



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Dilemata personálu domácí hospicové péče na  
Havlíčkobrodsku**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **REHABILITACE**

**Autor:** Kateřina Pokorná

**Vedoucí práce:** Mgr. Dagmar Dvořáčková, Ph.D.

České Budějovice 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Dilemata personálu domácí hospicové péče na Havlíčkovodsku*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 27. března 2017.....

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Dagmar Dvořáčkové Ph.D. za odborné vedení mé práce a poskytování konzultací. Děkuji Mgr. Veronice Kusínové za umožnění a organizaci rozhovorů a také všem informantům za cenné profesní i životní zkušenosti.

Děkuji svým rodičům za podporu a trpělivost, kterou mi věnovali během mých studií.

## **Dilemata personálu domácí hospicové péče na Havlíčkověbrosku**

### **Abstrakt**

Bakalářská práce se zabývá dilematickými situacemi, se kterými se setkává personál domácí hospicové péče na Havlíčkověbrosku. Byl zjišťován výskyt takových situací u sociálního pracovníka, zdravotnického a ošetrovatelského personálu. Cílem práce bylo zjistit, jak jsou tyto dilematické situace řešeny.

Teoretická část popisuje problematiku týkající se hospicové péče, je zde definována historie i současnost hospicové péče v České republice. Další část se věnuje paliativní péči, především její konkrétní formě, domácí hospicové péči. Je zde přiblížena problematika smrti, umírání, umírajícím i jejich blízkým, kteří při péči o umírajících hrají nezastupitelnou roli. Zmínka je zde i o multidisciplinárním týmu, který tvoří základ při poskytování paliativní péče u terminálně nemocných a jejich blízkých. Prostor je věnován i dilematům a problematickým situacím, které popisují v závěru teoretické části mé práce.

Praktická část je zpracována formou kvalitativního výzkumu, kdy pro jeho účely byla použita metoda dotazování a technika rozhovoru podle návodu. Výzkumu se zúčastnili 3 informanti. Data získaná z rozhovorů byla vyhodnocena metodou otevřeného kódování.

Výzkum ukázal, že dilematické situace jsou pracovníky domácí hospicové péče řešeny vždy individuálně, a to s ohledem na bio-psycho-socio-spirituální stránku klienta i jeho rodiny. Pečující personál se snaží podporovat myšlenku hospicového hnutí osvětou své práce mezi odbornou i laickou veřejností. Pracují jako tým, problematické situace řeší intervizí, čerpají z osobních zkušeností a vzdělávají se v oboru. Z výzkumu také vyplynulo, že v náročných chvílích se personál neobejde bez podpory rodiny, stejně důležitá je pro ně i víra v to, že jejich práce má smysl.

### **Klíčová slova**

Hospic; domácí hospicová péče; umírání; paliativní péče; dilema.

# **The Personnel Dilemmas about Home Hospice Care in the Area of Havlíčkův Brod**

## **Abstract**

The thesis discusses dilemma situations of The hospice staff in Havlíčkův Brod. The occurrence of these situations concerning a social worker, medical and caring staff was determined. The aim of the thesis was to find out how these dilemma situations are solved.

The theoretical part of this work describes issues related to the hospice care. It defines the history hospice care and the current hospice care in the Czech republic. The work is also dedicated to the palliative care, mainly to the hospice home care. It considers closely issues of the death, dying, dying person and also his relatives, who take an irreplaceable role in this process. There is also the important description of the multidisciplinary team which creates base of providing palliative care for dying people and their relatives. At the end of the theoretical part, I concentrate on dilemmas and problematic situations.

The practical part came from the quality research. The tool of this research was the questioning and the method of the instruction interview. There were three participants in the research. The data processing from the interviews was evaluated by the method Open coding. It was proved by the research that every dilemma situations was always solved on an individual basis of the hospice home care staff with the respect to the bio-psycho-socio-spiritual side of the client and his relatives. The caring staff try to support the idea of hospice movement which is raising public awareness of their work among professional and non-professional people. They acknowledge the teamwork, they solve the problematic situation with the intervision, they use their own experience and they improve their specialization by education. It is clear from the research that the staff need to be supported by their families to cope with difficult situations and also the faith in the sense of their work gives them strenght.

## **Key words:**

Hospic; hospice home care; dying; palliative care; dying; dilemma.

# Obsah

<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....</b>	<b>9</b>
1.1 Hospic a hospicová péče .....	9
1.2 Domácí hospicová péče.....	10
1.3 Legislativa a financování .....	11
1.4 Paliativní péče a paliativní medicína.....	12
1. 5 Umírání a smrt.....	13
1.5.1 Fáze a stadia umírání.....	14
1.5.2 Současné postoje ke smrti a umírání.....	15
1.5.3 Potřeby umírajícího člověka .....	15
1.6 Doprovázení umírajících .....	16
1.7 Rodina a blízké osoby umírajících .....	17
1.8 Multidisciplinární tým.....	18
1.9 Etická východiska pomáhajících profesí.....	18
1.9.1 Ochrana lidských práv a důstojnosti.....	19
1.9.2 Autonomie a respektování pacienta .....	19
1.10 Dilemata pracovníků v pomáhajících profesích.....	20
1.10.1 Dilematické situace a jejich zdroje .....	20
1.11 Psychohygiena a supervize.....	23
<b>2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>25</b>
2.1 Cíl .....	25
2.2 Výzkumné otázky.....	25
<b>3 METODIKA.....</b>	<b>26</b>
3.1 Popis výzkumného nástroje.....	26
3.2 Způsob zpracování dat .....	27
3.3 Popis výzkumného souboru .....	27
3.4 Etika výzkumu.....	28
3.5 Operacionalizace pojmů .....	28
<b>4 VÝSLEDKY .....</b>	<b>29</b>
4.1 Odpovědi informantů v rámci zkoumaných oblastí .....	29
4.2. Shrnutí výsledků.....	37
<b>5 DISKUSE.....</b>	<b>39</b>

<b>6 ZÁVĚR .....</b>	<b>48</b>
<b>7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>51</b>
<b>8 PŘÍLOHY .....</b>	<b>58</b>

## ÚVOD

Hospicová péče je tématem, v posledních letech hojně diskutovaným. Sama jsem se o něj začala zajímat už na střední škole, kdy jsem docházela do domova pro seniory jako dobrovolník. Setkávala jsem se s lidmi v terminální fázi života, kteří sice byli výborně zaopatřeni po stránce somatické, ale něco jim stále scházelo, domov. Podle mého názoru většina z nás chce odejít v přívětivém a bezpečném prostředí, když to nelze v domácím, tak alespoň v prostředí domovu podobném. Právě takovou péči zajistí hospic. Ideální formou je, aby umírající dožil doma, to umožní domácí hospic, přestože někdy z důvodů odborné lékařské péče nelze hospicovou péči doma poskytovat.

V kraji Vysočina žije většina mých blízkých, rodina i přátelé. Je pravděpodobné, že dříve či později budu řešit odchod některého ze svých nejbližších. Přála bych si, abych se v našem kraji mohla spolehnout na odbornou a komplexní péči a aby těm, kteří umírají a jejich blízkým bylo nabídnuto a umožněno citlivé doprovázení.

Kraj Vysočina je jedním z posledních dvou krajů, který nemá svůj kamenný hospic. Od roku 2015 se o založení snaží skupina Mezi stromy o.p.s., tedy Skupina pro lůžkový hospic pro Vysočinu. Jejím cílem je vybudovat kamenný hospic a také spolupracovat s domácími hospici na Vysočině. Myšlenka této skupiny se mi velmi líbí a při každé příležitosti se ji snažím podpořit.

Ve své práci jsem si dala za úkol definovat dilemata pracovníků, kteří pečují o nevyлéčitelně nemocné v jejich domácím prostředí a především zjistit, jak tato dilemata řeší. Péče o umírající a jejich blízké je práce náročná, vyžadující nejen odbornost, ale také citlivost, empatii a trpělivost. Obdivuji všechny, kteří jsou součástí hospicových týmů, a pevně doufám, že jim od společnosti bude dopřáno větší uznání a finanční podpora.



# 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

## 1.1 Hospic a hospicová péče

Termín hospic byl používán již ve středověku, a to pro tzv. domy odpočinku, kde se zastavovali poutníci, kteří se vydali do Palestiny a potřebovali si po cestě odpočinout a zotavit se, proto takové zařízení vedl člověk, který se vyznal v základní lékařské pomoci (Haškovcová, 2007). Podle Svatošové (2011) dnešní podoba hospice vznikla až ve 20. století a kolébkou hospicového hnutí je Velká Británie, kdy v roce 1967 zdravotní sestra Cecilly Saundersová založila St. Christopher hospic. Peřina (2016) navíc k historii hospiců píše, že první hospic byl založen v Lyonu v roce 1847 Jeanne Garnierovou, která založila spolek žen, ty se věnovaly péči o nevléčitelně nemocné, a tak založení hospicu bylo přirozené vyústění dříve započatého procesu. Stejný autor Cecilly Saundersovou považuje za zakladatelku moderního hospicového hnutí, a to pro její multidisciplinární přístup.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje hospicovou péči následovně: *„Hospicová péče je integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče poskytovaná klientům všech indikačních, diagnostických i věkových skupin, 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“* (World Health Organization, © 2016).

Jedná se o formu paliativní péče, kterou tvoří souhrn lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačně-ošetrovatelských činností, které jsou poskytovány terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba symptomatická, jejímž cílem je minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a vždy zohledňuje bio-psycho-spirito-sociální potřeby nemocného (Hospice, © 2005 – 2011).

Hospicová péče je poskytována ve třech formách, a to jako domácí hospicová péče, stacionární hospicová péče (denní pobyty) a lůžková hospicová péče (Kupka, 2014). Vzhledem k povaze práce se domácí hospicové péči budou podrobněji věnovat následující kapitoly.

Stacionární hospicová péče funguje tak, že pacient je do zařízení přijat ráno a odpoledne nebo k večeru se vrací domů, dopravu zajišťuje rodina nebo hospic (Kupka, 2014).

Svatošová (2011) dodává, že tato forma je vhodná pro nemocné v místě nebo z blízkého okolí. Stacionář bývá často součástí hospice (Hospice, © 2005 – 2011). Kupka (2014) a Svatošová (2011) se shodují, že důvody pro přijetí do stacionáře jsou diagnostický, léčebný, psychoterapeutický a azylový.

Lůžkový hospic je zdravotnické zařízení, které poskytuje nepřetržitou péči pacientům, trpících nevléčitelnou nemocí, kdy byly vyčerpány ostatní možnosti léčby a kdy ošetrovatelství v domácím prostředí není možné, z důvodů odborných nebo fyzických (APHPP, © 2010). V hospicích se také většinou nachází vzdělávací centrum a poradna (Haškovcová, 2007).

### ***1.2 Domácí hospicová péče***

Domácí hospic, stejně tak mobilní hospic, je tým terénních pracovníků, poskytující komplexní péči nevléčitelně nemocným a jejich rodinám, které se o ně doma starají (Marková et al., 2009). Je reálný tehdy, pokud doporučenou léčbu, která směřuje k odstranění bolesti a mnoha jiných obtíží umírajícího, lze aplikovat v domácím prostředí (Svatošová, 2011). Dostupnost mobilní hospicové péče je garantována 24 hodin denně, 7 dní v týdnu (Standardy hospicové paliativní péče, 2006). Přijetí pacienta do domácího hospice je závažný závazek, kdy pacient nebo jeho rodina projevuje vůči organizaci důvěru a pracovník přijímá zodpovědnost (Kalvach, 2010). Nutno podotknout, že pacient si musí přát být ošetřován doma a zároveň se může spolehnout na své nejbližší (Kupka, 2014).

V odborné terminologii nacházíme dva termíny pro domácí péči: „*home care*“, což je domácí pečovatelská péče, kterou provádí odborníci a dále „*homehelp*“, kdy pečovatelskou péči provádějí laici, nejčastěji rodinní příslušníci (Standardy domácí hospicové péče, 2006).

V následujících bodech Marková et al. (2009) uvádí základní skutečnosti péče mobilního (domácího) hospice:

- Středem zájmu je pacient, jeho přání a také očekávání, to vše tvoří základ plánu péče.
- Každý člen týmu musí dávat přednost svému profesionálnímu zaměření před svými zájmy a služby, které poskytuje, musí být na nejvyšší možné úrovni.
- Každý člen týmu reprezentuje organizaci, ze které přichází.

- Každý člen týmu navzájem respektuje postavení, zodpovědnost a profesionalitu svých kolegů a dalších odborných pracovníků.
- Každý člen zachovává úctu k životu, respektuje důstojnost a lidská práva každého člověka, a to bez ohledu na věk, pohlaví, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.

Svatošová zastává názor (2011), že domácí hospic je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující a také zmiňuje dva možné omezující faktory, které popisují v následujících dvou větách. Prvním faktorem je, že se narazí na hranice možností tam, kde rodinné zázemí schází nebo se vyčerpá, prostě dojdou pečující síly. Dalším omezujícím faktorem může být odbornost, především v místech, kde není dostupná žádná agentura, která poskytuje odbornou domácí péči. Stejná autorka píše, že v případě zhoršení stavu se tak pacient vrací do nemocnice. Funk (2014) upozorňuje na to, že potřebný může být doma obklopen trvale láskou a péčí, jindy tam může strádat fyzicky i psychicky.

### ***1.3 Legislativa a financování***

Péče v hospici je hrazena z více zdrojů, kdy zdravotní a ošetrovatelská péče je financována ze zdravotního pojištění, kdy pojištěncům je hrazena pouze velmi úzce specifikovaná zdravotnická péče, na úhradě sociální složky se podílí klient, každé zařízení má svůj ceník služeb (APHPP, © 2010). Tomeš et al. (2015) k tomu uvádí, že není zcela jasné, který správní orgán je kompetentní v otázkách úpravy a financování hospicové péče. Legislativně jsou hospice a hospicové péče zakotveny v právních úpravách v oblasti zdravotní a sociální, konkrétně se jedná o zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vyhlášku č. 505/2006 Sb., k provedení zákona o sociálních službách (APHPP, © 2010). O prosazení hospicové péče do zákonů v České republice se nejvíce zasloužila Asociace poskytovatelů paliativní hospicové péče, známá pod zkratkou APHPP (Hospice, © 2005 – 2011).

Důstojné umírání je také podporováno evropskými strategiemi, mezi tyto dokumenty patří např. Charta práv nevléčitelně nemocných a umírajících, Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči, Doporučení výboru ministrů členských států Rady Evropy o organizaci paliativní péče, Evropská sociální charta Rady Evropy nebo Listina základních práv EU (Tomeš et al., 2015). Zakladateli hospiců v České republice jsou

církve nebo řády (Hospice, © 2005 – 2011).

