

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

**2011–2017**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Lenka Řeřichová**

**Vzdělávání pracovníků v oblasti paliativní péče**

Praha 2017

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Martin Loučka, PhD.

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

MASTER PART TIME STUDIES

2011–2017

**DIPLOMA THESIS**

**Lenka Řeřichová**

**Education of Employees in Palliative Care**

Prague 2017

The Diploma Thesis Work Supervisor: PhDr. Martin Loučka, PhD.

**Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne ..... ..

Lenka Řeřichová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce, PhDr. Martinu Loučkovi, PhD., za cenné rady, ochotu a trpělivost při zpracovávání mé diplomové práce. Poděkování patří také doc. RNDr. Lence Komárkové, PhD., za odborné konzultace při statistickém vyhodnocení průzkumného šetření.

## **Anotace**

Diplomová práce ve své teoretické části shrnuje již publikované poznatky o paliativní péči, jejích principech, významu a formách, vysvětluje fungování paliativního týmu a představuje konkrétní projekt implementace paliativní péče do prostředí Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. Dále zmiňuje specifika profesního vzdělávání zdravotníků, národní koncepcí vzdělávání v paliativní péči a shrnuje možnosti vzdělávání pracovníků v oblasti paliativní péče v České republice. Praktická část práce je zaměřena na znalosti a postoje vůči paliativní péči mezi zdravotními sestrami Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. Součástí práce je také příprava a realizace konkrétní vzdělávací akce a evaluace jejího dopadu formou dotazníkového šetření.

## **Klíčová slova**

Dotazníkové šetření, koncepce paliativní péče, kreditní systém, multidisciplinární paliativní tým, nemocniční paliativní péče, oddělení paliativní péče, paliativní péče, registrace zdravotnických pracovníků, vzdělávání v paliativní péči.

## **Annotation**

The theoretical part of the diploma thesis summarizes the already published knowledge on the issue of palliative care, its principles, importance and forms, explains the work of palliative support team and introduces the real project of the implementation of palliative care into the Jindřichův Hradec's Hospital. There are also mentioned the specifics of the professional education of medical staff, national conceptual materials regarding education in palliative care and summarized the options of employees' education in palliative care in the Czech Republic. The practical part of the thesis is focused on knowledge and attitude to palliative care among practical nurses working in the Jindřichův Hradec's Hospital. Also, preparation and realization of the specific educational action as well as evaluation of its impact by way of questionnaire survey make part of the thesis.

## **Key words**

Conception of palliative care, Credit system, Education in palliative care, Hospital palliative care, Inpatient palliative care unit, Palliative care, Palliative support team, Questionnaire survey, Registration of medical staff.

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ.....</b>	<b>11</b>
1.1 Definice paliativní péče .....	11
1.2 Další pojmy vztahující se k péči o umírající.....	13
1.3 Principy a význam paliativní péče .....	15
1.3.1 Paliativní tým.....	16
1.4 Formy poskytování paliativní péče v ČR .....	17
1.5 Projekt zřízení Oddělení paliativní péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.....	20
<b>2 SPECIFIKA PROFESNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ .....</b>	<b>23</b>
2.1 Fáze ve vzdělávání zdravotníků.....	23
2.2 Legislativa profesního vzdělávání zdravotníků .....	25
2.3 Kreditní systém .....	27
2.4 Registrace zdravotnických pracovníků .....	28
2.5 Neprovázanost ve vzdělávání lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků...	29
<b>3 MOŽNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ PRACOVNÍKŮ V OBLASTI PALIATIVNÍ PÉČE V ČR.....</b>	<b>31</b>
3.1 Téma vzdělávání v koncepcích rozvoje paliativní péče v ČR .....	31
3.2 Odborné organizace pro vzdělávání v paliativní péči.....	35
3.3 Vzdělávání lékařů v paliativní péči .....	37
3.4 Vzdělávání zdravotních sester v paliativní péči .....	38
3.5 Vzdělávání sociálních pracovníků v paliativní péči .....	39
3.6 Vzdělávání psychologů v paliativní péči .....	41
3.7 Vzdělávání duchovních v paliativní péči.....	41
3.8 Dobrovolníci v paliativní péči .....	42
<b>4 IMPLEMENTACE PALIATIVNÍ PÉČE DO PROSTŘEDÍ NEMOCNICE.....</b>	<b>46</b>
4.1 Možné překážky v implementaci paliativní péče do nemocničního zařízení .....	46
4.2 Výzvy spojené s implementací paliativní péče do nemocničního zařízení .....	49
4.3 Překážky a výzvy spojené s projektem zřízení Oddělení paliativní péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.....	51
4.3.1 Charakteristika společnosti Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. ....	51

4.3.2 Překážky a výzvy spojené se zřízením Oddělení paliativní péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.....	53
<b>5 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ A VZDĚLÁVACÍ AKCE NA TÉMA „PROJEKT ZŘÍZENÍ ODDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE V NEMOCNICI JINDŘICHŮV HRADEC, a.s.“.....</b>	<b>55</b>
5.1 Vymezení výzkumného cíle.....	55
5.2 Výběr zařízení a respondentů pro výzkum .....	56
5.3 Metodika sběru dat.....	56
5.4 Vzdělávací akce na téma „Implementace paliativní péče do činnosti Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.....	58
5.4.1 Příprava a realizace navržené vzdělávací akce .....	59
<b>6 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT .....</b>	<b>62</b>
6.1 Výsledky dotazníkového šetření před vzdělávací akcí .....	63
6.2 Porovnání výsledků dotazníkového šetření před a po vzdělávací akci.....	73
6.3 Vyhodnocení platnosti hypotéz .....	82
<b>7 DISKUSE.....</b>	<b>87</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>91</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>95</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>105</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ A TABULEK.....</b>	<b>106</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>108</b>



## ÚVOD

„Medicína je sice skvěle připravená udržovat život, na smrt však zapomněla“ (Malcolm Gladwell o knize A. Gawandeho „Nežijeme věčně“)

*„Možnosti moderní medicíny významně změnila běh lidského života. Lidé dnes žijí déle a mnohem kvalitněji než kdy v minulosti. Vědecký pokrok však stárnutí a umírání změnil v lékařskou záležitost“* (GAWANDE, 2016, s. 13), došlo k tzv. medikalizaci umírání. Necelá čtvrtina občanů České republiky dnes umírá doma, ve většině případů jde však o úmrtí akutní, nikoliv očekávaná (Umírání.cz, online, cit. 2017-02-03). Umírání se přesunulo do nemocnic a ústavů. Jsou však na tento fakt zdravotníci dostatečně připraveni?

*„Z historického pohledu se paliativní péče v naší zemi vyvíjela podle britského modelu, tedy přes budování lůžkových hospiců, zřizovaných nejčastěji občanskými sdruženími či charitativními organizacemi“* (LOUČKA In: BUŽGOVÁ, 2015, s. 10). Výsledkem této nelehké fáze je síť lůžkových zařízení hospicové péče, které dnes pokrývají většinu regionů České republiky. Stále však platí, že téměř dvě třetiny umírajících končí svůj životní příběh v nemocničním zařízení či léčebně dlouhodobě nemocných, proto je dalším logickým krokem v rozvoji paliativní péče její implementace právě do prostředí těchto zařízení. Jenom tak bude systém celistvý a paliativní péče jakožto základní lidské právo dostupná všem, kteří ji potřebují.

Osobní zkušenost s tématem umírání v nemocnicích mě před lety přivedla ke spoluzaložení neziskové organizace, která si vytkla za svůj cíl zřídit v mém rodném městě, Jindřichově Hradci, zařízení hospicového typu, kde by byla nevyčísitelně nemocným pacientům poskytována specializovaná paliativní péče. Snahy této organizace posléze vyústily v projekt vytvoření Oddělení paliativní péče v nemocnici v Jindřichově Hradci. Následovalo vytvoření multidisciplinárního paliativního týmu a vyvstala potřeba systematického vzdělávání jeho členů v oblasti paliativní péče. Cíl teoretické části diplomové práce byl tedy nasnadě – zorientovat se v labyrintu vzdělávacích nabídek odborných společností v České republice a zmapovat základní možnosti vzdělávání v této oblasti pro jednotlivé členy paliativního týmu.

Implementace paliativní péče do prostředí nemocnice však znamená systémovou změnu, dalece přesahuje hranice specializovaného oddělení, má vliv na uvažování, rozhodování a postoj prakticky všech zaměstnanců nemocnice. Cílem praktické části diplomové práce je tedy zorganizovat vzdělávací akci pro konkrétní skupinu zdravotníků a pomocí průzkumného šetření před a po absolvování této akce zjistit, k jakému u nich došlo posunu v povědomí a informovanosti o paliativní péči obecně, projektu nemocnice Jindřichův Hradec a následně k posunu v postoji k implementaci konceptu paliativní péče do našeho zařízení. Šetření bude probíhat formou dotazníku „před“ a „po“ absolvování konkrétní vzdělávací akce a k jeho vyhodnocení budou použity adekvátní statistické metody.

Největší motivací v psaní diplomové práce je osobní zainteresovanost na všech fázích projektu zřízení Oddělení paliativní péče v našem nemocničním zařízení a mým cílem je vytvořit užitečného průvodce pro účely plánování vzdělávání členů paliativního týmu, ale i ostatních zaměstnanců nemocnice v oblasti paliativní péče.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

V roce 2014 byla provedena analýza dat týkajících se úmrtí v České republice a na Slovensku, jednalo se o první výzkum tohoto druhu v zemích východní Evropy. Z údajů z roku 2011 vyplynulo, že v ČR zemřelo 20,4% lidí doma, 58,4% v nemocnici, 12,2% v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN) a 9,1% na jiném místě (LOUCKA et al., 2014, s. 3-7). V letech 2011 a 2013 pak hospicové sdružení Cesta domů iniciovalo dvě rozsáhlá dotazníková šetření ve spolupráci s agenturou STEM/MARK. Z výsledků novějšího z nich vyplývá, že doma si přeje zemřít 78% dotazovaných, v nemocnici 11%, v hospici a sociálních zařízeních 9% a v LDN pouhá 2% (Umirani.cz, online, cit. 2015-11-20). Jinými slovy, přestože si většina z nás přeje zemřít doma, poštěstí se to pouze necelé čtvrtině. Co tedy učinit pro zhruba 70% pacientů, kteří tráví poslední chvíle svého života v nemocnicích a LDN? Nabízí se možnost přinést k nim koncept péče, který se zásadně liší od péče kurativní, která je ve zdravotnických zařízeních standardem. A sice **koncept péče paliativní**, která je poskytována pacientům s nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém či terminálním stadiu.

### 1.1. Definice paliativní péče

*„Samotné slovo „paliativní“ je odvozeno od latinského „pallium“, což znamená roušku či plášť“ (Výbor ministrů Rady Evropy členským státům, 2004, s. 21). Z toho lze usoudit, co je úkolem takového typu péče: dle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) se jedná o „přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží“.* (Výbor ministrů Rady Evropy členským státům, 2004, s. 22). V České republice je paliativní péče vymezena zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, jako samostatný druh zdravotní péče, jehož účelem je „zmírnění utrpení a zachování kvality

života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí“ (BUŽGOVÁ, 2015, s. 19). O. Sláma a J. Vorlíček (SLÁMA et al., 2011, s. 25) ji pak popisují takto:

*„Paliativní péče:*

- *usiluje o prodloužení a zachování života, který bude svou kvalitou pro pacienta přijatelný,*
- *respektuje a chrání důstojnost nevléčitelně nemocných,*
- *vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a respektuje jejich hodnotové priority,*
- *snaží se vytvořit podmínky, aby pacient mohl poslední období svého života prožít ve společnosti svých blízkých, v důstojném a vlídném prostředí,*
- *chápe umírání jako součást života, kterou každý člověk prožívá jedinečně,*
- *nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka“.*

Paliativní péče tak na jedné straně představuje specifický koncept péče, filozofii a zároveň životní postoj, který vnímá člověka jako jedinečnou bytost se všemi jejími složkami, biologickou, sociální, psychologickou a spirituální a na straně druhé jako konkrétní organizaci péče, která je zaměřena na saturaci potřeb pacienta ve všech zmíněných oblastech (SLÁMA et al., 2011, s. 25). Všechny uvedené definice mají společné jmenovatele: nevléčitelně nemocného pacienta, pacienta v pokročilém stádiu onemocnění, které jej bezprostředně ohrožuje na životě, jeho blízké, které je nutné do péče také zahrnout, dále důraz na kvalitu života, který byl pacientovi nemocí omezen a v neposlední řadě vnímání pacienta jako bytosti bio-psycho-socio-spirituální.

V souvislosti s termínem „paliativní péče“ dochází často k významovým posunům, a to dokonce i mezi zdravotníky. Za paliativní péči bývá označována jakákoliv léčba, která není kurativní, tedy nevede k uzdravení pacienta. V posunutém významu je péče paliativní vnímána téměř jako antonymum, tudíž negativně. „Pacient stejně umře, vše je už zbytečné, ...“ Takto pojatá paliativní péče je bohužel často výrazem terapeutického nihilismu a nezájmu lékařů (SLÁMA et al., 2011, s. 27). Přitom stačí uvědomit si, že paliativní péče není výdobytkem moderní civilizace; mírnění lidského utrpení a doprovázení k dobré smrti bylo po staletí hlavním posláním lékařů a ošetrovatelek (MARKOVÁ, 2010, s. 13). Stejně jako v pojetí paliativní péče se na tomto důstojném odcházení podíleli také blízcí umírajícího a duchovní. Výstižně to vyjádřil Kearney (In: PAYNE, SEYMOUR, INGLETON, 2007, s. 796): *„Na pacienty trpící*

*nevléčitelnou chorobou se už nesmí pohlížet jako na nezdary medicíny, v jejichž případě se už nedá nic dělat. Potřebují paliativní péči, která však nepředstavuje nějakou nouzovou druhořadou alternativu, ale léčbu, již bude v jistém okamžiku svého života potřebovat většina lidí – a řada z nich už od doby stanovení diagnózy – a která vyžaduje stejnou míru umu a angažovanosti, jaká se běžně uplatňuje při prevenci, výzkumu a léčbě nemocí“.*

S poskytováním paliativní péče je tedy potřeba začít mnohem dříve nežli bezprostředně před úmrtím. Zároveň je potřeba, dle tzv. Modelu integrované paliativní péče (Centrum paliativní péče, online, cit. 2016-04-01) věnovat pozornost pacientovi stejně jako jeho rodině. Třetí složkou modelu integrované paliativní péče je multidisciplinární tým (podrobněji viz podkapitola 1.3.1), jehož členové o oba uvedené objekty, pacienta i rodinu, pečují.

## **1.2 Další pojmy vztahující se k péči o umírající**

V souvislosti s paliativní péčí se nevyhnutelně setkáme s pojmem „**hospicová péče**“. „Slovo hospic pochází z latinského slova „*hospitium*“ a znamená útulek“ (TOMEŠ et al., 2015, s. 12). Ve středověku, v dobách křížových výprav, vznikaly hospice podél cest vedoucích do Svaté země. Poutníci si zde mohli odpočinout a načerpat nové síly. V hospicích jim bylo poskytnuto ošetření, strava a duchovní podpora. Nezřídka zde poutníci, vyčerpaní strastmi putování, také umírali (HUNEŠ, 2008, s. 12). Moderní hospicové hnutí je spojeno se jménem Cicely Saunders, která roku 1967 založila první hospic ve Velké Británii, a sice St Christopher’s Hospice v Londýně (RADBRUCH, PAYNE, 2009, s. 278). U nás je hospicové hnutí spojeno především s osobou MUDr. Marie Svatošové, zakladatelkou Hospice Anežky České v Červeném Kostelci, prvního lůžkového hospice v Čechách (roku 1995). Prioritou hospicové péče je zaléčit bolest ve všech jejích dimenzích, fyzickou, psychickou, sociální i spirituální. Definice hospicové péče je totožná s definicí péče paliativní, opět je v ní obsažena jak složka zdravotní, tak sociální. Kde tedy hledat rozdíl? A liší se tyto pojmy vůbec?

Některé evropské země pojmy hospicové a paliativní péče jasně odlišují, zatímco v jiných se užívají téměř jako synonyma. Pojem paliativní péče je historicky novější a vychází z lékařského prostředí<sup>1</sup>.

Vývoj v České republice dnes potvrzuje, že hospice představují spíše filozofii péče nežli pouze místo, kde je tato péče poskytována. Tentýž názor zastává J-CH. Student a jeho kolegové (STUDENT, J-CH., MÜHLUM, STUDENT, U., 2006, s. 93), když uvádí, že „*pojem hospic již déle než 30 let neznamena instituci, nýbrž holistický koncept podpory umírajících lidí a jejich nejbližších*“.

Kromě pojmu hospicové péče se v literatuře setkáme i s dalšími termíny, vztahujícími se k péči o umírající, které je potřeba vymezit.

### **Terminální péče, terminální fáze**

Nevyléčitelná nemoc zahrnuje tři fáze: fázi kontrolovaného (kompenzovaného) onemocnění, fázi zlomu a fázi terminální, která obvykle znamená poslední týdny a dny před úmrtím pacienta. Cílem léčby v této fázi je minimalizovat diskomfort a umožnit klidnou a důstojnou smrt. Velmi důležitá je v této fázi otevřená komunikace s rodinou pacienta. (SLÁMA et al., 2011, s. 29).

Pojem „terminální péče“ považují Radbruch a Payne za zastaralý a doporučují jej více neužívat (RADBRUCH, PAYNE and the Board of Directors of the EAPC 2009, s. 282). V Doporučení Rec 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům (Výbor ministrů Rady Evropy členským státům, 2004, s. 23) se používání tohoto termínu považuje za nevhodné a neprospěšné.

### **Podpůrná péče**

Dle Radbrucha a Payne by tento termín neměl být používán jako synonymum péče paliativní. Podpůrná péče je součástí péče o onkologické pacienty, zatímco paliativní péče náleží pacientům s jakoukoliv život ohrožující nemocí (RADBRUCH, PAYNE, 2009, s. 282).

Pojem „**péče na konci života**“, tzv. **End-of-life care** naopak jako synonymum péče paliativní a hospicové použít lze. Lze jej také úžeji chápat jako péči o umírající pacienty v jejich posledních dnech či hodinách života (RADBRUCH, PAYNE, 2009, s. 282).

---

<sup>1</sup> Poprvé jej zavedl v roce 1975 kanadský lékař Balfour Mount jako označení své nové nemocniční jednotky v kanadském Montrealu (TOMEŠ et al., 2015, s. 12).

## Doprovázení

Psychologická a spirituální podpora nevléčitelně nemocného pacienta se v „hospicové terminologii“ někdy označuje jako doprovázení. Doprovázet mohou nejen zdravotníci, ale i členové pacientovy rodiny (SLÁMA et al., 2011, s. 309). MUDr. Marie Svatošová příznačně uvádí: „*Skutečně doprovázet znamená jít kus cesty společně*“ (SVATOŠOVÁ, 2011, s. 17).

### 1.3 Principy a význam paliativní péče

Paliativní péče dnes představuje multidisciplinární obor, který čerpá z paliativní medicíny, významně však zasahuje také do ošetrovatelství, sociální práce, psychologie či thanatologie<sup>2</sup>. Demografický vývoj v České republice stejně jako data týkající se příčin úmrtí jsou neúprosná, paliativní péči bude v budoucnu potřebovat stále větší procento občanů. Pozitivní vliv paliativní péče na kvalitu života pacientů i jejich blízkých byl potvrzen řadou výzkumů, byla zjištěna nižší míra depresivity a úzkostnosti, vyšší účast pacientů na léčbě, dokonce i prodloužení života u některých skupin pacientů. Paliativní péče se tak stává nedílnou součástí nejen standardní onkologické léčby, ale i léčby onemocnění neonkologického charakteru. (LOUČKA, Centrum paliativní péče, online, cit. 2016-02-23). Dle Haškovcové by měl každý obor medicíny mít vypracovanou vlastní strategii paliativní péče, protože „*žádný obor se nemůže vyvázat z péče o umírající*“ (HAŠKOVCOVÁ, 2007, s. 41).

Principy paliativní péče lze shrnout následovně (SLÁMA et al., 2011, s. 26). Paliativní péče:

- využívá expertní znalosti lékařů různých specializací
- předpokládá úzkou týmovou spolupráci lékařů a ošetrovatelů
- předpokládá spolupráci zdravotníků a sociálních pracovníků, psychologů, duchovních a dalších poradců
- do péče o nemocného zapojuje jeho blízké

---

<sup>2</sup> Thanatologie je interdisciplinární vědní obor o smrti a všech fenoménech, které jsou s ní spojeny (HAŠKOVCOVÁ, 2007, s. 178).

- vítá účast dobrovolníků na péči

Jinými slovy, paliativní péče je svým charakterem interdisciplinární (mezioborová). Jejím cílem je naplnění potřeb těžce nemocných a umírajících, jejichž práva postihuje např. Charta práv umírajících (Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“). Interdisciplinárnímu přístupu musí odpovídat také personální složení týmu, který takovou péči poskytuje, tzv. paliativního týmu.

### 1.3.1 Paliativní tým

Paliativní tým poskytuje nevléčitelně nemocnému pacientovi i jeho blízkým komplexní péči; ta zahrnuje péči zdravotní a psychosociální podporu (Umirani.cz, online, cit. 2015-11-20). Základem je **multidisciplinární tým**, který zahrnuje tyto profese:

- lékaře různých specializací
- zdravotní sestry, zdravotní asistenty a ošetřovatele
- sociálního pracovníka
- psychologa/psychiatra
- duchovního
- dobrovolníky a jejich koordinátora

Role lékaře a ošetřovatelů je snáze představitelná, náplň práce ostatních členů týmu je třeba přiblížit:

Sociální pracovník má na starosti tyto činnosti:

- informační a poradenskou službu
- kontakt s přijatým pacientem a jeho rodinou
- péči o pozůstalé
- práci s dobrovolníky
- administrativu (STUDENT, J-CH., MÜHLUM, STUDENT, U., 2006, s. 11-15)

Pomáhá také s vyřizováním příspěvků na péči a jiných sociálních dávek, je nápomocen v komunikaci s příslušnými úřady a orgány státní správy, zajišťuje služby notáře, apod.

Psycholog poskytuje podpůrnou individuální terapii pacientovi i jeho rodině, dále pak případné krizové intervence příbuzným po pacientově úmrtí.



Duchovní pečuje o naplnění pacientových spirituálních potřeb, v duchu již zmíněného holistického pojetí paliativní péče (tzn. bio-psycho-socio-spirituálního přístupu). Snaží se citlivě reagovat na duchovní a existenciální otázky spojené s život ohrožujícím onemocněním. Poskytovatel paliativní péče musí umožnit kontakt s duchovním dle náboženského vyznání pacienta.

Dobrovolníci mají v paliativní péči nezastupitelné místo. Co si pod pojmem dobrovolník představit? „*Dobrovolníkem je každý, kdo ze své vůle, ve svém volném čase a bez nároku na finanční odměnu vykonává činnost ve prospěch jiných lidí*“ (NOVOTNÝ, STARÁ, 2002). Dobrovolníci v paliativní péči mohou vykonávat běžné, částečně odborné, ale i odborné činnosti, v závislosti na svých znalostech a dovednostech. Mezi běžné činnosti patří přítomnost u lůžka nemocného, povídání si s pacientem, předčítání, hraní společenských her, doprovod na procházky, apod. Dále to může být pomoc při organizování jednorázových akcí, pomoc s administrativou či fundraisingem. Záleží na potřebách pacientů, daného poskytovatele paliativní péče a samotných dobrovolníků. Škála činností může být opravdu široká; každý z nás má druhému co nabídnout.

V paliativním týmu by měl mít své místo také fyzioterapeut/rehabilitační pracovník, klinický farmaceut, nutriční terapeut, ergoterapeut, právník, notář a další profese dle potřeb pacienta. V návaznosti na uvedené definice paliativní péče je do týmu potřeba zahrnout také nemocného, jeho rodinu a přátele, v souladu s myšlenkou založenou na principu komplexní péče o pacienta, jemuž je celý model multidisciplinárního týmu šitý doslova „na tělo“. Důležité je, aby se členové týmu navzájem doplňovali, nikoliv spolu soupeřili. Aby se vzájemně profesně a lidsky obohacovali.

## **1.4 Formy poskytování paliativní péče v ČR**

Kvalitní paliativní péče je v České republice sice poskytována, stále však není nablízku všem, kteří ji potřebují. Její rozvoj a tempo tohoto rozvoje určují nadšení jednotlivci v jednotlivých regionech země, kteří, mnohdy bez znalosti širších souvislostí, podnikají kroky k naplnění potřeby nevyлéčitelně nemocných. Z hlediska budování občanské společnosti založené na solidaritě a soucitu s druhými se jedná jistě o záslužný

počin, nicméně paliativní péče si zaslouží kontinuální vývoj s jasnou strategií a promyšlenou koncepcí. Jenom tak se nebudou jednotlivá zařízení poskytující tento typ péče ocitat z roku na rok ve finanční pasti a existenční nejistotě.

Paliativní péči dělíme na obecnou a specializovanou (SLÁMA, et al., 2011, s. 30). **Obecnou paliativní péči** by v rámci své klinické práce měli být schopni poskytnout lékaři všech odborností; jedná se o dobrou komunikaci s pacientem a jeho rodinou, účinnou léčbu příznaků pokročilého onemocnění, orientaci na kvalitu pacientova života a psychosociální podporu. Tato péče je ve stávajících zdravotnických zařízeních také nezřídka poskytována, aniž by nesla nálepku „paliativní“. **Specializovanou paliativní péči** pak poskytuje výše popsany paliativní tým složený z odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzděláni. Přechod mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí by měl být plynulý.

Specializovaná paliativní péče nabývá různých forem (SLÁMA, ŠPINKA, 2004, s. 24):

- a) Domácí paliativní péče (tzv. domácí či mobilní hospic) poskytuje paliativní péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientů (např. zařízeních sociální péče), formou návštěv členů paliativního týmu. Služba je trvale dostupná, 24 hodin denně a 7 dní v týdnu a její součástí je i podpora pacientovy rodiny, na níž péče stojí a které tým domácího hospice pomáhá nabrat síly do dalšího pečování. V současnosti u nás působí 13 domácích hospiců, které jsou členy Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče (APHPP) či splňují kritéria Fóra mobilních hospiců<sup>3</sup> a 14 provozovaných a garantovaných Charitou ČR (Umírání.cz, online, cit. 2016-02-24). Další jsou ve fázi vzniku.
- b) Lůžkový hospic je samostatně stojící sociálně-zdravotnické zařízení určené především pacientům v preterminální a terminální fázi jejich onemocnění, s obvyklou délkou pobytu v délce dvou až čtyř týdnů. Cílem je zachování intenzity vztahů s blízkými, čemuž je přizpůsobeno také vybavení pokojů (většinou jednolůžkových, s přistýlkou pro rodinu a přátele, kteří zde mohou být s nemocným ubytováni a podílet se na péči o něj). Lůžkových hospiců je v České republice 19 (Umírání.cz, online, cit. 2016-02-24).

---

<sup>3</sup> Fórum mobilních hospiců ČR je diskusní skupina jednotlivých mobilních hospiců, která mapuje situaci v oblasti mobilní paliativní péče.

- c) Denní hospicový stacionář, tzn. pouze denní pobyty; dopravu do zařízení a zpět domů zajišťuje buďto rodina pacienta nebo hospic. Tato forma je přístupná pouze pacientům z blízkého okolí. V České republice funguje při Hospici Dobrého pastýře v Čerčanech a to ve formě tzv. Centra denních služeb a mobilním hospici Ondrášek v Ostravě.
- d) Oddělení paliativní péče (OPP) usiluje o realizaci hospicového modelu péče v rámci daného zdravotnického zařízení, např. nemocnice. Zároveň slouží jako lůžková základna pro konziliární tým paliativní péče. Plní též funkci edukační napříč zdravotnickým zařízením a dále funkci výzkumnou. V roce 2011 byla otevřena dvě OPP, a sice v Nemocnici v Jihlavě a Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. V roce 2017 by však mělo dojít k tolik potřebnému nárůstu tohoto čísla, a to díky projektu Nadačního fondu Avast „Spolu až do konce“, v rámci kterého byly finančně podpořeny projekty pěti nemocnic v České republice, jejichž cílem je právě vytvoření OPP. Jedná se o tato nemocniční zařízení: Všeobecnou fakultní nemocnici, Ústřední vojenskou nemocnici a FN Královské Vinohrady v Praze, Nemocnici Milosrdných sester v Kroměříži a Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s (Nadační fond Avast, online, cit. 2017-02-08).
- e) Konziliární tým paliativní péče působí v rámci zdravotnického zařízení, nemocnice či léčebny. Je nositelem expertních znalostí z oblasti paliativní péče a dochází za pacienty, kteří jej potřebují. Posiluje tak kontinuitu péče, neboť pacient zůstává na oddělení, kde byl doposud léčen a které již zná. Členy takového týmu jsou: lékař, zdravotní sestra a sociální pracovník (minimální složení).
- f) Specializovaná ambulance paliativní péče zajišťuje ambulanci péči pacientům, o které je jinak pečováno v domácím prostředí či náhradním sociálním zařízení. Optimální je, pokud může být navázána na lůžkový hospic či OPP, případně být součástí domácí paliativní péče. Takovýchto ambulančí u nás existuje 7, o založení dalších se jedná.
- g) Specializovaná hospicová poradna a tísňová linka či jiné formy specializované paliativní péče, které u nás zatím větší zastoupení nemají.

