

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.**

**Praha 5**

**HOSPICOVÁ PÉČE O POZŮSTALÉ Z POHLEDU  
VŠEOBECNÉ SESTRY**

**BAKALÁŘKÁ PRÁCE**

**JANA ČUBROVÁ**

**Praha 2014**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5**

**HOSPICOVÁ PÉČE O POZŮSTALÉ Z POHLEDU  
VŠEOBECNÉ SESTRY**

Bakalářská práce

JANA ČUBROVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, Ph.D., RS

Praha 2014



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00*

**Čubrová Jana**  
**3. A VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 3. 2013 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Hospicová péče o pozůstalé z pohledu všeobecné sestry

*General Nurse's Perspective on Hospice Care of Survivors*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne: 2. 9. 2013

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

*podpis*

### **PODĚKOVÁNÍ:**

Tímto bych ráda poděkovala všem, kteří přispěli svým dílem, ať už radou či svou životní zkušeností. Díky těmto cenným informacím přispěli velkou měrou ke kvalitě mé bakalářské práce. Důležité poděkování patří mé alma mater, která mi umožnila kvalitně studovat. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Hlinovské, Ph.D., RS. Ráda bych také poděkovala za kvalitní zázemí a vstřícný přístup Hospice Dobrého pastýře v čele s vrchní sestrou paní Vlastou Chaloupeckou. Mé poděkování patří všem kteří pracují v Hospici Dobrého Pastýře, díky kterým mohla vzniknout má odborná práce.

## ABSTRAKT

ČUBROVÁ, Jana, Hospicová péče o pozůstalé z pohledu všeobecné sestry. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, Ph.D. RS, Praha 2014. 74 s.

Tématem bakalářské práce je Hospicová péče o pozůstalé z pohledu všeobecné sestry. Teoretická část práce obsahuje stručný úvod do hospicové péče. Její stručnou historii, rozdělení hospicové péče. Péči o umírajícího pacienta, jeho doprovázení. Sestra v hospice se nestará pouze o pacienty, ale také o jejich rodinu a známé. Tato péče je často složitější než péče o pacienta samotného. Proto tato péče je velice důležitá a často velmi opomíjená. Sestry často nevědí, jak mají přistupovat k rodině zemřelého pacienta a pozůstalí často nevědí, co mají od personálu očekávat.

Praktická část je věnována průzkumu vědomostí a zkušeností personálu pečujícího o pozůstalé. Cílem průzkumu je zhodnocení úrovně vědomostí v péči o pozůstalé v hospicové péči. Praktickou část tvoří dotazník pro zdravotnický personál. Výstupem bakalářské práce, by měla vzniknout informační leták, ve které budou zhodnoceny výsledky průzkumu. Měli by přinést odpovědi na otázky, které si může klást jak zdravotnický personál, tak i pozůstalí.

**Klíčová slova:** Hospic. Paliativní péče. Pozůstalí. Smrt. Smíření. Umírání. Všeobecná sestra.

## ABSTRACT

ČUBROVÁ, Jana. *Hospice Care for Survivors from Perspective of Nurses*.  
Nursing College, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc). Tutor: PhDr. Jana Hlinovská  
Ph.D., RS, Prague 2014, 74 pages.

The topic of this work is about Hospice care for the bereaved from the perspective of general nurses. The theoretical part provides a brief introduction about hospice care. The theoretical part also contains the history of hospice care and division in hospice care. The theoretical part describes the care for the dying patient and his accompaniment. The nurse in hospice doesn't care of patients only but also she cares of family and friends of the deceased. Sometimes care for the bereaved it is often more complicated than taking care of the patient. So Care for the family of the deceased is very important and so this case is often careless. Nurses often do not know how to approach the family of the deceased patient, and the bereaved often do not know what kind of care can be offered from the staff.

The practical part of the thesis is aimed at the knowledge and experience of medical staff taking care of the bereaved. The goal of the survey is to estimate the level of their knowledge. In the practical part, a questionnaire for the medical staff is described. The outcome of the thesis will be an informational brochure, in which conclusions of the survey will be summarized. Conclusions of the survey should bring useful answers for both medical.

**Keywords:** Bereaved. Death. Dying. General Nurse. Palliative Care.  
Reconciliation. Hospice.

# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

ÚVOD .....	11
1 MYŠLENKA HOSPICE .....	12
1.1 KDO MŮŽE V HOSPICI PRACOVAT .....	13
2 ETIKA UMÍRÁNÍ A SMRTI .....	15
2.1 RODINA .....	16
2.2 OHROŽENÉ SKUPINY .....	18
3 SMRT A LIDSKÉ VZTAHY .....	20
4 PÉČE O POZŮSTALÉ .....	22
4.1 BLÍZCÍ PACIENTA .....	23
5 DUCHOVNÍ POTŘEBY .....	25
6 TRUCHLENÍ .....	26
6.1 TRUCHLENÍ LZE PŘIROVNAT K HOJENÍ RÁNY .....	26
7 VÝVOJ A HISTORIE HOSPICŮ V ČR .....	28
7.1 SEZNAM HOSPICŮ .....	29
8 HOSPICOVÁ PÉČE .....	30
9 PALIATIVNÍ PÉČE .....	32
10 NÁMĚT NA PRŮZKUMNÝ PROBLÉM .....	34
11 ZÁVĚR PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	66
12 DISKUZE .....	68
12.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	69
ZÁVĚR .....	71
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	72
SEZNAM PŘÍLOH .....	75



## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Analgezie** – absence bolesti

**Antidekubitární** – proti proleženinám

**Inkontinence** – nechtěný únik moči nebo stolice

**Oxygenoterapie** – terapie kyslíkem

**Paliativní péče** – je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi

**Symptom** – příznak, vnější projev

**Terminální** – koncový, závěrečný

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

- Tabulka 1:** Jste?
- Tabulka 2:** Jaký je Váš věk?
- Tabulka 3:** Nejvyšší dosažené vzdělání?
- Tabulka 4:** Pracovní zařazení?
- Tabulka 5:** Jak dlouho pracujete v Hospicu dobrého pastýře?
- Tabulka 6:** Přináší Vám tato práce to, co jste od ní očekával/a?
- Tabulka 7:** Je pro Vás tato práce psychicky náročná?
- Tabulka 8:** Projevil se u Vás syndrom vyhoření?
- Tabulka 9:** Zúčastnil/a jste někdy setkávání s pozůstalými, které Váš hospic dvakrát ročně pořádá?
- Tabulka 10:** Pokud ano, bylo toto setkání pro Vás přínosné do Vaší praxe?
- Tabulka 11:** Domníváte se, že toto setkání bylo přínosné pro pozůstalé?
- Tabulka 12:** Je pro Vás obtížné vyjadřování soustrasti rodině zesnulého?
- Tabulka 13:** Cítíte se psychicky vyrovnaná/ý při práci s pozůstalými?
- Tabulka 14:** Udržujete neformální kontakt s některými pozůstalými ve svém soukromém životě?
- Tabulka 15:** Měla/a byste zájem o nějaké kurzy, které se zabývají komunikací s pozůstalými?
- Tabulka 16:** Prošel/la jste nějakým vzdělávacím kurzem péče o pozůstalé?
- Tabulka 17:** Myslíte si, že máte ve Vašem zařízení dostatek informací jak komunikovat a přistupovat k pozůstalým?
- Tabulka 18:** Stalo se, že Vám někdy při vyřizování pozůstalosti, položili pozůstalí otázku, na kterou jste nevěděl/a odpověď?
- Tabulka 19:** Ocitl/a jste se někdy v situaci, že jste se záměrně vyhnul/a kontaktu s pozůstalými?
- Tabulka 20:** Narušuje Vaši psychiku smrt pacienta?
- Tabulka 21:** Myslíte si, že jste dobrou psychickou oporou pro pozůstalé?
- Tabulka 22:** Jste věřící?

**Tabulka 23:** Domníváte se, že budete schopná/ý tuto svoji současnou práci vykonávat i v budoucnosti?

**Graf 1:** Jste?

**Graf 2:** Jaký je Váš věk?

**Graf 3:** Nejvyšší dosažené vzdělání?

**Graf 4:** Pracovní zařazení?

**Graf 5:** Jak dlouho pracujete v Hospicu dobrého pastýře?

**Graf 6:** Přináší Vám tato práce to, co jste od ní očekával/a?

**Graf 7:** Je pro Vás tato práce psychicky náročná?

**Graf 8:** Projevil se u Vás syndrom vyhoření?

**Graf 9:** Zúčastnil/a jste někdy setkávání s pozůstalými, které Váš hospic dvakrát ročně pořádá?

**Graf 10:** Pokud ano, bylo toto setkání pro Vás přínosné do Vaší praxe?

**Graf 11:** Domníváte se, že toto setkání bylo přínosné pro pozůstalé?

**Graf 12:** Je pro Vás obtížné vyjadřování soustrasti rodině zesnulého?

**Graf 13:** Cítíte se psychicky vyrovnaná/ý při práci s pozůstalými?

**Graf 14:** Udržujete neformální kontakt s některými pozůstalými ve svém soukromém životě?

**Graf 15:** Měl/a byste zájem o nějaké kurzy, které se zabývají komunikací s pozůstalými?

**Graf 16:** Prošel/la jste nějakým vzdělávacím kurzem péče o pozůstalé?

**Graf 17:** Myslíte si, že máte ve Vašem zařízení dostatek informací jak komunikovat a přistupovat k pozůstalým?

**Graf 18:** Stalo se, že Vám někdy při vyřizování pozůstalosti, položili pozůstalí otázku, na kterou jste nevěděl/a odpověď?

**Graf 19:** Ocitl/a jste se někdy v situaci, že jste se záměrně vyhnul/a kontaktu s pozůstalými?

**Graf 20:** Narušuje Vaši psychiku smrt pacienta?

**Graf 21:** Myslíte si, že jste dobrou psychickou oporou pro pozůstalé?

**Graf 22:** Jste věřící?

**Graf 23:** Domníváte se, že budete schopná/ý tuto svoji současnou práci vykonávat i v budoucnosti?

## ÚVOD

V dnešní uspěchané době se často před umíráním zavírají dveře. Snažíme se smrt, bolest a utrpení skrývat, jako by nebyla. Smrt tu od počátku je a nadále tu bude. O této problematice se moc nehovoří, jelikož často je brána jako nepsané společenské tabu. Naštěstí, jsou tu instituce, kde dostávají nevléčitelně nemocní šanci odejít důstojně z tohoto světa s pomocí vyškoleného zdravotního personálu a také své rodiny, blízkých, přátel. Tato zařízení nás učí brát odchod s tohoto světa důstojně a s pokorou.

Cílem této bakalářské práce je přiblížení výše zmíněné problematiky a informování veřejnosti o hospicové péči. Péči o pozůstalé, ať už rodinu či přátele zesnulých. Ovšem pokud o to mají zájem.

V teoretické části jsme se zaměřili na historii hospicové péče, její rozdělení a na to, jaké služby vůbec poskytuje.

V praktické části jsme se pomocí anonymních dotazníků ptali zdravotnického personálu působícího v Hospici Dobrého pastýře v Čerčanech na to, zda mají dostatek informací v péči o pozůstalé, zároveň jsme se snažili získat informace o tom, ve kterých oblastech péče o pozůstalé by chtěli vědět více a co by jim pomohlo, aby svoji péči mohli poskytovat ještě efektivněji. Přáli bychom si, aby tyto poznatky byly efektivně využity ku prospěchu jak pozůstalým, tak zdravotnickému personálu. Závěrem jsme se rozhodli vytvořit informační leták pro pozůstalé, kde by mohli najít odpovědi na své otázky, které byly zhodnoceny jako klíčové.

# 1 MYŠLENKA HOSPICE

Mnoho lidí v dnešní moderní době nemá ani povědomí o tom, jaká je vůbec samotná myšlenka hospicu. Vykládají si to jako dům smrti, kde lidé už jen trpí, ale opak je pravdou. Lidé díky hospicu mohou prožít zbytek svého života s úctou a tak, jak oni chtějí. Mohou být se svou rodinou, blízkými, přáteli a mohou být sami sebou.

„Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti“ (SVATOŠOVÁ, 2008, s. 115).

Bohužel si spousta lidí v dnešní době neuvědomuje svoji smrtelnost. Před smrtí zavírají oči a dělají, že jich se to netýká.

„Hospic nemocnému garantuje, že:

- Nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- V každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost,
- V posledních chvílích života nezůstane osamocen“ (SVATOŠOVÁ, 2008, s. 115).

Každý člověk, mladý, starý má nezpochybnitelné právo odejít z tohoto světa důstojně. Tento etický princip by neměl žádný rozumný člověk zpochybňovat. Mohou nastat dvě otázky. První může být otázka, jak by měl nemocný z tohoto světa odejít, druhá otázka navazuje na první a to je otázka, kde mají tito nemocní umírat důstojně (SVATOŠOVÁ, 2008).

„Myšlenku hospice (tj. ono JAK) lze při dobré vůli a za předpokladu splnění určitých podmínek uplatnit kdekoliv. Jde o to, naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny. Důraz je kladen především na kvalitu života nemocného, a to na kvalitu života až do konce, doslova do posledního vydechnutí. Jde o doprovázení nemocného, ale také jeho blízkých, kteří, přestože trpí zároveň s nemocnými, zde hrají nesmírně významnou a do značné míry nezastupitelnou roli. Hospice nespouštějí ze zřetele rodinu ani po smrti nemocného, a je-li to potřeba, věnují se jí i dlouhodobě. Pro některé umírající právě toto zjištění představuje pomoc nejcennější“ (SVATOŠOVÁ, 2008, s. 115).

Je důležité nezapomínat v procesu umírání na rodinu, často potřebuje větší podporu než oni samotní. Spousta nemocných se často strachuje o své nejbližší, zda jim někdo pomůže překonat bolest a vrátit se zpět do běžného života a často se jim lépe odchází, když vědí, že o ně bude postaráno.

## **1.1 KDO MŮŽE V HOSPICI PRACOVAT**

Samozřejmě i v hospici je nutná jistá odbornost, člověk může vystudovat medicínu a být lékařem, může být vzdělaná všeobecná sestra i zkušená ošetrovatelka, ale ani celoživotní vzdělávání zdravotníků samo o sobě nestačí. Ve zdravotnictví by měl pracovat jen ten, kdo má rád lidi a v hospici to platí dvojnásob a je to nutností. V hospici může pracovat dlouhodobě jen ten, kdo je vyrovnaný se životem a smrtí, se svou vlastní konečností, jen ten může být dobrým hospicovým pracovníkem (SVATOŠOVÁ, 2008).

Někteří pracovníci si neumějí představit, co je při nástupu do hospice čeká. Je to velká psychická zátěž a každý musí najít v sobě způsob, jak se s tím vyrovnat a pokud ho nenajdou, měli by z hospicu odejít, nebyli by dobrou oporou pro umírající a pro jejich rodiny a narušovali by sehraný tým pečujících.

Sestra, která působí v hospicu, musí být dobrou psychickou a odbornou oporou pro umírající a jejich budoucí pozůstalé. Je důležitou součástí péče o umírajícího a provádí důležité vyšetření v oblasti bio – psycho – sociální a spirituální sféře. Sestavuje program podle tohoto vyšetření, ve kterém plánuje aktivity jak od profesionálů, tak zajišťuje v případě potřeby dobrovolníky. Úzce spolupracuje s lékařem a podává pravidelné informace o intenzitě a charakteru bolesti. Musí identifikovat veškeré symptomy, které bolest provází a ty zapisovat. Pokud je to nutné, podává analgezii dle ordinace lékaře a pokud je ordinovaná forma analgezie nedostatečná a umírající si stále stěžuje na bolesti, má povinnost ihned tuto skutečnost ohlásit ošetřujícímu lékaři. Dle aktuálního stavu nemocného ve spolupráci s nutriční terapeutkou sleduje a mění dietní a pitný režim. V tomto ohledu spolupracuje úzce i s rodinou pacienta. Po stanovení stupně inkontinence klienta sestra zajistí inkontinenční pomůcky a dbá na hygienu. S tímto problémem úzce souvisí i prevence dekubitů, při hygieně a při pravidelném polohování vždy kontroluje integritu kůže a používá veškeré dostupné antidekubitární pomůcky. Pokud již nějaké kožní léze a poranění vznikly, je její povinností je pravidelně kontrolovat a ošetřovat dle zvyklostí. Dalším důležitým bodem je kontrola dýchacích

cest, zejména kvalita dýchání umírajícího, pokud je to potřeba, po konzultaci s lékařem provádí oxygenoterapii. Individuálně sestavuje plán péče pro rodinné příslušníky a poté je učí, jak nejlépe mají pomáhat umírajícímu a zajistí vhodné pomůcky k péči (MISCONIOVÁ, 1998).

„Seznamuje rodinné příslušníky a blízké s příznaky přibližující se smrti, učí je zvládat i nenadálé zvraty a krize, které nastanou v souvislosti s umíráním“ (MISCONIOVÁ, 1998, s. 86).



## 2 ETIKA UMÍRÁNÍ A SMRTI

Pro lidstvo je nejtěžší a nejstarší otázka, kterou si klade již po tisíciletí, a to otázka života a smrti. Když člověk onemocní, napadá ho spousta myšlenek a otázek a jednou z nich je i otázka smrti. Smrt často učiní zbytek života smyslnějším. A umožní si vyřešit nějaké záležitosti, splnit přání, urovnat věci ve svém životě. Naučí žít zbytek života (KELNAROVÁ 2007).

Doba se mění i v otázce umírání, dříve bylo umírání součástí rodiny a umíralo se doma, dnes jsou lidé jen jedním z mnoha na nemocničním lůžku. I když se umírajícímu věnuje patřičná péče, je stále profesionální. Pro mnohé lidi je jistotou, že jsou jejich blízcí v péči profesionálů. Umírání se stává odbornou záležitostí, ale nesmíme zapomenout na stránku lidskou. V naší republice jsme si zvykli, že se umírá „na něco“, nikoli proto, že jsme smrtelní (KUTNOHORSKÁ, 2007).

„Nemocný člověk na sklonku svého života s vědomím více či méně přesně odhadnutelného časově omezeného úseku své životní cesty prochází těžkou, a lze bez nadsázky říci, i nejmohutnější zkouškou. Pociťuje úzkost, vlastní bezmocnost, svou ohroženost, uvědomuje si omezenost svého bytí zde na zemi, většinou je již psychicky i fyzicky vyčerpaný, má strach – strach z nejrůznějších dalších nebo opakovaných vyšetřovacích postupů, z vedlejších účinků léčby, z nesnesitelných bolestí, často má strach i z umírání a ze smrti vůbec. Kolikrát se to snaží před okolím „maskovat“, takže mnohdy ani nejbližší netuší, jak velkým utrpením ve skutečnosti jejich blízký prochází. V těchto situacích daleko více než kdy jindy platí, že lidské srdce je tajuplný kout, jehož hlubiny jsou pro druhé těžko proniknutelné – člověk se pro své okolí nějak jeví, ale skutečnost může být úplně jiná. Je důležité si to hned na začátku uvědomit, protože možná ani netušíme, co takový člověk v naší blízkosti skutečně prožívá, jakou potřebuje pomoc, že možná pod svými problémy – které nemusejí být navenek ani tak vidět – klesá, nemůže vstát, nebo z důvodu fyzického či duševního vysílení není schopen prosbu o pomoc vyslovit a rovněž se stává, že okolí jeho úpěnlivé volání neslyší nebo nechce slyšet. Takový člověk – ať už to vysloví nebo ne – toužebně čeká na někoho, kdo mu skutečně pomůže, kdo se mu stane blízkým, kdo ho doprovodí na zbytek jeho cesty až na její konec“ (SLÁMA, DRBAL, PLÁTOVÁ, 2008, s. 11).

„Jakkoliv je zdraví velkou hodnotou, víme, že i zdravý člověk může být a někdy bývá frustrovaný, nešťastný i zoufalý. Co mu může chybět? Kromě mnoha věcí, penězi třeba počínaje, mu může chybět láska, naděje a smysl toho, co žije. A právě lásku, naději a vědomí smyslu potřebuje i nemocný. Uvažujme o tom trochu hlouběji. Když řekneme „láska“, můžeme myslet na lásku, kterou nemocného zahrneme. To je jistě dobré a potřebné. Jenže láska, která naplňuje život, není jen přijímaná. Je to láska přijímaná a dávaná, děj, který se odehrává mezi dvěma nebo více lidmi. I nemocný potřebuje osoby milující a osoby jím milované.“ (<http://www.pastorace.cz>[online]).

