

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Martina Vacíková Jirousková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Martina Vacíková Jirousková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

PROBLEMATIKA DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Bohumila Hajšmanová

PLZEŇ 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 3. 2014

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Bohumile Hajšmanové za odborné vedení práce a poskytování rad. Dále děkuji mému manželovi a oběma dcerám za podporu a trpělivost, kterou mi během studia poskytovali.

Anotace

Příjmení a jméno: Martina Vacíková Jirousková

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Problematika domácí hospicové péče

Vedoucí práce: Mgr. Bohumila Hajšmanová

Počet stran – číslované: 73

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 10

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 32

Klíčová slova: umírání, rodina, sestra, domácí hospicová péče

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá problémy domácí hospicové péče. Teoretická část se zaměřuje na vysvětlení pojmu domácí hospicová péče, nastiňuje problémy, které tuto formu péče provázejí. Je zaměřená na sestavení podkladu pro řešení problematiky domácí hospicové péče. V praktické části práce pomocí výstupů z kvantitativního výzkumu zjišťují, jaký pohled na umírání v domácí péči zaujímá laická a zdravotnická nelékařská veřejnost. Další otázka, kterou se v praktické části práce zabývám, je informovanost laické a zdravotnické nelékařské veřejnosti v oblasti domácí hospicové péče.

Annotation

Surname and name: Martina Vacíková Jirousková

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: The isme of home hospice care

Consultant: Mgr. Bohumila Hajšmanová

Number of pages – numbered:73

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 10

Number of appendices:1

Number of literature items used: 32

Keywords: death, family, sister, home hospice care

Summary:

This thesis deals with the problems of home hospice care the theoretical part explains term of home hospice care, outlines the problems that follow this formo f care. It considers to build professional basis for dealing wiht home hospice care. In the practical part of the thesis i use outptus from quantitative research and try to find out, chat is the attitude of laymen and non – medici public about dyng in home care. Another quuestion, which i consider about, i show are layhen and non – medici public informed about home hospic care.

Obsah

Úvod.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Umírání a smrt	13
1.1 Útěšná medicína.....	13
1.2 Paliativní medicína (péče)	13
1.3 Terminální péče	15
1.4 Institucionální model umírání	15
1.5 Zadržaná smrt neboli dystanázíe.....	16
1.6 Domácí model umírání	16
1.7 Reakce na umírání	17
2 Hospic	18
2.1 Hlavní představitelky hospicového hnutí ve světě a v České republice	18
2.2 Hospicová péče	19
2.3 Formy hospicové péče	20
3 Hospicová domácí péče	23
3.1 Hranice domácí hospicové péče	23
3.2 Rozdíl mezi agenturou domácí hospicové péče a agenturou domácí péče	24
3.3 Tým Domácí hospicové péče.....	24
3.4 Kritéria pro zařazení nemocného do programu domácí hospicové péče	26
3.5 Hospicová péče a legislativa.....	26
3.6 Potřeby pro rozvoj lůžkových a mobilních hospiců v České republice.	28
3.7 Hospicová péče a finance	28
4 Problémy v domácí hospicové péči.	30
4.1 Problém v malé informovanosti nemocných	30
4.2 Problém v dostupnosti péče.	30

4.3	Problematická spolupráce s praktickými lékaři	31
4.4	Problém se zatajováním pravdy o zdravotním stavu.	31
4.5	Problémy nemocného v rodině.	32
4.6	Problém bolesti a její nedostatečné léčby.	32
4.7	Problém nedostatečného vzdělávání zdravotníků v paliativní péči.....	33
4.8	Laskavá péče.....	34
5	Péče o umírajícího člověka	35
5.1	Dobojováno v domácím prostředí: chvíle poté.....	35
6	Eutanazie.....	36
6.1	Eutanazie aktivní.....	36
6.2	Eutanazie nedobrovolná.....	36
6.3	Eutanazie pasivní	36
6.4	Asistovaná sebevražda	37
6.5	Living will.....	37
	Praktická část	38
7	FORMULACE PROBLÉMU	39
7.1	Hlavní problém	39
8	Cíl a úkol průzkumu	40
8.1	Dílčí cíle.....	40
9	Metodika průzkumného šetření	41
10	Vzorek respondentů	42
11	ANALÝZA ÚDAJŮ	43
12.	Prezentace a interpretace získaných cílů	65
13	Diskuze	68
	Závěr	73
	Seznam zdrojů.....	
	Seznam grafů	

Seznam příloh

Seznam zkratk

Příloha č. 1 Dotazník

„Pompa mores magis terret, quam mors ipsa.

Co smrt provází, děsí víc než smrt sama.“

OVIDIUS.

Úvod

Čas umírání a smrti není lehkým obdobím pro nemocného, ale ani pro jeho blízké. Dnešní doba, zaměřená na kult mládí a výkonnost, zatlačuje těžce nemocné a umírající členy společnosti spolu s jejich blízkými do pozadí svého zájmu. Není příjemné pomýšlet o tom, jaké to bude, až my sami budeme umírat. Nikomu se nechce na takové věci myslet. Je to přeci tak vzdálené, téměř v nedohlednu. Společnost nemá čas a mnohdy ani chuť zaobírat se takovými myšlenkami. Kvalita péče o těžce nemocné a umírající, stejně jako péče o jejich blízké, je ale vizitkou celé společnosti. Dříve se umíralo převážně doma. Každý člen rodiny věděl, jaký je jeho úkol v čase, kdy přicházela smrt k někomu z rodiny. Smrt byla přirozenou součástí života. Lidé považovali za samozřejmé postarat se o nemocného člena své rodiny a doprovodit ho poslední etapou jeho života. Rituály, kterými bylo umírání, smrt, ale i doba truchlení opředena, měly všechny svůj význam. Například rituál vystavování těla v domě, před pohřbem, pomáhala překlenout tzv. ohlušení. Lidé se dříve smrti nebáli. Za komunistické éry se umírání a péče o těžce nemocné přesunulo do nemocnic. Začalo umírání za bílou plentou, v cizím prostředí a v osamění. Na přání umírajících se ve většině případů nebral žádný zřetel. Lidé přestali brát smrt jako přirozenou součást svého života.

V dnešní společnosti se dožíváme podstatně vyššího věku. Úroveň medicíny je na nebývalé úrovni. Léčíme úspěšně nemoci, na které se dříve běžně umíralo. Dnes lékaři považují smrt za svou prohru, proto se snaží velmi často léčit a udržet při životě i nemocné, kteří jsou na konci své cesty. Dnešní doba je velmi hektická. Spousta lidí by ráda pečovala o nemocného člena rodiny doma. Bohužel podmínky v naší zemi jim to zrovna neusnadňují. Téma mé práce jsem si zvolila proto, abych se pokusila nahlédnout do problémů, které domácí hospicovou péči obestírají. Pokusila jsem se vysvětlit, co domácí hospicová péče obnáší, jaké má výhody, ale také jaké jsou její limity. Snažila jsem se popsat problémy, se kterými se potýkají pracovníci týmů v domácí hospicové péči, stejně jako lidé, kteří se rozhodnou pečovat o své blízké v domácí péči. Zjišťovala jsem, na jaké

úrovni se nachází znalosti, které o této formě péče má veřejnost a to zdravotnická i laická. Zajímá mě pohled na umírání v domácí péči ze strany laiků i zdravotníků. Domácí hospicová péče je jednou z možností, jak se postarat o nemocného člena rodiny, až do úplného konce života. Je to velmi náročná, ale i obohacující zkušenost. Každý umírající byl kdysi stejně mladý, zdravý a výkonný jako my. Umírání je část života, která čeká na nás všechny, mělo by být tedy hlavně v našem zájmu zasadit se o to, aby až jednou budeme umírat i my, nemuseli jsme se bát, že zůstaneme sami, odstrčení, zbavení své důstojnosti. Za bílou plentou.

TEORETICKÁ ČÁST

1 UMÍRÁNÍ A SMRT

Umírání a smrt patří neoddělitelně do našeho života, měli bychom si uvědomit, že jednoho dne se bude týkat i nás. Proto je nutné chovat se k umírajícím láskyplně, pokorně, snažit se vcítit do jejich prožívání. (1, str. 46)

Přesto, že se smrtí se setkáváme jak se budeme chovat až bude řada na nás nevíme nikdo. Často ponecháváme umírající opuštěné, ponechané sami sobě se spoustou nevyřešených a tudíž nezodpovězených otázek a to je špatně. V poslední etapě života totiž potřebujeme především cítit lásku, mít někoho, kdo nás poslouchá a komu my budeme důvěřovat. Neodsouvejme umírající stranou jenom proto, že nám ukazují, že medicína není všemocná. (1, str. 46)

Čas umírání je pro nemocného a jeho nejbližší okolí časem plným nejistoty a strachu. Je to bolestné období pro všechny zúčastněné, kdy propadají obavám, jak a zda vůbec toto období přiměřeně zvládnou. (2, str. 79)

1.1 Útěšná medicína

Útěšná nebo také paliativní medicína, jejímž cílem není chorobu vyléčit, ale zaměřuje se na léčbu bolesti a všech ostatních symptomů, které doprovází nemocného v jeho nemoci.

Nesoustředí se pouze na nemocného, ale na celou jeho rodinu, která ho tímto obdobím doprovází. Jde jí o dosažení co největší kvality života nemocného a jeho rodiny.

Je ale třeba rozlišit od sebe péči paliativní a terminální péči. (2, str. 37)

1.2 Paliativní medicína (péče)

Definice“ *Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin*“ . (3, Sestra v paliativní péči, IN: Vorlíček, 2004). V České republice je paliativní medicína uznána za samostatný obor. (Zákon č.95/2004 sb.). Paliativní péči začínáme nemocnému a jeho rodině poskytovat ihned po informování nemocného o špatné prognóze jeho onemocnění.

Tento druh péče poskytujeme nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou. Jde o komplexní péči, která se zaměřuje na kvalitu života nemocného a nemá za úkol léčit probíhající onemocnění, ale zaměřuje se na mírnění fyzických i psychických problémů, provázejících dané onemocnění. Hlavním úkolem paliativní péče je snaha odstranit bolest a zajistit nemocnému důstojnost. Důležitou součástí paliativní péče je podpora rodiny nemocného. (4, str. 34)

1.2.1 Dělení paliativní péče v České republice

- Obecná paliativní péče - poskytnout obecnou paliativní péči by měl být schopen zdravotník jakékoliv odbornosti. Zahrnuje vše co je pro kvalitu života nemocného důležité. Jde například o empatii, respekt, léčbu nejčastějších příznaků onemocnění.
- Specializovaná paliativní péče - tato forma péče je poskytována interdisciplinárně, tedy týmem odborníků se speciálním vzděláním a dostatečnými zkušenostmi. Specializovaná paliativní péče se poskytuje nemocným i celé jejich rodině. (4, str. 34)
- Mobilní paliativní péče - jde o péči poskytovanou nemocnému v pokročilém stadiu onemocnění v domácím prostředí. Do domácnosti dochází kvalifikované zdravotní sestry a často zde spolupracuje celý tým odborníků (2, str. 44)

Paliativní péče obecná a specializovaná se doplňují a bez sebe by nefungovaly. Specializovaná paliativní péče směřuje na nemocného, jeho blízké, edukací se dostává i mezi širokou odbornou a laickou veřejnost. (13)

1.2.2 Poskytování hospicové paliativní péče z časového hlediska

Mnoho laiků ale i zdravotníků se domnívá, že paliativní péče se poskytuje až tehdy, pokud se nemocný nachází v terminálním stadiu onemocnění. Tato domněnka je ovšem velký omyl. Paliativní péče se má poskytovat nemocnému a jeho rodině od okamžiku sdělení diagnózy se špatnou prognózou. (7, str. 115)

1.2.3 Období prae finem

Toto období může trvat několik měsíců, ale i několik let. Důležitá, zejména u onkologicky nemocných, je v tomto období otázka pravdy, jejího sdělení a s tím spojená změna životního stylu nemocného i jeho rodiny. Jedná se o období od sdělení diagnózy a prognózy nemocného, až po nástup terminální fáze nemoci. (7, str. 122)

1.2.4 Období in finem

Toto období trvá většinou několik dnů, nejvýše týdnů. Doprovázíme nemocného s jeho rodinou posledním úsekem lidského života, terminálním stadiem nemoci. (7, str. 122)

1.2.5 Období post finem

V tomto období se věnujeme péči o tělo zemřelého, doprovázíme pozůstalé obdobím smutku. Pomoc pozůstalým v jejich ztrátě a zármutku poskytujeme i dlouhodobě, nejčastěji po dobu jednoho roku. (7, str. 122)

Této fázi zdravotníci, s výjimkou péče o zemřelé tělo, nevěnují velkou pozornost. Je potřeba se v budoucnu na toto období více zaměřit. (7, str. 122)

1.3 Terminální péče

Terminální péče je součástí péče paliativní a ve většině případů jde o péči v posledních dnech a hodinách nemocného. (4, str. 34) Cílem léčby v terminální fázi onemocnění je důstojné umírání bez zbytečného utrpení. Jde o symptomatickou léčbu, kdy se snažíme o odstranění symptomů, které provázejí dané onemocnění. Dominantní je zejména tišení bolesti. (28)

1.4 Institucionální model umírání

Tento model umírání se vyvíjel postupně. V dřívějších dobách byli nemocní převáženi do chorobinců, později do zdravotnických zařízení. Dlouhou dobu nebyla umírajícím věnována ohledně odborného ošetřovatelství žádná zvláštní pozornost. Nemocní umírali ve společnosti ostatních pacientů, bez jakékoliv známky soukromí. Ve 20. letech 20. Století se začaly do praxe zavádět a používat bílé pleny jako iluze soukromí a klidu pro umírajícího a ochrana pro ostatní pacienty. Pleny se dodnes používají, na rozdíl od další dřívější praxe, kterou byly pokoje pro umírající. Nemocní zde umírali zcela osamoceni. V dřívějších dobách zavládl mýtus o naprostém pořádku a přísném klidu pro nemocné. V praxi to znamenalo, že příbuzným nebylo umožněno pečovat o umírajícího a

těžce nemocného člena rodiny. V období tak důležitém, kdy nemocný potřeboval podporu své rodiny, mu byla možnost denně se s rodinou stýkat odepřena. Umíral sám, za bílou plentou, mezi cizími lidmi, obklopen pouze profesionálními zdravotníky. Těžce nemocní byli odsouváni laiky do nemocnic k profesionálům v naději, že medicína smrti zabrání, popřípadě nemocný zemře důstojně. Medicína se snaží zabránit smrti do poslední chvíle mnohdy za každou cenu. Ohledně důstojného umírání zcela selhává. (2, str. 29 - 31)

1.5 Zadržaná smrt neboli dystanázie

Stav, kdy se smrt již nedá odvrátit a přesto je zdravotníky stále oddalována, se nazývá dystanázie. Pokud není neodvratitelný konec lidského života brán na vědomí, jde o lidské a profesionální selhání. Přesto, že nemocný už vstoupil do procesu umírání, zdravotníci často neberou tento fakt na vědomí a pokračují v léčbě, která už přináší více potíží než pomoci. V okamžiku, kdy nemocný vstoupí do procesu samotného umírání, potřebuje on i jeho rodina jiný typ péče a pomoci, než které dokáže nabídnout akutní medicína. Je důležité, aby se následná péče odvíjela důsledně od potřeb nemocného. (2, str. 31 - 33)

1.6 Domácí model umírání

Dříve lidé umírali převážně v domácím prostředí, přesto nebylo jejich umírání vždy idylické. Většina rodin neměla finance na zaplacení honoráře pro lékaře a tak se bolesti řešili pouze laickými postupy. Lékařů byl nedostatek. Pokud se u lůžka umírajícího lékař vyskytl, neměl mnoho možností, jak mu pomoci. Nemocný, umírající ve své rodině neumíral opuštěný. Pro rodinné příslušníky bylo samozřejmostí s ohledem na tradice ujmout se svých rolí. Umírání bylo sociálním aktem. V obtížné životní situaci jim byla oporou jejich víra, kněz a velmi často také sousedé. Každý člen rodiny se tedy od dětství setkával se smrtí, bylo pro něho samozřejmou součástí života. (2, str. 27) Věděli tedy, jak umírání a následná smrt vypadá. Lidé i bez odborných znalostí dokázali předvídat jednotlivé fáze umírání a intuitivně poskytovali péči dle stavu umírajícího. Postaráni se o mrtvé tělo bylo samozřejmostí, kterou ovládali. (2, str. 27 - 28) Mrtvé tělo bývalo doma vystaveno i několik dnů, aby se rodina a přátelé mohli rozloučit. Dnešní, moderní člověk, konfrontován se smrtí v dětství ani v dospělosti většinou nebývá. Zastává se názor, že péče o umírající patří do rukou profesionálů, tedy do zdravotnických zařízení. Dříve bylo umírání považováno za sociální akt, dnes za krizi, která se těžko zvládá. (2, str. 27 - 29)

1.7 Reakce na umírání

Většina nemocných, po obdržení informace o tom že se jejich nemoc nachází v konečném stadiu reaguje stejně nebo velmi podobně. Velmi dobře tyto reakce popsala a rozdělila lékařka Elizabeth Kubler - Ross ve své knize „ O umírání a smrti“.

Jednotlivé fáze jsou seřazené za sebou tak, jak nejčastěji přicházejí, ale jejich sled nemusí být a také není vždy stejný. Některé se mohou navzájem prolínat, mohou se vracet nebo střídat. Ne každý nemocný dojde až do poslední fáze, fáze akceptace neboli smíření.

