

UNIVERZITA KARLOVA  
FILOZOFICKÁ FAKULTA  
KATEDRA ANDRAGOGIKY A PERSONÁLNÍHO ŘÍZENÍ

Bc. Barbora Kristenová

**Vzdělávání pracovníků paliativní péče v České republice**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Praha 2019

Vedoucí práce:

Mgr. Elena Jaroševská, CSc.

Prohlašuji, že tuto diplomovou práci jsem vypracovala samostatně, že v ní řádně cituji všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

.....  
datum

.....  
Bc. Barbora Kristenová

## **Abstrakt**

Diplomová práce pojednává o vzdělávání pracovníků paliativní péče v České republice. Dále představuje komplexní pohled na paliativní péči na území České republiky i v rozsahu světového měřítká. Specifikum paliativní péče je uváděno z pohledu obecných charakteristik této oblasti zdravotnické péče a v návaznosti na kvalifikační požadavky pracovníků. Součástí práce je kvantitativní šetření vzdělávacích potřeb pracovníků paliativní péče ve vybraných zařízeních ve Středočeském kraji a Praze. Pomocí dotazníkového šetření, které bylo realizováno elektronicky, byl zjišťován současný stav vzdělávání a požadavky na vzdělávání pracovníků. Z výsledků šetření vyplynulo, že vzdělávání je pro pracovníky paliativní péče důležité.

## **Klíčová slova**

paliativní péče, kvalifikační profil pracovníka, hospic, sociální práce, umírání, vzdělávání

## **Abstract**

The diploma thesis deals with the education of palliative care workers in the Czech Republic. It also presents a comprehensive view of palliative care in the Czech Republic and on a global scale. The specifics of palliative care are mentioned in terms of general characteristics of this area of health care and in relation to the qualification requirements of workers. Part of the work is a quantitative survey of educational needs of palliative care workers in selected facilities in the Central Bohemia Region and Prague. By means of a questionnaire survey, which was realized electronically, the current state of education and requirements for education of workers were ascertained. The results of the survey showed that education is important for palliative care workers.

## **Key words**

palliative care, qualification profile of worker, hospice, social work, dying, education

## Obsah

0 Úvod.....	6
1 Paliativní péče .....	8
1.1 Definice paliativní péče.....	8
1.2 Vývoj paliativní péče ve světovém měřítku.....	10
1.3 Vývoj paliativní péče v České republice.....	12
1.4 Organizační formy paliativní péče.....	14
1.4.1 Domácí paliativní péče .....	14
1.4.2 Lůžkový hospic .....	15
1.4.3 Konziliární tým paliativní péče.....	16
1.4.4 Oddělení paliativní péče.....	17
1.4.5 Mobilní hospic .....	18
1.5 Paliativní péče v pediatrii.....	19
1.6 Legislativní úprava paliativní péče v České republice .....	19
1.7 Etika v paliativní péči.....	21
2 Kvalifikační požadavky pracovníků paliativní péče.....	24
2.1 Paliatr .....	25
2.2 Zdravotní sestra v paliativní péči.....	26
2.3 Sociální pracovník .....	28
2.4 Pracovník v sociálních službách .....	29
2.5 Dobrovolní pracovníci v paliativní péči.....	30
3 Vzdělávání zaměstnanců v oblasti paliativní péče .....	32
3.1 Vzdělávání dospělých.....	32
3.2 Vzdělávání dospělých v paliativní péči.....	33
3.2.1 Samostudium .....	35
3.2.2 Webináře .....	35
3.2.3 Supervize.....	36
3.2.4 ELNEC .....	37
3.2.5 Neakreditované kurzy .....	38
3.2.6 Akreditované kurzy.....	40
3.2.7 Stáže, výcviky .....	43
4 Analýza vzdělávacích potřeb pracovníků paliativní péče ve vybraných zařízeních .....	45
4.1 Harmonogram realizace výzkumného šetření .....	45
4.2 Průzkum terénu před započítím výzkumu .....	45
4.3 Cíl analýzy .....	46

4.4 Metodika.....	47
4.4.1 Výběr výzkumného vzorku.....	47
4.4.2 Hypotézy.....	49
4.4.3 Uspořádání dotazníku.....	50
4.4.4 Analýza výsledků výzkumu.....	53
4.4.5 Testování a ověřování hypotéz.....	68
4.5 Diskuze.....	70
5 Závěr.....	73
6 Soupis bibliografických citací.....	75
7 Příloha.....	81

## 0 Úvod

Ještě v roce 2011 se označovala péče o pacienty v terminálním stádiu života a umírání jako tabu (Český rozhlas, 2011), od té doby ale uplynulo již mnoho let a vzniklo mnoho kampaní, které s tímto tabu začaly bojovat, jako např. kampaň DOMA. V minulosti byla smrt i nemoc etapou lidského života, ve které nezastupitelnou roli plnila rodina v domácím prostředí. Vždyť člověk se až do konce 19. století narodil a zemřel doma. (Lenderová, 2009, s. 253) Jak uvádí Haškovcová (2007, s. 23) rodiny se o své nemocné a umírající členy staraly a byly jim na blízku v jejich poslední hodině a pečovaly i o tělo zemřelého. Péče se stále více profesionalizuje a na rodiny jsou kladeny takové nároky, které nelze s profesionální péčí z hlediska zdravotnické technologie srovnat. Jen v oblasti hlavního města Praha jsou dva lůžkové hospice, ve Středočeském kraji čtyři. Pro vyšší pokrytí péče o umírající pacienty jsou zakládány mobilní hospice, ve kterých je na pracovníky kladen větší tlak zodpovědnosti za rozhodnutí v péči o klienta.

Úloha pracovníků paliativní péče je specifická, protože součástí jejich pracovní náplně není pouze technologie zdravotnické péče, ale také technologie psychosociální pomoci a podpory. Pracovníci se mohou v obou oblastech dále rozvíjet pomocí kurzů, supervizí, webinářů aj. Z hlediska personálních činností je jejich rozvoj nezbytný nejen pro přímou péči o klienta, ale i z hlediska jejich vlastní psychohygieny.

Teoretický základ mé diplomové práce tvoří publikace uznávaných odborníků z oblasti paliativní péče, z oblasti vzdělávání dospělých a v empirické části těžím jednak z osobní zkušenosti s péčí v hospicích, která mi dala podnět se tímto tématem zabývat, pak z analýzy výročních zpráv konkrétních zařízení vybraných pro můj výzkum a z odborných textů publikovaných na internetových stránkách jak těchto zařízení, tak i jiných organizací, které se věnují této problematice. Pro obecný přehled o paliativní péči čerpám z odborných publikací pojednávajících o vzniku paliativní a hospicové péče (Haškovcová, Svatošová) a o procesu umírání (Kübler-Ross). V oblasti vzdělávání dospělých se práce opírá o publikace českých i zahraničních autorů (Armstrong, Kalvach, Kociánová, Palán). Pro lepší vhled do paliativní a hospicové péče v České republice je využito zpráv z vybraných zařízení a pro ucelení tématu práce je nezbytnou součástí i doplnění legislativních norem a asociačních standardů (Ministerstvo zdravotnictví, Asociace paliativní a hospicové péče).

Předkládaná diplomová práce je koncipována na část teoretickou a empirickou. Teoretická část je složena ze tří hlavních kapitol. První kapitola definuje pojmy paliativní péče, představuje základní formy specializované paliativní péče, etiku v paliativní péči a legislativní vymezení paliativní péče v České republice. Kapitola druhá podrobně seznamuje s kvalifikačními požadavky na paliatra, zdravotní sestry v paliativní péči, pracovníka v sociálních službách, sociálního pracovníka i s rolí dobrovolníka. V kapitole třetí je reflektováno vzdělávání dospělých ve své obecné podobě i zaměřené na paliativní péči a analyzováno současné vzdělávání pracovníků paliativní péče. Zmíněné tři kapitoly uvádějí do problematiky paliativní péče a jsou základovou deskou pro stavbu empirické části práce, protože poskytují základ pro pochopení vzdělávacích potřeb profesionálních pečujících a pomáhajících vzhledem k dějinám a současnosti péče o nevyлéčitelně nemocné a umírající pacienty.

Empirická část, která je orientována na zjištění vzdělávacích potřeb pracovníků paliativní péče v jednotlivých vybraných zařízeních hospicové a paliativní péče na území Středočeského kraje a hlavního města Prahy, je zhotovena v poslední čtvrté kapitole. Užitými metodami k dosažení vytyčených cílů celé práce jsou studium literatury, analýza současného stavu, analýza dokumentů a dotazníkové šetření. V závěru je uvedeno shrnutí šetření vzdělávacích potřeb pracovníků srovnávaných s aktuální nabídkou vzdělávacích aktivit.

Hlavním cílem této práce je analýza současného vzdělávání pracovníků v oblasti paliativní péče v porovnání s identifikovanými vzdělávacími potřebami pracovníků, kteří pečují o umírající pacienty.

Ráda bych tímto poděkovala paní Mgr. Eleně Jaroševské, CSc. za její názory, rady, odbornou pomoc, trpělivost a ochotu při vedení této diplomové práce. A v neposlední řadě všem respondentům z vybraných zařízení, kteří byli ochotni účastnit se šetření, umožnili mi nahlédnout do jejich pracovní náplně i vzdělávacích potřeb, poradili mi s terminologickými otázkami a bez jejichž spolupráce by diplomová práce nemohla být dokončena.



# 1 Paliativní péče

## 1.1 Definice paliativní péče

Paliativní péče je komplexní přístup, který se zaměřuje nejen na osoby žijící s nevléčitelným onemocněním, ale zároveň na jejich rodiny a blízké. Tento ucelený obraz paliativní péče, ze kterého vycházím ve své diplomové práci, je založen na následujících výrociích odborníků, kteří uvádí, že paliativní péče je:

- podpůrná péče, jejímž cílem je optimalizovat pacientův komfort a poskytnout mu sociální podporu ve všech fázích jeho nemoci (Bužgová, 2015, s. 17);
- komplexní péče o pacienta v posledních hodinách či dnech (Bužgová, 2015, s. 18);
- komplexní přístup k léčbě, který zahrnuje tělesnou, psychickou, sociální i spirituální oblast (Topinková, 2004, s. 18);
- přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží (APHP, 2016, s. 3);
- aktivní, celková péče o pacienty, u kterých nemoc nijak nereaguje na léčbu (APHP, 2016, s. 3);
- aktivní péčí, která je poskytována pacientovi trpícímu nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném (terminálním) stadiu. Jejím cílem je zmírnit bolest, tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života (Sláma a Vorlíček, 2007, s. 25).

Zároveň oblast paliativní péče dle Slámy a Vorlíčka (2007, s. 25):

- Usiluje o prodloužení a zachování života, který bude svou kvalitou pro pacienta přijatelný.
- Respektuje a chrání důstojnost nevléčitelně nemocných.
- Vychází z přání a potřeb pacientů a respektuje jejich hodnotové priority.
- Snaží se vytvořit podmínky, aby pacient mohl poslední období svého života prožít ve společnosti svých blízkých.
- Chápe umírání jako součást života.
- Nabízí všestranně účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá zvládat zármutek i po smrti jejich blízkého člověka.

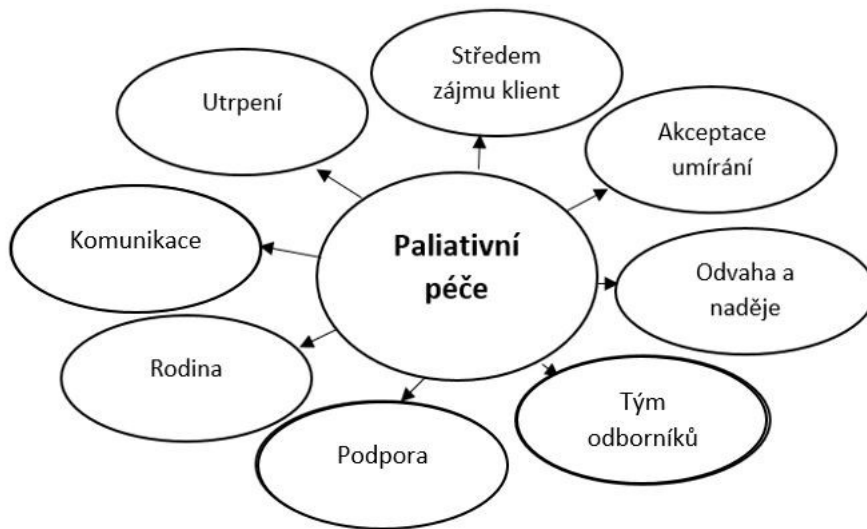


Schéma č. 1 Paliativní péče v grafickém znázornění

Vznik a rozvoj koncepce paliativní péče vycházel ze specifických potřeb pacientů, kteří trpěli nevléčitelnou nemocí a uvědomovali si, že umírají. Bylo třeba poskytnout psychosociální pomoc pacientům, jejich rodinám a blízkým. Dále technologickou a ekonomickou podporu poskytovatelům paliativní péče, včetně zajištění vysoké odborné úrovně personálu takovýchto zařízení. V otázkách psychosociální podpory – jak pacientů, tak i personálu, rozvoj koncepce paliativní péče ovlivnila humanistická psychologie, koncept sociálních rolí a logoterapie. (Kalvach, 2010, s. 13)

Kalvach (2010, s. 14) dále poukazuje na existenci dvou přístupů, které se v oblasti péče o umírající lidi spolu často střetávají. Přístup humanistický, který se již dle názvu zabývá člověkem, usiluje o optimalizaci péče a podpory nejen pacientů, ale i jejich rodin a zároveň vychází z vědomí komplexního utrpení pacientů i jejich blízkých. Snaží se taktéž právě o využití zbývajících času tak, aby byl pro všechny zúčastněné osoby smysluplný. Tento přístup prostupuje celou práci, na rozdíl od přístupu fiskálního, který usiluje o stabilitu veřejných rozpočtů zdravotní péče, snížení neúčelných nákladů na zbytečnou léčbu v posledních měsících života a vychází z vědomí, že nejvyšší náklady na zdravotní péči pacienta jsou vynakládány v posledním roce pacientova života a lze předpokládat, že zbytečně. Výsledkem snížení těchto zbytečně vynaložených nákladů by pak mělo být zlevnění zdravotní péče v důsledku zefektivnění léčby.

## 1.2 Vývoj paliativní péče ve světovém měřítku

Celostní péče o těžce nemocné či zmrzačené pacienty existuje již po staletí. Dle Markové (2010, s. 13) se jedná o nejstarší formu medicíny vůbec. Paliativní péče je podle ní multidisciplinární péče ověřená dějinami. A to na základě poznatků, které poukazují na to, že dříve se podíleli na mírnění bolesti, utrpení a provázení ke smrti svých blízkých nejen rodinní příslušníci, ale i přátelé a duchovní. I přes to, že tato úloha patřila do činností lékařů a sester. Dle Haškovcové (2007, s. 26) byli všichni přítomní připraveni na svůj úkol. Nejen pečující člen rodiny, ale i umírající věděl, co se od něj očekává. *„Jednotlivci se v průběhu svého krátkého a nejistého života učili umírat, když pozorovali smrt v okolí, nebo pomáhali těm, jejichž těžká hodinka právě udeřila.“* (Haškovcová, 2007, s. 23)

První informace o institucionalizaci paliativní péče lze identifikovat už v období středověku. Při kláštorech byla zakládána za participace církevních řádů speciální místa prioritně pro pacienty těžce nemocné či zmrzačené. Tzv. hospice byly zakládány už za dob Konstantina Velkého jako domy odpočinku, kde se zastavovali poutníci cestou do Palestiny, aby si v těchto domech odpočinuli před další cestou. (Kupka, 2014, s. 30). V 18. století Mary Aikdenheadová iniciuje otevření zvláštního typu nemocnice pro umírající v Dublinu a Corku a nazvala ho hospicem. V otázce, kdo použil slovo hospic jako první, se literatura rozchází. Dle Vorlíčka, Adama a Pospíšilové (2004, s. 19) použila jako první slovo „hospic“ Jeanne Garnierová „hospic“ a položila tak oficiální základy institucionalizované péče o umírající pacienty. O několik let později padl první návrh strategie domácí péče, který vypracoval a uvedl do praxe William Rathbone v Buffalo. Vznikla zde taktéž roku 1885 první dobrovolná domácí agentura, která realizovala domácí péči s laickými ošetřovateli. (Haškovcová, 2007, s. 53-4).

Ve druhé polovině 20. století se paliativní péče začala vyvíjet jako součást systému zdravotní a sociální péče. Péče o umírající se postupně přesouvala do institucí (chorobinců, špitálů, nemocnic). V institucích bylo největší snahou zajistit umírajícím co nejvíce soukromí a ochránit ostatní pacienty, což vedlo k velmi chladné profesionální péči i vzhledem k tomu, že smrt byla v medicíně chápána jako medicínské selhání. V 60. letech 20. století tak začínaly vznikat iniciativy pro zlepšení péče o umírající. Mezi první iniciátory změny se řadí lékařka Cicela Saundersonová, která rozpracovala koncept „totální bolesti“, zahrnující bolest nejen fyzickou, ale také sociální, emoční a duchovní (Bužgová, 2015, s. 15).

Na základě této myšlenky bylo založeno v Anglii v roce 1967 první moderní paliativní zařízení - Hospic sv. Kryštofa. Spolu s rozvojem hospiců došlo v 70. letech 20. století k rozvoji paliativní medicíny jako samostatného lékařského oboru. Velká Británie jako hlavní průkopník paliativní péče, taktéž jako první stanovila pět zásad rozvoje paliativní medicíny:

- Založení oddělení paliativní medicíny realizované multidisciplinárními týmy.
- Rozvoj multidisciplinární domácí paliativní péče vyškolenými pracovníky.
- Založení hospicových paliativních oddělení v nemocnicích.
- Rozvoj konzultačních služeb v oblasti paliativní medicíny v nemocnicích.
- Vzdělávání všech zdravotnických pracovníků v základech multidisciplinární péče (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 23).

Všechny zásady rozvoje paliativní medicíny se dochovaly ve vzdělávacích aktivitách dodnes a jsou stále doplňovány o další rozvojové potřeby pracovníků, mezi které patří např. psychosociální dovednosti.

V současnosti je ve více než sto zemích světa evidováno dohromady kolem 9500 zařízení paliativní péče. Klasický anglický model si různé země přizpůsobily do vlastních podob. V rámci oblasti českých zemí je nejdůležitější model rakouský, kterým se v České republice může hospicové hnutí inspirovat (Haškovcová, 2007, s. 54).

Právě v Rakousku byl první hospic otevřen v roce 1992 ve Vídni a postupně se zřizovaly v každé spolkové zemi Rakouska. V okamžiku, kdy v každé spolkové zemi byl alespoň jeden hospic, vznikla organizace Důstojné umírání (Sterben in Würde), která všechny hospice zastřešovala.

I v ostatních zemích světa byla snaha o zřizování hospiců, ale především byl kladen důraz na humanizaci umírání i v běžných nemocnicích nebo jiných institucích. Dle Haškovcové (2007, s. 55) nelze zřizovat pro péči o umírající pouze hospice, protože v takovém systému by byli umírající skutečně odloučeni od společnosti a hospic by se tak stal domem smrti. V nemocnicích byly zřizovány specializované jednotky paliativní péče nebo tzv. pain units (pracoviště se specializací na léčbu nesnesitelných nebo obtížně zvladatelných bolestí). Velmi rychlý nárůst v rozvoji hospicových služeb podle Payneové (2007, s. 57) byl zaznamenán v USA, kde během třiceti let vzniklo na tři tisíce poskytovatelů paliativní péče. V tomto období byly zakládány i specializované asociace a nadace, při čemž mezi nejznámější patří Národní asociace hospicové a paliativní péče, Americká akademie hospicové a

paliativní medicín, ale také iniciativa Poslední skutky, která byla založena Nadací Roberta Wood Johnsona.

### 1.3 Vývoj paliativní péče v České republice

Na území Čech se začínaly objevovat již od středověku chudobince, chorobince, špitály a jejich zakladateli bývaly zpravidla církve či řády, do té doby lidé nesvěřovali těžce nemocného žádnému profesionálnímu ošetřování. Umírajícímu se sami blízcí snažili pomocí magie zkrátit utrpení. (Lenderová, 2009, s. 253)

První specializované paliativní pracoviště bylo založeno v České republice v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou po vzoru rakouského modelu. (Haškovcová, 2007, s. 56)

Mezi další významné mezníky českého hospicového hnutí patří v tomto období založení prvního občanského hnutí pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem Ecce Homo, které iniciovala Marie Svatošová. Toto sdružení se zasloužilo dva roky po svém založení o vybudování prvního samostatného lůžkového hospice Anežky České v Červeném Kostelci. (Bužgová, 2015, s. 20) Inspiraci v Rakousku našlo v roce 2001 i seskupení Marie Goldmannové, Alžběty Mišoňové, Martiny Špíkové, Petra Goldmanna, Marka Šťastného a Štěpána Špinky, kteří se „...*zhlédli ve vídeňském mobilním hospici a zkusili podle něj napsat projekt*“ (Cesta domů, 2016) a založili hospicové občanské sdružení Cesta domů, které od ledna 2003 začalo provozovat první domácí hospic.

Dle Bužgové (2015, s. 21) je velmi významným mezníkem v rozvoji paliativní péče první rozsáhlejší výzkum paliativní péče, který byl realizován sdružením Cesta domů v letech 2003-2004. Tento výzkum poukázal na nedostatky v poskytování paliativní péče a stal se impulsem pro vytvoření a přijetí Koncepce paliativní péče v ČR v roce 2004. Při čemž tato koncepce měla napomoci k rozvoji paliativní péče a jejímu efektivnějšímu systému poskytování a organizování. V tom samém roce se podařilo dosáhnout uznání paliativní medicíny jako samostatného atestačního oboru nazvaného *Paliativní medicína a léčba bolesti* a definovat jeho vzdělávání.

V roce 2005 byla založena Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, která kladla důraz na definici požadavků paliativní péče pro Českou republiku a zajištění tak potřebné kvality. Na základě tohoto cíle vydala Asociace s podporou Nadace rozvoje občanské společnosti v roce 2007 Standardy hospicové a paliativní péče. V návaznosti na tyto standardy byla založena v roce 2009 Česká společnost

paliativní medicíny (ČLS JEP), jejímž hlavním cílem byl rozvoj a podpora vzdělávání pracovníků v oblasti paliativní péče a zároveň se spolupodílela na tvorbě dokumentu Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011-2015. (Bužgová, 2015, s. 21)

Strategie rozvoje paliativní péče v České republice sepsaná v souladu s mezinárodními dokumenty, které se zabývají paliativní a hospicovou péčí, vychází zejména z Charty práv umírajících, Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy členským státům o organizaci paliativní péče, Doporučení Evropské asociace pro paliativní péče, Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a Evropské sociální charty. Hlavním cílem je zlepšit nedostatečný stav v péči o umírající a jejich pečující rodiny, zajistit všem bez rozdílu důstojný odchod ze života nejlepší možnou péčí, umožnit přístup k lékařské a sociální péči, která bude adekvátní ke stavu pacienta. V důsledku vytyčení těchto cílů považuje za nezbytné změnit zcela současnou situaci, která nevyhovuje ani zmíněným dokumentům. (ČSPM ČLS JEP, 2016)

V návaznosti na Strategii vytvořila Česká společnost paliativní medicíny Národní akční plán paliativní medicíny na platformě Národního programu paliativní péče. Mezi jeho nejzásadnější vize patří již zmiňovaná dostupnost, podpora a možnost.

Významným rokem nejen ve vývoji a rozvoji paliativní péče je rok 2014 a založení Centra paliativní péče v Praze, jehož hlavní vize je rozvíjet výzkum, vzdělávání a osvětovou činnost (Bužgová, 2015, s. 22).

