

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Problematika hospicové péče z pohledu sester agentury domácí péče  
a potencionálních pacientů**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce:  
Mgr. Alena Machová

2009

Autor práce:  
Petra Pešková

## **Abstract**

The topic of my bachelor thesis is “The issues of hospice care from the viewpoint of nurses working for home care agencies and potential patients“. The following two objectives and three hypotheses were formulated for the thesis: The first goal was to map the situation in provision of home hospice care from the viewpoint of nurses working for home care agencies. Two hypotheses were formulated for this objective. H1- Nurses working for home care agencies provide home hospice care and H2 - Nurses working for home care agencies are interested in expanding the home hospice care by means of mobile hospice units. The second objective of the bachelor thesis was to survey awareness of the lay public about the provision of hospice care by home care agencies. For this objective the third and the last hypothesis H3 was formulated – The lay public has no information about the provision of hospice care by home care agencies.

A quantitative research method has been used to achieve the objective, using inquiring with questionnaires. Two types of questionnaires were used, one for nurses working for home care agencies and one for the lay public. The resulting data have been processed with a descriptive statistical method. The first surveyed group consisted of 57 nurses and the second surveyed group consisted of 75 respondents.

We have found out that nurses working for home care agencies provide home hospice care but they are often unable to ensure quality conditions for such home hospice care. Another surprising finding was that the nurses working for home care agencies were not interested in extending the home hospice care with mobile hospice units. We believe that the nurses working for home care agencies lack the necessary information about the home hospice care. The hypothesis No. 1: Nurses working for home care agencies provide home hospice care has been disproved and also the hypothesis No. 2: Nurses working for home care agencies are interested in expanding the home hospice care by means of mobile hospice units has been disproved, which means the first objective has been met. Further, we have found out that the lay public does not have sufficient information about the provision of hospice care by home care agencies, which means that the hypothesis No. 3: The lay public has no information

about the provision of hospice care by home care agencies has been confirmed and the second objective has been met.

In this connection I have proposed some measures to improve the awareness of home hospice care. I have recommended informative articles to be developed for magazines intended for the lay public, as well as for professional journals for nurses. I have also recommended informative workshops for nurses and cooperation with hospice facilities.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma **Problematika hospicové péče z pohledu sester agentury domácí péče a potencionálních pacientů** vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích, na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....

podpis studenta

### **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat mé vedoucí práce Mgr. Aleně Machové za ochotu, cenné rady, náměty a nápady, které mi poskytla, při psaní mé bakalářské práce. Poděkování patří i mé rodině a mým přátelům, kteří mi rovněž pomáhali v průběhu psaní celé práce.

## Obsah

<b>1. Současný stav .....</b>	<b>5</b>
<i>1. 1 Definice hospicové péče .....</i>	<i>5</i>
<i>1. 1. 1 Hospic a jeho historie ve světě.....</i>	<i>6</i>
<i>1. 1. 2 Historie hospice v ČR.....</i>	<i>7</i>
<i>1. 2 Typy hospicové péče.....</i>	<i>8</i>
<i>1. 3 Paliativní péče.....</i>	<i>10</i>
<i>1. 4 Smrt a umírání.....</i>	<i>11</i>
<i>1. 4. 1 Domácí model umírání.....</i>	<i>13</i>
<i>1. 4. 2 Institucionální model umírání.....</i>	<i>14</i>
<i>1. 5 Možnosti poskytování ošetrovatelské péče nemocným v terminálním stádiu nemoci .....</i>	<i>15</i>
<i>1. 5. 1 Definice domácí péče .....</i>	<i>15</i>
<i>1. 5. 1. 1 Historie domácí péče.....</i>	<i>16</i>
<i>1. 5. 1. 2 Historie domácí péče v ČR.....</i>	<i>17</i>
<i>1. 5. 2 Komplexní domácí péče.....</i>	<i>18</i>
<i>1. 5. 3 Agentura domácí péče.....</i>	<i>19</i>
<i>1. 5. 4 Mobilní hospicová jednotka .....</i>	<i>20</i>
<i>1. 6 Ošetrovatelská péče o nemocného člověka v terminálním stádiu.....</i>	<i>21</i>
<i>1. 7 Péče o mrtvé tělo.....</i>	<i>27</i>
<b>2. Cíle a hypotézy.....</b>	<b>30</b>
<i>2. 1 Cíle.....</i>	<i>30</i>
<i>2. 2 Hypotézy šetření.....</i>	<i>30</i>
<b>3. Metodika .....</b>	<b>31</b>
<i>3. 1 Použitá metodika.....</i>	<i>31</i>
<i>3. 2 Charakteristika výzkumných souborů.....</i>	<i>31</i>
<b>4. Výsledky .....</b>	<b>32</b>

<i>4.1 Dotazník pro sestry agentury domácí péče.....</i>	<i>32</i>
<i>4.2 Dotazník pro laickou veřejnost .....</i>	<i>60</i>
<b>5. Diskuse .....</b>	<b>74</b>
<b>6. Závěr .....</b>	<b>80</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>82</b>
<b>8. Klíčová slova .....</b>	<b>87</b>
<b>9. Přílohy .....</b>	<b>88</b>

## Úvod

„Neodcházejte pryč. Zůstaňte tady.

Potřebuji teď hlavně vědět, že tu je někdo,

kdo mě bude držet za ruku, až to budu potřebovat. Mám strach...

Ještě nikdy v životě jsem totiž neumíral“

*(třináctiletý chlapec, který zemřel na zhoubný nádor)*

V České republice je stále zvyšující se množství lidí, kteří potřebují v závěru života odbornou péči a přístup. Nemocní v konečné fázi života prožívají různé tělesné a duševní potíže. Tyto potíže a nepříjemné pocity většina umírajících prožívá v nemocničních zařízeních a v sociálních zařízeních, i když většina z nich by si jej přála prožívat mezi svými blízkými v domácím prostředí. Rodina nemocného se ve většině případů chce o svého blízkého postarat v domácím prostředí. Rodina nevléčitelně nemocných nedokáže zajistit odbornou péči, a proto péče o umírající v domácím prostředí není možná, bez odborné pomoci. Velkým přínosem pro domácí péči o umírajícího člověka je rozvoj domácí hospicové péče.

V České republice, v současné době péči o umírajícího v domácím prostředí, nejčastěji zajišťuje společně s rodinou některá z agentur domácí péče. Pro umírající nemocné je potřebná péče 24 hodin denně a to 7 dní v týdnu, což všechny agentury domácí péče nejsou schopny zajistit. Dalším velkým problémem je dostupnost agentur domácí péče, zejména na venkově. V neposlední řadě je také velkým problémem povědomost a informovanost laické veřejnosti (potencionálních pacientů) o agenturách domácí péče, které zajišťují péči o nevléčitelně nemocné v jejich domácím prostředí.

Domnívám se, že rozvoj a zároveň informovanost o domácí hospicové péči zvýší kvalitu života umírajících. Nemocní budou ve svém přirozeném domácím prostředí, mezi svými blízkými a zároveň budou v péči odborníků.

Téma „Problematika hospicové péče z pohledu sester agentury domácí péče a potencionálních pacientů“ jsem si zvolila ve snaze dozvědět se více o problematice



domácí hospicové péče. V roce 2006 mi zemřela v rodině velmi blízká osoba, i přestože jsem zdravotník setkala jsem se s velkou řadou problémů, které znesnadňovaly pohodlí umírajícího, ale i nás (rodiny).

Bakalářská práce má za cíl zmapovat situaci v oblasti poskytování domácí hospicové péče z pohledu sester agentury domácí péče a zjistit, zda má laická veřejnost informace o problematice poskytování hospicové péče agenturou domácí péče.

## 1. Současný stav

### 1.1 Definice hospicové péče

Hospicová péče je taková péče, která nabízí těžce nemocným v terminální fázi života a také jejich blízkým, pomocnou ruku. Základem hospicové péče je zajištění bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb. Ošetřující personál má snahu, aby nemocný netrpěl nesnesitelnou bolestí, aby v každé situaci byla respektována lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstal nemocný osamocen. Hospicovou péči je možné poskytovat při dobré vůli všude (9, 39).

Světová zdravotnická organizace, ale i ministerstvo zdravotnictví České republiky se shoduje v orientaci hospicové péče pouze na nemocného (23).

Světová zdravotnická organizace definuje hospicovou péči takto : „ Hospicová péče je integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče poskytovaná klientům všech indikací, diagnostických i věkových skupin, u nichž je prognózou ošetřujícího lékaře předpokládána délka života v rozsahu méně než šest měsíců. V rámci hospicové péče je poskytovaná zejména paliativní péče.“ (23, s. 18)

Ministerstvo zdravotnictví České republiky popisuje hospicovou péči jako komplexní multidisciplinární paliativní péči, která se snaží vytvořit souhrn odborných lékařských, ošetřovatelských, ale i rehabilitačních činností. Tyto činnosti jsou poskytovány preterminálně a terminálně nemocným. Cílem je minimalizovat bolest a zmírňovat veškeré obtíže, které vyplývají ze základní diagnózy. V definici ministerstva zdravotnictví České republiky je také pamatováno na řešení komplikací, které zohledňují bio-psycho-sociální potřeby nemocného (3).

Elizabeth Kübler-Rossová neopomíná rodinu nemocného a její definice hospicové péče zní takto: „Hospicová péče je vlastně staromódní zvyk – důstojná reakce na nevyhnutelný konec života, pomáhá umírajícímu i jeho rodině, která se musí vyrovnat se ztrátou. Nemocný, který smí zemřít v důvěrně známém okolí, se nemusí tak přizpůsobovat, neboť rodina jej zná. Někdy se uklidňující lék může nahradit sklenkou vína, vůně připravené polévky ho povzbudí, aby si vzal pár lžic. Nic proti uklidňujícím prostředkům a infúzím, vím, že často zachraňují život a že se jim nelze vyhnout! Ale

stejně tak dobře vím, že trpělivost, důvěrná ruka a obvyklá jídla mohou nahradit mnoho lahviček intravenózních tekutin, které jsou fyziologicky nutné, ale hlavně nevyžadují mnoho personálu, ale individuální péči.“( 16, s. 67)

Hospicovou péči můžeme rozdělit do tří stádií, které úzce souvisí s fázemi umírání. První fází je období, které nazýváme Pre finem. V této fázi se nemocný a jeho přátelé dozvídají o nevyléčitelné nemoci a nemocný i jeho rodina prochází „etapami“, které popsala dr. Elizabeth Kübler-Rossová. Mezi tyto etapy patří negace, agrese, smlouvání, deprese a poslední fází je smíření. Druhé období nazýváme In finem, toto období zahrnuje péči v době vlastního umírání. Třetí fází Post finem je období, které začíná smrtí a péče je zaměřena na tělesnou stránku umírajícího a psychické strádání pozůstalých, dle potřeby i dlouhodobě, zpravidla po dobu jednoho roku ( 9, 23).

### ***1. 1. 1 Hospic a jeho historie ve světě***

Slovo hospic má původní základ v latinském slově hospicium a znamená útulek nebo útočiště. Již ve středověku tento termín označoval tzv. domy odpočinku. Tyto domy byly vyhledávány zejména poutníky, kteří putovali do Palestiny ke Svatému hrobu. V hospici pobývali jen několik dní, aby načerpali nové síly a ošetřili bolavé nohy. Hospic byl obydlen především řeholníky, kteří se vyznali v pohostinství a také v ranhojičství. Středověký hospic tedy zajišťoval přeneseno do moderní terminologie bio-psycho-sociální a spirituální komfort. Hospice tohoto typu však postupně zanikaly (7, 30).

V polovině 18. století opět myšlenka hospice ožila a v Dublinu a Corku byla z iniciativy Mary Aikendheadové zřízena nemocnice pro umírající. V této nově zřízené nemocnici s názvem Hospic byla poskytována péče odpovídající principům sesterské charity. Tato iniciativa zůstala však osamocena (7, 30).

V první polovině 20. století ve východní části Londýna byl zřízen hospic pod záštitou příslušnic Charity irských sester. Tento hospic dostal název St. Joseph's Hospice v Hackey (7).

A teprve až v druhé polovině 20. století došlo k dramatickému rozvoji zařízení pro umírající. Moderní společnost změnila postoje ke smrti a umírání. Tehdejší

medicína nebyla schopna uspokojovat potřeby umírajících. A tato situace inspirovala Angličanku dr. Cecily Saundersovou, která pracovala jako zdravotní sestra a sociální pracovnice. Ve věku 38 let získala lékařské vzdělání. V práci se věnovala nemocným na konci životní cesty. Při této práci se setkala s polským emigrantem Davidem Tasmou, který byl osamocen a vážně nemocen. Cecily Saundersová sdělila Davidovi pravdu o jeho zdravotním stavu a doprovázela ho v posledních dnech života, aby se smířil se smrtí a našel význam posledních dnů. Tasma byl za její ochotu velice vděčen, a proto daroval Saundersové 500 liber s přáním, aby založila novou nemocnici, která bude pomáhat lidem v posledních chvílích života. V roce 1967 byl v Londýně opravdu otevřen nový moderní hospic St. Christopher's Hospice. Dnes nazýváme tento hospic „mateřským domem“ hospicového hnutí. Myšlenka hospice se rychle rozšířila do celého světa a začaly postupně vznikat nové a nové hospice ( 7, 30, 36).

### ***1. 1. 2 Historie hospice v ČR***

Počátky jsou známe již z období středověku, kdy vznikaly tak zvané hospitály, jejichž zřizovateli byli biskupové, kláštery a faráři. Hospitály poskytovaly péči chudým, nemocným a starým, ale také se zabývaly péčí o osamocené umírající, sirotky a pocestné (23).

Za vlády Františka Josefa I., díky zavedení domovského práva, došlo k rozvoji celé řady zařízení, která sloužila potřebným. Obecní pastoušky, chudobince a chorobince byly zpřístupněny všem starým, chudým a umírajícím. Umírající tak měli zajištěnou i odbornou péči, kterou poskytovaly dobročinné obecní spolky a charitativní organizace. Takto byla hospicová péče poskytována až do roku 1952, kdy došlo ke zrušení domovského práva (23).

V 60. letech minulého století došlo ve světě ke vzniku hospicového hnutí. U nás došlo k rozvoji až po pádu železné opony. V Čechách se o vznik prvního hospice zasloužila lékařka Marie Svatošová. V roce 1993 založila občanské sdružení s názvem Ecce Homo (Ejhle člověk). Toto sdružení vzniklo pro podporu domácí péče a hospicového hnutí. Již na začátku si stanovilo několik cílů, které platí dodnes. Mezi cíle patří : nahlas začít mluvit o smrti a umírání na veřejnosti, bez ostychu, a hlavně

přemýšlet o smrti, která je součástí životního koloběhu. Zkušenosti, které získáme při činnostech v hospici, co nejvíce rozšířit (přednášky, semináře, stáže). A další cíl je vzdálený a ten zní, rozšířit hospicovou péči i mimo budovy hospice (31).

V roce 1995 občanské sdružení *Ecce homo* a Diecézní charita v Hradci Králové společně zřídily první hospic v Čechách, který dostal název Hospic Anežky České, v Červeném Kostelci na Náchodsku, který v roce 1996 přijal první pacienty. Postupně začaly na území České republiky vznikat další hospice. Dnes je otevřeno 12 hospiců lůžkových a 5 mobilních hospicových jednotek. Pozitivní zprávou však je, že jsou další hospice ve výstavbě (7, 23, 31, 40).

V roce 1998 bylo založeno Sdružení poskytovatelů hospicové péče ČR, předsedkyní se stala Marie Šimánková. Toto sdružení mělo několik cílů, mezi které patřilo například stanovit etický kodex pro poskytování hospicové péče, spolupracovat na podkladech pro poskytování hospicové péče včetně standardu a zabezpečení kvality poskytované péče. Toto sdružení, ale již ukončilo svou činnost. Proto v roce 2005 byla založena Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP). Prezidentkou této asociace je Marie Svatošová, která byla oceněna státním vyznamenáním Medaile Za zásluhy (7, 23, 31).

Jednou z dalších organizací, která se podílí na poradenské činnosti a publikaci odborné literatury, je Národní centrum domácí péče České republiky (7).

## ***1. 2 Typy hospicové péče***

Hospicová péče má tři základní formy: domácí (mobilní) hospicové péče, denní stacionáře a lůžková hospicová péče (hospice) (7).

Domácí hospicová péče je poskytována „rodinným pečovatelem“, členem rodiny, příbuzným, popřípadě dobrovolníkem. Je to tak zvaná laická domácí hospicová péče. Na poskytování domácí hospicové péče se dále podílí odborná pomoc, která pomáhá rodině a umírajícímu. Odborná domácí péče je integrovaná forma zdravotní, sociální a laické péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí. Odborná domácí péče je zajišťována agenturami domácí péče, mobilními jednotkami hospicové péče. Je poskytována multidisciplinárním týmem odborníků a je určena umírajícím plně, či

částečně závislým na pomoci druhé osoby. Odborná domácí hospicová péče by měla být dostupná 24 hodin denně a to 7 dní v týdnu. Je naordinována ošetřujícím lékařem nemocného nebo odborným lékařem po hospitalizaci. Je poskytována umírajícím všech věkových skupin. Tuto variantu lze tedy realizovat pouze za předpokladu, že existuje a funguje domácí zázemí. Tato péče je pro umírajícího ideální, je ve svém dobře známém prostředí a je obklopen rodinou. Avšak pro rodinné příslušníky nemusí být vždy ideální variantou. Při volbě tohoto typu hospicové péče nestačí jen chtít se postarat, ale i umět a moci. Pečování o umírajícího je velmi náročné na psychiku a mnohdy rodina musí požádat o umístění umírajícího na lůžko v hospici (9, 12, 23).

Denní stacionáře jsou známy pod názvem semiambulantní hospicová péče. Nejčastěji denní stacionáře hospicové péče jsou zřizovány při lůžkových typech hospicové péče. Je zajišťována multidisciplinárním týmem, který zahrnuje lékaře různých specializací, sestry, dietní sestru, sociální pracovníky, rehabilitační pracovníky, psychologa, psychiatra, duchovního činitele a další pracovníky dle potřeby. Nedílnou součástí jsou i členové rodiny, přátelé a dobrovolníci. Tento typ hospicové péče je určen pro plně, či částečně mobilní umírající, jejichž aktuální stav nevyžaduje umístění na lůžko. Denní stacionáře jsou doplňkem domácí hospicové péče. Klient je do stacionáře přijat ráno a odpoledne nebo večer se vrací domů. Tato varianta je přípustná jen pro klienty, kteří mají v blízkosti svého domova některý z hospiců. Důvodů k pobytu ve stacionáři pro klienta je několik, například aktuální časová indispozice rodinných příslušníků a blízkých, nevhodnost vlastního sociálního prostředí pro klienta. Ve stacionáři najdou člověka, který je vyslechne, protože někteří nemocní se cítí osamoceni ve své nemoci, i přestože mají okolo sebe své přátele a rodinu. Dalším důvodem, proč klienti přicházejí do stacionáře, je odpočinek od rodiny a domácího prostředí. Je to vhodné i pro rodinu, která si odpočine od svého blízkého umírajícího, načerpá nové síly. Je to prevence proti vyčerpání rodiny a možným konfliktům (9, 23, 30, 36).

Lůžková péče neboli hospic zajišťuje umírajícím paliativní a to především symptomatickou léčbu a péči, zabezpečuje bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. Hospic neslibuje umírajícím uzdravení, ani prodloužení života, ale zajištění kvalitního

a důstojného života v posledních dnech. Lůžková hospicová péče je především určena pro nevléčitelně nemocné, kteří nemají sociální zázemí. Podmínkou přijetí na lůžko hospice je podmíněno právoplatným informovaným souhlasem. Hospicová péče je zajišťována opět multidisciplinárním týmem (7, 23, 36).

Prostředí hospiců je velmi příjemné, zařízení a uspořádání pokojů připomíná spíše domov než nemocnici. Režim dne v hospicích si určují pacienti sami, není „na povel“. Péče je plně individuální, každý nemocný má „svou“ osobní sestru nebo ošetřovatelku. Na péči o umírající se mohou podílet i příslušníci rodiny. Rodina hraje nezastupitelnou roli v péči o nemocné. Některé služby jsou rodině k dispozici také po jeho smrti a to zejména poradenství (7, 11).

### ***1. 3 Paliativní péče***

Slovo paliativní pochází z latinského slova „pallium“ což do češtiny znamená rouška, plášť, ve významu poskytnout plášť těm, kteří jsou ponecháni napospas nevléčitelné nemoci (1, 13).

Paliativní péče patří k jedné z nejstarších medicínských a ošetřovatelských disciplín, která je velmi důležitou součástí při poskytování hospicové péče. Prameny jsou známy již od dob antiky. Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o chronicky nemocné s aktivním, progredujícím a pokročilým onemocněním. Délka jejich života je u nemocných omezená, a proto je cílem paliativní péče provádět integrovanou komplexní péči, která je zaměřena na poskytování úlevy od bolesti a jiných svízelných příznaků, které doprovází nemocného. Důležitou a nedílnou součástí této péče je péče o bio-psycho-sociální a duchovní aspekty nemocného. Pro některé nemocné jsou často tyto aspekty důležitější než samotné tělesné obtíže. Paliativní péče vytváří podpůrný systém, který pomáhá nemocným žít co nejlepší a nejaktivnější život až do smrti. Vytváří systém, který je zaměřen i na pomoc rodině nemocného a současně pomáhá, vyrovnat se s vážným a nevléčitelným onemocněním svého blízkého a umět se vyrovnat se zármutkem po jeho smrti (23, 36).

Dle Světové zdravotnické organizace (2002) je „Paliativní péče takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných, jejich rodin a který čelí problémům spojeným

s život-ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních.“ ( 28, s. 21).

Dodatek této definice paliativní medicíny nám vytyčuje základní principy paliativní péče a medicíny. A tím zajišťuje úlevu od bolesti a od dalších symptomů, které doprovází nemocné v terminálním stádiu. Na umírání se dívá jako na normální proces, který souvisí s životem každého jedince. Nemá v úmyslu urychlit, ani odsunout smrt. Do péče začleňuje pacienta, ale i psychologické a spirituální aspekty. Paliativní péče a medicína nabízí uspořádání podpory, které pomohou rodině nemocného v terminálním stavu vyrovnávat se s nemocí pacienta a se svým vlastním zármutkem. Péči zajišťuje tým, který řeší potřeby nemocných, ale i jejich rodin. Dále poskytuje poradenství v případě truchlení, je-li to indikováno. Je jí možno aplikovat již v začátcích nemoci. Do týmu, který se podílí na péči o nevléčitelně nemocné patří: sám nemocný, rodina nemocného, přátelé nemocného, lékaři různých specializací, sestry, dietní terapeuti, sociální pracovníci, rehabilitační pracovníci, psycholog, psychiatr, duchovní, dobrovolníci a další pracovníci podle potřeby. Tito pracovníci by měli úzce spolupracovat ( 7, 28, 36).

Dle paliativní medicíny umírání patří mezi přirozené fáze života a smrt je realita. Tuto realitu je zapotřebí přijmout a nepokládat ji za nepřítele a bojovat proti ní i za stavu, kdy není možné zvítězit (7)

#### ***1. 4 Smrt a umírání***

Co je to smrt? Smrt je naše jediná jistota, kterou máme na světě. Smrt znamená neodvratný konec života. Je vepsána v každém z nás, známe ji od nejstarších dob a bude s námi i nadále. Smrt neodmyslitelně patří k životu (12).

V roce 1968 světová zdravotnická organizace stanovila biologickou smrt mozku, jako závazné kritérium smrti. V České republice je definována smrt v zákoně č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších předpisů. Smrt znamená,



že nefunguje žádná z částí mozku ( 12, 20, 38, 39).

Smrt lze dělit na fyzickou, psychickou a sociální. Fyzickou smrtí se rozumí úplná, trvalá a irepetabilní ztráta vědomí. Pro stanovení fyzické smrti jsou důležitá tyto tři kritéria: zástava tepu srdce, zástava dechu a mozková smrt. Mozek odumírá po 5 minutách, pokud není okysličován krví. Psychická smrt se projevuje psychickou rezignací a intenzivně prožívaným zoufalstvím a beznadějí. Tento typ smrti vede k fyzické smrti, ale může se objevit i u naprosto fyzicky zdravé osoby a může vést k sebevraždě. Třetím typem je smrt sociální. Je to stav, kdy člověk ještě žije, ale je naprosto vyřazen ze sociálních a interpersonálních vztahů. Sociální smrt a psychická smrt předchází smrti fyzické. Těmto dvou typům smrti lze předcházet poskytováním kvalitní hospicové péče, kdy je zajištěna důstojnost člověka (23, 27).

Umírání je synonymum terminálního stavu. Jde o proces, ve kterém nevléčitelně nemocný člověk žije. Tento proces není přesně ohraničený a směřuje ke smrti. Během umírání dochází k postupným a nezvratným selháváním důležitých vitálních funkcí. Umírání lze rozdělit na tři fáze: období před umíráním (pre finem), období umírání ( in finem ) a období po smrti ( post finem) ( 12, 23, 34).

Pacient, který se dozvídá o své nesmrtelné diagnóze, začíná přemýšlet o smrti a umírání. Nemocný může různě reagovat na svou nevléčitelnou diagnózu, proto je velké umění sdělit nemocnému tuto zprávu (23).

V roce 1976 Parlamentní shromáždění deklarovalo, že umírající si přeje zemřít v klidu a důstojně a pokud možno v komfortu rodiny a přátel (38).

