

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Kateřina Sochůrková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Přínos paliativní péče pro blízké osoby umírajícího člověka

Bakalářská práce

2025

Kateřina Sochůrková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2023/2024

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Kateřina Sochůrková**  
Osobní číslo: **Z22064**  
Studijní program: **B0988P240002 Zdravotně sociální péče**  
Téma práce: **Přínos paliativní péče pro blízké osoby umírajícího člověka**  
Téma práce anglicky: **The benefit of palliative care for loved ones of a dying person**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

## Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Monika Kopecká**  
Katedra porodní asistence, perioperační péče  
a zdravotně sociální péče

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2023**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **23. dubna 2025**

**doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.**  
děkan

L.S.

**Mgr. Helena Poláčková v.r.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. března 2025

## PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Přínos paliativní péče pro blízké osoby umírajícího člověka jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 17. 4. 2025

Kateřina Sochůrková v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych vyjádřila upřímné poděkování vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Monice Kopecké za její trpělivost, cenné rady a podporu při zpracovávání této práce.

Velké poděkování patří také všem respondentům, kteří byli ochotni podělit se se mnou o své zkušenosti s tímto tématem a přispěli tak k výzkumné části této práce.

V závěru bych chtěla poděkovat své rodině za neustálou podporu během celého mého studia.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zaměřuje na subjektivní přínos paliativní péče pro blízké osoby umírajícího člověka. Teoretická část se věnuje definici paliativní péče, úloze paliativního týmu a specifickým potřebám pacientů i jejich rodin, se zvláštním důrazem na roli zdravotně sociálního pracovníka. Výzkumná část zkoumá, jak blízké osoby vnímají přínos paliativní péče, zda naplnila jejich potřeby a jak ovlivnila proces truchlení. Kvalitativní výzkum využívá tematickou analýzu. Výsledky mohou přispět k lepšímu pochopení potřeb blízkých osob a ke zlepšení poskytování paliativní péče.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Paliativní péče, pozůstalostní péče, zdravotně sociální pracovník, potřeby v paliativní péči

## **TITLE**

The benefit of palliative care for loved ones of a dying person

## **ANNOTATION**

The bachelor's thesis explores the subjective benefits of palliative care for the loved ones of a dying person. The theoretical part defines palliative care, outlines the tasks of the palliative care team, and focuses on the specific needs of patients and their families, with a special emphasis on the role of a health and social worker. The research part analyzes the perception of palliative care benefits by the loved ones, whether it met their needs, and how it influenced the grieving process. The qualitative research employs thematic analysis. The results may contribute to a better understanding of the needs of loved ones and to improvements in the provision of palliative care.

## **KEYWORDS**

Palliative care, bereavement care, health and social worker, palliative care needs

## OBSAH

|  |    |
|--|----|
| Úvod.....  | 11 |
| 1 Cíle a metody práce .....  | 12 |
| 1.1 Cíl teoretické části .....                                       | 12 |
| 1.2 Cíl výzkumné části.....  | 12 |
| 1.2.1 Dílčí cíle.....  | 12 |
| 1.3 Metody k dosažení cíle .....                                     | 12 |
| Teoretická část .....  | 13 |
| 2 Charakteristika paliativní péče.....                               | 13 |
| 2.1 Definice paliativní péče .....                                   | 13 |
| 2.2 Cíle paliativní péče .....                                       | 14 |
| 2.3 Principy paliativní péče .....                                   | 14 |
| 2.4 Typy paliativní péče.....  | 15 |
| 3 Paliativní tým.....  | 18 |
| 3.1 Složení týmu .....   | 18 |
| 3.2 Cíle paliativního týmu .....                                     | 19 |
| 3.3 Funkce paliativního týmu .....                                   | 19 |
| 4 Potřeby v paliativní péči .....                                    | 20 |
| 4.1 Fyziologické potřeby v paliativní péči.....                      | 20 |
| 4.2 Psychologické potřeby v paliativní péči .....                    | 21 |
| 4.3 Sociální potřeby v paliativní péči .....                         | 23 |
| 4.4 Spirituální potřeby v paliativní péči.....                       | 23 |
| 5 Role zdravotně sociálního pracovníka v rámci paliativní péče ..... | 25 |
| 5.1 Definice zdravotně sociálního pracovníka v paliativní péči.....  | 25 |
| 5.2 Cíle zdravotně sociálního pracovníka v paliativní péči .....     | 26 |
| 5.3 Sociální práce s paliativními pacienty .....                     | 26 |
| 5.4 Sociální práce s pozůstalými v paliativní péči.....              | 27 |

|  |    |
|--|----|
| Výzkumná část.....                                       | 29 |
| 6 Metodika výzkumné části .....                          | 30 |
| 6.1 Kvalitativní výzkum .....                            | 30 |
| 6.2 Výzkumný soubor.....                                 | 31 |
| 6.3 Sběr dat .....                                       | 31 |
| 7 Prezentace výsledků výzkumu.....                       | 33 |
| 7.1 Typ poskytované paliativní péče .....                | 33 |
| 7.2 Hlavní potřeby blízkých osob.....                    | 35 |
| 7.3 Podpora blízkých po úmrtí.....                       | 39 |
| 7.4 Nedostatky v paliativní péči dle blízkých osob ..... | 41 |
| 8 Shrnutí závěrů výzkumu .....                           | 43 |
| 9 Diskuze .....  | 44 |
| 10 Závěr .....   | 46 |
| 11 Použitá literatura .....                              | 47 |
| 11.1 Primární zdroje .....                               | 47 |
| 11.2 Sekundární zdroje .....                             | 48 |
| 11.3 Internetové zdroje .....                            | 48 |
| 11.4 Ostatní zdroje.....                                 | 49 |

## **SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK**

|   |    |
|---|----|
| Obrázek 1 – Maslowova pyramida potřeb (Šamánková, 2011, str. 26)..... | 20 |
|---|----|

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

WHO            World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

např.            například

## ÚVOD

Paliativní péče je nedílnou součástí moderního systému zdravotní a sociální péče. Jejím hlavním cílem je zajistit co největší možnou kvalitu života pacientům, kteří jsou svou nemocí ohroženi. Mimo jiné však pracuje i s blízkými pacienta, kteří se často ocitnou v těžké fyzické, psychické i sociální situaci. Význam paliativní péče neustále roste. Dle dostupných statistik v České republice potřebuje více než 60 % umírajících osob nějakou formu paliativní péče. (Švancara, 2016)

Téma paliativní péče jsem si vybrala, protože mě dlouhodobě zajímá a považuji ho za velmi důležité. V rámci své praxe jsem měla možnost vidět, jak zásadní roli hraje kvalitní paliativní péče nejen pro samotné pacienty, ale i pro jejich blízké. Setkala jsem se s různými přístupy v různých zařízeních a měla jsem možnost vnímat, jak významnou úlohu zde hraje zdravotně sociální pracovník. V paliativní péči působí zdravotně sociální pracovník jako průvodce a opora, která propojuje zdravotní a sociální aspekty péče a pomáhá pacientům i rodinám zorientovat se v dostupné podpoře. Právě jeho podpora může rodinám pomoci zvládnout obtížné období péče o umírajícího i období po jeho úmrtí.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na subjektivní přínos paliativní péče z pohledu blízkých osob umírajícího. Teoretická část poskytuje ucelený přehled o paliativní péči, jejích principech a možnostech pomoci a podpory jak pacientům, tak jejich blízkým osobám. Dále jsou zde popsány různé druhy potřeb v paliativní péči a význam multidisciplinárního týmu. Zvláštní pozornost je věnována roli zdravotně sociálního pracovníka, který hraje roli v podpoře rodin v této obtížné životní situaci.

Hlavním cílem výzkumné části je zjistit, jaký měla paliativní péče přínos pro blízké osoby umírajícího člověka. K dosažení těchto poznatků je využit kvalitativní výzkum, konkrétně metoda polostrukturovaných rozhovorů, které umožňují získat odpovědi na výzkumnou otázku. Získaná data jsou zpracována pomocí tematické analýzy.

Tato práce si klade za cíl přispět k hlubšímu pochopení potřeb rodinných příslušníků a možnostem zlepšení poskytované paliativní péče.

# **1 CÍLE A METODY PRÁCE**

## **1.1 Cíl teoretické části**

Cílem teoretické části bakalářské práce je informovat o paliativní péči, o možnostech pomoci a podpory pacientovi i jeho blízkým osobám. Dále jsou zde popsány různé druhy potřeb v paliativní péči. Zmíněna je i role zdravotně sociálního pracovníka v paliativní péči.

## **1.2 Cíl výzkumné části**

Výzkumným cílem bakalářské práce je zjistit, jak subjektivně vnímají blízké osoby umírajícího člověka přínos paliativní péče.

### **1.2.1 Dílčí cíle**

1. Zjistit hlavní potřeby blízkých osob při péči o umírajícího
2. Zjistit, jaká podpora byla blízkým poskytnuta po úmrtí pacienta
3. Zjistit, co blízkým osobám chybělo v rámci využívání paliativní péče

## **1.3 Metody k dosažení cíle**

Ve výzkumné části jsem užila k dosažení stanoveného cíle metody kvalitativního výzkumu. Jako metodu sběru dat jsem využila polostrukturované rozhovory a ke zpracování dat jsem užila kódování a tematické analýzy.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 2 CHARAKTERISTIKA PALIATIVNÍ PÉČE

Lékařskou péči lze rozlišit na kurativní a paliativní, přičemž léčba kurativní má za cíl nemoc přímo vyléčit, kdežto péče paliativní se orientuje především na závěrečnou fázi pacientova života. (Hricová, 2024)

Paliativní péče vnímá komplexnost potřeb umírající osoby, a to např. ve vztahu k přirozenému prostředí, sociálním vztahům či k potřebám jeho rodiny. Tento druh péče není orientován pouze na fyzickou stránku člověka, ale i na stránku emocionální, duchovní a sociální. Pohlíží na osobu v jejím biopsychosociálním rozměru. (Hricová, 2024)

Paliativní péče nabízí pacientovi podporu, která mu umožní využít svůj potenciál a fyzické, psychické, sociální i duchovní zdroje na maximum. Léčí se především symptomy onemocnění, aby pacient mohl vést kvalitní život i se závažným onemocněním. Při plánování péče se s pacientem pracuje jako s osobou jedinečnou, kdy se hledí na její hodnoty, které jsou východiskem pro cíle péče. (Sláma, 2022)

Lze definovat skupiny pacientů, kteří mají z paliativní péče určitý profit v pokročilých stádiích jejich onemocnění. Do těchto diagnostických skupin se řadí:

- nádorová onemocnění;
- chronické srdeční selhání, chronická obstrukční plicní nemoc, jaterní cirhóza a onemocnění ledvin v pokročilých stádiích;
- neurologická onemocnění;
- polymorbidní geriatrickí pacienti;
- kriticky nemocní v intenzivní péči, kdy dochází k nevratnému selhávání jednoho či více orgánových systémů;
- dlouhodobé a závažné kvantitativní poruchy vědomí. (Sláma, 2022)

### 2.1 Definice paliativní péče

Paliativní péče je forma komplexní péče, která zohledňuje emoční, sociální i duchovní potřeby pacienta. Tato péče klade velký důraz na kvalitu života pacienta a dbá na péči o jeho blízké osoby. Obecně lze říci, že pokud není léčba kurativní a nesměřuje k uzdravení, je možné hovořit o paliativní péči. (Tomeš, 2015)

Tento druh péče klade důraz na bio-psycho-socio-spirituální individualitu každé osoby. Paliativní medicína stojí jako samostatný lékařský obor, jenž poskytuje pacientovi s nevléčitelnou nemocí komplexní podporu. (Sláma, 2022)

