

Pražská vysoká škola psychosociálních studií
Hekrova 805, 149 00 Praha 4



Písemná práce k bakalářské zkoušce

Úloha sociálního pracovníka v paliativní péči

Jana Kočová

Studijní program:

Sociální politika a sociální práce

Studijní obor:

Sociální práce se zaměřením
na komunikaci a aplikovanou
psychoterapii

Vedoucí práce:

MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Akademický rok:

2007 / 2008

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem tuto písemnou práci k bakalářské zkoušce vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila“.

V Praze dne 21. 8. 2008

Jana Kočová

Poděkování

Děkuji MUDr. Olze Dostálové, CSc. za odborné vedení mé bakalářské práce a za četné konzultace, které mi pomohly vtisknout mé představy do srozumitelné osnovy.

OBSAH

ÚVOD

1	VYMEZENÍ A VÝKLAD STĚŽEJNÍCH POJMŮ	8
1.1	Pojmy: paliativní léčba, kurativní léčba, symptomatická léčba, paliativní péče	
1.2	Pojmy: Hospic, hospicová péče, domácí péče	9
1.3	Předmět sociální práce	10
1.4	Pojmy: vnímání, prožívání, frustrace	
2	PALIATIVNÍ PÉČE	12
2.1	Význam a cíle paliativní péče	
2.2	Obecná a specializovaná paliativní péče	14
2.2.1	Organizační formy specializované paliativní péče	
2.3	Cílové skupiny paliativní péče	16
3	OBSAH, FORMÁLNÍ RÁMEC A ROZSAH PALIATIVNÍ PÉČE	17
3.1	Způsob organizace paliativní péče	18
4	INSTITUCE POSKYTUJÍCÍ PALIATIVNÍ PÉČI	19
4.1	Rozdělení zařízení	
4.2	Hospicová péče	20
4.2.1	Stručná historie hospicového hnutí	
4.2.2	Indikace k přijetí	21
4.3	Formy hospicové péče	22
4.4	Legislativa a financování provozu hospice	23
5	SOCIÁLNÍ PRÁCE V PALIATIVNÍ PÉČI	24
5.1	Předmět sociální práce	
5.2	Náplň práce sociálního pracovníka	25

5.3	Rozsah činnosti sociálního pracovníka	
5.4	Sociální práce ve zdravotnictví .	
5.5	Sociální práce v domácí péči	26
5.6	Předpoklady práce s pacientem, rodinou a příbuznými	
6	EMOČNÍ PROŽITKY	28
6.1	Emoce pacienta .	
6.2	Emoce sociálního pracovníka	29
7	PRAKTICKÁ ČÁST : VLASTNÍ ZKUŠENOSTI A PŘÍPADOVÉ STUDIE..	30
7.1	Vlastní působení a zkušenosti	
7.2	Zkrácené případové studie jako příklad řádného a neuspokojivého řešení	32
7.2.1	Případová studie 1	
7.2.2	Případová studie 2	35
7.3	Diskuse k případovým studiím	36

ZÁVĚR

LITERATURA

ÚVOD

Tato práce se zabývá úlohou sociálního pracovníka v paliativní péči. Jejím cílem je přiblížit tuto tematiku, o které nejen neoborná veřejnost příliš nemluví. Umírání a smrt jsou dnes často tabuizovány, jako by nebyly. V trochu schizofrenním postavení dnešní doby je náš vztah ke smrti. Na jedné straně jsme obklopováni virtuální smrtí valící se na nás ze všech médií v čím dál brutálnější podobě, na straně druhé jsme tu skutečnou, reálnou smrt ze svých životů vytěsnili. Já sama bych se touto problematikou nezabývala, kdybych se s umíráním a smrtí nesetkala. Vrátit umírání zpátky do našich domovů zní v dnešním pojetí příliš negativně, pro někoho až morbidně. To, co spousta z nás popírá, je nutné vrátit zpět do našich životů jako nevyhnutelnou a přirozenou součást lidského bytí. Nezbyvá nic jiného než začít znovu. Totiž tam, kde se objevují první hroby, archeologové kladou počátek lidské společnosti.

Práce se skládá z teoretické a praktické části.

V první kapitole se budu věnovat vymezení a výkladu stěžejních pojmů, k nimž bude nutno přidružit další související pojmy, kterých se tato práce dotýká. Výklady budu podávat z různých hledisek, přičemž uvedu, ze které definice budu nadále vycházet.

Druhá kapitola bude zaměřena na paliativní péči, její cíle a význam. Rozdělím zde paliativní péči na obecnou a specializovanou a dále se budu věnovat organizačním formám specializované paliativní péče včetně cílových skupin, pro které je určena.

Třetí kapitola vyloží obsah, formální rámec a rozsah paliativní péče, což také zahrnuje způsob její organizace.

Ve čtvrté kapitole se budu zabývat institucemi poskytující paliativní péči, rozdělením zařízení, do nichž patří hospicová péče, u které stručně zmíním historii hospicového hnutí, podmínky k přijetí do tohoto zařízení, formy hospicové péče a financování provozu hospice.

Pátá kapitola obsahuje zmínku o sociální práci v paliativní péči, zde uvádím náplň a rozsah činnosti sociálního pracovníka a také způsob vedení sociální práce ve zdravotnictví a v domácí péči.

V kapitole číslo šest nastíním emoční prožitky jak pacientů potýkajících se s touto životní krizí, tak sociálních pracovníků. Tyto prožitky významně ovlivňují celkový přístup v efektivitě péče o nevléčitelně nemocné, a proto je nezbytné si vytvořit náhled na celkovou situaci.

V sedmé kapitole uvádím vlastní působení a zkušenosti ze stáží, které jsem absolvovala. Předkládám zde dvě případové studie - lišící se co do svého rozsahu a způsobu zpracování - z pozice sociální pracovníce. Necht' slouží jako ukázka toho, jak může vhodnost či nevhodnost takového postupu ovlivnit následující situaci nemocného.

1 VYMEZENÍ A VÝKLAD STĚŽEJNÍCH POJMŮ

Klíčové pojmy pro tuto práci jsou následující: paliativní léčba, paliativní péče, hospic.

Výklad paliativní léčby je nutno doplnit dalšími nezbytnými pojmy, což jsou kurativní léčba a symptomatická terapie. K paliativní péči je třeba přidružit pojem domácí péče. Další pojmy, kterých se tato práce dotýká, jsou: sociální práce, vnímání, prožívání, frustrace.

1.1 Pojmy: paliativní léčba, kurativní léčba, symptomatická léčba, paliativní péče

Adjektivum „paliativní“ pochází od latinského slova pallium, což znamená pokrývka, příkryvka, řecký plášť, kápě (SEDLÁČEK, 1917, s. 426). MUNZAROVÁ (2005, s. 62) uvádí pro slovo pallium tento překlad: „*maska, pokrytí, zakrytí pláštěm*“.

Lékařský slovník vysvětluje obsah slova paliativní tak, že to znamená zmírnění obtíží a bolesti, ale neznamená to léčbu vlastní podstaty choroby (VOKURKA, HUGO aj., 2005, s. 669).

Paliativní léčba podle téhož slovníku je „*léčba, která zmírňuje utrpení nevyléčitelně nemocného, ovlivňuje příznaky choroby nebo zvyšuje jejich snesitelnost pro nemocného, nemá zásadní vliv na příčinu choroby a její průběh*“ (VOKURKA, HUGO aj., 2005, s. 669).

Paliativní péče je pak podle psychologů „*útešná péče, úlevná péče, druh lékařské n. psychosociální péče zaměřené nikoli na léčbu příznaků, ale pouze na úlevu od bolestí, jež přináší postupující choroba*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 402). Dále uvádějí autoři, že účinná analgetika odstraňují bolest, ale nepůsobí na změnu kvality vědomí.

Z hlediska sociální práce je **paliativní péče** „ ... integrovaná komplexní péče, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného, případně umírajícího člověka, především bolest“ (MATOUŠEK, 2003, s. 140).

Termín kurativní zde používám jako antonymum ke slovu paliativní.

Kurativní – léčebný. „Při léčbě zhoubných nádorů taková léčba, která může vést k vyléčení nemoci (např. kurativní dávka záření)“ (VOKURKA, HUGO aj., 2005, s. 487).

Symptomatická terapie pak je „ ... léčba, která je zaměřena na projevy (→symptomy) nemoci, nikoliv na její příčinu. Není-li kauzální léčba známá nebo není-li možná, je symptomatická terapie vlastně jedinou léčbou. Významnou složkou symptomatické terapie je léčba trvalé bolesti u řady onemocnění (kloubní bolesti, bolesti u pokročilých nádorů)“ (VOKURKA, HUGO aj., 2005, s. 873).

1.2 Pojmy: Hospic, hospicová péče, domácí péče

Hospic je zařízení, které poskytuje paliativní péči pro osoby v terminálním stadiu nemoci. Není to nové zařízení, existovalo již záhy ve středověku, větší pozornost se mu věnuje od 20.století. Jeho cílem je, aby pacient v terminálním stádiu svého života neztratil lidskou důstojnost, neměl pocit, že je na obtíž, měl podporu a neumíral bez účasti. Průměrná doba pobytu se datuje od několika dnů po několik týdnů. Pacient musí souhlasit a být plně informován, k jakému účelu je toto zařízení, že zde neprobíhá léčba (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 195).

Hospicová péče je „forma komplexní ústavní péče založená na paliativní medicíně, navíc zohledňující psychické, duchovní i vztahové potřeby pacienta. Klade důraz na kvalitu života pacienta a zahrnuje i péči o jeho blízké. Během životního finále tělesné potřeby ustupují do pozadí, resp. zbývá z nich hlavně potřeba tišení bolesti. Do popředí se dostávají potřeby psychické a duchovní ...“ (MATOUŠEK, 2003, s. 77-78).