Nejaktuálnějším dokumentem pro rozvoj paliativní péče v České republice je Koncepce hospicové péče pro Českou republiku vytvořena Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče. Koncepce si zdůrazňuje potřebu rozšíření nejen lůžkových hospiců, ale i hospiců domácích. Přičemž exaktně rozlišuje rozdíl mezi domácí péčí a domácím hospicem. Protože hospic vyžaduje vzdělání i v oblastech psychosociální péče. Zároveň obsahuje myšlenku o dovzdělání pracovníků domovů seniorů a domovů se speciálním režimem v oblasti paliativní péče (APHP, 2017, s. 13).

## 1.4 Organizační formy paliativní péče

Obecná forma paliativní péče by měla být dostupná kdekoli, kde si pacienti v terminální fázi přejí být ošetřováni. Na tomto základě existuje několik forem paliativní péče, přičemž vykrystalizování specializace může započít pouze za předpokladu, že jsou splněny základní podmínky péče o pacienta.

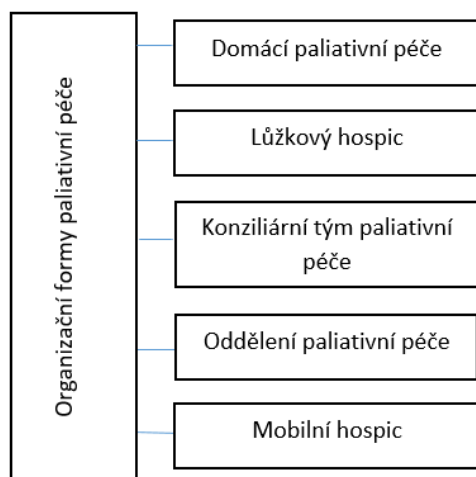


Schéma č. 2 Organizační formy paliativní péče

### 1.4.1 Domácí paliativní péče

Pro kvalitní paliativní péči v domácím prostředí není důležité pouze chtít péči poskytnout, ale také ji umět a mít možnost ji poskytnout. A to nejen z hlediska finančního, ale i z hlediska psychického a sociálního. (Haškovcová, 2007, s. 53)

Služeb domácí paliativní péče může využít každý umírající pacient, pokud je to jeho rozhodnutí a jsou splněny podmínky umožňující péči doma:

- Pacient si přeje péči v domácím prostředí.
- Pacient a jeho rodina byli seznámeni se zdravotním stavem a přiměřeně svým možnostem porozuměli závažnosti a prognóze nemoci.
- Pacient i rodina rozumí limitům domácí paliativní péče a souhlasí s jejími principy.
- Rodina je ochotná se podílet na domácí péči a v rodině či mezi pacientovými blízkými je alespoň jedna osoba připravená převzít odpovědnost za kontinuální péči o pacienta (Skála, 2005, s. 2).

Pacienta, který je ošetřován v domácím nebo náhradním sociálním prostředí, navštěvuje pravidelně paliatr, zdravotní sestra, ošetřovatel, dobrovolník, ale i další

členové týmu. Tato služba funguje po celý týden 24 hodin denně, s čímž úzce souvisí i finanční náročnost služby (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 31).

Obecně rodina poskytuje laickou ošetrovatelskou péči a úkony, které je zdravotníci naučí. Pokud jsou potřeba úkony, pro které nejsou kvalifikovaní ani odborníci, kteří docházejí na pravidelné bázi do domácnosti nebo rodina již není schopna o blízkého pečovat (únava, nemoc ošetřujícího člena rodiny, náročnost úkonů, atd.) musí být pacient znovu hospitalizován.

Pracovníci, kteří tuto formu paliativní péče poskytují, jsou v časté interakci s rodinou nebo blízkými osobami pacienta. Mezi jejich dovednosti, které musí být nepřetržitě rozvíjeny, patří komunikace nejen s pacientem, ale i s jeho blízkými. Zároveň jsou tito pracovníci lektory v oblasti ošetrovatelské péče, aby byla péče zajištěna i v případě jejich nepřítomnosti.

#### 1.4.2 Lůžkový hospic

Obvykle samostatně postavené lůžkové zařízení určené pro pacienty v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění. Důraz je zde kladen především na individuální potřeby a přání pacienta, zároveň je pacientovi přizpůsobeno prostředí, ve kterém by mohl zůstat do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Tato zařízení nejsou velkokapacitní a bývá zde maximálně kolem 25 lůžek, to i z toho důvodu, že ve větším měřítku by bylo obtížné vytvářet osobitou a domácí atmosféru (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 31).

Dle Haškovcové (2007, s. 62) je důležité si uvědomit, že hospic není zařízení pro každého umírajícího. Návrh na umístění pacienta do hospicového zařízení zpravidla iniciuje ošetrojící lékař nemocného, ale iniciátorem může být i rodina pacienta. Důležité pro přijetí umírajícího jsou kromě bezpodmínečného informovaného písemného souhlasu nemocného následující kritéria:

- Postupující choroba ohrožuje pacienta na životě.
- Nemocný toho času nepotřebuje nemocnici (další specializovanou léčbu mu nemůže nabídnout).
- Nemocný potřebuje paliativní péči.
- Nestačí nebo není možná domácí péče.
- Nestačí 2 hodiny práce nebo 3 návštěvy zdravotní sestry v domácnosti.

Zároveň musí hospicová péče zahrnovat všechna tři stádia umírání blízkého člověka:



- Pre finem, při kterém nelze kurativně zdravotní stav zlepšit a objevují se první obtíže. V tomto období se již pacient i rodina připravují na akceptaci smrti.
- In finem je označováno období, při kterém ubývají pacientovi síly nejen fyzické, ale i psychické. Pacient se s blízkými loučí.
- Post finem je období, při kterém se pracovníci a péče věnují pozůstalým, jež mají právo se se zemřelým rozloučit. Do tohoto období spadá i poslední péče o tělo zemřelého (Marková, 2010, s. 28).

Pracovníci tohoto zařízení tvoří dohromady multidisciplinární tým, který se navzájem doplňuje a jehož členy jsou odborníci ve svém oboru. Vzdělávání v institucích lůžkové hospicové péče je běžnou součástí i z důvodu častého pořádání vzdělávacích aktivit právě v těchto zařízeních. Zaměřuje se na zdravotnickou technologii paliativní péče, ale i psychosociální potřeby pacientů.

V českém prostředí se často ve společnosti vyskytují mýty o hospicových zařízeních, které mohou od umístění svého blízkého odradit. Často se pacienti nebo jejich rodiny domnívají, že hospice jsou pouze pro členy církve nebo pro osoby věřící v Boha. Samozřejmě je v hospici kladen důraz na duchovní a spirituální rozměr péče, o umírající se starají většinou řádové sestry a v areálu hospice je zpravidla vždy k dispozici modlitebna, ve které probíhají klasické bohoslužby. Pacient se však nemusí, ale může bohoslužeb účastnit, vše je na jeho svobodné vůli (Haškovcová, 2007, s. 51).

#### 1.4.3 Konziliární tým paliativní péče

V České republice dosud nejméně rozšířená služba, která spočívá v interdisciplinární expertní znalosti v oblasti paliativní péče na lůžkových odděleních různého typu. Pacient je tak ošetřován na oddělení, na které byl přijat a jeho péče je tak kontinuální. Tým, který za pacientem dochází, je tvořen minimálně třemi základními odborníky, jimiž jsou lékař (paliatr), zdravotní sestra, sociální pracovník. (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 31)

V roce 2019 byla schválena metodika, která popisuje pilotní program konziliárního týmu v nemocnicích. Metodika je zaměřena na podporu v zásadních oblastech, které znázorňují v následujícím schématu:

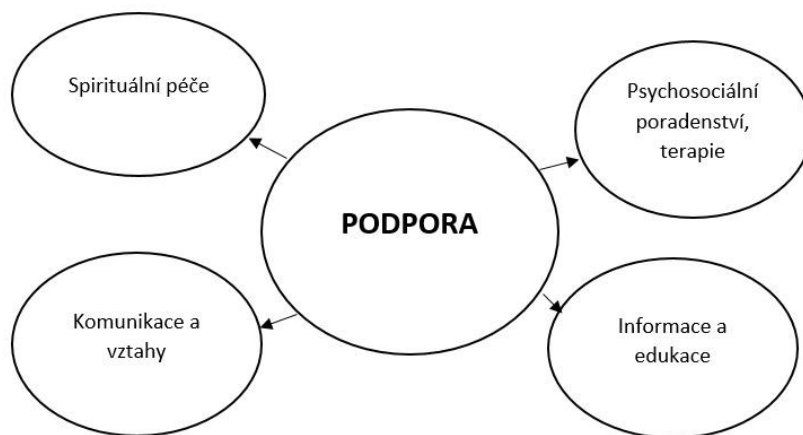


Schéma č. 3 Metodika činnosti konziliárního týmu

Podle uvedené metodiky je definováno několik klinických situací, které jsou vhodné pro využití konziliárního týmu paliativní péče (MZČR, 2019). Typicky se může jednat o komunikaci nepříznivých zpráv doplněnou o vysvětlení možností, které mohou pomoci zprávu lépe zpracovat. Komunikace může tímto způsobem být vedena nejen k pacientovi, ale i k jeho rodině.

Pilotní provoz bude hrazen z projektu „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“, (reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0007277) realizovaného Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Operačního programu Zaměstnanost financovaného z Evropského sociálního fondu. (MZČR, 2019)

#### 1.4.4 Oddělení paliativní péče

Často zaměňováno s oddělením následné péče, případně s oddělením dlouhodobé péče. Obě oddělení se odlišují od oddělení paliativní péče především určitou nadějí na uzdravení pacienta, zatímco u oddělení paliativní péče platí, že „...v rámci jiných zdravotnických zařízení (nemocnice, léčebny) pečují o nemocné, kteří potřebují komplexní paliativní péči a současně potřebují pro diagnostiku a léčbu ostatní služby a komplement nemocnice.“(Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 31)

Dle Bužgové (2015, s. 26), která cituje zahraniční autory, se mohou vyskytovat v nemocnicích různé modely specializované paliativní péče:

- Nemocniční podpůrný tým paliativní péče
- Ambulantní tým paliativní péče

- Specializované oddělení paliativní péče
- Jednotka akutní paliativní péče.

Při čemž dle Steinthausera (2000, nestránkováno) je hlavní prioritou systému zdravotní péče o umírající snaha poskytnout úlevu v utrpení, praktická podpora, otevřená komunikace, snížení zátěže a posílení vztahu s rodinou.

V České republice nemají popisované modely zastoupení a v nemocnicích je využíváno obecné paliativní péče. Úroveň, na které se nachází nejen jednotlivá zařízení, ale i zdravotní systém jako celek, lze monitorovat podle faktorů definovaných v dokumentu Strategie rozvoje paliativní péče v České republice:

- Kvalita komunikace mezi pacientem a zdravotníky o diagnóze pacienta.
- Znalost a dovednosti zdravotníků při řešení obtíží spojených s nemocí.
- Kvalita ošetrovatelské péče.
- Dostupnost léků a zdravotnických pomůcek.
- Dostupnost pastorační a duchovní péče.
- Kvalita pokojových služeb.
- Dostupnost specialistů.
- Kontinuita a koordinace péče v závislosti na aktuálních potřebách pacienta.
- Svobodná možnost volby místa poskytování paliativní péče (Bužgová, 2015, s. 31).

#### 1.4.5 Mobilní hospic

*„Přijďte prosím, můj manžel už nemůže, má silné bolesti a já jsem se teď vrátila z chemoterapie – kromě odborné zdravotní péče bylo třeba naslouchat jemu i jeho srdci.“* (Sieberová, 2016, s. 51) Úryvek jednoho z mnoha příběhů, které jsou v paliativní péči běžnou praxí, vystihuje, že potřeba mobilních pracovníků paliativní péče je nezbytná.

Domácí hospic nebo mobilní hospic je specializovaná paliativní péče v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientů formou návštěv lékaře-specialisty, sester, ošetrovatelů, dobrovolníků a jiných odborníků. Uvedený tým poskytuje pacientovi dle potřeby nejen ošetrovatelskou péči, která zahrnuje tlumení bolesti, kontrolu symptomů nemoci a aktuálního stavu pacienta, ale i odborné poradenství či konzultaci. Služba je garantována 24 hodin denně 7 dní v týdnu a to nejen pro přímý kontakt s pacientem v místě jeho pobytu, ale i v rámci konzultací a odborného poradenství po telefonu. Stejně jako všechny ostatní formy paliativní péče i služba

mobilního hospice podporuje pacienta, jeho rodinu, blízké a všechny, kdo se aktivně podílejí na péči. (Sláma a Špinka, 2004, s. 24)

V této formě paliativního zařízení je vysoká míra zodpovědnosti kladena na pracovníka, který nejčastěji pacienta v jeho přirozeném prostředí navštěvuje. Pracovník musí mít velký rozsah znalostí, aby mohl zastoupit ostatní kolegy z multidisciplinárního týmu, kteří nemohou být ve velké většině případů v bezprostřední blízkosti. Zároveň by měl reflektovat svoje potřeby vznikající z každodenní práce s klienty prostřednictvím supervize a zabývat se tématem vlastní psychohygieny. Jeho rozvoj by se měl skládat nejen z témat zdravotnické technologie péče, ale také z oblastí psychosociální.

### 1.5 Paliativní péče v pediatrii

Dle Slámy, který vychází z tvrzení Lokaje (Sláma et al., 2007, s. 287) se paliativní péče v oblasti dětské medicíny zabývá hlavně pokročilými stádii nádorových onemocnění. Zároveň je paliativní péče o dětského pacienta velmi specifická i z hlediska práce s rodinou a rodinným prostředím. Ošetřující lékař (pediatr) musí znát velmi dobře rodinu a mít dostatečné znalosti a dovednosti z oblasti paliativní péče.

První hospic pro vážně nemocné a umírající děti vznikl v roce 1992 v Anglii a byl pojmenován Helen House (podle pacientky, o kterou se zakladatelka Frances Dominica starala a sblížila se s ní). Do tohoto zařízení jsou přijímány nejen nevyléčitelné děti, ale i děti s genetickými onemocněními. Společně s dětmi jsou zde ubytováni i rodiče. (Haškovcová, 2007, s. 58)

Analogií na hospic pro dětské pacienty je parciální hospitalizace, která je dostupná i u nás v České republice, při čemž dětský hospic nalezneme v České republice v Malejovicích u Kutné Hory zřízený Nadačním Fondem Klíček. (Haškovcová, 2007, s. 58)

### 1.6 Legislativní úprava paliativní péče v České republice

Všeobecně platí, že paliativní péče je „...*nedílnou součástí zdravotní péče a platí pro ni tedy stejné právní předpisy jako pro všechny ostatní oblasti zdravotní péče. Lékař by měl péči poskytovat v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, tedy lege artis.*“ (Sláma et al., 2007, s. 323) A zde se střetávají různé

názory, protože není nikde přesně definováno, co se skrývá pod pojmem *lege artis* v souvislosti s péčí o pokročile či terminálně nemocné pacienty. Cílem standardní zdravotní péče je ochrana, navrácení a upevnění zdraví dle § 17 odst. 1 zákona č. 20/1966 (ČESKO, 1966), což není ve spojitosti s terminálně nemocnými pacienty příliš možné dodržet. Podle Skály a kolektivu (Skála et al., 2005, s. 3) musí být paliativní péče poskytována především v souladu s etickým kodexem České lékařské komory a právním řádem České republiky. V tomto kontextu se střetává oblast legislativní a etická. Nabízí se otázka, co je prioritou, zda etika nebo právní řád. Kurz, který propojuje obě roviny a nabízí řešení problematiky, je v nabídce vzdělávacích akcí uveden pouze jednou<sup>1</sup>. Což je z mého pohledu velmi nízký počet.

Legislativní vymezení paliativní péče obsahuje § 22 zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, který ji definuje jako specifickou hrazenou službu, zvláštní ambulantní péči poskytovanou pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům s tělesným, smyslovým nebo s mentálním postižením a závislým na cizí pomoci a paliativní péče, poskytovanou pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí. Tato péče se poskytuje jako:

- a. domácí zdravotní péče,
- b. zdravotní péče ve stacionářích, pokud je poskytována na základě doporučení ošetřujícího lékaře,
- c. zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče osobám, které jsou v nich umístěny z jiných než zdravotních důvodů,
- d. zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb,
- e. ošetrovatelská péče poskytovaná na základě ordinace ošetřujícího lékaře pojištěncům umístěným v zařízeních pobytových sociálních služeb odborně způsobilými zaměstnanci těchto zařízení. (ČESKO, 1997)

Pro mobilní a domácí hospice je aktuálně platná legislativní norma, která tato zařízení definuje jako „... *organizaci hospicového typu působící v ČR, registrovanou jako poskytovatele zdravotních služeb dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a provozující hospicovou péči dle zákona č. 48/1997, v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb. a zároveň poskytuje registrované služby dle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách.*“ (APHP, 2017)

O zakotvení fungování hospiců do legislativy České republiky bylo usilováno několik let. Až roku 2006 byl Poslaneckou sněmovnou doplněn do zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

---

<sup>1</sup> Přehled nabídky vzdělávacích aktivit je publikován v kapitole 3.2 na stranách 31-37

§ 22 s názvem „Zvláštní ambulantní péče“ a § 22 a s názvem „Zvláštní lůžková péče“.

Komplexní obecný zákon o paliativní péči není možné v dostupné literatuře dohledat. Je jedním z témat, která jsou v řešení na úrovni vlády. Odborníci jsou ale v potřebě existence zákona o paliativní péči skeptičtí. Dle Koubové (Koubová, 2017) není samostatný zákon nezbytně nutný, odkazuje se ve svém tvrzení na poskytovatele paliativní péče a dodává, že mít samostatný zákon není důležité, hlavní je mít důstojné podmínky pro práci a funkční systém. Kvalitní paliativní péče může být poskytována se zákonem nebo bez něj, velkou řadu klíčových věcí lze dle něj řešit předpisy, vyhlášky aj.

### 1.7 Etika v paliativní péči

Dodržování lidských práv je důležité i v tomto lékařském odvětví a požaduje pro všechny pacienty stejnou úroveň důstojnosti a svobody. Vzhledem k velmi tenké hranici mezi péčí intenzivní a péčí paliativní, bylo v roce 2010 vydáno Doporučení České lékařské komory č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní. Toto doporučení slouží jako návod v případě, že pacient v terminálním stádiu nemá možnost vyslovit svou vlastní vůli. (Ptáček, Bartůněk et al., 2014, s. 70) Dalším etickým dokumentem v České republice, kterým se řídí pracovníci i ostatní účastníci paliativní péče, je Etický kodex České lékařské komory a kladou důraz na dodržování principu autonomie dávající pacientovi právo na sebeurčení. Hovoří se také o smluvním modelu mezi pacientem a zdravotníkem, který je postaven na kompromisu. Zdravotník by tak měl pacienta informovat dle jeho přání o léčbě, výsledcích vyšetření, ale měl by se s ním především dopředu domluvit na plánu paliativní péče a případně respektovat pacientovo přání neléčit se. (Plevová, 2011, s. 122)

Přání neléčit se v žádném případě nesmí být zaměněno za přání eutanázie. Právě problematika eutanázie je velmi rozšířeným společenským tématem a předkládá několik druhů eutanázie, jež jsou v České republice všechny označovány za trestný čin. Pacient má právo na smrt i na výběr místa úmrtí a zdravotník může ovlivnit způsob umírání, ale nemohou stanovit čas úmrtí. (Bužgová, 2015, s. 123-4)

S tím úzce souvisí právní institut „dříve vyslovené přání“, který je zakotven v zákoně č. 372/2011 Sb. v § 36. Podle odstavce 1 pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo

nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání“). Zákon vymezuje i podmínky, ve kterých nelze dříve vyslovené přání respektovat:

- pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi,
- pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti,
- pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby,
- pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti. (ČESKO, 2011)

Etický kodex paliativní péče určený pro všechny instituce a služby zabývající se touto problematikou jsem při svém studiu nenalezla. Většina institucí paliativní péče má však své vlastní etické kodexy, což svědčí o tom, že problematika etické roviny v paliativní péči je aktuální téma. Každá instituce přichází s vlastním řešením. Při porovnání všech aspektů zmiňovaných v jednotlivých etických kodexech je možné vytvořit mapu shodných témat, která se opakují:

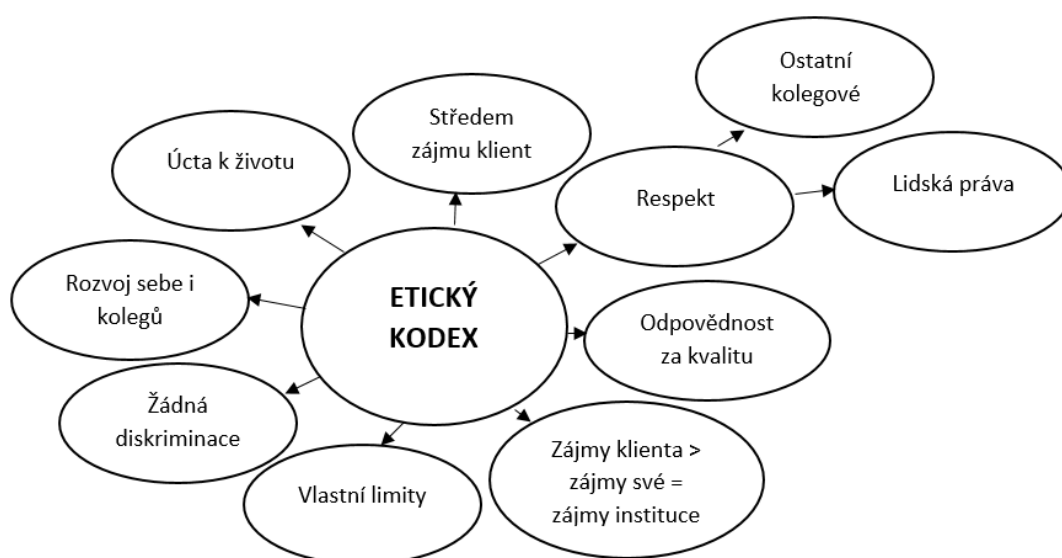


Schéma č. 4 Oblasti dotčené etickými kodexy

Vzdělávání v otázkách etických i legislativních je nezbytné pro výkon povolání všech profesí v paliativní péči. Nejen pro správné vyhodnocení situace, ale i pro vlastní osobní rozvoj pracovníků. Obor se dále dynamicky rozvíjí nejen v začleňování do legislativních norem. Etické aspekty paliativní péče jsou velmi křehké a mnohdy komfort pacientů ohrožující. Nerespektováním dříve vysloveného přání z důvodu neznalosti tohoto institutu může pracovník velmi narušit vazbu s rodinou i s pacientem a porušit tak jeho lidské právo. Neznalost etických a legislativních norem v oblasti paliativní péče neomlouvá a je velmi riziková.



## 2 Kvalifikační požadavky pracovníků paliativní péče

Dle Kabelky a Slámy (2007, s. 33) se zdravotníci, se kterými se pacient v poslední fázi svého života setkává, stávají osobami několika rolí: soudce, rozhodčí, rádce, poslední naděje, ale i nepřítel. Pro poskytování služeb specializované paliativní péče je proto nutný tým složený ze zástupců více profesí a s interdisciplinárním stylem práce. Tým zároveň musí vykazovat známky empatické komunikace nejen mezi sebou, ale i v interakci s pacientem a jeho rodinou.

V týmu musí být stabilně udržováno několik aspektů (Kabelka, 2017, s. 45):

- Vize, kam multidisciplinární tým směřuje.
- Definice cílů péče.
- Definice způsobu práce a konkretizace jednotlivých rolí v týmu.
- Korektnost vztahů mezi jednotlivými členy týmu.
- Podpora růstu členů týmu.

