

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta  
Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

**ZAVEDENÍ TERÉNNÍ HOSPICOVÉ PÉČE**

Vedoucí práce: Mgr. Michal Opatrný, Dr. theol.

Autor práce: Petra Pflugrová  
Studijní obor: Sociální a charitativní práce  
Ročník: III.

2010

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

25. března 2010

vlastnoruční podpis studentky

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Michalu Opatrnému, Dr. theol.  
za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

## Obsah

Úvod.....	6
<b>1 Umírání jako součást života .....</b>	<b>8</b>
1.1 Umírání .....	8
1.2 Umírající .....	10
1.2.1 Péče o umírající.....	11
<b>2 Paliativní péče a medicína .....</b>	<b>14</b>
2.1 Multidisciplinární tým.....	16
2.2 Etické aspekty v paliativní péči.....	17
2.2.1 Eutanázie .....	17
2.3 Sociální exkluze .....	19
2.4 Sociální smrt .....	19
<b>3 Hospic .....</b>	<b>21</b>
3.1 Cílová skupina.....	22
3.2 Historie domácí péče.....	23
3.3 Financování hospiců.....	24
3.4 Terénní hospicová péče.....	25
3.4.1 Principy a předpoklady terénní hospicové péče.....	27
3.4.2 Ukončení terénní hospicové péče.....	28
<b>4 Cíle a hypotézy .....</b>	<b>30</b>
4.1 Cíle .....	30
4.2 Hypotézy .....	30
<b>5 Metodika .....</b>	<b>31</b>
5.1 Charakteristika zkoumaného souboru .....	31
5.2 Použitá metodika.....	31
5.3 Vlastní realizace výzkumu .....	31

<b>6 Výsledky</b> .....	32
6.1 Výsledky polostrukturovaného dotazníku.....	32
6.2 Výsledky k hypotézám.....	40
<b>7 Diskuze</b> .....	42
<b>Závěr</b> .....	44
<b>Seznam použitých zdrojů</b> .....	45
<b>Seznam příloh</b> .....	49
<b>Abstrakt</b> .....	64

## Úvod

Tématiku hospicové péče jsem si pro zhotovení bakalářské práce zvolila proto, že jsem se chtěla o této problematice dozvědět více. Za uvedené téma „Zavedení terénní hospicové péče“ jsem dnes velice ráda, protože bych se domácí hospicovou péčí ráda zabývala i v budoucnu. Myslím si, že naše společnost není o hospicích (a o domácí hospicové péči už vůbec ne) dobře informována. Tento model umírání se k široké laické veřejnosti dostává velice těžko. Možná je to i tím, že v dnešní společnosti převládá trend kariéry a moci a umírání není důležité. Lidé chtějí být úspěšní a neustále za něčím spěchají, aby měli co nejlepší společenský status. Umírání je ve společnosti tabuizováno, protože umírající člověk je již pro společnost a ekonomiku nedůležitý. Nepřispívá už nijak k jejich rozvoji, je neproduktivní. Svět dává přednost mladým, krásným a zdravým jedincům a ti ostatní jsou vytlačeni na okraj společnosti. Domácí hospicová péče se snaží takto marginalizovaným lidem v terminálním stadiu onemocnění poskytnout bezbolestné a důstojné dožití v místě domova. Snaží se lidem připomenout, že stále mají svou cenu.

Hlavním cílem mé práce je zjistit, zda je vůbec v zájmu mobilní hospicové péče marginalizaci předcházet. Dále bych chtěla zmapovat motivy, které vedou pracovníky k poskytování terénní hospicové péče a na jakých cílech tato péče stojí. Tímto se budu zabývat v praktické části práce.

Teoretická část práce je rozdělena do tří větších kapitol. První z nich pojednává o smrti, umírání, umírajících a o péči o ně. Je zde zmíněn fenomén komplexnosti péče, který je silně spojen s hospicovou péčí.

Druhá kapitola se soustředí na paliativní péči a medicínu, ke které neodmyslitelně patří multidisciplinární tým a etické aspekty. Jsou zde ale také představeny pojmy sociální exkluze a sociální smrt.

Poslední kapitola se zabývá problematikou hospice, historií a současností domácí hospicové péče. Opomenuta nezůstala ani cílová skupina, protože rodina, stejně jako pacient, je nedílnou součástí domácí hospicové péče a bez její podpory je umírání v přirozeném prostředí neuskutečnitelné. Shrnu-li, o co se v teoretické části snažím, tak vedle představení domácí hospicové péče ukázat, že umírání

nemusí být nutně bolestivá, strachuplná záležitost. Nemocný v terminálním stádiu může poslední chvíle svého života trávit se svými blízkými doma, kde mu bude poskytnuta veškerá péče a kde bude nasazeno maximální úsilí k vyslyšení jeho přání. Ale pacient to sám, bez pomoci druhých, nezvládne.

Co se týká literatury, podle které jsem zpracovávala bakalářskou práci, za nejtěžejnější považuji knihu Marie Svatošové Hospice a umění doprovázet, Paliativní medicínu pro praxi od autora Ondřeje Slámy a kol. a knihu Sociální práce v hospici a paliativní péče autora J. CH. Studenta a kol. Velice na mě zapůsobilo dílo Iry Byocka Dobré umírání, na které se v práci také několikrát odkazují. Literatury, kterou jsem v práci použila, bylo větší množství, stejně jako internetových zdrojů. Všechny však pro mě byly přínosem. Stejně jako publikace, které jsem po přečtení v práci nepoužila, ve mně zanechaly hluboký dojem a budu z nich vycházet v průběhu mého budoucího zaměstnání.

## 1 Umírání jako součást života

Život by se dal velmi stručně rozdělit do tří etap – porod (narození), cesta životem a smrt. Smrt tedy nedílně patří k životu, člověk není nesmrtelný a každý život má své hranice. Ať už byl prožit plnohodnotně nebo ne.

„Nic není tak jisté jako smrt, a přesto většinou žijeme tak, jako by se smrt týkala jen těch druhých.“<sup>1</sup>

### 1.1 Umírání

Slovo umírání u většinové společnosti vzbuzuje strach a úzkost. Lidé nejsou připraveni umřít, protože nevědí, co se stane, až smrt nastane. Netuší, co je (je-li vůbec něco) po ní a netuší, jak bude probíhat. Je to něco neznámého a zlého, ale hlavně smrt znamená konec. Konec života.

„Umírání je konečnou fází lidského života. Přichází většinou jako závěrečné vyústění již přítomného chronického onemocnění.

Z patofyziologického hlediska je charakterizováno postupným nebo náhle vzniklým nezvratným selháváním funkčních systémů lidského organismu (oběhová soustava, dýchání, metabolismus) a poruchou regulace těchto systémů. K nezvratnému selhání může dojít během několika minut (náhlá smrt) až několika dní.“<sup>2</sup> Při náhlé smrti (dá-li se to tak říci) člověk nemusí dlouho trpět po fyzické ani psychické stránce, neboť smrt přichází velmi rychle. Na druhou stranu nemá tu možnost jako u dlouhodobějšího umírání odejít s „čistým štítem“, tedy dát si do pořádku všechny nevyřešené situace v životě, rozloučit se, odejít v pokoji s myšlenkou, že už může.

„Poměrně rozšířeným postojem je tabuizace: smrt patří ke kulturním tabu, o nichž se nehovoří, je zapovězeno hovořit a případný hovor o nich je vnímán jako něco nenáležitého. Z psychologického hlediska jde o vytěsňování. Smrt má

---

<sup>1</sup> STUDENT, Johann-Christoph, et al. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Vyd. 1. Praha : H&H Vyšehradská, 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1, s. 24.

<sup>2</sup> SLÁMA, Ondřej, et al. *Umírání a paliativní péče v ČR* [online]. Hospice.cz. Citováno dne 20. 2. 2010. Dostupné z WWW: <http://hospice.cz/hospice1/data/umirani.pdf>.



místo určené v nevědomí, děláme, jakože jí není a chováme se, jako by nebyla.“<sup>3</sup> Jarmila Kelnarová hovoří o tom, že se umíralo doma a umíralo se častěji než dnes. Dobu, kdy tematika smrti v rodinách byla běžná, vystřídala jiná a s ní zákaz hovořit o smrti ve „slušné společnosti“. Mohlo se mluvit o mládí, radosti, ne však o smrti a umírání. Smrt je ale neodvratným koncem každého života, je vepsána v každém zrození, byla zde od nejstarších lidských dějin a bude zde stále.<sup>4</sup>

Žádný člověk by neměl umírat sám a v nesnesitelných bolestech. Umírání také nutně bolestivé být nemusí, pokud je na smrt správně nazíráno a pokud jsou uspokojeny všechny potřeby pacienta v terminálním stádiu. A všechny potřeby pacientů mohou být naplněny pouze tehdy, přestane-li se na ně nahlížet jako na marginalizovanou skupinu. Umírající lidé jsou odsouváni na okraj společnosti jako něco již nepotřebného, něco, co už nemá smysl „zachraňovat“ s tím, že ve společnosti by se měl dát prostor výkonným a silným jedincům, kteří mohou něčeho dosáhnout. Subkultura terminálně nemocných je tímto uzavřena. S touto absurdní myšlenkou většinová společnost žije. Lidé, kteří jsou v terminálním stádiu, už svou práci odvedli a je třeba je nechat odejít a uvolnit tak místa jiným.

Způsob, kterým by měli lidé odcházet ze světa je naprosto odlišný od ideje společnosti. Umírajícím lidem by měla být poskytnuta péče, která zajistí kvalitu konce života a důstojnost umírání. Umírání je běžná a zcela přirozená součást života a není na ní tedy nic divného, nezavdává se žádný důvod k tomu, aby umírající museli být odsouváni na okraj společnosti. Právě naopak, v této, mnohdy nejtěžší etapě svého života, potřebují mít někoho nablízku, potřebují, aby je na „onen svět“ někdo doprovodil. Pro člověka marginalizovaného v období umírání je jeho odchod mnohem těžší. S těžkým bojem se nesetkává pouze jeho samotná osobnost, ale i jeho důstojnost. „Přání vyhnout se izolaci a potížím při umírání přivádí mnoho těžce nemocných lidí do sebevražedných krizí. Všem

---

<sup>3</sup> KUŘE, Josef. *Filosofické poznámky k legislativě paliativní péče* [online]. Solen.cz. Citováno dne 18. 1. 2010. Dostupné z WWW: <http://www.solen.cz/pdfs/pr/2004/04/04.pdf> .

<sup>4</sup> Srovnej: KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno : Littera, 2007. 112 s. ISBN 80-85763-36-2, s. 13.

zasazeným touto situací se jeví taková aktivně přivozená smrt jako únosné řešení.<sup>5</sup>

## 1.2 Umírající

Jarmila Kelnarová uvádí, že většina pacientů po zjištění diagnózy se nevzdává naděje na pokračování vlastní existence. Pracovník by měl být schopen pacientovi naslouchat a zjistit, zda je nemocný nejen schopen, ale i ochoten se postavit tváří v tvář realitě. Měl by se naučit pacientovi špatné zprávy. Pravda by měla být sdělována co nejprostšími slovy, aby byla pro pacienta přijatelnější.<sup>6</sup>

Kübler–Rossová v knize *Hovory s umírajícími* popisuje stádia, kterými pacienti prochází, jakmile jsou informováni o terminálnosti svého onemocnění.

První stadium je stadium šoku, popírání a izolace. Reakce na skutečnost je šok, pacient je zprávou otřesen, nechce spolupracovat s lékařem, nechce podstoupit léčbu. Zdá se mu, že vše je marné, vše je ztraceno. Je zde důležitá láska, důvěra, naslouchání, držení za ruce..

Druhou fází je agrese, zlost, kdy pacienta napadá otázka, „proč zrovna já“? Nastupují pocity zlosti, vzteku, nenávisti, kterou si pacient vybíjí na svém okolí, nejčastěji lékařích a rodině. Příbuzní odcházejí z návštěv od pacienta se slzami v očích a bojí se za ním chodit. Nemocný reaguje jako by mu bylo těžce ubližováno a celá návštěva se odbude ve stísněné náladě. Pacient na sebe může začít upozorňovat, má stále nové požadavky, aby si ho rodina všimla (např. „ještě jsem naživu, nezapomínejte na to“). V této fázi je ale důležité vydržet, přistupovat k pacientovi s tolerancí a nadhledem. Ošetřující i rodina by měli mít pochopení pro chování umírajícího a nestavět se do obranné pozice.

Třetí fází je vyjednávání, kompromisy a smlouvání. Většinu smluv v tomto stádiu lidé uzavírají s Bohem a s nikým jiným o tom nemluví. Sliby pacientů bývají často doprovázeny pocity viny. Je třeba, aby se pacient zbavil strachu a přání být za svou vinu potrestán. Je to spíše prchavá fáze, pacient na ni spoléhá jako na svého pomocníka.

---

<sup>5</sup> STUDENT, Johann-Christoph, et al. *Sociální práce*, s. 81.

<sup>6</sup> Srovnej: KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie*, s. 29.

Čtvrtou fází je deprese. Pacient (např. po ozařování) může ztrácet síly, musí znovu do nemocnice, vystupují nové symptomy, on se stává slabším a pak nemůže svůj stav odbíjet smíchem. Přichází pocit hrozná ztráty. Můžou se přidružit i finanční problémy, ztráta zaměstnání, kam se pacient často už nemůže vrátit. Nemocný si tak často uvědomuje příchod smrti. V této době může pacient toužit po urovnání sporů se svými nejbližšími, připravuje se na odchod ze světa a dává si do pořádku své majetkové záležitosti. Nemocní v tomto stadiu často procházejí smutkem a hlubokou depresí. Jsou vděční, když je necháme vyjádřit svůj žal, když jsme s nimi v době jejich depresivních stavů. Často už nemají sílu bojovat a jsou připraveni na smrt.

