

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Informovanost studentů SZŠ o domácí hospicové péči

Dana Andrejsová

Bakalářská práce

2016

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Dana Andrejsová**  
Osobní číslo: **Z13177**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Informovanost studentů SZŠ o domácí hospicové péči**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

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

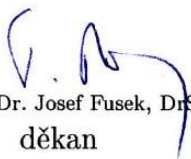
Seznam odborné literatury:

1. KALVACH, Zdeněk. **Manuál paliativní péče o umírající pacienty. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2010, 134 s. ISBN 987-80-904516-4-3.**
2. SVATOŠOVÁ, Marie. **Hospice a umění doprovázet. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.**
3. SVATOŠOVÁ, Marie. **Víme si rady s duchovními potřebami nemocných? 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 109 s. ISBN 978-80-247-4107-9.**
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena. **Thanatologie: Nauka o umírání a smrti. 2. vyd. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.**
5. MARKOVÁ, Monika. **Sestra a pacient v paliativní péči. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.**


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kristýna Šoukalová**  
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2016**

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2016

Prohlašuji:

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

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 20. 3. 2016

Dana Andrejsová

.....

## **PODĚKOVÁNÍ:**

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Kristýně Šoukalové za ochotu, rady a připomínky při konzultacích a za odborné vedení mé práce. Také děkuji ředitelům, vyučujícím a studentům obou SZŠ za spolupráci.

## **ANOTACE**

Téma bakalářské práce je Informovanost studentů středních zdravotnických škol o domácí hospicové péči. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část práce popisuje současný stav péče o umírající v ČR, vysvětluje pojmy obecná a specializovaná paliativní péče. Hlavní část teorie se zabývá principy a průběhem domácí hospicové péče o pacienty v terminálním stadiu nevyléčitelné nemoci a možnostmi podpory pro pečující. Výzkumná část popisuje výsledky kvantitativního výzkumu. Bylo provedeno anonymní dotazníkové šetření, které mělo zjistit, jaké mají studenti znalosti o domácí hospicové péči a o možnostech podpory pro pečující o umírajícího v domácím prostředí.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

umírání, paliativní péče, domácí hospicová péče, potřeby, podpora pečujících, studenti středních zdravotnických škol

## **TITLE**

Awareness of students of secondary medical schools about home hospice care

## **ANNOTATION**

The thesis topic is the awareness of secondary medical school students about the home hospice care. The thesis is divided into theoretical and research part. The theoretical part describes the current standards of the care for dying people in the Czech Republic, explains the concepts of general and specialist palliative care. The main subjects of the theoretical part are the principles and the process of the home hospice care for patients in the terminal stage of an incurable disease and the ways of caregivers support. The research part describes the results of quantitative research. The anonymous survey was performed to determine the students knowledge about the home hospice care and about the support options for caregivers of patients dying at home.

## **KEYWORDS**

dying, palliative care, home hospice care, needs, support for carers, students of medical schools

# OBSAH

Úvod.....	13
Cíle práce: .....	14
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	15
1. Umírání v České republice .....	15
1. 1. Péče o umírající .....	15
1. 2. Kde pacienti umírají .....	15
1. 3. Přání, představy a názory na umírání v ČR .....	15
1. 4. Medicinalizace umírání .....	16
2. Paliativní péče.....	17
2. 1. Definice paliativní péče .....	17
2. 2. Cílová skupina paliativní péče .....	17
2. 3. Dvě úrovně paliativní péče .....	17
2. 3. 1 Obecná paliativní péče.....	18
2. 3. 2 Specializovaná paliativní péče .....	18
2. 4. Vývoj paliativní péče.....	18
2. 4. 1. Vývoj specializované paliativní péče ve světě .....	18
2. 4. 2. Vývoj specializované paliativní péče v ČR.....	19
3. Domácí paliativní (hospicová) péče .....	21
3. 1. Definice mobilní (domácí) paliativní péče.....	21
3. 2. Základní principy mobilní paliativní péče .....	21
3. 3. Kritéria přijetí pacienta .....	21
3. 3. 1. Kritéria přijetí ze strany pacienta.....	21
3. 3. 2. Kritéria přijetí ze strany rodiny (pečujících) .....	22
3. 4. Průběh mobilní hospicové péče.....	22
3. 4. 1. Postup přijetí do domácí hospicové péče .....	22
3. 4. 2. Průběh péče .....	22

3. 5. Financování domácí hospicové péče .....	23
3. 6. Tělesné aspekty péče .....	23
3. 6. 1. Bolest .....	23
3. 6. 2. Respirační symptomy.....	24
3. 6. 3. Gastrointestinální symptomy .....	24
3. 6. 4. Neuropsychické symptomy .....	25
3. 7. Psychosociální aspekty péče .....	26
3. 7. 1. Psychologické potřeby .....	26
3. 7. 2. Potřeba komunikace.....	27
3. 8. Spirituální a aspekty péče .....	28
3. 8. 1. Pastorační péče .....	28
3. 8. 2. Potřeba lásky .....	29
3. 8. 3. Potřeba víry a naděje.....	29
3. 8. 5 Potřeba odpuštění .....	29
3. 9. Možnosti podpory pro pečující rodinu .....	30
3. 9. 1. Služby zdravotně-sociální péče .....	30
3. 9. 2. Finanční podpora .....	31
3. 9. 3. Půjčování kompenzačních a zdravotních pomůcek .....	31
3. 9. 4. Podpora rodiny po smrti pacienta .....	31
4. Cílová skupina respondentů dotazníku.....	33
4. 1. Student z hlediska vývojové psychologie .....	33
4. 2. Osobnostní předpoklady studenta SZŠ.....	33
II. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	34
5. Metodika výzkumu .....	34
5. 1. Výzkumné otázky.....	35
5. 2. Charakteristika výzkumného vzorku .....	35
5. 3. Zpracování a vyhodnocení dat .....	36
6. Analýza a interpretace získaných dat .....	37



6. 1. Otázky týkající se znalostí studentů o domácí hospicové péči (1-12) .....	37
6. 2. Otázky týkající se znalostí studentů o možnostech podpory pro pečující (13-18) .....	53
6. 3. Identifikační otázky (19-22).....	59
6. 4. Vyhodnocení informovanosti studentů o domácí hospicové péči .....	63
6. 5. Vyhodnocení informovanosti studentů o možnostech podpory pro rodiny pečující o umírajícího doma.....	64
7. Diskuze.....	65
7. 1. VO 1: Jaké znalosti mají studenti o domácí hospicové péči? .....	65
7. 2. VO 2: Jaké znalosti mají studenti o možnostech podpory pro osoby, které pečují o pacienta v konečném stadiu nevyléčitelného onemocnění v domácím prostředí? .....	68
7. 3. VO 3: Budou mít lepší znalosti studenti oboru zdravotnický asistent nebo studenti oboru zdravotnické lyceum?.....	71
7. 4. VO 4: Budou mít lepší znalosti studenti SZŠ Trutnov nebo SZŠ Havlíčkův Brod? .....	72
Závěr .....	74
Seznam literatury: .....	75
Tištěné zdroje: .....	75
Internetové zdroje: .....	76
Přílohy:.....	80
Příloha A: Analgetický žebíček WHO .....	80
Příloha B: Dělení bolesti podle převažujícího patofyziologického mechanismu .....	80
Příloha C: Dotazník pro studenty.....	81
Příloha D: Informační leták pro studenty .....	85

## SEZNAM ILUSTRACÍ

Obrázek 1: Co je domácí hospicová péče? .....	37
Obrázek 2: Co poskytuje domácí hospicová péče? .....	39
Obrázek 3: Pro jaké věkové kategorie pacientů je domácí hospicová péče určena? .....	40
Obrázek 4: Co je cílem domácí hospicové péče? .....	42
Obrázek 5: Jaká je cílová skupina nemocí domácí hospicové péče? .....	44
Obrázek 6: Je přijetí do domácí hospicové péče podmíněno zajištěním stálé péče rodinou? ..	46
Obrázek 7: Je podmínkou pro přijetí do domácí hospicové péče srozumění pacienta s jeho diagnózou? .....	47
Obrázek 8: Je domácí hospicová péče dostupná pacientovi i rodině nepřetržitě? .....	48
Obrázek 9: Patří mezi pracovníky domácí hospicové péče duchovní? .....	49
Obrázek 10: Jsou do domácí hospicové péče přijati pouze věřící pacienti? .....	50
Obrázek 11: Je podmínkou přijetí do domácí hospicové péče spolupráce s praktickým lékařem pacienta? .....	51
Obrázek 12: Lze v domácích podmínkách zvládnout léčbu onkologické bolesti? .....	52
Obrázek 13: Je domácí hospicová péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění? .....	53
Obrázek 14: Poskytuje sociální systém ČR nějakou formu finanční podpory pro pečující? ...	54
Obrázek 15: Je možné si někde zapůjčit pomůcky pro péči o nemocného v domácím prostředí? .....	55
Obrázek 16: Existuje nějaká časově neomezená služba, která pomáhá rodině s péčí o pacienta v domácím prostředí? .....	56
Obrázek 17: Má pečující rodina možnost umístit pacienta do lůžkového hospice na přechodnou dobu, aby si mohla odpočinout? .....	57
Obrázek 18: Končí podpora rodiny ze strany týmu domácí hospicové péče úmrtím pacienta? .....	58
Obrázek 19: Mají studenti osobní zkušenost nebo znají někoho, kdo pečoval o umírajícího doma? .....	59
Obrázek 20: Navštívili jste lůžkový hospic? .....	60
Obrázek 21: Znáte nějaký domácí hospic? .....	61
Obrázek 22: Zastoupení oborů .....	62
Obrázek 23: Informovanost studentů o domácí hospicové péči .....	63
Obrázek 24: Informovanost studentů o možnostech podpory pro rodiny pečující o umírajícího doma .....	64

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Hodnotící škála pro otázky 1-12.....	34
Tabulka 2: Hodnotící škála pro otázky 13-18.....	35
Tabulka 3: Znalosti studentů o domácí hospicové péči podle oborů .....	71
Tabulka 4: Znalosti studentů o možnostech podpory pro pečující podle oborů .....	71
Tabulka 5: Znalosti studentů o domácí hospicové péči podle SZŠ .....	72
Tabulka 6: Znalosti studentů o možnostech podpory pro pečující podle SZŠ .....	72
Tabulka 7: Analgetický žebříček WHO .....	80
Tabulka 8: Dělení bolesti podle převažujícího patofyziologického mechanismu .....	80

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
APHPP	Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
SZŠ	Střední zdravotnická škola
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VO	Výzkumná otázka
WHO	World Health Organization
ZA	Zdravotnický asistent
ZL	Zdravotnické lyceum

## Úvod

Smrt je základní lidské téma a odjakživa lidstvo znepokojuje. Zdravému, mladému člověku připadá jako něco vzdáleného, co se jej momentálně netýká. Dříve nebo později, se však se smrtí setká každý z nás. Z počátku umírají naši blízcí a nakonec i my staneme tváří v tvář smrti. V minulosti se lidé setkávali s umíráním častěji. Byla brána jako součást života. Bývalo samozřejmostí a morální povinností, že se o umírajícího postarala rodina doma. Smrt nebyla umírajícímu zastírána a nastávala po ritualizovaném rozloučení. U lůžka nemocného se sešla celá rodina, umírající měl možnost vyslovit svá poslední přání. V „poslední hodině“ zavolali příbuzní kněze, který poskytl nemocnému možnost zpovědi a udělil „poslední pomazání“. Tyto rituály pomáhaly pacientovi vyrovnat se s blízkou smrtí a dosáhnout smíření. Příbuzným pomohly vyrovnat se se ztrátou blízké osoby a zvládnout zármutek a truchlení. Dnes je tato osobní konfrontace se smrtí méně zřetelná. Důvodem je fakt, že většina lidí dnes umírá ve zdravotnickém zařízení, často bez účasti nejbližších a bez rozloučení s nimi. Proto se řada skutečností souvisejících se smrtí stává předmětem tabu. Dokonce i většina zdravotníků není se svou vlastní smrtelností vyrovnána. Smrt je považována za prohru a selhání techniky i lékařů. Je vnímána jako něco, co se nehodí do světa ovládaného moderní technologií, vědou, úspěchem, kultem mládeže a konzumem. Je skrývána a je vhodné o ní mlčet. Podle průzkumů veřejného mínění by většina dospělé populace v České republice (cca 75 %) chtěla dožít v domácím prostředí a přitom přibližně stejné množství pacientů umírá v některém zdravotnickém zařízení. V současné době u nás dochází k rozvoji domácí (mobilní) hospicové péče, pomáhající rodinám, které se rozhodnou pečovat o své blízké doma a umožní jim dožít ve svém přirozeném prostředí. Existence a možnosti domácí hospicové péče jsou na rozdíl od lůžkových hospiců mezi laiky i mezi zdravotníky poměrně málo známá věc. Ve své práci se zabývám výzkumem informovanosti studentů o domácí hospicové péči, protože právě zdravotník by měl být ten, kdo podá rodině potřebné informace o možnostech péče o umírajícího člena rodiny.

## **Cíle práce:**

1. Shrnout z dostupných informačních zdrojů dosavadní poznatky týkající se problematiky domácí hospicové péče.
2. Zjistit úroveň znalostí studentů SZŠ o domácí hospicové péči.
3. Zjistit úroveň znalostí studentů o možnostech podpory pro rodiny pečující o pacienta v konečném stadiu nevléčitelné nemoci v domácím prostředí.
4. Porovnat úroveň znalostí studentů v rámci studovaných oborů.
5. Porovnat úroveň znalostí studentů obou SZŠ.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Umírání v České republice

*„Celý lidský život není nic jiného než cesta k smrti.“*

*Seneca*

### 1. 1. Péče o umírající

V České republice umírá každoročně přibližně 105 000 lidí. U významné části nemocných předchází smrti období, kdy onemocnění pacienta funkčně limituje, působí mu řadu obtíží, ale již není významně ovlivnitelné léčbou. Právě tyto pacienti potřebují určitou formu paliativní péče. Jedná se o 60-70 000 chronicky nemocných pacientů v pokročilých a konečných stadiích nevléčitelných chorob. V současné době nedošlo ke shodě mezi odborníky a tvůrci zdravotní politiky (MZČR, zdravotní pojišťovny), jakou formu paliativní péče tyto nemocní potřebují, jak má být organizována a kdo ji má poskytovat (Sláma, 2013a, s. 1).

### 1. 2. Kde pacienti umírají

Podle údajů ÚZIS z roku 2012 je nejčastějším místem úmrtí v ČR, stejně jako v ostatních evropských zemích, akutní nemocnice (60 %) a nemocnice dlouhodobé péče (9 %). V domácím prostředí je to okolo 20 % úmrtí, většinu však tvoří náhlá, nečekaná smrt. Očekávaná domácí úmrtí tvoří pouze 5-10 %. Většina pacientů v pokročilém až terminálním stadiu nemoci je odeslána praktickým lékařem k hospitalizaci na akutní lůžko s odůvodněním nevladatelnosti v domácím prostředí, která je však často výrazem nedostatečné znalosti a podpory pacienta ze strany jeho blízkých a zdravotního systému. Malá část pacientů umírá v lůžkovém hospici (3 % ze všech úmrtí), kde je jim poskytnuta specializovaná paliativní péče. Přitom specializovanou paliativní péčí by v závěru života potřebovalo 20 % onkologických pacientů, což je 6000 ročně a 5-10 % neonkologických pacientů, což je 5-10 000 ročně (Sláma, 2013a, s. 1-4; Bužgová, 2015, s. 22).

### 1. 3. Přání, představy a názory na umírání v ČR

V roce 2013 byl realizován projekt pod názvem „Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II“, který vznikl ve spolupráci občanského sdružení Cesta domů a agentury STEM/MARK a navazoval na stejný projekt z roku 2011. Studie byla zaměřena na otázky vnímání umírání a konce života, péče o umírající - paliativní péče. Z průzkumu vyplývá, že většina populace (74 % laiků a 91 % zdravotníků) je názoru, že o smrti a umírání se na společenské i

individuální úrovni mluví málo. Stejně jako v roce 2011 by většina lidí chtěla umírat doma v kruhu rodiny (78 %). Nejméně přijatelným místem pro závěr života je léčebna dlouhodobě nemocných (69 %). Doma by nechtělo umírat pouze 7 % populace. Naprostá většina respondentů je názoru, že nejlépe se o umírajícího postará jeho rodina v domácím prostředí s pomocí profesionálů (84 %). K názoru, že v určité situaci už nemá cenu život dále uměle prodlužovat, se kloní 88 % laiků a 96 % zdravotníků. Zdravotníci jsou si vědomi faktu, že někdy pacient čeká na smrt jako na vysvobození (STEM/MARK, 2013).

## **1. 4. Medicinalizace umírání**

Moderní člověk umírá ve zdravotnickém zařízení sám, obklopen bílou zástěnou, v péči profesionálů, kteří jsou pro něj cizí lidé. Laická veřejnost přesunula těžce nemocné do institucí v naději, že všemocná medicína smrti zabrání. A zdravotníci bojují se smrtí všemi dostupnými prostředky. Stav, kdy je smrt neodvratná a přesto je stále oddalována se nazývá dystanazií – zadržanou smrtí. Tento etický problém se začíná vyskytovat v 60. letech 20. století. Umírající je zatěžován léčbou, která nepřináší užitek a nedovolí mu zemřít. Tam, kde končí moc vítězné medicíny, by měla nastoupit jiná forma pomoci a tou je paliativní a hospicová péče (Haškovcová, 2007, s. 31-33; Marková, 2010, s. 14).

Racionalita moderní doby nepočítá s možností víry v posmrtnou existenci. Rituál přípravy na smrt a loučení v nemocničním prostředí ztratil význam. O tělo zemřelého se „nejlépe“ postará pracovník pohřební služby. Pro dnešního člověka je i truchlení cosi sociálně nepřijatelného. Po odstranění rituálů zůstává prázdný prostor, který nás činí zranitelným ve schopnosti čelit vlastní smrtelnosti a smrti blízkých (Kupka, 2014, s. 24).

Podle posledních výzkumů zaměřených na náboženství a vztah ke smrti, mizí z představ současných Evropanů víra v posmrtný život. I přesto většina pohřbů v západní Evropě je církevních. U nás převažují občanské pohřby, což je zřejmě způsobeno sekularizací společnosti za komunistického režimu. Většina Čechů chápe smrt jako definitivní konec existence. Narůstá také počet pohřbů bez obřadu. Důvodem je jistě ekonomická stránka, ale i to, že lidé se snaží vyhnout kontaktu se smrtí a silným emocím na veřejnosti (Nešporová, 2009, s. 487-489; Nešporová, 2011, s. 77-79).



## 2. Paliativní péče

*„Naděje není to přesvědčení, že něco dobře dopadne, ale jistota, že má něco smysl – bez ohledu jak to dopadne“*

*Václav Havel*

### 2. 1. Definice paliativní péče

*„Paliativní péče je aktivní a na kvalitu života orientovaná péče o nevléčitelně nemocné a jejich blízké. Jejím základem je holistický přístup k nevléčitelně nemocným pacientům, který zohledňuje tělesnou, psychologickou, sociální a spirituální dimenzi člověka. Primárním cílem není vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a účinné mírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých“ (ČSPM ČLS JEP, 2011, s. 5).*

### 2. 2. Cílová skupina paliativní péče

Cílovou skupinou paliativní péče jsou pacienti v pokročilém nebo konečném stadiu nevléčitelné nemoci. Do této skupiny patří pacienti, kteří spadají do těchto diagnostických skupin: onkologická onemocnění, neurologická onemocnění (typu demence, amyotrofické laterální sklerózy, roztroušené sklerózy, Parkinsonovy choroby, imobilizační syndromy po cévních mozkových příhodách), konečná stadia chronických orgánových selhání (srdeční, ledvinné, jaterní, plicní), polymorbidní „křehcí“ geriatričtí pacienti, pacienti v perzistujícím vegetativním stavu, AIDS, některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění a kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorgánovým selháním v prostředí intenzivní péče (Sláma, 2013b, s. 5)

### 2. 3. Dvě úrovně paliativní péče

Paliativní péče je součástí zdravotně-sociálního systému a platí pro ni obecně platné standardy poskytování zdravotní péče a je poskytována v souladu s platnými profesními a etickými kodexy a platným právním řádem. Základem paliativního přístupu je vědomí, že možnosti vyléčit některé nemoci jsou omezené a zcela klíčovou oblastí paliativní péče se stává tišení bolesti a ostatních symptomů choroby a poskytnutí pomoci a útěchy nemocnému v jeho utrpení. Podle komplexnosti poskytnuté péče standardy rozlišují dvě úrovně paliativní péče – obecnou a specializovanou (ČSPM ČLS JEP, 2011, s. 5; Sláma, 2013b, s. 6).

### **2. 3. 1 Obecná paliativní péče**

Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou péči o pacienta v pokročilém stadiu nevléčitelné nemoci. Měli by ji být schopni poskytovat zdravotníci všech odborností v rámci klinické praxe. Jejím základem je včasné rozpoznání nevléčitelnosti nemoci a identifikaci oblastí významných pro kvalitu pacientova života a jejich ovlivnění (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 18-19; Sláma 2013b, s. 6)

### **2. 3. 2 Specializovaná paliativní péče**

Specializovanou paliativní péčí poskytuje pacientům a jejich rodinám multiprofesní tým odborníků, kteří jsou v paliativní péči speciálně vzděláváni. Do základního týmu patří lékaři, zdravotní sestry, ošetrovatelé, psycholog, pastorační pracovník (duchovní), sociální pracovník a dobrovolníci. Je poskytována pacientům, kteří komplexností svých potřeb přesahují možnosti obecné paliativní péče. Přejod mezi oběma stupni péče by měl být plynulý (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 30-31; Sláma, 2013b, s. 6-9). Základní organizační formy specializované paliativní péče jsou: domácí paliativní péče (mobilní hospic), lůžkový hospic, oddělení paliativní péče působící v rámci jiných zdravotnických zařízení a ambulance paliativní medicíny (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 31). V současné době působí v ČR 20 mobilních a 16 lůžkových hospiců (Hospice v ČR, 2014; Charita ČR, 2015a).

## **2. 4. Vývoj paliativní péče**

### **2. 4. 1. Vývoj specializované paliativní péče ve světě**

Průkopnicí moderní hospicové péče je Cicely Saundersová. Několik let pracovala v Hospici svatého Josefa v Londýně a v roce 1967 založila Hospic svatého Kryštofa. Ten se stal moderním hospicovým centrem výzkumu a výuky. Saundersová věnovala svůj profesní i osobní život péči o pacienty v pokročilém stadiu nevléčitelného onemocnění, zaměřila se na specifické potřeby jednotlivých pacientů, na celostní péči o pacienta a jeho rodinu. V Hospici svatého Kryštofa studovali zdravotníci ze všech kontinentů a znalosti a zkušenosti dále uplatňovali ve svých zemích. Po 40 letech (v roce 2007) bylo evidováno ve více než 100 zemích celého světa více než 9500 zařízení paliativní péče. Světová zdravotnická organizace považuje rozvoj paliativní péče za jednu ze svých priorit již od začátku 90. let 20. století. V roce 1999 kodifikovalo Parlamentní shromáždění Rady Evropy práva pacienta na paliativní péči v dokumentu „Charta práv umírajících“. V roce 2003 bylo schváleno doporučení Výboru

ministrů Rady Evropy členským státům „*O organizaci paliativní péče*“ (ČSPM ČLS JEP, 2011, s. 7; O organizaci paliativní péče, c2004, s. 16-17).

#### **2. 4. 2. Vývoj specializované paliativní péče v ČR**

V České republice je vývoj paliativní péče, mimo jiné vlivem jiné politické a ekonomické situace, oproti ostatním vyspělým zemím opožděn. Jako specifický model péče o nevléčitelně nemocné se u nás začala rozvíjet až po roce 1989. První lůžkové oddělení paliativní péče bylo otevřeno v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou. Významnou osobností rozvoje hospicového hnutí u nás je MUDr. Marie Svatošová, která v roce 1993 založila občanské sdružení „*Ecce homo*“ (Ejhle člověk) pro podporu hospicového hnutí. V roce 1995 byl vybudován první lůžkový hospic – Hospic Anežky České v Červeném Kostelci (ČSPM ČLS JEP, 2011, s. 8; Bužgová, 2015, s. 20).

V roce 2001 bylo založeno občanské sdružení Cesta domů, které od roku 2002 začalo provozovat za přispění Magistrátu hlavního města Prahy a Výboru dobré vůle – Nadace Olgy Havlové Poradnu paliativní péče. Od roku 2003 provozuje sdružení domácí (mobilní) hospic. První rozsáhlejší průzkum týkající se oblasti péče o umírající pacienty byl proveden Cestou domů v letech 2003-2004. Výzkum proběhl v rámci projektu Podpora rozvoje paliativní péče v České republice financovaného Nadací Open Society Fund Praha. Na základě výsledků výzkumu Cesta domů vydala v roce 2004 publikaci nazvanou „*Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*“ a v návaznosti na ni, a s využitím doporučení Rec (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům „*O organizaci paliativní péče*“, byly vydány publikace „*Koncepce paliativní péče*“, „*Standardy domácí paliativní péče*“ a „*Vzdělávání v paliativní péči*“. V roce 2005 zahájil provoz internetový portál „*Umírání.cz*“ a začala informační kampaň paliativní péče „*Nezavírejte oči*“ (Sláma, Špinka, 2004, s. 5; Špinková, 2011, s. 12-14).

O rozvoj paliativní péče v ČR se také zasloužila Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče (APHPP) založená v roce 2005, která v roce 2007 vydala „*Standardy hospicové paliativní péče*“. Cílem bylo definovat požadavky, které by poskytovatelé paliativní péče měli splňovat. Dalším důležitým krokem bylo založení České společnosti paliativní medicíny (ČSPM ČLS JEP) v roce 2009. Cílem společnosti je rozvíjet a podporovat vzdělávání a dobrou klinickou praxi v oblasti obecné i specializované paliativní péče. ČSPM je kolektivním členem Evropské asociace paliativní péče. Od doby svého vzniku pořádá pravidelné konference v oblasti paliativní medicíny a podílela se na tvorbě dokumentu

„*Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011-2015*“. Cílem strategie bylo odstranit stav nedostatečné péče o umírající a zabezpečit co nejlepší kvalitu péče o pacienty s pokročilým progresivním onemocněním a jejich rodiny. V roce 2013 uveřejnila ČSPM „*Standardy paliativní péče 2013*“. Na podzim roku 2014 zahájilo činnost Centrum paliativní péče v Praze (Bužgová, 2015, s. 21-22).

