

Úroveň vzdělání pracovníků v hospicových zařízeních v rámci Jihomoravského kraje

Bc. Ivana Pospíšilová

Diplomová práce 2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Bc. Ivana Pospíšilová
Osobní číslo: H130017
Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika
Forma studia: kombinovaná

Téma práce: Úroveň vzdělání pracovníků v hospicových
zařízeních v Jihomoravském kraji

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek vztahujících se k celoživotnímu a dalšímu
vzdělávání pracovníků v hospicových zařízeních.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace a diskuze.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BAKOŠOVÁ, Zlatica. Sociálna pedagogika ako životná pomoc. Bratislava: Public promotion, 2008. ISBN 978-80-87182-15-4.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

PARKERS, C., M., RELFOVÁ, M., COULDRICKOVÁ, A. Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-23-7.

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

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

Vedoucí diplomové práce:

doc. PhDr. Mgr. Jaroslav Balvín, CSc.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

7. ledna 2015

Termín odevzdání diplomové práce:

17. dubna 2015

Ve Zlíně dne 7. ledna 2015


doc. Ing. Aněžka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 20.2.2015

Popelka

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

²⁾ Vysoká škola nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Diverzní, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpovídá-li autor takového díla užití svolení bez výjimek dlužno, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího právu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdětku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdětku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Předkládaná diplomová práce je zaměřena na výzkum stavu a možnosti získávání úrovně vzdělání pracovníků v hospicových zařízeních. Dosažená úroveň vzdělání v oblasti specializované paliativní péče přitom velmi úzce souvisí s přístupem pracovníků a kvalitou poskytování péče vůči uživatelům, kteří jsou již v terminálním stádiu nemoci, ale také s poradenstvím pro rodinné příslušníky uživatele. Studium v oblasti paliativní péče dnes představuje získávání zkušeností nejen prostřednictvím kurzů a přednášek, ale zahrnuje také praktická cvičení.

Pracovníci hospicových zařízení, zejména hospiců, mají být připraveni nejen po profesionální, ale i emocionální stránce pečovat o uživatele hospicových zařízení. Tito pracovníci jsou do svého povolání připravováni především studiem na zdravotnických školách, přitom úroveň vzdělání nemusí vždy odpovídat jejich kompetencím.

Na základě výsledků této práce bude možno identifikovat zkušenosti pracovníků v péči o nevyлéčitelně nemocné a umírající a míru naplnění jejich osobních priorit, ve vztahu k úrovni jejich vzdělání.

Klíčová slova: hospicové zařízení, paliativní péče, terminální stádium nemoci, úroveň vzdělání.

ABSTRACT

This diploma thesis is focused on the current research status and the possibility of obtaining the educational level of hospice staff. The educational attainment in specialised palliative care, yet very closely related to the quality of staff and providing aftercare to clients who are already in the terminal stages of illness, but also is related to counselling for family members of the client. Current research in the field of palliative care represents not only acquisition of experience through courses and lectures, but also includes practical exercises.

Hospice staff should provide not only professional but also emotional support in the care for terminally ill patients and loved ones. These workers are prepared for their profession, especially by studying in medical schools, however the level of education does not have to correspond with their competencies.

Based on the results of this work we can identify the experience of hospice staff in the care of people who are terminally ill or people dying alone. Furthermore we can identify the rate of achieving the personal priorities of hospice staff in relation to level of their education

Key words: hospice, palliative care, terminal illness, educational stage.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji panu doc. PhDr. Mgr. Jaroslavu Balvínovi, CSc., za pomoc, ochotu, vstřícnost a podporu při zpracování mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat panu prof. PhDr. Miroslavu Chráskovi CSc., za velmi užitečnou pomoc při zpracování výzkumné části.

Poděkování patří taktéž, paní ředitelce Mgr. Jiřině Večeřové a pracovníkům Domu léčby a bolesti sv. Josefa v Rajhradě, sociální pracovníci Mgr. Haně Margoldové a jejímu týmu z Hospice sv. Alžběty v Brně, vrchní sestře paní Blaženě Hanákové z hospice David za vstřícnou spolupráci a ochotu při zpracování dotazníkového šetření.

V neposlední řadě děkuji panu Ing. Radkovi Matulovi PhD., za užitečné rady a pomoc, které mi poskytl a také své rodině a dětem za velkou dávku tolerance a podpory, bez které bych se neobešla a velice si ji vážím.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 14 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 16 |
| 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA | 18 |
| 1.1 SOUČASNÝ STAV POZNATKŮ | 24 |
| 1.2 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ | 24 |
| 1.2.1 Historie a vývoj hospiců a hospicové péče | 28 |
| 1.2.2 Paliativní péče v hospicových zařízeních..... | 30 |
| 1.2.3 Účel hospicové péče a její formy | 31 |
| 1.3 VZTAH TÉMATU K SOCIÁLNÍ PEDAGOGICE | 34 |
| 2 ÚROVEŇ VZDĚLÁNÍ PRACOVNÍKŮ V HOSPICOVÉ PÉČI | 35 |
| 2.1 PRACOVNÍCI HOSPICOVÝCH ZAŘÍZENÍ A JEJICH POŽADOVANÁ ÚROVEŇ DOSAŽENÉHO VZDĚLÁNÍ..... | 36 |
| 2.2 VZDĚLÁVÁNÍ V PALIATIVNÍ A HOSPICOVÉ PÉČI V ČR | 37 |
| 2.2.1 Vysokoškolské vzdělávání | 38 |
| 2.2.2 Postgraduální vzdělávání..... | 39 |
| 2.2.3 Vzdělávací kurzy a programy..... | 40 |
| 2.2.4 Úroveň vzdělání pracovníků v hospicové péči | 42 |
| 2.2.5 Profesní a emoční připravenost pracovníka k výkonu povolání | 43 |
| 3 LEGISLATIVNÍ ZAKOTVENÍ HOSPICOVÉ PÉČE | 44 |
| 3.1 LEGISLATIVA SOCIÁLNÍCH, ZDRAVOTNICKÝCH A DOBROVOLNICKÝCH SLUŽEB | 44 |
| 3.2 LEGISLATIVNÍ ZAKOTVENÍ LÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH POVOLÁNÍ..... | 46 |
| 3.3 LEGISLATIVNÍ ZAKOTVENÍ NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH POVOLÁNÍ..... | 46 |
| 4 ZHODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU POZNÁNÍ | 48 |
| 5 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI | 49 |
| II PRAKTICKÁ ČÁST | 50 |
| 6 METODOLOGIE | 51 |
| 6.1 PRŮZKUM TERÉNU..... | 51 |
| 6.1.1 Popis zkoumaných hospicových zařízení..... | 52 |
| 6.2 VÝZKUMNÝ CÍL..... | 53 |
| 6.2.1 Výzkumné otázky..... | 53 |
| 6.2.2 Operacionalizace základních pojmů..... | 54 |
| 6.2.3 Stanovení hypotéz | 55 |
| 6.3 POUŽITÁ METODA A TECHNIKA VÝZKUMU..... | 56 |
| 6.3.1 Charakteristika výzkumného souboru | 56 |
| 6.3.2 Způsob sběru dat | 57 |
| 6.3.3 Metoda hodnocení dat | 58 |
| 7 ANALÝZA DAT A JEJICH INTERPRETACE | 59 |

| | |
|---|------------|
| 7.1 IDENTIFIKAČNÍ OTÁZKY | 59 |
| 7.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY | 66 |
| 7.3 HYPOTÉZY | 80 |
| DISKUSE..... | 86 |
| DOPORUČENÍ PRO PRAXI | 89 |
| ZÁVĚR | 91 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 93 |
| SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK | 100 |
| SEZNAM OBRÁZKŮ | 101 |
| SEZNAM TABULEK..... | 102 |
| SEZNAM GRAFŮ | 103 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 105 |

ÚVOD

Někdy nám život přinese krutou ránu osudu a my se musíme loučit se svými blízkými. Neopakovatelná zkušenost nás přivádí k zamyšlení, proč necháváme své blízké umírat v nemocnicích a léčebnách pro dlouhodobě nemocné? Proč se jich neptáme, kde by chtěli zemřít, pokud je to možné? Zříkáme se zodpovědnosti? Je to pro nás zatěžující?

Zamýšlím se nad tím, kolik péče rodiče věnují svému dítěti při narození, jak ho hlídají, aby mu nebylo ublíženo, a kolik času stráví u jeho postýlky, když je nemocné. Pak je tu další důvod k zamyšlení, kolik času my, jako jejich děti, věnujeme nemocnému a umírajícímu rodiči? Kolik času strávíme u jeho lůžka, když nás potřebuje? A nakonec, kolikrát ho pohladíme, než nám odejde?

Na smrt se nedá připravit, je to událost/derniéra, která se už nezopakuje. Problematikou smrti se lidstvo zabývá už odnepaměti. Dříve bylo samozřejmostí, že blízký člověk umíral v domácím prostředí za doprovodu rodiny, přátel a dětí. Nebylo to zatvrzelé tabu, byla to otázka přirozené součásti života.

V první polovině 20. století v důsledku rychlého rozvoje vědy v lékařství se některá smrtelná onemocnění díky prevenci, očkování a antibiotikům začala léčit. Smrt se tedy začala „odsouvat na později“ a zvýšila se tak hranice délky lidského života. Na smrt se pohlíželo jako na nepříjemnost, něco, čeho se zříkáme a odpovědnost za umírajícího a jeho péči směřujeme do různých zařízení.

Na tento negativní postoj reaguje hospicové hnutí. Myšlenka pomáhat umírajícím lidem se zrodila na počátku šedesátých let ve Velké Británii, kde v roce 1967 byl založen první hospic. Účelem hospicové a paliativní péče je především pomáhat umírajícímu v terminálním stadiu nemoci od bolesti a podporovat jeho blízké, aby mohli být na této poslední cestě s ním.

Paliativní medicína je významnou součástí zdravotnické péče a je uznána na akademické úrovni specializačních oborů a tedy také do procesu vzdělávání a ověřování znalostí. V České republice není dostatek lékařských a nelékařských oborů zaměřených na paliativní péči, specializace na paliativní péči se získává formou doplňujících programů a kurzů.

Téma diplomové práce se zabývá úrovní vzdělávání pracovníků hospicových zařízení v Jihomoravském kraji a jejich připraveností pečovat o umírající v terminálním stádiu nemoci.

Cílem takto orientované práce je formou dotazníkového šetření prokázat, zda jsou pracovníci hospicových zařízení v rámci Jihomoravského kraje připraveni nejen po profesní, ale i emoční stránce pečovat o umírající.

První kapitola předkládané práce popíše teoretické zázemí problematiky, kde se současně i vymezí základní pojmy. V následující kapitole bude popsáno, jakým způsobem a kde se mohou pracovníci lékařských a nelékařských oborů vzdělávat v paliativní péči. V poslední kapitole si upřesníme, jak je po formální stránce tato problematika upravena v zákonech. Na závěr bude zhodnocen současný stav řešené problematiky.

Empirická část je zaměřena na kvantitativní výzkum, který se bude opírat o stěžejní pojmy (např. míra času, po kterou mají praxi pracovníci hospicových zařízení, zda se již v minulosti věnovali paliativní péči, míra času, které věnují vzdělávacím programům a důvod výběru zaměstnání). Kvantitativní výzkum je realizován formou dotazníkového šetření, které proběhlo ve třech hospicích v rámci Jihomoravského kraje. Získaná data s pomocí statistických analýz jsou strukturována v kapitole o výzkumných zjištěních, která jsou diskutována v závěru práce.

Práce je zakončena přehledem literárních zdrojů, které byly podrobeny studiu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

Motto Hospice Anežky České:

„...spěchejme milovat lidi, protože rychle odcházejí!... až budeme na konci, nebudeme trpět tím, co jsme špatného udělali, pokud jsme toho litovali, ale tím, že jsme mohli milovat, ale nemilovali jsme, že jsme mohli pomoci, ale nepomohli, že jsme mohli zavolat, ale nezavolali, že jsme se mohli usmát, ale neusmáli, že jsme mohli podržet ruku, ale nepodrželi.“

Jan Twardowski

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

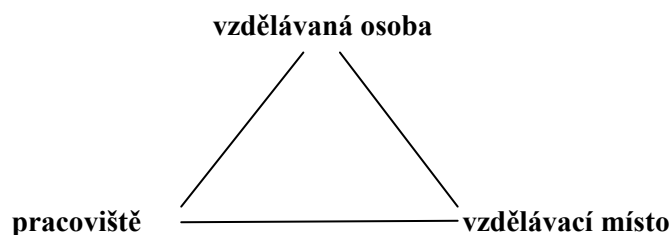
Česká literatura

V České republice se zvolenému tématu práce věnuje několik publikací, které si kladou za cíl přispět ke kvalitě vzdělání a k rozvoji paliativní péče, poskytované umírajícím v hospicových zařízeních. Dále se pak uvedenou problematikou okrajově zabývá také řada ostatních autorů, někteří zde budou uvedeni.

Důležitým informativním zdrojem, který se věnuje oblasti paliativní péče a vzdělání, je národní projekt: „**Podpora rozvoje paliativní péče v České republice**“, který si klade za cíle identifikovat hlavní slabiny současné péče o umírající, informovat o možnostech moderní paliativní péče a navrhnout změny v současném systému v oblasti vzdělání a rozvoje paliativní péče. Nositelem projektu je Hospicové občanské sdružení Cesta domů se spoluprací mnohých hospiců a předních odborníků z České republiky. Výstupy projektu je celkem 6 publikací.

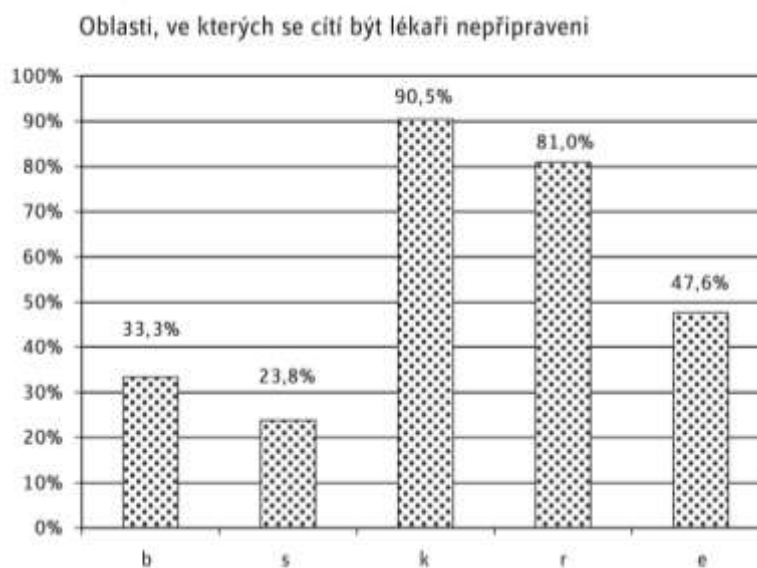
Zásadní publikací (Kalvach, 2002), která se nejvíce dotýká tématu práce, je věnována návrhu vzdělávacích programů pro negraduální a postgraduální přípravu lékařů. Návrh vznikl původně ve Švýcarsku a rozlišuje několik úrovní vzdělání lékařů a vysokoškolských odborníků v paliativní péči a paliativní specialisty. Poukazuje na nedostatek vzdělání v oblasti paliativní péče zdravotníků, kteří poskytují naprostou většinu z objemu paliativní péče na specializovaných lůžkových zařízeních. Vzniká tak potřeba vytvořit vzdělávací programy dle potřeb jednotlivých institucí a typu zařízení. Aby došlo co možná k nejefektivnějšímu vzdělávání v tomto oboru, je nutné propojení tří skupin (obr. 1). Na základě efektivního vzdělávacího systému pak může dojít k urychlení získávání vědomostí a tím pak přispět ke změně zdravotnických profesí v pohledu na utrpení a smrt. Problém nastává ve financování pracovišť, které tyto vzdělávací programy pořádají, jelikož nejsou dotované státem.

„Je důležité přehodnotit dotační politiku. Problematikou hospiců by se intenzivněji měly zabývat pojišťovny a my musíme více pracovat s dárci, přestože na nich to určitě nestojí“, uvádí primář Ladislav Kabelka prostřednictvím Zdravotnických novin. Komplexně by situaci nejspíše vyřešila vyšší podpora za strany ministerstva zdravotnictví a ministerstva práce a sociálních věcí (Zdravotnictví + medicína, ©2012).



Graf 1 Graf efektivního vzdělávání v oboru paliativní péče (Kalvach, 2002)

Další publikace (Kalvach a kol., 2004) zahrnuje zkušenosti z řešení výše uvedeného projektu - např. dotazníkové průzkumy v českých hospicích, anketní šetření o stavu péče nevyléčitelně nemocných a umírajících, také způsob a formy vzdělávání lékařů a zdravotnického personálu v paliativní medicíně a další témata s tím spojených. Zajímavý je průzkum mladých lékařů v oblastech odborné připravenosti (obr. 2). V dotazníkovém šetření uvedli všichni tito lékaři, že poznatky a dovednosti v péči o terminálně nemocné a umírající získané během studia na lékařských fakultách **jsou nedostačující**.



Legenda: **b** = zvládání bolesti, **s** = tlumení ostatních symptomů (dušnost, nevolnost, deprese, zmatenost, úzkost apod.), **k** = komunikace s nevyléčitelně nemocným a jeho rodinou, **r** = medicínské, etické a právní aspekty rozhodování a konci života, **e** = péče o vlastní emoce. Procenta vyjadřují podíl respondentů, kteří uvedli odbornou přípravu na LF v dané oblasti jako nedostatečnou.

Graf 2 Výsledky průzkumu mladých lékařů před 1. atestací z vnitřního lékařství

(Kalvach a kol., 2004)

Další dokument evropského významu (Bystřický, 2003), klade důraz na paliativní péči, definuje základní pojmy v oblasti paliativní péče a shrnuje zkušenosti z mnoha zemí.

Poukazuje, že je třeba vzdělávat veřejnost, včetně pacientů a jejich rodin v paliativní péči. Upozorňuje na rozdíly paliativní péče mezi jednotlivými státy z celkem třiceti pěti evropských zemí v rámci rozvoje paliativní péče, vzdělávání pracovníků a dostupnosti opioidů.

Doporučuje mj., aby vzdělávací programy v oblasti paliativní péče byly začleněny do vzdělávání všech zdravotnických profesí na úrovni prvního cyklu vysokoškolského studia a také začlenění vzdělávacích programů pro odborníky v paliativní péči (Umírání, ©2013).

V další publikaci (Sláma, Špínka, 2004) se uvádí návrh koncepce paliativní péče, která slouží jako pracovní materiál k veřejné a odborné diskuzi. Návrh koncepce vycházející z dosavadních zkušeností vytyčuje cíle dalšího rozvoje v obecné i specializované paliativní péči. Zároveň doporučuje i další kroky, které jsou v tomto rozvoji potřebné. Zabývá se současnou situací a vývojem paliativní péče v ČR. Poukazuje i na to, že mezi nejnaléhavější změny patří potřeba změny ve vzdělávání zdravotníků a dalších pečujících profesí (Cesta domů, ©2014).

Okrajově se tématem práce zabývá i příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů (Kalvach, 2004).



Obr. 1 Respektování lidské důstojnosti (zdroj: www.cestadomu.cz)

Tento sborník je převážně zaměřen na popis modelu důstojnosti seniorů, na základě příspěvků jednotlivých účastníků.

Stěžejními body této publikace je problematika stáří, pojetí důstojností a vliv systému. Ukazuje na to, že lékaři, sestry a sociální pracovníci by měli být schopni poskytovat péči na jisté úrovni. Avšak pokud jim v tom brání nedostatek prostředků, silně to ovlivňuje jejich důstojnost mravní síly. Tématu diplomové práce se tato příručka dotýká ve vztahu respektování lidské důstojnosti, která je jedním z hlavních kritérií paliativní péče (Cesta domů, ©2014).

V neposlední řadě je třeba se zaměřit na publikaci (Radbruch a kol., 2009). Je to návrh, který vychází z analogických standardů v zemích, které mají více jak dvouletou zkušenost s prací mobilního hospice.

Materiál osvětluje koncepci terénní paliativní péče a popisuje základní organizační struktury a postupy při práci mobilních hospiců v ČR. Uvádí, že více jak 75% občanů České republiky si nepřeje zemřít v nemocnicích nebo léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Skutečnost je ovšem taková, že 75% občanů stejně v těchto zařízeních umírá. Hospice a další zařízení na celém světě se proto snaží tuto situaci změnit a nabízet nemocným v závěru života a jejich rodinám potřebnou pomoc.

Standardy domácí hospicové péče rozdělují paliativní péči na obecnou a specializovanou a popisují základní formy specializované paliativní péče, která je nejvíce využívána v hospicových zařízeních (Umírání, ©2013).

Druhý projekt navazující na předchozí uvedený projekt vznikl na základě úvah o smrti. Projekt vznikl ve spolupráci hospicového občanského sdružení Cesta domů v roce 2011. Studie byla zaměřena na problematiku vnímání konce života a umírání a také péče o umírající osoby. Hlavním zjištěním tohoto souboru jsou úvahy o tom, jak populace přemýšlí o smrti. Studie je průřezem, který nám odpovídá na otázky z hlediska péče o terminálně nemocné z pohledu lékařů a zdravotníků a také na otázky spojené s umíráním a smrtí. Uvádí, že podle vyjádření zdravotníků je pouze 19% lékařů obeznámeno s hospicovou péčí. O její neexistenci neví 2%. Na základě dalších zjištění má více jak 66% populace obavy ze samotného konce života. Slovo eutanazie překvapivě zaznělo u dotazovaných na otázku „Co si představíte pod pojmem dobré nebo důstojné umírání?“ jen u 2% případů (Závěrečná zpráva z exkluzivního výzkumu pro Cestu domů, ©2011).

V oblasti kvality a zlepšení péče o nevléčitelně nemocné v pokročilém a terminálním stádiu se v nedávné době věnovala Česká společnost paliativní medicíny (Sláma a kol., 2013). Tuto péči, označovanou jako paliativní, autoři rozlišují i z hlediska úrovně vzdělávání pracovníků na obecnou a specializovanou, z nichž právě specializovaná je aktivní multiprofesní péče poskytovaná pouze v hospicových zařízeních. Obecnou paliativní péči poskytují zdravotníci různých odborností v rámci své rutinní činnosti.

Z české literatury nemůžeme opomenout knihu „*Hospice a umění doprovázet*“ (Svatošová, 2011), která je prvotinou zakladatelky hospicové péče u nás, Marie Svatošové. Kniha se opírá o problematiku diplomové práce jen okrajově, ale velmi podrobně nás seznamuje s doprovázením těžce nemocných v teoretické i praktické rovině, s hospicovým hnutím a myšlenkou hospice.

Paliativní péčí, která velmi úzce souvisí s hospicovou léčbou, se ve své knize, „*Paliativní medicína pro praxi*“, zabývají Ladislav Kabelka, Ondřej Sláma a Jiří Vorlíček et al. (2012). V této publikaci si kladou za cíl, udržet kvalitu života i u pacienta v pokročilém stádiu nemoci. Za zásadní považují rozpoznání potřeb také v oblasti psychické, sociální a duchovní. Přinášejí návody k řešení tělesných (zvracení, zácpa) i psychických (deprese, odmítání přijetí skutečnosti) projevů v pokročilém stádiu nemoci.

Vhodným studijním materiálem v této oblasti jsou i zdravotnické noviny, ve kterých jsou články z konferencí, na kterých se čeští lékaři zabývají nejen paliativní medicínou, ale i vzdělávacími programy, které učí lékaře a zdravotní sestry, jak pracovat s umírajícími a pomáhat od bolesti nevléčitelně nemocným (Zdravotnictví + medicína, ©2012).

Zahraniční literatura

V oblasti úrovně vzdělávání pracovníků v hospicích existuje několik publikací, které se často věnují nevléčitelně nemocným pacientům většinou v terminálním stádiu nemoci. Ve Velké Británii se tohoto tématu dotýkají např. publikace (Callanan and Kelley, 1992) zdravotních sester s dlouholetou praxí v hospicích, které také přednášejí o vědomí blízkosti smrti. V této knize autorky zaznamenávají příběhy umírajících pacientů. Zásadní pro téma diplomové práce v této knize jsou názory pacientů a jejich rodin obecně vůči pečovatelům, profesionálům. Tyto názory uvádějí například rozdílný odborný přístup pečovatелů v oblasti duševní a emocionální změny stavu umírajícího člověka.

Velmi přínosnou v této problematice je i publikace, která se věnuje poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé (Parkers, et al., 1997). Jedná se především o metodiku, jak postupovat nejen při odborné péči umírajících pacientů s těžce nevléčitelnými onemocněními, ale také poradenstvím pro rodinné příslušníky těchto pacientů. Jedna z kapitol se také věnuje péči v hospicích z hlediska odborného vzdělání specializovaného personálu, který musí čelit při své práci řadě rozhodnutí při péči s pacienty s rozdílnými potřebami i psychologické a emocionální podpoře jejich rodinám.

E. Kübler-Rossová byla přední americkou lékařkou, která zasvětila svůj život práci s umírajícími pacienty. V knize „*On Death and Dying*“ (Kübler-Ross, E., 1969) se snaží přinést informace, na základě kterých lze zkvalitnit péči o terminálně nemocné. Pro představu přijetí neodvratitelné skutečnosti, přijetí osudu smrti pacientem předkládá ve své knize *model fáze umírání*, který rozděluje do pěti fází. Ve svém poznatku umírání se snaží vysvětlit, jak umírající prožívá svůj stav. Těmito pěti etapami jsou popírání, hněv, vyjednávání, deprese a přijetí. Popisuje šetrný přístup lékařů při oznámení diagnózy pacientovi, který by měl být vůči pacientovi, ať je jakkoli silný, podáván s určitou nadějí na život.

Tab. 1 Fáze umírání (Kübler-Ross, 1969)

| FÁZE | PROJEVY | CO S TÍM |
|---------------------------------|--|---|
| NEGACE ŠOK POPIRÁNÍ | „Ne, já ne, pro mne to neplatí.“ „To není možné.“ „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“ | Navázat kontakt, získat důvěru. |
| AGRESE HNĚV VZPOURA | „Proč zrovna já.“ „Čí je to vina?“ „Vždyť mi nic nebylo.“ Zlost na zdravé lidi, na zdravotníky, vyčítá nespravedlnost. | Dovolit odreagování, nepohoršovat se. |
| SMLOUVÁNÍ VYJEDNÁVÁNÍ | Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby. | Maximální trpělivost, ale pozor na podvodníky. |
| DEPRESE SMUTEK | Smutek z utrpění ztráty, z hrozící ztráty. Strach z účtování, strach o zajištění rodiny. | Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny) |
| AKCEPTACE SMÍŘENÍ SOUHLAS | Vyrovnaní, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“ „Do Tvých rukou.“ | Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utírat slzu. Pozor- rodina možná potřebuje pomoci víc než pacienti! |

1.1 Současný stav poznatků

Hospicové zařízení patří do skupiny zařízení poskytující paliativní péči. Patří mezi speciální služby poskytující tuto péči, která se zásadně liší od zdravotnické péče, a to z toho důvodu, že paliativní péče již onemocnění neléčí.

Práce se **bude zabývat** zejména hospicovými zařízeními (hospici), jejich rozdělením a úrovní vzdělání pracovníků v paliativní péči, kteří jsou ve styku s uživateli v terminálním stádiu nemoci. Práce se **nebude zabývat** vybavením hospicových zařízení a úrovní vzdělávání nesouvisejících zdravotnických profesí.

V dalších kapitolách jsou uvedeny dosažené úrovně vzdělávání pracovníků, kteří mohou v hospicových zařízeních profesi vykonávat a ukotvení této problematiky v legislativě. V knihách je současný stav vzdělání v paliativní péči řešen okrajově. Nejvíce se vzděláním zabývají projekty, články z konferencí zdravotnických novin a výroční zprávy hospiců.

1.2 Vymezení základních pojmů

Hospice, nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných a specializované domovy jsou zařízení, které řadíme podle stádia zdravotního stavu pacienta mezi poskytovatele paliativní péče.

Dobrovolníci jsou důležitou součástí hospiců, věnují část svého času pacientům bez nároku na odměnu. Byť tito nadšenci dle Krause neodpovídají a ani nemohou (např. na požadavcích na vzdělání) odpovídat typu ideálního pracovníka, mají řadu předností, a to zájem, nadšení, nezištnou pomoc a zájmovou spřízněnost s uživateli. „*Náklady na zaškolení dobrovolníka nejsou zdaleka tak vysoké, jako kdybychom vyškolili skutečného profesionála*“ (Kraus, 2002, s. 184).

Eutanazie je obecně vnímána spíše jako usmrcení z útrpnosti, soucitu a milosrdenství, a proto je považována za neetický čin (Standardsy mobilní a specializované péče v ČR- pracovní materiál, 2007).

Hospice jsou na rozdíl od všech předešlých zařízení speciální zařízení, poskytující paliativní péči pacientům, kterým byla již ukončena léčba a jsou v terminálním (konečném) stádiu nevy léčitelné nemoci (Svatošová, 2011, s. 110-113).

Interdisciplinární tým je složen z odborníků více profesí vyškolených v oboru paliativní medicíny a péče (Standardy mobilní a specializované péče v ČR- pracovní materiál, 2007).

Uživatele hospice definujeme jako nevléčitelně nemocného, kterému byla na základě nevléčitelného (převážně onkologického) onemocnění ukončena léčba a je v terminálním (závěrečném) stádiu života (Svatošová, 2011, s. 110-113). MUDr. Ondřej Sláma dne 3. 11. 2014 na přednášce XXVIII. Konference pro nelékařské pracovníky na téma „*Péče o pacienty v závěru života*“ definuje závěr života, když onemocnění přestane reagovat na kauzální (příčinnou) léčbu a je pravděpodobné, že pacient v dohledné době zemře. Dále uvádí, že prognóza je důležitá jak pro lékaře, tak i pacienta, a to z toho důvodu, aby došlo k zahájení hospicové péče (Moje medicína + cz, ©2014).

Chtějí pacienti znát prognózu?

Chcete znát prognózu svého onkologického onemocnění? (n=250)

- určitě ano, včetně předpokládané délky života 68%
- ano, ale stačí mi vědět, zda je nemoc léčitelná 20%
- ne 8%
- neodpovědělo 4%

Sláma, Ptáček, Holub 2002

Obr. 2 Chtějí pacienti znát prognózu? (zdroj: Sláma a kol., 2014)

Kvalita života - základním cílem paliativní péče je zajištění nejlepší kvality konce života založené na preferenci pacientů.

Léčba bolesti ovlivňuje kvalitu života pacienta. Základem léčby bolesti paliativní péče je průběžné vyhodnocování a dokumentování bolesti. Léčbu bolesti zajišťují členové interdisciplinárního týmu paliativní péče. Jsou to odborníci specializovaní na léčbu bolesti a dalších symptomů spojených s umíráním (Standardy mobilní a specializované péče v ČR- pracovní materiál, 2007).

Léčebny dlouhodobě nemocných se nezabývají nevléčitelně nemocnými, ale komplexní péčí o staré a dlouhodobě nemocné pacienty. Paliativní péči využívají ke zmírnění bolesti při léčbě (Nemocnice!!!, © 2013).

Multidisciplinární tým se skládá z vyškolených odborníků. Členem tohoto multidisciplinárního týmu je lékař specialista, dietoterapeut, fyzioterapeut, sestra specialistka, sociální pracovník, edukační sestra, ale také sestra z domácí péče. Skupina je sestavena tak, aby řešila zdravotní a sociální problémy, které jsou pro terminálně nemocného důležité. Každý člen navrhne na základě svých kompetencí postup a návrh v ošetrovatelském procesu a jednotlivé kroky konzultují s nemocným, který následně daný postup akceptuje. Klady modelu multidisciplinárního týmu spatřujeme ve vysoké úrovni profesionality a jednotné dokumentaci pro všechny členy týmu. Nevýhodou je velká časová náročnost, ale tato spolupráce umožňuje jednotnou komunikaci, zjednodušení analýzy problémů, které jsou spojeny s nemocí a jednotnou dokumentaci. Tato spolupráce dosahuje nejlepších výsledků v péči o terminálně nemocné (Macková, 2006, s. 5-6).

