

# **Kvalita života rodinných příslušníků pečujících o terminálně nemocné**

Alena Šnajdrová

---

Bakalářská práce  
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alena Šnajdrová**  
Osobní číslo: **H12647**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Kvalita života rodinných příslušníků pečujících o terminálně nemocné**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury v dané problematice.**

**Vymezení pojmů paliativní péče, hospic, hospicová péče a umírání.**

**Příprava metodiky průzkumu.**

**Realizace průzkumu v oblasti kvality života rodinných příslušníků pečujících o terminálně nemocné.**

**Zpracování a vyhodnocení výsledků průzkumu a jejich interpretace.**

**Navržení doporučení pro praxi.**



Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrt 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3.**

**MATZO, Marianne a Deborah Witt SHERMAN. Palliative care nursing: quality care to the end of life. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company, c2006. ISBN 0-8261-5794-7.**

**O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. Paliativní péče: pro sestry všech oborů. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.**

**TRACHTOVÁ, Eva a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. nezměn. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-4.**

**VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ. Paliativní medicína. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.**

Ústav zdravotnických věd

Konzultant:

**Mgr. Markéta Sedláková**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**13. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**20. května 2016**

Ve Zlíně dne 13. ledna 2016

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



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## 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 užít 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 samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 24.2.16

..... 8/1

*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 nahlížení 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). Odpírá-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 užit 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**

Tématem bakalářské práce je „Kvalita života rodinných příslušníků pečujících o terminálně nemocné“. Práce je členěna na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá vymezením základních pojmů, jako je umírání, smrt, hospic, hospicová a paliativní péče. Poslední část je věnována potřebám nemocných a členům jejich rodin a kvalitě života pečujících. Praktická část obsahuje výsledky zjištěné pomocí kvalitativního průzkumu, metodou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory jsou realizovány s rodinnými příslušníky nemocných v terminálním stádiu, kteří jsou v péči lůžkového hospice a domácí hospicové péče.

Klíčová slova: paliativní péče, domácí hospicová péče, potřeby, umírání, smrt, kvalita života

## **ABSTRACT**

The theme of bachelor thesis is "Quality of life in family members caring for the terminally ill." The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with the definition of basic concepts such as death, dying, hospice, hospice and palliative care. The last section is devoted to the needs of patients and their family members and caregivers quality of life. The practical part contains the results obtained by means of qualitative research, using semistructured interview. Interviews are conducted with family members of patients in the terminal stage who are in hospice care, inpatient and home hospice care.

Keywords: palliative care, home hospice care, needs, dying, death, quality of life

Děkuji paní Mgr. Sedlákové a paní Mgr. Zlatici Dorkové Ph.D. za cenné rady a připomínky při realizaci bakalářské práce.

Dále mé velké poděkování patří Domácí zdravotní a pečovatelské službě PoDos, s.r.o., Mobilnímu hospici Ondrášek a Hospici na Svatém Kopečku a také respondentům za jejich ochotu a čas, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

Rovněž také děkuji své rodině a přátelům za podporu v průběhu celého mého studia.

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

Motto:

*„Mnoho dobré práce bylo zmařeno jen proto, že jí nebylo vykonáno o trochu víc.“*

Benjamin Franklin

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 UMÍRÁNÍ A SMRT</b> .....	<b>13</b>
1.1 UMÍRÁNÍ .....	13
1.1.1 Fáze umírání dle Kübler-Rossové .....	14
1.2 SMRT.....	16
1.2.1 Důstojná smrt .....	16
1.2.2 Dělení smrti .....	17
1.2.3 Znamky smrti .....	17
<b>2 HOSPIC A HOSPICOVÁ PÉČE</b> .....	<b>19</b>
2.1 HISTORIE HOSPICŮ.....	19
2.2 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ .....	19
2.3 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE .....	19
<b>3 PALIATIVNÍ PÉČE</b> .....	<b>22</b>
3.1 HISTORIE .....	22
3.2 VYMEZENÍ POJMU.....	23
3.2.1 Principy paliativní péče.....	23
3.2.2 Dělení paliativní péče.....	24
3.3 PŘÍJEMCI PALIATIVNÍ PÉČE .....	24
3.4 MÍSTA POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE.....	25
3.5 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM .....	26
3.6 DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE .....	27
3.6.1 Výhody domácí péče.....	28
<b>4 POTŘEBY NEMOCNÝCH</b> .....	<b>30</b>
4.1 KLASIFIKACE POTŘEB.....	30
4.1.1 Dělení potřeb .....	31
4.1.2 Hierarchie lidských potřeb dle Maslowa.....	31
4.2 POTŘEBY TERMINÁLNĚ NEMOCNÝCH .....	33
4.3 POTŘEBY RODINY .....	34
4.4 KVALITA ŽIVOTA PEČOVATELŮ .....	36
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>37</b>
<b>5 METODIKA PRŮZKUMU</b> .....	<b>38</b>
5.1 CÍLE PRŮZKUMU .....	38
5.2 PRŮZKUMNÁ METODA .....	38
5.3 ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	38
5.4 CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ .....	39
5.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	39
<b>6 VÝSLEDKY PRŮZKUMNHO ŠETŘENÍ</b> .....	<b>40</b>
<b>DISKUZE</b> .....	<b>60</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>64</b>



<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>67</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>70</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>73</b>

## ÚVOD

Předmětem bakalářské práce je kvalita života rodinných příslušníků pečujících o terminálně nemocné se zaměřením na jejich potřeby a potřeby opečovávaných. Především se jedná o potřeby biologické, psychické, sociální a spirituální, bez nichž se člověk neobejde.

Paliativní péče je na kvalitu života zaměřená péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu a jeho rodině. V současné době nejsou všechny možnosti paliativní péče stále rozšířeny do povědomí rodin a osob pečujících o terminálně nemocné. Vzniká tak problém, ve kterém se dostávají do náročnějších situací (finančních, sociálních). Tyto situace se mohou projevit na stavu opečovávané osoby.

Výše uvedené mne inspirovalo k volbě tohoto tématu, kde porovnávám péči o osoby terminálně nemocné v domácnosti s ostatními možnostmi, mezi které patří v první řadě hospic. O tomto zařízení koluje mezi lidmi spousta špatných mýtů jako např. „depressivní místo“, „zařízení pouze pro křesťany“, „zařízení pouze pro staré lidi“. Hospic je však sociálně-zdravotní zařízení, ve kterém lidé často najdou přesně to, co hledali pro své blízké, kteří jsou s péčí lékařů, sociálních pracovníků a dalších členů multidisciplinárního týmu spokojeni. V České republice existují lůžkové a mobilní zařízení, alternativou jsou agentury domácí péče, které navštěvují terminálně nemocného pacienta doma.

Domácí péče je časově velice náročná, ale je možná ve spolupráci s pečovatelskou agenturou. Výhody jsou zejména hospodárnost, mnohostrannost, komplexnost. Avšak pečovatel (často rodina, nebo blízká osoba) musí být s opečovávaným téměř neustále ve styku. Tato péče obnáší však velkou časovou náročnost, pečovatel musí být na blízku 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. To má za následek obětování veškerého volného času opečovávanému – ztrátu zaměstnání, koníčků, nedostatek sociálního kontaktu, veškerého vyžití mimo dosah opečovávané osoby, často také vyřazení ze společnosti. Velká časová náročnost může mít také za následek nedostatek času na partnera nebo ostatní členy rodiny, kteří se při nedostatečném pochopení mohou k pečovateli obrátit zády.

Dále se musí pro domácí péči často upravit domácnost tak, aby vyhovovala potřebám klienta i jeho rodině. Tyto úpravy jsou často velmi nákladné, a lidé se díky nim mohou dostat do těžkých finančních situací (bezbariérový přístup, zdravotní zařízení aj.). Ve výsledku se však tyto úpravy vyplatí, neboť se zmenšují náklady na pobyt ve zdravotně-sociálním zařízení na minimum. Také spousta lidí netuší, že si mohou zažádat o finanční příspěvky na péči o

umírající osobu. Dále lidé mohou kontaktovat organizaci, ve které lze zapůjčit kompenzační pomůcky, které výrazně usnadní starost o nemocnou osobu v poslední fázi života.

Pokud jde o rozhodnutí samotné, mezi domácí péčí či zdravotně-sociálním zařízením, častěji lidé preferují po konzultaci s lékařem zdravotně-sociální zařízení. Obzvláště v případě onkologicky nemocných pacientů, je preferován hospic. Především z důvodu nedostatku odvahy pečovat o nemocného doma, nebo jejich obydlí není zařízeno a uzpůsobeno k tomu, aby mohl nemocný člověk být doma. Nedá se jednoznačně říci, která volba je lepší, zda domácí nebo lůžková péče. Pro každého pečovatele je právě jeho výběr tou lepší možností. Ať už domácí či lůžková péče má svá pozitiva, ale i negativa. Pozitivem domácí péče může být to, že má pečovatel svého blízkého u sebe a stará se o něj, ale zároveň by to mohlo být i negativem, protože má méně času na sebe samu, proto je vhodné, aby pečujících bylo více a případně se mohli prostřídat. Kladnou stránkou lůžkového hospice je neustálá přítomnost odborné péče, zápornou stránkou jsou větší finanční výdaje. Právě to, jak tyto situace ovlivňují kvalitu života pečovatelů, je předmětem praktické části této práce.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 UMÍRÁNÍ A SMRT

Umírání je bolestnou součástí lidského života. Umírající, jeho rodina a zdravotnický personál mohou mít obavy, jak danou situaci zvládnout. Období umírání je pro všechny blízké etapou krize, kde převládají pocity nejistoty a strachu (Haškovcová, 2007, s. 79).

Smrt lze definovat jako klinickou nebo biologickou smrt. Pokud nastala biologická smrt, jedná se o chybění buněčné aktivity. V případě klinické smrti nejsou přítomny známky mozkové aktivity. Někdy biologické nebo klinické smrti předchází stadium nemoci, kdy nemocný již nemá kontakt s okolním světem – toto období se nazývá „sociální smrt“ (Payneová, Seymourová a Ingletonová, 2007, s. 371).

## 1.1 Umírání

Pár dní před smrtí přichází pocit euforie, která se vyznačuje přehnaným pocitem lepšího stavu, dobré nálady a spokojenosti. Umírající se dostává do bdělého stavu, vyslovuje svá přání, chce se posadit nebo i vstát (Haškovcová, 2007, s. 82).

Proces umírání je rozdělen na 3 období: pre finem, in finem a post finem:

- **Pre finem**

Začíná v momentě, kdy se nemocný dozví vážnou diagnózu, která může končit smrtelně. Tento stav může trvat několik dnů, ale i roky. Toto období většinou bývá snahou k uzdravení, nebo alespoň zmírnění příznaků (Kupka, 2014, s. 102).

Velmi důležité je, jakým způsobem se diagnóza sděluje, to se odráží mnohdy i na reakci nemocného a jeho rodiny. Je třeba akceptovat jednotlivé fáze smířování se se sdělením vážné diagnózy. Při správném sdělování diagnózy může pacient lépe pochopit vážnost své situace a bude lépe připraven na komunikaci s dalšími lékaři a pracovníky. To vede k lepší spolupráci a poté i následná paliativní péče bude přínosná jak pro klienta, tak i pro jeho blízké (Kupka, 2014, s. 102-103).

Haškovcová tvrdí, že v období pre finem bývá strach ze smrti a úzkostné stavy silnější a častější než v období in finem. Mnoho umírajících v této fázi mají potřebu o svém stavu a nemoci mluvit, je tedy nutné poskytovat nemocnému psychickou oporu. Nejvíce osamoceni se cítí lidé, kteří nemohou o svém blízcím se konci otevřeně hovořit se svými blízkými (Kupka, 2014, s. 105).

- **In finem**

Umírajícímu ubývají jak fyzické, tak psychické síly. Klesá jeho zájem o okolí, o ostatní lidi. Člověk ve svých snech nebo polospánku rekapituluje svůj život. Nemocný, ale i jeho blízcí si často kladou otázku, jak dlouho ještě potrvá toto jeho trápení (Haškovcová, 2007, s. 79–80).

Umírající ztrácí postupně chuť k jídlu, odmítá různé druhy jídel, nejprve hůře stravitelné a později vše. Často se stává, že doprovázející přepadnou výčitky, že jejich milovaný zemře proto, že ho nedonutili konzumovat dostatečné množství jídla. Ale je nutno vědět, že odmítání stravy, nechutenství nebo střídání chutí patří k procesu umírání. Je ale důležité, aby umírající dodržoval pitný režim, i když nepocituje pocit žízně (Haškovcová, 2007, s. 81).

Pár dní před smrtí přichází euforie, kdy se umírající cítí spokojený, má dobrou náladu. Jedná se o poslední chvíle života, kdy by rodina měla sdílet tuhle poslední radost. Období euforie střídá smrtelné kóma, kdy dochází k vymizení veškeré volní činnosti. Jde tedy o hluboké bezvědomí. Zornice čím dál méně reagují na světlo, ústa bývají pootevřená, končetiny má chladnější než jiné části těla. Je nutné brát v úvahu, že i když nemocný nereaguje na okolní dění, mělo by se v jeho přítomnosti mluvit tak, jako by byl v bdělém stavu, umírající totiž stále slyší. V takové chvíli je právě okamžik na poslední sdělení a odpuštění (Haškovcová, 2007, s. 82).

Tep umírajícího slábne, klesá tělesná teplota a krevní tlak, mění se dech. Umírající odchází často s poslední myšlenkou, která vyjadřuje v několika slovech danou situaci nebo momentální potřebu, např. prší, pít apod. (Haškovcová, 2007, s. 82–83).

- **Post finem**

V této fázi se stává významnou potřeba žalu a zármutku, kdy je třeba nabídnout pozůstalým několik užitečných rad, jako např. otevřít okno z hygienických důvodů, nechat na sebe působit specifčnost okamžiku. Věřící se mohou pomodlit nebo vzpomínat na společně strávené chvíle, pokud je těžko zůstat v přítomnosti zemřelého, pak může nabídnout pomoc přítel nebo profesionál (Kupka, 2014, s. 108-109).

Zdravotníci mají předepsaný postup předání věcí zemřelého pozůstalým, který musí splnit. Pozůstalý by měl být ujistěn v tom, že jejich milovaný netrpěl a bylo pro něj vykonáno vše, co být vykonáno mohlo (Kupka, 2014, s. 109).

### **1.1.1 Fáze umírání dle Kübler-Rossové**

Elizabeth Kübler-Rossová vytvořila stádia vyrovnávání se se smrtí při sdělení závažné diagnózy. Tato stádia jsou seřazena postupně tak, jak na sebe obvykle navazují. Nemusí být

vždy zachováno dané pořadí. Některé se střídají, opakují i několikrát během jednoho dne. Těmito fázemi neprochází jen samotní nemocní, ale i jejich nejbližší rodina (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 114; Dubcová, ©2011).

- První stadium – popírání a izolace. První reakcí pacienta je možný otřes a šok, ze kterého se postupně dostává. Většina pacientů reaguje na sdělení zprávy o konečné fázi svého onemocnění slovy: „Ne, to se netýká mě“. Nebo jsou přesvědčeni o tom, že jejich výsledky byly zaměněny s někým jiným. K určitému popírání se uchylují skoro všichni nemocní, jimž jim byla diagnóza sdělena. Na tom, za jak dlouho pacient ustoupí od svého negování a popírání skutečnosti závisí, jakým způsobem byl pacient seznámen se svou diagnózou, jakým způsobem je schopen se vyrovnávat s obtížnými životními situacemi. Nemocní velmi často řádně zvažují, s kým budou o své nemoci mluvit, ať už se jedná o rodinné příslušníky nebo nemocniční personál. Rozhovor na téma jeho nemoci je nutné začít až v době, kdy je sám nemocný schopen toto téma unést a hovor ukončit (Kübler-Rossová, 1993, s. 35–39).
- Druhé stádium – zlost. Jen velmi málo nemocných je schopno si udržet svůj svět, ve kterém zůstávají zdraví až do smrti. Prvotní popírání a odmítání střídají pocity vzteku, zlosti, rozmrzelosti a závisti. Objevují se otázky typu: „Proč zrovna já?“ Nemocného vztek se obrací na všechno a na všechny, vybíjí si zlost téměř na každého. Obviňuje lékaře a další zdravotnický personál, že nejsou schopni nasadit řádnou léčbu atd. Zvyšuje své požadavky a hlas na lidi okolo sebe, začíná si stěžovat a vyžadovat větší pozornost. Zlost si vybíjí na svou rodinu, která na pacientovy projevy reaguje smutkem a slzami, cítí se provinile (Kübler-Rossová, 1993, s. 45–47).
- Třetí stádium – smlouvání. Smlouvání trvá pouze krátkou dobu. Jde o období, kdy nemocný prosí například o prodloužení života, má touhu prožít několik dní bez bolesti a fyzických potíží. Nemocný často uzavírá smlouvu s Bohem, nebo je ochoten nabídnout své tělo k vědeckým účelům k prodloužení svého života. Tyto sliby mohou být u nemocných, kteří mají pocity viny, např. proto, že nenavštěvovali kostel pravidelně (Kübler-Rossová, 1993, s. 74–76).
- Čtvrté stádium – deprese. Až nemocný přestane popírat nemoc, musí podstupovat řadu vyšetření a operace, když přibývají projevy nemoci a ubývají síly. S postupem času a léčby se zvyšují finanční náklady. Někdy je nucen nemocný opustit zaměstnání, rodiče mnohdy nemohou zaručit péči svým dětem, jaké se jim dostávalo před tím. Pokud vážně onemocní matka, mohou být děti předány do náhradní péče, což ještě víc

zvyšuje smutek a pocity viny. Pokud je deprese určitým nástrojem, jak by měl nemocný dojít co nejdříve ke konečnému smíření, pak ujišťování a povzbuzování nejsou úplně vhodná. Neměli bychom nemocného nutit, aby nebyl smutný. Pokud mu dovolíme, aby neskrýval svůj žal, dojde ke konečnému smíření mnohem dříve a snáz (Kübler-Rossová, 1993, s. 77–80).

- Páté stádium – akceptace. Pokud měl nemocný dost času a někdo mu pomohl překonat všechny výše popsaná stádia, dostane se do stavu, kdy necítí zlost na svůj osud ani není deprimován. Bude schopen mluvit o svých předchozích pocitech nenávisti. Akceptace není šťastné stádium, jak může být někdy označována. Jde téměř o ztrátu vědomí. V tomto období většinou rodina potřebuje více podpory a porozumění než sám pacient. Nemocní si většinou přejí návštěvu na krátkou dobu, ale často jsou rádi o samotě. Při návštěvě často umírající nemívá náladu na povídání, převažuje neverbální komunikace. Jsou pacienti, kteří se snaží bojovat s nemocí až do konce, tudíž je skoro nemožné, aby dosáhli stádia akceptace (Kübler-Rossová, 1993, s. 99–100).

## 1.2 Smrt

V dřívějších dobách lidé umírali přirozenou smrtí, způsobenou věkem. V současné době je většinou smrt zapříčiněná nemocí. Někdy se označuje jako lékařská smrt, která je následkem nemoci a k níž dochází ve zdravotnickém zařízení.

Smrt můžeme rozdělit na smrt pomalou, rychlou nebo náhlou. Rychlá a náhlá smrt bývá ztotožňována. Náhlá smrt přichází nečekaně, nijak se neprojevuje, zatímco rychlá smrt se děje v určitém rozsahu (Haškovcová, 2007, s. 89–90).