### **3. Domácí paliativní (hospicová) péče**

*„Konfrontace s vlastní smrtí je nepřekonatelná hraniční situace, která má sílu způsobit obrovský posun v tom, jak člověk žije ve světě.*

*Irvin D. Yalom*

#### **3. 1. Definice mobilní (domácí) paliativní péče**

*„Mobilní paliativní péče je specializovaná paliativní péče poskytovaná v přirozeném prostředí pacienta, který se nachází v pokročilé nebo konečné fázi onemocnění“ (Sláma, 2007, s. 4).*

#### **3. 2. Základní principy mobilní paliativní péče**

Společnými příjemci péče jsou pacient, jeho rodina, případně nejbližší přátelé pacienta a všichni se zásadním způsobem podílejí na plánování péče. Mobilní paliativní péče je komplexní – pečuje o fyzické, psychické, sociální a spirituální potřeby pacienta a jeho rodiny. Tým mobilního hospice je multiprofesionální. Tvoří jej lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelé, sociální pracovník, psycholog, koordinátor dobrovolníků, duchovní, osobní asistenti a další pracovníci dle potřeb. Tým mobilního hospice disponuje vyškolenými a zkušenými odborníky pro léčbu bolesti a ostatních symptomů pokročilého onemocnění. Dostupnost služby je 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Mobilní hospicová péče spolupracuje s praktickým a ošetřujícími lékaři pacienta a s ostatními poskytovateli zdravotní a sociální péče. Součástí týmu jsou také školení dobrovolníci (Sláma, 2007, s. 4; Skála, 2011, s. 6).

#### **3. 3. Kritéria přijetí pacienta**

##### **3. 3. 1. Kritéria přijetí ze strany pacienta**

Pacient trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu, zná svůj zdravotní stav a přiměřeně svým možnostem porozuměl závažnosti a prognóze své nemoci. Nemocný si přeje zůstat doma a souhlasí s principy domácí paliativní péče, rozumí jejím možnostem a limitům. Nejsou známy žádné závažné zdravotní, sociální nebo jiné důvody, které by vylučovaly možnost péče v domácím prostředí (Sláma, 2007, s. 4; Skála, 2011, s. 7).

### **3. 3. 2. Kritéria přijetí ze strany rodiny (pečujících)**

Rodina je se svolením pacienta informovaná o jeho zdravotním stavu a přiměřeně svým možnostem chápe závažnost nemoci a její prognózy, souhlasí s principy domácí paliativní péče a rozumí jejím možnostem a limitům. Je připravena se spolupodílet na péči a alespoň jedna osoba s pacientovy rodiny či blízkých je ochotna převzít odpovědnost za kontinuální péči o pacienta (Sláma, 2007, s. 5; Skála, 2011, s. 7).

### **3. 4. Průběh mobilní hospicové péče**

#### **3. 4. 1. Postup přijetí do domácí hospicové péče**

První kontakt probíhá většinou formou telefonického nebo osobního rozhovoru zaměřený na objasnění situace pacienta a jeho rodiny, jejich potřeb a představ o péči. Pacientovi a rodině jsou vysvětleny možnosti a limity nabízené domácí hospicové péče. Následuje první návštěva lékaře a sestry u pacienta doma (Sláma 2007, s. 5). V rámci první návštěvy se lékař seznámí s pacientovou zdravotní dokumentací, provede anamnestický rozhovor a základní klinické vyšetření. Zhodnotí pacientův funkční a psychický stav, identifikuje případné specifické problémy, jako jsou rozsáhlé chronické rány, stomie apod. (Kalvach, 2010, s. 50-51). Součástí je také posouzení doprovodných symptomů nemoci, hlavně bolesti a sociálních, duchovních a kulturních aspektů a preferencí plánu péče. Jsou zjištěna a zdokumentována očekávání pacienta a rodiny týkající se cílů péče. Pacient nebo zákonný zástupce podepíše smlouvu o péči. Následuje stanovení plánu péče, zapůjčení pomůcek a zaučení rodiny v ošetřování nemocného a používání pomůcek. Rodině je v případě potřeby zprostředkován kontakt na ambulantní ošetrovatelské a pečovatelské agentury (Sláma, 2007, s. 5-6).

#### **3. 4. 2. Průběh péče**

Odborný personál domácího hospice může pacient a rodina kontaktovat 7 dní v týdnu, 24 hodin denně. Průběžně je aktualizováno a dokumentováno zhodnocení stavu a potřeb pacienta a jeho rodiny. Tým domácího hospice spolupracuje s praktickým lékařem případně s dalšími odbornými lékaři pacienta. Změny plánu péče jsou provedeny na základě změn zdravotního stavu a přání a potřeb pacienta a jeho rodiny. Pečujícím jsou k dispozici odlehčovací služby, do nichž se zapojují dobrovolníci, případně pečovatelské agentury. V případě přeložení pacienta do lůžkového zařízení paliativní péče předá tým domácího hospice informace a zkušenosti s pacientem dalším poskytovatelům péče (Sláma, 2007, s. 6).

### **3. 5. Financování domácí hospicové péče**

V České republice v současné době není služba mobilní specializované péče hrazena z veřejného pojištění. Pacient nebo rodina si ji musí platit (cca 200 Kč denně), což pokryje pouze malou část péče. Mobilní hospice existují jen díky darům, grantům a veřejným sbírkám, mobilní specializovaná paliativní péče je dostupná jen v některých regionech a využít ji může jen zhruba jedno procento nevléčitelně nemocných lidí na konci života (cca 1600 ročně). Od 1. 4. 2015 do 29. 2. 2016 probíhá pilotní projekt Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), který má ověřit přínos mobilní specializované paliativní péče pro systém zdravotní péče z hlediska kvality péče o pacienta, proveditelnosti, bezpečnosti a ekonomické náročnosti. Do projektu bylo zařazeno 7 mobilních hospiců. U 350 jejich pacientů (pojištěnců VZP) budou mobilní hospice zaznamenávat a hodnotit stav pacientů podle mezinárodních skórovacích tabulek. Tímto způsobem se získají informace o objemu poskytované péče a o přínosu pro pacienta. Zdravotní pojišťovna poté proplatí u této menšiny pacientů za posledních maximálně 30 dnů péče částku v rozsahu 1161-1452 Kč podle závažnosti stavu pacienta. Ve fázi hodnocení se budou porovnávat náklady na péči u pacientů, kteří dožili doma s pomocí mobilního hospice s náklady na péči u pacientů, kteří ve stejném období, ve stejném regionu, zemřeli na stejné základní a přidružené diagnózy v nemocnicích, domech pro seniory, léčebnách, nebo doma v péči praktického lékaře a agentury domácí péče (Pilotní program mobilní specializované péče, 2015).

### **3. 6. Tělesné aspekty péče**

#### **3. 6. 1. Bolest**

Bolest je jednou z hlavních oblastí zájmu paliativní medicíny. Ovlivňuje momentální komfort pacienta, naději, radost a motivaci k životu a spolupráci při léčbě. Všechny tyto faktory zpětně ovlivňují to, jak pacient bolest vnímá a snáší. Bolest je hluboce individuální zkušenost a nelze ji chápat jen jako somatický vjem (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 39). Dělení bolesti podle převažujícího patofyziologického mechanismu ukazuje tabulka 8 (příloha B). Cicely Saundersová zavedla pojem „totální bolest“. Koncept totální bolesti zahrnuje všechny aspekty utrpení: fyzický, psychický, sociální a duchovní (Bužgová, 2015, s. 15-16). „*V paliativní medicíně se snažíme zmírnit bolest pacientovu, nikoliv bolest nervových zakončení*“. Při léčbě bolesti je třeba postupovat podle „Analgetického žebříčku WHO“ (tabulka 7, příloha A). Významným faktorem při léčbě nádorové bolesti je udržení dostatečné plazmatické koncentrace analgetika mezi jednotlivými dávkami. V tomto směru jsou

významným přínosem náplastové transdermální formy opioidních analgetik, které po dobu až 72 hodin udržují stálou plazmatickou koncentraci léku. Chronická nádorová bolest je často provázena náhlými prudkými krátkodobými záchvaty velmi silné až zničující bolesti. K léčbě průlomové bolesti je možno použít slizniční aplikátory opioidů (Sláma a kol., 2011, s. 47-61). Bolestí trpí 73 % pacientů v terminálním stadiu onkologického onemocnění a až 60 % pacientů s chronickým orgánovým selháváním. Bolest je vysoce subjektivní vjem a je nutné ji pacientovi věřit. Pro účinnou léčbu bolesti je třeba ji správně monitorovat a hodnotit. Podle intenzity v průběhu dne a charakteru bolesti se upravují dávky analgetik (Marková, 2010, s. 96-98; O'Connor, 2005, s. 91-93). Přibližně 75-85 % pacientům stačí podávat analgetika neinvazivní cestou (per os, transdermálně). Koanalgetika (adjuvantní analgetika) jsou léky s nezávislým analgetickým účinkem, zvyšují účinnost ostatních léků a zmírňují symptomy, které s bolestí souvisí, jako jsou úzkost a strach (O'Connor, 2005, s. 96-97).

### **3. 6. 2. Respirační symptomy**

Nejčastějšími respiračními symptomy pokročilého nevyléčitelného onemocnění jsou dušnost, kašel a hemoptýza. V posledních týdnech života je dušnost pozorována u 50-80 % pacientů. Důležité je zjistit a kauzálně řešit odstranitelné příčiny. Pokud kauzální léčba není vzhledem k předpokládané délce života reálná, je nutné nasadit léčbu symptomatickou. V indikovaných případech je možné zahájit oxygenoterapii. Domácí koncentrátor kyslíku je možné zapůjčit například v agenturách domácí péče a hospicích (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 169-174).

Kašel významně zhoršuje kvalitu života pacienta. Cílem symptomatické léčby je kašel zmírnit. Hemoptýza je vykašlávání krve nebo příměs krve ve sputu. Některé příčiny mohou být odstraněny kauzální léčbou (infekce, poruchy koagulace), symptomatická léčba ovlivňuje faktory, které hemoptýzu zhoršují. Patří sem také režimová opatření např. klid na lůžku v polosedě, led na hrudník. V prevenci recidivy krvácení se doporučuje nepít horké nápoje, nekoupat se v horké vodě apod. (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 179-181).

### **3. 6. 3. Gastrointestinální symptomy**

Mezi nejčastější gastrointestinální příznaky patří hlavně nauzea, zvracení, průjem, zácpa, anorexie, kachexie, střevní obstrukce, ikterus, ascites. I zde je na prvním místě zjistit a řešit odstranitelné příčiny. Střevní obstrukce, ikterus a ascites většinou vyžaduje chirurgickou intervenci. 50-60 % pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním trpí nevolností a zvracením. Kromě farmakoterapie se uplatňují dietní opatření, podávají se lehce stravitelné



potravinu podle výběru pacienta v malých dávkách. Pacienti lépe tolerují chlazené potraviny. Důležitá je hygiena dutiny ústní před a po každém jídle a jíst v dobře větrané místnosti (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 115-119; O'Connor, 2005, s. 143-151).

Akutní nebo déletrvající průjem se vyskytuje přibližně u 10% nemocných s pokročilým nádorovým onemocněním. Důsledkem je dehydratace, minerální dysbalance a zhoršené vstřebávání živin. Nutriční deficit prohlubuje ztrátu tělesné hmotnosti, únavu a celkově zhoršuje kvalitu života pacienta (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 128-132).

Zácpa se vyskytuje až u 80 % pacientů v paliativním režimu. Je příčinou diskomfortu pacienta a může vést ke značným komplikacím od nevolnosti a zvracení až ke střevní obstrukci. Příčinou bývá tělesná slabost, snížená pohyblivost, snížený příjem potravy, endokrinní a metabolické příčiny. Často bývá způsobena podáváním opioidů (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 133-140; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2006, s. 159).

Syndromem nádorové anorexie a kachexie trpí až 80 % pacientů v pokročilém stadiu nemoci. Kachexie je způsobena sníženým příjmem potravy (únava, nechutenství), zvýšenou energetickou potřebou organismu (uvolnění mnoha mediátorů při reakci na maligní onemocnění) a malabsorpcí (při postižení trávicího traktu). V paliativní péči se uplatňuje pravidlo podvýživě a jejím komplikacím předcházet a začít s nutriční podporou před jejími projevy. Nechutenství je někdy způsobeno také nedostatečnou léčbou bolesti. Základem výživy je vytvořit podmínky pro perorální příjem úpravou a výběrem stravy podle potřeb pacienta. Podávat malé porce 6-8x denně. Mnoho pacientů preferuje chlazenou výživu. Při nedostatečném příjmu je možno podávat formou sippingu (popíjení po malých dávkách) nutriční doplňky, kterých v dnešní době existuje na trhu mnoho druhů. Hydratace a výživa je jeden z pilířů péče o nevléčitelně nemocné (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 107-110; Grofová, 2009, s. 276-278).

### **3. 6. 4. Neuropsychické symptomy**

Hlavními neuropsychickými symptomy u nevléčitelné nemoci jsou úzkost, strach, smutek, deprese a zmatenost až delirium. Úzkost je v paliativní péči nejčastěji zapříčiněna strachem z bolesti, ze smrti samotné, ale také z toho co bude „po tom“. Projevuje se napětím, neklidem, poruchou spánku, pocením, tachikardií. Rozpoznat úzkost nemocného a hovořit s ním o její příčině je hlavním úkolem sestry. Pacienti se obvykle ostýchají mluvit o strachu ze smrti. Klidný a laskavý rozhovor může pacientovu úzkost zmírnit (Marková, 2010, s. 112-114; Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 237-238).

Až 88 % pacientů v paliativní péči může trpět v závěru života zmateností. Je třeba rozlišit chronickou zmatenost, která je příznakem demence a akutní zmatenost – delirium. Mezi časté příznaky deliria patří neklid, paranoidní myšlení, bludy a halucinace, poruchy spánku, agresivita a nevhodné chování. Stav se zhoršuje hlavně v noci. Prevencí těchto stavů je klidná místnost s pohodlným lůžkem, přítomnost členů rodiny i v noci malé světlo, minimální fyzická omezení a klidné jednání s nemocným (O'Connor, 2005, s. 178-184; Marková, 2010, s. 114 -116).

### **3. 7. Psychosociální aspekty péče**

#### **3. 7. 1. Psychologické potřeby**

Mezi psychologické potřeby pacienta patří především respektování lidské důstojnosti a autonomie, pocit bezpečí a důvěry. Každý člověk je jedinečnou neopakovatelnou bytostí a jako takového je třeba ho chápat (Svatošová, 2008, s. 20). Otázkou psychického vyrovnávání se s nevléčitelnou nemocí se zabývala Elizabeth Kübler-Rossová (1995). Na základě rozhovorů s mnoha terminálně nemocnými stanovila jednotlivá stadia procesu vyrovnávání se s nevléčitelným onemocněním:

Šok, popření je první stadiem při zjištění nemoci. Jedná se o obranný mechanismus, který slouží k zachování psychické integrity. Může trvat poměrně dlouho. Pacient není schopen pochopit, proč se taková věc stala právě jemu. Je přesvědčen, že jde o omyl, který se nakonec vysvětlí. Rossová doporučovala nepřesvědčovat pacienty o opaku, nesměřovat je násilně do reality (Heřmanová, 2012, s. 168).

Agrese, hněv je druhým stadiem. V okamžiku, kdy si pacient uvědomí tíživost situace, cítí hněv a zlobu. Může ji zaměřit na sebe (vyčítat si, že nešel k lékaři dříve, že nepřestal kouřit, atd.) nebo na okolí – rodina, přátelé, zdravotnický personál. Podle Rossové je důležité nechat pacienta odventilovat hněv (Heřmanová, 2012, s. 168).

Smlouvání je fáze, kdy se pacient snaží získat více času. Pacienti vyjadřují touhy dožít se nějaké důležité události (narození vnoučete, promoce dětí, svatby v rodině, atd.). Na iracionální rovině pacient slíbí, že pokud se uzdraví, odčiní všechny své viny. V této fázi pacienti, kteří nevěří v Boha, mohou konvertovat k víře (Kupka, 2014, s. 96; Heřmanová, 2012, s. 168).

Deprese je reakcí pacienta na uvědomění si ztráty všech dosavadních životních hodnot, cílů a možností. Při uvědomění si vlastní blízké smrti pacient prožívá anticipační zármutek (truchlí

nad budoucí ztrátou života). Někdy je ještě umocněn pocitem viny z neschopnosti postarat se o své blízké (děti, nemocní rodiče, partner). Důležité je vyslechnout pacientovy obavy a dát mu volnost v projevení smutku. Není dobré snažit se pacienta za každou cenu rozveselit, mohl by to brát jako nepochopení a necitlivost (Kupka, 2014, s. 96; Heřmanová, 2012, s. 168-169).

Smíření je stav, kdy pacient akceptuje svoji situaci a dospěje k vnitřnímu vyrovnání. V této fázi je možné pozorovat snahu pacienta uspořádat své záležitosti (rodinné, finanční, majetkové). Často dojde k setkání a usmíření příbuzných, kteří se léta nestýkali kvůli dřívějším neshodám (Kupka, 2014, s. 96; Svatošová, 2015).

Svatošová (2008, s. 24) uvádí, že je velmi důležité rozlišit fázi smíření od fáze rezignace. Rozdíl mezi rezignací a smířením popisuje Kübler-Rossová (1995, s. 45) takto:

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

Je potřeba si uvědomit, že uvedenými fázemi prochází nejen pacient, ale i jeho nejbližší. Prožívání fází nemusí vždy probíhat podle uvedeného sledu. Někdy se jednotlivé fáze vracejí a prolínají. Často dochází k časovému posunu v prožívání jednotlivých fází pacientem a jeho blízkými. Pokud pacient už dosáhl smíření, ale rodina je ještě ve fázi smlouvání a vyjednávání může to pacientovi uškodit. Především v těchto případech potřebuje rodina i nemocný někoho, kdo se ujme role doprovázejícího. Může jím být duchovní, zkušená hospicová sestra nebo někdo s přátel (Svatošová, 2008, s. 24).

### **3. 7. 2. Potřeba komunikace**

Nemocný potřebuje se svým okolím komunikovat. Často zapomínáme na to, že více než slova mluví naše pohyby, gesta, mimika, postoj a intonace. Každý člověk potřebuje pocit bezpečí a důvěry. Proto je tak důležité pacientovi nelhat, neříkat mu něco, co by člověk musel později odvolávat. To vede ke zklamání a ztrátě důvěry. Další zásadou je říkat pacientovi jen tolik, kolik chce slyšet a v okamžiku kdy to chce slyšet (Svatošová, 2012, s. 22).

Při rozhovoru je dobré využívat techniky aktivního naslouchání. Nutná je zpětná vazba. Prosté přitakání, pokývání hlavou ujišťuje nemocného o našem zájmu a vytváří atmosféru důvěry. Je třeba brát všechny pacientovy stesky a obavy vážně. Pro nemocného je velmi

důležitý pocit důstojnosti a autonomie. Pacient by se měl aktivně spolupodílet na plánu péče (Marková 2010, s. 52-59).

Pacient je nedílnou součástí rodiny, která trpí spolu s nemocným. Umírající se často trápí tím, jak jeho blízcí přijímají, či nepřijímají skutečnost jeho onemocnění a blíží se smrti. Úkolem doprovázejícího je citlivě podat rodině pravdivé informace o průběhu umírání a o tom, co nemocný prožívá a čím si prochází. Je nutné dovolit pacientovi i rodině vyjádřit emoce, podpořit je ve vzájemné pravdivosti, pomoci řešit i konkrétní problémy ve vztazích a často i poskytnout náruč pro pláč (Marková, 2010, s. 55-61).

### **3. 8. Spirituální a aspekty péče**

Mnoho lidí včetně zdravotníků je přesvědčeno, že spirituální potřeby mají pouze věřící pacienti. Je tomu však spíše naopak. Věřící pacient své duchovní potřeby ventiluje, a tak je snadnější mu je pomoci naplnit. Právě v době vážné nemoci se lidé začínají zabývat úvahami o smyslu vlastního života, smyslu nemoci a bolesti. Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a má až do poslední chvíle smysl (Svatošová, 2008, s. 21). Nemoc může být brána jako příležitost k zastavení na cestě. Smysl života neustále hledáme a nacházíme a zrovna tak i nemocný a umírající si klade otázku, co mu má být skrze jeho nemoc řečeno (Martelliiová, 2007).

#### **3. 8. 1. Pastorační péče**

Pastorační péče v nemoci a umírání je nabídkou nejen praktikujícím křesťanům, ale každému nemocnému. Má podobu osobního opatrování člověka duchovním. Pomáhá umírajícímu přijmout nevyhnutelnou skutečnost, vyrovnat se s ní, nejen ji akceptovat a pomáhá také smíření se s tím, co přichází (Martelliiová, 2007).

Od nepaměti se nemocným a umírajícím poskytovala *svátost pomazání umírajících* tzv. „poslední pomazání“. Z pastoračních důvodů (příbuzní se často neodhodlali kněze zavolat, aby nemocného nevydělali, že se jeho život chýlí ke konci) se dnes nazývá *svátost pomazání nemocných* a uděluje se při vážných onemocněních, před operací nebo při „slabosti stáří“ a může se udělovat opakovaně. Uděluje ji kněz a spočívá v pomazání čela a dlaní olejem nemocných (oleum infirmorum) posvěceným biskupem na Zelený čtvrtek. Pokud si nemocný, který není pokřtěný, přeje přijmout křest, je mu tato svátost knězem poskytnuta (Ondračka a kol., 2010, s. 76-77).

### **3. 8. 2. Potřeba lásky**

Je velmi obtížné definovat pojem „duchovní potřeby“. I když jsou tyto potřeby vysoce individuální, lze najít jednoho společného jmenovatele a tím je touha po lásce. Kdesi uvnitř hluboko v nás je zakořeněna touha milovat a být milován (Svatošová, 2012, s. 40-41). V těžkých chvílích když nemocný bilancuje, co v jeho životě mělo a nemělo smysl, většinou přijde na to, že mu zůstávají láskyplné vztahy. To je pro mnoho pacientů velkou posilou (Marková, 2010, s. 88).

### **3. 8. 3. Potřeba víry a naděje**

Důležitým aspektem víry je důvěra. Nemocný a umírající člověk může ztratit důvěru k lékaři, který mu neřikal pravdu, může ztratit důvěru ke svým blízkým, kteří se tváří, že všechno bude dobré, i když nemocný ví, že prožívá svůj poslední čas. Křesťanská naděje je úzce spjatá s vírou v posmrtný život. Úlohou pastoračního pracovníka je vést nemocného a umírajícího k naději křesťanské, pokud bude přijímána. Mnoho umírajících hledá svou cestu k Bohu, hledá víru, která by jim přinesla vnitřní pokoj a naději do budoucnosti (Martelliiová, 2007).

Doufat, znamená vidět před sebou možnost dalšího kroku. Naděje se nedá naučit, je to spíše dar. Pacienta je možné udržovat v naději pomocí stanovení drobných splnitelných cílů, naučit ho, radovat se z malých radostí (poslech hudby, pohled na rozkvetlou zahradu, vnoučata, atd.). Jak říká Nietzsche: „*Kdo má proč žít, snese téměř každé jak*“ (Svatošová, 2008, s. 29-30).

### **3. 8. 5. Potřeba odpuštění**

Odpuštění člověka osvobozuje. Proto je v závěru života tak důležité. Neodpuštění je vězení s klíčem uvnitř a je příčinou mnoha psychosociálních problémů. Je třeba také poprosit o odpuštění ty, kterým jsme ublížili. Často to lze a mělo by to být umírajícímu umožněno. Nastávají však situace, kdy už bohužel ten, komu bylo ublíženo, odpustit nemůže, protože už nežije. Právě tyto viny způsobují nemocnému v posledních dnech života velké úzkosti. Pro věřícího člověka je důležité, aby přijal odpuštění Boží ve formě svátosti smíření nebo v modlitbě. Pro nevěřícího člověka je důležité přijmout ujištění, že prosba o odpuštění a projevení lítosti bude určitě vyslyšena (Marková, 2010, 87-88).

### **3. 9. Možnosti podpory pro pečující rodinu**

Nevyléčitelné onemocnění zásadně ovlivňuje nemocného a jeho rodinu v sociální rovině. Jedná se o takzvané sociální strádání, kdy vlivem zdravotního stavu dochází ke změnám příjmu, sociálního zapojení, mění se životní styl rodiny a role jejích členů (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 333). V domácí hospicové péči je potřeba také identifikovat a posoudit konkrétní potřeby sociální a finanční. To je úkolem sociálního pracovníka, který pomůže rodině vyhledat dostupné služby (agentury domácí péče, osobní asistence) a zprostředkuje kontakt na příslušný úřad a pomůže s vyřízením žádosti o příspěvek na péči. V případě zájmu jsou v týmu domácí hospicové péče dobrovolníci, kteří tráví s nemocným volný čas podle jeho přání. Pokud se nemocný i rodina dostane do fáze, kdy jsou schopni připustit blízkost smrti, mohou se vypořádat specifické potřeby spojené s vyřízením praktických věcí, jako jsou sepsání závěti, převod majetku, specifická přání ohledně pohřbu. V případě zájmu sociální pracovník kontaktuje notáře, či právníka (Student, Mühlum, Student, 2006, s. 13).

#### **3. 9. 1. Služby zdravotně-sociální péče**

Domácí zdravotní ošetrovatelskou péči (tzv. home care) poskytuje zdravotnický pracovník s odbornou způsobilostí dle zákona č. 96/2004 Sb., vyhlášky 55/2011 na základě doporučení ošetroujícího lékaře v přirozeném sociálním prostředí pacienta. Jedná se o zdravotně-ošetrovatelské výkony jako aplikace léků včetně injekcí, převazy, odběry biologického materiálu, pohybová léčba, atd. Maximální doba poskytování domácí ošetrovatelské péče je 3 x 1 hodina denně, 7 dní v týdnu a je hrazena z veřejného zdravotního pojištění podle seznamu zdravotních výkonů. Nadstandardní výkony platí nemocný či rodina (MPSV, 2011, s. 5, 15-16).

Pečovatelská služba je terénní služba sociální péče poskytovaná osobám se sníženou soběstačností v jejich přirozeném sociálním prostředí ve vymezeném čase. Služba obsahuje činnosti v těchto oblastech: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Službu hradí nemocný nebo rodina podle ceníku jednotlivých poskytovatelů. Maximální částka je stanovena zákonem (Zákon 108/2006, § 40; Vyhláška 505/2006, § 6).