Pokud jde o dostupnost paliativní péče na území České republiky, máme stále co dohánět. V mnoha členských státech Evropské unie je nárok na dostupnou paliativní péči přímo zakotven v legislativě, na nadnárodní úrovni jsme vázáni rezolucí WHO z roku 2014 (WHO, Regional Committee for Europe, 64th session, 2014, p. 11). Vizi obecné dostupnosti paliativní péče pro všechny, kteří ji potřebují, představuje Národní program

paliativní péče (NPPP), vypracovaný výborem České společnosti paliativní medicíny (ČSPM) v roce 2015. Jedním z cílů programu je právě vybudování sítě ambulantních, mobilních a lůžkových zařízení specializované paliativní péče, na regionální i celostátní úrovni (NPPP.cz, online, cit. 2016-08-11).

## **1.5 Projekt zřízení Oddělení paliativní péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.**

Paliativní péči potřebuje v České republice ročně až 70.000 lidí, bohužel je pro většinu z nich stále nedostupná. Chybí systémovost v tvorbě sítí paliativní péče; některé regiony tedy jsou, co do počtu lůžek na počet obyvatel regionu, satureované, v jiných je však situace zcela odlišná. Příkladem je okres Jindřichův Hradec, nacházející se v Jihočeském kraji, kde je dostupnost paliativní péče omezená a potřeba přitom značná. Dle standardů Evropské asociace pro paliativní péči /European Association for Palliative Care (EAPC)/ je současný počet potřebných lůžek paliativní a hospicové péče odhadován na 80-100/1 milion obyvatel (oproti dřívějším 50 lůžkům na stejný počet obyvatel) (RADBRUCH, PAYNE and the Board of Directors of the EAPC, 2010, s. 27). Jihočeský kraj, s počtem obyvatel 637 834 /k 31. 12. 2015 (Český statistický úřad, online, cit. 2016-04-04)/, by tedy dle nových propozic EAPC měl disponovat zhruba 51 – 64 lůžky, což zdaleka neodpovídá realitě. Kraj má k dispozici jedno lůžkové zařízení hospicové péče, a sice hospic Sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích se třiceti lůžky. Ten je však pro pacienty Jindřichohradecka z důvodu vzdálenosti prakticky nedostupný. Řada pacientů také hospic jako zařízení principiálně odmítá (z důvodu neznalosti či předsudků). V Jindřichově Hradci se postupně utvořila skupina dobrovolníků, většinou z řad lékařů, kteří se denně setkávají s pacienty v terminální fázi jejich onemocnění a absenci paliativní péče v našem regionu nesli velmi nelibě. Tížila je nesystémovost v péči a podpoře takových pacientů a v neposlední řadě i beznaděj, neinformovanost a frustrace, ve které se pacienti a jejich rodiny nacházeli. Rozhodli se proto zapracovat na šíření myšlenky paliativní péče, která by posléze vyústila ve vybudování lůžkového zařízení poskytující takovýto druh péče. V roce 2014 tak byla založena nestátní nezisková organizace Hospic Nova Domus, z.ú. a posléze, v součinnosti s poskytovateli sociálních a zdravotních služeb v rámci Komunitního plánování, vypracována „Analýza potřebnosti

lůžkového hospice na území správního obvodu ORP Jindřichův Hradec“. Na základě této analýzy a vypracovaného projektu výstavby Oddělení paliativní péče v rámci Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. byla Jihočeským krajem jeho realizace schválena a naplánována na rok 2018. Projekt bude rozdělen do dvou fází: v první fázi, která již byla realizována v roce 2016, byla zřízena dvě paliativní lůžka v rámci Oddělení sociálních lůžek. Spojením těchto dvou režimů bylo vytvořeno Oddělení sociální a paliativní péče. Druhá fáze pak představuje rekonstrukci stávající Léčebny dlouhodobě nemocných, která je organizačně součástí nemocnice, nachází se však mimo její hlavní areál, v klidové zóně. Projekt zde počítá se zřízením minimálně šesti lůžek paliativní péče. Výjimečný je v již tom, že na něm od počátku spolupracuje nezisková organizace spolu s nemocnicí a dále v tom, že půjde o propojení lůžek paliativní péče s lůžky sociálními. Na paliativních lůžkách jsou poskytovány tyto služby:

- symptomatická a ošetrovatelská péče, nepřetržitá
- poradenství pacientům a jejich rodinám
- sociální, psychologická a duchovní péče
- edukační činnost

Ve druhé fázi projektu je počítáno též se zřízením Ambulance paliativní péče a služby mobilní (terénní neboli domácí) paliativní péče.

Paliativní tým, vytvořený již v rámci první fáze projektu, v červnu roku 2016, zahrnuje pracovníky na těchto pozicích, které bylo potřeba vyhledat, vybrat, proškolit a v oboru paliativní péče dále vzdělávat:

- lékař
- zdravotní sestra - střední zdravotnický personál
- zdravotní asistent(ka) / sanitář(ka) – nižší zdravotnický personál
- sociální pracovník
- psycholog
- duchovní / nemocniční kaplan
- dobrovolníci / koordinátor dobrovolníků

Součástí rozšířeného týmu je též farmaceut, rehabilitační pracovník, dietní sestra a administrativní pracovník, v dosahu pak externisté např. z oblasti právního poradenství.

V návaznosti na projekt zřízení Oddělení paliativní péče při Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s. bude v dalších kapitolách práce řešeno vzdělávání pracovníků v paliativní

péči nikoliv obecně, nýbrž se zaměřením na implementaci konceptu paliativní péče do nemocničního zařízení.

## 2 SPECIFIKA PROFESNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Se vzděláváním zdravotnických pracovníků, tzn. lékařů a zdravotních sester, se pojí jistá specifika, která je potřeba respektovat a zohlednit v případě návazného zaměření na vzdělávání v oblasti paliativní péče.

### 2.1 Fáze ve vzdělávání zdravotníků

Vzdělávání zdravotnických pracovníků je členěno obvykle do tří fází, pregraduální, postgraduální a kontinuální.

**Pregraduální** vzdělávání - cílem je získání základních poznatků a dovedností z daného oboru; zprostředkovávají jej gymnázia, střední či vyšší zdravotnické školy, lékařské a farmaceutické fakulty či jiné vysoké školy (MUŽÍK, 2012, s. 183).

**Postgraduální** vzdělávání – tzn. pomaturitní či popromoční nebo také kvalifikační a specializační. Jeho cílem je získání určité odbornosti a diplomu o specializaci. Struktura specializačního vzdělávání byla vytvořena až v polovině 20. století. Významnou roli zde sehrály harmonizační snahy Evropské unie s cílem dosažení kompatibility a vzájemného uznávání dosaženého vzdělání a dále umožnění mobility zdravotnických pracovníků mezi jednotlivými členskými zeměmi EU (MUŽÍK, 2012, s. 183).

**Kontinuální** vzdělávání je odborným vzděláváním celoživotním. Jeho význam neustále narůstá, neboť zajišťuje nejenom navýšení odborné kompetence, zároveň také ovlivňuje úroveň poskytované péče. Díky přísunu stále nových poznatků a informací a nutnosti jejich zapracování do stávající struktury znalostí se celoživotní vzdělávání stává opravdu nezbytné. Podmínkou jeho úspěšnosti je motivace pracovníků ke vzdělávání (MUŽÍK, 2012, s. 185). Celoživotní vzdělávání lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků (dále jen „nelékařů“) je povinné a jako takové upraveno dvěma zákony, zákonem č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a

zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb., proto je třeba na ně pohlížet odděleně a brát zřetel na jejich odlišnosti.

Celoživotní vzdělávání lékařů je průběžné obnovování vědomostí, dovedností a způsobilostí odpovídající získané odbornosti v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Účast lékařů na celoživotním vzdělávání se považuje za prohlubování kvalifikace.

Formy celoživotního vzdělávání lékařů jsou následující:

- a) samostatné studium odborné literatury,
- b) účast na kurzu, školicí akci, seminářích, odborných a vědeckých konferencích a kongresech v ČR a zahraničí,
- c) absolvování klinické stáže v akreditovaném zařízení v ČR nebo obdobných zařízeních v zahraničí,
- d) účast na odborně vědeckých aktivitách,
- e) publikační a pedagogická činnost,
- f) vědecko-výzkumná činnost (KLEŠTINCOVÁ, 2010, s. 57).

Účast na specializačním vzdělávání lékařů se také považuje za prohlubování kvalifikace. Každý lékař, který na území České republiky vykonává lékařské povolání v léčebné a preventivní péči, musí být členem České lékařské komory (ČLK). Zároveň má každý člen ČLK povinnost účasti na celoživotním vzdělávání. Tlak na soustavné vzdělávání lékařů je tedy dvojitý, vycházející jednak z legislativy a na druhé straně ze samotného členství v ČLK.

Celoživotní vzdělávání nelékařů je chápáno jako průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru, v souladu s jeho rozvojem.

Formy celoživotního vzdělávání nelékařů jsou tyto:

- a) specializační vzdělávání navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka,
- b) certifikované kurzy,
- c) inovační kurzy,
- d) odborné stáže v akreditovaných zařízeních,
- e) účast na školicích akcích, odborných konferencích, kongresech či sympoziích,



f) publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost,

g) samostatné studium odborné literatury (MUŽÍK, 2012, s. 188).

Specializační vzdělávání a certifikované kurzy jsou realizovány v rámci akreditovaných vzdělávacích zařízení, ostatní formy celoživotního vzdělávání mohou zabezpečit i jiná zdravotnická zařízení či jiné fyzické a právnické osoby (MUŽÍK, 2012, s. 189).

Celoživotní vzdělávání není pro lékaře ani nelékařské zdravotnické pracovníky samoúčelné, je navázáno na zvyšování kvalifikace a tudíž i platového ohodnocení.

## 2.2 Legislativa profesního vzdělávání zdravotníků

Odbornou a specializovanou způsobilost zdravotníků upravují dva různé legislativní předpisy, proto bude profesní vzdělávání obou skupin zdravotníků posuzováno odděleně.

### Lékařská povolání

Podmínky výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta upravuje zákon č. 95/2004 Sb. v platném znění. Ten také upravuje podmínky uznávání **odborné způsobilosti** k výkonu těchto povolání. Lékař získává odbornou způsobilost absolvováním nejméně šestiletého specializačního prezenčního studia magisterského programu „všeobecné lékařství“. Poté je oprávněn k provádění vymezených činností pod odborným dohledem zkušeného lékaře se specializovanou způsobilostí. Bez odborného dohledu může lékař s odbornou způsobilostí vykonávat pouze činnosti stanovené zvláštním předpisem, a to na základě certifikátu o absolvování základního kmene<sup>4</sup> příslušného specializačního oboru, který vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR. **Specializovanou způsobilost** pak lékař získává absolvováním specializačního vzdělávání, které je zakončeno tzv. atestační zkouškou (dále „atestací“) před oborovou atestační komisí a vydáním diplomu o specializaci Ministerstvem zdravotnictví ČR.

---

<sup>4</sup> Podle vyhlášky č. 185/2009 Sb. platné od 1.7.2009 jsou součástí všech základních oborů tzv. základní kmene. Lékaři zařazení do oboru specializačního vzdělávání po 1.7.2009 již musí splňovat podmínky nových vzdělávacích programů, tedy včetně absolvování základního kmene. Délka vzdělávání v příslušném základním kmene je 24 měsíců. Podmínkou pro absolvování základního kmene je absolvování odborné praxe předepsané v příslušném kmene a úspěšné složení testu. Po úspěšném ukončení základního kmene je vydán IPVZ (tj. organizací v přímé působnosti MZ ČR) Certifikát o absolvování základního kmene.

Získání specializované způsobilosti je podmínkou pro výkon povolání lékaře. Minimální délka specializačního vzdělávání lékařů je čtyři roky (MUŽÍK, 2012, s. 184). Výše uvedeným zákonem č. 95/2004 Sb. byl zrušen dosavadní systém specializací I. a II. stupně a byly stanoveny specializační obory, jejichž počet a struktura prochází pravidelnou revizí. V roce 2017 lze očekávat novelu zákona o vzdělávání lékařů, s cílem stabilizovat, zkvalitnit a zjednodušit systém specializačního vzdělávání.

### Nelékařská povolání

Na vzdělávání zdravotních sester se pozornost zaměřuje až v posledních zhruba dvaceti letech, doposud byl důraz kladen spíše na systém vzdělávání lékařů. Podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání upravuje zákon č. 96/2004 Sb. v platném znění. Další právní předpisy řešící vzdělávání zdravotních sester jsou:

- vyhláška MZ ČR č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků,
- vyhláška MZ ČR č. 424/2004 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků,
- a vyhláška MZ ČR č. 39/2005 Sb., která stanovuje minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání (MUŽÍK, 2012, s. 189).

Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se v současné době získává zejména absolvováním:

- a) nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního programu pro přípravu všeobecných sester,
- b) nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách.

Studium pro všeobecné sestry na středních zdravotnických školách již došlo a nyní se zde připravují tzv. zdravotničtí asistenti, kteří pod odborným dohledem všeobecné sestry provádějí základní ošetrovatelskou péči. V přípravě je sice novela zákona o vzdělávání zdravotních sester, má však celou řadu odpůrců a její projednávání se tak stále prodlužuje. Výsledek, tzn. zkrácení povinného studia všeobecných sester, tak stále není jistý.

V souvislosti s kompetencemi sester se rozlišuje výkon jejich povolání. A to buďto samostatný, **bez odborného dohledu**, za což se považuje výkon činností, ke kterým je sestra způsobilá na základě indikace lékaře a které se provádí bez ohledu na jeho přítomnost a dosažitelnou pomoc. Další možností je výkon **pod odborným dohledem** (MUŽÍK, 2012, s. 189). **Specializovanou způsobilost** k výkonu specializovaných činností získává nelékařský zdravotnický pracovník na základě úspěšného ukončení specializačního vzdělávání atestační zkouškou před oborovou atestační komisí. Dokladem o specializované způsobilosti je diplom o specializaci v příslušném oboru<sup>5</sup> (IPVZ, online, cit. 2016-03-01). Specializační vzdělávání uskutečňuje akreditované zařízení dle vzdělávacího programu. Pro nelékaře je to Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) a Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně (NCO NZO), dle zvoleného oboru.

## 2.3 Kreditní systém

Dalším specifikem profesního vzdělávání zdravotníků je jejich povinnost prokazovat aktivity celoživotního vzdělávání formou kreditního systému, který upravuje vyhláška MZ ČR č. 423/2004 Sb. Jde o systém kontroly, který vešel v platnost v roce 2004; do té doby ležela odpovědnost za vzdělávání zdravotníků na vedení jednotlivých zdravotnických zařízení. Získání stanoveného počtu kreditů je podmínkou pro:

- a) vydání nebo prodloužení platnosti osvědčení o výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu,
- b) přihlášení se k atestační zkoušce (MZ ČR, NCO NZO BRNO, online, cit. 2016-01-01).

Kredity se evidují zápisem do tzv. průkazu odbornosti (specializačního indexu). Nelékařští pracovníci jsou povinni nasbírat během deseti let 40 kreditních bodů<sup>6</sup>. Příslušným počtem kreditů se hodnotí účast na odborných konferencích, kongresech, kurzech, seminářích, publikační a pedagogická činnost, vědecko-výzkumná činnost, bakalářské a magisterské studium, specializační studium a e-learningová forma

---

<sup>5</sup> Obory Specializačního vzdělávání zdravotnických pracovníků stanovuje nařízení vlády č. 31/2010 Sb.

<sup>6</sup> Tato povinnost vychází ze zákona č. 96/2004 Sb., § 67, odst. 2, písm. b).

vzdělávání (MUŽÍK, 2012, s. 190). Lékaři povinnost získání minimálního počtu kreditů legislativně zakotvenou nemají, mají ale možnost požádat o vydání Diplomu celoživotního vzdělávání; ten je důkazem skutečně proaktivního přístupu lékaře k sebevzdělávání a má platnost v rámci Evropské Unie. Podmínkou jeho obdržení je získání 150 kreditů v průběhu pěti let za absolvované vzdělávací akce, které jsou v registru ČLK. Výhodou a motivací pro držitele tohoto osvědčení je např. finanční zvýhodnění (bonifikace) ze strany pojišťoven (ČLK, online, cit. 2016-03-21).

Kreditní systém má řadu pozitivních efektů, např. zvýšený zájem zdravotníků o vzdělávací akce v rámci celoživotního vzdělávání a v konečném důsledku také ochranu veřejnosti. Na straně druhé je tento systém založen na povinnosti, tedy nedobrovolnosti, což může vnitřní motivaci edukovaných zdravotníků značně omezit. Tato „honba za kredity“ pro ně navíc představuje nemalou finanční i časovou zátěž. Průměrný náklad na jeden kreditní bod je 200,-Kč (včetně dopravy). Časté jsou také stížnosti na nepoměrnou finanční náročnost vzdělávacích akcí a platového ohodnocení středního zdravotnického personálu (MUŽÍK, 2012, s. 192). V konečném důsledku se pak zdravotníci pro danou vzdělávací akci rozhodují nikoliv na základě jejího obsahu a kvality, ale často na základě počtu získaných kreditů, což celý systém celoživotního vzdělávání zdravotníků značně degraduje.

## 2.4 Registrace zdravotnických pracovníků

Pro účely evidování nelékařských zdravotnických pracovníků a prokazování jejich účasti na celoživotním vzdělávání vznikl na základě zákona č. 96/2004 Sb. **Registr zdravotnických pracovníků** způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Ten je spravován Českou asociací sester (ČAS) a je součástí Národního zdravotnického informačního systému. NCO NZO plní úlohu správce a zpracovatele registru, který je veřejně přístupný. Registraci získává zdravotník možnost užívat označení „registrovaná/ý“ a své povolání pak může vykonávat bez odborného dohledu (MUŽÍK, 2012, s. 190). Zákonem č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., tzv. „malou novelou“, došlo k prodloužení registračního období z šesti na deset let.

Hlavním cílem registrace nelékařských zdravotnických pracovníků je opět ochrana veřejnosti. Ta spočívá v principu celoživotního vzdělávání, průběžného obnovování a prohlubování vědomostí a dovedností, a tudíž zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče. V konečném důsledku tak registrace napomáhá ke zvyšování prestiže nelékařských zdravotnických profesí (NCO NZO BRNO, online, cit. 2016-03-15). Registrace, respektive vydání „Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu“, je akt dobrovolný; záleží tedy na osobním rozhodnutí každého jednotlivce. Neregistrovaný zdravotník vykonává příslušné zdravotnické povolání pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu činnosti bez odborného dohledu (NCO NZO BRNO, online, cit. 2016-03-15).

## **2.5 Nprovázanost ve vzdělávání lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků versus koncept paliativní péče**

Specifika profesního vzdělávání zdravotnických pracovníků uvedená v předchozích podkapitolách jenom potvrzují odlišnost v přístupu ke vzdělávání obou skupin, lékařů a nelékařů. Na samém počátku jsou dva odlišné zákony, již zmíněný zákon č. 95/2004 Sb., který upravuje vzdělávání lékařů a zákon č. 96/2004 Sb. upravující vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Jedním z důsledků nprovázanosti vzdělávání obou skupin zdravotníků je, dle názoru autorky práce, absence týmové spolupráce v rámci vzdělávání, což může, mimo jiné, znesnadnit též zavádění konceptu paliativní péče do nemocničního zařízení. Konceptu, který je založen právě na principu interdisciplinarity, kdy se jednotlivé profese navzájem prolínají, doplňují a obohacují. V ideálním případě pak dochází k synergickému efektu, který se vyznačuje tím, že celek dosahuje lepších výsledků, než by dosáhli jeho jednotliví členové (TURECKIOVÁ, 2009, s. 43). Tým má šanci naplňovat potřeby klientů (v případě této práce „pacientů“) lépe nežli jednotliví funkční specialisté. Umožňuje efektivnější využívání talentů, zvyšuje participaci členů týmu na rozhodovacích procesech a v konečném důsledku pozitivně ovlivňuje motivaci jednotlivých členů (TURECKIOVÁ, 2009, s. 44). Zavádění multidisciplinárního přístupu do péče o nevléčitelně nemocné pacienty je tak určitou

obrodou týmové práce v rámci nemocničního zařízení. Paliativní týmy se mohou stát nositeli myšlenky týmové spolupráce napříč zdravotnickým zařízením. Potřebu a nutnost naučit zdravotníky pracovat v týmu vnímají také odborné vzdělávací instituce. Institut paliativní medicíny (IPM) České společnosti paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČSPM ČLS JEP) například v rámci postgraduálního vzdělávání lékařů nabízí specializační kurz s názvem „Týmová práce a rozhodování“, který účastníky seznamuje se zásadami práce multidisciplinárního týmu, jeho dynamikou, možnostmi vedení, facilitace a řešením konfliktů.

Neprovázanost ve vzdělávání lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků se neprojevuje pouze v absenci či nedostatcích v týmovém přístupu k práci, ale i dvoukolejnosti v řízení práce zdravotních sester a nižšího zdravotnického personálu. Na jedné straně je zde linie ošetrovatelská (vrchní a staniční sestry), na druhé lékařská (VENGLÁŘOVÁ a kol., 2013, s. 74). Zdravotní sestra tak osciluje mezi pokyny vedoucích pracovníků obou linií a v případě nedostatků v komunikaci může zbytečně docházet ke konfliktním situacím. Zkušenosti ze zařízení hospicového typu, kde paliativní tým představuje základní jednotku celého systému péče, ukazují, že tato forma mezioborové spolupráce stírá pevné hierarchické struktury a dochází naopak k provázanosti profesí „lékař – sestra“. Paliativní tým tak vnáší do nemocničního zdravotnického zařízení prvek jednoty, která může v dobrém slova smyslu ovlivnit i fungování ostatních pracovních skupin.

## **3 MOŽNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ PRACOVNÍKŮ V OBLASTI PALIATIVNÍ PÉČE V ČR**

Významným posunem v rozvoji paliativní péče u nás bylo uznání paliativní medicíny a léčby bolesti jako samostatného oboru, a to zákonem č. 95/2004 Sb. Tímto krokem byl naplněn základní předpoklad k zakotvení paliativní medicíny na akademické půdě a tím pádem ke kvalitnější přípravě budoucích specialistů (SLÁMA, ŠPINKA, 2004, s. 38). V návaznosti na podkapitoly 1.3.1 a 1.5, o paliativním týmu obecně a konkrétním projektu zřízení Oddělení paliativní péče v Nemocnici v Jindřichově Hradci, budou obsahem této kapitoly konkrétní možnosti vzdělávání jednotlivých profesí zastoupených v paliativním týmu nového oddělení. Zmapovány tedy budou současné možnosti vzdělávání v České republice u těchto profesí: lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník, psycholog, duchovní/nemocniční kaplan, dobrovolníci a koordinátor dobrovolníků. Zároveň bude pozornost zaměřena výhradně na postgraduální a kontinuální vzdělávání, pro účely vzdělávání profesního, tzn. vzdělávání zaměstnanců, kteří již ukončili své pregraduální vzdělávání.

### **3.1 Téma vzdělávání v koncepcích rozvoje paliativní péče v ČR**

Téma vzdělávání v paliativní péči je součástí celé řady koncepčních materiálů, které pravidelně vypracovávají, aktualizují a předkládají odpovědným orgánům státní správy k posouzení odborné společnosti z oblasti paliativní péče. Velmi plodným rokem po stránce koncepční, stran vzdělávání, byl rok 2004, kdy vydalo Hospicové občanské sdružení Cesta domů (od roku 2015 Cesta domů, z.ú.), v rámci Projektu Paliativní péče v České republice, „Koncepci paliativní péče v ČR“, překlad Doporučení Rec 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům pod názvem „O Organizaci paliativní péče“ a návrh vzdělávacích programů pro pregraduální a postgraduální přípravu lékařů, „Vzdělávání v paliativní péči“.

V **Koncepci paliativní péče**, pracovním materiálu určeném k odborné a veřejné diskusi (SLÁMA, ŠPINKA, 2004, s. 38), je doporučeno trojstupeňové vzdělání v paliativní péči:

- Základní stupeň, určený všem budoucím a také již graduovaným zdravotníkům, pro něž paliativní péče představuje pouze malou část jejich klinické praxe.
- Středně pokročilý, odborný, stupeň pro zdravotníky, kteří chtějí získat specializované znalosti v oblasti paliativní péče. Tento stupeň je určen především zdravotníkům, kteří pracují v zařízeních specializované paliativní péče a zdravotníkům jiných oborů, kteří se v rámci své klinické praxe setkávají pravidelně se situacemi, které vyžadují komplexní paliativní péči.
- Nejpokročilejší, speciální stupeň pro zdravotníky, kteří usilují o to stát se specialisty na paliativní péči, pracují na vedoucích pozicích specializovaných zařízení paliativní péče a jsou zapojeni do výzkumu a výuky paliativní péče.

Doporučení 13 uvedené Koncepce paliativní péče, týkající se vzdělávání v paliativní péči, navrhuje zlepšení v pregraduální i postgraduální přípravě zdravotníků a začlenění paliativní péče do systému kontinuálního vzdělávání. Také navrhuje zdravotnickým zařízením zařazovat častěji do svých vzdělávacích akcí témata z oblasti paliativní péče a začlenit toto vzdělávání do Programu paliativní péče daného zařízení.

V dokumentu „**O organizaci paliativní péče**“ (Výbor ministrů Rady Evropy členským státům, 2004, s. 13), je v oblasti vzdělávání navrhováno následující:

- podpořit mezinárodní spolupráci ve vzdělávání, např. formou twinningových (tj. partnerských) programů,
- zřídit referenční centrum pro výuku a vzdělávání v oblasti paliativní péče,
- věnovat pozornost také vzdělávání široké veřejnosti v oblasti paliativní péče a jejich nejdůležitějších aspektů, aj.

Za vypracováním návrhu vzdělávacích programů pro lékaře s názvem „**Vzdělávání v paliativní péči**“ stojí přední odborníci v oblasti paliativní péče, MUDr. Z. Kalvach a MUDr. O. Sláma. V dokumentu se mimo jiné uvádí: je potřeba, aby „*do budoucna mělo odpovídající znalosti o paliativní péči více lékařů a ošetřujícího personálu a tito lidé aby je skutečně používali v praxi. Získání potřebných znalostí a dovedností musí být podporováno strukturovaným, koordinovaným, cíleným a efektivním*



vzděláváním“ (KALVACH, SLÁMA, 2004, předmluva). Návrh rozvíjí třístupňový model vzdělávání zmíněný již v Koncepti paliativní péče:

1. stupeň – A - základní (pre a postgraduální) – hlavním cílem vzdělávání v této skupině je **pochopení** pro specifické problémy pokročilého onemocnění, porozumění základním principům a postupům paliativní péče a jejich aplikace v praxi,
2. stupeň – B – odborný (postgraduální) – cílem je **prohloubení** základů,
3. stupeň – C – speciální (postgraduální) – cílem je **specializační** odborná příprava v oboru paliativní péče.

Návrh dále formuluje sedm tematických okruhů, které by měly být v každém vzdělávacím programu pro oblast paliativní péče obsaženy. Jedná se o materiál, který vychází ze švýcarského prostředí a českým odborným kruhům může být zajímavou inspirací.

Dalším materiálem, který se vzděláváním v oboru paliativní péče zabývá, jsou **Standardy hospicové paliativní péče**, vydané v roce **2006** Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP). Mimo jiné je zde uvedeno, že vzdělávání v oboru paliativní péče musí zohledňovat následující aspekty (APHPP, 2006, s. 16):

- interdisciplinární charakter péče,
- etické aspekty paliativní péče,
- výcvik v komunikaci (sdělování diagnózy, komunikace o smrti a umírání, emoční podpora a doprovázení pacienta a jeho blízkých, pomoc ve vyrovnávání se se smrtí),
- hodnotové priority, kulturní a duchovní orientace,
- respektování individuálních přání a potřeb pacienta a jeho blízkých osob.