Rada Evropy a Národní poradní výbor pro paliativní péči shrnují požadavky kladené na zaměstnance služeb specializované paliativní péče. Podle těchto pramenů – kromě zdravotních sester a lékařů (v obou případech se specializací paliativní medicíny) – by měli být k dispozici na plný či částečný úvazek následující odborníci:

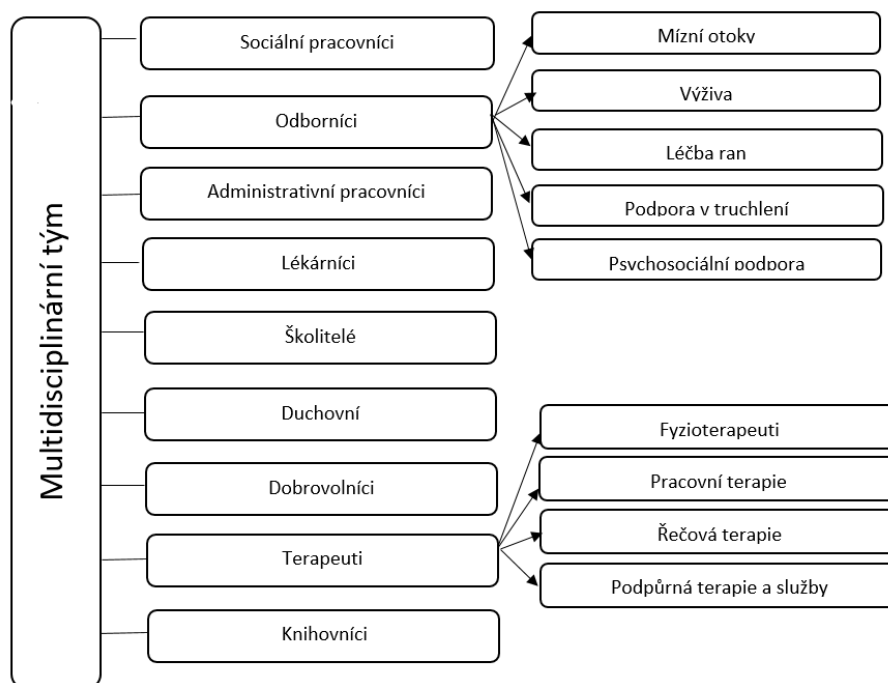


Schéma č. 5 Složení multidisciplinárního týmu

Jádrem týmu, který zajišťuje paliativní péči, jsou především zdravotní sestry, lékaři se speciálním výcvikem (paliatři) a důležitou součástí jsou i fyzioterapeuté, sociální pracovníci a psychologové (APHP, 2016, s. 45-6).

## 2.1 Paliatr

Paliatr je lékař s odbornou způsobilostí v oblasti paliativní péče. Základní kvalifikační požadavky na lékaře v paliativní péči jsou stanoveny v zákoně č. 95/2004 Sb. § 4 odst. 1., který definuje, že odborná způsobilost k výkonu povolání lékaře se získává absolvováním nejméně šestiletého prezenčního studia. (ČESKO, 2004) Jeho rozvoj dále pokračuje absolvováním specifického nástavbového atestačního oboru Paliativní medicína nebo Algeziologie. Alespoň rok musí absolvovat praxi v oboru paliativní medicíny a léčby bolesti na odborných pracovištích, z toho čtyři měsíce na akreditovaných pracovištích paliativní medicíny a léčby bolesti. (Slámová, 2018, s. 74)

Mezi základní dovednosti paliatra podle Bílého listu vzdělávání v paliativní péči lze zařadit dle Kabelky (2017, s. 48):

- Schopnost aplikace dovedností a postupů paliativní péče v různých prostředích.
- Podpora komfortu nemocného po fyzické stránce kdykoli ve vývoji onemocnění.
- Porozumění psychosociálním potížím a potřebám nemocného i jeho blízké rodiny, ale i potřebám spirituálním.
- Schopnost reflexe přání a představ rodinných pečujících s ohledem na problémy a výzvy v eticko-klinickém rozhodování.
- Vhodné využívání multidisciplinární týmové péče podle toho, kde ji pacient potřebuje.
- Důraz na rozvoj osobních předpokladů a dovedností v oblasti komunikace a interpersonální psychologie.

Vzdělávání paliatra tudíž nekončí povinným výcvikem, atestací ani praxí na akreditovaných pracovištích. Svoje dovednosti musí rozvíjet v průběhu celé své pracovní dráhy. Jeho role v paliativní péči je zdravotnická, ale částečně se musí orientovat i ve složce psychosociální a komunikační. Jeho úkolem je sdělování nepříznivých zpráv a prognóz pacientům a jejich blízkým, proto při výběru rozvojových aktivit není možné opomenout kurzy komunikace. Složku psychosociální musí rozvíjet z důvodu možné návštěvy pacientů v jejich přirozeném domácím prostředí, kde nemá k dispozici tým, který by mu v danou chvíli pomohl.

Paliativní zařízení nabízejí pro paliatry stáže, které mohou absolvovat po ukončení atestačního programu kdykoli v průběhu svého celoživotního vzdělávání. Jedním z hospiců, který tuto možnost nabízí je Mobilní hospic Ondrášek, který se věnuje lékařům, sestřám, studentům i sociálním pracovníkům.

## 2.2 Zdravotní sestra v paliativní péči

*„První setkání se smrtí pacienta je velmi důležitou událostí v našem profesionálním rozvoji. Všechny dotazované zdravotní sestry, až na jednu, si detailně vybavovaly svoje první profesní úmrtí. Problematice by měla být věnována dostatečná pozornost již při přípravě sester na výkon povolání.“* (Marková, 2010, s. 32)

Toto jsou zkušenosti, které nelze naučit ve škole a vyžadují podporu odborného kolektivu, který pomůže pracovníkovi se s prvním takovým setkáním vyrovnat. K takovým účelům pomáhají např. supervize.

V oblasti paliativní péče se v kvalifikačních požadavcích zákona o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) definuje odborná způsobilost pro všeobecnou zdravotní sestru a zdravotní sestru praktickou (dříve označováno jako zdravotnický asistent).

§ 5 zákona č. 96/2004 Sb. ukládá podmínky pro odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry absolvováním střední odborné školy, bakalářských programů, vyšších odborných škol nebo vysokoškolského studia se zdravotnickým zaměřením.

V případě praktické zdravotní sestry je odborná způsobilost získána absolvováním střední zdravotnické školy, bakalářského studijního programu nebo vyšší odborné školy se zaměřením na zdravotnictví.

Odbornou způsobilost k výkonu povolání praktická sestra má také zdravotnický pracovník, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání

- a) zdravotnického záchranáře podle § 18, nebo
- b) porodní asistentky podle § 6. (ČESKO, 2004)

Úloha zdravotní sestry je nezastupitelná v průběhu celé doby poskytování paliativní péče v hospici. Nestačí pouze podávat léky a minimalizovat bolest. Od přijetí

pacienta se stává nejen jeho partnerem, ale také partnerem jeho rodiny. Zároveň vzhledem k častějšímu, neformálnímu a déle trvajícím vztahu může daleko přesněji srovnávat, zachycovat a reagovat na změny, které se u pacienta v průběhu péče vyskytují. Je tak zdrojem a příjemcem prvních dojmů a emocí. Dle výzkumu provedeného Anne-Mei Theovou (2007, s. 43) i zdravotní sestry cítí, že tvorba sociálního prostředí pacientů je jedním z úkolů jejich práce. Zároveň vnímají rozdíl svojí role a role lékaře ve vztahu k pacientovi, protože dokáží lépe naslouchat vyprávění pacienta bez převádění na medicínské terminologie, čehož si jsou pacienti dobře vědomi a jejich komunikace je otevřenější. Sestra pracující v paliativní péči musí mít podle Čermáka (2007, s. 9) pozitivní vztah k nemocným, empatii a schopnost nedirektivního přístupu. Dále musí umět ovládat své emoce, mít smysl pro humor a musí být vyrovnaná se svou smrtelností.

Mezi její hlavní úlohy patří:

- Poskytovat odbornou ošetrovatelskou péči nemocným i rodině.
- Ošetřovat nemocného s maximální citlivostí a podporou soběstačnosti.
- Pozorovat, posuzovat příznaky provázející umírání.
- Sledovat účinek léčby, především pak léčbu bolesti.
- Koordinovat péči o nemocného v rámci multidisciplinárního týmu.
- Plánovat péči s rodinou a nemocným.
- Ve spolupráci s nemocným definovat přijatelnou míru komfortu.
- Realizovat stanovený plán péče.
- Podle přání klienta přizpůsobit jeho prostředí.
- Vést dokumentaci, která je jedním z faktorů poskytování kvalitní péče (Vorlíček, 2006).

Vrchní sestra dle Francové (2007, s. 120) v hospici provádí lékařskou anamnézu, stanovuje ošetrovatelskou diagnózu, plánuje a provádí ošetrovatelské zákroky a hodnotí celý proces. Pro plnění funkce vrchní sestry je nutné vyšší odborné vzdělání, nejméně tříletá praxe v následné péči a absolvování předepsaných doškolovacích kurzů a vzdělávacích aktivit v oblasti paliativní péče dle Standardů paliativní hospicové péče (Radbruch a Payne, 2006, s. 52).

Zdravotní sestry patří stejně jako paliatři do skupiny odborníků na zdravotnickou péči a mají potřebnou kvalifikační základnu pro vykonávání této profese. V jejich rozvoji je důležité dbát nejen na nové technologie v oblasti zdravotnické péče, ale také na komunikační dovednosti, které s pacienty využijí ve své každodenní interakci. U skupiny vrchních sester lze doporučit i rozvojové aktivity zaměřené na

organizační schopnosti, které jsou v týmu nezastupitelné. Vzdělávacích aktivit v oblasti zdravotnické, komunikační i psychosociální je celá řada, ale pro pracovníky paliativní péče chybí aktivity zaměřené na pomoc s organizováním a administrativní částí jejich pracovní náplně.<sup>2</sup> Lze se domnívat, že si aktivitu vytváří samotná zařízení v jejich interním zázemí a s použitím mentoringu.

### 2.3 Sociální pracovník

Podle zákona č. 108/2006 Sb. sociální pracovník „... vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“ (ČESKO, 2006)

Pro výkon povolání sociálního pracovníka je nutné splnění odborné způsobilosti, a to dvěma možnými způsoby. První možností je získání vyššího odborného vzdělání ve vzdělávacím programu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální práci, humanitární práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost. Druhá možnost je absolvování vysokoškolského vzdělání v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku. (ČESKO, 2006)

Dalším předpokladem je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a již zmíněná odborná způsobilost podle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách v platném znění.

Role sociálního pracovníka má své historické opodstatnění. Podle Hanuše (2007, s. 5) sociální pracovník vstupuje do situace jakožto bojovník za zlepšení situace a to nejen prací s jednotlivcem, ale i s celým společenstvím. Sociální pracovník je zároveň spojovníkem mezi dalšími odborníky a vytváří tak multidisciplinární týmy, u kterých není důležité, kdo je vede, ale zda propojená skupina funguje reálně jako tým.

---

<sup>2</sup> V kapitole č. 3 je uveden seznam dostupných vzdělávacích aktivit. Tomuto tématu se nevěnuje žádný.

Jeho přínosem v paliativní péči je již definované šetření v oblasti zázemí pacienta, pokud je ve svém domácím přirozeném prostředí. Pracovník často po zjištění stavu pacienta v porovnání se stavem rodiny, blízkých i možností zajištění péče v domácím prostředí, doporučuje následné kroky v paliativní péči a je plnohodnotným partnerem pacientovi i rodině v rozhodnutí zda je domácí péče stále možná či nikoli. Sociální pracovník již od dob svého studia na VOŠ nebo VŠ prochází supervizí a odbornými výcviky v oblasti sociálních dovedností a kompetencí, s důrazem na sebereflexi a psychohygienu. Ale je nutné, vzhledem k emocionální náročnosti práce v paliativní péči, aby své komunikační i psychosociální dovednosti udržoval a rozvíjel.

## 2.4 Pracovník v sociálních službách

Pracovníky v sociálních službách ve specializaci paliativní péče lze specifikovat na pečovatele a osobní asistenty, kteří jsou v kontaktu s pacientem převážně v jeho domácím prostředí. Definovat pracovníka v sociálních službách označeného jako pečoval/pečovatelka, můžeme jako osobu, která vykonává pečovatelskou činnosti v domácnosti osoby, spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým kontaktem s osobami, které mají fyzické a psychické obtíže. Dále komplexně pečuje o jejich domácnost, zajišťuje sociální pomoc, provádí sociální depistáž pod vedením sociálního pracovníka, poskytuje pomoc při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci. Podílí se na organizačním zabezpečování a komplexním koordinování pečovatelské činnosti. Například v hospicovém zařízení pracuje přibližně dvacet pracovníků v sociálních službách. (Hospic Dobrého Pastýře, 2018)

Osobní asistent je pracovníkem v sociálních službách, který vykonává základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků. Působí při vytváření a rozvíjení manuální zručnosti, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy. Zabezpečuje zájmové a kulturní činnosti a provádí osobní asistence. V oblasti paliativní péče se jedná o pracovníky, kteří svou přítomností pomáhají jedinci, aby nebyl zcela vyčleněn ze společnosti.

Předpokladem pro výkon povolání pracovníka v sociálních službách v případě osobního asistenta i pečovatele je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a již zmíněná odborná způsobilost podle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách v platném znění, kdy je podmínkou absolvování

kvalifikačního kurzu v rozsahu, který stanoví prováděcí právní předpis. Pouze v případě pracovníka v sociálních službách je dostačující nejvyšší dokončené vzdělání základní nebo středoškolské. Jeho další vzdělávání je určeno časovou dotací 24 hodin ročně.

Pracovníci v sociálních službách musí mít ve svých dovednostech vysokou míru odpovědnosti, často se nachází v interakci s pacientem bez možnosti rady lékaře nebo jiného kolegy. Musí nést odpovědnost za všechna svá rozhodnutí a zároveň musí umět pracovat nejen s pacientem, ale i s jeho rodinou či blízkými, kteří se nachází ve stejné domácnosti.

Pracovníci v sociálních službách se při práci často řídí svými zkušenostmi a srdcem, proto potřebují kontinuálně vzdělávat v otázkách odbornosti paliativní péče. Nabídka vzdělávacích aktivit pro tuto skupinu je širší, ale tato práce nemá za cíl je všechny mapovat. Pro účely paliativní péče je možné navštěvovat kurzy, u kterých není předpoklad vyšší zdravotnický kvalifikační stupeň. Nejčastěji se jedná o kurzy komunikační, psychosociální nebo o nové trendy v paliativní péči z pohledu sociální služby. Vzhledem k vysoké náročnosti časté samostatné interakce s pacientem, podléhají i pracovníci v sociálních službách povinnosti supervize.

## 2.5 Dobrovolní pracovníci v paliativní péči

Podle APHP (2006, s. 46) jsou nepostradatelnou součástí týmů dobrovolníci a dobrovolnická sdružení. Dobrovolník dává pacientovi vztah, nabídne mu interakci oproštěnou od lékařských termínů a stará se o pacientovu duši i srdce. Dobrovolníci v paliativní péči by měli být v týmu bráni jako plnohodnotní partneři, ale musí být splněno několik předpokladů:

- Dobrovolníci jsou proškoleni, pracují pod dohledem a odborná veřejnost i společnost je musí uznávat jako právoplatné členy týmu.
- Dobrovolní pracovníci musí být pečlivě vybíráni a musí projít potřebným výcvikem.
- Dobrovolníci v týmu působí pod vedením koordinátora (ten je spojením mezi dobrovolníkem a osobami pečujícími o pacienta, nemocnicí a příslušným zařízením).
- Dobrovolníci nenahrazují žádného člena týmu, tým pouze doplňují.

Dobrovolníkem označujeme člověka, který se vědomě a svobodně rozhodne věnovat část svého času, energie, schopností a dovedností ve prospěch druhých lidí

a tuto činnost vykonává zcela bezplatně. Dle zákona č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě, se za dobrovolnickou službu považuje činnost, při které dobrovolník poskytuje pomoc různým cílovým skupinám včetně osobám v paliativní péči. (ČESKO, 2002)

Ačkoli zákon v definici nezahrnuje působnost dobrovolníků v oblasti paliativní péče, jejich role je v této oblasti důležitá a neodmyslitelná. Mezi přínosy dobrovolnické činnosti v zařízeních nejen s paliativní péčí, ale i se standardní zdravotnickou péčí, patří:

- Podpora lidského kontaktu s pacientem, aktivizace, motivace, psychická pohoda hospitalizovaných pacientů, ale i jeho rodině.
- Aktivity ke zlepšení nálady pacientů a zároveň zlepšení komunikace mezi pacientem a personálem.
- Aktivity vedoucí k zefektivnění organizace práce a umožňují personálu, aby se mohl věnovat více odborné činnosti.

V rodinách mladých umírajících lidí se dobrovolníci mohou aktivně podílet na pomoci např. v péči o děti. Obecně dobrovolníci pomáhají v zařízení zlepšit atmosféru a úzce podílí na úrovni kvality péče o pacienta. Zároveň zahušťují sociální síť kolem pacienta i jeho rodiny.

S dobrovolníky je uzavřena písemná smlouva o dobrovolnické činnosti (jsou stanoveny pracovní kompetence), dohoda o mlčenlivosti a prohlášení o bezpečnosti práce (Radbruch a Payne, 2006, s. 15). Jejich působení může být pravidelné nebo občasné. Ulrichová (2009, s. 102) následně dodává, že „dobrovolníci mají přesný rozpis služeb a nemohou přijít jen občas“.

Dobrovolník v rámci svého působení v zařízení s paliativní péčí nikdy nevykonává žádné zdravotní ani jiné specializované úkony, neudílí nevyžádané rady a nepřesvědčuje o svém světonázoru (Hospic Dobrého Pastýře, 2018).

Rozvoj dobrovolníků je zcela závislý na jejich vlastních časových dispozicích. Mezi jednu z mnoha povinných rozvojových aktivit patří bezesporu supervize. Dobrovolník aktivně vstupuje na území velmi důvěrného vztahu s pacientem a je sám velmi zranitelný, stává se blízkým pacienta a v rámci jeho osobního rozvoje a psychohygieny je potřeba dbát na vlastní limity. Je žádoucí, aby dobrovolník absolvoval kurzy komunikační, ale i psychosociální, které jsou zaměřené právě na oblast paliativní péče.



Splněním kvalifikačních požadavků vzdělávání pracovníků paliativní péče dle mého názoru nekončí. Všichni pracovníci i dobrovolníci se musí dále kontinuálně vzdělávat nejen v nových trendech paliativní péče, ale i ve svém vlastním seberozvoji, kam lze zařadit supervize, stáže i konference, které zdánlivě nesouvisí s přímou péčí o klienta.

## 3 Vzdělávání zaměstnanců v oblasti paliativní péče

### 3.1 Vzdělávání dospělých

Jako vzdělávání dospělých se označuje vzdělávací proces, který obsahuje veškeré vzdělávací aktivity „...realizované jako řádné školské vzdělávání dospělých (získání stupně vzdělání) nebo jako další vzdělávání a vzdělávání seniorů.“ (Palán, 2002)

Klíčovým principem vzdělávání dospělých je především uznání a potvrzení toho, co se člověk naučil už dříve, jakož i uznání jeho individuálních potřeb. Tato myšlenka úzce souvisí s definováním profesního vzdělávání, které se může vymezovat v užším rozměru. Pracovník si musí osvojit znalosti, dovednosti a postoje, které mu pomohou v pracovním procesu a musí je neustále rozvíjet a zdokonalovat se, aby profesní vzdělávání bylo úspěšné. (Payneová et al., 2007, s. 669)

Vzdělávání pracovníků a jejich rozvoj jsou klíčovými nástroji k harmonizaci požadavků pracovních míst a schopností lidí v současnosti i v budoucnosti a je jednou z prioritních oblastí personálního řízení. (Kociánová, 2010, s. 170)

Pro oblast paliativní péče je vystihující definice vzdělávání Bearda (2006, s. 33), který tvrdí, že ke vzdělávání dochází dvěma cestami – prostřednictvím výuky a prostřednictvím zkušeností. Což lze dokázat nabídkou dostupných kurzů v paliativní péči a možností stáží na jiných odborných pracovištích.

Vzdělávání dospělých může být organizováno jako formální nebo neformální.

Formální vzdělávání je realizováno ve vzdělávacích institucích, jejichž funkce, cíl, obsah, prostředky a způsoby hodnocení jsou definovány a legislativně vymezeny. Typicky se jedná o vzdělávání ve školách, institucionalizované, které vede k získání stupně vzdělání a je ukončeno úředním dokladem (maturitní vysvědčení, výuční list, diplom) o získání kvalifikace. (Palán, 2002, s. 65)

Naopak neformální vzdělávání probíhá mimo formální vzdělávací systém. Zaměřuje se na určité skupiny populace a organizováno je pomocí různých vzdělávacích institucí, podniků, kulturních zařízení, nadací. Případně se může jednat o vzdělávací programy a kurzy, které nevyžadují oficiální zápis. Účastníci po absolvování aktivit

v neformální sféře vzdělávání dospělých nezískají žádný úřední doklad o získání kvalifikace, ale je možné získat certifikát za absolvování vzdělávacích aktivit. (Palán, 2002, s. 132)

Aktivita, které jsou v rámci vzdělávání dospělých realizovány, musí být dle Armstronga (2007, s. 507) explicitně popsány a jejich popisy by měly obsahovat jejich cíle, využití metody, časový rozvrh, garanta aktivity. Účastník by měl mít představu o vzdělávací aktivitě ještě před tím, než se jí plánuje zúčastnit. Zároveň by jeho rozvoj měl být koncepčně zakotvený v jeho rozvojovém plánu.

Mezi vzdělávací metody, které z hlediska potřeb uvedených u jednotlivých profesí ve druhé kapitole lze považovat za vhodné, patří:

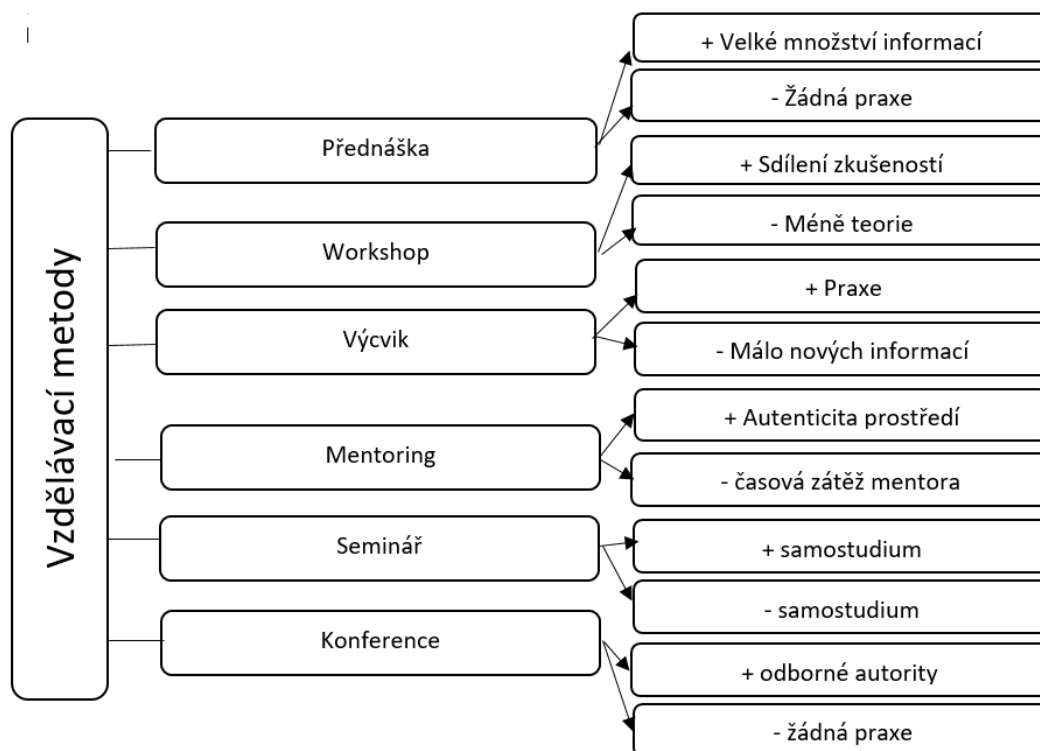


Schéma č. 6 Metody vzdělávání s klady a zápory v paliativní péči

### 3.2 Vzdělávání dospělých v paliativní péči

Dle Vorlíčka (2004, s. 522) náš tradiční vzdělávací systém akcentuje osvojování teoretických znalostí, které student většinou jen pasivně přijímá a není připraven k aktivnímu přístupu k informacím. Zároveň jsou v medicíně a ošetrovatelství předávány znalosti orientované převážně na biologickou komponentu jedince a chybí v odpovídajícím rozsahu znalosti z oblasti psychosociální.

