analýzy získaných dat, zde můžeme posoudit, zda se hypotézy potvrdily nebo naopak vyvrátily a jestli bylo dosaženo stanoveného cíle.

Ověření **hypotézy č. 1:** *Předpokládám, že více než polovina sester dokáže charakterizovat pojmy ohledně paliativní péče.* K první hypotéze se vztahovala otázka č. 7. Respondenti měli na výběr celkem ze čtyř odpovědí, z toho dvě byly správné a dvě nesprávné. Ani jeden z respondentů neuvedl špatnou odpověď. Další otázka, která se vztahovala k první hypotéze, byla otázka č. 8. I u této otázky mohli respondenti vybírat z více odpovědí a všechny možnosti byly správné. Z celkového počtu 68 respondentů uvedlo všechny čtyři správné odpovědi, tedy 87,18 % odpovědělo správně. Z toho vyplývá, že hypotéza č. 1 je **potvrzena**.

Ověření **hypotézy č. 2:** *Předpokládám, že více než polovina sester vnímá nízkou časovou dotaci v curriculu pregraduálního vzdělávání v oboru paliativní péče.* K této otázce jsme si stanovili otázky v dotazníku č. 10 č. 14. K potvrzení hypotézy jsme se respondentů dotazovali, kdy se poprvé setkali s pojmem paliativní péče a jaký mají názor na studijní přípravu na středních, vyšších a vysokých školách. Pouze 24 % se s tímto pojmem setkali během studia. Více než 70 % respondentů se domnívá, že studijní příprava není dostačující. Z těchto informací lze říci, že hypotéza č. 2 je **potvrzena**.

Ověření **hypotézy č. 3:** *Předpokládám, že u více než 75 % sester se objevuje alespoň 1 demotivační faktor, který je spojen s péčí o pacienta v paliativní péči.* K této hypotéze jsme si stanovili otázky č. 24 a č. 25. Z výsledků bylo zjištěno, že pouze 6 respondentů, tedy 6,79 % nevnímají žádný demotivační faktor, který je spojen s péčí o pacienta v paliativní péči a 72 respondentů, tedy 92,31 % uvedlo alespoň 1 demotivační faktor. I hypotéza č. 3 byla **potvrzena**.

Ověření **hypotézy č. 4:** *Předpokládám, že většina sester vykonávajících povolání sestry v paliativní péči, jsou motivovány vnější motivací. Záležitostí motivace se zabývali tyto otázky č. 19, 20, 21, 22, 23, 26. Avšak potvrzením třetí hypotézy se zabývala nejvíce otevřená otázka č. 20, ve které respondenti uváděli pojmy, které jsou pro ně nejdůležitější a naopak nejméně důležité. V průměru nejčastěji respondenti na první pozici uvedli odpověď „Pracovní kolektiv“, na druhé pozici „Pochvalu od pacientů“ a na třetí pozici „Mzdu“. Lze tedy říci, že respondenti jsou spíše motivováni vnějšími podněty. Hypotéza č. 4 byla **potvrzena.***

13 DISKUZE

Hlavním cílem bakalářské práce bylo *zjistit jaké je povědomí sester o paliativní péči*. Nyní zde vyhodnotíme zjištěné výsledky z dotazníkového šetření. Otázky 1 – 6 byly věnovány demografickým údajům o daném respondentovi. Tyto otázky byly pouze informativní, avšak dozvěděli jsme se důležitá fakta, jako například, že našeho průzkumu se zúčastnilo celkem 78 respondentů, z nichž byli pouze 3 muži. Z toho můžeme usuzovat, že počet mužů, kteří pracují v hospicích, je několikanásobně menší množství než počet žen. Tento jev si ovšem můžeme vysvětlit i tím, že ve zdravotnictví pracuje celkově daleko méně mužů než žen, co se týče nelékařského zdravotnického personálu. V současné době se tento trend mění a mužů coby nelékařů přibývá, což může být velice přínosné a pozitivní pro české zdravotnictví. I Česká asociace sester (2016), ve své tiskové zprávě uvádí zvyšující se zájem mužů o nelékařské zdravotnické obory.

Dále bylo zjištěno, že v námi vybraných hospicových zařízeních pracují spíše respondenti, kterým je více než 30 let a mají středoškolské vzdělání. Délku odborné praxe nejvíce udávali v rozmezích od 5 do 10 let a od 10 do 20 let. Ačkoliv v České republice není vysoké procento věřících lidí, téměř polovina respondentů uvedla, že je věřící. Poslední průzkumy ČSÚ (2014) ukazují, že pouhá pětina obyvatel ČR je věřících, proto je překvapivé, že v námi vybraných hospicích pracuje velké množství věřících pracovníků. Je možné, že právě víra je jedním z faktorů, které umožňují respondentům se lépe vyrovnat s doprovázením nemocných a se smrtí jedinců.

První výzkumnou otázkou jsme chtěli zjistit „*Jaké je povědomí sester pečujících o pacienty v paliativní péči v oblasti legislativy?*“ S touto otázkou souvisely především dvě otázky v dotazníku, a to otázka č. 11 a č. 12.

Nejprve jsme se respondentů zeptali, zdali dokáží definovat pojem paliativní péče (otázka č. 7). V otázce byly dvě správné (odp. B a D) a dvě nesprávné odpovědi (odp. A a C). Příjemným překvapením bylo, že se neobjevila ani jedna špatná odpověď. Větší množství odpovědí se objevilo u odpovědi b), tedy že se jedná o péči o nevléčitelně nemocné či umírající, která směřuje ne k uzdravení, ale ke zmírnění bolesti a zachování co nejlepší kvality života (Marková, 2010). Méně častá byla odpověď d), tedy péče o pacienta, která klade důraz na bio-psycho-socio-spirituální potřeby. Na tyto čtyři potřeby poukazuje Šamánková (2011) a zdůrazňuje, že je důležité brát ohled na všechny oblasti.

Otázkou č. 9 jsme chtěli zjistit, jestli respondenti dokáží odpovědět na otázku „na jakých odděleních je poskytována paliativní péče“. Bužgová (2015) uvádí, že základní formu paliativní péče by měl poskytovat každý lékař a nelékařský zdravotnický pracovník a každé zdravotnické zařízení. U této otázky bylo překvapující, že jen malé procento respondentů uvedlo všechny odpovědi, které byly ovšem správně. Avšak všichni uvedli, že paliativní péče je poskytována v hospicích. Vyšší procento odpovědí se objevilo u odpovědí: „Onkologické oddělení“, „Léčebny dlouhodobě nemocných“, „Sociální lůžka“ a „Interní oddělení“. O něco méně, ale v podobném počtu se objevily odpovědi: „Dětské oddělení“, „Chirurgické oddělení“, „Intenzivní lůžka“ a „Ortopedické oddělení“.

Cílem otázky č. 11 bylo zjistit, jestli respondenti byli seznámeni s legislativou v oblasti paliativní péče. Nadpoloviční většina odpověděla, že ano. Ale také se objevovaly odpovědi „Ne“ nebo „Nevím“. Každý pracovník, který se zabývá a pracuje v určitém oboru, v našem případě paliativní péčí, by měl být seznámen s danou legislativou. V případě, že nebyl seznámen ve škole, tak je mnoho jiných možností, jak se o dané problematice dozvědět více informací např.: formou celoživotního vzdělávání sester (odborné stáže, konference, semináře, kongresy atd.).

Otázka č. 12 navazovala na předchozí otázku a jejím cílem bylo zjistit, jestli ví, v jaké legislativě je paliativní péče ukotvena. Na otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří na předchozí odpověděli, že byli seznámeni s legislativou a mohli vybírat jednu a více odpovědí. Nejvíce respondenti uváděli odpověď „Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu“, ve které skutečně je ukotvena legislativa paliativní péče. Vyskytovaly se, ale i další odpovědi jako „Úmluva o lidských právech a biomedicíně“, „Charta práv umírajících“, „Standardy ošetrovatelské péče“, „Práva pacientů“ a „Ústava ČR“. Někteří respondenti dokonce uváděli odpověď „Nevím.“ I přes to, že se nejčastěji objevovala správná odpověď, nelze ji brát za platnou. Tato otázka byla vybrána záměrně, avšak byla zavádějící, neb se název paliace vyskytoval v názvu. Díky tomu se můžeme domnívat, že odpověď byla zvolena právě jako nejčastější. Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 se týká především intenzivní péče a pokud se vrátíme k otázce č. 9, kde jsme se respondentů ptali, na jakých odděleních je poskytována paliativní péče, tak velmi málo jedinců odpovědělo, že je poskytována na intenzivních lůžkách. I z toho můžeme usuzovat, že otázka č. 12 není validní. Proto je vhodné znovu zmínit důležitost vysokoškolského vzdělávání a celoživotního

vzdělávání, které rozšiřují odborné znalosti a dovednosti sester ve svém oboru (Černá – Šípková, 2007).