Vzdělávání nezůstává stranou ani v případě nejaktuálnějších **Standardů paliativní péče z roku 2013**. Standard 1.8 zní: „*Všichni členové multiprofesního týmu jsou podporováni v kontinuálním vzdělávání a jsou jim k tomu vytvořeny podmínky*“ (ČSPM ČLS JEP, 2013, s. 10). ČSPM dále, ve spolupráci s Cestou domů, z.ú. a pracovní skupinou Výboru pro lidská práva Rady vlády pro lidská práva ČR, vypracovala **Strategii rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015**. Strategie byla v souladu s mezinárodními dokumenty o paliativní a hospicové péči a měla za cíl prosadit opatření vedoucí ke zlepšení péče o umírající a jejich pečující rodiny. Významná část byla věnována právě vzdělávání, od popisu současného stavu k doporučením, jak jej zlepšit. Strategie považuje za nezbytné zahrnout výuku paliativní péče nejenom do

pregraduálního a postgraduálního vzdělávání v rámci vysokých škol, ale také do výuky na školách středních a vyšších odborných a dosáhnout tak vysoké úrovně odbornosti při poskytování paliativní péče. Tento cíl je pak rozpracován do řady konkrétních úkolů, např.:

- zahrnout do výuky na SŠ tzv. péči o truchlící (podpora rodiny v průběhu nemoci blízkého a po jeho úmrtí), což je běžnou praxí např. ve Spojených státech amerických,
- zavést na VOŠ výuku paliativní medicíny a léčbu bolesti povinně jako samostatný předmět,
- zahrnout paliativní medicínu do pregraduálního vzdělávání lékařů, jako povinnou součást odborné přípravy,
- zařadit kapitoly z paliativní medicíny do lékařského kurikula v rámci základního kmene,
- zahrnout do specializačního vzdělávání oborů, které pečují o nevléčitelně nemocné, povinné stáže v rámci zařízení specializované paliativní péče,
- věnovat ve vzdělávání lékařů pozornost nejenom diagnostice symptomů nevléčitelných onemocnění a jejich léčbě, ale i aspektům psychologickým, etickým a komunikačním (ČSPM ČLS JEP, 2011, s. 25-26).

Tento strategický dokument však nebyl vládou v roce 2011 přijat a zůstal tak ve fázi popisu stavu paliativní péče k roku 2010. Navazujícím projektem byl projekt tvorby Strategie paliativní medicíny a péče v ČR pro období 2015 – 2020, který vyústil ve vznik **Národního programu paliativní péče (NPPP)** jako podkladu pro tvorbu oficiální koncepce přímo státní správou. Kromě již zmíněného důrazu na pregraduální, postgraduální i specializační vzdělávání sester a lékařů v oblasti paliativní péče si program vytkl za cíl též specializační vzdělávání pro ostatní členy multidisciplinárního týmu, a sice sociální pracovníky, psychology a duchovní. Cíle jsou promítnuty do jednotlivých úkolů, např. docílení povinné výuky alespoň jednoho semestru paliativní medicíny na všech lékařských fakultách v ČR (ČSPM ČLS JEP, online, cit. 2016-03-29). V průběhu roku 2017 bude vypracován dodatek NPPP v podobě akčního plánu, tzn. harmonogramu plnění vytčených úkolů a odpovědných institucí k jednotlivým oblastem. NPPP je z pohledu autorky práce velmi propracovaným dokumentem čerpajícím ze zkušenosti předchozích let, který bere plně v potaz význam vzdělávání v oblasti paliativní péče a klade důraz na vzdělávání pregraduální.

Koncepční systém vzdělávání v oblasti paliativní péče je předpokladem expanze paliativní péče v českém zdravotnickém prostředí. V tomto ohledu máme ještě mnoho rezerv. Jako každé vzdělávání i vzdělávání v paliativní péči musí být strukturované, koordinované a cílené, jenom tak bude opravdu účinné.

### 3.2 Odborné organizace pro vzdělávání v paliativní péči

Odborné (neboli profesní) organizace pro oblast paliativní medicíny a paliativní péče byly v předchozích kapitolách již mnohokrát citovány, zatím však bez důrazu na jejich úlohu vzdělávací. Přehled těchto organizací je pro orientaci v konkrétních možnostech vzdělávání jednotlivých profesí multidisciplinárního týmu důležitý a zaslouží si tak samostatnou podkapitolu.

Z obecného hlediska je oblast vzdělávání v paliativní péči zastřešena **Centrem paliativní péče (CPP)**, se sídlem v Praze, které bylo založeno na podzim roku 2014 a znamená významný posun vpřed, po kterém profesní organizace dlouho volaly. Potřebnost vzniku centra pro výuku a vzdělávání v oblasti paliativní péče byla uvedena již v koncepčním dokumentu „O organizaci paliativní péče“ (Výbor ministrů Rady Evropy členským státům, 2004, s. 13). Stěžejními oblastmi zájmu CPP je výzkum, osvětová činnost a vzdělávání v oblasti paliativní péče. Podílí se na tvorbě a realizaci vzdělávacích programů pro odbornou i laickou veřejnost a spolu s ČSPM usiluje o integrování témat paliativní péče do kurikul vybraných studijních oborů (CPP, online, cit. 2016-03-29). Jednotlivé kurzy, semináře a jiné vzdělávací akce mohou oslovit všechny pracovníky v rámci multidisciplinárního paliativního týmu. Centrum paliativní péče se snaží oslovit co nejširší publikum se zájmem o paliativní péči moderní formou vzdělávání, tzv. webináři<sup>7</sup>.

Další významnou odbornou organizací, která byla založena v roce 2008 jako součást České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, je **Česká společnost**

---

<sup>7</sup> Webinář neboli online seminář je nový způsob internetové komunikace a vzdělávání přes internet vedený lektorem, který optimálně kombinuje přednosti osobního a e-learningového vzdělávání. Jedná se o alternativu k běžnému fyzickému školení, jenž má převážně informativní charakter a nevyžaduje fyzickou přítomnost na konkrétním místě (Webináře, online, cit. 2016-03-29). Trvají 60–90min., jsou většinou bezplatné a počet účastníků není omezen.

**paliativní medicíny ČLS JEP**, jejímž posláním je zlepšit kvalitativně a kvantitativně poskytování paliativní péče u nás. Cíle, směřující k naplnění poslání a týkající se vzdělávání, jsou tyto:

- rozšířit odborné znalosti a zkušenosti paliativní medicíny mezi klinické pracovníky formou vzdělávacích akcí i obecnou popularizací,
- vypracovat ucelený a motivační systém vzdělávání v paliativní medicíně (ČSPM, online, cit. 2016-03-29).

ČSPM je v současné době hlavním nositelem odbornosti v oblasti paliativní medicíny v České republice. Pod hlavičkou této organizace působí **Institut Paliativní medicíny (IPM)**, který pořádá akreditované specializační kurzy v nástavbovém oboru Paliativní medicína.

Strategie dvou výše uvedených organizací je plně zacílena na rozvoj v oblasti paliativní péče, organizace následující mají ve své působnosti pouze určitou výšeč vzdělávání v paliativní péči, jejich záběr je však daleko širší. Patří sem **Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ)**, resp. jeho zdejší subkatedra Paliativní medicíny, která organizuje vzdělávací program „Paliativní medicína“. IPVZ je další významnou organizací v oblasti vzdělávání v paliativní péči, a to lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků. Zřizovatelem Institutu je Ministerstvo zdravotnictví ČR. Dále nelze opomenout **Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO)**, jehož zřizovatelem je taktéž Ministerstvo zdravotnictví ČR; na rozdíl od ostatních uvedených organizací sídlí v Brně. Nabízí akreditované vzdělávací programy, a to jak pod záštitou MZ ČR, tak MPSV ČR. Prostřednictvím odborných kateder, subkateder a oborů zajišťuje různé formy celoživotního vzdělávání všech zdravotnických pracovníků, lékařských i nelékařských a dále též kvalifikační kurzy. Novým projektem, zaměřeným na vzdělávání profesionálů v paliativní péči, je **Paliativní Institut Brno**. Přípravuje vzdělávání na míru, dle potřeb klienta (Paliativní Institut Brno, online, cit. 2016-12-18).

### 3.3 Vzdělávání lékařů v paliativní péči

V lednu roku 2011 došlo k rozdělení oboru „Paliativní medicína a léčba bolesti“ na dva samostatné obory, a sice Paliativní medicínu a Algeziologii. Lékařům, kteří mají zájem o atestaci v oboru Paliativní medicíny, se nabízí tato možnost v rámci dvou spolupracujících institucí:

- 1) **Institutu Paliativní medicíny (IPM) České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP (ČSPM)**, který pořádá akreditované specializační kurzy v nástavbovém oboru Paliativní medicína, otevřené nejen lékařům, kteří chtějí v oboru atestovat, ale i těm, kteří se s nevléčitelně nemocnými pacienty setkávají ve své každodenní praxi a chtějí si znalosti a dovednosti z tohoto oboru prohloubit. IPM při tvorbě vzdělávacích akcí spolupracuje se subkatedrou Paliativní medicíny (viz níže).
- 2) **a Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ), subkatedry Paliativní medicíny**; ta organizuje vzdělávací program „Paliativní medicína“, zakončený atestací<sup>8</sup>. Dle slov MUDr. L. Kabelky, PhD. (VII. Česko-slovenská konference paliativní medicíny, 2015) je v rámci přípravy na atestaci kladen důraz především na motivaci lékaře k danému oboru.

Témata paliativní péče jsou také hojně zastoupena v nabídce vzdělávacích akcí **Centra paliativní péče**.

Jakousi nadstavbou pro lékaře pracující s problematikou paliativní medicíny a mající motivaci zdokonalit se v dovednostech vedení týmů, lektorských dovednostech a působení na veřejnost, je vzdělávací program IPM ČSPM s názvem „**Leadership v paliativní péči**“, jehož cílem je probudit v účastnících potenciál měnit svět paliativní medicíny k lepšímu a systematicky přispívat k jeho rozvoji (ČSPM, online, cit. 2016-03-31).

---

<sup>8</sup> Atestace z Paliativní medicíny je určena lékařům s konkrétní požadovanou specializací, nikoliv pouze se základním kmenem.

### 3.4 Vzdělávání zdravotních sester v paliativní péči

Vzdělání v paliativní péči se všeobecným sestráům nabízí např. v rámci:

- 1) **Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) v Brně**, které organizuje certifikovaný kurz „Specifická ošetrovatelská péče v paliativní péči“, akreditovaný do roku 2020. Jedná se o devítidenní kurz sestávající z části teoretické a odborné praxe realizované na akreditovaných pracovištích a v rámci smluvních zařízení, kterými jsou některé hospice v ČR, např. Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě, Hospic sv. Alžběty v Brně, Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích, Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích, Hospic ve Frýdku-Místku a Hospic v Čerčanech (NCO NZO, online, cit. 2016-03-30).
- 2) **Kurzu ELNEC** (angl. End Of Life Nursing Education Consortium). Jde o základní kurz paliativní a hospicové péče a mezinárodní projekt, jehož primárním cílem je vzdělávat sestry v péči o umírající nemocné. Dosud byl kurz zastřešován hospicovým sdružením Cesta domů, od května roku 2016 je jeho realizace v kompetenci Centra paliativní péče. Kurzy jsou čtyřdenní a momentálně probíhají v Edukačním centru Hospice sv. Josefa v Rajhradě. Je však také možné ELNEC zorganizovat tzv. „na klíč“, ušitý na míru konkrétnímu zdravotnickému či sociálnímu zařízení. Kurz je zařazen do systému kontinuálního vzdělávání a ohodnocen kredity České asociace sester (ČAS). V průběhu kurzu jsou zdravotní sestry seznamovány se specifiky paliativní péče, léčbou bolesti a příznaků, etickými, kulturními a duchovními aspekty paliativní péče, atp.
- 3) Tento kurz není určen výhradně sestráům, ale i ostatním zdravotnickým pracovníkům, pečovatelům, sociálním pracovníkům a dalším zájemcům o problematiku paliativní a hospicové péče (Cesta domů, online, cit. 2016-03-29).
- 4) **Edukačního centra Oblastní charity Rajhrad**, viz podkapitola 3.5
- 5) **Stáží** a s nimi spojených praktických nácviků jednotlivých paliativních postupů v rámci akreditovaných zařízení. Nabízí se tato:
  - Edukační centrum Hospice sv. Josefa v Rajhradě
  - Vzdělávací institut při Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích
  - Vzdělávací centrum Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích
  - Hospic ve Frýdku-Místku

- Vzdělávací centrum paliativní péče Hospice Dobrého pastýře v Čerčanech
- Hospicové sdružení Cesta domů

Praxi je však možno po dohodě absolvovat i v dalších hospicích v rámci ČR.

6) **Subkatedry paliativní medicíny při IPVZ**, která organizuje vzdělávací akce zejména pro lékaře, nezapomíná ale ani na zdravotní sestry. Příkladem je např. připravovaný vzdělávací program specializačního vzdělávání „Komunitní sestra (Komunitní ošetrovatelská péče)“<sup>9</sup>, jehož součástí bude vzdělávání v paliativní péči a odborná praxe v některém hospicovém zařízení.

Většiny výše uvedených vzdělávacích programů může využít i nižší zdravotnický personál, tzn. zdravotní asistenti/ky a sanitáři/ky.

### 3.5 Vzdělávání sociálních pracovníků v paliativní péči

Roli lékařů a zdravotních sester u lůžka pacienta si každý dokáže představit, roli sociálního pracovníka na Oddělení paliativní péče by však stálo za to blíže specifikovat. Jaká je tedy úloha sociálního pracovníka a jaké oblasti činnosti má na starost?

- infomační a poradenskou službu,
- kontakt s přijatým pacientem a jeho rodinou,
- péči o pozůstalé,
- práci s dobrovolníky,
- administrativu (STUDENT, J-CH., MÜHLUM, STUDENT, U., 2006, s. 11-15).

Hlavním zájmem sociálního pracovníka v paliativní péči je zlepšení kvality života pacienta a jeho rodiny v kontextu psychosociálním (SLÁMA, et al., 2011, s. 333).

Vzdělávání sociálních pracovníků je upraveno zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Možnosti vzdělávání sociálních pracovníků v oblasti paliativní péče se nabízí v rámci:

1) **Institutu vzdělávání při Asociaci poskytovatelů sociálních služeb ČR (APSS ČR)**, který od roku 2010, kdy zahájil svoji činnost, nabízí celou řadu akreditovaných kurzů

---

<sup>9</sup> Komunitní sestra je nelékařský zdravotnický pracovník se specializovanou způsobilostí, který samostatně poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče. Podílí se na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispensární péči o jednotlivce a skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí.

pro sociální pracovníky i pracovníky v sociálních službách. Součástí nabídky institutu jsou i vzdělávací programy pro zdravotníky a vedoucí pracovníky v oblasti zdravotně sociální.

- 2) V nabídce pro rok 2016 jsou tyto akreditované kurzy, týkající se tématu paliativní péče: „Podpora důstojného umírání – úvod do problematiky paliativní péče“, „Základy paliativní péče“ či „Pokojná smrt – akceptace a komunikace“ (APSS ČR, online, cit. 2016-03-30).

- 4) **Kurzu ELNEC**, viz podkapitola 3.4

- 5) **Edukačního centra Oblastní charity Rajhrad**, které vzniklo roku 2000 při Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa a Oblastní charity Rajhrad. Svoji činnost zaměřuje na vzdělávání pracovníků zdravotnických a sociálních zařízení v oblasti paliativní péče, péče o seniory a chronicky nemocné. Nabízí akreditované vzdělávací programy, kurzy na klíč a stáže. Příkladem je cyklus čtyř celodenních seminářů o paliativní péči, určený sociálním pracovníkům a zdravotním sestřím (Edukační centrum OCH Rajhrad, online, cit. 2016-03-30):

„Základy paliativní péče“

„Úvod do psycho-socio-spirituální problematiky v paliativní péči“

„Základy péče o pozůstalé a personál v paliativní péči“

„Kazuistiky při komunikaci s klienty v paliativní péči“

- 6) **Stáží a odborné praxe** v akreditovaných zařízeních hospicové paliativní péče, která již byla zmíněna v souvislosti se vzděláváním zdravotních sester.

Sociální pracovník je důležitým členem multidisciplinárního týmu, o čemž svědčí také fakt, že je tato profese uvedena ve Standardech paliativní péče z roku 2013 jako základní součást týmu, vedle lékaře a zdravotní sestry (Standardy paliativní péče, 2013, s. 9). Proto se ke vzdělávání sociálních pracovníků obrací také pozornost odborných organizací. Centrum Paliativní péče například plánuje přípravu kurzu, který bude v jistém ohledu obdobou kurzu ELNEC, ale zacílený na práci sociálních pracovníků v zařízeních paliativní péče.

V hospicové praxi se naopak osvědčilo klást u vzdělávaných důraz primárně na hospicovou etiku, až poté hledět na specifickou odbornost sociálního pracovníka. Tato myšlenka vychází z předpokladu, že deficit v oblasti odbornosti lze při troše dobré vůle doplnit, deficit v lidském přístupu však nikoliv.



### 3.6 Vzdělávání psychologů v paliativní péči

Nejprve je opět potřeba vymezit úlohu psychologa na Oddělení paliativní péče. Stejně jako ostatní členové paliativního týmu je psycholog k dispozici nejen nevyлéčitelně nemocnému pacientovi, ale také (a mnohdy zejména) jeho rodinným příslušníkům. Poskytuje podpůrnou individuální terapii a eventuální krizovou intervenci příbuzným po úmrtí pacienta.

Pro potřeby nemocničního zařízení je z důvodu úhrad ze strany pojišťoven vyžadován klinický psycholog, tzn. absolvent magisterského studia oboru psychologie a následně specializačního vzdělání v oboru klinické psychologie, např. v rámci IPVZ. Další vzdělávání pak probíhá např. pod hlavičkou profesní organizace, Asociace klinických psychologů ČR.

Přestože je psycholog velmi vítaným a užitečným členem paliativního týmu, v praxi mnohdy psychologickou podporu doplňuje duchovní (také z důvodu nedostatku klinických psychologů). V takovém případě lze doporučit specializované kurzy realizované např. **Katolickou asociací nemocničních kaplanů v ČR**, konkrétně kurz „Základy péče o pozůstalé a personál v paliativní péči“ a „Kazuistiky při komunikaci s klienty v paliativní péči“, které se konají v rámci Edukačního centra při Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě (Katolická asociace nemocničních kaplanů, online, cit. 2016-03-31). Ať už je psychologická podpora poskytována přímo psychologem či erudovaným duchovním, **stáže a odborné praxe** v rámci akreditovaných zařízení hospicové paliativní péče, která již byla zmíněna v souvislosti se vzděláváním zdravotních sester, mohou být dalším přínosem.

### 3.7 Vzdělávání duchovních/nemocničních kaplanů v paliativní péči

Duchovní je obecné označení osoby, která zastává roli prostředníka mezi věřícími a Bohem. Roli duchovního zaujímá v prostředí některých nemocničních zařízení nemocniční kaplan. Nemocniční kaplani jsou většinou příslušníci církví registrovaných u Ministerstva kultury ČR, tzn. církve Římskokatolické, Českobratrské evangelické a

Československé husitské (SLÁMA, O. et al., 2011, s. 341). Jaká je úloha nemocničního kaplana v péči o umírající pacienty?

Paliativní péče ctí zásadu holistického přístupu, usiluje o saturaci pacientových potřeb na všech úrovních, tzn. bio-psycho-socio-spirituální. Kaplan tedy pečuje o naplnění potřeby spirituální; snaží se citlivě reagovat na duchovní a existenciální otázky spojené s život ohrožujícím onemocněním. Aktivní prací se spirituální oblastí člověka může být dosaženo snížení pacientovy úzkosti, deprese, diskomfortu, pocitu osamělosti, plnějšího prožívání života či dokonce pocitu osobního růstu (SLÁMA et al., 2011, s. 344). Poskytovatel paliativní péče musí umožnit kontakt s duchovním dle náboženského vyznání pacienta.

Kvalifikační požadavky na nemocniční kaplany určuje Dodatek č. 1 k Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice (Katolická asociace nemocničních kaplanů, online, cit. 2016-03-31).

Pro účely paliativní péče je žádoucí kontinuální vzdělávání, které nemocničním kaplanům nabízí profesní organizace, v předchozí podkapitole zmíněná **Katolická asociace nemocničních kaplanů v ČR**. Ta nabízí různé vzdělávací aktivity, přednášky, konference či celorepubliková setkání nemocničních kaplanů. Některé z aktivit jsou pro nemocniční kaplany povinné. Řadu z nich také spoluorganizuje **Česká společnost paliativní medicíny**.

### 3.8 Dobrovolníci v paliativní péči

Dobrovolníci mají v paliativní péči nezastupitelné místo. Jejich integrování do stávajícího nemocničního systému bude ovšem představovat nemalou výzvu, změnu přístupu a uvažování, zejména klíčových pracovníků nemocnice. Z úspěšné integrace však mohou profitovat nejen zdravotníci a dobrovolníci, ale zejména pacienti samotní. Kvalita života, který jim byl časově omezen, se tak může významně vylepšit.

Co si pod pojmem dobrovolník představit? „*Dobrovolníkem je každý, kdo ze své vůle, ve svém volném čase a bez nároku na finanční odměnu vykonává činnost ve prospěch jiných lidí*“ (NOVOTNÝ, STARÁ, 2002). A jaké činnosti může na Oddělení paliativní

péče dobrovolník vykonávat? Přes běžné a částečně odborné až po odborné činnosti, v závislosti na znalostech a dovednostech konkrétního jedince. Mezi běžné činnosti patří přítomnost u lůžka nemocného, povídání si s pacientem, předčítání, hraní společenských her, doprovod na procházky, apod. Dále to může být pomoc při organizování jednorázových akcí oddělení, pomoc s administrativou či fundraisingem, aj. Záleží na potřebách pacientů, daného oddělení a samotných dobrovolníků. Škála činností může být opravdu široká, každý z nás má druhému co nabídnout. Pracovní kompetence dobrovolníků musí být jasně vymezeny, v souladu s praxí a vzděláním každého z nich. Školení dobrovolníků pak probíhá v rámci konkrétního zařízení, ve kterém budou působit; školitelem je obvykle **koordinátor dobrovolníků**<sup>10</sup>. Ten zaujímá v paliativním týmu důležité místo. Jde o osobu, která „řídí specifické lidské zdroje – dobrovolníky a zajišťuje veškeré činnosti spojené s jejich činností v souladu s cíli organizace nebo projektu“ (Hestia, online, cit. 2016-03-31). Dle vytiženosti pracovníka může jít buďto o samostatnou pozici, případně ji může vykonávat sociální pracovník či jiný vhodný člen multidisciplinárního týmu. Nositel role koordinátora dobrovolníků je každopádně klíčovou postavou každého dobrovolnického programu a jako takový by měl disponovat potřebnými dovednostmi a znalostmi. Doporučuje se výcvik koordinátorů dobrovolníků či jiný výcvik zaměřený na management dobrovolníků (NOVOTNÝ, STARÁ, 2002). Dlouholeté zkušenosti má v tomto směru organizace **Hestia – Národní dobrovolnické centrum (NDC)**, která se specializuje na kurzy pro koordinátory dobrovolníků a dále na supervizi v pomáhajících profesích. Kurzy jsou akreditovány u MPSV jako součást celoživotního vzdělávání pracovníků sociálních služeb. Příkladem může být třídní kurz „Management dobrovolnictví I.“, „Management dobrovolnictví II.“ (Hestia, online, cit. 2016-03-31), ideálně doplněný **stáží** v zařízení paliativní péče, kde již program podobného typu funguje. Na dobrovolnictví ve zdravotních a sociálních zařízeních se dále specializuje společnost **AD VITAM, o.p.s.**, která své vzdělávací aktivity směřuje také ke koordinátorům dobrovolníků (AD VITAM, online, cit. 2016-12-12). Nabízí také supervize umožňující koordinátorům sdílet zkušenosti se svými kolegy z podobně zaměřených dobrovolnických programů. Nově disponuje autorizací ke zkouškám

---

<sup>10</sup> Koordinátor dobrovolníků je od roku 2014 uznanou profesí v rámci Národní soustavy kvalifikací a uznaným povoláním v rámci Národní soustavy povolání.

profesní kvalifikace „Koordinátor dobrovolníků“ (Koordinátor dobrovolníků, online, cit. 2016-12-29).

Vzdělávání jednotlivých členů týmu je velmi důležité, stejně významné pro práci paliativního týmu je však osvojení si interdisciplinárního přístupu. V tomto směru je opět možné se inspirovat koncepčním materiálem „Vzdělávání v paliativní péči“ (KALVACH, SLÁMA, 2004, s. 24), kde je uvedeno, že vzdělávací programy musí ve větším měřítku obsahovat metody, pomocí kterých se jednotliví členové paliativního týmu učí zásadám:

- zodpovědnosti týmu jako skupiny,
- roli jednotlivých členů týmu,
- rozsahu, v jakém se role jednotlivých členů týmu překrývají,
- procesům vedoucím k úspěšné spolupráci
- a roli, jakou tým hraje jako celek.

Ch. Ingleton a J. Seymour (PAYNE, SEYMOUR, INGLETON, 2007, s. 617) se přímo zmiňují o „interprofesním vzdělávání“ jako jedné z možností, jak napomoci kvalitní týmové práci lidí různých profesí. V zájmu týmové práce je potřeba změnit způsob vzdělávání zdravotníků. Obě autorky jsou toho názoru, že oddělený výcvik vede různé profesní skupiny zdravotníků k tomu, že lpí na své autonomii, což v konečném důsledku limituje efektivitu týmové práce.

Z předchozích řádků je zřejmé, že na zaměstnance Oddělení paliativní péče budou kladeny nemalé nároky; nároky na kvalifikaci stejně jako nároky na osobní a sociální kompetence. Především pak na jejich vlastní zpracování tématu smrti, jejich schopnost vyrovnávání se se strachem z umírání vlastního a umírání lidí jim nejbližších. Vzdělávání tomu může napomoci. Zároveň je příležitostí k dalšímu rozvoji a tím vlastně i odměnou za obětavou a náročnou práci. Dodává pečujícím sílu v této práci pokračovat. V neposlední řadě slouží k zajištění kvality péče. Důraz by však měl být kladen nejenom na soustavné a systematické vzdělávání pracovníků paliativního týmu, ale také přípravu plánu osobního rozvoje pro každého z nich a pravidelné supervize<sup>11</sup> či intervize<sup>12</sup>, dle preferencí členů multidisciplinárního týmu. Zaměstnavatel nesmí zapomínat pečovat o

---

<sup>11</sup> Supervize je procesem, jehož účastníkem je tým, skupiny pracovníků či jednotlivců a supervizor. Je zaměřena na reflexi profesní role, činností a aktivit spojených s pracovní pozicí (VENGLÁŘOVÁ, 2013, s. 14).

<sup>12</sup> Intervize je setkáním kolegů, bez účasti supervizora, avšak za stejným účelem jako supervize.

ty, kteří pečují o jiné, jen tak lze úspěšně předcházet „syndromu vyhoření“, který je v pomáhajících profesích bohužel častým jevem.

## 4 IMPLEMENTACE PALIATIVNÍ PÉČE DO PROSTŘEDÍ NEMOCNICE

Implementace paliativní péče do zdravotně-sociálního systému České republiky je jedním z cílů Národního programu paliativní péče ČSPM (Národní program paliativní péče, online, cit. 2016-04-21). Zavedení paliativního programu v nemocničních zařízeních znamená velký posun v „humanizaci umírání“. V konečném důsledku může být i finančně výhodnější nežli poskytování „agresivní péče“ nevléčitelně nemocným (tj. podávání intravenózních antibiotik, provádění nadměrně zatěžujících vyšetření, apod.). Paliativní přístup pak nejvíce ocení samotný pacient a jeho rodina. Toto konstatování výstižně doplňuje Llamas et al. (In: PAYNE, S., SEYMOUR, J., INGLETON, CH., 2007, s. 133): *„Provoz nemocnice zaměřené na akutní péči představuje pro poskytování paliativní péče nemalé problémy, přesto existuje morální imperativ, aby se péče o pacienty, kteří v zařízení akutní péče umírají, optimalizovala“*. Následující text přiblíží možná omezení, překážky, ale i výzvy, se kterými se v rámci implementace paliativní péče do prostředí nemocnic mohou jednotlivá zařízení potýkat a které bude zároveň potřeba zohlednit a respektovat.

