

**UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2011

Bc. Markéta SAMKOVÁ

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

Využití domácích agentur v paliativní péči

Bc. Markéta Samková

**Diplomová práce
2011**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Markéta SAMKOVÁ**
Osobní číslo: **Z09156**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech**
Název tématu: **Využití domácích agentur v paliativní péči.**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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

1. Sběr informací, studium odborné literatury, orientace v dané problematice
2. Stanovení cílů a hypotéz práce
3. Zpracování teoretické části práce
4. Výběr vhodné metodiky práce a sestavení dotazníku
5. Analýza a interpretace získaných dat
6. Kritické zhodnocení výsledků výzkumu

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

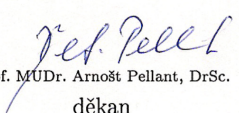
Seznam odborné literatury:

1. FIRTHOVÁ, Pam; LUFFOVÁ, Gill; OLIVIERE, David. Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče. 1. vyd. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-21-3.
2. MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
3. PAYNEOVÁ, Sheila et al. Principy a praxe paliativní péče. 1. vyd. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.
4. SLÁMA, Ondřej a kol. Paliativní medicína pro praxi. 1. vyd. Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
5. VORLÍČEK, Jiří a kol. Paliativní medicína. 2. přeprac. a doplň. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.


Vedoucí diplomové práce: MUDr. Ivo Bureš
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání diplomové práce: 30. listopadu 2010

Termín odevzdání diplomové práce: 25. dubna 2011


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 25. února 2011

Prohlášení

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v soupisu bibliografických citací.

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 20. 4. 2011

Bc. Markéta Samková

Poděkování

Děkuji panu primáři MUDr. Ivo Burešovi za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracovávání diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat panu Ing. Radku Buchtovi za odbornou pomoc se statistickým zpracováním diplomové práce. V neposlední řadě děkuji všem dotazovaným za spolupráci a ochotu k vyplnění dotazníků, které pro mne byly cenným zdrojem informací. Velký dík patří také mé rodině a přátelům.

SOUHRN

Tématem diplomové práce je „Využití domácích agentur v paliativní péči“. Práce se skládá z teoretické a výzkumné části.

Teoretickou část tvoří čtyři hlavní kapitoly. První z nich se zabývá problematikou paliativní péče, jejím vymezením, historií a cílovou skupinou. Následně jsou popsány základní principy paliativní péče, její rozvoj a situace paliativní péče v České republice. Další úsek je zaměřen na úroveň paliativní péče, organizační formy a na paliativní péči a eutanázii. Druhá kapitola charakterizuje domácí péči, její historii, situaci domácí péče v České republice a komplexní domácí péči. Dále pojednává o agenturách domácí péče a o specifikách péče o pacienta v domácím prostředí. Třetí kapitola se zabývá hlavními aspekty poskytované paliativní péče. Závěr je věnován rodině a pozůstalým.

Výzkumná část je zaměřena na zmapování situace v oblasti poskytování paliativní péče z pohledu agentur domácí péče a domácí hospicové péče. Výsledky výzkumného šetření by měly poukázat na možné rozdíly v poskytování této péče mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí.

KLÍČOVÁ SLOVA

paliativní péče; domácí péče; hospicová péče; pacient; rodina

SUMMARY

The theme of a diploma thesis is „Utilization of home agencies in the palliative care“. The thesis is composed at a theoretical and a research part.

The theoretical part consists of four main chapters. The first one deals with palliative care, its definition, history and the target group. Following are described the basic principles of palliative care, its development and the situation of palliative care in the Czech Republic. The next section focuses on the level of palliative care, and organizational forms of palliative care and euthanasia. The second chapter describes home care, its history, the situation of home care in the Czech Republic and comprehensive home care. It also deals with home care agencies and specifics of patient care at home. The third chapter examines the main aspects of palliative care. The conclusion is devoted to families and survivors.

The research part is aimed at mapping the situation in the field of palliative care from the perspective of home care agencies and home hospice care. Results of this research should highlight the possible differences in the provision of care between home care agencies and home hospice care.

KEYWORDS

palliative care; home care; hospice care; patient; family

OBSAH

ÚVOD	11
CÍLE PRÁCE A VÝZKUMU	13
I TEORETICKÁ ČÁST	14
1 PALIATIVNÍ PÉČE	14
1. 1 DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE	14
1. 2 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE	14
1. 3 CÍLOVÁ SKUPINA PALIATIVNÍ PÉČE.....	16
1. 4 PRINCIPY PALIATIVNÍ PÉČE	16
1. 5 ROZVOJ PALIATIVNÍ PÉČE	17
1. 6 PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....	18
1. 7 ÚROVNĚ PALIATIVNÍ PÉČE.....	19
1. 7. 1 Paliativní přístup.....	19
1. 7. 2 Obecná paliativní péče	20
1. 7. 3 Specializovaná paliativní péče	20
1. 8 ORGANIZAČNÍ FORMY SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE	20
1. 8. 1 Lůžkový hospic	20
1. 8. 2 Zařízení domácí paliativní péče	22
1. 8. 3 Oddělení paliativní péče.....	25
1. 8. 4 Specializovaná ambulance paliativní péče	26
1. 8. 5 Konziliární tým paliativní péče	26
1. 8. 6 Denní stacionář paliativní péče	26
1. 9 PALIATIVNÍ PÉČE A EUTANÁZIE.....	27
1. 9. 1 Základní terminologie	27
1. 9. 2 Paliativní péče ve vztahu k eutanázii	28
2 DOMÁCÍ PÉČE	29
2. 1 DEFINICE DOMÁCÍ PÉČE	29
2. 2 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE	29
2. 3 DOMÁCÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	30
2. 4 KOMPLEXNÍ DOMÁCÍ PÉČE	32
2. 5 AGENTURY DOMÁCÍ PÉČE.....	33
2. 5. 1 Základní charakteristika	33
2. 5. 2 Organizace poskytování domácí péče	33

2. 5. 3 Postup při zavedení domácí péče	34
2. 5. 4 Vymezení činnosti domácí péče.....	35
2. 5. 5 Personální zajištění domácí péče.....	36
2. 5. 6 Financování domácí péče	36
2. 6 SPECIFIKA PÉČE O PACIENTA V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ.....	36
3 HLAVNÍ ASPEKTY POSKYTOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE	37
3. 1 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB NEMOCNÝCH	37
3. 1. 1 Potřeby biologické.....	37
3. 1. 2 Potřeby psychologické	37
3. 1. 3 Potřeby sociální	38
3. 1. 4 Potřeby spirituální	38
3. 2 KVALITA ŽIVOTA	38
3. 3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP	39
3. 3. 1 Multidisciplinární tým.....	39
3. 3. 2 Role sestry	40
3. 4 DŮSTOJNÁ SMRT	40
4 RODINA A POZŮSTALÍ	41
4. 1 PÉČE O RODINU	41
4. 2 PODPORA POZŮSTALÝCH	42
II VÝZKUMNÁ ČÁST.....	44
5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	44
5. 1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	44
5. 2 HYPOTÉZY.....	45
6 METODIKA VÝZKUMU.....	46
6. 1 TYP VÝZKUMU	46
6. 2 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	47
6. 3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	47
6. 4 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	47
7 PREZENTACE VÝSLEDKŮ.....	48
7. 1 ZPRACOVÁNÍ A ZNÁZORNĚNÍ ZÍSKANÝCH DAT	48
7. 2 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ HYPOTÉZ	89
7. 2. 1 Charakteristika použité statistické metody.....	89
7. 2. 2 Testování hypotéz.....	90
8 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ HYPOTÉZ	94

9 DISKUZE	96
ZÁVĚR	106
SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	108
SEZNAM OBRÁZKŮ	114
SEZNAM TABULEK.....	115
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	118
SEZNAM PŘÍLOH.....	120

ÚVOD

„Šťasten, kdo zemře dříve, než sám začne volat smrt, aby si ho vzala.“

Francis Bacon

Každý lidský život je omezen a jeho konec je nevyhnutelný. Každý z nás se jednou narodí a jednou i zemře. Smrt může být nečekaná a nespravedlivá, ale vždy je neodvratitelná. Samotný proces umírání lze mnohdy ovlivnit, a přesto i v dnešní době nemohou všichni lidé strávit poslední chvíle života důstojně, s úctou a v prostředí, kde se cítí jistě a v bezpečí.

Všem nemocným není umožněno prožít závěr života v domácím prostředí. Důvodem mohou být obtížně zvládnutelné projevy onemocnění, náročná ošetrovatelská péče, ale i změny života rodiny v posledních letech (např. členové rodiny žijící na opačných koncích republiky). Ze zahraničních průzkumů vyplývá, že by si většina umírajících pacientů přála prožít konec svého života doma. Domov je místem, které dobře znají, jsou v něm obklopeni svými blízkými, emocionálními vztahy a intimitou. Mohou si zde sami určovat průběh dne a spolurozhodovat o řadě věcí. Ústavní péče (např. nemocnice či léčebny dlouhodobě nemocných) je zpravidla charakterizována určitou anonymitou, ztrátou soukromí a nutností se podřídit danému dennímu režimu (Hakl, Sláma, 2004).

Téma diplomové práce „Využití domácích agentur v paliativní péči“ jsem si zvolila z více důvodů. Jedním z nich bylo, že jsem se již ve své bakalářské práci zabývala podobnou problematikou, a to umíráním a smrtí z pohledu veřejnosti. V neposlední řadě jsem chtěla své dosavadní znalosti obohatit o nové poznatky a informace, a tím zároveň přispět ke svému lidskému a profesnímu růstu. Hlavní motivací však byla má osobní zkušenost. Jako zdravotní sestra pracující v lůžkovém hospici se velmi často setkávám tváří v tvář s umíráním a smrtí, které může být doprovázeno řadou nepříjemných projevů. Do popředí naší péče se dostává uspokojení bio-psycho-socio-spirituálních potřeb a snaha o zajištění co nejlepší kvality života. Jedná se tedy o poskytování paliativní péče. Jsou zde však také pacienti, jejichž onemocnění je zvládnutelné i v domácím prostředí a kteří by závěr svého života mohli prožít obklopeni svými nejbližšími a v místech, která jsou pro ně známá a příjemná. K tomu je nezbytné mít fungující rodinu, která bude schopna zajistit potřebnou péči. Společně s ní by měla existovat možnost využití služeb některé z agentur domácí péče či domácí hospicové péče.

K napsání této práce mne tedy přivedl především zájem o rozpoznání možných rozdílů v poskytování paliativní péče právě mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí. Přesto, že se zejména domácí hospicová péče u nás teprve rozvíjí a zvláště legislativní zajištění poskytované péče není zcela dořešeno, přítomnost obou těchto typů péče považuji za nezbytnou a velmi přínosnou, neboť umožňují nemocnému zůstat doma v kruhu své rodiny až do konce.

CÍLE PRÁCE A VÝZKUMU

Cílem teoretické části je shrnout poznatky o problematice paliativní péče a domácí péče, vymezit hlavní aspekty poskytované paliativní péče a popsat základní péči o rodinu a pozůstalé.

Cílem výzkumné části je zmapovat situaci v oblasti poskytování paliativní péče z pohledu agentur domácí péče a domácí hospicové péče.

- ***Dílčí cíle:***

1. Rozpoznat možné rozdíly v poskytování paliativní péče mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí.
2. Posoudit případnou rozdílnou úroveň poskytované paliativní péče mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

1. 1 Definice paliativní péče

Světová zdravotnická organizace v roce 1990 definovala paliativní péči jako „*aktivní celkovou péči o nemocné, jejichž choroba neodpovídá na léčbu kurativní. Prvořadým úkolem je kontrola bolesti nebo jiných symptomů a psychických, sociálních a spirituálních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života pro nemocné a pro jejich rodiny*“ (Munzarová, 2005, s. 62).

Novější definice z roku 2002 klade větší důraz na předcházení utrpení: „*Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení, a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením, léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních*“ (Mount, Hanks, McGoldrick, 2006, s. 1).

V definicích se obecně hovoří o nemocných, jejichž choroba nereaguje na kurativní léčbu a kteří trpí pokročilým či progredujícím onemocněním. Paliativní péče a léčba se tedy nezaměřuje pouze na lidi krátce před smrtí, ale také na průběh trvání nemoci, kdy by měly být řešeny všechny obtíže s ní spojené (Marková, 2010).

Moderní paliativní péče si klade za cíl udržet dobrou kvalitu života. Dobrá kvalita života však znamená více, než že pacient netrpí nesnesitelnými bolestmi, nezvrací a má pravidelnou stolici. Kromě tělesných obtíží je kvalita života určena také mírou uspokojení potřeb v oblasti psychické, sociální a duchovní (Sláma, Vorlíček, 2007).

Paliativní péče tedy představuje určitou filozofii péče s důrazem na bio-psycho-socio-spirituální jedinečnost každého člověka a propojenost somatických a psychosociálních aspektů zdraví, nemoci a umírání, ale i konkrétní organizaci péče, která by umožnila uspokojení potřeb nemocného ve všech výše uvedených oblastech (Sláma, Vorlíček, 2007).

1. 2 Historie paliativní péče

Koncept celistvé péče o těžce nemocného, tedy nejen o jeho tělo, ale i o duši a sociální prostředí, byl v tradici evropské medicíny přítomen po staletí. Již ve středověku vznikaly při některých kláštrech útulky pro nemocné a zmrzačené (Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006).

V roce 1842 založila Jeanne Garnierová v Lyonu Společenství žen, které se věnovalo péči o nevléčitelně nemocné. V roce 1874 otevřelo toto Společenství v Paříži první dům pojmenovaný hospic. Právě v souvislosti s dílem J. Garnierové získalo slovo „hospic“ svůj význam jako místo, kam jsou pacienti přijímáni na konci života (Vorlíček, 2004).

V roce 1878 vznikla v irském Dublinu kongregace Sester lásky založená Marií Aikenheadovou. Hlavním posláním bylo doprovázení nemocných při umírání. Tato kongregace založila rovněž několik domů v Irsku a v Anglii, např. Hospic sv. Josefa v Londýně (Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006). Po 2. světové válce pracovala v tomto hospici Cicely Saundersová, zpočátku jako zdravotní sestra a po dokončení studií jako lékařka. V 50. letech 20. století zde postupně zformulovala zásady lékařské péče přizpůsobené potřebám nemocných, kterým tehdy rychle se rozvíjející medicína nemohla poskytnout vyléčení. Ve své práci byla C. Saundersová ovlivněna dílem psychologa Carla Rogerse, zejména jeho myšlenkami o naslouchání a komunikaci s nemocnými. Za souhrn myšlenek Cicely Saundersové lze považovat její koncept „celkové bolesti“. Podle tohoto pojetí je tělesná bolest spjata a vzájemně se ovlivňuje s utrpením v oblasti psychické, sociální a duchovní. Zejména u terminálně nemocných a umírajících je tato propojenost zásadní a jednotlivé složky nelze mírnit odděleně (Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006).

V roce 1967 založila C. Saundersová Hospic sv. Kryštofa v Londýně, ve kterém byla péče o „celkovou bolest“ terminálně nemocných poprvé zajištěna multidisciplinárním týmem. Toto je považováno za počátek moderního hospicového hnutí (Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006).

Rozvoj medicíny ve 2. polovině 20. století a její úspěchy dávaly důvod k optimismu. Převládá názor, že je pouze otázkou času a dalšího vývoje, kdy lidstvo zvítězí nad všemi chorobami. Nevléčitelně nemocní a umírající pacienti, u nichž technologická medicína selhala, se pak často ocitali na okraji zájmu zdravotníků. Jejich postoj lze shrnout do tvrzení, že s pacientem, kterého není možné vyléčit, se již „nedá nic dělat“. Hospicové hnutí vzniklo jako určitá reakce či protest proti tomuto postoji. Naproti tvrzení „nic se nedá dělat“ stavělo přesvědčení, že bez ohledu na diagnózu, stupeň pokročilosti onemocnění i nepříznivou prognózu lze vždy něco udělat pro zlepšení kvality zbývajících života. Právě ono „něco“ je hlavní náplní hospicové a paliativní péče (Vorlíček, 2004).

Hospicové hnutí rozvíjelo svou činnost v několika formách. Na klasické samostatně stojící lůžkové hospice navazovala domácí hospicová péče, která se rozvinula především v USA a ve Velké Británii (Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006).

V roce 1975 založil lékař Balfour Mount v Royal Victoria Hospital v Montrealu první oddělení paliativní péče. Koncept paliativní péče vychází ze zásad hospicového hnutí, ale nevymezuje se proti hlavnímu proudu medicíny. Naopak systematicky usiluje o použití přístupů a postupů hospicové péče v podmínkách akutní nemocniční péče (Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006).

Některé hospicové programy provozují mimo jiné i tzv. denní hospicové stacionáře. Novou organizační formou poskytování paliativní péče jsou paliativní konziliární týmy působící v řadě nemocnic v západní Evropě a v USA (Vorlíček, 2004; Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006).

1. 3 Cílová skupina paliativní péče

Cílovou skupinu představují pacienti, kteří se nachází v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných chorob. Mezi tyto stavy patří zejména onkologická onemocnění, konečná stadia chronických orgánových onemocnění (srdeční, renální nebo jaterní selhání), neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci a demence, nevratná multiorgánová selhávání v prostředí intenzivní péče, CHOPN, AIDS, polymorbidní geriatričtí pacienti a pacienti v perzistujícím vegetativním stavu (Sláma, Špinka, 2004; Sláma, Vorlíček, 2007).

1. 4 Principy paliativní péče

Jako dodatek k definici paliativní péče z roku 2002 vymezila Světová zdravotnická organizace následující základní principy (Munzarová, 2005).

Moderní paliativní péče:

- se neodvrací od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade důraz na kvalitu života;
- přisvědčuje životu a umírání považuje za normální proces;
- smrt ani neurychluje, ani neoddluže;
- zajišťuje úlevu od bolesti a jiných projevů nemoci;
- je založena na interdisciplinární spolupráci a integruje v sobě lékařské, psychologické, sociální, spirituální a existenciální aspekty;
- vychází z individuálních potřeb a přání pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a právo na sebeurčení;

- klade důraz na význam rodiny a nejbližších přátel pacientů, nevytrhává je z jejich přirozených sociálních vazeb a umožňuje jim, aby poslední období života prožili ve vlídném a důstojném prostředí v přítomnosti svých blízkých;
- nabízí všestrannou a účinnou podporu rodině a přátelům a pomáhá jim zvládat období zármutku po smrti blízkého člověka;
- vychází ze zkušeností, že existuje rozdíl mezi kvalitní a špatnou péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, utrpením a nesnesitelnou bolestí (Sláma, Špínka, 2004; Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2007).

1. 5 Rozvoj paliativní péče

Rozvoj paliativní péče má v každé zemi svá specifika. Liší se způsoby organizace péče, jejím financováním a především způsobem začlenění do systému zdravotní a sociální péče. Rozdílné jsou rovněž kulturní rámce, v nichž se paliativní péče rozvíjí. Jedná se např. o vztah společnosti k umírání a smrti, význam dobročinnosti a dobrovolnictví ve společnosti, role rodiny a nejbližších příbuzných, politická a mediální kultura atd. (Vorlíček, 2004).

Výrazným mezníkem v moderní paliativní medicíně bylo ustanovení pěti zásad rozvoje oboru v 70. letech ve Velké Británii:

1. Založení oddělení paliativní medicíny, která poskytují komplexní multidisciplinární péči, včetně vysoce odborné lékařské péče;
2. Rozvoj multidisciplinární domácí paliativní péče, včetně vyškolení zdravotních sester a lékařů v tomto oboru, kteří pracují jako součást multidisciplinárního paliativního týmu;
3. Založení paliativních hospicových oddělení v nemocnicích, které zavádějí multidisciplinární paliativní péči zpět do nemocničních provozů;
4. Rozvinutí konzultačních služeb v nemocnicích v oblasti paliativní medicíny;
5. Výuka všech zdravotních sester, lékařů a dalších zdravotnických pracovníků v základech multidisciplinární paliativní péče (Vorlíček, 2004).

Významnou oblastí pro rozvoj paliativní medicíny je také vzdělávání. Na českých lékařských fakultách je paliativní medicína vyučována v rámci předmětu Lékařská etika a klinická onkologie. Komplexněji je tato problematika probírána v bakalářských a magisterských programech ošetrovatelských oborů (Vorlíček, 2004).

Od roku 1995 se každoročně pořádá Brněnský den paliativní medicíny. V roce 2001 byla zřízena Subkatedra paliativní medicíny v Institutu pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví v Praze. Od ledna roku 2004 existuje samostatný specializační obor Paliativní medicína a léčba bolesti, který navazuje na obor Anesteziologie a resuscitace. Dostupná jsou také odborná periodika a knižní publikace poskytující řadu zajímavých a přínosných informací a poznatků (Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006).

Velmi důležitou událostí bylo založení České společnosti paliativní medicíny jako součásti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, které bylo schváleno vědeckou radou ke dni 10. 10. 2008. Společnost je určena lékařům, ostatním zdravotnickým pracovníkům a nezdravotníkům se zájmem o problematiku paliativní medicíny (Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, 2007 – 2010).

1. 6 Paliativní péče v České republice

V České republice se zájem o paliativní medicínu rozvinul až po roce 1989. Řada českých zdravotních sester a lékařů měla možnost navštívit zahraniční pracoviště, kde získali řadu teoretických i praktických poznatků. Na základě těchto zkušeností bylo v 90. letech 20. století vybudováno několik hospiců, které působí jako nestátní zdravotnická zařízení zřizovaná občanskými sdruženími nebo Charitou (Vorlíček, 2004).

Významnou představitelkou hospicového hnutí v ČR je lékařka Marie Svatošová. Ta v roce 1993 založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem Ecce homo. Hlavním cílem tohoto sdružení je prosazovat práva pacientů a úctu k lidskému životu od jeho početí až do přirozené smrti a podporovat rozvoj hospicového hnutí a domácí péče. MUDr. Marie Svatošová je v současné době prezidentkou Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Za svou dlouhodobou a výbornou práci byla oceněna státním vyznamenáním Medaile za zásluhy (Haškovcová, 2007).

Zásadním činem Ecce homo bylo vybudování a otevření prvního Hospice Anežky České v Červeném Kostelci, ve spolupráci s Diecézní charitou v Hradci Králové. Výstavba hospice trvala pouhých 13 měsíců. Slavnostní otevření se konalo v prosinci roku 1995 a v lednu roku 1996 byli přijati první pacienti. V dnešní době existuje v České republice 13 lůžkových hospiců (viz Příloha č. 1) (Haškovcová, 2007).

První oddělení paliativní péče bylo otevřeno v listopadu roku 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou u Brna. Toto oddělení tvořilo 20 lůžek. Před několika lety bylo však transformováno na léčebnu dlouhodobě nemocných (Vorlíček, 2004; Haškovcová, 2007).

V červnu roku 1998 vzniklo Sdružení poskytovatelů hospicové péče v ČR v čele s Marií Šimánkovou. Ta informovala odbornou veřejnost o cílech tohoto sdružení a vyzvala ke spolupráci všechny, kteří mají zájem zapříčinit se o zlepšení podmínek umírajících (Haškovcová, 2000).

Od roku 2001 působí ve Fakultní nemocnici v Brně specializovaná ambulance paliativní medicíny v rámci oddělení léčby bolesti. Formou konziliárních a ambulantních vyšetření se snaží zlepšovat úroveň poskytované péče o pokročile nemocné pacienty na různých odděleních a klinikách nemocnice (Vorlíček, 2004).

V posledních letech vzniklo také několik agentur a zařízení zaměřujících se na domácí hospicovou péči (tzv. domácích či mobilních hospiců). K založení první specializované ambulanti mobilní jednotky v České republice došlo v Praze roku 2001 na podkladě iniciativy občanského sdružení Cesta domů. Nejprve byla do provozu uvedena Poradna domácí hospicové péče, poté v roce 2003 Domácí hospic jako pilotní projekt Ministerstva zdravotnictví ČR. V roce 2005 byl Cestě domů udělen statut nestátního zdravotnického zařízení (Vorlíček, 2004; Haškovcová, 2007).

Dnes již v České republice existuje několik podobných mobilních hospiců (viz Příloha č. 2). Rozvoj tohoto typu péče je však výrazně omezen stávajícím způsobem úhrady péče ze stran zdravotních pojišťoven (Vorlíček, 2004).

1. 7 Úrovně paliativní péče

Paliativní péči je možné poskytovat na různých úrovních komplexnosti. V současné době lze ve většině dokumentů nalézt dvoustupňový systém úrovní. Ten však může být rozšířen na tři stupně, tj. paliativní přístup, obecná paliativní péče a specializovaná paliativní péče (Radbruch et al., 2010).

1. 7. 1 Paliativní přístup

Paliativní přístup lze využívat v zařízeních a v prostředí, kde se pacientům poskytuje paliativní péče pouze příležitostně. Měl by být součástí rutinní péče praktických lékařů, zařízení domácí péče a personálu nemocnic (Radbruch et al., 2010).

Doporučením Rady Evropy je, aby byli všichni odborní pracovníci ve zdravotnictví obeznámeni se zásadami paliativní péče a aby byli schopni tyto zásady využívat v praxi (Radbruch et al., 2010).

1. 7. 2 Obecná paliativní péče

Obecná paliativní péče představuje větší část z celkového objemu paliativní péče. Je považována za dobrou klinickou péči o pacienta ve stádiu pokročilého onemocnění. Součástí je komunikace s pacientem a rodinou, zaměření léčby na kvalitu života, léčba symptomů a psychosociální podpora. Řada aspektů obecné paliativní péče je poskytována v rámci stávajících zdravotnických struktur, aniž by tato činnost nesla označení „paliativní“ (Sláma, Špinka, 2004; Sláma, Vorlíček, 2007).