Elizabeth Kübler-Rossová ve své knize „ O umírání a smrti“ popisuje jednotlivé fáze, které se objevují u pacientů v terminálním stádiu. První fází je šok, popírání a izolace. V této fázi je pacient v šoku, je otřesen, nevěří špatné zprávě. Předstírá, že je mu dobře, nespolupracuje se zdravotníky. Druhou fází, kterou pacient prochází po sdělení smrtelné diagnózy, je agrese a zlost. Pacient si klade otázku „ proč zrovna já“ a objevuje se zlost, vztek, rozmrzelost a nenávisť. Pacient si vybíjí zlost na svých nejbližších a lidech, kteří o něj pečují a jsou mu nablízku. Rodina a příbuzní jsou zcela zdrceni a vyčerpáni, ale k pacientovo hněvu je důležité přistupovat s nadhledem a velkou tolerancí. Další fází jsou kompromisy a smlouvání. Tato fáze bývá velmi

často skytá a první ji objeví psycholog nebo duchovní. Pacient má utajovaný pocit viny. Čtvrtou fází je fáze deprese. Deprese se objeví po dlouhém léčení, ozařování, které k ničemu nevede. Pacient ztrácí síly a začíná si uvědomovat, že se neodvratně blíží smrt. Snaží se urovnat všechny vztahy a dává do pořádku všechny majtkové záležitosti. V pacientově tváři je patrný smutek. Poslední fází je akceptace, kdy nemocný zvládl všechny fáze předchozí a nastává smíření s tím, že přijde smrt. Objevuje se spíše nonverbální komunikace, kdy si nemocný přeje držet za ruku, pohladit, pacient má pocit jistoty a neumírá osamocen. Nemocný má prioritní potřeby bezpečí, jistoty a blízkosti. Ne všichni umírají ve fázi akceptace, pacienti, kteří bojují se svou nemocí, se do této fáze nedostanou. Fáze se mohou prolínat, vracet a nemusí jít za sebou. Těmito fázemi prochází i blízcí nemocného (12, 16, 23).

#### ***1. 4. 1 Domácí model umírání***

Po mnoho století umírali lidé doma, především v kruhu svých blízkých. Dnes je domácí model umírání považován za ideální normu, přestože lidé dříve umírali bez jakékoliv pomoci. Domácí model umírání je v představách jako umírání v náruči svých blízkých. Naši předkové tak umírali s jistotou, že nejsou osamoceni, ať se stane cokoliv. Umírajícímu byla poskytována laická pomoc. Odborná pomoc lékaře přišla na scénu teprve asi před 200 lety. Velmi důležitou roli zastával kněz, který pečoval o celkový psychický stav a duši umírajícího. Zajistil svátost smíření a svátost pomazání nemocných, ale pečoval i o psychický stav pozůstalých (7, 36).

Dříve neexistovala kvalitní ošetrovatelská péče, přesto rodina dokázala poskytnout velmi kvalitní laickou péči. Člověk dnešní doby nemá tak cenné zkušenosti v poskytování péče o umírajícího a je přesvědčen, že péče o umírajícího je pouze v kompetencích zdravotníků (7).

Dnes se velmi často setkáváme s různými názory na domácí model umírání. Mezi ně patří například to, že doma nemůžeme poskytovat tak kvalitní a odbornou péči jako v nemocnici, že snadno něco zanedbáme, nebo že v posledních dnech umírající nic nevnímá a je tedy jedno, kdo se o něj stará (33).

Domácí model umírání přináší mnoho výhod pro nemocného, ale i pro pečující.

Jednou z nich je pocit jistoty a bezpečí. Nemocný není osamocen a jsou mu na blízku jeho nejbližší, rodina a přátelé, které má rád. Rodina nemocného je přítomna s nemocným i v jeho těžkých situacích, kdy ho může psychicky podpořit. Nemocný je ve svém prostředí, na které je zvyklý, ve kterém má své určité pohodlí, které by mu jistě v nemocničním zařízení chybělo. V domácím prostředí nemocný může vyjádřit svou víru, aniž by měl pocit, že někoho obtěžuje. Spiritualita nemocných je v nemocničním zařízení velmi často opomíjena a nemocný tak nemůže uspokojit své duchovní potřeby (15, 33, 36).

Pro pečující jsou různé kurzy jak zvládat péči o umírajícího v domácím prostředí. Cílem těchto kurzů je naučit pečující rodinu, která nemá zkušenosti s péčí o umírající, základní ošetrovatelské činnosti (polohování a prevenci proleženin, udržování tělesné hygieny, oblékání, zajišťování správné výživy, pomoc při jídle, užívání léků), dále sociální poradenství a v neposlední řadě také prevenci syndromu vyhoření pečujících (32).

#### ***1. 4. 2 Institucionální model umírání***

Institucionální model umírání se vyvíjel pomalu a postupně. Spočíval v uspokojování nejprve základních biologických potřeb. Umírající musel mít čisté lůžko, jídlo, pití a zajištěnou základní hygienickou péči o tělo. V počátcích rozvoje institucionálního modelu umírání byli nemocní umírající umísťováni do různých chorobinců, či azylových domů, později do špitálů a nemocnic. Nemocnice měly velké pokoje, kde bylo několik postelí, které byly velmi blízko sebe a umírající neměl žádné soukromí. Ošetrovatelské činnosti byly poskytovány laiky, protože ani řádové sestry neměly odborné vzdělání. Zvyšování kvality v poskytování ošetrovatelských činností šlo ruku v ruce se vznikem a rozvojem ošetrovatelských škol (7, 36).

V současné době není pochyb o tom, že institucionální model umírání nevyhovuje velkému počtu lidí, kteří jsou v terminálním stadiu života. Velmi často nespokojení příbuzní hledají různá řešení až teprve tehdy, když se jich dotýká hrozba smrti. Kladou si otázky, kde by měl jejich příbuzný zemřít tak, aby byl do posledních dnů v komfortu. Tuto problematiku si uvědomují také mnozí lékaři a zdravotníci.

Zdravotníci i lékaři se ptají a hledají různé varianty, kde by se lidem v terminálním stadiu mohlo dostat té nejlepší možné péče. Hospicové zařízení tvoří vítané obohacení služeb pro umírající, ale není a ani nemůže být řešením pro všechny umírající (6).

Pro umírající je velmi často umírání v instituci tzv. strašákem. V době, kdy je jim velmi špatně, jsou osamoceni. V nemocničním zařízení, když nemocný potřebuje individuální přístup v oblasti duševních, duchovních a sociálních potřeb, je systém výrazně limitovaný a omezený. Velmi často je možné pozorovat hostilitu ze stran zdravotníků, pro které je nevléčitelně nemocný člověk jen překážka a zbytečnost, která zabírá spoustu času. Umírající je v cizím prostředí, mezi cizími lidmi, kteří nerozumí a mnohdy nechtějí rozumět jeho potřebám. Nemocný v terminálním stádiu potřebuje nerušený klid a pohodlí, které v nemocničním zařízení nemá. Je na pokoji s ostatními nemocnými a nemá soukromí pro vyjádření svých emocí, pocitů a nálad. Nemocný tak umírá před očima cizích lidí. Rodina a přátelé tak nemohou projevit svou přízeň, lásku a péči. Příbuzné doprovází pocity viny, že nemohli stát u lůžka umírajícího a držet ho za ruku v posledních minutách života (33, 36).

## ***1. 5 Možnosti poskytování ošetrovatelské péče nemocným v terminálním stádiu nemoci***

### ***1. 5. 1 Definice domácí péče***

„ Domácí péčí je zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího lékaře pro děti a dorost nebo ošetrujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti.“ (19, s. 1).

Domácí péče je jedna ze součástí zdravotnictví, která se velmi rychle rozvíjí. Na rozvoji domácí péče se podílejí, mimo medicínských pokroků a objevů i

společenské faktory, ke kterým patří stoupající náklady na zdravotní péči, populační stárnutí, kdy největšími uživateli veškeré zdravotní péče jsou právě senioři (klienti nad 65 let), dále je to rostoucí poptávka po službách v domácí péči, rozvoj moderní technologie a v neposlední řadě jsou to také politické faktory, jako je změna zdravotnických systémů a vznik neziskových organizací (10).

Cílem domácí péče je zajistit maximální, humánní rozsah, kvalitu a efektivitu zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí klienta. Jedná se o integrovanou formu péče, proto je označována také komplexní domácí péče (10).

### ***1. 5. 1. 1 Historie domácí péče***

Domácí péče existuje již od nejstarších dob, kdy se v domácnostech rodilo, léčilo a umíralo za účasti všech rodinných příslušníků. V dávných dobách byla domácí péče jedinou formou péče vzhledem k medicínským poznatkům. V dobách raného křesťanství byla domácí péče v rukou žen. Tyto ženy byly bylinkářky a porodní báby. Ve středověku byl založen první řád sester augustiánek, který sestry připravoval na poskytování ošetrovatelských služeb v domácím prostředí (5).

Velký rozvoj domácí péče nastal roku 1859, kdy vzniká v anglickém Liverpoolu moderní koncepce domácí péče. Autorem této koncepce se stal William Rathbon, který přišel na myšlenku domácí péče, když mu umírala žena na zhoubnou nemoc. Za spolupráce Florence Nightingalové založili první školu pro sestry návštěvní služby, které byly školeny pro ošetrovatelskou péči nemocným a chudým lidem (5, 22).

V roce 1893 byla v New Yorku založena ošetrovatelská služba pod záštitou ministerstva zdravotnictví, kterou řídily sestry Lillian Wald a Mary Brewster. Tyto dvě sestry zavedly termín veřejná zdravotní sestra (5, 22).

V celé Evropě dochází k obrovskému rozvoji domácí péče v 19. století. Péče byla zaměřena na poskytování péče starým lidem. Výjimkou bylo Holandsko, kde byla péče poskytována všem nemocným bez ohledu na věk (5).

Od 70. let 20. století dochází k nárůstu nákladů na zdravotní služby, proto se hledají různé metody, jak zvýšit kvalitu a snížit náklady. Jedna z nejlepších metod, jak snížit náklady na zdravotní péči, je návrat k domácí péči (5).

### ***1. 5. 1. 2 Historie domácí péče v ČR***

Domácí péče v Čechách má hluboké historické kořeny, protože služba nemocným a chudým lidem v rodinách, ale i špitálech byla jednou z hlavních činností řeholních řádů, mezi které patřili Johanitsky, Alžbětinky, Milosrdní bratři, Řád svatého ducha, Křížovníci s červenou hvězdou a Klarisky (22).

Během vlády Marie Terezie v období osvíceneckého absolutismu, docházelo k postupnému zlepšování péče o poddané v oblasti sociální sféry a v domácí péči se začíná propojovat charitativní péče s odbornou stránkou. V době Národního obrození díky Karolíně Světlé, Elišce Krásnohorské a dalších se začíná podporovat sociální a odborná péče pro všechny bez rozdílu (22).

V období první republiky v roce 1919 za pomoci Alice Masarykové vzniká Československý červený kříž, který dal vznik myšlence odborné ošetrovatelské pomoci v domácnosti ( 22).

Po druhé světové válce je ošetrovatelská a zdravotní služba v domácnostech poskytována Ústavu národního zdraví. V této době vznikla Masarykova škola zdravotní a sociální péče, ve které se vzdělávaly první poskytovatelky domácí péče. V roce 1952 převzal stát domácí péči do svých rukou a domácí péče byla začleněna do systému organizace ve zdravotnictví, do kompetencí obvodních ambulancí. Sestry, které již pracovaly v domácí péči pod Československým červeným křížem, založily geriatrické ambulance a začaly pracovat jako geriatrické sestry ( 5, 22).

Obrovský rozvoj domácí péče však nastal až po sametové revoluci po roce 1989, kdy došlo k transformaci a reformám. V březnu roku 1990 vzniká první středisko ošetrovatelské péče České katolické charity. V lednu roku 1991 ministerstvo zdravotnictví tuto činnost zlegalizovalo a povolilo na dva roky provést experiment, během kterého začalo fungovat 40 agentur domácí péče. První agentura vznikla v Pardubicích s názvem NIKÉ. V září roku 1992 byla založena skupina pro podporu a rozvoj domácí péče v České republice. Tato skupina je složena ze zástupců jak profesionálních, tak zástupců laické veřejnosti. Řeší přípravu legislativních opatření, vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti domácí péče, financování domácí péče

a komunikaci a tok informací domácí péči (5, 22, 24).

V roce 1993 nastal bouřlivý rozvoj agentur domácí péče a rozvoj spolupráce s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Téhož roku, 28. března, byla založena Asociace domácí péče, jejíž cílem je sdružování sester, lékařů, sociálních pracovníků, psychologů a dalších pracovníků, kteří se podílejí na poskytování domácí péče. V listopadu roku 1993 se konal první Mezinárodní kongres v Chrudimi, který se týkal problematiky domácí péče (5, 22, 24).

V roce 1994 nadále stoupá počet nově vzniklých agentur domácí péče a začínají se také angažovat okresní, městské a obecní úřady. V dubnu vzniká Pracovní skupina pro primární péči, kdy dochází k zapojení středních zdravotnických škol do potřeb primární péče. V červenci je založeno Asociací domácí péče Národní centrum domácí péče se sídlem v Praze. V čele Národního centra pro domácí péči je Bc. Blanka Misconiová. Od roku 1995 dochází k dalšímu rozvoji a vzniku agentur domácí péče (2, 22, 24).

### **1. 5. 2 Komplexní domácí péče**

Komplexní domácí péče jsou terénní zdravotně sociální služby, které jsou poskytovány osobám se sníženou soběstačností v důsledku vysokého věku, nemoci či zdravotního handicapu v domácím přirozeném prostředí. Komplexní domácí péče je tak neodmyslitelnou součástí primární péče, která doplňuje ambulantní lékařskou péči o oblast ošetrovatelské péče, sociální péče. Nedílnou součástí je i laická pomoc. Základním činitelem komplexní domácí péče jsou agentury domácí péče. Domácí péče je poskytována zdarma, jestliže je indikována ošetřujícím lékařem. Zdravotní péče je hrazena z fondu veřejného zdravotního pojištění a dle vyhlášky ministerstva zdravotnictví České republiky č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Nadstandardní péči si klient hradí za přímou úhradu (4, 10, 19, 37).

V rámci komplexní domácí péče je poskytována péče podle rozsahu, který vychází z potřeb klienta v těchto oblastech: základní zdravotní a sociální péče, což je například osobní hygiena, příjem tekutin a potravy, prevence a léčba proleženin, úprava domácího prostředí. Rozsah péče určuje ošetřující lékař. Dále se jedná o odbornou

zdravotní a sociální péči. Do tohoto typu péče patří například sledování vitálních funkcí, aplikace injekcí, infúzí, edukace klienta, inhalační terapie, preventivní prohlídky, sociální diagnostika. Třetím typem je specializovaná zdravotní a sociální péče, což je například aplikace diagnostických přístrojů a metod, podpůrná psychoterapie, odborné poradenství a podobně. Nesmíme také zapomínat na laickou pomoc, kterou poskytují členové rodiny, či blízké osoby. U osob osamocených je velkou pomocí přítomnost dobrovolníků (19, 24).

Komplexní domácí péči můžeme dále rozdělit na komplexní domácí péči, která je poskytována 24 hodin denně a to 7 dní v týdnu, dále je to komplexní péče, která je poskytována v limitovaném časovém rozsahu a posledním typem je domácí péče, která je poskytována v limitovaném časovém a odborném rozsahu. Pro terminálně nemocné je nutná péče, která je nepřetržitá. Některé agentury domácí péče nejsou schopny zajistit péči 24 hodin denně, 7 dní v týdnu (24).

### ***1. 5. 3 Agentura domácí péče***

Agentury domácí péče jsou základní stavební jednotkou komplexní domácí péče. Zajišťují tedy zdravotní a sociální péči o nemocného v domácím prostředí. Zdravotní péče poskytovaná agenturou domácí péče je hrazena ze zdravotního pojištění a sociální péče je hrazena prostřednictvím sociálních referátů. Nadstandardní péči si nemocný musí platit za přímou úhradu. Nadstandardní péči je například kadeřník, pedikérka, manikérka. Agentury domácí péče mohou být státními nebo nestátními zdravotnickými subjekty a jejich zřizovatelem jsou právnické či fyzické osoby, státní instituce, organizace nebo obce (5, 8, 17).

Domácí péči nemocnému ordinuje praktický lékař. V případě, že je nemocný hospitalizován v nemocničním zařízení, může domácí péči indikovat i ošetřující lékař. Agentury domácí péče jsou zaměřeny i na pomoc rodině nemocného, například pomoc s řešením různých sociálních problémů. Na kvalitu poskytované péče, agenturami domácí péče dohlíží, Asociace domácí péče, protože většina agentur domácí péče je sdružena v této asociaci. Asociace domácí péče vydala Etický kodex agentur domácí péče České republiky. Agentury domácí péče spolupracují s celou škálou odborníků



v oblasti zdravotní i sociální. Multidisciplinární tým je tvořen nejčastěji rodinou nemocného, nemocným, lékaři, všeobecnými sestrami, sestrami specialistkami, rehabilitačními pracovníky, psychology, sociálními pracovníky, pečovateli a dobrovolníky (5, 8, 17).

Nejčastěji agentury domácí péče poskytují tyto služby: zajištění osobní hygieny, prevence a léčba proleženin, různé převazy, sledování základních životních funkcí, odběry biologického materiálu, aplikace injekcí, podávání kyslíku, rehabilitace, edukace nemocného, sociální šetření. Z těchto výkonů, které agentury domácí péče poskytují, vyplývají některé výhody domácí péče. Jednou z výhod je například hospodárnost, protože domácí péče redukuje náklady na péči o nemocného zkrácením hospitalizace na minimum. Další výhodou domácí péče je individualita. Každý je jedinečná bytost, která má své potřeby. Jak již bylo zmíněno, agentury domácí péče spolupracují s týmem odborníků, proto je nemocným zajištěna komplexnost péče, což je další výhodou. V neposlední řadě musím také zmínit podporu zdraví, kdy domácí péče kromě konkrétní péče o nemocného zajišťuje i služby primární, sekundární a terciární prevence (5, 17, 38.).

#### ***1. 5. 4 Mobilní hospicová jednotka***

První specializovanou mobilní jednotkou hospicové péče u nás v České republice se v roce 2001 v Praze stala Cesta domů. Nejprve se jednalo pouze o poradnu domácí hospicové péče. V roce 2005 byl Cestě domů udělen statut nestátního zdravotnického zařízení. Dnes, na území České republiky, existuje již několik podobných mobilních hospiců jako je Cesta domů (7, 12, 25).

Hlavním cílem mobilních hospicových jednotek je péče o terminálně nemocné, v domácím přirozeném prostředí, na které je zvyklý. Pomoc není poskytována pouze nemocným v terminální stádiu, ale také rodině a blízkým osobám nemocného. Hlavní břemeno péče je na rodině nemocného. Rodina spolupracuje s multidisciplinárním týmem a tak je nemocnému zajištěna odborná i laická pomoc. Mobilní hospicové jednotky nabízejí nemocným v terminálním stádiu takovou pomoc, že nebudou trpět nesnesitelnou bolestí a nebudou osamoceni. Dále nabízí psychickou, duchovní i

lidskou podporu a možnost důstojného umírání mezi svými blízkými. Mobilní hospicové jednotky půjčují nemocným do domácího prostředí specializační pomůcky. Nejčastěji se jedná o polohovací lůžka, invalidní vozíky, antidekubitní matrace, nafukovací vany a lineární dávkovače léků. Některé mobilní hospicové jednotky poskytují také telefonickou poradnu pro nemocné v terminálním stádiu, ale i pro rodinu nemocných v terminálním stádiu (7, 26).

Do domácí hospicové péče jsou indikováni nemocní v terminálním stádiu na doporučení ošetřujícího lékaře. S domácí hospicovou péčí musí souhlasit nemocný, který podepisuje informovaný souhlas. Současně také musí souhlasit alespoň jeden z rodinných příslušníků, který je ochoten převzít zodpovědnost a břemeno péče o nemocného. Péče o nemocného v terminálním stádiu je kontinuální po dobu 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Mobilní hospicové jednotky mohou být součástí hospice, agentury domácí péče nebo mohou být jako samostatné jednotky (7, 12, 25, 26).

### ***1. 6 Ošetřovatelská péče o nemocného člověka v terminálním stádiu***

Ošetřovatelská péče o umírajícího člověka je velmi individuální. Záleží na onemocnění a celkovém stavu pacienta. Při poskytování ošetřovatelské péče je vždy důležité zachovat lidskou důstojnost a přistupovat k umírajícímu holisticky. To znamená, nezapomínat na to, že umírající člověk je pořád člověkem a má potřeby jako zdravý člověk. Na ošetřovatelskou péči je důležité vyhradit si dostatek času. Při poskytování holistické péče by měla být mezi ošetřujícím týmem a pacientem úcta, respekt, porozumění a otevřenost. Jedině takto si ošetřující tým získá důvěru k pacientovi. V době, kdy už se bude blížit konec života nemocného, nebude doprovázen cizími lidmi, ale těmi, kdo umírajícího člověka znají (15, 21).

Na ošetřovatelské péči o nemocného v terminálním stádiu by se měl podílet mutlidisciplinární tým, sám nemocný, rodina nemocného, přátelé, sestry, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti, dobrovolníci a další. Pokud si to nemocný přeje. Proto základním pilířem ošetřovatelské péče je respektování a uspokojování základních lidských potřeb, které jsou biologické, psychologické, sociální a spirituální. Tyto

potřeby jdou ruku v ruce a navzájem se mohou ovlivňovat. Ošetrovatelská péče o nevyléčitelně nemocné může být v nemocničním zařízení i v domácím prostředí. Při zvažování domácí péče je vhodné si uvědomit, zda je možné zajistit bezpečí pacienta a to včetně očekávaných komplikací, zda souhlasí pacient a hlavně jeho rodina(či blízcí) s péčí v domácím prostředí, zda je rodina schopna a ochotna za péči nést odpovědnost. Důležité je zjistit, zdali je k dispozici agentura domácí péče (popřípadě mobilní hospicová jednotka), která bude schopna zajistit péči 24 hodin denně a to 7 dní v týdnu. Pro domácí péči je velmi důležitá spolupráce ošetřujícího lékaře, rodiny a agentury domácí péče. Ošetrovatelská péče spočívá především v uspokojování základních lidských potřeb (5, 12, 15, 36).

Mezi biologické potřeby patří všechny potřeby, které se týkají nemocného těla. Například příjem potravy, přísun kyslíku, potřeba vyprázdnit se, potřeba hygieny, spánek. Velmi často se u nemocných v terminálním stádiu objevují těžkosti a symptomy, jako je bolest, nechutenství, nespavost, únava a další, které vyplývají z nemoci a ovlivňují a znemožňují uspokojování biologických potřeb. Ošetrovatelská péče pomáhá pacientovi zvládat a překonávat těžkosti, které znemožňují uspokojování biologických potřeb. Dále hledá nejrůznější a nejlepší varianty, jak zajistit nemocnému v terminálním stavu biologické potřeby (1, 15) .

Při ošetrovatelské péči se zaměřuje sestra a ostatní pečující především na tyto oblasti: péči o pokožku, prevenci proleženin a polohování, nutriční péči a poradenství v otázkách příjmu potravy, péči o vyprazdňování, péči o pitný režim, péči o dýchací cesty, zvláště při onemocnění dýchacího systému a péči o dutinu ústní (36).

Ošetrovatelská péče o pokožku je velmi důležitou součástí péče o umírající nemocné. Pokožka u umírajících pacientů je velmi citlivá. Proto je velmi důležité dbát a pečovat o pokožku, aby byla čistá a suchá a to hlavně v místech, která jsou pocením ohrožena. Sestra nebo pečující rodina se podílí na hygieně nemocného. Pro hygienu je důležité zvolit nevhodnější přípravky, které pokožku nevysušují. Po umytí je důležité pokožku dostatečně vysušit suchým ručníkem a ošetřit ji tělovým mlékem. Pokožka se tak stává odolnější proti vzniku otlakům, opruzením a dekubitů. Do péče o pokožku je také zahrnováno polohování nemocného. Nejvhodnější je střídat polohu na boku a na

zádech. Do vhodné polohy nemocnému pomáhá sestra, v domácím prostředí pečující, který společně s nemocným vyhledává nejpohodlnější polohu. Jestliže se nemocný sám neudrží, je možné jej vypočítat např. polštářem, aby se udržel v požadované poloze. Pro polohování těžce nemocných a ležících pacientů je vhodné mít polohovací lůžko, které lze zapůjčit i do domácího prostředí (15, 36).

Stravování nevléčitelně nemocných pacientů je velmi individuální. Stravování záleží na celkovém stavu pacienta a na přidružených onemocněních. Strava nemocného by měla být vyvážená, měla by obsahovat dostatek cukrů, tuků, bílkovin, vitamínů, minerálů a vody. Při volbě vhodné stravy pro nemocného v terminálním stádiu je vhodná spolupráce sestry, nemocného a nutričního terapeuta. U nevléčitelně nemocných pacientů může docházet ke snižování energetických potřeb, proto by strava měla být vyvážená, aby nedocházelo ke snižování obranyschopnosti organismu. Nevléčitelně nemocní mnohdy odmítají stravu v důsledku přidružených negativních pocitů jako je nauzea, narušené vnímání chutí a vůní. Sestra s nutričním terapeutem a lékařem (nejlépe nutricionistou) by měli takového pacienta vyšetřit a navrhnout řešení. Zda nemocný bude mít jen dietní opatření s přidáním doplňkové stravy sipping, případně přechod na umělou výživu enterální nebo parenterální. V domácím prostředí, v případě podávání parenterální výživy, je nezbytná spolupráce se sestrami agentury domácí péče. V souvislosti s nedostatečným a nevyváženým příjmem živin se u nemocných objevují další ošetrovatelské diagnózy. Například nedostatečná výživa (00002), ochota ke zlepšení výživy (00163), zácpa (00011), průjem (00013), nauzea (00134). Sestra a pečující by těmto problémům měli předcházet a pokud se objeví, tak je včas řešit (8, 18, 35).