Otázka č. 8 se zaměřila na teoretickou znalost respondentů, a to „*na jaké oblasti klade důraz paliativní péče*“. Cílem paliativní péče je komplexní léčba, tedy léčba, která se zaměřuje jak na fyzickou, psychickou, sociální, tak i spirituální stránku člověka. Podle Slámy (2011) lze na paliativní péči pohlížet jako na organizovanou péči, která klade důraz na bio-psycho-socio-spirituální potřeby jedince a vychází z individuálních potřeb a přání jednotlivce a respektuje hodnotové priority. Otázka obsahovala všechny tyto čtyři odpovědi, tudíž všechny byly správně. Nejvyšší procentuální zastoupení měla oblast psychická, dále sociální, zdravotní a spirituální. Jedná se o zajímavou skutečnost, protože jsme se domnívali, že respondenti, kteří pracují v hospici, označí všechny odpovědi. Další zajímavostí je, že oblast zdravotní se objevila až na třetím místě. Hospicové zařízení je zdravotně-sociální zařízení, a proto bychom očekávali, že pokud se dotazujeme sester z hospicových zařízení, označí zdravotní oblast na prvním místě. U této otázky bychom také mohli zmínit Maslowovu pyramidu lidských potřeb, ve které se uvádí, že uspokojení nižších potřeb je nezbytným předpokladem pro to, aby člověk mohl uspokojit potřebu vyšší. Tedy nejprve je důležité uspokojit základní biologické potřeby. I proto by se oblast zdravotní měla objevit spíše na prvním místě v této otázce (Šamánková, 2011).

Druhou výzkumnou otázkou, jsme se respondentů dotazovali „*Jaký mají sestry názor na časovou dotaci v curriculu pregraduálního vzdělávání v oboru paliativní péče?*“ Pro zjištění jsme se nejprve respondentů zeptali, kdy se poprvé setkali s pojmem paliativní péče (viz otázka č. 10). Respondenti měli na výběr celkem z pěti odpovědí, kdy pátá odpověď umožňovala odpovědět vlastními slovy. Sečtením odpovědí jsme se dozvěděli, že pouhá čtvrtina tento pojem slyšela buď na střední nebo vyšší či vysoké škole. Vysoké procento respondentů se o paliativní péči dozvědělo z klinické praxe nebo díky osobní zkušenosti. Jiní si vyhledali informace na internetu nebo od známých či z odborných přednášek.

Prostřednictvím otázky č. 14 jsme zjišťovali, jaký názor mají pracovníci na studijní přípravu o paliativní péči a o péči o samotné umírající osoby na školách. Do otázky jsme zahrnuli výuku jak na středních, tak i vyšších nebo vysokých školách. Domnívají se respondenti, že se o paliativní péči dozvěděli dostatečné množství informací nebo je tomu naopak? Vzdělání dotazových je téměř v naprosté většině středoškolské. Jak jsme předpokládali, převažovaly spíše negativní odpovědi. Pouze desetina respondentů uvedla

kladnou odpověď. Otázku ohledně dostatečného studia o pacienty v paliativní péči si položila také Nováková (2013). I u ní převažovaly negativní odpovědi. Až 80 % respondentů uvedla odpověď „*Ne, většinu znalostí jsem získal/a během práce v paliativní péči.*“ Zastáváme názor, že by výuka na školách měla zahrnovat více informací o tom, co vše zahrnuje paliativní péče, jak se má zacházet a komunikovat s umírajícím nebo jak se postarat o mrtvé tělo se všemi náležitostmi.

Do druhé výzkumné otázky můžeme také zahrnout otázku č. 15, jaký mají respondenti názor na vzdělávací akce a zdali jsou přínosem pro zvyšování kvality poskytované péče. Tuto otázku si také ve své diplomové práci kladla Drtinová (2015). Při porovnání výsledků došlo ke shodě. Vzdělávací akce respondenti skutečně shledávají jako přínosné.

První výzkumná otázka se zároveň vztahovala k **prvnímu dílčímu cíli**: *Zmapovat mínění sester o výuce oboru paliativní péče v pregraduálním stupni vzdělávání.* Z odpovědí na otázku je jasné, že paliativní péči na školách, není věnována taková časová dotace, která by byla vhodná, a díky které by se studenti měli možnost dozvědět se více informací o dnes již velmi diskutovaném tématu, jakým je právě paliativní péče.

Třetí výzkumnou otázkou jsme se chtěli dozvědět, jestli se u zaměstnanců, kteří pracují v hospicovém zařízení, vyskytují také demotivační faktory. Práce v paliativní péči je velmi náročná. Pracovníci se setkávají nejen s těžce nemocnými pacienty, ale také se často starají o pozůstalé osoby. Péče o nevléčitelně nemocné vyžaduje od pracovníků určité vzdělání v oboru, osobní vyrovnanost, smíření se s vlastní smrtelností. Spokojenost na pracovišti je tedy nedílnou součástí profese. Výsledky dotazníku poukazují na to, že téměř většina respondentů je spokojena ve svém zaměstnání, ačkoliv poukázali na to, že se cítí být nedostatečně finančně ohodnoceni.

Příznivé pracovní podmínky pozitivně ovlivňují zdraví, motivaci, výsledky, spokojenost a jsou předpokladem úspěšného vykonání práce. Spokojenost na pracovišti je ovlivněna několika faktory a v případě, že dojde k výskytu demotivačních faktorů, může docházet ke snížení výkonnosti na pracovišti a může dojít i k syndromu vyhoření. Samotný syndrom vyhoření vzniká v důsledku dlouhodobého stresu, následně se projeví především psychickým vyčerpáním a ztrátou zájmu o klienty. Proto je důležité se vyvarovat negativním faktorům, a tím přecházet možným rizikům (Pešek, Praško 2016, Plháková 2010).

Otázkou č. 25 jsme chtěli zjistit, jestli respondenti vnímají smrt jako demotivační faktor. Nejspíše každá sestra/bratr se v průběhu své praxe setkali se smrtí, ovšem ti, kteří pracují v hospici, jsou se smrtí konfrontováni patrně častěji než na jiných oddělení. Dle našeho předpokladu téměř většina respondentů nevnímá smrt jako demotivační faktor. Tento fakt si můžeme vysvětlit tím, že pokud se respondenti často setkávají se smrtí, vytvoří se jakýsi „ochranný krunýř“, který jim pomáhá lépe se vyrovnat s odchodem pacientů. Další možností může být také skutečnost, že vysoké procento respondentů je věřících, což jim může dát určité pochopení pro smrt.

Ovšem na to co respondenti vnímají jako demotivační faktor, mohli odpovědět v otázce č. 24, kde měli na výběr z několika možností nebo se mohli samy vyjádřit. V případě, že dojde k výskytu demotivačních faktorů, které mohou vycházet z náročného doprovázení umírajících a blízkých osob, měli by mít zdravotničtí pracovníci možnost konzultovat své starosti s odborníkem. Zároveň by ale každý měl umět pečovat o svou duši a o samu sebe. Je také důležité, aby si dokázali poradit se svými pocity a potřebami.

Nejvíce negativně vnímají nadměrnou administrativní činnost. Jedná se především o problém dnešní doby, kdy je na zdravotnické pracovníky vyvíjen velký tlak a jsou doslova zavaleni administrativní činností. Česká asociace sester spolu s ministerstvem zdravotnictví ve své tiskové zprávě (2017) uvádí, že začínají pracovat na snížení administrativní zátěže u zdravotnických pracovníků. Nicméně také dodává, že zdravotnickou dokumentaci nelze chápat jako zátěž, ale nedílnou součástí profese a to především z důvodu možných nežádoucích sporů.

Jako další se objevovala odpověď „*Nízký sociální status*“. V očích společnosti je profese sestry zajiště na nižší úrovni oproti lékařské profesi, ale i přesto pokud respondenti mají pocit, že mají nízký sociální status, mají možnost to změnit. Téměř většina dotazovaných má pouze středoškolské vzdělání, a to více než polovina, proto zde zůstává otázkou, proč neusilují o vyšší nebo vysokoškolské vzdělání, čímž by dosáhli i vyššího sociálního statusu. Zajímavým zjištěním bylo, že komunikace s rodinou činí dotazovaným větší problém oproti komunikaci se samotným umírajícím. Nejisté financování služeb se ukázalo také jako jeden z problémů. I přesto, že dochází k zvestupu a rozvoji paliativní péče v České republice, tak péče stále není plně hrazena. Dalšími demotivačními faktory byly: dlouhodobá péče o pacienty, špatný pracovní kolektiv nebo směnný provoz. U otázky měli respondenti možnost vypsání vlastních postřehů přímo z praxe. Velmi často poukazovali na problémy

v komunikaci se zdravotními pojišťovny anebo s praktickými a ošetřujícími lékaři. Dále, že je nízká dostupnost mobilních hospiců. V současné době Fórum mobilních hospiců (2019) udává, že se v ČR nachází celkem čtyřicet mobilních hospiců. Můžeme jen doufat, že jich bude i nadále přibývat.