Paliativní péči WHO vymezuje jako: „*aktivní, komplexní péči o klienty, jejichž onemocnění již nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější součástí je léčba bolesti a dalších symptomů, jakož i řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů klientů. Cílem paliativní péče je dosáhnout co nejlepší kvality života klientů a jejich rodin.*“ (Hricová, 2024, s. 197)

## 2.2 Cíle paliativní péče

Cílem paliativní péče je posoudit rozměry fyzické, psychické, sociální i duchovní a díky tomu vybrat vhodné zásahy pro konkrétní osobu. Nejdůležitějším záměrem je zpříjemnit kvalitu života osoby a dále také umožnit důstojné umírání. Obecné pravidlo v paliativní péči je, že každý má nárok na život a smrt bez bolestí a je důležité poskytnout rodině klienta nezbytnou pomoc a podporu v tomto období. (Hricová, 2024)

Na kvalitě života závisí určité faktory jako fyzické zdraví, psychologické potřeby, sociální vztahy, spiritualita a náboženství, osobní přesvědčení. Záměrem je proto zmírnit symptomy onemocnění, např. bolest, nespavost, dýchací potíže a další; a dále také minimalizovat psychické potíže jako je strach, deprese, agrese. Díky paliativní péči lze pomoci umírající osobě žít život naplno až do poslední chvíle. Pomáhá hledat a najít smysl života. (Hricová, 2024)

## 2.3 Principy paliativní péče

Paliativní péče vychází především z holistického principu. Protože péče o nevléčitelnou osobu vyžaduje komplexní pochopení, je podstatné, aby paliativní péče vycházela právě z holistického přístupu. Tento princip zahrnuje čtyři důležité složky:

- individuální – pocity jako jistota a spokojenost;
- sociální – blízké a příbuzné osoby;
- zdravotní – dle zdravotního stavu;
- emoční – pomoc emoční i duchovní. (Hricová, 2024)

Holistický přístup neboli přístup celostní, se zabývá osobou jako celek. Podle tohoto filozofického přístupu nelze studovat komplexní jevy analyzováním jejich jednotlivých částí. Nutné je tedy vždy považovat v úvahu celek a nehledět na kusy zvláště. Holismus nepřipouští provádět redukci celků. V psychologii se celostní pojetí ukazuje např. v organismické teorii či v kognitivně-behaviorální koncepci. (Cakirpaloglu, 2012)

## 2.4 Typy paliativní péče

Paliativní péči lze rozlišit na obecnou a speciální. Úkolem obecné paliativní péče je zmírnit bolest. Je poskytována zejména praktickými lékaři a také agenturami domácí ošetrovatelské péče. Lze tak nazvat klinickou péči o pacienta, který je v pokročilém stádiu onemocnění. Součástí obecné paliativní péče bývá kvalitní komunikace jak s pacientem, tak s jeho blízkými. Dále do této oblasti patří dobrá orientace léčby, péče zaměřená na kvalitu života, psychosociální opora a také léčba symptomů. (Sláma, 2022)

Speciální paliativní péče obsahuje náboj sociální, tedy má snahu zachovat pacientovu důstojnost, poskytnout rodině podporu v tomto těžkém období. Poskytuje ji paliativní tým – multidisciplinární tým odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzděláni. Speciální typ paliativní péče bývá indikován tam, kde jsou obtíže, které pro svoji komplexnost přesahují paliativní péči obecnou. Do této skupiny je možné zařadit:

- domácí hospicovou péči;
- lůžkový hospic;
- konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení;
- oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení;
- ambulance paliativní medicíny. (Sláma, 2022; Tomeš, 2015)

**Domácí hospicová péče** je služba zdravotní, která se poskytuje v domácím prostředí osoby v terminálním stádiu onemocnění. Je dostupná pacientům, kteří si přejí, aby léčba probíhala v jejich vlastním sociálním prostředí, jde o tzv. domácí hospitalizace. Důležité kritérium pro přijetí osoby do péče je, aby rodina zvládla celodenní péči. Rodina je pro domácí hospic velmi potřebná. I mobilní hospic poskytuje péči jak klientovi, tak jeho rodině. Tato služba je k dispozici 24 hodin denně, lékař i sestry jsou trvale dostupní a umožňují osobní i telefonické konzultace. Mobilní paliativní tým poskytuje zdravotní péči, edukaci rodiny, sociální a psychickou podporu. Pomáhá zajišťovat kompenzační pomůcky pro osoby, které má v péči. Pro pacienty v terminálním stádiu života je domov velmi podstatným prostředím v důsledku prožívání nemoci. (Sláma, 2022; Hricová, 2024)

**Lůžkový hospic** lze definovat jako samostatné zdravotnické zařízení, které je poskytováno osobám v terminálním stádiu života, často s neléčitelným onemocněním. Péči v lůžkovém hospici zajišťuje multidisciplinární tým, který je složen z různých specializovaných odborníků. Tým nabízí péči lékařskou, ošetrovatelskou, psychologickou, sociální a duchovní. Dále se také stará o pozůstalou rodinu či blízké osoby. Hospic zajišťuje komplexní paliativní péči včetně základních hygienických potřeb, dostatku potřebného spánku, potravy, respektování osoby,

komunikace s okolím. Péče v lůžkovém hospici je nepřetržitá a probíhá 24 hodin každý den v týdnu. Snahou tohoto typu zařízení je vytvoření „domácího“ prostředí, aby měl pacient své soukromí. Návštěvy mohou přijít kdykoli, lůžkový hospic totiž podporuje styk s rodinou a blízkými osobami. (Sláma, 2022; Hricová, 2024)

**Konziliární tým paliativní péče** je tým multidisciplinární. Často působí v rámci nemocničního zařízení či jiných zdravotnických lůžkových zařízení. Provádí intervence u pacientů během hospitalizace. Tato intervence je prováděna přímo u lůžka pacienta nebo v jiném místě poskytovatele zdravotní služby. Probíhá péče zdravotní a zároveň i péče sociální. Zásahy konziliárního týmu směřují zpravidla k pacientům se závažným onemocněním v dospělém i dětském věku. Péče týmu probíhá na různých oddělení zdravotnických zařízení a může pokračovat i po smrti pacienta jako péče o rodinu. Práce konziliárního týmu je poskytována v rámci včasné i terminální paliativní péče. Cílem péče konziliárního paliativního týmu je zlepšit či udržet kvalitu pacientova života. Týmem jsou prováděny různé druhy intervencí v oblasti medicínské, psychologické, sociální i duchovní. (Sláma, 2022; Hricová, 2024)

**Oddělení paliativní péče** bývá součástí větších zdravotnických zařízení, především jako součást nemocnice. Lze se setkat s více formami lůžkové paliativní péče v rámci různých zdravotnických zařízení. Jednu z možností představuje oddělení s lůžky hospicového typu, kdy tato forma zajišťuje dlouhodobou lůžkovou péči o pacienty s nevléčitelnou nemocí v terminálním stavu života. Další formou jsou samostatná lůžka paliativní péče v rámci jiného lůžkového oddělení. To bývá zajištěno vyčleněním jednoho či více pokojů jednolůžkových, kde se pečuje o pacienty v terminální fázi života. Oddělení paliativní péče nabízí neakutní péči v rámci většího zdravotnického zařízení. Multidisciplinární tým, do kterého lze zařadit lékaře paliatra, zdravotní sestru, sociálního pracovníka, duchovního a psychoterapeuta, je k dispozici nepřetržitě. Oddělení paliativní péče nabízí konziliární dostupnost jiných odborností, např. chirurgie, interna, neurologie a další. Pacienta si do své péče přebírá od praktického lékaře, ambulantního specialisty, jiného lůžkového oddělení či z domácího hospice. Péče je tedy zaměřena na částečně zmapovanou situaci a léčbu již zahájenou. Naopak záměr není poskytnout dlouhodobou ošetrovatelskou péči, tedy je důležité mít zajištěnou případnou navazující službu. (Sláma, 2022)

**Ambulance paliativní medicíny** je ambulance řízená specializovaným lékařem v oboru paliativní medicíny – paliatrem. Pacient může být sledován souběžně ambulancemi jiných odborností. Pokud se však stav pacienta zhorší, péče v ostatních ambulancích se ukončuje

a ambulance paliativní medicíny si pacienta převezme do své péče kompletně. Služba ambulance se poskytuje osobám s velmi pokročilým onemocněním. Pacient musí být schopen do ambulance paliativní medicíny docházet. Není poskytována služba pohotovostní, ambulance má svou danou pracovní dobu, kdy je možné ji navštívit. Mezi výkony ambulance paliativní medicíny patří jednorázové konziliární vyšetření, kdy předmětem konzilia bývá symptomatická léčba, sestavení plánu péče, organizační pomoc, komunikace ohledně zátěžových situací či kontaktování jiných odborníků. Typicky poskytovaná činnost je pravidelná ambulantní dispenzarizace, která se zaměřuje na osoby s chronickým závažným onemocněním. Patří sem i komunikace s jinými členy paliativního týmu. Dále ambulance paliativní medicíny zajišťuje drobné „paliativní“ výkony jako je např. punkce, drenáž výpotků, infuze a transfuze, převaz. Tyto úkony se provádí pouze pacientům sledovaným v ambulanci. V neposlední řadě je možná telefonická konzultace s dalšími lékaři. Telefonická konzultace slouží hlavně praktickým lékařům. (Sláma, 2022)

### 3 PALIATIVNÍ TÝM

Paliativní tým je svým složením multidisciplinární a nabízí komplexní péči nevyléčitelně nemocným pacientům. Kromě nemocného pacienta se zaměřuje i na jeho rodinné příslušníky a blízké osoby, které jsou zainteresované do péče o umírající osobu. (Marková, 2021)

Celý tým odborníků respektuje jakékoli hodnoty, které jsou důležité jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu. Středem zájmu celého týmu je pacient. Členové týmu zohledňují názory v oblasti kulturní, sociální a duchovní. Na základě těchto názorů sestavují plán péče. (Marková, 2021)

Paliativní tým organizuje konzultace a intervence paliativních odborníků. Mezi základní činnosti, které paliativní tým poskytuje, patří komunikace ohledně obtížných témat s pacientem a jeho rodinou. Dále tým zjišťuje potřeby rodiny i pacienta a snaží se je naplnit. (Sociální práce, 2020)

#### 3.1 Složení týmu

Paliativní péče má multiprofesní charakter, jenž vyžaduje expertní lékařskou znalost. Tu poskytuje v oblasti paliativní medicíny lékař paliatr. Předpokladem pro správné fungování multidisciplinarity je úzká spolupráce s ošetrovatelským personálem. Mimo to je neméně důležité týmové propojení zdravotníků a psychologické, sociální a duchovní sféry. Jeden z nejdůležitějších aspektů fungování týmu je rodina a přátelé těžce nemocného, kteří jsou do péče o něj zapojováni. (Sláma, 2022)

Tým je vždy multidisciplinární, protože spolupráce mezi obory je nepostradatelná. Díky tomu je skladba paliativního týmu velmi pestrá a mezi pracovníky paliativního týmu lze najít mnoho specialistů. Tito odborníci se podílejí na zajištění komplexní péče o pacienta a jeho blízké. (Marková, 2021)

Běžné složení týmu:

- lékař – paliatr;
- zdravotní sestra;
- ošetrovatel;
- psycholog nebo psychoterapeut;
- sociální pracovník;
- duchovní. (Marková, 2021; Hricová, 2024)