Sestry a pečující pomáhají nevléčitelně nemocným také v oblasti vyprazdňování. Tato problematika je pro nemocné důležitá, ale velmi nepříjemná. Průjem nebo naopak zácpa jsou velmi časté u nemocných v terminálním stádiu, mohou se střídát a mohou být velmi bolestivé. Nejčastěji vznikají v důsledku nedostatečné pohybové aktivity, dlouhodobým upoutáním na lůžko, užíváním léků, stravy málo bohaté na vlákninu, či nedostatečným příjmem tekutin. Z ošetrovatelského hlediska sestra hodnotí průjem jako větší problém. Ztráta vody z organismu a dlouhotrvající

průjem způsobuje začervenání až opruzeniny v oblasti konečníku, což je pro nemocného velmi nepříjemné a bolestivé. Péče o konečník tak musí být pečlivá a důkladná. Pro nemocného je časté přebalování a hygiena v oblasti konečníku velkou psychickou zátěží. Průjem způsobuje také velký deficit tělesných tekutin (00027), který vede k rozvratu vnitřního prostředí, proto je nezbytně nutné doplňovat tekutiny u nemocného. Ochota ke zlepšení bilance tekutin (00160) u nevyлéčitelně nemocných se objevuje jen velmi zřídka, a proto je důležité dodávat tekutiny parenterálně dle ordinace lékaře. (8, 15, 18, 29).

Zácpa je také pro nemocné velmi nepříjemná, objevuje se pocit plnosti břicha až bolesti břicha. Nemocný může být podrážděný a nespolupracující, proto sestra a pečující musí včasné řešit příčinu zácpy. Pro nemocné s poruchami vyprazdňování je důležité zajistit dostatek soukromí a pohodlí (8, 15, 29).

Dalším velkým problémem pro nemocné v terminálním stádiu je porušený spánek (00095) a únava (00093). Únava a poruchy spánku negativně ovlivňují pocity pohody, každodenní činnosti, vztahy s rodinou a přáteli, celkovou náladu a v neposlední řadě i dodržování léčebného režimu. Odpočinek a spánek je velmi individuální. Mnoho nemocných s progredující nevyлéčitelnou nemocí trpí nespavostí. Během noci se jim promítají otázky v souvislosti s blížícím se koncem. Během dne jsou potom unavení. Nespavost ale může být spojena s užíváním léků nebo bolestí, která není vhodným způsobem tlumena. Důležité je zhodnotit kvalitu spánku nemocného a odhalit příčinu únavy a nespavosti. Pro nemocného je důležité připravit co nejvhodnější prostředí pro kvalitní a ničím nerušený spánek. V nemocničním zařízení je vhodné, když sestry takto nemocného uloží na menší a klidnější pokoj, v blízkosti inspekčního pokoje, před spaním nemocnému upraví lůžko a pomohou nemocnému zaujmout vhodnou polohu pro spánek, vyvětrají pokoj a zajistí tak nemocnému vhodné podmínky pro spánek. V domácím prostředí jsou tyto podmínky také nutné dodržovat. Jestliže se výrazně zvýší únava a spavost během dne, bývá to nejčasnější známkou, že se blíží konec života nemocného (8, 18).

Pohodlí života nemocného je velmi ovlivňováno bolestí. Umírající často trpí nesnesitelnou bolestí. Bolest u nevyлéčitelně nemocných pacientů bývá způsobena

samotnou nemocí nebo léčbou nemocí. Akutní bolest (00132) i chronická bolest (000133) nemocnému znepríjemňuje život. Multidisciplinární tým, který se podílí na péči o nemocného, by měl bolest umět hodnotit a podílet se na vytvoření léčebného plánu. Světová zdravotnická organizace stanovila třístupňový medikamentózní žebříček podávání analgetik. Neléčená bolest u nevyléčitelně nemocných je zásadní chybou celé péče (14, 18).

Multidisciplinární tým, který se podílí na ošetrovatelské péči o nemocného v terminálním stádiu nemoci, musí především spolupracovat s nemocným. Dostatečně s nemocným komunikovat a předcházet tak sociální izolaci (00053). Sestry, které pečují o nemocné v terminálním stádiu nemoci, jsou cizí lidé, kteří vstupují nejčastěji do intimní zóny nemocného. Proto vhodná, vstřícná a přátelská komunikace je nezbytnou součástí veškeré ošetrovatelské péče. Jestliže je mezi nemocným a sestrou komunikační bariéra, není možné řešit jakékoliv ošetrovatelské problémy (18).

Další důležitou součástí ošetrovatelské péče o nemocného v terminálním stavu jsou psychické potřeby. Jsou spjaty s respektováním lidské důstojnosti. Péče o psychickou pohodu umírajícího člověka je zaměřovaná na aktuální požadavky umírajícího. Velmi důležitou roli, při péči o psychiku umírajícího člověka, v nemocničním zařízení, plní právě sestry, které jsou spojovacím článkem interdisciplinárního týmu. Sestry domácí péče jsou také pro nemocného velkou psychickou podporou. Mnohdy se raději nemocný se svými starostmi a problémy obrátí na sestru agentury domácí péče, než na rodinu (1, 7, 12).

Sestry u nemocných tráví nejvíce času. Sestra, starající se o nemocného v terminálním stádiu nemoci, by měla umírajícím dát prostor, aby mohli vyjádřit své pocity a přání. Umírající prožívají strach, vlastní pocity slabosti, neschopnosti, zármutek, pocity zbytečnosti a další negativní emoce, které ovlivňují jednak jeho psychiku, ale také mohou ovlivňovat biologické potřeby. Odmítají hygienickou péči, odmítají stravu a další. Proto je nedílnou a neodmyslitelnou součástí, v péči o psychiku nemocného umírajícího, komunikace a psychoterapie (1, 7, 12, 15).

Psychoterapeutický přístup spočívá v naslouchání nemocného, emocionálním vcítěním se a pochopením pacientovy situace. Pro nemocného je velmi důležitý také

častý kontakt, nemocný tak nemá pocity osamělosti. K získání důvěry přispívá pohazení nemocného, upřímné podání ruky a neverbální komunikace, pohled do očí a úsměv. Na psychologických potřebách je postaveno hospicové hnutí (7, 15, 36).

Dále jsou sociální potřeby, které jsou také nedílnou součástí ošetrovatelské péče o umírajícího člověka, na kterých se mimo sester podílejí především i sociální pracovníci. Sociální potřeby vyplývají z člověka, protože je tvor společenský. Každý člověk žije v určitém sociálním prostředí, kde má svou rodinu, své problémy, svou práci, ale také koníčky, závazky, sny a různá přání. Umírající člověk je vytržen ze svého sociálního prostředí, najednou nemůže chodit do zaměstnání, dochází ke změně rolí v rodině. Z hlavy rodiny se stává nesoběstačný a společensky neaktivní člen rodiny (1, 2, 5, 7, 12, 15, 36).

Cílem ošetrovatelské péče, v oblasti uspokojování sociálních potřeb umírajícímu, je naslouchat jeho slovům a pomoci umírajícímu se vyrovnat s jednotlivými oblastmi. Při komunikaci s nemocným a jeho blízkými osobami berou všichni členové multidisciplinárního týmu ohledy na kulturní tradice a odlišnosti, které se týkají rozhodování a způsobu sdělování informací. Komplexní péče pomáhá nemocným v terminálním stádiu, ale i jeho blízkým řešit sociální problémy v souvislosti s onemocněním. Jedná se o poradenství v oblasti možností finančních státních příspěvků, důchodové zabezpečení a další. Péče o sociální potřeby úzce souvisí s péčí o psychické potřeby (7, 2, 12, 36).

Spirituální neboli duchovní potřeby byly u nemocných v terminálním stádiu do nedávné doby opomíjeny, ale dnes jsou tyto potřeby zdůrazněny a jsou mnohdy brány za nejdůležitější. V nemocničním zařízení jsou neustále spirituální potřeby opomíjeny a mnoho sester si tyto potřeby nemocných neuvědomuje. Nejsou to potřeby pouze lidí věřících, ale význam duchovních potřeb je důležitý pro každého pacienta. Umírající chtějí přispět ke své nápravě a najít smysl svého života. Pro respektování a uspokojení duchovních potřeb jsou významné tyto principy: otevřenost, atmosféra důvěry a vzájemná podpora. Ošetrovatelský tým by měl respektovat a případně pomáhat uspokojovat náboženské a duchovní rituály, podle přání nemocného a jeho rodiny, aby nedocházelo k porušení religionizity (00169) nemocných, ale ani rodiny nemocného.

Nemocnému na základě přání by měl být umožněn kontakt s duchovními jejich vlastní víry, či náboženskými komunitami. Duchovní potřeby nemocného v terminálním stádiu nesmí ošetřující personál opomíjet, ale naopak by si jich měl všímat. Ke konci života mají duchovní potřeby své významné a nezastupitelné místo. Velmi důležité je také svěžit duchovní potřeby správné duchovní osobě. Péče o duchovní potřeby vyplývá z kulturního prostředí, ve kterém umírající člověk žije. Duchovní péči je důležité zabezpečit tak, aby umírajícímu přispěla k pokojnému a důstojnému úmrtí. ( 1, 5, 7, 12, 15, 36).

Péče o umírající je velmi náročná. Na péči o nemocné v terminálním stádiu by se měl podílet multidisciplinárním tým, aby byly zajištěny všechny potřeby pacienta a byly respektovány lidská práva. Při ošetřovatelské péči je velmi důležité respektovat autonomii nemocného tím, že se ošetřovatelský tým domlouvá na prioritách a cílech péče a jsou respektována pacientova přání. Ošetřovatelská péče u nemocného v terminálním stádiu by měla být komplexní a individuální. (1, 15, 36).

### ***1. 7 Péče o mrtvé tělo***

Smrt vždy konstatuje lékař podle platných a odborných kritérií. Po ohledání těla vystaví lékař list o prohlídce mrtvého těla. Nejčastěji, v běžné praxi, znamená smrt nevratnou zástavu srdeční činnosti. Zástava srdeční činnosti, zástava dechu a rozšířené zornice, které nereagují na světlo, patří k nejistým známkám smrti. Jisté známky smrti jsou posmrtné skvrny, posmrtná ztuhlost, ochlazení mrtvého těla a posmrtná hniloba. Pouze v případě, kdy se zvažuje odběr orgánů pro potřeby transplantace, je nutné užít kritérií smrti mozku. Je-li podezření, že úmrtí bylo způsobeno trestným činem nebo sebevraždou, je nutné úmrtí oznámit policii. Oznamovací povinnost má každý, kdo se o úmrtí dozvěděl nebo našel mrtvé tělo. Ihned po smrti člověka je důležité zajistit jeho intimitu. Ve zdravotnickém zařízení se nejčastěji užívá zástěna nebo je zemřelý převezen do místnosti k tomu určené (7, 8, 38).

V domácím prostředí je nutno přivolat obvodního lékaře, popřípadě rychlou záchrannou pomoc (155). V případě spolupráce rodiny zemřelého s agenturou domácí



péče nebo mobilní hospicovou jednotkou, je možné přivolat sestry, které pozůstalým pomohou se zajištěním intimity zemřelého. Někteří lidé mohou pociťovat strach, jestliže jsou sami s mrtvým, proto je možné se předem domluvit na pomoci. Úprava mrtvého těla v domácím prostředí by měla být provedena s úctou a porozuměním. Tělo zemřelého sestry nebo pozůstalí položí na záda do vodorovné polohy, lehkým zatlačením zavřou oči. Pokud má zemřelý otevřená ústa mohou sestry, či pozůstalí podložit pod bradu srolovaný malý ručník, někdy se brada může podvázat šátkem nebo obvazem. Někdy může docházet ještě k samovolnému vyprázdnění, proto je důležité provést hygienu zemřelého. Očista těla by měla být provedena s taktem, jemně a klidně. Zemřelého je možné obléknout do obleku, který rád nosil a který mu padne. Pokud se ale pozůstalí z péče o mrtvé tělo necítí, je možné přivolat pohřební službu, která vše zajistí. Pohřební službu si pozůstalí mohou zvolit sami a je možné výběr učinit i nějaký čas před smrtí. Některé pohřební služby mají službu 24 hodin denně, 365 dní v roce (7, 8, 15, 35).

Mobilní hospicové jednotky se zaměřují následně na péči o pozůstalé. Jakmile pomine vyřizování pohřbu, nastává u velké většiny pozůstalých období smutku a samoty. Nejčastější pomoc je formou korespondence, kdy pozůstalí se tak říkajíc vypíšu a vypláčou na papír. V některých případech se může jednat o patologické truchlení, péči pak přebírá psychiatr (32).

Péči o zemřelé tělo ve zdravotnickém zařízení provádí nejčastěji sestra. Postup, kterým se řídí při péči o zemřelé tělo je upraven a konkretizován vnitřní normou každého zdravotnického zařízení. Tato norma vychází z legislativních opatření České republiky (8, 12, 36, 38).

Při péči o mrtvé tělo je nutné odstranit veškeré lůžkoviny a pomocná zařízení lůžka. Tělo se ukládá opatrně do vodorovné polohy. Ze zemřelého těla se odstraní osobní prádlo a sestra tělo umyje. Kanyly, permanentní cévky a jiné pomůcky sestra odstraní. Pokud jsou zavedeny drény, ty sestra pouze zkrátí a přelepí leukoplastí. Operační rány se nechávají přelepené původním překrytím. Lehkým zatlačením sestra zavře oči a případně podváže dolní čelist širokým pruhem obinadla. Zdravotnický personál, který vykonává poslední službu zemřelému, by měl postupovat taktně

a důstojně. Mnohdy při péči o zemřelého jsou přítomni i příbuzní zemřelého a sestra by měla respektovat jejich přání. Příbuzní si přejí setrvat u lůžka zesnulého a rozloučit se s ním. Velmi důležité je správné označení mrtvého těla. Na cedulku je napsáno jméno a příjmení zemřelého, datum narození zemřelého, datum a hodina úmrtí a oddělení, na kterém k úmrtí došlo. Tato cedulka je připevněna na palec nohy zemřelému. Údaje je nutné dále napsat fixem na stehno zemřelého. Označené tělo sestra překrývá prostěradlem a tělo zemřelého se ponechává ještě dvě hodiny na oddělení na lůžku. Zdravotnický personál musí plnit předepsaný postup také při sepisování a předávání pozůstalosti. Sepisání pozůstalosti je nutné vždy se svědkem. Předání věci rodině je vždy proti podpisu a mělo by proběhnout s taktem a důstojností. Pokud pozůstalí nemohli být přítomni při úmrtí, je nutné je ujistit, že pro zemřelého bylo vykonáno vše, co je v lidských silách a že jejich blízký zemřel bez bolesti a klidně. Tato slova pozůstalí přijímají s velkou vděčností. Zdravotničtí pracovníci by měli pozůstalým nabídnout pomoc, která odpovídá jejich potřebám. Důležité je také, aby zdravotnický personál měl potřebné informace o pohřebních službách (mají pohotovost 24 hodin denně), na které se mohou pozůstalí obrátit s vyřizováním pohřbu (8, 12, 15, 36).

V případě spolupráce s mobilní hospicovou jednotkou nebo hospicem péče nekončí vyřizováním pohřbu. Truchlící a pozůstalí mohou nadále přijímat pomoc a postupně se vyrovnat se smrtí blízké osoby. Péče o pozůstalé je jedna ze standardních péčí hospicového hnutí. Jedná se například o jednoduchý rozhovor při kávě nebo jsou pozůstalým nabídnuty jiné formy pomoci, ke kterým patří skupinové rozhovory, dopisování nebo telefonování. Péči o pozůstalé nejčastěji zabezpečují dobrovolníci. Pro pozůstalé je tato péče velmi důležitá a z některých pozůstalých se stávají dobrovolníci nebo sponzoři hospicové péče (32, 36).

## **2. Cíle a hypotézy**

### **2. 1 Cíle**

Cíl 1 Zmapovat situaci v oblasti poskytování domácí hospicové péče z pohledu sester agentury domácí péče

Cíl 2 Zjistit informovanost laické veřejnosti o problematice poskytování hospicové péče agenturou domácí péče

### **2. 2 Hypotézy šetření**

H1 Sestry agentury domácí péče poskytují hospicovou domácí péči

H2 Sestry agentury domácí péče mají zájem na rozšíření domácí hospicové péče mobilními hospicovými jednotkami

H3 Laická veřejnost nemá informace o poskytování hospicové péče agenturou domácí péče

### **3. Metodika**

#### ***3. 1 Použitá metodika***

K naplnění cílů bakalářské práce „Problematika hospicové péče z pohledu sester agentury domácí péče a potencionálních pacientů“ bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření. Sběr dat byl proveden metodou dotazování, technikou dotazníků. Dotazníky byly dvojího typu. Pro sestry agentury domácí péče a pro laickou veřejnost (potencionální pacienty). Dotazníky byly anonymní.

První dotazník byl pro sestry agentury domácí péče a obsahoval celkem 28 otázek, 18 otázek uzavřených, 9 polozavřených a 1 otázka byla otevřená. Dotazníky byly rozdány v náhodně vybraných agenturách domácí péče po celé České republice.

Druhý dotazník byl pro laickou veřejnost (potencionální pacienty) a obsahoval celkem 15 otázek. Z toho bylo 10 otázek uzavřených a 5 polozavřených. Dotazníky byly rozdány metodou Snowball sampling (sněhová koule).

Výzkum byl proveden v lednu 2009. Celkem bylo rozdáno 72 dotazníků sestřím z agentur domácí péče, z toho se jich vrátilo 57. Návratnost dotazníků od sester agentury domácí péče tedy činila 79%. Laické veřejnosti bylo celkem rozdáno 100 dotazníků a navrátilo se 75 dotazníků. Návratnost od laické veřejnosti činila 75 %.

#### ***3. 2 Charakteristika výzkumných souborů***

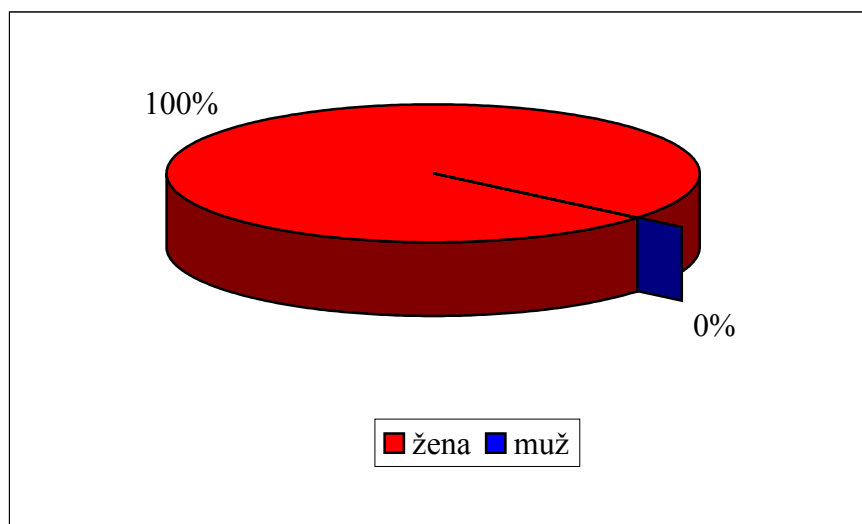
První výzkumný soubor byl tvořen sestrami agentury domácí péče z měst: České Budějovice, Český Krumlov, Prachatice, Strakonice, Pelhřimov, Jihlava, Pacov, Třebíč, Jindřichův Hradec a Brno. Druhý výzkumný soubor byl tvořen širokou laickou veřejností (potencionálními pacienty hospicové péče) z jihočeského kraje.

## 4. Výsledky

### 4.1 Dotazník pro sestry agentury domácí péče

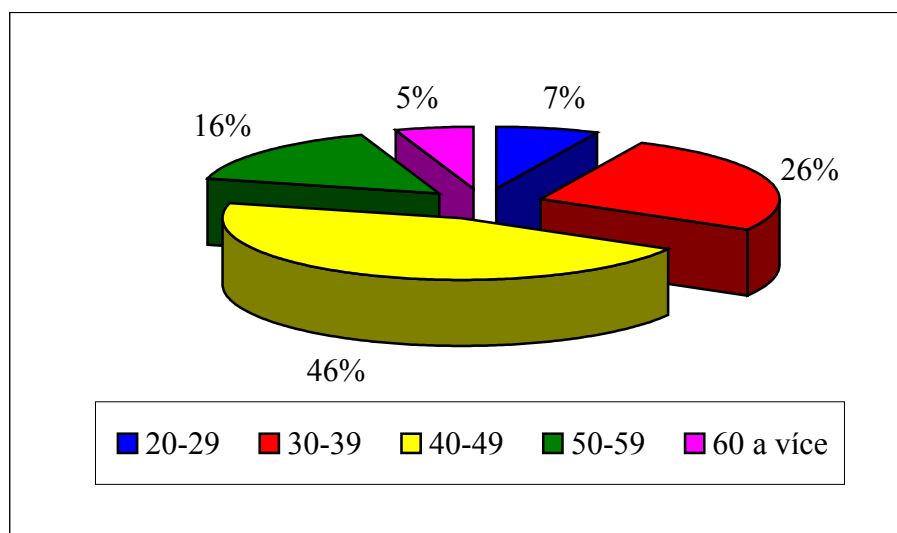
čísla grafů neodpovídají číslům v dotazníku

Graf 1 Pohlaví sester



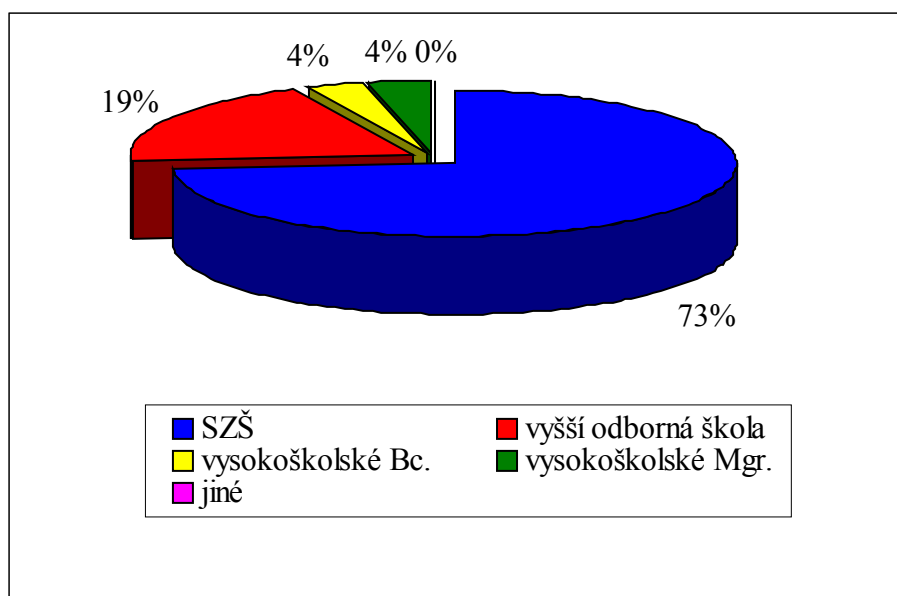
Výzkumný soubor 1 tvoří 57 (100 %) respondentů a to 57 (100 %) žen.

Graf 2 Věk sester



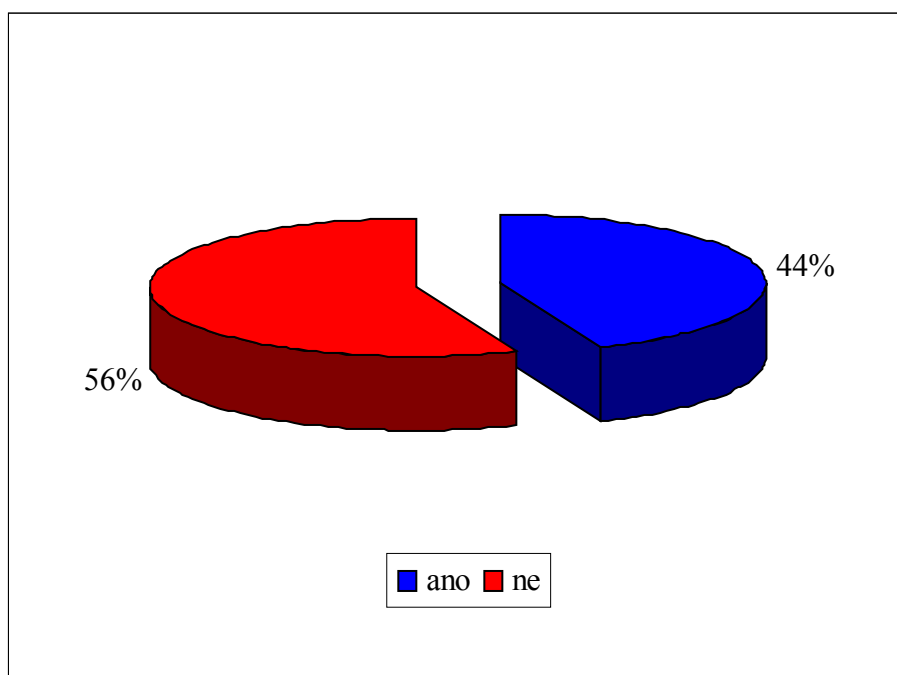
Z celkového počtu 57 ( 100 %) sester jsou 4 (7 %) sestry ve věku 20- 29 let. 15 (26%) sester je ve věku 30-39 let, 26 (46 %) sester je ve věku 40-49 let. 9 (16 %) sester je ve věku 50-59 let a kategorii 60 a více let tvoří 3 (5 %) sester.

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání sester



Z celkového počtu sester 57 (100 %) má 42 (73 %) sester střední zdravotnickou školu. 11 (19 %) sester má vyšší odbornou školu. Titul bakalář mají 2 (4 %) sestry, titul magistr mají 2 (4 %) sestry. Jiné vzdělání nevedl žádný z dotazovaných respondentů.