Těmito fázemi ovšem neprochází pouze sám nemocný, ale také jeho rodina (2, str. 38)

1.7.1 Fáze umírání popsané: E.K.Ross

- Fáze šoku a popírání.
- Fáze agrese a zlosti
- Fáze smlouvání
- Fáze deprese
- Fáze akceptace, smíření (5, str. 20- 30)

2 HOSPIC

Slovo hospic po přeložení z anglického jazyka znamená útočiště nebo také útulek. Je to „*Zařízení specializované na péči o terminálně nemocné pacienty s důrazem na management bolesti a zachování psychologické pohody, aby pacienti byli schopni čelit přicházející smrti důstojně*“. (8, str. 180)

Poskytuje nemocným vysoce profesionální, individuální a komplexní péči. Zabývá se paliativní léčbou zaměřenou na kvalitu života pacienta. Nedílnou součástí hospicové péče je podpora vztahů mezi pacientem a jeho rodinou. (6, str. 4 - 30)

Již nejde o léčbu jako takovou, ale o doprovázení pacienta a jeho rodiny poslední etapou života nemocného. Jde především o laskavou péči. (5, str. 10 - 100)

Cílem je zabezpečit zmírnění utrpení umírajícího a ulehčit mu v jeho utrpení. Při uspokojování potřeb umírajícího člověka postupujeme, pokud je to možné, podle hierarchie jeho potřeb. (27 str. 20)

Ústřední myšlenka hospice vychází z úcty k umírajícím a jejich potřebám. Respektuje potřeby psychické, sociální, fyzické a spirituální a snaží se o jejich uspokojení. (5, str. 6 - 10) Umírajícímu zaručí, že bude za všech okolností respektován, zachová se jeho důstojnost, nebude trpět bolestí a nezůstane ani v posledním okamžiku života sám. (7, str. 15 - 17)

2.1 Hlavní představitelky hospicového hnutí ve světě a v České republice

2.1.1 Cicely Sanderson

Narodila se v Anglii, původním vzděláním byla zdravotní sestra, později si doplnila lékařské vzdělání. V roce 1967 stanula v čele prvního moderního hospice otevřeného v Londýně St.Christophers'Hospice. Jako první začala věnovat pozornost nejen potřebám umírajících, ale také potřebám ošetrovatelského personálu. V roce 1984 se stává prezidentkou organizace Help the Hospices, což je střešová organizace hospiců. Cicely Sanderson zemřela roku 2005 v 87 letech. (2, str. 46)

2.1.2 Mudr Marie Svatošová

Následovnice Cicely Sanderson v České republice, zakladatelka prvního hospice v Červeném Kostelci - Hospic Anežky České, který byl otevřen 8. 12. 1993.

Mudr. Marie Svatošová je také zakladatelkou občanského sdružení podporující hospicovou péči a hospicové hnutí s názvem Ecce homo.

Nyní je prezidentkou Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. (2, str. 47 - 48)

2.2 Hospicová péče

Definice hospicové péče je mnoho. Tento pojem byl původně používán jako protiklad běžné zdravotní péče. V hospicové péči mohou mnoho práce vykonávat dobrovolníci s důrazem kladeným na duchovnost a komfort. V dnešní době je terénní i lůžková hospicová péče jen jiným názvem pro péči paliativní. (9, str. 4 - 30)

2.3 Formy hospicové péče

Domácí hospicová péče: Ideální volba péče o umírajícího, ale má také své limity, není vždy dostačující. V České republice zatím není oproti sousedním zemím příliš rozšířená.

Denní hospicový stacionář: Vhodný způsob péče, pokud je v blízkosti hospice a domácí péče již není dostačující. Rodina přiveze nemocného ráno do stacionáře a večer se nemocný vrací ke své rodině.

Hospic neboli lůžková hospicová péče: Vhodná volba pokud již není dostačující domácí péče forma péče ani denní hospicový stacionář. (7, str. 118 - 121)

V další části mé práce se budu podrobněji zabírat formou domácí hospicové péče.

2.3.1 Domácí hospicová péče

Domácí hospice bývají také nazývány hospice mobilní. Tvoří je tým pracovníků poskytující nevyлéčitelně nemocným a jejich rodinám komplexní péči v terénu. (10, str. 10)

Péče, která je poskytována umírajícím v jejich domovech je nedílně spjata s tím, jaké podmínky vytváří naše společnost pro laicky poskytovanou hospicovou péči. Laická péče o umírající bude mít v naší společnosti stále větší úlohu. Je proto nezbytné doplnit ji i o péči odbornou, poskytovanou vyškoleným zdravotnickým personálem. Již řadu let se tuto situaci u nás, stejně jako v jiných zemích, snaží řešit domácí hospicová péče. (11, str. 3)

2.3.2 Odborná hospicová péče

Je určena nemocným, kteří jsou částečně nebo plně závislí na druhém člověku a jeho pomoci, zároveň je určena i pro členy rodiny pečující o umírajícího. Nutné pro poskytování odborné domácí hospicové péče, která nahrazuje či doplňuje laickou domácí hospicovou péči, je zázemí umírajícího, které umožňuje poskytování péče, aniž by hrozilo snížení kvality života umírajícího nebo pečujících osob. Péče je dostupná 24 hodin denně po 7 dní v týdnu. Odborná domácí péče je ordinována praktickým lékařem nemocného nebo ošetřujícím lékařem při ukončení hospitalizace v nemocničním zařízení. V tomto případě lékař může péči na nezbytně dlouhou dobu předepsat, nejvýše se jedná ale jen o 14 dní, poté předepisuje péči již pouze lékař praktický. Rozsah a náplň péče je přizpůsobována potřebám klienta. (12, str. 38 - 40) V případě domácí hospicové péče, která je poskytována umírajícím v terminálním stadiu, může být překročena maximální ošetřovatelská doba 3 hodiny denně. Uvedením takzvaného signálního kódu 06349 lze

ošetřovatelskou dobu strávenou u nemocného navýšit až na 6 hodin denně. (12, str. 38 - 50)

2.3.3 Laická hospicová péče

Laická hospicová péče je jedním ze základních pilířů hospicové péče jako takové. Jejím úkolem je pomoci nemocnému a jeho rodině projít společně nejtěžší etapou lidského života, a to v prostředí pro nemocného, a umírajícího bezpečném a důvěrně známém. Laickou domácí hospicovou péči poskytuje takzvaný pečovatel. Může jít o člena rodiny nebo jakéhokoliv příbuzného či dobrovolníka. Laická domácí hospicová péče může být poskytována nemocným jakéhokoliv věku, pokud nepotřebuje odbornou péči. (12, str. 38 - 50)

2.3.4 Respirní péče

Jedná se o oddechovou formu péče umožňující dočasný oddech pro rodinné příslušníky od péče. Často se tato forma péče využívá při lékařském ošetření partnera nemocného nebo dovolené. Respirní péči mohou poskytnout nemocnice, domovy pro seniory, hospice nebo pečovatelské domy. Současná hospicová péče poskytuje paliativní péči, neléčí nemoci, ale pracuje s příznaky nemoci. (9, str. 44)

2.3.5 Mobilní (domácí) hospicová péče a její principy.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně zakotvena v zákoně č. 96/2001 Sb. udává právo nemocnému na informace o jeho onemocnění, dále právo zvolit si ošetřujícího lékaře a ošetřovatelské zařízení, kde chce být léčen, dále má právo zvolit si typ péče, zda má zájem o péči ústavní nebo domácí. Valná většina nemocných tohoto práva nevyužívá. (6, str. 3). Nejčastějším důvodem v absenci využívání tohoto práva je neznalost na straně nemocného. Zkrátka o nich neví a zdravotníci nemocného o jeho právech nepoučí, nebo jim nemocný nerozumí. Přístup k dostupné a kvalitní mobilní (domácí) péči by měl být samozřejmostí, což bohužel v některých krajích České republiky není. (16)

V týmu poskytující péči by měl být lékař, zdravotní sestry, fyzioterapeut, psycholog, sociální pracovník, duchovní a další odborníci podle potřeb nemocného a jeho rodiny. Mělo by se tedy jednat o multidisciplinární tým odborníků. Poskytovaná péče je zcela komplexní, zahrnuje fyzické, psychické, spirituální neboli duchovní a sociální potřeby nemocného a jeho rodiny. Samozřejmou součástí péče mobilního (domácího)

paliativního týmu je po dobu až jednoho roku od úmrtí nemocného, odborné doprovázení pozůstalých etapou zármutku. (16)

V České republice je nedostatek zařízení, která splňují kritéria pro poskytování mobilní (domácí) hospicové péče. (1, str. 46) Asociace domácí péče České republiky a ČAS, sekce pro domácí péči sdružují jednotlivé agentury domácí péče, které poskytují své služby nemocným i umírajícím. V současnosti se nově rozvíjí systém komplexní domácí péče, kde jsou nemocní i rodina motivováni ke spolupráci. (2, str. 58 - 60) Agentury domácí péče ale ne vždy nabízejí dostatečnou péči, která by odpovídala standardům domácí paliativní péče.

3 HOSPICOVÁ DOMÁCÍ PÉČE

Tým domácí hospicové péče je tvořen multidisciplinárně, to znamená, že je sestaven z více odborníků. Je tvořen lékařem, registrovanou všeobecnou sestrou, sociální pracovnící, psychologem, fyzioterapeutem, duchovním a dalšími odborníky podle potřeby. Velmi důležitými členy týmu jsou dobrovolníci a jejich koordinátor. (4, str. 34 - 45) Každý člen týmu zná své postavení a zodpovědně plní vše, co se týká jeho odbornosti, aniž by překračoval své kompetence. (10, str. 10 - 80) Výhodou týmu domácí hospicové péče je jeho týmová sebranost, větší zkušenosti a schopnosti zvládat komplikace u umírajících jak na sesterské tak lékařské úrovni. Oproti agenturám zdravotní ošetrovatelské péče je v hospicovém týmu vždy přítomen lékař, což umožňuje návštěvy u nemocného celých 24 hodin a to i opakovaně. Týmy domácí hospicové péče dokážou zajistit specializovanou paliativní péči i u složitých případech a také u nemocných, kteří nemají praktického lékaře s předpoklady pro paliativní péči. (15, str. 223) Pracovníci paliativního týmu mají kompetence vyřešit v domácím prostředí všechny situace, které mohou nastat tak, aby nemocný mohl zemřít doma při zachování standardu lékařské i ošetrovatelské praxe. Nedílnou součástí péče je i doprovázení rodiny nemocného během nemoci a umírání, stejně, jako je samozřejmá podpora v době truchlení. (3, str. 10 - 85)

3.1 Hranice domácí hospicové péče

Zatímco ve světě je domácí hospicová péče nedílnou součástí zdravotní péče o umírající, v České republice je domácí hospicová péče poskytována nejčastěji jako jedna ze služeb lůžkového hospice. (11, str. 3) Domácí hospicová péče je pro nemocné, kteří si přejí zemřít doma, ideální volbou. Bohužel, ne vždy je tato forma péče o umírajícího dostačující. I tato péče má své hranice. Jednou z hranic může být vyčerpání rodiny, na které péče spočívá nebo rodinné zázemí umírající vůbec nemá. Další z překážek bývá nedostupnost takové agentury domácí péče, která disponuje sestrami, dostatečně vyškolenými pro hospicovou péči tak, aby odpovídala stanoveným standardům. Důležitý předpoklad pro zavedení domácí hospicové péče je ten, že nemocný a jeho rodina znají pravdu o zdravotním stavu nemocného. (7, str. 16 - 130)

3.2 Rozdíl mezi agenturou domácí hospicové péče a agenturou domácí péče

Standarty ucelují a jasně definují požadavky na poskytovatele domácí paliativní péče. Jejich cílem je zajistit kvalitu a úroveň poskytovaných služeb. Je rozdíl mezi agenturou domácí péče a agenturou domácí hospicové péče. Zdravotní péči v agentuře domácí péče je poskytována registrovanými všeobecnými sestrami, které dochází do domácností klientů a poskytují zdravotní výkony dle své kompetence. Domácí zdravotní péči indikuje praktický lékař, který stanoví časový rozvrh, časovou délku a úkony, které mají být vykonány. Maximální poskytovaná doba je 3 hodiny péče denně. Domácí zdravotní péči může na nezbytně nutnou dobu, maximálně však na 14 dní, indikovat i ošetřující lékař při ukončení hospitalizace nemocného a jeho propuštění do domácí péče. (14, str. 10 - 90)

Některé agentury domácí péče zaměstnávají také fyzioterapeuty, sociální pracovníky a v některých případech i pečovatelky. Zdravotní ošetřovatelská péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Pečovatelské služby, tedy sociální složku péče se nemocný hradí sám. Některé agentury domácí péče nabízejí své služby 7 dní v týdnu, 24 hodin denně. Agentury domácí péče se většinou velmi dobře uplatňují u jednodušších případů péče o umírající klienty, jako opora těm nemocným, kteří mají svého praktického lékaře zabývajícího se paliativní medicínou. (14, str. 224)

3.3 Tým Domácí hospicové péče

Na personál hospicového týmu jsou kladeny specifické a vysoké nároky. Personál vstupuje do intimního prostoru nemocného, stane se na čas součástí života celé jeho rodiny. Bývá jediným profesionálem, který je v dosahu. Samozřejmostí je umět se rychle rozhodnout, zodpovědně zhodnotit každou situaci a kompetentně zasáhnout. (1, str. 3 - 26) Členové hospicového týmu nesou smutek a bolest nemocného i jeho rodiny a díky intenzivnímu kontaktu s rodinou na zdravotníka dopadá velmi silně smutek, když nemocný zemře. Zdravotník musí také zvládat skutečnost, že velká část odpovědnosti za nemocného spočívá na rodině, tedy na laicích a on, jako zdravotník, nemá neustálou kontrolu nad zdravotním stavem nemocného. (3, str. 10 - 90) Nedílnou součástí práce v hospicovém paliativním týmu je proto supervize. (3, str. 10 - 90)

3.3.1 Lékař v týmu domácí hospicové péče

V hospicovém týmu pracují kvalifikovaní lékaři s odborným vysokoškolským vzděláním v oboru vnitřního lékařství s následným vzděláním v paliativní péči. (4, str. 34 - 36) Lékař provádí návštěvy v domácnosti nemocného kdykoliv během celého dne. Pokud to vyžaduje stav nemocného, navštěvuje ho během 24 hodin i opakovaně. (15, str. 222 - 223) Soustředí svou péči na udržení co nejlepší kvality života nemocného, z tohoto důvodu se jedná o odborníka specializovaného na léčbu bolesti. (4, str. 34 - 36) Se stejnou odborností léčí i další příznaky nemoci, provázející nemocného.

3.3.2 Sestra v týmu domácí hospicové péče

Stejně jako lékař i sestra pracující v týmu domácí hospicové péče by měla mít odborné vzdělání a zkušenosti v paliativní medicíně. Samozřejmostí jsou znalosti v podávání a dávkování opiátů a jejich účincích. Pomáhá nemocnému zbavit se strachu a osamělosti, naslouchá, vyjadřuje pochopení, je empatická, přirozená, vždy respektuje názory a přání nemocného, i když s nimi nesouhlasí. (1, str. 3 - 26) Aplikuje léky všech lékových forem včetně opiátů, kontroluje fyziologické funkce nemocného, ošetřuje defekty a je schopna poradit i v ostatních potřebách nemocného. (14, str. 10 - 100) Sestra respektuje zkušenosti a znalosti ostatních kolegů v týmu, je si vědoma své odbornosti, ale zná i meze svých možností a proto nepřekračuje své kompetence. (10, str. 10 - 70)

3.3.3 Sociální pracovník v týmu domácí hospicové péče

Sociální pracovník v týmu domácí hospicové péče by měl mít vysokoškolské vzdělání v oboru sociální politiky nebo sociálních prací či psychologie. Stejného vzdělání by měl mít dosaženo i koordinátor dobrovolníků. (4, str. 34 - 36)

3.3.4 Dobrovolníci v týmu domácí hospicové péče

Dobrovolníci věnují péči a čas nemocným bez nároku na odměnu a zpravidla nemají žádný předchozí vztah k nemocnému. V týmu jsou vedeni koordinátorem dobrovolníků. (4, str. 34 - 36) Práce dobrovolníků je ostatními členy týmu vysoce oceňována a jsou jeho naprosto plnohodnotnými členy. Velmi důležitým úkolem koordinátorů je dbát, aby dobrovolníci nebyli přetíženi a bylo na ně naprosto spolehnutí. (7, 124 - 125) Pro dobrovolníky v hospicovém týmu není stanoveno žádné požadované vzdělání.

3.4 Kritéria pro zařazení nemocného do programu domácí hospicové péče

Do programu domácí hospicové péče jsou zařazeni nemocní, kteří trpí nevléčitelnou nemocí (konečná stadia chronických onemocnění orgánů, chronická obstrukční plicní nedostatečnost, onkologická onemocnění, syndrom získaného selhání imunity, neurodegenerativní onemocnění a podobně), která se nachází v pokročilém či terminálním stadiu. Podmínkou zařazení do programu je informovanost nemocného o jeho nemoci a prognóze onemocnění. Dále musí být seznámen o možnostech, ale také limitech domácí hospicové péče a souhlasit s nimi. Nejdůležitějším kritériem, pro zařazení do programu je přání nemocného být ošetřován v domácím prostředí. (4, str. 10 - 36)

Kritéria nezbytná pro poskytování domácí hospicové péče musí splňovat také rodina nemocného. Rodina stejně jako nemocný musí znát možnosti a limity této formy péče a musí s nimi souhlasit. Musí znát zdravotní stav, diagnózu a prognózu člena rodiny, o kterého se rozhodla pečovat.

Nejdůležitějším kritériem ze strany rodiny je ochota spolupracovat na domácí péči a alespoň jeden člen rodiny musí být ochoten a připraven převzít odpovědnost za péči o nemocného. (4, str. 10 - 36) Pokud jsou splněny tyto podmínky, nevyskytuje se už žádný jiný důvod, který by zařazení do programu domácí hospicové péče vylučoval. Zařazení do tohoto programu indikuje lékař. (4, str. 10 - 36)

3.5 Hospicová péče a legislativa

Právní úpravy se v hospicové péči týkají dvou oblastí a to sociální a právní, Zákonem č. 48/2006 sb., o sociálních službách, Zákonem č. 48/1997sb., o veřejném zdravotním pojištění a Vyhláškou č. 505/2006sb., vztahující se k provedení zákona o sociálních službách. Zásadní potřebou v současné době je dořešení financování sociální složky paliativní péče. Opakovaná snaha Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (dále jen APHPP), prosadit do zákona o sociálních službách, novelizovaného na podzim 2011 péči o terminálně nemocné je zatím bezúspěšná. APHPP navrhovala začlenit do této novely rozšíření v §44 o další typy oddechových služeb pro terminálně nemocné a jejich rodiny. (16) Návrh byl následující: „Zvláštním typem odlehčovacích služeb jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby zaměřené na péči o osoby v terminálním stavu onemocnění, které jsou poskytovány v součinnosti se zdravotní ošetrovatelskou péčí

hrazenou dle Zákona č.48/1997 Sb., § 22 a 22a. Cílem služby je umožnit klientům a jejich blízkým vyrovnat se s umíráním blízké osoby a poskytnout jim podporu v truchlení.“(16)

3.5.1 Novely zákona č.48/1997Sb.

- Novela umožnila úhradu lůžkové a mobilní hospicové péče veřejným zdravotním pojištěním.
- Novela začlenila do úhradové vyhlášky ministerstva zdravotnictví kód 0730 pro specializovanou ústavní paliativní péči. Pro mobilní domácí hospicovou péči od roku 2010, pro lůžkovou péči již od roku 2007. (16)

3.5.2 Signální kód 06349

1. 1. 2010 nastala v péči o terminálně nemocné v domácí péči významná změna. Vykázáním tohoto kódu u terminálně nemocného se ruší omezená frekvence návštěv a výkonů na pouhé 3 hodiny za 24 hodin. Indikaci signálního kódu navrhuje a schvaluje praktický lékař nemocného. Stejně tak lékař určí zvýšenou frekvenci návštěv, která by neměla přesáhnout 6 hodin denně. Pokud je i tento časový limit nedostačující a stav nemocného vyžaduje jeho navýšení, je nutné tuto skutečnost doložit zdravotnickou dokumentací. (16) Využití signálního kódu 06349 u nemocného v terminálním stavu se nepředpokládá využívat déle jak 30 dnů. Pokud dojde k přesažení tohoto času, je nutné kontaktovat revizního lékaře a požádat o delší užívání signálního kódu. Hrazení paliativní péče nemocným v terminálním stavu v domácím prostředí specifikuje Zákon č.48/1997 Sb. (§22. Ods.2a) Zvláštní ambulantní péče a §22a Zvláštní ústavní péče a paliativní péče (16)

3.5.3 Novela zákona 372/2011 o zdravotních službách

Tento novelizovaný zákon specifikuje paliativní péči u nemocného v pokročilém stadiu svého onemocnění. Nevyléčitelně nemocní nesmí trpět bolestmi, péče se zaměřuje na zachování co nejlepší kvality života nemocného a zmírňování utrpení. (§5, ods.2, písmeno h).