Obecnou paliativní péči poskytuje primární zdravotnický personál a specialisté, kteří léčí pacienty s život ohrožujícím onemocněním a kteří mají dostatečné základní dovednosti a vědomosti v oblasti paliativní péče (Radbruch et al., 2010).

1. 7. 3 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je odborná interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků speciálně vzdělaných v oblasti paliativní péče. Tento tým tvoří lékař, zdravotní sestry, psycholog, sociální pracovník, pastorační pracovník, fyzioterapeut, koordinátor dobrovolníků, dobrovolníci a další odborníci. Členové týmu musí být vysoce kvalifikovaní a paliativní péče by měla být jejich hlavním profesionálním zaměřením (Sláma, Špinka, 2004; Radbruch et al., 2010).

Tento druh péče je indikován tam, kde pacient a jeho rodina mají obtíže, které svou komplexností přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče (Sláma, Špinka, 2004; Sláma, Vorlíček, 2007).

1. 8 Organizační formy specializované paliativní péče

1. 8. 1 Lůžkový hospic

Hospic představuje klasickou formu poskytování paliativní péče. Obvykle se jedná o samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči pacientům v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění. Nezbytnou součástí je symptomatická léčba a uspokojování psychických, sociálních a spirituálních potřeb (Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006; Sláma, Vorlíček, 2007).

Hospicová péče však nepředstavuje pouze péči terminální. Z časového hlediska se jedná o období zahrnující tři časové úseky:

- **pre finem** (měsíce a roky, nejčastěji formou domácí hospicové péče);
- **in finem** (relativně krátký úsek vlastní terminální péče);
- **post finem** (péče o pozůstalé, individuální podle potřeby) (Svatošová, 2004).

Hospice patří k zdravotně sociálním zařízením. To znamená, že kromě zdravotnické péče je poskytováno také sociální poradenství a pomoc nejen nemocným a jejich rodinám, ale i pozůstalým a dalším potřebným v souvislosti s umíráním a smrtí jejich blízkých (Marková, 2010).

Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné neopakovatelné bytosti a z biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb pacienta. Ctí autonomii nemocného a jeho právo svobodně se rozhodnout. Hospic neslibuje uzdravení, ale ani nebere naději. Pacient ví, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, za všech okolností bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen. Cílem tedy není prodloužení života, ale zajištění co nejlepší možné kvality až do konce (Svatošová, 2004).

V hospici je důraz kladen především na individuální přání a potřeby nemocného. Úsilím je vybudovat prostředí, ve kterém by pacient mohl zůstat do konce svého života obklopen svými blízkými. Tohoto cíle je dosahováno snahou o vytvoření osobité a domácí atmosféry, maximálního soukromí pacientů (zpravidla jednolůžkové pokoje), možností ubytování příbuzného či blízkého spolu s pacientem a volným režimem návštěv. Ty jsou v hospici neomezeně 24 hodin denně, 365 dnů v roce (Sláma, Špinka, 2004; Sláma, Vorlíček, 2007).

Většina lůžkových hospiců má kolem 20 – 30 lůžek, v zahraničí je to zhruba 10 – 20 lůžek. Režim dne je plně přizpůsoben pacientovi, vždy s ohledem na jeho zdravotní stav. Pokud to stav dovolí, nemocný může budovu hospice i opustit. Pobytu na lůžku v hale či na terase jsou však častější, neboť většina pacientů zde již bývá imobilních (Svatošová, 2004).

Úsilím je, aby hospic nemocnému připomínal více domov než nemocnici. Tomu odpovídá i vnitřní vybavení. K dispozici jsou nejrůznější pomůcky, které usnadňují každodenní život pacientů a fyzickou námahu zdravotních sester (např. elektrická polohovací lůžka, hydraulické zvedáky do vany apod.). Všechny prostory jsou bezbariérové, tím i dostupné pro nemocné na lůžku. K pohodlí pacientů a jejich blízkých mohou přispět různé kulturní akce, jako např. krátké koncerty, zpívání při kytáře či klavíru, výstavy obrazů a jiné (Svatošová, 2003; Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006).

K pacientům hospice patří nejčastěji nemocní s pokročilým onkologickým onemocněním. U těchto chorob lze totiž jednoznačně říct, že kurativní přístup již nepřináší žádný výraznější efekt (Marková, 2010).

Pacient je do hospice přijímán na základě vlastní žádosti. Její součástí je také písemný svobodný informovaný souhlas. Nemocný musí vědět, že v hospici bude pokračovat paliativní léčba, hlavně symptomatická. Nemůže však očekávat léčbu, která by pro něj byla neefektivní a neúčelně zatěžující (Svatošová, 2004).

O přijetí rozhoduje vedoucí lékař hospice. Nemocný by měl splňovat následující podmínky:

- jeho postupující choroba ho ohrožuje na životě;
- potřebuje paliativní, zejména symptomatickou léčbu a péči;
- v současnosti není nutná akutní hospitalizace v nemocnici;
- domácí péče není možná nebo nestačí;
- svobodně se pro tuto formu péče rozhodne (Svatošová, 2004; Marková, 2010).

Průměrná doba pobytu nemocného v hospici je zhruba 3 – 4 týdny. Všichni pacienti však v hospici neumírají. Asi třetina hospitalizovaných se vrací po úpravě léčby, při zlepšení zdravotního stavu nebo při úpravě podmínek umožňujících domácí ošetřování do domácí péče (Svatošová, 2004; Marková, 2010).

Součástí služeb je poskytování tzv. odlehčovacích služeb neboli respitní péče. Hlavním cílem je umožnit rodině pečující o nemocného v domácím prostředí odpočinek a odlehčení na časově omezenou dobu (Svatošová, 2003).

Péče je zajišťována multidisciplinárním týmem. Ten tvoří lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelky, rehabilitační pracovníci, psycholog, sociální pracovník, dobrovolníci a další odborníci. Dobrovolníci jsou plnohodnotnými a žádanými členy týmu. Navštěvují pacienty, zajišťují jim drobné nákupy, pomáhají organizovat různé kulturní akce apod. (Svatošová, 2003; Vorlíček, 2004).

1. 8. 2 Zařízení domácí paliativní péče

Zařízení domácí paliativní péče (tzv. mobilní či domácí hospic) poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientů. Cílem je mimo jiné podpora a aktivizace rodiny a přátel v péči o nemocného (Sláma, Vorlíček, 2007).

V USA slovo hospic znamená hlavně domácí paliativní péči. V celé řadě západoevropských zemí působí tato péče v úzké spolupráci s lůžkovými hospici (Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006).

Nevyléčitelně nemocní, umírající a jejich rodiny mají právo spolurozhodovat o místě, kde bude paliativní péče poskytována. Přístup ke kvalitní péči musí být výhradně založen na potřebě této péče a nesmí být omezen věkem, druhem nemoci, zeměpisnou polohou, socioekonomickým postavením a finanční situací pacienta (Špinková, Špinka, 2004).

Domácí paliativní péče je založena na následujících principech:

- pacient, jeho rodina a nejbližší přátelé jsou společnými příjemci péče a zásadním způsobem se podílejí na vytváření plánu poskytované péče;
- tým domácí paliativní péče musí být k dispozici 24 hodin denně, 7 dní v týdnu;
- tým domácí péče je multidisciplinární: tvoří jej lékaři, zdravotní sestry, sociální a pastorační pracovníci, psycholog, koordinátor dobrovolníků, dobrovolníci, poradenský pracovník, osobní asistenti, ošetřovatelé a další pracovníci dle potřeby;
- domácí paliativní péče je komplexní: tým pečuje o fyzický, psychický, sociální a spirituální stav nemocného a jeho rodiny;
- nezbytnou součástí je vysoce odborná léčba bolesti a dalších symptomů provázejících umírání;
- tým poskytuje péči rodině pacienta a minimálně po dobu jednoho roku po smrti blízkého nabízí pozůstalým odborně vedenou službu doprovázení v období truchlení;
- paliativní tým spolupracuje s praktickými lékaři, agenturami domácí péče a dalšími poskytovateli zdravotní a sociální péče;
- důležitou a nezbytnou součástí týmu jsou školení a odborně vedení dobrovolníci (Špinková, Špinka, 2004; Radbruch et al., 2010).

Pro přijetí nemocného do domácí paliativní péče musí být splněna tato kritéria:

- pacient trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu a ošetřující lékař doporučil paliativní péči;
- pacient se svobodně rozhodl zůstat v domácím prostředí;
- pacient zná svůj zdravotní stav a dle svých možností rozumí závažnosti a prognóze své nemoci;

- pacient i rodina rozumí možnostem i limitům domácí paliativní péče a souhlasí s jejími principy, které jsou zaměřeny na zmírnění utrpení, léčbu bolesti a na tlumení příznaků doprovázejících onemocnění;
- neexistují žádné závažné zdravotní, sociální či jiné důvody vylučující možnost péče v domácím prostředí;
- rodina je informována o zdravotním stavu pacienta a dle svých možností rozumí závažnosti a prognóze jeho nemoci;
- rodina je ochotná podílet se na domácí péči;
- v rodině nebo mezi blízkými pacienta je alespoň jedna osoba připravená převzít odpovědnost za každodenní celodenní péči, je schopna zajistit podávání léků dle rozpisu, vstup členů multidisciplinárního týmu do domácnosti aj.
- k zabezpečení nepřetržité léčby a předpisu léků je nezbytná funkční spolupráce s ošetřujícím a praktickým lékařem;
- péče v současné době není hrazena z veřejného zdravotního pojištění, nýbrž jen z grantů a darů, proto ode dne přijetí do péče si nemocný přispívá určitou částkou, která se liší mezi jednotlivými poskytovateli těchto služeb;
- pacient a rodina mohou své rozhodnutí o péči v domácím prostředí kdykoliv změnit a podat žádost o přijetí do lůžkového hospice či jiného zdravotnického zařízení (Špinková, Špinka, 2004; Cesta domů, 2011).

Tým domácí paliativní péče se zpravidla skládá ze čtyř až pěti odborníků zaměstnaných na plný pracovní úvazek. K dispozici by měl mít pracovník pro sestry, lékaře a sociální pracovníky, dále zasedací místnost a sklad zdravotnických pomůcek (Radbruch et al., 2010).

Zařízení domácí paliativní péče nabízí různé spektrum služeb, které se mohou mezi jednotlivými poskytovateli lišit. K těm základním patří:

- ***Odborné výkony***
 - aplikace injekční a infúzní terapie;
 - aplikace parenterální výživy a výživy do PEGu;
 - odběry krve a biologického materiálu;
 - ošetřování periferních a centrálních žilních vstupů;
 - ošetřování permanentního močového katétru;
 - péče o stomie a dekubity;
 - kontinuální dávkování opiátů pomocí infúzních dávkovačů;

- aplikace kyslíku;
- převazy aj. (Hospicová péče svaté Zdislavy, 2010).
- ***Půjčovna pomůcek***
 - poradenství ve výběru vhodné pomůcky;
 - zapůjčení ošetřovatelských a kompenzačních pomůcek (antidekubitní pomůcky, berle, hole, chodítka, elektrická polohovací lůžka, elektrické zvedáky, různé druhy mechanických vozíků, koncentrátor kyslíku, nástavce na WC, sedačky do vany a řada dalších hygienických, rehabilitačních a jiných pomůcek) (Cesta domů, 2011).
- ***Odlehčovací služby***
 - pro nemocné, kterým lékaři diagnostikovali onkologické onemocnění ve stádiu, ve kterém již není pravděpodobné vyléčení (může však probíhat aktivní léčba radioterapií či chemoterapií) nebo nenádorové onemocnění (např. pokročilý syndrom demence se sníženou schopností pohybu);
 - tato služba je poskytována v domácím prostředí pacienta (Cesta domů, 2011).
- ***Poradenství***
 - pomoc těm, kteří hledají informace, kontakty, podporu a doprovázení v péči o nevléčitelně nemocné a umírající a těm, kterým někdo zemřel;
 - poradenské služby mohou být poskytovány osobně, telefonicky nebo prostřednictvím internetové poradny (Cesta domů, 2011).

1. 8. 3 Oddělení paliativní péče

Oddělení paliativní péče vznikají v posledních 20 letech v nemocnicích různých typů v řadě zemí. Pečuje se zde o nemocné, kteří potřebují komplexní paliativní péči a zároveň potřebují pro diagnostiku a léčbu ostatní služby a komplement nemocnice. Snahou je realizace hospicového vzoru v rámci možností daného zařízení. Využívají také odborných konzilií k intenzivní podpůrné a paliativní léčbě. Často jsou zde hospitalizováni pacienti v průběhu protinádorové léčby. Cílem je zvládnutí specifických obtíží spojených s nemocí nebo její léčbou. Přítomnost lékaře a kvalifikovaných zdravotních sester umožňuje řešit i velmi obtížné a komplikované stavy (Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006; Sláma, Vorlíček, 2007).

V České republice oddělení paliativní péče ve výše popsaném smyslu prozatím neexistuje (Sláma, Vorlíček, 2007).

1. 8. 4 Specializovaná ambulance paliativní péče

Specializovaná ambulance paliativní péče zajišťuje péči pacientům pobývajícím v domácím prostředí nebo v zařízeních sociální péče, kteří jsou schopni ambulanci navštívit. Zpravidla se zde uplatňuje spolupráce s praktickým lékařem, zařízeními obecné domácí péče a specializované paliativní péče (Sláma, Špínka, 2004; Radbruch et al., 2010).

Ambulance paliativní péče mohou působit při lůžkových hospicích, při odděleních paliativní péče lůžkových zařízení nebo jako součást zařízení domácí paliativní péče (Sláma, Špínka, 2004).

1. 8. 5 Konziliární tým paliativní péče

Tato forma přináší v rámci zdravotnického zařízení interdisciplinární odbornou znalost v oblasti paliativní péče do lůžkových zařízení různého typu. Podporuje návaznost péče a kromě ovlivnění kvality paliativní péče nepřímo přispívá k edukaci zdravotnického personálu (Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006; Sláma, Vorlíček, 2007).

Tým by měl působit konziliárně přímo u lůžka nemocného a spolu s ošetřujícím lékařem by měli všichni členové týmu hledat optimální léčebný postup. Pacient by měl zůstat v péči původního ošetřujícího lékaře. Minimální složení týmu je lékař, zdravotní sestra a sociální pracovník (Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006; Sláma, Vorlíček, 2007).

V České republice nejsou zatím konziliární týmy rozšířeny (Sláma, Vorlíček, 2007).

1. 8. 6 Denní stacionář paliativní péče

Denní stacionář paliativní péče (tzv. denní hospicový stacionář) pomáhá formou denních návštěv pacienta řešit zdravotní problémy a současně nabízí komplexní edukační, rekreační a relaxační aktivity podle možností a potřeb pacienta. Na noc odjíždí pacient domů (Sláma, Špínka, 2004; Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006).

Tyto stacionáře působí spíše v zahraničí, v České republice se zatím nevyskytují (Sláma, Špínka, 2004).

1. 9 Paliativní péče a eutanázie

1. 9. 1 Základní terminologie

Podle Světové lékařské asociace je eutanázie definována jako „*vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou nemocí, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku*“ (Munzarová a kol., 2008, s. 19).

V dřívější době byla eutanázie rozdělována na aktivní a pasivní. Pojem aktivní eutanázie vyjadřoval aktivní zásah vedoucí ke smrti (např. podáním smrtelné dávky léku), zatímco pojem pasivní eutanázie znamenal ustoupení od aktivity, čili nepodání léku nebo nepokračování v léčebných postupech, což rovněž vedlo ke smrti. Pod pojmem pasivní eutanázie však mohly být schovány dva zcela odlišné postupy. Na straně jedné nezasáhnutí s úmyslem zabít, což je v tomto případě po mravní stránce totéž jako přístup aktivní eutanázie, a na straně druhé nepodání léčby nebo ustoupení od dalších postupů tehdy, jsou-li zatěžující a přinášejí-li umírajícímu jen další utrpení. Na odmítnutí takových postupů má nemocný plné právo. Zároveň je potřebné zdůraznit, že tato druhá situace není eutanázií. Je to postup, který je plně v souladu s lékařskou etikou a s respektem k lidské důstojnosti umírajícího člověka. Pojem pasivní eutanázie by měl být tedy zcela vymýcen (Munzarová, 2005).

V převážné většině evropských zemí je eutanázie trestným činem. To platí také pro Českou republiku. Výjimku tvoří např. Nizozemsko či Belgie, ale i zde eutanázie podléhá přísným kritériím. Nezbytné je ovšem zdůraznit samotnou morální povahu celého činu. Jedná se o aktivní čin, kdy smrt u pacienta by nepřišla samovolně, ale je zapříčiněna zásahem druhé osoby, v tomto případě vždy lékařem. Za eutanázií tedy nelze považovat situaci, kdy by došlo k odpojení pacienta od ventilátoru a ten by pro neschopnost dýchání zemřel (Prokop, Kabelka, 2007).

Eutanázie je záměrným a chtěným činem, pacient musí své vlastní usmrcení vyžadovat. Žádost musí být opakovaná a vědomá, na pacienta nesmí být vyvíjen žádný nátlak. Nelze tedy hovořit o eutanázií u těch, kteří takový souhlas nemohou poskytnout (pacienti v kómatu, dementní pacienti atd.), nebo u úmrtí, kdy pacient zemřel na vedlejší efekt poskytované žádané léčby (Prokop, Kabelka, 2007).

1. 9. 2 Paliativní péče ve vztahu k eutanázii

Paliativní péče a eutanázie jsou přístupy, které se od sebe zcela liší, a proto je nelze stavět pod společného jmenovatele. Paliativní péče uznává závažný charakter nemoci a vychází z přesvědčení, že bez ohledu na stupeň pokročilosti choroby lze vždy něco udělat pro zlepšení kvality zbývajících života. Smrt neurychluje ani neoddaluje. Eutanázie představuje aktivní usmrcení pacienta na jeho vlastní žádost. Eutanázie nepřijímá umírání jako přirozené období života. Etický rozdíl je zde zcela zásadní (Sláma, Vorlíček, 2007).

Pacienti hospice se nenachází v záviděníhodné situaci, a přesto o eutanázii nikdy nežádají. Jsou-li dostatečně uspokojeny všechny čtyři okruhy potřeb pacienta (bio-psycho-socio-spirituální), nemělo by ho to napadnout. Pokud nemocný takovou žádost vysloví, je to vždy důvod k pátrání po možné příčině a snahou je ji odstranit. V hospicích je postoj k eutanázii zcela jednoznačný, pomáhat v umírání ano, pomáhat k smrti ne (Svatošová, 2004).

2 DOMÁCÍ PÉČE

2. 1 Definice domácí péče

„Domácí péčí je zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti“ (Špaček, 2010, s.1).

Domácí péče je od roku 1990 neoddelitelnou součástí moderního systému zdravotní i sociální péče v České republice. Nárok na poskytování domácí péče má každý občan, jehož ošetřující lékař po zhodnocení celkového zdravotního stavu a stavu vlastního sociálního prostředí pacienta rozhodne o poskytování domácí péče. Jedná se o integrovanou formu péče, proto je také označována jako komplexní domácí péče (Misconiová, 2006; Jarošová, 2007).

Mezi hlavní cíle domácí péče patří:

- zajistit maximální rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče;
- pomoci pacientům, kterým je tato péče poskytována na základě doporučení příslušným lékařem v jejich vlastním sociálním prostředí;
- omezit vliv nozokomiálních nákaz a iatropatogenního poškození na zdravotní stav pacientů (Špaček, 2010).

2. 2 Historie domácí péče

Domácí péče v Evropě byla z velké části spojována s primární péčí (tzn. v rámci rodiny pacienta) nebo za přispění dobrovolnické či církevní instituce. Nicméně i dnes platí, že rodina a nejbližší příbuzní zastávají nejdůležitější roli v péči bez ohledu na sociální systém v dané oblasti (Asociace domácí péče ČR, 2011).

Moderní koncept domácí péče zahájil v roce 1859 v Liverpoolu William Rathbon. Tento známý byznysmen a filantrop přišel na myšlenku domácí péče v době, kdy jeho žena umírala na zhoubné onemocnění. Ve spolupráci s Florence Nightingalovou založil první školu pro sestry, které poskytovaly ošetrovatelskou péči nemocným a chudým lidem (Misconiová, 2006).

V roce 1885 byla ve Spojených státech severoamerických založena Organizace sester v domácí péči, která pomáhala chudým a opuštěným lidem se zdravotními problémy (Misconiová, 2006).

Roku 1893 byla v New Yorku založena Ošetrovatelská služba vedená sestrami Lillian Wald a Mary Brewster pod záštitou ministerstva zdravotnictví. Tyto dvě sestry zavedly termín veřejná zdravotní sestra (Hanzlíková a kol., 2007).

Koncem 19. století dochází v rámci celé Evropy k velkému rozvoji domácí péče. V té době se orientovala zejména na péči o seniory. Pouze v Holandsku byla péče poskytována všem nemocným bez ohledu na věk (Misconiová, 2006; Hanzlíková a kol., 2007).

V průběhu dvou světových válek byla domácí péče potlačena. Důvodem byla kumulace pacientů v lůžkových zdravotnických zařízeních a rozvoj zdravotnické techniky. Možnost léčby zdravotních problémů nemocných, jež byly dříve obtížně řešitelné, přiváděla do lůžkových zařízení stále více pacientů (Misconiová, 2006).

Na počátku 70. let 20. století došlo v Evropě k návratu k myšlence domácí péče. Za příčinu byla považována narůstající spotřeba nákladů jednotlivými zdravotnickými systémy. Vlády jednotlivých zemí hledaly východiska v řešení problémů. V těchto zemích je domácí péče tvořena určitým podílem zdravotní a sociální péče či pomoci. Nezastupitelnou úlohu má obec, která prostřednictvím domácí péče tvoří a upravuje komunální politiku zdraví a sociální péče (Misconiová, 2006).

2. 3 Domácí péče v České republice

V České republice má domácí péče hluboké historické kořeny. V rodinách a špitálech byla služba nemocným výsadou řeholních řádů (např. řád svatého Ducha, johanitky, klaristky, alžbětinky a milosrdní bratři) (Misconiová, 2006).

V roce 1223 založila sv. Anežka Přemyslovna Laické bratrstvo špitální, ze kterého pocházel řád křížovníků s červenou hvězdou. Ten spravoval za vlády Karla IV. šedesát špitálů (Misconiová, 2006).

Během vlády Marie Terezie, v době osvíceneckého absolutismu, došlo ke zlepšení péče o poddané v sociální sféře. Stavěly se útulky a zakládaly se spolky pro pomoc nemocným. Zároveň došlo k propojení charitativní a odborné stránky (Misconiová, 2006).

V roce 1919 byl za výrazné pomoci Alice Masarykové založen Československý červený kříž. V období první republiky vedly vysoké náklady na ošetřování v nemocnicích a snaha zlepšit úroveň zdravotnictví ke vzniku myšlenky odborné ošetrovatelské pomoci v domácnosti (Misconiová, 2006).

Po 2. světové válce převzaly organizaci ošetrovatelské a zdravotní služby v rodinách Ústavy národního zdraví. V téže době byla založena Masarykova škola zdravotní a sociální péče, ve které se vzdělávaly budoucí poskytovatelky domácí péče (Misconiová, 2006; Hanzlíková a kol., 2007).

V roce 1952 převzal domácí péči do svých rukou stát a domácí péče byla zařazena do systému organizace ve zdravotnictví a do kompetencí obvodních ambulancí. Zdravotní sestry pracující v domácí péči pod Československým červeným křížem založily geriatrické ambulance a začaly pracovat na pozici geriatrických sester (Hanzlíková a kol., 2007).

Po sametové revoluci v roce 1989 došlo k výrazným změnám a reformám. V roce 1990 vzniklo první středisko ošetrovatelské péče České katolické charity. O rok později ministerstvo zdravotnictví tuto činnost zlegalizovalo a umožnilo provést experiment, kdy začalo fungovat čtyřicet agentur domácí péče (Misconiová, 2006; Hanzlíková a kol., 2007).

Roku 1992 vznikla skupina pro podporu a rozvoj domácí péče v ČR. Členy jsou jednak profesionálové, ale i zástupci laické veřejnosti. Skupina řeší přípravu legislativních opatření, vzdělávání zdravotnických pracovníků, financování domácí péče, komunikaci v domácí péči a další (Hanzlíková a kol., 2007).

V roce 1993 došlo k výraznému rozvoji agentur domácí péče a k vytvoření spolupráce s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. V březnu téhož roku byla založena Asociace domácí péče, která sdružuje lékaře, zdravotní sestry, sociální pracovníky, psychology a další pracovníky podílející se na poskytování domácí péče. Z iniciativy Asociace domácí péče bylo v roce 1994 založeno Národní centrum domácí péče České republiky se sídlem v Praze. Statutárním zástupcem je Bc. Blanka Misconiová. Od roku 1994 i nadále stoupá počet agentur domácí péče a začínají se také zapojovat obecní, městské a okresní úřady (Národní centrum domácí péče České republiky, 2006; Hanzlíková a kol., 2007).

2. 4 Komplexní domácí péče

Komplexní domácí péče je terénní zdravotně sociální služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností v důsledku vysokého věku, nemoci či zdravotního handicapu v domácím prostředí. Je součástí primární péče, která je vnímána jako první kontakt pacienta se systémem zdravotní a sociální péče. Podíl na poskytování zdravotní a sociální péče má také laická veřejnost prostřednictvím samotného pacienta v oblasti sebezpěče nebo účasti rodiny, blízkých či dobrovolníků na poskytování laické pomoci (Jarošová, 2007; Pešková, 2009).