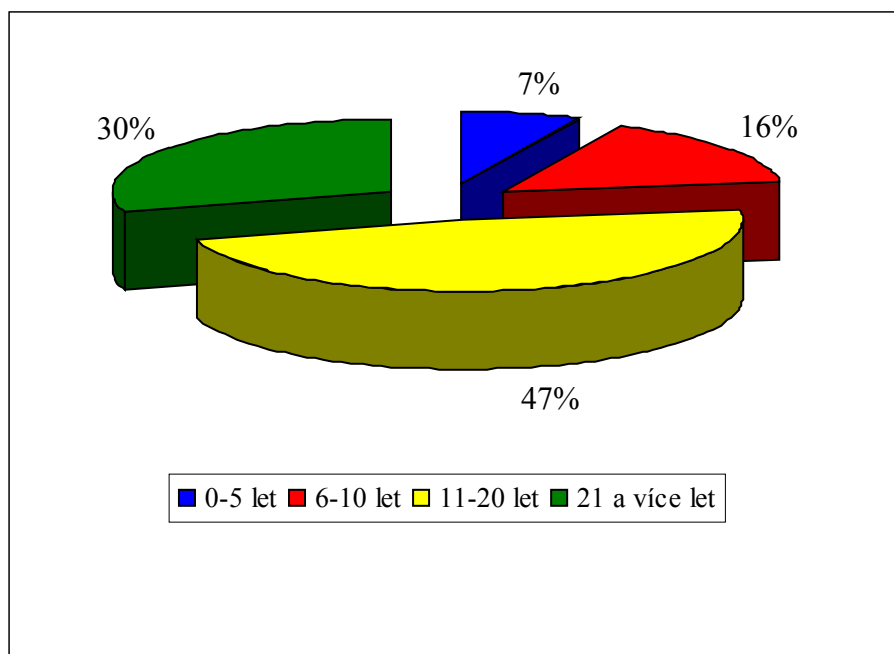
Graf 4 Specializační vzdělání



Z celkového počtu dotazovaných 57 (100 %) sester má 25 (44 %) sester specializační vzdělání a 32 (56 %) nemá žádné specializační vzdělání.

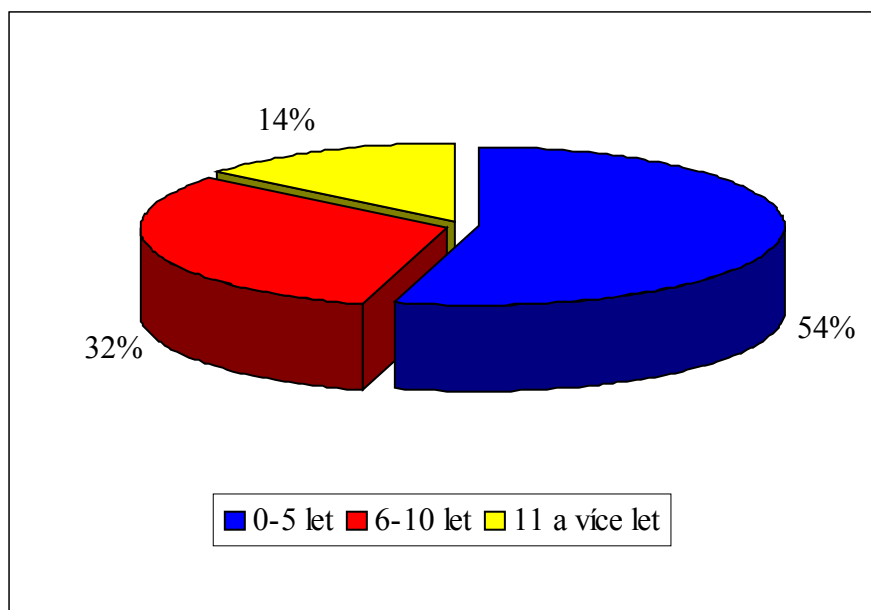


Graf 5 Délka praxe ve zdravotnictví



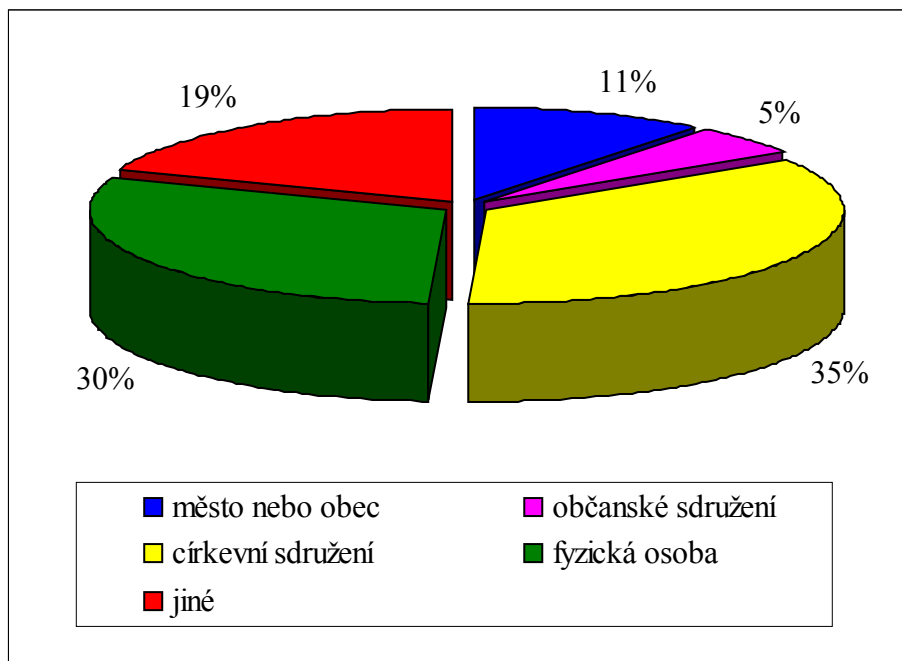
Z celkového počtu sester 57 (100 %) mají 4 (7 %) sestry praxi ve zdravotnictví 0-5 let. 9 (16 %) sester a 17 (30 %) sester má praxi ve zdravotnictví 21 a více let.

Graf 6 Délka praxe v agentuře domácí péče



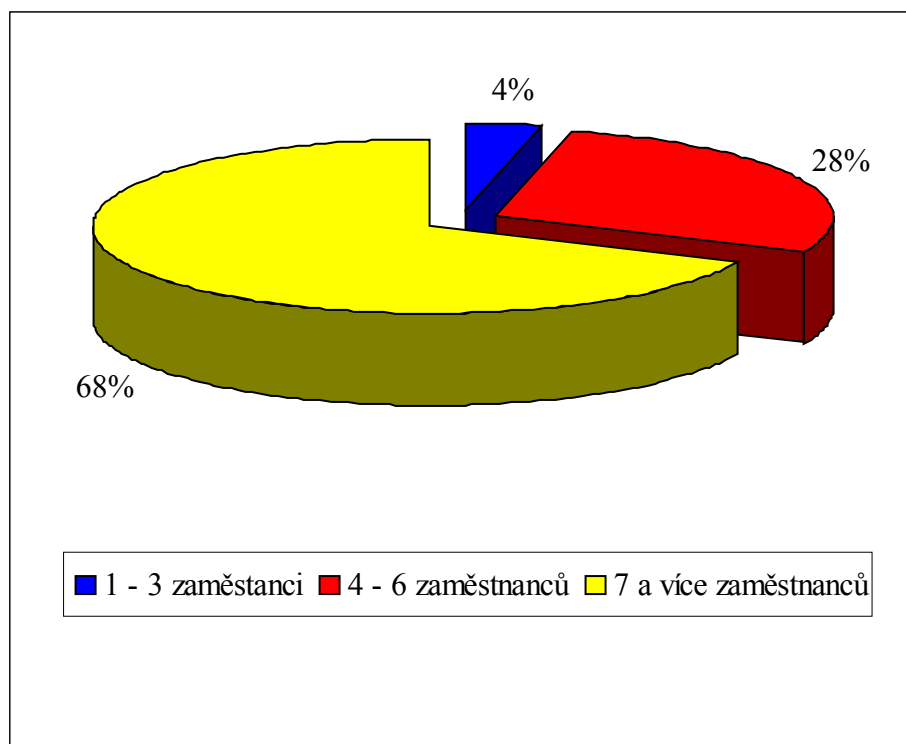
Z celkového počtu dotazovaných sester 57 (100 %) pracuje 31 (54 %) sester 0-5 let v agentuře domácí péče. 18 (32 %) sester pracuje v agentuře domácí péče 6-10 let a 8 (14%) sester pracuje 11 a více let praxe v agentuře domácí péče.

Graf 7 Zřizovatel agentury domácí péče



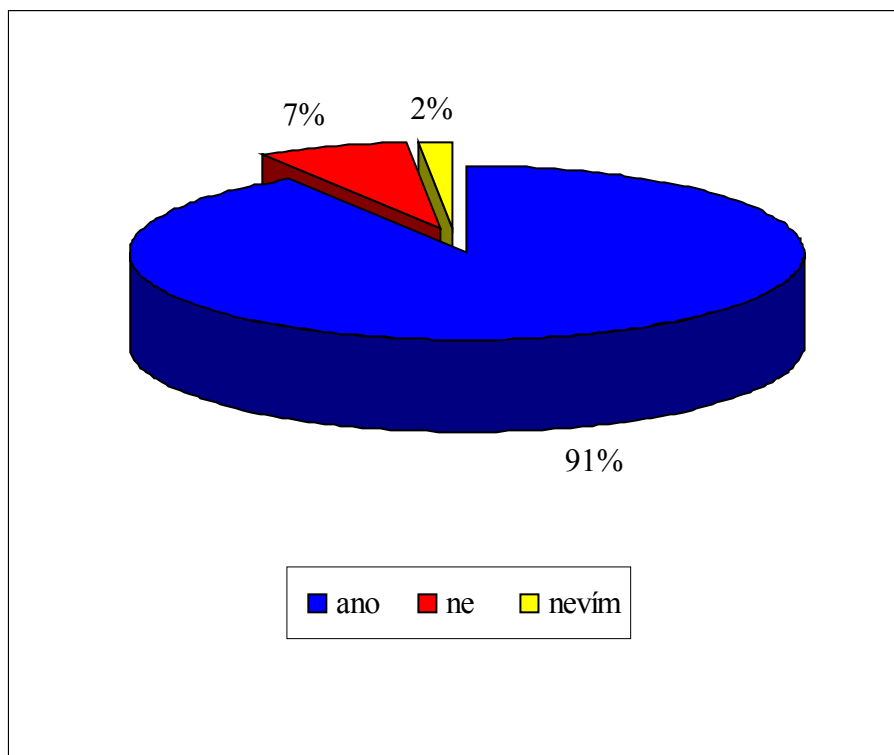
Z celkového počtu dotazovaných 57 (100 %) pracuje 6 (11 %) dotazovaných sester v agentuře domácí péče, kterou zřizuje město nebo obec. 3 (5 %) sestry pracují v agentuře domácí péče, kterou zřizuje občanské sdružení. 20 (35 %) sester je zaměstnáno v agentuře domácí péče, kterou zřizuje církevní sdružení. 17 (30 %) dotazovaných sester pracuje v agentuře domácí péče, kterou zřizuje fyzická osoba. 11 (19 %) sester uvedlo jiné zřizovatele agentury domácí péče.

Graf 8 Počet zaměstnanců v agentuře domácí péče



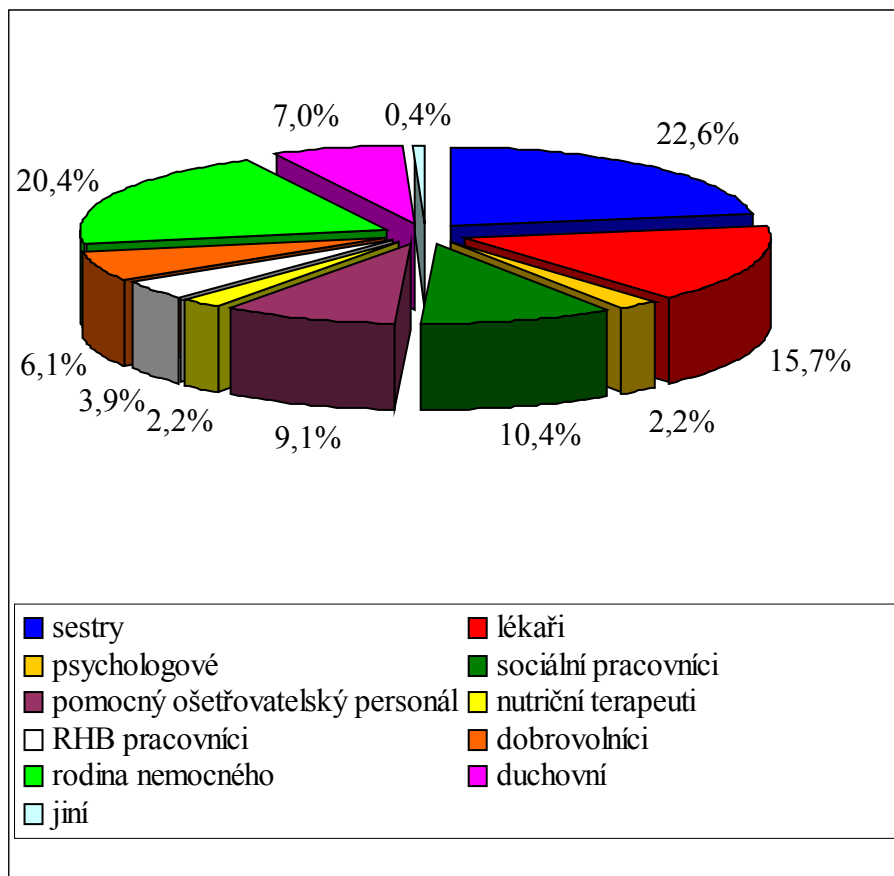
Z celkového počtu 57 (100 %) sester uvádí 2 (4 %) sestry, že má agentura domácí péče 1-3 zaměstnance. 16 (28%) sester uvádí 4-6 zaměstnanců a 39 (68%) sester uvádí, že má agentura 7 a více zaměstnanců.

Graf 9 Poskytování ošetrovatelské péče nemocným, v terminálním stádiu, v domácím prostředí



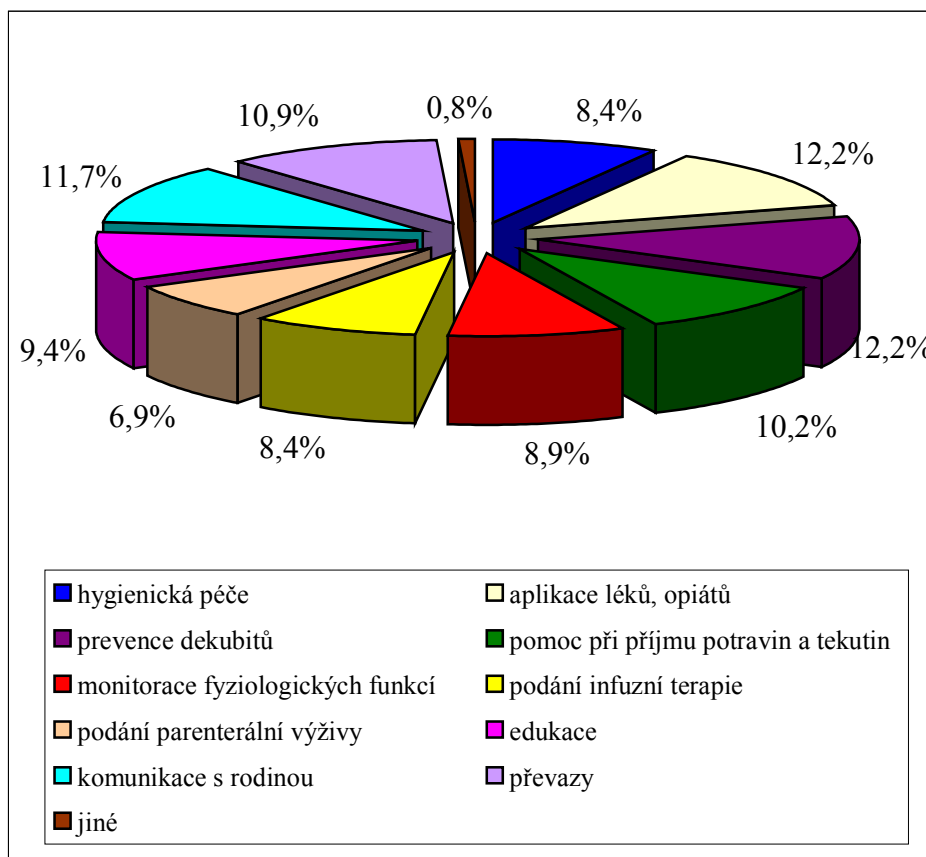
Z celkového počtu 57 (100 %) sester poskytuje 52 (91%) sester ošetrovatelskou péči nemocným, v terminálním stádiu nemoci, v domácím prostředí. 4 (7%) sestry neposkytují ošetrovatelskou péči. A 1 (2%) sestra neví, zda poskytuje ošetrovatelskou péči nemocným, v terminálním stádiu nemoci, v domácím prostředí.

Graf 10 Poskytovatelé ošetrovateľskej péče nemocným, v terminálnom štádiu nemoci, v domácim prostredí



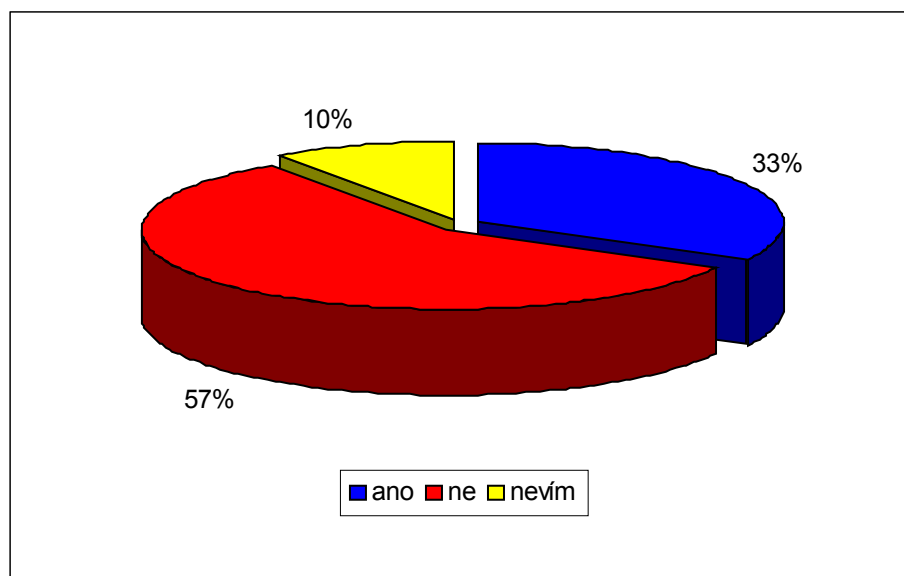
52 sester mělo možnost více odpovědí. Z celkového počtu 230 (100 % odpovědí) označilo 52 (22,6 % odpovědí) sester. 36 (15,7 % odpovědí) sester označilo lékaře. Psychology označilo 5 (2,2 % odpovědí) sester. 24 (10,4 % odpovědí) sester označilo sociální pracovníky. Pomocný ošetrovateľský personál označilo 21 (9,1% odpovědí) sester. Nutriční terapeuty označilo 5 (2,2 % odpovědí) sester. 9 (3,9 % odpovědí) sester označilo rehabilitační pracovníky. 14 (6,1 % odpovědí) sester označilo dobrovolníky. Rodinu označilo 47 (20,4 % odpovědí) sester. 16 (7 % odpovědí) sester označilo duchovní a 1 (0,4 % odpovědí) sestra uvedla jiné poskytovatele.

Graf 11 Nejčastější výkony u nemocných v terminálním stádiu, v domácím prostředí



52 sester mělo možnost více odpovědí. Celkový počet odpovědí 393(100 %). 33 (8,4 % odpovědí) sester provádí hygienickou péči. 48 (12,2 % odpovědí) sester aplikuje léky, opiáty. 48 (12,2 % odpovědí) sester provádí prevenci dekubitů. 40 (10,2 % odpovědí) sester pomáhá nemocným při příjmu potravin a tekutin. 35 (8,9 % odpovědí) sester monitoruje fyziologické funkce. 33 (8,4 % odpovědí) sester podává infúzní terapii. 27 (6,9 % odpovědí) sester podává parenterální výživu. 37 (9,4 % odpovědí) sester provádí edukaci. 46 (11,7 % odpovědí) sester komunikuje s rodinou nemocného. 43 (10,9 % odpovědí) sester provádí převazy u nemocného. 3 (0,8 % odpovědí) sestry uvedly další výkony, které provádějí u nemocného v terminálním stádiu nemoci.

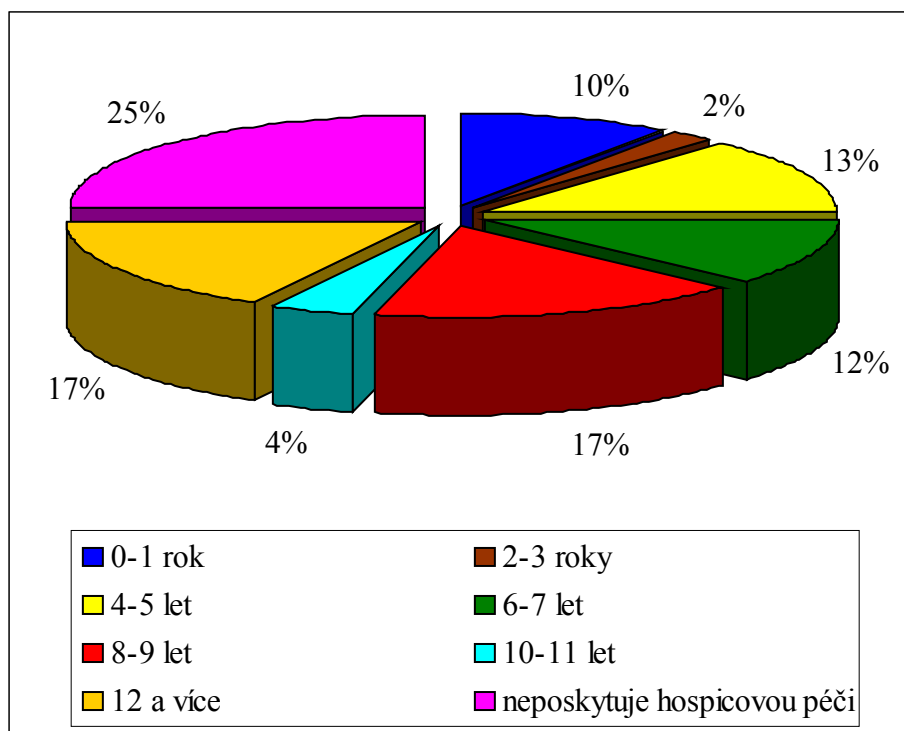
Graf 12 Mobilní hospicová jednotka součást agentury domácí péče



Z celkového počtu dotazovaných 52 (100 %) odpovědělo 17 (33 %) sester, že je součástí agentury domácí péče i mobilní hospicová jednotka. 30 (57 %) sester odpovědělo, že mobilní hospicová jednotka není součástí agentury domácí péče. A 1 (2 %) sestra odpověděla, že neví, jestli je mobilní hospicová jednotka součástí agentury domácí péče.

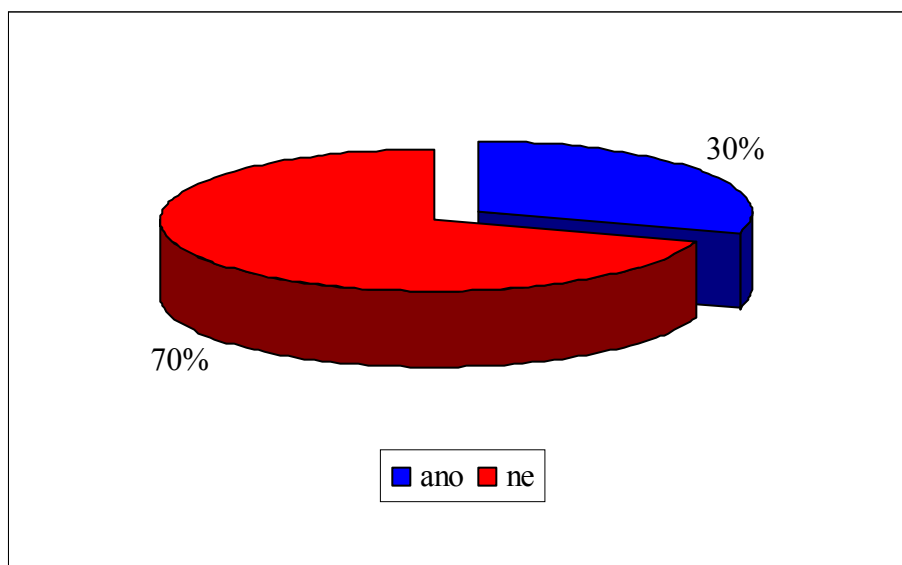


Graf 13 Délka poskytování hospicové péče v domácím prostředí agenturou domácí péče



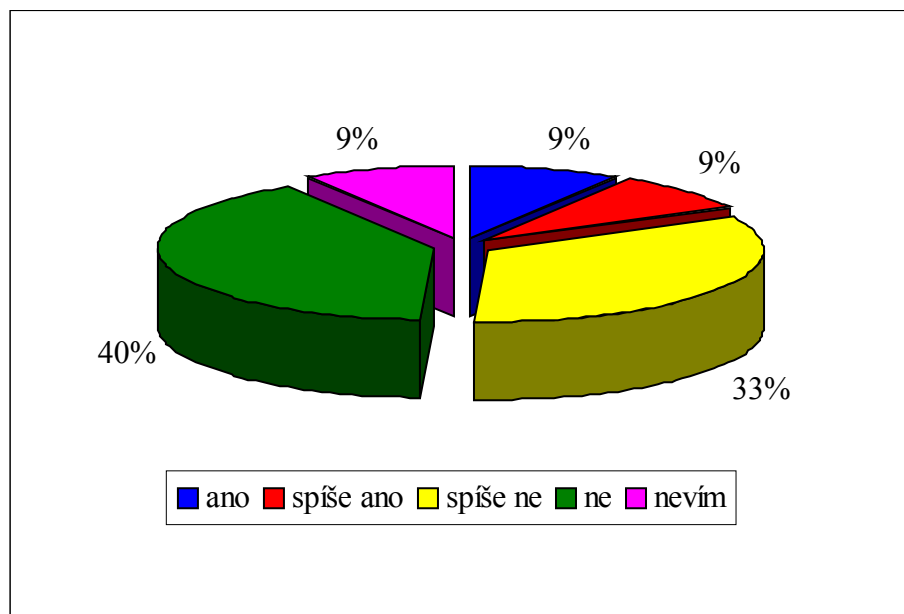
Z celkového počtu dotazovaných 52 (100 %). 5 (10 %) dotazovaných zajišťuje 0-1 rok hospicovou péči v domácím prostředí. 1 (2 %) dotazovaný zajišťuje domácí hospicovou péči 2-3 roky. 7 (13 %) dotazovaných zajišťuje domácí hospicovou péči 4-5 let. 6 (12 %) dotazovaných zajišťuje domácí hospicovou péči 6-7 let. 9 (17 %) dotazovaných poskytuje domácí hospicovou péči 8-9 let. 10-11 let poskytují 2 (4 %) dotazovaní. 12 a více let poskytuje domácí hospicovou péči 9 (17 %) dotazovaných.