Posledním stadiem je akceptace, souhlas. Je to „poslední odpočinek před dlouhou cestou“. Je to fáze, kdy už se pacient vyhovorel ze svých emocí, závisti vůči zdravým, ze zloby vůči všem, kteří mají dosah smrti daleko. Komunikace se omezuje spíše na gesta než slova, často je to jen pohyb ruky, který něco naznačuje. Nemocný drží naši ruku a mlčky prosí, abychom u něho zůstali. Fáze souhlasu nesmí být chápána jako šťastný stav. Je ale osvobozena od krutých pocitů. Pacient si většinou přeje, abychom ho drželi za ruce, vrací se potřeby blízkosti, bezpečí, jistoty. Naše blízkost mu pomáhá v důstojném a klidném odchodu ze světa. Stisk ruky ho ubezpečí, že ani v takto těžké chvíli nezůstává sám.<sup>7</sup>

### ***1.2.1 Péče o umírající***

Umírajícím lidem by měla být pokud možno v domácím prostředí poskytována komplexní péče, tedy péče v oblasti fyzických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb. Koncepce domácí hospicové péče charity České republiky obsahuje seznam dokumentace domácí hospicové péče. Tyto dokumenty, které pravidelně vyplňují pracovníci domácí hospicové péče, jsou zaměřeny na všechny

---

<sup>7</sup> Srovnej: KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie*, s.29 – 31. KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. Vyd. 1. Hradec Králové : Signum Unitatis, 1992. 135 s. ISBN 80-85439-04-2, s. 15 – 81.

složky lidských potřeb (srovnej příloha I.)<sup>8</sup> Existují ale důvody, kdy rodina pacienta v terminálním stadiu přesune z domova do zdravotnického zařízení, kde mu bude poskytována lékařská péče a bude o něj postaráno. Jedním takovým důvodem je strach. Strach z toho, že členové rodiny nebudou vědět, co mají dělat, bojí se, že pacient bude strádat, že mu nedokážou dát dostatečnou péči, strach z toho, že pacient bude doma trpět bolestí, strach z toho, jak se k pacientovi mají chovat. Důležitým faktorem je tady komunikace, snaha domluvit se, protože rodina si často myslí, že v ústavu bude pacientovi lépe a ani je nenapadne, že by pacient chtěl poslední chvíle života strávit doma. Otázkou tedy zůstává, jak by měla rodina s pacientem komunikovat.

Zmíním zde několik faktorů, na které by měl být v komunikaci brán zřetel:

- a) Strach – je v tomto období přirozenou reakcí a doprovází jak nemocného, tak doprovázejícího. Rodina by měla dát nemocnému příležitost, aby se vypovídal a naopak, i doprovázející by se měl svěřit se svými obavami nemocnému. Obě strany tak budou vědět o pocitech toho druhého a to jim pomůže strach překonat.
- b) Vina – v době umírání často nemocného sužují pocity viny za minulé křivdy a touží po nápravě vztahů. Doprovázející by se měl pacienta zeptat, zda ho něco takového netrápí a pomoci mu urovnat vztahy. Dojde-li k odpuštění, nemocnému se uleví.
- c) Bolest – je často přítomna v terminálním stadiu nemocného. Doprovázející se ptá nemocného, zda ho něco bolí a jak moc to bolí. Nesmí brát bolest na lehkou váhu, ale zajistit nemocnému takovou péči, aby netrpěl.
- d) Agresivita – může často doprovázet umírání při marném boji s nemocí. Rodina ji nikdy neoplácí, ale vytrvá a zůstává klidná.
- e) Naděje – až do posledních chvil by rodina měla nemocnému dodávat naději. Je nutné projevit empatii s jeho stavem a situací, snažit se nemocného pochopit. Důležité je nedávat nemocnému přehnané naděje na uzdravení, pacient pozná, kdy

---

<sup>8</sup> KABELKA, Ladislav. *Koncepce domácí hospicové paliativní péče charity Česká republika*. Manuskript. Vydala charita České republiky. V osobním archivu autorky.

se mu lže a vztah musí být založený na důvěře. Nemocný by měl umírat s pocitem, že je milován.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup>HOLEKSOVÁ, Taťána. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2002. 92 s. ISBN 80-247-0212-6, s. 73 – 74.

## 2 Paliativní péče a medicína

K léčbě terminálně nemocných pacientů se využívá paliativní přístup, který nastává, když jsou všechny ostatní přístupy v léčbě neúčinné. Paliativní přístup k nemocnému zahrnuje dovednosti, které využívají zdravotníci starající se o nemocné pacienty v terminálním stadiu. Tento přístup se orientuje mimo jiné i na komunikaci s nemocným, kdy je třeba stanovit priority umírajícího a naslouchat mu.<sup>10</sup>

„Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevy léčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest, další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života. Moderní paliativní péče si klade ambiciózní cíl: udržet dobrou kvalitu života v situaci pokročilého onemocnění. Dobrá kvalita života znamená více, než že pacient nemá nesnesitelné bolesti, nezvrací a má pravidelnou stolicí. Kromě tělesných obtíží je kvalita života určena také mírou saturace potřeb v oblasti psychické, sociální a duchovní.“<sup>11</sup> Tato péče se nevztahuje na léčbu kurativní, tedy takovou, kde jsou pozitivní vyhlídky úplného uzdravení. Paliativní léčba může být chápána jako léčba, která není intenzivní, neléčí se na JIP, nepodstupuje žádné nákladné diagnostické postupy ani drahé léky, protože pacient už se nevy léčí, a proto je hlavní cíl soustředěn na bezbolestné a kvalitní dožití.<sup>12</sup>

„Paliativní medicína je nejstarším známým oborem medicíny. V ČR byla paliativní medicína jako obor spolu s léčbou bolesti uznána v roce 2003. Dodnes u řady chorob není tato léčba možná, protože současná medicína nezná (přesnou) patogenезi – příčinu vzniku těchto onemocnění.“<sup>13</sup> Pro paliativní medicínu je na prvním místě léčba bolesti, aby pacient na konci svého života zbytečně netrpěl. Bolest se snaží utlumit nejen po stránce fyzické (i když se na ní specializuje), ale snaží se pacientovi pomoci i od bolesti psychické, způsobené tlakem skutečnosti

---

<sup>10</sup> Srovnej: KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie*, s. 46.

<sup>11</sup> SLÁMA, Ondřej. KABELKA, Ladislav. VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína pro praxi*, Vyd. 1. Praha : Galen, 2007. 362 s. ISBN 80-7262-505-5, s. 25 – 26.

<sup>12</sup> Tamtéž s. 26.

<sup>13</sup> OPATRŇY Michal, OPATRŇY Marie. *Nemocní v terminálním stadiu*. In MARTINEK, Michael a kol. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. 2008. 175 s. ISBN 80-904137-2-6, s. 150.

blížící se smrti. Pomáhá také nemocnému s řešením sociálních a duchovních problémů a otázek.<sup>14</sup>

„Paliativní starostlivost je možno poskytovat v hospicích, v domácnostech nebo nemocnicích. V systému paliativní péče je důležitá i úloha rodiny nemocného. Hospice jsou tedy jen jednou z několika možných forem, kde se poskytuje paliativní péče a léčba bolesti. V USA se často používá termín "hospice" taky i pro paliativní péči. Protože nároky na zdravotní péči jsou závislé od druhu nemoci, existují již speciální programy paliativní starostlivosti pro rakovinu nebo AIDS.

Paliativní léčba má komplexní, multidisciplinární přístup k nemocnému. Vyžaduje multidisciplinární tým, tj. řadu odborníků různých profesí, kteří se vzájemně setkávají a diskutují jak nejúčinněji individuálně řešit problémy nemocného.<sup>15</sup>

Vývoj paliativní péče můžeme rozdělit do několika fází z hlediska prognózy přežití. Každá fáze péče sleduje možný cíl léčby.

- „1. Fáze kompenzovaného onemocnění (prognóza přežití v řádu měsíců a někdy let), kde cílem léčby je co nejdéle udržení stavu kompenzace, udržení co nejvyšší funkční zdatnosti a co nejdéle délky života.
2. Fáze nevratně progredujícího onemocnění (prognóza přežití v řádu týdnů a měsíců), kde se často cíl léčby posouvá směrem k udržení co nejvyšší kvality života.
3. Konečná fáze (prognóza přežití v řádu několika týdnů, dnů a hodin), kde cílem léčby je důstojné umírání. To znamená minimalizace dyskomfortu, neprodávování procesu umírání, maximální respekt k jedinečnosti konce každého lidského života.

Mobilní paliativní péče vstupuje do péče o pacienta nejčastěji v konečné fázi, nebo ve fázi nevratně progredujícího onemocnění.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Srovnej: KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie*, s. 47.

<sup>15</sup> B. A. *Co je paliativní péče, léčba a medicína?* [online]. Hospice.cz. Citováno dne 15. 2. 2010. Dostupné z WWW: <http://hospice.cz/hospice1/paliativ.html>.

<sup>16</sup> KABELKA Ladislav. *Model Charitní domácí paliativní péče*. Manuskript. Vydala charita České republiky. V osobním archivu autorky.

## 2.1 Multidisciplinární tým

Multidisciplinární tým je nezbytnou součástí jakékoli formy hospicové a paliativní péče. Skládá se z osob s různými profesními znalostmi, které by měli tvořit jakési zázemí a vzbuzovat v pacientovi oporu a důvěru v léčbu. Tento tým by se měl stát zárukou pro kvalitní a důstojné dožití pacienta v posledních dnech jeho života a soustředit se na aktuální potřeby umírajícího nebo jeho blízkých.<sup>17</sup>

Multidisciplinární tým společně vypracovává ošetrovatelský plán. Je sestaven podle řešení zdravotních a sociálních problémů, které jsou pro nemocného důležité. Každý člen týmu na základě svých kompetencí stanoví postup a doporučení pro řešení problému klienta. Tým se pravidelně setkává s klientem a hodnotí navrhované kroky v ošetrování, které klient odsouhlasí.<sup>18</sup>

„Tým se sestává nejen z medicínského personálu, (např. lékaři a ošetrovatelé), nýbrž zahrnuje další obory, zvláště sociální pracovníky a duchovní, ale též právníky, odborníky na muzikoterapii a arteterapii a další, neboť umírání není žádná nemoc, nýbrž krizová fáze života, často spojená s nemocí.“<sup>19</sup> Důležitou složkou multidisciplinárního týmu je rodina, přátelé, příbuzní a také pacient sám. Pacient má právo na informace o svém zdravotním stavu, případných zákrocích a postupech léčby, které má možnost přijmout nebo odmítnout.<sup>20</sup>

V týmu je velice důležitá vysoká profesionalita, dokumentace všech členů týmu, komunikace, edukace, empatie a především spolupráce s nemocným a jeho zapojení do péče o sama sebe. Spolupráce v týmu umožňuje především jednotnou komunikaci a celkově zjednodušuje ošetrovatelskou péči o nemocného. Nejlepší výsledky má tým specializovaný, který pracuje kolektivně a v souladu s cíli, které jsou stanoveny ve prospěch pacienta.<sup>21</sup>

---

<sup>17</sup> Srovnej: STRAKOVÁ, M. et al. *Domácí paliativní péče*. Manuskript. Vydává charita České republiky. V osobním archivu autorky.

<sup>18</sup> Srovnej: PINKAVOVÁ, Hana. *Multidisciplinární spolupráce* [online]. Hospice.cz. Citováno dne 25. 2. 2010. Dostupné z WWW: <http://hospice.cz/hospice1/index1.php>.

<sup>19</sup> STUDENT, Johann-Christoph, et al. *Sociální práce*, s. 39.

<sup>20</sup> Srovnej: OPATRŇÝ Michal, OPATRŇÁ Marie. *Nemocní v terminálním stadiu*, s. 151.

<sup>21</sup> Srovnej: PINKAVOVÁ, Hana. *Multidisciplinární spolupráce*.



## **2.2 Etické aspekty v paliativní péči**

V paliativní péči je velmi důležitá empatie, lidskost a schopnost mravních rozhodnutí. Měla by se řídit etickými principy jako ostatní oblasti medicíny. Autoři knihy *Paliativní medicína pro praxi* řadí mezi základní etické principy autonomii, informovanost pacienta, beneficenci, nonmaleficenci a spravedlnost. Autonomie hovoří o přesvědčení, že každý člověk je zodpovědný za své zdraví a s tím související rozhodování, která budou učiněna na základě plné informovanosti nemocného. Jeho přání jsou respektována, i když ve finále mohou mít za následek úmrtí (např. odmítnutí léčby). Informovanost pacienta je důležitá jak pro pacientovo rozhodování, tak pro důvěrný vztah nemocného a členů multidisciplinárního týmu. Pacient má právo být plně informován o svém zdravotním stavu a také rozhoduje o tom, koho dalšího o svém stavu chce informovat. Sdělovat závažné diagnózy a „špatné zprávy“ je nutné co nejjednodušeji, aby pacient projev pochopil, a co nejjemněji, aby negativní dopady na jeho osobu byly minimalizovány. Beneficencí se lékař zavazuje udělat pro pacienta vše, co bude v jeho silách a pro klienta to bude prospěšné. Jde o konání dobra ve svědomí všech členů multidisciplinárního týmu, kdy ideálním nástrojem je pravdivá a empatická komunikace. Nonmaleficencí doprovázející zaručují nemocnému, že nedovolí, aby mu bylo uškozeno. Žádné jednání nesmí pacienta poškodit v jakékoli formě - od způsobování fyzické bolesti po sociální ublížení (nátlak při poslední vůli). V každém případě je nutné zachovat pacientovi lidskou důstojnost. A konečně spravedlnost balancuje mezi potřebami nemocného a tím, co je společnost schopna poskytnout. Ošetřuje např. dostupnost a kvalitu paliativní péče v jednotlivých regionech.<sup>22</sup>

### **2.2.1 Eutanázie**

Eutanázie je velmi často zmiňována v souvislosti s umíráním. Tento pojem je složen z řeckých slov eu – dobrý a thanatos – smrt, v překladu tedy znamená

---

<sup>22</sup> Srovnej: SLÁMA, Ondřej. KABELKA, Ladislav. VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 319 – 320.

dobrou smrt. Tím se myslí smrt rychlá, lehká, bezbolestná. Smrt se zachovanou důstojností.<sup>23</sup> Eutanazie ale není důstojnou smrtí, protože nemoc člověka nezbavuje důstojnosti. Člověk má důstojnost proto, že existuje a tím, že je nemocný, zesláblý, zohyzděný nebo trpí, o ni nepřichází. Naopak většina trpících má více důstojnosti než ti, kteří o ní jen mluví. Dochází-li ke změně v osobních pocitech umírajícího, není to tedy tím, že by ztrácel důstojnost, ale tím, že jeho blízké okolí jedná nepatřičně (např. jej litují).<sup>24</sup>

Později se pojmem eutanazie vyjadřuje smrt z milosti. V podstatě jde na žádost pacienta o úmyslné usmrcení někým jiným, než pacientem samotným. Je nutné zhodnotit mravní podstatu tohoto činu. Za prvé připomeňme křesťanskou myšlenku, že člověk si život nedal sám, je tvorem Božím a nikdo jiný než Bůh není zmocněn k tomu lidský život ukončit. Za druhé se jedná o zabití lidského života, což není ospravedlnitelné z žádné strany morálky. A za třetí v dnešní době existují v lékařství dostatečně účinné a tišící látky proti bolesti. Používá se široká škála přípravků a technologií s jejichž pomocí lze zmírnit i nejurputnější bolest. Případy extrémního utrpení jsou vzácné. Na druhou stranu výše řečeného se musí vzít v potaz fakt, že nemocný má právo rozhodovat o svém zdravotním stavu a cílem paliativní léčby není prodlužování života za každou cenu. Je-li konec života nezvratný a blízko, je-li žádost na usmrcení opakovaná, to znamená, že není způsobena chvilkovým „poblouzněním“ myslí v bolesti a jsou-li bolesti tak nesnesitelné a léky neúčinné, že pro nemocného se život stává utrpením, připadá-li mu, že vše potřebné v životě už zařídil a může tedy odejít, potom jsou tišící prostředky, které mohou způsobit smrt na místě. Jak jsem již zmínila, paliativní péči nejde o prodlužování života, ale o jeho kvalitu a o zachování důstojnosti klienta.<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> Srovnej: JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha : Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6, s. 148.

