

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Tereza Šubrtová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Tereza Šubrtová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**INFORMOVANOST LAICKÉ VEŘEJNOSTI O MOBILNÍ
HOSPICOVÉ PÉČI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2019

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 3. 2019.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Tereza Šubrtová

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Informovanost laické veřejnosti o mobilní hospicové péči

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran – číslované: 50

Počet stran – nečíslované: 33

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 23

Klíčová slova: paliativní péče - hospic – umírání – mobilní hospicová péče

Souhrn:

Bakalářská práce se zaměřuje na mobilní hospicovou péči. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabýváme vymezením pojmů paliativní péče, hospicová péče, smrt a umírání, mobilní hospicová péče. Dále je v práci popsána historie paliativní péče, psychika umírajících a jejich blízkých či problémy klientů v paliativní péči. Praktická část se zabývá zjišťováním informovanosti laické veřejnosti o mobilní hospicové péči. Výsledek práce ukazuje na velmi dobrou informovanost laické veřejnosti o mobilní hospicové péči. Z výzkumného šetření vyplývá nutnost poskytnout veřejnosti více možností, kde se mohou o tématu dozvědět více skutečností.

Abstract

Surname and name: Tereza Šubrtová

Department: Nursing care and birth assistance

Title of thesis: Awareness of movable hospice care among non-professional public

Consultant: Mgr. Lenka Kroupová

Number of pages – numbered: 50

Number of pages – unnumbered: 33

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 23

Keywords: palliative care – hospice – dying - movable hospice care

Summary:

My bachelor thesis which is specialized in movable hospice care, is divided into two parts, theoretical and practical. In the theoretical part I deal with definition of terms of the palliative care, hospice care, death and dying, movable hospice care. In my bachelor thesis I also describe history of the palliative care, psyche of a dying person and their close persons or problems of clients in the palliative care. Practical part deals with investigation of the awareness of movable hospice care among non-professional public. The result of the research shows a very good knowledge of the topic of movable hospice care among non-professional public. The survey shows that public would need more opportunities to be able to find more information about the topic.

Předmluva

Bakalářská práce s názvem Informovanost laické veřejnosti o mobilní hospicové péči popisuje paliativní péči, její historii a mobilní hospicovou péči. Práce byla napsána za účelem zjistit informovanost laické veřejnosti o paliativní péči, hospicové péči a mobilní hospicové péči.

Poděkování

Děkuji Mgr. Lence Kroupové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji všem, kteří se na této kvalifikační práci podíleli.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	10
SEZNAM TABULEK	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 ÚMÍRÁNÍ A SMRT	13
1.1 Proces umírání	13
1.2 Období umírání a jeho dělení.....	14
1.3 Fáze umírání	14
1.3.1 Fáze umírání dle Elizabeth Kübler-Ross	14
1.4 Smrt ve zdravotnictví.....	15
2 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE	16
2.1 Definice paliativní péče	16
2.2 Historie paliativní a hospicové péče	17
2.3 Typy paliativní péče.....	19
2.4 Formy paliativní péče	19
2.5 Poskytování péče	20
2.6 Financování péče	20
3 PROBLÉMY A POTŘEBY KLIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI.....	22
3.1 Hierarchie potřeb A. H. Maslow.....	22
3.2 Bolest	22
3.3 Základní péče.....	23
3.4 Sexualita a intimita v závěru života.....	25
4 PSYCHIKA UMÍRAJÍCÍCH A JEJICH BLÍZKÝCH.....	27
4.1 Zmatenost a neklid.....	27
4.2 Deprese, smutek a úzkost.....	27
4.3 Poradenství pro pozůstalé	28
5 MOBILNÍ HOSPICOVÁ PÉČE.....	30
5.1 Nároky domácí paliativní péče na pečující.....	30
5.2 Vztah personálu k pacientům.....	31
PRAKTICKÁ ČÁST	32
6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE	32
6.1 Hlavní cíl.....	32
6.2 Dílčí cíle.....	32
7 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY	33
8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	34

9 METODIKA PRÁCE	35
10 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	36
DISKUZE	57
ZÁVĚR.....	61
SEZNAM LITERATURY.....	62
SEZNAM PŘÍLOH	65
PŘÍLOHY	66

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Zdravotnické vzdělání.....	36
Graf 2: Pohlaví	37
Graf 3: Věk.....	38
Graf 4: Vzdělání	39
Graf 5: Smrt v blízkém okolí.....	40
Graf 6: Správná tvrzení.....	41
Graf 7: Specializovaná pracoviště na paliativní péči.....	43
Graf 8: Pojem mobilní hospicová péče	45
Graf 9: Cíl týmu mobilního hospice	46
Graf 10: Členové týmu mobilního hospice	47
Graf 11: Pro koho jsou služby mobilního hospice určeny.....	48
Graf 12: Podmínky pro přijetí do mobilní hospicové péče	49
Graf 13: Dostupnost mobilní hospicové péče.....	50
Graf 14: Téma umírání a smrti	51
Graf 15: Hospicová péče pro rodinného příslušníka	52
Graf 16: Forma získání více informací o mobilní hospicové péči	53
Graf 17: Důstojné umírání.....	54
Graf 18: Péče v domácím prostředí o blízkou umírající osobu	56

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Výsledky vztahující se k otázce č.7.....	44
---	----

ÚVOD

Pojem paliativní péče, hospicová péče a mobilní hospicová péče není všeobecně dostatečně znám. Také o smrti a umírání není dostatečné povědomí mezi lidmi. Dříve byla smrt součástí života jako běžná věc. Umíralo se doma mezi blízkými. Dnes se smrt a umírání přesunulo do nemocničních zařízení a lidé, kteří nejsou součástí odborného zařízení jako personál nebo se nesetkali se smrtí v rodině nemusí přijít se smrtí dlouhou dobu života do kontaktu. Pro nikoho smrt jako taková není příjemné téma. Přes to by se mělo o smrti hovořit jako o běžné věci, která se děje a dít bude. Právě ke smrti patří pojem paliativní péče, hospicová péče a mobilní hospicová péče. Všechny termíny představují péči o osobu v terminálním stadiu života. Paliativní péče je specializovaná péče o umírající osobu, která může probíhat kdekoli. Hospicová péče probíhá ve speciálním zařízení určeném a specializovaném přímo a jen na již zmíněnou paliativní péči. Mobilní hospicová péče je nová a moderní forma hospicové péče. Pacient prožívá konec svého života v domácím prostředí mezi blízkými osobami, kam profesionální tým mobilního hospice dojíždí dle potřeb pacienta i rodiny. Péče není zatím veřejně příliš známá a mnoho lidí netuší, že taková možnost péče existuje.

K prozkoumání informovanosti laické veřejnosti o mobilní hospicové péči nás vedl právě fakt o nízkém povědomí o smrti a umírání ve společnosti. Je třeba, aby laická veřejnost měla povědomí o možnostech péče pro své blízké a mohla tak zvolit tu správnou cestu pro sebe a umírající osobu.

Bakalářská práce je zaměřována na přiblížení smrti a umírání, podrobně na proces, období, fáze a smrt ve zdravotnictví. Paliativní péče je popsána od počátku historie a vzniku, zmíněné je financování, dělení, typy, formy či kdo péči poskytuje a komu. Problémy a potřeby klientů jsou zmiňovány jako bolest, základní osobní péče, sexualita a intimita či představa nemocného o laskavé péči. Nepřehlédnutelná je náročnost umírání na psychiku člověka, z toho důvodu je zmíněna deprese smutek a úzkost nemocného i pečujících. V závěru práce je popsána právě mobilní hospicová péče a to vysvětlení kdo je součástí týmu, kdy je dostupná, kladené nároky péče na pečující i co musí zdravotníci respektovat.

Zdroje k teoretické části bakalářské práce jsem získávala ve Studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje kde jsem si nechávala vypracovat rešerši. Rešerše uvedena v příloze 1.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ÚMÍRÁNÍ A SMRT

Smrt a umírání jsou fenomény, o kterých se uvažuje z hlediska medicínského, filozofického, sociálního, psychologického či etického. Otázka záchrany a prodloužení lidského života je podstatou biomedicínského výzkumu. Nelze se připravit na smrt jako na akt, kterým končí život. Nikdo z nás neví, kdy a jak přijde. Budoucnost stojící před umírajícím, tedy jeho smrt a bezmoc jakkoli tuto budoucnost změnit, ovlivňují významně lidské myšlení a jednání. Za nejvyhrocenější mez lidské existence se tak považuje smrt. (KUTNOHORSKÁ, 2007, s. 71) Umírání je více, než poslední dech, nebo vyhasnutí pulzu. Umírání není proces, který končí za minutu, ale trvá déle. (FERNANDES, 2019, cit. 6. 2. 2019)

Smrt je součástí života. Vidět zemřít blízkého člena rodiny je bolestný zážitek a není přesný návod jak správně se zachovat. Smrt a umírání není totéž a je třeba tyto dva výrazy odlišovat. Umírání je nevyhnutelný různě trvající předstupeň smrti. Každá osoba se se smrtí blízkého vrovňuje jinak, velký vliv má také věk umírajícího a přidružené onemocnění. (SCHWEIRISCHES ROTES KREUZ, 2018, cit. 6. 2. 2019)

1.1 Proces umírání

Teorie biologických hodin. Člověk umírá ve skutečnosti tehdy, jestliže se naplnil jeho geneticky podmíněný tzv. program života, nebo když v určitém daném čase je již realizován tzv. program smrti.

Smrt sociální. Stav kdy člověk žije, ale je odtržen od společnosti a vyvázán z důležitých sociálních vztahů. Nelze jej do kontextu společnosti navrátit. I u zdravého člověka může nastat sociální smrt. Musíme dbát na to, aby nemocný „žil“ i ve stínu přicházející smrti.

Smrt psychická. Absolutní psychická rezignace, intenzivně prožívané zoufalství a beznaděj. Zjednodušuje vstup smrti fyzické.

Smrt fyzická. Naprostá, trvalá ztráta vědomí. Se ztrátou funkcí v mozku odchází i vědomí. Žádná část mozku nefunguje. Po mozkové smrti přichází smrt orgánů lidského těla. (KUTNOHORSKÁ, 2007, s. 74)

1.2 Období umírání a jeho dělení

Období *pre finem* začíná, jakmile dochází k odbornému i laickému povědomí že nemoc je neslučitelná se životem. Smrt je pravděpodobná v kratším nebo delším časovém horizontu. Pacient musí vědět, že mu bude poskytnuta také pomoc lidská nejen medicínská. Ošetřující personál by měl dbát na zabránění vzniku sociální a psychické smrti. Každý umírající a vážně nemocný by měl mít nejméně jednoho člověka, se kterým bude dle potřeby volně hovořit, a který bude respektovat tzv. otevřenou komunikaci.

Období *in finem* je shodné s lékařským pojetím tzv. terminálního stavu. (Terminální péče - péče poskytovaná pacientovi pokud není možné zlepšení prognózy jeho nemoci či stavu možnými dostupnými metodami. Též péče v době, kdy přichází smrt.)

Období *post finem* je typické péčí o mrtvé tělo a zahrnuje také péči o pozůstalé. (KUTNOHORSKÁ, 2007, s. 75).

1.3 Fáze umírání

Proto aby umírajícího bylo možné lépe pochopit a doprovázet, se psychologie snaží prozkoumat jednotlivé fáze procesu umírání. Medicína bojuje o to, aby byla smrt oddálená co nejvíce. Lidé se však obávají, že díky této technické moderní medicíně jim nebude umožněno důstojně zemřít. Namísto poskytnutí úlevy lidskou empatií, porozuměním a napojením na člověka se jim dostává jen napojení na přístroje a úlevu jim má přinášet chemie.

1.3.1 Fáze umírání dle Elizabeth Kübler-Ross

Švýcarsko-americká lékařka Elizabeth Kübler-Ross objevila, že umírající se vyjadřuje pomocí náznaků, řečí symbolů. Podle ní je chování umírajícího mimoslovní komunikací. Reakce jednotlivých lidí na těžké životní situace jsou různé, závisejí na spoustě vnějších okolností, na dosavadních zkušenostech či osobnosti. Je užitečné se seznámit s fázemi, které přehledně popsala.

Fáze první – *negace*: zamítání vzít na vědomí fakt smrtelnosti. Nemocný se dozví, že diagnóza je neslučitelná se životem. Odmítá pomyslet na svou smrt, nechce si ji připustit, na situaci není připraven.

Fáze druhá – *agrese*: nemocného popadne závist a vztek. Zlobí se na všechny a na všechno. Okolí by mělo hněv pochopit.

Fáze třetí – smlouvání: nemocný slibuje a obrací se k bohu, hledá ještě nějakou další možnost. (KUTNOHORSKÁ, 2007, s. 72)

Fáze čtvrtá – deprese: nastupuje zápas se smrtí. Obava o rodinu. V této situaci se očekává od rodiny a zdravotníků trpělivost, schopnost naslouchat.

Fáze pátá – smíření: doba klidu. Člověk ztrácí zájem o informace. Nemocný místo slov používá gesta. Velmi podstatné je, aby u něho byli jeho blízcí, aby si nemyslel, že odchází opuštěn. Fázi smíření – přijetí je zapotřebí odlišit od rezignace. Nemocný, který rezignoval, postrádá výraz vyrovnanosti a míru, v tváři lze vidět zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti zbytečného usilování a chybějícího míru. (KUTNOHORSKÁ, 2007, s. 73)

1.4 Smrt ve zdravotnictví

Téma smrt a umírání je ve zdravotnictví hojně diskutované téma. Mnoho pracovníků neví, jak s pacienty, kteří jsou v konečné fázi života jednat a jak se k nim chovat. Základem je vstřícnost a empatie. Nikdo, kdo si touto fází neprošel, neví, jaké pocity a myšlenky dotyčný prožívá. Úkolem zdravotníků je těmto lidem pomoci, vyslechnout je a ulevit jim od veškeré bolesti. Samozřejmostí je respekt k dotyčnému. (LUXEM, 2010, s. 404)

2 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE

Paliativní péče pojímá komplexní přístup k nevléčitelně nemocnému člověku a jeho rodině s cílem prevence a úlevy od utrpení, obsahuje léčbu bolesti a řeší sociální, duchovní a psychologické problémy nemocných. Paliativní péče dle Světové zdravotnické organizace poskytuje úlevu od bolesti a dalších symptomů, neurychluje ani neodkládá proces umírání, proces smrti a umírání považuje za běžnou součást života, zahrnuje i psychologické a duševní aspekty, přináší možné způsoby a přístupy k řešení náročné životní situace včetně poradenství, zlepšuje kvalitu života a pozitivně ovlivňuje průběh onemocnění, podporuje a pomáhá nemocnému žít kvalitní a aktivní život až do smrti, podporuje a pomáhá rodině zvládat náročnou situaci včetně umírání člena rodiny. (STIBOROVÁ, 2018, s. 8)

Paliativní péče je nejstarší formou medicíny vůbec. Po staletí bylo hlavním posláním lékařů, posléze i ošetrovatelek a sester mírnění lidského utrpení a provázení k dobré smrti. Naprosto přirozeně a většinou v domácím prostředí, méně často ve špitálech se na paliativní péči podílela především rodina, přátelé, duchovní. (MARKOVÁ, 2010, s. 13)

2.1 Definice paliativní péče

Během vyvíjení paliativní péče došlo ve vymezení pojmu ke změnám. Ani v současné době však neexistuje jednotný pohled odborníků na vymezení paliativní péče. (BUŽGOVÁ, 2015, s. 16)

Definice paliativní péče je mnoho, všem je společný důraz na kvalitu života, řešení obtížných symptomů a specifikace skupiny pacientů, kteří péči přijímají. (MARKOVÁ, 2010, s. 19)

Naprosto uspokojivá definice nějakého problému je obtížná. Uvedu zde proto několik definic paliativní medicíny.

Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezena a cílem léčby a péče je kvalita jejich života. (Velká Británie)

Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psy-

chologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin. (WHO)

Hospicový program je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných doma i za hospitalizace, který zajišťuje léčbu a psychologickou, sociální a spirituální péči o umírající osoby a jejich rodiny. Služby jsou zajišťovány lékařsky řízeným interdisciplinárním týmem profesionálů i dobrovolníků. Po smrti nemocného je k dispozici péče o pozůstalé – bereavement. (National Hospice Organisation USA) (KUPKA, 2014, s. 28)

Definice obsahují všechny hlediska péče, lékařské i nelékařské, pro nemocného i jeho rodinu, trvale po dobu nemoci. Vyzdvihován je multidisciplinární přístup k nemocnému, ať už je péče poskytována v nemocnici, hospici nebo doma. (KUPKA, 2014, s. 28) Hospic je specializované zařízení, které poskytuje paliativní péči. (STIBOROVÁ, 2018, s. 9) Definice se nezmiňují o péči o umírající ani o terminální péči, protože praktická aplikace a principy paliativní péče by měly být používány i před konečnými dny či týdny nemocného. V roce 2009 byla paliativní medicína jako samostatný specializační lékařský obor uznána ČLS JEP (Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně). (KUPKA, 2014, s. 28)

2.2 Historie paliativní a hospicové péče

V období středověku se ve spojitosti s péčí o nemocné, staré a umírající pacienty setkáváme s takzvaným fenoménem ženského léčitelství a péče, který reprezentovaly ženy ovládající léčebné umění definované základními charakteristikami. Schopnost pozorovat a vnímat, znalost tradičních způsobů mírnění bolesti a obtíží, schopnost setrvat v blízkosti nemocného. Na středoevropském území byl fenomén ženského léčitelství reprezentován především Anežkou Českou, Alžbětou Durynskou a Hedvikou Slezkou. Byly to příslušnice evropských šlechtických rodů třináctého století. (KISVETROVÁ, 2018, s. 18)

V období šestnáctého až osmnáctého století umírali lidé především v domácím prostředí a jejich ošetřování zajišťovala rodina. Péči nemocným a umírajícím poskytovaly též náboženské řády. Apolónie Radermecherová byla jednou z žen této doby, která se inspirovala špitální činností Alžběty Durynské. Apolónie Radermecherová je zakladatelkou Řádu sv. Alžběty, jehož hlavním posláním byla péče o nemocné ve špitálech. I v současné době se Řád věnuje péči o nemocné a umírající v mnoha zemích.

V devatenáctém století mezi lékaři stále zůstával názor, že pro umírající pacienty nemůže medicína už nic udělat. Nastala snaha zejména náboženských řádů vytvořit nový typ institucí, které by poskytovaly péči nevléčitelně nemocným. (KISVETROVÁ, 2018, s. 21) Počátkem hospicového hnutí je Velká Británie. Po druhé světové válce se v Británii zrodila myšlenka hospice u sestry Cecilly Saundersové. Proto vystudovala medicínu. Poté opravdu dr. Cecilly Saundersová založila St. Christopher Hospice, známý dnes po celém světě. Za své zásluhy má od královny udělený titul „dame“. Neboť nezůstalo při jednom hospici. Myšlenka se dostala do celého světa, kde jsou v současné době už tisíce hospiců. (SVATOŠOVÁ, 2011, s. 123)

Dvacáté století přineslo nový pohled na chápání péče o umírající. V polovině dvacátého století se setkáváme s významnými osobnostmi, které nechápaly umírání a smrt jako neúspěch a prohru medicíny, ale vrátily do péče o umírající opět prvek doprovázení na konečné cestě životem. (KISVETROVÁ, 2018, s. 24)

Ve druhé polovině dvacátého století se zájem profesionálů soustřeďoval především na možnosti kurativní léčby. Na slova „už se nedá nic dělat“ odpovídali zastánci hospicové péče prohlášením, že vždy se dá ještě něco udělat, aby se snížilo utrpení umírajícího pacienta. Moderní řešení přinesl kanadský lékař Balfour M. Mount, který v Royal Victoria Hospital v Montrealu založil v roce 1975 první oddělení paliativní péče na světě. B. Mount je v Severní Americe považován za zakladatele paliativní péče. Dalším významným datem v rozvoji paliativní péče je rok 1980, kdy Josefína Mangová společně se svými spolupracovníky založila Mezinárodní hospicový institut (The International Hospice Institute), od roku 1999 Mezinárodní sdružení pro hospicovou a paliativní péči (The International Association for Hospice and Palliative Care). (KISVETROVÁ, 2018, s. 28)

V České republice dochází k rozvoji hospicové a paliativní péče až po roce 1989. Roku 1992 v Babicích nad Svitavou vzniklo první lůžkové oddělení paliativní péče, které bylo později změněno na léčebnu pro dlouhodobě nemocné. O rok později, v roce 1993, vzniklo sdružení „Ecce homo“, které mělo za cíl pomáhat v růstu hospicového hnutí a prosazovat myšlenky hospicové péče všude, kde umírají lidé (nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, domovy pro seniory...). MUDr. Marie Svatošová byla propagátorkou myšlenky hospicové péče a realizace výstavby prvního hospice v Čechách. První lůžkový hospic Hospic Anežky České byl otevřen v roce 1995 v Červeném Kostelci. Dále byly zřizovány hospice v dalších českých a moravských městech. (KISVETROVÁ, 2018, s. 33)

Dnes se na rozšíření a vývoji paliativní péče mimo mnoha národních odborných společností podílejí a angažují Evropská asociace paliativní péče (EAPC) a Světová zdravotnická organizace (WHO). (NIEDERMANN a kol., 2016, s. 7)

Seznam členů Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče uveden v příloze 2.

