

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Zdravotně sociální péče

POTŘEBY PACIENTA DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE
V ZÁVĚRU ŽIVOTA

Bakalářská práce

Autor práce: Barbora Foltýnová

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Dubnová, PhD.

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Barbora Foltýnová
Studijní program:	Zdravotně sociální péče
Garant studijního programu:	Mgr. Jana Gabrielová, PhD.
Název práce:	Potřeby pacienta domácí hospicové péče v závěru života
Vedoucí práce:	Mgr. Markéta Dubnová, PhD.
Cíl práce:	Cílem práce je zjistit a popsat, jaké jsou potřeby pacientů v domácí hospicové péči, jakým způsobem jsou naplňovány a jakou roli v celém procesu zaujímá sociální pracovník.

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na potřeby pacientů v závěru života, kteří jsou doprovázeni v rámci domácí hospicové péče. Cílem práce je zjistit a popsat, jaké jsou potřeby pacientů v domácí hospicové péči, jakým způsobem jsou naplňovány a jakou roli při zajišťování potřeb pacientů zaujímá sociální pracovník. Teoretická část vychází z odborné literatury a aktuálních poznatků v oblasti paliativní a hospicové péče se zaměřením na specifika poskytování péče v domácím prostředí. Praktická část je založena na kvalitativním výzkumu využívajícím polostrukturované rozhovory s pacienty domácí hospicové péče. Získaná data byla analyzována s cílem přispět k hlubšímu porozumění potřeb pacientů v závěru života a k vytvoření návrhu na optimalizaci poskytovaných služeb. Výsledky výzkumu ukázaly, že mezi nejdůležitější potřeby pacientů v domácí hospicové péči patří především potřeba lásky a přijetí a potřeba bezpečí a jistoty. Naopak základní tělesné a fyziologické potřeby byly zmiňovány spíše okrajově. Naplňování potřeb je zajišťováno zejména ve spolupráci rodiny a pracovníků mobilního hospice, jejichž role se v praxi vzájemně doplňují. Role sociálního pracovníka nebyla participativně vnímána jako výrazná a byla často spojována spíše s administrativními činnostmi.

Klíčová slova

Domácí hospicová péče; pacient; paliativní péče; potřeby; závěr života

Abstract

The bachelor's thesis focuses on the needs of patients at the end of life receiving home hospice care. The aim of the thesis is to identify and describe the needs of patients in home hospice care, the ways in which these needs are met, and the role of the social worker in addressing these needs. The theoretical part is based on professional literature and current knowledge in the field of palliative and hospice care, with particular emphasis on the specifics of care provided in the home environment. The practical part is based on qualitative research using semi-structured interviews with patients receiving home hospice care. The collected data will be analysed in order to gain a deeper understanding of the needs of patients at the end of life and to develop a proposal for optimizing the services provided.

Keywords

end of life; home hospice care; needs; palliative care; patient

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 17.4.2026

.....

Podpis studentky

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce za její odborné vedení, trpělivost a cenné rady. Poděkování patří také celému týmu domácího hospice za ochotu, vstřícnost a podporu při realizaci výzkumu a všem participantům za jejich otevřenost a ochotu sdílet své zkušenosti. V neposlední řadě děkuji svým nejbližším za trpělivost a podporu po celou dobu studia.

Obsah

Seznam obrázků	7
Seznam zkratk	8
Úvod	9
1 Teoretická část.....	10
1.1 Paliativní a hospicová péče	10
1.2 Hospicová péče	14
1.3 Potřeby pacientů v závěru života	17
1.4 Role sociálního pracovníka.....	19
2 Výzkumná část.....	22
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	22
2.2 Metodika výzkumu.....	22
2.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	22
2.4 Průběh výzkumu.....	23
2.5 Zpracování získaných dat	23
2.6 Výsledky výzkumného šetření	23
3 Diskuse	28
3.1 Limity výzkumu	28
3.2 Doporučení pro praxi	29
Závěr	30
Seznam použité literatury.....	31
Přílohy.....	33

Seznam obrázků

Obrázek 1	18
-----------------	----

Seznam zkratk

ČR	Česká republika
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
SP	Sociální pracovník
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava

Úvod

Smrt a umírání patří k neoddělitelným součástem lidského života, přesto o nich ve společnosti mluvíme jen zřídka. Často až ve chvíli, kdy se nás dotknou osobně, začneme vnímat, že nejde o něco abstraktního, ale o skutečnost, která se týká nás všech. Z mého pohledu je právě tato skutečnost jedním z důvodů, proč je péče o osoby v závěru života stále obtížně uchopitelným tématem, nejen pro laickou veřejnost, ale mnohdy i pro samotné pomáhající profese. Umírání se tak často stává skutečností, na kterou nejsme připraveni ani jako jednotlivci, ani jako společnost.

Smrt a umírání jsou v současné společnosti mnohdy vytěsňovány a spojovány především s nemocničními či jinými zdravotnickými zařízeními. Setkání s nimi tak mnohdy přichází náhle a bez předchozí zkušenosti, což může vést k nejistotě, strachu a pocitu bezmoci. Rodiny i samotní pacienti se pak často ocitají v situaci, na kterou nejsou připraveni a ve které se obtížně orientují. (Shallnow a kol., 2022) Právě v těchto chvílích se podle mého názoru ukazuje, jak důležité je, aby péče o osoby v závěru života byla srozumitelná, dostupná a založená na respektu k člověku a jeho potřebám. Tento typ podpory nabízí mobilní hospicová péče, která dokáže reagovat na individuální situaci pacienta i jeho rodiny přímo v domácím prostředí.

Paliativní a hospicovou péči vnímám jako oblast, která umožňuje citlivé a důstojné prožívání závěru života s respektem k člověku a s ohledem na kvalitu života umírajícího i jeho rodiny. Právě tento způsob přístupu jsem měla možnost blíže poznat během odborné praxe v mobilní hospicové péči Iris. UVědomila jsem si, jak zásadní význam má respekt ke klientovi i jeho rodině, srozumitelná komunikace a vnímavý přístup k individuálním přáním a potřebám. Zároveň mě zde napadla otázka, zda péče, kterou jsem z pozice stážistky vnímala jako velmi citlivou a profesionální, působí stejně i na klienty, kteří ji zažívají v nejnáročnějším období života. Právě snaha porozumět tomu, jak osoby v závěru života hodnotí naplňování svých potřeb a jaké aspekty péče pro ně mají největší význam, se stala hlavním impulsem k volbě tématu této práce.

Bakalářská práce se zaměřuje na identifikaci a analýzu uspokojování potřeb pacientů v závěru života, kteří jsou doprovázeni v rámci domácí hospicové péče. Cílem práce je zjistit, zda a do jaké míry jsou potřeby pacientů v domácí hospicové péči naplňovány, jakým způsobem jsou zajišťovány a jakou roli v celém procesu zaujímá sociální pracovník. Teoretická část vychází z odborné literatury a aktuálních standardů paliativní a hospicové péče, se zvláštním zřetelem na specifika poskytování péče v domácím prostředí. Praktická část je založena na kvalitativním výzkumu využívajícím polostrukturované rozhovory s pacienty a pracovníky domácí hospicové péče. Získaná data budou analyzována s cílem přispět k hlubšímu porozumění potřebám a přáním pacientů v terminálním stadiu nemoci a k vytvoření návrhu na optimalizaci poskytovaných služeb.

1 Teoretická část

„Opravdové štěstí závisí nejen na způsobu a stylu, kterým žijeme, ale také na způsobu, kterým umíráme.“ (Alain Krystaszek)

Teoretická část práce poskytuje kontext potřebný pro pochopení problematiky domácí hospicové péče. Zahrnuje vymezení paliativní a hospicové péče, specifika péče v domácím prostředí, teoretické uchopení potřeb osob v závěru života a roli sociálního pracovníka v tomto procesu. Tyto kapitoly vytvářejí teoretické východisko, z něhož vychází praktická část zaměřená na zjišťování míry naplňování potřeb klientů v závěru života.

1.1 Paliativní a hospicová péče

Paliativní a hospicová péče tvoří důležitou součást moderního zdravotnictví, zaměřují se na podporu pacientů s život ohrožujícím či nevléčitelným onemocněním. Paliativní péče představuje komplexní přístup orientovaný na zmírnění symptomů a zlepšení kvality života, zatímco hospicová péče je její specifickou formou určenou především pacientům v závěru života. (Kupka, 2014) Tato kapitola se věnuje vymezení základních pojmů, principů, historickému vývoji oboru a současným trendům, které ovlivňují podobu paliativní péče v České republice i ve světě.

1.1.1 Vymezení základních pojmů, principů a cílů péče

Paliativní péče nemá v odborné literatuře zcela jednotné vymezení. Autoři ji popisují různými způsoby, ale shodují se v základních myšlenkách a principech. Většina definic klade důraz na kvalitu života, zmírňování utrpení a celostní pohled na pacienta. Liší se pak především v tom, na které oblasti péče se jednotliví autoři zaměřují.

Samotný pojem paliativní vychází z latinského slova pallium, které znamená plášť nebo příkrývku. Tento význam symbolicky vystihuje podstatu paliativní péče jako ochranného a podpůrného přístupu, jehož cílem je člověka v náročném období nemoci „přikrýt“ péčí a zmírnit jeho utrpení. (Slámová a kol., 2018)

Kisvetrová (2018) vymezuje paliativní péči jako přístup, který se zaměřuje na člověka v jeho celistvosti a reaguje na potřeby pacientů s nevléčitelným nebo život ohrožujícím onemocněním. Paliativní péče podle autorky zahrnuje nejen řešení fyzických obtíží, ale také podporu v oblasti psychické, sociální a duchovní. Důležitým aspektem je skutečnost, že péče není zaměřena na vyléčení nemoci, ale na zajištění co nejlepší kvality života pacienta. Autorka zároveň poukazuje na to, že podoba paliativní péče se přizpůsobuje aktuálním potřebám pacienta v průběhu onemocnění. Na tuto definici navazuje Slámová a kol. (2018), kteří zdůrazňují hodnotový a etický rozměr paliativní péče. Autoři uvádějí, že paliativní péče ctí a chrání život a umírání i smrt považují za přirozenou součást lidského bytí. Jejím cílem není smrt urychlovat ani oddalovat, ale vytvářet podmínky pro důstojné prožití závěru života. Také kladou důraz na zmírňování bolesti a dalších obtížných příznaků, které mohou pacientovi způsobovat utrpení a na respektování jeho individuálních potřeb a přání. Paliativní péče je v tomto pojetí chápána jako multidisciplinární přístup, který zahrnuje pacienta, jeho rodinu i širší sociální prostředí.