<sup>24</sup> MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Vyd. 1. Praha : Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0, s. 53.

<sup>25</sup> Srovnej: JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika*, s. 148. SLÁMA, Ondřej. KABELKA, Ladislav. VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 321. BYOCK, Ira. *Dobré umírání : Možnosti pokojného života*. Vyd. 1. Praha : Cesta domů, 2005. 328 s. ISBN 80-7021-79-9, s. 248. ŠRAJER, Jindřich. Manuskript. *Studijní text k předmětu Teologicko-etická kritéria*. V osobním archivu autorky.

### 2.3 Sociální exkluze

Sociální vyloučení je u nemocných v terminálním stádiu častým jevem díky ignoraci společnosti a jejímu postavení hodnot. „Ve společnosti bohužel panuje silné přesvědčení, že ztráta obvyklých schopností a nezávislosti zanechává člověka v nedůstojném postavení. Naše společnost vyhrazuje nejvyšší úctu mládí, vitalitě a sebeovládání a přisuzuje těmto vlastnostem důstojnost, zatímco jejich nedostatek je považovaný za nedůstojný. Tělesné známky nemoci nebo pokročilého stáří se považují za osobní degradaci a chátrání těla se stává zdrojem rozpaků, místo aby na ně lidé pohlíželi jako na nevyhnutelný vývoj člověka.“<sup>26</sup> Problémem společnosti je tedy přehlížení potřeb umírajících a nezájem o ně. Pacient se velice snadno dostane na okraj společnosti, protože už je pro ni zbytečným.

Na umírání by se nemělo dívat jako na individuální záležitost, kdy postižený není „normální“, a proto je z majoritní společnosti vyloučen, ale jako na záležitost sociální, kdy se na postiženého nehledí jako na abnormálního, ale cílem je začlenění všech jeho schopností.<sup>27</sup>

Nejlépe předejde marginalizaci osob v terminálním stádiu života hospicová péče. Je to právě hospicová práce, která se snaží naplnit všechny potřeby umírajícího a tím účinně předchází jeho marginalizaci. Potřeby pacienta jsou v tomto případě uspokojeny ze stránky biologické, psychologické, sociální i spirituální. Jsou-li naplněny tyto potřeby, je zachována i lidská důstojnost.

### 2.4 Sociální smrt

Sociální smrt úzce souvisí se sociální exkluzí, protože může být jejím důsledkem. Někteří hovoří o tom, že sociální smrt může nastat ve chvíli, kdy člověk odchází do důchodu a začíná se mu upírat plná účast na životě rodiny a společnosti. Nastává stav sociální izolace ze strany společnosti, která již nestojí o lidi, kteří pro

---

<sup>26</sup> Srovnej: BYOCK, Ira. *Dobré umírání*, s. 108.

<sup>27</sup> Srovnej: HEARNOVÁ, Felicity. *Sociálně vyloučené a zranitelné skupiny uživatelů služeb*. FIRTHOVÁ Pam, et al. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Vyd. 1. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 236 s. ISBN 80-87029-21-3, s. 163.

ni nemají právoplatnou roli. Sociální smrtí můžeme nazvat takový stav, kdy člověk přestává být aktivním činitelem v životě společnosti. Je to tedy období, které předchází biologické smrti, kdy se k člověku přistupuje jako k mrtvému, přestože klinicky a biologicky je stále živý.<sup>28</sup>

„Cestu k sociální smrti mohou urychlit stigmatizující dopady diagnózy nebo izolovanost pacienta a úpadek jeho tělesných a sociálních funkcí, jež si vynucuje institucionalizovaná péče. Stav sociální smrti může nastat v důsledku toho, že pacient, který se připravuje na smrt, opustí své sociální sítě a své prostředí. Může být také naopak postupně a zákeřně vyloučen nebo opomíjen zdravotnickým personálem a pečujícími, kteří se s ním již nechtějí sociálně, osobně a někdy i fyzicky stýkat. Situaci „sociální smrti“ tak může navodit sám pacient, nebo k ní může dojít v důsledku chování ostatních.“<sup>29</sup>

Další nebezpečí, ke kterému může u terminálně nemocného pacienta dojít, je ztráta osobnosti. Jedná se o stav způsobený degradující nemocí, kdy pacient postupně ztrácí svůj pohlavní a rodinný status, jelikož již není schopen udržet si své dřívější role v rodině. Tím pádem se může začít snižovat vztah k nemocnému, jakoby přestal být autonomní a nezávislý, což může vést k sebedopceňování a ztrátě vlastní identity pacienta. Ten už tady není chápán jako člověk, kterého všichni znají, ale je mu přidělen nový status – status umírajícího, závislého člověka. Mezi doprovázejícími a pacientem by se neměly utvářet psychické ani fyzické bariéry, aby se klient neodděloval od běžných interakcí v životě, spíše je nutné navodit příjemný, uspokojivý pocit kvalitního, nezištného doprovázení.<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> JOHNSTONOVÁ, Gail. *Sociální smrt*. PAYNEOVÁ Sheila, et al. Principy a praxe paliativní péče. Vyd. 1. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 80-87029-25-1, s. 371 – 374.

<sup>29</sup> Tamtéž, s. 376.

<sup>30</sup> Tamtéž, s.380 – 382.

### 3 Hospic

Myšlenka založit hospic vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic se zavazuje pacientovi, že nebude trpět v nesnesitelných bolestech, že v posledních dnech svého života nebude sám a že za všech okolností bude respektována lidská důstojnost.<sup>31</sup> Ira Byock se ve své knize *Dobré umírání* lidskou důstojností zabývá, když uvádí, že pro člověka neexistuje větší bolest a utrpení než když cítí, že přišel o svou důstojnost. Důstojnost ale člověk neztrácí s tím, že se neumí sám najíst, oblékat nebo vyměšovat. Člověk může být závislý a odkázaný na péči blízkých (dokonce i cizích) lidí, může mu připadat, že se jeho identita vytrácí, protože se pro společnost stává neužitečným a nedokáže zabezpečit rodinu po ekonomické stránce, naopak, stává se pro ni břemenem. Někteří lidé chtějí umřít rychle, či dokonce náhle, aby se právě tomuto vyvarovali, aby nemuseli „nedůstojně“ trávit poslední dny svého života, ale takový člověk je připraven o možnost uvést svoje záležitosti do pořádku, urovnat své vztahy a ulehčit svému svědomí. Každý člověk si svou důstojnost může zachovat, je třeba přijmout svoji závislost sice jako nepříjemnou, ale nevyhnutelnou součást svého stavu. Přijmout tu péči, kterou člověk potřebuje, s laskavostí a důstojně.<sup>32</sup>

„Základním cílem všech hospiců je umožnit umírajícím lidem dožít svůj život až do konce ve vlastním domově. Jen pokud to není proveditelné, přichází v úvahu péče v lůžkovém hospici.“<sup>33</sup> Neproveditelné to může být hned z několika důvodů. Jedním z nich jsou obavy doprovázejících ze sociálního závazku nebo naopak z neúnosné blízkosti a intimity vůči nemocnému. Dalším důvodem může být finanční zátěž či časová náročnost. Největším problémem je ale fakt, že rodina není schopna nést toto „břímě“ ze strachu z omezení vlastní svobody a z pocitu nejistoty umírání.<sup>34</sup>

---

<sup>31</sup> Srovnej: SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Vyd. 2. Praha : Ecce homo, 1995. 144 s. ISBN 80-902049-0-2, s. 123.

<sup>32</sup> Srovnej: BYOCK, Ira. *Dobré umírání*, s. 108.

<sup>33</sup> STUDENT, Johann-Christoph, et al. *Sociální práce*, s. 93.

<sup>34</sup> Tamtéž, s. 158.

Jinou formou hospice je stacionární hospicová péče, která je zaměřena na denní pobyty pacientů. „Pacient je do hospicového stacionáře přijat ráno a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Dopravu nemocného zařizuje buď rodina, nebo hospic. Je pochopitelné, že tato forma je vhodná pouze pro nemocné v místě nebo z blízkého okolí.“<sup>35</sup> Třetí, nejlepší formou pro pacienta, je domácí hospicová péče. Jedná se o službu, která je poskytována pacientovi po celý den v jeho vlastním domově, takže umírající není izolován od svého přirozeného prostředí a rodiny, což na něj může mít velký pozitivní vliv. „Je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. Na hranice jejích možností se narazí brzy tam, kde rodinné zázemí buď vůbec schází, nebo se časem vyčerpá, prostě dojdou síly.“<sup>36</sup>

### 3.1 Cílová skupina

Cílovou skupinu hospice můžeme rozdělit na dvě větve - na umírajícího a rodinu. Umírajícího pacienta čeká na konci jeho života nelehký úkol, který mu má pomoci zvládnout právě hospic. Musí si uspořádat svůj dosavadní (i možný budoucí) život, dát vše do pořádku, aby mohl klidně odejít. Musí dojít k naplnění všech výše vyřčených potřeb. Hospic dává nemocnému příležitost dojít ke smíření.<sup>37</sup>

„Rodinní příslušníci a přátelé bývají umíráním milovaného člověka zasaženi v několikerém ohledu. Trpí s umírajícím, předjímají ztrátu a jsou konfrontováni s vlastní smrtelností a se všemi s tím spojenými nejistotami a strachy. V roli nejdůležitějších kontaktních osob zastávají zvláštní úkol při doprovázení umírajícího, kdy sami přitom potřebují podporu.“<sup>38</sup> Rodina je tedy nedílnou složkou domácí péče a bez ní může fungovat jen těžko. Je to otázka svědomí každého z nás.

---

<sup>35</sup> SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 127.

<sup>36</sup> Tamtéž, s. 127

<sup>37</sup> Srovnej: KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie*, s. 50.

<sup>38</sup> STUDENT, Johann-Christoph, et al. *Sociální práce*, s. 63.

### 3.2 Historie domácí péče

Koncept domácí péče byl zahájen v roce 1859 v Liverpoolu Williamem Rathbonem, který přišel na tuto myšlenku. V době, kdy mu umírala žena na zhoubnou chorobu, založil první školu pro sestry, které pomáhaly chudým a nemocným lidem. Roku 1885 byla ve Spojených státech severoamerických založena organizace sester v domácí péči, která pomáhá opuštěným a chudým lidem se zdravotními problémy. V 19. století dochází i v Evropě k rozvoji domácí péče.

V průběhu světových válek je domácí péče potlačena díky kumulaci klientů do lůžkových zdravotnických zařízeních. Možnost řešení problémů přivádí do lůžkových zařízení stále více klientů. Pouze Holandsko zůstává věrno tradičnímu domácímu modelu, od doby příchodu člověka na svět až po jeho opuštění. Na počátku 70. let 20. století (v době, kdy lůžková zařízení spotřebovávají velkou část ze státního rozpočtu) dochází v Evropě k návratu myšlenky domácí péče. Ta je tvořena rozdílným podílem zdravotní a sociální péče, či pomoci. Ve všech zemích hraje důležitou úlohu obec, která prostřednictvím domácí péče tvoří komunální politiku zdraví a sociální péče.

Česká forma domácí péče má hluboké historické kořeny. Služba potřebným v rodinách i špitálech byla posláním řeholních řádů, což byly již v počátku 12. století Řád svatého ducha, Johanitky, Alžbětinky, Milosrdní bratři, Klaristky a Křižovníci s červenou hvězdou. Tento řád se vyvinul z Laického bratrstva špitálního založeného roku 1223 Svatou Anežkou a spravoval v českých zemích šedesát špitálů. Za vlády Marie Terezie se zakládají různé útulky a spolky pro ochranu a pomoc potřebným. V domácí péči se začíná propojovat jak charitativní, tak i odborná stránka. Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská podporují sociální péči pro každého bez rozdílu. Roku 1874 je z jejich iniciativy založena první ošetřovatelská škola. Zřizují se různé spolky a pořádají charitativní akce na podporu sociálně slabých. V roce 1919 je založen Československý červený kříž. Za první republiky z důvodu vysokých nákladů na ošetřování v nemocnicích a snahy zlepšit úroveň zdravotnictví vzniká myšlenka odborného ošetřování v domácnosti.

První pokusy v oblasti domácí péče realizoval Československý červený kříž s městem Prahou a Ústřední sociální pojišťovnou. Při státním zdravotním ústavu se zakládá Masarykova škola zdravotní a sociální péče. Roku 1950 byl Československý červený kříž pověřen, aby převzal do svého provozu ošetrovatelskou a zdravotní péči v rodinách. O dva roky později odpovědnost za domácí péči přebírá stát a tato péče je začleněna do zdravotní péče, která se poskytuje ve zdravotních obvodech.

Po roce 1989 je zahájena snaha o reformu domácí péče a návrat k demokratickým principům. Ohrožení sociálních jistot je nutné kompenzovat novými, efektivními programy, a proto se v roce 1991 koná ve Strasburgu první evropský kongres Domácí péče. Po tomto kongresu se spouští kampaň k propagaci Domácí péče na území České republiky. O pět let později je Česká republika reprezentována na prvním světovém kongresu Asociace domácí péče České republiky. Byly nutné legislativní změny, rozhlasové pořady, semináře, edukační programy, aby práce přinesla ovoce. Domácí péče se stala symbolem lidské vzájemnosti, profesionality, lásky a pomoci.<sup>39</sup>

### 3.3 Financování hospiců

Zdravotní péči hradí veřejné zdravotní pojištění (s výjimkou za přímou úhradu za zdravotní péči nehrazenou z tohoto zdroje). Každé středisko musí být registrováno Krajským úřadem jako poskytovatelem sociálních služeb, získávají se dotace od Kraje a MPSV, obcí. Z příspěvku na péči se pacient spoluúčastní na hrazení sociálních služeb. Dále hospicová péče získává granty, na financování se podílí fondy EU, dárci či sponzoři.<sup>40</sup> Od ledna 2010 byl schválen nový kód 06349, tzv. signální kód – „Ošetrovatelská péče v terminálním stádiu“, který je zařazen u všech klientů v terminálním stádiu (srovnej Příloha II.).<sup>41</sup> Praktický lékař označí pacienta signálním kódem pro pojišťovnu a péče probíhá neomezeně. Klienta tedy

---

<sup>39</sup> Srovnej: MISCONIOVÁ, Blanka. *Historie domácí péče* [online]. Domaci-pece.info. Citováno dne 26. 2. 2010. Dostupné z WWW: <http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece->.

