

# Potřeby nemocných v hospicové péči

Tereza Hermannová

---

Bakalářská práce  
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2023/2024

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Tereza Hermannová**  
Osobní číslo: **H20136**  
Studijní program: **B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství**  
Forma studia: **Prezenční**  
Téma práce: **Potřeby nemocných v hospicové péči**

## Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.  
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti potřeb nemocných v hospicové péči.  
Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.  
Formulace kritérií pro výběr participantů.  
Realizace výzkumu formou rozhovoru.  
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.  
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

**Seznam doporučené literatury:**

- BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
- GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství: příručka pro domácí paliativní týmy*. Praha: Grada, 2007. 99 s. ISBN 978-80-0632-571.
- MARKOVÁ, A. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 4. aktual. vyd. Praha: Cesta domů, 2023. 183 s. ISBN 978-80-88455-09-7.
- MARRELI, T. M. *Hospice and Palliative Care Handbook: Quality, Compliance, and Reimbursement*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International, 2018. 326 p. ISBN 978-194-5157-455.
- STEPHEN, C. R. *Hospice and Palliative Care: The Essential Guide* [online]. 3rd ed. London: Routledge, Taylor and Francis Group, 2018. 306 p. ISBN 978-1-315-08036-9. Available from: <https://web.p.ebscohost.com/>
- TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. 4. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. 261 s. ISBN 978-80-7013-590-7.

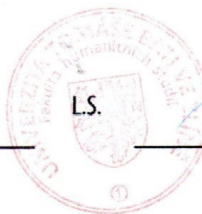
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Sylvie Chvatíková**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **3. listopadu 2023**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2024**

---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



**Mgr. Věra Vránová, Ph.D.**  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2024

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně ...6.5.2024

---

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

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

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě

*pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

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

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

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

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

*(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

*3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

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

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

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá potřebami nemocných v hospicové péči. Práce se skládá z části teoretické a praktické. Teoretická část se věnuje potřebám, hospicové a paliativní péči, problematice umírání a samotné smrti a jen okrajově multidisciplinárnímu týmu. Praktická část je zpracována kvalitativní metodou technikou rozhovoru. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou potřeby nemocných v hospicové péči. Z výsledků vyplývá, že se jedná především o potřeby empatického a ohleduplného přístupu ze strany personálu.

Klíčová slova: Potřeby, nevléčitelně nemocní, uspokojování potřeb, hospicová péče, paliativní péče

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals with the needs of patients in hospice care. The thesis consists of theoretical and practical parts. The theoretical part deals with the needs, hospice, and palliative care, the issue of dying and death itself, and only marginally with the multidisciplinary team. The practical part is elaborated by the qualitative method of technique interview. The main aim of the bachelor thesis was to find out what the needs of patients in hospice care are. The results show that these are mainly needs for the staff's empathetic and considerate approach.

Keywords: Needs, incurables, fulfillment of the needs, hospice care, palliative care

Velmi ráda bych poděkovala paní Mgr. Sylvii Chvatíkové, vedoucí mé bakalářské práce, za podporu, důvěru, trpělivost a čas, který mi v průběhu psaní věnovala. Za cenné informace a rady, které mi poskytla, kdykoli jich bylo potřeba. Poděkování patří i všem participantům, kteří se zúčastnili mého výzkumného šetření.

Úvodem této práce by snad bylo vhodné připomenout nesmrtelné verše Jana Wericha a Jiřího Voskovce pro píseň „Život je jen náhoda“, která zazněla ve filmu „Peníze nebo život“ (Honzl, 1932).

... život plyne jak voda a smrt je jako moře.

Každý k moři dopluje, někdo dříve a někdo později,

kdo v životě miluje, ať neztrácí naději...

Ti, kdo řekou života dopluli až ke břehu moře smrti, potřebují někoho, kdo jim dodá odvahu vstoupit do neznáma a zbaví obav a bolesti.

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

## **OBSAH**

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 DEFINICE POTŘEBY</b> .....	<b>11</b>
1.1 KLASIFIKACE POTŘEB.....	11
1.1.1 Biologické potřeby .....	12
1.1.2 Psychické potřeby .....	12
1.1.3 Sociální potřeby.....	12
1.1.4 Spirituální potřeby.....	13
1.2 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB A JEJICH PŘEKÁŽKY .....	13
1.3 HODNOCENÍ POTŘEB.....	15
1.4 KOMUNIKACE JAKO POTŘEBA NEMOCNÉHO.....	16
<b>2 HOSPICOVÁ A PALIATIVNÍ PÉČE</b> .....	<b>18</b>
2.1 HOSPICOVÁ PÉČE.....	19
2.1.1 Formy hospicové péče.....	19
2.2 PALIATIVNÍ PÉČE .....	21
2.2.1 Dělení paliativní péče.....	22
2.2.2 Rozšíření specializované paliativní péče.....	23
2.3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM .....	24
2.4 UMÍRÁNÍ A SMRT .....	25
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>28</b>
<b>3 POPIS VÝZKUMU</b> .....	<b>29</b>
3.1 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	29
3.2 METODIKA VÝZKUMU .....	29
3.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU .....	30
3.4 VÝZKUMNÁ METODA.....	31
3.4.1 Otevřené kódování pomocí zakotvené teorie .....	31
3.4.2 Kategorie .....	31
<b>4 ANALÝZA A INTERPRATACE DAT</b> .....	<b>46</b>
<b>5 DISKUZE</b> .....	<b>50</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>53</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>55</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>60</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>61</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>62</b>



## ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá potřebami nemocných v hospicové péči. Toto téma jsem si zvolila, protože mě tato problematika oslovila už v prvním ročníku na stáži v hospicovém zařízení. Empatický přístup ze strany ošetřujícího personálu k pacientům mě překvapil a potěšil, a proto jsem se začala hlouběji zabývat potřebami a pocity pacientů právě v hospicové a paliativní péči. Chtěla jsem zjistit, co potřebují, co je pro ně důležité a jak jim můžeme pomoci v jejich nelehké situaci.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje dvě kapitoly. První kapitola je věnována potřebám, rozdělením, uspokojováním a hodnocením a jako poslední komunikaci. Ve druhé kapitole je popsána hospicová a paliativní péče, jejich dělení a možnosti. Součástí je také problematika umírání a samotné smrti. Okrajově je zmíněný multidisciplinární tým, kde jsou popsány vlastnosti sestry.

Praktická část byla zpracována kvalitativním výzkumem s metodou rozhovoru. Cílem práce bylo zjistit, jaké jsou potřeby nemocných v hospicové péči. Pro výzkum byly stanoveny dílčí cíle s výzkumnými otázkami, které zjišťovaly nejdůležitější potřeby, spokojenost se saturací a jak jim nemoc změnila život a ovlivnila jejich potřeby. Výsledky šetření jsou uvedeny v kapitole analýza a interpretace dat. V závěru práce jsou zodpovězeny výzkumné otázky a v neposlední řadě navržena doporučení pro praxi.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 DEFINICE POTŘEBY

Trachtová (2018, s. 10) definuje potřebu jako: „*Potřeba je projevem nějakého nedostatku nebo přebytku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím zcela zásadně vytváří vzorec chování jednotlivce.*“

Šamánková (2011, s. 12) definuje potřebu jako: „*Stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní.*“

### 1.1 Klasifikace potřeb

Nejznámější klasifikací je Maslowova hierarchie potřeb, která nevychází z chování jedince, ale z pocitování naléhavosti daných potřeb (Plevová, 2019, s. 97).

Abraham Harold Maslow, americký psycholog a spoluzakladatel humanistického proudu psychologie, v roce 1943 prezentoval tzv. „Motivační teorii“, dnes známou jako „*pyramida potřeb*“ (Příbyl, 2015, s. 34-35; Šamánková, 2011, s. 26). Ve své teorii uvádí, že jsou jedinci motivováni hierarchií potřeb, a proto je Maslow rozdělil na nižší a vyšší. „Nižší“ jsou základní, tedy fyziologické. Náleží k nim uspokojení biologických a fyzických potřeb, zajištění jistoty a bezpečí. Ty „Vyšší“, člověka někam posouvají, je schopen díky nim růst, vyvíjet, seberealizovat a socializovat se. Člověk je neustále poháněn motivací k uspokojení nějaké potřeby, protože stav plné spokojenosti je krátkodobý. Dojde-li k neuspokojení řádově nižších, nastává deficit. Ten se odráží v naplňování těch vyšších, a to může působit na chování jedince (Plevová, 2019, s. 97; Trachtová, 2018, s. 13-14).

Původní hierarchie z roku 1943 zahrnovala 5 oblastí, kdy na prvním stupni jsou potřeby **fyziologické**. Na druhém se nachází **bezpečí a jistota**. Třetí obsahuje potřebu **lásky, přijetí a spolupatříčnosti**, čtvrtá **uznání a úcty** a poslední, nejvyšší a nejdůležitější je **seberealizace** (Šamánková, 2011, s. 26-27). Později, Maslow, teorii upravil a doplnil o další tři úrovně: **kognitivní** (poznávací), **estetická** (symetrie, krása) a **sebetranscendence** (něco přesahujícího samotného člověka). Potřebu sebetranscendence, i když to tak autor původně zamýšlel, později uznal, že nemusí být vždy dosažena po naplnění potřeb základních (Příbyl, 2015, s. 34).

V ošetrovatelství je na člověka pohlíženo jako na celek, bytost komplexní, a proto je v rámci holistického přístupu uplatňován bio-psycho-socio-spirituální model (Plevová, 2019, s. 107). Tuto teorii podporuje i paliativní péče, která mimo jiné usiluje o zkvalitnění života nemocných s důrazem na všechny tyto čtyři oblasti potřeb (Bužgová, 2015, s. 41).

### **1.1.1 Biologické potřeby**

Základní, biologické potřeby jsou nezbytné pro fungování organismu. Sem patří vše, co nemocné tělo vyžaduje, jako je potřeba přijímat potravu, u některých diagnóz zvláště upravenou, následně se musí co nejpřirozeněji vyprázdnit bez různých podpůrných prostředků a pro své bytí mít dostatek kyslíku. Nezbytné je motivovat nemocného k dostatečné tělesné aktivitě, aby nedocházelo ke ztrátě svalové hmoty, a předešlo se dalším komplikacím. Pokud pacient nadále nebude schopný pohybu, je potřeba nemocného správně polohovat. Pacienti, především na konci života, ztrácejí chuť k jídlu a pití, a proto je důležité zajistit jim dostatečnou nutriční, hydratační a zvlhčovací sliznic, aby nepocíťovali sucho v ústech (Plevová, 2019, s. 116; Svatošová, 2012, s. 21).

### **1.1.2 Psychické potřeby**

Ke každému nemocnému je důležité přistupovat s respektem a nezávisle na jeho fyzickém stavu, vždy zachovat lidskou důstojnost. Každá lidská bytost je jedinečná, s vlastním životním posláním, proto je nutné ji respektovat a snažit se ji pochopit i v posledních dnech její nemoci. Pocit jistoty a bezpečí potřebují nemocní právě v těchto těžkých chvílích nejvíce, protože jim pomáhá překonat strach a obavy, zvláště pokud se ocitli v neznámém prostředí. Vztah s ošetrujícím personálem, založený na důvěře, umožňuje pacientovi otevřeně komunikovat o čemkoliv. Zásadní je nikdy pacientovi nelhat, protože jakékoliv, i malé zklamání, může narušit profesní pouto (Plevová, 2019, s. 116; Svatošová, 2012, s. 22).

### **1.1.3 Sociální potřeby**

Každý člověk je bytost sociální, a proto by neměl žít ani umírat sám. Potřebuje mít okolo sebe své blízké nebo empatické lidi, kteří mu dávají pocit lásky a sounáležitosti. Umí jej vyslechnout, když to potřebuje. Laskavá, upřímná slova, stejně jako prostá přítomnost někoho z rodiny, mohou významně pomoci a podpořit nemocného v jeho posledních dnech (Plevová, 2019, s. 116-117; Svatošová, 2012, s. 22).

### 1.1.4 Spirituální potřeby

Spiritualita je vnímána jako něco nadpřirozeného, nepoznaného, co jedince přesahuje. Nemá pevně stanovenou definici, protože každý ji chápe individuálně. Někteří ji spojují s duchovnem a náboženskými tradicemi, zatímco jiní vidí spiritualitu i v kráse okolního světa, mezilidských vztazích, hledání smyslu života a uvědomění si své smrtelnosti. (Kvasničková, 2016, s. 1; Sováriová Soósová, 2022, s. 12-13). Spiritualita v podstatě poskytuje jedincům motivaci k překonání obtížných životních situací, nabízí odpovědi na jejich otázky, osvobozuje je od beznaděje a usiluje o nalezení životní rovnováhy (Kisvetrová, 2018, s. 95).

Dlouhou dobu byly spirituální potřeby pacientů potlačovány, nejen v Evropě, ale i ve světě (Svatošová, 2012, s. 23). V poslední době začalo nejen zdravotnictví, ale i mnoho vědeckých oborů věnovat této oblasti větší pozornost. Principy holistické péče se stále více prosazují v ošetrovatelství, což zvyšuje zájem o spirituální potřeby pacientů (Sováriová Soósová, 2022, s. 12). I když nemusí všichni zdravotnický personál být v těchto oblastech plně orientovaný, stačí, když nemocnému naslouchá, věnuje se mu a svou přítomností jej podporuje, ctí a respektuje. Duchovní podporu může poskytnout kdokoliv v okolí pacienta, nejen kněz nebo pastorační pracovník. Pochopení, uspokojení a hodnocení těchto potřeb jsou neoddělitelnou součástí ošetrovatelské péče (Kvasničková, 2016, s. 2; Sováriová Soósová, 2022, s. 89-90).

## 1.2 Uspokojování potřeb a jejich překážky

Pro každého člověka jsou základní potřeby podobné, avšak způsob, jakým jsou uspokojovány, se může lišit. Každý jedinec má potřebu výživy, odpočinku, bezpečí, lásky a mnoho dalších, ale cesta k naplnění je individuální. Tato variabilita je způsobena různými přesvědčeními, postoji a hodnotami, které jsou pro každého člověka odlišné. Uspokojování může proběhnout dvěma způsoby: **žádoucím** nebo **nežádoucím**. Žádoucím způsobem neuškodí člověk ani sobě ani okolí, na rozdíl od nežádoucího, kdy můžeme poškodit sebe, své blízké i své okolí (Trachtová, 2018, s. 10).

Historicky se uspokojování potřeb datuje do minulosti, kdy byla péče poskytována nemocným a umírajícím, kteří potřebovali jídlo a ubytování (Slamková a Poledníková, 2013, s. 15). Člověk instinktivně uspokojuje své potřeby tím, že dýchá, spí, přijímá potravu, vyměšuje a pohybuje se, aniž by nad tím přemýšlel. Tímto způsobem se automaticky stará o sebe i o své tělo. Když jsou tyto potřeby naplněny, člověk se cítí vyrovnaný a klidný,

což mu umožňuje věnovat se potřebám vyšším. Naopak, pokud nejsou efektivně saturovány, mohou se dostavit pocity frustrace, úzkosti a vnitřního neklidu (Příbyl, 2015, s. 41-42).

Faktory determinující saturaci potřeb jsou jak objektivní, mezi které se řadí vývojové období jedince, věk, pohlaví, vzdělání, rodinné zázemí, postavení ve společnosti, potřeba dopomoci při pohybu a hygieně, tak subjektivní, jako je pozitivní pohled na sebe sama. Člověk se lépe vyrovnává s nepříjemnými životními situacemi, pokud je spokojený sám se sebou. Mezilidské vztahy jsou subjektivní, ale mohou být hodnoceny i objektivně, pokud se jedná o vztahy mezi personálem a pacientem (Šamánková, 2011, s. 23-24).

Ullrich (2019, s. 2-8) ve své studii zjistil, že únava, bolest, slabost a nevolnost se vyskytuje častěji u žen než u mužů. Ženy se také obecně lépe vyrovnávají s psychickými problémy, se ztrátou autonomie, s nemocí, umíráním a smrtí než muži. Pravděpodobně je to dáno tím, že jsou ženy otevřenější a nebojí se o svých pocitech a problémech mluvit, vyhledávají psychologickou podporu častěji, na rozdíl od mužů, kteří se s problémy vyrovnávají raději sami. Je to možná dáno i tradiční výchovou v rodinách, kdy muži měli být ti silnější a odolnější.

