

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Paliativní a hospicová péče pohledem sociálního
pracovníka**

Bakalářská práce

Autor:	Filipová Ivana
Studijní program:	Sociální politika s sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce ve veřejné správě
Forma studia:	Kombinovaná
Vedoucí práce:	PhDr. Lenka Neubauerová

Hradec Králové

2021

Zadání bakalářské práce

Autor:	Ivana Filipová
Studium:	U1876
Studijní program:	B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce ve veřejné správě
Název bakalářské práce:	Paliativní a hospicová péče pohledem sociálního pracovníka
Název bakalářské práce AJ:	Palliative and hospice care from the perspective of a social worker

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku paliativní a hospicové péče, jsou zde zmíněny druhy a formy pomoci hospicové a paliativní péče. Pozornost je také zaměřena na sociálního pracovníka a na jeho důležitou roli v paliativní a hospicové péči a na to, jak tuto problematiku vnímá sociální pracovník. Rovněž na péči o pozůstalé, ale také na úskalí, kterými si musí rodina projít při volbě mezi paliativní péčí v domácím prostředí a lůžkovým zařízením. Cílem práce je pohledem sociálního pracovníka v soukromém zdravotnickém zařízení zjistit problémy a potřeby rodinného příslušníka u terminálně nemocných v tomto zařízení.

STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. Sociální práce v hospici a paliativní péče. Jinočany: H & H, 2006. ISBN 80-7319-059-1. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X. MARKOVÁ, Alžběta. Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-905809-4-7.

Garantující pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.
Oponent:	doc. JUDr. Olga Sovová, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	30.4.2020

Anotace

FILIPOVÁ, Ivana. Paliativní a hospicová péče pohledem sociálního pracovníka. Hradec Králové, 2021. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta (Ústav sociální práce) Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová.

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku paliativní a hospicové péče, jsou zde zmíněny druhy a formy pomoci hospicové a paliativní péče. Pozornost je také zaměřena na sociálního pracovníka a na jeho důležitou roli v paliativní a hospicové péči a na to, jak tuto problematiku vnímá sociální pracovník. Rovněž na péči o pozůstalé, ale také na úskalí, kterými si musí rodina projít při volbě mezi paliativní péčí v domácím prostředí a lůžkovým zařízením. **Cílem práce je pohledem sociálního pracovníka v soukromém zdravotnické zařízení zjistit problémy a potřeby rodinného příslušníka u terminálně nemocných v tomto zařízení.**

Klíčová slova: Paliativní, hospicová, péče, rodinní příslušníci, sociální pracovník

Annottion

FILIPOVÁ, Ivana. Palliative and hospice care from the perspective of a social worker. Hradec Králové, 2021. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta (Ústav sociální práce) Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová.

The bachelor's work is focused on issues of a palliative and a hospice care, there are mentioned types and forms of the hospice and the palliative help. An attention is also focused on a social worker and on its important rule in the palliative and hospice care, there is also mentioned, how the social worker sensitize these issues. The work describes a help and a care of bereaved as well, there are difficulties of a family decision between the palliative care at home or facility. **The aim of this work is to find out problems and needs of a relative by terminal patients in this facility.**

Keywords: Palliative, hospice, care, family members, social worker

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Mostku dne 9.4.2021

Ivana Filipová

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala mé vedoucí práce PhDr. Lence Neubauerové za odborné vedení práce a mé rodině.

OBSAH

Seznam použitých zkratk

Úvod.....	1
1. TEORETICKÁ ČÁST	2
1.1. Paliativní péče.....	2
1.1.1. Definice paliativní péče.....	2
1.1.2. Formy a druhy poskytování paliativní péče.....	4
1.1.3. Multidisciplinární tým v paliativní péči.....	5
1.2. Hospic a hospicová péče.....	7
1.2.1. Význam slova hospic a hospicová péče.....	7
1.2.2. Historie hospicové péče.....	8
1.2.3. Formy hospicové péče.....	10
1.2.4. Sociální práce v zařízení hospicového typu.....	11
1.3. Sociálního pracovníka v paliativní a hospicové péči.....	12
1.3.1. Role a význam sociálního pracovníka v paliativní a hospicové péči.....	12
1.3.2. Práce s klientem a přístup ke klientovi v terminálním stádiu života.....	14
1.3.3. Obtížné situace očima sociálního pracovníka v paliativní péči.....	14
1.3.4. Syndrom vyhoření u sociálního pracovníka.....	15
1.4. Rodina v kontextu paliativní a hospicové péče.....	17
1.4.1. Podpora a pomoc rodinným příslušníkům terminálně nemocných.....	19
1.4.2. Volba rodiny mezi domácí hospicovou péčí a lůžkovou hospicovou péčí.....	20
1.4.3. Péče o pozůstalé.....	21
1.5. Shrnutí teoretické části.....	22

2. METODICKÁ ČÁST	23
2.1. Formulace výzkumných cílů.....	23
2.2. Zdůvodnění zvolené výzkumné metody.....	24
2.3. Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek	25
2.4. Zdůvodnění vybraného vzorku respondentů.....	28
2.5. Popis a realizace rozhovorů.....	29
2.6. Etika výzkumu.....	30
2.7. Rizika výzkumu.....	30
3. Závěrečné zhodnocení a interpretace získaných dat	32
3.1. DC 1 – interpretace výsledků.....	32
3.2. DC 2 – interpretace výsledků.....	34
3.3. DC 3 – interpretace výsledků.....	37
3.4. DC 4 – interpretace výsledků.....	39
4. Diskuze	41
ZÁVĚR	44
Seznam tabulek	45
Seznam příloh	45
Bibliografie	46

Seznam použitých zkratek

DC Dílčí výzkumný cíl

VO Výzkumná otázka

RP Rodinný příslušník

ÚVOD

Problematika paliativní a hospicové péče je dle mého názoru v dnešní době velmi opomíjené téma. Často přemýšlím nad tím, proč společnost toto téma odmítá přijmout jako součást životní etapy, nebo proč termín paliativní a hospicová péče nezná. Smrt je přirozenou součástí našeho života a neměli bychom na tuto problematiku zapomínat, je důležité na téma reagovat a nebát se o něm hovořit. Někdy mám pocit, že mnoho lidí má z této problematiky strach a nechtějí být informováni o možnostech využití paliativní či hospicové péče. Často se o tuto problematiku zajímají až lidé, kteří mají ve svém blízkém okolí pacienta v terminálním stádiu života a na tuto situaci nejsou dostatečně připraveni nebo takovou skutečnost odmítají přijmout. V současné době je mnohem více možností než v minulosti, ale stále nejsme schopni vyléčit všechna onemocnění. V tématu paliativní a hospicové péče je velmi důležité též věnovat velkou pozornost rodině a pozůstalým. V tomto jsem přesvědčena o důležité roli pomoci sociálního pracovníka, ať už v nemocničním zařízení či v zařízení hospicového typu. K tématu bakalářské práce mě právě vedla skutečnost, že již čtyři roky pracuji na pozici sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení na oddělení, kde se nejvíce setkávám s pacienty, kteří vyžadují onkologickou léčbu či se seniory a ráda bych o této problematice zjistila více informací. Dle mého názoru sociální práce v paliativní či hospicové péči je velmi náročná, ale také hodně potřebná a mnoho lidí netuší, co tato práce obnáší. **Hlavním cílem této bakalářské práce bude pohledem sociálního pracovníka v soukromém zdravotnickém zařízení zjistit problémy a potřeby rodinného příslušníka u terminálně nemocných v tomto zařízení.**

V úvodních kapitolách jsou vysvětleny základní pojmy paliativní a hospicové péče z pohledu jednotlivých autorů, ale bude zde také zmíněn multidisciplinární tým v paliativní péči, který je, dle mého názoru velmi důležitý a nesmí být opomíjen. Dále se budu věnovat v bakalářské práci sociálnímu pracovníkovi, který je úzce spojen jak s pacientem, tak i s rodinou. Tato pozice sociálního pracovníka není leckdy jednoduchá, ale často je náročná a vyžaduje jak odborné znalosti, tak také velmi záleží i na osobnosti pracovníka. Sociální práce u terminálně nemocných je v některých situacích velký psychický nápor a je důležité tyto emočně vypjaté situace profesionálně zvládnout, abychom předešli syndromu vyhoření.

Poslední část mé práce je zaměřena na výzkum. Ve svém výzkumu budu používat kvalitativní výzkumnou strategii, formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor bude probíhat v soukromém zdravotnickém zařízení s rodinnými příslušníky od terminálně nemocných. Rozhovorem se pokusím zjistit problémy a potřeby těchto rodinných příslušníků. Věřím, že výsledky výzkumu budou nápomocny pro sociální pracovníky, kteří pracují s terminálně nemocnými ve zdravotnickém či hospicovém zařízení.

1. TEORETICKÁ ČÁST

První část teoretické práce bude zaměřena na objasnění základních pojmů, které se vážou k paliativní a hospicové péči. Dále se práce bude věnovat sociálnímu pracovníkovi a sociální práci v kontextu s paliativní a hospicovou péčí a poslední kapitola teoretické části bude věnována rodině terminálně nemocných.

1.1. Paliativní péče

Kapitola bude nejprve zaměřena na vymezení a rozdělení paliativní péče. Dále se práce bude věnovat definici a vymezení péče, která se neustále vyvíjí a není tedy k dispozici jednotná definice tohoto pojmu. V další podkapitole budou zmíněny druhy a formy poskytování paliativní péče a v poslední části první kapitoly bude popsán multidisciplinární tým, který je velice důležitý a neměl by být opomíjen, je jedním z důležitých prvků v paliativní péči.

1.1.1. Definice paliativní péče

Paliativní péče je základní péče o smrtelně nemocného člověka. Paliativní péči si můžeme rozdělit na slova paliativní, což je odvozeno od latinského slova pallium a znamená v překladu rouška nebo plášť a anglické slovo palliate, které znamená mírnit, tišit. *„Tato etymologie naznačuje, co je úkolem paliativní péče: „zakrýt“ hojivou rouškou účinky nevyléčitelné nemoci, či poskytnout plášť, těm kteří byli ponecháni na mrazu, protože jim léčba nemůže pomoci (Bužgová, 2015 s.16).* Odborná literatura uvádí mnoho podobných definic paliativní péče.

Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1990 vymezila, že paliativní péče je: „*Aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin*“ (Bužgová, 2015, s.16). Kurativní léčbou rozumíme péči o pacienta, která má za cíl úplné vyléčení pacienta (Svatošová,2011). Sláma, Vorlíček, Miscinová (2005, s.1) uvádějí, že „*paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout i podporu jeho blízkým*“. Kalvach a kol. (2010, s.12) zmiňuje, že: „*Paliativní péče je také cílevědomá, ucelená (komplexní) kvalifikovaná podpora lidí se závažným, nevléčitelným a živo zkracujícím onemocněním (zdravotním stavem) a také rodin těchto lidí.*“ Standardy paliativní péče uvádějí, že paliativní péče je i mimo jiné založena na multiprofesní spolupráci a sjednocuje lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální a spirituální aspekty (Sláma, Špinková, Kabelka,2013, s.5). Paliativní péče zahrnuje péči o pacienta, rodinu a komunitu. Umírání a smrt je normální proces a smrt neurychluje, ani neoddaluje. „*Usiluje o zachování maximální možné kvality žití až do konce života*“. (Radbruch, Payne a kol., 2010, s.14).

Světová zdravotnická organizace (WHO) stanovila i základní zásady paliativní péče a rozšířila tudíž definici paliativní péče. Dle WHO paliativní péče poskytuje úlevu od bolestí a dalších příznaků, podporuje život a na umírání přihlíží jako na přirozený proces, neusiluje o oddálení, ani urychlení smrti, nabízí systém podpory, aby pacienti mohli žít co nejaktivněji až do smrti, využívá týmové práce pro uspokojení pacientových potřeb a jejich rodin, poskytuje podporu a psychologické poradenství v období zármutku, usiluje o zlepšení kvality života a může někdy ovlivnit průběh nemoci (Dop. Rec,2003, s. 22).

Paliativní péče je velmi důležitá, potřebná a měla by být poskytnuta všem umírajícím, nehledě na to, zda se nacházejí ve zdravotnickém zařízení, v hospicu, v zařízení sociální péče, či v domácí péči s rodinou. Jak již bylo zmíněno, definic paliativní péče je mnoho a mají také hodně společných aspektů. Ty nejdůležitější aspekty jsou, že paliativní péče je aktivní péče, která pomáhá lidem s nevléčitelným

onemocnění, zmírňuje bolest a je zde podpora i jejich rodin. Ačkoliv se paliativní péče řadí mezi mladé obory, neměla by být opomíjena a měla by se i nadále rozvíjet. Z pohledu sociálního pracovníka vím, že je značně důležité se věnovat jak pacientovi, tak na druhou stranu také právě i rodině, která prochází nelehkým životním obdobím.

1.1.2. Formy a druhy paliativní péče

Paliativní péče je poskytována na úrovni obecné paliativní péče a specializované paliativní péče. Tudiž je tedy rozdělena podle komplexnosti nabízených služeb.

- **Obecnou paliativní péčí** by měly být schopni umět a zvládnout všichni zdravotníci bez ohledu na místo poskytování této péče. Pacienti se mohou nacházet v domácí péči, v nemocnici, v léčebně dlouhodobě nemocných či v sociálních zařízeních. Hlavní úlohou je rozhovor s pacientem, rozpoznání prvních příznaků nemoci, vyhodnocení léčby a další možnosti léčby. Důležitou roli zde hraje i praktický lékař, který tuto péči poskytne ve spolupráci s rodinou, pečovatelskou službou, domácí zdravotnickou službou, nebo ambulantními specialisty, kteří by měly být k dispozici. Větší část z celkového objemu paliativní péče je poskytnutá v rámci primární péče a má charakter obecné paliativní péče (Sláma, Špinková, Kabelka, s. 6, 2013).
- **Specializovaná paliativní péče** je aktivní odborná péče, která je poskytována odborníky, kteří jsou v tomto oboru speciálně vzdělaní. Péče je poskytována ve speciálních institucích, kde jsou odborníci zaměřeni na pacienty s komplexními problémy, které většinou nejsou schopny řešit v jiných zdravotnických zařízeních (Sláma, Špinková, Kabelka, s. 6, 2013).

Specializovaná paliativní péče je tvořena týmem odborníků. Jedná se o například o lékaře, zdravotní sestry, ošetřovatele, sociálního pracovníka, fyzioterapeuta, případně psychologa a dalších speciálně vzdělaných odborníků, kteří pracují na paliativním oddělení nemocnic a zdravotnických léčeben, hospiců, domácích (mobilních) hospiců, paliativních ambulancí, denních paliativních

hospicových stacionářů (paliativnicentrum.cz, 2018). V domácí péči je specializovaná péče zajištěna mobilním hospicovým týmem. Tento tým spolupracuje s praktickými lékaři, kteří mají pravidelné návštěvy s pomocí sestaveného léčebného plánu. „*Lékaři v týmu mohou mít různou základní specializaci, od roku 2005 jsou k dispozici odborníci se specializační atestací v oboru, paliativní medicína a léčba bolesti*“ (Nezbeda,2016, s.93). Dle standardů paliativní péče by měla být specializovaná péče poskytována v místě a prostředí, které nejvíce odpovídá přáním a potřebám pacienta. Přednost má poskytování péče v přirozeném sociálním prostředí, ale zároveň při poskytování péče je pravidelně přehodnocováno, zda je možné péči technicky a bezpečně zajistit ve spolupráci s rodinou a přáním pacienta. Hlavní úlohu ve specializované paliativní péči tedy hraje multiprofesní tým, který stanoví plán paliativní péče a zodpovídá za jeho realizaci a změny dle zdravotního stavu pacienta. V případě, že pacient byl propuštěn do domácí péče, či změnil jiný typ ústavní péče je potřeba pokračovat v realizaci paliativního plánu (Česká společnost paliativní medicíny,2019 s.14).