Termín domácí péče zde používám jako jednu z forem poskytnutí hospicové péče.

Domácí péče. V zahraničí se odlišuje pomoc v domácnosti poskytovaná zaškolenými pracovníky či dobrovolníky, od kvalifikované domácí péče. Pomoc v domácnosti u nás poskytuje pečovatelská služba. Péče je poskytována nemocným a umírajícím lidem v jejich domácnosti kvalifikovanými zdravotníky, sociálními pracovníky nebo jinými profesionály, případně i laiky (MATOUŠEK, 2003, s. 56-57).

1.3 Předmět sociální práce

V následujících kapitolách se můj přístup k problematice paliativní péče bude odvíjet z pohledu sociální pracovníce, kde vodítkem mi bude pojetí Matouškovo.

Sociální práce je „ ... *společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů* (MATOUŠEK, 2003, s. 213).

1.4 Pojmy: vnímání, prožívání, frustrace

Vzhledem k nejednotnosti výkladů určitých pojmů týkajících se psychiky člověka, uvádím v této práci několik výkladů. Pojem vnímání najdeme v užitém slovníku a knize takto:

Konečný a Bouchal definují v r. 1979 vnímání jako „ ... *duševní pochody, kterými si bezprostředně uvědomujeme jevy mimo sebe na základě činnosti našich smyslů* (cit.dle DOSTÁLOVÉ, 1998, s. 389).

Vnímání je „*percepce, cití, smyslové vnímání, u člověka zejména očima, v širším významu též chápání situace ...*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 673).

Prožívání je „ ... *psych. jev charakt. proudem vědomí každého více či méně uvědomovaného duš. obsahu, je přísně individuální, těžko sdělitelné, proto behavioristé z předmětu svého zkoumání prožívání vyloučili a zaměřují se pouze na chování, které lze pozorovat→skříňka černá, skříňka šedá*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 461).

Podle definice Balcara z r. 1983 je prožívání „zvláštním druhem vnitřní činnosti organismu. Má dvě stránky: pasivní – zakoušení probíhajících dějů – a aktivní – vlastní působení v jeho průběhu (cit.dle DOSTÁLOVÉ, 1998, s. 389).

Frustrace je „stav zklamání, zmarnění, vzniká, je-li člověku, ale i zvířeti zabráněno dosáhnout cíle jeho snažení ...“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 172).

2 PALIATIVNÍ PÉČE

2.1 Význam a cíle paliativní péče

Jednoznačná definice paliativní péče neexistuje, proto Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1990 definovala paliativní péči jako „*aktivní celkovou péči o nemocné, jejichž choroba neodpovídá na léčbu kurativní*“, přičemž mezi prvořadý úkol patří kontrola bolesti nebo jiných symptomů a psychických, sociálních a spirituálních problémů. V roce 2002 WHO nově definovala paliativní péči jako „*přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení* ...“ (MUNZAROVÁ, 2005 s. 62).

S touto definicí je obvykle spjat pojem „*terminální (konečné) stádium nemoci*“ při kterém se pacient musí vyrovnávat s postupným zhoršováním svého zdraví v důsledku progresu vážného chronického onemocnění, a které je svou konečnou prognózou *letální*“ (KALVACH aj., 2004, s. 9).

Označit určité období v průběhu nemoci za terminální je obtížné. U pacientů s nenádorovým onemocněním to není tak lehce rozpoznatelné. U onkologických pacientů se lékaři mohou orientovat podle typu a rozsahu nádoru a jejich prognóza může být dosti pravděpodobná (KALVACH aj., 2004). Považuji za důležité se zmínit, jak na pojem „terminální stadium“ pohlíží odborníci. Je ale potřeba vzít v úvahu, že se nejedná o reprezentativní vzorek pro danou problematiku dostačujícího množství odborných respondentů, ale názor menšího počtu dotázaných z řad odborné veřejnosti. V roce 2006 se provádělo dotazníkové šetření, v němž měli dotázaní určit, jak dlouho před očekávanou smrtí má být příslušný úsek života pacienta považován za terminální. Podle tohoto dotazníkového šetření, ve kterém bylo osloveno 186 osob, mezi něž patřili lékaři, onkologové a pracovníci LDN, je za terminálního pacienta v necelé polovině případů považován pacient, kterému zbývá několik hodin až jeden den života. Čtyřicet procent respondentů volilo jeden až několik dní, asi šestina pozorovatelů volila několik týdnů života. Zde se například ukazuje velký rozdíl mezi

českým a anglosaským prostředím. V těchto zemích bývá za „terminálně“ nemocného považován pacient, jehož pokročilé onemocnění (např. nádorové) nelze léčbou ovlivnit a lze předpokládat, že v nejbližších měsících či týdnech zemře (KALVACH aj., 2004). Přesně se tedy neodhaluje možné přežití, ale vychází se ze závažnosti příčiny, která dříve či později pacienta zahubí.

Paliativní péče vychází z myšlenky, že lidský život má smysl od začátku až po jeho konec, tedy i v nemoci a slabosti. Chrání jeho důstojnost a k tomu napomáhá především kvalitní léčba bolesti a doprovázejících symptomů v umírání (ŠPINKOVÁ a ŠPINKA, 2004). Tato péče patří neodmyslitelně k součásti lékařské a sociální péče. V dnešní době už je možné bolesti úspěšně tišit, ale někdy díky nedostatečné nebo příliš opatrné medikaci se nedaří od bolesti ulevit. Je potřeba, aby se tato situace zlepšila a více profesionálů bylo řádně instruováno a umělo na sebe vzít odpovědnost.

Mezinárodně uznávaná definice z doporučení Rec (2003) 24 sděluje že „ ... *cílem není primárně vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých*“ (cit.dle ŠPINKOVÉ, 2006, s. 5).

Jak už bylo řečeno, paliativní péče se neodvrací od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost, hlavní důraz klade na kvalitu jejich života. S její pomocí je možné úspěšně zvládat bolest a další projevy konečných stádií smrtelných chorob. Je založena na interdisciplinární spolupráci a zahrnuje v sobě lékařské, psychologické, sociální a spirituální aspekty. Vychází z individuálních potřeb pacientů, bere v potaz jejich hodnotové priority a chrání práva pacienta. Velmi zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocného, se kterými je v úzkém kontaktu. Ti jsou také většinou, je-li to možné, nedílnou součástí v doprovázení nemocného. Tato forma péče proto nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili společně a v důstojném, vlídném prostředí. Poté nabízí všestrannou oporu všem, kteří to potřebují a pomáhá jim zvládat jejich zármutek po smrti blízkého člověka. Paliativní péče vychází ze zkušenosti existujícího rozdílu mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a skutečností, že umírání nemusí být

provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením (ŠPINKOVÁ a ŠPINKA, 2004).

2.2 Obecná a specializovaná paliativní péče

Obecnou paliativní péči by měli nemocným umět poskytnout všichni zdravotníci v rámci svých odborností. Základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života. K nim patří účinná léčba symptomů, respekt k pacientově autonomii, poučená komunikace s pacientem a jeho rodinou, manažerská zdatnost a zkušenost při organizaci péče.

U specializované paliativní péče se jedná o aktivní odbornou interdisciplinární péči poskytovanou týmem odborníků mezi něž patří lékař, sestry, ošetřovatelé, sociální pracovník, fyzioterapeut, případně psycholog, pastorační pracovník, koordinátor dobrovolníků a další. Provádí-li se tato péče v domácím prostředí, zajišťuje ji zařízení typu „mobilní (domácí) hospic“. Tým působí v součinnosti s praktickými lékaři formou pravidelných návštěv a pomocí při sestavení léčebného plánu. Lékaři v týmu mohou mít různou základní specializaci. Od roku 2005 jsou k dispozici odborníci se specializační atestací v oboru „paliativní medicína a léčba bolesti“ (ŠPINKOVÁ a ŠPINKA, 2004).

2.2.1 Organizační formy specializované paliativní péče

Řeší organizační formy, čili to, co se děje v nich. Tedy způsoby a rozsah poskytovaných služeb.

Dle SLÁMY a ŠPINKY (2004) existuje několik druhů poskytování specializované paliativní péče a to:

a) **zařízení domácí paliativní péče**: také se nazývá „domácí hospic“, což znamená poskytování péče v převážně domácím, není-li možno v náhradním sociálním prostředí a to formou návštěv lékaře – specialisty, sester, ošetřovatelů, dobrovolníků a případně dalších potřebných lidí. Péče je dostupná 24 hodin 7 dní v týdnu. Do

poskytování péče patří i podpora pacientovy rodiny, která se na péči umírajícího obvykle podílí.

b) **hospic**: je samostatné lůžkové zařízení, které poskytuje péči pacientům v průběhu poslední fáze života nevléčitelně nemocných. Klade se důraz na individuální pacientovy potřeby a vytvoření prostředí, které napomáhá udržovat jeho rodinné vztahy až do konce. Cílem je vytvořit domácí atmosféru, která je ohraničována soukromím ve formě jednolůžkových pokojů a volným režimem návštěv.

c) **oddělení paliativní péče**: vyskytují se jako součást zdravotnických zařízení jako jsou nemocnice či léčebny. Je určeno lidem, kteří potřebují komplexní paliativní péči (dále PP) a současně potřebují pro diagnostiku a léčbu další služby a komplement nemocnice.

d) **konziliární tým PP**: skládající se minimálně z lékaře, sestry a sociálního pracovníka v rámci zdravotnického zařízení, jejímž cílem je kontinuální péče i v případě, kdy zdravotní stav nemocného ho nepovoluje ponechat v péči domácí.

e) **specializovaná ambulance PP**: poskytuje ambulantní péči lidem, kteří pobývají v domácím prostředí či zařízení sociální péče (domovy pro seniory apod.). Obvyklá je spolupráce s praktickým lékařem i ostatními složkami poskytujícími PP.

f) **denní stacionář PP**: forma denní péče o nemocné, kdy nemocný dojíždí do stacionáře a večer se vrací domů, probíhá v kombinaci s nabídkou relaxačních rekreačních aktivit respektujících jak potřeby, tak možnosti pacienta.

g) **zvláštní zařízení specializované PP**: např. tísňové linky, specializované poradny, čili zkvalitnění péče zřízením podpůrných zařízení, služeb a center zajišťujících usnadnění dostupnosti.