V předchozí otázce respondenti odpovídali, co vnímají jako demotivační faktor. Naopak v otázce č. 26 respondenti uváděli, jaké konkrétní změny by uvítali a které by sloužily k tomu, aby je práce více motivovala. Jako nejvyšší motivaci vidí zvýšení sociální prestiže. Proto bychom měli znovu zdůraznit, že pro zvýšení sociální prestiže, je také důležité vysokoškolské vzdělání. Na druhé pozici se objevila odpověď „*Změny v hrazení paliativní péče ze strany pojišťoven*“. Budeme doufat, že s rozvojem paliativní péče a hospicové péče v ČR postupem času dojde i ke změnám v oblasti hrazení ze strany pojišťoven. V těsné návaznosti by respondenti ocenili méně administrativní činnosti. S touto odpovědí souvisí také další, kde respondenti poukázali na to, že by rádi věnovali více času pacientům. Pokud by došlo ke snížení nároků na administrativní činnost, je možné, že by mohli více času věnovat nemocným.

Vyšší platové ohodnocení by uvítalo vysoké procento respondentů. Dále následovala odpověď „*Změny ve vzdělávání*“. Oblastí vzdělávání jsme se v diskuzi již zabývali. S podobným počtem odpovědí, se setkala odpověď „*Zlepšení komunikace s rodinou*“ a „*Možnost zúčastnit se více odborných akcí*“. Nad otázkou komunikace polemizuje také spisovatelka O'Connor (2005), která zmiňuje, že zdravotničtí pracovníci nemají dostatečné vzdělání, dovednosti a čas, aby komunikovali s umírajícími na takové úrovni, kterou oni potřebují. Také zmiňuje, že pracovníci nemají dostatečné komunikační dovednosti k tomu, aby mohli s nemocnými debatovat o jejich problémech.

Z našich výsledků ovšem vyplývá, že samotní pracovníci nemají problém s pacienty, ale spíše s rodinnými příslušníky. Komunikace s pozůstalými nebo členy rodiny zajisté není jednoduchá, avšak se domníváme, že je značně ovlivněna zkušenostmi a délkou odborné praxe.

Druhým dílčím cílem jsme chtěli zjistit spokojenost sester na pracovišti. I když vysoké procento respondentů uvedlo, že není spokojena se svým finančním ohodnocením, přesto jsou celkově spokojeni na svém pracovišti a podmínky jsou pro ně dostatečně motivující. Prostřednictvím otázky č. 18 jsme zjišťovali, jestli výběr jejich povolání ovlivnila

konkrétní situace, a tím bylo myšleno např.: péče o nevléčitelně nemocného rodinného příslušníka nebo smrt v rodině. Více než polovina uvedla, že je konkrétní situace neovlivnila.

Zajištění prostorového a konstrukčního uspořádání a celkové vybavení pracoviště ovlivňuje jak bezpečnostní, tak i hygienické požadavky. Může také ovlivnit i to, jestli se zaměstnanci cítí dobře. Samotné pracovní prostředí a vybavení pracoviště ovlivňuje téměř všechny dotazované.

Spokojenost především nemocných, ale také jejich blízkých by měla být pro sestru na prvním místě. V otázce č. 21 jsem však chtěla znát názor respondentů, jestli se cítí i oni dostatečně oceněni ze strany pacientů a dostávají dostatek zpětných vazeb, že to co dělají je správné a že svoji práci dělají dobře. Téměř všichni respondenti se shodli, že jsou skutečně dostatečně oceněni, což je velmi pozitivní.

14 ZÁVĚR

Bakalářská práce s názvem Paliativní péče v České republice byla rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části jsme se zabývali pojmy paliativní péče, hospic a thanatologie. Snažili jsme se charakterizovat uvedené pojmy, poohlédnout se na historii jak v České republice, tak i v zahraničí dále uvést principy a legislativní souvislosti a rozdělili jsme formy poskytované péče v ČR. Toto téma bylo zvoleno pro jeho aktuálnost.

V praktické části jsme se zabývali povědomím sester pracujících v hospicových zařízeních. Dále jsme si stanovili dva dílčí cíle. Prvním cílem bylo zmapovat mínění sester o výuce oboru paliativní péče v pregraduálním stupni vzdělávání. Druhým cílem bylo zjistit spokojenost sester pracujících na pracovišti paliativní péče.

Pro účel bakalářské práce jsme si stanovili tři výzkumné otázky. První výzkumnou otázkou jsme chtěli zjistit jaké je povědomí sester pečujících o pacienty v paliativní péči v oblasti legislativy. Druhá výzkumná otázka se zaměřila na to, jak sestry vnímají časovou dotaci v curriculu pregraduálního vzdělávání v oboru paliativní péče. Za pomoci třetí výzkumné otázky jsme se chtěli dozvědět, jestli se u sester, které pracují v paliativní péči, vyskytují demotivační faktory.

Pro výzkumnou část této práce byla zvolena kvantitativní metoda dotazování prostřednictvím techniky dotazníku. Osloveni byli respondenti z řad pracovníků, kteří poskytují paliativní péči v domácích a lůžkových hospicových zařízeních. Prostřednictvím kvantitativního výzkumného šetření byly ověřovány čtyři stanovené hypotézy. Hypotéza č. 1, *Předpokládám, že více než polovina sester dokáže charakterizovat pojmy ohledně paliativní péče*, byla potvrzena, jelikož téměř většina dokázala charakterizovat uvedené pojmy v dotazníku.

Druhá hypotéza, *Předpokládám, že více než polovina sester vnímá nízkou časovou dotaci v curriculu pregraduálního vzdělávání v oboru paliativní péče*, jelikož statisticky významná část uvedla, že nejsou spokojeni s časovou dotací, která je poskytována na středních, vyšších a vysokých školách. Tedy i druhá hypotéza byla potvrzena.

Třetí hypotéza, *Předpokládám, že u více než 75 % sester se objevuje alespoň 1 demotivační faktor, který je spojen s péčí o pacienta v paliativní péči*, i tato hypotéza byla

potvrzena, protože téměř každá sestra uvedla alespoň jeden demotivační faktor, který je spojen s její profesí.

Poslední, tedy čtvrtá hypotéza, *Předpokládám, že většina sester vykonávajících povolání sestry v paliativní péči, jsou motivovány vnější motivací*, byla potvrzena, jelikož se v odpovědích prioritně vyskytovaly odpovědi spojené s vnější motivací.

Cílem práce bylo zjistit, jaké mají sestry povědomí v oblasti paliativní péče. Největší problém, který jsme shledali je, že respondenti jsou nedostatečně informováni v oblasti legislativy. Také poukázali na nedostatečnou studijní přípravu oboru paliativní péče na školách. Na základě zjištěných výsledků byl vytvořen návrh (Příloha E) na obsah prezentace na studentskou konferenci nebo seminář pro sestry.

15 LITERÁRNÍ ZDROJE A PRAMENY

1. ADAM, Zdeněk; VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ et al. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. 363 str. ISBN 80-247-0279-7.
2. BERAN, Jiří. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada, 2010. 140 str. ISBN 978-80-247-1125-6.
3. BUŽGOVÁ, Radka., *Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči*. *Onkologie* 7(6). Praha Grada 2013. str. 310-314. ISSN 1802-4475.
4. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. 168 str. ISBN 978-80-247-5402-4.
5. ČERNÁ - ŠÍPKOVÁ, Hana. *Celoživotní vzdělávání, zákony, vyhlášky, praxe*, In: *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 1, str. 17 – 18. ISSN 1210-0404.
6. ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY SESTER [online]. Copyright © [cit.10.05.2018]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/>.
7. ČESKÁ ASOCIACE SESTER [online]. Copyright © [cit. 10.05.2019]. Dostupné z: https://www.cna.cz/docs/akce/tiskova_zprava_2016_6.pdf
8. ČESKÁ ASOCIACE SESTER [online]. Copyright © [cit. 20.05.2019]. Dostupné z: https://www.cna.cz/docs/akce/tiskova_zprava_2017_02.pdf<http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/11/asociace-cesku-chybi-asi-70-mobilnich-luzkovych-hospicu/>
9. FÓRUM MOBILNÍCH HOSPICŮ. *O nás - Fórum mobilních hospiců* [online]. Copyright © [cit. 11.07.2018]. Dostupné z: <https://www.mobilnihospice.cz/>.
10. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. 191 str. ISBN 978-80-7262-471-3.
11. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4. akt. vyd. Praha: Galén, 2015. 229 str. ISBN 978-80-7492-204-6.
12. KUPKA, M., 2008. Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření. *E-psychologie*. 2(1), s. 23-35. ISSN 1802-8853.
13. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015. 320 str. ISBN 978-80-262-0911-9.
14. LIGA PROTI RAKOVINĚ. *Kronika, stručná historie a přehled činnosti*. Praha: Liga proti rakovině, 2010. 272 str. ISBN 978-80-254-8083-0.