(Marková, 2010, s.21) ve své knize rozdělila specializovanou paliativní péči na:

- oddělení paliativní péče
- domácí hospice - mobilní paliativní týmy
- lůžkové hospice
- konziliární týmy paliativní péče
- ambulance paliativní péče
- denní stacionáře
- zvláštní zařízení paliativní péče (např. poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek a další)

Dále zmínila, že specializovaná paliativní péče hlavně vyžaduje týmový přístup (Marková,2010, s. 21).

1.1.3. Multidisciplinární tým v paliativní péči

Multidisciplinární tým v paliativní péči je jeden ze základních a důležitých prvků v poskytování paliativní péče. Vyrovnat se s nevléčitelnou nemocí, s truchlením či umíráním je velice náročná životní etapa a je tudíž za potřebí tým odborníků, který je nápomocen při řešení těchto náročných životních situací. Tým se skládá z lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků a náplní multidisciplinárního týmu je komplexní péče o pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí a součástí péče je i péče o jejich blízké.

Složení multidisciplinárního týmu v paliativní péči dle (Markové,2010, s.35):

- lékař
- zdravotní sestra či zdravotní asistenti
- sociální pracovník
- psycholog
- fyzioterapeut
- nutriční specialista
- duchovní pracovník

Dalšími členy multidisciplinárního týmu mohou být odlehčovací asistenti, kteří pomáhají pečujícím s každodenní péčí o domácnost, nebo dobrovolníci, kteří často poskytují odlehčovací služby, dokáží být lidem oporou, třeba pomocí rozhovorů, nebo jen samotné přítomnosti (paliativnicentrum.cz, 2014).

Členové multidisciplinárního týmu jasně vědí, co je jejich úkolem v péči o pacienta a hranice jednotlivých rolí v týmu se nepřekračují. Zásadní je v týmu komunikace, aby pacient měl stejné informace od jednotlivých odborníků. Přestože neexistují úplné důkazy k prospěchu multidisciplinárního týmu v paliativní péči, dle

doporučení Rec¹ jsou dostatečné známky toho, že týmová práce v paliativní péči přináší prospěch pacientům.

Dle Svatošové je princip týmové práce v paliativní péči velice důležitý, a to proto, že v konečné fázi života bývá pro nemocného člověka ze všeho nejdůležitější přítomnost druhé osoby (Svatošová,2008, s.129).

Sociální pracovník má v multidisciplinárním týmu také svou nezastupitelnou roli a působí hlavně jako důležitá podpora rodiny a pacienta, kde je nápomoc při řešení složitých záležitostí a koordinaci dalších návazných služeb pro pacienta v paliativní péči. Je velice důležité s klientem i s rodinou navázat úzký vztah, vytvořit si důvěru a zdvořile v rámci etiky informovat jak pacienta, tak také rodinu o možnostech využití paliativní péče. Sociální pracovníci jsou prvkem každého hospicového týmu. Johann – Christoph (2006, s.51) uvádí, že: „ *Jejich profesionální hodnoty, znalosti, dovednosti a praktické perspektivy umožňují vysoce kvalitní hospicovou péči*“.

1.2 Hospic a hospicová péče

K paliativní péči se v odborné literatuře váže slovo hospic neboli hospicová péče. Domnívám se, že tyto termíny jsou v dnešní době především rozšířeny mezi zdravotníky a sociálními pracovníky. Velice často se ve své praxi setkávám s rodinami, kterým hospic či hospicová péče nic neříká. Kapitola tudíž vymezí základní pojmy, které se vážou k této problematice. Vzhledem k postupnému vývoji hospicové péče bude zmíněna její historie a formy. V závěru kapitoly bude zhodnocena role sociálního pracovníka v hospicové péči a bude vymezena sociální práce v hospicovém zařízení.

¹ Doporučení Rec je doporučení Rady Evropy, které má poslání chránit důstojnost lidí a práv, které z ní lze odvodit.

1.2.1. Význam slova hospic a hospicová péče

Hospic a hospicová péče je zdravotně-sociální péče neboli služba pro lidi, kteří se nacházejí v terminálním stádiu života. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje hospicovou péči jako: „*Integrovanou formu zdravotní, sociální a psychologické péče poskytovanou nemocným všech indikačních, diagnostických i věkových skupinách u nichž je prognózou ošetřujícího lékaře předpokládána délka dalšího života v rozsahu méně než 6 měsíců. V rámci hospicové péče je poskytována zejména paliativní péče*“ (osobniasistence.cz, 2009). Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách vymezil hospic takto: „*Hospicem se rozumí poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby nevyčísitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta.*“ (zakonyprolidi.cz, 2010). Hospicová péče si klade za cíl naplnit všechny lidské potřeby jako jsou fyzické, emocionální, duchovní a sociální. Zaměstnanci či dobrovolníci poskytují péči na základě individuálních potřeb pacienta a jeho osobních přání (Radbruch, Payne, 2019, s.16). Dle Svatošové hospic garantuje nemocnému člověku, že nebude trpět bolestmi, bude respektována jeho lidská důstojnost a nezůstane v posledních chvílích života osamocen (Svatošová,2008, s.115). Hospice nezapomínají ani na rodinu po smrti nemocného, pokud je to potřeba, věnují se pozůstalým dlouhodobě (Svatošová,1995, s. 123).

Z uvedených definic je zřejmé, že hospic a hospicová péče je orientována na lidi v terminálním stádiu života, na jejich blízké a pomáhá jim při uspokojování individuálních potřeb, což je v této nepříznivé životní situaci důležité. Hospicová zařízení většinou mají neomezené návštěvy pro rodinné příslušníky a v současné době mají možnost společných prostor, kde se nemocní i jejich návštěvy a dobrovolníci mohou scházet. Je důležité zmínit i snahu hospice vytvořit domácí prostředí, kde se nemocný bude cítit jako doma, nikoliv jako v nemocnici. Přizpůsobeno je i vnitřní vybavení hospice. Zda bude nemocný přijat na hospicové lůžko rozhoduje lékař a nemocný si v dnešní době musí podat žádost. Lékař zváží především zdravotní indikaci a možnosti hospice. Přednost dostávají nemocní, u nichž lze předpokládat úmrtí v blízké době, kterým je hospic určen především (Svatošová,1995, s. 130- 131).

1.2.2. Historie hospicové péče

V odborné literatuře je s historií hospicové péče nejvíce spojováno hospicové hnutí. Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě uvádějí, že: „*Hospicové hnutí je hnutí za občanská práva a je založeno na práci dobrovolníků*“. (Radbruch, Payne, s.46,2010). Cílem hospicového hnutí je podporovat kvalitu života až do jeho konce, kde nejdůležitější je umírající člověk se svými blízkými (Virt, s.47, 2000). Hospicové hnutí je především v odborné literatuře spojováno s jménem Cicely Saudersové, která v roce 1967 založila jako první v Londýně hospic sv. Kryštofa. Pracovala jako zdravotní sestra a sociální pracovníce a v mládí nabyla přesvědčení, že umírající potřebují specifickou péči. U nás v České republice je historie hospiců poměrně krátká a uvádí se od roku 1993, kdy lékařka Marie Svatošová založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem Ecce Homo. Ecce Homo začalo prosazovat práva pacientů a úctu k lidskému životu a chce podporovat rozvoj domácí péče a hospicového hnutí v celé České republice. První větší úspěch pro Ecce Homo bylo vybudování a otevření prvního hospicu u nás, Hospice Anežky České v Červeném Kostelci, který byl otevřen v prosinci roku 1995 a v lednu roku 1996 byli přijati první pacienti. Dalším zajímavým rokem v historii hospicové péče byl rok 1998, kdy bylo založeno sdružení poskytovatelů hospicové péče a předsedkyní byla Marie Šamánková, která informovala veřejnost o cílech sdružení a vyzvala ke spolupráci všechny, kteří se chtějí podílet o zlepšení podmínek pro umírající (Haškovcová, s.40, 41, 2000). Hospiců v této době bylo zatím 5 a byly mezi nimi určité rozdíly, ale podstata věci byla stejná. Hospic pomáhal umírajícím a jejich příbuzným prožít obtížné chvíle života bez bolesti, v klidu, v bezpečí a v přítomnosti druhých. „*Hospicová péče má tři základní formy a je organizována v lůžkové zařízení, tedy v hospici, ve stacionáři, který je součástí hospice, v domácím prostředí, kde pečující rodině pomáhají kvalifikovaní pracovníci*“ (Haškovcová, s.42, 2000).

Od poloviny 70.let se začaly také objevovat první známky o integraci hospicové péče do nemocničního prostředí, vznikaly první konziliární týmy, což jsou týmy odborníků a specialistů, kteří se zaměřují na hospicovou péči v rámci nemocnic (umirani.cz, 2004).

V dnešní době, když bychom se zamysleli nad podstatou hospicové péče, tak bychom zjistili, že podstata věci zůstává stejná. Nejdůležitější v hospicové péči je, aby lidé prožili obtížné chvíle bez bolesti, v klidu, v bezpečí a se svými blízkými. Dnešní doba je moderní a dovoluje nám sice více možností využití paliativní a hospicové péče, ale všechny tyto služby jsou zaměřeny právě na tlumení bolesti u lidí v posledních chvílích života, klid, bezpečí a strávené okamžiky v kruhu svých blízkých. Moderní paliativní a hospicová péče přispívá k dobré kvalitě života při využití týmové práce zdravotníků s nejrůznějšími znalostmi, dovednostmi a moderní medicínou.

V odborné literatuře mě zaujal citát od MUDr. Hutchinsona, který v 19.st. ve Spojených státech citoval: „ *Lékař může uzdravit někdy, ulevit často, potěšit vždycky*“ (Matoušek, s.199,2005).

1.2.3. Formy hospicové péče

Formy hospicové péče se v literatuře uvádí tři. Jedná se o domácí hospicovou péči, stacionární hospicovou péči a lůžkovou hospicovou péči.

- **Domácí hospicová péče** je forma, která se zná na první pohled nejideálnějším řešením v nepříznivé situaci při poskytování hospicové péče, ale bohužel ne vždy dostačující. Domácí hospicová péče je poskytována lidem v domácím prostředí. U této formy poskytování je důležité, aby rodina měla dobré zázemí a dobré podmínky pro poskytování této služby. Překážkou pro poskytování domácí hospicové péče může být například malý byt, kde s nemocným žijí dvě generace, nebo může být omezujícím faktorem pro poskytování této péče nedostatečná odbornost v místech, kde se tento člověk nachází. Pak i jen přechodné zhoršení zdravotního stavu člověka v paliativní péči znamená návrat do nemocnice (Svatošová,1995, s.127).

Domácí hospic má být složen z týmu profesionálů a dobrovolníků. Je odpovědný za fungování psychosociální péče, ale i za zajištění odborné léčby bolesti a má být k dispozici i rodinám po celý den (Johann – Christoph, 2006, s.95).

- **Stacionární hospicová péče** je forma poskytování taková, že pacient je do hospicového stacionáře přijat ráno a odpoledne, nebo večer odchází zpátky do domácí péče. Je zde zajímavé, že dopravu do stacionáře může zajišťovat i hospic, nebo rodina. Svatošová rozlišuje 4 důvody, proč pro nemocné je tato forma vyhovující. Prvním důvodem může být kontrola bolesti, kterou se doma nepodařilo zvládnout. Dalším důvodem je léčebný důvod například za účelem chemoterapie, nebo různé paliativní léčby. Dalším důvodem může být psychoterapeutický důvod, nejčastěji se jedná o osamělé nemocné, nebo se jedná o rodinu, která není schopna s nemocným o problémech hovořit. A v poslední řadě se může jednat o azylový důvod, kde nemoc přetrvává dlouho a nemocný si potřebuje od rodiny odpočnout a rodina od nemocného. Většinou toto pak bývá jako prevence vyčerpání rodiny, či předejití konfliktů v rodině, které by pak mohly zamrzet (Svatošová, s.127-128, 1995).
- **Lůžková hospicová péče** je poslední formou, kdy nemocný přichází na lůžko pro svůj zdravotní stav, či nedostupnost služeb domácí hospicové péče, nebo hospice od trvalého bydliště. Mohou zde pacienti přicházet na lůžko, ale zároveň i odcházet. Mnoho lidí je názoru, že na hospicové lůžko nemocní lidé přicházejí zemřít a již se nevrátí zpátky do domácí péče. Přicházejí zde dobrovolně, kdy sami cítí, že to nemohou zvládnout v domácí péči a že je to pro ně dobré a mohou zde být i opakovaně (Svatošová, s. 129,1995).

Z praxe sociálního pracovníka se domnívám, že zařízeních hospicového typu je málo. Mnoho nemocných vzhledem ke svému zdravotnímu stavu může pobývat ještě v domácí péči mezi svými blízkými, ale s podporou domácí hospicové péče, kterých je bohužel nedostatek, nebo mají plnou kapacitu zařízení. Nemocnému se také může stát, že nespadá do okruhu poskytování hospicové péče, vzhledem ke svému trvalému bydlišti.

1.2.4. Sociální práce v zařízení hospicového typu

Sociální práce se prosazovala postupně v české hospicové péči. Práce v sociální oblasti v hospicovém zařízení byla dříve také spojována s prací sester, které mohly tuto práci vykonávat v hospicovém zařízení či převést sociální práci na psychologa, který narozdíl od sociálního pracovníka měl odborný výcvik. Zastupitelnost sociálního pracovníka oproti jiným profesím se zdála větší a nutnost menší. S přibývajícím zkušenostmi a odbornými znalostmi sociálních pracovníků začala mít sociální práce své nezastupitelné místo. Sociální pracovník se již stává poradcem, který se zabývá sociálním fungováním nemocného v rámci rodiny a společnosti. Podporuje vnitřní potenciál terminálně nemocného, pomáhá mu zvládat náročné životní situace a hledá vhodná řešení nebo nemocného doprovází při akceptování nezměnitelného. Do sociální práce v zařízení hospicové péči patří zejména informační a poradenská služba. Sociální pracovník zprostředkovává informace o hospici a hospicové péči a podává informace o nabízené péči. Do sociální práce v hospicovém zařízení také spadá přijímání a evidence žádostí případných klientů, o kterých rozhoduje lékař, ale sociální pracovník podává informace nemocným a jejich rodinám o přijetí, či zamítnutí žádostí a domlouvá podrobnosti pro nástup do zařízení. Dalším důležitým momentem sociální práce v hospicovém zařízení je kontakt s přijatým klientem a rodinou, který by měl tvořit největší část sociální práce v hospicovém zařízení. Dále sociální práce v hospicovém zařízení nekončí smrtí klienta, ale pokud je to potřeba pokračuje péčí o pozůstalé, která bude popsána v poslední části práce (Student, Johann-Christoph, 2006, s. 11 – 14).