Graf 14 Zajištění péče 24 hodin denně, 7 dní v týdnu



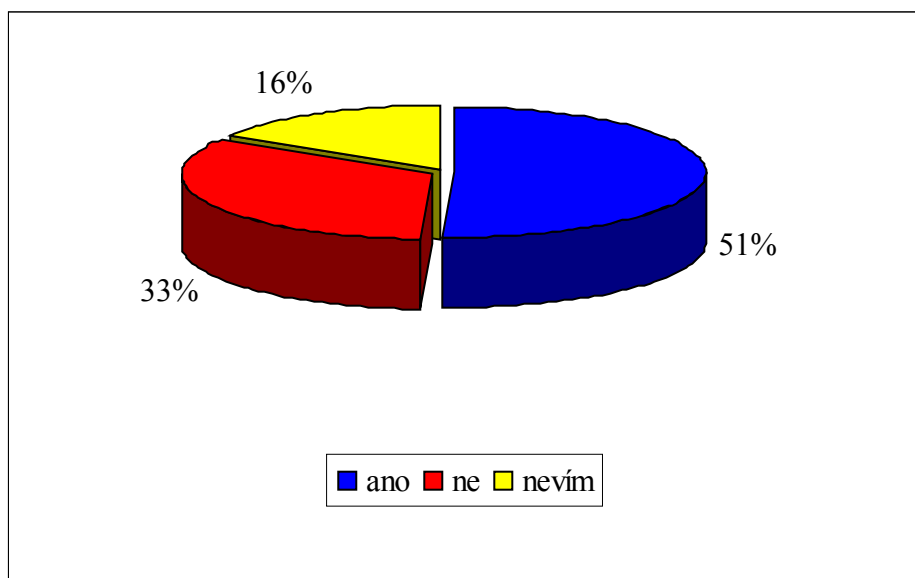
Z celkového počtu dotazovaných 57 (100 %) odpovědělo 17 (30%) sester, že agentura domácí péče, ve které pracují, poskytuje péči 24 hodin denně a to 7 dní v týdnu. 40 (70%) sester odpovědělo, že agentura, ve které pracují, neposkytuje péči 24 hodin denně, 7 dní v týdnu.

Graf 15 Názor sester, zda je v ČR dostatek agentur domácí péče



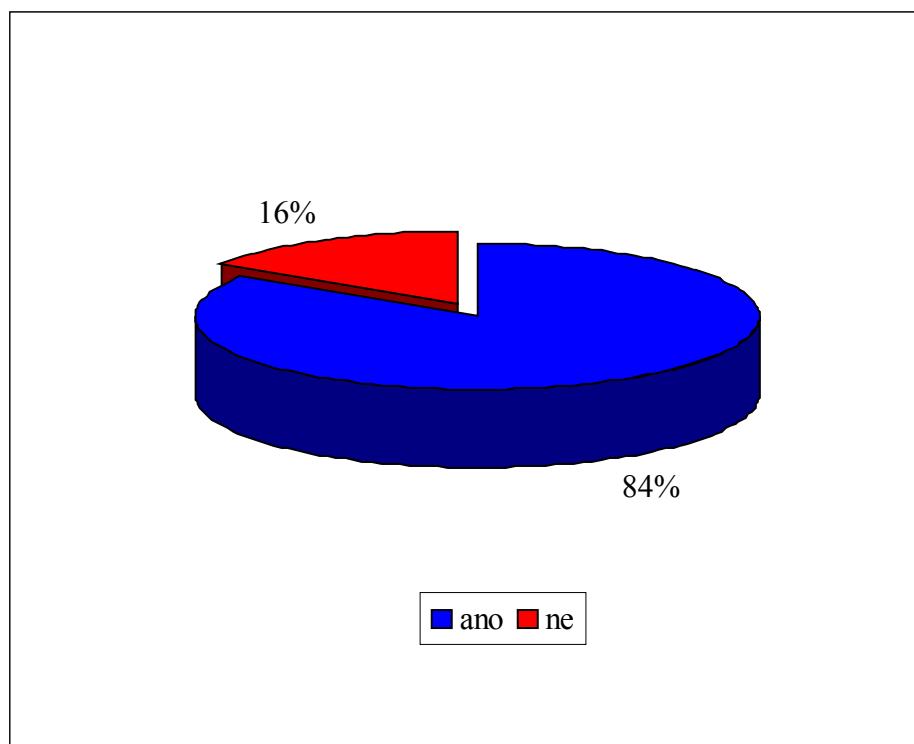
Z celkového počtu sester 57 (100 %) je 5 (9 %) sester přesvědčeno, že je dostatek agentur domácí péče v ČR. 5 (9 %) sester si myslí, že je spíše dostatek agentur domácí péče v ČR. 19 (33 %) sester si myslí, že je spíše nedostatek agentur domácí péče v ČR. 23 (40 %) sester je přesvědčeno, že je nedostatek agentur domácí péče v ČR a 5 (9%) sester neví, zda je dostatek agentur domácí péče v ČR.

Graf 16 Spolupráce agentur domácí péče s hospici



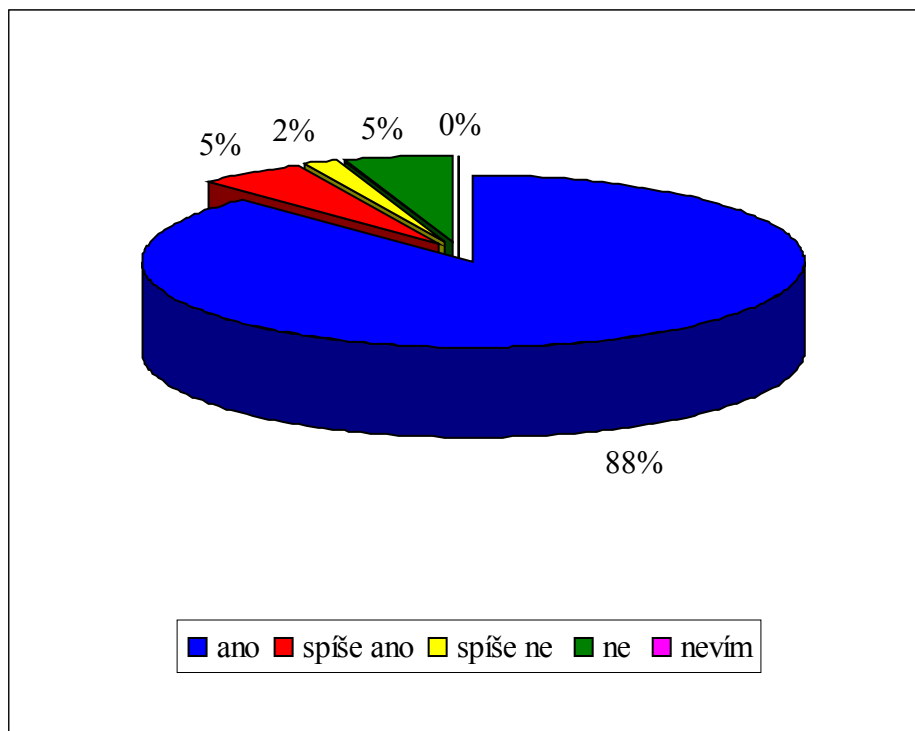
Z celkového počtu dotazovaných sester 57 (100 %) označilo 29 (51 %) sester, že agentura, ve které pracují, spolupracuje s některým z hospiců. 19 (33 %) sester označilo, že agentura, ve které pracují, nespolečuje s žádným z hospiců a 9 (16 %) sester neví, zda agentura domácí péče, ve které pracují, spolupracuje s některým z hospiců.

Graf 17 Dostatek pomůcek usnadňující péči o terminálně nemocné pacienty



Z celkového počtu 57 (100 %) sester označilo 48 (84%) sester, že má dostatek pomůcek, které usnadňují péči o terminálně nemocné pacienty. 9 (16 %) sester nemá dostatek pomůcek, které usnadňují péči o terminálně nemocné pacienty.

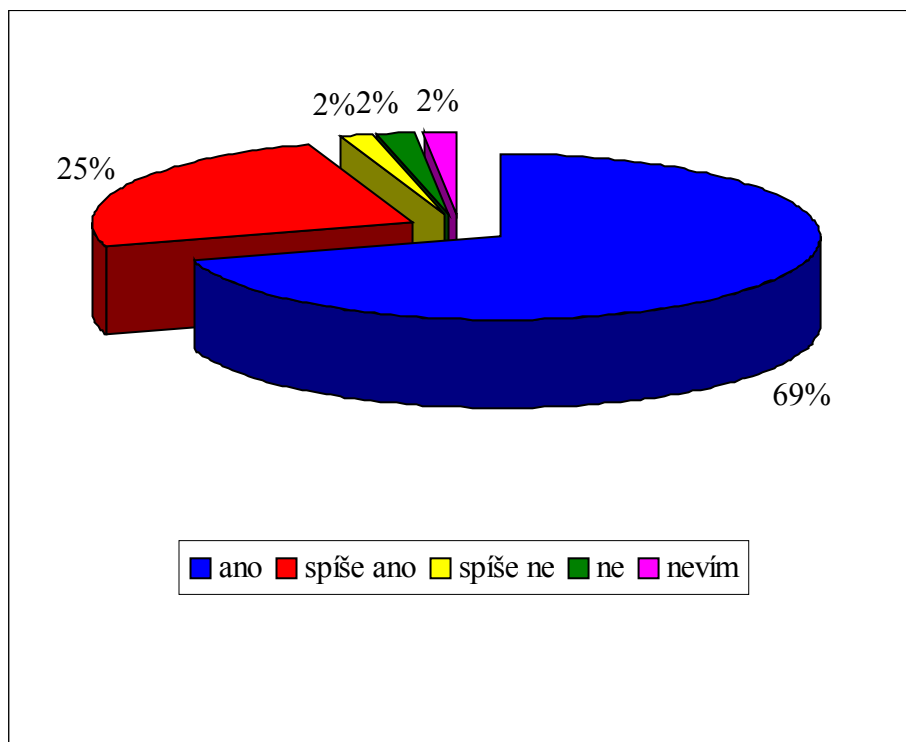
Graf 18 Půjčování pomůcek do domácího prostředí



Celkový počet sester 57 (100 %). 50 (88 %) sester označilo, že agentura, ve které pracují, půjčuje pomůcky do domácího prostředí. 3 (5 %) sester označilo, že agentura, ve které pracují, spíše půjčuje pomůcky do domácího prostředí. 1 (2 %) sester označilo, že agentura, ve které pracují, spíše nepůjčuje pomůcky do domácího prostředí. 3 (5 %) sester označilo, že agentura, ve které pracují, nepůjčuje pomůcky do domácího prostředí. Žádná sestra neoznačila možnost nevím.



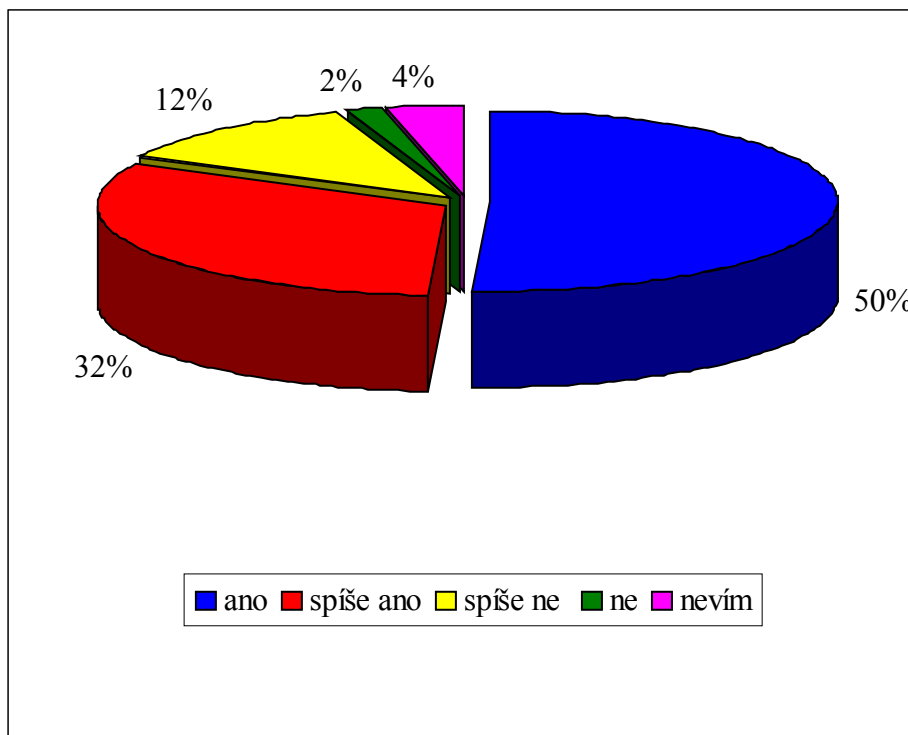
Graf 20 Názor sester na vhodnost domácí hospicové péče



Z celkového počtu dotazovaných 57 (100 %) si 40 (69%) sester myslí, že domácí hospicová péče je vhodná. 14 (25 %) sester si myslí, že je spíše vhodná domácí hospicová péče. 1 (2 %) sestra si myslí, že spíše není vhodná domácí hospicová péče. A 1 (2 %) sestra si myslí, že není vhodná domácí hospicová péče a 1 (2 %) sestra neví, zda je domácí hospicová péče vhodná.

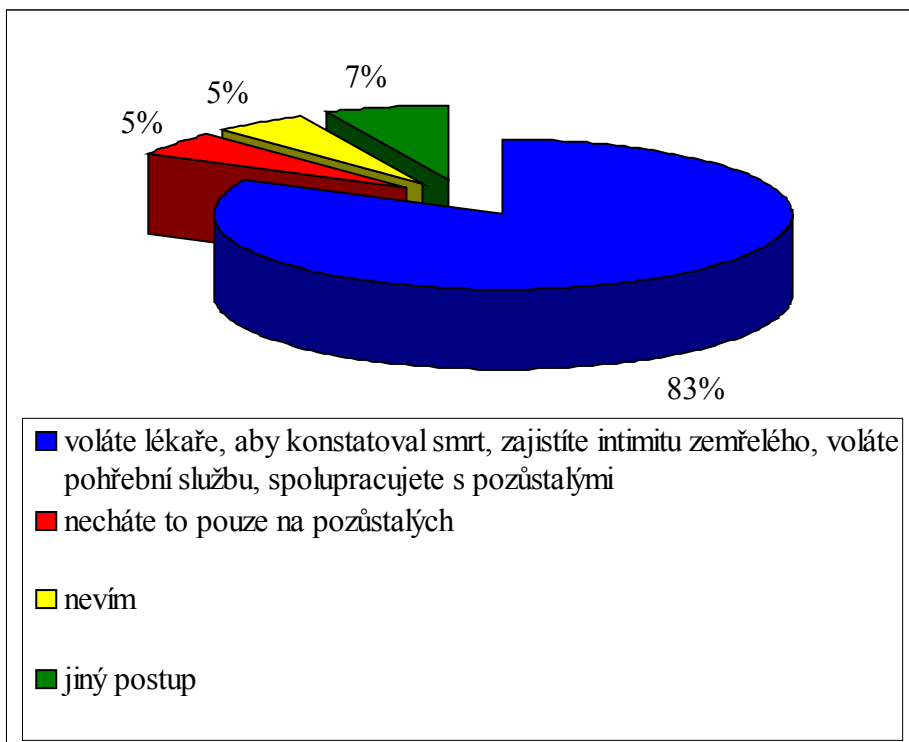


Graf 21 Otevřenost při rozhovoru o smrti a umírání s rodinnými příslušníky



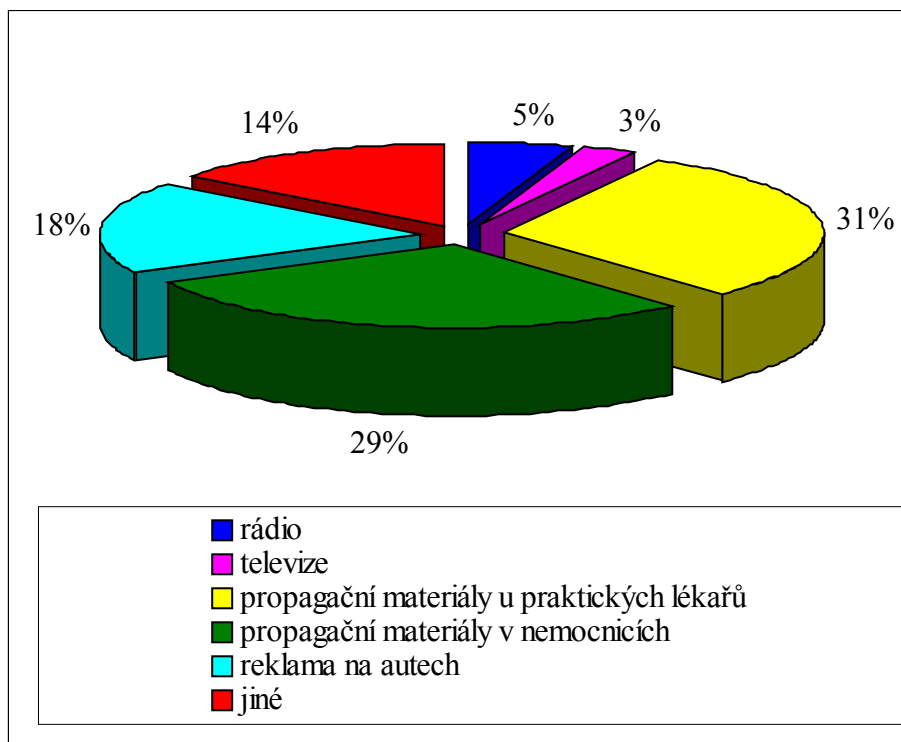
Z celkového počtu dotazovaných 57 (100 %) se 29 (50 %) sester domnívá, že při rozhovoru o umírání a smrti nemá problém a otevřeně hovoří s rodinou. 18 (32 %) sester se domnívá, že spíše otevřeně hovoří o umírání a smrti s rodinnými příslušníky. 7 (12 %) sester uvedlo, že spíše nejsou otevřeny při rozhovoru o umírání a smrti s rodinnými příslušníky. 1 (2 %) sestra nedokáže otevřeně hovořit o umírání a smrti s rodinnými příslušníky a 2 (4 %) sestry neví, zda dokáží otevřeně hovořit o umírání a smrti s rodinnými příslušníky.

Graf 22 Postup při úmrtí člověka v domácím prostředí



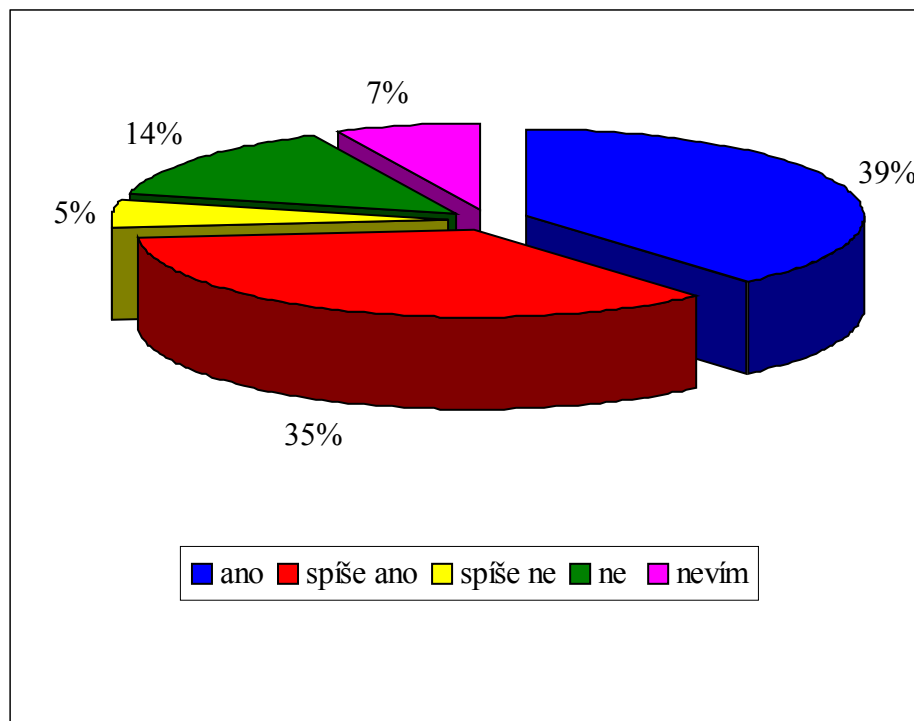
Z celkového počtu respondentů 57 (100 %) dodržuje 47 (83 %) sester postup, že nejprve volají lékaře, aby konstatoval smrt, zajistí intimitu zemřelého, volají pohřební službu a spolupracují s pozůstalými. 3 (5 %) sestry přenechají pouze pozůstalým. 3 (5 %) sestry neví, jaký je postup při úmrtí člověka v domácím prostředí. 4 (7 %) sestry uvedlo jiný postup při úmrtí člověka v domácím prostředí.

Graf 23 Způsob, kterým se může laická veřejnost dozvědět o agentuře domácí péče



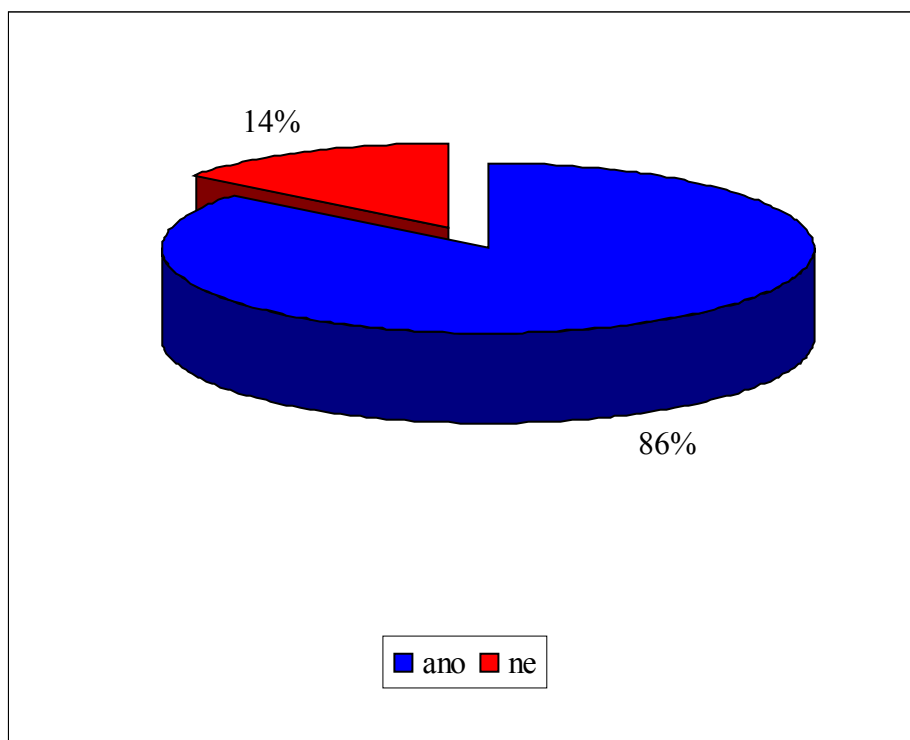
57 sester mělo možnost více odpovědí. Celkový počet odpovědí 173 (100 %). 9 (5 % odpovědí) sester označilo zdrojem informací rádio. 5 dotazovaných (3 % odpovědí) označilo zdroj informací o agentuře domácí péče televizi. 52 dotazovaných (31 % odpovědí) označilo, že laická veřejnost může získat informace z propagačních materiálů u praktických lékařů. 51 dotazovaných (29 % odpovědí) označilo, že laická veřejnost může získat informace o agentuře domácí péče z propagačních materiálů v nemocnicích. 31 dotazovaných (18 % odpovědí) označilo reklamu na autech a 25 dotazovaných (14 % odpovědí) uvedlo jiné způsoby, kterým se laická veřejnost může dozvědět o agentuře domácí péče.