Komplexní domácí péči je možné rozdělit na péči poskytovanou 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, dále na péči poskytovanou v časově limitovaném rozsahu a na péči, která je poskytována v časově i odborně limitovaném rozsahu. Péče o terminálně nemocné pacienty by měla být dostupná nepřetržitě (Pešková, 2009).

Komplexní domácí péče zajišťuje kompletní domácí služby v rozsahu:

- ***Základní zdravotní a sociální péče***
 - příjem potravy a tekutin;
 - zajištění osobní hygieny;
 - prevence a léčba dekubitů;
 - obklady, zábaly;
 - doprovod a transport pacienta;
 - úprava domácího prostředí (Pešková, 2009).

- ***Odborná zdravotní a sociální péče***
 - hodnocení tělesného a duševního stavu pacienta;
 - odběr biologického materiálu;
 - aplikace injekcí a infúzí;
 - inhalační terapie;
 - edukace pacienta;
 - preventivní prohlídky;
 - sociální diagnostika (Pešková, 2009).

- ***Specializovaná zdravotní a sociální péče***
 - aplikace diagnostických přístrojů a metod;
 - podpůrná psychoterapie a odborné poradenství (Pešková, 2009).

2. 5 Agentury domácí péče

2. 5. 1 Základní charakteristika

Agentury domácí péče patří mezi základní činitele komplexní domácí péče. Zajišťují zdravotní a sociální péči o nemocného v domácím prostředí. Zdravotní péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, zatímco sociální péče je hrazena ze sociálních referátů. Nadstandardní péči (např. služby kadeřníka, manikérky a pedikérky) si nemocní hradí za přímou úhradu (Hanzlíková a kol., 2007; Pešková, 2009).

Agentury jsou zřizovány státní správou, samosprávou, zdravotnickými zařízeními ambulantního i lůžkového typu, privátními zdravotními sestrami, lékaři, charitativními a humanitárními organizacemi a dalšími subjekty. Většina z nich je sdružena v Asociaci domácí péče České republiky, která ukládá svým členům řadu podmínek z oblasti vzdělávání a etických aspektů, které mají vliv na kvalitu poskytované péče (Asociace domácí péče ČR, 2011).

2. 5. 2 Organizace poskytování domácí péče

Při zvažování využití možnosti domácí péče je vhodné nalézt odpovědi na následující otázky:

1. Je přáním pacienta, aby péče a léčba probíhaly v domácím prostředí?
2. Je možno zajistit bezpečnost pacienta a případné řešení očekávaných komplikací?
3. Souhlasí rodina pacienta s péčí v domácím prostředí a je ochotna za určitou část této péče nést zodpovědnost? Je možné po nich tento úkol požadovat s ohledem na jejich zdravotní stav a sociální, ekonomické a prostorové podmínky?
4. Je k dispozici agentura domácí péče, která je schopná zvládnout všechny požadavky? Je požadovaný charakter a intenzita uskutečnitelná při stávajícím způsobu úhrady této péče ze strany zdravotní pojišťovny? (Hakl, Sláma, 2004).

Agentury domácí péče nejsou schopny při stávajícím způsobu úhrady péče zajistit péči o nesoběstačného pacienta, který nemá rodinu či jiné osoby ochotné podílet se na spoluvytváření jeho domácího prostředí. Pokud má pacient fungující rodinu, je dobře organizovaná agentura domácí péče schopna zajistit pravidelné ošetřovatelské a léčebné úkony (Hakl, Sláma, 2004).

2. 5. 3 Postup při zavedení domácí péče

1. Rozhodnutí o zavedení domácí péče musí být výsledkem vzájemné dohody mezi lékařem, pacientem a jeho rodinou a představitelem dané agentury domácí péče (Hakl, Sláma, 2004).
2. Ošetřující lékař po zhodnocení celkového zdravotního stavu pacienta a stavu jeho vlastního sociálního prostředí ve spolupráci se zvolenou agenturou domácí péče vystaví poukaz na odbornost domácí zdravotní péče na daném tiskopisu. Tento tiskopis vyplní kompletně včetně zdravotních údajů o pacientovi, stupni jeho pohyblivosti a dalších náležitostí. Na tiskopis uvede také příslušný typ návštěv. V domácí zdravotní péči existují čtyři typy návštěv a liší se pouze časovým rozsahem (15, 20, 45 a 60 minut). Je možno zajišťovat i péči o terminálně nemocné pacienty, u nichž je rozsah poskytované péče stanoven ošetřujícím lékařem (Asociace domácí péče ČR, 2011).
3. K vybranému typu návštěvy doplní ošetřující lékař stručnou formou konkrétní požadované výkony. S agenturou si dohodne interval pro zpracování stručné písemné zprávy, ve které agentura podává informace o vývoji zdravotního stavu pacienta (Hakl, Sláma, 2004; Asociace domácí péče ČR, 2011).
4. Platnost indikace domácí péče je u praktických lékařů pro dospělé a u praktických lékařů pro děti a dorost maximálně 3 měsíce. Rozhodne-li se praktický lékař po ukončeném cyklu domácí péče pokračovat v jejím poskytování v nezměněné podobě, změní pouze v záhlaví tiskopisu pořadové číslo (Asociace domácí péče ČR, 2011).
5. U odborných lékařů, kteří propouštějí pacienta po hospitalizaci nebo po jednodenním operačním zákroku či výkonu, je maximální rozsah indikace domácí péče 14 dnů. Domácí zdravotní péče je v tomto případě zahájena v přímé návaznosti na den ukončení hospitalizace pacienta (Asociace domácí péče ČR, 2011).
6. Po ukončení hospitalizace je odborný lékař povinen předat písemnou informaci o celkovém zdravotním stavu pacienta včetně indikace domácí zdravotní péče, ordinace léků, pomůcek a dalších produktů praktickému lékaři, který má možnost v domácí zdravotní péči pokračovat (Asociace domácí péče ČR, 2011).

7. V průběhu čtrnácti dnů či jednoho měsíce může dojít k neočekávaným změnám ve zdravotním stavu pacienta. Proto je nutné, aby agentura domácí zdravotní péče o případných změnách zavčas informovala ošetřujícího lékaře, který pacienta navštíví a upraví rozsah a frekvenci domácí péče. O návštěvě pacienta a eventuálních změnách v ordinaci domácí zdravotní péče provádí ošetřující lékař záznam a vystaví nový tiskopis se změněným rozsahem a obsahem požadované domácí zdravotní péče (Asociace domácí péče ČR, 2011).
8. V případě akutních změn na celkovém zdravotním stavu pacienta je agentura domácí zdravotní péče povinna okamžitě informovat ošetřujícího lékaře, který upraví léčbu na odpovídající formu zdravotní péče. Pokud by ošetřující lékař tuto informaci neobdržel, hrozí ze strany agentury zanedbání povinné péče (Asociace domácí péče ČR, 2011).

2. 5. 4 Vymezení činností domácí péče

Zdravotní sestra může během pravidelných návštěv v rámci základní nebo odborné zdravotní a sociální péče v domácím prostředí provést řadu činností. Mezi nejčastější výkony lze zařadit:

- zajištění osobní hygieny;
- podávání předepsaných léků;
- odběry biologického materiálu;
- aplikace injekcí, infúzí a výživy;
- zavádění sond a katétrů;
- péče o stomie;
- prevence a léčba dekubitů;
- převazy chronických ran;
- kyslíková terapie;
- rehabilitační péče;
- edukace pacienta a jeho rodiny aj. (Hakl, Sláma, 2004).

Kvalitní agentury domácí péče by měly být vybaveny pomůckami a přístroji, které zajišťují včasnou diagnostiku a terapii a které zároveň pomáhají zvýšit komfort poskytované domácí péče. Pro tento účel jsou pacientům zapůjčovány různé kompenzační pomůcky (např. mechanické vozíky, chodítka, berle, sedačky do vany, lineární dávkovače léků aj.) a také speciálně upravená lůžka (Misconiová, 2006).

2. 5. 5 Personální zajištění domácí péče

Multidisciplinární tým je tvořen nejčastěji lékaři, zdravotními sestrami, sestrami specialistkami, sociálními pracovníky, psychology, pečovateli, dobrovolníky a rodinou pacienta (Hanzlíková a kol., 2007; Pešková, 2009).

Doporučený minimální počet kvalifikovaných pracovníků pro zajištění nepřetržité domácí péče je pět plných pracovních úvazků (Špaček, 2010).

2. 5. 6 Financování domácí péče

Domácí péče je financována prostřednictvím fondu veřejného zdravotního pojištění a dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 134/1998 Sb., kterou je vydáván seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Další možností je přímá platba pacienta, a to v případě, že pacient není pojištěn nebo se jedná o výkony nehrazené ze zdravotního pojištění nebo u pacientů, u kterých nemá zdravotní pojišťovna smluvní vztah se zdravotnickým zařízením poskytujícím domácí péči. To platí, pokud si pacient vědomě a záměrně zvolí nesmluvní zařízení (Špaček, 2010).

2. 6 Specifika péče o pacienta v domácím prostředí

Onemocnění představuje pro pacienta i jeho blízké zásadní změnu rolí, vztahů a také perspektiv. Nemocný prožívá pocit ohrožení vlastního života a s tímto pocitem se musí vyrovnávat. Dlouholetý žitel rodiny, otec, sexuální partner a vedoucí pracovník je náhle odkázán na pomoc svých blízkých i v těch nejzákladnějších a často i intimních úkonech. Je ohrožen pocit důstojnosti a vlastní hodnoty. Nemoc působí kromě nepříjemných symptomů (např. bolest či dušnost) také obtíže, jež mohou být zatěžující i pro okolí pacienta (např. zápach z ran) (Hakl, Sláma, 2004).

Výše popsaný proces onemocnění klade velké nároky na pacienta samotného, ale i na jeho blízké. Ti se podílejí na vlastní ošetrovatelské péči (mytí, podávání stravy a tekutin, aplikace léků atd.), poskytují psychickou podporu a pomoc v adaptaci na náročnou situaci. Sami však obvykle prožívají stres, obavy z možné ztráty blízkého člověka a nejistotu, zda zvládnou zajistit veškerou potřebnou péči. Objektem péče není tedy jen nemocný, ale i jeho rodina, která potřebuje dostatečnou podporu a pomoc (Hakl, Sláma, 2004; Marková, 2010).

3 HLAVNÍ ASPEKTY POSKYTOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE

3. 1 Uspokojování potřeb nemocných

Posuzování specifických potřeb pacienta a jeho rodiny a jejich následné uspokojování patří k nejdůležitějším aspektům vedoucím k zajištění maximální kvality poskytované péče (Fitzsimmonsová, Ahmedzai, 2007).

Podle definice Světové zdravotnické organizace, která definuje zdraví jako „*plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka*“, lze odvodit čtyři základní okruhy potřeb těžce nemocného: biologické, psychologické, spirituální a sociální (Svatošová, 2003, s. 21).

3. 1. 1 Potřeby biologické

Biologické potřeby lze zařadit mezi základní potřeby, tj. potřeba přijímání potravy a tekutin, dýchání a vyprazdňování. Dále k nim patří také hygienická péče, polohování a prevence vzniku opruzenin a dekubitů. Neméně důležité je zajištění dostatečné kvality spánku a odpočinku. Péče je zaměřena především na zvládnutí symptomů nemoci a vedlejších účinků léčby (např. bolest, únava, dušnost, nechutenství, nauzea a zvracení, zácpa) a také na tělesné funkce (např. pohyblivost, sebeobsluha, každodenní činnosti, tělesná aktivita, tělesná nezpůsobnost) (Svatošová, 2003; Fitzsimmonsová, Ahmedzai, 2007).

Bolest patří k nejčastějším symptomům pokročilých stádií onemocnění. Má zásadní vliv na pohodlí a náladu, ale i na naději, motivaci pacienta k životu a spolupráci pacienta při léčbě. Neléčená bolest může vést k snížené hybnosti, nechutenství, k sociální dysfunkci až izolaci. Bolest tedy nelze vnímat jen jako somatický vjem, je jednou z více složek utrpení v závěru života. Řadu aspektů bolesti nelze zcela odstranit, některé je však možné účinně mírnit, a to je hlavní snahou paliativní medicíny (Sláma, Bystřický, 2007).

3. 1. 2 Potřeby psychologické

Tato oblast potřeb představuje respektování lidské důstojnosti. Každý člověk je jedinečnou osobností se svým vlastním a neopakovatelným posláním. Nevyléčitelně nemocní a umírající si zaslouží, aby se s nimi jednalo důstojně a takovým způsobem, který usiluje o zachování jejich důstojnosti. Těžce nemocný pacient nesmí být pouhým objektem diagnostických a léčebných metod. Má právo na taktní a empatický přístup, trpělivost a být vnímán jako lidská bytost (Svatošová, 2003; Seymourová, 2007).

Nemocný potřebuje mít pocit bezpečí a možnost se svým okolím komunikovat. Komunikace však není pouze o slovech, mnohé odhalí i mimoslovní projev prostřednictvím pohybů, mimiky či gest. Citlivá otevřenost a upřímnost osob, kterým pacient důvěřuje, je velmi důležitá. Vyhýbavé odpovědi ponechávají nemocného v nejistotě a snižují jeho důvěru v okolí (Svatošová, 2003; Minibergerová, Dušek, 2006).

3. 1. 3 Potřeby sociální

Člověk je společenskou bytostí. Sám nežije, nestoná ani neumírá. Do popředí se dostává potřeba přítomnosti rodiny a blízkých. Nemocný chce být zpravidla obklopen lidmi, které má rád a kteří pro něj něco znamenají. To ovšem nemusí platit vždy, proto by pacient měl mít právo si sám usměrňovat, kým chce být navštěvován, a toto přání je nutné plně respektovat (Svatošová, 2003).

3. 1. 4 Potřeby spirituální

Spiritualita znamená péči o duši a duchovní blaho člověka. Respektování spirituálních potřeb umožňuje nalézt způsob, jak účinně zmírnit obtíže a zlepšit kvalitu života bez ohledu na to, zda existuje možnost ovlivnit nemoc léčbou (Slabý, 2004).

V průběhu těžkého onemocnění se pacient zabývá smyslem vlastního života. Má potřebu usmířit se s blízkými lidmi a odpustit jim. Potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. Nenaplněnost této potřeby se rovná stavu duchovní nouze. Nemocný tím trpí a je potřeba mu ukázat, že v každé situaci se dá žít smysluplně (Svatošová, 2003; Minibergerová, Dušek, 2006).

3. 2 Kvalita života

Paliativní péče je vedena snahou o udržení dobré kvality života. Obsah tohoto pojmu má však mnoho významů. Kvalita života zahrnuje nejen pocit fyzického zdraví, ale také psychickou kondici, společenské uplatnění, nenarušené rodinné a mezilidské vztahy apod. Jedná se o subjektivní hodnotu. Mnozí těžce nemocní lidé jsou důkazem toho, že i s nemocí lze žít kvalitní život (Haškovcová, 2004; Fitzsimmonsová, Ahmedzai, 2007).

Cílem je, aby pacient netrpěl nesnesitelnými tělesnými příznaky nemoci a aby mohl vnímat smysluplnost svého života. Paliativní péče se snaží nabídnout léčbu a podporu v oblasti tělesných obtíží, psychosociálních a duchovních potřeb. Péče a léčba vychází z individuálních a konkrétních potřeb pacienta (Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006).

Pacient se musí smířit s určitými ztrátami souvisejícími s přítomností dané choroby. Každá ztráta by však měla být nějakým způsobem kompenzována. Zdravotníci se musí naučit respektovat jedinečnost každého člověka, respektovat a podporovat jeho přirozené sociální vazby (rodina, přátelé) a zdroje naděje a potěšení (koníčky, zájmy, náboženská víra) (Haškovcová, 2004; Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006).

3. 3 Multidisciplinární přístup

3. 3. 1 Multidisciplinární tým

Multidisciplinární tým tvoří základní jednotku pro poskytování paliativní péče. Tvoří ho řada odborníků různých profesí, kteří se setkávají a vzájemně hovoří o tom, jak nejúčinněji řešit problémy nemocného. Za členy týmu by měli být považováni také rodina pacienta a sám pacient. Ten by měl mít v plánování léčby a dalších intervencí rozhodující slovo. Pouze tak může být zachována jeho důstojnost a mohou být řešeny všechny obtíže (Vorlíček, 2004; Marková, 2010).

Společným cílem všech členů týmu by měl být kvalitní život pacienta a jeho rodiny a zmírňování celkového utrpení nemocného (Marková, 2010).

Složení multidisciplinárního týmu je nejčastěji následující:

- lékaři různých specializací;
- zdravotní sestry či zdravotničtí asistenti;
- psycholog;
- sociální pracovník;
- fyzioterapeut;
- nutriční specialista;
- pastorační pracovník či duchovní;
- dobrovolníci (Forman et al., 2003; Marková, 2010).

Zdravotní sestra má v týmu důležité postavení. Tráví s pacientem nejvíce času, je mu nejbližším profesionálem a musí umět správně vysvětlit vše, na co se pacient ptá. Měla by být schopna předat ostatním členům týmu zjištěné poznatky o nemocném a o jeho rodině. Sestra monitoruje všechny potřeby pacienta a s ostatními členy týmu se je snaží uspokojit (Marková, 2010).

3. 3. 2 Role sestry

Role sestry je v péči o umírajícího a jeho rodinu nejdůležitější. Sestra v paliativní péči je vysoce kvalifikovaným a zkušeným odborníkem, který se spolu s ostatními členy multidisciplinárního týmu snaží zajistit poklidný a důstojný závěr života nemocného. Sestra pomáhá pacientům a jejich rodinám žít s fyzickými, psychickými, sociálními a duchovními důsledky jejich nemoci (Forman et al., 2003; Johnston, 2005).

Řada umírajících pacientů si přeje udržet nezávislost co možná nejdéle. Sestra se nachází v pozici, kdy nabízí kvalifikovanou péči, citlivou ošetrovatelskou péči, hlášení příznaků nemoci, sledování léčby a soulad péče v rámci multidisciplinárního týmu (Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006).

Role sestry spočívá mimo jiné v uskutečnění následujících ošetrovatelských intervencí:

- sledování a posuzování příznaků nemoci;
- plánování péče společně s pacientem, rodinou a členy týmu;
- zajištění přijatelné úrovně pohodlí pro pacienta;
- realizace dohodnutého plánu péče;
- provádění průběžného hodnocení a případných úprav léčebného režimu s ohledem na změnu stavu pacienta;
- průběžné poskytování informací pacientovi a rodině;
- naslouchání obavám a očekáváním pacienta;
- poskytování podpory a útěchy rodině;
- vedení přesné dokumentace (Forman et al., 2003; Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006).

3. 4 Důstojná smrt

Důstojnou smrt lze spatřit v pečlivém a obětavém ošetrování člověka, který potřebuje laickou i profesionální péči. Biologické projevy umírání a smrti bývají nesprávně hodnoceny jako nežádoucí, ponižující a dokonce ošklivé. Laická veřejnost a především příbuzní podílející se na péči o umírajícího by měli vědět, že určité projevy spojené s umíráním a smrtí jsou přirozené a nelze je zcela vyloučit. Je nutné oprostít se od estetických kritérií, které zabraňují přirozeně vnímat fyziologické projevy umírání. Pocit bezmoci a beznaděje nesmí zabránit vidět v umírajícím člověka „takového, jaký býval“, tedy v plné fyzické a duševní síle. Naučit se vidět i předchozí kvalitní stránky jeho osobnosti a přijmout smrt se vším, co přináší, umožní respektovat lidskou důstojnost (Haškovcová, 2004; Haškovcová, 2007).

4 RODINA A POZŮSTALÍ

4. 1 Péče o rodinu

Objektem péče není jen nemocný člověk, ale celá jeho rodina se svou jedinečnou historií, tradicí, hodnotou, komunikací a charakteristickými způsoby zvládnání každodenního života (Marková, 2010).

Přítomnost umírajícího člověka může vést k narušení rovnováhy rodiny v oblasti vztahů, rolí či úkolů. Lidé bez zkušeností zpravidla nechápou, co proces umírání obnáší. Příbuzní musí čelit velkým nárokům, které na ně i na pacienta klade onemocnění. Očekává se od nich, že se vyrovnají s každodenní péčí o pacienta, změnou své role i rozdělením úkolů mezi jednotlivými členy rodiny (Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006; Marková, 2010).

Umírající patří do rodiny a rodina patří k umírajícímu. Tým poskytující paliativní péči by měl udělat maximum pro to, aby mohli být spolu, ať už doma nebo v zařízení. Úkolem sestry je poskytovat podporu během nemoci a pomáhat rodině vyrovnat se s umíráním a zármutkem (Harding, 2007; Marková, 2010).

Členové rodiny nemají často uspokojeny své vlastní potřeby, sami mají fyzické a psychické problémy, a tím jsou i méně schopni starat se o nemocného (Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006).

Do popředí se dostávají tyto čtyři potřeby:

1. Dostatek informací

Rodina pacienta potřebuje vědět, jak poskytovat péči, jak zajistit pohodlí nemocného, jak s ním komunikovat, jak si uchovat dostatek sil a kdy požádat o pomoc. Příbuzní musí znát nejčastější možné problémy při podpoře umírajícího, aby se na ně mohli připravit. Musí být seznámeni se službami, které mají k dispozici, jak se k nim dostat a mnohé další (Kristjanson, Hudson, Oldham, 2005; Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006).

2. Ujištění, že pacient nemá nesnesitelné obtíže

Pro rodinu je nejdůležitější pocit, že jejich blízký netrpí. Bolest a další nepříjemné symptomy provázející onemocnění mají na příbuzné velký dopad. Mohou to vnímat jako známku progresu nemoci a blížící se smrti. Sestra spolu s pacientem a jeho rodinou vytváří plán péče a snaží se naučit rodinu základním principům léčby bolesti a ostatních symptomů (Kristjanson, Hudson, Oldham, 2005; Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006).

3. Praktické dovednosti

Rodina ocení praktické rady od sestry zejména při péči o nemocného v domácím prostředí. Příbuzní často potřebují pomoc s hygienickou péčí o pacienta. Mohou mít problémy se správným polohováním či s přemístěním nemocného na toaletu. Je nezbytné toto s příbuznými prodiskutovat a poskytnout jim vhodné rady (Kristjanson, Hudson, Oldham, 2005; Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006).

4. Emocionální podpora

Schopnost rodiny poskytnout nemocnému podporu a péči závisí především na tom, kolik a jaké podpory se dostane jim samotným. Je nezbytné věnovat pozornost emocionálním potřebám jednotlivých členů rodiny. Jedině tak budou schopni se o pacienta starat a nedojde u nich k vyčerpání. Při nejistotě je snahou naučit členy rodiny nesnažit se vyřešit vše najednou, ale prožívat den po dni a také seznámit je s možnostmi pečování o nemocného a s problémy, které mohou při péči nastat (Kristjanson, Hudson, Oldham, 2005; Sláma, Vorlíček, Vorlíčková, 2006).

4. 2 Podpora pozůstalých

Úmrtí blízkého člověka je velkou životní ztrátou a truchlení je normální reakcí na tuto ztrátu. Projevuje se zármutkem, stavy úzkosti, deprese a někdy i doprovodnými somatickými obtížemi. Zármutek je nejintenzivnější ve chvíli, kdy člověk pochopí nezměnitelnost situace. Většina pozůstalých je schopna zmobilizovat své síly a s nastalou situací se během několika měsíců vyrovnat. U části pozůstalých dochází k tzv. komplikovanému truchlení, které se zpravidla vyznačuje intenzivní a neobvykle dlouhou dobou smutku, depresivními a úzkostnými stavy a zhoršením zdravotního stavu (Altchulerová, 2007; Kabelka, Alexandrová, 2007).

Truchlení obvykle probíhá ve třech fázích:

- 1. Intenzivní fáze od úmrtí do pohřbu** (zmatek, otřes, šok)
- 2. Období truchlení** (exprese, smutek, žal)

Toto období je různě dlouhé a každý z pozůstalých ho prožívá individuálně. Nejbližší osoba nemocného obvykle truchlí déle než osoby s větším odstupem. Pozůstalý se denně setkává se situacemi z předchozího života s milovanou osobou a musí se je učit zvládat sám. Je proto nutné poskytnout mu možnost mluvit o svém žalu a dodat sil, že je to tak správné a že smutek jednou odezní (Kabelka, Alexandrová, 2007; Marková, 2010).

3. *Fáze akceptace* (přijetí skutečnosti)

Dosáhne-li pozůstalý této fáze, dokáže již žít bez milované osoby. Nachází nový způsob života, životní rytmus a nové vztahy. V této době také zpravidla přestane vyhledávat pomoc členů paliativního týmu (Marková, 2010).

Podpora pozůstalých v období zármutku je považována za zásadní součást paliativní péče. Průběh truchlení může ovlivnit nejen podpora před smrtí a bezprostředně po ní, ale i způsob, jakým je nabízena (Milne, Millard, 2005; Firthová, 2007).

Obecné zásady podpory pozůstalých:

- základ tvoří individuálně zaměřená intervence;
- neosobní služby (např. informační letáky) jsou méně efektivní;
- důležitá je důvěra mezi pozůstalými a zdravotníky, která by měla být budována již v průběhu péče o umírajícího;
- aktivní nabízení cílené pomoci (Kabelka, Alexandrová, 2007).

Podpora rodiny v konečné fázi a bezprostředně po smrti blízkého:

- citlivá, taktická komunikace a vytvoření pocitu soukromí;
- zapojení rodiny do péče;
- otevřenost a vstřícnost k požadovaným náboženským či jiným rituálům;
- oznámení úmrtí: při přítomnosti rodiny klidně a bez spěchu setrvat chvíli s rodinou u lůžka, vyjádřit soustrast;
- při telefonickém sdělování oznámit úmrtí citlivě, umožnit rodině vidět zemřelého;
- nabídnout možnost dalšího kontaktu a podpory (Kabelka, Alexandrová, 2007).