Bariéry, které mohou narušit efektivní saturaci potřeb, zahrnují **osobní faktory**, jako je možný pocit studu nebo přílišného podceňování sebe sama, **psychické faktory**, kdy jedinec nemusí být schopen požádat o pomoc kvůli obavám nebo nedůvěře k personálu, **jazykové bariéry**, jež mohou způsobit komunikační šum nebo obtíže při dorozumívání se pacientem, **faktory prostředí**, které mají zásadní vliv na adaptaci jedince a jeho psychický stav, a nakonec **neschopnost porozumět mluvenému slovu**, což může vést k obavám pacientů ze znovu položených otázek z důvodu možného nepochopení prvního vyslechnutí. Zdravotnický personál by měl tyto bariéry brát v úvahu a přistupovat ke každému pacientovi tak, aby se jim vyhnul (Příbyl, 2015, s. 46).

Neuspokojením fyzických i psychických potřeb se zvyšuje zátěž nejen pro pacienta, ale i pro pečovatele, kteří sdílejí jejich utrpení. Zejména v oblasti psychického zdraví vytvářejí pacienti na pečovatele emocionální tlak ovlivňující poskytovanou péči. Tento tlak může vést k oboustrannému konfliktu, kdy pacient není spokojen s péčí a pečovatel s jeho nevhodným chováním. Dochází ke snížení kvality poskytované péče a vzájemné ztrátě důvěry (Wang et al., 2018, s. 22-25).

Zdravotnický personál se často soustředí na potřeby, které jsou patrné, především na ty fyziologické. Mezi ně nejčastěji patří bolest a únava, které jsou snadno rozpoznatelné

a pacienti je mohou lépe popsat a vyhodnotit. Proto jsou tyto potřeby v nemocnicích často v popředí péče a klade se na ně větší důraz než na ostatní, které jsou „skryté“ a nelze je snadno zpozorovat v chování a mimice pacienta, ale jsou stejně důležité pro jeho pohodu. Zároveň jsou bolest a únava nejčastějšími symptomy spojenými s koncem života (Finucane et al., 2021, s. 8-11).

### 1.3 Hodnocení potřeb

Zlepšení kvality života nemocného a jeho rodiny je hlavním cílem paliativní péče, která se soustředí na účinné posuzování jejich potřeb. Jak je uvedeno v úvodu této kapitoly, paliativní péče vychází z bio-psycho-socio-spirituálního modelu, který přistupuje k pacientovi jako k celku, tedy jako k bytosti holistické. Správná identifikace a zhodnocení potřeb nemocného jsou klíčovým ukazatelem kvalitní ošetrovatelské péče. Proto je důležité, aby kladl důraz na tyto potřeby a přání, aby se předešlo jejich neuspokojení (Bužgová et al., 2013, s. 310).

Důkladné posouzení potřeb, nejen pacienta, ale i jeho rodiny, umožňuje identifikovat oblasti, ve kterých jsou nedostatky, nebo naopak, která oblast je pro ně důležitá a na tu se zaměřit. Klíčovou roli při nastavení péče hraje samotný pacient, který určuje, co je pro něj prioritní. Následně se vyhodnotí, jak byla péče účinná, a zda byly potřeby naplněny či nikoliv. Na základě tohoto hodnocení může tým sestavit cíleně zaměřený plán péče, který pomůže pacientovi zlepšit kvalitu jeho života (Bužgová, 2015, s. 43).

V zahraničí se používá mnoho různých měřících nástrojů k posouzení potřeb pacientů v oblasti paliativní a onkologické péče. Autorka Bužgová et al., (2013, s. 310) uvádí, že v České republice jsou pouze dotazníky určené k hodnocení kvality péče onkologicky nemocných, ale nástroje k hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči chybí. Proto vznikl dotazník **PNAP** (Patient Needs Assessment in Palliative Care), první český dotazník hodnotící potřeby pacientů v paliativní péči zaměřující se na nejběžnější bio-psycho-socio-spirituální potřeby. Tento dotazník obsahuje sedm domén. Tyto zahrnují: fyzické symptomy, sociální oblast, respekt a podporu od zdravotnického personálu, smysl života a smíření se s ním, autonomii, možnost sdílení emocí a duchovní potřeby. V dotazníku pacienti vyhodnocují důležitost konkrétní potřeby a zároveň hodnotí, zda byla tato potřeba uspokojena, pomocí stupnice od 1 (vůbec) do 5 (velmi) (Bužgová, 2015, s. 45).

## 1.4 Komunikace jako potřeba nemocného

Komunikace je proces výměny nebo sdílení informací mezi dvěma a více zdroji, buď **verbálně** anebo **neverbálně**. Neverbální komunikace nepoužívá slova, nýbrž gesta, mimiku, doteky, oční kontakt a zejména tón hlasu. Dále se komunikace dělí na **přímou**, probíhající z očí do očí, a **nepřímou**, která se často odehrává v elektronické nebo psané podobě (Dostálová, 2016, s. 27).

V medicínském a ošetrovatelském prostředí je efektivní komunikace klíčová pro získání informací o pacientovi, jeho nemoci, potřebách a rodině. Tyto informace umožní vytvořit plán péče, která vede ke zkvalitnění života pacienta i jeho rodiny (Sláma et al., 2022, s. 55). Většina pacientů oceňuje, když léčebný tým spolupracuje s nimi na plánu péče přímo na pokoji. Nabývají pocitu, že se na léčbě aktivně podílí (Zweers et al., 2019, s. 951-952).

Právě v paliativní péči jsou nemocní a umírající na neverbální komunikaci citliví. Více si všimají sebemenších detailů v řeči a mimice personálu. Mnoho pacientů považuje sestry za blízké osobnosti, ke kterým mají důvěru, na rozdíl od lékařů, kteří jsou spíše jako prostředníci. Z toho vyplývá, že by sestry měly být pozorné k emocionálnímu stavu pacientů, sledovat jejich výrazy, projevy diskomfortu a příznaky deprese, neboť jsou schopny tyto signály identifikovat a reagovat na ně jako první. Důvěru a pozitivní vztah mezi sestrou a pacientem lze budovat i prostřednictvím komunikace verbální. Ta by měla být upřímná, jednoduchá, bez odborných termínů, a probíhat v klidném prostředí. Sestra má být trpělivá, empatická, mluvit pomalu, srozumitelně, klást jednoduché otázky a poskytovat pacientovi dostatek času na zvážení odpovědí (Dostálová, 2016, s. 33-34; Zweers et al., 2019, s. 951-952).

Komunikace s umírajícím pacientem je obzvlášť těžká, protože být poslem špatných zpráv bývá i pro mnohé zkušené profesionály problémem. Mnozí nich jsou přesvědčeni o tom, že by pacient tyto zprávy neunesl a nezvládl by je přijmout. Pacienti se budou tázat na detaily týkající se jejich onemocnění, léčby a prognózy, proto jednoduchá, otevřená a pravdivá odpověď je důležitá. Při sdělování prognózy by neměl lékař nikdy vzít hned z počátku pacientovi naději, naopak, měl by jej ujistit, že nic není ztraceno, že tento boj nebojuje sám, je ním rodina, přátelé, a především celý zdravotnický tým (Kübler-Ross, 2015, s. 39-41).

Pro případ, že nemá lékař s pacientem přechodí vztah a je nucen oznámit mu nepříznivou diagnózu, byl na počátku 21. století zaveden a schválen systematický protokol známý jako **SPIKES** viz příloha (P I). Ten poskytuje jednoduchý a praktický rámec pro komunikaci



s pacienty, zejména s těmi, u nichž byla stanovena diagnóza rakoviny. Tento protokol, skládající se ze šesti kroků, usnadňuje lékařům komfortně a citlivě sdělit pacientům závažnost jejich onemocnění (Prabhu et al., 2023, s. 1-4).

## 2 HOSPICOVÁ A PALIATIVNÍ PÉČE

Na hospicovou a paliativní péči se nejen v evropských zemích, ale i ve světě nepohlíží jednotně. Chybí pevně stanovená definice, jak v odborné literatuře, tak i v legislativě. Přesto se Evropská unie pokusila o sjednocení a stanovení norem a standardů pro tyto dvě péče. Není to ovšem jednoduché, protože existují velké rozdíly v poskytování péče a názorech na ni mezi jednotlivými státy, národy a různými národnostními menšinami. Vytvoření jednotné definice pro všechny země je v praxi nemožné. Jak se předpokládalo, po stanovení norem se péče v mnoha zemích nerozvinula tak, jak bylo v očekáváno. V některých státech převažují kamenná zařízení, kdežto jinde dominuje péče domácích. Tyto rozdíly jsou ovlivněny kulturními, tradičními a geografickými podmínkami jednotlivých zemí (Kisvetrová, 2018, s. 13; Radbruch et al., 2010, s. 7-14).

Už ve 4. století se objevují zmínky o útulcích pro zdravé i nemocné poutníky poblíž obchodních cest vedoucích do měst. Postupem času poskytovali mniši a řádové sestry v kláštorech péči unaveným poutníkům do svatých míst. Tato péče zahrnovala stravu, léky, ošetření bolavých nohou a duchovní podporu. Kláštery později začaly pečovat i o nemocné v okolních vesnicích a obcích. Již v 19. století byly v Irsku a v Londýně založeny křesťanskými řády domy pro umírající. Tato zařízení lze považovat za předchůdce současných hospiců (Slamková a Poledníková, 2013, s. 15; Tomeš et al., 2015 s. 14).

Dr. Cecilly Saundersová, anglická lékařka, přišla po Druhé světové válce s myšlenkou hospicové péče, ve které se zaměřila na komplexní péči o umírající, nejen po stránce fyzické, ale i psychické a spirituální, při současném zachování důstojnosti života (Svatošová, 2011, s. 123). Stala se tak zakladatelkou moderního hospicového hnutí a dala roku 1967 podnět k zřízení prvního moderního hospice St. Christopher Hospice v Londýně (Slamková a Poledníková, 2013, s. 17). V této době se z Velké Británie stává kolébka hospicového hnutí a je jí dodnes (Svatošová, 2011, s. 123). Idea Dr. Saundersové pomohla rozvinout další hospicová a paliativní zařízení v západní Evropě a následně i v USA, kde se další průkopnicí novodobé hospicové péče stala Dr. Elisabeth Kübler-Rossová, která napsala významné dílo „O smrti a umírání“ (Slamková a Poledníková, 2013, s. 17).

Myšlenky na zřízení paliativní a hospicové péče se u nás se začaly rozvíjet až po roce 1989. Do té doby ČR v této oblasti lehce pokulhávala za vyspělejšími zeměmi (Bužgová, 2015, s. 20). První lůžkové oddělení paliativní péče bylo roku 1992 otevřeno v Babicích nad Svitavou. Později se, ve spolupráci s českou představitelkou hospicového

hnutí MUDr. Marií Svatošovou, začala rozvíjet péče o umírající, a to především ve formě lůžkové hospicové péče (Kisvetrová, 2018, s. 33). Ta se zasloužila o zřízení prvního hospice u nás. Byl to Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, který byl otevřen roku 1995. Později se z něj stalo oddělení následné péče, a nakonec bylo zařízení uzavřelo úplně (Tomeš et al., 2015, s. 16; Svatošová, 2011, s. 123).

## 2.1 Hospicová péče

Hospicová péče poskytuje péči jedincům v terminálním stádiu života, podporuje je, aby mohli své poslední chvíle prožít co nejpohodlněji, zajišťuje jim důstojné umírání a po jeho smrti i podporu rodiny (Stephen, 2018, s. 2). Při poskytování péče není brán ohled na věk, pohlaví, kulturní zázemí, národnost a přesvědčení jedince. Je dostupná pro všechny, kteří ji potřebují v rámci své diagnózy (Marrelli, 2018, s. 2).

Wright (2017, s. 4) zdůrazňuje, že hospicová péče přistupuje k pacientům holisticky. Soustředí se na všechny aspekty bio-psycho-socio-spirituálních potřeb jedince, neboť v konečném stádiu života se různá přání a požadavky mění. Z tohoto důvodu je klíčová účast multidisciplinárního týmu odborníků, kteří společně vypracují individuální plán péče s cílem zajistit co nejlepší pohodlí umírajícího. Cílem hospicové péče je co nejmenší utrpení pacienta, tlumení bolesti a symptomů spojených s onemocněním, poskytování neomezené přítomnosti rodiny a přátel (Marrelli, 2018, s. 7).

Počátkem 21. století se kromě hospicové péče začaly tvořit tzv. domácí, mobilní hospice, které jsou schopny zajistit péči o pacienty v domácím prostředí. Péče je v obou případech zajišťována odborníky tvořícími multidisciplinární tým (Sláma et al., 2022, s. 323).

### 2.1.1 Formy hospicové péče

#### 2.1.1.1 Lůžkový hospic

Hospic je samostatně stojící, zdravotně sociální, lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči nemocným v terminálním stádiu života. Tato péče nevede k uzdravení, ale ke zkvalitnění života, vytvořením příjemného prostředí pro pacienta, respektováním jeho potřeb a zároveň poskytuje jemu, i jeho rodině sociální podporu a poradenství. Klade také důraz na úlevu od fyzického, i duchovního strádání v závěru života nemocného (Stiborová a Frei, 2018, s. 9; Tomeš et al., 2015, s. 13-14).

Přijetí do hospice je podmíněno život ohrožujícím, nebo pokročilým onemocněním, na které běžná péče nestačí, neefektivní hospitalizací v nemocnici, nemožností se o pacienta postarat v domácím prostředí či přáním pacienta (Mišinová, 2016, s. 25). Je nutné podat žádost, která obsahuje informace o zdravotním stavu pacienta. Tu podává ošetřující lékař v nemocnici, sociálním zařízení nebo praktický lékař. Nutností je souhlas pacienta s umístěním do zařízení. Pokud není pacient svéprávný, je potřeba souhlasu pečující osoby (Sláma et al., 2022, s. 324).

Hospicová zařízení umožňují ubytování člena rodiny společně s nemocným a snaží se vytvořit prostředí co nejvíce podobné jeho domovu (Mišinová 2016, s. 25). I přes to si stále mnoho lidí spojuje hospic s místem, kam umísťují nevléčitelně nemocné, o které se nemohou nebo nechtějí starat, nebo kam se chodí umírat. Tento názor je často ovlivněn tabuizujícím přístupem k tématu smrti a obavami spojenými s ní (Tomeš et al., 2015, s. 75).

#### ***2.1.1.2 Stacionární paliativní péče***

Stacionář je specializované zařízení fungující jako služba, kam mohou pacienti docházet dennodenně. Tato centra mají pro pacienty denní péči i program. Pokud je pacientův stav stabilizován, a chtěl by strávit nějaký čas s jinými, stejně nemocnými lidmi, nebo si rodina potřebuje cokoliiv zařídit, jít do práce, nebo ulehčit od neustálé péče, pak může tyto služby využít. Ráno pacienta rodina doveze a odpoledne si jej vyzvedne. Může chodit každý den nebo jednou týdně, záleží na domluvě (Svatošová, 2011, s. 119-120). Dopravu do zařízení obstarává rodina nebo hospic, proto je tato forma vhodná spíše pro nemocné, kteří mají toto zařízení v blízkosti bydliště. Cena se odvíjí od kvality služeb, hradí se buď paušální sazbou, nebo si je financuje přímo rodina (Antonová et al., 2018, s. 34).

#### ***2.1.1.3 Mobilní hospic***

Mobilní hospic, také nazývaný hospicová domácí péče, je jednou ze čtyř forem péče poskytovaných v domácím prostředí, která zároveň představuje specializovanou formu paliativní péče. Jeho hlavním účelem je poskytovat odbornou péči, zmírňovat symptomy nemoci a léčit bolest a utrpení pacientů. Poskytuje psychickou a duchovní podporu nejen pacientovi, ale i jeho rodině, a především zajišťuje důstojné umírání doma v kruhu blízkých. Většinou je poskytována pacientům formou návštěv nebo konzultací po telefonu.

Dostupnost péče je po celý den, 7 dní v týdnu multidisciplinárním týmem odborníků (Jarošová, 2007, s. 66; Marková, 2023, s. 12; Stiborová a Frei, 2018, s. 10).

Péče v domácím prostředí má pro pacienta mnoho výhod. Většina lidí se v domácím prostředí cítí nejlépe a mnozí si přejí strávit své poslední dny života v kruhu svých nejbližších a bezpečí domova. Samotná péče v domácím prostředí je náročná. V situacích, kdy pacient nemá rodinné zázemí, rodinní příslušníci jsou dlouhodobým poskytováním péče příliš vyčerpaní nebo se stav pacienta rapidně zhorší, pak je nezbytné přemístit ho do lůžkového zařízení či nemocnice (Isenberg et al., 2021, st. 10-17; Svatošová, 2011, s. 118-119).

## 2.2 Paliativní péče

Ve 14. století se objevila slova „*palliative*“, což v překladu znamená zamaskovat či uklidnit, a „*pallium*“ příkrývka. Tyto dva pojmy formulují paliativní péči, která sice neumí pacienta plně vyléčit, ale může jej uklidnit a zajistit mu pohodlí a důstojný, bezbolestný závěr života (Antonová et al., 2018, s. 69; Matzo a Sherman, 2019, s. 19).

Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientům trpícím nevléčitelnou nemocí nebo pacientům v terminálním stádiu. Začíná diagnostikou onemocnění až do období, kdy se rodina vyrovnává se ztrátou své blízké osoby. Není alternativou jiné léčby, ale může být poskytnuta společně s léčbou primárního onemocnění, a to po celou jeho dobu (Marková, 2023, s. 8).

Kalvach (2019, s. 14) popisuje paliativní péči jako systematickou, ucelenou a specializovanou péči poskytovanou jedincům trpícím vážným, neléčitelným a život zkracujícím onemocněním, zároveň je péče zaměřená na poskytování komplexní podpory jak pacientům, tak jejich rodinám.

Cílem paliativní péče je zlepšit kvalitu života nemocného, bez ohledu na to, jaká je jeho prognóza. Důraz je kladen na podporu pacienta v zachování co největší míry samostatnosti. Pokud to není možné, paliativní péče pomáhá pacientovi lépe se přizpůsobit situaci a společně s ním hledá různé způsoby, jak se o sebe postarat. Zároveň se paliativní péče soustředí na zmírnění symptomů spojených s onemocněním, poskytování podpory nejen pacientovi, ale i jeho rodině, a usiluje o úlevu od utrpení s důrazem na zachování důstojnosti života (Sláma et al., 2022, s. 21; Stiborová a Frei, 2018, s. 8). Hodnocení kvality života je pro ošetrovatelskou péči pacienta klíčové pro stanovení cílů, plánů a efektivity

léčby. Zhodnocení informací o stavu nemoci, jejím průběhu, symptomech a potřebách umožňuje vytvoření individualizované péče, která je přizpůsobena konkrétním přáním pacienta. Tímto způsobem lze zlepšit nejen život pacienta, ale také posílit vztah mezi ním a zdravotnickým personálem (Gurková, 2011, s. 140).

Matzo a Sherman (2019, s. 4) zdůrazňují, že se paliativní i hospicová péče zaměřuje primárně na pacienta a jeho rodinu, přičemž podporuje kvalitu jejich života na rozdíl od nemocnic, kde je péče orientovaná na nemoc a na pacienta je kladen menší důraz.

### 2.2.1 Dělení paliativní péče

**Obecná paliativní péče** je poskytována týmem primárních zdravotníků v rámci jejich odborností pacientům s pokročilým onemocněním, bez ohledu na místo poskytování této péče. Může být poskytována na běžném oddělení v nemocnici, LDN, v domácí péči nebo pod pohledem praktického lékaře ve spolupráci s agenturami domácí péče. Základem obecné paliativní péče je léčba symptomů a bolesti, podpůrná efektivní komunikace, léčba orientovaná na kvalitu života pacienta. Tu by měl být schopný, v rámci svých kompetencí, poskytovat každý zdravotník (Bužgová, 2015, s. 19; Tomeš et al., 2015, s. 24-25). Pokud se onemocnění nebo stav pacienta dostane do fáze, kdy ji není schopen primární tým zdravotníků komplexní péčí dostatečně zajistit, nastupují odborníci ze specializovaného paliativního týmu (Sláma et al., 2022, s. 26).

**Specializovaná paliativní péče** je zajišťována u pacientů, jejichž potřeby není schopen saturovat běžný zdravotnický personál. Poskytuje ji tým multiprofesních odborníků, jehož členové jsou speciálně vzděláni v oboru paliativní péče a mají potřebné dovednosti a zkušenosti v této oblasti (Sláma et al., 2022, s. 26). Ti se zaměřují na zachování pacientovy důstojnosti a poskytují podporu nejen jemu, ale i jeho blízkým, pokud potřebují (Tomeš et al., 2015, s. 12).

Specializovanou paliativní péči tvoří služby domácí paliativní péče, hospice jako samostatné lůžkové zařízení, denní stacionáře, ambulance paliativní péče, oddělení paliativní péče a konziliární týmy paliativní péče poskytující péči v rámci zdravotnických institucí (Bužgová, 2015, s. 19).

## 2.2.2 Rozšíření specializované paliativní péče

### 2.2.2.1 *Ambulance paliativní medicíny*

Paliativní ambulance je specializované zdravotnické zařízení vedené lékařem, paliatrem, držitelem atestace v oboru paliativní medicína. Péče je poskytována pacientům s pokročilým onemocněním, kteří byli propuštěni z nemocnice a jsou schopni navštěvovat ambulantní zařízení. Pokud se jejich stav zhorší a nebudou moci ambulanci navštěvovat, je nutno zvážit jiné formy specializované paliativní péče. Pacient má možnost navštěvovat i jiné ambulance než jen paliativní, ale pokud se jeho stav zhorší a léčba v ostatních ambulancích je ukončena, pak je ambulance výhradním poskytovatelem specializované péče (Sláma et al., 2022, s. 332).

Ambulance paliativní péče je součástí ambulance léčby bolesti. Bývá také propojena s nemocnicí, kde může poskytovat péči ve formě konziliární, omezenou jen na sestru a lékaře (Sláma et al., 2022, s. 333).

### 2.2.2.2 *Konziliární tým paliativní péče v nemocnici*

Poskytuje specializovanou paliativní péči hospitalizovaným pacientům všech nemocničních oborů a oddělení, kterou zajišťuje multidisciplinární tým buď formou konzilia, podporující péče či ambulantní formou. Konzilium si může vyžádat ošetřující lékař, člen základního ošetřovatelského týmu nebo i samotný pacient. Prvotní setkání s pacientem zajišťuje paliatr, kdy po zhodnocení stavu pacienta stanoví postup péče. Indikací k vyžádání konziliárního týmu bývají situace, na které není schopen reagovat ošetřující personál, jež se na oddělení o nemocného stará (léčba symptomů a bolesti je nad rámec ošetřujících, náročná podpora a komunikace pro umírajícího pacienta, pomoc při stanovování cílů a plánu léčby) (Sláma et al., 2019, s. 33; Sláma et al., 2022, s. 325-326).

### 2.2.2.3 *Mobilní specializovaná paliativní péče*

Odehrává se v domácím zázemí pacienta 24hodin/7dní v týdnu s neustálou dostupností lékaře a sestry podle potřeby pacienta a jeho rodiny i mimo jejich pracovní dobu. Zodpovědná osoba za poskytování péče je lékař se specializací v oboru paliativní medicína. Péči si vybírající pacienti, kteří chtějí být v posledních chvílích doma a jejichž délka života je omezena na několik týdnů až měsíců. Před přijetím pacienta do péče s ním a jeho rodinou konzultuje multidisciplinární tým jejich potřeby, plánuje s nimi ošetřovatelskou péči a její proces už v nemocnici (Sláma et al., 2022, s. 321-322).

#### 2.2.2.4 Oddělení paliativní péče v rámci nemocnice

I přes širokou škálu poskytování specializované péče, umírá v nemocnicích stále mnoho pacientů. V nemocničním prostředí jsou pacienti osamělí, postrádají soukromí. Vlídne a známé prostředí domova je vyměněno za chladný nemocniční pokoj. S rozšiřováním paliativní péče se vše začíná postupně měnit a zlepšovat (Antonová et al., 2018, s. 64).

Oddělení paliativní péče v rámci nemocnic má několik forem. První formou **akutní paliativní péče**, která bývá v zahraničí součástí nemocnic. Druhou formou je dlouhodobá lůžková péče o nevléčitelné pacienty. Jsou to nemocniční **oddělení s lůžky hospicového typu**. Poslední, zvláštní formou jsou **lůžka paliativní péče**, která vznikají na různých lůžkových oddělení jako jejich součást. Tato lůžka jsou vyčleněná pro pacienty, kteří se léčí s terminálním stádiem choroby (Sláma et al., 2022, s. 330).

U nás jsou v rámci lůžkového oddělení některých nemocnic vymezena lůžka pro paliativní péči. V praxi to je pokoj nebo dva určený pro pacienty v posledním stádiu nemoci, který je upravený tak, aby poskytoval co největší pohodlí, klid, soukromí a možnost návštěv rodinných příslušníků (Sláma et al., 2019, s. 26).

### 2.3 Multidisciplinární tým

Multidisciplinární tým je složený z mnoha odborníků různých profesí a disponuje mnoha zkušenostmi. Každý člen týmu k pacientovi přistupuje v rámci své odbornosti. Tým pravidelně diskutuje o možnostech dlouhodobé a krátkodobé léčby, diagnostice a posouzení stavu onemocnění, kteří v rámci svých kompetencí mají odlišnou oblast zájmu, ale všichni sdílí stejný cíl (Matzo a Sherman, 2019, s. 40).

Práce multidisciplinárního týmu vyžaduje kombinaci profesionálních dovedností a lidského přístupu, efektivní komunikaci a spolupráci jak s pacientem, tak i mezi sebou. Pravidelné porady, konané jednou týdně nebo měsíčně, slouží k reflexi a shrnutí stavu pacienta a průběhu jeho nemoci. Každý člen týmu přispívá do diskuse svými poznatky, na jejichž základě se upravuje a formuluje plán a cíle péče (Stephen, 2018, s. 22). Jelikož je důraz kladen na celkovou péči o pacienta a jeho rodinu, hospicová péče je poskytována interdisciplinárním týmem Tento tým zahrnuje minimálně hospicového lékaře, zdravotní sestru, sociálního pracovníka, nutričního poradce, duchovního a další pracovníky (Marrelli, 2018, s. 6-7).



**Sestry** jsou v paliativní péči páteří i manažery, jelikož udržují, koordinují a řídí celkovou péči. Bez nich by paliativní péče nefungovala tak efektivně, protože si s pacientem udržují velmi hluboký, na důvěře postavený vztah. Edukují pacienty i rodinu v poskytování praktické péče, poskytují pečovatelům emoční oporu a vysvětlují jim, co je čeká a na co se mají připravit. To pomůže pacienta i rodinu uklidnit. Aktivně se také zapojují do spolupráce s celým týmem (Stephen, 2018, s. 26-28). Měly by disponovat kritickým i logickým myšlením, analýzou a klinickým úsudkem ve všech aspektech péče o pacienty s život ohrožujícím onemocněním. V případě potřeby musí být schopny okamžitě reagovat na všechny chorobné procesy farmakologicky i nefarmakologicky (Matzo a Sherman, 2019, s. 28). Výhodou pro sestry je alespoň rok praxe na akutním lůžku, kde se naučí reagovat pohotově a pracovat nezávisle na okolí, což je v hospicové péči potřeba (Wright, 2017, s. 27).

## 2.4 Umírání a smrt

*„Smrti se nebojím, smrt není zlá, smrt je jen kus života těžkého, co strašné je, co zlé je, to umírání je“* (Wolker, Umírající, s. 90). Tato slova napsal Jiří Wolker téměř před 100 lety, v období, kdy umíral na tuberkulózu. V té době bylo toto onemocnění nevyléčitelné, a i když mu bylo teprve 24 let, ze smrti jako takové strach neměl, ten měl z umírání, kdy zůstane každý sám.

Medicína se od té doby posunula velmi dopředu. Moderní technologie zkvalitňují a prodlužují délku života, rozvojem očkování byla populace schopna potlačit řadu onemocnění, vývojem syntetických léčiv, hlavně antibiotik, pomohla snížit mortalitu dětí, která byla v minulosti velkým problémem. Bohužel, s pozitivy přichází i negativa. Je větší rozvoj chronických, onkologických a alergických onemocnění, přibývá lidí s duševními chorobami a s poruchami chování (Kübler-Ross, 2015, s. 10-11).

Mnoho lidí má dnes pocit, že lze vyléčit každou nemoc, a myšlenku na smrt si připustit neumí, ani nechtějí. Nebylo tomu tak vždy. Známý tradiční model umírání se odehrával ve větších rodinách na venkově, kdy bylo pro rodinné příslušníky samozřejmostí se o umírajícího postarat. Nestarali se jen dospělí, ale i děti a mnohdy i dobrovolníci z řad sousedů a přátel (Antonová et al., 2018, s. 22; Kisvetrová, 2018, s. 55-58). Známé prostředí domova bylo pro umírajícího uklidňující a v kruhu svých blízkých nebyl na umírání sám. Poznání, že smrt patří k životu, pomáhalo lépe se vyrovnat i se smrtí těch nejbližších. Každý člověk jednou zemře a až to nastane, měl by být na tu situaci připraven (Kupka, 2014, s. 19).

Samotná smrt děsivá není, umírání ano, zvláště když je osamělé a bolestivé. Nemocní se bojí bolesti, která k umírání patří a samoty, protože většina z nich umírá v nemocnicích, v neznámém prostředí, mnohdy oddělení bílou plentou od ostatních pacientů, daleko od svých blízkých a domova (Antonová et al., 2018, s. 45; Kübler-Ross, 2015, s. 17). Proto by ve svých posledních dnech neměl být nikdo osamocen a pokud rodina nemá možnost být se svým blízkým, rodinu by měl nahradit ošetřující personál. Každý umírající potřebuje cítit přítomnost někoho, kdo je mu blízký, každý potřebuje cítit lásku, která překoná všechny negativní emoce (Kupka, 2014, s. 53-55).

Umírání je konečná fáze v životě člověka. Rozděluje se na 3 období. První je období před umíráním tzv. **pre finem**, ve kterém se pacient dozvídá diagnózu. Druhým obdobím je vlastní umírání **in-finem**, kdy přichází samotná fyzická smrt a personál nebo rodina pečují o umírajícího. Posledním třetím obdobím je **post finem** – po smrti, kdy je pečováno o tělo zemřelého, přichází období smutku a vyrovnávání se se ztrátou svého blízkého. Těsně před smrtí prochází umírající stavem zvaným **agonie**, v němž dochází k postupnému selhávání orgánů (Stiborová a Frei, 2018, s. 51-52).

Kübler-Rossová stanovila fáze umírání takto:

První fáze, tzv. **popírání, šok a izolace** je reakce na sdělení diagnózy a konstatování, že jeho nemoc nemá dobrou prognózu nebo je nevléčitelná. Nemocný lékaři nedůvěřuje, odmítá akceptovat toto tvrzení a vyhledává jiné odborníky, jelikož je přesvědčený, že došlo k chybě. Je potřebné, aby si někdo z personálu s ním pohovořil, vyslechl jej a ukázal mu, že nezůstal a ani sám nezůstane (Kübler-Ross, 2015, s. 51-59).

Druhá fáze: **zlost, hněv, agrese** je obtížná pro rodinu i jeho okolí, zlost nemocný míří právě na ně. Nedokáže se smířit s pocitem, že právě on musí trpět, ostatní jsou zdraví a mají skvělý život. Lékaři jsou pro něj neschopní, protože mu neumí, anebo nechtějí pomoci. Paradoxně se v této fázi pacient začíná pomalu smířovat se svým osudem, jelikož si začíná uvědomovat závažnost situace. Nejbližší členové rodiny se mohou začít distancovat od nemocného kvůli projevům agrese. V této fázi umírající potřebuje vědět, že i přes to, jak je na své okolí zlý, personál a rodina je tady stále pro něj a jsou připraveni mu kdykoliv pomoci (Kübler-Ross, 2015, s. 64-66; Mišinová, 2016, s. 30).

Ve **fázi smlouvání** nemocný o svůj život smlouvá, nejčastěji s Bohem či osudem, kdy si přeje život prodloužit do doby, než si splní všechny cíle, co si stanovil. Na své okolí působí vyrovnaně, jako kdyby svůj osud již přijal, neustále hledá nové léčebné

postupy a čeká za své dobré chování odměnu (Kübler-Ross, 2015, s. 98-100; Mišinová, 2016, s. 30-31).

Fáze **deprese**, v níž nemocný už svou nemoc a její důsledky nepopírá, ale začíná se bát o rodinu, co bude, až zemře, a začíná se loučit. Ztrácí síly, ubývá radosti a přichází deprese. Přemýšlí nejen nad budoucností, ale už i nad minulostí. V této fázi je nutné vysvětlit nemocnému, že jsou v jeho životě stále i chvíle pozitivní. Má rodinu a měl by se zaměřit na ni. Personál může obyčejným pohazením, posezením a upřímným rozhovorem nemocnému usnadnit těžké chvíle (Kübler-Ross, 2015, s. 101-104).

Poslední fází je **akceptace** neboli **smíření**. Není to rezignace na odehrávající se děje v jeho posledních chvílích, ale přijetí života, osudu, a toho, že smrt opravdu přichází. Smíření nastává potom, co mu bylo jeho okolí oporou a on byl tak schopen přijmout svůj život, který měl pro něj smysl. Nastává pocit vnitřního klidu, veškerá zášť vůči nemoci nebo okolí zmizí. Je unavený, chce mít klid a odpočívat, ale zároveň vítá i přítomnost druhé osoby. Ne každý se se svým životem smíří, jsou i jedinci, kteří se smrti brání do posledního dechu (Kübler-Ross, 2015, s. 127-129; Mišinová, 2016, s. 31-32).