Graf 24 Názor na dostupnost služeb všem klientům v terminálním stádiu nemoci v regionu



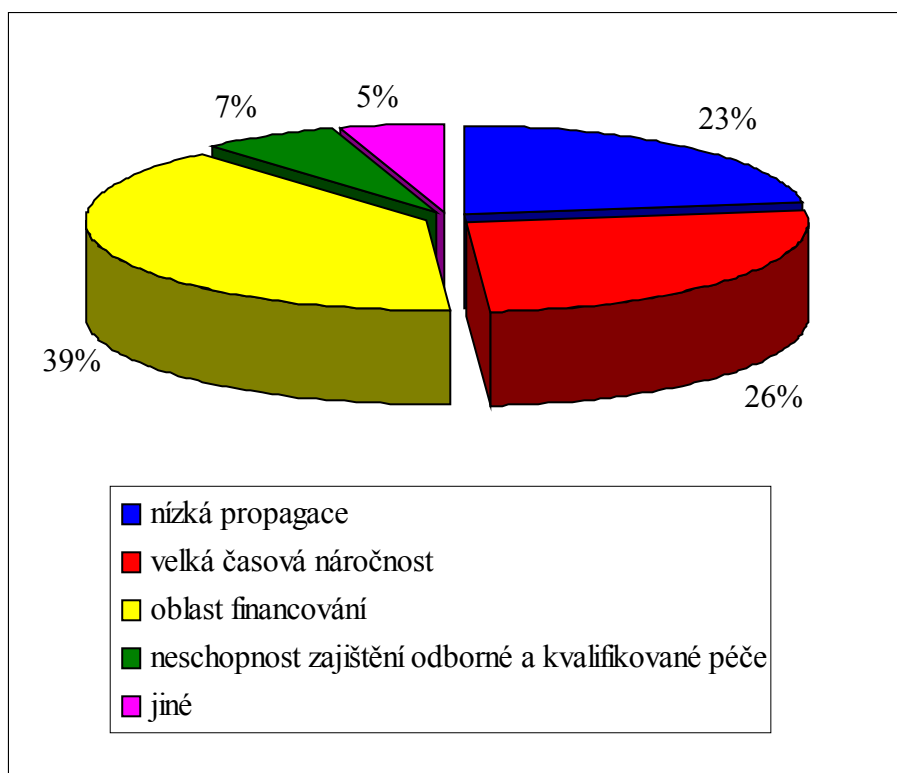
Z celkového počtu sester 57 (100 %) si 22 (39 %) sester myslí, že jsou služby dostupné všem klientům v terminálním stádiu nemoci v regionu. 20 (35 %) sester si myslí, že jsou spíše dostupné služby všem klientům v terminálním stádiu nemoci v regionu. 3 (5 %) sestry si myslí, že spíše není dostupnost služeb všem klientům v terminálním stádiu nemoci v regionu. 8 (14 %) sester si myslí, že není dostupnost služeb všem klientům v terminálním stádiu nemoci v regionu a 4 (7 %) sester neví, zda je dostupnost všem klientům v terminálním stádiu nemoci v regionu.

Graf 25 Další vzdělávání v oblasti paliativní péče



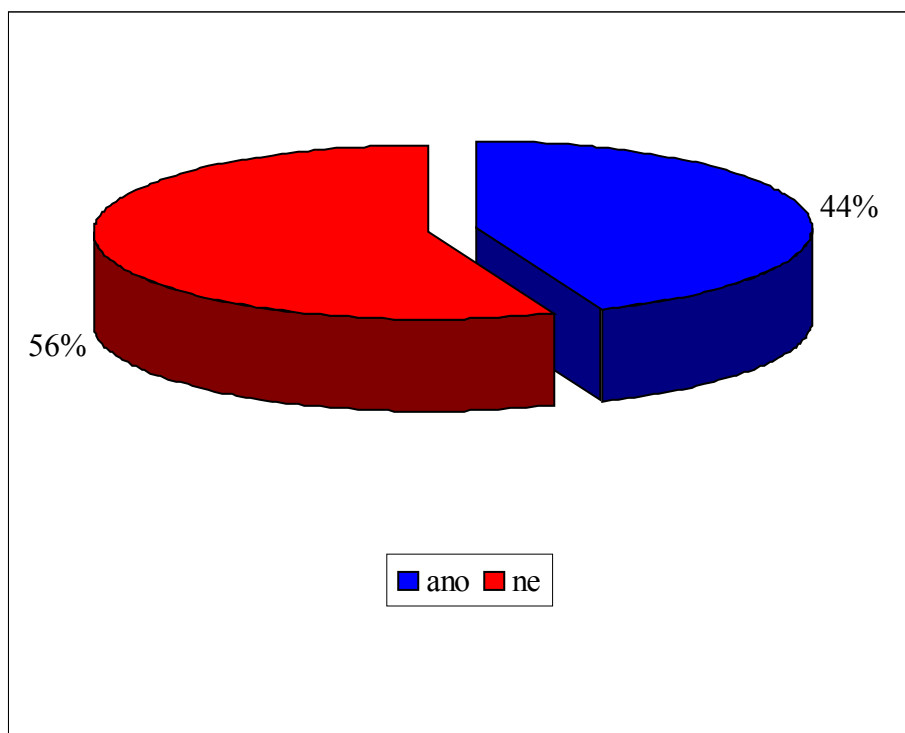
Z celkového počtu dotazovaných 57 (100 %) se 49 (86 %) sester dále vzdělává v oblasti paliativní péče a 8 (14 %) sester se nevzdělává v oblasti paliativní péče.

Graf 26 Největší bariéry při poskytování domácí hospicové péče



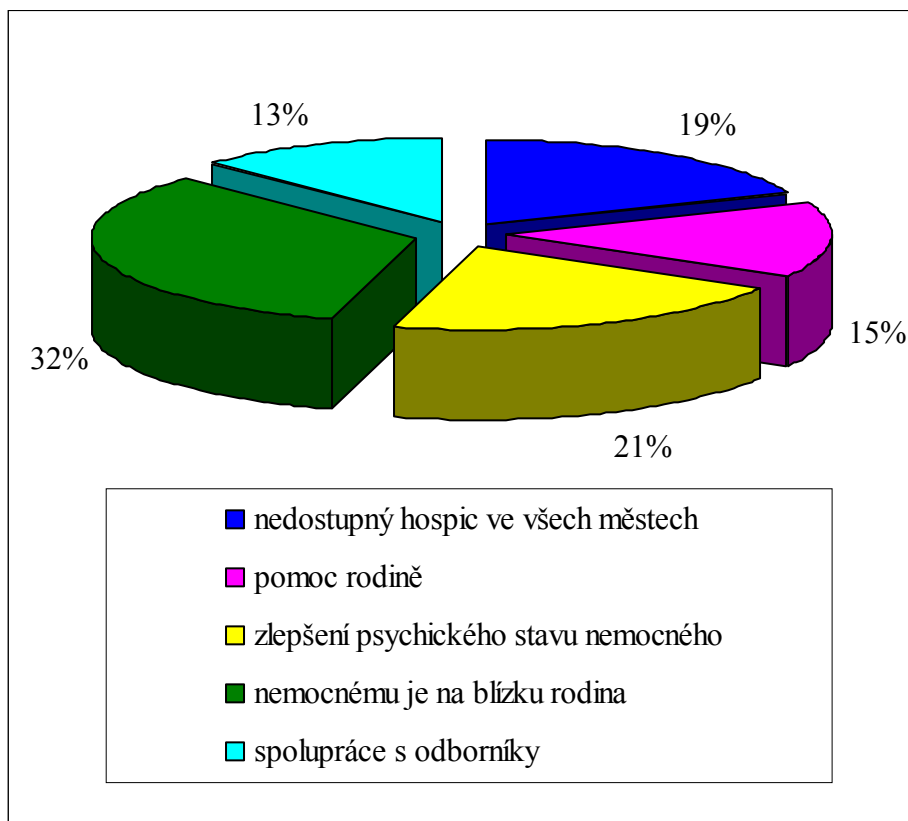
57 sester mělo možnost více odpovědí. Z celkového počtu odpovědí 123 (100 %) se 28 dotazovaných (23 % odpovědí) přiklonilo k nízké propagaci. 32 dotazovaných (26 % odpovědí) označilo jako bariéru velkou časovou náročnost. 49 dotazovaných (39 % odpovědí) uvedlo bariéru v oblasti financování. 8 dotazovaných (7 % odpovědí) uvedlo bariéru v neschopnosti zajištění odborné a kvalifikované péče a 6 dotazovaných (5 % odpovědí) uvedlo další bariéry při poskytování domácí hospicové péče.

Graf 27 Zájem o rozšíření domácí hospicové péče



Z celkového počtu dotazovaných 57 (100 %) má 25 (44%) sester zájem na rozšíření domácí hospicové péče a 32 (56%) sester nemá zájem na rozšíření domácí péče.

Graf 28 Důvody pro rozšíření domácí hospicové péče

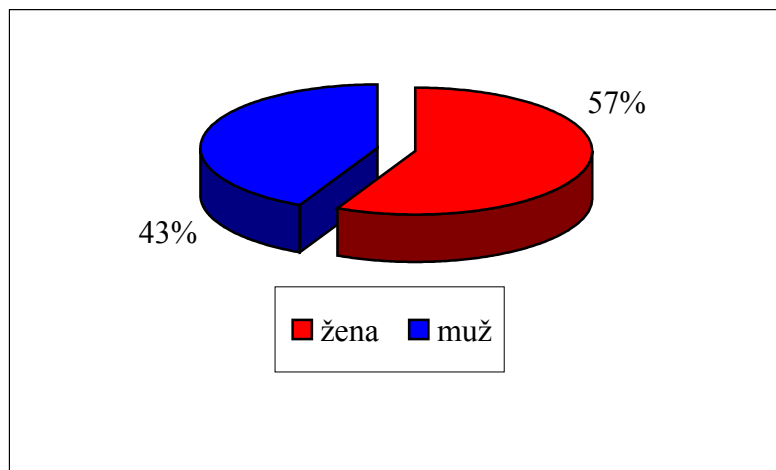


25 sester odpovídalo více možnostmi. Z celkového počtu odpovědí 48 (100 %) odpovědělo 9 (19 % odpovědí) sester, že důvodem pro rozšíření domácí hospicové péče je nedostupnost hospice ve všech městech. 7 (15 % odpovědí) sester uvedlo důvod, že mobilní hospicová jednotka pomůže rodině v péči o terminálně nemocného. 10 (21 % odpovědí) sester si myslí, že nemocnému v terminálním stádiu se v domácím prostředílepší psychický stav. 16 (32 % odpovědí) sester uvedlo důvod, že nemocnému bude na blízku rodina. 6 (13 % odpovědí) sester uvedlo důvod pro rozšíření domácí hospicové péče spolupráci s odborníky.



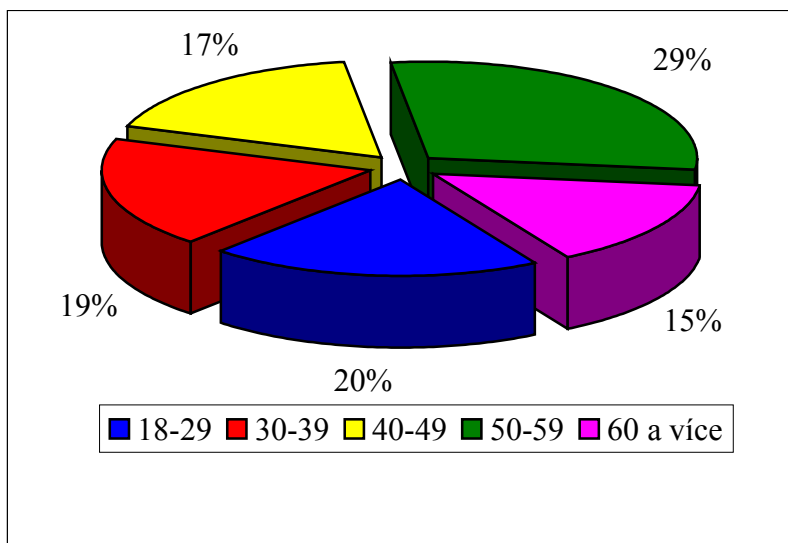
## 4.2 Dotazník pro laickou veřejnost

Graf 29 Pohlaví respondentů



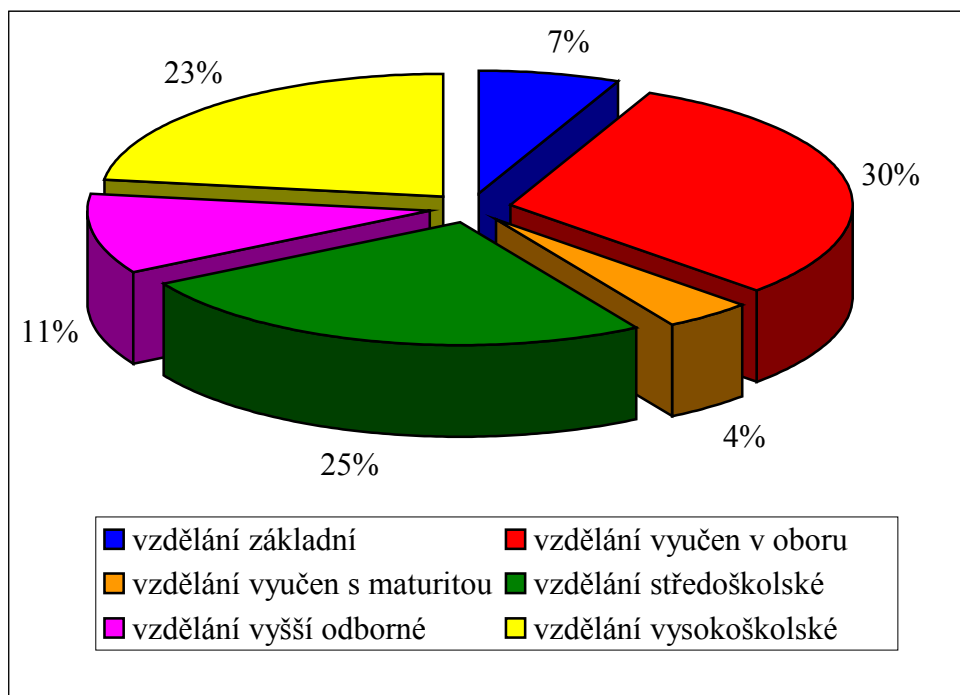
Výzkumný soubor 2 tvořilo 75 respondentů (100 %) a to 4 (57 %) žen a 3 (43 %) mužů.

Graf 30 Věk respondentů



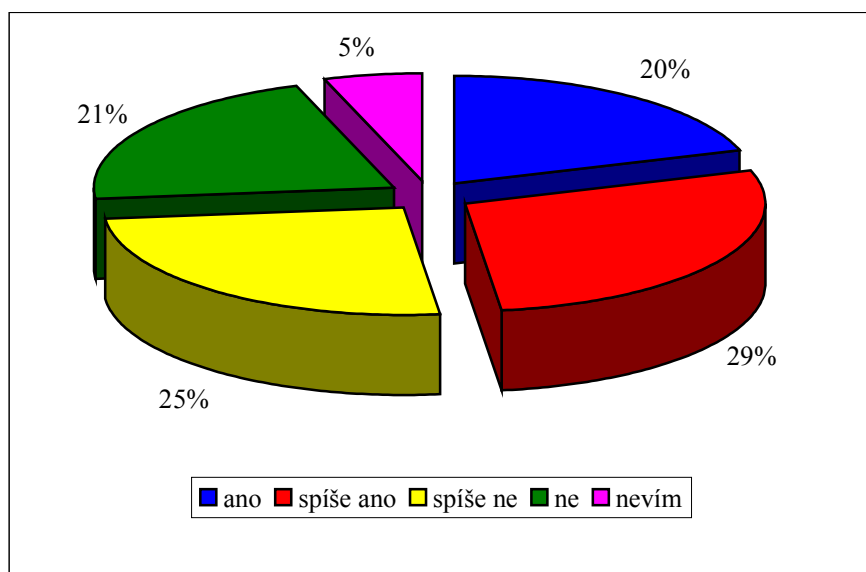
Z celkového počtu 75 (100 %) respondentů bylo 15 (20 %) respondentů ve věku 18- 29 let, 14 (19 %) respondentů ve věku 30 - 39 let; 13 (17 %) respondentů ve věku 40- 49 let; 22 (29 %) respondentů bylo ve věku 50- 59 let a 11(15 %) respondentů ve věku 60 a více let.

Graf 31 Vzdělání respondentů



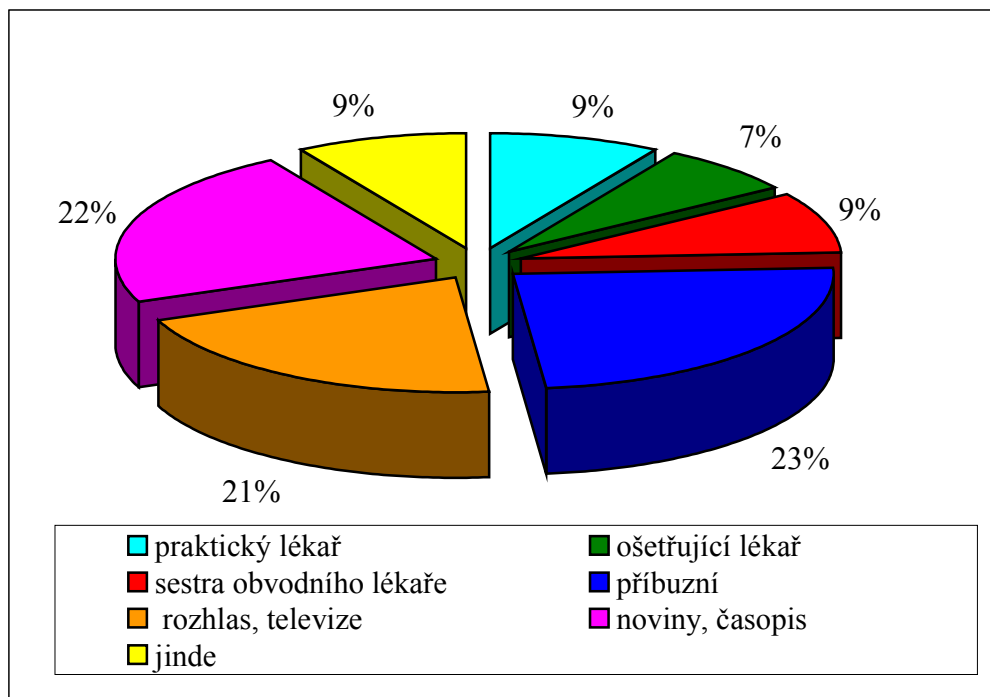
Z celkového počtu 75 (100 %) respondentů dosáhlo 5 (7 %) respondentů základního vzdělání; 23 (30 %) respondentů bylo vyučeno v oboru; 3 (4 %) respondenti byli vyučeni v oboru s maturitou. Středoškolské vzdělání mělo 19 (25 %) respondentů. 8 (11 %) respondentů mělo vyšší odborné vzdělání a 17 (23 %) respondentů mělo vysokoškolské vzdělání.

Graf 32 Znalost pojmu agentura domácí péče



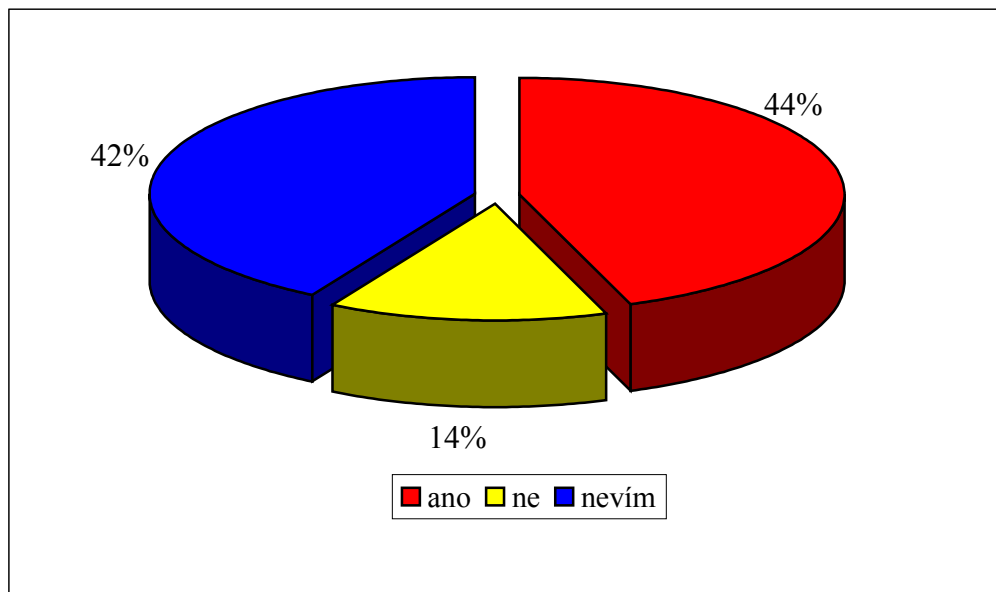
Z celkového počtu dotazovaných respondentů 75 (100 %). 15 (20%) respondentů zná pojem agentura domácí péče. K odpovědi spíše ano se přiklonilo 21 (29 %) dotazovaných respondentů. 19 (25 %) respondentů odpovědělo spíše ne. 16 (21 %) respondentů tento pojem nezná. A 4 (5 %) respondenti nevěděli.

Graf 33 Zdroj informací pojmu agentura domácí péče



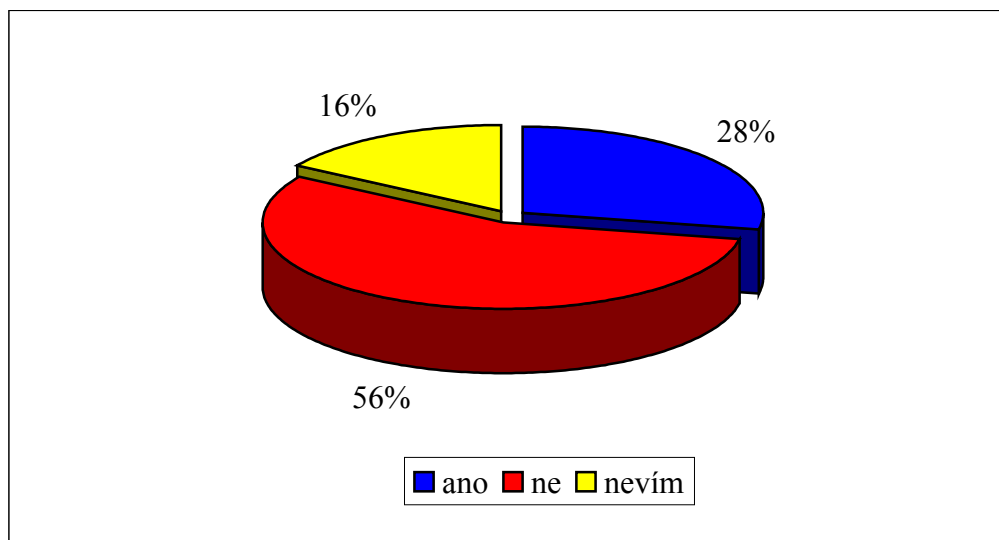
36 dotazovaných respondentů mělo možnost více odpovědí. Z celkového počtu odpovědí 58 (100 %) se 14 (23 % odpovědí) respondentů dozvědělo o pojmu agentura domácí péče od příbuzných. 12 (21 % odpovědí) respondentů se dozvědělo o agentuře domácí péče z rozhlasu a televize. 13 (22% odpovědí) dotazovaných respondentů označilo noviny a časopis. 5 (9 % odpovědí) respondentů získalo informace jinde. 5 (9 % odpovědí) respondentů se dozvědělo o agentuře domácí péče od praktického lékaře. 4 (7 % odpovědí) respondenti získali informace o pojmu agentura domácí péče od ošetřujícího lékaře a 5 (9 % odpovědí) se dozvědělo o pojmu agentura domácí péče od sestry obvodního lékaře.

Graf 34 Dostupnost agentury domácí péče v okolí bydliště



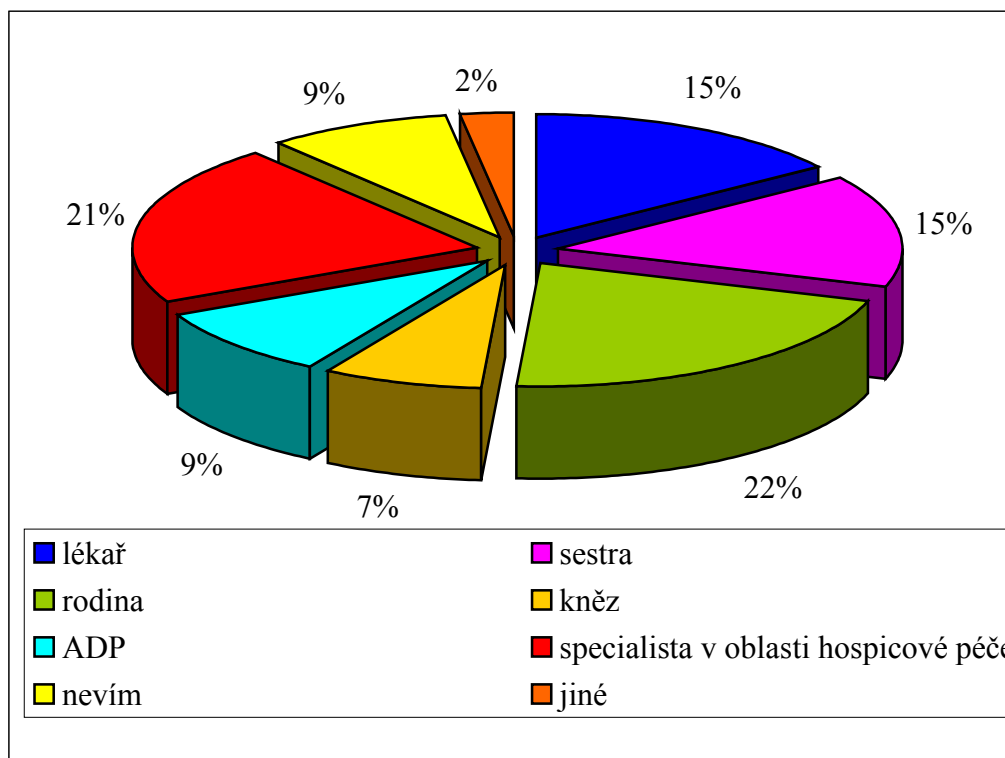
Z celkového počtu respondentů 36 (100 %), odpovědělo 16 (44 % odpovědí) respondentů, že mají v okolí svého bydliště agenturu domácí péče. 5 (14% odpovědí) respondentů odpovědělo, že nemají agenturu domácí péče v okolí svého bydliště a 15 (42% odpovědí) respondentů neví, zda mají v okolí svého bydliště agenturu domácí péče.

Graf 35 Informovanost o pojmu domácí hospicová péče



Z celkového počtu 75 (100 %) dotazovaných respondentů slyšelo pojem domácí hospicová péče 21 (28 %) respondentů. 42 (56 %) dotazovaných respondentů pojem domácí hospicová péče nikdy neslyšeli a 12 (16 %) respondentů nevědělo, zda pojem domácí hospicová péče slyšeli.