Další formy podpory pozůstalých:

- kontaktování pozůstalých po smrti blízkého;
- individuální podpora a poradenství;
- vzpomínkové programy;
- setkání pozůstalých;
- bohoslužby za zemřelé (Milne, Millard, 2005; Kabelka, Alexandrová, 2007).

Proces truchlení lze přirovnat k hojení rány. Jedná se o dlouhodobý psychosociální i spirituální proces trvající řadu měsíců a někdy i let. Bez truchlení není vyrovnání. Pozůstalým bychom měli pomoci přijmout ztrátu a prožít jejich zármutek (Kabelka, Alexandrová, 2007).

II VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

5.1 Výzkumné otázky

1. Existuje mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí rozdíl v zastoupení profesí podílejících se na poskytování péče?
2. Jsou podmínky pro přijetí pacienta do péče mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí rozdílné?
3. Setkává se domácí hospicová péče více s onkologicky nemocnými pacienty než agentury domácí péče?
4. Existuje mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí rozdíl v počtu pacientů vyžadujících poskytování paliativní péče?
5. Jsou agentury domácí péče a domácí hospicová péče schopny zajistit nepřetržitou péči o pacienta 7 dní v týdnu, 24 hodin denně v domácím prostředí?
6. Existuje mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí rozdíl v zajištění péče o nevléčitelně nemocné a nemocné v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí?
7. Jsou agentury domácí péče a domácí hospicová péče dostatečně připraveny na péči o pacienta v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí?
8. Jsou překážky při poskytování péče v domácím prostředí mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí rozdílné?
9. Věnuje domácí hospicová péče více pozornosti léčbě bolesti než agentury domácí péče?
10. Umožňují agentury domácí péče a domácí hospicová péče zapůjčení pomůcek usnadňujících péči o pacienta do domácího prostředí?
11. Dodržuje domácí hospicová péče jiný postup při úmrtí pacienta v domácím prostředí než agentury domácí péče?

5. 2 Hypotézy

- H₀₁ Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí není v počtu pacientů vyžadujících poskytování paliativní péče statisticky významný rozdíl.
- H_{A1} Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí je v počtu pacientů vyžadujících poskytování paliativní péče statisticky významný rozdíl.
- H₀₂ Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí není v zajištění nepřetržité péče o pacienta v domácím prostředí statisticky významný rozdíl.
- H_{A2} Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí je v zajištění nepřetržité péče o pacienta v domácím prostředí statisticky významný rozdíl.
- H₀₃ Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí není v zajištění péče o nevléčitelně nemocné a nemocné v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí statisticky významný rozdíl.
- H_{A3} Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí je v zajištění péče o nevléčitelně nemocné a nemocné v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí statisticky významný rozdíl.
- H₀₄ Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí není ve věnování pozornosti léčbě bolesti statisticky významný rozdíl.
- H_{A4} Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí je ve věnování pozornosti léčbě bolesti statisticky významný rozdíl.

6 METODIKA VÝZKUMU

6.1 Typ výzkumu

K získání potřebných informací byl zvolen kvantitativní výzkum metodou dotazníkového šetření. Bártlová, Sadílek a Tóthová ve své knize Výzkum a ošetrovatelství uvádějí následující: „Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Získáváme jím empirické informace, založené na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných otázek. Jde o relativně nejrozšířenější a nejpoblárnější techniku“ (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2008, s. 98).

Použitý dotazník obsahuje 30 otázek (viz Příloha č. 3). Jedná se o nestandardizovaný dotazník, který byl sestaven specificky pro účely tohoto výzkumu. Jednotlivé otázky byly zformulovány na základě předem stanovených cílů, výzkumných otázek a hypotéz.

Úvodní část je zaměřena na seznámení respondenta s výzkumníkem a s tématem práce, následuje zdůraznění anonymity a účel, za jakým je dotazník předkládán. V závěru úvodní části jsou uvedeny pokyny k vyplňování, poděkování a kontakt na výzkumníka. Prvotní otázky jsou zaměřeny na zjištění identifikačních údajů o respondentech (pohlaví, věk, vzdělání). Hlavní podstatu tvoří položky zaměřující se na organizaci péče a základní postupy při poskytování péče daným zařízením.

Formy položek v dotazníku:

- Nezávisle proměnné, identifikační, uzavřené, dichotomické – **1**;
- Nezávisle proměnné, identifikační, uzavřené, výběrové, polytomické – **2**;
- Nezávisle proměnné, identifikační, polouzavřené – **3**;
- Závisle proměnné, uzavřené, výběrové, polytomické – **5, 9, 10, 14, 17, 28, 30**;
- Závisle proměnné, uzavřené, dichotomické – **4, 11, 12, 13, 20, 21, 23, 25, 26, 29**;
- Závisle proměnné, filtrační, uzavřené, dichotomické – **19, 24**;
- Závisle proměnné, polouzavřené, výčtové – **6, 7, 8, 15, 16, 27**;
- Závisle proměnné, polouzavřené – **18, 22**.

6. 2 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v období od první poloviny prosince roku 2010 do druhé poloviny února roku 2011.

Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků, z toho 30 dotazníků do agentur domácí péče a 30 dotazníků do domácí hospicové péče. Výsledný počet vrácených dotazníků činil 54, návratnost byla tedy 90%. 4 dotazníky byly vyplněny nesprávně, proto musely být z výzkumu vyřazeny. Konečný počet validních dotazníků použitých pro výzkumné šetření byl 50.

6. 3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkum byl zaměřen na zdravotní sestry pracující v agenturách domácí péče a v domácí hospicové péči. Z důvodu nízkého počtu zařízení poskytujících domácí hospicovou péči oproti počtu agentur domácí péče se jednalo o vzorek respondentů ze 3 agentur domácí péče a 3 zařízení domácí hospicové péče v České republice ve věku méně než 20 až 61 let a více. Dotazník byl vždy po předchozí domluvě respondentům zasílán jednak v tištěné podobě prostřednictvím poštovní zásilky, a jednak elektronickou formou.

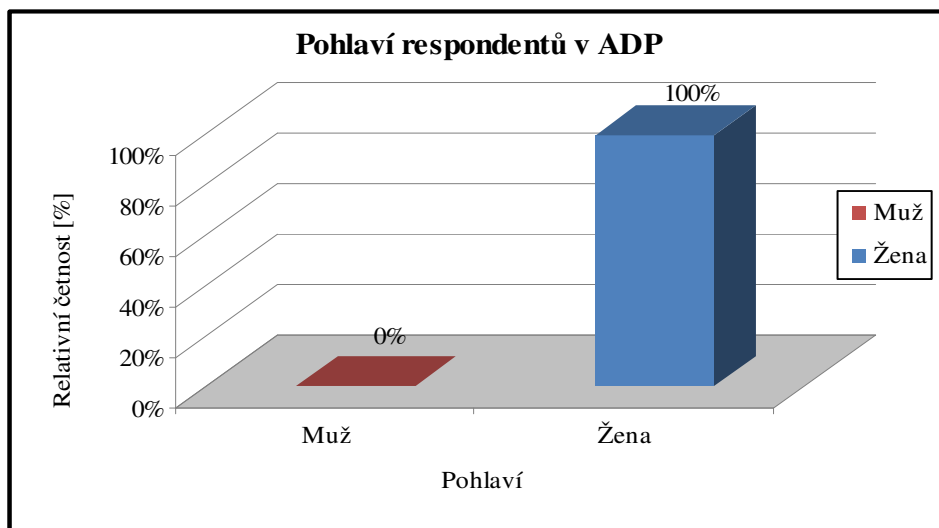
6. 4 Zpracování získaných dat

Údaje získané dotazníkovým šetřením byly zaneseny do matice v programu Microsoft Excel a následně zpracovány do přehledných grafů a tabulek pro účely popisné statistiky. Dále byly tyto informace použity ke statistickému ověření platnosti stanovených hypotéz.

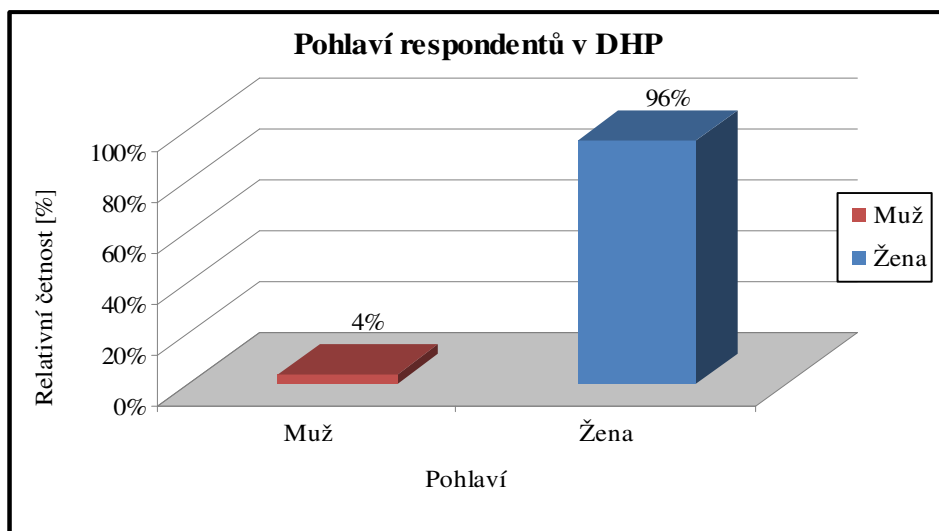
7 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

7. 1 Zpracování a znázornění získaných dat

Otázka č. 1: *Jaké je Vaše pohlaví?*



Obr. 1 Graf pohlaví respondentů v ADP



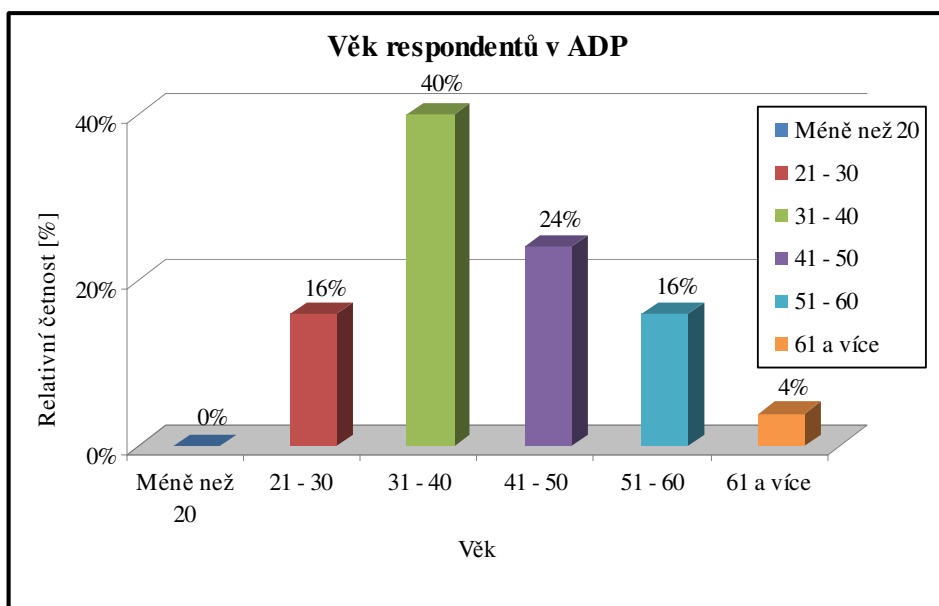
Obr. 2 Graf pohlaví respondentů v DHP

Komentář:

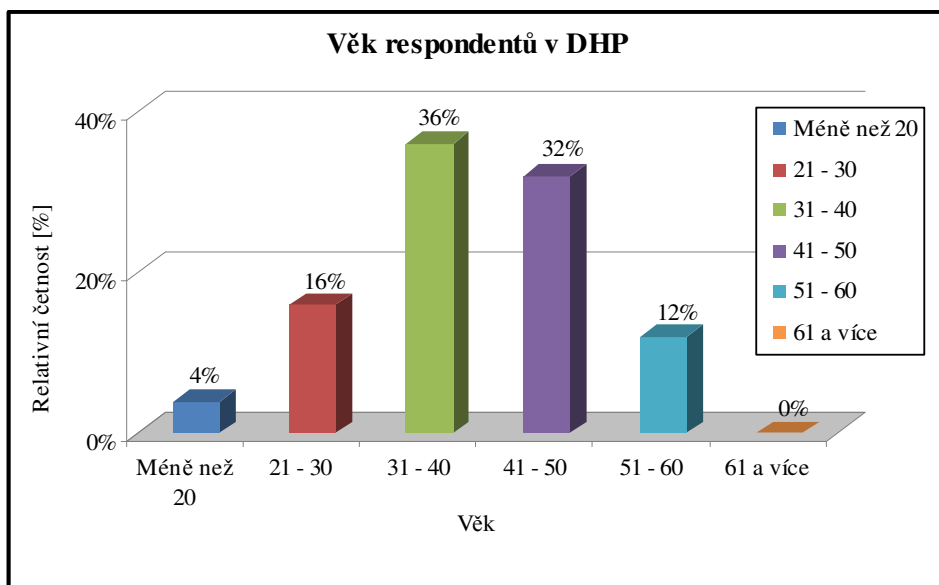
Z agentur domácí péče se dotazníkového šetření zúčastnilo 100 % žen a žádný muž (viz Obr. 1).

Domácí hospicová péče je zastoupena v počtu 96 % žen a 4 % mužů (viz Obr. 2).

Otázka č. 2: *Kolik je Vám let?*



Obr. 3 Graf věku respondentů v ADP



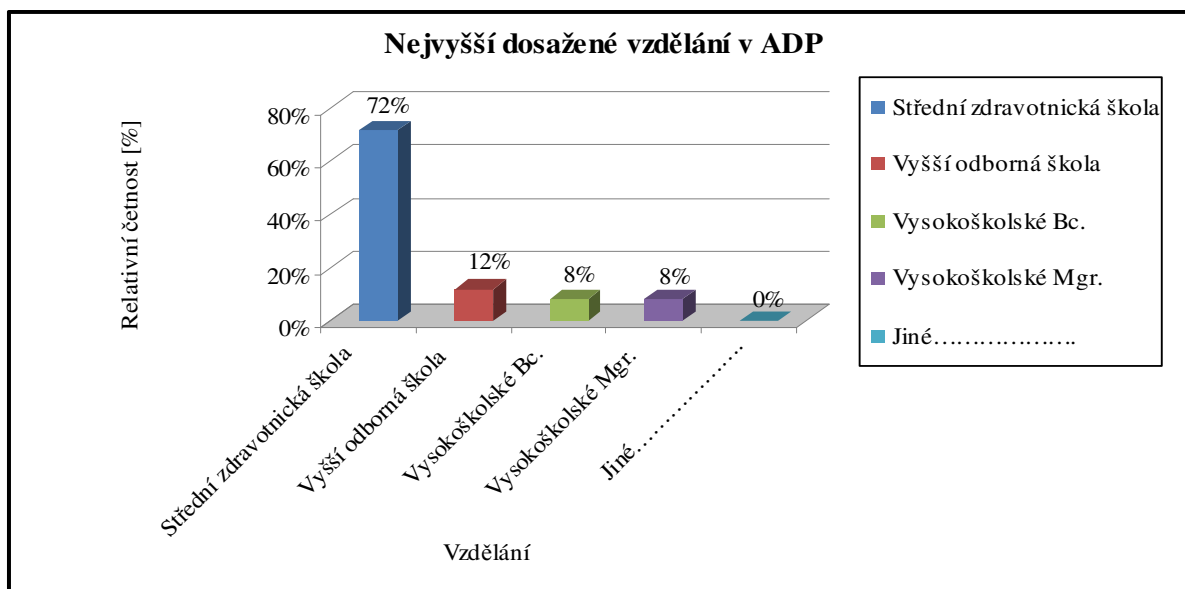
Obr. 4 Graf věku respondentů v DHP

Komentář:

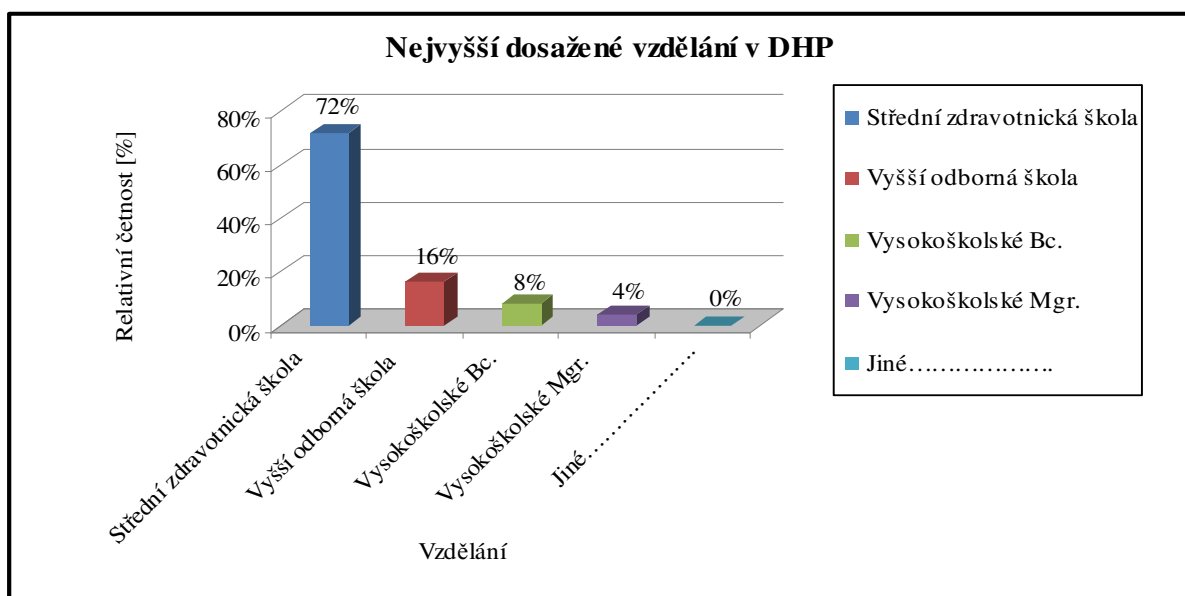
Z počtu 25 dotazovaných z agentur domácí péče je 40 % z nich zastoupeno ve věkové kategorii 31 – 40 let, 24 % je ve věku 41 – 50 let, 16 % spadá do kategorie 21 – 30 let a rovněž 16 % tvoří kategorii 51 – 60 let. Nejméně je zastoupena věková skupina 61 let a více, a to v počtu 4 %. V kategorii méně než 20 let se nenachází žádný z respondentů (viz Obr. 3).

Domácí hospicová péče je zastoupena v počtu 36 % respondentů ve věkové kategorii 31 – 40 let. 32 % tvoří věková kategorie 41 – 50 let a 16 % věková kategorie 21 – 30 let. Následuje kategorie 51 – 60 let, a to v počtu 12 %. Nejmenší zastoupení má věková skupina méně než 20 let, kterou tvoří 4 %. Ve věkové kategorii 61 let a více se nenachází žádný z dotazovaných (viz Obr. 4).

Otázka č. 3: *Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*



Obr. 5 Graf nejvyššího dosaženého vzdělání v ADP



Obr. 6 Graf nejvyššího dosaženého vzdělání v DHP

Komentář:

Mezi dotazovanými z agentur domácí péče je 72 % respondentů se střední zdravotnickou školou a 12 % s vyšší odbornou školou. Vysokoškolsky Bc. a Mgr. vzdělaní respondenti jsou zastoupeni ve stejném počtu 8 %. K možnosti jiné se nevyjádřil žádný z dotazovaných (viz Obr. 5).

Z domácí hospicové péče má 72 % respondentů střední zdravotnickou školu, 16 % vyšší odbornou školu a 8 % vysokoškolské Bc. vzdělání. Pouhá 4 % respondentů mají vysokoškolské Mgr. vzdělání. Možnost jiné nebyla využita nikým z dotazovaných (viz Obr. 6).

Otázka č. 4: *Kde pracujete?*

Tab. 1 Místo pracoviště respondentů v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Agentura domácí péče	25	1,00	100%
Domácí hospic	0	0,00	0%
CELKEM	25	1,00	100%

Tab. 2 Místo pracoviště respondentů v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Agentura domácí péče	0	0,00	0%
Domácí hospic	25	1,00	100%
CELKEM	25	1,00	100%

Komentář:

Z celkového počtu 50 dotazovaných se dotazníkového šetření zúčastnilo 25 respondentů z agentur domácí péče (tj. 100 %) a 25 respondentů z domácí hospicové péče (tj. 100 %) (viz Tab. 1 a Tab. 2).

Otázka č. 5: Kolik zaměstnanců má Vaše pracoviště?

Tab. 3 Počet zaměstnanců v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
1 - 5	0	0,00	0%
6 - 10	21	0,84	84%
11 - 15	2	0,08	8%
16 a více	2	0,08	8%
CELKEM	25	1,00	100%

Tab. 4 Počet zaměstnanců v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
1 - 5	1	0,04	4%
6 - 10	16	0,64	64%
11 - 15	2	0,08	8%
16 a více	6	0,24	24%
CELKEM	25	1,00	100%

Komentář:

Z agentur domácí péče pochází 84 % respondentů z kategorie 6 – 10 zaměstnanců. Ve shodném počtu 8 % respondentů se nachází v kategorii 11 – 15 a 16 a více zaměstnanců. Možnost 1 – 5 zaměstnanců ne zvolil žádný z dotazovaných (viz Tab. 3).

Domácí hospicovou péči tvoří 64 % respondentů z kategorie 6 – 10 zaměstnanců. 24 % je z kategorie 16 a více zaměstnanců a 8 % z kategorie 11 – 15 zaměstnanců. Nejméně je zastoupena možnost 1 – 5, a to 4 % respondentů (viz Tab. 4).

Otázka č. 6: Kdo se podílí ve Vašem pracovišti na poskytování péče?

(Lze uvést více možností)

Tab. 5 Profese podílející se na poskytování péče v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Zdravotní sestry	25	0,22	22%
Lékaři	13	0,11	11%
Sociální pracovníci	18	0,16	16%
Psychologové	6	0,05	5%
Duchovní	11	0,10	10%
Nutriční poradci	2	0,02	2%
Rehabilitační pracovníci	11	0,10	10%
Dobrovolníci	3	0,03	3%
Rodina pacienta	19	0,17	17%
Pečovatelky	6	0,05	5%
CELKEM	114	1,00	100%

Tab. 6 Profese podílející se na poskytování péče v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Zdravotní sestry	25	0,14	14%
Lékaři	25	0,14	14%
Sociální pracovníci	24	0,13	13%
Psychologové	23	0,12	12%
Duchovní	19	0,10	10%
Nutriční poradci	10	0,05	5%
Rehabilitační pracovníci	9	0,05	5%
Dobrovolníci	19	0,10	10%
Rodina pacienta	25	0,14	14%
Psychiatr	4	0,02	2%
Odlehčovací služby	2	0,01	1%
CELKEM	185	1,00	100%

Komentář:

V agenturách domácí péče se na poskytované péči nejvíce podílí zdravotní sestry v počtu 22 %. V 17 % je zastoupena rodina pacienta a v 16 % sociální pracovníci. 11 % péče poskytují lékaři a 10 % duchovní, stejně jako v 10 % rehabilitační pracovníci. 5 % respondentů uvedlo psychology a do možnosti další zvolilo 5 % respondentů pečovatelky. Nejméně zastoupenými profesemi jsou dobrovolníci v počtu 3 % a nutriční poradci v počtu 2 % (viz Tab. 5).

Domácí hospicová péče je ve shodném počtu 14 % zastoupena zdravotními sestrami, lékaři a rodinou pacienta. 13 % tvoří sociální pracovníci a 12 % psychologové. Na péči se dále podílí duchovní a dobrovolníci, obojí v počtu 10 %. V 5 % jsou zastoupeni nutriční poradci a rehabilitační pracovníci. 2 % respondentů uvedla do možnosti další psychiatra a 1 % odlehčovací služby (viz Tab. 6).

Otázka č. 7: Jaké jsou podmínky pro přijetí pacienta do Vaší péče?

(Lze uvést více možností)

Tab. 7 Podmínky pro přijetí pacienta do péče v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Nevyléčitelná choroba v pokročilém stádiu	20	0,20	20%
Chronické dlouhodobé onemocnění	19	0,19	19%
Jedna osoba připravená na péči v domácím prostředí	15	0,15	15%
Souhlas pacienta a rodiny s péčí v domácím prostředí	22	0,22	22%
Pacient žijící v místě působení pracoviště	19	0,19	19%
Doporučení obvodním lékařem	3	0,03	3%
CELKEM	98	1,00	100%

Tab. 8 Podmínky pro přijetí pacienta do péče v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Nevyléčitelná choroba v pokročilém stádiu	25	0,24	24%
Chronické dlouhodobé onemocnění	12	0,11	11%
Jedna osoba připravená na péči v domácím prostředí	25	0,24	24%
Souhlas pacienta a rodiny s péčí v domácím prostředí	25	0,24	24%
Pacient žijící v místě působení pracoviště	19	0,18	18%
Jiné.....	0	0,00	0%
CELKEM	106	1,00	100%

Komentář:

Nejčastěji uváděnou podmínkou pro přijetí pacienta do péče je v agenturách domácí péče souhlas pacienta a rodiny s péčí v domácím prostředí, a to v počtu 22 %. Druhou nejčastější odpovědí je pacient trpící nevléčitelnou chorobou v pokročilém stádiu v počtu 20 %. Pacient léčící se s chronickým dlouhodobým onemocněním a pacient žijící v místě působení pracoviště je zastoupen ve shodném počtu 19 %. 15 % respondentů zvolilo možnost, že v rodině je alespoň jedna osoba připravená pečovat o pacienta v domácím prostředí. Do možnosti jiné zvolili 3 % respondentů doporučení obvodním lékařem (viz Tab. 7).

