

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Písemná práce k bakalářské zkoušce

**Setkání s umíráním a smrtí v hospici v kontextu sociální
práce**

Studijní obor:

**Sociální práce se zaměřením na komunikaci
a aplikovanou psychoterapii**

Šimon Jelínek

2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou práci k bakalářské zkoušce vypracoval samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použil.

V Praze dne 21.8. 2008

.....

Poděkování

Nejprve bych rád poděkoval Doc. PhDr. Jaroslavu Koťovi za odborné vedení a podnětné rady, kterých se mi od něj dostalo během vypracovávání bakalářské práce. Mé díky patří také všem hospicům a sociálním pracovníkům, kteří mi vyšli vstříc v průběhu výzkumné činnosti. V neposlední řadě chci poděkovat za trpělivý přístup svých nejbližších, jejich podporu a láskyplnou péči.

Obsah

ÚVOD.....	6
1 VYMEZENÍ POJMŮ.....	8
1.1 Umírání.....	8
1.2 Smrt.....	9
1.3 Hospic.....	9
1.4 Sociální práce.....	10
2 HOSPICOVÁ PÉČE.....	12
2.1 Historie hospiců	12
2.2 Paliativní péče.....	13
2.3 Podoby hospicové péče.....	15
2.4 Význam hospiců v pojetí umírání a smrti.....	18
3 ZKUŠENOST UMÍRÁNÍ.....	20
3.1 Reakce na skutečnost umírání.....	20
3.2 Stádia emocionální odezvy na umírání.....	21
3.2.1 Stádium popírání a izolace.....	21
3.2.2 Stádium zlosti (hněvu,vzpoury).....	22
3.3.3 Stádium smlouvání.....	22
3.2.4 Stádium deprese.....	23
3.3.5 Stádium smíření (souhlasu).....	23
3.3 Přání umírajících	23
3.4 Cesta k dobrému umírání.....	25
3.5 Umírání z pohledu rodinných příslušníků.....	26
4 MOŽNOSTI PÉČE V KONTEXTU SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	28
4.1 Úloha sociální práce v hospici.....	28
4.1.1 Kompetence sociálního pracovníka.....	29
4.1.2 Role sociálního pracovníka.....	30
4.2 Sociální práce s umírajícími.....	30
4.3 Sociální práce s rodinou umírajícího.....	32

4.4 Sociální práce s pozůstalými.....	33
5 ÚVOD K VÝZKUMNÉ SONDĚ.....	34
5.1 Problém.....	34
5.2 Cíl.....	34
5.3 Výzkumné otázky.....	35
5.4 Popis zvolené metody a metodologického rámce.....	35
5.5 Charakteristika vzorku.....	36
5.6 Výběr výzkumného vzorku.....	36
5.7 Metody zpracování a analýzy dat.....	37
5.8 Způsob řešení etických problémů.....	37
6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉ SONDY.....	38
6.1 Charakter respondentů.....	38
6.2 Motivace.....	40
6.3 Doprovázení.....	42
6.4 Podpora v zaměstnání.....	45
6.5 Soukromá sféra.....	49
6.6 Postoj k umírání a smrti.....	50
7 DISKUZE.....	53
8 SOUHRN.....	57
ZÁVĚR.....	59
SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH ÚDAJŮ.....	60

ÚVOD

Mým záměrem bylo sepsat bakalářskou práci, která se bude zabírat některou dosud nepříliš dotčenou oblastí sociální práce. Celkem logicky tak padla volba na hospice. Sociální práce v hospicích je u nás stále nedostatečně prozkoumanou oblastí. Vlivem krátké působnosti hospicového hnutí a celkově neuspokojivému stavu odborných publikací v této oblasti nejsou dosud jasně určeny role a kompetence sociálního pracovníka. Chybí zde přehled výzkumných studií a prací, které by napomohli ke zkvalitnění sociálních služeb v hospicové péči. I proto jsem se rozhodl, že podniknu malý průzkum se sociálními pracovníky v hospicích a sepiši stručný přehled základních poznatků o setkání s umíráním a smrtí.

Bakalářská práce je rozvržena do devíti kapitol a skládá se z části teoretické a praktické. V první kapitole se zabývám vymezením základních pojmů, které bezprostředně souvisí s obsahem a tématy práce. V druhé kapitole popisují historii hospiců a jejich současný stav v České republice. Předkládám zde i obecný soupis poznatků o paliativní a hospicové péči. Třetí kapitola je pak zaměřena na významné aspekty umírání. Popisují v ní reakce lidí na zjištění závažnosti onemocnění, jejich potřeby a přání. Nedílnou součástí je i nástin cesty k „dobrému umírání“. Konečně obsahem čtvrté kapitoly je úloha sociální práce v hospici. Zabývám se v ní charakteristikou kompetencí a rolí sociálního pracovníka. Je zde obsažen i pokus o vymezení konkrétních podob sociální práce v hospici.

Praktická část bakalářské práce je obsažena v následujících kapitolách. Jedná se o výzkumnou sondu se sociálními pracovníky z osmi hospiců vedených na území České republiky. Jako problém jsem si vytyčil schopnost sebereflexe sociálních pracovníků v souvislosti s umíráním a smrtí. Mým cílem bylo zjistit motivaci sociálních pracovníků pro práci v hospici a zjištění způsobů vyrovnávání se s blízkostí umírajících osob. Pátá kapitola obsahuje základní charakteristiku jednotlivých parametrů výzkumné sondy. V šesté kapitole jsou uvedeny výsledky výzkumné činnosti. Řazení kapitol je závislé na sledování oblasti zájmu. Hlavními oblastmi, jimiž se výzkumná sonda zabývá, jsou *motivace, doprovázení, podpora*

v zaměstnání, soukromá sféra a postoj k umírání a smrti. Poslední dvě kapitoly obsahují ještě diskuzi k výzkumné sondě a souhrn výzkumné činnosti.

1 VYMEZENÍ POJMŮ

V této kapitole se zabývám základním vymezením pojmů, které se vztahují k obsahu bakalářské práce.

1.1 Umírání

Umírání je neodvratný proces a s trochou nadsázky by se dalo říct, že jím procházíme od počátku zrození. Tématu umírání se u nás již řadu let věnuje profesorka Helena Haškovcová, která se zasloužila o nedocenitelnou osvětu v této oblasti. Píše, že „*pojmem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu. Ten je definován jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti individua. Terminální stav bývá časově ohraničen dobou několika hodin, dnů, popř. týdnů. Jinými slovy řečeno, jedná se o „vlastní umírání“, o stav, který bývá označován pojmem in finem*“ (HAŠKOVCOVÁ, 2004, s. 435). Většinou ale bývá umírání časově delším úsekem a neodpovídá tedy charakteristice v lékařské terminologii.

Mnohem přesnějším popisem umírání je rozlišení na fázi *pre finem*, *in finem* a *post finem*. První fáze začíná v okamžiku zjištění diagnózy a končí vstupem do terminálního stádia. V závislosti na druhu onemocnění může trvat i několik let. Druhá fáze je obdobím umírání ve vlastním slova smyslu. Třetí fáze pak zahrnuje péči o mrtvé tělo a doprovázení pozůstalých (HAŠKOVCOVÁ, 2004).

Fázovými modely umírání se zabývalo mnoho autorů. Nejznámější je asi ten, který popsala Elizabeth Kübler-Rossová. Snahou všech bylo lépe porozumět prožívání lidí během procesu umírání. Podařilo se jim tak ukázat, že se umírání nedá eliminovat pouze na terminální stav.

Haškovcová (2007) dále uvádí domácí a institucionální model umírání. První z nich poukazuje na fakt, že lidé kdysi umírali především doma, kde byla jedinou pečující institucí rodina. Nevýhodou domácího modelu byly hlavně omezené možnosti odborné pomoci. Druhý model je spjat se skutečností, kdy v důsledku rozvoje

medicíny přešla postupně péče o nemocného do rukou lékařů a zdravotních sester. Umírání se tak stalo věcí profesionálů, kteří však nedokázali nahradit nezastupitelnou sociální funkci rodiny.

1.2 Smrt

Ve smrti se člověku ukazuje jeho konečnost. Je to něco absolutního, co se bezprostředně týká všeho živého a s definitivní platností určuje způsob naší existence. Haškovcová uvádí, že „*smrt (mors) je individuální zánik organismu, tedy také člověka*“ (HAŠKOVCOVÁ, 2007, s. 89).

Velký slovník naučný dále uvádí, že smrt byla „*v tradičních pojetích chápána jako rozchod životního principu (duše) s těle, v materialistických směrech jako definitivní konec fyzické i psychické stránky lidské bytosti. Protože člověk, na rozdíl od zvířat, je schopen vidět svůj život jako celek, je i smrt součástí tohoto celku: každý člověk předem ví, že zemře. Podobně jako lidský život je tedy i lidská smrt jedinečná a osobní a není jen nahodilým přerušením organických funkcí*“ (Velký slovník naučný, 1999, s. 1357).

V souvislosti s tím je třeba zmínit pojem přirozené smrti, která „*se dnes obecně definuje především jako smrt věkem. Jde o smrt, která se samozřejmostí dostavuje jako konec na základě vývoje stárnoucího těla. Tato biologická smrt věkem se vysvětluje endogenně, ne patogenně*“ (SCHERER, 2005, s. 29). Důležitá je zde orientace přírodní vědou, kdy se člověk snaží působit na svůj biologický základ, aby se dožil úctyhodného stáří. Představa přirozené smrti v sobě totiž skrývá předpoklad dlouhého života a vychází spíše ze svobodného rozhodnutí člověka, než z lidské přirozenosti. V tendencích k ovládnutí přirozené smrti se vyjevuje touha, aby byla smrt odsunuta co možná nejdál. Přirozenost se zde ukazuje jako synonymum dlouhověkosti, což může bránit přijetí smrti ve chvíli, kdy ji nečekáme (SCHERER, 2005).

1.3 Hospic

Hospic je specializované zařízení, které zajišťuje služby umírajícím a jejich blízkým. Uplatňují se zde principy hospicového hnutí v duchu úcty k člověku jako

jedinečné a neopakovatelné bytosti. Haškovcová uvádí, že „*hospic poskytuje pacientovi paliativní, především symptomatickou léčbu a péči a současně se snaží uspokojit i jeho potřeby psychické, sociální a spirituální. Neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení slibuje léčitelnost*“ (HAŠKOVCOVÁ, 2004, s. 511).

Velký slovník naučný dále definuje hospic jako „*zdravotně sociální lůžkové zařízení pečující o umírající, nevléčitelně nemocné a jejich rodiny. Podstatou péče je posílení role rodiny, překonání osamělosti a úzkosti, vytvoření možnosti umírání v domácím prostředí, léčba bolesti. Další formou hospice je stacionář, domácí péče. Hospice jsou nově zřizovány také pro nemocné AIDS. Původně klášterní útulek pro poutníky*“ (Velký slovník naučný, 1999, s.551).

Úkolem hospice je zkvalitnění života umírajících a jejich nejbližších v náročné životní situaci.

1.4 Sociální práce

Vymezení pojmu sociální práce se liší v závislosti na teoretickém, společenském a kulturním kontextu (MATOUŠEK, 2001). Společně s lékařstvím, ošetrovatelství, psychologii a záchranářstvím vytváří rámec pomáhajících profesí.

Podle Sociologického slovníku je sociální práce „*zaměřená na zlepšení sociálního postavení lidí chudých nebo deviantních – odchylojících se od společenských norem. Jejím cílem je odhalení a náprava sociálních problémů; jejími metodami jsou individuální, skupinová a komunitní práce...*“ (JANDOUREK, 2001, s. 191).

V souvislosti se současnými trendy sociální práce není však výše uvedená definice dostačující. V poslední době je stále častěji zmiňován koncept sociálního fungování, který pomáhá zřetelnějšímu vymezení sociální práce. Národní asociace sociálních pracovníků (NASW) definuje sociální fungování jako „*naplnění rolí člověka ve společnosti, ve vztahu k lidem v bezprostředním sociálním okolí i ve vztahu k sobě samému. Toto fungování zahrnuje uspokojování potřeb jak základních, tak těch, na kterých závisí jeho uplatnění v společnosti*“ (cit.dle MATOUŠKA, 2001, s. 186).

Na základě sociálního fungování pak lze podle NASW definovat sociální práci jako profesionální aktivitu, která je „*zaměřená na pomáhání jednotlivcům, skupinám či*

komunitám zlepšit nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl“ (cit.dle MATOUŠKA, 2001, s. 184).

2 HOSPICOVÁ PÉČE

V této kapitole popisují historii hospiců a jejich současný stav v České republice. Dále se zabývám objasněním pojmů paliativní a hospicové péče. A v neposlední řadě zmiňuji i význam hospiců v současném pojetí umírání a smrti.

2.1 Historie hospiců a současný stav hospicové péče v ČR

Anglický výraz hospic označoval dříve útulek nebo útočiště. Ve středověku sloužily podobné útulky jako domy odpočinku, které vyhledávali poutníci směřující do Palestiny. Tyto hospice vedl člověk, který se vyznal i v ranhojičství. Díky tomu mohl středověký hospic poskytovat vše, co dnes nazýváme bio-psycho-sociálním a spirituálním komfortem. Se současnými hospici však neměl příliš společného. Teprve v 18. století vytvořila Mary Aikdeheadová v Dublinu zvláštní nemocnice pro umírající. Nazvala ji Hospic a poskytovala zde ošetrovatelskou péči podle principů sesterské charity. K rozvoji specializovaných zařízení hospicové typu došlo však až ve 20. století (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Významnou protagonistkou hospicového hnutí se stala Cicela Saundersová, která svého času působila v nově otevřeném St. Joseph's Hospice (Hospic sv. Josefa) v Londýně. Zde provedla studii na více než 1000 pacientech a prokázala, že podávání opiátů před nástupem bolesti a v pravidelných intervalech účinně tlumí bolest, aniž by u pacientů hrozil návykový efekt. Saundersová tak položila základy paliativní léčby chronických bolestí. V roce 1967 pak stanula v čele hospice moderního typu s názvem St. Christopher's Hospice (Hospic sv. Kryštofa). Ten je dnes nazýván "mateřským domovem" hospicového hnutí. Principy paliativní péče nacházejí ve světě stále více příznivců a po hospicové péči stoupá i poptávka z řad nevléčitelně nemocných. Přibližný počet hospiců je dnes odhadován více než na 2000, přičemž v samotné Anglii jich funguje něco kolem 220 (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Historie hospicové péče v České republice se datuje od založení občanského sdružení pro podporu domácí hospicové péče a hospicového hnutí Ecce homo v roce 1993. Zasloužila se o ní lékařka Marie Svatošová, která stála roku 1996 i u zrodu prvního hospice u nás. Vybudování a otevření Hospice Anežky České v Červeném Kostelci byl vůbec prvním a zcela ojedinělým počinem občanského sdružení Ecce Homo. A ačkoliv od roku 1992 funguje jednotka paliativní péče v rámci nemocnice TRN v Babicích nad Svitavou u Brna, neměla zdaleka tak významný dopad na budoucí rozvoj hospicové péče v ČR jako v případě hospice v Červeném Kostelci. V roce 1998 bylo založeno Sdružení poskytovatelů hospicové péče v ČR, které začalo připravovat koncepci hospicové péče pro Českou republiku. A konečně v roce 2005 započala svoji činnost Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, v jejímž čele stanula právě Marie Svatošová (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

V současné době provozuje paliativní péči Hospic Štrasburk v Praze v Bohnicích, Hospic sv. Lazara v Plzni, Hospic sv. Alžběty v Brně, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna, Dobrovolnické hospicové hnutí v Ostravě, Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích, Hospic na Svatém Kopečku v Olomouci, Dům hospicové a respitní péče ve Valašském Meziříčí aj. Za zmínku jistě stojí i osvětová činnost domácího hospice Cesta domů, který byl zbudován roku 2002 v Praze.

2.2 Paliativní péče

Vzhledem k tomu, že nedílnou součástí hospicové péče je uplatňování paliativní neboli útěšné medicíny, je potřeba vymezit také pojem paliativní péče. Sláma popisuje paliativní péči jako *„aktivní péči poskytovanou pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Hlavní cílem paliativní péče je pak zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života“* (SLÁMA aj., 2007, s. 25).