### 1.2.1 Důstojná smrt

Výraz „důstojnost“ se velmi často uplatňuje při popisu ideální „dobré smrti“. Pokud chceme poskytovat služby a péči, abychom zachovali důstojnost, je nutno pochopit, co to důstojnost vlastně je. Většinou je důstojnost spojována s pojmy jako autonomie, úcta a ovládání. Pro přístup paliativní péče jsou zásadní jednoduché způsoby ochrany důstojnosti, které popisují Walsh a Kowanková (2002). Mezi prvky důstojnosti podle ošetřovatelů patří např. soukromí těla, pozornost k emocím, pacient jako osoba, ponechání dostatku času, a mezi prvky důstojnosti podle pacientů patří např. taktní zacházení, respekt, čas na rozhodování, pozornost (Kalvach, 2004, s. 12; Payneová, Seymourová a Ingletonová, 2004, s. 67–69).



### 1.2.2 Dělení smrti

Smrt můžeme rozdělit na klinickou a biologickou smrt. Klinická smrt se projevuje bezvědomím a ztrátou známek života a biologická smrt nastává nenávratným poškozením mozku. Zástava dýchání a oběhu nelze brát jako známky smrti. Za prokazatelnější lze považovat Tonelliho příznak, kdy zornice nereagují na světlo a je nepřítomnost pohybu víček při dráždění rohovky. Avšak ani tyto příznaky nejsou úplně spolehlivé a za jisté známky smrti lze považovat až posmrtné změny (Střítecký, 2001, s. 24–25).

### 1.2.3 Známky smrti

Známky smrti můžeme rozdělit na známky jisté a nejisté. Mezi nejisté známky patří různá stadia klinické smrti, jako je například vymizení zornicových a rohovkových reflexů, zástava srdce a dýchání. Jisté známky smrti dělíme na fyzikální a chemické (Mačák, Mačáková, 2004, s. 47).

Mezi fyzikální známky řadíme posmrtnou bledost, posmrtné skvrny a posmrtné chladnutí těla (Mačák, Mačáková, 2004, s. 47).

Posmrtná bledost – kůže zemřelých je nápadně bledá, kapiláry se kontrahují, krev není poháněna srdcem a stéká na místa nejnižší k zemi (Mačák, Mačáková, 2004, s. 47).

Posmrtné skvrny – v důsledku zástavy oběhu a stékáním krve na nejnižší položená místa těla vznikají posmrtné skvrny. Na kůži i vnitřních orgánech dochází k červenofialovému zbarvení. Vzhled skvrn někdy usnadňuje rozpoznat příčinu smrti. V případě vykrvácení nebo anémie nejsou dostatečně výrazné, po intoxikaci oxidem uhelnatým jsou zbarvené do růžova (Střítecký, 2001, s. 25).

Posmrtné chladnutí těla – je způsobeno vlivem zástavy metabolismu, kdy teplota těla klesá na teplotu okolí. Rychlost chladnutí je závislá na teplotě prostředí a na oblečení zemřelého (Mačák, Mačáková, 2004, s. 47; Střítecký, 2001, s. 25).

Za chemické známky smrti považujeme posmrtné tuhnutí těla, posmrtný rozklad a posmrtné srážení krve. (Mačák, Mačáková, 2004, s. 47).

Posmrtné tuhnutí těla – přibližně 2 hodiny po smrti se objevuje ztuhlost v obličejí, na horních končetinách, až poté na dolních končetinách, proto je nutno ještě před jejím začátkem zavřít oči a podvázat bradu. Tato ztuhlost obvykle vymizí do 3 – 4 dnů (Mačák, Mačáková, 2004, s. 48; Střítecký, 2001, s. 25).

Posmrtný rozklad – dochází k autolýze neboli samonatrávení a hnilobě. Autolýza vzniká působením enzymů, které se hned po smrti uvolní do tkání. Je nutné zemřelého umístit do chladného prostředí, neboť samonatrávení je urychlováno vyšší teplotou. Na rozdíl od hniloby vzniká rozklad působením hnilobných bakterií ve střevech, které pronikají do okolí (Mačák, Mačáková, 2004, s. 48; Střítecký, 2001, s. 25).

Posmrtné srážení krve – jelikož v cévách krev neproudí, usazuje se a sráží. Někdy se krev nesráží, dochází k tomu v případech např. při zardoušení, umrznutí, intoxikací oxidem uhelnatým (Mačák, Mačáková, 2004, s. 48).

## 2 HOSPIC A HOSPICOVÁ PÉČE

Do lůžkového hospice jsou přijímáni pacienti, kteří se nachází v poslední fázi svého života, kdy léčba v nemocnici není nutná, ale péče doma není možná. Nejdůležitějšími cíli péče v hospici je zmírnění příznaků onemocnění a tím docílení nejlepší kvality zbývajících života a poté péče v době truchlení (Radbruch, 2010, s. 51).

### 2.1 Historie hospiců

Slovo hospic dříve znamenalo místo, které poskytovalo azyl pocestným nebo domy pro lidi v nouzi, osamocené a umírající. Historie hospiců sahá až do minulosti př. n. l. Avšak velký rozkvět nastal v dobách křižáckých výprav, kdy v Paříži a ve Florencii dohromady vzniklo 70 hospiců (Hanzlíková a kol., 2007, s. 260–261).

Charita irských sester v roce 1879 založila hospic v Dublinu a 1905 v Hackney, ve kterém pracovala jako sestra i Cecilly Saundersová, která později založila v Londýně St. Christopher hospic, který mimo péči o umírající také sloužil jako výukové středisko pro ošetřující personál. Po jeho vzoru vznikaly moderní hospice po celém světě (Hanzlíková, 2007, s. 261).

V České republice byl v roce 1995 založen první hospic, hospic Anežky České v Červeném Kostelci a později i v dalších městech, např. v Plzni, v Praze hospic Štrasburk, v Brně atd. (Hanzlíková a kol., 2007, s. 261–262).

### 2.2 Vymezení základních pojmů

Jedná se o program paliativní péče, který je poskytován klientům smrtelně nemocným bez ohledu na jejich diagnózu a věk. Život by měl být prožíván bez velkého utrpení. Hospicová péče nemá za cíl smrt oddalovat ani urychlovat (Hanzlíková a kol., 2007, s. 259-260).

Hospicová péče pojímá člověka holistickým způsobem a jeho cílem je uspokojovat všechny jeho potřeby – biologické, psychosociální a duchovní. Hospic se snaží nemocnému ulevit od bolesti, nabízí možnost důstojného dožití, pokoj a klid (Radbruch, 2010, s. 16).

Péče je směřována hlavně na kvalitu života nemocného a to až do jeho úplného konce. Jedná se o pomoc nemocnému, ale i jeho rodině, kteří v péči hrají důležitou roli. Hospice se věnují rodině někdy i dlouhou dobu po smrti nemocného (Svatošová, 1995, s. 112).

### 2.3 Formy hospicové péče

Hospicová péče zahrnuje 3 základní typy a je poskytována:

- v domácím prostředí nemocného, kde blízkým nemocného pomáhají vyškolení pracovníci
- v hospicovém stacionáři
- v hospici, jakožto lůžkovém zařízení

### 1) Domácí hospicová péče

Je rozlišována laická péče, která zahrnuje péči rodiny a blízkých o nemocného v jejich přirozeném sociálním prostředí a odborná péče, jež je poskytována odborníky (Svatošová, 1995, s. 115).

Pro nemocného je ideálním řešením, ale nemusí být vždy dostačující. Jedná se o formu péče poskytovanou nemocným umírajícím v jejich vlastním domácím prostředí. Je určena terminálně nemocným, kdy jejich stav požaduje odbornou péči. Je poskytována interdisciplinárním týmem, který je dostupný 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Složení týmu závisí na potřebách klienta či jeho rodiny. Tato forma péče není úplně vhodná v případech, pokud schází nebo se postupně ztrácí rodinné zázemí. Může tak nastat, pokud např. dojdou síly, ale může to být i z jiných důvodů, jako je malý byt, zaměstnání blízkých apod. (Hanzlíková a kol., 2007, s. 263 – 264; Svatošová, 1995, s. 115).

Dalším negativním faktorem může být i malá nebo žádná odborná dostupnost. Jedná se o oblasti, kde zatím ještě není žádná agentura, která se zaměřuje na poskytování domácí péče nebo nemá vyškolený personál pro hospicovou péči. Potom i krátké zhoršení zdravotního stavu může vést do nemocnice (Svatošová, 1995, s. 115).

### 2) Stacionární hospicová péče

Hospicový stacionář umožňuje pacientovi být v domácím prostředí. Klient je do stacionáře přijat v ranních hodinách a odpoledne nebo k večeru je propuštěn. Péče je zkrácena na několik hodin denně. Dopravu do stacionáře zajišťuje nejčastěji rodina, ale i hospic, proto je tato forma péče určena pro nemocné z blízkého okolí. I v České republice se rozvíjí při lůžkových hospicích tato respitní péče (Svatošová, 1995, s. 115; Haškovcová, 2007, s. 58; Sláma, Špinka, 2004, s. 23).

Důvody přijetí do stacionární péče jsou různé, může jít o diagnostický důvod ke kontrole bolesti. Další důvod může být léčebný, vhodný k aplikaci infúzí, např. tlumící bolest, čímž pacient může i nadále zůstat v domácí péči. Azylový důvod patří k velmi

častým, nastává, pokud si rodina např. potřebuje odpočinout. Bývá velmi dobrou prevencí proti vyhoření pečujících a následným konfliktům (Svatošová, 1995, s. 116).

### 3) Lůžková hospicová péče

Důvody přijetí nemocného do této formy péče mohou být stejné jako do stacionární péče, a to v případě, že není v možnostech nemocného každodenní dojíždění klienta. Další obecnou indikací je nedostačující péče sestry v domácí péči (Svatošová, 1995, s. 117; Haškovcová, 2007, s. 50).

Není podmínkou, že nemocný, který přijde do hospice, v něm musí zemřít. Spousta nemocných, hlavně s onkologickým onemocněním, využívá hospic opakovaně, kdy přichází na krátkodobé pobyty, když sami pociťují, že je to pro ně vhodné, ale přitom není nutná hospitalizace (Svatošová, 1995, s. 117).

O přijetí do hospice rozhoduje hospicový lékař po dohodě s ošetřujícím lékařem nemocného, který zpravidla podává návrh na přijetí. Avšak nejdůležitější je plný písemný informovaný souhlas nemocného (Haškovcová, 2007, s. 50; Svatošová, 1995, s. 118).

Je jen na samotném pacientovi, jestli chce mít s sebou v hospici doprovod. Také záleží na něm, jak bude mít návštěvy, protože v hospici jsou návštěvy nepřetržitě 24 hodin, kterýkoliv den v roce. Návštěva blízkých je brána jako důležitá součást v péči o nemocného, ale neočekává se od ní, že bude nemocného ošetřovat, ale v případě, že má zájem, je jí to dovoleno. Může to být příjemné jak pro něho, tak i pro samotného nemocného (Svatošová, 1995, s. 117).

### 3 PALIATIVNÍ PÉČE

Cílem paliativní péče je zlepšení péče o klienty v terminálním stadiu jejich života, jejichž nemoc přestala reagovat na léčbu a také poskytování péči a pomoci jejich přátelům, rodinám i pečovatelům. V případě, že péče je poskytována odděleně nemocnému a jeho blízkým, nelze mluvit o kvalitně poskytované paliativní léčbě a péči (Marková, 2010, s. 19).

#### 3.1 Historie

Péči o těžce nemocné poskytovaly útulky při některých kláštřích už ve středověku. Společenství žen, které se věnovalo péči o nevléčitelně nemocné, založilo v roce 1847 v Paříži první hospic. Hospicem bylo označováno místo, kam byli přijímáni pacienti na sklonku života (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 19).

Ve 2. pol. 20. stol. se začala paliativní péče prosazovat spolu s rozvojem hospiců. V mnoha státech začala pronikat skupina nemocných označované jako „umírající“ a později bylo běžné, že se člověk na sklonku života přemístil z domova do některého ze zařízení. Hospicová péče začala vyzdvihovat zvládání bolesti a symptomů, kvalitu života a psychosociální péči. Hospicové hnutí se začalo rozvíjet v Anglii, kde byl v Londýně v roce 1967 otevřen první britský hospic St. Christophers, který byl prvním hospicem, všem dostupný, poskytující péči terminálně nemocným, poprvé zajištěnou multidisciplinárním týmem (Payneová, Seymourová a Ingletonová, 2007, s. 47 - 48; Marková, 2010, s. 13; Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 23).

Ve Velké Británii se důležitým mezníkem v rozvoji paliativní medicíny stalo pět zásad:

- Zřízení oddělení (hospicové) paliativní péče, poskytující souhrnnou multidisciplinární péči, zahrnující i vysoce lékařskou péči;
- Rozvoj multidisciplinární paliativní péče, poskytovanou vyškolenými lékaři a sestrami, kteří jsou součástí multidisciplinárního týmu;
- Zřízení hospicových paliativních oddělení v nemocnicích;
- Rozšíření konzultačních služeb v oblasti paliativní medicíny ve všeobecných nemocnicích;
- Školení všech zdravotnických pracovníků v základech multidisciplinární paliativní péči (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 23).

Hospicové hnutí prosazuje myšlenku, že bez ohledu na diagnózu, stádium nemoci a nepříznivou prognózu je vždy možné udělat něco pro zlepšení kvality zbývajících života.

Hospicové hnutí se vyvíjelo v několika podobách. Na klasické lůžkové hospice často navazovala domácí hospicová péče, označována i jako „mobilní hospic“. Další formou je denní hospicový stacionář (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 20).

Zájem o paliativní medicínu v České republice započal až po roce 1989. Pod vlivem zkušeností českých lékařů a sester, kteří své praktické i teoretické poznatky získali v zahraničí, bylo vybudováno několik hospiců. V několika posledních letech vzniklo v ČR několik agentur domácí péče, které se zaměřují na poskytování domácí hospicové péče. Od roku 2001 je součástí FN v Brně Oddělení léčby bolesti, kde se nachází ambulance specializovaná na paliativní medicínu (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 22; Šamánková a kol., 2006, s. 95).

## 3.2 Vymezení pojmu

V současné době moderní paliativní medicína využívá propojení multidisciplinární práce zdravotníků ke zlepšení kvality života nemocných (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 19).

Paliativní péče je přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, které mají problém spojený s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírnění utrpení pomocí včasného zjištění a dokonalé posouzení a léčby bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních problémů. (WHO, 2015).

### 3.2.1 Principy paliativní péče

Paliativní péče je zaměřována na aktivní péči poskytovanou nemocným, kteří trpí chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu, a na podporu jejich blízkým.

- Zajišťuje zmírnění bolesti a dalších nepříjemných známek nemoci;
- Umírání považuje za přirozený proces;
- Neklade si za cíl oddálit nebo urychlit smrt;
- Umožňuje klientům žít aktivním životem, jak jen to jde, až do smrti;
- Vychází z jednotlivých přání a potřeb klientů;
- Vyzdvihuje význam rodiny a ostatních blízkých, podílejících se na péči a neodlučuje je od nemocného, aby v posledních chvílích svého života byl klient ve společnosti svých nejbližších;
- Nabízí pomoc rodinám smířit se s nemocí pacienta a se ztrátou blízkého člověka;
- Snaží se zlepšit kvalitu života a může mít pozitivní vliv na průběh onemocnění;

- Začíná od propuknutí nemoci spolu s dalšími léčebnými procesy, které mají pozitivní vliv na délku života;
- Je založena na multidisciplinární spolupráci a na holistickém pohledu na jedince a tím v sobě spojuje lékařské, existenciální, sociální a psychologické stránky člověka (Payneová, Seymourová a Ingletonová, 2007, s. 8; Principy paliativní péče, ©2016; Sláma, Špínka, 2004, s. 10).

### 3.2.2 Dělení paliativní péče

Národní rada Evropy rozlišuje obecnou a specializovanou paliativní péči.

#### Obecná péče

Představuje obecné vědomosti a dovednosti, a je poskytována všemi zdravotnickými pracovníky pečující o pacienta a jeho rodinu (O'Connor, Aranda, 2003, s. 15).

#### Specializovaná péče

Specializovanou paliativní péči poskytují specialisté z jiných oblastí, kteří mají zkušenosti v péči o pacienty v terminálním stadiu nemoci i jejich rodiny a zajistí odpovídající intervence. K zařízením paliativní specializované péče patří domácí a lůžkové hospice, oddělení paliativní péče, ambulantní paliativní péče, konziliární týmy paliativní péče, denní stacionáře a zvláštní zařízení paliativní péče – tísňové linky, půjčovny pomůcek, poradny atd. (O'Connor, Aranda, 2003, s. 15; Makrová, 2010, s. 20-21; Payneová, Seymourová a Ingletonová, 2007, s. 12).

### 3.3 Příjemci paliativní péče

Příjemce paliativní péče není definován podle stanovené lékařské diagnózy, tato forma péče by měla být poskytována všem klientům, kteří mají život ohrožující onemocnění a jsou ochotni paliativní péči přijímat. Některé části paliativní péče jsou využívány i u pacientů, kteří jsou teprve závažným onemocněním ohroženi (Radbruch, 2010, s. 29).

Většina pacientů trpí bolestmi a dalšími tělesnými obtížemi a potřebují pomoc s duchovními a psychosociálními problémy, které souvisí s postupným rozvojem jejich onemocnění (Radbruch, 2010, s. 29).

Nejčastějšími skupinami pacientů přijímající paliativní péči jsou onkologicky nemocní lidé, klienti v posledních fázích nenádorových onemocnění – především orgánová selhání



(kardiální, respirační, renální, jaterní), lidé v dlouhodobě nezlepšeném a zhoršujícím se stavu, např. pokročilé stádium demence, myopatie, AIDS (Úvod do paliativní péče, ©2016).

Kearney uvádí, že lze léčit bolest člověka, ale jeho utrpení je horší než bolest, protože jeho základem je poškození osoby jako celku. Paliativní léčba má za cíl předcházet nebo zmírňovat veškeré úhly pohledu nemocného na utrpení. Je nutné od sebe odlišovat bolest a utrpení, protože utrpení se týká celého člověka, je výsledkem působení různých vlivů na jedince a ne jen účinkem bolesti nebo dalších příznaků. V případě akutního onemocnění, které nemá dlouhé trvání, nemusí bolest působit žádné utrpení nebo jen malé (O'Connor, Aranda, 2003, s. 44; Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 25–26).

### **3.4 Místa poskytování paliativní péče**

Paliativní péče by měla být poskytována všude tam, kde se nacházejí lidé v terminálním stadiu nemoci a kde si přejí být ošetřováni (Úvod do paliativní péče, ©2016).

#### **Lůžkový hospic**

Poskytuje lůžkovou péči a nabízí ubytování i pro rodinu umírajícího, kteří ho doprovázejí (Příloha PI). Kromě zdravotnické péče zajišťuje i pomoc a sociální poradenství jak hospitalizovaným nemocným tak i jejich rodinám. Návštěvy blízkých nejsou časově omezovány, klient si je řídí sám. Indikací přijetí nemocného do hospice je postupně život ohrožující onemocnění, potřeba paliativní péče a léčby. Další indikace je nedostačující domácí péče a v případě, že se nemocný sám pro takovou formu péče rozhodne (Kupka, 2014, s. 28; Marková, 2010, s. 27–28).