#### ***1.4 Paliativní péče a paliativní medicína***

O rozvoji **paliativní péče** u nás hovoříme až v 90. letech 20. století, kdy první oddělení paliativní péče vzniklo v roce 1992 v Nemocnici v Babicích nad Svitavou na Oddělení tuberkulózy a respiračních onemocnění (Peřina, 2016). Za zakladatelku hospicového hnutí u nás je považována Mudr. Marie Svatošová, která po roce 1989 založila občanské sdružení Ecce Homo, to mělo zásluhu na otevření prvního kamenného hospice v České republice, Hospice Anežky České v Červeném Kostelci, a to v roce 1995 (Haškovcová 2007). Následovně vznikaly další organizace, kamenné i domácí, které poskytují hospicovou paliativní péči.

Paliativní péče představuje vhodný program pomoci umírajícím a jejich rodinám (Jankovský, 2003). Termín pochází z latinského *pallium*, což znamená maska, pokrytí či zakrytí pláštěm (Munzarová, 2005). Špatenková (2013) zdůrazňuje, že paliativní péče spočívá především v ucelenosti, tím je chápána podpora pacienta při obtížích tělesných, duševních, sociálních i spirituálních. Špatenková (2013) se tak shoduje s nejvíce uznávanou definicí, která byla v roce 1999 schválena Parlamentem Rady Evropy: *“Paliativní péče je aktivní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Jejím cílem není primárně vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora blízkých”* (O organizaci paliativní péče, 2003).

Haškovcová (2007) v následujících pěti bodech konstatuje, že moderní paliativní péče:

- Poskytuje úlevu od bolesti a jiných forem utrpení.
- Přisvědčuje životu, umírání chápe jako přirozený proces.
- Neusiluje o zrychlení, ani o nepřiměřené zadržování smrti.
- Integruje psychologické a spirituální aspekty péče o pacienty.
- Nabízí systematickou podporu pacientům, která jim dovoluje žít přiměřeně aktivní život až do smrti.
- Nabízí také systematickou podporu rodinám nemocných a umožňuje vyrovnat se s pacientovým onemocněním i vlastním zármutkem.

- Pěstuje týmový přístup, který umožňuje účinně reagovat na potřeby pacientů a jejich rodin (konzultací v době zármutku, jsou-li za potřebí).
- Podporuje kvalitu života a pozitivně může ovlivnit kvalitu pacientova života.
- Je použitelná v časně fázi choroby současně s jinými postupy, které směřují k prodloužení života.

Marková et al. (2009) navíc vychází z faktu, že existuje stěžejní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající, a že umírání nemusí být provázeno bolestí a strachem.

Léčba paliativní tedy objektivně neléčí, ale tiší bolest a utrpení, protipólem je pak léčba kurativní, kterou se rozumí léčba pacienta, a která v případě chronických nevyлéčitelných onemocnění selhává (Vorlíček et al., 2004). Paliativní péči lze dle Markové (2009) nejlépe poskytovat doma a ve spolupráci s rodinou a tam, kde to možné není, by měla být pacientovi paliativní péče poskytována v prostředí domovu co nejpodobnějším: v lůžkovém hospici, na paliativním oddělení nemocnice, ve spolupráci s ambulancí paliativní péče apod. Aby byla zajištěna potřebná úroveň a kvalita poskytované péče, byly v roce 2006 připraveny standardy hospicové paliativní péče, a to pracovní skupinou Ministerstva zdravotnictví České republiky ve spolupráci s Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP, © 2010).

**Paliativní medicína** je jednou z nejstarších lékařských a ošetrovatelských disciplín, ale jako samostatný specializační lékařský obor byla uznána v roce 2009 Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně (Sláma et al., 2007). Někdy bývá označována též jako útěšná nebo zmírňující medicína (Haškovcová, 2015).

### ***1. 5 Umírání a smrt***

Umírání a smrt je velké lidské, velmi obtížné a odborné téma (Haškovcová, 2015). Je to základní jistota, kterou máme a také univerzální zkušenost, kterou každý z nás podstoupí (Grof, 2009). Problém nastává tehdy, když se smrt objeví blízko, když nám vážně onemocní někdo drahý (Haškovcová, 2007).

**Umírání** je proces, je to poslední fáze v životě člověka a toto období může být relativně dlouhé (Špatenková, 2013). V lékařské terminologii je umírání synonymem **terminálního stavu** a definice terminálního stavu uvádí, že dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je

smrt, tj. zánik individua (Haškovcová, 2015).

### ***1.5.1 Fáze a stadia umírání***

Můžeme rozlišovat 3 fáze umírání, které jsou podle Svatošové (2011) uvedena v následujícím odstavci:

**Období před umíráním** neboli **pre finem**, kdy se jedná o péči a doprovázení potřebného a jeho blízkých od zjištění diagnózy až po terminální fázi.

**Období vlastního umírání** neboli **in finem**, které souvisí s fyzickou smrtí, jde tedy o doprovázení a péči nemocného a jeho blízkých bezprostředně před smrtí, tj. umírání v užším slova smyslu.

**Období po smrti** neboli **post finem** začíná smrtí a zahrnuje nejen péči o tělesnou schránku dotyčného člověka, ale také péči o pozůstalé.

S těmito fázemi souvisí stadia procesu umírání, jejichž autorkou je také Elisabeth Kübler-Ross (2003) a které jsou popsány v následujících bodech:

1. První stadium – **šok a popírání**: umírající nevěří diagnóze a snaží se hledat jiné lékařské i nelékařské autority, které by popřely informaci o blížící se smrti, je to izolace od bolestivé pravdy.
2. Druhé stadium – **zlost a agrese**: umírající pocítují hněv a vztek, které nejčastěji obracejí na sociální okolí (proti lékařům, svým blízkým, někdy proti Bohu).
3. Třetí stadium – **smlouvání**: pokus o odklad toho, co musí přijít, umírající se pokouší najít možnost, jak se uzdravit nebo jak život prodloužit.
4. Čtvrté stadium – **deprese a smutek**: umírající trpí smutkem a obavami z budoucnosti, zlost a smlouvání je tak vystřídáno pocitem hlubokého zármutku.
5. Páté stadium – **akceptace, smíření**: umírající přijímají fakt konce života, smířují se s nevyhnutelností nemoci. Bylo by chybné toto stadium zaměnit za rezignaci. Rozdíl mezi smířením a rezignací popsala Kübler-Ross (2003) jako rozdíl v osobitém výrazu, kdy ve tváři vyrovnaného člověka lze spatřovat vyrovnanost, mír a vnitřní důstojnost, naopak u člověka, který rezignoval, spatřujeme marnost a duševní trýzeň.

**Smrt** je stav, kdy u živého organismu došlo k nezvratným změnám v mozku a v jejich

důsledku k zániku centra dýchání, krevního oběhu a postupnému rozkladu a odumírání těla (Šiklová, 2013). Smrt je završením a ukončením lidského života (Špatenková, 2013).

### ***1.5.2 Současné postoje ke smrti a umírání***

Smrt a umírání jsou neodlučitelnou součástí života, ale v postmoderní společnosti jsou potlačeny do pozadí (Kupka, 2014). „*Současnost preferuje jednoznačně mládí, zdraví, úspěch a výkon*“ (Jankovský, 2003, s. 126). Stejně tak Špatenková (2013) upozorňuje na to, že institucionalizace smrti je tím nepříznačnějším rysem přístupu ke smrti ve 20. a 21. století. Podobně Ariès (1985) o institucionalizaci umírání hovoří jako o neviditelné smrti. Zatímco dříve byl umírající ve středu zájmu své rodiny, dnes řada lidí věří, že smrtelně nemocným příbuzným bude nejlépe, když jim zajistí ty nejmodernější léčebné postupy (Pera et al., 1996). Vnímání smrti je podle Šiklové (2013) podmíněno zkušenostmi, tedy tím, že ji člověk viděl ve svém bezprostředním okolí a umírající byl dříve obklopen lidmi. Podle Haškovcové (2007) se současný přístup k umírajícím a smrti rodí v 19. století, a to díky technické akceleraci a rozvoji vědy, protože díky nim se v dříve beznadějných situacích, dnes nad smrtí vítězí. Svatošová (2011) píše, že co je pro naši generaci tabu, bylo pro naše prababičky normální součástí života. Stejná autorka také apeluje na to, aby se do domácností, kde umírá člen rodiny, vneslo více odbornosti a aby se do nemocniční péče zapojovali rodiny a přátelé.

### ***1.5.3 Potřeby umírajícího člověka***

Představa potřeby člověka a jejich uspokojování je původně postavena na pyramidě potřeb, kterou stanovil Abraham Maslow (Kupka, 2014). Obecně platí, že uspokojení základních potřeb je předpokladem k uspokojování potřeb vyšších, ovšem v krizových momentech života tomu tak být nemusí a uspokojování vyšších potřeb může napomáhat k zvládnutí obtížných a krizových situací (Bartlow, 2000). Život člověka lze charakterizovat neustálým uspokojováním potřeb a specifická podoba potřeb nemocného člověka je závislá na charakteru nemoci, na klientovi samotném a na sociálních poměrech, ve kterých žije (Zacharová et al., 2007).

Svatošová (2011) uvádí čtyři základní potřeby těžce nemocného, které jsou definovány v nadcházejících bodech:

- **Potřeby biologické** zahrnují vše, co potřebuje nemocné tělo. Tedy přijímání potravy (někdy upravenou zvláštním způsobem), zbavení metabolických produktů,

zajištění dostatečného okysličování, aktivitu, aby se předešlo zakrnění či proleženinám, tišení bolesti a zbavování nemocného orgánu, např. chemoterapie.

- **Potřeby psychologické** jsou charakterizovány především respektováním lidské důstojnosti. Člověk je jedinečná bytost, a proto je nutné ho chápat a respektovat vždy, nezávisle na tělesné schránce. Na těchto zásadách je postaveno celosvětové hospicové hnutí. Nemocný také potřebuje se svým okolím komunikovat a mít pocit bezpečí, proto je důležité nikdy nemocnému nelhat. Do této kategorie také autorka řadí zásadu říkat nemocnému jen tolik, kolik říkat chce a jen tehdy, kdy to chce slyšet.
- **Potřeby sociální** vycházejí z faktu, že člověk je tvor společenský, izolovaně nežije a izolovaně by neměl ani umírat. Nejsilnější vazby má nemocný obvykle s rodinou, ale nejen s ní, měl by mít právo návštěvy si sám usměrňovat.
- **Potřeby spirituální** se paradoxně častěji objevují u nemocných, kteří nežijí z víry. Každý člověk potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a sám má potřebu odpouštět. Nemocný chce být také ujištěn, že jeho život měl smysl, je potřeba mu ukázat, že žít smysluplně se dá až do poslední chvíle.

Důležité je také zmínit **potřebu umírajících mluvit o smrti**, kdy Tomeš et al. (2015) k tomu píše, že hovory o umírání a smrti jsou v běžné konverzaci tabuizovaným tématem, a to nejen pro laickou, ale i odbornou veřejnost ve zdravotnictví a v sociální oblasti, což komplikuje situaci umírajícího a jeho rodiny. Křivohlavý (2010) a Svatošová se domnívají, že umírajícímu je třeba především naslouchat, stačí vyčkat, až sám vyjádří obavy.

### ***1.6 Doprovázení umírajících***

Doprovázení znamená, že konkrétnímu umírajícímu nabídneme, že ho budeme, bude-li chtít, doprovázet, že u něho zůstaneme, pokud jeho tělo bude potřebovat pomoc, že budeme všímaví, pokud bude jeho duše žádat útěchu a že budeme stát při něm, když bude potřebovat radu a pomoc v praktických otázkách a doprovázení znamená především to, že budeme naslouchat (Pera et al., 1996). Dvořáčková (2010) upozorňuje na to, že pro všechny, kteří se rozhodnou doprovázet je důležité si uvědomit, že mohou dát jen to, co sami mají.

Doprovázení se však netýká jen umírajících, ale také pozůstalých. První reakcí, která je ztrátou milovaného člověka vyvolána, je tzv. oněmění nebo také ohlušení, kdy



převládajícími pocity jsou lítost, hněv, vina, bezmoc a strach (Haškovcová 2007).

Svatošová (2011) uvádí, že péči o pozůstalé se věnují organizace samostatně nebo je tato služba součástí hospicové péče. Stejná autorka dodává, že doba doprovázení pozůstalých trvá dle potřeby i dlouhodobě, ale zpravidla po dobu 1 roku.

### ***1.7 Rodina a blízké osoby umírajících***

Stejně tak jako pro umírající, i pro jejich nejbližší je proces umírání velmi těžkým obdobím života. V případě vážné nemoci znamená rodina pro nemocného podporu nejen hmotnou, ale hlavně psychickou (Dvořáčková, 2012). Rodinní příslušníci také procházejí fázemi, které popsala Elisabeth Kübler-Ross (2003), tedy šok, zlost, smlouvání, deprese a smíření. Svatošová (2011) upozorňuje na to, že jednotlivé fáze, i když jsou řazeny za sebou tak, jak obvykle přicházejí, nemusí vždy zachovávat tento sled, ale naopak, fáze se často vracejí, střídají a mohou se i prolínat. I když jsou příznaky přicházející smrti zřejmé, blízké osoby k nim často zaujímají ambivalentní vztah, přestože racionálně chápou, že již není v silách odborníků cokoli pro záchranu udělat, v emocionální rovině se uplatňuje proti tomuto faktu vzpoura (Špatenková, 2014).

Potřeby rodiny mohou být definovány jako vnímání požadavků nebo přání pro podporu a péči zdravotnických či jiných profesionálů (Fridriksdottir et al., 2006). Cílem pomoci blízkým osobám je využití a také podpora schopnosti poskytnout umírajícím citovou a praktickou podporu, přizpůsobit se průběhu nemoci a vyrovnat se se ztrátou (O organizaci paliativní péče, 2004).

Specifické potřeby mají pečující rodinní příslušníci. U rodinných pečovatelů v domácí péči je doporučena intervence zaměřená na podporu zdraví rodinných pečovatelů, vyšší informovanost rodiny, zejména o symptomech nemoci, a emocionální podporu a u rodinných příslušníků pacientů v hospici je vhodné se zaměřit na psychickou pohodu rodinných příslušníků, dále pak na informovanost o finančních možnostech (Bužgová, 2012). Colombo et al. (2011) uvádí, že domácí hospicová péče, která vyžaduje celodenní přítomnost pečujícího, je spojena nejen s obětavostí, trpělivostí a vytrvalostí, ale často s beznadějí a bezmocí pečujícího. S tím je spojen termín respitní péče, neboli péče o pečující, která vychází z předpokladu, že psychicky vyrovnaný ošetřující umí vést rodinu umírajícího k duševní hygieně (Hospice, © 2005 - 2011). Špatenková (2013) uvádí, že proces umírání vede u všech zúčastněných k emoční labilitě, tenzi a

hostilitě, což může být snadným zdrojem zdánlivě nepochopených konfliktů. Stejná autorka k tomu dodává, že by se rozhodně neměla zanedbávat komunikace a psychologická péče.