### **3.2 Cíle paliativního týmu**

Paliativní tým se orientuje na co nejlepší péči o pacienta, tak jak si sám pacient přeje. Prioritou pro paliativní tým jsou zájmy a práva klienta. Členové týmu jsou aktivními spolupracovníky pacienta, poskytují mu podporu, kterou dokáží udržet pod kontrolou. (Marková, 2021)

Péči o pacienta s nevléčitelným onemocněním zlepšuje paliativní tým také díky otevřené komunikaci, zřetelnému plánování, zapojení pacienta a jeho rodiny do rozhodování. Pacient i jeho blízcí mohou s týmem mluvit o umírání a smrti a členové týmu jim umí být oporou. Paliativní tým ulevuje jak od fyzického, tak i duševního utrpení. (FN HK)

Cílem paliativního týmu je i péče o pozůstalou rodinu. Pozůstalým poskytuje podporu, protože jde o velký emoční, psychický i sociální zásah do jejich života. Nabízí rodinám podporu v období truchlení. Péče v této fázi je velmi důležitá proto, aby zmírnila psychický dopad ztráty a také, aby bylo podpořeno zvládání praktických aspektů života po smrti blízkého. Blízké osoby jsou velmi důležitým aspektem, protože jsou zasažené umíráním a potřebují pomoc. V neposlední řadě poskytuje tým odborníkům možnost sdílení emocí pro pozůstalé. (Pechová, 2020; Sláma, 2022)

### **3.3 Funkce paliativního týmu**

Paliativní tým funguje za účelem poskytnutí co nejkvalitnější a komplexní péče pacientovi. Snaží se naplnit pacientova přání, názory, očekávání v rovině sociální, psychologické i té duchovní. Je důležité, aby péče byla správně koordinována a vše se dělo ve prospěch rodiny. (Marková, 2021)

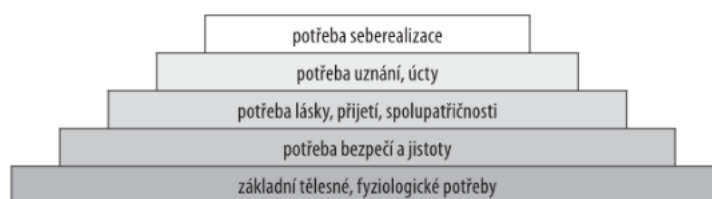
Tým odborníků vytváří bezpečné místo pro pacienta, kde se on sám může připravit na skutečnost vlastní smrti. Důležité pro tým je, aby pacient netrpěl fyzicky ani psychicky. Za cíl si mimo jiné dává zlepšit kvalitu života umírajícího pacienta. Důležité je uvědomit si a respektovat to, co sám pacient považuje pro sebe za dobré. Kvalita života by se tedy měla vnímat individuálně. (Sláma, 2022)

Tým funguje zejména tam, kde je třeba podpory v oblasti péče u pacienta v terminálním stavu onemocnění. Multidisciplinární tým koordinuje zdravotní péči k lepšímu tak, aby byla péče „přiměřená“ a vycházela z pacientových přání. Mezi funkce týmu patří zvažování alternativ, formulace léčebných cílů a plánů. Paliativní tým má svou funkci i jako zprostředkovatel informací o možnostech paliativní péče v okolí pacienta. Odborníci poskytují i konzultační službu dalším odborníkům, kteří o nemocného pečují. (Sláma, 2022)

## 4 POTŘEBY V PALIATIVNÍ PÉČI

Potřebu lze chápat jako nedostatek něčeho, co je zásadní pro správné fungování organismu nebo osobnosti. Je to vnímání potřeby něco získat nebo naopak opustit s cílem dosáhnout rovnováhy. Ve vývoji společnosti jsou potřeby složitější a více komplexní, pochází z biologických, psychických i sociálních faktorů a bývají heterogenní. Potřeby jsou velmi užitečné, protože mají spojitost s kvalitou života. V nemoci mohou nastat bariéry v naplňování potřeb, proto je důležité rozpoznat tyto překážky a odstranit je. (Bužgová, 2015)

Americký psycholog Abraham Maslow, který patří mezi zakladatele humanistické psychologie, sestavil hierarchii potřeb. Potřeby sestavil do pyramidy podle prožívané naléhavosti. Na jejím spodu jsou základní potřeby, naopak na samotném vrcholu stojí potřeby růstu. Uspořádání potřeb umírajícího pacienta může vycházet právě z Maslowova modelu. Na základě tohoto modelu uspokojuje člověk nejprve základní lidské potřeby. Pokud jsou základní potřeby uspokojeny, následně se pokouší o naplnění potřeb vyšších. (Bužgová, 2015; Šamánková, 2011)



**Obrázek 1** – Maslowova pyramida potřeb (Šamánková, 2011, str. 26)

V oblasti paliativní péče se nejčastěji zdůrazňují potřeby fyziologické, psychologické, sociální a spirituální, to koresponduje s holistickým pojetím péče. Včasné zjištění potřeb nemocného pacienta je velmi důležitou podmínkou pro kvalitní péči. Onemocněním osoby se potřeby mění nebo se objevují nové. V závěru života se mohou měnit i priority potřeb. Často nabývají na významu duchovní potřeby. (Šamánková, 2011)

### 4.1 Fyziologické potřeby v paliativní péči

Do této skupiny potřeb patří základní neboli primární potřeby člověka. Do potřeb fyzického bytí u pacientů lze zařadit úlevu od bolesti a symptomů, péči o hygienu, pohyb a polohování, stravu a hydrataci, ale i celkový vzhled. U pacientů s vážným onemocněním bývají tyto potřeby uvedeny do popředí po velmi dlouhou dobu. Zájem nemocných o fyziologické potřeby však časem upadá, proto je důležité, aby jejich zabezpečení převzali odborníci a pacient netrpěl určitým nedostatkem v této oblasti. (Šamánková, 2011)

V praxi je velmi důležitým aspektem poskytnutí kvalitní péče včasná identifikace potřeb nemocného pacienta. Účelem je rozpoznat a spolu s pacientem pojmenovat potřeby a na základě toho formulovat plán péče. Ten může obsahovat podstatné informace jako např. kdo bude péči poskytovat, v jaký čas proběhne určitý druh péče, jestli budou uplatněna některá omezení. Tím lze předejít určitým komplikacím, které by mohly nastat v naplňování základních potřeb. (Sláma, 2022)

Specifické potřeby, které se mohou objevit u pacientů s vážným onemocněním, bývají hodnocení a řešení bolesti a symptomů, rozhovory o prognóze, názory na péči, určení cílů péče nemocných, včasné odhalení příznaků umírání. (Bužgová, 2015)

## **4.2 Psychologické potřeby v paliativní péči**

Pacient s nevyлéčitelným onemocněním je vystaven velmi zásadním změnám v životě. Musí se vyrovnat s těmito změnami a přizpůsobit se novým podmínkám. V souvislosti s tím nastávají ztráty životních cílů. Limitovanými se stávají realizace zájmů a životních rolí. Do popředí se dostávají emoce jako je hněv, strach, úzkost, deprese a smutek. Pacientovi s vážným onemocněním do života vstupuje silné psychické utrpení. Ztrácí zájem o okolní svět. Stav smutku je významný, nemělo by se mu bránit, aby nemocný došel ke smíření se svou situací. (Kupka, 2014; Sláma, 2022)

V paliativní péči je důležité prožívání emocí. Mezi nejčastější emocionální potíže nemocných patří pocity smutku a strachu. Pacienti pocítují potřebu sdílet tyto problémy. V zájmu zdravotníků je snaha o psychickou pohodu nemocného. Proto je podstatné mít v týmu někoho s kým si pacient může pohovořit o věcech, které jsou pro něj významné, a to bývají i obavy. Pacienti s vážným onemocněním cítí potřebu sdílet svou úzkost, otevřeně mluvit o svém strachu, bolesti a beznaději. Nemocní mají potřebu smířit se s vlastní smrtí, připravit se na ni a vnitřně akceptovat její příchod. (Bužgová, 2015)

Dle Elisabeth Kübler-Rossové, americké psychiatřky, která se zaměřovala na psychologii umírání a smrti, existují mechanismy, které pomáhají osobě s vážným onemocněním vyrovnat se s těžkou situací v závěrečné fázi života. Kübler-Rossová popsala pět stadií, v nichž shromáždila výpovědi 450 pacientů v terminálním stadiu nemoci. (Kupka, 2014)

Jednotlivá stadia byla popsána takto:

**První stadium, popírání a izolace**, spočívá v prvotním odmítání. Pacienti si onemocnění nepřipouští. Popírání pravdy tlumí šokující zprávy. Nechává pacientovi čas, aby nabral sílu pro nové obranné strategie. Následuje částečné přijetí reality. (Kübler-Ross, 2014)

**Druhé stadium, zlost**, nastává po prvotním popírání. Toto stadium je velmi obtížné pro pacienta, rodinu i zdravotníky. Nemocní se domnívají, že lékaři nevědí, co dělají a rodina je přijímána negativně, bez radosti. Pacient se projevuje agresivním chováním zaměřeným vůči komukoli v okolí. Zdravím lidem nemocní závidí. Stížnosti přicházejí ohledně malicherností, např. špatně upravená postel, málo sladký čaj. Podstatné je vnímat za těmito reakcemi odraz vnitřní krize, úzkost, beznaděj umírajícího. (Kübler-Ross, 2014)

**Třetí stadium, smlouvání**, přichází ve chvíli, kdy se pacient přiklání k taktikám smlouvání. V tomto období si nemocní přejí hlavně prodloužit čas života. Dalším jejich přáním je prožít pár dní bez obtíží a bolesti. Pacienti si „stanovují termín“ jako např. „dožiju se synovi svatby“. V téhle fázi nastává doba, kdy osoby s nevléčitelným onemocněním často konvertují k víře. (Kübler-Ross, 2014)

**Čtvrté stadium, deprese**, nastupuje s uvědoměním, že nelze nemoc dále popírat. Dochází k poznání ztráty životních hodnot a cílů. V této fázi by měla být podpora druhých nejvýraznější. Důležitý je dotek, pohlazení a sdílení tichých momentů. V době přípravného zármutku není potřeba komunikace, naopak příjemné je tiché posezení a být pohromadě s blízkými lidmi. Podstatné je, aby měl smutek volnost se projevit. Bez tohoto procesu nelze dospět do závěrečné fáze. (Kübler-Ross, 2014)

**Páté stadium, akceptace**, se dostavuje při poznání pravé reality nevléčitelného onemocnění a smíření se se smrtí. Pacienti v tomto závěrečném období působí vyrovnaně a klidně. Je to fáze, kdy nastává jakýsi klid, odchází bolest, skončil boj a nadešla chvíle posledního odpočinku. Klíčové je zůstat s umírajícím, pokud si to přeje, a být tam s ním, aby se necítil sám. (Kübler-Ross, 2014)

Z důvodu psychologických potřeb pacienta v závěru života je nepostradatelné mít v týmu psychologa či psychoterapeuta. Nemocný je vystaven novým situacím a nelehkým změnám. V průběhu paliativní péče může probíhat psychosociální terapie, kdy pacienti mají možnost podstoupit otevřenou empatickou komunikaci, která funguje jako psychoterapie podpůrná.