Skála a kol. (2011) vymezují paliativní péči jako přístup určený pacientům v pokročilém a terminálním stadiu onemocnění, u nichž již není cílem kurativní léčba. Hlavním smyslem této

péče je zmírnění bolesti a dalších obtěžujících symptomů, zachování kvality života a důstojnosti pacienta. Autoři zároveň zdůrazňují význam podpory rodiny a respektování přání nemocného v závěru života. Vedle tohoto hodnotového vymezení se Kupka (2014) zaměřuje na praktické limity a reálné možnosti péče v závěru života. Upozorňuje na to, že moderní medicína sice dokáže řadu obtíží účinně zmírnit, avšak v situacích, kdy je onemocnění nevy léčitelné, naráží její možnosti na své hranice. Paliativní péče podle Kupky reaguje právě na tyto limity a nabízí alternativu k neúčelnému prodlužování života za každou cenu. Důraz je kladen na zmírnění utrpení, podporu pacienta i jeho blízkých a na zachování důstojnosti v období, kdy již není možné nemoc vyléčit. Na potřebu systematického a týmového přístupu k paliativní péči upozorňují Marková a kol. (2021), kteří paliativní péči vymezují jako komplexní formu péče poskytovanou multidisciplinárním týmem odborníků. Podle autorů je klíčové, aby péče zahrnovala zdravotní, sociální, psychologickou i duchovní rovinu a aby byla přizpůsobena individuální situaci pacienta. Paliativní péče je zde chápána jako proces, který vyžaduje spolupráci různých profesí a kontinuální komunikaci s pacientem i jeho rodinou. Cílem tohoto přístupu je zajistit pacientovi co nejvyšší kvalitu života až do jeho konce. Marková (2010) ve svém pojetí paliativní péče shrnuje a propojuje jednotlivé principy, na nichž je tento přístup založen. Zdůrazňuje, že paliativní péče se soustředí na člověka, nikoli pouze na jeho diagnózu, a vychází z respektu k jeho potřebám, hodnotám a přáním. Důležitým cílem paliativní péče je podle autorky nejen zmírnění bolesti a dalších obtíží, ale také podpora pacienta v zachování autonomie a smysluplnosti života v jeho závěru. Paliativní péče tak představuje přístup, který kombinuje odbornou péči s lidským a citlivým doprovázením pacienta i jeho blízkých.

1.1.2 Stručný historický vývoj paliativní a hospicové péče v ČR i ve světě

Pro pochopení současné podoby paliativní a hospicové péče důležité nahlédnout do minulosti a zaměřit se na to, jak se v průběhu času proměňoval přístup společnosti k umírání a smrti. Přestože je paliativní péče dnes často vnímána jako relativně nový obor, její základní myšlenky se v různých podobách objevují napříč kulturami již od nepaměti. Péče o těžce nemocné vždy zahrnovala nejen tělesnou stránku, ale také duchovní a sociální podporu, která byla považována za přirozenou součást doprovázení člověka v závěru života.

Ve středověku existovala místa sloužící jako útulky pro nemocné, chudé či osoby s tělesným znevýhodněním, kde byla poskytována péče odpovídající tehdejšími možnostem. O nemocné se staraly především církevní řády, pro které bylo zmírňování utrpení a doprovázení umírajících součástí jejich poslání. V českém prostředí lze mezi významné osobnosti, které jsou považovány za předchůdce hospicové péče, zařadit například Anežku Přemyslovnu či Zdislavu z Lemberka. Určitou předzvěst dnešní domácí hospicové péče představoval také protestantský řád diakonek, jehož členky pečovaly o nemocné nejen ve špitálech, ale i v jejich domácím prostředí. Již v tomto období lze pozorovat snahu o komplexní přístup k péči, který zahrnoval více oblastí lidského života. (Slámová a kol., 2018) Zásadní proměna nastala v 19. století v souvislosti s industrializací a stěhováním obyvatelstva do měst. Postupně přibývalo lidí, kteří umírali bez zázemí širší rodiny, což vedlo ke vzniku chorobinců a později moderních nemocnic. Ve 20. století, spolu s rozvojem medicíny, se začal klást stále větší důraz na léčbu a boj s nemocí. Umírání se tak postupně přesunulo z domácího prostředí do nemocnic a stalo se převážně lékařskou záležitostí. Smrt byla často vnímána jako selhání léčby a pozornost se soustředila především na prodlužování života, mnohdy i za cenu výrazného utrpení pacienta. (Marková, 2010)

V druhé polovině 20. století se začaly objevovat kritické hlasy upozorňující na negativní důsledky tzv. medicinalizace umírání. Technický pokrok umožňoval udržovat život i v situacích, kdy již nebylo možné dosáhnout zlepšení zdravotního stavu, což vedlo k fenoménu označovanému jako dystanázie, tedy „špatná smrt“. Umírající lidé často trávili poslední období života v nemocničním prostředí, oddělení od svých blízkých a bez dostatečné psychické či sociální podpory. (Marková, 2010) Jako reakce na tento vývoj začalo v 19. století vznikat hospicové hnutí, jehož cílem bylo navrátit péči o umírající lidský rozměr a důstojnost. Za první hospic blízky dnešnímu pojetí je považováno zařízení založené v roce 1847 v Paříži Jeanne Garnierovou. Na tuto tradici navázal další rozvoj hospicové a paliativní péče ve 20. století, zejména ve Velké Británii, odkud se myšlenka hospicové péče postupně rozšířila i do dalších zemí. (Slámová a kol., 2018) V České republice byl první lůžkový hospic založen v roce 1995 v Červeném Kostelci lékařkou Marií Svatošovou, která se významně zasloužila o rozvoj hospicové a paliativní péče u nás. Její práce přispěla k návratu důrazu na důstojné doprovázení člověka v závěru života a k prosazení myšlenky, že i v situaci, kdy již není možné nemoc vyléčit, lze pacientovi i jeho blízkým nabídnout smysluplnou a citlivou podporu. (Svatošová, 1995)

1.1.3 Aktuální trendy

Rozvoj paliativní péče v České republice je v posledních letech ovlivněn snahou systematicky reagovat na potřeby pacientů s život limitujícím onemocněním. Strategie rozvoje paliativní péče v ČR do roku 2035 vymezuje paliativní péči jako důležitou součást zdravotního a sociálního systému a zdůrazňuje její význam v souvislosti se stárnutím populace a rostoucím počtem chronicky nemocných osob. Dokument se zaměřuje na podporu dostupnosti paliativní péče napříč regiony, rozvoj specializovaných i obecných forem péče a na zajištění návaznosti mezi jednotlivými službami. Součástí strategie je také důraz na vzdělávání odborníků, mezioborovou spolupráci a vytváření podmínek pro poskytování péče v prostředí, které odpovídá potřebám pacientů a jejich rodin. Strategický dokument také rozlišuje obecnou a specializovanou paliativní péči. Obecná paliativní péče je poskytována především praktickými lékaři, ambulantními specialisty a zdravotnickými pracovníky v lůžkových zařízeních a zaměřuje se na včasné rozpoznání paliativních potřeb, základní symptomovou léčbu a komunikaci s pacientem a jeho rodinou. Specializovaná paliativní péče je určena pacientům se složitějšími obtížemi a je zajišťována multidisciplinárními týmy, například v lůžkových nebo mobilních hospicích. Strategie zdůrazňuje význam spolupráce obou úrovní péče a jejich dostupnost podle aktuálních potřeb pacienta. (MZ ČR, 2025)

1.1.4 Legislativní rámec v ČR

Legislativní rámec hospicové a paliativní péče v České republice je tvořen především obecnými právními předpisy v oblasti zdravotních a sociálních služeb. Hospicová péče není upravena samostatným zákonem, ale její poskytování vychází zejména ze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, a ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, které společně vytvářejí základní právní rámec této péče. Tato skutečnost ukazuje na komplexní charakter hospicové péče, která se pohybuje na pomezí zdravotní a sociální oblasti a vyžaduje úzkou spolupráci obou sektorů. Vedle právních předpisů hrají významnou roli také koncepční dokumenty Ministerstva zdravotnictví České republiky

a odborné standardy hospicové a paliativní péče, jež přispívají ke sjednocování praxe a zvyšování kvality poskytovaných služeb. (MZ ČR, 2025)

1.2 Hospicová péče

Hospicová péče vychází z hlubokého respektu k lidskému životu a k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Jejím základním východiskem je přesvědčení, že i závěr života má svou hodnotu a zaslouží si stejnou míru pozornosti, úcty a péče jako jeho ostatní etapy. Smyslem hospicové péče není pouze zmírnění fyzického utrpení, ale především zachování lidské důstojnosti a zajištění toho, aby člověk v posledních chvílích nezůstával osamocen. (Svatošová, 1999)

Následující kapitoly se věnují základnímu vymezení hospicové péče, jejím principům a formám, se zvláštním zaměřením na domácí hospicovou péči a její specifika.

1.2.1 Specifika domácí hospicové péče

Výraz hospic pochází z latinského slova hospitium, které označuje útulek či přátelské přijetí. Tento význam výstižně odráží základní myšlenku hospicové péče, jejímž cílem je vytvořit vlídné a bezpečné prostředí pro osoby v závěru života a zároveň poskytnout podporu i jejich blízkým. (Slámová, 2018) Právě domácí prostředí může tento význam naplňovat velmi přirozeným způsobem, neboť nabízí prostor, kde se péče prolíná s běžným životem pacienta i jeho rodiny.