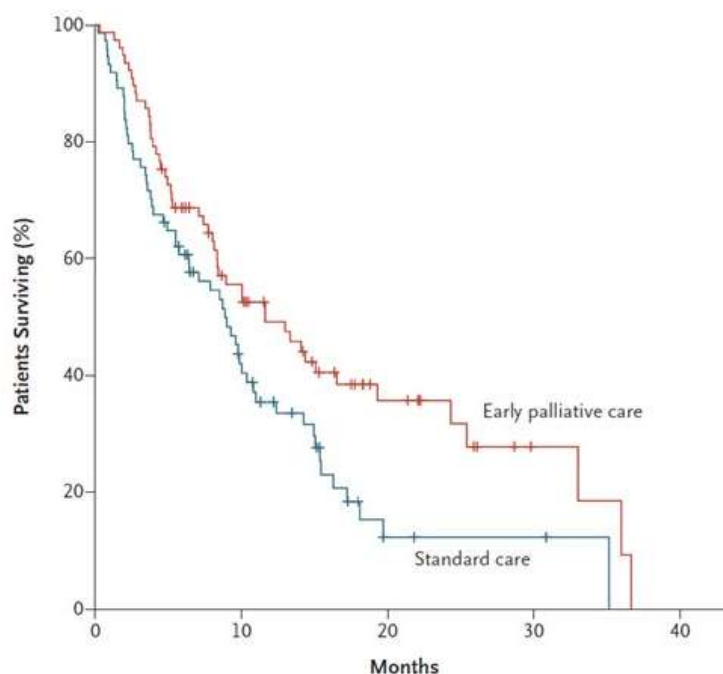
Nemocnice je zdravotnické zařízení, které poskytuje nepřetržitě lékařské služby. Poskytují paliativní péči tím, že zmírní bolest a obtíže nevléčitelně nemocných, ozářením k utlumení bolesti či částečnému zmenšení nádorů, který utlačuje jiné orgány (Velký lékařský slovník, © 2008).

Paliativní péče je péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou nemocí v pokročilém nebo konečném stádiu nemoci. Cílem je zmírnit bolest, tělesné a duševní strádání natolik, aby se zachovala lidská důstojnost pacienta, zvýšit kvalitu života v době umírání a podpořit jeho rodinu a blízké (Cesta domů, © 2014).

Základní formy:

Obecná paliativní péče - dostává se pacientům v rámci zdravotnické činnosti v lůžkových zdravotnických zařízeních, zařízeních sociální péče pro seniory, v pečovatelských službách, v domácí ošetrovatelské péči a u ambulantních specialistů. Předepisovat potřebné symptomatické léky proti bolesti zvládají praktičtí lékaři, kteří ale nejsou dostatečně vzdělání v paliativní péči a nejsou schopni vést a koordinovat péči o nevléčitelně nemocného v závěru jeho života. Dle ÚZIS 2011 zemřou praktickému lékaři v domácím prostředí 4 pacienti ročně a jedná se z velké části o náhlá úmrtí. Z toho důvodu nelze předpokládat, že by tito lékaři měli dostatek zkušeností v paliativní péči.

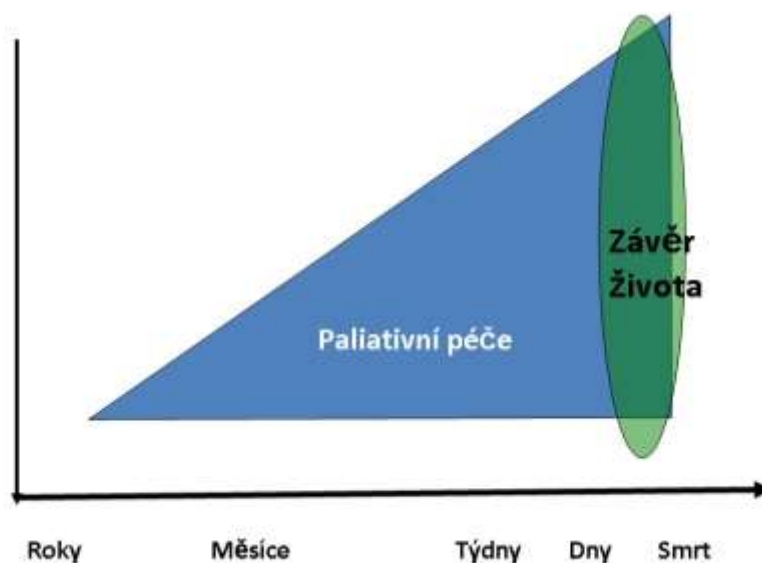
Specializovaná paliativní péče je multiprofesní přístup péče o nevléčitelně nemocné v terminálním stádiu života převážně v lůžkových a domácích hospicích a odděleních paliativní péče v rámci nemocnic. Jde o týmovou práci speciálně vyškolených lékařů, sester, psychologů a sociálních pracovníků na paliativní péči, kteří dokážou pacientovi pomoci od bolesti téměř okamžitě. Na základě kvalitní paliativní péče (léčbě bolesti, psychosociální podpory) je možné pacientům s nevléčitelnou nemocí prodloužit život až o tři měsíce. Podle změn a rychlosti onemocnění je dnes velmi vysoká pravděpodobnost, že lékaři odhadnou prognózu rámcově na měsíce, týdny či dny života (Standardy mobilní specializované paliativní péče v ČR, © 2007).



Časné zapojení paliativní péče ke standardní onkologické péči vedlo u pacientů ve 4.klín.st. NSCLC k prodloužení života o 3 měsíce (12 vs 9)

Graf 3 Vliv paliativní péče na délku přežití (zdroj: Sláma a kol., 2014)

Terminální stádium života je fáze konečného stádia nemoci, kde již nemocnému byla ukončena **kurativní léčba** (úplné vyléčení pacienta) a je mu již poskytována terminální péče- poslední kvalifikovaná služba umírajícímu (Křivohlavý, 2002 s. 97-100).



Obr. 3 Závěr života – poslední dny/hodiny života (zdroj: Sláma a kol., 2014)

Umírání je stav, při kterém dochází k postupnému selhávání všech orgánů, trvalou ztrátou vědomí, nejčastěji doprovázené utrpením a bolestí. Důsledkem umírání je fyzická smrt. Smrt a umírání patří k přirozené součásti života (Křivohlavý, 2002 s. 97-100).

Úroveň vzdělání je dána absolvováním konkrétního vzdělávacího programu.

Vzdělání je ukončený proces jedince. Tento pojem bývá využíván v případě statistických zjišťování.

Vzdělávání je proces, ve kterém osoba získává určitou kvalifikaci (Český statistický úřad, © 2008).

Vzdělávání v paliativní péči vyžaduje samostatnou organizační strukturu a sestavení týmů tak, aby vyškolení odborníci byli schopni poskytovat paliativní péči tehdy a tam, kde si to pacienti s nevléčitelnou nemocí a jejich rodiny přejí (Cesta domů, © 2014).

1.2.1 Historie a vývoj hospiců a hospicové péče

Myšlenka pomáhat umírajícím lidem se zrodila na počátku šedesátých let ve Velké Británii, kde v roce 1967 byl založen první hospic doktorkou Cecily Saundersovou s názvem St. Christopher Hospice. Jejím úsilím dosáhla také toho, že Královská lékařská společnost uznala paliativní medicínu za samostatný lékařský obor. Dodnes je v této zemi péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci (paliativní péče) nejvíce dostupná. Madam Cecily Saunders zemřela v hospici, který založila, v 87 letech, 14. července 2005 (Hospic sv. Jana N.

Neumanna, © 2005). V současné době je přibližně 2 500 hospiců po celém světě a další vznikají i ve východní Evropě.



Obr. 4 Počátky paliativní péče (zdroj: Parkers, 1997)

Problematika hospicové a paliativní péče v České republice se řeší od r. 1995. **První hospic** byl založen v roce 1996. U jeho zrodu stála zakladatelka MUDr. Marie Svatošová. V současné době je v ČR provozováno na 16 hospiců s celkovou kapacitou 370 lůžek. Nicméně, ročně potřebuje hospicové služby více než 60 tisíc lidí. Hospicová péče je poskytována i dětem. **První dětský hospic** v ČR byl založen manželi Královcovými v Malejovicích, kteří pracovali jako dobrovolníci v Motolské nemocnici na dětské onkologii. Zde se zrodila myšlenka „*Slyšet smích dovádějících dětí, byť jen krátký a omezený, ale šťastný.*“ Manželé Královci spolupracují s nadací Klíček a zajišťují tak zlepšení životních podmínek dětí a jejich rodin, například při pořádání letních táborů pro děti po chemoterapiích a podporují společné pobývání rodičů s takto nemocnými dětmi (Nadační fond Klíček, © 2005).

Pro vznik hospiců nejsou v České republice dostatečně vytvořeny legislativní a ani ekonomické podmínky, přesto se podařilo nové založit a přibývají i další (Matoušek, O a kol., 2005, s. 201). Hospice rozvíjejí nejen odlehčovací služby, ale i poradenství a edukační činnost (Umírání, © 2011).

1.2.2 Paliativní péče v hospicových zařízeních

Paliativní péče je zaměřená především na onkologické pacienty. Dle průzkumu European Pain in Cancer trpí středně silnými až silnými bolestmi 95% onkologických pacientů. Otázka kvality života je v posledních letech intenzivně zkoumána. Paliativní péče zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin. Soustřeďuje se na fyzické, citové, sociální a duchovní utrpení, které by mělo být zmírněno. Nabízí podporu, pomáhá žít pacientovi co nejefektivněji až do smrti. Vyžaduje koordinovanou týmovou práci. Paliativní péče se poskytuje nejen v hospicových zařízeních, ale také ve zdravotnických zařízeních, ve kterých jsou k tomu zařízena hospicová lůžka a také v mobilních hospicích. Dále existují stacionáře paliativní péče, ambulance paliativní péče a ambulance bolesti (Penzista.net, © 2011).

Hospicová péče v Jihomoravském kraji je poskytována ve třech hospicích. Jedním z prvních hospiců v Jihomoravském kraji se stal Dům léčby a bolesti s hospicem sv. Josefa, s místem působnosti Rajhrad, který byl založen v roce 1999. Je jedním z největších zařízení tohoto typu v České republice. Má 50 lůžek a péče je zaměřena na aktuální potřeby pacientů. Dům léčby a bolesti disponuje vyškolenými specialisty, kteří vhodným způsobem nabízejí pomoc pacientům a jejich rodinám, může být u pacienta v kteroukoli hodinu, provoz hospice je 24 hodin denně. Rodinnému příslušníkovi nabízí hospic pobyt přímo u lůžka pacienta. K dispozici jsou polohovací křesla, která může rodinný příslušník využít k přenocování. Dále pak jsou k dispozici za příplatek pokoje, kde si rodina může odpočinout a být nemocnému téměř neustále nablízku.

Dům léčby a bolesti s hospicem sv. Josefa disponuje i mobilním hospicem sv. Jana, který nabízí domácí hospicovou péči. O pacienty pečují tým vyškoleného zdravotnického specializovaného personálu, který má pohotovost 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Tato péče je poskytována pacientům, kteří si přejí zůstat v domácím prostředí a v rodině, kde je alespoň jedna osoba, která je plně zodpovědná převzít péči o pacienta (Oblastní charita Rajhrad, © 2014).

V roce 2004 zahájilo občanské sdružení Gabriela o. s. činnost hospice sv. Alžběty v Brně. V roce 2009 došlo k rozšíření a transformaci hospice, který nyní disponuje s 22 lůžky. Plánem hospice do dalších let je rozšiřovat služby a domácí paliativní péči. Dále pak šířit myšlenku, prožít důstojný život až do konce pro všechny pacienty. Hospic má

k dispozici i půjčovnu zdravotnických pomůcek (chodítka, polohovací postele, přenosné toalety), bez kterých se pacienti a rodina v domácím prostředí neobejdou.

Součástí hospice sv. Alžběty v Brně je domácí hospic Tabita, který poskytuje komplexní péči nevléčitelně nemocným a jejich rodinám v závěru života. Lékaři a sestry jsou k dispozici k telefonické konzultaci 7 dní v týdnu, sestry nepřetržitě 24 hodin denně. Na základě nenavázání smluvního vztahu s ostatními pojišťovnami mohou předepisovat lékaři medikaci u domácí péče jen pojištěncům Vojenské a Odborové zdravotní pojišťovny (Hospic sv. Alžběty v Brně, © 2014).

Posledním zařízením v rámci Jihomoravského kraje je domácí hospicová péče David v Kyjově. Poskytuje individuální komplexní a dostupnou péči těžce nemocným, umírajícím a jejich rodinám v domácím prostředí. Služba je poskytována 7 dní v týdnu 24 hodin denně (Charita Kyjov, © 2007).

1.2.3 Účel hospicové péče a její formy

„Umění zemřít je umění všech umění.“ J. A. Komenský

Účelem hospicové péče je především pomoci umírajícímu v terminálním stadiu nemoci od bolesti a podporu jeho blízkým být na této poslední cestě s ním. Terminálním stadiem nemoci rozumíme stav, kdy byly vyčerpány všechny možnosti kauzální léčby, a nastává progresse onemocnění.

Hospicová a paliativní péče nabízí nevléčitelně nemocnému zmírnění bolesti, dušnosti, úzkosti, depresí a jiných potíží. Nabízí lékařskou, odbornou a kvalitní péči zajištěnou v nastavení přiměřené a ulevující léčby. Koncept paliativní medicíny má tři pilíře. Podle C. Pichaud a I. Thareauové to je **filozofické přesvědčení**, kde smrt je součástí života, **etické přesvědčení**, zde musí být bezpodmínečná úcta k člověku jako k jedinečné a komplexní bytosti, a třetím pilířem je **psychologická podpora**, kdy nasloucháme nemocnému (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 137).

Podle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, WHO) existují tři stupně bolesti a tři stupně utišení. Mírná bolest, při níž stačí podat acylpyrin, paralen, nepříjemná bolest, která brání člověku v činnosti, zde podáváme např. kodein a silná bolest, ta nutí člověka jen ležet. Tady už jsou nutné opiáty. U pacientů, kteří trpí nevléčitelnou

nemocí v terminálním stádiu nemoci, je důležité včas rozpoznat jejich potřeby a vyhovět jim. Na doporučení lékaře, který ukončí pacientovi léčbu, vyhledají většinou rodinní příslušníci odbornou pomoc v hospicovém zařízení, pro umístění pacienta, kde mu je poskytnutá specializovaná paliativní péče. Proto je třeba, aby u doprovázení takto nemocného pacienta v hospici stáli nejen rodinní příslušníci, dobrovolníci, ale i dobře vyškolený personál v oblasti paliativní péče.

Paliativní péči dělíme na péči všeobecnou, jejíž zásady by měli znát všichni zdravotníci a měli by mít doplňkový výcvik v tomto oboru, a specializovanou péči, kterou poskytují specializované zařízení, které mají vyšší nároky na vzdělání a personál.

Zkušený lékař vzdělaný v oblasti specializované paliativní péče ví a rozpozná potřeby pacienta, dokáže vhodně přizpůsobit dávky morfia pacientově potřebě. Pacient netrpí bolestmi a zároveň není otupělý. Zdravotnický personál nebude naléhat na pacienta, aby pil, jedl nebo se hýbal. Takto vyškolení odborníci ve specializované paliativní péči vědí, že potřeba jídla a pití mizí a je součástí přijetí smrti. To je princip specializované paliativní medicíny (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 136- 137).

Jak uvádí C. Pichaud a I. Thareauová, „*lékaři (jsou i výjimky) nejsou dostatečně vzdělaní, pokud jde o léčení bolesti a o paliativní péči*“. Někdy pacienti musí důrazně žádat a upozorňovat na projevy bolesti, aby jim bolest byla utlumena (Pichaud, Thareauová, 1998, 135-144).

Součástí hospicové péče je i sociální péče, kde jsou blízkým nabídnuty neomezené návštěvy, odborné poradenství o dávkách sociální podpory, možnosti sociální pomoci a také možnost přistýlky na přespání. Zklidnění vnitřního neklidu, hledání cesty jak se vyrovnat s nemocí, podporu příbuzným a blízkým zajišťuje psychologická a duchovní péče. „*Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti, a z jeho potřeb: biologických, psychologických, sociálních a duchovních. Hospic nemocnému garantuje: že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, že v posledních chvílích nezůstane sám, že bude respektována jeho lidská důstojnost*“ (Hospic sv. Alžběty v Brně, © 2014).

Hospicovou péči můžeme rozdělit do pěti forem. **Lůžkový hospic** umožňuje kompletní paliativní péči nemocnému, jehož stav nevyžaduje akutní léčbu v nemocnici a rodina nezvládá péči v domácím prostředí (Hospic sv. Alžběty v Brně, © 2014). Paliativní péči označujeme klinickou péči, kterou zdravotníci různých odborností poskytují nevyлéčitelně

nemocnému. Kvalita této péče je zajišťována vzděláním pracovníků v paliativní péči, kvalitou komunikace mezi zdravotníkem a pacientem, dostupností léků k mírnění bolesti a kvalitou lůžkových zdravotnických zařízení (Česká společnost paliativní medicíny, © 2013).

Lůžkové hospice jsou většinou nestátní zařízení, financování je vícezdrojové. Kolem 20 % nákladů pokrývají příspěvky na péči a dotace na sociální péči. 40 % potřebných příjmů musí zajistit hospice z darů a sbírek. Pacient přispívá v lůžkovém hospici 200-500 Kč na den. V současné době je u nás 16 hospiců (Česká společnost paliativní medicíny, © 2013).

Do lůžkového hospice jsou přijímáni pouze ti nevléčitelní, u nichž je smrt očekávána do šesti měsíců.

Další forma hospicové péče je mobilní **domácí hospicová péče**, která vychází vstříc přání nevléčitelně nemocného, strávit konec svého života v domácím prostředí. Tuto péči můžeme rozdělit na **domácí hospicovou péči laickou a odbornou**.

Laická péče je určena pacientům, u kterých nemůže dojít k ohrožení života a je poskytována členem rodiny, popřípadě dobrovolníkem. Tato péče je využívána nejčastěji v zemích Jižní Evropy, Afriky, Indie i Austrálie.

Domácí hospicová péče odborná je určena umírajícím, kteří chtějí strávit konec života v jejich vlastním sociálním prostředí. Hlavním předpokladem je plně fungující rodinné zázemí, kde rodina a pracovníci hospicové péče tvoří sehraný tým. Do domácího hospice jsou přijímáni jen ti nemocní, u kterých již byla vyčerpána kauzální léčba, která je zaměřena přímo na vlastní onemocnění a další léčba je zaměřena na mírnění potíží, které způsobí bolest a na podporu nemocného a jeho rodin (Oblastní charita Rajhrad, © 2014).

Ambulantní hospicová péče je určena pacientům, kteří nevyžadují lůžkovou, stacionární ani domácí péči a potřebují paliativní specializovanou péči, která je poskytována specialisty.

Semiambulantní hospicová péče je poskytována umírajícím ve stacionáři, kteří nemají takové sociální podmínky, které jim dovolují zůstat v domácím prostředí, anebo vyžadují zvláštní péči, kterou nelze zajistit domácí či ambulantní hospicovou péčí. Tato péče je zajišťována multidisciplinárním týmem lékařů a sester, kteří jsou vyškoleni ve specializované paliativní péči (Národní centrum domácí péče, © 2006).

V neposlední řadě jako další formu hospicové péče můžeme uvést **stacionární hospicovou péči**, která je vhodná pro nemocné, kteří mají stacionář v okolí svého bydliště a mohou do něj docházet (Svatošová, 2011 s. 106). Docházejí sem nemocní, kteří potřebují tišit bolest, odpočinout si od rodiny, která potřebuje načerpat síly, anebo se cítí osamělí a potřebují se s někým podělit o svou bolest (zápočtová práce Petra Bradová, 2010 s. 5).

1.3 Vztah tématu k sociální pedagogice

Sociální pedagogika představuje odvětví aplikované pedagogiky, která čerpá z mnoha oborů (např. psychologie, pedagogika, sociologie, právo, filozofie) a je zaměřena na rizikově a sociálně znevýhodněné skupiny a pomáhá jim se začleněním do společnosti. Podle představitelky sociální pedagogiky na Slovensku docentky Bakošové (Bakošová, 1994, s. 5) není sociální pedagogika novou pedagogickou disciplínou, ale trvalé místo v soustavě pedagogických věd nedostala. Dle Schillinga (1999) se sociální pedagogika dotýká všech, zasazuje se o lepší kvalitu života, podporuje lidskost a do své problematiky zahrnuje všechny věkové skupiny. Sociální pedagogika je tedy pomocí pro všechny. V tématu diplomové práce používáme pojmy, jako jsou **vnímání**, **empatie**, **vzdělávání**, které jsou důležité pro rozvoj osobnosti. Lidé, kteří jsou nablízku člověku, který umírá a jeho skon života by měl být spojený s důstojným umíráním, výše **uvedené aspekty**, které se týkají výchovného procesu, **nutně musí mít**. Vzdělávání pracovníků v hospicových zařízeních je důležité proto, aby lidé s nevléčitelnou nemocí nemuseli umírat někde bez porozumění a kvalitní péče, která jim odchod ze života usnadní. Paliativní a hospicová péče tedy pomáhá začlenit lidi s nevléčitelnou nemocí do poslední životní fáze tak, aby se cítili důstojně a ze života odcházeli bez bolesti.

Jak uvádí Svatošová v „*Sociální práci v praxi*“ (cit. podle Matoušek, 2005, s. 195) s lidmi umírajícími v hospici, jestliže pacientova rodina nebude chápat smysl procesu umírání jako důležitý a neopakovatelný, vědomě či nevědomě vyloučí umírajícího ze svého společenství a odevzdá ho do rukou odborníků. Pak umírající bude od rodiny izolován a bude se cítit jako „věc“, pouhý případ za plentou (Matoušek., 2005, s. 195). Proto je třeba umírajícího začlenit do poslední fáze života tak, aby měl právo na soukromí a vytvoření důstojných podmínek pro odchod.

2 ÚROVEŇ VZDĚLÁNÍ PRACOVNÍKŮ V HOSPICOVÉ PÉČI

Paliativní medicína je významnou součástí zdravotnické péče a je uznána na akademické úrovni specializačních oborů a tedy také do procesu vzdělávání a ověřování znalostí.

V České republice není uznávaná akreditace pro studenty lékařských a nelékařských oborů na paliativní péči, specializace na paliativní péči se získává formou postgraduálního studia a doplňujících programů a kurzů.

Návrh vzdělávacích programů (Kalvach, 2002) respektuje Doporučení Výborů ministrů Rady Evropy a rozlišuje několik úrovní vzdělávání:

- pro studenty lékařství a zdravotně sociální obory,
- pro všeobecnou a specializovanou péči,
- pro paliativní specialisty.

Návrh vzdělávacích programů deklaruje, že je třeba, aby „do budoucna mělo odpovídající znalosti v paliativní péči více lékařů a ošetřujícího personálu a tito lidé, aby je skutečně používali v praxi. Získání potřebných znalostí, a dovedností musí být podporováno strukturovaným, koordinovaným, cíleným a efektivním vzděláváním“ (Cesta domů, © 2014).

Návrh postgraduálního vzdělávání v paliativní péči je modelově rozdělen do tří stupňů.

Stupeň A je základní a je určen studentům, budoucím lékařům i ošetřovatelským profesím, ale i zdravotníkům, kteří mají v paliativní péči jen malou část klinické praxe. Cílem v této skupině je **pochopení a vnímavost** pro pacienty a jejich problémy v pokročilém a terminálním stádiu nemoci. Druhý **stupeň B** je označován za stupeň odborný a je určen zdravotníkům, kteří pracují ve specializovaných zařízeních paliativní péče. Cílem je **prohloubení** dobrých znalostí, praktických dovedností při řešení konkrétních klinických situací a schopnost spolehlivé komunikace celého týmu. Třetí **stupeň C** označujeme za stupeň **speciální** a představuje specializační odbornou přípravu pro zdravotníky na vedoucích místech specializované paliativní péče. Tito pracovníci jsou mj. zapojeni aktivně do výuky a výzkumu v paliativní péči (Kalvach, 2002, s. 8).

Pro zlepšení paliativní péče je považováno za velmi důležité zlepšit úroveň vzdělávání v paliativní péči. V naší zemi dle MUDr. O. Slámy a MUDr. Š. Špinky, kteří jsou autory pracovních materiálů Koncepce pracovního materiálu Paliativní péče v ČR, není výzkum

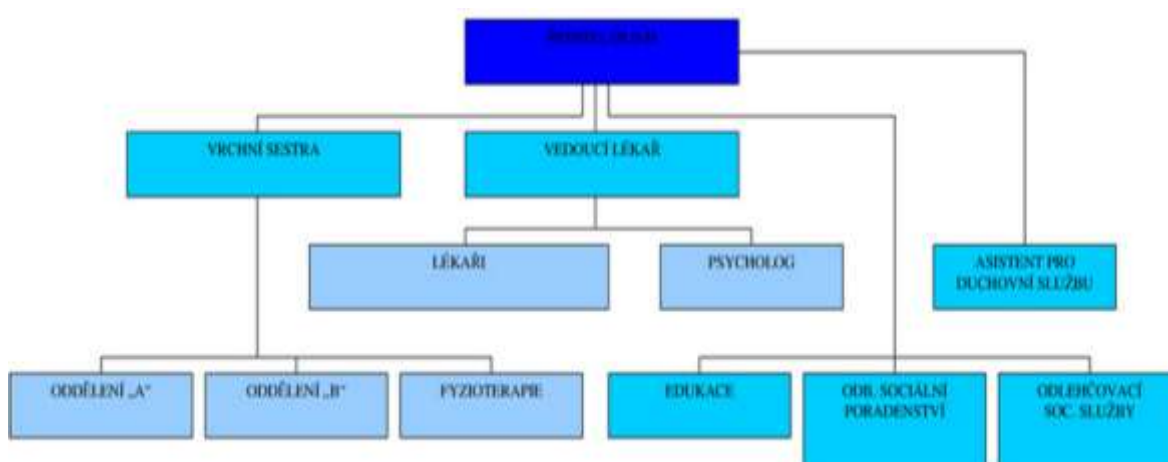
v paliativní péči dostatečně rozvinut. Také data k poskytování paliativní péče o její kvalitě jsou nedostatečná (Sláma, Špinka, 2004).

2.1 Pracovníci hospicových zařízení a jejich požadovaná úroveň dosaženého vzdělání

Na rozdíl od nemocničních zařízení a léčeben dlouhodobě nemocných, kde spolupracují lékaři se zdravotními sestrami a tvoří zdravotnický tým, který zajišťuje zdravotnickou péči a léčbu pacientům, v hospicových zařízeních tvoří pracovníci tzv. multidisciplinární tým, který neléčí, ale stará se o komfort umírajícího pacienta a úlevu od bolesti. Multidisciplinární tým je složen z následujících speciálně vyškolených pracovníků na paliativní péči. V hospicových zařízeních mohou pracovat pracovníci, kteří mají specializační vzdělání v Paliativní medicíně (Matoušek, 2005, s. 196).

- hospicový lékař - postgraduální vzdělání v oboru Paliativní medicína a léčba bolesti,
- hospicová zdravotní sestra – vzdělání v oboru Všeobecná sestra obor Ošetřovatelství, bakalářský program,
- ošetřovatel/pečovatel (pomocný zdravotnický personál) – základní vzdělání, vzdělávací kurzy Paliativní péče,
- sociální pracovník - VŠ vzdělání v oborech se zaměřením na zdravotně sociálního pracovníka, sociální práci, sociální pedagogiku, sociální péči, speciální pedagogiku a speciálně pedagogickou andragogiku,
- duchovní - kněz, psycholog/psychoterapeut - VŠ vzdělání v oblasti psychologie zdraví a nemoci,
- dobrovolníci- ZŠ , SŠ, VŠ,
- nemocný s opatrovatelem a jeho rodina.

Příklad organizační struktury pracovníků hospice je uveden na *Obr. 12*



Obr. 5 Schéma organizační struktury personálu Domu léčby s hospicem sv. Josefa v Rajhradě

(zdroj: rajhrad.charita.cz)

Vzhledem k uvedené struktuře uvedené na obr. 12 je možné vyvozovat jisté úrovně vzdělání, které by měly být charakteristické pro jednotlivé pracovní zařazení. Ředitel a administrativní pracovníci nejsou předmětem výzkumu, proto jejich dosažené vzdělání nemusí být v této práci řešeno. Hospicový lékař musí mít vzdělání zaměřené na *Paliativní medicínu a léčbu bolesti* (Česká společnost paliativní medicíny, © 2011).

2.2 Vzdělávání v paliativní a hospicové péči v ČR

Střední a vyšší odborné vzdělání **neumožňuje** studentům bližší seznámení s paliativní a hospicovou péčí. Výuka paliativní péče je zahrnuta v předmětech vysokoškolského studia, neexistuje však žádný komplexní vzdělávací program nebo obor paliativní péče. Studenti vysokoškolského studia mají možnost se účastnit v rámci krátkodobých i výměnných studijních pobytů (Erasmus, Bilaterální smlouvy) exkurzí v zahraničních hospicích.

Až postgraduální studium nabízí pro lékaře studium v oboru paliativní medicína a léčba bolestí. V rámci dalšího vzdělávání je možné zúčastnit se kurzů a specializačních programů v oblasti paliativní péče, zakončené osvědčením (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, © 2011).

2.2.1 Vysokoškolské vzdělávání

Lékaři získávají znalosti paliativní medicíny až v šestém ročníku, kdy mají povinný dvou-týdenní seminář v ordinacích praktických lékařů pouze v jednom vyučovacím předmětu:

- **primární péče** seznamuje studenty Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze s oborem všeobecné lékařství s metodami paliativní péče, přístupy a řešení akutních stavů chronických pacientů a podávání léků. V Jihomoravském kraji se na Lékařské fakultě tento předmět nevyučuje (3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, © 2014).

Zdravotní sestry mají možnost získat znalosti v oblasti paliativní péče v oboru Všeobecná sestra, **studijní program Ošetřovatelství**, pouze v následujících vyučovaných předmětech:

- **paliativní a hospicová péče**; výuka předmětu obsahuje obecné znalosti paliativní péče o umírající v hospicích (celkem 10 hod. výuky v bakalářském studiu Všeobecná sestra),
- **paliativní péče v geriatrii**; výuka obsahuje rozšiřující znalosti paliativní péče o umírající v hospicích, součástí je také získání komunikačních dovedností a spolupráce v multidisciplinárním týmu (celkem 20 hod. seminářů v magisterském studiu Geriatrická sestra). V Jihomoravském kraji lze studovat obor všeobecná sestra pouze v Brně na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity (Masarykova Univerzita lékařská fakulta, © 2014).

Sociální pracovník má možnost získat znalosti v oborech se zaměřením na zdravotně sociální pracovník, sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku a speciálně pedagogickou andragogiku. Sociální pracovník má zaměření na speciálně pedagogickou činnost v hospicích. Vybrané obory mohou studenti v Jihomoravském kraji studovat na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně (Masarykova Univerzita Fakulta sociálních studií, © 2014). Sociální pracovník je členem multidisciplinárního týmu v hospici a nabízí praktickou, emoční pomoc jak nemocným, tak i osobám, které pečují o terminálně nemocného (Matoušek, 2005, s. 205).