Z definice je zřejmé, že v paliativní medicíně jde především o zachování důstojného dožití u lidí, kteří mají prognosticky pramalé vyhlídky na případné uzdravení. Světová zdravotnická organizace (WHO) dále konstatuje, že paliativní péče:

- poskytuje úlevu od bolesti a jiných forem utrpení,

- přisvědčuje životu a chápe umírání jako přirozený proces,
- neusiluje ani o urychlení, ani o nepřiměřené zadržování smrti,
- integruje psychologické a spirituální aspekty péče o pacienty,
- nabízí systematickou podporu pacientům, která jim dovoluje žít přiměřeně aktivní život až do smrti,
- nabízí i podporu rodinám nemocných, která jim umožňuje vyrovnat se s pacientovým onemocněním i s vlastním zármutkem ,
- pěstuje týmový přístup, který umožňuje účinně reagovat na potřeby pacientů a jejich rodin,
- podporuje kvalitu života a může pozitivně ovlivňovat průběh onemocnění,
- je použitelná i v časné fázi onemocnění současně s jinými způsoby léčení, které jsou určeny k prodloužení života (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Z definice paliativní péče plyne, že nahlíží na člověka jako na bytost, která má nejen biologické , psychologické a sociální potřeby, ale i potřeby spirituální. Lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se a kultivují. A v případě pacientů v pokročilém stádiu nevléčitelné nemoci je jejich uspokojování o to víc žádoucí, o kolik větší je naléhavost jejich zdravotního stavu. Marie Svatošová popisuje základní charakteristiku jednotlivých potřeb:

- *Biologické potřeby* - sem patří vše, co potřebuje nemocné tělo. Potřebuje přijímat potravu, zmírnit dýchací potíže, pomáhat při pohybu, tišit bolest, léčit pomocí chemoterapie či ozařování.
- *Psychologické potřeby* - nemocný člověk má potřebu respektu ke své lidské důstojnosti, a to naprosto nezávisle na stavu své tělesné schránky. Je to respektování vědomí, že jako člověk je jedinečnou a neopakovatelnou bytostí. Nemocný potřebuje se svým okolím komunikovat a používá při tom často neverbální komunikace. Důležitý je i pocit bezpečí a jistoty, proto je zapotřebí, aby se nemocnému nelhalo a neříkalo se něco, co by se později muselo odvolávat. Konečně podstatnou roli sehrává i potřeba milovat a být milován.
- *Sociální potřeby* - řadí se mezi ně nutnost komunikace a pozitivního kontaktu, který vede k prožitku lidské blízkosti a vzájemnosti. Nejsilnější vazby jsou obvykle s rodinou, ale nejen s ní nemocný potřebuje cítit, že zůstává nadále členem společenství, do kterého patřil před vypuknutím nemoci. Patří sem i

potřeby týkající se materiálního zabezpečení rodiny nebo finanční problémy způsobené dlouhodobou pracovní neschopností.

- *Spirituální potřeby* - sem patří potřeba odpuštění, lásky, sounáležitost, smyslu a účelu (bolesti, utrpení, života). Do nedávná doba byly spirituální potřeby pacienta víceméně tabu a mnohdy se zužovaly jen otázky víry a příslušnosti nemocného k nějakému náboženství. Často tomu ale bývá tak, že se i nevěřící v konfrontaci s vlastní smrtelností začínají v průběhu vážné nemoci zabývat otázkami po smyslu a účelu života. Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl až do poslední chvíle smysl. Každý potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a má potřebu i sám odpouštět. Nenaplněnost potřeby smysluplnosti může vést až ke stavu duchovní nouze. Je proto potřeba vést ho k tomu, že se dá v každé situaci žít smysluplně a pokud má zájem, tak mu zprostředkovat i návštěvu duchovního (SVATOŠOVÁ, 1995).

Paliativní péče je moderní způsob poskytování komplexních služeb nevléčitelně nemocným. V posledních letech se rozvíjí po celém světě a velkým dílem k tomu přispěli její typičtí poskytovatelé, jimiž jsou bezesporu hospice.

2.3 Podoba hospicové péče

Hospic je klasickou formou poskytování paliativní péče. Zabývá se lékařskými, ošetrovatelskými, rehabilitačními a poradenskými činnostmi, které jsou poskytovány preterminálně a terminálně nemocným. Paliativní péče nastupuje ve chvíli, kdy byly vyčerpány všechny možnosti kauzální léčby a pokračuje se léčbou symptomatickou s cílem minimalizovat bolest a zmírnit komplikace u nevléčitelně nemocných. Zohledňují se při tom výše uvedené bio-psycho-socio-spirituální potřeby. Služby v hospici zajišťuje lékařsky řízený multidisciplinární tým profesionálů a dobrovolníků.

Myšlenka hospicové péče vychází dle Svatošové z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, že bude v každé chvíli respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen. Důležitá zásada, kterou se hospicová péče zřetelně vymezuje vůči poskytování eutanázie, zní:

„Pomáhat v umírání ANO, pomáhat k smrti NE.“ Nemoc je tak chápána jako příležitost, která se v případě, že bude správně pochopená a zúročená, může stát tím nejplodnějším a nejcennějším úsekem života. Je proto důležité dávat člověku příležitost vytvářet prožitkové hodnoty, aby se naučil nést odpovědnost za vytváření vlastního osudu (SVATOŠOVÁ, 1995).

Svatošová (1995) dále uvádí, že se dá hospicová péče z časového hlediska rozdělit do tří období. První období se nazývá *prae finem* a zahrnuje péči a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stavu. Druhé období se nazývá *in finem* a obnáší péči a doprovázení nemocného a jeho blízkých během terminálního stádia. Konečně ve třetím období *post finem* se jedná kromě péče o tělo zemřelého také o doprovázení blízkých osob. Hospicová myšlenka může být realizována různými formami hospicové péče. Zpravidla se uvádějí tři základní podoby:

- *Domácí hospicová péče* - tato forma péče je pro nemocného většinou ideální, neboť mu umožňuje zemřít v rodinném prostředí a v péči rodinných příslušníků. Někde ovšem dobré rodinné zázemí schází, anebo se rodina dlouhou službou nemocnému unaví a vyčerpá. Ostatně pro mnohé může být taková forma pomoci příliš náročná. Vyžaduje dostatek času a příslušných dovedností. Nemusí proto vždy dostačovat a je třeba dlouhodobé spolupráce zdravotníků nebo jiných profesionálů, kteří pomáhají s uskutečňováním domácí péče. V odborné terminologii se rozlišuje domácí pečovatelská péče na *home help* a *home care*. V prvním případě jde o péči provozovanou laiky a v druhém pak o domácí ošetrovatelskou péči, kterou provádějí profesionálové.
- *Hospicové stacionáře* – tato forma péče bývá součástí hospice. Pacient je sem nejčastěji přijat v ranních hodinách a odpoledne bývá propuštěn. Péče se tak omezuje pouze na několik hodin, zpravidla však bývá prodloužena až na jeden den. Stacionář dovoluje oddalovat případnou hospitalizaci a umožňuje nemocnému pobývat s rodinou v domácí péči. Hospicový stacionář připadá v úvahu u nemocných z blízkého okolí, kteří si dokáží zajistit dopravu (HAŠKOVCOVÁ, 2007).
- *Lůžková hospicová péče* – aktuální je zejména tehdy, když předchozí dvě formy nestačí, anebo nejsou k dispozici. Může posloužit také v případě, kdy si rodina potřebuje odpočinout od náročné domácí péče. Lůžková zařízení totiž poskytují také respitní péči. Ta je postavena na předpokladu, že psychicky vyrovnaný

ošetřující umí vést k potřebné duševní hygieně i rodinu umírajícího, která je vystavena krizové situaci. V případě, že má nemocný možnost výše uvedených dvou forem, může se po zlepšení zdravotního stavu vrátit do domácí péče. Předpokladem je ale i zotavení rodinných příslušníků, kteří mají nemocného v péči (dostupné z <http://www.hospice.cz/hospice1/hospic.html>).

Pacient se do hospice dostane na základě podání žádosti o přijetí. Standardní součástí žádosti je lékařská zpráva ošetřujícího lékaře. Svatošová uvádí čtyři kritéria, která rozhodují o naléhavosti přijetí a následné indikace hospicové péče: „*Nemocného musí postupující choroba ohrožovat na životě. Potřebuje paliativní a především symptomatickou léčbu a péči. Nepotřebuje akutní nemocniční ošetření. U nemocného nestačí, anebo není možná péče domácí*“ (SVATOŠOVÁ, 1998, s. 21). Žádost o přijetí do hospice musí obsahovat i *Plný informovaný souhlas* pacienta. Nemocný tím dokládá, že si hospic vybral zcela dobrovolně a ví, co s sebou hospicová péče přináší. Ošetřující lékař je povinen nemocného informovat o jeho skutečném zdravotním stavu.

Je s podivem, že do hospice stále přicházejí lidé s falešnou nadějí, že se mohou uzdravit. Díl zodpovědnosti na tom může nést právě špatná informovanost. „*Sdělení pravdivé diagnózy pomohlo mnoha lidem zmobilizovat poslední síly k možná největšímu a nejdůležitějšímu rozhodnutí*“ (SVATOŠOVÁ, 1998, s. 23). Sdělení pravdy pacientovi mu ale nesmí vzít tolik důležitou naději. Rozhodující je jeho připravenost na přijetí informací, které se dotýkají zdravotního stavu a určujících prognóz postupu nemoci. Posilování naděje by se mělo dít v rovině otevírání stávajících možností tak, aby byl schopen prožít zbývající čas co možná nejkvalitněji. Lékař by měl pacientovi prokázat, že udělal vše, co bylo v jeho silách a že mu bude nadále pomáhat, aby ulehčil jeho situaci (KÜBLER-ROSSOVÁ, 1992).

Hospic má obvykle kapacitu lůžek do 30 pacientů. Pokoje bývají vybaveny přistýlkou pro někoho blízkého z rodiny, kdo chce nemocného doprovázet. Návštěvy příbuzných nejsou časově ohraničeny, protože je umožněna jejich trvalá přítomnost. Prostředí hospice je většinou koncipováno tak, aby se podobalo spíše domovu než nemocnici. Každý pokoj má vlastní sociální zařízení a bývá vybaven telefonem pro komunikaci s ošetřujícím personálem a s lidmi mimo hospic. Součástí

hospiců jsou i místnosti posledního rozloučení, případně kaple, kde se dá sloužit mše za nemocné a zesnulé. O pacienty pečuje specializovaný multidisciplinární tým profesionálů a dobrovolníků.

Specifickou podobou hospice je ta, která poskytuje paliativní péči dětem. Na rozdíl od hospice pro dospělé je zde poskytována především respitní péče. Znamená to tedy, že „*děti a jejich příbuzní přijíždějí spíše na krátkodobé opakované zotavovací pobyty; hospic se jim snaží nabídnout praktickou pomoc a bezpečné a povzbuzující zázemí. Rodina má možnost zotavit se a posílit, odpočinout si od každodenního náročného ošetřování, podělit se o své starosti – a pak se všichni znovu vracejí domů*“ (dostupné z <http://www.klicek.org/hospic/index.html>).

2.4 Význam hospiců v současném pojetí umírání a smrti

Moderní člověk se spíše brání strachu z umírání než myšlence na smrt. Umírání je vyděleno ze všedního života, jakoby bránilo obvyklému průběhu věcí. Bylo odsunuto do ústraní jako něco skandálního, jako něco, co musí stát vně zkušeností života. Umírající tak byli vyčleněni z okruhu svých nejbližších a byli ponecháni napospas vlastnímu osudu, s nímž se musí vypořádat nejlépe sami a v ústraní. Člověk si totiž přestal vědět v konfrontaci s umíráním rady. Vytěsněním proměnil veškerou skutečnost na oblast ovládnutí a vše, co se nepodřizovalo jeho plánu, ponechal stranou jako neskutečné (SCHERER, 2006). Důležitou roli v tom jistě sehrála i potřeba kontroly nad událostmi souvisejícími se smrtí. Jakoby v současnosti umírání ztratilo svoji tvář, která se nemůže opřít o nic tradičního a vyzkoušeného.

Nepochybně významnou roli v umírání sehrává i pocit svobody. Člověk totiž může dostat přesvědčení, že v umírání ztrácí půdu pod nohama a přestává kontrolovat chod věcí. „*Chápe-li totiž člověk svobodu jako seburčování, pak se smrt, již jsme vystaveni, kterou nekonáme a nezpůsobujeme, nýbrž která se nám přichází, nutně jeví jako krajní protiklad svobody. Zpřítomňuje člověku závislost a bezmocnost, již se chce zbavit*“ (SCHERER, 2006, s. 23). Zde se ukazuje, že je potřeba učinit smrt a umírání dostatečně srozumitelnými.

Protože moderní společnost nenachází místo pro umírání a umírající, nastoupila na její místo myšlenka hospicového hnutí, která začala s povzbuzováním odlišného

vztahu k umírání a smrti. Ukázala, že je možné upravit domácí situaci tak, aby mohli lidé umírat doma a zaměřila pozornost k psychosociálním potřebám, aby zamezila umírání v ústraní (STUDENT aj., 2006). Jádrem myšlenky hospice se stala snaha učinit umírání součástí života a vrátit ho zpět do každodenního života tak, aby mohli umírající zbývající čas prožít pokud možno bez potíží a podle svých individuálních přání.

3 ZKUŠENOST UMÍRÁNÍ

K hospicové péči patří neodmyslitelně každodenní konfrontace s umírajícími lidmi. Je tedy důležité vědět, co s sebou zkušenost umírání přináší. Pracovníci hospice by měli být schopni čelit rozličným a mnohdy protichůdným reakcím svých klientů. Měli by být připraveni zvládnout nelehkou úlohu doprovázení lidí v terminální fázi života a počítat se ztrátami, s nimiž se jejich práce pojí. I proto se v této kapitole zabývám základními rysy umírání v prožívání lidí, kteří byli vystaveni nevyhnutelnosti blížící se smrti.

3.1 Reakce na skutečnost umírání

V reakcích lidí na diagnózu u nevléčitelného onemocnění se střídají různé emoce. Patří mezi ně například hněv, úzkost, strach, smutek či deprese. Sdělení diagnózy vyvolává většinou šok, který může být doprovázen pocitem bezmoci. Nemocný je náhle postaven před nesnadný úkol vyrovnat se s mnohými změnami a ztrátami v osobním životě. „*Lidé, kteří jsou zvyklí dávat, zjišťují, že nemoc a závislost na okolí je něčím, na co nejsou vůbec připraveni a obvykle kladou odpor a protestují*“ (BYOCK, 2005, s. 121). Musí se vzdát životních cílů a aspirací a je odkázán na pomoc druhých. Zásadně se tak mění jeho životní role (SLÁMA aj., 2007).

V prožívání lidí, kteří jsou vystaveni nevyhnutelné prognóze postupující nemoci, bývá obsažena celá škála pocitů. Patří mezi ně například nejistota, úzkost a strach. Blumenthal-Barby (1987) popisuje různé formy strachu. Patří mezi ně například strach ze ztráty soběstačnosti, strach ze ztráty kontroly nad vlastním těle, strach z bezmoci, strach ze samoty a strach z neznámého.

„*U umírajících je chaos nebo dezorientace reakcí na neznámé a nečekané prožitky umírání...*“ (CALLANOVÁ, KELLEYOVÁ, 2005, s. 25). Nemocní mohou mít i pocity viny a projevovat hněv a agresi. Často mají přání urovnat osobní, duševní nebo mravní vztahy a snahu odstranit bariéry, které jim brání v pokojném odchodu (CALLANOVÁ, KELLEYOVÁ, 2005). Rozhodnutí na konci života tak vytvářejí i příležitost pro nové zkušenosti a objevy. U nemocných se může probudit potřeba „žít naplno“ a zkvalitnit si zbytek života. V nejednom případě se dostávají i otázky

po smyslu života vůbec. Myšlenka na smrt je pravděpodobně jednou z možností člověka vrátit se znovu k sobě a objevit trvalý rozdíl mezi sebou samým a každým možným sociálním světem (SCHERER, 2005).

S prožíváním nemoci samozřejmě souvisí i fakt, že jsou umírající vystaveni fyzické bolesti. I těchto potřeb by si měl být doprovázející vědom, i když jejich uspokojování není přímo předmětem doprovázení. Doprovázející ale může jejich uspokojování zprostředkovat.

3.2 Stádia emociální odezvy na umírání

Někteří autoři prováděli studie reakcí pacientů, kterým bylo sděleno, že mají vážné onemocnění. Na jejich základě pak vystavěli modely reakcí s několika fázemi. Asi nejznámějším modelem je popis stádií emocionální odezvy na příchod a rozvoj vážné nemoci od Kübler-Rossová (1992). K popisu těchto stádií došla na základě rozhovorů s desítkami vážně nemocných pacientů. Jednotlivá stádia zaznamenávají stav nemocného od zjištění diagnózy až do konečné fáze terminálního onemocnění. Patří mezi ně stádium popření, zlosti, smlouvání, deprese a smíření. Je nutno podotknout, že ne každý musí projít fázemi v daném pořadí a že je může spustit jakákoliv krize nebo závažná životní změna, což naznačuje, že jednotlivými stádii prochází i rodina nemocného.