## 2.1 RODINA

V čase, kdy se v rodině objeví těžce nemocný člověk, obrací se život naruby. Rodina hledá různé alternativní způsoby, jak nemocnému pomoci, jak ho zachránit. Jsou zoufalí, nechtějí se smířit ze smrti. Chtějí nemocného zachránit. Když už je opravdu jasné, že jejich blízký umírá, hledají řešení jak se s tím vyrovnat. Často sami umírající jsou jejich oporou. V tomto čase by mělo být umírajícímu umožněno, pokud o to má zájem, aby urovnal staré křivdy v rodině a umíralo se mu lépe. Také by mělo být umírajícímu dovoleno být sám. Nenutit ho do kontaktu a respektovat jeho potřebu odpočívat a být sám.

Rodina patří k umírajícímu stejně tak, jako umírající patří k rodině. Pracovníci paliativního týmu, který poskytuje péči umírajícímu, by měl usilovat o to aby, byli co nejvíce v kontaktu, nejlépe stále spolu, záleží na nich, zda doma, nebo v zařízení, pokud je to již v domácím prostředí nemožné. Je nutné a zásadní podporovat rodinu a umírajícího v otevřené komunikaci (MARKOVÁ, 2010).

„Může se stát, že rodinu nebo pacienta trápí také nějaká konkrétní nevyřešená záležitost. Pak je nutné na ni zareagovat a pomoci nalézt řešení. To se zase může udát jedině v rozhovoru, ve kterém se zdravotník stává důležitým partnerem jako protějšek, který má odstup a není citově vtažen do děje a svými postřehy a návrhy může rodině otevřít nový pohled na věc“ (MARKOVÁ, 2010, s. 81).

Pokud o to umírající stojí, měli by zdravotničtí pracovníci ve spolupráci s rodinou, a třeba i psychologem, pokud je to jen trošku možné, najít cestu jak a kde například zajistit setkání umírajícího s tím daným člověkem. Ujistit se, co vše umírající

chce, aby věděl, co od toho očekává a být stále nablízku v případě nějakého problému. Ale také zajistit dostatečně klidné prostředí a dostatek soukromí.

„Pro to, aby rozloučení se zemřelým proběhlo správně, musí si i příbuzní projít celou řadou psychických fází“ (MARKOVÁ, 2010, s. 82).

„Zdravotníci však musí v této chvíli poskytnout nejen emoční podporu, ale většinou se opravdu stát oporou fyzickou, zachovat klid a několik minut klidného spočinutí a nicnedělání. Tato „chvíle oddechu“ je pro nyní již pozůstalého velmi důležitá k tomu, aby znovu našel sám sebe, svou lidskou celistvost, mohl se dát tzv. „dohromady“. Po pár minutách je možné nabídnout krátkou modlitbu – což i lidem bez náboženského vyznání může v této chvíli velmi pomoci. Stačí říci: „Dobrý Bože, do tvých rukou odevzdáváme tohoto tvého syna/tuto tvou dceru. Přijmi ho/ji do své otcovské náruče. Amen.“ Nebo jen prostě: „Odejdi v pokoji.“ (MARKOVÁ, 2010, s. 83).

Pokud se na to rodina cítí, měla by rodina mít možnost být u zemřelého o samotě. Rozloučit se tak, jak chtějí. A pokud chtějí, umožnit jim účast při další péči o mrtvé tělo, nebo alespoň být u toho, pokud se sami na to necítí (MARKOVÁ, 2010).

„Po staletí se vyvíjely rituály spojené s úmrtím členů lidské rodiny. Oblékání zesnulého do slavnostních šatů, modlitby u zemřelého, pohřební průvod z domu smutku, pohled do otevřené rakve, biblická čtení hovořící o naději na věčný život, klesání rakve do hrobu a konečně zvuk padající hlíny – to všechno byly smyslové prožitky, které pozůstalým umožňovaly celou bytostí – všemi smysly – prožít skutečné rozloučení se zemřelým. Při pohřební hostině se znovu uzavíral kruh rodiny, které nyní chyběl jeden člen, ale přesto fungovala dál. Dnešní uspěchaná doba tyto rituály považuje za zbytečné. Loučíme se bez obřadů. Bez pohledu na zemřelého, nebo se neloučíme vůbec. To je velmi nebezpečný trend, především pro psychické zdraví – nerozlučitelnost totiž vede k tomu, že si s sebou zemřelého stále v mysli neseme, jako by byl živý. Truchlení se prodlužuje, může dojít i k provázanosti s jinými psychickými poruchami a problémy, a to kupodivu i v další generaci“ (MARKOVÁ, 2010, s. 85).

„Proto je dobré povzbudit pozůstalé, aby se nebáli kontaktu se zemřelým, nabídnout možnost oblékání, umožnit rozloučení v klidné místnosti, povzbudit k tomu, aby se přijela rozloučit i širší rodina. Poradit ohledně pohřbu a samozřejmě dále

udržovat kontakt s pozůstalými – poradenstvím, formálním, setkáním, podle zvyklostí oddělení“ (MARKOVÁ, 2010, s. 85).

## 2.2 OHROŽENÉ SKUPINY

Sestra by měla vědět, zda ve skupině pozůstalých není osoba, která by se dala zařadit do ohrožené skupiny pozůstalých. Měla by těmto lidem věnovat zvláštní pozornost. Měla by si položit otázku, který z pozůstalých by mohl být ohrožen. A pokud někoho takového najde, měla by být schopna mu zajistit odbornou pomoc. Tyto klienty lze rozdělit do tří skupin podle charakteru.

- Do první skupiny bychom mohli zařadit lidi, kterým se v krátké době za sebou přihodilo několik silně stresujících událostí. Nejvíce stresující pro pozůstalého je několikáté úmrtí v rodině za krátkou dobu. Dalším velkým stresorem je ztráta zaměstnání, člověk řeší otázku osobního zajištění. Dalším stresorem, hlavně pro rodiče mladých lidí, může být jejich odchod z rodiny. Pro některé může být velice stresující i odchod do důchodu, ale i například stěhování. Často mohou být i velice stresující situace, které jsou většinou vnímány jako pozitivní. Jako je například svatba nebo i narození dítěte.
- Do druhé skupiny bychom mohli zařadit pozůstalé se zvláštním a neobvyklým vztahem, neobvykle intenzivním. Tento vztah nemusí být, kladný, ale i záporný. Nemusí jít jen o malé děti nebo mladé lidi v pubertě, je pro ně těžké, když jim umírají rodiče. Může jít i o neobvyklé stavy závislosti. Velmi ohrožení jsou rodiče, když jim umírá dítě. Další ohroženou skupinou jsou lidé, kteří žili celý život jeden pro druhého, a teď jim partner odešel.
- Do třetí skupiny bychom mohli zařadit lidi s různými psychickými nemocemi. I lidé, kteří trpí depresemi, nebo jsou přehnaně úzkostní, potřebují intenzivnější péči. Ale i lidé agresivní potřebují pomoci zvládnout svou situaci (MARKOVÁ, 2010).

„V žádném případě bychom nikoho z těchto skupin neměli z naší péče vyloučit! Ba právě naopak. Oni si zaslouží naši zvláštní pozornost – důležité je tedy včas rozpoznat potřebu intenzivnější podpory. Péči o první dvě skupiny zvládneme pravděpodobně bez větších problémů – buďme si však vědomi toho, že budou potřebovat více našeho času a intenzivnější intervenci, v péči o třetí skupinu si vždy přizveme na pomoc odborníka. K tomu mají být na pracovišti paliativní péče k dispozici

vyškolení odborníci, aby péči o tyto příbuzné a později i o pozůstalé převzali“ (MARKOVÁ, 2010, s. 84–85).

### 3 SMRT A LIDSKÉ VZTAHY

„Smrt milovaného člověka patří k nejtěžším ztrátám v životě člověka. Pozůstalí při ztrátě blízkého člověka prožívají hluboký zármutek, cítí se opuštění, zoufalí a bezmocní. Mají pocit, že jejich život ztratil smysl“ (ALTSCHULEROVÁ, 2007, s. 78).

Při péči o umírající je nutné respektovat potřeby a přání. Není lehké uspokojit základní potřeby. Při konci života často nemocní mají větší potřebu sociální než ostatní. Potřebují kontakt, potřebují se cítit v bezpečí. Přejí si umírat důstojně a nechtějí být izolováni od světa (VENGLÁŘOVÁ et. al, 2006).

„Nemocný více spí, přestává komunikovat a více se obrací dovnitř, kde v tichu začíná bilancovat svůj život. V těchto okamžicích stačí pouhá tichá přítomnost pečujícího, sdílení vnitřního i vnějšího společného prostoru. V tomto společném sdílení můžeme lépe také zachytit důležité otázky a potřeby umírajícího, který s ohledem na bilancování života minulého začíná uspořádat i věci na dobu, až tu nebude. Naslouchejme a buďme otevření jeho potřebám. Často tato sdělení přicházejí skrytě nebo symbolicky v chování nemocného. Obecně platí, že hovořit s umírajícím máme o tom, o čem on sám hovořit chce, neměli bychom jej nutit do hovoru o tom, o čem mluvit nechce. Nezapomeňme říci: odpusť, odpouštím, děkuji, mám tě rád“ (ANDRYSEK, et. al 2011, s. 71).

„Rodiny drží pohromadě díky vztahům, vazbám, které vznikají na počátku života. První vztah dítěte bývá k jeho matce. Stává se modelem pro všechny pozdější vztahy. Během prvních dvou let života si dítě vytvoří návyky vztahového chování, které ovlivňují jeho reakce na svět. V tomto věku jsou již vytvořeny i modely reakcí na odloučení a ztrátu. Vzorce vztahů získané v dětství přetrvávají i v období dospělosti. Dospívající nebo mladý člověk, který se naučil držet své matky, aby přežil, se pak může stát závislý například na partnerovi“ (PARKES, et, al 2007, s.12–14).

Velice důležitou pomůckou pro celý pečující tým je genogram. Zakresluje se při příjmu pacienta do hospice spolu se sociální pracovnící. Obsahuje stručný obraz o rodině, vztahy mezi jejími členy, nejbližší osoby nemocného. Často při zakreslování genogramu vyplynou důležité informace a je vnímán velice pozitivně. Často vyplynou

skutečnosti o tom, jak pacient vnímá nemoc a co je pro něj důležité. Je to i příležitostí zjistit sociální potřeby pacienta. Někdy se i podaří zjistit případné rizikové faktory.

„Genogram nám poskytne informace o charakteru rodiny, které chceme pomoci a tomu, kdo nám poskytuje nezbytné informace, dá tento přístup najevo náš zájem o jeho rodinu. Otázky ohledně jejich rodiny mohou pacienty překvapit, ale zároveň je tento zájem uklidňuje“ (PARKES, et, al, 2007, s. 100).

„Očekávané úmrtí pacienta představuje v ústavní péči obvykle rutinní situaci vyžadující konstatování smrti lékařem, vyplnění Listu o prohlídce mrtvého, standardní nakládání s tělem, sepsání pozůstalosti, vyrozumění rodiny. V domácím prostředí jde o emočně akcentovanou osudovou událost, v níž dominují rozloučení a rituál. Dnešní rodiny jsou obvykle nepoučené a bezradné. Často se dopouštějí chyb, které si pak dlouho vyčítají – např. příliš často zavolání pohřební služby ještě před příjezdem a rozloučením dalších příbuzných“ (KALVACH, 2010, s. 63).

„ O „ posledních věcech“, o tom, co jak udělat při úmrtí, obvykle nechtějí rodiny rozsáhleji předem s pracovníky hospice hovořit, neboť to považují za jakési nevkusné „pohřbívání živých“ (KALVACH, 2010, s 63).

## 4 PÉČE O POZŮSTALÉ

Se smrtí blízké osoby se každý člověk vyrovnává jiným způsobem. Nelze přesně říct, kdo a jak se bude chovat těsně po úmrtí. I když si člověk myslí, že je na to připravený a že je smířený, tak ho smrt více či méně zasáhne a zaskočí. A bude reagovat jinak, než si připravoval.

„Profesionální zdravotníci jsou v unikátní pozici. Často se setkávají s pacienty v období jejich velkých životních změn, ale jsou pro ně de facto cizinci. Cizinci nezatíženými rodinnými ani přátelskými vazbami, protože se setkávají poprvé. To má své nevýhody, ale i výhody. Vzájemně totiž dosud nehráli ve svých životech žádnou roli, proto se s nimi pacient leckdy cítí bezpečněji než s rodinou či přáteli. Zní to možná paradoxně, ale skutečnost je taková, že otevřeně hovořit o dosud nevyřčených obavách a soukromých věcech bývá pro některé nemocné snazší s člověkem cizím spíše než s blízkým. Jindy je tomu samozřejmě naopak. To záleží především na vztazích a na důvěře“ (SVATOŠOVÁ, 2012, s. 39).

Pro pozůstalé bývá přijetí zprávy o úmrtí snazší, pokud jde o úmrtí očekávané. Pokud jde o nečekané či tragické úmrtí, bývá přijetí zprávy intenzivnější (VENGLÁŘOVÁ, et. al, 2006).

- „Pro usnadnění vyrovnání se se smrtí blízkého je důležité budoucí pozůstalé připravovat na smrt při každém zhoršení zdravotního stavu nemocného.
- Při sdělování zprávy je důležité pozůstalé posadit a sdělovat v soukromí
- Je důležité se vyjadřovat přesně a je důležité vyjádřit soustrast
- Je důležité sdělit pozůstalým, že jejich zemřelý netrpěl bolestí, a v klidu odpovídejte na otázky.
- Pro pozůstalé je důležité nabídnutí pomoci při formalitách (VENGLÁŘOVÁ et. al 2006).

„Důležitou skutečností, která ovlivňuje i období truchlení, je přítomnost či nepřítomnost příbuzného u umírajícího. Pokud se úmrtí očekává, je nutné o tom příbuzné, nebo jiné blízké informovat a nabídnout jim možnost být s nemocným.



U umírajícího ale nesmí být osamocení, je nutné doprovázení za strany personálu“(MARKOVÁ, 2010, s. 117).

#### 4.1 BLÍZCÍ PACIENTA

„Čas pro adaptaci potřebuje stejně pacient jako jeho rodina. Často se stává, že když se pacient dostane do dobrého zařízení, dostane se mu pomocí odborné, ošetrovatelské, lékařské, v nejlepším případě doprovázející duševní a duchovní podpory. Jeho rodina však zůstává v boji o přijetí jakoby „ pozadu“ – s úzkostí vyhledává lékaře, neustále se ptá, jaká je naděje, velmi často má nereálné představy a požadavky, vlastní nesmířenost přenáší na pacienta. Zde je velmi potřebné doprovázení rodinných příslušníků, kterého se může dobře zhostit sestra, která příbuzným věnuje potřebný čas“ (ANDRYSEK, et, al 2011, s. 66).

„Lékař informuje o zdravotním stavu, ale obvykle není v jeho časových možnostech strávit s příbuznými delší dobu, protože se musí věnovat pacientům“ (ANDRYSEK, et, al, 2011, s. 66).

„Pomoc pozůstalým zahrnuje poměrně široké spektrum – od laické pomoci až po profesionální aktivity, a může mít nejrůznější podobu – od soucitné a empatické komunikace přes krizovou intervenci, poradenství až po psychiatrickou péči“ (ŠPATENKOVÁ, 2010, s. 35).

„Poradci pro pozůstalé si musí uvědomovat dynamiku poradenství a poradenského vztahu a také dopad, který tento vztah má na klienta i na ně samotné.

- Pomoci pozůstalým v akceptaci jejich ztráty.
- Pomoci pozůstalým identifikovat své pocity a vyjádřit je.
- Pomoci pozůstalým žít dál bez zemřelého.
- Podporovat pozůstalé v emocionálním odpoutávání od zemřelého.
- Poskytnout pozůstalým prostor a čas pro truchlení.
- Interpretovat „normální“ reakce na ztrátu.

- Respektovat individuální rozdíly v truchlení.
- Poskytovat pozůstalým kontinuální podporu“ (ŠPATENKOVÁ, 2013, s. 41).

## 5 DUCHOVNÍ POTŘEBY

„Až do nedávné doby byly spirituální potřeby pacienta více méně tabu. Není proto divu, že se stále ještě mnoho lidí, včetně zdravotníků, domnívá, že jde o jakési uspokojování potřeb věřících“ (SVATOŠOVÁ, 2012, s. 23).

„Skoro bych řekla, že je tomu naopak. Ne, že by věřící své duchovní potřeby neměl. Má je, ale ví, co má dělat, a obvykle se podle toho dovede zařídit. Horší to bývá – ne nutně vždy – s lidmi, kteří z víry nežijí. Právě v průběhu vážné nemoci se začínají zabývat životně důležitými otázkami smyslu života – vlastního života. Každý člověk v takové situaci potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno, a má potřebu i sám odpouštět. Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. Nenaplněnost této potřeby smysluplnosti se rovná skutečnému stavu duchovní nouze. Člověk tím trpí, někdy si i zoufá. Je potřeba mu ukázat, že v každé situaci se dá žít smysluplně“ (SVATOŠOVÁ, 2012, s. 23).

„Pastorační péčí o nemocné a trpící v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry“ (OPATRŇÝ, 2003, s. 7).

V duchovním rozměru péče o nemocného je nezbytné, aby okolí nemocného akceptovalo jeho duchovní stránku a aktivně se stará o jeho naplnění. Není to tak, že by pastorační péče představovala jen řeč o Bohu, je to hlavně řeč lidská (OPATRŇÝ, 2003).

## 6 TRUCHLENÍ

„V době odchodu blízkého člověka prožíváme smutek a bolest. Někdy však i v této době můžeme zakusit něco pozitivního a hlubokého, například když se celá rodina semkne kolem nemocného a může splnit jeho přání prožít s ním jeho poslední dny, jednoduše být ještě s ním. Žal, který prožíváme po jeho odchodu, je přirozenou reakcí, kterou se vyrovnáváme s bolestnou událostí. V této fázi na pozůstalé může doléhat mnoho různých, často i vzájemně si odporujících silných pocitů: návaly smutku, úleva, neklid, strach, prázdnota, bezradnost, šok, hněv, vina, vděčnost, láska, zlost, lhostejnost, zoufalství, osamělost, nepochopení, sebelítost, nenávisť, bolest, pocit méněcennosti, vysvození...“ (SLÁMA, et al 2008, s. 45).

V nemoci jsou charakteristické změny ve spoustě oblastí. Bohužel nemocný často pobývá v nemocnici. Střídá zařízení s domovem, je sociálně izolovaný od rodiny, mění se jeho role a sociální postavení. Nemocný často trpí chronickou bolestí. Ne vždy různé zákroky a vyšetření přináší pozitiva a uzdravení. Většina zákroků a vyšetření jsou pouze paliativní. Zhoršení psychického stavu je spojeno se spoustou faktorů. Nejvíce na psychiku působí ztráta soběstačnosti, izolace. Uzavírání se do sebe se často projevuje depresivním rozladěním a odmítáním spolupráce (VENGLÁŘOVÁ, et. al, 2006).

„Zármutek je často intenzivnější ve chvíli, kdy člověk pochopí, že se situace už nezmění. Člověk by se ale neměl soustředit jen na bolest: nemoc poskytuje i příležitost začít jinak vnímat sebe i druhé, vyléčit svá stará zranění, pociťovat péči druhých lidí a přehodnotit osobní i společné cíle. Péče o druhého může posilovat pocit vlastní hodnoty, učit člověka soucítění, skromnosti a vnímání, co mu mohou druzí dávat“ (ALTSCHULEROVÁ, 2007, s. 78).

### 6.1 TRUCHLENÍ LZE PŘIROVNAT K HOJENÍ RÁNY

Každý člověk těsně po smrti svého nejbližšího má nějaké bezprostřední reakce na které se nelze připravit. Pozůstalí jsou apatičtí, skleslí, jsou plni pocitu prázdnoty. Dělalí automatické pohyby. Které si třeba ani neuvědomují. Většinou tento stav netrvá dlouho, z pravidla několik hodin po smrti. Maximálně by tento stav měl trvat pár dní.