Někteří pokročile nemocní vyžadují speciální psychoterapii a to např. behaviorální, interpersonální či dynamickou. (Sláma, 2022)

### **4.3 Sociální potřeby v paliativní péči**

Pokročilé stadium nemoci u pacienta mění mimo jiné pozici sociální. Sociální reakce jsou determinovány viditelnými změnami. Pro osobu se závažným onemocněním je sociální síť nepostradatelná. Tato síť se skládá z blízkých lidí, patří sem partner, rodina, přátelé. Důležitá je podpora a dobré vztahy v rámci sociální sítě pacienta. (Kisvetrová, 2018)

U pacientů se objevuje potřeba identity a potřeba sociálního uplatnění. Pro uspokojení těchto potřeb je podstatné dávat nemocným pozornost, povzbudit je a ocenit je v různých momentech. Sociální podporu lze poskytovat prostřednictvím rodiny, ale i skrze odborníky paliativní péče. Pro terminální pacienty je významná možnost trávit s rodinou a blízkými co nejvíce času. Pokud rodina nemůže o nemocného pečovat v domácím prostředí, poskytuje mu sociální podporu alespoň svou přítomností v prostředí zdravotnickém. Rodina nabízí pacientovi potřebný pocit bezpečí, respektu, důstojnosti a smíření. (Bužgová, 2015; Kisvetrová, 2018)

Do sociálních potřeb v paliativní péči patří i praktická podpora. Ta bývá poskytována zdravotně sociálním pracovníkem, který má své místo v paliativním týmu. Sociální pracovník v oblasti paliativní péče se může podílet na identifikaci potřeb pacienta, lze poskytnout sociální poradenství, administrativní záležitosti, ale i podporu pro pozůstalé. (Hricová, 2024)

### **4.4 Spirituální potřeby v paliativní péči**

Pro pacienty v závěrečné fázi života je spirituální pohoda důležitou potřebou, která má vliv na kvalitu života nemocného. Pacientův duchovní život se odráží na jeho fyzickém stavu, psychickém stavu a sociální vazbě. Spiritualita podstatně zasahuje do pacientova vyrovnávání se s diagnózou, má vliv na průběh nemoci, na prognózu i proces umírání. Proto je spirituální péče součástí té komplexní a je poskytována v rámci paliativní péče duchovním, který bývá součástí paliativního týmu. (Bužgová, 2015; Marková, 2021; Marková, 2021)

Spousta pacientů v terminálním stadiu hledá víru. Snaží se najít odpovědi ve víře. Kladou si otázky, co se bude dít po smrti, s čímž jim může pomoci duchovní. Kaplan naslouchá nemocnému, nehodnotí, ale respektuje pacientovy hodnoty a důstojnost. Citlivě a jemně otevírá prostor pro nový úhel pohledu na tyto otázky. Duchovní upevňuje pacientovu dosavadní víru. (Marková, 2021)

Duchovní péče má za cíl posílení trvalé spirituality, doprovázení v otázkách víry a respektování individuality každého pacienta. Důležité je také nalezení smyslu života, vlastní hodnoty a vnitřní pohody nemocného. (Bužgová, 2015; Marková, 2021)

Spiritualita je chápána jako hnací síla života, která dodává smysl životu a jejím středobodem je naděje. Duchovno integruje fyzické, psychologické a sociální složky života každé osoby. Názory, že život nemá smysl a pocity zbytečnosti mohou být způsobeny nenaplněním duchovních potřeb. Uspokojování duchovních potřeb má za účel redukovat existencionální tísně. (Bužgová, 2015)

Mezi spirituální potřeby nejen těžce nemocné osoby patří hodnoty, které pomáhají osobnímu růstu. Potřeby zahrnují důvěru, naději, možnost komunikace, naslouchání, pochopení, lásku, respektování, nalezení smyslu života, smíření, odpuštění, vnitřní pohodu, morální hodnoty, otázky smrti a života, který nastane po smrti. (Sláma, 2022)

## **5 ROLE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V RÁMCI PALIATIVNÍ PÉČE**

Zdravotně sociální pracovník je nedílnou součástí multidisciplinárního paliativního týmu a má zde svou důležitou roli. Významnou částí paliativní péče o těžce nemocnou osobu je sociální práce, která má za úkol v této oblasti nejen sociální pomoc a doprovázení umírajícího, ale také citlivou práci s rodinou pacienta. Zdravotně sociální pracovník spolupracuje se všemi členy týmu a spolupodílí se na komplexní péči o pacienta, rovněž se podílí na zvyšování kvality života nemocného. K zajištění kvality života každého pacienta je důležité, aby zdravotně sociální pracovník znal jeho osobní hodnoty a potřeby. Cílem zdravotně sociálního pracovníka je zajistit danému pacientovi co nejobornější sociální péči. (Hricová, 2024)

Zdravotně sociální pracovník v paliativní péči by měl umět správně komunikovat s nemocným pacientem a taktéž s jeho blízkými. Zdravotně sociální pracovník funguje jako spojenec mezi umírajícím, jeho blízkými osobami a profesionály. Důležité je, aby pracovník dbal na veškeré potřeby pacienta a rodiny. (Hricová, 2024)

### **5.1 Definice zdravotně sociálního pracovníka v paliativní péči**

Profese zdravotně sociálního pracovníka je popsána v zákoně č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Zákon ustanovuje, podle jakého vzdělání vzniká odborná způsobilost osoby k vykonávání povolání zdravotně sociálního pracovníka. Zákon definuje výkon povolání a činnosti zdravotně sociálního pracovníka následovně: *„Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické, paliativní a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně-sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.“* (Česko, 2004)

Sociální práce v oblasti paliativní péče je emočně náročná a je důležité, aby sociální pracovník byl osobnostně připravený pracovat s umírajícími a pozůstalými. Je podstatné mít zpracovaný vlastní pohled na smrt a umírání. Zdravotně sociální pracovník, který v této oblasti není emočně srovnaný, může mít později v práci s umírajícím problémem poskytnout mu správnou péči či překročit profesní hranici. V osobnostní přípravě osoby na práci v této oblasti je důležité, aby si pracovník uvědomoval, jak ho ovlivňují jeho vlastní duchovní a kulturní postoje ve výkonu práce s nemocným. Dále je pro práci s umírajícími a pozůstalými podstatným aspektem empatie a porozumění. Dalším předpokladem k výkonu této práce je umět ovládat komunikaci verbální i neverbální k pochopení sociální situace pacienta. Neopomenutelné je aktivní naslouchání

a umění rozpoznat skryté významy v rozhovoru. Zdravotně sociální pracovník v paliativní péči by měl mít dovednosti v oblasti práce s nemocným, práce s rodinou, ale měl by zvládat i práci týmovou, protože spolupracuje s celým multidisciplinárním týmem. V paliativní péči využívá sociální pracovník holistického přístupu. (Macková, 2015; Reese, 2013)

## **5.2 Cíle zdravotně sociálního pracovníka v paliativní péči**

Hlavním úkolem zdravotně sociálního pracovníka je seznámit se s potřebami pacienta a jeho blízkých a umět je posoudit. Pracovník se zaměřuje na potřeby praktické, psychologické, sociální, duchovní. Dále by měl analyzovat schopnost pacienta a rodiny zvládnout náročné situace a případně pokud bude třeba musí umět nabídnout pomoc a podporu. Úlohou zdravotně sociálního pracovníka je umět vytvořit bezpečný prostor k vyjádření pocitů pacienta i blízkých. Důležité je porozumět faktorům, jež ovlivňují chování v onemocnění pacienta, např. náboženské vlivy. Pracovník napomáhá řešit problémy vzniklé s náročnou situací a rodině přispívá podporou při urovnání sporů. Zdravotně sociální pracovník poskytuje sociálně-právní poradenství a pomoc při vyřizování dávek. Pečující rodině pomáhá zajistit potřebnou péči a spolupracuje s potřebnými institucemi a službami. V neposlední řadě pracuje s pozůstalou rodinou. (Hricová, 2024)

## **5.3 Sociální práce s paliativními pacienty**

Do cílové skupiny pacientů, se kterými spolupracuje zdravotně sociální pracovník v rámci paliativní péče, patří především onkologicky nemocní v terminálním stadiu, pacienti v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu a pacienti se závažným nenádorovým onemocněním, např. orgánová selhání. (Sociální práce, 2020)

V práci s umírajícími by měl zdravotně sociální pracovník užívat nedirektivního přístupu. Naopak pracovník pacientovi naslouchá, provází ho, a tak se stává jeho doprovázející osobou. Je důležité, aby pracovník uměl pochopit aspekty a potřeby pacienta. (Macková, 2015)

V rámci spolupráce s těžce nemocným pacientem zdravotně sociální pracovník v první řadě provádí vstupní sociální šetření, kde zjišťuje mimo jiné pacientovi potřeby. Do náplně povolání provolání zdravotně sociálního pracovníka v paliativní péči patří také spolupráce na vytváření plánu pro nemocného. Zdravotně sociální pracovník doprovází pacienta i jeho blízké v těžkých situacích, pomáhá vyjadřovat pocity a poskytuje podpůrnou komunikaci. Seznamuje nemocného s možnou nabídkou služeb a s tím, jaká má práva. Zdravotně sociální pracovník se podílí na pomoci s vyřizováním dávek, korespondencí a také důchodů. Dále může poskytovat kontakty na další služby, ze kterých by mohl nemocný prosperovat. (Adam, Vorlíček, 2004)

Zdravotně sociální pracovník může spolupracovat s různými institucemi v rámci péče o pacienta v terminálním stadiu života. Do tohoto okruhu zařízení patří především matrika, úřad práce, okresní správa sociálního zabezpečení, zdravotnická zařízení, notáři, oddělení sociálně-právní ochrany dětí či sociální odbory a další. Dále může řešit i otázky ohledně financí a bydlení. (Adam, Vorlíček, 2004)

#### **5.4 Sociální práce s pozůstalými v paliativní péči**

Typickým rysem péče zdravotně sociálního pracovníka v oblasti paliativní péče bývá pokračování spolupráce s blízkými osobami i po smrti nemocného. Péče o pozůstalé je nepostradatelná. Zdravotně sociální pracovník pomáhá pozůstalé rodině v tom, aby její život pokračoval normálním způsobem a podařilo se jí překonat ztrátu blízkého. (Hricová, 2024)

Zdravotně sociální pracovník doprovází pozůstalé při prožívání truchlení. Může poskytnout odborné poradenství pozůstalým, a to jak individuální poradenství, tak případně i pro rodinu. Do oblasti pracovních kompetencí zdravotně sociálního pracovníka patří také podpora při zařízení smutečního rozloučení, pomoc při zajištění návazné podpory nebo zařizování úředních záležitostí. Zdravotně sociální pracovník edukuje pozůstalé a hledá s nimi společné řešení. Pracovník nabízí a zprostředkovává kontakty na další formy podpory, např. pomoc psychologa. Pozůstalí mohou být kontaktováni i s odstupem času, jsou zváni na setkání pozůstalých, které může organizovat sociální pracovník. (Pechová, 2020; Sláma, 2022)

Velkým tématem v oblasti pozůstalostní péče je truchlení, což je proces zpracování smrti blízkého. Úmrtí blízké osoby je obrovským zásahem do života každé osoby. Primární pomocí při ztrátě blízkého bývá rodina a přátelé. Pozůstalí se ale i tak mohou obrátit na odborníky, kteří jim mohou s danými problémy ohledně ztráty pomoci. Truchlení se může objevovat v různých formách, bývá přirozené, ale i patologické. Někdy bývá truchlení projeveno smutkem a jindy nešťastným pláčem. Prožívání ztráty člověka je individuální a u každého se projevuje jiným způsobem. Proces truchlení lze rozdělit do několika fází. Stadia procesu jsou stejná jako stadia smíření se s těžkou situací v závěru života dle Elisabeth Kübler-Rossové. Stadia byla popsána výše v kapitole Potřeby v paliativní péči. (Kupka, 2014)

Aktivní naslouchání je velmi důležitý nástroj při práci zdravotně sociálního pracovníka s pozůstalými. Nezbytné je být empatický a přijmout pláč osob, které prožily ztrátu. Podstatná je také práce s tichem, pokud to pozůstalý potřebuje. Truchlení je proces, kterým pozůstalí léčí své rány. Může trvat různě dlouhou dobu, dokonce i několik let. Je nutné pozůstalým osobám

poskytnout pomoc situaci přijmout a zpracovat a pomoci jim, aby mohly kvalitně žít i po smrti blízkého. (Sláma, 2022)

## VÝZKUMNÁ ČÁST

Ve výzkumné části věnuji pozornost zjišťování subjektivního přínosu paliativní péče pro blízké osoby umírajícího člověka.