Do domácí hospicové péče je pacient přijímán nejčastěji za podmínky přítomnosti nevléčitelné choroby v pokročilém stádiu, jedné osoby v rodině připravené pečovat o pacienta v domácím prostředí a na základě souhlasu pacienta a rodiny s péčí v domácím prostředí, vše v počtu 24 %. V 18 % se jedná o pacienta žijícího v místě působení pracoviště. Nejméně je uvedena možnost klient léčící se s chronickým dlouhodobým onemocněním, a to v počtu 11 %. Možnost jiné neuvedl žádný z respondentů (viz Tab. 8).

Otázka č. 8: S jakými onemocněními se nejčastěji setkáváte u pacientů?

(Lze uvést více možností)

Tab. 9 Nejčastější onemocnění u pacientů v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Onkologická	19	0,18	18%
Kardiovaskulární	20	0,19	19%
Respirační	8	0,08	8%
Metabolická	15	0,15	15%
Gastrointestinální	7	0,07	7%
Neurodegenerativní	11	0,11	11%
Onemocnění pohybového aparátu	11	0,11	11%
Perzistující vegetativní stav	5	0,05	5%
Chronické rány	4	0,04	4%
Kožní	3	0,03	3%
CELKEM	103	1,00	100%

Tab. 10 Nejčastější onemocnění u pacientů v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Onkologická	25	0,26	26%
Kardiovaskulární	16	0,16	16%
Respirační	12	0,12	12%
Metabolická	8	0,08	8%
Gastrointestinální	11	0,11	11%
Neurodegenerativní	15	0,15	15%
Onemocnění pohybového aparátu	9	0,09	9%
Perzistující vegetativní stav	2	0,02	2%
Jiné.....	0	0,00	0%
CELKEM	98	1,00	100%

Komentář:

V agenturách domácí péče se nejčastěji setkávají s kardiovaskulárním onemocněním, tuto možnost zvolilo 19 % respondentů. V počtu 18 % se jedná o onkologická a v 15 % o metabolická onemocnění. Možnosti neurodegenerativní onemocnění a onemocnění pohybového aparátu uvedlo u obojího 11 % respondentů. 8 % tvoří respirační onemocnění, 7 % gastrointestinální onemocnění a 5 % perzistující vegetativní stav. Možnost jiné je zastoupena chronickými ránami v počtu 4 % a kožními onemocněními v počtu 3 % (viz Tab. 9).

Domácí hospicová péče má 26 % pacientů s onkologickým onemocněním, 16 % s kardiovaskulárním onemocněním a 15 % s neurodegenerativním onemocněním. Následují pacienti s respiračním onemocněním v počtu 12 % a s gastrointestinálním onemocněním v počtu 11 %. Nejméně jsou zastoupena onemocnění pohybového aparátu (9 %), metabolická onemocnění (8 %) a perzistující vegetativní stav (2 %). Možnost jiné byla ponechána prázdná (viz Tab. 10).

Otázka č. 9: Jaký počet pacientů máte v současné době ve své péči?

Tab. 11 Současný počet pacientů v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
1 - 20	6	0,24	24%
21 - 40	3	0,12	12%
41 - 50	6	0,24	24%
51 a více	10	0,40	40%
CELKEM	25	1,00	100%

Tab. 12 Současný počet pacientů v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
1 - 20	16	0,64	64%
21 - 40	1	0,04	4%
41 - 50	0	0,00	0%
51 a více	8	0,32	32%
CELKEM	25	1,00	100%

Komentář:

Z výzkumu vyplývá, že v současné době mají agentury domácí péče ve své péči 40 % pacientů v počtu 51 a více. Počet 1 – 20 a 41 – 50 je zastoupen stejně, a to 24 %. 12 % pacientů je v počtu 21 – 40 (viz Tab. 11).

V domácí hospicové péči je v současné době 64 % pacientů v počtu 1 – 20, 32 % v počtu 51 a více a 4 % v počtu 21 – 40. Počet 41 – 50 nezvolil žádný z respondentů (viz Tab. 12).

Otázka č. 10: Jaký počet pacientů vyžaduje poskytování paliativní péče?

Tab. 13 Počet pacientů vyžadujících paliativní péči v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Žádný	3	0,12	12%
1 - 5	10	0,40	40%
6 - 10	6	0,24	24%
11 a více	6	0,24	24%
CELKEM	25	1,00	100%

Tab. 14 Počet pacientů vyžadujících paliativní péči v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Žádný	0	0,00	0%
1 - 5	6	0,24	24%
6 - 10	8	0,32	32%
11 a více	11	0,44	44%
CELKEM	25	1,00	100%

Komentář:

Mezi dotazovanými z agentur domácí péče je 40 %, kteří uvedli, že se v jejich péči nachází 1 – 5 pacientů vyžadujících poskytování paliativní péče. Počty 6 – 10 a 11 a více uvedlo ve shodném počtu 24 % respondentů. 12 % respondentů nemá žádné pacienty vyžadující paliativní péči (viz Tab. 13).

Z počtu 25 dotazovaných z domácí hospicové péče uvedlo 44 % z nich, že mají 11 a více pacientů vyžadujících poskytování paliativní péče, 32 % respondentů uvedlo počet 6 – 10 pacientů a 24 % počet 1 – 5 pacientů. Možnost žádný ne zvolil žádný z respondentů (viz Tab. 14).

Otázka č. 11: Pracujete ve směnném provozu?

Tab. 15 Práce ve směnném provozu v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	14	0,56	56%
Ne	11	0,44	44%
CELKEM	25	1,00	100%

Tab. 16 Práce ve směnném provozu v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	19	0,76	76%
Ne	6	0,24	24%
CELKEM	25	1,00	100%

Komentář:

Z Tab. 15 vyplývá, že v agenturách domácí péče pracuje 56 % dotazovaných ve směnném provozu, zatímco 44 % ve směnném provozu nepracuje.

V domácí hospicové péči pracuje ve směnném provozu 76 % respondentů a 24 % respondentů ve směnném provozu nepracuje (viz Tab. 16).

Otázka č. 12: Je schopno Vaše pracoviště zajistit nepřetržitou péči o pacienta 7 dní v týdnu, 24 hodin denně v domácím prostředí?

Tab. 17 Zajištění nepřetržité péče o pacienta v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	18	0,72	72%
Ne	7	0,28	28%
CELKEM	25	1,00	100%

Tab. 18 Zajištění nepřetržité péče o pacienta v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	25	1,00	100%
Ne	0	0,00	0%
CELKEM	25	1,00	100%

Komentář:

Výzkumem bylo zjištěno, že z 25 dotazovaných z agentur domácí péče je 72 % z nich schopno zajistit nepřetržitou péči o pacienta 7 dní v týdnu, 24 hodin denně v domácím prostředí. 28 % nepřetržitou péči není schopno zajistit (viz Tab. 17).

V domácí hospicové péči je z počtu 25 oslovených respondentů 100 % z nich schopno zajistit nepřetržitou péči o pacienta 7 dní v týdnu, 24 hodin denně v domácím prostředí (viz Tab. 18).

Otázka č. 13: Zajišťuje Vaše pracoviště péči o nevléčitelně nemocné a nemocné v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí?

Tab. 19 Zajištění péče o nevléčitelně a terminálně nemocné v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	22	0,88	88%
Ne	3	0,12	12%
CELKEM	25	1,00	100%

Tab. 20 Zajištění péče o nevléčitelně a terminálně nemocné v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	25	1,00	100%
Ne	0	0,00	0%
CELKEM	25	1,00	100%

Komentář:

Z Tab. 19 je zřejmé, že 88 % oslovených respondentů z agentur domácí péče zajišťuje péči o nevléčitelně nemocné a nemocné v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí a pouze 12 % takovou péči nezajišťuje.

Dotazovaní z domácí hospicové péče ve 100 % zajišťují péči o nevléčitelně nemocné a nemocné v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí (viz Tab. 20).

Otázka č. 14: *Myslíte si, že jste dostatečně připraveni na péči o pacienta v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí?*

Tab. 21 Přípravenost na péči o terminálně nemocného v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	24	0,96	96%
Ne	0	0,00	0%
Nevím	1	0,04	4%
CELKEM	25	1,00	100%

Tab. 22 Přípravenost na péči o terminálně nemocného v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	24	0,96	96%
Ne	0	0,00	0%
Nevím	1	0,04	4%
CELKEM	25	1,00	100%

Komentář:

Z počtu 25 dotazovaných z agentur domácí péče si 96 % z nich myslí, že jsou dostatečně připraveni na péči o pacienta v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí. Pouze 4 % respondentů nevědí, zda jsou na tuto péči připraveni (viz Tab. 21).

Z Tab. 22 vyplývá, že respondenti z domácí hospicové péče jsou na tom shodně jako respondenti z agentur domácí péče, tedy 96 % z nich si myslí, že jsou dostatečně připraveni na péči o pacienta v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí a 4 % respondentů nevědí.

Otázka č. 15: Jaké činnosti nejčastěji provádíte u pacienta v domácím prostředí?

(Lze uvést více možností)

Tab. 23 Nejčastější činnosti prováděné u pacientů v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Aplikace léků a injekcí	25	0,13	13%
Aplikace opiátů	19	0,10	10%
Hygienická péče	16	0,09	9%
Dopomoc při příjmu potravy a tekutin	18	0,10	10%
Prevence a léčba dekubitů	24	0,13	13%
Převazy ran	25	0,13	13%
Psychická podpora	22	0,12	12%
Komunikace s rodinou	20	0,11	11%
Rehabilitace	9	0,05	5%
Péče o permanentní močový katétr	2	0,01	1%
Odběry biologického materiálu	2	0,01	1%
Infúzní terapie	5	0,03	3%
CELKEM	187	1,00	100%

Tab. 24 Nejčastější činnosti prováděné u pacientů v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Aplikace léků a injekcí	25	0,14	14%
Aplikace opiátů	25	0,14	14%
Hygienická péče	14	0,08	8%
Dopomoc při příjmu potravy a tekutin	12	0,07	7%
Prevence a léčba dekubitů	23	0,13	13%
Převazy ran	25	0,14	14%
Psychická podpora	25	0,14	14%
Komunikace s rodinou	25	0,14	14%
Infúzní terapie	7	0,04	4%
Kyslíková terapie	1	0,01	1%
Péče o PEG	1	0,01	1%
Péče o mrtvé tělo	1	0,01	1%
CELKEM	184	1,00	100%

Komentář:

Cílem této otázky bylo zjistit, jaké činnosti dané pracoviště nejčastěji provádí u pacienta v domácím prostředí. Z Tab. 23 je patrné, že dotazovaní z agentur domácí péče nejčastěji provádí ve shodném počtu 13 % aplikaci léků a injekcí, prevenci a léčbu dekubitů a převazy ran. 12 % respondentů uvedlo psychickou podporu a 11 % komunikaci s rodinou. Aplikaci opiátů a dopomoc při příjmu potravy a tekutin uvedlo shodně 10 % respondentů. Hygienickou péči zvolilo 9 % dotazovaných. V možnosti jiné se nejčastěji objevovala rehabilitace v počtu 5 %, dále infúzní terapie v počtu 3 % a nejméně péče o permanentní močový katétr a odběry biologického materiálu, obojí v počtu 1 %.

Oslovení respondenti z domácí hospicové péče nejčastěji provádí aplikaci léků a injekcí, aplikaci opiátů, převazy ran, psychickou podporu a komunikaci s rodinou, vše ve shodném počtu 14 %. 13 % dotazovaných označilo činnost prevence a léčba dekubitů a 8 % hygienickou péči. V 7 % byla uvedena možnost dopomoc při příjmu potravy a tekutin. Do možnosti jiné byla uvedena infúzní terapie v počtu 4 %, dále kyslíková terapie, péče o PEG a péče o mrtvé tělo, vše ve shodném počtu 1 % (viz Tab. 24).

Otázka č. 16: Jaké jsou hlavní překážky při poskytování péče v domácím prostředí?

(Lze uvést více možností)

Tab. 25 Překážky při poskytování péče v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Nedostatek finančních prostředků	12	0,27	27%
Nedostatek vhodných pomůcek	5	0,11	11%
Nedostatečný počet zaměstnanců	1	0,02	2%
Přetížení personálu	3	0,07	7%
Nedostatečná spolupráce s obvodními lékaři	16	0,36	36%
Nedostatečná spolupráce s rodinou	8	0,18	18%
Jiné.....	0	0,00	0%
CELKEM	45	1,00	100%

Tab. 26 Překážky při poskytování péče v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Nedostatek finančních prostředků	18	0,34	34%
Nedostatek vhodných pomůcek	1	0,02	2%
Nedostatečný počet zaměstnanců	3	0,06	6%
Přetížení personálu	10	0,19	19%
Nedostatečná spolupráce s obvodními lékaři	13	0,25	25%
Nedostatečná spolupráce s rodinou	6	0,11	11%
Chybějící úhrada od pojišťoven	2	0,04	4%
CELKEM	53	1,00	100%

Komentář:

Za hlavní překážky při poskytování péče v domácím prostředí považují respondenti z agentur domácí péče v 36 % nedostatečnou spolupráci s obvodními lékaři, 27 % respondentů uvedlo nedostatek finančních prostředků a 18 % nedostatečnou spolupráci s rodinou. Nejméně zastoupenými odpověďmi byly nedostatek vhodných pomůcek (11 %), přetížení personálu (7 %) a nedostatečný počet zaměstnanců (2 %). Možnost jiné nevyužil žádný z dotazovaných (viz Tab. 25).

Dotazovaní z domácí hospicové péče považují za největší překážku nedostatek finančních prostředků v počtu 34 %, dále nedostatečnou spolupráci s obvodními lékaři v počtu 25 % a přetížení personálu v počtu 19 %. 11 % respondentů označilo možnost nedostatečné spolupráce s rodinou a 6 % nedostatečný počet zaměstnanců. Do možnosti jiné respondenti uvedli chybějící úhradu od pojišťoven, a to v počtu 4 %. 2 % respondentů považuje za překážku nedostatek vhodných pomůcek (viz Tab. 26).

Otázka č. 17: Věnujete dostatečnou pozornost léčbě bolesti?

Tab. 27 Věnování pozornosti léčbě bolesti v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	17	0,68	68%
Ne	1	0,04	4%
Nevím, nedokážu posoudit	7	0,28	28%
CELKEM	25	1,00	100%

Tab. 28 Věnování pozornosti léčbě bolesti v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	25	1,00	100%
Ne	0	0,00	0%
Nevím, nedokážu posoudit	0	0,00	0%
CELKEM	25	1,00	100%

Komentář:

Z Tab. 27 je patrné, že z počtu 25 dotazovaných z agentur domácí péče věnuje 68 % z nich dostatečnou pozornost léčbě bolesti, 28 % respondentů to nedokáže posoudit a 4 % respondentů uvedla, že nevěnuje dostatečnou pozornost léčbě bolesti.

Oslovení respondenti z domácí hospicové péče věnují ve 100 % dostatečnou pozornost léčbě bolesti (viz Tab. 28).

Otázka č. 18: Jaké metody využíváte k hodnocení bolesti u pacientů?

(Lze uvést více možností)

Tab. 29 Využívané metody k hodnocení bolesti v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Vizuální analogové škály	13	0,30	30%
Verbální škály	16	0,37	37%
Obličejové škály	9	0,21	21%
Žádné	5	0,12	12%
Jiné.....	0	0,00	0%
CELKEM	43	1,00	100%

Tab. 30 Využívané metody k hodnocení bolesti v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Vizuální analogové škály	20	0,35	35%
Verbální škály	20	0,35	35%
Obličejové škály	15	0,26	26%
Žádné	1	0,02	2%
Vlastní dotazník	1	0,02	2%
CELKEM	57	1,00	100%

Komentář:

Mezi dotazovanými z agentur domácí péče je skupina respondentů, která v 37 % využívá k hodnocení bolesti u pacientů verbální škály, 30 % dotazovaných využívá vizuální analogové škály a 21 % obličejové škály. 12 % respondentů uvedlo, že nevyužívá žádné škály. Možnost jiné byla ponechána prázdná (viz Tab. 29).

Z Tab. 30 vyplývá, že respondenti z domácí hospicové péče nejčastěji využívají k hodnocení bolesti u pacientů vizuální analogové škály a verbální škály, obojí v počtu 35 %. 26 % respondentů využívá obličejové škály a pouze 2 % respondentů nevyužívá žádné škály. Do možnosti jiné byl v 1 % uveden vlastní dotazník.

Otázka č. 19: Máte k dispozici pomůcky usnadňující péči o pacienta v domácím prostředí?

Tab. 31 Přítomnost pomůcek usnadňujících péči v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	24	0,96	96%
Ne	1	0,04	4%
CELKEM	25	1,00	100%

Tab. 32 Přítomnost pomůcek usnadňujících péči v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	25	1,00	100%
Ne	0	0,00	0%
CELKEM	25	1,00	100%

Komentář:

V agenturách domácí péče uvedlo 96 % respondentů, že mají k dispozici pomůcky usnadňující péči o pacienta v domácím prostředí. 4 % respondentů zvolilo možnost, že pomůcky k dispozici nemá (viz Tab. 31).

Z Tab. 32 je patrné, že oslovení respondenti z domácí hospicové péče mají ve 100 % k dispozici pomůcky usnadňující péči o pacienta v domácím prostředí.

Pokud ano, o jaké pomůcky se jedná? (Lze uvést více možností)

Tab. 33 Uvedené pomůcky usnadňující péči v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Elektricky polohovatelné lůžko	22	0,10	10%
Antidekubitní matrace	23	0,11	11%
Mechanický vozík	23	0,11	11%
Chodítka	23	0,11	11%
WC židle	23	0,11	11%
Sedačka do vany	19	0,09	9%
Zvedák do vany	6	0,03	3%
Zvedák na přesun pacienta	4	0,02	2%
Lineární dávkovač léků	21	0,10	10%
Koncentrátor kyslíku	14	0,07	7%
Odsávačka	17	0,08	8%
Polohovací pomůcky	20	0,09	9%
Jiné.....	0	0,00	0%
CELKEM	215	1,00	100%

Tab. 34 Uvedené pomůcky usnadňující péči v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Elektricky polohovatelné lůžko	25	0,09	9%
Antidekubitní matrace	25	0,09	9%
Mechanický vozík	22	0,08	8%
Chodítka	25	0,09	9%
WC židle	25	0,09	9%
Sedačka do vany	25	0,09	9%
Zvedák do vany	16	0,06	6%
Zvedák na přesun pacienta	9	0,03	3%
Lineární dávkovač léků	25	0,09	9%
Koncentrátor kyslíku	25	0,09	9%
Odsávačka	23	0,09	9%
Polohovací pomůcky	21	0,08	8%
Infúzní pumpa	3	0,01	1%
CELKEM	269	1,00	100%

Komentář:

Cílem této otázky bylo zjistit, jaké pomůcky mají jednotlivá pracoviště k dispozici. Dotazovaní z agentur domácí péče mají nejčastěji k dispozici antidekubitní matrace, mechanický vozík, chodítka a WC židle, vše ve shodném počtu 11 %. Následuje elektricky polohovatelné lůžko a lineární dávkovač léků, obojí v počtu 10 %. 9 % respondentů uvedlo sedačku do vany a polohovací pomůcky, 8 % respondentů odsávačku a 7 % koncentrátor kyslíku. Nejméně zastoupenými odpověďmi byly zvedák do vany (3 %) a zvedák na přesun pacienta (2 %). Možnost jiné nevyužil žádný z respondentů (viz Tab. 33).

V domácí hospicové péči mají respondenti nejčastěji k dispozici elektricky polohovatelné lůžko, antidekubitní matrace, chodítka, WC židle, sedačku do vany, lineární dávkovač léků, koncentrátor kyslíku a odsávačku, vše ve shodném počtu 9 %. Mechanický vozík a polohovací pomůcky označilo 8 % respondentů. V 6 % byl uveden zvedák do vany a ve 3 % zvedák na přesun pacienta. Do možnosti jiné byla v 1 % uvedena infúzní pumpa (viz Tab. 34).

Otázka č. 20: Umožňujete zapůjčení pomůcek do domácího prostředí?

Tab. 35 Zapůjčení pomůcek do domácího prostředí v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	24	0,96	96%
Ne	1	0,04	4%
CELKEM	25	1,00	100%

Tab. 36 Zapůjčení pomůcek do domácího prostředí v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	25	1,00	100%
Ne	0	0,00	0%
CELKEM	25	1,00	100%

Komentář:

Na otázku, zda umožňují jednotlivá pracoviště zapůjčení pomůcek do domácího prostředí, uvedlo 96 % respondentů z agentur domácí péče, že umožňují, a pouze 4 % zapůjčení neumožňují (viz Tab. 35).

Dotazovaní z domácí hospicové péče ve 100 % zapůjčují pomůcky do domácího prostředí (viz Tab. 36).

Otázka č 21: Považujete za přínosnou spoluúčast rodiny při péči o pacienta?

Tab. 37 Přínos spoluúčasti rodiny na péči v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	25	1,00	100%
Ne	0	0,00	0%
CELKEM	25	1,00	100%

Tab. 38 Přínos spoluúčasti rodiny na péči v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	25	1,00	100%
Ne	0	0,00	0%
CELKEM	25	1,00	100%

Komentář:

Z Tab. 37 a z Tab. 38 vyplývá, že respondenti z agentur domácí péče a z domácí hospicové péče jednoznačně považují za přínosnou spoluúčast rodiny při péči o pacienta, a to v počtu 100 %.

Otázka č. 22: Jaký postup dodržujete při úmrtí pacienta v domácím prostředí?

Tab. 39 Postup při úmrtí pacienta v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Přivolání lékaře, pohřební služby, spolupráce s rodinou	20	0,80	80%
Rodina zemřelého si sama zvolí postup	5	0,20	20%
Jiný postup (uveďte jaký).....	0	0,00	0%
Nevím	0	0,00	0%
CELKEM	25	1,00	100%

Tab. 40 Postup při úmrtí pacienta v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Přivolání lékaře, pohřební služby, spolupráce s rodinou	21	0,84	84%
Rodina zemřelého si sama zvolí postup	4	0,16	16%
Jiný postup (uveďte jaký).....	0	0,00	0%
Nevím	0	0,00	0%
CELKEM	25	1,00	100%

Komentář:

Převážná většina respondentů z agentur domácí péče v počtu 80 % uvedla, že při úmrtí pacienta v domácím prostředí nejdříve přivolá lékaře, pohřební službu a dále spolupracují s rodinou zemřelého. 20 % dotazovaných uvedlo, že si rodina zemřelého sama zvolí postup. Možnosti jiný postup a nevím nevyužil nikdo z respondentů (viz Tab. 39).

Z 25 dotazovaných z domácí hospicové péče 84 % z nich uvedlo, že nejdříve přivolá lékaře, pohřební službu a dále spolupracují s rodinou. 16 % respondentů označilo možnost, že si rodina sama zvolí postup. K možnostem jiný postup a nevím se nevyjádřil žádný z dotazovaných (viz Tab. 40).

Otázka č. 23: *Spolupracujete při péči o pacienta s obvodními lékaři?*

Tab. 41 Spolupráce s obvodním lékařem v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	24	0,96	96%
Ne	1	0,04	4%
CELKEM	25	1,00	100%

Tab. 42 Spolupráce s obvodním lékařem v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	24	0,96	96%
Ne	1	0,04	4%
CELKEM	25	1,00	100%

Komentář:

Shodný počet 96 % respondentů z agentur domácí péče a z domácí hospicové péče spolupracuje při péči o pacienta s obvodními lékaři, zatímco pouze 4 % nespolupracují (viz Tab. 41 a Tab. 42).

Otázka č. 24: Spolupracujete při péči o pacienta s jinými zařízeními?

Tab. 43 Spolupráce s jinými zařízeními v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	22	0,88	88%
Ne	3	0,12	12%
CELKEM	25	1,00	100%

Tab. 44 Spolupráce s jinými zařízeními v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	25	1,00	100%
Ne	0	0,00	0%
CELKEM	25	1,00	100%

Komentář:

Z Tab. 43 je zřejmé, že 88 % dotazovaných z agentur domácí péče spolupracuje při péči o pacienta s jinými zařízeními a 12 % dotazovaných nespolupracuje.

Z počtu 25 respondentů z domácí hospicové péče ve 100 % spolupracují při péči o pacienta s jinými zařízeními (viz Tab. 44).

Pokud ano, uveďte, o jaká zařízení se jedná.....

Tab. 45 Uvedená zařízení v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ambulance pro léčbu bolesti	5	0,29	29%
Specializované ambulance	7	0,41	41%
Geriatrické oddělení	3	0,18	18%
Poliklinika	2	0,12	12%
CELKEM	17	1,00	100%

Tab. 46 Uvedená zařízení v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Onkologické ambulance	5	0,14	14%
Specializované ambulance	11	0,31	30%
Lůžkový hospic	11	0,31	31%
Obvodní lékař	2	0,06	6%
Nemocnice	7	0,19	19%
CELKEM	36	1,00	100%

Komentář:

Na otázku, s jakými zařízeními spolupracují jednotlivá zařízení, odpovědělo 41 % respondentů z agentur domácí péče, že spolupracují se specializovanými ambulancemi, 29 % dotazovaných uvedlo ambulance pro léčbu bolesti. Následují geriatrické oddělení (18 %) a poliklinika (12 %) (viz Tab. 45).