V současné době profesní vzdělávání v oblasti ošetrovatelství a zdravotnických oborů razantně změnilo svoje postupy a principy od standartního výcviku, při kterém se účastníci učili dle stanovených osnov a předpisů, k výcviku, jež si klade za cíl osvojování principů, které lze využít flexibilně v různých situacích. (Payne et al., 2007, s. 669)

Při práci s pacienty je důležité pozorně sledovat a zkoumat vlastní reakce, protože postoje personálu se vždy projeví v tom, jak se nemocný člověk chová a mohou mu výrazně prospět nebo naopak výrazně uškodit. (Kübler-Ross, 2015, s. 63)

Kurzy, které jsou v České republice dostupné v oblasti paliativní medicíny, jsou koncipovány dle studií a dokumentů Evropské asociace pro paliativní péči jakož i z dokumentu Klíčové kompetence v paliativní péči: Bílý list vzdělávání v paliativní péči. Převážná většina dalšího vzdělávání pracovníků se uskutečňuje na základě akreditace vzdělávacích zařízení a vzdělávacích programů udělené ministerstvem.

Obecně lze témata vzdělávání pracovníků paliativní péče rozdělit do tří hlavních skupin:

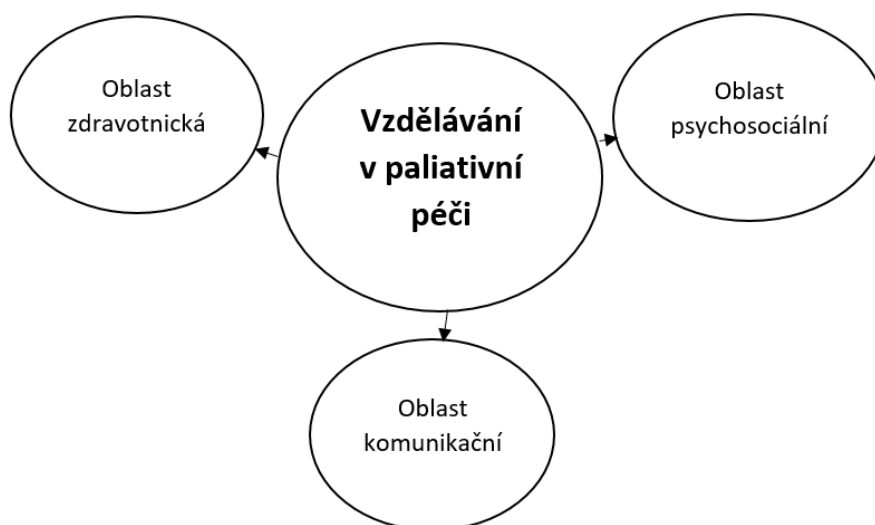


Schéma č. 7 Oblasti vzdělávání v paliativní péči

Každá skupina obsahuje své tematické okruhy, ze kterých si účastníci vybírají. Jak bylo uvedeno ve druhé kapitole, oblast komunikační je potřebná pro všechny pracovníky paliativní péče stejně jako oblast psychosociální. Pracovníci se v interakcích s pacientem dostávají do situací, ve kterých není možnost okamžité konzultace s kolegou/nadřízeným a musí spoléhat sami na sebe a správně se rozhodnout.

### 3.2.1 Samostudium

Mezi metody, které Vorlíček (2004, s. 524) doporučuje pro efektivní osvojování znalostí, řadí samostudium, přednášku lekcí a studium kazuistik. Do celkového výčtu metod pro efektivní osvojování znalostí zařazuje i rozhovor, instrukce, demonstrace, audiovizuální pomůcky a programy. Do výčtu metod k osvojení vhodných postojů a komunikačních dovedností jsou začleněny diskuse a debaty, hraní rolí, psychohry, psychodramata.

Do aktivit zahrnujících samostudium patří i četba periodik zabývajících se daným tématem. V oblasti paliativní péče se jedná o periodikum Rovnováha, vydávané Asociací hospicové a paliativní péče; Časopis lékařů českých, Zdravotnický deník, Sociální práce, Klinická onkologie, Bulletin Centra paliativní péče. Všechna zmíněná periodika jsou k dispozici v on-line podobě. Periodika nabízí aktuální témata v oblasti paliativní péče od legislativních novinek po inspirativní kazuistiky.

### 3.2.2 Webináře

Webináře jsou nabízeny pracovníkům paliativní péče z důvodu zvýšení časové efektivity. Pracovník se k webináři může kdykoli vrátit a nemusí cestovat na vzdělávací akci desítky kilometrů daleko. Flexibilita této formy vzdělávání je v paliativní péči zatím málo využívaná.

Nabídku archivovaných webinářů už od roku 2014 nabízí Centrum paliativní péče (2019). Pro rok 2018-19 jsou to tato témata:

<b>Téma</b>	<b>Lektor</b>	<b>Časová dotace</b>
Jak nedělat příliš mnoho ani příliš málo? Role praktika v závěru života geriatrického pacienta	MUDr. Zdeněk Kalvach	1,5 hod
Mobilní specializovaná paliativní péče a domácí péče – podobnosti a rozdíly	prim. MUDr. Irena Zavadová	1,5 hod
Transpersonální prožitky spojené se smrtí a umíráním: zážitky sdílené smrti	Mgr. et Mgr. Margareta Johnová	1,5 hod

Advokacie v hospicové a paliativní péči	Mgr. Lenka Váňová, PhD.	1,5 hod
Možnosti léčebného konopí v paliativní péči	MUDr. Ondřej Sláma, PhD.	1,5 hod
Paliativní praktik	MUDr. Adam Houska	1,5 hod
Představení organizace Dlouhá cesta	Ing. Jana Horáková	1,5 hod
Měření kvality života v paliativní péči	Mgr. Karolína Vlčková	1,5 hod
Depression and Depressive Symptoms in Patients with Advanced Cancer	Elene Janberidze MD, PhD	1,5 hod
Charita ČR a odbornost 926	Bc. et Bc. Viera Ivanovová	1,5 hod
		<b>15 hodin</b> <b>10 webinářů</b>

### 3.2.3 Supervize

Stejně jako je zdůrazňováno samostudium, je důležitý přínos supervize. Marková (2010, s. 95) klade důraz na význam supervize ve vztahu k vzdělávání, protože podle ní je jedním z nejúčinnějších způsobů učení v dospělosti učení se z prožitého, nejlépe reflektováním svých vlastních postojů, hodnot, pocitů a pracovních postupů. Formálním prostorem pro tuto reflexi je právě supervize.

Supervize může mít různé formy:

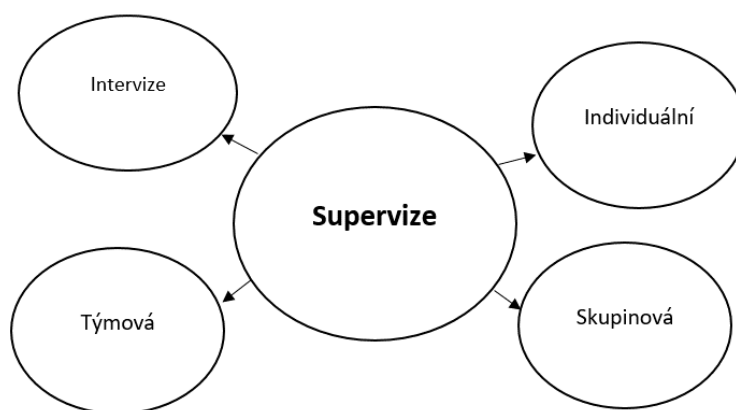


Schéma č. 8 Formy supervize

Všechny tyto formy jsou metodou, při které prostřednictvím rozhovorů v týmech, skupinách nebo mezi jednotlivci reflektují pracovníci svoje pracovní činnosti. Za přítomnosti supervizora se zabývají problémy souvisejícími s pracovními postupy, volbou vhodného přístupu, zvládnání emocionální a psychosociální zátěže spojené

s prací. Je metodou, která vzdělávání nenahrazuje, ale doplňuje a může pomáhat s adaptací nových pracovníků nebo s příchodem absolventů. Není v žádném případě kontrolním mechanismem ani nástrojem řízení a všichni účastníci supervize musí respektovat etické principy supervize, mezi které patří především mlčenlivost. Supervize se začleňuje do vzdělávání, rozvoje a péče o pracovníka paliativní péče, ale v důsledku má přímý vliv i na kvalitu péče o pacienta. Pracovníci mají možnost s pomocí zpracovávat náročné situace tak, aby negativní ventilace neohrozila přístup k pacientovi. (Venglářová, 2013, s. 11)

Jak bylo zmíněno ve druhé kapitole, pracovníci všech profesí v paliativní péči jsou povinni absolvovat supervizorská setkání.

### 3.2.4 ELNEC

V roce 2009 Česká společnost paliativní medicíny aktivně pracovala na organizaci specializačního vzdělávání lékařů a zdravotních sester (ELNEC). Později byla organizace kurzu ELNEC (Vzdělávací konsorcium pro zdravotní sestry v oblasti paliativní medicíny) pro zdravotní sestry převzata domácím hospicem Cesta domů v Praze. Přičemž ELNEC je intenzivní kurz paliativní péče garantovaný Českou asociací sester, který svým obsahem respektuje multidisciplinární přístup nutný při realizaci péče o pacienty na konci života. Obsahem kurzu je nejen léčba bolesti a ostatních závažných symptomů spojených s těžkou nemocí, ale také etický, duchovní aspekt péče a nacvičování efektivní komunikace s pacienty, s rodinou i v rámci týmu. Kurz reflektuje fakt, že paliativní péče se dotýká stejnou měrou pacienta i jejich blízkých. Je koncipován v duchu „sestry sestrám“ a přednášející lektori mají bohaté praktické zkušenosti s poskytováním paliativní a hospicové péče (Centrum paliativní péče, 2019).

Cílovou skupinou pro projekt jsou pouze zdravotnická povolání a účastnit by se ho měli začínající zdravotní sestry, vedoucí zdravotních týmů, členové týmů akutní a intenzivní zdravotní péče aj. Všichni účastníci ELNEC do kurzu přicházejí s vědomím, že je kurz připravován primárně pro práci zdravotních sester.

Na území České republiky lze najít i jiné vzdělávací instituce (Linkos, Paliatr Vysočina aj.), které mají možnost tento certifikovaný kurz realizovat. Účastníci nejsou tak nuceni cestovat příliš daleko pro jeho absolvování.

### 3.2.5 Neakreditované kurzy

Vzdělávací aktivity jsou nabízeny institucemi zabývajícími se převážně paliativní péčí a jejím rozvojem. Centrum paliativní péče je první institucí v České republice, která takto systematicky buduje zázemí pro rozvoj paliativní péče. Provádí vlastní výzkumy, jejichž výsledky jsou podkladem pro systémové a legislativní opatření umožňující zlepšovat péči o umírající pacienty. Informace, které poskytuje profesionálům ze státní, nestátní i komerční sféry umožňují lepší komunikaci a rozhodování odborné i laické veřejnosti v oblastech spojených s koncem života.

Kurzů pro odbornou veřejnost je pořádáno několik desítek. Jejich pořadateli jsou vzdělávací agentury, přímo zařízení paliativní péče, školské instituce nebo asociace.

Pořadatel	Název kurz	Časová dotace
<b>Neakreditované kurzy</b>		
AKADEMIA CZ	Seminář Regionální organizace onkologické a paliativní péče	6 hodin
BFZ, vzdělávací akademie s.r.o.	Mobilní specializovaná paliativní péče	8 hodin
BFZ, vzdělávací akademie s.r.o.	Spirituální péče a doprovázení	8 hodin
BFZ, vzdělávací akademie s.r.o.	Doprovázení umírajících	8 hodin
BFZ, vzdělávací akademie s.r.o.	Etické a lidskoprávní aspekty utváření života nevyléčitelně nemocných a umírajících I.	8 hodin
Centrum paliativní péče	Výzkum v paliativní péči - teorie a praxe	24 hodin
Centrum paliativní péče	ESPERO	24 hodin
Centrum paliativní péče	Paliativní péče v domovech pro seniory	8 hodin
Centrum paliativní péče	Paliativní péče v nemocnici	8 hodin
Centrum paliativní péče	Komunikace závažných zpráv	Kurz realizován na klíč

Centrum paliativní péče	Aktuální trendy v paliativní péči	Kurz realizován na klíč
Cesta domů	ELNEC	24 hodin
Mobilní hospic Ondrášek	Jak podporovat dítě v rodině, kde je vážně nemocný	neuvedeno
Mobilní hospic Ondrášek	Jak prožívají smutek a truchlí děti a jak jim můžeme pomoci.	neuvedeno
Mobilní hospic Ondrášek	Paliativní péče pro dospělé – určeno pro praktické lékaře.	neuvedeno
Mobilní hospic Ondrášek	Ošetřování pacienta v domácím prostředí	neuvedeno
Mobilní hospic Ondrášek	Dětská paliativní péče - pro lékaře	neuvedeno
Naděje vzdělávání	Manipulace s imobilním klientem	8 hodin
Naděje vzdělávání	Alzheimerova choroba – demence	8 hodin
Národní vzdělávací agentura	Paliativní péče v sociálních službách	8 hodin
Národní vzdělávací agentura	Základy péče o klienta	8 hodin
Paliativní institut	Kurzy individuálně vytvářené	Délka dle žádosti klienta
Vzdělávací centrum Turnov	Poskytování kvalitní paliativní péče v sociálních službách	8 hodin
		<b>137 hodin</b> <b>22 kurzů</b>

Uvedené kurzy korespondují s potřebami pracovníků paliativní péče s ohledem na jejich kvalifikační požadavky a rozvoj, tak jak bylo uvedeno v kapitole dva. Zohledňují potřeby komunikační i psychosociální.



### 3.2.6 Akreditované kurzy

Kurz akreditovaný Ministerstvem práce a sociálních věcí a organizovaný Centrem paliativní péče je obecný intenzivní kurz Paliativní péče v domovech pro seniory, v rozsahu osmi hodin, který je určen zdravotnickým i nezdravotnickým pracovníkům domovů pro seniory. Jeho cílem je představit principy paliativní péče se specifickým zaměřením na oblast sociálních služeb a domovů pro seniory. (Centrum paliativní péče, 2019)

Zařízení paliativní péče se podílí i na dalších vzdělávacích programech. Dle akreditace Ministerstva zdravotnictví získalo Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských oborů oprávnění k uskutečňování vzdělávacího programu Specifická ošetřovatelská péče v paliativní péči, na kterém se spolupodílí šest smluvních hospicových zařízení (Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa; Hospic sv. Alžběty o.p.s.; Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s.; Hospic sv. Štěpána, občanské sdružení; HOSPIC Frýdek – Místek, p.o.; TŘI, o.p.s.) (MZČR, 2015) Program je třídní a účastníci si mohou vybrat místo, které je pro ně vyhovující. Absolvují při něm praxi v daném zařízení a mohou sdílet zkušenosti s ostatními kolegy.

Mezi další vzdělávací akce akreditované Ministerstvem zdravotnictví České republiky patří:

Pořadatel	Název kurz	Časová dotace
<b>Akreditované kurzy</b>		
AKADEMIA CZ	Paliativní péče pro sociální pracovníky	8 hodin
AKADEMIA CZ	Aktivizační vzdělávací a výchovné techniky	8 hodin
CURATIO	Základy paliativní a hospicové péče v sociálních službách	8 hodin
Česká společnost paliativní medicíny	Úvod do dětské paliativní péče	22 hodin
Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví	Specializační kurz – Paliativní péče	16 hodin
Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví	Kurz – Etické, duchovní, právní a sociální aspekty paliativní medicíny	16 hodin

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví	Kurz – Klinická farmacie v paliativní medicíně	16 hodin
MAVO s.r.o	Péče o imobilního klienta v praktických ukázkách	8 hodin
MAVO s.r.o.	Demence Alzheimerova typu v detailech života	8 hodin
MAVO s.r.o.	Procvičování paměti u seniorů	8 hodin
MAVO s.r.o.	Dotyk jako forma empatie a komunikace	8 hodin
MAVO s.r.o.	Péče o klienta s inkontinencí, ošetřování a hygiena	8 hodin
MAVO s.r.o.	Terénní pečovatelská služba, její specifika a řešení nestandardních situací	8 hodin
Naděje vzdělávání	Specifika komunikace s klienty sociálních služeb	16 hodin
Naděje vzdělávání	Jak provázet klienta k emočnímu uvolnění aneb základy koučinku	16 hodin
Naděje vzdělávání	Péče o klienty s demencí	8 hodin
Naděje vzdělávání	Doprovázení umírajícího z pohledu paliativní péče	8 hodin
Naděje vzdělávání	Etická dilemata v péči o seniory	8 hodin
Naděje vzdělávání	Úvod do paliativní péče	8 hodin
Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů	Zdravotně – sociální pracovník – 840 – 12/2020	80 hodin
Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů	Bezpečnost pacientů v zařízeních poskytujících zdravotní služby	neuvedeno

Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů	Hodnocení rizik, prevence a léčba dekubitů	neuvedeno
Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů	Komunitní nutriční péče a poradenství u seniorů	neuvedeno
Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů	Kvalita a bezpečí v zařízeních poskytující zdravotní služby	neuvedeno
Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů	Specifická ošetřovatelská péče o nehojící se rány a defekty	neuvedeno
Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů	Specifická ošetřovatelská péče o pacienty s Parkinsonovou nemocí	neuvedeno
Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů	Specifická ošetřovatelská péče v paliativní péči	neuvedeno
Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů	Tvorba sociálně aktivizačního programu se zaměřením pro seniory	neuvedeno
Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů	Aktivizace a mobilizace pacienta v intenzivní péči	neuvedeno
Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů	Aktivizace seniorů s využitím prvků biografie klienta	neuvedeno

SZŠ a VOŠZ Zlín	Paliativní péče	4 měsíce
ÚVN – Vojenská nemocnice v Praze	Paliativní péče v lůžkovém zařízení	94 hodin
ÚVN – Vojenská nemocnice v Praze	Péče zaměřená na potřeby seniora	24 hodin
ÚVN – Vojenská nemocnice v Praze	Péče o pacienta s bolestí	21 hodin
ÚVN – Vojenská nemocnice v Praze	Ošetrovatelská péče se zaměřením na seniora	16 hodin
		<b>1340 hodin</b> <b>35 kurzů</b>

Akreditované kurzy vychází z rozvojových potřeb především zdravotnického personálu paliativních zařízení. Jejich vzdělávání je navázáno na předchozí kvalifikační studijní zkušenost, stejně jako většina akreditovaných kurzů.

### 3.2.7 Stáže, výcviky

Mezi další vzdělávací aktivity patří i stáže a výcviky, které jsou pořádány pod záštitou Ministerstva zdravotnictví např. organizací Cesta domů nebo jednotlivými hospici a umožňují zařízením, která poskytují nebo plánují poskytovat paliativní péči, odborné stáže pro jejich zaměstnance (lékaře, zdravotní sestry, sociální pracovníky, koordinátory dobrovolníků, manažery apod.). (Cesta domů, 2019)

V předchozí kapitole byly stáže a výcviky zmiňovány s ohledem na získávání odborné způsobilosti paliatra v rámci praxe na odborném pracovišti, ale pro rozvoj pracovníků jsou stáže na jiných pracovištích podle následujícího výzkumu stále žádané.

Například organizace Cesta domů má nastaveny konkrétní podmínky stáže, podle kterých ji lze absolvovat. Stážista je přijat dle aktuální kapacity týmu a jeho stáž je plánována na libovolně volenou dobu (1-14dní) minimálně s měsíčním předstihem. Stážistovi je přidělen školitel, který po celou dobu jeho stáže koordinuje program a je k dispozici pro zodpovězení případných otázek. (Cesta domů, 2019)

V této kapitole bylo zmapováno celkem 67 vzdělávacích aktivit, přičemž do počtu nejsou zahrnuty supervize, samostudium a stáže, které se řídí dle potřeb pracovníků.

<b>Metoda</b>	<b>Počet</b>	<b>Časová dotace</b>
Akreditovaný kurz	35 kurzů	1340 hodin
Neakreditovaný kurz	22 kurzů	137 hodin
Samostudium	-	Libovolná dle pracovníka
Supervize	-	Stanoveno dle pracovníka, organizace.
Webinář	10	15 hodin
Stáže	-	1-14 dní

Jak bylo uvedeno, každá aktivita má svá specifika a svou cílovou skupinu. Celková analýza vzdělávání v paliativní péči slouží jako základna pro komparaci s výroky respondentů výzkumu o dostačujícím množství vzdělávacích akcí.

## 4 Analýza vzdělávacích potřeb pracovníků paliativní péče ve vybraných zařízeních

Při realizaci vzdělávacích aktivit pro zdravotnické nebo sociální pracovníky v oblasti paliativní péče musí být obsah vzdělávání vhodně zaměřen na cílovou skupinu. Výzkumné šetření si klade za cíl zmapovat, jak je reálná nabídka vzdělávacích akcí pro pracovníky paliativní péče, která je uvedena v předchozí kapitole, předávána pracovníkům a jak ji hodnotí s ohledem na množství, kvalitu a jejich dostupnost.

### 4.1 Harmonogram realizace výzkumného šetření

Pro realizaci výzkumného šetření zacíleného na vzdělávací aktivity pracovníků v přímé péči o klienty v zařízeních hospicové a paliativní péče byly na základě Punchovy (2008, s. 37) strategie stanoveny následující kroky:

- průzkum terénu před realizací výzkumu (návštěva hospicových zařízení);
- studium odborné literatury, analýza dokumentů, výročních zpráv;
- stanovení cíle výzkumu;
- určení harmonogramu a strategie výzkumu, stanovení metodiky a techniky sběru dat;
- výběr skupiny respondentů;
- stanovení hypotéz;
- distribuce dotazníků;
- interpretace výsledků výzkumu;
- formulace závěrů výzkumu.

### 4.2 Průzkum terénu před započítím výzkumu

S ohledem na osobní zkušenosti se zařízeními hospicové a paliativní péče bylo možné si vytvořit alespoň částečnou představu o fungování zařízení. Bez znalosti prostředí, ve kterém byl výzkum plánován, by nebylo možné provést kvalitní kvantitativní šetření. Proto jsem se rozhodla zařízení navštívit a seznámit se s ním jako takovým. Vzhledem k dobré dopravní dostupnosti, jsem si vybrala Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech, který zřizuje občanské sdružení Tři a Oddělení dlouhodobé ošetrovatelské péče v Nemocnici Rudolfa a Stefanie Benešov a.s. Jedná se o rozdílná zařízení paliativní péče, která jsou od sebe vzdálena přibližně 10 km.

Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech byl otevřen roku 2008. Disponuje kapacitou 30 lůžek, z nichž jeden pokoj je dvoulůžkový a ostatní jednolůžkové. Hospic byl založen občanským sdružením TŘI. Jeho tři základní pilíře komplexně vystihují práci personálu s klienty, při které je kladen důraz na kvalitní specializovanou paliativní péči, sociální odlehčovací službu, budování širšího spektra komunitních služeb. (Hospic Dobrého Pastýře, 2019)

Oddělení následné péče v benešovské nemocnici Rudolfa a Stefanie vzniklo roku 2003 a poskytuje léčebnou a ošetrovatelskou péči a rehabilitační ošetřování nemocným, kteří již nevyžadují péči na akutním lůžku, ale i pacientům, kterým se jejich stav postupně zhoršuje a není možné zajistit potřebnou péči v domácím prostředí.

„Oddělení poskytuje také sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení – sociální lůžka. Jedná se o pobytovou sociální službu osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou, nebo zajištěno poskytování pobytových sociálních služeb v zařízení sociálních služeb.“ (Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s, 2019)

Při ošetřování je kladen důraz na posilování fyzických i psychických schopností a nácvik sebeobsluhy. Pacienti jsou přijímáni na oddělení většinou překladem z jiných oddělení nemocnice, ale i z jiných zdravotnických zařízení, případně na doporučení praktických nebo odborných lékařů z domova nebo sociálních zařízení.

S ostatními institucemi, které byly osloveny pro účast na výzkumném šetření, bylo možné se seznámit pomocí výročních zpráv, blogů a webových stránek.

### 4.3 Cíl analýzy

Cílem šetření je identifikovat, zda vzdělávací aktivity odpovídají vzdělávacím potřebám pracovníků paliativní péče a zároveň zmapovat četnost návštěvnosti vzdělávacích aktivit. Případně zjistit, zda by přivítali možnost vzdělávací aktivity rozšířit. K dosažení tohoto cíle bylo stanoveno několik hypotéz.

## 4.4 Metodika

Empirická část byla realizována metodou kvantitativního šetření formou anonymního dotazníku. Elektronické on-line dotazníky byly rozeslány do pěti zařízení paliativní péče ve Středočeském kraji a v Praze po domluvě s kontaktní osobou zařízení, kterou byl vedoucí pracovník (ředitel) nebo osoba odpovědná za vzdělávání a rozvoj pracovníků zařízení. Respondenti odpovídali v průběhu dvou kalendářních týdnů v červnu 2019. Sběr byl prováděn on-line formou přímo v aplikaci click4survey.cz, kterou jsem k realizaci šetření použila. Aplikaci jsem zvolila s ohledem na směrnici GDPR a tedy i zachování anonymity respondentů. Zároveň byla aplikace vybrána z důvodu kompatibility se všemi internetovými prohlížeči, mobilními telefony i tablety. Díky tomu bylo možné předvídat vyšší návratnost dotazníků.

Ke zpracování odpovědí bylo využito kontingenčních tabulek a grafického znázornění. Každá otázka získala svoje grafické znázornění a interpretaci získaných dat.

### 4.4.1 Výběr výzkumného vzorku

Při stanovování výzkumného vzorku jsem zvolila výběr ze zařízení v Praze a Středočeském kraji. Hlavním kritériem výběru byla znalost jednotlivých zařízení a kladná odezva od kontaktních osob. Přičemž bylo osloveno celkem 10 zařízení paliativní péče, z nichž pouze 5 odpovědělo kladně. V příloze je uveden seznam hospiců na území Prahy a Středočeského kraje, ze kterého bylo vybíráno, rovněž seznam léčeben dlouhodobě nemocných ze stejné oblasti. Dále bylo využito adresáře služeb na stránkách umírání.cz, které jsou zřizovány organizací Cesta domů.

Zařízení:

- Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech,
- Oddělení dlouhodobé ošetrovatelské péče v Nemocnici Rudolfa a Stefanie, a.s.,
- Cesta domů,
- RUAH, o.p.s.,
- Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského.

Požádání o součinnost byli vedoucí pracovníci a pracovníci, jejichž náplní práce je vzdělávání a rozvoj pracovníků zařízení. Jejich úkolem bylo dotazník rozeslat e-mailem mezi všechny zaměstnance, kteří pracují v přímé péči o klienta.



Vybraná zařízení jsou odlišná svými počty zaměstnanců, proto uvádím názorné schéma vycházející z výročních zpráv jednotlivých zařízení (Hospic Dobrého Pastýře, 2018; Oddělení ošetrovatelské péče, 2018; RUAH, 2018; Cesta domů, 2018; Nemocnice milosrdných sester sv. K. Boromejského, 2017):

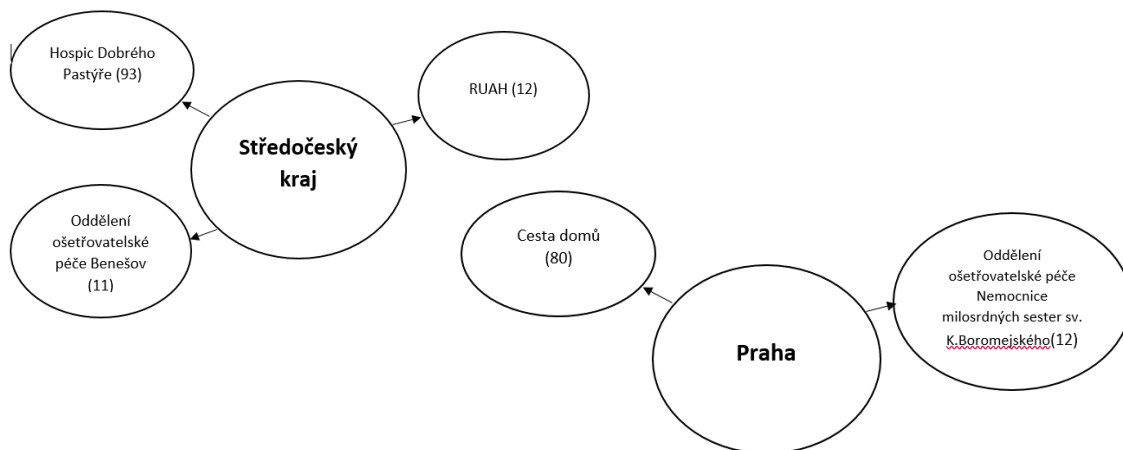


Schéma č. 6 Vybraná zařízení s počty pracovníků v přímé péči

E-mail byl rozeslán v následujícím znění:

*Vážená paní ředitelko,*

*obracím se na Vás s prosbou. Jsem studentka Andragogiky a personálního řízení na Filosofické fakultě v Praze a dokončuji magisterské studium.*

*Moje diplomová práce nese název: Vzdělávání pracovníků paliativní péče v České republice. Její teoretickou část posílám v příloze.*

*Pro její dokončení oslovuji celkem 5 vybraných zařízení ve Středočeském kraji a Praze s prosbou o vyplnění krátkého on-line dotazníku, který mi pomůže k identifikování dostatečné či nedostatečné nabídky vzdělávacích aktivit. Dotazník je přibližně na pět minut a je zcela anonymní. Není možné tedy identifikovat ani Vaše zařízení ani Vaše zaměstnance.*

*Odkaz na dotazník: <http://www.click4survey.cz/s4/28261/b9a19431>*

*Prosím Vás tímto o předání tohoto e-mailu všem Vaším kolegyním a kolegům a předem mnohokrát děkuji za spolupráci.*

*V případě otázek mne neváhejte kontaktovat.*

*S pozdravem*

*Barbora Kristenová*

#### 4.4.2 Hypotézy

V souladu s cílem analýzy byly formulovány následující hypotézy vystihující problematiku vzdělávání pracovníků v paliativní péči, u kterých byla k jejich ověřování stanovena procentuální hodnota, která určuje nadpoloviční většinu respondentů (tj. 70 %):

H1: Předpokládám, že pracovníci se pravidelně účastní vzdělávacích aktivit.

Kritérium: Hypotéza bude potvrzena, pokud četnost vykazuje znaky pravidelnosti (1 x měsíčně, 1 x za 3 měsíce, 1 x za půl roku)

H2: Předpokládám, že pracovníci ve vybraných zařízeních mají nejvyšší formálně dosažené vzdělání v paliativní péči.

Kritérium: Hypotéza bude potvrzena, pokud alespoň 70 % respondentů uvede jako své nejvyšší dosažené vzdělání v oboru paliativní péče.

H3: Předpokládám, že pracovníci paliativní péče znají projekt ELNEC.

Kritérium: Hypotéza bude potvrzena, pokud alespoň 70 % respondentů odpoví na otázku ano.

H4: Předpokládám, že o pořádaných vzdělávacích aktivitách jsou pracovníci v paliativní péči dostatečně (místo, čas, téma) a včas informováni (alespoň měsíc před konáním akce).

Kritérium: Hypotéza bude potvrzena, pokud alespoň 70 % respondentů zhodnotí informovanost o vzdělávacích aktivitách jako dostačující.

H5: Předpokládám, že množství a dostupnost pořádaných vzdělávacích aktivit pro pracovníky paliativní péče je dostačující.

Kritérium: Hypotéza bude potvrzena, pokud bude alespoň 70 % spokojeno s množstvím pořádaných vzdělávacích aktivit.

H6: Předpokládám, že znalosti, dovednosti, vědomosti a poznatky z vzdělávacích aktivit pracovníci využívají v praxi a jsou pro ně přínosné.

Kritérium: Hypotéza bude potvrzena, pokud alespoň 70 % využívá nové znalosti, dovednosti, vědomosti a poznatky v praxi a zároveň je hodnotí jako přínosné.

#### 4.4.3 Uspořádání dotazníku

Otázky, které sloužily k ověření jednotlivých hypotéz, byly poskládány dle zaměření do tabulky tak, aby při vyhodnocování dotazníku bylo zřejmé, kam odpovědi zařadit. Mezi identifikační otázky byly zařazeny pouze tři otázky, aby byla zachována anonymita respondenta, ale i pravidla směrnice GDPR. Je zmíněno pouze pohlaví, pracovní zařazení respondenta a zařazení instituce, ve které pracuje.

	Hypotézy	Otázky
H1	Předpokládám, že pracovníci se pravidelně účastní vzdělávacích aktivit.	V rámci celoživotního vzdělávání máte možnost se účastnit vzdělávacích aktivit ve Vašem oboru. Využil/a jste někdy této možnosti? (otázka rozlišovací)
		Jaká je četnost vzdělávacích aktivit

		v průběhu jednoho roku? (otázka určující potvrzení hypotézy)
		Jakých forem vzdělávacích aktivit se nejčastěji účastníte? (otázka doplňující)
H2	Předpokládám, že pracovníci ve vybraných zařízeních mají nejvyšší formálně dosažené vzdělání v paliativní péči.	Je vaše nejvyšší dokončené vzdělání v paliativní péči? (otázka určující potvrzení hypotézy)
H3	Předpokládám, že pracovníci paliativní péče znají projekt ELNEC.	Znáte projekt ELNEC? (otázka určující potvrzení hypotézy)
H4	Předpokládám, že o pořádaných vzdělávacích aktivitách jsou pracovníci v paliativní péči dostatečně (místo, čas, forma) a včas (alespoň měsíc dopředu) informováni.	Dostáváte informace o vzdělávacích akcích s dostatečným časovým předstihem (alespoň měsíc dopředu)? (otázka určující potvrzení hypotézy)
		Jakou formou se dozvídáte o pořádání vzdělávací aktivity? (otázka doplňující)
		Je forma informace o vzdělávací aktivitě dostačující? (otázka určující potvrzení hypotézy)
		Jakou změnu byste uvítal/a v předávání informace o vzdělávacích akcích? (otázka doplňující)
H5	Předpokládám, že množství a dostupnost pořádaných vzdělávacích aktivit pro pracovníky paliativní péče je dostačující.	Je podle Vašeho názoru dostatek vzdělávacích aktivit v oblasti paliativní péče? (otázka určující potvrzení hypotézy)
		Jak hodnotíte dopravní dostupnost vzdělávacích aktivit? (otázka určující potvrzení hypotézy)

H6	Předpokládám, že znalosti, dovednosti, vědomosti z vzdělávacích aktivit pracovníci využívají v praxi a jsou pro ně přínosné.	Když si vzpomenete na Vaši poslední vzdělávací aktivitu, jakou vědomost/znalost/dovednost jste si odnesl/a? (otázka doplňují)
		Využíváte nových dovedností/znalostí v přímé péči o pacienta? (otázka určující potvrzení hypotézy)

identifikační otázky	Jste žena/muž?
	Jakou formou poskytujete paliativní péči?
	Jaké je Vaše pracovní zařazení?
	Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

Dotazník byl rozdělen do tří hlavních stran a ukončen stranou s poděkováním za účast ve výzkumu.

První strana obsahovala s identifikačními otázkami i otázky týkající se týmu a zařazení instituce pro diferenciaci odpovědí:

1. Jste žena/muž?
2. Je vaše nejvyšší dosažené vzdělání se specializací v paliativní péči?
3. Jaké je Vaše pracovní zařazení?
4. Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?
5. S jakými členy týmu se setkáváte na pracovišti?
6. Jakou formou poskytujete paliativní péči?

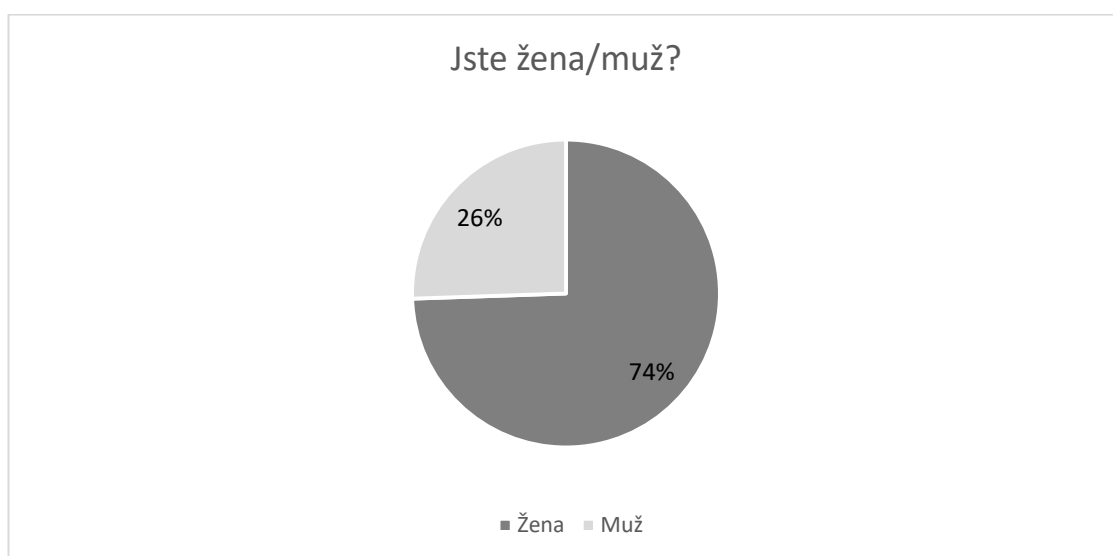
Druhá strana byla použita jako filtr pro osoby, které se nevzdělávají a nevzdělávaly. Tuto skupinu lze identifikovat pomocí otázky č. 7 „*V rámci celoživotního vzdělávání máte možnost se účastnit vzdělávacích aktivit ve Vašem oboru. Využil/a jste někdy této možnosti?*“ Pokud respondent na tuto otázku odpověděl záporně, byla mu skryta druhá strana dotazníku od otázky č. 8 do otázky č. 12 včetně. Na otázky č. 13 až č. 22 měl opět možnost odpovídat bez dalšího omezení. Za předpokladu, že

respondent na otázku č. 7 odpověděl kladně, bylo mu umožněno ve výzkumu pokračovat v plném rozsahu.

#### 4.4.4 Analýza výsledků výzkumu

Vyplněním dotazníku se šetření zúčastnilo celkem 105 žen a 36 mužů. Celkem dotazník otevřelo 174 osob, ale z důvodu stavu *Nedokončeno* nemůže být 33 respondentů začleněno do výsledků. Odpovědi těchto respondentů nebyly zařazeny do celkového vyhodnocení šetření. návratnost byla stanovena na 81 %.

##### Otázka č. 1 Jste žena/muž?

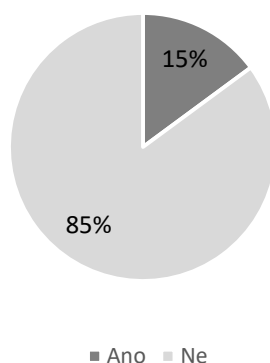


Identifikační otázkou bylo zjištěno zastoupení mužů a žen ve výzkumném šetření, jehož hodnotu lze komparovat s výsledkem průzkumu ČSÚ (2017), podle kterého je v oblasti zdravotnictví zaměstnáno 78 % žen.

##### Otázka č. 2 Je vaše nejvyšší dosažené vzdělání se specializací v paliativní péči?

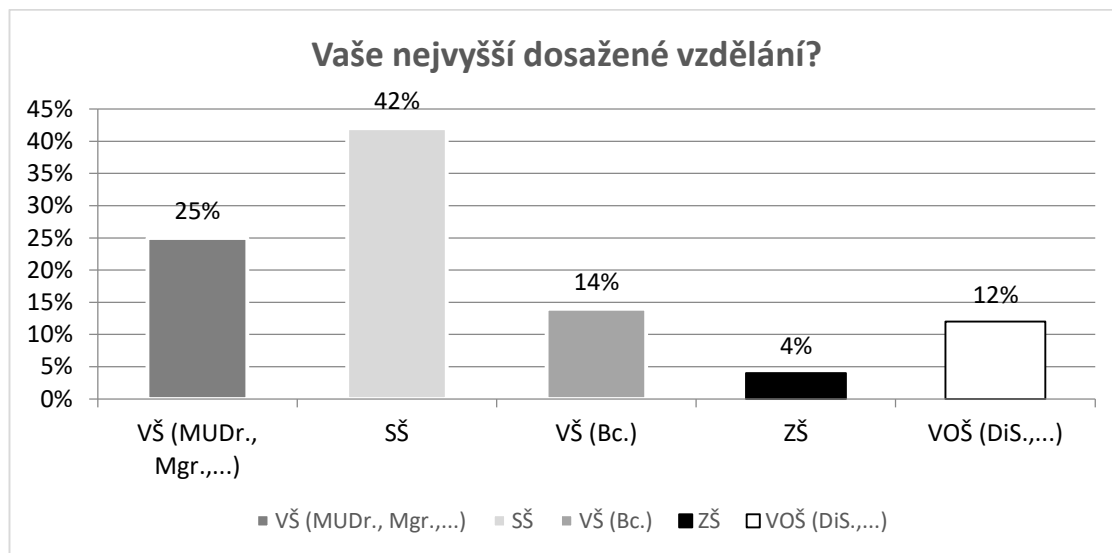
Tato otázka byla použita pro identifikaci paliatrů a osob, které mají své nejvyšší dokončené vzdělávání se specializací.

### Je vaše nejvyšší dosažené vzdělání se specializací v paliativní péči?



Z výsledku je zřejmé, že předchozí studijní zkušenost s oborem paliativní péče má pouze 15 % respondentů. Z nichž bylo identifikováno 43 % osob s dokončeným vysokoškolským studiem a získaným titulem MUDr. nebo Mgr., z čehož lze usuzovat, že se jedná o paliatry s ukončeným výcvikem paliativní péče a oborem Paliativní medicína.

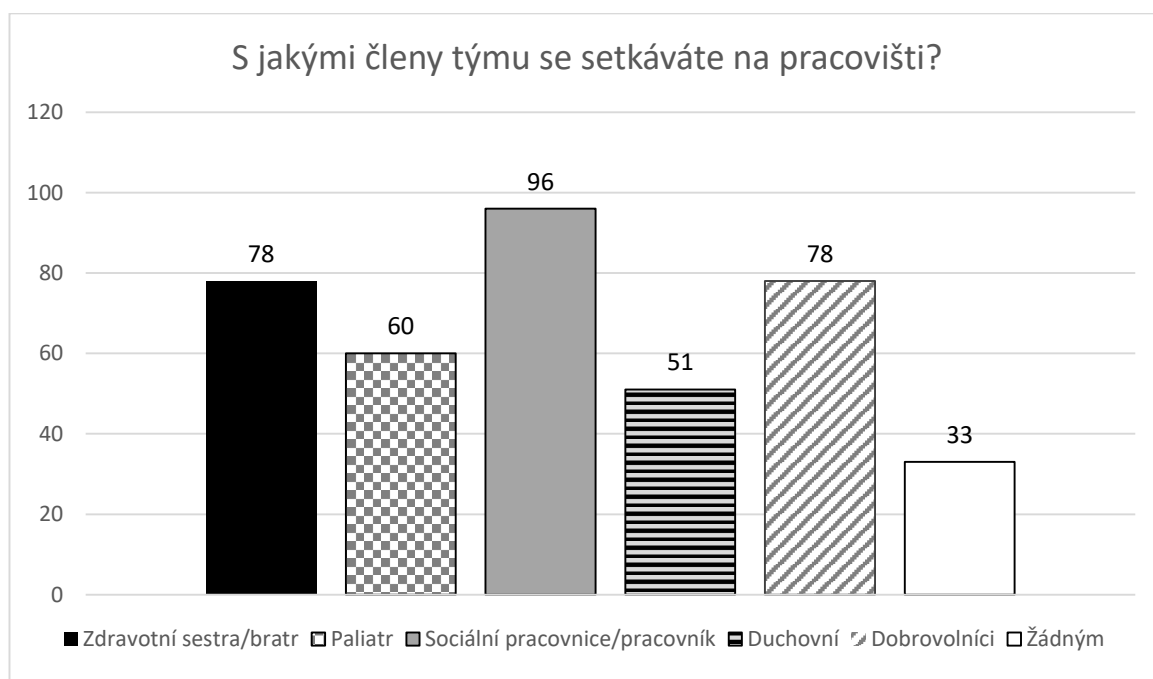
### 3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Respondenti měli na výběr z několika možností včetně základní školy nebo vyšší odborné školy. Největší zastoupení mezi respondenty měli středoškolští absolventi a absolventi magisterského či doktorského studia.

### 4. S jakými členy týmu se setkáváte na pracovišti?

Otázka byla položena za účelem rozpoznání multidisciplinarity týmu, ve kterém respondenti pracují. Nebyla omezena výběrem jediné volby, respondent mohl vybrat libovolné množství.

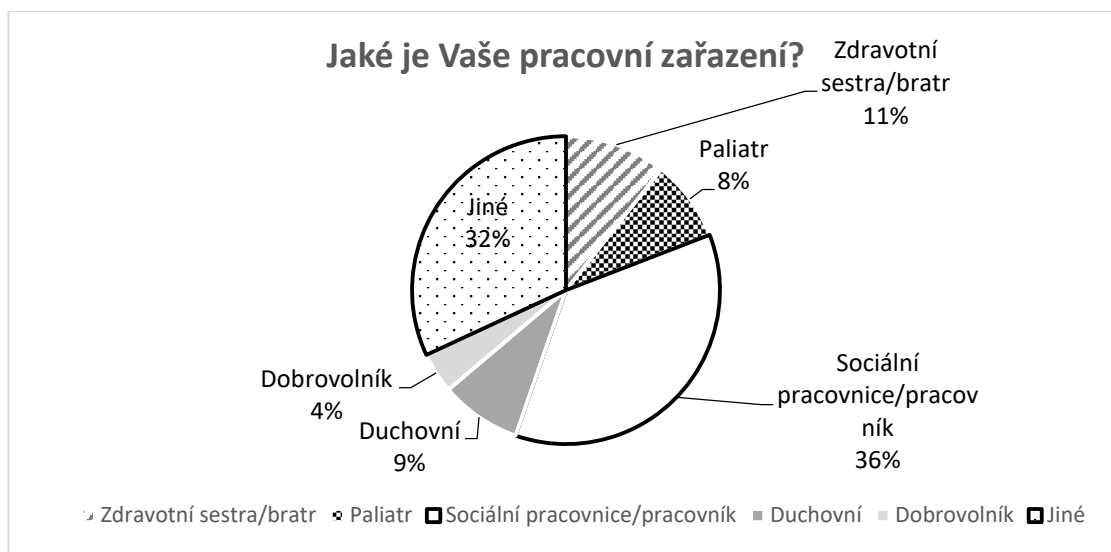


Pozn. Výsledky jsou interpretovány v grafu podle počtu odpovědí jednotlivých profesí. Uvedená hodnota je absolutním číslem.