Hospicová péče poskytovaná v domácím prostředí vychází z přesvědčení, že i závěr života má svou hodnotu a má být prožíván důstojně. Svatošová (1999) zdůrazňuje, že podstatná není pouze otázka místa umírání, ale především způsob, jakým je člověk v závěru života doprovázen. Důraz je kladen na zachování kvality života až do posledních chvil, respektování individuálních potřeb nemocného a zajištění toho, aby v tomto období nezůstával osamocen. Součástí domácí hospicové péče je zároveň doprovázení rodiny, která se na péči aktivně podílí a prochází náročnou životní situací spolu s nemocným. Na tuto myšlenku navazuje Marková (2010), která domácí hospic popisuje jako specializovanou formu paliativní péče poskytovanou multidisciplinárním týmem. Kdy jeho členové, lékaři, zdravotní sestry, sociální a pastorační pracovníci, psychologové a dobrovolníci poskytují všestrannou podporu rodinám, které se rozhodly pečovat o umírajícího člena rodiny doma. Tyto týmy jsou schopny řešit v domácím prostředí široké spektrum situací spojených se závěrem života. Cílem tohoto uspořádání je umožnit pacientovi zůstat doma při zachování vysokého standardu odborné zdravotní a ošetrovatelské praxe. Nedílnou součástí je zároveň doprovázení rodiny v průběhu nemoci i podpora pozůstalých v období truchlení. (Marková, 2010)

Kisvetrová (2018) poukazuje na to, že domácí prostředí přináší specifické možnosti, ale také určité limity. Péče je zde poskytována v podmínkách, které nejsou primárně určeny ke zdravotnímu ošetřování, což klade zvýšené nároky na přizpůsobení postupů a organizaci péče. Autorka zdůrazňuje význam plánování, edukace rodiny a dostupnosti odborníků, kteří jsou schopni poskytovat podporu i v náročných situacích. Slámová a kol. (2018) pak zdůrazňují týmový charakter domácí hospicové péče, která se zaměřuje nejen na samotného pacienta, ale také na jeho rodinu. Je důležité vnímat rodinu jako součást péče a poskytovat jí podporu po celou dobu doprovázení nemocného. Specifikem domácí hospicové péče je také důraz na respekt k přáním pacienta, otevřenou komunikaci a citlivý přístup ke všem zúčastněným. Domácí péče vyžaduje vysokou míru spolupráce, empatie a odborné připravenosti celého týmu.

1.2.2 Formy hospicové péče

Hospicová péče může mít několik forem, které se liší především místem poskytování a mírou zapojení rodiny. Společným cílem všech forem je umožnit umírajícímu člověku prožít závěr života co nejdůstojněji a s co nejmenším utrpením, a to s ohledem na jeho psychické, sociální i duchovní potřeby. Volba konkrétní formy péče vychází z aktuálního zdravotního stavu pacienta, jeho přání a možností rodiny. (Kupka, 2014)

Jednou z forem je domácí hospicová péče, která vychází z předpokladu, že většina umírajících se cítí nejlépe ve svém přirozeném domácím prostředí. Je vhodná zejména v případech, kdy lze bolest a další obtíže zvládat v domácích podmínkách a kdy má pacient k dispozici podporu rodiny. Tato forma péče však klade značné nároky na blízké, kteří se na péči aktivně podílejí, a proto je nezbytné, aby měli k dispozici odbornou pomoc a podporu. (Kupka, 2014)

Další formou hospicové péče je ambulantní (stacionární) hospicová péče, která probíhá formou denních pobytů. Pacient dochází do denního stacionáře, kde mu je poskytována odborná paliativní péče, a následně se vrací do domácího prostředí. Tato forma péče je vhodná zejména v situacích, kdy pacient nebo jeho rodina potřebují intenzivnější odbornou podporu. Ambulantní hospicová péče tak představuje přechod mezi domácí a lůžkovou formou péče. (Holeková, 2002)

Lůžková hospicová péče je poskytována v hospicovém zařízení, zejména v případech, kdy domácí péče již není možná nebo by byla pro rodinu příliš zatěžující. Pobyt v lůžkovém hospici nemusí být nutně trvalý až do úmrtí, často se jedná o krátkodobé či opakované pobyty. Důraz je kladen na paliativní ošetrovatelskou péči, úlevu od bolesti a zachování důstojnosti pacienta, přičemž přítomnost blízkých je chápána jako přirozená součást péče. (Kupka, 2014)

1.2.3 Multidisciplinární tým

*„ I ten nejpomalejší, neztrácí-li cíl, postupuje přece rychleji než ten, kdo chvátá bez cíle.“
(Gotthold Ephraim Lessing)*

Multidisciplinární tým představuje základní pilíř paliativní péče. Jeho smyslem je společná práce odborníků různých profesí, kteří se soustředí na jeden hlavní cíl, zmírnění utrpení pacienta a zajištění co nejlepší kvality jeho života i života jeho blízkých. Péče tak není zaměřena pouze na samotné onemocnění, ale na člověka jako celek, včetně jeho fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb. Důležitou součástí tohoto přístupu je také vnímání pacienta jako aktivního člena týmu, který by měl mít možnost podílet se na rozhodování o své péči v rozsahu, který mu jeho stav umožňuje (Marková, 2010).

Na tento obecný rámec navazují Marková a kol. (2021), kteří se zaměřují na fungování multidisciplinárního týmu v kontextu domácí hospicové péče. Uvádějí, že spolupráce jednotlivých profesí umožňuje zaměřit se na potřeby pacienta v celé jejich šíři a zároveň pružně reagovat na změny jeho zdravotního stavu. Důležitým prvkem týmové práce je pravidelná komunikace a sdílení informací, díky nimž je možné zajistit návaznost péče v domácím prostředí a respektovat přání pacienta i jeho blízkých. Multidisciplinární přístup tak přispívá k zachování důstojnosti pacienta a kontinuitě péče v závěru života. Slámová (2018) zdůrazňuje, že multidisciplinární tým v domácí hospici netvoří pouze soubor odborníků, ale fungující celek, který úzce spolupracuje také s rodinou pacienta. Péče se neomezuje pouze na řešení zdravotních

obtíží, ale směřuje také k zajištění vhodných podmínek pro život pacienta v závěru nemoci v domácím prostředí. Součástí týmu je lékař, zdravotní sestry zajišťující odbornou a pohotovostní péči a sociální pracovník, který podporuje pacienta i jeho blízké v sociálních a praktických otázkách. Podle aktuálních potřeb se do péče zapojují také další odborníci, například psycholog, terapeut či duchovní, což umožňuje komplexní podporu pacienta i jeho rodiny. Není výjimkou, že domácí hospicová péče současně poskytuje i další formy sociální péče, jako například odlehčovací službu.

Význam multidisciplinárního přístupu v paliativní péči potvrzují také zahraniční studie. Například etnografická studie zaměřená na fungování multidisciplinárních týmů v paliativní péči ukazuje, že pravidelná setkání týmu umožňují koordinaci zdravotní i sociální péče a přispívají k lepšímu sdílení informací o pacientech. (Borgstrom et al., 2021)

1.3 Potřeby pacientů v závěru života

Lidské potřeby lze obecně chápat jako stav vznikající z pocitu nedostatku nebo nadbytku, který narušuje vnitřní rovnováhu člověka a motivuje jej k jednání směřujícímu k jejímu obnovení. Potřeby se mohou projevovat v oblasti biologické, psychické, sociální i duchovní a jejich naplnění má zásadní význam pro fungování člověka, jeho chování a celkovou kvalitu života. Nejde přitom o pevně dané skutečnosti, ale o dynamický proces, který se proměňuje v závislosti na životní situaci a individuálních okolnostech jedince. Potřeby člověka se však neomezují pouze na reakci na nedostatek, který je třeba odstranit, ale vztahují se i k širší oblasti lidského života. Patří sem zejména hledání smyslu, vztahů a zachování vlastní identity. Tyto potřeby významně ovlivňují prožívání člověka a jeho jednání a nelze je oddělit od psychické, sociální ani duchovní stránky života. Naplňování potřeb tak nesměřuje pouze k odstranění nerovnováhy, ale také k pocitu vnitřní stability a životní spokojenosti. (Šamánková, 2004)

Potřeby člověka je zároveň nutné vnímat v souvislosti s jeho životní situací a prostředím, ve kterém se nachází. Nejde pouze o biologické přežití, ale také o snahu zachovat smysluplnost života, kontinuitu vlastní identity a pocit sounáležitosti s druhými. V náročných životních obdobích, zejména při vážném onemocnění, se tyto potřeby mohou výrazně proměňovat a dostávat se do popředí. Způsob, jakým jsou naplňovány, má zásadní vliv na kvalitu života člověka i na jeho prožívání závěru života. (Příbyl, 2015)