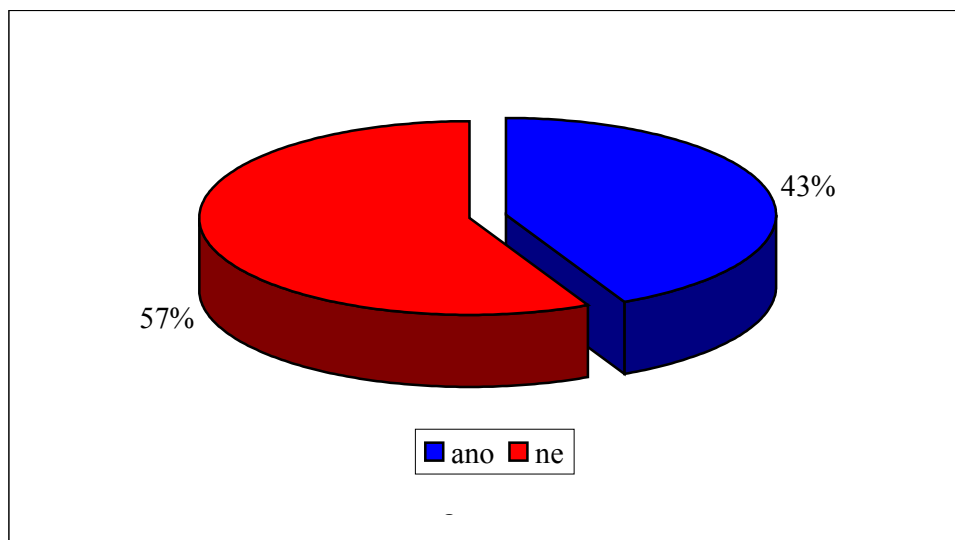
Graf 36 Názor respondentů na vhodného poskytovatele domácí hospicové péče



75 respondentů mělo možnost více odpovědí. Z celkového počtu 164 odpovědí (100%) si 35 respondentů (22 % odpovědí) myslí, že hospicovou péči nejlépe může zajistit rodina. 12 respondentů (7 % odpovědí) si myslí, že hospicovou péči nejlépe zajistí kněz. 15 respondentů (9 % odpovědí) si myslí, že nejlépe zajistí hospicovou péči agentura domácí péče. 35 respondentů (21 % odpovědí) se domnívá, že nejlépe zajistí hospicovou péči specialista v oblasti hospicové péče. 14 respondentů (9 % odpovědí) neví kdo nejlépe zajistí hospicovou péči. 4 respondenti (2 % odpovědí) uvedlo jiné. 25 respondentů (15 % odpovědí) si myslí, že nejlépe zajistí hospicovou péči lékař a 24 respondentů (15 % odpovědí) si myslí, že sestra nejlépe zajistí hospicovou péči.

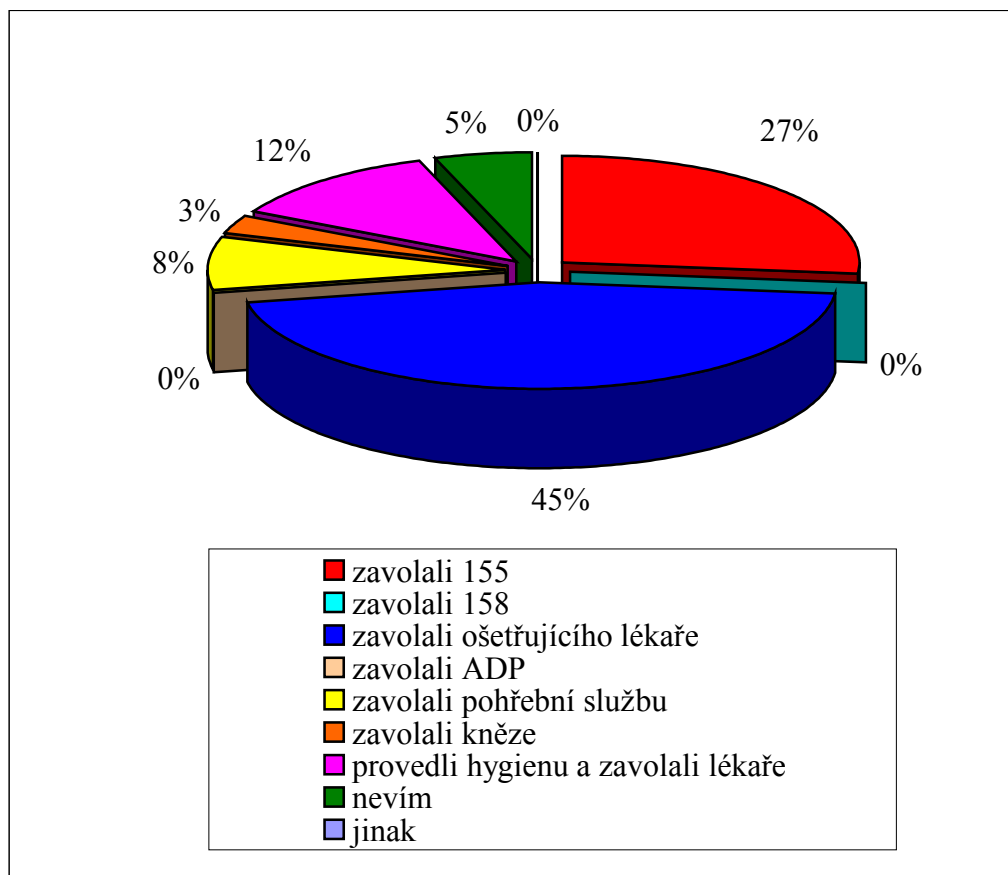


Graf 37 Zkušenost s umíráním v domácím prostředí



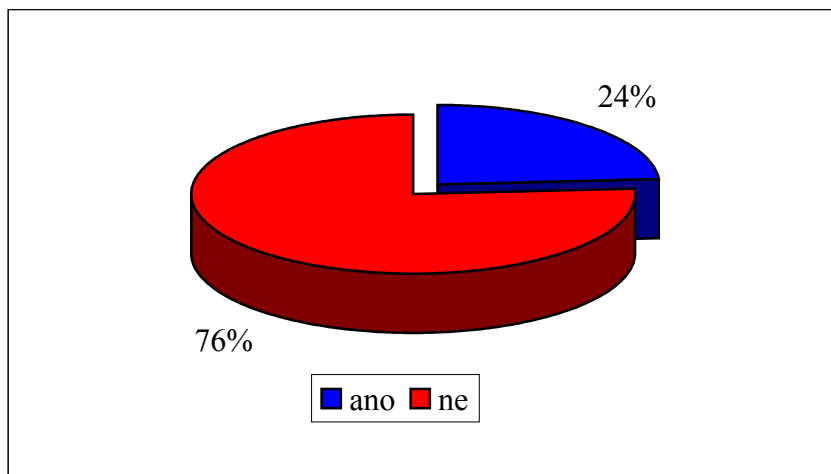
Celkový počet dotazovaných 75 (100 %) označilo 32 (43 %) respondentů ano a 43 (57 %) respondentů nemá zkušenost s umírajícím v domácím prostředí.

Graf 38 Postup při úmrtí blízké osoby v domácím prostředí



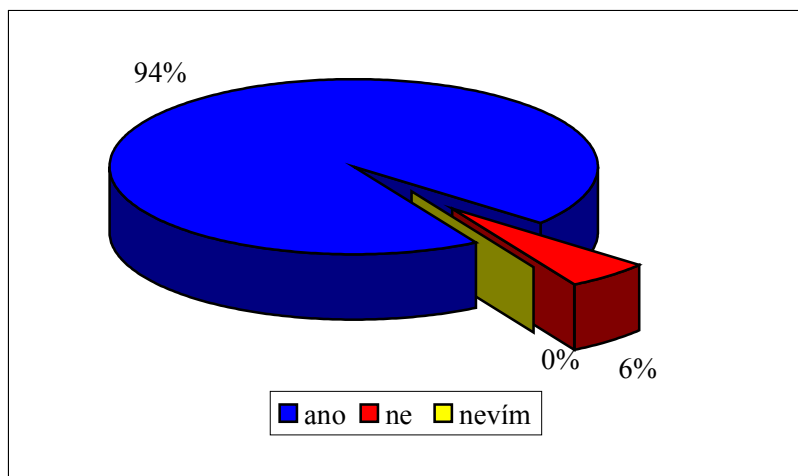
Z celkového počtu dotazovaných 75 (100 %). By 20 (27 % odpovědí) respondentů zavolalo 155 rychlou záchrannou pomoc. 34 (45 % odpovědí) dotazovaných respondentů by přivolalo ošetřujícího lékaře. 6 (8 % odpovědí) dotazovaných respondentů by přivolalo pohřební službu. 2 (3 % odpovědí) dotazovaní by přivolali kněze. 9 (12 % odpovědí) respondentů by u zemřelého provedli hygienu a poté zavolali lékaře. 4 (5 % odpovědí) dotazovaní respondenti neví, jak by postupovali při úmrtí blízké osoby v domácím prostředí. K variantě přivolat policii, agenturu domácí péče a jinak se nepřiklonil žádný z dotazovaných.

Graf 39 Podíl na péči o umírajícího v domácím prostředí



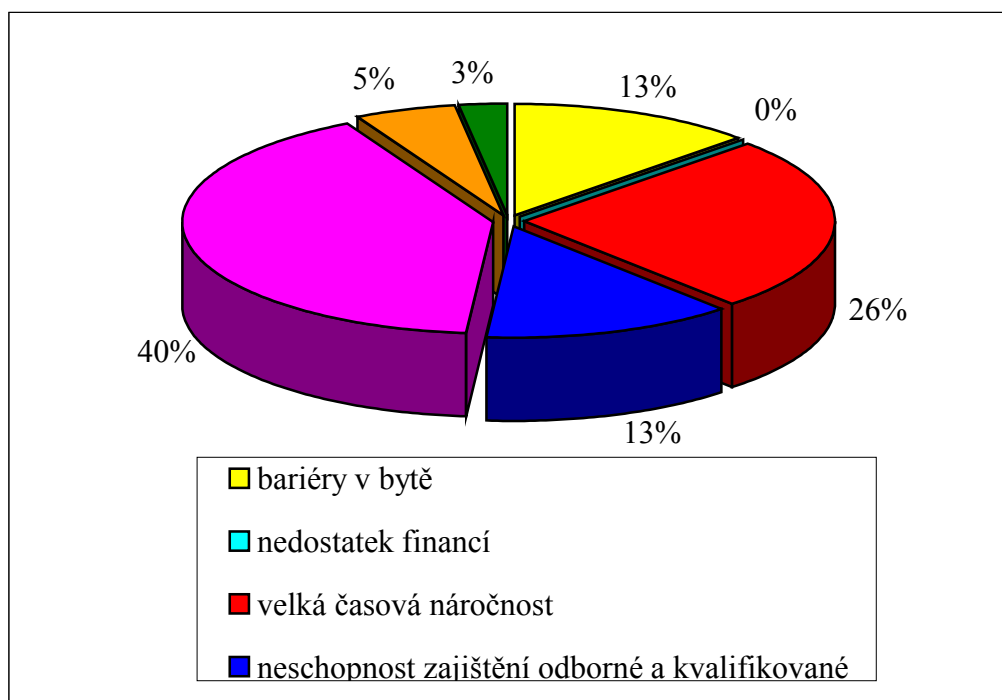
Z celkového počtu dotazovaných respondentů 75 (100 %) se 18 (24 %) respondentů podílelo na péči o umírajícího v domácím prostředí a 57 (76 %) respondentů odpovědělo, že se nepodílelo na péči o umírajícího v domácím prostředí.

Graf 40 Vznik problémů v souvislosti s péčí o umírajícího v domácím prostředí



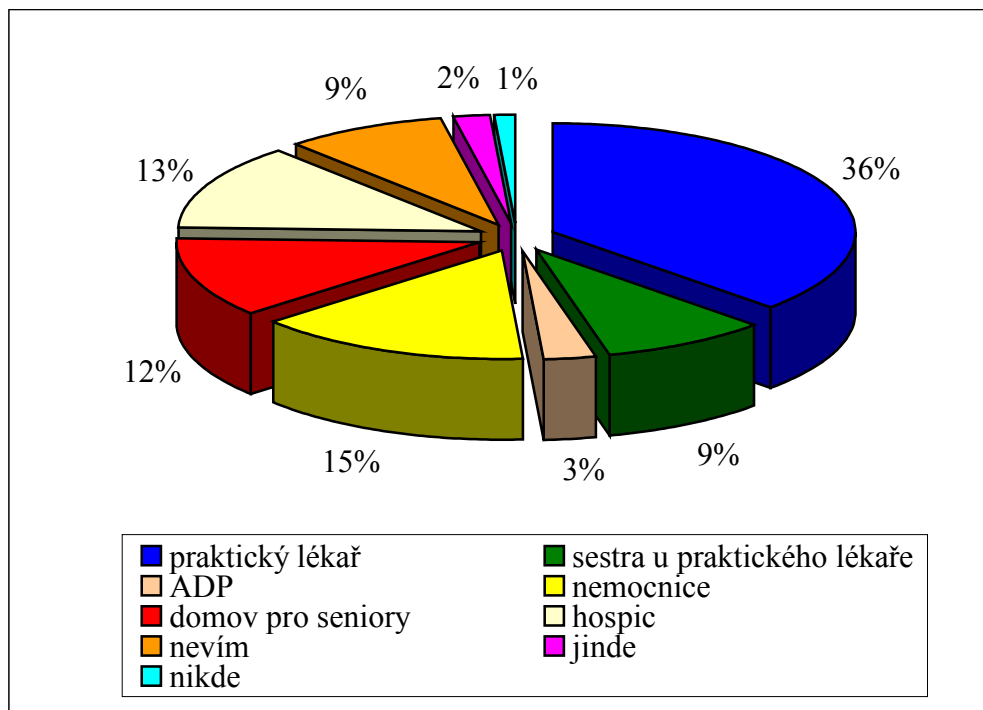
Z celkového počtu respondentů 18 (100 %) odpovědělo 17 (94 %) respondentů ano, problémy vznikaly. 1 (6 %) respondent odpověděl ne, žádné problémy nevznikaly. K variantě nevím se nepřiklonil žádný z dotazovaných respondentů.

Graf 41 Konkrétní problémy vzniklé v souvislosti s péčí o umírajícího v domácím prostředí.



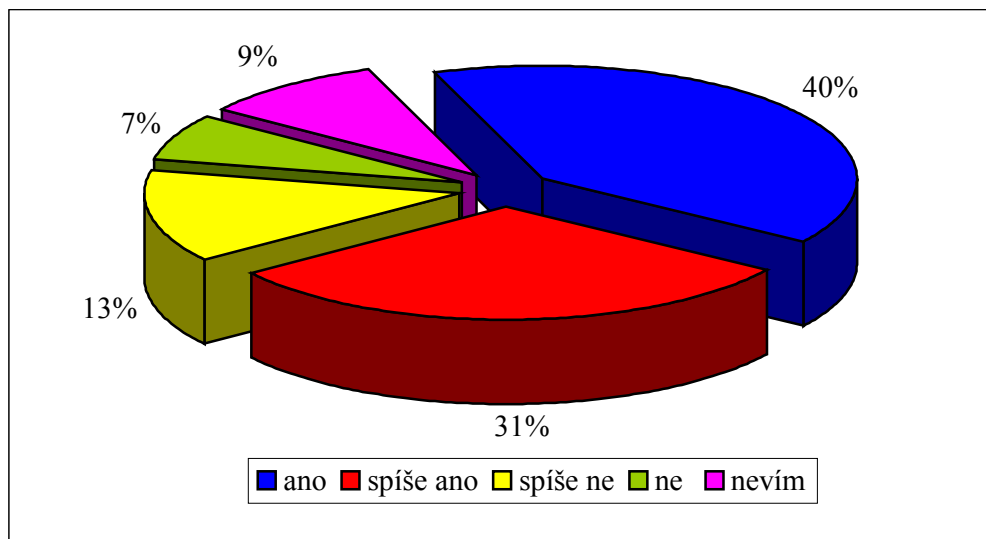
18 respondentů mělo možnost odpovědět více možnostmi. Z celkového počtu odpovědí 39 (100 %). 10 respondentů (26 % odpovědí) označilo jako problém velkou časovou náročnost. 5 (13 % odpovědí) respondentů mělo problém se zajištěním odborné a kvalifikované péče. 16 (40 % odpovědí) dotazovaných respondentů označilo za problém velkou psychickou zátěž pro pečující. 2 (5 % odpovědí) respondenti uvedli jiné problémy, které vznikly v souvislosti s péčí o umírajícího v domácím prostředí (nedostatek vhodných pomůcek, které usnadňují péči o umírajícího v domácím prostředí). 1 (3 % odpovědí) respondent se neseťkal s žádnými problémy. 5 (13 % odpovědí) respondentů uvedlo, že problémy vznikly v souvislosti s bariérami v bytě. U žádného z dotazovaných respondentů nebyl problém v oblasti financí.

Graf 42 Zdroje pomoci v případě potřeby hospicové péče



75 respondentů mělo možnost více odpovědí. Z celkového počtu odpovědí 102 (100 %) by 38 (36 % odpovědí) respondentů hledalo pomoc u praktického lékaře. 9 (9 % odpovědí) dotazovaných by pomoc hledalo u sestry praktického lékaře. 3 (3 % odpovědí) dotazovaní by pomoc hledali v agentuře domácí péče. 15 (15 % odpovědí) respondentů by pomoc hledalo v nemocnici. 12 (12 % odpovědí) respondentů by pomoc vyhledalo v domově pro seniory. 13 (13 % odpovědí) respondentů by pomoc hledalo v některém z hospiců. 9 (9 % odpovědí) dotazovaných odpovědělo nevím. 2 (2 % odpovědí) dotazovaní označili možnost jiné (internet) a 1 (1 % odpovědí) respondent by pomoc nehledal nikde.

Graf 43 Zájem respondentů o informace o domácí hospicové péči



Z celkového počtu dotazovaných 75 (100 %) odpovědělo ano 30 (40 %) dotazovaných respondentů, k variantě spíše ano se přiklonilo 23 (31 %) dotazovaných respondentů. K variantě spíše ne se přiklonilo 10 (13 %) dotazovaných respondentů. K variantě ne se přiklonilo 5 (7 %) dotazovaných respondentů. 7 (9 %) dotazovaných respondentů neví, zda by se chtěli dozvědět více informací o domácí hospicové péči.

## 5. Diskuse

Cílem bakalářské práce byla především snaha zmapovat situaci v oblasti poskytování domácí hospicové péče z pohledu sester agentury domácí péče. Dalším cílem v této bakalářské práci bylo zjistit informovanost laické veřejnosti (potencionálních pacientů) o problematice poskytování hospicové péče agenturou domácí péče. Na základě získaných výsledků pak potvrdit nebo naopak vyvrátit předpokládané hypotézy. Ke sběru dat byla použita metoda dotazování, technika dotazníků.

Pro toto šetření byly vytvořeny dva výzkumné soubory, které tvořily sestry agentur domácí péče z Českých Budějovic, Prachatic, Strakonice, Českého Krumlova, Pelhřimova, Jihlavy, Pacova, Třebíče, Jindřichova Hradce a Brna. Sestrám bylo rozdáno 72 dotazníků a návratnost byla 57 (79 %) dotazníků. Druhý výzkumný soubor byl tvořen širokou laickou veřejností. Kdy bylo rozdáno 100 dotazníků a návratnost činila 75 (75 %) dotazníků. Při rozdávání dotazníků sestrám agentur domácí péče jsem se setkala s negativním přístupem sester, které nechtěly dotazníky vyplnit se slovy: „Vy jste taky jedna z těch, která si chce založit kariéru na hospicové péči, to je dneska moderní, nás to ale vůbec nezajímá“. Při rozdávání dotazníku pro laickou veřejnost jsem se neseetkala s žádnými problémy. V důsledku nenalezení adekvátního výzkumu pro srovnání získaných výsledků, byly výsledky především porovnány mezi sebou.

Dotazník pro sestry agentury domácí péče obsahoval 28 otázek, kdy prvních 6 otázek mělo identifikační charakter. Otázky byly zaměřeny na pohlaví, věk, vzdělání, délku praxe ve zdravotnictví a délku praxe v agentuře domácí péče. První hypotézou jsme předpokládali, že sestry agentury domácí péče poskytují hospicovou domácí péči. Zjišťovali jsme, zda sestry agentury domácí péče poskytují ošetrovatelskou péči nemocným v terminálním stádiu, v domácím prostředí. Celkem 52 (91 %) sester z 57 (100 %), uvedlo, že poskytují péči nemocným v terminálním stádiu nemoci, ve 4 (7 %) případech sestry uvedly, že neposkytují péči nemocným v terminálním stádiu nemoci a 1 (2 %) sestra uvedla, že neví, zda poskytuje agentura domácí péče, ve které pracuje, péči nemocným v terminálním stádiu nemoci. Tento výsledek bychom rádi propojili s dalším šetřením, kdy jsme chtěli zjistit, zda sestry agentury domácí péče jsou

schopny zajistit péči 24 hodin denně a to 7 dní v týdnu. Sestry uvádějí v 91 %, že péči nemocným v terminálním stádiu poskytují, ale jak ukazuje graf 14, tak 40 (70 %) sester agentury domácí péče není schopno zajistit péči 24 hodin denně a to 7 dní v týdnu. Vorlíček (36) uvádí, pokud mají být zvládnuty složité situace v domácím prostředí u nemocných v terminálním stádiu nemoci, je třeba, aby sestra agentury domácí péče byla schopna přijet 7 dní v týdnu a 24 hodin denně. Dále jsme se snažili zjistit, zda je součástí agentury domácí péče mobilní hospicová jednotka. Graf 12 znázorňuje, že 30 (57 %) sester odpovědělo, že není součástí agentury domácí péče, ve které pracují, mobilní hospicová jednotka. 17 (33 %) sester odpovědělo, že je součástí mobilní hospicové jednotky. A zbývajících 5 (10 %) sester neví, jestli agentura domácí péče, ve které pracují má mobilní hospicovou jednotku, proto u těchto 5 (10 %) sester předpokládáme, že neví, co je to mobilní hospicová jednotka. Dále nás zajímalo, jak dlouho poskytuje agentura hospicovou péči. V grafu 13 je zobrazeno, jak dlouho agentury domácí péče poskytují hospicovou péči. 13 (25 %) sester odpovědělo, že hospicovou péči neposkytují. Nejvíce nás však zarazí, že ze 13 (25 %) sester, které neposkytují hospicovou péči je 10 sester, které v předchozím šetření odpověděly, že je součástí agentury domácí péče mobilní hospicová jednotka. Podle mého názoru sestry nemají informace o mobilní hospicové péči a neposkytují kvalitní domácí hospicovou péči. Hypotéza H1: Sestry agentury domácí péče poskytují hospicovou péči nebyla potvrzena.

K druhé hypotéze se v dotazníku pro sestry agentury domácí péče vztahují především otázky 24, 26, 27, 28. Hypotézou H2 předpokládáme, že sestry agentury domácí péče mají zájem na rozšíření domácí hospicové péče, mobilními hospicovými jednotkami. Zjišťovali jsme názor sester agentury domácí péče na dostupnost služeb všem klientům v terminálním stádiu nemoci. V grafu 24 je znázorněno, že více než polovina dotazovaných sester si myslí, že jsou dostupné služby všem klientům v terminálním stádiu. Lenková (17) uvádí ve svých výsledcích výzkumného šetření, že není dostupnost služeb poskytovaných agenturami domácí péče všem klientům. V našem druhém výzkumném souboru, široká laická veřejnost, jsme se respondentů dotazovali v dotazníku 2, zda mají v okolí svého bydliště nějakou agenturu domácí



péče. Velice nás překvapilo, že více než polovina dotazovaných respondentů neví, zda mají v okolí svého bydliště nějakou agenturu domácí péče.

Dále jsme se snažili zmapovat největší bariéry při poskytování domácí hospicové péče. Podle názoru sester agentury domácí péče je největší bariérou oblast financování, tuto oblast sestry uvedly v 39 % odpovědí. Další velkou bariérou je velká časová náročnost 26 % odpovědí. 23 % odpovědí vypovídá o nízké propagaci domácí hospicové péče. Sestry agentury domácí péče vidí bariéru v neschopnosti zajištění odborné a kvalifikované péče. Dále sestry uvedly obtížnou spolupráci s lékaři. Podle mého názoru stále málo onkologů a praktických lékařů informuje pacienty a rodiny nemocného o možnosti využití mobilní hospicové jednotky nebo agentury domácí péče, která zajišťuje péči o nemocné v terminálním stádiu nemoci. Většiny pacientů v terminálním stádiu nemoci trpí nesnesitelnou a krutou bolestí, která se musí tišit opiáty. Někteří lékaři nejsou vždy nakloněni k předepisování opiátů lidem v domácím prostředí.

Další otázkou vztahující se k druhé hypotéze bakalářské práce je otázka 27. Výsledky této otázky jsou zaznamenány v grafu 27. Dotazovali jsme se sester agentury domácí péče, zda mají zájem na rozšíření domácí hospicové péče, mobilními hospicovými jednotkami. Z celkového počtu dotazovaných sester 57 (100 %), pouze 25 (44 %) sester má zájem na rozšíření domácí hospicové péče a 32 (56 %) sester nemá zájem na rozšíření domácí hospicové péče. Sestry agentury domácí péče měly možnost popsat, jaké jsou důvody pro rozšíření domácí hospicové péče. Otázka byla otevřená a my jsme uspořádali odpovědi do pěti kategorií. První kategorií je nemocnému je na blízku rodina 16 (31 % odpovědí), druhou kategorií je nedostupný hospic ve všech městech, 9 (17 % odpovědí). Další kategorií tvoří zlepšení psychického stavu nemocného, 10 (19 % odpovědí). Dalším častým důvodem pro rozšíření domácí hospicové péče sestry uváděly zlepšení spolupráce s odborníky. 15 sester, uvedlo důvody, proč nemají zájem na rozšíření domácí hospicové péče, mobilními hospicovými jednotkami. Tyto důvody, jsme opět začlenili do kategorií. V 10 případech sestry napsaly, že není třeba rozšířit mobilní hospicovou péči z důvodu dostatečného pokrytí celé České republiky sítí agentur domácí péče již od roku 1993.