### ***1.8 Multidisciplinární tým***

Hospicová paliativní péče je poskytována týmem pracovníků různých profesí a dobrovolných spolupracovníků (APHPP, © 2010). Stejně tak Kalvach (2010) spatřuje kvalitní, respektive opravdovou paliativní péči jako multioborovou. Marková (2009) uvádí, že součástí paliativního týmu jsou: lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník, ošetřovatel, psychoterapeut nebo psycholog, někdy též koordinátor dobrovolníků, terapeut pro pozůstalé, pastorační pracovník. Cílem jejich práce je naplňování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacientů a jejich blízkých osob (APHPP, © 2010). Zaměstnanci i dobrovolníci, kteří spolupracují s umírajícími a jejich rodinami, respektují hodnoty, na nichž pacientovi a rodině záleží a respektují jejich názory v oblasti kulturní, politické i duchovní (Marková, 2009).

### ***1.9 Etická východiska pomáhajících profesí***

**Etika** je jedna ze základních filozofických disciplín. Pojem etika pochází z řeckého slova *ethos*, což znamená mrav, proto byla dříve nazývána mravovědou (Haškovcová, 2015). Je to tedy nauka o podstatě a původu mravního vědomí, která teoreticky a normativně stanovuje, co je mravní a co nikoliv (Kutnohorská et al., 2007). Etika se zabývá konfliktem touhy po svobodném jednání a vědomím povinností přizpůsobit se požadavkům našeho okolí (Blecha, 2004). To klade na pomáhající profese odpovědnost za aktivity při uspokojování svých vlastních potřeb a potřeb klientů (Kutnohorská et al., 2007). Etiku můžeme dále rozdělit na etiku autonomní, heterogenní, sociální, individuální a profesní (Jankovský, 2003). Pro účely této práce se do popředí dostává **etika profesní**, kterou Kutnohorská et al. (2011) označuje jako pojem, který je určen mravními hodnotami specifickými pro určité povolání. Profesní etika aplikuje obecná etická ustanovení, neboli etický kodex, na konkrétní profesionální činnost (Jankovský, 2003).

Kutnohorská et al. (2011) dále uvádí, že etika profesionální práce je dána především morálními hodnotami dané společnosti, tedy předpisy a pravidly chování.

**Morálka** hodnotí lidské chování z hlediska dobra a zla v porovnání s lidským svědomím (Jankovský, 2003). Morálka tedy v dané společnosti určuje, co bude obecně považováno za dobré (Blecha, 2004).

**Hodnotami** označujeme vše, čeho si vážíme, co považujeme za důležité a co je významné pro jedince (Kutnohorská et al., 2011). Každé lidské jednání je vedeno nějakým motivem, směřuje k určitému cíli a přináší uspokojení, proto má vždy stránku hodnotovou (Blecha, 2004).

### ***1.9.1 Ochrana lidských práv a důstojnosti***

Lidská práva jsou obecně formulována v *Deklaraci lidských práv a svobod*, dokumentu OSN z roku 1948. V občanském zákoníku (2012) stojí, že každý má právo na ochranu svého života, zdraví, svobody, cti, důstojnosti a soukromí. V roce 1999 byl Parlamentem Rady Evropy schválen pro paliativní péči důležitý dokument, a to *Ochrana lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících*, který definuje základní principy a je znám také jako *Charta umírajících* (Haškovcová, 2015).

Důraz na důstojnost lidské osoby je v pomáhajících profesích mimořádný a v rovině lidské důstojnosti jsme si všichni rovni (Kutnohorská, 2007). Základním etickým východiskem paliativní péče je absolutní hodnota a bezpodmínečná ochrana lidského života, a to i ve specifických podmínkách umírání (Kalvach, 2010). K pochopení lidské důstojnosti je důležitá Kantova etická perspektiva, tj. zaměřit se na proces morálního rozhodování jednotlivce, na univerzální princip respektu, ten náleží všem lidem bez rozdílu (Kutnohorská et al., 2007).

Současné pojetí práce ve zdravotnictví, sociální práce a zdravotně sociální práce se vyznačuje důrazem na respekt k lidské důstojnosti, ta je chápána jako základní lidské právo (Kutnohorská et al., 2011).

### ***1.9.2 Autonomie a respektování pacienta***

Autonomní jedinec by měl řídit a organizovat vlastní aktivity bez cizího zásahu, sám uspokojovat své fyziologické potřeby, stát si za vlastními názory, nevynucovat si souhlas, blízkost a emocionální oporu a neměl by být zatížen obavami z druhých ani pocity viny vůči nim (Kalvach, 2010). Za nejvýznamnější podmínky, které pozitivně ovlivňují kvalitu života nemocného, považuje Kutnohorská et al. (2011), autonomii léčby, tj. aby mohl rozhodovat sám o sobě, dále sem řadí individualizaci léčby a

ošetřování, tj. respektování klientových zvyků, hygienických a stravovacích návyků, aby byl brán v úvahu jako člověk s mentální schopností. Bužgová (2015) zdůrazňuje, že je nutné respektovat jedince v oblasti psychické, sociální a spirituální a z hlediska autonomie je nejdůležitější zajistit pacientovi dostatek informací pro možnost rozhodování.

### ***1.10 Dilemata pracovníků v pomáhajících profesích***

Dilema znamená nutnou a velmi obtížnou volbu mezi dvěma vzájemně se vylučujícími možnostmi a určitým paradoxem je, že nemají jednoznačné řešení, ale musí být jednoznačně řešena (Ivanová, 2005). Podle Nečasové (2001) k etickým dilematům může docházet ve třech různých oblastech, kterými jsou oblast týkající se práv a kvality života pacienta (ve vztahu klienta a pracovníka), dále oblast obecného blaha (vztah ke společnosti, požadavky zaměstnavatele) a oblast nerovnoprávnosti a sociálního útlaku.

#### ***1.10.1 Dilematické situace a jejich zdroje***

Dilematická situace vzniká, když člověk čelí alespoň dvěma různým alternativám, kdy ani jedna z nich se nezdá být optimálním řešením problému (Kutnohorská et al., 2011). Služba druhým vyžaduje od těch, kteří jí hodlají poskytovat, určité osobnostní dispozice, vzdělání a mnohdy i ochotu přinášet oběti (Jankovský, 2003). Chránit a respektovat základní lidská práva, zvláště lidskou důstojnost, patří k etickým povinnostem pomáhajících profesí, a pokud se tato odpovědnost dostane do konfliktu s ostatními hodnotami a právy, vznikají dilematické situace. (Kutnohorská, 2007). Protože pomáhající pracovník stojí na straně zákona (státu), je svázán k dodržování předepsaných norem, ale na druhou stranu to stěžuje jeho kontakt a práce s klienty (Ivanová, 2005). Pracovníci v pomáhajících profesích řeší dilematické situace často, protože náplň jejich práce je velice náročná na osobnostní etickou výbavu (Kutnohorská et al., 2011).

Zdrojem dilematických situací jsou nemocní, kteří jsou odkázáni na zdravotně sociální služby a jejich rozhodování tak může být značně omezené, a to z důvodů sociální bezmocnosti, která může být dána situací nebo věkem (Kutnohorská et al., 2011).

Častým zdrojem problémů je profesní onemocnění *burn-out syndrom*, označován jako syndrom vyhoření. Ten je považován za reakci na mimořádně zatěžující práci, při které dochází k vyčerpání emočních, fyzických a duševních sil, takto postižený jedinec

dochází k závěru, že již nemůže dál (Kebza, 2012). Předcházení profesnímu vyčerpání a stresu bude blíže popsáno v následující kapitole.

Dalším zdrojem dilematických situací může být téma eutanazie. Problematika eutanazie se ale dle Haškovcové (2002) dotýká především zásadní otázky, kdy a za jakých podmínek bude možné, nutné a také vhodné ukončit léčbu, která je marná a která přináší umírajícímu pouze utrpení.

Umírání podle Kalvacha (2010) může probíhat ve třech situacích, které jsou uvedeny v následujících bodech:

1. **dystanázie** – nezáměr či vědomé nerefluktování fáze umírání, neposkytnutí ucelené podpory, samoučelné zadržování smrti s prodlužováním obtíží
2. **paliativní péče** – cílevědomé a kvalifikované zmírňování obtíží s podporou důstojnosti a s odstoupením marné léčby smrtící choroby, nikoliv však od účelných intervencí
3. **eutanazie** - aktivní zkrácení života či neposkytnutí péče.

Jankovský (2003) zdůrazňuje, že eutanazie a dystanázie jsou postupy eticky nevhodné a v České republice nelegální.

### ***Informovaný souhlas pacienta***

Jedná se o právní úpravu ošetřujícího lékaře a pacienta, která je zakotvena v zákoně 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ve znění pozdějších předpisů. Informovaný souhlas je institut, který má dvě fáze, v první fázi kvalifikovaný zdravotní pracovník sdělí pacientovi všechny potřebné informace, v druhé fázi pak pacient tyto skutečnosti zváží v kontextu svých hodnot a priorit a rozhodne se, zdali souhlasí s provedením zákroku (Policar, 2009). Bez informovaného souhlasu nelze paliativní léčbu omezovat, je třeba nepřijatelné, aby se například lékař domluvil s rodinou o přerušení léčby (Kalvach, 2010).

Speciálním případem informovaného souhlasu je *dříve vyslovené přání* (představené čl. 9 Úmluvy o biomedicíně), které je informovaným souhlasem s léčbou případně indikovanou v budoucnu (Krejčíková, 2014).

Další dilematickou situací u pracovníků paliativní péče je **rozhovor s pacientem a jeho rodinou o přechodu z kurativní péče na péči paliativní** a jakýkoliv další kontakt s rodinou, kdy se objevují stížnosti nebo výhrůžky žalobami (Křivohlavý, 2010). Etická dilemata vznikají také v situaci, kdy pacient trvá na svém **přání zemřít**, přestože jsou ještě k dispozici další paliativní prostředky (O organizaci paliativní péče, 2003). Výrazně stresující při péči o umírající je také **adaptace personálu na zátěž**, která vyplývá z paliativní péče a vyrovnání se s pocity, které souvisejí s vlastní smrtelností (Kebza, 2012). Zatěžující mohou být i úvahy o správnosti zvoleného postupu terapie, Vymětal (2012) ve vztahu k paliativní péči toto dilema chápe jako vyrovnání se s neúspěchem terapie, s nemožností uzdravení a dále jako styk s postupně fyzicky i duševně chátrajícími lidmi.

**Nedostatečná nebo chybějící komunikace** se může stát dalším zdrojem dilematických situací. Vorlíček (2004) uvádí, že největším problémem v paliativní péči jsou právě nedostatky v komunikaci. Jak již bylo zmíněno výše, téma úmrtí a smrti je ve společnosti tabuizováno (Jankovský, 2003; Šiklová, 2013) a podle dalších autorů (Svatošová, 2011; Tomeš et al. 2015) se to týká nejen laické, ale také odborné veřejnosti. Křivohlavý (2010) se zde shoduje s Vymětalem (2012), když chybějící komunikaci mezi lékařem a pacientem odůvodňuje tím, že pečující profesionálové mohou blížící se úmrtí pacienta chápat jako vlastní neúspěch. Stejně názorem Haškovcové (2007) je, že lékaři si nechtějí svou úzkost ze smrti připustit a nejčastěji ji řeší omezením komunikace s pacientem.

Kebza (2012) dále k dilematům uvádí, že se pochopitelně mohou promítat do osobního i profesního života pracovníků. Stejný autor je zároveň toho názoru, že na poli pracovním může docházet ke konfliktům mezi kolegy, v osobním životě pak k partnerským neshodám mezi rodinnými příslušníky, partnery či přáteli. Dále Kebza (2012) dodává, že problematika mezilidských vztahů může mít za následek snížení subjektivní spokojenosti s kvalitou života.

### ***1.11 Psychohygienu a supervize***

Jak již bylo zmíněno, pomáhající profese patří k těm nejnáročnějším, práce v paliativní péči klade zvýšené nároky na pracovníka, je stresující (O'Connor et al., 2005), proto je důležitá **psychohygienu**. Hartl a Hartlová (2015) definují psychohygienu jako obor, který se zabývá rozvojem a podporou duševního zdraví. Kopecká (2015) k tomu uvádí, že pro dodržování duševního zdraví je nutné dodržovat klasické zásady zdravé výživy, tedy racionální a pravidelný příjem potravy, dostatečné množství spánku, přiměřený pohyb a omezení příjmu škodlivých látek jako alkohol nebo kouření.

Otázkou zůstává, jak stres, který práce v paliativní péči přináší, překonávat. Křivohlavý (2010) rozděluje zvládání stresu do dvou činností: na jedné straně jde o odstranění toho, co stres způsobuje a na straně druhé o posilování vlastních sil, které nám pomohou se stresem bojovat. Technik pro zvládání zátěžových situací je celá řada. Podle Křivohlavého (2010) je důležité mít na paměti, že při řešení náročných situací vstupují i naše osobní charakteristiky. V multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče by podle Čípkové (2015) měli pracovat odborníci s odbornou přípravou, která směřuje ke zvládání traumatických situací i psychohygieny.

Minirth et al. (2011) se zmiňuje i o tom, že pomáhající profese jako zdravotní sestry, lékaři, sociální pracovníci a terapeuté jsou nejvíce náchylné k syndromu vyhoření, a to pro soustavné zabývání se problémy druhých. Negativním důsledkům pracovního stresu je rozhodně snazší předcházet, než je odstraňovat (Raudenská a Javůrková, 2011). Více autorů (Křivohlavý, 2010; Špatenková, 2013) zároveň upozorňují na to, že prevence před syndromem vyhoření je nanejvýše individuální záležitost.

Jednou z nejčastějších metod, která brání vyhoření pomáhajících profesí je **supervize**. Venglářová (2013) definuje supervizi jako proces, zaměřený na reflexi profesní role a aktivit, které jsou spojené s vykonáváním povolání. Podle O'Connor et al. (2005) je supervize zase způsob, jak řešit závažné problémy a získat potřebné dovednosti při poskytování paliativní péče. Stejně tak Raudenská a Javůrková (2011) označují supervizi za důležitou a zároveň ji vnímají jako nezbytnou součást pracoviště, poskytující paliativní péči. Při supervizi nejde jen o zvolení optimálního postupu, ale

především o reflexi vlastního přístupu k nemocným a uvědomění si pocitů a obav (Venglářová, 2013).