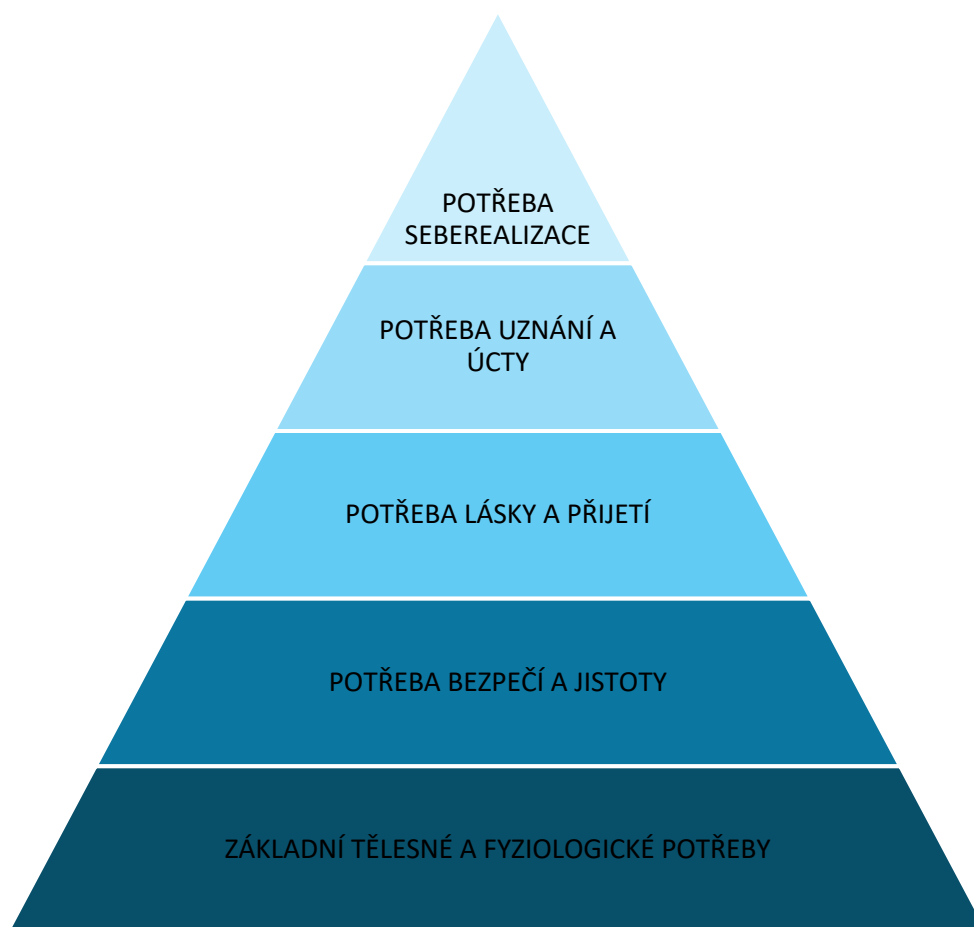
Důležitý je pohled Svatošové (1999), který poukazuje na to, jak zásadním způsobem nemoc a umírání zasahují do všech oblastí života člověka. Podle autorky dochází v průběhu nemoci k postupné ztrátě jistot, sociálních rolí i kontroly nad vlastním životem. Nemocný člověk se nevyrovnává pouze s fyzickými obtížemi, ale zároveň čelí změnám v oblasti psychické, sociální a duchovní. Přibývají pocity nejistoty, strachu, bolesti či slabosti, zatímco se běžné součásti každodenního života, jako je práce, soukromí, samostatnost nebo sociální kontakt, postupně vytrácejí. V této situaci je přirozené, že nemocný může reagovat emocemi, jako je úzkost, smutek, agrese nebo zmatenost, které nejsou projevem nespolupráce, ale přirozenou reakcí na zásadní životní změnu. Svatošová zároveň zdůrazňuje význam prostředí, které je schopno tyto projevy přijmout, porozumět jim a citlivě na ně reagovat. Dobře připravené okolí, ať už ze strany rodiny nebo profesionálů, může nemocnému poskytnout oporu a přispět k lepšímu zvládnutí náročné situace. Z jejího pojetí dále vyplývá rozdělení potřeb nemocného do čtyř základních oblastí – biologické, psychologické, sociální a spirituální. Důležitost jednotlivých potřeb se v průběhu nemoci proměňuje. Zatímco v počátečních fázích onemocnění bývají dominantní potřeby biologické, v závěru života často nabývají na významu potřeby spirituální, spojené s hledáním smyslu, smíření a uzavíráním životního příběhu.

1.3.1 Maslowova pyramida potřeb

Maslowova hierarchická teorie potřeb představuje jednu z nejznámějších a nejrozšířenějších koncepcí v oblasti psychologie lidských potřeb. Pro účely této bakalářské práce byla zvolena zejména pro svou přehlednost, srozumitelnost a praktickou využitelnost v pomáhajících profesích. Maslowův model umožňuje systematicky uchopit lidské potřeby a nahlížet na ně jako na dynamický celek, jehož jednotlivé složky se mohou v průběhu života i nemoci proměňovat. V kontextu paliativní a hospicové péče je tato teorie přínosná především tím, že poukazuje na

význam uspokojování nejen biologických, ale také psychických, sociálních a spirituálních potřeb osob v závěru života. (Příbyl, 2015)

Bužgová (2015) poukazuje na Maslowovu hierarchickou teorii potřeb jako na jednu z nejnámějších klasifikací lidských potřeb. Model rozlišuje základní potřeby a potřeby vyšší, přičemž hierarchie vyjadřuje jejich aktuální naléhavost. Za základní jsou považovány fyziologické potřeby a z psychosociální oblasti zejména potřeba jistoty a bezpečí, které jsou významné i v péči o umírajícího pacienta. V paliativní péči se nejčastěji hovoří o biologických, psychosociálních a spirituálních potřebách pacienta, tedy holistickém pojetí péče. Právě v závěru života je zásadní tyto oblasti vzájemně propojovat a vnímat jejich souvislosti. Včasná a otevřená komunikace o potřebách nemocného v závěru života je přitom nezbytným předpokladem pro zajištění kvalitní a odpovídající péče.



Obrázek 1: Maslowova pyramida potřeb

Zdroj: vlastní zpracování dle Maslowa

Šamánková (2011) uvádí, že Maslow rozlišuje dva hlavní typy potřeb:

- D-potřeby (deficitní)
- B-potřeby (bytí)

Pokud nejsou D-potřeby naplněny, člověk pociťuje napětí a úzkost a jeho motivací je odstranění nedostatku. Tyto potřeby se pojí s nezákladnějšími oblastmi života a Maslow je chápal jako evolučně dané. Teprve po jejich uspokojení se člověk může zaměřit na potřeby vyšší úrovně.

B- potřeby mají jiný charakter, kdy jejich naplnění neodstraňuje nedostatek, ale přináší pocit naplnění a motivaci k dalšímu růstu. Autorka připomíná, že Maslow původně pracoval s pětiúrovňovým modelem, který později rozšířil až k sebetranscendenci, tedy stavu, kdy člověk překračuje vlastní hranice a naplňuje svůj potenciál i ve vztahu k něčemu, co jej přesahuje. Přestože je pyramidový model široce známý a oblíbený, Šamánková upozorňuje, že jeho univerzální platnost nebyla jednoznačně doložena a někteří psychologové jej považují spíše za orientační rámec než empiricky podloženou teorii. V závěru života se význam lidských potřeb často mění. Jak upozorňuje Svatošová (1999), v terminálním stadiu onemocnění se pozornost člověka stále více obrací k otázkám smyslu, smíření a uzavírání životního příběhu. Maslowův model tak v paliativní péči slouží spíše jako orientační nástroj pro porozumění této proměně než jako striktní schéma.

1.3.2 Faktory ovlivňující naplnění potřeb

Podle Šamánkové (2014) mohou být překážky v pojmenování a naplňování potřeb u nemocných velmi rozmanité a často se liší od situací ve zdraví. Významnou roli zde hraje kvalita komunikace mezi poskytovatelem péče a pacientem. Je proto důležité dodržovat základní zásady rozhovoru. Mluvit srozumitelně, přiměřeně dané situaci a s respektem ke zdravotnímu stavu, prostředí i vzdělání pacienta. Stejně důležité je skutečně naslouchat tomu, co nemocný sděluje, a respektovat jeho osobní prostor v komunikaci. Šamánková také upozorňuje, že do komunikace a rozpoznávání potřeb vstupují i individuální faktory, jako je osobnost člověka, jeho zkušenosti, charakter, věk či inteligence. Z toho důvodu bývají bariéry velmi různorodé. Mezi nejčastější patří obavy či ostych nemocného vyjádřit své potřeby, psychická nepohoda, jazyková nepochopení, tělesný diskomfort nebo vlivy prostředí, jako je neznámé či nepříjemné okolí. Bariérou může být i prosté nedorozumění nebo nejistota, zda se nemocný může znovu zeptat či požádat o vysvětlení. Rozpoznání těchto překážek je podle Šamánkové klíčové. Pomáhá nejen lépe pochopit situaci pacienta, ale také předcházet tomu, aby se nenaplněné potřeby stávaly zdrojem další zátěže či nedorozumění.

Příbyl (2015) zdůrazňuje, že k naplnění lidských potřeb je nejprve nutné tyto potřeby rozpoznat a pojmenovat. Na proces saturace mohou mít vliv různé překážky, které komplikují porozumění tomu, co člověk skutečně potřebuje. Mezi nejčastější bariéry řadí ostych a obavu sdílet své přání (osobní bariéra), neschopnost přijmout pomoc nebo pojmenovat vlastní potřebu (psychická bariéra), problémy v porozumění mluvenému slovu či volbě nevhodných výrazů (jazyková bariéra), tělesný diskomfort či nemoc (fyziologická bariéra) nebo vlivy okolního prostředí, například hluk, chlad či neznámé prostředí (bariéra z prostředí). Příbyl mimo jiné upozorňuje také na možný vznik frustrace, která nastává tehdy, když člověk nemá možnost své důležité potřeby naplnit. Frustrace může vyústit v pocity napětí, úzkosti či bezmoci a ovlivnit schopnost spolupracovat či komunikovat.

1.4 Role sociálního pracovníka

Sociální pracovník představuje nepostradatelnou součást multidisciplinárního týmu v paliativní a hospicové péči. Jeho úkolem není pouze řešení sociálních otázek pacienta a jeho rodiny, ale také podpora, koordinace a provázení v náročném období závěru života. Sociální pracovník

pomáhá nemocnému i jeho blízkým orientovat se v měnící se životní situaci, zvládat praktické i emocionální nároky péče a využívat dostupné zdroje podpory. (Marková, 2010) Tato kapitola se zaměřuje na vymezení role sociálního pracovníka v domácí hospicové péči, zejména na jeho klíčové kompetence a konkrétní činnosti, které v rámci multidisciplinárního týmu vykonává.

Významným hlediskem při vymezování role sociálního pracovníka jsou různé způsoby přístupu k praxi. Matoušek a kol. (2003) popisuje několik modelů, které ukazují, z jakých hodnot a zdrojů moci může pracovník při své činnosti vycházet. V profesionálním pojetí je sociální pracovník chápán jako odborník, který jedná na základě vzdělání, profesních standardů a etického kodexu, přičemž důraz je kladen na ochranu práv klienta a podporu jeho sebeurčení. Naproti tomu byrokratický model zdůrazňuje především plnění pravidel organizace a postupů daných zaměstnavatelem, což může vést k menšímu prostoru pro individuální potřeby člověka. Angažovaný přístup staví více na osobních hodnotách pracovníka, na empatii a partnerském vztahu s klientem. Radikální model pak směřuje pozornost zejména ke společenským změnám a k úsilí o odstranění strukturálních nerovností. Dle autorů se tyto přístupy v praxi často prolínají, přesto jejich znalost umožňuje lépe porozumět tomu, jak sociální pracovník přemýšlí o své roli, jaké priority volí a jak může ovlivňovat způsob poskytované podpory.