<sup>40</sup> Srovnej: B. A. *Koncepce domácí hospicové paliativní péče charity Česká republika*.

<sup>41</sup> Srovnej: B. A. *Zařazení nového kódu 06349* [online]. Domaci-pece.eu. Citováno dne 3. 3. 2010. Dostupné z WWW: <http://www.domaci-pece.eu/news/zarazeni-noveho-kodu-06349/>.



pracovník může navštěvovat 24 hodin denně a bude za to finančně ohodnocen. Do té doby mohl pracovník nemocného navštěvovat sice také po celý den, ale hrazeny měl pouze tři návštěvy.<sup>42</sup> Dále od roku 2010 byla novelizována vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb. na vyhlášku č. 472/2009 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.<sup>43</sup>

### 3.4 Terénní hospicová péče

Literatury, která by pojednávala úzce a přímo o terénní hospicové péči, najdeme na našem trhu málo. Proto domácí hospicová péče vychází z kamenných hospiců. Funguje přibližně na stejných principech a zájmech, pouze je pozměněn model vykonávání péče. Terénní hospicová péče probíhá tedy doma, tak, aby nemocný mohl strávit zbytek svého života v prostředí, které důvěrně zná. Profesor Ladislav Kabelka je koordinátorem tvorby kritérií pro domácí péči. Hlavním cílem domácí péče je léčba bolesti a zachování důstojnosti, nezapomíná se ani na péči sociální, psychickou a spirituální.

Důležitým faktorem pro realizaci domácí hospicové péče je rodina. Ta se musí na bázi citově sociální rozhodnout pro doprovázení umírajícího v jeho domácím, přirozeném prostředí. Ona tedy rozhoduje o tom, že s nemocným zůstane sama za pomoci multidisciplinárního týmu (pacient je většinou po sdělení diagnózy v útlumu, prakticky ho to ani nenapadne). Pacient do domácího hospice odchází na základě rozhodnutí obvodního lékaře pro nemožnost kurativní léčby a na žádost rodiny. (Srovnej Příloha III.).<sup>44</sup>

Domácí hospicovou péči zajišťuje buď systémem charitních ošetřovatelských, pečovatelských a dalších sociálních služeb, nebo neziskové organizace za spolupráce s kamennými hospici a odděleními nemocničních

---

<sup>42</sup> Srovnej: ŠPINKOVÁ, Martina. *Kudy kudy cestička, aneb existuje budoucnost pro mobilní hospice v Čechách?* [online]. Cestadomu.cz. Citováno dne 1. 3. 2010. Dostupné z WWW: <http://www.cestadomu.cz/detail-clanek/kudy-kudy-cesticka-aneb-existuje-budoucnost-pro-mobilni-hospice-v-cechach.html>.

<sup>43</sup> Srovnej: B. A. *Sbírka předpisů České republiky*. Sbirka.cz [online]. Citováno dne 3. 3. 2010. Dostupné z WWW: <http://www.sbirka.cz/POSL4TYD/NOVE/09-472.htm>.

<sup>44</sup> ŠÍLENÁ, Zorka. Rozhovor z 22. 02. 2010.

zařízení. Dále probíhá spolupráce s orgány státní správy a samosprávy a nevládními organizacemi.

Personální zajištění domácí hospicové péče je řízeno několika subjekty. V první řadě se jedná o tým zdravotnických pracovníků a to jak lékařů (praktický lékař, ošetřující lékař při hospitalizaci, lékař paliativní léčby a medicíny, onkolog, geriatr atd.), tak i nelékařských zdravotnických povolání (registrované všeobecné sestry) a dalších zdravotnických pracovníků (nutriční terapeut, fyzioterapeut, klinický psycholog). Sociální pomoc v terénní hospicové péči vykonává sociální pracovník (pracovník v sociálních službách), který nabízí služby na základě sociálního šetření. Sociální péče zahrnuje mimo služby osobní asistence a pečovatelskou službu také službu odlehčovací, průvodcovskou a předčitatelskou, odborné sociální poradenství či zapůjčování pomůcek. Péče spirituální se ujímá duchovní.

Při pravidelných setkáváních multidisciplinárního týmu dochází ke kontrole kvality domácí hospicové péče na základě standardů kvality sociálních služeb a poskytované zdravotní péče. V týmu je důležitá jednotnost a komunikace pro dosažení co nejlepších výsledků.<sup>45</sup>

V České republice se sítě domácí hospicové péče stále rozšiřují. Mobilní hospice vznikají často při charitách, (např. při Oblastní charitě Jihlava, Třebíč, Žďár nad Sázavou, Pelhřimov, Havlíčkův Brod, Uherské hradiště, při Městské charitě České Budějovice vznikla Komplexní domácí péče). Další domácí hospic můžeme najít v Praze – Cesta domů, v Benešově – Mobilní hospic Dobrého pastýře, v Ostravě – Ondrášek.<sup>46</sup> Mobilní hospicová péče se přirozeně přidružuje k hospicům kamenným. Lůžkový hospic sv. Alžběty v Brně od roku 2008 poskytuje domácí hospicovou péči, podobně jako hospic Štrasburk v Praze, hospic sv. Lukáše v Ostravě, hospicová péče v Rajhradě, Kyjově, Pardubicích či hospic

---

<sup>45</sup> Srovnej: B. A. *Koncepce domácí hospicové paliativní péče charity Česká republika.*

<sup>46</sup> Srovnej: B. A. *Hospice v ČR* [online]. Osobniasistence.cz. Citováno dne 4. 3.2 010. Dostupné z WWW: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=6#domhosp>. STRAKOVÁ, M. et al. Domácí paliativní péče.

Dobrého pastýře v Čerčanech.<sup>47</sup> V současné době se připravuje realizace domácího hospice v Táboře.

### ***3.4.1 Principy a předpoklady terénní hospicové péče***

Terénní hospicová péče staví jako každá sociální pomoc na principech a pilířích a předpokladech, bez kterých by nebyla plně autentická a účinná.

Mezi základní principy mobilní paliativní péče patří, že pacient a jeho rodina, případně jeho nejbližší přátelé, jsou společnými příjemci péče a zásadním způsobem se podílejí na vytváření plánu poskytované péče. Dále platí, že paliativní tým poskytuje péči i rodině pacienta minimálně po dobu jednoho roku po smrti pacienta a nabízí pozůstalým odborně vedenou službu doprovázení v obdobích truchlení. Tým paliativní péče spolupracuje s praktickými a ošetrujícími lékaři, agenturami domácí ošetrovatelské péče a dalšími poskytovateli zdravotní a sociální péče. Integrální součástí paliativní péče je odborná léčba bolesti a dalších specifických symptomů provázejících umírání. Paliativní tým disponuje náležitým způsobem vyškolenými a zkušenými odborníky na léčbu těchto symptomů. Mobilní paliativní péče je komplexní: pečuje o fyzický, psychický, sociální a spirituální stav pacienta a jeho rodiny.

Podle stupně změn kognitivních funkcí a vnímání můžeme pacienty, jejichž stav vyžaduje paliativní péči, rozdělit na dvě skupiny:

1. Na pacienty, kteří si skutečnost ohrožujícího onemocnění uvědomují a tuto skutečnost psychicky zpracovávají, podílejí se na tvorbě léčebného plánu, jejich přání a vůle jsou základním rámcem pro poskytování paliativní péče. Při zahájení paliativní péče musí lékař (ve spolupráci s rodinou) zjistit, do jaké míry pacient vlastní situaci chápe a do jaké míry je ochoten ovlivňovat léčebná rozhodnutí.
2. Na pacienty s výraznými změnami kognitivních funkcí a vnímání. Tito pacienti vnímají svou situaci velmi omezeně a nepodílejí se na rozhodování o léčebném plánu. Tato rozhodnutí dělají v pacientově nejlepším zájmu lékař a rodina, resp. zákonný zástupce.

---

<sup>47</sup> Srovnej: B. A. Hospice.cz [online]. Citováno dne 4. 3. 2010. Dostupné z WWW: <http://www.hospice.cz/hospice1/org.php>.

Zde spočívá těžiště paliativní péče v dobré ošetrovatelské péči a psychosociální podpoře rodiny.

Plán mobilní paliativní péče je založen na celkovém zhodnocení stavu pacienta a jeho schopností, na preferencích, potřebách a podpoře pacienta a jeho rodiny.<sup>48</sup>

### **3.4.2 Ukončení terénní hospicové péče**

Existuje několik důvodů k ukončení smluvního vztahu poskytování domácí hospicové péče. „Okamžikem ukončení může být úmrtí klienta. Je však obvyklé, že i po tomto životním zlomu je truchlícím pozůstalým poskytován bereavement, tedy pomoc při zvládnání hlubokého žalu nad ztrátou blízkého, často nejbližšího. S tím souvisí i možná spoluúčast při organizování pietního odvozu těla zesnulého, jeho důstojné úpravy a průběhu vysoce důležitých, prožitkově hlubokých posmrtných obřadů. Důležité bývají i kontakty s truchlícími po delším časovém odstupu od úmrtí, spojené s nabídkou odborné pomoci, (není-li truchlení psychicky zvládnuto) i prosté lidské účasti v žalu.

Ukončením smluvního vztahu může být i nutný převoz nemocného do lůžkového hospice, pokud se v důsledku zhoršení stavu pacienta stane domácí ošetrování nemožným. Pro tento případ je počítáno s volným lůžkem k okamžité dispozici a je uzavřena nová smlouva o poskytování péče.

Nelze ani zcela vyloučit nutnost převozu pacienta k akutní nemocniční lůžkové péči, vyvolané doma nezvládnutelnou progresí choroby. Tímto aktem zpravidla dochází i k ukončení smluvního vztahu (pokud se nejedná o ambulantní vyšetření, či krátkodobou hospitalizaci, ukončenou návratem zpět domů.). V případě přeložení pacienta do lůžkového zařízení paliativní péče, na oddělení paliativní péče či do jiného zařízení, předává tým paliativní péče své zkušenosti a informace dalším poskytovatelům péče. Zároveň podporuje kontinuitu péče mezi různými zařízeními a v indikovaných případech průběžně informuje praktické lékaře a další poskytovatele zdravotní péče o dostupnosti a přínosech mobilní paliativní péče.

---

<sup>48</sup> Srovnej: KABELKA Ladislav. *Model Charitní domácí paliativní péče.*

Může nastat i situace, kdy rodina přestane zvládat péči o svého pacienta, nebo vysloví nespokojenost s úrovní, či rozsahem poskytování služby. I to je přirozeně důvodem k vypovězení uzavřené smlouvy.<sup>49</sup>

---

<sup>49</sup> KABELKA, Ladislav. *Model Charitní domácí paliativní péče*.

## **4 Cíle a hypotézy**

### **4.1 Cíle**

Hlavní cíl: Zjistit, zda chtějí domácí hospice předcházet marginalizaci.

Dílčí cíl 1: Zmapovat motivy pro vznik (poskytování) domácí hospicové péče.

Dílčí cíl 2: Zmapovat cíle domácí hospicové péče a překážky cílům bránící.

### **4.2 Hypotézy**

**H1** Domácí hospicová péče chce bránit marginalizaci umírajících tím, že poskytuje péči doma, v přirozeném prostředí a snaží se posilovat vztah mezi rodinou a pacientem.

**H2** Motivы pro vznik terénní hospicové péče mají sociální charakter s důrazem na to, aby člověk v posledních dnech svého života nezůstal sám a byl mu dopřán důstojný odchod.

**H3** Cílem péče je poskytnout nemocnému v terminálním stadiu odpovídající komfort ve všech oblastech lidských potřeb v domácím prostředí a apel na zachování důstojnosti.

**H4** Nejčastější překážkou k uskutečnění cílů je nezáměr nebo neschopnost zajistit péči ze strany rodiny.

## **5 Metodika**

### **5.1 Charakteristika zkoumaného souboru**

Zkoumaný soubor tvoří vedoucí pracovníci domácí hospicové péče. Vedoucí pracovníci mají na chod hospice největší vliv a byli to většinou oni, kdo stáli u vzniku mobilního hospice, proto předpokládám, že jejich názory jsou protkány zkušenostmi a praxí.

### **5.2 Použitá metodika**

K realizaci výzkumu a naplnění cílu bakalářské práce na téma „Zavedení terénní hospicové péče“ byl zvolen kvalitativní výzkum nazvaný „Sonda mezi vedoucími pracovníky mobilních hospiců formou polostrukturovaného dotazníku“. Tento dotazník byl rozeslán vedoucím pracovníkům mobilní hospicové péče. (Srovnej příloha IV.).

Dotazník se skládá z 8 otázek, přičemž 3 první otázky jsou identifikační, zbylých 5 otázek se orientuje na cíle výzkumu. Z celkového počtu 8 otázek je 5 otázek uzavřených, 2 polouzavřené a 1 otázka otevřená. Dotazník byl zaslán e-mailovou poštou vedoucím pracovníkům po celé republice. Celkem bylo rozesláno 22 dotazníků, z toho se jich vrátilo 14, čili 63,6%.

### **5.3 Vlastní realizace výzkumu**

Realizaci výzkumu předcházelo studium informací o jednotlivých organizacích poskytujících mobilní hospicovou péči. Na základě tohoto jsem organizace zmapovala a následně jim rozeslala e – mailovou poštou dotazník, kde jsem žádala o jeho předání a vyplnění vedoucím pracovníkem. Organizace, které na zasláný dotazník nereagovaly, jsem obtelefonovala a požádala je touto cestou o vyplnění dotazníku. Výzkum jsem prováděla během měsíce března 2010. Získané informace jsem uvedla v tabulkách.

## 6 Výsledky

### 6.1 Výsledky polostrukturovaného dotazníku

První otázka byla identifikačního typu a zněla „Jaké je Vaše pohlaví?“

Tabulka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

žena	14
muž	0

Zdroj: vlastní výzkum

Výzkumný soubor tvoří 14 respondentů, všemi respondenty jsou ženy. Toto jsem předpokládala, jelikož při osobních návštěvách některých zařízení jsem jednala vždy se ženou, stejně tak při telefonickém kontaktování domácích hospiců.

Druhá otázka rovněž identifikačního charakteru zněla „Jaký je Váš věk?“ Tato otázka se týkala věkového rozsahu respondentů. Na výběr bylo 6 možností, otázka byla uzavřená.