Péče poskytovaná v domácím prostředí je zdravotní péče návštěvní služby a domácí péče. Patří sem také rehabilitačně léčebná, ošetrovatelská a paliativní péče. Tento zákon umožňuje v domácím prostředí poskytovat pouze takové zdravotní výkony, které ke svému výkonu nepotřebují technické a specializované vybavení nutná k výkonům ve zdravotnických zařízeních. Nemocným lze v domácím prostředí poskytnout i umělou

plicní ventilaci nebo peritoneální dialýzu. (25, §10, Zákona 372/2011 o zdravotních službách).

Legislativně nejsou všechny problémy v této oblasti vyřešeny ani přijetím tohoto zákona a jeho novelizace, jde ale o významný posun v této oblasti usnadňující poskytovatelům služeb zaměřených na péči o nevléčitelně nemocné v domácím prostředí jejich práci a nemocným dává větší možnosti ve zkvalitnění důstojného umírání v domácím prostředí.

3.6 Potřeby pro rozvoj lůžkových a mobilních hospiců v České republice

Česká republika je pokryta dosažitelnou hospicovou péčí velmi nerovnoměrně. V některých krajích dokonce zcela chybí. Hlavním problémem je neochota zdravotních pojišťoven odpovídajícím způsobem podpořit tento typ péče. Možnost vykazování a indikace takzvaného signálního kódu O6349 v domácí péči u terminálně nemocných řeší tento problém pouze částečně. (16)

3.7 Hospicová péče a finance

K financování hospiců je použito několika zdrojů. Zdravotní složka hospicové péče, péče paliativní je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Druhá, sociální složka zůstává stále nedořešena. V současné době je tato složka hospicové péče financována z dotací ministerstva práce a sociálních věcí, někde přispívají kraje a obce. Velká část financí je tvořena dary od sponzorů a to od podnikatelských i soukromých subjektů. Na nákladech péče se podílí i samotní klienti. (16)

3.7.1 Pacient a příspěvek na péči

Pečovat o umírajícího v rodině sebou nese velmi často velkou finanční zátěž. Jednou z možností, jak rodině situaci usnadnit je dávka zvaná Příspěvek na péči. Na tuto podporu má nárok každý nemocný, který je starší než jeden rok a potřebuje pomoc jiné osoby z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu. Přesnou definici, komu náleží dávka Příspěvek na péči, lze vyhledat v Zákoně č. 108/2006Sb. §8 řeší rozdělení stupně závislosti do čtyř skupin. § 11 téhož zákona řeší finanční výši příspěvku dle věku žadatele. (§11, Zákon č.108/2006Sb. O sociálních službách v platném znění). U dětí mladších 18 let, podle § 12 téhož zákona, je možno rodině, která o dítě pečuje a dosahuje

nízkých příjmů, zvýšit příspěvek o dalších 2000 Kč měsíčně. (§12, Zákon č.108/2006Sb., o sociálních službách v plném znění).(25)

4 PROBLÉMY V DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČI.

Velmi často se stává, že umírající pacient nezná pravdu o svém zdravotním stavu. Pokud žádá o ukončení hospitalizace, jsou mu předkládány různé důvody, proč domů nemůže. Pokud přesto trvá na svém přání, začne být vyvíjen tlak na jeho rodinu. Rodina je odrazována, přesvědčována o tom, že péči nezvládne. Pokud k propuštění přece jen dojde, je nemocný velmi často propuštěn z nemocniční péče bez nastavené paliativní léčby bolesti s doporučením pro praktického lékaře, ať on nastaví odpovídající léčbu bolesti. Ovšem málokterý nemocný má sílu svého lékaře navštívit a málokterý praktický lékař svého pacienta je ochoten navštívit ho doma. Nemocný tedy často posílá místo sebe svou rodinu, která často získává neúplné informace, především ohledně léčby bolesti. (17, str. 11-13) Až 99% umírajících trpí fyzickou bolestí. (15) Je tedy nezbytné, aby měl každý umírající kontinuálně nastaveno paliativní léčbu, zejména léčbu bolesti. Je nemyslitelné ji přerušit nebo ji vůbec nenaordinovat. (15) Pro nemocné, kteří chtějí dožít doma, může být přístup jeho praktického lékaře rozhodující.

4.1 Problém v malé informovanosti nemocných

Nemocní i jejich rodiny jsou nedostatečně informováni o všech formách péče, kterou lze nemocnému nabídnout. Velká část nemocných nemá o domácí hospicové péči žádné nebo jen velmi nepřesné informace. Stejně tak rodina pečující o vážně nemocného velmi často není informována o možnostech domácí, ale ani respitní péče. Pokud rodina nebo nemocný informace má, bývá velmi často od těchto forem péče zdravotníky odrazována. (18, str. 32-33)

4.2 Problém v dostupnosti péče.

Velkým problémem je dostupnost domácí hospicové péče, především na menších městech a na venkově. Pokrytí hospicové péče je v České republice naprosto nedostačující.

4.3 Problematická spolupráce s praktickými lékaři

Od praktických lékařů se nemocní o možnosti domácí hospicové péče dozví jen velmi vzácně. Valná část nemocných a jejich blízkých o možnostech této péče získají informace z internetu nebo od známých. Spolupráce mezi praktickými lékaři a agenturami domácí hospicové péče nebývá dobrá. Často odmítají navštěvovat své klienty v domácím prostředí. Nemohou tedy reagovat na aktuální zdravotní a psychický stav nemocného a jeho rodiny. I když by znalost podávání opiátů a jejich dávkování mělo být samozřejmostí (18, str. 32-33) Bohužel tomu tak vždy není, protože někteří praktičtí lékaři dokonce ani nevlastní tiskopisy na předepisování opiátů. (17, str. 11-13) V zájmu nemocných by měl praktický lékař spolupracovat s ostatními obory lékařské péče stejně jako s agenturami domácí hospicové péče. Někteří praktičtí lékaři nejsou schopni ani odlišit kvalifikovanou všeobecnou sestru pracující v domácí hospicové péči od pečovatelky V žádném případě by neměl nemocnému zatajovat pravdu o jeho zdravotním stavu. (18, str. 32-33) Je alarmující, že valná většina praktických lékařů nedoporučuje svým umírajícím pacientům domácí hospicovou péči. (17, str. 32-33) Většina onkologických pacientů a ostatních nemocných v terminálním stadiu nemoci se ocitá naprosto zbytečně na odděleních pro dlouhodobě nemocné. Pokud není umírajícímu nabídnuta vhodná odborná lékařská péče, umírání může být strašlivé. Při dobré odborné péči ze strany lékaře a jiných členů zdravotního týmu ve spolupráci s rodinou, může být umírání snesitelné. Při podpoře lidské dimenze umírání má umírající velkou šanci, že jeho zakončení života bude stejně vzácnou a intimní událostí jakou byl jeho příchod na tento svět, tedy jeho narození. (19, str. 95) Velký problém představuje u praktických lékařů odborná neznalost paliativní medicíny, a to i přes skutečnost, že v České republice hospice pravidelně pořádají pro lékaře na téma paliativní medicína odborné semináře (2, str. 11)

4.4 Problém se zatajováním pravdy o zdravotním stavu.

Pro nemocného je velmi důležité znát pravdu o prognóze nemoci. Stejně tak je to důležité pro jeho rodinu. Nemocný, který umírá, si potřebuje nebo chce ještě zařídít spoustu věcí. Diagnóza a prognóza nemoci jsou ale velmi často sdělovány nevhodným způsobem, pozdě, v některých případech není tato informace poskytnuta vůbec. Všeobecná sestra diagnózu nemocnému ani rodině sdělit nemůže a proto je pro ni velmi obtížná péče o takového nemocného. Pokud budeme postupovat v souladu s platnými právními

normami, je prvořadě informovat především pacienta a teprve po jeho souhlasu (komu ano), další osoby. (5, str. 112)

4.5 Problémy nemocného v rodině.

Velmi často žijí nemocní nebo jejich rodiny, které se o ně chtějí starat v domácí péči, v malých bytech nebo domech bez možnosti použití výtahu. V bytech se nachází malé pokoje, kam mnohdy nelze umístit všechny pomůcky nezbytné pro poskytování kvalitní péče nemocnému. Dalším problémem je nedostatek kompenzačních pomůcek, které by rodině usnadnily péči. Velmi často se stává, že soukromí nemá nemocný ani jeho blízcí, kteří o něho pečují. (20) Bylo by ideální, kdyby pečující rodina měla možnost uzpůsobit své prostory stávající situaci, stejně tak, aby disponovala dostatečným množstvím vhodných a funkčních kompenzačních pomůcek. Rodiny by měli mít dostatek informací o organizacích, které jim s těmito problémy mohou pomoci.

4.6 Problém bolesti a její nedostatečné léčby.

Lidé si umírání spojují s bolestí, která přetrvává a je neovladatelná. To, že většina lékařů a zdravotnických zařízení bolest aktivně neléčí, neznamená, že bolest nelze zvládnout. K lékům, které se využívají v hospicové péči, patří velká skupina medikamentů, velmi účinná při zvládnání bolesti, pokud se aplikují ve správné dávce a na správný druh bolesti. Pokud tedy bolest u nevyléčitelně nemocných přetrvává, není to proto, že by lékařům chyběly prostředky na její zvládnutí, ale chybí jim vůle. (19, str. 60 - 156) Mnozí nemocní, jejich rodiny, ale i někteří lékaři mají fobii z opiátů, což bývá také jeden z důvodů nezvládnutí bolesti. Také je problém v současném vzdělávání praktických lékařů, které je nenaučí vhodně vyhodnotit a iniciačně bolest léčit. (19, str. 60 - 156) Praktičtí lékaři předepisují opiáty v jakémkoliv množství, aniž by nemocného navštívili a zhodnotili jeho stav a potřeby, nebo odmítají opiáty předepisovat vůbec a jako důvod často uvádějí absenci receptů s modrým pruhem, které jsou pro naordinování opiátů nezbytné. (2, str. 139 - 140)

4.7 Problém nedostatečného vzdělávání zdravotníků v paliativní péči

Specificky zaměřené vzdělání je velmi důležité pro poskytování kvalitní paliativní péče. Mudr. Marie Svatošová a tým jejích spolupracovníků založil v hospici Anežky České 1. vzdělávací centrum. Pořádají se zde semináře, přednášky, je možno absolvovat i individuální pohovor, zatelefonovat nebo požádat o konzultaci. Centrum je určeno odborníkům, kteří uvažují o založení hospice nebo v něm chtějí pracovat, je určeno i laikům, kteří pečují o těžce nemocného, ale i pracovníkům ze standardních zdravotnických zařízení. Dnes poskytují tyto služby i další hospice. (2, str. 11) Zdeněk Kalvach a Ondřej Sláma vytvořili na základě zkušeností ze Švýcarska Přehled ucelené koncepce o vzdělávání v paliativní péči.

Členi zde vzdělávání do tří stupňů – pochopení, prohloubení, specializace. Každý z těchto stupňů favorizuje jeden z důrazů péče. Bere ohled na dosud dosažené vzdělání, ale i pracovního umístění školeného člena. Na tuto příručku navazuje další, s názvem Respektování lidské důstojnosti. Obsahuje řadu praktických cvičení, díky kterým si studenti udělají konkrétní představu o tom, co je lidská důstojnost.

Od 90. let 20. století se také angažuje v této oblasti Sekce paliativní medicíny při Společnosti pro studium a léčbu bolesti Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně.

Od roku 2001 je možno studovat na Subkatedře paliativní medicíny, která byla zřízena v institutu pro postgraduální vzdělání ve zdravotnictví v Praze.

Od roku 2004 lze získat atestaci v oboru paliativní medicína a léčba bolesti. Tento obor navazuje na obor anesteziologie a resuscitace. (2, str. 11)

Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně se věnuje také vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Nejnovější vzdělávací kurz pro všeobecné sestry v oblasti hospicové a paliativní péče proběhne 1. – 4. Dubna 2014. (29)

Certifikované kurzy a konference v oblasti paliativní medicíny poskytuje také Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Nejbližší konference pořádaná národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů se bude konat 20. 9. 2014 pod názvem: Paliativní péče. (26)

Možnosti vzdělávání v oboru paliativní medicíny nejsou zdravotníky využívány v dostatečné míře. Nedostatečné vzdělání zdravotníků v oblasti paliativní medicíny je v praxi

problém. Hlavní problém se týká komunikace. Chyby, kterých se zdravotníci dopouštějí, jsou velkou mírou zapříčiněny nedostatečnou přípravou po dobu jejich studia. (22, str. 50 - 150)

V České republice je paliativní medicína a léčba bolesti uznána od roku 2004 Zákonem č. 95/2004 Sb. za samostatný obor. Přesto se na tento obor laická, ale i odborná veřejnost dívá jako na méně důležitou součást péče o nemocné.

4.8 Laskavá péče

Krátce před smrtí odpověděl nemocný v jednom britském hospici na otázku, jak si představuje laskavou péči. Dnes se používá tato odpověď jako vodítko v péči o umírající.

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

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

Když ke mně přijdete a věříte ve mně, uzdravení – neuzdravení.

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

Když mě berete jako individualitu.

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

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

Když se nesusoustředíte na mé nálady, ale na mě jako na osobu.

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

Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce. Tím se ve vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnu i okamžik smrti, až přijde.“ (7, str. 21, 22)

5 PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO ČLOVĚKA

Péče o umírajícího člověka je velmi náročná ve zdravotnickém zařízení, ale v domácích podmínkách je tato péče mnohem náročnější. Členové rodiny musí provádět hygienu u nemocného, pokud ji už sám není schopen zvládnout, pečovat o vyprazdňování nemocného, připravují jídlo, dohlížíjí na pitný režim. Pokud má nemocný otevřené rány na těle, pečují také o ně. V neposlední řadě aplikují v pravidelných intervalech léky. To vše provádějí celých 24 hodin denně. K tomu všemu ale rodina musí dál žít normálním životem, provádět domácí práce, starat se o děti. (21, str. 10 - 212) Pokud není rodině nabídnuta pomoc, velmi často se stává, že dojde k vyčerpání fyzických, ale hlavně psychických sil pečujících a svou péči vzdají. Je proto velmi důležité nabídnout včas pomoc, seznámit rodinu s domácí hospicovou péčí, vysvětlit její možnosti, jakou formu péče nabízí. Nabídnuta by měla být i forma respitní péče, zejména tam, kde rodina pečuje o nemocného dlouhodobě. V praxi se bohužel velmi často setkáváme s podceňováním těchto forem pomoci.

5.1 Dobožováno v domácím prostředí: chvíle poté

Mezi první pocity, které pozůstali pociťují, patří bezradnost. I když smrt očekávali, nyní, když situace nastala, nevědí často jak reagovat. Reakce na odchod blízkého člověka mohou být a jsou velmi různé. Od ticha, přes hysterický pláč nebo křik či výrazný motorický neklid. Tyto pocity je dobré prožít, proto jim zdravotník nemá bránit. Pozůstali se snaží pochopit a akceptovat nastalou situaci a jen na nich záleží, jaký způsob si zvolí. (2, str. 95 - 97) V prvních minutách je vhodné tiše postát, věřící lidé se často modlí. Je možné otevřít okno, aby „duše mohla volně vylétnout“. Je vhodné posedět s pozůstaly, zavzpomínat na zemřelého, zapálit svíčky a podobně. (2, str. 95 – 97, 30, str. 121) Lidem bývá nepříjemné být v pokoji sám s mrtvým tělem. Sestra z domácí hospicové péče, pokud je požádána, vždy zůstane s pozůstaly. Provádí i péči o zemřelé tělo, pokud se rodina nerozhodne jinak. Důležité je nadále zacházet s mrtvým tělem s úctou, zachovat důstojnost zemřelého. Kontaktuje se praktický lékař zemřelého. Pokud není k dispozici, volá se lékařská služba první pomoci. Konstatovat smrt musí vždy lékař na základě daných odborných kritérií, stanovených pro tuto situaci. (2, str. 95 – 97)

6 EUTANAZIE

Eutanázie - z řeckého eu – dobrý a thanatos – smrt. Tedy dobrá smrt

Slovo eutanazie má mnoho významů, kdy lze říci, že jde o souhrnné označení pro celou škálu velice odlišných situací. Eutanázie je ale nejčastěji spojována s usmrcením těžce a nevyлéčitelně nemocného na jeho vlastní žádost. Jde o kontroverzní téma, které rozděluje veřejnost na horlivé zastánce a důsledné odpůrce. (2, str. 16, 131 – 133)

Eutanazie je povolena v Nizozemí, Belgii a Lucembursku. (24) v České republice je zakázána a v případě, kdy by byla provedena, bude kvalifikována jako trestný čin.

Eutanázie - z řeckého eu – dobrý a thanatos – smrt. Tedy dobrá smrt.

6.1 Eutanazie aktivní

Nebo také strategie přeplněné stříkačky. Je to forma eutanazie, kdy život nemocného ukončí lékař na výslovné přání nemocného. (23, str. 6 - 118)

6.1.1 Aktivní eutanazie nevyžádaná

Jde o variantu aktivní eutanazie, kdy je předpoklad, že nemocný by s eutanazií souhlasil, ale jeho ve stavu, kdy už toho není schopen.

6.2 Eutanázie nedobrovolná

O nedobrovolnou eutanázii se jedná v případě, kdy nelze doložit, že si ji nemocný přál, je tedy nechtěná a nevyžádaná.

6.3 Eutanazie pasivní

Pasivní eutanazie nebo také strategie odkloněné stříkačky. (2, str. 150 - 157) O pasivní eutanazii mluvíme tehdy, pokud se neprovádějí žádné úkony, které by prodlužovaly život nemocného.