1.4.1 Klíčové kompetence a činnosti sociálního pracovníka

Vymezení profesních kompetencí sociálního pracovníka představuje důležitý rámec pro porozumění jeho roli v praxi. V českém prostředí se systematickému popisu těchto kompetencí věnovala především Havrdová (1999), která je chápe jako soubor schopností, dovedností a znalostí umožňujících naplňovat profesionální roli vůči klientům i společnosti. Soustava základních kompetencí zahrnuje zejména:

- schopnost rozvíjet účinnou komunikaci
- orientovat se v situaci klienta
- plánovat postup práce
- podporovat soběstačnost
- poskytovat a koordinovat služby
- podílet se na fungování organizace
- usilovat o vlastní odborný rozvoj

Jednotlivé kompetence jsou dále konkretizovány prostřednictvím kritérií, která umožňují hodnotit kvalitu výkonu profese a propojují teoretické znalosti s praktickým jednáním. Důraz je kladen také na schopnost mobilizovat přirozené i formální zdroje podpory, spolupracovat s rodinou a komunitou a reagovat na proměnlivé potřeby klientů. Takto vymezené kompetence vytvářejí oporu pro každodenní rozhodování sociálního pracovníka a současně slouží jako vodítko pro vzdělávání, supervizi i rozvoj dobré praxe. (Matoušek, 2003)

Na roli sociálního pracovníka lze nahlížet také z pohledu vyvážení vztahu mezi klientem, odborností pracovníka a normami společnosti. Jak uvádí Úlehla (2007), sociální pracovník se ve své praxi pohybuje mezi těmito třemi roviny, které se vzájemně ovlivňují a vytvářejí rámec jeho jednání. V tomto kontextu vystupuje jako prostředník, který propojuje individuální potřeby klienta s požadavky okolního prostředí. Schopnost orientovat se v těchto souvislostech a citlivě na ně reagovat je důležitým předpokladem kvalitní sociální práce.

Z pohledu výše uvedených autorů lze roli sociálního pracovníka chápat jako komplexní, neboť zahrnuje různé přístupy, kompetence a oblasti působení, které se v praxi vzájemně prolínají. Matoušek (2003) poukazuje na odlišné přístupy k výkonu profese, které ovlivňují způsob práce s klientem, Havrdová (1999) vymezuje klíčové kompetence sociálního pracovníka a Úlehla (2007) zdůrazňuje, že práce sociálního pracovníka probíhá na pomezí potřeb klienta, odbornosti a společenských norem. Sociální pracovník tak neplní pouze jednu jasně vymezenou funkci, ale v praxi zastává více rolí v závislosti na situaci klienta.

Význam sociálních služeb a sociální práce v oblasti paliativní péče zdůrazňují také zahraniční odborné texty. Nuño-Solinís ve studii zaměřené na péči v závěru života upozorňuje, že péče o osoby v závěru života je často zaměřena především na zdravotnické aspekty, zatímco sociální dimenze péče může zůstat opomíjena. Přitom právě sociální služby a podpora rodiny hrají důležitou roli při zajištění komplexní péče, která zahrnuje nejen zvládnutí zdravotního stavu, ale také psychické, sociální a spirituální potřeby pacienta. Autor zároveň zdůrazňuje význam propojení zdravotních a sociálních služeb, které umožňuje lépe reagovat na potřeby pacientů i jejich blízkých a přispívá k tomu, aby mohli zůstat v domácím prostředí a prožít závěr života v souladu se svými přáními (Nuño-Solinís, 2014). V tomto kontextu se ukazuje, že sociální pracovník může sehrávat důležitou roli při koordinaci podpory, zapojení rodiny a využívání dostupných zdrojů pomoci.

2 Výzkumná část

V následující kapitole je vymezen cíl výzkumu a výzkumné otázky, popsána metodika, výzkumný vzorek a průběh šetření. Dále je uvedeno zpracování dat a prezentovány výsledky výzkumu.

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumné části je zjistit a popsat, jaké jsou potřeby pacientů v domácí hospicové péči, jakým způsobem jsou tyto potřeby naplňovány a jakou roli při jejich zajišťování zaujímá sociální pracovník. Výzkumné otázky byly formulovány na základě tohoto cíle a teoretického rámce práce.

Hlavní výzkumná otázka (HVO):

HVO: Jaké jsou potřeby pacientů v domácí hospicové péči, jakým způsobem jsou naplňovány a jakou roli v celém procesu zaujímá sociální pracovník?

Díličí výzkumné otázky (DVO):

DVO 1: Jaké jsou potřeby pacientů v domácí hospicové péči?

DVO 2: Jakým způsobem jsou potřeby pacientů naplňovány?

DVO 3: Jakou roli při zajišťování potřeb pacientů zaujímá sociální pracovník?

2.2 Metodika výzkumu

Pro realizaci výzkumné části práce byl zvolen kvalitativní výzkum, který umožňuje zachytit individuální zkušenosti a subjektivní vnímání pacientů v domácí hospicové péči. Tento přístup je vhodný pro zkoumání jevů z perspektivy samotných aktérů a pro hlubší porozumění jejich zkušenostem (Miovský, 2006). Ke sběru dat byla využita metoda polostrukturovaného rozhovoru, která participantům poskytuje prostor pro otevřené vyjádření a zároveň umožňuje zaměřit rozhovor na tematické oblasti vycházející z výzkumných otázek. Otázky rozhovoru jsou tematicky rozdělena do tří částí v návaznosti na jednotlivé výzkumné otázky.

2.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili participanté využívající služby mobilního hospice. Kritériem pro zařazení do výzkumu bylo, aby se jednalo o klienta domácí hospicové péče a zároveň osobu ochotnou poskytnout rozhovor. Výběr participantů probíhal formou účelového výběru, přičemž jsem spolupracovala s vedoucí služby, která vytipovala vhodné participanty s ohledem na jejich zdravotní stav, předem je informovala o plánovaném rozhovoru a domluvila termíny, ve kterých byly rozhovory realizovány.

Původně bylo osloveno celkem 6 participantů, z nichž se výzkumu zúčastnilo 5 (3 ženy a 2 muži). Jeden z oslovených participantů se nakonec nemohl výzkumu zúčastnit z důvodu zdravotního stavu.

2.4 Průběh výzkumu

Rozhovory byly realizovány v období března 2026, na základě předchozí domluvy s vedením domácí hospicové péče. Probíhaly v domácím prostředí participantů, přičemž o jejich průběhu byli předem informováni participanté, jejich rodiny i personál mobilního hospice. Participanté reagovali velmi vstřícně a bez váhání, k čemuž mohla přispět i má předchozí praxe v tomto domácím hospici. Pozitivně lze hodnotit také přístup personálu a rodinných příslušníků participantů. Před zahájením rozhovoru jsem se participantům stručně představila a přiblížila cíl práce i výzkumné otázky. Následně jsem vysvětlila obsah informovaného souhlasu a požádala o souhlas s nahráváním rozhovoru. Informovaný souhlas byl podepsán všemi participanty, případně jejich rodinnými příslušníky, přičemž nikdo z nich nahrávání neodmítl. S ohledem na citlivost zkoumaného tématu byli participanté informováni o možnosti rozhovor kdykoli přerušit nebo ukončit. Samotné rozhovory byly vedeny citlivě a s respektem k aktuálnímu stavu participantů i jejich rodin, přičemž trvaly v průměru přibližně 25 minut.

2.5 Zpracování získaných dat

Získaná data z rozhovorů byla po jejich realizaci přepsána do textové podoby. Následně jsem se s jednotlivými rozhovory opakovaně seznamovala, abych porozuměla jejich obsahu a zachytila význam jednotlivých výpovědí. Při zpracování dat jsem vycházela ze stanovených výzkumných otázek a teoretického rámce práce. Analýza dat probíhala formou otevřeného kódování v kombinaci s prvky tematické analýzy, kdy byly jednotlivé výpovědi participantů postupně tříděny do tematických oblastí. Tyto oblasti odpovídaly potřebám dle Maslowovy hierarchie, a to základním tělesným a fyziologickým potřebám, potřebě bezpečí a jistoty, lásky a přijetí, uznání a úcty a seberealizace. Současně jsem se zaměřila také na způsoby naplňování potřeb a na roli sociálního pracovníka při zajišťování těchto potřeb. V jednotlivých tematických oblastech jsem vyhledávala významově podobné výpovědi participantů a následně je interpretovala ve vztahu k výzkumným otázkám. Pro zachování autenticity byly do textu zařazeny přímé citace participantů, které ilustrují zjištěné skutečnosti.

2.6 Výsledky výzkumného šetření

V kapitole jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření, jejich diskuse, doporučení pro praxi a závěr práce.

2.6.1 Potřeby pacientů domácí hospicové péče

Kapitola se zaměřuje na první dílčí výzkumnou otázku (DVO1), která zní: „Jaké jsou potřeby pacientů v domácí hospicové péči?“ Při analýze rozhovorů bylo zohledněno, jak samotní participanté své potřeby popisují a které vnímají jako důležité v období závěru života.

Při zpracování dat byly výpovědi rozděleny do jednotlivých oblastí, konkrétně na základní tělesné a fyziologické potřeby, potřebu bezpečí a jistoty, potřebu lásky a přijetí, potřebu uznání a úcty a potřebu seberealizace. Tyto oblasti vycházejí z teoretického rámce práce, zejména z Maslowovy hierarchie potřeb.