15. MACHÁLKOVÁ, Lenka., et al. *Faktory motivace všeobecných sester v hospicové péči s přesahem České republiky. Psychologie pro praxi.* 3(4), 2016. Str. 59-69. ISSN 1803-8670
16. MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy.* Praha: Cesta domů, 2009. 155 str. ISBN 978-80-254-4552-5.
17. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči.* Praha: Grada, 2010. 128 str. ISBN 978-80-247-3171-1.
18. MATĚJEK, Jaromír. *Dříve projevená přání pacientů.* Praha: Galén, 2012. 189 str. ISBN: 9788072628506
19. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada, 2006. 332 str. ISBN 80-247-1362-4.
20. MISCOINOVÁ, Blanka. *Péče o umírající - hospicová péče.* Praha: Národní centrum domácí péče České republiky, 1998. str. 92
21. O'CONNOR, Margaret; ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů.* 1. České vyd. Praha: Grada, 2005. 324 str. ISBN 80-247-1295-4.
22. PAYNE, Sheila; SEYMOUR, Jane a INGLETON, Christine. *Paliativní péče: principy a praxe.* Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-25-1.
23. PEŠEK, Roman; PRAŠKO, Ján. *Syndrom vyhoření.* Praha: Pasparta, 2016. 180 str. ISBN 978-80- 88163-00-8.
24. PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie.* Praha: Academia, 2010. 472 str. ISBN 978- 80-200-1499-3.
25. RADBRUCH, Lukas; PAYNE, Sheila. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči.* Praha: Cesta domů, 2010. 63 str. ISBN 978-80-904516-1-2.
26. RAJLICOVÁ, Eva. *iROZHLAS - spolehlivé zprávy.* Copyright © 1997 [cit. 14.02.2018]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/domaci-hospicovou-peci-by-casem-mohly-hradit-pojistovny-bezi-pilotni-projekt_201506111640_mhromadka
27. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů.* Praha: Grada, 2009. 192 str. ISBN 978-80-247-3006-6.
28. SLÁMA, Ondřej; KABELKA, Ladislav; VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína pro praxi.* 2. nezměněn. vyd. Praha: Galén, 2011. 363 str. ISBN 978-80-7262-849-0.

29. STUDENT, Johann-Christoph; MÜHLUM, Albert; STUDENT, Ute. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H & H, 2006. 161 str. ISBN 80-7319-059-1.
30. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7. dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. 152 str. ISBN 978-80-7195-580-1.
31. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 136 str. ISBN 978-802-4732-237.
32. ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada, 2015. 224 str. ISBN 978-80-247-5306-5.
33. ULRICHOVÁ, Monika. *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie: [monografie]*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. 143 str. ISBN 978-80-7041-743-0.

Zahraníční zdroje

1. PLAKOVIC, K., 2016. When Family Has to Decide How Much Is Too Much. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 18(5), p. 388-389. Dostupné z: DOI: 10.1097/NJH.0000000000000281
2. MERCER, J., FEENEY, J., 2009. Representing death in psychology: Hospice nurses' lived experiences. *Mortality*. 14(3), p. 245-264. Dostupné z: DOI: 10.1080/13576270903017149
3. FITCH, M., 2015. Nursing perspectives on palliative care 2015. *Annals of palliative medicine*. 4(3), p. 150-155. Dostupné z: DOI: 10.3978/j.issn.2224-5820.2015.07.04
4. WALLERSTEDT, B., ANDERSHED, B., 2007. Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 21(1), p. 32-40. Dostupné z: DOI: 10.1111/j.1471-6712.2007.00430.
5. ZUREK, R., 2014. Psycho-emotional problems of nurses working in palliative care units and home-based hospices. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*. 4(5), p. 51-58. ISSN 2391-4408

16 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Pohlaví respondentů.....	43
Obrázek 2 - Věkové rozložení.....	44
Obrázek 3- Délka odborné praxe	44
Obrázek 4- Nejvyšší dosažené vzdělání.....	45
Obrázek 5- Víra respondentů	46
Obrázek 6 - Pracoviště respondentů.....	46
Obrázek 7 - První setkání respondentů s pojmem paliativní péče	50
Obrázek 8 – Legislativa.....	51
Obrázek 9 - Studijní příprava na školách	54
Obrázek 10 - Vzdělávací akce v rámci paliativní péče v hospicích.....	55
Obrázek 11 - Péče o pozůstalé v zařízení, ve kterém pracují respondenti	56
Obrázek 12 - Možnost samoty příbuzných s tělem zemřelého	57
Obrázek 13 - Konkrétní situace pro výběr povolání	57
Obrázek 14 - Motivační podmínky na pracovišti.....	58
Obrázek 15 - Seřazení pojmů dle vlastního citění.....	59
Obrázek 16 - Ocenění respondentů ze strany rodin	60
Obrázek 17 - Finanční ohodnocení	61
Obrázek 18 - Pracovní prostředí a vybavení	62
Obrázek 19 - Smrt jako demotivační faktor	64

17 SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Věkové rozložení respondentů.....	43
Tabulka 2 – Pojem paliativní péče	47
Tabulka 3 - Výběr oblasti kladoucí důraz na paliativní péči.....	48
Tabulka 4 - Oddělení poskytující paliativní péči	49
Tabulka 5 - První setkání s pojmem paliativní péče	50
Tabulka 6 - Ukotvení paliativní péče v legislativě.....	52
Tabulka 7 - Oprávnění na převedení pacienta do paliativní péče	53
Tabulka 8 - Studijní příprava na školách	54
Tabulka 9 - Motivační podmínky v zaměstnání.....	58
Tabulka 10 - Ocenění respondentů ze strany rodin.....	60
Tabulka 11 - Finanční ohodnocení.....	61
Tabulka 12 - Demotivační faktory	63
Tabulka 13 - Smrt jako demotivační faktor	64
Tabulka 14 - Změny pro vyšší motivaci.....	65

18 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník

Příloha B – Souhlas s dotazníkovým šetřením

Příloha C – Šablona Dříve vyslovená přání

Příloha D – Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010

Příloha E – Návrh na prezentaci – studentská konference, seminář pro sestry

18.1 Přílohy

Příloha A - Dotazník

Vážená kolegyně, vážený kolego,

Jmenuji se Lucie Mořkovská a jsem studentkou Západočeské univerzity v Plzni oboru všeobecná sestra. Ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku pro bakalářskou práci na téma „Paliativní péče v České republice“. Cílem dotazníku je především zjistit povědomí sester o paliativní péči, a dále motivaci sester k výkonu povolání v paliativní péči.

Dotazník je zcela anonymní a Vámi uvedené údaje budou využity pouze pro účel mé bakalářské práce. Zaškrtněte prosím nejvhodnější odpověď nebo případně doplňte podle vlastního uvážení.

Děkuji Vám za Váš čas a pomoc.

1. Pohlaví

- Žena
- Muž

2. Věk

- Méně než 20let
- 21 – 30let
- 31 – 45let
- 46 – 60let
- 61let a více

3. Délka odborné praxe v oboru paliativní péče

- Do 1 roku
- 1 – 5let
- 5- 10let
- 10 – 20let
- 20let a více

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Střední zdravotnická škola (všeobecná sestra, praktická sestra, zdravotnický asistent)
- Vyšší odborná škola (Dis.)
- Vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr.)
- Postgraduální specializační studium

5. Jste věřící?

- Ano
- Ne

- Nepřemýšlel/a jsem o tom
6. Na jakém pracovišti pracujete?
- Lůžkový hospic
 - Domácí hospic
 - Stacionární hospic
 - Jiné (*uved'te*)
7. Co znamená pojem paliativní péče? (*možnost více odpovědí*)
- Péče o nevléčitelně nemocného či umírajícího směřující k navrácení plného zdraví
 - Péče o nevléčitelně nemocného či umírajícího směřující ne k uzdravení, ale ke zmírnění bolesti a zachování co nejlepší kvality života
 - Péče, která se zabývá pouze vlastní smrtí pacienta
 - Péče o pacienta, která klade důraz na bio-psycho-socio-spirituální potřeby
8. Na jakou oblast klade důraz paliativní péče? (*možnost více odpovědí*)
- Zdravotní
 - Psychickou
 - Sociální
 - Spirituální
 - Jiné (*prosím uveďte*).....
9. Na jakých odděleních je paliativní péče poskytována? (*možnost více odpovědí*)
- Onkologické oddělení
 - Dětské oddělení
 - Hospic
 - Interní oddělení
 - Chirurgické oddělení
 - Intenzivní lůžka
 - Sociální lůžka
 - Ortopedické oddělení
 - Léčebny dlouhodobě nemocných
 - Jiné (*prosím uveďte*).....
10. Kdy jste se poprvé setkal/a s pojmem „Paliativní péče“?
- Během studia na střední škole
 - Během studia na vyšší nebo vysoké škole
 - Osobní zkušenost
 - Z klinické praxe
 - Jiné (*prosím uveďte*).....
11. Byl/a jste seznámena s legislativou v oblasti paliativní péče?
- Ano
 - Ne
 - Nevím

12. Pokud jste na otázku č.11 odpověděl/a „Ano“:

V jaké legislativě je ukotvena paliativní péče?