6.4 Asistovaná sebevražda

Zvláštní postavení má Švýcarsko, kde je eutanazie také zakázána, ale poskytuje se zde asistovaná sebevražda, kterou poskytují společnosti s názvem Exit a Dignitis. Nemocný, který se rozhodne ukončit život, zkontaktuje lékaře z jedné nebo druhé organizace. Pokud jsou splněny podmínky pro asistovanou sebevraždu, obdrží nemocný recept, na jehož základě dostane smrtící látku. Vlastní provedení ukončení života probíhá na půdě uvedených organizací, kde si ji nemocný aplikuje sám. Možnost asistované sebevraždy existuje také v americkém státě Oregon. (24)

6.5 Living will

Living will neboli výraz životní vůle. Living will se používá např. v USA. Jde o svobodné, předem připravené prohlášení, kde se občan vyjádřil k vlastní možné budoucí léčbě pro případ, kdy už toho nebude schopen. Rozhodne, které léčebné zákroky v tomto případě odmítá, se kterými souhlasí. Dále si občan může vybrat a stanovit svého zástupce z rodiny nebo přátel, který bude na plnění přání dohlížet. (23, str. 6 - 118) V České republice je eutanazie zakázána. Povolena není ani asistovaná sebevražda. (2, str. 150 - 157) Etický kodex České lékařské komory v II. oddílu článku 7 uvádí: u nevléčitelně nemocných a umírajících lékař tiší bolest, zachovává lidskou důstojnost a mírní utrpení. Bezprostředně přicházející smrt neoddaluje za každou cenu a nesměřuje k tomu ani jeho jednání. Eutanazie ani asistovaná sebevražda jsou nepřipustné. (23, str. 6 - 118)

6. 11. 2011 byl schválen Zákon 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. S účinností od 1. 4. 2012. § 36 tohoto zákona s názvem Dříve vyslovená přání, umožňuje i nemocným v České republice sepsání listiny podobné Living will.(23) Veřejnost se staví k problému eutanazie velmi nejednoznačně. Ale zastánci i odpůrci eutanazie se shodují na nutnosti poskytnout umírajícím důstojný konec života.

PRAKTICKÁ ČÁST

7 FORMULACE PROBLÉMU

7.1 Hlavní problém

Péče o umírající je v naší republice stále na okraji zájmu veřejnosti. Vzhledem ke stárnutí naší populace, kdy staří lidé začínají tvořit větší část naší společnosti a významnému vzestupu onkologických onemocnění, bude v blízké budoucnosti toto téma stále aktuálnější. Při práci na teoretické části této práce jsem prostudovala velké množství literatury na dané téma a zjistila jsem, o jak závažné a opomíjené téma se jedná. Problém se mi jeví daleko obsáhlejší, nejde jen o samotnou péči o umírající a těžce nemocné. Problém vidím především v malé informovanosti a ochotě praktických lékařů nebo špatné spolupráci se zdravotními pojišťovnami. Velkým problémem je také ochota a možnosti rodiny podílet se na péči o člena své rodiny. Valná část veřejnosti nemá podle mého názoru dostatek informací o službách, které by jim tuto péči usnadňovaly. Bohužel jsou častěji od svého rozhodnutí pečovat o člena své rodiny v domácím prostředí odrazovány a to nejčastěji právě zdravotníky. Pro tyto rodiny jsou špatně nastavené podmínky a to jak finanční tak sociální pro tyto rodiny. Společnost by se měla začít vážně zajímat o způsoby péče, která bude dostupná všem a zaručí umírajícím důstojné zakončení života. Domácí hospicová péče je jednou z možností péče o umírající. Tato forma péče není v České republice zatím moc rozšířená. Důvodů, proč tomu tak je, je více. Jedním z nich je malé povědomí veřejnosti o této možnosti péče, její špatná dosažitelnost nebo nedostatečné vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti paliativní medicíny a jejich ne vždy pozitivním přístupem k možnosti domácího umírání. Společnost neví, co může od této formy péče očekávat a jaké k tomu zaujmout stanovisko. V praktické části mé bakalářské práce jsem se po zjištění výše uvedených skutečností rozhodla pokusit se zjistit, jaký postoj k domácí hospicové péči zaujímá laická a zdravotnická nelékařská veřejnost. Dále mě zajímalo, jak informovaní o tomto tématu jsou.

8 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit jaký postoj zaujímá laická a zdravotnická nelékařská veřejnost na možnost domácí hospicové péče a jaká je jejich informovanost o tomto tématu.

8.1 Dílčí cíle

Cíl 1: Zjistit, jaká je informovanost laické veřejnosti o domácí hospicové péči.

Předpoklad 1: Předpokládám, že dostatečné množství informací o domácí hospicové péči má méně jak 40% respondentů z řad laické veřejnosti.

Otázky č. 2, 3, 4, 11, 12, 13, 14,15

Cíl 2: Zjistit jaká je informovanost zdravotnické nelékařské veřejnosti o domácí hospicové péči.

Předpoklad 2: Předpokládám, že dostatečné množství informací o domácí hospicové péči má méně jak 60% respondentů ze zdravotnické nelékařské veřejnosti.

Otázky č. 2, 3, 4, 11, 12, 13, 14, 15

Cíl 3: Zjistit, jaký postoj k umírání v domácí péči (doma), zaujímá laická veřejnost.

Předpoklad 3: Předpokládám, že více jak 50% laické veřejnosti zaujímá kladný postoj k umírání v domácí péči.

Otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 16

Cíl 4: Zjistit, jaký postoj k umírání v domácí péči (doma), zaujímá zdravotnická nelékařská veřejnost.

Předpoklad 4: Domnívám se, že kladný postoj k umírání v domácí péči (doma), zaujímá méně než 50% respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti.

Otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 16

9 METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Ke zpracování mé bakalářské práce na téma „Problematika Domácí hospicové péče“ jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu. Průzkumné šetření bylo prováděno formou dotazníkového šetření.

Bylo osloveno celkem 200 respondentů, z toho 100 respondentů z laické veřejnosti a 100 respondentů ze zdravotnické nelékařské veřejnosti.

Návratnost u dotazníků od laické veřejnosti byla 70%, vrátilo se tedy 70 řádně vyplněných dotazníků.

Návratnost od zdravotnické nelékařské veřejnosti byla 80%, vrátilo se tedy 80 řádně vyplněných dotazníků.

Dotazník byl zcela anonymní, respondenti jej vyplnili zcela dobrovolně. Dotazník byl vytvořen z otázek polootevřených, kde měli respondenti možnost vyjádřit vlastní myšlenky z otázek uzavřených, kde respondenti vybírali z nabízených možností takovou, která se jim jevila jako nejvhodnější. Dále jsem použila dvě ověřovací otázky. Celkově dotazník obsahoval 16 otázek.

Výsledky, které z šetření vplynuly, byly vyhodnoceny pomocí grafů.

10 VZOREK RESPONDENTŮ

Pro zvolení vhodného vzorku respondentů jsem vycházela ze zvolených dílčích cílů.

Pro potvrzení prvního a třetího předpokladu jsem zvolila respondenty z řad laické veřejnosti. Nestanovila jsem si žádná jiná kritéria. Dotazníky byly rozdány náhodně mým příbuzným, přátelům a známým. Dále jsem požádala o pomoc spolužačky, které dotazníky předaly svým rodinným příslušníkům.

Pro potvrzení druhého a čtvrtého předpokladu jsem zvolila respondenty z řad zdravotnické nelékařské veřejnosti. Jednalo se o všeobecné sestry s odbornou praxí nejméně tři roky. Jiná kritéria jsem si nestanovila. Požádala jsem o vyplnění dotazníku své současné spolužačky ze studia, které pracují na různých standardních odděleních, a bývalé spolužačky ze střední zdravotnické školy. Dále jsem požádala o vyplnění dotazníku mé spolupracovnice.

Výzkum neprobíhal na půdě žádného zdravotnického zařízení. Výzkum probíhal od 1. 6. 2013 do 30. 10. 2013

11 ANALÝZA ÚDAJŮ

Filtrující otázka měla za úkol zjistit, zda respondent odpovídající na daný dotaz je zástupcem laické nebo zdravotnické nelékařské veřejnosti.

Otázka č. 1

Prosím označte, jste:

- a. Laik
- b. Zdravotník – nelékař

Na tuto otázku odpovídalo 70 (100%) respondentů laické veřejnosti a 80 (100%) respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti. Jednalo se o uzavřenou filtrovací formu otázky.

Cíl číslo 1: Zjistit, jaká je informovanost laické veřejnosti o domácí hospicové péči.

Předpoklad 1: Předpokládám, že dostatečné množství informací o domácí hospicové péči má méně jak 40% respondentů z řad laické veřejnosti.

Otázky č. 2, 3, 4, 11, 12, 13, 14, 15 a (č. 1)

Cíl číslo 2: Zjistit jaká je informovanost zdravotnické nelékařské veřejnosti o domácí hospicové péči.

Předpoklad 2: Předpokládám, že dostatečné množství informací o domácí hospicové péči má méně jak 60% respondentů ze zdravotnické nelékařské veřejnosti.

Otázky č. 2, 3, 4, 11, 12, 13, 14, 15 a (č. 1)

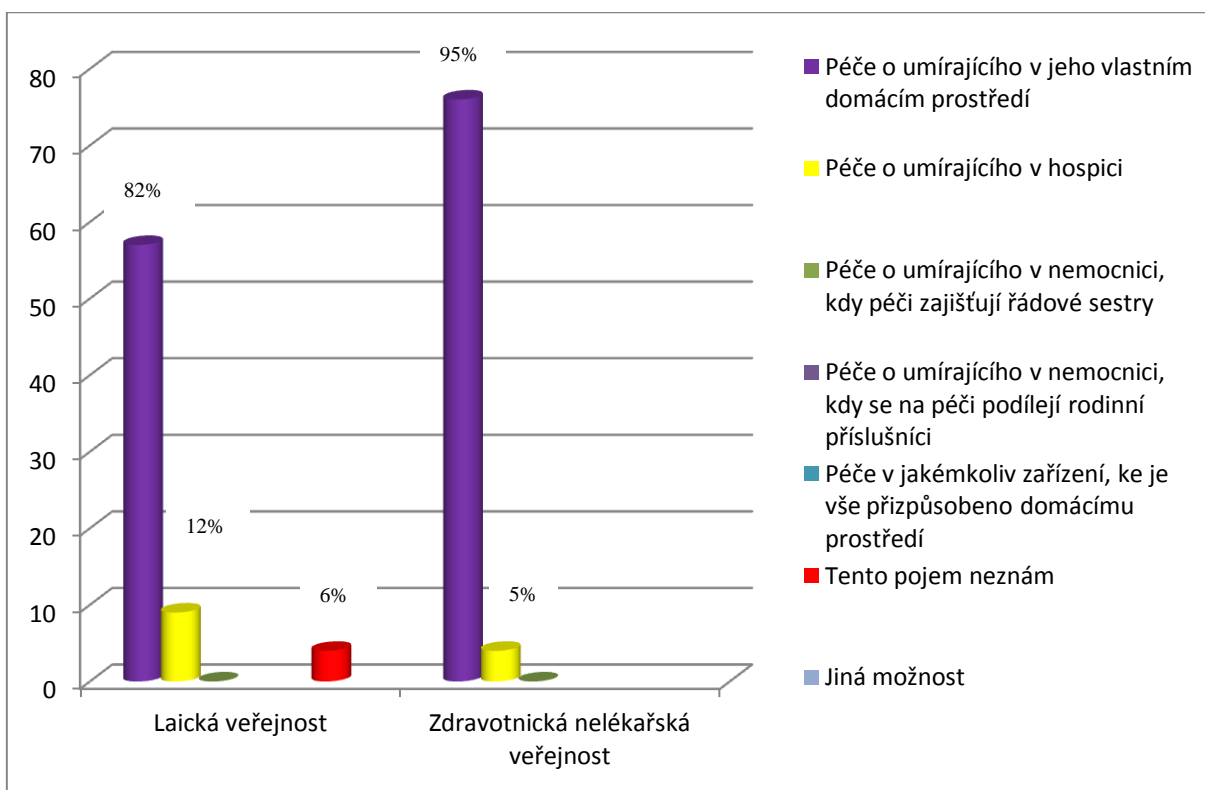
Otázka č. 2

Domácí hospicová péče je:

- a. Péče o umírajícího v jeho vlastním domácím prostředí
- b. Péče o umírajícího v hospici
- c. Péče o umírajícího v nemocnici, kdy péči zajišťují řádové sestry
- d. Péče o umírajícího v nemocnici, kdy se na péči podílejí rodinní příslušníci
- e. Péče v jakémkoliv zařízení, kde je vše přizpůsobeno domácímu prostředí
- f. Tento pojem neznám
- g. Jiná možnost.....

Úkolem této otázky bylo zjistit, zda respondenti znají pojem domácí hospicová péče. Jednalo se o polootevřenou formu otázky, kdy respondenti měli možnost zvolit i jinou možnost odpovědi. Nikdo z nich této možnosti nevyužil. Na tuto otázku odpovídalo 70 (100%) respondentů z laické veřejnosti a 80 (100%) respondentů ze zdravotnické nelékařské veřejnosti

Graf č. 1: Domácí hospicová péče je



Zdroj: vlastní

Popis grafu: Úkolem této otázky bylo zjistit, zda respondenti znají pojem domácí hospicová péče. Jednalo se o polootevřenou formu otázky, kdy respondenti měli možnost zvolit i jinou možnost odpovědi. Nikdo z nich této možnosti nevyužil. Na tuto otázku odpovídalo 70 (100%) respondentů z laické veřejnosti a 80 (100%) respondentů ze zdravotnické nelékařské veřejnosti

57 (82%) respondentů z řad laické veřejnosti odpovědělo, že domácí hospicová péče, je péče o umírajícího v jeho vlastním domácím prostředí. 9 (12%) respondentů uvedlo, že jde o péči v hospici. 4 (6%) respondenti tento pojem neznají

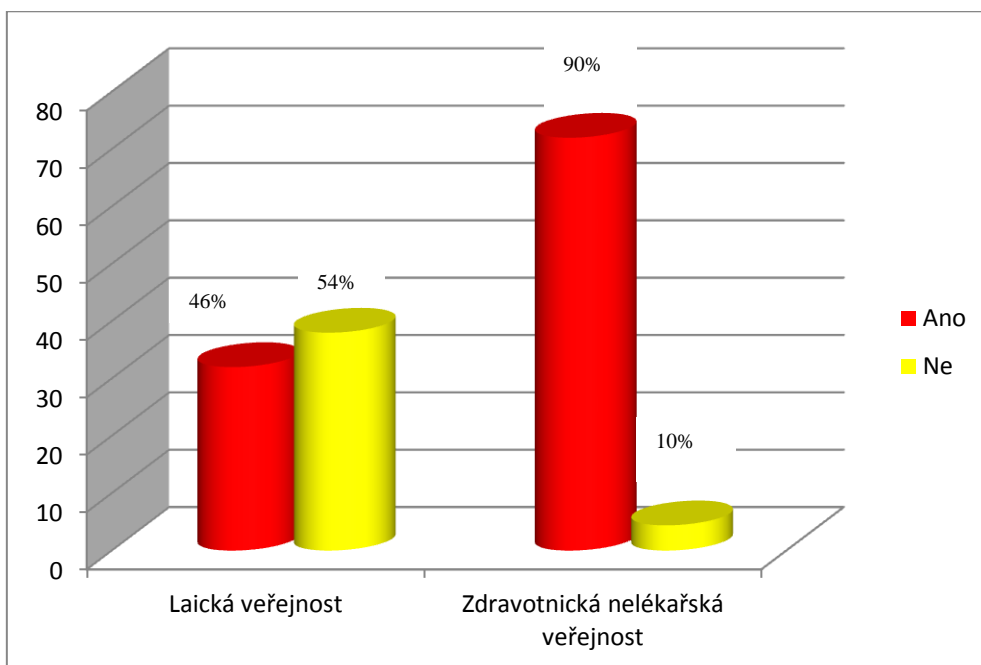
76 (95%) respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti uvedlo, že se jedná o péči o umírajícího v domácím prostředí. V hospici. 4 (5%) respondentů si myslí, že jde o péči v hospici.

Otázka č. 3

Víte o možnosti využít při péči o svého blízkého doma, pomoci pracovníků agentur domácí hospicové péče?

- a. Ano
- b. Ne

Graf č. 2: Víte o možnosti pomoci agenturou Domácí hospicové péče?



Zdroj: vlastní

Popis grafu: Úkolem této otázky bylo zjistit, zda respondenti vědí o možnosti využít při péči o své blízké doma pomoci pracovníků agentur Domácí hospicové péče. Jednalo se o formu uzavřené otázky, kdy respondenti neměli možnost zvolit jinou odpověď.

Z celkového počtu 70 (100%) respondentů laické veřejnosti odpovědělo 32 (46%) respondentů, že vědí o této formě pomoci. Oproti tomu 38 (54%) respondentů odpovědělo záporně, uvedli, že nevědí o této formě pomoci.