Možnou alternativou může být **respitní péče**, která poskytuje dočasný pobyt (cca 3 měsíce) v hospici jakožto úleva a podpora pečujícím rodinným příslušníkům. Jedná se o druh praktické pomoci umožňující pečujícímu členu nebo rodinnému společenství regeneraci sil, protože u každého, kdo se ocitne v takto obtížné situaci, se dříve či později dostaví přirozená únava.

2.3 Cílové skupiny paliativní péče

Potencionálním klientem - pacientem se může stát každý z nás. Z definic PP vyplývá, že hlavní cílovou skupinou jsou umírající lidé, jejichž životní horizont je úzce vymezen týdny či několika málo měsíci. STUDENT aj. (2006) uvádějí, že terminálně nemocní lidé jsou ohroženi nejen fyzicky, ale i svou biopsychosociální existencí. Konkrétně se jedná o pacienty v psychosociální krizi nebo déle trvající zátěžové situaci (těžké deprese), pacienti s akutními nebo dlouhodobějšími problémy, které vyžadují intenzivní lékařský a ošetrovatelský dohled. Další skupinou, které je také věnována pozornost, jsou blízké osoby pacienta, jež se po úmrtí člena stávají pozůstalými. Těm je věnována patřičná péče v tomto náročném životním období, kdy se často podílejí na doprovázení svého blízkého. Autoři se zmiňují o tomto období jako o čase, kdy jsou lidé více náchylnější k nemocem vzhledem k jejich snížené odolnosti a zeslabení organismu v procesu vyrovnávání se s touto událostí. V rámci edukace se cílovou skupinou též může nazvat odborná i laická veřejnost.

Ne každý je schopen vyrovnat se sám bez cizí pomoci s něčím, co je definitivní a nevratné. Potřebuje pomoc při překonávání traumatu z odchodu svého blízkého a dostatek času, který je pro každého individuální, ale poskytuje možnost postupného smíření se s nastalou situací. Samozřejmě jsou mezi námi i tací, kteří jsou schopni takovou situaci zvládnout vlastními silami, ale nemyslím si, že by proces smíření se s definitivností situace byl pro ně méně bolestný.

3 OBSAH, FORMÁLNÍ RÁMEC A ROZSAH PALIATIVNÍ PÉČE

V této kapitole z části vycházím z Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům o organizaci paliativní péče a její Přílohy k Doporučení Rec (2003) 24.

Obsahem Doporučení je sledování a přijímání společných pravidel v oblasti péče o zdraví s prohlášením, že systém zdravotní péče by měl být orientovaný na pacienta a že občané by se měli nutně účastnit rozhodování o své zdravotní péči. Mimo jiné také vyjadřuje přesvědčení, že úcta k nevléčitelně nemocným a umírajícím vyžaduje především poskytování patřičné péče ve vhodném prostředí, která jim umožní zemřít důstojně. Dále připomíná doporučení týkající se ochrany lidských práv včetně organizace multidisciplinární péče o pacienty nemocné rakovinou. Také uznává, že PP je důležité v evropských zemích dále rozvinout. Nepřímou se dotýká otázky euthanasie, přičemž nevyslovuje svůj názor na ni, ale sděluje, že paliativní péče má za cíl pomáhat mužům, ženám a dětem v pokročilém stadiu progredujících nemocí těšit se až do konce z co nejlepší kvality života. Neusiluje ani o urychlení, ani o oddálení smrti s ohledem na to, že tato péče podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces a není vedena beznadějí

Přestože je k dispozici jen málo údajů o tom, do jaké míry mají příslušníci znevýhodněných skupin obyvatelstva přístup k PP, výbor se domnívá, že osoby s kognitivním postižením, bezdomovci, uprchlíci a jiní by mohli mít problémy s přístupem k PP. Ta je nedílnou součástí systému zdravotní péče, na kterou mají občané nezpochybnitelné právo, tedy by měla být dostupná všem, kteří ji potřebují.

V Příloze k Doporučení Rec (2003) 24 v obecných hlediscích je uvedeno, že PP neléčí žádnou konkrétní nemoc. Zahrnuje období od diagnózy pokročilého stádia nemoci až po podporu pozůstalým v době zármutku. Toto období je velmi individuální a může trvat několik týdnů až po několik let.

3.1 Způsob organizace paliativní péče

Obsahovou náplní PP je:

mírnění symptomů,
psychologická, duchovní a citová podpora,
podpora rodině,
asistence pozůstalým.

PP je multidisciplinární a multiprofesní činnost dbající o potřeby pacienta, ale také o potřeby rodinných příslušníků, kteří se také do péče zapojují. Síť zařízení musí nabízet široké spektrum zdrojů jako jsou domácí péče, nemocniční péče na speciálních či běžných odděleních, denní stacionáře a ambulantní zařízení, krizová péče v místě bydliště a v neposlední řadě zařízení respitní péče. Tyto struktury by měly být komplexní a měly by brát v úvahu měnící se potřeby a přání pacientů. Neinstitucionální poskytovatelé péče by měli být podporováni a neměli by v důsledku pečování o nemocného utrpět významnou sociální újmu, například ztrátu zaměstnání. Proto zavedení práva na „pečovatelskou dovolenou“ by bylo vhodné. Domnívám se, že všichni pracovníci, kteří se zabývají péčí o pacienty v pokročilém stádiu progredující nemoci, by měli mít snadný přístup k odborným konzultacím, kdykoli je potřebují, neboť slouží jako prevence vyhoření, které je v tomto oboru jakožto všeobecně v pomáhajících profesích značně vysoké.

4 INSTITUCE POSKYTUJÍCÍ PALIATIVNÍ PÉČI

Institucionalizace PP představuje rozdělení jednotlivých institucí podle úrovně poskytované péče (specializované, nesespecializované) a s hlubším zaměřením na výklad významu hospicové péče, jejích forem, dostupnosti přijetí, včetně zmínky o její historii.

PP se poskytuje v těchto zařízeních:

- a) domov,
- b) pečovatelský dům,
- c) domov pro seniory,
- d) nemocnice,
- e) hospic.

Podle Doporučení Rec (2003) je nejčastějším prostředím poskytování PP domov. I v případech, kdy pacienti nakonec umírají v některém zařízení, obvykle předtím absolvují dlouhé období paliativní péče doma. Mezi základní zásady patří, aby k PP měli přístup v přiměřeném čase a prostředí odpovídajícím jejich klinickým potřebám a osobním preferencím. Měla by být dostupná všem pacientům neohledně na jejich místo pobytu. Existují prostředí, jejichž hlavní náplní nejsou služby PP, ale přitahují větší množství pacientů, kteří ji potřebují. Některé pečovatelské domy, zařízení s vysokým počtem onkologicky nemocných a zařízení pro seniory se setkávají s větší poptávkou po PP.

4.1 Rozdělení zařízení

Rozlišujeme nesespecializovaná a specializovaná zařízení PP. Obě se liší co do rozsahu poskytování této péče.

Nesespecializovaná nebo též konvenční zařízení poskytují PP, aniž by byla jejich hlavní aktivitou. Patří k nim: obecní pečovatelské služby, praktičtí lékaři a jejich zdravotní sestry, týmy domácí péče, oddělení vnitřního lékařství a pečovatelské domy.

Také lze do nich zahrnout i zařízení, která se PP zabývají jen příležitostně, mezi něž například patří radioterapie, radiologie a chirurgie. Velkou pozornost v posledních letech získávají jednotky intenzivní péče, kde se také PP uskutečňuje.

Specializovaná zařízení se naopak plně věnují PP a jejich týmy podstupují speciální vzdělání nebo výcvik a věnují se jí jako své hlavní činnosti. Služby těchto zařízení mají být dostupné ve všech formách péče a také by měly být schopné poskytnout pacientovi podporu ať už doma, v nemocnici, v pečovatelském domě či denním stacionáři. Mezi nejběžnější zařízení patří: specializovaná lůžková oddělení, týmy domácí péče, nemocniční týmy paliativní péče, denní stacionáře, domácí hospitalizace a ambulance paliativní medicíny.

4.2 Hospicová péče

Mezi specializovaná zařízení PP patří také hospice a s nimi spjatá hospicová péče. Hospice (hospitium – hospitia) v dnešním pojetí znamená pro lidi budovu, ale hlavně jde také o myšlenku koncepce péče, kterou hospic šíří do světa. Tyto přístřešky existovaly už za Římské říše a později ve středověku. Pocestní je mohli využívat pro svůj nocleh, také sloužily k odpočinku, i pro ženy, jež zde mohly porodit a také pro nemocné, kteří zde mohli zemřít (MUNZAROVÁ, 2005). Je zjevné, že pohled na smrt a umírání se v průběhu dekád velmi změnil. Dříve byli lidé zvyklí umírat doma, bralo se to jako samozřejmost, se kterou všichni počítají, že jednou nastane. Na to, že se dnes umírá za plentou, má vliv i vyvíjející se infrastruktura související se stěhováním se do velkých měst a odcizení smrti jakožto něčemu nepatřičnému nehodícímu se do dnešního světa, navíc oddalovanému heroickou medicínou. STUDENT aj. (2006) uvádí, že jádrem myšlenky hospice je navrátit umírání zpět do každodenního života.