2.3 Typy paliativní péče

Obecná paliativní péče je klinická praxe v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytovaná zdravotníky v rozsahu jejich jednotlivých odborností. Zahrnuje sledování, rozpoznání a ovlivňování důležitého pro kvalitu pacientova života. Základní léčba symptomů, efektivní komunikace a respekt k pacientově nezávislosti. Vstřícně komunikovat by měli umět všichni zdravotníci bez ohledu na specifika své odbornosti.

Specializovaná paliativní péče je aktivní odborná interdisciplinární péče poskytovaná skupinou odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče odborně vzděláni. Specializovaná paliativní péče má úlohu zajistit péči nemocným, kde intenzita a dynamika obtíží přesahuje možnosti obecné paliativní péče. Formy specializované paliativní péče jsou mobilní paliativní péče, ambulance paliativní medicíny, lůžkové zařízení hospicového typu, oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení, konziliární týmy paliativní péče v rámci zdravotnických zařízení, denní stacionáře paliativní péče a zvláštní zařízení specializované paliativní péče. (BUŽGOVÁ, 2015, s. 19)

2.4 Formy paliativní péče

Lůžkový hospic také jako forma hospicové péče se má spíše než nemocničnímu zařízení podobat domovu. Nabízí jednolůžkové pokoje s přistýlkou pro blízké příbuzné umírajícího, kteří klienta doprovázejí. Návštěvy nejsou časově omezené. Průměrná doba hospitalizace je kolem tří týdnů.

Domácí hospic také jako forma hospicové péče je péče, která lze realizovat, pouze pokud existuje fungující rodinné zázemí. Pacient je ošetřován v prostředí, které zná, a proto je to nejlepší možná forma péče o umírajícího pacienta. Podmínkou pro péči v domácím prostředí je dostupnost služby domácího hospice a ochota rodiny a blízkých převzít zodpovědnost za péči o pacienta a podílet se na ní. Péče může být velká fyzická, psychická a ekonomická zátěž.

Ambulance paliativní medicíny a konziliární paliativní tým se skládá alespoň z lékaře, všeobecné sestry a sociálního pracovníka. Do ostatních lůžkových zařízení dodává expertní znalost paliativní medicíny.

Oddělení paliativní péče nabízí v rozsahu zdravotnického zařízení komplexní péči o nemocné.

Stacionární paliativní péče také jako forma hospicové péče funguje tak, že pacient je přijat ráno a odpoledne nebo večer se vrací domů. Transport zajišťuje rodina či hospic. K přijetí mohou být důvody jako je respitní (odlehčovací) péče, diagnostická, psychoterapeutická, rehabilitační nebo terapeutická péče.

Speciální hospicová poradna poskytuje poradenství přímé, telefonické i internetové pro pacienty, pečující i pozůstalé. (KUPKA, 2014, s. 29)

2.5 Poskytování péče

Paliativní a hospicová péče je péče o nevléčitelně nemocné, chronicky nemocné a pacienty v terminální fázi života. Těchto pacientů je většina a potřebují lékařskou, ošetrovatelskou a samozřejmě psychologickou péči. Jak už bylo zmiňováno hlavním cílem paliativní péče je zlepšení kvality života nevléčitelně nemocných lidí po stránce tělesné, duševní, sociální i duchovní. Přístup k pacientovi je komplexní bio-psycho-sociálně-spirituální. Péče je vedena interdisciplinárně, podílejí se na ní lékaři, všeobecné sestry, nutriční terapeut, sociální pracovník, psychiatr, psycholog, rehabilitační pracovník či duchovní. Velice důležitá je přítomnost a péče rodiny pacienta, přátel a dobrovolníků. (KUPKA, 2014, s. 26)

Dobrovolníci mají obrovskou zásluhu na tom, že se hospic podobá více domovu než nemocničnímu prostředí. Jejich práce je velmi ceněna nejspíš i pro to že ji dělají pro radost. Jsou plnohodnotnými členy hospicového personálu. Mezi dobrovolníky nepatří všeobecné sestry ani ošetrovatelky. Kvalifikovaní zaměstnanci jsou vybíráni velice pečlivě. (SVATOŠOVÁ, 2011, s. 124)

2.6 Financování péče

Paliativní a hospicová péče není všeobecně dostupná, lidé si nemohou vybrat místo, kde chtějí svůj život zakončit. Mezi nejčastější překážky a problémy patří nedostatečné a nesystémové financování a absence návaznosti mezi zařízeními paliativními a léčebnými.

Na úrovni znalostí problematiky ze strany zákonodárců a poskytovatelů služeb a na jejich postojích, převažujících hodnotách a kvalitě stávajících norem je závislá kvalita hospicových služeb. (TOMEŠ a kol., 2015, s. 48) Hospice jsou zřizovány soukromoprávními subjekty v oblasti působnosti dvou odpovědných státních rezortů – Ministerstva zdravotnictví (MZ) a Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV). Jsou tak financovány z více veřejných finančních zdrojů a to z všeobecného zdravotního pojištění a z veřejných rozpočtů. Zdroje nekryjí všechny náklady, z toho důvodu hospice musejí získávat dodatečné zdroje od soukromých uživatelů a sponzorů. (TOMEŠ a kol., 2015, s. 49) Dalším problémem v oblasti financování je problematika příspěvků pacientů a jejich rodin, která souvisí s majetností klientů a jejich rodin a možnými dluhy v hospicích. V ČR v roce 2011 pacient strávil průměrně 32 dní v lůžkovém hospici. Příspěvek na péči není z časových důvodů přiznán včas. Systém jeho poskytování není schopen pohotově reagovat na onemocnění v posledních týdnech života. Sociální pracovník většinou nestihne šetření provést včas před pacientovou smrtí, neboť pacienti přicházejí do hospiců ještě s nepřiznanými příspěvky na péči. Šetření ukončí úřad práce a tím vznikají v hospicích dluhy. Je nutné vytvořit takovou legislativní úpravu, která by zajistila přiznání příspěvků na péči i po úmrtí pacienta jako vzniklý dluh, a uvážit tak zvláštní povahu péče o umírající v hospicích. (TOMEŠ a kol., 2015, s. 50) Úplně nová kvalita specializované paliativní péče, která by garantovala jak zdravotní, tak i sociální péči, by se utvořila vytvořením jednotného zdravotně sociálního financování, které by bylo opatřené legislativou. Nejčastěji se vyskytující problém je absence pravidel pro návaznost provozu zdravotních zařízení a služeb. Společné problémy hospiců ve vztahu k nemocnicím, LDN, domácí péči a zdravotní pojišťovně. Pacienti v terminálním stadiu života jsou po dočasném zlepšení zdravotního stavu, dosaženém díky hospici, přesouvání do nemocnic nebo LDN, a mnohokrát tak nezískají komplexní léčbu založenou na bio-psycho-socio-spirituálním holistickém přístupu. S pravidly zdravotní pojišťovny pro financování lůžek a léčbu bolesti, pozicí praktických lékařů a s neinformovaností odborné a laické veřejnosti o možnostech paliativní péče souvisí zbytečné přesouvání pacientů. Pacient, kterému se dočasně zlepšil zdravotní stav, by měl zůstat v péči hospice. (TOMEŠ a kol., 2015, s. 51)

3 PROBLÉMY A POTŘEBY KLIENTŮ V PALIATIVNÍ PÉČI

Potřeba je projevem konkrétního nedostatku, deficitu nebo strádání, jehož odstraněním a saturací potřeby, je velká šance na zvýšení spokojenosti a zlepšení stavu člověka. (MALÍKOVÁ, 2011, s. 167)

3.1 Hierarchie potřeb A. H. Maslow

Autorem je americký psycholog Abraham Harold Maslow, žijící v USA v letech 1908-1970. Detailně se zabýval lidskými potřebami, zkoumal jejich význam a vzájemné vztahy. V roce 1943 vytvořil škálu tvaru pyramidy na základě získaných poznatků. V pyramidě schematicky rozdělil všechny oblasti lidských potřeb do pěti úrovní. Vytvořená hierarchie vychází z nutnosti a naléhavosti jejich uspokojení a vzájemné provázanosti. Vysvětluje logickou posloupnost uspořádání potřeb a vznik další potřeby po uspokojení té předchozí. (MALÍKOVÁ, 2011, s. 167)

Seznam hierarchie potřeb dle A. H. Maslowa uveden v příloze 3.

3.2 Bolest

Bolest je výstražný příznak poškození tkání či hrozby takového poškození, který je spojen se zápornou emoční reakcí. Pocit bolesti nastává přirozeně drážděním volných nervových zakončení, eventuálně drážděním senzoričkových receptorů nadlimitně intenzivními podněty. Bolest může patologicky vznikat přímo v převodních drahách, tudíž v nervech (bolest neuropatická či neuralgická) nebo v mozkových centrech (bolest thalamická). Vnímání bolesti má dvě povahy – algognozie znamená vnímání bolesti (jak, co a kde bolí), algethymie znamená prožívání bolesti (co pro pacienta bolest znamená, jak ji prožívá, jaký význam jí přisuzuje, jak se bojí, jak trpí). (KALVACH, 2010, s. 65) Vnímání a prožívání bolesti jsou záležitosti individuální. Překonávání bolesti je ovlivněno různými faktory – produkcí endogenních opioidů (endorfinů), tlumivou činností míšních drah a receptorů, genetiky, výchovou i situačně (motivace a zkušenost snášení bolesti zlepšují, deprese, úzkost, strach či osamělost zhoršují). (KALVACH, 2010, s. 66)

Chronická bolest obvykle trvá déle než 3 měsíce, je samostatným problémem s vážnými sociálními a psychickými změnami, které jsou buď spolupříčinami nebo důsled-

ky vzniku chronické bolesti. Proto je nutné tuto bolest řešit komplexně. Léčením a hlavně studiem této bolesti se zabývá algeziologie.

Velice důležité je hodnocení bolesti, které musí být pravidelné, individuální a komplexní. Pro hodnocení bolesti je vhodné použití škál. Převážně je nutné stejně jako u dětí použít obličejovou škálu bolesti pro vyjádření intenzity bolesti. (ROKYTA a kol., 2015, s. 60) Obličejová škála uvedena v příloze 4.

V paliativní péči se setkáváme mimo bolestí náhodných u neoncologických pacientů také s intenzivní bolestí nádorovou (akutní průlomovou, chronickou či prolamující chronickou léčbu) dále také s chronickou bolestí jiného původu jako u neurologických a muskulárních postižení. (KALVACH, 2010, s. 66) U chronické bolesti je základem léčby v paliativní péči podávání analgetik v časových intervalech tak, aby se intenzivní bolest nestačila rozvinout. Pokud nemocný čeká návštěvu nebo chce během dne komunikovat s rodinou je po podání opioidů spavý. Lze podávané dávky během dne snížit i za cenu vyšší hladiny bolesti. (KALVACH, 2010, s. 67)

Řízení léčby bolesti dle žebříčku WHO: první stupeň tvoří neopioidová analgetika jako je paracetamol. Druhý stupeň dle žebříčku představují opioidy na středně silnou bolest, jako je tramadol. Třetí stupeň jsou opioidy pro léčbu středně silné až silné bolesti, jejichž standardem je morfin. Mimo analgetik se v paliativní péči využívají i další postupy jako adjuvantní farmakoterapie (antidepresiva, anxiolytika, antiepileptika, kortikoidy), fyzioterapie, polohování, invazivní metody či radioterapie. (KALVACH, 2010, s. 68)

Zásadní pravidlo je nemocnému věřit. Pečující jsou povinni respektovat pacientovo rozhodnutí i přes to, že se rozhodne bolest až do určité míry snášet bez léků proti bolesti. Vždy je třeba stanovit si realistické cíle – bez bolesti se vyspat, odpočívat, pohybovat. První dva jsou snáze splnitelné oproti pohybu bez bolesti, někdy ale pomohou různé pomůcky jako je polohovací lůžko, které pacienta bez problémů šetrně posadí. (SVATOŠOVÁ, 2011, s. 27)

3.3 Základní péče

Těžce nemocný člověk bývá často zesláblý tak, že není schopen vykonávat běžnou sebepečí, například péči o pokožku a vlasy. Může mu být velice nepříjemné a trapné že již tyto činnosti nezvládne. Pomoc tudíž musí být prováděna i nabízena laskavě s citem. (SLÁMA, 2017, s. 10)

Speciální vybavení, dovednosti i sílu může někdy vyžadovat koupání vážně nemocného člověka. Se zřetelem na celkový stav pacienta je potřeba se rozhodnout, zda je vhodné sprchování, koupání ve vaně nebo mytí na lůžku. Jak často se má nemocný sprchovat či koupat, záleží na individuálních zvyklostech a přáních pacienta a domluvě s rodinou. Všeobecná sestra či fyzioterapeut domácí hospicové péče poradí, jaké lze pořídit a využívat pomůcky. (SLÁMA, 2017, s. 10)

Péče o pokožku je důležitá. Kůži je potřeba udržovat suchou a čistou. Pokud má nemocný obtíže s inkontinencí moče či stolice je třeba používat jemné mýdlo, čistící pěnu a ochranné pasty. Ložní prádlo musí být suché, čisté a vypnuté. Polohování pacienta se v konečném stádiu života řídí podle jeho přání. (SLÁMA, 2017, s. 11)

Stolice a močení může být problém. Pokud je nemocný schopen docházet na toaletu je potřeba u něj tuto schopnost plně podporovat a co nejdéle ji udržet. Pro snadnější použití toalety se používají různá madla, zvýšené nástavce nebo toaletní židle. U imobilního pacienta se využívají plenkové kalhotky. Jedna z dalších možností je zavedení permanentního močového katétru. U nemocného je důležité dbát na vyprazdňování stolice, z toho důvodu se u pacienta dbá na vhodnou stravu, dostatečný příjem tekutin, dostatek pohybu, nežádoucí účinky léků a samozřejmě přání pacienta. (SLÁMA, 2017, s. 12)

Strava u pacientů v závěru života, je další oblast, kde může nastat problém. Časté je, že pacienti nechtějí přijímat potravu, postupně se mění stravovací návyky. Nemocný postupem času ztrácí chuť k jídlu a to i na potraviny které měl dříve rád. Podle situace, na co má pacient chuť a jaké má přání je dobré dle možností vyhovět. Pacienti v závěru života nemusí dodržovat žádnou dietu. Umírající pacienti často odmítají stravu úplně. V období umírání je pro tělo přirozené nejíst už nic. Umírající tělo není již schopno využít energii a živiny, které do těla dostáváme prostřednictvím stravy. (SLÁMA, 2017, s. 14)

Stejně jako se stravou mívají nemocní potíže s příjmem tekutin. Je vhodné jim nabízet tekutiny v dostatečném množství, používat pomůcky jako je šálek s hubičkou, brčko, kojeneckou lahev, podávat tekutiny po lžičkách nebo injekční stříkačkou přímo do úst. Zkrátka využít všechny možnosti. O podání infuzí je třeba se domluvit s lékařem a všeobecnou sestrou mobilní hospicové péče. (SLÁMA, 2017, s. 15)

Nevolnost a zvracení je odhadováno až u 50-60% pacientů s onkologickým onemocněním v závěru života. U neonkologických onemocnění méně často. Nevolnost pacien-

ta psychicky i fyzicky vyčerpává a znemožňuje příjem potravy a tekutin. O nastalých problémech je vhodné informovat všeobecnou sestru nebo lékaře mobilní paliativní péče. Někdy lze zjistit příčinu těchto potíží a odstranit ji. (SLÁMA, 2017, s. 16)

Některá onemocnění jsou provázena dušností a poruchami dýchání. Nemocný má pocit nedostatku vzduchu někdy pocit přímo dušení. Dušnost přichází opakovaně i nečekaně. Mnohdy bývá provázen pocitem úzkosti. Léčba se liší na základě vyvolávajícího symptomu, co ho vyvolalo. Diagnózu určuje lékař. U těžce nemocných umírajících pacientů často základní příčinu dušnosti nelze ovlivnit. Dýchání se může často měnit na rychlé, pomalé, nepravidelné, s přestávkami, kdy se může zdát, že jde o nádech poslední. Pacient může být i v takové fázi kdy není plně při vědomí a dechovou tíseň si neuvědomuje. Dobré je se poradit se sestrou či lékařem, jak nemocnému od dušnosti ulevit. (SLÁMA, 2017, s. 18)

3.4 Sexualita a intimita v závěru života

Účelem paliativní péče je zvyšování kvality života osob, které se vyskytují v terminálním stadiu onemocnění, což zahrnuje i dimenzi sexuality jakožto základního a trvalého aspektu života. Sexualita i intimita ovlivňuje kvalitu života stejně jako například kvalita spánku. Roku 2001 National Hospice and Palliative Care Organization označila posuzování sexuality jako klíčovou kompetenci zdravotnických zařízení u pacientů v terminální fázi onemocnění. (CHRASTINA, ŠPATENKOVÁ a kol., 2018, s. 17) Přesto, že sexualita a intimita jsou centrálními aspekty lidského bytí, nebývá sexualita často zařazována do holistického chápání člověka. Hlavně v paliativní péči jsou témata sexuality a intimity u pacientů v terminální fázi vnímána jako méně závažná než symptomatologická léčba a fyzické potřeby. Sexualita je nejméně řešenou oblastí zdraví od diagnostikování nevyléčitelného onemocnění až do závěru života. Lékaři sexuální problémy a jejich význam v závěru života zcela přehlížejí. Nenaplněné potřeby v této oblasti mohou vést k depresivním rozladám, či depresi. Uspokojení potřeb intimity a sexuality v závěru života zvyšuje kvalitu života umírajících a jejich blízkých. I přes možné zlepšení kvality života se ovšem zdravotničtí pracovníci často sexualitou a intimitou pacientů a jejich partnerů vůbec nezabývají. Pokud má člověk život ohrožující onemocnění, jako by jeho vztahy umíraly také. Z partnerského vztahu se vytrácí spontánnost, vzájemnost a přichází odmítání. Sexuální potřeby jsou pak naprosto zanedbávány a zůstávají přehlíženy. Neuspokojení potřeb souvisejících se sexualitou a intimitou v paliativní péči potvrzují studie uskutečněné v Nizozemí (De Vocht, 2011), Austrálii (Horden, Street, 2007) a Itálii (Vitranò, Catania, Mercadante, 2001).

Nemocní nepřikládají takovou významnost fyzické úrovni sexuality, ale především psychickému (emocionálnímu) naplnění. Největší překážky v naplnění potřeby intimity a sexuality je nedostatek soukromí, lůžka nedostatečně velkých rozměrů, vícelůžkové pokoje a nevlídné prostředí. Umírající potřebují komunikovat s profesionály o sexualitě a intimitě, potřebují ubezpečit v tom, že je zcela normální o sexualitě i za existujících okolností přemýšlet a uspokojovat ji. (CHRASTINA, ŠPATENKOVÁ a kol., 2018, s. 18)

Téma sexuality a intimity v paliativní péči se v posledních letech stává zřídka předmětem výzkumu. Jak intimita, tak sexualita se řadí mezi základní lidské potřeby, přes to se může někomu řazení tématu sexuality k umírání jevit jako irelevantní. Lidé v závěru života jsou mnohdy vnímáni jako asexuální – jsou viděni jako objekty péče, nikoli jako lidé hodni lásky. Sexualita zahrnuje celé množství projevů lidských vztahů a neměla by být zanedbávána ani v závěru života. Intimita a sexualita nabývá mnoho podob i v závěru života, prosté snižování sexuality na samotný pohlavní styk je mylné. Sexualita v závěru života zahrnuje celou řadu fyzických doteků (polibek, pohlazení, podržení za ruku, je to ale jiný dotek než ošetřovatelský, soucitný nebo doprovázející), uvědomování si své vlastní ženské nebo mužské identity a role, konverzaci (naplnění vztahu, láska) a vzpomínky. (CHRAS-TINA, ŠPATENKOVÁ a kol., 2018, s. 19)

4 PSYCHIKA UMÍRAJÍCÍCH A JEJICH BLÍZKÝCH

Psychologie života s nemocí je hlavně o hledání cesty k přijetí nemoci do každodenního života. Týká se mimo nemocného také rodiny a zdravotníků. Pro pacienta má lékař více rolí – partner, poslední naděje, rádce, rozhodčí, soudce, nepřítel. Také rodina nemocného může lékaře vnímat ve více rolích. Zdravotník musí nejprve hledat a najít cestu sám k sobě, aby mohl najít cestu k nemocnému. Musí umět využít schopnosti jako je komunikační dovednost, empatie, opravdovost, autenticita či práce s emocemi.

Většina umírajících se při vyrovnávání se s nevléčitelnou chorobou a v konečné fázi života setkává s množstvím emocí. Zejména s depresí, hněvem, smutkem, strachem a úzkostí. Uvedený proces postihuje nejen nemocného ale také jeho blízké a pečující. Profesionál musí přijmout roli a situaci nemocného. Od počátku musí nemocného podporovat k přijetí smrtelného onemocnění. (KABELKA, 2018, s. 283)

4.1 Zmatenost a neklid

V závěru života se může u pacientů objevit neklid a zmatenost. Mnohdy u nemocných, kteří mají dlouhodobé poruchy myšlení a paměti. I u pacientů, kteří byli bystří a orientovaní můžeme pozorovat změny kdy je nemocný dezorientován, neklidný nebo má halucinace. S nemocným, který má potíže je velice obtížná komunikace a péče, nastává riziko pádu a úrazu. (SLÁMA, 2017, s. 18) Příbuzní se často stydí za chování svého rodinného příslušníka a situace je stresuje. Pokud si zmatenosti nemocného všimnou rodinní příslušníci v domácím prostředí, je nutné informovat všeobecnou sestru domácí hospicové péče či ošetřujícího lékaře. Někdy je možné pacientovi pomoci odstraněním vyvolávající příčiny (dehydratace, infekce, nežádoucí reakce při kombinaci léků) kdy se stav pacienta může významně zlepšit. Zmatenost bohužel bývá v závěru života častá a obtížně ovlivnitelná.