3.2.1 Stádium popírání a izolace

K popření dochází, když lidé odmítnou přijmout realitu. Kladou si otázku a odpovídají: „Já? To není možné! To je určitě omyl!“ Tato fáze funguje jako nárazník před uvědoměním diagnózy a může být doprovázena počátečním šokem. „*Úzkostné odmítání je častější u pacientů, kteří byli informováni předčasně, stroze, necitlivě...*“ (KÜBLER-ROSSOVÁ, 1992, s. 36). Nemocní se tak chrání a získávají čas, během něžž se přizpůsobují nové a pochmurné skutečnosti. Mohou si velmi protiřečit ve svých tvrzeních. Zabývají se důležitými otázkami svého života a náhle změni téma a berou zpět vše, co řekli. Postoj popírání většinou opustí, když se zhorší jejich zdravotní stav a oni zeslábnu.

Důležité je v této fázi nevyvracet pocity popření a nelhat. Pokud doprovázející projeví neochotu pohlédnout pravdě do očí, bude se umírající rozpakovat hovořit o smrti a bude mít pocit, že za ním nestojí. Je proto důležité rozpoznat touhy a přání pacientů a pracovat i s jejich rodinou, neboť ta se často angažuje v popírání mnohem déle než nemocný (CALLANOVÁ, KELLEYOVÁ, 2005).

3.2.2 *Stádium zlosti (hněvu, vzpoury)*

V tomto stádiu si nemocný klade otázky typu: „Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ Hněv se obrací na všechny strany. Může tak trpět i rodina a personál zdravotnického zařízení, neboť vše, co dělají, je špatně. Pacient se brání tomu, aby byl ostatními zapomenut, a proto na sebe upozorňuje různými požadavky (KÜBLER-ROSSOVÁ, 1991).

Pokusy vymluvit nemocnému jeho hněv nejen že nikam nevedou, ale mohou pacientovi pocity ještě zhoršit. Je důležité najít příčinu zlosti. Jde většinou o pocit, který vyvěrá z jiné emoce. Podle Callanové a Kelleyové (2005) se tak projevují například frustrace ze ztráty kontroly a závislosti na druhých, zášť nad tím, že ostatní žijí dál a strach z vlastní podoby umírání. Je proto důležité poskytnout umírajícím možnost volby i u zdánlivě bezvýznamných věcí, věnovat jim pozornost, nechat je mluvit. Mnoho takových emocí totiž vzniká během uvědomění, co všechno člověk umíráním ztrácí.

3.2.3 *Stádium smlouvání*

Tato fáze nemá většinou dlouhého trvání, ale je pro pacienta důležitá. Může mít podobu jakéhosi obchodního vyjednávání, smlouvání s Bohem o prodloužení života na základě příslibu, že bude konat pouze dobro, smlouvání s kýmkoliv, o němž si umírající myslí, že má moc jim o něco prodloužit život. Často se jedná i o vyjednávání kolem způsobu léčby. Dle Kübler-Rossové (1992) mohou přísliby pramenit z pocitu viny. Měla by se proto hledat příčina, z níž pocity viny pramení a pomoci nemocnému zvládnout úzkost z iracionálního obviňování. Většinou ale smlouvání projde bez povšimnutí, umírající si to nechá pro sebe.

3.2.4 Stádium deprese

Tato fáze vyrůstá ze zármutku a umírající truchlí pro to, co je ztraceno. Kübler-Rossová (1992) popisuje dva typy deprese:

- *Reaktivní deprese* - vzniká z pocitu velkých ztrát. Jsou to ztráty způsobené změnou zevnějšku vlivem onemocnění a způsobem léčby. Nemocní se potýkají se ztrátou místa a společenského postavení. Mají obavy o finanční zaopatření rodiny. Objevují se u nich pocity studu a viny doprovázené zoufalstvím. V této fázi je důležité pomoci nemocnému ve vyrovnávání se ztrátami a vztahem k jeho blízkým.
- *Přípravná deprese* – nevzniká na základě utržené ztráty, ale ze ztráty hrozcí. Dotýká se toho, o co nemocní přijdou, až zemřou (vztahy, život, budoucnost). Tato forma deprese probíhá většinou v tichosti. Nemocný odmítá přílišné vměšování do svého soukromí od návštěvníků, kteří se jej snaží rozptýlit. Stačí mu pouhá blízkost lidí a pocit, že s ním jeho bolest někdo sdílí. Velmi důležitá je spolupráce s rodinou.

3.2.5 Stádium smíření (souhlasu)

Tato fáze bývá doprovázena pocitem pokojné rezignace, která většinou nastává, když se smrt doopravdy přiblíží. Nemocný je osvobozen od nelibých pocitů s předcházejících stádií a připravuje se na „dlouhou cestu“. Nemocný chce být ponechán v klidu a nechce být rušen okolním světem. Skutečnost, že ve své blízkosti akceptuje přítomnost nějakého člověka, je znamením toho, že chce, aby při něm stál až do konce (KÜBLER- ROSSOVÁ, 1992).

V tomto období potřebuje obvykle více pomoci rodina nemocného. Zúčastnění si také musí uvědomit, že „*pokoj člověka smířeného se smrtí může být uklidňující, ale smíření se sebou často přináší nezájem a lhostejnost...*“ (CALLANOVÁ, KELLEYOCÁ, 2005, s. 55).

3.3 Přání umírajících

Umírající lidé mají se zřetel k vlastnímu umírání rozličná přání a potřeby. Nezbytným předpokladem pro jejich uspokojení je naplňování čtyř životních rozměrů: sociálního, tělesného, psychického a spirituálního (STUDENT aj., 2006).

Nejdůležitější přání umírajícího se dotýká sociálního rozměru jeho existence. Člověk si v posledních okamžicích života přeje být obklopen svými nejbližšími, aby nezůstal osamocen. Často si uchovává naději zemřít v důvěrném prostředí svého domova, které mu skýtá soukromí a intimitu v blízkosti známých osob (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Druhým nejčastějším přáním je zajištění tělesných potíží tak, aby člověk mohl v co možná nejvyšší míře zemřít bezbolestně. Významnou úlohu zde sehrává i strach s případného znetvoření vlivem nemoci a obava z duchovní trýzně, která může tělesné potíže doprovázet (STUDENT aj., 2006). Paliativní péče má v tomto směru nezastupitelnou roli v utěšování bolestí a poskytování prostoru pro poklidnější zvládnání konce života.

Neméně podstatnou oblastí přání je i uspokojování psychických potřeb. Kübler-Rosová (1992) zmiňuje v této rovině „dokončování neodkladných záležitostí“, které se pojí k urovnání osobních, duševních či mravních vztahů se světem. Je proto třeba, aby měl nemocný dostatek času a prostoru vypořádat se svými záležitostmi a vyřídil si poslední věci tak, aby ze života odcházel smířený sám se sebou. Neuzavřené kapitoly života mohou zapříčinit i skutečnost, že člověk jednoduše nemůže zemřít, pokud vše patřičně neurovná a nedotáhne některé věci do konce (STUDENT aj., 2006).

Konečně posledním rozměrem přání je oblast spirituality. Umírající potřebuje hovořit o smyslu svého života. Ptá se, co udělal dobře, co pokazil a co všechno mohl ještě udělat. Otevírá se před ním i možný prostor posmrtného života. Děje se tak i v případě, že se podobnými otázkami nikdy nezabýval. V tomto směru je důležité podotknout, že „každý člověk má právo věřit, že existuje život po životě, stejně jako má každý právo takovou víru odmítnout“ (HAŠKOVCOVÁ, 2007, s. 92). Skutečnost, že umírající začne zpochybňovat svůj dosavadní názor, si žádá trpělivost ve směru naslouchání. Je zbytečné dávat ukvapené odpovědi, anebo od duchovních témat utíkat. Vědomí, že je umírající ve svých úvahách akceptován svým okolím, posiluje i zvládnání náročné situace umírání.

Podoba představy důstojného umírání je ovšem výsostně osobního rázu a výše uvedené oblasti jsou jen orientačním rámcem k jejich uspokojování. Je proto namístě vyhovovat přímo individuálním přáním a touhám umírajících. Je však „nepochybné, že k dosažení subjektivního pocitu kvality života těžce nemocných a

umírajících je potřebná pomoc všech, kteří na péči participují“ (HAŠKOVCOVÁ, 2007, s. 165).

3.4 Cesta k dobrému umírání

Vedle uspokojování potřeb a vyplňování přání umírajícím sehraává důležitou roli i celková naladěnost člověka na fakt, že je z podstaty konečnou bytostí. Konfrontace se smrtelností tváří v tvář blížící se smrti může být hluboce znepokojivým prožitkem. Mnoho lidí v souvislosti s tím prožívá nesmírné utrpení. Zažívá stav velké tísně ve spojitosti s událostmi, které ohrožují celistvost osobnosti. V touze po klidu se pak snaží bolest, kterou mu utrpení přináší co možná nejrychleji odstranit a rozumě vyřešit (HAŠKOVCOVÁ, 2007). Významnou úlohu zde sehraává jistě i okolnost, že může být utrpení vydělováno ze vztahu k lidské důstojnosti a stát se tak nežádoucím rozměrem existence. Skutečností zůstává, že si důstojnost žádá pozoruhodných úspěchů v osobním růstu. Ale právě v době umírání, kdy je člověk vystaven utrpení, může k podobnému růstu dojít. Frankl k tomu dodává, že *„postoj, s nímž se stavíme k utrpení, nám umožňuje přetvořit utrpení ve výkon...“* (FRANKL, 1994, s. 30). Sám považuje za jádro utrpení ztrátu smyslu existence a životního cíle. Záleží tedy na tom, jestli je člověk schopen utrpení přijmout a přetvořit ho v tvůrčí potenciál. Jedině tak dokáže přiřadit utrpení jistou hodnotu a díky ní je pak pro něj umírání mnohem snazší

Frankl (1994) dále uvádí, že těžkosti, ať už jsou sebevětší, mají pouze takový charakter, aby se jevíly naší existenci jako životní úkoly, které je potřeba překonat. Tak se zvyšuje smysl života v utrpení. Způsob umírání pak souvisí s tím, do jaké míry má člověk možnost stanovit si pro svůj život smysluplné cíle a dosáhnout jich (ELIAS, 1998). Život s nevléčitelnou nemocí totiž zahrnuje i nutnost činit závažná rozhodnutí. Je proto důležité zahlédnout v nich příležitost pro nové zkušenosti a objevy. Otevírá se obzor nezakoušených možností, které skýtají prostor novým možnostem zájmu. Pokud si tedy člověk zvolí nějaký plnohodnotný cíl v umírání a podaří se mu jej dosáhnout, může se dostavit pocit celistvosti a završení (BYOCK, 2005).

Autorem pojmu „dobré umírání“ je Ira Byock. Ve shodě s výše uvedeným popisuje ještě *5 bodů k završení mezilidských vztahů*. Ty napomáhají umírajícím vypořádat

se se svými nejbližšími a prolomit bariéru zadržovaných emocí, které nenacházejí příležitost na vyjádření. Umírající se učí říkat: *odpouštím ti, odpusť mi, děkuji, mám tě rád a sbohem.*

3.5 Umírání z pohledu rodinných příslušníků

Na základě zkušeností pracovníků hospice se ukázalo, že rodinní příslušníci mívají větší problém s přijetím faktu umírání a smrti než umírající sami (STUDENT aj., 2006). V případě smrti jsou důvody zřejmé. Podle Marcela nás může smrt druhého člověka zasáhnout tak významně, že dojde k „tragédii přežití“. *„Zdá se, že bytost zasažená smrtí žije dál, protože naplňuje pozůstalého svou přítomností“* (cit.dle SCHERERA, 2005). Rodina prostě musí žít dál bez ohledu na stávající situaci. Příbuzní jsou také vystaveni velkým nárokům, které na ně klade závažnost onemocnění. Musí se vyrovnat s každodenní péčí o nemocného a přerozdělit si role v rodině (O'CONNOR, ARANDA, 2005).

Stejně tak jako v případě umírajících mají i rodinní příslušníci specifické potřeby. Pro příbuzné je důležité ujištění, že jejich blízký nemá velké potíže a netrpí bolestí, kterou mohou interpretovat jako známku progresu onemocnění a blížící se smrti. Skutečnost, že jim nedokáží ulevit od bolesti, u nich může vyvolat pocity bezmoci a zoufalství. Příbuzní potřebují také dostatek informací o nemoci, aby věděli, jak mohou o umírajícího pečovat. Důležitá bývá i praktická pomoc, neboť se musejí brát v potaz i fyzické možnosti členů rodiny a finanční situace. V neposlední řadě je potřeba věnovat pozornost emocionálním potřebám členů rodiny, která se musí vyrovnat se ztrátou, nejistotou ohledně prognózy onemocnění a zhoršováním mentálního stavu umírajícího. Podstatné je i pomoci členům rodiny komunikovat mezi sebou navzájem (O'CONNOR, ARANDA, 2005).

Student aj. (2006) popisují čtyři druhy strachu, kterými trpí příbuzní umírajícího:

- *Strach z nejistoty* - lidé se obávají umírání blízkého člověka v domácím prostředí a svěřují péči o umírajícího do rukou instituce. Strachu z nejistoty se dá čelit jasnými informacemi a začleněním poznatků o umírání, smrti a smutku do všedního života.
- *Strach z utrpení* - je spojen s bolestí u umírajícího, kterou rovněž prožívají příbuzní. Vysvobození od fyzické bolesti vede ke zmírnění utrpení u všech

zasazených. Otevírá se tak i možnost pro překonání bolesti psychické, fyzické a spirituální.

- *Strach ze ztráty* - smrt a umírání blízkého je krizovou situací. „*Zmírňování bolesti zde znamená především pobývat v bezpečném prostředí, ovlivňovat situaci a chovat se tak, abych mohl být blízko a užitečný jiným. Pokud si umírající a jeho rodina připouští a vyjadřuje své pocity, mohou se spolu vnitřně připravit na umírání...*“ (STUDENT aj., 2006, s. 66).
- *Strach ze selhání* - je součástí procesu smutku a může jej zmírnit zeslabení příčiny, která jej vyvolala. Důležitá je příležitost vhodným způsobem se rozloučit a schopnost připustit si fakt, že k vyřízení posledních věcí a nedořešených konfliktů zbývá málo času.

Porozumění potřebám umírajících může sloužit i model, který se zabývá popisem stádií emocionální odezvy na příchod a rozvoj vážné nemoci tak, jak byl popsán v kapitole 3.2.

4 MOŽNOSTI PÉČE V KONTEXTU SOCIÁLNÍ PRÁCE

Oblast sociální práce v hospicích u nás stále není příliš zmapována. Chybí zde dostatek publikací a výzkumných studií, které by se zabývaly specifickým rozměrem působnosti sociální práce v hospicové péči. Nejsou k dispozici ani žádné standardizované postupy náplně práce sociálního pracovníka. Ostatně s ohledem na krátkodobé působení hospicového hnutí v ČR nemohou tyto skutečnosti nikoho překvapit. Stálo by jistě za pozornost zabývat se sociální prací v hospici podrobněji, v této kapitole se však věnuji pouze jejím základním charakteristikám.

4.1 Úloha sociální práce v hospici

Sociální práce v hospicích je zaměřena především na potřeby umírajících a truchlících lidí v jejich zvláštní životní situaci. Podle Dostálové a Šiklové (2004) se dá sociální práce v paliativní péči rozlišit na dvě roviny. V první rovině se týká samotného nemocného a měla by pomoci klientovi dostat nové rovnováhy s tím, že přijme svoji nemoc jako součást života. Sociální pracovník hledá s pacientem jeho další možnosti při stávajícím zdravotním stavu a prognóze nemoci. V druhé rovině se pak týká působení ve společnosti, kdy je veřejnosti představována problematika nevléčitelně nemocných a umírajících lidí s cílem o prosazení legislativních změn a urychlení úkonů administrativy. Sociální pracovník se zde snaží o vzdělávací a osvětovou činnost.

Samotná sociální práce v hospici se zaměřuje na podávání informací nevléčitelně nemocným a jejich nejbližším, podporu komunikace zúčastněných, rozvoj důvěry zúčastněných vůči vlastní schopnosti jednat, podporu schopnosti k jednání a následnou péči při truchlení (STUDENT aj., 2006). Kromě uvedených oblastí má sociální práce důležitou úlohu i v multidisciplinárním týmu, kde sociální pracovníci zastávají funkci odborníků na spolupráci a jsou školeni v týmových, komunikačních a konflikty zvládajících schopnostech. Sociální pracovníci by tak měli být schopni připravit ostatní členy týmu na umírajícího člověka v jeho životní situaci,

koordinovat aktivity specialistů a propojit jednotlivé nabídky pomoci (STUDENT aj., 2006).