4.2.1 Stručná historie hospicového hnutí

První zmínky o hospici jako takovém jsou, co se Evropy týče, z Francie z roku 1842. Koncem 19. a začátkem 20. st. byly již hospice otevřeny i v Anglii a Irsku. Opravdu kvalitní a odborně poskytovanou péči v hospicích však paradoxně umožnila

až věda a „odlidštěná“ moderní medicína 21.století na základě vývoje psychofarmak a látek na tišení bolesti, stejně jako studiem nevyléčitelných nemocí, jejich příčin a také následků.

První hospicové centrum, jak je známe dnes, bylo založeno v Anglii, a to v Londýně roku 1967 jako „St. Christopher Hospic“ Cecilií Saundersovou. Byla to reakce na postupné odlidšťování moderní medicíny, která se odvrátila od základních emočních potřeb pacienta a soustředila se pouze na léčení příčiny nemoci. Zakladatelka uvedeného zařízení byla původní profesí zdravotní sestra, poté vystudovaná lékařka se zkušenostmi z anglických hospiců té doby (např. St. Lukes Home for the Dying Poor). Byla pionýrkou, která prakticky odstartovala bourání mýtů a scestných představ a přístupů k umírání v moderní západní společnosti. Spolu s Elisabeth Kübler-Rossovou, jež roku 1969 vydala v USA knihu " On Death and Dying ", položila tak základní kámen pro poskytování kvalitní a individuální péče o dlouhodobě nemocné a empatického přístupu péče o pacienta obecně (STUDENT aj., 2006).

O 6 let později v.r 1974 je založen první hospic podle modelu C. Saundersové ve Spojených Státech Amerických. Model hospice v USA se v největší míře soustředí na ambulantní služby a domácí péči, tradičně s pomocí dobrovolníků, klasické to tradice Spojených států (O Organizaci paliativní péče, 2004).

V České republice se hospic objevuje až koncem roku 1995 v Červeném Kostelci jako „Hospic Anežky České“ založený Marií Svatošovou, kudy již za první 2 roky fungování tohoto zařízení prošlo více než 500 klientů, z nichž většina s diagnózou pokročilých nádorových onemocnění (SVATOŠOVÁ, 2004).

4.2.2 Indikace k přijetí

MUNZAROVÁ (2005) mluví o důležitosti správně indikovat potencionální návštěvníky hospice, aby se zamezilo protlačování těch, kteří ještě neumírají, čili jakési zamezení protekcionalizmu. Žádosti o přijetí posuzuje několikačlenná komise a řídí se podle 4 kritérií: postupující nemoc pacienta ohrožuje na životě, nepotřebuje

akutní ošetření nebo nemocniční léčbu, nutnost paliativní léčby a péče, domácí péče nestačí nebo není možná.

Jedná se o onemocnění a stavy: např. onkologická onemocnění, neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, demence, konečná stádia chronických orgánových onemocnění, AIDS, pacienti v persistujícím vegetativním stavu atd. (SLÁMA a ŠPINKA, 2004).

Souhlasím se STUDENTEM aj. (2006), kteří hovoří o nelehkém rozhodování koho přijmout a koho nikoli, a že je potřeba o tomto problému vést diskuse, které jsou ve svém finálním stádiu neřešitelné pro nemožnost dospět k jednoznačnému řešení, tudíž budou vždy nejednoznačné. Vzhledem k omezené kapacitě lůžkových hospiců nelze jinak než se dohodnout na indikacích, podle kterých se přijme či zamítne uložení nemocného. Hospic není nafukovací a nikdo by nechtěl snižovat kvalitu péče, která se zde poskytuje. V tomto případě má kvalita před kvantitou přednost.

4.3 Formy hospicové péče

Svatošová (2003) rozděluje hospicovou péči do 3 forem:

1. **Domácí hospicová péče:** je povětšinou ideální, ale ne vždy dostačující. V České republice ještě není dostatečně rozvinutá, ale od 90.let, kdy se u nás aktivovalo hospicové hnutí, se na této formě péče intenzivně pracuje. Je zde předpoklad rodinného zázemí.

2. **Stacionáře :** denní pobyty: pacient je přijat ráno či odpoledne a večer se vrací domů. Tento způsob je vhodný pro nemocné, kteří bydlí v blízkém okolí, kde se hospic vyskytuje, pokud je u nich nedostatečná domácí péče.

3. **Lůžková hospicová péče:** je doporučována tehdy, jestliže dvě předchozí formy nestačí, či nejsou k dispozici s možností vrátit se do domácího prostředí po zlepšení pacientova zdravotního stavu či zotavení jeho rodiny

4.4 Legislativa a financování provozu hospice

Hospic je velmi specifické zařízení, které svojí činností spadá do dvou resortů a to Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí. Přes deset let lůžkové hospice usilovaly o legislativní zakotvení. Po usilovné práci roku 2006 Poslanecká sněmovna do zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění doplnila §22a s názvem "Zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková - ve znění: „*Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu.*". Novela nabyla platnosti.

Domácí (mobilní) hospic bohužel dosud v naší legislativě definován není a problém čeká na vyřešení (SVATOŠOVÁ a FILEC, 2008).

V praxi to znamená hrazení z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Do té doby byly výkony v hospici poskytovány na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou. SVATOŠOVÁ (1998) je toho názoru, že hospic bude vždycky z části závislý na sponzorech a darech. Mezi další aktivity patří Sdružení poskytovatelů hospicové péče, které bylo za tímto účelem vytvořeno. Členem může být jak poskytovatel, tak podporovatel hospicové péče. Může jím být osoba právnická i fyzická. Výsledkem je tedy vícezdrojové financování.

5 SOCIÁLNÍ PRÁCE V PALIATIVNÍ PÉČI

DOSTÁLOVÁ a ŠIKLOVÁ (2004) pohlíží na sociální práci v PP ze dvou úrovní. První se vztahuje ke konkrétním problémům nemocného, kdy prožívá obtížnou životní fázi. V tomto přístupu to znamená pomoci mu v pochopení nové situace a nalezení postupu, což usnadní nastolení nové rovnováhy. Společně je pak třeba analyzovat reálné možnosti, upřímně mu sdělovat, co lze očekávat, a přicházet na to, co může pro danou věc udělat on sám. Hovor je třeba vést vždy pravdivě, erudovaně, v žádné případě svého klienta neobelhávat.

Druhá úroveň se vztahuje ke společenskému prostředí a působení na ně. Např. snažit se do legislativních procesů týkajících se této problematiky prosazovat účelné změny přinášející zkvalitnění života nemocných. Přijde mi divné, když v rozvinutém společenském prostředí je přístup k nevléčitelně nemocným, trpícím, umírajícím i pozůstalým stále poněkud rozpačitý. „Na konci“ budeme jednou všichni.

PŘIDALOVÁ (2006) uvádí, že sociální práce v PP je nejméně specifikovanou profesí a její rozvoj je podmíněn přístupem konkrétního hospice a lidí v něm. Co se týče budování hospiců Svatošová říká, že „*Hospicové hnutí se rozvinulo prakticky bez účasti sociálních pracovníků...*“ (cit.dle PŘIDALOVÉ, 2006, s. 7).

5.1 Předmět sociální práce

Předmětem sociální práce je člověk, ale i skupina, rodina či komunita, kteří se ocitnou v obtížné situaci, jež je ohrožuje, vyřazuje z prostředí a ze způsobu života, na který byli doposud zvyklí. Ty, u kterých již není společenské uplatnění možné, se sociální pracovníci snaží podporovat, aby žili co nejdůstojnějším způsobem opírajícím se o pilíř společenské solidarity a naplňováním individuálního lidského potenciálu (MATOUŠEK, 2003).

5.2 Náplň práce sociálního pracovníka

Prostor pro sociální práci se nachází jak v akutní medicíně tak v medicíně chronické. V prvním případě se řeší konkrétní problém vzniklý v průběhu akutní hospitalizace a lékaři přísluší rozhodnutí o realizaci jeho návrhů. V druhém případě spočívá práce sociálního pracovníka v sociální pomoci a prevenci. V sociální pomoci se soustřeďuje na problémy, které není pacient schopen řešit sám (např. jednání s institucemi, řešení finančních otázek, spolupráce na daném problému s příbuznými...). V preventivní pomoci se pak co nejpřesněji mapují jeho sociální situace a potřeby, které je třeba zajistit (DOSTÁLOVÁ a ŠIKLOVÁ, 1998).

5.3 Rozsah činnosti sociálního pracovníka

Činnost sociálního pracovníka by měla být cílena ve směru materiální i nemateriální pomoci. Původní chápání sociální práce zaměřované pouze do oblasti ekonomické pomoci se ukázalo jako nedostatečné. Potřeba směřovat také sociální práci k nemateriální pomoci se již dokázalo prosadit a v současné době se už bere na vědomí jako cesta správným směrem. Existují různé metody pomoci lidem, kteří své potřeby nemohou uspokojovat. Podle Geista se původně tyto metody týkaly ekonomické pomoci, později se rozšířily i na oblasti neekonomické, to je péče o duševní, emocionální a sociální potřeby postiženého člověka (cit.dle DOSTÁLOVÉ a ŠIKLOVÉ, 2004).

5.4 Sociální práce ve zdravotnictví

DOSTÁLOVÁ a ŠIKLOVÁ (2004) uvádějí , že až do novodobé historie našeho státu se oblast sociální práce nerozvíjela a její potřeba byla vnímána spíše jako nadbytečná. Ani dnes nemá ve společnosti své pevné zakotvení, jaké by zasloužila. Rozhodnutí, zda-li si zdravotnické zařízení „pořídí“ sociálního pracovníka, je zcela ponecháno na libovůli managementu. A pokud se bere v úvahu, řídí se zastaralými pravidly a doporučením Ministerstva zdravotnictví, což se zpožďuje za skutečnými

potřebami. V současnosti dochází k pozvolné změně tohoto přístupu se zavedením povinných standardů týkajících se sociální práce. Např. doporučení jednoho pracovníka na 100 chronických lůžek (typu LDN), pro jejichž pacienty je potřeba zodpovědně sociální práci odvést, ve mně vyvolává pocit, že určený sociální pracovník stihne být tak nanejvýš všude a nikde.