S konečným výsledkem výzkumu nebyla nijak zásadně propojena a byla využita jako jeden z potvrzujících prvků ke studiu terénu. Jednou z variant pro odpověď byla volba *Žádným*, kterou zvolilo 23 % respondentů. Na základě toho můžeme usuzovat (vzhledem k pozdější identifikaci, zda je respondent pracovník mobilní či lůžkové hospicové péče), že většina respondentů z mobilní hospicové péče se neseťkává v běžné interakci se žádným kolegou a jsou odkázáni především na svoje rozhodnutí bez možnosti okamžité konzultace při přímé péči o pacienta.

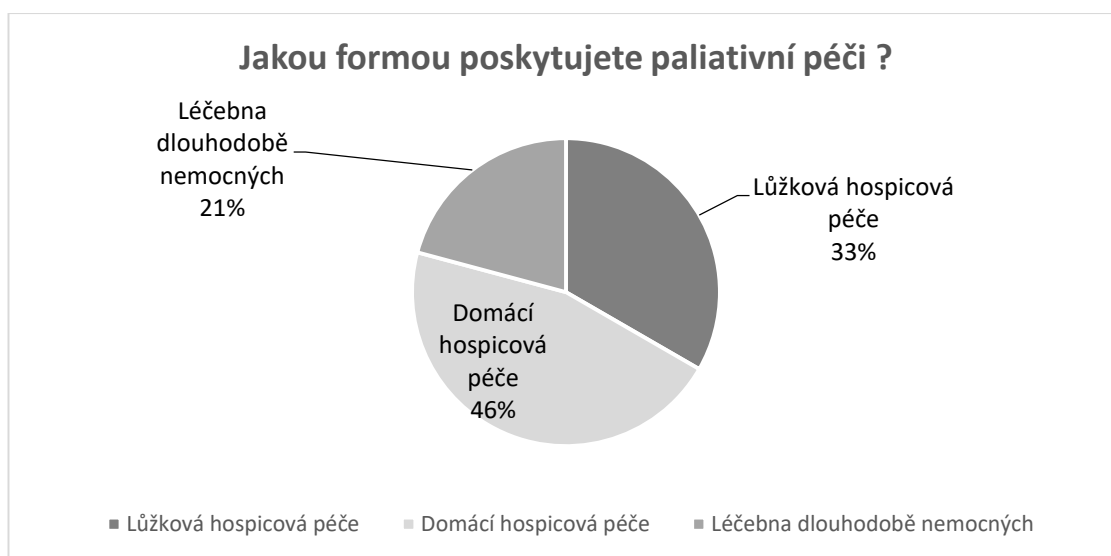


## 5. Jaké je Vaše pracovní zařazení?



Identifikační otázka pracovního zařazení určila, že 36 % respondentů je zařazeno na pozici sociální pracovnice/pracovník. Zároveň odkryla respondenty jiného pracovního zařazení, kterými byli pracovníci zabývající se vzděláváním a rozvojem svých kolegů. Celkově zasahovalo do výzkumu 19 % zdravotních sester/bratrů a paliatrů. Otázkou je, z jakého důvodu se účastnilo nejvíce sociálních pracovníků, zda pracovní vytíženost pracovníků zdravotnického zaměření nebo je téma výzkumu nezaujalo.

## 6. Jakou formou poskytlujete paliativní péči?



Z grafu vyplývá, že výzkumu se účastnilo 46 % respondentů, jejichž hlavní pracovní náplní je domácí hospicová péče. Jedná se tedy především o pracovníky, kteří musí

rozvíjet nejen své komunikační, psychosociální a zdravotnické dovednosti, ale musí zvládat tlak vysoké míry zodpovědnosti, která je na ně kladena při práci s pacientem a jeho rodinou.

**7. V rámci celoživotního vzdělávání máte možnost se účastnit vzdělávacích aktivit ve Vašem oboru. Využil/a jste někdy této možnosti?**



34 % respondentů nevyužilo možnosti vzdělávacích aktivit. Dle mého názoru se jedná o vysoké číslo, kterému by se měla věnovat pozornost. Jaké jsou důvody neúčasti na vzdělávacích aktivitách, není předmětem tohoto šetření, ale lze se domnívat, že se jedná o respondenty, kteří jsou v organizaci krátkou dobu.

**8. Jaká je četnost vzdělávacích aktivit v průběhu jednoho roku?**

Otázka je zacílena na zjištění pravidelnosti vzdělávacích aktivit v průběhu kalendářního roku. Možnost 1-5 x za rok prezentuje nepravidelnost v účasti na vzdělávání. Na tuto otázku odpovídalo celkem 93 respondentů, kteří na otázku č. 7 odpověděli kladně.

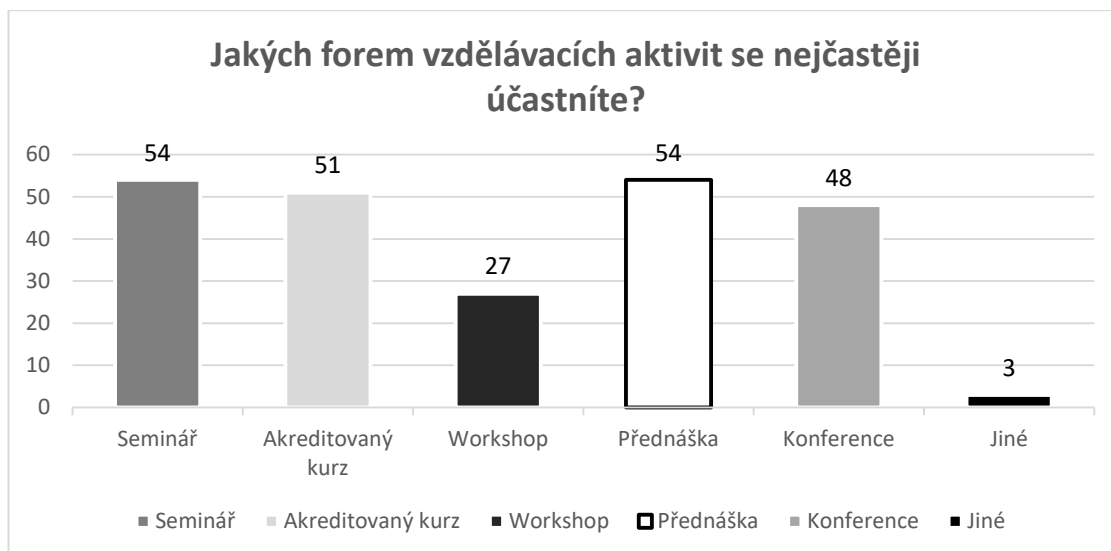


Pozn. Hodnoty jsou uvedeny v absolutních číslech dle počtu odpovědí.

Výsledky potvrdily, že 58 % respondentů se vzdělávacím aktivitám věnuje nepravidelně v průběhu roku jednou až pětkrát, zatímco na pravidelné měsíční bázi se vzdělávání účastní 3 % respondentů. Příčina nepravidelnosti může spočívat ve špatně nastaveném nebo reálně neexistujícím rozvojovém ročním plánu pracovníků nebo ve flexibilitě výběru vzdělávací aktivity dle tematických preferencí pracovníka.

#### 9. Jakých forem vzdělávacích aktivit se nejčastěji účastníte?

Respondenti dostali na výběr z možností seminář, workshop, akreditovaný kurz, přednáška, konference a jiné. Předpokladem pro vyplnění této otázky byla předchozí znalost těchto pojmů, které nebyly exaktně vysvětlovány. Možnosti vycházely z nabídky dostupných vzdělávacích aktivit ve vzdělávání pracovníků paliativní a hospicové péče. Výběr možností nebyl omezen na jednu odpověď. Na tuto otázku odpovídalo celkem 93 respondentů, kteří na otázku č. 7 odpověděli kladně.



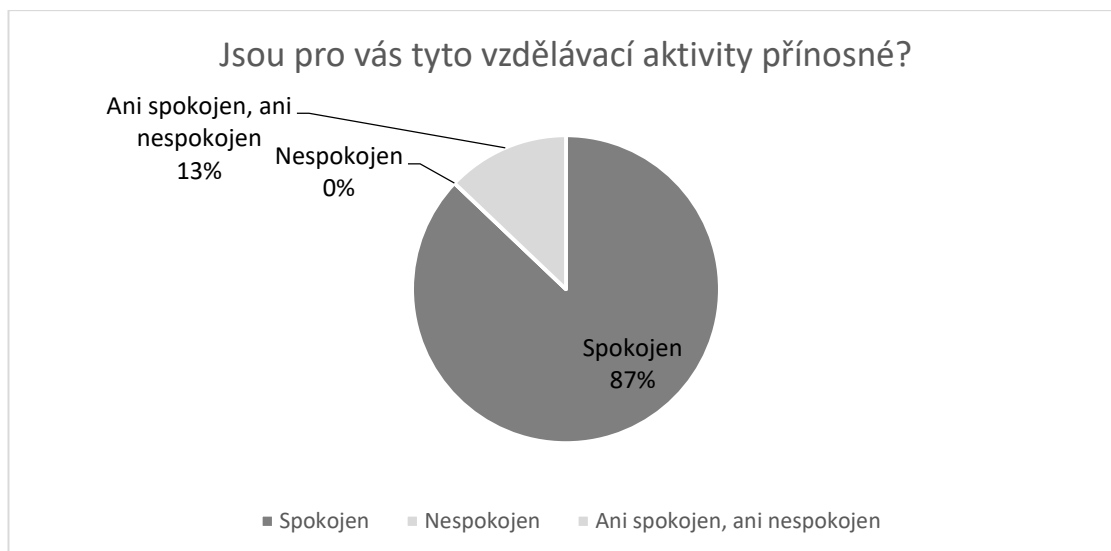
Pozn. Hodnoty jsou uvedeny v absolutních číslech dle počtu odpovědí.

Odpovědi korespondují s aktuální nabídkou vzdělávacích aktivit pro pracovníky<sup>3</sup> nejen v oblasti paliativní a hospicové péče, ale také v obecné rovině přímé péče. Veřejné workshopy v nabídce nenalezneme, ale jejich existenci dokazuje právě tato otázka. Lze předpokládat, že se workshopy konají interní formou případně meziorganizační spoluprací.

#### 10. Jsou pro vás tyto vzdělávací aktivity přínosné?

Odpovědi na otázku byly graficky znázorněny pomocí emotikon, aby strukturu dotazníku zpříjemnily (viz příloha 1, náhled 4). Tyto emotikony byly použity ve třech různých obměnách: Spokojen, Ani spokojen, ani nespokojen, Nespokojen. Ve výsledku této otázky bylo použito právě slovní hodnocení ukryté pod ikonami. Na tuto otázku odpovídalo celkem 93 respondentů, kteří na otázku č. 7 odpověděli kladně.

<sup>3</sup> Nabídka vzdělávacích aktivit je součástí kapitoly 3.



Spokojenost může být důsledkem i vysoké kvality, která tak určuje kvantitu vzdělávacích aktivit. Protože pokud se organizaci vzdělávacích aktivit věnují odborníci z praxe, není možné časté opouštění pracoviště.

11. Když si vzpomenete na Vaši poslední vzdělávací aktivitu, jakou vědomost/znalost/dovednost jste si odnesl/a?

Na otázku nebyly předem stanovené možnosti, ze kterých by si respondenti mohli vybrat. Záleželo zcela na účastnících, jak svoji odpověď formulují. Někteří respondenti vybrali z konkrétních znalostí, které načerpali, někteří odpověď zobecnili. Otázka byla povinná, proto pokud nechtěl respondent odpovědět, musel dotazník opustit nebo napsat alespoň jedno slovo, které by umožnilo ve výzkumu pokračovat. Na tuto otázku odpovídalo celkem 93 respondentů, kteří na otázku č. 7 odpověděli kladně.

Žádný z respondentů neodmítl odpovědět.

**Výčet odpovědí:**

*Komunikační dovednosti.*

*Následkem traumatu může být až disociativní chování, které je těžko rozlišitelné od schizofrenie a deprese, tím pádem pacienti nemají možnost se dostat k adekvátní léčbě.*

*Seznámení s novými léky a léčebnými postupy u specifických podskupin pacientů.*

*Krizová intervence.*

*Nové poznatky z oboru.*

*Rozbor doprovázení umírajících a pečujících z pohledu zkušeností psychiatricky.*

*Kinestetická mobilizace - šetrné zacházení s klientem.*

*Realizace výzkumu v paliativní péči.*

*Přehled o současných trendech v paliativní péči a stav v ČR.*

*Najít vhodný druh krytí do určitého stupně hojení rány.*

*Hranice při práci s klienty.*

*Jak pracovat se stresem, autogenní trénink, komunikace i s jeho rodinou.*

*Jak správně vyměňovat tracheostomii za sterilních možností.*

*Legislativní úpravy.*

*Nové metody individuálního přístupu.*

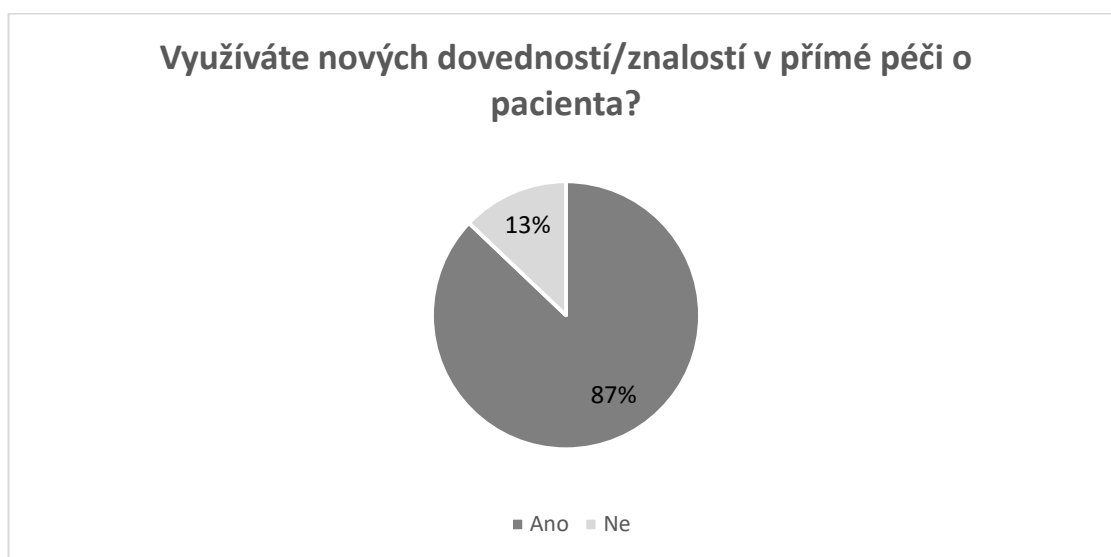
*Psychohygienu.*

*Různé formy neverbální komunikace.*

Při čemž se v jedenácti případech opakovala odpověď *Kinestetické mobilizace*, v sedmnácti *Nové poznatky z oboru*, ve třiceti *Komunikační dovednosti*, ve dvanácti *Psychohygienu*, v šesti *Legislativní úpravy*.

## 12. Využíváte nových dovedností/znalostí v přímé péči o pacienta?

Na tuto otázku odpovídalo celkem 93 respondentů, kteří na otázku č. 7 odpověděli kladně.



Otázka dokládá přínos vzdělávacích aktivit pro pracovníka v jeho profesním životě. Pro zvýšení využitelnosti v přímé péči o klienta je řešením zavedení větší praktické složky do konání vzdělávacích aktivit.

### 13. Znáte projekt ELNEC?



Vzdělávací konsorcium pro zdravotní sestry v oblasti paliativní medicíny nezná 13 % respondentů, kteří zároveň vyplnili jako své pracovní zařazení *Duchovní a Dobrovolník*. Z tohoto důvodu je pochopitelné, že pracovníci mimo zdravotnické zařazení nejsou s projektem obeznámeni.

### 14. Jak by podle vás měla vypadat ideální vzdělávací aktivita?

Respondentům byla položena tato otázka z důvodu zjištění jejich představy o ideální vzdělávací aktivitě za předpokladu, že již v minulosti vzdělávacím procesem prošli a mají prostor pro vyjádření své potřeby. Účastníci výzkumu měli možnost otevřené odpovědi bez předem definovaných možností. Otázka byla povinná, proto pokud nechtěl respondent odpovědět, musel dotazník opustit nebo napsat alespoň jedno slovo, které by umožnilo ve výzkumu pokračovat. Deset odpovědí nelze považovat za relevantní a není možné je zahrnout do interpretace, ale i přesto bylo umožněno účastníkům ve výzkumu pokračovat.

#### **Výčet odpovědí:**

*Teorie - praxe (stážování), zážitkové aktivity.*

*Prakticky využitelná.*

*Zahrnovat informační i sebezkušenostní aktivity.*

*Hodně praktického nácviku a teorie samostudiem.*

*Seminář*

*Propojená teorie s praxí (konkrétní kazuistiky), s osobní zkušeností.*

*Přednáška, konference.*

*Měla by zahrnovat teorii i praxi.*

*Komplexní.*

*Měla by kvalitou obstát v celosvětovém měřítku.*

*Praktická a teoretická část.*

*Přednáška nebo seminář, možnost sdílení zkušeností s pracovníky jiných zařízení.*

*Práce ve skupině - založení na spolupráci.*

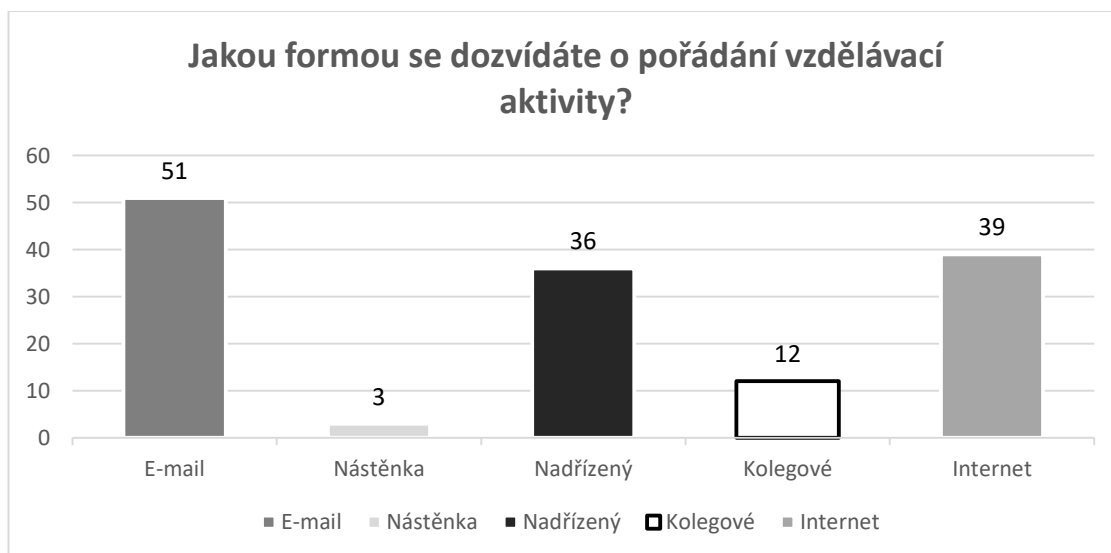
*Měla by se skládat právě z takových kazuistik, ze kterých si můžeme načerpat inspiraci pro vlastní případy.*

*Měla by mít jasný harmonogram s možností variability podle účastníků.*

Odpovědi se ve velké části překrývaly. 35 % respondentů si jako ideální vzdělávací aktivitu představují akci, při které bude propojena teorie a praxe rovnoměrně.

#### 15. Jakou formou se dozvídáte o pořádání vzdělávací aktivity?

Otázka má za cíl identifikovat komunikační kanály, kterými se dostávají informace o vzdělávací akci potenciálním účastníkům – pracovníkům paliativní a hospicové péče. Respondentům byly předloženy nejčastější možnosti informačních cest (e-mail, nástěnka, nadřizovaný, kolegové z oboru z jiných pracovišť, internet).



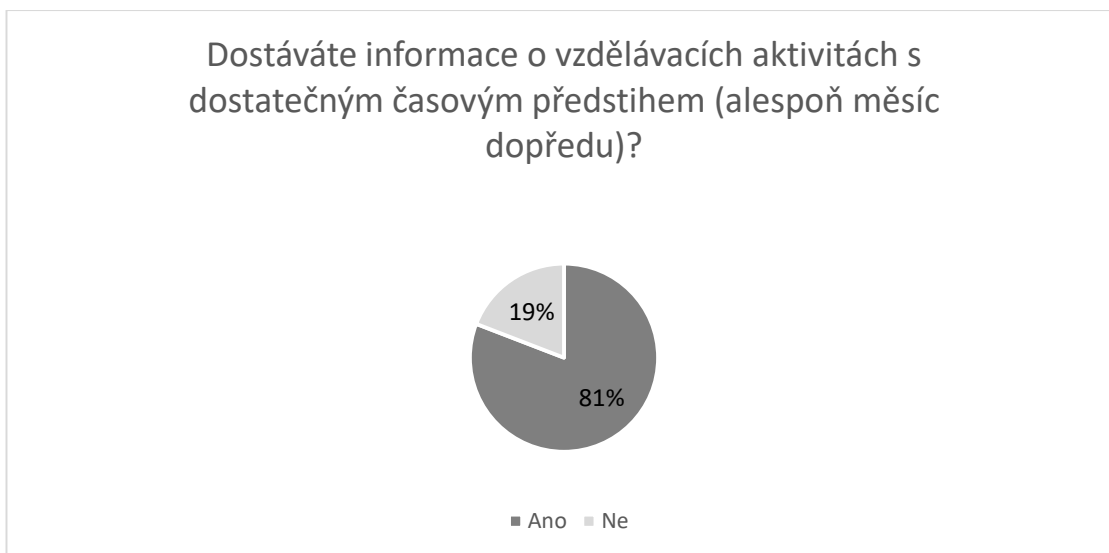
Pozn. Hodnoty jsou uvedeny v absolutních číslech dle počtu odpovědí.

Z výsledků je zřejmé, že nejčastěji se o vzdělávací akci pracovníci dozvídají z e-mailové korespondence (54 %). Dalším informačním zdrojem je internet, který pro zjištění informací o pořádání vzdělávací akce využívá 41 %. Těchto kanálů lze využít i při předávání obsahů vzdělávacích aktivit, což souvisí s možností zvýšení



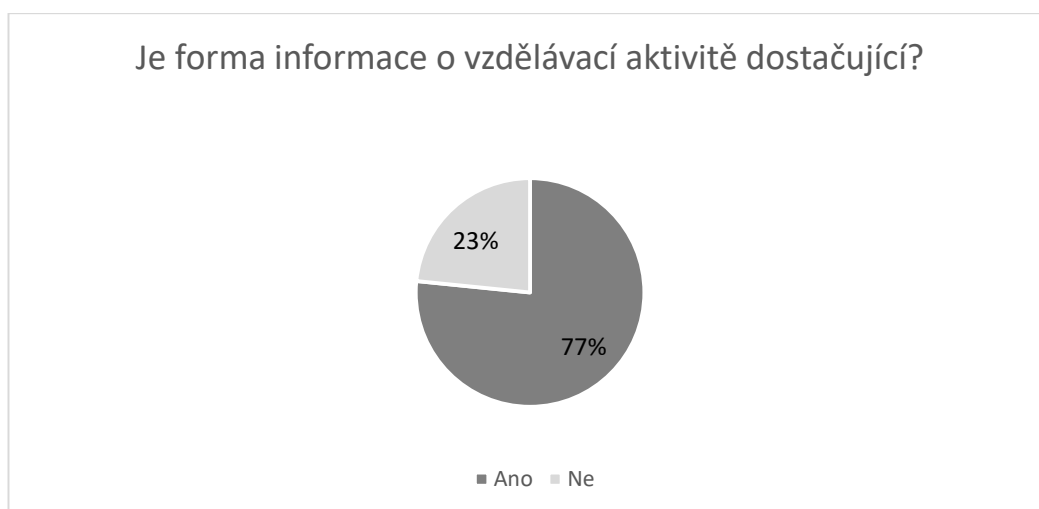
množství dostupných webinářů, které pro pracovníky budou k dispozici kdykoli a kdekoli.