Dotazovaní z domácí hospicové péče nejčastěji spolupracují s lůžkovým hospicem v počtu 31 %, dále se specializovanými ambulancemi v počtu 30 % a s nemocnicí v počtu 19 %. Nejméně jsou zastoupeny onkologické ambulance (14 %) a obvodní lékař (6 %) (viz Tab. 46).

Otázka č. 25: Poskytuje Vaše pracoviště odborné poradenství?

Tab. 47 Poskytování odborného poradenství v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	18	0,72	72%
Ne	7	0,28	28%
CELKEM	25	1,00	100%

Tab. 48 Poskytování odborného poradenství v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	25	1,00	100%
Ne	0	0,00	0%
CELKEM	25	1,00	100%

Komentář:

Z Tab. 47 je patrné, že 72 % respondentů z agentur domácí péče poskytuje odborné poradenství a 28 % respondentů odborné poradenství neposkytuje.

Respondenti z domácí hospicové péče ve 100 % poskytují odborné poradenství (viz Tab. 48).

Otázka č. 26: Poskytuje Vaše pracoviště odlehčovací služby?

Tab. 49 Poskytování odlehčovacích služeb v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	9	0,36	36%
Ne	16	0,64	64%
CELKEM	25	1,00	100%

Tab. 50 Poskytování odlehčovacích služeb v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	9	0,36	36%
Ne	16	0,64	64%
CELKEM	25	1,00	100%

Komentář:

Dotazovaní z agentur domácí péče a z domácí hospicové péče shodně uvedli, že v 64 % neposkytují odlehčovací služby a v 36 % tyto služby poskytují (viz Tab. 49 a Tab. 50).

Otázka č. 27: Jak se o Vašem pracovišti může dozvědět laická veřejnost?

(Lze uvést více možností)

Tab. 51 Způsob informování veřejnosti v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Z médií	13	0,16	16%
Z internetu	23	0,28	28%
Z propagačních materiálů	24	0,29	29%
Z nemocnice	7	0,09	9%
Od obvodního lékaře	10	0,12	12%
Od sociálního pracovníka	2	0,02	2%
Od rodiny pacienta	3	0,04	4%
CELKEM	82	1,00	100%

Tab. 52 Způsob informování veřejnosti v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Z médií	22	0,29	29%
Z internetu	25	0,32	33%
Z propagačních materiálů	24	0,31	31%
Z nemocnice	1	0,01	1%
Od obvodního lékaře	4	0,05	5%
Od rodiny pacienta	1	0,01	1%
CELKEM	77	1,00	100%

Komentář:

Z počtu 25 dotazovaných z agentur domácí péče z nich 29 % uvedlo, že se o jejich pracovišti lze dozvědět z propagačních materiálů. 28 % respondentů označilo internet a 16 % média. Do možnosti jiné uvedli respondenti nejčastěji od obvodního lékaře (12 %), z nemocnice (9 %), od rodiny pacienta (4 %) a od sociálního pracovníka (2 %) (viz Tab. 51).

Respondenti z domácí hospicové péče uvedli, že se o jejich pracovišti lze nejčastěji dozvědět z internetu (33 %), dále z propagačních materiálů (31 %) a z médií (29 %). V možnosti jiné se objevovalo od obvodního lékaře v počtu 5 %, dále z nemocnice a od rodiny pacienta, obojí v počtu 1 % (viz Tab. 52).

Otázka č. 28: Jsou Vaše služby dostupné bez rozdílu všem pacientům v regionu?

Tab. 53 Dostupnost služeb v regionu v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	25	1,00	100%
Ne	0	0,00	0%
Nevím	0	0,00	0%
CELKEM	25	1,00	100%

Tab. 54 Dostupnost služeb v regionu v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	25	1,00	100%
Ne	0	0,00	0%
Nevím	0	0,00	0%
CELKEM	25	1,00	100%

Komentář:

Na otázku, zda jsou služby jednotlivých pracovišť dostupné všem pacientům v regionu se respondenti z agentur domácí péče a z domácí hospicové péče shodli ve stejném počtu 100 %, že jejich služby jsou dostupné (viz Tab. 53 a Tab. 54).

Otázka č. 29: Účastníte se vzdělávacích akcí týkajících se Vaší profese?

(Semináře, konference, atd.)

Tab. 55 Účast na vzdělávacích akcích v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	25	1,00	100%
Ne	0	0,00	0%
CELKEM	25	1,00	100%

Tab. 56 Účast na vzdělávacích akcích v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	25	1,00	100%
Ne	0	0,00	0%
CELKEM	25	1,00	100%

Komentář:

Dotazovaní z agentur domácí péče a z domácí hospicové péče se shodně ve 100 % účastní vzdělávacích akcí týkajících se jejich profese (viz Tab. 55 a Tab. 56).

Otázka č. 30: *Myslíte si, že je v ČR dostatek pracovišť poskytujících péči o pacienta v domácím prostředí?*

Tab. 57 Názor na dostatek pracovišť v ČR v ADP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	4	0,16	16%
Ne	14	0,56	56%
Nevím, nedokážu posoudit	7	0,28	28%
CELKEM	25	1,00	100%

Tab. 58 Názor na dostatek pracovišť v ČR v DHP

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano	5	0,20	20%
Ne	15	0,60	60%
Nevím, nedokážu posoudit	5	0,20	20%
CELKEM	25	1,00	100%

Komentář:

Mezi dotazovanými z agentur domácí péče si 56 % myslí, že v ČR není dostatek pracovišť poskytujících péči o pacienta v domácím prostředí, 28 % respondentů to nedokáže posoudit a 16 % si myslí, že je dostatečný počet takových pracovišť (viz Tab. 57).

Oslovení respondenti z domácí hospicové péče si v 60 % myslí, že v ČR není dostatek pracovišť poskytujících péči o pacienta v domácím prostředí, 20 % si myslí, že je, a 20 % to nedokáže posoudit (viz Tab. 58).

7. 2 Statistické zpracování hypotéz

Na počátku diplomové práce byl stanoven jeden hlavní výzkumný cíl a dva dílčí cíle, na jejichž podkladě bylo vypracováno jedenáct výzkumných otázek a čtyři hypotézy. K ověření platnosti stanovených hypotéz byl použit test dobré shody, tzv. test Chí-kvadrát, který je podrobněji popsán níže.

7. 2. 1 Charakteristika použité statistické metody

Test dobré shody Chí-kvadrát χ^2

K ověření platnosti stanovených hypotéz byl použit test dobré shody tzv. test Chí-kvadrát. „Test shody je zaměřen na ověřování shody rozdělení. Jde o ověření nulové hypotézy v podobě tvrzení, že empirická pozorování jsou v souladu s předpoklady a pravděpodobnostním rozdělením určitého znaku. Při použití tohoto kritéria se porovnávají rozdíly mezi empirickými (skutečně zjištěnými) četnostmi a četnostmi teoretickými (očekávanými, vypočítanými). Východiskem pro hodnocení závislosti dvou kvalitativních znaků je sestavení tzv. kontingenční tabulky“ (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2008, s. 167).

Vzorec pro výpočet testu dobré shody Chí-kvadrát:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(f_{ij} - f'_{ij})^2}{f'_{ij}}$$

Postup při výpočtu testu dobré shody Chí-kvadrát:

- Formulace hypotéz – nulová (H_0), alternativní (H_A);
- Sestavení kontingenční tabulky (naměřené četnosti);
- Sestavení tabulky s odhadovanými hodnotami (očekávané četnosti);
- Stanovení hladiny významnosti (0,05);
- Určení počtu stupňů volnosti $v = (r - 1) * (c - 1)$;
- Určení Pearsonova koeficientu (viz příloha č. 4);
- Výpočet testovaného kritéria χ^2 ;
- Srovnání výsledné kritické hodnoty na stanovené hladině významnosti a stupni volnosti s výsledky v tabulce pro kritické hodnoty testovaného kritéria Chí-kvadrát;
- Potvrzení či vyvrácení nulové nebo alternativní hypotézy (Friedrich, 2002).

7. 2. 2 Testování hypotéz

Výzkumná otázka č. 4: *Existuje mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí rozdíl v počtu pacientů vyžadujících poskytování paliativní péče?*

H₀₁ Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí není v počtu pacientů vyžadujících poskytování paliativní péče statisticky významný rozdíl.

H_{A1} Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí je v počtu pacientů vyžadujících poskytování paliativní péče statisticky významný rozdíl.

Testovaná otázka č. 10: *Jaký počet pacientů vyžaduje poskytování paliativní péče?*

Tab. 59 Naměřené četnosti - rozdíly v počtu pacientů vyžadujících paliativní péči mezi ADP a DHP

Možnosti	Žádný	1-5	6-10	11 a více	CELKEM
Agentury domácí péče	3	10	6	6	25
Domácí hospicová péče	0	6	8	11	25
CELKEM	3	16	14	17	50

Tab. 60 Očekávané četnosti k otázce č. 10

Možnosti	Žádný	1-5	6-10	11 a více	CELKEM
Agentury domácí péče	1,5	8	7	8,5	25
Domácí hospicová péče	1,5	8	7	8,5	25
CELKEM	3	19	14	17	50

Výpočet:

$$\chi^2 = \frac{(3-1,5)^2}{1,5} + \frac{(10-8)^2}{8} + \frac{(6-7)^2}{7} + \frac{(6-8,5)^2}{8,5} + \frac{(0-1,5)^2}{1,5} + \frac{(6-8)^2}{8} + \frac{(8-7)^2}{7} + \frac{(11-8,5)^2}{8,5} = 1,5 + 0,5 + 0,143 + 0,735 + 1,5 + 0,5 + 0,143 + 0,735 = \underline{\underline{5,756}}$$

$$\chi^2 = 5,756$$

Kritická hodnota Chí-kvadrát pro stanovenou hladinu významnosti 0,05 a pro počet stupňů volnosti 3: $\chi^2_{0,05}(3) = 7,815$

Protože platí $\chi^2_{0,05}(3) = 7,815 > \chi^2 = 5,756$, **přijímám nulovou hypotézu** a zamítám alternativní.

Výzkumná otázka č. 5: Jsou agentury domácí péče a domácí hospicová péče schopny zajistit nepřetržitou péči o pacienta 7 dní v týdnu, 24 hodin denně v domácím prostředí?

H₀₂ Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí není v zajištění nepřetržité péče o pacienta v domácím prostředí statisticky významný rozdíl.

H_{A2} Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí je v zajištění nepřetržité péče o pacienta v domácím prostředí statisticky významný rozdíl.

Testovaná otázka č. 12: Je schopno Vaše pracoviště zajistit nepřetržitou péči o pacienta 7 dní v týdnu, 24 hodin denně v domácím prostředí?

Tab. 61 Naměřené četnosti - rozdíly v zajištění nepřetržité péče o pacienta mezi ADP a DHP

Možnosti	Ano	Ne	CELKEM
Agentury domácí péče	18	7	25
Domácí hospicová péče	25	0	25
CELKEM	43	7	50

Tab. 62 Očekávané četnosti k otázce č. 12

Možnosti	Ano	Ne	CELKEM
Agentury domácí péče	21,5	3,5	25
Domácí hospicová péče	21,5	3,5	25
CELKEM	43	7	50

Výpočet:

$$x^2 = \frac{(18 - 21,5)^2}{21,5} + \frac{(7 - 3,5)^2}{3,5} + \frac{(25 - 21,5)^2}{21,5} + \frac{(0 - 3,5)^2}{3,5} = 0,570 + 3,5 + 0,570 + 3,5 = \underline{\underline{8,14}}$$

$$\chi^2 = 8,14$$

Kritická hodnota Chí-kvadrát pro stanovenou hladinu významnosti 0,05 a pro počet stupňů volnosti 1: $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$

Protože platí $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841 < \chi^2 = 8,14$, **přijímám alternativní hypotézu** a zamítám nulovou.

Výzkumná otázka č. 6: Existuje mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí rozdíl v zajištění péče o nevléčitelně nemocné a nemocné v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí?

H₀₃ Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí není v zajištění péče o nevléčitelně nemocné a nemocné v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí statisticky významný rozdíl.

H_{A3} Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí je v zajištění péče o nevléčitelně nemocné a nemocné v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí statisticky významný rozdíl.

Testovaná otázka č. 13: Zajišťuje Vaše pracoviště péči o nevléčitelně nemocné a nemocné v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí?

Tab. 63 Naměřené četnosti - rozdíly v zajištění péče o nevléčitelně a terminálně nemocné mezi ADP a DHP

Možnosti	Ano	Ne	CELKEM
Agentury domácí péče	22	3	25
Domácí hospicová péče	25	0	25
CELKEM	47	3	50

Tab. 64 Očekávané četnosti k otázce č. 13

Možnosti	Ano	Ne	CELKEM
Agentury domácí péče	23,5	1,5	25
Domácí hospicová péče	23,5	1,5	25
CELKEM	47	3	50

Výpočet:

$$\chi^2 = \frac{(22 - 23,5)^2}{23,5} + \frac{(3 - 1,5)^2}{1,5} + \frac{(25 - 23,5)^2}{23,5} + \frac{(0 - 1,5)^2}{1,5} = 0,096 + 1,5 + 0,096 + 1,5 = \underline{\underline{3,192}}$$

$$\chi^2 = 3,192$$

Kritická hodnota Chí-kvadrát pro stanovenou hladinu významnosti 0,05 a pro počet stupňů volnosti 1: $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$

Protože platí $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841 > \chi^2 = 3,192$, **přijímám nulovou hypotézu** a zamítám alternativní.

Výzkumná otázka č. 9: Věnuje domácí hospicová péče více pozornosti léčbě bolesti než agentury domácí péče?

H₀₄ Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí není ve věnování pozornosti léčbě bolesti statisticky významný rozdíl.

H_{A4} Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí je ve věnování pozornosti léčbě bolesti statisticky významný rozdíl.

Testovaná otázka č. 17: Věnujete dostatečnou pozornost léčbě bolesti?

Tab. 65 Naměřené četnosti - rozdíly ve věnování pozornosti léčbě bolesti mezi ADP a DHP

Možnosti	Ano	Ne	Nevím, nedokážu posoudit	CELKEM
Agentury domácí péče	17	1	7	25
Domácí hospicová péče	25	0	0	25
CELKEM	42	1	7	50

Tab. 66 Očekávané četnosti k otázce č. 17

Možnosti	Ano	Ne	Nevím, nedokážu posoudit	CELKEM
Agentury domácí péče	21	0,5	3,5	25
Domácí hospicová péče	21	0,5	3,5	25
CELKEM	42	1	7	50

Výpočet:

$$x^2 = \frac{(17-21)^2}{21} + \frac{(1-0,5)^2}{0,5} + \frac{(7-3,5)^2}{3,5} + \frac{(25-21)^2}{21} + \frac{(0-0,5)^2}{0,5} + \frac{(0-3,5)^2}{3,5} =$$

$$= 0,762 + 0,5 + 3,5 + 0,762 + 0,5 + 3,5 = \underline{\underline{9,524}}$$

$$\chi^2 = 9,524$$

Kritická hodnota Chí-kvadrát pro stanovenou hladinu významnosti 0,05 a pro počet stupňů volnosti 2: $\chi^2_{0,05}(2) = 5,991$

Protože platí $\chi^2_{0,05}(2) = 5,991 < \chi^2 = 9,524$, **přijímám alternativní hypotézu** a zamítám nulovou.

8 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ HYPOTÉZ

Existuje mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí rozdíl v počtu pacientů vyžadujících poskytování paliativní péče?

Hypotéza č. 1:

H₀ Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí není v počtu pacientů vyžadujících poskytování paliativní péče statisticky významný rozdíl.

H_A Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí je v počtu pacientů vyžadujících poskytování paliativní péče statisticky významný rozdíl.

Přikláním se k platnosti **NULOVÉ HYPOTÉZY**.

Jsou agentury domácí péče a domácí hospicová péče schopny zajistit nepřetržitou péči o pacienta 7 dní v týdnu, 24 hodin denně v domácím prostředí?

Hypotéza č. 2:

H₀ Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí není v zajištění nepřetržité péče o pacienta v domácím prostředí statisticky významný rozdíl.

H_A Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí je v zajištění nepřetržité péče o pacienta v domácím prostředí statisticky významný rozdíl.

Přikláním se k platnosti **ALTERNATIVNÍ HYPOTÉZY**.

Existuje mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí rozdíl v zajištění péče o nevléčitelně nemocné a nemocné v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí?

Hypotéza č. 3:

H₀ Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí není v zajištění péče o nevléčitelně nemocné a nemocné v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí statisticky významný rozdíl.

H_A Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí je v zajištění péče o nevléčitelně nemocné a nemocné v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí statisticky významný rozdíl.

Přikláním se k platnosti **NULOVÉ HYPOTÉZY**.

Věnuje domácí hospicová péče více pozornosti léčbě bolesti než agentury domácí péče?

Hypotéza č. 4:

H₀ Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí není ve věnování pozornosti léčbě bolesti statisticky významný rozdíl.

H_A Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí je ve věnování pozornosti léčbě bolesti statisticky významný rozdíl.

Přikláním se k platnosti **ALTERNATIVNÍ HYPOTÉZY**.

9 DISKUZE

Cílem výzkumu bylo zmapovat situaci v oblasti poskytování paliativní péče z pohledu agentur domácí péče a domácí hospicové péče. Dílčími cíli bylo rozpoznat možné rozdíly v poskytování paliativní péče mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí a dále posoudit případnou rozdílnou úroveň poskytované paliativní péče mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí.

V diskuzi se zaměřuji na zhodnocení cílů, výzkumných otázek a hypotéz, které jsem si stanovila v úvodu diplomové práce. Ke zjištění potřebných informací jsem zvolila kvantitativní výzkum metodou dotazníkového šetření. Ověření platnosti daných čtyř hypotéz, které se vztahují k jednotlivým výzkumným otázkám, uvádím podrobněji níže.

V roce 2009 vypracovala Petra Pešková, studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, bakalářskou práci na téma Problematika hospicové péče z pohledu sester agentury domácí péče a potencionálních pacientů. Studentka ve své práci mimo jiné zjišťovala prostřednictvím dotazníkového šetření pohled sester pracujících v agenturách domácí péče na poskytování hospicové péče v domácím prostředí. Přestože se ve své práci zabývám nejen agenturami domácí péče, ale i domácí hospicovou péčí, shledávám u některých otázek jistou podobnost s položkami z jejího dotazníku, proto jsem se rozhodla toto srovnání pro zajímavost uvést. Podotýkám, že autorka do svého výzkumu začlenila kromě sester také laickou veřejnost, avšak pro mé účely se budu zabývat pouze sestrami pracujícími v agenturách domácí péče.

Výzkumná otázka č. 1: Existuje mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí rozdíl v zastoupení profesí podílejících se na poskytování péče?

K výzkumné otázce č. 1 se vztahuje otázka č. 6. U této položky mohli respondenti uvést více možností a dle svého uvážení doplnit možnost další. Z tohoto důvodu se liší jednotlivé procentuální zastoupení mezi pracovišti.

V agenturách domácí péče se na poskytované péči nejvíce podílí zdravotní sestry v počtu 25 (tj. 22 %), dále rodina pacienta v počtu 19 (tj. 17 %), sociální pracovníci v počtu 18 (tj. 16 %) a lékaři v počtu 13 (tj. 11 %). Shodně jsou zastoupeni duchovní a rehabilitační pracovníci, a to v počtu 11 (tj. 10 %). Následují psychologové a pečovatelky, obojí v počtu 6 (tj. 5 %). Nejméně uváděnými profesemi byli dobrovolníci v počtu 3 (tj. 3 %) a nutriční poradci v počtu 2 (tj. 2 %).

Tento výsledek považuji obecně za poměrně uspokojivý, neboť i z odborné literatury vyplývá, že multidisciplinární tým domácí péče je zpravidla tvořen lékaři, zdravotními sestrami, sestrami specializovanými, sociálními pracovníky, psychology, pečovateli, dobrovolníky a rodinou pacienta (Hanzlíková a kol., 2007; Pešková, 2009).

V domácí hospicové péči je shodně nejvíce zastoupena profese zdravotní sestry, lékaře a také rodina pacienta, vše v počtu 25 (tj. 14 %). Dále se na péči podílí sociální pracovníci v počtu 24 (tj. 13 %) a psychologové v počtu 23 (tj. 12 %). Následují ve shodném počtu duchovní a dobrovolníci, obojí 19 (tj. 10 %). Nejméně zastoupenými profesemi jsou nutriční poradci, rehabilitační pracovníci (vše v počtu 10, tj. 5 %), dále psychiatr v počtu 4 (tj. 2 %) a odlehčovací služby v počtu 2 (tj. 1 %). Dá se říci, že i zde je zastoupení výše uvedených profesí standardní.

Z výsledků tedy vyplývá, že v agenturách domácí péče a v domácí hospicové péči je zastoupení profesí podílejících se na poskytování péče rozdílné. Respondenti z domácí hospicové péče uvedli větší počet lékařů (o 12), sociálních pracovníků (o 6), psychologů (o 17), duchovních (o 8), nutričních poradců (o 8) a rodiny pacienta (o 6). Zároveň zmínili zastoupení psychiatra a odlehčovacích služeb, což od respondentů z agentur domácí péče uvedeno nebylo. Naopak tyto respondenti uvedli ve větším počtu rehabilitační pracovníky (o 2) a uvedli zastoupení pečovatelek. Celkově lze říci, že vzhledem k charakteru a zaměření jednotlivých pracovišť bylo možné tyto odlišnosti očekávat, proto pro mne tento výsledek nebyl příliš překvapivý.

Výzkumná otázka č. 2: Jsou podmínky pro přijetí pacienta do péče mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí rozdílné?

K výzkumné otázce č. 2 patří otázka č. 7. Zde mohli respondenti uvést více možností a doplnit dle vlastního uvážení možnost jiné. Proto se liší jednotlivé procentuální zastoupení mezi pracovišti.

V agenturách domácí péče je nejčastěji uváděnou podmínkou pro přijetí pacienta do péče souhlas pacienta i jeho rodiny s péčí v domácím prostředí. Tuto možnost označilo 22 (tj. 22 %) respondentů. Následující podmínkou je, že pacient trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém stádiu v počtu 20 (tj. 20 %) respondentů. Dále je to pacient léčící se s chronickým dlouhodobým onemocněním a pacient žijící v místě působení pracoviště, obojí ve shodném počtu 19 (tj. 19 %). Zde bych chtěla podotknout, že tento výsledek byl pro mne překvapivým, neboť jsem se domnívala, že bude převládat nad ostatními odpověďmi.

Následující možnost, že v rodině je alespoň jedna osoba připravená pečovat o pacienta v domácím prostředí, zvolilo 15 (tj. 15 %) respondentů. Doporučení obvodním lékařem zvolili 3 (tj. 3 %) respondenti.

Podmínkou pro přijetí pacienta do domácí hospicové péče je nejčastěji přítomnost nevléčitelné choroby v pokročilém stádiu, jedné osoby v rodině připravené pečovat o pacienta v domácím prostředí a na základě souhlasu pacienta i jeho rodiny s péčí v domácím prostředí. Vše výše zmíněné uvedl shodný počet 25 (tj. 24 %) respondentů. Možnost pacient žijící v místě působení pracoviště označilo 19 (tj. 18 %) respondentů. Nejméně uváděnou podmínkou je pacient léčící se s chronickým dlouhodobým onemocněním, a to v počtu 12 (tj. 11 %).

Rozdíl v jednotlivých výsledcích mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí je patrný. V domácí hospicové péči se při přijetí do péče zaměřují narozdíl od agentur domácí péče především na to, aby pacient trpěl nevléčitelnou chorobou v pokročilém stádiu, aby v rodině byla alespoň jedna osoba připravená pečovat o pacienta v domácím prostředí a aby pacient i jeho rodina souhlasili s péčí v domácím prostředí. Zatímco v agenturách domácí péče se do popředí dostává zejména pacient léčící se s chronickým dlouhodobým onemocněním. Zde mohu rovněž říci, že vzhledem k charakteru a zaměření jednotlivých pracovišť jsem tyto odlišnosti předpokládala.

Výzkumná otázka č. 3: Setkává se domácí hospicová péče více s onkologicky nemocnými pacienty než agentury domácí péče?

K výzkumné otázce č. 3 se řadí otázka č. 8. V této položce mohli respondenti zvolit více možností a dle svého vlastního uvážení doplnit možnost jiné. Z tohoto důvodu se liší jednotlivé procentuální zastoupení mezi pracovišti.

Výše uvedenou výzkumnou otázku jsem si stanovila, neboť jsem se domnívala, že domácí hospicová péče se bude více setkávat s onkologicky nemocnými pacienty než agentury domácí péče.

Z výzkumu vyplynulo, že s onkologicky nemocnými pacienty se setkává 19 (tj. 18 %) respondentů z agentur domácí péče a 25 (tj. 26 %) respondentů z domácí hospicové péče. Z tohoto výsledku je zřejmé, že se má domněnka potvrdila, a to považuji za uspokojivé. Ostatní zvolené odpovědi vztahující se k otázce č. 8 jsou uvedeny v Tab. 9 a Tab. 10.

Výzkumná otázka č. 4: Existuje mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí rozdíl v počtu pacientů vyžadujících poskytování paliativní péče?

K výzkumné otázce č. 4 se vztahuje hypotéza č. 1.

HYPOTÉZA č. 1

H_0 Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí není v počtu pacientů vyžadujících poskytování paliativní péče statisticky významný rozdíl.

H_A Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí je v počtu pacientů vyžadujících poskytování paliativní péče statisticky významný rozdíl.

Při vyhodnocování hypotézy jsem vycházela z otázky č. 10, ve které jsem zjišťovala počet pacientů vyžadujících poskytování paliativní péče.