Osobní asistence je terénní služba sociální péče poskytovaná osobám se sníženou soběstačností v jejich přirozeném sociálním prostředí bez časového omezení. Oblasti činností poskytovaných služeb jsou shodné s pečovatelskou službou. Službu hradí nemocný nebo rodina podle ceníku jednotlivých poskytovatelů. Maximální částka je stanovena zákonem (Zákon 108/2006, § 39; Vyhláška 505/2006, § 5).

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost a o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí, cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Službu hradí nemocný nebo rodina podle ceníku jednotlivých poskytovatelů. Maximální částka je stanovena zákonem (Zákon 108/2006, § 44; Vyhláška 505/2006, § 10).

### **3. 9. 2. Finanční podpora**

Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle Zákona o sociálních službách při zvládnutí základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. O přidělení a výši příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce. Výše příspěvku (za kalendářní měsíc) je určena stupněm závislosti: pro osoby mladší 18 let od 3000 do 12000 Kč a pro osoby starší 18 let od 800 do 12000 Kč (Zákon 108/2006, § 7-11).

### **3. 9. 3. Půjčování kompenzačních a zdravotních pomůcek**

Pečující rodina má možnost zapůjčit si zdravotní a kompenzační pomůcky. Pomůcky půjčuje Charita Česká republika, agentury domácí péče a poskytovatelé hospicové a domácí hospicové péče za poplatek dle ceníku jednotlivých poskytovatelů (Charita ČR, 2015b; Asociace domácí péče ČR o. s., 2015; Hospice v ČR, 2014). Jedná se o pomůcky jako: polohovací postel, antidekubitní matrace, zvedák, WC židle, chodítka, vozík, stolička do vany, stolička do sprchy, lineární dávkovač léků, koncentrátor kyslíku, atd. (Sláma, 2007, s. 12-13).

### **3. 9. 4. Podpora rodiny po smrti pacienta**

Pozůstalým je týmem domácí hospicové péče poskytována psychologická a spirituální podpora pokud si to přejí nejméně po dobu 12 měsíců po smrti pacienta. Sociální pracovník poskytuje sociální poradenství v oblasti zajištění pohřbu, dědického řízení, zajištění vdovského a sirotčího důchodu atd. (Sláma, 2007, s. 7). Hospice pořádají 2-3x ročně setkání

pozůstalých, kde mají rodiny možnost zavzpomínat na dobu strávenou se svými blízkými. Vzájemné sdělení zkušeností může pomoci překonat těžkou dobu zármutku. Setkání se účastní také členové týmu domácího hospice (APHPP, 2015).



## 4. Cílová skupina respondentů dotazníku

*„Prvním krokem na cestě ke štěstí je učení se.“*

*Dalajláma*

### 4. 1. Student z hlediska vývojové psychologie

Výzkumná část práce se zabývá informovaností studentů SZŠ o domácí hospicové péči. Z hlediska vývojové psychologie se student čtvrtého ročníku nachází v období přelomu pozdní adolescence a mladé dospělosti. Je to období duševního dospívání a získávání předpokladů stát se dospělým ve všech oblastech: biologické, sociální i psychické. Dokončuje se také vývoj identity, dospívající dosahuje autonomie, která potvrzuje jeho jedinečnost. Důležité je hledání smyslu života, všeobecných a vlastních morálních hodnot a ideálů (Zacharová, Šimíčková, 2011, s. 86-89). Vytváření identity zahrnuje pojetí sama sebe, ale i zachování vazeb na osobně významné lidi. Pomocí vztahů se adolescent vymezuje pozitivně (identifikací) i negativně (odmítnutím sounáležitosti). Základem je příslušnost k rodině, ale i přátelské a partnerské vztahy (Vágnerová, 2012, s. 458).

### 4. 2. Osobnostní předpoklady studenta SZŠ

Příprava na výkon zdravotnického povolání je náročná z hlediska odborné přípravy a vyžaduje i určité osobnostní předpoklady studenta jako jsou: přiměřená schopnost empatie, porozumění problémům nemocných, klidné vystupování, trpělivost a umění ovládat se (Zacharová, Šimíčková, 2011, s. 157-158). Povolání zdravotníka patří mezi takzvané pomáhající profese. Bylo dokázáno, že pacient, který je v psychické pohodě, se lépe uzdravuje. To ovlivňuje zdravotnický personál jednak přístupem a chováním k pacientovi a také tím, jaká atmosféra je na pracovišti daného zdravotnického zařízení (Kelnarová, Matějková, 2010, s. 61). V očích pacienta je ideální taková sestra, která má pochopení, pomáhá, je vstřícná a laskavá. Po psychologické stránce má možnost poznat nemocného mnohdy lépe než lékař (Zacharová, Šimíčková, 2011, s. 161).

## II. VÝZKUMNÁ ČÁST

### 5. Metodika výzkumu

Výzkum k bakalářské práci byl proveden metodou kvantitativního výzkumu prostřednictvím dotazníkového šetření. Byl použit nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby, který byl konzultován s vedoucí práce. Před zahájením výzkumu bylo osloveno vedení obou škol, pro získání písemného souhlasu s provedením výzkumu. Vedení obou škol zároveň povolilo zveřejnění názvů škol v bakalářské práci. Následně byl proveden pilotní předvýzkum s cílem ověřit srozumitelnost dotazníku. Dotazník byl rozdán 3 studentům čtvrtého ročníku SZŠ oboru zdravotnický asistent a 3 studentům čtvrtého ročníku SZŠ oboru zdravotnické lyceum. Studenti všem otázkám rozuměli, nebylo třeba dotazník upravovat. Samotný výzkum proběhl v listopadu 2015. Dotazníky byly rozdány v tištěné podobě prostřednictvím učitelů v rámci vyučovací hodiny. Studenti byli ujištěni, že šetření je zcela dobrovolné. Vyplněné dotazníky studenti odevzdávali do uzavíratelné schránky pro zajištění anonymity. Bylo rozdáno celkem 120 dotazníků. Vyplněno bylo 92 dotazníků (návratnost 77 %). Dále bylo vyřazeno 7 neúplně vyplněných dotazníků. Zpracováno bylo 85 dotazníků.

#### Struktura dotazníku

V hlavičce dotazníku byly uvedeny základní údaje o autorovi, účelu dotazníkového šetření, ujištění o anonymitě a o tom, že výsledky dotazníku budou sloužit pouze pro potřebu závěrečné práce. Následovalo vysvětlení, jakým způsobem mají studenti dotazník vyplnit a poděkování za spolupráci.

Otázky 1-12 měly zjistit úroveň znalostí studentů o domácí hospicové péči. Za každou správnou odpověď studenti získali jeden bod. Pro zpracování a vyhodnocení výsledků šetření byla stanovena hodnotící škála (tabulka 1).

Tabulka 1: Hodnotící škála pro otázky 1-12

Získaný počet bodů	Hodnocení znalostí
9-12 bodů	Výborné znalosti
5-8 bodů	Dobré znalosti
0-4 body	Nedostatečné znalosti

Otázky 13-18 zjišťovaly informovanost studentů o možnostech podpory pro pečující o pacienta v konečném stadiu nevléčitelného onemocnění v domácím prostředí. Pro zpracování a vyhodnocení byla rovněž stanovena hodnotící škála (tabulka 2).

Tabulka 2: Hodnotící škála pro otázky 13-18

Získaný počet bodů	Hodnocení znalostí
5-6 bodů	Výborné znalosti
3-4 body	Dobré znalosti
0-2 body	Nedostatečné znalosti

Otázky 19-22 byly identifikační. Zjišťovaly osobní zkušenost s péčí o umírajícího doma, zda studenti někdy navštívili lůžkový hospic a jestli znají nějaký domácí hospic. Poslední otázka zjišťovala, jaký obor studenti studují.

### **5. 1. Výzkumné otázky**

Na základě cílů práce byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Jaké znalosti mají studenti o domácí hospicové péči?
2. Jaké znalosti mají studenti o možnostech podpory pro osoby, které pečují o pacienta v konečném stadiu nevléčitelného onemocnění v domácím prostředí?
3. Budou mít lepší znalosti studenti oboru zdravotnický asistent nebo studenti oboru zdravotnické lyceum?
4. Budou mít lepší znalosti studenti SZŠ Trutnov nebo SZŠ Havlíčkův Brod?

### **5. 2. Charakteristika výzkumného vzorku**

Respondenty dotazníkového šetření byli studenti čtvrtých ročníků SZŠ Trutnov a Havlíčkův Brod oboru zdravotnický asistent a zdravotnické lyceum. Celkový počet respondentů byl 85, z toho bylo 37 studentů oboru zdravotnické lyceum a 48 studentů oboru zdravotnický asistent. Z celkového počtu respondentů bylo 38 studentů ze SZŠ Havlíčkův Brod a 47 studentů ze SZŠ Trutnov.

### **5. 3. Zpracování a vyhodnocení dat**

Ke zpracování a vyhodnocení dat dotazníkového šetření byla použita popisná statistika. Ke zpracování dat do grafů a tabulek byl použit program Microsoft Office Excel 2010, pro zpracování textu byl použit program Microsoft Office Word 2010.

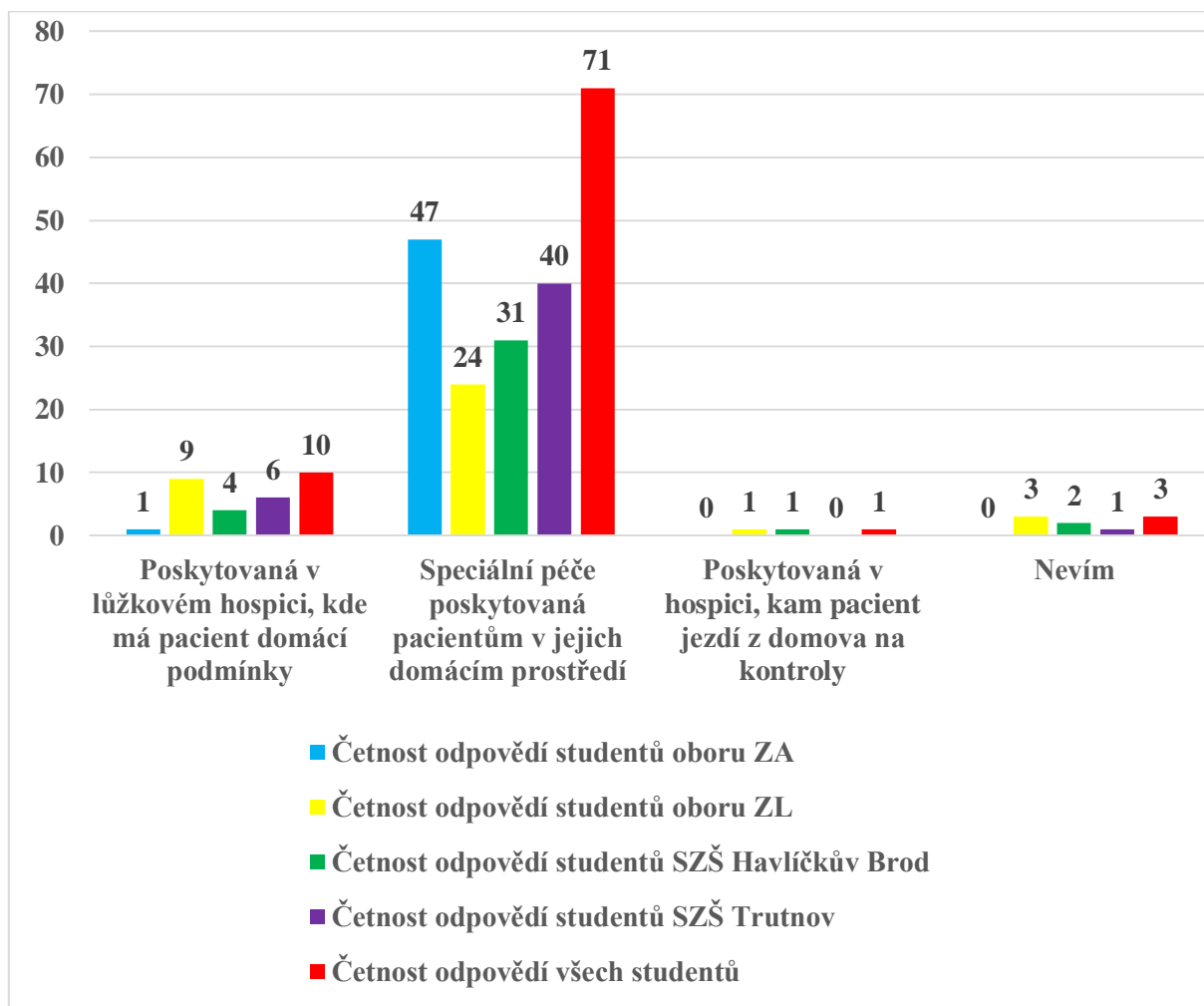
## 6. Analýza a interpretace získaných dat

### 6. 1. Otázky týkající se znalostí studentů o domácí hospicové péči (1-12)

#### Otázka číslo 1:

**Domácí hospicová péče je:**

- Poskytovaná v lůžkovém hospici, kde má pacient domácí podmínky
- Speciální péče poskytovaná pacientům v jejich domácím prostředí**
- Poskytovaná v hospici, kam pacient jezdí z domova na kontroly
- Nevím



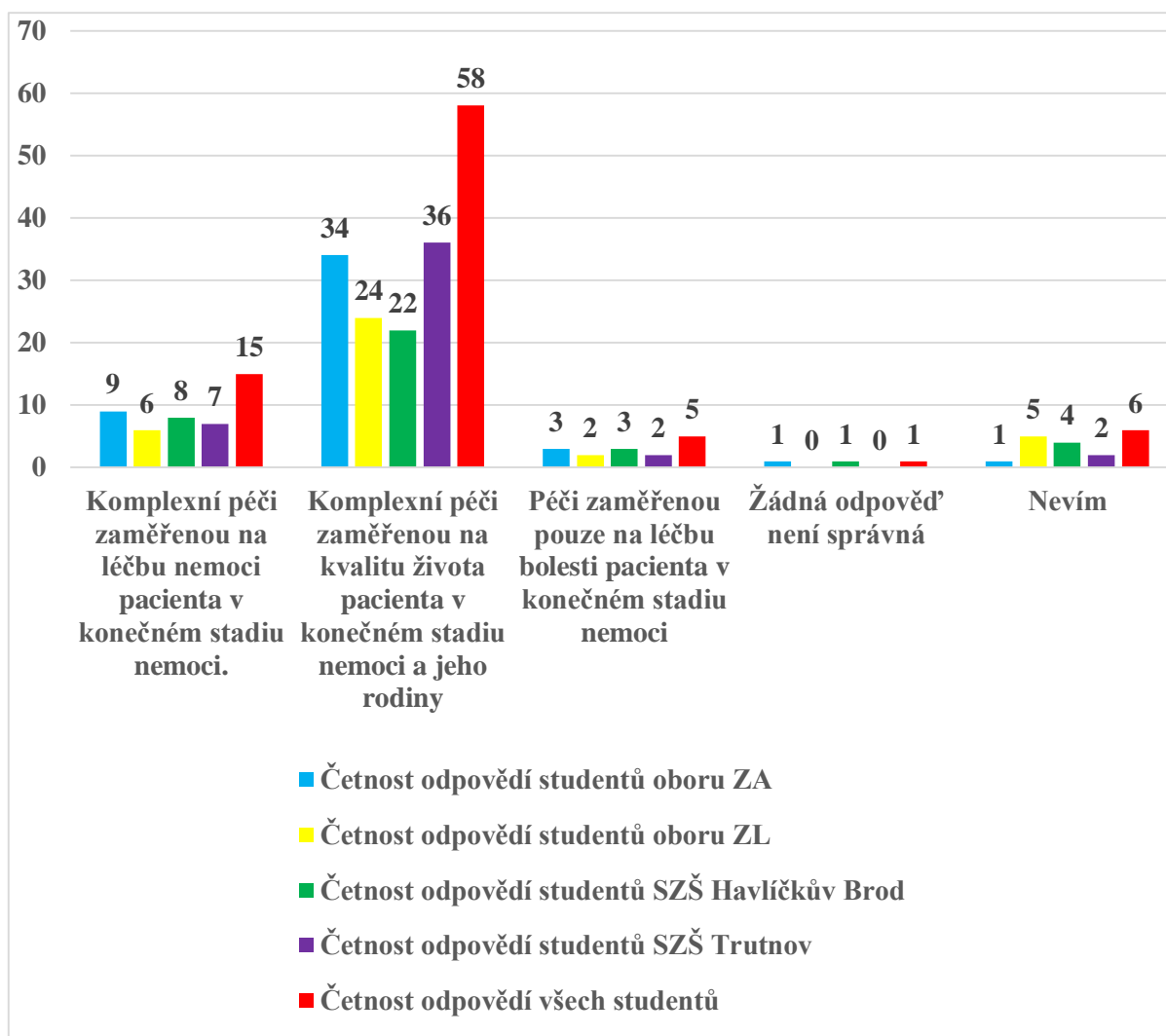
Obrázek 1: Co je domácí hospicová péče?

Na obrázku 1 vidíme, jak studenti odpovídali na otázku, co je domácí hospicová péče. Celkem 71 studentů (84 %) znalo správnou odpověď. Při porovnání odpovědí studentů jednotlivých oborů vidíme, že správnou odpověď „speciální péče poskytovaná pacientům v jejich domácím prostředí“ vybralo 24 studentů oboru zdravotnické lyceum (65 %) a 47 studentů oboru zdravotnický asistent (98 %). Pokud porovnáme obě školy, správně odpovědělo 40 studentů SZŠ Trutnov (85 %) a 31 studentů SZŠ Havlíčkův Brod (82 %). Možnost „poskytovaná v lůžkovém hospici, kde má pacient domácí podmínky“ vybralo celkem 10 respondentů (12 %), 1 student oboru zdravotnický asistent, 9 studentů zdravotnického lycea, 6 studentů SZŠ Trutnov a 4 studenti SZŠ Havlíčkův Brod. Možnost, že domácí hospicová péče je „poskytovaná v hospici, kam pacient jezdí z domova na kontroly“ zvolil pouze 1 student lycea ze SZŠ Havlíčkův Brod. Možnost „nevím“ vybrali celkem 3 studenti (4 %), všichni byli z oboru zdravotnické lyceum, 1 z nich byl student SZŠ Trutnov a 2 byli studenti SZŠ Havlíčkův Brod.

### **Otázka číslo 2:**

#### **Domácí hospicová péče poskytuje:**

- Komplexní péči zaměřenou na léčbu nemoci pacienta v konečném stadiu onemocnění
- Komplexní péči zaměřenou na kvalitu života pacienta v konečném stadiu nemoci a jeho rodiny**
- Péči zaměřenou pouze na léčbu bolesti pacienta v konečném stadiu nemoci
- Žádná odpověď není správná
- Nevím



Obrázek 2: Co poskytuje domácí hospicová péče?

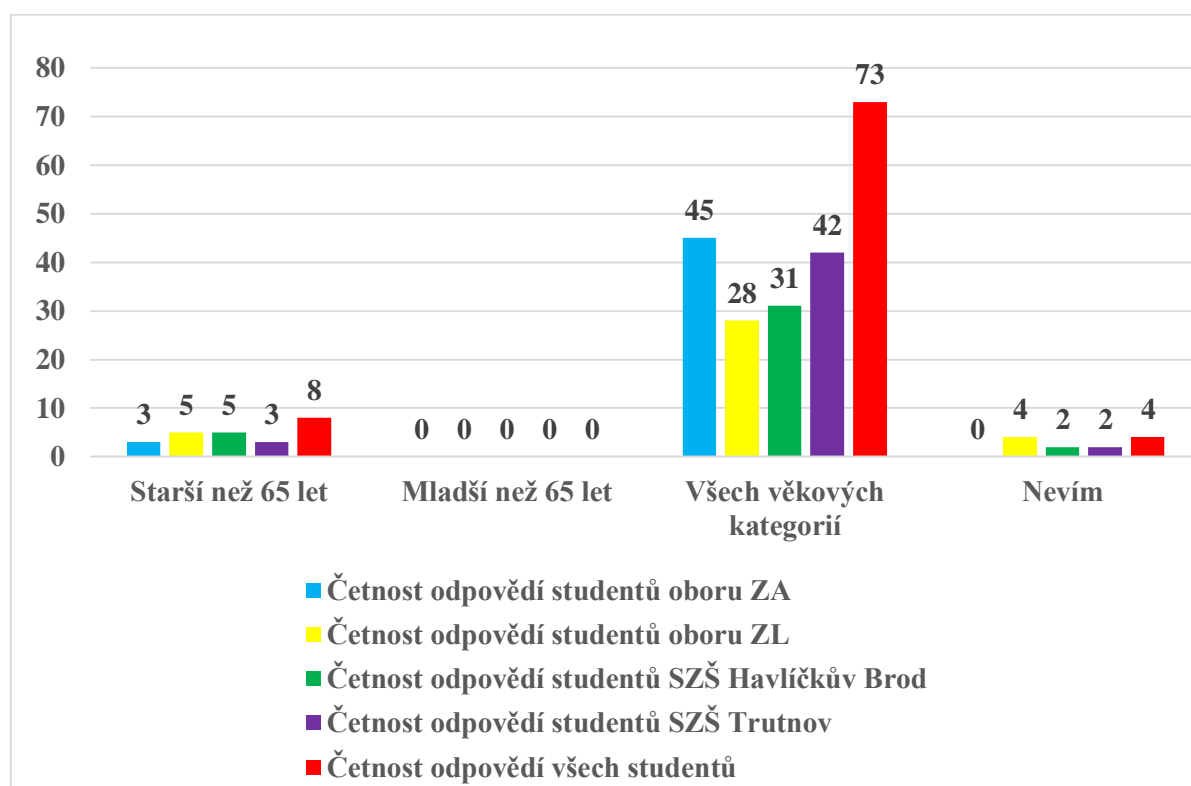
Na obrázku číslo 2 je vidět, jak studenti odpovídali na otázku, co poskytuje domácí hospicová péče. Správnou odpověď „komplexní péči zaměřenou na kvalitu života pacienta v konečném stadiu nemoci a jeho rodiny“ znalo celkem 58 studentů (68 %). Když porovnáme odpovědi studentů podle oborů, správnou odpověď zvolilo 34 studentů oboru zdravotnický asistent (71 %) a 24 studentů oboru zdravotnické lyceum (65 %). Pokud porovnáme odpovědi studentů podle škol, správnou odpověď vybralo 36 studentů SZŠ Trutnov (77 %) proti 22 studentům SZŠ Havlíčkův Brod (58 %). Možnost „komplexní péči zaměřenou na léčbu nemoci pacienta v konečném stadiu onemocnění“ zvolilo celkem 15 respondentů (18 %). Bylo to 9 studentů oboru zdravotnický asistent a 6 studentů zdravotnického lycea. Při rozdělení studentů podle škol tuto možnost zvolilo 7 studentů SZŠ Trutnov a 8 studentů SZŠ Havlíčkův Brod. Možnost „péči zaměřenou pouze na léčbu bolesti pacienta v konečném stadiu nemoci“ vybralo nejméně respondentů. Celkem 5 studentů (6 %), 3 studenti oboru

zdravotnický asistent, 2 studenti zdravotnického lycea, 2 studenti SZŠ Trutnov a 3 studenti SZŠ Havlíčkův Brod. Možnost „nevím“ zvolilo celkem 6 respondentů (7 %), 1 student oboru zdravotnický asistent a 5 studentů zdravotnického lycea. Pokud porovnáme odpovědi studentů podle SZŠ, možnost „nevím“ vybrali 2 studenti SZŠ Trutnov a 4 studenti SZŠ Havlíčkův Brod.

### **Otázka číslo 3:**

**Domácí hospicová péče je určena pro pacienty v konečném stadiu nemoci:**

- Starší než 65 let
- Mladší než 65 let
- Všech věkových kategorií**
- Nevím



Obrázek 3: Pro jaké věkové kategorie pacientů je domácí hospicová péče určena?

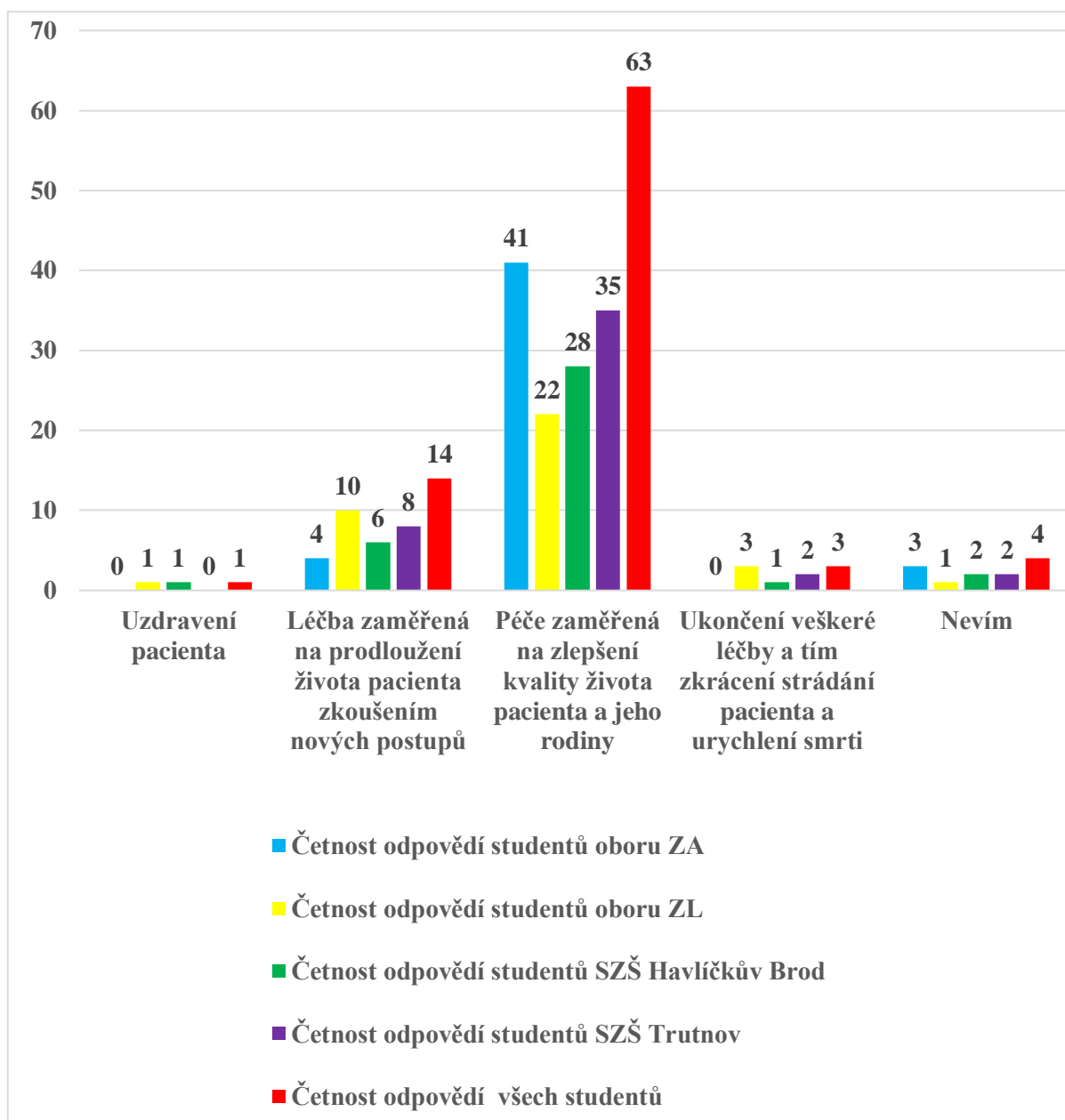


Obrázek číslo 3 znázorňuje odpovědi studentů týkající se znalostí věkových kategorií pacientů domácího hospice. Správnou odpověď pacienti „*všech věkových kategorií*“ vybralo celkem 73 studentů (86 %). Ze studentů oboru zdravotnický asistent znalo správnou odpověď 45 respondentů (94 %), ze studentů oboru zdravotnické lyceum 28 respondentů (76 %). Když porovnáme SZŠ mezi sebou je vidět, že dobře odpovědělo 42 studentů SZŠ Trutnov (89 %) a 31 studentů SZŠ Havlíčkův Brod (82 %). Možnost pacienti „*starší než 65 let*“ zvolilo celkem 8 studentů (9 %), 3 studenti oboru zdravotnický asistent a 5 studentů oboru zdravotnické lyceum. Při rozdělení studentů podle škol vybrali tuto možnost 3 respondenti SZŠ Trutnov a 5 respondentů SZŠ Havlíčkův Brod. Možnost pacienti „*mladší než 65 let*“ nezvolil žádný student. Možnost „*nevím*“ zvolili celkem 4 studenti (5 %), všichni byli z oboru zdravotnické lyceum, 2 z nich byli studenti SZŠ Trutnov a 2 byli studenti SZŠ Havlíčkův Brod.