16. Dostáváte informace o vzdělávacích aktivitách s dostatečným časovým předstihem (alespoň měsíc dopředu)?



Pracovníci jsou včas o konání vzdělávací aktivity informováni, ale i zde je prostor pro zlepšení. Organizování aktivit pro pracovníky ve zdravotnictví obecně musí být plánováno několik měsíců dopředu, aby bylo možné zajistit plynulé fungování zařízení/služby. Proto se nabízí řešení detailního zpracování rozvojového plánu ze strany zaměstnavatele a organizování vzdělávacích aktivit alespoň s půlročním předstihem na straně vzdělavatele.

### 17. Je forma informace o vzdělávací aktivitě dostačující?



Z grafu vyplývá, že s formou informace o vzdělávací akci je nespokojeno 23 % respondentů. V následující otázce dostali respondenti prostor k vyjádření své potřeby ve změně předávání informací, které využilo ale více než 23 % respondentů.

### 18. Jakou změnu byste uvítal/a v předávání informace o vzdělávacích aktivitách?

Účastníci výzkumu měli možnost sdílet, jakou změnu by v předávání informací uvítali s tím, že neměli na výběr z žádných předem definovaných odpovědí. Jejich úkolem bylo formulovat změnu pomocí pár vět. Otázka byla povinná, proto pokud nechtěl respondent odpovědět, musel dotazník opustit nebo napsat alespoň jedno slovo, které by umožnilo ve výzkumu pokračovat. Devět z účastníků odpovědělo nerelevantním způsobem, který nebylo možné interpretovat, ale bylo jim umožněno ve výzkumu dále pokračovat.

Dle 60 % respondentů není potřeba žádné změny v předávání informací. Ostatní respondenti navrhli změny, viz výčet odpovědí.

#### **Výčet odpovědí:**

*Nemám potřeby změny.*

*E-mail by měl být cílený na mnou vybrané aktivity (personalizovaný).*

*Další interval předávání informací.*

*Stránky, kde všude aktivita realizována.*

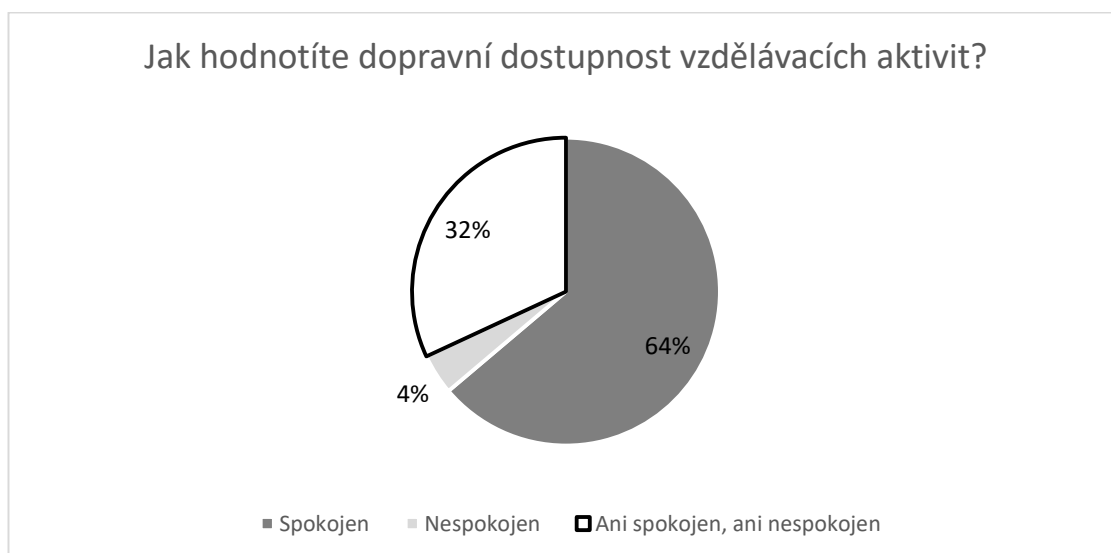
*Ideálně, kdyby se informace soustředily na jednom místě, pod nějakou zastřešující organizací (ČSPM, FMH...).*

*Napsaná škála kurzů, kterých je možno se zúčastnit.*

*Lepší anotace.*

#### 19. Jak hodnotíte dopravní dostupnost vzdělávacích aktivit?

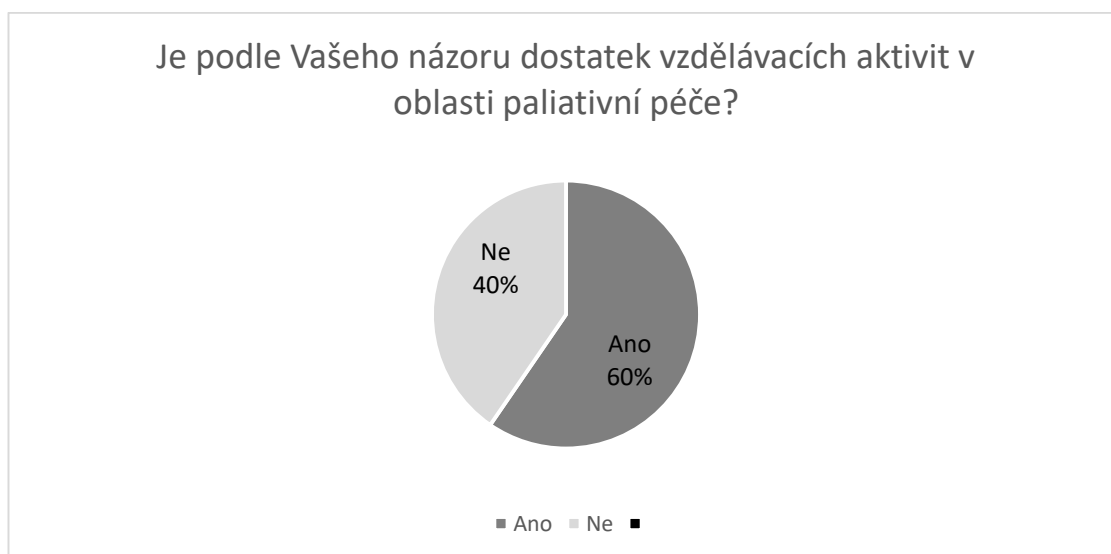
Vzhledem k faktu, že vzdělávací aktivity se ve většině případů odehrávají nejen mimo zařízení, ale i mimo město, ve kterém je zařízení situováno, je důležité myslet na dostupnost a vzdálenost. Respondenti vybírali z emotikon (viz příloha 1, náhled 5). Emotikony byly použity ve třech různých obměnách: Spokojen, Ani spokojen, ani nespokojen, Nespokojen. Ve výsledku této otázky bylo použito právě slovní hodnocení ukryté pod ikonami.



Výsledek může být ovlivněn situovaností vybraných zařízení, která se nachází ve Středočeském kraji a Praze. V těchto oblastech se realizuje nejvíce vzdělávacích aktivit a zařízení od sebe nejsou příliš vzdálena. I přesto 32 % respondentů odpovědělo záporně, což může být zapříčiněno trvalým bydlištěm respondentů nebo absencí řidičského oprávnění.

## 20. Je podle Vašeho názoru dostatek vzdělávacích aktivit v oblasti paliativní péče?

Otázka je určena pro komparaci počtu dostupných kurzů z nabídky uvedených vzdělávacích akcí v kapitole tři s výpovědí respondentů.



Procento dostatečnosti kurzů není vysoké a reflektuje malé množství vzdělávacích aktivit, které byly v předchozí kapitole představeny. Řešením je zvýšení počtu kurzů, o které je mezi pracovníky paliativní péče největší zájem a prohlubování jednotlivých témat.

## 21. Jaká vzdělávací aktivita Vám v nabídce chybí?

Respondenti měli možnost sdílet, jakou vzdělávací aktivitu by v nabídce uvítali s tím, že neměli na výběr z žádných předem definovaných odpovědí. Jejich úkolem bylo formulovat změnu pomocí pár vět. Otázka byla povinná, proto pokud nechtěl respondent odpovědět, musel dotazník opustit nebo napsat alespoň jedno slovo, které by umožnilo ve výzkumu pokračovat. 28 respondentů odpovědělo nerelevantním způsobem, proto nebylo možné jejich odpovědi vyhodnotit, ale ve výzkumu měli možnost dále pokračovat.

### **Výčet odpovědí:**

*Prozatím jsem spokojená, vždy si potřebné aktivity najdeme napříč tématy.*

*Možná více kazuistických seminářů nebo otevřené bálintovské skupiny.*

*Specializovaná neverbální komunikace např. s nemocnými ALS.*

*Hlavně komunikace.*

*Forma: online kurzy, e-learning obsah: kvalitní spirituální péče, etika a právní aspekty PP, fyzioterapie a její využití v PP, obecně osvěta širší veřejnosti (např. pedagogové)- to se ale týká spíše tématu stáří, smrti a umírání, stejně tak edukace úředníků státní správy a samosprávy (i vyšší úrovně) o možnostech PP a spolupráce, pro sociální pracovníky v nemocnicích (to sice není vzdělávání pro nás, ale je užitečné pro usnadnění spolupráce).*

## 22. Chcete něco doplnit?

Účastníci výzkumu dostali závěrem dotazníku prostor k doplnění jakékoli informace, která jim v dotazníku chyběla nebo na kterou chtěli upozornit. 90 % respondentů tohoto prostoru nevyužilo, jeden respondent vyjádřil svou spokojenost s aktuální situací vyjádřením: „Každým rokem se situace velmi zlepšuje a vzdělávacích nabídek přibývá. Hodně vzdělávacích aktivit je realizováno díky podpoře různých projektů - opravdu velkou zásluhu má především Nadační fond AVAST a to v celé ČR.“

### 4.4.5 Testování a ověřování hypotéz

	<b>Hypotézy</b>	<b>Kritérium</b>
H1	Předpokládám, že pracovníci se pravidelně účastní vzdělávacích aktivit.	Hypotéza bude potvrzena, pokud četnost vykazuje znaky pravidelnosti. (1 x měsíčně, 1 x za 3 měsíce, 1x za půl roku)

Hypotéza nebyla potvrzena, vzhledem k faktu, že vyšší procento respondentů odpovědělo, že se vzdělávací aktivity účastní v intervalu 1-5 x ročně. Vzdělávání tak nevykazuje známky pravidelnosti a plánování.

H2	Předpokládám, že pracovníci ve vybraných zařízeních mají nejvyšší formálně dosažené vzdělání v paliativní péči.	Hypotéza bude potvrzena, pokud alespoň 70 % respondentů uvede jako své nejvyšší dosažené vzdělání v paliativní péči.
----	---	--

K potvrzení hypotézy bylo třeba, aby alespoň 70 % respondentů uvedlo své nejvyšší

dosažené vzdělání v paliativní péči, čehož nebylo dosaženo. Z celkového počtu respondentů má jen 15 % nejvyšší dokončené vzdělání v paliativní péči.

H3	Předpokládám, že pracovníci paliativní péče znají projekt ELNEC.	Hypotéza bude potvrzena, pokud alespoň 70 % respondentů odpoví na otázku ano.
----	--	---

Znalost projektu zaměřeného na vzdělávání zdravotních sester v oblasti paliativní medicíny uvedlo 70 % účastníků tohoto výzkumu. Tímto bylo naplněno kritérium hypotézy.

H4	Předpokládám, že o pořádaných vzdělávacích aktivitách jsou pracovníci v paliativní péči dostatečně (místo, čas, forma) a včas (alespoň měsíc dopředu) informováni.	Hypotéza bude potvrzena, pokud alespoň 70 % respondentů zhodnotí informovanost o vzdělávacích aktivitách jako dostačující.
----	--	--

Při ověřování čtvrté hypotézy potvrdilo včasné informování o konání vzdělávací akce v paliativní péči 81 % respondentů. Na základě tohoto údaje můžeme uvádět hypotézu jako naplněnou.

H5	Předpokládám, že množství a dostupnost pořádaných vzdělávacích aktivit pro pracovníky paliativní péče je dostačující.	Hypotéza bude potvrzena, pokud bude alespoň 70 % spokojeno s množstvím pořádaných vzdělávacích aktivit.
----	---	---

77 % respondentů uvedlo nabídku pořádaných vzdělávacích aktivit jako dostačující. Dle mého názoru je 23 % respondentů, kteří vidí dostupnost vzdělávacích aktivit jako nedostačující, relativně vysoká hodnota. Hypotéza byla sice potvrzena, ale zároveň nám identifikuje procentuální množství pracovníků paliativní péče, kteří by uvítali lepší dostupnost. Řešením může být větší množství webinářů, jejichž nabídka je uvedena v kapitole 3.

H6	Předpokládám, že znalosti, dovednosti, vědomosti z vzdělávacích aktivit pracovníci	Hypotéza bude potvrzena, pokud alespoň 70 % využívá nové znalosti, dovednosti, vědomosti a poznatky
----	--	---

	využívají v praxi a jsou pro ně přínosné.	v praxi a zároveň je hodnotí jako přínosné.
--	---	---

87 % respondentů potvrdilo přínos vzdělávacích aktivit. Zároveň stejné procento respondentů uvedlo, že nově nabytých znalostí, dovedností, vědomostí a poznatků v přímé péči o pacienta běžně využívá. Na základě tohoto výsledku lze hypotézu označit za potvrzenou.

#### 4.5 Diskuze

Výzkumné šetření obsahovalo celkem šest hypotéz, z nichž se čtyři potvrdily a dvě byly vyvráceny.

H1	Nepotvrzena
H2	Nepotvrzena
H3	Potvrzena
H4	Potvrzena
H5	Potvrzena
H6	Potvrzena

Hlavní význam mého výzkumu spočívá v potvrzení hypotézy, která předpokládá, že pracovníci nabídku vzdělávacích aktivit považují za dostačující. Hypotéza byla sice potvrzena, ale prostor na zlepšení se zde podle odpovědí respondentů nachází. Respondenti dostali prostor k vyjádření svých vlastních vzdělávacích potřeb a v komparaci s perspektivou dostupných vzdělávacích akcí bylo zjištěno, že pracovníci ocení větší množství vzdělávacích aktivit.

Z analýzy vyplývá, že vzdělávání pracovníků paliativní a hospicové péče je aktuálním tématem. Respondenti uvedli, že jsou pro ně vzdělávací aktivity přínosné. Většina z nich v praxi získané znalosti/dovednosti/vědomosti využívá a zároveň projeví zájem o více aktivit spojených se stážemi a praktickými ukázkami. Podle nabídky vzdělávacích aktivit, která byla uváděna ve třetí kapitole, jsou stáže organizacemi nabízeny. Kapacita stáží je však omezena a dle pravidel zařízení,

kteře stáže poskytují, nemají stážisté možnost ovlivnit čas, kdy stáž budou absolvovat.

Vzdělavacích aktivit je relativně nízký počet a postupně se rozvíjí společně s paliativní medicínou. Těmata vzdělavacích aktivit jsou odrazem aktuálních potřeb paliativní péče a zahrnují psychosociální, komunikační a zdravotnickou oblast. Přičemž kurzy zaměřené výhradně na komunikaci jsou ve velmi malém počtu (2 kurzy). Toto považuji za nedostatek v nabídce kurzů, vzhledem k tomu, že každá profese v paliativní péči vyžaduje prohlubování dovedností komunikace. I sami respondenti ve svých odpovědích zmiňovali potřebu většího počtu kurzů na komunikační dovednosti.

V šetření se ukázalo pomocí hypotéz, že vzdělavacích aktivit se neúčastní všichni pracovníci paliativní péče, což dále vede k otázkám co je důvodem neúčasti zda jde:

- omezený výběr vzdělavacích aktivit (viz kapitola tři);
- pracovníci nepocítují potřebu rozvoje a to i přesto, že pouhých 15 % má nejvyšší formálně dokončené vzdělání v oboru paliativní péče;
- není možné z provozních důvodů pracoviště opustit na delší časový úsek (zaměstnavatel by ale měl v rámci zkvalitňování sociální služby zaměstnanci umožnit vzdělávání a rozvoj)
- nebo jsou v profesi krátkou dobu, za kterou ještě nestihli žádnou aktivitu absolvovat.

Dle získaných informací lze stanovit několik problematických rovin.

Rovina	Důkaz	Řešení
Informovanost	H4	Zavedení obecného informačního kanálu pro všechny pracovníky paliativní péče
Počet vzdělavacích aktivit	H5	Rozšíření portfolia kurzů
Rovnoměrnost témat	Kapitola č. 3 nabídka vzdělavacích aktivit	Rozšíření portfolia kurzů o kurzy na komunikační dovednosti
Dostupnost	H5	Větší množství webinářů



Obecně se musí vzdělávání v paliativní péči shodovat s potřebami, které jsou nastaveny v rámci jednotlivých složek systému (ambulantní, lůžkové, hospicové). Z důvodu nutné multidisciplinarity týmu v paliativní péči je důležité, aby vzdělávání probíhalo právě v rámci těchto týmů. (Payneová 2007, s. 672) Společně mohou pracovníci absolvovat kurzy komunikačních dovedností a psychosociální podpory. Naopak v oblasti zdravotnické péče by se měli vzdělávat pouze pracovníci lékařské a zdravotnické profese.

Při přípravě šetření jsem předpokládala, že ve vybraných zařízeních hospicové péče je převážná většina pracovníků se zdravotnickým zaměřením. Z celkového počtu respondentů mého dotazníkového šetření bylo ale lékařského nebo zdravotnického zaměření pouze 19 %. Mohu proto doporučit pro realizaci příštích výzkumných šetření zohlednění tohoto výsledku. Důvodem pro toto doporučení je fakt, že jsou to dvě odlišné skupiny, které mají jiné:

- vzdělávací potřeby,
- kvalifikační podstatu,
- tematická zaměření,
- dokončené formální vzdělání.

Je nutné připomenout, že účastníky byly i pracovníci v sociálních službách, jejichž nejvyšší dokončené vzdělání je základní. V porovnání např. s lékaři je jejich znalostní základna jiná.

Pro šetření bylo jako metoda zvoleno elektronické dotazování, které je jednou z nejrychlejších možných zpětných vazeb, ale má jak své klady, tak své zápory. Do kladů určitě můžeme zařadit možnost vyplnit dotazník kdekoliv, kdykoliv a na všech elektronických zařízeních. S tím ale souvisí zápory, jako je například možnost opustit dotazník již před dokončením (nedokončilo 36 respondentů), odkládat vyplnění dotazníků aj. Z tohoto důvodu se v závěrečné fázi spuštění dotazníku osvědčilo ještě osobní připomenutí a žádost o vyplnění dotazníků.

## 5 Závěr

Hospice nebo léčebny dlouhodobě nemocných nejsou pouze místa plná dezinfekce, smrti a beznaděje. Jsou to místa, kde probíhá trochu jiný život. Pacienti se neléčí, ale pouze tiší svou bolest, přijímají svůj osud a připravují se na poslední den. S rozvojem moderních technologií se lidé dožívají daleko více let než dříve a i přes závažnost a rychlou progresi některých onemocnění mohou poslední dny života prožít velmi kvalitně a relativně spokojeně. Jak již bylo několikrát zmíněno, téma smrti bývalo v naší společnosti tabuizováno. V posledních letech se pomocí kampaní a programů paliativních zařízení a služeb dostalo do povědomí většiny společnosti.

Pracovníci, kteří se paliativní péčí zabývají, jsou k tomuto povolání z velké části dle mého názoru předurčení. Jejich psychická odolnost, dovednost aktivního naslouchání a další dovednosti se můžeme jen stěží naučit ve školách. Naučit se lze technologie zdravotnické péče, ale péče o duši pacienta vychází i z vlastní osobnosti pracovníka. Proto je důležité zabývat se pracovníkem jak z profesní, tak z osobní roviny.

Cílem práce byla analýza současného vzdělávání pracovníků v oblasti paliativní péče v porovnání s identifikovanými vzdělávacími potřebami pracovníků, kteří pečují o umírající pacienty. Při analýze bylo zmapováno 57 kurzů, z nichž je 35 akreditováno ministerstvem zdravotnictví. Dle této analýzy bylo identifikováno nedostatečné množství kurzů zaměřených na komunikační dovednosti a organizační záležitosti. Přičemž dle výzkumného šetření, které jsem realizovala ve vybraných zařízeních, je zřejmé, že vzdělávání pracovníků je povinnou součástí, ale nevychází až na supervizi z individuálních potřeb pracovníků. Bylo vyhodnoceno několik nedostatků, které lze odstranit pomocí mnohdy snadných činností. Mezi hlavní z nich řadím kromě nízkého počtu vzdělávacích aktivit také předávání informací o konání vzdělávacích aktivit. Řešením může být vytvoření on-line platformy, která bude sloužit pouze pracovníkům paliativní péče, bude obsahovat harmonogram všech akcí určených pouze pro tuto cílovou skupinu a zároveň zde bude prostor pro archivaci vzdělávacích materiálů.

Vzdělávání je v současné době stále se rozvíjející oblast, která v některých odvětvích plní místo rozvojové funkce funkci stabilizační. Pracovníci mají o vzdělávací aktivity zájem, chtějí se rozvíjet a jsou vděční za znalostní posun. Bohužel ve zdravotnických zařízeních není možné celý personál uvolnit na

výcvikové soustředění a musí být počítáno s mnoha proměnnými, aby mohl pracovník být uvolněn na vzdělávací akci.

Vzhledem k pokrokům v moderní medicíně a uváděním nových léčiv na trh, je vysoce pravděpodobné, že brzy budou pacienti v zařízeních paliativní péče ještě delší časový úsek než nyní. Zároveň je na místě zdůraznit zvýšený výskyt závažných nevléčitelných chorob, které způsobují velmi razantní snížení věku dožití, které je doprovázeno nepříjemnými obtížemi nezvladatelnými vlastními silami. Z tohoto důvodu bude klíčová kvalifikační i praktická vybavenost pracovníků paliativní péče, aby byli v pracovním procesu efektivní a flexibilní v různých situacích.

## 6 Soupis bibliografických citací

1. APHP. *Standardy kvality specializované paliativní péče*. Praha: 2016. [on-line]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/>.
2. APHP. *Koncepce hospicové péče pro Českou republiku*. Praha: 2017. [on-line]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/uploads/Koncepce%20hospicov%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De%20pro%20%C4%8CR%20-%20final.pdf>
3. ARMSTRONG, Michael. *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1407-3.
4. Asociace mentoringu. *Mentoring*. 2019. Dostupné z: <http://www.asociacementoringu.cz/mentoring/>
5. BEARD, Colin, John P. WILSON. *Experiential learning: a best practice handbook for educators and trainers*. Philadelphia: Kogan Page, 2006. ISBN 978-07-494-4489-1.
6. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.
7. Centrum paliativní péče. *Vzdělávání*. 2019. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/vzdelavani>
8. Cesta domů. *Adresář služeb – seznam*. 2019. Dostupné z: [https://www.umirani.cz/adresar-sluzeb/seznam?field\\_adresar\\_typ\\_value=domaci\\_hospic](https://www.umirani.cz/adresar-sluzeb/seznam?field_adresar_typ_value=domaci_hospic)
9. Cesta domů. *Historie*. 2016. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/historie>
10. Cesta domů. *Výroční zpráva o činnosti za rok 2018*. 2018. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/dokumenty>
11. Cesta domů. *Vzdělávání*. 2019. Dostupné také z: <https://www.cestadomu.cz/vzdelavani>
12. ČERMÁK, Martin. Hospicová paliativní péče. *Zdravotnické noviny* [online]. 2007, **2007**(1) [cit. 2019-04-21]. ISSN 0044-1996. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/Hospice%20ZDN%2007-07.doc>.