V agenturách domácí péče je 10 (tj. 40 %) respondentů, kteří uvedli, že se v jejich péči nachází 1 – 5 pacientů vyžadujících poskytování paliativní péče. Shodný počet 6 (tj. 24 %) respondentů uvedlo počty 6 – 10 a 11 a více pacientů. Pouze 3 (tj. 12 %) respondenti označili, že nemají žádné pacienty vyžadující poskytování paliativní péče.

Z domácí hospicové péče uvedlo 11 (tj. 44 %) respondentů, že mají 11 a více pacientů vyžadujících poskytování paliativní péče. 8 (tj. 32 %) respondentů označilo počet 6 – 10 pacientů a 6 (tj. 24 %) respondentů počet 1 – 5 pacientů. Možnost žádný neuvedl nikdo z respondentů.

K ověření platnosti stanovené hypotézy jsem využila test Chí-kvadrát. Statisticky významná závislost mezi pozorovanými jevy se nepotvrdila, proto se přikláním k platnosti **nulové hypotézy** – mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí není v počtu pacientů vyžadujících poskytování paliativní péče statisticky významný rozdíl.

Výsledek lze tedy považovat za příznivý, neboť přestože agentury domácí péče se přímo nespecializují na péči o terminálně nemocné, jak je tomu u domácí hospicové péče, tito pacienti jsou v jejich péči v poměrně velkém počtu zastoupeni.

Výzkumná otázka č. 5: Jsou agentury domácí péče a domácí hospicová péče schopny zajistit nepřetržitou péči o pacienta 7 dní v týdnu, 24 hodin denně v domácím prostředí?

K výzkumné otázce č. 5 se vztahuje hypotéza č. 2.

HYPOTÉZA č. 2

H_0 Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí není v zajištění nepřetržité péče o pacienta v domácím prostředí statisticky významný rozdíl.

H_A Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí je v zajištění nepřetržité péče o pacienta v domácím prostředí statisticky významný rozdíl.

Hypotézu jsem ověřovala otázkou č. 12, pomocí které jsem chtěla zjistit, zda jsou jednotlivá pracoviště schopna zajistit nepřetržitou péči o pacienta 7 dní v týdnu, 24 hodin denně v domácím prostředí.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že 18 (tj. 72 %) respondentů z agentur domácí péče je schopno nepřetržitou péči o pacienta v domácím prostředí zajistit a 7 (tj. 28 %) respondentů není schopno nepřetržitou péči v domácím prostředí zajistit. Zatímco v domácí hospicové péči se shodlo všech 25 (tj. 100 %) oslovených respondentů na tom, že nepřetržitou péči o pacienta v domácím prostředí jsou schopni zajistit.

Pro ověření platnosti stanovené hypotézy jsem použila test Chí-kvadrát. Na základě výsledků se přikláním k platnosti **alternativní hypotézy** – mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí je v zajištění nepřetržité péče o pacienta v domácím prostředí statisticky významný rozdíl.

Pro zajímavost bych chtěla uvést srovnání mého výsledku s výsledkem, ke kterému dospěla studentka Petra Pešková ve svém výzkumu, jak jsem již avizovala výše. Ta v otázce č. 14 rovněž zjišťovala, zda agentury domácí péče, ve kterých oslovené zdravotní sestry pracují, jsou schopny poskytnout péči 7 dní v týdnu, 24 hodin denně. Studentka zjistila, že převážná většina oslovených agentur domácí péče není schopna takovou péči poskytnout. Zatímco já jsem zjistila, že převážná většina oslovených agentur domácí péče je schopna nepřetržitou péči zajistit, jak je uvedeno výše.

Dále bych chtěla zmínit, že Hakl a Sláma v knize Paliativní medicína uvádějí, že pokud mají být složité situace a případné komplikace v domácím prostředí dobře zvládnuty, je třeba, aby sestra z agentury domácí péče byla schopna k nemocnému přijet 7 dní v týdnu, 24 hodin denně (Hakl, Sláma, 2004). Porovnám-li tento poznatek s výsledky z výzkumu, je patrné, že se vzájemně neshodují.

Výzkumná otázka č. 6: Existuje mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí rozdíl v zajištění péče o nevléčitelně nemocné a nemocné v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí?

K výzkumné otázce č. 6 se vztahuje hypotéza č. 3.

HYPOTÉZA č. 3

H₀ Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí není v zajištění péče o nevléčitelně nemocné a nemocné v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí statisticky významný rozdíl.

H_A Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí je v zajištění péče o nevléčitelně nemocné a nemocné v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí statisticky významný rozdíl.

K hypotéze patří otázka č. 13, ve které jsem zjišťovala, zda daná pracoviště zajišťují péči o nevléčitelně nemocné a nemocné v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí.

Z agentur domácí péče odpovědělo 22 (tj. 88 %) respondentů, že péči o nevléčitelně nemocné a nemocné v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí zajišťují a pouze 3 (tj. 12 %) respondenti uvedli, že nezajišťují.

V domácí hospicové péči uvedlo všech 25 (tj. 100 %) oslovených respondentů, že zajišťují péči o nevléčitelně nemocné a nemocné v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí.

K ověření platnosti stanovené hypotézy jsem použila test Chí-kvadrát. Na základě výsledků se přikláním k platnosti **nulové hypotézy** – mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí není v zajištění péče o nevléčitelně nemocné a nemocné v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí statisticky významný rozdíl.

Asociace domácí péče ČR uvádí, že agentury domácí péče mohou zajišťovat i péči o terminálně nemocné pacienty, u nichž je rozsah poskytované péče stanoven ošetřujícím lékařem (Asociace domácí péče ČR, 2011). Výsledek lze tedy hodnotit pozitivně, neboť koreluje s výše uvedeným poznatkem a je z něj patrné, že i nevléčitelně nemocní a nemocní v terminálním stádiu nemoci jsou pacienti nejen domácí hospicové péče, ale i agentur domácí péče.

Výzkumná otázka č. 7: Jsou agentury domácí péče a domácí hospicová péče dostatečně připraveny na péči o pacienta v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí?

K výzkumné otázce č. 7 patří otázka č. 14.

Respondenti z agentur domácí péče a z domácí hospicové péče se zcela shodli ve svých odpovědích na tuto položku. 24 (tj. 96 %) respondentů si myslí, že jsou dostatečně připraveni na péči o pacienta v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí a pouze 1 (tj. 4 %) respondent uvedl, že neví.

Lze tedy usuzovat, že agentury domácí péče a domácí hospicová péče jsou dostatečně připraveny na péči o pacienta v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí. Přestože tento výsledek považuji za uspokojivý, byl pro mne vcelku překvapivým. Očekávala jsem totiž více záporných odpovědí ze stran agentur domácí péče, tedy že bude převládat názor o nedostatečné připravenosti na péči o pacienta v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí.

Výzkumná otázka č. 8: Jsou překážky při poskytování péče v domácím prostředí mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí rozdílné?

K výzkumné otázce č. 8 se řadí otázka č. 16. U této položky mohli respondenti uvést více možností a dle svého uvážení doplnit možnost jiné. Z tohoto důvodu se liší jednotlivé procentuální zastoupení mezi pracovišti.

Respondenti z agentur domácí péče považují za hlavní nedostatky při poskytování péče v domácím prostředí nedostatečnou spolupráci s obvodními lékaři, a to v počtu 16 (tj. 36 %), dále nedostatek finančních prostředků v počtu 12 (tj. 27 %) a nedostatečnou spolupráci s rodinou v počtu 8 (tj. 18 %). Následuje nedostatek vhodných pomůcek v počtu 5 (tj. 11 %), přetížení personálu v počtu 3 (tj. 7 %) a nedostatečný počet zaměstnanců v počtu 1 (tj. 2 %).

V domácí hospicové péči považuje 18 (tj. 34 %) respondentů za překážku nedostatek finančních prostředků, 13 (tj. 25 %) respondentů nedostatečnou spolupráci s obvodními lékaři a 6 (tj. 11 %) respondentů uvedlo nedostatečnou spolupráci s rodinou. Nejméně zastoupenými odpověďmi byly chybějící úhrada od pojišťoven v počtu 2 (tj. 4 %) a nedostatek vhodných pomůcek v počtu 1 (tj. 2 %).

Z výsledků je tedy patrné, že jednotlivé překážky při poskytování péče v domácím prostředí jsou mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí rozdílné. Respondenti z agentur domácí péče uvedli oproti respondentům z domácí hospicové péče ve větším počtu nedostatek vhodných pomůcek (o 4), nedostatečnou spolupráci s obvodními lékaři (o 3) a nedostatečnou spolupráci s rodinou (o 2).

Dotazovaní z domácí hospicové péče naopak uvedli ve větším počtu nedostatek finančních prostředků (o 6), nedostatečný počet zaměstnanců (o 2) a přetížení personálu (o 7). Zmínili se také o chybějící úhradě od pojišťoven. Zmínku o tomto problému hodnotím velmi kladně. Zároveň bych v této souvislosti chtěla poukázat na projekt, jehož nositelem je Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, neboť se domnívám se, že je to v současné době téma velmi aktuální. Je nezbytné si uvědomit, že důstojný závěr života bez bolesti, blízkost rodiny a pokud možno pobyt v domácím prostředí si přejí dvě třetiny českých občanů. Navzdory tomu, že to umožňují české i mezinárodní normy, úroveň českého zdravotnictví a sociálních služeb, dosáhnou na tuto nehumánnější péči asi jen 2 % lidí v České republice. Určitou formu domácí zdravotní péče, včetně domácí hospicové péče, potřebuje minimálně 5 % obyvatel ČR starších 65 let. Ve srovnání s doporučením Evropské unie vychází objem poskytované domácí péče v ČR (včetně hospicové) ve značný neprospěch domácí hospicové péče. V 10 krajích dosahuje procento dostupnosti této péče do 3 % a žádný kraj v ČR nesplňuje 5% doporučení EU a potřeby obyvatel. Často totiž dochází k tomu, že zdravotní pojišťovny nerozlišují obecnou a specializovanou domácí péči, uzavírají smlouvy pouze na obecnou domácí péči, a tím omezují terminálně nemocným pacientům přístup k péči, kterou v závěru života nejvíce potřebují. Velká řada personálně a věcně připravených poskytovatelů domácí hospicové péče opakovaně a neúspěšně žádá o smlouvu s pojišťovnou, která by jim umožnila poskytovat specializovanou péči o terminálně nemocné v regionu, avšak žádosti jsou zamítány (Neumannová, 2001).

Následkem této neuspokojivé situace vznikl Pilotní projekt pro integraci paliativní péče poskytované pojištěncům v terminálním stavu v jejich vlastním sociálním prostředí do systému zdravotní péče, jak jsem již avizovala výše. Projekt byl v listopadu roku 2010 podán k projednání Všeobecné zdravotní pojišťovně. Cílem je ve spolupráci se Sdružením praktických lékařů ověřit oprávněnost, kvalitu a ekonomickou výhodnost specializované domácí paliativní péče, která by měla být začleněna do stávajícího systému zdravotní péče v České republice. Tento dvouletý projekt by měl být realizován agenturami domácí hospicové péče. Ty jsou provozovány domácími a lůžkovými hospici sdruženými v APHPP (Neumannová, 2001).

Výzkumná otázka č. 9: *Věnuje domácí hospicová péče více pozornosti léčbě bolesti než agentury domácí péče?*

K výzkumné otázce č. 9 se vztahuje hypotéza č. 4.

HYPOTÉZA č. 4

H_0 Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí není ve věnování pozornosti léčbě bolesti statisticky významný rozdíl.

H_A Mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí je ve věnování pozornosti léčbě bolesti statisticky významný rozdíl.

Při vyhodnocování hypotézy jsem vycházela z otázky č. 17, kde mne zajímalo, zda jednotlivá pracoviště věnují dostatečnou pozornost léčbě bolesti.

V agenturách domácí péče uvedlo 16 (tj. 68 %) respondentů, že věnují dostatečnou pozornost léčbě bolesti, 1 (tj. 4 %) respondent uvedl, že nevěnují, a 7 (tj. 28 %) respondentů to nedokáže posoudit.

Všech 25 (tj. 100 %) respondentů z domácí hospicové péče se shodlo na tom, že léčbě bolesti dostatečnou pozornost věnují.

Pro ověření platnosti stanovené hypotézy jsem použila test Chí-kvadrát. Na základě výsledků se přikláním k platnosti **alternativní hypotézy** – mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí je ve věnování pozornosti léčbě bolesti statisticky významný rozdíl.

Výsledek je pro mne zarážející v tom, že poměrně velký počet respondentů z agentur domácí péče nebyl schopen posoudit, zda se na jejich pracovišti dostatečně věnují léčbě bolesti. Myslím si, že by to mělo být jasně dáno a především léčbu bolesti nelze opomíjet. Jak Sláma a Bystřický uvádějí, bolest patří k nejčastějším symptomům pokročilých stádií onemocnění. Má zásadní vliv na pohodlí a náladu, ale i na naději, motivaci pacienta k životu a spolupráci pacienta při léčbě. Neléčená bolest může vést k snížené hybnosti, nechutenství, k sociální dysfunkci až izolaci. Bolest tedy nelze vnímat jen jako somatický vjem. Řadu aspektů bolesti nelze zcela odstranit, některé je však možné účinně mírnit. (Sláma, Bystřický, 2007).

Výzkumná otázka č. 10: Umožňují agentury domácí péče a domácí hospicová péče zapůjčení pomůcek usnadňujících péči o pacienta do domácího prostředí?

K výzkumné otázce č. 10 patří otázka č. 20.

Převážná většina respondentů z agentur domácí péče v počtu 24 (tj. 96 %) uvedlo, že umožňují zapůjčení pomůcek do domácího prostředí a pouze 1 (tj. 4 %) respondent uvedl, že neumožňují.

V domácí hospicové péči odpovědělo všech 25 (tj. 100 %) oslovených respondentů, že zapůjčení pomůcek do domácího prostředí umožňují.

Mohu říci, že tento výsledek jsem očekávala a považuji ho tedy za uspokojivý. Je nezbytné, aby rodina, která pečuje o svého blízkého v domácím prostředí, měla k dispozici veškeré potřebné pomůcky. Ty mohou výrazně usnadnit poskytovanou péči a zároveň zajistit pacientovi lepší pohodlí.

Výzkumná otázka č. 11: Dodržuje domácí hospicová péče jiný postup při úmrtí pacienta v domácím prostředí než agentury domácí péče?

K výzkumné otázce č. 11 se vztahuje otázka č. 22.

Z agentur domácí péče uvedlo 20 (tj. 80 %) respondentů, že nejprve přivolají lékaře, pohřební službu a dále spolupracují s rodinou zemřelého. 5 (tj. 20 %) respondentů uvedlo, že si rodina zemřelého sama zvolí postup.

V domácí hospicové péče se oslovení respondenti se v počtu 21 (tj. 84 %) shodli, že nejdříve přivolají lékaře, pohřební službu a dále spolupracují s rodinou zemřelého. 4 (tj. 16 %) respondenti označili, že rodina zemřelého si sama zvolí postup.

Z výsledků tedy vyplynulo, že domácí hospicová péče nedodržuje jiný postup při úmrtí pacienta v domácím prostředí, než agentury domácí péče, jak jsem předpokládala.

Pro zajímavost uvádím výsledek otázky č. 22 z dotazníkového šetření studentky Petry Peškové, která od sester pracujících v agenturách domácí péče rovněž zjišťovala postup při úmrtí člověka v domácím prostředí. Autorka dospěla k podobnému závěru, tedy že převážná většina oslovených sester uvedla, že nejprve volají lékaře, poté volají pohřební službu a spolupracují s pozůstalými. Co pro mne však bylo zářezující a zcela nepochopitelné a co se v mém výzkumu nevyskytlo, že sestry uváděly neznalost postupu při úmrtí člověka v domácím prostředí.

ZÁVĚR

Tématem diplomové práce je „Využití domácích agentur v paliativní péči“. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část se podrobněji zabývá problematikou paliativní péče a domácí péče. Následně jsou vymezeny hlavní aspekty poskytované paliativní péče a závěr je věnován rodině a pozůstalým. Výzkumná část se přímo vztahuje ke stanoveným cílům, výzkumným otázkám a hypotézám. K získání potřebných informací jsem zvolila kvantitativní výzkum formou dotazníku. Jednotlivé hypotézy byly vyhodnoceny prostřednictvím statistické metody testu Chí-kvadrát.

Na počátku práce jsem si stanovila jeden hlavní výzkumný cíl a dva dílčí cíle. Hlavním cílem bylo zmapovat situaci v oblasti poskytování paliativní péče z pohledu agentur domácí péče a domácí hospicové péče. Dílčími cíli bylo rozpoznat možné rozdíly v poskytování paliativní péče mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí a dále posoudit případnou rozdílnou úroveň poskytované paliativní péče mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí.

Troufám si říci, že vytyčených cílů se mi podařilo dosáhnout. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že zastoupení profesí mezi jednotlivými pracovišti je odlišné, avšak odpovídá danému standardu a nemá tak na poskytování paliativní péče pacientům významný vliv. V podmínkách pro přijetí pacienta do péče jsou také jisté odlišnosti, které se však vzhledem k charakteru a zaměření jednotlivých pracovišť rovněž daly očekávat. Z šetření je dále patrné, že agentury domácí péče sice uvedly schopnost zajištění péče o nevyлéčitelně nemocné a nemocné v terminálním stádiu nemoci, zároveň však nejsou všechny z nich schopny zajistit nepřetržitou péči o pacienta. Tento výsledek je pro mne zarážející, neboť to patří k jedné z podmínek při péči o terminálně nemocné v domácím prostředí. Za nedostatek považuji také to, že určité zastoupení sester z agentur domácí péče nemá zcela jasno v zajištění léčby bolesti na jejich pracovišti.

Z obecného hlediska lze tedy usuzovat, že zásadní rozdíl v poskytování paliativní péče se mezi agenturami domácí péče a domácí hospicovou péčí neprokázal. Z tohoto faktu dále vyplývá, že agentury domácí péče jsou v dnešní době již natolik materiálně a personálně vybaveny, že jsou také schopny pokrýt péči o pacienty vyžadující poskytování paliativní péče.

Mou snahou bylo diplomovou práci vypracovat tak, aby mohla sloužit jako zdroj informací všem těm, kteří se touto problematikou zabývají a mají zájem se něco více dozvědět. V této souvislosti bych chtěla zmínit, že již na začátku, při oslovování jednotlivých vedoucích z domácí hospicové péče, jsem se setkala se zájmem o obsah a výsledky mé diplomové práce, což svědčí o tom, že odborníkům není tato tematika lhostejná a berou v potaz i studentské práce jako jeden z možných zdrojů informací a poznatků. Práce by také mohla být užitečná lidem z řad laické veřejnosti, kteří se rozhodli pečovat o svého blízkého či člena rodiny v domácím prostředí a mohli by zde najít potřebné informace.

V agenturách domácí péče a v domácí hospicové péči jde o hodně. O lidské vztahy, vzájemnou důvěru a porozumění, o klid v duši, o fyzickou pohodu. Středem zájmu je pacient a jeho rodina se svými specifickými potřebami. Aby mohly být všechny potřeby dostatečně uspokojovány a péče byla kvalitní a dostupná pro všechny, je nezbytné podporovat další rozvoj především domácí hospicové péče, zejména ve snaze přesvědčit pojišťovny o uzavření smluv. To by umožnilo poskytování specializované a dosud často nedostupné péče o terminálně nemocné v daných regionech. Za důležité rovněž považuji systematické vzdělávání zdravotních sester a všech dalších pracovníků v zásadách poskytování paliativní péče v domácím prostředí, které by vedlo ke zkvalitnění péče. Je to právě domov, kde se lidé zpravidla cítí nejlépe a v bezpečí, a je jen na nás, kde a v jakých podmínkách umožníme našim blízkým prožít poslední chvíle jejich života.

„Jsme dva. Dva na všechno - na lásku, na život, na boj i bolest a na hodiny štěstí. Dva na výhry i prohry, na život i na smrt - dva.“

Karel Čapek

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

MONOGRAFIE:

1. ALTCHULEROVÁ, Jenny. Nemoc a ztráta v kontextu rodiny. In FIRTHOVÁ, Pam et al. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. [Kap.], s. 75 – 88. ISBN 978-80-87029-21-3.
2. BÁRTLOVÁ, Sylva; SADÍLEK, Petr; TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetřovatelství*. 2. vyd. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-467-2.
3. FIRTHOVÁ, Shirley. Kulturní perspektivy ztráty a situace pozůstalých. In FIRTHOVÁ, Pam et al. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. [Kap.], s. 213 – 228. ISBN 978-80-87029-21-3.
4. FITZSIMMONSOVÁ, Deborah; AHMEDZAI, Sam H. Přístupy k posuzování výsledků v paliativní péči. In PAYNEOVÁ, Sheila et al. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. [Kap.] 1, s. 175 – 198. ISBN 978-80-87029-25-1.
5. FORMAN, Walter B. et al. *Hospice and Palliative Care : Concepts and Practice*. 2nd ed. Sudbury, Boston, Toronto, London : Jones and Bartlett Publishers, 2003. ISBN 0-7637-1566-2.
6. FRIEDRICH, Václav. *Statistika 1 : Vysokoškolská učebnice pro distanční studium*. 1. vyd. Plzeň : Západočeská univerzita v Plzni, 2002. ISBN 80-7082-913-3.
7. HAKL, Lubomír; SLÁMA, Ondřej. Domácí paliativní péče. In VORLÍČEK, Jiří a kol. *Paliativní medicína*. 2 přeprac. a doplň. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. [Kap.] 32, s. 505 – 509. ISBN 80-247-0279-7.
8. HANZLÍKOVÁ, Alžběta a kol. *Komunitní ošetřovatelství*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2007. ISBN 80-8063-257-1.

9. HARDING, Richard. Pečující : Současný stav výzkumu a trendy vývoje. In FIRTHOVÁ, Pam et al. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. [Kap.], s. 177 – 193. ISBN 978-80-87029-21-3.
10. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Etické problémy paliativní medicíny. In VORLÍČEK, Jiří a kol. *Paliativní medicína*. 2 přeprac. a doplň. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. [Kap.] 27, s. 423 – 432. ISBN 80-247-0279-7.
11. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie : Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha : Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.
12. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie : Nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
13. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
14. JOHNSTON, Bridget M. Introduction to palliative care : Overview of nursing developments. In LUGTON, Jean et al. *Palliative Care : The nursing role*. 2nd ed. Edinburgh, London, New York : Elsevier, 2005. [Kap.] 1, s. 1 – 32. ISBN 0-4430-7458-5.
15. KABELKA, Ladislav; ALEXANDROVÁ, Radka. Péče o umírajícího pacienta. In SLÁMA, Ondřej a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2007. [Kap.] 8, s. 301 – 317. ISBN 978-80-7262-505-5.
16. KRISTJANSON, Linda; HUDSON, Peter; OLDHAM, Lynn. Práce s příbuznými. In O`CONNOR, Margaret; ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. [Kap.] 19, s. 221 – 229. ISBN 80-247-1295-4.
17. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
18. MILNE, Donna; MILLARD, Regina. Truchlení. In O`CONNOR, Margaret; ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. [Kap.] 20, s. 231 – 242. ISBN 80-247-1295-4.

19. MINIBERGEROVÁ, Lenka; DUŠEK, Jiří. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-436-4.
20. MOUNT, Balfour; HANKS, Geoffrey; MCGOLDRICK, Lorna. The principles of palliative care. In FALLON, Marie et al. *ABC of palliative care*. 2nd ed. United Kingdom : BMJ Books, 2006. [Kap.] 1, s. 1 – 3. ISBN 13-978-1-4051-3079-0.
21. MUNZAROVÁ, Marta a kol. *Proč NE eutanázii aneb Být, či Nebýt?* 2. vyd. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-258-9.
22. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
23. PAYNEOVÁ, Sheila; SEYMOUROVÁ, Jane; INGLETONOVÁ, Christine. Úvod. In PAYNEOVÁ, Sheila et al. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. [Kap.], s. 5 – 17. ISBN 978-80-87029-25-1.
24. PROKOP, Jiří M.; KABELKA, Ladislav. Dodatky. In SLÁMA, Ondřej a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2007. [Kap.] 9, s. 319 – 347. ISBN 978-80-7262-505-5.
25. RADBRUCH, Lukas et al. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě : Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. 1. vyd. Praha : Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904-5161-2.
26. SEYMOUROVÁ, Jane. Co je v názvu? In PAYNEOVÁ, Sheila et al. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. [Kap.] 1, s. 63 – 83. ISBN 978-80-87029-25-1.
27. SLABÝ, Adolf. Duchovní aspekty paliativní medicíny. In VORLÍČEK, Jiří a kol. *Paliativní medicína*. 2 přeprac. a doplň. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. [Kap.] 29, s. 449 – 451. ISBN 80-247-0279-7.
28. SLÁMA, Ondřej; BYSTRICKÝ, Zdeněk. Terapie chronické bolesti. In SLÁMA, Ondřej a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2007. [Kap.] 2, s. 39 – 91. ISBN 978-80-7262-505-5.

29. SLÁMA, Ondřej; ŠPINKA, Štěpán. *Koncepce paliativní péče v ČR : Pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi*. 1. vyd. Praha : Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8.
30. SLÁMA, Ondřej; VORLÍČEK, Jiří. Úvod. In SLÁMA, Ondřej a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2007. [Kap.] 1, s. 25 – 37. ISBN 978-80-7262-505-5.
31. SLÁMA, Ondřej; VORLÍČEK, Jiří; VORLÍČKOVÁ, Hilda. Paliativní péče. In VORLÍČEK, Jiří a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. [Kap.] 9, s. 151 – 165. ISBN 80-247-1716-6.
32. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 5. doplň. vyd. Praha : Ecce homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5.
33. SVATOŠOVÁ, Marie. Hospicové hnutí ve světě a u nás. In VORLÍČEK, Jiří a kol. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. a doplň. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. [Kap.] 33, s. 511 – 519. ISBN 80-247-0279-7.
34. VORLÍČEK, Jiří. Úvod do problematiky paliativní medicíny. In VORLÍČEK, Jiří a kol. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. a doplň. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. [Kap.] 1, s. 19 – 28. ISBN 80-247-0279-7.