5.5 Sociální práce v domácí péči

Je nutno zdůraznit, že sociální pracovnice není pečovatelkou, ale je-li pečovatelka potřeba, je jejím úkolem ji zajistit. Úloha sociálního pracovníka spočívá v poradenství a uskutečňování potřebných rad, pokud toho není rodina sama schopna, tj. pomáhat řešit problém trvalé zátěže, kdy se po čase dostaví přirozená únava a rodina už svůj úkol nezvládá. V tu chvíli je potřeba poskytovat pacientovi a rodině praktickou i morální podporu. Je třeba se stavět vždy za zájmy klienta a v případě nutnosti poskytnout rodině emoční a psychickou pomoc i po smrti pacienta (DOSTÁLOVÁ a ŠIKLOVÁ, 2004).

5.6 Předpoklady práce s pacientem, rodinou a příbuznými

Podle KOPŘIVY (2000) se v práci s pacientem - klientem sociální pracovník po navození nezbytné důvěry zabývá sociálními potřebami a žádostmi s přihlédnutím k reálné možnosti jejich uspokojení, přičemž cílem je vybudovat hodnotný lidský vztah.

Jak uvádí Monroeová (cit.dle DOSTÁLOVÉ a ŠIKLOVÉ, 2004, s. 491) může se stát, že dotyčný hledá pomoc i u někoho, kdo bezprostředně nepatří do okruhu osob, které o něj pečují. Zde je pak vhodné vejít ve styk s touto osobou a vhodnou komunikací jí pomáhat reagovat v situaci, v níž si třeba neví rady. Podle Lukasové (cit.dle DOSTÁLOVÉ a ŠIKLOVÉ, 2004, s. 499) každý sociální pracovník vedoucí rozhovor s pacientem nacházejícím se v terminálním stadiu nemoci, by měl umět takový hovor zvládnout profesionálně a emočně, protože ví jakou citovou oporou se pro umírajícího stává. Měl by se předem zamyslet nad tím, jaké otázky mu mohou být kladeny a přistupovat k takovým otázkám s vnitřně vytvořeným postojem. Připravit se

na změny a myšlenkové posuny v jednání pacienta, které mohou nastat v průběhu jednotlivých fází prožívání nemoci, a které jsou pro stav v jakém se pacient nachází naprosto přirozené a předpokladatelné. Rovněž musí zvládat orientaci v administrativních záležitostech. V práci s rodinou se pak sociální pracovník zajímá o sociální prostředí, ve kterém se pacient pohyboval. Všímá si komunikačních nedostatků a přístupu k němu a je-li potřeba, hledá cesty ke sblížení.

6 EMOČNÍ PROŽITKY

6.1 Emoce pacienta

Nejenom tělo, ale i duševní stránka člověka může chátrat, pokud se člověku trpící nevléčitelnou chorobou také nevěnujeme psychologicky. To, že emoce mají velký vliv na celkový stav organismu, je dnes už nezpochybnitelné.

Potřeby nemocného se v průběhu postupující nemoci mění, počínaje biologickými, psychosociálními, sociálními a často opomíjenými potřebami spirituálními, které většinou vystupují do popředí s blížícím se koncem (SVATOŠOVÁ, 2003).

DOSTÁLOVÁ (1998) rozlišuje emoční problémy před léčbou a v průběhu léčby. Uvádí 3 typy pacientů, kteří jsou ovlivněni zkušenostmi z historie jejich nemoci: lidé, jejichž nemoc se v různých časových obdobích navrácí, lidé, u kterých není možno paliativní léčbu aplikovat kvůli jiným zdravotním komplikacím, a lidé u kterých bylo onemocnění objeveno náhodně nebo při pozdním vyšetření. Záleží tedy na způsobu, jakým si dotyčný své onemocnění subjektivně zpracuje, následkem čehož bude určitý způsob prožívání, které ho bude emočně ovlivňovat. Mnozí lidé jsou frustrováni, mají strach či pocítují úzkost, což jsou obranné mechanismy, které se aktivují v okamžiku, kdy člověk není s to přijmout takto závažnou situaci najednou, což je v zásadě přirozené.

Reakce lidí, kteří se dozvěděli o svém nevléčitelném onemocnění, shrnula Elizabeth Kübler-Rossová do 5 fází, které nazvala: šok neboli popírání, dále agrese, vyjednávání, deprese a smíření, popř. rezignace. Musíme brát v potaz, že člověk nemusí procházet všemi fázemi postupně, může je přeskakovat, některé z nich se také opakovaně vracejí a střídají (cit.dle SVATOŠOVÉ, 2003).

Myslím si, že tyto fáze je možno vztáhnout nejen na reakce spojené s postupným uvědomováním si této fatálnosti, ale potažmo jako reakce na jakékoli životní krize, které v průběhu našich životů přicházejí.

Podle DOSTÁLOVÉ (2004) může volit vhodnou komunikaci poskytující jakousi formu pomoci jak odborník tak laik, přičemž v pravý čas a chvíli můžeme nemocnému ulevit zvolením vhodné věty. Není úplně zjistitelné, kdy tato chvíle může

nadejít, ale dopomoci nám může i neverbální chování nemocného, které ať už vědomě či nevědomě všichni používáme.

DOSTÁLOVÁ (1993) uvádí způsoby, jak pozměnit prožívání negativních emocí na pozitivní s použitím např. vzbuzování kladných emocí, což je záměrné navozování dějů s cílem uspokojit pacienta. Autorka také mluví o tom, že způsob, jakým se vede první rozhovor, na dlouho určí, jakým směrem se bude komunikace ubírat, což platí jak pro laiky, tak profesionály včetně sociálních pracovníků.

6.2 Emoce sociálního pracovníka

Náročnost pomáhajících povolání vyžadují, aby se na ně budoucí profesionál co nejlépe připravil, o to více v paliativní péči, kde je neustále konfrontován se svojí smrtelností a existenciálními otázkami, které k této problematice neodmyslitelně patří. DOSTÁLOVÁ (1998) považuje za užitečné nejméně 6 měsíční období, kdy si budoucí pracovník může ověřit, zda-li je schopen tuto práci vykonávat. Mnoho autorů považuje za nejdůležitější předpoklady duševní zdraví, zralost osobnosti zahrnující trpělivost a sebeovládání. Je důležité mít možnost konzultace s psychologem či profesně starším sociálním pracovníkem, s kterým může řešit své problémy a dilemata. Jeho prostřednictvím si může učinit náhled na situaci a postoj ke své smrtelnosti. Je důležité znát sám sebe i se slabostmi a přednostmi, které má, a také je třeba mít dobré zázemí, kde může čerpat sílu a relaxovat. Nepodaří-li se to, má takový člověk blízko k vyhoření. Schopnost dovedně komunikovat je možné, aniž by dotyčný musel být vzdělán v rétorice, aby věděl, co se patří jakou formou podat. Má-li člověk dostatečně vyvinutou empatii, na mnohé přijde sám, samozřejmě se ne nadarmo se říká, že z omylů se člověk učí, ale je potřeba si to uvědomit, aby se v budoucnu nějaká chyba neopakovala. Samozřejmostí je také celoživotní vzdělávání a chuť dozvídat se a objevovat nové informace.

7 PRATICKÁ ČÁST: VLASTNÍ ZKUŠENOSTI A PŘÍPADOVÉ STUDIE

7.1 Vlastní působení a zkušenosti

V této kapitole využívám poznatků a zkušeností ze stáží, které jsem absolvovala. Docházela jsem do Městské nemocnice v Městci Králové a to k sociální pracovníci, která měla na starosti šest oddělení následné péče (LDN). V průběhu mého praktikování nastoupila ještě jedna sociální pracovníce, protože poměr 200 pacientů na 1 sociální pracovníci je natolik náročný, že je zcela nereálné všechny obstarat. Pracovní náplň sociální pracovníce nebylo možné stihnout tak, aby to bylo provedeno důkladně. Většinou se sociální pracovníce omezovala jen na dokumentaci (jako vyřizování příspěvků na péči a odesílání žádostí do domova důchodců). Více vlastně nebylo možné stihnout, vzhledem ke kapacitě, kterou měla na starosti. Byla to ale milá žena, která - když jsem ji viděla v praxi - na mě působila dojmem, že by se chtěla opravdu upřímně více věnovat pacientům. Rozmlouvala s nimi, byla trpělivá, nikoho do ničeho nenutila a bylo-li třeba, několikrát pacientům opakovala, jaké mají možnosti. Byla jsem v šoku, když jsem zjistila, v jakých podmínkách (prostorech) své činnosti vykonává. Tmavý suterén s malou místností, kde intimita sdělených informací nebyla zajištěna.

Druhá oblast, ve které se pohybuji už druhým rokem, je působení jako dobrovolnice v hospicovém občanském sdružení Cesta domů, které provozuje domácí hospic a na jehož chodu se podílí multidisciplinární tým čítající několik lékařů, 6 zdravotních sester, ošetřovatelku, psycholožku, sociální pracovníci, koordinátora dobrovolníků a dobrovolníky. Mezi jejich další činnosti patří např. provoz poradenských služeb a telefonní krizová intervence. Důvod pro takovéto rozhodnutí - to je vstoupit do této nelehké problematiky - tkví ve zkušenosti, kterou jsem zažila.