Následuje období, při kterém převládají emoce. Pozůstalí ventilují své emoce pláčem, jsou zoufalí. Vnímají tělesný neklid. Naříkají. Mohou mít i hněv a obviňovat se ze smrti svého blízkého, že neudělali maximum. Toto období je velice náročné a vyčerpávající, jelikož trvá i dny a týdny a je plné silných emočních prožitků.

Ve třetí fázi pozůstalí stále truchlí a oplakávají svého zesnulého. Jsou stále plni emocí, v depresi, mohou trpět poruchami spánku. Mohou mít výčitky svědomí. Pokud má pozůstalý někoho, s kým může svou bolest a smutek sdílet a s kým může na svého zesnulého vzpomínat, tím se intenzita truchlení snižuje. Toto období trvá týdny, měsíce, ale mělo by do roka ustát (JANÁČKOVÁ, 2008).

„Truchlení není jasně časově ohraničené. I když k návratu do běžného života často dochází přibližně po 3 měsících od úmrtí, truchlení může trvat i rok a více.

Neexistuje jednoznačný způsob správného truchlení. Dovolte si své pocity a prožitky – můžete plakat, naříkat, mluvit se zemřelým nebo se třeba věnovat pohybu (procházky, běh, plavání), který umí uvolnit bolest.

Najděte si někoho, s kým budete sdílet svoji tíhu (lépe mimo rodinu, která se také vyrovnává se ztrátou) – přítele, kolegu, psychologa, duchovního. Dávejte najevo své pocity, ať už v kontaktu s druhými nebo třeba při psaní deníku.

Nevytvářejte na sebe zbytečné nároky. Řekněte si o pomoc, druzí málokdy vyтуší, co potřebujeme. Odpočívejte, pečujte o sebe. Nezneužívejte alkohol ani léky.

Snažte se dodržovat navyklý denní rytmus. Věnujte se tomu, co jste dříve rádi dělali (např. četba, práce na zahradě, sport). I když se Vám do toho právě dvakrát nechce, usnadní Vám to návrat do každodenního života.

Je možné, že se někdy budete cítit lépe a někdy zase hůře, postupně ale budou pocity smutku a tíhy slábnout. Je to v pořádku, dovolte to sobě i jim.

Když je Vám těžko, neváhejte vyhledat pomoc“ (<http://www.hospic-cercany.cz>[online]).

## 7 VÝVOJ A HISTORIE HOSPICŮ V ČR

„Z definic světově uznávaných institucí, organizací i autorit je zjevné, že hospicová péče je orientovaná na vytvoření takového programu služeb a péče pro umírající a jejich blízké, které v první řadě slouží k uspokojování individuálních potřeb umírajícího. Akcent je kladen na integritu lidské bytosti s jejím vlastním sociálním prostředím. Kvalita života umírajících je spojena se zajištěním takových podmínek, které dovolí umírajícímu prožít své poslední dny v prostředí známém, v kruhu svých blízkých, bez fyzické i duševní bolesti a zbytečného utrpení. Je důležité si uvědomit, že každá pro nás všední činnost, může být pro umírajícího posledním prožitkem, proto je nutné vytvořit takové prostředí, podmínky a klima. v kterém umožníme umírajícímu naplno prožívat, co prožít chce a může“ (MISCONIOVÁ, 1998, s. 32, 33).

„Již ve středověku na území dnešní České republiky vznikaly tak zvané hospitály. Jejich filozofie vycházela z dob starokřesťanských a sloužily řadě účelů: péči o chudé, nemocné a zestárlé, osamocené umírající, sirotky, pocestné a další potřebné. Původně hospitály zřizovali biskupové, kláštery a faráři. Později je začala budovat i města. Byly to skromné budovy obvykle obyčejné měšťanské domky, které umírající dobrodinec odkázal pro dožití osamocенých lidí“ (MISCONIOVÁ, 1998, s. 43).

„Se zavedením domovského práva v Čechách za vlády Františka Josefa I., se rozvíjí celá škála zařízení na úrovni obce, které slouží všem potřebným. Systém obecních pastoušek“ chudobinců a chorobinců byl otevřen všem osamělým starým a umírajícím, kteří v těchto zařízeních měli nejen kde složit hlavu, ale bylo zde postaráno i o odbornou péči, která byla zajišťována různými dobročinnými obecními spolky a charitativními organizacemi. Již v této době je možné najít první známky lůžkové hospicové péče – tak jak ji vnímáme dnes. Tento systém byl funkční až do roku 1952, kdy došlo vládou ke zrušení uplatňování domovského práva v obcích“ (MISCONIOVÁ, 1998, s. 43).

„Na filosofii prvního moderního hospice, který zakládá paní Dr. Cecilly Saundersová v roce 1960 v Anglii, navazuje v roce 1995 hospic, který zakládá MUDr. Marie Svatošová v Červeném Kostelci s celkovou kapacitou 26 lůžek. Tento

modelový hospic se stává brzy inspirací i pro další projekty“ (MISCONIOVÁ, 1998, s. 43).

„O zkušenostech s poskytováním hospicové péče a z provozu tohoto zařízení napsala paní MUDr. Marie Svatošová poutavou brožurku s názvem „ Hospic a umění doprovázet“, kterou v roce 1995 vydává občanské sdružení pro podporu hospicové péče Ecce Homo. Zajímavostí je, že stejně tak jako Dr. Cecilly Saundersová i MUDr. Marie Svatošová byla původní profesí zdravotní sestrou. Od roku 1991 spolupracovala s Pracovní skupinou pro rozvoj domácí a hospicové v České republice při ministerstvu zdravotnictví“ (MISCONIOVÁ, 1998, s. 43, 44).

„V roce 1998 je zahájen provoz hospice Štrasburk v Praze 8, jehož vůdčí osobností je MUDr. Pauli. Tento hospic má kapacitu 25 lůžek. V městě Plzni je zahájen počátkem roku 1998 provoz hospice sv. Lazara, celková kapacita tohoto zařízení je 24 lůžek. V městě Brně jsou realizovány dva projekty. Jeden z nich, který vznikl z iniciativy konventu sester Alžbětinek a Masarykova onkologického ústavu a poskytuje péči od roku 1998, druhý je aktivitou České katolické charity“ (MISCONIOVÁ, 1998, s. 43, 44).

## **7.1 SEZNAM HOSPICŮ**

V České republice nalezneme hned několik hospiců, v několika krajích, po celé České republice. Zde je jejich krátký seznam:

Hospic Štrasburk, Hospicové Občanské sdružení Cesta domů, Hospic Dobrého Pastýře Čerčany, Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, Hospic sv. Lazara Plzeň, Hospic sv. Štěpána Litoměřice, Hospic v Mostě Most, Hospic pro Liberecký kraj Liberec, Hospic Anežky České Červený Kostelec, Smíření – Hospic.sdružení pro pardubický kraj Chrudim, Hospicové hnutí – Vysočina Nové Město na Moravě, Hospic sv. Alžběty Brno, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa Rajhard, Domácí hospic David, Charita Kyjov Kyjov, Hospic na Svatém Kopečku Olomouc, Hospic Citadela – Diakonie ČCE Valašské Meziříčí, Domácí hospic – Obl. Charita Uh. Hradiště, Hospic Hvězda, Obč. sdružení Hvězda Zlín – Malenovice, Hospic sv. Lukáše Ostrava – Výškovice, Mobilní hospic Ondrášek Ostrava – Dubina, Mobilní hospicová jednotka Pokojný přístav Opava.

## 8 HOSPICOVÁ PÉČE

Hospicová péče je velice specifický postoj k nemocnému. Dělí se na několik forem. Každý typ hospicové péče má své pravidla.

„Domácí hospicová péče - Je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. Na hranice jejích možností se narazí brzy tam, kde rodinné zázemí buď vůbec schází, nebo se časem vyčerpá, prostě dojdou síly. Ale důvody mohou být i jiné, např. prostorové. Žijí-li v menším bytě s nemocným dvě nebo tři generace, mohou vzniknout vážné problémy. Děti mají psát úkoly, učit se, tatínek se musí vyspat, protože ráno vstává do zaměstnání, někdo by se potřeboval odreagovat při televizi, ale jak, když nemocného dědečka to ruší a obtěžuje“ (SVATOŠOVÁ, 2008, s. 118, 119).

„Dalším omezujícím faktorem může být i odbornost. Zejména v místech, kde dosud není žádná sesterská agentura poskytující domácí péči, anebo nemá speciálně vyškolené sestry pro hospicovou práci. Pak i jen přechodné zhoršení stavu pacienta znamená návrat do nemocnice – ledaže bychom tu už měli další dvě formy hospice“ (SVATOŠOVÁ, 2008, s. 119).

„Stacionární hospicová péče (denní pobyty) - Pacient je do hospicového stacionáře přijat ráno a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Dopravu nemocného zařizuje buď rodina, nebo hospic. Záleží na domluvě a místních podmínkách. Je pochopitelné, že tato forma je vhodná pouze pro nemocné v místě nebo v blízkém okolí. V určité fázi onemocnění může být pro některé nemocné tím nejvhodnějším řešením. Důvod může být různý, např.:

Diagnostický důvod-Nejčastěji kvůli kontrole bolesti, kterou se doma nepodařilo zvládnout, ale důvodů ke stacionárnímu pobytu může být celá řada.

Léčebný důvod-Např. za účelem aplikace chemoterapie a nejrůznější paliativní léčby. Když se tak pod odbornou kontrolou podaří např. vyladit dávky léků tisících bolest, může nemocný opět zůstat v domácí péči.

Psychoterapeutický důvod-Ten mívají k přijetí zvláště nemocní osamělí anebo ti, s nimiž rodina nechce nebo prostě není schopna o jejich problémech hovořit, ti pak někdy velice rádi docházejí za svojí „vrbou“ do hospice.



Azylový důvod-Bývá dost častý. Čeho je moc, toho je příliš, a když nemoc trvá dlouho, potřebuje si občas odpočinout na chvíli jak rodina nemocného, tak nemocný od své milující a milované rodiny. Není na tom nic špatného. Naopak může to být skvělé preventivní opatření, které zabrání pozdější zbytečné hospitalizaci, ale i vyčerpání rodiny, někdy i konfliktům, které mohou ještě po létech člověka mrzet.

Sem je třeba zařadit také nemocné, kteří si přejí prožít poslední dny a hodiny života v hospici nikoliv proto, že by se doma nedaly zvládnout příznaky nemoci, ale prostě proto, že chtějí některé členy své rodiny, např. malé děti, těchto prožitků ušetřit. Ale v takových případech už nepůjde o stacionář, nýbrž o lůžko“ (SVATOŠOVÁ, 2008, s. 120).

„Důvodem lůžkové hospicové péče může být vše, co bylo uvedeno u péče stacionární, a to tehdy, není-li možné každodenní dojíždění, buď pro jeho zdravotní stav, nebo vzdálenost bydliště od hospice. Byl by zásadní omyl si myslet, že nemocný, který si přijde lehnout na hospicové lůžko, musí na něm i zemřít. Samozřejmě může, ale nemusí. Většina nemocných, nejčastěji s nádorovým onemocněním, využívá hospic velice účelně. A co je nesmírně důležité, přicházejí na krátkodobé, zpravidla opakované pobyty zcela svobodně a dobrovolně, tehdy když oni sami cítí, že je to pro ně dobré. Když vidí, že doma se to už dobře nezvládá a přitom pobyt v nemocnici není nutný“ (SVATOŠOVÁ, 2008, s. 120).

## 9 PALIATIVNÍ PÉČE

„Využití a hodnocení specializovaných služeb paliativní péče je založeno na předpokladu, že existuje shoda v porozumění terminologii a účelům paliativní péče“ (PAYNEOVÁ, et. al, 2007, s. 6).

„ V současnosti se debatuje o tom, zda by se služby paliativní péče měly soustředit na terminální péči, nebo zda by měly rozšířit svůj záběr o pacienty v ranějších stádiích nemoci. Úspěch raného „hospicového“ období spočíval pravděpodobně v tom, že mělo jasný cíl ve zvyšování kvality života na jeho úplném konci, zvláště pro nemocného rakovinou“ (PAYENOVÁ, et al, 2007, s. 11).

Několik termínů používaných v paliativní péči:

- Hospicová péče
- Terminální péče
- Kontinuální péče
- Péče o umírající
- Paliativní péče
- Péče na konci života
- Podpůrná péče (PAYNEOVÁ, SEYMOUROVÁ, INGLETONOVÁ, 2007, s. 7).

„Moderní paliativní medicína se neodvrací od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života, dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií smrtelných onemocnění.

Je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na nemocného člověka a zahrnuje proto v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty.

Vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení.

Zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých.

Nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.

Vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením“ (<http://www.paliativnimedicina.cz>[online]).

## 10 NÁMĚT NA PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Námětem na průzkumný problém se v naší práci stala problematika péče o pozůstalé v hospici. Informovanost personálu.

### **Dosavadní stav poznání**

S danou problematikou se potýkají rozličné publikace, ať už knihy či články vycházející z kontextu praxe

### **Cíl a hodnota průzkumu**

Cíl průzkumu se zabývá zjištěním a informovaností zdravotnického personálu hospice v problematice komunikace a péče o pozůstalé. Hodnota průzkumu vzejde z výsledků šetření, jehož výsledky doplní stávající informovanost v tomto procesu.

### **Zkoumaný soubor**

Průzkum bude cílený. Cílovou skupinou jsou pracovníci v hospici. Výběr zkoumaného souboru je záměrný. Velikost vzorku – 36 pracovníků Hospicu Dobrého Pastýře.

### **Zkoumaná oblast**

Zdravotní personál Hospicu Dobrého Pastýře

Středočeský kraj – Čerčany

### **Časové rozmezí**

11. 10. 2013 – 15. 12. 2013

### **Metody a techniky**

Při průzkumném šetření je použito dotazníkové metody. Dotazník je nestandardizovaný. Pro jednodušší a přesnější zpracování a vyhodnocení je použito uzavřených otázek. Dotazník obsahuje 23 položek.

### **Průzkumný tým**

Individuální průzkum

Zpracovatel – Čubrová Jana

## **Zpracování**

Získaná data budou zodpovědně vytříděná a zpracována kvantitativní metodou. Vyjádřena v absolutní/relativní četnosti. Jednotlivé položky budou zpracovány do přehledných grafů a tabulek s procentuálním vyjádřením

## **Organizační zabezpečení**

Zvolený časový prostor je 2 měsíce. Průzkumné šetření bude financováno z vlastních prostředků průzkumníka.

### Hypotéza H 1

Předpokládáme, že pracovní skupina Hospice ve věkové kategorii 40–60 bude lépe informovaná, psychicky stabilnější než mladší skupina ve věkové kategorii 18–39.

### Hypotéza H2

Předpokládáme že, pracovní skupina Hospice ve věkové kategorii 18–39 bude mít větší zájem o více informací v oblasti péče o pozůstalé, než skupina ve věkové kategorii 40–60.

### Hypotéza H3

Předpokládáme, že kontaktu s pozůstalými se více věnují pracovníci skupiny ve věku 40–60 let než skupina ve věkové kategorii 18–39 let..

## **Průzkumový problém**

Vliv problematiky umírání v péči o pozůstalé

### **Průzkumné cíle**

Zjistit, jak přistupují pracovníci hospice k pozůstalým.

Zjistit, jak pracovníci přistupují ke vzdělání a získávání nových informací v oblasti péče o pozůstalé.

Zjistit, kolik procent pracovníků se aktivně zapojuje do péče o pozůstalé.

### **Průzkumové otázky**

OTÁZKA 1: Osobní otázky. Předpokládáme, že pracovníci hospice jsou nejčastěji ženy ve věku 31–40 s nejčastějším dosaženým vzděláním středoškolským.

OTÁZKA 2: Vlastní profesní vyrovnanost. Předpokládáme, že více než polovina pracovníků nemá problém kontaktu s pozůstalými a odpovědí na jejich otázky.

OTÁZKA 3: Péče o pozůstalé. Předpokládáme že, více než polovina pracovníků se zúčastňuje setkávání s pozůstalými a méně než polovina udržuje stálý kontakt s pozůstalými.

### **Průzkumový soubor**

Průzkumový vzorec tvořili pracovníci Hospicu Dobrého Pastýře. Respondenti byli cíleně kontaktováni přímo na pracovišti v Čerčanech v Hospicu Dobrého Pastýře. Výběr byl tedy záměrný. Věkové rozmezí bylo stanoveno 18–60 let.

### **Technika dotazníku**

Dotazník obsahoval 23 položek. V první otázce respondenti vyplňovali své pohlaví a další otázky osobního typu. Odpovědi v dotazníku byly formulovány uzavřenou odpovědí. Respondenti mohli vybrat pouze jednu odpověď.

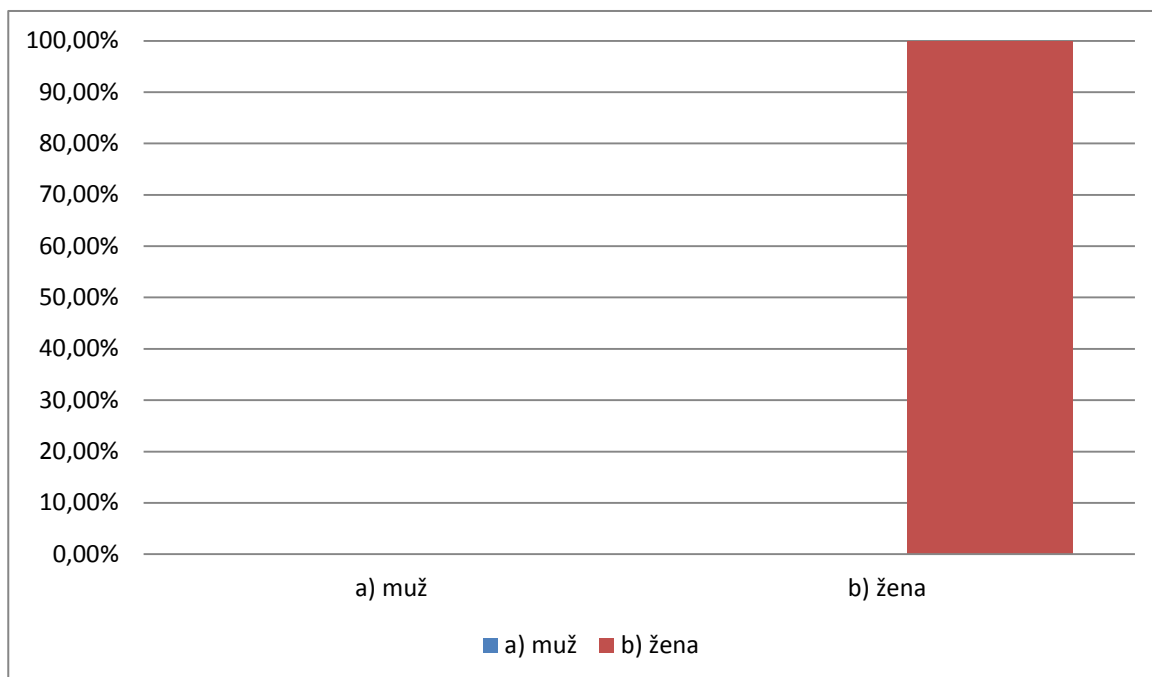
Dotazníků bylo rozdáno 36. Návratnost dotazníku byla 100 %. Této návratnosti jsme dosáhly vlastním rozděním dotazníků.

K otázce 1 se vztahovaly položky: 1, 2, 3, 4, 5, 22, 23.

K otázce 2 se vztahovaly položky: 6, 7, 8, 15, 16, 19, 20.

K otázce 3 se vztahovaly položky: 9, 10, 11, 12, 13, 14,17,18, 21.

Graf 1: Jste?