13. ČESKO. *Metodika Programu Podpora paliativní péče - zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče* [online]. Praha, 2019 [cit. 2019-05-04]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Unie/obsah/vyzva-3986\\_8.html](http://www.mzcr.cz/Unie/obsah/vyzva-3986_8.html)
14. ČESKO. *Práva pacientů*. 2005. Dostupné také z: <https://www.mpsv.cz/cs/840>
15. ČESKO. *Rozhodnutí o akreditaci* [online]. Praha, 2015 [cit. 2019-05-04]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/file/acc2d34b6ff9286ae00359f1d5b733296f31658b>
16. ČESKO. *Zákon č. 20/1966 Sb., zákon o péči o zdraví lidu* [online]. Praha, 1966. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1966-20>.
17. ČESKO. *Zákon č. 48/1997 Sb., zákon o veřejném zdravotním pojištění* [online]. Praha, 1997. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>
18. ČESKO. *Zákon č. 198/2002 Sb., Zákon o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů (zákon o dobrovolnické službě)* [online]. Praha, 2002. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-198>
19. ČESKO. *Zákon č. 95/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta* [online]. Praha, 2004. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95#cast2>.
20. ČESKO. *Zákon č. 96/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)* [online]. Praha, 2004. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
21. ČESKO. *Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách* [on-line]. Praha, 2006. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast8>
22. ČESKO. *Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)* [online]. Praha, 2011. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
23. Český rozhlas, *Téma smrti je v České republice stále tabu* [on-line]. Praha, 2011. Dostupné z: [http://www.rozhlas.cz/nabozenstvi/zpravy/\\_zprava/tema-smrti-je-v-ceske-republice-stale-tabu--958353](http://www.rozhlas.cz/nabozenstvi/zpravy/_zprava/tema-smrti-je-v-ceske-republice-stale-tabu--958353)

24. ČSPM ČLS JEP, *Strategie rozvoje paliativní medicíny a péče v České republice v letech 2015-2020* [on-line]. Brno: NF AVAST, 2016. Dostupné z: [https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/06/strategie\\_paliativni\\_pece\\_pripominkoverizeni\\_fin\\_prani.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/06/strategie_paliativni_pece_pripominkoverizeni_fin_prani.pdf)
25. ČSÚ, *Ženy a muži v datech – 2017* [on-line]. Praha, 2017. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/zeny-a-muzi-v-datech-2017>
26. FORMAN, Walter B. *Hospice and palliative care: concepts and practice*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett, 2003. ISBN 978-07-637-1566-3. Dostupné také online z: <https://books.google.cz/books?id=5UiqsyFcm2QC&printsec=frontcover&dq=hospice+and+palliative+care&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwj82pHqsMzbAhXBWSwKHWPEAJIQ6AEIKDAA#v=onepage&q=hospice%20and%20palliative%20care&f=false>
27. FRANCOVÁ, Naďa, ŠAFRÁNKOVÁ, Jana, ed. *Sociálně ekonomické aspekty typologie hospicových domů: Social and economical aspects of inpatient hospice units typology*. Praha: ČVUT v Praze, Fakulta stavební, 2007. ISBN 978-80-010-3800-0.
28. HANUŠ, Petr. *Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný*. Sociální práce [online]. 2007, 2007(1), 5-6 [cit. 2019-06-30]. ISSN 1213-6204. Dostupné z: [http://www.socialniprace.cz/soubory/1-2007\\_rolsocialnihopracovnika-120116134909.pdf24](http://www.socialniprace.cz/soubory/1-2007_rolsocialnihopracovnika-120116134909.pdf24).
29. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
30. Hospic Dobrého Pastýře. *O nás*. 2019. Dostupné z: <https://www.hospic-cercany.cz/o-nas/>
31. Hospic Dobrého Pastýře. *Výroční zpráva o činnosti za rok 2018*. 2018. Dostupné z: <https://www.hospic-cercany.cz/wp-content/uploads/2019/06/2018-1.pdf>
32. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
33. KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4225-3.

34. KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
35. KOCIANOVÁ, Renata. *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada, 2010. Psyché. ISBN 978-80-247-2497-3.
36. KOUBOVÁ, Michaela. *Zákon o paliativní péči může situaci v Česku zlepšit. Ovšem jen tehdy, bude-li jeho příprava promyšlená*. Zdravotnický deník [online]. 2017 [cit. 2019-06-11]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2017/03/zakon-o-paliativni-peci-muze-situaci-v-cesku-zlepsit-ovsem-jen-tehdy-bude-li-jeho-priprava-promyslana/>
37. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.
38. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
39. LENDEROVÁ, Milena, Tomáš JIRÁNEK a Marie MACKOVÁ. *Z dějin české každodennosti: život v 19. století*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1683-4.
40. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-3171-1.
41. Mobilní hospic Ondrášek. *Centrum vzdělávání*. 2019. Dostupné z: <http://ondrasek.elischka.cz/cz/centrum-vzdelavani>
42. Nemocnice milosrdných sester sv. Karla Boromejského. *Výroční zpráva o činnosti za rok 2017*. 2017. Dostupné také z: <https://www.nmskb.cz/files/o-nas/vyrocnizprava-2017-v2.pdf>
43. Nemocnice Rudolfa a Stefanie, a.s. *Výroční zpráva o činnosti za rok 2018*. 2018. Dostupné také z: <https://www.hospital-bn.cz/wp-content/uploads/2019/06/V%c3%bdro%c4%8dn%c3%ad-zpr%c3%a1va-rok-2018-compressed.pdf>
44. Nemocnice Rudolfa a Stefanie, a.s. *Oddělení následné péče*. [online]. 2019 [cit. 2019-07-04]. Dostupné z: <https://www.hospital-bn.cz/oddeleni/oddeleni-nasledne-pece/vice-informaci-o-cinnosti-oddeleni/>

45. PALÁN, Zdeněk. *Lidské zdroje: výkladový slovník: výchova, vzdělání, péče, řízení*. Praha: Academia, 2002. ISBN 80-200-0950-7.
46. PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-25-1.
47. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3558-0.
48. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNEK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.
49. PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9.
50. RADBRUCH, Lukas, Sheila PAYNE. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě* [online]. Praha: Cesta domů, 2010. Dostupné z: [https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy\\_a\\_normy\\_hospicove\\_a\\_paliativni\\_pece\\_v\\_europe.pdf](https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy_a_normy_hospicove_a_paliativni_pece_v_europe.pdf)
51. RUAH, a.s.. *Výroční zpráva o činnosti za rok 2018*. 2018. Dostupné také z: <http://ruah-ops.cz/wp-content/uploads/V%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD-zpr%C3%A1va-2018.pdf>
52. SIEBEROVÁ, Jana. *Hospic: příběh naplněné naděje*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2016. ISBN 978-80-7553-038-7.
53. SKÁLA, Bohumil. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-03-9.
54. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
55. SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 978-80-239-4330-6.



56. SLÁMOVÁ, Regina, Alžběta MARKOVÁ, Petra KUBÁČKOVÁ a Barbora ANTONOVÁ. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika, 2018. ISBN 978-80-266-1279-7.
57. STEINHAUSER, Karen E., Elizabeth C. CLIPP, Maya MCNEILLY, Nicholas A. CHRISTAKIS, Lauren M. MCINTYRE a James A. TULSKY. In Search of a Good Death: Observations of Patients, Families, and Providers. *Annals of Internal Medicine* [online]. 2000, **132**(10) [cit. 2019-01-22]. DOI: 10.7326/0003-4819-132-10-200005160-00011. ISSN 0003-4819. Dostupné z: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-132-10-200005160-00011>
58. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
59. THE, Anne-Mei. *Paliativní péče a komunikace*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-24-4.
60. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatrická paliativní péče a péče o umírající*. Česká geriatrická revue, 2004, roč. 1, č. 2, s. 14-21. ISSN 1214-0732.
61. ULRICHOVÁ, Monika. *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie : [monografie]*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0.
62. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra. ISBN 978-80-247-4082-9.
63. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada., 2006. ISBN 978-80-247-3742-3.
64. VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2004. ISBN 978-80-247-6761-1.

## 7 Příloha

### Příloha A

#### Hlavní město Praha

##### Hospic Malovická - L

Malovická 3304/2, 140 00 Praha 4 Tel.: 725 424 753 [recepce.malovicka@centrum.cz](mailto:recepce.malovicka@centrum.cz)  
[www.hospicmalovicka.cz](http://www.hospicmalovicka.cz)

##### Hospic Štrasburk, o.p.s. - L

Bohnická 12, 180 00 Praha 8 - Bohnice Tel.: 283 853 256 [kancelar@hospicstrasburk.cz](mailto:kancelar@hospicstrasburk.cz)  
[www.hospicstrasburk.cz](http://www.hospicstrasburk.cz)

**Obrázek č. 1:** Seznam hospiců v oblasti Hlavní město Praha včetně kontaktů

Zdroj: Hospice v ČR. In: Asociace hospiců [online]. 2017 [cit. 2019-07-16]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/hospice-v-cr>

#### Středočeský kraj

##### Nadační fond Klíček - M

Podpora vážně nemocných dětí a jejich rodin Renoirova 654, 152 00 Praha 5 Tel: 775 204 109  
[klicek@klicek.org](mailto:klicek@klicek.org) [www.klicek.org](http://www.klicek.org)

##### RUAH, o.p.s. - M

Tyršova 2061, 256 01 Benešov, Tel.: 773 628 142 [info@ruah-ops.cz](mailto:info@ruah-ops.cz) [www.ruah-ops.cz](http://www.ruah-ops.cz)

##### Tři, o.p.s., Hospic Dobrého Pastýře - L, M

Sokolská 584, 257 22 Čerčany, Tel.: 731 648 977 [hornikova@hospic-cercany.cz](mailto:hornikova@hospic-cercany.cz) [www.hospic-cercany.cz](http://www.hospic-cercany.cz)

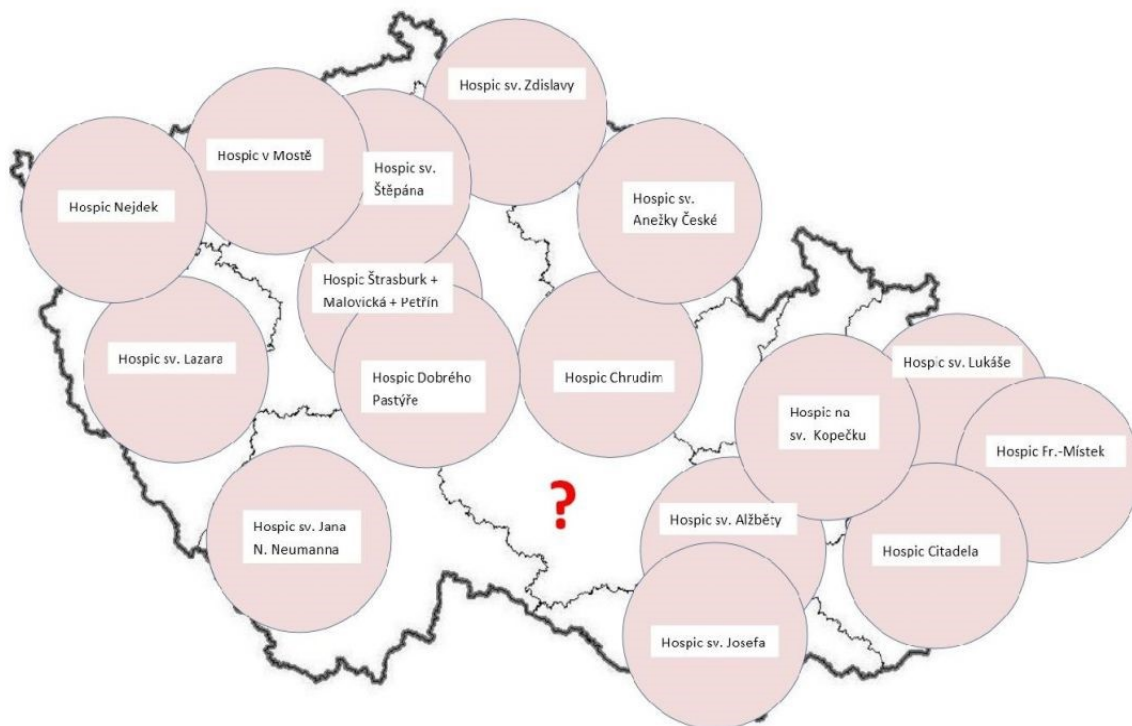
##### HOSPIC TEMPUS, z.s. - M

Mratínská 564, 250 65 Bašť, Tel.: 602 610 184 [petrackova@hospictempus.cz](mailto:petrackova@hospictempus.cz) [www.hospictempus.cz](http://www.hospictempus.cz)

**Obrázek č. 2:** Seznam hospiců v oblasti Středočeský kraj včetně kontaktů

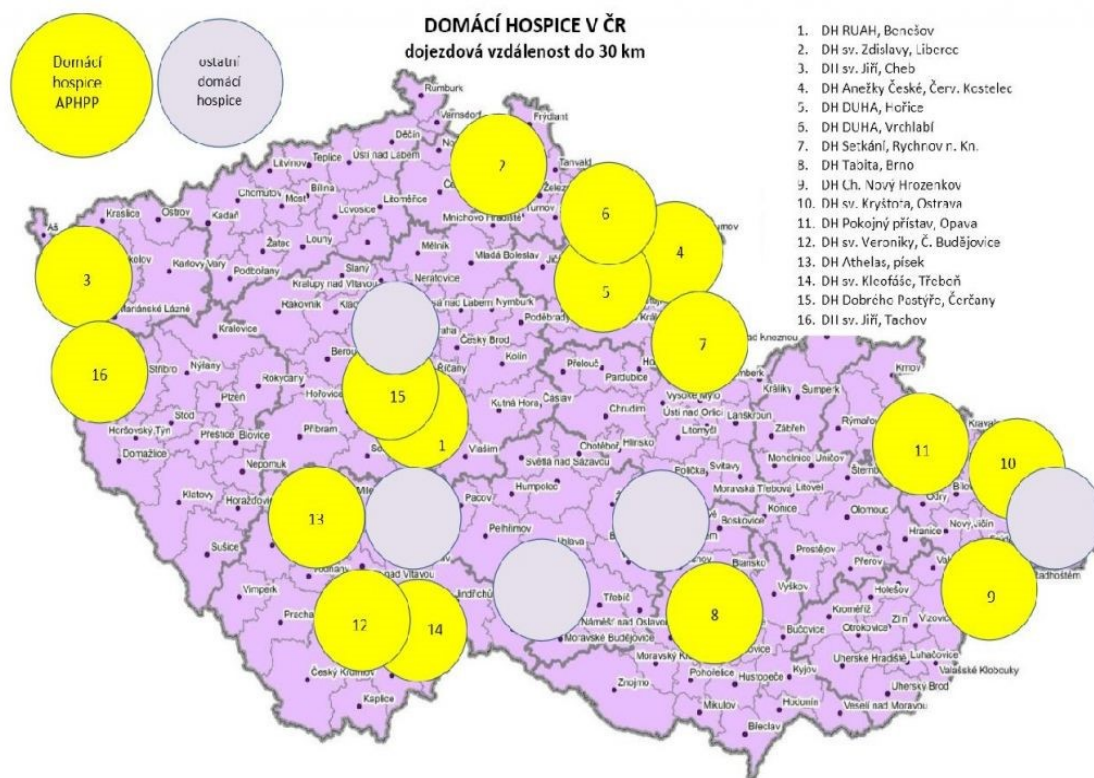
Zdroj: Hospice v ČR. In: Asociace hospiců [online]. 2017 [cit. 2019-07-16]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/hospice-v-cr>

dojezdová vzdálenost do 50 km



**Obrázek č. 3:** Mapa lůžkových hospiců v České republice

Zdroj: Hospice v ČR. In: Asociace hospiců [online]. 2017 [cit. 2019-07-16]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/hospice-v-cr>



**Obrázek č. 4:** Mapa pokrytí domácí hospicové péče v České republice

Zdroj: Hospice v ČR. In: Asociace hospiců [online]. 2017 [cit. 2019-07-16]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/hospice-v-cr>

<b>Praha</b>	<b>Domácí hospic Cesta domů</b>
<b>Praha - Zbraslav</b>	<b>Mobilní hospic Most k domovu</b>
<b>Praha 5</b>	<b>Péče doma – mobilní hospic, z.ú.</b>

**Obrázek č. 5:** Seznam mobilních hospicových služeb v Praze

Zdroj: Adresář služeb – seznam. In: Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé\_\_\_\_[online]. 2019 [cit. 2019-07-16]. Dostupné z: [https://www.umirani.cz/adresar-sluzeb/seznam?field\\_adresar\\_typ\\_value=domaci\\_hospic](https://www.umirani.cz/adresar-sluzeb/seznam?field_adresar_typ_value=domaci_hospic)

<b>Kraj</b>	<b>Smluvní poskytovatel</b>	<b>Ulice</b>	<b>Místo</b>	<b>PSČ</b>
01 - Hlavní město Praha	01311000 - Nemocnice Na Františku	Na Františku 847/8	Praha 1	11000
01 - Hlavní město Praha	02259000 - Nemocnice sv.Alžběty spol.s r.o.	Na Slupi 6	Praha 2	12848
01 - Hlavní město Praha	02368000 - Dopravní zdravotnictví a.s.	Italská 37/560	Praha 2	12143
01 - Hlavní město Praha	04679000 - Thomayerova nemocnice	Vídeňská 800	Praha 4	14059
01 - Hlavní město Praha	04757000 - MEDICON Hospitals s.r.o.	Antala Staška 1670/80	Praha 4	14046
01 - Hlavní město Praha	05434000 - Fakultní nemocnice v Motole	V Úvalu 84	Praha 5	15006
01 - Hlavní město Praha	06353000 - Domov sv.Karla Boromejského	K šancím 50/6	Praha 6	16300
01 - Hlavní město Praha	06372000 - Léčebna dlouhodobě nemocných v Praze 6	Chittussiho 1a	Praha 6	16000
01 - Hlavní město Praha	06408000 - INTERNA Co, spol. s r.o.	Chitussiho 1	Praha 6	16000
01 - Hlavní město Praha	06530000 - ÚVN- Vojenská fakultní nemocnice Praha	U vojenské nemocnice 1200/1	Praha 6	16902
01 - Hlavní město Praha	08279000 - Psychiatrická nemocnice Bohnice	Ústavní 91/7	Praha 8	18102
01 - Hlavní město Praha	08299000 - Gerontologické centrum	Benákova 1600/5	Praha 8	18200
01 - Hlavní město Praha	10433000 - Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	Šrobárova 50	Praha 10	10034
01 - Hlavní město Praha	10499000 - Léčebna dlouhodobě nemocných Vršovice	Oblouková 7	Praha 10	10100
01 - Hlavní město Praha	10637000 - MSCARE s.r.o.	Tesaříkova 1028/4	Praha 10	10200
02 - Středočeský kraj	20110000 - GERIMED a. s.	Vítkovo nám. 3	Sedlec - Prčice	25791
02 - Středočeský kraj	21003000 - Nemocnice Beroun - LDN	Prof. Veselého 493	Beroun	26656
02 - Středočeský kraj	22128000 - GARC Kladno, s.r.o.,	Fr.Kloze 37	Kladno	27201
02 - Středočeský kraj	23200000 - Oblastní nemocnice Kolín, a.s.	Žižkova 146	Kolín	28000

02 - Středočeský kraj	23333000 - Nemocnice Český Brod s.r.o.	Žižkova 282	Český Brod	28201
02 - Středočeský kraj	24451000 - Městská nemocnice Čáslav	Jeníkovská 348	Čáslav	28601
02 - Středočeský kraj	26012000 - Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.	V. Klementa 147	Mladá Boleslav	29350
02 - Středočeský kraj	27011000 - Městská nemocnice Městec Králové a.s.	Prezidenta Beneše 343	Městec Králové	28903
02 - Středočeský kraj	28015000 - Léčebna dlouhodobě nemocných na Vojkově	K Nemocnici 83	Tehovec - Vojkov	25162
02 - Středočeský kraj	28658000 - Nemocnice Říčany a.s.	Smiřických 315	Říčany	25101
02 - Středočeský kraj	28660000 - PP Hospitals, s.r.o.	Brázdimská 1000	Brandýs nad Labem	25001
02 - Středočeský kraj	29039000 - Filimed s.r.o.	Nad Bahnivkou 231	Říčany	25101
02 - Středočeský kraj	30602000 - Oblastní nemocnice Příbram, a. s.	Gen R. Tesaříka 80	Příbram I	26101
02 - Středočeský kraj	31093000 - Léčebna dlouhodobě nemocných	Dukelských hrdinů 200	Rakovník	26901

**Obrázek č. 5:** Seznam zařízení Léčebna dlouhodobě nemocných na území Prahy a Středočeského kraje.

Zdroj: Léčebny dlouhodobě nemocných. In: Všeobecná zdravotní pojišťovna [online]. 2019 [cit. 2019-07-16]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/seznamy-center-a-szz/lecebny-dlouhodobě-nemocnych>



**Obrázek č. 6:** Logo zpravodaje Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče.

Zdroj: Zpravodaj Rovnováha. In: Asociace hospiců [online]. 2017 [cit. 2019-07-16].

Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/hospice-v-cr>

**Analýza vzdělávacích potřeb pracovníků v paliativní péči**

Jste žena/muž? \*

Žena  
 Muž

Je vaše nejvyšší dosažené vzdělání se specializací v paliativní péči? \*

Ano  
 Ne

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? \*

ZŠ  
 SŠ  
 VOŠ (DiS, ...)   
 VŠ (Bc.)  
 VŠ (MUDr., Mgr., ...)

S jakými členy týmu se setkáváte na pracovišti? \*

Zdravotní sestra/bratr  
 Paliatr  
 Sociální pracovníce/pracovník  
 Duchovní  
 Dobrovolníci  
 Žádným

Jaké je Vaše pracovní zařazení? \*


Zdravotní sestra/bratr  
 Paliatr  
 Sociální pracovníce/pracovník  
 Dobrovolník  
 Duchovní  
 Jiné

Jakou formou poskytlujete paliativní péči? \*

Lůžková hospicová péče  
 Domácí hospicová péče  
 Léčebna dlouhodobě nemocných

[Další strana](#)

0%

Provozováno na  


Tento dotazník je určen výhradně pro [studijní účely](#).

Náhled č. 1 Dotazník v on-line verzi pro počítače.



**Analýza vzdělávacích potřeb pracovníků v paliativní péči**

Jste žena/muž? \*

Žena

Muž

0%

Náhled č. 2 Dotazník v on-line verzi pro tablety.

## Analýza vzdělávacích potřeb pracovníků v paliativní péči

Jste žena/muž? \*

Žena

Muž

0%



Náhled č. 3 Dotazník v on-line verzi pro mobilní telefony.

**Jsou pro vás tyto vzdělávací aktivity přínosné? \***



Náhled č. 4 Grafické znázornění odpovědí otázky č. 10 pro zjištění přínosu absolvované vzdělávací aktivity.

**Jak hodnotíte dopravní dostupnost vzdělávacích aktivit? \***



Náhled č. 5. Grafické znázornění odpovědí otázky č. 19 pro zjištění spokojenosti s dopravní dostupností vzdělávacích aktivit