1.3. Sociálního pracovníka v paliativní a hospicové péči

Práce s terminálně nemocnými je specifická, náročná a není určena pro jakéhokoliv vystudovaného sociálního pracovníka. O. Matoušek uvádí, jak je důležité věnovat maximální úsilí, při výběru sociálního pracovníka pro zařízení hospicového typu (Matoušek, s. 205, 2005). Tudíž kapitola bude zaměřena, na ne vždy jednoduchou pozici a význam sociálního pracovníka v paliativní a hospicové péči.

1.3.1. Role a význam sociálního pracovníka v paliativní a hospicové péči

Sociální pracovník má velice důležité a nezastupitelné místo v paliativní a hospicové péči, ale bohužel v minulosti tyto pracovníci byli vnímáni spíše jako úředníci a do hospice se dostali až v pozdějším stádiu vývoje. České hospicové hnutí se rozvíjelo bez účasti sociálních pracovníků a důležitou roli v tomto hnutí sehráli silně motivovaní zdravotníci. Dodnes je práce sociálního pracovníka v zařízeních hospicového typu často nedoceněná a tuto práci leckdy suplují zdravotní sestry (Matoušek, 2005, s. 204).

Student, Johann – Christop (2006, s. 11) uvádí, že sociální pracovník v hospicovém zařízení je poradcem, který se zabývá sociálním fungováním nemocného v okruhu blízkých, jeho rodiny a zaměřuje se na pomoc při zvládnání náročných životních situacích. Podporuje vnitřní potencionál a hledá zdroje k řešení nepříznivých sociálních situacích. V odborné literatuře i přesto neexistuje pevné vymezení role sociálního pracovníka v paliativní a hospicové péči. Jakýkoliv hospic si sám určuje kompetence sociálního pracovníka, administrativní povinnosti, a i také do jaké míry budou sociální pracovníci spolupracovat s ostatními členy a informovat veřejnost o principech paliativní péče. O. Matoušek ve své knize uvádí, že sociální pracovník se zaměřuje na konkrétní sociální situaci konkrétní osoby a v tomto je hlavním přínosem pro práci v multidisciplinárním týmu. Sociální pracovník v této oblasti musí být nápomocen při řešení složitých sociálních situací, kdy potřeby nemocného a osob pečujících jsou například v konfliktu. Dále musí mít přehled o možnostech a dostupnosti vhodných služeb pro terminálně nemocné, jejich rodiny a musí být schopen pracovat i s lidmi, kteří blízkého člověka již ztratili (Matoušek, 2005, s. 205). Člověk, který se nachází v poslední fázi života je plně odkázán na péči druhých a jeho role je podřízená. Sociální pracovník by měl v první řadě přijmout jeho onemocnění a následně pomoci klientovi a jeho rodině se smířit s tím, že nemoc je součástí jeho života. Pokud se nemocný s tímto smíří, tak sociální pracovník je nápomocen v co nejkvalitnějším prožívání jeho zbytku života (Adam, Vorlíček a kol. 2004, s. 495).

Sociální pracovník by měl být důležitým prvkem a součástí týmu zařízení, měl by se účastnit porad o klientech a rodinách, spolupracovat s dobrovolníky a případně supervidovat jeho činnost (Matoušek, 2005, s. 206).

„Sociální pracovník může sehrát závažnou roli nejen při zajišťování sociální pomoci, dávek, sociálních služeb, právních úkonů, ale tak při koordinování podpory, animaci života, plnění přání a „snů“ umírajícího, při plánování zaměřeném na konkrétního člověka, při zprostředkování komunikace. Může tak být klíčovým činitelem pro smíření umírajícího s některými lidmi, pro vyslovení toho, co by nemělo zůstat vyřčeno v zájmu umírajícího i jeho blízkých v prevenci pocitů viny, včetně „základních slov“ terminální péče a umírání: „Děkuji, odpouštím, odpusť, mám tě rád(a), propouštím tě.“ Spolu s rodinou je sociální pracovník mnohdy hlavním činitelem sociální inkluze a seberealizace omezeně pohyblivých nebo zcela na lůžko upoutaných umírajících lidí“ (Matoušek, 2013, s.375). Sociální pracovníci jsou v kontaktu s terminálně nemocnými od prvního až do posledního okamžiku v jejich životě a významnou roli sehrají i v rodině nemocného. Myslím si, že práce sociálního pracovníka v paliativní či hospicové péči není pro každého. Z praxe vím, jak je důležité nemocným umět naslouchat, chápat je a mít na nemocné čas. Nicméně záleží, dle mého názoru, i na povaze člověka. Sociální pracovník musí být schopen pracovat i s lidmi, kteří utrpěli ztrátu blízkého člověka a často je to velký psychický nápor, který není vhodný pro každého sociálního pracovníka.

1.3.2. Sociální práce s klientem a přístup ke klientovi v terminálním stádiu života

Sociální práce s klientem v terminálním stádiu života je založena na doprovázení nemocného a jeho rodiny v obtížné životní etapě. Práce s klientem v terminálním stádiu nemoci, nejvíce spočívá v praktické a emoční podpoře nemocných, a to i v případě, že nemocný je v konfliktu s rodinou (Matoušek, 2005, s.205). „Sociální pracovník může sehrát závažnou roli při zajišťování sociální pomoci, dávek, sociálních služeb, právních úkonů, ale také při koordinování podpory, animaci života, plnění přání a snů umírajícího, při plánování zaměřeném na konkrétního člověka, při zprostředkování komunikace“ (Matoušek, 2013, s. 375).

Při doprovázení umírajících by měl sociální pracovník jednat opravdově a být autentický. Dle mého názoru je důležité si s nemocným vytvořit vztah, který je založený na důvěře a podpoře. Pracovník by měl mít ovšem na nemocného čas a měl by mu být schopný naslouchat. O. Matoušek (2013, s. 374) ve své knize uvádí, že

základním přístupem k terminálně nemocným by měla být pravda a opravdovost. Umírající by měl být přiměřeně, srozumitelně informován o svém zdravotním stavu, diagnózách a povaze svého onemocnění. Zároveň nemocný má právo tyto informace odmítnout. Předání informací o zdravotním stavu by mělo být šetrné a nemělo by odmítat naději, ale zároveň nabízet úlevná témata o konkrétních opatření a na ně se soustředit.

Sociální práce s klientem v zařízení hospicového typu zahrnuje seznámení se s potřebami nemocného a jeho rodiny, sociální pracovník by měl vytvořit optimální podmínky terminálně nemocnému a jeho rodině, aby mohl jak nemocný, tak rodina vyjádřit své pocity, naslouchat nemocnému.

1.3.3. Obtížné situace očima sociálního pracovníka v paliativní péči

Sociální pracovník, který doprovází terminálně nemocné musí mnohokrát čelit hodně náročným a psychicky vypjatým situacím. Často se ve své praxi setkávám s terminálně nemocnými, kteří nemají rodinu nebo o ně rodina nejeví zájem. Pro sociálního pracovníka tato situace představuje mnohem více času, který musí věnovat nemocnému a leckdy i stres. Nejsilnější vazby mají nemocní právě s rodinou. Lidé mají mnohokrát tak složité životní příběhy, že sociální pracovník není schopen je vyřešit. Může nastat i situace, kdy pracovník pak nahrazuje nemocnému rodinu, pokud jí nemá nebo rodina nejeví zájem o nemocného.

Další obtížná situace může nastat, když nemocný má pocity strachu, že vlivem delší hospitalizace na něho rodinní příslušníci zapomenou. Nebo také, že vlivem ztráty soběstačnosti rodině přitíží (Haškovcová, 1990, s. 271). Jelikož sociální pracovník bývá často první, kdo je v kontaktu s pacientem, tyto situace se snaží nemocný řešit právě s ním.

1.3.4. Syndrom vyhoření u sociálního pracovníka

Klienti a nemocní mají často ne jeden, ale více problémů, které nejsou schopni vlastními silami řešit a mnohokrát od sociálního pracovníka očekávají více, než jim může poskytnout. „*Kromě zátěže, kterou představují klientova nereálná očekávání a jeho různá znevýhodnění, se pracovníkovi mohu stavět do cesty ještě systémové*

překážky – například neexistence nebo nedostupnost služeb, jež by klient potřeboval“ (Maroon,Istifan, 2012, s.7). Leckdy poté sociální pracovník upadá do stresu a syndromu vyhoření.

Syndrom vyhoření je v dnešní době obecně známý jev a v odborné literatuře najdeme mnoho definic. Matoušek (2003, s.55) uvádí, že,*„Syndrom vyhoření je soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého pracovního stresu.“* Venglařová (2007, s.80) ve své knize uvádí, že, *„ U syndromu vyhoření jde o stav fyzického, psychického a emocionálního vyčerpání. Vyčerpání je způsobeno dlouhodobým setrváním v emocionálně těžkých situacích a přichází v souvislosti s pracovní zátěží u jinak zdravých jedinců“*.

Nejnáročnější sociální práce, která vede k syndromu vyhoření je práce s klienty, kteří jsou v daném zařízení nedobrovolně, může se jednat o věznice, výchovná zařízení apod., nebo právě s lidmi umírajícími, ať už v domácím prostředí, v hospici, nemocnici, či v domově pro seniory (Matoušek, 2003, s.55).

Matoušek (2003, s. 56) ve své knize popisuje, jak se u sociálních pracovníků může projevit syndrom vyhoření:

- Sociální pracovník trvá na standartních a zavedených postupech, nechce nic změnit a ztrácí schopnost tvořivě pracovat.
- Práci věnuje minimální energii a více se angažuje v mimopracovních aktivitách
- Sociální pracovník má neangažovaný vztah ke klientům a vyhýbá se delším kontaktům s nimi.
- Pracovník dává přednost administrativním úkonům a činnostem před kontaktem s klienty.
- Omezuje kontakty se spolupracovníky a někdy má s nimi i konflikty.
- Sociální pracovník trpí pocitu vyčerpání a únavy
- V ojedinělých případech se může jednat i o zneužívání klientů ze strany sociálního pracovníka.

Zpravidla nejvíce se v literatuře uvádí, že syndrom vyhoření u sociálních pracovníků se nejčastěji projevuje emočním vyčerpáním, pocitem neschopnosti, osobním selháním či depersonalizací.

Zajímavá myšlenka je, že: „*Sociální pracovníci si přejí měnit životy svých klientů a ovlivňovat sociální politiku. Očekávají, že jejich příspěvek pro zdraví a blaho druhých by je mohl mentálně a duchovně uspokojit*“ (Maroon, Istifan, 2012, s. 12).

Abychom, jako sociální pracovníci předešli syndromu vyhoření, je důležité dodržovat některé zásady.

- Sociální pracovník by měl být kvalitně připraven na profesi v potřebných sociálních dovednostech a měl by mít dostatečně dlouhou praxi s klienty srovnatelného typu, s jakou se pak pracovník setká v instituci, kde bude pracovat.
- Pracovník by měl být řádně zaškolen a seznámen s posláním organizace a metodami práce.
- Je dobré, aby pracovník znal svojí profesionální roli a náplň práce.
- Sociální pracovník by měl mít možnost využít profesionálního poradenství, které je poskytnuté zkušeným odborníkem v instituci, nebo jinde.
- Značně důležité u této profese je, aby měl pracovník průběžné supervize.
- Sociálnímu pracovníkovi by měly být umožněny případové konference jako pomůcka při řešení složitých sociálních situací klientů, v jedné instituci, nebo s účastí pracovníků několika spolupracujících institucí.
- Práce sociálního pracovníka by měla být v kombinaci s přímou prací s klienty, a s jinými činnostmi, které nezahrnují přímou práci s klienty.
- Při náročných sociálních situacích se skupinami klientů, by neměl být sociální pracovník sám, nýbrž by mělo být nasazeno více pracovníků (Matoušek, 2003, s.58).

Sociální práce s lidmi v terminálním stádiu života není vhodná pro každého sociálního pracovníka a je důležité i právě v této oblasti předejít syndromu vyhoření.

Z praxe vím, že bohužel některé instituce nemají k dispozici pro sociální pracovníky supervize, či neumožňují případové konference. Sociální pracovník tudíž nemá možnost profesionálního poradenství, či nemá k dispozici náhled jiných odborníků na řešení nepříznivých sociálních situací. K řešení situací může a nemusí leckdy pomoc i rodina, která bude vymezena v další kapitole.

1.4. Rodina v kontextu paliativní a hospicové péče

Významnou a potřebnou roli v paliativní a hospicové péči má rodina. Zdravotní sestra ani sociální pracovník nemůže rodinu nikdy a ničím nahradit, ale může jim pomoci zůstat spolu navzájem v kontaktu. Z praxe vím, že kontakt mezi rodinou a nemocným je velice důležitý v terminálním stádiu života.

Rodina poskytuje péči a ochranu svým blízkým, zvláště v obdobích, kdy nejsou ve stavu se o sebe schopni postarat (Bužgová, 2015, s. 113). Světová zdravotnická organizace (WHO) vymezila, že za základní jednotkou paliativní péče je považována právě rodina. Podpora rodiny v období smutku je v tomto nelehkém období pokládána za základní součást paliativní péče. Pro rodinné příslušníky období smutku již začíná ještě před smrtí milované osoby, protože paliativní fáze nemoci je jak pro rodinu, tak pro nemocného, obdobím podstupujícím ztráty. Pomoc a podpora rodiny je tudíž velice důležitá a začíná již při stanovení diagnózy. V paliativní péči jsou za rodinu považovány osoby, které jsou pro terminálně nemocného významné a důležité, bez ohledu na příbuzenský vztah a které za rodinu sám nemocný považuje (Bužgová, 2015, s. 113). Jestli-že umírá rodinným příslušníkům milovaná osoba, rodina bývá velice zasažena v mnoha ohledech. S umírajícím trpí, předjímají ztrátu a jsou někdy konfrontováni s vlastní smrtelností a všemi nejistotami a strachy. Díky takovýmto událostem hospice poskytují péči i rodině, která musí čelit náročným životním situacím (Student, Johann-Christoph, 2006, s. 63).

Hospicové hnutí vyvodilo závěr, že: *„Péči potřebují všichni zúčastnění, jak umírající, tak jejich příbuzní“*. (Student, Johann-Christoph, 2006, s. 64). Rodinní příslušníci mají poté mnohokrát svá přání úzce propojena s přáním umírajících, trápí-li se umírající, trápí se rodinní příslušníci také (Student, Johann-Christoph, 2006, s.65).

Cílem paliativní péče zaměřené na rodinu je zvyšovat kvalitu života rodiny u terminálně nemocného člověka (Bužgová, 2015, s.113).

Z uvedeného je tedy zřejmé, že rodinní příslušníci terminálně nemocných musí jednoznačně čelit velkým nárokům, které na ně i na pacienta klade onemocnění. Období smutku je doprovázeno strachem a příbuzní, kteří mají před očima blízkou smrt milované terminálně nemocné osoby mají strach, který je obdobný obavám nemocného. V odborné literatuře je tento strach rozdělen a popsán.