Paliativní péče není zaměřena pouze na pacienta, ale také se z velké části věnuje jeho blízkým osobám, které velmi často čelí značným zátěžím. Péče o umírajícího pacienta a období, které nastává po úmrtí se stává pro rodinu mimořádně náročným. To je důvodem, proč by mělo být důležité poskytnout kvalitní péči a podporu i rodině či blízkým umírajícího.

Teoretická část bakalářské práce poskytuje rámec pro pochopení principů paliativní péče, jejích cílů a specifických potřeb pacientů i blízkých osob. Popisuje také roli zdravotně sociálního pracovníka, který se podílí na kvalitě poskytované podpory. V návaznosti na teoretické poznatky se výzkumná část práce zaměřuje na subjektivní přínos paliativní péče z pohledu osob blízkých.

Kvůli zjištění, jaký má subjektivní přínos paliativní péče, jsem se obrátila na respondenty, kteří mají zkušenost s paliativní péčí a jejich blízký paliativní péči využíval a zemřel, abych mohla zjistit, jaký význam měla paliativní péče pro blízké osoby.

## 6 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

### 6.1 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum je přístup, který se orientuje na pochopení a analýzu subjektivních zkušeností a názorů lidí v jejich přirozeném prostředí. Cílem je poskytnout hluboký pohled na dané téma výzkumu. Tento druh výzkumu se zaměřuje na posuzování zjištěných dat. Klíčovým aspektem je schopnost zachytit komplexnost prožitků v autentickém kontextu. Kvalitativní výzkum je volně strukturovaný a má otevřený charakter. Výzkum dává prostor pro vytváření teorií. Mezi kvalitativní metody výzkumu patří např. rozhovory a skupinové diskuse. Sběr dat v kvalitativním výzkumu se ukončuje po dosažení nasycení. (Reichel, 2009; Hendl, 2016)

**Kódování** je proces, kdy se vytváří seznam kódů. Kód se udává pro určitou část textu, může jím být označeno pouze jedno slovo, nebo celý odstavec. Zaznamenávání kódu může mít formu písemnou, to je metoda „tužka–papír“. Kódy se zaznamenávají přímo do vytištěného textu. Citace textu je zbarvena a následně přiřazena k určitému kódu. V moderní době se provádí kódování pomocí počítače. Kód lze v dokumentu zaznamenat formou komentáře přiřazeného k části textu. Často je užíván k tomuto typu kódování MS Word, existují však i jiné programy. Kódování probíhá průběžně. Jakmile dojde k nasycení kódy, následuje proces kategorizace dat. Tento proces vytváří kategorie, které jsou nadřazeny kódům. Každá kategorie se skládá z několika kódů. Pokud se při kódování formuje kategorie, lze ji ihned zaznamenat. (Hricová, 2023)

**Tematická analýza** je metoda zpracování získaných dat. Jedná se o soubor opakujících se vzorů a sdílených myšlenek, jež se vykytují v datech. Tematická analýza slouží k jejich identifikaci. Využívá se v případech, kdy výzkum vychází z teoretických východisek a předem dané výzkumné otázky. Výsledkem procesu tematické analýzy je popis zjištěných témat. (Hricová, 2023)

Tematická analýza zahrnuje šest kroků, přičemž je zásadní průběžně se vracet k předchozím fázím.

**Seznámení se s daty** – V této úvodní fázi dochází k systematickému pročitání dat s cílem získat porozumět jim. Hledají se významy a vzorce, přičemž lze již zaznamenávat první kódy.

**Generování počátečních kódů** – Výzkumník zjišťuje opakující se vzorce a přiřazuje jim označení – kódy, které bývají zpravidla konkrétnější než kategorie. V této fázi vzniká počáteční seznam kódů. Zakódovaná data by měla být relevantní k výzkumné otázce.

**Hledání témat** – Tato fáze se zaměřuje na třídění kódů a jejich porovnávání. Pracuje se s daty a zvažuje se jejich vhodnost pro zařazení do případných témat. Je důležité zajistit, aby se kódy nepřekrývaly v různých tématech.

**Přezkoumání témat** – Zde dochází k detailnímu přezkoumávání potencionálních témat. Znovu se pročítá část dokumentu, ke které byl přidán kód. Výzkumník hledí na to, zda je téma významné vzhledem k výzkumné otázce. Možné je témata kombinovat či odmítnout.

**Definování a pojmenovávání témat** – V této fázi dochází k podrobnému prozkoumání jednotlivých témat. Každé téma se posuzuje jednotlivě, ale uvažuje se i o vzájemné souvislosti mezi tématy. Charakterizuje se hlavní myšlenka a přiřazuje se název.

**Sepsání zprávy** – V poslední fázi je v návaznosti na konečný seznam témat vypracována závěrečná analýza. Následně je zpracována finální zpráva. (Hricová, 2023; Hendl, 2016)

## 6.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří respondenti, kteří v minulosti měli blízkou osobu, jež využívala služeb paliativní péče poskytované v různých formách, např. domácí hospice či lůžkové hospice. Kritéria pro zařazení do výzkumu byla celkem tři. První kritérium bylo, aby respondenti měli v minulosti blízkou osobu, která užívala služeb paliativní péče. Druhé kritérium bylo, aby osoba, která využívala paliativní péči, již zemřela. Poslední kritérium, které bylo stanoveno pro výběr respondentů do výzkumu, bylo, aby respondenti nebyli tématem traumatizováni a byli ochotni otevřeně sdílet své zkušenosti. Při výběru respondentů bylo důležité to, aby byli schopni reflektovat svou zkušenost a poskytnout odpovědi v rámci stanovených výzkumných otázek.

Při realizaci výzkumu jsem kladla důraz na etické principy, zejména dobrovolnost účasti, anonymitu respondentů a citlivý přístup k tématu. Respondenti jsem předem seznámila s cílem výzkumu a měli možnost kdykoli účast odmítnout nebo neodpovídat na otázky, které jim byly nepříjemné.

## 6.3 Sběr dat

Sběr dat probíhal v únoru a březnu 2025. Potencionální respondenty jsem oslovovala individuálně. Sdělila jsem jim potřebné informace o své bakalářské práci, o svém cíli práce a o tom, co bude předmět rozhovoru. Poté jsme si domluvili datum a čas. Místo, kde měl rozhovor probíhat, si vybírali respondenti sami dle toho, kde jim bude příjemně a budou se cítit bezpečně. Ve všech případech probíhaly rozhovory v domácím prostředí. Před zahájením

každého rozhovoru jsem respondentům objasnila, jak celý proces bude probíhat. Informovala jsem je, že mají právo neodpovědět na jakoukoli otázku, která by pro ně byla nepříjemná, a že účast v rozhovoru je zcela dobrovolná. Dále jsem je seznámila s tím, jak budou shromážděné informace zpracovány, včetně zajištění jejich anonymity a důvěrnosti.

Pro polostrukturovaný rozhovor jsem měla připravených 13 otázek na téma své bakalářské práce. Pokud bylo třeba, doptávala jsem se na doplňující otázky během rozhovoru. Rozhovory byly nahrány do aplikace diktafon. Nahrávky činí dohromady cca 100 minut. Následně jsem nahrávky přepsala do elektronické podoby pomocí transkripčního nástroje Beey.io. Ihned po přepisu byly nahrávky smazány, aby byla zachována anonymita respondentů.

Po přepsání nahrávek do elektronické formy, jsem získaná data vytiskla a pomocí metody „tužka– papír“ jsem tvořila první vzorce a myšlenky. Vytvořila jsem seznam kódů a následně vznikly kategorie.

## 7 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Z kódu s úzkou vzájemnou souvislostí byla uvozena úvodní témata. Následně bylo pomocí tematické analýzy nalezeno 13 podkategorií a z nich zjištěna čtyři klíčová témata: **Typ poskytované paliativní péče, Hlavní potřeby blízkých osob, Podpora blízkých po úmrtí, Nedostatky v paliativní péči dle blízkých osob.**

### 7.1 Typ poskytované paliativní péče

Oblast typu poskytované paliativní péče byla vytvořena z důvodu, že dle vybrané a následně využívané formy paliativní péče může být rozdílně vnímán přínos paliativní péče blízkými osobami. V rámci této oblasti byly zjištěny tyto podkategorie: **Výběr formy paliativní péče a Fáze zahájení využívání paliativní péče.**

#### Podkategorie: Výběr formy paliativní péče

Výběr paliativní péče má vliv na to, jak blízcí umírajícího vnímají její přínos. Výběr přímo souvisí s tím, jaký typ paliativní péče může být nejvíce přínosný v konkrétním případě. Pochopení jak a proč byla zvolena konkrétní forma péče, může lépe přispět k zjištění, jaké faktory mohou ovlivňovat zkušenosti blízkých. Výběr správného typu péče má vliv na kvalitu života jak nemocného, tak jeho okolí. Dva respondenti uvedli, že využívali služeb lůžkového hospice. Ostatní využili formu domácí hospicové péče.

Respondent A uvedl: „*Chtěli jsme mu ulehčit jeho odchod a prostě chtěli jsme ho mít doma, takže jsme zvolili domácí hospic. Nechtěla jsem ho nikam dát, protože byl zvyklej doma a byl zvyklej s náma. Bylo to jeho přání. Nechtěl nikam.*“

Respondent B sdělil, že z osobních důvodů nebylo možné se o umírajícího starat doma a zvolili tak péči v lůžkovém hospici. Uvedl: „*Tak my jsme využili přímo možnost dát dědečka do hospicu. Právě kvůli tomu, že jsme každý bydleli v jiném městě. Tudíž vlastně tady se o něj mohli opravdu skvěle postarat.*“

Respondent C odpověděl na otázku týkající se výběru paliativní péče následovně: „*Zvolili jsme přímo lůžkový hospic, jelikož nebyla možnost toho se vlastně o strýce starat. Neměl tomu ani on sám byt uzpůsobený a nebyl vlastně nikdo z rodiny, kdo by se o něj mohl postarat, protože jemu se ta nehoda stala v 55 letech. Nebyl ve fázi umírání, ale byl tam právě na tu dlouhodobou péči, a proto jsme vlastně zvolili tu lůžkovou variantu.*“

Respondent D: „*No, jak jsem říkala, tak jsem si pozvala domácí hospicovou péči, nechtěla jsem nikam toho svého tatínka dát. Říkala jsem si, že když se on dokázal postarat o mě celý život, takže bych ho nikam nedala mezi cizí lidi. Já jsem takovej pečovatelskej typ a chtěla jsem prostě ho mít doma. Cítila jsem se na to.*“

Respondent E uvedl výběr domácí hospicové péče z důvodu potřeby zdravotní pomoci: „*Jezdil sem domácí hospic. Jezdili sem každý den, protože jednak bylo potřeba přebalit mu nohu, myslím převázat. Starali se mně o něj, co se týkalo, že měl bolesti, tak mu dávali léky.*“

Respondent F sdělil, že přání využít domácí hospicovou péči bylo jak přáním rodiny, tak i přáním umírajícího: „*Tak vzhledem k tomu, že přáním jak dědy, tak celé rodiny, bylo to, aby děda zůstal doma mezi nejbližšími a v komfortu, tak jsme zvolili možnost využít domácí hospic.*“

Respondent G: „*Využívali jsme péči domácího hospice. Bylo to tatínkovo přání zůstat doma ve svém a neležet někde v nemocnici sám. I my jsme chtěli mít jeho na blízku a strávit s ním co nejvíce času.*“

#### **Podkategorie: Fáze zahájení využívání paliativní péče**

Každý respondent odpověděl odlišně na otázku týkající se toho, s jakou prognózou a v jaké fázi začali využívat paliativní péči. To mohlo mít vliv na subjektivní vnímání přínosu v oblasti paliativní péče. Dva respondenti uvedli, že využívali služeb dlouhodobě. Zbýlých pět respondentů odpovědělo, že paliativní péči začali využívat až v terminální fázi života umírajícího.