Tabulka č. 2: Jaký je Váš věk?

do 20 let	0
20 – 29	2
30 – 39	3
40 – 49	6
50 – 59	1
60 let a více	2

Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 14 vedoucích pracovníků není ani jeden mladší 20 let, 2 pracovníci jsou ve věku 20 – 29 let, 3 pracovníci jsou ve věku 30 – 39 let, 6 pracovníků je ve věku 40 – 49 let, 1 pracovník je ve věku 50 – 59 let a 2 pracovníci jsou starší 60 let.



Třetí otázka zněla „Jaká je Vaše praxe s domácí hospicovou péčí?“ Cílem otázky bylo zjistit, jak dlouho pracovník v domácí péči působí. Otázka byla uzavřená a nabízela respondentům 4 možnosti odpovědi.

Tabulka č. 3: Jaká je Vaše praxe s domácí hospicovou péčí?

méně než rok	0
1 – 5 let	10
6 – 10 let	2
více než 10 let	2

Zdroj: vlastní výzkum

Žádný z dotazovaných pracovníků nemá praxi s domácím hospicem menší než 1 rok, 10 pracovníků má praxi v období 1 – 5 let, 2 pracovníci mají praxi v období 6 – 10 let a praxe dvou pracovníků převyšuje 10 let.

Čtvrtá otázka zněla „Co považujete v práci s umírajícími za nejdůležitější?“

Otázka byla uzavřeného typu, respondenti měli jasně vyhrazené možnosti odpovědi. Volit mohli 1 i více z nabízených možností.

Tabulka č. 4: Co považujete v práci s umírajícími za nejdůležitější?

aby pacient netrpěl bolestmi a necítil se nedůstojně	4
komunikace s rodinou (jak se chovat), aby se pacient necítil na obtíž	0
aby byl pacient v laskavé péči v domácím, ne cizím prostředí	2
navození pocitu důvěry mezi pacientem a doprovázejícím	0
kombinace dvou výše uvedených odpovědí	2
kombinace tří výše uvedených odpovědí	1
všechny čtyři odpovědi	4
jiná odpověď	1

Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 14 dotazovaných vedoucích pracovníků 4 uvedli, že za nejdůležitější v práci s umírajícími považují, aby pacient netrpěl bolestmi a necítil se nedůstojně. 2 z dotazovaných pracovníků považují za nejdůležitější ve své práci, aby byl pacient ve svém přirozeném domácím, a ne cizím prostředí.

Samostatnou odpověď, že nejdůležitější je komunikace s rodinou nebo navození pocitu důvěry mezi pacientem a doprovázejícím, nezvolil žádný z respondentů. 2 dotazovaní uvedli na otázku „co je pro ně v práci s umírajícími nejdůležitější“ dvě odpovědi, a sice že pro ně je nejdůležitější fakt, aby pacient netrpěl bolestmi, necítil se nedůstojně a zároveň byl v laskavé péči v domácím, a ne cizím prostředí. 1 z dotazovaných pracovníků uvedl kromě těchto dvou odpovědí ještě odpověď třetí, a to komunikaci s rodinou, poradit jí jak se má k pacientovi chovat, co má dělat tak, aby se pacient necítil na obtíž. 4 dotazovaní pracovníci uvedli, že za nejdůležitější v práci s umírajícími považují všechny 4 uvedené odpovědi, které se v nabídce vyskytly. 1 vedoucí pracovník zvolil svou vlastní odpověď, když uvedl, že všechny dané odpovědi jsou důležité, ale nejdůležitější pro pacienta je nechat rozhodnout jeho samého. On by měl určovat, co je jeho nejdůležitější potřebou v danou chvíli.

Pátá otázka zněla „Jaký motiv Vás k práci v domácím hospici vedl?“ Otázka byla polouzavřeného typu a skýtala 4 možnosti odpovědi. Pracovníci mohli odpovědi libovolně kombinovat.

Tabulka č. 5: Jaký motiv Vás k práci v domácím hospici vedl?

snížit riziko marginalizace u pacientů, posilovat vztahy v rodině	1
minimalizovat utrpení v terminálním stadiu a zajištění pokojné smrti	6
chybí domácí hospic, který by poskytl kvalitní dožití klientům doma	1
jiný motiv	2
kombinace dvou výše uvedených odpovědí	2
kombinace tří výše uvedených odpovědí	2

Zdroj: vlastní výzkum

Pouze 1 ze 14 dotazovaných vedoucích pracovníků uvedl, že jediný motiv, který ho k práci vedl, bylo snížení marginalizace u pacientů a snaha posilovat vztahy v rodině tak, aby se pacient necítil na obtíž. Pro 6 respondentů je motivem práce minimalizace utrpení nemocných v terminálním stadiu a zajištění jim pokojné smrti. Jednoho z dotazovaných k práci v domácí hospicové péči přimělo, že v jeho

okolí nebyl žádný jiný domácí hospic, který by mohl poskytnout kvalitní dožití pacientům v jejich přirozeném prostředí. 2 respondenti uvedli své vlastní motivy, přičemž jedním z nich bylo osobní přesvědčení o důležitosti hospicové péče a druhým motivem byla přitažlivost v pomáhání lidem na konci života.

2 respondenti zkombinovali dvě dané odpovědi, kdy 1 pracovník zvolil první 2 odpovědi, tedy snížení rizika marginalizace u pacienta, posílení vztahů v rodině tak, aby si pacient nepřipadal sám a na obtíž a zároveň minimalizace utrpení pacienta v terminálním stadiu spolu se zajištěním pokojné smrti. Druhý pracovník zvolil také tuto odpověď a přidal k ní ještě svou vlastní. Domnívá se, že: *„období před smrtí je velmi důležité období lidského života, může se zde hodnotit celý život, ve smyslu logoterapie zde často dochází k něčemu krásnému, co může dát smysl celému předchozímu životu. Pak začíná věčnost, je to období zvláštního božího povolání...“* Z toho důvodu považuje dotazovaný pracovník za důležité v tomto okamžiku poskytnout člověku dobrou péči a komplexní podporu (dát zakusit konkrétní lásku), dalším motivem pro práci v domácí hospicové péči tohoto pracovníka bylo, že umírat doma je přirozené, je to období života, kdy je každý člověk velmi křehký, uzavírá se do sebe a zmenšuje se schopnost navazovat kontakt s okolním světem. Proto je absurdní, pokud má být člověk v cizím prostředí. Další 2 pracovníci zvolili jako odpověď na otázku kombinaci tří nabízených možností. Pro prvního z nich je motivem k práci snížení marginalizace tak, aby si pacient nepřipadal na obtíž, minimalizace utrpení v terminálním stadiu spolu se zajištěním pokojné smrti a dále pak osobní důvody. Druhý pracovník kromě minimalizace utrpení přidal jako motiv pro práci fakt, že se v okolí nevyskytoval domácí hospic, který by mohl zajistit kvalitní dožití v domácím prostředí a také přidává osobní zkušenost.

Šestá otázka zněla „Uveďte tři základní cíle domácí hospicové péče, které jsou pro Vás nejdůležitější.“ Pracovníci měli podle vlastního úsudku vypsat 3 základní cíle mobilního hospicové péče. Otázka byla otevřená, ve výsledku mělo být tedy 42 odpovědí, ale vzhledem k tomu, že některé odpovědi šly stmelit v jednu, vzniklo tak 38 odpovědí.

Tabulka č. 6: Uveďte tři základní cíle domácí hospicové péče, které jsou pro Vás nejdůležitější.

rodina, která může pečovat o nemocného	1
umožnit důstojné dožití doma v kruhu nejbližších	11
poskytnout pomoc, profesionální podporu a odpočinek starajícím se	5
doprovázet rodinu i po úmrtí nemocného	2
vedení k otevřené komunikaci	1
zaměření se na kvalitu nemocného ve všech rozměrech potřeb	4
tlumit nepříznivé příznaky nemocného (bolest, dušnost)	9
poskytovat odbornou zdravotní péči	1
zachovat autonomii nemocného	1
poskytnout odborné poradenství v péči o nevléčitelně nemocné	2
kvalitní péče a aplikace moderních poznatků a postupů	1

Zdroj: vlastní výzkum

Ve vyplněném dotazníku se objevily různorodé odpovědi, přičemž se některé opakovaly. Nejčtenějším cílem domácí hospicové péče bylo umožnit důstojné dožití nemocnému doma, v kruhu nejbližších. Toto uvedlo 11 dotazovaných z celkového počtu 14. Druhým nejčastějším cílem bylo tlumit nepříznivé příznaky nemocného, tato odpověď se objevila 9 krát. 5 dotazovaných považuje za cíl péče poskytovat pomoc, profesionální podporu a umožňovat odpočinek blízkým pečujícím osobám. 4 respondenti mají za cíl zaměření se na kvalitu nemocnému ve všech rozměrech potřeb, čili v oblasti sociální, fyzické, psychické i spirituální. Pro 2 pracovníky je důležité odborné poradenství v péči o nevléčitelně nemocné. 2 krát také zazněla odpověď, že cílem mobilního hospice je doprovázení rodiny i po úmrtí pacienta. Odpovědi, které uvádí, že cílem péče je vedení k otevřené

komunikaci; rodina, která může o pacienta pečovat; poskytování odborné zdravotní péče; zachování autonomie nemocného nebo poskytování kvalitní péče a aplikace moderních poznatků a postupů se objevily v dotazníku vždy jednou.

Sedmá otázka byla polouzavřená a zněla „S jakými motivy se domácí péče nejčastěji potýká?“ Kromě tří nabízených možností odpovědi mohli dotazovaní využít volné odpovědi a uvést tak vlastní názor, tedy jiný problém než byl v dotazníku stanoven.

Tabulka č. 7: S jakými motivy se domácí péče nejčastěji potýká?

rodina se nemůže/nechce o nemocného starat	4
rodina by se ráda starala, bylo to však pro ni časově velmi náročné	3
pacient nechce zůstat v domácím prostředí	0
jiný problém	3
kombinace dvou výše uvedených odpovědí	4

Zdroj: vlastní výzkum

Nejčastější odpovědí bylo, že se rodina nechce, nebo nemůže o nemocného starat. Odpověděli tak 4 dotazovaní. 3 respondenti uvedli, že rodina by se o pacienta ráda starala, ale představovalo by to pro ni velkou časovou náročnost. Žádný z pracovníků neuvedl, že by pacient sám nechtěl v rodině zůstat a dožít tam pokojně svůj život. 3 pracovníci uvedli, že nejčastější problém, kterým je mobilní hospic postihován, je jiný, než v uvedených možnostech. První pracovník poukazuje na to, že péče je často odkázána pouze na jednoho člena v rodině, což je špatně zvladatelné. Druhý pracovník vidí problém v nevědomosti rodiny a klienta o možnosti zemřít v domácím prostředí a poslední dotazovaný zmiňuje celkovou náročnost hospicové péče. 4 respondenti využili volné kombinace nabízených možností. 1 z nich uvádí mimo to, že by se rodina ráda starala, ale bylo by to časově náročné ještě odpověď takovou, že pacient nebyl ošetřujícím lékařem seznámen se zdravotním stavem, rodina ano. Zmiňuje se zde nevzdělanost praktických lékařů, neochota k preskripci a nezačlenění specializované mobilní paliativní péče do zdravotnického systému. Podobnou

příklad uvádí i druhý respondent když zmiňuje, že nemocný a pečující byli mylně informováni o tom, zda je stav zvládnutelný v domácím prostředí. Často mylné zprávy podává lékař z obavy, aby nebyl k pacientovi volán, a rodinu nutí k hospitalizaci. Také přidává, že lékaři sami často nemají zvládnutou otázku neúspěšné léčby a smrti a slibují další zbytečnou léčbu. Dalším problémem je přirozený strach nemocných z hospice, je nutné hovořit s nimi o tom, že neumřou proto, že jdou do hospicové péče, ale z důvodu pokročilého onemocnění a v hospici jim bude poskytnuta péče, která se zaměří na kvalitu jejich života. Další dotazovaný uvádí jako odpověď kombinaci jiné, vlastní možnosti odpovědi, což je podle něj problém nedostatku financí a nezáměrem některých praktických lékařů s odpovědí druhou, tedy že rodina by se o nemocného ráda starala, ale bylo by to pro ni časově náročné. Stejnou odpověď uvedl i poslední dotazovaný.

Osmá otázka zněla „Je ve Vašem zájmu a silách předcházet marginalizaci – sociálnímu vyloučení Vašich klientů a jejich blízkých?“ Cílem této otázky bylo zjistit, zda mobilní hospice vůbec chtějí marginalizaci předcházet. Při zvolení odpovědi ano/spíše ano, byli respondenti požádáni o stručné vysvětlení.

Tabulka č. 8: Je ve Vašem zájmu a silách předcházet marginalizaci – sociálnímu vyloučení Vašich klientů a jejich blízkých?

ne	1
spíše ne	2
ano	6
spíše ano	5

Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, zda je v zájmu a silách vedoucích pracovníků mobilní hospicové péče předcházet marginalizaci, tedy sociálnímu vyloučení svých klientů a jejich blízkých, 1 pracovník odpověděl záporně, že ne a 2 pracovníci uvedli spíše ne. 6 dotazovaných tvrdí, že marginalizaci předcházejí, 5 respondentů uvedlo za odpověď možnost spíše ano. 11 pracovníků bylo tedy požádáno o bližší rozvinutí odpovědi. První respondent svou odpověď odůvodnil tím, že: „sociálně začleněný

*pacient lépe spolupracuje při léčbě. Sociálnímu vyloučení předcházíme například spoluprací se sociálními pracovníky, duchovními, rodinnými příslušníky, edukací veřejnosti a také lidským a odborným přístupem každé sestry.*“ Další pracovník uvádí, že nechce, aby umírání a smrt bylo tabuizováno. Byl by rád, kdyby lidé pochopili, že smrt také patří k životu. Další respondent zmiňuje myšlenku vědomí náročnosti péče o nemocného, proto neposkytují pouze odbornou pomoc, ale také podporu pro rodinu a vědomí, že na to nejsou sami. Mezi jinou odpověď patří, že předcházení marginalizaci je součástí domácí péče. Další pracovník uvádí, že mají multidisciplinární tým pracovníků, který se skládá ze všech potřebných profesí k zajištění domácí hospicové péče. Další respondentova odpověď argumentuje péčí nejen o klienta, ale hlavně i o rodinu, u které by mohlo vlivem péče dojít k sociálnímu vyloučení. Jiný uvádí, že v zájmu jejich péče předcházení marginalizaci určitě je, ale mají omezené možnosti. Podaří-li se zmírnit různé příznaky provázející onemocnění, může se pacient více věnovat rodině a svým zálibám. Další odpověď zněla: *„Smrt přijímáme jako přirozenou součást života, a tak je přirozené, že ona infaustní onemocnění vedou ke stavu v jistém slova smyslu omezeném. Snažíme se o sladění pečujícího a pracovní kariéry poskytnutím odlehčovací služby a tím možnost zůstat ekonomicky činný.*“ Další respondent uvádí, že v zařízení dbají na to, aby domácí péče byla poskytována na základě potřeb všem nemocným bez ohledu na věk, druh nemoci, pracovní zařazení, sociální nebo finanční situaci. Poslední rozepsaná odpověď na otázku marginalizace zní: *„Jistě, když člověk umírá v nemocnici, ve které se s konceptem smrti nepočítá a nemocný je tam jako neúspěšný případ odsunutý za plentou, bez přítomnosti svých blízkých, myslím, že je to ta největší možná marginalizace, domácí hospic je jejím pravým opakem – domácí hospic nepomáhá jen přímo nemocnému, ale podporuje také rodinu, pečující osoby, aby dovedli nemocného doprovázet, komunikovat s ním, lépe mu porozumět, dovedli se kolem něho semknout, dostali jistotu a mohli naplno prožít přítomný okamžik, který ještě s nemocným prožívají.*“ Další respondent, který na otázku odpověděl „ano“ svou volbu odpovědi nezdůvodnil.