- Práva pacientů
- Charta práv umírajících
- Ústava ČR
- Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně
- Standardy ošetrovatelské péče
- Nevím
- Jiné (prosím uveďte).....

13. Kdo si myslíte, že je oprávněn rozhodovat o převedení pacienta na paliativní léčbu?

(možnost více odpovědí)

- Lékař
- Sestra, jako součást ošetrovatelského týmu
- Pacient
- Rodina
- Pacienta, který o sobě nemůže rozhodovat (např. pokud je v kómatu) se netýká, pokud předem nevyjádřil svoji vůli
- Na zástupné osobě, kterou označil pacient předem
- Jiné (prosím uveďte).....

14. Považujete přípravu na středních a vysokých školách v péči o umírající během studia za dostačující?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

15. Domníváte se, že vzdělávací akce (odborné konference, semináře) jsou přínosem pro zvyšování kvality poskytování paliativní péče v hospicích?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

16. Věnuje se ve Vašem zařízení v rámci poskytování paliativní péče i o pozůstalé?

- Ano vždy, je to rutinní součástí péče
- Ano, pokud o to rodina zažádá
- Ne, takovou službu neposkytujeme
- Nevím

17. Máte možnost dopřát rodinným příslušníkům chvíli o samotě s tělem zemřelého?

- Ano
- Ne
- Nevím

18. Ovlivnila Vás konkrétní situace např.: smrt blízkých, přátel pro výběr tohoto povolání?

- Ano
- Ne
- Nevím

19. Myslíte si, že jsou pro Vás pracovní podmínky dostatečně motivující?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

20. Seřad'te prosím podle vlastního cítění jednotlivé pojmy, kdy **číslo 1** znamená **nejvyšší důležitost** a **číslo 9** **nejmenší důležitost**:

Do jaké míry Vás ve Vašem zaměstnání motivují uvedené pojmy?	
a) Mzda/plat	
b) Prestiž povolání	
c) Pochvala od pacientů	
d) Existenční důvody	
e) Seberealizace	
f) Pracovní kolektiv	
g) Pracovní benefity	
h) Pochvala od nadřízených	
i) Technologické vybavení pracoviště	

21. Domníváte se, že je Vaše práce dostatečně oceněna ze strany pacientů a jejich rodin?

- Ano
- Spíše ano

- Spíše ne
- Ne
- Nevím

22. Myslíte si, že jste ve Vaší práci dostatečně finančně ohodnocen/a?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

23. Ovlivňuje pracovní prostředí a vybavení pracoviště Vaši motivaci k výkonu práce?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

24. Co vnímáte jako největší demotivační faktor při poskytování paliativní péče? *(možnost více odpovědí)*

- Dlouhodobá péče o pacienty
- Nadměrná administrativní činnost
- Komunikace s umírajícím
- Komunikace s rodinou
- Smrt jako taková
- Nejisté financování služeb
- Pracovní kolektiv
- Směnný provoz
- Nízký sociální status (pocit nedostatečného ohodnocení)
- Žádný
- Jiné *(prosím uveďte)*

25. Vnímáte umírání a smrt jako demotivační faktor ve Vašem povolání?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne, beru ji jako přirozenou součást života
- Nevím

26. Jaké konkrétní změny byste uvítali pro Vaši vyšší motivaci v oblasti paliativní péče? *(možnost více odpovědí)*

- Méně administrativní činnosti

- Zlepšení komunikace s pacientem
- Zlepšení komunikace s rodinou
- Více času pro pacienty
- Lepší pracovní kolektiv
- Vyšší platové ohodnocení
- Zvýšení sociální prestiže tohoto oboru
- Změny v hrazení paliativní péče ze strany pojišťoven
- Možnost zúčastnit se více odborných kurzů a stáží v tomto oboru
- Změna pracovní doby
- Změny ve vzdělávání (např.: zařazení výuky paliativní péče do vzdělávacího plánu)
- Žádné
- Jiné (*prosím uveďte*)

Zdroj: Vlastní zpracování (2019)

Příloha B: Žádost k dotazníkovému šetření

Žádost o umožnění Dotazníkového šetření v rámci bakalářské práce

Jm., Příjmení žadatele: Lucie Mořkovská
Kontaktní adresa: Horní Žandov 36, 35002 Cheb 2
Telefon: + 420 725 031 931
E-mail: Lucie-morkovska@seznam.cz
Škola/fakulta: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií
Obor studia: Všeobecná sestra
Téma Závěrečné práce: Paliativní péče v České republice

Věc:

Dobrý den,

ráda bych Vás požádala o umožnění dotazníkového šetření ve Vašem zařízení za účelem získání podkladů ke zpracování praktické části bakalářské práce na téma „Paliativní péče v České republice“.

Dotazníky jsou určeny pro nelékařský zdravotnický personál, a to pro všeobecné sestry, praktické sestry a zdravotnické asistenty.

Datum: 25. 2. 2019
Podpis žadatele: 

Vyjádření k žádosti: souhlasím / nesouhlasím

V NEJDKU

Dne 25. 2. 2019

Podpis 

Žádost o umožnění Dotazníkového šetření v rámci bakalářské práce

Jm., Příjmení žadatele: Lucie Mořkovská
Kontaktní adresa: Horní Žandov 36, 35002 Cheb 2
Telefon: + 420 725 031 931
E-mail: Lucie-morkovska@seznam.cz
Škola/fakulta: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií
Obor studia: Všeobecná sestra
Téma Závěrečné práce: Paliativní péče v České republice

Věc:

Dobrý den,

ráda bych Vás požádala o umožnění dotazníkového šetření ve Vašem zařízení za účelem získání podkladů ke zpracování praktické části bakalářské práce na téma „Paliativní péče v České republice“.

Dotazníky jsou určeny pro nelékařský zdravotnický personál, a to pro všeobecné sestry, praktické sestry a zdravotnické asistenty.

Datum: 5.3.2019

Podpis žadatele: Lucie Mořková

Vyjádření k žádosti: souhlasím / nesouhlasím

Ve Strakonici
V STRAKONICÍCH

Dne 19.3.2019

Podpis
Kučerová



Radomyšlská 336
386 01 Strakonice
IČ: 70853517

Žádost o umožnění Dotazníkového šetření v rámci bakalářské práce

Jm., Příjmení žadatele: Lucie Mořkovská
Kontaktní adresa: Horní Žandov 36, 35002 Cheb 2
Telefon: + 420 725 031 931
E-mail: Lucie-morkovska@seznam.cz
Škola/fakulta: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií
Obor studia: Všeobecná sestra
Téma Závěrečné práce: Paliativní péče v České republice

Věc:

Dobrý den,

ráda bych Vás požádala o umožnění dotazníkového šetření ve Vašem zařízení za účelem získání podkladů ke zpracování praktické části bakalářské práce na téma „Paliativní péče v České republice“.

Dotazníky jsou určeny pro nelékařský zdravotnický personál, a to pro všeobecné sestry, praktické sestry a zdravotnické asistenty.

Datum: 21.2.2019

Podpis žadatele: *Lucie Mořkovská*

Vyjádření k žádosti: souhlasím /-nesouhlasím

V *občanské*

Dne 4.3.2019

Podpis *MOL* Lucie Mořkovská Mgr.
STANIČNÍ SESTRA

Žádost o umožnění Dotazníkového šetření v rámci bakalářské práce

Jm., Příjmení žadatele: Lucie Mořkovská
Kontaktní adresa: Horní Žandov 36, 35002 Cheb 2
Telefon: + 420 725 031 931
E-mail: Lucie-morkovska@seznam.cz
Škola/fakulta: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií
Obor studia: Všeobecná sestra
Téma Závěrečné práce: Paliativní péče v České republice

Věc:

Dobrý den,

ráda bych Vás požádala o umožnění dotazníkového šetření ve Vašem zařízení za účelem získání podkladů ke zpracování praktické části bakalářské práce na téma „Paliativní péče v České republice“.

Dotazníky jsou určeny pro nelékařský zdravotnický personál, a to pro všeobecné sestry, praktické sestry a zdravotnické asistenty.