I přesto, že v hospici probíhají lékařské vizity i sesterské vizity, klient, pokud je to možné, si řídí režim dne sám. Důraz je kladen převážně na kvalitu života nemocného, a v případě, že není nutné, aby klient ležel celý den v posteli, může se obléct do svého vlastního oblečení a pohybovat se i mimo hospic (Svatošová, 2011, s. 121).

#### **Domácí hospic**

Domácí péče je ve většině případů pro pacienty tou nejlepší možností volby, jak z hlediska psychického, tak i sociálního. Je poskytována prostřednictvím multidisciplinárního týmu, který poskytuje všestranně péči členům rodiny, kteří se rozhodli starat o nemocného doma (Příloha PII). Aby mohla být domácí hospicová péče poskytována, je nutné, aby byly splněny tři předpoklady: minimálně jeden člen rodiny musí být ochoten ujmout se celodenní péče o nemocného, klient musí souhlasit s formou této péče a kdykoliv v týdnu musí být k dispozici

tým odborníků, kteří by řešili komplikace stavu klienta. Tato péče může pro rodinu znamenat nemalou fyzickou, psychickou i ekonomickou zátěž (Kupka, 2014, s. 29; Marková, 2010, s. 21).

V České republice je stanoven model domácí ošetrovatelské péče, ve kterém je stanovena maximální doba pro poskytování domácí péče, která činí 3 x 1 hodinu za den, 7 dní v týdnu. O poskytování péče rozhoduje vždy ošetřující lékař a délka i rozsah péče závisí právě na něm (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 331–332).

### **Ambulance paliativní medicíny a konziliární paliativní tým**

Sestává se minimálně z lékaře, všeobecné sestry a sociálního pracovníka. Tento tým přináší vědomosti z oblasti paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení a poskytuje péči nemocnému v poslední fázi nevléčitelného onemocnění. Na území ČR nejsou prozatím konziliární týmy rozšířeny (Kupka, 2014, s. 29; Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 31).

### **Oddělení paliativní péče (OPP)**

Pečuje o nemocné, kteří se nacházejí ve zdravotnickém zařízení. Tito nemocní vyžadují pro diagnostiku a léčbu zařízení nemocnice a zároveň potřebují paliativní péči. OPP jakožto součást fakultních nemocnic v ČR prozatím neexistuje (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 31).

### **Stacionární paliativní péče**

Nemocný dojíždí do stacionáře, kam je přijat ráno a na večer se vrací domů. Doprava je zajišťována rodinou nebo hospicem (Kupka, 2014, s. 29).

### **Speciální hospicová poradna**

Zajišťuje osobní, telefonické i internetové poradenství (Kupka, 2004, s. 29).

Stacionáře paliativní péče a specializované hospicové poradny jsou vedeny pouze v zahraničí, nikoli na území České republiky (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2007, s. 32).

## **3.5 Multidisciplinární tým**

Paliativní péče je poskytována multidisciplinárním týmem. Interdisciplinární tým neposkytuje péči jen nemocným, ale i jeho rodinám a blízkým, kteří se o něj starají. Proto je práce v týmu velmi náročná a klade důraz na hluboký lidský přístup a profesionalitu. Tým se snaží vnímat člověka holisticky se všemi jeho potřebami a umožnit mu důstojné dožití (Úvod do paliativní péče, ©2016; Hanzlíková a kol, 2007, s. 265).

Členy multidisciplinárního týmu jsou lékaři se specializací v paliativní medicíně, všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti, pracovník v sociálních službách, psycholog, fyzioterapeut, nutriční specialista a duchovní. Součástí týmu jsou i kromě zmíněných členů pacient a jeho rodina. Avšak složení týmu se mění podle potřeby (Hanzlíková a kol., 2007, s. 266; Marková, 2010, s. 35).

Každý člen interdisciplinárního týmu má jedinečný vztah a pohled na pacienta a rodinu. Tyto rozmanité perspektivy ukazují důležité informace, které jsou neocenitelné při identifikaci a objasnění potenciálních konfliktů a usnadnění jejich řešení. Toto probíhá pomocí procesu interdisciplinárního týmu, který řeší a vyhodnocuje každý etický problém v oblasti paliativní péče ve vzájemné spolupráci (Matzo, 2006, s. 136).

V paliativní péči je celosvětově kladen důraz na důležitost rodiny. Rodina není tedy jen jako součást sociálního a emocionálního života nemocného, ale také plní i funkci pečovatele a je tedy součástí zdravotnického týmu. Provádí většinu péče okolo nemocného, jako např. vaření a úklid domácnosti. To vyžaduje odlišný druh spolupráce s rodinami, zahrnující vzdělávání, pokud jde o potřeby fyzické i emocionální (Bowen, 2014).

### **3.6 Domácí paliativní péče**

Onemocnění v pokročilém a nevléčitelném stadiu znamená pro samotného nemocného a jeho rodinu velkou změnu rolí, vztahů a perspektiv. Velká většina lidí si přeje prožít zbytek svého života v domácím prostředí, kde to zná a může sám trochu rozhodovat. Toto zvyšuje nároky na blízké nemocného, kteří se o něho musí starat, podílet se na poskytování základní ošetrovatelské péče, která zahrnuje osobní hygienu, krmení, podávání léků atd. Také poskytují pacientovi psychickou podporu, kterou sami potřebují a pomáhají mu se smířit s onemocněním. Pro rodinu nemocného je velmi těžké spojit péči o těžce nemocného s všedními rodinnými, pracovními a společenskými úkoly a rolemi, které plní (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 505).

Při přemýšlení nad možností domácí péče je důležité si uvědomit, zda-li má nemocný zájem o to, aby byl léčen v domácím prostředí, zda může domácí péče zlepšit kvalitu života. Dalším důležitým aspektem je, zda souhlasí i rodina pacienta a jsou ochotni se podílet na této péči. Posledním podstatným hlediskem je dispozice agentury, která může zvládnout kladené požadavky (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 506).

V případě, že je rodina ochotná spolupracovat a podílet se na péči o nemocného, pravidelné léčebné a ošetrovatelské postupy je schopna provádět „klasická“ agentura domácí péče. Během poskytování paliativní domácí péče lze předvídat některé komplikace a v případě nejběžnějších obtíží je třeba, aby rodina nemocného měla doma k dispozici tzv. „krizové scénáře“, které by měly zahrnovat informace o tom, co udělat nejdřív, kam zavolat nebo kam pacienta zavést (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 507).

O domácí péči rozhoduje praktický lékař nemocného, proto poskytování této péče závisí na domluvě mezi lékařem, pacientem, jeho rodinou a agenturou domácí péče. Ošetřující lékař v nemocnici předepisuje domácí péči maximálně na 14 dní po propuštění z nemocnice, následně ji musí předepsat praktický lékař (Vorlíček, 2004, Adam a Pospíšilová, s. 507).

S manažerem domácí péče lékař určí plán poskytování péče, kde jsou předepsány úkony, jejich frekvence a frekvence návštěv. Pokud nemocný a jeho rodina vyžaduje nějaké výkony, které lékař neurčí jako indikované, je možné se dohodnout na financování této péče, protože nejde o péči hrazenou zdravotní pojišťovnou (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 507).

### 3.6.1 Výhody domácí péče

1. Hospodárnost – snižuje výdaje na péči o nemocného tím, že zkracuje dobu pobytu v nemocnici;
2. Mnohostrannost – vlivem interdisciplinárního týmu je poskytována péče více odborníků;
3. Individualizovaná péče – je poskytována na individuální potřeby klienta;
4. Komplexnost – domácí péče obsahuje souhrn veškerých činností, které zahrnují ošetřování, léčbu, rehabilitaci a psychickou oporu;
5. Dlouhodobá péče – poskytuje péči několik měsíců i roků;
6. Podpora zdraví – je poskytována i prevence primární, sekundární i terciární (Hanzlíková a kol., 2007, s. 247).

ANA - Americká asociace sester schválila domácí péči jako součást poskytované zdravotní péče. Součástí domácí ošetrovatelské péče jsou služby, které poskytují na odborné úrovni vysoce kvalifikované sestry klientům v jim známém domácím prostředí (Hanzlíková a kol., 2007, s. 247).

Jedním z hlavních cílů domácí ošetrovatelské péče je pomáhat nemocnému i jeho rodině provádět činnosti vedoucí ke zdraví nebo poklidné smrti ve známém prostředí. Zároveň pomáhá klientovi získat co možná nejvyšší míru soběstačnosti.

Saturace potřeb klienta je dalším cílem této péče, které sestra uspokojuje přímo v jeho domácím prostředí. Jde o péči přímou, která je poskytována přímým kontaktem poskytovatele domácí ošetrovatelské péče a klientem, jež zahrnuje výkony léčebné i ošetrovatelské, edukaci, poradenství a řešení aktuálních i potencionálních problémů nemocného, nebo nepřímou péči zahrnující kroky potřebné k poskytnutí nebo ulehčení přímé péče. Patří zde konzultace s ostatními odborníky, souhra v péči v rámci ADP i zajištění lékařské péče (Hanzlíková a kol., 2007, s. 248).

## 4 POTŘEBY NEMOCNÝCH

*„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Je něco, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj“ (Trachtová, 2001, s. 10).*

Je projevem nedostatku nebo nadbytku něčeho z biologické, psychické, sociální nebo duchovní oblasti. Vnímání nedostatku má vliv na psychickou stránku člověka. Ovlivňuje myšlení, pozornost, volní procesy a emoce, čímž vytváří jednotlivé vzorce chování. Potřeby člověka nejsou stálé, vyvíjejí a rozšiřují se. Vyjadřování a uspokojování potřeb je individuální, záleží na každém jedinci, jakým způsobem si svoje potřeby saturuje. Potřeby jsou uspokojovány žádoucím nebo nežádoucím způsobem. Žádoucími způsoby jsou ty, které neublíží nám, ani našemu okolí, jsou saturovány v mezích zákona. Nežádoucími způsoby mohou být způsoby, které přesahují hranice zákona a škodí nám nebo našemu okolí (Šamánková a kol., 2006, s. 53-59; Trachtová, 2001, s. 10).

Naplňování potřeb je dynamický proces, který se mění zároveň s tužbami a cíli jedince. Míra naléhavosti uspokojení potřeby je individuální a závisí na každém jedinci zvlášť (Šamánková a kol., 2006, s. 57).

Pro uspokojení potřeb je nutná motivace, která pomáhá jedinci při dosažení cíle. Touha k saturaci potřeby vede člověka k činnosti. Touha trvá do doby, kdy je potřeba uspokojena nebo dokud se člověk nesmíří s tím, že tuto potřebu uspokojit nelze, nebo si za cíl najde jinou potřebu. V případě, že nedojde k uspokojení potřeby, nastává stav označovaný jako frustrace (Šamánková a kol., 2006, s. 54; Tomagová, Bóriková, 2008, s. 15).

Motivace je proces, který chování vyvolává, udržuje a po uspokojení potřeby (dosažení cíle) ukončuje. Takové pojetí vychází z homeostatico-hedonistického pohledu na jednotlivce, který usiluje o co nejmenší vnitřní nerovnováhu a napětí, především v oblasti biologických potřeb. Motivace vystupuje jako intrapsychický endogenní proces vyjadřovaný jako chtění, snaha, touha, přání aj. Kromě vnitřních podnětů může být vyvolána i vnějšími podněty. Emocionální podstatou motivace je všechno, co člověk dělá, ať už z jakýchkoliv duševních podnětů, směřuje k dosažení nějakého uspokojení (Tomagová, Bóriková, 2008, s. 13).

### 4.1 Klasifikace potřeb

Člověk je současně bytostí biologickou a společenskou a dělení jeho potřeb odpovídá holistickému pojetí (Trachtová, 2001, s. 11).

#### 4.1.1 Dělení potřeb

1. Biologické – jedná se o nižší, vrozené potřeby. Odpovídají stavu narušené fyziologické rovnováhy, tudíž jejich uspokojení je nutné pro život. Řadíme mezi ně např. potřebu vzduchu, potravy, tekutin, vylučování, spánku, sexuální potřebu. Zahrnují také potřeby organismu jako celku, např. potřeba získávání nových informací a potřebu orientace.
2. Psychické – mezi tyto potřeby se řadí potřeby opory, jistoty a bezpečí, lásky a sounáležitosti, porozumění, sebeúcty, sebeuplatnění, úcty, obdivu a uznání, respekt
3. Sociální – jde o potřebu sociálního kontaktu, potřeba řadit se do určité společenské skupiny, komunikace, respekt, společenská prestiž, přátelství, seberealizace a kulturní potřeby. Sociální potřeby jsou uspokojování prožitky a aktivitou.
4. Spirituální – jedná se o potřeby víry a náboženské svobody. Nejedná se ale o uspokojování potřeb pouze věřících (Svatošová, 2011, s. 21; Šamánková a kol., 2006, s. 57; Tomagová, Bóriková, 2008, s. 15).

Potřeby psychické, sociální a spirituální jsou potřeby vyšší, získané. Nesouvisí s existencí člověka, ale i oproti tomu mají velké postavení v lidské psychologii. Jejich uspokojení přináší pocit pohody a vede k rozvoji osobnosti (Tomagová, Bóriková, 2008).

#### 4.1.2 Hierarchie lidských potřeb dle Maslowa

A. H. Maslow vytvořil hierarchickou teorii lidských potřeb (Příloha PIII), která vychází z jeho teorie motivace. Za hlavní princip lidské motivace Maslow považoval potřeby uspořádané podle jejich významu, které takto hierarchicky seřadil. Člověk se snaží uspokojit potřeby ve všech úrovních, a protože některé motivy jsou silnějšími než jiné, hodnota potřeb se v jednotlivých úrovních může časem měnit (Trachtová, 2001, s. 13-14; Tomagová, Bóriková, 2008, s. 20).

##### Hierarchicky uspořádaný systém potřeb dle Maslowa:

1. Fyziologické potřeby – objevují se v případě, kdy je dojde k narušení stálosti vnitřního prostředí. Jedná se tedy o potřeby, které umožňují přežití jedince. Člověk se snaží, aby byly tyto základní potřeby uspokojeny dříve, než se stanou aktuálními a v případě, že se aktuálními stávají, dostávají se do popředí, jsou dominantními a celkově tak ovlivňují jednání a chování jednotlivce (Trachtová, 2001, s. 14).
2. Potřeba jistoty a bezpečí – tato skupina potřeb začíná být významnou, když jsou uspokojené potřeby z předchozí úrovně. Vyjadřují touhu po důvěře, stabilitě,

spolehlivosti, mít pocit bezpečí a jistoty, nemít strach ani úzkost atd. Potřeba bezpečí se objevuje např. při neštěstí, ztráty pocitu životní jistoty. V případě neuspokojení těchto potřeb může dojít k dezorientaci, úzkosti a neobvyklému chování (Tomagová, Bóriková, 2008, s. 22).

3. Potřeby lásky a sounáležitosti (afiliácie) - objevují se v období osamocení a opuštění. Jde o potřebu milovat a být milován, přátelství, pocit příslušnosti, náklonnosti. Výsledkem neuspokojení této potřeby je odsuzování se, bezprizornost či nepřítomnost přátel (Tomagová, Bóriková, 2008, s. 22).
4. Potřeba uznání a sebeúcty – vystupují v případě ztráty respektu, kompetence a důvěry. Projevují se snahou získat ztracené sociální hodnoty. Spojují se samostatností, nezávislostí a úspěchy jedince, který má potřebu být respektován jinými lidmi. Jde o potřeby, které mohou být rozdělené do dvou skupin. První vyjadřuje touhu po výkonu, kompetenci, sebejistotu a nezávislost. Druhá skupina vyjadřuje touhu po respektu a úcty ostatních lidí, dobrou pověst, prestiž (Tomagová, Bóriková, 2008, s. 22-23; Trachtová, 2001, s. 14).
5. Potřeba seberealizace – jedinec má sklon realizovat své schopnosti a plány, chce být něčím, čím by podle sebe mohl být a musí být přesvědčen, že je dobrý v tom, co dělá. Ne každý se může plně seberealizovat a není podmínkou, že plně seberealizovaný jedinec musí být vždy úspěšný, šťastný a vyvážený (Tomagová, Bóriková, 2008, s. 23; Trachtová, 2001, s. 14).

K těmto potřebám Maslow řadí i tzv. metapotřeby, které jsou v porovnání se základními potřebami méně důležité pro přežití, a proto může být jejich uspokojení odložené. Tyto potřeby jsou vyjádřeny pojmem sebeaktualizace, která vyjadřuje touhu člověka po osobním vývoji, porozumění, harmonie, individuality, hravosti aj. Obsahem metapotřeb jsou potřeby v duchovní sféře a víře, kde jedinec hledá smysl života, přesahuje rozumové a smyslové poznání a obrací se k Bohu (Tomagová, Bóriková, 2008, s. 23-24).

Často je u seniorů zapomínána potřeba informovanosti a porušování rozhodování sám o sobě, o své léčbě. V některých případech je nutno od některých potřeb ustoupit, např. potřeby tvůrčí a pracovní, potřeba seberealizace (Haškovcová, 2010, s. 253).



## 4.2 Potřeby terminálně nemocných

Důležitost jednotlivých potřeb se v průběhu onemocnění mění. Na počátku mohou být prioritní biologické potřeby, v konečné fázi často začínají být mnohem důležitější potřeby spirituální (Svatošová, 2011, s. 19).

Mezi potřeby nemocných v terminální fázi onemocnění můžeme řadit:

- Potřeba zůstat sám sebou – Právo na to, aby ostatní lidé s nemocným komunikovali jako se sobě rovným, brali ho s jeho známkami nemoci i jejími následky
- Empatie – Schopnost vcítění se, vnímání druhého člověka, co zrovna prožívá.
- Potřeba cítit se mužně/žensky – Pohlaví člověka také určuje, jak člověk vnímá sám sebe. Některé známky chování a prožívání jsou pokládány za více mužské nebo ženské. Do této oblasti se také řadí více touha po vnitřní blízkosti se svým partnerem, než po intimním spojení.
- Potřeba splnit svůj úkol – Erikson rozdělil stádia lidského života do osmi stádií, v nichž každý člověk řeší určité problémy. V posledním osmém stádiu - stáří - se člověk staví strachu ze smrti a jeho úkolem je tento strach překonat.
- Rozhodovat o sobě – Zahrnuje právo rozhodovat o své léčbě, s kým a kde bude trávit poslední okamžiky svého života. Tyto přání nemocného musí být vždy respektovány, i když nejsou v souladu s přáním zdravotníků.
- Potřeba smát se, potřeba plakat – Jsou okamžiky, kdy nemocný nebo jeho rodina potřebuje plakat. Stejně tak se potřebuje smát, protože humor je nedílnou součástí péče (Marková, 2010, s. 64–70).
- Potřeba nebýt osamocen.
- Potřeba soukromí.
- Potřeba mluvit o svém strachu a bolesti.
- Potřeba jistoty, že smrt nebude bolestivá (Haškovcová, 2007, s. 163–164).
- Potřeba získávat pravdivé informace – Tato potřeba souvisí s potřebou pravdy. Aby se člověk mohl sám rozhodovat o postupu své léčby a péče, musí být informován a své diagnóze a dalším vývoji nemoci.
- Sdělování špatné zprávy – Někdy ve sdělení takových zpráv může zasáhnout rodina, která si nepřeje, aby se nemocný dozvěděl pravdu o svém zdravotním stavu. (Marková, 2010, s. 70–72)

- Potřeba být rodinou – Nemocný je součástí rodiny a tým poskytující péči umírajícímu by měl učinit vše pro to, aby mohli být spolu.
- Péče o rodinu – Cílem péče není jen nemocný klient, ale i jeho rodina. Při péči by nás mělo zajímat, jak rodina prožívá onemocnění svého blízkého, s kým pacient bydlí a jaké mají mezi sebou vztahy. Zda by měli zájem o propustky atd.
- Potřeba bezpečí a jistoty – Často dochází k tomu, že rodina má obavy z péče o umírajícího v domácím prostředí, že tento stav nebudou zvládat. Takovým situacím se dá předcházet, pokud příbuzní vědí, jakým směrem se bude nejspíš onemocnění vyvíjet, jaké potíže se mohou objevit a co při jejich objevení dělat.
- Potřeba emoční podpory – Rodina se často snaží být vůči nemocnému silná a nedávat najevo smutek a obavy. Z tohoto důvodu je třeba rodině umožnit, aby tyto emoce mohla projevovat.
- Potřeba smíření.
- Potřeba rozloučit se.
- Potřeba rituálů – Slouží k řádnému rozloučení blízkých se zemřelým. Obsahuje např. oblékání zemřelého do šatů, pohled do otevřené rakve, modlitby u zemřelého, spouštění rakve do hrobu (Marková, 2010, s. 75-85).
- Potřeba uzavřít svůj život – Zahrnuje odpuštění, odložení zbytečného, zachovat krásné.
- Potřeba najít smysl – Na sklonku života si lidé kladou otázku smyslu svého života. Většinou vážné onemocnění změní pohled člověka na svůj dosavadní život.
- Potřeba vděčnosti – Projev vděčnosti za dosud prožitý život, přátelství, lásku.
- Potřeba lásky – Být milován a milovat je jednou z největších přání člověka.
- Potřeba naděje.
- Potřeba víry.
- Potřeba odpuštění – Odpuštění osvobozuje, proto je důležité poprosit o odpuštění ty, kterým člověk ublížil (Marková, 2010, s. 86-90).