#### **Otázka číslo 4:**

**Cílem domácí hospicové péče je:**

- Uzdravení pacienta
- Léčba zaměřená na prodloužení života pacienta zkoušením nových postupů
- Péče zaměřená na zlepšení kvality života pacienta a jeho rodiny**
- Ukončení veškeré léčby a tím zkrácení strádání pacienta a urychlení smrti
- Nevím



Obrázek 4: Co je cílem domácí hospicové péče?

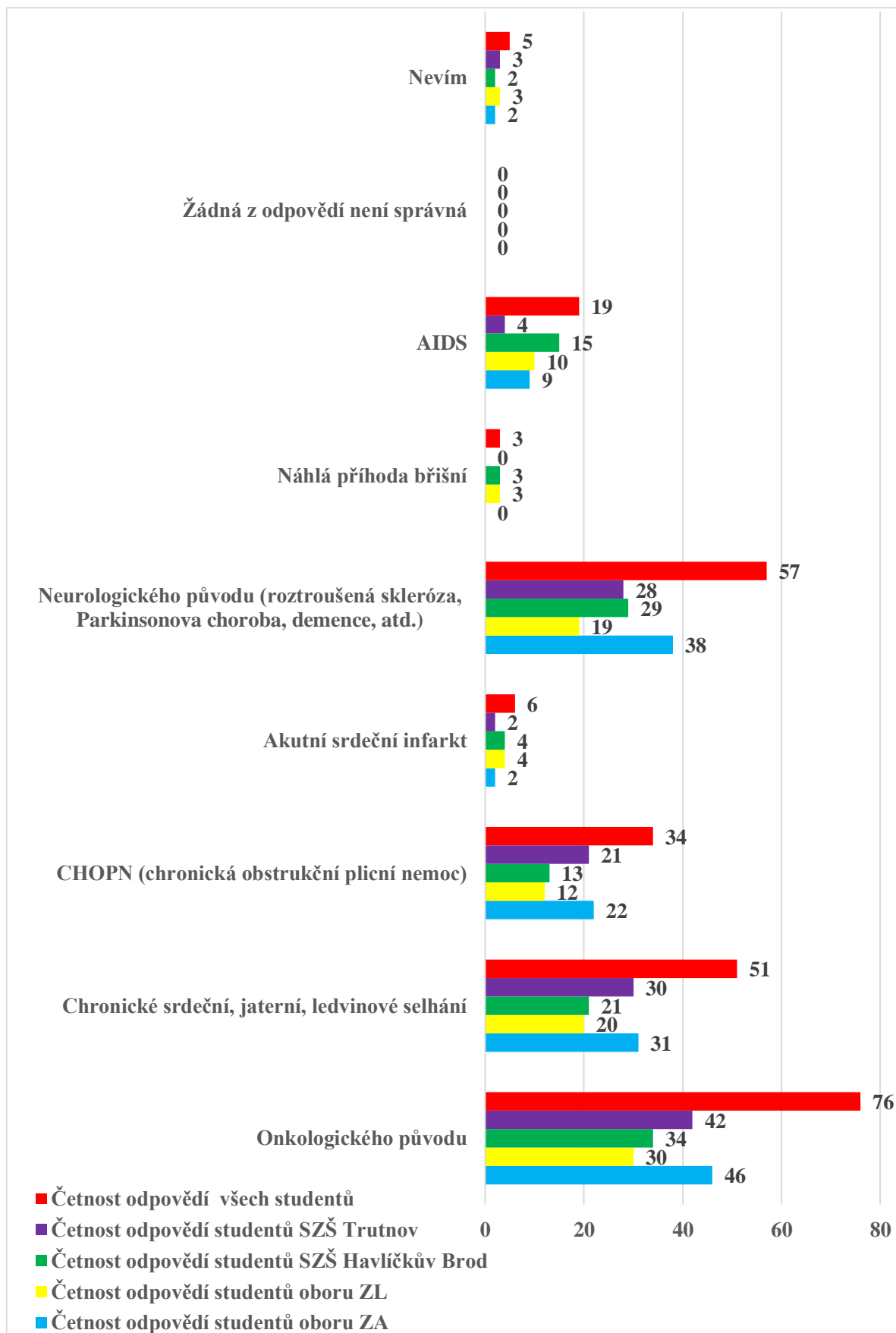
Na obrázku 4 můžeme porovnat odpovědi studentů na otázku, která se týká cíle domácí hospicové péče. Správnou odpověď „péče zaměřená na zlepšení kvality života pacienta a jeho rodiny“ znalo celkem 63 respondentů (74 %). Při porovnání odpovědí studentů mezi obory zjistíme, že dobře odpovědělo 41 studentů oboru zdravotnický asistent (85 %) a pouze 22 studentů oboru zdravotnické lyceum (59 %). Správnou odpověď vybralo 35 studentů SZŠ Trutnov (74 %) a 28 studentů SZŠ Havlíčkův Brod (74 %). Poměrně hodně studentů si myslí, že cílem domácí hospicové péče je „prodloužení života pacienta zkoušením nových postupů“. Je to celkem 14 respondentů (16 %), 4 studenti oboru zdravotnický asistent a 10 studentů

oboru zdravotnické lyceum. V porovnání škol je výsledkem 8 odpovědí studentů SZŠ Trutnov a 6 odpovědí studentů SZŠ Havlíčkův Brod. Možnost „ukončení veškeré léčby a tím zkrácení strádání pacienta a urychlení smrti“ vybrali celkem 3 studenti (4 %), všichni oboru zdravotnické lyceum. 2 z nich byli studenti SZŠ Trutnov a 1 student SZŠ Havlíčkův Brod. Možnost „uzdravení pacienta“ zvolil 1 student (1 %) oboru zdravotnické lyceum ze SZŠ Havlíčkův Brod. Možnost „nevím“ zvolili celkem 4 studenti (5 %), 3 studenti oboru zdravotnický asistent a 1 student oboru zdravotnické lyceum, 2 studenti SZŠ Trutnov a 2 studenti SZŠ Havlíčkův Brod.

**Otázka číslo 5:**

**Cílovou skupinou domácí hospicové péče jsou pacienti umírající na nemoc (možnost více odpovědí):**

- Onkologického původu**
- Chronické srdeční, jaterní, ledvinové selhání**
- CHOPN (chronická obstrukční plicní nemoc)**
- Akutní srdeční infarkt
- Neurologického původu (roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba, demence, atd.)**
- Náhlá příhoda břišní
- AIDS**
- Žádná z odpovědí není správná
- Nevím



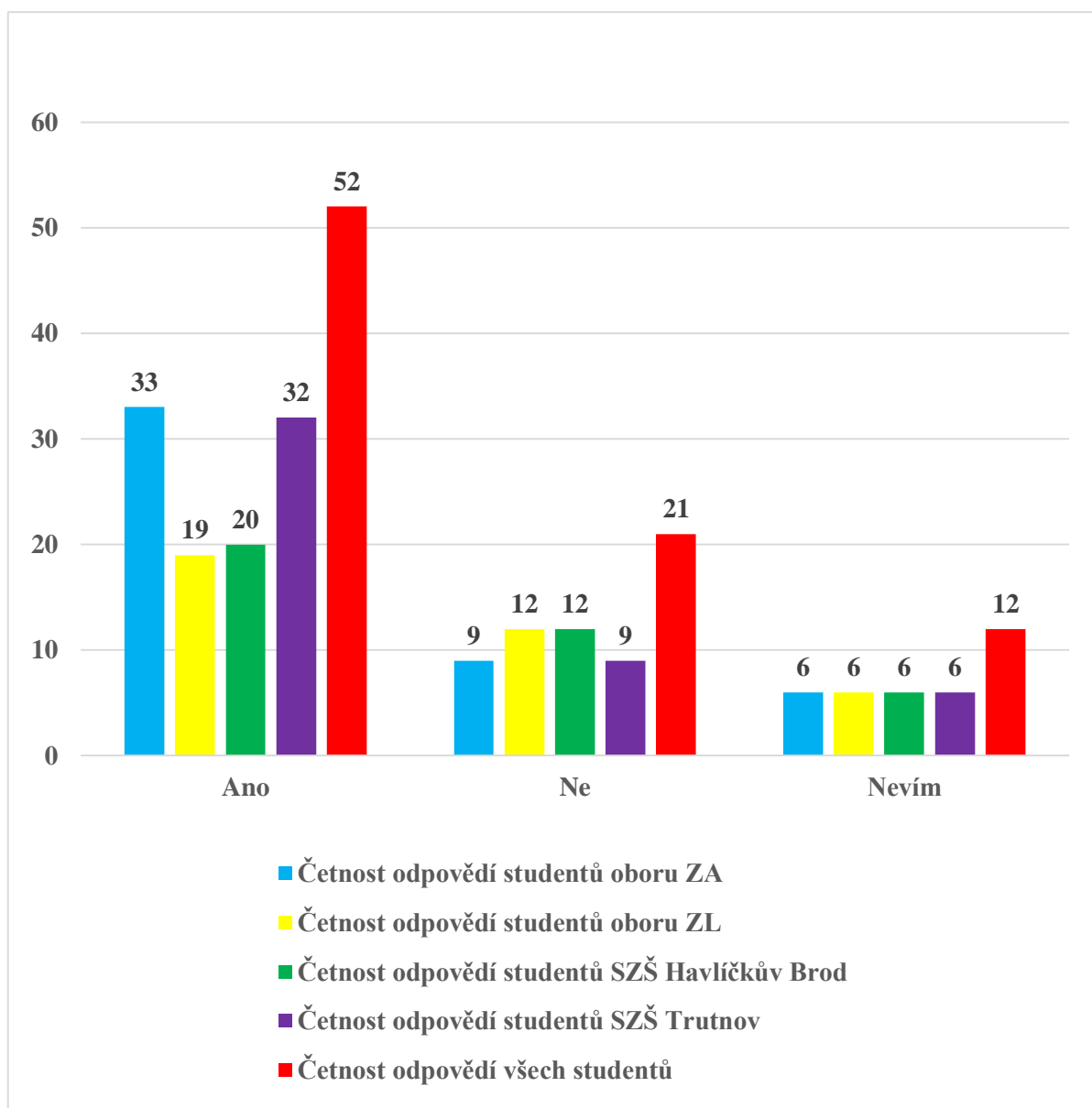
Obrázek 5: Jaká je cílová skupina nemocí domácí hospicové péče?

Otázka číslo 5 se zabývá cílovou skupinou pacientů domácí hospicové péče. Zde mohli studenti vybrat více možností. Na obrázku 5 vidíme, že nejvíce odpovědí je u možnosti „*nemoci onkologického původu*“. Tuto možnost vybralo celkem 76 respondentů (89 %), 46 studentů oboru zdravotnický asistent (96 %), 30 studentů zdravotnického lycea (81 %), 42 studentů bylo ze SZŠ Trutnov (89 %) a 34 studentů ze SZŠ Havlíčkův Brod (89 %). Možnost „*nemoci neurologického původu*“ zvolilo celkem 57 studentů (67 %), 38 studentů oboru zdravotnický asistent (79 %) a 19 studentů oboru zdravotnické lyceum (51 %), 28 respondentů SZŠ Trutnov (60 %) a 29 respondentů SZŠ Havlíčkův Brod (76 %). Možnost „*chronické srdeční, jaterní, ledvinové selhání*“ vybralo celkem 51 studentů (60 %), 31 studentů oboru zdravotnický asistent (65 %) a 20 studentů oboru zdravotnické lyceum (54 %), 30 respondentů SZŠ Trutnov (64 %) a 21 respondentů SZŠ Havlíčkův Brod (55 %). Možnost, že cílovou skupinou domácího hospice jsou pacienti v konečném stadiu CHOPN vybralo celkem 34 respondentů (40 %), podle oborů je to 22 zdravotnických asistentů (46 %) a 12 studentů zdravotnického lycea (32 %). Tuto možnost vybralo 21 studentů SZŠ Trutnov (45 %) a 13 studentů SZŠ Havlíčkův Brod (34 %). Nejméně studenti vybírali možnost pacientů s diagnózou AIDS. Bylo to celkem 19 respondentů (22 %), 9 studentů oboru zdravotnický asistent, 10 studentů zdravotnického lycea, 15 studentů SZŠ Havlíčkův Brod a 4 studenti SZŠ Trutnov.

#### **Otázka číslo 6:**

**Přijetí do domácí hospicové péče je podmíněno zajištěním stálé péče o nemocného rodinou (nebo někým blízkým):**

- Ano**
- Ne**
- Nevím**



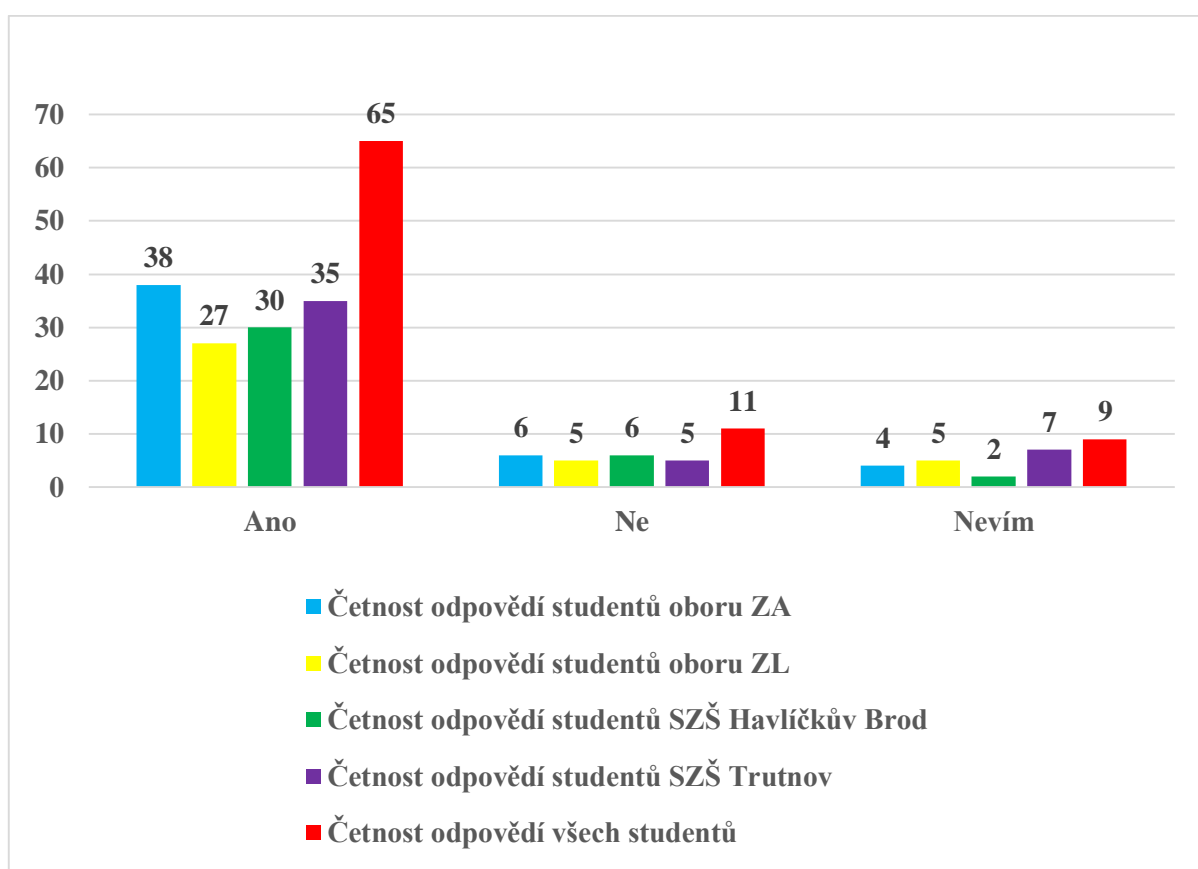
Obrázek 6: Je přijetí do domácí hospicové péče podmíněno zajištěním stálé péče rodinou?

Obrázek 6 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, zda je přijetí do domácího hospice podmíněno zajištěním stálé péče ze strany rodiny. Možnost „ano“ vybralo celkem 52 studentů (61 %), 33 zdravotnických asistentů (69 %), 19 studentů zdravotnického lycea (51 %), 32 respondentů SZŠ Trutnov (68 %) a 20 respondentů SZŠ Havlíčkův Brod (53 %). Možnost „ne“ zvolilo celkem 21 studentů (25 %), 9 zdravotnických asistentů (19 %), 12 studentů zdravotnického lycea (32 %), 9 studentů SZŠ Trutnov (19 %) a 12 studentů SZŠ Havlíčkův Brod (32 %). Možnost „nevím“ zvolilo celkem 12 studentů (14 %).

### Otázka číslo 7:

**Podmínkou pro přijetí do domácí hospicové péče je, aby pacient byl srozuměn se svojí diagnózou:**

- Ano**
- Ne**
- Nevím**

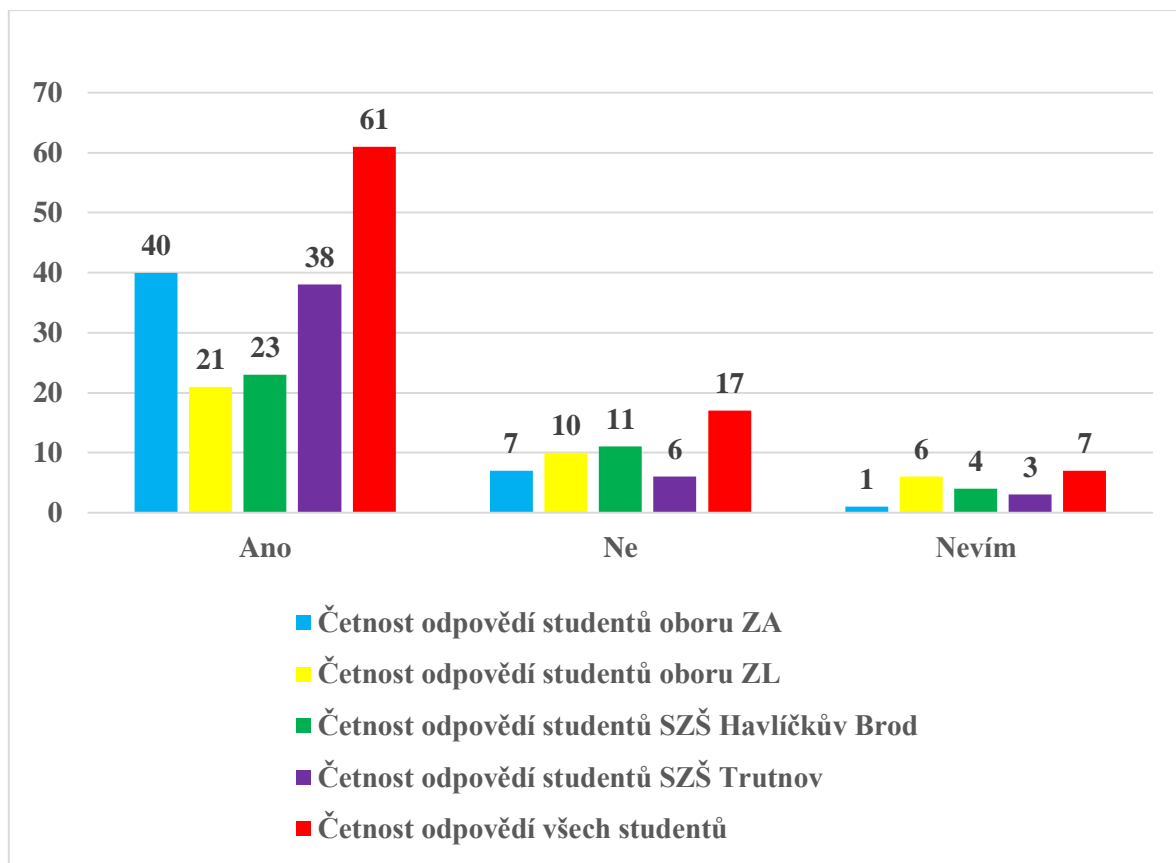


Obrázek 7: Je podmínkou pro přijetí do domácí hospicové péče srozumění pacienta s jeho diagnózou?

Na obrázku číslo 7 vidíme odpovědi studentů na otázku, zda je přijetí pacienta do péče domácího hospice podmíněno srozuměním pacienta s jeho diagnózou. Kladně odpovědělo celkem 65 studentů (76 %), 38 zdravotnických asistentů (79 %) a 27 studentů oboru zdravotnické lyceum (73 %), 35 respondentů SZŠ Trutnov (74 %) a 30 respondentů SZŠ Havlíčkův Brod (79 %). Možnost „ne“ zvolilo celkem 11 studentů (13 %), možnost „nevím“ celkem 9 studentů (11 %).

## 8. Domácí hospicová péče je dostupná pacientovi i rodině 24 hodin denně, 7 dní v týdnu:

- Ano**
- Ne**
- Nevím**



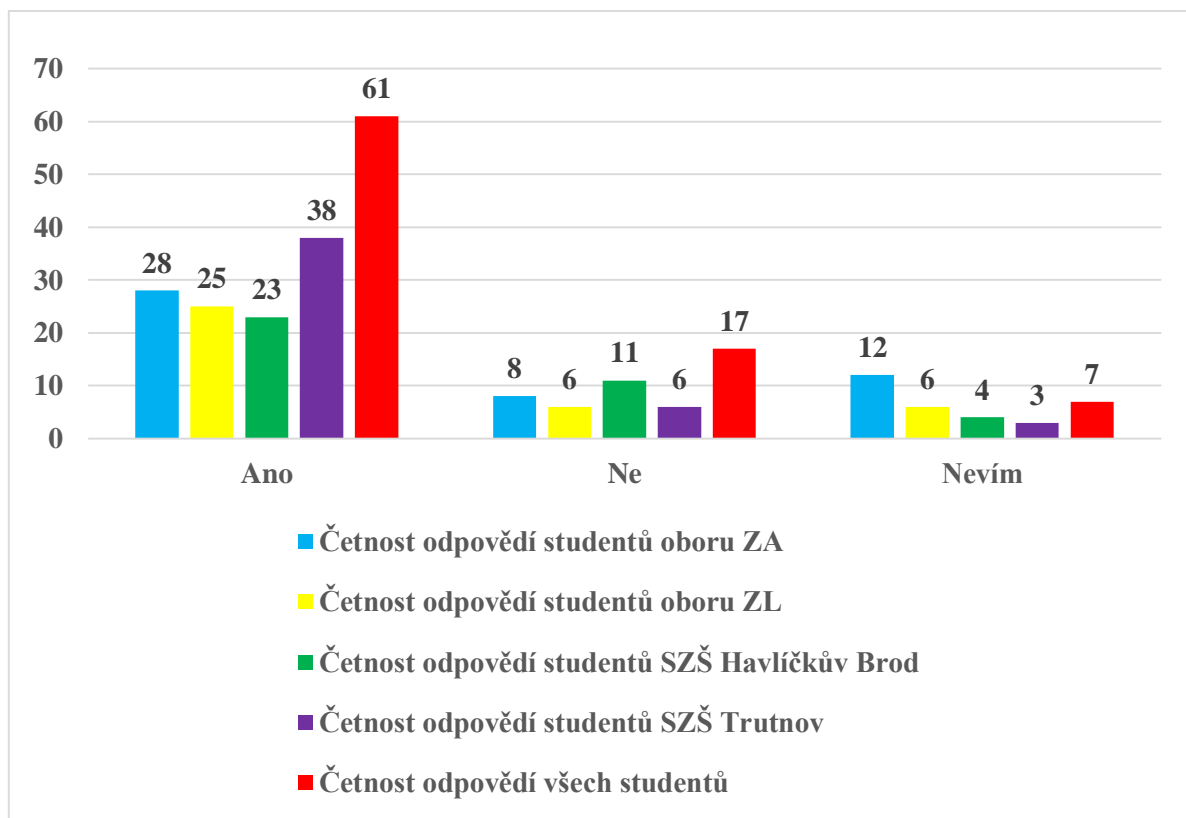
Obrázek 8: Je domácí hospicová péče dostupná pacientovi i rodině nepřetržitě?