Datum: 3.3.2019

Podpis žadatele: *Lucie Mořkovská*

Vyjádření k žádosti: souhlasím / nesouhlasím

V *Plzeň*

Dne *11.3.2019*

Podpis *Mace*



Žádost o umožnění Dotazníkového šetření v rámci bakalářské práce

Jm., Příjmení žadatele: Lucie Mořkovská
Kontaktní adresa: Horní Žandov 36, 35002 Cheb 2
Telefon: + 420 725 031 931
E-mail: Lucie-morkovska@seznam.cz
Škola/fakulta: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií
Obor studia: Všeobecná sestra
Téma Závěrečné práce: Paliativní péče v České republice

Věc:

Dobrý den,

ráda bych Vás požádala o umožnění dotazníkového šetření ve Vašem zařízení za účelem získání podkladů ke zpracování praktické části bakalářské práce na téma „Paliativní péče v České republice“.

Dotazníky jsou určeny pro nelékařský zdravotnický personál, a to pro všeobecné sestry, praktické sestry a zdravotnické asistenty.

Datum: 4.3.2019

Podpis žadatele: *Lucie Mořkovská*

Vyjádření k žádosti souhlasím / nesouhlasím

V *Červeném Kostelci*

Dne *4.3.2019*

Podpis *Mořkovská*



Žádost o umožnění Dotazníkového šetření v rámci bakalářské práce

Jm., Příjmení žadatele: Lucie Mořkovská
Kontaktní adresa: Horní Žandov 36, 35002 Cheb 2
Telefon: + 420 725 031 931
E-mail: Lucie-morkovska@seznam.cz
Škola/fakulta: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií
Obor studia: Všeobecná sestra
Téma Závěrečné práce: Paliativní péče v České republice

Věc:

Dobrý den,

ráda bych Vás požádala o umožnění dotazníkového šetření ve Vašem zařízení za účelem získání podkladů ke zpracování praktické části bakalářské práce na téma „Paliativní péče v České republice“.

Dotazníky jsou určeny pro nelékařský zdravotnický personál, a to pro všeobecné sestry, praktické sestry a zdravotnické asistenty.

Datum: 26.2.2019

Podpis žadatele: *Lucie Mořkovská*

Vyjádření k žádosti: souhlasím / ~~nesouhlasím~~

V *1102021*

Dne *4.3.2019*

Podpis *Kuopova*

**Žádost o umožnění Dotazníkového šetření v rámci bakalářské,
diplomové nebo rigorózní práce**

Jm., Příjmení žadatele Lucie Mořkovská
Kontaktní adresa Horní Žandov 36 350 02 Cheb 2
Tel.: 725 031 931, e-mail: lucie-morkovska@seznam.cz
Škola/fakulta: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdrav. studií
Obor studia: Všeobecná sestra
Téma Závěrečné práce: Paliativní péče v ČR
Termín sběru dat: 1.3.2019 - 31.3.2019
Zjišťované informace: Povědomí sester o paliativní péči
Forma prezentace: bakalářská práce

Poučení žadatele:

1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní/anonymizovány.
3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit vrchní sestře, která dotazníkové šetření povolila, ke schválení.
4. Prezentace výsledků s uvedením jména Hospic Štrasburk o. p. s. je možná pouze se souhlasem ředitele/ky hospicu.

Datum: 21.2.2019 Podpis žadatele: Lucie Mořkovská

Vyjádření Hospice Štrasburk o. p. s. k žádosti

Úhrada v celkové výši: 0 Kč

Vyjádření vrchní sestry: souhlasím / ~~nesouhlasím~~

V Praze dne: 6.3.2019

Mgr. PAVLÍČKOVÁ
EVA



HOSPIC ŠTRASBURK, o.p.s.
Bohnická 12/57, 181 00 Praha 8 - Bohnice

Smlouva o podmínkách odborné stáže

uzavřená podle ust. § 1746 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., Občanský zák., v platném znění

Účastníci

1. Název: **HOSPIC Štrasburk, o.p.s.**
Sídlo: Praha 8, Bohnická 12, 181 00
IČO: 613 83 457
provozovatel zdrav. zařízení Hospic Štrasburk
osoba jednající: MUDr. Hana Šrámková, ředitelka hospice
(dále jen „**Poskytovatel**“)

a

2. pan / paní
Jm., příj., titul Lucie Mořkovská
bytem: Horní Zánclou 36, 350 02 Uhet 2
r.č.: 9554 01 / 18 63
Zdravotní pojišťovna: VZP

(dále jen „**Stážista**“)

uzavírají níže uvedeného dne, měsíce a roku tuto smlouvu:

I.

Předmět smlouvy

- Poskytovatel je provozovatelem hospicového zdravotnického zařízení poskytující možnost absolvování odbornou stáž / praxí s charakterem hospicové paliativní péče.
- Stážista je zájemce o získání nových informací a o prohloubení poznatků a praktických zkušeností v hospicové paliativní péči.
Funkce/pozice Stážisty v době sjednání stáže:
 - Výzkumné setření
 - u zaměstnavatele:
- Předmětem této smlouvy je stanovení rámce podmínek odborné stáže a součinnost obou stran této smlouvy.

II.

Doba trvání stáže

- Poskytovatel po dohodě se Stážistou se shodli na následujících podmínkách stáže v Hospici Štrasburk:

- a) době trvání stáže: 14.9. - 25.3. 2019
- b) stáž na pozici: vyplnění pracovních míst pro psychologickou péči
- d) denní rozsah stáže:

II.

Práva a Povinnosti Uživatele

1. Uživatel má plné právo na rovné a nediskriminující zacházení v rámci poskytování služeb v hospici, může žádat o zprostředkování konkrétní specializované služby; tuto je však oprávněn Poskytovatel odmítnout, pokud tato není součástí jím (ani výjimečně) nabízených služeb. Náklady spojené se zprostředkováním a případným zajištěním poskytnutí takové služby, přesáhnou-li míru obvyklou) nese plně uživatel, nejedná-li se o nárokovou službu.
2. Uživatel i doprovázející osoba (osoby) se zavazují dodržovat pravidla stanovená pro pobyt v lůžkovém zdravotnickém zařízení – hospici. Uživatel se zavazuje uhradit škody, které zaviněně z nedbalosti, či úmyslně způsobil (nebo osoby jemu blízké, či doprovázející) na majetku Poskytovatele.
3. Uživatel se rovněž zavazuje respektovat pokyny ošetřujícího personálu.

III.

Povinnosti stran

1. Poskytovatel zařadí stážistu k výkonu sjednané pozice a v denních službách zajistí přímé vedení stáže.
2. Stážista se před zahájením stáže pojistí pro případ odpovědnosti způsobené při výkonu stáže (pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou při poskytování zdravotní péče v rozsahu pojistného plnění v minimální výši 100.000,- Kč; úrazové pojištění na dobu stáže) a zavazuje se respektovat veškeré pokyny pracovníků Poskytovatele, zejména pak pracovníka Poskytovatele pověřeného přímým vedením stáže.
3. Stážista spolu s touto smlouvou podepíše Prohlášení studenta/stážisty, které je přílohou této smlouvy.

IV.

Platební podmínky

1. Cena za stáž je kalkulována sumou 400,-Kč/den vč. DPH = 400,-Kč x počet dní přítomnosti stážisty v našem zařízení.
2. Tato platba bude prováděna Stážistou zálohově předem
 - v hotovosti
 - složenkou

- převodem na účet hospicu ¹⁾
jako variabilní symbol platby bude uváděno rodné číslo stážisty.

Stravování v době stáže

Ubytování po dobu stáže Poskytovatel nezajišťuje.

V.

Další ujednání

.....
.....
.....
.....
.....
.....

VII.

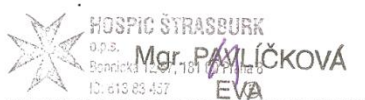
Závěrečná ustanovení

1. Tato Smlouva se uzavírá na dobu trvání stáže. Vyhotovuje se ve dvou stejnopisech, z nichž po podepsání obdrží každá ze stran jedno vyhotovení. Smlouvu může každá ze stran ukončit okamžitou písemnou výpovědí.
2. Účastníci smlouvy výslovně prohlašují, že se s obsahem této smlouvy seznámili, a že všechna ujednání v ní obsažená byla učiněna svobodně a vážně, určitě a srozumitelně a tato smlouva je tedy projevem jejich svobodné vůle.

Příloha č. 1 Prohlášení studenta/stážisty

Praha, dne 14.3.2019

Praha, dne 12.3.2019



Poskytovatel



.....