### 4.3 Potřeby rodiny

Na rodinu jsou kladeny vysoké nároky ze strany onemocnění. Od příbuzných je očekáváno, že se srovnají s péčí o nemocného a přístupem k péči ostatních členů rodiny. Je nutné přizpůsobit domácnost takovým způsobem, aby mohla být péče poskytována, rodina řeší obecné

problémy a přitom zvládat různě emocionální překážky a strach z budoucnosti (O'Connor, Aranda, 2003, s. 222).

Mezi členy rodiny se neřadí jen pokrevní příbuzní, ale i manželé, vzdálení příbuzní a přátelé. Každá rodina je tvořena vztahy mezi členy, hodnotami a volbami. Není tedy snadné jednoznačně definovat rodinu. Je tedy důležité zjistit od pacienta, koho považuje za svoji rodinu, aby nedošlo k opomenutí důležitých osob (O'Connor, Aranda, 2003, s. 223–224).

Pečující příbuzní musí mít uspokojeny nejprve své vlastní potřeby, aby mohli pečovat o své blízké. Nejdůležitějšími potřebami jsou: jistota v tom, že pacient velmi netrpí, dostatek informací, praktické vědomosti v péči a emocionální podpora rodiny (O'Connor, Aranda, 2003, s. 223).

### **Ujištění v tom, že pacient netrpí**

Pro příbuzné je velmi důležité vědět, že jejich blízký netrpí nadměrnými bolestmi nebo nemá další nepříjemné pocity, jako je nauzea, strach, úzkost, dušnost. Bolest má nepříznivý dopad i na blízké. Někdy může nastat situace, že příbuzní mají strach z užívání opiátů, čímž nedojde k dostatečné úlevě od bolesti a klient tím trpí bolestmi. Rodina, která vidí, že jejich blízký zemřel v bolestech nebo úzkosti, mívají často pocity viny, že dostatečně nezajistili klidné umírání. Naopak, pokud nemocný zemřel v klidu a bez utrpení, jsou více spokojeni s péčí a netrpí pocity lítosti a provinění (O'Connor, Aranda, 2003, s. 223).

### **Dostatek informací**

Blízcí mají potřebu být informováni o nemoci svého blízkého, o jejich symptomech a prognóze a potřebu vědět, jak správně o svého milovaného pečovat. Potřebují vědět, jak komunikovat se samotným nemocným i ostatními členy rodiny o pacientově onemocnění, jaké mohou očekávat změny stavu pacienta a jaké mohou být vedlejší účinky léčby (O'Connor, Aranda, 2003, s. 224).

### **Praktické potřeby rodiny**

Je nutné, aby příbuzní měli dostatek informací o finančních příspěvcích, na které mají nárok. Zvláště, pokud jsou nemocní v domácí péči, může být péče o ně mimořádně nákladná. Pečující mají potřebu trávit čas společně se svými blízkými a zároveň si udělat čas i na sebe a trávit chvíle i s ostatními lidmi, aby neměli pocit osamělosti. V tomto ohledu existuje řada respitních služeb, které jsou zaměřeny na pohodu pečujících a zmírnění jejich zátěže tím, že pečujícím nabízejí možnost přerušit péči a dávají příležitost věnovat se jiným aktivitám a

zájmům. Scottová odkazuje na Maslowovu hierarchii potřeb a vysvětluje, že pokud se má člověk vypořádat se strachem, úzkostí a nejistotou, musí mít uspokojeny své základní potřeby a vyšší potřeby sebeúcty a seberealizace (O'Connor, Aranda, 2003, s. 224; Payneová, Seymourová a Ingletonová, 2007, s. 349-352).

### **Potřeba emocionální podpory**

Aby se příbuzní byli schopni o nemocného starat, je třeba zaměřit pozornost i na jejich emocionální potřeby. Rodina má potřebu se srovnat se ztrátou blízkého člověka, s nejasnou prognózou nemoci a se zvládnutím své psychické stránky (O'Connor, Aranda, 2003, s. 225–226).

## **4.4 Kvalita života pečovatелů**

Prožívání a reakce jednotlivých lidí je individuální. Fáze smířování a vyrovnávání se s diagnózou, kterými prochází nemocný, prochází i jeho blízcí. Navíc se od těch nejbližších očekává někdy až nadlidský výkon. Ale i když se předpokládá, že budou největší oporou pro svého milého i oni sami často potřebují oporu v někom dalším. I oni si potřebují někdy „odpočinout“, proto existují dobrovolníci a služby respitní péče. Často i zdánlivě malá pomoc v podobě nákupu může být velkou pomocí pro pečujícího člověka (Svatošová, 1995, s. 23).

Rodina hraje velmi často nezastupitelnou roli v tom, jak nemocný na svou nemoc bude reagovat. Velmi často se v rodině musí pečující starat o věci, které dřív neřešil, protože je měl na starosti ten druhý. Z toho plyne, že se pečující dostává do stresových situací, mohou přijít pocity osamělosti, přichází pocity, že je nyní na všechno sám a před příchodem nemoci na to byli dva. K tomu se může přidat i to, že se nedostaví očekávaná pomoc od ostatních členů rodiny či přátel. Přichází i problémy s nedostatkem času, zvláště pokud navštěvuje svého blízkého v hospici, ale i v případě, že musí být neustále 24 hodin denně „po ruce“. Nedostává se tolik péče dětem (Kübler-Ross, 1993, s. 138-139).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 METODIKA PRŮZKUMU

### 5.1 Cíle průzkumu

1. Zjistit kvalitu života rodinných příslušníků pečujících o terminálně nemocné v domácí hospicové péči.
2. Zjistit kvalitu života rodinných příslušníků pečujících o terminálně nemocné v lůžkovém hospici.

### 5.2 Průzkumná metoda

Praktická část je zpracována na základě kvalitativního průzkumu metodou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor patří mezi přirozené prostředky komunikace, která je pravděpodobně nejstarší metodou k získávání informací. V ošetrovatelství využíváme rozhovor k získávání informací o životě člověka s nemocí.

Polostrukturovaný rozhovor vyžaduje složitější přípravu. Zpracováváme jisté schéma, kterého se tazatel musí při rozhovoru držet. Schéma obsahuje okruhy otázek, jejichž pořadí je možné měnit (Kutnohorská, 2009, s. 38 – 40).

Rozhovor je složen z několika oblastí, a to vzdělání, zaměstnání, finanční stránka, bydlení, osobní život, volnočasové aktivity, osobní vztahy, zdravotní stav a duchovní stránka. Každá oblast obsahuje jednu a více otázek. Otázek, které byly vytvořeny pro pečující osoby, které mají svého blízkého v domácí péči, je celkově 18 a ty, které byly vytvořeny pro pečující mající svého blízkého v hospici, obsahují o jednu otázku navíc, a to v oblasti bydlení (otázka č. 11).

### 5.3 Organizace průzkumného šetření

Nejprve byly sestaveny otázky tak, abychom dospěly ke stanoveným cílům. Poté ve spolupráci se sociálními pracovníky jednotlivých zařízení (Domácí zdravotní a pečovatelská služba PoDos, s.r.o., Mobilní hospic Ondrášek a Hospic na Svatém Kopečku), byli vybráni vhodní respondenti ke zrealizování rozhovorů. Následně po získání souhlasu s rozhovorem byly poskytnuty kontakty na jednotlivé pečující osoby. Každý rozhovor, po předešlém souhlasu respondenta, byl nahrán na diktafon a poté přepsán do písemné podoby. Ne všechny rozhovory byly autenticky přepsány, a to z etických důvodů. Následně byl získán písemný souhlas s verzí, uveřejněnou v této práci.

#### **5.4 Charakteristika vzorku respondentů**

Rozhovory byly realizovány s blízkými terminálně nemocných, kteří pečují o svého příbuzného v domácím prostředí, kam dochází agentura domácí péče, anebo je jejich blízký umístěn v hospici. Celkem byly rozhovory realizovány s 6 respondentkami (viz Tab. 1). Nutno uvést, že blízcí respondentů R1 – DP a R1 – H, o kterého pečovali, byli v době rozhovorů již po smrti.

#### **5.5 Zpracování získaných dat**

Všechny rozhovory byly přepsány do písemné podoby a jednotlivě zpracovány do tabulek metodou analýzy kódování. Odpovědi jsou k přesnějšímu vysvětlení doplněny komentáři.

## 6 VÝSLEDKY PRŮZKUMNHO ŠETŘENÍ

Tab. 1 Charakteristika respondentů

	Pečující osoba	Zaměstnání	Zařízení
<b>R1 - DP</b>	Pečující sestra	Důchodce	Domácí zdravotní a pečovatelská služba PoDos, s.r.o.
<b>R2 - DP</b>	Pečující dcera	Na mateřské dovolené	Mobilní hospic Ondrášek
<b>R3 – DP</b>	Pečující manželka	Důchodce	Mobilní hospic Ondrášek
<b>R1 – H</b>	Pečující manželka	Důchodce	Hospic na Svatém Kopečku
<b>R2 – H</b>	Pečující dcera	Důchodce	Hospic na Svatém Kopečku
<b>R3 - H</b>	Pečující matka	Důchodce	Hospic na Svatém Kopečku



## Vzdělání

Otázka č. 1: Máte zdravotnické vzdělání?

Tab. 2 Zdravotnické vzdělání

Respondent	Odpověď
R1 - DP	Ne.
R2 - DP	Ne.
R3 – DP	Ne, nemám.

Otázka č. 1: Máte zdravotnické vzdělání?

Tab. 3 Zdravotnické vzdělání

Respondent	Odpověď
R1 – H	Nemám.
R2 – H	Ne.
R3 - H	Nemám.

Komentář: Všechny respondentky uvedly, že nemají zdravotnické vzdělání.

## Zaměstnání

Otázka č. 2: Jaká je Vaše profese?

Tab. 4 Profese

Respondent	Odpověď
<b>R1 - DP</b>	Prodavač. Jakoby nynější důchodce. Já jsem kvůli svojí sestře šla do důchodu.
<b>R2 - DP</b>	Já rozvážím materiál.
<b>R3 – DP</b>	Kadeřnice.

Otázka č. 2: Jaká je Vaše profese?

Tab. 5 Profese

Respondent	Odpověď
<b>R1 – H</b>	Tak já jsem mzdová účetní původně.
<b>R2 – H</b>	Dřív jsem dělala v dopravním podniku.
<b>R3 - H</b>	Jsem učitelka.

Otázka č. 3: Máte stálé zaměstnání?

Tab. 6 Stálé zaměstnání

Respondent	Odpověď
R1 - DP	-
R2 - DP	Jo, ale teď jsem momentálně na mateřské.
R3 – DP	No už hodně dlouho jsem v důchodu.

Otázka č. 3: Máte stálé zaměstnání?

Tab. 7 Stálé zaměstnání

Respondent	Odpověď
R1 – H	Teď jsem v důchodu.
R2 – H	Ne, teď už jsem v důchodě.
R3 - H	No teď už jsem v důchodě.

Komentář: Respondentka R1 – DP uvedla již v odpovědi na předchozí otázku, že šla kvůli sestře do důchodu. Pouze R2 – DP uvedla, že má stálé zaměstnání, ale toho času je na mateřské dovolené. Všechny ostatní respondentky jsou v důchodu.

Otázka č. 4: Má péče vliv na Vaše zaměstnání?

Tab. 8 Vliv péče na zaměstnání

Respondent	Odpověď
R1 - DP	-
R2 - DP	No momentálně ne.
R3 – DP	-

Otázka č. 4: Má péče vliv na Vaše zaměstnání?

Tab. 9 Vliv péče na zaměstnání

Respondent	Odpověď
R1 – H	Ne, to už jsem byla v důchodu, když jsem začala opatrovat manžela, takže jsem byla už doma.
R2 – H	-
R3 - H	-

Komentář: Ani u jedné z respondentek nemá péče vliv na jejich zaměstnání.

Otázka č. 5: Musela jste se vzdát Vašeho zaměstnání?

Tab. 10 Opuštění zaměstnání

<b>Respondent</b>	<b>Odpověď</b>
<b>R1 – DP</b>	Ano, šla jsem do důchodu.
<b>R2 – DP</b>	Ne.
<b>R3 – DP</b>	Ne.

Otázka č. 5: Musela jste se vzdát Vašeho zaměstnání?

Tab. 11 Opuštění zaměstnání

<b>Respondent</b>	<b>Odpověď</b>
<b>R1 – H</b>	-
<b>R2 – H</b>	-
<b>R3 - H</b>	Ne, nemusela, to už jsem byla v důchodu, když se nám to přihodilo.

Komentář: Pouze R1 – DP uvedla, že se v rámci péče musela vzdát zaměstnání a odejít do důchodu.

## Finanční stránka

Otázka č. 6: Dostala jste se do nějakých finančních problémů?

Tab. 12 Finanční problémy

Respondent	Odpověď
R1 – DP	Ne ne, ona měla ještě výplatu no a já jsem taky měla vlastně poslední výplatu.
R2 – DP	Ne.
R3 – DP	Nee.

Otázka č. 6: Dostala jste se do nějakých finančních problémů?

Tab. 13 Finanční problémy

Respondent	Odpověď
R1 – H	Nedostala, protože on měl příspěvek na péči.
R2 – H	Nedostala.
R3 - H	Ne, do finančních problémů jsem se nikdy nedostala.

Komentář: Žádná z respondentek se nedostala do finančních problémů.

Otázka č. 7: Dostáváte nějaké příspěvky na péči? Pokud ano, do jaké míry pokryjí náklady na péči?

Tab. 14 Příspěvek na péči

Respondent	Odpověď
<b>R1 – DP</b>	Ne, já jsem ani nežádala. Na to nebyl čas.
<b>R2 – DP</b>	Mamka dostává.
<b>R3 – DP</b>	Ano, to dostáváme.

Otázka č. 7: Dostáváte nějaké příspěvky na péči? Pokud ano, do jaké míry pokryjí náklady na péči?

Tab. 15 Příspěvek na péči

Respondent	Odpověď
<b>R1 – H</b>	-
<b>R2 – H</b>	Noo, to dostává maminka, teď to zůstává v tom hospici. No tak její důchod a ty příspěvky, to vychází akorát.
<b>R3 - H</b>	Dostávám příspěvky na péči na manžela.

Komentář: R1 – DP si o žádný příspěvek nezažádala. Respondentka R3 - H uvedla, že dostává příspěvek na péči na manžela, nikoli na dceru. Ostatní respondentky uvedly, že příspěvky na péči dostávají.

## Bydlení

Otázka č. 8 Museli jste se přestěhovat?

Tab. 16 Stěhování

Respondent	Odpověď
R1 – DP	Ne, já jsem si ji vzala sem.
R2 – DP	Ne.
R3 – DP	Ne, už tu bydlíme 12 let.

Otázka č. 8 Museli jste se přestěhovat?

Tab. 17 Stěhování

Respondent	Odpověď
R1 – H	Nee, protože my bydlíme na Kopečku.
R2 – H	Ne.
R3 - H	Ne, nemuseli. Bydlíme pořád tam, kde jsme bydleli.

Komentář: Žádná z respondentek se nemusela stěhovat.



Otázka č. 9: Museli jste provést menší nebo větší úpravy bytu pro kvalitnější život klienta?

Tab. 18 Úpravy bytu

Respondent	Odpověď
<b>R1 – DP</b>	Nene to ne. Jen jsme tam museli nastěhovat postel.
<b>R2 – DP</b>	Ještě ne.
<b>R3 – DP</b>	Ne. To je všechno nově udělané, madla a tak.

Otázka č. 9: Museli jste provést menší nebo větší úpravy bytu pro kvalitnější život klienta?

Tab. 19 Úpravy bytu

Respondent	Odpověď
<b>R1 – H</b>	Tak ze začátku ano, protože před 30 lety si zlomil páteř a chodil o dvou holích, tak jsme museli dát všude ty zábrany, aby se dostal sem nahoru, protože my jsme bydleli vždycky nahoře, v prvním patře.
<b>R2 – H</b>	Ano.
<b>R3 - H</b>	Ne, nedělala.

Komentář: Žádná z respondentek nemusely provádět žádné velké úpravy domu či bytu

Otázka č. 10: Pořizovali jste nějaké kompenzační pomůcky do bytu?

Tab. 20 Kompenzační pomůcky

Respondent	Odpověď
<b>R1 – DP</b>	To jo, ze začátku tu židlu, když neměla pleny, tak chodila na tu židlu, jako WC.
<b>R2 – DP</b>	To jsme si pronajali tu postel z toho Ondrášku a ta jí vyhovuje... a záchod.
<b>R3 – DP</b>	Ne. Akorát to chodítko má půjčené z Ondrášku.

Otázka č. 10: Pořizovali jste nějaké kompenzační pomůcky do bytu?

Tab. 21 Kompenzační pomůcky

Respondent	Odpověď
<b>R1 – H</b>	Tak vanu, abychom ho mohli okoupat, pomůcky do té vany, aby se tam mohl posadit, pleny, hůlky.
<b>R2 – H</b>	Pořizovala. Pořizovala jsem polohovací postel, takovou tu vaničku s tou sprchou na ty vlasy a různé takové ty pomůcky.
<b>R3 - H</b>	Ne, nikdy nic, ona do posledku jezdila na kole, 2 kilometry za mnou na zahradu.

Komentář: Respondentky R3 – DP a R3 – H uvedly, že žádné kompenzační pomůcky nepořizovaly. R2 - DP a R3 – DP si pronajaly pomůcky z Domácího hospice Ondrášek.