4.2 Deprese, smutek a úzkost

Nemocní, kteří si uvědomují svoji nemoc, a to o co je připravila, se nedokáží ubránit pocitům smutku. Během onemocnění smutek přichází a odchází ve vlnách. Svůj smutek mohou pacienti sdílet s příbuznými či přáteli. Velice důležité je najít si jako pečující čas pro vyslechnutí pacienta v jeho trápení. (SLÁMA, 2017, s. 19) Pocit ohrožení života často vyvolává depresi či úzkost, pro kterou je třeba odborná léčba. Mnohdy lékaři k pacientům s potížemi přistupují necitlivě a nabízejí jim léky na zklidnění namísto empatické komunika-

ce, která často pomůže. Použití antidepresiv a anxiolytik pacientovi může výrazně pomoci. Nikdy ale léky nesmí nahradit naslouchání a komunikaci i s blízkými nemocného.

Smutek umírajících má charakter existenciální tísně. Pacient si klade otázky smyslu života, svobody, odpovědnosti, viny a odpuštění. Velice důležité je využít omezený čas ke sdílení přátelství a lásky mezi umírajícím a příbuznými či blízkými, k usmíření starých konfliktů, ale i k urovnání věcí majetkových. (SLÁMA, 2017, s. 20)

V příloze 5 je uvedena představa pacienta o laskavé péči.

4.3 Poradenství pro pozůstalé

Poradenství pro pozůstalé lze také chápat jako doprovázení. Jde o to, aby pozůstalí nebyli v zármutku osamoceni. Cílem je aby se pozůstalí cítili lépe než na začátku, dokázali na zemřelého vzpomínat bez slz a aby si uvědomili, že život stojí za to. (ŠPATENKOVÁ, 2013, s. 8)

Smrt blízkého člověka představuje velký zásah do života pozůstalých. Radikálně se mění celý jejich život. Doposud existující jistoty se náhle vytratí z jejich života, jejich svět je smrtí blízkého navždy změněn. Pozůstalí potřebují pomoc a podporu. Ta se jim často nedostává. Hlavním zdrojem pomoci pozůstalým by měla být rodina, příbuzní, přátelé a známí. Avšak i ostatní členové můžou být zasaženi zármutkem. Smrt zasahuje do struktury i fungování celé rodiny a rodinný systém může být narušen tak, že se stává dysfunkčním. Úmrtí člena rodiny může vyvolat nové specifické problémy či otevřít dříve existující nevyřešené problémy.

Lidé ze sociálního okolí jako přátelé a známí někdy také nebývají pozůstalým dostatečnou oporou. Obvykle nevědí, jak se k pozůstalým chovat, co říci nebo udělat. Chování a prožívání pozůstalých je rozrušuje.

Truchlící vyhledávají pomoc u pracovníků v pomáhajících profesích, jako jsou lékaři, sociální pracovníci, duchovní, nejrůznější poradci, pracovníci hospicových či jiných poraden nebo psychologové. Pro smrt a truchlení není, jak se zdá ve společnosti místo, už tam přirozeně nepatří. Smrt je tabuizována a vytěsňena. Na smrt se nemyslí tak jako dříve, pěstuje se kult krásy, mládí, zdraví a úspěšnosti. Smrt je vnímána jako negativní a strašná. V takové společnosti se netruchlí snadno. Zármutek pozůstalých je zdrcující, protože jsou na něj sami a jsou v něm osamělí. Pozůstalí se snaží zármutek potlačit nebo skrývat, mohou se domnívat, že dát průchod žalu je morbidní a nezdravé. Pro pozůstalé může být při-

jatelnější hovořit o bolestivých a zraňujících záležitostech s cizím člověkem, s odborníkem na danou problematiku než se členem vlastní rodiny.

Nezáleží na tom, zda pomoc pozůstalým poskytne školený dobrovolník či vysoce vzdělaný psychoterapeut, jde o to, aby to byl člověk citlivý k potřebám pozůstalých, někdo kdo je obeznámen, co pozůstalí prožívají a jak je možné jim pomoci. (ŠPATENKOVÁ, 2013, s. 9-13)

5 MOBILNÍ HOSPICOVÁ PÉČE

Mobilní hospicová péče pacienta navštěvuje v jeho domácím prostředí, je určena pacientům v terminálním stadiu života, jejichž stav vyžaduje odbornou péči. Mobilní hospicová péče je poskytována multidisciplinárním vyškoleným týmem profesionálů a je pro klienty dostupná 7 dní v týdnu všech 24 hodin denně. Součástí týmu profesionálů je lékař, všeobecná sestra, fyzioterapeut, psycholog, ošetrovatel, duchovní, dobrovolníci. (MIŠINOVÁ, 2016, s. 23) Tým mobilního hospice je schopen v domácím prostředí vyřešit různé situace spojené s umíráním, díky tomu je pacientovi možné splnit přání zemřít doma, a to při udržení vysoké kvality medicínské i ošetrovatelské péče. Neopomenutelná je péče a doprovázení rodiny nemocného v těžkém období nemoci a podpora pozůstalých po smrti pacienta. (MARKOVÁ, 2010, s. 23) Ve světě je domácí hospicová péče tou nejrozšířenější formou paliativní medicíny. Zkušenost s domácí paliativní péčí označují rodiny jako kladnou zkušenost, je to důležitá ba i dokonce ozdravná změna. (MIŠINOVÁ, 2016, s. 24)

V domácím prostředí je možné zařídit kvalitní péči také díky spolupráci mezi praktickým lékařem, ambulancí paliativní medicíny a agenturou domácí ošetrovatelské péče, která je nabízena 24 hodin denně. I tato forma péče přinese pacientovi uspokojení v jeho přání zemřít doma a zajistí potřebnou odbornou i lidskou pomoc. Velmi důležité je vědět, že velké množství geriatrických pacientů má domov v různých typech sociálních zařízení jako je domov pro seniory či dům s pečovatelskou službou. I tyto lidé by měli dostat možnost důstojného umírání v domácím prostředí s odbornou paliativní péčí tak, aby se nemuseli na poslední dny života stěhovat do nového prostředí mezi personál jim neznámý. Ve jmenovaných zařízeních je velkým úkolem právě rozvoj paliativní péče.

5.1 Nároky domácí paliativní péče na pečující

Domácí paliativní péče klade na personál velké nároky tím, že personál dochází k pacientovi domů do jeho intimního prostoru, stává se jeho součástí, a tudíž se stávají jedinými profesionály v dosahu. (MARKOVÁ, 2010, s. 23) Profesionálové musejí být vyspělé osobnosti, emočně stabilní, schopní kritického myšlení, improvizace a praktických dovedností. Musejí umět zhodnotit a popřípadě rychle zasáhnout v nejrůznějších situacích, zvládnout unést smutek pacienta i jeho rodiny bez pomoci ostatního personálu oproti nemocnici. Mezi personálem a všemi členy rodiny dochází k intenzivnímu kontaktu, proto na zdravotníka doléhá více bolesti a smutku spojeného se smrtí pacienta. Dále může být pro personál znepokojující fakt, že přenechávají velkou část péče o pacienta na laicích a ztrácí

tak stálou kontrolu. Důležité pro personál mobilní hospicové péče je se pravidelně scházet, hovořit o své práci, o pacientech a rodinách a umět si říct o podporu ostatních profesionálů v týmu. (MARKOVÁ, 2010, s. 24) K vyčerpání z dlouhodobého pečování dochází někdy i u rodinných příslušníků, může nastat ztráta sil fyzických i psychických či nesnášenlivost. Pečující v tomto stavu oprávněně vyžaduje mnoho ohledů, posily a podpory od okolí. Jinak tomu není ani u pečujících profesionálů. Nezbytné proto je pomáhat tomu, kdo pomáhá. (FUNK, 2014, s. 14)

5.2 Vztah personálu k pacientům

Zaměstnanci i dobrovolníci by měli respektovat hodnoty, na kterých pacientovi a jeho rodině záleží a pomáhat je rozvíjet či udržet s ohledem na zdravotní stav pacienta. V oblasti kulturní, duchovní i politické uznávat názor pacienta i rodiny. Důvěra a závislost pacienta a jeho rodiny k týmu mobilního hospice je skutečností, kterou pečující nesmějí zneužívat. (MARKOVÁ a kol., 2015, s. 13)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

6.1 Hlavní cíl

Zmapovat informovanost laické veřejnosti o moderním způsobu hospicové péče.

6.2 Dílčí cíle

1. Zjistit, informovanost respondentů o paliativní péči a mobilní hospicové péči.
(otázky č. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 18)
 - Zná respondent přání a potřeby umírajících?
 - Zná respondent poslání hospiců a princip, na němž fungují?
2. Zjistit, zda je rozdíl v informovanosti mezi respondenty s rozdílnými demografickými údaji.
(otázky č. 1, 2, 3, 4, 16)
 - Má veřejnost zájem o získání informací o možnostech důstojného umírání v domácím prostředí?
3. Zjistit, zda se již respondenti setkali se smrtí a umíráním.
(otázka č. 5, 14, 17)
 - Kde se respondent setkal s tématem umírání a smrti.
4. Vytvoření informačního letáku.

7 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

Mobilní hospic je nová moderní forma hospicové péče. Mobilní hospic poskytuje péči lékaře, všeobecných sester, sociálního pracovníka, psychologa a duchovního v domácím prostředí. Celý tento tým společně pomáhá nemocnému kvalifikovaně zvládat bolest a další průvodní jevy terminální fáze života. Péče je určena nevyléčitelně nemocným, o které jejich blízcí mohou a chtějí celodenně pečovat doma a také nemocným, u nichž byla ukončena aktivní léčba a doporučena paliativní péče. V rámci celé České republiky nyní působí asi 20 mobilních hospiců. Až 80% obyvatel České republiky by si přálo zemřít v domácím prostředí mezi svými blízkými, přesto téměř 70% Čechů umírá ve zdravotnických zařízeních. (KISVETROVÁ, 2018, s. 35.)

Teoretická část práce obsahuje souhrn informací týkající se této problematiky, o níž obecně není velké povědomí. Veřejnost není dostatečně informovaná o možnostech paliativní péče, které nám současný systém nabízí. Většina lidí se začíná zajímat až v momentě, kdy onemocní někdo z rodiny či blízkých.

Jaká je informovanost laické veřejnosti o poskytování mobilní hospicové péče?

8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Vzhledem k zaměření výzkumné části práce na laickou veřejnost byl výběr respondentů záměrný. Do výzkumného šetření byly zapojeny obě pohlaví jakéhokoli maximálního dosaženého vzdělání. Vzhledem k tématu byla stanovena jediná podmínka, která představovala minimální věkovou hranici 20 let. Výzkumného šetření se účastnili respondenti z rokycanského a plzeňského kraje. Výzkumné šetření probíhalo v měsících únor a březen 2019.

9 METODIKA PRÁCE

Praktická část práce byla zpracována metodou kvantitativního sběru dat formou strukturovaného dotazníku vlastní konstrukce. Jeho součástí bylo 18 otázek včetně 4 otázek demografických. Ve 3 otázkách dotazníku č. 6, 14, 17 mohl respondent zvolit více odpovědí. U těchto otázek bylo za 100% považovány všechny vybrané odpovědi respondentů. Celkem 8 otázek dotazníku bylo vědomostních. Ve kterých jsme se například zajímali, zda respondenti vědí, co je mobilní hospic a paliativní péče. Další otázky analyzovaly osobní zkušenosti respondentů s poskytováním služeb hospicové péče, zkušenostmi s umíráním, či zda by respondenti měli zájem o další informace o tomto tématu a jakou formou. Dotazníky byly distribuovány papírovou formou ale i prostřednictvím internetu. Celkem bylo vybráno 163 a z toho 125 zařazeno do výzkumného šetření. Kontrolní otázka týkající se na zdravotnické vzdělání vyřadila 38 dotazníků. Pro výzkumné šetření je tedy jako 100% považováno 125 vyplněných dotazníků.

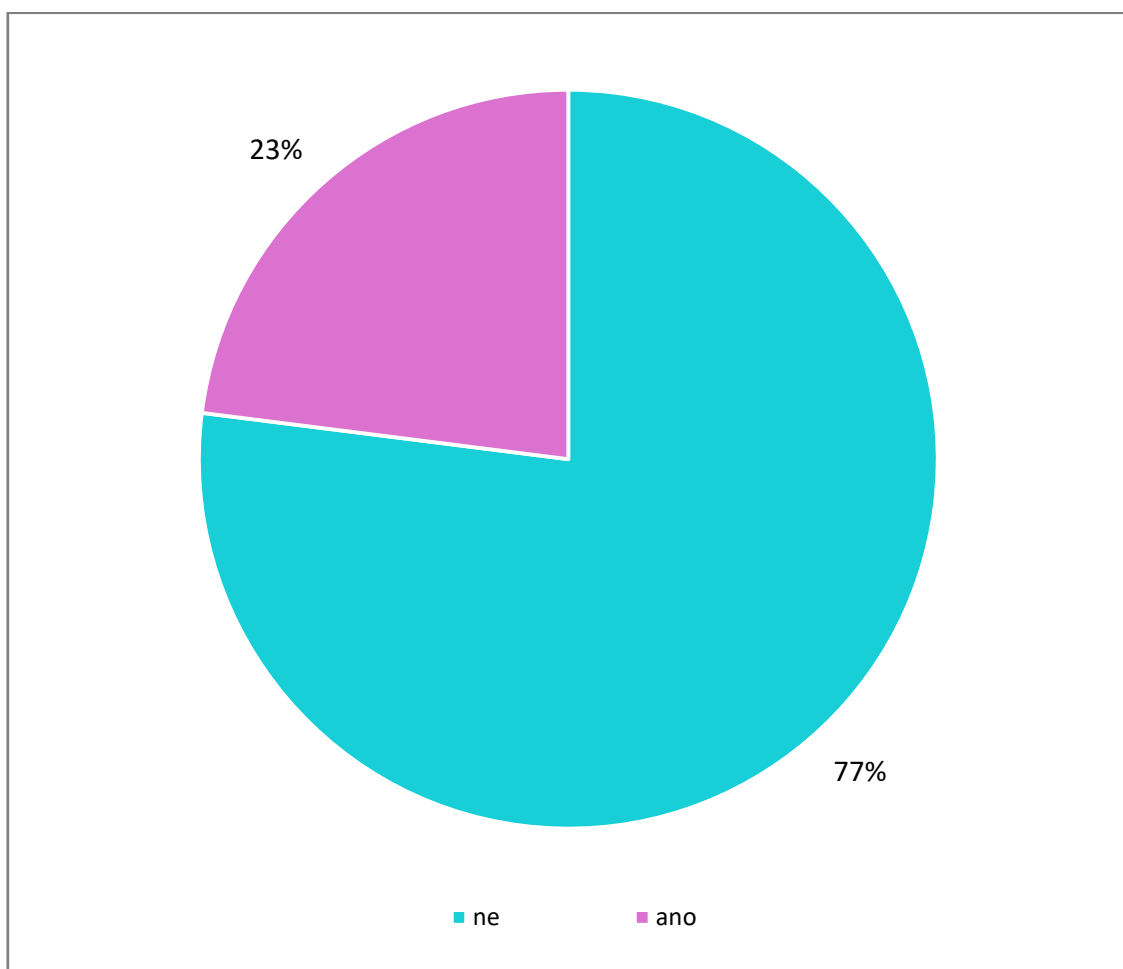
Získaná data byla zpracována v Microsoft Excel 2010. Ke každé otázce dotazníku byl vytvořen graf pro procentuální orientaci odpovědí.

10 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Jako první je promítnut graf představující kontrolní otázku. Uvádíme ji první z důvodu toho, že otázka vyřadila několik dotazníků z výzkumného šetření a nadále je pracováno pouze s dotazníky vyplněnými od laické veřejnosti.

Otázka č.4: Máte zdravotnické vzdělání? (střední nebo vysoká škola, kurz atd.)

Graf 1: Zdravotnické vzdělání

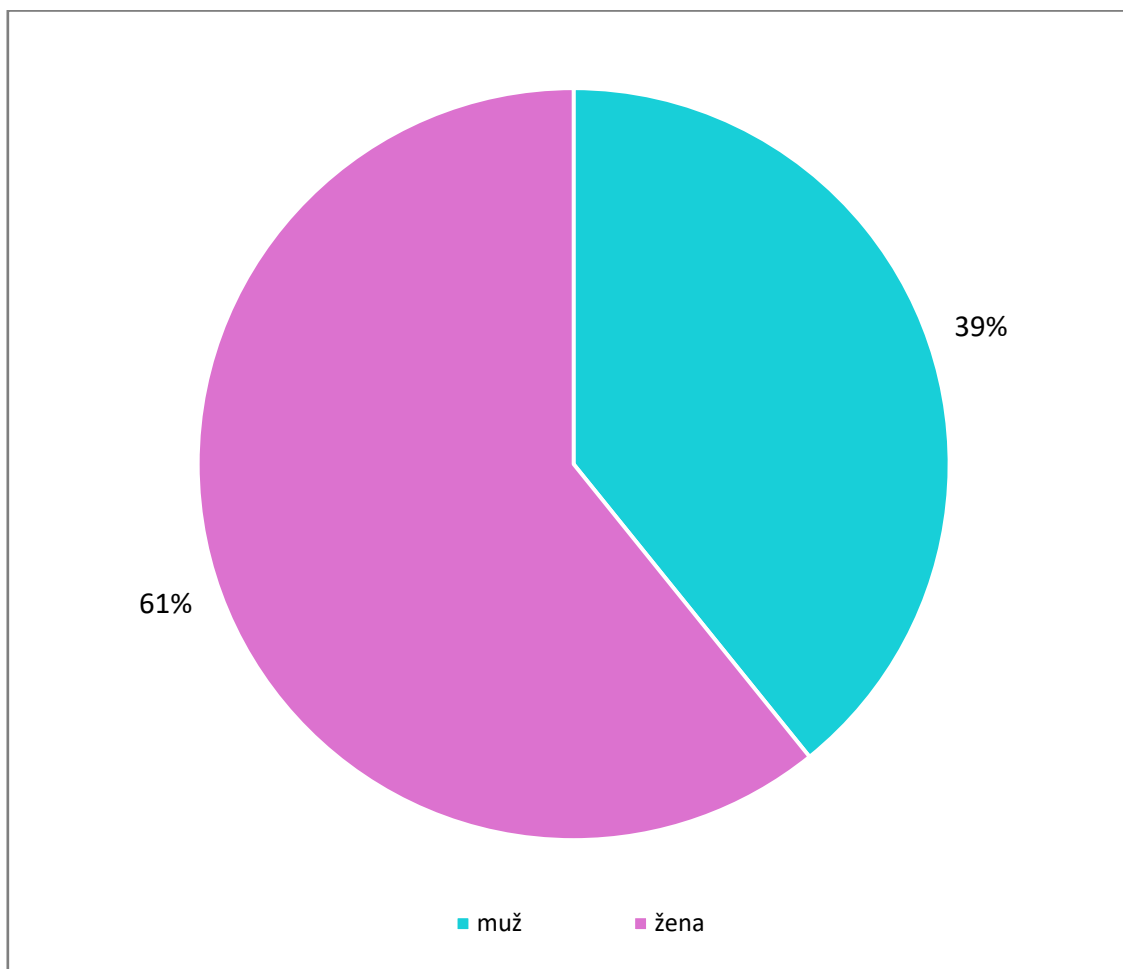


Zdroj: vlastní

Otázka na zdravotnické vzdělání byla položena jako kontrolní z důvodu zaměření šetření na laickou veřejnost. Celkem bylo vybráno 163 dotazníků. V otázce, zda respondent má zdravotnické vzdělání odpovědělo ze 163 respondentů 77% (125) ne a 23% (38) ano. Pokud respondent odpověděl ano dotazník byl vyřazen. Vyřazeno bylo celkem 38 (23%) dotazníků z celkového počtu.