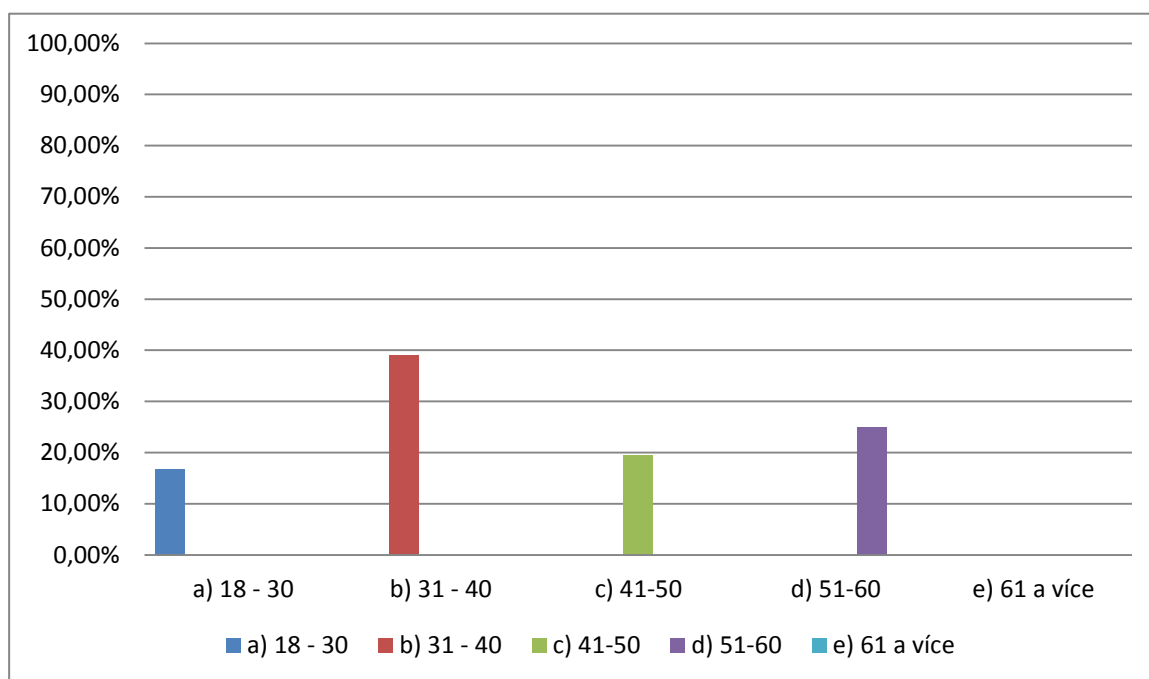


Tabulka 1: Jste?

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Muž	0	0 %
<b>b) Žena</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>
Neuvedeno	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	100 %

V otázce pohlaví bylo zjištěno, že 100 % dotázaných jsou ženy, 0 % mužů. Z odpovědí vyplynulo, že v hospici Dobrého Pastýře pracují pouze ženy. Tudiž ve zpracování dalších výsledků se hovoří pouze v ženském rodě.

Graf 2: Jaký je Váš věk?



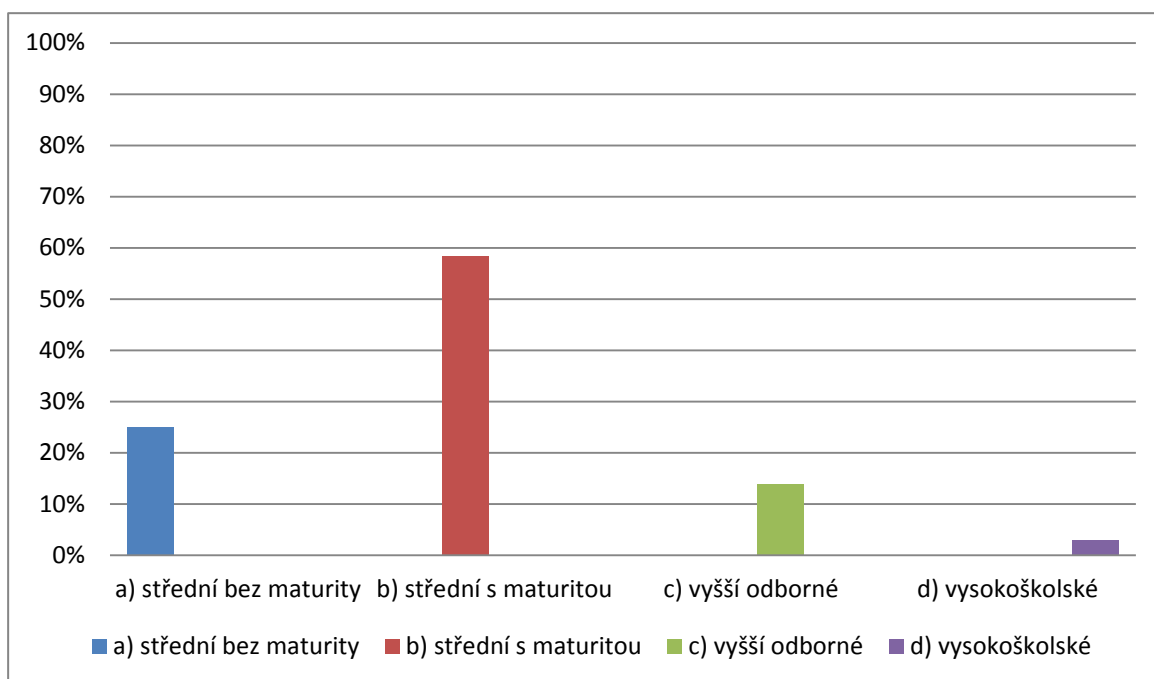
Tabulka 2: Jaký je Váš věk?

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) 18–30	6	16,67 %
<b>b) 31–40</b>	<b>14</b>	<b>38,89 %</b>
c) 41–50	7	19,44 %
d) 51–60	9	25 %
e) 61 a více	0	0 %
<b>Neuvedeno</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

Ze 100 % dotázaných uvedlo 16,67 %, což je 6 žen, svůj věk 18–30 let tato skupina je nejméně zastoupená, nejvíce žen, a to 14 (38,89 %), uvedlo svůj věk 31–40 let. Věk 41–50 let uvedlo 7 (19,44 %) dotázaných. Druhou nejpočetnější skupinou byly ženy ve věkovém rozpětí 51–60 let, a to 9 žen (25 %). Ukázalo se, že ve věku 61 a více nenepracuje v Hospici Dobrého Pastýře žádná žena.



Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání?

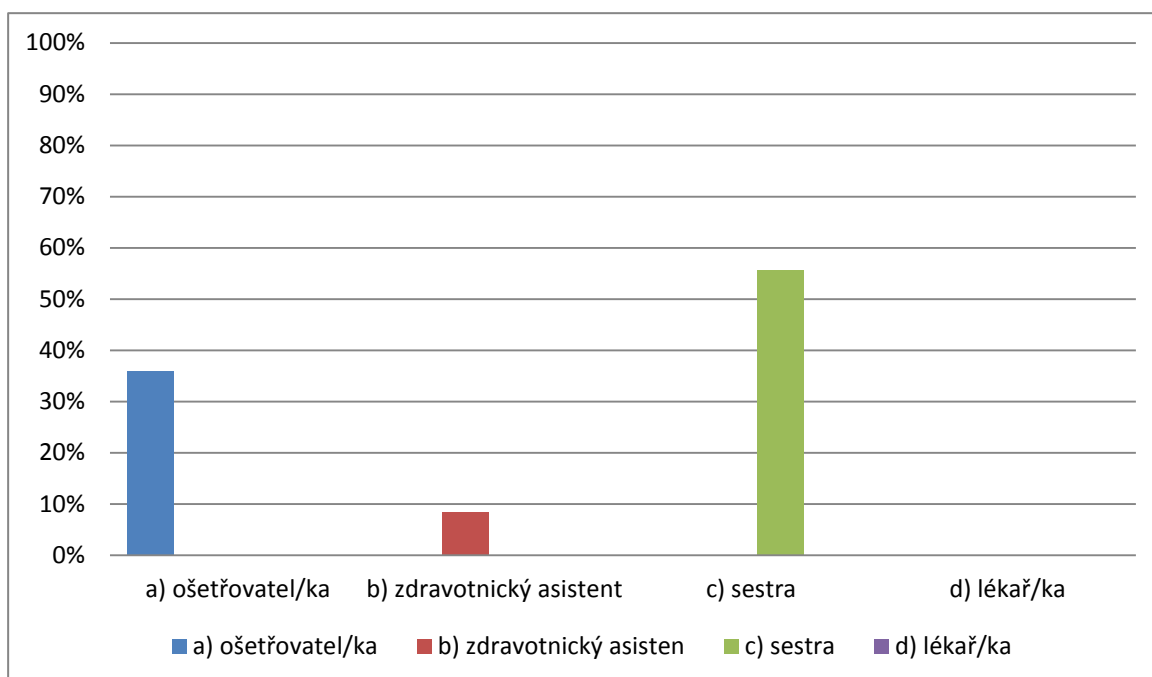


Tabulka 3: Nejvyšší dosažené vzdělání?

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpo věď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) střední bez maturity	9	25 %
<b>b) střední s maturitou</b>	<b>21</b>	<b>58,33 %</b>
c) vyšší odborné	5	13,89 %
d) vysokoškolské	1	2,78 %
<b>Neuvedeno</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

Nejvíce zastoupenou skupinou v oblasti vzdělání jsou ženy středoškolsky vzdělané s maturitou 21 žen (58,33 %). Druhou největší skupinou jsou ženy se středoškolským vzděláním bez maturity 9 (25 %), 5 (13,89 %) z dotázaných žen mají vyšší odborné vzdělání a pouze 1 (2,78 %) vystudovala vysokou školu.

Graf 4: Pracovní zařazení?

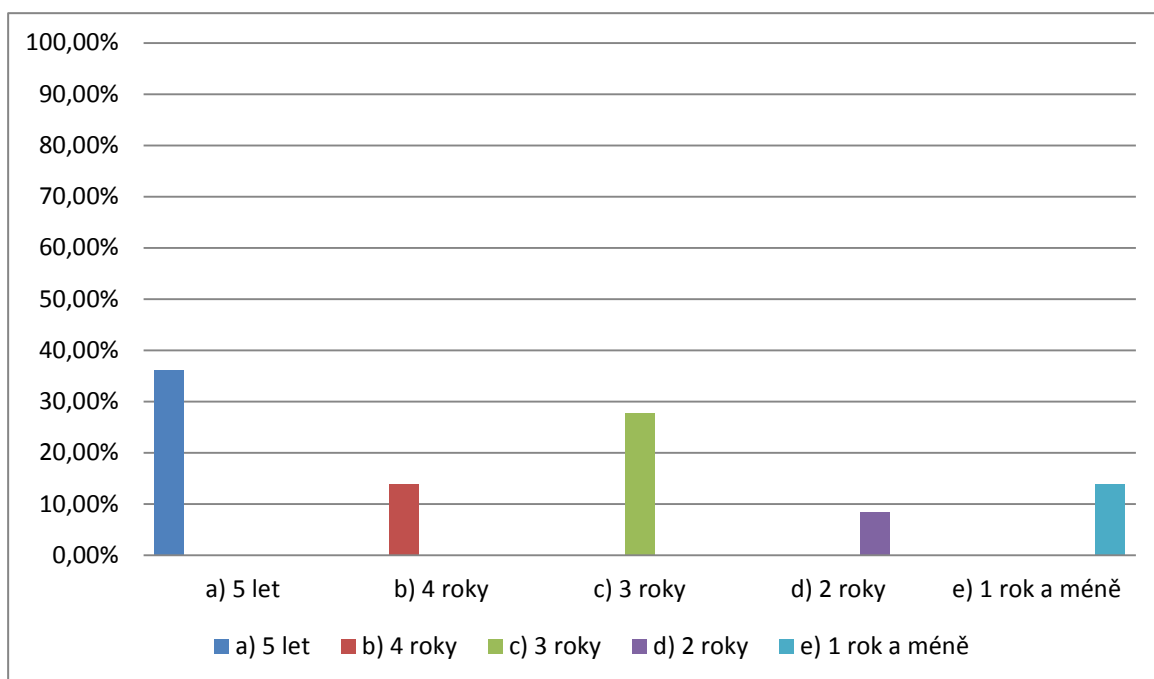


Tabulka 4: Pracovní zařazení

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ošetřovatel/ka	13	36,11 %
b) zdravotnický asistent	3	8,33 %
c) sestra	<b>20</b>	<b>55,56 %</b>
d) lékař/ka	0	0 %
<b>Neuvedeno</b>	<b>0</b>	0 %
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	100 %

Největší zastupovanou skupinou jsou sestry 20 (55,56 %). Ošetřovatelky zastupují skupiny 13 žen (36,11 %), 3 (8,33 %) ženy mají vzdělání zdravotnického asistenta. Lékaři jsou zastoupeni v 0 %, nebyli z provozních důvodů dotazováni.

Graf 5: Jak dlouho pracujete v Hospici Dobrého Pastýře?

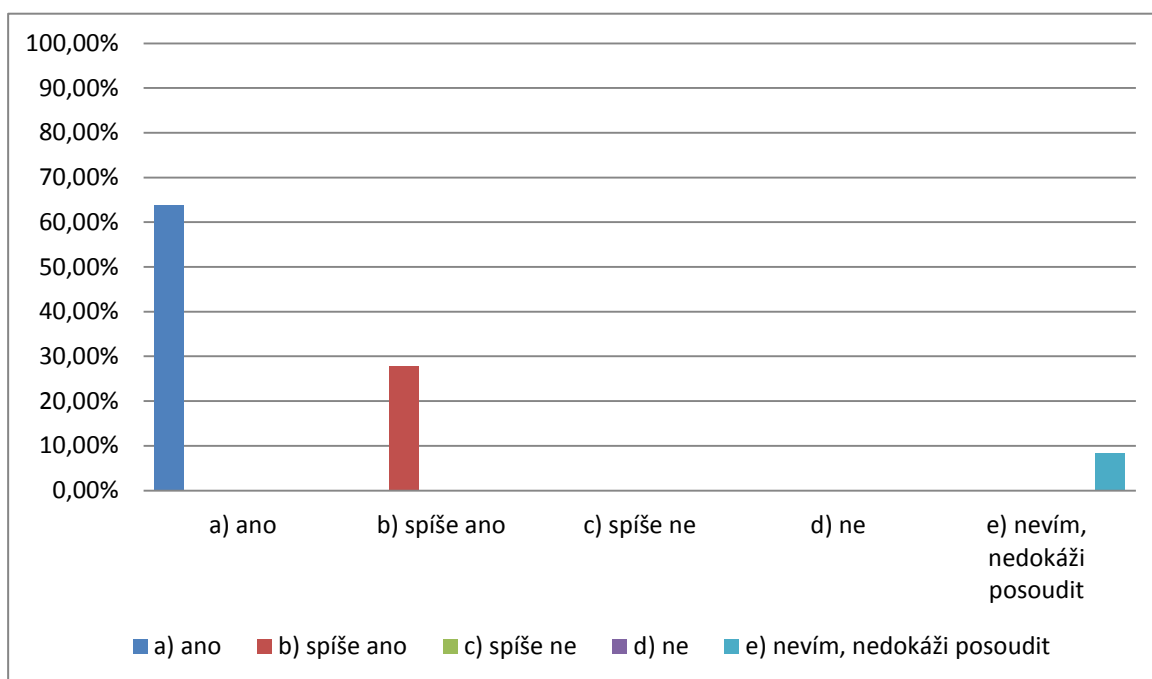


Tabulka 5: Jak dlouho pracujete v Hospicu Dobrého Pastýře?

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) 5 let	13	36,11 %
b) 4 roky	5	13,89 %
c) 3 roky	10	27,78 %
d) 2 roky	3	8,33 %
e) 1 rok a méně	5	13,89 %
<b>Neuvedeno</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

Hospic Dobrého Pastýře je uveden do provozu 5 let, tudíž bylo zvoleno období 5 let. Nejdéle, 5 let, pracuje v Hospici 13 žen (36,11 %). 4 roky působení uvedlo 5 žen (13,89 %). Druhou největší skupinou jsou ženy pracující 3 roky v zastoupení 10 žen (27,78 %). Pouze 3 ženy (8,33 %) uvedly své působení v Hospici 2 roky. 1 rok a méně pracuje 5 žen (13,89 %).

Graf 6: Přináší Vám tato práce to, co jste od ní očekával/a?

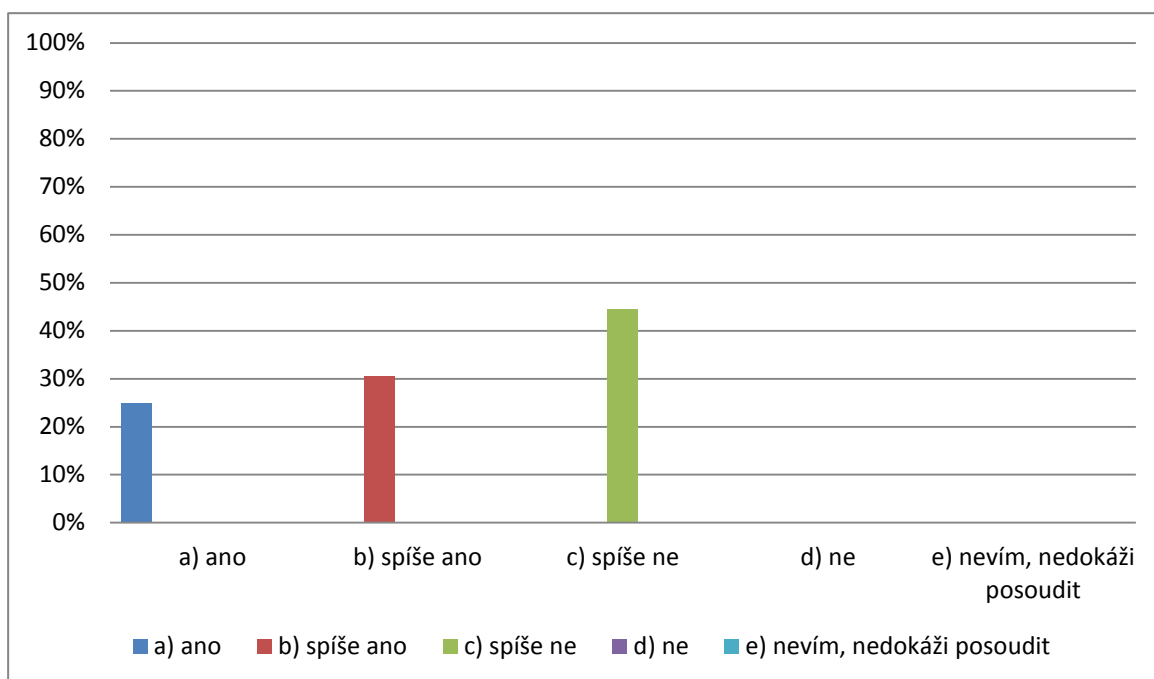


Tabulka 6: Přináší Vám tato práce to, co jste od ní očekával/a?

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>a) ano</b>	<b>23</b>	<b>63,89 %</b>
b) spíše ano	10	27,78 %
c) spíše ne	0	0 %
d) ne	0	0 %
e) nevím, nedokáži posoudit	3	8,33 %
<b>Neuvedeno</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

23 žen, (63,89 %) uvedlo, že jim práce Hospici přináší to, co od této práce očekávali. Odpověď spíše ano odpovědělo 10 žen (27,78 %). Odpověď spíše ne a ne uvedlo 0 % dotázaných, 3 ženy (8,33 %) nedokážou posoudit.

Graf 7: Je pro Vás tato práce psychicky náročná?