### 4.1 Možné překážky v implementaci paliativní péče do nemocničního zařízení

Výčet možných překážek má sice obecnou platnost, přesto se předpokládá velká variabilita v závislosti na konkrétním zařízení (jeho právní formě, velikosti, geografickém kontextu, vedení organizace, organizační kultuře, personálním vybavení, apod.). Management nemocnic může v rámci rozhodnutí implementovat do svého zařízení péči o umírající pacienty čelit těmto překážkám:

#### a) překážky v mezirezortní spolupráci, tzv. rezortismus

Paliativní péče představuje zdravotně-sociální model péče, stojí tedy na pomezí dvou rezortů, Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí. Odtud pramení problémy spojené s úhradami od pojišťoven a absencí systémové podpory

zařízení paliativní péče. Výsledkem je omezená dostupnost paliativní péče, která neodpovídá potřebám občanů (TOMEŠ et al., 2015, s. 61).

**b) omezený rozpočet nemocnic, problémy s financováním dlouhodobé a následné péče**

Řešením může být vlastní fundraising nemocnice, aktivní vyhledávání možností dofinancování formou dotací, grantů, apod.

**c) komplexní péče není systémem vítána**

Veřejnost je, dle slov předního českého odborníka na paliativní medicínu, MUDr. L. Kabelky, PhD., mystifikována nutností zlepšovat péči akutní na úkor péče komplexní, např. paliativní (VII. Česko-slovenská konference paliativní medicíny, 2015).

**d) deficit kvalifikované pracovní síly**

Personální práce v podobě získávání a výběru členů paliativního týmu je pro celkovou funkčnost Oddělení paliativní péče (OPP) naprosto zásadní. Podmínky, které by měl pracovník na takovém oddělení splňovat, jsou v zásadě dvě, a sice „mít rád lidi“ (nejvyšší hodnotou při práci s umírajícími lidmi je mezilidský vztah) a „být vyrovnán/a se svou vlastní smrtelností“. Kvalitnímu výběru personálu však brání obecný deficit zdravotníků na trhu práce; nemocnice napříč celou Českou republikou se potýkají s jejich nedostatkem ve všech oborech. Na vině je jednak systém profesní přípravy zdravotníků, který je zbytečně složitý a zdouhavý a na „hotového“ odborníka se tak čeká řadu let, částečně i nedostatečná práce řady personálních oddělení nemocnic, které nevyvíjejí přílišnou snahu o motivování potencionálních uchazečů z řad zdravotníků.

**e) zatěžující administrativa**

Nemocnice se obecně potýkají s administrativní přebujelostí, kdy „za horou papírů není vidět pacient“. Do značné míry je to způsobeno nároky na akreditace těchto zařízení. Práce na OPP však musí být především o čase, po který jsou členové paliativního týmu pacientovi k dispozici, ten nesmí být ničím omezen. Řešením by mělo být navýšení počtu zdravotnického personálu oproti jiným lůžkovým oddělením, s tím jsou však spojeny daleko vyšší mzdové náklady a v situaci deficitu zdravotníků jde mnohdy o nadlidský úkol. Nemocničnímu paliativnímu týmu by mohl být dále ku pomoci pracovník administrativní podpory, jehož pozice je však nad rámec

personálního zabezpečení daného legislativou, a proto opět nákladovou položkou navíc.

**f) překážky v podobě nevhodné organizační kultury**

Organizační kultura je souhrnem představ, přístupů a hodnot ve firmě všeobecně sdílených a relativně dlouhodobě udržovaných (BAKEŠOVÁ, 2006, s. 94). Zároveň se uvádí, že je extrémně setrvačná a obtížně měnitelná (BAKEŠOVÁ, 2006, s. 96). Kultura jednotlivých nemocničních zařízení se bude v mnohém podobat, v jiných prvcích lišit. Za překážku se dle Coyla považuje zejména hierarchická tradice, v níž má výlučnou autoritu lékař, kde se řeší otázka „vlastnictví“ pacienta a debaty o tom, kdo je skutečným odborníkem (In: PAYNE, S., SEYMOUR, J., INGLETON, CH., 2007, s. 126).

**g) přístup k měření kvality péče**

Nemocnice řeší otázku kvality péče vesměs technickým standardem, personálním klíčem či měřitelnými ukazateli úspěšnosti. Ústavní rutina a bezpečnost jsou bohužel větší prioritou nežli kvalita pacientova života (GAWANDE, 2016, s. 105).

Existuje sice řada dotazníků a indikátorů měření kvality péče v závěru života, v nemocniční praxi se však téměř nevyužívají.

**h) zachraňovat versus pomáhat kvalitně dožít (TOMEŠ et al., 2015, s. 52)**

V nemocnicích se obecně praktikuje tzv. vítězná medicína, snaha zachránit pacienta za každou cenu, mnohdy bez domýšlení důsledků a přínosu pro samotného pacienta. Paliativní péče prosazuje směr zcela opačný, a sice pomoci nevléčitelně nemocnému člověku kvalitně dožít. Jeho smrt pak není považována za prohru, medicínský neúspěch ani selhání, nýbrž přirozené dojití do cíle, završení konkrétního životního příběhu. Tomeš jde dokonce ještě dál a zdůrazňuje, že umírající člověk do nemocnice nepatří (TOMEŠ et al., 2015, s. 53).

**i) neinformovanost pacienta po ukončení kurativní léčby (TOMEŠ et al., 2015, s. 52)**

Pro paliativní péči by měl být indikován pacient, který byl svým ošetřujícím lékařem dostatečně obeznámen s vývojem své choroby, prognózou přežití a všemi možnostmi a benefity, které mu paliativní péče může nabídnout. Právě nízká informovanost pacienta o jeho zdravotním stavu bývá překážkou plynulého přechodu z kurativní<sup>13</sup> na paliativní léčbu.

---

<sup>13</sup> Kurativní léčba je postup směřující k uzdravení pacienta, jeho vyléčení.



- j) **nedostatečná kvalita vzdělání zdravotníků v paliativní medicíně a paliativní péči** (MARKOVÁ, 2010, s. 25)

Autorka práce shledává problém nejenom v kvalitě vzdělávání, ale též kvantitě. Lékařů atestovaných v oboru Paliativní medicíny je stále pomálu, nejinak je tomu u ostatních profesí paliativního týmu.

## **4.2 Výzvy spojené s implementací paliativní péče do nemocničního zařízení**

Dalo by se říci, že překážky uvedené v předchozí podkapitole mohou být zároveň považovány za výzvy v oblasti rozvoje tohoto typu péče, tím na ně lze pohlížet v daleko pozitivnějším světle. Mezi zásadní výzvy implementace paliativní péče do nemocničního zařízení patří následující:

### **a) nízká priorita paliativní péče**

Paliativní péče má velmi často u vedení nemocnic a většiny lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků nízkou prioritu, byť všichni chápou, že je potřeba. Zdravotnictví však sužuje celá řada problémů, které jsou svou povahou existenčně důležité (financování provozu, odliv zdravotníků a jejich následný deficit, apod.) a na nadstavbové záležitosti, mezi které se řadí též paliativní péče poskytovaná v nemocnici, nezbývají finance, čas ani energie.

### **b) tým, týmové myšlení**

O multidisciplinárním týmu bylo pojednáno již v podkapitole 1.3.1. V praxi to funguje tak, že na pacienta je nahlíženo ze všech úhlů pohledu, jeden člen týmu doplňuje druhého a tím, kdo z této formy spolupráce získává nejvíce, je právě pacient a jeho blízcí. Implementace týmového modelu práce bude zřejmě pro nemocniční zařízení nemalou výzvou. Zdravotnictví obecně není založeno na týmové práci, spíše na jasné hierarchii a systému kompetencí a odpovědností. Už samotná příprava, vzdělávání lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků, probíhá odděleně a neprovázaně (odlišná legislativa, pravidla daných oborových institucí, aj.), na týmovou spolupráci zdravotníci připravováni nejsou. Týmová setkávání mohou být zároveň prostředkem „od břemene se“ a nahrazovat tak chybějící intervize a supervize, které zatím ve

zdravotnictví nemají své pevné místo. Výstižně je role týmu v paliativní péči vymezena v rámci standardů Evropské asociace pro paliativní péči (RADBRUCH, L., PAYNE, S. and the Board of Directors of the EAPC 2009, s. 284): „*Týmová práce je považována za hlavní složku paliativní péče*<sup>14</sup>.“

V této souvislosti je dále třeba klást důraz na vzájemnou formální i neformální komunikaci uvnitř týmu (MARKOVÁ, 2010, s. 25).

#### c) **rodina jako partner multidisciplinárního týmu**

„*Paliativní medicína je jedinou odnoží medicíny, která veřejně proklamuje, že objektem její péče není pouze pacient, ale i jeho rodina*“ (KABELKA, Česká televize, online, 2013, cit. 2016-08-16). Je jisté, že život ohrožující nemoc dopadá nejen na pacienta samotného, ale i celou jeho rodinu, a promítá se jak do psychického, tak i fyzického zdraví (BUŽGOVÁ, 2015, s. 114). Integrace rodinných příslušníků do péče je například jedním z principů hospicové péče, neboť se vychází z faktu, že rodina často trpí více nežli samotný pacient (STUDENT, J-CH., MÜHLUM, STUDENT, U., 2006, s. 39).

Partnerství ve vztahu multidisciplinárního týmu k rodině a pacientovi by mělo být rovnocenné, bez odrazu tradiční „nemocniční“ hierarchie.

#### d) **přítomnost dobrovolníků**

OPP by mělo být otevřené pro civilní personál, tzn. nejenom rodinné příslušníky, ale i dobrovolníky. Jejich přínos je blíže popsán v podkapitole 3.8.

#### e) **změna pohledu na pacienta v paliativní péči**

V pojetí paliativní péče je potřeba pečovat o člověka v celé jeho celistvosti, nikoliv pouze o jeho nemoc, připravit se na řešení bolesti nejenom fyzické, ale i sociální (obavy, těžkosti, trápení).

#### f) **překonání mýtů a předsudků ohledně paliativní péče**

Mýtů ohledně paliativní péče existuje, i přes aktivní osvětu zejména neziskového sektoru, stále mnoho. Převládá například představa, že paliativní léčba je laciná, méně profesionálně i medicínsky náročná, a tím i méně společensky významná (HAŠKOVCOVÁ, 2007, s. 12). Konkrétní mýty a předsudky budou blíže vysvětleny v rámci praktické části této práce.

---

<sup>14</sup> „*Team work is regarded as a central component of palliative care.*“

**g) autonomie OPP v rámci nemocničního zařízení**

Filozofie paliativní péče je odlišná od péče kurativní. Na oddělení, kde je poskytována, jako by se zastavil čas a přestal mít vliv na provoz kolem. Jiný koncept péče vyžaduje zcela jiný přístup k pacientovi, rodině, členům týmu a je náročné docílit této změny v rámci jedné instituce. Důležité pro OPP je uchovat si svou autonomii v daném zdravotnickém zařízení a důsledně ctít interní pravidla oddělení, formální i neformální.

**h) spolupráce OPP s ostatními poskytovateli paliativní péče v regionu působnosti**

Myšlena je spolupráce s mobilními hospici, agenturami domácí péče, lůžkovými hospici, specializovanými ambulancemi, praktickými lékaři, aj.

**i) poradenství pro pozůstalé**

Podpora zvládání procesu truchlení a zármutku je službou, na níž nemocniční zařízení příliš připravena nejsou. Rozvíjí se tedy zejména v hospicové sféře a v rámci neziskových organizací. V národní soustavě kvalifikací byl vytvořen kvalifikační standard tzv. poradce pro pozůstalé, což je kvalifikovaný pracovník, který pod dohledem supervizora doprovází pozůstalé členy rodiny a pomáhá jim například s přípravou pohřebního obřadu a zpracováním jejich vlastního smutku (ŠPATENKOVÁ In: BUŽGOVÁ, 2015, s. 129).

### **4.3 Překážky a výzvy spojené s projektem zřízení Oddělení paliativní péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.**

#### **4.3.1 Charakteristika společnosti Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.**

Nemocnice v Jindřichově Hradci (dále jen NJH) je nejdůležitějším zdravotnickým zařízením na jihovýchodě Jihočeského kraje a zároveň jedním z největších zaměstnavatelů na Jindřichohradecku. Byla založena Jihočeským krajem jako samostatná akciová společnost tvořící jednotný funkční, organizační a hospodářský celek s právní subjektivitou. Jako akciová společnost funguje od začátku roku 2007.

Počet zaměstnanců nemocnice činil 817 k prosinci roku 2016.

Počet hospitalizovaných pacientů se ročně pohybuje kolem 16 000, počet ambulantních vyšetření pak kolem 200 000. Dalším zásadním ukazatelem úspěšnosti nemocnice je počet porodů, který má stoupající tendenci a činí cca 650 porodů / rok.

### Cíle, hodnoty a vize společnosti

Základním úkolem nemocnice je poskytovat obyvatelům zdravotní péči a služby v souladu s koncepcemi příslušných medicínských oborů a koncepcí zdravotnictví Jihočeského kraje.

Cílem úsilí nemocnice je nejenom kvalitně léčený a spokojený pacient<sup>15</sup>, ale také spokojení zaměstnanci, spolupráce jednotlivců i týmů, loajalita zaměstnanců, pozitivní ekonomické výsledky a dobré jméno nemocnice.

Hlavní vizí NJH je její rozvoj zaměřený na zlepšení kvality a dostupnosti poskytovaných služeb, a to cestou:

- zvýšení kvality zdravotnického personálu a jeho stabilizace
- modernizace a obnovy přístrojového vybavení
- změn v organizaci práce a řízení nemocnice

### Firemní kultura organizace

Organizační kultura NJH je nepochybně kulturou silnou, s jasně determinovanými zvyklostmi (tzn. systémem hodnot, tradic, historek, úpravou pracovního prostředí, chováním). Dle členění Charlese Handyho (BAKEŠOVÁ, 2006, s. 104) půjde o kulturu rolí (celá organizace má tvar pyramidy – čím vyšší úroveň, tím méně lidí je v ní zařazeno; od pracovníků se očekává určitý způsob jednání, dle zastávané pozice). Teoreticky tedy může být poměrně náročné prosadit v takové organizaci novou myšlenku. Na určitých pozicích je tento rigidnější způsob uvažování patrný, nikoliv však ve vedení společnosti, kde naopak panuje otevřený způsob uvažování a vstřícnost k výzvám, které před nemocnicí stojí. Interní vztahy jsou úzké, což pramení z charakteru regionální nemocnice. Jindřichův Hradec je malým městem, kde se znají nejen zaměstnanci mezi sebou, ale mnohdy také zaměstnanci spolu s pacienty. V organizaci funguje kooperace a převládá pocit sounáležitosti. Lidé se cítí být členy organizace a pociťují potřebu individuálního

---

<sup>15</sup> Co se kvality poskytované lékařské péče týče, získala NJH v roce 2014 v celostátní soutěži vyhlášené organizací HealthCare Institute první místo v hodnocení spokojenosti hospitalizovaných pacientů a druhé místo ve spokojenosti pacientů s ambulantními službami nemocnice.

příspěvku k úspěchu. To jsou na druhé straně dle typologie Handyho spíše rysy kultury podpory (BAKEŠOVÁ, 2006, s. 104).

#### **4.3.2 Překážky a výzvy spojené se zřízením Oddělení paliativní péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.**

Do určité míry se projekt zřízení nového oddělení bude potýkat se všemi překážkami uvedenými v podkapitole 4.1 a čelit výzvám zmíněným v podkapitole 4.2.

Hlavní překážkou implementace paliativního přístupu péče do prostředí nemocnice v Jindřichově Hradci je, dle názoru autorky, **nedostatečné povědomí** na straně zdravotníků **o paliativní medicíně a paliativní péči** obecně. Tato nedostatečnost může být zároveň výzvou, a to v podobě systémové změny, ke které lze dospět prostřednictvím vzdělávání a rozvoje klíčových zaměstnanců nemocnice. Nemocnice Jindřichův Hradec tedy v souvislosti se zřízením Oddělení paliativní péče plánuje tyto aktivity:

- zorganizovat stáže ve dvou vybraných lůžkových zařízeních hospicového typu v České republice, pro všechny členy multidisciplinárního týmu,
- zajistit stáže lékařů se zájmem o paliativní medicínu na Masarykově Onkologickém Ústavu v Brně,
- vytipovat nejméně jednoho lékaře pro specializační vzdělávání v oboru Paliativní medicíny,
- organizovat vzdělávací akce "na klíč" pro lékaře i nelékařské zdravotnické pracovníky, zajistit interní školení o základních principech paliativní péče též pro ostatní zaměstnance Nemocnice J. Hradec,
- oslovit vhodnou partnerskou zahraniční nemocnici s dlouhodobě fungujícím paliativním programem a zajistit stáž vybraného lékaře či lékařů na tomto zahraničním pracovišti,
- zajistit odbornou literaturu pro členy multidisciplinárního týmu zahrnující veškeré aspekty paliativní péče.

Projekt implementace paliativní péče do Nemocnice v Jindřichově Hradci se však potýká s **nedostatky v povědomí o paliativní péči** nejen u zdravotníků, ale též **ostatních**

**pracovníků nemocnice**, z nichž řada z nich může ze své pozice implementaci projektu napomoci anebo ji naopak znesnadnit. Vedení nemocnice tak při plánování vzdělávání zaměstnanců v paliativní péči nesmí opomíjet ani technicko-hospodářské pracovníky<sup>16</sup>, zejména co se informovanosti o nových projektech týče. Ochotu participovat na projektu, se kterým byl pracovník důkladně obeznámen, lze předpokládat vyšší nežli u neinformovaných pracovníků.

Další překážkou se zdá být **firemní kultura**, jejíž přeměna bude zároveň nemalou výzvou. Řešením může být jednak nastavení programu systematického a cíleného vzdělávání pracovníků nemocnice v principech paliativní péče, dále pak vytipování a cílený rozvoj klíčových pracovníků z řad lékařů, kteří principy paliativní péče přijmou za své a naučí se je předávat ostatním. Přesvědčené, vzdělané a silné osobnosti, které disponují potenciálem měnit svět kolem nás (ČSPM, online, cit. 2016-05-30).

Před Nemocnicí Jindřichův Hradec, a.s. stojí též výzva v podobě **změny pohledu na pacienta v paliativní péči**. Cílem paliativní péče je kvalita pacientova života, ta by měla zůstat prioritou před „ústavní rutinou a bezpečností za každou cenu“. Kvalitu života lze udržet prostřednictvím co největší míry autonomie pacienta a právě tendence k autonomii se zdá být protichůdná vůči tendenci k ochraně a bezpečí. Dosažení kompromisu, přijatelného pro pacienta i vedení nemocnice, bude jistě zajímavou cestou.

Projekt zřízení Oddělení paliativní péče v Jindřichově Hradci je od počátku vystavěn na myšlence docílení větší autonomie pacientů skrze **získání větší míry autonomie také pro samotné OPP** v rámci nemocničního zařízení. Počítá se tedy s rekonstrukcí stávající Léčebny dlouhodobě nemocných v Jindřichově Hradci, která se nachází mimo areál nemocnice, pár desítek metrů od hospodářských budov, v klidové zástavbě obklopené zelení. Dle názoru autorky práce jde o příležitost, jak snáze přenastavit způsob uvažování personálu, z kurativní formy na paliativní.

---

<sup>16</sup> Do skupiny THP pracovníků jsou v nemocničním zařízení zahrnuti nezdravotnická povolání, tj. referenti, specialisté, manažeři a administrativní pracovníci, s různou mírou odpovědnosti.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ A VZDĚLÁVACÍ AKCE NA TÉMA „PROJEKT ZŘÍZENÍ ODDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE V NEMOCNICI JINDŘICHŮV HRADEC, a.s.“

V předchozí kapitole popisující možné překážky a výzvy spojené s konkrétním projektem implementace paliativní péče do činnosti Jindřichohradecké nemocnice je zmíněna potřeba systematického zvyšování povědomí o koncepci paliativní péče napříč všemi skupinami pracovníků. Pro účely diplomové práce si autorka jako svou cílovou skupinu, na níž je výzkum zaměřen, zvolila nelékařský zdravotnický personál. Skupinu nejpočetnější a z pohledu přímé péče o pacienta a jeho rodinu velmi důležitou, a sice zdravotní sestry. Jejich alespoň základní znalost principů a cílů paliativní péče je zásadní nejenom pro jejich osobní motivaci k práci na projektu implementace koncepce paliativní péče, ale i pro docílení systémové a plošné změny v přístupu k umírajícím pacientům v nemocničním zařízení. Obecná paliativní péče by měla být rutinou každého zdravotníka, nikoliv pouze na specializovaném oddělení, proto je potřeba zacílit vzdělávání v oblasti paliativní péče postupně na celý personál nemocnice.

### 5.1 Vymezení výzkumného cíle

Cílem praktické části diplomové práce je zjistit, prostřednictvím dotazníkového šetření před konáním a po realizaci konkrétní vzdělávací akce určené skupině zdravotních sester Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., zda u vybraného vzorku respondentů došlo ke změně v informovanosti o paliativní péči a následně postoji k projektu implementace paliativní péče do prostředí Nemocnice v Jindřichově Hradci.

Dílčí cíle jsou následující:

1. Zjistit, zda a jakým způsobem došlo ke změně v úrovni základních znalostí o paliativní péči u vybrané skupiny zdravotních sester.

2. Zjistit, zda došlo ke změně v informovanosti o projektu zřízení Oddělení paliativní péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s u vybrané skupiny zdravotních sester.
3. Zjistit, zda a jakým způsobem došlo ke změně v postoji k projektu implementace paliativní péče do prostředí Nemocnice Jindřichův Hradec u vybraného vzorku zdravotních sester.

V návaznosti na dílčí cíle byly formulovány tyto hypotézy:

Hypotéza č. 1: Zdravotní sestry, které se zúčastní konkrétní vzdělávací akce o implementaci paliativní péče do prostředí nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., budou lépe než před jejím absolvováním rozumět pojmu „paliativní péče“.

Hypotéza č. 2: Informovanost zdravotních sester nemocnice o zřízení Oddělení paliativní péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s. bude po absolvování vzdělávací akce vyšší než před ní.

Hypotéza č. 3: Postoj zdravotních sester nemocnice vůči paliativní péči bude po absolvování vzdělávací akce pozitivnější než před ní.

## **5.2 Výběr zařízení a respondentů pro výzkum**

Dotazníkové šetření bylo realizováno v rámci Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., mezi zdravotními sestrami. Jsou to ony, které mají k pacientům obvykle nejbližší a mohou tedy svým postojem značně ovlivnit úspěšnost celého projektu implementace paliativní péče do prostředí nemocnice. Do šetření a následné vzdělávací akce byly zahrnuty na principu dobrovolnosti.

K 1. září 2016 činil celkový počet zdravotních sester Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. 299.

## **5.3 Metodika sběru dat**

Ke sběru dat byla v rámci kvantitativního empirického průzkumu použita metoda dotazníkového šetření. Vypracovány byly dvě formy dotazníku určeného k evaluaci vědomostí a postojů k paliativní péči, PRE (před) a POST (po), označené kódem A1 –



A100, aby mohly být posléze spárovány a správně vyhodnoceny. Byla provedena pilotáž na vzorku pěti pracovníků z řad zdravotníků Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., na jejímž základě byla jedna otázka pro nízkou vypovídající hodnotu zcela vypuštěna a otázka číslo 6 byla změněna z otevřené na otázku polouzavřenou. Důvodem byl argument tří osob, účastnících se pilotáže, o značném počtu otevřených otázek a s tím spojeném riziku rezervovaného postoje k vyplnění dotazníku z důvodu časové náročnosti.

Dotazníky byly vytvořeny autorkou speciálně pro účely diplomové práce a konkrétní vzdělávací akci. Dotazníkové šetření, stejně jako následná vzdělávací akce, bylo odsouhlaseno vedením organizace, a sice ředitelem nemocnice, místopředsedou představenstva a hlavní sestrou.

Dotazník „pre“ začíná krátkým textem, ve kterém se autorka práce představila, uvedla univerzitu, jíž je studentkou, studijní program a příslušný obor. Zmínila zaměření diplomové práce, účel dotazníkového šetření, představila garanta šetření a ujistila respondenty o anonymitě dotazníku a faktu, že výsledky průzkumu budou použity pouze pro účely konkrétní diplomové práce. Následují pokyny, jak dotazník správně vyplnit. Dotazník končí poděkováním za čas respondentů strávený jeho vyplňováním. „Pre“ dotazník obsahuje 13 položek, z toho 2 identifikační (demografické), „post“ dotazník pak 11 položek, již bez položek identifikačních. Otázky v dotaznících jsou otevřené i uzavřené, dále pak polouzavřené, umožňující volnou tvorbu odpovědi mimo nabízené možnosti. Dotazníky dále obsahují výběr z více předkládaných variant. Otázky zaměřené na zjištění postoje a názoru respondentů obsahují Likertovu škálu, a sice čtyřbodovou.

#### Dotazník PRE

Otázky č. 1 – 6 zjišťují povědomí o paliativní péči obecně.

Otázky č. 7 a 8 zjišťují povědomí o konkrétním projektu Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

Otázky č. 9 a 11 zjišťují postoj k paliativní péči a konkrétnímu projektu.

Otázky č. 12 – 13 jsou zaměřeny na získání demografických dat respondenta.

#### Dotazník POST

Otázky č. 1 - 6 zjišťují posun ve znalostech o paliativní péči.

Otázky č. 7 a 8 zjišťují posun ve znalostech o konkrétním projektu Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

Otázky č. 9 – 11 zjišťují posun v postoji k tématům paliativní péče a konkrétnímu projektu.

„Pre“ dotazníky byly autorkou osobně předány (v tištěné podobě) na tato oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec: ARO, NIP (Následná intenzivní péče), Urgentní příjem, Dětské, Gynekologicko-porodnické, Chirurgické, Interní, LDN, ONP (Oddělení následné péče), Neurologické, Ortopedicko-traumatologické, OPP a Urologické, v barevném provedení, z důvodu větší atraktivnosti a zvýšené pravděpodobnosti jejich navrácení. Předností osobní administrace je eliminování rizika nepochopení otázek, špatného vyplnění či nízké návratnosti dotazníků. Dotazníky byly předány jeden týden před konáním předem avizované vzdělávací akce, s vysvětlením jejich účelu, instrukcemi k vyplnění a žádostí o přinesení již vyplněných dotazníků na samotnou vzdělávací akci. Vzdělávací akce, určená primárně zdravotním sestřám nemocnice Jindřichův Hradec, byla zorganizována Edukačním centrem nemocnice, ve spolupráci s autorkou práce a pod hlavičkou Profesní odborové unie zdravotnických pracovníků (POUZP). Jednalo se o jednodenní konferenci o paliativní péči, zahrnující dva bloky přednášek s následnou diskusí. V průběhu registrace na vzdělávací akci byli účastníci požádáni o odevzdání svých předem vyplněných „pre“ dotazníků přímo autorce práce, která dle kódu uvedeného na „pre“ dotazníku vydala post dotazník s identickým kódem (A1 – A100<sup>17</sup>). Pre dotazníky byly uloženy do schránky k tomu určené. Jako poděkování za spolupráci obdrželi respondenti drobný dárek - propisku. Po skončení přednášky odevzdali účastníci své „post“ dotazníky do další sběrné schránky u východu z konferenčního sálu. Dotazníky byly poté autorkou práce spárovány. Oba dotazníky jsou součástí příloh diplomové práce.

#### **5.4 Vzdělávací akce na téma „Implementace paliativní péče do činnosti Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.“**

Cílem vzdělávací akce bylo seznámit skupinu zdravotních sester nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. se základními informacemi o principech paliativní péče a

---

<sup>17</sup> 100 je maximální kapacita konferenčního sálu.

konkrétním projektu implementace paliativní péče do prostředí Jindřichohradecké nemocnice a zodpovědět jakékoliv dotazy k paliativní péči či projektu nemocnice.

#### **5.4.1 Příprava a realizace navržené vzdělávací akce**

Následující text představuje didaktický postup (BARTOŇKOVÁ, 2006, s. 12) pro plánovanou vzdělávací akci na téma „Implementace paliativní péče do činnosti Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.“.