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Graf 2: Pohlaví

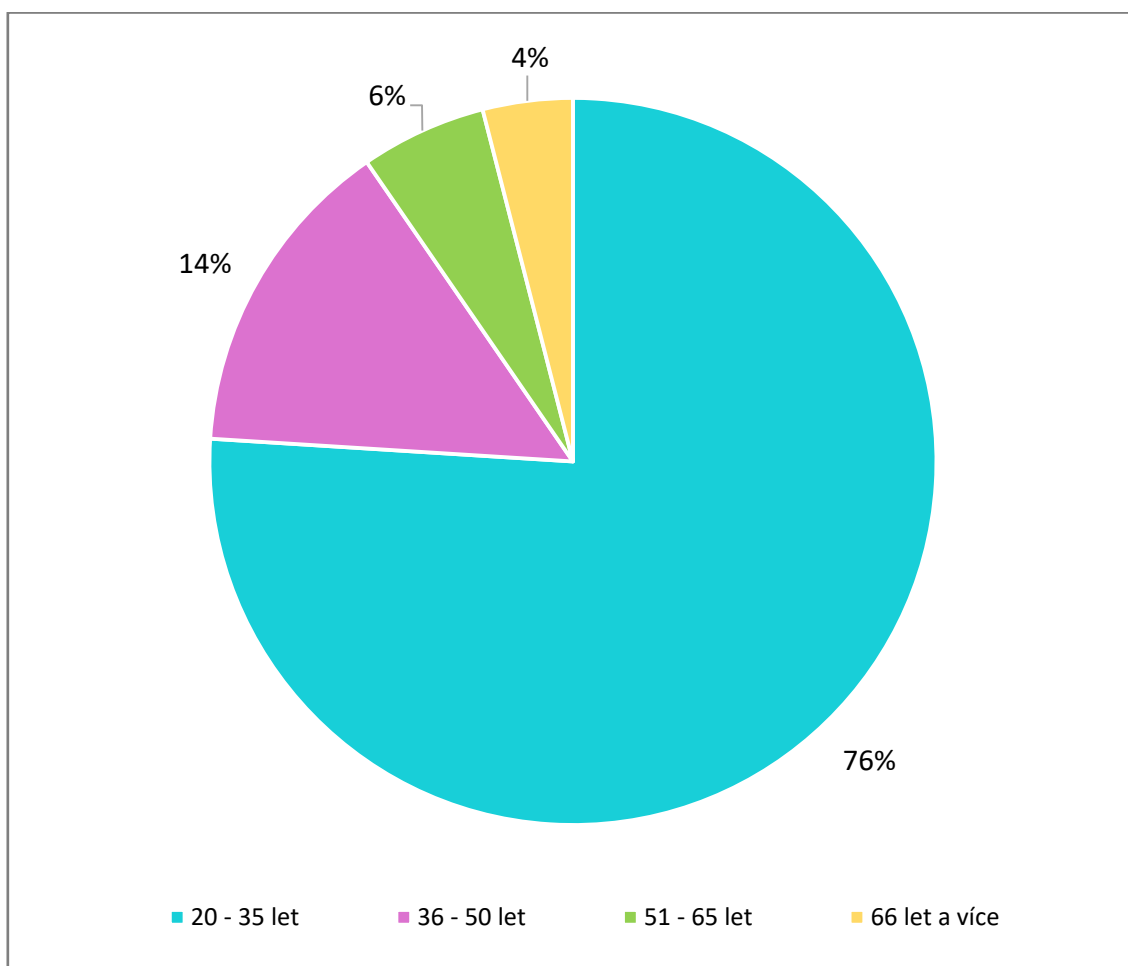


Zdroj: vlastní

V průzkumném šetření odpovědělo 61 % (76) žen a 39 % (49) mužů z celkového počtu 125 dotázaných. Větší zastoupení mají ženy, které mají blíže k pečovatelské než muži.

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Graf 3: Věk

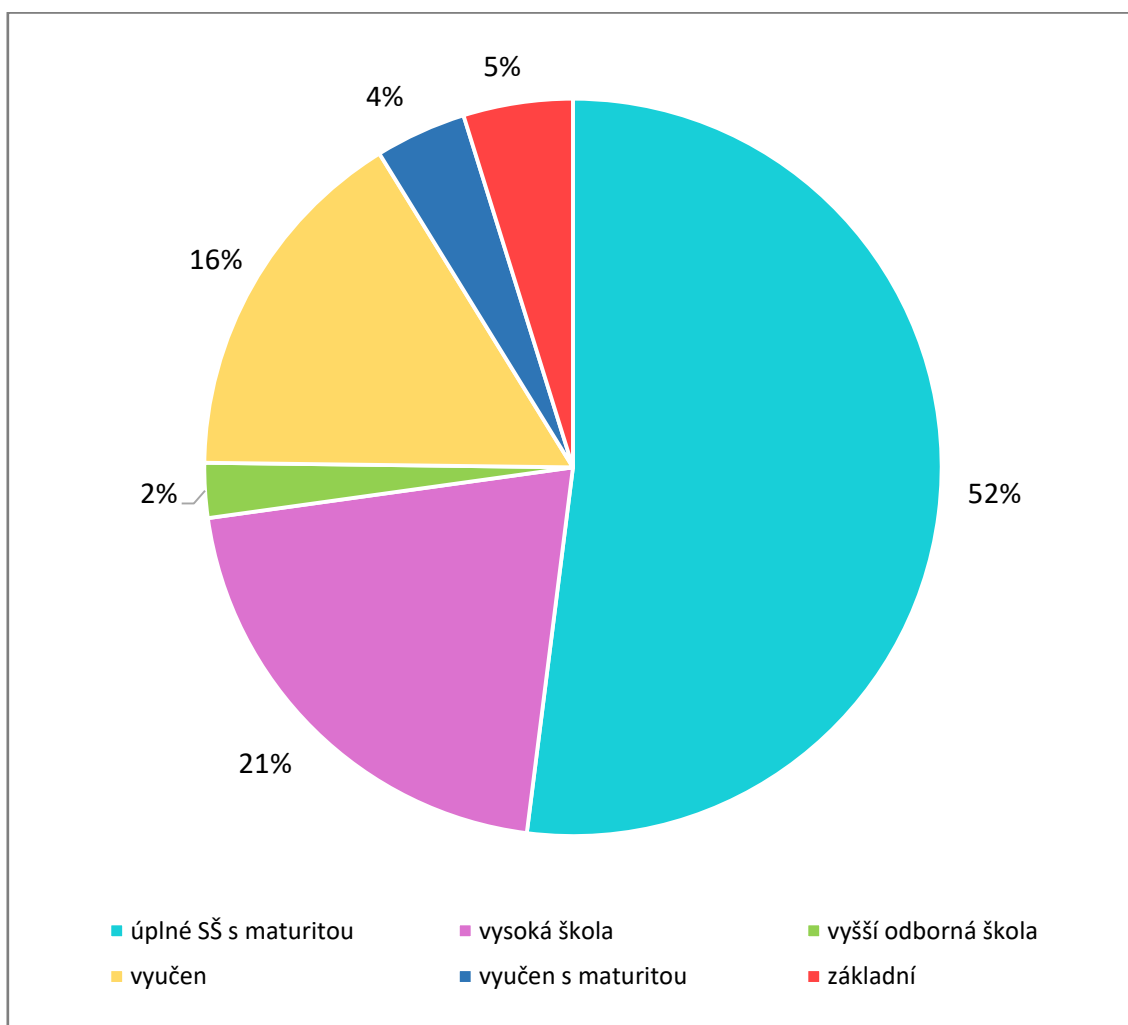


Zdroj: vlastní

Graf zobrazující věkovou účast na výzkumném šetření ukazuje nejvyšší účast ve věkové skupině od 20 do 35 let a to 76 % (95) dotazovaných. Skupina 36 až 50 let měla podstatně menší zastoupení a to 14 % (18). Věková skupina 51 až 65 let v zastoupení 6 % (7). Ve věku 66 let a více pouze 4 % (5).

Otázka č. 3: Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

Graf 4: Vzdělání

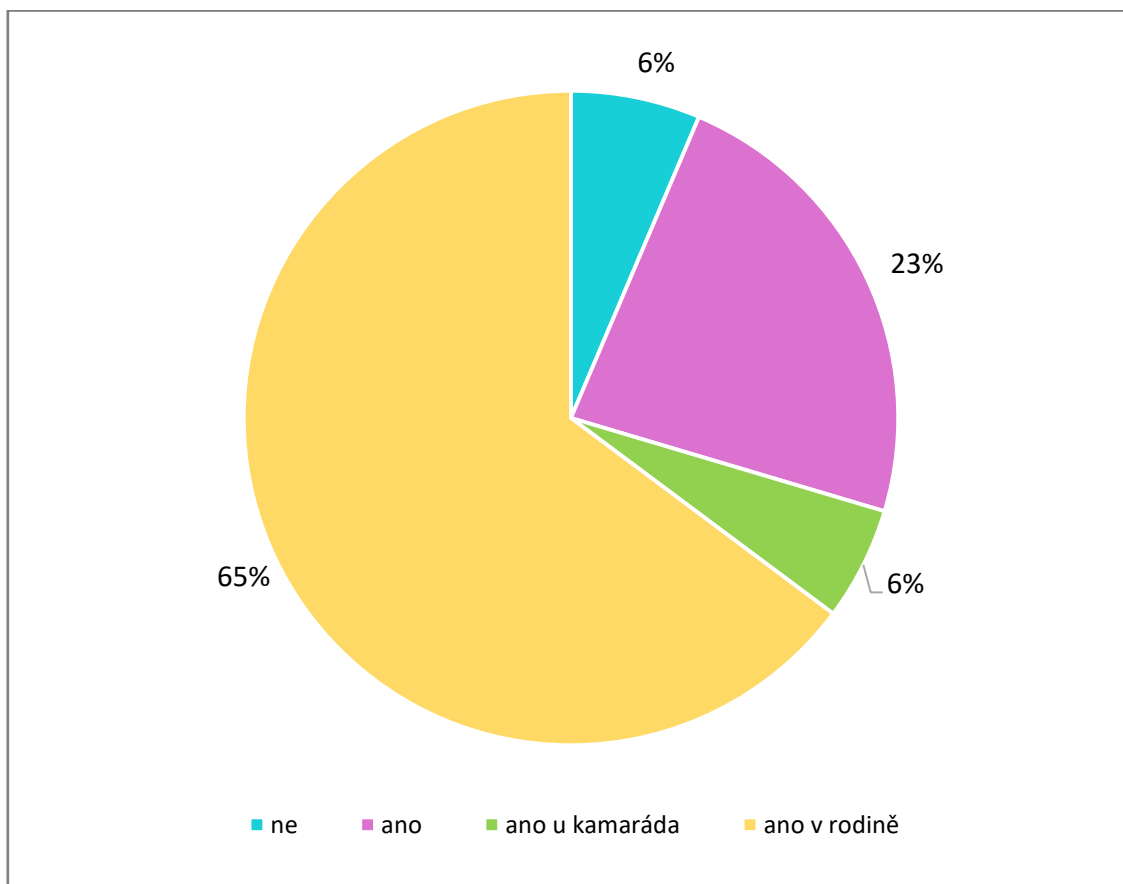


Zdroj: vlastní

Zastoupení v oblasti vzdělání bylo pestré. Z každé úrovně dosaženého vzdělání odpovědělo nejméně 2 % respondentů. Dotazník vyplnilo 52 % (65) respondentů s úplným SŠ vzděláním s maturitou. Dále 21 % (26) vysokoškoláků, 16 % (20) respondentů s vyučením, 5 % (6) se základním vzděláním, 4 % (5) vyučených s maturitou a 2 % (3) s vyšším odborným vzděláním.

Otázka č. 5: Setkali jste se již se smrtí ve vašem blízkém okolí?

Graf 5: Smrt v blízkém okolí

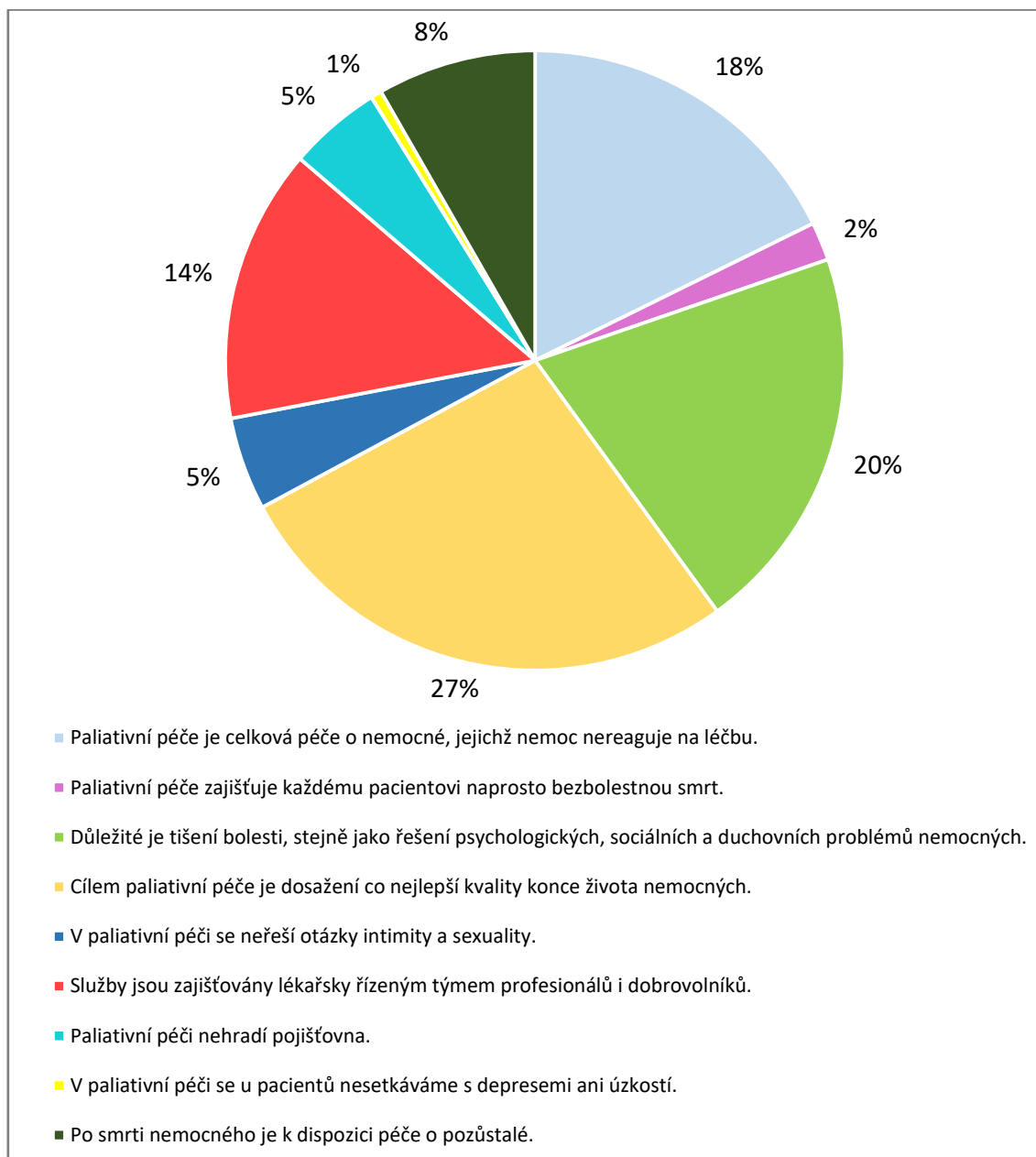


Zdroj: vlastní

Na otázku, zda se respondent setkal se smrtí v blízkém okolí zvolilo 65 % (81) respondentů setkání se smrtí v rodině, 23 % (29) pouze ano, 6 % (7) u kamaráda a 6 % (8) se se smrtí doposud neseťkalo.

Otázka č. 6: Vyberte správná tvrzení. (více správných odpovědí)

Graf 6: Správná tvrzení



Zdroj: vlastní

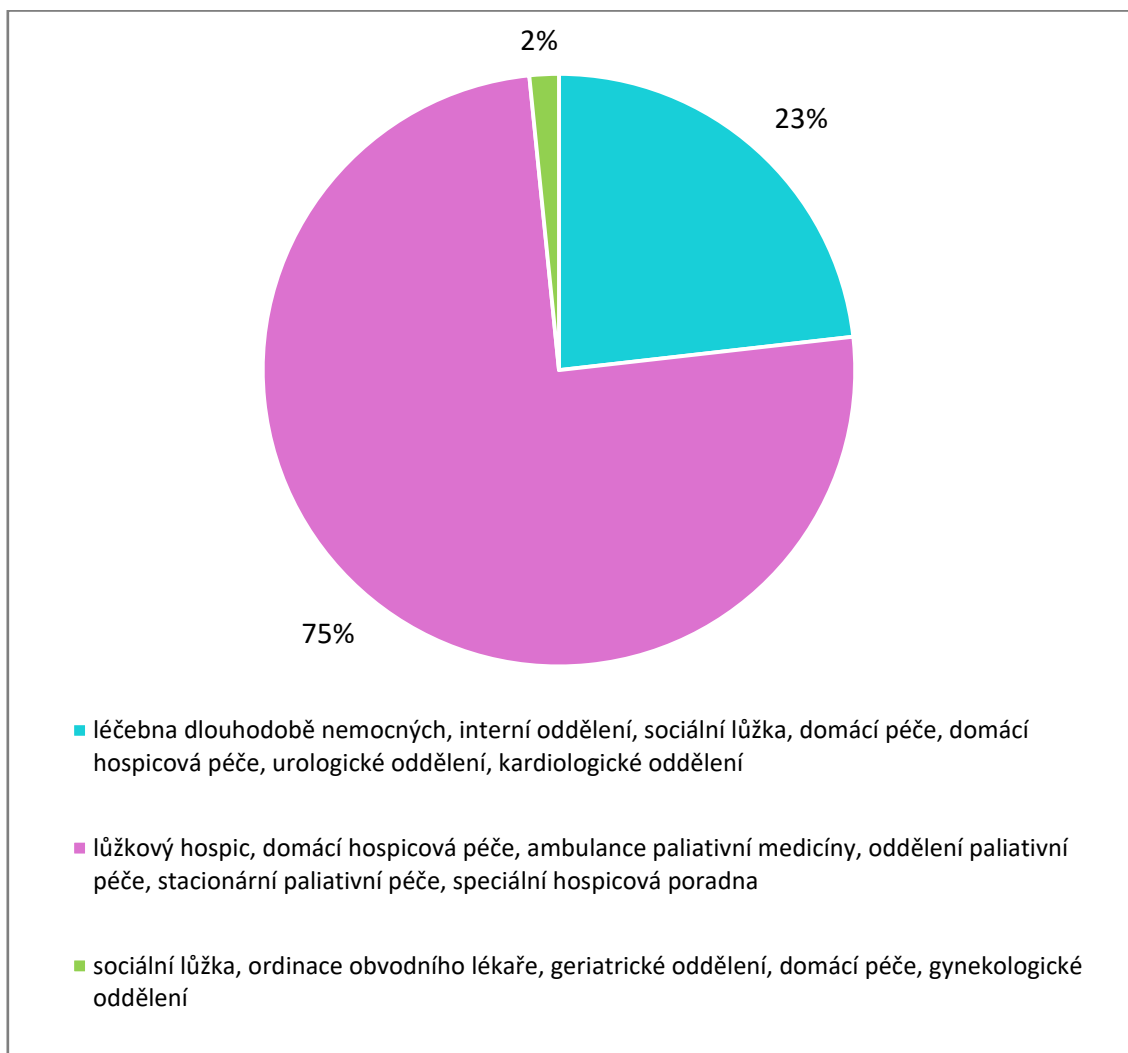
V otázce č. 6 dotazníku jsme respondenty žádaly o výběr správných tvrzení. Celkem bylo od respondentů zvoleno 350 (100 %) možností. Ze všech možných odpovědí byla nejčastěji z 27% (95) vybírána odpověď s cílem paliativní péče. Dále byla často volena odpověď, která kladla důraz na tišení bolesti, řešení psychologických, sociálních či duchovních problémů a to z 20% (71). Z 18% (62) byla vybírána respondenty odpověď popisující paliativní péči. V možnostech zmíněný tým, kterým jsou zajišťovány služby mobilní

hospicové péče působil na respondenty jako pravdivé tvrzení a proto to byla další z často volených odpovědí přesně ze 14% (50). Méně často volená odpověď se týkala péče o pozůstalé po smrti nemocného, která byla vybírána z 8% (29) všech zvolených odpovědí. Všechna tato tvrzení jsou pravdivá. Další tvrzení volená z 5% (17) a méně byla nepravdivá.

Z celkového počtu vybraných dotazníků zvolilo pouze 4 % (5) respondentů pouze správná tvrzení. Dále bylo několik respondentů, kteří zvolili všechna pravdivá tvrzení ale navíc ještě nepravdivá. Kritérium u této otázky jsme zvolili takové, že respondent musí zvolit všechna pravdivá tvrzení a k tomu maximálně jedno chybné, aby otázka byla zodpovězena správně.

Otázka č. 7: Jaká pracoviště se specializují přímo na paliativní péči?

Graf 7: Specializovaná pracoviště na paliativní péči



Zdroj: vlastní

Otázka č. 7 kde jsme se respondentů ptaly na specializovaná pracoviště na paliativní péči odpovědělo 75 % (94) respondentů správně. Chybnou odpověď zvolilo 25 % (31) respondentů.