Před lety mě hluboce zasáhla smrt blízkého člověka, jehož cesta nebyla jednoduchá, proto jsem pojala jako jakousi výzvu se nějakou formou angažovat na tomto poli. Byla jsem si vědoma, že to nebude lehké období, cítila jsem strach spojený s

tím, co mě tam čeká, jestli na mě nepadne smutek a splín v tomto prostředí, jak bývá často popisováno nezasvěcenými lidmi. Opak byl ale pravdou. Setkala jsem se s mnohými lidmi, jejichž nezištná pomoc a radost z pečování byla vidět v každém jejich činu. Mým hlavním zájmem bylo poznat více tuto problematiku a dozvědět se, jakými způsoby se dá umírajícím pomoci. Upřímně řečeno, věděla jsem, že bych nebyla schopna přímé práce s umírajícími jako dobrovolník (doprovázející), ale spíše jsem to brala jako další způsob vyrovnávání se s tak bolestnou ztrátou. Napadlo mě tedy i získat tuto zkušenost.

Absolvovala jsem roční kurz, který zahrnoval přednášky týkající se PP, dvoudenní prakticky zaměřený výcvik, podstoupení psychologického vyšetření a od něho odvíjející se následné doporučení či nedoporučení do rodin. Pro ty, kteří chtěli docházet do rodin, bylo podmínkou strávit minimálně dvoudenní stáž v lůžkovém hospici.

V Cestě domů se angažují jinak, účastním se aktivit, které se dějí ve formě pořádání charitativních koncertů, sbírek, trhů v různých časových obdobích, výpomoc v kanceláři. Také jsem docházela na „Přástky“ a klub Podvečer věnovaný pozůstalým. Dá se jednoduše shrnout, vše, co se Cesty domů a jejího provozu týká. Snažím se šířit myšlenku hospice a informovat lidi, pokud si to přejí, že něco takového vůbec je. Že lidé nemusí být na tato složitá období sami, jejich blízcí „dokonce“ mohou zemřít doma a existuje tým lidí, kteří udělají vše pro to, aby mohli důstojně zemřít. Mezi blízkými, bez bolesti. Samozřejmostí zde je, že se měsíčně pro pečující dělají supervize, na nichž je přítomna psycholožka a koordinátora dobrovolníků či sociální pracovnice.

Sdružení Cesta domů si donedávna nevedlo kasuistiky klientů. Vedou si dokumentaci, do které jsem neměla možnost nahlédnout, což jedině dokládá správný přístup, který k tomu zaujímají. Tedy, že přístup k citlivým údajům mají jen odborníci a k lékařským zprávám jen příslušní lékaři. Informace, ze kterých vycházím a vytvářím případové studie, jsem ústně získala od lékařky domácího hospice, sociální pracovnice a pozůstalých, s kterými jsem mluvila. V rámci nemocnice pak je mám od sociální pracovnice, kde jsem měla možnost do dokumentace nahlédnout.

7.2 Zkrácené případové studie jako příklad řádného a neuspokojivého řešení

Tato část je věnována dvěma případovým studiím z hlediska sociální pracovnice. Mým zájmem a cílem je nastínit, jakými způsoby se může případová studie vést. Cílem je srovnání, jaký je možno zvolit přístup ke zpracování (co do rozsahu a sbírání informací) a jeho vhodné nebo nevhodné či nedostatečné zpracování, což samozřejmě ovlivňuje celou další situaci klienta, jeho rodiny a kvalitu odvedené práce sociální pracovnice. Jsou to dva příklady dobře a špatně odvedené práce sociální pracovnice. Nechtěla bych zde prezentovat přílišnou neangažovanost nebo nedostatečné zapojení sociálních pracovníků, ale faktem je, že nedůsledná práce, která je v kompetenci sociální pracovnice, nadále špatným směrem ovlivní celý průběh dalšího postupu a to pacientům a klientům jen přitěžuje v už tak nelehké životní situaci.

7.2.1 Případová studie 1

Paní S., 53letá, rozvedená, vyučená pánskou krejčovou. Pracovala ve svém oboru zpočátku jako zaměstnanec, později jako osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ). Přijata do domácího hospice s diagnózou karcinom mamky v progredujícím stádiu (kdy první kontakt byl navázán formou telefonického styku).

Paní S. je o své diagnóze informována. Sociální pracovnice poprvé navštívila paní S. spolu s psychologkou druhý den po příjmu. Sociální pracovníci na přání své matky kontaktovala dcera S., která se spolu s manželem o matku stará, ohledně informací pro sepsání závěti. Dotaz byl také směřován na pomůcky, které Cesta domů zapůjčuje. Žádali o polohovací postel. Paní S. měla jeden z lepších dnů, jak konstatovala pečující dcera. Paní S. byla schopná komunikace, seděla na lůžku. Sociální pracovnice převážně komunikovala s dcerou paní S., které poskytla veškeré informace - a slíbila, že kontaktuje notáře. Na otázku zda je v tuto chvíli ještě něco potřeba přednostně vyřídit, bylo řečeno, že zatím ne.

Sociopsychická anamnéza

Rodinná anamnéza

Paní S. je jedináček. Rodiče paní S. žijí, oba v dlouholetém důchodu. Matka S. byla elektromechaničkou, otec mechanizátorem zemědělských strojů a pracoval jako traktorista. Finanční poměry byly chudé. Sama je matkou 3 dětí (2 dcery a syn), Potomci se s otcem vídají.

Osobní anamnéza

Paní S. má rakovinu prsu v pokročilém stádiu, kdy je nutné mírnit bolesti. S manželem se rozvedla před 3 lety a od té doby spolu nejsou v kontaktu. V dětství prodělala běžné nemoci, jinak vážněji nestonala. 2x podstoupila umělé přerušování těhotenství (prý kvůli manželovi, další děti nechtěl). Nikdy nekouřila, nedokáže si vysvětlit příčinu svého onemocnění. Přemýšlí o tom jako o svém osudu. Paní S. se povahově líčí sama jako psychicky nestabilní, často pláče, vzpomíná na mladší léta a na dobu, kdy byla zdravá. Po ablaci prsu se necítí jako žena a velmi tím trpí. O svém muži nechce mluvit. Vdávala se jako mladá, kdy o životě ještě nic nevěděla. Prý měla z manželství už dávno odejít. Bývalý manžel o její nemoci ví, ale nijak se neangažuje, což by paní S. ani nechtěla. Dostává informace tedy jen od dětí.

Současný stav

Chování klientky při setkání

Setkání proběhlo v neklidné atmosféře. Paní S. podle sociální pracovníce působila velmi unaveným dojmem. Byla vyčerpaná, bolesti intenzivně pociťovala, když plakala. Paní S. byla plačtivá, což stěžovalo komunikaci, přesto chtěla spolupracovat, protože informace ohledně závěti a jejího postupu ji zajímaly. V průběhu rozhovoru musela několikrát odpočívat.

Životní a sociální situace klientky

Je nepochybné, že se paní S. nachází ve velké životní krizi, kterou nemá a ani nemůže mít pod kontrolou. Paní S. poskytuje jakousi představu o jejím životě před onemocněním a také, jak je úzce provázána se svou dcerou, která od začátku

onemocnění paní S. převzala veškerou péči o ní. Zajišťuje vše co je třeba, což je na jednoho člověka víc než vysilující. Dcera paní S. byla přítomna, bylo vidět, že situaci těžce nese. Je na vše sama, sourozenci nepomohou. Prý by to nezvládli, jak sama soudí, ale poté dodala, že si není jistá. V době, kdy maminka onemocněla, brala jako samozřejmost se o ni postarat a sourozenci nic nenamítali. Druhá dcera navíc bydlí daleko. Dotyčná dala výpověď v práci, aby se o matku mohla starat. Zeť paní S. pomáhá, ale má náročnou práci a často je mimo republiku. Finančně zajišťuje rodinu a v tomto ohledu není problém. Dcera a syn se nijak neangažují, podle paní S. neví, jak se mají v této situaci chovat, proto jen občasnými telefonáty zjišťují, jaká je situace. Navíc druhá dcera bydlí daleko, tak nechce zatěžovat ještě ji, když už se o ní jedna dcera stará. Paní S. velmi mrzí, že s ostatními dětmi není v kontaktu, ale sama není schopna tento stav změnit. Paní S. odešla ze zaměstnání v době, kdy prodělala ablaci prsu a je v péči lékařů. S manželem jsou rozvedeni a v kontaktu s ním být nechce.

Postupy při řešení sociálního problému

Aktivita pomáhajících zařízení

Sociální pracovnice poskytla informace ohledně sepsání závěti a zařídila dovoz polohovacího lůžka. Se souhlasem obou žen kontaktovala syna paní S., zdali-by se chtěl také nějakým způsobem podílet v péči o matku. Druhé dceři telefonovala a ptala se, zda-li by chtěla svou matku navštěvovat. Psycholožka se zajímala o psychologické aspekty nemoci, snažila zmírnit těžkou situaci tím, že nabídla pomoc ve formě respitní péče v hospici, jestliže by dcera paní S. pociťovala, že péči o matku nezvládá. Také zmínila možnost docházení dobrovolníka, aby si dcera paní S. mohla na chvíli odpočinout a vyřídit potřebné záležitosti. Neopominula nabídku konzultace oběma ženám, kdykoliv to bude potřeba. Dcera paní S. to vážně zvažuje. Cítí se velmi vyčerpaná.

Hodnocení výsledků provedených aktivit

Závěť je sepsána, polohovací lůžko dovezeno. Syn souhlasil s péčí, jen nevěděl, jak by mohl pomoci. To, že sestra od počátku převzala veškerou péči, v něm vyvolávalo pocit, že další pomoci není potřeba a sestra s manželem vše zvládnou. Navíc, sestra se

nikdy nezmínila, že by toho na ni bylo příliš. Souhlasil s docházením za matkou, když sestra bude vyřizovat jiné neodkladné záležitosti. Druhá dcera začala dojíždět na občasné návštěvy. Pečující dcera paní S. přijala nabídku docházení dobrovolníka, již následně velmi ocenila. Nadále probíhá intenzivní spolupráce mezi psychologkou a oběma ženami.