Obrázek 8 znázorňuje odpovědi studentů na otázku, zda je domácí hospicová péče dostupná pacientům nepřetržitě. Možnost „ano“ vybralo celkem 61 studentů (72 %), 40 zdravotnických asistentů (83 %) a 21 studentů zdravotnického lycea (57 %), 38 respondentů SZŠ Trutnov (81 %) a 23 respondentů SZŠ Havlíčkův Brod (61 %). Možnost „ne“ zvolilo celkem 17 studentů (20 %), 7 zdravotnických asistentů (15 %), 10 studentů oboru zdravotnické lyceum (27 %), 6 studentů SZŠ Trutnov (13 %) a 11 studentů SZŠ Havlíčkův Brod (29 %). Možnost „nevím“ vybralo celkem 7 studentů (8 %).



## 9. Mezi pracovníky domácí hospicové péče patří také duchovní (kaplan):

- Ano**
- Ne**
- Nevím**



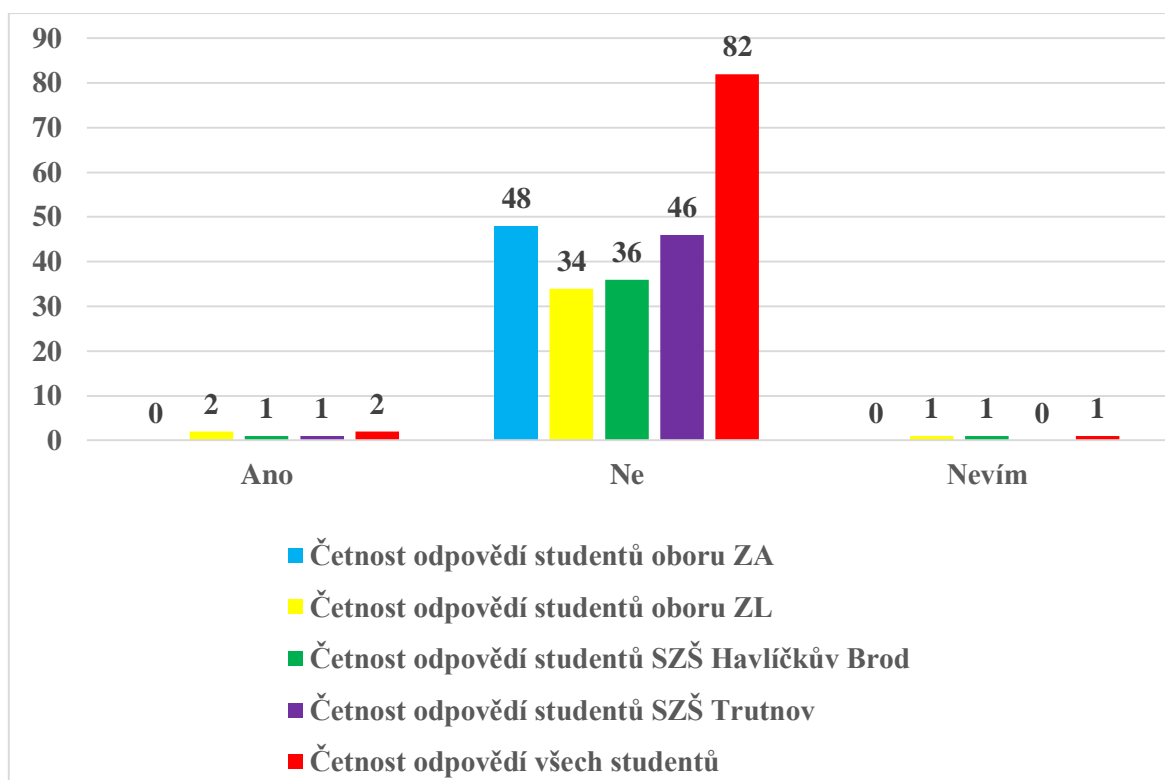
Obrázek 9: Patří mezi pracovníky domácí hospicové péče duchovní?

V otázce 9 měli studenti odpovědět, zda mezi pracovníky domácího hospice patří duchovní. Jak je vidět na obrázku 9, možnost „ano“, což je správná odpověď, vybralo celkem 61 studentů (72 %). Při porovnání studentů podle oborů správně odpovědělo 28 zdravotnických asistentů (58 %) a 25 studentů zdravotnického lycea (68 %). Když srovnáme jednotlivé SZŠ, tak více správných odpovědí má SZŠ Trutnov 38 (81 %), než SZŠ Havlíčkův Brod 23 (61 %). Možnost „ne“ zvolilo celkem 17 studentů (20 %), 8 zdravotnických asistentů (17 %), 6 studentů lycea (16 %), 6 studentů SZŠ Trutnov (13 %) a 11 studentů SZŠ Havlíčkův Brod (29 %).

### Otázka číslo 10:

**Do domácí hospicové péče jsou přijati pouze věřící pacienti:**

- Ano
- Ne
- Nevím



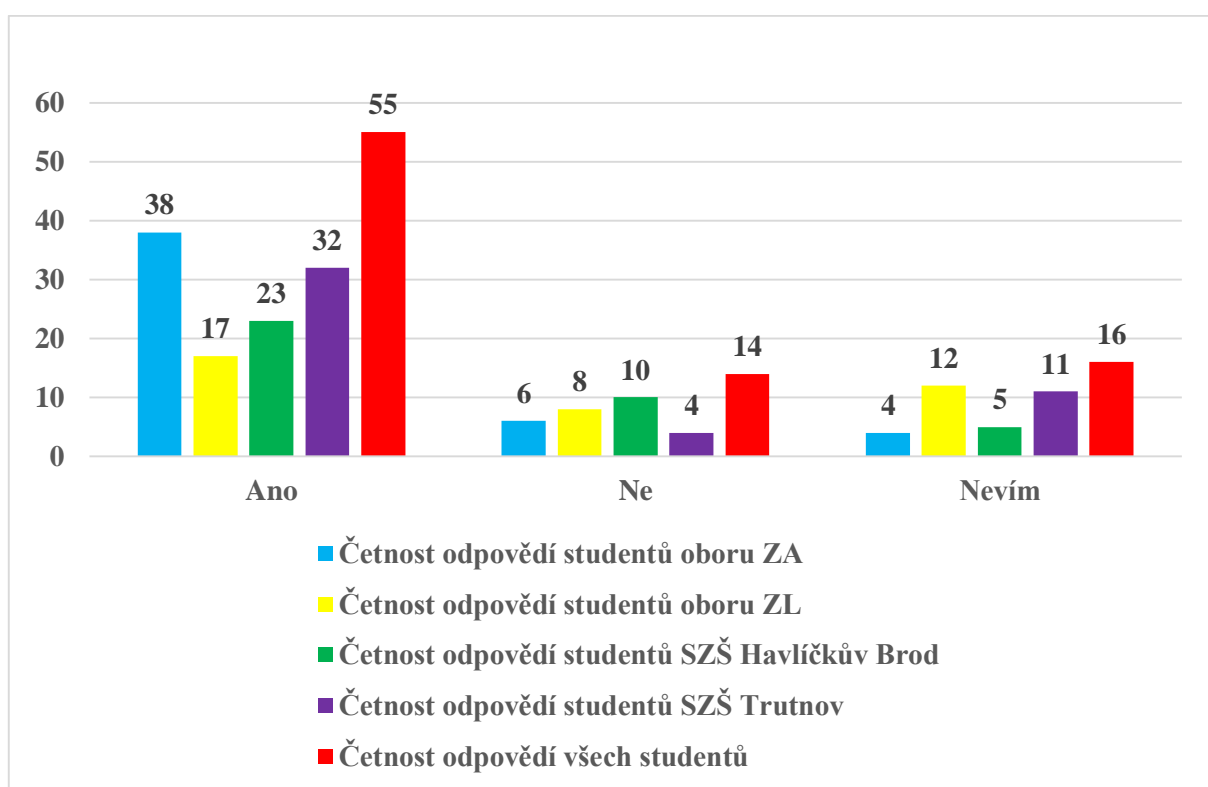
Obrázek 10: Jsou do domácí hospicové péče přijati pouze věřící pacienti?

V 10. otázce studenti odpovídali na to, zda jsou do domácí hospicové péče přijati pouze věřící pacienti. Na obrázku 10 vidíme, že naprostá většina studentů vybrala možnost „ne“, což je správná odpověď. Bylo to celkem 82 studentů (96 %), 48 studentů oboru zdravotnický asistent (100 %), 34 studentů zdravotnického lycea (92 %), 46 respondentů SZŠ Trutnov (98 %) a 36 respondentů SZŠ Havlíčkův Brod (95 %). Možnost „ano“ zvolili pouze 2 studenti oboru zdravotnické lyceum, z nichž jeden byl student SZŠ Havlíčkův Brod a 1 student SZŠ Trutnov. Možnost „nevím“ vybral 1 student zdravotnického lycea SZŠ Havlíčkův Brod.

### Otázka číslo 11:

**Podmínkou pro přijetí do domácí hospicové péče je spolupráce s praktickým lékařem pacienta.**

- Ano**
- Ne**
- Nevím**



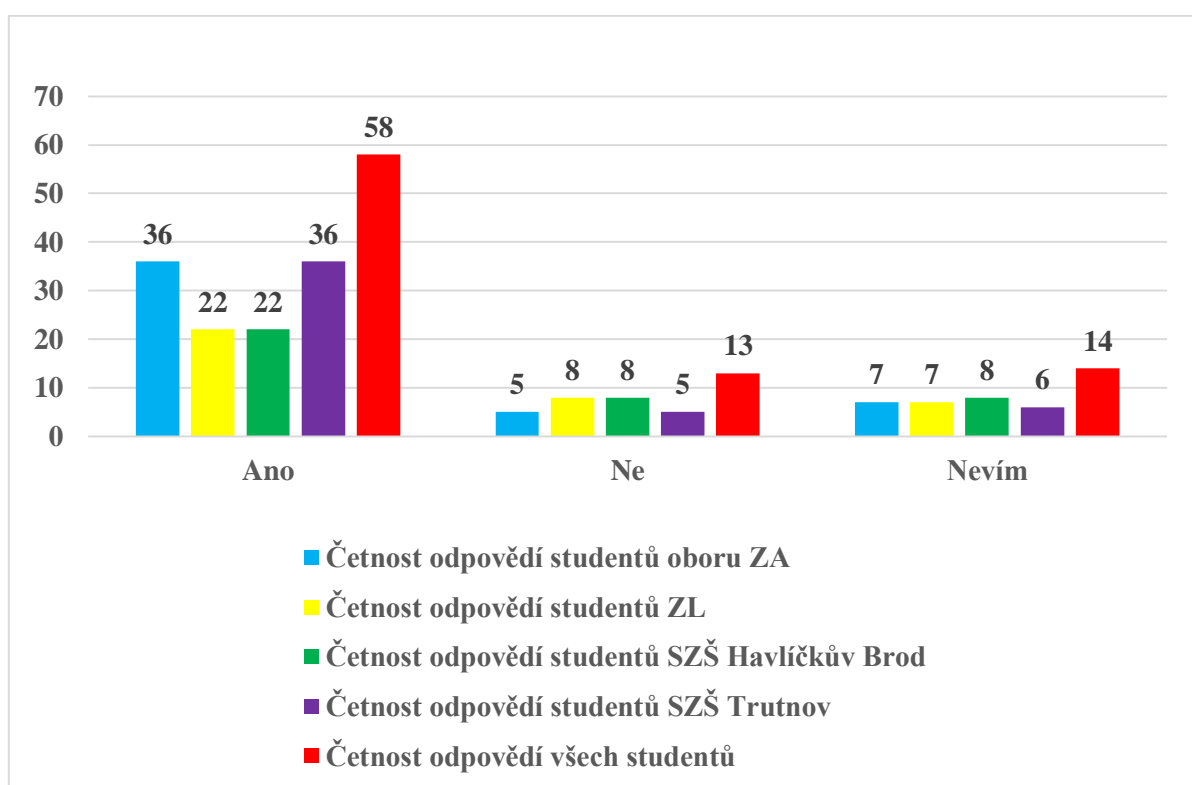
Obrázek 11: Je podmínkou přijetí do domácí hospicové péče spolupráce s praktickým lékařem pacienta?

Obrázek číslo 11 ukazuje odpovědi studentů na otázku, zda je podmínkou pro přijetí do domácího hospice spolupráce s praktickým lékařem. Správnou odpověď „ano“ vybralo celkem 55 studentů (65 %). Porovnáme-li odpovědi studentů podle oborů, dobře odpovědělo 38 zdravotnických asistentů (79 %) proti 17 studentům zdravotnického lycea (46 %). Při porovnání odpovědí podle škol vidíme, že dobře odpovědělo 32 respondentů SZŠ Trutnov (68 %) a 23 respondentů SZŠ Havlíčkův Brod (61 %). Možnost „ne“ vybralo celkem 14 studentů (16 %), možnost „nevím“ celkem 16 studentů (19 %).

### Otázka číslo 12:

**Lze v domácích podmínkách zvládnout léčbu bolesti v konečném stadiu onkologického onemocnění?**

- Ano**
- Ne**
- Nevím**



Obrázek 12: Lze v domácích podmínkách zvládnout léčbu onkologické bolesti?

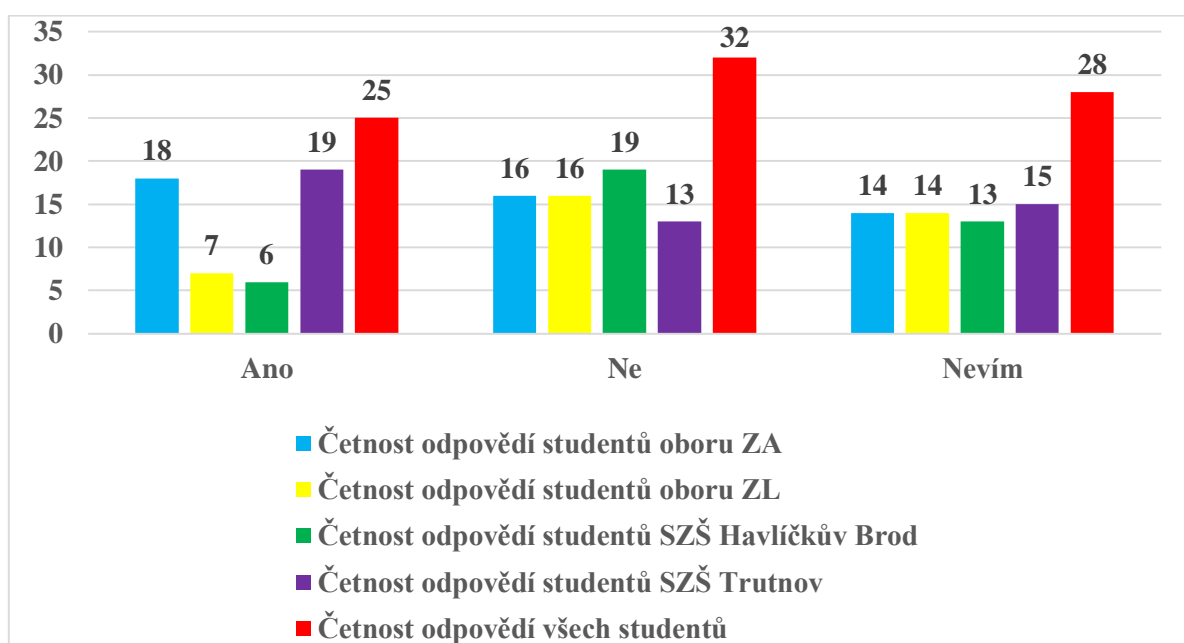
Otázka 12 se zabývá zvládnutelností onkologické bolesti v domácích podmínkách. Na obrázku 12 je vidět, že možnost „ano“ vybralo celkem 58 studentů (68 %). Z oboru zdravotnický asistent vybralo správnou odpověď 36 studentů (75 %), z oboru zdravotnické lyceum 22 studentů (59 %). Porovnáme-li jednotlivé školy je to 36 správných odpovědí respondentů SZŠ Trutnov (77 %) a 22 správných odpovědí respondentů SZŠ Havlíčkův Brod (58 %). Možnost „ne“ zvolilo celkem 13 studentů (15 %), z nichž bylo 5 studentů oboru zdravotnický asistent a 8 studentů oboru zdravotnické lyceum. Možnost „nevím“ vybralo celkem 14 studentů (16 %).

## 6. 2. Otázky týkající se znalostí studentů o možnostech podpory pro pečující (13-18)

### Otázka číslo 13:

**Domácí hospicová péče je hrazená z veřejného zdravotního pojištění.**

- Ano
- Ne
- Nevím



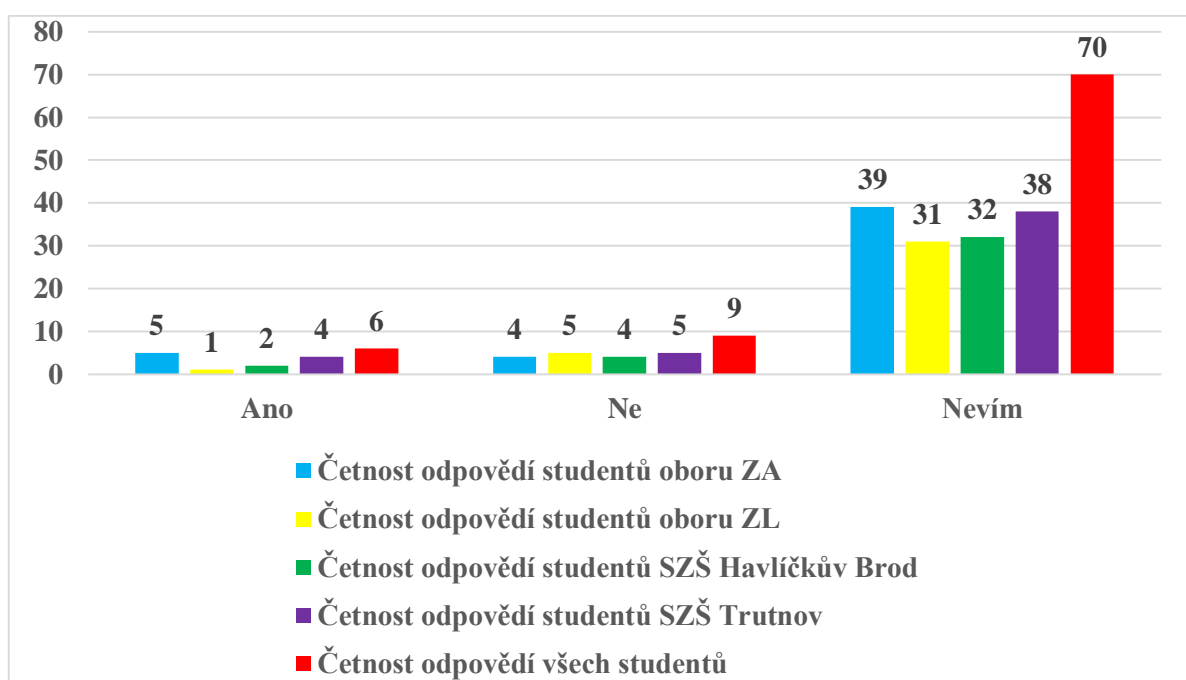
Obrázek 13: Je domácí hospicová péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění?

Obrázek 13 ukazuje odpovědi studentů na otázku, zda je domácí hospicová péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění. Možnost „ne“ zvolilo celkem 32 studentů (38 %), 16 studentů oboru zdravotnický asistent (33 %), 16 studentů oboru zdravotnické lyceum (43 %), 13 studentů SZŠ Trutnov (28 %) a 19 studentů SZŠ Havlíčkův Brod (50 %). Možnost „ano“ vybralo celkem 25 respondentů (29 %), 18 zdravotnických asistentů (38 %), 7 studentů lycea (19 %), 6 studentů SZŠ Havlíčkův Brod (16 %) a 19 studentů SZŠ Trutnov (40 %). Možnost „nevím“ zvolilo celkem 28 studentů (33 %).

### Otázka číslo 14:

**Poskytuje sociální systém v ČR nějakou formu finanční podpory pro rodiny, které se rozhodnou pečovat o nemocného doma?**

- Ano** (napište jakou)
- Ne**
- Nevím**



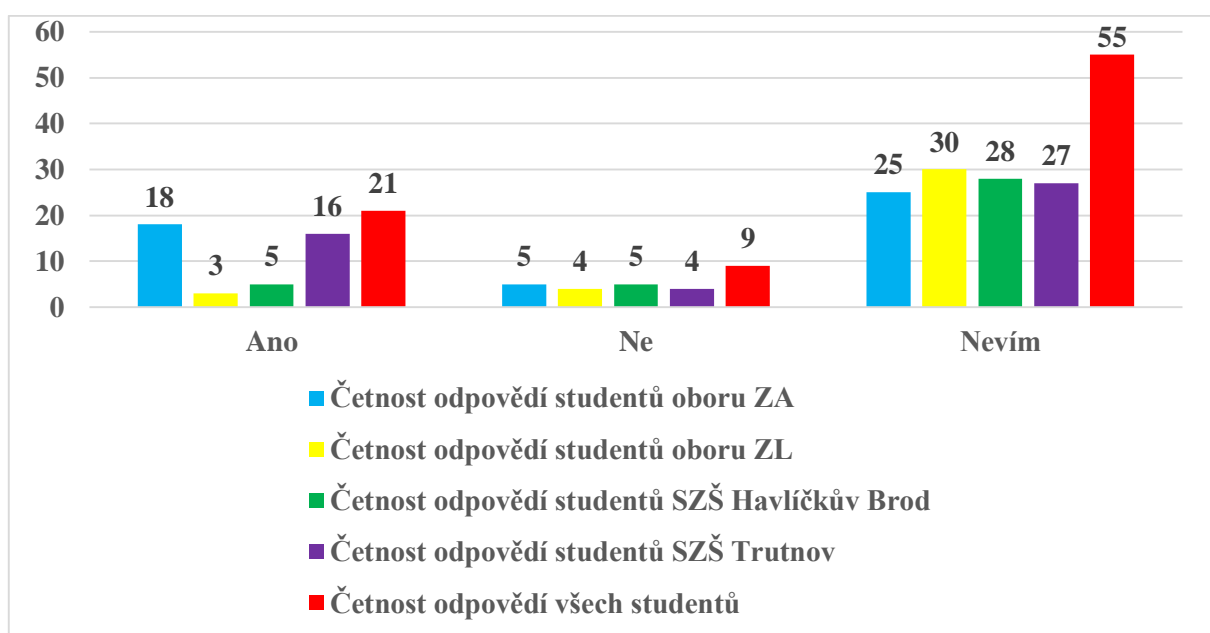
Obrázek 14: Poskytuje sociální systém ČR nějakou formu finanční podpory pro pečující?

Otázka 14 měla zjistit, zda studenti vědí, jestli sociální systém ČR poskytuje nějakou formu finanční podpory pro pečující. Pokud studenti odpověděli ano, měli uvést jakou. Správnou odpověď „příspěvek na péči“ znalo jen velmi málo studentů. Někteří odpověděli, že je to „podpora při ošetřování blízké osoby“, což je také správná odpověď, ale tato podpora trvá jen 9 dní. Správnou odpověď tedy uvedlo celkem 6 respondentů (7 %), 5 zdravotnických asistentů, 1 student lycea, 4 studenti SZŠ Trutnov a 2 studenti SZŠ Havlíčkův Brod. Naprostá většina studentů vybrala možnost „nevím“. Bylo to celkem 70 studentů (82 %). Možnost „ne“ zvolilo celkem 9 studentů (11 %).

### Otázka číslo 15:

**Je možné si někde zapůjčit pomůcky pro péči o nemocného v domácím prostředí?  
(Např. polohovací postel, antidekubitní matraci, WC křeslo, infuzní pumpu, atd.)**

- Ano** (napište kde)
- Ne**
- Nevím**



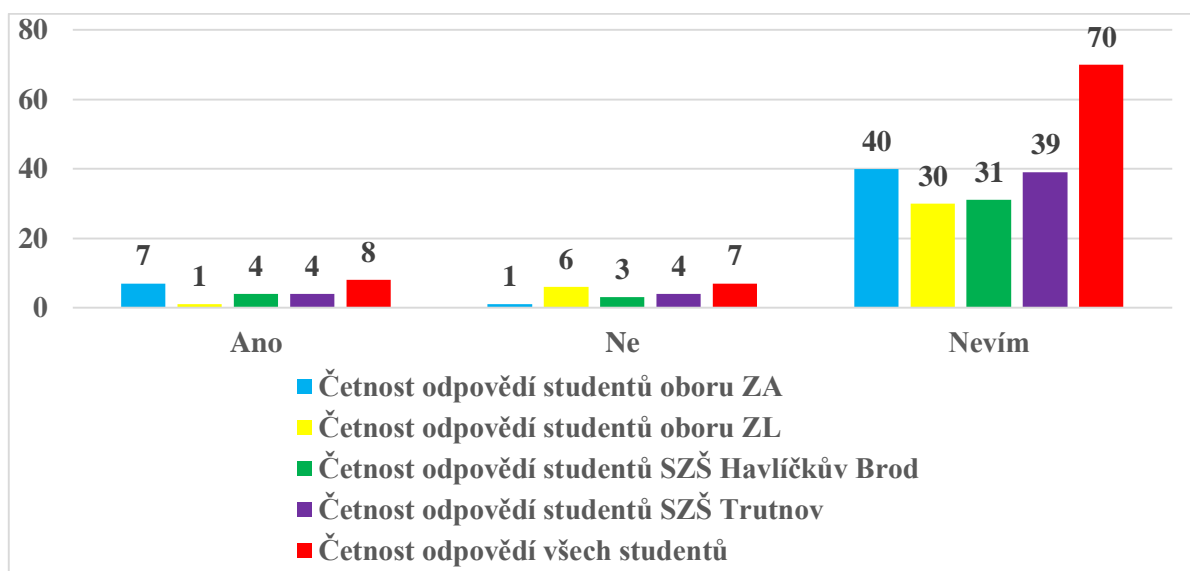
Obrázek 15: Je možné si někde zapůjčit pomůcky pro péči o nemocného v domácím prostředí?

V otázce 15 měli studenti napsat, zda a kde je možné si zapůjčit pomůcky pro péči o nemocného v domácím prostředí. Správně odpovědělo celkem 21 studentů (25 %). Při rozlišení jednotlivých oborů je to 18 zdravotnických asistentů (38 %) a 3 studenti oboru zdravotnické lyceum (8 %). Porovnáme-li školy, správně odpovědělo 16 respondentů SZŠ Trutnov (34 %) a 5 respondentů SZŠ Havlíčkův Brod (13 %). Většina studentů vybrala možnost „nevím“. Bylo to celkem 55 respondentů (65 %), 25 zdravotnických asistentů (52 %) a 30 studentů lycea (81 %), 27 studentů SZŠ Trutnov (57 %) a 28 studentů SZŠ Havlíčkův Brod (74 %). Možnost „ne“ vybralo celkem 9 respondentů (11 %).