Otázka č. 11: V případě, že byste se rozhodla nechat pacienta v domácí péči, je na to Vaše domácnost dostatečně zařízená?

Tab. 22 Zařízená domácnost

Respondent	Odpověď
<b>R1 – H</b>	Ale ten barák není na to zařízený, ani já už jsem nemohla, byla jsem na tom špatně už i psychicky a já bych ho sama nezvládla.
<b>R2 – H</b>	Víceméně není, protože ten pokoj je přes chodbu a ona se ani nepohne.
<b>R3 - H</b>	Ona nemůže být doma. Ona ani nechtěla jít dom.

Komentář: Všechny tři respondentky si myslí, že jejich bydlení není zařízeno na to, aby si svého blízkého mohly nechat v domácí péči.

**Osobní život, volnočasové aktivity***Otázka č. 11: Najdete si čas i na sebe?**Tab. 23 Čas na sebe samu*

<b>Respondent</b>	<b>Odpověď</b>
<b>R1 – DP</b>	Ne, to teda ne. To bylo 24 hodin...ale nemrzí mě to.
<b>R2 – DP</b>	Jojo. Tak my se tady střídáme, ještě přítel od mamky, takže je nás na to víc.
<b>R3 – DP</b>	Noo, aj tak trochu jo. Zrovna dneska jsem objednaná na pedikúru.

*Otázka č. 12: Najdete si čas i na sebe?**Tab. 24 Čas na sebe samu*

<b>Respondent</b>	<b>Odpověď</b>
<b>R1 – H</b>	Málo.
<b>R2 – H</b>	No teď teda ne. Akorát chodím do knihovny občas, ale to mě teďka ani ty knížky už nebaví.
<b>R3 - H</b>	No musím si najít, ale toho času moc není.

Otázka č. 12: Musela jste nějak výrazně omezit styky s přáteli?

Tab. 25 Styky s přáteli

Respondent	Odpověď
R1 – DP	No všechno. A nejhorší je, že i ty vnoučata.
R2 – DP	Ne.
R3 – DP	No to už jo. Ale né tím, že nemám čas, ale pro moji psychiku.

Otázka č. 13: Musela jste nějak výrazně omezit styky s přáteli?

Tab. 26 Styky s přáteli

Respondent	Odpověď
R1 – H	Tak jo, protože jsem nikam nejezdila.
R2 – H	Tak jo a ne. Třeba ty dopoledna mám volno, ale už to není tak, jak to bylo, ani kolikrát nemám náladu.
R3 – H	No musela jsem veškeré styky omezit. Jedině se zdravotní sestřičkou, která bydlí u nás v domě, to byla nejlepší přítelkyně, tak ta mě navštěvuje pořád.

Komentář: R3 – DP a R2 – H omezily své styky hlavně i z psychických důvodů. R2 – DP nemusela omezit své styky vůbec. V předchozí odpovědi uvedla, že jí pomáhají další členové rodiny.

Otázka č. 13: Musela jste v rámci péče omezit své koníčky nebo se jich úplně vzdát?

Tab. 27 Koničky

Respondent	Odpověď
<b>R1 – DP</b>	No úplně všechno.
<b>R2 – DP</b>	Ne. Ne.
<b>R3 – DP</b>	No ještě to jak jsme byli mladí, tak jsme měli chatu na Ostravici, ale teď už tam vůbec nejezdíme. Po operaci očí jsem byla a to mi zakázali se zohýbat, chodila jsem s vnuky na výlety, jak byli menší a tak.

Otázka č. 14: Musela jste v rámci péče omezit své koníčky nebo se jich úplně vzdát?

Tab. 28 Koničky

Respondent	Odpověď
<b>R1 – H</b>	No tak jsem nemohla nic.
<b>R2 – H</b>	Tak částečně jo, protože nemůžu nikam ani jet, protože jezdím každý den do toho hospicu, ale není to o tom, že bych nechtěla nebo že by mě to mrzelo.
<b>R3 – H</b>	No musela, protože nemůžu na ty rehabilitace, nemůžu nikam, ale to ne kvůli té dceři, i když to taky. Já se nemůžu jít bavit, když mám tady tu situaci, když jsem taková stažená.

Komentář: Kromě R2 – DP musely všechny omezit nebo se úplně vzdát svých koníčků.

## Osobní vztahy

*Otázka č. 14: Zasáhla péče nějak do Vašich osobních vztahů s ostatními rodinnými příslušníky?*

Tab. 29 Osobní vztahy

Respondent	Odpověď
<b>R1 – DP</b>	Nene.
<b>R2 – DP</b>	Nee, spíš nás to stmelilo.
<b>R3 – DP</b>	Nee, to vůbec ne.

*Otázka č. 15: Zasáhla péče nějak do Vašich osobních vztahů s ostatními rodinnými příslušníky?*

Tab. 30 Osobní vztahy

Respondent	Odpověď
<b>R1 – H</b>	Nee. To mám dobré vztahy.
<b>R2 – H</b>	Ne.
<b>R3 – H</b>	Ne, já myslím, že ne, že vůbec ne.

Komentář: U žádné z respondentek péče nijak nezasáhla do jejich osobních vztahů s rodinou.

Otázka č. 15: Jaký je postoj ostatních členů rodiny?

Tab. 31 Postoj rodiny

Respondent	Odpověď
<b>R1 – DP</b>	No tak snažili se mi pomáhat a chápali to.
<b>R2 – DP</b>	Dobrý.
<b>R3 – DP</b>	Dělají všechno možné. Všechno vyřídí, co potřebuji. Je to dobré, každý pomáhá, jak může.

Otázka č. 16: Jaký je postoj ostatních členů rodiny?

Tab. 32 Postoj rodiny

Respondent	Odpověď
<b>R1 – H</b>	Právě, že syn dělá v Praze a vždycky v pondělí, než jel do té Prahy, tak se tam zastavil a o víkendu samozřejmě taky.
<b>R2 – H</b>	To až překvapivě, protože bydlíme s dcerou v jednom domě a i ty děcka mi hodně pomáhají.
<b>R3 - H</b>	No berou to tak, jak to je.

Komentář: U všech respondentek se nijak neprojevil negativní postoj ostatních rodinných příslušníků.



**Zdravotní stav**

*Otázka č. 16: Máte nějaké zdravotní omezení?*

*Tab. 33 Zdravotní omezení*

<b>Respondent</b>	<b>Odpověď</b>
<b>R1 – DP</b>	Ne.
<b>R2 – DP</b>	Nee.
<b>R3 – DP</b>	No já částečně nevidím, ledviny mi nefungují, proto chodím na dialýzu...Je toho po víc – páteř a oba máme cukrovku.

*Otázka č. 17: Máte nějaké zdravotní omezení?*

*Tab. 34 Zdravotní omezení*

<b>Respondent</b>	<b>Odpověď</b>
<b>R1 – H</b>	Ne, nemám.
<b>R2 – H</b>	Ne.
<b>R3 - H</b>	No já nemám naštěstí žádné, ani mě nic nebolí...můžu běhat.

Komentář: R3 – DP uvedla, že má nějaká zdravotní omezení.

**Duchovní stránka***Otázka č. 17: Jste věřící?**Tab. 35 Víra*

<b>Respondent</b>	<b>Odpověď</b>
<b>R1 – DP</b>	No tak pokřtěná jsem, ale do kostela nechodím. Vždycky říkám, že kdyby ten Pán Bůh byl, tak by se nemohlo konat to, co se koná.
<b>R2 – DP</b>	Ne, to vůbec.
<b>R3 – DP</b>	Ne.

*Otázka č. 18: Jste věřící?**Tab. 36 Víra*

<b>Respondent</b>	<b>Odpověď</b>
<b>R1 – H</b>	Jsem.
<b>R2 – H</b>	Nejsem.
<b>R3 – H</b>	Nebyla jsem věřící nikdy.

Komentář: R1 – H jako jediná uvedla, že je věřící.

Otázka č. 18: Využíváte služby místního kněze?

Tab. 37 Využívání služeb kněze

Respondent	Odpověď
R1 – DP	Nee.
R2 – DP	Ne.
R3 – DP	Nee.

Otázka č. 19: Využíváte služby místního kněze?

Tab. 38 Využívání služeb kněze

Respondent	Odpověď
R1 – H	Chodím do kostela. Ta víra hodně pomůže.
R2 – H	Ne.
R3 - H	Ne, já se s žádným knězem nestýkám.

Komentář: Pouze R1 – H chodí do kostela.

## DISKUZE

Předmětem diskuze je zhodnocení výsledků cílů, které jsme si vymezily na začátku práce. Stanovily jsme si dva hlavní cíle, a to: zjistit kvalitu života rodinných příslušníků pečujících o terminálně nemocné v domácí hospicové péči a zjistit kvalitu života rodinných příslušníků pečujících o terminálně nemocné v lůžkovém hospici. Ke zjištění potřebných informací jsme využily metodu polostrukturovaného rozhovoru, který byl realizován s pečujícími osobami zprostředkované Domácí zdravotní a pečovatelskou službou PoDos, s.r.o., dále Mobilním hospicem Ondrášek a Hospicem na Svatém Kopečku. Výsledky našeho průzkumu budu porovnávat s bakalářskou prací, kterou zpracovala absolventka Masarykovy univerzity, Dagmar Hloušková v roce 2007, s názvem: „Kvalita života rodinných příslušníků v paliativní péči“. Průzkum byl prováděn formou kvantitativního průzkumu pomocí dotazníkového šetření. K průzkumu využila dotazník dr. Robin Cohen - Kvalita života během vážné nemoci - rodinný pečovatel, ve kterém také zkoumá finanční stránku, čas na sebe samu/samého a osobní vztahy.

### **Hlavní cíl č. 1: Zjistit kvalitu života rodinných příslušníků pečujících o terminálně nemocné v domácí hospicové péči**

K tomuto cíli se vztahují otázky pro pečovatele klientů domácí péče.

R1 – DP: Respondentka v rozhovoru uvedla, že je nyní v důchodu. Do důchodu šla kvůli sestře, o kterou se rozhodla pečovat doma. Do žádných finančních potíží se nedostala, protože toho času měly obě, jak respondentka, tak i její sestra poslední výplatu. Žádný příspěvek na péči nedostávala, paní L. uvedla, že si ani nezažádala – nebyl čas, všechno šlo moc rychle. Stěhovat se nemusela, naopak si svoji sestru nastěhovala k sobě do rodinného domu, kde měla svůj pokoj. Žádné úpravy domu nemusela provádět, pouze pořídila nejnutnější kompenzační pomůcky. Co se týkalo jejího osobního života, volnočasových aktivit a přátel – vzhledem k 24-hodinové péči se musela všeho vzdát a veškerý čas věnovala nemocné sestře. V rámci péče musela omezit i styky s ostatními členy rodiny, kteří byli chápaví a pomáhali. Paní L. nemá žádné zdravotní omezení, není věřící a nevyužívá služby kněze. V závěru rozhovoru respondentka dodala, že je velice ráda, že takové služby jako domácí péče a hospic existují. I když to bylo velice časově a hlavně psychicky náročné, udělala by to znova, pro kohokoliv blízkého.

R2 – DP: Paní H. je toho času na mateřské dovolené, tudíž péče vliv na její zaměstnání zatím nemá. Zdravotnické vzdělání nemá, před nástupem na mateřskou dovolenou rozvážela

materiál. Ve finanční tísní se neocitla. Maminka, o kterou doma pečuje, pobírá příspěvek na péči a respondentka spíše neví, do jaké míry pokrývají náklady na péči. Respondentka uvedla, že stěhovat se nemusela a zatím žádné úpravy v domě nebyly nutné. Z mobilního hospice Ondrášek si pronajali polohovací postel a přenosný WC klozet. Paní H. si na sebe čas najde, protože o maminku se stará i její přítel. Z toho plyne, že nemusela omezit styky se svými přáteli ani se vzdát svých koníčků. Podle paní H. péče nijak nezasáhla do jejich osobních vztahů s ostatními rodinnými příslušníky, spíše je to stmelilo. Její sestra je pravidelně navštěvuje. Žádná zdravotní omezení nemá a věřící není.

R3 – DP: Respondentka č. 3 – DP také nemá zdravotnické vzdělání. Už dlouhou dobu je v důchodu, předtím pracovala jako kadeřnice. Svého zaměstnání se vzdávat nemusela, v tu dobu už byla v důchodu. Do finančních obtíží se nedostala, dostává příspěvky na péči, které plně pokryjí náklady na péči. Stěhovat se nemuseli, bydlí v pečovatelském domě už 12 let. Žádné úpravy bytu neprováděli, všechno bylo nově zrekonstruováno. Kompenzační pomůcky nemuseli pořizovat, pouze si z Domácího hospice Ondrášek vypůjčili chodítka. Paní H. uvedla, že si trochu na sebe čas najde, styky s přáteli a své koníčky omezit musela, ale ne z důvodu nedostatku času, ale z psychických důvodů. Péče nijak nezasáhla do jejich vztahů v rodině, respondentka řekla, že každý pomáhá, jak může, její syn každý den volá a zajímá se, zda něco nepotřebuje. Na otázku, zda má nějaké zdravotní omezení, odpověděla, že částečně nevidí, ledviny nefungují, proto musí co tři dny na dialýzu a má diabetes na inzulínu. Věřící není ani nevyužívá služby kněze.

Z odpovědí dotazovaných pečujících osob plyne, že péče o jejich blízké je hlavně velmi psychicky náročná. Museli omezit styky se svými přáteli i koníčky, kterým se dříve věnovali. Z finančního hlediska ani jedna respondentka nezaznamenala nějaké omezení v rámci péče. Možná i z toho důvodu, že nákladnější pomůcky si pronajaly. Dagmar Hloušková ve svých výsledcích udává, že 1,45 % respondentů považuje svoji finanční situaci za velmi stresující, 17,39 % respondentů ji hodnotí spíše jako stresující a 50,72% hodnotí svoji finanční situaci jako průměrnou, což se neshoduje s našimi výsledky, ze kterých plyne, že vlivem péče o jejich blízké se respondenti nedostávají do finanční tísně. Tato studentka také porovnává vliv vztahů pečujících s ostatními blízkými na jejich život, z jejichž výsledků vyplývá, že 55,07% respondentů, je kvalita života díky vztahům s dalšími lidmi, spíše lepší, zatímco z výsledků našeho průzkumu plyne pozitivní postoj všech blízkých členů rodiny, R2 – DP dokonce uvedla, že je tato situace spíše stmelila.

Ani z jednoho rozhovoru jsme nenabýly dojmu, že by některá z respondentek litovala rozhodnutí nechat si svého blízkého v domácím prostředí.

### **Hlavní cíl č. 2: Zjistit kvalitu života rodinných příslušníků pečujících o terminálně nemocné v lůžkovém hospici**

R1 – H: Respondentka zdravotnické vzdělání nemá, toho času již byla v důchodu, ale původní profesí je mzdová účetní. Do finančních problémů se nikdy nedostala, protože manžel, o kterého pečovala, dostával příspěvek na péči. Přestěhovat se nemusela, vždy bydleli na Kopečku. Úpravy domu prováděli před několika lety z důvodu manželova úrazu, to se týkalo zábradlí na schodišti, aby byl manžel schopen vystoupat schody, protože bydleli v prvním patře. Mezi kompenzační pomůcky, které pořizovali, byly pomůcky do vany, hůlky. Na otázku, jestli je domácnost dostatečně zařízená k tomu, aby si manžela mohla nechat v domácí péči, odpověděla, že dům na to zařízený není. I z psychických důvodů by to pro ni bylo velmi náročné. Čas si na sebe našla velmi málo, často ho chodila do hospice navštěvovat. Uvedla, že tam byla vlastně pořád. Styky s přáteli musela omezit, ani na své koníčky neměla čas. Do osobních vztahů péče nijak nezasáhla, paní H. uvedla, že má dobré vztahy. Syn je jezdil pravidelně navštěvovat. Respondentka v období, kdy pečovala o manžela, měla potíže se zády a špatně se jí dýchalo, nyní je ale vše v pořádku. Paní H. jako jediná uvedla, že je věřící a navštěvuje kostel. Myslí si, že jí víra hodně pomohla.

R2 – H: Respondentka č. 1 – H také nemá zdravotnické vzdělání. Nyní je v důchodu, ale dříve pracovala v dopravním podniku. Péče na její zaměstnání vliv neměla, protože už byla v důchodu. Do finančních obtíží se nedostala, příspěvky na péči dostává maminka, o kterou pečuje, a tyto příspěvky zůstávají v hospici a spolu s důchodem akorát pokrývají náklady na péči. Přestěhovat se nemusela, maminku si nastěhovala k sobě domů. Kompenzační pomůcky pořizovala – polohovací postel, vaničku se sprchou na vlasy. Paní D. uvedla, že její dům spíše není zařízený k tomu, aby si mohla nechat maminku v domácí péči. Na otázku, zda má čas i sama na sebe odpověděla, že teď ne, ráda chodí do knihovny, ale momentálně ji ty knížky nebaví. Částečně musela omezit i styky s přáteli, ale spíš nemá náladu. S tím souvisí i to, že musela omezit i své koníčky, protože každý den navštěvuje maminku v hospici. Ale nemrzí ji to. Péče nijak nezasáhla do jejich osobních vztahů s rodinou, spíše ji mile překvapilo, že všichni i vnoučata pomáhají. Žádné zdravotní omezení nemá, věřící není ani nevyužívá služby kněze.

R3 – H: Respondentka č. 3 – H je nyní v důchodu, ale původně byla učitelkou. Vzdávat zaměstnání se nemusela, v tu dobu již byla v důchodu. Do finančních potíží se nikdy

nedostala, respondentka uvedla, že vždy myslela na „zadní vrátka“. Příspěvky na péči dostává, ale na manžela, který trpí Alzheimerovou chorobou. Na dceru, o kterou pečuje, nikdy žádné příspěvky nedostávala. Přestěhovat se nemuseli, paní M. sdělila, že už 41 let bydlí v jednom domě. Úpravy bytu vztahující se k péči o dceru nemuseli provádět, ani kompenzační pomůcky nepožadovali, dcera byla do poslední chvíle v pořádku. Na otázku, jestli si myslí, že je jejich domácnost dostatečně zařízená k tomu, aby mohla být dcera v domácí péči, odpověděla, že ne. Ani by jít domů nechtěla. Čas na samu sebe se snaží najít, ale moc ho není. Ještě k tomu se musí starat o manžela. Veškeré styky se svými přáteli musela omezit, kromě nejlepší přítelkyně, která bydlí ve stejném domě. I své koníčky musela omezit. Respondentka si myslí, že péče nijak nezasáhla do jejich osobních vztahů s rodinou. Všichni se jí snaží se vším pomáhat. Zdravotní omezení žádné nemá. Nebyla nikdy věřící.

Z odpovědí respondentek jsme zjistily, že péče v hospici je pro ně podobně časově náročná jako pro pečující, kteří mají své blízké v domácí péči, protože všechny dotázané navštěvují svého milého/milou v hospici každý den a tráví tam s ním většinu dne. Tyto výsledky potvrzují i výsledky studentky Dagmar Hlouškové, která uvádí, že 1,45% dotazovaných nemá vůbec čas na sebe a 27,53 % respondentů spíše nemá čas na péči o sebe. Všechny respondentky uvedly, že mají veškerou oporu v rodině, která jim pomáhá, jak se dá. V tomhle případě velmi důležitá psychická podpora.