Úlohou sociální práce v hospici je tedy psychosociální péče, vzdělávání a školení, administrativní podpora, aktivizace zdrojů a práce s veřejností.

4.1.1 Kompetence sociálního pracovníka

Profil kompetencí sociálního pracovníka v hospici se dá s ohledem na široký záběr úkolů jen těžko stanovit. Podle Studenta aj. (2006) jde o průnik věcných, sociálních a osobních schopností. Výhodou sice může být odborné vzdělání v sociální práci, není však zaručeno, že bude dostačující. Nezbytným předpokladem je proto dodatečná kvalifikace. Sociální pracovník by měl rozvíjet své schopnosti v jednání a komunikaci s klienty hospice a členy multidisciplinárního týmu. Tomu může být nápomocná i supervize zaměřená na podporu způsobu péče v hospici. Je také důležité vypořádat se s vlastním smutkem a smrtelností.

Sociální pracovník musí zaujmout postoj sám k sobě a to nejen ve vztahu k vlastní konečnosti. Měl by být pozorný ke svým vlastním citům a neměl by je úmyslně zapírat či přehlížet. Jedině tak může být citlivý i k pocitům jiných lidí. Blumenthal-Barby (1987) uvádí, že péče o umírající klade vysoké nároky na emoční schopnosti doprovázejících. Citová účast zde převažuje nad odbornými znalostmi. Za nezbytnou schopnost se tedy ukazuje i vysoká míra empatie, která sociálním pracovníkům dovoluje lépe pochopit emoční prožívání umírajících lidí. Ta však předpokládá, že se doprovázející vnímá jako konečná bytost, která si vytvořila postoj k vlastní smrti.

Další důležitou dovedností sociálních pracovníků je schopnost vytvořit důvěrnou atmosféru. Doprovázející musí být připraven přijmout nemocného takového, jaký je a zdržet se jakýchkoliv hodnocení. Akceptovat vlastnosti umírajícího a přijímat jeho způsoby prožívání a reakcí (BLUMENTHA-BARBY, 1987). Neméně podstatnou roli v tom sehrává jak schopnost naslouchat, tak pozornost k neverbální komunikaci.

Dostálová a Šiklová (2004) dále poukazují na to, že je potřeba vyrovnat se s nejistotou, kterou práce s umírajícími lidmi přináší. Zmiňují především změny

přání a nálad v souvislosti s přesunem mezi jednotlivými fázemi umírání. Za důležitou považují i schopnost rozeznat skutečnou míru vyžadované pomoci.

Nezanedbatelným předpokladem pro úspěšné zvládnání sociální práce v hospici je kvalitní rodinné zázemí, pochopení a podpora od členů rodiny. Doprovázející by taky měli mít ve svém okolí někoho, s kým mohou své prožitky z hospice sdílet. Musejí si umět odpočinout, pobavit se, odreagovat a dbát u sebe důsledně na prevenci syndromu vyhoření (SVATOŠOVÁ, 1998).

4.1.2 Role sociálního pracovníka

Role sociálního pracovníka spočívá především v sociální pomoci a v sociální prevenci. Sociální pomoc zahrnuje jak poradenskou činnost v oblasti administrativy a kooperace s příbuznými, tak i zaopatřování záležitostí, které si pacient nemůže vyřídit. Sociální prevence pak obnáší rozhovor s umírajícími lidmi a zjišťování případných sociálních potíží a potřeb.

Sociální pracovník dále zajišťuje pomoc při vytváření plánu s umírajícími lidmi. Může například pomáhat s rozhodnutím o způsobu péče v hospici, řešením finanční situace či trávením volného času. Doprovází nemocného a jeho rodinu náročnou životní situací, pomáhá v přípravách na smrt a zajišťuje i pomoc pozůstalým (DOSTÁLOVÁ, ŠIKLOVÁ, 2004).

Konkrétní náplň práce sociálních pracovníků se nedá obecně shrnout do jednotné podoby. Výčet všech úkonů by byl příliš obsáhlý, proto zde ještě jednou uvedu základní rámec činností sociálního pracovníka. Patří sem administrativní a organizační činnost, jakou je například správa žádostí, evidence pacientů či vyřizování pozůstalosti. Sociální pracovník provozuje i poradenskou činnost a koordinuje práci s dobrovolníky. Významnou úlohu sehrává při pomoci pozůstalým a nabídce volnočasových aktivit pro pacienty. Účastní se na multidisciplinárním týmu a supervizi, kterou může sám zajišťovat (STUDENT aj., 2006).

4.2 Sociální práce s umírajícím

Při prvním kontaktu se zájemce o službu hospice by se měl sociální pracovník ujistit, co zájemce očekává od péče, která mu má být poskytnuta. Úkolem

sociálního pracovníka je podat základní informace o podmínkách přijetí a možnosti poskytovaných služeb.

Splňuje-li zájemce o službu kritéria pro přijetí a jeho žádost je schválena lékaři hospice, může být přijat. Sociální pracovník se v této chvíli stará o pořízení sociálního záznamu a „*zabývá se osobou klienta hospice ve vztahu k jeho nemoci. Zjišťuje, jak nemoc změnila jeho život, jak to přijímá, kdo nebo co mu poskytuje podporu*“ (DOSTÁLOVÁ, ŠIKLOVÁ, 2004, s. 495). Je důležité rozpoznat a posoudit problémy a potřeby sociální, finanční a praktické. Ve spolupráci s nemocným a jeho rodinou pak může sociální pracovník stanovit priority a navrhnout řešení. Jednou z podob řešení je vytvoření plánu pro život s terminální nemocí, jehož důležitou součástí jsou činnosti, které by mohl umírající vykonávat sám. Sociální pracovníci mohou také upozornit ty, kteří o nemocného pečují, aby mu nechali co možná největší prostor pro samostatnou činnost (STUDENT aj., 2006).

Student (2006) v souvislosti s tím zmiňuje koncept „zmocnění“, kdy je kladen důraz na posilování vlastních zdrojů klienta a uschopňování k jednání. Smyslem konceptu zmocnění je vyzbrojení klienta k zodpovědnosti za vlastní život a otevírání možností, v nichž se může uskutečňovat.

Sociální pracovník dále udržuje s umírajícím stálý kontakt, navštěvuje jej, zjišťuje jeho potřeby a pomáhá mu dostupnými prostředky řešit jeho problémy. Svými rozhovory přispívá k vyrovnání se s nemocí a připuštěním faktu smrti. Vhodnou intervencí napomáhá i k lepšímu zvládnutí krizí a konfliktů v osobní a mezilidské rovině. Po celou dobu se snaží o dobré sociální vztahy mezi klientem a jeho rodinou. Sociální pracovník pomáhá oběma stranám formulovat své pocity a orientovat se v nich. Důležitá se jeví i podpora v jednotlivých fázích umírání, kdy se sociální pracovník může zasloužit o srovnání tempa v případě, že dojde k narušení rovnováhy vztahů a jednotlivé fáze postupují u umírajícího a jeho rodiny rozdílně. Nabízená pomoc musí vždy vycházet z chápavého, empatického a nesoudícího vztahu. V případě zlepšení zdravotního stavu klienta pak mohou zajišťovat vyřizování pobytu v jiném zařízení či v rodině. Pokud se klient vrací domů, zabezpečuje sociální pracovník potřebné kompenzační pomůcky a kontakty na asistenční služby domácí péče.

4.3 Sociální práce s rodinou umírajícího

Rodina sehrává v péči o umírajícího významnou roli. Dobře vedená a doprovázená rodina je předpokladem pro zkvalitnění života všech zúčastněných. Poučením o stávající situaci se může předejít mnohým chybám v péči o umírajícího. Osvětlující rozhovor s nemocným a jeho blízkými je důležitým krokem na cestě k hlubšímu porozumění ve zbývajícím čase (STUDENTA aj., 2006).

Úkolem sociálního pracovníka je zjistit situaci v rodině a vyzískat potřebné informace o míře podpory, s níž mohou u rodinných příslušníků počítat. Je důležité respektovat zvláštnosti a zvyklosti rodiny, ať už se jedná o náboženské či kulturní rozdíly. Vytvoření důvěrné atmosféry je naprosto bezpodmínečné. Hodnocení rodiny by mělo probíhat v neautoritativním, partnerském duchu (MATOUŠEK, 2003). Nápomocné mohou být například znalosti z Rogersovy terapie zaměřené na klienta nebo logoterapie.

Sociální pracovník pomáhá přerozdělovat role v rodině tak, aby byla zachována rovnováha systému. Může poukazovat na potřeby rodinných příslušníků, které oni sami přehlížejí, oceňuje jejich silné stránky a přednosti, povzbuzuje je, aby dokázali ventilovat svoje emoce. Rodiny totiž mají často strach z umírání a trpí pocity nejistoty v péči o umírajícího. Jsou znepokojováni nad jakoukoliv známkou utrpení. Většinou svoje obavy skrývají a nedokáží o nich promluvit. Sociální pracovník jim může pomoci zvládnout situaci podáním jasných informací o neodvratném procesu a napomoci tak k prolomení hradby mlčení v případě, že o svém strachu nedokáží hovořit (STUDENT aj., 2006).

Rodina, podobně jako umírající, prochází různými fázemi vyrovnávání se smrtí. Často se ale fáze u členů rodiny mohou odlišovat od fáze, v níž se nachází umírající člověk. Problematická situace nastává například v případě, že rodina zůstává ve fázi hněvu ve chvíli, kdy je umírající smířený a připravený k odchodu. Sociální pracovník může pomoci tím, že se bude snažit odhalit příčinu zlosti a vytvoří příležitost k tomu, aby se příbuzní mohli vhodným způsobem rozloučit. Prevence je v podobných případech neodmyslitelná.

Podle Parkese aj. (2007) je potřeba do příprav na smrt člena rodiny začlenit i děti. Ty mívají často pocity viny a odpovědnosti za onemocnění a smrt jiného člena rodiny. Následkem toho mají například snížené sebevědomí, sníženou schopnost se

soustředit a pocity zlosti nad tím, že jsou zanedbávány. Jejich psychický stav se mnohdy projevuje rovněž v somatické rovině. Příčinou zhoršeného psychického stavu může být i skutečnost, že jsou rodinou vydělováni z komunikace, což zvyšuje jejich úzkost. Úlohou sociálního pracovníka je v tomto případě připravit rodinu na možné změny v chování dítěte a přimět ji, aby dítě zapojovali více do komunikace.

4.4. Sociální práce s pozůstalými

Parkes aj. (2007) doporučují, aby byla pozůstalým krátce po smrti pomocná péče poskytována stejnými lidmi, kteří se starali o umírajícího pacienta. Mnoho lidí bývá v těchto chvílích velmi rozrušených. Doporučuje se zůstat s pozůstalými, dokud se nezačnou zotavovat. Je potřeba zachovávat pietu a nevnucovat pozůstalým představy o tom, co je správné a co není. Důležitý je také respekt k duchovním potřebám a rituálům, které vycházejí z jiného kulturního prostředí.

Sociální pracovník může odlehčit situaci rodiny tím, že nabídne pomoc se zařizováním záležitostí kolem pohřbu a nutných administrativních úkonů, mezi něž patří například podání žádosti o příspěvek na pohřeb nebo vyřízení vdovského, vdoveckého či sirotčího důchodu. Se smrtí přichází do rodiny i změna rolí a funkcí, které dosud jednotliví členové zastávali. Sociální pracovník může v tomto smyslu poukázat na to, zda-li je rodina riziková a bude s ní potřeba dále spolupracovat. Efektivním způsobem pomoci pak může být nabídka navštěvování svépomocných skupin pro pozůstalé.

5 ÚVOD K VÝZKUMNÉ SONDĚ

V předchozích kapitolách jsem se zabýval teoretickou rovinou specifických podmínek práce v hospici. Stěžejním témat se pro mě stalo setkání s umíráním a smrtí v kontextu sociální práce. Za východisko pro výzkumnou sondu jsem si proto zvolil zjišťování údajů o schopnosti sociálních pracovníků vypořádat se s náročnou prací v hospici.

5.1 Problém

Jeden z nejdůležitějších úkolů sociálního pracovníka v hospici spočívá v tom, že vede klienty prožívající zkušenosti ztráty ke zdravějším formám jejich překonávání. Je k tomu potřeba mít určité znalosti, metodické dovednosti a jistý emoční základ. A právě posledně jmenovaná oblast byla středem zájmu výzkumné sondy. Stěžejním problémem se stala míra sebereflexe sociálních pracovníků v kontaktu s umíráním a smrtí v hospici. Student aj. (2006) výstižně popisují dispozice pro práci s umírajícími lidmi : „*Schopnost sebereflexe sociálních pracovníků je základem k rozvoji odvahy, aby se i v budoucnu dokázali vystavit krizím , které mohou být vyvolány setkáním s klienty, a čelili i “rizikovým“ klientům a s nimi i vydrželi. Pro sociální práci v hospici existuje ještě další aspekt: nejedná se zde totiž o přechodnou, nýbrž definitivní ztrátu. Přiměřený přístup k této skutečnosti - jako základní podmínka pro podporu nemocných - klade zvláštní požadavky na pečující...“* (STUDENT aj., 2006, s. 106).

5.2 Cíle

Výzkumná sonda se snaží formou šetření a analýzy získaných dat představit a zmapovat situaci sociálních pracovníků, kteří pečují o umírající v náhodně vybraných lůžkových hospicích na území ČR. Dále se zaměřuje na výpovědi sociálních pracovníků, kteří zpětně hodnotí vývoj svého postoje k umírání a smrti

během působení v jednotlivých zařízeních paliativní péče. Vzhledem k malému počtu respondentů jde jen o orientační přehled, jenž poskytuje základní údaje o osobním prožívání a vztahu ke zvolené profesi.

Cílem výzkumné sondy je lépe porozumět motivaci sociálních pracovníků při volbě svého povolání a způsobu, jímž se vyrovnávají s každodenním kontaktem s umírajícími lidmi. Poznatky této práce by mohli vést ke zkvalitnění poskytování sociálních služeb v lůžkových hospicích a napomoci při výběru zájemců o sociální práci v zařízeních paliativní péče, zároveň se mohou stát i podkladem pro další studii.

5.3 Výzkumné otázky

Jaké důvody vedly sociální pracovníky k volbě jejich zaměstnání ?

Jaké faktory těmto pracovníkům umožnily lepší vyrovnávání se s prostředím hospice?

Jak zasahovaly jejich zkušenosti z hospice do osobní sféry?

Jak vnímali svůj postoj k umírání a smrti během působení v hospici?

5.4 Popis zvolené metody a metodologického rámce

Kvalitativní typ výzkumu byl zvolen převážně pro tyto skutečnosti:

- Celkový počet sociálních pracovníků v lůžkových hospicích je nízký.
- Všechny lůžkové hospice u nás vznikly během posledních patnácti let.
- Z toho vyplývá i fakt, že sociální práce s umírajícími lidmi u nás nemá dlouhodobější tradici a způsob vedení práce je tak stále v začátcích.

Hlavní část výzkumu se zakládá na analýze dat získaných z polostrukturovaného rozhovoru, který sledoval následující témata: *motivace, doprovázení, podpora v zaměstnání, soukromá sféra a postoj k umírání a smrti*. Ze všech rozhovorů byl se souhlasem respondentů pořízen audiozáznam a písemný přepis pro přehlednější zpracování.

Důvodem, pro který padla volba na analýzu jednotlivých případů, bylo důkladnější porozumění osobním dispozicím sociálních pracovníků. Zvolená forma výzkumu

předpokládala i podrobnější výčet informací z oblasti jejich vlastního prožívání a způsobu, jakým se vyrovnávali se zkušenostmi z hospice.

Samotný výzkum byl naplánován na základě předcházející telefonické domluvy s jednotlivými respondenty a k jeho realizaci došlo na jaře a v létě 2008.

5.5 Charakteristika vzorku

Respondenti musí splňovat dvě základní podmínku :

- musí se jednat o osoby, které pečují o klienty lůžkových hospiců
- a zároveň musí zastávat funkci sociálního pracovníka s minimální zkušeností v oboru sociální práce

Pro samotný výzkum byla vybrána skupina sociálních pracovníků, kteří působili v různých částech ČR. Do výzkumu se zapojil hospic v Červeném Kostelci, v Litoměřicích, v Plzni, v Prachaticích, v Olomouci, v Praze, v Brně a ve Valašském Meziříčí. Z celkového počtu 12 lůžkových hospiců, které dohromady zaměstnávají 20 sociálních pracovníků, bylo osloveno 8 respondentů. Z toho 4 respondenti dosáhli vysokoškolského vzdělání, 3 respondenti dokončili vyšší odbornou školu a 1 respondent absolvoval střední školu zakončenou maturitou. Pouze 5 respondentů vystudovalo obor se sociálním zaměřením.