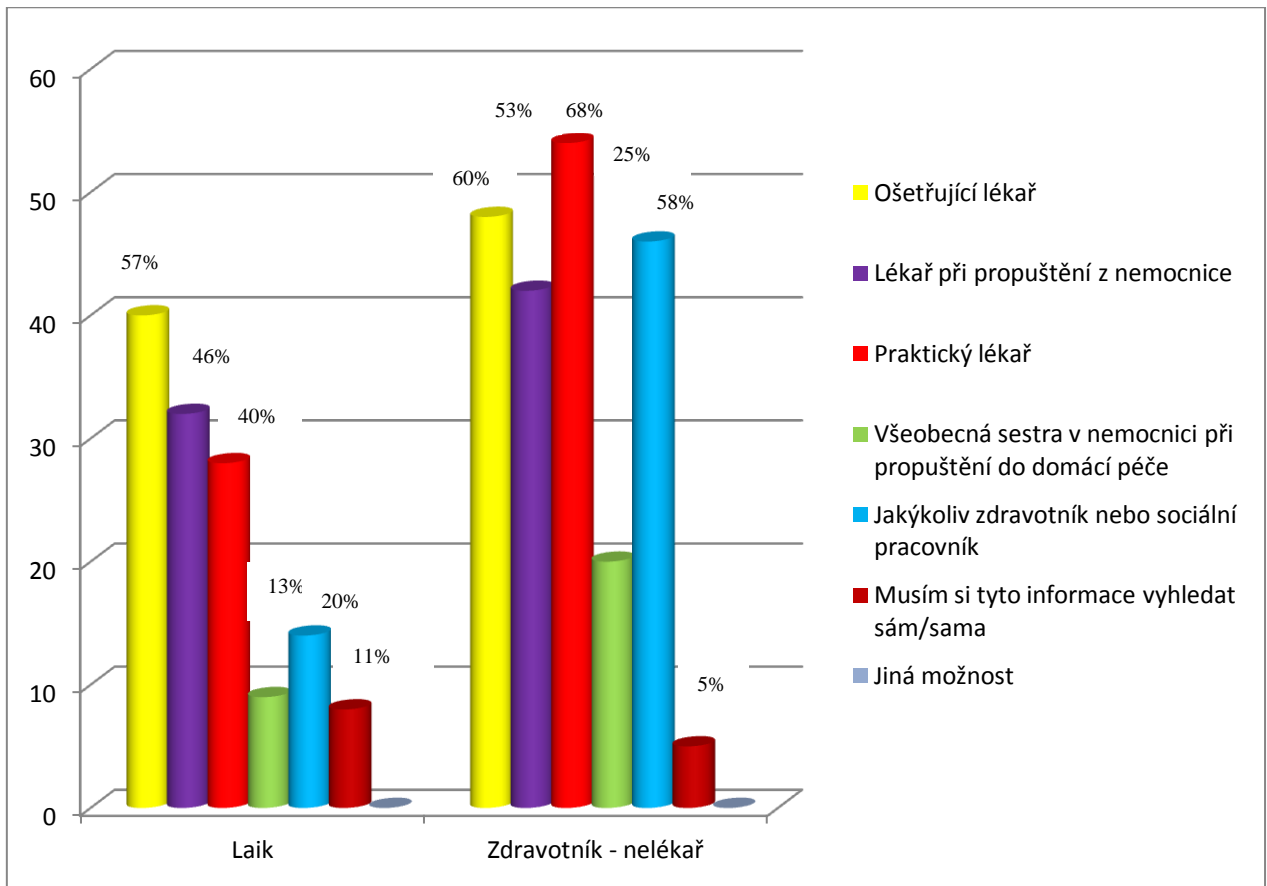
Z celkového počtu 80 (100%) respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti odpovědělo 72 (90%) kladně, vědí tedy o této pomoci. Pouze 8 (10%) respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti o této možnosti.

Otázka č. 4

Kdo podle Vás, by vám měl informaci o možnosti Domácí hospicové péče poskytnout? (Respondent mohl označit i více odpovědí)

- Ošetřující lékař
- Lékař při propuštění z nemocniční péče
- Praktický lékař
- Všeobecná sestra v nemocnici při propuštění do domácí péče
- Jakýkoliv zdravotník nebo sociální pracovník
- Musím si tyto informace vyhledat sám/sama
- Jiná možnost

Graf č. 3: Kdo by vám měl informace o domácí hospicové péči poskytnout?



Zdroj: vlastní

Popis grafu: Úkolem této otázky bylo zjistit, kdo by podle respondentů měl informace o Domácí hospicové péči poskytnout. Jednalo se o formu polozavřené otázky, kdy respondenti měli možnost zvolit i jinou formu odpovědi. Nikdo z respondentů této možnosti nevyužil. Respondenti mohli zvolit více odpovědí. Na tuto otázku odpovídalo 70

(100%) respondentů laické veřejnosti a 80 (100%) respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti.

Na tuto otázku odpovídalo 70 (100%) respondentů laické veřejnosti. 40 (57%) odpovědělo, že informace by měl poskytnout ošetřující lékař. 32 (46%) zvolilo odpověď Lékař při propuštění z nemocniční péče. 28 (40%) odpovědělo, že praktický lékař, 9 (13%) očekává informace od všeobecné sestry při propuštění do domácí péče, 14 (20%) si myslí, že informace má poskytnout jakýkoliv zdravotník nebo sociální pracovník, 8 (11%) si myslí, že informace si musí vyhledat sami.

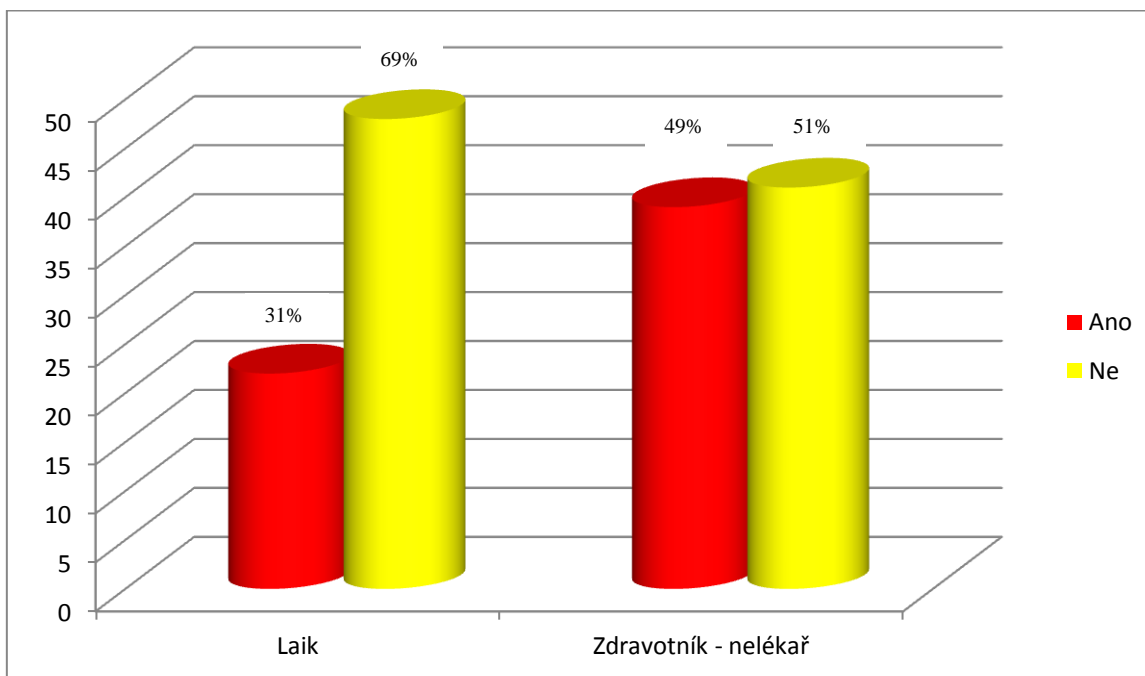
Ze zdravotnické nelékařské veřejnosti odpovídalo 80 (100%) respondentů z toho 48 (60%) uvedlo jako odpověď možnost ošetřující lékař. 42 (53%) si myslí, že informace má poskytnout lékař při propuštění z nemocniční péče, 54 (68%) očekává informace od praktického lékaře, 20 (25%) si myslí, že by je měla poskytnout všeobecná sestra v nemocnici při propuštění do domácí péče. 46 (58%) očekává informace od jakéhokoliv zdravotníka nebo sociálního pracovníka. 4 (5%) respondenti se domnívají, že informace si musí vyhledat sami.

Otázka č. 11

Znáte nějakou agenturu (organizaci), která nabízí pomoc rodinám v péči o umírající a těžce nemocné doma?

- a. Ano
- b. Ne

Graf č. 4: Znáte nějakou agenturu nabízející pomoc rodinám pečujícím o umírající doma?



Zdroj: vlastní

Popis grafu: Úkolem této otázky bylo zjistit, zda respondenti znají nějakou agenturu poskytující péči o umírající a těžce nemocné v domácnosti. Jednalo se o uzavřenou formu otázky, kdy respondenti neměli možnost jiné odpovědi. Na tuto otázku odpovídalo 70 (100%) respondentů laické veřejnosti, z toho 22 (31%) odpovědělo kladně a 48 (69%) respondentů záporně.

Ze zdravotnické nelékařské veřejnosti odpovídalo na tuto otázku 80 (100%) respondentů, z toho jich 39 (49%) odpovědělo kladně a 41 (51%) záporně.

Pro ověření odpovědí na otázku č. 11 jsem položila respondentům, kteří odpověděli kladně, ověřující otázku.

Otázka č. 12

Pokud jste na otázku č. 11 odpověděl/a ano, napište prosím název organizace, kterou znáte.

Na tuto ověřovací otevřenou otázku odpovídalo 22 (31%) respondentů z laické veřejnosti

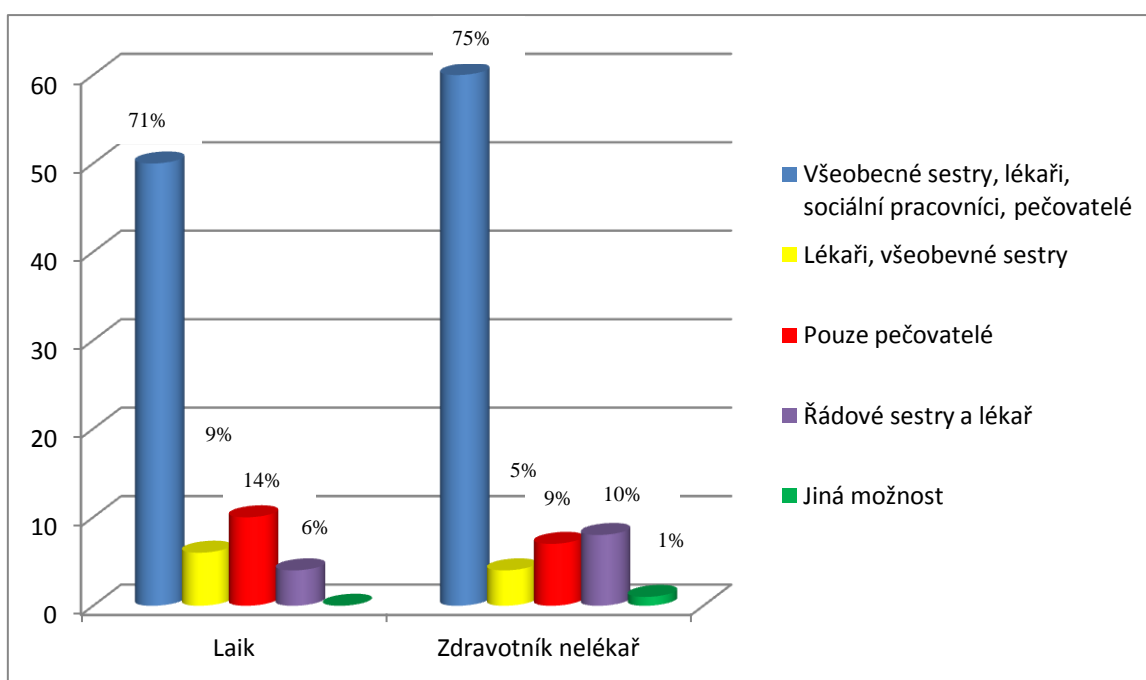
Na tuto ověřovací otevřenou otázku odpovídalo 39 (49%) respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti.

Otázka č. 13

V agenturách domácí hospicové péče (pracovníci pomáhající Vám doma s umírajícím nebo těžce nemocným členem rodiny) podle Vašeho názoru pracují:

- Všeobecné sestry, lékaři, sociální pracovníci, pečovatelé
- Lékaři, všeobecné sestry
- Pouze pečovatelé
- Řádové sestry a lékař
- Jiná možnost

Graf č. 5: Kdo podle Vás pracuje v agenturách domácí hospicové péče?



Zdroj: vlastní

Popis grafu: Úkolem této otázky bylo zjistit, zda mají respondenti představu, kdo pracuje v agenturách domácí hospicové péče. Jednalo se o formu otevřené otázky, kdy respondenti měli možnost zvolit i jinou odpověď. Této možnosti využil jeden respondent zdravotnické nelékařské veřejnosti.

Na tuto otázku odpovídalo 70 (100%) respondentů laické veřejnosti, kdy 50 (71%) respondentů zvolilo správnou odpověď. 6 (9%) respondentů uvedlo, že v agenturách domácí hospicové péče pracují lékaři a všeobecné sestry, 10 (14%) respondentů si myslí, že pouze pečovatelé a 4 (6%) respondentů se domnívá, že tam pracují řádové sestry a lékař.

Na tuto otázku odpovídalo 80 (100%) respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti.

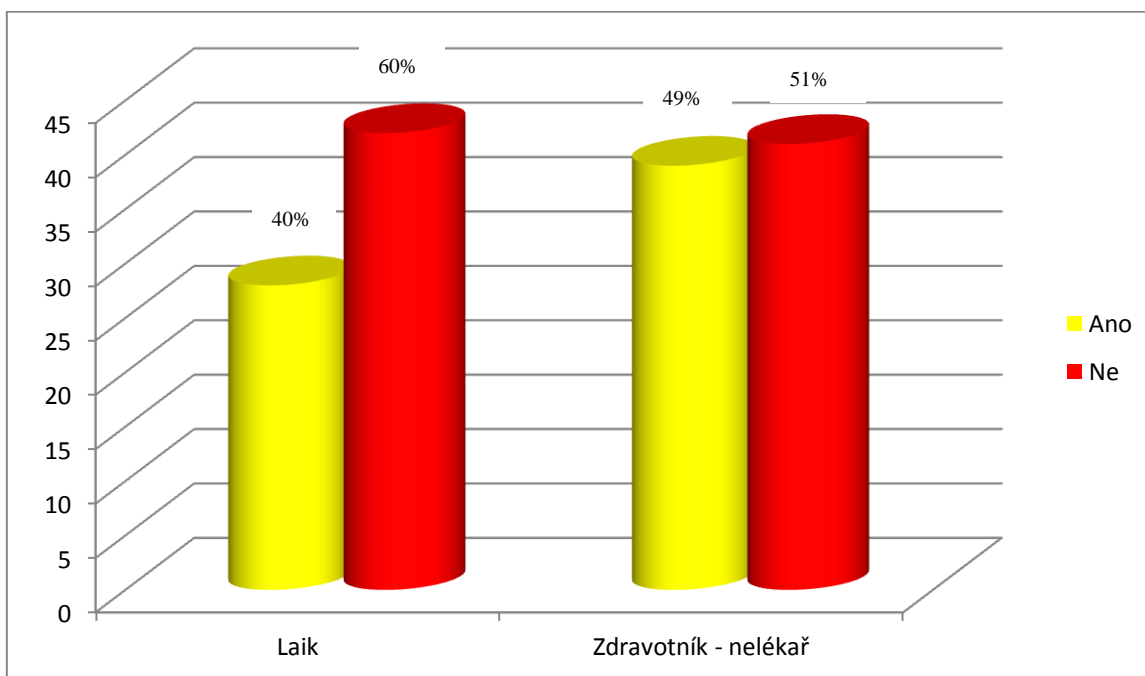
60 (75%) respondentů odpovědělo správně. 4 (5%) si myslí, že v agenturách Domácí hospicové péče pracují lékaři a všeobecné sestry, 7 (9%) si myslí, že pouze pečovatelé. 8 (10%) respondentů se domnívá, že tam pracují řádové sestry a lékař. 1 (1%) respondent využil možnosti jiné odpovědi a uvedl, že neví, kdo pracuje v agentuře domácí hospicové péče.

Otázka č. 14

Víte, jak Vám mohou zaměstnanci Domácí hospicové péče pomoci? (zaměstnanci, pomáhající Vám s péčí o těžce nemocného nebo umírajícího člena u Vás doma).

- a. Ano
- b. Ne

Graf č. 6: Víte, jak Vám mohou pracovníci domácí hospicové péče pomoci?



Zdroj: vlastní

Popis grafu: Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda respondenti vědí, jakou pomoc mohou od agentury domácí hospicové péče očekávat. Jednalo se o uzavřenou formu otázky, kdy respondenti neměli jinou možnost odpovědi.

Na tuto otázku odpovídalo 70 (100%) respondentů laické veřejnosti, kdy 28 (40%) respondentů odpovědělo kladně, ví, jakou pomoc mohou od agentury domácí hospicové péče očekávat. 42 (60%) odpovědělo záporně.

Na tuto otázku odpovídalo 80 (100%) respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti. 39 (49%) respondentů zvolilo kladnou odpověď, vědí, jakou pomoc mohou od agentury domácí hospicové péče očekávat. Záporně odpovědělo 41 (51%) respondentů.

Pro ověření odpovědí na otázku č. 14 jsem položila respondentům, kteří odpověděli kladně, ověřující otázku.

Otázka č. 15

Pokud jste na otázku č. 14 odpověděl/a ano, napište prosím možnosti pomoci, které znáte. (respondenti mohli uvést více příkladů pomoci, kterou znají)

Na tuto ověřovací otevřenou otázku odpovídalo 28 (40%) respondentů z laické veřejnosti

Na tuto ověřovací otevřenou otázku odpovídalo 39 (49%) respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti.

Cíl 3: Zjistit, jaký postoj k umírání v domácí péči (doma), zaujímá laická veřejnost.

Předpoklad 3: Předpokládám, že více jak 50% laické veřejnosti zaujímá kladný postoj k umírání v domácí péči.

Otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 16 a (č. 1)

Cíl 4: Zjistit, jaký postoj k umírání v domácí péči (doma), zaujímá zdravotnická nelékařská veřejnost.

Předpoklad 4: Domnívám se, že kladný postoj k umírání v domácí péči (doma), zaujímá méně než 50% respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti.

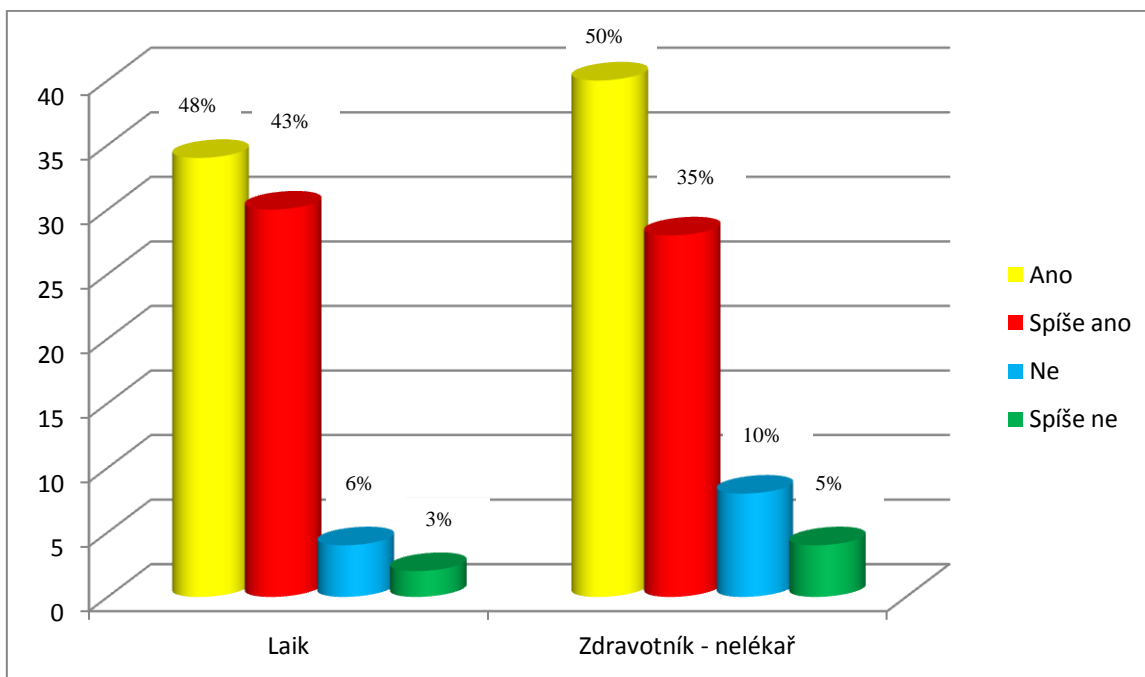
Otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 16 a (č. 1)

Otázka č. 5

Využil/a byste v případě potřeby možnost pomoci agenturou domácí hospicové péče?