Jinou formou supervize je intervize (Venglářová, 2013), kdy není přítomen supervizor, ale skupina je tvořena pouze kolegy. Stejně tak důležitá jako supervize a intervize je dle Křivohlavého (2010) relaxace, která může mít podobu procházky, dýchacích technik, ventilace emocí, autogenních relaxačních tréninků nebo uvolňování svalů.



## **2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### ***2.1 Cíl***

Cílem práce je zjistit, jak řeší personál domácí hospicové péče na Havlíčkovobrodsku dilemata, se kterými se setkává ve své práci.

### ***2.2 Výzkumné otázky***

Byly stanoveny tyto dílčí výzkumné otázky:

**DVO1:** Co je obsahem dilemat, se kterými se pracovníci domácí hospicové péče setkávají na pracovišti?

**DVO2:** Jak probíhá spolupráce v rámci týmu domácí hospicové péče?

**DVO3:** Jak pracovníci domácí hospicové péče reagují na etická dilemata?

**DVO4:** Co by pracovníkům domácí hospicové péče v budoucnu pomohlo při řešení dilemat?

## 3 METODIKA

### 3.1 Popis výzkumného nástroje

Pro realizaci vlastního výzkumu byla zvolena **kvalitativní výzkumná strategie**. Úkolem kvalitativního výzkumu je odhalovat neznámé skutečnosti o sociálních jevech, zejména o jejich existenci a struktuře, vlastnostech a funkcích, ale také faktorech, které tyto jevy ovlivňují nebo s nimi souvisejí (Surynek et al., 2001). Kutnohorská (2009) uvádí, že se jedná o nematematický, analytický postup, který se může týkat života lidí, příběhů, chování, chodu organizací, ale také společenských hnutí nebo vzájemných vztahů.

Pro získání potřebných dat byla použita **metoda dotazování a technika rozhovoru podle návodu**. Metoda dotazování je nejčastěji využívanou metodou získávání dat v kvalitativním výzkumu a výhodou osobního dotazování je získávání širších informací (Surynek et al., 2001). Rozhovor podle návodu má zajistit, že se během rozhovoru badatel dostane na všechna zajímavá témata a dává možnost přizpůsobit otázky konkrétní situaci (Hendl, 2008). Miovský (2006) uvádí, že přínosem této techniky je kreativita, zároveň však zdůrazňuje, že u rozhovoru mají význam vnější okolnosti (prostředí, kde rozhovor probíhá, doba rozhovoru atp.). Pro snazší vedení rozhovorů byly vytvořeny okruhy témat a otázek. Tyto návody jsou součástí práce, přílohou č. 1.

Rozhovory k výzkumu byly prováděny v březnu roku 2017, a to podle možností informantů. Nejdříve byly vytvořeny návody k rozhovorům a dalším krokem byla realizace pilotního výzkumu, a to pro ověření srozumitelnosti. Otázky se po pilotním výzkumu zdály být srozumitelné.

Rozhovory s informanty probíhaly podle návodu. Nejdříve byla kontaktována koordinátorka domácí hospicové péče, s jejíž pomocí byli osloveni ostatní pracovníci. Všichni oslovení s rozhovorem souhlasili. Informanti byli seznámeni s cílem i účelem rozhovoru a na začátku byli ubezpečeni o anonymitě. Ze stejného důvodu není uveden název organizace, jejíž pracovníci se rozhovoru účastnili. Pro zachování anonymity jsou informanti označeni čísly I, II, III. Rozhovor trval s každým 40-50 minut a vždy byl nahráván na diktafon, samozřejmě po souhlasu informanta.

### ***3.2 Způsob zpracování dat***

Při zpracování dat byla použita **metoda otevřeného kódování**. Jak uvádí Kutnohorská (2009), jedná se o analýzu, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů. Stejná autorka dále tvrdí, že pomocí studia získaných údajů (rozebíráním, prozkoumáváním, kategorizací a porovnáváním údajů) jsou určité události označeny a seskupeny do jednotlivých kategorií, kde se hledají podobnosti a rozdíly.

Pro přehlednost bylo zpracování výsledků rozděleno na čtyři zkoumané oblasti, a to podle dílčích výzkumných otázek. Každá oblast hledá odpovědi na výzkumné otázky, a to rozebíráním a vyhodnocováním významných témat.

### ***3.3 Popis výzkumného souboru***

V případě výzkumného souboru byla použita **metoda účelového (záměrného) výběru**. Podle Miovského (2006) výběr výzkumného souboru patří mezi jednu z obtížných fází studie. Hendl (2008) uvádí, že tento způsob vzorkování se používá v případě, že výzkumník potřebuje informačně bohaté případy.

Výzkumný soubor tvořili zaměstnanci nově vzniklé organizace, poskytující domácí hospicovou péči. Informanti pracují s terminálně nemocnými a jejich blízkými. Osloveni byli všichni 3 pracovníci z týmu domácí hospicové péče a všichni souhlasili s výzkumem. Výběrový soubor tvoří zdravotní sestra, která aktuálně zastává i práci pracovníka sociálních službách, koordinátorka domácí hospicové péče a sociální pracovnice. Tito informanti splňovali následující kritéria:

- pracují v organizaci, která zajišťuje domácí hospicovou péči na Havlíčkobrodsku,
- setkávají se a pracují s klienty v terminální fázi nemoci a jejich blízkými.

Všichni dotazovaní mají praxi v kontaktu s klienty v terminálním stadiu a orientují se v problematice paliativní péče. Doba jejich praxe se pohybuje od 2 do 8 let.

### ***3.4 Etika výzkumu***

Všichni informanti byli seznámeni s obsahem a cílem výzkumu a byli ubezpečeni jeho anonymitou. Informanti dali informovaný souhlas se zpracováním dat a nahráváním na diktafon, tento souhlas je součástí této práce, je označen jako příloha č. 2.

Rozhovory byly realizovány na základě dobrovolnosti a po přepisu rozhovorů z diktafonu, měli všichni možnost nahlédnout do výsledků práce a udělat případnou korekturu. Informanti byli seznámeni se skutečností, že mohou kdykoli od výzkumu odstoupit.

### ***3.5 Operacionalizace pojmů***

*Havlíčkovobrodsko* – dosahuje k hranicím okresu Havlíčkův Brod (Český statistický úřad, © 2012).

*Odborná veřejnost* - zaměstnanci organizací, podílí se na chodu paliativní péče; denně jsou v přímém kontaktu s pacienty v terminálním stádiu nemoci a jejich rodinami (Národní kvalifikace, © 2006-2014).

*Pacient v terminálním stádiu* - pacient trpící nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu; pravděpodobná délka dožití je 6 měsíců (Haškovcová, 2015).

*Pečující o osobu v terminálním stádiu* - osoba, která celodenně pečuje o nemocného v terminálním stádiu onemocnění a má s nemocným společnou domácnost (Marková, 2009).

## 4 VÝSLEDKY

V této kapitole jsou uvedeny výsledky výzkumu. Jak již bylo zmíněno, jsou rozděleny na čtyři oblasti, kdy každá oblast hledá odpovědi na výzkumné otázky.

### 4.1 Odpovědi informantů v rámci zkoumaných oblastí

#### *První zkoumaná oblast*

**DVO1: Co je obsahem dilemat, se kterými se pracovníci domácí hospicové péče setkávají na pracovišti?**

První zkoumaná oblast byla zaměřena na **obsah dilemat**, se kterými se informanti setkávají v jejich práci. Z výpovědí vyplynulo, že dilemata se týkají komunikace mezi lékařem a pacientem před propuštěním do domácí péče, informování pacienta a spolurozhodování o dalším léčebném postupu. Informant II uvádí: „*Problém nastává hned u přijetí klientů do domácí péče, kdy často ani nevědí, že umírají*“. Podobný názor má i informant III: „*Lékaři neinformují svého pacienta o tom, že jejich léčba je ukončena, rodina pak vyhledá naše služby, ale klient neví, že se jedná o hospicovou péči*“.

Pracovníci domácí hospicové péče si dále pokládají otázky, zdali říkat pravdu nebo milosrdnou lež, nechat odpovědnost na pacientovi nebo být direktivní, přemlouvat rodinu nebo respektovat její rozhodnutí. Informant I uvádí: „*Není výjimkou, že když přijedeme na sociální šetření a chystáme se podepsat smlouvu o poskytování hospicové péče, rodina klienta nás prosí, ať diagnózu babičce nesdělujeme*“.

Všichni informanti jsou toho názoru, že lékaři špatně informují pacienta o ukončení léčby nebo infaustním onemocnění. Informant I se k tomu vyjádřil následovně: „*Často se setkáváme s tím, že jim lékař řekl, že je to špatné a že se blíží konec, ale dál s pacienty nikdo nekomunikuje*“. Informant III je přesvědčen, že lékaři nejsou dostatečně vzděláni v oboru paliativní péče: „*Lékaři nemají ponětí o tom, co je paliativní péče a mnozí z nich nemají sami vyřešenou otázku smrti, proto se tomu vyhýbají a s pacienty to vůbec neřeší*“. Informant II si myslí, že nefunguje návaznost služeb: „*Lékaři nevědí, co nabízíme, a to by měli hospicovou péči ordinovat, spolupráce prakticky nefunguje*“.

Dva z oslovených informantů spatřují dilema také v nedostatku času na klienta. K tomu informant III říká: „*Když si na mě klient zvykne, chce si se mnou povídat, často se mi hodně svěřují, nemám na to ale bohužel čas, potřebovala bych alespoň dvě hodiny na každého, ale to nejde a navíc mi to nikdo nezaplátí*“. Informant II pak podobně uvádí: „*Ráda bych s klienty trávila více času, cítím, že si potřebují povídat*“. Informant III navíc uvedl, že komunikace s klientem vyžaduje hodně trpělivosti: „*Klienti se mě často ptají na prognózu a na tu nemoc, kterou mají, chce to stále vysvětlování*“.

Další zkoumaná oblast se týká **dilematických situací při práci s klientem**. Pracovníci jsou vystaveni situaci, kdy musí sami sdělovat klientovi diagnózu. Informant III k tomu uvádí: „*Dvakrát se mi při ošetřování stalo, že se mě klient zeptal, jak dlouho tu ještě budu?*“. Jeden z informantů označil za dilematickou situaci, kdy pacienti svoji infaustní diagnózu vytěšňují. K tomu informant I říká: „*Po sdělení diagnózy lékařem to už s nimi nikdo nerozebere a tak to vytěšní*“. Informant II zase tvrdí, že někteří klienti svoji nemoc a s ní spojené bolesti nepřiznají: „*Setkávám se i s tím, že klient si svoji nemoc nepřipouští a popírá, že má bolesti, i když vím, že musí trpět*“. Všichni informanti se shodují na tom, že klienti v terminální fázi se snaží uchránit své blízké, proto o svých pochybách a bolestech mlčí a to samé požadují po pracovnících domácí hospicové péče. Informant I k tomu uvádí: „*Požádají nás o poskytování péče, ale nechtějí, aby o tom rodina věděla*“. Všichni informanti se zároveň shodují v tom, že klienti si potřebují o konci života pohovořit, ale obávají se rozhovoru na téma smrt a život po smrti. Informant I: „*Na začátku praxe jsem se setkávala s tím dilematem, zdali mlčet nebo mluvit, když klient začal mluvit o smrti a o konci života. Jaké to bude, co bude cítit proč zrovna on*“? Důvodem strachu, je podle všech informantů obava z toho, že s tím zatěžkají své nejbližší, informant II: „*Klienti chtějí od té smrti a trápení ochránit svoji rodinu*“. Z rozhovorů dále vyplynulo, že klienti domácí hospicové péče si chtějí povídat o konci života, ale nechtějí oslovit odborníky, informant II: „*Stává se mi, že klientům nabídnu pomoc psychologa nebo duchovního, ale oni si nepřejí navazovat kontakty s dalšími, když už jsou zvyklí na mě*“, informant II si o tom myslí, že: „*klientům se plete psycholog a psychiatr a když jim nabídnu pomoc psychologa, bojí se nějaké další neznámé léčby*“. Informant I navíc uvádí, že se někdy setkává se změnami chování u klientů: „*Když odchází dlouho, jsou někdy agresivní, což je pro mě nové a*

*velmi mě to překvapí a je to náročné, vždy se snažím chovat hezky, i když je klient zlý... je to pro mě těžké odlišit to, jestli má bolesti nebo ho svojí přítomností obtěžují?“.*

Cílem třetí otázky této části bylo zjistit, s jakými dilematy se pracovníci domácí hospicové péče setkávají při **práci s rodinou**. Všichni informanti shodně vypověděli, že rodina klienta si často nechce připustit, že jejich blízký je v terminální fázi života. Informant I: *„Rodina klienta v závěrečné fázi umírání panikaří a chce ho zachránit“*, podobně informant III říká: *„Projevy nemoci se mění, často horší, pro rodinu je to těžké a nechce to přijímat“*. Informanti se ve svých výpovědích také shodli na tom, že s tím souvisí fáze umírání, které popsala Kübler-Ross (2003), kdy každý je v jiné fázi. Informant I: *„Častým problémem je, že rodina je v úplně jiné fázi než klient“*, informant II se k tomu vyjadřuje následovně: *„Stává se, že třeba děti, jejichž maminka umírá, mi volají, ptají se, zdali by nepomohla nějaká babská rada, o které se dočetli, zkrátka jsou v té fázi popírání“*. Informant III k tomu dodává: *„Snažím se vnímat jednotlivé fáze umírání a podle toho klienta i rodinu nasměrovat, většinou jsou každý jinde“*. Další totožný názor všech informantů se týká toho, že rodina chce něco jiného než klient, informant I: *„Častým dilematem je, že rodina řídí péči a nedá o sobě rozhodovat umírajícímu“*. Informant III si myslí, že *„není výjimkou, že rodina chce, abychom prováděli hygienu, ale klient nechce, někdy se prostě stydí nebo mu je to nepříjemné“*. Informant I je toho názoru, že rodina chce o svého blízkého v terminální fázi života pečovat doma, ale nedokáže si to představit, přeceňuje své síly: *„Pečující si nedokáží představit, co taková péče obnáší a přestanou to zvládat“*. Informant II si myslí, že rodina umírajícího může mít pocity viny: *„Rodič umírá a blízcí s námi nekomunikují, mají pocit, že zklamali, že ten boj prohráli“*. S tím souvisí i další tvrzení, na kterém se informanti shodli, a to, že po úmrtí klientů nemají čas poskytnout následnou péči o pozůstalé, informant II: *„Po úmrtí bych měla zajet do rodiny, pokondolovat a pečovat o ně dál, ale mnohdy nemám vůbec čas.“*, informant III: *„Rodina si na mě zvykne a chce se mnou být v kontaktu i dále, často mě zvou na kafe, ale na to bohužel nemám čas“*.