Tyto fáze nejsou spojené jen s tím, co prožívá samotný nemocný, ale i jeho rodina a okolí. Především rodina potřebuje psychickou i fyzickou podporu, pomoc, chvíli odpočinku a oddechu. Je na personálu, aby zjistil, v čem rodinu může podpořit. Ne vždycky jdou fáze nemoci po sobě. Někdy se střídají a znovu se navracejí. Stává se, že pacient je se svou smrtí smířený, ale rodina ještě ne. Tady je reakce personálu nezastupitelná a dobré slovo pomůže umírajícímu i jeho blízkým (Svatošová, 2011, s. 23-24).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3 POPIS VÝZKUMU

V teoretické části bylo potřeba vymezit oblasti, které se vztahují k tématu bakalářské práce. Tato kapitola je věnována popisu praktické části, která je založena na kvalitativním výzkumu provedeném formou polostrukturovaného rozhovoru. V této části jsou popsány cíle výzkumu spolu s výzkumnými otázkami, metodikou výzkumu, charakteristikou účastníků a způsoby zpracování dat, která byla následně analyzována a vyhodnocena.

#### 3.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

##### Hlavní cíl výzkumu

Zjistit, jaké jsou potřeby nemocných v hospicové péči.

##### Hlavní výzkumná otázka

Jaké jsou potřeby nemocných v hospicové péči?

##### Dílčí cíle výzkumu

Zjistit, jaké potřeby jsou pro nemocného primární.

Zjistit, jak jsou nemocní spokojeni se saturací jejich potřeb.

Zjistit, jak jim nemoc změnila život a jak ovlivnila jejich potřeby.

##### Dílčí výzkumné otázky

Jaké potřeby jsou pro nemocného nejdůležitější?

Jak jsou nemocní spokojeni se saturací jejich potřeb?

Jak jim nemoc změnila život a ovlivnila jejich potřeby?

#### 3.2 Metodika výzkumu

Vhodná metoda pro realizaci tohoto výzkumu byla kvantitativní, s formou polostrukturovaného rozhovoru. Tato technika byla zvolena s cílem získat detailní a rozsáhlé informace od účastníků, umožňující hlouběji zkoumat jejich postoj a názory. Forma polostrukturovaného rozhovoru umožnila flexibilitu pokládání otázek a prostor pro doplňující dotazy. Zároveň umožnila analyzovat reakce účastníků a jejich chování během rozhovoru, což přispělo k hlubšímu porozumění zkoumané problematice.

Hendl (2023, s. 48-50) popisuje kvalitativní výzkum jako pružný typ, protože výzkumník si na začátku svého šetření stanoví cíle a výzkumné otázky, které může v průběhu sběru

a analýzy dat upravovat a doplňovat. Tento druh výzkumu je časově náročný, výzkumník hledá a analyzuje všechny informace, které mohou k výzkumu a jeho závěru přispět. Data, která jsou v průběhu šetření získána, jsou subjektivní, proto se vztahují pouze na daného jedince a nemohou být aplikována na skupiny. Výzkumníci využívají tři typy sběru dat: rozhovory, pozorování a data z dokumentů (Švaříček a Šedová, 2007, s.15).

Polostrukturovaný rozhovor je nejběžnější metodou sběru. Otázky slouží jako pracovní pomůcky než ucelená pravda. Během průběhu výzkumu má výzkumník možnost upravovat otázky tak, aby myšlenku, která se jeví jako významná a klíčová, mohl rozvést. Tato schopnost adaptace umožňuje výzkumníkovi lépe reagovat na aktuální témata nebo aspekty, které jsou v průběhu interakce s účastníky zdůrazněny, což napomáhá hlubšímu pochopení zkoumané problematiky a získání relevantních dat. Základem této metody jsou tedy otevřené otázky, které umožňují co největší prostor pro vyjádření na dané téma, zároveň se otázky doplňují o další, které pomáhají odpovědi rozvinout a lépe upřesnit (Gulová a Šíp, 2013, s. 108). Cílem polostrukturovaného rozhovoru je získat přesné a komplexní informace o studovaném jevu (Švaříček a Šedová, 2007, s. 13). Rozhovor může být doplněn metodou pozorování, které se navzájem překrývají a pomáhají výzkumníkovi vytvořit podrobný přehled o dané situaci. Rozhovory přinášejí náměty pro pozorování, která poskytují hloubku a podporu pro otázky rozhovorů (Švaříček a Šedová, 2007, s. 158).

Před zahájením výzkumného šetření byly stanoveny cíle společně s okruhy otázek, které byly před zahájením rozhovoru poskytnuty pacientům. V případě, že pacienti něčemu nerozuměli, byly jim nesrovnalosti dovysvětleny. Do výpovědí pacientů jsem se snažila nezasahovat. Pokud se stalo, že se od tématu vzdálili, pokoušela jsem se je nasměrovat zpět.

Rozhovory byly nahrávány na diktafon, trvaly v rozmezí od 35 do 75 minut, následně byl proveden jejich doslovný přepis, který je k dispozici u autorky práce.

### **3.3 Charakteristika výzkumného vzorku**

Participantů se nacházeli se v paliativním režimu hospicové péče. Výzkumné šetření nebylo omezeno věkem, pohlavím, pouze minimální délkou pobytu nejméně 3 týdnů. V době realizace výzkumu byli v celém zařízení schopni a ochotni, v rámci svého zdravotního stavu, poskytnout rozhovor pouze čtyři pacienti. Jediná participantka P3 nemá onkologickou diagnózu, ale i přesto je hospicovou pacientkou v paliativním režimu. Výběr participantů byl předem konzultován s vrchní sestrou daného zařízení, která před zahájením rozhovorů

stanovila podmínku, a to, abych si s pacienty minimálně po dobu dvou týdnů vytvořila vztah a získala si tak jejich důvěru.

Po uplynutí této doby, kdy jsem s pacienty navázala přátelské vztahy, jsem mohla rozhovory uskutečnit. Zdravotní stav pacientů byl zhodnocen vrchní sestrou v den uskutečnění rozhovorů. Pacientům, kteří souhlasili s účastí na výzkumném šetření byly poskytnuty otázky, aby měli čas se řádně připravit. Rozhovory byly uskutečněny na pokojích pacientů, kde byl dobrovolně podepsán souhlas viz příloha (P III). Před samotným rozhovorem bylo vše ještě jednou pacientům zopakováno a vysvětleno.

Tabulka 1 - Charakteristika participantů

Označení participantů	Pohlaví	Věk	Diagnóza	Délka pobytu
P1	Žena	75 let	Karcinom prsu	3 týdny
P2	Muž	69 let	Duplicitní malobuněčný karcinom plic s metastázemi do skeletu	5 týdnů
P3	Žena	80 let	Gonartróza III. stupně se subkapitální frakturou femuru	4 týdny
P4	Žena	77 let	Bronchogenní spinocelulární karcinom plic	13 týdnů

(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2024)

### 3.4 Výzkumná metoda

#### 3.4.1 Otevřené kódování pomocí zakotvené teorie

Kódování v zakotvené teorii umožňuje rozbíjet data na části (fragmenty), které se uspořádávají k jednotlivým konceptům, tedy kódům. Tyto kódy jsou kategorizovány na základě určitého sjednocujícího kritéria. Kategorie, jež během kódování vyplynuly, jsou následně zkoumány jako proměnné a představují základní stavební prvky budoucí teorie (Švaříček a Šedová, 2007, s. 90-91).

#### 3.4.2 Kategorie

Po provedené analýze byly stanoveny tyto kategorie:

- Potřeby, které jsou významné

- Spokojenost se saturací potřeb
- Vztah personál – pacient
- Příchod nemoci a změny s ní spojené

Tabulka 2 - Kategorie č. 1 - Potřeby, které jsou významné

Vlastnost	Dimenze
Sdělení diagnózy	Zásadní
Jistota	Důležitá
Komunikace	Velmi důležitá
Důvěra	Nezbytná
Úleva od bolesti	Velká

(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2024)

V této kategorii se setkáváme s první vlastností a tou je **sdělení diagnózy**, které jsme přiřadili vlastnost **zásadní**. Každému by měla být diagnóza sdělena šetrně, ale přitom pravdivě.

*„No, diagnóza byla zdrcující, pro mě... Nechci o tom příliš mluvit, ale sdělil mi ji ošetřující lékař v nemocnici a seznámil mě se vším, co moje nemoc obnáší a co můžu dál očekávat. Hlavně, co nemůžu očekávat...“ (P1)*

*„Po týdnu jsem šel domů a pak jsem nastoupil druhý díl, další týden to, no a pak jsem byl doma. Pak mě doktorka poslala na cétěčko, jak to vypadá s tím, tak to to bylo dobré. Říkala: „Rakovina že dobrá, že no ale, že mám rakovinu plic s metastázama.“ Ovšem, ale to už byly metastázy, takže to museli vědět z předku, že to tam něco mám, to ne, to ať mi neříká nikdo, že... No, tak to už je jedno, já s tím nic neudělám.“ (P2)*

*„Tož v nemocnici, dost jako na přímo, jako tvrdě až, až jsem z toho byla vyjuchaná. Doktorka, jak si mňa zavolala, říkala: „Už přišly výsledky z histologie...“ Eště ve Zlíně to bylo, vloni v lednu nebo kdy. No, a přišly výsledky z toho, protože oni mně, jak dělali tu bronchoskopii... Víte, co je bronchoskopie? To je hrozné, a to už si myslíte, že je váš konec. To jste zmrzlá od pupka až po krk, no a kloktat to musíte, napřed na to... Jazyk v hadru jsem tak držela vystrčený, mi vytáhli, abych sa to, kloktala... A to začnete cítit, jak mrznete. To cítíte úplně jako jak Vám to tuhne všechno a furt sa čekalo na výsledek, a tož výsledek...“*



*Potom přišla doktorka, vedlo večer, přišla, říká: „Už máme ten výsledek. No, tak máte zhoubný, máte nádor na plicích a je zhoubný.“ Tak říkám: „Tak vám děkuju.“ (P4)*

Druhou vlastností této kategorie je **jistota** s dimenzionálním rozsahem **důležitá**. Pro participanty je jistota spojena s pocitem důvěry, podpory a bezpečí, které jim poskytuje zdravotnický personál v době, kdy čelí výzvám a nejistotě spojené s nemocí.

*„Sestry... Lékaři a sestry jsou v tomto zařízení pro mě jistotou, že, že život, který mi zbývá, nebude pro mě jenom utrpením. Zbavují mě nejistoty a bolesti, protože často potřebuji dost dodat odvalu a bolest zahnat. A jsem vděčná, stále se zase opakuji za každý laskavý pohled a slovo, které pohladí a potěší.“ (P1)*

*„Člověk neví, jak tu bude dlouho, nebo co jak. No, tak jo, radost z každého rána.“ (P2)*

*„No, všichni jako... Máme se rádi jsme k sobě slušní, hodní. No, takže to je důležité v životě a to zdravíčko, že.“ (P3)*

Třetí vlastnost **komunikace** je **velmi důležitá**. Participanti přiznávají, že rozhovor s personálem jim pomáhá zvládnout samotu a dodává pocit sounáležitosti a posiluje vzájemné vztahy. Zároveň ale zdůrazňují velkou vyčerpávanost sester, která ovlivňuje nedostatek času pro komunikaci.

*„...protože komunikace se sestrou je velice, ale úplně velice důležitá. Jak by asi, tak mohla vědět, co mě bolí, co potřebuji, kdybych s ní nemluvila? Sestřičky mají opravdu málo času a když s člověkem promluví, usmějí se a zažertuje jí nebo projeví zájem o jeho život před nemocí, získá si důvěru, získají si důvěru moji důvěru a náklonnost, ale i vděčnost! A pohodu, když přijdou a je s nima radost popovídat si.“ (P1)*

*„Tak že člověk není úplně tak sám, potom, že není člověk sám.“ (P2)*

*„Ten pocit takové spokojenosti, že jsou hodní lidi na světě, co cítí s druhým, že. Někdo, když ten člověk je starý, tak už naňho jako kašle, nebo tak, tak to já jako neznám. Ke mně se chová každý tak skoro normálně, ale pak syn říká: „Maminko, to je ta naša nevyváchaná pusa“, já něco kecnu, oni se usmějou a je to dobré.“ (P3)*

*„Určitě, určitě, no. V dobré náladě, pěknému přístupu k životu. Svítí sluníčko, já říkám: „Jejda, to je hezky, za chvíli bude jaro“. Tak, tak kdyby se mnu celý den nikdo nepromluvil, tak já su taková společenská, to by mně vadilo. Já jsem mohla mět aj sama pokoj a syn ví, že já ne.“ (P3)*

*„Tož komunikujeme, to víte, že si něco, něco si řekneme, ale oni spolu... Však oni nemají čas na jaké, na řeči. To je, to je furt, každá je v luftě, to je škrk sem, škrk tam a už sú pryč. Když něco potřebuju, tak: „Zavolajte, však zazvoňte.“ No, tak zazvoním a vím, že se, že sa ... Mi kdysi jedna řekla: „No vy umíte zavolat vždycky v pravý čas.“ Tož. Nevím, nevím, jako žádná nemám, žádná tady, tady je jedna paní, co je uklízečka, tak to vždycky povykládáme co, co, co toto, ale se sestřičkama.“ (P4)*

*„Ano, ráda, ráda si popovídám, když to jde, a když na mě mají čas.“ (P1)*

*„Ne, tož pokecám s ní, ale není čas, nemůžu je zdržovat, když, tož není čas.“ (P2)*

*„Ne, to ne, na to nemají čas... Ale oni se třeba zastaví na chvíli sami, ale jak já vidím, oni neumí chodit ani pomálu. To je šílené, škrk, škrk, Ne, ale oni promluví hezky nebo řeknou prší, nebo je zima, všechno nám ledaco...“ (P3)*

**Důvěra** je nezbytná. Pro participanty je významná, jelikož jim pomáhá překonat pocity studu, zároveň důvěra v personál jim dává pocit jistoty, že s nimi sestřičky jednají upřímně a nechtějí jim v žádném případě ublížit. Současně je zde nastíněná situace, jak snadné je důvěru pacienta ztratit.

*„No tak, když už někomu důvěřuji, tak jsem se ani nebojím požádat o pomoc i při intimní hygieně, protože to je pro mě pořád velice obtížné. Mám obavy vždy, že toho chci moc a také se stydím... Jsou sestry, které to chápou a svým optimistickým přístupem, úsměvem a třeba i vtípem mi pomáhají ty pocity překonat.“ (P1)*

*„Tak moc. To, že se můžeš na ně spolehnout, že nelže nebo že se nevykroucá z tohoto, řekne narovinu. Jednání na rovinu.“ (P2)*

*„Určitě, určitě. Není, třeba si říkat nějaké úplné, já nevím intimnosti, ale tak jako slušně, pravdivě promluvit, když je o čem, tak to je důležité. Přece nebudu vykládat, že su hraběnka, já nevím, odkud, když to není pravda, že tož proč.“ (P3)*

*„Jo, že, věřím, že to, co mně dělá, je pro moje dobro a že to snad proboha pomůže, protože ona do toho vidí lepší.“ (P3)*

*„Paní primářka, jsem myslela, že je taková... Neublížila mně, Bože, chraň, to jako ne, ale zklamala. Furt mně enom, že faráře mně sežene, že mně sežene faráře nebo kaplana, nebo že poslední pomazání... Nevím, jak jste na tom s náboženstvím, jestli to víte, co to jako je? (vysvětluje mi) To je před smrtí poslední pomazání a já říkám: „No, ale není to ještě brzo?“ tak, jak Vy říkáte... „Dyť já ještě sú jako plná života, ještě pořád...“ „No, ale to by*

*si měl člověk tady tyto věci zařídit.“ Dvakrát mně to udělala toto, že, že mně to nadhodila a tím pádem jsem jako přestala mět v ní důvěru, tak to jako abych řekla... A to už jako, už ztratila veškeré moje sympatie. Tož, kdo ti dovolil tady tyto věci dělat? Copak jsi farář vysvěcený, nebo, nebo biskup, nebo papež, nebo já nevím, co...“ (P4)*

Jako poslední vlastností této kategorie zařídíme **úlevu od bolesti** s dimenzí **velká**. Bolest ovlivňuje kvalitu života každého jedince, nejen nemocného. Participanti bývají bolestí limitováni a oceňují aktivní zájem sester o tišení jejich bolestí pomocí medikace. Zdůrazňují, že je chodí sestřičky kontrolovat a váží si toho.