Z výše uvedeného vyplývá, že výsledky výzkumu Dagmar Hlouškové s našimi výsledky jsou v některých oblastech podobné, ale těžko se to hodnotí, protože tato studentka měla vzhledem k dotazníkovému šetření mnohem větší počet respondentů.

## ZÁVĚR

Umírání je nedílnou a tou poslední součástí lidského života. O umírající pacienty pečují organizace paliativní péče, které jsou zahrnuty v teoretické části této práce. Obsahují informace o poskytování paliativní péče – místa poskytování, poskytovatelé tohoto typu péče. Tato péče je velice šetrná neboť umírání považuje za přirozený proces. Proto se domnívám, že je psychicky i fyzicky velice prospěšná nemocným i jejich rodinám. Nevyvíjí žádný tlak na pacienty ve směru smrti, protože smrt ani neurychluje ani neoddaluje. Stejně tak jako rodinní pečující, tak i zdravotníci poskytující paliativní péči se snaží vyhovět všem přáním a potřebám pacientů.

V teoretické části se také zmiňuji o potřebách nemocných i pečujících o terminálně nemocné. Každý člověk má individuální potřeby. Tyto potřeby se u každého liší, tudíž se nedá přesně všeobecně specifikovat, co člověk v terminálním stádiu potřebuje nebo po čem touží. Od toho se odráží nároky a podmínky na kvalitu života rodinných příslušníků pečujících o terminálně nemocné. Nejvíce se tyto nároky a potřeby projevují u pacientů v domácí hospicové péči, kde pečující mají potřebu jistoty, že jejich blízký nebude trpět a bude mu moci poskytnout co nejlepší péči. Za předpokladu vhodných podmínek pro hospicovou péči v domácnosti je odměnou pečujících fakt, že pro svého milovaného dělají maximum a mohou s ním trávit nejvíce možného času.

V České republice je paliativní péče poskytována zejména v agenturách domácí péče/mobilní hospicová péče a v lůžkových hospicích. Onemocnění v pokročilém a nevléčitelném stádiu znamená pro samotného nemocného a jeho rodinu velkou životní změnu. Spousta lidí si přeje prožít zbytek svého života v domácím prostředí. To zvyšuje požadavky na blízké nemocného, pro které by tím pádem znamenalo neustálou přítomnost, což je i jedním z předpokladů přijetí pacienta do domácí péče. Dalším důležitým aspektem je i souhlas nemocného, zda s touto formou péče souhlasí.

Další variantou, kde může být paliativní péče poskytována je lůžkový hospic. Neznamená ovšem, že když se člověk rozhodne jít do hospice, že v něm také musí umřít. Spousta lidí využívá hospic i k respitní péči. V období nemoci přijde doba, kdy si rodina potřebuje na pár dní „oddychnout“. Oproti hospitalizaci v nemocnici je v hospici výhoda v tom, že si člověk řídí návštěvy sám, které jsou možné 24 hodin, kterýkoliv den v roce, ale poskytuje i ubytování pro rodinu umírajícího. Kromě zdravotnické péče hospic nabízí i sociální poradenství jak samotným nemocným, tak i jejich rodinám, kteří ho doprovází. Pro tuto možnost péče



v hospici se blízcí rozhodují často z důvodu obav, že péči nezvládnou. Je to velký psychický nátlak. Ale důvodem může být i to, že domácnost, ve které nemocný nebo jeho rodina žije, není zařízená k tomu, aby mu mohla být poskytována co nejlepší péče.

S umírajícím člověkem by se mělo zacházet s úctou a mělo by být zachováno dodržování základní lidských práv a svobod. I umírající člověk stále cítí a vnímá, a ačkoliv nám to nemusí dávat najevo, může ho neprofesionální přístup z naší strany vnitřně velice ranit. Obzvláště ve fázi umírání je nutné vyhovět jeho posledním duchovním nebo materiálním přáním. Rodina je pro každého z nás důležitá, pomáhá nám překonávat naše životní překážky malé či velké, plnit naše sny a pomáhá nám při cestě k našim cílům. Jsou to lidé kolem nás, kteří mají pro nás nevyčíslitelnou hodnotu, zejména pak ve chvílích před smrtí. Období před smrtí se dá dle mého názoru považovat za jedno z nejtěžších (ne-li nejtěžší) období života, často i více pro blízkého než samotného umírajícího. Na členy rodiny se nemocný váže a jsou často jedinými lidmi, se kterými udržuje sociální kontakt.

Předmětem praktické části této práce bylo zjistit kvalitu života pečujících o terminálně nemocné, kteří mají svého blízkého v domácí péči, ale i v hospici. Z výsledků průzkumu, které plynou z realizovaných rozhovorů s pečujícími, jsme zjistily, že nejvíce je jejich život ovlivněn časem. Na první pohled by se mohlo zdát, že méně časově náročná pro pečujícího příbuzného je lůžkový hospic. Avšak ne vždy tomu tak je. Právě z výše uvedených výsledků vyplynulo, že i když má svého blízkého v domácí péči a musí mu být prakticky 24 hodin k dispozici a vyžadují od pečujících osob maximální časovou flexibilitu, tak i péče v hospici je často velmi časově náročná. Většinou chtějí pečující trávit s umírajícím co nejvíce času, proto v hospici pobývají často celé dny. Tak uvedly všechny tři dotazované. Dále jsme zjistily, že péče u žádné z dotazovaných nemá výraznější negativní vliv na jejich finanční stránku, což by se dalo očekávat z předpokládaných výdajů na péči, úpravy bytu nebo pořizování různých kompenzačních pomůcek. Žádná z dotazovaných nevedla, že by v bytě/domě byla nucena dělat výraznější úpravy. Vztahy s ostatními rodinnými příslušníky nebyly vzhledem k péči negativně ovlivněny, spíše naopak. Z výše uvedených výsledků se nedá jednoznačně říct, která forma péče má větší vliv na kvalitu života pečovateli.

Přínosem této práce by mohlo být uvědomění si, že paliativní péče není pouze o poskytování služeb nemocnému, který beze sporu vyžaduje velký podíl naší pozornosti, ale je nutno věnovat péči i jejich rodinám, kteří se o takto nemocného člověka chtějí starat. Může tímto pomoci k šíření informací o možnostech poskytování paliativní péče jak v lůžkovém tak i v

domácím hospici. Přispívá k tomu i fakt, že jsem z rozhovorů se všemi dotazovanými nabyla dojmu, že jsou velice vděčné za možnosti poskytování výše uvedených forem péče.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] HANZLÍKOVÁ, Alžbeta. *Komunitní ošetřovatelství*. 1. české vyd. Martin: Osveta, c2007, 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
- [2] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007, 244 s.. ISBN 978-80-7262-471-3
- [3] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [4] KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
- [5] KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se měli lékaři, sestry, duchovní a lidé vůbec naučit od umírajících pacientů*. Turnov: Arica, 1993, 251 s. ISBN 80-900134-6-5.
- [6] KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [7] MAČÁK, Jiří, MAČÁKOVÁ, Jana. *Patologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. ISBN 9788024707853.
- [8] MATZO, Marianne a Deborah Witt SHERMAN. *Palliative care nursing: quality care to the end of life*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company, c2006, 476 s. ISBN 0-8261-5794-7.
- [9] MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
- [10] O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- [11] PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
- [12] RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů, 2010, 63 s. ISBN 978-80-904516-1-2

- [13] SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, c2007, 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
- [14] SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, c2004, 43 s. ISBN 80-239-4330-8.
- [25] STRŽÍTESKÝ, Jan. *Patologie: [učebnice pro zdravotnické školy a bakalářské studium]*. Vyd. 1. Olomouc: Epava, 2001, 338 s. ISBN 978-80-86297-06-4.
- [36] SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995. ISBN 80-902049-0-2.
- [47] SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
- [18] ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
- [19] TOMAGOVÁ, Martina a Ivana BÓRIKOVÁ. *Potreby v ošetrovatelství*. Martin: Osveta, c2008, 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.
- [20] TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 2., nezměn. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-4.
- [21] VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, c2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- [22] VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, 537 s. ISBN 80-247-0279-7.

#### Internetové zdroje:

- [23] Adresář služeb. *Umírání.cz* [online]. [cit. 2016-02-17]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#8/50.103/15.504>
- [24] BOWEN, Liza. The Multidisciplinary Team in Palliative Care: A Case Reflection. *Indian Journal of Palliative Care* [online]. 2014, vol. 20, issue 2, s. 142-145 [cit. 2014-12-27]. DOI: 10.4103/0973-1075.132637.
- [25] DUBCOVÁ, Iva, 2011. Etika umírání a smrti. *Sestra* [online]. [cit. 2016-05-18]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/etika-umirani-a-smrti-461772>

- [26] HLOUŠKOVÁ, Dagmar, 2007. Kvalita života rodinných příslušníků v paliativní péči [online]. Brno [cit. 2016-05-18]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/142442/lf\\_b/](http://is.muni.cz/th/142442/lf_b/)
- [27] Principy paliativní péče, ©2016. *Umírání.cz* [online]. [cit. 2016-05-15]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/pece-o-nevylecitelne-nemocne/paliativni-pece>
- [28] Úvod do paliativní péče, ©2016. *Cestadomu* [online]. [cit. 2014-12-27]. Dostupné z: <http://elearning.cestadomu.cz/cz/uvod-do-paliativni-pece-sp.html>
- [29] VALJENTOVÁ, Jana. Mobilní paliativní péče: Mobilní specializovaná paliativní péče. *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. [cit. 2016-05-18]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/mobilni-paliativni-pece>
- [30] WHO: Definition of Palliative Care, ©2002 [online]. [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

Např.	Světová zdravotnická organizace
WHO	Světová zdravotnická organizace
Pol.	Polovina
Stol.	Století
Tzv.	Tak zvaný
ANA	Americká asociace sester
ADP	Agentura domácí péče
s.	Strana
Atd.	A tak dále
ČR	Česká republika
R1 – DP	Respondent č. 1 – pečující osoba klienta domácí péče
R2 – DP	Respondent č. 2 – pečující osoba klienta domácí péče
R3 – DP	Respondent č. 3 – pečující osoba klienta domácí péče
R1 – H	Respondent č. 1 – pečující osoba klienta hospice
R2 – H	Respondent č. 2 – pečující osoba klienta hospice
R3 – H	Respondent č. 3 – pečující osoba klienta hospice
T	Tazatel
R	Respondent
P	Příloha
Tab.	Tabulka
kol.	kolektiv
%	procento
č.	číslo

**SEZNAM TABULEK**

<i>Tab. 1 Charakteristika respondentů</i> .....	40
<i>Tab. 2 Zdravotnické vzdělání</i> .....	41
<i>Tab. 3 Zdravotnické vzdělání</i> .....	41
<i>Tab. 4 Profese</i> .....	42
<i>Tab. 5 Profese</i> .....	42
<i>Tab. 6 Stálé zaměstnání</i> .....	43
<i>Tab. 7 Stálé zaměstnání</i> .....	43
<i>Tab. 8 Vliv péče na zaměstnání</i> .....	44
<i>Tab. 9 Vliv péče na zaměstnání</i> .....	44
<i>Tab. 10 Opuštění zaměstnání</i> .....	45
<i>Tab. 11 Opuštění zaměstnání</i> .....	45
<i>Tab. 12 Finanční problémy</i> .....	46
<i>Tab. 13 Finanční problémy</i> .....	46
<i>Tab. 14 Příspěvek na péči</i> .....	47
<i>Tab. 15 Příspěvek na péči</i> .....	47
<i>Tab. 16 Stěhování</i> .....	48
<i>Tab. 17 Stěhování</i> .....	48
<i>Tab. 18 Úpravy bytu</i> .....	49
<i>Tab. 19 Úpravy bytu</i> .....	49
<i>Tab. 20 Kompenzační pomůcky</i> .....	50
<i>Tab. 21 Kompenzační pomůcky</i> .....	50
<i>Tab. 22 Zařízená domácnost</i> .....	51
<i>Tab. 23 Čas na sebe samu</i> .....	52
<i>Tab. 24 Čas na sebe samu</i> .....	52
<i>Tab. 25 Styky s přáteli</i> .....	53
<i>Tab. 26 Styky s přáteli</i> .....	53
<i>Tab. 27 Koničky</i> .....	54
<i>Tab. 28 Koničky</i> .....	54
<i>Tab. 29 Osobní vztahy</i> .....	55
<i>Tab. 30 Osobní vztahy</i> .....	55
<i>Tab. 31 Postoj rodiny</i> .....	56
<i>Tab. 32 Postoj rodiny</i> .....	56

---

<i>Tab. 33 Zdravotní omezení</i> .....	57
<i>Tab. 34 Zdravotní omezení</i> .....	57
<i>Tab. 35 Víra</i> .....	58
<i>Tab. 36 Víra</i> .....	58
<i>Tab. 37 Využívání služeb kněze</i> .....	59
<i>Tab. 38 Využívání služeb kněze</i> .....	59



**SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha P I	Seznam lůžkových hospiců v ČR
Příloha P II	Sezam domácích hospiců v ČR
Příloha P III	Maslowova pyramida potřeb
Příloha P IV	Seznam otázek pro blízké klientů domácí péče
Příloha P V	Seznam otázek pro blízké klientů hospice
Příloha P VI	Rozhovor s respondentem R1 – DP
Příloha P VII	Rozhovor s respondentem R2 – DP
Příloha P VIII	Rozhovor s respondentem R3 – DP
Příloha P IX	Rozhovor s respondentem R1 – H
Příloha P X	Rozhovor s respondentem R2 – H
Příloha P XI	Rozhovor s respondentem R3 – H

## **PŘÍLOHA P I: SEZNAM LŮŽKOVÝCH HOSPICŮ V ČR**

### **Hospic sv. Alžběty**

Kamenná 207/36

639 00 Brno

Tel: 543 421 494

773 499 943

E-mail: [socialni@hospicbrno.cz](mailto:socialni@hospicbrno.cz)

Web: <http://www.hospicbrno.cz/>

### **Hospic sv. Zdislavy**

U Sirotčince 407/10

460 01 Liberec IV - Perštýn

Tel: 605 111 313

E-mail: [zadosti@hospiczdislavy.cz](mailto:zadosti@hospiczdislavy.cz)

Web: <http://www.hospiczdislavy.cz/>

### **Hospic v Mostě**

Svážná ulice 1528

434 01 Most

Tel: 476 000 167

608 009 149

E-mail: [socialni.hospic@mostmail.cz](mailto:socialni.hospic@mostmail.cz)

Web: <http://www.hospic-most.cz>

### **Hospic sv. Štěpána**

Rybářské nám. 662/4

412 01 Litoměřice

Tel: 416 733 185

416 736 704

731 604 052

E-mail: [info@hospiclitomerice.cz](mailto:info@hospiclitomerice.cz)

Web: <http://www.hospiclitomerice.cz/>

### **Dům péče ČKK**

Tovačovského 163

293 01 Mladá Boleslav

Tel: 326 320 250

722 966 726

E-mail: mladaboleslav@cervenykriz.eu

Web: <http://www.cervenykrizmb.cz/dum-pece-cck/>

### **Hospic sv. Lazara**

Sladkovského 66

326 00 Plzeň

Telefon: 377 431 381- 3

E-mail: hospic@hsl.cz

Web: <http://www.hsl.cz/>

### **Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna**

Neumannova 144

383 01 Prachatice

Tel: 388 311 726

E-mail: info@hospicpt.cz

Web: <http://www.hospicpt.cz>

### **Čerčany, Hospic Dobrého Pastýře**

Sokolská 584

257 22 Čerčany

Tel: 317 777 381

317 700 901-2

E-mail: hospic@centrum-cercany.cz

Web: [http://www.centrum-cercany.cz/index2\\_hospic.html](http://www.centrum-cercany.cz/index2_hospic.html)

### **Hospic Anežky České**

5. května 1170

549 41 Červený Kostelec

Tel: 491 467 030

E-mail: sekretariat@hospic.cz

Web: <http://www.hospic.cz/>

### **Dětský hospic**

Malejovice 22

285 04 Uhlířské Janovice

Tel: 327 544044

775 204109

E-mail: [klicek@klicek.org](mailto:klicek@klicek.org)

Web: <http://www.klicek.org/>

### **Chrudim, Hospic**

K Ploché dráze 602

Chrudim IV 537 01

Tel: 734 414 418 (krizová linka)

461 001 900

731 151 538 (MUDr. Blažková)

E-mail: [smireni@centrum.cz](mailto:smireni@centrum.cz)

Web: <http://www.smireni.cz/>

### **Citadela**

Žerotínova 1421

757 01 Valašské Meziříčí

Tel: 571 629 084

602 776 460

E-mail: [hospic@citadela.cz](mailto:hospic@citadela.cz)

Web: <http://www.citadela.cz>

### **Hospic na Svatém kopečku**

Sadové nám. 24

779 00 Olomouc – Svatý Kopeček

Tel: 585 319 754

E-mail: [hospic.svkopecek@caritas.cz](mailto:hospic.svkopecek@caritas.cz)

Web: <http://www.hospickopecek.caritas.cz>

### **Hospic Hvězda**

Sokolovská 967

760 01 Zlín – Malenovice

Tel: 577 113 541

E-mail: [sekretar.hvezdazlin@seznam.cz](mailto:sekretar.hvezdazlin@seznam.cz)

Web: <http://www.sdruzeniHvezda.cz/>

### **Hospic Štrasburk**

Bohnická 12

180 00 Praha 8 – Bohnice

Tel: 283 105 511 (recepce)

283 105 506 (vrchní sestra)

E-mail: [dhavlova@hospicstrasburk.cz](mailto:dhavlova@hospicstrasburk.cz)

Web: <http://www.1ph.cz/>

### **Hospic Malovická (Soft Palm, o.s.)**

Malovická 3304/2

140 00 Praha 4

Tel: 272 011 020

E-mail: [hospic.malovicka@gmail.com](mailto:hospic.malovicka@gmail.com)

Web: <http://www.hospicmalovicka.cz/>

### **Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa**

Jiráskova 47

664 61 Rajhrad u Brna

Telefon: 547 232 223

E-mail: [hospic.rajhrad@caritas.cz](mailto:hospic.rajhrad@caritas.cz)

Web: <http://www.dlbsh.cz/>

### **Frydek-Místek, Hospic a centrum zdravotních a sociálních služeb**

I. J. Pešiny 3640

738 01 Frýdek-Místek

Tel: 595 538 111

E-mail: info@hospicfm.cz

Web: <http://www.hospicfm.cz/>

**Ostrava, Hospic sv. Lukáše**

Charvátská 8

Ostrava – Výškovice

Tel: 599 508 505

732 178 501

E-mail: [lukashospic.ostrava@caritas.cz](mailto:lukashospic.ostrava@caritas.cz)

Web: <http://www.ostrava.caritas.cz/showpage.php?name=lukas>

Převzato z: Adresář služeb. *Umírání.cz* [online]. [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#8/49.822/15.903>

**PŘÍLOHA P II: SEZNAM DOMÁCÍCH HOSPICŮ V ČR****Hospic sv. Jiří, o.p.s.**

Svobody 3

350 02 Cheb

Tel: 736 432 911

E-mail: hospic@hospiccheb.cz

Web: <http://www.hospiccheb.cz/>

**Ladara, o.p.s.**

Závodu míru 227

360 17 Karlovy Vary

Tel: 777 143 452

E-mail: ladara@ladara.eu

Web: <http://www.ladara.eu/paliativni-pece>

**Mobilní hospic Tachov**

Náměstí republiky 70

347 01 Tachov

Tel: 605 226 298

774 413 374

E-mail: hospic@hospictachov.cz

Web: <http://www.hospictachov.cz/>

**Společenství Androméda**

Velká Chmelištná č. 18

270 34 Čistá

Tel: 606 378 591

E-mail: spol.andromeda@volny.cz

Web: <http://www.spolecenstvi-andromeda.cz/hospic.php>

**Domácí hospic Náruč**

Klatovská 7

301 00 Plzeň

Tel: 733 300 455

E-mail: [hospic@naruc-plzen.cz](mailto:hospic@naruc-plzen.cz)