Další kategorii zastupovaly dvě sestry s názorem, že v podstatě nesouhlasí s domácí hospicovou péčí. Ve třetí kategorii jsou 2 sestry, které neví, co je přesně mobilní hospicová jednotka. A poslední kategorii zastupuje jedna sestra, která si myslí, že samostatně provozovaná mobilní hospicová jednotka nemá své opodstatnění. Z těchto výsledků vyplývá, že sestry nemají zájem na rozšíření domácí hospicové péče, mobilními hospicovými jednotkami, a proto hypotéza 2 nebyla potvrzena.

Dotazník pro laickou veřejnost (potencionální pacienti) obsahoval 15 otázek. Respondentů bylo celkem 75. Cílem tohoto dotazníku bylo zjistit informovanost laické veřejnosti o problematice poskytování hospicové péče agenturou domácí péče. K tomuto cíli jsme si předem stanovili hypotézu H3, kdy jsme předpokládali, že laická veřejnost nemá informace o poskytování hospicové péče, agenturou domácí péče. V prvních třech otázkách jsme zjišťovali identifikační údaje pohlaví, věk a vzdělání respondentů. O těchto údajích vypovídají grafy 29, 30 a 31. Největší část respondentů tvořila věková kategorie 50 – 59 let. Další otázkou jsme zjišťovali, zda respondenti znají pojem agentura domácí péče. Z grafu 32 vyplývá, že pojem agentura domácí péče nezná více než polovina dotazovaných. Tato otázka úzce souvisí s otázkou 7, kde jsme zjišťovali, zda dotazovaní někdy slyšeli pojem domácí hospicová péče. Výsledky jsou opět velmi znepokojující, pouze 21 (28 %) dotazovaných slyšelo o domácí hospicové péči. Myslím si, že by veřejnost měla vědět více informací o agenturách domácí péče, ale i možnostech terénního hospice. Haškovcová (7) uvádí, že domácí hospicová péče přichází v úvahu pro každého umírajícího, který projeví přání odejít z nemocničního prostředí, eventuelně hospice, do domácího prostředí. Kde umírající se může spolehnout na podporu rodiny. Rodina nemocného musí s péčí v domácím prostředí souhlasit. Rodina u umírajícího zajišťuje laickou péči, odbornou péči zajišťují profesionální agentury domácí péče a nebo mobilní hospicové jednotky. Nikdo nevíme dne ani hodiny, kdy budeme potřebovat pomoc, ať už sami nebo někdo náš blízký, proto by měla veřejnost vědět, jaké služby agentury domácí péče a mobilní hospicové jednotky nabízejí.

Dále nás zajímalo, zda mají potencionální pacienti zkušenost s umírajícím v domácím prostředí. Tuto zkušenost s umírajícím v domácím prostředí uvedlo

32 (43 %) dotazovaných. Při srovnávání dat jsme si všimli, že z 32 respondentů, kteří mají zkušenost s umírajícím v domácím prostředí jich 11 odpovědělo, že neví, co je agentura domácí péče a v otázce 7, která zjišťovala informovanost laické veřejnosti o pojmu domácí péče odpovědělo všech 32 respondentů, kteří mají zkušenost s umírajícím v domácím prostředí, že pojem domácí hospicová péče neznají.

Problémy, které vznikaly v souvislosti s péčí o umírající v domácím prostředí jsou znázorněny v grafu 41. Na otázku odpovídalo 18 dotazovaných a měli možnost více odpovědí. Dle dotazovaných je nejčastější problematikou velká psychická náročnost pro pečující, kterou označilo 16 dotazovaných (40% odpovědí). Jak uvádí Haškovcová (7), není vůbec žádných pochyb o tom, že práce s umírajícím je nejen fyzicky velmi náročná, ale i psychicky. V poslední době je věnována stále větší pozornost péči respitní, péči o pečující. Tuto péči zajišťují především mobilní hospicové jednotky, se kterými je vhodná spolupráce při péči o umírajícího v domácím prostředí. Dalším problémem je podle laické veřejnosti velká časová náročnost, označilo ji 10 dotazovaných (26 % odpovědí). Vorlíček (36) uvádí, že rodina, která chce pečovat o umírajícího v domácím prostředí, musí předem předpokládat, že to pro ni bude velmi časově náročné. V pěti případech (13 % odpovědí) měli dotazovaní problém se zajištěním odborné a kvalifikované péče, 2 respondenti (5 % odpovědí) uvedli jiné problémy, které vznikly v souvislosti s péčí o umírajícího v domácím prostředí. Problémy se týkaly nevhodného lůžka pro trpícího. V pěti případech (13 % odpovědí) vznikly problémy v souvislosti s bariérami v bytě.

V poslední otázce v dotazníku pro laickou veřejnost jsme se dotazovali, zda má laická veřejnost zájem dozvědět se více informací o domácí hospicové péči. Potěšením je, že více než polovina má zájem dozvědět se více informací o domácí hospicové péči.

Z dotazníků nám vyplývá, že laická veřejnost (potencionální pacienti), nemá informace o poskytování hospicové péče agenturou domácí péče, ale i přesto ji typ domácí hospicové péče zaujal a chce se dozvědět více. Hypotéza vztahující se k dotazníku pro laickou veřejnost H3 se potvrdila.

V České republice se domácí hospicová péče rozvíjí velice pozvolna. Velkým problémem je oblast financování, jak odpovídaly i sestry agentur domácí péče.

Dalšímu rozvoji domácí hospicové péče brání nedostatečná informovanost laické , ale i odborné veřejnosti o domácí hospicové péči. Laická veřejnost nemá zájem hovořit o smrti a umírání a je stále upřednostňována ústavní péče. Jedním z problémů je také nedostatečná komunikace mezi zdravotníky a pacienty.

Pro zlepšení této problematiky bychom mohli vytvořit edukační materiál pro odbornou veřejnost. Pro zvýšení informovanosti laické veřejnosti o poskytování domácí hospicové péče, by bylo vhodné využít denní tisk, televizi, rádio, internet a různé časopisy.

## 6. Závěr

V této bakalářské práci byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zmapovat situaci v oblasti poskytování domácí hospicové péče z pohledu sester agentury domácí péče. Druhým cílem jsme chtěli zjistit informovanost laické veřejnosti o problematice poskytování hospicové péče, agenturou domácí péče. Pomocí dotazníků pro sestry agentury domácí péče a dotazníků pro laickou veřejnost (potencionální pacienti), se podařilo cíle naplnit.

K cílům byly stanoveny tři hypotézy. K prvnímu cíli se vztahovaly dvě hypotézy H1 – Sestry agentury domácí péče poskytují hospicovou domácí péči, která nebyla potvrzena. Sestry agentury domácí péče sice označily, že hospicovou péči poskytují, ale podle dalších výpovědí v dotazníku, nejsou splněny adekvátní podmínky pro kvalitní domácí hospicovou péči. Hypotéza H2 – sestry agentury domácí péče mají zájem na rozšíření domácí hospicové péče mobilními hospicovými jednotkami, byla také vyvrácena. 56 % sester uvedlo, že nemají zájem o rozšíření domácí hospicové péče a pouze 44 % sester má zájem na rozšíření mobilní hospicové péče. Myslím si, že tato zjištění nejsou vůbec povzbudivá.

K druhému cíli byla stanovena hypotéza H3 – Laická veřejnost nemá informace o poskytování hospicové péče, agenturou domácí péče, která se potvrdila. Laická veřejnost nemá informace o agenturách domácí péče, natož o poskytování hospicové péče.

Problematika domácí hospicové péče je určitě velmi aktuální téma, kterému by se měla odborná i laická veřejnost věnovat. Nikdo z nás nevíme, co nás může potkat a kdy budeme potřebovat pomoc, ať už pro sebe anebo pro někoho blízkého. Podle Misconiové přispívá domácí péče ke zlepšení a navození psychické pohody jedince. Proto věřím, že informovanost odborné i laické veřejnosti se bude do budoucna jen a jen zvyšovat. Pro zvýšení informovanosti je důležité, aby sestry agentury domácí péče byly motivovány k rozšíření domácí hospicové péče, mobilními hospicovými jednotkami. V České republice je stále velká oblast, kde není rozšířena síť agentur domácí péče a domácí hospicové péče. Veřejnosti musíme vhodným způsobem podat potřebné informace o domácí péči a domácí hospicové péči.

Řešením této problematiky by mohlo být zlepšení spolupráce s jednotlivými pojišťovnami, aby docházelo k efektivnímu zafinancování domácí hospicové péče. Dále je velmi nutné zlepšit informovanost laické, ale i odborné veřejnosti o možnostech domácí hospicové péče. Důležitou součástí při zlepšování této problematiky je systematické školení sester a dalších zdravotnických pracovníků, v zásadách paliativní a hospicové péče. Vytvoření vzdělávacích článků v odborných, ale i laických časopisech.

Výsledky by mohly pomoci jako vodítko při tvorbě místních i národních edukačních tiskovin, programů a seminářů s tématem domácí hospicová péče.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. *Standardy hospicové paliativní péče*. 1. vyd. – červen 2006. [on line][cit. 25.11.2008] Dostupné z : <<http://www.asociacehospicu.cz/download/standardy.doc>>
2. Cesta domů. *Charta práv umírajících*. [on line].[cit. 20.11. 2008] Dostupné z: <<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=187>>
3. ČOK, M. *Definice hospicové péče podle organizací a institucí* [on line] [2007] [cit. 28.10. 2008] Dostupné z: <<http://www.osobniasistence.cz/hospic1.php>>
4. DĚDICOVÁ, L., VODIČKOVÁ, J. *Význam domácí ošetrovatelské péče. Sestra*. Praha 2006, roč. 16, č.5, 58 s. ISSN 1210-0404.
5. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Komunitní ošetrovatelství* . 1. vyd., Osveta, Martin 2007, 271 s., ISBN 80-8063-257-1.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *O hospicovém programu* [on-line][cit. 15.12. 2008] Dostupné na <[www.vesmir.cz/soubory/1999\\_V046-049.pdf](http://www.vesmir.cz/soubory/1999_V046-049.pdf)>
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd., Galén, Praha 2007, 244s., ISBN 978-80-7262-471-3.
8. HOLEKSOVÁ, T. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. Grada, Praha 2002, 91 s., ISBN 80-247-0212-6.
9. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd., Triton, Praha 2003, 223. s., ISBN 80-7254-329-6.

10. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd., Grada, Praha 2007, 100 s., ISBN 978-80-247-2150-7.
11. JEDELSKÁ, M. *Terminálním stádiem nemoci. Sestra*. Praha 2007, roč. 17, č. 12, s 57., ISSN 1210-0404.
12. KELNAROVÁ, J. *Thanalogie v ošetřovatelství*. 1. vyd., Littera, Brno 2007, 112 s., ISBN 978-80-85763-36-2.
13. KOLEKTIV AUTORŮ, *Akademický slovník cizích slov*. 1. vyd., Academia, Praha 2001, 836 s., ISBN 80-200-0982-5.
14. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Přel. V. Di Cara. 1. vyd, Praha: Grada, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
15. KRIŠKOVÁ, A. a kol. *Ošetrovatel'ské techniky*. 1. vyd., Osveta, Martin 2001, 804 s., ISBN 80-8063-087-9.
16. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O umírání a smrti*. 1. vyd., Arita, Trutnov 1993, 251 s., ISBN 80-900134-6-6.
17. LENKOVÁ, K. *Informovanost laické veřejnosti o službách poskytovaných agenturami domácí péče*. Bakalářská práce, [on line]. [cit. 20.1. 2009]  
Dostupné z :< [http://stag-web.jcu.cz/apps/stag/diplom/index.php?download\\_this\\_unauthorized=10948](http://stag-web.jcu.cz/apps/stag/diplom/index.php?download_this_unauthorized=10948)>
18. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd., Grada, Praha 2006, 264 s., ISBN 80-247-1399-3.



19. Metodické opatření ministerstva zdravotnictví České republiky *13. Koncepce domácí péče* [on line] [2004] [cit. 12.12. 2008] Dostupné z: <[http://www.jitkahoznourkova.cz/metodicke\\_opatreni.doc](http://www.jitkahoznourkova.cz/metodicke_opatreni.doc)>
20. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, *Související zákony*, [on line] [2006] [cit. 13.10. 2008] Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/Pages/341-souvisejici-zakony.html>>
21. MISCONIOVÁ, B. *Anamnestika, diagnostika a plánování v komplexní domácí péči*. 1. vyd., Asociace domácí péče v České republice, 1998, 239 s., ISBN neuvedeno.
22. MISCONIOVÁ, B. *Historie domácí péče*. [on line] [2005] [cit. 13.10. 2008] Dostupné z: <<http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->>>
23. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající - hospicová péče*. Národní centrum péče České republiky ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví České republiky, Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky, Všeobecnou pojišťovnou České republiky a Magistrátem Hlavního města Prahy, Praha 1999, 96s., ISBN neuvedeno.
24. MISCONIOVÁ, B. *Stručný průvodce domácí péčí & adresář agentur domácí péče*. 1. vyd., Asociace domácí péče, Praha 1995, 264 s., ISBN – neuvedeno.
25. MIŠOŇOVÁ, A. *Mobilní hospic. Na cestě s nemocnými a jejich rodinami* [on line]. [cit. 26.11. 2008] Dostupné z: <<http://www.cestadomu.cz/res/data/014/001694.ppt?seek=1157354304#269,12>>

26. Mobilní hospic Ondrášek *Co poskytujeme* [ on line][cit. 21.12.2008] Dostupné z: <<http://www.mhondrasek.cz/index2.php?p=poskytujeme>>
27. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd., Grada, Praha 2005, 156 s., ISBN 80-247-1024-2.
28. O organizaci paliativní péče: *Doporučení Rec (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům*, Cesta domů, Praha 2004, 46 s., ISBN 80-239-4332-4.
29. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd., Grada, Praha 2005, 324 s., ISBN 80-247-1295-4.
30. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. doplněné vyd., Ecce Homo, Praha 2003, 150 s., ISBN 80-902049-4-5.
31. SVATOŠOVÁ, M. *Stručný přehled historie hospicového hnutí v ČR, stav současný a cílový*. Seminář Perspektivy hospicové paliativní péče – Lichtenštejnský palác 11.12.2007 [on line][2007][cit. 28.10.2008] Dostupné z: <[http://hospice.cz/hospice1/data/php07\\_historie.doc](http://hospice.cz/hospice1/data/php07_historie.doc)>
32. SVATOŠOVÁ, M. *Také pozůstalí potřebují péči*. *Katolický týdeník – příloha Dorma*. [on line].[cit. 10.2. 2009] Dostupné z: <<http://www.katyd.cz/index.php?cmd=page&type=11&article=4173>>
33. ŠPINKOVÁ, M. *Mýty o umírání doma* [on line] [2007] [cit. 20.11. 2008] Dostupné z : <<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&type=173>>
34. ŠPINKOVÁ, M. *Umírání*. [on line] [2007] [cit. 13.11. 2008] Dostupné z: <<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&type=55>>

35. VORLÍČEK, J. *Zásady cytostatické léčby maligních onkologických onemocnění*. 6. přep. vyd., Česká onkologická společnost ČLS JEP, Brno, 2009, 124 s., ISBN 978-80-254-2692-0.
36. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. *Paliativní medicína*. 2. přepracované vyd., Grada, Praha 2004, 544 s., ISBN 80-247-0279-7.
37. Vyhláška 134/1998 Sb. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Je novelizován: 493/2005, 620/2006, 331/2007, 439/2008.
38. Zákon 256/2001 Sb. O pohřbnictví a o změně některých zákonů.
39. Zákon 285/2002 Sb. O darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)
40. ZEILHOFER, B., J. *Smrt je přirozená součást života. Porozumění* příloha časopisu Florence, Praha 2008, 1.roč.,č. 4., 16 s., ISSN 1801-464x.

## **8. Klíčová slova**

Umírání

Smrt

Hospicová péče

Mobilní hospicová jednotka

Agentura domácí péče

Dying

Death

Hospice care

Mobile hospice

Agency home care

## **9. Přílohy**

**PŘÍLOHA 1 - Dotazník pro sestry agentury domácí péče**

**PŘÍLOHA 2 - Dotazník pro laickou veřejnost**

**PŘÍLOHA 3 – Charta práv umírajících**

## **Příloha 1: Dotazník pro sestry agentury domácí péče**

Dobrý den,

jmenuji se Petra Pešková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia ošetrovatelství na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Dotazník, který Vám předkládám, je součástí mé bakalářské práce na téma „Problematika hospicové péče z pohledu sester agentury domácí péče a potencionálních pacientů.“ Prosím Vás o poctivé vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní. Získané údaje budou použity pouze pro statistické zpracování mé bakalářské práce. Vaše odpovědi označte křížkem nebo napište odpověď svými slovy. U některých otázek máte možnost více odpovědí. Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

Petra Pešková.

1. Vaše pohlaví?
  - a) muž
  - b) žena
  
2. Kolik je vám let?
  - a) 20-29
  - b) 30-39
  - c) 40-49
  - d) 50-59
  - e) 60 a více
  
3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - a) střední zdravotnická škola
  - b) vyšší odborná škola
  - c) vysokoškolské Bc
  - d) vysokoškolské Mgr.
  - e) Jiné.....
  
4. Máte specializační vzdělání?
  - a) ano ( doplňte).....
  - b) ne

5. Délka vaší praxe ve zdravotnictví?
- a) 0 – 5 let
  - b) 6 – 10 let
  - c) 11 – 20 let
  - d) 21- více
6. Délka vaší praxe v agentuře domácí péče?
- a) 0 – 5 let
  - b) 6 – 10 let
  - c) 11 - více
7. Kdo je zřizovatelem vaší agentury domácí péče?
- a) město nebo obec
  - b) občanské sdružení
  - c) církevní sdružení
  - d) fyzická osoba
  - e) jiné.....
8. Kolik má zaměstnanců agentura, ve které pracujete?
- a) 1 – 3
  - b) 4 – 6
  - c) 7 - více
9. Poskytuje vaše agentura ošetrovatelskou péči nemocným v terminálním stádiu v domácím prostředí?
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím
- (pokud odpovíte ne a nevím, přejděte na otázku č. 14)
10. Kdo se podílí ve vaší agentuře na poskytování ošetrovatelské péče o nemocné v terminálním stádiu?
- ( možnost více odpovědí)
- a) sestry
  - b) lékaři
  - c) psychologové
  - d) sociální pracovníci

- e) pomocný ošetrovatelský personál
- f) nutriční terapeuti
- g) RHB pracovníci
- h) dobrovolníci
- i) rodina nemocného
- j) duchovní
- k) jiní.....

11. Jaké činnosti podle vás provádíte nejčastěji u nemocných v terminálním stádiu života?

(možnost více odpovědí)

- a) hygienická péče
- b) aplikace léků, opiátů
- c) prevence dekubitů
- d) pomoc při příjmu potravin a tekutin
- e) převazy
- f) monitorace fyziologických funkcí
- g) podání infúzní terapie
- h) podávání parenterální výživy
- i) edukace
- j) komunikace s rodinou
- k) jiné.....

12. Je součástí vaší agentury domácí péče mobilní hospicová jednotka?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13. Jak dlouho poskytuje vaše agentura hospicovou péči?

- a) 0 – 1 rok
- b) 2 - 3 roky
- c) 4 - 5 let
- d) 6- 7 let
- e) 8 – 9 let
- f) 10 - 11 let
- g) 12 – více
- h) neposkytujeme hospicovou péči



14. Poskytuje agentura, ve které pracujete, péči 7 dní v týdnu a 24 hodin denně?

- a) ano
- b) ne

15. Myslíte si, že je v ČR dostatek agentur domácí péče?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

16. Spolupracuje vaše agentura s některým z hospiců?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17. Máte pomůcky, které usnadňují péči o pacienta v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí?

- a) ano
- b) ne

18. Půjčujete pomůcky do domácího prostředí?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

19. Které pomůcky vám chybí k poskytování domácí hospicové péče?

( možnost více odpovědí )

- a) polohovací lůžka
- b) chodítka
- c) pojízdné vozíky
- d) pojízdné WC
- e) infúzní stojany
- f) infúzní pumpy
- g) injekční dávkovače
- h) elektroodsávačka

- i) antidekubitní pomůcky
- j) další.....
- k) pomůcky nechybí

20. Myslíte si, že je poskytování hospicové péče doma vhodná?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

21. Umíte otevřeně mluvit o smrti a umírání s rodinnými příslušníky?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

22. Jaký máte postup při úmrtí člověka v domácím prostředí?

- a) voláte lékaře, aby konstatoval smrt, zajistíte intimitu zemřelého, voláte pohřební službu, spolupracujete s pozůstalými
- b) necháte to pouze na pozůstalých
- c) nevím
- d) jiný postup.....

23. Jak se o vaši agentuře může dozvědět laická veřejnost?

( možnost více odpovědí )

- a) rádio
- b) televize
- c) propagační materiály u praktických lékařů
- d) propagační materiály v nemocnicích
- e) reklama na autech
- f) jiné.....

24. Je zajištěna dostupnost vašich služeb všem klientům v terminálním stádiu života v regionu bez rozdílů?

- a) ano
- b) spíše ano

- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

25. Vzděláváte se v oblasti paliativní péče?

- a) ano
- b) ne

26. Kde jsou podle vás největší bariéry při poskytování domácí hospicové péče vaší agentury domácí péče?

( možnost více odpovědí )

- a) nízká propagace domácí hospicové péče
- b) velká časová náročnost hospicové péče (nemožnost zajištění péče 7 dní v týdnu, 24hodin denně)
- c) oblast financování
- d) neschopnost zajištění odborné a kvalifikované péče
- e) jiné.....

27. Máte zájem na rozšíření domácí hospicové péče mobilními hospicovými jednotkami?

- a) ano
- b) ne

28. Jaké jsou podle vás důvody pro rozšíření domácí hospicové péče mobilními hospicovými jednotkami?

.....

.....

.....

.....

.....

Děkuji vám za spolupráci Petra Pešková

## **Příloha 2: dotazník pro laickou veřejnost**

Dobrý den,

jmenuji se Petra Pešková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia ošetrovatelství na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Dotazník, který Vám předkládám je součástí mé bakalářské práce na téma „ Problematika hospicové péče z pohledu sester agentury domácí péče a potencionálních pacientů. “ Prosim Vás o poctivé vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní a získané údaje budou použity pouze pro statistické zpracování mé bakalářské práce. Vaše odpovědi označte křížkem nebo napište odpověď svými slovy. U některých otázek máte možnost více odpovědí. Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

Petra Pešková.

1. Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2. Kolik je vám let?

- a) 18 – 29
- b) 30 – 39
- c) 40 – 49
- d) 50 – 59
- e) 60 a více

3. Jaké máte vzdělání?

- a) základní
- b) vyučen v oboru
- c) vyučen v oboru s maturitou
- d) středoškolské
- e) vyšší odborné
- f) vysokoškolské

4. Víte, co je agentura domácí péče?
- a) ano
  - b) spíše ano
  - c) spíše ne
  - d) ne
  - e) nevím
- (pokud jste odpověděli spíše ne, ne nebo nevím přejděte na otázku č. 7)
5. Od koho jste se dozvěděli, co je agentura domácí péče?
- (možnost více odpovědí)
- a) praktický lékař
  - b) ošetřující lékař
  - c) sestra obvodního lékaře
  - d) příbuzní
  - e) rozhlas, televize
  - f) noviny, časopis
  - g) jinde.....
6. Máte v okolí svého bydliště nějakou agenturu domácí péče?
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím
7. Slyšel/a jste někdy pojem domácí hospicová péče?
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím
8. Kdo může podle vás nejlépe zajistit domácí hospicovou péči (péči o umírajícího)?
- (možnost více odpovědí)
- a) lékař
  - b) sestra
  - c) rodina
  - d) kněz
  - e) agentura domácí péče
  - f) specialista v oblasti hospicové péče
  - g) nevím
  - h) jiné.....

9. Máte zkušenost s umírajícím člověkem v domácím prostředí?

- a) ano
- b) ne

10. Jak byste postupovali při úmrtí blízké osoby v domácím prostředí?

- a) zavolali 155 (rychlou záchranou pomoc)
- b) zavolali 158 (policii)
- c) zavolali ošetřujícího lékaře
- d) zavolali agenturu domácí péče
- e) zavolali pohřební službu
- f) zavolali kněze
- g) provedli hygienu u zemřelého a zavolali lékaře
- h) nevím
- i) jinak.....

11. Podílel/a jste se na péči o umírajícího člověka v domácím prostředí?

- a) ano
- b) ne

(pokud jste odpověděli ne přejděte na otázku č. 14)

12. Měl/a jste nějaké problémy se zajištěním péče o umírajícího člověka v domácím prostředí?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13. V souvislosti s čím vznikly problémy, při poskytování péče o umírajícího v domácím prostředí?

(možnost více odpovědí)

- a) bariéry v bytě
- b) nedostatek financí
- c) velká časová náročnost
- d) neschopnost zajištění odborné a kvalifikované péče
- e) velká psychická náročnost pro pečující
- f) jiné.....
- g) problémy žádné nevznikly

14. Kde byste hledali pomoc, kdyby někdo z rodiny potřeboval hospicovou péči

(péče o umírající)?

(možnost více odpovědí)

- a) praktický lékař
- b) agentura domácí péče
- c) nemocnice
- d) domov pro seniory
- e) hospic
- f) sestra u praktického lékaře
- g) nevím
- h) jinde.....
- i) nikde

15. Chtěl/a byste se dozvědět více informací o domácí hospicové péči?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

Děkuji vám za spolupráci Petra Pešková

### **Příloha 3: Charta práv umírajících**

#### **Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“**

##### **(„Charta práv umírajících“)**

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:
  - Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
  - Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
  - Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
  - Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
  - Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
  - Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
  - Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
  - Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
  - Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti
8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i



sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
- Umírání o samotě a v zanedbání
- Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo

- respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení
- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

*Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.*

Z anglického originálu přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický

© Cesta domů

Zdroj: Cesta domů (2)