Základní tělesné a fyziologické potřeby

V oblasti základních tělesných a fyziologických potřeb bylo zjištěno, že tyto potřeby nebyly participanty vnímány jako nejdůležitější. Byly zmiňovány spíše okrajově, někdy až jako poslední, a v některých případech nebyly zmíněny vůbec. Pokud se k nim participanti vyjadřovali, objevovala se nejčastěji témata související s potřebou tlumení bolesti. Například P3 uvedl: „*No bolí mě noha zespodu, otlaky a palec a záda sem tam.*“ a současně zmiňoval: „*Léky na to nezabírají.*“, což poukazuje na potřebu účinnějšího tlumení bolesti. Zároveň se v této oblasti objevovala i potřeba zachování určité míry soběstačnosti a zvládnání základních denních činností, kdy P5 uvedla: „*Že se furt o sebe postarám, i když to je někdy s obtížema, pomalu.*“ Tělesné obtíže byly často přijímány jako běžná součást aktuální situace, například když P5 uvedla: „*Bolí nás všechny, ale to je tak normální.*“ Na základě těchto zjištění lze konstatovat, že základní tělesné a fyziologické potřeby, zejména potřeba tlumení bolesti a zachování soběstačnosti, zůstávají důležitou součástí závěru života pacientů. Ve výpovědích participantů však nejsou zmiňovány tak často a ve srovnání s ostatními oblastmi potřeb, zejména s potřebou bezpečí a jistoty, jsou uváděny méně výrazně.

Potřeba bezpečí a jistoty

V oblasti potřeby bezpečí a jistoty z výzkumu vyplynulo, že se jednalo o jednu z nejvýznamnějších potřeb, která byla ve výpovědích participantů opakovaně zdůrazňována. Tato potřeba byla úzce spojena s domácím prostředím a možností zůstat v něm i v závěru života. Při otázce, zda má domácí prostředí vliv na potřebu bezpečí, syn P1 uvedl: „*Z té nemocnice chtěla domů, říkala vemte mě domů, já chci domů.*“, což poukazovalo na význam domácího prostředí při naplňování potřeby bezpečí a jistoty. Z výpovědí dále vyplývalo, že potřeba bezpečí a jistoty byla spojena také s potřebou dostupné pomoci a podpory. Například P4 uvedl: „*Takovou jako jistotu, kdyby něco bylo, že můžem hned zavolat.*“ a P5 uvedla: „*No vím, že mám furt za sebou někoho, kdo mi pomůže, no.*“, což svědčilo o významu jistoty, že v případě potřeby byla k dispozici pomoc. Součástí potřeby bezpečí a jistoty byla také potřeba sociální podpory a kontaktu s blízkými osobami. Ta se projevila například ve výroku P2: „*Že mě navštěvují, ráda je vidím, poraděj...*“ nebo ve výroku P5: „*Vím, že tady nejsem sama... zaběhnou sem.*“, což poukazovalo na význam přítomnosti druhých osob a pravidelného kontaktu. Na základě těchto zjištění lze konstatovat, že potřeba bezpečí a jistoty byla naplňována kombinací několika faktorů, zejména domácím prostředím, přítomností blízkých osob a vědomím dostupné pomoci a podpory. Ve srovnání s tělesnými potřebami byla tato oblast ve výpovědích participantů zmiňována častěji a s větším důrazem, což poukazuje na její význam v životě pacientů v domácí hospicové péči.

Potřeba lásky a přijetí

V oblasti potřeby lásky a přijetí bylo zjištěno, že se jednalo o jednu z nejdůležitějších a zároveň nejčastěji zmiňovaných potřeb. Ve výpovědích participantů byl opakovaně zdůrazňován význam blízkých osob, zejména partnerů, dětí a širší rodiny. Například P2 uvedla: „*No tak nejvíc děda (manžel).*“ a dále uvedla: „*Syn je tady taky, bydlej nahoře.*“ P3 uvedl: „*Svoji rodinu.*“ a P4 uvedl: „*Tak z rodiny, no, děti.*“, což poukazuje na význam rodinných vztahů při naplňování potřeby lásky a přijetí. Z výpovědí vyplývalo, že blízké vztahy představovaly zásadní zdroj podpory a měly

význam nejen z praktického hlediska, ale také v rovině potřeby blízkosti a přijetí. Tato potřeba byla naplňována prostřednictvím přítomnosti rodinných příslušníků a každodenního kontaktu. Například P1 uvedla: „*Jo, jo, jsou tady.*“ P5 uvedla: „*Ahoj babi... co děláš a jak ti je, no mně stačí pár slov.*“ a dále uvedla: „*Přijdou ženský...*“, což poukazovalo na význam pravidelného kontaktu a drobných projevů zájmu. Z těchto zjištění vyplývalo, že i krátké návštěvy nebo jednoduchá komunikace měly význam při naplňování potřeby lásky a přijetí. Na základě těchto zjištění lze konstatovat, že potřeba lásky a přijetí patřila mezi klíčové oblasti potřeb pacientů v domácí hospicové péči. Spolu s potřebou bezpečí a jistoty byla ve výpovědích zmiňována nejčastěji a měla zásadní význam v jejich aktuální životní situaci.

Potřeba uznání a úcty

Potřeba uznání a úcty nebyla participanty spontánně zmiňována tak často jako předchozí oblasti potřeb. Ve většině případů se objevovala až na základě doplňujících otázek, kdy bylo zmiňováno, zda jsou přání a potřeby pacientů respektovány. Z výpovědí vyplývalo, že vlastní postavení bylo vnímáno jako důstojné a potřeby i přání byly považovány za respektované, což dokládá výrok P5: „*Moc, hrozně moc. Já myslím, že jo, co si přeju nebo co, tak je.*“ Součástí této oblasti byla také potřeba zachování soběstačnosti a určité míry nezávislosti. V této souvislosti P5 dále uvedla: „*Co je pro mě teď nejdůležitější, že se o sebe můžu, že se furt o sebe postarám.*“, což souviselo s potřebou soběstačnosti v kontextu potřeby uznání a úcty. V některých případech se v souvislosti s respektováním potřeb a přání objevoval také humor, například když P4 uvedl: „*vůbec ne... když jsem byl svobodnej, já jsem hrával fotbal*“ (smích). Na základě těchto zjištění lze konstatovat, že potřeba uznání a úcty se ve výpovědích participantů neobjevovala tak často, avšak byla přítomná. Z výpovědí vyplývá, že potřeba respektu a zachování důstojnosti byla vnímána jako důležitá.

Potřeba seberealizace

V rámci odpovědí na otázky týkající se potřeby seberealizace vyplynulo, že tato potřeba nebyla participanty zmiňována příliš často a ve výpovědích se objevovala spíše okrajově. Ve většině případů se neobjevovala přímo, ale spíše v souvislosti se vzpomínkami, vírou nebo hledáním smyslu v aktuální životní situaci. P4 uvedl: „*Vzpomínám na mládí.*“, což poukazovalo na souvislost této potřeby se vzpomínkami na minulost a období aktivního zapojení do života. U jiných participantů se potřeba seberealizace objevovala v souvislosti s vírou a hledáním smyslu. P5 uvedla: „*Víru, samozřejmě, že jsem věřící, jako jo. No ale já nevím, no, smysl, smysl nějaký v tom žití, že se mi tady žije dobře, no. V tom ho vidím.*“, což souviselo s hledáním smyslu. Na základě těchto zjištění lze konstatovat, že potřeba seberealizace se ve výpovědích participantů objevovala spíše okrajově a byla spojována především se vzpomínkami, vírou a hledáním smyslu. Současně se potřeba seberealizace neprojevovala jako aktivní naplňování cílů, ale spíše byla spojována se vzpomínkami, vírou a hledáním smyslu v aktuální životní situaci.

Na základě analýzy rozhovorů lze konstatovat, že u pacientů v domácí hospicové péči byly identifikovány potřeby vycházející z Maslowovy hierarchie potřeb, a to potřeby lásky a přijetí, bezpečí a jistoty, uznání a úcty, potřeba seberealizace a základní tělesné a fyziologické potřeby. Mezi nejvíce zmiňované potřeby patřila potřeba lásky a přijetí a potřeba bezpečí a jistoty, které

se ve výpovědích participantů objevovaly opakovaně. Tyto potřeby byly zmiňovány zejména v souvislosti s přítomností blízkých osob, domácím prostředím a dostupností pomoci a podpory. Potřeba uznání a úcty se ve výpovědích objevovala méně často a byla spojována s potřebou respektu, důstojnosti a zachováním soběstačnosti. Potřeba seberealizace se ve výpovědích objevovala spíše okrajově a byla spojována především se vzpomínkami, vírou a hledáním smyslu v aktuální životní situaci. Mezi nejméně zmiňované potřeby patřily základní tělesné a fyziologické potřeby, které se objevovaly zejména v souvislosti s potřebou tlumení bolesti a zachováním soběstačnosti.

2.6.2 Způsob naplňování potřeb pacientů v domácí hospicové péči

Kapitola se zaměřuje na druhou dílčí výzkumnou otázku (DVO2), která zní: „Jakým způsobem jsou potřeby pacientů v domácí hospicové péči naplňovány?“ Při analýze rozhovorů byla pozornost věnována především tomu, jak je způsob zajištění potřeb popisován v každodenním životě a kdo se na tomto procesu podílí. Z výpovědí participantů vyplynulo, že na naplňování potřeb se nepodílí pouze jedna osoba, ale více osob a služeb, které se vzájemně doplňují. Významnou roli sehrávali především rodinní příslušníci a blízké osoby zajišťující každodenní péči a podporu. Vedle nich se na zajištění potřeb podíleli také pracovníci mobilního hospice a další služby poskytující odbornou pomoc. Jednotlivé formy pomoci se ve výpovědích často prolínaly.