## 6.2 Výsledky k hypotézám

Hypotéza č. 1 předpokládá, že domácí hospicová péče chce bránit marginalizaci tím, že poskytuje péči doma, v přirozeném prostředí pacienta a snaží se posilovat vztah mezi rodinou a pacientem. 3 dotazovaní uvedli, že v jejich zájmu není marginalizaci předcházet. Ostatní respondenti poukazují na důležitost vztahu mezi rodinou a pacientem, snaží se ho posilovat tím, že neposkytují péči pouze nemocnému, ale právě i rodině, která by špatným přístupem k nemocnému mohla marginalizaci způsobit. Z uvedených odpovědí je jasné, že na problému sociálního vyloučení se musí podílet celý multidisciplinární tým, tedy spolupráce se sociálními pracovníky, zdravotníky, duchovními atd. Hypotéza se z velké části potvrdila.

Hypotéza č. 2 předpokládá, že motivy pro vznik a poskytování mobilní hospicové péče mají sociální charakter s důrazem na to, aby člověk v posledních dnech svého života nezůstal sám a byl mu dopřán důstojný odchod. Nejčastějším motivem pro práci byla snaha o minimalizaci utrpení nemocných v terminálním stadiu a zajištění jim pokojné smrti. Do velké míry se opakovaly odpovědi, které uváděly, že motivy pro vznik (poskytování) terénní hospicové péče jsou snaha o snižování rizika marginalizace, poskytování dobré péče v domácím prostředí... Několikrát zazněl také důvod poskytování péče z vlastního přesvědčení a osobních důvodů stejně jako fakt, že v okolí nebyl žádný domácí hospic, který by mohl zajistit umírajícím kvalitní dožití. Hypotéza se do jisté míry potvrdila, neboť převládá odpověď minimalizace utrpení nemocných a zajištění pokojné smrti, což můžeme pojmut jako snahu o minimalizaci sociální bolesti, resp. marginalizace.

Hypotéza č. 3 předpokládá, že cílem péče je poskytovat pacientům v terminálním stadiu odpovídající komfort ve všech oblastech potřeb v domácím prostředí a zároveň se apeluje na zachování důstojnosti. Hypotéza se z části potvrdila, protože nejčastěji zvoleným cílem pracovníky bylo umožnit důstojné dožití pacientovi doma, v kruhu nejbližších. Poskytovat komfort ve všech oblastech potřeb byla čtvrtá nejčastější odpověď. Častější odpovědí bylo tlumit nepříznivé příznaky a poskytnout pomoc a podporu rodině starající se o nemocného.



Hypotéza č. 4 předpokládá, že nejčastější překážkou k uskutečnění cílů je nezáměr nebo neschopnost zajistit péči ze strany rodiny. Tato hypotéza se potvrdila, neboť nejčastější odpovědí bylo, že rodina se nechce/nemůže o pacienta starat, dále pak odpověď, kdy rodina by se o nemocného ráda starala, ale představovalo by to pro ni velkou časovou zátěž. Druhým nejčastějším problémem jsou ale lékaři. Zde se jedná o jejich nevzdělanost, poskytování mylných zpráv ze strachu, že by byli k pacientovi voláni, o lživé informace, kdy pacientům poskytují naději na vyléčení, i když žádná není, atd.

## 7 Diskuze

Pro realizaci výzkumu jsem zvolila kvantitativní metodu založenou na dotazníku, který jsem do organizací poskytujících domácí hospicovou péči zaslala e – mailovou poštou. Zasláno bylo 22 dotazníků, z toho se ale 2 vrátily s odůvodněním, že domácí péči již neposkytují. Také jsem se setkala s úskalím, kdy vedoucí pracovníci dotazník nemohli z časových důvodů vyplnit. Organizace, které na mou žádost o vyplnění nijak nereagovaly, jsem kontaktovala telefonicky. Často se totiž stalo, že v záplavě doručovaných e – mailů se dotazník ztratil, nebo nebyl zaslán do správných rukou. Z celkového počtu 22 dotazníků se vrátilo 14, což považuji vcelku za úspěch, vzhledem k výše jmenovaným překážkám. Dotazník nebyl časově náročný, skládal se pouze z 8 otázek, které byly jednoduše postaveny. V tomto vidím výhodu, předpokládám totiž, že velké množství otázek v dotazníku respondenta odrazuje. Většina pracovníků mobilních hospiců působila přívětivě a byli ochotni mi pomoci v realizaci výzkumu.

Předpokládala jsem, že většinu, nebo dokonce všechny respondenty, budou tvořit ženy. Vždy jsem totiž při realizaci výzkumu jednala se ženou, samozřejmě ale multidisciplinární tým zastupují také muži. Očekávala jsem ale vyšší věkovou kategorii, resp. větší praxi vedoucích pracovníků s mobilní hospicovou péčí, ale na druhou stranu domácí hospic u nás dodnes není velmi známou záležitostí a tímto si také rozsah praxe pracovníků zdůvodňuji. Dále pak respondenti odpovídali zhruba tak, jak jsem předpokládala po nastudování literatury. Dalo by se tedy říci, že jejich odpovědi korespondovaly s teorií. V protikladu ale lze zmínit, že respondentům po přečtení otázek v dotazníku mohlo být jasné, jakým směrem se dotazník ubírá a co je jeho cílem. Proto mě také překvapilo, když se u poslední otázky, jejímž cílem bylo zjistit, zda hospice chtějí předcházet marginalizaci, objevily 3 záporné odpovědi. Není-li v zájmu domácího hospice předcházet sociálnímu vyloučení nemocného a jeho blízkých, potom pro mě terénní hospicová péče ztrácí smysl. Vždyť fakt, že pacient má možnost zemřít doma v kruhu svých nejbližších, bez bolesti a důstojně je dle mého názoru ten největší možný dar, který člověka na konci života může potkat. Pacient zůstává sociálně začleněn. O to víc je pro mě nepochopitelné, že pracovníci, kteří uvedli,

že marginalizaci nepředchází, považovali za nejdůležitější cíle to, aby pacient nebyl na konci života sám a byla respektována jeho důstojnost.

Dost mě zarazila také problematika lékařů, o které se zmínili někteří pracovníci. Konkrétně mám na mysli fakt, kdy lékař nutí pacienta k hospitalizaci proto, aby k němu nemusel být volán. V takovém případě z velké části chybí sociální cítění a vykonávaná činnost je pouze syrovým povoláním. Podobně lze hodnotit i nevyzrálé lékaře, kteří tíhou vlastního selhání, kdy lékaři sami nemají zvládnutou otázku své neúspěšné léčby a smrti a z toho důvodu slibují další, zbytečnou léčbu. V takových případech si pacient nemusí uvědomovat své hranice a nemusí dojít k vnitřnímu klidu a připravenosti na smrt, protože bude pořád věřit slovům lékaře, že má naději na uzdravení. Pacient tak díky nevyzrálosti lékaře může zemřít nepřipravený, nesmířený, nerozloučený...

## **Závěr**

V bakalářské práci jsem se chtěla věnovat tematicce umírání, jelikož je v dnešní společnosti stále do velké míry tabuizována. Cílem teoretické části bylo proniknout do problematiky umírání a představit terénní hospicovou péči jako možnou alternativu k pokojnému a důstojnému odchodu.

Hlavním cílem praktické části bylo zjistit, zda domácí hospice chtějí předcházet marginalizaci, čili sociálnímu vyloučení nemocných a jejich blízkých. Tento cíl se do velké míry naplnil, neboť většina respondentů uvedla, že je v jejich zájmu marginalizaci předcházet. Domácí hospic posiluje vztahy mezi rodinou a nemocným a se snaží o to, aby byl pacient v láskyplném domácím prostředí. Přesně to vystihl jeden respondent, který uvedl, že umírání v nemocnici za plentou je největší možná marginalizace a domácí hospic je toho pravým opakem.

Jako dílčí cíle jsem chtěla zmapovat motivy práce v domácím hospici, zkrátka šlo o to zjistit, proč se pracovníci hospice touto péčí zabývají, co je k tomu vedlo, jaké jsou jejich cíle a s jakými se setkávají problémy. Z vyplněných dotazníků vyšlo najevo, že hlavním motivem pro poskytování péče je sociální cítění. Pracovníci chtějí poskytovat klientům kvalitní komplexní péči, zbavovat je bolesti a utrpení a za každou cenu zachovávat jejich důstojnost. Chtějí zajistit, aby pacienti umírali doma, kde budou obklopani láskou svých nejbližších tak, aby se vyhnuli sociálnímu vyloučení. V dotazníku byl vyzdvihován multidisciplinární tým, protože i když je snaha jednotlivce jakkoliv veliká, sám na to nestačí. Na této péči se musí podílet tým lidí, kteří mají společné cíle a představy a jsou ochotni obětovat svůj čas a síly pro úspěšnost péče. Úspěšnost v tomto smyslu znamená klidný a důstojný odchod. Myslím, že cíle práce se mi podařilo naplnit.

Přiznám se, že než jsem začala psát tuto práci, jsem o problematice umírání a možnostech hospicové péče neměla velký rozhled. Díky této práci a realizaci výzkumu jsem spoustu věcí pochopila a budu se snažit tuto myšlenku šířit tak, aby jí pochopili i ostatní.

## Seznam použitých zdrojů

### Monografie

1. BYOCK, Ira. *Dobré umírání : Možnosti pokojného života*. Vyd. 1. Praha : Cesta domů, 2005. 328 s. ISBN 80-7021-79-9.
2. HEARNOVÁ, Felicity. *Sociálně vyloučené a zranitelné skupiny uživatelů služeb*. FIRTHOVÁ Pam, et al. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Vyd. 1. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. s. 159 – 172. ISBN 80-87029-21-3.
3. HOLEKSOVÁ, Taťána. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2002. 92 s. ISBN 80-247-0212-6.
4. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha : Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
5. JOHNSTONOVÁ, Gail. Sociální smrt. In PAYNEOVÁ Sheila, et al. *Principy a praxe paliativní péče*. Vyd. 1. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 371 – 382. ISBN 80-87029-25-1.
6. KABELKA Ladislav. *Model Charitní domácí paliativní péče*. Manuskript. Vydala charita České republiky. V osobním archivu autorky.
7. KABELKA Ladislav. *Koncepce domácí hospicové paliativní péče charity Česká republika*. Manuskript. Vydala charita České republiky. V osobním archivu autorky.
8. KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno : Littera, 2007. 112 s. ISBN 80-85763-36-2.

9. KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. Vyd. 1. Hradec Králové : Signum Unitatis, 1992. 135 s. ISBN 80-85439-04-2.
10. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Vyd. 1. Praha : Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
11. OPATRŇÝ, Michal. OPATRŇÁ, Marie. Nemocní v terminálním stadiu. In MARTINEK, Michael a kol. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. 2008. s. 146 – 153. ISBN 80-904137-2-6.
12. SLÁMA, Ondřej. KABELKA, Ladislav. VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína pro praxi*. Vyd. 1. Praha : Galen, 2007. 362 s. ISBN 80-7262-505-5.
13. STRAKOVÁ, M. et al. *Domácí paliativní péče*. Manuskript. Vydává charita České republiky. V osobním archivu autorky.
14. STUDENT, Johann-Christoph, et al. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Vyd. 1. Praha : H&H Vyšehradská, 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1.
15. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Vyd. 2. Praha : Ecce homo, 1995. 144 s. ISBN 80-902049-0-2.
16. ŠRAJER, Jindřich. *Studijní text k předmětu Teologicko – etická kritéria*. Manuskript. V osobním archivu autorky.

## **Elektronické dokumenty**

1. B. A. *Co je paliativní péče, léčba a medicína?* [online]. Hospice.cz. Citováno dne 15. 2. 2010. Dostupné z WWW: <http://hospice.cz/hospice1/paliativ.html>.
2. B. A. Hospice.cz [online]. Citováno dne 4. 3. 2010. Dostupné z WWW: <http://www.hospice.cz/hospice1/org.php>.
3. B. A. *Hospice v ČR* [online]. Osobniasistence.cz. Citováno dne 4. 3. 2010. Dostupné z WWW: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=6#domhosp>.
4. B. A. *Sbírka předpisů České republiky*. Sbirka.cz [online]. Citováno dne 3. 3. 2010. Dostupné z WWW: <http://www.sbirka.cz/POSL4TYD/NOVE/09-472.htm>.
5. B. A. *Zařazení nového kódu 06349* [online]. Domaci-pece.eu. Citováno dne 3. 3. 2010. Dostupné z WWW: <http://www.domaci-pece.eu/news/zarazeni-noveho-kodu-06349/>.
6. KUŘE, Josef. *Filosofické poznámky k legislativě paliativní péče* [online]. Solen.cz. Citováno dne 18. 1. 2010. Dostupné z WWW: <http://www.solen.cz/pdfs/prs/2004/04/04.pdf>.
7. MISCONIOVÁ, Blanka. *Historie domácí péče* [online]. Domaci-pece.info. Citováno dne 26. 2. 2010. Dostupné z WWW: <http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece->.
8. PINKAVOVÁ, Hana. *Multidisciplinární spolupráce* [online]. Hospice.cz. Citováno dne 25. 2. 2010. Dostupné z WWW: <http://hospice.cz/hospice1/index1.php>.

9. SLÁMA, Ondřej, et al. *Umírání a paliativní péče v ČR* [online]. Hospice.cz. Citováno dne 20. 2. 2010. Dostupné z WWW: <http://hospice.cz/hospice1/data/umirani.pdf>.