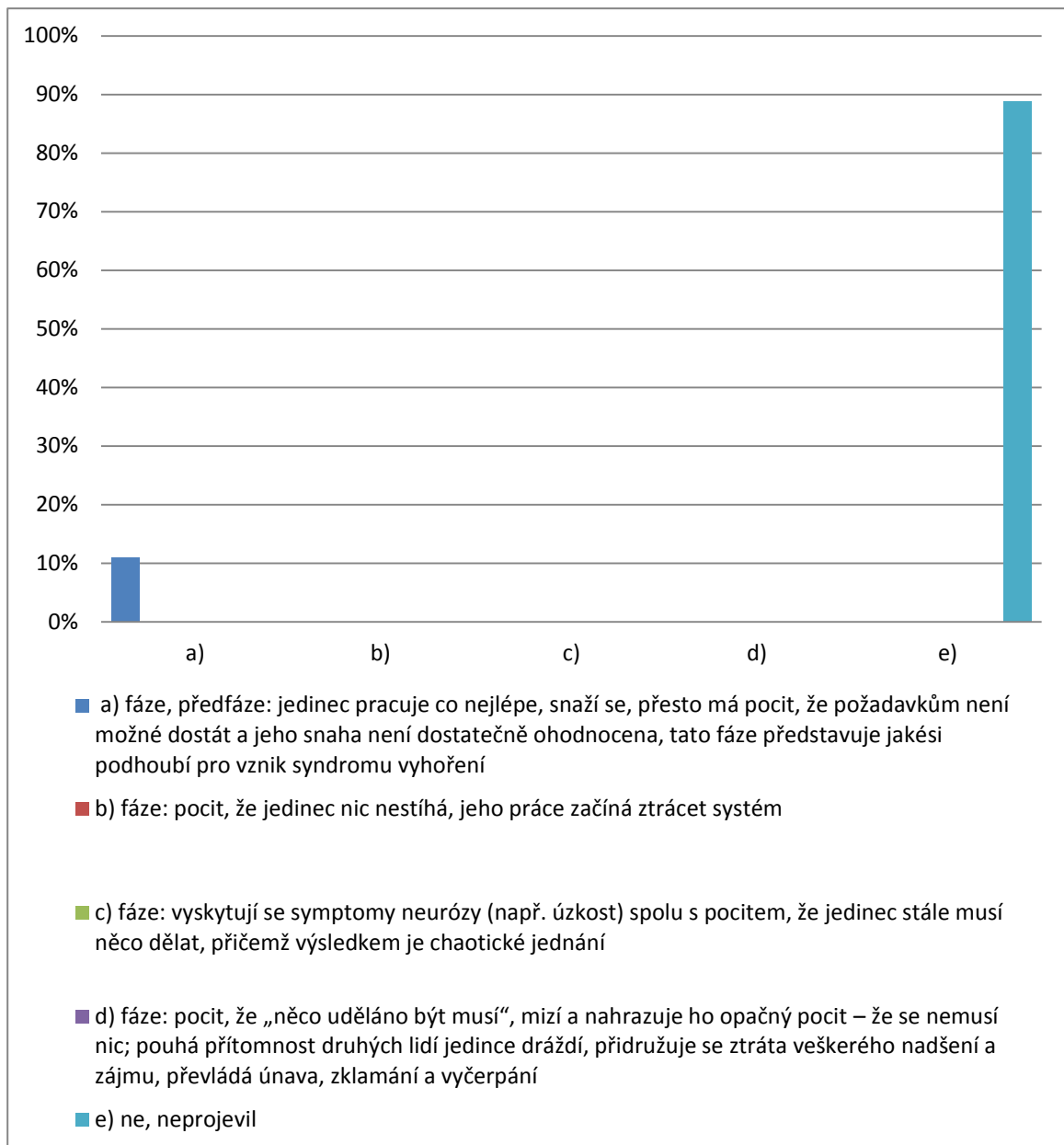


Tabulka 7: Je pro Vás tato práce psychicky náročná?

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	9	25 %
b) spíše ano	11	30,56 %
<b>c) spíše ne</b>	<b>16</b>	<b>44,44 %</b>
d) ne	0	0 %
e) nevím, nedokáži posoudit	0	0 %
<b>Neuvedeno</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

Pro 16 dotázaných (44,44 %) práce v Hospici spíše není psychicky náročná. 9 žen (25 %) uvedlo, že je pro ně práce v Hospici náročná. Odpověď spíše ano zvolilo 11 dotázaných (30,56 %). Odpověď ne a nevím, nedokáži posoudit, zvolilo 0 % dotázaných.

Graf 8: Projevil se u Vás syndrom vyhoření?

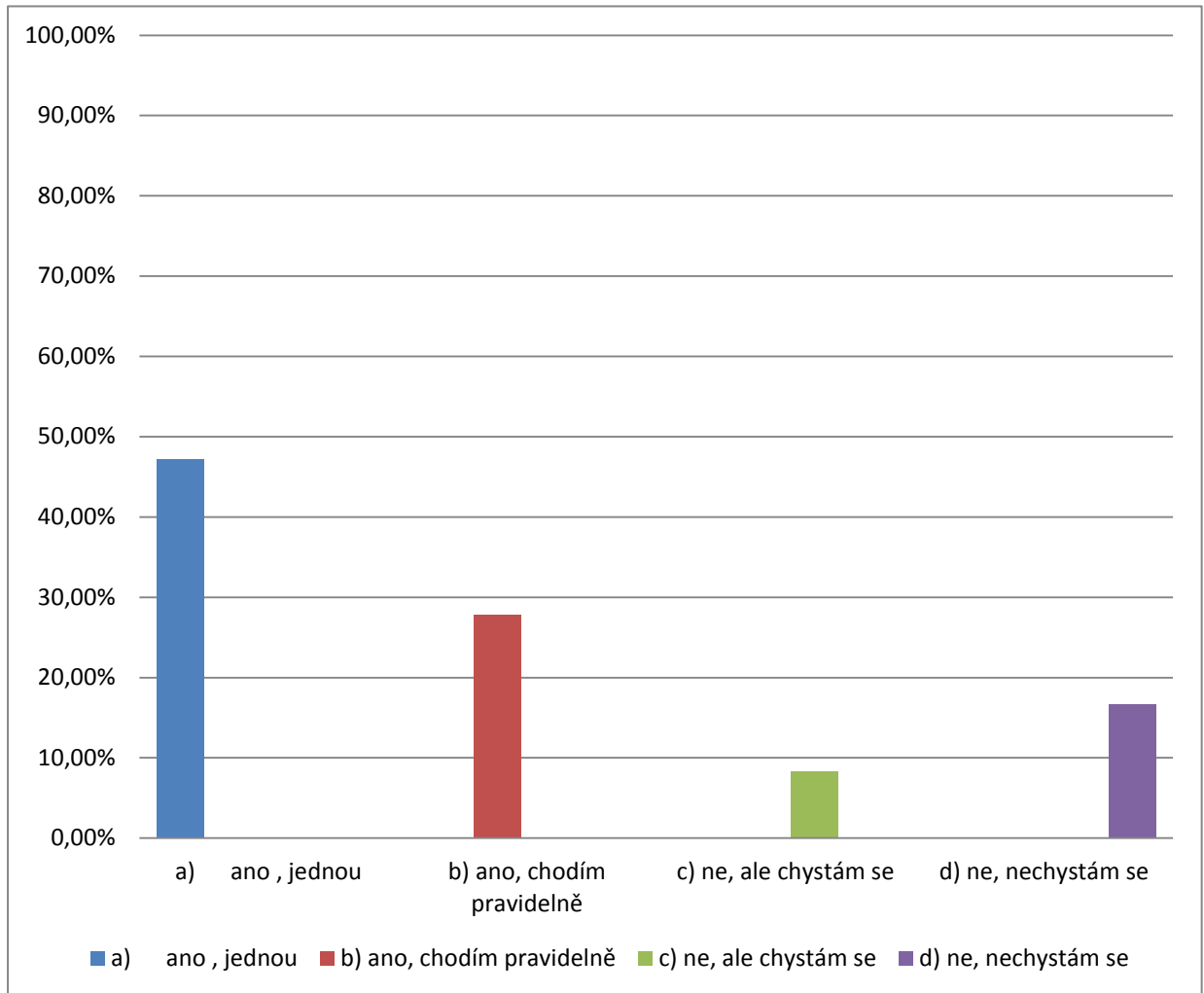


Tabulka 8: Projevil se u Vás syndrom vyhoření?

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a)	4	11,11 %
b)	0	0 %
c)	0	0 %
d)	0	0 %
e)	<b>32</b>	<b>88,89 %</b>
<b>Neuvedeno</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

U 4 dotázaných žen (11,11 %) se podle dotazníku projevila první fáze syndromu vyhoření. 32 žen (88,89 %) uvedlo, že se u nich syndrom vyhoření neprojevil. Ostatní odpovědi jsou zastoupeny v 0 %.

Graf 9: Zúčastnil/a jste se někdy setkávání s pozůstalými, které Váš hospic dvakrát ročně pořádá?



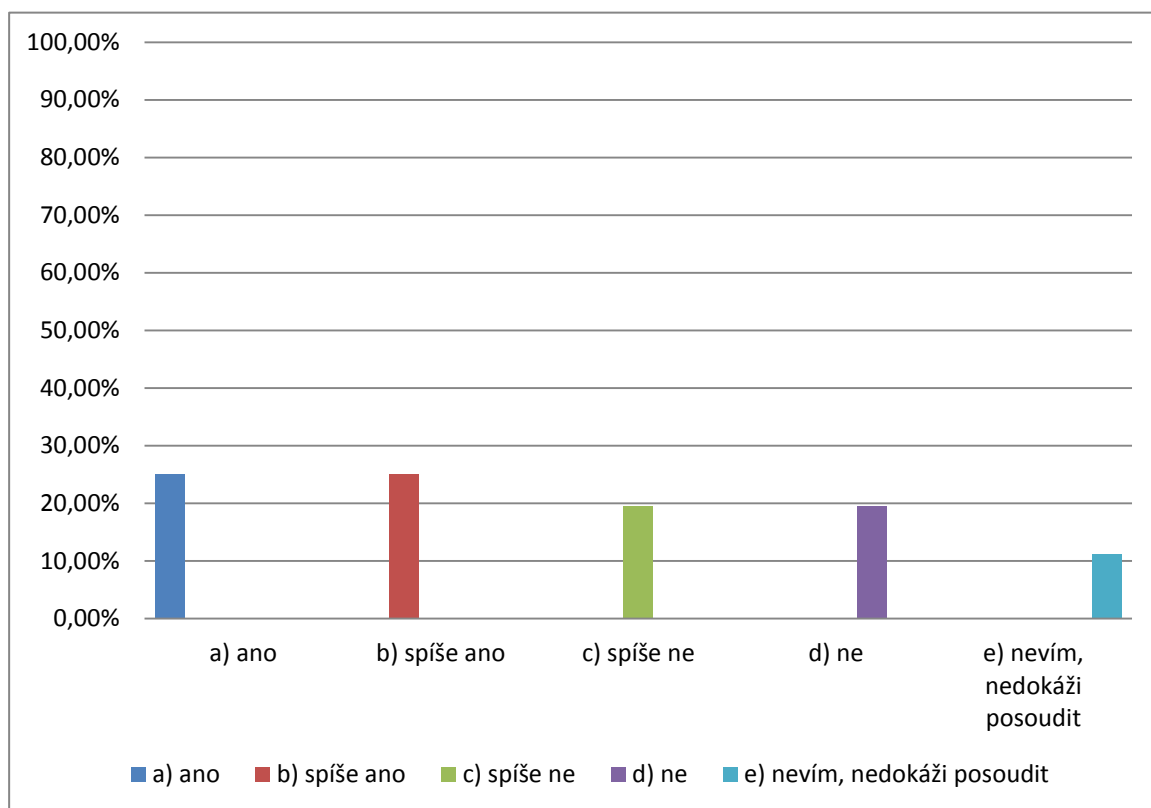


Tabulka 9: Zúčastnil/a jste se někdy setkávání s pozůstalými, které Váš hospic dvakrát ročně pořádá?

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano, jednou	17	47,22 %
b) ano, chodím pravidelně	10	27,78 %
c) ne, ale chystám se	3	8,33 %
d) ne, nechystám se	6	16,67 %
<b>Neuvedeno</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

Z dotazníku vyplynulo, že 17 žen (47,22 %) se pouze jednou zúčastnilo setkání pozůstalých. 10 žen (27,78 %) chodí pravidelně. Pouze tři zbylé ženy se chytají (8,33 %). A zbylých 6 žen (16,67 %) se na setkání s pozůstalými nechystá.

Graf 10: Pokud ano, bylo toto setkávání pro Vás přínosné do Vaší praxe?



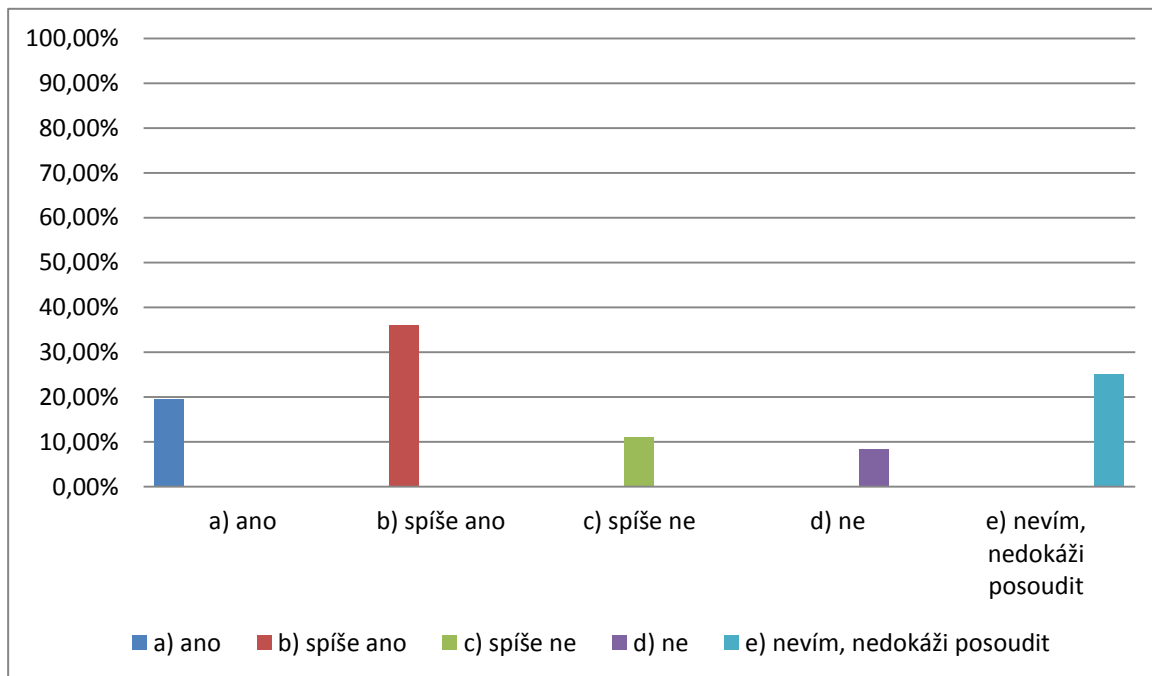
Tabulka 10: Pokud ano, bylo toto setkávání pro Vás přínosné do Vaší praxe?

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	9	25 %
b) spíše ano	9	25 %
c) spíše ne	7	19,44 %
d)ne	7	19,44 %
e) nevím, nedokážu posoudit	4	11,12 %
<b>Neuvedeno</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

Z této otázky nelze vyhodnotit validní výsledek, jelikož v předchozí otázce 9 žen uvedlo, že se setkání nezúčastnily, a přesto otázku 10 zodpověděly všechny. Z výsledků vyplývá tvrzení ano a spíše ano v zastoupení po 9 ženách (25 %). 7 žen (19,44 %)

uvedlo odpověď spíše ne a stejné zastoupení bylo u odpovědi ne. 4 ženy (11,12 %) odpověděly na otázku odpovědi nevím, nedokážu posoudit.

Graf 11: Domníváte se, že toto setkání bylo přínosné pro pozůstalé?



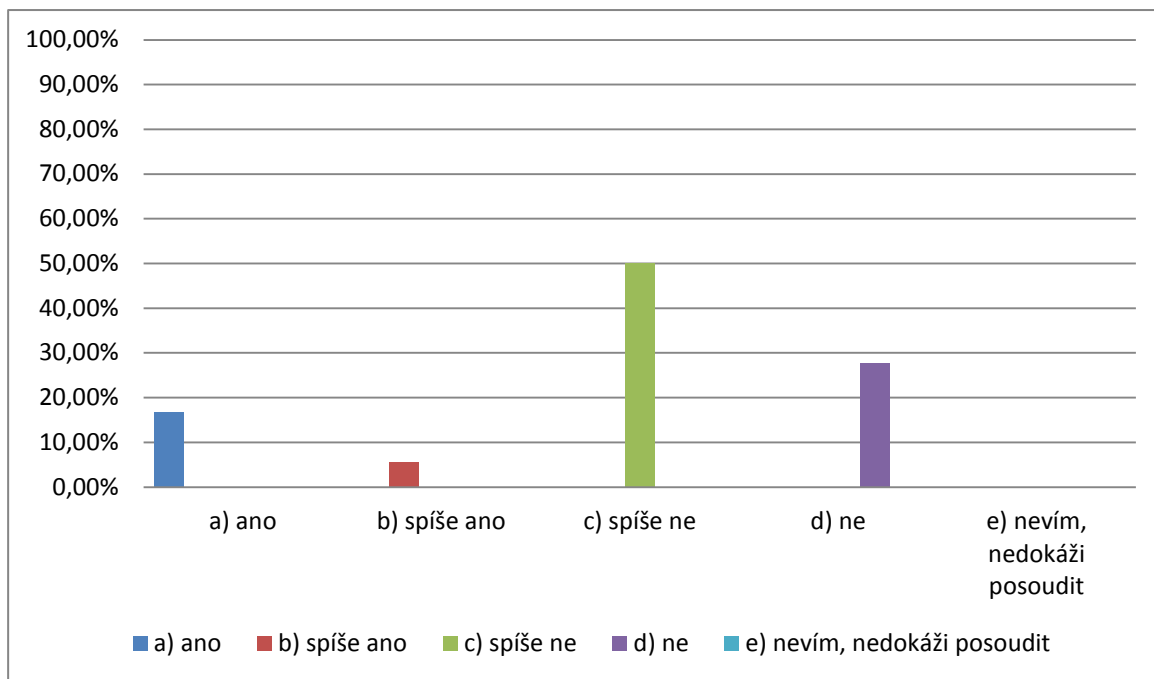
Tabulka 11: Domníváte se, že toto setkání bylo přínosné pro pozůstalé?

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	7	19,44 %
<b>b) spíše ano</b>	<b>13</b>	<b>36,11 %</b>
c) spíše ne	4	11,12 %
d) ne	3	8,33 %
e) nevím, nedokážu posoudit	9	25 %
<b>Neuvedeno</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

Z této otázky nelze vyhodnotit validní výsledek, jelikož v otázce 10, 9 žen uvedlo, že se setkání nezúčastnily, a přesto otázku 11 zodpověděly všechny. Z výsledků

vyplývá, že tvrzení odpověď ano zvolilo 7 žen (19,44 %). 13 žen zvolilo odpověď spíše ano (36,11 %). 4 ženy uvedly odpověď spíše ne (11,12 %) a 3 ženy odpověď ne (8,33 %). 9 žen (25 %) zvolilo odpověď nevím, nedokáži posoudit.

Graf 12: Je pro Vás obtížné vyjadřování soustrasti rodině zesnulého?

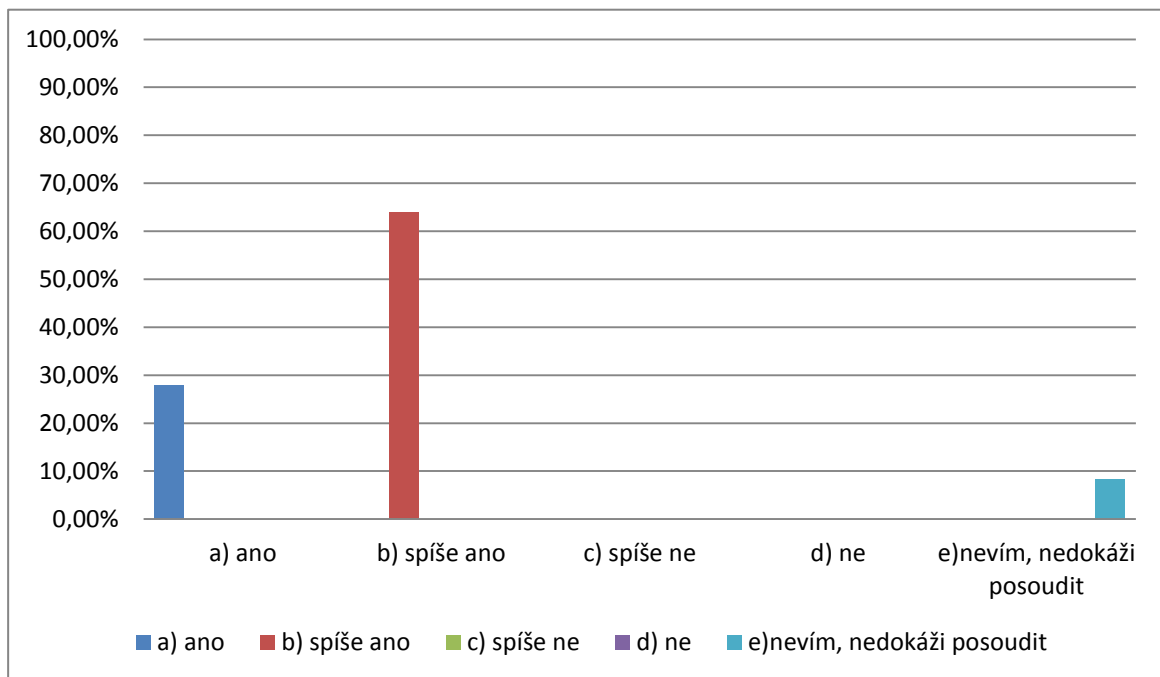


Tabulka 12: Je pro Vás obtížné vyjadřování soustrasti rodině zesnulého?