Respondent A uvedl k otázce, zda byla spolupráce celkově dlouhodobější odpověď: „*Ano, dlouhodobější. Asi tři měsíce k nám jezdili, protože měsíc byl v té nemocnici, že jo, a asi tři nebo čtyři měsíce k nám jako dojížděli každodenně.*“

Respondent B sdělil: „*Můj dědeček se tam dostal už ve fázi vlastně, kdy tam byl vlastně jenom týden, pak nám zemřel.*“

Respondent C na otázku týkající se tohoto tématu odpověděl stručně: „*Byla to dlouhodobá péče, strýc byl v hospicu devět let.*“

Respondent D uvedl: „*No a ten poslední týden, když už jako jsem viděla, že je to špatný, tak jsem si pozvala právě paliativní péči. Paní doktorka říkala, že už to opravdu spěje ke konci, že s tím musím počítat.*“

Respondent E řekl, že už si konkrétně nepamatuje přesnou fázi, ale sdělil, jak dlouho péči domácího hospice využívali: „*No, já už nevím ani, v jaký fázi. Já bych řekla, skoro měsíc sem jezdili. Ale nicméně paní doktorka, když přijela sem, tak říkala, no počítejte s tím, že prostě dřív nebo později to půjde, to půjde prostě do té poslední fáze.*“

Respondent F: „*Samotnou paliativní péči, když pomínu tu paliativní operaci, jsme začali využívat v závěrečné fázi života dědy. Dědův zdravotní stav byl již vážný a terminální.*“

Respondent G stručně: „*Paliativní péči jsme začali využívat v konečné fázi života tatínka.*“

## 7.2 Hlavní potřeby blízkých osob

Toto klíčové téma se zaměřuje na zjištění hlavních potřeb a jejich porozumění, což může být zásadní pro blízké osoby umírajícího člověka. Toto téma je velmi komplexní a zahrnuje následující podkategorie: **Fyzické potřeby, Psychické potřeby, Spirituální potřeby a Potřeba komunikace.** Je pravděpodobné, že každá z těchto oblastí může hrát významnou roli pro blízké.

### Podkategorie: Fyzické potřeby

Blízcí pečující oceňují zejména praktickou pomoc v péči o nemocného, např. v oblasti hygieny, manipulace s tělem nebo podávání léků. Důležitá je také dostupnost zdravotnického personálu a jejich ochota poskytovat rady a podporu v domácím prostředí. Přítomnost odborníků pomáhá pečujícím cítit jistotu, že se o svého blízkého starají správně, a zároveň jim umožňuje fyzicky si odpočinout.

Respondent A uvedl, že jako pečující vnímal jistotu v oblasti pomoci péče o umírajícího: „*No, vnímali jsme to opravdu jako takovou tu jistotu, že někdo přijde a nebudeme v tom sami. Někdo přijde a pomůže nám prostě se o něj postarat a takovej ten klid to byl. Určitě nám to hodně pomohlo, nebyli jsme na to sami. Radili nám, co a jak máme, abychom, když oni odjedou abychom to prostě za toho půl dne zase zvládli sami, abychom se prostě s ním nemuseli zbytečně zatěžovat, jeho, když měl bolest nebo prostě tak. Ukazovali nám, jak s ním máme zacházet a jak to krmení do PEGu. Já už jsem to pak zvládala bez jakýhokoli prostě nějakýho vypětí situace. Věděla jsem, jak to mám prostě nabrat, jak mu to mám dát. I s koupáním nám hrozně pomohli, i ty náplastě nám dávali.*“

Respondent B sdělil: „*Bylo to nejlepší v tom, že o dědečka bylo dobře postaráno, že se o něj starají ti správní lidé a že mu je tam dobře. Tady opravdu vždycky vyslyšeli jeho přání, že prostě, jak se chtěl omýt, kdy se chtěl omývat, tak v rámci té hygieny a nějak jako pomoci vlastně, tak*

*se mu snažili co nejvíc vyhovět. “ Dále respondent uvedl: „Jakékoli přání ohledně hygieny bylo, tak vždycky bylo stoprocentně splněno, ať už to bylo jako sprchování, omývání na lůžku, dojít si na toaletu. “*

Respondent C hovořil o úlevě fyzické i psychické díky poskytnuté péči o blízkého: *„Víme, že ta péče je o ležícího člověka náročná jak vlastně fyzicky, tak i taky psychicky, a právě proto pro nás bylo opravdu velkou úlevou, když opravdu to břímě té péče už nebylo na nás, ale bylo na někom, kdo je vlastně tomu určený. “*

Respondent D zmiňuje taktéž vnímání přínosu ve fyzické pomoci o umírajícího: *„Vlastně mi tím ulehčovali, když přijeli a pomohli mně ho třeba umejt, tu manipulaci s ním mně ukázali, jak s ním manipulovat, aby ho to nijak nenamáhalo. “*

Respondent E: *„No mě podpořili hlavně po tý fyzický stránce. Přivezli si s sebou tu nafukovací vanu a umyli ho. “* Později ještě dodala: *„Naučila jsem se, pokud mi něco nějaký obvaz spadnul nebo tak, tak jsem věděla, jak a co mu tam mám dát. Naučili mě, jak mu mám dávkovat různé věci, jestli ho můžu nějak podpořit. “*

Respondent F zmiňoval dostupnost zdravotnického personálu: *„Kdykoli potřeba, tak jsem mohla zvednout telefon a zavolat sestřím, aby přijely pomoci, nebo mi řekly, co mám v dané situaci dělat. Když mu nestačila dávka léku, které měl, tak prostě sestřičky přijely a dopíchly mu dávku nebo něco vymyslely, aby mu prostě bylo líp. “*

Respondent G sdělil, že vnímal přínos v možnosti telefonické komunikace, kdykoli během dne: *„Tak větší jistota byla v přínosu H24 telefonické podpory nebo rychlého a včasného příjezdu, kdyby bylo potřeba. Když zvracel, tak nám nechali ampulku doma, kterou jsme mohli dle potřeby použít. “*

### **Podkategorie: Psychické potřeby**

Péče o umírajícího bývá emocionálně náročná, proto je pro pečující zásadní psychická podpora. Respondenti ocenili možnost sdílet své pocity s odborníky i otevřený přístup paliativního týmu. Psychická podpora zahrnuje emocionální ujištění, že o nemocného je postaráno důstojně a že pečující dělají maximum. Možnost kontaktu s psychologem či jiným odborníkem byla pro některé respondenty klíčová při zvládnání této náročné situace.

Respondent A uvedl: *„Zvládali jsme to po psychický stránce, protože si s náma ten hospic o tom jako povídal. Připravovali nás na to, že to bude čím dál tím horší a horší. “* Dále respondent na otázku týkající se potřeb sdělil, že byla naplněna potřeba emocionálního porozumění a

ujištění: „Byla to určitě potřeba porozumění, a i to emocionální ujištění, že pro něj bude ten konec odcházení takovej ne drastickej, když by byl někde v nějakým hospicu, že byl doma, že byl mezi náma, že prostě on odcházel smířenej a důstojně.“

Respondent B: „My jsme nemuseli mít ten stres z toho, že by se o něj vlastně nepostarali. My jsme vlastně nemuseli mít na sobě tu zátěž toho, že se o něj musíme postarat vlastně doma, to bylo by to vlastně celý na nás.“

Respondent C stručně: „Věc, která nám teda opravdu hodně pomohla a ulevila, tak byla psychická podpora vlastně ze strany těch lidí, toho týmu, jak pro strýce, tak vlastně i pro nás.“

Respondent D sdělil, že využil pomoc a podporu psychologa: „Tak právě byla tady u mě i psycholožka. Vysvětlila mi všechno, jak to prostě chodí. Jak ti lidé na to reagují na všechno. Na co se mám připravit hlavně a abych to zvládla psychicky. Víceméně mě připravila na to, abych věděla, že jsem udělala pro něj, pro toho otce, co se dalo, co je v mých silách.“ Dále respondent uvedl: „Měla jsem na ni telefon, na tu psycholožku, takže kdykoli jsem jí mohla zavolat, když mě bejvalo něco trápilo nebo jsem si nevěděla s tím svým srdíčkem a duchovnem rady.“

Respondent E nejprve výstižně: „Tak nějak jako podpořili mně veškerou psychiku a tuhle podporu jsem měla od nich.“ Později dodal: „Byla jsem klidnější, jako po tý emocionální stránce jsem byla taková. I když jsem věděla, že co mě čeká a jak to s ním bude tady, prostě jsem byla taková klidnější, že teda mám tady nějaký zastání. Věděla jsem, že když budu potřebovat, že kdykoli můžu, a tak jsem si mohla i psychicky trošku odpočinout.“

Respondent F: „Všichni mi uměli naslouchat a otevřeně o tom mluvit, a to byla velká psychická úleva, svěřit se někomu i mimo rodinu.“ Dále dodal: „Pro mě bylo fakt důležitý, aby on byl spokojenej, aby se mu žilo líp.“

Respondent G krátce: „Tatínkovi pomohli od bolestí, a to jak medikací, tak pohlazením na duši, a to pro mě bylo uklidňující z hlediska té psychické stránky.“

### **Podkategorie: Sociální potřeby**

Důležitým aspektem pro velkou část respondentů byla komunikace s paliativním týmem, který otevřeně informoval rodinu o zdravotním stavu a průběhu nemoci. Blízcí oceňovali možnost být zapojeni do rozhodování a přítomnost u svého blízkého v posledních dnech života. Rovněž vnímali pozitivně, když zdravotnický personál poskytoval podporu nejen nemocnému, ale také jeho rodině, např. umožněním návštěv nebo pomoci s organizací péče.