Psycholog se vzdělává v oblasti paliativní péče v těchto vyučovacích předmětech:

- **psychologie zdraví a nemoci**, kde se zaměřuje na výuku úrovně a vztahu sociální opory zdravotního stavu a také na sekundární zisk z nemoci,
- **psychologie emocí a motivace**, zde se studenti seznamují v průběhu jednoho semestru s emočním prožíváním pacientů a motivací a identifikovat emoce jako faktor lidského chování,
- **praxe v sociální péči**, tří semestrální studium s 5-ti denní praxí, kde se student seznamuje s běžným provozem pracoviště a pomáhá tam, kde je třeba. Obohatí se o poznání a dokáže využít získané poznatky při práci s těmito uživateli. Obor psychologie mohou studenti v rámci Jihomoravského kraje studovat na Filozofické fakultě a Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně (Masarykova Univerzita, © 2014).

2.2.2 Postgraduální vzdělávání

Lékaři

Postgraduální obor **Paliativní medicína a léčba bolesti** je poskytován lékařům, kteří již mají teoretické a praktické znalosti v oboru Paliativní medicína a v oboru léčba bolesti teoretické a praktické dovednosti z vlastního oboru. Podmínkou získání specializace je povinná praxe 12 měsíců v oboru paliativní medicína a léčba bolesti. Ukončení programu probíhá na základě vlastní atestační zkoušky a lékař s touto specializací je schopen pracovat nejen na ambulantním specializačním oddělení, ale i v lůžkových hospicích a koordinovat multidisciplinární tým. Specializaci tohoto oboru nelze studovat v rámci Jihomoravského kraje, ale pouze prostřednictvím vzdělávací agentury Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví se sídlem v Praze (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, © 2011).

Zdravotní sestry

Mohou získat postgraduální vzdělání v oboru **Ošetřovatelství**. Program je určen pro studenty magisterského studijního programu Ošetřovatelství. Profesionálním cílem tohoto oboru je připravit absolventy pro vědecko-výzkumnou práci, zvyšování kvality ošetřovatelské péče, řízení a poskytování ošetřovatelské péče v multidisciplinárním týmu prováděnou v hospi-

cových a jiných zařízeních. V Jihomoravském kraji nelze tento obor studovat (Univerzita Pardubice, © 2013).

2.2.3 Vzdělávací kurzy a programy

Jak již bylo uvedeno výše, specializovaná paliativní péče v ČR není dostatečná, a proto je třeba, aby se lékaři i nelékařští pracovníci v oboru paliativní péče vzdělávali v různých vzdělávacích kurzech a akreditovaných programech. Tyto kurzy a programy jsou zajišťovány instituty paliativní medicíny, hospicem a vzdělávacími programy Ministerstva zdravotnictví oboru paliativní medicína.

Institut paliativní medicíny České společnosti paliativní medicíny (IPM) zajišťuje teoretickou část (kurzy) v rámci specializační přípravy a při jejich přípravě spolupracuje se subkatedrou paliativní medicíny IPVZ Praha Česká společnost paliativní medicíny© 2013).

V roce 2015 IPM plánuje uskutečnit v edukačním centru DLBsH v Rajhradě následující kurzy:

- **management symptomů pokročilého onemocnění** - v rámci kurzu se účastníci seznámí s možnostmi paliativního řešení symptomů a syndromů nevléčitelně nemocných pacientů.
- **komunikace v paliativní medicíně** - kurz je určen všem lékařům a lékařkám, kteří se připravují na atestaci v paliativní medicíně. Seznámí se zde se zásadami komunikace pacient - lékař, kdy je třeba otevřeně s pacientem komunikovat o závažnosti onemocnění, řešit konflikty s pacientem a rodinou a dosáhnout cíl léčby a plán paliativní péče. Kurz má charakter postgraduálního vzdělávání a je garantován Českou lékařskou komorou.
- **týmová práce a rozhodování** - tento kurz je určen všem lékařům, kteří pracují s pacienty v konečných stádiích nevléčitelně nemocných pacientů. Seznámí se zde s vedením, zásadami práce a řešením konfliktů multidisciplinárního týmu.
- **management bolesti u pacientů s pokročilým onemocněním** - zde se lékaři, kteří se připravují na atestaci, seznámí se způsoby správného hodnocení bolesti a léčby.
- **etické, duchovní, právní a sociální aspekty paliativní medicíny** - kurz je prezentován formou přednášek a kazuistik, které prezentují etická východiska paliativní

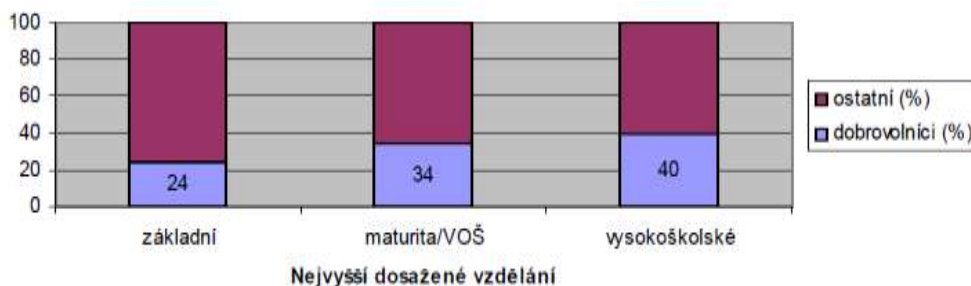
medicíny. Lékaři se zde seznámí s možnostmi sociálního poradenství a duchovní péče u umírajících.

Všechny tyto kurzy jsou hrazené a po jejich zakončení dostanou účastníci ověřený certifikát o účasti (Česká společnost paliativní medicíny© 2013).

Institut postgraduálního vzdělávání (IPVZ) pořádá v současné době řadu kurzů, které jsou součástí vzdělávacího programu v oboru paliativní medicína a léčba bolesti a mají lékařům poskytnout nejnovější poznatky a postupy v oboru paliativní medicíny:

- **vzdělávací program v oboru paliativní medicína a léčba bolesti** - cílem specializačního oboru je získání teoretické i praktické specializace v oboru paliativní medicína a léčba bolesti. Součástí programu je povinná účast na vzdělávacích specializačních kurzech a účast na kongresech a konferencích zaměřených na paliativní medicínu a léčbu bolesti. Výstupem vzdělávacího programu je vlastní atestační zkouška, kterou lékař získá specializaci v oboru paliativní medicína a léčba bolesti.
- **„morphin nechci, doktore, ještě přeci neumírám!“ aneb opioidy pro začátečníky i pokročilé** - kurz je určen pro lékaře, kteří se připravují na atestaci v oboru Paliativní medicína. Je zde diskutována léčba opioidy, indikace a nežádoucí účinky. Součástí je také komunikace s nemocným.
- **specializační kurz Paliativní péče** - je povinným kurzem dle vzdělávacího programu pro lékaře, kteří se připravují na atestaci v oboru. Kurz klade důraz na léčbu bolesti, invazivní způsob léčby a psychický stav pacienta. Výstupem kurzu je osvědčení (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, © 2011).

Ministerstvo zdravotnictví pořádá vzdělávací kurzy pro dobrovolnické služby a jejich činnost. Dobrovolnému dobrovolnictví dle výzkumu FSV UK (2009-2010) se věnuje 30% občanů v ČR. Ročně akreditovanými organizacemi projde přibližně na 10 000 dobrovolníků. Akreditace se uděluje na 3 roky a poté může být obnovena.



Graf 4 Podíl organizovaných dobrovolníků v ČR od 15 let podle vzdělávání

(Frič a Pospíšilová, 2009)

Edukační centrum, jako součást **Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa** v Rajhradě, zajišťuje vzdělávací akce a programy od roku 2000 se zaměřením na hospicovou a paliativní péči. Oslovuje různé typy zařízení a organizuje různé stáže pro zdravotníky a pracovníky sociálních oborů. Přípravuje prakticky lékaře na atestaci v oboru Paliativní medicína (Oblastní charita Rajhrad, © 2014).

2.2.4 Úroveň vzdělání pracovníků v hospicové péči

V ČR jsou úrovně pracovníků podle ISCED rozděleny do tří konceptů vzdělávání. Prvním konceptem je **formální** vzdělávání, kterým si jedinec zvýší úroveň vzdělání (např. středoškolské, vysokoškolské, Průcha, 2000, s. 248-251). Podle metodiky ISCED 97 Českého statistického úřadu je formální vzdělání na úrovni 3 nebo 4¹.

Dalším konceptem je **neformální** vzdělávání, na základě kterého si jedinec nezvýší dosaženou úroveň vzdělání, ale prohlubuje si vzdělání a odbornost. Realizuje se to na základě kurzů, školení, často takové vzdělání požaduje zaměstnavatel. Při ukončení kurzů jedinec často získává osvědčení či certifikát. V mnoha případech poskytuje tyto kurzy sám zaměstnavatel, má vytvořenou vzdělávací politiku v organizaci a sleduje u zaměstnanců jejich průchodnost. Nevede k získání vyššího stupně vzdělání. Jako poslední koncept je vzdělávání **informální**. Je pro něj typická dobrovolnost vzdělávání a nepovinnost a přispívá k rozvoji znalostí a dovedností.

¹ Mezinárodní klasifikace vzdělání ISCED 97 má 7 základních úrovní (kategorií) vzdělání – kategorií 0 až 6. Kategorie 2, 3, 4 a 5 se dále člení na podkategorie, které charakterizují typ následného vzdělání. Úroveň ISCED 3 začíná obvykle po ukončení běžné povinné školní docházky. Úroveň ISCED 4 je založena na středoškolské vzdělání, ale s širšími obsahy. Příprava pro odborné nebo vysokoškolské vzdělání.

Pro tuto práci je nejvýznamnějším konceptem neformální vzdělávání. Tento koncept poslouží k vytvoření tří druhů přístupů, respektive možnostem, jaké nabízí organizace zaměstnancům k prohlubování odborných znalostí a dovedností:

- organizace má vytvořenou vzdělávací politiku zaměstnanců, organizuje ji a prověřuje průchodnost,
- organizace má vytvořenou vzdělávací politiku, ale neorganizuje ji, zaměstnanci si sami musejí vyhledávat příležitosti a možnosti vzdělávání, jejichž výsledky si poté nechávají u organizace uznat,
- organizace nemá vytvořenou vzdělávací politiku zaměstnanců, ti si nemusí prohlubovat odborné znalosti, pokud chtějí, především se tak děje z jejich vlastní vůle.

Na tyto tři přístupy je možno nahlížet jako na úroveň propracovanosti systému vzdělávací politiky, které určitou mírou zaměstnanci ulehčují vykonávat náplň práce (Rabušicová, Rabušic, 2009, s. 35- 89).

2.2.5 Profesní a emoční připravenost pracovníka k výkonu povolání

Profesní připravenost neboli způsobilost k výkonu povolání, kterou vyžaduje specializační paliativní péče, lze dosáhnout určitým stupněm vzdělání, znalostmi, různými doplňujícími kurzy a vzdělávacími programy. Jak je uvedeno výše, odborná profesní připravenost tedy závisí na znalostech, vědomostech a zkušenostech v dané problematice v oblasti paliativní péče. Na rozdíl od profesní připravenosti je emoční připravenost jiná, váže se na temperament, který charakterizuje dynamiku psychiky a představuje základ průběhu duševních dějů a projevů chování. Dle Vágnerové je „*temperament vrozenou dispozicí, kterou lze ovlivňovat jen v nepatrné míře*“. Dále je pak emoční připravenost v rámci doprovázení umírajících ovlivněna emočním prožíváním intenzitou, stabilitou a vyrovnaností citových prožitků jedince. Emoce ovlivňují lidské jednání a mohou zásadním způsobem ovlivnit chování jedince. Pokud se jedinec dobře orientuje ve svých vlastních emocích, hovoříme o emoční inteligenci na základě, které dokáže člověk adekvátně v určitých situacích reagovat a zbytečně se netrápit, udržet si pozitivní emoční ladění (Vágnerová, 2005, s. 151-215). Komplexní profesní a emoční připravenost může u pracovníků ovlivnit otázky víry v Boha.

3 LEGISLATIVNÍ ZAKOTVENÍ HOSPICOVÉ PÉČE

V následující kapitole se zabýváme legislativním zakotvením hospicové péče.

Legislativní zakotvení rozdělujeme podle:

- sociálních, zdravotnických a dobrovolnických služeb hospicové péče
- lékařských zdravotnických povolání
- nelékařských zdravotnických povolání

Následuje výpis vyhlášek a zákonů, které se týkají paliativní péče a hospiců:

- vyhláška č. **39/2005 Sb.**
- zákon č. **48/1997 Sb.**
- zákon č. **55/2011 Sb.**, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
- zákon č. **96/2004 Sb.**, o nelékařských zdravotnických povoláních
- zákon č. **108/2006 Sb.**, o sociálních službách
- zákon č. **198/2002 Sb.**, o dobrovolnické službě
- zákon **338/2008 Sb.**, o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
- zákon č. **372/2011 Sb.**, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

3.1 Legislativa sociálních, zdravotnických a dobrovolnických služeb

Zákon č.108/2006 Sb., pojednává o sociálních službách a podmínkách k poskytování pomoci fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.

Pro účely tohoto zákona se sociální službou rozumí činnost zajišťující pomoc a podporu osobám, za účelem sociálního začlenění nebo prevenci sociálního vyloučení. V našem pří-

padě se zaměříme v tomto zákoně na §3 písm. a) c), kde se uvádí, že podporu a pomoc zajišťují sociální služby osobám s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem.

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb se zabývá výkonem sociálního pracovníka v sociálních službách, např. formu pomoci, a upravuje, že formou pomoci musí poskytovatelé sociálních služeb zachovávat lidskou důstojnost osob.

Týká se např. také odborného sociálního poradenství ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu (část třetí, § 37).

Zákon č. 48/1997 Sb., pojednává o rozsahu a podmínkách, za jakých jsou dle tohoto zákona ze zdravotního pojištění hrazeny zdravotní služby. V roce 2006 byl zákon doplněn o §22a s názvem „*Zvláštní ústavní péče- péče paliativní lůžková - ve znění: Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu*“. Novela po schválení Senátem a prezidentem republiky nabyla platnosti a lůžkové hospice dostaly legislativního zakotvení. Hrazenými službami se tedy stala i péče paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stádiu života v hospicových zařízeních lůžkového typu.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (část první, § 5), zdravotní péči rozděluje do různých forem. Druhy péče jsou rozděleny podle účelu poskytnutí. Hospicová zařízení se zaměřují na formu paliativní a ošetrovatelské péče, jejímž účelem je péče o nevléčitelně nemocné, zmírnění utrpení zachování kvality života nevléčitelně nemocného pacienta a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti. Dále nám tento zákon (část čtvrtá, § 28) říká, jaká práva a povinnosti má v souvislosti s poskytováním zdravotnických služeb pacient. Dále se (část čtvrtá, § 31) dozvíme, že poskytovatel zdravotních služeb je povinen zajistit, aby pacient byl dostatečně informován o svém zdravotním stavu a v neposlední řadě (část sedmá, § 83), jak má vyškolený personál postupovat při úmrtí.

Zákon č. 198/2002 Sb. o dobrovolnické službě upravuje podmínky podporující dobrovolnickou službu, vykonávanou dobrovolníky bez nároku na odměnu. Dobrovolníci v hospicových zařízeních tvoří podstatnou část pracovníků a jsou součástí multidisciplinárního týmu. Dobrovolníkem se může stát osoba starší 15 let pro výkon dobrovolnické služby na území České republiky, osoba starší 18 let v zahraničí (část první, § 3). Dobrovolník musí být srozuměn o možných rizicích spojených s výkonem dobrovolnické služby.

3.2 Legislativní zakotvení lékařských zdravotnických povolání

Zakotvení lékařských specializovaných způsobilostí k výkonu povolání lékaře vyplývá ze **zákona 338/2008 Sb.**, o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta v České republice. V druhé části tohoto zákona §4 a §5 se dozvíme, že lékař s odbornou způsobilostí na základě certifikátu o absolvování příslušného specializačního oboru, který vydalo ministerstvo, může vykonávat činnosti stanovené prováděcím právním předpisem. V našem případě se zaměřujeme na postgraduální **obor „Paliativní medicína a léčba bolesti“**, který je zajišťován vzdělávacími programy Ministerstva zdravotnictví oboru paliativní medicína, instituty paliativní medicíny a hospicem.

3.3 Legislativní zakotvení nelékařských zdravotnických povolání

Legislativní zakotvení nelékařských zdravotnických povolání je popisováno podrobně v následujících zákonech. V hospicových zařízeních pracují lidé se stejnou kvalifikací jako v nemocnicích, jen s tím rozdílem, že se vzdělávají ve specializované paliativní péči formou akreditovaných kurzů. K tématu předkládané práce se vztahují pouze některá povolání, uvedená v těchto zákonech.

Zákon 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních pojednává o podmínkách získávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání. Zdravotnickým povoláním rozumíme souhrn činností při poskytování zdravotní péče. Péče v hospicových zařízeních se zaměřuje dle tohoto zákona na odbornou způsobilost k výkonu různých nelékařských povolání. Přímou péči zajišťují uživatelům staniční sestry, všeobecné sestry, zdravotně-sociální pracovník, fyzioterapeuti/-tky, ošetřovatelé/-ky, sanitáři/-ky, a také osoby z řad dobrovolníků. (§ 5, §24, §36, §42., §43 Díl 1)

V **zákoně 55/2011 Sb.** o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (§ 2 písm. c)) se zaměříme na specializovanou ošetřovatelskou péči poskytovanou pacientům, kterým zdravotní stav výrazně omezuje běžné aktivity denního života. Za specializovanou ošetřovatelskou péči se považuje také péče poskytovaná pacientům se závažnými poruchami imunity a pacientům v terminálním (konečném) stavu chronického onemocnění, kde se nepředpokládá resuscitace.

Vyhláška č.39/2005 Sb. stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, zapracovává příslušné předpisy Evropských společenství a upravuje minimální požadavky na studijní programy, jejichž studiem se získává odborná způsobilost k výkonu nelékařského zdravotnického povolání.

4 ZHODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU POZNÁNÍ

Cílem takto orientované práce je formou dotazníkového šetření prokázat, zda jsou pracovníci hospicových zařízení v rámci Jihomoravského kraje připraveni nejen po profesní, ale i emoční stránce pečovat o umírající.

Zjistit, jaký je subjektivní pohled pracovníků na vzdělávání v paliativní péči, zda vykonávají tuto práci z důvodu finančního ocenění, nebo z důvodu potřeby poslání a zda by uvítali více vzdělávacích programů, které by jim zřizoval bezplatně zaměstnavatel. Dále bychom chtěli objasnit, co si myslí o vzdělávání v paliativní péči a zda by měl být tento obor uznán a vyučován jako samostatný obor v medicíně.

Odpovědi na položené otázky by měly být přínosem pro doplnění informací do již stávajícího formálního pohledu na úroveň vzdělání v paliativní péči. Poodkrýt problematiku dostupnosti vzdělání v paliativní péči může pomoci si odpovědět na otázku smysluplnosti paliativní péče, tj. poukázat na to, zda je potřebné se této problematice více věnovat.

Zhodnocení – kurzy / studium

Vzhledem k tomu, že vzdělávací kurzy a akreditační programy jsou hrazené, není tato dostupnost doplňujícího vzdělání v paliativní péči umožněna všem pracovníkům. Pracovníci hospiců mají na každý rok dle zjištění kredit, který mohou využít na doplňující vzdělávání od 2.000 Kč do 6.000 Kč /rok. Ceny kurzů se pohybují okolo 2.000 Kč. Pokud nejsou zaštitovány vzdělávací politikou zaměstnavatele, ovlivňují rozhodování pracovníků hospiců si doplňující vzdělání doplnit. To může vést k otázce: Jak bezplatně vzdělávat ostatní pracovníky v oblasti paliativní péče? Odpovědí by mohlo být řešení školení prováděné lékaři, kteří mají akreditaci v paliativní péči v rámci hospiců.

5 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

V teoretické části jsme rozebrali pojmy související s paliativní péčí, historii a účel hospicové péče. Ve druhé kapitole jsme se podrobně zabývali požadovanou úrovní pracovníků v hospicových zařízeních a dostupností vzdělávání paliativní péče na vysokých školách, postgraduálním vzdělávání a různých kurzech a dostupných vzdělávacích programech. Součástí kapitoly třetí byla legislativa, zakotvení sociálních, zdravotnických a dobrovolnických služeb a dále legislativní zakotvení lékařských a nelékařských povolání souvisejících s problematikou paliativní péče. V závěru teoretické části jsme zhodnotili současný stav dostupnosti vzdělávacích kurzů a položili si základní otázku ke zpracování praktické části předkládané práce.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODOLOGIE



Obr. 6 Mapa hospiců v Jihomoravském kraji

Vlastní zdroj

Výzkumná část je zaměřena na problematiku týkající se zájmu pracovníků hospicových zařízení o doplňující vzdělání formou akreditačních programů a kurzů hrazených zaměstnavatelem. Zaměřuje se na to, jak je potřebné zajistit rozvoj vzdělávání v paliativní péči lékařských a nelékařských profesí tak, aby se dostávalo specializované paliativní péče všem terminálně nemocným nejen v hospicových, ale i v nemocničních zařízeních a neposlední řadě zajistit i důkladnější informovanost široké veřejnosti v rámci této problematiky.

Tento výzkum bere v úvahu, že se paliativní medicína jako obor vyučuje až v postgraduálním vzdělávání. Paliativní péče ještě zcela není v podvědomí společnosti tak, jak by bylo třeba. Problematika paliativní a hospicové péče, není chápána jako celospolečenský problém, ale jako problém daného člověka, kterého se to aktuálně týká.

6.1 Průzkum terénu

Výzkumné šetření bylo provedeno v Jihomoravském kraji ve dvou hospicových zařízeních lůžkového typu a ve třech mobilních hospicích. Pro realizaci výzkumu bylo nutné se osobně seznámit s prostředím hospicových zařízení, abychom si mohli co nejlépe představit specifika vykonávané práce spojené s celkovým chodem hospicového zařízení. Všichni

zaměstnanci, včetně vedení hospice, byli velmi vstřícní a na základě rozhovorů s pracovníky různého pracovního zařazení jsme mohli hlouběji pohlédnout na danou problematiku.

6.1.1 Popis zkoumaných hospicových zařízení

V Brně se nachází dva hospice lůžkového typu. Prvním zařízením je hospic sv. Josefa, který je součástí Domu léčby a bolesti v Rajhradě. Je to nestátní zařízení, které bylo založeno v roce 1999 a patří mezi největší hospice v České republice. Disponuje 50 lůžky a péče je zaměřena především na aktuální potřeby nevléčitelně nemocných a umírajících. O pacienty, kteří chtějí využívat služeb hospicové péče v domácím prostředí, pečují pracovníci domácího hospice sv. Jana. Do června 2014 hospic pečoval celkem o 6.950 pacientů, z toho 5.072 z nich zde zemřelo. Za dobu existence se uživatelům hospice věnovalo téměř 250 dobrovolníků. Pacient má možnost mít rodinu a své blízké po celou dobu u sebe. Rodinným příslušníkům jsou k dispozici hostinské pokoje, anebo mají možnost být s pacientem přímo na pokoji.

V hospici jsou jednolůžkové a třílůžkové pokoje vybavené pro komfort pacienta (televize, polohovací postel, doplňky, květiny). Nedílnou součástí hospice je půjčovna kompenzačních pomůcek pro nemocné, kteří využívají domácí hospicovou péči a kaple Sváté rodiny, kde se pravidelně pořádají bohoslužby. Uživatelé hospice, pokud jim to zdravotní stav dovolí, mohou trávit čas sledováním televize, účastnit se kulturních a společenských akcí anebo si mohou zajít do kavárny Slunečnice, která je v přízemí hospice. V domě léčby a bolesti sv. Josefa realizuje charita Rajhrad různé akce a vzdělávací programy, které probíhají v Edukačním centru. Dosud zde bylo proškoleny na 20.500 účastníků v 850 kurzech.

Dalším zařízením se zaměřením na hospicovou a paliativní péči je Hospic sv. Alžběty v Brně. Činnost tohoto zařízení zahájilo občanské sdružení Gabriela o. s. v roce 2004. V roce 2013 se toto sdružení transformovalo do obecně prospěšné společnosti Hospic sv. Alžběty o.p.s., která sídlí v prostorách kláštera konventu sester Alžbětinek a navazuje na tradici v péči a nemocné. Hospic disponuje 22 lůžky a jeho součástí je domácí hospic Tabita, který pečuje téměř o 200 pacientů ročně. Lůžkový hospic poskytuje hospicovou a paliativní péči, která je pod vedením odborně zdatného multidisciplinárního týmu. Domácí prostředí a vybavení jednolůžkových pokojů, zajišťuje nemocnému dostatečné pohodlí, komfort a soukromí, které je důležité pro chvíle, kdy je život terminálně nemocného

omezen chorobou. Jeden den provozu lůžkového hospice pro 22 nemocných stojí 59 400 Kč.

Posledním zařízením, ve kterém bylo provedeno dotazníkové šetření, byl domácí hospic David, který je pod záštitou Charity Kyjov a je součástí Arcidiecézní charity Olomouc. Domácí hospic nabízí odborné poradenství a pomoc těžce nemocným a jejich rodinám v domácím prostředí multidisciplinárním týmem, který je sestaven z vyškolených pracovníků na paliativní péči. Tato služba je poskytována 24 denně 7 dnů v týdnu v Kyjově a 22 okolních obcích. Realizátorem projektu je paní Blažena Hanáková. Za rok 2013 vzrostl počet ošetřujících návštěv u terminálně nemocných na 993.

6.2 Výzkumný cíl

Řešení výzkumného cíle předkládané práce je zaměřeno na zhodnocení úrovně vzdělávání v oblasti paliativní péče v Jihomoravském kraji. Úroveň vzdělávání bude zkoumána ve zvolených oblastech:

- připravenost pracovníků hospicových zařízení na práci s umírajícími po emoční i profesní stránce.
- dostupnost programů/kurzů v oblasti paliativní péče v rámci rozvoje vzdělávání zajišťované zaměstnavatelem.

Uvedený cíl je konkrétně vymezen ve výzkumných otázkách.

6.2.1 Výzkumné otázky

Základní výzkumnou otázkou (ZVO) je:

Jaký je pohled pracovníků na vzdělávání v paliativní péči?

K dosažení ZVO byly stanoveny dílčí výzkumné otázky (DVO):

1. Ovlivňuje dosažená úroveň vzdělání pracovníků hospiců jejich profesní připravenost?
2. Ovlivňuje dosažená úroveň vzdělání pracovníků jejich emoční připravenost?
3. Ovlivňuje délka praxe profesní připravenost pracovníků?
4. Ovlivňuje profesní zaměření pracovníka možnost využívání doplňujících kurzů?

Vzhledem k uvedeným výzkumným otázkám je nutné se ve výzkumu zaměřit i na jiné aspekty, které ovlivňují nebo mohou ovlivňovat zjištění. Jedná se především po pracovníkův pohled na pojem smrt a víra.

Výzkumné otázky obsahují základní pojmy, které jsou níže rozděleny dle jejich sledovaných vlastností, tak aby došlo k jejich lepšímu pochopení.

6.2.2 Operacionalizace základních pojmů

Ve výzkumu jsou základní pojmy rozděleny do tří proměnných:

Závisle proměnná:

- profesní připravenost neboli způsobilost k výkonu povolání, kterou vyžaduje specializovaná paliativní péče, lze dosáhnout určitým stupněm vzdělání, znalostmi, různými doplňujícími kurzy a vzdělávacími programy. Jedná se o zvládání situací, které jsou dány odbornými znalostmi, dovednostmi, zejména znalost medicíny, fáze umírání, rozlišení bolesti, komunikační dovednost s uživateli, ale i s rodinnými příslušníky aj.
- emoční připravenost se váže na temperament, který charakterizuje dynamiku psychiky a představuje základ průběhu duševních dějů a projevů chování. Dle Vágnerové je „ *temperament vrozenou dispozicí, kterou lze ovlivňovat jen v nepatrné míře* “. Emoční připravenost je možné operacionálně charakterizovat tak, že jedinec zvládne danou situaci. Taková situace je daná především prožitkovou složkou osobnosti: zvládání strachu, nálad, vášně, utrpení, lásky, tj. pocitů, které jsou vyvolány jak ze strany uživatele, tak i ze strany člověka, který vykonává povolání. Pokud se jedinec dobře orientuje ve svých vlastních emocích, hovoříme o emoční inteligenci na základě, které dokáže člověk adekvátně v určitých situacích reagovat a zbytečně se netrápit, udržet si pozitivní emoční ladění (Vágnerová, 2005, s. 151-215).

Nezávisle proměnná:

- úroveň vzdělání: základní
středoškolské
vyšší odborné
vysokoškolské bakalářské
vysokoškolské magisterské
postgraduální.
- věk respondenta do 20let
20-29
30-39
40-49
50 a více
- délka praxe do 1 roku
1-3 let
4-6 let
7-10 let
11 a více.

Závisle proměnná je vlastnost, jev, která je výsledkem působení nezávisle proměnné. Nezávisle proměnná je vlastnost (jev), která je příčinou nebo podmínkou vzniku jiné vlastnosti (Chráska, 2007, s. 9).

Intervenující proměnná vstupuje do vztahu mezi oběma proměnnými.

- pohled na smrt člověk pohlíží na smrt jako na přirozenou součást života
jako na utrpení
mám z ní strach
- víra ano - člověk věří v Boha
ne - nevěří v Boha.

6.2.3 Stanovení hypotéz

V rámci výzkumu jsme si stanovili základní hypotézy, které budou testovány:

- H1:** Pracovníci s vyšší úrovní dosaženého vzdělání hodnotí lépe svoji profesní připravenost v rámci doprovázení umírajících než pracovníci s nižší úrovní dosaženého vzdělání.
- H2:** Pracovníci s vyšší úrovní dosaženého vzdělání hodnotí lépe svoji emoční připravenost v rámci doprovázení umírajících než pracovníci s nižší úrovní dosaženého vzdělání.

H3: Pracovníci s delší dobou praxe se cítí lépe profesně připraveni než pracovníci s kratší dobou praxe v rámci doprovázení umírajících.

H4: Pracovníci se zdravotnickým zaměřením využívají více doplňující kurzy než pracovníci s jiným než zdravotnickým zaměřením.

6.3 Použitá metoda a technika výzkumu

K získání potřebných dat ke zpracování průzkumného šetření pro sledování výše uvedeného cíle, byla použita kvantitativní **metoda dotazníkového šetření**, dle které budeme testovat hypotézy a verifikovat teorie. Deduktivní charakter kvantitativního výzkumu je patrný v jeho linearitě. Vychází z teoretických poznatků zkoumané problematiky a redukuje realitu na měřitelné vlastnosti jevů pomocí znaků, které jsou následně pomocí matematických modelů vyvíjeny a zpracovávány (např. s využitím statických programů). Zkoumané dílčí úseky problematiky měříme a kvantitativně vyjadřujeme pomocí schémat a modelů. V hypotézách se mezi proměnnými vyjadřují rozdíly, vztahy a následky. Po ukončení sběru dat a následném zpracování lze definovat závěry, zda byly hypotézy potvrzeny či vyvráceny (Maňák, Švec, 2004, s. 41- 48).

Tuto metodu volíme z důvodu možnosti oslovení početnějšího souboru respondentů, jednoduchosti orientace v odpovědích v dotazníku, dostatku času pro vyplnění a zaručení anonymity respondentů, což má vliv na jejich ochotu spontánně odpovídat na otázky. I když podle Dismana (2002) není pilotáž považována za povinnou součást výzkumu, u tohoto výzkumu provedena byla (Chráška, 2007, s. 163- 165). Pilotáž ověření nestandardizovaného dotazníku proběhla v jednom z mobilních hospicových zařízení u 5 respondentů. Tito respondenti nebyli do výzkumu započítáni. Po vyhodnocení bylo zřejmé, že respondenti otázkám porozuměli. Dotazník obsahoval 26 otázek, z nichž některé otázky byly jak uzavřené, tak i otevřené a je zařazen v příloze P1.