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	6	16,67 %
b) spíše ano	2	5,55 %
<b>c) spíše ne</b>	<b>18</b>	<b>50 %</b>
d) ne	10	27,78 %
e) nevím, nedokážu posoudit	0	0 %
<b>Neuvedeno</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

V otázce vyjadřování soustrasti pozůstalým byla nejčastější odpověď spíše ne a to 18 dotázaných žen 18 (50 %). Pro 6 žen (16,67 %) je obtížné vyjadřování soustrasti, tudíž odpověděly na otázku ano. Odpověď spíše ano zvolily pouze 2 ženy (5,5 %). 10 žen (27,78 %) odpovědělo na tuto otázku ne. Nevím, nedokážu posoudit, zvolilo 0 %.

Graf 13: Cítíte se psychicky vyrovnaná/ý při práci s pozůstalými?

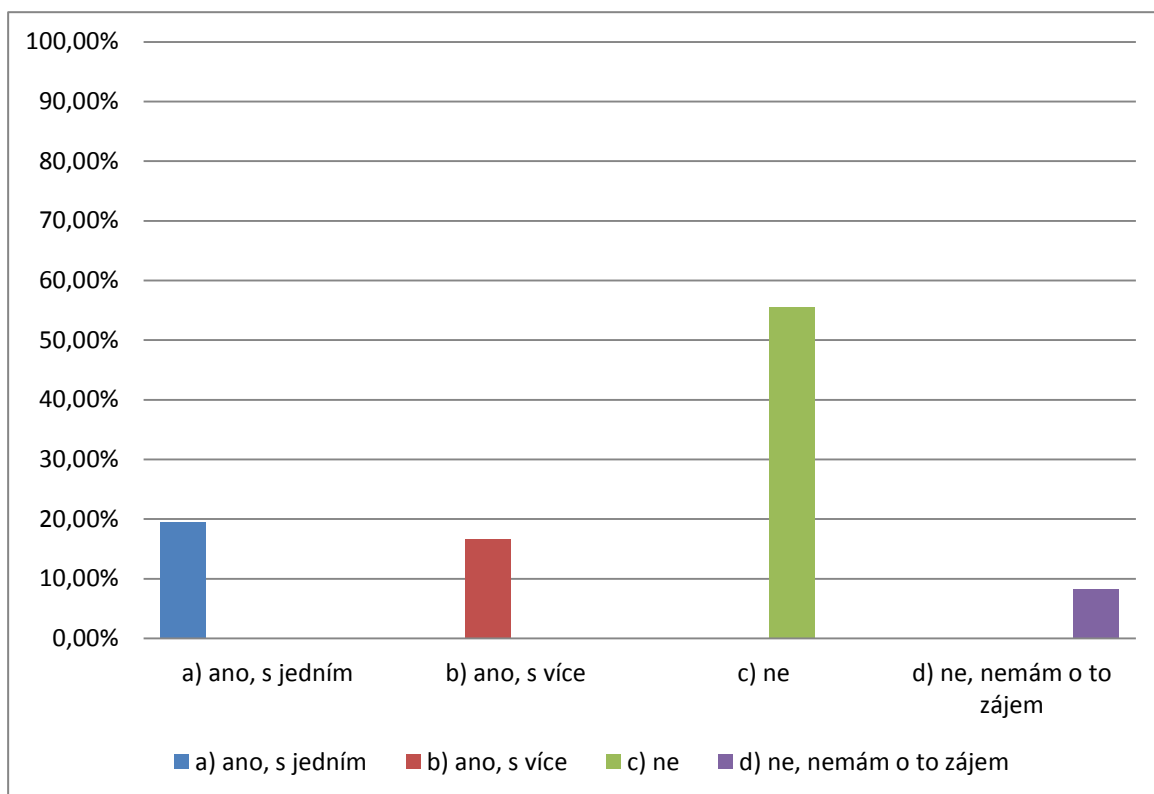


Tabulka 13: Cítíte se psychicky vyrovnaná/ý při práci s pozůstalými?

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpo věď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	10	27,78 %
<b>b) spíše ano</b>	<b>23</b>	<b>63,89 %</b>
c) spíše ne	0	0 %
d) ne	0	0 %
e) nevím, nedokážu posoudit	3	8,33 %
<b>Neuvedeno</b>	0	0 %
<b>Celkem</b>	36	100 %

Největší procento dotázaných žen odpovědělo spíše ano v otázce psychické vyrovnanosti 23 (63,89 %). Odpověď ano uvedlo 10 žen (27,78 %). Spíše ne a ne odpovědělo 0 %. Nedokážu posoudit uvedly 3 ženy (3 %)

Graf 14: Udržujete neformální kontakt s některými pozůstalými ve svém soukromém životě?



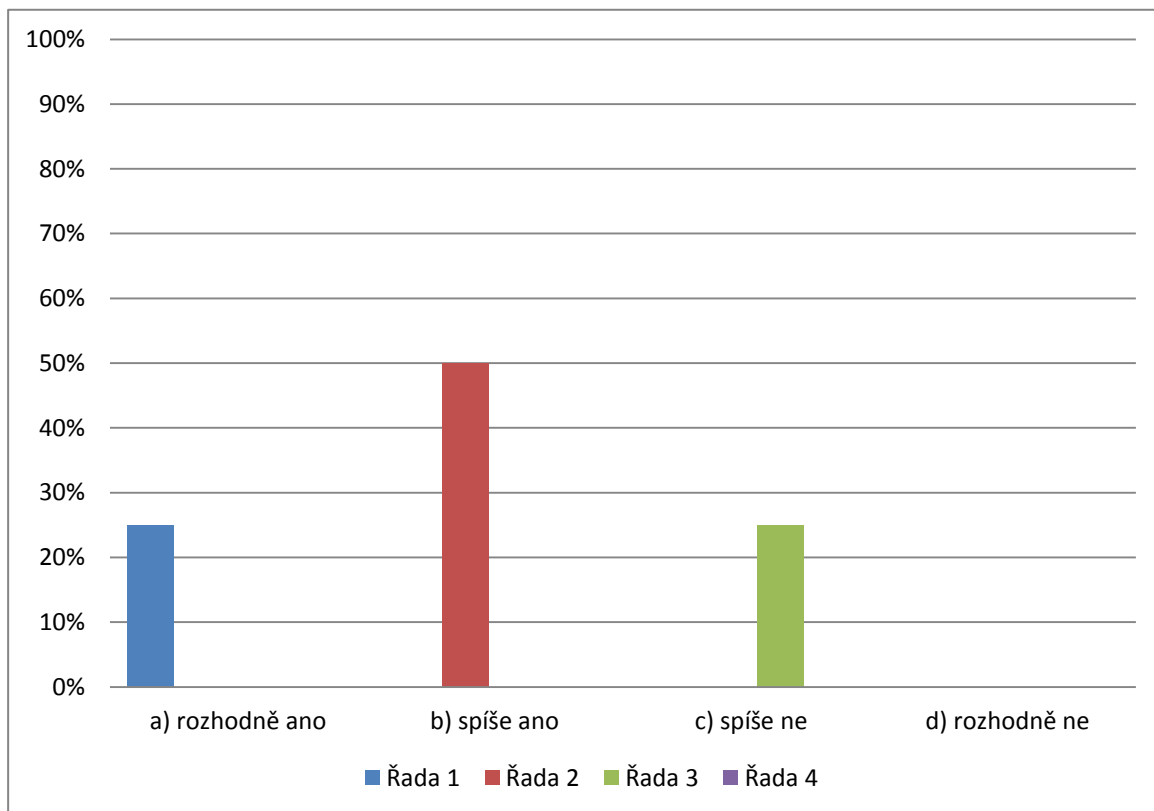
Tabulka 14: Udržujete neformální kontakt s některými pozůstalými ve svém soukromém životě?

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano s jedním	7	19,44 %
b) ano, s více	6	16,67 %
<b>c) ne</b>	<b>20</b>	<b>55,56 %</b>
d) ne, nemám o to zájem	3	8,33 %
<b>Neuvedeno</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

20 dotázaných žen (55,56 %) neudržuje neformální vztah s některým z pozůstalých. 7 žen (19,44 %) potvrdilo udržování vztahu mimo hospic s jedním

člověkem, 6 žen 16,67 %) dokonce s více než s jedním. 3 ženy (8,33 %) nemají zájem o udržování kontaktu.

Graf 15: Měl/a byste zájem o nějaké kurzy, které se zabývají komunikací s pozůstalými?



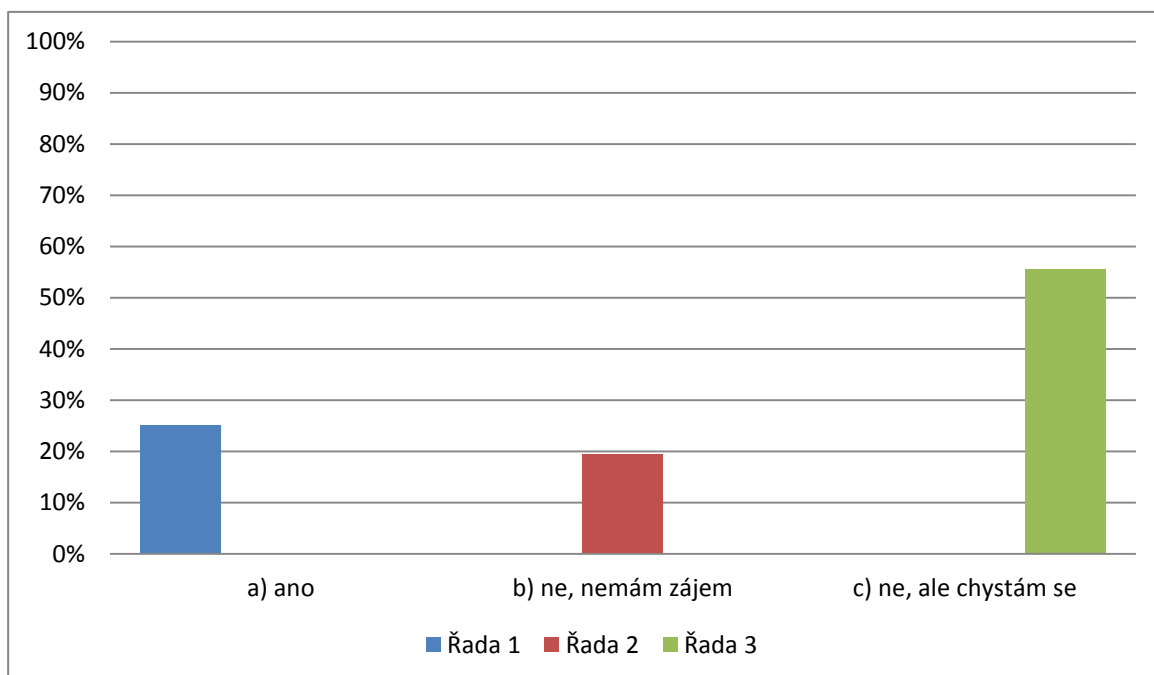


Tabulka 15: Měl/a byste zájem o nějaké kurzy, které se zabývají komunikací s pozůstalými?

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) rozhodně ano	9	25 %
<b>b) spíše ano</b>	<b>18</b>	<b>50 %</b>
c) spíše ne	9	25 %
d) rozhodně ne	0	0 %
<b>Neuvedeno</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

9 žen (25 %) uvedlo velký zájem o kurzy zabývající se prací s pozůstalými. Spíše ano obsáhlo největší počet žen 18 (50 %). Malý zájem, tedy spíše ne uvedlo 9 žen (25 %).

Graf 16: Prošel/a jste nějakým vzdělávacím kurzem péče o pozůstalé?

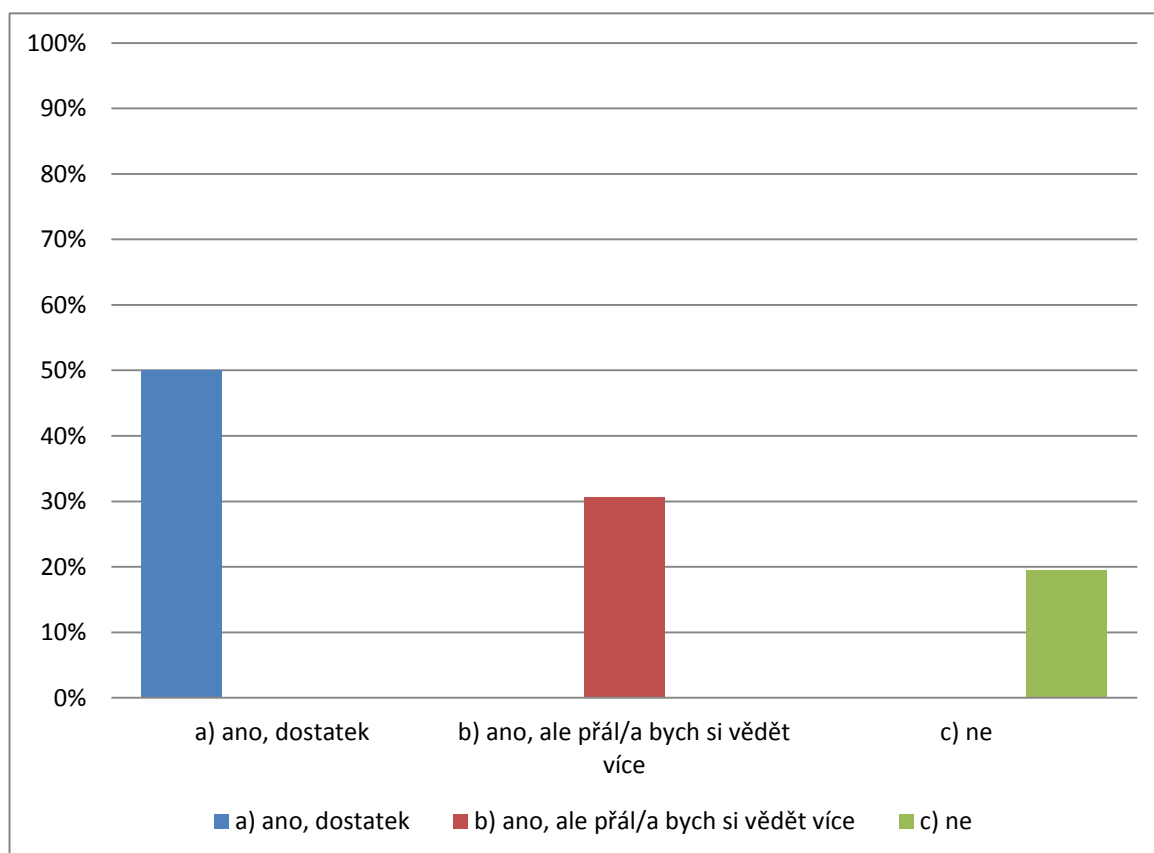


Tabulka 16: Prošel/a jste nějakým vzdělávacím kurzem péče o pozůstalé?

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	9	25 %
b) ne, nemám zájem	7	19,44 %
c) ne, ale chystám se	20	55,56 %
Neuvedeno	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

20 žen (55,56 %) se nezúčastnilo žádného kurzu, ale potvrdily svůj zájem o něj. Naopak 7 žen (19,44 %) projevilo nezájem. 9 (25 %) se již v budoucnosti zúčastnilo.

Graf 17: Myslíte si, že máte ve Vašem zařízení dostatek informací, jak komunikovat a přistupovat k pozůstalým?

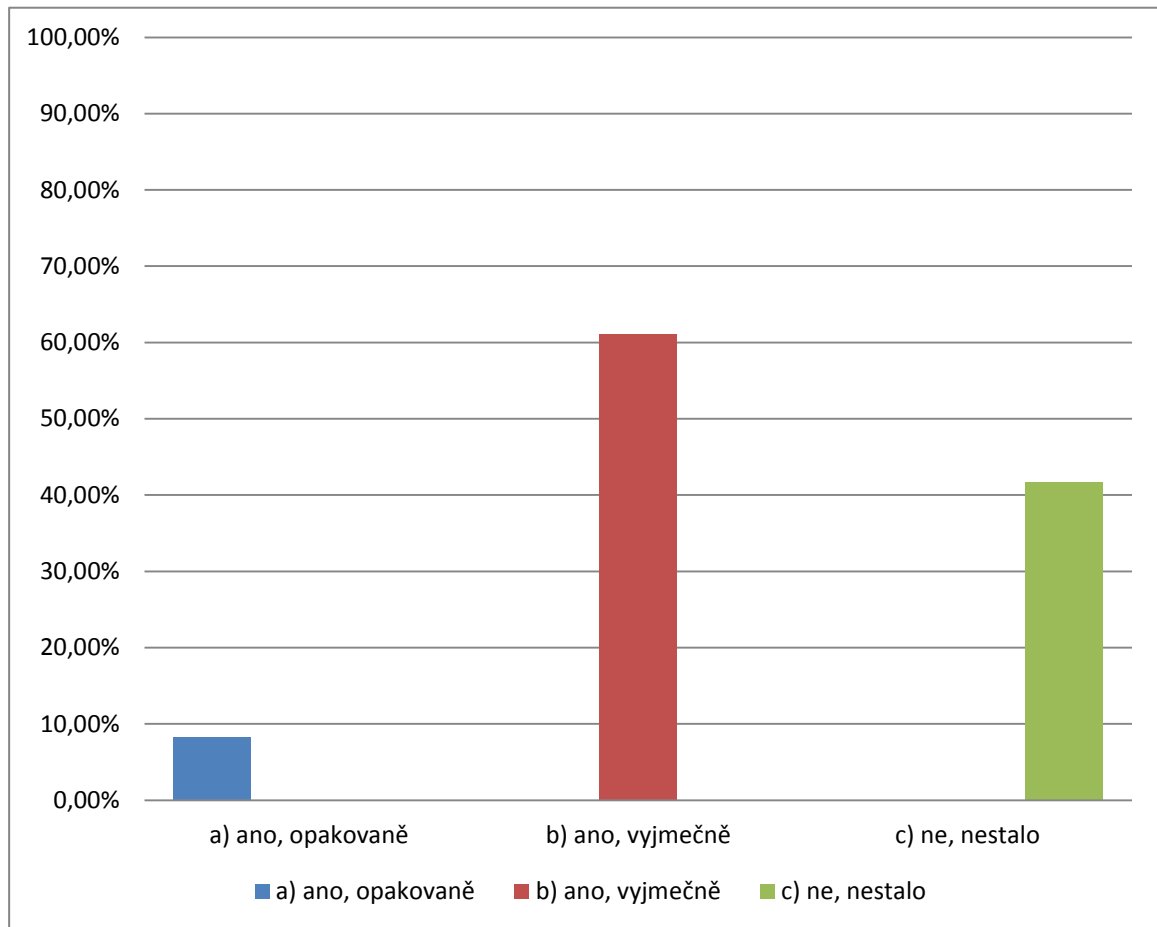


Tabulka 17: Myslíte si, že máte ve Vašem zařízení dostatek informací jak komunikovat a přistupovat k pozůstalým?

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano, dostatek	18	50 %
b) ano, ale přál/a bych si vědět více	11	30,56 %
c) ne	7	19,44 %
<b>Neuvedeno</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

18 (50 %) žen uvedlo dostatek informací v péči o pozůstalé, k tomu dalších 11 (30,56 %) by mělo zájem ještě více informací. 7 žen (19,44 %) uvádí nedostatek informací.