Respondent A uvedl: „*Mohli jsme být u rozhodování a když hlavně přijela paní doktorka, tak s náma hrozně hezky to rozebírala, tu jeho nemoc.*“

Respondent B: „*Určitě ta komunikace byla výborná. Taky to, že nám nemazali med kolem pusy a vždycky všechno řekli na rovinu.*“ Dále uvedl zkušenosti jiného člena rodiny: „*Maminka naše, co tam za ním jezdila, tak měla možnost, že tam s ním mohla být sama v klidu, byli tam spolu, takže ten kontakt měli. Sestřičky jim pomohly dát ho na vozíček a maminka s ním mohla i ven do zahrady.*“

Respondent C sdělil: „*My jsme se samozřejmě snažili vždycky jako jezdit. Jezdila za ním i teta, která měla možnost trávit s ním dost času, snažila se pomáhat v tom hospiciu. Ona mu mohla nějakým stylem pomoci, aby strýc a vlastně i ta teta věděli, že tam pro sebe furt jsou a ten tým jim to umožnil, to bylo moc fajn.*“

Respondent D zmínil, jak mu pomohla paliativní péče, být se svým blízkým v co největším kontaktu ke konci života: „*Vysvětlili mně, že když už to je ke konci, takže mám s ním pobejt. Ještě ten mozeček pracuje, že jsem ještě na něj mluvila, byla jsem s ním, ujišťovala jsem ho, že se nemusí bát, že jsem tady s ním a podobně.*“

Respondent E uvedl uznání: „*Ocenila jsem to, že se se mnou bavili jako se sobě rovnou. Jako kdybych byla skutečný zdravotník, pečovatel. Nedělali ze mě nějakou blbou holku.*“

Respondent F sdělil, jak mu paliativní péče pomohla změnit úhel pohledu na situaci: „*Celkově mi to dalo pohled jinej na tu situaci, uvědomění si, že teď si musíme užít každou společnou chvíli. Řekli nám, že ten konec nastane a že nastane brzo, tak jsem si uvědomila, že teď je ten čas, kdy tady pro něj musíme bejt všichni na sto procent.*“ Později zmínil: „*Další teda pozitivní věc byla to, že oni berou ohled i na vás jako na blízkou osobu a chtějí znát váš názor, váš postoj.*“

Respondent G: „*Vlastně se hledělo i na náš názor. Paní doktorka nám poradila říct si s tatínkem, co ještě chceme vyslovit, a trávit společně, co nejvíce času v těžké době. Bylo to pro mě k nezaplacení.*“ Na otázku týkající se ocenění dodal: „*Taky bych chtěla ocenit to, že nemocný může zůstat doma a nemusí být nikde sám a má kolem sebe rodinu.*“

### **Podkategorie: Spirituální potřeby**

Někteří respondenti zdůraznili význam duchovní podpory, která jim pomohla zvládnout lépe těžkou situaci. Možnost rozhovoru s duchovním odborníkem přinášela klid a pomáhala

připravit se na nevyhnutelný konec. Pro některé byla důležitá i jistota, že tato podpora je dostupná nejen pro umírajícího, ale i pro jeho rodinu.

Respondent A zmínil v odpovědi na otázku, která se týkala vnímání přínosu, duchovní podporu: *„Byly to i ty rozhovory s tím odborníkem, jako duchovní podpora. Prostě tady byl farář a hrozně pěkně jsme si spolu jako povyprávěli a on nás připravoval i na to odcházení tak to. Tak hezky o tom mluvil, že jsem se tak jako trošičku uklidnila vždycky, když jsme si spolu povídali. Buďto přišel on osobně k nám, anebo i telefonicky. Mohli jsme kdykoli zavolat, kdykoli jsem byla v nějaký stresový situaci, tak jsem mu mohla vlastně zavolat a buď po telefonu, nebo i přijel sem k nám nás navštívit a prostě hezky jsme si spolu popovídali.“*

Respondent B uvedl, že možnost duchovní podpory byla: *„Byla tam vlastně možnost toho kněze, jak pro dědečka, tak i pro nás. Využila to tedy maminka, která s ním měla nějaké rozhovory. My jsme tam u toho nebyli, nevyužili jsme to, ale víme, že vlastně ta možnost tam byla.“*

Respondent D stručně o duchovní podpoře: *„Mně hodně pomáhalo taky to, že jsem věděla, že ta podpora duchovní tady je.“*

### **7.3 Podpora blízkých po úmrtí**

Tato oblast se zaměřuje na podporu, kterou mohou blízké osoby umírajícího získat po jeho úmrtí. Jedná se o období, kdy rodina často prochází emočně náročným obdobím a může mít různé potřeby – od praktické pomoci až po psychickou podporu. Výpovědi respondentů odrážejí různé zkušenosti a způsoby, jakými byla či nebyla tato podpora využita. Tato oblast tedy obsahuje tři podkategorie: **Přímá podpora ihned po úmrtí, Využitá podpora a Nevyužitá podpora.**

#### **Podkategorie: Přímá podpora ihned po úmrtí**

Někteří respondenti ocenili okamžitou podporu domácí hospicové péče, která pomohla nejen s praktickými úkony, jako je hygienická péče o zesnulého, ale i s administrativním procesem spojeným s úmrtím.

Respondent A vyzdvihl pomoc sester z domácí hospicové péče: *„Když vlastně odešel mně doma, tak právě přijela sestřička z toho hospicu a ta mně úžasně pomohla. Pomohla mně úplně se vším. Pomohla mně ho umejt, ustrojit, rozloučit se s ním. To mně pomohlo nejvíc v tu chvíli, že prostě mně pomohla. Zařídila mně paní doktorku, která přišla ho ohledat, vypsát ten list. V tomhle mě hrozně, prostě hrozně podpořili, takže v tom mně strašně moc pomohli.“*

Respondent E sdílel podobnou zkušenost, kdy poslední péče proběhla přímo v domácím prostředí a umožnila mu osobně připravit zesnulého k odvozu pohřební službou: „*No, a právě při dalším mytí, při další koupeli, kdy přivezla teda sestřička vanu, že ho vykoupeme, tak ho odpojila od kyslíku a během dvou minut přestalo mu srdíčko pracovat, tak už jsme ho ani nekoupali.*“ Dále dodal: „*A ta poslední pomoc, to, když jsem si ho mohla sama umejt, sama jsem si ho ustrojila a připravila vlastně na odvoz tý pohřební služby.*“

### **Podkategorie: Využitá podpora**

Někteří blízcí po úmrtí využili možnosti psychologické nebo sociální podpory, která jim v rámci paliativní péče byla nabídnuta.

Respondent C zmínil, že psychologickou pomoc nevyužil on sám, ale člen rodiny, který měl k zesnulému velmi blízký vztah. Hospicová podpora mu pomohla se se ztrátou vyrovnat: „*Tak zrovna v tom hospicu nám nabídli možnost vlastně rozhovoru i s psychologem přímo pro nás a vím, že u nás to využila ta teta, ne přímo my. Ta jeho přítelkyně vlastně tak vím, že tu možnost využila, aby se vlastně byla schopná s tím úmrtím strýčka smířit, protože opravdu tam za ním jezdila celých devět let a snažila se tam prostě být pro něj. Bylo skvělé, že vlastně pak i ten hospic tady byl pro ni.*“

Respondent F ocenil především praktickou pomoc ze strany sociální pracovnice: „*Tak jediné, co jsem s nimi řešila po úmrtí, byly nějaké administrativní a praktické věci. To jsem byla v kontaktu se sociální pracovníci. Volaly jsme si, dopisovaly jsme. Zjišťovala mi vlastně, co a kde je všude třeba nahlásit a pak taky ty věci okolo důchodu a podobně. A bylo fajn, že jsem někoho takhle mohla kontaktovat, protože těch věcí je opravdu dost potom.*“

### **Podkategorie: Nevyužitá podpora**

Někteří respondenti možnost následné podpory nevyužili, a to z různých důvodů – buď ji nepovažovali za potřebnou, nebo nechtěli zatěžovat pracovníky hospice.

Respondent A krátce uvedl, že po úmrtí již žádnou podporu nepotřeboval: „*Já už potom jsem s nima nijako jako nejednala.*“

Respondent D uvedl, že podporu po úmrtí nevyužil: „*No tak po té smrti už ne, to ne. Byla ta možnost, děvčata říkala, že kdykoli bude potřeba, že se můžu ozvat. Ale jako já už jsem to pak nevyužila, protože vím, že mají jiných starostí dost a já jsem byla taková dost silná v tomhle tom.*“

Respondent E se zmínil, že sice věděl o nabídnuté pomoci, ale nechtěl znovu kontaktovat paliativní tým: *„Já jsem takovej tvor, kterej se dokáže poprat se vším a takže já už jsem je v podstatě potom nepotřebovala. Jako kdykoli budete potřebovat, tak se můžete ozvat to jako jo, slovně mi to nabídli, ale jako říkám, nepotřebovala jsem je já už potom. Myslela jsem si, že už je budu s tím zatěžovat.“*

Respondent F: *„Domáci hospic nám nabídl možnost konzultace s psychologem, kterou lze využít i po delší době po úmrtí. My jsme tuto možnost nevyužili, ale ta možnost tam je a oni vám drží dveře otevřeny dá se říct na furt. Kdykoli bude potřeba, můžeme se jim ozvat a oni nám pomohou.“*

Respondent G navíc zmínil, že proces truchlení proběhl v rámci rodiny, členové rodiny si byli vzájemnou oporou. Dále uvedl nabídku pomoci od domácí hospicové péče: *„Tak proces truchlení probíhal spíše v rámci rodiny. Myslím si, že jsme silná rodina a dokážeme se hodně podpořit. Hospic nám nabídl možnost psychologické podpory, ale zatím jsem to nevyužila.“*

#### **7.4 Nedostatky v paliativní péči dle blízkých osob**

Respondenti hodnotili paliativní péči velmi pozitivně a shodli se na tom, že je důstojná a kvalitní. Většina by neměnila na službě, kterou využívala nic. Někteří respondenti však uvedli určité nedostatky, které by bylo možné zlepšit. Přesto by paliativní péči jednoznačně doporučili ostatním, protože jim pomohla důstojným způsobem zvládnout závěr života jejich blízkého. Podkategorie toho tématu: **Nedostatečná informovanost a Limity v péči.**

##### **Podkategorie: Nedostatečná informovanost**

Jediný zmiňovaný nedostatek v této oblasti se týkal komunikace s lékaři.

Respondent C uvedl, že informovanost o zdravotním stavu jeho blízkého nebyla vždy stoprocentní a že by ocenil více rozhovorů s lékaři. Přesto tento nedostatek vnímal spíše jako detail než jako zásadní problém: *„Co si myslím, že jediné bylo takové, co by třeba mohlo být trošku lepší, třeba víc rozhovorů s těmi lékaři díky tomu, že strýček byl upoutaný na lůžko a opravdu občas byla nějaká nemoc a něco, tak to vím, že ne úplně vždycky byla ta informovanost stoprocentní od těch lékařů. To je spíš, nechci říct takový detail, ale mohla by tam být větší informovanost od lékařů.“*

### **Podkategorie: Limity v péči**

Někteří respondenti se shodli na tom, že by bylo přínosné, kdyby byla paliativní péče dostupná dříve a ve větším rozsahu. Někteří zmínili, že by si přáli, aby bylo více hospiců, aby lidé měli větší možnost se do nich dostat a mohli si závěr života prožít důstojně a bez zbytečného utrpení. Také poukazovali na to, že paliativní péče by mohla být poskytována dříve, aby pacienti mohli delší dobu žít bez bolesti a v co nejvyšší možné kvalitě života.

Respondent B sdělil: *„Tak určitě bych ocenila více to, kdyby ty lidi měli celkově větší možnost se tam dostat, nebo kdyby těch hospiců bylo víc. Aby prostě těch hospiců bylo víc a ty lidi měli dřívější možnost se tam dostat a opravdu si ten konec života užít s tím, že se o ně někdo postará a oni budou mít ten klid na to umírání.“*

Respondent F uvedl: *„Já bych změnila jednu věc, a to, aby byla ta péče poskytovaná dřívějš. Aby se ty lidi do takových rukou dostali dřív. Aby mohli mít kvalitní život, aby mohli být bez bolesti delší dobu než pár dní před smrtí. Tahle péče je totiž důstojná.“*

## 8 SHRNUTÍ ZÁVĚRŮ VÝZKUMU

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak blízké osoby umírajícího člověka subjektivně vnímají přínos paliativní péče. Výzkumné šetření probíhalo formou kvalitativního výzkumu prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s blízkými osobami, které měly zkušenost s doprovázením umírajícího člověka v rámci paliativní péče.