6.3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Pro výzkum jsme vybrali všechny zaměstnance nelékařských a lékařských zdravotnických povolání ve všech hospicových zařízeních v Jihomoravském kraji. Pracovníci managementu do výzkumného šetření zahrnuti nebyli, jelikož se dá předpokládat, že se na přímé péči o osoby v terminálním stádiu života nepodílejí.

6.3.2 Způsob sběru dat

Sběr dat proběhl v dvou hospicových zařízeních lůžkového typu, Domu léčby a bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě a Hospici sv. Alžběty v Brně. Dále pak v domácím (mobilním) hospici sv. Jana v Rajhradě, v domácím hospici Tabita, který je součástí hospice sv. Alžběty v Brně a v domácí hospicové péči David v Kyjově.

Dotazníkové šetření proběhlo v měsíci lednu a únoru 2015. Dotazník byl distribuován v tištěné podobě prostřednictvím ředitelky hospicového zařízení, pracovnice pro styk s veřejností, sociálního pracovníka a vrchní zdravotní sestry, jelikož všichni pracovníci z důvodu pracovní vytíženosti neměli přístup k internetu a sociálním sítím. Poté byly všechny dotazníky přepsány do služby VYPLŇTO a staženy do tabulkového procesoru Excel. Následně byla data zpracována kontingenční tabulkou a převedena do grafů, které jsme vypočítali pomocí tabulkového procesoru Excel. Celkem bylo rozdáno 125 dotazníků, návratnost byla 80% a je dána poměrem vyplněných a rozdaných dotazníků. Celkem tedy bylo získáno 100 dotazníků. Sesbírané dotazníky bylo možno podrobit analýzám, jelikož byly všechny řádně vyplněny.

6.3.3 Metoda hodnocení dat

Data z navrácených dotazníků jsou graficky zpracována a hodnocena testem nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku v kapitole 6.

Tento test významnosti můžeme využít v případě, kdy existuje závislost mezi dvěma jevy, které jsou zachyceny v našem případě pomocí nominálního měření. Výsledky zapíšeme do kontingenční tabulky „*tabulky se dvěma vstupy*“. Čísla uváděná pod tabulkou a směrem vpravo od tabulky jsou tzv. marginální četnosti. Test významnosti provádíme na základě hladiny významnosti $p < 0,05$.

V kontingenční tabulce je tedy pro každé pole vypočítána hodnota pozorované „P“ a očekávané „O“ četnosti (čísla uvedené v závorkách). $O =$ součet pozorovaných četností ve sloupci - součet pozorovaných četností v řádku/celkový počet pozorování. Hodnota χ^2 je vypočítána jako součet hodnot χ^2 pro všechna pole v tabulce. Tato hodnota je posouzena s testovým kritériem chí-kvadrátu na určitém stupni volnosti, na základě kterého falzifikujeme nulové hypotézy. Pro posouzení vypočítané hodnoty χ^2 je třeba určit počet stupňů volnosti. Počet stupňů volnosti volíme dle vzorce:

$$f = (r \text{ počet řádků} - 1 \cdot s \text{ počet sloupců} - 1).$$

Dle statistických tabulek zjistíme podle vypočítaného stupně volnosti kritickou hodnotu χ^2 .

Pokud je vypočítaná hodnota testového kritéria vyšší, než hodnota kritická, odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. Byla tedy prokázána statisticky významná souvislost. Pokud je vypočítaná hodnota testového kritéria menší nebo rovna než hodnota kritická, potvrzujeme hypotézu nulovou (Chráska, 2009, s. 76-80).

7 ANALÝZA DAT A JEJICH INTERPRETACE

V dotazníkovém šetření byly stanoveny identifikační a výzkumné otázky, které byly hodnoceny graficky (statistické zpracování odpovědí pomocí grafického znázornění) s následným komentářem.

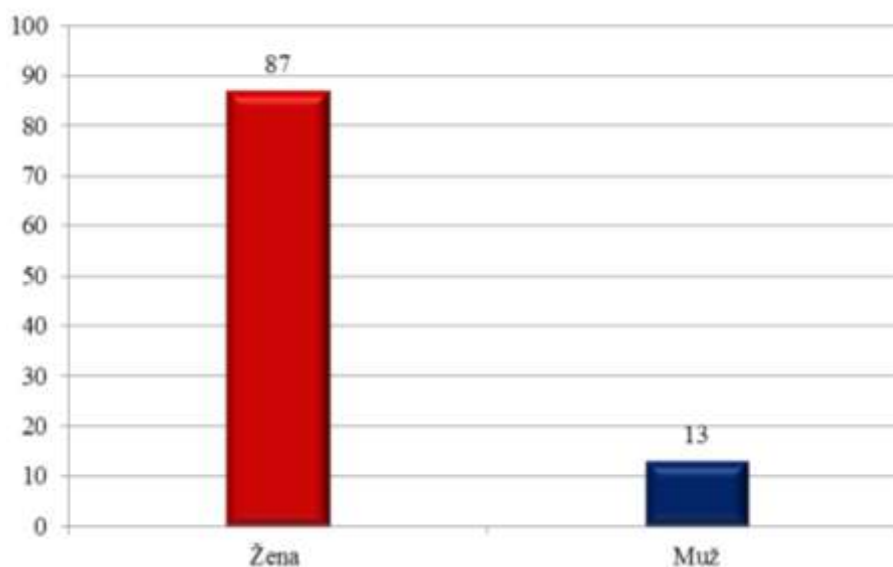
Hypotézy vycházejí z výzkumných i z identifikačních otázek a je provedena analýza výsledků směřujících k základnímu řešení dílčích cílů metodou Test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku (kapitola 5.3.3).

7.1 Identifikační otázky

Otázka č. 1: Pohlaví respondenta

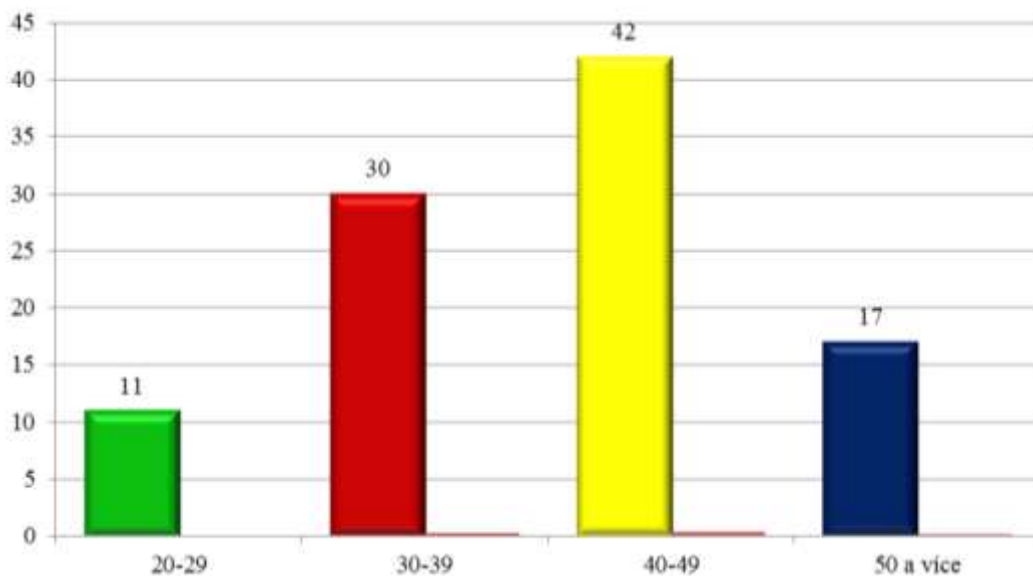
Z celkového počtu 100 dotazníků odpovídalo 87 žen (87%) a 13 mužů (13%).

Graf 5 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 1 (zdroj: vlastní výzkum)

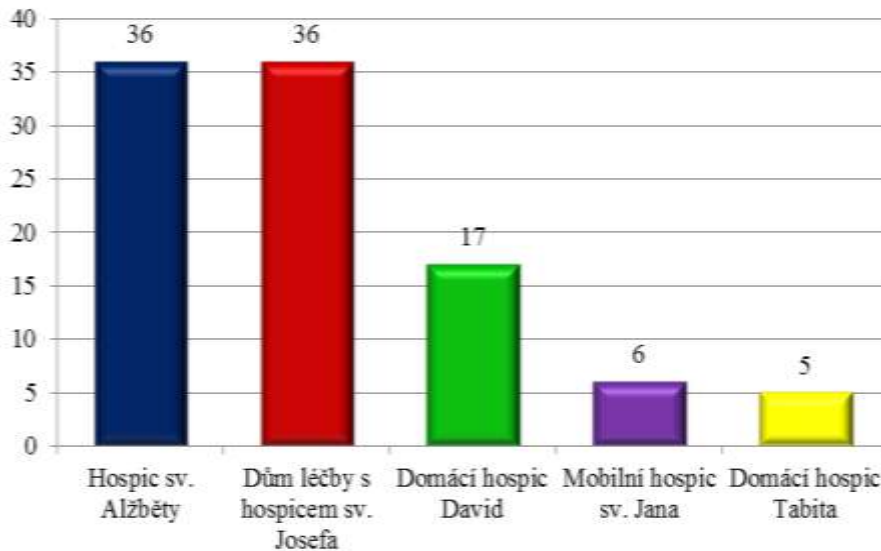


Otázka č. 2: Věk respondenta

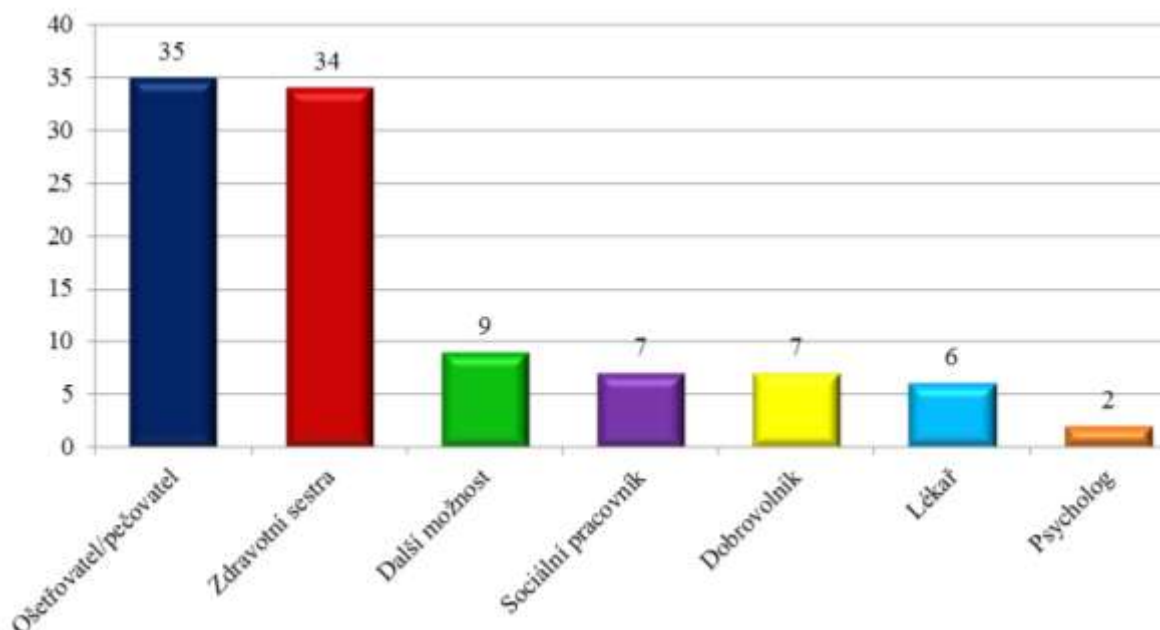
Podle věku jsme rozdělili respondenty do čtyř skupin. Z celkového počtu 100 responsí odpovídalo 11(11%) respondentů ve věku mezi 20-29 let, 30 (30%) respondentů ve věku mezi 30-39 lety, nejpočetnější skupinu tvořili respondenti mezi 40- 49 lety v počtu 42 respondentů, což je 42% a 17 respondentů mezi 50 a více lety, což představuje 17%.

Graf 6 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 2 (zdroj: vlastní výzkum)**Otázka č. 3: Pracoviště respondenta**

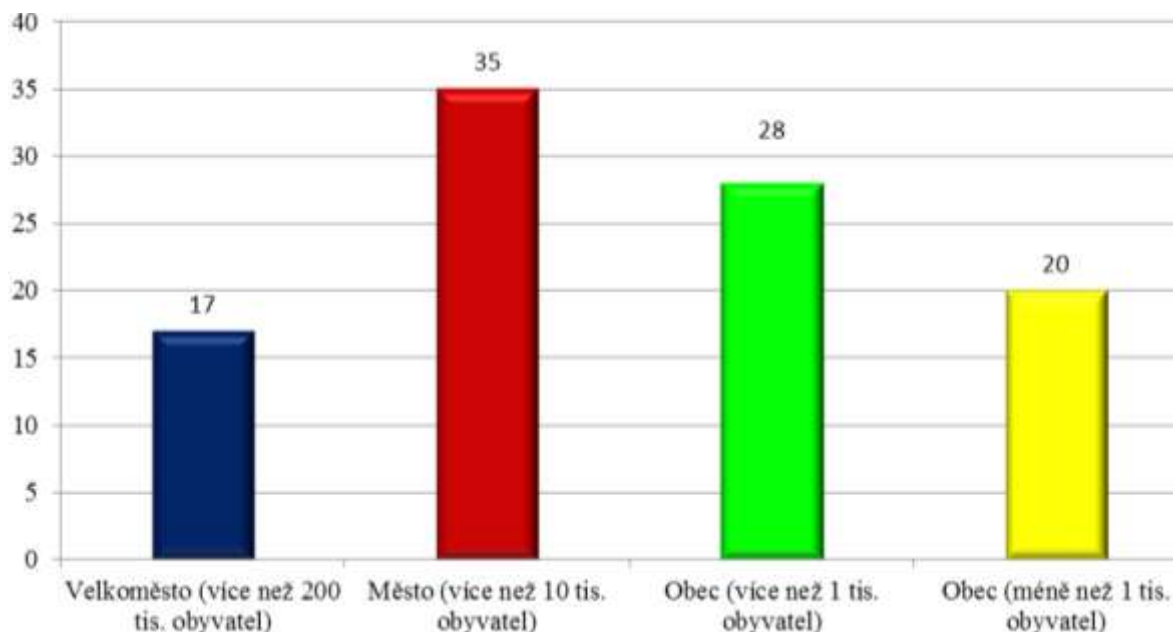
Z celkového počtu dotazovaných nejvíce pracovníků pracuje v lůžkových hospicích sv. Alžběty v Brně, 36 respondentů (36%) a stejný počet respondentů odpovídal i z Domu léčby a bolesti sv. Josefa v Rajhradě, 36 (36%). V domácích a mobilních hospicích pracuje menší část dotazovaných. V domácím hospici David 17 respondentů (17%), v mobilním hospici sv. Jana 6 respondentů (6%) a v domácím hospici Tabita pracuje 5 (5%) dotazovaných respondentů.

Graf 7 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 3 (zdroj: vlastní výzkum)**Otázka č. 4:** Pracovní pozice respondenta

Na základě další otázky jsme zjišťovali pracovní pozice respondentů. V největší míře bylo zaznamenáno, že nejvíce pracovníků je na pracovní pozici pečovatel/ošetřovatel 35 respondentů (35%), dále 34 respondentů pracuje na pozici zdravotní sestra (34%). Jako další možnost zařazení na pracovní pozici se označilo 9 respondentů (9%). Sociálních pracovníků odpovědělo z celkového počtu dotazovaných 7 (7%). Na pracovní pozici dobrovolníka je zařazeno z počtu dotazovaných 7 respondentů, což je 7% z dotazovaných. 6 respondentů (6%) je zařazeno na pracovní pozici lékař v hospicových zařízeních, a jen 2 respondenti na pozici psycholog (2%).

Graf 8 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 4 (zdroj: vlastní výzkum)**Otázka č. 12:** Odkud pocházíte?

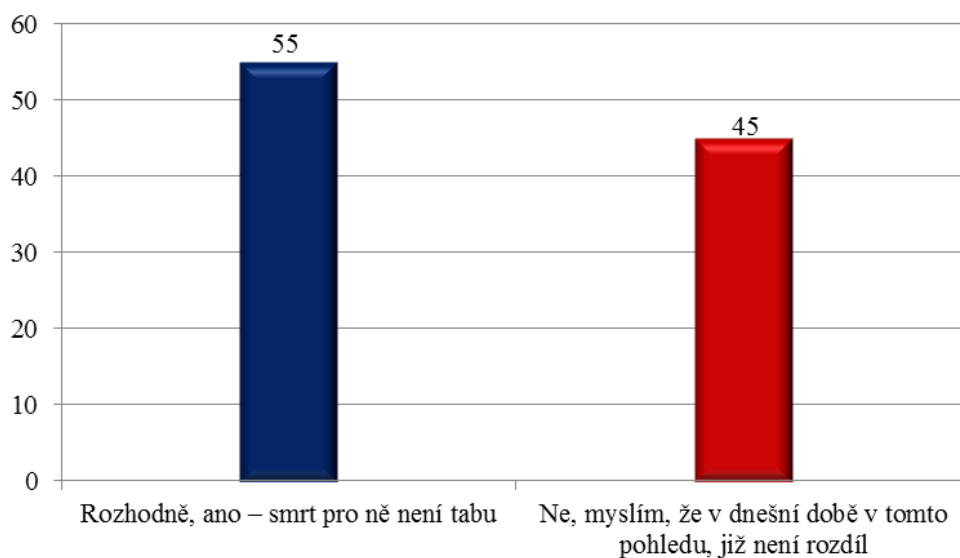
K této otázce se vyjádřila většina respondentů žijících ve městě s více než 10tis. obyvateli 35 (35%). Z celkového počtu 100 respondentů jich 28 (28%) žije v obcích s více než 1 tis. obyvateli, 20 respondentů pochází z obcí s méně než 1 tis. obyvatel a ve velkoměstě s více než 200 tis. obyvateli žije 17 (17%) respondentů pracujících v hospicových zařízeních.

Graf 9 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 12(zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 13. Myslíte si, že lidé z malých obcí pohlížejí na smrt jinak, než lidé z velkoměsta?

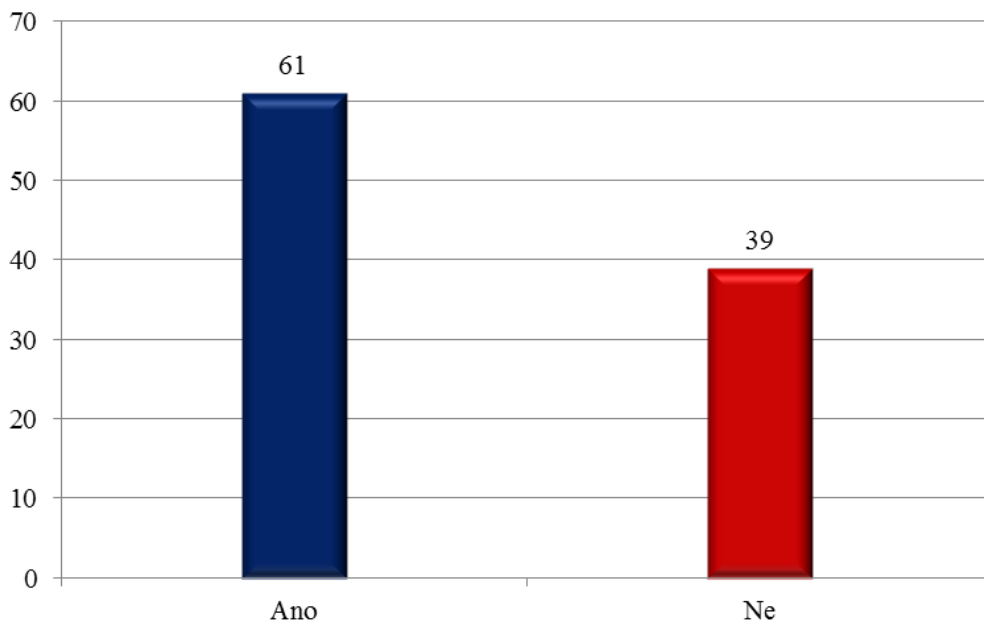
Na tuto otázku odpovědělo 55 (55%) respondentů rozhodně ano a 45 (45%) respondentů, že si nemyslí, že by byl v dnešní době pohled na smrt lidí z velkoměsta jiný než lidí z malých obcí.

Graf 10 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 13 (zdroj: vlastní výzkum)

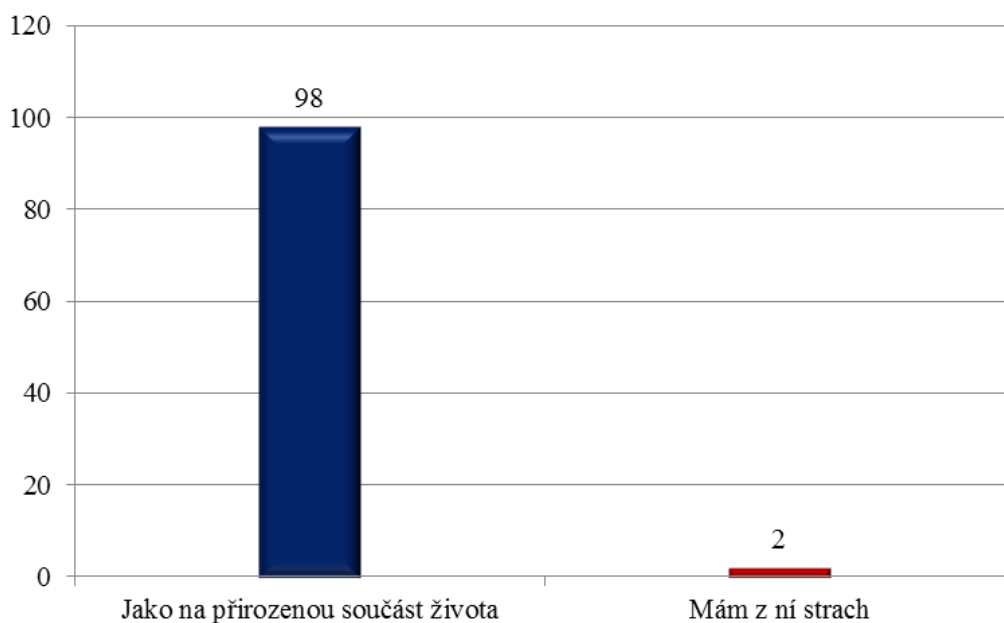


Otázka č. 15: Pokud ano, ovlivňuje víra Váš postoj ve vztahu k umírajícímu?

K této otázce se vyjádřilo 61 respondentů (61%) jako, že víra ovlivňuje jejich postoj ve vztahu k umírajícímu a 39 respondentů (39%) to tak nepocítuje.

Graf 11 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 15 (zdroj: vlastní výzkum)**Otázka č. 16:** Jak pohlížíte na smrt?

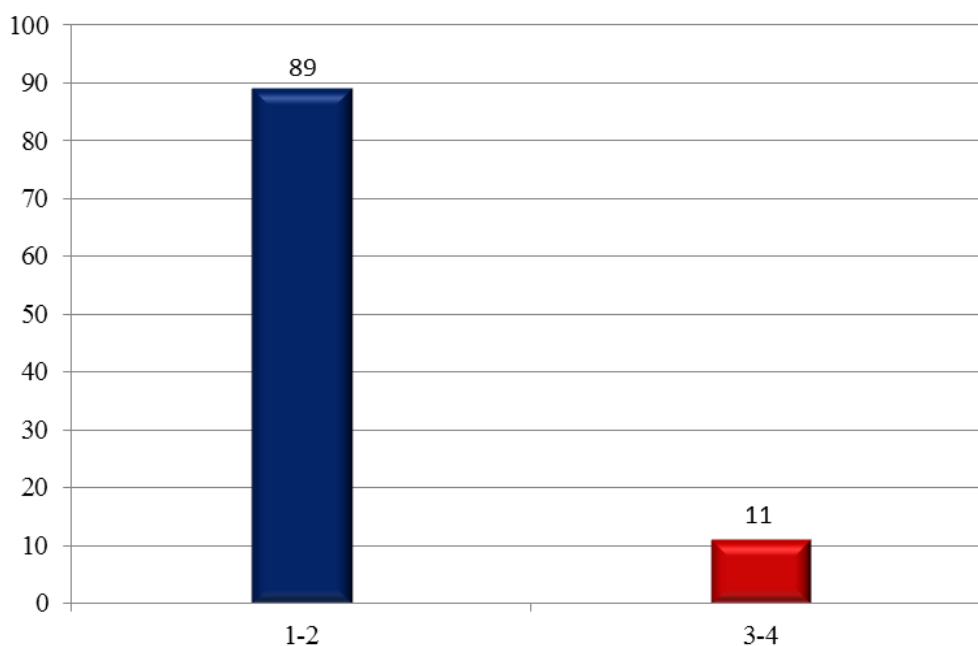
K této otázce se jednoznačně ano vyjádřilo 98 z dotazovaných (98%) a jen 2 respondenti (2%) označili, že mají ze smrti strach.

Graf 12 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 16 (zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 17: Jaký je dle Vašeho názoru ideální počet nemocných v terminálním stádiu na jednu pracující osobu?

K této otázce se respondenti vyjádřili tak, že převážná většina z dotazovaných 89 (89%) odpověděla, že je dostačující, když jedna pracující osoba pečuje o 1-2 terminálně nemocné za den a 11 respondentů (11%) se vyjádřilo, že by zvládli pečovat i o 3-4 terminálně nemocné osoby za den.

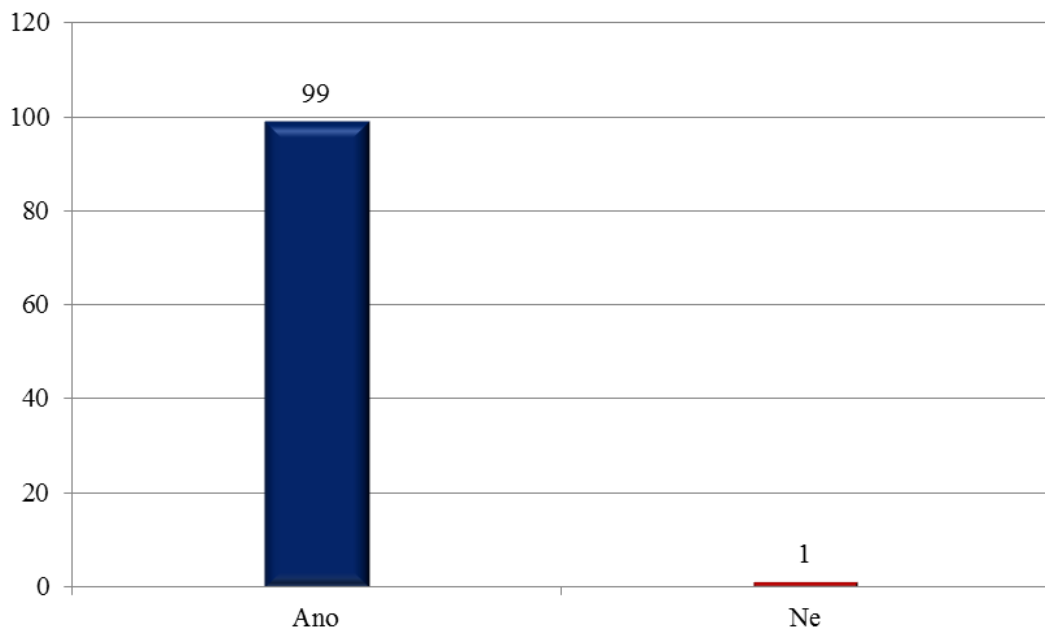
Graf 13 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 17 (zdroj: vlastní výzkum)



Otázka č. 26: Jste hrdý/- á na to, že pracujete v hospici?

Vzhledem k náročnosti tohoto povolání jsme jako poslední otázku zařadili, zda jsou pracovníci hrdí na to, že mají možnost pracovat v hospici. Téměř všichni z dotazovaných respondentů 99 (99%) odpověděli, že hrdi jsou a pouze 1 respondent (1%) odpověděl nesouhlasně.

Graf 14 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 26 (zdroj: vlastní výzkum)

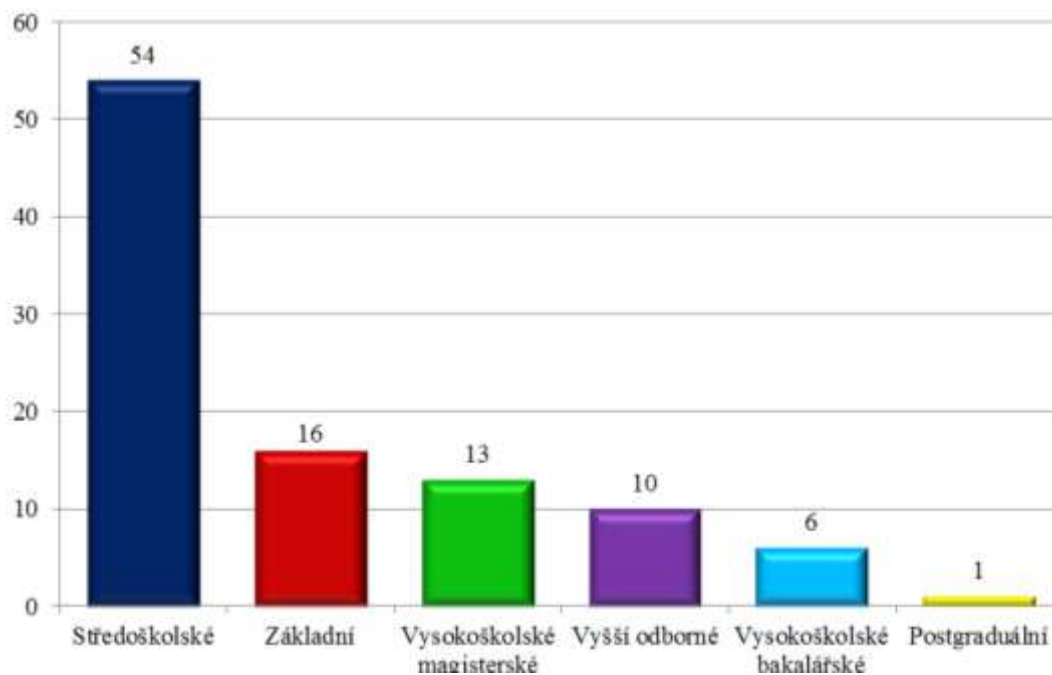


7.2 Výzkumné otázky

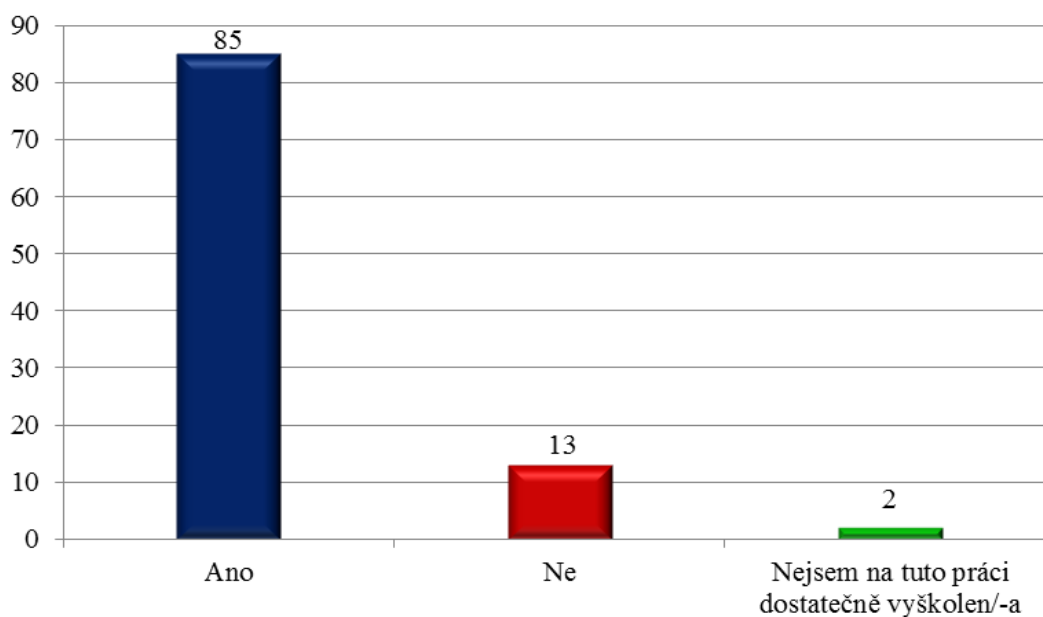
K DVO č. 1: Ovlivňuje dosažená úroveň vzdělání pracovníků hospiců jejich profesní připravenost? (otázky v dotazníku 5, 7, 8, 9, 10, 19, 20, 21, 22).