*„Ona ta bolest brání strašně, to, kdyby o půl míň bolelo, tak o půl víc chodím. No tož, musí sa to překonat. Každý říká, ono to bolí, tak to musí.“ (P3)*

*„Tak, co vlastně dnes já potřebuji... To je laskavá péče a úleva od bolesti...“ (P1)*

*„No, tak prášky na bolest užívám téměř pravidelně. Nic jiného v mém případě nezbyvá a sestra mi je podá... Já potom většinou usnu a snad už ani nevím, jestli se na mě přijde podívat, ale za čas určitě přijde a zeptá se, jestli už mě to přestalo bolet a nebo jestli to náhodou znovu už nezačalo“ (P1)*

*„No, tak přinese prášek a já jí to nahlásím a no, přišla mě zkontrolovat. Jo, byla. No, kvůli tomu mám tady ten dávkovač, takže...“ (P2)*

*„Velice dobře, ona mně donese od bolesti injekcí a vůbec беру od bolesti prášky. Nosí mně to pravidelně, no, velice hezky se chovají, ještě mě to strká do puse jak miminku.“ (P3)*

Tabulka 3 - Kategorie č. 2. - Spokojenost se saturací potřeb

Vlastnost	Dimenze
Informace o prognóze	Velmi potřebné
Psychická podpora	Neutrální
Aktivizace	Přínosná
Sociální interakce	Potřebná
Spokojenost s péčí	Pozitivní

(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2024)

Informace o prognóze jsou **velmi potřebné**. Efektivní seznámení pacienta s jeho nemocí mu pomáhá se lépe s nemocí vyrovnat. Participanti vyjadřují, potřebu dostatečných informací

o svém zdravotním stavu a prognóze, aby měli možnost své situaci lépe porozumět. Jedna participantka postrádá větší empatii z řad lékařů při seznámení s prognózou.

*„Tak mě to neposkytnul prakticky nikdo. Já jsem říkal, doktore to už je jako tak, jsem ukázal prstem. (Palec dolů). On kývl a neřekl mě nic, jakože.“ (P2)*

*„Ne, pravdivé byly, ale nebyly řečené na rovinu. Akorát mně řekl, že už nemůžu brát kapačky, že bych to nevydržel. Takže беру jenom léky od bolesti a tím to haslo...“ (P2)*

*„Ano, pravdivě a v dostatečné míře a vcelku tak, aby to člověk nějak usnesl.“ (P1)*

*„No, říkala, paní doktorka: „Ale fakt, když nebudete cvičit, hrozí vám ten vozík. Opravdu, to si nevymyslím.“ Ne, já su si toho vědoma, tak hloupá nejsou, abych, když budu ležet jako placka, že to samo přejde.“ (P3)*

*„Jo, jo, co bylo třeba, to jsem se zeptala. Co jsem chtěla vědět, to mně řekli.“ (P3)*

*„Tak aspoň, aspoň jsem to věděla. No, ale víte, co to s váma udělá? Ježíšmarja, jak vždycky to bývá, že vás někdo drží a teď. Před operací vám doktoři, někde jinde, jako vidím to ve filmu. Možná to je enom ve filmu! No a teď vám řekne: „No, tak máte to a to, čeká vás to a to. Tak uděláme to tak a tak.“ Nebo já nevím, co, nebo: „Máte možnost si ještě něco vybrat jiného...“ No ne, ne neexistuje, toto nic, absolutně! Dojdete, přijdu ráno, půjdete dneska tam, pak půjdete tam. Tam Vám udělají ten zákrok co, a pak vás za 14 dní to přijde, a takto vám to vypicne. Hotovo. Žádné, nebojte sa, to... Nakonec přijde doktor, řekne ke konci: „No, my už jsme pro vás udělali všechno, tak už jste... Ted' už vás přeložíme na onkologii.“ No, to tak, tak říkám: „Tak fajn.“ Oni už neměli jako plícaři, co, co dělat, takže jen přeložit do toho... Co, co se dá říct... Říkám: „To je důchodce, ten už to má za sebou... Ušetříme nějakou korunu...“ (P4)*

**Psychická podpora je přínosná.** Participant většinou uvádějí, že se snaží se svými pocity vyrovnat sami nebo jim pomáhá někdo z rodiny nebo z dobrovolníků, kteří přicházejí. Dvěma z nich vzpomínky a myšlenky na pozitivní zážitky pomáhají překonat ztrátu, kterou jim nemoc způsobila.

*„No tak to je otázka, kterou nemám moc ráda, hovořit o svých pocitech... Ale jo, klidně, já to zvládnou. Se svými pocity jsem se vždycky snažila vyrovnat sama. U nás v rodině nás tak vychovávali, rodiče nás měli moc rádi. Poskytovali nám podporu, ale když jsme dospěli, své rodiče už jsme nezatěžovali svými problémy. Byly těžké chvíle a bylo jich dost. Vždycky mi je pomohly překonat vzpomínky na krásné chvíle dětství, mládí a radost ze života.“*

*Také ráda vzpomínám a raduji se z toho, co mi život dal a z vědomí, že jsem nežila nadarmo.“ (P1)*

*„Se s tím musím sám vyrovnat, já už jsem, já už jsem zvyklý, mě tak nic nerozháže.“ (P2)*

*„Rodina, rodina to, když vidím, že syn vidí, že se mňa plňá sa oči slzama tak: „Maminko, prosím tě, máme jenom tebe.“ Manželce jeho umřeli rodiče jako, po roce za sebou a není to tak dávno. A pak umřel můj manžel, takže my jsme toho měli... On vždycky říká: „Prosím tě, máme jenom tebe. Neplač, to ti škodí. Víš, že ťa máme rádi, ale zůstaň nám aspoň ty.“ A tak, já vždycky říkám: „Bože, by sa mně, ještě abych s nima chvíli byla.“ Protože syn by to hrozně těžko nesl. On je citlivý, takže já nevím, jak oni by to... A vnuk též: „Babi, ale já sa nepůjdu ženit, jestli ty nepůjdeš tančit se mnu.“ Já povídám: „Půjdu, ještě sa budeš divit, jak já jsem ráda tančila, to bys čuměl.“ A on říká: „Já vím!“ (P3)*

*„To jsou vzpomínky na krásné chvíle, které určitě byly, a hlavně dětství mládí a děti, když rostly, radost z dětí. Pomáhá mi to, to je naplňuje mne to.“ (P1)*

*„No, snažím se myslet na něco hezčího.“ (P3)*

*„Mňa nikdo nepodporuje, nikdo. Já su na to úplně sama, a jak sa s tím vypořádám, tak budu vypořádána...“ (P4)*

*„Já si myslím, že je to nezajímá. To spíš některé ta, ta dobrovolnice, která takto přijde, tak ta eště. Třeba přijde a začne mňa hladit po ruce, nebo já nevím, co, tak toto... Z domu to nečekám od nikoho, ani že by mě za ruku chytl, že, že by mě utěšovali, nebo nějak, bude líp nebo nebude.“ (P4)*

**Aktivizace** s dimenzí **přínosná** je třetí vlastností této kategorie. Participanti oceňují aktivity, kterých se mohou v rámci zařízení účastnit. Z výpovědí je zřejmé, že jim společná činnost přináší radost.

*„Někdy, někdy to, to sem tam bývám. Ano, byla jsem tam, malovali jsme. Ještě před Vánoce, stromečky takové zelené, plastové. To jsme kreslili, to bylo... Vodovýma barvičkama jak malá děcka. Zliskané jsme byly všechny, a to bylo to směšné. To bylo aj mně směšné. Babičky tam přitáhly na posteli. Aj s postelou, babičky ležely... „A tož, budeme malovat.“ Daly ich do sedu, tož babička vodovky, tož stůl... Barviček vodových, rozcamraných, stromeček a ruky zelené jak hastrman. To Vám bylo tak povedené... Já jsem myslela, že puknu. Říkám: „Tož, vidíte to...“ Tož, nakonec jsem namalovala všechny*

*stroměčky, co, co tam byly, jsem zacápala... Furt nás tam fotografoval kdosi. Nakonec jsme byli aj v televizi, tady.*“ (P4)

*„S pejskama tu byli neska, já jsem tady měla takovou, co mě rozcvičuje, a leda kdo, tak jsem nešla, ale zvířátka já mám ráda a na cestě každý pes za mnou jde.“* (P3)

*„Nebyla jsem tady ještě jako, nebo nějak mi to asi ušlo, ale jestli se dožiju a bude to ještě někdy potřeba, tak se strašně ráda připojím.“* (P1)

*„Tak ještě umím číst, a můžu číst, tak čtu velmi ráda od dětství. Takže knihy z knihovny, anebo mi donesou z domova nějaký časopisy, ale většinou knihy... Ale spíš staršího ražení, protože, nebo staršího vydání, protože nové knihy a vztahy nových mladých lidí, těm nerozumím, protože jsou tak zásadně odlišné od toho, jak my jsme byli vychovaní, že tomu nerozumím prostě. Nedá se nic dělat, ale ráda, je spousta knih, které jsem ještě nečetla. Anebo se i ráda k některým vracím, a jinak, naučili mě doma šít, háčkovat, plést, takže háček, klubko vlny, pár jehlic a jsem spokojená.“* (P1)

**Sociální interakce** je důležitá pro zachování duševního a emocionálního zdraví pacientů a může pozitivně ovlivnit jejich celkovou pohodu a kvalitu života, proto jí přiřazujeme dimenzi **potřebná**. Participantů uvádějí, že jsou rádi za vlídnou společnost, která jim zvedne náladu a zpříjemní den.

*„Chodí často, ale na každodenních návštěvách rozhodně netrvám, protože vím ze své vlastní zkušenosti, že je málo času, když jsou zaměstnaní, mají děti a třeba i v rodině nějaké problémy.“* (P1)

*„Každodenní návštěvy příbuzných nevyžadují a nepotřebuji ani květiny, ani bonboniéry, potřebuji, aby za mnou přišli a potěšili mě.“* (P1)

*„No tak, tak jako. Já jsem byl doma sám úplně, takže tady sám jako nejsu. No, takže být sám, a říkám, je to blbě no.“* (P2)

*„Ještě mám teďka 3 návštěvy, tož tak to je dobrý... To je taky několik kilometrů... Oni jsou hodní kluci.“* (P2)

*„No, a mám já štěstí, že mě má tolik lidí rádo. Já mám tolik kamarádek, tady když začnu chodit návštěvy... No, a to ještě jich musím brzdit, ať nechodí všeci naráz. Opravdu dneska tu byly dvě, zítra zas mám dvě a každou chvíli...“* (P3)

*„Obyčejně se zhádáme ještě jak psi. Já říkám, radši už mně tady nechodíte. Nechtě mňa na pokoji, já už nechcu nikoho ani vidět, tak bych vám to řekla.“* (P4)

„Víte co, já už to mám tak mizerné, že už to mám aj v rodině tak mizerné a nemá už to... A cizí lidi, je fakt, že tady jedna paní chodí, ta mňa vždycky chytne za ruku, drží. Dneska přijde moje rodina, dřív mi dali třeba pusu a teďka už mají takový jakýsík odstup ke mně. Možná smrdím, já nevím, že, že, toto... Že ze mě to smrdí, už ta nemoc, nebo tak jako. Včera, když tu tak: Ahoj, ahoj, ahoj zatřepali rukama a šli. Tož, tož, to je, to je návštěva jako na nic. To je návštěva nenávštěva, víte.“ (P4)

Poslední vlastností v této kategorii je **spokojenost s péčí**, které udělujeme dimenzi **pozitivní**. Téměř všechny výpovědi participantů vyjadřují spokojenost s poskytovanou péčí.

„Ano, aj v noci se chodí dívat, jestli spíme. Někdy podrímuju a vidím, jak stín potichoučku nahlédne, dobré, odejde. Hrozně nás hlídají, hezky. Říkám, já nevím jedno slovo, co bych řekla špatně. Každá se usmívá ráno o půl 6. Já se teda neusmívám o půl 6 ráno. Ony jo: „A co chcete děvčata? Vodu nebo čaj nebo co?“ Tak my si řeknem... A půjdeme umývat a tak? No hrozně pěkné, zlaté sú. A to úplně léčí člověka, že za mnou přijde i ta rehabilitační. A když je příjemná, milá. Já jsem sa potom, já si říkám: „Ježíšmarjá, ona mě, jestli mě tu nohu nějak chytne, já budu rvát... To hrozně bolí.“ Vůbec, ona říká: „Pomalinku to zkusíme, na to.“ Neznám nic takového, ani z povídání, takže je to dobré.“ (P3)

„No na co? Dbá se velmi na hygienu, na, na čisté povlečení, aby člověk nebyl pokapaný od jídla. No klidný, bez bolestí, bez bolestí určitě, protože na to dbám sama, protože proč bych měla trpět zbytečně, to nemá, nemá to cenu. A na moje pocity, když jsme si získali už vzájemnou důvěru, tak si můžeme říct i svoje pocity.“ (P1)

„No, ne, já nemám výtky, já su spokojený, jako no. Někeré se starají líp někeré míň no. Někeré jsou špice, že.“ (P2)

„Hm, to jsem nikdy neuvažovala. Já si myslím, že ten personál dělá prostě to, co musí, co je jeho pracovní náplň a že v podstatě mu to je jedno, jestli jsem taková nebo maková, nebo já nevím, co...“ (P4)

Tabulka 4 - Kategorie č. 3. - Vztah personál – pacient

Vlastnost	Dimenze
Ohleduplnost	Důležitá
Zájem a podpora	Potřebná
Pomoc	Nutná

(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2024)

První vlastností této kategorie je **ohleduplnost** s dimenzí **důležitá**. Participanti uvádějí, že k nim personál přistupuje s úctou, vlídností a respektem.

*„Každý se, já říkám: „Ježišmarja, nezlobte se už popáté volám.“, oni říkají: „Za to přece nemůžete. Je to naša práce, vůbec to nevádí. A zakřičte si z plného hrdla, to uleví bolesti.“ No, a ještě vás pohladí, tož to Vám.“ (P3)*

*„No, úplně já jsem říkala, Vy mě léčíte sami, nebo tyma rukama, když mě to bolí ta pravá no. Oni tak opatrně, aby mňa to nebolelo... Strašně hodné všecky, ale od téj nejvyšší, já to nepoznám, kdo je kdo. Ale, všecky opravdu, hodňučké, já vždycky říkám: „Vy jste také zlatíčka...“ (P3)*

*„Udělá to hodně, a když ráno zaklepe, přijde, usměje se, jako když sluníčko vyjde.“ (P1)*

Druhou vlastností je **zájem a podpora** s dimenzí **potřebná**. Každý člen ošetrovatelského personálu by se měl o pacienty zajímat a podporovat je. Pacientka číslo 4 uvádí svoji negativní zkušenost.