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Ne
- d. Spíše ne

Graf č. 7. Využil/a byste pomoci agentury domácí hospicové péče?



Zdroj: vlastní

Popis grafu: Tímto dotazem jsem zjišťovala, zda by respondenti v případě potřeby, využili služby nabízené agenturou domácí hospicové péče.

Jednalo se o uzavřenou formu otázky, kdy respondenti neměli jinou možnost odpovědi.

Na tuto otázku odpovídalo 70 (100%) respondentů laické veřejnosti, kdy 34 (48%) respondentů by využilo služeb Domácí hospicové péče, 30 (43%) by spíše využilo služeb Domácí hospicové péče. 4 (6%) respondentů by těchto služeb nevyužili a 2 (3%) respondenti by služeb spíše nevyužili.

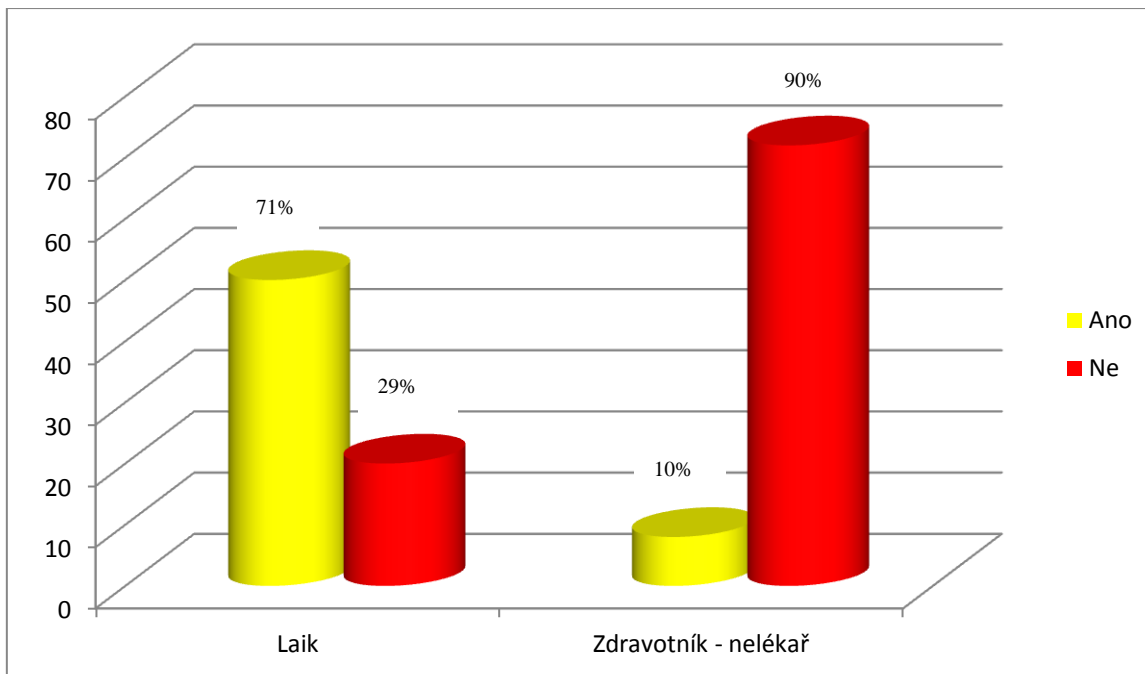
Na tuto otázku odpovídalo 80 (100%) respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti. 40 (50%) respondentů by služeb nabízených Domácí hospicovou péčí využilo, 28 (35%) spíše využilo, 8 (10%) nevyužilo a 4 (5%) spíše nevyužilo.

Otázka č. 6

Souhlasíte s možností umírání v domácí péči?

- a. Ano
- b. Ne

Graf č. 8: Souhlasíte s možností umírání v domácí péči?



Zdroj: vlastní

Popis grafu: Úkolem této otázky bylo zjistit, jaký názor na umírání v domácí péči respondenti zaujmají. Jednalo se o uzavřenou otázku bez možnosti jiné odpovědi.

Odpovídalo 70 (100%) respondentů laické veřejnosti, kdy 50 (71%) jich odpovědělo kladně a 20 (29%) záporně.

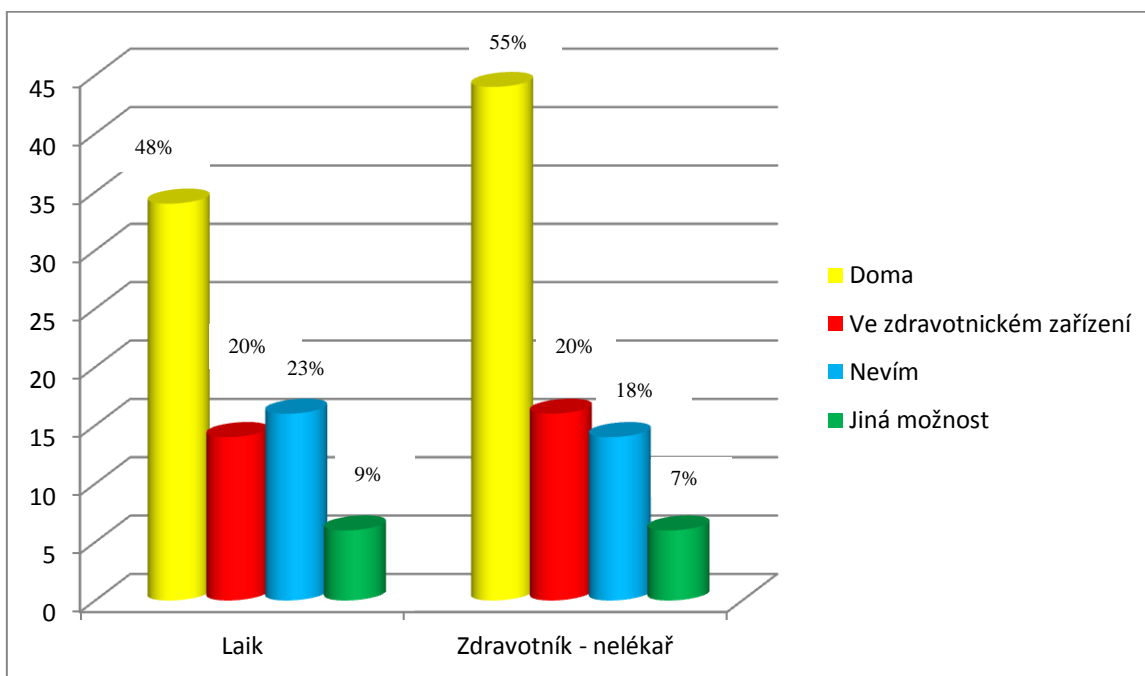
Respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti odpovídalo 80 (100%). 8 (10%) respondentů odpovědělo kladně, 72 (90%) odpovědělo záporně.

Otázka č. 7

V případě možnosti výběru, kde byste chtěl/a dožít svůj život?

- Doma
- Ve zdravotnickém zařízení
- Nevím
- Jiná možnost

Graf č. 9: V případě výběru, kde byste chtěl/a dožít svůj život?



Zdroj: vlastní

Popis grafu: Úkolem této otázky bylo zmapovat, kde by si respondenti v případě možnosti výběru přáli zemřít. Jednalo se o otevřenou formu otázky, kdy respondenti měli možnost i jiné odpovědi.

Odpovídalo 70 (100%) respondentů laické veřejnosti. 34 (48%) odpovědělo, že chtějí zemřít doma, 14 (20%) ve zdravotnickém zařízení, 16 (23%) neví a 6 (9%) respondentů využilo možnosti jiné odpovědi.

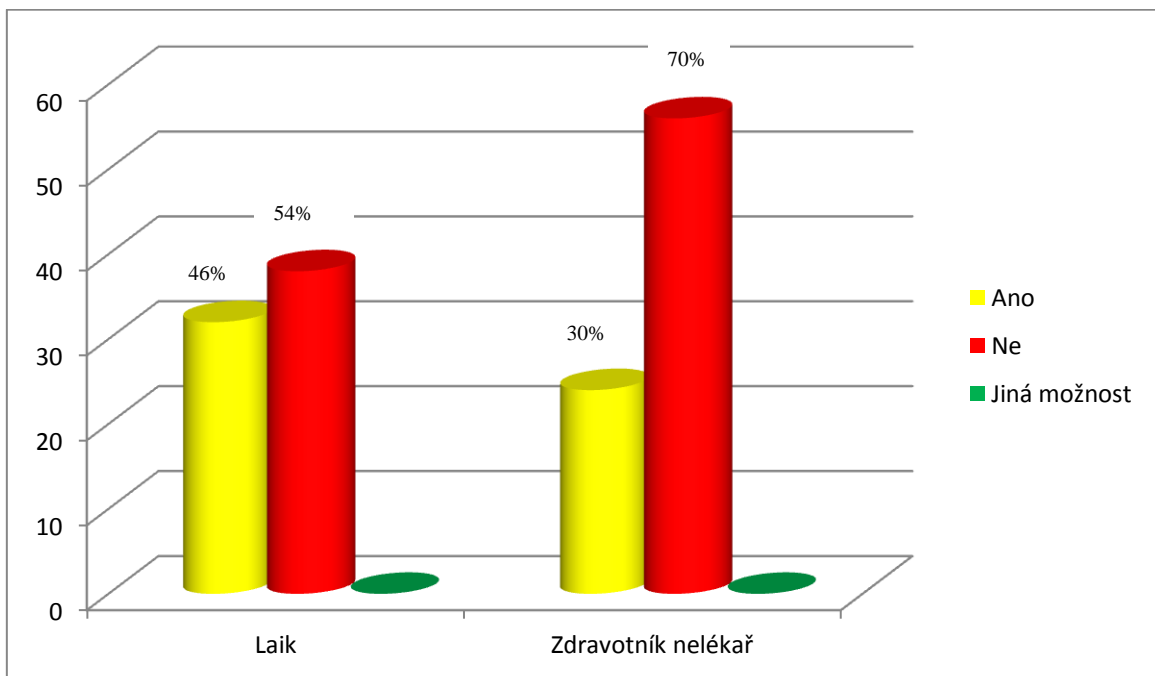
Odpovídalo 80 (100%) respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti, kdy 44 (55%) uvedlo, že si přeje zemřít doma, 16 (20%) ve zdravotnickém zařízení, 14 (18%) neví a 6 (7%) využilo možnosti jiné odpovědi.

Otázka č. 8

Myslíte si, že v naší společnosti jsou vytvořeny dobré podmínky pro umírání v domácí péči?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Jiná možnost

Graf č. 10: Myslíte si, že v naší společnosti jsou vytvořeny dobré podmínky pro umírání v domácí péči?



Zdroj: vlastní

Popis grafu: Touto otázkou jsem zjišťovala, jaký názor mají respondenti na podmínky panující v naší společnosti v péči o umírající v domácí péči. Jednalo se o polootevřenou formu otázky, s možností jiné odpovědi. Této možnosti nikdo z respondentů nevyužil.

Odpovídalo 70 (100%) respondentů laické veřejnosti. 32 (46%) si myslí, že podmínky pro umírající v domácí péči jsou v naší společnosti dobré. 38 (54%) si myslí, že nejsou dobré.

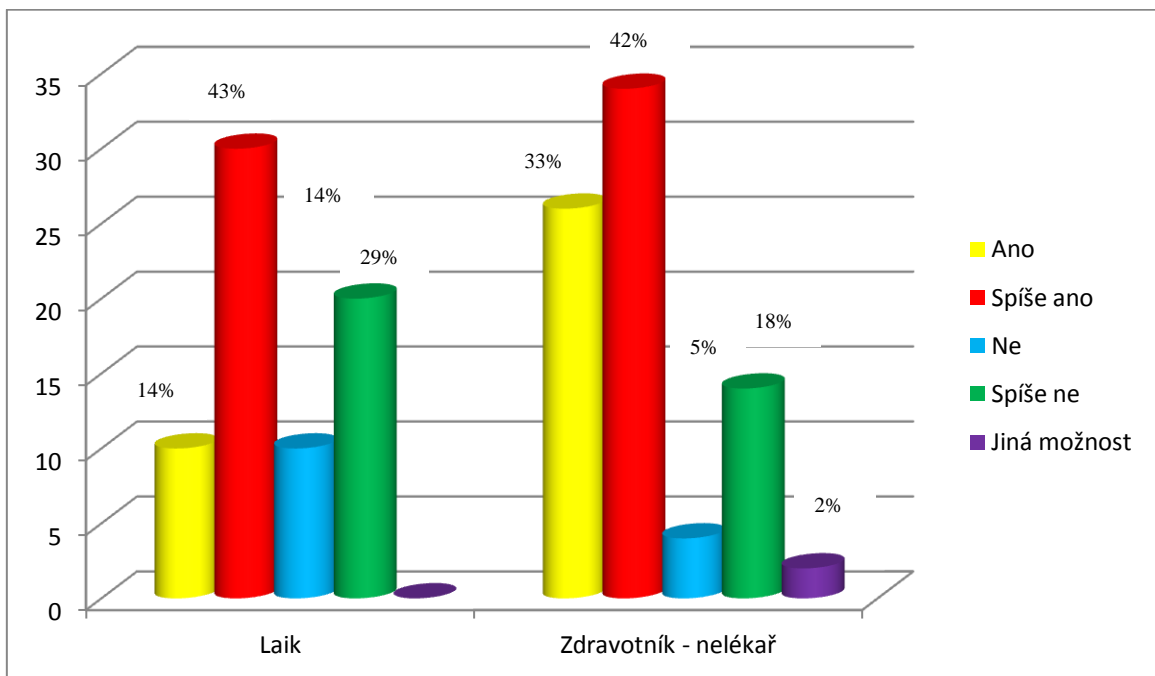
Ze zdravotnické nelékařské veřejnosti odpovídalo 80 (100%) respondentů. 24 (30%) uvedlo, že podmínky jsou pro umírající v domácí péči v naší společnosti dobré, podle 56 (70%) respondentů dobré nejsou.

Otázka č. 9

Myslíte si, že byste zvládli (a) pečovat o umírajícího v domácí péči?

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Ne
- d. Spíše ne
- e. Jiná možnost

Graf č. 11: Myslíte si, že byste zvládli/a pečovat o umírajícího v domácí péči?



Zdroj: vlastní

Popis grafu: Touto otázkou jsem se snažila zjistit, zda by respondenti dle svého uvážení zvládli pečovat o umírajícího v domácí péči. Jednalo se o polootevřenou otázku, kdy byla možnost i jiné odpovědi. Této možnosti využili 2 respondenti nelékařské zdravotnické veřejnosti

Odpovídalo 70 (100%) respondentů laické veřejnosti, kdy 10 (14,3%) respondentů si myslí, že ano, 30(43%) si myslí spíše ano, 10 (14%) odpovědělo ne, 20 (29%) odpovědělo spíše ne.

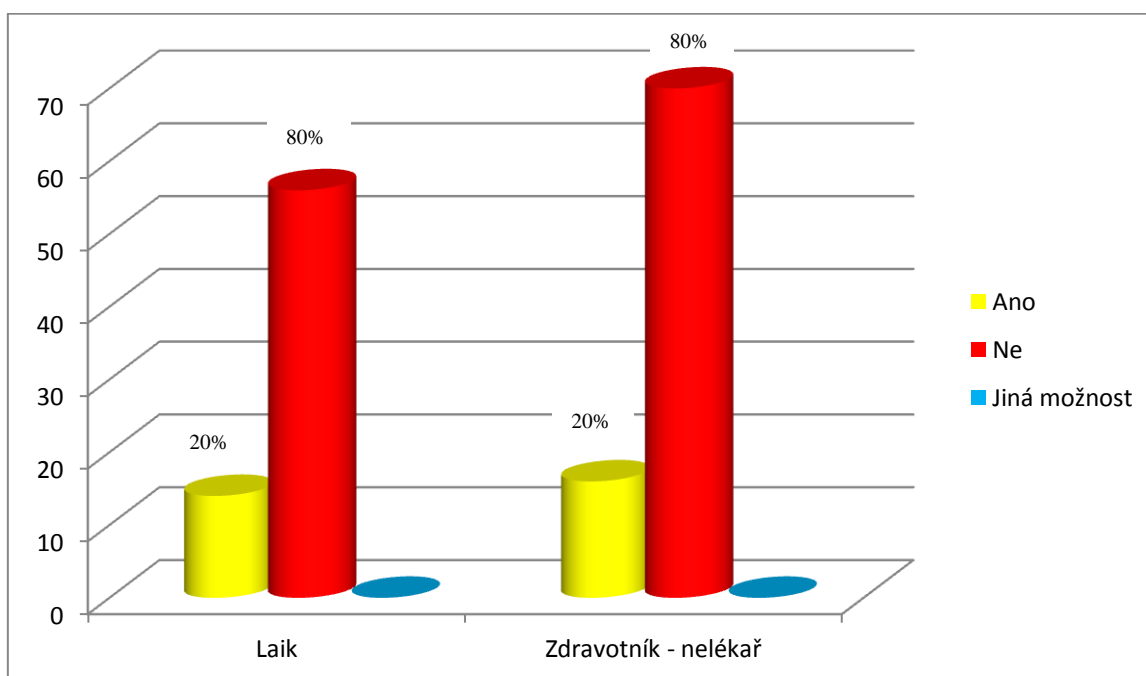
Za zdravotnickou nelékařskou veřejnost odpovídalo 80(100%) respondentů. 26 (33%) uvedlo na otázku, zda by zvládli péči o umírajícího v domácí péči odpověď ano, 34 (42%) spíše ano, 4 (5%) ne, 14 (18%) spíše ne a 2 (2%) uvedli jinou možnost odpovědi

Otázka č. 10

Patří dle vašeho názoru péče o umírajícího člověka pouze do zdravotnických a sociálních zařízení? (nemocnice, hospice, LDN – léčebna dlouhodobě nemocných, stacionáře)

- a. Ano
- b. Ne
- c. Jiná možnost

Graf č. 12: Patří umírající pouze do zdravotnických a sociálních zařízení?