Otázka č. 5: Nejvyšší dosažené vzdělání

Dotazník vyplnilo celkem 100 respondentů. 54 osob se středoškolským vzděláním (54%), 16 osob dosáhlo základního vzdělání (16%), 13 osob dosáhlo magisterského vzdělání (13%), vyšší odborné 10 osob (10%), vysokoškolského bakalářského stupně 6 osob (6%) a postgraduálního vzdělání dosáhlo jen 1(1%).

Graf 15 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 5 (zdroj: vlastní výzkum)**Otázka č. 7:** Jste součástí multidisciplinárního týmu?

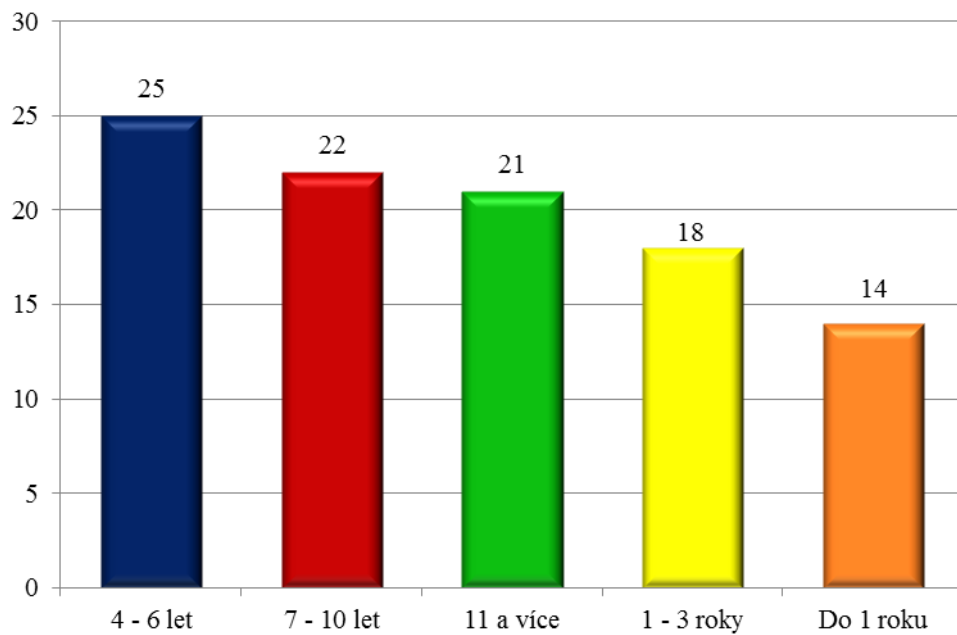
Z celkového počtu respondentů odpovědělo ano 85 respondentů (85%), součástí multidisciplinárního týmu není 13 respondentů (13%) a 2 (2%) z dotazovaných nejsou na tuto práci dostatečně vyškoleni.

Graf 16 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 7 (zdroj: vlastní výzkum)

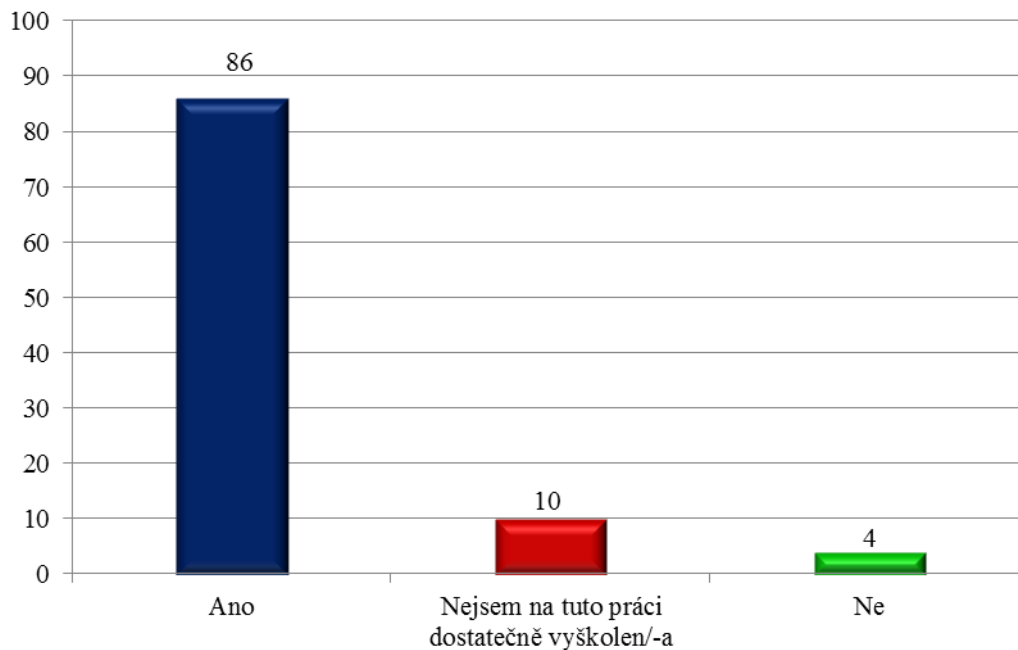
Otázka č. 8: Délka Vaší praxe v hospici

Délka praxe se pohybovala u respondentů nejvíce mezi 4-6 rokem (25%), 7-10 let má praxi v hospicích 22 respondentů (22%), 11 a více let pracuje s terminálně nemocnými 21 respondentů (21%). Praxi 1-3 roky dosahuje 18 respondentů (18%) a 14 (14%) respondentů pracuje v těchto zařízeních do jednoho roku.

Graf 17 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 8 (zdroj: vlastní výzkum)

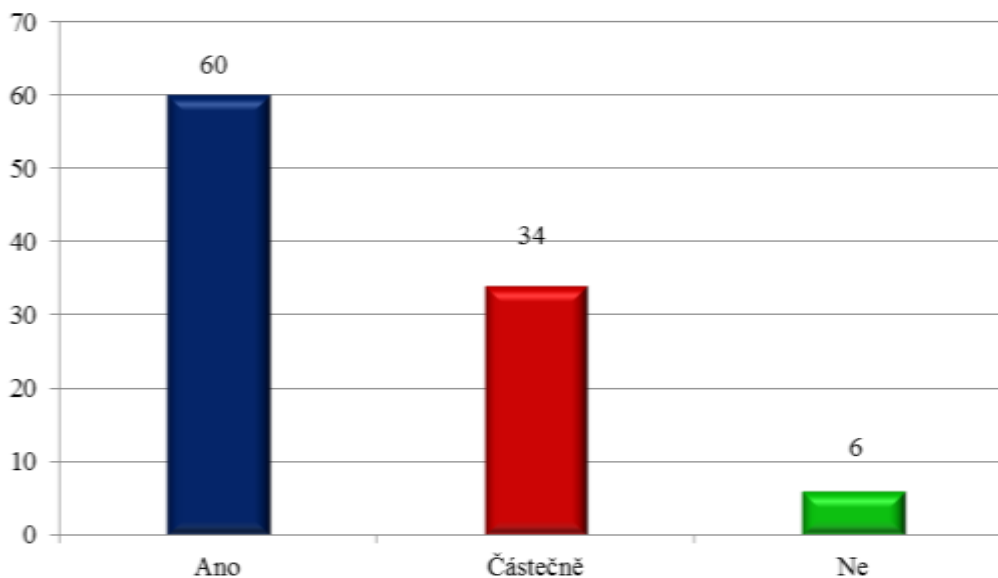
**Otázka č. 9:** Zajišťujete biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby v péči o terminálně nemocné?

Za jednoznačnou odpověď „ano“ označilo tuto otázku 86 respondentů (86%), 10 respondentů (10%) odpovědělo, že nejsou dostatečně vyškoleni na zajištění těchto potřeb a 4 dotázaní (4%) se vyjádřili, že tyto potřeby nezajišťují.

Graf 18 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 9 (zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 10: Cítíte se na zajištění této péče dostatečně profesně připraveni?

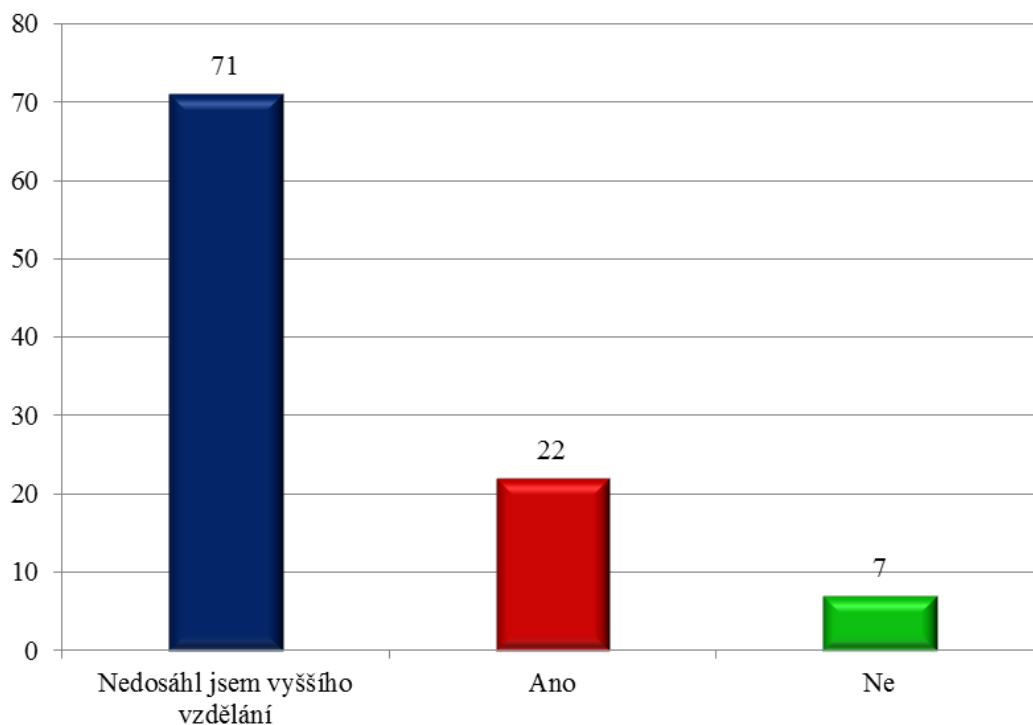
Po profesní stránce se na tuto práci cítí připraveno 60 z dotazovaných respondentů (60%) z celkového počtu, 34 z dotazovaných se cítí připraveni na práci s umírajícími částečně (34%) a 6 (6%) respondentů se cítí nepřípraveno.

Graf 19 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 10 (zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 20: Pokud jste v průběhu práce v hospici dosáhli vyššího vzdělání, domníváte se, že jste více připraveni po profesní stránce?

Podobně respondenti odpověděli i na následující otázku. U 71 respondentů (71%) neproběhlo zvyšování vzdělání, 22 respondentů (22%) se cítí, na základě zvyšování stupně vzdělání, více připraveni po profesní stránce při péči o umírající a 7 respondentů (7%), se na základě zvyšování stupně vzdělání necítí více připraveni po profesní stránce při péči o umírající.

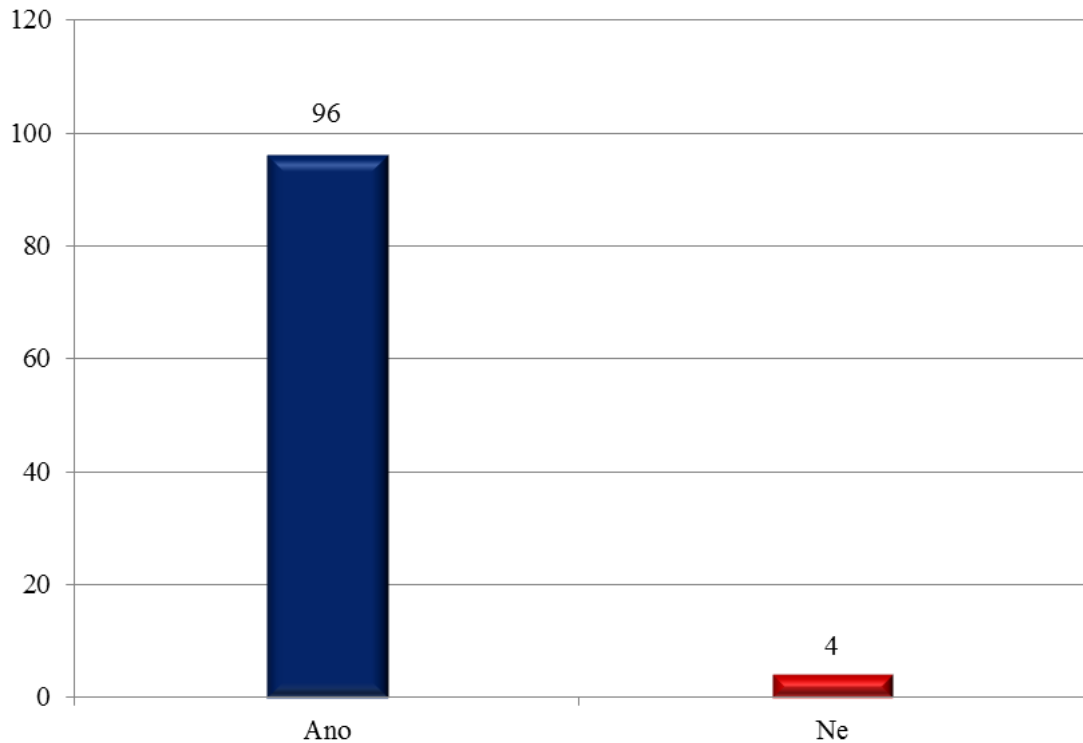
Graf 20 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 20 (zdroj: vlastní výzkum)



Otázka č. 21: Jste spokojeni s Vaší pracovní pozicí?

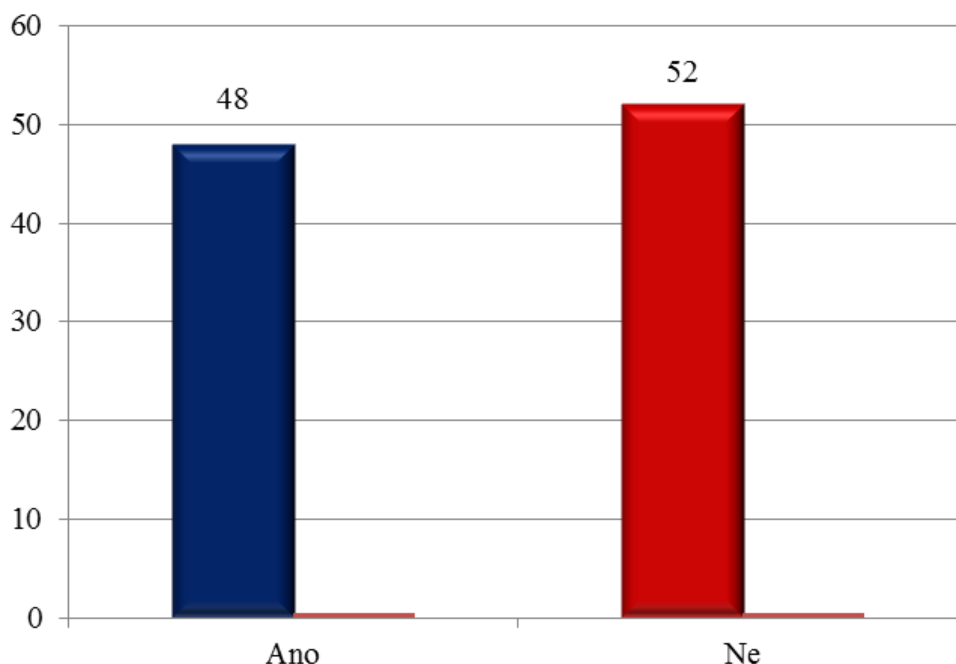
K této otázce se jednoznačně ano vyjádřilo 96 respondentů (96%) a 4 respondeti (4%) odpověděli, že spokojeni se svojí pracovní pozicí nejsou.

Graf 21 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 21 (zdroj: vlastní výzkum)



Otázka č. 22: Domníváte se, že Vaše mzda odpovídá odvedené práci?

Na tuto otázku odpovědělo 48 respondentů (48%) , že mzda odpovídá odvedené práci a 52 respondentů (52%) odpovědělo, že mzda za odvedenou práci neodpovídá.

Graf 22 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 22 (zdroj: vlastní výzkum)

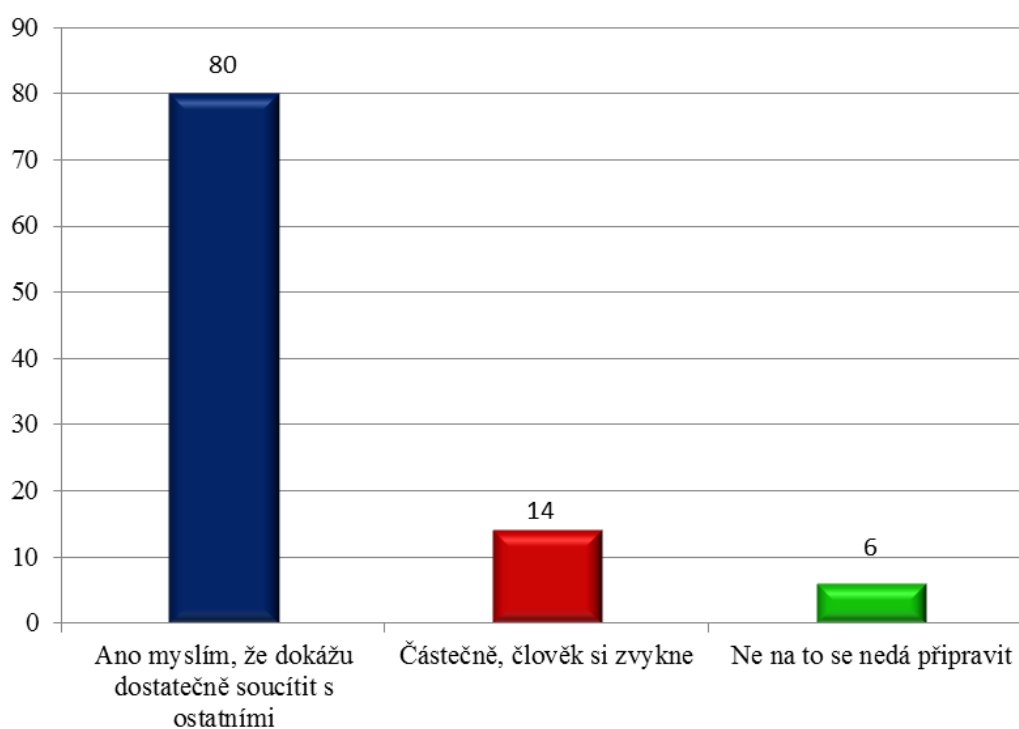
Shrnutí DVO č. 1: Z uvedeného vyplývá, že v hospicích v Jihomoravském kraji pracuje nejvíce pracovníků se středoškolským vzděláním (54%). Většina z celého souboru dotazovaných (85%) je součástí multidisciplinárního týmu a cítí se dostatečně na tuto práci vyškolená. Zvyšování úrovně vyššího vzdělání pomohlo respondentům, aby se cítili ve 22 případech profesně připraveni. V této otázce jsme zjišťovali, zda se cítí být pracovníci při doprovázení umírajících dostatečně profesně připraveni a mají tak způsobilost k výkonu povolání, kterou vyžaduje specializovaná paliativní péče. Profesní úroveň lze dosáhnout určitým stupněm vzdělání, znalostmi, různými doplňujícími kurzy a vzdělávacími programy. V otázce č. 5 nejvyšší dosažené vzdělání v dotazníku odpovědělo jen 24 % z dotazovaných, kteří dosáhli minimálně 1. stupně vysokoškolského vzdělání, ve kterém se vyučují předměty v oblasti paliativní péče. Z uvedeného můžeme usuzovat, že pracovníci se sebevzdělávají, jelikož 86% dotazovaných zajišťuje biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby v péči o terminálně nemocné. 96% pracovníků je spokojeno se svou pracovní pozicí, ale méně jak 50% je spokojeno s finančním ohodnocením za odvedenou práci.

K DVO č. 2: Ovlivňuje dosažená úroveň vzdělání pracovníků hospiců jejich emoční připravenost?(otázky v dotazníku č. 11,14, 18).

Otázka č. 11: Cítíte se na zajištění této péče dostatečně emočně připraveni?

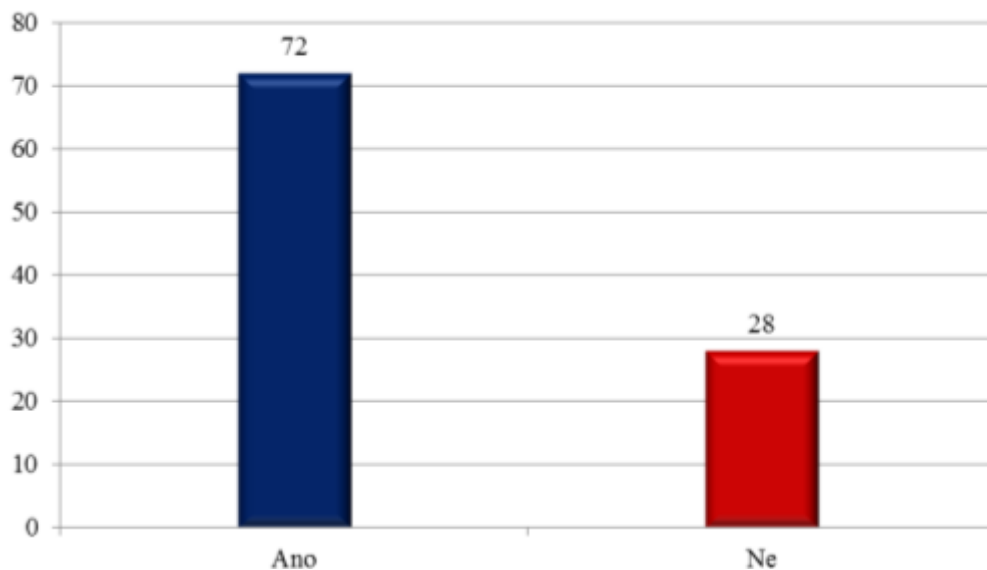
Po emoční stránce se na tuto práci cítí připraveno 80 z dotazovaných respondentů (80%) z celkového počtu, 14 dotazovaných odpovědělo, že se cítí být na práci s umírajícími částečně (14%) a 6 respondentů se vyjádřilo, že se na to nedá připravit (6%).

Graf 23 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 11 (zdroj: vlastní výzkum)

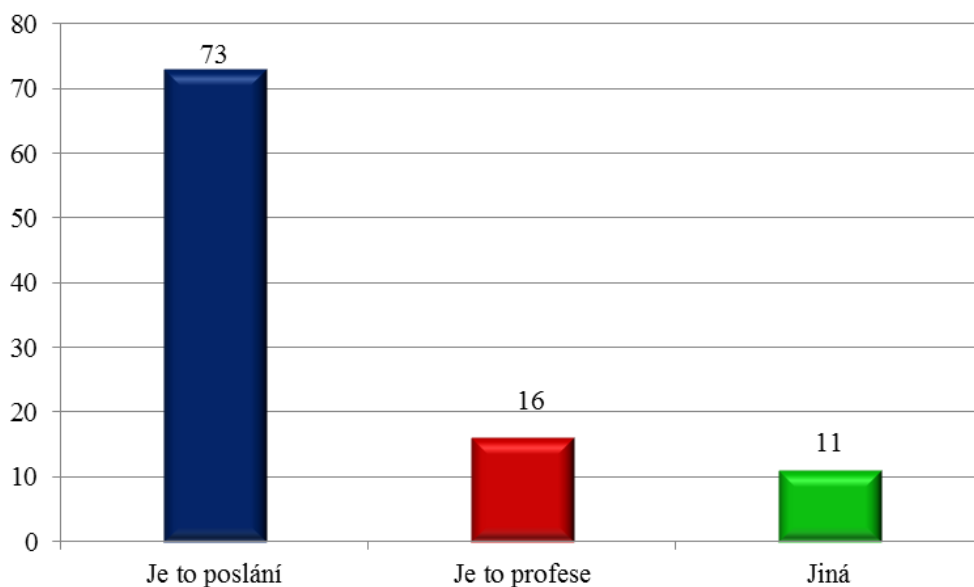


Otázka č. 14: Jste věřící?

V otázce víry se jako věřící označilo 72 dotazovaných (72%) a 28 (28%) dotazovaných jako nevěřících.

Graf 24 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 14 (zdroj: vlastní výzkum)**Otázka č. 18.** Jaký je Váš pohled na péči o umírající?

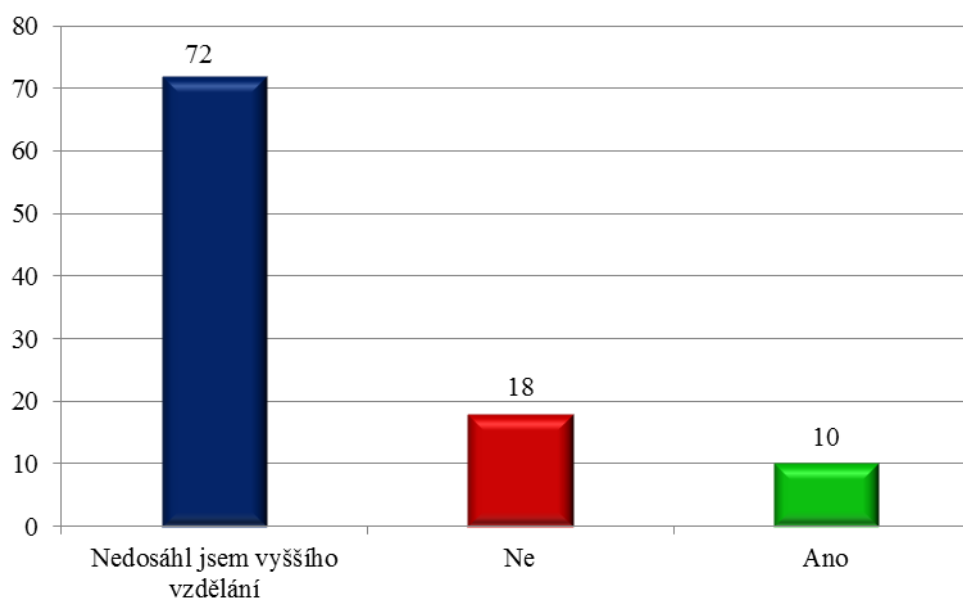
Na tuto otázku respondenti 73 (73%) odpovídali poměrně jednoznačně a to tak, že péči o umírající považují za poslání, 16 (16%) respondentů odpovědělo, že je to spíše profese a 11 respondentů (11%) se vyjadřovalo jinak.

Graf 25 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 18 (zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 19: Pokud jste v průběhu práce v hospici dosáhli vyššího vzdělání, domníváte se, že jste více připraveni po emoční stránce?

U 72 respondentů (72%) zvyšování vzdělání u dotazovaných neproběhlo, 18 respondentů (18%) odpovědělo, že na základě zvyšování stupně vzdělání se necítí více připraveni po emoční stránce a 10 respondentům (10%) pomohlo zvyšování vzdělání, aby byli více připraveni po emoční stránce při péči o umírající.

Graf 26 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 19 (zdroj: vlastní výzkum)



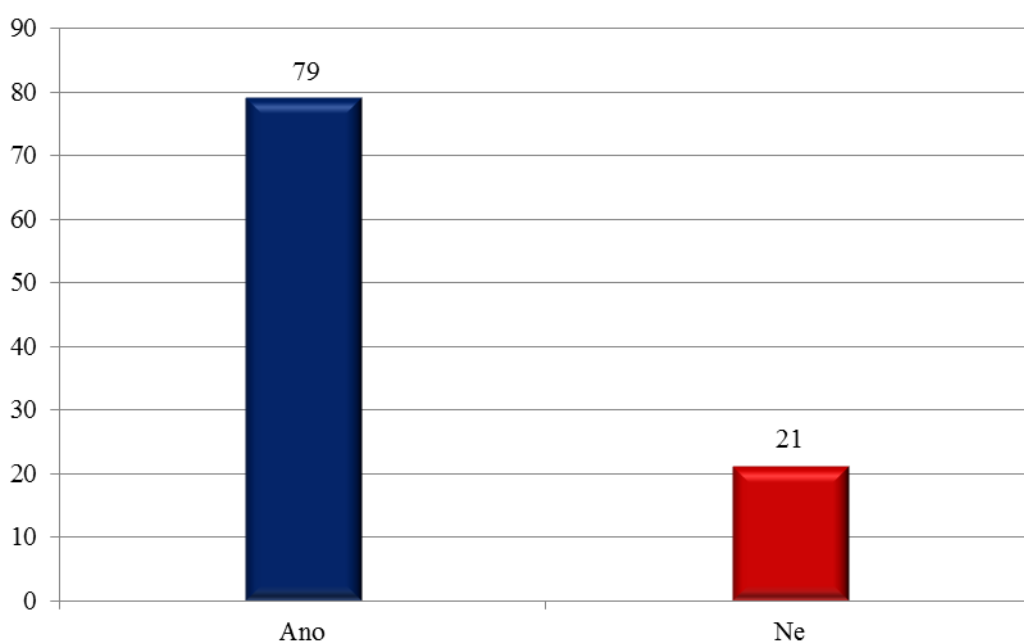
Shrnutí DVO č. 2: V této otázce jsme chtěli ověřit, zda se cítí pracovníci dostatečně emočně připraveni pro práci s umírajícími, jelikož pokud se člověk dostatečně orientuje ve svých emocích, adekvátně reaguje na určité situace a zbytečně se netrápí (Vágnerová, 2005, s. 151). Výsledek nás nepřekvapil, jelikož 72% respondentů z celkového počtu dotazovaných věří v Boha a 73 % vnímá svou práci jako poslání. Věřící lidé mají dostatek empatie a dokážou se vcítit do pocitů a jednání druhých, proto lze usuzovat, že se po emoční stránce tyto pracovníci cítí dostatečně připraveni. Zvyšování úrovně vyššího vzdělání pomohlo respondentům, aby se cítili v 10 případech více emočně připraveni.

K DVO 3: Ovlivňuje délka praxe profesní připravenost pracovníků? (otázka v dotazníku č. 25)

Otázka č. 25: Myslíte si, že se dostatečné zajištění kvality péče se odvíjí od délky Vaší praxe?