##### **Identifikace vzdělávací potřeby:**

Paliativní péče představuje koncept založený na principech poměrně odlišných od těch, kterými se řídí péče poskytovaná v nemocničních zdravotnických zařízeních. Podstatou této péče je interdisciplinární přístup, týmová spolupráce, zahrnutí rodinných příslušníků do péče o pacienta, účast dobrovolníků na péči, aj. Rozdíl tkví již v samém cíli paliativní péče; zatímco cílem ostatních oborů medicíny je vítězit nad nemocí, uzdravovat, cílem paliativní péče je zajistit co nejvyšší kvalitu života v čase, který byl pacientovi omezen nevléčitelnou chorobou. Implementace nového konceptu péče o pacienta bude pro Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s. představovat systémovou změnu a zároveň nemalou výzvu, a má-li být tato změna úspěšná a pozitivně přijata všemi zaměstnanci organizace, je potřeba je s ní včas a důkladně seznámit. Tato potřeba bude naplněna zejména přednáškou na téma „Projekt zřízení Oddělení paliativní péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.“ spojenou s diskusí (KOUBEK, 2007, s. 270), za použití prezentace autorky práce, která účastníky vzdělávací akce seznámí se základní terminologií, cíli, principy paliativní péče a chystaným projektem zřízení nového oddělení.

Potřeba vzdělávací akce pro zdravotní sestry byla identifikována na základě předpokládaného deficitu informací o paliativní péči a konkrétním projektu NJH vycházejícího z osobní zkušenosti autorky práce a blíže popsáno též v podkapitole 4.3.2 této práce. Nedostatečné povědomí o paliativní péči a paliativní medicíně na straně zdravotníků je považováno za jednu z překážek úspěšného zavedení tohoto konceptu péče do běžné nemocniční praxe.

##### **Formulace cíle vzdělávací akce:**

Cíle vzdělávací akce autorka strukturovala dle dimenzí učení, tedy Bloomovy taxonomie (PALÁN, 2002, s. 219) na cíle:

- a) kognitivní – účastníci vzdělávací akce si osvojí základní terminologii koncepce paliativní péče a informace o novém projektu NJH,
- b) afektivní – účastníci vzdělávací akce získají pozitivní postoj k implementaci paliativní péče do prostředí NJH,
- c) psychomotorické – účastníci vzdělávací akce budou duševně naladěni a motivováni ke spolupráci se členy multidisciplinárního týmu nového oddělení paliativní péče.

#### **Profil účastníka vzdělávací akce:**

Zdravotní (všeobecná) sestra, registrovaná/ý i bez registrace.

Požadované vstupní znalosti: žádné konkrétní nejsou potřeba.

#### **Profil absolventa vzdělávací akce:**

Absolvent této vzdělávací akce rozumí základní terminologii koncepce paliativní péče a disponuje informacemi o novém projektu zřízení Oddělení paliativní péče v NJH. Má ke koncepci paliativní péče a její implementaci v NJH pozitivní postoj a je motivován ke spolupráci se členy multidisciplinárního týmu nového OPP.

#### **Obsah vzdělávací akce:**

Dva bloky přednášek, dopolední a odpolední. V dopoledním bloku jsou zařazeny dvě 60 minutové přednášky s následnou 15 minutovou diskusí, tedy prostorem pro dotazy účastníků vzdělávací akce a doplnění mezer ve znalostech za účelem zaujetí postoje účastníků k paliativní péči. Odpolední blok zahrnuje taktéž dvě přednášky s následnou diskusí. Přednášky tedy budou celkem čtyři:

- 1) Přednáška na téma „Projekt zřízení Oddělení paliativní péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.“, která účastníky seznámí se základní terminologií koncepce paliativní péče a projektem NJH, dále pak s mýty a předsudky, které kolem paliativní péče panují. Zahrnuje videoprogram – dva příspěvky Centra paliativní péče, z.ú. (Centrum paliativní péče, online, cit. 2017-01-06), které jsou určeny k formování postoje účastníků k tématu paliativní péče a seznámení veřejnosti se zajímavými osobnostmi z řad zdravotníků na poli paliativní medicíny.
- 2) Přednáška na téma „Management symptomů u terminálně nemocných pacientů“,
- 3) „Přechod z kurativní na paliativní péči“, taktéž spojená s videoprojekcí,
- 4) „Palliative friendly, implementace postupů paliativní medicíny do běžné praxe“.

**Forma vzdělávání:** přímá

**Metoda:** Jedná se o vzdělávání mimo pracovní proces, tzv. OFJT, Off The Job Training (MUŽÍK, 2010, s. 91). Využité metody: přednáška, video, demonstrování, diskuse.

**Didaktická technika:** nástěnná tabule bílá, notebook, zpětný projektor, zesilovač zvuku, flipchart, psací potřeby. Dále bude potřeba zajistit přístup na internet.

**Organizační zabezpečení vzdělávací akce:**

Časový plán – sobota 12. listopadu 2016

09.00 – 09.10	Privítání účastníků a zahájení konference
09.10 – 10.10	1. přednáška
10.10 – 11.10	2. přednáška
11.10 – 11.30	Diskuse
11.30 – 11.45	Přestávka na oběd
11.45 – 12.45	3. přednáška
12.45 – 13.45	4. přednáška
13.45 – 14.00	Diskuse a závěr konference

Místní plán - přednáškový sál Knihovny Muzea Jindřichohradecka, ul. Štítného 124, (s kapacitou 100 míst)

Účast na konferenci pro zdravotní sestry je ohodnocena čtyřmi kreditními body.

**Finanční zabezpečení vzdělávací akce:**

150,-Kč pro členy POUZP, 300,-Kč pro nečleny

Poplatek zahrnuje účast na konferenci, potvrzení o účasti a občerstvení.

Přednášející jsou celkem čtyři, všichni zaměstnanci nemocnice, lektorskou činnost tedy realizují v rámci svých pracovních úvazků a bez nároku na honorář.

**Lektoři/přednášející:**

MUDr. Filip Řeřicha – primář odd. Urgentního příjmu a iniciátor projektu implementace paliativní péče do Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

Lenka Řeřichová – koordinátor projektu zřízení OPP v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.

MUDr. Eva Zýková – vedoucí lékařka OPP

MUDr. Vendula Mazancová – vedoucí Oblastního střediska Zdravotnické záchranné služby v Jindřichově Hradci, praktická lékařka a smluvní lékařka Oblastní charity Pelhřimov

**Evaluce:**

„post“ dotazník

## 6 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

Vzdělávací akce se zúčastnilo celkem 56 zdravotních sester, které měly možnost zapojit se v případě zájmu do dotazníkového šetření. Vrátilo se celkem 33 vyplněných dotazníků, z toho jeden nespárovaný. Dále se tedy pracovalo se 32 spárovanými dotazníky – pre a post, tzn. návratnost 57 %. Nejprve byla provedena kontrola odpovědí, čištění dat, jejich systemizace a vložení do datové matice, výběr relevantních proměnných, jejich rozložení a poté analýza získaných dat.

Odpovědi na jednotlivé otázky byly zpracovány pomocí tabulek četností a sloupcových grafů. V případě škálovaných odpovědí byly použity popisné číselné charakteristiky a ke grafickému znázornění pak krabicové diagramy a čárové grafy.

### **Vzorek respondentů:**

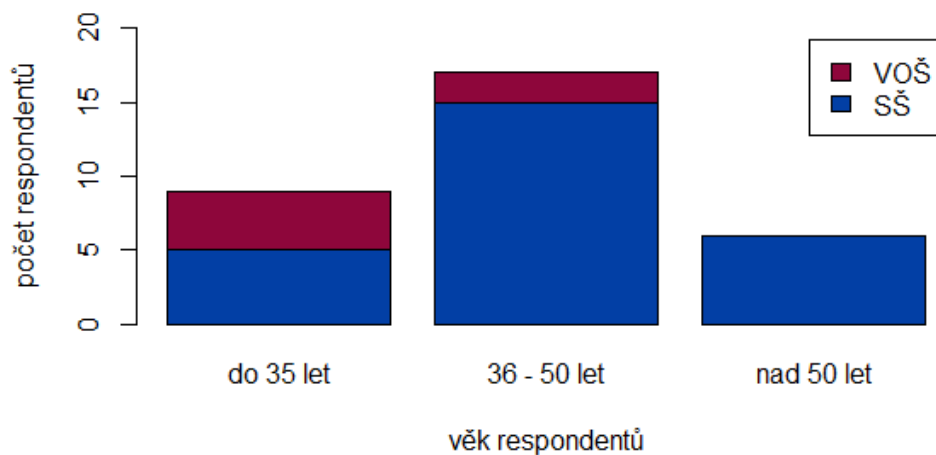
Dotazník vyplnilo celkem 32 respondentů. 81,2 % z nich nepřesáhlo věkovou hranici 50 let. Co se týče jejich vzdělání, nikdo neměl vysokoškolský titul a necelá pětina absolvovala vyšší odbornou školu. Téměř polovina respondentů měla středoškolské vzdělání a věk v rozmezí 35 až 50 let. Detailnější představu o věkové a vzdělanostní struktuře respondentů udává Tabulka 1 a znázorňuje Graf 1.

Tabulka 1: Rozdělení respondentů vzhledem k jejich věku a vzdělání, absolutní (relativní) četnosti

	<b>SŠ</b>	<b>VOŠ</b>	<b>celkem</b>
<b>do 35 let</b>	5 (15,6 %)	4 (12,5 %)	<b>9 (28,1 %)</b>
<b>35 – 50 let</b>	15 (46,9 %)	2 (6,2 %)	<b>17 (53,1 %)</b>
<b>nad 50 let</b>	6 (18,8 %)	0 (0,0 %)	<b>6 (18,8 %)</b>
<b>celkem</b>	<b>26 (81,2 %)</b>	<b>6 (18,8 %)</b>	<b>32 (100,0 %)</b>

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

Graf 1: Rozdělení respondentů vzhledem k jejich věku a vzdělání



Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

## 6.1 Výsledky dotazníkového šetření před vzdělávací akcí

**Otázka č. 1 - Setkal/a jste se již s pojmem „paliativní péče“? Jak byste své znalosti o paliativní péči ohodnotil/a? (1 – nejlepší, 5 – nejhorší)**

S pojmem paliativní péče se před vzdělávací akcí setkali všichni respondenti, přičemž při sebekritickém zhodnocení svých znalostí se ohodnotili v průměru známkou 3. Tuto známku si udělilo téměř 60 % respondentů. Známku 1 nebo 2 se oznámkovalo pouze 6 respondentů, známkou 5 nikdo.

Tabulka 2: Sebehodnocení znalostí o paliativní péči vzhledem k věku respondenta, absolutní a řádkové relativní četnosti, resp. číselné charakteristiky

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>průměr</b>	<b>směr. odch.</b>
<b>do 35 let</b>	0 (0,0 %)	2 (22,2 %)	7 (77,8 %)	0 (0,0 %)	2,78	0,44
<b>36 - 50 let</b>	1 (5,9 %)	1 (5,9 %)	9 (52,9 %)	6 (35,3 %)	3,18	0,81
<b>nad 50 let</b>	1 (16,7 %)	1 (16,7 %)	3 (50,0 %)	1 (16,7 %)	2,67	1,03
<b>celkem</b>	<b>2 (6,2 %)</b>	<b>4 (12,5 %)</b>	<b>19 (59,4 %)</b>	<b>7 (21,9 %)</b>	<b>2,97</b>	<b>0,78</b>

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

### Otázka č. 2 – Co pojmem „paliativní péče“ rozumíte?

V tomto případě bylo nejprve potřeba vymezit klíčová slova správné definice. Vymezena byla tato: kvalita života, rodina a blízcí pacienta, holistické pojetí (koncept bio-psycho-socio-spirito). Přítomnost alespoň jednoho z těchto klíčových slov v definici respondenta znamenala správnou odpověď. Nejčastěji (téměř 60 %) respondenti ne zcela správně vymezili pojem paliativní péče. 4 respondenti nebyli schopni alespoň částečně dobře daný termín vysvětlit. Do této skupiny nepatřil ani jeden z respondentů z nejstarší věkové kategorie nad 50 let. Srovnání mezi vlastnoručně udělenou známkou a uvedením správné definice paliativní péče poskytuje Graf 2.

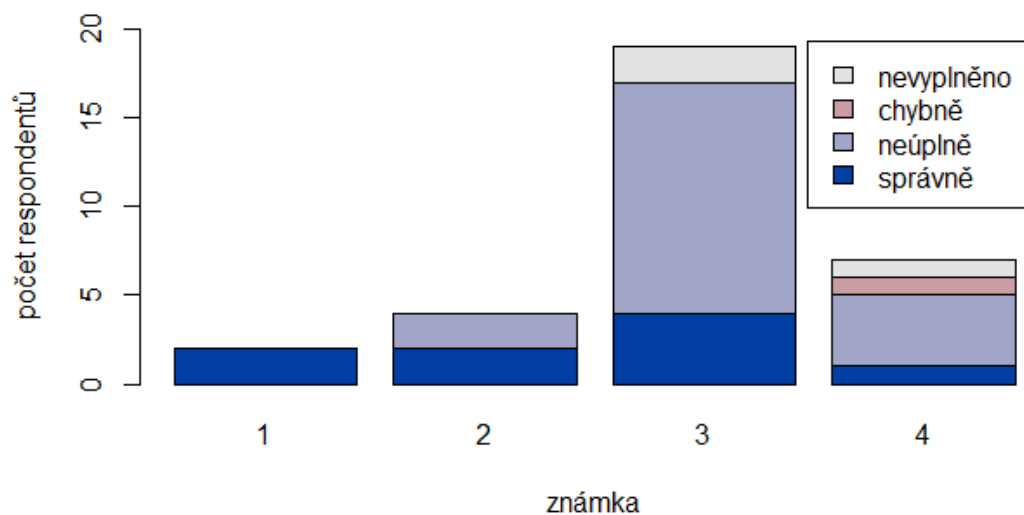
Tabulka 3: Správnost definice paliativní péče vzhledem k věku respondenta, absolutní a řádkové relativní četnosti

	<b>správně</b>	<b>neúplně</b>	<b>chybně</b>	<b>nevyplněno</b>
<b>do 35 let</b>	2 (22,2 %)	6 (66,7 %)	0 (0,0 %)	1 (11,1 %)
<b>36 - 50 let</b>	3 (17,6 %)	11 (64,7 %)	1 (5,9 %)	2 (11,8 %)
<b>nad 50 let</b>	4 (66,7 %)	2 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
<b>celkem</b>	<b>9 (28,1 %)</b>	<b>19 (59,4 %)</b>	<b>1 (3,1 %)</b>	<b>3 (9,4 %)</b>

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)



Graf 2: Porovnání sebeevaluace znalostí o paliativní péči se skutečností



Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

**Otázka č. 3 – Dokážete definovat rozdíl mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí? Pokud ano, napište, v čem rozdíl spočívá.**

Subjektivní hodnocení znalosti rozdílu mezi obecnou a specializovanou péčí se rozdělila v poměru 4:6 v neprospěch ano (viz Tabulka 4), přičemž ze 13 respondentů, kteří se domnívali, že daný rozdíl znají, skutečně správně daný rozdíl popsalo pouze 5 (viz Tabulka 5).

Tabulka 4: Sebehodnocení znalostí o obecné a specializované paliativní péči vzhledem k věku respondenta, absolutní a řádkové relativní četnosti

	Ano	Ne
<b>do 35 let</b>	1 (11,1 %)	8 (88,9 %)
<b>36 - 50 let</b>	7 (41,2 %)	10 (58,8 %)
<b>nad 50 let</b>	5 (83,3 %)	1 (16,7 %)
<b>celkem</b>	<b>13 (40,6 %)</b>	<b>19 (59,4 %)</b>

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

Tabulka 5: Správnost definice rozdílu mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí vzhledem k věku respondenta, absolutní a řádkové relativní četnosti

	<b>správně</b>	<b>chybně</b>	<b>nevyplněno</b>
<b>do 35 let</b>	0 (0,0 %)	1 (100,0 %)	0 (0,0 %)
<b>36 - 50 let</b>	2 (28,6 %)	0 (0,0 %)	5 (71,4 %)
<b>nad 50 let</b>	3 (60,0 %)	2 (40,0 %)	0 (0,0 %)
<b>celkem</b>	<b>5 (38,5 %)</b>	<b>3 (23,1 %)</b>	<b>5 (38,5 %)</b>

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

**Otázka č. 4 – Specializovaná paliativní péče se může poskytovat** (lze označit více odpovědí):

- a) pouze v lůžkovém hospici
- b) v nemocnici
- c) v lůžkovém i tzv. domácím hospici
- d) pouze v domácím prostředí
- e) v zařízení sociální péče
- f) jinde (prosím uveďte).....

Specializovaná lůžková péče se dle respondentů (viz Tabulka 6) může poskytovat zejména v lůžkovém i tzv. domácím hospici (93,8 %) či v nemocnici (59,4 %). Pouze 2 respondenti zvolili možnost zařízení sociální péče. Nikdo z respondentů nevybral variantu a) pouze v lůžkovém hospici, ani d) pouze v domácím prostředí. 3 respondenti uvedli i jinou variantu, konkrétně specializovanou ambulanci či agenturu domácí péče (v tomto případě je však poskytování specializované paliativní péče velmi sporné).

Tabulka 6: Výběr možností poskytování specializované paliativní péče respondenty vzhledem k jejich věku, absolutní četnosti a relativní četnosti vztážené k počtu respondentů dané věkové kategorie

	<b>do 35 let</b>	<b>36 - 50 let</b>	<b>nad 50 let</b>	<b>celkem</b>
<b>a) pouze v lůžkovém hospici</b>	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	<b>0 (0,0 %)</b>
<b>b) v nemocnici</b>	5 (55,6 %)	13 (76,5 %)	1 (16,7 %)	<b>19 (59,4 %)</b>
<b>c) v lůžkovém i domácím hospici</b>	9 (100,0 %)	15 (88,2 %)	6 (100,0 %)	<b>30 (93,8 %)</b>
<b>d) pouze v domácím prostředí</b>	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	<b>0 (0,0 %)</b>
<b>e) v zařízeních sociální péče</b>	1 (11,1 %)	1 (5,9 %)	0 (0,0 %)	<b>2 (6,2 %)</b>
<b>f) jinde</b>	0 (0,0 %)	2 (11,8 %)	1 (16,7 %)	<b>3 (9,4 %)</b>

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

**Otázka č. 5 – Víte, který subjekt (zařízení) poskytuje specializovanou paliativní péči v Jihočeském kraji? Pokud ano, napište prosím jeho název.**

Nadpoloviční většina, konkrétně 17 (53,1 %) respondentů uvedla, že zná subjekt poskytující specializovanou paliativní péči v Jihočeském kraji, přičemž správný název uvedlo 10 a neúplně 2 z nich. Zbýlých 5 respondentů konkrétní název subjektu nevyplnilo. Podrobnější výsledky i s ohledem na věk respondenta viz Tabulka 7 a Tabulka 8.

Tabulka 7: Povědomí o subjektu poskytujícím specializovanou paliativní péči v Jihočeském kraji vzhledem k věku respondenta, absolutní a řádkové relativní četnosti

	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<b>do 35 let</b>	4 (44,4 %)	5 (55,6 %)
<b>36 - 50 let</b>	7 (41,2 %)	10 (58,8 %)
<b>nad 50 let</b>	6 (100,0 %)	0 (0,0 %)
<b>celkem</b>	<b>17 (53,1 %)</b>	<b>15 (46,9 %)</b>

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

Tabulka 8: Vyhodnocení správnosti názvu subjektu poskytujícího specializovanou paliativní péči v Jihočeském kraji vzhledem k věku respondenta, absolutní a řádkové relativní četnosti

	<b>správně</b>	<b>neúplně</b>	<b>nevyplněno</b>
<b>do 35 let</b>	3 (75,0 %)	0 (0,0 %)	1 (25,0 %)
<b>36 - 50 let</b>	2 (28,6 %)	2 (28,6 %)	3 (42,9 %)
<b>nad 50 let</b>	5 (83,3 %)	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)
<b>celkem</b>	<b>10 (58,8 %)</b>	<b>2 (11,8 %)</b>	<b>5 (29,4 %)</b>

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

**Otázka č. 6 – Víte, které profese by měly být součástí týmu poskytujícího paliativní péči?**

- a) Lékaři a ošetřovatelé, sociální pracovník, duchovní a psycholog
- b) Lékaři a ošetřovatelé, sociální pracovník a duchovní
- c) Lékaři a ošetřovatelé, sociální pracovník, duchovní a rehabilitační pracovník
- d) Lékaři a ošetřovatelé, sociální pracovník, duchovní, psycholog a dobrovolníci
- e) Další (prosím uveďte).....

Respondenti se z pěti nabízených variant, týkajících se složení týmu zajišťujícího paliativní péči, nakonec rozhodovali mezi třemi variantami a), c), d), přičemž správnou variantu d) zvolila více než polovina respondentů. U respondentů nad 50 let odpověděl chybně pouze jeden respondent (Tabulka 9).

Tabulka 9: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 6 vzhledem k věku respondenta, absolutní a řádkové relativní četnosti

	<b>a</b>	<b>c</b>	<b>d</b>
<b>do 35 let</b>	3 (33,3 %)	1 (11,1 %)	5 (55,6 %)
<b>36 - 50 let</b>	5 (29,4 %)	5 (29,4 %)	7 (41,2 %)
<b>nad 50 let</b>	1 (16,7 %)	0 (0,0 %)	5 (83,3 %)
<b>celkem</b>	<b>9 (28,1 %)</b>	<b>6 (18,8 %)</b>	<b>17 (53,1 %)</b>

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

**Otázka č. 7 – Nakolik jste informován/a o projektu „Zřízení Oddělení paliativní péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.“? (Označte prosím na škále od 1 do 10, 1 – zcela neinformován/a, 10 – zcela informována/a)**

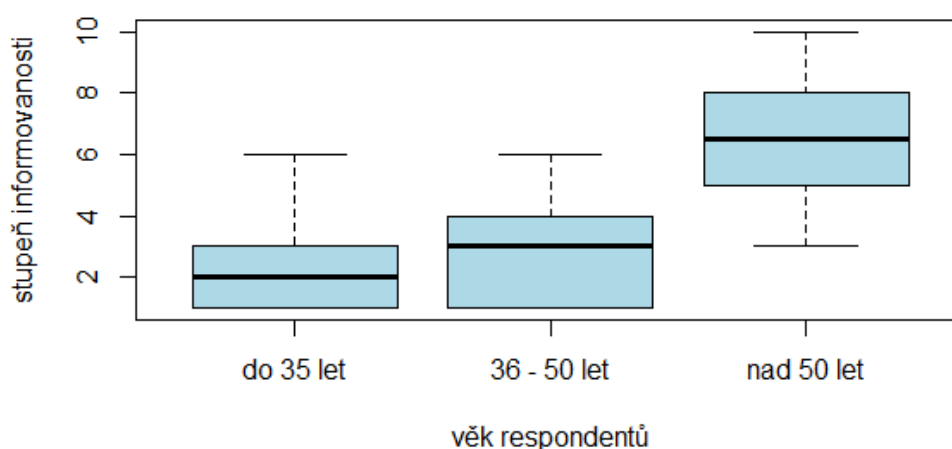
Informovanost o projektu mezi respondenty nebyla před kurzem dostatečná, v průměru dosahovala hodnoty 3,4 v rámci desetibodové hodnotící škály, přičemž ani jeden respondent do 50 let nevedl stupeň míry informovanosti nad 6 (viz Tabulka 10). U respondentů nad 50 let to s informovaností dopadlo podstatně lépe, viz Graf 3.

Tabulka 10: Stupeň informovanosti o projektu vzhledem k věku respondenta, číselné charakteristiky

	min	max	průměr	směr. odch.
<b>do 35 let</b>	1	6	2,56	1,81
<b>36 - 50 let</b>	1	6	2,76	1,71
<b>nad 50 let</b>	3	10	6,50	2,43
<b>celkem</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>3,41</b>	<b>2,37</b>

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

Graf 3: Krabicové diagramy pro stupeň informovanosti o projektu vzhledem k věku respondenta



Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

**Otázka č. 8 – Jakým pacientům budou paliativní lůžka určena?**

- a) pouze dospělým pacientům s onkologickým onemocněním
- b) pouze pacientům s onkologickým onemocněním, včetně dětí
- c) dospělým pacientům s onkologickým onemocněním, neurologickým, srdečním selháváním, CHOPN a demencí, (v terminální fázi těchto onemocnění)
- d) jiným (prosím uveďte).....

Nad 90 % respondentů uvedlo, že paliativní lůžka v nemocnici budou určena dospělým pacientům s onkologickým nebo neurologickým onemocněním, srdečním selháváním, CHOPN a demencí. Necelá desetina si myslí, že je určena pouze dospělým onkologickým pacientům (Tabulka 11).

Tabulka 11: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 8 vzhledem k věku respondenta, absolutní a relativní četnosti

	<b>a</b>	<b>c</b>
<b>do 35 let</b>	0 (0,0 %)	9 (100,0 %)
<b>36 - 50 let</b>	3 (17,6 %)	14 (82,4 %)
<b>nad 50 let</b>	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)
<b>celkem</b>	<b>3 (9,4 %)</b>	<b>29 (90,6 %)</b>

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

**Otázka č. 9 – „Zřízení Oddělení paliativní péče v naší nemocnici považuji za užitečné“. S tímto tvrzením:**

- a) nesouhlasím
- b) spíše nesouhlasím
- c) spíše souhlasím
- d) souhlasím

**Otázka č. 10 - „Paliativní péče v nemocnici představuje důležitou složku péče o nevléčitelně nemocné a umírající pacienty“.**

S tímto tvrzením:

- a) nesouhlasím
- b) spíše nesouhlasím
- c) spíše souhlasím
- d) souhlasím

Otázky č. 9 a 10 byly velmi podobně zaměřené, což potvrdily též odpovědi respondentů a sledovaly stejný cíl, tedy postoj respondentů k paliativní péči. Budou proto posuzovány společně.

Nikdo z respondentů nepopřel užitečnost zřízení Oddělení paliativní péče v nemocnici, kde pracují, přičemž míra jednoznačného souhlasu o užitečnosti roste s věkovou kategorií respondentů (Tabulka 12). Navíc všichni respondenti souhlasí, že paliativní péče v nemocnici představuje důležitou složku péče o nevléčitelně nemocné a umírající pacienty. Všech 32 respondentů zvolilo odpověď d), tedy absolutní souhlas.

Tabulka 12: Vyjádření míry souhlasu s užitečností zřízení OPP v NJH vzhledem k věku respondenta, absolutní a relativní četnosti

	<b>spíše souhlas</b>	<b>souhlas</b>
<b>do 35 let</b>	3 (33,3 %)	6 (66,7 %)
<b>36 - 50 let</b>	5 (29,4 %)	12 (70,6 %)
<b>nad 50 let</b>	1 (16,7 %)	5 (83,3 %)
<b>celkem</b>	<b>9 (28,1 %)</b>	<b>23 (71,9 %)</b>

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

**Otázka č. 11 – Zakroužkujte sdělení (možno i více), se kterým se ztotožňujete.**

- a) Paliativní péče znamená „už se nedá nic jiného dělat“.
- b) Do zařízení paliativní péče se chodí umírat.
- c) Paliativní péče je určena pouze těm, kteří jsou se smrtí smířeni.
- d) Paliativní péče je určena pouze nemocnému členu rodiny.
- e) Paliativní medicíně se věnují spíše „druhořadí“ lékaři.
- f) Neztotožňuji se s žádným z uvedených sdělení.
- g) Ztotožňuji se spíše s tímto sdělením:.....

Tabulka 13 ukazuje, že 18 (56,2 %) respondentů se neztotožňuje ani s jedním z uvedených tvrzení a) až e) obsahující předsudky o paliativní péči, přičemž 7 respondentů se pokusilo o vlastní vyjádření. Zde je jejich výčet:

- „Paliativní péče je určena i rodině.“ (3x),
- „Paliativní péče je zaměřena na kvalitu života.“ (1x)
- „Paliativní péče znamená důstojnost.“ (1x)
- „Paliativní péče znamená tišení bolesti.“ (1x)
- „Paliativní péče znamená důstojnost a tišení bolesti.“ (1x)

Tabulka 13: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 11 vzhledem k věku respondenta, absolutní a relativní četnosti

	<b>do 35 let</b>	<b>36 - 50 let</b>	<b>nad 50 let</b>	<b>celkem</b>
<b>a)</b>	2 (22,2 %)	3 (17,6 %)	0 (0,0 %)	<b>5 (15,6 %)</b>
<b>b)</b>	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	<b>0 (0,0 %)</b>
<b>c)</b>	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (50,0 %)	<b>3 (9,4 %)</b>
<b>d)</b>	1 (11,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	<b>1 (3,1 %)</b>
<b>e)</b>	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	<b>0 (0,0 %)</b>
<b>f)</b>	5 (55,6 %)	11 (64,7 %)	2 (33,3 %)	<b>18 (56,2 %)</b>
<b>g)</b>	2 (22,2 %)	3 (17,6 %)	2 (33,3 %)	<b>7 (21,9 %)</b>

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)



### Vyhodnocení znalostí respondentů před vzdělávací akcí:

Vyhodnocení znalostí respondentů bylo provedeno na základě otázek 2, 3, 4, 5, 6 a 8, přičemž za správnou odpověď v dané otázce respondent získal 1 bod, za chybnou nebo nevyplněnou 0 bodů a za částečnou 1/2 (otázky 2, 3, 5), resp. 1/5, 2/5, 3/5, 4/5 bodu (otázka 4). Maximální možný počet získaných bodů byl tedy 6. Průměrný počet bodů je nejvyšší u skupiny respondentů starších 50 let a nejnižší u prostřední věkové kategorie. Rozdíl mezi nimi činí v průměru 1,86 (Tabulka 14). Závislost mezi znalostmi o paliativní péči a věkovou kategorií byla testována pomocí Welchovy analýzy rozptylu jednoduchého třídění, která byla testem potvrzena ( $p < 0,001$ ). Dodatečným mnohonásobným porovnáním byl prokázán statisticky významný rozdíl ve znalostech mezi nejstarší věkovou kategorií a zbylými dvěma věkovými skupinami.