- Strach z nejistoty – mnozí lidé se bojí smrti a nemají potuchy, jak ke smrti přistupovat v domácím prostředí, tudíž volí variantu, nemocného svěřit do instituce. Podstatným krokem pro potlačení strachu z nejistoty je otevřený rozhovor s nemocnými i příbuznými, aby měly jasné informace o blížící se smrti.
- Strach z utrpení – utrpení je pro mnoho lidí spojeno s bolestí. Tento druh strachu také platí i pro rodinné příslušníky. Značnou roli v tomto nesou lékaři a moderní léčba bolesti, kde lékaři a pracovníci v hospicové péči či ve zdravotnickém zařízení udělají maximální podporu rodině, aby mohla být na blízkou a zmírní bolesti nemocnému.
- Strach ze ztráty – ztráta milovaného člověka znamená bolestivé odloučení, které mnohdy probíhá již při umírání. V takové situaci je na místě pomoc a podpora pomocníků, kteří jsou schopni rozprout komunikaci mezi zúčastněnými. Zde je důležité, aby rodina s umírajícím dokázala žít svůj normální, všední, plnohodnotný život, aby si připouštěli a vyjadřovali své pocity, a tudíž by se mohly vnitřně spolu připravit na umírání. Tímto způsobem by mohly předejít strachu ze ztráty.
- Strach ze selhání – tento strach je vyvolán smutkem, aby se zmírnily, musíme odstranit jejich příčinu. Je důležité pro potlačení strachu, podpora personálu, odvaha neutíkat a vydržet bolestivý proces. Příkladem můžou být rozhovory o dříve nevyřešených věcech, o citech (Student, Johann-Christoph, 2006, s. 65 - 66).

Sociální pracovník v hospicovém zařízení či ve zdravotnickém zařízení by si měl, dle mého názoru, vytvořit čas na rodinu i pacienta, který se nachází v terminálním stádiu života. Je důležité vzbudit důvěru jak u nemocného, tak také u rodiny. Na tuto problematiku navazuje empirická část mé práce, kde budou

výzkumem zjišťovány problémy a potřeby rodinných příslušníků terminálně nemocných.

1.4.1. Podpora a pomoc rodinným příslušníkům od terminálně nemocných

Z výše uvedené kapitoly vyplývá, že rodina je pro terminálně nemocného člověka velice důležitá a přínosná, ale zároveň rodinní příslušníci leckdy potřebují pomoc a podporu v nelehkém životním období nemocného. Myslím si, že podpora rodiny by měla být v tomto případě přiměřená, jelikož existují rodiny, které o podporu a pomoc ze strany sociálního pracovníka nestojí a odmítají ji. V tomto případě by mělo být i respektováno soukromí rodiny. Sociální pracovník by měl mít optimální odstup, aby nebylo narušeno toto soukromí. Bužgová (2015, s. 136) ve své knize uvedla, že péče o rodinné příslušníky v paliativní péči zahrnuje čtyři vhodné intervence, které vycházejí z potřeb rodiny od terminálně nemocných. Jedná se v první řadě o pohodu nemocného, o informovanost rodiny, emocionální podporu a také o praktickou pomoc rodině.

Je dobré, rodinu co nejdříve propracovat ke smíření a akceptaci, aby mohly s umírajícím strávit zbývající čas intenzivně a plněji. Tento přístup vede ke zmírnění jejich utrpení a sociální pracovník rodině ukáže, jak vede cesta dál (Svatošová, 2008, s. 130). Někdy se setkáváme i s rodinnými příslušníky, kteří mají často pocity viny, že nedokáží umírajícímu poskytnout adekvátní péči, jakou mít mají. Je dobré v tento okamžik rodinu ocenit za to, co všechno pro nemocného dělají a zároveň dodat vysvětlení, že jeden člověk nemůže zvládnout všechno (Marková, 2010).

Zvláštní pozornost je věnována zejména pomoci a podpoře ohroženým skupinám. Jedná se o rodiny, které v krátkém časovém rozhraní prožívají více stresových událostí. Může se jednat například o více úmrtí v rodině v krátké době, ztrátu zaměstnání, odchod do důchodu a jiné emočně vypjaté situace, které mohou vést ke stresovým záležitostem. Dále to mohou být rodiny, které mají s umírajícím neobvyklý vztah, jedná se o lidi, kteří žili svůj celý život jeden pro druhého a jsou na sebe fixováni. V poslední řadě bychom neměli zapomínat i na lidi, kteří trpí úzkostmi, depresi, nebo trpí agresivním chováním, či jsou duševně nemocné. Důležitým úkolem sociálního pracovníka je rozpoznat tyto ohrožené skupiny a věnovat jim intenzivnější podporu a pomoc (Marková, 2010, s. 84).

1.4.2 Volba rodiny mezi domácí hospicovou péčí a lůžkovou hospicovou péčí

Jako sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení se mnohokrát setkávám s pacienty a rodinami, kteří často přemýšlí nad tím, zda je vhodné a vůbec zvládnutelné terminálně nemocného ponechat v domácí péči za pomoci mobilních hospiců, či nemocného umístit do lůžkového zařízení hospicového typu. Rodina nemocného se často dostává do situací, kdy není schopna rozpoznat a vyřešit tuto nepříznivou sociální situaci, a tudíž se rozhodne pro pomoc sociálního pracovníka či praktického lékaře. Někteří rodinní příslušníci se obávají, že nebudou schopni poskytnout adekvátní péči v domácím prostředí nemocného, tudíž si netroufají převzít péči o nemocného, nebo odmítají možnost zůstat s nemocným v hospicovém zařízení. Jelikož rodina nemocného často neví, jak se onemocnění bude vyvíjet, jaké problémy mohou nastat, tak se péče v domácím prostředí obávají. V tomto je důležité rodinu ubezpečit, že péči zvládnou a v případě nouze mají k dispozici domácí paliativní tým, který jim je nápomocen při poskytování paliativní péče (Marková, 2010, s. 80). Ačkoliv spousta nemocných a rodin touží po pobytu v domácí péči s podporou domácí paliativní péče, je nutné, aby byly splněny podmínky. V první řadě je zde zařazena rodina, kde by měl být k dispozici alespoň jeden rodinný příslušník, který bude ochoten se o klienta celodenně starat a pečovat za pomoci týmu odborníků, který při náhlém zhoršení zdravotního stavu přijede ke klientovi. Stejně tak by měl být tým odborníků nápomocný i rodině, která může potřebovat péči i v noci. Mnoho pacientů si přeje zůstat v domácí péči s podporou rodiny, která celodenně pečuje, ale pokud se náhle zhorší jejich zdravotní stav, jsou odvezeni do nemocničních zařízení a umírají právě tam (Marková, 2010, s. 22).

1.4.3 Péče o pozůstalé

V případě nutnosti, hospicová péče nekončí smrtí pacienta, ale pokračuje péčí o pozůstalé, jak zde již bylo zmíněno. Standardy paliativní péče (2013, s. 15) uvádějí, že: „*Po úmrtí pacienta je rodině pacienta poskytnuta bezprostřední rada a pomoc a je nabídnuta systematická podpora v období truchlení*“. V odborné literatuře je péče o pozůstalé z hlediska sociální práce poskytnuta zejména formou rozhovoru, poskytnutím praktických rad, a nebo především empatickým nasloucháním. V hospicovém zařízení se po úmrtí klienta uzavírá ošetrovatelská

dokumentace, u které je důležité, aby sociální pracovník rozhodl o dalším kroku, zda se s konkrétní rodinou bude i nadále pracovat. O. Matoušek (2005,s.206) uvádí že: „*Aby rozhodnutí bylo objektivní, je třeba odpovědět na otázky týkající se varovných známek a rizikových faktorů*“. Příkladem jsou otázky typu:

- „*Byl někdo na zemřelého zvláště silně citově závislý?*“
- „*Ztratil někdo úmrtím pacienta domov?*“
- „*Byl někdo v rodině na smrt nepřipraven?*“
- „*Je někdo z pozůstalých duševně nemocný?*“
- „*Mluvil někdo z pozůstalých o sebevraždě?*“
- „*Byl v rodině vážný nesoulad?*“

Sociální pracovník dle odpovědí rozhodne, zda kontakt s rodinou udržovat, s kým a jakou formou. Někdy pomoc v období truchlení rodina vyhledá sama, ale může se stát, že pozůstalí i o pomoc sociálního pracovníka nestojí. Možnosti pomoci pozůstalým jsou různé, jedná se nejčastěji o korespondence, telefonní spojení, osobní návštěvu, zprostředkování kontaktů a různé další druhy pomoci (Matoušek, 2005, s. 207). V dnešní době hospicová zařízení nabízejí různé vzpomínkové akce, kdy jsou pozůstalí pozváni do hospicového zařízení a mohou společně zavzpomínat na své blízké. K dispozici jsou zdravotníci a sociální pracovníci, kteří pečovali o jejich blízké. Dle mého názoru je společné posezení pro některé pozůstalé velice přínosné.

1.5. Shrnutí teoretické části

Teoretická část práce byla zaměřena nejprve na základní pojmy a definice z úhlu pohledu jednotlivých autorů v oblasti paliativní a hospicové péče. V další části práce byly popsány formy a druhy poskytování paliativní péče, které bylo nutné zmínit z hlediska dalších rozdělení služeb a poskytování péče. Nebyl zde opomenut ani multidisciplinární tým, kde je vysvětleno proč je tento tým, tak nezbytný v péči o terminálně nemocné a jaký má přínos právě pro sociální práci. Další kapitola byla věnována hospicové péči a důležitosti sociální práce a sociálního pracovníka v této oblasti. Jelikož je sociální práce náročnou a někdy velice stresující profesí, je důležité předejít syndromu vyhoření, který byl v další části práci také popsán. V hospicové a paliativní péči je dalším významným faktorem i rodina, která má velký význam pro nemocného a je pomocníkem i pro práci sociálního

pracovníka. V práci je zmíněna podpora a pomoc ze stran sociálních pracovníků směrem k rodině, kde v praktické části práce budou zjišťovány problémy a potřeby těchto rodinných příslušníků. Z praxe sociálního pracovníka jsou zde zmíněny i nepříjemné situace, kterým musí čelit jak rodina, tak také i sociální pracovník v této oblasti péče. Závěr teoretické části jsem věnovala péči o pozůstalým, který k sociální práci v hospicové péči patří. V práci byly použity základní pojmy, které vedou k pochopení paliativní a hospicové péče a budou přínosem pro praktickou část bakalářské práce.

2. Metodická část

Metodická část bakalářské práce bude zaměřena na hlavní cíl práce, na vymezení dílčích cílů a na jejich transformaci do tzv. transformační tabulky. První částí práce popíše a zdůvodní zvolenou výzkumnou strategii. Dále práce bude zaměřena na popis a realizaci výzkumu a v závěru metodické části práce budou zmíněna možná rizika a etika výzkumu. Poslední část empirické práce bude věnována analýze a interpretaci získaných dat.

2.1. Formulace výzkumných cílů

Základním cílem mé práce je **pohledem sociálního pracovníka v soukromém zdravotnickém zařízení zjistit problémy a potřeby rodinného příslušníka u terminálně nemocných v tomto zařízení.**

Na základě zvoleného hlavního cíle jsem si rozčlenila dílčí cíle (DC) a podcíle:

DC I. Zjistit míru spokojenosti rodinných příslušníků s uspokojováním sociálních potřeb ze strany sociálního pracovníka v zařízení.

DC I. 1. Zjistit, zda rodinným příslušníkům byl sociální pracovník k dispozici.

DC I. 2. Zjistit, zda rodinní příslušníci vědí, na jaké sociální služby se mají obrátit.

DC I. 3. Zjistit, zda rodinným příslušníkům bylo srozumitelně odpovězeno na jejich dotazy.

DC I. 4. Zjistit, zda rodinným příslušníkům byl sociální pracovník nápomocný při řešení nepříznivé sociální situace.

DC II. Zjistit, zda rodinní příslušníci mají dostatek informací o paliativní péči ze strany lékaře.

DC II. 1. Zjistit, zda rodinným příslušníkům byl srozumitelně vysvětlen a popsán zdravotní stav pacienta v paliativní péči.

DC II. 2. Zjistit, zda rodinným příslušníkům byly informace ze strany lékaře podány empatickým způsobem.

DC II. 3. Zjistit, zda byl lékař rodinným příslušníkům k dispozici.

DC II. 4. Zjistit, zda se rodinným příslušníkům lékař dostatečně věnoval.

DC III. Zjistit míru spokojenosti rodinných příslušníků se sociálními pracovníky v sociálních zařízeních, kam byly odkázáni, kde poskytujících paliativní a hospicovou péči.

DC III. 1. Zjistit, zda se rodinným příslušníkům sociální pracovník dostatečně věnoval.

DC III. 2. Zjistit, zda rodinným příslušníkům sociální pracovníci srozumitelně předali informace o zařízení.

DC IV. Zjistit, zda rodinní příslušníci mají dostatek informací o navazujících sociálních službách, které se zabývají paliativní a hospicovou péčí.

DC IV. 1. Zjistit, zda rodinní příslušníci mají přehled o dostupných zařízeních hospicového typu.

DC IV. 2. Zjistit, zda rodinní příslušníci mají přehled o dostupných službách domácí hospicové péče.

2.2. Zdůvodnění zvolené výzkumné strategie

Pro metodickou část své práce jsem využila kvalitativní výzkumnou metodu konkrétně polostrukturovaný rozhovor. Kvalitativní výzkum jsem použila, neboť mi umožní na základě osobních rozhovorů zkoumat témata do hloubky s menším počtem respondentů. Reichel (2009, s. 40) ve své knize uvádí, že: „*Kvalitativní přístup představuje řadu rozdílných postupů, které se snaží najít porozumění zkoumanému sociálnímu problému*“.

Jelikož jsem věděla, že rodiny terminálně nemocných se nacházejí v nelehké situaci a bude zapotřebí změnit pořadí otázek či přidat další otázky vzhledem k nepříjemným okolnostem, proto jsem pro svůj výzkum zvolila právě polostrukturovaný rozhovor. Reichel (2009, s. 111) ve své knize uvádí, že polostrukturovaný rozhovor se vyznačuje právě tím, že výzkumník má předem připravené výzkumné otázky, u kterých může měnit pořadí. Dle mého názoru vybraná forma rozhovoru byla pro výzkum zvolena i z důvodu větší volnosti vedení rozhovoru. S rodinnými příslušníky jsem chtěla navázat přirozený kontakt a umožnit

možnost volně hovořit, ale zároveň také splnit podmínku získání všech odpovědí na otázku.

2.3. Transformace dílčích cílů do výzkumných otázek

Tabulka č. 1 - Přehled transformace 1. dílčího cíle do výzkumných otázek

DÍLČÍ CÍLE	PODCÍLE	OKRUHY	VÝZKUMNÉ OTÁZKY
DC. I. Zjistit míru spokojenosti rodinných příslušníků s uspokojováním sociálních potřeb ze strany sociálního pracovníka v zařízení.	DC I.1. Zjistit, zda rodinným příslušníkům byl sociální pracovník k dispozici.	Dostupnost sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení	VO 1: Byl Vám při návštěvě v zařízení dostupný sociální pracovník?
			VO 2: Měla jste možnost při řešení složitých životních situací se obrátit na sociálního pracovníka i telefonicky?
			VO 3: Při nepřítomnosti sociálního pracovníka, Vám byl k dispozici i jiný sociální pracovník?
	DC I.2. Zjistit, zda rodinní příslušníci vědí, na jaké sociální služby se mají obrátit.	Potřeba sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení	VO 4: Poskytl Vám sociální pracovník nějaké možnosti umístění pro vašeho blízkého?
			VO 5: Víte, kdo Vám poskytne informace o přijetí terminálně nemocného do hospicového zařízení?
	DC I. 3. Zjistit, zda rodinným příslušníkům bylo srozumitelně odpovězeno na jejich dotazy.	Kvalita informací ze strany sociálního pracovníka	VO 6: Dokázal Vám sociální pracovník odpovědět na všechny Vaše dotazy?
			VO 7: Rozumíte odpovědím sociálního pracovníka? Bylo Vám vše odpovězeno srozumitelně?
	DC I. 4. Zjistit, zda rodinným příslušníkům byl sociální pracovník nápomocný při řešení nepříznivých sociálních situacích.	Empatický přístup sociálního pracovníka	VO 8: Věnoval Vám sociální pracovník dostatek času při řešení nepříznivých sociálních situacích?