Názoru, že kvalita péče se na základě délky praxe odvíjí, je 79 respondentů (79%) z celkově dotazovaných a 21 respondentů (21%) zastává názor, že kvalita péče o terminálně nemocné se od délky praxe neodvíjí.

Graf 27 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 25 (zdroj: vlastní výzkum)



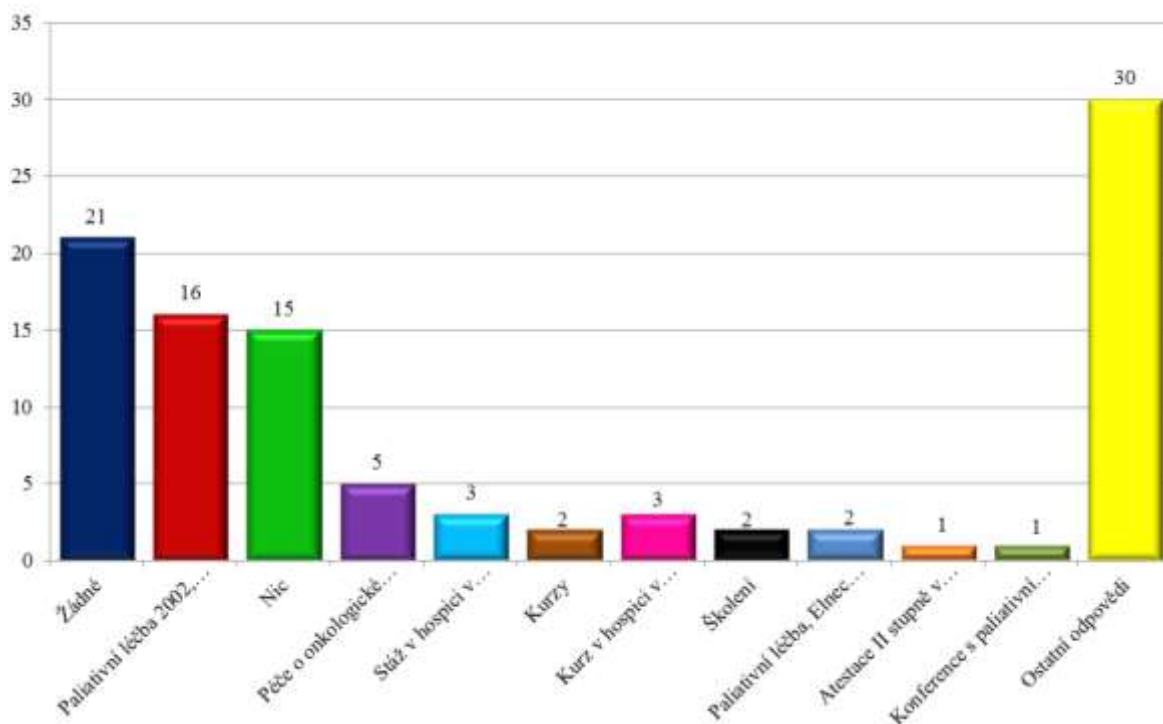
Shrnutí DVO č. 3: Na základě odpovědí lze předpokládat, že většina z dotazovaných si profesní úroveň zvyšuje prostřednictvím různých odborných stáží, kurzů a programů, které nabízí zaměstnavatel, a zkušenosti získávají délkou praxe při práci s umírajícími.

K DVO č. 4: Ovlivňuje profesní zaměření pracovníka možnost využívání doplňujících kurzů? (otázky v dotazníku č. 6, 23, 24).

Otázka č. 6: Dosažené vzdělání - kurzy a zájmově rozšiřující vzdělávací programy v oblasti paliativní péče (jaké, kde a ve kterém roce).

Pro přehled jsme se zaměřili také na četnost účasti a zájmu o kurzy. Z těch, kteří se účastnili nějakého kurzu, vypsalí o jaký kurz /program šlo a v jakém roce se ho zúčastnili. 21 respondentů (21%) se neúčastnilo žádných kurzů, 16 respondentů (16%) se účastnilo 4 vzdělávacích kurzů či školení, 15 respondentů (15%) odpovědělo nic, 5 respondentů (5%) se účastnilo kurzu Péče o onkologické pacienty, stáže v Rajhradě se účastní pravidelně 2x ročně 3 respondenti (3%) z dotazovaných, taktéž i kurzů v hospici v Rajhradě se účastní pravidelně 2 x ročně 2 (2%) respondenti, 2 (2%) absolvují různé kurzy, 2 (2%) školení, 2 (2%) respondenti se účastnili dalších třech kurzů, kterých se účastní pravidelně 2 x ročně. Atestaci II stupně v oboru Paliativní medicína absolvoval 1(1%) respondent, konferencí se účastnil taktéž 1 (1%) respondent a 30 respondentů (30%) odpovědělo, že využívají ostatní kurzy.

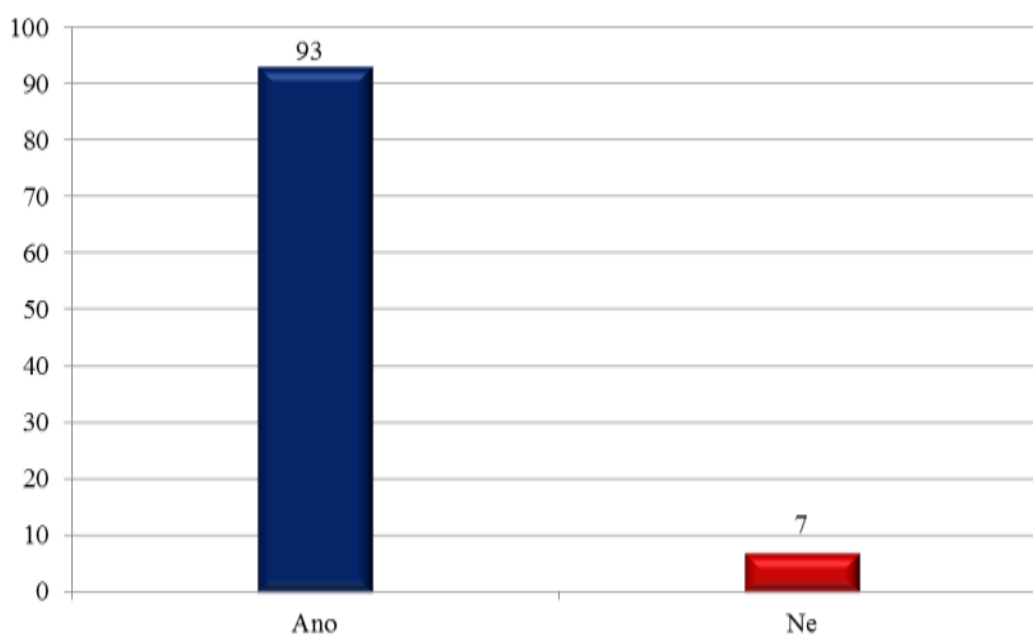
Graf 28 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 6 (zdroj: vlastní výzkum)



Otázka č. 23: Umožňuje Vám zaměstnavatel účastnit se bezplatně vzdělávacích kurzů/programů?

V této otázce jsme zjišťovali, zda zaměstnavatel a v jaké míře umožňuje zaměstnancům účastnit se vzdělávacích kurzů.. 93 respondentů (93%) odpovědělo kladně a 7 respondentů (7%) odpovědělo, že jim zaměstnavatel účast na vzdělávacích kurzech neumožňuje.

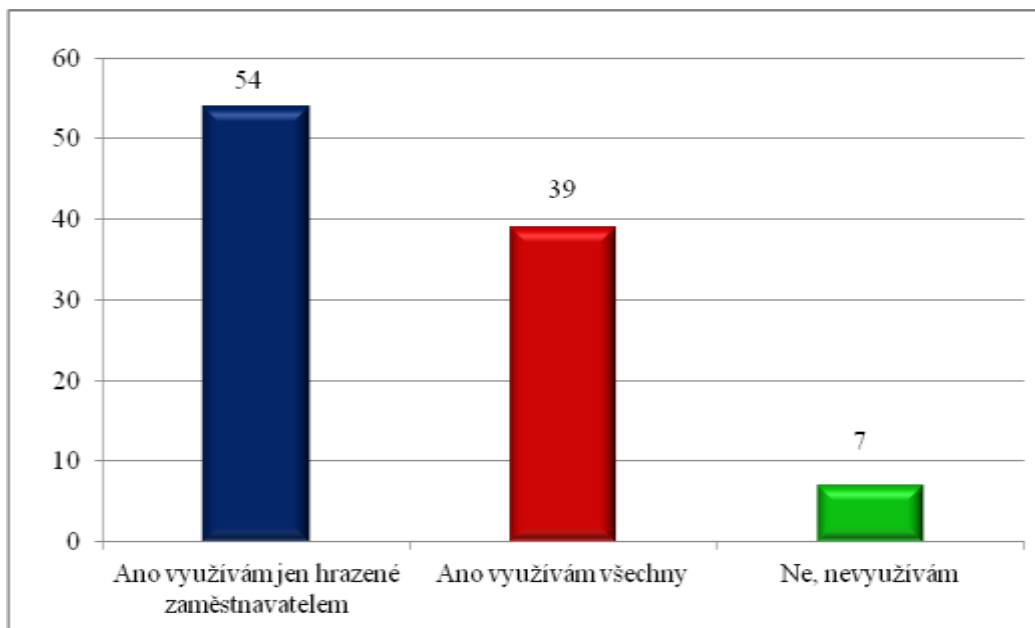
Graf 29 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č 23 (zdroj: vlastní výzkum)



Otázka č. 24: Máte dostatek možností k dalšímu vzdělávání?

V této otázce nás zajímalo, zda mají respondenti možnost vzdělávat se a zda využívají jen programy hrazené zaměstnavatelem, či využívají i jiné zdroje. 54 (54%) dotazovaných z celkového počtu respondentů odpovědělo, že využívá jen kurzy hrazené zaměstnavatelem, 39 (39%) z nich odpovědělo, že využívá všechny nabízené kurzy a 7 respondentů (7%) odpovědělo, že žádné kurzy nevyužívá.

Graf 30 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č 24 (zdroj: vlastní výzkum)



Shrnutí DVO č. 4: Tato otázka navazuje na otázku profesní připravenosti ve které jsme se dozvěděli, že 60 % dotazovaných se cítí dostatečně profesně připraveno. Z uvedeného vyplývá, že pouze 24% dosáhlo úrovně 1. stupně vysokoškolského studia na kterém se vyučují předměty z oblasti paliativní péče. Proto jsme předpokládali, že pracovníci, kteří nemají dosažený stupeň vzdělání se profesně vzdělávají sami, prostřednictvím odborných kurzů, vzdělávacích programů a stáží. Z výsledku lze tedy vyvodit, že většina pracovníků se těchto doplňujících kurzů účastní a tím se cítí více profesně připraveni. Z analýzy poslední výzkumné otázky vyplývá, že více jak 90% respondentů využívá nabízené kurzy a tím si zvyšují nejen profesní, ale i emoční připravenost.

7.3 Hypotézy

K vyhodnocení hypotéz jsme použili metodu test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku (viz kapitola 5.3.3). U těchto testů významnosti ověřujeme, zda četnosti, které byly získány měřením, se významně odlišují od teoretických četností, které odpovídají dané nulové hypotéze. Testu nezávislosti pro kontingenční tabulku využijeme proto, abychom zjistili, zda existuje závislost mezi dvěma jevy (Chrásky, 2007, s. 90). U některých hypotéz byly vypočtené očekávané četnosti menší než 5 a četnost podílu byla tedy vyšší než 20%. Z tohoto důvodu jsme dle Chráska (2007, s. 78) museli odpovědi částečně ano a ne sloučit do jedné kategorie.

Testování H1:

H_A : Pracovníci s vyšší úrovní dosaženého vzdělání hodnotí lépe svoji profesní připravenost v rámci doprovázení umírajících než pracovníci s nižší úrovní dosaženého vzdělání.

H_0 : Pracovníci s vyšším vzděláním hodnotí svoji profesní připravenost stejně jako pracovníci s nižší úrovní dosaženého vzdělání.

Tab. 2 Kontingenční tabulka k H1 (zdroj: vlastní výzkum)

| | | <i>Profesní připravenost</i> | | Σ |
|------------------------|---------------|------------------------------|-----------|------------|
| | | Ano | Ne | |
| <i>Úroveň vzdělání</i> | Základní | 8 (9,6) | 8 (6,4) | 16 |
| | Středoškolské | 37 (38,4) | 27 (25,6) | 64 |
| | Vysokoškolské | 15 (12) | 5 (8) | 20 |
| Σ | | 60 | 40 | 100 |

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium: $\chi^2 = 2,669$

$$f = (r-1) \cdot (s-1)$$

$$f = 2$$

Kritická hodnota: $\chi^2_{(0,05)}(2) = 5,991$

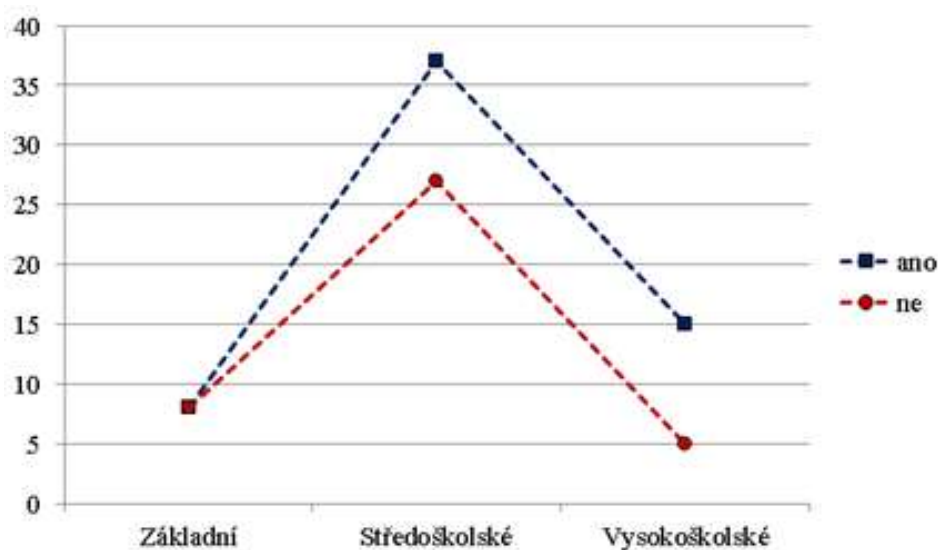
Dle statistických tabulek jsme zjistili, že pro vypočítaný stupeň volnosti a zvolenou hladinou významnosti 0,05 je kritická hodnota testového kritéria $\chi^2_{0,05} = 5,991$. Vypočítaná

hodnota testového kritéria je nižší než hodnota kritická. **Přijímáme tedy nulovou hypotézu a odmítáme alternativní.** H_1 se nám nepotvrdila.

Můžeme zkonstatovat, že na základě ověřování hypotéz neexistují žádné statisticky významné rozdíly mezi profesní připraveností pracovníků v hospicových zařízeních a úrovni jejich dosaženého vzdělání. Pro nízký počet četností jsme sloučili odpovědi částečně ano a ne. Příčina výsledku hypotézy může být ovlivněna tím, že se většina pracovníků vzdělává vzhledem k náročnosti povolání průběžně, dle možností a potřeb.

Z grafu č. 31 je přesto zřejmé, že existuje závislost mezi úrovní vzdělání a profesní připraveností. Počet respondentů v kategoriích úrovně vzdělání jsou různé, ale poměr počtu odpovědí respondentů se základním vzděláním je stejný, u odpovědí středoškoláků převažují odpovědi ano v poměru přibližně 5:7 a u vysokoškoláků je uvedený poměr počtu odpovědí 1:3.

Graf 31 Grafická vzájemná závislost odpovědí k hypotéze H_1



Testování H_2 :

H_A Pracovníci s vyšší úrovní dosaženého vzdělání hodnotí pozitivněji svoji emoční připravenost v rámci doprovázení umírajících než pracovníci s nižší úrovní dosaženého vzdělání.

H_0 : Pracovníci s vyšším vzděláním hodnotí svoji emoční připravenost stejně jako pracovníci s nižší úrovní dosaženého vzdělání.

Tab. 3 Kontingenční tabulka k H2 (zdroj: vlastní výzkum)

| | | <i>Emoční připravenost</i> | | Σ |
|----------------------------|---------------|----------------------------|-----------|------------|
| | | Ano | Ne | |
| <i>Úroveň vzdělání</i> | Základní | 11 (12,8) | 5 (3,2) | 16 |
| | Středoškolské | 53 (51,2) | 11 (12,8) | 64 |
| | Vysokoškolské | 16 (16) | 4 (4) | 20 |
| Σ | | 80 | 20 | 100 |

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium: $\chi^2 = 1,582$

$$f = (r-1) \cdot (s-1)$$

$$f = 2$$

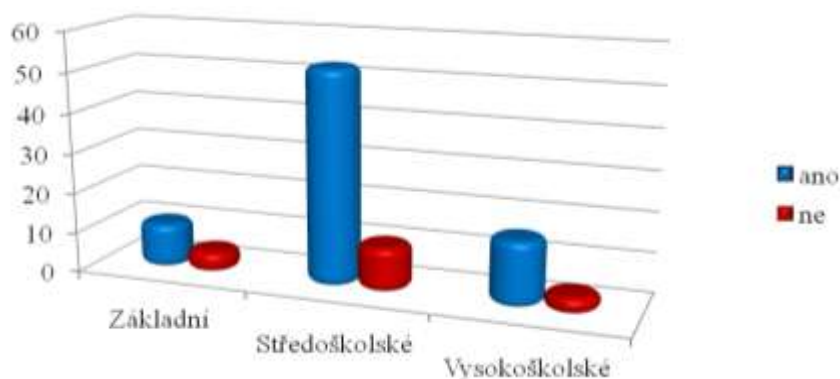
Kritická hodnota: $\chi^2_{(0,05)}(2) = 5,991$

Dle statistických tabulek jsme zjistili, že pro vypočítaný stupeň volnosti a zvolenou hladinou významnosti 0,05 je kritická hodnota 5,991. Vypočítaná hodnota testového kritéria je tedy nižší než hodnota kritická. **Přijímáme tedy nulovou hypotézu a odmítáme alternativní.** H2 se nám tedy nepotvrdila.

Můžeme zkonstatovat, že na základě ověřování hypotéz neexistují žádné statisticky významné rozdíly mezi emoční připraveností pracovníků v hospicových zařízeních a úrovní jejich dosaženého vzdělání. Dosažená úroveň vzdělání nehraje roli v emoční připravenosti pracovníků. Předpoklad, že emoční připravenost ovlivňuje úroveň vzdělání, se nám nepotvrdil, jelikož emoční připravenost ovlivňuje spíše emoční inteligence a charakterové vlastnosti. Vzhledem k nízkému počtu četností jsme sloučili odpovědi částečně ano a ne.

V grafu č. 32 se dozvídáme, že pracovníci se středoškolským vzděláním se cítí více emočně připraveni než pracovníci s vysokoškolským vzděláním. Pracovníci se základním vzděláním se cítí po emoční stránce připraveni minimálně. Úroveň vzdělání nejspíše nesouvisí přímo s emoční připraveností a závislost ovlivňují další faktory (může to být např. praxe, víra, apod.).

Graf 32 Grafická vzájemná závislost odpovědi k hypotéze H2

**Testování H3:**

H_A Pracovníci s delší délkou praxe se cítí lépe profesně připraveni než pracovníci s kratší délkou praxe v rámci doprovázení umírajících.

H_0 : Pracovníci s delší délkou praxe se cítí stejně profesně připraveni jako pracovníci s nižším vzděláním.

Tab. 4 Kontingenční tabulka k H3 (zdroj: vlastní výzkum)

| | | Profesní připravenost | | Σ |
|-------------|---------------|-----------------------|----------|----------|
| | | Ano | Ne | |
| Délka praxe | Do 1 roku | 7 (8,4) | 7 (5,6) | 14 |
| | 1-3 let | 8 (10,8) | 10 (7,2) | 18 |
| | 4-6 let | 14 (15) | 11 (10) | 25 |
| | 7-10 let | 14 (13,2) | 8 (8,8) | 22 |
| | 11 a více let | 17 (12,6) | 4 (8,4) | 21 |
| | Σ | 60 | 40 | 100 |

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium: $\chi^2 = 6,527$

$$f = (r-1) \cdot (s-1)$$

$$f = 4$$

Kritická hodnota: $\chi^2_{(0,05)}(4) = 9,488$

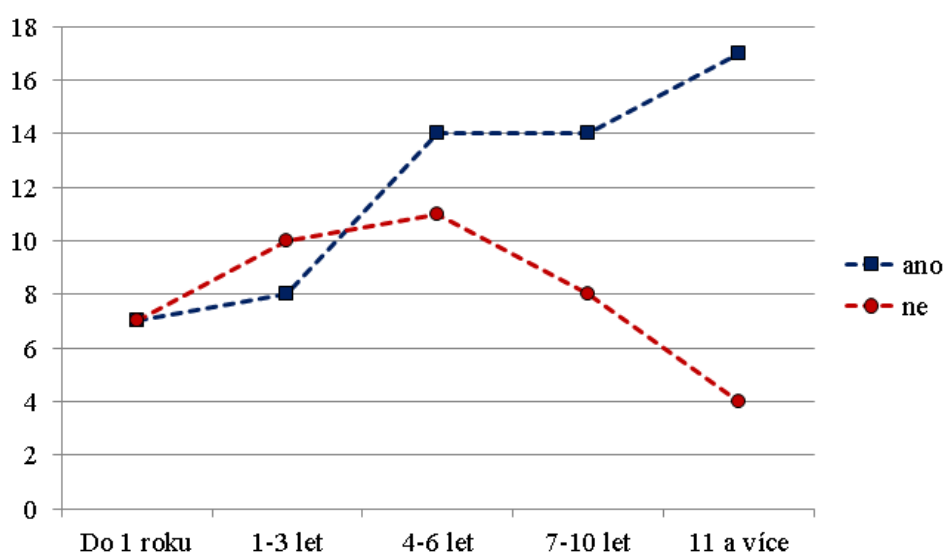
Dle statistických tabulek jsme zjistili, že pro vypočítaný stupeň volnosti a zvolenou hladinou významnosti 0,05 je kritická hodnota testového kritéria $\chi^2_{0,05} = 9,488$. Vypočítaná

hodnota testového kritéria je nižší než hodnota kritická. **Přijímáme tedy nulovou hypotézu a odmítáme alternativní.** H3 se nám tedy nepotvrdila.

Můžeme zkonstatovat, že na základě ověřování hypotéz neexistují žádné statisticky významné rozdíly, že by byli pracovníci s delší dobou praxe lépe profesně připraveni v doprovázení umírajících než pracovníci s kratší dobou praxe.

V grafu č. 33 je zřejmé, že existuje určitá závislost mezi délkou praxe a profesní připraveností, která se projevuje až od délky praxe 4 – 6 let.

Graf 33 Grafická vzájemná závislost odpovědí k hypotéze H3



Testování H4:

H_A : Pracovníci se zdravotnickým zaměřením využívají více doplňující kurzy než pracovníci s jiným než zdravotnickým zaměřením.

H_0 : Pracovníci se zdravotnickým i nezdravotnickým zaměřením využívají doplňující kurzy stejně.

Tab. 5 Kontingenční tabulka k H4 (zdroj: vlastní výzkum)

| | | Doplňující kurzy | | Σ |
|----------|-----------------------|------------------|---------|----------|
| | | Ano | Ne | |
| Profese | Lékařští pracovníci | 53 (48) | 22 (27) | 75 |
| | Nelékařští pracovníci | 11 (16) | 14 (9) | 25 |
| Σ | | 64 | 36 | 100 |

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium: $\chi^2 = 5,787$

$$f = (r-1) \cdot (s-1)$$

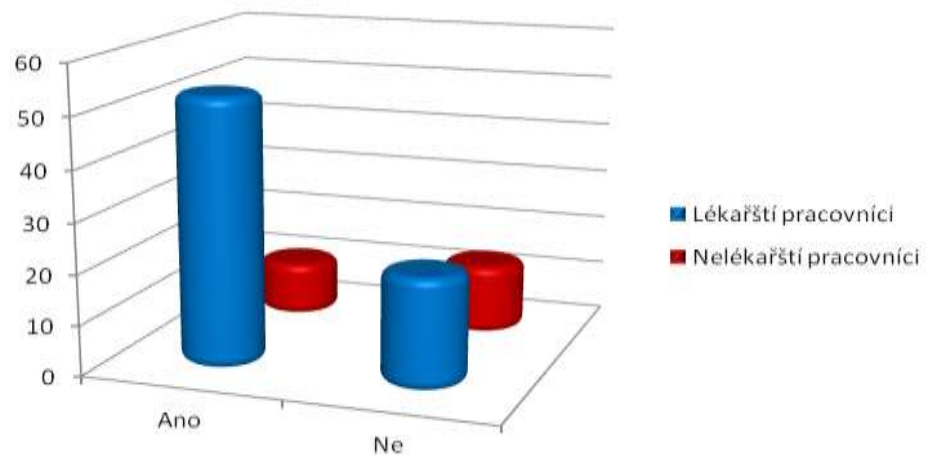
$$f = 1$$

Kritická hodnota: $\chi^2_{(0,05)}(1) = 3,841$

Srovnáme – li vypočítanou hodnotu chí- kvadrát s hodnotou kritickou, která je pro vypočítaný stupeň volnosti a zvolenou hladinou významnosti 0,05, je kritická hodnota testového kritéria $\chi^2_{0,05} = 3,841$ nižší. **Odmítáme proto nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní.** Hypotéza H 4 byla potvrzena, je zde určitá závislost a my můžeme zkonstatovat, že lékařští pracovníci využívají více pro své vzdělání doplňující kurzy.

To potvrzuje také graf č. 34.

Graf 34 Grafická vzájemná závislost odpovědi k hypotéze H4



DISKUSE

Tato práce vznikla v závislosti na osobní zkušenost, kdy při převozu pacientky (mé maminky) z domova do hospice sanitář, který pacientku přesouval na lůžko nehumánním způsobem, až křičela bolestí, na otázku, „*to neumíte s umírajícími pacienty lépe zacházet?*“, odpověděl „*nemám na to dostatečné vzdělání*“.

Toto konstatování bylo důvodem k zamyšlení, zabírat se touto problematikou a prozkoumat, na jaké úrovni je vzdělávání v paliativní péči v hospicových zařízeních. Z výzkumu vyplývá, že dle zjištění z podkladů publikací od různých autorů není ještě péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci pro většinu takto nemocných běžně dostupná. Problém někteří z autorů (Sláma, Svatošová, Kalvach aj.) vidí v nedostupnosti vzdělávání v oboru paliativní medicíny, který by se měl vyučovat již na zdravotnických školách a lékařských fakultách, jako obor. Proto jsme se snažili zjistit v teoretické části dostupnost vzdělání v paliativní péči nejen na středních a vysokých školách, ale i v postgraduálním a dalším doplňujícím vzdělávání. Dostupnost paliativní péče by měla zásadně patřit k lidským právům. Tuto skutečnost potvrzují také odborníci, kteří se této problematice věnují (Kabelka, Radbruch aj.).

V rámci Jihomoravského kraje, kde probíhalo šetření ve dvou lůžkových a třech domácích hospicových zařízeních, bylo zjištěno, že se pracovníci (60 % respondentů) cítí být dostatečně profesně a emočně (80% respondentů) připraveni. Není však vyloučeno, že v ostatních krajích ČR to může být i jinak.

Z průzkumu první části výzkumných identifikačních otázek jsme zjistili, že v hospicích pracuje převážně více žen (87%) a nejpočetnější věkovou skupinu tvoří pracovníci mezi 40-49 lety. Nejvíce pracovníků je zaměstnáno v hospicích na pracovní pozici pečovatel/ošetřovatel (35%) a na pozici zdravotní sestra (34%). Nejméně z počtu dotazovaných je na pracovní pozici lékař (7%) a psycholog (2%). Z průzkumu je zřejmé, že lidé, kteří pracují s terminálně nemocnými a umírajícími lidmi, pohlížejí na smrt jako na přirozenou součást života a nemají z ní strach. Dále je 89% z dotazovaných přesvědčeno, že jedna pracující osoba se specializačním zaměřením je schopna pečovat o nejvíce 2 terminálně nemocné osoby.

Z výzkumných otázek dále vyplývá, že většina pracovníků v hospicových zařízeních má dosažené středoškolské vzdělání, při kterém, jak bylo zjištěno, nelze v České republice studovat obor Paliativní péče. Proto si musí pracovníci v tomto oboru doplňovat své vě-

domosti prostřednictvím různých vzdělávacích programů a kurzů. Toto tvrzení se nám potvrdilo v dotazníkovém šetření. Na otázku „*Pokud jste v průběhu práce v hospici dosáhli vyššího vzdělání, domníváte se, že jste více připraveni po profesní stránce?*“ (otázka č. 20, str. 69), odpovědělo 23,1 % mužů a 21,8 % žen, kteří si zvýšili vzdělání tak, že se cítí být více profesně připraveni. Z uvedeného lze usuzovat, že se pracovníci sebevzdělávají a to potvrzuje i skutečnost, že 85% z nich uvedlo, že jsou součástí multidisciplinárního týmu a 86% dotazovaných zajišťuje biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby v péči o terminálně nemocné. Zajištění takovéto specializované péče nelze zabezpečit bez specializačního vzdělání nebo různých odborných doplňujících programů/kurzů.

Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že více než 70% pracovníků věří v Boha, 73% z dotazovaných vnímá svou práci jako poslání a 80% ze všech dotazovaných se cítí dostatečně emočně připraveni na zajištění hospicové a paliativní péče. Lze se domnívat, že víra v Boha u pracovníků hospiců přispívá po emoční stránce připravenosti pro práci v doprovázení umírajících.

Dle zjištění není v naší republice dostatek příležitosti ve vzdělávání v oboru paliativní péče na středních a vysokých školách, proto je zřejmé, že se pracovníci prostřednictvím doškolování a účasti na různých seminářích a konferencích vzdělávají v této oblasti sami. To může být důvod, že se cítí dostatečně profesně i emočně připraveni. Šetření bylo provedeno jen v pěti hospicových zařízeních v rámci Jihomoravského kraje (2 lůžkového typu a 3 domácí hospice) a je zřejmé, že nemůžeme tedy vyvozovat, že v jiných krajích v rámci České republiky se pracovníci bez ohledu na stupeň dosaženého vzdělání a délce praxe cítí také profesně a emočně připraveni pro práci s umírajícími.

Identifikační a výzkumné otázky nám pomohly sestavit hypotézy, které byly testovány. **Hypotézy H1a H2 nepotvrdily** skutečnost, že by se pracovníci s vyšším stupněm dosaženého vzdělání cítili lépe profesně a emočně připraveni.

Přesto 93% pracovníků (otázka č. 24, str. 79), využívá všechny doplňující kurzy z důvodu sebevzdělávání a 39% z nich využívá i ty, které jsou hrazené zaměstnavatelem. Z uvedeného se dá předpokládat, že někteří z pracovníků, kteří mají potřebu se v tomto oboru vzdělávat, si doplňující vzdělávání musí hradit sami.

Hypotéza H3 se také na základě výpočtu chí-kvadrát **nepotvrdila**, ale z grafu č. 33 (str. 85), jsme došli ke zjištění, že je určitá závislost mezi délkou praxe a profesní přípra-

veností. **Hypotéza H4** nám **potvrdila**, že doplňujícího vzdělávání využívají více lékařští pracovníci oproti nelékařským a závislost byla potvrzena také z grafu č., 34., str. 86.

Nutno podotknout, že i když se pracovníci hospicových zařízení v Jihomoravském kraji, cítí profesně i emočně připraveni, podle MUDr. Zdeňka Kalvacha, který se intenzivně zabývá touto problematikou, je třeba posílit financování a rozvoj paliativní a hospicové péče. Tato péče nesmí být o tzv. úsporách, ale o účelnosti výdajů vzdělávání personálu a posílení právní bezpečnosti a morálním přístupem k uživatelům, kteří tuto péči bezprostředně potřebují.