Zdroj: vlastní

Popis grafu: Tento dotaz zjišťoval, jaký názor respondenti mají na umístění umírajícího člověka do nemocničního nebo sociálního zařízení. Jednalo se o polootevřenou formu otázky, kdy měl dotazovaný možnost uvést i jinou možnost odpovědi. Této možnosti nikdo z respondentů nevyužil.

Z laické veřejnosti odpovídalo 70 (100%) respondentů, 14 (20%) jich uvedlo, že umírající patří pouze do zdravotnických nebo sociálních zařízení, 56 (80%) si myslí opak.

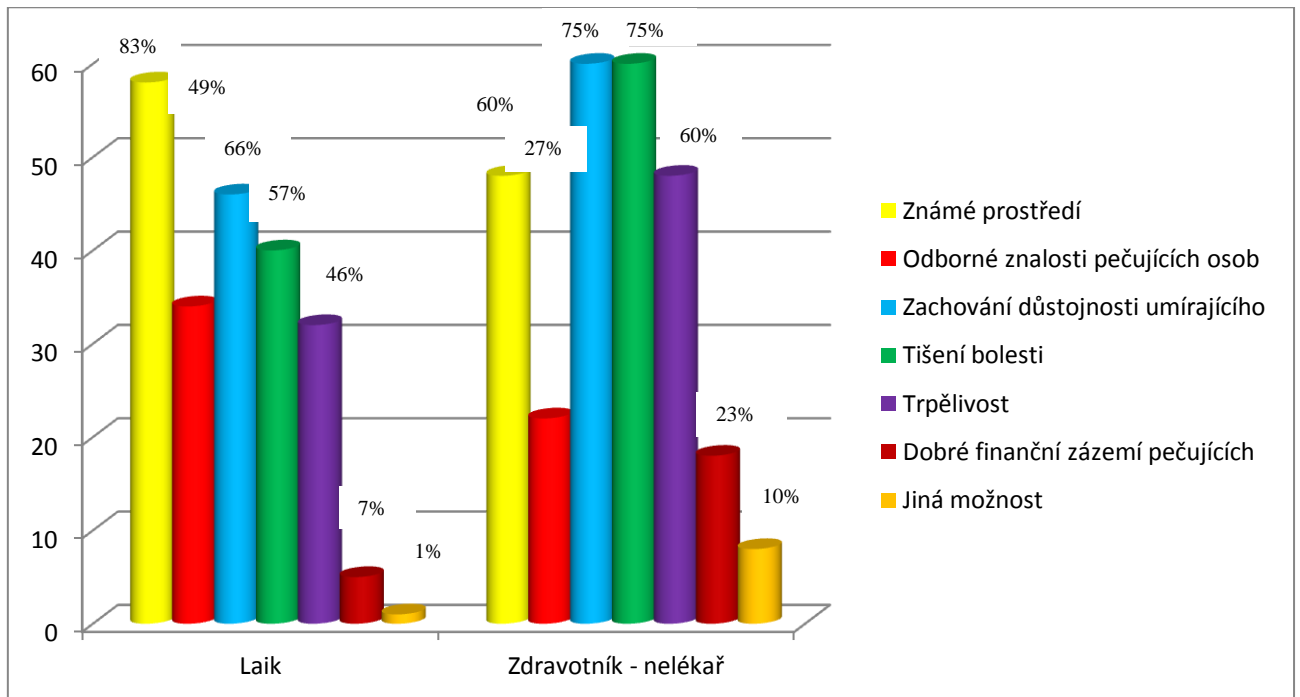
Zdravotnická nelékařská veřejnost byla zastoupena 80 (100%) respondenty, kdy 16 (20%) si myslí, že umírající patří pouze do zdravotnických a sociálních zařízení, naopak 64 (80%) respondentů si toto nemyslí.

Otázka č. 16

Co je podle vašeho názoru v péči o umírajícího člověka důležité? (Možno označit více možností)

- a. Znamé prostředí
- b. Odborné znalosti pečujících osob
- c. Zachování důstojnosti umírajícího
- d. Tišení bolesti
- e. Trpělivost
- f. Dobré finanční zázemí pečujících
- g. Jiná možnost

Graf č. 13: Co je pro umírajícího člověka podle vás nejdůležitější?



Zdroj: vlastní

Popis grafu: Touto otázkou jsem zjišťovala co je podle názoru respondentů při péči o umírajícího člověka nejdůležitější. Jednalo se o polootevřenou otázku, kdy respondenti mohli využít možnosti jiné odpovědi a zároveň bylo možné označit více odpovědí.

Na tuto otázku odpovídalo 70 (100%) respondentů laické veřejnosti. 58 (83%) respondentů laické veřejnosti pokládá za nejdůležitější při péči o umírajícího známé prostředí, 34 (49%) odborné znalosti pečujících osob, 46 (66%) zachování důstojnosti umírajícího, 40 (57%) tišení bolesti, 32 (46%) trpělivost, 5 (7%) dobré finanční zázemí pečujících, 1 (1%) respondent využil možnosti jiné odpovědi.

Respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti odpovídalo 80 (100%), z toho 48 (60%) uvedlo, že při péči o umírajícího člověka je nejdůležitější známé prostředí, 22 (27%) si myslí, že jsou to odborné znalosti pečujících, 60 (75%) udalo zachování důstojnosti umírajícího, 60 (75%) uvedlo tišení bolesti, 48 (60%) trpělivost, 18 (23%) dobré finanční zázemí pečujících a 8 (10%) respondentů využilo možnosti jiné odpovědi

12. PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH CÍLŮ

Cíl číslo 1: Zjistit, jaká je informovanost laické veřejnosti o Domácí hospicové péči.

K cíli č. 1 se vztahovaly otázky č. 2,3,14 a jedna ověřovací otázka č. 15. Touto otázkou jsem zjišťovala, zda má laická veřejnost dostatek informací o Domácí hospicové péči.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad č. 1:** Předpokládám, že dostatečné množství informací o domácí hospicové péči má méně jak 40% respondentů z řad laické veřejnosti.

Předpoklad jsem si ověřila otázkami č. 2,3,14 a ověřovací otázkou č. 15

Otázkou č. 2 jsem zjišťovala, zda laická veřejnost, zná pojem domácí hospicová péče. 82% respondentů laické veřejnosti, uvedlo správnou odpověď – péče o umírajícího v jeho vlastním domácím prostředí. 12% uvedlo, že jde o péči o umírajícího v hospici a 6% respondentů laické veřejnosti tento pojem nezná.

Otázkou č. 3 jsem zjišťovala, zda respondenti laické veřejnosti vědí o možnosti, využít při péči o svého blízkého doma, pomoci pracovníků agentur domácí hospicové péče. 46% respondentů o této možnosti ví, naopak 54% uvedlo jako odpověď – ne.

Otázkou č. 14 č. sloužila ke zjištění, zda respondenti vědí, jak jim mohou zaměstnanci domácí hospicové péče pomoci. Odpověď – ano, zvolilo 40% respondentů. Naopak 60% respondentů uvedlo, že neví, jakou pomoc mohou očekávat.

Otázka č. 15 byla určena pro ty respondenty, kteří na otázku č. 15 zvolili odpověď – ano. Jejím úkolem bylo zjistit, jaký druh pomoci, poskytované agenturou Domácí hospicové péče znají. Na tuto otázku odpovídalo 28 (40%) respondentů a mohli uvést více možností péče, kterou znají. 7 respondentů uvedlo – pomoc při podávání léků, 20 respondentů uvedlo – psychickou podporu, 14 jich uvedlo – pomoc při hygieně, pomoc s pitným a dietním režimem uvedlo 10 respondentů, 3 respondenti uvádí pomoc se zajištěním kompenzačních pomůcek. Všech 28 respondentů uvedlo – pomoc při tišení bolesti.

Předpoklad č. 1 se mi nepotvrdil.

Cíl č. 2: Zjistit, jaká je informovanost zdravotnické nelékařské veřejnosti o Domácí hospicové péči.

K cíli č. 2 se vztahovaly otázky č. 2,3,14 a jednou ověřovací otázkou č. 15. Touto otázkou jsem zjišťovala, zda má zdravotnická nelékařská veřejnost dostatek informací o Domácí hospicové péči.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad č. 2**: Předpokládám, že dostatečné množství informací o domácí hospicové péči má méně jak 60% respondentů z řad zdravotnické nelékařské veřejnosti.

Předpoklad jsem si ověřila otázkami č. 2,3,14 a ověřovací otázkou č. 15

Otázka č. 2 měla za úkol zjistit, zda respondenti zdravotnické nelékařské veřejnosti, znají pojem domácí hospicová péče. 95% respondentů označilo správnou odpověď – péče o umírajícího v hospici.

Otázkou č. 3 jsem zkoumala, zda respondenti zdravotnické nelékařské veřejnosti vědí o možnosti využít při péči o svého blízkého doma, pomoci pracovníků agentury domácí hospicové péče. 90% respondentů odpovědělo – ano, 10% jich naopak odpovědělo – ne.

Otázkou č. 14 jsem zjišťovala, zda respondenti vědí, jak jim mohou zaměstnanci Domácí hospicové péče pomoci. Na tuto otázku odpovědělo 49% kladně a 51% respondentů záporně.

Otázka č. 15 byla určena pro ty respondenty, kteří na otázku č. 15 zvolili odpověď – ano. Jejím úkolem bylo zjistit, jaký druh pomoci, poskytované agenturou Domácí hospicové znají. Na tuto ověřovací otázku odpovídalo 39(49%) respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti a měli možnost uvést více druhů pomoci, které znají. 39 respondentů uvedlo – tišení bolesti, 15 uvedlo – pomoc při polohování a hygieně, 5 respondentů napsalo pomoc při podávání léků, 10 uvedlo – pomoc při dodržování pitného a dietního režimu, psychickou podporu jako pomoc uvedlo 28 respondentů. 1 respondent uvedl – pomoc při převazech.

Předpoklad č. 2 se mi nepotvrdil.

Cíl 3: Zjistit, jaký postoj k umírání v domácí péči (doma), zaujímá laická veřejnost.

K cíli č. 3 se vztahovala otázka č. 6, jejímž úkolem bylo zjistit, jaký postoj k umírání v domácí péči zaujímá laická veřejnost.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad 3**: Předpokládám, že více jak 50% laické veřejnosti zaujímá kladný postoj k umírání v domácí péči.

Předpoklad jsem si ověřila otázkou č. 6

Otázka č. 6 zjišťovala, zda respondenti z laické veřejnosti souhlasí s možností umírání v domácí péči.

71% respondentů uvedlo, že souhlasí s umíráním v domácí péči, 29% respondentů s umíráním v domácí péči nesouhlasí.

Předpoklad č. 3 se mi potvrdil.

Cíl č. 4: zjistit, jaký postoj k umírání v domácí péči (doma) zaujímá zdravotnická nelékařská veřejnost.

K cíli č. 4 se vztahovala otázka č. 6, která zkoumala jaký postoj k umírání v domácí péči (doma) zaujímá zdravotnická nelékařská veřejnost.

K cíli č. 4 se vztahoval **předpoklad č. 4**: Domnívám se, že kladný postoj k umírání v domácí péči, zaujímá méně než 50% respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti.

Předpoklad jsem si ověřila otázkou č. 6

Otázkou č. 6 jsem zjišťovala, jestli respondenti zdravotnické nelékařské veřejnosti souhlasí s umíráním v domácí péči (doma).

10% respondentů uvedlo, že souhlasí s umíráním v domácí péči, 90% respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti s umíráním v domácí péči nesouhlasí.

Předpoklad č. 4 se mi potvrdil.

13 DISKUZE

V této bakalářské práci se zabývám problematikou domácí hospicové péče. Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jak velká informovanost o domácí hospicové péči je mezi veřejností a jaký postoj k umírání v domácí péči, veřejnost zaujímá. Stanovila jsem si čtyři dílčí cíle a z nich byly stanoveny čtyři předpoklady.

První dílčí cíl byl zaměřený na zjištění, zda je laická veřejnost dostatečně informována o domácí hospicové péči.

Předpoklad č. 1 vyplívající prvního dílčího cíle - Předpokládám, že dostatečné množství informací o domácí hospicové péči má méně jak 40% respondentů z řad laické veřejnosti. Pro zjištění tohoto cíle jsem použila otázky č. 2,3,14 a ověřovací otázku č. 15.

Otázkou č. 2 jsem zjišťovala, zda respondenti vědí co je domácí hospicová péče. Velice mě potěšilo, že 57 (82%) respondentů zná pojem domácí hospicová péče a zvolilo tedy správnou odpověď. Pouze 9 (12%) dotázaných odpovědělo špatnou odpovědí, protože se domnívají, že jde o péči o umírajícího v hospici. Bohužel, 4 (6%) respondenti nevěděli, co domácí hospicová péče znamená. Zda respondenti vědí o možnosti využít při péči o svého blízkého v domácí péči pomoci agentury domácí péče, jsem zjišťovala otázkou č. 3. O možnosti této formy pomoci je informováno 32 (46%) respondentů, 38 (54%) o formě této pomoci neví. Počet respondentů, kteří jsou obeznámeni o možnosti pomoci touto formou péče, mě příjemně překvapil. Očekávala jsem daleko menší počet, vzhledem k tomu, jak málo se o domácí hospicové péči ve společnosti diskutuje. Martina Večerková ve své bakalářské práci s názvem – Vnímání paliativní péče v naší společnosti zkoumala podobné téma a to zda respondenti někdy slyšeli o domácí paliativní péči a zda tento pojem dokážou popsat. Z výsledku jejího výzkumu je zřejmé, že došla k opačnému výsledku, kdy zjistila, že většina respondentů bez ohledu na pohlaví a věk tento pojem neznají. (30) Otázkou č. 14 jsem zjišťovala, zda respondenti mají představu, jak jim mohou pracovníci domácí hospicové péče pomoci. 28 (40%) respondentů uvedlo odpověď – ano, ví tedy, jak jim mohou pracovníci domácí hospicové péče pomoci. Naopak 42 (60%) respondentů vybralo odpověď – ne, neví, jakou pomoc mohou od pracovníků domácí hospicové péče očekávat. Bohužel mne toto zjištění nepřekvapilo, ale potvrdilo mé obavy. Abych si ověřila, že respondenti, kteří odpověděli na tento dotaz kladně, opravdu vědí, co mohou očekávat za pomoc, položila jsem jim ověřovací otázku č. 15. Na otázku číslo 15

odpovídalo 28 (40%) respondentů a mohli uvést více možností péče, kterou znají. 7 respondentů uvedlo, že očekává pomoc při podávání léků, 20 respondentů by stálo o psychickou podporu, 14 respondentů by chtělo a očekávalo pomoc při hygieně, pomoc s pitným a dietním režimem si přeje 10 respondentů, 3 dotázaní očekávají pomoc se zajištěním kompenzačních pomůcek. Na prvním místě ale všech 28 (40%) respondentů uvedlo pomoc při tišení bolesti umírajícího. Důraz na tišení bolesti umírajícího mě nepřekvapil. Strachu z bolesti se obává velká část umírajících a pro rodinné příslušníky je pohled na trpícího člena rodiny traumatizující a bolestný. Je proto potřeba klást velký důraz na správné nastavení léčby bolesti a jejím včasném zahájení. Dostatečně informovaných o domácí hospicové péči je dle mého šetření více jak 40% respondentů laické veřejnosti. Podobným problémem se ve své bakalářské práci zabývala i Markéta Samková. Ve své práci se zabývala pohledem veřejnosti na problematiku umírání a smrti. Z výsledků jejího šetření mimo jiné vyšlo, že více jak polovina dotazovaných má dostatek informací o tomto druhu péče. (31)

Předpoklad č. 1 Předpokládám, že dostatečné množství informací o domácí hospicové péči má méně, jak 40% respondentů z řad laické veřejnosti se **nepotvrdil**. **Druhý dílčí cíl** byl zaměřený na zjištění, zda je zdravotnická nelékařská veřejnost dostatečně informovaná o domácí hospicové péči.

Předpoklad č. 2 vyplívající z druhého dílčího cíle: Předpokládám, že dostatečné množství informací o domácí hospicové péči má méně jak 60% respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti. Při zjišťování tohoto cíle jsem použila otázky č. 2,3,14 a ověřovací otázku č. 15.

Otázka č. 2 zjišťovala, zda respondenti znají pojem domácí hospicová péče. Správnou odpověď, tedy, že je to péče o umírajícího v jeho vlastním domácím prostředí zvolilo 76 (90%) respondentů, pouze 4 (5%) zvolilo odpověď špatnou, kdy uvedli, že jde o péči o umírajícího v hospici. Vyhodnocení výsledku u této otázky mě velice překvapil.

Otázka č. 3 zkoumala, zda respondenti zdravotnické nelékařské veřejnosti vědí o možnosti využít při péči o svého blízkého pomoci pracovníků agentur domácí hospicové péče. 72(90%) o této možnosti ví, pouze 8 (10%) respondentů nezná tuto formu pomoci.

Otázka č. 14 zjišťovala, jestli respondenti zdravotnické nelékařské veřejnosti mají informace o tom, jak jim mohou pracovníci agentur domácí hospicové péče pomoci, při péči o nemocného člena rodiny v domácí péči. 39 (49%) odpovědělo na tuto otázku kladně, 41 (51%) respondentů odpovědělo záporně. Pro ověření, zda respondenti opravdu vědí, jakou pomoc mohou od pracovníků agentur domácí hospicové péče očekávat, jsem všem

respondentům, kteří na otázku č. 14 odpověděli kladně, položila ověřovací otázku. Na otázku č. 15 odpovídalo 39 (49%) respondentů, kdy mohli uvést více odpovědí. 15 jich uvedlo, pomoc při dodržování pitného a dietního režimu, 38 respondentů napsalo pomoc při podávání léků a polohování, 9 dotazovaných očekává pomoc se zajištěním kompenzačních pomůcek, 23 respondentů uvedlo pomoc při tišení bolesti a 14 dotázaných uvedlo psychickou podporu a sociální poradenství.