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka č. 2 - Přehled transformace 2. dílčího cíle do výzkumných otázek

DÍLČÍ CÍLE	PODCÍLE	OKRUHY	VÝZKUMNÉ OTÁZKY
DC II. Zjistit, zda rodinní příslušníci mají dostatek informací ze strany lékaře o paliativní péči.	DC II. 1. Zjistit, zda rodinným příslušníkům byl srozumitelně vysvětlen a popsán zdravotní stav pacienta v paliativní péči.	Kvalita sdělených lékařských informací rodinným příslušníkům	VO 9: Byly Vám vysvětleny všechny nesrozumitelné a cizojazyčné pojmy?
			VO 10: Vysvětlil Vám lékař všechny možnosti a rizika spojená s paliativní léčbou?
	DC II. 2. Zjistit, zda rodinným příslušníkům byly informace ze strany lékaře podány empatickým způsobem.	Empatický přístup lékaře k rodinným příslušníkům	VO 11: Byl/a jste spokojen/á s jednáním lékaře?
			VO 12: Byly Vám informace o zdravotním stavu předány v klidu a diskrétním způsobem?
	DC II. 3. Zjistit, zda byl lékař rodinným příslušníkům k dispozici.	Dostupnost lékaře	VO 13: Byl Vám dostupný lékař ve zdravotnickém zařízení?
			VO 14: Měl/a jste možnost lékaře kontaktovat i telefonicky? Byl dostupný?
	DC II. 4. Zjistit, zda se rodinným příslušníkům lékař dostatečně věnoval?	Časová dotace lékaře vzhledem k rodinným příslušníkům	VO 15: Měl/a jste při rozhovoru s lékařem dostatek času na případné otázky?
			VO 16: Odpověděl Vám lékař na všechny Vaše případné otázky?

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka č. 3 - Přehled transformace III. dílčího cíle do výzkumných otázek

DÍLČÍ CÍLE	PODCÍLE	OKRUHY	VÝZKUMNÉ OTÁZKY
DC III. Zjistit míru spokojenosti rodinných příslušníků se sociálními pracovníky v sociálních zařízeních, kam byly odkázány, kde poskytují paliativní a hospicovou péči.	DC III. 1. Zjistit, zda se rodinným příslušníkům sociální pracovník dostatečně věnoval.	Spokojenost se sociálními pracovníky v hospicovém zařízení	VO 17: Byl Vám k dispozici při návštěvě v hospicovém zařízení sociální pracovník?
			VO 18: Doporučil Vám sociální pracovník i jiná sociální zařízení pro takto nemocné?
			VO 19: Myslíte si, že máte od sociálních pracovníků dostačující informace o hospicovém zařízení?
			VO 20: Všechny nesrovnalosti a dotazy Vám byly zodpovězeny?
	DC III. 2. Zjistit, zda rodinným příslušníkům sociální pracovníci srozumitelně předaly všechny informace o zařízení.	Kvalita předaných informací ze strany sociálního pracovníka	VO 21: Rozumíte základním informacím, které Vám sociální pracovník řekl?
			VO 22: Víte, jak máte dále postupovat pro přijetí nemocného do zařízení?

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka č. 4 - Přehled transformace IV. dílčího cíle do výzkumných otázek

DÍLČÍ CÍLE	PODCÍLE	OKRUHY	VÝZKUMNÉ OTÁZKY
DC IV. Zjistit, zda rodinní příslušníci mají dostatek informací o navazujících sociálních službách, které se zabývají paliativní a hospicovou péčí.	DC IV. 1. Zjistit, zda rodinní příslušníci mají přehled o dostupných zařízeních hospicového typu.	Informovanost a dostupnost hospicových zařízení	VO 22: Máte ve svém okolí k dispozici hospicové zařízení?
			VO 24: Myslíte si, že je pro vašeho rodinného příslušníka lůžková hospicová péče vhodná?
	DC IV. 2. Zjistit, zda rodinní příslušníci mají přehled o dostupných službách domácí hospicové péče.	Informovanost a dostupnost domácí hospicové péče	VO 25: Máte ve svém okolí k dispozici služby domácí hospicové péče?
			VO 26: Myslíte si, že je pro vašeho rodinného příslušníka domácí hospicová péče vhodná?

Zdroj: Vlastní zpracování

2.4. Zdůvodnění vybraného vzorku respondentů

Práce sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení je založena z největší částí na práci s pacientem a práci s rodinou. Soukromé zdravotnické zařízení ve Dvoře Králové nad Labem je zaměřeno na ošetrovatelskou péči a největší část zde v zařízení tvoří senioři a onkologicky nemocní pacienti. Dle mého názoru je důležité, aby sociální pracovník měl informace o potřebách a problémech rodin terminálně nemocných pro vlastní sociální práci s rodinou. Myslím si, že mnoho sociálních pracovníků si nedovede ani představit, jakým těžkým obdobím rodina od terminálně nemocného prochází. Chtěla bych tímto výzkumem usnadnit těžké chvíle rodině a zároveň i práci sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení. Níže přikládám tabulku s bližšími informacemi o respondentech.

Tabulka č. 5 - Dotazování rozhovorů

Označení respondenta	Informace o dotazovaných
RP1	Dcera (54 let).
RP2	Matka (72 let).
RP3	Dcera (50 let).
RP4	Syn (63 let).
RP5	Dcera (60 let).

Zdroj: Vlastní zpracování

2.5. Popis a realizace rozhovorů

Polostrukturované rozhovory jsem pro výzkum realizovala v soukromém zdravotnickém zařízení, který nese název Vividus - east ve Dvoře Králové nad Labem. Jelikož zde v zařízení pracuji jako sociálního pracovník, všechny rozhovory probíhaly v mé kanceláři, kam rodinní příslušníci docházejí, když je zapotřebí. Pro svůj výzkum jsem oslovila 7 rodinných příslušníků terminálně nemocných, kteří byli momentálně hospitalizováni na oddělení. Oslovení rodinní příslušníci byli informováni o účelu rozhovoru a seznámeni s cílem mé bakalářské práce. Jelikož rodiny terminálně nemocných prožívají nelehké období a je někdy velmi složité s nimi navázat kontakt, měla jsem obavu, zda budou ochotni rozhovor provést. Z oslovených 7 rodinných příslušníků 5 souhlasilo s provedením rozhovoru. Jednalo se vždy o jednoho zástupce z rodiny.

Před samotnými rozhovory jsem si připravila okruhy výzkumných otázek a otázky, na které bych ráda znala odpověď, vzhledem k cílům mé práce. Jelikož rodinným příslušníkům bylo nepříjemné je vzhledem k situaci, ve které se nacházejí nahrávat, souhlasili alespoň s přepisem rozhovoru. Předem jsem si připravila tabulku s výzkumnými otázkami a zároveň i prostor na jejich odpověď. Všechny rozhovory probíhaly v lednu 2021, kdy jejich nemocný byl hospitalizovaný ve zdravotnickém zařízení.

První rozhovor jsem uskutečnila s dcerou terminálně nemocné maminky. Dcera se byla komunikativní a odpověděla na všechny otázky, aniž bych musela nějakým způsobem měnit pořadí otázek. U některých otázek trvala její odpověď déle, ale odpověděla. Druhý rozhovor byl již méně příjemný, jelikož byl s matkou pacientky, která byla onkologicky nemocná. Mezi otázkami, které jí byly položeny bylo občas ticho a občas měla slzy v očích, zdálo se, že nechce již odpovídat. Nakonec ale řekla, že v rozhovoru chce pokračovat dále. Třetí rozhovor byl s dcerou pacienta, zde hospitalizovaného po zlomenině krčku kosti stehenní. Senior měl odoperovaný krček a bohužel za hospitalizace lékař konstatoval, že se nachází v paliativní péči, přitom doposud byl doma soběstačný. Čtvrtý rozhovor jsem uskutečnila se synem pacientky, která je ve zdravotnickém zařízení po cévní mozkové příhodě, ale lékař určil její zdravotní stav již jako terminální. Komunikace se synem byla občas náročná, ale také zvládl odpovědět na všechny otázky. Pátý rozhovor probíhal s dcerou pacientky, která byla onkologicky nemocná. Tento rozhovor probíhal nejdéle ze všech. Dcera měla slzy v očích a na některé otázky reagovala dost emotivně.

2.6. Etika výzkumu

Vzhledem k citlivosti tématu paliativní a hospicové péče bylo nutné k vedeným rozhovorům zajistit příjemné a klidné prostředí. Právě proto jsem zvolila k tomuto účelu svoji kancelář, kde pracuji sama a nejde o volně průchozí prostor, což zajišťuje, abychom při rozhovoru nebyli rušeni. Rozhovory s rodinnými příslušníky jsem si pečlivě časově naplánovala, vždy po pracovní době, aby bylo možné se rodinným příslušníkům plně věnovat, nespěchat, nechat jim volný prostor pro vyjádření jejich myšlenek a emocí.

2.7. Rizika výzkumu

Při realizaci výzkumu jsem si často uvědomovala, že témata paliativní a hospicové péče jsou velice citlivá a někdy jsem měla pocit, že rozhovor rodinní příslušníci ukončí, vzhledem k nepříjemné životní situaci dříve. Při výběru respondentů jsem řešila v sobě dilemata, kdo vůbec bude vhodným respondentem, koho oslovit a zda bude ochotný se mnou provést celý rozhovor.

Komunikace s příbuznými hospitalizovaných pacientů představuje v mojí práci sociálního pracovníka jednu z nejdůležitějších činností. Každé takové setkání s rodinami pacientů obohacuje moje zkušenosti a přináší důležité poznatky do mé praxe. Přesto jsem si vědoma, že mé zkušenosti ještě nejsou na tak vysoké úrovni, aby nemohly představovat určité riziko ve vedení polostrukturovaného rozhovoru či jiného výzkumného rozhovoru. Dle Hendla (2016, s.170) je vedení kvalitativního rozhovoru umění a vědou zároveň. Kvalitativní rozhovor „*Vyžaduje dovednost, citlivost, koncentraci, interpersonální porozumění a disciplínu*“ (Hendl, 2016, s. 170).

Na kvalitu vedení polostrukturovaného rozhovoru má též vliv i současná pandemie nemoci Covid-19. Povinnost nošení respirátorů a nanoroušek může často ovlivňovat srozumitelnost v komunikaci ze strany dotazovaného i tazatele. Taktéž absence výrazu v obličeji u obou účastníků rozhovoru ovlivňuje kvalitu průběhu celého rozhovoru, zejména pak v navazování kontaktu a vyjadřování případných emocí.

3. Závěrečné zhodnocení a interpretace získaných dat

V této části bakalářské práce budu zpracovávat výsledné odpovědi na výzkumné otázky, které jsem si stanovila v transformační tabulce k zjištění hlavního cíle práce.

3.1. DC 1 – interpretace získaných dat

DC 1 Zjistit míru spokojenosti rodinných příslušníků s uspokojováním sociálních potřeb ze strany sociálního pracovníka v zařízení.

Odpovědi respondentů

Realizaci rozhovoru jsem začala základní výzkumnou otázkou pro rodinné příslušníky **VO 1: Byl vám při návštěvě v zařízení dostupný sociální pracovník?** RP1 odpověděla: *„Osobně jsem se s ní nesešla, jen telefonicky. Jelikož pracuji na směny, tak na návštěvu většinou chodím až pozdě odpoledne, nebo ve večerních hodinách, to už tady sociální pracovnice asi nebývá“*. Odpověď u RP2 byla kladná: *„Ano byla, když jsem potřebovala“*. RP3 odpověděla taky kladně: *„Ano, domluvila jsem s ní s ní schůzku a vždy proběhla“*. Odpověď u RP4 byla: *„Ano, když jsem potřeboval, tak se mi sociální pracovnice věnovala“*. RP5 odpověděla: *„Zatím ano“*. Další výzkumná otázka byla: **VO2: Měl/a jste možnost při řešení složitých životních situací se obrátit na sociálního pracovníka i telefonicky?** Respondentka RP1 na tuto otázku odpověděla již u VO1. Odpověď u RP2 byla: *„Tuhle možnost jsem zatím nevyužila, protože za dceru chodím každý druhý den a se sociální pracovnicí se setkávám na oddělení“*. RP3 odpověděla kladně: *„Ano, párkrát jsem jí telefonovala, ale stalo se mi, že jsem se nemohla dovolat“*. Zde jsem přidala doplňující otázku: *„Ozvala jsem Vám pak zpátky“?* Její odpověď byla: *„Ne vždy“*. RP4 na otázku, zda se mohl obrátit na sociálního pracovníka telefonicky odpověděl: *„Párkrát jsem zkoušel se dovolat, ale asi měla hodně práce, protože telefon nezvedala“*. Zde jsem tak přidala doplňující otázku, zda se mu ozvala zpátky. Jeho odpověď byla: *„Někdy ano, někdy ne“*. Poslední respondentka RP5 odpověděla na telefonický kontakt: *„Měla jsem, ale stalo se i to, že jsem se nedovolala“*. I u této respondentky RP5 jsem položila doplňující otázku,

zda se sociální pracovnice ozvala zpátky. Její odpověď byla obdobná: „ *Občas ano, ale jak kdy*“. Další má výzkumná otázka byla:

VO 3: Při nepřítomnosti sociálního pracovníka, Vám byl k dispozici i jiný sociální pracovník? RP1 odpověděla: „ *Stalo se mi asi dvakrát, že jsem sociální pracovnici volala a telefon mi zvedla její kolegyně*“. RP2 odpověděla: „*Zatím se mi to nestalo*“. Odpověď u RP3 byla obdobná jak u RP2: „*Sociální pracovnice tady zatím byla*“. RP4 odpověděl: „ *Když jsem potřeboval vyřešit příspěvek na péči, tak tam byla její kolegyně*“. Poslední respondentka RP5 uvedla: „*Zatím sociální pracovnice v zařízení byla*“. Další výzkumná otázka v této části byla: **VO 4: Poskytl Vám sociální pracovník nějaké možnosti umístění pro vašeho blízkého?** RP1 odpověděla: „ *Ano, řešily jsme spolu Hospic, který se nachází u nás v Červeném Kostelci, ale pořád doufáme, že se maminka zlepší a šla by domů*“. RP2 odpověděla: „ *Sociální pracovnice nám nějaké možnosti poskytla, ale víte je to hrozně těžké, nechci nad tímto zatím moc přemýšlet*“. Odpověď u RP3 byla: „ *Ano, byla jsem se podívat v Hospicu v Červeném Kostelci, ale zatím si s rodinou nepřipouštíme možnost umístění tatínka do tohoto zařízení*“. RP4 odpověděl: „ *Ano, nějaké možnosti umístění jsme spolu řešili, ale rád bych si vzal maminku do domácí péče pokud by to jen možné*“. Poslední respondentka RP5 uvedla: „*Ano, byla jsem se s rodinou podívat v zařízení v Rychnově*“. Další výzkumná otázka v této části rozhovoru byla: **VO 5: Víte, kdo Vám poskytne informace o přijetí terminálně nemocného do hospicového zařízení?** RP1 uvedla: „ *Ano, sociální pracovnice nás informovala, že by to měl být sociální pracovník v zařízení*“. Odpověď u RP2 byla: „ *Byla jsem za sociální pracovníci v zařízení, která nám informace poskytla*“. RP3 řekla: „ *Myslím, že sociální pracovnice, která nám nějaké informace už poskytovala*“. RP4 odpověděl: „*Byl jsem za sociální pracovníci v Hospicu, a ta mně informace nějaké předala*“. Poslední respondentka RP5 uvedla: „ *Hovořil s námi sociální pracovník v Rychnově, a ten nám předal nějaké informace*“. Jako další výzkumnou otázku jsem položila otázku: **VO 6: Dokázal Vám sociální pracovník odpovědět na všechny Vaše dotazy?** RP1 odpověděla: „ *Ano, s její prací jsme byli spokojeni*“. Podobná odpověď byla i u RP2: „ *Jo, na oddělení jsme se potkaly a byla nám nápomocná*“. Odpověď u RP3 byla: „*Asi ano, ale nevím na co všechno se máme ptát, tato situace nás překvapila*“. RP4 odpověděl: „*Řekl bych, že zatím ano*“.