Informant II navíc jako mimořádně náročné vnímá fakt, že v některých případech je v domácím prostředí špatná energie: *„Potkávám se s tím, že je u klienta velmi špatná energie, pečující jsou vyčerpaní a pak se to na mě přenáší“*. Podobně informant III:

*„Snad nehorší je, když rodina není smířená, je to pro mě velmi bolestivé a prožívám to s nimi“.*

### ***Druhá zkoumaná oblast***

#### ***DVO2: Jak probíhá spolupráce v rámci týmu domácí hospicové péče?***

Na otázku, zda **existuje rozdíl mezi tím, co je Vám umožněno a mezi tím, jak byste chtěla Vaši práci doopravdy dělat**, se odpovědi různí. Informant I je toho názoru, že rozdíl neexistuje: *„já v tom rozdíl necítím, dělám to, co je mi umožněno“*. Informant II a III si shodně myslí, že je potřeba více financí pro zlepšení kvality nabízených služeb. Informant II: *„Potřebovali bysme více peněz na zaplacení třeba cest lékařům“* a informant III vyjadřuje svůj názor následovně: *„Určitě mi v práci chybí lepší vybavení, třeba oxygenátory a také další auto“*. Dalším dilematem v této části byl již výše zmíněný nedostatek času na klienty a jejich rodiny, v tom se shodují všichni informanti. Informant II a informant III se navíc shodují v tom, že jim chybí odborný personál. Informant II: *„Chybí mi pracovník v sociálních službách, využívám i pracovníky s ošetrovatelské služby, kvalifikovaní ošetrovatelé na Havlíčkovobrodsku sice jsou, úřad práce třeba pořádá rekvalifikační kurzy, ale po čase všichni zjistí, že to zkrátka nemohou dělat“*. Informant III k problematice nedostatku personálu uvádí: *„Potřebujeme paliativního lékaře, který by mohl být ve službě jako my, čili 7 dní v týdnu, 24 hodin denně a některé věci by mohli dělat dobrovolníci“*.

Dalším dotazem, **jaké mají pracovníci vztahy na pracovišti**, byl zjišťován pohled horizontální i vertikální. Informant I v obou pohledech nespatořoval žádné rozdíly a vztahy označil za kladné: *„Vztahy na pracovišti bych označila za velmi dobré, myslím, že máme všichni stejnou vizi, a to považuji za velmi důležité“*. Informant II a III se shodují s informantem I v horizontálním pohledu, kdy informant II říká: *„Vztahy mezi sebou máme dobré, vycházíme si vstříc“* a informant III k tomu uvádí: *„Snažím se o dobré vztahy, je to pro mě moc důležité“*. Vertikální pohled na vztahy na pracovišti se podle výpovědí liší, informant II a III shodně vypověděli, že necítí dobré vztahy s vrchním managementem, informant III: *„Sekční vedoucí s námi téměř nekomunikuje“*, informant III: *„Ze strany vrchního managementu nevidím opravdový zájem na dobrém fungování organizace“*. Informant II a III vyjádřili stejný názor, když uvedli, že špatná



komunikace s vedením organizace ohrožuje vzájemné vztahy, informant II: „*Špatná komunikace dopadá na vztahy mezi námi*“.

V případě otázek na **zajištění odborné pomoci pro personál hospicové péče** odpověděli všichni informanti shodně, že mají možnost odborného vedení i pomoci. Informant I: „*Máme možnosti supervize a máme možnost domluvit si je i individuálně, podle potřeby*“, informant II k tomu uvádí: „*Jsmo velmi mladý tým, supervize nás čeká, ale možnosti máme*“. Informant III k tomu dodává: „*Já se obracím na duchovního, má zkušenosti, vzhled do problematiky*“.

Navíc mají pracovníci organizace možnosti dalšího odborného vzdělávání, což považují za zajímavé a důležité, informant II k tomu říká: „*Když chceme nějaký kurz, tak si ho domluvíme, v tom není problém*“ a informant III k tomu uvádí: „*Možnosti tu jsou, čeká mě školení ELNEC*“. Za nejvíce důležité při tom všichni informanti označili kurzy zaměřené na komunikaci, informant II: „*Největší zájem je o komunikaci s umírajícími*“. Pro zdravotníky je vzdělání v ELNEC podmínkou práce v organizaci, informant I: „*Vzdělání v oblasti paliativní péče je pro nás velmi důležité, jako vstupní je vzdělání ELNEC*“.

Další zjišťovaná dilemata se týkala multidisciplinárního týmu, tedy **jak probíhá spolupráce s dalšími odborníky**. Obecně pracovníci domácí hospicové péče vnímají nedostatečnou návaznost lékařských služeb a hospicové péče. Informant I k tomu uvádí: „*Potýkáme se se špatnou spoluprací s praktickými lékaři, kteří se paliativní péče bojí*“, stejně tak informant II si myslí, že: „*Obvodní lékaři nechtějí za klienty jezdit, jsou situace, kdy se nemáme na koho obrátit*“. Informant III navíc spatřuje potíž v tom, že nedostatečná spolupráce s lékaři může za to, že v praxi často chybí léky a materiál pro zajištění péče o klienta: „*Stalo se, že jsem nebyla vybavená, čekám třeba na léky, které může předepisovat jen praktický lékař*“. Informant III a II se ještě navíc zmínili o tom, že není dostatečná následná péče o pozůstalé, informant II „*Chybí následná péče o rodinu, nikdo si s nimi o tom nepovídá, potřebují podpořit a ujistit, že vše udělali správně*“.

### ***Třetí zkoumaná oblast***

#### ***DVO3: Jak pracovníci domácí hospicové péče reagují na etická dilemata?***

První část této oblasti se týkala toho, **jak pracovníci domácí hospicové péče řeší dilemata**. Obecně se informanti shodli v tom, že řešení je velmi individuální záležitost a že se snaží čerpat z dostupných zdrojů. Informant I k tomu říká: *„Problémy řešíme individuálně, co se týká špatné informovanosti z řad praktických lékařů, řešíme to informačním materiálem o naší práci, také pořádáme schůzky s vedením nemocnic, vrchními sestrami a seznamujeme je s našimi podmínkami“* a informant III podobně odpovídá: *„Snažím se poradit si, jak se dá, aktivně sháním pomůcky a také sama zprostředkovávám komunikaci mezi lékařem a rodinou“*. Informanti I a II se ve svých výpovědích shodli, když uvedli, že dilemata řeší také společně v rámci týmu, informant I k tomu uvedl: *„Máme pravidelně porady hospicového týmu, kde problémy rozebíráme a snažíme se společně najít nějakou alternativu“*.

Dále bylo zjišťováno, **co nebo kdo dotazovaným pomáhá zvládat dilematické situace**. Z této zkoumané části vyplynulo, že pracovníci dilemata zvládají díky týmové práci, kdy informant I uvádí: *„Dilemata mi pomáhá zvládat celý tým“*, informant II: *„Drží mě kolektiv, to je moc důležité, vycházíme si vstříc a vždy si řekneme, že to prostě musíme zvládnout“*, stejně tak informant III uvádí důležitost týmové práce na příkladu: *„Cestou od jedné klientky k druhé jsem píchla kolo, spěchala jsem a volala jsem kolegyni, ta okamžitě přijela, nechala mi tam své auto a situaci vyřešila, já jsem tak včas mohla dojet k další klientce, moc si toho vážím“*. Dále se odpovědi shodovaly v tom, že pracovníkům hospicové péče pomáhá rodina a přátelé. Informant II uvádí: *„Moc mi pomáhá rodina a partner“*, podobně i informant III: *„Velkou oporou je pro mě manžel a také vnoučata, to je moje radost“*. Informant III navíc uvádí, že stěžejní je také víra v Boha: *„Vše řeším s Pánem Bohem, bez toho bych to neustála“*. Všem dotazovaným pomáhá fakt, že svoji práci vnímají jako smysluplnou, informant II k tomu říká: *„Nejlepší je pocit, když vše dopadne jak má, rodina mi pak děkuje a mě to ohromně nabíjí“*, informant III: *„Pomáhá mi, když vidím, že ta práce má smysl, když mi řeknou, ani nevíte, co to pro mě znamenalo, že maminka mohla být až do konce doma“*. Z dalších výpovědí je zřejmé, že je pro všechny důležitá relaxace, ta je individuální.

Informant II: „*Dokážu vypnout doma, u rodičů, fyzickou práci v přírodě a je mi dobře se zvířaty, můžu se jim vypovídat*“, informant III: „*Mám ráda i domácí práce, třeba žehlím a pustím si k tomu nějakou duchovní přednášku*“. Informant III navíc uvedl: „*Když mě to sebere, tak se prostě vybrečím a pak to všechno posílám nahoru*“.

V další části třetí zkoumané oblasti bylo zjišťováno, **podle čeho se pracovníci domácí hospicové péče rozhodují při práci s rodinou a podle čeho při práci s klientem**. Obecně lze říci, že nejsou rozdíly v tom, jak se rozhodují při dilematických situacích s klienty, jak s rodinou. Z výpovědí dále vyplynulo, že rozhodování je opět velmi individuální, informant I: „*Velmi záleží na tom, o jaký problém se jedná*“, informant III: „*...jiný čas, jiná slova*“, ale všichni dotazovaní se shodli, že je velmi důležitá zkušenost, informant I: „*Pomáhá mi zkušenost z praxe*“, informant II: „*Každá situace je jiná, důležitá je zkušenost*“ a informant III k tomu dodává: „*Musíte mít zkušenosti a rozum*“. Ve všech výpovědích se také objevovala empatie a láska, informant III: „*Pomáhá mi láska, modlím se za to, abych zvolila správná slova a neublížila*“, informant II: „*Vcítím se do toho člověka a přemýšlím o tom, abych vše řekla citlivě*“. Sám informant I zmínil to, že v rozhodování mu pomáhají odborníci z jiných institucí: „*Některé problémy řeším s jinými hospicovými zařízeními, se kterými spolupracujeme*“.

V rámci poslední části třetího okruhu, bylo zjišťováno, zdali pracovníci domácí hospicové péče používají pokaždé stejné postupy řešení dilematických situací. Obecně lze říci, že pokud se postup osvědčí, použijí jej znovu. Informant I: „*Pokud se nám daný postup osvědčí, používáme jej znovu*“. Zároveň dva z dotazovaných uvedli, že případný neúspěch vnímají jako důležitou zkušenost, informant II: „*Někdy si říkám, že jsem to mohla udělat jinak, ale vím, že v tu chvíli to bylo maximum, učí mě to pokoře a příště to udělám jinak*“, informant III: „*Každý může udělat chybu, je to zase zkušenost*“.

#### **Čtvrtá zkoumaná oblast**

##### ***DVO4: Co by pracovníkům domácí hospicové péče v budoucnu pomohlo při řešení dilemat?***

Z první části této zkoumané oblasti vyplynulo, že podle pracovníků domácí hospicové péče by byla potřeba intenzivnější spolupráce s lékaři a větší povědomí společnosti o hospicové péči. Na dotaz, **co by Vám Vaši práci ulehčilo**, všichni informanti si myslí,

že by jim jejich práci ulehčila ochota praktických lékařů spolupracovat a podílet se na poskytování domácí hospicové péče. Informant I k tomu uvádí: „Práci by mi ulehčila lepší komunikace s lékaři a spolupráce s praktiky“ a informant II říká: „Nepřipadala bych si tak bezmocná, kdyby provázanost služeb byla lepší, týká se to především lékařů“. Dotazovaní si také myslí, že paliativní medicína a péče jsou společností velmi opomíjené a nedocenené obory, informant II: „Paliativní péče by se měla více rozšířit, mezi odborníky i veřejnost“. Informanti II a III shodně vypověděli, že by uvítali větší prostory v organizaci, informant II: „Chtěla bych více prostoru, když přijde rodina, chce se poradit, potřebovala bych větší intimitu“, informant III: „Když si přijedu do organizace zapisovat dokumentaci, někdy mám pocit, že se s kolegyněmi navzájem rušíme, bylo by dobré, mít vlastní kancelář“. Informant III si myslí, že práci by mu ulehčila lepší komunikace s vrchním managementem: „Ulehčila by mi to lepší komunikace personálu“. Podobně informant II: „Chtěla bych od vedení více slyšet děkuji, to pro mě znamená strašně moc“.

Překvapením bylo, že žádný z informantů neuvedl, že by jim scházeli finance. Informant III dokonce uvedl: „Peníze mě nezajímají, ale slovo díky má pro mě obrovský smysl“. Rozdílně však pracovníci vnímají to, kdo by měl financovat péči odborníků, jako je psychoterapeut nebo psycholog a cesty obvodních lékařů ke klientům. Informant II uvádí: „Měl by více pomoci stát“ a informant II si myslí, že: „Řešením by byla spoluúčast na placení, vím, že ochota by byla a vyřešilo by to spoustu problémů, mohli by k nim dojíždět odborníci a kvalita služeb by se zlepšila“. Ulehčení spatřovali pouze v tom, že potřebují lepší materiální vybavenost, což se ovšem opět vztahuje k provázanosti služeb. Informant III: „Když je svátek nebo víkend a pečujícím dojdou třeba podložky, nemají se na koho obrátit, všude je zavřeno, tak volají nám, tohle ale předepisuje ošetřující lékař“.

Poslední dílčí výzkumnou otázkou bylo, **co by pracovníci na své práci změnili**. Všichni dotázaní se opět vraceli k tématům lepší dostupnosti a provázanosti služeb. Informant II navíc uvedl, že by bylo třeba více pracovníků: „Jsme mladý tým, musíme tomu ještě vychytat mouchy, ale určitě více lidí do týmu“ a informant III zcela jednoznačně odpověděl: „Jednoznačně potřebujeme paliativního lékaře“.

Druhou částí poslední otázky bylo zjišťováno, **co pracovníkům domácí hospicové péče přináší jejich práce.** Pro všechny dotazované má jejich práce smysl. Informant I: „*Tato práce má pro mě smysl, myslím, že je důležité doprovodit člověka až dokonce v co nejvyšší kvalitě a v respektu jeho autonomie bez bolesti a utrpení*“. Informant III k tomu uvádí: „*Mám pocit, že jsem se pro tu práci narodila, cítím se jako ryba ve vodě, obohacuje mě to*“. Informant II kromě smysluplnosti uvedl, že k pomoci jej přivedla osobní negativní zkušenost: „*Sama jsem se nerozloučila s někým blízkým a nechci, aby se to stávalo i ostatním*“.