10. ŠPINKOVÁ, Martina. *Kudy kudy cestička, aneb existuje budoucnost pro mobilní hospice v Čechách?* [online]. Cestadomu.cz. Citováno dne 1. 3. 2010. Dostupné z WWW: <http://www.cestadomu.cz/detail-clanek/kudy-kudy-cesticka-aneb-existuje-budoucnost-pro-mobilni-hospice-v-cechach.html>.

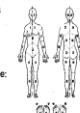


## **Seznam příloh**

- Příloha I. Seznam dokumentace domácí hospicové péče
- Příloha II. Zavedení signálního kódu 06349, vydalo Ministerstvo zdravotnictví
- Příloha III. Souhlas k použití informací
- Příloha IV. Dotazník

## Příloha I. Seznam dokumentace domácí hospicové péče

1. vstupní anamnéza
2. polohování
3. sledování strachu, úzkosti a nevolnosti
4. bilance tekutin
5. dekurz
6. záznam zdravotní péče
7. ošetrovatelský plán
8. realizace ošetrovatelského plánu
9. plán a realizace péče o rány
10. edukační záznam
11. individuální plán sociální péče
12. psychologický profil
13. spirituální péče

Vstupní anamnéza			
Jméno: _____ Příjmení: _____		Adresa: _____	
Ošetrování na pláni klientůvky: _____		Rodné číslo: _____ Pojišťovna: _____	
Ošetřující lékař: _____		Č. OP: _____	
Prvními sestry: _____		Praktický lékař: _____	
		Telefon: _____	
Pacient výslovně souhlasí s informováním těchto osob: Číslo telefonu: _____ Vztah: _____			
Očekávání pacienta/pacientky od mobilní hospicové péče. Pláni ve smyslu odstoupení od léčby. Očekávání blízkých osob/osobní pláni: _____			
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
<b>Alergie</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Alergen: _____ Vědomí/orientace <input type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> orientován/a <input type="checkbox"/> porucha vědomí <input type="checkbox"/> dezorientován/a		<b>Bolest</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne lokalizace:  intenzita: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
<b>Přehledný stav</b> <input type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> nespolupracuje <input type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> apatický <input type="checkbox"/> agresivní <input type="checkbox"/> rozrušený (jedná-li se o zmatenost, proved' zkrácený mentální bodovací test de Galinda)		<b>Soběstačnost/pohyblivost</b> <input type="checkbox"/> soběstačný/á <input type="checkbox"/> soběstačný/á s pomocí <input type="checkbox"/> nesoběstačný/á pomoc nutná při: <input type="checkbox"/> chůzi <input type="checkbox"/> jídle <input type="checkbox"/> hygieně <input type="checkbox"/> oblékání	
<b>Spánek</b> narušený <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne užívá léky na spánek: _____ jaké: _____		<b>Významný handicap/pomůcky:</b> <input type="checkbox"/> vadí sluch <input type="checkbox"/> berle, hůl <input type="checkbox"/> sluchadlo <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> vada řeči <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> panáka <input type="checkbox"/> vada zraku <input type="checkbox"/> pánež <input type="checkbox"/> brýle/čochy <input type="checkbox"/> plegie jiné: _____	
<b>Dýchání</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> astma <input type="checkbox"/> kašel <input type="checkbox"/> kouření <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> klidová <input type="checkbox"/> námahová		<b>Výživa/hydratace</b> <input type="checkbox"/> soběstačný/á <input type="checkbox"/> nesoběstačný/á <input type="checkbox"/> enterální sonda zavedena dne: _____ <input type="checkbox"/> parenterální kanyla zavedena dne: _____ <input type="checkbox"/> diabetik <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne dětské omezení: _____ dítě: _____ <b>Vyprazdňování</b> problémy s močením <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne jaké: _____ MK zaveden dne: _____ problémy se stolicí <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne jaké: _____ Užívá projímadla (jaká): _____	
		<b>Kůže</b> změny na kůži <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> oparzeniny <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> skřízím <input type="checkbox"/> dekulitáto Stupeň: 1) zarvenání 2) tvorba puchýřů 3) hluboké poškození 4) kůže a tkáň 5) dekulitáto na kost, nekróza	
		<b>Rizika</b> <input type="checkbox"/> riziko pádu <input type="checkbox"/> riziko poruchy kůže integrity <input type="checkbox"/> riziko malnutrice <input type="checkbox"/> riziko bolesti <input type="checkbox"/> riziko vyčerpání pečující osoby <input type="checkbox"/> jiné: _____ <b>Schopnost edukace</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Téma: _____ <b>Náboženství, víra (volitelné)</b> <input type="checkbox"/> aktivně věřící <input type="checkbox"/> pasivně věřící <input type="checkbox"/> nevěřící <input type="checkbox"/> Nedávající <input type="checkbox"/> pouze pokřtěn <input type="checkbox"/> přeje si duchovní pomoc, koho: _____ vyznání: _____	
		<b>Jiná sdělení/hodnocení šetření</b> Šetření provedl/a: _____ Datum/hodina: _____	



### Bilance tekutin a stravy



Jméno:			Příjmení:			Rodné číslo:																
datum:	Příjem tekutin	Výdej tekutin	Strava			datum:	Příjem tekutin	Výdej tekutin	Strava													
			Snídaně:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Snídaně:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Svačina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svačina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Oběd:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oběd:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Svačina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svačina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			I. Večeře:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I. Večeře:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			II. Večeře:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II. Večeře:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Celkem:	Celkem:				Celkem:				Celkem:				Celkem:				Celkem:				
datum:	Příjem tekutin	Výdej tekutin	Strava			datum:	Příjem tekutin	Výdej tekutin	Strava													
			Snídaně:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Snídaně:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Svačina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svačina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Oběd:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oběd:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Svačina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svačina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			I. Večeře:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I. Večeře:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			II. Večeře:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II. Večeře:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Celkem:	Celkem:				Celkem:				Celkem:				Celkem:				Celkem:				
datum:	Příjem tekutin	Výdej tekutin	Strava			datum:	Příjem tekutin	Výdej tekutin	Strava													
			Snídaně:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Snídaně:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Svačina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svačina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Oběd:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oběd:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Svačina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svačina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			I. Večeře:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I. Večeře:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			II. Večeře:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II. Večeře:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Celkem:	Celkem:				Celkem:				Celkem:				Celkem:				Celkem:				
datum:	Příjem tekutin	Výdej tekutin	Strava			datum:	Příjem tekutin	Výdej tekutin	Strava													
			Snídaně:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Snídaně:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Svačina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svačina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Oběd:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oběd:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Svačina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svačina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			I. Večeře:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I. Večeře:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			II. Večeře:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II. Večeře:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Celkem:	Celkem:				Celkem:				Celkem:				Celkem:				Celkem:				

Bilance tekutin a stravy

Verze: 1 - 12

### Dekurz



Jméno:		Příjmení:		Rodné číslo:	
DG..					
Datum					
TT					
TKP					
Invazivní vstupy (PŽK, CŽK, PMK)					
Dřívý rečony					
ORIATY					
PARENT PODANI					
LÉKY PER OS					
JINÉ ORDNANČE					
Ordinováno					
Aplikováno					

Dekurz

1/2017

Verze: 1 - 12

### Záznam zdravotní péče



Jméno:		Příjmení:		Rodné číslo:	
Den/hod.	Hodnocení	Podpis	Den/hod.	Zápia multidisciplinárního týmu/Epikriza	Podpis

Záznam zdravotní péče  
1. strana

Verze 1.1.10

### Ošetřovatelský plán



Jméno:		Příjmení:		Rodné číslo:				
Datum (stavěná)	Ošetřovatelská diagnóza	Ošetřovatelský cíl	Ošetřovatelský plán	Datum (stavěná)	Ošetřovatelská diagnóza	Ošetřovatelský cíl	Ošetřovatelský plán	Datum (stavěná)
č. dg. 1	<p><b>strach, úzkost, pocit osamělosti z důvodu:</b>                      čilové deprivace                      tělesné a sociální izolace                      nedostatečné informovanosti                      obav ze smrti                      bolesti</p>	<p>☐ klient/ka si uvědomuje příčinu strachu                      ☐ zhoršení reálné danou situací</p>	<p>☐ věmá si poruch spánku, stupně úzkosti, neklidu, chuti k jídlu                      ☐ informy klient/ka o výkonech, koordinaci plánu                      ☐ zajistí kontakt s přáteli, rodinou                      ☐ zajistí přístup k sebepečí                      ☐ sleduj bolesti zaoč klient/ka do různých činností                      ☐ zajistí spolupráci s psychologem a duševním</p>	č. dg. 8	<p><b>PR poruchy/porucha kožní integrity z důvodu:</b>                      poruchy výživy                      onemocnění kůže                      defektu (prorůstající rány)                      imobility                      operační rány</p>	<p>☐ klient/ka má neponušenou, dostatečnou krevnou, hydratovanou kůži                      ☐ nepociťuje bolest</p>	<p>☐ proved klasifikaci die Nortonovu                      ☐ stanov plán a zajistí pomůcky                      ☐ zjisti vyvolávající příčinu patologického projevu                      ☐ dále viz plán prevence/péče</p>	č. dg. 6
č. dg. 2	<p><b>porucha spánku z důvodu:</b>                      bolest                      úzkost                      psychického stresu</p>	<p>☐ klient/ka zná příčinu poruchy spánku                      ☐ konstatuje zlepšení spánku</p>	<p>☐ sleduj spánek                      ☐ zajistí úpravu úžky a vyvětrání pokoj                      ☐ aplikuj ordinované hypnotika, sedativa, sleduj účinnost                      ☐ zajistí noční klid</p>	č. dg. 7	<p><b>porucha výživy z důvodu:</b>                      nauzei, sníženého P potavy                      nechutenství, poruchy polykání, mechanické přetížení</p>	<p>☐ klient/ka má zajistěnou nutriční výživu                      ☐ je schopna P potavy, je hydratován,                      ☐ dojde k optimálnímu zvýšení hmotnosti</p>	<p>☐ zjisti stravovací návyky                      ☐ zajistí, výběr vhodné diety                      ☐ zajistí vhodnou polohu při krmání                      ☐ sleduj P potavy, tekutin                      ☐ informy o hygieně DÚ</p>	č. dg. 5
č. dg. 3	<p><b>bolest z důvodu:</b>                      nádorového onemocnění                      operačního výkonu                      dekubitů</p>	<p>☐ klient/ka chápe příčinu bolesti                      ☐ udává zmírnění bolesti                      ☐ neudává pocit bolesti</p>	<p>☐ včas diagnostikuj bolest                      ☐ zjisti lokalizaci, trvání, stupeň bolesti                      ☐ sleduj účinnost ordinovaných analgetik                      ☐ informy o úlevové poloze, prevenci bolesti (kompresní rány při oláčení, vestování, změně polohy)</p>	č. dg. 9	<p><b>porucha vyprazdňování stolice z důvodu:</b>                      zácpa                      průjem                      meteorismus                      inkontinence                      operační výkon</p>	<p>☐ klient/ka netrpí zácpou                      ☐ pravidelně se vyprazdňuje</p>	<p>☐ zaznamená frekvenci a charakter stolice                      ☐ zjisti, zda je přítomna bolest, křeče, zvýšená TT, příměsy ve stolici                      ☐ zajistí péči o PMK, hygienu genitálií                      ☐ počů v vhodném výběru stravy, důležitosti pitného režimu                      ☐ zjisti účinnost podávaných léků                      ☐ zajistí aktivity, pasivní cvičení, relaxaci</p>	č. dg. 4
č. dg. 4	<p><b>zhoršení celkového stavu z důvodu základního onemocnění:</b>                      poruchy vědomí                      bolesti                      psychické poruchy                      imobility                      mechanické zábrany</p>	<p>☐ klient/ka je soběstačný                      ☐ je seznámen s možností externí pomoci</p>	<p>☐ informy o možnostech sebepečí                      ☐ péči o DÚ, masáž kůže                      ☐ zajistí podávání stravy, krmení, příjem tekutin                      ☐ sleduj vyprazdňování tlustého střeva, močového měchýře                      ☐ aktivně zapojuj rodnu</p>	č. dg. 8	<p><b>porucha vyprazdňování močového měchýře z důvodu:</b>                      obstrukce                      defektu                      psychologické alterace</p>	<p>☐ klient/ka chápe vyvolávající příčinu, postupuje ke zmírnění následků                      ☐ má navozené fyziologické vyprazdňování</p>	<p>☐ sleduj P.V tekutin, barvu, příměsi                      ☐ porobuzuj přirozené reflexy vyprazdňování                      ☐ zajistí péči o PMK</p>	č. dg. 5
č. dg. 5	<p><b>imobilizační syndrom z důvodu:</b>                      bolest                      imobilizace                      poruchy vědomí                      somatické, duševní poruchy</p>	<p>☐ klient/ka má neponušenou, hydratovanou kůži                      ☐ nemá otoky, bolesti                      ☐ aktivně se podílí na sebepečí</p>	<p>☐ zhodnot stupeň rizika imobilizačního syndromu                      ☐ zajistí aktivní RHB                      ☐ proveď nějaké sebepečí, zajistí polohování, včasnou mobilizaci, aktivizaci</p>	č. dg. 9	<p><b>porucha vyprazdňování močového měchýře z důvodu:</b>                      obstrukce                      defektu                      psychologické alterace</p>	<p>☐ klient/ka chápe vyvolávající příčinu, postupuje ke zmírnění následků                      ☐ má navozené fyziologické vyprazdňování</p>	<p>☐ sleduj P.V tekutin, barvu, příměsi                      ☐ porobuzuj přirozené reflexy vyprazdňování                      ☐ zajistí péči o PMK</p>	č. dg. 4

Ošetřovatelský plán  
1. strana



## Edukační záznam



Jméno:		Příjmení:		Rodné číslo:	
Téma edukace					
1 výživa	5 poučení o medikaci sestrou	9 edukace diabetika			
2 sebezpečí	6 péče o invazivní vstupy	10 edukace o vedení záznamů (bolesti, polohování, stravy)			
3 dialýzy	7 péče o stomii	12 pohybový režim			
4 užívání pomůcek	8 péče o ránu				
Edukace					
DATUM/HOD:	TÉMA	KOMUNIKAČNÍ BARIÉRY	REAKCE PACIENTA	POUŽITÉ METODY	PRŮBĚH EDUKACE
<input type="checkbox"/> pacienta/ky <input type="checkbox"/> rodiny		<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> fyzická <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	podpis edukujícího    podpis edukovaného
<input type="checkbox"/> pacienta/ky <input type="checkbox"/> rodiny		<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> fyzická <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	podpis edukujícího    podpis edukovaného
<input type="checkbox"/> pacienta/ky <input type="checkbox"/> rodiny		<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> fyzická <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	podpis edukujícího    podpis edukovaného
<input type="checkbox"/> pacienta/ky <input type="checkbox"/> rodiny		<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> fyzická <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	podpis edukujícího    podpis edukovaného