Poslední respondentka RP5 odpověděla: „*Zatím ano*“. Jako další výzkumnou otázku jsem položila: **VO 7: Rozumíte odpovědím sociálního pracovníka? Bylo Vám vše odpovězeno srozumitelně?** Odpověď u RP1 byla: „*Většinou ano, ale těch informací je mnoho*“. RP2 odpověděla: „*Řekla bych že ano, ale je těžké o tom mluvit*“. Jako doplňující otázku jsem položila, zda v rozhovoru chce pokračovat. Její odpověď byla: „*Omlouvám se, ano, teď je těch věcí hodně*“. RP3 na otázku, zda rozumí odpovědím sociálního pracovníka odpověděla: „*Zatím ano, jen těch informací bylo mnoho a nejsem si jistá že jsme si všechno zapamatovali*“. RP4 odpověděl: „*Neměl jsem s tím problém, ale informací je na nás s rodinou momentálně mnoho*“. Poslední respondentka RP5 odpověděla: „*Řekla bych, že ano*“. Další výzkumná otázka byla: **VO 8: Věnoval Vám sociální pracovník dostatek času při řešení nepříznivých sociálních situacích?** RP1 odpověděla: „*Ano, vždy když jsme s rodinou potřebovali, poradila nám*“. Odpověď u RP2 byla také kladná: „*Jak jsem již řekla, na oddělení byl a řekla bych že ano*“. RP3 Odpověděla obdobně : „*Jo, vždy, když jsem potřebovala byla k dispozici*“. RP4 odpověděl: „*Většinou jo, ale asi jednou se mi stalo, že neměla tolik času*“. Poslední respondentka RP5 uvedla: „*Je toho mnoho a potřebovala bych tyto informace v klidu prostudovat doma s rodinou*“.

Shrnutí DC I.

Z vyjádření dotazovaných vyplývá, že sociální pracovník k dispozici v zařízení byl a rodinným příslušníkům se dostatečně věnoval. Většina dotazovaných, ale uvedla, že informací, které měly od sociálního pracovníka bylo příliš mnoho. Je ale zřetelné, že rodinní příslušníci jsou s prací sociálních pracovníků spokojeni.

3.2 DC 2 – Interpretace získaných dat

DC II. Zjistit, zda rodinní příslušníci mají dostatek informací ze strany lékaře o paliativní péči.

Odpovědi respondentů

První výzkumná otázka v této části rozhovoru byla: **VO 9: Byly Vám vysvětleny všechny nesrozumitelné a cizojazyčné pojmy od lékaře?** Zajímavá odpověď byla hned u prvního respondenta. RP1: „*Pokud měl pan doktor zrovna čas, tak nám opověděl*“. RP2 odpověděla: „*Informace kterým jsem nerozuměla, my byly*

vysvětleny, ale od lékaře z Fakultní nemocnice v Hradci Králové, kde dcera ležela, než se dostala k vám. Odpověď u RP3 a RP4 byla obdobná. RP3 odpověděla: „Řekla bych, že ano“. RP4 odpověděl: „Myslím, že jo“. Odpověď u RP5: „Informací je hodně, ale snad jsem všemu rozuměla“. Má další výzkumná otázka zněla: **VO 10: Vysvětlil Vám lékař všechny možnosti a rizika spojená s léčbou?** odpověď u RP1: „Jelikož jsem většinou vše řešila po telefonu, tak mi lékař veškeré informace o zdravotním stavu v krátkosti předal“. Další zajímavá odpověď byla od RP: „Jak jsem řekla, spíše od lékaře v té Fakultní nemocnici v Hradci Králové, tady pan docent neměl moc času“. Odpověď u RP3: „Asi ano, ale do této chvíle pořád s rodinou nejsme schopni pochopit, jak se to mohlo stát. Víte, tatínek byl doma doposud soběstačný“. Odpověď u RP4 je podobná: „Řekl bych, že jo, ale nechce se mi o tom moc mluvit, omlouvám se“. U RP4 jsem položila doplňující otázku, vzhledem k odpovědi. Můžeme v rozhovoru pokračovat? odpověď zněla u RP4: „. Ano, omlouvám se, je to těžké“. RP5 odpověděl: Jeho zhodnocení zdravotního stavu mé maminky mě a rodinu dost zasáhlo a v tuto chvíli nevím co si počnu dál. Další moje výzkumná otázka zněla: **VO 11: Byl/a jste spokojen/á s jednáním lékaře?** Na tuto otázku většina respondentů reagovala negativně. RP1 odpověděla: „Víte, někdy jsem měla pocit, že se mi lékař nechce dostatečně věnovat“. Na její odpověď jsem přidala doplňující otázku: Mohu se zeptat, proč jste měla tento pocit? RP1 odpověděla: „Já vím, že řešení těchto otázek po telefonu je složité, ale myslím si, že by si lékař měl udělat dostatek času“. U RP2 byla také negativní odpověď: „Nevím jak to mám říct, ale mrzelo mě, že si lékař na nás neudělal někdy více času“. RP3 nebyla schopná to zhodnotit. Její odpověď byla: „Asi bych řekla že to úplně teď nejsem schopná zhodnotit, jelikož jsme měli s rodinou jenom jednu schůzku a zatím jsme neměli problém“. U RP4 byla negativní odpověď: „Od pana doktora jsem měl jen základní informace. Myslím, si že takovou to zprávu nám mohl sdělit citlivěji“. Odpověď u RP5: „Víte, jak mám hodnotit někoho, kdo mi sdělí, že mi umírá maminka“. Jako další výzkumnou otázku jsem respondentům položila otázku: **VO 12: Byly Vám informace o zdravotním stavu předány v klidu a diskrétním způsobem?** Odpověď u RP1: „Řekla bych, že to nemůžu úplně zhodnotit, jelikož jsem se s ním nesešla a vše jsem řešili po telefonu“. RP2 odpověděla: „Ano na toto si nemůžu stěžovat“. U RP3 a RP4 byly odpovědi spíše negativní. Odpověď u RP3: „Bylo to spíše takové rychlé předání informací na chodbě, což mi nepřišlo

v této situaci vhodné“. Odpověď u RP4: „*Jak říkám, nebylo to moc citlivé*“. Poslední respondentka (RP5) odpověděla také negativní odpovědí: „*Lékař mi řekl tuto informaci po telefonu a to mi nepřišlo moc vhodné*“. Jako další výzkumnou otázku jsem položila: **VO 13: Byl Vám dostupný lékař ve zdravotnickém zařízení, když jste potřeboval/a?** První respondentka (RP1) odpověděla: „*Ne, vždy jsem se mu byla schopná dovolat*“. RP2 odpověděla: „*Jelikož měl málo času, tak to bylo občas složité*“. RP3 a RP4 odpovědi byly stejné. *Odpověď u RP3 byla: „Zatím ano*“. U RP4 odpověděl: „*Naštěstí zatím jo*“. Zajímavá pak byla odpověď u RP5: „*Když mi pan doktor zavolal, sháněla jsem ho a už tam nebyl. Musela jsem přijít druhý den a to už se mi pak věnoval*“. Další moje výzkumná otázka zněla: **VO 14: Měl/a jste možnost lékaře kontaktovat i telefonicky? Byl dostupný?** RP1 odpověděla již v otázce VO15, kde uvedla, že ho kontaktovala telefonicky, ale nebyla se mu vždy schopná dovolat. RP2 odpověděla: „*Zatím jsem pana doktora nevolala, protože na oddělení chodím každý druhý den a nebylo to zatím potřeba*“. Podobná odpověď byla i u RP3: „*Zatím jsem tuto možnost nevyužila*“. Odpovědi u RP4 a RP5 byly obdobné. RP4 uvedl: „*Zatím jsem volal jen jednou, a nebyl problém*“. RP5 odpověděl: „*Párkrát jsem mu volala, ale dovolala jsem se jenom jednou*“. Předposlední výzkumná otázka v této oblasti byla: **VO 15: Měl/a jste při rozhovoru s lékařem dostatek času na případné otázky?** Odpověď u RP1 byla: „*Jak už jsem se zmínila, měla jsem pocit že se mi lékař nechce moc věnovat*“. Odpověď u RP2: „*Bohužel moc ne, tenhle problém řeším s panem doktorem dost často*“. Odpověď byla negativní i u RP3: „*Bohužel ne, protože nám ty informace předal v rychlosti na oddělení*“. Odpověď u RP4 byla: „*Někdy ano, ale stalo se, že někdy pan doktor pospíchal*“. Poslední odpověď zněla u RP5 takto: „*Když jsem za ním přišla osobně, tak se mi již věnoval, ale po telefonu nikoliv*“. Poslední výzkumná otázka této části byla: **VO 16: Odpověděl Vám lékař na všechny Vaše případné otázky?** RP1 odpověď: „*Abych se vše dozvěděla, musela jsem telefonovat vícekrát*“. RP2 odpověděla: „*Jak říkám nebyl moc čas*“. RP3 odpověděla: „*S panem doktorem jsme měly zatím jen tu jednu schůzku a máme ještě mnoho otázek jak to bude dál*“. RP4 a RP5 měly podobné odpovědi. RP4 odpověděl: „*Řekl bych, že ano*“. a RP5 odpověděla: „*Ano, ale až při návštěvě v zařízení*“.

Shrnutí DC II.

Tato část rozhovorů byla zaměřena na lékaře. Převážná většina rodinných příslušníků uvedla, že lékař v zařízení byl, ale bylo těžké s ním navázat kontakt. Když dotazovaní navázali kontakt s lékařem, tak měli pocit, že se jim, dostatečně nevěnoval. Většina dotazovaných také uvedla, že předávání informací o zdravotním stavu jejich blízkých neproběhlo správných a diskrétním způsobem, což shledávám jako problém.

3.3. DC 3. – Interpretace získaných dat

DC III. Zjistit míru spokojenosti rodinných příslušníků se sociálními pracovníky v sociálních zařízeních, kam byly odkázány, kde poskytují paliativní a hospicovou péči.

Odpovědi respondentů

Má první výzkumná otázka v této části rozhovoru byla: **VO 17: Byl Vám k dispozici při návštěvě v hospicovém zařízení sociální pracovník?** U všech respondentů byly odpovědi totožné. RP1 odpověděla: „*Ano, domluvila jsem si se sociální pracovníci schůzku*“. RP2 odpověděla: „*Byl, byla jsem se v zařízení podívat*“. RP3 odpověděla: „*Ano, byla jsem se podívat za sociální pracovníci v Červeném Kostelci*“. RP4 odpověděl: „*Ano, sociální pracovnice v Hořicích*“. Poslední odpověď byla také kladná. RP5 odpověděla: „*Byl, domluvila jsem si schůzku v Rychnově v zařízení se sociálním pracovníkem*“. Jako další výzkumnou otázku jsem položila: **VO 18: Doporučil Vám sociální pracovník i jiná sociální zařízení pro takto nemocné?** U této otázky byly již odpovědi od respondentů odlišné. RP1 odpověděla: „*Nedoporučila, ani jsme se neptali. Pořád doufáme, že maminka se vrátí k nám domů a nebo bude v zařízení u nás v Kostelci*“. Další odpověď byla u RP2: „*Zatím jsme tohle neřešily, pořád doufám, že dcera půjde zpátky k nám domu*“. U této odpovědi se respondentka rozplakala, tudíž jsem doplnila rozhovor o otázku, zda je ochotná pokračovat dále v rozhovoru. Její odpověď byla, že ano. RP3 na otázku, zda jí sociální pracovnice doporučila i jiná zařízení odpověděla: „*Ano, ale všechny máme bohužel celkem daleko*“. Odpověď u RP4 byla obdobná: „*Ano, ale nejbliže máme zařízení v Hořicích, a i přes to je to dál, než jsme počítali*“. RP5 odpověděla také

podobně: „Doporučil, ale není jich tolik a hlavně jsou všechny daleko“. Další moje výzkumná otázka zněla: **VO 19: Myslíte si, že máte od sociálních pracovníků dostačující informace o hospicovém zařízení?** RP1 odpověděla: „Informací bylo mnoho a ne vše jsme si zapamatovali“. Odpověď u RP2 byla kladná: „To, co jsem chtěla vědět, jsem se dozvěděla“. RP3 odpověděla: „Bylo to pro nás všechno na rychlo, a ani popravdě nevím, jak to bude dál. Sociální pracovnice nám nějaké informace sdělila, tak snad to bude stačit“. RP4 odpověděla: „Maminka je ležící a máme s rodinou strach si ji vzít domů, i když bychom si to moc přáli“. Myslíme si, že v hospicu by nám mohl poradit lékař, nebo tady na oddělení, my ještě nevíme, jak na tom maminka bude, nedokážu vám na tuhle otázku odpovědět“. Poslední odpověď u RP5 byla kladná: „Sociální pracovník nás zařízením provedl a myslím si, že základní informace nám řekl, ale bylo jich mnoho, uvidíme. Další moje výzkumná otázka zněla: **VO 20: Všechny nesrovnalosti a dotazy Vám byly zodpovězeny?** První respondentka RP1 řekla: „Řekla bych, že jo“. Odpověď u RP2 byla podobná: „Sociální pracovnice byla ochotná, a udělal si na nás s rodinou čas, asi bych řekla, že ano“. Odpověď u RP3 byla: „Víte, je to pro nás nová situace a pořád tak nějak opravu nevíme, jak to bude dál. Nedokážu vám na to odpovědět“. RP4 odpověděl: „Ano byly“. RP5 odpověděla kladně: „Co jsme potřebovali s rodinou vědět, tak nám odpověděla“. Dále jsem položila výzkumnou otázku **VO 21: Rozumíte základním informacím, které Vám sociální pracovník řekl?** RP1 odpověděla: „Asi ano, ale mnoho otázek nás se sestrou napadlo pak až doma“. RP2 odpověděla: „Asi jo, v případě nesrovnalostí jsme dostali kontakt na ní“. Odpověď u RP3 byla taky kladná: „Ano, ale informací je mnoho. Spíše na některé věci se budeme muset doptat znovu“. RP4 odpověděl: „Je to hodně informací, uvidíme jak všechno dopadne“. RP5 odpověděla kladně: „Sociální pracovník v Rychnově nám všechno vysvětlil a myslím, že nám základní informace o zařízení, vysvětlil nám to i vcelku srozumitelně“. Poslední moje výzkumná otázka v této části byla: **VO 22: Víte, jak máte dále postupovat pro přijetí nemocného do zařízení?** Odpověď u RP1 byla: „Jak už jsem řekla, pořád nějak doufáme, že maminka se opravdu zlepší a nebude potřeba tohle řešit, takže zatím nevím“. RP2 odpověděla: „Zatím jsem o tomhle nepřemýšlela“. Odpověď u RP3 byla: „Zatím jsme o tom takhle nepřemýšleli, ale až to budeme potřebovat, ozveme se sociální pracovníci“. RP4 odpověděl podobně: „V Hořicích nám sociální pracovnice nějaký postup říkala, ale zatím o tom nechceme

přemýšlet, pořád doufáme, že se maminka zlepší“. Poslední respondentka RP5 uvedla: „ *Sociální pracovník nám dal žádost a říkal že to stačí vyplnit“.*

Shrnutí DC III.