Výsledky šetření mne velice překvapily. Ukázalo se, že zdravotnická nelékařská veřejnost disponuje informacemi o existenci agentur domácí hospicové péče. Je jim známo že nabízejí pomoc rodinám pečujícím o své těžce nemocné nebo umírající členy rodiny v domácí péči a 49% dotázaných dokázalo i specifikovat různé druhy péče, které tyto agentury nabízejí. Je smutné, že své vědomosti ve většině případů neuplatňují v praxi. Ze svého zaměstnání sestry domácí péče si já osobně nepamatuji na žádný případ, kdy by zdravotník nelékař z nemocničního zařízení doporučil nemocnému nebo jeho rodině tento typ péče. Ze zjištěných skutečností mám rozporuplné pocity. V celku vysoká míra informovanosti respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti, se bohužel neprojevuje v praxi, kdy tyto potřebné informace by rodinám pečujícím o své blízké velice usnadnili péči.

Předpoklad č. 2 Předpokládám, že dostatečné množství informací o domácí hospicové péči má méně, jak 60% respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti se **nepotvrdil.**

Třetí dílčí cíl byl zaměřený na zjištění, jaký postoj zaujímá laická veřejnost k umírání v domácí péči. Z tohoto dílčího cíle se odvíjel třetí předpoklad.

Předpoklad č. 3: předpokládám, že více jak 50% respondentů laické veřejnosti zaujímá kladný postoj k umírání v domácí péči.

K ověření předpokladu č. 3 jsem využila otázky č. 6. Otázka zjišťovala, zda respondenti laické veřejnosti souhlasí s umíráním v domácí péči. 50 (71%) respondentů zvolilo kladnou odpověď, souhlasí tedy s umíráním v domácí péči. Pouze 20 (29%) zástupců laické veřejnosti zvolilo zápornou odpověď, nesouhlasí s umíráním v domácí péči. Respondenti laické veřejnosti nahlíží na umírání jinde než ve zdravotnických zařízeních kladně. Jako sestra pracující převážně se seniory v jejich domácím prostředí jsem tento výsledek očekávala. Vzhledem k jasné specifikaci otázky č. 6 a jejímu jasnému výsledku, jsem pro ověření předpokladu č. 3 žádnou další otázku nevyužila.

Předpoklad č. 3: Předpokládám, že více jak 50% respondentů laické veřejnosti zaujímá kladný postoj k umírání v domácí péči se **potvrdil**.

Čtvrtý dílčí cíl byl zaměřený na zjištění, jaký postoj k umírání v domácí péči zaujímá zdravotnická nelékařská veřejnost.

Předpoklad č. 4 vyplývající ze čtvrtého dílčího cíle: Předpokládám, že kladný postoj k umírání v domácí péči zaujímá méně jak 50% respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti.

K ověření čtvrtého předpokladu jsem použila otázku č. 6 zjišťující, zda respondenti souhlasí s umíráním v domácí péči. 8 (10%) dotázaných odpovědělo kladně a 72 (90%) zástupců zdravotnické nelékařské veřejnosti zvolilo zápornou odpověď. Výsledek tohoto zjištění je ve velkém rozporu s výsledkem, který vyšel u stejného dotazu položeného respondentům laické veřejnosti. Očekávala jsem, že zdravotnická nelékařská veřejnost nebude nakloněna umírání v domácí péči tolik, jako veřejnost laická, ale takto rozdílný výsledek jsem nepředpokládala. K podobnému výsledku ve své bakalářské práci na téma – Výhody a nevýhody domácí péče z pohledu pacienta a sestry došla i Jitka Kopčilová. Podle výzkumu, který provedla, by 62% všeobecných sester pracujících v nemocničním zařízení upřednostnilo před domácí péčí lůžko následné péče. (32)

Vzhledem ke specifičnosti otázky č. 6 a jejímu jasnému výsledku po zhodnocení daných odpovědí, jsem pro ověření čtvrtého předpokladu již jinou otázku nepoužila.

Předpoklad č. 4. Předpokládám, že kladný postoj k umírání v domácí péči zaujímá méně, jak 50% respondentů zdravotnické nelékařské veřejnosti se **potvrdil**.

Domácí hospicová péče je ve světě uznávaná a rozšířená péče o umírající. I když v naší společnosti jde stále o péči poskytovanou nepříliš často, dostává se stále více do povědomí veřejnosti a to jak laické tak odborné. V doporučení pro praxi bych se přesto zaměřila především na větší osvětu. Bylo by vhodné věnovat se více propagaci a nabízení tohoto druhu péče, usnadňující život rodinám, jež se rozhodly postarat se o umírajícího nebo těžce nemocného člena své rodiny. Vyzdvihla bych především zachování soukromí umírajícího, nepřerušovaný kontakt s jeho rodinou a v neposlední řadě nevykořenění těžce nemocného člověka z prostředí, na které je zvyklý. Kvalitní agentury domácí hospicové péče disponují profesionály, vyškolenými na zvládání problémů, které při péči v domácím prostředí mohou nastat, včetně dobře nastavené léčby bolesti. Za velmi důležité pokládám zlepšit spolupráci mezi praktickými lékaři a agenturami nabízející domácí hospicovou péči, ale také s agenturami nabízející jen domácí péči. Další doporučení se týká důkladnějšího vzdělávání zdravotníků v paliativní medicíně a to především v léčbě bolesti.

Pro zdárné působení agentur domácí hospicové péče je nezbytná dobrá spolupráce se zdravotními pojišťovnami a dořešení financování této péče tak, aby byla dostupná každému, kdo ji potřebuje. Vhodná by byla větší informovanost mezi pracovníky sociální péče, kteří by se měli naučit rozlišovat mezi sociálním a zdravotním typem služeb které nabízejí a nemá rodinné příslušníky pečující o nemocného člena své rodiny.

Zaměstnanci agentur domácí hospicové péče se zabývají částí naší populace, která je na konci své životní cesty. Bez dobré spolupráce a vzájemného respektu mezi praktickými lékaři, ošetřujícími lékaři v nemocnicích, sociálními pracovníky, zdravotními pojišťovnami a zaměstnanci domácí hospicové péče se jen velmi těžce péče o umírající v domácí péči zlepšit

Bylo by zajímavé zjistit, jaké důvody vedou zdravotníky k tomu, že i přes dostatek informací o domácí hospicové péči tuto formu pomoci tak málo nabízejí těžce nemocným a jejich rodinám.

Závěr

Tématem mé bakalářské práce je problematika týkající se domácí hospicové péče. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části mé práce jsem se zabývala vysvětlením, co pojem domácí hospicová péče znamená, jaký je rozdíl mezi domácí hospicovou péčí a paliativní péčí. Snažila jsem se vysvětlit výhody, ale také limity této formy péče. Zaměřila jsem se na problémy, které dle mého názoru nejvíce brání většímu rozšíření domácí hospicové péče mezi veřejnost. V praktické části práce jsem se soustředila na dílčí cíle, které jsem stanovila. Jednalo se o zjištění, zda je laická a zdravotnická veřejnost dostatečně informována o domácí hospicové péči a o otázku, která zkoumala, jaký pohled na umírání v domácí péči zaujímá laická a zdravotnická nelékařská veřejnost. Výzkum probíhal formou kvantitativního dotazníku. Laická veřejnost a zdravotnická nelékařská veřejnost byli vyhodnoceny samostatně. Stanovené dílčí cíle byly splněny. Výsledky mého šetření dopadly překvapivě. Neočekávala jsem, že respondenti zastupující laickou veřejnost budou informováni o domácí hospicové péči více jak z 40%. Stejně tak jsem byla překvapena výsledky, které vyplynuly po vyhodnocení odpovědí respondentů z řad zdravotnické nelékařské veřejnosti. Informováni o této péči je více než 60% respondentů. Bohužel, tyto informace z velké části ve své praxi nevyužívají

Téma umírání a smrti je stále tabuizované a veřejnost se mu snaží spíše vyhybat. I někteří respondenti, kteří mi přinášeli vyplněné dotazníky, se svěřovali s nepříjemným „mrazením“, které měli při odpovídání na otázky v dotazníku. Lidé by se měli přestat tématu smrti vyhybat a bát. Naše společnost má stáří spojené především se zvyšujícími se náklady na sociální a zdravotní péči. Měli bychom si uvědomit, že umírání a smrt jsou přirozenou součástí našeho života, netabuizovat, nebát se, ale postavit se čelem k problémům, které provázejí toto období. Každý umírající má právo na důstojný odchod, bez ztráty lidské důstojnosti a bez bolesti. Vcítit se do pocitů jiných je klíčem k řešení mnohých problémů, které domácí hospicovou péči provázejí. Zkusme si příště, až budeme zase lát na staré a nemocné, kteří dle mnohých z nás zatěžují zdravotní systém, představit na jejich místě sebe. Věnujme jim svůj čas a péči. Zaslouží si to, jako si to, až přijde náš čas, zasloužíme i my. Ukažme svým dětem, že je samozřejmé postarat se o slabšího, nemocného, staršího nebo umírajícího člena naší rodiny. Je to jen na nás

Seznam zdrojů

- (1) IVA, Dubcová Mgr. *Etika umírání a smrti*. Sestra, 46. Praha: Mladá fronta a. s., 2011. ISSN 12100404
- (2) HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Tanatologie*. 2. vydání, str. 244. Praha: Galén, 2007. ISBN 8072624717.
- (3) MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-802-4731-711.
- (4) ŠPINKOVÁ, Martina a Štěpán ŠPINKA. *Standardy domácí paliativní péče: podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. 1. vydání, 35stran. Praha: Cesta domů, 2004, 35 s. ISBN 80-239-4329-4.
- (5) KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno: Littera, 2007, xi, 199 p. ISBN 80-857-6336-2.
- (6) URBÁNKOVÁ, Šárka Mgr. *Hospicová péče*. Florence. 2011. 3. Praha: Ambit Media, a. s., ISSN 1801464x
- (7) SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, 149 s. ISBN 978-807-1955-801
- (8) *Výkladový ošetrovatelský slovník*. 1. vyd. Překlad Veronika Di Cara, Helena Vidovičová. Praha: Grada, 2008, 568 s. ISBN 978-802-4722-405.
- (9) *O organizaci paliativní péče: Doporučení Rec(2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členskými státy přijaté Výborem ministrů 12. listopadu 2003 na 860. zasedání zástupců ministrů*. 1. vydání, 46stran. Praha: Cesta domů, 2004, 46 s. ISBN 80-239-4332-4.
- (10) MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. V Praze: Cesta domů, 2009, 100 l. ISBN 978-80-254-4552-5.
- (11) URBÁNKOVÁ, Šárka Mgr. *Hospicová péče 2. část*. Florence 2011, 3. Praha: Ambit Media, a. s. ISSN 1801464x
- (12) MISCONIOVÁ, Blanka. *Péče o umírající - hospicová péče*. Česko: Národní centrum domácí péče České republiky, 1998, 96 s. ISBN 80-239-1915-6.
- (13) JUSTINA, *Medine. Palliative care and end of life issues is critikal care*. Washington, D. C.: National Academy Press, 2006, xii, 91 p. ISBN 100763740276
- (14) ONDŘEJ SLÁMA, Josef Drbal. *Umřít doma: příručka pro laické pečující*. 1. vydání, 79 s. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008. ISBN 80-254-2788-9
- (15) KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-802-4740-263.

- (16) [Http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty-ramec-pro-hospice/](http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty-ramec-pro-hospice/)[online]. [cit. 2014-09-110].
- (17) SIEBEROVÁ, Jana. *Jak pokračovat dál v domácí hospicové péči, když žádný systém paliativní péče v ČR neexistuje?* Florence. Praha: Ambit Media, a. s., 2012. 11-13. ISSN 1801464x.
- (18) SIEBEROVÁ, Jana. *Jak dál v domácí hospicové péči.* Diagnóza v ošetrovatelství. Praha: Promediamotion, 2011, 32-33. ISSN 18011349
- (19) BYOCK, Ira. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života.* Vyd. 1. Překlad Ladislav Šenkyřík. Praha: Vyšehrad, 2005, 325 s. Cesty (Vyšehrad), sv. 10. ISBN 80-702-1797-9.
- (20) [Http://www.umirani.cz/slovnicek.html?itemId=13](http://www.umirani.cz/slovnicek.html?itemId=13) [online]. [cit. 2014-09-10].
- (21) CALLANAN, Maggie a Patricia KELLEY. *Poslední dary: jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících.* Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2005, 221 s. Cesty (Vyšehrad), 12. sv. ISBN 80-702-1819-3.
- (22) VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ. *Paliativní medicína. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada-Avicenum, 2004, 537 s., [4] s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-0279-7
- (23) KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-802-4720-692.
- (24) [Http://cs.wikipedia.org/wiki/Eutanazie](http://cs.wikipedia.org/wiki/Eutanazie) [online]. [cit. 2014-02-10].
- (25) [Http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372.](http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372) [online]. [cit. 2013-09-10].
- (26) [Http://www.nconzo.cz/web/guest/vzdelavani.](http://www.nconzo.cz/web/guest/vzdelavani) [online]. [cit. 2014-02-10].
- (27) PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatel'stva v kocke.* 1. slovenské vyd. Praha: Grada, 2007, 141 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1918-4.
- (28) [Http://www.umirani.cz/pece-o-pacienta-v-terminalni-fazi-a-jeho-rodinu.html](http://www.umirani.cz/pece-o-pacienta-v-terminalni-fazi-a-jeho-rodinu.html) [online]. [cit. 2014-02-10].
- (29). [Http://www.paliativnimedicina.cz/institut-paliativni-mediciny/kurzy-pro-sestry](http://www.paliativnimedicina.cz/institut-paliativni-mediciny/kurzy-pro-sestry)[online]. [cit. 2014-02-10].
- (30) VEČERKOVÁ, Martina. *Vnímání paliativní péče v naší společnosti.* Olomouc, 2013. bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Doc. PhDr. Jitka Skopalová, Ph. D
- (31) SAMKOVÁ, Markéta. *Pohled veřejnosti na problematiku umírání a smrti.* Zlín, 2009. bakalářská práce (Bc.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Markéta Valentová .

(32 KOPČILOVÁ, Jitka. *Výhody a nevýhody domácí péče z pohledu pacienta a sestry*. Plzeň, 2013. bakalářská práce (Bc.). ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Bohumila Hajšmanová

Seznam grafů

Graf č. 1	46
Graf č. 2	47
Graf č. 3	48
Graf č. 4	50
Graf č. 5.....	52
Graf č. 6	54
Graf č. 7.....	57
Graf č. 8.....	58
Graf č. 9.....	59
Graf č. 10.....	60
Graf č. 11.....	61
Graf č. 12.....	62
Graf č. 13.....	63

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník

Seznam zkratek

APHPP – Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

ČAS – Česká asociace sester

E. K. Ross – Elizabeth Kubler Ross

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

Mudr - lékař

Příloha č. 1 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Martina Vacíková Jirousková a studuji třetí ročník bakalářského studia na Západočeské univerzitě v Plzni, obor všeobecná sestra, kombinovaná forma studia.

Obracím se na Vás se žádostí o zodpovězení otázek, formou dotazníku. Úkolem tohoto výzkumu je zjistit, Vaši informovanost o domácí hospicové péči a jaký postoj zaujímáte k možnosti umírání v domácí péči.

Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky budou sloužit jako podklad pro zpracování mé bakalářské práce na téma „Problematika domácí hospicové péče“.

Prosím o vyplnění celého dotazníku. V případě jen částečného vyplnění by údaje Vámi uvedené nebyly brány jako validní.

Děkuji za spolupráci, ochotu a Váš čas, který budete vyplnění dotazníku věnovat.

S přáním hezkého dne

Martina Vacíková Jirousková

1. Prosím označte, jste

- a) Laik
- b) Zdravotník – nelékař

2. Domácí hospicová péče je:

- a) Péče o umírajícího v jeho vlastním domácím prostředí
- b) Péče o umírajícího v hospici
- c) Péče o umírajícího v nemocnici, kdy péči zajišťují řádové sestry
- d) Péče o umírajícího v nemocnici, kdy se na péči podílejí rodinní příslušníci
- e) V jakémkoliv zařízení, kde je vše přizpůsobeno domácímu prostředí
- f) Tento pojem neznám
- g) Jiná

možnost.....

3. Víte o možnosti využít při péči o svého blízkého doma, pomoci pracovníků agentur domácí hospicové péče?

- a) Ano
- b) Ne

4. Kdo podle Vás, by vám měl informaci o možnosti domácí hospicové péče poskytnout? (Respondent mohl označit i více odpovědí)

- a) Ošetřující lékař
- b) Lékař při propuštění z nemocniční péče
- c) Praktický lékař
- d) Všeobecná sestra v nemocnici při propuštění do domácí péče
- e) Jakýkoliv zdravotník nebo sociální pracovník
- f) Musím si tyto informace vyhledat sám/sama
- g) Jiná možnost.....

5. Využil/a byste v případě potřeby možnost pomoci agenturou domácí hospicové péče?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

6. Souhlasíte s možností umírání v domácí péči?

- a) Ano
- b) Ne

7. V případě možnosti výběru, kde byste chtěl/a dožít svůj život

- a) Doma
- b) Ve zdravotnickém zařízení
- c) Nevím
- d) Jiná možnost

8. Myslíte si, že v naší společnosti jsou vytvořeny dobré podmínky pro umírání v domácí péči?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jiná možnost

9. Myslíte si, že byste zvládl (a) pečovat o umírajícího v domácí péči?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne
- e) Jiná možnost

10. Patří dle vašeho názoru péče o umírajícího člověka pouze do zdravotnických a sociálních zařízení? (nemocnice, hospice, LDN – léčebna dlouhodobě nemocných, stacionáře)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jiná možnost

11. Znáte nějakou agenturu (organizaci), která nabízí pomoc rodinám v péči o umírající a těžce nemocné doma?

- a) Ano
- b) Ne

12. Pokud jste na otázku č. 12 odpověděl/a ano, napište prosím název organizace, kterou znáte

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

13. V agenturách domácí hospicové péče (pracovníci pomáhající Vám doma s umírajícím nebo těžce nemocným členem rodiny) podle Vašeho názoru pracují:

- a) Všeobecné sestry, lékaři, sociální pracovníci, pečovatelé
- b) Lékaři, všeobecné sestry
- c) Pouze pečovatelé
- d) Řádové sestry a lékař
- e) Jiná možnost

14. Víte, jak vám mohou zaměstnanci domácí hospicové péče pomoci? (zaměstnanci, pomáhající Vám s péčí o těžce nemocného nebo umírajícího člena u Vás doma).

- a) Ano
- b) Ne

15. Pokud jste na otázku č. 12 odpověděl/a ano, napište prosím možnosti pomoci, které znáte. (respondenti mohli uvést více příkladů pomoci, kterou znají)

.....
.....

16. Co je podle vašeho názoru v péči o umírajícího člověka důležité? (Možno označit více možností)

- a) Známé prostředí
- b) Odborné znalosti pečujících osob
- c) Zachování důstojnosti umírajícího
- d) Tišení bolesti
- e) Trpělivost
- f) Dobré finanční zázemí pečujících
- g) Jiná možnost