Vzhledem k náročnosti této problematiky by se do paliativní péče mělo více investovat. Také by se měly rozšiřovat studijní obory zaměřené na paliativní medicínu a péči na středních a vysokých školách se zdravotnickým zaměřením.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Vzhledem k náročnosti služeb, které hospice uživatelům nabízejí, je třeba, aby pracovníci těchto zařízení byli dostatečně profesně i emočně pro práci s umírajícími připraveni a vyškoleni. O to je třeba se zasadit nejen v legislativě, ale i ve školství. Dobře vyškolený personál, který splňuje určitý stupeň specializačního vzdělání v oboru, zajistí kvalitní úroveň při poskytování péče o nevléčitelně nemocné.

V dotazovaných hospicích mají pracovníci mnoho příležitostí účastnit se různých vzdělávacích programů a kurzů, avšak vzdělávání v oboru Paliativní péče je zájemcům umožněno jen v postgraduálním oboru Paliativní medicína.

Jak nám bylo řečeno v domácím hospici David, pracovníkům vzdělávání rozšiřuje obzory a pomáhá v předcházení syndromu vyhoření. Pracovníkům jejich práce dodává optimistický náhled na smrt, ale odebírá spoustu energie. Tato práce je nejen fyzicky, ale i psychicky velmi náročná a může vést k celkovému vyčerpání. Proto je pro pracovníky důležité, aby byli nejen odborně připraveni a s ohrožujícími faktory jako je smrt, ztráta a zármutek se dokázali vyrovnat a měli tak situaci pod kontrolou, ale i aktivně odpočívali a mohli se i nadále věnovat vyprovázení umírajícího.

Pojem hospicová a paliativní péče není v naší společnosti úplně znám. Lidé se o tuto problematiku zajímají, až když sami potřebují pomoci a osobně se jich to dotýká.

Podle odborníků, kteří se touto problematikou zabývají, je třeba, aby se vzdělávání v paliativní péči rozšířilo v rámci výuky i uznávaných akreditovaných oborů nejen do lékařských, ale i nelékařských oborů. Tím by vznikl i širší prostor pro uplatnění sociálních pedagogů v praxi, kteří neodmyslitelně patří k týmu hospicové a paliativní péče. Tato práce může sloužit jako podklad pro studenty sociální pedagogiky, psychologie a ošetrovatelství, k bližšímu obeznámení vzdělávacích programů a kurzů, které souvisí s hospicovou a paliativní péčí a také jako náhled na danou problematiku, které je třeba se více věnovat a více se v ní uplatňovat. V ČR, jak již bylo uvedeno výše, je provozováno na 16 hospiců s celkovou kapacitou 370 lůžek a ročně potřebuje hospicové služby více než 60 tisíc lidí. Je tedy zřejmé, že by tato problematika měla být více rozebírána, a proto tato práce nabízí prostě k dalšímu studování a řešení.

Také je třeba zamyslet se nad obsahovou stránkou vzdělávacích kurzů pro nezdravotníky, zvolit jiné metodické stránky kurzů, tj. semináře workshopy. Aby pracovníci

v hospicových zařízeních mohli toto povolání vykonávat a nabírat zkušenosti z praxe, je nutné zaměřit se na nejnovější poznatky z oboru, motivovat zaměstnance ze strany zaměstnavatele, např. víkendové relaxační pobyty a zajistit především jejich odborné a emoční potřeby, aby nedošlo k syndromu vyhoření.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit, zda se pracovníci hospicových zařízení v Jihomoravském kraji cítí dostatečně profesně i emočně připraveni a jakým způsobem se sebevzdělávají. Po prostudování odborné literatury jsme se z teoretické části dozvěděli, že paliativní péče v České republice není dostatečně známá a z hlediska vzdělání je nejvíce uplatňována v hospicových zařízeních. První kapitola diplomové práce byla věnována současnému stavu poznatků. Vymezili jsme si zde základní pojmy a seznámili jsme se s historií, vývojem a účelem paliativní a hospicové péče.

Ve druhé kapitole jsme rozebrali možnosti dosažené úrovně vzdělání pracovníků v oblasti paliativní péče, která je třeba k výkonu jejich povolání. Dále jsme se snažili rozlišit stupně vzdělání a seznámit studenty, kteří by měli zájem některý z předmětu či oboru studovat, na jakou školu nebo vzdělávací institut by se mohli obrátit.

Třetí kapitola teoretické části je věnována legislativě, zhodnocení současného stavu dané problematiky a závěrečnému shrnutí.

Praktická část obsahuje bližší seznámení s řešenou problematikou. Na základě stanovení výzkumného cíle jsme operacionalizovali základní pojmy, stanovili výzkumné otázky a hypotézy. Metodou testu nezávislosti chí-kvadrát jsme dané hypotézy vypočítali a následně vyhodnotili.

Z výzkumného šetření jsme došli k závěru, že pracovníci těchto zařízení se cítí dostatečně profesně i emočně připraveni bez ohledu na dosažený stupeň vzdělání nebo délky praxe. Více než 90% z nich uvedlo, že v průběhu své praxe v hospici využívá téměř všech doplňujících kurzů, programů a konferencí v rámci paliativní péče.

Vzhledem k tomu, že obor paliativní medicíny a péče je teprve v počátku rozvoje a v naší republice není dostatek příležitosti ve vzdělávání v oboru paliativní péče na středních a vysokých školách, pracovníci se v tomto oboru sebevzdělávají sami. Proto se nám ve výzkumném šetření potvrdilo, že se cítí dostatečně profesně i emočně pro práci s umírajícími připraveni bez ohledu na dosažený stupeň vzdělání.

Šetření bylo provedeno jen v pěti hospicových zařízeních v rámci Jihomoravského kraje (2 lůžkového typu a 3 domácí hospice) a je zřejmé, že nemůžeme tedy vyvozovat, že v jiných

krajích v rámci České republiky se pracovníci, bez ohledu na stupeň dosaženého vzdělání a délce praxe, cítí také profesně a emočně připraveni pro práci s umírajícími.

Je nutné si ale uvědomit, že paliativní a hospicová péče je jakýmsi darem pro nevléčitelně nemocného a jeho rodinu a tak by se vzdělání tohoto oboru nemělo podceňovat i u pracovníků, kteří s takto nemocnými přicházejí do styku mimo hospice. Proto byla v teoretické části nastíněna problematika úrovně vzdělání a dostupnost oborů, ve kterých se paliativní a hospicová péče vyučuje a i řada vzdělávacích kurzů a programů, kterými lze dosáhnout vyšší úrovně ve vzdělání v této oblasti.

Kvůli omezenému počtu míst se řada terminálně nemocných do těchto zařízení nedostane, proto by bylo třeba se touto problematikou zabírat více a úroveň vzdělání v hospicové a paliativní péči neustále zvyšovat. Celá společnost by se tedy měla zasadit o to, aby všichni takto nemocní pacienti umírali bezbolestně a každému umírajícímu se dostalo té nejlepší péče.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAKOŠOVÁ Zlatica, 1994. Vysokoškolská skripta, Sociálna pedagogika (Vybrané problémy), univerzita Komenského Bratislava, s. 80. ISBN 80-223-0817-X.
- [2] BYSTRICKÝ Zdeněk, 2003. O organizaci paliativní péče doporučení Rady Evropy členskými státy. Publikace projektu: „Podpora rozvoje paliativní péče v České republice“ 2003-2004. Umírání. [online]. ©2011[cit. 2014-11-07].
Dostupné z:<http://www.umirani.cz/res/data/017/001909.pdf>.
- [3] CALLANAN, Maggie and Patricia KELLEY, 1992. Final Gifts: Understanding the Special Awareness, Needs, and Communications of the Dying, Bantam Books, 239 p. ISBN 0553378767.
- [4] DISMAN Miroslav, 2002. Jak se vyrábí sociologická znalost, Karolinum Praha, s. 374. ISBN 80-246-0139-7.
- [5] CHRÁSKA Miroslav, 2007. Metody pedagogického výzkumu, Grada, s. 272. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [6] KABELKA, L., O. SLÁMA, J. VORLÍČEK, et al., 2012. Paliativní medicína pro praxi, Galén, s. 363. ISBN 9788072628490.
- [7] KRAUS Bohuslav, Věra POLÁČKOVÁ a kol., 2002. Člověk, prostředí výchova, Paido, s. 198. ISBN 80-7315-004-2.
- [8] KŘIVOHLAVÝ Jaro, 2002. Psychologie nemoci, Grada, s. 198. ISBN 80-247-0179-0.
- [9] KÜBLER-ROSS Elisabeth, 1969. On Death and Dying: All rights reserved, 240 p. ISBN 80-900134-6-5.
- [10] MACKOVÁ Marie, 2006. Sborník z odborné konference s mezinárodní účastí na téma: „Multidisciplinární tým“, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, s. 49. ISBN 80-7013-437-2.
- [11] MAŇÁK Josef, Vlastimil ŠVEC 2004. Cesty pedagogického výzkumu, Paido: Brno, s. 78. ISBN 80-7315-078-6.
- [12] MATOUŠEK Ondřej a kol., 2005. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, s. 351. ISBN 80-7367-002-X.

- [13] ODBOR OBECNÉ METODIKY, 2008. Mezinárodní klasifikace vzdělání (ISCED 97), Český statistický úřad, Praha, s. 89. ISBN 978-80-250-1723-4.
- [14] PARKES, C. M., REIF, M. and A. COULDRICK, 1997. Counselling in Terminal Care and Bereavement, The British Psychological society, 205 p. ISBN 978-1-85433-178-6 .
- [15] PICHAUD Clément, Isabelle THAREAU, 1998. Soužití se staršími lidmi, Praha: Portál, s. 156. ISBN 80-7178-184-3.
- [16] PRŮCHA Jan, 2000. Přehled pedagogiky (Úvod do studia oboru), Praha: Portál, s.r.o., s. 272. ISBN 80-7178-399-4.
- [17] RABUŠICOVÁ Milada, Ladislav RABUŠIC. 2009, Učíme se po celý život? O vzdělávání dospělých v České republice. Brno: Masarykova univerzita, s. 340. ISBN 978-80-210-4779-2.
- [18] SCHILLING, Johannes. 1999. Sociálna práca. Hlavné smery vývoja sociálnej pedagogiky a sociálnej práce. Trnava: SAP – Slovak Academic Press 1999, s. 272. ISBN 80-889008-81-9.
- [19] SLÁMA Ondřej, 2004. Koncepce paliativní péče v ČR, pracovní materiál k odborné diskuzi. Hospicové občanské sdružení Cesta domů, Praha. ISBN 80-239-4330-8
- [20] SVATOŠOVÁ Marie, 2011. Hospice a umění doprovázet. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s. 152. ISBN 978-80-7195-580-1.
- [21] VÁGNEROVÁ Marie, 2005. Základy psychologie. Karolinum, s. 356. ISBN 80-246-0841-3.

OSTATNÍ ZDROJE:

- [22] BYSTRICKÝ Zdeněk, 2003. O organizaci paliativní péče doporučení Rady Evropy členskými státy. Publikace projektu: „Podpora rozvoje paliativní péče v České republice“ 2003-2004. Umírání. [online]. ©2011[cit. 2014-11-07]
Dostupné z:<http://www.umirani.cz/res/data/017/001909.pdf>
- [23] CESTA DOMŮ. [online]. ©2014[cit. 2014-12-28]
Dostupné z: www.cestadomu.cz.

- [24] ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY. [online]. ©2013[cit. 2014-12-28]
Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/institut-paliativni-mediciny>
- [25] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. [online]. ©2008[cit. 2014-12-28]
Dostupné z:
http://www.czso.cz/csu/klasifik.nsf/i/metodika_mezinarodni_klasifikace_vzdelani_isced_97
- [26] ČTK, 2014 HOSPICI V RAJHRADU KLESAJÍ PŘÍJMY, MŮŽE TO OHROZIT KVALITU PÉČE. ČASOPIS:ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA. [online]. ©2014[cit. 2014-10-13]
Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/hospici-v-rajhradu-klesaji-prijmy-muze-to-ohrozit-kvalitu-pece-474194>
- [27] DOBROVOLNÍK. [online]. ©2014[cit. 2014-12-12]
Dostupné z: <http://www.dobrovolnik.cz/res/data/024/002872.pdf>
- [28] DŮM LÉČBY A BOLESTI RAJHRAD. [online]. ©2007[cit. 2014-12-12]
Dostupné z: <http://www.dlbsh.cz/index.php?page=9&language=cz>
- [29] HOSPIC sv. ALŽBĚTY V BRNĚ. [online]. ©2014[cit. 2014-12-07]
Dostupné z: <http://www.hospicbrno.cz/>
- [30] HOSPIC sv. ALŽBĚTY V BRNĚ. [online]. ©2014[cit. 2014-12-12]
Dostupné z: <http://www.hospicbrno.cz/index.php/domaci-hospic>
- [31] HOSPIC SV. JANA NEUMANNA PRACHATICE. [online]. ©2005[cit. 2014-12-12]
Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/zakladatelka-hospicu>
- [32] CHARITA KYJOV. [online]. ©2014[cit. 2014-12-17]
Dostupné z: <http://www.kyjov.charita.cz/sluzby/domaci-hospicova-pece/>
- [33] INSTITUT POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ. [online]. ©2014[cit. 2014-12-17]
Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/lekari-zubni-lekari-farmaceuti/vzdelavaci-programy/specializace-pro-lekare-certifikovane-kurzy-361-2010>

- [34] KALVACH Zdeněk, 2003. Respektování lidské důstojnosti. Publikace projektu: „Podpora rozvoje paliativní péče v České republice“, 2003-2004. Umírání. [online]. ©2011[cit. 2014-11-07]
Dostupné z:<http://www.umirani.cz/res/data/017/001909.pdf>
- [35] KALVACH Zdeněk a kolektiv autorů, 2004. Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky). Publikace projektu: „Podpora rozvoje paliativní péče v České republice“, 2003-2004. Umírání. [online]. ©2011[cit. 2014-11-07]
Dostupné z:<http://www.umirani.cz/res/data/017/001909.pdf>
- [36] KALVACH Zdeněk a Ondřej Sláma, 2002. Vzdělávání v paliativní péči. Publikace projektu: „Podpora rozvoje paliativní péče v České republice“, 2003-2004. Umírání. [online]. ©2011[cit. 2014-11-07]
Dostupné z:<http://www.umirani.cz/res/data/017/001909.pdf>
- [37] LÉKAŘSKÁ FAKULTA UNIVERZITY KARLOVY.[online]. ©2014[cit. 2014-12-04]
Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/studium/magisterske/stud-plany/index.html>
- [38] MASARYKOVA UNIVERZITA LÉKAŘSKÁ FAKULTA. [online]. ©2014[cit. 2014-12-04]
Dostupné z: <http://www.med.muni.cz/index.php?id=987>
- [39] MASARYKOVA UNIVERZITA FILOZOFICKÁ FAKULTA. [online]. ©2014[cit. 2014-12-04]
Dostupné z: http://www.muni.cz/fss/study/programmes/1516?study_form=P
- [40] MASARYKOVA UNIVERZITA FAKULTA SOCIÁLNÍCH STUDIÍ. [online]. ©2014[cit. 2014-12-04]
- [41] MOJE MEDICÍNA. [online]. ©2014[cit. 2014-11-29]
Dostupné z: <http://www.mojemedicina.cz/pro-lekare/praxe/praxe-v-primarni-peci/primarni-pecce-o-onkologickeho-pacienta/kdy-zacina-zaver-zivota/>
- [42] NADAČNÍ FOND KLÍČEK. [online]. ©2005[cit. 2015-01-07]
Dostupné z:http://www.klicek.org/nadace/o_nas.html
- [43] NÁRODNÍ CENTRUM DOMÁCÍ PÉČE. [online]. ©2006[cit. 2015-01-22]
Dostupné z <http://www.domaci-pecce.info/hospicova-pecce1>

- [44] NEMOCNICE!!!. [online]. ©2013[cit. 2014-11-29]
Dostupné z: <http://www.mnof.cz/lecebna-dlouhodobem-nemocnych-ldn--1089.html>
- [45] PENZISTA. NET. [online]. ©2011[cit. 2014-12-29]
Dostupné z: <http://www.penzista.net/domov/hospice/258-kde-je-poskytovana-paliativni-pee>
- [46] PETRA BRADOVÁ- PALIATIVNÍ PÉČE. [online]. ©2010[cit. 2014-11-07]
Dostupné z: <http://www.hospicjordan.cz/data/web/prednasky/paliativni-peece-studentskaprace.pdf>
- [47] RADBRUCH Lukáš, Sheila PAYNE A KOLEKTIV, 2009. Standardy a normy hospicové a paliativní péče. Publikace projektu: „Podpora rozvoje paliativní péče v České republice“, 2003-2004. [online]. ©2011[cit. 2014-11-07]
Dostupné z:
<http://www.cestadomu.cz/standardy-a-normy-hospicove-a-paliativni-peece.html>
- [48] Sláma, O., L. KABELKA, A M. Špinková, 2013. Paliativní péče v ČR v roce 2013. Zpráva České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP. [online]. ©2013[cit. 2014-12-28]
Dostupné z: (<http://www.paliativnimedicina.cz/aktualita/paliativni-peece-v-cr-v-roce-2013>)
- [49] SOLEN, 2011. III. Česko-Slovenská konference paliativní medicíny [online]. ©2011[cit. 2015-01-28]
Dostupné z: http://www.solen.cz/incpdfs/act-000102-0001_10_1.pdf
- [50] STANDARDY MOBILNÍ SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE V ČR. [online]. ©2007[cit. 2014-12-29]
Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/027/003258.pdf>
- [51] UMÍRÁNÍ. [online]. ©2011[cit. 2014-11-07]
Dostupné z: <http://www.umirani.cz/res/data/017/001909.pdf>
- [52] UNIVERZITA PARDUBICE. [online]. ©2013[cit. 2014-01-07]
Dostupné z: <http://www.upce.cz/fzs/studium/doktorske.html>
- [53] VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK. [online]. ©2008[cit. 2014-10-17]
Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/nemocnice>

ZÁKONY:

ČESKO. Zákon č 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Sbírka zákonů České republiky. 2006, částka 37, s. 1257-1286. ISSN 1211-11244. Dostupný:

<http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2006&typeLaw=zakon&W>

ČESKO. Vyhláška č 39 ze dne 11. ledna 2005, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. In: Sbírka zákonů České republiky. 2005, částka 8, s. 189-211. ISSN 1211-11244. Dostupný:

<http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2006&typeLaw=zakon&W>

ČESKO. Zákon č 48 ze dne 7. března 1997, o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: Sbírka zákonů České republiky. 1997, částka 16, s. 1186- 1204. ISSN 1211-11244. Dostupný:

<http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2006&typeLaw=zakon&W>

ČESKO. Zákon č 55 ze dne 1. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 20, s. 482-544. ISSN 1211-11244. Dostupný:

<http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2006&typeLaw=zakon&W>

ČESKO. Zákon č 96 ze dne 4. února 2004, o nelékařských zdravotních povoláních. In: Sbírka zákonů České republiky. 2004, částka 30, s. 1452-1477. ISSN 1211-11244. Dostupný:<http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2006&typeLaw=zakon&W>

ČESKO. Zákon č 198 ze dne 24. dubna 2002, o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů (zákon o dobrovolnické službě). In: Sbírka zákonů České republiky. 2002, částka 82, s. 4835-4837. ISSN 1211-11244. Dostupný:

<http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2006&typeLaw=zakon&W>

ČESKO. Zákon č 338 ze dne 7. září 2008, o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta In: Sbírka zákonů České republiky. 2008, částka 109, s. 5178-5205. ISSN 1211-11244. Dostupný:

<http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2006&typeLaw=zakon&W>

ČESKO. Zákon č 3728 ze dne 6. Listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotnických službách) In: Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 131, s. 4730-4753. ISSN 1211-11244. Dostupný:
<http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2006&typeLaw=zakon&W>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

- ad.* *a další*
- atd.* *a tak dále*
- aj.* *a jiné*
- apod.* *a podobně*
- ČR *Česká republika*
- DLBsH* *Dům léčby bolesti s hospicem*
- DVO* *Dílčí výzkumná otázka*
- IPVZ* *Institut postgraduálního vzdělávání*
- IPM* *Institut paliativní medicíny*
- ISCED* *(International Standard Classification of Education) Mezinárodní standardní klasifikace vzdělávání.*
- např.* *například*
- ÚZIS* *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.*
- WHO* *Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)*
- tj.* *to jest*
- tzv.* *takzvaný*
- ZVO* *Základní výzkumná otázka*

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|---|-----|
| <i>Obr. 1 Respektování lidské důstojnosti (zdroj: www.cestadomu.cz)</i> | 20 |
| <i>Obr. 2 Chtějí pacienti znát prognózu? (zdroj: Sláma a kol., 2014)</i> | 25 |
| <i>Obr. 3 Závěr života – poslední dny/hodiny života (zdroj: Sláma a kol., 2014)</i> | 28 |
| <i>Obr. 4 Počátky paliativní péče (zdroj: Parkers, 1997)</i> | 29 |
| <i>Obr. 5 Schéma organizační struktury personálu Domu léčby s hospicem sv. Josefa v Rajhradě</i> | 37 |
| <i>Obr. 6 Mapa hospiců v Jihomoravském kraji</i> | 51 |
| <i>Obr. 7 Hospic sv. Alžběty v Brně (zdroj: www.hospicbrno.cz)</i> | 129 |
| <i>Obr. 8 LDN Milosrdných bratří Brno (zdroj: www.nmbrno.cz)</i> | 129 |
| <i>Obr. 9 Hospic Sv. Alžběty</i> | 129 |
| <i>Obr. 10 Předání vozu pracovníkům mobilního hospice (zdroj: rajhrad.charita.cz)</i> | 130 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|---|----|
| <i>Tab. 1 Fáze umírání (Kübler-Ross, 1969)</i> | 23 |
| <i>Tab. 2 Kontingenční tabulka k H1 (zdroj: vlastní výzkum)</i> | 80 |
| <i>Tab. 3 Kontingenční tabulka k H2 (zdroj: vlastní výzkum)</i> | 82 |
| <i>Tab. 4 Kontingenční tabulka k H3 (zdroj: vlastní výzkum)</i> | 83 |
| <i>Tab. 5 Kontingenční tabulka k H4 (zdroj: vlastní výzkum)</i> | 84 |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|---|----|
| Graf 1 Graf efektivního vzdělávání v oboru paliativní péče (Kalvach, 2002) | 19 |
| Graf 2 Výsledky průzkumu mladých lékařů před 1. atestací z vnitřního lékařství (Kalvach a kol., 2004) | 19 |
| Graf 3 Vliv paliativní péče na délku přežití (zdroj: Sláma a kol., 2014) | 27 |
| Graf 4 Podíl organizovaných dobrovolníků v ČR od 15 let podle vzdělávání | 42 |
| Graf 5 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 1 (zdroj: vlastní výzkum) | 59 |
| Graf 6 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 2 (zdroj: vlastní výzkum) | 60 |
| Graf 7 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 3 (zdroj: vlastní výzkum) | 61 |
| Graf 8 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 4 (zdroj: vlastní výzkum) | 62 |
| Graf 9 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 12 (zdroj: vlastní výzkum) | 62 |
| Graf 10 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 13 (zdroj: vlastní výzkum) | 63 |
| Graf 11 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 15 (zdroj: vlastní výzkum) | 64 |
| Graf 12 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 16 (zdroj: vlastní výzkum) | 64 |
| Graf 13 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 17 (zdroj: vlastní výzkum) | 65 |
| Graf 14 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 26 (zdroj: vlastní výzkum) | 66 |
| Graf 15 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 5 (zdroj: vlastní výzkum) | 67 |
| Graf 16 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 7 (zdroj: vlastní výzkum) | 67 |
| Graf 17 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 8 (zdroj: vlastní výzkum) | 68 |
| Graf 18 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 9 (zdroj: vlastní výzkum) | 69 |
| Graf 19 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 10 (zdroj: vlastní výzkum) | 69 |
| Graf 20 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 20 (zdroj: vlastní výzkum) | 70 |
| Graf 21 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 21 (zdroj: vlastní výzkum) | 71 |
| Graf 22 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 22 (zdroj: vlastní výzkum) | 72 |
| Graf 23 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 11 (zdroj: vlastní výzkum) | 73 |
| Graf 24 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 14 (zdroj: vlastní výzkum) | 74 |
| Graf 25 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 18 (zdroj: vlastní výzkum) | 74 |
| Graf 26 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 19 (zdroj: vlastní výzkum) | 75 |
| Graf 27 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 25 (zdroj: vlastní výzkum) | 76 |
| Graf 28 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 6 (zdroj: vlastní výzkum) | 77 |
| Graf 29 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 23 (zdroj: vlastní výzkum) | 78 |
| Graf 30 Grafické znázornění výsledků odpovědí na otázku č. 24 (zdroj: vlastní výzkum) | 79 |

| | |
|--|----|
| Graf 31 Grafická vzájemná závislost odpovědí k hypotéze H1 | 81 |
| Graf 32 Grafická vzájemná závislost odpovědí k hypotéze H2 | 83 |
| Graf 33 Grafická vzájemná závislost odpovědí k hypotéze H3 | 84 |
| Graf 34 Grafická vzájemná závislost odpovědí k hypotéze H4 | 85 |

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 : Rešerše vybraných knih

Příloha č. 2: Slovníček základních pojmů

Příloha č. 3: Vyplněný dotazník v tištěné podobě

Příloha č. 4 : Dotazník v elektronické podobě

Příloha č. 5 : Seznam hospiců v Jihomoravském kraji

Příloha č. 6 : Charta práv umírajícího

Příloha č. 7: Fotografie hospiců

Příloha č. 8: Nabídka vzdělávacího kurzu od IPM

PŘÍLOHA P1: REŠERŠE VYBRANÝCH KNIH

1.

Autor: **Bakošová Zlatica**
Název knihy: **Sociálna pedagogika** (vybrané problémy)
Rok vydání: 1994
Vydavatelství: Univerzita Komenského Bratislava

Anotace: Publikace nás podrobně seznamuje úlohou sociální pedagogiky u nás. Vymezuje pojmy související se sociální pedagogikou, charakterizuje rodinu, prostředí rodiny a její funkce a popisuje školské prostředí a výchovu. Dále se autorka zaměřuje na sociální a pedagogickou komunikaci jako na prostředek výchovy. Součástí každé kapitoly je prostor pro diskuzi.

2.

Autor: **Callanan, Maggie and Patricia Kelley**
Název knihy: **Final Gifts**
Rok vydání: 1992
Vydavatelství: Bantam Books

Anotace V této knize předkládají zdravotní sestry, které se věnují dlouhá léta práci v hospicích, příběhy lidí odcházejících ze života. Zaznamenávají zde, jak odcházející člověk předává poslední dary formou smíření, pochopení a projevením citu, které byly potlačovány bolestí spojené s nemocí.

3.

Autor: **Disman Miroslav**
Název knihy: **Jak se vyrábí sociologická znalost**
Rok vydání: 1993
Vydavatelství: Karolinum Praha

Anotace Metodologická učebnice se nám snaží metodologie popsat s chutí a humorem, tak aby ji každý jedinec mohl porozumět. Výzkum je obecně nezáživný a díky této knize se stal pro studenty a učitele srozumitelný.

4.

Autor: **Miroslav Chráska**
Název knihy: **Metody pedagogického výzkumu**
Rok vydání: 2007
Vydavatelství: Grada

Anotace

Publikace objasňuje podstatu klasického pedagogického výzkumu. Věnuje pozornost informačním zdrojům a předkládá výhody i nevýhody kvantitativního výzkumu. Popisuje základní metody zpracování výsledků, vysvětluje podstatu měření a věnuje se používaným metodám sběru dat v pedagogickém výzkumu. Kniha je určena studentům pedagogických oborů a pedagogům.

5.

Autor: **Kabelka, I., O. Sláma, J. Vorlíček, et**
Název knihy: **Paliativní medicína pro praxi**
Rok vydání: 2012
Vydavatelství: Galén

Anotace

Publikace Paliativní medicína pro praxi může posloužit praktickým lékařům, kteří spolupracují s domácí péčí o umírající, při komunikaci s umírajícími a sdělování závažné diagnózy a poté i prognózy. Následuje i praktický návod k tomu jak zvládnout terapii, další symptomy a syndromy závažných onemocnění. Následně popisuje paliativní péči u onkologických pacientů a poslední část je věnována péči o umírajícího pacienta.

6.

Autor: **Kalvach Zdeněk**
Název knihy: **Respektování lidské důstojnosti**
Rok vydání: 2003-2004
Vydavatelství: Publikace projektu: Podpora rozvoje paliativní medicíny

Anotace

Příručka je určena pro výuku studentů lékařských a zdravotnických oborů. Profesně vyhodnocené podklady v rámci studie ze šesti evropských zemí představují soubor postřehů a modelových situací, který je vhodný pro výuku a výcvik na všech typech lékařských a zdravotnických škol.

7.

Autor: **Kalvach Zdeněk a Ondřej Sláma**
Název knihy: **Vzdělávání v paliativní péči**

Rok vydání: 2002
Vydavatelství: Publikace projektu: Podpora rozvoje paliativní péče v České republice

Anotace Tento návrh vzdělávání v paliativní péči poskytuje neznalým nárýs paliativní problematiky a poukazuje na účelnost vzdělávání v paliativní medicíně. Je zde popsán podrobný přehled témat, které by měli být do postgraduální přípravy zdravotníků v oboru paliativní medicíny zahrnuty. Návrh by měl být užitečným pomocníkem při tvorbě studijních plánů na zdravotnických školách lékařských fakultách, tak aby programy šité účastníkům na míru přispěli k faktickému zlepšení paliativní péče. Je určen pro všechny studenty lékařských a zdravotnických oborů, úroveň postgraduální všeobecnou a postgraduální specializovanou pro paliativní specialisty.

8.

Autor: **Kalvach Zdeněk a kolektiv autorů**
Název knihy: **Umírání a paliativní péče ČR (situace, reflexe a vyhlídky)**
Rok vydání: 2004
Vydavatelství: Publikace projektu: Podpora rozvoje paliativní péče v České republice

Anotace Tato publikace poukazuje na to, že je třeba zasadit se v naší zemi o zkvalitnění hospicové péče. Rozvoj této péče umožňuje budování důvěry mezi uživatelem a zdravotníkem a také umožňuje odstranění tabu spojených se smrtí. Má tak vliv na postoj veřejnosti nejen ke smrti ale i k životu.

9.

Autor: **Kübler-Ross Elisabeth**
Název knihy: **On Death and Dying: All rights reserved**
Rok vydání: 1969
Vydavatelství : All rights reserved

Anotace Tato kniha může pomoci nejen profesionálům, ale obyčejným lidem smířit se se stářím a stárnout tváří v tvář konci života. Dr. Rossová se snaží o to, naplnit obsah knihy hlubokými znalostmi a porozuměním o tom, jak pečovat o terminálně nemocné pacienty. Snaží se zde přiblížit a pochopit sílu i slabost, kterou lidé prožívají a pocítují v poslední těžké etapě svého života. Kniha je určena všem, kteří

s takto nemocnými pacienty pracují a také studentům lékařských i nelékařských zdravotnických oborů a studentům sociální pedagogiky, sociální práce aj.

10.

Autor:

Matoušek Ondřej a kol.,

Název knihy:

Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi

Rok vydání:

2005

Vydavatelství :

Praha: Portál

Anotace

V této knize čtenář nalezne informace o skupinách uživatelů a metodách, se kterými se ve své praxi setkává sociální pracovník a se kterými pracuje. Je zde zahrnuta široká škála sociální problematiky. Jedna z kapitol se věnuje i stáří a umírajícím lidem. Kniha je určena nejen pro studenty sociální pedagogiky ale i dalších sociálních oborů.