Tato část rozhovoru byla zaměřena na zjištění spokojenosti rodinných příslušníků se sociálními pracovníky z hospicových zařízení. Z rozhovorů vyplývá, že sociální pracovníci v hospicových zařízeních byly dostupní a rodinní příslušníci s nimi byli spokojeni. Jediné, v čem shledávám problém je, že rodinní příslušníci uvedly, že mají také příliš mnoho informací.

3.4. DC 4. – Interpretace získaných dat

DC IV. Zjistit, zda rodinní příslušníci mají dostatek informací o navazujících sociálních službách, které se zabývají paliativní a hospicovou péčí.

Odpovědi respondentů

Tuto část rozhovoru jsem začala první výzkumnou otázkou – **VO 23: Máte ve svém okolí k dispozici hospicové zařízení?** odpovědi byly odlišné u této otázky. RP1 odpověděla: „ *Bydlíme kousek od hospicu, který se nachází přímo ve městě“.* Má dodatečná otázka byla, kde rodina žije? Dcera odpověděla, že v Červeném Kostelci. Odpověď u RP2 byla: „ *Sociální pracovnice mě i sestru informovala o nějakých hospicových zařízeních, ale všechny máme docela daleko“.* RP3 odpověděla: „ *Byla jsem se podívat v tom zařízení v Červeném Kostelci, ale je to bohužel pro nás daleko“.* Odpověď u RP4 byla: „ *S rodinou jsme se byli podívat v tom zařízení v Hořicích, je to pro nás dál, ale jiné takové zařízení neznáme“.* Poslední respondentka RP5 odpověděla: „ *Ze všech zařízení máme Rychnov nejbliže, ale stejně je to daleko“.* Další výzkumná otázka zněla **VO 24: Myslíte si, že je pro vašeho rodinného příslušníka lůžková hospicová péče vhodná?** Odpověď u RP1 byla: „ *Nedokážu toto zhodnotit, pokud by se maminka nezlepšila, tak asi ano“.* RP2 odpověděla: „ *Budeme se snažit, aby dcera byla s náma s rodinou doma, tak jako doposud. Pořád nějak doufáme, že nebude potřeba hospic“.* RP3 odpověděla: „ *Já to nedokážu zhodnotit, to by nám měl snad pak lékař poradit“.* Odpověď u RP4 byla: „ *Maminka je ležící a máme s rodinou strach si jí vzít domů, i když bychom si to moc přáli“.* *Myslíme si, že v hospicu by nám mohl poradit lékař, nebo tady na oddělení,*

my ještě nevíme, jak na tom maminka bude, nedokážu Vám na tuhle otázku odpovědět“. Poslední respondentka odpověděla: „Tohle asi nedokážu zhodnotit, myslím, že by nám s tímhle měl poradit lékař, a nebo sociální pracovník, nevíme“. Má další výzkumná otázka byla: **VO 25: Máte ve svém okolí k dispozici služby domácí hospicové péče?** Odpověď u RP1 byla: „ Tohle jsme zjišťovali v Kostelci a vím, že tyto služby tam poskytují“. RP2 odpověděla: „Jak jsem říkala, myslíme si, že je pro nás všechno daleko. Tady u nás žádné podobné zařízení pro takoveto nemocné není“.RP3 odpověděla: „ Já si myslím, že jak jsme byly v Hospici v Červeném Kostelci, tak tam mají taky takové služby, že dojíždějí za rodinou domů, ale nejsem si jistá“. RP4 odpověděl: „V Hořících jsme byly v tom zařízení a právě tam mají takoveto služby“. Poslední respondentka RP5 odpověděla: „Možná v tom zařízení v Rychnově, ale to si nejsem jistá“. Výzkumná otázka, která byla v této části rozhovoru poslední byla: **VO 26: Myslíte si, že je pro vašeho rodinného příslušníka domácí hospicová péče vhodná?** RP1 odpověděla: „ Rádi bychom, aby to tak bylo a maminka byla u nás doma s pomocí těchto služeb“. Odpověď u RP2 byla: „Dal bych za to cokoliv, aby dcera byla s náma doma s domácí službou, ale jak říkám, uvidíme“. RP3 odpověděl: „Tohle asi taky nedokážu zhodnotit, asi podle toho, co řekne lékař“. Odpověď u RP4 byla: „Nedokážu Vám také tohle říct, jak to bude s maminkou. Byly bychom rádi, ale nevíme, co nám řekne doktor“. Poslední respondentka odpověděla: „Jelikož v rodině všichni ještě pracujeme, myslím si, že bychom to asi nezvládli, těžko říct. Uvidíme, co nám doporučí pan doktor“.

Shrnutí DC IV.

Poslední část rozhovorů byla zaměřena na zjištění, zda rodinní příslušníci mají dostatek informací o dalších dostupných sociálních službách, které se zabývají paliativní a hospicovou péčí. Většina dotazovaných v této části rozhovoru uvedla, že nemají ve svém okolí dostupné hospicové zařízení, což shledávám jako problém. Jediný dotazovaný uvedl, že má k dispozici ve svém okolí hospicové zařízení. Z rozhovorů je také zřetelné, že někteří rodinní příslušníci nemají přehled o tom, jaká služba je pro jejich blízké vhodná, a to i po rozhovoru se sociálními pracovníky a lékařem.

4. Diskuze

Hlavním cílem bakalářské práce bylo **zjistit pohledem sociálního pracovníka v soukromém zdravotnickém zařízení problémy a potřeby rodinného příslušníka u terminálně nemocných v tomto zařízení**. Výzkumnou část práce jsem začala rozhovory s rodinnými příslušníky okruhem otázek týkajících se sociálního pracovníka v soukromém zdravotnickém zařízení. Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení je důležitým prvkem a zaměřuje se na oblast uspokojování sociálních potřeb nemocných (Kuzníková, s. 47, 2011). Z toho důvodu je důležité znát názor na tuto zkoumanou oblast. Prvním dílčím cílem bylo zjistit míru spokojenosti rodinných příslušníků s uspokojováním sociálních potřeb ze strany sociálního pracovníka v zařízení. Z odpovědí vyplývá, že sociální pracovník v zařízení byl dostupný pro všechny rodinné příslušníky, a to i osobně. V případě nepřítomnosti jednoho sociálního pracovníka byl v zastoupení druhý sociální pracovník. Problém, ale shledávám v telefonickém kontaktu, kde tři rodinní příslušníci uvedli, že sociálního pracovníka telefonicky kontaktovali, ale bohužel se nemohli dovolat a někdy jim nezavolal zpět. Z praxe sociálního pracovníka vím, že je občas složité být telefonicky dostupný pro všechny rodinné příslušníky. Ovšem, co se týká možnosti zavolání zpět rodinným příslušníkům, v tom shledávám opravdu problém. Dle mého názoru by bylo pro rodinné příslušníky od terminálně nemocných vhodné, aby se jim sociální pracovník, v případě telefonické obsazenosti, ozval zpátky. Další tato část mého rozhovoru pokračovala v zjištění, zda rodinní příslušníci mají dostatek informací týkajících se umístění blízkého po hospitalizaci. Tato část rozhovoru potvrdila mé očekávání, že rodinní příslušníci dostali informace o dalších návazných sociálních zařízeních pro terminálně nemocné, ale tři dotazovaní doufají, že jejich blízcí budou v domácí péči nebo předpokládají zlepšení jejich zdravotního stavu. Dle mého názoru mnoho pečujících rodin si nedovede představit, jak je péče o takto nemocné psychicky i fyzicky náročná. Tudiž z rozhovorů bylo zřejmé, že nejsou smířeni s tím, že jejich blízký odchází. Elichová (2017) uvádí, že častěji je s nepříznivou situací vyrovnaný nemocný dříve než rodinní příslušníci. S tímto tvrzením bych si dovolila z praxe sociálního pracovníka souhlasit. Z rozhovorů také vyplývá, že rodinní příslušníci vědí, kdo jim poskytne informace o přijetí do hospicového zařízení. V teoretické části bakalářské práce bylo i uvedeno, že sociální

pracovník zprostředkovává informace o hospici, hospicové péči a podává informace o nabízené péči či předává informace ohledně přijetí pacientů do hospicového zařízení (Student, Johann-Christoph, s. 11, 2006). Z výzkumu taktéž vyplynulo, že většina dotazovaných není spokojena se způsobem předávání informací ze strany lékaře, pouze jeden z dotazovaných je spokojený. Zároveň je ale zřetelné, že informací, kterých se dostalo rodinným příslušníkům od sociálního pracovníka je mnoho najednou. Z hlediska individuálního přístupu k pacientovi je zapotřebí předávat informace o potřebných sociálních službách dle jejich aktuální sociální situace. Z výzkumu vyplynulo, že míra spokojenosti se sociálním pracovníkem v uspokojování sociální potřeb je na dobré úrovni.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda rodinní příslušníci mají dostatek informací ze strany lékaře o paliativní péči. Výzkumem byla nejprve zjišťována kvalita sdělených lékařských informací rodinným příslušníkům. Většina dotazovaných uvedla, že nebyli spojeni s jednáním lékaře. Myslím si, že je v těchto nepříznivých sociálních situacích důležité, aby byl lékař empatický. Z rozhovorů s dotazovanými je zřetelné, že většina rodinných příslušníků s jedním lékařem a předáváním informací spokojená nebyla. Tři dotazovaní uvedli, že informace jim nebyly sděleny vhodným způsobem, v tomto shledávám závažný problém. Výzkumem byla zjištěna i horší dostupnost lékaře. Dva z pěti dotazovaných neuvedli problém, ale zbylí tři dotazovaní měli problém právě s dostupností lékaře, a to jak osobní, tak i telefonické. Zajímavé bylo, že dotazovaní i uváděli, že lékař neměl příliš mnoho času na rozhovor s rodinnými příslušníky, v čemž vidím velký nedostatek. Jako další problém shledávám i v jednání lékaře směrem k rodině. Jeden dotazovaný odpověděl kladně, ostatní se domnívali, že informace od lékaře nejsou předány vhodným způsobem. Z výzkumu vyplynulo, že rodinní příslušníci nemají dostatek informací o paliativní péči a zároveň způsob předávání informací vidím jako nevhodný.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit míru spokojenosti rodinných příslušníků se sociálními pracovníky v sociálních zařízeních, kam byly odkázány, kde poskytují paliativní a hospicovou péči. Co se týče otázky dostupnosti sociálního pracovníka v hospicových zařízeních, kam byli rodinní příslušníci odkázáni, z rozhovoru vyplynulo, že sociální pracovník byl rodinným příslušníkům většinou vždy k dispozici. Zároveň rodinní příslušníci uvedli, že informací od sociálních pracovníků je na ně příliš mnoho, ale na veškeré dotazy jim byl sociální pracovník

ochotný odpovědět. Zajímavé v této části bylo, že pouze jeden z dotazovaných věděl, jak v případě nutnosti umístit svého nemocného do hospicové péče, zatímco ostatní o potřebě umístění svých blízkých do této péče ani neuvažovali.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, zda rodinní příslušníci mají dostatek informací o navazujících sociálních službách, které se zabývají paliativní a hospicovou péčí. V této části výzkumu byla zjištěna špatná dostupnost hospicových zařízení. Čtyři dotazovaní odpověděli, že jsou pro ně hospicová zařízení daleko. Zároveň bych zde poukázala i na problém, že někteří rodinní příslušníci nemají přehled o tom, jaká služba je pro jejich blízké vhodná, a to i po rozhovoru se sociálními pracovníky a lékařem.

Vzhledem k výsledkům empirické části bych zde ráda uvedla pár návrhů do praxe. Jelikož rodinní příslušníci mají mnoho informací od sociálních pracovníků, bylo by vhodné vytvořit pro rodiny terminálně nemocných letáky či jiné prospekty s potřebnými informacemi o možnostech umístění pro jejich blízké. Zároveň co se týče lékařů, vidím možnost v tom, aby lékaři mohli být někdy přítomni při řešení nepříznivých životních situací rodin těžce nemocných. Myslím si, že taková to zkušenost by mohla pomoci lékařům při komunikaci s rodinou.

Závěr

Paliativní a hospicová péče zaujímá významné a důležité místo v zdravotnických a sociálních službách. Péče o těžce nemocné a umírající vyžaduje vysokou odbornost, nasazení, fyzickou, psychickou i emocionální připravenost. Strach, utrpení a beznaděj se ve vysoké míře promítají i do života rodin terminálně nemocných pacientů.

Stále více se do popředí dostává nutnost těmto rodinám poskytnout pomoc v jejich složité a tíživé situaci. A právě sociální pracovník jim v těchto těžkých chvílích může být na blízku a nabídnout kvalitní a odbornou pomoc.

V první části práce byly popsány základní rysy paliativní a hospicové péče, byla vysvětlena důležitost multidisciplinárního týmu v poskytování péče umírajícím, byla zmíněna též historie hospicové péče, a především pak klíčová role a význam sociálního pracovníka, jak pro práci s klientem, tak ve vztahu k rodinným příslušníkům nemocných. Závěr první části práce byl věnován péči o pozůstalé, jako důležitou součástí pomoci sociálního pracovníka směrem k rodině pozůstalých.