#### **4.2. Shrnutí výsledků**

Dílčí výzkumné otázky byly zodpovězeny takto:

DVO1: *Co je obsahem dilemat, se kterými se pracovníci domácí hospicové péče setkávají na pracovišti?*

Dilematické situace se týkají klientů, jejich rodin a provázaností služeb. Jedná se konkrétně o špatnou informovanost klientů domácí hospicové péče lékaři, rozhovory s klienty a jejich rodinami o přechodu z kurativní na paliativní léčbu, popírání prognóz klientem a jeho blízkými, dále také nedostatek času na doprovázení pozůstalých a rozhovory o umírání smrti.

DVO2: *Jak probíhá spolupráce v rámci týmu domácí hospicové péče?*

Vztahy mezi pracovníky jsou dobré a zároveň jsou chápány jako velmi důležité. Týmová spolupráce je pro personál domácí hospicové péče zdrojem zkušeností a podpory. Naopak jako nedostatečná je vnímána spolupráce mezi ostatními organizacemi, především pak s ošetřujícími lékaři klientů.

DVO3: *Jak pracovníci domácí hospicové péče reagují na etická dilemata?*

Reakce na dilematické situace jsou individuální záležitostí, kdy je hlavním cílem kvalitní péče o umírajícího a jeho blízké. Dilemata jsou řešena intervizí, osvědčenými postupy z praxe, vzděláváním se v oblasti paliativní péče a snaha o zlepšení provázanosti služeb, které předchází převzetí pacienta do domácí péče. Prostředky,

které zlepšují mezioborovou spolupráci, jsou osvěta o nabízených službách a aktivní navazování kontaktů s lékaři a dalšími odborníky.

*DVO4: Co by pracovníkům domácí hospicové péče v budoucnu pomohlo při řešení dilemat?*

Pracovníci domácí hospicové péče by uvítali lepší provázanost služeb v rámci paliativní péče a péče o pozůstalé. Žádoucí je také personální rozšíření týmu o paliativního lékaře, pracovníky v sociálních službách a dobrovolníky. Významná by také byla snadnější dostupnost materiálního vybavení. V neposlední řadě by pečujícímu personálu pomohlo větší společenské uznání za vykonanou práci.

## 5 DISKUSE

Pátá kapitola rozpracovává výše uvedené výsledky výzkumu a srovnává je s autory, kteří se tomuto tématu věnují, na stanovené otázky hledá odpovědi.

První zkoumaná otázka zní: *Co je obsahem dilemat, se kterými se setkáváte na pracovišti?*

V první části bylo zjišťováno, čeho se týkají dilematické situace. Dilemata pomáhajících profesí se podle Nečasové (2001) objevují ve třech různých oblastech, kterými jsou oblast týkající se práv a kvality života pacienta, dále oblast obecného blaha a oblast nerovnoprávnosti a sociálního útlaku. Kutnohorská (2007) pohlíží na dilemata jako na vztahy lidí, a to vztahy mezi jednotlivci, mezi jednotlivcem a skupinou a také vztahy k sobě samému.

Podobně výsledky ukázaly, že dilemata, které řeší personál domácí hospicové péče, se týkají různých oblastí. První obtížná situace vychází z nedostatečné informovanosti pacienta o jeho zdravotním stavu a prognóze. Křivohlavý (2010) potvrzuje, že častý zdrojem dilematických situací je právě rozhovor s pacientem a jeho rodinou o přechodu z kurativní léčby na paliativní. Haškovcová (2015) uvádí, že v našich společenských podmínkách a právním klimatu nese odpovědnost za pacienta lékař, proto pouze on sděluje závažné informace o stavu pacienta a prognózu. Stejně tak ošetřující tým má být podle Kutnohorské (2007) prostřednictvím chorobopisu informován, kdy a kým byla informace o diagnóze a prognóze sdělena. Výzkum ale ukázal, že pacient, který je propuštěn z ústavní do domácí léčby, není dostatečně informován a poučen. Personál domácí hospicové péče je tak hned při prvním kontaktu s klientem vystaven velmi těžké situaci. Služby organizace jsou poskytovány po podpisu informovaného souhlasu pacienta o poskytování hospicové péče, kde se mnohdy poprvé klient dozvídá o tom, že umírá.

S výše popsaným souvisí i další dilema, a to zdali říkat pravdu či milosrdnou lež. Podle Haškovcové (2010) může být sdělení pravdy považováno stejně tak za etické, neboť pravda osvobozuje, jako za neetické, protože pravdivá slova mohou velmi ublížit. Personál domácí hospicové péče řeší, kdy a zda vůbec je pacient schopen přijmout

pravdu o prognóze. Kutnohorská (2007) je názoru, že otázka, zda pacient pravdu unese či nikoliv je irelevantní, protože pacient musí o své nemoci vědět a personál se má ptát, jak pomoci pacientovi nést jeho úděl. Stejně tak Ptáček et al. (2014) a Svatošová (2011) si myslí, že pacient má právo na informace o svém zdravotním stavu, ale zdůrazňují, že nikde není stanoven rozsah těchto informací. O'Connor et al. (2005) toto dilema označuje jako nejistotu, jak sdělit pravdu a do jaké míry.

Z výsledků dále vyplynulo, že sdělování pravdy klientovi je pro pracovníky domácí hospicové péče považováno za stejně náročné jako sdělování prognózy rodině klienta a osobám blízkým. Nejen samotná informace o blížící se smrti blízkého člověka, ale především reakce na prognózu informanti vnímají jako mimořádně náročnou situaci. Stejně tak Křivohlavý (2010) uvádí, že kontakt s rodinou umírajícího je extrémně stresující.

Druhá zkoumaná oblast se týká umírajícího klienta. Informantům byla položena otázka: ***Můžete mi popsat etická dilemata, s jakými se setkáváte při práci s klientem?***

Pracovníci DPH označili jako dilematickou situaci, kdy klienti svoji nemoc a prognózu vytěsňují nebo ji popírají. Tento fakt úzce souvisí se stádiem umírání. Kübler-Ross (2003) uvádí, že prvním stádiem je právě šok a popírání, kdy klienti nevěří diagnóze, jedná se o izolaci od bolestivé pravdy. Podobně Raudenská a Javůrková (2011) tvrdí, že pro obranu sebepojetí dochází ke zkreslení skutečnosti, a to vytěsněním nebo popřením. Informanti se také nezdívkou setkávají s tím, že klient požaduje, aby prognóza nebyla sdělena jejich nejbližším. Pečující personál si opět klade otázku, zdali je lepší mluvit nebo mlčet, zda respektovat přání klienta nebo plně spolupracovat s rodinou a provést ji tak náročným obdobím života. Kalvach (2010) dává do popředí především autonomii jedince, kdy si má umírající stát za vlastními názory, nevynucovat si souhlas, blízkost a emocionální oporu a neměl by být zatížen obavami z druhých ani pocity viny vůči nim. Nejen pro umírajícího, ale i pro rodinné příslušníky je tato situace náročná a navíc podle Dvořáčkové (2012) rodina poskytuje umírajícímu podporu, a to nejen hmotnou ale především psychickou. Podle Kutnohorské (2007) a Svatošové (2011) mají být informace sděleny nejdříve pacientovi a teprve potom, s jeho souhlasem, příbuzným nebo známým. Svatošová (2011) zdůrazňuje, že umírání je součástí života a apeluje na



to, aby se do domácností, kde umírá člen rodiny, vneslo více odbornosti a rodina byla součástí paliativní péče. Podle Kupky (2014) může rodina prožít velké trápení, když není v zásadní okamžik nablízku. Více autorů (Kutnohorská et al. 2011; Bužgová, 2015; Haškovcová, 2010) se zároveň shoduje na tom, že je nutné respektovat rozhodnutí pacienta.

Dalším dilematem je, že osoby v terminální fázi života mají potřebu hovořit o smrti a umírání, ale z rozhovorů o konci života mají obavy. Také Raudenská a Javůrková (2011) uvádí, že pacient v terminální fázi života ví, že umírá a přeje si o tom mluvit. Výzkum ukázal, že strach vyplývá z faktu, že klienti nechtějí takovými tématy zatěžkavat své nejbližší, aby je uchránili, a také se bojí nepochopení. To potvrzuje Špatenková (2013), když píše, že téma umírání je samo o sobě velmi skličujícím a příbuzní svým chováním a mimikou přidávají k dramatičnosti celé situace. Stejná autorka dále tvrdí, že umírání je proces vedoucí k emoční labilitě a tenzi a mezi zúčastněnými může docházet ke zbytečným, zdánlivě nepochopeným konfliktům, proto se nesmí zanedbávat komunikace a péče psychologů. Podle personálu domácí hospicové péče klienti nechtějí o smrti hovořit s dalšími odborníky, protože se obávají další léčby a nechtějí se svěřovat dalším osobám. Klienti se tedy se svými úvahami obracejí na pracovníky organizace, zdravotní sestry a sociální pracovník se totiž stali součástí jejich každodenního života, proto jim důvěřují. Křivohlavý (2010) se domnívá, že umírajícímu je třeba spíše naslouchat než snažit se za každou cenu něco říci. Stejně tak Svatošová (2011) zastává názor, že není třeba problém o smrti a umírání před pacientem otevírat, ale že stačí vyčkat, až sám vyjádří obavy, které je třeba vyslechnout.

Třetí zkoumanou oblastí byla dilemata ve vztahu k rodině umírajícího, kdy otázka zněla: ***Můžete mi popsat etická dilemata, se kterými se setkáváte při práci s rodinou?***

Podle výzkumu je nejčastějším zdrojem dilemat fakt, že rodina je v jiné fázi smíření než pacient. Haškovcová (2010) a Svatošová (2011) se shodují v tom, že stejně jako umírající i jeho blízcí procházejí jednotlivými fázemi, které popsala Kübler-Ross (2003), navíc jednotlivé fáze se vracejí a prolínají. Výzkum ukázal, že i když rodina klienta ví, že jejich blízký umírá, nechce si tento fakt připustit. Špatenková (2013) k tomu uvádí, že přestože jsou příznaky smrti zřejmé, blízké osoby k nim zaujímají

ambivalentní vztah, přestože racionálně chápou, že již není v silách odborníků cokoli pro záchranu udělat, v emocionální rovině se uplatňuje proti tomuto faktu vzpoura.

Dilematickou situací je dle dotazovaných také situace, kdy pečující rodina chce něco jiného než klient. Špatenková (2013) připouští, že v láskyplné rodině se objevuje ohled na druhého, rodina chce pro umírajícího to nejlepší. Paliativní péče (Marková et al., 2009) si klade za cíl podpořit kvalitu života umírajících. Kutnohorská et al. (2011) zastává stejný názor a dodává, že nejvýznamnější podmínkou, která pozitivně ovlivňuje kvalitu života pacienta, je autonomie léčby, tj. aby klient mohl o sobě a své léčbě rozhodovat sám. Pracovník domácí hospicové péče je tedy navíc konfrontován s tím, co si přeje umírající a co považuje podle svých zkušeností a vzdělání za nejlepší.

Dalším zdrojem dilematických situací je, že po úmrtí pacienta cítí potřebu postarat se o truchlící, ale personálu domácí hospicové péče na to nezbývá čas. Stejně tak Kupka (2014) uvádí, že čím méně je v organizaci pracovníků, tím méně času zbývá na pacienta. Kutnohorská (2007) doporučuje nechat pozůstalým po úmrtí čas, aby mohli zprávu přijmout, a dodává, že pokud pečující pracovník pospíchá, může vyvolat dojem, že si není jistý a chce mít vše rychle za sebou. Informanti se tak mnohdy setkávají s truchlícími mimo pracovní dobu. Péče o pozůstalé je podle Špatenkové (2013) součástí hospicové péče nebo ji poskytují organizace samostatně. Doba doprovázení pozůstalých trvá dle potřeby i dlouhodobě, zpravidla do 1 roku (Svatošová, 2011). Špatenková (2013) je toho názoru, že v případech, kdy se jedná o patologické truchlení, je vhodná terapie pozůstalých, která je poskytována odborníky.

Problematickou situací pro pracovníky domácí hospicové péče je, že rodina není připravená na péči o svého blízkého v terminálním stádiu, nedokáže si představit, co péče obnáší a přestane ji zvládat. Kupka (2014) tvrdí, že podmínkou pro převzetí pacienta do domácí hospicové péče je kromě dostupnosti i ochota převzít zodpovědnost za kontinuální péči o pacienta a spolupodílet se na ní. Jiný názor má Tomeš et al. (2015), když uvádí, že pečující rodina by vzhledem k velké zátěži neměla být sama a podpora odborníků se zdá být nutností.

Druhá otázka, na kterou byla hledána odpověď, zněla: ***Jak probíhá spolupráce v rámci týmu domácí hospicové péče?***

Informantům byly pokládány otázky, které se týkají vztahů na pracovišti. Z první dílčí otázky, ***existuje rozdíl mezi tím, co je Vám umožněno a co byste chtěla dělat,*** vyplynulo, že personál domácí hospicové péče postrádá odborné pracovníky. Pro zkvalitnění poskytované péče by uvítali nejen pracovníka v sociálních službách, ale také paliativního lékaře a dobrovolníky. Kalvach (2010) spatřuje kvalitní, respektive opravdovou paliativní péči jako multioborovou. Vorlíček (2004) potvrzuje, že na paliativní péči se podílejí odborníci a dodává, že významné místo mají také dobrovolníci. Zároveň si dotazovaní uvědomují, že poskytování péče umírajícím je vysoce náročné a vyžaduje nejen určité odborné, ale i osobní předpoklady. Stejně tak Kupka (2014) uvádí, že péče o pacienty v terminální fázi života nebývá v popředí širšího zájmu. Kromě odborného personálu informaci postrádají finance, a to na zajištění materiálního vybavení. Hospicová péče je financována z více zdrojů (APHPP, © 2010), ošetrovatelská a zdravotní péče je hrazena ze zdravotního pojištění, kdy je hrazena velmi úzce specifikovaná zdravotní péče a na úhradě sociální složky se podílí klient. Z výzkumů vyplynulo, pro klienty domácí hospicové péče a jejich rodiny není hrazení služeb překážkou. Problém je v časně dostupnosti materiálu nebo léků, které mohou být předepisovány pouze ošetřujícím lékařem, vybavení zdravotních sester domácí péče je velmi omezeno. Právě s nejistotou financování (Tomeš et al., 2015) souvisí neustálé rozhodování ošetrovatelského personálu mezi výběrem léků a kosmetikou. Kalvach (2010) píše, že praktický lékař není schopen zajistit intervenci 7 dní v týdnu a 24 hodin denně, proto je nezbytnou součástí mobilního hospicového týmu paliativní lékař, díky kterému budou lékařská péče i materiál vždy dostupné.