Na základě analýzy získaných dat lze konstatovat, že výzkumný cíl byl naplněn.

Ze zjištěných výsledků výzkumu vyplývá, že přínos paliativní péče byl blízkými osobami vnímán pozitivně. Respondenti vnímali přínos v komplexnosti přístupu, lidskosti personálu a důstojnosti v posledních chvílích života.

Dílčí cíle výzkumu a jejich naplnění:

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jaké potřeby mají blízké osoby umírajícího člověka. Tento dílčí cíl byl naplněn. Respondenti vnímali potřeby v různých oblastech – fyzické, psychické, sociální i duchovní. Nejčastěji zmiňované potřeby zahrnovaly emocionální podporu, dostatek informací, přítomnost odborného personálu a prostor pro důstojné rozloučení.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jaká podpora byla blízkým poskytnuta po úmrtí. Z rozhovorů vyplynulo, že podpora po úmrtí byla různorodá a často závisela na typu poskytované péče. Ve většině případů byla nabídnuta psychologická nebo duchovní pomoc, avšak často nebyla využita.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, co blízkým chybělo během využívání paliativní péče. Tento cíl byl částečně naplněn. Většina respondentů uvedla, že byli s poskytovanou péčí spokojeni a neměnili by nic zásadního. Pouze malá část z nich reflektovala potřebu dřívějšího zapojení paliativní péče, které by podle jejich názoru mohlo přispět k větší pohodě umírajícího.

## 9 DISKUZE

Hlavním záměrem této práce bylo prozkoumat, jak blízké osoby umírajícího člověka vnímají přínos paliativní péče, kterou využívaly. K hlavnímu cíli byly určeny tři dílčí otázky: jaké potřeby blízké osoby v rámci paliativní péče mají, jaká byla poskytnuta péče po úmrtí blízkého a co jim případně při využívání paliativní péče chybělo.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že cíle se podařilo naplnit. Výpovědi respondentů potvrdily, že paliativní péče má významný dopad nejen na pacienta, ale i na jeho blízké. Mezi nejčastěji zmiňované přínosy patřila psychická podpora, odborná komunikace se zdravotníky a dostupnost informací.

Přínos paliativní péče pro blízké osoby umírajícího člověka je vnímán velmi subjektivně a individuálně. Záleží na mnoha různých faktorech. Každý respondent měl odlišné potřeby podle toho, jaká forma paliativní péče byla zvolena a v jaké fázi nemoci byla zahájena. Zjištění individuality potvrzuje i práce Hajnové Fukasové (2015, s. 126), která ve výzkumné části své disertační práce zmiňuje, že míra naplnění potřeb je ovlivněna různými faktory, včetně věku respondentů. Mladší lidé častěji uváděli nespokojenost s poskytnutou podporou než starší.

Blízcí umírajících vyjadřovali různé potřeby. V oblasti **fyziké** šlo zejména o potřebu opory a jistoty ze strany odborníků. Potřeba opory se shoduje se zjištěním Hajnové Fukasové (2015, s. 100). Dle autorky respondenti uvedli potřebu pocitu přijetí od zdravotníků jako nejlépe hodnocenou. Také v bakalářské práci Prudké (2022, s. 38) lze najít shodu. Autorka uvádí zjištění potřeby podpory a porozumění.

**Psychickou a duchovní podporu** vnímali respondenti jako klíčovou při zvládnání těžké situace. Důležitost psychologické podpory potvrzuje diplomová práce Krönerové (2024, s. 34). Autorka zdůrazňuje potřebu psychické podpory u pacientů i jejich rodin. Dále (s. 45) uvádí, že respondentky považovaly za důležité mít možnost vyjádřit emoce.

V oblasti **sociálních potřeb** pak dominovala potřeba být dobře informován a vést otevřenou komunikaci o blížícím se konci života. Oceňována byla lidskost a empatie zdravotnického personálu. Práce Krönerové (2024, s. 45) se shoduje na otevřenosti a přirozenosti v komunikaci v paliativní péči. Také Prudká (2022, s. 41) ve své práci zdůrazňuje, že je důležité být dobře informován a cítit se jistě. To potvrzuje zjištění v mé práci.

Péče po úmrtí blízkého byla využívána jen částečně. Někteří respondenti uvedli, že jim byla nabídnuta podpora, ale nevyužili ji. Důvody byly různé, např. psychická únava nebo pocit, že

další pomoc už nepotřebují. Podobně o této skutečnosti píše i Prudká (2022, s. 39). Vyjadřuje shodu, že pomoc pozůstalé rodině byla sice nabízena, avšak nebyla využita.

Výsledky výzkumu ukazují, že kvalitní paliativní péče, včetně následné podpory pozůstalých, je důležitá. Klíčovou roli hraje způsob komunikace a přístup zdravotníků. Přestože se v České republice paliativní péče rozvíjí, stále existuje prostor pro zlepšení, a to především v oblasti dlouhodobé psychické podpory pozůstalých a rozšíření dostupných služeb.

Je nutné zmínit i limity tohoto výzkumu. Mezi hlavní patří omezený počet respondentů (7 osob), což neumožňuje zobecnění zjištěných výsledků. Výpovědi jsou subjektivní a mohou být ovlivněny emocemi, časovým odstupem od úmrtí nebo dalšími osobními okolnostmi.

## 10 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak blízké osoby subjektivně vnímají přínos paliativní péče. K dosažení tohoto cíle byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie a metoda polostrukturovaných rozhovorů. Díky tomuto přístupu bylo možné hlouběji porozumět prožitkům a potřebám respondentů, kteří se s paliativní péčí setkali v praxi. Výzkum ukázal, že paliativní péče má pro blízké osoby umírajícího člověka významný přínos, zejména v oblasti psychické a emocionální podpory, komunikace, dostupnosti informací a také duchovní či sociální opory. Zjištěné výpovědi zároveň upozorňují na to, že přínos paliativní péče je vnímán velmi subjektivně a liší se podle individuálních potřeb respondentů a formy poskytnuté péče.

Práce udává hlubší náhled do zkušeností respondentů s různými typy paliativní péče. Zároveň zkoumá, jak subjektivně osoby vnímají přínos poskytnuté péče a jak sdílí své naplněné potřeby. V teoretické části je uvedena charakteristika paliativní péče, její formy, činnosti a význam paliativního týmu. Zároveň se věnuje i potřebám v paliativní péči a roli sociálního pracovníka.

Za použití kvalitativní metody se potvrdilo, že respondenti vnímají paliativní péči jako komplexní podporu – fyzickou, psychickou, sociální i spirituální. Klíčovou roli zde sehrává individuální přístup, který se projevil jako jeden z nejdůležitějších prvků péče u vnímání blízkých. Teoretická část práce poukazuje na význam tohoto individuálního přístupu i na cíl paliativní péče podporovat nejen pacienta, ale také jeho rodinu. Tyto poznatky byly výzkumem potvrzeny. Respondenti tuto podporu skutečně vnímali, i když různě podle svých osobních potřeb, zkušeností a formy poskytnuté péče.

Z toho lze vyvodit, že teoretická východiska byla v praxi potvrzena a výzkum přinesl hodnotné poznatky o subjektivním vnímání přínosu paliativní péče blízkými osobami. Naplnění cílů práce a získaná zjištění poskytují nadhodnotu nad současným stavem poznání v oblasti vnímání paliativní péče rodinou pacienta. Výzkum může zároveň sloužit jako základ pro další rozvoj praxe, zejména v oblasti zajištění komplexní podpory i po úmrtí pacienta a v rozvoji přístupů, které reflektují individuální potřeby blízkých.

S ohledem na zjištěná data lze do budoucna doporučit větší důraz na lepší dostupnost kvalitní paliativní péče, důsledné zohledňování potřeb pozůstalých a další výzkum zaměřený na širší spektrum respondentů i různé formy poskytované péče.

## 11 POUŽITÁ LITERATURA

### 11.1 Primární zdroje

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

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-5402-4.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HRICOVÁ, Alena, David URBAN a Stanislav ONDRÁČEK (ed.), 2024. *Sociální práce: Současné trendy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-7418-8.

HRICOVÁ, Alena, Stanislav ONDRÁŠEK a David URBAN, 2023. *Metodologie v sociální práci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3636-0.

KISVETROVÁ, Helena, 2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-496-8.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2014. *On death & dying: what the dying have to teach doctors, nurses, clergy & their own families*. Scribner trade paperback edition. New York: Scribner. ISBN 978-1-4767-7554-8.

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

MACKOVÁ, Marie, 2015. *Sociální práce s umírajícími a pozůstalými*. Brno: Marie Macková. ISBN 978-80-260-8949-0.

MARKOVÁ, Alžběta, 2021. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 3. aktualizované vydání. [Praha]: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-77-5.

PECHOVÁ, Karolína a Matěj LEJSAL, 2020. *Paliativní péče v rezidenčních službách se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-88361-01-5.

REESE, Dona J., 2013. *Hospice social work*. New York: Columbia University Press. End-of-life care. ISBN 978-0-231-13435-4.

REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6935-6.

SLÁMA, Ondřej a Ladislav KABELKA, 2022. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-627-3.

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

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2023. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 3., aktualizované vydání. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-271-3885-2.

TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ, 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.

## 11.2 Sekundární zdroje

CAKIRPALOGLU, Panajotis, 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. Grada. ISBN 978-80-247-7847-1. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/uvod-do-psychologie-osobnosti-788/>

## 11.3 Internetové zdroje

CESTA DOMŮ. Komunikace s pozůstalými. In: Cesta domů. Elearning Cesty domů. Praha: Cesta domů. Dostupné z: <https://elearning.cestadomu.cz/elearning/pro-psycho-socialni-pracovniky/komunikace-s-pozustalymi/>. [cit. 2025-04-04].

ČESKO, 2004. Zákon č. 96/2004 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Online. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, s.r.o., ©2010–2025 Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96> [cit. 2025-04-04].

ČÍPKOVÁ, Iveta. Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče. In: Sociální práce. Sociální práce. Praha: Sociální práce, 2015-10-07. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/o-cem-se-mluvi/role-socialniho-pracovnika-v-multidisciplinarnim-tymu-domaci-hospicove-pece/>. [cit. 2025-04-04].

FN HK. Konziliární tým podpůrné a paliativní péče. In: Fakultní nemocnice Hradec Králové. Oddělení podpůrné a paliativní péče. Hradec Králové: Fakultní nemocnice Hradec Králové,

datum publikování neuvedeno. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/oppo/konziliarni-tym-podpurne-a-paliativni-pece>. [cit. 2025-04-04].

SOCIÁLNÍ PRÁCE. Sociální pracovník v paliativní a hospicové péči. In: Sociální práce. Sociální práce. Praha: Sociální práce, 2020-10-05. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-v-paliativni-a-hospicove-peci/>. [cit. 2025-04-04].

ŠVANCARA, J. A KOL. Národní datová základna paliativní péče. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Národní datová základna paliativní péče. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2016. Dostupné z: <https://www.paliativnidata.cz>. [cit. 2025-04-04].

#### **11.4 Ostatní zdroje**

HAJNOVÁ, Erika. Identifikace potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života. Ostrava, 2015. disertační práce (Ph.D.). OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ. Lékařská fakulta.

KRÖNEROVÁ, Petra. Sociální práce s rodinou v paliativní péči. Olomouc, 2024. diplomová práce (Mgr.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Cyrilometodějská teologická fakulta.

PRUDKÁ, Eliška. Sociální práce s rodinou v paliativní péči. Ostrava, 2022. bakalářská práce (Bc.). OSTRAVSKÁ UNIVERZITA. Fakulta sociálních studií.