V empirické části práce byly zmapovány nejčastější problémy a potřeby rodinného příslušníka u terminálně nemocných v soukromém zdravotnickém zařízení z pohledu sociálního pracovníka. Výzkum byl realizován metodou polostrukturovaného rozhovoru, který se vzhledem k citlivosti tématu hospicové a paliativní péče, jeví jako nejvhodnější. Výzkumu se zúčastnilo 5 rodinných příslušníků od těžce nemocných hospitalizovaných pacientů. Výsledky výzkumu potvrdily existenci některých současných problémů v uspokojování potřeb rodin terminálně nemocných ve zdravotnickém zařízení. Největší problémy byly shledány v komunikaci s lékařem. Do jisté míry tyto problémy souvisí s nedostatkem lékařů a jejich časovou vytížeností, zčásti u některých ovšem s nižší ochotou rodinným příslušníkům více naslouchat. Další problém byl zjištěn v nedostatku hospicových zařízení. Rodinní příslušníci nemají ve svém okolí dostupné hospicové zařízení, což vidím jako zásadní problém. V praxi se často setkávám s rodinnými příslušníky, kteří tento problém nedokáží pochopit a očekává od sociálního pracovníka vhodné řešení, které ne vždy jde vyřešit. Zajímavé bylo také zjištění, že rodinní příslušníci mají po rozhovoru se sociálními pracovníky až mnoho informací a nejsou schopni všechny informace přijmout.

Všechny tyto zjištěné problémy se odráží nejenom v práci sociálního pracovníka, lékaře, ale ve větší míře mohou negativně ovlivňovat spolupráci s rodinnými příslušníky, kteří se velmi těžko smiřují se špatným zdravotním stavem svých blízkých a mnohdy upadají do depresí. Jejich složitou situaci navíc komplikuje i současná pandemie nemoci COVID-19. Zavedené vládní opatření proti šíření koronaviru omezují častější možnosti osobních kontaktů rodinných příslušníků se svými terminálně nemocnými příbuznými.

Seznam tabulek:

Tabulka č. 1 - Přehled transformace I. dílčího cíle do výzkumných otázek

Tabulka č. 2 - Přehled transformace II. dílčího cíle do výzkumných otázek

Tabulka č. 3 - Přehled transformace III. dílčího cíle do výzkumných otázek

Tabulka č. 4 - Přehled transformace IV. dílčího cíle do výzkumných otázek

Tabulka č. 5 – Základní informace o dotazovaných rozhovorů

Seznam příloh:

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas s provedením výzkumu v zařízení

Příloha č. 2 – Přepis rozhovoru s dotazovaným č. 1

Bibliografie:

1. **ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed.** *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
2. **BUŽGOVÁ, Radka.** *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
3. **ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY. 2019.** *Standardy mobilní specializované paliativní péče*. Praha: Česká společnost paliativní medicíny, 2019.
4. **ELICHOVÁ, Markéta. 2017.** *Sociální práce, aktuální otázky*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-9802-3.
5. **HAŠKOVCOVÁ, Helena. 1990.** *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.
6. **HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2000.** *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.
7. **HENDL, Jan. 2016.** *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
8. **KALVACH, Zdeněk. 2010.** *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
9. **KUZNÍKOVÁ, Iva. 2011.** *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
10. **MATOUŠEK, Oldřich. 2013.** *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.
11. **MATOUŠEK, Oldřich.** *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
12. **MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed.** *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
13. **MAROON, Istifan. 2012.** *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.
14. **MARKOVÁ, Monika.** *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.

- 15. NEZBEDA, Ondřej.** *Průvodce smrtelníka: prakticky o posledních věcech člověka.* V Praze: Paseka, 2016. ISBN 978-80-7432-747-6.
- 16. RADBRUCH, Lukas a PAYNE, Shella a kolektiv. 2010.** *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě.* Praha: Česká společnost paliativní medicíny, 2010.
- 17. REICHEL, Jiří. 2009.** *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů.* Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
- 18. SLÁMA, Ondřej, ŠPINKOVÁ, Martina, KABELKA, Ladislav. 2013.** *Standardy paliativní péče.* Praha: Česká společnost paliativní medicíny, 2013.
- 19. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT.** *Sociální práce v hospici a paliativní péče.* Jinočany: H & H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.
- 20. SKÁLA, Bohumil, SLÁMA, Ondřej, VORLÍČEK, Jiří a MISCONIOVÁ, Blanka. 2005.** *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci.* Praha: Společnost všeobecného lékařství, 2005.
- 21. SVATOŠOVÁ, Marie. 1995.** *Hospice a umění doprovázet.* 3. vyd. Praha: Ecce homo, 1995, 144 s. ISBN 8090204902.
- 22. SVATOŠOVÁ, Marie. 2011.** *Hospice a umění doprovázet.* Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
- 23. SVATOŠOVÁ, Marie. 2008.** *Hospice a umění doprovázet.* V kostelním Vydří: APHPP, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.
- 24. VEGLAŘOVÁ, Martina. 2007.** *Problematické situace v péči o seniora, příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky.* Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
- 25. VIRT, Günter.** *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie.* Praha: Vyšehrad, 2000. Cesty (Vyšehrad). ISBN 80-7021-330-2.
- 26. PROJEKT PALIATIVNÍ PÉČE ČR,** *O organizaci paliativní péče, doporučení Rec* [online]. Praha: Cesta domů, 2003. [citace: 15.2.2021]. Dostupné z: https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/o_organizaci_paliativni_pece.pdf.
- 27. PEŘINA, Jakub.** *Historie paliativní péče.* [Online] [Citace: 23.3.2021]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>.
- 28. CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE. 2018.** *O paliativní péči.* [Online]. [Citace: 25.3.2021]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>.

29. ČOK, Milan. 2018. *Co je to hospicová péče.* [Online]. [Citace:14.2.2021].


Dostupné z: <https://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>.

30. Zákon č. 372/2011 Sb. *Zákony pro lidi.cz.* [Online]. [Citace:1.3.2021].

Dostupné z:

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372?text=Z%C3%A1kon+%C4%8D.+372%2F2011+Sb>.

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas s provedením výzkumu v zařízení

 **VIVIDUS**
East

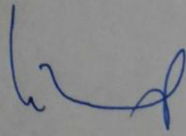
Vividus East, s.r.o.
Spojených národů 857
54401 Dvůr Králové nad Labem
IČ: 06774857 DIČ: CZ06774857

tel.: +420 499 621 990
e-mail: info@vividus-east.cz
www.vividus-east.cz

Filipová Ivana
Mostek 149
544 75


Věc: Žádost o provedení výzkumu ve zdravotnickém zařízení Vividus-east, ve Dvoře Králové nad Labem

Povoluji provedení výzkumu ve zdravotnickém zařízení Vividus-east ve Dvoře Králové nad Labem, pro účel bakalářské práce.



Ing. Václav Horných
ředitel
Vividus East, s.r.o.

Vividus East, s.r.o.
Spojených národů 857
544 01 Dvůr Králové n. L.
IČ: 067 74 857 ↗

 **VIVIDUS**
East

Příloha č. 3 – Přepis rozhovoru s respondentem

Přepis rozhovoru s dotazovaným č.1 (RP1)

Rozhovor proběhl 15.1.2021

Představení rozhovoru:

Dobrý den,

Jmenuji se Ivana Filipová a pracuji zde ve zdravotnickém zařízení na pozici sociálního pracovníka. V současné době jsem zároveň i studentkou 3. ročníku Univerzity v Hradci Králové, kde studuji obor sociální práce ve veřejné správě. Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala paliativní a hospicovou péči pohledem sociálního pracovníka v soukromém zdravotnickém zařízení. Cílem mé práce **je pohledem sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení zjistit problémy a potřeby rodinného příslušníka u terminálně nemocných v tomto zařízení**. Jelikož zde ve zdravotnickém zařízení máte hospitalizovaného člena rodiny, tak bych Vás ráda oslovila k rozhovoru, který bude trvat asi přibližně 45 minut. Chtěla bych Vás také ubezpečit, že to, co mi řeknete, bude sloužit jen pro účely výzkumu mé práce a vaše anonymita zůstane zachována. Souhlasíte s výzkumem? odpověď (RP1): „*Ano, souhlasím*“.

VO 1: Byl Vám při návštěvě v zařízení dostupný sociální pracovník? „*Víte, nevím zda jsem vám schopna úplně na tuto otázku odpovědět, protože osobně jsem se s ní nesešla, jen telefonicky*“. „*Jelikož pracuji na směny, tak na návštěvu většinou chodím až pozdě odpoledne, nebo ve večerních hodinách, to už tady sociální pracovnice asi nebývá*“.

VO 2: Měla jste možnost při řešení složitých životních situací se obrátit na sociálního pracovníka i telefonicky? Na tuto otázku dotazovaná odpověděla již v první otázce, tudíž jsem jí ani nepokládala.

VO 3: Při nepřítomnosti sociálního pracovníka, Vám byl k dispozici i jiný sociální pracovník?

„*Stalo se mi asi dvakrát, že jsem sociální pracovnici volala a telefon mi zvedla její kolegyně*“

VO 4: Poskytl Vám sociální pracovník nějaké možnosti umístění pro vašeho blízkého?

„Sociální pracovnice, tady v zařízení byla milá a ochotná, řešily jsme spolu Hospic, který se nachází u nás v Červeném Kostelci, ale pořád doufáme, že se maminka zlepší a šla by domů“.

VO 5: Víte, kdo Vám poskytne informace o přijetí terminálně nemocného do hospicového zařízení?

„Tak teď nevím, zda Vám odpovím správně, ale myslím že ta sociální pracovnice v tom zařízení, protože sociální pracovnice nás informovala, že by to měl být sociální pracovník v zařízení“

VO 6: Dokázal Vám sociální pracovník odpovědět na všechny Vaše dotazy?

„, Jak jsem říkala, byla ochotná a milá, s její prací jsme byli spokojeni“.

VO 7: Rozumíte odpovědím sociálního pracovníka? Bylo Vám vše odpovězeno srozumitelně?

„Většinou ano, ale těch informací je mnoho“. „, Víte, je to hrozně složité, většinou mě další otázky napadnou, až doma“.

VO 8: Pokud použil v rozhovoru sociální pracovník složitou terminologii vysvětlil Vám konkrétní věci?

„Ano, vždy když jsme s rodinou potřebovali, poradila nám.

VO 9: Byly Vám vysvětleny všechny nesrozumitelné a cizojazyčné pojmy?

„Já nevím, je to těžké s lékaři, vždyť to asi znáte sama“. „,Pokud měl pan doktor zrovna čas, tak nám opověděl“ „,Ono se často stávalo, že pospíchal, do telefonu mě sdělil jen to důležité, ale v krátkosti“.

VO 10: Vysvětlil Vám lékař všechny možnosti a rizika spojená s paliativní léčbou?

„No jak říkám, někdy ty jeho informace byly stručné“. „,Jelikož jsem většinou vše řešila po telefonu, tak mi lékař veškeré informace o zdravotním stavu v krátkosti předal“.

VO 11: Byl/a jste spokojen/á s jednáním lékaře?

„Jak Vám to jen říct, já si nechci na lékaře nějak stěžovat, oni to asi taky nemají jednoduché, ale víte, když máte člena rodiny, který Vám umírá, není to prostě jednoduché a pan doktor by si toto měl uvědomit“. „Víte, někdy jsem měla pocit, že se mi lékař nechce dostatečně věnovat“. Na její odpověď jsem přidala doplňující otázku: Mohu se zeptat, proč jste měla tento pocit? RP1 odpověděla: *„Já vím, že řešení těchto otázek po telefonu je složité, ale myslím si, že by si lékař měl udělat dostatek času i po telefonu“.*

VO 12: Byly Vám informace o zdravotním stavu předány v klidu a diskrétním způsobem?

„Řekla bych, že to nemůžu úplně posoudit, jelikož jsem se s ním nesečkala a vše jsem řešili po telefonu“. „Po telefonu jsem s tímto jednáním spokojená nebyla, to vám říkám upřímně“.

VO 13: Byl Vám dostupný lékař ve zdravotnickém zařízení?

„Ne, vždy jsem se mu byla schopná dovolat“. „Párkrát se mi stalo, že opravdu člověk volá na oddělení čtyřikrát někdy i pětkrát a nedovoláte se“.

„Prostě jsem to zkoušela a čekala, až to zvede“.

VO 14: Měl/a jste možnost lékaře kontaktovat i telefonicky? Byl dostupný?

RP1 odpověděla již v otázce VO15, kde uvedla, že ho kontaktovala telefonicky, ale nebyla se mu vždy schopná dovolat. Tudiž jsem otázku nepokládala.

VO 15: Měl/a jste při rozhovoru s lékařem dostatek času na případné otázky?

„Jak už jsem se zmínila, měla jsem pocit že se mi lékař nechce moc věnovat“.
„Jelikož jsem se snažila volat většinou až odpoledne, kdy si člověk řekne, že by už mohl mít víc času, tak stejně ten rozhovor s ním byl velice stručný“.

VO 16: Odpověděl Vám lékař na všechny Vaše případné otázky?

„Jak jsem již řekla“. „Abych se vše dozvěděla, musela jsem telefonovat vícekrát“.

VO 17: Byl Vám k dispozici při návštěvě v hospicovém zařízení sociální pracovník?

„Ano, domluvila jsem si se sociální pracovníci schůzku“. „Dostala jsem kontakt od sociální pracovnice tady v zařízení a kontaktovala jsem ji“.

VO 18: Doporučil Vám sociální pracovník i jiná sociální zařízení pro takto nemocné?

„Ne, nedoporučila, ani jsme se neptali. Pořád doufáme, že maminka se vrátí k nám domů a nebo bude v zařízení u nás v Kostelci“. „Ono se vše stalo tak nějak na rychlo, předtím maminka všechno doma zvládala sama“.

VO 19: Myslíte si, že máte od sociálních pracovníků dostačující informace o hospicovém zařízení?

„Informací bylo mnoho a ne vše jsme si zapamatovali“. „Jsou to pro nás s rodinou nové situace, do kterých jsme se nikdy nedostaly a je těžké vnímat všechny informace“.

VO 20: Všechny nesrovnalosti a dotazy Vám byly zodpovězeny

„Řekla bych, že jo“. „A co ne, na to se sestrou zeptáme“.

VO 21: Rozumíte základním informacím, které Vám sociální pracovník řekl?

„Asi ano, ale mnoho otázek nás se sestrou opravu napadlo pak až doma“.

VO 22: Víte, jak máte dále postupovat pro přijetí nemocného do zařízení?

„Jak už jsem řekla, pořád nějak doufáme, že maminka se opravdu zlepší a nebude potřeba tohle řešit, takže zatím nevím“. „Když si vzpomenu, že doma si ještě uvařila, uklidila a zvládala péči o dědu, ..(ticho).. je to hrozný“.

VO 23: Máte ve svém okolí k dispozici hospicové zařízení?

„No v tomhle máme asi výhodu, že bydlíme kousek od hospicu, který se nachází přímo ve městě“.

VO 24: Myslíte si, že je pro vašeho rodinného příslušníka lůžková hospicová péče vhodná?

„Nedokážu toto zhodnotit, pokud by se maminka nezlepšila, tak asi ano“. „Ale víte, sestra i já bychom rádi pokud to půjde si vzaly maminku domů, ale samozřejmě uvidíme, jak na tom bude“.

VO 25: Máte ve svém okolí k dispozici služby domácí hospicové péče?

„Tohle jsme zjišťovali v Kostelci a vím, že tyto služby tam poskytují“. „Sestra tam byla minulý týden a mají to tam i vcelku hezké, byly tam i milý“.

VO 26: Myslíte si, že je pro vašeho rodinného příslušníka domácí hospicová péče vhodná?

„Rádi bychom, aby to tak bylo a maminka byla u nás doma s pomocí těchto služeb“.
„Já vím, že k naší sousedce takhle služba z hospicu jezdila a rodina byla spokojená, tak uvidíme“.