Druhou dílčí otázkou, ***jaké máte vztahy na pracovišti,*** byl zjišťován vertikální i horizontální pohled informantů. Výzkum odkryl, že pracovníci domácí hospicové péče označují i vztahy mezi kolegy jako velmi dobré a zároveň tyto vztahy považují za důležité. Stejně tak Křivohlavý (2010) považuje dobré vztahy na pracovišti a příjemný pracovní kolektiv za mimořádně důležité. Při poskytování domácí hospicové péče je podle Plevové (2011) nezbytná efektivní spolupráce, vyměňování dokumentů, ochota předávat informace a také nenechávat zjištěné problémy druhým. Z výzkumu je zřejmé,

že pracovníci domácí hospicové péče si navzájem pomáhají a podporují se. Plevová (2011) dále zdůrazňuje, že efektivní spolupráci zajišťuje také management organizace, to se však z výzkumu nepotvrdilo.

V další části informanti odpovídali na otázku, ***zda mají na pracovišti supervize nebo jiné možnosti setkávání se s odborníky***. Podle výzkumu pracovníci domácí hospicové péče mají možnosti supervize, a to přímo na pracovišti. Jak uvádí O'Connor et al. (2005) supervize je způsob, jak řešit závažné problémy a získat potřebné dovednosti při poskytování paliativní péče. Stejně tak Raudenská a Javůrková (2011) označují supervizi za důležitou a zároveň ji vnímají jako nezbytnou součást pracoviště, poskytující paliativní péči. Výzkum také ukázal, že v týmu domácí hospicové péče je důležitý i pastorační pracovník, který zajišťuje péči nejen klientům, ale také personálu. Marková (2010) pastoračního pracovníka považuje za nedílnou součást paliativního týmu. Jankovský (2003) upozorňuje na to, že pastorální péče zde není pouze pro věřící, ale pro všechny, protože se týká duchovní sféry života, tedy toho, co nás přesahuje.

Dále bylo zjištěno, že další odborné vzdělávání je pro personál organizace dostupné. Tomeš et al. (2015), ale na základě svých výzkumů došel k závěru, že pracovníkům hospicové péče se kontinuálního vzdělávání nedostává. Jako nejpotřebnější oblast vzdělávání, je pracovníky domácí hospicové péče vnímána komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou. Stejně Vorlíček (2004) uvádí, že největším problémem v paliativní péči jsou právě nedostatky v komunikaci. Z výzkumu dále vyplynulo, že vstupní podmínkou pro zdravotnický personál je odborné vzdělání v oblasti paliativní medicíny, které je organizací zajištěno.

Třetí výzkumná otázka zněla: ***Jak reagujete na etická dilemata?***

První dílčí otázkou se hledala odpověď na to, ***jak jsou problémy řešeny, pokud se vyskytnou***. Výzkum ukázal, že řešení dilemat je záležitostí individuální, ale vždy jde o to, neublížit a zajistit blaho klienta. Kutnohorská (2007) souhlasí, když uvádí, že ošetřující personál je zodpovědný za své kroky a je žádoucí, aby vždy jednal v zájmu pacienta, a aby případné opomenutí nemělo škodlivé důsledky. Co se týče problémů špatné informovanosti klientů, pracovníci domácí hospicové péče se jim snaží předcházet, a to navazováním komunikace s lékaři i dalšími odborníky, pořádají

schůzky s vedením nemocnic a informují laickou i odbornou veřejnost o své práci. Plevová (2011) shodně uvádí, že interdisciplinární tým je složen z různých pracovišť a může se zaměřit na řešení dílčích problémů i na dlouhodobější spolupráci. Dále z výzkumu vyplynulo, že pracovníci domácí hospicové péče využívají zkušeností svých kolegů a společně hledají alternativu řešení. Čípková (2015) zastává názor, že při řešení problematických situací v péči o klienta je úkolem sociálního pracovníka určit osoby, kterých se problém dotýká a zahrnout je do procesu řešení. Ptáček et al. (2014) zase tvrdí, že v multidisciplinárním týmu běžně dochází k proměně rolí, významné role se dělí mezi ostatní, a to poměrem, který se mění případ od případu. Situacím, kdy rodina umírajícího nezvládá péči, se pracovníci organizace snaží předcházet. Na oddělení následné péče v tamní nemocnici připravují lůžka respitní péče, kde budou učit blízké osoby základním úkonům ošetřování a přípravu na poskytování péče v domácím prostředí. Stejně tak podle Haškovcové (2007) pečující rodina nesmí být nechána bez pomoci. Stejná autorka dodává, že některé úkony spojené s ošetřováním se pečující naučí za asistence zdravotníka a některé úkony zajistí zdravotník sám.

Dále byla informantům položena otázka, která zněla: ***Kdo nebo co Vám pomáhá zvládat dilemata?*** Jako první vždy pracovníci odpovídali, že dilemata zvládají díky spolupráci kolegů. Právě sociální opora se zdá být při řešení dilematických situací zcela nezbytná. Kromě kolegů jsou pro informanty oporou jejich partneři a rodina. Kebza (2012) uvádí, že největší význam má podpora poskytovaná spolupracovníky ve stejném postavení. Z výzkumu Křivohlavého (2010) ale naopak vyplynulo, že nejčtenějším uváděným zdrojem síly pro pomáhající profese je právě rodina. Odborná pomoc, tedy supervize, která je personálu poskytována, překvapivě není tím, co přednostně pomáhá obtížné situace zvládat. I Tomeš et al. (2015) se zmiňuje o tom, že pracovníci hospicové péče dávají přednost intervizi a Venglářová (2013) dodává, že je to z důvodů potřeby konzultovat flexibilně.

Z výzkumu je dále zřejmé, že pro zvládání dilemat informantům pomáhá dobře odvedená práce, pocit její smysluplnosti a především potřeba zpětné vazby. Marková (2010) upozorňuje na to, že hodnocení souvisí s oceněním práce a nedostatečné ocenění je faktorem pro vznik syndromu vyhoření. Dotazovaní informanti si myslí, že se jim

dostává ocenění od klientů a jejich blízkých, díky tomu svojí práci považují za smysluplnou.

Při zvládání dilemat pečujícími pracovníky napomáhají i různé formy relaxace, formy uvolňování jsou individuální. Mezi nejvíce zmiňované patří procházky v přírodě, četba, poslouchání hudby, setkávání s přáteli, sportovní aktivity, samota nebo domácí práce. Více autorů označuje tyto prostředky jako psychohygienu (Křivohlavý, 2010; Jankovský, 2003), která spočívá právě v pozitivním přeladění a pozitivním očekávání, což je přesvědčení, že má práce smysl. Důležitým zdrojem síly je také náboženství a víra, nemusí se vždy jednat o víru ve smyslu náboženství, ale v něco, co nás přesahuje. Stejně tak Jankovský (2003) uvádí, že víra umožňuje zakotvení ve smyslu. Dalším nástrojem pro překonávání dilemat je pro pracovníky domácí hospicové péče zkušenost. Kalvach (2010) si shodně myslí, že čím větší je zkušenost v paliativní péči, tím větší je schopnost zvládat komplikace.

Se zkušeností souvisí i další zkoumaná oblast, kdy informanti odpovídali na otázku, zda ***používají stejný postup při rozhodování se v podobných situacích.*** Výzkum ukázal, že pokud se postup osvědčí, je znovu pracovníky organizace použit a případný neúspěch je vnímán jako cenná zkušenost. Jak uvádí O'Connor et al. (2005) bez osobní zkušenosti se smrtí a truchlením lze jen těžko podpořit druhé. Při doprovázení umírajících a jejich blízkých je stěžejní, aby sám doprovázející byl vyrovnán se svou vlastní smrtelností. Na této skutečnosti se shoduje více autorů (Haškovcová, 2007; Kupka, 2015; Pera et al., 1996) a také si myslí, že pomoci v tomto těžkém období může pouze ten, kdo si uvědomuje, že smrt patří k životu.

Poslední otázka zněla: ***Co by Vám v budoucnu pomohlo při řešení dilemat?***

Dotazovaní nejdříve odpovídali na dotaz: ***Co by Vám ulehčilo práci, pokud řešíte nějaké dilema?*** Výzkum prokázal, že personál domácí hospicové péče by uvítal zlepšení provázanosti služeb. Konkrétně považují za nutné, aby ošetřující lékaři, kteří ukončují kurativní léčbu, lépe s prognózou seznamovali své pacienty. Důvodem, proč někteří lékaři nesdělují informace o infaustním onemocnění, může být dle informantů fakt, že sami lékaři nemají vyřešené otázky vlastní smrtelnosti a nejsou dostatečně vzděláni v oboru paliativní medicíny. Křivohlavý (2010) to odůvodňuje tím, že lékaři

mohou blížíci se úmrtí pacienta chápat jako vlastní neúspěch. Stejně názorem Haškovcové (2007) je, že lékaři si nechtějí svou úzkost ze smrti připustit a nejčastěji ji řeší omezením komunikace s pacientem.

Personál domácí hospicové péče je toho názoru, že ulehčení jejich práce také spočívá ve větším ocenění vlastní práce, a to jak ze strany managementu organizace, tak i široké veřejnosti. Parkes (2007) je stejného názoru, když uvádí, že pro členy paliativního týmu je důležité, aby věděli, že jejich práce je oceňována jak ostatními členy týmu, tak i institucí, kde pracují. Více autorů (Haškovcová, 2007; Jankovský, 2003; Munzarová, 2005) se shoduje na tom, že široká veřejnost dnes smrt tabuizuje, staví ji do pozadí, nevnímá ji jako součást života a odsouvá ji do nemocnic. Naštěstí dochází k novým tendencím a tím je právě hospicové hnutí, které se snaží dostat důstojné umírání do povědomí veřejnosti.

Poslední otázka rozhovorů má dvě části. První z nich zněla: *Existuje něco, co byste na své práci změnila?* Z výzkumu je zřejmé, že personál organizace postrádá širší personální obsazení. Konkrétně se jedná o paliativního lékaře a pracovníky v sociálních službách. Tímto se potvrzuje potřebnost multidisciplinárního týmu, který se zdá být při poskytování paliativní léčby opravdu nezbytným.

Na druhou část, tedy otázku *co Vám Vaše práce přináší*, bylo zodpovězeno, že samotná služba a pomoc potřebným pracovníkům organizace přináší pocit vnitřního uspokojení. Z výzkumu vyplynulo, že pečující personál vnímá svoji profesi jako poslání. V doprovázení umírajících našli smysl a naplnění. Svatošová (2011) je přesvědčená, že doprovázení umírajících není jednostrannou záležitostí a uvádí, že pokoj ve tváři umírajícího je tím, co nám pomáhá naplňovat naše vlastní duchovní potřeby.

## 6 ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit, jak personál domácí hospicové péče řeší dilematické situace, se kterými se setkává ve své práci. V souvislosti s cílem byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. První výzkumná otázka hledala obsah dilemat, tedy jakých oblastí se dilematické situace týkají. Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jaké vztahy na pracovišti mají pracovníci domácí hospicové péče. Třetí výzkumná otázka odhalovala reakce personálu na dilematické situace, jak pracovníci domácí hospicové péče tyto situace řeší. Čtvrtou výzkumnou otázkou bylo zjišťováno, co by pracovníkům domácí hospicové péče v budoucnu pomohlo při řešení dilemat. Pro nalezení odpovědí byly stanoveny okruhy otázek, pomocí kterých byly potřebné informace hledány.

K realizaci vlastního výzkumu byl osloven paliativní tým domácí hospicové péče, a to ze spádové oblasti Havlíčkovobrodská. Skupinu tvořil personál organizace, který pečuje a je v kontaktu s klienty v terminálním stádiu života a jejich rodinami. Zástupci této skupiny byli vybráni metodou účelového, tedy záměrného výběru.

První výzkumná otázka rozkryla, že pracovníci domácí hospicové péče na Havlíčkovobrodsku ve své práci řeší mnoho dilemat. Pečující personál je vystaven situacím, kdy si pokládá otázku, zdali o infaustní prognóze klienta říkat pravdu či nikoliv, zda informovat rodinné příslušníky o situaci nebo mlčet, zda otevřeně hovořit o smrti a umírání nebo vyčkat, až o to bude požádán. Výsledky ukázaly, že dilema nastává, když rodina klienta není smířena se situací, že jejich blízký umírá a stejně náročné jsou případy, kdy pečující přecení své síly. Bylo zjištěno, že tato dilemata mohou být způsobena malou informovaností klienta o jeho stavu ze stran lékařů a také nedostatečnou návazností služeb. Stejně tak po úmrtí klienta chybí následná péče o pozůstalé, a to z důvodů nedostatku času nebo personálu.

Výsledky z druhé výzkumné otázky, zaměřené na vztahy na pracovišti, ukázaly, že vzájemné vztahy mezi pracovníky domácí hospicové péče jsou dobré. Je zřejmé, že si navzájem důvěřují a pomáhají. Jako nedostatečná se zdá být komunikace s vrchním managementem.



Třetí výzkumná otázka, hledala odpověď na to, jak jsou dilematické situace řešeny, kdy vyplývají tyto výsledky. Řešení dilemat je individuální záležitost. Cílem každého, kdo pracuje s terminálně nemocnými, je ulevit od bolesti a snaha o důstojné provázení tak náročným obdobím umírajících a jejich rodin. V případě, že si pracovník domácí hospicové péče neumí se situací poradit, využívá zkušeností ostatních kolegů a nutno dodat, že se takovým situacím snaží také předcházet. Ukázalo se, že dobrým zdrojem předcházení je odborné vzdělávání a také snaha o spolupráci s odbornou veřejností. Z výsledků vyplynulo, že pro kvalitně odvedenou práci je pro pracovníky organizace nezbytný dobrý psychický a fyzický stav. K tomu jim pomáhají především jejich nejbližší, volnočasové aktivity, víra a pocit smysluplnosti z práce.

Poslední otázka zjišťovala, co by v budoucnu při řešení dilemat pomohlo. Vzhledem k tomu, že organizace, kde byl výzkum prováděn, funguje krátce, není ještě dostatečně personálně obsazen. Proto je pro stávající pracovníky důležité, aby v jejich týmu nechyběli pracovníci v sociálních službách, paliativní lékař a dobrovolníci. Výsledky dále ukázaly, že zvládnutí dilemat by bylo snazší, kdyby se o celé problematice umírání více otevřeně hovořilo a práce paliativních týmů tak byla společností lépe ceněna. Stejně tak je důležitá podpora zaměstnanců organizace.