Složení výzkumného vzorku :

Muž : 1

Žena : 7

Průměrný věk : 37, 75 let

Věkový rozptyl : od 25 do 65 let

Průměrná délka zaměstnání : 3,65 let

Rozptyl délky zaměstnání : od 0,5 roku do 10 let

5.6 Výběr výzkumného vzorku

Na základě oslovení lůžkových hospiců na celém území ČR byl vytvořen úplný jmenný seznam sociálních pracovníků z jednotlivých zařízení paliativní péče. Vzhledem k tomu, že seznam čítal 20 jmen, bylo možné využít prostého

pravděpodobnostního výběru a dostat při tom principu náhodnosti. To znamená, že všechny osoby měly stejnou pravděpodobnost, že budou nakonec vybrány (Srnc, 2006).

Ke každému jménu bylo přiděleno jedno číslo tak, aby byl zachován předpoklad rovnosti při výběru do výzkumného vzorku. Po očíslování základního souboru proběhlo losování jednotlivých jmen. Do výzkumu bylo zahrnuto 8 osob. Osobní kontakt s nimi byl zprostředkován po předcházející telefonické domluvě. Všechny oslovené osoby souhlasily s uskutečněním výzkumu.

5.7 Metody zpracování a analýzy dat

V průběhu rozhovorů s respondenty byly pořízeny audiozáznamy, které posloužili pro následný písemný přepis. Při transkripci byla provedena redukce prvního řádu pro lepší srozumitelnost a plynulost textu k následné analýze. Během zpracování dat byla prováděna klasifikace získaných údajů, kterým předcházelo vyhledávání pravidelností ve výskytu jednotlivých témat. Ve vztahu k výzkumným otázkám byl využit systém kódování dat. K jejich analýze pak posloužila metoda prostého výčtu. Výsledná podoba textu byla obohacena citacemi z výpovědí dotazovaných respondentů.

5.8 Způsob řešení etických problémů

Všichni oslovení respondenti dali ústní informovaný souhlas k zahájení výzkumu po té, co jim bylo vysvětleno, že :

- součástí výzkumu je získání zpětné vazby z doby jejich působení v hospici,
- nemusí odpovídat na otázky v případě, že by je pokládali za příliš osobní či z jakýchkoliv důvodů za nepřijatelné,
- mohou kdykoliv ukončit či přerušit průběh výzkumu,
- bude respektováno právo na ochranu osobních údajů,
- bude zachován princip anonymity při zpracování dat.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉ SONDY

Se sociálními pracovníky byl veden polostrukturovaný rozhovor, který byl zaměřen na následující témata: *motivace, doprovázení, podpora v zaměstnání, soukromá sféra a postoj k umírání a smrti*. Hlavní část výzkumné činnosti sledovala nejen způsob, jakým se respondenti vyrovnávali s prostředím hospice, ale i vývoj postoje k umírání a smrti během práce s umírajícími lidmi. Následující text zkoumá výše uvedená témata a ke každému z nich přiřazuje dílčí interpretaci. S ohledem na specifické podmínky pro práci v zařízeních paliativní péče však nelze výsledky zobecňovat do roviny vlastní sociální práce s lidmi v blízkosti smrti.

6.1 Charakteristika respondentů

Tabulka uvedená v textu zobrazuje stručnou charakteristiku respondentů, jejich vzdělání, předchozí zaměstnání, zkušenost s umíráním a smrtí v době před nástupem do hospice a původní důvody, který je vedly k práci s umírajícími lidmi. Z tabulky je zřejmé, že většina respondentů (A,B,C,D,E,G,H) byla v kontaktu s umíráním a smrtí před nástupem do hospice. Tři z nich uvedli (A,C,G), že rozhodující pro ně byla vlastní zkušenost s umíráním, s níž se setkali během života u svých nejbližších. Další tři respondenti (B,D,E) uvedli, že vycházeli především ze znalostí práce ve zdravotnictví, kde se dostali do kontaktu s umírajícími lidmi. V případě respondentky (H) šlo o zkušenost ze stáží v zařízeních paliativní péče. Pouze jedna respondentka (F) uvedla, že se dostala do kontaktu s umíráním a smrtí až v hospici.

Systematickou přípravou na výkon sociální práce prošlo pět respondentů (C,D,F,G,H). Dva respondenti (A,B) završili svá studia na škole s ekonomickým zaměřením a sociální práce pro ně byla zcela novou oblastí zájmu. Oba dva uvedli, že jim dělalo zpočátku potíže zadaptovat se na své nové zaměstnání. Poslední respondentka (E) měla sice dokončenou jen střední zdravotní školu, ale současně navštěvoval vysokou školu se zaměřením na sociální práci.

Tabulka: Charakteristika respondentů

Respondent	Věk	Vzdělání	Předchozí zaměstnání	Předchozí zkušenost s umíráním a smrtí	Důvody vedoucí k práci v hospici
A	33	VOŠ ekonomická	ekonom	vlastní zkušenost	osobní
B	65	VŠ ekonomická	ředitel nemocnice	práce ve zdravotnictví; vlastní zkušenost	osobní
C	27	VŠ (sociální práce)	student	vlastní zkušenost; stáže v hospicích	osobní
D	42	VŠ (sociální práce)	zdravotní sestra	práce ve zdravotnictví; vlastní zkušenost	osobní
E	49	SŠ zdravotní	zdravotní sestra	práce ve zdravotnictví	profesní uplatnění
F	27	VŠ (sociální práce)	práce v neziskových organizacích	žádná	profesní uplatnění
G	34	VOŠ sociálně-právní	sociální pracovnice v DD	vlastní zkušenost; práce ve zdravotnictví	osobní
H	25	VŠ (sociální práce)	student	stáže v hospicích	profesní uplatnění

Všichni respondenti uvedli, že pro ně bylo předchozí zaměstnání přínosem a napomohlo jim k lepšímu zvládnání povinností v hospici. Čtyři respondenti (B,D,E,G) vycházeli ze svých zkušeností, které získali během působení ve zdravotnických zařízeních. Dva respondenti (C,H) sice nebyli předtím nikde zaměstnaní, měli ale za sebou několikaměsíční praxi z absolvování stáže v hospicích. Jedna respondentka (F) vycházela ze svých letitých zkušeností se sociální prací v neziskovém sektoru. Poslední respondentka (A) působila před nástupem do hospice ve funkci podnikového ekonomy nejmenované soukromé firmy. Sociální práce s umírajícími lidmi tak pro ní byla zcela novou zkušeností.

Poslední údaje v tabulce uvádějí hlavní důvody, které respondenty přivedli k práci v hospici. O nich se zmiňuje i následující kapitola.

6.2 Motivace

Všichni respondenti uvedli, že je k sociální práci v hospici přivedla chuť uplatnit své schopnosti v pomáhajících profesích. Respondenti (C,D,F,G,H), kteří měli předchozí znalosti z oboru sociální práce, si byli vědomi i toho, co funkce sociálního pracovníka obnáší. Tři respondenti (A,B,E) neměli předchozí zkušenosti se sociální prací a dovednosti tak získávali dodatečně během působení v hospici. Důvody, které přivedly oslovené respondenty k práci s umírajícími lidmi, se dají shrnout do dvou oblastí : *vlastní zkušenost s umíráním a smrtí, profesní uplatnění.*

• **Vlastní zkušenost s umíráním a smrtí**

Respondenti (A,B,C,D,G) uváděly, že hlavním důvodem, proč si zvolili práci s umírajícími lidmi, byla vlastní zkušenost se smrtí blízké osoby. Zmínění respondenti měli v minulosti zkušenost s péčí o své příbuzné a začali si vytvářet obraz o umírání již během dospívání. Například respondentka (C) uvedla : „*Dříve jsem se starala o své nemocné prarodiče, takže jsem se i díky tomu nasměřovala na práci v hospici. Takže si myslím, že mám k té práci odmalička potenciál.*“ I ostatní respondenti (A,B,D,G) vyrůstali v rodinném prostředí, kde byla smrt brána jako součást života. „*Jsem z takové běžné rodiny, kde lidi pomalu umírají doma. Takže smrt beru přirozeně. U nás například ještě stále dodržujeme pohřební rituály, jako je například rozloučení...*“ (A).

„*Vyrůstala jsem s prarodiči, takže jsem viděla jejich stáří, nemoc a nemohoucnost. Moje maminka se zase starala několik let o prarodku a vodila mě k ní domů. Dříve to byla pečovatelská činnost - donáška oběda, úklid, péče o hygienu a nějaký způsob doprovázení. Takže už odmalička jsem byla v podobném prostředí vychovávána...*“ (G).

• **Profesní uplatnění**

Respondenti (C,D,F,G,H) chtěli uplatnit odborné znalosti v kontaktu s umírajícími lidmi a zúročit tak své dosavadní profesní zkušenosti v oboru sociální práce. U třech z nich (C,D,G) to byl až druhý důvod, který uváděly při volbě svého zaměstnání.

V případě respondentů (F,H) šlo čistě o logické vyústění jejich profesní dráhy. Respondentka (D) popsala svůj nástup do hospice následovně : „*Myslím si, že k tomu celý život moje dráha spěla (...) Před dvaceti lety jsem začala pracovat jako zdravotní sestra na interním oddělení. Tady v hospici bylo volné místo. Dovedly mě k tomu spíše profesní zkušenosti.*“ Druhý respondent (F) se ve výpovědi v podstatě shodoval : „*Byla jsem šest let ve sféře a chtěla jsem změnit zaměstnání (...) Tady byl inzerát postaven na tom, co nejvíce umím (...) Spíše jsem nasedla na své dovednosti, než aby to byl vstup na základě úmrtí někoho blízkého.*“

Respondenta (E) uvedla, že jejím hlavním důvodem byla potřeba najít si zaměstnání. A ačkoliv se se sociální prací do té doby nesetkala, měla za sebou letité zkušenosti s prací ve zdravotnictví. Své rozhodnutí popsala následovně : „*Po určité odluce, kdy jsem přišla o zaměstnání, jsem začala hledat práci, až jsem přišla na konkurz sociální pracovnice v hospici a oni mě vybrali (...) Takže mým hlavním popudem bylo najít si zaměstnání.*“

Shrnutí

Všichni respondenti byli rozhodnuti pracovat v pomáhající profesi. Pět z nich (A,B,C,D,G) považovalo za nejdůležitější důvod fakt, že měli ve svém životě možnost pohybovat se v rodinném prostředí, kde se dostávali do kontaktu s umíráním a smrtí, což naznačuje, že pro většinu respondentů byla rozhodující osobní zkušenost s umírajícími lidmi. Ve všech případech šlo o zkušenost s pozitivní konotací, kdy se respondenti mohli účastnit rituálů spojených s umíráním a smrtí v domácím prostředí, které se o smrti dokázalo bavit zcela otevřeně. Z toho se dá usuzovat na skutečnost, že zmínění sociální pracovníci měli zřejmé osobnostní dispozice pro práci v hospici. Zbylí tři respondenti (E,F,H) uváděli, že důvod, pro který si zvolili sociální práci v hospici, nebyl podepřen vlastní zkušeností a jednalo se tak především o profesní uplatnění. Vyzískané odpovědi částečně svědčí o tom, jaký typ respondentů si nejčastěji vybírá sociální práci v hospici.

6.3 Doprovázení

Všichni respondenti uvedli, že je pro ně nejsnazší doprovázet klienty hospice, kteří dospěli přirozenou cestou ke stáří. Respondentka (G) například uvádí : „*Pokud umírá senior , tak to beru přirozeně, že uzavírá svoji životní pouť.*“ V případě takových klientů, jak sami uvedli, je pro ně emocionální zátěž zdaleka nejmenší.

Dotazovaní respondenti se shodli v tom, že jim pomáhají znalosti jednotlivých fází umírání. Uváděli, že se při komunikaci s klienty hospice snaží rozpoznat právě probíhající stadia, pročež si neberou osobně, když na ně umírající člověk reaguje situací nepřiměřeně. V podobných chvílích se snaží spíše porozumět jeho vnitřním pohnutkám. Asi nejčitelnější je to v případě agrese. „*Daří se mi s ní docela dobře pracovat. Je dobré vědět, z čeho pochází. Někdy jsou lidé takoví ze své podstaty, jindy čekají příliš dlouho na místo v hospici. Rozhodně pomáhá porozumět jejich situaci...*“ (F). Názor respondentky (C) je v podstatě totožný : „*Občas se představy lidí o péči poněkud liší. To samozřejmě vyplývá ze situace blížící se smrti. Neberu to nijak osobně, ale spíše jako projev jejich bolesti.*“

Obecně se dařilo respondentům lépe reagovat na potřeby klientů, když se na situaci dívali více komplexně a svoje stanoviska v poskytování péče opírali i o naslouchání potřebám rodinných příslušníků, kteří byli umírajícím lidem nablízku. Respondentka (G) uvedla : „*Mám i takovou zkušenost, že je nutné číst mezi řádky. Když pacient říká ne, tak si v hloubi duše říká ano. To je těžké rozeznat. Určitě v tom hraje i fáze umírání podle Kübler-Rossové. Je těžké rozeznat, v jaké fázi se pacient nachází. Pořád musím mít na paměti, že těmi samými fázemi prochází i jeho rodina. Záleží na tom, aby spolu srovnali krok... Je to hodně o naslouchání a o komunikaci.*“ O důležitosti porozumění anamnéze rodinných příslušníků a jejich vztahu k umírajícímu člověku se zmiňovali i ostatní respondenti. Rozhodující pro ně byla snaha o vyrovnávání tempa v prožívání jednotlivých fází umírání. „*Záleží také na tom, v jaké fázi jsou rodinní příslušníci, protože se s tím nemusí smířit, anebo to naopak vědí a umírající člověk si to nepřipouští, takže mezi nimi vzniká bariéra, kterou se snažím odstranit...*“ (H).

Část respondentů (A,C,D,F,G,H) také vypověděla, že se často potýkala s nejistotou během rozhodování v poskytování péče. „*V podstatě je to vždy takové hledání, co*

řít a co neřít. Nemohu říct, že bych měla někdy jistotu. Snažím se spíše reagovat co možná nejvíce citlivě...“ (A). Důležitou roli při tom hrála informovanost klientů a rodiny o situaci, v níž se sami nachází. Respondenti uváděli, že se jim obtížně pracovalo s lidmi, kteří přišli do hospice s falešnou nadějí, že se jejich zdravotní stav zlepší. „Někdo mluví otevřeně a asi nejhorší je, když člověk neví, že umírá. Má zkreslené informace. Někdo sem přichází od svého obvodního lékaře na rehabilitaci, chce se vyléčit...“ (D). Podobné zkušenosti měli i s rodinnými příslušníky, kteří nechtěli, aby byl klient o svém stavu informován. „Rodina po mně někdy chce, abych umírajícímu neříkala, že je v hospici a neinformovala ho o vážnosti jeho onemocnění. Neotevřená komunikace je vždy těžší, než když se může mluvit na rovinu...“ (C).

Dva respondenti (B,E) uvedli, že při své práci žádnou nejistotu neprožívají. Oba byli z celého výzkumného vzorku nejstarší a prošli si mnohaletými zkušenostmi z působení ve zdravotnictví. *„Řekněme, že mi pomohli profesní zkušenosti. Je v tom určitá míra znalostí, co jsem získal z předchozího zaměstnání ve zdravotnictví...“ (B).*

Mezi výpověďmi respondentů se dále objevila společná témata, která jim znesnadňovala prožívání zkušeností z hospice. Podmínky, které zhoršovali vnímání situace při práci s umírajícími lidmi, se shodovaly v následujících bodech : *věk, čas a identifikace s klientem.*

- **Věk**

Všichni respondenti uvedli, že je pro ně rozhodující věk u člověka, kterého doprovází. Ve svých výpovědích často zmiňovali příběhy mladých lidí, jimž pomáhali vyrovnat se s konečnou fází života. Kontakt s nimi označili za zatěžkávací zkoušku při zvládání emocí. *„Vždy, když umírá někdo mladší, je to pro mě těžší. Nejmladší jsme tu měli osmnáctiletou slečnu. V tu chvíli jsme to všichni prožívali mnohem hůř, než když odchází člověk, který má něco odžito...“ (A).*

- **Čas**

Důležitou úlohu sehrála u respondentů (A,C,E,F) délka pobytu jednotlivých klientů hospice. *„... ovlivňuje mě i to, když je tu někdo delší dobu, ale jeto úplně individuální. Záleží na tom, jak silné pouto se mezi námi vytvoří...“ (E).* Uvedení respondenti se neubránili přirozené potřebě sympatizovat s lidmi v náročných

situacích a často si mezi klienty hospice vybírali své "oblíbené pacienty", se kterými pak navázali hlubší emocionální vztah. „Když s někým naváží hlubší vztah, tak je to samozřejmě těžší. Odchází můj "oblíbený pacient", se kterým jsem se strávila spoustu času. Ale zase to беру tak, že je mu poskytnuta možnost odejít bezbolestně a pěkně...“ (C).