7.2.2 Případová studie 2

Pan V. je 68letý muž, ženatý, středoškolsky vzdělaný, v invalidním důchodu, momentálně opět hospitalizován v nemocnici za účelem symptomatické úpravy svého zdravotního stavu na žádost praktického lékaře. Do té doby pobýval doma. Dg. inoperabilní malobuněčný plicní karcinom s metastázami v játrech.

Pan V. je o své diagnóze informován. Sociální pracovnice (dále SP) uskutečnila první kontakt na oddělení následné péče kvůli vyřízení příspěvku na péči, který spadá automaticky do povinností SP, kdykoli přijde někdo nový. SP vysvětlila k čemu sociální příspěvek slouží. Nakonec pacient stěží podepsal formulář..

Sociopsychická anamnéza

Rodinná anamnéza

Rodiče pana V. nežijí. Pan V. má mladšího bratra, sám je otcem 2 dětí (dcera, syn), manželka je v částečném invalidním důchodu.. Psychiatrická přítěž nebyla zjištěna.

Osobní anamnéza

Pan V. má rakovinu plic v pokročilém stadiu s nastupujícími bolestmi, které se teď snaží lékaři zmírnit. Ve 14 letech prodělal apendicitidu. Základní vojenskou službu absolvoval bez problémů. Vážněji nestonal do 56 let, kdy při práci spadl ze střechy a utrpěl polytrauma. Měl mnohočetné fraktury lbi, mj. frakturu spodiny lebeční a frakturu pravé pyramidy, a dále karotidokavernózní píštěl vlevo. Po úrazu byl 2 měsíce v bezvědomí.

Postupy při řešení sociálního problému

Aktivita instituce

Sociální pracovnice po rozhovoru s pacientem odeslala žádost na příspěvek na péči. Nezeptala se ho, zda potřebuje ještě něco jiného zařídit, ani se nezajímala o jeho sociální zázemí. S manželkou nemluvila a není informována, jakou péči zastane, pokud by byl pacient propuštěn. Neudělala si představu ani nezvážila možnosti, jak by měla za různých okolností probíhat PP o pacienta.

Hodnocení výsledků provedených aktivit

Zatím nedošlo k žádnému posunu ve vyřizování příspěvku. Pan V. je nadále hospitalizován v nemocnici.

7.3 Diskuse k případovým studiím

Obě případové studie se svým rozsahem a angažovaností sociálních pracovníků značně odlišují. V případové studii 1 byl propracován postup získávání informací, zjišťování současného stavu klientky (sociálně, psychicky), uskutečňování kontaktů s blízkými osobami klientky a tím následné usnadnění komunikace mezi nimi. Zapojení rodiny do procesu, nabídnutí možných alternativ vedoucích k ulevení a zlepšení péče o nevléčitelně nemocnou. Také se SP neopomněla zeptat, zda-li se něco musí vyřídit přednostně. Lidé v obtížných životních situacích jsou pod velkým stresem, může se tedy stát, že zapomenou sdělit něco, co je v současné chvíli neodkladné a musí být vyřízeno. Musíme brát v potaz, že zde není popsán veškerý možný výčet dalších aktivit, které se mohly provést. Šlo o jeden ze způsobů, jak se může sociální práce aplikovat, aby vedla k pozitivnímu výsledku.

Co se týče případové studie 2, začala bych otázkami, které mě v průběhu sepisování napadaly. Při jejich sestavování jsem se nechala inspirovat otázkami k různým případovým analýzám (ŘEZNÍČEK, 2000).

Šlo o následující otázky:

Byla diagnóza případu pana V. definována především klinicky nebo sociálně?

*Na čem spočíval postup sociální pracovníce, že učinila jen to, co učinila?
Bylo příčinou rutinní provádění práce, tj. automatické vyřizování příspěvku na péči?
Měl pan. V. o tento příspěvek vůbec zájem?
Jak na svou situaci nahlížel pacient?
Jak na celou situaci pohlížela jeho manželka?
Zabýval se někdo otázkou velké změny při nastoupení pacienta do nemocnice?
Bylo by účinné spolupracovat s psychologem?
Bylo možné pacienta přemístit do jiného zařízení?
Bylo-by po úpravě bolesti možné ponechat pana V. v prostředí, na které je zvyklý?
Existují rozdíly v přístupu v nemocničním a jiném (např. hospicovém prostředí)?
Dochází manželka za panem V. do nemocnice?
Jestli ano, jak tyto návštěvy probíhají?
Jak se na řešení situace dívá sám pan V., manželka, sociální pracovníce?
Co děti pana V., jsou v kontaktu se svým otcem?
Co se bude dít dál po propuštění pana V. z nemocnice?*

Jsem si vědoma, že na některé otázky se nedá jednoznačně odpovědět. Zvláště na ty, které se týkají osobního prožívání zúčastněných. Vždy záleží na konkrétní osobě, jakým způsobem si je vyloží a ani to není kolikrát možné, vzhledem k mnoha okolnostem, které s nimi souvisejí a ovlivňují celkovou situaci, navíc v tomto případě ani nejsou známy. Mohu se tedy jen domnívat a zvolit jiný postup řešení, který by mohl být efektivní. Je však potřeba počítat i s limity vycházejícími z nastavení systému práce jako takové. Např. administrativa zabírající většinu času, nedostatek prostoru pro samotnou práci s klientem, či status sociálního pracovníka, který dosud není vnímán jako plnohodnotný člen ošetřujícího týmu ve zdravotnických zařízeních.

Diagnóza případu byla definována klinicky. Dokumentace sociální pracovníce by neměla obsahovat tak podrobný popis zdravotního stavu nemocného. Není to v její kompetenci, tudíž by k takovým informacím neměla mít přístup a navíc lékařskou terminologii nezná a neumí ji používat. Tyto informace jsou pro ni nepotřebné. Měla by vědět, v jakém zdravotním stavu se nemocný nachází, ale podrobnosti nejsou nutné.

To, že se automaticky rozhodla SP vyřídít příspěvek na péči není samo o sobě chybou, měla však zjistit, zda-li o to dotyčný má vůbec zájem. Jaký má pan V. názor na možnost získání příspěvku na péči, to také nebylo zjištěno.

Neví se, jak vypadala jeho sociální situace během života. Žádný dotaz nesměřoval na manželku pana V. a sociální pracovnice s ní v té době nehovořila, nevíme tedy, jak prožívá celou situaci ona. Ani to, jak pan V. pohlíží na to, že musí být v nemocnici. Co soudí o svém stavu, jak ho prožívá? Není zmínka o tom, jaký měla sociální pracovnice pocit z návštěvy u pana V.

Sociální pracovnice mohla nabídnout možnost hospice či jeho domácí variantu a informovat oba, co je potřeba k jejímu vyřízení. Sdělení, že až budou bolesti pod kontrolou, je možné podat žádost do těchto zařízení, by možná usnadnilo už tak těžkou situaci a péči by popřípadě převzal někdo jiný. Žádost by měla být podána co nejdříve, aby v případě rychlého vyřízení a volného místa v hospici bylo možné pana V. hned převést. Otázkou je, kdo by se o převoz postaral. Nemocnice, rodina – děti, o kterých se doposud nic neví? Domnívám se, že snad nikdo z nás by nechtěl zemřít v nemocnici.

Z celkového rozboru případu se může zdát, že otázky, na které se sociální pracovnice nezeptá, mohou v nemocném vyvolat pocit nezájmu, popřípadě vedoucí k nemožnosti pokračovat lepším způsobem, než s kterým se začalo. Také se pacient nedozvěděl, co vše je v kompetenci sociální pracovnice, která má povinnost o nich pacienta informovat. Jestliže už je něco nad rámec její práce, poskytně odkaz na příslušné instituce, které se konkrétní věci zabývají.

Neprovádí-li se sociální práce tímto způsobem, může to navodit domněnku, že úkolem sociální pracovnice je jen materiální pomoc. Lidé nadále budou považovat sociální pracovnice jen za „ty, které vyřizují dávky“. Ne všichni lidé ví, že tímto pro ni její práce nejen zdaleka nekončí, ale je to pouze její malá část.

ZÁVĚR

Při pokusu reflektovat uplynulou dobu, kdy mým cílem bylo zjistit úlohu sociálního pracovníka v paliativní péči, jsem se setkala s mnohými rozpory, které jsem postupně objevovala jak v odborné literatuře, tak jsem si je mohla do jisté míry ověřit i ve zkušenostech získaných ze stáží, jež jsem absolvovala.

Toto téma je u nás poměrně nové, i když počátky úlevné péče v dnešním pojetí se kladou do 19.století. Sociální pracovníce v této oblasti dříve neměla místo, ani se nevědělo, jak by zde mohla působit. Stále existuje představa, že tato péče je doménou jen lékařů zabývajících se somatickými projevy nemoci, jsem však toho názoru, že jsou důležité také psychosociální aspekty spojené s umíráním, které se dostávají do popředí právě v tomto období. Tím by se také měla zabývat sociální pracovníce. Je proto důležité, aby sociální pracovníce měla své místo v týmu spolupracovníků, do kterého patří i sám nemocný, od něhož se vše odvíjí.

Tato problematika se stále vyvíjí, je nutné nacházet nové způsoby, jak efektivně poskytnout optimální řešení lidem, kteří se ocitnou v takto náročné životní krizi. Existuje množství zařízení a forem paliativní péče a v každé z nich by se sociální práce měla účastnit.