Tabulka 1: Výsledky vztahující se k otázce č. 7

Mužů		39%
20 - 35 let		33%
Správně	úplné SŠ s maturitou	14%
	vysoká škola	5%
	vyučení	2%
	vyučení s maturitou	1%
	základní	1%
Špatně	úplné SŠ s maturitou	4%
	vysoká škola	2%
	vyučení	2%
	vyučení s maturitou	1%
	základní	1%
36 - 50 let		2%
Správně	úplné SŠ s maturitou	1%
	vysoká škola	1%
51 - 65 let		3%
Správně	úplné SŠ s maturitou	1%
	vyučení s maturitou	1%
Špatně	vyučení	1%
66 let a více		1%
Správně	úplné SŠ s maturitou	1%

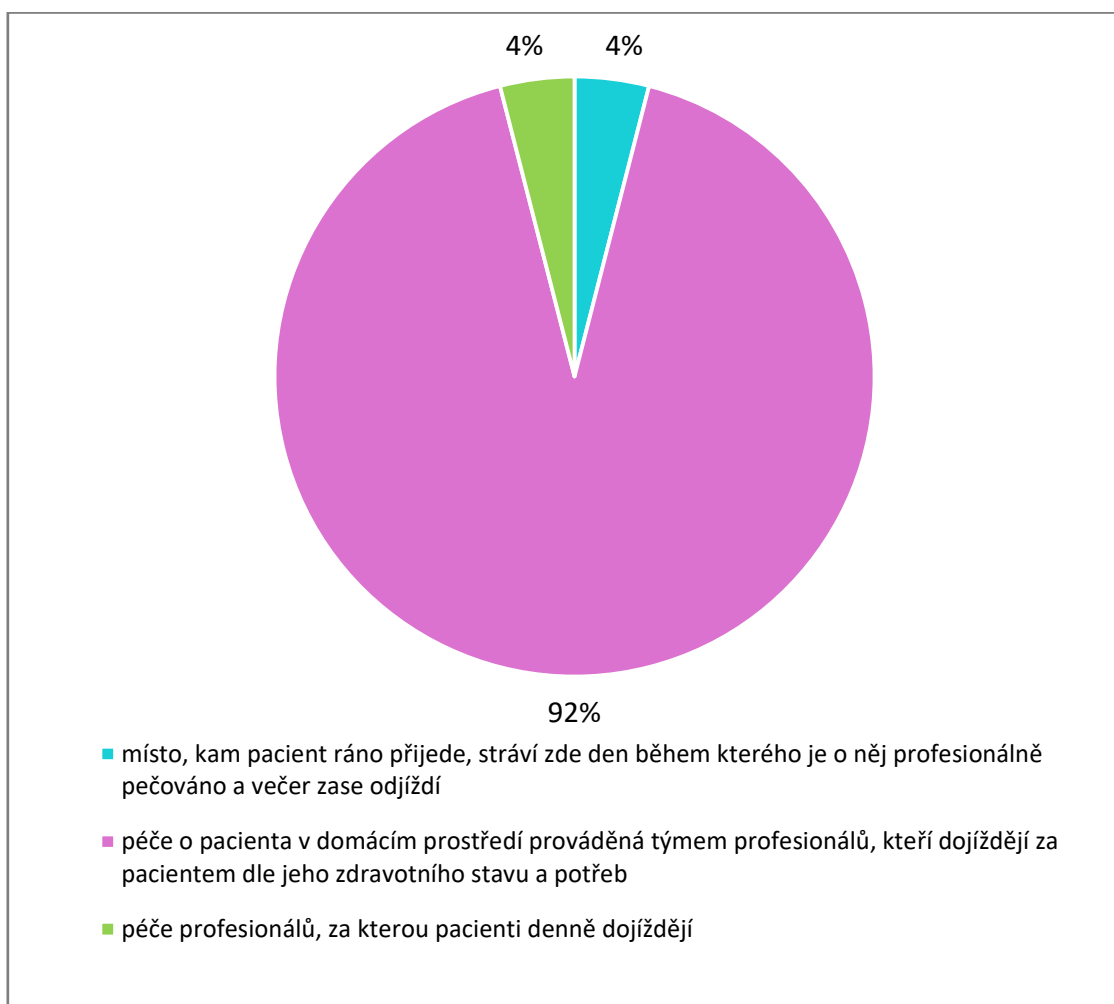
Žen		61%
20 - 35 let		42%
Správně	úplné SŠ s maturitou	17%
	vysoká škola	7%
	vyšší odborná škola	2%
	vyučení	2%
	vyučení s maturitou	1%
	základní	2%
Špatně	úplné SŠ s maturitou	5%
	vysoká škola	2%
	vyučení	4%
36 - 50 let		13%
Správně	úplné SŠ s maturitou	4%
	vysoká škola	5%
	vyšší odborná škola	1%
	vyučení	2%
Špatně	vyučení	1%
51 - 65 let		3%
Správně	úplné SŠ s maturitou	2%
	vyučení	1%
66 let a více		3%
Správně	úplné SŠ s maturitou	1%
Špatně	úplné SŠ s maturitou	1%
	vyučení	1%

Zdroj: vlastní

Tabulka vztahující se k otázce dotazníku č. 7 ukazuje podrobné výsledky této otázky. Celkové odpovědi mužů tvoří 39 % z toho 33 % ve věkové skupině 20-35 let, 2 % ve skupině 36-50, 3 % 51-65, 1 % 66 let a více. Dále je u určitých věkových skupin rozpracovaný přesný počet správně a špatně vybraných odpovědí u určitých skupin vzdělání. Celkové odpovědi žen tvoří 61 %, z toho se dále rozdělují na různé věkové skupiny kde nejvíce 42 % odpovědí u věkové skupiny 20-35 let, 13 % u skupiny 36-50, 3 % u 51-65 a 3 % u skupiny 66 let a více. Dále jsou odpovědi podrobněji rozděleny k určitému stupni dosaženého vzdělání stejně jako u mužů.

Otázka č. 8: Znáte pojem mobilní hospicová péče?

Graf 8: Pojem mobilní hospicová péče



Zdroj: vlastní

Na otázku č. 8 zvolilo 92 % (115) dotazovaných správnou odpověď ve znění: péče o pacienta v domácím prostředí prováděná týmem profesionálů, kteří dojíždějí za pacientem dle jeho zdravotního stavu a potřeb. Špatnou odpověď popisující stacionární péči zvolilo 4 % (5) respondentů a popis ambulantní péče také 4 % (5) respondentů.

Otázka č. 9: Jaký je cíl týmu mobilního hospice?

Graf 9: Cíl týmu mobilního hospice

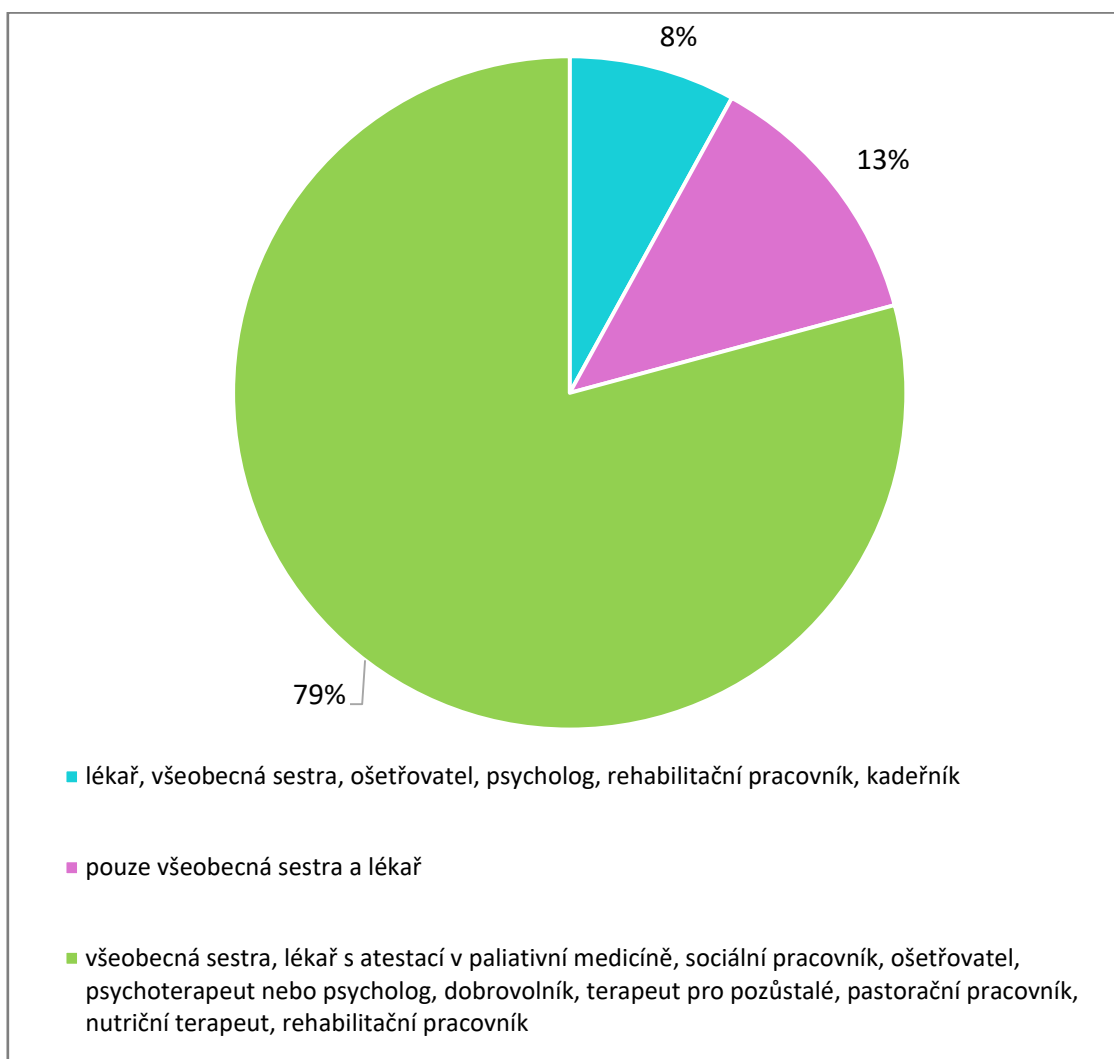


Zdroj: vlastní

Otázka zjišťující informovanost laické veřejnosti o cíli mobilní hospicové péče byla od 98 % (122) respondentů zodpovězena správně. Další 3 nesprávné odpovědi byly zvolené po 1 % dotázaných.

Otázka č. 10: Kdo pečuje o pacienta v týmu mobilního hospice?

Graf 10: Členové týmu mobilního hospice

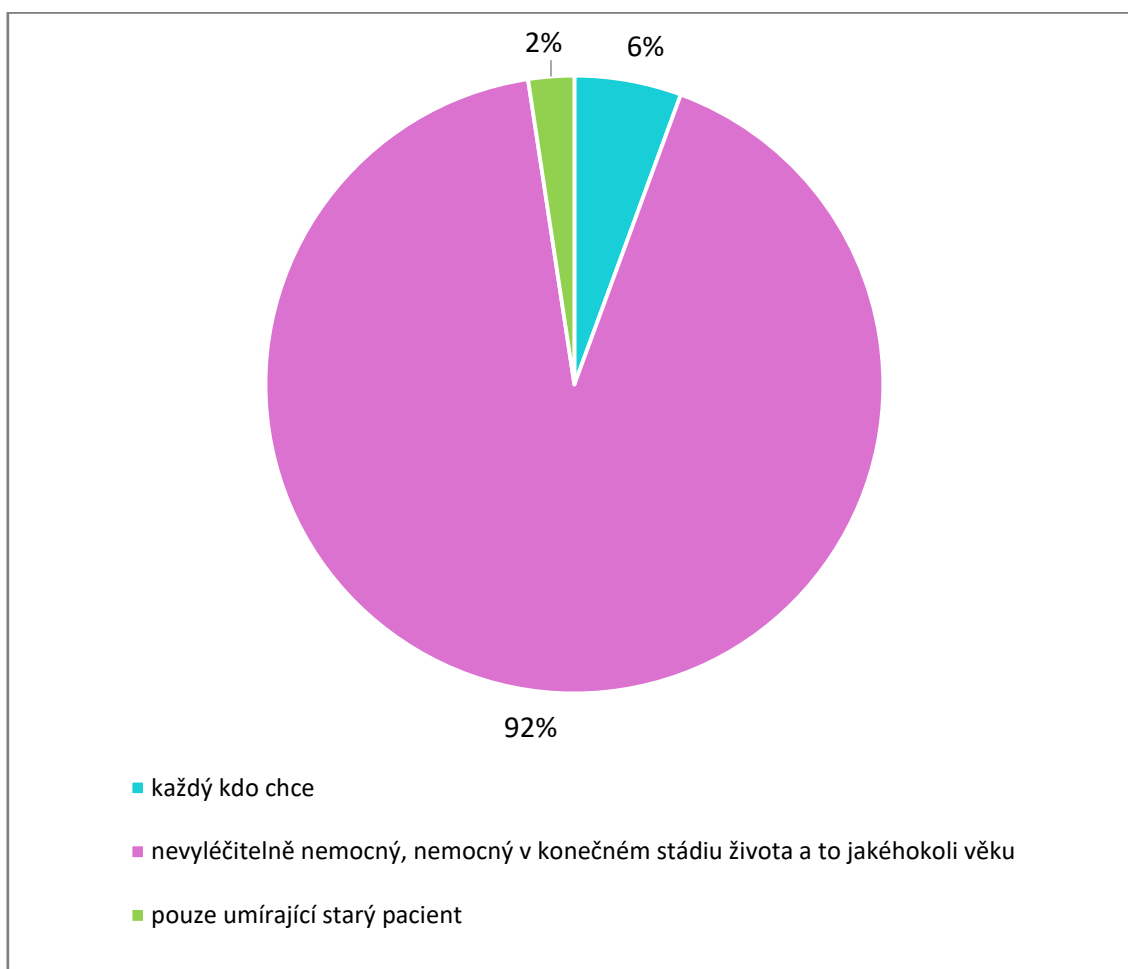


Zdroj: vlastní

V otázce č. 10 jsme se dotazovaly na členy týmu mobilního hospice. Odpověď se všemi členy mobilního hospice zvolilo 79 % (99). Pouze všeobecná sestra a lékař vybralo 13 % (16) účastníků dotazníku a 8 % (10) odpověď lékař, všeobecná sestra, ošetřovatel, psycholog, rehabilitační pracovník a kadeřník.

Otázka č. 11: Kdo může využít služby mobilní hospicové péče?

Graf 11: Pro koho jsou služby mobilního hospice určeny

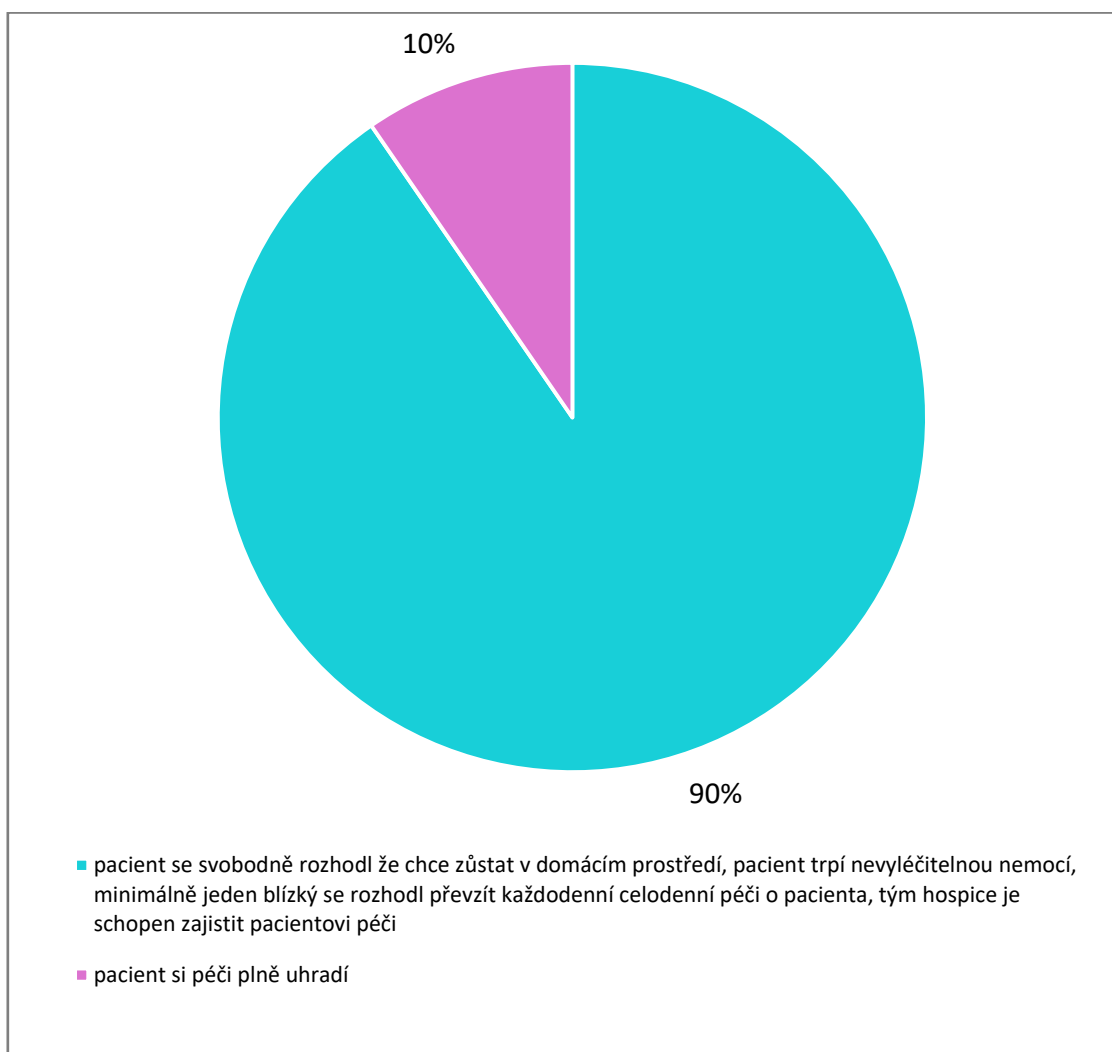


Zdroj: vlastní

Kdo může využít mobilní hospicovou péči jsme se dotazovali v otázce č. 11. Správně odpovědělo 92 % (115) respondentů. Odpověď každý kdo chce, zvolilo 6 % (7) respondentů a pouze umírající pacient 2 % (3).

Otázka č. 12: Jaké jsou podmínky pro přijetí do mobilního hospicové péče?

Graf 12: Podmínky pro přijetí do mobilní hospicové péče

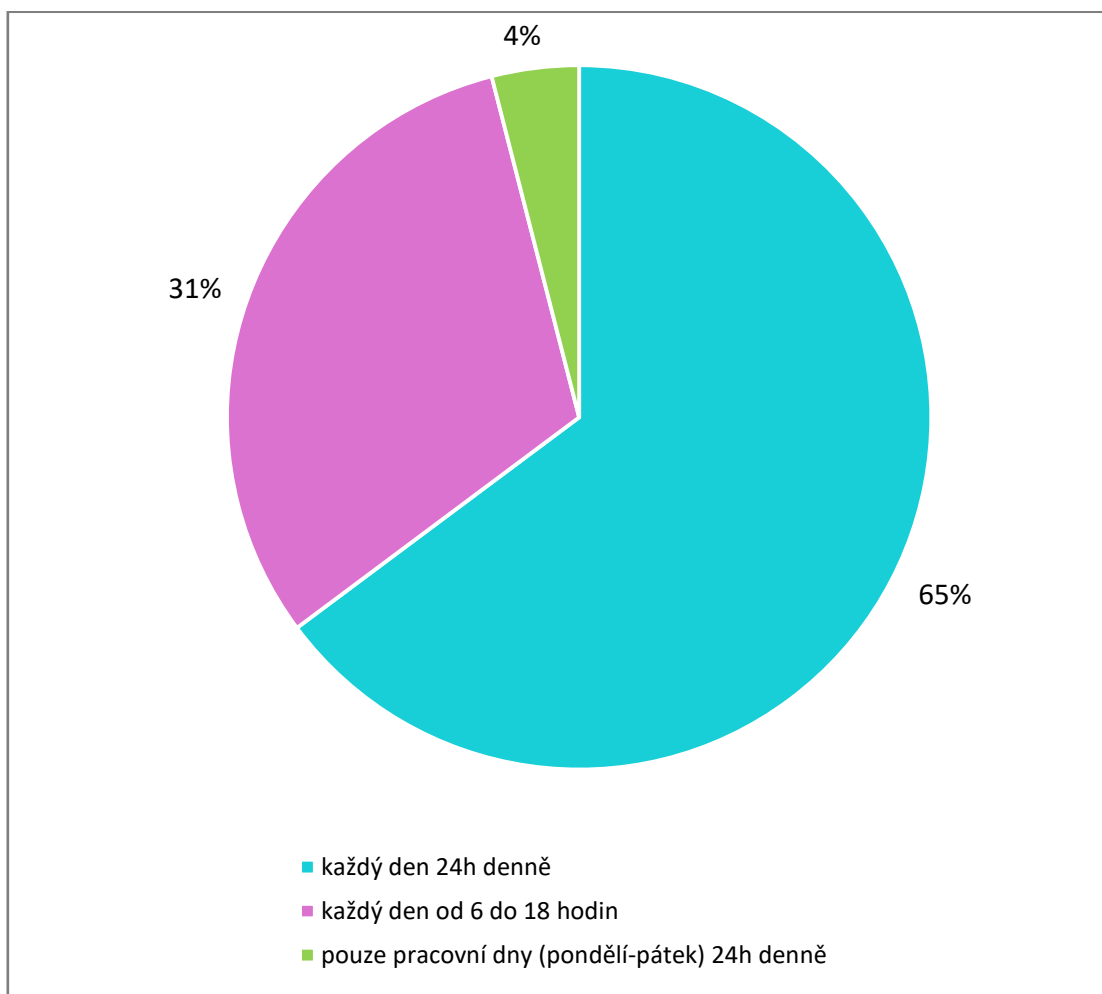


Zdroj: vlastní

Otázka č. 12 ukazuje v grafu pouze 2 možnosti, jelikož další možnost nezvolil žádný z respondentů. Správné podmínky vybralo 90 % (113) tázaných. Možnost pacient péči plně uhradí vybralo 10 % (12) respondentů. Jako třetí odpověď byla: pacientovi péči nařídí obvodní lékař.