Z výpovědí vyplynulo, že rodinní příslušníci se ve většině případů snažili svým blízkým vycházet vstříc a zajistit jim péči v domácím prostředí. Pomoc se týkala zejména běžných každodenních činností, jako je hygiena, zajištění chodu domácnosti, nákupy, příprava stravy nebo doprovod k lékaři. Zároveň však nebyla pouze praktického charakteru, ale zahrnovala i psychickou podporu a samotnou přítomnost. Syn P1 uvedl: „S manželkou, se synem... všichni se nějak tak podělíme... když ji třeba potřebujeme dát výš a on je doma, protože není doma furt tak pomůže.“ a dále uvedl: „Manželka ji večer ještě převlíká... koukne jestli není počůraná.“ P2 uvedla: „No jistě, mytím... vaří, nosí mi jídlo. Všechno.“ P4 uvedl: „Když potřebuju odvést k lékaři nebo někam.“ P5 uvedla: „Snacha i dcera vaří, přinesou mi sem.“ a dále uvedla: „Dcera nakupuje jednou za týden... napíšu si seznam a oni zařídí.“ Zajištění potřeb bylo realizováno také v oblasti zdravotní péče, například prostřednictvím obstarávání léků nebo zprostředkování kontaktu s lékařem. Některé činnosti, jako je hygiena nebo zajištění léků, byly vykonávány jak rodinou, tak pracovníky hospice, přičemž tyto role se vzájemně doplňovaly. Z výpovědí vyplývalo, že zapojení jednotlivých stran se lišilo podle konkrétní situace a možností rodiny a jednotlivé činnosti byly rozdělovány individuálně. V případech, kdy rodinní příslušníci již některé úkony nezvládali, byla péče přebírána pracovníky hospice. P2 uvedla: „Ten vnuk mi zařídil od pana doktora... tuhle službu taky zařídil on.“ P3 uvedl: „To mi taky shánějí. (léky)“ a dále uvedl: „No pomáhají mi s mytím, hlavně s mytím.“ P5 uvedla: „Léky mi obstará. (dcera)“ Ve vztahu k pracovníkům mobilního hospice bylo z výpovědí patrné, že byla zmiňována především podpora, ujištění a poradenství. Odborná zdravotní péče, například v oblasti podávání a kontroly léků, ošetření ran nebo spolupráce s lékařem, se objevovala spíše až na základě doplňujících otázek. Péče poskytovaná pracovníky hospice byla úzce propojena s péčí rodiny a obě tyto složky se vzájemně doplňovaly. Důležitou roli sehrávala komunikace a respekt mezi rodinou a pracovníky hospice, stejně jako možnost obrátit se na pracovníky hospice v případě potřeby. Syn P1 uvedl: „Je to pečovatelská služba, sestřičky z mobilního hospicu a jezdí sem doktor, pravidelně... jsme

spokojení.“ P2 uvedla: „*No tak pomáhá, poradí.*“. P5 uvedla: „... *přijdou tady ženský, sestřičky... vím, že mám furt za sebou někoho, kdo mi pomůže, no.*“

Na základě analýzy rozhovorů lze konstatovat, že potřeby pacientů v domácí hospicové péči byly naplňovány prostřednictvím kombinace péče poskytované rodinou a pracovníky mobilního hospice. Každodenní potřeby byly zajišťovány především rodinnými příslušníky, a to zejména v oblasti základní péče, chodu domácnosti a každodenního kontaktu a podpory. Odborná zdravotní péče, poradenství a zajištění potřebných služeb byly poskytovány pracovníky mobilního hospice. Jednotlivé formy pomoci se vzájemně doplňovaly a byly rozdělovány individuálně podle konkrétní situace a možností rodiny. Důležitou součástí naplňování potřeb byla také komunikace mezi rodinou a pracovníky hospice a možnost obrátit se na odbornou pomoc v případě potřeby.

2.6.3 Role sociálního pracovníka v domácí hospicové péči

Kapitola se zaměřuje na třetí dílčí výzkumnou otázku (DVO3), která zní: „Jakou roli v celém procesu zaujímá sociální pracovník?“ Při analýze rozhovorů byla pozornost věnována tomu, jak je role sociálního pracovníka participanty vnímána v rámci domácí hospicové péče.

Z výpovědí participantů vyplynulo, že role sociálního pracovníka nebyla vždy zcela zřetelná a pro některé z nich nebyla snadno rozpoznatelná. V některých případech nebylo přesně určeno, kdo sociální pracovník je, případně byla jeho role spojována s jinými pracovníky hospice. P1 uvedla: „*Jako jak sociální pracovník?*“ a P3 uvedl: „*Toho jsem ještě neviděl.*“ Zároveň se ukázalo, že činnosti spojené se sociální prací byly často přisuzovány jiným členům týmu, zejména zdravotnickému personálu nebo vedoucí služby. V některých případech byl sociální pracovník spojován spíše s administrativními úkony nebo jednorázovým kontaktem, například při vyřizování příspěvků nebo podpisu dokumentů. Syn P1 uvedl: „*Přivezli papíry, vysvětlily, tak jsem to podepsal...*“ P2 uvedla: „*Byla tady, sepisovala se mnou...*“ (vedoucí služby) a P3 uvedl: „*To řešej všechno sestřičky.*“ P5 uvedla: „*Když něco potřebuju, tak to řeknu buď sestřičce nebo dceři... oni mi to zařídí.*“ Z výpovědí dále vyplývalo, že kontakt se sociálním pracovníkem nebyl vždy přímý a v některých případech probíhal zprostředkovaně. P4 uvedl: „*Když jsme potřebovali něco se zeptat, tak jsme se ptali po telefonu.*“ Ve výpovědích participantů byly výrazněji zmiňovány role zdravotnických pracovníků a rodinných příslušníků, kteří se podíleli na každodenní péči. Role sociálního pracovníka byla ve výpovědích zmiňována méně často a byla spojována spíše s administrativními činnostmi nebo nebyla přesně rozlišována. Na základě analýzy rozhovorů lze konstatovat, že role sociálního pracovníka nebyla participanty vždy jednoznačně identifikována a ve výpovědích nebyla vnímána jako výrazná.

3 Diskuse

Diskuse je zaměřena na zhodnocení výsledků výzkumného šetření v návaznosti na teoretická východiska práce a na jejich porovnání s poznatky odborné literatury.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že mezi nejčastěji zmiňované potřeby participantů patřila potřeba lásky a přijetí a potřeba bezpečí a jistoty, zatímco základní tělesné a fyziologické potřeby byly uváděny spíše okrajově. Tento výsledek je v souladu s tvrzením Svatošové (1999), podle níž se význam jednotlivých potřeb v průběhu nemoci proměňuje a biologické potřeby nemusí být v závěru života vnímány jako nejdůležitější. Význam potřeby bezpečí a jistoty potvrzuje také Kupka (2014), který uvádí, že domácí hospicová péče vychází z předpokladu, že většina pacientů preferuje pobyt v domácím prostředí, kde může být potřeba bezpečí naplňována. Zjištění odpovídají také holistickému pojetí paliativní péče, které zdůrazňuje propojení biologických, psychosociálních a spirituálních potřeb pacienta (Bužgová, 2015). Způsob naplňování potřeb byl ve výpovědích participantů popisován jako kombinace péče poskytované rodinou a pracovníky domácí hospicové péče. Rodinní příslušníci zajišťovali především každodenní péči a podporu, zatímco pracovníci hospice poskytovali odbornou pomoc v oblasti zdravotní péče. Tento model odpovídá pojetí paliativní péče jako multidisciplinárního přístupu, který zahrnuje spolupráci různých odborníků i zapojení rodiny pacienta (Marková, 2010). Ve výpovědích byla zároveň zdůrazňována přítomnost a zájem blízkých osob, což koresponduje s tvrzením Příbyla (2015), podle něhož v závěru života nejde pouze o biologické přežití, ale také o zachování smysluplnosti života a pocitu sounáležitosti. V oblasti role sociálního pracovníka bylo zjištěno, že tato role nebyla participanty vždy jednoznačně rozpoznána a nebyla vnímána jako výrazná. Ve výpovědích byla často spojována spíše s administrativními úkony nebo přisuzována jiným členům týmu. Tento výsledek není zcela v souladu s teoretickým vymezením, které chápe sociálního pracovníka jako důležitou součást multidisciplinárního týmu podílejícího se na zajištění potřeb pacienta i jeho rodiny (Marková, 2010). V teorii je role sociálního pracovníka popisována jako významná a zahrnuje podporu, poradenství a pomoc při orientaci v sociální situaci klienta (Havrdová, 1999). Tento rozdíl lze vysvětlit také tím, že činnost sociálního pracovníka nemusí být pro klienty vždy přímo viditelná, jak uvádí Úlehla (2007). Celkově lze konstatovat, že výsledky výzkumu jsou ve většině oblastí v souladu s teoretickými východisky práce, zejména pokud jde o význam psychosociálních potřeb a spolupráci rodiny a odborných pracovníků. Odlišnost byla zaznamenána především v oblasti vnímání role sociálního pracovníka, která nebyla ze strany participantů vždy jednoznačně identifikována.

3.1 Limity výzkumu

Výzkumné šetření vykazovalo několik limitů, které je vhodné zohlednit při interpretaci výsledků. Jedním z nich byl malý výzkumný soubor, který omezuje možnost zobecnění výsledků mimo zkoumanou skupinu participantů. Dalším limitem byla přítomnost osob u některých rozhovorů, zejména pečujících nebo pracovníků domácí hospicové péče, která mohla ovlivnit míru otevřenosti participantů při sdělování některých informací. Limitem mohl být rovněž zdravotní stav participantů, který se mohl projevit kratší délkou rozhovorů nebo omezeným rozsahem sdílených informací. I přes uvedené skutečnosti rozhovory přinesly cenné poznatky, které je vhodné vnímat s ohledem na jejich průběh.