*„No, né můžu. Já, když něco chcu, zazvoním a oni ochotně přijdou. Takže když něco, já nevím třeba, tedka se mně v noci chtělo čůrat, ale já můžu, ale ještě aj kakat, a já volám: „Sestřičko, já su pokakaná.“ Ona říkala, to nevádí. Ale jaksi to bylo, nešlo to dobře. Tož jsem aj byla z toho smutná. Oni říkali: „Ježišmarja, z toho si nic nedělejte.“ Když už jsem ju volala po třetí kvůli tomu, tak jsem na sebe byla vzteklá, ony mňa eště utěšovaly... A o půlnoci mňa umývaly a to tak, že zlaté, fakt zlaté. Všechno, všechno... A v rámci bolesti, pití... Všechno udělají, a nebo když se chcu na něco zeptat, tak vždycky říkám: „Můžu se něco zeptat? Já leda co nevím...že ať nejsu, tak hloupá.“ Vždycky říkám a ony se smějou, že klidně, když to budem vědět... No, takže hodné, opravdu.“ (P3)*

*„Opravdu su zlatí, no. Aj paní doktorka je hodná, velice. Ona sa přijde zeptat a říká: „Tož, co to tady je s tým cvičením. Já vím, že to bolí. Mňa prý také bolí.“ Že musím cvičit nebo nebudu chodit a já jsem... A syn mně to říkal, že se zlobila, že málo cvičím, že mňa to bolí, že a já jsem sa jako, zlobila... Jako, ale říkám: „Tož to teda ne, já chodit budu, napřed budu ve vozičku, a pak budu chodit“. To sa temu tak smála.“ (P3)*

*„Ano, M\*, to je zlatý člověk. Ten, to je, to tos, to, ani jedna ženská se mu nevyrovná. On Vám je tak, tak, opatruje, on, já. (směje se). Já mám takový, takový zlozvyk, nevím, jestli je to dobré nebo špatné, ale já chodím na stolici tak okolo 8 hodiny ráno. On už stojí za dveřama a je 8 hodin. On kukne dovnitřku a kýve už? Já řeknu už! Tak jde bez řeči nebo kývu ještě ne, ještě je čas, tak on přijde za půl hodiny, víte. No to, to jsem to jsem nezažila u chlapa!*



Říkám: „Tož, to, toto snad není možné.“ A on mňa chytne, zvedne, potáhne celou jako tak jako, jednu ruku podá, druhú mňa podebere, nadzvedne mňa, vyhodí mňa z tej postele, dá mňa na vozíček, na ten kakáček, co, co to jezdí na to a doveze mňa a tam plenky mně vymění, všecho, co udělá – úžasně, úžasně.“ (P4)

„Ano, jsem spokojená, když vím, že někomu na mě ještě záleží. A úsměv sestry a třeba i pěkný vtip mě nabije a mám z toho radost.“ (P1)

„...jedna ta sestřička, ta mňa teda dojala, to mňa dojala moc. Já jsem tady dostala katalog, z domu mi ho dovezli a jak jsem teda dřív, a byl to katalog, já jsem byla květinářka, veliká, katalog od Starkla, jestli znáte Starkla zahradníka z Čáslavi. To je veliké zahradnictví, jako v republice. Tak on mně poslal jako ten katalog a já jsem ho tady dostala, naši mňa ho dovezli, já jsem se do tého tak podívala... Říkám: „No, tak až budu mít čas, tak si to prohlédnu.“ A teďka ta jedna sestřička, ona je taková starší, já je neznám ménama, každý den je tu jiná, takže mně to přijde, že je to všecho na jedno brdo a ona říká: „Jé, půjčila byste mi ten katalog? Já bych si tam, něco si doma...“ Jako já říkám: „Jo, beze všeho, já vám ho půjčím, však si tam něco vyberte.“ No, tak byla celá šťastná, no a... A na druhý den přišla a říká: „A kdybyste mně ten katalog tak dala, co? co toto?“ Já říkám: „Víte, co? Nechte si ho. Kašlu na, na co, však já už nikdy nic sadit nebudu, ani, ani orat, kopat.“ No, takže si ho nechala. No ona už je taková postarší, a ji už to asi zmáhá ta práce tady, protože někdy té práce mají moc, někdy míň, jak podle toho, co mají lidi na oběd. (směje se). Podle toho to potom tak vypadá. No, a, takže na druhý den, já jsem byla. Bylo k obědu nebo ke snídani to bylo, ale však já ani nevím už. A já vždycky si spustím, dám si tu postel takto nízko, spustím nohy na zem... a... a ona říká: „A vy jste.“ A takovým hlasem víte, takovým... „Vy jste chtěla pomoc jako z té postele?“ a já říkám: „No samozřejmě, že jsem chtěla pomoci.“ Protože mně každý pomáhá, podá mně ruce a zvedne mňa z té postele do sedu, abych si sedla. Ona se Vám zbrala, beze slova odešla, práskla dveřma a byla pryč a od té doby jsem ji neviděla. Tož, co si můžu myslet? Ne, je mně jedno... Nech ji dělá, co chce. Ale to sa, to sa nedělá. To, jako... To sa nedělá. Neřekla jsem: „No, toto musíte!“ nebo já nevím co, já samozřejmě, že potřebuju pomoci, protože já sa sama neposadím... Když furt ležíte, tak nevstanete, no.“ (P4)

Z rozhovorů vyplývá, že **pomoc** je pro pacientky **nutná**. V některých úkonech jsou soběstačné, ale většinou se musí spolehnout na pomoc sester.

„A sestřičky mi v rámci svých možností splní má přání. Přinesou jídlo, pomůžou mi s tím, co sama nezvládnu, třeba i na terasu můžu. Vyvezou mě a přinesou mi knížku, případně

*i nabíjí telefon, jako jsem, jsem spokojená... ale klidně si řeknu jako nečekám, až je to samy napadne. Klidně si řeknu, protože nejsou vševědoucí, neví, co potřebuji.“ (P1)*

*„Ne, sestřičky jsou úplně světové, znám spoustu lidí, co byli v nemocnici, ledakdo. Hodně lidí si stěžuje, ale já to neznám. Tady opravdu, ať si řeknete, o co chcete, ochotně, všechno udělá s úsměvem, a ještě Vás pohladí. No, to sú tak zlatá děvčata všechny, ale to jako jsem netušila, a syn mně říkal: „Mami, ale oni sú tam hodní neboj.“ (P3)*

*„Myslím si, že zdejší hospicová péče je opravdu na úrovni. Zatím se mi to alespoň tak zdá. Sestry se vždy zeptají, co mi chybí, pomůžou a nakonec... Umím sama mluvit, tak si řeknu, když mi něco chybí. A nebojím se říct si o, o cokoliv.“ (P1)*

Tabulka 5 - Kategorie č. 4 - Příchod nemoci a změny s ní spojené

Vlastnost	Dimenze
Ztráta jistoty a bezpečí	Zásadní
Úbytek sil	Velká
Bezmoc	Získaná
Radosti	Ztracená
Smíření	Potřebné

(Zdroj: autorka bakalářské práce, 2024)

Vlastností, kterou v této kategorii řadíme na první místo je **ztráta jistoty a bezpečí**, s dimenzí **zásadní**. Domov je pro každého místem bezpečí. Participanté uvedli, že museli opustit své domovy, protože nezůstal nikdo, kdo by se o ně mohl postarat a sami to už nezvládnou.

*„No, když o tom přemýšlím, tak jakákoliv nemoc změní a zasáhne do života každého a vždy. A když se jedná o nemoc nevyléčitelnou, jakou u mě, obrátí se život ze dne na den úplně naruby... Mě nejvíc zasáhlo to, že nejsem schopna se sama o sebe postarat a musela jsem opustit domov a rodinu.“ (P1)*

*„Ted'ka už nebudu mět, už nemám ani domov. Tam už bydlí jenom moja sestra doma, ta mňa tam nechce, v žádném případě... Pořád: „Kdo sa bude o tebe starat?“ Tož já nevím, tož, jí to strašně vyhovuje, že já su tady. To je pro ňú strašné bezpečí, že tady je čtyřiadvacet hodin pořád někdo, doktoři a všechno a že nemusí... protože já jsem dvakrát spadla. Ona mňa, nemohla zvednout ze země, protože neměla sílu, protože je o 8 roků starší než já. No, takže,*

*takže kdo by mňa zvedal, kdybych spadla. No, já to chápu všechno, já to chápu ale, ale je mě to líto. Já už ho nemám, já už nemám domov. Já, já už když tady, když tady takto odpadnu, tak už tady budu tak dlouho, jestli, jestli mě budou peníze stačit.“ (P4)*

Další vlastností je **úbytek sil**, které jsme přiřadili dimenzi **velká**. Všichni participanti se shodli na tom, že nemoc jim postupně brala sílu a z toho důvodu často docházelo k pádům a nebyli schopni se bez pomoci postavit.

*„Zásadně no, tak to... Člověk přestane chodit a teď to nejhorší, že jsem chodil předtím. Předtím jsem chodil ještě a postupně to zhoršovalo, to už jsem chodil a padal a nejvíc v noci. Teď člověk na zádech, nemůže se zvednout, aj třeba 3 hodiny...“ (P2)*

*„No a potom, po přepisu, špatně jsem chodil. Takže všude jenom kousek, potom už jsem vůbec nedošel, to jsem nemohl chodit po venku, doma, no to jsem došel na ten záchod a potřebné věci po baráku, jsem potřeboval a už to nešlo, pak jsem začal padat, to bylo to nejhorší, co mohlo být...“ (P2)*

*„No tak hodnoty strašné, jak nemůžete chodit. Celý život na nohách, nikdy mě nic nebylo a naráz sebou prásknu doma u dveří, kdy zavírám dveře a já jsem se minula kliky. Ten moment, já su vysoká hodně, tak z té mojí výšky křáp o sebe. Teď to zabořelo šíleně, syn přijel, já říkám: „Dostaň mě na lůžko, to přejde to je uderené.“ a říká: „Maminko, to není uderené, ty máš takú bolest v očích. No jasně, ten křížek zlomený, a bylo...“ (P3)*

*„Všecko, psychického, přestala jsem chodit, spadla jsem na zem uhodila jsem se tak do kyčle, že jsem se nemohla vůbec ani postavit, kvůli tomu tady ležím...“ (P4)*

**Bezmoc** je třetí vlastností této kategorie s dimenzí **získaná**. Ta se u těchto participantů projevila spolu se ztrátou soběstačnosti a nutnosti tyto změny přijmout. Participantka č. 4 se, bohužel, této situaci plně odevzdala a dál od života nic nečeká.

*„...no, není síly se zvednout. Někdy jsem se zvedl, jsem nabral síly, jsem se doplazel k té posteli nebo k tomu křeslu, a když byla síla se vytáhnout tak si to plazil a když nebyla tak jsem musel počkat, než mě někdo vytáhne.“ (P2)*

*„Tož, jak se Vám může změnit život, když máte rakovinu plic. Co můžete chtít už od života? Čekat, kdy to, fakt, když to s Vámi sekne. To je už to největší vysvobození, protože nic jiného už čekat nejde. To se nedá vyléčit, to se nedá ani uklidnit, to prostě si jde svým stylem a jak to vydržíte dlouho, tak to vydržíte... Já čekám na vysvobození.“ (P4)*

„...tak přijel brácha tak se zdařily ty plenky, že když už jsem měl ty plenky, tak jsem nemusel chodit, že. No, to jsem si zvykl, že to ani nejde. Nikdy by mě nenapadlo, že budu v plenkách. Ještě jsem vždycky říkal, no, jak je člověk nesamostatný a už se neumí postarat, tu nemá co dělat... No a je to tady.“ (P2)

„Ted'ka... Už ted'ka, už mi to vůbec tak jako. Já už, já už jsem to tak, jako vzdala všechno, já jsem byla plná elánu, ale toto, toto vidím, že to spěje ke špatnému konci.“ (P4)

„...nečekám prakticky už na nic. Na nic, opravdu! Už jako říkám odevzdaně, odevzdaně pokud su, tak su, když nebudu, nebudu. Co Vám na to můžu povědět jiného?“ (P4)

„Hlavně klid a co, jíst nemůžu, to je další. No, chodit nemůžu, tož co to je za život.“ (P2)

Čtvrtou vlastností v této kategorii jsou **radosti** s dimenzionálním rozsahem **ztracené**. Participanti vzpomínají na své záliby, o které přišli vlivem nemoci. Radost jim v této chvíli dělají jen vzpomínky.

„No právě, že se musela opustit domov a rodinu, která byla pro mě vždy nejdůležitější, ale teď už alespoň vím, že děti jsou dospělé a tolik mě nepotřebují.“ (P1)

„No tak, to já jsem dřív plaval dennodenně, já už jsem byl o půl sedmé ve vodě.“ (P2)

„No, já jsem od mládí byl zvyklý no. Tak všechno se změnilo, to, jak člověk je upoutaný na tu postel, tak to je... Já jsem byl zvyklý hnedka ráno, říkám, vstát, sednout na kolo a byl jsem plavat. Z plavání jsem se stavil v obchodech a nakoupil jsem a do Kauflandu, tam jsem si nakoupil, zajel dom a...“ (P2)

„Tak já jsem měla tu zahrádku, já jsem spíš byla taková ta zahradnice jako. Jak sa to řekne taková zahradnice, nezahradnice, když sa řekne: „Když je kozel zahradník... Takže ta zahrádka tak. Pole jsme nikdy neměli, ale mě to v tom, v těch květináčích a v těch truhlíkách a záhonek před oknem a, a to tak. To bylo, to byla moja záliba. Zvířata jsem měla ráda, kočky, psi. To sem kočky, to zase kocoury měla pořád nějaké doma...“ (P4)

„A ještě ráda maluju perníky, nebo vždycky jsem malovala, akorát je už neupeču. A co ještě, no, malovat vajíčka taky ráda, i perníková vajíčka jsem malovala když... Bylo to, bylo to prima.“ (P1)

**Smíření** s dimenzí **potřebná** je poslední vlastností v této kategorii. Pokud by se participanti se změnami, které jim jejich diagnóza přinesla nesmířili, život a celkový pobyt v zařízení by pro ně byl utrpením.

„Smířit se musím, protože mi nic jiného nezbude.“ (P1)

„Je to nevyléčitelné. Není lehké se s tím smířit, ale vím, že život každého je konečný.“ (P1)

„No, a tak tam ten doktor říká: „No, četl jsem si Váš chorobopis, tož, prý jste odmítla léčbu. Jako, že máte to.“ A já říkám: „Odmítla. Já to nebudu prodělávat desetkrát po sobě. Vždycky mňa dáte dohromady nebo... To na té onkologii, dáte dohromady a za rok sa na mně to vrátí zpátky a zase znovu tu budu... A to kolem dokola furt, však v životě mňa z toho nikdo nevyléčí.“ Říkám: „Kolik lidí jste vyléčili z takového případu?“ „No, tož to...“ To, toto jako, tak říkám, já jsem říkala: „Tak, já už to nechám na Pánaboha. Pánbůh at' si to už udělá, jak chce... Když mně řekne Pánbůh půjdeš, tak půjdu bez jakéhokoliv to. Já nejsu pobožná jakože, že bych byla, ale tak jsem mu to jako řekla. Chtěl mně tu nemoc dat', tak mě ju dal... Když mně řekne že už dost, tak zavřu oči a budu čekat, kdy to přijde, hotovo. No a on mňa říká: „Já Vám něco řeknu, Vy to máte velice dobře nastavené.“ Tak mňa pochválil. Já říkám: „Podívejte sa, to přece každý si může rozhodnout, jestli sa chce léčit nebo nechce léčit. Jestli to chce znovu, všecko znovu jako prožívat. To je na rok, na dva, na tři a každý už zajásá: „Už to mám za sebou“ a naráz bác ho a je to zpátky. A je to takto. To s tou nemocí to máte tak, jak tu cukrovku. Tak jak tady toto. To sa nedá vyléčit, to prostě máte.“ (P4)

„Ne, ne, úplně normálně ten život prožívám, tak hezky no. Dnes začne člověk stárnout a vidí, ten sa ztráca, ten, toho něco bolí, tak to je takové smutnější, ale s tím se nedá nic dělat.“ (P3)

## 4 ANALÝZA A INTERPRATACE DAT

V následující sekci budeme data z rozhovorů analyzovat a odpovíme si tak na otázky stanovené v úvodu části této práce.

### **Jaké potřeby jsou pro nemocného nejdůležitější?**

V první kategorii jsme se setkali s problémem sdělování diagnózy. K této vlastnosti se sice nevyjádřili všichni participanti, ale je patrné, že sdělení jakékoliv diagnózy by mělo být šetrné, pravdivé a pro pacienta srozumitelné. Prvotní sdělení diagnózy je obtížný, ale zásadní proces vyžadující empatii a dobré komunikační schopnosti. Pokud nejsou informace pacientovi sděleny v plném rozsahu, s citem a zájmem, může se stát, že pacient ztratí důvěru a jistotu nejen v lékaře, ale i v ošetřující personál. P4 zmínila, že jí byla diagnóza oznámena dost necitlivě: „*Už máme ten výsledek. No, tak máte zhoubný, máte nádor na plicích a je zhoubný.*“ Pacientka z této situace byla „*vyjuchaná*“, jak sama popsala. P2 měl pocit, že mu při sdělení v pořadí už druhého zhoubného onemocnění (první měl rakovinu krku, poté rakovinu plic) zatajili některé informace. P1 byla s diagnózou seznámena s citem a přitom dostatečně. Další důležitou vlastností je jistota, každý jí vnímá individuálně. Ta bývá spojována s bezpečím, podporou a důvěrou, kterou personál pacientům poskytuje. P1 ji vnímá jako bezpečí, protože ví, že personál jí vždy poskytne pomoc, aby netrpěla. P2 jistotu svým způsobem vidí jako radost z každého rána a P3 má jistotu spojenou se vztahy v rodině a vůbec mezi lidmi. Komunikace je pro všechny pacienty velmi důležitá. Poskytuje jim pocity radosti, náklonnosti, sounáležitosti, pomáhá jim zahánět samotu a upevňuje vzájemné vztahy. Všichni pacienti by si rádi se sestrami popovídali, bohužel, sestry nemají tolik prostoru, to si pacienti uvědomují a zdržují sestry a pečovatelky co nejméně. S komunikací jde ruku v ruce důvěra, která se mimo jiné samotnými rozhovory buduje. Jakýkoliv zdravotní pracovník si důvěru získá především svojí náklonností, zájmem a empatií. V paliativní péči je nesmírně důležitá, protože pacienti potřebují vědět, že na personál se vždy mohou spolehnout. Mají jistotu, že jim nikdo neublíží a vše, co pro ně dělají má význam a smysl. V rozhovoru s P4 jsme se setkali s příkladem, jak je důvěra křehká. Lékařka jí nabízela poslední pomazání v době, kdy se na umírání z daleka necítila a byla plná života. Tak ztratila její důvěru a sympatie. Poslední vlastnost, kterou bych považovala za jednu z těch nejdůležitějších, je úleva od bolesti. Bolest je jedním z nejčastějších příznaků spojených s nevléčitelnými nemocemi. Téměř všichni pacienti jsou v závěru života na vysokých a pravidelných dávkách analgetik a opiátů. Většina z nich dostává medikaci formou lineárních dávkovačů,

takže jsou bez bolesti po celý den. Úleva od bolesti je přáním každého nemocného v těchto zařízeních, protože poslední dny života, ale i samotnou smrt nechtějí prožít v bolestech.