Takové jednání je stálo mnohem více úsilí ve zpracování vlastních pocitů v okamžiku, kdy klient, s nímž sympatizovali zesnul. Taky měli tendenci své "oblíbené pacienty" v péči poněkud upřednostňovat před ostatními klienty hospice. „Některé příběhy umírajících mě zasáhnou víc, protože je z nějakého důvodu znám. Člověk mi byl víc blízký, víc jsem se v něm angažovala a víc mě pak zasáhl i jeho odchod ze života...“ (F).

- **Identifikace s klientem**

Tři respondenti (D,E,G) uvedli, že je při práci ovlivňuje i skutečnost, kdy se mezi klienty hospice objeví někdo s podobnou životní historií. Důležitou úlohu sehraje nejen okolnost, zda-li jsou v přibližně stejném věku, ale i shoda s rodinnou konstelací, jakou je například zkušenost s mateřstvím. V takových situacích bývají do pomoci daleko víc zainteresovaní a hůře se vyrovnávají se ztrátou.

Respondentka (G) byla již deset let vdaná a jako matka tří dětí hluboce prožívala příběhy lidí s podobnými zkušenostmi z rodinného života: „Pokud u nás umírá maminka od malých dětí, tak se přiznávám, že si to někdy nosím domů...Nejhorší je asi taková ta bezmoc, že té mamince nemůžeme pomoci, že toho člověka musíme odevzdat Bohu a spíš se snažíme jako kolektiv zaměřit na rodinu – partnera, děti a rodiče...“

Shrnutí

Ukazuje se, že důležitou součástí doprovázení je znalost jednotlivých fází umírání. Díky orientaci v problematice umírajících lidí je možná větší míra saturace jejich potřeb ze strany sociálních pracovníků. Všichni respondenti uváděli, že tak byli schopni lépe porozumět reakcím lidí, s nimiž přicházeli do kontaktu.

V souvislosti s prožíváním nejistoty při poskytování péče bylo rozhodující, zda-li jsou klienti hospice a jejich příbuzní řádně informováni o své situaci. Část respondentů (A,C,D,F,G,H) v souvislosti s tím uváděla, že je pro ně náročnější pracovat s lidmi, kteří se udržovali v naději, že se jejich zdravotní stav zlepší.

Naopak dva respondenti (B,E) těžili ze svých dlouholetých zkušeností ze zdravotnictví a nejistotou při posuzování takových případů netrpěli. V tomto případě by mohl rozhodovat i věk respondentů, kteří byli z celého výzkumného vzorku nejstarší.

Zajímavé zjištění se týká horšího zvládnání emocí u umírání mladších osob (všichni respondenti), vybírání “oblíbených pacientů“ (A,C,E,F) a identifikace s životním příběhem klienta (D,E,G). V rámci prevence předcházení podobným situacím by bylo zajímavé zjistit, jestli by prožitek krize ze ztráty u klientů nemohl pečujícím připomínat krize ve vlastním životě. Z výzkumu není možné podobné závěry vyvozovat, neboť se jeho rozsah zaměřuje pouze na obecné aspekty prožívání. Je však zřejmé, že míru zvládnání emocí částečně ovlivňuje i sklon k sympatizování s některými klienty hospice.

Z následujících odpovědí se dá vyčíst, jaké strategie volili respondenti při vyhledávání podpory nejčastěji.

6.4 Podpora v zaměstnání

Respondenti (E,F,G) měli jako jediní možnost navštěvovat supervizi, ale nepovažovali ji za nejdůležitější faktor, který posiluje lepší vyrovnávání se s prostředím hospice. Dva respondenti (B,H) uvedli, že náhradou za supervize využívají návštěv psychologa. Ani v tomto případě ale nebylo podle nich setkání s psychologem tím nejpodstatnějším faktorem, který ovlivňoval zvládnání prožitků spojených s hospicem. Oblasti, o nichž se respondenti zmiňovali nejvíce, byly: *tým spolupracovníků, rodina, smysluplnost práce a víra.*

• Tým spolupracovníků

Všichni respondenti se shodli v tom, že je pro ně důležitá týmová podpora, kdy mimo jiné popisovali vlídnou a chápavou pomoc ze strany svých kolegů. *„Je tu dobrý kolektiv. V něm si vše povíme a sdělíme to společně mezi sebou...“* (A). *„Funguje tu dobrý multidisciplinární tým, v němž jsme schopni vše prokonzultovat.“* (D). *„Pak musím zmínit ještě pomoc kolegů. Mluvíme tom, protože máme každý den porady našeho týmu. Komunikujeme společně o tom, jak se ten člověk vyvíjí, co prožívá. Pomáhá mi si o tom promluvit...“* (H).

Respondenti se zmiňovali i o přátelské atmosféře, která panuje mezi spolupracovníky v hospici : „ ...lidé, co tu pracují, tu pracovat chtějí a mají k tomu „uzpůsobené srdce“. Jsme tady jedna rodina a je tu taková atmosféra radosti a pohody. Když někdo umírá, anebo má velké bolesti, tak jsme z toho samozřejmě smutní, ale vzhledem k tomu, že je tu dobrý kolektiv, to všichni společně zpracujeme a snažíme se vzájemně podporovat...“ (C).

• Rodina

Všichni respondenti si byli vědomi toho, že jim pomáhá dobré rodinné zázemí, kde mohou své zážitky z hospice sdílet se svými nejbližšími. „Nejvíce se o tom bavím doma. Pomáhá m, když se o své práci mohu pobavit s nejbližšími...“ (B). Výpovědi ostatních respondentů byly obdobného rázu: „Své dojmy z hospice sdílím se všemi, se kterými mám bližší vztah. Rodina, přátelé. Je pro mě důležité si o tom popovídat, abych v sobě nedusila pozůstatky z práce...“ (C). „Mám dost velkou rodinu s pěti dětmi a všichni j sou obeznámeni s tím, co mají doma za matku. My už jsme doma řešili problémy všech různých klientů...“ (D).

Jedna respondentka (F) uvedla, že ji rodina dodává pocit stability, bez níž si práci v hospici nedokáže představit: „Myslím si, že by se mi tahle práce dělala špatně, kdybych doma neměla dobré zázemí. Já si hovím v tom, jak se doma mám. To dává člověku hodně sil a taky nějaký pocit stabilit v životě. To vědomí, že je za mnou manžel, je pro mě velice důležité. Že mohu jít domů a tam na mě čeká někdo láskyplný. To, že mám svoje místo mě udržuje v pohodě.“

Jen v jednom případě se respondentka (E) zmiňovala o odmítavém postoji rodiny k zážitkům z její práce. Skutečnost, že se o své zkušenosti z hospice nemohla podělit se svým manželem, u ní vyvolával pocit samoty a odcizení: „Domů se snažím to netahat, protože vím, že to manžela zatěžuje. Nechce to slyšet. Proto se to snažím odprožívat tady v práci. Někdy se v tom doma cítím sama, ale manžel mi jasně naznačil, že tohle nechce poslouchat a já vidím, že ho to zatěžuje. Téma nemoci a umírání je mu cizí, takže se snažím to doma neventilovat. Někdy cítím z práce deficit, ale abych chodila každý den a líčila nějaké podrobnosti, tak to radši nebudu: On to prostě nechce slyšet.“

• Smysluplnost práce

U tří respondentů (B,C,F) rozhodoval mimo jiné i pocit, že dělají pro druhé lidi něco smysluplného a užitečného. Tato skutečnost jim přinášela jistý stupeň zadostiučinění, který je podporoval ve výkonu zaměstnání a vnášel tak smysluplnost i do jejich života.

„Po deseti letech práce tady mi práce poskytuje jistý vysoký stupeň zadostiučinění. Mám pocit, že dělám něco, co je lidem podstatné a potřebné...“ (B). *„Když jsem k tomu přičichla poprvé, tak jsem si řekla, že tohle je můj šálek kávy. Mám tuhle práci prostě ráda, protože v ní vidím smysl. Zalíbilo se mi, jak lidé mohou umírat v hezkých podmínkách...“* (C).

Respondentka (F) dokonce uváděla smysluplnost práce jako jeden z nejpodstatnějších faktorů, z něhož vychází při hledání opory v zaměstnání: *„Nejvíce mi pomáhá, že vidím smysluplnost svojí práce. Vidím určitou proměnu, kdy člověk provádí rodiny, když se mohou o něco opřít a mít trochu záda v té instituci. Vidím, že se jim lépe žije, když mohou nějaká složitá témata otevřít a neskrývat se s nimi. Smysluplnost té práce mi dává sílu, chuť a odvahu ji dělat.“*

• Víra

Pět respondentů (C,D,E,G,H) považovalo víru za nedílnou součást čerpání vnitřní podpory v zaměstnání. Uvedení respondenti se bez výjimky hlásili ke křesťanství a při své práci se často obraceli s otázkami k Bohu. U dvou z nich (G,H) hrála víra rozhodující roli ve způsobu, jakým se vyrovnávali s prací v hospici. V jejich případech bylo nejpodstatnější odevzdat své zkušenosti do rukou božích: *„Pomáhá mi ztišení v kapli, kdy to odevzdám Bohu. Odevzdám mu rodinu, partnera a děti. Nechtít víc. Prostě to odevzdat, jakože to takhle mělo být, i když to teď nevíme. Neumíme odpovědět na ten otazník proč. Spíše prosit, aby ta rodina někde odpověď dostala, aby tuhle cestu ustála...“* (G).

Druhá z respondentek (H) dokonce uvedla, že jí víra naplňuje pocitem radosti: *„Čerpám hodně z víry, protože jsem věřící člověk. O to se opírám nejvíce. Z mé strany to nechávám na Bohu, jak to bude dál. Snažím se pomoci, jak to jen jde, ale musím to odevzdat, co není v mých silách nějak změnit. Možná proto mě to tolik neovlivňuje, protože žiji aktivně ve víře a tématu smrti se věnuji mnohem častěji. Žiji ve víře, kde se o tom mluví a navazuje se na to, co bude po smrti, takže mi to*

nepřijde až tak nenormální. Tím, že to tady prožívám, mě to naplňuje spíše radostí, že mohu pro ty lidi něco udělat.“

Shrnutí

Ukazuje se, že pro všechny respondenty byl důležitý dobře fungující tým, kde mohli sdílet své zkušenosti s umírajícími lidmi. Rozhodovala proto i důvěrná a přátelská atmosféra, kterou v prostředí hospice respondenti shodně popisovali. Bylo by zajímavé zjistit, zda-li blízkost umírání, smrti a vědomí nevyhnutelného konce života nenutí zaměstnance hospice lépe spolupracovat. Jisté je, že výzkum poukazuje na podstatnou roli kvalitního a součinně spolupracujícího týmu, bez něhož si respondenti nedokázali práci v hospici představit.

Výpovědi respondentů dále ukazují, že si byli všichni vědomi silného postavení vlastní rodiny, která s nimi byla ochotna sdílet zážitky z hospice. Respondenti (A,B,C,D,F,G,H) pravidelně využívali možnosti si o svých problémech z práce popovídat doma. Pouze v jednom případě respondentka (E) tuto možnost neměla a cítila se tak vedle svého manžela osaměle. Svoje pocity se snažila ventilovat fyzickou aktivitou: „...*na kole, na běžkách. Když mám dostatek pohybu, tak to ze sebe dostanu.*“ Je proto zřejmé, že lepší vyrovnávání se s prostředím hospice značně ovlivňuje dobře fungující rodinné zázemí, kde se respondenti mohli o své zážitky podělit s ostatními.

Tři respondenti (B,C,F) uvedli, že jim mimo jiné pomáhá zahlížet ve své práci smysluplnou činnost. Vědomí, že dělají něco užitečného a prospěšného jim přinášel pocit zadostiučinění. Díky tomu pro ně byla práce v hospici mnohem snazší. Respondenta (F) dokonce uvedla, že je pro ní smysluplnost práce rozhodující, a že se jí tak daří *lépe vypořádat se zkušenostmi z hospice.*

Pět respondentů (C,D,E,G,H) dále uvedlo, že jejich pohled na práci s umírajícími lidmi ovlivňuje víra v Boha, kdy v sobě nacházeli oporu například návštěvou kaple či pouhou modlitbou. Díky tomu se dokázali na zkušenosti z hospice dívat s větším odstupem. Ve dvou případech (G,H) byla víra v Boha rozhodujícím faktorem, který respondentům napomáhal udržovat duševní rovnováhu.

6.5 Soukromá sféra

Šest respondentů (A,D,E,F,G,H) uvedlo, že jim práce v hospici přinesla změnu životních hodnot. „Spoustu zdánlivě důležitých věcí v životě už tolik neřeším. Určitě si víc vážím každého dne a naučila jsem se řadu věcí neodkládat. V hospici jsem se naučila, že když je něco důležité, tak odpoledne může být pozdě...“ (A). Člověk to má trochu jinak poskládané a to prostředí tady mu dává spoustu věcí a okamžiků, které ho mohou do života posílit. Naučila jsem se žít víc okamžikem a blízkostí s lidmi. Víc radostně v tom, co je...“ (F).

Respondenti se často zmiňovali o tom, že se nezabývají tolik problémy běžného života a rozlišují mezi tím, co je skutečně podstatné. „Člověk si začne uvědomovat, co má, když nemusí řešit to, co řeší klienti a jejich příbuzní. A když si večer lehnu a řeknu si, že dnešek nestál za nic, tak vím, že jsem na tom pořád relativně dobře... Života jsem si sice vážila i dříve, ale práce tady tomu ještě přispívá. Problémy v každodenním životě vám pak připadnou, jakože nejsou tak zásadní. Třeba v porovnání s onkologickým onemocněním jsou to skutečně malichernosti...“ (D).

Pohled na klienty je dále uváděl do konfrontace s tím, co prožívají doma a nutil je přehodnotit zásadní životní stanoviska. „V popředí je zdraví rodina a komunikace mezi lidmi. Ne žádné hádky a rozbroje, protože je to úplně zbytečné... Tady kolikrát vidám takové rodinné osudy, že zemře mladý člověk, ale v té rodině je všeho ještě daleko víc. Když se s tím rodina dobře vypořádá, tak si z toho беру zpětnou vazbu... Vidím, jak se s tím ostatní lidi perou. Proč se trápit, když jsou na světě daleko horší věci...“ (E). „Když má člověk s rodinou problémy a najednou zjistí, že ty problémy jsou v porovnání s umírajícími lidmi absolutně malicherné. Najednou si uvědomíte hodnotu života a vážíte si každého okamžiku...“ (G).

Respondent (B) uvedl, že ho i díky pokročilému věku zkušenosti z hospice v soukromém životě neovlivňují: „Člověk, čím je starší, má trochu měnící se názor. Ted' už se na to nedívám jako dvacetiletý, kdy je všechno strašně daleko. Prostě je to tak, že už mám blíže ke konci a dívám se na to jinak...“

Respondentka (C) si také nebyla vědoma konkrétního zásahu do soukromého sféry, protože měla už dříve zkušenosti s péčí o své nemohoucí prarodiče: „v rodině jsem se dříve starala o svoji nemocnou babičku a dědečka, takže zkušenosti z hospice mi do života bezprostředně nezasahují. Spíše je to o tom, že mám k té práci odmalička

potenciál...Možná to, že jsem se setkala se smrtí jako mladá, tak jsem se nebála setkat se smrtí někde jinde...“

Shrnutí

Lze říci, že setkávání s umírání a smrtí přineslo šesti respondentům (A,D,E,F,G,H) hlubší porozumění životu - pozměnilo jejich hodnoty a pohled na problémy každodenního života. Stejní respondenti naznačili, že díky zkušenostem z hospice si mnohem více *vází každého dne* a nezabývají se malichernostmi, které jim v souvislosti se zážitky s umírajícími lidmi přijdou nepodstatné. Se změnou hodnot souviselo i určité zkvalitnění vztahů se členy rodiny. Díky doprovázení klientů hospice se snažili lépe vycházet i se svými nejbližšími, protože si uvědomovali, že každý den může být tím posledním v jejich životě. Ukazuje se tedy, že v uvedených případech přinesla respondentům práce v hospici i větší otevřenost ve vztahu k druhým lidem.