### Otázka číslo 16:

Existuje nějaká časově neomezená služba, která pomáhá rodině s péčí o pacienta v domácím prostředí? (Např. s hygienickou péčí, s dopomocí v době nepřítomnosti rodiny)

- Ano (napište jaká)
- Ne
- Nevím



Obrázek 16: Existuje nějaká časově neomezená služba, která pomáhá rodině s péčí o pacienta v domácím prostředí?

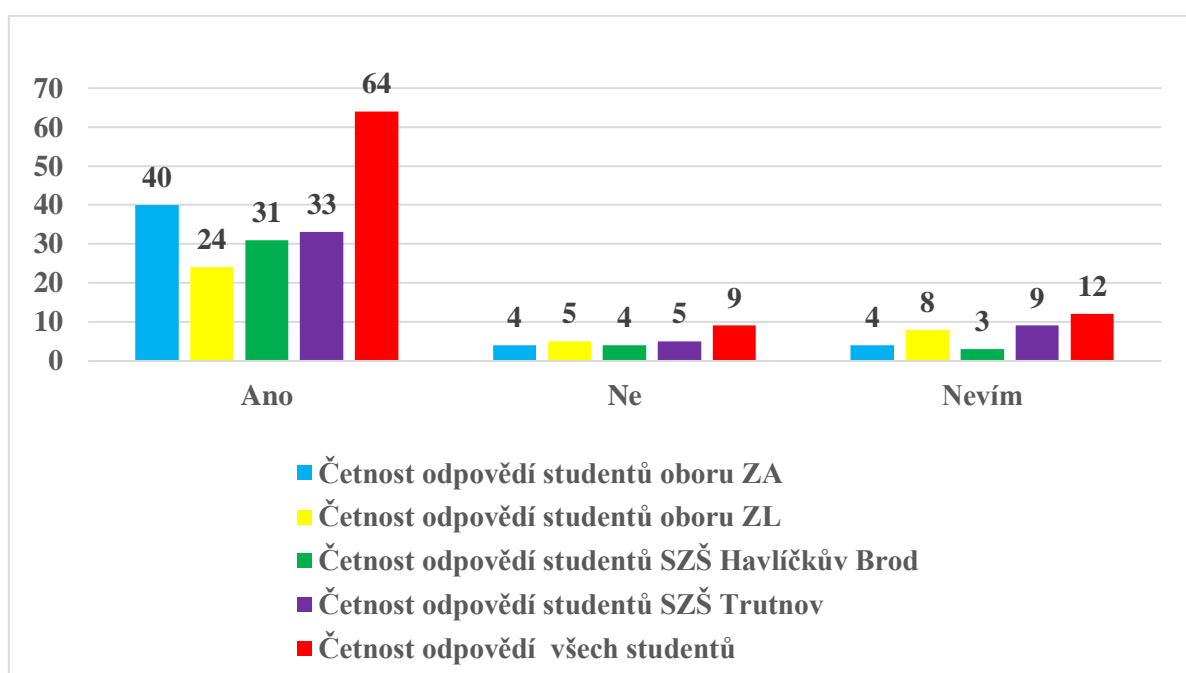
Otázka 16 měla zjistit, jestli studenti vědí, zda existuje nějaká časově neomezená služba, která pomáhá rodině s péčí o pacienta v domácím prostředí. Pokud studenti vybrali možnost „ano“ měli napsat, jaká služba to je. Na obrázku 16 vidíme, že správnou odpověď uvedlo velmi málo studentů. Bylo to celkem 8 respondentů (9 %), 7 zdravotnických asistentů a 1 student lycea, 4 studenti SZŠ Trutnov a 4 studenti SZŠ Havlíčkův Brod. Možnost „nevím“ zvolilo celkem 70 respondentů (82 %), 40 zdravotnických asistentů (83 %) a 30 studentů lycea (81 %), 39 studentů SZŠ Trutnov (83 %) a 31 studentů SZŠ Havlíčkův Brod (82 %).



### Otázka číslo 17:

**Má pečující rodina možnost umístit pacienta do lůžkového hospice na přechodnou dobu, aby si mohla odpočinout?**

- Ano**
- Ne**
- Nevím**



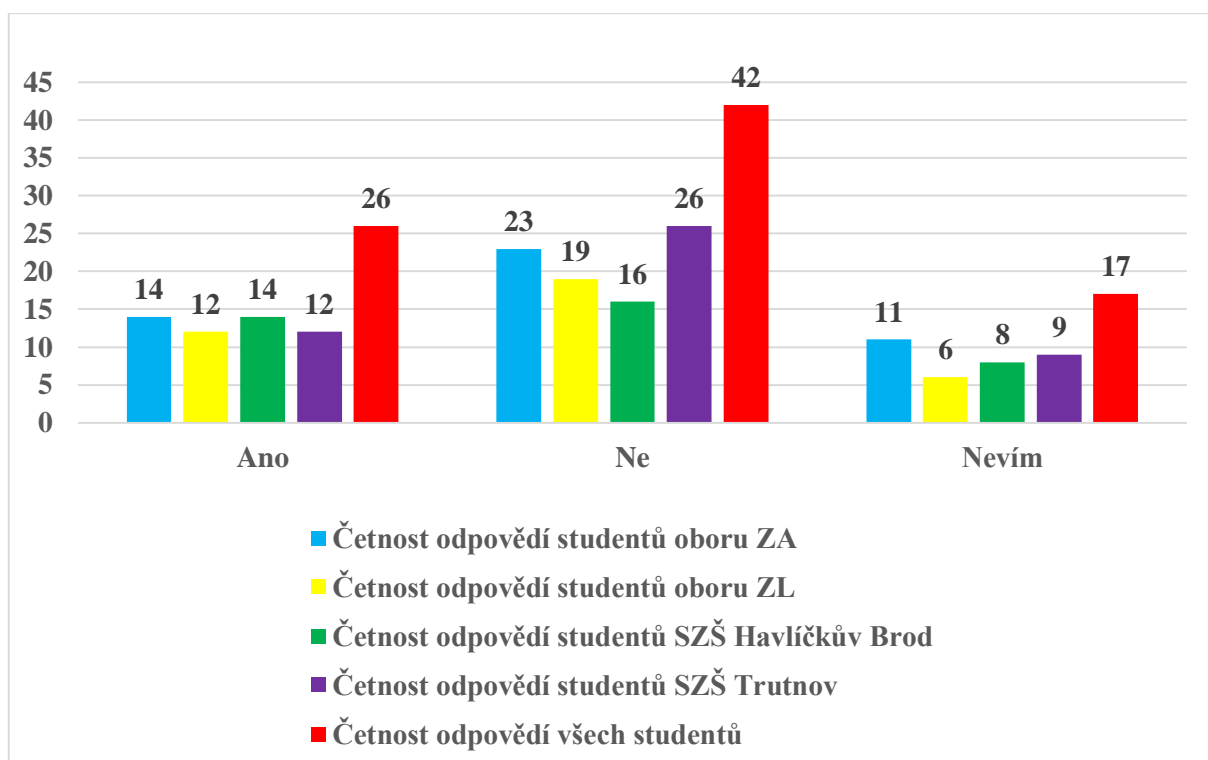
Obrázek 17: Má pečující rodina možnost umístit pacienta do lůžkového hospice na přechodnou dobu, aby si mohla odpočinout?

Obrázek 17 znázorňuje odpovědi studentů na otázku, zda má pečující rodina možnost umístit pacienta do lůžkového hospice na přechodnou dobu, aby si mohla odpočinout. Správnou odpověď „ano“ zvolilo celkem 64 respondentů (75 %). Porovnáme-li jednotlivé obory, tuto možnost zvolilo 40 zdravotnických asistentů (83 %) proti 24 studentů lycea (65 %). Při porovnání škol je to 33 odpovědí studentů SZŠ Trutnov (70 %) a 31 odpovědí studentů SZŠ Havlíčkův Brod (82 %). Možnost „ne“ zvolilo celkem 9 respondentů (11 %), možnost „nevím“ celkem 12 respondentů (14 %).

### Otázka číslo 18:

**Podpora rodiny ze strany týmu domácí hospicové péče končí úmrtím pacienta.**

- Ano
- Ne
- Nevím



Obrázek 18: Končí podpora rodiny ze strany týmu domácí hospicové péče úmrtím pacienta?

Otázka číslo 18 se týká péče o rodinu ze strany hospicového týmu v období po smrti pacienta. Na obrázku 18 vidíme, že celkem 42 respondentů (49 %) ví, že po smrti pacienta péče domácího hospice o rodinu nekončí. Ze zdravotnických asistentů správně odpovědělo 23 studentů (48 %), ze studentů zdravotnického lycea 19 (51 %). Při rozdělení studentů podle škol správnou odpověď znalo 26 studentů SZŠ Trutnov (55 %) a 16 studentů SZŠ Havlíčkův Brod (42 %). Možnost, že podpora rodiny ze strany domácího hospice končí úmrtím pacienta, zvolilo celkem 26 respondentů (31 %), 14 zdravotnických asistentů (29 %) a 12 studentů lycea (32 %), 12 studentů SZŠ Trutnov (26 %) a 14 studentů SZŠ Havlíčkův Brod (37 %). Možnost „nevím“ zvolilo celkem 17 respondentů (20 %).

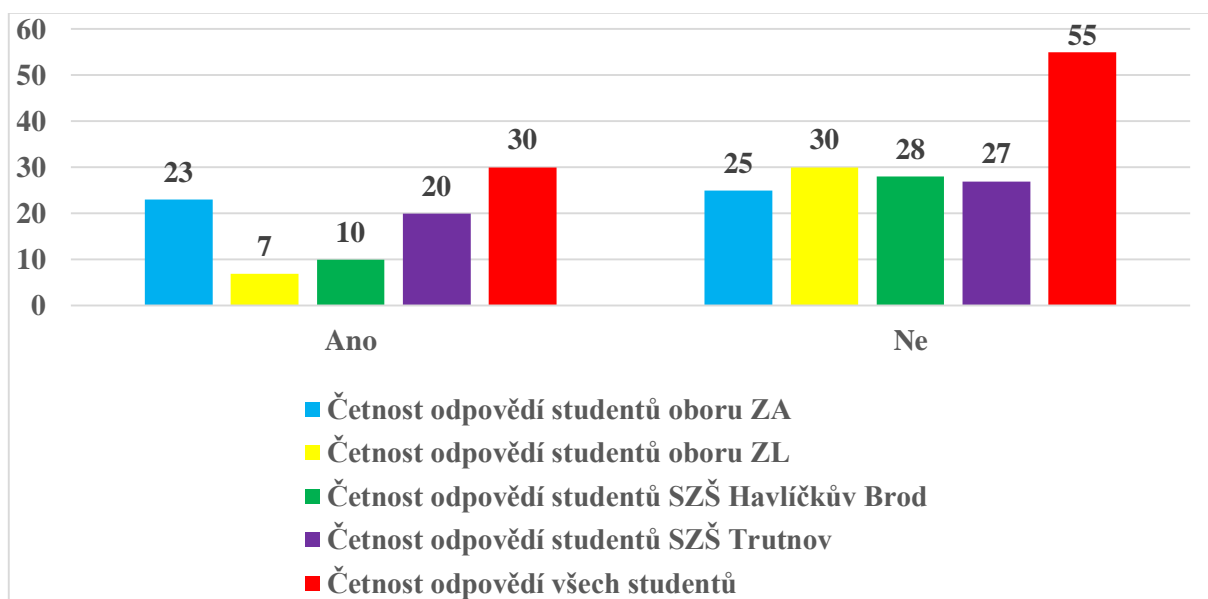
### 6. 3. Identifikační otázky (19-22)

#### Otázka číslo 19:

**Máte osobní zkušenost nebo znáte někoho, kdo pečoval o umírajícího doma?**

Ano

Ne



Obrázek 19: Mají studenti osobní zkušenost nebo znají někoho, kdo pečoval o umírajícího doma?

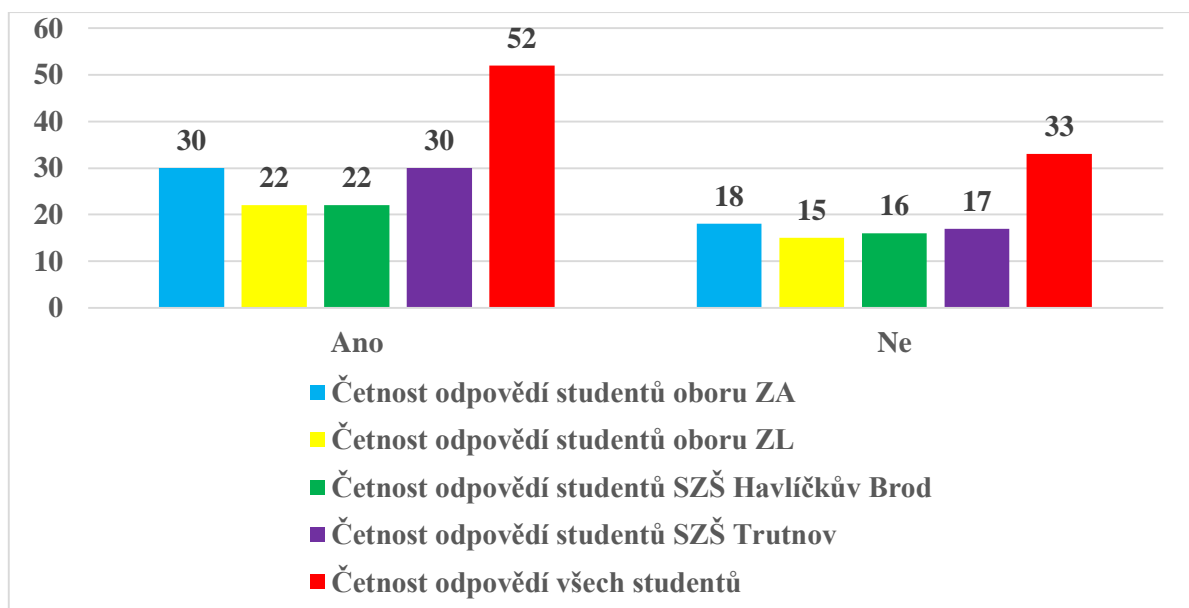
Otázka 19 měla zjistit, zda studenti mají osobní zkušenost, nebo jestli znají někoho, kdo pečoval o umírajícího doma. Z obrázku 19 vyplývá, že kladně odpovědělo celkem 30 respondentů (35 %), 23 zdravotnických asistentů (48 %), 7 studentů lycea (19 %). Když rozdělíme studenty podle škol, vidíme, že možnost „ano“ zvolilo 20 studentů SZŠ Trutnov (43 %) a 10 studentů SZŠ Havlíčkův Brod (26 %). Většina studentů odpověděla záporně. Bylo to celkem 55 respondentů (65 %), ze zdravotnických asistentů 25 studentů (52 %), ze studentů lycea 30 (81 %), ze studentů SZŠ Trutnov 27 (57 %), a ze studentů SZŠ Havlíčkův Brod 28 (74 %).

### Otázka číslo 20:

**Navštívili jste někdy lůžkový hospic?**

Ano

Ne



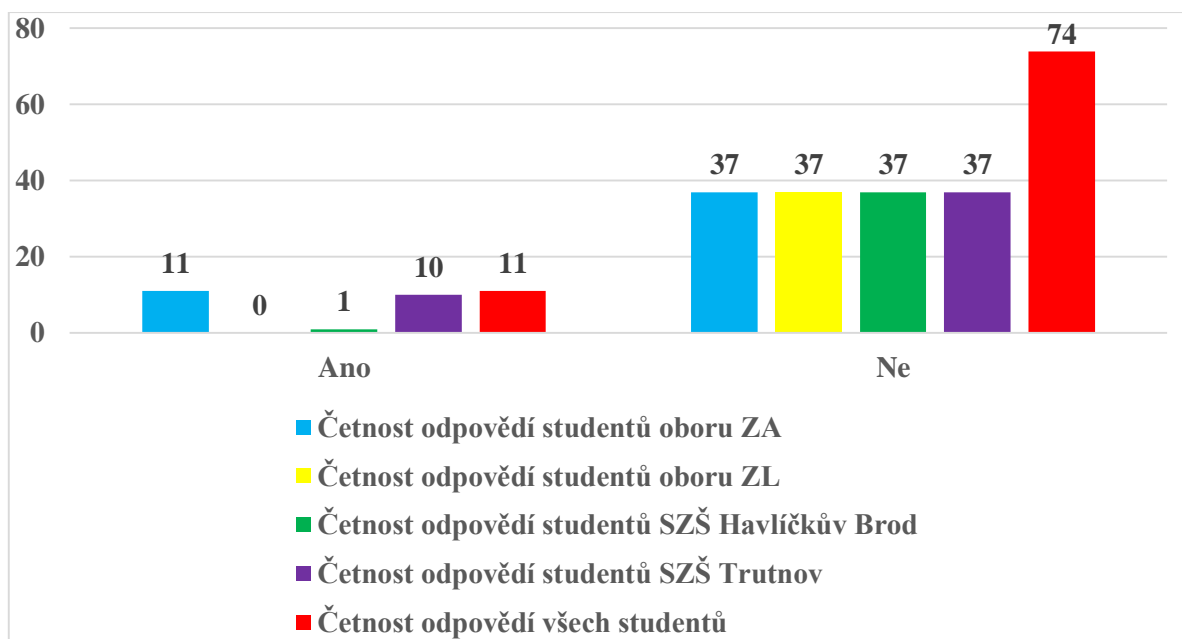
Obrázek 20: Navštívili jste lůžkový hospic?

Na obrázku 20 jsou vidět odpovědi studentů na otázku, jestli někdy navštívili lůžkový hospic. Je patrné, že většina studentů odpověděla kladně – 52 respondentů (61 %), z toho bylo 30 studentů oboru zdravotnický asistent (63 %) a 22 studentů lycea (59 %), 30 studentů SZŠ Trutnov (64 %) a 22 studentů SZŠ Havlíčkův Brod (58 %). Lůžkový hospic nikdy nenavštívilo celkem 33 respondentů (39 %). Při rozdělení studentů na obory odpovědělo záporně 18 zdravotnických asistentů (38 %) a 15 studentů zdravotnického lycea (41 %), 17 studentů SZŠ Trutnov (36 %) a 16 studentů SZŠ Havlíčkův Brod (42 %).

### Otázka číslo 21:

**Znáte nějaký domácí hospic?**

- Ano (napište)
- Ne



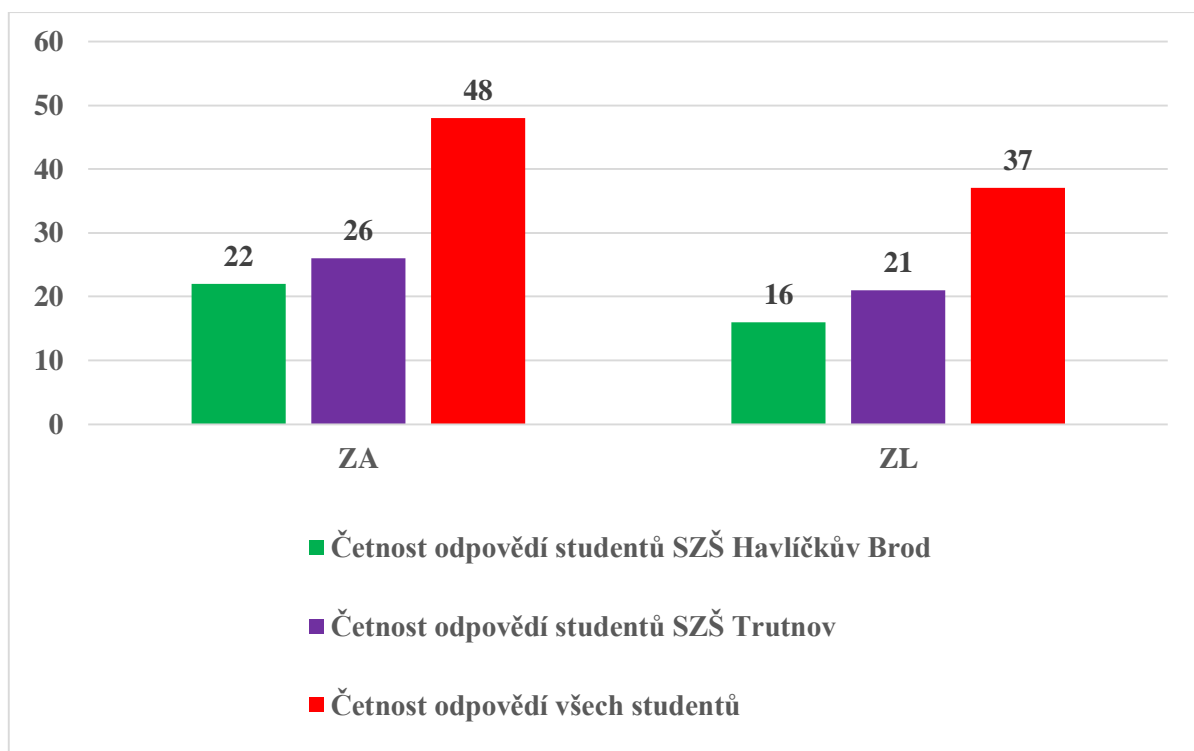
Obrázek 21: Znáte nějaký domácí hospic?

Otázka 21 zjišťuje, jestli studenti znají nějaký domácí hospic. Z obrázku 21 je patrné, že většina respondentů žádný domácí hospic nezná. Bylo to celkem 74 studentů (87 %). Pokud porovnáme jednotlivé obory, žádný domácí hospic nezná 37 zdravotnických asistentů (77 %) a všichni studenti zdravotnického lycea. Při rozdělení respondentů podle škol žádný domácí hospic nevedlo 37 studentů SZŠ Trutnov (79 %) a 37 studentů SZŠ Havlíčkův Brod (97 %). Kladně odpovědělo pouze 11 studentů (13 % všech respondentů), 11 zdravotnických asistentů, 10 studentů SZŠ Trutnov a 1 student SZŠ Havlíčkův Brod.

**Otázka číslo 22:**

**Jaký obor studujete?**

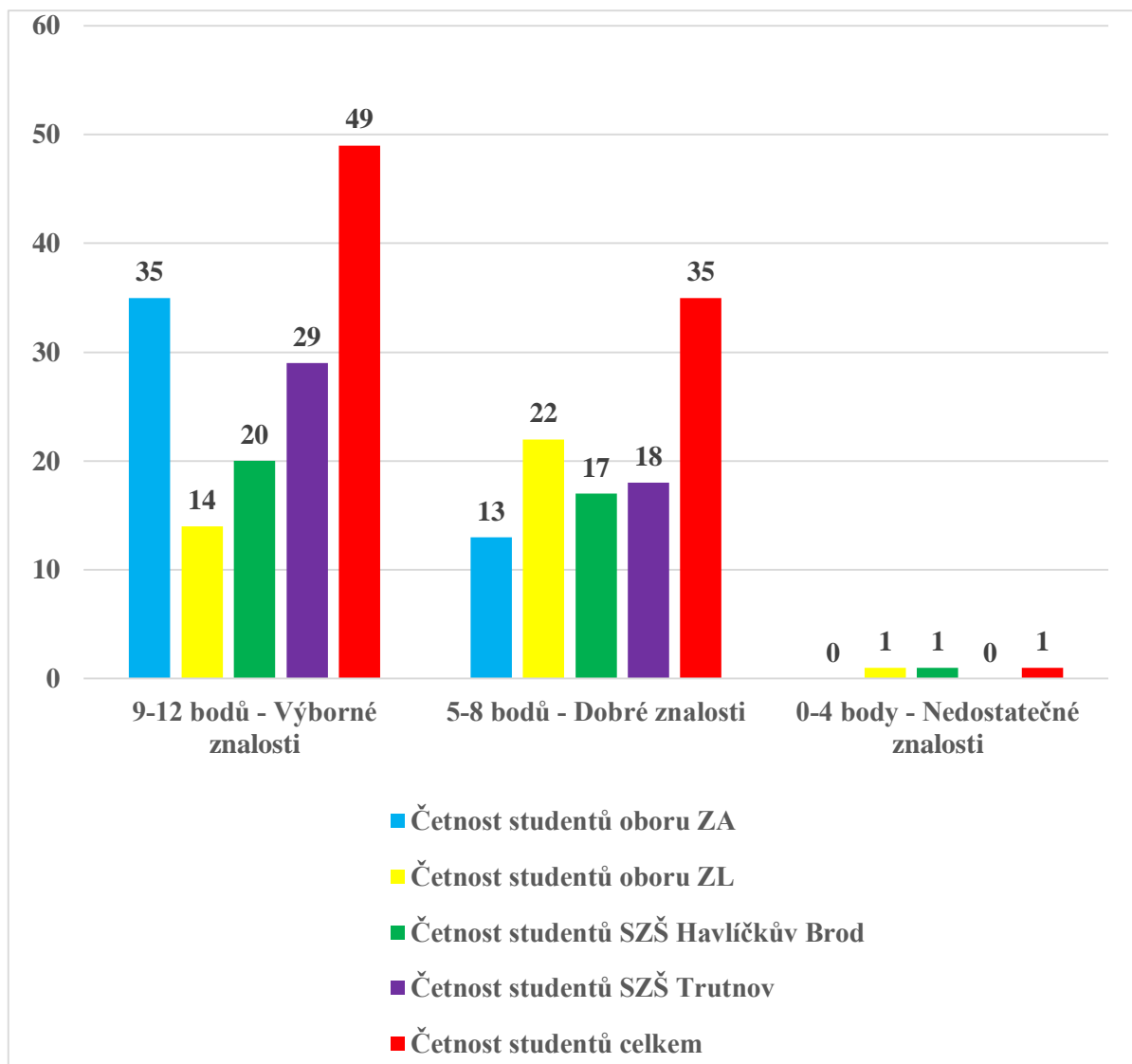
- Zdravotnický asistent
- Zdravotnické lyceum



Obrázek 22: Zastoupení oborů

Obrázek číslo 22 znázorňuje rozdělení studentů podle oborů. Obor zdravotnický asistent studuje celkem 48 respondentů (56 %), 26 studentů SZŠ Trutnov (55 %) a 22 studentů SZŠ Havlíčkův Brod (58 %). Obor zdravotnické lyceum studuje celkem 37 respondentů (44 %), 21 studentů SZŠ Trutnov (45 %) a 16 studentů SZŠ Havlíčkův Brod (42 %).