### **Jak jsou nemocní spokojeni se saturací jejich potřeb?**

V předchozí otázce jsme zmínili prioritní potřeby nemocných a v této se zaměříme na spokojenost s uspokojováním potřeb. Zmíníme i kategorii vztahu personálu s pacientem, jenž nám v rámci analýzy vyplynula.

Informace spojené s prognózou jsou v kategorii *spokojenosti se saturací* na prvním místě. Potřeba dostatečných znalostí o své prognóze je zásadní pro stav a vývoj nemoci, rozhodování se o možnostech léčby, lepší porozumění nadcházejících změn a v neposlední řadě se samotným smířením se. Informace o jakékoliv prognóze by měly být srozumitelné, pravdivé a úplné. P4 poukazuje na odlišnost sdělení informací ve filmu a v realitě. Žádná pěkná slova, držení za ruku, nebo poskytnutí alternativních možností. Prostá a tvrdá realita, strohé informace, nikdo se s ní „nemazlil“. Z rozhovoru vyplynulo, že jí to velmi zasáhlo a mrzelo. Podobně se k tomu přiklání i P2, kde informace nebyly poskytnuty v plné míře. „*Ne, pravdivé byly, ale nebyly řečené na rovinu. Akorát mně řekl, že už nemůžu brát kapačky, že bych to nevydržel. Takže беру jenom léky od bolesti a tím to haslo...*“ Toto je celosvětový problém, na který poukázala i autorka Kübler-Ross ve své knize „*O smrti a umírání*“, kde sama doporučuje, jak by se měly informace pacientům poskytovat. V příloze (P I) je uvedený protokol SPIKES pomáhající lékařům sdělovat diagnózu.

Další významnou potřebou, se kterou jsme se v rozhovorech setkali, je psychická podpora. Se svými problémy se většinou participanté vypořádávají sami, protože nechtějí obtěžovat personál. P1, P2 a P4 se vypořádávají se svými problémy sami, zatímco P3 uvedla, že je pro ni oporou rodina, která ji motivuje a dodává jí sílu dál žít. P1 a P3 se shodly, že při těžkých chvílích jim pomáhají vzpomínky na dětství a na hezké chvíle v životě. Je důležité se v praxi zaměřit na psychickou pohodu, především u pacientů v paliativní péči. Neměli by zůstat celé dny sami na pokojích a přemýšlet jen o své nemoci, proto by bylo vhodné je čas od času přimět k nějaké činnosti. Aktivizaci v zařízení hodnotí pacienti kladně, P3 sice na canisterapii toho dne čas neměla, ale využívá ji. P4 kladně hodnotila vánoční malování stromečků, které si velmi užila. P1 se zatím s podobnou aktivitou nesetkala, ale sama se zabaví čtením a ručními pracemi. Sociální interakce se může rozvíjet jak v rámci zájmových aktivit poskytovaných zařízením, tak i formou návštěv. Přítomnost blízké osoby nebo i dobrovolníka stimuluje psychické zdraví všech nemocných. Všichni participanté

se shodli, že je potěší přítomnost a zájem druhé osoby. P4 přiznala, že je mnohem raději, když ji navštíví dobrovolnice než někdo z rodiny. Spokojenost s celkovou péčí je další vlastností promítající se i v kategorii vztahů personálu s pacientem. Všichni pacienti jsou v rámci možností s péčí spokojeni a celkově ji hodnotí pozitivně. Ohleduplnost, zájem a podporu ze strany personálu nemocní velmi oceňují. Všimají si všeho, co pro ně personál dělá, jak k nim přistupuje, na co se zaměřuje během dne, mimiky ve tváři a také tóniny hlasu. Každý z personálu by si měl uvědomit, jak se k pacientovi v daných situacích chová. Ukázkový příklad máme z vyprávění P4, která potřebovala pomoc a místo toho se setkala s neprofesionálním chováním jedné z pečovatelek. Naštěstí, taková situace nastala jen u jedné z participantů. Pomoc vyžadují i další pacienti, ale sestřičky vždy jejich přání splnily bez zaváhání a s úsměvem.

### **Jak jim nemoc ovlivnila jejich život a jak ovlivnila jejich potřeby?**

Jak jsme si uvedli již na začátku naší práce, potřeb je mnoho a každý je pudově uspokojuje, aniž by nad tím přemýšlel. S příchodem nemoci, jak zmínila P1 *„obrátil se život ze dne na den úplně naruby.“* Nemoc všem participantům zásadně narušila jejich životy a ovlivnila nejen jejich potřeby, ale i zájmy a záliby, kterým se rádi věnovali. Nuceni opustit své domovy, jelikož nebyli více schopni se o sebe postarat, ztratili potřebu jistoty a bezpečí. Domov, známé místo, kde trávili své dny, museli vyměnit za „nový“ v hospicovém zařízení. Ano, sice pokoje, které tam jsou, mají příjemný a estetický vzhled, ale domovu se nemohou vyrovnat. S časem začaly postupně ubývat fyzické i psychické síly. U všech pacientů to začalo pádem, který byl pro ně zásadní. Nemožnost chůze, zvládnání běžných činností, neschopnost se o sebe postarat vyústily v beznaděj. P2 popisuje situace, kdy po pádu neměl sílu se vytáhnout na křeslo a musel počkat, než mu někdo přijde na pomoc. Zároveň popisuje změnu spojenou s vyprazdňováním: *„...Nikdy by mě nenapadlo, že budu v plenkách. Ještě jsem vždycky říkal, no, jak je člověk nesamostatný a už se neumí postarat, tu nemá co dělat. No a je to tady.“* S pocitem bezmoci se u P4 projevila i odevzdanost. Už ji nadále nic nebaví, jediné, na co čeká, je vysvobození.

V rámci svého zdravotního stavu se museli pacienti vzdát svých oblíbených činností. P1 jako svoji radost popisuje péči o rodinu a domov. Ráda pekla a malovala perníčky, dokud ještě mohla. P2 vzpomíná na svůj koníček plavání, kterému se věnoval od mládí a P4 na svoji zahrádku, kde trávila nejvíce času a na zvířátka, která jí dělala společnost. V této chvíli zbyly mnohým jen vzpomínky na tyto radostné chvíle. S nemocí přichází i smíření, jež je součástí života. Všichni participanté v závěru uznali, že smíření se s nemocí



a novým životem je potřebné. Přiznávají, že jim nic jiného v těchto těžkých chvílích nezbyvá.

## 5 DISKUZE

Tato část práce se zaměřuje na interpretaci cílů a dílčích výzkumných otázek definovaných v úvodu praktické části. Výzkumného šetření se zúčastnili 4 participanti pobývající v hospicovém zařízení. Výzkum byl realizován formou rozhovoru. Získaná data byla analyzována a následně z nich byly vytvořeny kategorie s odpovídajícími vlastnostmi, ke kterým byl přiřazen vhodný dimenzionální rozsah.

### **Hlavní výzkumnou otázkou bylo zjistit, jaké jsou potřeby nemocných v hospicové péči.**

Po vyhodnocení rozhovorů jsme zjistili, že to jsou především potřeby empatického a ohleduplného přístupu ze strany sester. Pacienti oceňují, že o ně personál jeví zájem. Pravděpodobně je to dáno tím, že se ztrátou své soběstačnosti jsou odkázáni pouze na ně a jsou to právě ony, kdo za nimi přes den přijde, usměje se na ně a promluví s nimi. Komunikaci oplácejí pacienti svou vděčností.

### **V první dílčí výzkumné otázce bylo cílem zjistit, jaké jsou nejdůležitější potřeby nemocného.**

Mezi potřeby, které vyplynuly po interpretaci dat, jsme zařadili sdělení diagnózy, potřebu jistoty, komunikace, důvěry a úlevy od bolesti. Pravdivé a šetrné sdělení diagnózy je prvotní motiv pro vybudování vztahu nejen mezi pacientem a lékařem, ale i celým ošetrovatelským personálem, založeným na jistotě a důvěře. Pojem jistoty byl pro pacienty různý. Jeden jí vnímal jako víru v personál, druhý jako radost z každého rána a třetí s pozitivními vztahy v rodině. Komunikace je velmi důležitá, pomáhá jim překonat těžké chvíle, dodává jim pocit sounáležitosti a zároveň upevňuje vztahy s ošetrujícím personálem. Bohužel, na komunikaci sestry mnoho času nemají, proto je pacienti raději příliš nezatežují. Důvěra je nezbytná nejen při sdělování diagnózy, ale při celkové ošetrovatelské péči. Pacienti potřebují věřit a vědět, že jim nikdo neublíží a vždy tu pro ně někdo bude. Získat důvěru nebývá snadné. Z mé vlastní zkušenosti vím, že mi k tomu pomohl úsměv na tváři, srdečný pozdrav a otevřený přístup. Každé ráno jsme se na sebe těšili, smáli se a vtipkovali. Takové pouto, které jsem si s nimi vytvořila, prospívá pacientovi i jeho duši. Úleva od bolesti je nejčastější potřebou každého pacienta. Bolest je limituje, proto mají pravidelně ordinovaná analgetika, aby mohli dny i noci strávit bez utrpení.

Výsledky bychom mohli porovnat s prací autorky Havelkové (2011), která ve své diplomové práci měla jako jeden z cílů zjistit, jaké potřeby jsou pro nemocné důležité a jakou mírou jsou naplňovány v průběhu jejich pobytu. Výzkum byl veden kvantitativní metodou, ale se závěrečnými výsledky se můžeme téměř ztotožnit. Potřeba být bez bolesti, mít důvěru

v ošetřující personál a být plně informován o svém zdravotním stavu se shodují s našim výzkumem. V této práci vyvstaly navíc tyto potřeby: mít pozitivní náhled na život a soukromí v kruhu rodiny (Havelková, 2011, s. 76).

**Druhou dílčí výzkumnou otázkou jsme zjišťovali spokojenost nemocných se saturací jejich potřeb.** Zde jsme uvedli potřeby, se kterými byli nemocní nejvíce spokojeni. První jsou informace o prognóze. Participanti, až na pár výjimek, uvedli, že byli o své prognóze dostatečně informováni. Vyplývaly dva případy, kdy informace nebyly podány vhodně. Lékař jim řekl buď jen část toho, co slyšet potřebovali, nebo naopak, jim oznámil vše, ale bez empatie. Pacientka uvedla, že si představovala, jak ji někdo vezme za ruku, ujistí, že jsou i jiné možnosti a ubezpečí ji, že v tom není sama. To se nestalo a podle ní to jsou jen klišé z filmů. Jako další následuje psychická podpora, kterou si téměř každý uspokojuje sám. Nechtějí obtěžovat nikoho z řad personálu, proto raději vzpomínají na něco pěkného. V rámci svého výzkumu jsem s nimi trávila hodně času. Každé odpoledne jsem za nimi chodila a už po prvním týdnu jsem viděla změny. Z uzavřeného pacienta se stal veselý, upovídaný pán, plný života, se kterým jsem hrála karty a pexeso. Bylo vidět, že potřeboval někoho, kdo mu bude jeho dny zpříjemňovat a komu se může i svěřit se svými potížemi. Dovolím si zmínit, že potom, co mu lékařka oznámila, že se s ním jde rozloučit, protože si myslí, že to bude už jen horší, se jeho psychický stav rapidně zhoršil. Už to nebyl ten veselý pán, ale pacient, co každou chvíli mluvil o strachu, smrti a o tom, proč mu to řekla. Během dvou následujících dnů se tomu plně poddal a z našeho pěkného vztahu zbyly jen vzpomínky. Tímto bych chtěla zmínit, že pokud taková situace nastane, je potřeba pacienta i nadále psychicky podporovat, protože pokud se tomu poddá, pak už ani medikamenty nepomohou.

Další vlastností je aktivizace poskytovaná zařízením. Většina se shodla, že jim přináší pocity uspokojení a radosti. V rámci těchto aktivit se mohou potkat i s jinými pacienty. S tímto jde ruku v ruce sociální interakce, která je důležitá pro zachování duševního a emočního zdraví. Pozitivně ovlivňuje jejich celkovou pohodu a kvalitu života. Jakákoliv společnost ze strany rodiny, kamarádů nebo dobrovolníků jim zpříjemní den. Spokojenost se samotnou péčí hodnotí pacienti pozitivně, sestry jsou velmi profesionální, ochotné poradit a kdykoliv pomoci. V rámci této otázky vznikla i nová kategorie zaměřující se na vztah mezi personálem a pacientem s vlastnostmi ohleduplnost, zájem a podpora a pomoc. Ohleduplnost je důležitá. Sestry k nim přistupují s úctou, vlídností a respektem. Zájem a podpora by neměly chybět. Pacienti oceňují zájem a přístup ze strany personálu.

V našem rozboru rozhovorů se setkáváme i se situací, kterou jsme dali do vlastnosti zájem a podpora. Proč? Protože jsem se v průběhu svého výzkumu přesvědčila, že hlavní roli hrál nezájem. Ráno, na předání služby, bylo zmíněno, že pacientka dopomoc potřebuje. Pečovatelka tuto informaci nejspíš nereflektovala a potom, co za pacientkou přišla, nezajímala se, zda pomoc potřebuje či nikoliv. Došlo k výměně názorů mezi ní a pacientkou. Pečovatelka situaci nezvládla a místo pomoci odešla. Nemůžeme jí to vyčítat, ale já si myslím, že kdyby byla ohleduplnější, k takové situaci by nedošlo. Poslední v této kategorii je pomoc, kterou často pacienti od sester vyžadují a ze zmiňovaných odpovědí ji vždy dostanou bez zaváhání.

**Třetí dílčí výzkumná otázka zjišťovala, jak nemoc ovlivnila jejich život a jak ovlivnila jejich potřeby.** Vlastnosti, které jsme v praktické části uvedli, byly ztráta bezpečí a jistoty, úbytek sil, bezmoc, radosti a smíření se. Nutnost opustit svůj domov a vyměnit jej za „nový“, představoval pro mnohé zásadní životní změnu spojenou se ztrátou jistoty a bezpečí. Domov je přece místo, kde se každý cítí nejlépe. Úbytek sil přišel se zhoršujícím se zdravotním stavem. Pacienti neměli jak fyzickou, tak i psychickou sílu, upadli a už nebyli schopni se sami postavit a o sebe se postarat. Bezmoc nastala s úbytkem sil a se změnami, které museli v rámci své osoby přijmout. Všichni pacienti se museli vdát svých radostí a zálib, protože už neměli možnost se jim věnovat. Poslední vlastnost, smíření je pro všechny důležité. Bez něj by nebyli schopni se se změnami vyrovnat.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na potřeby nemocných v hospicové péči. Část teoretická obsahuje dvě kapitoly. První kapitola je věnována potřebám, jejich rozdělení, uspokojováním a hodnocením a také komunikaci. Ve druhé kapitole je popsána hospicová a paliativní péče, jejich dělení a možnosti. Součástí kapitoly je také problematika umírání a samotné smrti, multidisciplinárního týmu, kde je zmíněna práce sestry.

Praktická část byla zpracována kvalitativním výzkumem s užitou metodou rozhovoru. Pro výzkum byly stanoveny cíle, kdy hlavním cílem této práce bylo zjistit, jaké jsou potřeby nemocných v hospicové péči. V praktické části jsou tyto cíle společně výzkumnými otázkami popsány, dále je uvedena metoda sběru dat, charakteristika participantů, analýza dat a jejich interpretace. Výzkumného šetření se účastnili 4 participantů, kteří pobývali v nejmenovaném hospicovém zařízení. Interpretací výsledků jsme odpověděli na všechny stanovené výzkumné otázky.

Z praktické části vyplývá, že pacienti kladně hodnotí empatický, ohleduplný přístup a zájem ze strany personálu o jejich potřeby. Pacienti by ocenili, kdyby si sestry našly chvíli času a popovídaly si s nimi. V první dílčí otázce jsme zjistili, že potřeby šetrného sdělení diagnózy, jistoty, komunikace, důvěry a úlevy od bolesti jsou pro nemocné prioritou. Druhá dílčí výzkumná otázka se zaměřovala na spokojenost se saturací jejich potřeb. Pacienti jsou s uspokojováním potřeb velmi spokojeni. Místy se objeví chybička, ale většinou nepodstatná. Ve třetí dílčí otázce jsme zjistili, že nemoc jim všem zásadně narušila jejich životy. Museli opustit domov, ztratili tak bezpečí a jistotu. S nemocí jim začaly ubývat síly, často upadli a museli se spolehnout na pomoc druhých a s tím přišla bezmoc, pro kterou museli zanechat svých radostí a koníčků. Smířit se s touto situací bylo pro ně velmi těžké, ale nezbytné.