Tabulka 14: Výsledky testu znalostí o paliativní péči vzhledem k věku respondenta, číselné charakteristiky

	<b>min</b>	<b>max</b>	<b>průměr</b>	<b>směr. odch.</b>
<b>do 35 let</b>	2,1	4,6	3,18	0,74
<b>36 - 50 let</b>	1,1	5,8	2,77	1,27
<b>nad 50 let</b>	4,1	5,6	4,63	0,52
<b>celkem</b>	<b>1,1</b>	<b>5,8</b>	<b>3,23</b>	<b>1,23</b>

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

## 6.2 Porovnání výsledků dotazníkového šetření před a po vzdělávací akci

**Otázka č. 1 - Setkal/a jste se již s pojmem „paliativní péče“? Jak byste své znalosti o paliativní péči ohodnotil/a? (1 – nejlepší, 5 – nejhorší)**

27 (84,4%) respondentů se po vzdělávací akci ohodnotilo lepší známkou, zbylých 5 zůstalo při stejné známce (viz Tabulka 15). Před vzdělávací akcí respondenti své znalosti

o paliativní péči ocenili v průměru na 3 (přesněji 2,97), po vzdělávací akci na lepší 2 (přesněji 1,88). Tento nárůst je statisticky významný (Tabulka 16).

Tabulka 15: Porovnání sebehodnocení u otázky č. 1 před a po vzdělávací akci, absolutní (relativní) četnosti

Před / Po	1	2	3	4	celkem
1	2 (6,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	<b>2 (6,2 %)</b>
2	4 (12,5 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	<b>4 (12,5 %)</b>
3	2 (6,2 %)	16 (50,0 %)	1 (3,1 %)	0 (0,0 %)	<b>19 (59,4 %)</b>
4	1 (3,1 %)	4 (12,5 %)	0 (0,0 %)	2 (6,2 %)	<b>7 (21,9 %)</b>
<b>celkem</b>	<b>9 (28,1 %)</b>	<b>20 (62,5 %)</b>	<b>1 (3,1 %)</b>	<b>2 (6,2 %)</b>	<b>32 (100,0 %)</b>

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

Tabulka 16: Porovnání sebehodnocení u otázky č. 1 před a po vzdělávací akci, číselné charakteristiky, bodový odhad rozdílu populačních průměrů, jednostranný párový Studentův t-test a odpovídající jednostranný 95% interval spolehlivosti

	Před	Po
Průměr (směr. odch.)	2,97 (0,78)	1,88 (0,75)
Bodový (intervalový) odhad pro rozdíl (Po-Před)	-1,09 (-∞; -0,89)	
párový Studentův t-test (jednostranná verze)	p < 0,001	

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

### Otázka č. 2 – Co pojmem „paliativní péče“ rozumíte?

Počet správně uvedených definic vzrostl z 9 na 28, relativně z 28,1 % na 87,5 % (Tabulka 17).

Tabulka 17: Porovnání odpovědí na otázku č. 2 před a po vzdělávací akci, absolutní (relativní) četnosti

<b>Před / Po</b>	<b>správně</b>	<b>neúplně</b>	<b>chybně</b>	<b>nevyplněno</b>	<b>celkem</b>
správně	9 (28,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	<b>9 (28,1 %)</b>
neúplně	17 (53,1 %)	2 (6,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	<b>19 (59,4 %)</b>
chybně	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (3,1 %)	0 (0,0 %)	<b>1 (3,1 %)</b>
nevyplněno	2 (6,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (3,1 %)	<b>3 (9,4 %)</b>
<b>celkem</b>	<b>28 (87,5 %)</b>	<b>2 (6,2 %)</b>	<b>1 (3,1 %)</b>	<b>1 (3,1 %)</b>	<b>32 (100,0 %)</b>

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

**Otázka č. 3 – Dokážete definovat rozdíl mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí? Pokud ano, napište, v čem rozdíl spočívá.**

Povědomí o rozdílu mezi obecnou a specializovanou péčí se zlepšilo na základě subjektivního hodnocení ze 40,6 % na 96,9 % (Tabulka 18), resp. na základě objektivního hodnocení správných odpovědí z 15,6 % na 62,5 % (Tabulka 19).

Tabulka 18: Porovnání sebehodnocení u otázky č. 3, absolutní (relativní) četnosti

<b>Před / Po</b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>	<b>celkem</b>
Ano	13 (40,6 %)	0 (0,0 %)	13 (40,6 %)
Ne	18 (56,2 %)	1 (3,1 %)	19 (59,4 %)
<b>celkem</b>	<b>31 (96,9 %)</b>	<b>1 (3,1 %)</b>	<b>32 (100,0 %)</b>

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

Tabulka 19: Porovnání odpovědí na otázku č. 3, absolutní (relativní) četnosti

<b>Před / Po</b>	<b>správně</b>	<b>neúplně</b>	<b>chybně</b>	<b>nevyplněno</b>	<b>odp. ne</b>	<b>celkem</b>
správně	5 (15,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	<b>5 (15,6 %)</b>
neúplně	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	<b>0 (0,0 %)</b>
chybně	3 (9,4 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	<b>3 (9,4 %)</b>
nevypl.	1 (3,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (12,5 %)	0 (0,0 %)	<b>5 (15,6 %)</b>
odp. ne	11 (34,4 %)	0 (0,0 %)	1 (3,1 %)	6 (18,8 %)	1 (3,1 %)	<b>19 (59,4 %)</b>
<b>celkem</b>	<b>20 (62,5 %)</b>	<b>0 (0,0 %)</b>	<b>1 (3,1 %)</b>	<b>10 (31,2 %)</b>	<b>1 (3,1 %)</b>	<b>32 (100,0 %)</b>

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

**Otázka č. 4 – Specializovaná paliativní péče se může poskytovat (lze označit více odpovědí):**

- a) pouze v lůžkovém hospici
- b) v nemocnici
- c) v lůžkovém i tzv. domácím hospici
- d) pouze v domácím prostředí
- e) v zařízení sociální péče
- f) jinde (prosím uveďte).....

Po vzdělávací akci 29 (90,6 %) respondentů zcela správně vybralo trojici odpovědí b), c), e). Naprosto všichni vybrali variantu, že specializovaná paliativní péče se poskytuje v lůžkovém i domácím hospici. Vzdělávací akce výrazně napomohla k uvědomění si, že specializovanou paliativní péče je možné poskytovat také v zařízeních sociální péče. Tuto odpověď vybrali před kurzem pouze 2 respondenti, po kurzu 31 (Tabulka 20).

Tabulka 20: Porovnání odpovědí na otázku č. 4, absolutní (relativní) četnosti

<b>Varianta</b>	<b>Před</b>	<b>Po</b>
a) pouze v lůžkovém hospici	0 (0,0 %)	1 (3,1 %)
b) v nemocnici	19 (59,4 %)	31 (96,9 %)
c) v lůžkovém i domácím hospici	30 (93,8 %)	32 (100,0 %)
d) pouze v domácím prostředí	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
e) v zařízeních sociální péče	2 (6,2 %)	31 (96,9 %)
f) jinde	3 (9,4 %)	0 (0,0 %)

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

**Otázka č. 5 – Víte, který subjekt (zařízení) poskytuje specializovanou paliativní péči v Jihočeském kraji? Pokud ano, napište prosím jeho název.**

Až na jednoho respondenta všichni respondenti po vzdělávací akci uvedli, že znají subjekt poskytující paliativní péči v Jihočeském kraji. Povědomí o tomto subjektu se tedy zlepšilo z 53,1 % na 96,9 % (Tabulka 21). Uvedený nárůst je statisticky významný (McNemarův test - jednostranná verze:  $p < 0,001$ ). Před vzdělávací akcí zcela správný název subjektu uvedlo 10 (31,2 %) respondentů, po akci 16 (50,0 %), podrobněji viz Tabulka 22.

Tabulka 21: Porovnání odpovědí u otázky č. 5, absolutní (relativní) četnosti

<b>Před / Po</b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>	<b>celkem</b>
Ano	17 (53,1 %)	0 (0,0 %)	<b>17 (53,1 %)</b>
Ne	14 (43,8 %)	1 (3,1 %)	<b>15 (46,9 %)</b>
<b>celkem</b>	<b>31 (96,9 %)</b>	<b>1 (3,1 %)</b>	<b>32 (100,0 %)</b>

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

Tabulka 22: Porovnání kvality odpovědí na otázku č. 5, absolutní (relativní) četnosti

<b>Před / Po</b>	<b>správně</b>	<b>neúplně</b>	<b>chybně</b>	<b>nevyplněno</b>	<b>odp. ne</b>	<b>celkem</b>
správně	10 (31,2 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	<b>10 (31,2 %)</b>
neúplně	1 (3,1 %)	1 (3,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	<b>2 (6,2 %)</b>
chybně	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	<b>0 (0,0 %)</b>
nevypl.	1 (3,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	4 (12,5 %)	0 (0,0 %)	<b>5 (15,6 %)</b>
odp. ne	4 (12,5 %)	2 (6,2 %)	0 (0,0 %)	8 (25,0 %)	1 (3,1 %)	<b>15 (46,9 %)</b>
<b>celkem</b>	<b>16 (50,0 %)</b>	<b>3 (9,4 %)</b>	<b>0 (0,0 %)</b>	<b>12 (37,5 %)</b>	<b>1 (3,1 %)</b>	<b>32 (100,0 %)</b>

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

**Otázka č. 6 – Víte, které profese by měly být součástí týmu poskytujícího paliativní péči?**

- a) Lékaři a ošetřovatelé, sociální pracovník, duchovní a psycholog
- b) Lékaři a ošetřovatelé, sociální pracovník a duchovní
- c) Lékaři a ošetřovatelé, sociální pracovník, duchovní a rehabilitační pracovník
- d) Lékaři a ošetřovatelé, sociální pracovník, duchovní, psycholog a dobrovolníci
- e) Další (prosím uveďte).....

Správnou variantu d) vybralo před vzdělávací akcí 53,1 %, po jejím absolvování 93,8 % respondentů. Opět se jedná o statisticky významný nárůst (McNemarův test - jednostranná verze:  $p < 0,001$ ). Podrobněji viz Tabulka 23.

Tabulka 23: Porovnání odpovědí na otázku č. 6, absolutní (relativní) četnosti

<b>Před / Po</b>	<b>a</b>	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>celkem</b>
a	1 (3,1 %)	0 (0,0 %)	8 (25,0 %)	<b>9 (28,1 %)</b>
c	0 (0,0 %)	1 (3,1 %)	5 (15,6 %)	<b>6 (18,8 %)</b>
d	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	17 (53,1 %)	<b>17 (53,1 %)</b>
<b>celkem</b>	<b>1 (3,1 %)</b>	<b>1 (3,1 %)</b>	<b>30 (93,8 %)</b>	<b>32 (100,0 %)</b>

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

**Otázka č. 7 – Nakolik jste informován/a o projektu „Zřízení Oddělení paliativní péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.“?** (Označte prosím na škále od 1 do 10, 1 – zcela neinformován/a, 10 – zcela informována/a)

Informovanost o projektu „Zřízení Oddělení paliativní péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.“ se zlepšila díky vzdělávací akci v průměru o 4,38 bodu (Tabulka 24). Jednostranný párový Studentův t-test potvrdil statisticky významný nárůst ve stupni informovanosti.

Tabulka 24: Porovnání odpovědí na otázku č. 7 (stupeň informovanosti) před a po vzdělávací akci, číselné charakteristiky, bodový odhad rozdílu populačních průměrů, jednostranný párový Studentův t-test a odpovídající jednostranný 95% interval spolehlivosti

	<b>Před</b>	<b>Po</b>
Průměr (směr. odch.)	3,41 (2,37)	7,78 (2,34)
Bodový (intervalový) odhad pro rozdíl (Po-Před)	4,38 (3,78; +∞)	
párový Studentův t-test (jednostranná verze)	p < 0,001	

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

**Otázka č. 8 – Jakým pacientům budou paliativní lůžka určena?**

- a) pouze dospělým pacientům s onkologickým onemocněním
- b) pouze pacientům s onkologickým onemocněním, včetně dětí
- c) dospělým pacientům s onkologickým onemocněním, neurologickým, srdečním selháváním, CHOPN a demencí, (v terminální fázi těchto onemocnění)
- d) jiným (prosím uveďte).....

Po vzdělávací akci zvolili všichni respondenti správnou kategorii (varianta c) pacientů, kterým bude nové oddělení paliativní péče určeno (Tabulka 25).

Tabulka 25: Porovnání odpovědí na otázku č. 8, absolutní (relativní) četnosti

<b>Před / Po</b>	<b>a</b>	<b>c</b>	<b>celkem</b>
a	0 (0,0 %)	3 (9,4 %)	3 (9,4 %)
c	0 (0,0 %)	29 (90,6 %)	29 (90,6 %)
<b>celkem</b>	<b>0 (0,0 %)</b>	<b>32 (100,0 %)</b>	<b>32 (100,0 %)</b>

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

**Otázka č. 9 – „Zřízení Oddělení paliativní péče v naší nemocnici považuji za užitečné“. S tímto tvrzením:**

- a) nesouhlasím
- b) spíše nesouhlasím
- c) spíše souhlasím
- d) souhlasím



**Otázka č. 10 - „Paliativní péče v nemocnici představuje důležitou složku péče o nevyлéčitelně nemocné a umírající pacienty“.**

S tímto tvrzením:

- a) nesouhlasím
- b) spíše nesouhlasím
- c) spíše souhlasím
- d) souhlasím

Po vzdělávací akci již nepochybuje žádný z respondentů o užitečnosti, resp. důležitosti Oddělení paliativní péče. U obou otázek zvolili respondenti po absolvování vzdělávací akce variantu d), tzn. absolutní souhlas.

**Otázka č. 11 – Zakroužkujte sdělení (možno i více), se kterým se ztotožňujete.**

- a) Paliativní péče znamená „už se nedá nic jiného dělat“.
- b) Do zařízení paliativní péče se chodí umírat.
- c) Paliativní péče je určena pouze těm, kteří jsou se smrtí smířeni.
- d) Paliativní péče je určena pouze nemocnému členu rodiny.
- e) Paliativní medicíně se věnují spíše „druhořadí“ lékaři.
- f) Neztotožňuji se s žádným z uvedených sdělení.
- g) Ztotožňuji se spíše s tímto sdělením:.....

Před vzdělávací akcí se 9 respondentů ztotožnilo s některým z předsudků, po vzdělávací akci to byli pouze 2 respondenti (Tabulka 26).

Tabulka 26: Porovnání odpovědí na otázku č. 11, absolutní (relativní) četnosti

<b>Varianta</b>	<b>Před</b>	<b>Po</b>
a)	5 (15,6 %)	0 (0,0 %)
b)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
c)	3 (9,4 %)	2 (6,2 %)
d)	1 (3,1 %)	0 (0,0 %)
e)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
f)	18 (56,2 %)	27 (84,4 %)
g)	7 (21,9 %)	3 (9,4 %)

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

### 6.3 Vyhodnocení platnosti hypotéz

V návaznosti na dílčí cíle práce byly formulovány tyto hypotézy:

Hypotéza č. 1: Zdravotní sestry, které se zúčastní konkrétní vzdělávací akce o implementaci paliativní péče do prostředí Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., budou lépe než před jejím absolvováním rozumět pojmu „paliativní péče“.

Hypotéza č. 2: Informovanost zdravotních sester nemocnice o zřízení Oddělení paliativní péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s. bude po absolvování vzdělávací akce vyšší než před ní.

Hypotéza č. 3: Postoj zdravotních sester nemocnice vůči paliativní péči bude po absolvování vzdělávací akce pozitivnější než před ní.

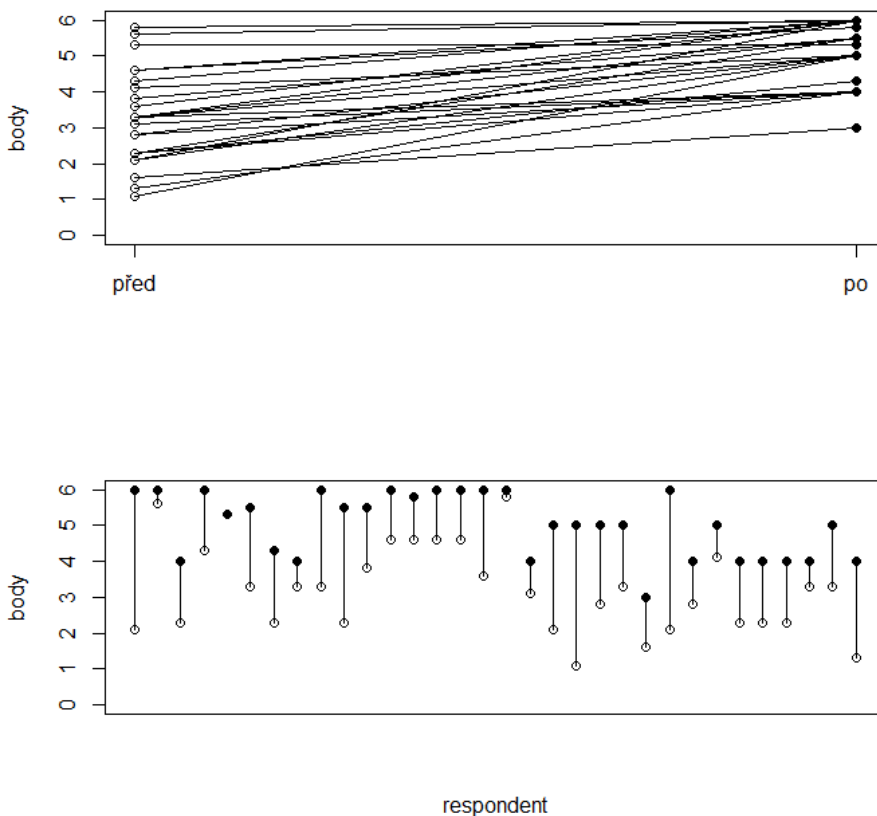
Stanovené hypotézy byly ověřeny pomocí vhodných statistických testů. Konkrétně závislost kvantitativní proměnné na kategoriální byla posuzována pomocí analýzy rozptylu jednoduchého třídění, resp. její modifikace v podobě Welchova ANOVA testu (KOMÁREK, KOMÁRKOVÁ, 2007, s. 99). K porovnání párových kvantitativních dat byl zvolen párový Studentův t-test (HENDL, 2009, s. 225), k porovnání párových dichotomických dat pak McNemarův test (HENDL, 2009, s. 328).

Veškerá rozhodnutí z výsledků testů byla učiněna na 5% hladině významnosti ( $\alpha = 5\%$ ) (HENDL, 2009, s. 183).

**Hypotéza č. 1: Zdravotní sestry, které se zúčastní konkrétní vzdělávací akce o implementaci paliativní péče do prostředí Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., budou lépe než před jejím absolvováním rozumět pojmu „paliativní péče“.**

Platnost **hypotézy č. 1** byla vyhodnocena na základě pre-post odpovědí na „znalostní“ otázky 2 – 6 a 8. Body dosažené jednotlivými respondenty před a po vzdělávací akci znázorňuje Graf 4. Průměrný bodový výsledek v šestibodovém testu se u respondentů zvýšil o 1,76 bodu, tento nárůst je statisticky významný, viz Tabulka 27. Na 5% hladině významnosti je tedy **prokázána platnost zkoumané hypotézy**.

Graf 4: Čárové grafy bodových výsledků u jednotlivých respondentů před a po vzdělávací akci



Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

Tabulka 27: Porovnání výsledku testu znalostí před a po vzdělávací akci, číselné charakteristiky, bodový odhad rozdílu populačních průměrů, jednostranný párový Studentův t-test a odpovídající jednostranný 95% interval spolehlivosti

	<b>Před</b>	<b>Po</b>
Průměr (směr. odch.)	3,23 (1,23)	5,00 (0,88)
Bodový (intervalový) odhad pro rozdíl (Po-Před)	1,76 (1,47; +∞)	
párový Studentův t-test (jednostranná verze)	p < 0,001	

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

**Hypotéza č. 2: Informovanost zdravotních sester nemocnice o zřízení Oddělení paliativní péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s. bude po absolvování vzdělávací akce vyšší než před ní.**

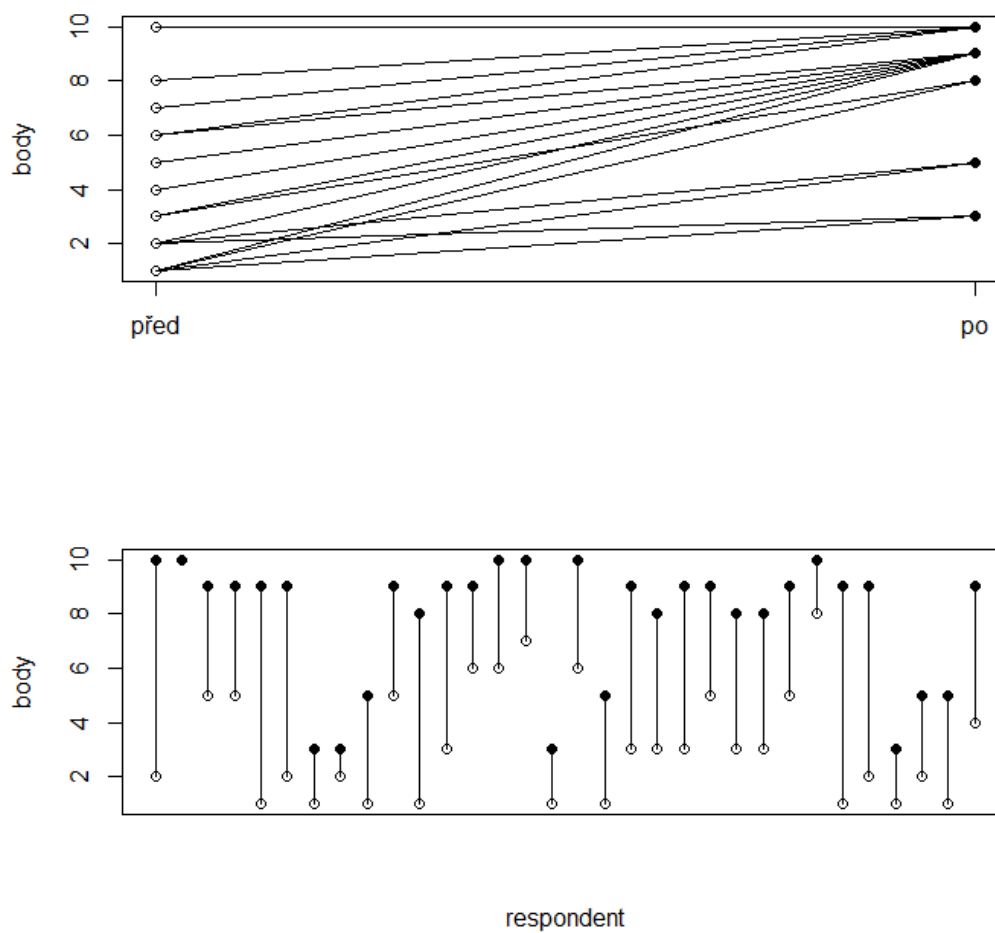
Platnost **hypotézy č. 2** byla ověřena na základě odpovědí na otázku 7. Statistické výsledky potřebné pro posouzení platnosti hypotézy ukazují Tabulka 24 a dokresluje Graf 5. **I tato hypotéza byla párovým t-testem potvrzena.**

Tabulka 24: Porovnání odpovědí na otázku č. 7 (stupeň informovanosti) před a po vzdělávací akci, číselné charakteristiky, bodový odhad rozdílu populačních průměrů, jednostranný párový Studentův t-test a odpovídající jednostranný 95% interval spolehlivosti

	<b>Před</b>	<b>Po</b>
Průměr (směr. odch.)	3,41 (2,37)	7,78 (2,34)
Bodový (intervalový) odhad pro rozdíl (Po-Před)	4,38 (3,78; +∞)	
párový Studentův t-test (jednostranná verze)	p < 0,001	

Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

Graf 5: Čárové grafy stupně informovanosti (10 bodová škála) u jednotlivých respondentů před a po vzdělávací akci

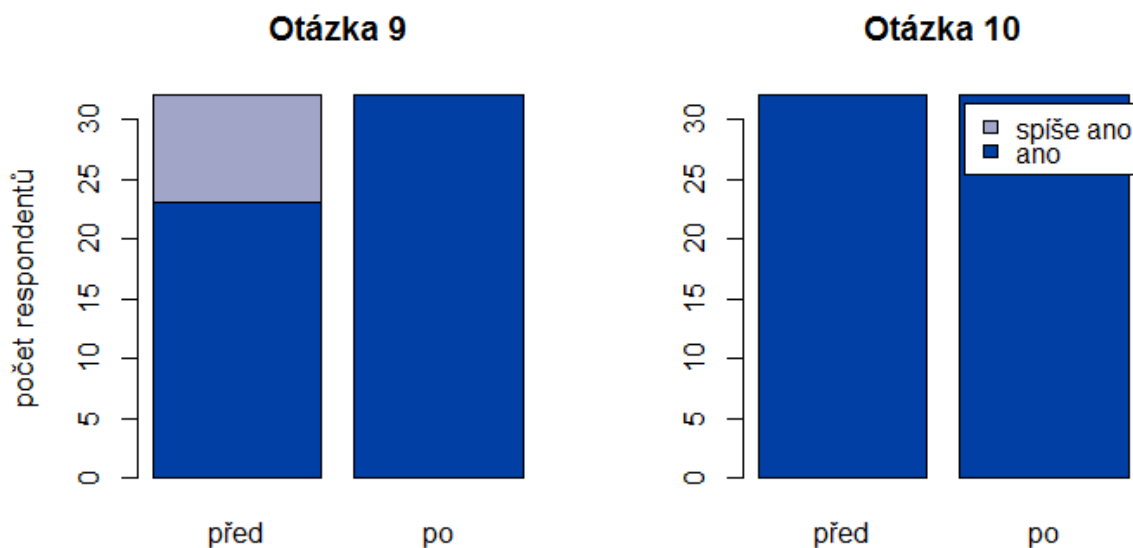


Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

**Hypotéza č. 3: Postoj zdravotních sester nemocnice vůči paliativní péči bude po absolvování vzdělávací akce pozitivnější než před ní.**

Platnost **hypotézy č. 3** byla ověřována na základě odpovědí na otázky č. 9 a 10, které měly za cíl zjistit postoj k tématům paliativní péče a konkrétnímu projektu. Míru souhlasu charakterizuje Graf 6. Před vzdělávací akcí s tvrzením v otázce 9 o užitečnosti úplně souhlasilo 23 respondentů a spíše souhlasilo 9 respondentů (nikdo nezastával negativní postoj). Po vzdělávací akci i těchto 9 respondentů s daným tvrzením již zcela souhlasilo. Pokud vezmeme v úvahu pouze dvě skutečné odpovědi (spíše souhlas / souhlas) místo původních čtyř (nesouhlas / spíše nesouhlas / spíše souhlas / souhlas), pak tato změna k pozitivnějšímu postoji je statisticky významná (McNemarův test - jednostranná verze:  $p = 0,001$ ) a podporuje hypotézu č. 3. S tvrzením o důležitosti (otázka 10) se zcela ztotožňovalo všech 32 respondentů nejen po vzdělávací akci, ale také před ní. V tomto případě tedy nemá smysl pozitivní změnu v postoji vyhodnocovat. **Hypotéza č. 3 tedy byla rovněž potvrzena.**

Graf 6: Porovnání změny postoje u otázek č. 9 a 10



Zdroj: autor práce, 2016 (vlastní šetření)

## 7 DISKUSE

Diplomová práce byla zaměřena na vzdělávání pracovníků v oblasti paliativní péče.