SERIÁLOVÉ PUBLIKACE:

35. NEUMANNOVÁ, Jarmila. Pilotní projekt pro integraci paliativní péče. *Rovnováha : Zpravodaj Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče*. 2011, roč. 2011, č. 2, s. 5.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

36. Asociace domácí péče ČR. *Historie domácí péče* [online]. c2011 [cit. 2011-02-24]. Dostupný z WWW: <<http://www.adpcr.cz/products/historie-domaci-pece/>>.
37. Asociace domácí péče ČR. *Organizace DP* [online]. c2011 [cit. 2011-03-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.adpcr.cz/domaci-pece/organizace-dp/>>.

38. Asociace domácí péče ČR. *Postup při zajištění DP* [online]. c2011 [cit. 2011-03-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.adpccr.cz/domaci-pece/postup-pri-zajisteni-dp/>>.
39. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. *Hospicová péče v České republice* [online]. c2010 [cit. 2011-04-15]. Dostupný z WWW: <<http://www.asociace-hospicu.cz/o-hospicich/hospice-v-cr/>>.
40. Cesta Domů. *Odlehčovací služby* [online]. c2011 [cit. 2011-02-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.cestadomu.cz/cz/odlehcovaci-sluzby.html>>.
41. Cesta Domů. *Poradna* [online]. c2011 [cit. 2011-02-08]. Dostupný z WWW: <<http://www.cestadomu.cz/cz/poradna.html>>.
42. Cesta Domů. *Přijímání pacientů* [online]. c2011 [cit. 2011-02-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.cestadomu.cz/prijimani-klientu.html>>.
43. Cesta Domů. *Půjčovna pomůcek* [online]. c2011 [cit. 2011-02-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.cestadomu.cz/cz/pujcovna-pomucek.html>>.
44. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. *Souhrn jednání schůze předsednictva ČLS JEP 8. 10. 2008* [online]. c2007-2010 [cit. 2011-01-25]. Dostupný z WWW: <<http://www.cls.cz/zapisy-ze-schuzi/souhrn-jednani-schuze-predsednictva-cls-jep-8-10-2008-661>>. ISSN 1802-1891.
45. Hospicová péče svaté Zdislavy. *Domácí hospic* [online]. c2010 [cit. 2011-02-06]. Dostupný z WWW: <http://www.hospiczdislavy.cz/?page_id=122>.
46. MISCONIOVÁ, Blanka. *Historie domácí péče*. Národní centrum domácí péče České republiky [online]. c2006 [cit. 2011-02-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece->>.
47. MISCONIOVÁ, Blanka. *Systém domácí péče- informace pro klienty*. Národní centrum domácí péče České republiky [online]. c2006 [cit. 2011-02-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->>.

48. PEŠKOVÁ, Petra. *Problematika hospicové péče z pohledu sester agentury domácí péče a potencionálních pacientů* [online]. České Budějovice, 2009. 88 s. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z WWW: <http://theses.cz/id/pb3nxg/downloadPraceContent_adipIdno_13157>.
49. ŠPAČEK, Milan. *Metodická opatření : 13. Koncepce domácí péče* [online]. c2010 [cit. 2011-02-19]. Dostupný z WWW: <http://www.ddpraha6.cz/pruvodce/metodicke_opatreni_domaci_pece.docx>.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Graf pohlaví respondentů v ADP	48
Obr. 2 Graf pohlaví respondentů v DHP	48
Obr. 3 Graf věku respondentů v ADP.....	49
Obr. 4 Graf věku respondentů v DHP.....	49
Obr. 5 Graf nejvyššího dosaženého vzdělání v ADP.....	51
Obr. 6 Graf nejvyššího dosaženého vzdělání v DHP.....	51

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Místo pracoviště respondentů v ADP	53
Tab. 2 Místo pracoviště respondentů v DHP	53
Tab. 3 Počet zaměstnanců v ADP	54
Tab. 4 Počet zaměstnanců v DHP	54
Tab. 5 Profese podílející se na poskytování péče v ADP	55
Tab. 6 Profese podílející se na poskytování péče v DHP	55
Tab. 7 Podmínky pro přijetí pacienta do péče v ADP	57
Tab. 8 Podmínky pro přijetí pacienta do péče v DHP	57
Tab. 9 Nejčastější onemocnění u pacientů v ADP	59
Tab. 10 Nejčastější onemocnění u pacientů v DHP	59
Tab. 11 Současný počet pacientů v ADP	61
Tab. 12 Současný počet pacientů v DHP	61
Tab. 13 Počet pacientů vyžadujících paliativní péči v ADP	62
Tab. 14 Počet pacientů vyžadujících paliativní péči v DHP	62
Tab. 15 Práce ve směnném provozu v ADP	63
Tab. 16 Práce ve směnném provozu v DHP	63
Tab. 17 Zajištění nepřetržité péče o pacienta v ADP	64
Tab. 18 Zajištění nepřetržité péče o pacienta v DHP	64
Tab. 19 Zajištění péče o nevyléčitelně a terminálně nemocné v ADP	65
Tab. 20 Zajištění péče o nevyléčitelně a terminálně nemocné v DHP	65
Tab. 21 Přípravenost na péči o terminálně nemocného v ADP	66
Tab. 22 Přípravenost na péči o terminálně nemocného v DHP	66
Tab. 23 Nejčastější činnosti prováděné u pacientů v ADP	67
Tab. 24 Nejčastější činnosti prováděné u pacientů v DHP	67
Tab. 25 Překážky při poskytování péče v ADP	69
Tab. 26 Překážky při poskytování péče v DHP	69
Tab. 27 Věnování pozornosti léčbě bolesti v ADP	71
Tab. 28 Věnování pozornosti léčbě bolesti v DHP	71
Tab. 29 Využívané metody k hodnocení bolesti v ADP	72
Tab. 30 Využívané metody k hodnocení bolesti v DHP	72
Tab. 31 Přítomnost pomůcek usnadňujících péči v ADP	73

Tab. 32 Přítomnost pomůcek usnadňujících péči v DHP	73
Tab. 33 Uvedené pomůcky usnadňující péči v ADP	74
Tab. 34 Uvedené pomůcky usnadňující péči v DHP	74
Tab. 35 Zapůjčení pomůcek do domácího prostředí v ADP.....	76
Tab. 36 Zapůjčení pomůcek do domácího prostředí v DHP.....	76
Tab. 37 Přínos spoluúčasti rodiny na péči v ADP	77
Tab. 38 Přínos spoluúčasti rodiny na péči v DHP	77
Tab. 39 Postup při úmrtí pacienta v ADP.....	78
Tab. 40 Postup při úmrtí pacienta v DHP.....	78
Tab. 41 Spolupráce s obvodním lékařem v ADP.....	79
Tab. 42 Spolupráce s obvodním lékařem v DHP.....	79
Tab. 43 Spolupráce s jinými zařízeními v ADP	80
Tab. 44 Spolupráce s jinými zařízeními v DHP	80
Tab. 45 Uvedená zařízení v ADP	81
Tab. 46 Uvedená zařízení v DHP	81
Tab. 47 Poskytování odborného poradenství v ADP.....	82
Tab. 48 Poskytování odborného poradenství v DHP.....	82
Tab. 49 Poskytování odlehčovacích služeb v ADP	83
Tab. 50 Poskytování odlehčovacích služeb v DHP	83
Tab. 51 Způsob informování veřejnosti v ADP.....	84
Tab. 52 Způsob informování veřejnosti v DHP.....	84
Tab. 53 Dostupnost služeb v regionu v ADP.....	86
Tab. 54 Dostupnost služeb v regionu v DHP.....	86
Tab. 55 Účast na vzdělávacích akcích v ADP	87
Tab. 56 Účast na vzdělávacích akcích v DHP	87
Tab. 57 Názor na dostatek pracovišť v ČR v ADP.....	88
Tab. 58 Názor na dostatek pracovišť v ČR v DHP.....	88
Tab. 59 Naměřené četnosti - rozdíly v počtu pacientů vyžadujících paliativní péči mezi ADP a DHP	90
Tab. 60 Očekávané četnosti k otázce č. 10	90
Tab. 61 Naměřené četnosti - rozdíly v zajištění nepřetržité péče o pacienta mezi ADP a DHP	91
Tab. 62 Očekávané četnosti k otázce č. 12	91

Tab. 63 Naměřené četnosti - rozdíly v zajištění péče o nevléčitelně a terminálně nemocné mezi ADP a DHP	92
Tab. 64 Očekávané četnosti k otázce č. 13	92
Tab. 65 Naměřené četnosti - rozdíly ve věnování pozornosti léčbě bolesti mezi ADP a DHP	93
Tab. 66 Očekávané četnosti k otázce č. 17	93

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

%	procento
Σ	suma
@	zavináč
<	znaménko „menší než“
>	znaménko „větší než“
§	paragraf
ADP	Agentura domácí péče
AIDS	acquired immune deficiency syndrome (syndrom získaného selhání imunity)
aj.	a jiné
APHPP	Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
Bc.	Bakalář
c	počet sloupců
č.	číslo
ČCE	Českobratrská církev evangelická
ČR	Česká republika
DHP	Domácí hospicová péče
EU	Evropská unie
$f_{i \cdot j}$	očekávaná četnost
f_{ij}	pozorovaná četnost
H_0	hypotéza nulová
H_A	hypotéza alternativní
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc

CHOS	Charitní ošetrovatelská služba
Ing.	Inženýr
Kč	Koruna česká
Mgr.	Magistr
MUDr.	medicinae universae doctor (doktor medicíny)
např.	například
Obr.	obrázek
odst.	odstavec
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
r	počet řádků
Sb.	Sbírka zákonů
sv.	svatý, svatá, svaté
Tab.	tabulka
tj.	to je
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaně
USA	United States of America (Spojené státy americké)
v	stupeň volnosti
χ^2	chí- kvadrát

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Seznam lůžkových hospiců v České republice

Příloha č. 2: Seznam mobilních hospiců v České republice

Příloha č. 3: Dotazník

Příloha č. 4: Kvantily Pearsonova rozdělení

Příloha č. 1: SEZNAM LŮŽKOVÝCH HOSPICŮ V ČESKÉ REPUBLICĚ
(Členové APHPP)

❖ **Hospic Anežky České**

Založen v roce: 1996

Adresa: 5.května 1170, 549 41 Červený Kostelec

Telefon: 491 467 030

E-mail: sekretariat@hospic.cz

Web: www.hospic.cz

❖ **Hospic Štrasburk**

Založen v roce: 1998

Adresa: Bohnická 57/12, 181 00 Praha 8

Telefon: 283 105 517

E-mail: hospic.strasburk@cmail.cz

Web: www.lazaruscz.cz

❖ **Hospic sv. Lazara**

Založen v roce: 1998

Adresa: Sladkovského 66, 326 00 Plzeň

Telefon: 377 431 381

E-mail: hospic@hsl.cz

Web: www.hsl.cz

❖ **Ústav léčby bolesti s hospicem**

Založen v roce: 1999

Adresa: Jiráskova 47, 664 61 Rajhrad

Telefon: 547 232 223

E-mail: hospic.rajhrad@caritas.cz

Web: www.dlbsh.cz

❖ **Hospic sv. Štěpána**

Založen v roce: 2001

Adresa: Rybářské náměstí 662/4, 412 01 Litoměřice

Telefon: 416 733 185-7

E-mail: reditel@hospiclitomerice.cz

Web: www.hospiclitomerice.cz

❖ **Hospic na Svatém Kopečku**

Založen v roce: 2002

Adresa: Sadové náměstí 24, 779 00 Olomouc

Telefon: 585 319 754

E-mail: info@hospickopecek.charita.cz

Web: www.hospickopecek.caritas.cz

❖ **Hospic Citadela – Diakonie ČCE**

Založen v roce: 2004

Adresa: Žerotínova 1421, 757 52 Valašské Meziříčí

Telefon: 571 629 084

E-mail: hospic@citadela.cz

Web: www.citadela.cz

❖ **Hospic sv. Alžběty**

Založen v roce: 2004

Adresa: Kamenná 36, 639 00 Brno

Telefon: 543 214 761

E-mail: info@hospicbrno.cz

Web: www.hospicbrno.cz

❖ **Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna**

Založen v roce: 2005

Adresa: Neumannova 144, 383 01 Prachatice

Telefon: 388 311 726

E-mail: info@hospicpt.cz

Web: www.hospicpt.cz

❖ **Hospic v Mostě**

Založen v roce: 2005

Adresa: Svážná 1528, 434 01 Most

Telefon: 476 000 166

E-mail: socialni.hospic@mostmail.cz

Web: www.hospic-most.cz

❖ **Hospic Dobrého Pastýře**

Založen v roce: 2008

Adresa: Sokolská 584, 257 22 Čerčany

Telefon: 317 777 381

E-mail: hospic@centrum-cercany.cz

Web: www.centrum-cercany.cz

❖ **Hospic sv. Lukáše**

Založen v roce: 2008

Adresa: Charvátská 8, 700 30 Ostrava- Výškovice

Telefon: 599 508 505

E-mail: lukashospic.ostrava@caritas.cz

Web: www.ostrava.caritas.cz

❖ **Hospic v Chrudimi – Občanské sdružení Smíření**

Založen v roce: 2009

Adresa: K Ploché dráze 602, 537 01 Chrudim

Telefon: 731 151 538

E-mail: smireni@centrum.cz

Web: www.smireni.cz

Zdroj: (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2010)

Příloha č. 2: SEZNAM MOBILNÍCH HOSPICŮ V ČESKÉ REPUBLICE
(Členové APHPP)

❖ **Domácí hospic David – Charita Kyjov**

Adresa: Palackého 194, 697 01 Kyjov

Telefon: 518 323 766

E-mail: chos.kyjov@caritas.cz

Web: www.kyjov.caritas.cz

❖ **Hospicová péče sv. Zdislavy**

Adresa: Poštovní 233, 463 11 Liberec 1

Telefon: 723 967 035

E-mail: hp.sz@seznam.cz

Web: www.hospiczdislavy.cz

❖ **Hospicové občanské sdružení Duha**

Adresa: ČSA 1815, 508 01 Hořice

Telefon: 773 652 844

E-mail: hospic-horice@seznam.cz

Web: www.hospic-horice.cz

❖ **Domácí hospic – oblastní charita Uherské Hradiště**

Adresa: Velehradská třída 247, 686 01 Uherské Hradiště

Telefon: 572 550 136

E-mail: hospic.uhradiste@caritas.cz

Web: www.uhradiste.caritas.cz

❖ **Mobilní hospic Ondrášek**

Adresa: Horní 288/67, 700 30 Ostrava - Dubina

Telefon: 596 910 196

E-mail: mhondrasek@seznam.cz

Web: www.mhondrasek.cz

❖ **Hospicové občanské sdružení Cesta domů**

Adresa: Bubenská 421/3, 170 00 Praha 7

Telefon: 266 712 610

E-mail: info@cestadomu.cz

Web: www.cestadomu.cz

❖ **Mobilní hospic Dobrého Pastýře**

Adresa: Sokolská 584, 257 22 Čerčany

Telefon: 734 435 033

E-mail: mobilnihospic@centrum-cercany.cz

Web: www.centrum-cercany.cz

❖ **Mobilní hospic Anežky České**

Adresa: 5.května 1170, 549 41 Červený Kostelec

Telefon: 491 467 050

E-mail: valerova@hospic.cz

Web: www.hospic.cz

❖ **Hospicové hnutí Vysočina**

Adresa: Žďárská 610, 592 31 Nové Město na Moravě

Telefon: 566 615 198

E-mail: info@hhv.cz

Web: www.hhv.cz

❖ **CHOS a mobilní hospicová jednotka**

Adresa: Charvátská 8, 700 30 Ostrava - Výškovice

Telefon: 599 508 504

E-mail: cho.chos@caritas.cz

Web: www.ostrava.caritas.cz

Zdroj: (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2010)

Příloha č. 3: DOTAZNÍK

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Bc. Markéta Samková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia Ošetrovatelství Univerzity Pardubice, obor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech.

Dotazník, který Vám předkládám, je součástí mé diplomové práce na téma „*Využití domácích agentur v paliativní péči.*“ Tímto bych Vás chtěla požádat o jeho vyplnění, které pro mne bude cenným zdrojem informací. Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze k účelům zpracování dat v závěrečné práci. Skládá se z 30 otázek. Při vyplňování prosím zvolte jednu variantu z nabízených možností, pokud není uvedeno jinak.

Předem děkuji za Váš čas a poctivé vyplnění dotazníku.

S přátelským pozdravem Bc. Markéta Samková

E-mail: mimo.jine@seznam.cz

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- Muž
- Žena

2. Kolik je Vám let?

- Méně než 20
- 21 – 30
- 31 – 40
- 41 – 50
- 51 – 60
- 61 a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Střední zdravotnická škola
- Vyšší odborná škola
- Vysokoškolské Bc.
- Vysokoškolské Mgr.
- Jiné.....

4. Kde pracujete?

- Agentura domácí péče
- Domácí hospic

5. Kolik zaměstnanců má Vaše pracoviště?

- 1 – 5
- 6 – 10
- 11 – 15
- 16 a více

6. Kdo se podílí ve Vašem pracovišti na poskytování péče? (Lze uvést více možností)

- Zdravotní sestry
- Lékaři
- Sociální pracovníci
- Psychologové
- Duchovní
- Nutriční poradci
- Rehabilitační pracovníci
- Dobrovolníci
- Rodina pacienta
- Další.....

7. Jaké jsou podmínky pro přijetí pacienta do Vaší péče? (Lze uvést více možností)

- Pacient trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém stádiu
- Pacient se léčí s chronickým dlouhodobým onemocněním
- V rodině je alespoň jedna osoba připravená pečovat o pacienta v domácím prostředí
- Pacient i jeho rodina souhlasí s péčí v domácím prostředí
- Pacient žije v místě působení Vašeho pracoviště, případně v jeho blízkém okolí
- Jiné.....

8. S jakými onemocněními se nejčastěji setkáváte u pacientů? (Lze uvést více možností)

- Onkologická
- Kardiovaskulární (např. ICHS, ICHDK, hypertenze, ateroskleróza, srdeční selhání)
- Respirační (např. CHOPN, pneumonie, TBC plic)
- Metabolická (např. DM, obezita)
- Gastrointestinální (např. vředová choroba, jaterní cirhóza, pankreatitida)
- Neurodegenerativní (např. roztroušená skleróza, amyotrofická laterální skleróza)
- Onemocnění pohybového aparátu (např. artróza, revmatická artritida)
- Perzistující vegetativní stav (např. apalický syndrom)
- Jiné.....

9. Jaký počet pacientů máte v současné době ve své péči?

- 1 – 20
- 21 – 40
- 41 – 50
- 51 a více

10. Jaký počet pacientů vyžaduje poskytování paliativní péče?

- Žádný
- 1 – 5
- 6 – 10
- 11 a více

11. Pracujete ve směnném provozu?

- Ano
- Ne

12. Je schopno Vaše pracoviště zajistit nepřetržitou péči o pacienta 7 dní v týdnu, 24 hodin denně v domácím prostředí?

- Ano
- Ne

13. Zajišťuje Vaše pracoviště péči o nevléčitelně nemocné a nemocné v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí?

- Ano
- Ne

14. Myslíte si, že jste dostatečně připraveni na péči o pacienta v terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí?

- Ano
- Ne
- Nevím

15. Jaké činnosti nejčastěji provádíte u pacienta v domácím prostředí?

(Lze uvést více možností)

- Aplikace léků a injekcí
- Aplikace opiátů
- Hygienická péče
- Dopomoc při příjmu potravy a tekutin
- Prevence a léčba dekubitů
- Převozby ran
- Psychická podpora
- Komunikace s rodinou
- Jiné.....

16. Jaké jsou hlavní překážky při poskytování péče v domácím prostředí?

(Lze uvést více možností)

- Nedostatek finančních prostředků
- Nedostatek vhodných pomůcek
- Nedostatečný počet zaměstnanců
- Přetížení personálu
- Nedostatečná spolupráce s obvodními lékaři
- Nedostatečná spolupráce s rodinou
- Jiné.....

17. Věnujete dostatečnou pozornost léčbě bolesti?

- Ano
- Ne
- Nevím, nedokážu posoudit

18. Jaké metody využíváte k hodnocení bolesti u pacientů? (Lze uvést více možností)

- Vizuální analogové škály
- Verbální škály
- Obličejové škály
- Žádné
- Jiné.....

19. Máte k dispozici pomůcky usnadňující péči o pacienta v domácím prostředí?

- Ano
- Ne

Pokud ano, o jaké pomůcky se jedná? (Lze uvést více možností)

- Elektricky polohovatelné lůžko
- Antidekubitní matrace
- Mechanický vozík
- Chodítka
- WC židle
- Sedačka do vany

- Zvedák do vany
- Zvedák na přesun pacienta
- Lineární dávkovač léků
- Koncentrátor kyslíku
- Odsávačka
- Polohovací pomůcky
- Jiné.....

20. Umožňujete zapůjčení pomůcek do domácího prostředí?

- Ano
- Ne

21. Považujete za přínosnou spoluúčast rodiny při péči o pacienta?

- Ano
- Ne

22. Jaký postup dodržujete při úmrtí pacienta v domácím prostředí?

- Přivolání lékaře, pohřební služby a spolupráce s rodinou zemřelého
- Rodina zemřelého si sama zvolí postup
- Jiný postup (uved'te jaký).....
- Nevím

23. Spolupracujete při péči o pacienta s obvodními lékaři?

- Ano
- Ne

24. Spolupracujete při péči o pacienta s jinými zařízeními?

- Ano
- Ne

Pokud ano, uveďte, o jaká zařízení se jedná.....

25. Poskytuje Vaše pracoviště odborné poradenství?

- Ano
- Ne

26. Poskytuje Vaše pracoviště odlehčovací služby?

- Ano
- Ne

27. Jak se o Vašem pracovišti může dozvědět laická veřejnost? (Lze uvést více možností)

- Z médií
- Z internetu
- Z propagačních materiálů
- Jiné.....

28. Jsou Vaše služby dostupné bez rozdílu všem pacientům v regionu?

- Ano
- Ne
- Nevím

29. Účastníte se vzdělávacích akcí týkajících se Vaší profese?

(Semináře, konference atd.)

- Ano
- Ne

30. Myslíte si, že je v ČR dostatek pracovišť poskytujících péči o pacienta v domácím prostředí?

- Ano
- Ne
- Nevím, nedokážu posoudit

Příloha č. 4: KVANTILY PEARSONOVA ROZDĚLENÍ

Kvantily $\chi_p^2(\nu)$ Pearsonova rozdělení

$\nu \backslash p$	0,01	0,025	0,05	0,95	0,975	0,99
1	0,000	0,001	0,004	3,841	5,024	6,635
2	0,020	0,051	0,103	5,991	7,378	9,210
3	0,115	0,216	0,352	7,815	9,348	11,345
4	0,297	0,484	0,711	9,488	11,143	13,277
5	0,554	0,831	1,145	11,070	12,832	15,086
6	0,872	1,237	1,635	12,592	14,449	16,812
7	1,239	1,690	2,167	14,067	16,013	18,475
8	1,647	2,180	2,733	15,507	17,535	20,090
9	2,088	2,700	3,325	16,919	19,023	21,666
10	2,558	3,247	3,940	18,307	20,483	23,209
11	3,053	3,816	4,575	19,675	21,920	24,725
12	3,571	4,404	5,226	21,026	23,337	26,217
13	4,107	5,009	5,892	22,362	24,736	27,688
14	4,660	5,629	6,571	23,685	26,119	29,141
15	5,229	6,262	7,261	24,996	27,488	30,578
16	5,812	6,908	7,962	26,296	28,845	32,000
17	6,408	7,564	8,672	27,587	30,191	33,409
18	7,015	8,231	9,390	28,869	31,526	34,805
19	7,633	8,907	10,117	30,144	32,852	36,191
20	8,260	9,591	10,851	31,410	34,170	37,566
21	8,897	10,283	11,591	32,671	35,479	38,932
22	9,542	10,982	12,338	33,924	36,781	40,289
23	10,196	11,689	13,091	35,172	38,076	41,638
24	10,856	12,401	13,848	36,415	39,364	42,980
25	11,524	13,120	14,611	37,652	40,646	44,314
26	12,198	13,844	15,379	38,885	41,923	45,642
27	12,878	14,573	16,151	40,113	43,195	46,963
28	13,565	15,308	16,928	41,337	44,461	48,278
29	14,256	16,047	17,708	42,557	45,722	49,588
30	14,953	16,791	18,493	43,773	46,979	50,892
31	15,655	17,539	19,281	44,985	48,232	52,191
32	16,362	18,291	20,072	46,194	49,480	53,486
33	17,073	19,047	20,867	47,400	50,725	54,775
34	17,789	19,806	21,664	48,602	51,966	56,061
35	18,509	20,569	22,465	49,802	53,203	57,342
36	19,233	21,336	23,269	50,998	54,437	58,619
37	19,960	22,106	24,075	52,192	55,668	59,893
38	20,691	22,878	24,884	53,384	56,895	61,162
39	21,426	23,654	25,695	54,572	58,120	62,428
40	22,164	24,433	26,509	55,758	59,342	63,691

Zdroj: (Friedrich, 2002)