Web: <http://www.naruc-plzen.cz/uvod>

### **Domácí hospic Dobrého Pastýře Hořovice**

Masarykova 387/6

268 01 Hořovice

Česká republika

Tel: 731 453 066

731 479 646

E-mail: [info@hospic-horovice.cz](mailto:info@hospic-horovice.cz)

Web: <http://www.hospic-cercany.cz/hospic-dobreho-pastyre/domaci-hospic-horovice>

### **SC domácí péče, o.p.s.**

Přítoky 119

284 01 Kutná Hora

Tel: 734 241 683

607 598 240

731 823 306 (non-stop)

E-mail: [sdomacipece@seznam.cz](mailto:sdomacipece@seznam.cz)

Web: <http://www.sdomacipece-kh.com/sluzby/terenni-hospicova-pece/>

### **Domácí hospic sv. Michaela**

Vrchlického 185

572 01 Polička

Tel: 730 547 187

731 598 817

731 598 763

E-mail: [chops@policka.cz](mailto:chops@policka.cz)

Web: <http://policka.charita.cz/nase-sluzby/domaci-hospic-sv-michaela/>

### **Mobilní hospic Anežky České**

5. května 1170

549 41 Červený Kostelec



Tel: 724 094 556

491 610 482

491 467 032

E-mail: mobilni@hospic.cz

Web: <http://domaci.hospic.cz/>

### **Charitní hospicová péče Pokojný přístav**

Kylešovská 10

746 01 Opava

Tel: 737 999 979

E-mail: pokojnypristav@charitaopava.cz

Web: <http://www.charitaopava.cz/?page=texty&id=4&Igen=4>

### **Domácí hospic Strom života**

Máchova 619/30

741 01 Nový Jičín

Tel: 553 038 016

E-mail: info@zivotastrom.cz

Web: <http://www.zivotastrom.cz/>

### **Domácí hospic Most k domovu**

Tř. 2. Května 3070

760 01 Zlín

Tel: 577 012 633

E-mail: info@centrumlb.cz

Web: <http://www.centrumlb.cz>

### **Domácí hospic David, Charita**

Palackého 194

697 01 Kyjov

Tel: 518 323 766

777 805 001

E-mail: chos.dh@kyjov.charita.cz

Web: <http://www.kyjov.caritas.cz/sluzby/domaci-hospicova-pece/>

**Domácí hospic Konipaska**

Riegrova 1199/42

669 02 Znojmo

Tel: 724 583 939

E-mail: [info@konipaska.cz](mailto:info@konipaska.cz)

Web: <http://www.konipaska.cz/>

**Domácí hospicová péče Oblastní charity**

Karlovo náměstí 41/30

674 01 Třebíč

Tel: 734 435 207

E-mail: [dhp.trebic@charita.cz](mailto:dhp.trebic@charita.cz)

Web: <http://trebic.charita.cz/strediska/strediska-sv-zdislavy/domaci-hospicova-pece/>

**Sdílení o.p.s.**

Masarykova 330

588 56 Telč

Tel: 775 574 977

E-mail: [sdileni.svobodova@gmail.com](mailto:sdileni.svobodova@gmail.com)

Web: <http://www.sdileni-telc.cz>

**Domácí hospicová péče, Oblastní charita**

Solní 1814

393 01 Pelhřimov

Tel: 565 322 539

728 935 362

607 776 944

E-mail: [dhp@pelhrim.cz](mailto:dhp@pelhrim.cz)

Web: <http://pelhrimov.charita.cz/nase-sluzby/domaci-hospicova-pece/>

**Domácí hospic Jordán**

Bydlinského 2964

390 02 Tábor

Tel: 725 414 931

722 012 898

E-mail: [kontakt@hospicjordan.cz](mailto:kontakt@hospicjordan.cz)

Web: <http://www.hospicjordan.cz/>

### **Domáci hospic Athelas**

Budějovická 204/13

397 01 Písek

Tel: 774 858 487

E-mail: [kontakt@hospic-pisek.cz](mailto:kontakt@hospic-pisek.cz)

Web: <http://www.hospic-pisek.cz/>

### **Hospic sv. Jana N. Neumanna**

Neumannova 144

383 01 Prachatice

Tel: 734 682 436

388 311 726

E-mail: [info@hospicpt.cz](mailto:info@hospicpt.cz)

Web: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/domaci-hospicova-pece>

### **Hospicová péče sv. Kleofáše, o.p.s.**

Chelčického 2

379 01 Třeboň

Tel: 731 435 187

739 341 087

E-mail: [info@kleofas.cz](mailto:info@kleofas.cz)

Web: <http://hospic.kleofas.cz/>

### **Mobilní hospic Masarykovy nemocnice**

V Podhájí 791/21

400 01 Ústí nad Labem

Tel: 734 393 310

477 113 273

477 113 291

Web: <http://www.kzcr.eu/default.aspx>

**Hospic sv. Štěpána, domácí hospicová péče**

Rybářské nám. 662/4

412 01 Litoměřice

Tel: 731 604 052

E-mail: [domaci@hospiclitomerice.cz](mailto:domaci@hospiclitomerice.cz)

<http://www.hospiclitomerice.cz/Domaci-pece>

**Hospicová péče svaté Zdislavy**

Josefinino údolí 9/9

460 05 Liberec

Tel: 604 697 318

604 697 317

E-mail: [hp.sz@seznam.cz](mailto:hp.sz@seznam.cz)

Web: <http://www.hospiczdislavy.cz/>

**Smržo-medic, s.r.o.**

yršova 1340

468 51 Smržovka

Tel: 483 382 210

776 792 055

Web: <http://doktorzhor.cz/domaci-pece/>

**Domáci hospic Duha, o.p.s.**

Riegrova 655

508 01 Hořice

Tel: 773 652 844

493 586 363

E-mail: [hospic-horice@seznam.cz](mailto:hospic-horice@seznam.cz)

Web: <http://www.hospic-horice.cz/domaci-hospicova-pece/>

**Domáci hospicová péče, Oblastní charita**

Na Kropáčce 30/3

500 03 Hradec Králové

Tel: 775 442 405

E-mail: [domacihospic@hk.caritas.cz](mailto:domacihospic@hk.caritas.cz)

Web: <http://www.charitahk.cz/nase-strediska/domaci-hospicova-pece/>

### **Domácí hospic a komplexní ošetrovatelská péče Slezská humanita**

Sokolovská 1761

735 06 Karviná

Tel: 596 342 177

E-mail: [hospic.slezskahumanita@seznam.cz](mailto:hospic.slezskahumanita@seznam.cz)

Web: <http://www.slezskahumanita.cz/>

### **Mobilní hospic při MEDICA zdravotní péče**

Konská 63

739 61 Třinec

Tel: 774 735 577

E-mail: [medica@seznam.cz](mailto:medica@seznam.cz)

Web: <http://hospic.trinec.cz/>

### **Charitní středisko sv. Kryštofa**

Charvátská 8

700 30 Ostrava

Tel: 599 508 504

733 676 601

E-mail: [cho.krystof@charita.cz](mailto:cho.krystof@charita.cz)

Web: <http://ostrava.caritas.cz/hospicove-sluzby/mobilni-hospic-a-osetrovatelska-sluzba-krystof/>

### **Mobilní hospic Ondrášek**

Horní 288/67

700 30 Ostrava - Dubina

Tel: 724 975 275

596 910 196

E-mail: [mhondrasek@seznam.cz](mailto:mhondrasek@seznam.cz)

Web: <http://www.mhondrasek.cz>

**Hospic svaté Hedviky, o.p.s.**

Kročehlavská 1305

272 01 Kladno

Tel: 739 738 819

E-mail: [lucia.velesova@hospicsvatehedviky.cz](mailto:lucia.velesova@hospicsvatehedviky.cz)

Web: <http://www.hospicsvatehedviky.cz/>

**Hospic knížete Václava, o.p.s.**

Buštěhradská 77

272 03 Kladno

Tel: 725 905 295

E-mail: [info@hkv-kl.cz](mailto:info@hkv-kl.cz)

Web: <http://www.hospicknizetevaclava.cz/>

**Domácí hospic Cesta domů**

Boleslavská 2008/1

130 00 Praha 3

Tel: 283 850 949

775 166 863

E-mail: [info@cestadomu.cz](mailto:info@cestadomu.cz)

Web: <http://www.cestadomu.cz/>

**Mobilní hospic Most k domovu**

Karla Černého 1456/1

156 00 Praha

Tel: 212 242 451

603 239 255

E-mail: [os@mostkdomovu.cz](mailto:os@mostkdomovu.cz)

Web: <http://www.mostkdomovu.cz/>

**Mobilní hospic Dobrého pastýře**

Sokolská 584

257 22 Čerčany

Tel: 734 435 033

E-mail: mobilnihospic@centrum-cercany.cz

Web: <http://www.hospic-cercany.cz/hospic-dobrehopastyre/o-mobilnim-hospici-dp>

**RUAH o.p.s.**

Tyršova 2061

256 01 Benešov

Tel: 733 741 706

E-mail: info@ruah-ops.cz

Web: <http://www.ruah-ops.cz/sluzby/terenni-hospicova-sluzba>

**Domácí hospicová péče, Oblastní charita Ústí n. Orlicí**

Náměstí A. Jiráska 2

563 01 Lanškroun

Tel: 465 324 461

731 402 339

E-mail: silarova.michaela@orlicko.cz

Web: <http://uo.charita.cz/sluzby/domaci-hospicova-pece/>

**Domácí hospicová péče Charity Zábřeh**

Žižkova 15

789 01 Zábřeh

Tel: 583 412 587

736 509 441

E-mail: zdravotni.pece@charitazabreh.cz

**Domácí hospicová péče oblastní Charity**

Horní 22

591 01 Žďár nad Sázavou

Tel: 739 389 244

733 755 869

604 843 062

E-mail: dhp.zdar@charita.cz

Web: <http://zdar.charita.cz/vyhledavani-v-adresari/?s=domaci-hospicova-pece#directory-detail>

**Domáci hospic Vysočina, o.p.s.**

Žďárská 612

592 31 Nové Město na Moravě

Tel: 566 615 198

731 679 932

E-mail: [info@hhv.cz](mailto:info@hhv.cz)

Web: <http://www.hhv.cz/>

**Domáci hospic Vysočina, o.p.s.**

Žižkova 89

586 01 Jihlava

Tel: 567 210 997

731 604 300

E-mail: [michaela.vodova@hhv.cz](mailto:michaela.vodova@hhv.cz)

Web: <http://www.hhv.cz/>

**Bárka - charitní domáci hospicová péče**

Jakubské náměstí 5/2

586 01 Jihlava

Tel: 739 389 254

567 563 686

E-mail: [dhp.jihlava@charita.cz](mailto:dhp.jihlava@charita.cz)

Web: <http://jihlava.charita.cz/barka/>

**Domáci hospicová péče Blansko**

Sadová 2

678 01 Blansko

Tel: 516 410 825

733 755 818

E-mail: [radka.kuncova@charita.cz](mailto:radka.kuncova@charita.cz)

Web: <http://blansko.charita.cz/seniori/hospicova/>



**Domácí hospic TABITA**

Kamenná 36

639 00 Brno

Tel: 543 421 491

773 499 943

E-mail: dom.hospic@hospicbrno.cz

Web: <http://www.hospicbrno.cz/>

**Mobilní hospic sv. Jana**

Jiráskova 47

664 61 Rajhrad

Tel: 737 220 084

E-mail: jana.minarikova@charita.cz

Web: <http://rajhrad.charita.cz/mobilni-hospic-sv-jana/>

**Domácí hospic Setkání, o.p.s.**

Javornická 1501

516 01 Rychnov nad Kněžnou

Tel: 733 694 162

E-mail: hospic.setkani@seznam.cz

Web: <http://www.hospicrychnov.cz/>

**detašované pracoviště Domácí hospicové péče Charity Ústí n. Orlicí**

Pernerova 1573

565 01 Choceň

Tel: 731 402 332

E-mail: chos.chocen@orlicko.cz

Web: <http://uo.charita.cz/sluzby/domaci-hospicova-pece/>

**Domácí hospicová péče oblastní Charity**

Ulice 17. listopadu 69

562 01 Ústí nad Orlicí

Tel: 465 524 715

731 402 322

E-mail: kaplanova.petra@orlicko.cz

Web: <http://uo.charita.cz/sluzby/domaci-hospicova-pece/>

**Domácí hospicová péče, Oblastní charita Ústí n. Orlicí**

Na Kopečku 356

561 51 Letohrad

Tel: 465 621 281

731 402 338

E-mail: jurenkova.helena@orlicko.cz

Web: <http://uo.charita.cz/sluzby/domaci-hospicova-pece/>

**detašované pracoviště Domácí hospicové péče Charity Ústí n. Orlicí**

Matyášova 983

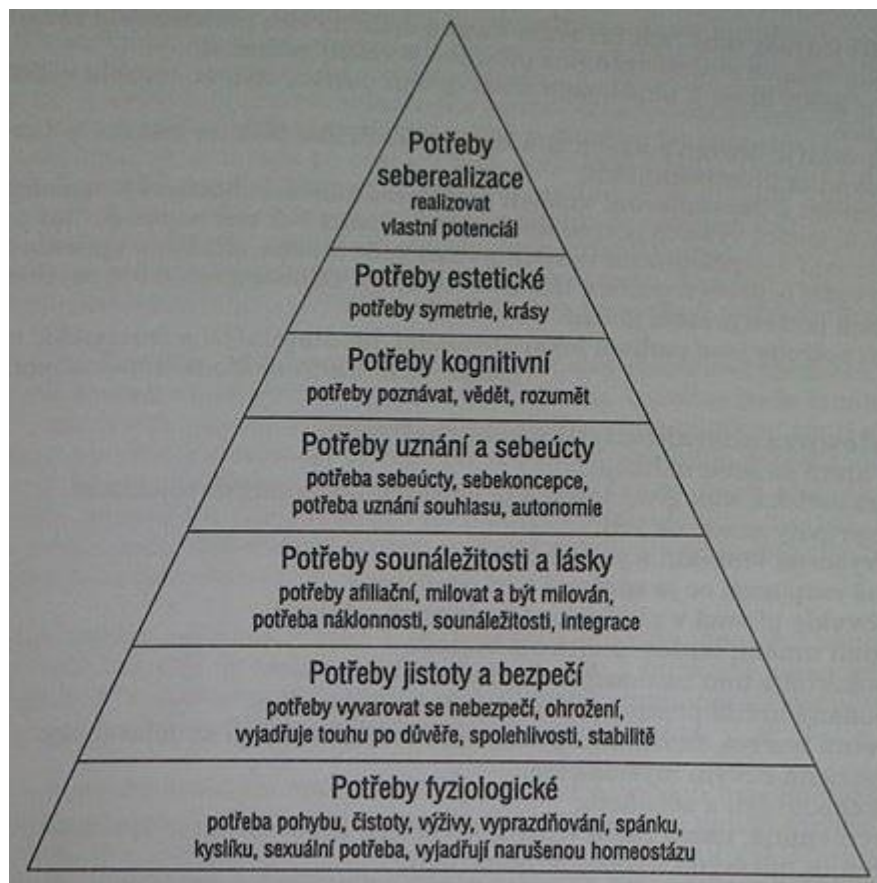
560 02 Česká Třebová

Tel: 731 402 330

E-mail: chops.ct@orlicko.cz

Web: <http://uo.charita.cz/sluzby/domaci-hospicova-pece/>

Převzato z: Adresář služeb. *Umírání.cz* [online]. [cit. 2016-02-17]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#8/50.103/15.504>

**PŘÍLOHA P III: MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB**

Převzato z: TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.*

Vyd. 2., Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-4.

## PŘÍLOHA P IV: SEZNAM OTÁZEK PRO BLÍZKÉ KLIENTŮ DOMÁCÍ PÉČE

### Vzdělání

- Máte zdravotnické vzdělání?

### Zaměstnání

- Jaká je Vaše profese?
- Máte stálé zaměstnání?
- Má péče vliv na Vaše zaměstnání?
- Musela jste se vzdát Vašeho zaměstnání?

### Finanční stránka

- Dostala jste se do nějakých finančních problémů?
- Dostáváte nějaké příspěvky na péči? Pokud ano, do jaké míry pokryjí náklady na péči?

### Bydlení

- Museli jste se přestěhovat?
- Museli jste provést menší nebo větší úpravy bytu pro kvalitnější život klienta?
- Pořizovali jste nějaké kompenzační pomůcky do bytu?

### Osobní život, volnočasové aktivity

- Najdete si čas i na sebe?
- Musela jste nějak výrazně omezit styky s přáteli?
- Musela jste v rámci péče omezit své koníčky nebo se jich úplně vzdát?

### Osobní vztahy

- Zasáhla péče nějak do Vašich osobních vztahů s ostatními rodinnými příslušníky?
- Jaký je postoj ostatních členů rodiny?

### Zdravotní stav

- Máte nějaké zdravotní omezení?

### Duchovní stránka

- Jste věřící?
- Využíváte služby místního kněze?

**PŘÍLOHA P V: SEZNAM OTÁZEK PRO BLÍZKÉ KLIENTŮ HOSPICE**

## Vzdělání

- Máte zdravotnické vzdělání?

## Zaměstnání

- Jaká je Vaše profese?
- Máte stálé zaměstnání?
- Má péče vliv na Vaše zaměstnání?
- Musela jste se vzdát Vašeho zaměstnání?

## Finanční stránka

- Dostala jste se do nějakých finančních problémů?
- Dostáváte nějaké příspěvky na péči? Pokud ano, do jaké míry pokryjí náklady na péči?

## Bydlení

- Museli jste se přestěhovat?
- Museli jste provést menší nebo větší úpravy bytu pro kvalitnější život klienta?
- Pořizovali jste nějaké kompenzační pomůcky?
- V případě, že byste se rozhodla nechat pacienta v domácí péči, je na to Vaše domácnost dostatečně zařízená?

## Osobní život, volnočasové aktivity

- Najdete si čas i na sebe?
- Musela jste nějak výrazně omezit styky s přáteli?
- Musela jste v rámci péče omezit své koníčky nebo se jich úplně vzdát?

## Osobní vztahy

- Zasáhla péče nějak do Vašich osobních vztahů s ostatními rodinnými příslušníky?
- Jaký je postoj ostatních členů rodiny?

## Zdravotní stav

- Máte nějaké zdravotní omezení?

## Duchovní stránka

- Jste věřící?
- Využíváte služby místního kněze?

**PŘÍLOHA P VI: ROZHOVOR S RESPONDENTEM R1 – DP**

***T: Máte zdravotnické vzdělání?***

R1: Ne.

***T: Jaká je Vaše profese?***

R1: Prodavač. Jakoby nynější důchodce. Já jsem kvůli svojí sestře šla do důchodu. Já jsem tedy už měla důchodový věk, ale jelikož sestra na tom byla velice špatně, tak jsem okamžitě ukončila svůj pracovní poměr a zůstala jsem doma s ní.