Cílem teoretické části bylo zmapovat možnosti vzdělávání jednotlivých odborností v rámci paliativního multidisciplinárního týmu v České republice a představit konkrétní projekt implementace paliativní péče do prostředí zdravotnického zařízení, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. Přehled možností vzdělávání v oblasti paliativní péče poslouží nejenom potřebám spojeným s konkrétním projektem zřízení Oddělení paliativní péče, může být také vodítkem nově vznikajícím paliativním týmům. Dílčím cílem této části práce byla též identifikace možných překážek a rizik spojených s implementací paliativní péče do nemocničního zařízení.

Cílem praktické části diplomové práce pak bylo zjistit, prostřednictvím dotazníkového šetření před konáním a po realizaci konkrétní vzdělávací akce určené skupině zdravotních sester Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., zda u vybraného vzorku respondentů došlo ke změně v informovanosti o paliativní péči a následně postoji ke konkrétnímu projektu implementace paliativní péče do prostředí Nemocnice v Jindřichově Hradci.

Zejména praktická část práce znamenala určité těžkosti. Zejména nulovou zkušenost autorky s párováním dotazníků „pre“ a „post“ či obavy, zda vzdělávací akce dostatečně osloví vybranou cílovou skupinu, tzn. též skupinu potencionálních respondentů dotazníkového šetření. Další limitací byla vlastní zainteresovanost autorky práce na všech fázích projektu zřízení Oddělení paliativní péče, a tudíž absence potřebného nadhledu a nezávislého posuzování projektu.

Co se kvantity i kvality získaných dat týče, naplnilo dotazníkové šetření očekávání autorky práce. Jisté pochybnosti panovaly ohledně návratnosti obou verzí dotazníků, pre i post, tak, aby mohly být spárovány a správně vyhodnoceny. Návratnosti jistě napomohla osobní administrace a apel na účastníky konference a tudíž i potencionální respondenty v průběhu jedné z přednášek. Věkové rozložení respondentů dotazníkového šetření odpovídalo skladbě účastníků vzdělávací akce. Zároveň byla autorkou práce zaznamenána větší ochota k participaci na šetření ve věkové skupině 36 – 50 let, což může být důvodem k jisté opatrnosti v interpretaci výsledků.

Dílčí cíle praktické části diplomové práce byly následující:

1. Zjistit, zda a jakým způsobem došlo ke změně v úrovni základních znalostí o paliativní péči u vybrané skupiny zdravotních sester.
2. Zjistit, zda došlo ke změně v informovanosti o projektu zřízení Oddělení paliativní péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s u vybrané skupiny zdravotních sester.
3. Zjistit, zda a jakým způsobem došlo ke změně v postoji k projektu implementace paliativní péče do prostředí Nemocnice Jindřichův Hradec u vybraného vzorku zdravotních sester.

ad1) Základní znalosti o paliativní péči byly reprezentovány otázkami zahrnujícími výklad samotného termínu „paliativní péče“, její dělení na obecnou a specializovanou, formy paliativní péče, pojem multidisciplinární paliativní tým a jeho složení a typy onemocnění, které paliativní pacienti nejčastěji sužují. Dotazníkovým šetřením bylo prokázáno jednoznačné zvýšení úrovně základních znalostí o paliativní péči. Úroveň znalostí pak byla potvrzena samotným sebehodnocením respondentů, kteří své znalosti o paliativní péči před vzdělávací akcí ohodnotili známkou 3, po ní pak lepší 2. Pozitivní změna v úrovni znalostí o paliativní péči může být vysvětlena jednak správně zacílenou vzdělávací akcí, která účastníkům nabídla odpovědi na základní otázky, které s paliativní péčí souvisejí, dále pak motivací a zájmem účastníků skutečně naslouchat a dozvědět se o této problematice více. Zajímavým a neočekávaným zjištěním byl statisticky významný rozdíl ve vstupních znalostech nejstarší věkové kategorie (nad 50 let) oproti zbylým dvěma věkovým kategoriím (do 35 let a od 36 do 50 let). Tento fakt lze zřejmě vysvětlit jednak bohatšími profesními zkušenostmi, jednak se dají předpokládat též bohatší zkušenosti osobní, které mohou být, vzhledem k věku, dány četnějšími setkáváními se s nevy léčitelným onemocněním v rodině či blízkém okolí. Mladším ročníkům se, dle výsledků šetření, zdá být téma paliativní péče vzdálenější.

ad2) Co se tohoto dílčího cíle týče, je potřeba zmínit, že stav informovanosti zdravotních sester o konkrétním projektu implementace paliativní péče do prostředí Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. nebyl autorce práce před organizací vzdělávací akce znám. Do té doby neproběhla žádná plošná vzdělávací akce, která by si informovanost o projektu vytkla za svůj cíl; na druhou stranu, o „novinkách“ v nemocničním prostředí se zaměstnanci dozvídají nejčastěji neoficiální, neformální cestou. Stupeň vstupní informovanosti byl tedy před spuštěním dotazníkového šetření usuzován spíše na základě



osobní zkušenosti autorky práce. Dotazníkovým šetřením pak byla prokázána markantní změna v informovanosti o projektu, na škále od 1 do 10 (kde 1 znamená „zcela neinformován/a“ a 10 „zcela informován/a“) došlo k posunu z 3,41 na 7,78. Nízká úroveň vstupních informací o projektu byla zaznamenána téměř u všech 32 respondentů, tzn. u necelých 11% z celkového počtu zdravotních sester, který činí 299. Těchto 11% však dobrovolnou účastí na sobotní vzdělávací akci o paliativní péči vyjádřilo svůj zájem dozvědět se více o paliativní péči samotné a konkrétním projektu, dá se tedy předpokládat, že ostatní zdravotní sestry, které se konference nezúčastnily, budou mít buďto stejně nízké povědomí o projektu anebo budou naopak informovány dostatečně, což mohl být jeden z důvodů neúčasti.

Všechny prezentace, které v průběhu konference zazněly, budou umístěny na nemocniční intranet, pro účely lepší informovanost sester, které se akce nemohly zúčastnit.

ad3) Třetím cílem práce bylo zjištění, zda došlo k posunu v postoji k projektu implementace paliativní péče do činnosti Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. u zdravotních sester a pokud ano, jakým způsobem; zda směrem k pozitivnějšímu vnímání paliativní péče či naopak. Postoj byl zjišťován zejména otázkami č. 9 a 10 dotazníkového šetření.

Negativní či spíše negativní postoj nezastával před vzdělávací akcí žádný z respondentů, naopak, z 32 jich s užitečností implementace paliativní péče do prostředí nemocnice 23 zcela souhlasilo a 9 spíše souhlasilo. Po jejím absolvování se i těchto 9 nejednoznačných přiklonilo k variantě absolutního souhlasu. Otázky zaměřené na zjišťování postojů k paliativní péči byly dále doplněny otázkou č. 11, týkající se možných předsudků o paliativní péči. S některým z nich se před vzdělávací akcí ztotožnilo 9 respondentů (jiných nežli výše uvedených 9 spíše souhlasících s implementací paliativní péče do prostředí nemocnice), po jejím absolvování pak pouze 2. Nejčastěji potvrzený mýtus o paliativní péči, který se objevil u 5 z uvedených 9 respondentů: Paliativní péče znamená „už se nedá nic dělat“.

Otázkou je, nakolik jsou výsledky dotazníkového šetření reprezentativní pro celou skupinu zdravotních sester, neboť u těch, které se rozhodly věnovat jeden ze svých volných dnů vzdělávání v oblasti paliativní péče, se pozitivní přístup k oboru paliativní medicíny dá předpokládat. Přesto je zajímavým zjištěním, že i jednorázová vzdělávací

akce může mít takovýto okamžitý efekt ve smyslu absolutního přesvědčení o užitečnosti a důležitosti určité systémové změny. Svou roli jistě sehrál i fakt, že se v průběhu konference o konceptu paliativní péče hovořilo o nutnosti týmové spolupráce, partnerství v rámci jednotlivých odborností a stírání hierarchie sestry – lékař, což jsou principy, které zdravotní sestry v praxi postrádají, a tudíž vysoce oceňují.

Také je samozřejmě možné, že efekt vzdělávací akce by se mohl u jiných skupin pracovníků lišit, výsledek průzkumného šetření tedy nelze vztahovat ke všem skupinám zaměstnanců nemocnice.

Pro diplomovou práci byly tedy stanoveny tři dílčí cíle a tři hypotézy, které byly statisticky vyhodnoceny a následně potvrzeny. Výsledky průzkumného šetření prokázaly značný posun ve znalostech o paliativní péči, informovanosti o konkrétním projektu Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. a v neposlední řadě i postoji k paliativní péči. Potvrdila se tak účinnost vzdělávání v paliativní péči jakožto efektivního nástroje na cestě k systémové změně v přístupu k nevléčitelně nemocným pacientům v prostředí nemocnice.

Cíl vytčený v úvodu diplomové práce byl dosažen.

## ZÁVĚR

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí.

Teoretická část shrnuje dosavadní teoretické poznatky, týkající se paliativní péče v České republice, principy a význam paliativní péče, její formy, typy zařízení, ve kterých může být poskytována, vymezuje pojem paliativní tým a představuje odbornosti, které jsou jeho součástí. Dále se zaměřuje na specifika vzdělávání zdravotníků obecně, konkrétně pak na možnosti jejich vzdělávání v oblasti paliativní péče. Podává informace o odborných společnostech v oboru paliativní medicíny, které se v České republice etablovaly, informuje o jejich poslání a zaměření. Seznamuje se strategickými dokumenty o paliativní péči, které je třeba v rámci vzdělávání brát v úvahu a snažit se o jejich naplňování. Informuje také o konkrétním projektu zřízení Oddělení paliativní péče v nemocnici v Jindřichově Hradci a shrnuje dosavadní zkušenosti stran překážek či naopak výzev, které před nemocnicemi, které se rozhodnou zahrnout koncept paliativní péče do své činnosti, vyvstávají.

Praktická část, realizovaná formou dotazníkového šetření v rámci konkrétní vzdělávací akce, přináší řadu zajímavých zjištění. Jedním z nich, poměrně překvapivým, je velmi pozitivní přístup ke konceptu paliativní péče na straně zdravotních sester ještě před zahájením vzdělávací akce. Z diskuse v rámci realizované vzdělávací akce dále vyplynula potřeba a snaha sester zahrnout do péče o umírajícího pacienta rodinu a jeho blízké, věnovat mu nadstandardní láskyplnou a něžnou péči, překážkou je však sestrami často zmiňovaný nedostatek času pro takto individuální přístup. Zavádění paliativní péče na standardních lůžkových odděleních nemocnice se proto jeví jako málo reálné, jako daleko reálnější se zdá vytvoření specializovaného oddělení, kde bude od počátku fungování akceptována personální předimenzovanost, autonomie takového oddělení v rámci nemocnice a akceptovány výjimky a úlevy v provozních záležitostech (např. možnost nepřetržitých návštěv i v případě jejich zákazu na ostatních odděleních nemocnice, přítomnost živých květin na pokojích, návštěvy domácích mazlíčků, aj.). Dalším zajímavým zjištěním, které dotazníkové šetření odhalilo, bylo dosažení daleko lepších výsledků nejvyšší věkové skupiny zdravotních sester (nad 50 let) v porovnání s ostatními skupinami, co se týče znalostí o paliativní péči a informovanosti o konkrétním projektu realizovaném v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.

Zavádění konceptu paliativní péče v nemocnicích představuje poměrně rozsáhlou systémovou změnu, jejímž cílem je humanizace, zlidštění umírání v nemocničních zařízeních. Medicína zaznamenala za poslední desetiletí po technické stránce obrovský posun. Trochu však pozapomněla na lidský faktor, který je páteří celého systému zdravotnictví, ať už jde o personál, pacienty či jejich rodiny. Deficit „člověčiny“ pak zaplnilo hospicové hnutí, které iniciovalo vznik řady velmi kvalitních zdravotně-sociálních zařízení - hospiců, kde je nevléčitelně nemocným lidem umožněno důstojně strávit poslední chvíle života. Bylo jenom otázkou času, kdy si vedení nemocnic svůj dluh vůči umírajícím pacientům uvědomí a chopí se příležitosti učit se ze zkušeností hospiců, jak se k pacientům chovat lidsky a jak neopomíjet ani potřeby jejich blízkých. Dnes jsme svědky toho, jak jsou „hospicové“ konference hojně navštěvovány zaměstnanci nemocnic a hospice až po střechu naplněny stážisty z řad nemocničního personálu. Tato změna se navíc odehrává neuvěřitelnou rychlostí, ještě před pár lety by takový posun ve snaze navrátit umírání v nemocnicích lidskou tvář hádal jen přesvědčený optimista. Všichni ti, kdož se do zavádění paliativní péče ve svých nemocnicích pouštějí, však vnímají také překážky či spíše výzvy, které před nimi stojí. Například vytvoření takové organizační kultury, která bude umožňovat rozvoj kompetencí nutných k poskytování kvalitní paliativní péče pacientům v závěru jejich života. V každém případě implementace paliativní péče zvyšuje hodnotu nemocnice jakožto organizace, nejen v očích veřejnosti, ale i samotných zaměstnanců.

Psaní mé diplomové práce šlo ruku v ruce s reálným projektem implementace paliativní péče do prostředí regionální nemocnice. Jakýkoliv zádrhel či překážka na straně projektu se okamžitě promítly do této práce. Z teoretických základů práce vyrostla řada nových nápadů. Přestože je teoretická část práce zaměřena na vzdělávání členů multidisciplinárního paliativního týmu, reálný projekt poukázal na potřebu zaměřit vzdělávací aktivity v oblasti paliativní péče postupně na celý personál nemocnice, včetně tzv. technicko-hospodářských (administrativních) pracovníků, kteří se budou různou měrou na úspěchu implementace podílet. Jenom tak může dojít k plošné změně přístupu k umírání v nemocnicích. Vedoucí jednotlivých úseků nemocnice by měli vědět, co pojem „paliativní péče“ znamená, jaké jsou její cíle a benefity. Měli by disponovat potřebnými informacemi o novém projektu, aby byli ochotni k jistým ústupkům, výjimkám, spolupracovali, cítili se být součástí a identifikovali se s myšlenkou projektu;

jenom tak může dojít k posunu ve firemní kultuře směrem k sounáležitosti a týmové práci.

Jedním z cílů této diplomové práce, který byl naplněn, bylo vypracování přehledu všech odborných institucí v České republice, které se aktivně podílejí na vzdělávání jednotlivých odborností v rámci multidisciplinárního týmu. Praktickým vyústěním by mohl být pravidelně aktualizovaný online přehled konkrétních možností vzdělávání dle profesí (kurzů, seminářů, konferencí, webinářů, apod.), který by byl plněn informacemi z ostatních profesních organizací z oblasti paliativní medicíny. Jako nejvhodnější se mi jeví využít k tomuto účelu webová stránka profesní organizace „Centrum paliativní péče“ (více o této organizaci v podkapitole 3.2), která se vzdělávání v oblasti paliativní péče systematicky, kontinuálně, progresivně a smysluplně věnuje.

Konkrétní projekt naší nemocnice odhalil další potřebu, kterou je vzdělávání celého paliativního týmu současně. Vzdělávání, které by bylo zacíleno na týmovou spolupráci, rozhodování v rámci týmu, vymezení úlohy jednotlivých odborností a využívalo příkladů dobré praxe z jiných zařízení paliativní péče obdobného charakteru. U zdravotníků v tomto směru nejlépe fungují nejrůznější kazuistické semináře. Takovéto vzdělávací akce by zároveň mohly plnit vedlejší funkci teambuildingu, který ve své čisté podobě přestává být pro zaměstnance atraktivním. Mohly by napomoci ochotě ke vzájemné komunikaci a vytvoření vazeb, které se zúročí v každodenní praxi.

Diplomová práce také přibližuje skladbu a fungování multidisciplinárního paliativního týmu. Zde se otevírá prostor pro kvalitní personální práci. Jednotliví členové týmu jsou seskupeni v jednotku, která je základním stavebním kamenem paliativní péče. Osobní zkušenost radí nepodceňovat získávání a výběr členů týmu. Přestože zdravotnictví dlouhodobě čelí deficitu pracovní síly, vyplatí se neslevit z požadavků na členy paliativního týmu a výběr nepodcenit. Osvědčila se dvě základní kritéria výběru, která musejí být ze strany uchazečů naplněna, a sice: mít rád lidi a být smířen/a s vlastní konečností, smrtelností. Vše ostatní lze doplnit vzděláváním, na tyto dva parametry je však i vzdělávání krátké.

Řada překážek a výzev, spojených s implementací paliativní péče do prostředí nemocnice (viz kapitola 4), je řešitelná pouze za předpokladu systémové legislativní změny, lepšího ukotvení paliativní a hospicové péče v zákonných normách České republiky, mnoho je však řešitelných právě systematickým a kontinuálním vzděláváním

v oblasti paliativní péče. Jedná se každopádně o nelehký úkol, neboť nejde o prosté předávání informací a prohlubování vzdělávání v určitém oboru, nýbrž o předávání hodnot, zodpovídání otázek po smyslu života, zkrátka jakousi „společenskou logoterapii“. Klade tudíž vysoké nároky na přednášející, jejich erudovanost, ale i životní zkušenost, osobnost a charisma. Vzdělávání v paliativní péči odvrací vzdělávané od malicherností dnešního světa zpět k základním lidským hodnotám, přirozenosti lidského života a daru, který si každý z nás nese v sobě. Stále totiž platí, že nejlepším lékem pro člověka je člověk.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých českých zdrojů

BAKEŠOVÁ, M. *Základy organizačního chování*. 1. vyd. Olomouc: UPOL, 2006. ISBN 80-244-1449-X.

BARTOŇKOVÁ, H. *Projektování vzdělávací akce: Studijní texty pro distanční studium*. 1. vyd. Olomouc: UPOL, Filozofická fakulta, 2006.

BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.

GAWANDE, A. *Nežijeme věčně: Medicína a poslední věci člověka*. 1. vyd. Praha: Dokořán, 2016. Překlad: Bronislava Bartoňová. ISBN 978-80-7363-702-6.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007.

ISBN 978-80-7262-471-3.

HENDL, J. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-482-3.

HUNEŠ, R. *Hospic – sociální fenomén moderní společnosti*. Bratislava, 2008. Rigorózní práce. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžběty.

KALVACH, Z., O. SLÁMA. *Vzdělávání v paliativní péči: Návrh vzdělávacích programů pro pregraduální a postgraduální přípravu lékařů*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2004.

KLEŠTINCOVÁ, R. *Vzdělávání lékařských a nelékařských povolání v ČR*. Praha, 2010. Diplomová práce. Univerzita Jana Amose Komenského Praha. Vedoucí diplomové práce: Martin Brych. Dostupné z: <http://kap.ujak.cz/>.

KOMÁREK, A., L. KOMÁRKOVÁ. *Statistická analýza závislostí s příklady v R*. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2007. ISBN 978-80-245-1226-6.

KOUBEK, J. *Řízení lidských zdrojů: Základy moderní personalistiky*. 4. vyd. Praha: Management Press, 2007. ISBN 978-80-7261-168-3.

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

MUŽÍK, J. *Profesní vzdělávání dospělých*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., 2012. ISBN 978-80-7357-738-4.

MUŽÍK, J. *Řízení vzdělávacího procesu. Andragogická didaktika*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., 2011. ISBN 978-80-7357-581-6.

NOVOTNÝ, M., I. STARÁ et al. *Dobrovolníci v nemocnicích – metodický manuál pro zdravotnická a sociální zařízení*. 2. vyd. Praha: Hestia, 2002. ISBN 80-238-8697-5.

PALÁN, Z. *Výkladový slovník: Lidské zdroje*. 1. vyd. PRAHA: Academia, 2002. ISBN 80-200-0950-7.

PAYNE, S., J. SEYMOUR, CH. INGLETON. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Překlad: Ivo Lukáš. ISBN 978-80-87029-25-1.

PRŮCHA, J. *Andragogický výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada. 2014. ISBN 978-80-247-5232-7.

PUNCH, K.F. *Základy kvantitativního šetření: Praktická příručka pro studenty*. 1. vyd. PRAHA: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9.



SLÁMA, O., L. KABELKA, J. VORLÍČEK et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.

SLÁMA, O., Š. ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR: Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8.

STUDENT, J-CH., A. MÜHLUM, U. STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vyd. Praha: H&H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 7. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

TOMEŠ, I., E. DRAGOMIRECKÁ, K. SEDLÁROVÁ a D. VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

TURECKIOVÁ, M. *Organizační chování: Teoretická východiska a trendy personálního managementu*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2009. ISBN 978-80-86723-66-2.

VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4082-9.

### **Seznam použitých zahraničních zdrojů**

LOUCKA, M. et al. *Place of death in the Czech Republic and Slovakia: a population based comparative study using death certificates data*. *BMC Palliative Care*, 2014, s. 3 - 8 [online]. © 2016 BioMed Central Ltd. [cit. 2016-04-01]. Dostupné z: <http://http://bmc-palliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-13-13>

RADBRUCH, L., S. PAYNE. *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1*. *European Journal of Palliative Care*, 2009; 16(6), s. 278 - 289 [online]. © 2010 - 2016. [cit. 2016-02-23]. Dostupné z:

<http://www.haywardpublishing.co.uk/NeedRegisterE.aspx?pageid=58&JID=4&Year=2009&Edition=127>

*White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2.* European Journal of Palliative Care, 2010; 17(1), s. 27 [online]. © 2010 - 2016. [cit. 2016-04-04]. Dostupné z:

[http://www.haywardpublishing.co.uk/\\_year\\_search\\_review.aspx?JID=4&Year=2010&Edition=122](http://www.haywardpublishing.co.uk/_year_search_review.aspx?JID=4&Year=2010&Edition=122)

### **Seznam použitých internetových zdrojů**

AD VITAM. [online]. ©2013-2016 AD VITAM, o.p.s. [cit. 2016-12-12]. Dostupné z: <http://www.advitam.cz/programy/dobrovolnici/pro-koordinatory/>

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE (APHPP).

*Standardy hospicové paliativní péče* [online]. [cit. 2016-03-22]. 1. vyd. Praha: APHPP, 2006. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/standardy-hospicove-paliativni-pecce/>

CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE. [online]. ©2015, Centrum paliativní péče, z.ú.

[cit. 2015-11-20]. Dostupné z: <http://paliativnicentrum.cz/cs>

[cit. 2016-02-23]. Dostupné z: <http://paliativnicentrum.cz/cs>

*Výuka.* [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://paliativnicentrum.cz/cs>

*Co je to paliativní péče.* [cit. 2016-04-01]. Dostupné z: <http://paliativnicentrum.cz/cs>

*Příběhy úspěšných lékařů.* [cit. 2017-01-06]. Dostupné z: <http://konecdobry.cz/pribehy>

CESTA DOMŮ. *Základní kurz paliativní a hospicové péče.* [online]. © 2016 VIZUS.

[cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/elnec.html>

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Vzdělávání* [online]. ©2011 [cit. 2016-03-21].

Dostupné z: [http://www.lkcr.cz/zakladni-informace-203.html#Žádost o udělení Dilomu celoživotního vzdělávání](http://www.lkcr.cz/zakladni-informace-203.html#Žádost_o_udělení_Dilomu_celoživotního_vzdělávání)

ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY ČESKÉ LÉKAŘSKÉ  
SPOLEČNOSTI JANA EVANGELISTY PURKYNĚ (ČSPM ČLS JEP). [online]. [cit.  
2015-11-23]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/institut-paliativni-mediciny>  
a <http://www.paliativnimedicina.cz/aktualita/seznam-vzdelavacich-akci-nejen-pro-nemocnicni-kaaplany>  
[cit. 2016-03-16] Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/institut-paliativni-mediciny/kurzy-pro-lekare/2016/tymova-prace-rozhodovani>  
*Poslání*. [cit. 2016-03-16]. Dostupné z:  
<http://www.paliativnimedicina.cz/sluzby/prezentace>  
*Kurz lidrovských dovedností pro lékaře v oboru paliativní medicína*. [cit. 2016-03-31].  
Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/kurz-lidrovskych-dovednosti-pro-lekare-v-oboru-paliativni-medicina#node-363>  
*Standardy paliativní péče 2013* [online]. [cit. 2016-03-22]. Dostupné z:  
<http://www.paliativnimedicina.cz/standardy-normy/standardy-paliativnich-postupu>  
*Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015* [online]. [cit.  
2016-03-24]. Dostupné z:  
[http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/strategie\\_paliativni\\_pece\\_pripominkoverizeni\\_fin\\_prani.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/strategie_paliativni_pece_pripominkoverizeni_fin_prani.pdf)

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Krajská správa ČSÚ v Českých Budějovicích*:  
*Nejnovější údaje o kraji*. [online]. [cit. 2016-04-04]. Dostupné z:  
<https://www.czso.cz/csu/xc>

EDUCARE. *Vše o kreditním systému, po novelizaci 1.2.2010*, NCO NZO Brno, MZ  
ČR. [online]. ©2016 EduCare [cit. 2016-01-01]. Dostupné z:  
[http://www.ieducare.com/soubory/File/vse\\_o\\_kreditnim\\_systemu.pdf](http://www.ieducare.com/soubory/File/vse_o_kreditnim_systemu.pdf)

EDUKAČNÍ CENTRUM OBLASTNÍ CHARITY RAJHRAD. [online]. © 2007  
DLBSH. [cit. 2016-03-30]. Dostupné z:  
[http://www.dlbsp.cz/index.php?page=26&podpage=28&podpageage=157&akce=&detail\\_educace=160](http://www.dlbsp.cz/index.php?page=26&podpage=28&podpageage=157&akce=&detail_educace=160)

HESTIA. *Informace o vzdělávacích kurzech pro koordinátory dobrovolníků.*

[online]. [cit. 2016-03-31]. Dostupné z: <http://www.hest.cz/cs-CZ/pro-organizace/vzdelavaci-kurzy>

INSTITUT POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ (IPVZ).

[online]. © 2008 – 2015, IPVZ. [cit. 2015-11-23]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/paliativni-medicina/kontakty-pracoviste>

*Jak získat specializovanou způsobilost.* [cit. 2016-03-01]

<https://www.ipvz.cz/nelekarsti-zdravotnicti-pracovnici/ziskavani-specializace/jak-ziskat-specializovanou-zpusobilost>

INSTITUT VZDĚLÁVÁNÍ APSS ČR. [online]. © 2011. [cit. 2016-03-30]. Dostupné z:

<http://www.institutvzdelavani.cz/katalog-vzdelavani>

KATOLICKÁ ASOCIACE NEMOCNIČNÍCH KAPLANŮ V ČESKÉ REPUBLICE.

*Kalendář akcí.* [online]. [cit. 2016-03-31]. Dostupné z: <http://kaplan-nemocnice.cz/kalendar-akci/>

<http://kaplan-nemocnice.cz/wp-content/uploads/2014/03/Dodatek-%C4%8D.-1-k-Dohod%C4%9B-o-duhovn%C3%AD-p%C3%A9%C4%8Di-ve-zdravotnictv%C3%AD-mezi-%C4%8Ceskou-biskupskou-konferenc%C3%AD-a-Ekumenickou-radou-c%C3%ADrkv%C3%AD-v-%C4%8Cesk%C3%A9-republice-ke-sta%C5%BEen%C3%AD.pdf>

KOORDINÁTOR DOBROVOLNÍKŮ. [online]. ©2016 MUDr. Ivana Štverka

Kořínková [cit. 2016-12-29]. Dostupné z:

<http://www.koordinatordobrovolniku.cz/koordinator.html>

DOC. PHDR. JAROSLAV MUŽÍK DRSC. *Publikační, vědecko-výzkumná a tvůrčí*

*činnost. Vzdělávání zdravotnických pracovníků.* [online]. © 2011, Jaroslav Muzik. [cit.