11.

Autor:

Kraus Bohuslav, Věra Poláčková a kol.,

Název knihy:

Člověk, prostředí výchova

Rok vydání:

2002

Vydavatelství :

Paido

Anotace

Publikace je především pojata jako studijní materiál pro studenty sociální pedagogiky. Přináší hlubší pohled ve formování jedince pod vlivem prostředí. Zabývá se okruhy problémů utváření životního způsobu trávení volného času, včetně otázek sociální pedagogiky jako vědní disciplíny.

12.

Autor:

Parkes, C. M., Reif, M. and A. Couldrick

Název knihy:

Counselling in Terminal Care and Bereavement

Rok vydání:

1997

Vydavatelství:

The British Psychological society

Anotace

Kniha je určena všem lidem, kteří si chtějí prohloubit dovednosti při péči o nemocné pacienty v terminálním stádiu života a jejich pozůstalé. Seznamuje čtenáře s fázemi procesu umírání, klade důraz na povahu prožívání a jedinečnost lidského života. Samostatně pasáže se věnují i pomáhajícím, primárně se však soustředí na pacienty a jejich rodiny.

13.

Autor: **Pichaud Clément, Isabelle Thareau**
Název knihy: **Soužití se staršími lidmi**
Rok vydání: 1998
Vydavatelství: Portál

Anotace

Autoři zde předkládají odborné a praktické zkušenosti o tom, jak pomoci rodinnému okolí žít spokojeně vedle lidí v pokročilém věku a provázet je až k závěru života. Součástí knihy jsou rady a osvojení schopnosti naslouchat, přizpůsobit a respektovat individualitu v přístupu ke starým lidem.

14.

Autor: **Průcha Jan**
Název knihy: **Přehled pedagogiky (Úvod do studia oboru)**
Rok vydání: 2000
Vydavatelství: Praha: Portál

Anotace

Knihka vede k hlubšímu poznání pedagogiky a nabízí spoustu rad a informačních zdrojů k dalšímu studiu. Velká pozornost je věnována výzkumným metodám. Kniha je určena pro studenty učitelství a studentům pedagogických a sociálních oborů

15.

Autor: **Rabušicová Milada, Ladislav Rabušic**
Název knihy: **Učíme se po celý život? O vzdělávání dospělých v České republice**
Rok vydání: 2009
Vydavatelství: Brno

Anotace

Publikace je jedním z výstupů výzkumného projektu, který byl věnován tématu vzdělávání dospělých v různých fázích života. Kniha je rozdělena do dvou částí. První část popisuje základní fakta o formálním vzdělávání dospělých. Druhá část publikace se věnuje neformálnímu vzdělávání a konceptu celoživotního učení. V poslední části této publikace se autoři zaměřili na poradenství pro vzdělávání dospělých v celoživotním učení.

16.

Autor: **Radbruch Lukáš, Sheila Payne a kolektiv**
Název knihy: **Standardy a normy hospicové a paliativní péče**
Rok vydání: 2009

Vydavatelství: Publikace projektu: Podpora rozvoje paliativní péče v České republice

Anotace Dokument se soustřeďuje na normy a standardy hospicové a paliativní péče a jeho obsah je omezen na otázky týkající se realizace služeb v komunitě materiálním, osobním a personálním vybavením. Významnou úlohu zde hraje i kvalita léčby, výsledků měření, financování a politika organizace. Detailně pokrýt tuto problematiku se snaží budoucí dokumenty.

17.

Autor: **Svatošová Marie**
Název knihy: **Hospice a umění doprovázet**
Rok vydání: 2004
Vydavatelství: Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství

Anotace Kniha je autorčiným 6. vydáním a předkládá zcela odlišný pohled na umírání a nevléčitelné nemoci. Seznamuje čtenáře s praxí hospicové péče a jejími zásadami. Popisuje přístupy k nevléčitelně nemocným a pomáhá nalézt pravou hodnotu a důstojnost člověka. Povzbuzuje příbuzné a blízké pacientů, kteří tráví poslední chvíle svého života v hospici. Vysvětluje, jak jim hospic může v těžkých chvílích pomoci a pokouší se, aby hospic byl širokou veřejností správně chápán.

18.

Autor: **Vágnerová Marie**
Název knihy: **Základy psychologie**
Rok vydání: 2005
Vydavatelství: Karolinum

Anotace

Tato kniha poskytuje základní informace obecné psychologie a je vhodná jak pro začátečníky, tak i pokročilé, kteří se chtějí zorientovat v praxi. Jsou zde postupně popisovány jednotlivé poznávací procesy. Autorka zde vymezuje pojem osobnosti, temperamentu a celou šíři jeho významu. Vysvětluje problematiku jáství, sebepojetí a zvládnání náročných životních situací. Kniha je určena nejen studentům psychologie, ale i studentům sociálních a lékařských oborů. Publikace poskytuje základní orientaci v rozsáhlé oblasti psychologického poznání.

PŘÍLOHA P2: SLOVNÍČEK POUŽITÝCH POJMŮ

Dobrovolníci jsou důležitou součástí hospiců, věnují část svého času pacientům bez nároku na odměnu. Byť tito nadšenci neodpovídají dle Krause a ani nemohou (např. na požadavcích na vzdělání) odpovídat typu ideálního pracovníka, mají řadu předností a to zájem, nadšení, nezištnou pomoc a zájmovou spřízněnost s uživateli. „Náklady na zaškolení dobrovolníka nejsou zdaleka tak vysoké, jako kdybychom vyškolili skutečného profesionála“ (Kraus, 2002, s. 184).

Eutanazie je obecně vnímána spíše jako usmrcení z útrpnosti, soucitu a milosrdenství, a proto je považována za neetický čin (Standardy mobilní a specializované péče v ČR- pracovní materiál, 2007).

Hospice jsou na rozdíl od všech předešlých zařízení speciální zařízení, poskytující paliativní péči pacientům, kterým byla již ukončena léčba a jsou v terminálním (konečném) stádiu nevyléčitelné nemoci (Svatošová, 2011, s. 110-113).

Interdisciplinární tým je složen z odborníků více profesí vyškolených v oboru paliativní medicíny a péče (Standardy mobilní a specializované péče v ČR- pracovní materiál, 2007).

Kvalita života - základním cílem paliativní péče je zajištění nejlepší kvality konce života založené na preferenci pacientů.

Léčba bolesti ovlivňuje kvalitu života pacienta. Základem léčby bolesti paliativní péče je průběžné vyhodnocování a dokumentování bolesti. Léčbu bolesti zajišťují členové interdisciplinárního týmu paliativní péče. Jsou to odborníci specializovaní na léčbu bolesti a dalších symptomů spojených s umíráním (Standardy mobilní a specializované péče v ČR- pracovní materiál, 2007).

Léčebny dlouhodobě nemocných se nezabývají nevyléčitelně nemocnými, ale komplexní péčí o staré a dlouhodobě nemocné pacienty. Paliativní péči využívají ke zmírnění bolesti při léčbě (Nemocnice!!!, © 2013).

Multidisciplinární tým se skládá z vyškolených odborníků. Členem tohoto multidisciplinárního týmu je lékař specialista, dietoterapeut, fyzioterapeut, sestra specialistka, sociální pracovník, edukační sestra, ale také sestra z domácí péče. Skupina je sestavena, tak aby řešila zdravotní a sociální problémy, které jsou pro terminálně nemocného důležité. Každý člen navrhne na základě svých kompetencí postup a návrh v ošetřovatelském procesu

a jednotlivé kroky konzultují s nemocným, který následně daný postup akceptuje. Klady modelu multidisciplinárního týmu spatřujeme ve vysoké úrovni profesionality a jednotné dokumentaci pro všechny členy týmu. Nevýhodou je velká časová náročnost, ale tato spolupráce, umožňuje, jednotnou komunikaci, zjednodušení analýzy problémů, které jsou spojeny s nemocí a jednotnou dokumentaci. Tato spolupráce dosahuje nejlepších výsledků v péči o terminálně nemocné (Macková, 2006, s. 5-6).

Nemocnice je zdravotnické zařízení, které poskytuje nepřetržitě lékařské služby. Poskytují paliativní péči tím, že zmírní bolest a obtíže nevléčitelně nemocných, ozářením k utlumení bolesti či částečnému zmenšení nádorů, který utlačuje jiné orgány (Velký lékařský slovník, © 2008).

Paliativní péče je péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou nemocí v pokročilém nebo konečném stádiu nemoci. Cílem je zmírnit bolest, tělesné a duševní strádání natolik, aby se zachovala lidská důstojnost pacienta, zvýšit kvalitu života v době umírání a podpořit jeho rodinu a blízké (Cesta domů, © 2014).

Základní formy:

Obecná paliativní péče - se dostává pacientům v rámci zdravotnické činnosti v lůžkových zdravotnických zařízeních, zařízeních sociální péče pro seniory, v pečovatelských službách, v domácí ošetrovatelské péči a u ambulantních specialistů. Předepisovat potřebné symptomatické léky proti bolesti zvládají praktičtí lékaři, kteří ale nejsou dostatečně vzdělání v paliativní péči a nejsou schopni vést a koordinovat péči o nevléčitelně nemocného v závěru jeho života. Dle UZIS 2011, zemřou praktickému lékaři v domácím prostředí 4 pacienti ročně a jedná se z velké části o náhlá úmrtí. Z toho důvodu nelze předpokládat, že by tito lékaři měli dostatek zkušeností v paliativní péči.

Specializovaná paliativní péče je multiprofesní přístup péče o nevléčitelně nemocné v terminálním stádiu života převážně v lůžkových a domácích hospicích a odděleních paliativní péče v rámci nemocnic. Jde o týmovou práci speciálně vyškolených lékařů, sester, psychologů a sociálních pracovníků na paliativní péči, kteří dokážou pacientovi pomoci od bolesti téměř okamžitě. Na základě kvalitní paliativní péče (léčbě bolesti, psychosociální podpory), je možné pacientům s nevléčitelnou nemocí prodloužit život až o tři měsíce. Podle změn a rychlosti onemocnění, je dnes velmi vysoká pravděpodobnost, že lékaři od-

hadnou prognózu rámcově na měsíce, týdny či dny života (Standardy mobilní specializované paliativní péče v ČR, © 2007).

Terminální stádium života je fáze konečného stádia nemoci, kde již nemocnému byla ukončena **kurativní léčba** (úplné vyléčení pacienta) a je mu již poskytována terminální péče- poslední kvalifikovaná služba umírajícímu (Křivohlavý, 2002 s. 97-100).

Umírání je stav, při kterém dochází k postupnému selhávání všech orgánů, trvalou ztrátou vědomí, nejčastěji doprovázené utrpením a bolestí. Důsledkem umírání je fyzická smrt. Smrt a umírání patří k přirozené součásti života (Křivohlavý, 2002 s. 97-100).

Úroveň vzdělání je dána absolvováním konkrétního vzdělávacího programu.

Uživatele hospice definujeme jako nevléčitelně nemocného, kterému byla na základě nevléčitelného (převážně onkologického) onemocnění ukončena léčba a je v terminálním (závěrečném) stádiu života (Svatošová, 2011, s. 110-113). MUDr. Ondřej Sláma, dne 3. 11. 2014 na přednášce XXVIII. Konference pro nelékařské pracovníky na téma „péče o pacienty v závěru života“, definuje závěr života, když onemocnění přestane reagovat na kauzální (příčinnou) léčbu a je pravděpodobné, že pacient v dohledné době zemře. Dále uvádí, že prognóza je důležitá, jak pro lékaře, tak i pacienta a to z toho důvodu, aby došlo k zahájení hospicové péče (Moje medicína + cz, ©2014).

Vzdělání jde o ukončený proces jedince. Tento pojem bývá využíván v případě statistických zjišťování.

Vzdělávání je proces, ve kterém osoba získává určitou kvalifikaci (Český statistický úřad, © 2008).

Vzdělávání v paliativní péči, vyžaduje samostatnou organizační strukturu a sestavení týmu tak, aby vyškolení odborníci byli schopni poskytovat paliativní péči tehdy a tam, kde si to pacienti s nevléčitelnou nemocí a jejich rodiny přejí (Cesta domů, © 2014).

PŘÍLOHA P3:

Průvodní dopis k dotazníku:

Dobrý den,

věnujte prosím několik minut svého času vyplnění následujícího dotazníku. Jsem studentkou magisterského studia oboru Sociální pedagogika na Universitě Tomáše Bati ve Zlíně a píšuji diplomovou práci na téma „*Vzdělávání pracovníků v hospicových zařízeních v rámci Jihomoravského kraje*“.

Dotazník je anonymní.

Velmi Vám děkuji.

Bc. Ivana Pospíšilová

Dotazník úrovně dosaženého vzdělání pracovníků v hospicích


| Křížkem označte odpověď, která nejvíce odpovídá skutečnosti. U otázky č. 6 doplňte komentář do volného prostoru pod dotazníkem | | |
|--|--|--|
| 1 | Pohlaví respondenta | <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena |
| 2 | Věk respondenta | <input type="checkbox"/> do 20 let <input type="checkbox"/> 20-29 <input type="checkbox"/> 30-39 <input type="checkbox"/> 40-49 <input type="checkbox"/> 50 a více |
| 3 | Pracoviště respondenta | <input type="checkbox"/> Dům léčby s hospicem sv. Josefa <input type="checkbox"/> Mobilní hospic sv. Josefa <input type="checkbox"/> Domácí hospic David <input type="checkbox"/> Hospic sv. Alžběty <input type="checkbox"/> Domácí hospic Tabita |
| 4 | Pracovní pozice respondenta | <input type="checkbox"/> Lékař <input type="checkbox"/> Zdravotní sestra <input type="checkbox"/> Ošetřovatel/pečovatel <input type="checkbox"/> Sociální pracovník <input type="checkbox"/> Psycholog <input type="checkbox"/> Dobrovolník <input type="checkbox"/> Další možnost |
| 5 | Nejvyšší dosažené vzdělání | <input type="checkbox"/> Základní <input type="checkbox"/> Středoškolské <input type="checkbox"/> Vyšší odborné <input type="checkbox"/> Vysokoškolské bakalářské <input type="checkbox"/> Vysokoškolské magisterské <input type="checkbox"/> Postgraduální |
| 6 | Dosažené vzdělání-kurzy a zájmově rozšiřující vzdělávací programy v oblasti paliativní péče (jaký, kde a ve kterém roce) | Odpověď doplňte pod dotazník |
| 7 | Jste součástí multidisciplinárního týmu? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nejsem na tuto práci dostatečně vyškolen/-a |
| 8 | Délka Vaší praxe v hospici | <input type="checkbox"/> Do 1 roku <input type="checkbox"/> 1-3 let <input type="checkbox"/> 4-6 let |

| | | |
|----|---|--|
| | | <input type="checkbox"/> 7-10 let <input type="checkbox"/> 11 a více |
| 9 | Zajišťujete biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby v péči o terminálně nemocné? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nejsem na všechny dostatečně proškolen/-a |
| 10 | Cítíte se na zajištění této péče dostatečně profesně připraveni? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Částečně |
| 11 | Cítíte, že jste na zajištění této péče dostatečně emočně připraveni? | <input type="checkbox"/> Ano, myslím, že dokážu dostatečně soucítit s ostatními <input type="checkbox"/> Ne, na to se nedá připravit <input type="checkbox"/> Částečně, člověk si zvykne |
| 12 | Odkud pocházíte? | <input type="checkbox"/> Velkoměsto (více než 200 tis. obyvatel) <input type="checkbox"/> Město (více než 10 tis. obyvatel) <input type="checkbox"/> Obec (více než 1 tis. obyvatel) <input type="checkbox"/> Obec (méně než 1 tis. obyvatel) |
| 13 | Myslíte si, že lidé z malých obcí pohlížejí na smrt jinak, než lidé z velkoměsta? | <input type="checkbox"/> Rozhodně, ano – smrt pro ně není tabu <input type="checkbox"/> Ne, myslím, že v dnešní době v tomto pohledu, již není rozdíl |
| 14 | Jste věřící? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| 15 | Pokud ano, ovlivňuje víra Váš postoj ve vztahu k umírajícímu? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| 16 | Jak pohlížíte na smrt? | <input type="checkbox"/> Jako na přirozenou součást života <input type="checkbox"/> Jako na utrpení <input type="checkbox"/> Mám z ní strach |
| 17 | Jaký je dle Vašeho názoru ideální počet nemocných v terminálním stádiu na jednu pracující osobu? | <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 |
| 18 | Jaký je Váš pohled na péči o umírající? | <input type="checkbox"/> Je to poslání <input type="checkbox"/> Je to profese <input type="checkbox"/> Jiná |
| 19 | Pokud jste v průběhu práce v hospici dosáhli vyššího vzdělání, domníváte se, že jste více připraveni po emoční stránce? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nedosáhl jsem vyššího vzdělání |

| | | |
|----|---|--|
| 20 | Pokud jste v průběhu práce v hospici dosáhli vyššího vzdělání, domníváte se, že jste více připraveni po profesní stránce? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nedosáhl jsem vyššího vzdělání |
| 21 | Jste spokojeni s Vaší pracovní pozicí? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| 22 | Domníváte se, že Vaše mzda odpovídá odvedené práci? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| 23 | Umožňuje Vám zaměstnavatel účastnit se bezplatně vzdělávacích kurzů/programů? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| 24 | Máte dostatek možností k dalšímu vzdělávání? | <input type="checkbox"/> Ano využívám všechny <input type="checkbox"/> Ano využívám jen hrazené zaměstnavatelem <input type="checkbox"/> Ne, nevyžívám |
| 25 | Myslíte si, že se dostatečné zajištění kvality péče odvíjí od délky Vaší praxe? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| 26 | Jste hrdý/- á na to, že pracujete v hospici? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |

Vyplněný dotazník dosaženého vzdělání pracovníků v hospicích

Dotazník úrovně dosaženého vzdělání pracovníků v hospicích

| Křížkem označte odpověď, která nejvíce odpovídá skutečnosti. U otázky č. 6 doplňte komentář do volného prostoru pod dotazníkem | | |
|---|--|---|
| 1 | Pohlaví respondenta | <input checked="" type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena |
| 2 | Věk respondenta | <input type="checkbox"/> do 20 let <input type="checkbox"/> 20-29 <input type="checkbox"/> 30-39 <input checked="" type="checkbox"/> 40-49 <input type="checkbox"/> 50 a více |
| 3 | Pracoviště respondenta | <input checked="" type="checkbox"/> Dům léčby s hospicem sv. Josefa <input type="checkbox"/> Mobilní hospic sv. Josefa <input type="checkbox"/> Domácí hospic David <input type="checkbox"/> Hospic sv. Alžběty <input type="checkbox"/> Domácí hospic Tabita |
| 4 | Pracovní pozice respondenta | <input checked="" type="checkbox"/> Lékař <input type="checkbox"/> Zdravotní sestra <input type="checkbox"/> Ošetřovatel/pečovatel <input type="checkbox"/> Sociální pracovník <input type="checkbox"/> Psycholog <input type="checkbox"/> Dobrovolník <input type="checkbox"/> Další možnost |
| 5 | Nejvyšší dosažené vzdělání | <input type="checkbox"/> Základní <input type="checkbox"/> Středoškolské <input type="checkbox"/> Vyšší odborné <input type="checkbox"/> Vysokoškolské bakalářské <input checked="" type="checkbox"/> Vysokoškolské magisterské <input type="checkbox"/> Postgraduální |
| 6 | Dosažené vzdělání-kurzy a zájmově rozšiřující vzdělávací programy v oblasti paliativní péče (jaký, kde a ve kterém roce) | Odpověď doplňte pod dotazník  |
| 7 | Jste součástí multidisciplinárního týmu? | <input checked="" type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nejsem na tuto práci dostatečně vyškolen |
| 8 | Délka Vaší praxe v hospici | <input type="checkbox"/> Do 1 roku <input type="checkbox"/> 1-3 let <input type="checkbox"/> 4-6 let |

| | | |
|----|---|---|
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 7-10 let <input type="checkbox"/> 11 a více |
| 9 | Zajišťujete biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby v péči o terminálně nemocné? | <input checked="" type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nejsem na všechny dostatečně proškolen/-a |
| 10 | Cítíte se na zajištění této péče dostatečně profesně připraveni? | <input checked="" type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Částečně |
| 11 | Cítíte, že jste na zajištění této péče dostatečně emočně připraveni? | <input checked="" type="checkbox"/> Ano, myslím, že dokážu dostatečně soucitit s ostatními <input type="checkbox"/> Ne, na to se nedá připravit <input type="checkbox"/> Částečně, člověk si zvykne |
| 12 | Odkud pocházíte? | <input type="checkbox"/> Velkoměsto (více než 200 tis. obyvatel) <input checked="" type="checkbox"/> Město (více než 10 tis. obyvatel) <input type="checkbox"/> Obec (více než 1 tis. obyvatel) <input type="checkbox"/> Obec (méně než 1 tis. obyvatel) |
| 13 | Myslíte si, že lidé z malých obcí pohlížejí na smrt jinak, než lidé z velkoměsta? | <input type="checkbox"/> Rozhodně, ano – smrt pro ně není tabu <input checked="" type="checkbox"/> Ne, myslím, že v dnešní době v tomto pohledu, již není rozdíl |
| 14 | Jste věřící? | <input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne |
| 15 | Pokud ano, ovlivňuje víra Váš postoj ve vztahu k umírajícímu? | <input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne |
| 16 | Jak pohlížíte na smrt? | <input checked="" type="checkbox"/> Jako na přirozenou součást života <input type="checkbox"/> Jako na utrpení <input type="checkbox"/> Mám z ní strach |
| 17 | Jaký je dle Vašeho názoru ideální počet nemocných v terminálním stádiu na jednu pracující osobu? | <input checked="" type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 |
| 18 | Jaký je Váš pohled na péči o umírající? | <input type="checkbox"/> Je to poslání <input checked="" type="checkbox"/> Je to profese <input type="checkbox"/> Jiná |
| 19 | Pokud jste v průběhu práce v hospici dosáhli vyššího vzdělání, domníváte se, že jste více připraveni po emoční stránce? | <input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nedosáhl jsem vyššího vzdělání |

| | | |
|----|---|---|
| 20 | Pokud jste v průběhu práce v hospici dosáhli vyššího vzdělání, domníváte se, že jste více připraveni po profesní stránce? | <input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nedosáhl jsem vyššího vzdělání |
| 21 | Jste spokojeni s Vaší pracovní pozicí? | <input checked="" type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| 22 | Domníváte se, že Vaše mzda odpovídá odvedené práci? | <input checked="" type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| 23 | Umožňuje Vám zaměstnavatel účastnit se bezplatně vzdělávacích kurzů/programů? | <input checked="" type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| 24 | Máte dostatek možností k dalšímu vzdělávání? | <input checked="" type="checkbox"/> Ano využívám všechny <input type="checkbox"/> Ano využívám jen hrazené zaměstnavatelem <input type="checkbox"/> Ne, nevyžívám |
| 25 | Myslíte si, že se dostatečné zajištění kvality péče odvíjí od délky Vaší praxe? | <input checked="" type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| 26 | Jste hrdý/-á na to, že pracujete v hospici? | <input checked="" type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |

*Paliativní léčba - péče 2002
 ELNEC - 2011
 ateroskleróza - skupina anesteziologů a
 konference o paliativní léčbě

PŘÍLOHA P4: DOTAZNÍK V ELEKTRONICKÉ PODOBĚ

Úroveň vzdělávání pracovníků hospicových zařízení

1. Pohlaví respondenta

Muž Žena

povinná otázka

2. Věk respondenta

do 20 let 20-29 30-39 40-49 50 a více

povinná otázka

3. Pracoviště respondenta

Dům léčby s hospicem sv. Jana Mobilní hospic sv. Jana Domácí hospic
David Hospic sv. Alžběty Domácí hospic Tabita

povinná otázka

4. Pracovní pozice respondenta

Lékař Zdravotní sestra Ošetřovatel/pečovatel Sociální pracovník
Psycholog Dobrovolník Další možnost

povinná otázka

5. Nejvyšší dosažené vzdělání

Základní Středoškolské Vyšší odborné Vysokoškolské bakalářské
Vysokoškolské magisterské Postgraduální

povinná otázka

6. Dosažené vzdělání-kurzy a zájmově rozšiřující vzdělávací programy v oblasti

paliativní péče (jaký, kde a ve kterém roce) - vyplňte

povinná otázka

7. Jste součástí multidisciplinárního týmu?

Ano Ne Nejsem na tuto práci dostatečně vyškolen/-a

povinná otázka

8. Délka Vaší praxe v hospici

Do 1 roku 1-3 let 4-6 let 7-10 let 11 a více

povinná otázka

9. Zajišťujete biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby v péči o terminálně nemocné?

Ano Ne Nejsem na všechny dostatečně proškolen/-a

povinná otázka

10. Cítíte se na zajištění této péče dostatečně profesionálně připraveni?

Ano Ne Částečně

povinná otázka

11. Cítíte, že jste na zajištění této péče dostatečně emočně připraveni?

Ano, myslím, že dokážu dostatečně soucítit s ostatními Ne, na to se nedá připravit Částečně, člověk si zvykne

povinná otázka

12. Odkud pocházíte?

Velkoměsto (více než 200 tis. obyvatel) Město (více než 10 tis. obyvatel) Obec (více než 1 tis. obyvatel) Obec (méně než 1 tis. obyvatel)

povinná otázka

13. Myslíte si, že lidé z malých obcí pohlížejí na smrt jinak, než lidé z velkoměsta?

Rozhodně, ano – smrt pro ně není tabu Ne, myslím, že v dnešní době v tomto pohledu, již není rozdíl

povinná otázka

14. Jste věřící?

Ano Ne

povinná otázka

15. Pokud ano, ovlivňuje víra Váš postoj ve vztahu k umírajícímu?

Ano Ne

povinná otázka

16. Jak pohlížíte na smrt?

Jako na přirozenou součást života Jako na utrpení Mám z ní strach

povinná otázka

17. Jaký je dle Vašeho názoru ideální počet nemocných v terminálním stádiu na jednu pracující osobu?

1-2 3-4

povinná otázka

18. Jaký je Váš pohled na péči o umírající?

Je to poslání Je to profese Jiná

povinná otázka

19. Pokud jste v průběhu práce v hospici dosáhli vyššího vzdělání, domníváte se, že jste více připraveni po emoční stránce

Ano Ne Nedosáhl jsem vyššího vzdělání

povinná otázka

20. Pokud jste v průběhu práce v hospici dosáhli vyššího vzdělání, domníváte se, že jste více připraveni po profesní stránce

Ano Ne Nedosáhl jsem vyššího vzdělání

povinná otázka

21. Jste spokojeni s Vaší pracovní pozicí?

Ano Ne

povinná otázka

22. Domníváte se, že Vaše mzda odpovídá odvedené práci?

Ano Ne

povinná otázka

23. Umožňuje Vám zaměstnavatel účastnit se bezplatně vzdělávacích kurzů/programů?

Ano Ne

povinná otázka

24. Máte dostatek možností k dalšímu vzdělávání?

Ano využívám všechny Ano využívám jen hrazené zaměstnavatelem Ne, nevyžívám

povinná otázka

25. Myslíte si, že se dostatečné zajištění kvality péče se odvíjí od délky Vaší praxe?

Ano Ne

povinná otázka

26. Jste hrdý/- á na to, že pracujete v hospici?

Ano Ne

povinná otázka

PŘÍLOHA P5: SEZNAM HOSPICŮ V JIHOMORAVSKÉM KRAJI

Hospic sv. Alžběty

Kamenná 36, Brno

Webové stránky: <http://www.hospicbrno.cz>

Telefon: +420 773499943, E-mail: dom.hospic@hospicbrno.cz

Domácí hospic David, Charita Kyjov

Palackého 194, Kyjov

Webové stránky: <http://www.kyjov.caritas.cz>

Telefon: +420 518 323 766, E-mail: chos.kyjov@caritas.cz

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa

Jiráskova 47, Rajhrad u Brna

Webové stránky: <http://www.dlbsh.cz>

Mgr. Jiřina Juříčková, email: jurickova@dlbsh.cz

Mgr. Radka Alexandrová, email: alexandrova@dlbsh.cz

PŘÍLOHA P6: CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍHO

Charta práv umírajícího

Mám právo na to, aby se se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí.

Mám právo na naději a vůbec nezáleží na tom, zda se mění moje životní perspektiva.

Mám právo vyjádřit po svém pocity a emoce týkající se blízké smrti.

Mám právo podílet se na rozhodnutích týkajících se péče o mě.

Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl „uzdravení“ mé nemoci mění v „zachování pohodlí a kvality života“.

Mám právo nezemřít opuštěn.

Mám právo být ušetřen bolesti.

Mám právo na poctivé odpovědi na mé otázky.

Mám právo nebýt klamán.

Mám právo na pomoc od rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.

Mám právo zemřít v klidu a důstojně.

Mám právo uchovat si svou individualitu a nebýt souzen pro některá má rozhodnutí, která se přičí přesvědčením ostatních.

Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí rozumět mým potřebám a jimž bude zadostiučiněním, když mi budou pomáhat tváří v tvář smrti.



*Kurs pro doprovázející
USA - Kanada*

PŘÍLOHA P7: FOTOGRAFIE HOSPICŮ V JIHMORAVSKÉM KRAJI



Obr. 7 Hospic sv. Alžběty v Brně (zdroj: www.hospicbrno.cz)



Obr. 8 LDN Milosrdných bratří Brno (zdroj: www.nmbbrno.cz)



Obr. 9 Hospic Sv. Alžběty



Obr. 10 Předání vozu pracovníkům mobilního hospice (zdroj: rajhrad.charita.cz)

PŘÍLOHA P: NABÍDKA VZDĚLÁVACÍCH KURZŮ



ELNEC

Mezinárodní studijní plán

Dovolujeme si Vás pozvat na vzdělávací kurz pro všeobecné sestry
v oblasti hospicové a paliativní péče

9. 4 – 12. 4. 2013

ELNEC (End Of Life Nursing Education Consortium) je mezinárodní projekt Vzdělávacího konsorcia všeobecných sester pracujících s pacienty v konečné fázi života.

Hlavním cílem je zlepšit oblast paliativní péče ve zdravotnictví. Primárním cílem je vzdělávat sestry v péči o umírající nemocné. Studijní plán byl vyvinut v rámci činnosti národně uznávaných odborníků v paliativní péči.

Pořadatel: ELNEC tým – tým sester vyškolených v rámci mezinárodního projektu ELNEC, které poskytují přímou paliativní péči

Místo konání: Vzdělávací institut Charity ČR, Máchova 7, Praha 2

Tematické bloky:

- Modul 1: Paliativní péče - úvod
- Modul 2: Léčba bolesti
- Modul 3: Léčba příznaků
- Modul 4: Etické záležitosti v paliativní péči
- Modul 5: Kulturní a duchovní aspekty péče o pacienty v konečné fázi života
- Modul 6: Komunikace
- Modul 7: Ztráta, zármutek a žal
- Modul 8: Poslední hodiny



Poplatek: 2 400,-Kč (zahrnuje účast na odborném programu, doklad o absolvování vzdělávací akce, tiskové materiály, podrobný program ELNEC kurzu, občerstvení mezi přednáškovými bloky, společnou večeři, exkurzi do Domova s hospicovou péčí Pod střechou)



Podrobnější informace na www.paliativnimedicina.cz
Akce je zařazena do systému kontinuálního vzdělávání, ohodnocena kredity ČAS

Příhlašky - Mgr. Eva Šimová, e-mail: eva.simova@charita.cz, telefon: 731 402 671
Kontaktní osoba ELNEC tým - Pavel Klímeš, e-mail: pavel.klimes@cestadomu.cz, telefon: 775 055 204
Informace o ubytování v místě konání kurzu na www.vzdelavani.charita.cz