Odpověď respondenta (B) naznačuje, že mu zkušenosti z hospice nezasahují do soukromé sféry díky pokročilému věku a vědomí, že horizont jeho života se již krátí. Téma umírání a smrti mu tak bylo mnohem blíže než u ostatních respondentů. Věk v tomto případě sehrál důležitou úlohu. Vzhledem k tomu, že ve svém životě *prožil již mnoho ztrát*, pro něj neměli zážitky z hospice takovou váhu, aby nějak zásadně pozměnily pohled do soukromí.

Poslední respondentka (C) opět zmínila, že ji při práci ovlivňují zkušenosti, které získala během péče o své nemohoucí prarodiče. Zdá se, že i v jejím případě, podobně jako u respondenta (B), sehrála důležitou roli dřívější zkušenost ztráty. Díky ní se její pohled do soukromé sféry příliš nezměnil.

6.6 Postoj k umírání a smrti

Všichni oslovení respondenti uvedli, že je pohled na umírání a smrt během působení v hospici ve větší míře konfrontoval s vlastní konečností. *„Když jsem sem nastoupila, tak jsem si umírání tolik nepřipouštěla...Víc jsem nahlídla do umírání. Úplně si připouštím, že je člověk smrtelný, že i já sama zemřu, že zemřou i moji blízcí...“* (E).

Dva respondenti (A,B) se začali na svou smrt více připravovat. „*S takovou nadsázkou si říkám, jaké to asi bude...Když to pak porovnám s úmrtí určitých lidí, kdy na to absolutně nikdo není nachystaný. Jsou lidi, jimž mnoho let nikdo a pak si třeba neví rady, jak co zařídit. Tady v tom jsem se utvrdila, že je dobré mít to v hlavě srovnané už během života...*“ (A).

„*Začnete se na smrt dívat jako na skutečnou realitu. Před tím jsem se s ní setkal, když mi zemřel někdo z rodiny nebo ze známých. Tady se s konečnou fází života seznamujete každý den. Prostě už vím, že to jednou přijde. Jenom je třeba se snažit, aby to bylo trochu důstojné, protože nemá smysl umírat nevyrovnaný se životem, mít postaráno o ty, co vás zde následují. Člověk se s tím musí srovnat sám, trochu se na smrt připravit...*“ (B). Tentýž respondent uvedl, že ho prostředí hospice zbavuje strachu ze smrti: „*Svým způsobem mě práce s umírajícími lidmi zbavila strachu ze smrti. Začal jsem ji brát jako určitý životní fakt...*“

Další dva respondenti (C,D) uvedli, že jim v práci v hospici ukázala, nakolik se dá umírat v důstojných podmínkách. „*Během počátečních praxí jsem si zažila, že existuje prostředí, kde se k lidem přistupuje hezky, slušně a s úctou. Kde mohou umřít bez bolesti a mohou být při tom obklopeni lidmi, které mají rádi...*“ (C). U respondenty (D) byla tato skutečnost navíc podepřena špatnou zkušeností z práce ve zdravotnictví za dob totalitního režimu: „*Když mi zemřel můj první pacient na mé úplně první službě, tak jsme ho odváželi do nějaké šílené krypty, kde mě v noci nechali stát samotnou s vozíkem a zesnulým na něm...Od té doby jsem se na to začala dívat víc přímo a změnilo se to. Získala jsem na smrt náhled...Naučilo mě to, že umírání není taková hrůza, ale že může mít i důstojnou podobu...*“

I respondentka (G) se zmiňovala o tom, že jí práce v hospici vedle zkušeností z života umožnila nenahlížet ve smrti nic hrozného: „*Když bych za sebou neměla zkušenosti v hospici a neměla bych možnost zažít to, co jsem zažila ve své rodině, tak by pro mě otázky smrti byly tabu. Bylo by to asi něco, čeho se bojím, z čeho mám strach, čím se nechci zabývat. Ale ve chvíli, kdy má člověk za sebou možnost setkat se smrtí, tak najednou vidí, že umírání a smrt není nic strašného nebo obestřeného rouškou hrůzných věcí...*“

Respondentka (F) získala díky práci v hospici i větší respekt k umírání a smrti: „*Vědomí smrti je pro mě za dobu, co tu pracuji, silnější. Tím, že vidím umírat mladé lidi a potkávám se s rodinami umírajících, tak si uvědomuji, že i můj horizont*

nemusí být takový, že se dožiji sedmdesátky. Mohu klidně umřít mladá. Mám větší respekt vůči tomu, že zemřu, že mi blízcí zemřou...“

Poslední respondentka (H) uvedla vedle většího vědomí vlastní konečnosti i vyšší informovanost coby důležitý faktor, který proměnil její vztah k umírání a smrti: *„Určitě je to jiné asi i ve vyšší informovanosti. Člověk si to nedokáže představit, když v hospici nikdy nepracoval. I díky vyšší informovanosti je pro mě jednodušší pracovat s umírajícími...“*

Shrnutí

Ukazuje se, že respondenti byli v konfrontaci s prostředím hospice přivedeni k hlubšímu poznání vlastní konečnosti. Začali se více zabývat otázkami umírání a smrti nejen v případě svých klientů, ale i u sebe samých. U dvou respondentů (A,B) vedly úvahy především k tomu, jak by se měli na svou smrt připravit. Oba dva si uvědomovali, že je důležité odcházet ze života smířený sám se sebou. Respondent (B) dokonce uvedl, že zkušenosti z hospice *umožňují zbavovat se vlastního strachu ze smrti*. Podobně jako v případě respondentů (D,G) mu tak práce s umírajícími lidmi ukázala, že smrt nemusí být jen něco hrozného, ale že může mít i vlídnou a přívětivou tvář.

Práce v hospici poskytla dále respondentům i vstřícnější pohled na možné podoby umírání. Respondentka (C) popisuje, že ji *zaujal laskavý přístup a úcta k životu*. Skutečnost, že je lidem poskytnutý prostor smířit se svojí situací, sehrála v jejím případě důležitou roli. Kvalita umírání se stala rozhodujícím ukazatelem budoucích očekávání.

Respondentku (F) zase vedly zkušenosti z hospice k většímu respektu k životu a vědomí, že může být sama kdykoliv bezprostředně konfrontována se smrtí nejen u sebe, ale i u svých nejbližších. Naučila se díky tomu *žít víc okamžikem a blízkostí s lidmi*. Respondentka (H) navíc uvedla, že je teď mnohem více informovaná o způsobech umírání a smrti, protože se domnívá, že se na svou smrt dokáže *daleko lépe připravit*.

7 DISKUZE

Původním záměrem výzkumné sondy bylo oslovit sociální pracovníky, kteří působí v lůžkových hospicích, sledovat jejich prožitky při setkání s umíráním a smrtí a zjistit, nakolik se vyrovnávají s aspektem definitivní ztráty. Problémem se staly zvláštní požadavky na pečující, které předpokládají přiměřený přístup k “rizikovým“ klientům. Z tohoto důvodu byli osloveni sociální pracovníci z různých částí ČR. Výzkumná sonda se opírala o současný pohled dotazovaných respondentů. K získání údajů byl sestaven okruh otázek, které posloužily při vedení polostrukturovaného rozhovoru.

První otázka se zabývala důvody, které respondenty vedly k sociální práci v hospici. Důležitým předpokladem byl zájem pracovat v pomoci poskytující profesi. Ukázalo se ale, že nejčastější pohnutkou se staly dřívější zkušenosti s umíráním a smrtí. Fakt, že pět respondentů pocházelo z rodin, kde nebyla smrt odsouvána do ústraní, se stal důležitým faktorem, který je nasměroval k budoucímu povolání. Již v minulosti se totiž stali součástí péče o nemohoucí příbuzné, pročež si mohli vytvořit konkrétní názor na způsoby umírání a smrti. Odpovědi ukazují, že při volbě zaměstnání sehrály podstatnou roli jisté dispozice pro práci s umírajícími lidmi. Významnou okolností pak bylo především to, že respondenti vyrůstali v domácím prostředí, kde byla smrt brána jako přirozená součást života, kde se o smrti nebál nikdo otevřeně promluvit a kde se ze života nevyčleňovaly potřebné rituály spojené s umíráním a smrtí. Zbylé tři respondenty přivedlo k práci v hospici hledání zaměstnání. V jejich případě se tedy konkrétní dispozice prokázat nedají. Hlavním důvodem se pro ně stal zájem uplatnit své schopnosti a dovednosti v pomáhající profesi.

Druhá otázka se zabývala faktory, které ovlivňují doprovázení klientů hospice. Výzkum ukázal, že se respondentům nejnáze pracovalo s lidmi, kteří dospěli přirozenou cestou ke stáří. V takových případech pro ně byla emocionální zátěž nejmenší. Doprovázení jim dále usnadňovala znalost jednotlivých fází umírání, kdy byli schopni lépe reagovat na momentální potřeby klientů. Na základě výpovědi

všech respondentů se neprokázalo, že by u nich změny přání a chování klientů způsobovaly případné frustrace. V podobných situacích se snažili spíše porozumět jejich vnitřním pohnutkám. V souvislosti s nejistotou a nejednoznačností, které práce s terminálně nemocnými obnáší, uváděli především špatnou informovanost klientů o jejich skutečném zdravotním stavu a takzvané falešné naděje, s nimiž do hospice přicházeli. Domnívám se, že v takových případech by měla sehrát svoji významnou roli týmová supervize, která by jasněji vydělila rozsah jednotlivých kompetencí pracovníků hospice. Výzkum však ukázal, že možnosti supervize směli využít pouze tři respondenti. Bylo by jistě zajímavé dále prozkoumat, z jakého důvodu je v hospicích supervize stále nedostupná. Rozsah výzkumu ale podobná šetření nedovoloval. Dva respondenti dále uvedli, že nejistotu při práci s klienty neprožívají. V jejich případě byla rozhodující profesní zkušenost, kterou získali během mnohaletého působení ve zdravotnictví.

Všichni respondenti popisovali, že se jim nejhůře doprovázejí mladí lidé. U čtyř klientů pak rozhodovala délka pobytu jednotlivých klientů. S některými z nich totiž navázali hlubší emocionální vztah, načež se těžko vyrovnávali s jejich odchodem ze života. Další tři respondenti uvedli, že jim práci znesnadňuje i setkání s klientem s podobnou životní historií. Bylo by jistě zajímavé zjistit, jestli v popsanych případech nesehrály svoji roli aktivizované krizové zkušenosti, které nebyly dostatečně zvládnuty (Student aj., 2006). Z výzkumu ale podobné závěry nelze vyvozovat.

Mezi faktory, které ovlivňovaly vyrovnávání se s prostředím hospice, patřila především týmová podpora. Shodli se na ní všichni oslovení respondenti. Výzkumná sonda ukázala, že dobře fungující tým dokázal stimulovat prožitky s umírajícími. Obecně lze velmi pozitivně vnímat, že respondenti bez výjimky popisovali přátelskou atmosféru, která vládla mezi spolupracovníky hospice. Nabízí se otázka, zda-li blízkost umírání a smrti nenutí zaměstnance paliativní péče lépe spolupracovat.

Všichni respondenti si byli dále vědomi toho, že je pro ně důležité dobré rodinné zázemí. Ukázalo se, že měli tendenci své zážitky z hospice sdílet se svými nejbližšími. Respondentka, která tuto možnost neměla, uváděla, že doma zažívala pocit samoty a odcizení. Je tedy zřejmé, že k lepšímu vyrovnávání vedla i kvalita rodinných vztahů a míra otevřenosti, s níž mohli respondenti zacházet.

Třem respondentům dále napomáhalo vidět ve své práci smysluplnou a prospěšnou činnost. A konečně v případě pěti respondentů rozhodovala i skutečnost, že jsou věřící. Dokázali se tak na svou práci dívat s větším odstupem. Víra jim umožňovala vidět smrt jako přirozenou součást života. Do jaké míry se liší vyrovnávání se zkušenostmi z hospice u věřících a nevěřících respondentů ovšem výzkumná sonda neukazuje. Jisté je, že život ve víře přináší konkrétní pohled na umírání a smrt, na níž se lze připravit.

Záměrem třetí otázky bylo zjistit, nakolik zkušenosti z hospice zasahují do soukromé sféry respondentů. Většina z nich uvedla, že jim práce s umírajícími přinesla změnu životních hodnot. Začali si mnohem více vážit každého dne a naučili se rozlišovat mezi tím, co je v životě podstatné a co ne. Díky setkání s klienty hospice si uvědomili, jak je důležité dobře vycházet se svými nejbližšími a přestali se zabývat malichernými spory. Ukázalo se, že setkání s umíráním a smrtí donutilo respondenty k daleko hlubší sebereflexi a většímu porozumění životu. V každodenní konfrontaci s umírajícími byli vedeni k přehodnocení vlastních hodnot. Lze dodat, že jim práce v hospici přinesla i zkvalitnění vztahů s druhými lidmi a větší míru otevřenosti. Jen dva respondenti uvedli, že jim práce do soukromé sféry nijak nezasahuje. V obou případech se ukázalo, že pro ně byla rozhodující dřívější zkušenost ztráty.

Poslední otázka se zabývala postojem k umírání a smrti tak, jak se vyvíjel během působení v hospici. Ukazuje se, že respondenti byli v konfrontaci s prostředím hospice přivedeni k většímu poznání vlastní konečnosti. Dva respondenti začali vést konkrétní kroky v přípravě na vlastní smrt. Práce v hospici poskytla respondentům dále pohled na důstojnější podoby umírání. V neposlední řadě se zmiňovali o větším respektu k životu a vyšší míře informovanosti o způsobech umírání a smrti. Z výzkumné sondy vyplývá, že jim zkušenosti z hospice přinesli jak zkvalitnění pohledu na podoby umírání a smrti, tak i větší míru připravenosti ve vztahu k vlastní konečnosti.

Je nutno podotknout, že odpovědi respondentů se nedají nijak zobecňovat. Malý počet členů ve výzkumného vzorku nezaručuje přílišnou validitu případným závěrům. Ostatně i rámeček zvolených otázek byl pouze orientačního rázu a možná by lépe posloužil podobné studii vedené spíše se zdravotnickým personálem hospice.

Vzhledem k současnému stavu lůžkových hospiců v ČR a postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu paliativní péče však můžeme předpokládat

nárůst studií, které se zabývají metodickou přípravou sociálních pracovníků. Je na místě detailněji sledovat způsoby, jakými se vyrovnávají se setkáním s umíráním a smrtí a zaměřit se více na jejich potřeby a prožitky, s nimiž se potýkají v kontaktu s umírajícími. Jen tak mohou překonat nesnáze, které práce s terminálně nemocnými obnáší. Výsledkem by mohla být nejen větší odolnost vůči případnému syndromu profesionálního vyhoření, ale i zlepšení péče o terminálně nemocné.

9 SOUHRN

Cílem výzkumné sondy bylo zjistit motivaci sociálních pracovníků při výběru svého zaměstnání a porozumět způsobu, jakým se vyrovnávají se setkáváním s umíráním a smrtí v hospici. Výsledky tohoto kvalitativního výzkumu se tedy týkají velice specifické oblasti sociální práce. Hlavní část výzkumu probíhala na jaře a v létě 2008 a opírá se o analýzu dat z polostrukturovaného rozhovoru. V něm se sledoval současný pohled osmi dotázaných respondentů. Během přepisu byla provedena redukce prvního řádu za účelem získání plynulejšího srozumitelnějšího textu pro další analýzu. Pro následné zpracování textu bylo použito kódování dat. K analýze dat byla využita převážně metoda prostého výčtu.

Výpovědi respondentů poukázaly na významnou roli sebereflexe při práci s umírajícími lidmi. Projevily se i určité osobnostní dispozice, které mohou ovlivnit výběr zaměstnání. Většina respondentů měla předchozí zkušenost s péčí o nevléčitelně nemocné v domácím prostředí. Skutečnost, že se mohli v minulosti aktivně podílet na pomoci umírajícím, pozitivně ovlivnila jejich vztah ke zvolené profesi. Mohli tak lépe porozumět klientům hospice a nebát se při tom okolností spojených s umíráním a smrtí. Výzkumná sonda ukázala, nakolik byla pro respondenty důležitá orientace v jednotlivých fázích umírání. Díky ní byli schopni lépe vyhovět potřebám klientů a neprožívat změny nálad a přání terminálně nemocných jako vlastní selhání. Významnou roli v prožívání nejistoty sehrála informovanost umírajících o jejich skutečném zdravotním stavu. Šest respondentů se obávalo práce s falešnými nadějemi. Ukázalo se dále, že většina respondentů měla tendenci sympatizovat s určitým typem klientů. V podobných případech se hůře vyrovnávali se ztrátou. Na základě uvedených výpovědí se však nedá stanovit, co přesně podobné situace zapříčinilo.