3.2 Doporučení pro praxi

Z výzkumu vyplynulo, že role sociálního pracovníka nebyla vždy jednoznačně vnímána a často byla spojována spíše s administrativními činnostmi. V návaznosti na to by mohlo být přínosné, aby byli pacienti a jejich blízcí již na začátku péče srozumitelně seznámeni s rolí sociálního pracovníka a možnostmi jeho podpory. Současně se jako důležité ukazuje posilování multidisciplinární spolupráce mezi jednotlivými členy týmu, a to nejen na úrovni samotného poskytování péče, ale také směrem k pacientům a jejich rodinám. Přínosné by mohlo být, aby byly role jednotlivých odborníků v týmu jasněji vymezeny a srozumitelně komunikovány, což by mohlo usnadnit orientaci v tom, na koho se lze v konkrétní situaci obracet. V této souvislosti by mohlo pomoci také větší zapojení sociálního pracovníka do přímého kontaktu s pacienty a jejich rodinami. Jako jeden z možných kroků se nabízí využití jednoduchých a srozumitelných materiálů, například přehledného manuálu či vizuálního znázornění činností jednotlivých členů týmu, které by mohlo pacientům a jejich blízkým usnadnit orientaci v poskytované péči. Závěrem lze uvést, že komunikace mezi rodinou a pracovníky domácí hospicové péče byla vnímána jako funkční, přesto je vhodné ji nadále rozvíjet a věnovat jí průběžnou pozornost.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou potřeby pacientů v domácí hospicové péči, jakým způsobem jsou naplňovány a jakou roli v tomto procesu zaujímá sociální pracovník. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že mezi nejvýznamnější potřeby pacientů patří především potřeba lásky a přijetí a potřeba bezpečí a jistoty, zatímco základní tělesné a fyziologické potřeby byly zmiňovány spíše okrajově. Potřeby pacientů jsou naplňovány především prostřednictvím spolupráce rodiny a pracovníků mobilního hospice. Zásadní roli přitom hraje přítomnost blízkých osob, jejich zájem a domácí prostředí. Rodina se podílí zejména na každodenní péči a poskytuje pacientovi blízkost a podporu, zatímco pracovníci hospice zajišťují především odbornou pomoc a podporu v oblasti zdravotní péče. U role sociálního pracovníka se ukázalo, že jeho působení nebylo participanty vždy jednoznačně vnímáno a často si jej spojovali spíše s administrativními úkony. Tento poznatek může souviset s tím, že některé činnosti sociálního pracovníka nejsou pro klienty vždy přímo zřejmé. Výzkum zároveň poukázal na význam domácího prostředí, zapojení nejbližších osob do péče a vzájemné spolupráce mezi rodinou a pracovníky mobilního hospice, která se ukazuje jako klíčová při naplňování potřeb pacientů v závěru života. V průběhu zpracování výzkumu jsem si zároveň uvědomila, jak významnou roli domácí hospicová péče sehrává. Nabízí možnost zůstat v přirozeném prostředí, v blízkosti rodiny a s podporou odborníků, což vnímám jako velmi důležité pro důstojné prožívání závěru života. Přínosem práce je zejména zachycení pohledu samotných pacientů na jejich potřeby v závěru života a na způsob jejich naplňování v domácí hospicové péči. Získané poznatky mohou být využitelné v praxi sociálních a zdravotních služeb, například při zvyšování informovanosti pacientů a jejich blízkých o roli jednotlivých členů multidisciplinárního týmu, ale také v prostředích, kde se uvažuje o rozšíření péče do domácího prostředí. Závěrem lze konstatovat, že domácí hospicová péče představuje důležitou formu péče a podpory, která pacientům umožňuje zachovat si důstojnost, zůstat ve svém přirozeném domácím prostředí a prožívat závěr života s lidmi, na kterých jim záleží.

Seznam použité literatury

- BORGSTROM, Erica; COHN, Simon; DRIESSEN, Annelieke; MARTIN, Jonathan a YARDLEY, Sarah. Multidisciplinary team meetings in palliative care: an ethnographic study. Online. BMJ Supportive & Palliative Care. 2021, vol. 14, no. e1, s. e448-e451. ISSN 2045-435X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003267>. [cit. 2026-04-16].
- BUŽGOVÁ, Radka, 2015. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
- HAVRDOVÁ, Zuzana. Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci. Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5.
- HOLEKSOVÁ, Taťána. Ležící člověk v domácím prostředí: praktická příručka jak pečovat o málo mobilního a zcela imobilního člověka doma. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0212-6.
- KISVETROVÁ, Helena. Péče v závěru života. Praha: Maxdorf, [2018]. ISBN 978-80-7345-496-8.
- KUPKA, Martin. Psychosociální aspekty paliativní péče. Psyché. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.
- MARKOVÁ, Alžběta. Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy. 3. aktualizované vydání. [Praha]: Cesta domů, 2021. ISBN 978-80-88126-77-5.
- MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. Sestra. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MASLOW, Abraham Harold. O psychologii bytí. Přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262.
- MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, Strategie rozvoje paliativní péče v České republice do roku 2035, 2025 [online]. [cit. 2026-01-06]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2025/04/Analyticka-cast-Strategie-rozvoje-paliativni-pecce-v-CR-do-roku-2025.pdf>
- NUÑO-SOLINÍS, Roberto. Integrated end of life care: the role of social services. International Journal of Integrated Care. 2014, roč. 14. Dostupné z: <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.1537>
- PŘIBYL, Hugo. Lidské potřeby ve stáří. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2015]. ISBN 978-80-7345-437-1.
- SALLNOW, Libby et al. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. The Lancet. 2022, roč. 399, č. 10327, s. 837–884. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02314-X.
- SIEBEROVÁ, Jana. Hospic: příběh naplněné naděje. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2016. ISBN 978-80-7553-038-7.
- SLÁMOVÁ, Regina; MARKOVÁ, Alžběta; KUBÁČKOVÁ, Petra a ANTONOVÁ, Barbora. Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující. Brno: Edika, 2018. ISBN 978-80-266-1279-7.

SVATOŠOVÁ, Marie a PALÁN, Aleš. Neboj se vrátit domů: Marie Svatošová v rozhovoru s Alešem Palánem. Rozhovory. Praha: Kalich, 2018. ISBN 978-80-7017-249-0.

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. [1. vyd.]. Praha: Ecce homo, 1995. ISBN 80-902049-0-2.

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

ŠEĎOVÁ, K. a ŠVAŘÍČEK, R. Jak psát kvalitativně orientované výzkumné studie. Kvalita v kvalitativním výzkumu. Online. Pedagogická orientace. 2013, roč. 23, č. 4, s. 478-510. ISSN 1805-9511. Dostupné z: <https://doi.org/10.5817/pedor2013-4-478>. [cit. 2026-03-15].

ÚLEHLA, Ivan. Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe. 2. vyd. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-36-6.

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

WARE, Bronnie a BARTOŠKOVÁ, Linda. Čeho před smrtí nejvíce litujeme. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0168-7.

Přílohy

Příloha 1: Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru

Příloha 2: Otázky k rozhovoru

Příloha 1: Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru

Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru

Název práce: Potřeby pacienta domácí hospicové péče v závěru života

Studentka: Barbora Foltýnová

Studijní program a škola: Vysoká škola polytechnická Jihlava, Zdravotně sociální péče

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Dubnová, PhD.

Vážená paní / Vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o rozhovor v rámci mé bakalářské práce, která se zaměřuje na potřeby pacientů domácí hospicové péče. Cílem práce je zjistit jaké jsou potřeby pacientů v domácí hospicové péči, jakým způsobem jsou naplňovány a jakou roli v celém procesu zaujímá sociální pracovník.

Rozhovory budou probíhat individuálně ve Vašem domácím prostředí. Otázky budou otevřené formulované srozumitelně a citlivě s ohledem na Váš aktuální zdravotní stav. Účast ve výzkumu je zcela dobrovolná. Rozhovor můžete kdykoli přerušit nebo se rozhodnout na některou otázku neodpovědět. Předpokládaná délka rozhovoru je 30–60 minut.

S Vaším souhlasem bude rozhovor nahráván. Nahrávka bude použita výhradně pro účely této bakalářské práce, bude anonymizována a po dokončení výzkumu bezpečně smazána. Veškeré získané údaje budou zpracovány důvěrně a v práci nebudou uvedeny žádné informace, podle kterých by bylo možné Vás identifikovat.

Pokud budete mít jakékoli dotazy nebo budete potřebovat doplňující informace, můžete se na mě kdykoli obrátit na telefonním čísle xxx xxx xxx nebo e-mailové adrese xxx. Ráda Vám vše vysvětlím ještě před zahájením rozhovoru.

Prohlášení účastníka:

Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s účelem výzkumu a podmínkami své účasti. Moje účast je dobrovolná a souhlasím s pořízením zvukového záznamu rozhovoru.

Jméno a příjmení: _____

Podpis: _____

Datum: _____

Příloha 2: Otázky k rozhovoru

1. ČÁST – POTŘEBY PARTICIPANTŮ

Povězte mi prosím, jaké potřeby jsou pro Vás v současné době nejdůležitější?

Doplňující otázky (Maslowova pyramida):

Řeknete mi prosím, jak nyní prožíváte své tělesné potřeby?

Popište mi prosím, jak se nyní cítíte ve svém domácím prostředí z hlediska pocitu bezpečí a jistoty?

Povězte mi prosím, jaké místo mají ve Vašem životě blízcí lidé v tomto období?

Řeknete mi prosím, jak jsou podle Vás respektována Vaše přání a rozhodnutí?

Popište mi prosím, co Vám nyní dává pocit smyslu nebo vnitřního naplnění?

2. ČÁST – ZPŮSOB NAPLŇOVÁNÍ POTŘEB

Popište mi prosím, jakým způsobem jsou tyto potřeby naplňovány v rámci mobilního hospice?

Řeknete mi prosím, kdo nebo co Vám nejvíce pomáhá zvládat každodenní situace?

Povězte mi prosím, jakým způsobem Vám pracovníci hospice pomáhají v tom, co je pro Vás důležité?

Popište mi prosím, jak se na péči podílí Vaše rodina nebo blízcí?

3. ČÁST – ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Povězte mi prosím o své zkušenosti se sociálním pracovníkem v rámci mobilní hospicové péče.

Řeknete mi prosím, s čím Vám sociální pracovník pomáhal nebo pomáhá?

Popište mi prosím, jaký význam má pro Vás podpora sociálního pracovníka?

Povězte mi prosím, v jakých situacích jste pomoc sociálního pracovníka vnímali jako důležitou?

ZÁVĚR ROZHOVORU

Prosím zamyslete se nyní na závěr našeho rozhovoru nad tím, co byste chtěl/a k tomuto tématu ještě sdílet nebo doplnit.