Stážista

¹⁾ zaškrtněte zvolenou variantu

Příloha C – Šablona Dříve vyslovená přání

„Návrh formy „dříve vyslovené přání“ podle § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, (zákon o zdravotních službách)“

Já (jméno, příjmení, rodné číslo nebo jiný identifikační údaj, adresa) vyslovuji pro případ, že bych se dostal(a) do takového zdravotního stavu, ve kterém nebudu schopen (schopna) vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, následující **dříve vyslovené přání** :

1. Žádám,

a) aby v rámci poskytování zdravotních služeb mé osobě, pokud u mne nastane tento zdravotní stavnebyly zahajovány následující zdravotní výkony

b) pokud se dostanu do stádia.....své nemoci.....nebyly zahajovány tyto zdravotní výkony.....*)

*) Podle účelu a obsahu „dříve vysloveného přání“ se vyplní písmeno a) nebo b).

2. Poučení lékaře o důsledcích rozhodnutí o nezahájení zdravotních výkonů

podle bodu 1.

.....*)

*) Poučení lékaře lze rozvést na samostatném listu, který se k „dříve vyslovenému přání“ přiloží.

Z přiloženého poučení musí být zřejmé, kterému pacientovi bylo podáno a ke kterým skutečnostem, které jsou předmětem dříve vysloveného přání se vztahuje, dále datum, kdy bylo provedeno a který lékař jej provedl.

3. Toto dříve vyslovené přání platí od... (datum podpisu) do...

4. Jsem si vědom(a) toho, že „dříve vyslovené přání“ není třeba při poskytování

zdravotních služeb mé osobě respektovat, pokud od doby jeho vyslovení

došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje,

k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že bych nyní již vyslovil(a)

souhlas s jejich poskytnutím.

5. Jsem si vědom(a), že lékař nesmí respektovat mé přání pokud:

- a) nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti (nelze požadovat takový postup při poskytování zdravotních služeb, který by vedl aktivnímu ukončení života zdravotnickým pracovníkem)
- b) by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby (předmětem dříve vysloveného přání nemůže být např. zákaz léčení infekčního onemocnění)
- c) byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici mé dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.
- d) jsem v době jeho vyhotovení nebyl(a) zletilý (zletilá).

.....
identifikační údaje poskytovatele zdravotních služeb

datum.....

**podpis osoby, která vyslovila „dříve vyslovené přání“
(včetně úředního ověření)**

datum.....

podpis lékaře, který provedl poučení

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví

Příloha D – Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010

DOPORUČENÍ PŘEDSTAVENSTVA ČLK č. 1/2010

k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli

čl. 1

Doporučení představenstva ČLK formuluje principy a rámcová doporučení pro poskytování paliativní péče u dospělých pacientů neschopných o sobě rozhodovat v konečné fázi jejich léčebně neovlivnitelného onemocnění. Mezi nejčastější klinické případy patří pacienti s multiorgánovým selháním, při němž i přes maximální možnou podporu či náhradu orgánových funkcí dochází k trvalému zhoršování zdravotního stavu a kde vyvolávající příčina či její důsledky (následný patofyziologický děj) nejsou léčebně ovlivnitelné, nebo pacienti v hlubokém bezvědomí bez odůvodněného předpokladu obnovení integrity mozkových funkcí z důvodu přítomnosti známek ireverzibilního poškození centrálního nervového systému.

čl. 2

Cíle doporučeného postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

- a) Definovat nejčastěji používané pojmy ve vztahu k této problematice.
- b) Formulovat základní východiska a principy pro rozhodování o zahájení paliativní péče u nemocných v terminálním stavu dále neléčitelného onemocnění nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, při níž zdravotní stav nebo použité způsoby léčby znemožňují vyjádření vlastní svobodné vůle.
- c) Zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče, zejména respektování předchozího názoru pacienta (pokud je dostupný), uchování lidské důstojnosti a zajištění maximálně možného komfortu nemocných.
- d) Omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, v nichž se lze na základě odborného medicínského posouzení odůvodněně domnívat, že přínos zahájení nebo pokračování v dané léčebné metodě s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života.
- e) Přispět ke zvýšení kvality rozhodování v uvedených situacích a zlepšit komunikaci jak uvnitř zdravotnických týmů, tak mezi zdravotníky a rodinami či blízkými pacientů.
- f) Formulovat pro odbornou a laickou veřejnost stanovisko
 - odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy,
 - nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby nesmí být zaměňováno za eutanázii.
- g) Usnadnit a podpořit vznik „místních“ doporučení zabývajících se uvedenou problematikou na jednotlivých pracovištích intenzivní péče.

čl. 3

Terminologie

- a) Pacient v terminálním stádiu onemocnění – pacient v konečném stádiu onemocnění, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné
- b) Pacient neschopný o sobě rozhodovat – nemocný s poruchou vědomí, který je vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu neschopný posouzení situace a rozhodování o své osobě, není schopen vyjádřit informovaný souhlas.
- c) Paliativní léčba – léčba, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či dyskomfortu nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.
- d) Marná a neúčelná léčba – léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.
- e) Nezahajování léčby – léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na pracoviště intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt, patří mezi opatření nezahajování léčby.
- f) Nepokračování léčby – při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt, není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato léčba je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory).
- g) Eutanázie – usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým, a to na jeho vlastní žádost. Právní systém České republiky pojem eutanázie nezná. Uvedené jednání by bylo hodnoceno jako trestný čin a je nepřípustné. Nepřípustná a trestná je také pomoc k sebevraždě.

čl. 4

Základní východiska pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

- a) Život člověka je konečný.
- b) Každý pacient má právo na náležitou, odbornou úroveň zdravotní péče.
- c) Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta, odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory či náhrady u nemocných se zvrtným (nebo předpokládaným zvrtným) orgánovým selháním, tj. „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“. V případě, kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientovi péči, která vyloučí bolest, dyskomfort a strádání, umožní zachování lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb.
- d) Jakékoliv rozhodování v průběhu poskytované zdravotní péče musí být v souladu s existujícími právními předpisy a musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta, musí bezvýhradně respektovat základní etické principy medicíny, především lidský život jako nejvyšší hodnotu a právo na sebeurčení nemocných a uchování jejich lidské důstojnosti.
- e) Jakýkoliv diagnostický nebo léčebný postup musí být pečlivě a odpovědně posuzován poměrem reálného klinického přínosu a míry možného rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání, které zvolený postup pacientovi v aktuální klinické situaci přináší. Použití postupu, kde rizika a komplikace s ním spojené, nejsou vyváženy jeho přínosem pro pacienta, je v rozporu s etickými principy medicíny. Vždy je nutné brát zřetel na

předchozí názor pacienta, pokud je dostupný a je nepochybné, že jde o dříve vyslovené přání příslušného pacienta (viz. článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně).

f) Jakýkoliv léčebný postup, při němž není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a kde rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“ a lze ji označit jako tzv. marnou a neúčelnou léčbu. Dosažení dočasné korekce hodnoty některé z fyziologických funkcí či jejich dílčích parametrů bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchrany života, nemůže být při zvažování poměru přínosu a rizika považováno za příznivý účinek zvoleného léčebného postupu. Léčba, která se jeví jako marná a neúčelná, nemá být indikována a prováděna.

g) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznamená omezení pacienta na jeho právech, ale naopak je sledován zájem pacienta tak, aby nedošlo k porušení základních medicínských a etických principů včetně nechtěného nedůstojného prodlužování umírání. Smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdravotní péče.

h) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stádiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky.

i) Z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezahájením nebo nepokračováním daného léčebného postupu.

j) Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které nelze zaměňovat za eutanázii či ublížení na zdraví.

čl. 5

Základní principy pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

a) Přijetí pacienta na pracoviště intenzivní péče by mělo být podloženo předpokládaným přínosem poskytované péče, která mu má být na daném oddělení poskytnuta.

b) Stanovení rozsahu poskytované léčby musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta.

c) Zahájení nebo pokračování jakéhokoliv léčebného postupu, který není odborně odůvodněný, kde neexistuje racionální předpoklad jeho příznivého účinku na celkový průběh onemocnění a kde rizika komplikací, strádání, útrap a bolesti převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je v rozporu s etickými principy medicíny a Chartou práv umírajících. Neexistuje povinnost zahajovat marnou a neúčelnou léčbu nebo v ní pokračovat, pokud je probíhající léčba odůvodněně za takovou označena.

d) Zabezpečení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacienta, odstranění pocitů bolesti, strádání a utrpení s respektováním lidské důstojnosti jsou základní priority paliativní péče.

Čl. 6

Doporučení pro klinickou praxi

a) Podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu.

b) Kdykoliv je to možné, pacientovo přání musí být zahrnuto do rozhodování o zahájení paliativní péče.