Otázka č. 13: V jakém časovém rozmezí je pro klienta mobilní hospicová péče dostupná?

Graf 13: Dostupnost mobilní hospicové péče

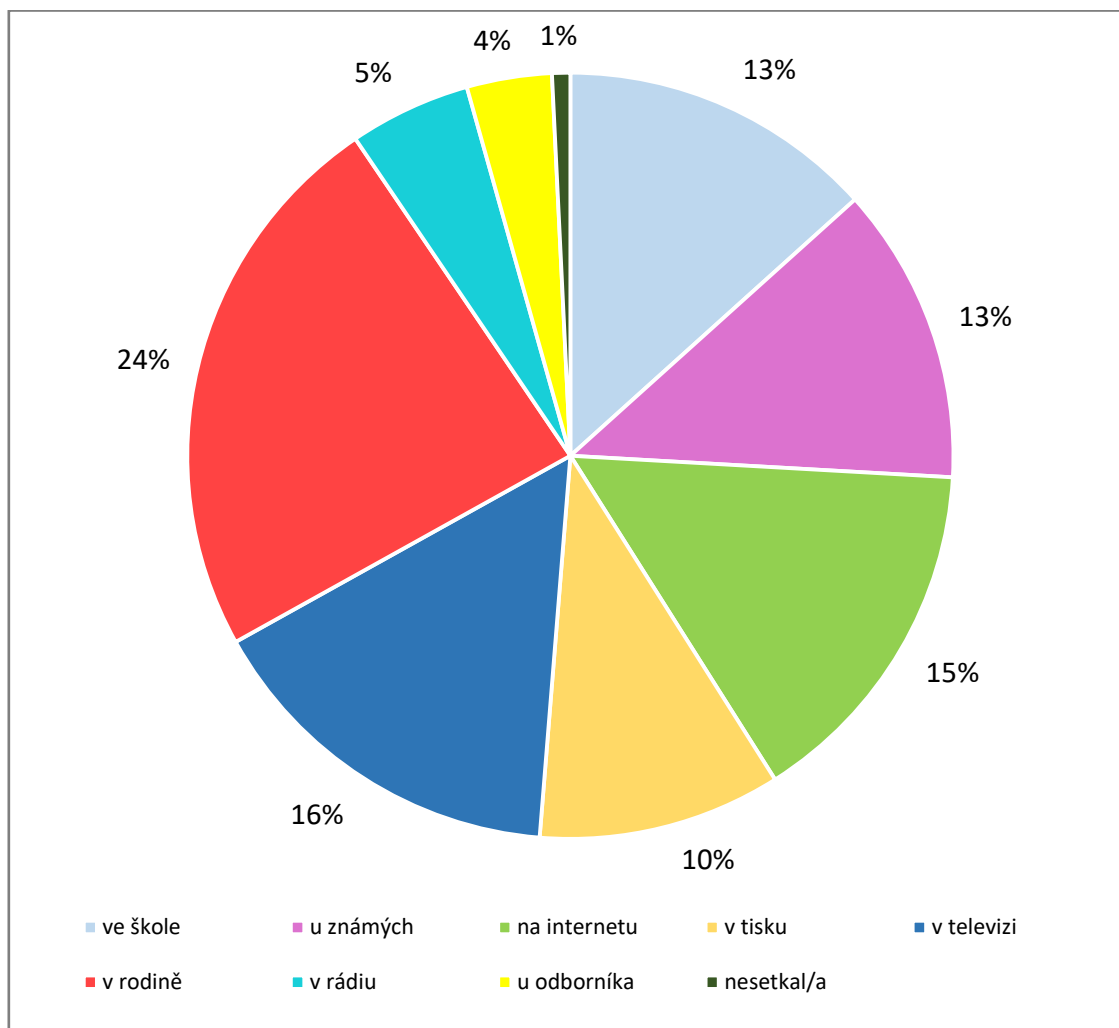


Zdroj: vlastní

V otázce č. 13 jsme se dotazovaly na časovou dostupnost mobilní hospicové péče, kde na otázku odpovědělo 65 % (81) respondentů každý den 24h denně, 31 % (39) odpovědělo každý den od 6 do 18 hodin a 4 % (5) respondentů odpovědělo pouze v pracovní dny 24h denně.

Otázka č. 14: Kde jste se setkal/a s tématem umírání a smrti?

Graf 14: Téma umírání a smrti

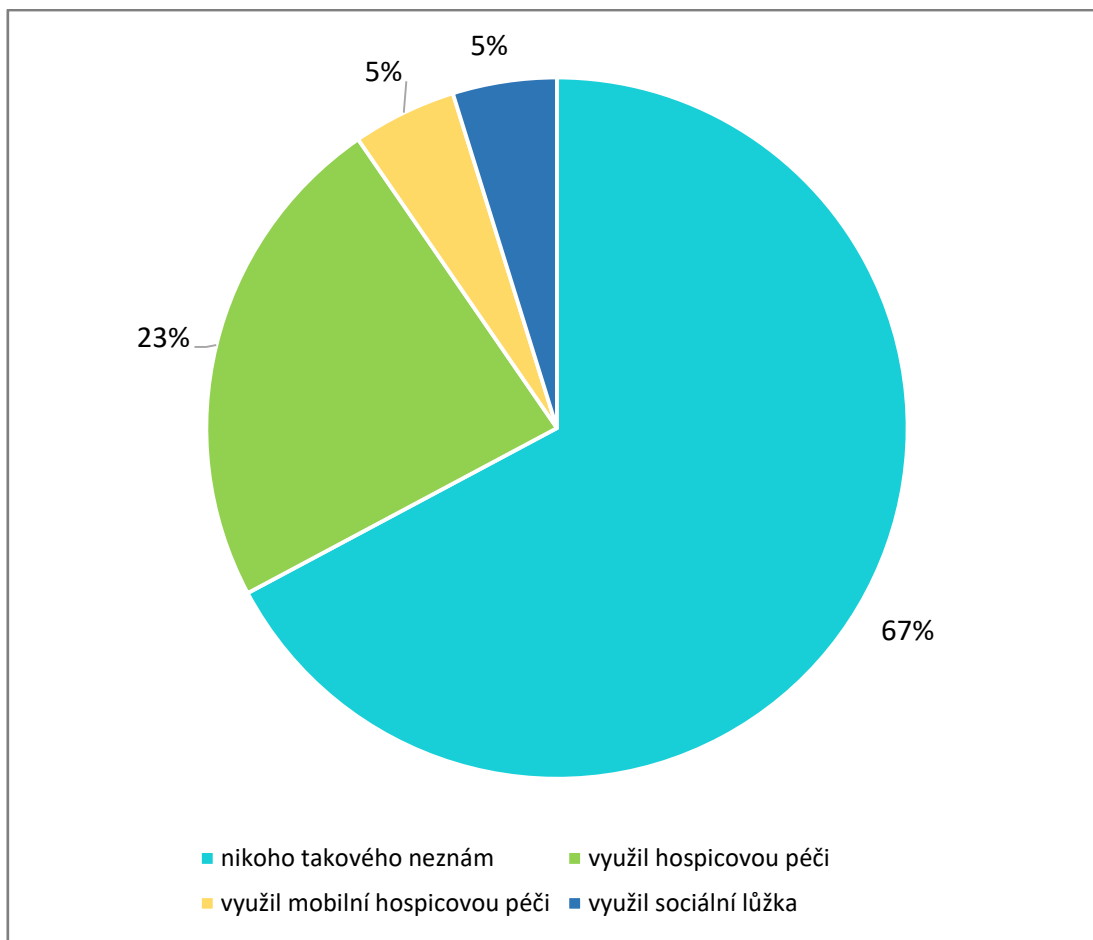


Zdroj: vlastní

Důležitá otázka ke zjištění, kde laická veřejnost získala povědomí o smrti a umírání byla v dotazníku s č. 14. Celkem bylo respondenty vybráno 390 (100 %) odpovědí. Nejčastěji z 24% (92) respondenti vybírali odpověď v rodině. Dále z 16% (61) v televizi, 15% (59) na internetu, 13% (49) u známých a v rádiu, 10% (40) v tisku, 5% (20) v rádiu a 4% (14) u odborníka. Pouze z 1% (3) byla vybírána možnost nesetkal/a což poukazuje na to, že většina respondentů účastnících se výzkumu vyplněním dotazníku se již s tématem smrti a umírání setkala.

Otázka č. 15: Znáte někoho, kdo využil hospicovou péči pro rodinného příslušníka?

Graf 15: Hospicová péče pro rodinného příslušníka

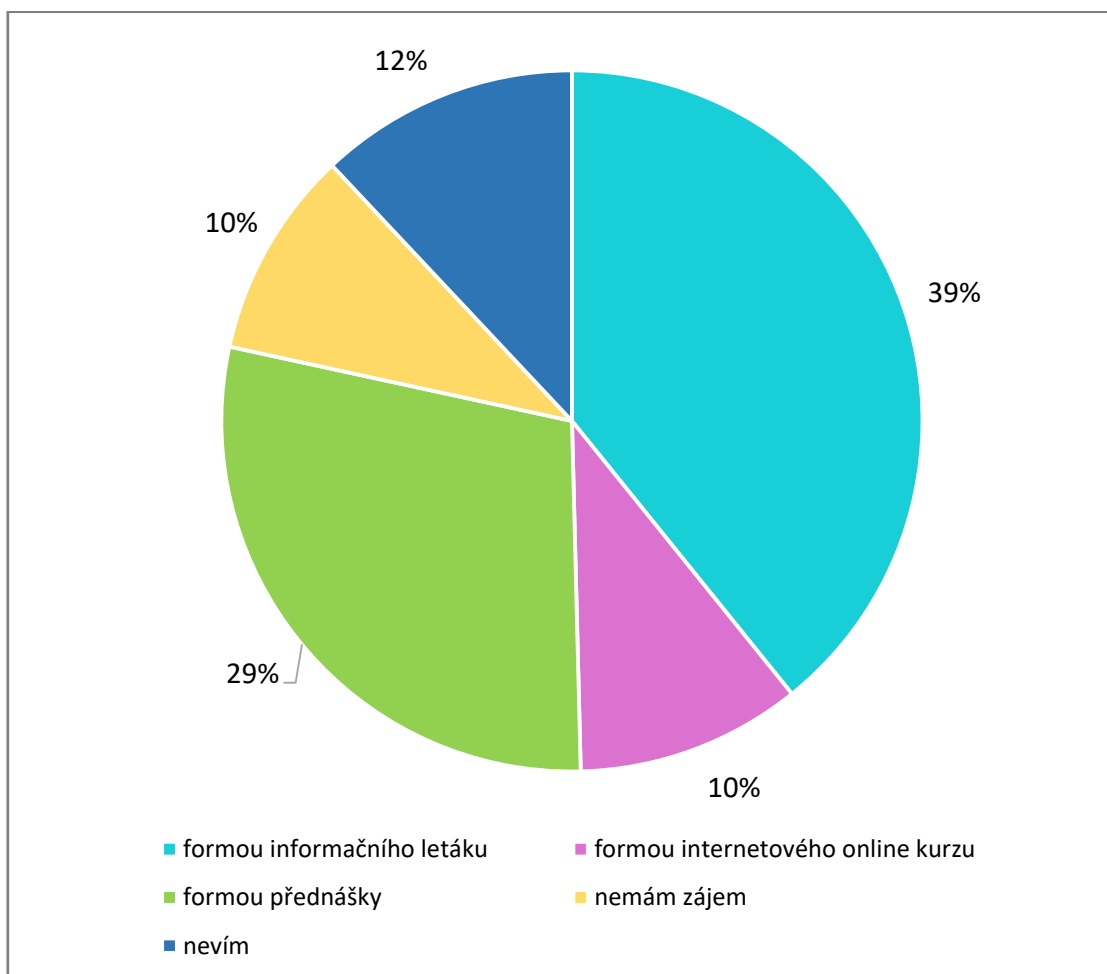


Zdroj: vlastní

Znáte někoho, kdo využil hospicovou péči pro rodinného příslušníka zněla otázka č. 15, ve které vybralo 67 % (84) respondentů odpověď že nikoho takového neznají. Odpověď využil hospicovou péči zvolilo 23 % (29) respondentů a mobilní hospicovou péči zvolilo pouze 5 % (6) respondentů. Jako čtvrtá možnost odpovědi byla sociální lůžka, která nejsou formou hospicové péče a tudíž 5 % (6) respondentů co tuto odpověď vybrali neznají formy hospicové péče.

Otázka č. 16: Pokud byste měl/a zájem o možnost získat více informací o mobilní hospicové péči jakou by to bylo formou?

Graf 16: Forma získání více informací o mobilní hospicové péči

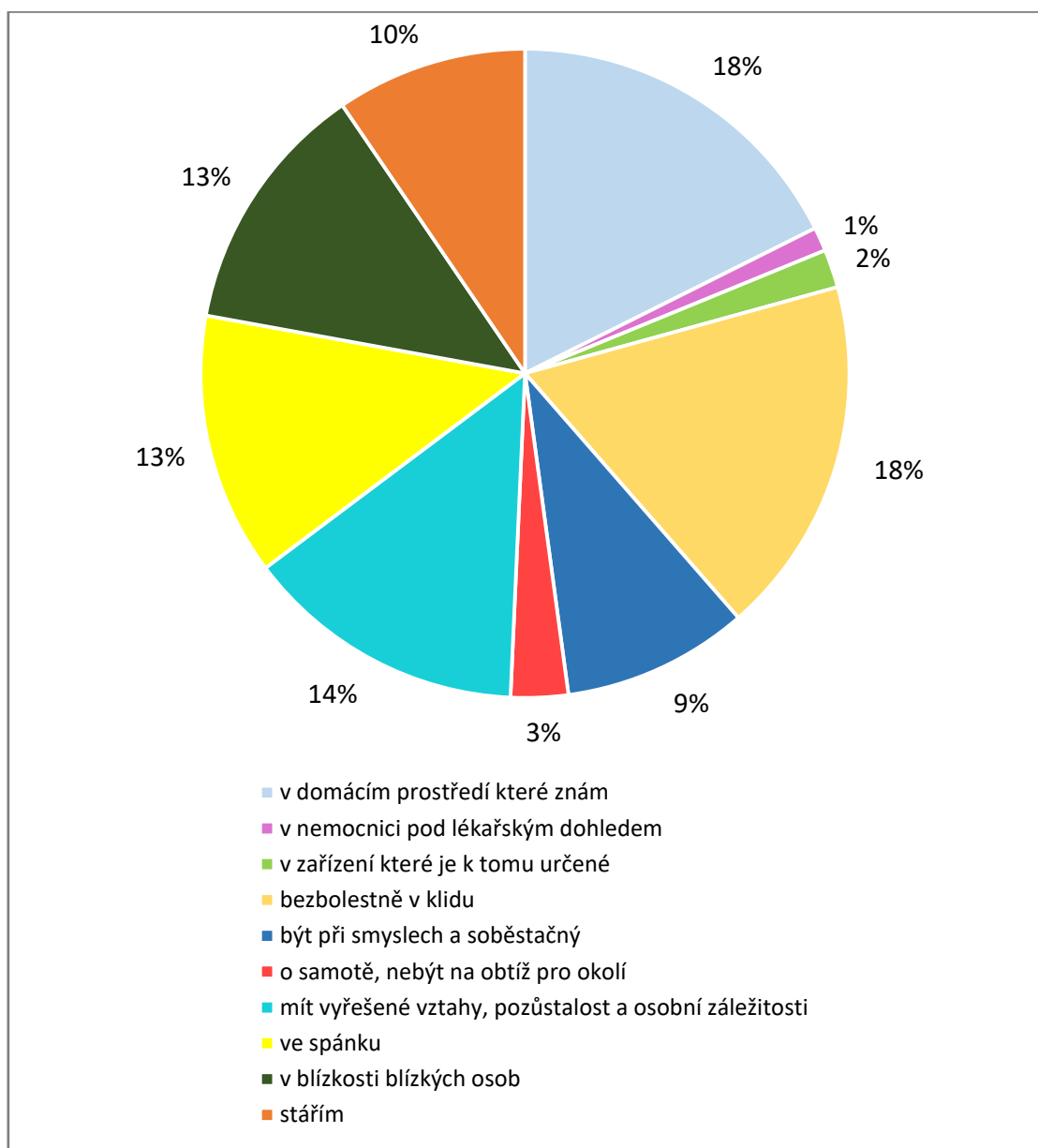


Zdroj: vlastní

Pro další získání informací o mobilní hospicové péči zvolilo 39 % (49) respondentů formu informačního letáku, 29 % (36) formu přednášky, 12 % (15) respondentů nevědí, zda by chtěli další informace o tomto tématu, 10 % (13) respondentů zvolilo formu internetového online kurzu a 10 % (12) respondentů o další informace nemá zájem.

Otázka č. 17: Co pro Vás znamená důstojné umírání?

Graf 17: Důstojné umírání



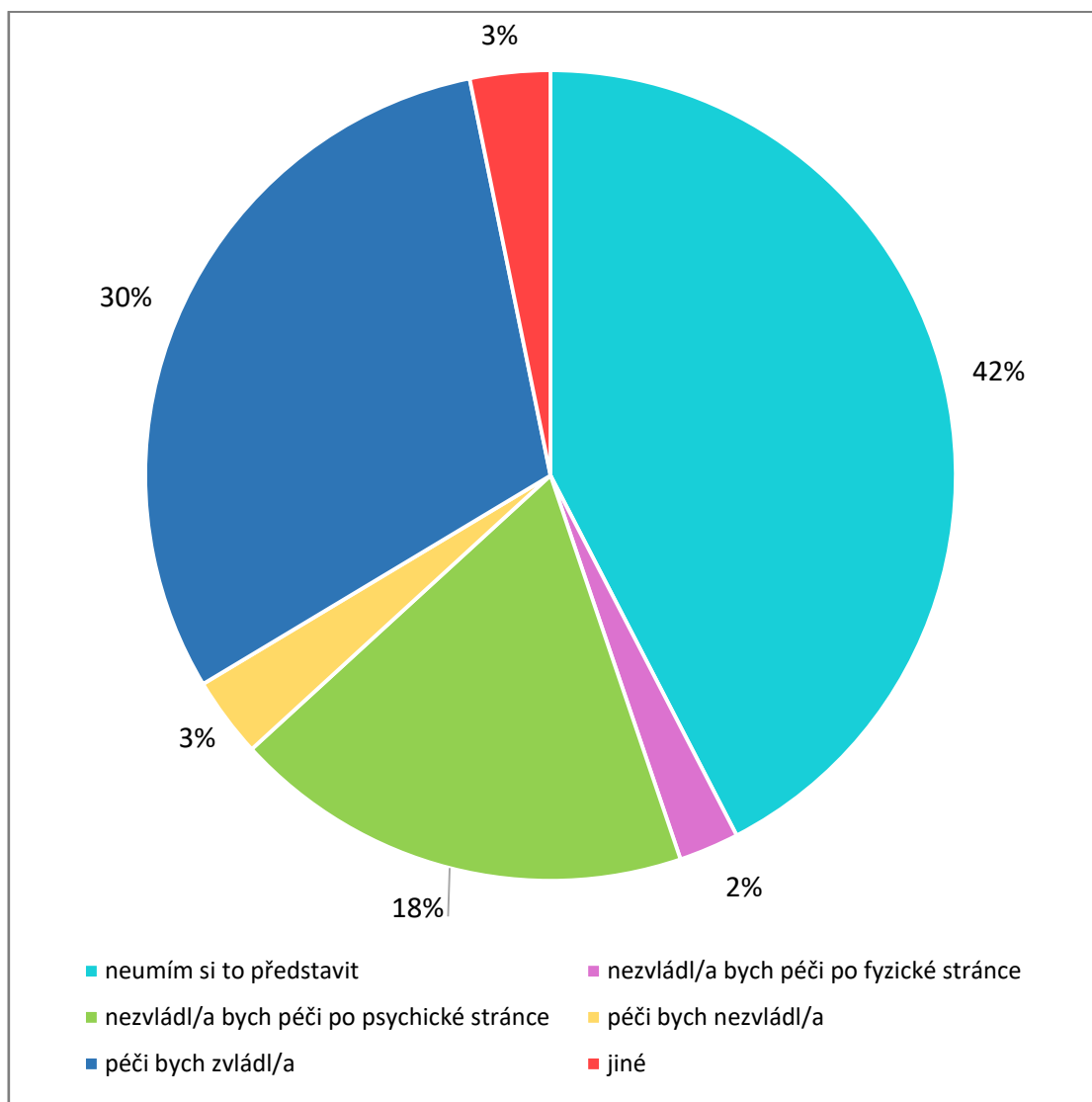
Zdroj: vlastní

Na otázku týkající se na důstojné umírání respondenti zvolili celkem 420 (100%) možností. Respondenti volili z 18% (75) tudíž nejčastěji možnost bezbolestně v klidu a z 18% (74) v domácím prostředí. Také často vybíraná možnost celkem 14% (59) odpovědí byla: mít vyřešené vztahy, pozůstalost a osobní záležitosti. Ze 13% (55) možnosti ve spánku a 13% (53) v blízkosti blízkých osob. Stářím z 10% (40), být při smyslech a soběstačný z 9% (39), o samotě nebýt na obtíž pro okolí pouze ze 3% (12). Nejméně volenými mož-

nostmi byla možnost v zařízení 2% (8), které je pro smrt určené či v nemocnici pod lékařským dohledem.