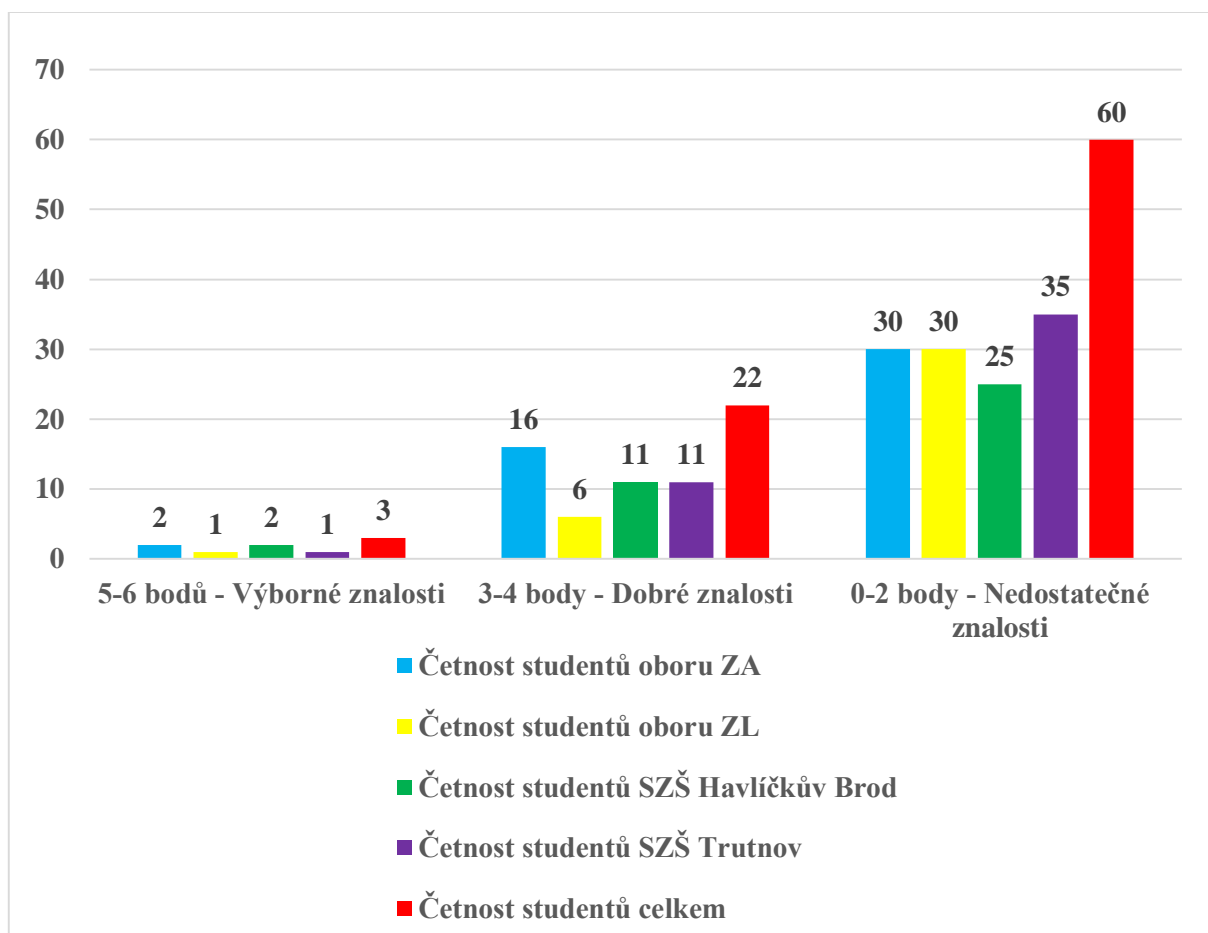
## 6. 4. Vyhodnocení informovanosti studentů o domácí hospicové péči



Obrázek 23: Informovanost studentů o domácí hospicové péči

Na obrázku 23 vidíme výsledky vyhodnocených dotazníků týkající se znalostí studentů o domácí hospicové péči. 9-12 bodů (výborné znalosti) získalo celkem 49 studentů (58 %), 35 studentů oboru zdravotnický asistent (73 %) a 14 studentů oboru zdravotnické lyceum (38 %), 29 (62 %) studentů SZŠ Trutnov a 20 (53 %) studentů SZŠ Havlíčkův Brod. 5-8 bodů (dobré znalosti) získalo 35 studentů (41 % všech respondentů), 13 (27 %) zdravotnických asistentů, 22 (59 %) studentů lycea, 18 (38 %) studentů SZŠ Trutnov a 17 (45%) studentů SZŠ Havlíčkův Brod. 0-4 body (nedostatečné znalosti) získal pouze 1 student zdravotnického lycea SZŠ Havlíčkův Brod.

## 6. 5. Vyhodnocení informovanosti studentů o možnostech podpory pro rodiny pečující o umírajícího doma



Obrázek 24: Informovanost studentů o možnostech podpory pro rodiny pečující o umírajícího doma

Informovanost studentů o možnostech podpory pro rodiny pečující o umírajícího doma ukazuje obrázek 24. Výborné znalosti (5-6 bodů) měli celkem 3 studenti (4 %), 2 zdravotničtí asistenti, 1 student zdravotnického lycea, 1 student SZŠ Trutnov a 2 studenti SZŠ Havlíčkův Brod. Dobré znalosti (3-4 body) mělo celkem 22 (26 %) respondentů, 16 studentů oboru zdravotnický asistent (33 %), 6 studentů oboru zdravotnické lyceum (16 %), 11 respondentů SZŠ Trutnov (23 %) a 11 respondentů SZŠ Havlíčkův Brod (29 %). Nedostatečné znalosti (0-2 body) mělo celkem 60 respondentů (71 %), 30 zdravotnických asistentů (63 %), 30 studentů lycea (81 %), 35 (74 %) studentů SZŠ Trutnov a 25 (66 %) studentů SZŠ Havlíčkův Brod.



## 7. Diskuze

Výzkumná část práce měla pomocí dotazníkového šetření zjistit, jaká je informovanost studentů SZŠ o domácí hospicové péči a možnostech podpory pro pečující o umírajícího v domácím prostředí. Bohužel se nepodařilo sehnat žádnou výzkumnou práci, která by se zabývala podobným tématem, a tak byly výsledky porovnány s dostupnou literaturou. Byly stanoveny čtyři výzkumné otázky.

### 7. 1. VO 1: Jaké znalosti mají studenti o domácí hospicové péči?

K výzkumné otázce číslo 1 se vztahují otázky v dotazníku číslo 1-12. V první otázce měli studenti odpovědět na to, co je domácí hospicová péče. Sláma (2007, s. 4) uvádí, že domácí hospicová péče je specializovaná paliativní péče poskytovaná v domácím prostředí pacienta, který se nachází v pokročilém nebo konečném stadiu nevléčitelné nemoci. Důležitou součástí je práce s pacientovou rodinou a blízkými, kteří se na péči významně podílejí. Správnou odpověď znalo celkem 71 studentů (84 %). Ze zdravotnických asistentů odpovědělo správně 47 (98 %), kdežto ze studentů oboru zdravotnického lycea odpovědělo správně 24 respondentů (65 %).

Otázky číslo 2 a 4 měly zjistit, zda studenti vědí, co domácí hospicová péče poskytuje a co je jejím hlavním cílem. Skála a kol. (2011, s. 11-12) uvádí, že cílem paliativní péče není uzdravení pacienta, ale citlivé a cílené řešení specifických obtíží, které provázejí konečné stadium nevléčitelné choroby. Tato péče umírání nezrychluje, ani nezpomaluje, ale odbornou péčí doprovází. Podle Kalvacha (2010, s. 13) by krédem paliativní (hospicové) péče mělo být ctít život, posilovat naději pacienta a jeho rodiny, zmenšit utrpení a posílit smysl života a kontakty s nejbližšími. Naprostá většina studentů znala správnou odpověď na otázku, co domácí hospicová péče poskytuje (celkem 58 respondentů - 68 %) i co je jejím cílem (celkem 63 respondentů - 74 %). Zajímavé je, že 10 studentů (27 %) zdravotnického lycea zvolilo možnost „*léčba zaměřená na prodloužení života pacienta zkoušením nových postupů*“.

Ve třetí otázce měli studenti odpovědět, jakým věkovým skupinám pacientů je domácí hospicová péče poskytována. Většina lidí sice umírá ve vyšším věku, ale umírají i mladší lidé a dokonce i děti. Hospicová péče je poskytována pacientům všech věkových kategorií a klade důraz na plnost a kvalitu života a zachování důstojnosti pacienta (Skála a kol., 2011, s. 11). Naprostá většina (73 studentů, což je 86 % všech respondentů) věděla, že domácí hospicová péče je poskytována pacientům všech věkových kategorií.

Otázka číslo 5 měla zjistit, zda studenti znají cílovou skupinu pacientů domácí hospicové péče. Sláma (2013b, s. 5) shodně s Kalvachem (2010, s. 15) uvádějí, že jsou to nejčastěji pacienti v konečném stadiu onkologického onemocnění, dále pacienti v konečném stadiu neurologického onemocnění (typu demence, amyotrofické laterální sklerózy, roztroušené sklerózy, Parkinsonovy choroby, imobilizační syndromy po cévních mozkových příhodách), konečná stadia chronických orgánových selhání (srdeční, ledvinné, jaterní), CHOPN, polymorbidní „křehcí“ geriatričtí pacienti, pacienti v perzistujícím vegetativním stavu, AIDS a některé vrozené pediatrické syndromy. Tomu odpovídají i znalosti studentů. Celkem 76 studentů (89 %) uvedlo pacienty s onkologickým onemocněním, 57 studentů (67 %) uvedlo pacienty s onemocněním neurologického původu, 51 studentů (60 %) uvedlo pacienty s chronickým orgánovým selháváním, 34 studentů (40 %) pacienty s CHOPN a 19 studentů (22 %) pacienty s AIDS.

Otázky číslo 6, 7 a 11 se zabývají podmínkami přijetí do domácí hospicové péče. Podle standardů mobilní hospicové péče (Sláma, 2007, s. 4-5) a podle Skály a kol. (2011, s. 7) je podmínkou pro přijetí pacienta do péče mobilního hospice to, že je pacient seznámen se svojí diagnózou a přiměřeně svým možnostem porozuměl závažnosti a prognóze nemoci. Další podmínkou je, že rodina je připravena se spolupodílet na péči a alespoň jedna osoba s pacientovy rodiny či blízkých je ochotna převzít odpovědnost za kontinuální péči o pacienta. Z výsledků dotazníku vyplývá, že 52 respondentů (61 %) uvedlo, že podmínkou pro přijetí do péče domácího hospice je zajištění stálé péče ze strany rodiny, či blízkých a 65 respondentů (76 %), uvedlo, že mezi podmínky přijetí patří také to, že pacient je srozuměn se svojí diagnózou. Otázka číslo 11 měla za úkol zjistit, jestli studenti vědí, že jednou z podmínek přijetí do domácí hospicové péče je spolupráce s praktickým lékařem. Podle Skály a kol. (2011, s. 5) je praktický lékař ústřední osobou ve zdravotní péči o nemocného v domácím prostředí. Erudovaný a motivovaný praktický lékař může být rozhodujícím faktorem možnosti pacientů dožít v domácím prostředí. Sláma (2007, s. 4) uvádí, že tým hospicové péče spolupracuje s praktickým lékařem a ostatními specialisty, kteří mají pacienta v péči. Celkem 55 respondentů (65 %) vědělo, že spolupráce s praktickým lékařem je další podmínkou pro přijetí do péče mobilního hospice.

Otázka číslo 8 se věnuje dostupnosti péče domácího hospice. Sláma a kol. (2011, s. 31) uvádí, že zařízení mobilního hospice garantuje dostupnost péče nepřetržitě (24 hodin denně, 7 dní v týdnu). Rovněž podle Slámy a Špinky (2004, s. 35) kvalitní paliativní péče v domácím prostředí předpokládá nepřetržitou dostupnost kvalifikované ošetrovatelské péče a

permanentní možnost telefonické konzultace s kvalifikovaným lékařem paliativní péče, který je obeznámen s pacientovým stavem a může pacienta kdykoli navštívit. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že 61 respondentů (72 %) vědělo, že péče domácího hospice je dostupná nepřetržitě.

V otázce 9 měli studenti odpovědět, zda je součástí mobilního hospicového týmu také duchovní. Skála a kol. (2011, s. 6) i Sláma (2007, s. 4) uvádějí, že tým domácí hospicové péče je multidisciplinární. Tvoří jej lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovník, ošetrovatelky, psycholog, duchovní, koordinátor dobrovolníků, dobrovolníci a další pracovníci dle potřeby. Celkem 61 studentů (72 %) odpovědělo, že duchovní je součástí týmu mobilního hospice.

Otázka 12 se týkala zvládnutelnosti léčby onkologické bolesti v terminálním stadiu nevyléčitelné choroby. Skála a kol. (2011, s. 12-14) uvádí, že nejčastější obavou v paliativní péči je právě strach pacienta a jeho rodiny z bolesti. Somatické aspekty bolesti lze u většiny pacientů zmírnit na dobře snesitelnou míru za použití poměrně jednoduchých postupů (např. transdermální formy opioidních analgetik) i v domácím prostředí. Tato otázka byla zařazena do dotazníku proto, že většina laické veřejnosti je názoru, že právě kvůli nezvládnutelnosti bolesti u terminálně nemocných je nutné tyto pacienty umístit do zdravotnického zařízení. Správnou odpověď na tuto otázku znalo 58 respondentů (68 %) z nichž bylo 36 studentů oboru zdravotnický asistent (75 %) a 22 studentů oboru zdravotnické lyceum (59 %). Lepší znalosti zdravotnických asistentů přisuzují tomu, že na rozdíl od studentů zdravotnického lycea chodí pravidelně na praxi do nemocnice, takže přijdou do styku s praktickými postupy léčby.

Podle obrázku 23 je možno odpovědět na výzkumnou otázku číslo 1, jaké jsou znalosti studentů o domácí hospicové péči a zároveň na výzkumné otázky číslo 3 a 4, které měly za úkol porovnat znalosti studentů mezi jednotlivými obory a školami.

Výborné znalosti (9-12 bodů) mělo celkem 49 respondentů (58 %). Když porovnáme jednotlivé obory, tak vidíme, že 9-12 bodů dosáhlo 35 studentů oboru zdravotnický asistent (73 %) proti 14 studentům oboru zdravotnické lyceum (38 %). Tento rozdíl je možné přičíst tomu, že zdravotničtí asistenti ve třetím a čtvrtém ročníku chodí dva dny v týdnu na praxi a na 6 týdnů souvislé praxe na jednotlivá oddělení v nemocnici a dostanou se také na několik hodin do agentury domácí péče. Mají tedy více praktických zkušeností, setkávají se s pacienty s různými diagnózami a dostanou se do styku i s umírajícími pacienty a jejich rodinami. Lůžkový hospic (obr. 20) navštívili všichni studenti s přibližně stejnou četností (30

zdravotnických asistentů což je 63 % a 22 studentů lycea což je 59 %), ale důležitá informace je, že 23 studentů oboru zdravotnický asistent (48 %) má osobní zkušenost nebo zná někoho, kdo pečoval o umírajícího doma (obr. 19) proti 7 studentům oboru zdravotnické lyceum (19 %). Domácí hospic uvedlo 11 studentů oboru zdravotnický asistent (23 %), ale žádný student ze zdravotnického lycea. Pokud porovnáme jednotlivé SZŠ, vidíme, že výborné znalosti má 29 studentů (62 %) SZŠ Trutnov a 20 studentů (53 %) SZŠ Havlíčkův Brod. V Královéhradeckém kraji, kde sídlí SZŠ Trutnov, působí dva mobilní hospice. První je Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, který provozuje lůžkový i mobilní hospic a dále je to Domácí hospic Duha, o.p.s., který má sídlo v Hořicích. V kraji Vysočina, kde se nachází SZŠ Havlíčkův Brod, působí také dva mobilní hospice. Je to Domácí hospic Vysočina, o.p.s. v Novém Městě na Moravě a Sdílení o.p.s. v Telči. Domácí hospic dokázalo uvést 11 studentů SZŠ Trutnov, kteří všichni uvedli Hospic Anežky České v Červeném Kostelci a pouze 1 student SZŠ Havlíčkův Brod, který ovšem uvedl domácí hospic Cesta domů, který působí v Praze. U studentů SZŠ Trutnov bohužel ale nelze posoudit, zda opravdu vědí, že Červenokostelecký hospic poskytuje i mobilní služby. Lůžkový hospic navštívilo 30 (64 %) studentů SZŠ Trutnov a 22 (58 %) studentů SZŠ Havlíčkův Brod, takže představu o rozsahu hospicové péče mají studenti podobnou, na rozdíl od osobní zkušenosti, kterou má 20 studentů SZŠ Trutnov (43 %) proti 10 studentům SZŠ Havlíčkův Brod (26 %).

Dobré znalosti (5-8 bodů) mělo celkem 35 (41 %) respondentů, z toho bylo 13 studentů oboru zdravotnický asistent (27 %) a 22 studentů zdravotnického lycea (59 %). Porovnáme-li znalosti studentů mezi školami, dobré znalosti mělo 18 studentů SZŠ Trutnov (38 %) a 17 studentů Havlíčkův Brod (45 %).

Nedostatečné znalosti o domácí hospicové péči měl 1 student oboru zdravotnický asistent SZŠ Havlíčkův Brod (obr. 23).

## **7. 2. VO 2: Jaké znalosti mají studenti o možnostech podpory pro osoby, které pečují o pacienta v konečném stadiu nevléčitelného onemocnění v domácím prostředí?**

K VO číslo 2 se vztahují dotazníkové otázky 13-18. Otázka 13 měla zjistit, jestli studenti vědí, zda je domácí hospicová péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění. V České republice zatím neexistuje systém financování domácí hospicové péče zdravotními pojišťovnami (Pilotní program mobilní specializované péče, 2015). Správně odpovědělo celkem 32 respondentů (38 %). Z toho bylo 19 studentů SZŠ Havlíčkův Brod (50 %) a jen 13

studentů SZŠ Trutnov (28 %). Studenti z Trutnova, hlavně zdravotničtí asistenti, kteří chodí na praxi do domácí péče, jsou zřejmě ovlivněni tím, že Charita Trutnov nabízí v rámci domácí zdravotní péče také paliativní péči, ale pouze v rozsahu úhrady do 3 h denně, kterou podle metodiky k zajištění zdravotní péče (MPSV, 2011, s. 16) hradí zdravotní pojišťovny na předpis praktického lékaře. Proto také 19 (40 %) trutnovských studentů odpovědělo, že péče domácího hospice je hrazená z veřejného pojištění. Celkem 28 respondentů (33 %) na tuto otázku odpovědělo „nevím“.

V otázce 14 měli studenti uvést, zda poskytuje sociální systém ČR nějakou formu finanční podpory pro osoby, které pečují o nemocného doma. Podle zákona o sociálních službách je poskytován příspěvek na péči. Zákon stanovuje podmínky poskytnutí a výši příspěvku (Zákon 108/2006, § 7-11). Naprostá většina studentů (celkem 70 což je 82 % všech respondentů) tuto informaci neznala. Někteří studenti napsali, že je to „podpora při ošetřování blízké osoby“. To bylo také uznáno jako správná odpověď, ale tato podpora trvá pouze 9 dní. Nejlépe informovaní v této otázce byli zdravotničtí asistenti, 5 z nich (10 %) uvedlo správnou odpověď. Důvodem mohou být opět zkušenosti z praxe nebo osobní zkušenosti.

V otázce 15 měli studenti napsat, zda a kde je možné si zapůjčit pomůcky pro péči o pacienta v domácím prostředí. Sláma (2007, s. 12-13) uvádí, že rodina má možnost si zapůjčit pomůcky jako: polohovací postel, antidekubitní matrace, zvedák, WC židle, chodítka, vozík, stolička do vany, stolička do sprchy, lineární dávkovač léků, koncentrátor kyslíku, atd. Pomůcky půjčuje Charita Česká republika, agentury domácí péče a poskytovatelé hospicové a domácí hospicové péče za poplatek dle ceníku jednotlivých poskytovatelů (Charita ČR, 2015b; Asociace domácí péče ČR o. s., 2015; Hospice v ČR, 2014). Většina respondentů zvolila možnost „nevím“. Bylo to celkem 55 studentů (65 %). V této otázce si nejlépe vedli opět zdravotničtí asistenti (18 správných odpovědí, což je 38 %) proti studentům zdravotnického lycea (3 správné odpovědi, což je 8 %). Toto můžeme rovněž přisoudit praktickým zkušenostem. Při porovnání jednotlivých škol jsou na tom lépe studenti SZŠ Trutnov (16 správných odpovědí což je 34 %) proti studentům SZŠ Havlíčkův Brod (5 správných odpovědí, 13 %). Na tom by mohlo mít podíl to, že celkem 20 (43 %) studentů z Trutnova mělo osobní zkušenost nebo znali někoho, kdo pečoval o nemocného doma proti 10 studentům (26 %) SZŠ Havlíčkův Brod (obr. 19).

Otázka číslo 16 měla zjistit, zda studenti znají nějakou časově neomezenou službu, která pomáhá rodině s péčí o pacienta v domácím prostředí. Podle zákona o sociálních službách

(Zákon 108/2006, § 39) je to služba osobní asistence. Kalvach (2010, s. 42) uvádí, že osobní asistence je terénní sociální služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností. Poskytuje se bez časového omezení (mnohdy převážnou část dne) aby pečující mohli plnit své pracovní povinnosti. Osobní asistent pomáhá pacientovi naplňovat jeho potřeby v době nepřítomnosti rodiny. Osobní asistence je hrazená pacientem (Vyhláška 505/2006, § 5). Naprostá většina studentů (celkem 70, což je 82 %) tuto informaci neznala. Někteří odpovídali, že je to agentura domácí péče nebo pečovatelská služba, tyto služby jsou však časově omezeny. Správně odpovědělo 8 respondentů (9 %), z nichž bylo 7 zdravotnických asistentů a 1 student lycea, ze studentů SZŠ Trutnov 4 a ze studentů SZŠ Havlíčkův Brod také 4 respondenti. Přímou osobní asistenci uvedl pouze 1 student zdravotnického lycea SZŠ Havlíčkův Brod, ostatní psali, že tuto službu poskytuje Charita, což bylo uznáno jako správná odpověď, protože Charita opravdu služby osobní asistence nabízí.

Otázka číslo 17 měla zjistit, zda studenti vědí, jestli má rodina možnost umístit pacienta na přechodnou dobu do lůžkového hospice, aby si mohla odpočinout. Podle Svatošové (2008, s. 119-120) hospice poskytují jak stacionární péči (kdy je pacient přijat ráno a večer se vrací domů), tak i krátkodobé pobyty pacientů, kteří se po nějaké době vrací do domácího prostředí. Toto vědělo celkem 64 (75 %) respondentů, což odpovídá tomu, že 52 všech dotázaných studentů (61 %) někdy navštívilo lůžkový hospic (obr. 20). Lépe odpovídali opět zdravotničtí asistenti (40 správných odpovědí, což je 83 %), kteří mají praktické zkušenosti.

V otázce 18 měli studenti napsat, zda podpora rodiny ze strany domácího hospice končí úmrtím pacienta. Sláma (2007, s. 7) uvádí, že rodině je poskytována dle potřeby a zájmu podpora nejméně 12 měsíců po smrti pacienta. Sociální pracovník domácího hospice dle zájmu poskytuje poradenství v oblasti zajištění pohřbu, dědického řízení, zajištění vdovského a sirotčího důchodu atd. Na otázku 18 odpovědělo správně 42 respondentů (49 %). To opět odpovídá tomu, že většina studentů navštívila lůžkový hospic, kde se tuto informaci určitě dozvěděli.

Podle obrázku 24 můžeme odpovědět na výzkumnou otázku číslo 2 (jaké mají studenti znalosti o možnostech podpory pro pečující) a zároveň porovnat vědomosti studentů mezi jednotlivými obory a školami (VO 3 a 4).

Výborné znalosti (5-6 bodů) měli pouze 3 studenti (4 % všech respondentů), z nichž byli 2 zdravotničtí asistenti a 1 student lycea, 1 byl student SZŠ Trutnov a 2 byli studenti SZŠ Havlíčkův Brod.

Dobré znalosti (3-4 body) mělo celkem 22 (26 %) respondentů bez rozdílu oboru a školy. Při porovnání oborů je to 16 zdravotnických asistentů (33 %) proti 6 studentům oboru zdravotnické lyceum (16 %) a pokud porovnáme školy je vidět, že dobré znalosti mělo 11 studentů SZŠ Trutnov (23 %) a 11 studentů SZŠ Havlíčkův Brod (29 %).

Většina studentů (60 což je 71 % všech respondentů) měla v této oblasti nedostatečné znalosti (0-2 body). Pokud bychom porovnali obory je to 30 studentů oboru zdravotnický asistent (63 %) a 30 studentů oboru zdravotnické lyceum (81 %). Při porovnání škol mělo nedostatečné znalosti v této oblasti 35 studentů SZŠ Trutnov (74 %) a 25 studentů SZŠ Havlíčkův Brod (66 %).

### **7. 3. VO 3: Budou mít lepší znalosti studenti oboru zdravotnický asistent nebo studenti oboru zdravotnické lyceum?**

Pro zpřehlednění a snadnou možnost porovnání byla data sestavena do tabulek. Pro různý počet studentů jednotlivých oborů byly porovnány relativní četnosti studentů. Tabulka číslo 3 umožňuje porovnání znalostí studentů oboru zdravotnický asistent a zdravotnické lyceum o domácí hospicové péči. Tabulka číslo 4 porovnává znalosti studentů z oblasti možností podpory pro pečující o pacienta v domácím prostředí.