Na samotný závěr bych ráda citovala vzkaz jedné z mých participantek:

*„No tak ráda bych vzkázala všem lékařům, sestrám a personálu, že ta stará, nemocná a bezmocná paní, která tady leží, byla kdysi roztomilé děvčátko, chloubka svých rodičů. Byla krásná, žádoucí dívka, mladá, milující a milovaná manželka, starostlivá maminka, žena, která vykonávala své povolání, starala se o rodiče a teď tady leží a vy nevíte, kdo to je. A nerada bych slyšela někdy: „Proboha, co zas ta baba zase po nás chce.“ Tak to bych vám ráda sdělila, že jsem byla také mladá krásná žena a strašně nerada bych vám byla na obtíž.“ (P1)*

**Doporučení pro praxi**

- Vymezení prostoru pro komunikaci s pacientem během dne
- Posílení psychosociální podpory nemocných
- Poskytnout pacientům více aktivizačních činností
- Dodržování etických zásad v péči o pacienty
- Pro sdělování onkologických diagnóz využít protokoly (SPIKES)

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- ANTONOVÁ, B.; KUBÁČKOVÁ, P.; MARKOVÁ, A. a SLÁMOVÁ, R., 2018. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1279-7.
- BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.
- BUŽGOVÁ, R.; SIKOROVÁ, L.; KOZÁKOVÁ, R. a JAROŠOVÁ, D., 2013. Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči. Online. *Onkologie*. Roč. 7, č. 6, s. 310-314. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/xon/2013/06/11.pdf>. [cit. 2024-02-13].
- DOSTÁLOVÁ, O., 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5706-3.
- FINUCANE, A. M.; SWENSON, C.; MACARTNEY, J. I.; PERRY, R.; HETHERINGTON, L. et al, 2021. What makes palliative care needs “complex”? A multisite sequential explanatory mixed methods study of patients referred for specialist palliative care. Online. *BMC Palliat Care*. Vol. 20, no. 18, s. 1-11. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00700-3>. [cit. 2024-01-15].
- GULOVÁ, L. a ŠÍP, R., 2013. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4368-4.
- GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HAVELKOVÁ, K., 2011. *Zjišťování potřeb pacientů v hospicové péči*. Online. Ostrava: Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence. Dostupné z: <https://theses.cz/id/e946m3/>.
- HENDL, J., 2023. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 5., přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1968-2.
- HONZL, J., (režisér). *Peníze nebo život*. Film. VOSKOVEC J., a WERICH J., (námět a scénář). Československo: Lloyd, 1932.
- ISENBERG, S. R.; KILLACKEY, T.; SAUNDERS, S.; SCOTT, M.; ERNECOFF, N. C. et al., 2021. “Going Home [Is] Just a Feel-Good Idea With No Structure”: A Qualitative Exploration of Patient and Family Caregiver Needs When Transitioning From Hospital to

Home in Palliative Care. Online. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 62, no. 3, s. 9-19. ISSN 08853924. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.02.026>. [cit. 2024-01-15].

JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Grada. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7.

KALVACH, Z., 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 2., uprav. a dopl. vyd. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-54-6.

KISVETROVÁ, H., 2018. *Péče v závěru života: nauka o umírání a smrti*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-496-8.

KÜBLER-ROSS, E., 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.

KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.

KVASNIČKOVÁ, V., 2016. Uspokojování spirituálních potřeb z pohledu pacienta. Online. *Florence: odborný časopis pro nelékařské zdravotní pracovníky*. Roč. 12, č. 7-8, s. 1-4. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2016/7/uspokojovani-spiritualnich-potreb-z-pohledu-pacienta/>. [cit. 2024-02-13].

MARKOVÁ, A., 2023. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88455-09-7.

MARRELLI, M. T., 2018. *Hospice & palliative care handbook: quality, compliance, and reimbursement*. 3rd. ed. Indianapolis: Sigma, global nursing excellence. ISBN 978-1945157455.

MATZO, M. a SHERMAN, D. W., 2019. *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life*. 5th. ed. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-2712-9.

MÍŠINOVÁ, M., 2016. *Ošetrovatelstvo v paliativnej a hospicovej starostlivosti*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8433-9.

PLEVOVÁ, I., 2019. *Ošetrovatelství II*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Online. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2863-1. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/osetrovatelstvi-ii-6026/>. [cit. 2024-01-16].



PRABHU, R.; SHARRAN, S.; SHENOY, P.; CHATRA, L.; VEENA, K. M. et al, 2023. Awareness and practice of “Spikes” protocol among post-graduate residents in delivering bad news – A cross-sectional study. Online. *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology*. Vol. 35, no. 3, s. 351-354. ISSN 0972-1363. Dostupné z: [https://doi.org/10.4103/jiaomr.jiaomr\\_55\\_23](https://doi.org/10.4103/jiaomr.jiaomr_55_23). [cit. 2024-04-14].

PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.

RADBRUCH, L.; SHEILA, P. et al., 2010. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. In: *Cesta domů*. Online. *Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny*. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/publikace/standardy-a-normy-hospicove-a-paliativni-pece-v-evrope>. [cit. 2024-03-20].

SLÁMA O.; KREJČÍ, J. a AMBROŽOVÁ, J., 2019. *Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení*. In: *Podpora paliativní péče*. Online. Praha: Ministerstvo zdravotnictví. Dostupné z: [https://paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/Metodika\\_implementation\\_PPP\\_2019%20FINAL.pdf](https://paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/Metodika_implementation_PPP_2019%20FINAL.pdf). [cit. 2024-02-13].

SLÁMA, O.; KABELKA, L. et al., 2022, *Paliativní medicína pro praxi*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-627-3.

SLAMKOVÁ, A. a POLEDNÍKOVÁ, L., 2013. *Klinické a ošetrovatelské aspekty paliativnej starostlivosti*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-379-0.

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M., 2022. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3242-3.

STEPHEN, R. C., 2018. *Hospice and Palliative Care: The Essential Guide*. Online. 3rd ed. London: Routledge, Taylor and Francis Group. ISBN 978-1-315-08036-9. Dostupné z: <https://www.ebsco.com/>. [cit. 2024-01-16].

STIBOROVÁ, D. a FREI, J., 2018. *Paliativní péče a umírání v domácím prostředí*. Sedlec-Prčice: Stiborová Denisa. ISBN 978-80-270-3719-3.

SVATOŠOVÁ, M., 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.

SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠESTÁKOVÁ, A., 2023. *Etické aspekty ošetrovatelské péče u seniorů z pohledu sester*. Online. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Dostupné z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/53888>.

ŠVARŤÍČEK, R. a ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

TOMEŠ, I.; DRAGOMIRECKÁ, E. a SEDLÁROVÁ, K., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2972-8. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/rozvoj-hospicove-pece-a-jeji-bariery-5582/>. [cit. 2024-01-16].

TRACHTOVÁ, E., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. 4., rozš. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-590-7.

ULLRICH, A.; GRUBE, K.; HLAWATSCH, C.; BOKEMEYER, C. a OECHSLE, K., 2019. Exploring the gender dimension of problems and needs of patients receiving specialist palliative care in a German palliative care unit - the perspectives of patients and healthcare professionals. Online. *BMC Palliative Care*. Vol. 18, no. 1, s. 1-10. ISSN 1472-684X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0440-7>. [cit. 2024-01-16].

WANG, T.; MOLASSIOTIS, A.; PUI MAN CHUNG, B. a TAN, J., 2018. Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers: a systematic review. Online. *BMC Palliat Care*. Vol. 17, no. 96, s. 1-29. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0346-9>. [cit. 2024-01-15].

WOLKER, J.; KUBÍČKOVÁ, M. a DVOŘÁK J., 1975. *Do boje, lásko, leť: dopisy a básně Jiřího Wolkra z roku 1923*. In: WOLKER, Umírající. Online. Praha: Odeon, s. 90. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:3d5261f0-6c32-11e2-bb2a-005056827e51>. [cit. 2024-04-16].

WRIGHT, P. M., 2017. *Fast facts for the hospice nurse: a concise guide to end-of-life care*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-3198-0.

ZWEERS, D.; DE GRAEFF, A.; DUIJN, J.; DE GRAAF, E.; WITTEVEEN, P. O. et al, 2019. Patients' Needs Regarding Anxiety Management in Palliative Cancer Care: A Qualitative Study in a Hospice Setting. Online. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®. Vol. 36, no. 11, s. 947-954. ISSN 1049-9091. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1049909119846844>. [cit. 2024-01-16].

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

č. číslo

ČR Česká republika

Dr. Lékař

tzv. tak zvaně

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 - Charakteristika participantů .....	31
Tabulka 2 - Kategorie č. 1 - Potřeby, které jsou významné.....	32
Tabulka 3 - Kategorie č. 2. - Spokojenost se saturací potřeb .....	35
Tabulka 4 - Kategorie č. 3. - Vztah personál – pacient .....	39
Tabulka 5 - Kategorie č. 4 - Příchod nemoci a změny s ní spojené.....	42

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Protokol SPIKES

Příloha P II: Otázky k rozhovorům v hospicové péči

Příloha P III: Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Příloha P IV: Žádost o umožnění výzkumného šetření

Příloha P V: Žádost o umožnění přístupu k informacím

## PŘÍLOHA P I: PROTOKOL SPIKES

Pro první krok je třeba vhodného nerušeného **prostředí** (Setting), kde nemusí být přítomen pouze pacient, ale i někdo blízký.

Následovat by mělo správné **vnímání situace** (Perception), tedy to, co vše pacient ví o své diagnóze, jak ji chápe, co je pro něj v tuto chvíli zásadní a z čeho má obavy a starosti.

Třetí krok, **pozvání** (Invitation), vede k zjištění, co vše chce pacient o své nemoci a jejím průběhu slyšet. Zvládne přijmout špatné zprávy?

Čtvrtým krokem je **poznání**, (Knowledge), což znamená poskytování informací o prognóze. Pokud je zpráva natolik závažná, měl by ji lékař sdělovat pomalu, po částech, zeptat se pacienta, kolik toho chce vědět a dát mu dostatek prostoru na zpracování této informace. Někdy se stává, že pacient není schopen po delší dobu vnímat, protože je informacemi přeplněný a takřka nevnímá své okolí. Po rozhovoru s lékařem si téměř nic nepamatuje.

Pátá je **empatie** (Empathy), kdy lékař s pacientem soucítí a je ochoten mu kdykoliv pomoci. Přistupuje k němu s respektem, ujišťuje jej, že je tu vždy pro něj a pokud bude cokoliv potřebovat, má se na něj obrátit.

Posledním krokem je **shrnutí** (Summarize), kdy lékař s pacientem pomalu a v klidu shrnou vše, co si mezi sebou řekli. Pacient už ví, na koho se má obrátit, když bude něco potřebovat (Prabhu et al., 2023, s. 1-4; Sláma et al., 2022, s. 56-57).

Základem sdělení, třeba i špatné prognózy, je věnovat pacientovi dostatek času pro zpracování závažných informací, než lékař začne protokol SPIKES využívat (Sláma et al., 2022, s. 57).

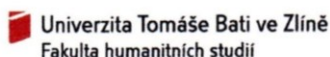
## **PŘÍLOHA P II: OTÁZKY K ROZHOVORŮM**

1. Jak Vám diagnóza ovlivnila Váš každodenní život? Které z Vašich potřeb a hodnot to nejvíce zasáhlo?
2. Jaké potřeby považujete Vy za důležité? Na kterých naopak netrváte tolik?
3. Jak jsou aktuálně uspokojovány Vaše potřeby? Zeptá se sestra, co Vám chybí, nebo si o vše musíte říct sám?
4. Jak si představujete Vy kvalitní práci odvedenou personálem v rámci Vás i Vašich potřeb? Máte nějaké výtky? S čím jste nespokojená?
5. Vybaví se Vám situace, kdy na Vás byla sestra nepříjemná a nevyhověla Vašim požadavkům? Proč si myslíte, že k tomu došlo? Jak jste reagoval?
6. Popsal/a byste mi, prosím, rozdíl v přístupu personálu na počátku péče a nyní? Jak se vyvíjel vztah mezi Vámi a sestrami?
7. Co pro Vás představuje zdravotnický personál? Jak jej vnímáte ve své situaci? Jakým způsobem k Vám přistupuje?
8. Kdo a jak Vám poskytl informace o Vašem zdravotním stavu? Jak Vám byla Vaše diagnóza předána?
9. Co Vám i přes veškerou péči, které Vám zařízení a sestřičky poskytují, chybí?
10. Jak a co by měl personál udělat pro to, aby Vaše přání a potřeby splnil k Vaší spokojenosti?
11. Kdo Vám poskytuje psychickou a emoční podporu, pokud jí potřebujete? Co nebo kdo Vám pomáhá překonat těžké chvíle?
12. Co užitečného Vám přináší během Vaší péče komunikace se sestrou? Jak a v čem je pro Vás důležitá? Jak Vám pomáhá a naplňuje Vás?
13. Jak moc je podle Vás důležitá vzájemná důvěra mezi pacientem a pečujícím personálem? Co pro Vás důvěra v sestru znamená a co by měla udělat, aby si Vaši důvěru získala?
14. Pokud máte bolesti, jak se k Vám sestra zachová? Přijde se na Vás později podívat, zajímá se o Vás?



15. Zhodnotil byste, prosím, kvalitu svého spánku v posledních dnech? Co Váš spánek ovlivňuje nebo narušuje?  
Jak Vám ošetřující personál pomáhá, pokud máte problémy s usínáním a se spaním vůbec?
16. Na co se podle Vás personál nejvíce zaměřuje, pokud za Vámi během dne přijde?
17. Co pro Vás znamená duchovní víra? Jakým způsobem jsou naplňovány Vaše duchovní potřeby?  
Stalo se Vám někdy, že Vaše duchovní potřeby nebyly respektovány? V jaké situaci?
18. Jak Vás sestry motivují k sociální interakci? Jaké služby využíváte v rámci tohoto zařízení?

# PŘÍLOHA P III: INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU



## INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

Vážený pane, vážená paní,

v souladu s etickými zásadami realizace výzkumu a ochranou osobních údajů Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

**Název bakalářské práce:** Potřeby nemocných v hospicové péči

**Řešitel projektu:** Tereza Hermannová, e-mail: t\_hermannova@utb.cz, tel.: +420 774 661 946

**Název pracoviště:** Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

**Vedoucí práce:** Mgr. Sylvie Chvatíková, e-mail: chvatikova@utb.cz, tel.: +420 576 038 165

**Cíl výzkumu:** Zjistit, jaké jsou potřeby nemocných v hospicové péči?

**Popis výzkumu:** Do výzkumu se zapojí pacienti v hospicové péči v rámci kvalitativního výzkumu, kdy technikou výzkumu bude rozhovor. Okruhy otázek k rozhovoru jsou k dispozici k nahlédnutí. Odhadovaná doba rozhovoru je 30 minut. Příprava není nutná, pouze dobrovolná v přípravě odpovědí na okruhy otázek. Nejsou žádná rizika poškození zdraví zkoumaných osob. Při zpracování výsledků výzkumu je zachována anonymita a neidentifikovatelnost osob. Dobrovolnost zapojení zkoumané osoby do výzkumu a možnost, kdykoliv bez udání důvodu výzkum opustit.

.....  
datum a podpis řešitele projektu

.....  
datum a podpis vedoucího práce

### **Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:**


Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí. Dávám kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala mnou uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské práce. UTB ve Zlíně bude postupovat podle závazných ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 133/2000 Sb. v platném znění. UTB zajistí maximální možnou ochranu těchto údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití.

Jméno a příjmení účastníka: ..... Datum narození: .....

Adresa trvalého bydliště účastníka: .....

Podpis účastníka: .....

# PŘÍLOHA P IV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedená studentka realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 4. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetrovatelství (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studentky	Tereza Hermannová	
Téma bakalářské práce	Potřeby nemocných v hospicové péči	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Sylvie Chvatíková	
	..... podpis	
Metoda výzkumu	Kvalitativní technikou rozhovoru	
Skupina respondentů	Participantů	
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	<u>Souhlasím</u> Nesouhlasím	

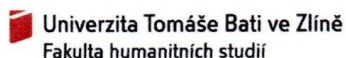
Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne .....

.....  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

# PŘÍLOHA P V: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM



## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 4. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Tereza Hermannová	
Téma bakalářské práce	Potřeby nemocných v hospicové péči	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Sylvie Chvatíková	
	..... podpis	
Skupina respondentů		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne .....

.....  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....  
razítko a podpis zástupce zařízení