Graf 18: Stalo se, že Vám někdy při vyřizování pozůstalosti, položili pozůstalí otázku, na kterou jste nevěděl/a odpověď?

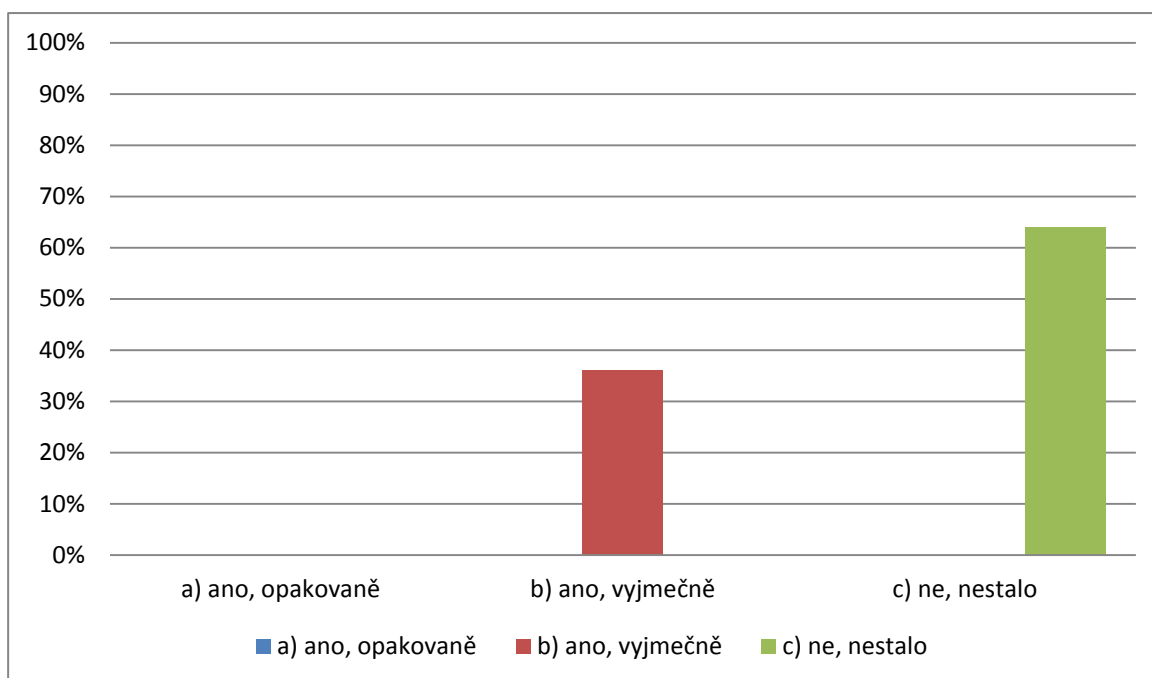


Tabulka 18: Stalo se, že Vám někdy při vyřizování pozůstalosti, položili pozůstalí otázku, na kterou jste nevěděl/a odpověď?

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano, opakovaně	3	8,33 %
b) ano, výjimečně	22	61,11 %
c) ne, nestalo	15	41,66 %
<b>Neuvedeno</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

22 žen (61,11 %) má výjimečnou zkušenost s nevědomostí odpovědi na otázku, která byla položena pozůstalým. 3 ženám (8,33 %) se toto stalo opakovaně. Naopak 15 ženám (41,66 %) se toto nastalo vůbec.

Graf 19: Ocitl/a jste se někdy v situaci, že jste se záměrně vyhnul/a kontaktu s pozůstalými?

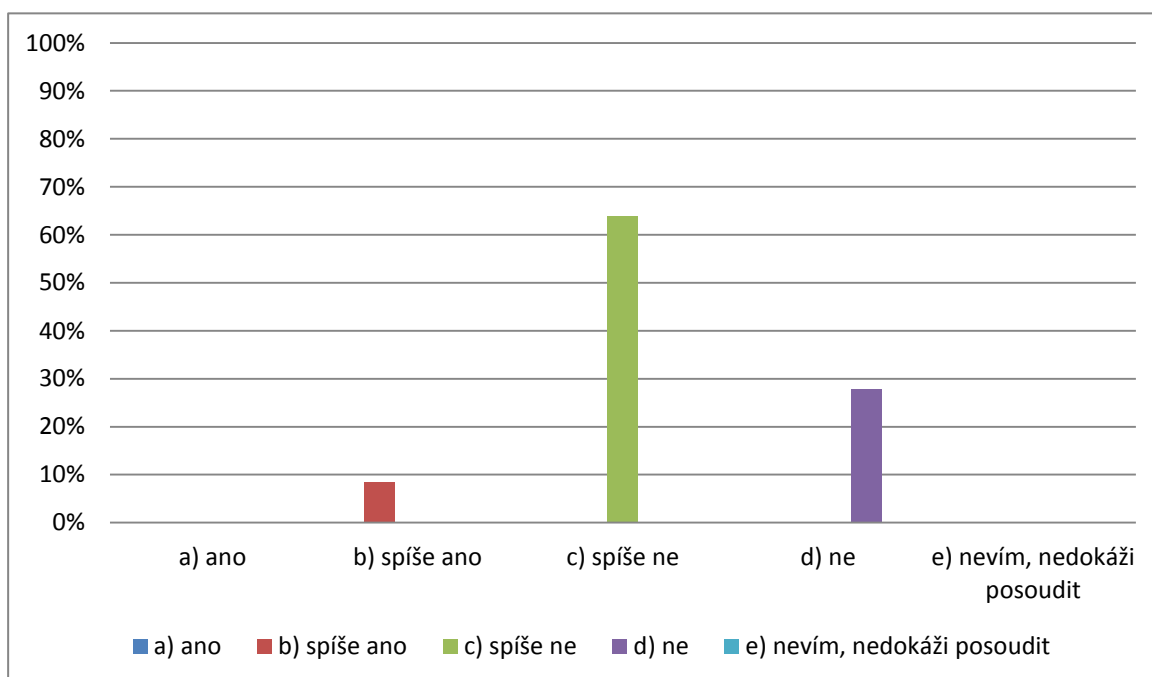


Tabulka 19: Ocitl/a jste se někdy v situaci, že jste se záměrně vyhnul/a kontaktu s pozůstalými?

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano, opakovaně	0	0 %
b) ano, výjimečně	13	36,11 %
<b>c) ne, nestalo</b>	<b>23</b>	<b>63,89 %</b>
<b>Neuvedeno</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

13 žen (36,11 %) má zkušenost, kdy se výjimečně vyhnula kontaktu s pozůstalým. Většinu, tedy 23 ženám (63,89 %), se toto nikdy nestalo. Na odpověď ano, opakovaně a ne, nestalo, odpovědělo 0 %.

Graf 20: Narušuje Vaši psychiku smrt pacienta?

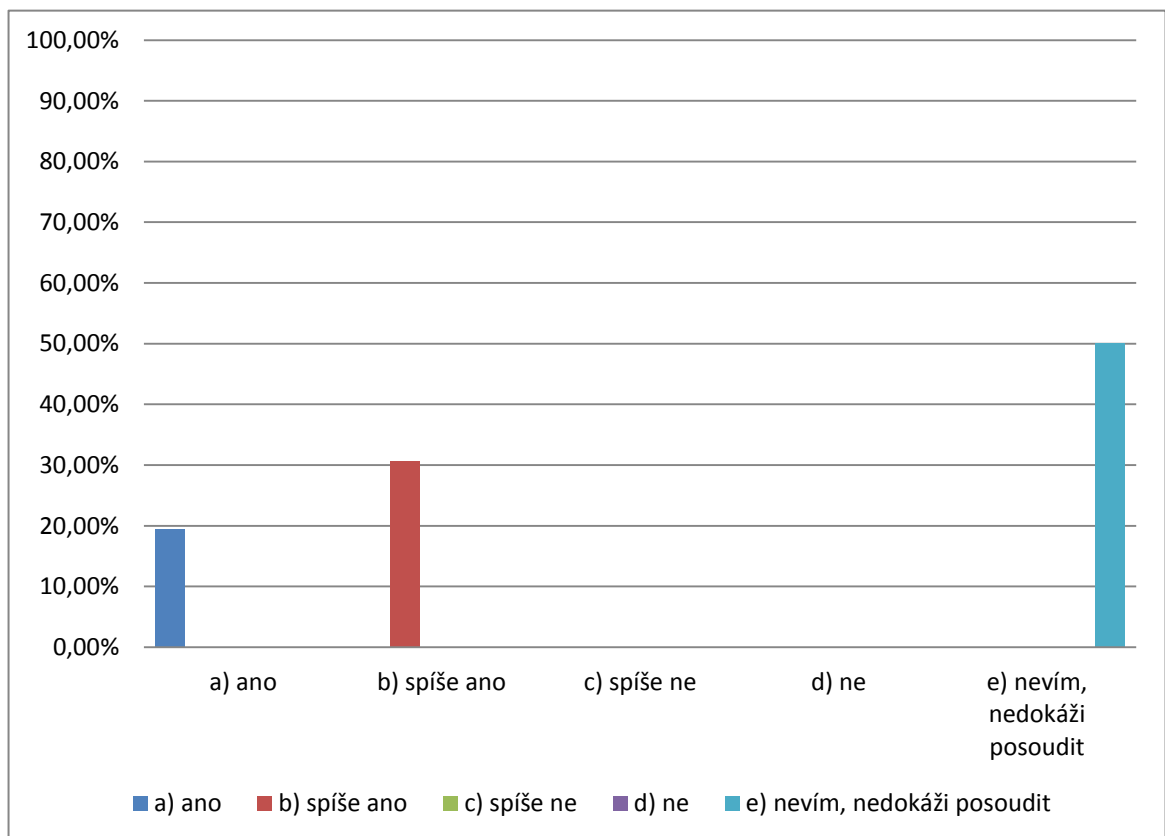


Tabulka 20: Narušuje Vaši psychiku smrt pacienta?

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	0	0 %
b) spíše ano	3	8,33 %
<b>c) spíše ne</b>	<b>23</b>	<b>63,89 %</b>
d) ne	10	27,78 %
e) nevím, nedokáži posoudit	0	0 %
<b>Neuvedeno</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

3 ženy (8,33 %) uvedly, že jejich psychiku narušuje smrt pacienta. 33 žen (63,89 %) odpovědělo na tuto otázku odpovědí spíše ne. Ano a ne je obsaženo v 0 %.

Graf 21: Myslíte si, že jste dobrou psychickou oprou pro pozůstalé?



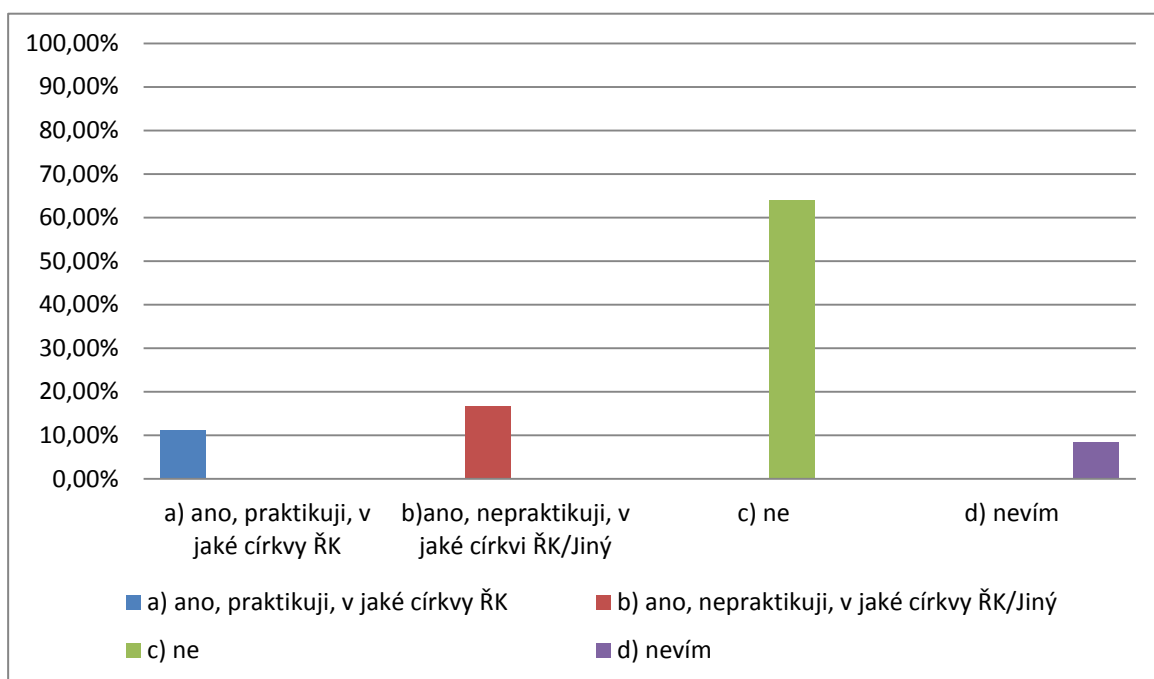
Tabulka 21: Myslíte si, že jste dobrou psychickou oporou pro pozůstalé?

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	7	19,44 %
b) spíše ano	11	30,56 %
c) spíše ne	0	0 %
d) ne	0	0 %
<b>e) nevím, nedokáži posoudit</b>	<b>18</b>	<b>50 %</b>
<b>Neuvedeno</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

7 žen (19,44 %) si myslí, že jsou dobrou oporou pro pozůstalé. Spíše ano odpovědělo 11 žen (30,56 %). Odpověď ne je zastoupena v 0 %. 18 žen (50 %) nedokáže posoudit, zda jsou dobrou oporou pro pozůstalé.



Graf 22: Jste věřící?

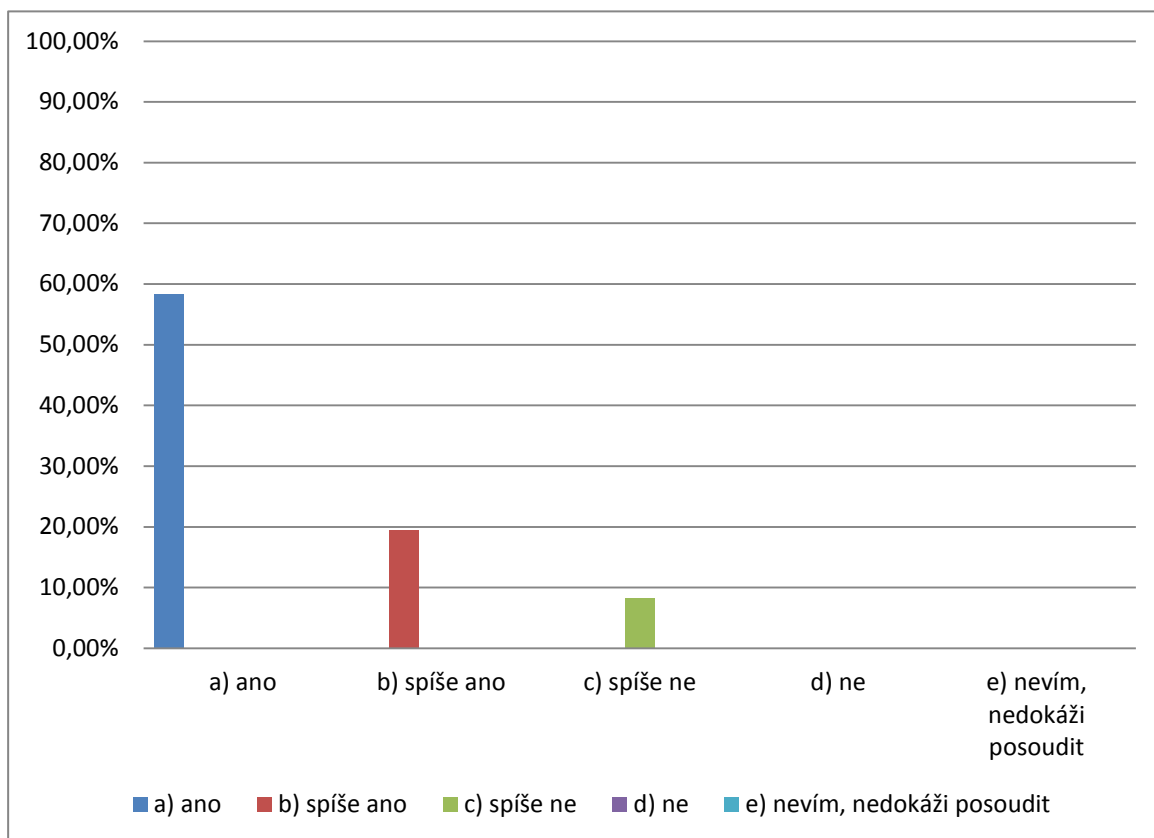


Tabulka 22: Jste věřící?

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano, praktikuji, v jaké církvi ŘK	4	11,11 %
b) ano, nepracuji, v jaké církvi ŘK/jiný	6	16,67 %
c) ne	23	63,89 %
d) nevím	3	8,33 %
<b>Neuvedeno</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

Mezi personálem v Hospicu Dobrého Pastýře jsou 4 ženy (11,11 %) věřící a praktikující v římskokatolické církvi. 6 žen (16,67 %) věřících, ale nepracujících v římskokatolické církvi. 23 žen (63,89 %) nemá víru v boha a 3(8,33 %) ženy odpověděly odpovědí nevím.

Graf 23: Domníváte se, že budete schopná/ý tuto svoji současnou práci vykonávat i v budoucnosti?



Tabulka 23: Domníváte se, že budete schopná/ý tuto svoji současnou práci vykonávat i v budoucnosti?

Hospic Dobrého Pastýře		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	21	58,33 %
a) spíše ano	7	19,44 %
b) spíše ne	3	8,34 %
c) ne	0	0 %
d) nevím, nedokáži posoudit	5	13,89 %
<b>Neuvedeno</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

Nejvíce žen, a to 21 (58,33 %) na otázku, zda si myslí, že budou tuto práci moci vykonávat i v budoucnosti, uvedlo, že ano. Spíše ano uvedlo 7 žen (19,44 %). Spíše ne uvedly pouze 3 ženy (8,34 %). 5 žen (13,89 %) neví, zda budou tuto práci moci vykonávat i v budoucnosti. Ne uvedlo 0 % žen.

## 11 ZÁVĚR PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### Hypotéza H1

Předpokládáme, že pracovní skupina Hospice ve věkové kategorii 40–60 let bude lépe informovaná, psychicky stabilnější než mladší skupina ve věkové kategorii 18–39 let.

Tato hypotéza se průzkumem potvrdila.

### Hypotéza H2

Předpokládáme že, pracovní skupina Hospice ve věkové kategorii 18–39 let bude mít větší zájem o více informací v oblasti péče o pozůstalé, než skupina ve věkové kategorii 40–60 let.

Tato hypotéza se nepotvrdila, zájem o více informací vyplynul ze všech věkových kategorií.

### Hypotéza H3

Předpokládáme, že kontaktu s pozůstalými se více věnují pracovníci skupiny ve věku 40–60 let než skupina ve věkové kategorii 18–39 let.

Tato hypotéza se průzkumem potvrdila.

OTÁZKA 1: Osobní otázky. Předpokládáme, že pracovníci hospice jsou nejčastěji ženy ve věku 31–40 let s převládajícím dosaženým středoškolským vzděláním.

Položka číslo 1 ukázala, že v hospici pracují pouze ženy. Z položky 2, vyplynul nejčastější věk 31- 40 let. Otázka 3 navazuje se zjištěním nejvyššího dosaženého vzdělání a to je středoškolské. Otázka 4 se věnovala pracovnímu zařazení, nejvíce pracovníků jsou sestry. Nejvíce pracovníků pracuje v hospici 5 let, to vyplynulo z otázky 5. Na otázku 22, zda jsou pracovníci věřící, odpovědělo nejvíce pracovníků ne. V otázce 23 uvedlo nejvíce pracovníků svou domněnku, že budou moci vykonávat tuto práci i v budoucnosti.

OTÁZKA 2: Vlastní profesní vyrovnanost. Předpokládáme, že více než 60 % pracovníků nemá problém kontaktu s pozůstalými a odpovědí na jejich otázky.