Výzkum ukázal, že možnosti supervize mohli využít jen tři respondenti z osmi oslovených hospiců. Nutno podotknout, že supervize nebyla respondenty pokládána za nejdůležitější faktor, který by jim dovolil lépe se vyrovnat s prostředím hospice. Při vyhledávání podpory v zaměstnání sehrál významnou roli dobře fungující tým

spolupracovníků. Respondenti si byli dále vědomi toho, že jim pomáhá podpora rodiny a možnost si o svých zkušenostech z hospice popovídat doma. V neposlední řadě se ukázalo, že způsob vyrovnávání se s umíráním a smrtí ovlivňuje i vyznání víry.

Výzkumná sonda dále ukázala, že práce v hospici donutila respondenty ve většině případů ke změně životních hodnot, vedla je k hlubšímu porozumění životu a konfrontaci s vlastní konečností. Definitivní ztráty klientů se rovněž odrazili v rodinných vztazích. Respondenti se snažili lépe vycházet se svými nejbližšími.

Zjištěná data poukazují na skutečnost, že kvalitu sociální práce v hospicích může ovlivňovat i schopnost sebereflexe. Sociální pracovníci by se měli zabývat svými limity v kontaktu s umírajícími lidmi a neopomenout při tom ani na péči o sebe sama.

Je ovšem nutné opět podotknout, že zde nešlo o výzkum v pravém slova smyslu. Pro vyšší míru validity by bylo třeba oslovit větší počet respondentů. Zajímavé by bylo například srovnání s hospicovou péčí v zahraničí nebo porovnání rozdílů v prožívání sociálních pracovníků v nemocničním zařízení a v hospici. Takto je platnost zjištěných údajů značně omezená a je proto důležité, brát ji s rezervou.

ZÁVĚR

V setkání s umíráním a smrtí je každý konfrontován s křehkostí bytí lidské existence. Vědomí, že jsme s podstaty konečnými bytostmi, jasně ohraničuje náš životní rozměr. Máme jen omezený čas na to, abychom dostáli naplnění všech možností, které skýtá světské pobývání člověka. Záleží na každém z nás, jakým způsobem strávíme zbývající etapu života. Důležité je v sobě upevňovat pocit odpovědnosti, neodkládat podstatné věci k vyřízení na později a hledět si vlastního díla jako výkonu na cestě hledání smyslu života. Odhalováním vlastní podstaty se stavíme blíže horizontu, který nám otevírá skutečný rozměr našeho poslání. Každý okamžik je příležitostí a výzvou k dalšímu osobnímu růst.

Nejzřetelněji se podobné nároky ohlašují právě v blízkosti smrti. Umírající a jejich blízcí jsou vystaveni nelehké situaci, v níž musí mnohdy ze dne na den změnit své role a postoje k životu. Zde se jasně ukazuje ohraničenost možností existence. Porozumění potřebám, přáním a požadavkům lidí, kteří jsou zasaženi umíráním a smrtí, může napomoci k hledání nejlepších možných řešení v nastalé situaci.

Právě hospice mohou být v podobných případech dobrým pomocníkem. V stávajících kulturních podmínkách, kde jsou témata smrti a umírání stále více vydělována na okraj společenského zájmu, sehrává hospicové hnutí nezastupitelnou úlohu. Může pomoci umírajícím lidem dostat důstojné podoby smrti, ulehčit problematickým vztahům v rodině či porozumět zákonitostem neodvratitelné zkušenosti přicházejících ztrát.

Podstatnou roli v tom sehrává i sociální práce, která by měla povzbuzovat umírající a jejich příbuzné v zátěžových situacích a životních krizích. Měla by dbát na jejich důstojnost a podporovat je v uschopňování k samostatnému zvládnání nastalých potíží.

Role sociálního pracovníka se pak nevymezují pouze jeho odborností, ale i jeho osobnostními předpoklady pro práci s umírajícími lidmi. Měl by být schopen čelit zkušenostem s umíráním a smrtí, připravovat se na nároky s prožíváním definitivních ztrát klientů a zamezovat ubývání sil v péči o sebe sama. Kultivováním svého postoje k umírání a smrti, hledáním limitů a zdrojů pomoci v práci s umírajícími pak může zlepšit i svůj vlastní postoj k životu.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ:

BLUMENTHAL-BARBY, K. et. al. *Kapitoly z thanatologie*. Přel. C. Škoda. Praha: Avicenum, 1987. 149 s. Přel. z: Betreuung Sterbender

BYOCK, I. *Dobré umírání. Možnosti pokojného konce života*. Přel. Ladislav Šenkeřík. Praha: Vyšehrad, 2005. 325 s. ISBN 80-7021-797-9

CALLANOVÁ, M. KELLEYOVÁ, P. *Poslední dary. Jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. Přel. Vlasta Hesounová. Praha: Vyšehrad, 2005. 221 s. ISBN 80-7021-819-3

ELIAS, N. *O osamělosti umírajících v našich dnech*. Přel. Alena Blánová. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998. 60 s. ISBN 80-85844-39-7

FRANKL, V. *Vůle ke smyslu*. Přel. Vladimír Jochmann. Brno: Cesta, 1994. 212 s. ISBN 80-85139-29-2

HAŠKOVCOVÁ, H. *Umírání a smrt*. In VORLÍČEK, J. et. al. *Paliativní medicína*. 2. přeprac.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7. s. 435-447

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3

JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. 288 s. ISBN 80-7178-535-0

KÜBLER-ROSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. Přel. Jiří Královec. Turnov: Arica, 1992. 251 s. ISBN 80-900134-6-5

MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. 309 s. ISBN 80-7178-473-7

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2

O'CONNOR, M. ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Přel. Jana Heřmanová. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4

PARKES, C. RELFOVÁ, M. COULDRICKOVÁ, A. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Přel. Pavel Pšeja. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 180 s. ISBN 978-80-87-029-23-7

SCHERER, G. *Smrt jako filosofický problém*. Přel. Karel Šprunk. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005. 271 s. ISBN 80-7192-914-X

SLÁMA, O. KABELKA, L. VORLÍČEK, J. et. al. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5

STUDENT, J. MÜHLUM, A. STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Přel. Marek Zikmund. Praha: Nakladatelství H&H Vyšehradská, 2006. 161 s. ISBN 80-7319059-1

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo, 1995. 144 s. ISBN 80-902049-0-2

SVATOŠOVÁ, M. JIRMANOVÁ, M. *Hospic slovem i obrazem*. Praha: Ecce Homo, 1998. 163 s. ISBN 80-902049-1-0

ŠIKLOVÁ, J. DOSTÁLOVÁ, O. *Sociální práce v paliativní medicíně*. In VORLÍČEK, J. et. al. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7. s. 485-504

Velký slovník naučný. Praha: Diderot, 1999, s. 551, 1357. ISBN 80-902723-1-2

VORLÍČEK, J. ADAM, Z. POSPÍŠILOVÁ, Y. et. al. *Paliativní medicína*. 2.přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7

elektronické citace:

Co je hospic? [online]. c1999-2001, poslední revize 9. 1. 2008 /cit. 2008-07-15/. Dostupné z <http://www.hospice.cz/hospice1/hospic.html>

Dětský hospic. [online]. Praha: Nadační fond klíček, c2005-2008, poslední revize 9.1.2008 /cit. 2008-07-17/. Dostupné z <http://www.klicek.org/hospic/index.html>

Resumé písemné práce k bakalářské zkoušce s názvem

Setkání s umíráním a smrtí v hospici v kontextu sociální práce

Studijní program: *Sociální práce a sociální politika*

Studijní obor: *Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii*

Autor: Šimon Jelínek

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jaroslav Kořa

Rok: 2008

Klíčová slova: umírání, smrt, hospic, sociální práce

Ve své bakalářské práci se zabývám oblastí sociální práce v hospici. Zajímalo mě, co s sebou přináší každodenní kontakt s umírajícími lidmi, s jakými skutečnostmi se musí sociální pracovník v souvislosti s faktem smrti vypořádat a která stanoviska dopomáhají zlepšovat jeho duševní rovnováhu. Mým cílem tak bylo zmapovat prožívání sociálních pracovníků při setkání s umíráním a smrtí ve specifických podmínkách hospicové péče. Snažil jsem se objasnit zásadní postoje a potřebné dovednosti při práci s umírajícími lidmi a jejich nejbližšími.

Zdrojem informací se pro mě stali rozhovory s osmi sociálními pracovníky z různých částí České republiky. Zaměřil jsem se především na jejich motivaci pro práci v hospici, způsoby vyhledávání vlastní podpory a postoji, které zaujímají v kontextu sociální práce k podstatným rolím v hospici. Jednotlivé rozhovory byly zpracovány a vyhodnoceny do písemné formy. Mojí snahou bylo zjistit, jak důležitou roli hraje ve vztahu k umírání a smrti schopnost sebereflexe. Výsledky ukázaly jisté shody ve změně životních hodnot, poodhalily také osobní motivaci vedoucí k volbě práce v hospici. Vzhledem k malému výzkumnému vzorku však nelze závěry příliš generalizovat.

Oponentský posudek bakalářské práce

12.9.2008

Autor: Šimon Jelínek

Název: Setkání s umíráním a smrtí v hospici v kontextu sociální práce

Téma a struktura práce:

Předkládaná práce je zaměřena na problematiku umírání a smrti v hospici. Toto téma patří mezi okrajové až tabuizované oblasti v badatelském úsilí na poli pomáhajících profesí. Autor v úvodu uvádí, že to je také důvod proč si ho vybral pro podrobnější studium. Téma je zcela v souladu se studovaným oborem. Z bakalářské práce je patrný autorova osobní znalost problematiky jak v praktické, tak v teoretické rovině.

Informace o práci:

Práce má 61 stran a je rozdělena do dvou částí – na část teoretickou a výzkumnou. Obsahuje 9 kapitol. Standardně, v úvodních kapitolách se autor věnuje definici pojmů, následuje historie hospicové a paliativní péče, v třetí kapitole kolega popisuje významné aspekty umírání. Ve čtvrté kapitole najdeme úlohu sociální práce v hospici, roli sociálního pracovníka a jeho kompetence. V 5-9 kapitole autor přináší výsledky kvalitativní výzkumné sondy sociálních pracovníků zaměřenou na jejich motivaci pro práci v hospici a jejich schopnosti vyrovnávat se s obtížemi spojených s doprovázením svých klientů směrem ke smrti. Za metodu sběru dat autor zvolil polostrukturovaný rozhovor a pravděpodobnostní výběr respondentů. Celkem oslovil 8 respondentů resp. sociálních pracovníků z 12 hospiců z celkového počtu 20 pracovníků, pořídil audio nahrávky jednotlivých interview a podrobil je kategorizaci a významové analýze.

Formální stránka:

Z formálního hlediska musíme ocenit autorovu péči při shromažďování informací souvisejících s tématem smrti a umírání. Kolegovi se podařilo přehledně shromáždit velké množství zásadních informací o tomto typu sociální práce. Kapitoly jsou systematicky členěny a logicky provázány. Autor nečerpá z cizojazyčné literatury. Celkově pracuje s 20 bibliografickými a dvěma internetovými zdroji. Citace jsou prováděny dle normy. Výzkumná sonda je velmi precizně a přehledně zpracována.

Obsahová stránka:

Z obsahového hlediska je zřejmý vhled autora do problematiky sociální práce s umírajícími v prostředí hospiců. Ocenit rovněž musíme osobní přístup a angažovanost autora v rámci rozhovorů s pracovníky hospiců, je patrný cit autora pro pochopení obtíží spojených s touto nelehkou profesí, což autorovi přineslo očividně velký stupeň otevřenosti ve výpovědích oslovených pracovníků. Kolega prokazuje talent pro kvalitativní přístup ke

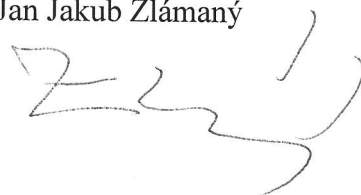
studované problematice. Na základě svých rozhovorů nasbíral bohatý mnohvrstevnatý materiál, který je hlubší sondou do motivací a postojů respondentů. Závěrem konstatuje, že společným jmenovatelem všech výpovědí oslovených pracovníků je skutečnost, že se cítí být svojí profesí hluboce ovlivněni jak v oblasti životních hodnot, tak vlastního postoje ke smrti a tím i k životu.

Nedostatky: Za nedostatek z formálního hlediska považuji pouze neobvyklé odrážky řádků, které nevytvářejí odstavce, ale to můžeme považovat za kosmetickou vadu. Za nedostatek z obsahového hlediska vidím snad jen v příliš úzkém pohledu na studovanou problematiku v teoretické části. Autor se striktně držel cílů práce a omezil se, zřejmě z důvodů rozsahu, na reinterpretaci vývojového konceptu stádií umírání Kubel-Rossovové a pár myšlenek Franklových, které jsou užitečné pro sociální pracovníky v této oblasti. Tuto skutečnost nepovažuji za nedostatek. Nicméně neškodil by širší pohled na dané téma z psychologie umírání, čemuž se může věnovat např. v diplomové práci. **Doplňkovou – rozšiřující otázkou k obhajobě bych formuloval takto: Jaké jiné pohledy z psychologie a psychoterapie umírání autor zná v souvislosti s daným tématem?**

Závěr:

Hodnotím práci jako velmi zdařilou a navrhuji ji připustit k obhajobě.

Mgr. Jan Jakub Zlámaný



Posudek na bakalářskou práci Šimona Jelínka Setkání s umíráním a smrtí v hospici v kontextu sociální práce (PVŠPS, Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii, 2008)


Šimon Jelínek se ve své bakalářské práci zabýval tématem smrti a umírání v hospicích zřizovaných jako instituce nového typu v devadesátých letech dvacátého století. Celá práce je rozdělena do devíti kapitol, obsahuje teoretickou a praktickou část. První kapitola je věnována vymezení základních pojmů užitých v bakalářské práci. V druhé kapitole je popsána historie hospiců včetně jejich současného stavu v České republice. Třetí kapitola popisuje klíčové aspekty umírání, reakce lidí na závažnost onemocnění, popisuje jejich potřeby a přání. Čtvrtá kapitola se zabývá úlohou sociální práce v hospici; je v ní uvedena charakteristikou kompetencí a rolí sociálního pracovníka a pokus o vymezení konkrétních podob sociální práce v hospici. Praktická část obsahuje výzkumnou sondu se sociálními pracovníky z osmi hospiců vedených na území České republiky. Autor se soustředil na schopnost sebereflexe sociálních pracovníků v souvislosti s umíráním a smrtí. Zabýval se motivací sociálních pracovníků pro práci v hospici, pokusil se vyjádřit způsoby vyrovnávání se s blízkostí umírajících osob. Pátá kapitola vyzuje základní charakteristiky výzkumné sondy. Šestá kapitola uvádí výsledky výzkumné činnosti. Hlavními mapovanými oblastmi výzkumné sondy jsou motivace, doprovázení, podpora v zaměstnání, soukromá sféra a postoj k umírání a smrti. Další dvě kapitoly uvádějí diskusi k výzkumné sondě a obsahují souhrn výzkumné činnosti.

Pokus zmapovat mínění sociálních pracovníků o setkání se smrtí v hospicu bylo realizováno na sondě osmi pracovníků pomocí kvalitativního výzkumu. Výsledky kvalitativního šetření vhodně ilustrují postoje, problémy a mínění sociálních pracovníků, skýtají dobrý vhled do zkoumané problematiky. I když by bylo možné šetření doplnit o vybrané kasuistiky pracovníků, kteří volí zaměstnání v blízkosti, v rámci bakalářské práce lze provedená šetření považovat za vyhovující.

Formulace na s. 36 zřejmě míní to, že pro výběr osob do výzkumného vzorku byla podmínkou alespoň nějaká zkušenost se sociální prací, formulace autora je ale dvojznačná a může znamenat i něco naprosto jiného: "a zároveň musí zastávat funkci sociálního pracovníka s minimální zkušeností v oboru sociální práce".

I když práce je vhodně koncipována, je psána jasně a čitelně, prospěla by jí pečlivější korekce překlepů a gramatických vazeb. Na druhé straně je možné vysoce ocenit vyváženost přesně formulované teoretické části s vhodně ilustrativní částí výzkumnou. K práci nemám vážnější připomínky koncepční. Protože splňuje požadavky kladené na bakalářské práce, lze ji doporučit k obhajobě.

4. 9. 2008


doc. PhDr. Jaroslav Kořa