Otázka č. 18: Bylo by pro Vás obtížné pečovat v domácím prostředí o umírající blízkou osobu?

Graf 18: Péče v domácím prostředí o blízkou umírající osobu



Zdroj: vlastní

Osobní otázkou, která byla v dotazníku s č.18 jsme se dotazovaly na obtížnost péče o umírajícího v domácím prostředí, přesněji na to, jak by bylo obtížné pro pečujícího péči zvládnout. Odpověď neumím si to představit vybralo 42 % (53) dotázaných, péči bych zvládl/a vybralo 30 % (38) dotázaných, nezvládl/a bych péči po psychické stránce vybralo 18 % (23) dotázaných, péči bych nezvládl/a vybralo 2 % (4) dotázaných a nezvládl/a bych péči po fyzické stránce vybralo pouze 3 % (3) dotázaných. Jako poslední možnost byla odpověď „jiné“ kde odpověděli 4 respondenti.

DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá problematikou informovanosti laické veřejnosti o mobilní hospicové péči. Na základě prostudování odborné literatury byl stanoven hlavní cíl bakalářské práce: Zmapovat informovanost laické veřejnosti o moderním způsobu hospicové péče. Dílčí cíle: Zjistit, informovanost respondentů o paliativní péči a mobilní hospicové péči, především skutečnosti zda zná respondent přání a potřeby umírajících, poslání hospiců a princip, na němž fungují. Zjistit, zda je rozdíl v informovanosti mezi demografickými údaji, i jestli má veřejnost zájem o získání informací o možnostech důstojného umírání v domácím prostředí. Zjistit, zda se již respondenti setkali se smrtí a umíráním a také kde, se respondent setkal s tématem umírání a smrti. Na základě proběhlého výzkumného šetření vytvoření informačního letáku.

Snahou bylo podrobněji zjistit, jak je informovaná laická veřejnost o mobilní hospicové péči, zda se již respondenti setkali se smrtí a umíráním v blízkém okolí, kde se setkali s tématem smrti a umírání či zda by bylo pro respondenta obtížné pečovat v domácím prostředí o umírající blízkou osobu. Také zda respondent ví, co je to paliativní péče a mobilní hospicová péče, cíl mobilní hospicové péče, časovou dostupnost nebo kdo všechno je součástí týmu mobilní hospicové péče.

První tři otázky dotazníku vztahující se k **dílčímu cíli č. 2 Zjistit, zda je rozdíl v informovanosti mezi respondenty s rozdílnými demografickými údaji. (otázky č. 1, 2, 3, 4, 16)** byly zaměřeny na demografické údaje: pohlaví, věk a vzdělání. U kterých se dále zjišťovali rozdíly v informovanosti. Následující otázka byla kontrolní, zda se opravdu jedná o respondenta, který spadá do laické veřejnosti. Otázka se ptala, zda respondent má zdravotnické vzdělání či ne. Pokud dotazovaný v této otázce odpověděl, že zdravotnické vzdělání má, dotazník byl automaticky z výzkumného šetření vyřazen. V další části dotazníku pokračovaly otázky zjišťující informovanost laické veřejnosti o mobilní hospicové péči.

V úvodu dotazníku z otázek demografických vyšlo, že odpovídalo více žen než mužů. Z pohledu zdravotníka je možné zapříčinění tím, že celkově k pečovatelskému týmu a mají blíže spíše ženy než muži a proto se nebojí k tomuto tématu vyjádřit. Nejvíce respondentů bylo ve věku od 20 – 35 let, to je možné díky velkému počtu vyplněných dotazníků

na internetu, kde je velké zastoupení mladší generace oproti té starší. Proto jsem se u papírové formy dotazníků snažila o oslovení starší generace.

Dílčí cíl č. 1 Zjistit informovanost respondentů o paliativní péči a mobilní hospicové péči. (otázky č. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 18). Otázka č. 6 byla vytvořena tak, aby respondenti vybrali správná tvrzení o paliativní péči. Výsledek byl zde uspokojivý v tom, že ze všech odpovědí jednotlivě byly nejvíce vybírány ty správné. Bohužel ale respondentů, kteří odpověděli úplně správně nebylo mnoho. Z celkového počtu 125 vyplněných dotazníků odpovědělo správně pouze 6 % (8) respondentů a to za správnou odpověď bylo považováno zvolení všech správných tvrzení a navíc jedno chybné tvrzení. Na tuto otázku správně odpověděly nejčastěji ženy ve věku 20 – 35 let s úplným SŠ vzděláním.

Otázka č. 7 na kterou odpovědělo 61 % žen, 47 % správně, z toho 17 % správných odpovědí bylo od žen s úplným SŠ vzděláním. Mužů odpovědělo 39 %, 28 % správně a z toho 14 % mužů s úplným SŠ vzděláním. Celkem odpovědělo správně 75 % (94) respondentů a chybně 25 % (31). I přesto že víme o převaze vyplněných dotazníků od žen a také od respondentů nejčastěji ve věku 20-35 let jsou výsledky zjišťující informovanost překvapující. Například právě u otázky č. 7 odpovědělo sice více žen, ale ve správných odpovědích nebyl velký rozdíl vůči tak malému zastoupení mužů. Muži nemají k pečovatelskému tak blízko jako ženy ale výzkumné šetření a právě tato otázka ukazuje, že informování jsou velmi dobře. Dále víme, že odpovídalo nejvíce respondentů ve věku 20-35 let. Což pro nás bylo překvapující z hlediska výsledků u vědomostních otázek, kde výzkumné šetření ukázalo mnoho správně zvolených odpovědí a tudíž že tyto respondenti jsou velmi dobře informováni o mobilní hospicové péči což jsme nečekaly.

Otázka č. 8 a č. 9 ukazuje na uspokojivou informovanost laické veřejnosti o pojmu a cíli mobilní hospicové péče. U otázky č. 8 odpovědělo správně 92 % (115) respondentů a u otázky č. 9 odpovědělo správně 98 % (122) respondentů.

Jediná otázka č. 12, kde žádný respondent nezvolil jednu z nabízených možností zněla: jaké jsou podmínky pro přijetí do mobilní hospicové péče. Správnou možnost zvolilo celkem 90 % (113) respondentů a možnost pacient péči plně uhradí zvolilo 10 % (12) respondentů. Možnost: pacientovi péči nařídí lékař nezvolil žádný z respondentů. V otázce č. 13 kde jsme se ptaly na časovou dostupnost mobilní hospicové péče odpovědělo správně pouze 65 % (81) respondentů a také proto byla časová dostupnost mobilní hospicové péče uvedena jako jedna z informací v informačním letáku. Otázky č. 6 – 13 jsme směřovali na

zjištění informovanosti laické veřejnosti o mobilní hospicové péči. U všech těchto otázek odpovídalo správně více žen než mužů a to i proto že se jich účastnilo výzkumného šetření více než mužů. Stejně je to i u věkové kategorie kde se účastnilo nejvíce respondentů ve věku 20 – 35 let a proto mají i největší zastoupení ve správných odpovědích.

Dílčí cíl č. 3 Zjistit, zda se již respondenti setkali se smrtí a umíráním. (otázka č. 5, 14, 17). Otázka č. 14 zněla: kde jste se setkal/a s tématem umírání a smrti. Nejvíce zde byla vybírána odpověď: v rodině, to je základní a nejdůležitější prvotní zdroj informací který by každý měl mít.

Dílčí cíl č. 3 Zjistit, zda se již respondenti setkali se smrtí a umíráním. (otázka č. 5, 14, 17). V otázce č. 17 si měl respondent vybrat z 10 možností pro důstojné umírání pouze 4. Dvě odpovědi respondenti vybírali nejčastěji: v domácím prostředí které znám a bezbolestně v klidu. Další možnost o 1 % méně a to odpověď: mít vyřešené vztahy, pozůstalost a osobní záležitosti. A jako další dvě stejně vybírané možnosti: ve spánku a v blízkosti blízkých osob. Nejvíce vybírané možnosti od respondentů může pomoci zajistit mobilní hospicová péče, pracovníci mobilní hospicové péče mohou zajistit poradenství pro pacienta i jeho rodinu. Zajistí sociálního pracovníka, který může pomoci v problematice pozůstalostí nebo třeba psychologa který může pomoci v oblasti vztahů. Proto je mobilní hospicová péče jedna z nejlepších možných odborných péčí o umírajícího člověka.

Dílčí cíl č. 2 Zjistit, zda je rozdíl v informovanosti mezi respondenty s rozdílnými demografickými údaji. (otázky č. 1, 2, 3, 4, 16) + 4 Vytvoření informačního letáku. Otázka č. 16 pro zjištění jak by laická veřejnost chtěla získat další informace o tématu mobilní hospicové péče potvrdila zvolenou formu informačního letáku a jako druhá méně volená možnost byla forma přednášky.

Dílčí cíl č. 1 Zjistit informovanost respondentů o paliativní péči a mobilní hospicové péči. (otázky č. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 18). Po vyplnění dotazníku a zamýšlení se nad tématem umírání a smrti, paliativní péčí a mobilní hospicovou péčí byla položena poslední otázka. Zda by bylo pro respondenta obtížné pečovat v domácím prostředí o umírající blízkou osobu. Zde zvolilo nejvíce respondentů 42 % (53) odpověď: neumím si to představit. Dále 30 % (38) péči bych zvládl/a, 18 % (23) Nezvládl/a bych péči po psychické stránce, 3 % (4) péči bych nezvládl/a, 2 % (3) nezvládl/a bych péči po fyzické stránce. K představě o možnostech této péče napomůže informační leták. Bylo by pro Vás obtížné pečovat v domácím prostředí o umírající blízkou osobu, zněla poslední otázka a byla jedi-

ná, kde 3 % (4) respondentů odpovědělo jako možnost jiné. Například: Neumím si to představit, ale chtěla bych svého blízkého podpořit až do posledních dní., Starali jsme se s otcem a matkou rok doma o babičku až do konce, bylo to náročné, ale zvládli jsme to., Péči bych zvládla, ale bylo by to po psychické stránce velmi obtížné.

Ohledně zkušeností s hospicovou péčí je možné porovnání s bakalářskou prací z jiného kraje z Univerzity Hradec Králové. Přesně otázka č. 15 zda respondent zná někoho, kdo využil hospicovou péči. V našem výzkumném šetření u této otázky odpovědělo 67 % (84) respondentů ze 125 že neznají nikoho, kdo využil hospicovou péči. U otázky v bakalářské práci z Univerzity Hradec Králové měl/a jste zkušenost s hospicovou péčí skrze Vašeho blízkého, který měl zájem službu využít. Odpovědělo 79 % respondentů z 56 že neměli zkušenost. To poukazuje na nepříliš velkou zkušenost a rozšířenost mobilní hospicové a hospicové péče nejen v našem kraji.

ZÁVĚR

V rámci této bakalářské práce byl proveden výzkum s cílem zjištění informovanosti laické veřejnosti o mobilní hospicové péči. V návaznosti na tento hlavní cíl byly zvolené cíle dílčí: Zjistit, informovanost respondentů o paliativní péči a mobilní hospicové péči. Otázky v dotazníku vztahující se k tomuto cíli nám odpověděli na tento cíl. Na většinu otázek odpovídali respondenti převážně správně. Zjistit, zda je rozdíl v informovanosti mezi demografickými údaji respondentů. Pro odpověď na tento dílčí cíl jsme položily v dotazníku úvodní otázky, kde jsme zjistili, že odpovídalo převážné množství žen a převážné množství respondentů s úplným středoškolským vzděláním. Proto převládaly u otázek správné odpovědi právě od respondentů spadajících do těchto skupin. Zjistit, zda se již respondenti setkali se smrtí a umíráním. Na tento dílčí cíl nám odpověděly otázky v dotazníku nejčastější zdroj informací a kontakt se smrtí a umíráním rodině. Základní informace o tématu umírání a smrti a možných možnostech péče o umírající by měl každý dále dostat již na střední škole. Vytvoření informačního letáku. Pro tento dílčí cíl byla respondentům položena otázka jak a zda by chtěli získat další informace, která potvrdila zvolenou formu.

Výsledky ukazují na velmi dobrou informovanost laické veřejnosti s nutností prohloubit informovanost zejména o mobilní hospicové péči. Laická veřejnost by měla dostat více možností kde se o tomto tématu dozvědět.

Každá všeobecná sestra by měla umět pacientovi s tímto tématem pomoci ať už je specialistkou v jakémkoli oboru. Pro následující šetření navrhujeme zjistit informovanost o tomto tématu právě u všeobecných sester různých oborů.

Na základě této práce byl navrhnout a zpracován informační leták, který má čtenáře informovat o mobilní hospicové péči, vysvětlit co je to paliativní péče, sdělit podmínky pro přijetí do mobilní hospicové péče a nabídnout několik kontaktů na nejbližší mobilní hospice.

SEZNAM LITERATURY

1. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. 168 s., Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
2. FUNK, Karel. *Provázení stářím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*. Praha: Malvern, 2014. 319 s., Adam a Eva. ISBN 978-80-87580-70-7.
3. CHRASTINA, Jan a Naděžda ŠPATENKOVÁ. *Sexualita a intimita v závěru života: Sexuality and intimacy in the end-of-life*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. 224 s., ISBN 978-80-244-5304-0.
4. KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. 341 s., Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-5049-4.
5. KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2010. 134 s., ISBN 978-80-904516-4-3.
6. KISVETROVÁ, Helena. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, 2018. 149 s., ISBN 978-80-7345-496-8.
7. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. 216 s., Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.
8. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. 163 s., Sestra (Grada). ISBN 9788024720692.
9. LUXEM, Jürgen, Klaus RUNGGALDIER, Harald KÜHN a Frank FLAKE. *Rettenngsdienst heute*. 5. Aufgabe. München: Urban & Fischer, 2010. 664 s., ISBN 978-3-437-46192-
10. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. 328 s., Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
11. MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 2015. 155 s., ISBN 978-80-905809-4-7.
12. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. 128 s., Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.

13. MIŠINOVÁ, Mariana. *Ošetrovatelstvo v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2016. 105 s., ISBN 978-80-210-8433-9.
14. NIEDERMANN, Eva, Claudia PFLUGSHAUPT, Heinz RÜEGGER a Beatrice SCHÄR. *Paliatívni péče: úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2016. 73 s., ISBN 978-80-906320-3-5.
15. ROKYTA, Richard, Jitka FRICOVÁ, Jiří KOZÁK, Miloslav KRŠIAK, Jan LEJČKO a Ivan VRBA. *Léčba bolesti ve stáří*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta, 2015. 112 s., Aeskulap. ISBN 978-80-204-3945-1.
16. SLÁMA, Ondřej a Ludmila PLÁTOVÁ. *Rady pro závěr života*. Vydání druhé. Praha: Diakonie ČCE, 2017. 63 s., Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-31-0.
17. STIBOROVÁ, Denisa a Jiří FREI. *Paliatívni péče a umírání v domácím prostředí*. Sedlec-Prčice: Stiborová Denisa, 2018. 66 s., ISBN 978-80-270-3719-3.
18. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. 149 s., ISBN 978-80-7195-580-1.
19. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Ilustroval Jitka ŘENČOVÁ. Praha: Grada, 2013. 223 s., Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3736-2.
20. TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. 166 s., ISBN 978-80-246-2941-4.

Internetové zdroje

21. DUBCOVÁ, Iva. Etika umírání a smrti [online]. © 2019 Mladá fronta, 10.10.2011 [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/etika-umirani-a-smrti-461772>
22. FERNANDES, Irina. Sterben: Tod und Trauer [online]. © WDR 2019, 9.1.2019 [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: https://www.planet-wis-sen.de/gesellschaft/tod_und_trauer/sterben/index.html?fbclid=IwAR3sxaGXmbrGvpFghmOTOySeDgKn_3DxOE0-JBKj9ucsFmmODiXpxp3_0o

23. Sterben und Tod [online]. © 2013 - 2018 Schweizerisches Rotes Kreuz, 2018 [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: <http://www.pflege-entlastung.ch/informationen/sterben-und-tod>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Rešerše.

Příloha 2: Seznam členů Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

Příloha 3: Hierarchie potřeb dle A. H. Maslowa

Příloha 4: Obličejová škála pro hodnocení intenzity bolesti.

Příloha 5: Představa pacienta o laskavé péči.

Příloha 6: Dotazník.

Příloha 7: Informační leták.

PŘÍLOHY

Příloha 1 Rešerše



**Studijní a vědecká knihovna
Plzeňského kraje**

Bibliografická rešerše

Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje, příspěvková organizace, Smetanovy sady 179/2, 301 00 Plzeň
IČO: 00078077, zapsána u Krajského soudu v Plzni, spis. Zn. Pr 760
ODDĚLENÍ PREZENČNÍCH SLUŽEB – SPECIÁLNÍ STUDOVNA

Číslo rešerše: 55/2018
Počet záznamů: 30 záz. + příl.

Informovanost laické veřejnosti o mobilní hospicové péči Smrt a umírání, paliativní péče

Vypracoval/a: Stanislava Stehlíková
červen 2018

Analytický list

Druhy dokumentů v rešerši:

KNIHY – 13
ČLÁNKY – 13

ELEKTRONICKÉ ZDROJE – 4

Časové vymezení: 2008-2018

Jazykové vymezení: čeština, angličtina, slovenština

Použité informační zdroje:

katalogy SVK PK a jiných knihoven, katalogy souborné databáze Národní lékařské knihovny Bibliomedica/Medvik zahraniční plnotextové licencované databáze (EBSCO, ProQuest) Internet

Způsob uspořádání dokumentů:

Rešerše je rozdělena na části *Knihy*, *Články* a *Elektronické zdroje*. V těchto částech jsou záznamy řazeny abecedně podle autora a opatřeny signaturami SVK PK, na základě kterých lze knihy v knihovně zapůjčit. Rešerše obsahuje přílohu, ve které je uvedena další literatura.

Poznámky:

Požadované knihy kromě titulů umístěných ve volném výběru knih si můžete objednat prostřednictvím elektronického katalogu SVK PK.

Volný výběr knih se nachází ve 2. patře budovy, pokud je hledaný titul půjčen, lze na něj prostřednictvím elektronického katalogu pořídit rezervaci.

Dokumenty z jiných knihoven zajišťuje meziknihovní služby na pracovišti výpůjční protokol v přízemí budovy SVK PK (mvs@svkpk.cz). Tyto služby jsou zpoplatněny.

Časopisy a noviny (periodika) jsou určena k prezenčnímu studiu – poslední dva roky v čitelně bez předchozího objednání, starší vázané je třeba objednat (do čitelné nebo studovny).

U záznamů v rešerši jsou uváděny tučně základní signatury a k objednání prostřednictvím online katalogu je nutno vybrat příslušný rok a svazek.

Licencované elektronické zdroje jsou dostupné prostřednictvím webových stránek SVK PK (<https://login.ez-proxy.svkpl.cz>)

UPOZORNĚNÍ: Časopisy z r. 2016 budou v průběhu roku 2018 v SVK PK nedostupné z důvodu vazby.

Záznamy v rešerši jsou v souladu s normou ČSN ISO 690 (Bibliografická citace).