2016-01-01]. Dostupné z: <http://www.jaroslavmuzik.cz/profesni-vzdelavani-dospelych>

MZ ČR, NCO NZO BRNO. *Vše o kreditním systému po novelizaci 1. 2. 1010* [online]. [cit. 2016-01-01]. 2010. Dostupné z:  
[http://www.ieducare.com/soubory/File/vse\\_o\\_kreditnim\\_systemu.pdf](http://www.ieducare.com/soubory/File/vse_o_kreditnim_systemu.pdf)

NADAČNÍ FOND AVAST. *Spolu až do konce. Výsledky programů*. [online]. ©2016 Avast Foundation. Czech Republic. [cit. 2017-02-08]. Dostupné z:  
<http://files.avast.com/files/marketing/foundation/v2016/cz/spolu-az-do-konce/2016.pdf>

NÁRODNÍ CENTRUM OŠETŘOVATELSTVÍ A NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ. [online]. © NCO NZO. [cit. 2015-11-24]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/specificka-osetrovatelska-pece-v-paliativni-peci>  
*Info o registraci*. [cit. 2016-03-15]. <http://www.nconzo.cz/web/guest/info-registr>  
*Registrace nelékařských zdravotnických pracovníků po nabytí účinnosti „malé novely“ 22. 4. 2011*. [cit. 2016-03-15]. Dostupné z:  
[http://www.nconzo.cz/c/document\\_library/get\\_file?uuid=fce4dd08-ca37-4b57-957e-cb49ef568640&groupId=10122](http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=fce4dd08-ca37-4b57-957e-cb49ef568640&groupId=10122)

NÁRODNÍ PROGRAM PALIATIVNÍ PÉČE. [online]. © 2016 Česká společnost paliativní medicíny [cit. 2016-04-21]. Dostupné z:  
<https://drive.google.com/file/d/0B2HgSj7V0hhKYzIzc3FCMnczZGRjUINFM0xIb2V4bHR6eHBJ/view>  
[cit. 2016-08-11]. Dostupné z: <http://www.nppp.cz/>  
*Národní program paliativní péče* [online], 2015. [cit. 2016-02-24]. Dostupné z:  
<http://www.nppp.cz/>

PALIATIVNÍ INSTITUT BRNO. [online]. [cit. 2016-12-18]. Dostupné z:  
<https://www.paliativni-institut.cz/>

UMÍRÁNÍ. CZ. *Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé*. [online]. [cit. 2015-11-20]. Dostupné z: <http://data.umirani.cz/#zprava>  
[cit. 2016-02-24]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#8/49.883/15.499>

[cit. 2017-02-03]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/clanky/bojime-se-smrti-a-umirame-nedustojne>

WEBINÁŘE. *Informace o webinářích pro účastníky, lektory a pořadatele.* [online]. ©2015 Idealine Solutions. [cit. 2015-11-27]. Dostupné z: <http://www.webinare.cz/o-webinarich.aspx>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. [online]. ©2013 WHO [cit. 2015-11-29].

Dostupné z:

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/255553/64wd06e\\_MattersArising\\_140475.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/255553/64wd06e_MattersArising_140475.pdf?ua=1)

### **Ostatní zdroje**

*O organizaci paliativní péče: doporučení Rec (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům: přijaté výborem ministrů 12. listopadu 2003 na 860. zasedání zástupců ministrů.* Praha: Cesta domů, 2004. Překlad: Agentura Sarah. ISBN 80-239-4332-4.

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „*O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících*“ [online], ©2016 VIZUS. [cit. 2016-12-17].

Dostupné z: <http://www.pecujdoma.cz/legislativa/dokumenty/charta-prav-umirajicich/>

Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30, s. 1434-1451.

Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=95/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

[zakonu/SearchResult.aspx?q=95/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=95/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších právních předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30, s. 1452-1479. Dostupné z:

[http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=95/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=95/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

Zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb. a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 40, s. 1053-1055. Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=105/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=105/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289. Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

Zákon č. 66/2013 Sb., kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2013, částka 31, s. 634-636. Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=o%20zdravotn%C3%ADch%20slu%C5%BEb%C3%A1c&typeLaw=zakon&what=Text\\_v\\_annotaci](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=o%20zdravotn%C3%ADch%20slu%C5%BEb%C3%A1c&typeLaw=zakon&what=Text_v_annotaci)

Vyhláška MZ ČR 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 139, s. 8094-8095. Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=423/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=423/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

Vyhláška MZ ČR 424/2004 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 139, s. 8096-8138. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka->

zakonu/SearchResult.aspx?q=424/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo\_zakona\_smlouvy

Vyhláška MZ ČR 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2005, částka 8, s. 189-211. Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=39/2005&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=39/2005&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

VII. Česko-slovenská konference paliativní medicíny, 8.- 9. 10. 2015, Brno.  
Česká televize, Před půlnocí, rozhovor s MUDr. L. Kabelkou, PhD., duben 2013, [online]. [cit. 2016-08-16]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10095690193-pred-pulnoci/313281381940031/>

Interní dokumenty Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.



## SEZNAM ZKRATEK

LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
NNO	Nestátní nezisková organizace
APHPP	Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče
OPP	Oddělení paliativní péče
NPPP	Národní program paliativní péče
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně
ČLK	Česká lékařská komora
ČAS	Česká asociace sester
IPM	Institut paliativní medicíny
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
APSS ČR	Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR
EAPC	European Association for Palliative Care (Evropská asociace pro paliativní péči)
NJH	Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.
POUZZP	Profesní odborová unie zdravotnických pracovníků

## SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

### Seznam grafů

Graf 1: Rozdělení respondentů vzhledem k jejich věku a vzdělání.....	63
Graf 2: Porovnání sebeevaluační znalostí o paliativní péči se skutečností.....	65
Graf 3: Krabicové diagramy pro stupeň informovanosti o projektu vzhledem k věku respondenta .....	69
Graf 4: Čárové grafy bodových výsledků u jednotlivých respondentů před a po vzdělávací akci.....	83
Graf 5: Čárové grafy stupně informovanosti (10 bodová škála) u jednotlivých respondentů před a po vzdělávací akci .....	85
Graf 6: Porovnání změny postoje u otázek č. 9 a 10 .....	86

### Seznam tabulek

Tabulka 1: Rozdělení respondentů vzhledem k jejich věku a vzdělání.....	62
Tabulka 2: Sebehodnocení znalostí o paliativní péči vzhledem k věku respondenta.....	64
Tabulka 3: Správnost definice paliativní péče vzhledem k věku respondenta .....	64
Tabulka 4: Sebehodnocení znalostí o obecné a specializované paliativní péči vzhledem k věku respondenta .....	65
Tabulka 5: Správnost definice rozdílu mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí vzhledem k věku respondenta.....	66
Tabulka 6: Výběr možností poskytování specializované paliativní péče respondenty vzhledem k jejich věku .....	67
Tabulka 7: Povědomí o subjektu poskytujícím specializovanou paliativní péči v Jihočeském kraji vzhledem k věku respondenta.....	67
Tabulka 8: Vyhodnocení správnosti názvu subjektu poskytujícího specializovanou paliativní péči v Jihočeském kraji vzhledem k věku respondenta .....	68
Tabulka 9: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 6 vzhledem k věku respondenta.....	68
Tabulka 10: Stupeň informovanosti o projektu vzhledem k věku respondenta.....	69
Tabulka 11: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 8 vzhledem k věku respondenta.....	70
Tabulka 12: Vyjádření míry souhlasu s užitečností zřízení OPP v NJH vzhledem k věku respondenta .....	71

Tabulka 13: Vyhodnocení odpovědí na otázku č. 11 vzhledem k věku respondenta .....	72
Tabulka 14: Výsledky testu znalostí o paliativní péči vzhledem k věku respondenta ...	73
Tabulka 15: Porovnání sebehodnocení u otázky č. 1 před a po vzdělávací akci, absolutní (relativní) četnosti .....	74
Tabulka 16: Porovnání sebehodnocení u otázky č. 1 před a po vzdělávací akci, číselné charakteristiky.....	74
Tabulka 17: Porovnání odpovědí na otázku č. 2 před a po vzdělávací akci.....	75
Tabulka 18: Porovnání sebehodnocení u otázky č. 3.....	75
Tabulka 19: Porovnání odpovědí na otázku č. 3.....	76
Tabulka 20: Porovnání odpovědí na otázku č. 4.....	77
Tabulka 21: Porovnání odpovědí u otázky č. 5 .....	77
Tabulka 22: Porovnání kvality odpovědí na otázku č. 5.....	78
Tabulka 23: Porovnání odpovědí na otázku č. 6.....	79
Tabulka 24: Porovnání odpovědí na otázku č. 7 (stupeň informovanosti) před a po vzdělávací akci.....	79, 84
Tabulka 25: Porovnání odpovědí na otázku č. 8.....	80
Tabulka 26: Porovnání odpovědí na otázku č. 11.....	82
Tabulka 27: Porovnání výsledku testu znalostí před a po vzdělávací akci.....	84

## SEZNAM PŘÍLOH

<b>Příloha A – Dotazník PRE .....</b>	<b>I</b>
<b>Příloha B – Dotazník POST .....</b>	<b>VI</b>
<b>Příloha C – Pozvánka na vzdělávací akci – konferenci .....</b>	<b>X</b>
<b>Příloha D – Přednáška na téma „Zřízení Oddělení paliativní péče v NJH, a.s“ ...</b>	<b>XI</b>

## Příloha A – Dotazník PRE

A 1

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Lenka Řeřichová a jsem studentkou magisterského studijního programu oboru Andragogika na Univerzitě J. A. Komenského v Praze. Jako téma své diplomové práce jsem si zvolila „**Vzdělávání v paliativní péči**“. Vedoucím mé diplomové práce a zároveň jejím garantem je PhDr. Martin Loučka, PhD. (m.loucka@paliativnicentrum.cz), ředitel Centra paliativní péče, na kterého se můžete v případě nejasností obrátit. Součástí mé práce je také dotazníkové šetření zaměřené na zdravotní sestry Jindřichohradecké nemocnice, zjišťující jejich povědomí a postoj k paliativní péči a dále informovanost ohledně nového projektu „Zřízení Oddělení paliativní péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.“, realizované před a po absolvování konkrétní vzdělávací akce. Dotazník je anonymní a výsledky šetření budou použity pouze v mé diplomové práci. Následovat bude přednáška o koncepci paliativní péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, která má za cíl zprostředkovat Vám základní informace o paliativní péči, vysvětlit účel projektu „Zřízení Oddělení paliativní péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.“ a zodpovědět jakékoliv dotazy k paliativní péči či projektu naší nemocnice.

Velice děkuji za Vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

Lenka Řeřichová

E-mail: l.rerichova@email.cz

Tel.: 723 328 787

**DOTAZNÍK INFORMOVANOSTI O PROJEKTU ZŘÍZENÍ ODDĚLENÍ  
PALIATIVNÍ PÉČE V NEMOCNICI V J. HRADCI – před vzdělávací akcí**

*Pokyny k vyplnění: Vámi zvolenou odpověď prosím zakroužkujte, případně doplňte.  
U otázky č. 4 a 11 můžete označit více odpovědí.*

**1. Setkal/a jste se již s pojmem „paliativní péče“?**

a) Ano

Jak byste své znalosti o paliativní péči ohodnotil/a? (Oznámkujte prosím jako ve škole,  
1 – nejlepší, 5 – nejhorší)

1      2      3      4      5

b) Ne

**2. Pokud jste předchozí otázku zodpověděl/a kladně, co pojmem „paliativní péče“ rozumíte?**

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

**3. Dokážete definovat rozdíl mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí?**

a) Ano

Pokud ano, napište, prosím, v čem rozdíl spočívá

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

b) Ne



**8. Pokud jste již o projektu informován/a, víte, jakým pacientům budou paliativní lůžka určena?**

- a) pouze dospělým pacientům s onkologickým onemocněním
- b) pouze pacientům s onkologickým onemocněním, včetně dětí
- c) dospělým pacientům s onkologickým onemocněním, neurologickým, srdečním selháváním, CHOPN a demencí, (v terminální fázi těchto onemocnění)
- d) jiným (*prosím uveďte*).....

**9. „Zřízení Oddělení paliativní péče v naší nemocnici považuji za užitečné“.**

S tímto tvrzením:

- a) nesouhlasím
- b) spíše nesouhlasím
- c) spíše souhlasím
- d) souhlasím

**10. „Paliativní péče v nemocnici představuje důležitou složku péče o nevléčitelně nemocné a umírající pacienty“.**

S tímto tvrzením:

- a) nesouhlasím
- b) spíše nesouhlasím
- c) spíše souhlasím
- d) souhlasím



**11. Prosím, zakroužkujte sdělení (možno i více), se kterým se ztotožňujete.**

- a) Paliativní péče znamená „už se nedá nic jiného dělat“.
- b) Do zařízení paliativní péče se chodí umírat.
- c) Paliativní péče je určena pouze těm, kteří jsou se smrtí smířeni.
- d) Paliativní péče je určena pouze nemocnému členu rodiny.
- e) Paliativní medicíně se věnují spíše „druhořadí“ lékaři.
- f) Neztotožňuji se s žádným z uvedených sdělení.
- g) Ztotožňuji se spíše s tímto sdělením:.....  
.....

**12. Jaký je Váš věk?**

- a) do 35 let
- b) 36 - 50 let
- c) 51 a více let

**13. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) SŠ
- b) VOŠ
- b) VŠ

**Velmi Vám děkuji za vyplnění tohoto dotazníku.**

**DOTAZNÍK INFORMOVANOSTI O PROJEKTU ZŘÍZENÍ ODDĚLENÍ  
PALIATIVNÍ PÉČE V NEMOCNICI V J. HRADCI – po vzdělávací akci**

*Pokyny k vyplnění: Vámi zvolenou odpověď prosím zakroužkujte, případně doplňte.  
U otázky č. 4 a 11 můžete označit více odpovědí.*

**1. Jak byste své znalosti o paliativní péči ohodnotil/a nyní? (Oznámkujte prosím jako ve škole, 1 – nejlepší, 5 – nejhorší)**

1      2      3      4      5

**2. Co nyní rozumíte pojmem „paliativní péče“?**

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

**3. Dokážete nyní definovat rozdíl mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí?**

a) Ano

Pokud ano, napište, prosím, v čem rozdíl spočívá

.....  
.....

b) Ne



**8. Víte, jakým pacientům budou určena paliativní lůžka nově vybudovaného Oddělení paliativní péče naší nemocnice?**

- a) pouze dospělým pacientům s onkologickým onemocněním
- b) pouze pacientům s onkologickým onemocněním, včetně dětí
- c) dospělým pacientům s onkologickým onemocněním, neurologickým, srdečním selháváním, CHOPN a demencí, (v terminální fázi těchto onemocnění)
- d) jiným (*prosím uveďte*).....

**9. „Zřízení Oddělení paliativní péče v naší nemocnici považuji za užitečné“.**

S tímto tvrzením:

- a) nesouhlasím
- b) spíše nesouhlasím
- c) spíše souhlasím
- d) souhlasím

**10. „Paliativní péče v nemocnici představuje důležitou složku péče o nevléčitelně nemocné a umírající pacienty“.**

S tímto tvrzením:

- a) nesouhlasím
- b) spíše nesouhlasím
- c) spíše souhlasím
- d) souhlasím

**11. Prosím, zakroužkujte sdělení (možno i více), se kterým se ztotožňujete.**

a) Paliativní péče znamená „už se nedá nic jiného dělat“.

b) Do zařízení paliativní péče se chodí umírat.

c) Paliativní péče je určena pouze těm, kteří jsou se smrtí smířeni.

d) Paliativní péče je určena pouze nemocnému členu rodiny.

e) Paliativní medicíně se věnují spíše „druhořadí“ lékaři.

f) Neztotožňuji se s žádným z uvedených sdělení.

g) Ztotožňuji se spíše s tímto sdělením:.....

.....

.....




**Velmi Vám děkuji za vyplnění tohoto dotazníku.**

**Lenka Řeřichová**

## Příloha C – Pozvánka na vzdělávací akci - konferenci

Účastníci s aktivní účastí neplatí  
účastnický poplatek

Krajské edukační centrum POUZP  
Nemocnice Jindřichův Hradec a.s.  
pořádá  
XXXII. odbornou konferenci  
"Implementace paliativní péče  
do činnosti Nemocnice J. Hradec, a.s. "



Muzeum Jindřichohradecka  
Štítného ulice 124/I.  
Jindřichův Hradec  
Sobota 12. 11. 2016

# Projekt zřízení Oddělení Paliativní péče

v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.

Lenka Řeřichová, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

12.11.2016

1



Vzpomínáte si na Vašeho prvního zemřelého pacienta?

12.11.2016

2



## Čeho se umírající člověk nejvíce obává?

- bolesti
- ztráty důstojnosti
- osamocení
- odloučení od blízkých
- psychického strádání
- toho, co jej čeká po smrti,...

12.11.2016

3



## Čeho před smrtí nejvíce litujeme?

Stejnomená kniha Bronnie Ware

- 1) Škoda, že jsem neměl/a kuráž žít podle svého a ne tak, jak ode mě očekávali ostatní.
- 2) Neměl/a jsem pracovat tak tvrdě.
- 3) Kéž bych měl/a odvahu vyjádřit své city.
- 4) Škoda, že jsem nezůstal/a ve spojení se svými přáteli.
- 5) Škoda, že jsem si nedovolil/a být šťastnější.

12.11.2016

4





## Koncept paliativní péče

- Definice paliativní péče dle **WHO**: *Jedná se o přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.*
- **MUDr. O. Sláma, PhD. a prof. MUDr. J. Vorlíček, CSc.** ji vymezují takto:  
Paliativní péče:
  - usiluje o prodloužení a zachování života, který bude svou **kvalitou** pro pacienta přijatelný,
  - respektuje a chrání důstojnost nevyлéčitelně nemocných,
  - vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a respektuje jejich hodnotové priority,
  - snaží se vytvořit podmínky, aby pacient mohl poslední období svého života prožít ve společnosti svých blízkých, v důstojném a vlídném prostředí,
  - chápe umírání jako součást života, etapu, kterou každý člověk prožívá jedinečně,
  - nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.

12.11.2016

5



## Koncept paliativní péče

- Filozofie a životní postoj; člověk jako jedinečná bytost (bio-psycho-socio-spirito) x dehumanizace umírání a medikalizace smrti
- 5 slov, ke kterým je třeba pacienta dovést: děkuji, odpusť mi, odpouštím Ti, mám Tě rád/a, sbohem



12.11.2016

6



## Další pojmy vztahující se k péči o umírající

- Hospicová péče
- Terminální péče
- Podpůrná péče
- End-of-life care
- Doprovázení



## Význam paliativní péče

- Demografický vývoj – za poslední století se délka života protáhla o několik desetiletí. V roce 1920 se muži dožívali 47 a ženy necelých 50 let. V současné době se ženy dožívají prům. 82 let a muži 76 let (ČSÚ).
- Vyšší počet chronických onemocnění – až 1/2 lidí na ně umírá.
- Pozitivní vliv paliativní péče na kvalitu života pacientů i jejich blízkých - nižší míra depresivity a úzkostnosti, vyšší účast pacientů na léčbě, prodloužení života u někt. skupin pacientů.
- Paliativní péče jako součást nejen standardní onkologické léčby, ale i léčby onemocnění neonkol. charakteru.

prof. H. Haškovcová: *Každý obor medicíny by měl mít vypracovanu vlastní strategii paliativní péče.*



## Principy PP

- využívá expertní znalosti lékařů různých specializací
- předpokládá úzkou týmovou spolupráci lékařů a ošetřovatelů
- předpokládá spolupráci zdravotníků a sociálních pracovníků, psychologů, duchovních a dalších profesí
- do péče o nemocného zapojuje jeho blízké
- vítá účast dobrovolníků na péči

➡ Interdisciplinární přístup ➡ Paliativní (multidisciplinární) tým



## Paliativní tým

### Zahrnuje tyto profese:

lékaře různých specializací, zdravotní sestry, NZP, sociálního pracovníka, psychologa/psychiatra, duchovního, dobrovolníky a jejich koordinátora

### Náplň práce:

Sociální pracovník – *informač. a poradenská služba, kontakt s přijatým pac. a jeho rodinou, péče o pozůstalé, práce s dobrovolníky, administrativa*

Psycholog – *k dispozici pac. i jeho rodině, poskytuje podpůrnou indiv. terapii, event. krizová intervenci po úmrtí pac.*

Duchovní – *pečuje o naplnění spirituálních potřeb pac.*

Dobrovolník - *ze své vůle, ve svém volném čase a bez nároku na finanční odměnu vykonává činnost ve prospěch jiných lidí*

Další profese: fyzioterapeut/rehabilitační pracovník, nutriční terapeut, klinický farmaceut, ergoterapeut, právník, notář, aj. dle potřeby pacienta



## Formy poskytování PP v ČR

- 1. Obecná paliativní péče** – v rámci své klinické práce by ji měli umět poskytnout lékaři všech odborností (dobrá komunikace s pacientem a jeho rodinou, účinná léčba příznaků pokročilého onemocnění, orientace na kvalitu života a psychosociální podpora)
- 2. Specializovaná paliativní péče** – poskytuje ji paliativní tým, 24 hodinová dostupnost zdravotníků
  - Domácí paliativní péče (domácí/mobilní hospic) – v ČR 55
  - Lůžkový hospic – v ČR 19
  - Denní hospicový stacionář – př. Centrum denních služeb při Hospici Dobrého pastýře v Čerčanech
  - Oddělení paliativní péče (OPP) – př. SPP Nemocnice Jihlava, Nemocnice Milosrdných sester sv. K. Boromejského v Praze; projekt NF AVAST – vznik 5ti nových OPP
  - Konziliární tým paliativní péče – min. složení týmu: lékař, ZS, soc. pracovník
  - Specializovaná ambulance paliativní péče – ideálně navázána na lůž. hospic či OPP, příp. domácí PP
  - Specializovaná hospicová poradna, tísňová linka

12.11.2016

11



## Zřízení OPP v Jindřichově Hradci

### Historie:

1. 21. květen 2014 - založení NNO Hospic Nova Domus, z.ú.
2. 2015 - vypracování Analýzy potřebnosti lůž. hospice na území správního obvodu JH
3. Podzim 2015 - zpracování projektu na zřízení OPP pro vedení JČ Kraje
4. Únor 2016 - souhlas JČK s investicí do rekonstrukce budovy souč. LDN



### Současnost:

1. Červen 2016 – vybudování dvou jednolůžkových pokojů pro pacienty v PP a jejich rodiny rozšíření registrace o PP – dlouhodobou lůžkovou péči
2. Výběr a základní proškolení multidisciplinárního PT – kurz ELNEC
3. Červenec 2016 – projekt poskytování PP obhájen a schválen MZ ČR
4. Září 2016 – zapojení do projektu NF AVAST – „Spolu až do konce“, Projekt implementace PP, rozvoje PT a vzdělávání personálu nemocnice v PP



NADAČNÍ FOND AVAST

12.11.2016

12



## Zřízení OPP v Jindřichově Hradci



- pavilon D, přízemí
- spolupráce se ZUŠ J. Hradec, Městskou knihovnou, Zahradním centrem JH

11.11.2016

13



## Zřízení OPP v Jindřichově Hradci

Jihočeský kraj: 637 834 obyv. (zdroj: ČSÚ)

Okres Jindřichův Hradec: 91 359 obyv. (nejv. v ČR, zdroj: ČSÚ)

Zastoupení poskytovatelů PP v regionu: lůžkový hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích (30 lůžek), MH sv. Kleofáše v Třeboni, MH Jordán Tábor, MH Athelas Písek, MH sv. Veroniky v ČB

Odd. bude poskytovat tyto služby:

- symptomatickou a ošetrovatelskou péči, nepřetržitou
- sociální, psychologickou a duchovní péči
- poradenství pacientům a jejich rodinám
- osvětovou a edukační činnost (např. partnerství s IPVZ)

Spádová oblast: J. Hradec, Třeboň, Dačice

nastavení spolupráce s Home care ag., MH do budoucna Ambulance PP a domácí PP

11.11.2016

14



## Zřízení OPP v Jindřichově Hradci

Lůžka budou určena pro pacienty s následujícími diagnózami:

- onkologická onemocnění s ukončenou onkol. léčbou
  - onkol. onemocnění u polymorbidního pacienta, kde nebyla onkol. léčba indikována
  - terminální fáze těchto onemocnění - progredující neurolog., konečná stádia srdečního selhávání, jaterní cirhózy, CHOPN a terminální fáze demence
- tzn.: zejména pacienti odd. ARO, DIOP, LDN a JIP

Finance:

PP stojí cca 2500,-Kč/lůžko/den

Pacient bude na péči přispívat částkou cca 300,-Kč/den ( prům. 322,-Kč/den)

Příspěvek na péči



## Zřízení OPP v Jindřichově Hradci

<b>Kde?</b>	nyní v přízemí pavilonu D – OSPP, poté v budově současné LDN
<b>Kdy?</b>	rekonstrukce budovy plánována na rok 2018
<b>Kolik lůžek?</b>	<b>6 paliativních a 12 sociálních</b>
<b>Kdo?</b>	garant – MUDr. Eva Zýková, prim. MUDr. Filip Řeřicha, MUDr. Jitka Čechová 6 ZS (vč. 1 staniční sestry), 5 NZP (z toho 1 na 0,5 úvazek) soc. pracovník, nemocniční kaplan/koordinátor dobrovolníků, psycholog, rehabilitač. pracovník, pracovník admin. podpory, klinický farmaceut, nutriční terapeut, dobrovolníci



## Mýty ohledně paliativní péče

- Paliativní péče znamená „už se nedá nic jiného dělat“.
- Do zařízení PP se chodí umírat.
- Paliativní péče je vhodná spíše pro pacienty, kteří nepotřebují péči odbornou.
- Paliativní péče je určena pouze těm, kteří jsou se smrtí smířeni.
- Paliativní péče je určena pouze nemocnému členu rodiny.
- Personál poskytující PP musí pracovně velmi rychle „vyhořet“.
- Paliativní medicíně se věnují spíše druhořadí lékaři.

12.11.2016

17



## Práce paliativního týmu v praxi - příběh

Paní Anežka a pan Zdeněk mají za sebou téměř 40ti leté šťastné manželství. Všechno dělali spolu a pro sebe, teď se pí. Anežka stará o manžela, který je těžce nemocný.

**Pí. doktorka přichází na setkání hospicového týmu** s tím, že potřebuje pomoci. Je to divné: pán má zvláštní obtíže, tělo už nemůže, a přesto žije, vlastně by potřebovalo asi skončit, ale něco tomu brání. Co to je? P. Zdeněk ví, že je na konci, pí. Anežka ví totéž. Jen si to navzájem neřekli, hrají hru na bolavá záda, která budou lepší. Bojí se, že druhého zraní, že si vezmou naději. My ale víme, že to oba vědí. A začínáme tušit: v Americe je milovaná dcera, otec by ji ještě chtěl vidět, rozloučit se. Ale copak si o to může jen tak říct? Copak jde napsat: bolí mě záda, přijed' z Ameriky? To přece nejde...Po pár těžkých dnech **přimějeme** manžele, aby si to navzájem řekli. Středu spolu proplakali, ve čtvrtek volají do Ameriky. „Barunko, přijed', táta umírá a chce Tě vidět“. Dcera v pátek přiletí a stráví u táty noc. Povídají, mlčí, těžce, krásně, po letech. V sobotu před polednem p. Zdeněk tiše, pokojně umírá, za ruku jej drží milovaná žena a z druhé strany dcera. Přijela, táta mohl jít (Špinková, M., *Malé dobré zprávy*, Cesta domů, 2011).

12.11.2016

18



## Paliativní péče a legislativa

- Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících ("**Charta práv umírajících**")
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně 96/2001 Sb.
- Zákon o zdravotních službách 372/2011 Sb. - **Dříve vyslovená přání** – par. 36
- Etický kodex pracovníků ve zdravotnictví
- Trestní zákoník 40/2009 Sb.
- O organizaci PP: Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům
- Zákon o veřejném zdr. pojištění 48/1997 Sb.
- Zákon o ochraně veř. zdraví 258/2000 Sb.
  
- Doporučení ČLK č. 1/2010 k postupu při **rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pac. v termin. stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli** (viz. webové stránky ČLK)
  
- Strategie rozvoje PP v ČR 2011 – 2015



## Další zdroj informací o PP

- [www.umirani.cz](http://www.umirani.cz) – informač. portál pro nemocné, pečující a pozůstalé
- [www.paliativnicentrum.cz](http://www.paliativnicentrum.cz) – CPP
- [www.konecdobry.cz](http://www.konecdobry.cz) - CPP
- [www.paliativnimedicina.cz](http://www.paliativnimedicina.cz) – ČSPM JEP
- [www.nppp.cz](http://www.nppp.cz) – Národní program paliativní péče
- [www.cestadomu.cz](http://www.cestadomu.cz) – NNO poskytující odbornou péči umírajícím dospělým i dětem a jejich blízkým, kteří o ně pečují, MH
- [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int) - WORLD HEALTH ORGANISATION

SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.





Děkuji Vám za pozornost.

[rerichova@nemjh.cz](mailto:rerichova@nemjh.cz)



## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Lenka Řeřichová

**Obor:** Andragogika

**Forma studia:** kombinované studium

**Název práce:** Vzdělávání pracovníků v oblasti paliativní péče

**Rok:** 2017

**Počet stran textu bez příloh:** 86

**Celkový počet stran příloh:** 21

**Počet titulů českých použitých zdrojů:** 26

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:** 2

**Počet internetových zdrojů:** 23

**Vedoucí práce:** PhDr. Martin Loučka, PhD.