Edukační záznam

## Individuální plán sociální péče



Jméno:		Příjmení:		Rodné číslo:	
Datum setření:		Klíčový pracovník:		Vzdělání, povolání:	
Rodinná anamnéza (životní partner, manžel/ka, děti, další příslušníci, přátelé, sousedé)			Důležité životní události:		
Zájmy spolky, jiné společenské aktivity:			Oblíbené činnosti:		
Individuální plán sociální péče					
Den/hod	Cíl péče	Způsob naplnění cílů	Realizace individuálního plánu	Zhodnocení naplnění plánu	Podpis

Individuální plán sociální

## Psychologický profil



Jméno:		Příjmení:		Rodné číslo:	
<b>Klient/ka</b>			<b>Bližké osoby:</b>		
Zaměstnání:			Osoby blízké, vztahy:		
Zájem:					
Diagnóza (jak dlouho):					
Vědomí:			Interakce:		
Kontaktní a jak:					
Kognitivní schopnosti:			Potřeby blízkých osob:		
Emoce:					
Postoj pacienta k nemoci:					
Důležitá témata:					
Fáze dle E. Kübler-Ross:			Fáze dle E. Kübler-Ross:		

Psychologický profil  
1. vydání

Verze 1.0.0

## Spirituální péče



Jméno:		Příjmení:		Rodné číslo:	
<b>Náboženství, víra klienta/ky</b>			<b>Bližké osoby:</b>		
<input type="checkbox"/> aktivně věřící		<input type="checkbox"/> vyznání:			
<input type="checkbox"/> přeje si duchovní pomoc, koho:					
<input type="checkbox"/> pasivně věřící		<input type="checkbox"/> hledající		<input type="checkbox"/> pouze pokřtěn	
Farnost/sbor/společnost:					
Jméno a příjmení + kontakty na duchovní správce:					
Přeje si klient/ka návštěvu duchovní osoby a proč?:					
Přijal světitost nemocných a kdy (pro katolickou a pravoslavnou církev):					
Duchovní potřeby a přání (eucharistie, žetba, modlitby, návštěvy, společnost, atd.):					
Návštěva duchovního proběhla dne:					
Udělení svátosti proběhlo dne:					

Spirituální péče  
1. vydání



## **Příloha II. Zavedení signálního kódu 06349, vydalo Ministerstvo zdravotnictví**

V souvislosti s vyhláškou MZ č. 472/2009 Sb., kterou se vydává novela Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

### **stanovují**

podmínky a postup pro nasmlouvání a úhradu domácí zdravotní péče o pacienty v terminálním stádiu nevyléčitelné nemoci.

S účinností od 1. 1. 2010 je v autorské odbornosti 925 – sestra domácí zdravotní péče v SZV uveden nový výkon 06349 „Signální kód - ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stavu“, který nemá časovou, ani bodovou hodnotu. Signalizuje péči o pacienta v terminálním stavu a současně v SZV ruší OF („omezení frekvencí“) u tzv. časových výkonů sester domácí zdravotní péče (odbornost 925) v případech indikace paliativní péče o pojištěnce v terminálním stavu v jeho vlastním domácím prostředí.

Signální kód nemůže být indikován sám o sobě, ale vždy jen s dalšími výkony vlastní domácí zdravotní péče (výkony odbornosti 925). Podmínky pro jejich úhradu vyplývají z § 22, odstavce a), zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.

### **Čl. 1**

**Předpokladem pro oprávněnou úhradu časových výkonů odbornosti 925 u pacientů identifikovaných naším IS pomocí kódu 06349 je:**

- odůvodněná indikace ošetřujícího lékaře, vyplývající z řádně popsaného zdravotního stavu, doloženého výsledky příslušných vyšetření v související zdravotnické dokumentaci a informovaným souhlasem osoby blízké, případně jiné osoby pečující o pacienta  
a současně
- stav, kdy uzdravení již není reálné a smrt lze očekávat v relativně blízké době. Jde o nevyléčitelně nemocné pojištěnce, u kterých již byla ukončena kurativní léčba a další léčba je péče paliativní – tu v případě domácí zdravotní péče tvoří souhrn ošetrovatelských a rehabilitačně-ošetrovatelských činností s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací.

### **Čl. 2**

**Rozšíření nasmlouvaného souboru výkonů o výkon 06349 lze pouze při splnění těchto podmínek:**

- 1) na základě písemné žádosti SZZ,

- 2) jedná se o pracoviště smluvní odbornosti 925,
- 3) SZZ musí prokázat schopnost zajišťovat zdravotní péči v nepřetržité dostupnosti (tj. 7 dní v týdnu, 24 hod. denně + potřebný počet 5,0 přepočtených celých úvazků, jako nejmenší personální kapacita pracoviště). U již existujících SZZ je třeba individuálně ověřit skutečný rozsah a strukturu poskytované péče podle vykázaných výkonů v r. 2009,

platnost kódu 06349 bude omezena na dobu určitou, tj. na dobu 1 roku. Po vyhodnocení frekvence a související vykázané péče u takto signalizovaných pacientů pak bude rozhodnuto o nasmlouvání tohoto výkonu pro další období – ve vazbě na bod 3,

- 4) doporučuje se absolvování odborných kurzů pro poskytování péče pacientům v terminální fázi v nejbližším možném termínu (do konce roku 2010),

a dále v souladu s díkci platného seznamu zdravotních výkonů, resp. vyhlášky č. 472/2009 Sb., Kapitolou 4 – další pravidla pro vykazování výkonů řazená podle jednotlivých autorských odborností, odst. 46 – 925 – domácí zdravotní péče:

Výkon číslo	Název
06349	Signální kód – ošetřovatelská péče o pacienta v terminálním stavu

**lze vykázat spolu s výkony:**

1. Ošetřovací návštěva – domácí zdravotní péče – typ I
2. Ošetřovací návštěva – domácí zdravotní péče – typ II
3. Ošetřovací návštěva – domácí zdravotní péče – typ III
4. Ošetřovací návštěva – domácí zdravotní péče – typ IV
5. Fyzická asistence při poskytování domácí zdravotní péče
6. Vyšetření stavu pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí
7. Odběr biologického materiálu
8. Aplikace ordinované parenterální terapie pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolesti
9. Ošetření stomií
10. Lokální ošetření
11. Klyksma, výplachy, cévkování, laváže, ošetření permanentních katetrů
12. Aplikace inhalační a léčebné terapie p. o., s. c., i. m., i. v., UV event. další způsoby aplikace terapie či instilace léčiv
13. Výkon sestry v době od 22. hod. do 6 hod.
14. Výkon sestry v den pracovního klidu nebo pracovního volna.

**V takovém případě neplatí omezení frekvence u těchto výkonů uvedené a výkony jsou vykazovány s frekvencí odpovídající aktuální potřebnosti na základě předpisu ošetřujícího lékaře.**

### Čl. 3

Rozhodnutí, že pacient je v terminálním stavu vyžadujícím změnu frekvence ošetřovatelské péče náleží registrujícímu praktickému lékaři, registrujícímu praktickému lékaři pro děti a dorost, ošetřujícímu lékaři při hospitalizaci a ošetřujícímu lékaři poskytujícímu ambulantní

specializovanou zdravotní péčí. Předmětem indikace je jednak vykazání signálního kódu, jednak potřebná frekvence ošetrovatelské intervence.

#### Čl. 4

**Podmínkou pro realizaci** požadavku ošetrujícího (indikujícího) lékaře na domácí zdravotní péči o pacienta v terminálním stádiu je dodržení podmínek smluvně závazné metodiky pro pořizování a předávání dokladů, tedy převzetí dokladů jen, pokud bude jasná a konkrétní specifikace časových kódů výkonů, aby nedocházelo k realizaci a vykazování domácí zdravotní péče, která je de facto péčí sociální.

#### Čl. 5

**Podmínkou pro indikaci** domácí zdravotní péče u nemocného v terminální fázi onemocnění je, že

- pacient a osoby blízké, případně jiné osoby pečující o pacienta jsou seznámeni s vážností stavu a s poskytováním paliativní péče v domácím prostředí pacienta souhlasí,
- jedná se o pacienta v terminálním stavu (s předpokladem dožití nepřesahujícím zpravidla několik dnů či týdnů),
- výkon indikuje registrující praktický lékař nebo ošetrující lékař při hospitalizaci (nejdéle však kalendářních 14 dnů po ukončení hospitalizace) nebo jiný ošetrující lékař (§ 22, odst. a) dle zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění).
- indikující lékař vydá souhlas s použitím kódu 06349 v rozsahu 30 dnů; v případě požadavku na překročení tohoto časového omezení požádá o schválení prodloužení revizního lékaře na Žádance o schválení (povolení) - dokladu 21
- indikující lékař na dokladu 06 – Poukaz na vyšetření/ošetření DP stanoví počet denních návštěv u pacienta, včetně jednoznačné specifikace zdravotní péče, Souhrnná časová dotace nepřesáhne 6 hod/den. Ve výjimečných případech, pokud bude nutná delší přítomnost u pacienta než těchto 6 hodin, musí to být zvlášť lékařem schváleno a ve zdravotnické dokumentaci zdůvodněno.

### **Příloha III. Souhlas k použití informací**

**Souhlasím s tím, aby informace, které jsem během rozhovorů poskytla  
studence Petře Pflégrové, byly použity v její bakalářské práci.**

**22. 2. 2010**

**v Českých Budějovicích**

  
**Městská charita České Budějovice**  
Centrum Komplexní domácí péče (14)  
Charitní ošetrovatelská služba  
Resslova 27  
370 04 České Budějovice  
Tel.: 387 201 608

#### **Příloha IV. Dotazník**

Dobrý den, jmenuji se Petra Pflugrová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Sociální a charitativní práce Teologické fakulty na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Předkládám Vám dotazník, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Zavedení terénní hospicové péče“ a prosím Vás tímto o jeho vyplnění. Dotazník je anonymní a uvedené údaje budou použity pouze pro výzkumnou část bakalářské práce. Vhodnou odpověď zakroužkujte, nebo napište svými slovy. Předem Vám děkuji za spolupráci.

#### **Dotazník pro pracovníky domácí hospicové péče**

1. Jaké je vaše pohlaví?
  - a) žena
  - b) muž
  
2. Jaký je váš věk?
  - a) do 20 let
  - b) 20 – 29
  - c) 30 – 39
  - d) 40 – 49
  - e) 50 – 59
  - f) 60 let a více
  
3. Jaká je vaše praxe s domácí hospicovou péčí?
  - a) méně než rok
  - b) 1 – 5 let
  - c) 6 – 10 let
  - d) více než 10 let

4. Co považujete v práci s umírajícími za nejdůležitější?
  - a) aby pacient netrpěl bolestmi a necítil se nedůstojně
  - b) komunikaci s rodinou (jak se chovat, co dělat), aby se pacient necítil na obtíž
  - c) aby byl pacient v laskavé péči v domácím, a ne cizím prostředí
  - d) navození pocitu důvěry mezi pacientem a doprovázejícím, sdělovat nemocnému pravdivé informace
  
5. Jaký motiv Vás k práci v domácím hospici vedl?
  - a) snížit riziko marginalizace u pacienta, posilovat vztahy v rodině, aby si pacient nepřipadal sám a na obtíž
  - b) minimalizovat utrpení pacientů v terminálním stádiu a zajištění pokojné smrti
  - c) v okolí nebyl žádný domácí hospic, který by mohl poskytnout klientům kvalitní dožití v domácím prostředí
  - d) jiné (uveďte jaké) .....
  
6. Uveďte tři základní cíle domácí hospicové péče, které jsou pro Vás nejdůležitější.
  - a) .....
  - b) .....
  - c) .....

7. S jakými problémy se domácí péče nejčastěji potýká?
- a) rodina se nechce/nemůže o nemocného starat
  - b) rodina by se o nemocného ráda starala, ale bylo by to pro ni časově velmi náročné
  - c) pacient nechce zůstat v domácím prostředí
  - d) jiné (uved'te jaké) .....
8. Je ve Vašem zájmu a silách předcházet marginalizaci - sociálnímu vyloučení Vašich klientů a jejich blízkých?
- a) ne
  - b) spíše ne
  - c) ano
  - d) spíše ano

Uvedl/a jste-li odpověď c/d, stručně vysvětlete.

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

Velice Vám děkuji za Váš čas.

Petra Pflegrová

## **Abstrakt**

PFLEGROVÁ, P. *Zavedení terénní hospicové péče*. České Budějovice 2010. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce M. Opatrný.

**Klíčová slova:** umírání, hospicová péče, domácí hospic, komplexní péče, marginalizace, multidisciplinární tým, rodina, kvalita života, důstojnost.

Práce se zabývá myšlenkou umírání nemocných v terminálním stádiu v domácím prostředí. V teoretické části jsou popisovány pojmy související s umíráním a s péčí o umírající, stejně jako možné riziko marginalizace, které je s umíráním spojené. Dále se zmiňuji o paliativní péči ve formě mobilního hospice, jehož nedílnou součástí je multidisciplinární tým, který by se měl snažit v co největší míře marginalizaci předcházet. Uvádím zde také problematiku eutanázie v kontrastu s využitím paliativní péče. Poslední téma v teoretické části se zabývá tematikou hospice, historií a současným stavem terénní hospicové péče. V praktické části se pomocí výzkumu snažím zjistit, zda a jakým způsobem mobilní hospice chtějí předcházet marginalizaci. Dalším cílem výzkumu bylo zmapovat motivy, na základě kterých pracovníci v hospici péči poskytují, zjistit cíle poskytované péče a problémy cílům bránící.



## **Abstract**

### **Implementation of hospice fieldwork**

**Key words:** dying, hospice care, home hospice, comprehensive care, marginalization, multidisciplinary team, family, quality of life, dignity.

This work deals with the idea of dying patients in the terminal stage at home. In the theoretical part I describe the concepts relating to the care for the dying and dying itself, as well as the potential risk of marginalization, which is associated with dying. Furthermore, the mention of palliative care in the form of a mobile hospice, with its multidisciplinary team that should try as far as possible to avoid marginalization. There is also the issue of euthanasia, in contrast with the use of palliative care. Hospices are the last topic in the theoretical part, the history and current state of hospice fieldwork. In the practical part I try to determine through research if and how mobile hospice avoid marginalization. Another aim of the research was to map the motives of the workers in hospice care, identify their goals and the problems they must overcome.