Zkratky použité v rešerši:

SVK PK= Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje

Knihy

1. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5402-4.
signatura SVK PK: 31B65937 **umístění ve volném výběru: 616**
2. ČERNÝ, David, ed. a DOLEŽAL, Adam, ed. *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otázky na konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013. 251 s. Edice Kabinetu zdravotnického práva a bioetiky. ISBN 978-80-87439-15-9.
ve fondu jiných knihoven (např. Národní lékařská knihovna Praha, K 89211)
3. KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta, 2017. 317 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4225-3.
signatura SVK PK: 31B78424 **umístění ve volném výběru: 613.98**
4. KALVACH, Zdeněk a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2010. 134 s. ISBN 978-80-904516-4-3.
signatura SVK PK: 31B47028
5. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Překlad Jiří Královec. Praha: Portál, 2015. 316 s. ISBN 978-80-262-0911-9.
signatura SVK PK: 31B70193 **umístění ve volném výběru: 364-7**
6. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. 216 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4650-0.
signatura SVK PK: 31B63223
7. KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Praha: Grada, 2016. 112 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5707-0.
signatura SVK PK: 391A67328 **umístění ve volném výběru: 616-083**
8. MARKOVÁ, Alžběta a kol. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualiz. vyd. [Praha]: Cesta domů, 2015. 155 s. ISBN 978-80-905809-4-7.
signatura SVK PK: 31B73193 **umístění ve volném výběru: 616-083**
9. MIŠINOVÁ, Mariana. *Ošetrovatelstvo v paliativnej a hospicovej starostlivosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2016. 106 s. ISBN 978-80-210-8433-9.
signatura SVK PK: 391A69026
10. SLÁMA, Ondřej, DRBAL, Josef a PLÁTOVÁ, Ludmila. *Umřít doma: příručka pro laické pečující*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008. 79 s. Laická péče. ISBN 978-80-254-2788-0.
signatura SVK PK: 391A57575
11. STIBOROVÁ, Denisa a FREI, Jiří. *Paliativní péče a umírání v domácím prostředí*. Sedlec-Prčice: Stiborová Denisa, 2018. 66 s. ISBN 978-80-270-3719-3.
signatura SVK PK: 391A70064

12. ŠPATENKOVÁ, Naděžda et al. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, 2014. 315 s. ISBN 978-80-7492-138-4.
signatura SVK PK: 31B62406
13. TOMEŠ, Igor et al. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, 2015. 166 s. ISBN 978-80-246-2941-4.
signatura SVK PK: 31B68822 **umístění ve volném výběru: 364**

Doporučujeme

LOUČKA, Martin et al. *Organizace mobilní specializované paliativní péče v Evropě*. Praha: Centrum paliativní péče, 2015. 33 s. ISBN 978-80-906109-0-3. Dostupné také z:
https://cestadomu.cz/file/485/download?token=VN_K-V3k
ve fondu jiných knihoven (např. Moravská zemská knihovna Brno, signatura 2-1359.380)

ONDRAČKA, Lubomír et al. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. 2. vyd. V Praze: Cesta domů, 2017. 116 s. ISBN 978-80-88126-22-5.
signatura SVK PK: 31B80189

Články

14. DILLON, Ellis C. How home hospice care facilitates patient and family engagement. *Death Studies*. 2016, vol. 40, no. 10, s. 591-600. ISSN 07481187.
text článku dostupný prostřednictvím databáze EBSCO
15. DUBCOVÁ, Iva a RALBOVSKÁ, Dana Rebecka. Strach ze smrti, umírání a umění doprovázet z pohledu všeobecné sestry a laické veřejnosti. *Florence*. 2011, roč. 7, č. 4, s. 24-30. ISSN 1801-464X.
signatura SVK PK: 36A3153/2011
16. KABELKA, Ladislav a SLÁMA, Ondřej. Mobilní specializovaná paliativní péče. *Zdravotnictví a medicína*. 2017, roč. 2017, č. 5, s. 4-5. ISSN 2336-2987.
t.č. bez předchozího objednání v čítárně časopisů
17. KEHL, Karen A. et al. Materials to Prepare Hospice Families for Dying in the Home. *Journal of Palliative Medicine*. 2008, vol. 11, no. 7, s. 969-972. ISSN 10966218.
text článku dostupný prostřednictvím databáze EBSCO
18. LENOCHOVÁ, Eva a BLINKOVÁ, Milada. Hospicová a paliativní péče. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 12, s. 47-48. ISSN 1210-0404.
signatura SVK PK: 36A1361/2008
19. LEŠKOVÁ, Ludmila. Hospic očima veřejnosti. *Florence*. 2015, roč. 11, č. 11, s. 26-27. ISSN 1801-464X.
signatura SVK PK: 36A3153/2015
20. LUDVÍK, Miloslav. Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2017, roč. 2017, č. 13, s. 23-27. ISSN 1211-0868. Dostupné také z:
https://www.paliatr-vysocina.cz/wp-content/uploads/2017/12/mz-metodicky_pokyn_mspp.pdf
t.č. v čítárně časopisů bez předchozího objednání

21. SKÁLA, Bohumil. Mobilní hospicová péče. *Practicus*. 2014, roč. 13, č. 8, s. 5. ISSN 1213-8711.
signatura SVK PK: 36A2751/2014
22. SLÁMOVÁ, R. Co může nabídnout mobilní specializovaná paliativní péče. *Klinická onkologie*. 2017, roč. 30, suppl. 1, s. S60. ISSN 0862-495X.
t.č. v čítárně časopisů bez předchozího objednávání
23. ŠAFÁŘOVÁ, R. a ZÁVADOVÁ, Irena. Mobilní hospic - jedna z forem paliativní péče o terminální nemocné. *Prague Onco Journal*. 2010, č. 1, s. 86-87. ISSN 1804-225.
signatura SVK PK: 36A3962/2010
24. UHLÍŘ, Marek. Co nabízí mobilní hospicová péče praktickému lékaři?. *Medicína pro praxi*. 2012, roč. 9, suppl. B, s. B19-B20. ISSN 1214-8687.
signatura SVK PK:36A3350/2012
25. ZÁVADOVÁ, Irena a KRUTSKÁ, A. Mobilní hospic - možnosti a limity práce s pacientem v terénu. *Prague Onco Journal*. 2013, č. 4, s. 77-78. ISSN 1804-2252.
signatura SVK PK: 36A3962/2013
26. ZÁVADOVÁ, Irena. Péče o nevléčitelně nemocné a umírající v domácím prostředí. *Časopis lékařů českých*. 2018, roč. 157, č. 1, s. 9-12. ISSN 0008-7335.
t.č. bez předchozího objednání v čítárně časopisů

Doporučujeme

HEGMONOVÁ, Eva. Informační zpráva o realizaci pilotního programu mobilní specializované paliativní péče v ČR. *Bolest*. 2015, roč. 18, č. 3, s. 167-168. ISSN 1212-0634.
signatura SVK PK: 36A2327/2015

Elektronické dokumenty

27. ADAMČÍKOVÁ, Hana. Služba doprovázení pro umírající a pozůstalé v rámci projektu Mobilní hospic [elektronický zdroj]. In: *Řízená kvalita ve zdravotní a sociální sféře: mezinárodní konference* [CD-ROM]. Ostrava: Dům techniky Ostrava, 2012, s. C25-C28. ISBN 978-80-02-02410-1.
signatura SVK PK: 51A2447/2012
28. ŠEVČÍKOVÁ, Blažena a MACHÁLKOVÁ, Lenka. Informovanost laické veřejnosti o hospicové péči a jejích možnostech v České republice. In: *Ošetřovatelský výzkum a praxe založená na důkazech* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2016 [cit. 12.6.2018], s. 221-222. ISBN 978-80-7464-826-7. Dostupné z: <https://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/sbornik-2016.pdf>.
29. ŠERFELOVÁ, Radka a NEMCOVÁ, Jana. Rodina v starostlivosti o zomírajícího. *Profese on-line* [online]. 2008, roč. 1, č. 2 [cit. 12.6.2018], s. 124-135. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2008/02/07.pdf> /
30. *Pilotní program mobilní specializované péče* [online]. Brno: ČSPM ČLS JEP, 18.4.2016 [cit. 8.6.2018]. Dostupné z: <https://www.paliativnimediceina.cz/pilotni-program-mobilni-specializovane-pecel/>.

Další literatura

BYOCK, Ira. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Překlad Ladislav Šenkyřík. Vyd. 2. Praha: Vyšehrad, 2013. 325 s. Cesty; sv. 10. ISBN 978-80-7429-134-0.

signatura SVK PK: 31B55611 **umístění ve volném výběru: 616**

GAWANDE, Atul. *Nežijeme věčně: medicína a poslední věci člověka*. Překlad Bronislava Bartoňová. Praha: Dokořán, 2016. 237 s. ISBN 978-80-7363-702-6.

signatura SVK PK: 31B71714 **umístění ve volném výběru: 614.2**

ONG, Jeremy et al. Correlates of Family Satisfaction with Hospice Care: General Inpatient Hospice Care versus Routine Home Hospice Care. *Journal of Palliative Medicine*. 2016, vol. 19, no. 1, s. 97-100. ISSN 1096-6218.

text článku dostupný prostřednictvím databáze EBSCO

MENDIETA, Maximiliano. The Dying Experience at Home and the Hospice Care Organization: a Cast of Nurses, Family Members and the Patient. *Journal of Management Policy*. 2015, vol. 16, no. 2, s. 38-47. ISSN 19138067.

text článku dostupný prostřednictvím databáze EBSCO

Absolventské práce

BAKALÍKOVÁ, Kateřina. *Informovanost veřejnosti o problematice hospicové a paliativní péče*. Zlín, 2015. 87 s. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav pedagogických věd. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/37103>.

PATKOVÁ, Dagmar. *Stresová zátěž v rodině umírajícího*. České Budějovice, 2014. 52 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, Teologická fakulta. Dostupné také z:

<https://wstag.jcu.cz/StagPortletsJSR168/KvalifPraceDownloadServlet?typ=1&adipidno=35267>.

Literatura vydaná před r. 2008

MIŠOŇOVÁ, Alžběta. *Mobilní hospic: na cestě s nemocnými a jejich rodinami*. Praha: Cesta domů, 2006. 8 s.

ve fondu jiných knihoven (Knihovna Cesty domů Praha, signatura SX01660MO1)

SOUKUPOVÁ, Tereza a BUCHTOVÁ, Irena. *Mobilní hospic: doprovázení pečujících a pozůstalých*. Praha: Cesta domů, 2006. 6 s.

ve fondu jiných knihoven (Knihovna Cesty domů Praha, signatura SX01662MO3)

ŠPINKOVÁ, Martina a ŠPINKA, Štěpán. *Standardy domácí paliativní péče: podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. Praha: Cesta domů, 2004. 37 s. ISBN 80-239-4329-4. ISBN 80-239-4329-4.

signatura SVK PK: 392A38273

ŠPINKOVÁ, Martina. *Mobilní hospic: principy a organizace funkčního zázemí pro rodiny, které se rozhodly pečovat o svého umírajícího doma*. Praha: Cesta domů, 2006. 7 s.

ve fondu jiných knihoven (Knihovna Cesty domů Praha, signatura SX01661MO2)

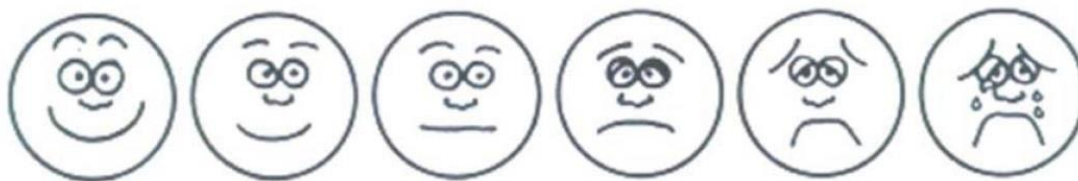
Příloha 2 Seznam členů Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

Lůžkový hospic	Počet lůžek	Zřizovatel
1. Hospic sv. Zdislavy, Liberec	28	o. p. s. ¹⁴
2. Hospic sv. Štěpána, Litoměřice	26	z. s. ¹⁵
3. Hospic v Mostě, Most	15	o. p. s.
4. Nemocnice pod Petřínem, paliativní odd., Praha	13	CPO ¹⁶
5. Hospic Štrasburk, Praha	25	o. p. s.
6. Hospic Malovická, Praha	30	z. s.
7. Hospic Dobrého Pastýře, Čerčany	30	o. p. s.
8. Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice	30	o. p. s.
9. Hospic Chrudim, Chrudim	30	z. ú. ¹⁷
10. Hospic Anežky České, Červený Kostelec	30	CPO
11. Hospic sv. Alžběty, Brno	22	o. p. s.
12. Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad	50	CPO
13. Hospic na Sv. Kopečku, Olomouc	30	CPO
14. Hospic Citadela, Valašské Meziříčí	28	CPO
15. Hospic Frýdek-Místek, Frýdek-Místek	30	p. o. ¹⁸
16. Hospic sv. Lukáše, Ostrava	30	CPO
17. Hospic sv. Lazara, Plzeň	28	z. s.

Příloha 3 Hierarchy of needs according to A. H. Maslow



Příloha 4 Obličejová škála pro hodnocení intenzity bolesti.



0
Nebolí

2
Bolí
málo

4
Bolí
o něco víc

6
Bolí
ještě víc

8
Bolí
celkem
hodně

10
Bolí
nejhůř

Příloha 5 Představa pacienta o laskavé péči.

„Když ke mně přijdete i přesto, že víte, co všichni víme, že umírám.

Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profese, které selhaly v zajištění mého uzdravení.

Když ke mně přijdete a věříte ve mne, uzdravení - neuzdravení.

Když se mnou trávíte čas, ačkoli vám to nemohu vrátit.

Když mě berete jako individualitu.

Když si vzpomenete na maličkosti, které jsou mi milé, když vzpomenete na mé blízké.

Když se zajímáte i o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti.

Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mou osobu.

Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu.

Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce.

Tím se ve vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až přijde.“ (DUBCOVÁ, 2011, cit. 3. 3. 2019)

Příloha 6 Dotazník.

Mobilní hospicová péče

Jmenuji se Tereza Šubrtová a jsem studentkou oboru všeobecná sestra na Fakultě Zdravotnických studií ZČU v Plzni. Pro bakalářskou práci jsem zvolila téma mobilní hospicové péče, a proto si Vás dovoluji poprosit o vyplnění anonymního dotazníku sloužícího ke zmapování informovanosti laické veřejnosti o mobilní hospicové péči.

Vámi vybranou odpověď zaškrtněte. Pokud není uvedeno jinak označte pouze jednu odpověď. Za váš čas věnovaný k vyplnění dotazníku velice děkuji.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- žena
- muž

2. Kolik je Vám let?

- 20 – 35 let
- 36 – 50 let
- 51 – 65 let
- 66 a více

3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

- základní
- vyučen
- vyučen s maturitou
- úplné SŠ s maturitou
- vyšší odborná škola
- vysoká škola

4. Máte zdravotnické vzdělání? (střední nebo vysoká škola, kurz atd.)

- ano
- ne

5. Setkali jste se již se smrtí ve vašem blízkém okolí?

ano:

v rodině

u kamaráda

ne

6. Vyberte správná tvrzení. (více správných odpovědí)

Paliativní péče je celková péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na léčbu.

Paliativní péče zajišťuje každému pacientovi naprosto bezbolestnou smrt.

Důležité je tišení bolesti, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných.

Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality konce života nemocných.

V paliativní péči se neřeší otázky intimity a sexuality.

Služby jsou zajišťovány lékařsky řízeným týmem profesionálů i dobrovolníků.

Paliativní péči nehradí pojišťovna.

V paliativní péči se u pacientů nesetkáváme s depresemi ani úzkostmi.

Po smrti nemocného je k dispozici péče o pozůstalé.

7. Jaká pracoviště se specializují přímo na paliativní péči?

léčebna dlouhodobě nemocných, interní oddělení, sociální lůžka, domácí péče, domácí hospicová péče, urologické oddělení, kardiologické oddělení

lůžkový hospic, domácí hospicová péče, ambulance paliativní medicíny, oddělení paliativní péče, stacionární paliativní péče, speciální hospicová poradna

sociální lůžka, ordinace obvodního lékaře, geriatrické oddělení, domácí péče, gynekologické oddělení

8. Znáte pojem mobilní hospicová péče?

péče profesionálů, za kterou pacienti denně dojíždějí

místo, kam pacient ráno přijede, stráví zde den během kterého je o něj profesionálně pečováno a večer zase odjíždí

péče o pacienta v domácím prostředí prováděná týmem profesionálů, kteří dojíždějí za pacientem dle jeho zdravotního stavu a potřeb

9. Jaký je CÍL týmu mobilního hospice?

- udržet pacienta v domácím prostředí aby stát ušetřil peníze za péči ve zdravotnickém zařízení
- splnění přání pacientovo rodinných příslušníků nikoli přání pacienta
- aby pacient zůstal v domácím prostředí, dostal co nejkvalitnější specializovanou paliativní péči a aby byla naplněna přání pacienta v oblasti sociální, psychologické a duchovní
- rozšířit co nejvíce mobilní hospicovou péči

10. Kdo pečuje o pacienta v týmu mobilního hospice?

- pouze všeobecná sestra a lékař
- všeobecná sestra, lékař s atestací v paliativní medicíně, sociální pracovník, ošetřovatel, psychoterapeut nebo psycholog, dobrovolník, terapeut pro pozůstalé, pastorační pracovník, nutriční terapeut, fyzioterapeut
- lékař, všeobecná sestra, ošetřovatel, psycholog, fyzioterapeut, kadeřník

11. Kdo může využít služby mobilní hospicové péče?

- každý kdo chce
- pouze dětský pacient v konečném stadiu života
- nevléčitelně nemocný, nemocný v konečném stádiu života a to jakéhokoli věku
- pouze umírající starý pacient

12. Jaké jsou podmínky pro přijetí do mobilní hospicové péče?

- pacient se svobodně rozhodl že chce zůstat v domácím prostředí, pacient trpí nevléčitelnou nemocí, minimálně jeden blízký se rozhodl převzít každodenní celodenní péči o pacienta, tým hospice je schopen zajistit pacientovi péči, místo bydliště pacienta nesmí být vzdáleno více než daný mobilní hospic dojíždí
- pacient si péči plně uhradí
- pacientovi péči nařídí obvodní lékař

13. V jakém časovém rozmezí je pro klienta mobilní hospicová péče dostupná?

- pouze pracovní dny (pondělí-pátek) 24h. denně
- každý den 24h. denně
- každý den od 6 do 18 hodin

14. Kde jste se setkal/a s tématem umírání a smrti? (více možných odpovědí)

- ve škole
- u známých
- na internetu
- v tisku (např. noviny)
- v televizi
- v rodině
- v rádiu
- u odborníka (zdravotník, sociální pracovník)
- nesetkal/a

15. Znáte někoho, kdo využil hospicovou péči pro rodinného příslušníka?

- nikoho takového neznám
- využil hospicovou péči
- využil sociální lůžka
- využil mobilní hospicovou péči
- jiné (doplňte)

16. Pokud byste měl/a zájem o možnost získat více informací o mobilní hospicové péči jakou by to bylo formou?

- formou přednášky
- formou internetového online kurzu
- formou informačního letáku
- nevím
- nemám zájem

17. Co pro Vás znamená důstojné umírání? (zvolte maximálně 4 možnosti)

- v domácím prostředí které znám
- v nemocnici pod lékařským dohledem
- v zařízení které je k tomu určené
- bezbolestně v klidu
- být při smyslech a soběstačný
- o samotě, nebýt na obtíž pro okolí
- mít vyřešené vztahy, pozůstalost a osobní záležitosti
- ve spánku
- v blízkosti blízkých osob
- stářím

18. Bylo by pro Vás obtížné pečovat v domácím prostředí o umírající blízkou osobu?

- nezvládl/a bych péči po psychické stránce
- nezvládl/a bych péči po fyzické stránce
- péči bych nezvládl/a
- péči bych zvládl/a
- neumím si to představit
- jiné (doplňte).....

Příloha 7 Informační leták.

KONTAKTY

DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE

- Domácí hospic cesta domů
Boleslavská 16
Praha 3
www.cestadomu.cz
- Domov – plzeňská hospicová péče, z.ú.
Jižní Svahy 811
330 27 Vejprnice
www.domov-plzen.cz
- Hospic sv. Jiří
náměstí Republiky 70
347 01 Tachov
www.hospictachov.cz
- Domovinka
Úslavská 2357/75
326 00 Plzeň 2 Slovany
www.domovinka.cz

POUŽITÁ LITERATURA:

- MIŠÍNOVÁ, Mariana. *Ošetrovateľstvo v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2016, 105 s., ISBN 978-80-210-8433-9.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliatívnej péči*. Praha: Grada, 2010, 128 s., Sestra (Grada), ISBN 978-80-247-3171-1.
- STIBOROVÁ, Denisa a Jiří FREI. *Paliatívni péče a umírání v domácím prostředí*. Sedlec-Prčice: Stiborová Denisa, 2018, 66 s., ISBN 978-80-270-3719-3.
- ŠPULÁKOVÁ, Jana. *LIMITY MOBILNÍ HOSPICOVÉ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICĚ*. Hradec Králové, 2008. Bakalářská práce. U NIVERZITA KARLOVA V PRAZE, LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ. Vedoucí práce MUDr. Marie Svatošová.
- STIBOROVÁ, Denisa a Jiří FREI. *Paliatívni péče a umírání v domácím prostředí*. Sedlec-Prčice: Stiborová Denisa, 2018, 66 s., ISBN 978-80-270-3719-3.

AUTOR – TEREZA ŠUBRTOVÁ



MOBILNÍ HOSPICOVÁ PÉČE

MOBILNÍ HOSPICOVÁ PÉČE

- poskytuje paliativní péči
- pacienta navštěvuje v domácím prostředí
- je určena pacientům v konečné fázi života
- dostupná je 24h denně
- péči poskytuje tým profesionálů zejména všeobecná sestra a lékař
- zajišťuje pacientovi důstojný závěr života kvalitní ošetrovatelskou péčí zaměřující se na bio-psycho-sociální potřeby napomáhá v zachování důstojnosti, v boji proti úzkosti, strachu i osamocení
- podporuje a pomáhá blízkým nemocného v době péče ale i v době truchlení

PALIATIVNÍ PÉČE

- Celkový přístup k nevléčitelně nemocnému člověku s cílem léčby bolesti a řešení sociálních, duchovních a psychologických problémů.
- Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocného a jeho rodiny.

PŘIJETÍ DO DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE ZÁVISÍ NA TOM, ZDA:

- Pacient trpí nevléčitelným onemocněním v pokročilém stádiu.
- Pacient byl seznámen se svým zdravotním stavem a přiměřeně porozuměl závažnosti své nemoci.
- Pacient rozumí možnostem a limitům domácí hospicové péče a souhlasí s jejími principy.
- Pacient si přeje péči v domácím prostředí.
- Neexistují závažné zdravotní, sociální či jiné důvody znemožňující možnost péče v domácím prostředí.
- Rodina je informována o zdravotním stavu nemocného a přiměřeně svým možnostem porozuměla.
- Rodina rozumí možnostem a limitům domácí hospicové péče a souhlasí s jejími principy.
- Rodina je ochotná se podílet na domácí paliativní péči a v rodině či mezi pacientovými blízkými je alespoň jedna osoba připravená převzít odpovědnost za nepřetržitou péči o pacienta.