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku nelze generalizovat. Pracovníci se při řešení dilemat vždy snaží udělat pro potřebného v konkrétní situaci vše, co povede k jeho blahu. Problémy, které se opakují, pečující personál řeší osvědčenými postupy, z toho je zřejmé, jak důležitou roli při řešení dilemat hraje zkušenost a praxe v oboru. Odborné vzdělávání v oblasti paliativní péče, především komunikace s umírajícími a jejich blízkými, je také jedním z nástrojů řešení dilemat. V situacích, kdy nepostačí odbornost, praxe ani osvědčený postup, se personál domácí hospicové péče podporuje navzájem v rámci týmu. Pracovníci organizace hledají společně alternativy řešení, konzultují a pomáhají si. Vzájemná pomoc se týká praktických úkonů v péči o klienty a psychické podpory. Směrem ke klientům a rodinám se pracovníci domácí hospicové péče snaží také předcházet vzniku dilematických situací. Prevencí je pak snaha o co nejlepší vztahy, informovanost a stimulace k rozhodnutí, která považují za správná. Stejně nedostupnost materiálů pro pečující rodiny a nedostatečnou komunikaci s lékaři pomáhá pečující personál zajistit vlastními iniciativou, a to i ve volném čase. V těžkých

situacích je pro pracovníky domácí hospicové péče důležitá opora rodiny, partnerů, přátel a uspokojení vlastních spirituálních potřeb.

Zdá se, že řešení dilematických situací patří k práci pomáhajících profesí. Do rozhodnutí nevstupuje pouze odbornost, ale také morální úsudky. Při řešení dilematických situací jsou tak nezbytné osobnostní předpoklady personálu, tedy úcta k životu i člověku a dovednost sdílet emoce potřebných.

Závěry z tohoto výzkumu mohou přispět k podrobnějšímu náhledu na danou problematiku a stát se zdrojem informací pro ty, kteří pečují o terminálně nemocné. Mohou dále sloužit jako materiál pro plánování a zkvalitnění poskytování paliativní péče.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ARIÈS, P., 1985. *Homme devant la mort*. Paris: Points. 304 p. ISBN 2020089440.
2. BARTLOW, B., 2000. *Medical care of the soul: a practical & healing guide to end-of-life, patients & health care providers*. Boulder, Colo: Johnson Books. 289 p. ISBN 1555662544.
3. BLECHA, I., 2004. *Filosofie*. 4. vydání. Olomouc: Nakladatelství Olomouc. 279 s. ISBN 80-7182-147-0.
4. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2010. *Role sociálního pracovníka v procesu doprovázení je nezastupitelná*. Sociální práce. 10 (2). 16. ISSN: 1213-6204.
5. DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
6. FUNK, K., 2014. *Provázení stářím a umíráním aneb prolínání obou světů*. Praha: Malvern. 319 s. ISBN 978-80-87580-70-7.
7. GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
8. GROF, S. 2009. *Lidské vědomí a tajemství smrti*. Praha: Argo. 373 s. ISBN 978-80-257-0177-5.
9. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2015. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0.
10. HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie*. Praha: Galén. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
11. HAŠKOVCOVÁ, H., 2015. *Lékařská etika*. 4. vydání. Praha: Galén. 225 s.

ISBN: 978-80-7492-204-6.

12. HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
13. IVANOVÁ, K., 2005. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. 94 s. ISBN 80-7368-069-6.
14. JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
15. KEBZA, V., 2012. *Psychická zátěž, stres a psychohygiena v lékařských profesích*. Praha: Grada. 95 s. ISBN 978-80-247-4569-5.
16. KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie 3.díl*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3877-2.
17. KREJČÍKOVÁ, H., 2014. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén. 143 s. ISBN 978-80-7492-167-4.
18. KÜBLER-ROSS, E., 2003. *On death and dying*. New York: Scibner. 286 p. ISBN 0-684-83938-5.
19. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
20. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Galén. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
21. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
22. KUTNOHORSKÁ, J. et al., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.

23. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres*. Praha: Portál. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
24. MAREŠ, J. et al., 2006. *Kvalita života*. Brno: MSD. 228 s. ISBN 80-86633-65-9.
25. MARKOVÁ, A., 2009. *Hospic do kapsy*. Praha: Cesta domů. 156 s. ISBN 978-80-254-4552-5.
26. MINIRTH, F. et al., 2011. *Jak překonat vyhoření: Naučte se rozpoznávat, chápat a zvládat stres*. Praha: Návrat domů. 138 s. ISBN 978-80-7255-252-8.
27. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
28. MUNZAROVÁ, M., 2005. *Eutanazie nebo paliativní péče?* Praha: Grada. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
29. MUNZAROVÁ, M., 2008. *Proč NE eutanazii aneb Být či nebýt?*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 87 stran. ISBN 978-80-7195-304-3.
30. *O organizaci paliativní péče: doporučení Rec (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům: přijaté výborem ministrů 12. Listopadu 2003 na 860. Zasedání zástupců ministrů, c2004*. 46 s. Praha: Cesta domů. ISBN: 80-239-4332-4.
31. NEČASOVÁ, M., 2001. *Úvod do filosofie a etiky v sociální práci*. Brno: 33. Masarykova univerzita. 98 s. ISBN 80-210-2673-1.
32. O'CONNOR, M. et al., 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
33. PARKES, C., et al., 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 180 s. ISBN 978-80-87029-23-7.

34. PERA, H. et al., 1996. *Nemocným nablízku*. Praha: Vyšehrad. 199 s. ISBN 80-7021-152-0.
35. PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
36. POLICAR, R., 2009. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
37. PROKOP, J., 2006. *Spiritualita umírajících pacientů*. Brno: Vydavatelství MU, Brno-Kraví Hora. 140 s. ISBN 80-210-4131-5.
38. PTÁČEK, R. et al., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.
39. RAUDENSKÁ, I., JAVŮRKOVÁ, A., 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-2238-8.
40. SURYNEK, A., et al., 2001. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press. 160 s. ISBN 80-7261-038-4.
41. SVATOŠOVÁ, M., 2011. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.
42. SLÁMA, O. et al., 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
43. ŠIKLOVÁ, J., 2013. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich. 127 s. ISBN 978-80-701-7197-4.
44. ŠPATENKOVÁ, N., 2013. *Poradenství pro pozůstalé*. 2. vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3736-2.

45. TOMEŠ, I. et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum. 166 s. ISBN 978-80-246-2941-4.
46. ÚLEHLA, I., 2005. *Umění pomáhat*. 2. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství. 128 s. ISBN 80-86429-36-9.
47. VENGLÁŘOVÁ, M. 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 104 s. ISBN 978-80-247-4082-9.
48. VORLÍČEK, J. et al., 2004. *Paliativní medicína*. 2. vydání. Praha: Grada. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.
49. VYMĚTAL, J., 2012. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál. 156 s. ISBN: 978-80-262-0314-8.
50. ZACHAROVÁ, E. et al., 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

### **Elektronické zdroje**

51. COLOMBO, F. et al., 2011. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. [online]. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, [cit. 2017-03-20]. Dostupné z www: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>
52. *Charakteristika okresu Havlíčkův Brod*, 2012. [online]. Český statistický úřad, [cit. 2017-11-3]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/xj/charakteristika\\_okresu\\_havlickuv\\_brod](https://www.czso.cz/csu/xj/charakteristika_okresu_havlickuv_brod)
53. ČÍPKOVÁ, I. 2015. Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče [online]. *Sociální práce*. [cit. 2016-12-12]. Dostupné z: <http://socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=783>
54. *Formy hospicové péče*, 2016. [online]. Asociace poskytovatelů hospicové

paliativní péče. [cit. 2016-12-12]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/formy-hospicove-pece/>

55. *WHO Definition of Palliative Care*, 2016. [online]. World Health Organization. [cit. 2016-1-1]. Dostupné z: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
56. KALVACH, Z. et al., 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. [online]. Paliativní péče. [cit. 2016-12-12]. Dostupné z: [https://paliativnipece.eu/wp-content/uploads/2016/05/Manu%3%a1-paliativn%3%ad-p%3%a9%3%a4%8de-o-um%3%adraj%3%adc%3%ad-pacienty\\_Z.Kalvach\\_2010.pdf](https://paliativnipece.eu/wp-content/uploads/2016/05/Manu%3%a1-paliativn%3%ad-p%3%a9%3%a4%8de-o-um%3%adraj%3%adc%3%ad-pacienty_Z.Kalvach_2010.pdf)
57. *Odborná veřejnost*, 2014. [online]. Národní kvalifikace. [cit. 2016-12-04]. Dostupné z: <https://www.narodnikvalifikace.cz/Clanky/odborna-verejnost>
58. PEŘINA, J., 2016. *Historie paliativní péče* [online]. Umírání [cit. 2016-12-03]. Dostupné z <http://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>
59. *Právní rámec pro hospice*, 2016. [online]. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. [cit. 2016-12-03]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/pravni-ramec-pro-hospice/>
60. *Standardy paliativní hospicové péče*, 2006. [online]. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. [cit. 2016-12-03]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/standardy-hospicove-paliativni-pece>
61. BUŽGOVÁ, R., 2012. Hodnocení potřeb rodinných příslušníků v paliativní péči [online]. *Kontakt* 9 (1), 29-37. ISSN 1804-7122



## **Legislativa**

62. Zákon č. 108/2006 Sb., o Sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2016-12-6].  
In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1257-1289. Dostupné z:  
[http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)
63. Zákon č.89/2012 Sb., občanský zákoník. 2012. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 33. s. 1026.

## **8 PŘÍLOHY**

**Příloha č. 1:** Návod k rozhovorům

**Příloha č. 2:** Informovaný souhlas s využitím výzkumného rozhovoru

## Příloha č. 1: Návod k rozhovorům

Výzkumná otázka č.1: **Co je obsahem dilemat, se kterými se setkáváte na pracovišti?**

<b>Téma</b>	<b>Otázka</b>	<b>Indikátory</b>
Výskyt dilemat	Co je obsahem dilemat, se kterými se setkáváte na pracovišti?	<ul style="list-style-type: none"><li>- existence dilematu</li><li>- osobní vnímání dilematu</li><li>- morální versus nemorální</li><li>- smysluplnost práce</li><li>- osobnost klienta</li><li>- rodina klienta</li></ul>
Osobnost klienta	Můžete mi popsat etická dilemata, s jakými se setkáváte při práci s klientem?	<ul style="list-style-type: none"><li>- časové možnosti</li><li>- rovný přístup,</li><li>- suicidní myšlenky,</li><li>- přijetí diagnózy</li><li>- strach se smrti a bolesti</li></ul>
Rodina klienta a osoby blízké	Můžete mi popsat etická dilemata, s jakými se setkáváte při práci s rodinou?	<ul style="list-style-type: none"><li>- přání blízké osoby</li><li>- sdělování zdravotního stavu</li><li>- reakce rodiny na prognózu</li></ul>

Výzkumná otázka č. 2: **Jak probíhá spolupráce v rámci týmu domácí hospicové péče?**

<b>Téma</b>	<b>Otázka</b>	<b>Indikátory</b>
Pracovní podmínky	Existuje rozdíl mezi tím, co je Vám umožněno a tím, jak byste chtěla svoji práci doopravdy dělat?	<ul style="list-style-type: none"><li>- finance</li><li>- kompetence</li><li>- technická dilemata</li><li>- čas</li></ul>
Vztahy na pracovišti	Jaké máte vztahy s kolegy na pracovišti?	<ul style="list-style-type: none"><li>- spolupráce,</li><li>- kompetence</li><li>- vzdělání</li><li>- osobnost pracovníka</li><li>- vztahy s vedením</li></ul>
Odborná pomoc	Máte na pracovišti supervize nebo jiné možnosti setkání se s odborníky? Jaké?	<ul style="list-style-type: none"><li>- potřebnost odborníků</li><li>- supervize</li><li>- otevřená komunikace</li></ul>
Multidisciplinární péče	Jak probíhá spolupráce s dalšími organizacemi při poskytování péče?	<ul style="list-style-type: none"><li>- nevyjasněné kompetence</li><li>- finanční možnosti</li><li>- ochota ostatních odborníků</li><li>- klientovo přání, možnosti</li></ul>

Výzkumná otázka č. 3: **Jak reagujete na etická dilemata?**

<b>Téma</b>	<b>Otázka</b>	<b>Indikátory</b>
Způsob řešení problémů	Jak řešíte etická dilemata, pokud se vyskytnou?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vědomé neřešení</li> <li>- možnosti řešení problém</li> <li>- spolupráce s rodinou</li> <li>- spolupráce v pracovním týmu</li> </ul>
Zvládání dilemat	Kdo nebo co Vám pomáhá zvládat dilemata?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rodina pracovníka</li> <li>- víra v Boha</li> <li>- osobní nastavení</li> <li>- volný čas pracovníků,</li> <li>- supervize</li> </ul>
Postupy při řešení	Používáte stejný postup při rozhodování se v podobných situacích? Proč?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- favoritismus</li> <li>- přání klienta</li> <li>- rodina klienta</li> <li>- technické, časové a finanční možnosti</li> </ul>

Výzkumná otázka č. 4: **Co by Vám v budoucnu pomohlo při řešení dilemat?**

<b>Téma</b>	<b>Otázka</b>	<b>Indikátory</b>
Rozhodování se	Co by Vám ulehčilo Vaší práci/rozhodování?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- metodika</li> <li>- mezioborová spolupráce</li> <li>- návaznost služeb</li> <li>- vnímání pracovníka jako odborníka</li> </ul>
Změna poskytovaných služeb	Existuje něco, co byste na Vaší práci změnila? Co?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- financování</li> <li>- časová dotace</li> <li>- kompetence</li> <li>- počet pracovníků</li> <li>- kvalita služeb</li> </ul>
Spokojenost v zaměstnání	Co Vám Vaše práce přináší?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- smysluplnost</li> <li>- pocit naplnění</li> <li>- finanční ohodnocení</li> <li>- uznání</li> </ul>

**Příloha č. 2: Informovaný souhlas s využitím výzkumného rozhovoru**

**INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM  
VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU**

zaznamenaného pro účely výzkumného projektu bakalářské práce

**DILEMATA PRACOVNÍKŮ DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE  
NA HAVLÍČKOBRODSKU**

Výzkum probíhá pro účely zpracování bakalářské práce vedené na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Bakalářská práce je psána Kateřinou Pokornou.

Cílem tohoto výzkumu je popsat etická dilemata, se kterými se setkávají pracovníci domácí hospicové péče ve svém zaměstnání a zjistit, jak tyto situace řeší. Pro účely analýzy je klíčové získat informace o situaci, postojích, názorech a zkušenostech zdravotních a sociálních pracovníků.

Pro účely analýzy nejsou důležité osobní údaje informantek (jako je například jméno, bydliště či organizace, ve které jsou zaměstnány). Rozhovor, který s Vámi bude zaznamenán, bude ihned po jeho pořízení anonymizován. Všechny veřejně přístupné výstupy z výzkumu a jeho analýzy budou citovány anonymně a bude s nimi nakládáno bez vazby na Vaši osobu či organizaci, ve které pracujete.

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru Kateřině Pokorné pro účely výše popsaného výzkumu.

V .....

Dne .....

Podpis:

Podpis výzkumníka:

Kateřina Pokorná