Tabulka 3: Znalosti studentů o domácí hospicové péči podle oborů

Hodnocení znalostí	Studenti oboru ZA	Studenti oboru ZL
Výborné znalosti	73%	38%
Dobré znalosti	27%	59%
Nedostatečné znalosti	0%	3%
Celkem	100%	100%

Tabulka 4: Znalosti studentů o možnostech podpory pro pečující podle oborů

Hodnocení znalostí	Studenti oboru ZA	Studenti oboru ZL
Výborné znalosti	4 %	3 %
Dobré znalosti	33 %	16 %
Nedostatečné znalosti	63 %	81 %
Celkem	100 %	100 %

Odpoď na v'yzkumnou ot'azku 3 vypl'v' z tabulek 3 a 4. Studenti oboru zdravotnick' asistent m'eli lepš' v'sledky v oblasti obecn'ch znalost' o dom'c' hospicov' p'eci i v oblasti mo'znost' podpory pro pe'uj'c' . D'vodem m'z'e b'yt to, Œe studenti oboru zdravotnick' asistent maj' mnoho praktick'ch zkušenost' s p'ec' o pacienty z nemocnicn'ho prost'ed' , p'ijdou do styku i s um'raj'c'imi pacienty a dostanou se v r'amci praxe i do dom'c'ho prost'ed' pacient' , kde maj' mo'znost setkat se i s rodinami pacient' . Dalš'm d'vodem m'z'e b'yt to, Œe 23 (48 %) zdravotnick'ch asistent' m'elo osobn' zkušenost nebo znalo n'koho, kdo pe'oval o um'raj'c'ho doma proti 7 student'um lycea (19 %).

#### **7. 4. VO 4: Budou m'it lepš' znalosti studenti SZŠ Trutnov nebo SZŠ Havl'c'k'v Brod?**

Pro zp'ehledn'ni a snadnou mo'znost porovn'ni byla data op'et sestavena do tabulek. V tabulce 5 m'zeme porovnat znalosti student' o dom'c' hospicov' p'eci podle jednotliv'ch škol. Tabulka 6 porovnv' znalosti student' jednotliv'ch SZŠ o mo'znostech podpory pro pe'uj'c' . Op'et byly porovnv'ny relativn' 4etnosti student' .

Tabulka 5: Znalosti student' o dom'c' hospicov' p'eci podle SZŠ

Hodnocen' znalost'	Studenti SZŠ Trutnov	Studenti SZŠ Havl'c'k'v Brod
V'born' znalosti	62%	53%
Dob'r' znalosti	38%	45%
Nedostate4n' znalosti	0%	3%
Celkem	100%	100%

Tabulka 6: Znalosti student' o mo'znostech podpory pro pe'uj'c' podle SZŠ

Hodnocen' znalost'	Studenti SZŠ Trutnov	Studenti SZŠ Havl'c'k'v Brod
V'born' znalosti	2%	5%
Dob'r' znalosti	23%	29%
Nedostate4n' znalosti	74%	66%
Celkem	100%	100%



Odpovědí na výzkumnou otázku číslo 4 je, že v oblasti obecných znalostí o domácí hospicové péči jsou na tom o trochu lépe studenti SZŠ Trutnov než studenti SZŠ Havlíčkův Brod. Můžeme však konstatovat, že znalosti studentů obou SZŠ jsou v této oblasti srovnatelné. Lze to přisuzovat tomu, že nadpoloviční většina studentů obou škol navštívila lůžkový hospic (obr. 20) a tak měli nějakou představu o hospicové péči. V oblasti možností podpory pro pečující měli lepší znalosti studenti SZŠ Havlíčkův Brod, což je zajímavé z důvodu, že osobní zkušenost s péčí o umírajícího doma mělo 20 (43 %) studentů SZŠ Trutnov proti 10 (26 %) studentům SZŠ Havlíčkův Brod. V současné době neexistují metodické pokyny ministerstva školství ohledně obsahu výuky jednotlivých předmětů na SZŠ, nelze tedy posoudit znalosti studentů jednotlivých škol podle jednotných osnov.

## Závěr

Bakalářská práce se zabývala informovaností studentů SZŠ o domácí hospicové péči a možnostech podpory pro osoby, které se rozhodnou splnit nelehký úkol, kterým je péče o umírajícího v domácím prostředí. Téma práce jsem zvolila z důvodu osobní zkušenosti s touto problematikou. Práce byla pro mě přínosem, protože jsem si doplnila mnoho zajímavých informací.

Teoretická část práce má tři části. První se zabývá současnou situací péče o umírající v ČR, medicinalizací umírání, představami a přáními lidí ohledně umírání, které vyplývají z průzkumu veřejného mínění. Druhá část popisuje paliativní péči a její vývoj ve světě i u nás. Třetí část vysvětluje poslání domácí (mobilní) hospicové péče, její vývoj, principy, cíle a postupy. Jsou zde popsány možnosti podpory pro pečující o nemocného v konečném stadiu nevyléčitelného onemocnění.

Ve výzkumné části byly stanoveny čtyři cíle. Prvním cílem bylo zjistit úroveň znalostí studentů SZŠ o domácí hospicové péči. Na základě zpracování dat z dotazníkového šetření lze konstatovat, že studenti, kteří se účastnili výzkumu, jsou o tomto tématu dobře informováni. Druhým cílem bylo zjistit úroveň znalostí studentů o možnostech podpory pro pečující o umírajícího v domácím prostředí. Z dotazníkového šetření vyplývá, že o této problematice mají studenti nedostatečné znalosti. Proto bych doporučila zařadit tyto informace do výuky třeba v rámci ošetřovatelství v domácí péči. Každý zdravotník by měl tyto znalosti mít, aby mohl poradit rodinným příslušníkům nevyléčitelně nemocných pacientů v oblasti možnosti dalšího postupu péče. Třetím cílem bylo porovnat znalosti studentů oboru zdravotnický asistent a zdravotnické lyceum. Z výsledku šetření vyplynulo, že lepší znalosti měli studenti oboru zdravotnický asistent. Důvodem mohou být zkušenosti z praxe, které studenti oboru zdravotnické lyceum nemají. Čtvrtým cílem bylo porovnat znalosti studentů jednotlivých SZŠ. Myslím, že lze konstatovat, že znalosti studentů obou škol jsou srovnatelné. Všechny čtyři cíle práce byly splněny. Na základě výsledků výzkumu jsem se rozhodla vytvořit informační leták pro studenty (příloha D) s cílem ucelit a zpřehlednit informace o domácí hospicové péči a možnostech podpory pro pečující.

## Seznam literatury:

### Tištěné zdroje:

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 168 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.

KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2010, 134 s. ISBN 978-80-904516-4-3.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3270-1.

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1.vyd. Praha: Grada, 2014, 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, lékaře a sestry*. Praha: Tvorba, 1995, 288 s.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005, 324 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4.

ONDRAČKA, Lubomír, a kol. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. 1. vyd. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2010, 116 stran. ISBN 978-80-904516-3-6.

*O organizaci paliativní péče: doporučení Rec (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům: přijaté výborem ministrů 12. listopadu 2003 na 860. zasedání zástupců ministrů*. Praha: Cesta domů, c2004, 46 s. ISBN 80-239-4332-4.

SKÁLA, Bohumil, a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011 : [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro

praktické lékaře, c2011, 20 s. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011, 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.

SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 2004, 43 s. ISBN 80-239-4330-8.

STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vyd. Jinočany: H&H, 2006, 161 s. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6., dopl. vyd. (v KNA 1.). Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 109 s. ISBN 978-80-247-4107-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2.vyd., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012, 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 328 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1716-6.

YALOM, Irvin D. *Existenciální psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 527 s. ISBN 80-7367-147-6.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

### **Internetové zdroje:**

*APHPP. Podpora rodiny a péče o pozůstalé* [online]. Praha: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2015 [cit. 2015-11-28]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/podpora-rodiny-a-pece-o-pozustale/>

*Asociace domácí péče ČR o. s.: Seznam členů asociace domácí péče ČR* [online]. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2015 [cit. 2015-11-28]. Dostupné z: <http://www.adp-cr.cz/573/seznam-clenu-adp-cr-o-s-/>

ČSPM ČLS JEP. Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 - 2015. *Česká společnost paliativní medicíny: České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. Brno: Česká společnost paliativní medicíny, 2011, 27 s. [cit. 2015-11-12].

Dostupné z: [http://paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/strategie\\_paliativni\\_pece\\_pripominkoverizeni\\_fin\\_prani.pdf](http://paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/strategie_paliativni_pece_pripominkoverizeni_fin_prani.pdf)

GROFOVÁ, Zuzana. Paliativní péče. *Medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen s.r.o., 2009, 2015-11-23, 6(5): 276-278 [cit. 2015-11-23]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/05/12.pdf>

*Hospice v ČR* [online]. Praha: Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, 2014, 10. 7. 2014 [cit. 2015-11-28]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/hospice-v-cr/>

Charita ČR: *Domácí hospicová péče* [online]. Praha: Charita ČR, 2015a [cit. 2015-11-28]. Dostupné z: [http://www.charita.cz/cinnost-v-cr/sluzby/?tab=&filter\[type\]=40&filter\[target\]=&filter\[way\]=&filter\[address\]=&filter\[organization\]=&submit=Hledat](http://www.charita.cz/cinnost-v-cr/sluzby/?tab=&filter[type]=40&filter[target]=&filter[way]=&filter[address]=&filter[organization]=&submit=Hledat)

Charita ČR. *Půjčovna kompenzačních pomůcek* [online]. Praha: Charita Česká republika, 2015b [cit. 2015-11-28]. Dostupné z: <http://www.charita.cz/cinnost-v-cr/sluzby/?tab=&filter%5Btype%5D=39&filter%5Btarget%5D=&filter%5Bway%5D=&filter%5Baddress%5D=&filter%5Borganization%5D=&submit=Hledat>

MARTELLIOVÁ, Lenka. Pastorační péče v nemoci a umírání. *Getsemany: křesťanský měsíčník* [online]. Praha: SÍŤ s.r.o. ekumenické nakladatelství a vydavatelství, 2007, 2015-11-25, 25(182) [cit. 2015-11-25]. ISSN 1210 485X. Dostupné z: <http://www.getsemany.cz/node/1129>

MPSV. Zajištění zdravotní péče v rámci procesu transformace sociálních služeb. *Ministerstvo práce a sociálních věcí: Strategické dokumenty* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011, 21. 12. 2011 [cit. 2015-11-28]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/11868/Methodika\\_k\\_zajisteni\\_zdravotni\\_pece.doc.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/11868/Methodika_k_zajisteni_zdravotni_pece.doc.pdf)

NESPOROVÁ, Olga. Obřady loučení se zemřelými: Sekulární, náboženské nebo raději žádné pohřby? *Sociální studia: Smrt* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2011, 8(2): 57-85 [cit. 2015-11-11]. ISSN 1803-6104. Dostupné z: [http://socstudia.fss.muni.cz/sites/default/files/Ne%20C5%A1porov%C3%A1\\_4.pdf](http://socstudia.fss.muni.cz/sites/default/files/Ne%20C5%A1porov%C3%A1_4.pdf)

NEŠPOROVÁ, Olga. Smrt jako konec, nebo začátek?: O (ne)víře v posmrtný život. *Lidé města* [online]. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2009, **11**: 463-491 [cit. 2015-11-11]. ISSN 1212-8112. Dostupné z: [http://lidemesta.cz/assets/media/files/11-2009-3/LM\\_3\\_09\\_Nesporova.pdf](http://lidemesta.cz/assets/media/files/11-2009-3/LM_3_09_Nesporova.pdf)

Pilotní program mobilní specializované péče. *Česká společnost paliativní medicíny: ČLS JEP* [online]. Brno: ČSPM ČLS JEP, 2015 [cit. 2015-11-30]. Dostupné z: <http://www.paliativnimediceina.cz/aktualita/pilotni-program-mobilni-specializovane-pece>

SLÁMA, Ondřej. Paliativní péče v ČR v roce 2013: perspektiva České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP. *Paliativní medicína* [online]. Brno: ČLS JEP, 2013a [cit. 2015-11-12]. Dostupné z: [http://www.paliativnimediceina.cz/sites/www.paliativnimediceina.cz/files/users/simicek/paliativni\\_medicina\\_v\\_cr\\_v\\_roce\\_2013.pdf](http://www.paliativnimediceina.cz/sites/www.paliativnimediceina.cz/files/users/simicek/paliativni_medicina_v_cr_v_roce_2013.pdf)

SLÁMA, Ondřej. Standardy paliativní péče. *Paliativní medicína* [online]. Brno: ČLS JEP, 2013b [cit. 2015-11-10]. Dostupné z: [http://www.paliativnimediceina.cz/sites/www.paliativnimediceina.cz/files/users/simicek/spp\\_2013\\_def.pdf](http://www.paliativnimediceina.cz/sites/www.paliativnimediceina.cz/files/users/simicek/spp_2013_def.pdf)

SLÁMA, Ondřej. Standardy mobilní specializované paliativní péče v ČR: pracovní materiál. *Cesta domů* [online]. Praha: Cesta domů, 2007 [cit. 2015-11-12]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/027/003258.pdf>

STEM/MARK. Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II: Závěrečná zpráva, září 2013. *Umírání.cz* [online]. Praha: Cesta domů, 2013 [cit. 2015-11-12]. Dostupné z: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://data.umirani.cz/sites/default/files/pdf/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-ii-2013.pdf>

Svatošová Marie. In: *DVTV* [online]. 22. 11. 2015. [cit. 2015-11-23]. Dostupné z: [http://video.aktualne.cz/dvtv/eutanazie-je-sileny-napad-jak-muze-nekdo-moje-pacienty-zabij/r~f98b006c8f6a11e594520025900fea04/?utm\\_source=atlasHP&utm\\_medium=newsbox&utm\\_term=position-1](http://video.aktualne.cz/dvtv/eutanazie-je-sileny-napad-jak-muze-nekdo-moje-pacienty-zabij/r~f98b006c8f6a11e594520025900fea04/?utm_source=atlasHP&utm_medium=newsbox&utm_term=position-1)

ŠPINKOVÁ, Martina. Sborník k 10. výročí vzniku Cesty domů. *Cesta domů* [online]. Praha: Cesta domů, 2011 [cit. 2015-11-15]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/045/005239.pdf>

Zákony ČR. Předpis č. 108/2006- Zákon o sociálních službách ze dne 14. 3. 2006 s účinností od 1. 1. 2007. Částka 37/2006. Část třetí. Hlava I. Díl 3 – služby sociální péče, § 39, 40 [cit. 2015-11-28]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

Zákony ČR. Předpis č. 108/2006- Zákon o sociálních službách ze dne 14. 3. 2006 s účinností od 1. 1. 2007. Částka 37/2006. Část druhá. Hlava I. - II. § 7-11 [cit. 2015-11-28]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast2>

Zákony ČR. Předpis č. 505/2006 - Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách ze dne 15. 11. 2006 s účinností od 1. 1. 2006. Částka 164/2006. Část druhá – Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých úkonů sociálních služeb a maximální výše úhrad za poskytování některých sociálních služeb, § 5, 6 [cit. 2015-11-28]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505#cast2>

## Přílohy:

### Příloha A: Analgetický žebříček WHO

Tabulka 7: Analgetický žebříček WHO (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 47)

II. stupeň - středně silná bolest		III. stupeň - silná bolest
I. stupeň - mírná bolest	slabé opioidy	silné opioidy
neopioidní analgetikum	+ neopioidní analgetikum	+/- neopioidní analgetikum
+/- koanalgetika		

### Příloha B: Dělení bolesti podle převažujícího patofyziologického mechanismu

Tabulka 8: Dělení bolesti podle převažujícího patofyziologického mechanismu (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 47)

Typ bolesti	Charakteristika	Příklady
Nociceptorová somatická	Bolest vyvolaná drážděním nervových zakončení (nociceptorů) při místním tkáňovém poškození. Je obvykle dobře lokalizovaná v místě poškození.	Prorůstání nádoru do svalů a kůže, kostní metastázy
Nociceptorová viscerální	Bolest je vyvolaná drážděním nociceptorů v orgánech dutiny břišní a malé pánve. Bolest obvykle neostře lokalizovaná, někdy pacientem udávaná na jiném místě, na povrchu těla (přenesená)	Při nádorovém postižení slinivky břišní, střev, jater, močového měchýře
Neuropatická	Bolest vzniká v důsledku poškození struktur periferního nebo centrálního nervového systému. Pacient udává pálivou, brnivou nebo elektrizující bolest, a přitom nenacházíme poškození příslušné tkáně. Často současně nacházíme i jiné senzomotorické poruchy	Bolestivá neuropatie po chemoterapii, plexopatie po radioterapii, poškození nervových plexů přímou nádorovou infiltrací
Směšená	Bolest má současně vlastnosti nociceptorové i neuropatické bolesti	Nádor v oblasti malé pánve, který prorůstá do kostí a svalů pánevní stěny a současně destruuje nervové pleteně.



## Příloha C: Dotazník pro studenty

Vážené studentky, vážení studenti,

jmenuji se Dana Andrejsová, jsem studentkou třetího ročníku kombinovaného bakalářského studia ošetrovatelství obor Všeobecná sestra na Univerzitě Pardubice. Součástí mojí bakalářské práce, která se jmenuje „Informovanost studentů SZŠ o domácí hospicové péči“, je dotazník pro studenty. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze pro potřebu mojí závěrečné práce. U všech otázek kromě otázky číslo 5 zaškrtněte, prosím, jednu možnost. Otázka 5 má možnost více odpovědí. Předem vám děkuji za pečlivé vyplnění.

1. Domácí hospicová péče je:

- Poskytovaná v lůžkovém hospici, kde má pacient domácí podmínky
- Speciální péče poskytovaná pacientům v jejich domácím prostředí**
- Poskytovaná v hospici, kam pacient jezdí z domova na kontroly
- Nevím

2. Domácí hospicová péče poskytuje:

- Komplexní péči zaměřenou na léčbu nemoci pacienta v konečném stadiu nemoci.
- Komplexní péči zaměřenou na kvalitu života pacienta v konečném stadiu nemoci a jeho rodiny**
- Péči zaměřenou pouze na léčbu bolesti pacienta v konečném stadiu nemoci
- Žádná odpověď není správná
- Nevím

3. Domácí hospicová péče je určena pro pacienty v konečném stadiu nemoci:

- Starší než 65 let
- Mladší než 65 let
- Všech věkových kategorií**
- Nevím

4. Cílem domácí hospicové péče je:

- Uzdravení pacienta
- Léčba zaměřená na prodloužení života pacienta zkoušením nových postupů
- Péče zaměřená na zlepšení kvality života pacienta a jeho rodiny**
- Ukončení veškeré léčby a tím zkrácení strádání pacienta a urychlení smrti
- Nevím

5. Cílovou skupinou domácí hospicové péče jsou pacienti umírající na nemoc (možnost více odpovědí):

- Onkologického původu**
- Chronické srdeční, jaterní, ledvinové selhání**
- CHOPN (chronická obstrukční plicní nemoc)**
- Akutní srdeční infarkt
- Neurologického původu (roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba, demence, atd.)**
- Náhlá příhoda břišní
- AIDS**
- Žádná z odpovědí není správná
- Nevím

6. Přijetí do domácí hospicové péče je podmíněno zajištěním stálé péče o nemocného rodinou (nebo někým blízkým):

- Ano**
- Ne
- Nevím

7. Podmínkou pro přijetí do domácí hospicové péče je, aby pacient byl srozuměn se svojí diagnózou:

- Ano**
- Ne
- Nevím

8. Domácí hospicová péče je dostupná pacientovi i rodině 24 hodin denně, 7 dní v týdnu:

- Ano**
- Ne
- Nevím

9. Mezi pracovníky domácí hospicové péče patří také duchovní (kaplan):

- Ano**
- Ne
- Nevím

10. Do domácí hospicové péče jsou přijati pouze věřící pacienti:

- Ano
- Ne**
- Nevím

11. Podmínkou pro přijetí do domácí hospicové péče je spolupráce s praktickým lékařem pacienta.

- Ano**
- Ne
- Nevím

12. Lze v domácích podmínkách zvládnout léčbu bolesti v konečném stadiu onkologického onemocnění?

- Ano**
- Ne
- Nevím

13. Domácí hospicová péče je hrazená z veřejného zdravotního pojištění.

- Ano
- Ne**
- Nevím

14. Poskytuje sociální systém v ČR nějakou formu finanční podpory pro rodiny, které se rozhodnou pečovat o nemocného doma?

- Ano** (napište jakou)
- Ne
- Nevím

15. Je možné si někde zapůjčit pomůcky pro péči o nemocného v domácím prostředí? (Např. polohovací postel, antidekubitní matraci, WC křeslo, infuzní pumpu, atd.)

- Ano** (napište kde)
- Ne
- Nevím

16. Existuje nějaká časově neomezená služba, která pomáhá rodině s péčí o pacienta v domácím prostředí? (Např. s hygienickou péčí, s dopomocí v době nepřítomnosti rodiny)

- Ano** (napište jaká)
- Ne
- Nevím

17. Má pečující rodina možnost umístit pacienta do lůžkového hospice na přechodnou dobu, aby si mohla odpočinout?

- Ano**
- Ne
- Nevím

18. Podpora rodiny ze strany týmu domácí hospicové péče končí úmrtím pacienta.

- Ano
- Ne**
- Nevím

19. Máte osobní zkušenost nebo znáte někoho, kdo pečoval o umírajícího doma?

- Ano
- Ne

20. Navštívili jste někdy lůžkový hospic?

- Ano
- Ne

21. Znáte nějaký domácí hospic?

- Ano (napište)
- Ne

22. Jaký obor studujete?

- Zdravotnický asistent
- Zdravotnické lyceum

## Příloha D: Informační leták pro studenty

### Podpora rodiny po smrti pacienta:

- ✓ Pozůstalým je týmem domácí hospicové péče poskytována psychologická a spirituální podpora pokud si to přejí nejméně po dobu 12 měsíců po smrti pacienta. Sociální pracovník poskytuje sociální poradenství v oblasti zajištění pohřbu, dědičného řízení, zajištění vdovského a sirotčího důchodu atd.

### Adresář domácích hospiců:

- ✓ Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče: dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/hospice-v-cr/>
- ✓ Charita ČR: Domácí hospicová péče – dostupné z: [http://www.charita.cz/cinnost-v-cr/sluzby/?tab=&filter\[type\]=40&filter\[target\]=&filter\[way\]=&filter\[address\]=&filter\[organization\]=&submit=Hledat](http://www.charita.cz/cinnost-v-cr/sluzby/?tab=&filter[type]=40&filter[target]=&filter[way]=&filter[address]=&filter[organization]=&submit=Hledat)

### Zdroje:

KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2010, 134 s. ISBN 978-80-904516-4-3.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK.

*Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměněn. vyd. Praha: Galén, c2011, 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.



4

## DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE

### Informační leták pro studenty SZŠ

Zpracovala: Dana Andrejsová

### DOMÁCÍ (PALIATIVNÍ) HOSPICOVÁ PÉČE

- ✓ Je specializovaná péče o nevléčitelně nemocné pacienty a jejich blízké poskytovaná v domácím prostředí
- ✓ Jejím cílem je účinné mírnění bolesti a ostatních tělesných, duševních i spirituálních strádání, která provázejí konečné stádium nevléčitelné choroby, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých.
- ✓ Jejím cílem není oddálení ani urychlení smrti, ale zachování kvality života
- ✓ Je určena pro pacienty v pokročilém nebo konečném stádiu onkologického onemocnění, neurologického onemocnění, chronického orgánového selhání, CHOPN, AIDS, pacienty v perzistujícím vegetativním stavu, křehké geriatrické pacienty, atd.
- ✓ Je poskytována multiprofesním týmem pracovníků specializovaných na paliativní péči. Jsou to: lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovník, psycholog, duchovní, pečovatelé, dobrovolníci a ostatní pracovníci dle potřeby.
- ✓ Je dostupná pacientovi i jeho blízkým 24 hodin denně 7 dní v týdnu
- ✓ Tým domácího hospice spolupracuje s praktickým lékařem a ostatními odbornými lékaři a pracovníky, kteří mají pacienta v péči

1

### Kritéria přijetí do domácí hospicové péče:

- ✓ Pacient se nachází v pokročilém nebo konečném stádiu nevléčitelné choroby, zná svůj stav a přiměřeně svým možnostem porozuměl závažnosti a prognóze své nemoci
- ✓ Pacient si přeje zůstat doma a souhlasí s principy domácí paliativní péče, rozumí jejím možnostem a limitům.
- ✓ Rodina je se svolením pacienta informovaná o jeho zdravotním stavu a přiměřeně svým možnostem chápe závažnost nemoci a její prognózy, souhlasí s principy domácí paliativní péče a rozumí jejím možnostem a limitům. Je připravena se spolupodílet na péči a alespoň jedna osoba s pacientovy rodiny či blízkých je ochotna převzít odpovědnost za kontinuální péči o pacienta

### Financování domácí hospicové péče:

- ✓ V současné době není služba mobilní specializované péče hrazena z veřejného pojištění
- ✓ Pacient nebo rodina si ji musí platit (cca 200 Kč denně), což pokryje pouze malou část péče
- ✓ Větší část péče je financována z darů, grantů a veřejných sbírek

### MOŽNOSTI PODPORY PRO PEČUJÍCÍ

#### Služby zdravotně-sociální péče:

- ✓ Domácí zdravotní ošetrovatelskou péči poskytuje zdravotnický pracovník na základě doporučení praktického lékaře a v rozsahu max. 3x1 hod. denně je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Jedná se o výkony jako aplikace léků včetně injekcí, převazy, odběry biologického materiálu, pohybová léčba, atd.

2

- ✓ Pečovatelská služba poskytuje: pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění nebo poskytnutí stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti. Služba se poskytuje ve vymezeném čase. Službu hradí nemocný nebo rodina podle ceníku jednotlivých poskytovatelů.
- ✓ Osobní asistence je poskytována bez časového omezení. Oblasti činností poskytovaných služeb jsou shodné s pečovatelskou službou. Službu hradí nemocný nebo rodina podle ceníku jednotlivých poskytovatelů.
- ✓ Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost a o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí, cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Službu hradí nemocný nebo rodina podle ceníku jednotlivých poskytovatelů.

### Finanční podpora:

- ✓ Osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby je poskytován příspěvek na péči
- ✓ O příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce na základě žádosti pacienta a po prozkoumání jeho zdravotního stavu
- ✓ Výše příspěvku (za kalendářní měsíc) je určena stupněm závislosti: pro osoby mladší 18 let od 3000 do 12000 Kč a pro osoby starší 18 let od 800 do 12000 Kč

### Půjčování kompenzačních a zdravotních pomůcek:

- ✓ Pečující rodina má možnost zapůjčit si zdravotní a kompenzační pomůcky. Pomůcky půjčuje Charita Česká republika, agentury domácí péče a poskytovatelé hospicové a domácí hospicové péče za poplatek dle ceníku jednotlivých poskytovatelů. Jedná se o pomůcky jako: polohovací postel, antidekubitní matrace, zvedák, WC židle, chodítko, vozík, stolička do vany, stolička do sprchy, lineární dávkovač léků, koncentrátor kyslíku, atd.

3