- c) Rodina či blízcí pacienta by měli být náležitě informováni, pokud pacient neurčil jinak, nejlépe ve formě strukturovaného rozhovoru. Delegování odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí o zahájení paliativní péče není přípustné.
- d) Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnuti všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu (tzv. „shared-approach to end-of-life decision making“ model).
- e) Za závěrečné rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště nebo jím určený lékař. V době ústavní pohotovostní služby nese odpovědnost za rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče lékař, který je odpovědný za konkrétní úsek v rámci výkonu ústavní pohotovostní služby a za lékařskou péči o příslušného pacienta.
- f) Zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci. Zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče, by měl obsahovat odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí o zahájení paliativní péče.
- g) Cíle intenzivní péče, přínos a rizika plánovaných i probíhajících jednotlivých diagnostických a léčebných postupů by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány a zvažovány (minimálně jednou za 24 hodin). Jakékoliv již přijaté rozhodnutí, může být v odůvodněných případech změněno
- h) Prioritou paliativní péče je odstranění bolesti, dyskomfortu a strádání.
- i) Přítomnost rodiny či blízkých pacienta by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítl.

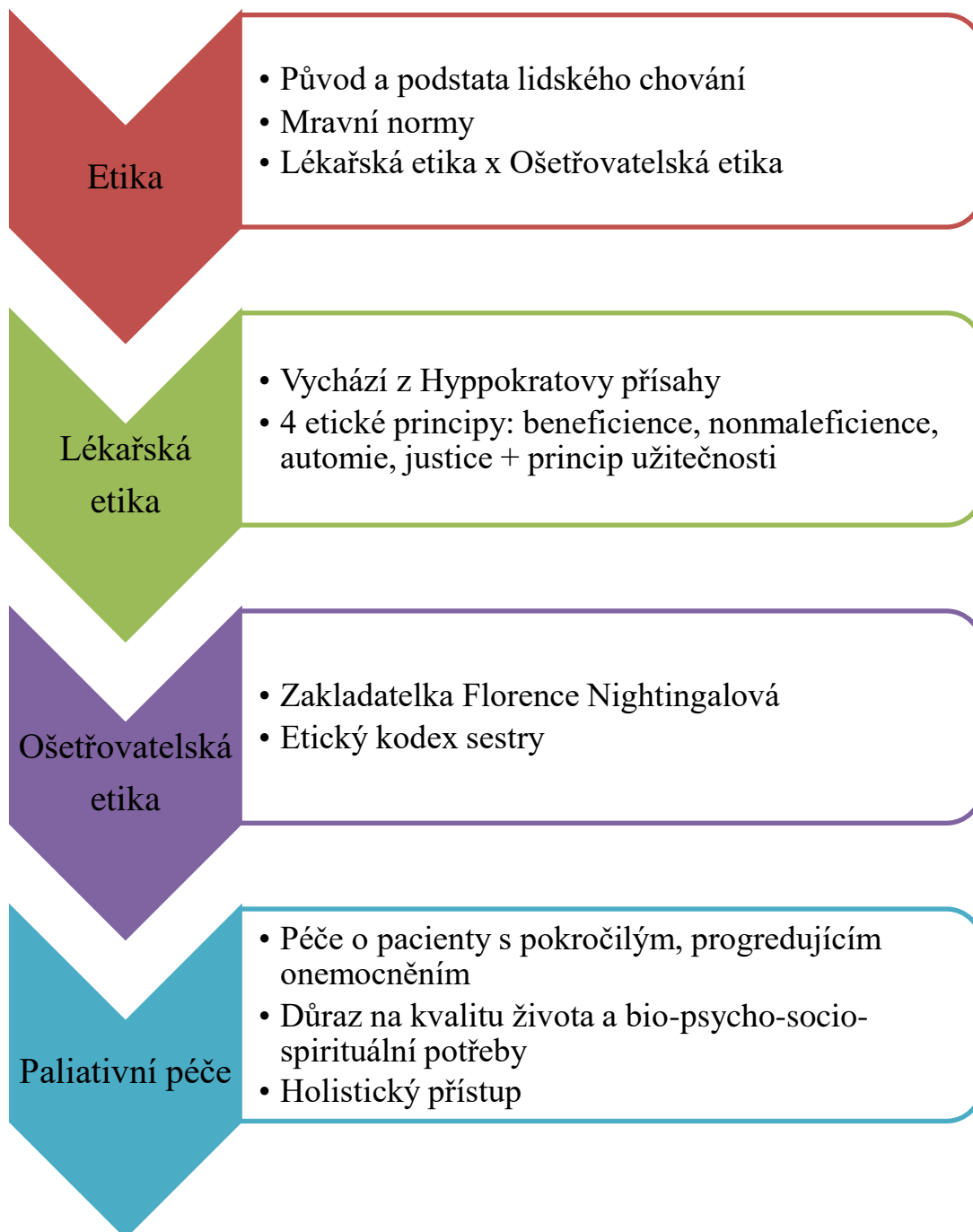
čl. 7

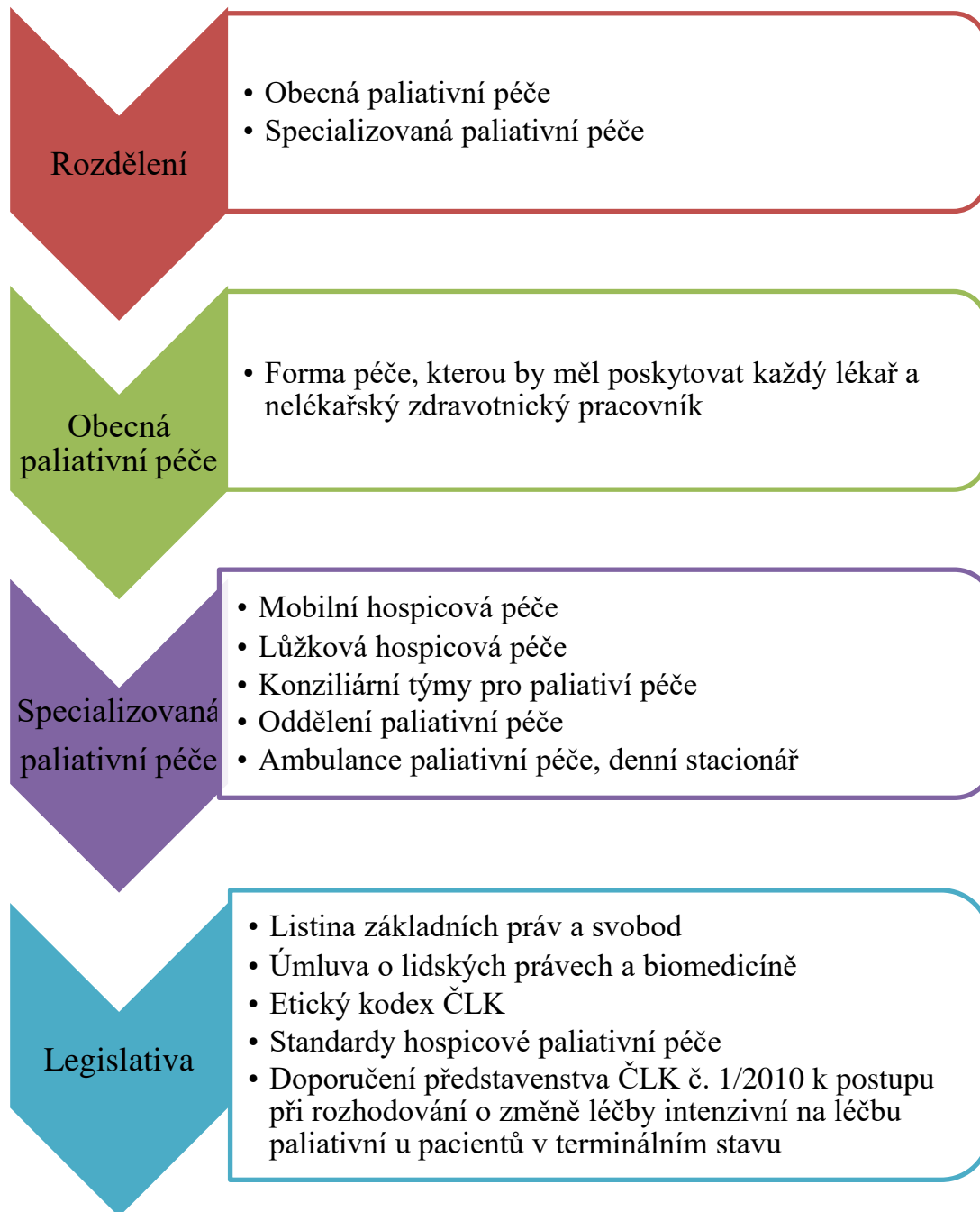
Účinnost

Toto doporučení bylo projednáno a schváleno představenstvem ČLK dne 20.2.2010 a nabývá účinnosti dne 4.3.2010.

*Zdroj: Česká lékařská komora
<https://www.lkcr.cz/doporučení-představenstev-clk-227.html>*

Příloha E - Návrh na obsah prezentace pro studenty a nelékařské zdravotnické pracovníky (studentská konference, seminář pro sestry)





Zdroj: vlastní zpracování (2019)