Na otázku 7, ve které jsme se ptaly, zda si pracovníci myslí, že budou moci vykonávat svou práci i v budoucnosti, odpovědělo nejvíce pracovníků ano. Na toto navazuje otázka 8, kde vyplynulo v otázce psychické náročnosti práce, že práce spíše není psychicky náročná. Otázka 15 se zabývá zájmem o kurzy v oblasti péče o pozůstalé, tato otázka byla přijata kladně, byl uveden zájem, s tímto souvisí otázka 16 kde nejvíce pracovníků uvedlo, že se na tyto kurzy chystají, Uspokojivá je odpověď na otázku 19 kde největší počet pracovníků uvedlo, že se nikdy záměrně nevyhnuly kontaktu s pozůstalými a z otázky 20 vyplynulo že smrt pacienta spíše nenarušuje jejich psychiku.

OTÁZKA 3: Péče o pozůstalé. Předpokládáme že, více než 65 % pracovníků se zúčastňuje setkávání s pozůstalými a více než 10 % udržuje stálý kontakt s pozůstalými.

V otázce 9 uvedlo nevíce pracovníků svou účast na setkávání s pozůstalými. V otázce 10 jsme zaznamenaly přínos do praxe z těchto setkání a v souvislosti s otázkou 11 i přínos pozůstalým. Otázky 12, 13 na sebe vzájemně navazují. Otázka 12 se zabývá vyjadřováním pozůstalosti, s čímž podle dotazníků nejvíce pracovníků problém nemá a zároveň dle otázky 13 se cítí psychicky vyrovnaní. V oblasti udržování kontaktu s pozůstalými mimo své zaměstnání, otázka 14, bylo zaznamenáno několik odpovědí ano, nevíce pracovníků ale uvedlo odpověď ne. I přes to, že nejvíce pracovníků uvedlo v otázce 18, fakt že se jim dostalo ze strany pozůstalých otázky na kterou nevěděli odpověď, uvádí v otázce 17 dostatek informací. Z otázky 21 vyplynul fakt nevědomosti, zda je personál dobrou psychickou oporou.

## 12 DISKUZE

Je obtížné srovnávat práci na toto téma s jinými autory. Problematika péče o pozůstalé se dá uchopit několika způsoby. V největším zastoupení je tato problematika zpracována z pohledu pozůstalých. Nikoliv z pohledu pracovníků. Proto jsme se rozhodli zrealizovat tento průzkum. Nepodařilo se zajistit průzkum zabývající se problematikou péče o pozůstalé z pohledu pracovníků. Tudíž není možnost zcela jednoznačně výsledky vlastního průzkumu porovnat s jinými autory. I toto nás utvrzuje ve velké potřebě edukace veřejnosti a zejména zdravotnického personálu o hospicové a paliativní péči.

K tomuto tvrzení nás vedou i výsledky vlastního zkoumání. Ukázalo se, že v Hospicu Dobrého Pastýře pracují pouze ženy. Stejnou otázku položila v roce 2013, ve své bakalářské práci na Vysoké škole zdravotnické o. p. s, paní Kamilla Nikitina. Svůj průzkum realizovala v nemocnici Rudolfa a Stefanie a.s v Benešově na interním, neurologickém a onkologickém oddělení. V jejím průzkumu se oproti našemu ukázalo, že na těchto pracovištích pracuje 7 (12%) mužů. Tento průzkum se s naším shoduje v oblasti vzdělání, oba průzkumy ukázaly, že největší procento vzdělání je středoškolské. Jelikož se tento průzkum zabývá etickými aspekty v paliativní péči, nejsou tyto výsledky porovnatelné.

Potvrdilo se, že v hospici pracují starší zkušenější sestry, z tohoto výsledku se dá vyvodit, že jsou i psychicky vyrovnanější. Další část výzkumu ukázala, že v Hospici Dobrého Pastýře pracují pracovníci, kteří jsou se svojí prací spokojeni, více než polovina (63,89 %) odpověděla ano, i když v další odpovědi prezentovali psychickou náročnost své práce, pro 25 % je psychicky náročná, pro 30,56 % spíše ano, naopak pro většinu spíše ne (44,44 %). Naopak paní Martina Čorejová ve své bakalářské práci na Vysoké škole zdravotnické o. p. s., která svůj průzkum realizovala ve zdravotnických zařízeních a ambulantní praxi v roce 2008, uvádí, že v 72 % je pro sestry psychicky náročné pracovat s umírajícími lidmi. Tento průzkum ukazuje zcela jiné výsledky než nám. Není proto možné průzkumy porovnávat. Tyto dva průzkumy mohou poukazovat na rozdílnost zaměření péče. Pro sestry v ambulanci není smrt tolik reálná a méně se s ní setkávají, než pracovníci v hospici. V ambulantní péči také nepřijdou do styku s pozůstalými, nebo jen zřídka.

Jako dobré a uspokojující vyhodnocujeme fakt, že u 32 ze 36 dotázaných žen se neprojevil syndrom vyhoření, což vypovídá o schopnosti duševní hygieny u pracovníků Hospicu Dobrého Pastýře. Překvapilo nás, že více než polovina pracovníků (75 %) se alespoň jednou zúčastnila setkávání pozůstalých, ale překvapivě polovina si myslí, že to nebylo přínosné nebo to nedokáží posoudit.

Nejpodstatnější pro náš průzkum byly otázky týkající se vzdělávání v péči o pozůstalé 75 % dotázaných by mělo zájem o nějaké kurzy ve svém zařízení. Pouze 9 (25 %) se těchto kurzů zúčastnilo. S tímto se dají spojit odpovědi v otázkách komunikace s pozůstalými pro 8 z 36 žen je obtížné vyjadřování soustrasti, ale 33 žen se cítí psychicky vyrovnaných při práci s pozůstalými a z těchto odpovědí vyplývá fakt, že spíše je problém v oblasti komunikace. Toto tvrzení vyplývá i z faktu, že 25 ženám se stalo, že jim položili pozůstalí otázku, na kterou neznali odpověď. 13 žen se dokonce vyhnulo záměrně kontaktu s pozůstalými.

## **12.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Z výsledku šetření vyplývá fakt důležitosti vzdělávání v oblasti paliativní a hospicové péče. Na základě těchto výsledků navrhuje tato doporučení:

Doporučení pro střední školy:

- věnovat jí dostatek času a informací v předmětu ošetrovatelství, věnovat několik hodin specifikám v oblasti paliativní péče
- praktická výuka v rámci ošetrovatelství, hygiena u pacientů v terminálním stádiu nemoci, péče o mrtvé tělo, duševní hygiena
- školní exkurze do některého z hospiců, s možností osobního kontaktu s personálem, popřípadě seminářem, kde by mohly být zodpovězené případné dotazy
- V rámci exkurze zprostředkovat seminář s duchovním, který by informoval o pastorační péči

Doporučení v dalším vzdělávání:

- ověření úrovně vědomostí v oblasti paliativního ošetrovatelství formou testu, nebo diskuze

- praktická výuka v oblasti zjištěných nedostatků
- umožnění vykonat praxi v zařízení zabývajícím se péčí o pozůstalé
- v předmětech psychologie a komunikace věnovat tomuto tématu pár přednášek v oblasti komunikace s umírajícím, péče o pozůstalé

Doporučení pro hospice a oddělení paliativní péče:

- edukace zaměstnanců v rámci komunikace s umírajícím a pozůstalými
- pořádání seminářů a kurzů v oblasti péče o pozůstalé
- motivace ke vzdělávání, poskytnou podklady ke vzdělání
- stáže v jiném zařízení s možností získat nové zkušenosti
- zařadit do procesu vzdělávání kurz, vypovídající o pastorační péči

Doporučení pro další výzkum:

- zrealizovat průzkum, proč pracuje málo mužů v paliativní péči



## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň kvality péče o pozůstalé od pracovníků Hospicu Dobrého Pastýře. Z výsledků lze vyhodnotit průměrnou edukovanost a vzdělanost personálu v oblasti péče o pozůstalé. Uspokojivým faktem je ochota personálu ke vzdělávání a získávání nových informací v oblasti péče o pozůstalé.

V teoretické části jsme se zaměřili na myšlenku hospice, je zde popsáno kdo může v hospicu pracovat. Dále se zabýváme etikou umírání a smrti. Věnujeme se pozůstalým, rodině, ale i blízkým zemřelého. Důležitou částí je i truchlení, duchovní potřeby. Poslední součástí teoretické části je vývoj hospiců v ČR.

Z praktické části jsme došli k závěru, že je důležité podporovat personál v oblasti komunikace. Například uspořádáním seminářů a umožněním kurzů pro pracovníky. Dbát na duševní hygienu, odpočinek, odreagování. Včas rozpoznávat příznaky syndromu vyhoření, jelikož práce v paliativní péči je velice psychicky náročná a mnoho sester není natolik psychicky odolných, aby mohly tuto práci vykonávat.

Vedení hospiců by mělo dbát na správný výběr personálu do svého zařízení. Přednost by měli dát lidem, kteří by o tuto práci měli opravdový zájem. Měli by být vyrovnaní se svou vlastní smrtelností. Uvědomit si fakt, že budou se smrtí v každodenním kontaktu. Dobře psychicky vyrovnaní, mít srovnané životní hodnoty, nebýt naivní. Špatně psychicky vyrovnaná sestra není dobrou oporou sama pro sebe, natož pro ostatní. Personál by měl mít možnost volby dalšího vzdělávání v péči o pozůstalé. Cíl naší práce byl splněn.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALTCHULEROVÁ, Jenny. Nemoc a ztráta v kontextu rodiny. In FIRTHOVÁ, Pam, Gill ,LUFFOVÁ, a David, OLIVIERE (ed.). *Ztráta, změna, zármutek v kontextu paliativní péče*. 1.vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 240 s. ISBN 978-80-87029-21-3.

ANDRYSEK, Oskar, Jaromír, ASTL, Veronika, BARTOŠOVÁ ,Eva, HAUSEROVÁ, Lenka, JENŠOVSKÁ, Jana, KAREŠOVÁ, Sestra KONSOLÁTA, Pavel, PAFKO, Michal, VANĚČEK, Lucie, VIROSTKOVÁ. *Mluv se mnou : kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester*, Praha : Maxdorf, 2011. 147 s. ISBN: 978-80-7345-275-5

ČOREJOVÁ, Martina, 2008, *Vliv zdravotnického povolání na životní styl sester*, Praha: Vysoká škola zdravotnická o. p. s, Praha 5, Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, obor Všeobecná sestra.

HOSPIC DOBRÉHO PASTÝŘE ČERČANY. [online]. [cit. 2013-1.12]. Dostupné z: <http://www.hospic-cercany.cz/pro-pozůstalé>

JANÁČKOVÁ, Laura, Aplikovaná psychologie – psychické prožívání pozůstalých. In *Medical tribune*. ISSN: 1214-8911, 2008, roč. 4, č. 15.

KALVACH , Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, Praha: Flora, 2010, 134 s. ISBN: 978-80-904516- 4-3

KELNAROVÁ, Jarmila, *Thanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*, Praha : Grada, 2010, s. 127, ISBN 978-80-247-3171-1

MISCONIOVÁ, Blanka. Péče o umírající – hospicová péče, Praha: Národní centrum domácí péče v ČR ve spolupráci s MZ, MPSV, VZP ČR a Magistrátem hlavního města Prahy, 1998, 96s.

NĚMCOVÁ, Jitka a kol. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*, Plzeň: Mauera, 2013, s. 106, ISBN: 978-80-902876-9-3

NIKITINA, Kamilla, 2013, *Etické aspekty v péči o umírajícího pacienta*, Praha: Vysoká škola zdravotnická o. p. s, Praha 5, Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, obor Všeobecná sestra.

OPATRŇÝ, Aleš. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, Praha, 1995, s. 27, ISBN: 80-238-0430-8

OPATRŇÝ, Aleš. Co potřebuje nemocný. In: [www.pastorace.cz](http://www.pastorace.cz) [online]. [cit. 2013-9-8]. Dostupné z: <http://www.pastorace.cz/Tematicke-texty/Co-potrebuje-nemocny-Ales-Opatrny-1.html>

PALIATIVNÍ MEDICÍNA. [online].[cit. 2013-10-11]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina>

PARKES, Colin , Marilyn, RELFOVÁ a Ann, COULDRICKOVÁ. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*.1.vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007.184 s. ISBN 978-80-87029-23-7.

PAYNEOVÁ, Sheila, Jane, SEYMOUROVÁ, Christine, INGLETONOVÁ. *Principy a praxe paliativní péče*, Barrister a Principal, 2008, s.808, ISBN: 978-80-87029-25-1

SLÁMA, Ondřej, Josef, DRBAL, Ludmila, PLÁTOVÁ. *Umřít doma*, Brno, 2008, 78 s.,ISBN 978-80-254-2788-0

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, 6.,doplněné vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství v Kostelním Vydří, 2008, 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*, Praha Grada, 2012, s. 122, ISBN: 978-80-247-4107-9

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé, principy, proces, metody, 2.*, aktualizované a doplněné vydání, Praha: Grada, 2013, s. 224., ISBN:978-80-257-3736-2

VENGLÁŘOVÁ, Martina, Gabriela, MARHOVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*, Praha: Grada, 2006, s. 144, ISBN 80-247-1262-8.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

<b>PŘÍLOHA A- DOTAZNÍK</b>	<b>I</b>
<b>PŘÍLOHA B – INFORMAČNÍ BROŽURA</b>	<b>VI</b>
<b>PŘÍLOHA C – PROTOKOL</b>	<b>VII</b>

## **PŘÍLOHA A**

### **DOTAZNÍK**

#### **1. Jste?**

- a) muž
- b) žena

#### **2. Jaký je Váš věk?**

- a) 18 – 30
- b) 31 – 40
- c) 41 – 50
- d) 51 – 60
- e) 61 a více

#### **3. Nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) střední bez maturity
- b) střední s maturitou
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské

#### **4. Pracovní zařazení?**

- a) ošetřovatel/ka
- b) zdravotnický asistent
- c) sestra
- d) lékař/ka

#### **5. Jak dlouho pracujete v Hospici dobrého pastýře?**

- a) 5 let
- b) 4 roky
- c) 3 roky
- d) 2 roky
- e) 1 rok a méně

**6. Přináší Vám tato práce to, co jste od ní očekával/a?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nedokážu posoudit

**7. Je pro Vás tato práce psychicky náročná?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nedokážu posoudit

**8. Projevil se u Vás syndrom vyhoření?**

- a) fáze, předfáze: jedinec pracuje co nejlépe, snaží se, přesto má pocit, že požadavkům není možné dostát a jeho snaha není dostatečně ohodnocena, tato fáze představuje jakési podhoubí pro vznik syndromu vyhoření
- b) fáze: pocit, že jedinec nic nestíhá, jeho práce začíná ztrácet systém
- c) fáze: vyskytují se symptomy neurózy (např. úzkost) spolu s pocitem, že jedinec stále musí něco dělat, přičemž výsledkem je chaotické jednání
- d) fáze: pocit, že „něco uděláno být musí“, mizí a nahrazuje ho opačný pocit – že se nemusí nic; pouhá přítomnost druhých lidí jedince dráždí, přidružuje se ztráta veškerého nadšení a zájmu, převládá únava, zklamání a vyčerpání
- e) ne, neprojevil

**9. Zúčastnil/a jste někdy setkávání s pozůstalými, které Váš hospic dvakrát ročně pořádá?**

- a) ano, jednou
- b) ano, chodím pravidelně
- c) ne, ale chystám se
- d) ne, nechystám se

**10. Pokud ano, bylo toto setkání pro Vás přínosné do Vaší praxe?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nedokážu posoudit

**11. Domníváte se, že toto setkání bylo přínosné pro pozůstalé?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nedokážu posoudit

**12. Je pro Vás obtížné vyjadřování soustrasti rodině zesnulého?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nedokážu posoudit

**13. Cítíte se psychicky vyrovnaná/ý při práci s pozůstalými?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nedokážu posoudit

**14. Udržujete neformální kontakt s některými pozůstalými ve svém soukromém životě?**

- a) ano, s jedním
- b) ano, s více
- c) ne
- d) ne, nemám o to zájem



**15. Měl/a byste zájem o nějaké kurzy, které se zabývají komunikací s pozůstalými?**

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne

**16. Prošel/la jste nějakým vzdělávacím kurzem péče o pozůstalé?**

- a) ano
- b) ne, nemám zájem
- c) ne, ale chytám se

**17. Myslíte si, že máte ve Vašem zařízení dostatek informací jak komunikovat a přistupovat k pozůstalým?**

- a) ano, dostatek
- b) ano, ale přál/a bych i vědět více
- c) ne

**18. Stalo se, že Vám někdy při vyřizování pozůstalosti, položili pozůstalí otázku, na kterou jste nevěděl/a odpověď?**

- a) ano, opakovaně
- b) ano, výjimečně
- c) ne, nestalo

**19. Ocitl/a jste se někdy v situaci, že jste se záměrně vyhnul/a kontaktu s pozůstalými?**

- a) ano, opakovaně
- b) ano, výjimečně
- c) ne, nestalo

**20. Narušuje Vaší psychiku smrt pacienta?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nedokážu posoudit

**21. Myslíte si, že jste dobrou psychickou oporou pro pozůstalé?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nedokážu posoudit

**22. Jste věřící?**

- a) ano, praktikuji, v jaké církvi .....
- b) ano, nepraktikuji, v jaké církvi .....
- c) ne
- d) nevím

**23. Domníváte se, že budete schopná/ý tuto svoji současnou práci vykonávat i v budoucnosti?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nedokážu posoudit

## **PŘÍLOHA B**

### INFORMAČNÍ BROŽURA

### INFORMACE PRO POZŮSTALÉ

Vážení pozůstalí,

v době vašeho největšího smutku vám můžeme poskytnout odbornou pomoc, pokud se rozhodnete našich služeb využít. Naše pomoc je dobrovolná a bezplatná.

Každý svůj smutek ze ztráty blízkého prožívá jinak, a také se s ním jinak vyrovnává. Nebojte se své pocity a problémy zveřejnit. Svou odbornou péčí vám pomůže tým profesionálů.

Hospic zajišťuje tyto služby:

- můžete se stát dobrovolníkem – i to vám může pomoci překonat smutek, Jak se stát dobrovolníkem naleznete internetové adrese [www.hospic-cercany.cz](http://www.hospic-cercany.cz), nebo e-mail: [dobrovolnici@centrum-cercany.cz](mailto:dobrovolnici@centrum-cercany.cz) či kontaktovat koordinátorku dobrovolníků Mgr. Janu Ambrožovou na tel. 731 461 131
- psychologickou pomoc - pomůže vám odborník působící v hospici. V případě zájmu kontaktujte Mgr. Janu Ambrožovou, tel: 731 461 131, e-mail: [ambrozova@centrum-cercany.cz](mailto:ambrozova@centrum-cercany.cz)
- duchovní pomoc – duchovní pomoc lze zprostředkovat na tel. číslo: 731 461 131
- návštěvy personálu - můžete přijít zavzpomínat, personál vás jistě vřele přivítá. Můžete se dostavit kdykoliv během dne, popřípadě i noci. V případě zájmu domluvit si schůzku, zavolat vrchní sestře, paní Vlastě Chaloupecké na tel. číslo: 739 999 313
- setkávání pozůstalých – pořádá se zpravidla dvakrát do roka, obdržíte pozvánku a je jen na vás zda se rozhodnete zúčastnit. Součástí setkání je posezení u kávy, zápis do knihy živých, mše za mrtvé, návštěva jednotlivých oddělení. Setkávání pozůstalých zajišťuje Bc. Lenka Tůmová, DiS. Kontakt: tel.: 731 480 350. E-mail : [tumova@centrum.cercany.cz](mailto:tumova@centrum.cercany.cz)

# PŘÍLOHA C

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5



## PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Jana Čubrová	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 2.
Téma práce	Hospicová péče o pozůstalé z pohledu všeobecné sestry	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Hospic Dobrého Pastýře Čerčany	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Jana Hlinovská PhD., RS	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	podpis <i>Jana Hlinovská</i> Vlasta Chaloupecká podpis

V... *Čerčany* ..... dne *1.7.2013* .....

.....  
podpis studenta