***T: Musela jste se vzdát Vašeho zaměstnání?***

R1: Ano, šla jsem do důchodu.

***A: Dostala jste se do nějakých finančních problémů?***

R1: Nene, ona měla ještě výplatu no a já jsem taky měla vlastně poslední výplatu.

***T: Dostávala jste nějaké příspěvky na péči? Pokud ano, do jaké míry pokryjí náklady na péči?***

R1: Ne, já jsem ani nežádala. Na to nebyl čas.

***T: Museli jste se přestěhovat?***

R1: Ne, já jsem si vzala sem. Ona měla svůj byt v Olomouci. Takže j jsem si ji jenom nastěhovala k sobě. A jelikož ona měla svého lékaře v Olomouci, tak já jsem musela dojíždět tam, tak to bylo takové dost náročné na čas. Pak k tomu konci to byly už jenom ty výživy, co jsem vozila z lékáren, co jsem do ní dostala, tak to nebylo už tak náročné, já sama jsem už neměla tak chuť na jídlo.

***T: Museli jste provést menší nebo větší úpravy bytu pro kvalitnější život klienta?***

R1: Nene to ne. Jen jsme tam museli nastěhovat postel. Pak jsem sehnala takovou tu židli, když ještě neměla pleny.

***T: Pořizovali jste nějaké kompenzační pomůcky do bytu?***

R1: To jo, ze začátku tu židlu, když neměla pleny, tak chodila na tu židlu, jako WC. Pak jsem sehnala podložky do postele, pleny a takové to.

***T: Našla jste si čas i na sebe?***

R1: Ne, to teda ne. To bylo 24 hodin...ale nemrzí mě to. Jako potom jsem si to tak nějak převracela v hlavě, že snad už bych to v životě neudělala, že člověk je tak unavený a vysílený, ale pak jsem si s odstupem času říkala, že bych to udělala znovu, po kohokoli z rodiny.

***T: Musela jste nějak výrazně omezit styky s přáteli?***

R1: No všechno. A nejhorší je, že i ty vnoučata. Oni už sem ani k tomu konci nechodily. Já jsem byla věčně u ní, nebo jsem něco sháněla, to musíte vypustit všechno.

***T: Musela jste v rámci péče omezit své koníčky nebo se jich úplně vzdát?***

R1: No úplně všechno.

***T: Zasáhla péče nějak do Vašich osobních vztahů s ostatními rodinnými příslušníky?***

R1: Nene.

***T: Jaký byl postoj ostatních členů rodiny?***

R1: No tak snažili se mi pomáhat a chápali to.

***T: Máte nějaké zdravotní omezení?***

R1: Ne.

***T: Jste věřící?***

R1: No tak pokřtěná jsem, ale do kostela nechodím. Vždycky říkám, že kdyby ten Pán Bůh byl, tak by se nemohlo konat to, co se koná.

***T: Využíváte služby místního kněze?***

R1: Nee.

**PŘÍLOHA P VII: ROZHOVOR S RESPONDENTEM R2 – DP**

*T: Máte zdravotnické vzdělání?*

R2: Ne.

*T: Jaká je Vaše profese?*

R2: Já rozvážím materiál

*T: Máte stálé zaměstnání?*

R2: Jo, ale teď jsem momentálně na mateřské.

*T: Má péče vliv na Vaše zaměstnání?*

R2: No momentálně ne.

*T: Musela jste se vzdát Vašeho zaměstnání?*

R2: Ne.

*T: Dostala jste se do nějakých finančních problémů?*

R2: Ne.

*T: Dostáváte nějaké příspěvky na péči?*

R2: Mamka dostává.

*T: Do jaké míry pokryjí náklady na péči?*

R2: To ani nevím.

*T: Museli jste se přestěhovat?*

R2: Ne.

*T: Museli jste provést menší nebo větší úpravy bytu pro kvalitnější život klienta?*

R2: Ještě ne. Mamka se ještě projde občas, ještě není v takovém stádiu, že by musela ležet a my museli kolem ní všechno dělat.

*T: Pořizovali jste nějaké kompenzační pomůcky do bytu?*



R2: To jsme si pronajali tu postel z toho Ondrášku a ta jí vyhovuje... a záchod.

***T: Najdete si čas i na sebe?***

R2: Jojo. Tak my se tady střídáme, ještě přítel od mamky, takže je nás na to víc.

***T: Musela jste nějak výrazně omezit styky s přáteli?***

R2: Ne.

***T: Musela jste v rámci péče omezit své koníčky nebo se jich úplně vzdát?***

R2: Ne. Ne.

***T: Zasáhla péče nějak do Vašich osobních vztahů s ostatními rodinnými příslušníky?***

R2: Nee, spíš nás to stmelilo.

***T: Jaký je postoj ostatních členů rodiny?***

R2: Dobrý. Jezdí semka sestra, dřív jezdila 1 – 2x za 3 měsíce, jak jí to vycházelo a teď jezdí co 14 dní, tak je to teď lepší.

***T: Máte nějaké zdravotní omezení?***

R2: Nee.

***T: Jste věřící?***

R2: Ne, to vůbec.

***T: Využíváte služby místního kněze?***

R2: Ne.

**PŘÍLOHA P VIII: ROZHOVOR S RESPONDENTEM R3 – DP**

***T: Máte zdravotnické vzdělání?***

R3: Ne, nemám.

***T: Jaká je Vaše profese?***

R3: Kadeřnice.

***T: Máte stále zaměstnání?***

R3: No už hodně dlouho jsem v důchodu.

***T: Měla péče vliv na Vaše zaměstnání?***

R3: Nee, 40 let jsem pracovala v jednom podniku.

***T: Musela jste se vzdát Vašeho zaměstnání?***

R3: Ne.

***T: Dostala jste se do nějakých finančních problémů?***

R3: Nee.

***T: Dostáváte nějaké příspěvky na péči?***

R3: Ano, to dostáváme.

***T: Do jaké míry pokryjí náklady na péči?***

R3: Joo, to úplně.

***T: Museli jste se přestěhovat?***

R3: Ne, už tu bydlíme 12 let.

***T: Museli jste provést menší nebo větší úpravy bytu pro kvalitnější život klienta?***

R3: Nee, To je všechno nově udělané, madla a tak.

***T: Pořizovali jste nějaké kompenzační pomůcky do bytu?***

R3: Ne. Akorát to chodítko má půjčené z Ondrášku.

**T: Najdete si čas i na sebe?**

R3: Noo, aj tak trochu jo. Zrovna dneska jsem objednaná na pedikúru.

**T: Musela jste nějak výrazně omezit styky s přáteli?**

R3: No to už jo. Ale né tím, že nemám čas, ale pro moji psychicku. Vidíme se 3x do roka se spolužačkama, co jsme spolu vyrůstaly. Vezmou mě někam autem na výlet, pochodíme. Jak máme každá narozeniny. Ale jinak ne. Pro mě to nemá význam někam chodit, když nevidím a blbě slyším. Jsem spíš už uzavřená doma.

**T: Musela jste v rámci péče omezit své koníčky nebo se jich úplně vzdát?**

R3: No ještě to jak jsme byli mladí, tak jsme měli chatu na Ostravici, ale teď už tam vůbec nejezdíme. Po operaci očí jsem byla a to mi zakázali se zohýbat, chodila jsem s vnučky na výlety, jak byli menší a tak.

**T: Zasáhla péče nějak do Vašich osobních vztahů s ostatními rodinnými příslušníky?**

R3: Nee, to vůbec ne. Každý den syn volá, co potřebuji, jak se nám daří.

**T: Jaký je postoj ostatních členů rodiny?**

R3: Dělalí všechno možné. Všechno vyřídí, co potřebuji. Je to dobré, každý pomáhá, jak může. Jednou za týden mě vezmou na velký nákup do supermarketu a oni mi to všechno odvezou, protože já neunesu ty těžké tašky.

**T: Máte nějaké zdravotní omezení?**

R3: No já částečně nevidím, ledviny mi nefungují, proto chodím na dialýzu...Je toho po víc – páteř a oba máme cukrovku.

**T: Jste věřící?**

R3: Ne.

**T: Využíváte služby místního kněze?**

R3: Nee.

**PŘÍLOHA P IX: ROZHOVOR S RESPONDENTEM R1 – H**

***T: Máte zdravotnické vzdělání?***

R1: Nemám

***T: Jaká je Vaše profese?***

R1: Tak já jsem mzdová účetní původně.

***T: Máte stále zaměstnání?***

R1: Teď jsem v důchodu.

***T: Měla péče vliv na Vaše zaměstnání?***

R1: Ne, to už jsem byla v důchodu, když jsem začala opatrovat manžela, takže jsem byla už doma.

***T: Dostala jste se do nějakých finančních problémů?***

R1: Nedostala, protože on měl příspěvek na péči. Napřed měl teda 800, pak teda byl úplně ležák a pak teda 8000 a to jsem musela dát hospici a celý jeho důchod, protože to bylo 9000 a on měl 10 000. Tak to tam šlo, ale celý ten příspěvek.

***T: Museli jste se přestěhovat?***

R1: Nee, protože my bydlíme na Kopečku. Tohle je vlastně barák syna a nemusíme platit nájem, kdybychom platili nájem, tak by to bylo horší.

***T: Museli jste provést menší nebo větší úpravy bytu pro kvalitnější život klienta?***

R1: Tak ze začátku ano, protože před 30 lety si zlomil páteř a chodil o dvou holích, tak jsme museli dát všude ty zábrany, aby se dostal sem nahoru, protože my jsme bydleli vždycky nahoře, v prvním patře.

***T: Pořizovali jste nějaké kompenzační pomůcky?***

R1: Tak vanu, abychom ho mohli okoupat, pomůcky do té vany, aby se tam mohl posadit, pleny, hůlky.

***T: V případě, že byste se rozhodla nechat manžela v domácí péči, je na to Vaše domácnost dostatečně zařízená?***

R1: Tak já jsem ho vlastně opatrovala celý život. A on teda špatně chodil, až pak poslední 3 roky to bylo takové...Ale ten barák není na to zařízený, ani já už jsem nemohla, byla jsem na tom špatně už i psychicky a já bych ho sama nezvládla.

***T: Našla jste si čas i na sebe?***

R1: Málo. My tady máme velkou zahradu, na kterou jsem vždycky vyběhla. Ale on si vytrhával ten katetr a tak jsem se bála ho nechávat samotného. A pak když byl v tom hospici, tak jsem ho chodila 2x denně krmit, protože on si nechtěl on nikoho vzít. Jsem tam vždycky přišla o půl 11, protože oni mají o půl 12 oběd a potom ve 4 hodiny jsem tam šla a byla jsem tam až do večere, to jsem ho nakrmila a šla pak zas dom. Takže já jsem tam byla vlastně pořád.

***T: Musela jste nějak výrazně omezit styky s přáteli?***

R1: Tak jo, protože jsem nikam nejezdila.

***T: Musela jste v rámci péče omezit své koníčky nebo se jich úplně vzdát?***

R1: No tak jsem nemohla nic.

***T: Zasáhla péče nějak do Vašich osobních vztahů s ostatními rodinnými příslušníky?***

R1: Nee. To mám dobré vztahy.

***T: Jaký byl postoj ostatních členů rodiny?***

R1: Právě, že syn dělá v Praze a vždycky v pondělí, než jel do té Prahy, tak se tam zastavil a o víkendu samozřejmě taky.

***T: Máte nějaké zdravotní omezení?***

R1: Ne, nemám. Já jsem teda předtím měla problémy se zády a špatně se mi dýchalo, ale to mi říkala paní doktorka, že to může být i od toho. Ale teď už je to dobré.

***T: Jste věřící?***

R1: Jsem.

*T: Využíváte služby místního kněze?*

R1: Chodím do kostela. To si myslím, že i to mi hodně pomohlo, protože oni chodili za těmi pacienty. Ta víra hodně pomůže.

**PŘÍLOHA P X: ROZHOVOR S RESPONDENTEM R2 – H**

***T: Máte zdravotnické vzdělání?***

R2: Ne.

***T: Jaká je Vaše profese?***

R2: Dřív jsem dělala v dopravním podniku.

***A: Máte stále zaměstnání?***

R2: Ne, teď už jsem v důchodě.

***T: Měla péče vliv na Vaše zaměstnání?***

R2: Neměla, protože to už jsem byla v důchodě, takže se to nějak nepromítlo.

***T: Dostala jste se do nějakých finančních problémů?***

R2: Nedostala.

***T: Dostáváte nějaké příspěvky na péči?***

R2: Noo, to dostává maminka, teď to zůstává v tom hospici. Ona je vlastně úplný ležák, nepohne rukama, nohama...

***T: Do jaké míry pokryjí náklady na péči?***

R2: No tak její důchod a ty příspěvky, to vychází akorát.

***T: Museli jste se přestěhovat?***

R2: Ne.

***T: Museli jste provést menší nebo větší úpravy bytu pro kvalitnější život maminky?***

R2: Ano. Protože ona předtím bydlela u bráchu a jak prostě spadla a přestala se hýbat a ta demence se u ní tak rozjela a stresem...tak jsem si ji vzala k sobě, měla jsem ji doma 2 měsíce našťestí, je tam místnost, kde mohla být, ale pak žaludeční vředy, záněty, horečky a musela do nemocnice a pak už to šlo z kopce

***T: Pořizovali jste nějaké kompenzační pomůcky?***

R2: Pořizovala. Pořizovala jsem polohovací postel, takovou tu vaničku s tou sprchou na ty vlasy a různé takové ty pomůcky.

***T: V případě, že byste se rozhodla nechat pacienta v domácí péči, je na to Vaše domácnost dostatečně zařízená?***

R2: Víceméně není, protože ten pokoj je přes chodbu a ona se ani nepohne. Navíc já bych tu péči nezvládla, prostě jeden člověk to nemůže zvládnout. A ona má pořád bolesti, má křeče, je celá stažená, nepohne rukou hlavou, nohy...Ještě ona bere prášky na ty bolesti a to bych musela vždycky čekat, než někdo přijde někdo. Ale když jsem ji ještě měla doma, tak to jsem tam měla tu domácí péči, ale nebyla jsem s nima spokojená.

***T: Najdete si čas i na sebe?***

R2: No teď teda ne. Akorát chodím do knihovny občas, ale to mě teďka ani ty knížky už nebaví.

***T: Musela jste nějak výrazně omezit styky s přáteli?***

R2: Tak jo a ne. Třeba ty dopoledna mám volno, ale už to není tak, jak to bylo, ani kolikrát nemám náladu.

***T: Musela jste v rámci péče omezit své koníčky nebo se jich úplně vzdát?***

R2: Tak částečně jo, protože nemůžu nikam ani jet, protože jezdím každý den do toho hospicu, ale není to o tom, že bych nechtěla nebo že by mě to mrzelo.

***T: Zasáhla péče nějak do Vašich osobních vztahů s ostatními rodinnými příslušníky?***

R2: Ne.

***T: Jaký je postoj ostatních členů rodiny?***

R2: To až překvapivě, protože bydlíme s dcerou v jednom domě a i ty děcka mi hodně pomáhají.

***T: Máte nějaké zdravotní omezení?***

R2: Ne.

***T: Jste věřící?***



R2: Nejsem.

*T: Využíváte služby místního kněze?*

R2: Ne.

**PŘÍLOHA P XI: ROZHOVOR S RESPONDENTEM R3 – H**

***T: Máte zdravotnické vzdělání?***

R3: Nemám.

***T: Jaká je Vaše profese?***

R3: Jsem učitelka.

***T: Máte stálé zaměstnání?***

R3: No teď už jsem v důchodě. Učila jsem 40 let na jedné škole. Na prvním stupni, druhém stupni a pak jsem ještě ředitelovala. A už když jsem byla v důchodě, tak jsem zaskakovala na nemocný kolegy a tak, takže jsem dlouho ve styku s těma mladýma. Ono to člověka nabíjí, víte? Ti mladí, nebo ty děcka tak nabíjí baterky

***T: Musela jste se vzdát Vašeho zaměstnání?***

R3: Ne, nemusela, to už jsem byla v důchodu, když se nám to přihodilo. To se nám přihodilo 7. Zářím.

***T: Dostala jste se do nějakých finančních problémů?***

R3: Ne, do finančních problémů jsem se nikdy nedostala. Jsem měla celý život krásnej plat, manžel pracoval jako technik, takže jsem vždycky myslela na zadní vrátka.

***T: Dostáváte nějaké příspěvky na péči?***

R3: Dostávám příspěvky na péči na manžela.

***T: A na tu dceru dostáváte nějaké příspěvky?***

R3: Ne, na dceru jsem nikdy nic nebrala, ona byla v pohodě.

***T: Museli jste se přestěhovat?***

R3: Ne, nemuseli. Bydlíme pořád tam, kde jsme bydleli. Syn bydlí pořád na bytě matky a my bydlíme pořád na svém bytě. Už tam bydlíme 41 let.

***T: Museli jste provést menší nebo větší úpravy bytu pro kvalitnější život dcery?***

R3: Ne, nedělala. Jako dělala, ale to vůbec nesouvisí s tím.

**T: Pořizovali jste nějaké kompenzační pomůcky?**

R3: Ne, nikdy nic, ona do posledku jezdila na kole, 2 kilometry za mnou na zahradu.

**T: V případě, že byste se rozhodla nechat dceru v domácí péči, je na to Vaše domácnost dostatečně zařízená?**

R3: Ona nemůže být doma. Ona ani nechtěla jít dom. To je normální byt, to ona by tam ani nemohla být.

**T: Najdete si čas i na sebe?**

R3: No musím si najít, ale toho času moc není. Já to mám ještě násobené tím manželem.

**T: Musela jste nějak výrazně omezit styky s přáteli?**

R3: No musela jsem veškeré styky omezit. Jedině se zdravotní sestřičkou, která bydlí u nás v domě, to byla nejlepší přítelkyně, tak ta mě navštěvuje pořád. Tak ta je mi teď vlastně nejbližší. Já se ani s jinýma kamarádama nemůžu stýkat, nemůžu nikam, protože dopoledne musím navařit, vyprat, nachystat všechno a pak jedeme sem a dom se vrátíme, je čtvrt na 6 a to už jsem ráda, že si sednu k televizi nebo si čtu hodně.

**T: Musela jste v rámci péče omezit své koníčky nebo se jich úplně vzdát?**

R3: No musela, protože nemůžu na ty rehabilitace, nemůžu nikam, ale to ne kvůli té dceři, i když to taky. Já se nemůžu jít bavit, když mám tady tu situaci, když jsem taková stažená.

**T: Zasáhla péče nějak do Vašich osobních vztahů s ostatními rodinnými příslušníky?**

R3: Ne, já myslím, že ne, že vůbec ne. Syn nás navštěvuje, jezdí k nám bratr. Jenom já nemůžu, když nemůžu tím autem.

**T: Jaký je postoj ostatních členů rodiny?**

R3: No berou to tak, jak to je. Ten její bratr sem taky za ní jezdí a ještě mě přemlouvají, že tady nemůžu být každý den, ale to já musím, my jsme byly na sebe zvyklé se každý den stýkat. A pomáhají mi se vším.

**T: Máte nějaké zdravotní omezení?**

R3: No já nemám naštěstí žádné, ani mě nic nebolí, můžu běhat.

*T: Jste věřící?*

R3: Nebyla jsem věřící nikdy.

*T: Využíváte služby místního kněze?*

R3: Ne, já se s žádným knězem nestýkám.