Uvědomuji si, že pouze na základě shora uvedených stránek a mých skromných zkušeností nelze generalizovat, protože tato práce je jen dílčím příspěvkem k uvedené problematice. Vědomí celé šíře a dosud nesplněných možností sociální práce mě činí skromnou v hodnocení významu tohoto mého příspěvku, přesto si však myslím, že je drobným dílčím přínosem, který naznačuje budoucí cestu a má naději inspirovat širší uplatnění v této oblasti. Význam angažované péče o tyto nemocné, kterou vedle ostatních odborníků bude rovnocenně poskytovat i sociální pracovník, nejen usnadní tuto náročnou práci vzájemným doplňováním a podporou, ale také zvýší kvalitu života těchto pacientů. Správné, eticky čisté a ohleduplné zacházení v této životní situaci je hodnotou, kterou i my sami tak můžeme zažít jednou z vlastní zkušenosti, a i my – stejně jako naši pacienti a klienti – tento přístup jistě oceníme.

Předkládám zde dvě případové studie, které jsem sepsala jako ukázkou pro srovnání, jakým způsobem se může řešení případu v praxi odvíjet. Jedna je ukázkou správného a druhá špatného postupu sociální pracovníce.

Jsem ráda, že jsem měla možnost se seznámit s provozem zařízení, v nichž tato práce s klienty probíhala - a na chvíli se stát jeho součástí. Měla jsem příležitost nahlédnout, jakým způsobem se zde pracuje s klienty, co tato nejjednodušší činnost a způsob péče, která se tu poskytuje, obnáší. Vítám všechny zkušenosti, zachycené poznatky, jež jsem si postupem času osvojovala a které mi napomohly lépe pochopit tuto tematiku, jíž se v běžném životě příliš nezabýváme.

LITERATURA

- DOSTÁLOVÁ, O. Emocionální problémy v paliativní medicíně. In VORLÍČEK, J. aj. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Avicenum, 1998, s. 389-411. ISBN 80-7169-437-1.
- DOSTÁLOVÁ, O. Emoční problémy v paliativní medicíně. In VORLÍČEK, J. aj. *Paliativní medicína*. 2.přepr.vyd. Praha: Grada Avicenum, 2004, s. 457-483. ISBN 80-247-0279-7.
- DOSTÁLOVÁ, O. *Jak vzdorovat rakovině*. Praha: Grada Avicenum, 1993. ISBN 87169-040-6.
- DOSTÁLOVÁ, O., ŠIKLOVÁ, J. Sociální práce v paliativní medicíně. In VORLÍČEK, J. aj. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Avicenum, 1998, s. 415-435. ISBN 80-7169-437-1.
- DOSTÁLOVÁ, O., ŠIKLOVÁ, J. Sociální práce v paliativní medicíně. In VORLÍČEK, J. aj. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Avicenum, 2004, s. 485-504. ISBN 80-247-0279-7.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004, s. 172, 195, 402, 461, 673. ISBN 80-7178-303-X.
- KALVACH, Z. aj. *Umírání a paliativní péče v ČR*. Praha: Cesta domů, 2004. s. 9. ISBN 80-239-2832-5.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 4.vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-429-X.
- MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 56-57, 77-78, 140, 213. ISBN 80-7178-549-0.
- MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005. s. 62. ISBN 80-247-1025-0.

O organizaci paliativní péče. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4332-4.

PŘIDALOVÁ, M. Sociální práce v paliativní péči – český kontext. In STUDENT, J.ČH, MÚHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče.* Praha: H a H, 2006, s. 7-21. ISBN 80-7319-038-9.

ŘEZNÍČEK, I., *Metody sociální práce.* Praha: Sociologické nakladatelství, 2000. ISBN 80-85850-00-1.

SEDLÁČEK, J. *Kapesní slovník latinsko-český a česko latinský.* 2.vyd. Třebíč: Jindřich Lorenz, 1917, s. 426.

SLÁMA, O., ŠPINKA Š. *Koncepce paliativní péče.* Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet.* 5.vyd. Praha: Ecce homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5.

SVATOŠOVÁ, M. Hospicové hnutí ve světě a u nás. In VORLÍČEK, J. aj. *Paliativní medicína.* Praha: Grada Avicenum, 2004, s. 511-520. ISBN 80-247-0279-7.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem.* Praha: Ecce Homo, 1998. ISBN 80-902049-1-0.

ŠPINKOVÁ, M., aj. *Na cestách domů.* Praha: Cesta domů, 2006, s. 5.

ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Standardy domácí paliativní péče.* Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4329-4.

STUDENT, J., MÚHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče.* Přel. Marek Zikmund. Praha: H a H, 2006. ISBN 80-7319-038-9.

VOKURKA, HUGO aj., *Velký lékařský slovník.* Praha: Maxwel, 2005, s. 487, 669, 873. ISBN 80-7345-058-5.

Internetové zdroje

SVATOŠOVÁ, M., FILEC, V. *Legislativa /online/.* c1999-2002, poslední revize 2003-06 /cit.2008-08-21/. Dostupné z <http://hospice.cz/hospice1/leg.php> .

Resumé písemné práce k bakalářské zkoušce

Název bakalářské práce

Úloha sociálního pracovníka v paliativní péči

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

Autorka: Jana Kočová

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Klíčová slova: hospicová péče, nemocní, paliativní péče, postoj ke smrti, sociální práce, terminální stav.

Moje práce se zaměřuje na možnosti poskytování sociální pomoci lidem trpícím nevyлéčitelnou nemocí, umírajícím a jejich rodinám. Kladu si naléhavou otázku, do jaké míry lze kvalitně a profesionálně poskytnout sociální služby při současném vnímání práce sociálního pracovníka a pohledu společnosti na nemocné nacházející se v terminálním období života.

V hlavních kapitolách se věnuji formám, významům a cílům paliativní péče zahrnující péči hospicovou a její aplikaci v sociální práci. Zabývám se významem rozpoznání stavu, v jakém se pacient-klient nachází, volbě vhodného řešení, citlivosti přístupu k nemocným i jeho blízkým a věnuji se i přístupům, jak proniknout do pacientových problémů, o kterých se zmiňuje, i do těch, které zatajuje, nebo si je neuvědomuje.

Závěr práce pak obsahuje dvě případové studie, na nichž jsem se podílela při své praxi, a měla jsem tak možnost získat cenné poznatky do své budoucí práce spolu s vlastním hodnocením, kdy podle mého názoru byl zvolen postup správný a kde a kdy mohlo být postupováno odpovědněji a prozíravěji.

Jsem si vědoma toho, že osobní a profesní připravenost není jedinou zárukou kvalitní péče. Bez dostatečných financí a prostoru není možné tento přístup aplikovat. Pokud v kompetencích sociálních pracovníků zůstává důraz hlavně na administrativní část práce, není možné současně očekávat profesionální přístup k psychosociálním aspektům, na které jednoduše nezbyvá čas.

Za stávající situace bych řešení viděla v rekvalifikaci pracovníků v oblasti péče o umírající, v podpoře jejich kontinuálního sebevzdělávání a dostatečné duševní a profesní podpory ze strany institucí.

V Praze, 21.8.2008

POSUDEK VEDOUCÍHO BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název Úloha sociálního pracovníka v paliativní péči

Autorka Jana Kočová

Počet stránek: 42.

Počet kapitol: 7, podkapitol 1.řádu: 23, podkapitol 2.řádu: 5.

Počet citovaných odborných publikací: 22, internetových zdrojů: 1.

V první kapitole se autorka velmi důkladně věnuje vymezení pojmů, které jsou pro její práci klíčové. Ve druhé kapitole se zamýšlí nad významem a cíli paliativní péče, jejím obecným i specializovaným pojetím, organizačními formami a cílovými skupinami. Ve třetí kapitole se zabývá formálním rámcem paliativní péče.

Ve čtvrté kapitole věnuje pozornost institucím poskytujícím paliativní péči. V páté kapitole se pak soustředí na sociální práci v paliativní péči. V šesté kapitole pojednává o emočních prožitcích jak pacienta, tak sociálního pracovníka.

V sedmé kapitole předkládá vlastní zkušenosti a dvě případové studie. Jedna z nich představuje správný postup sociální pracovnice, druhá postup nedovedený do konce a tudíž chybný. Tento přístup považuji za nápaditý a jako příklad názorný.

Po stránce správnosti citací a uvedení literatury je práce zcela v pořádku, po stránce úpravy také bez námitek.

Stylizace vět a způsob vyjadřování odpovídá odborným požadavkům a je kultivovaný.

Připomínka:

Kapitolu 2.a 3. by bylo vhodnější sloučit. 2. kapitola s nadpisem Paliativní péče totiž v této šíři zahrnuje i kapitolu 3. Nadpis Způsob organizace paliativní péče byl měl být zařazen spíše jako podkapitola. Podkapitoly 2.2.1 Organizační formy specializované paliativní péče a 3.1 Způsob organizace paliativní péče by mohly být pro větší přehlednost sloučeny.

Závěr

Volba tématu je vzhledem k zaměření školy velmi vhodná. Co se obsahu práce týče, autorka podala uspokojivý výklad obsahu, významu, cíle i organizace paliativní péče. Bylo by užitečné, kdyby se autorka problematikou dále zabývala a hlouběji rozpracovala možnosti uplatnění sociálního pracovníka v paliativní péči jako téma pro magisterskou práci.

Podle mého názoru autorka splnila požadavky kladené na bakalářskou práci a doporučuji ji proto k obhajobě.

Praha, 20.9.2008


MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Název bakalářské práce: Úloha sociálního pracovníka v paliativní péči

Autorka bakalářské práce: Jana Kočová

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Oponentka absolventské práce: Mgr. Miluše Baginská

Oponentský posudek:

Studentka Jana Kočová (dále autorka) si vybrala téma neotřelé a pro společenskovední disciplínu zvanou sociální práce vítané. V úvodu autorka náležitě představuje čtenáři obsah své bakalářské práce, proto rovnou přistoupím k oponentskému komentáři. Po pečlivém prostudování práce bych chtěla upozornit na několik náležitostí: práce má popisný charakter a vesměs shrnuje fakta, která jsou k dispozici v běžné české odborné literatuře k tématu paliativní a hospicové péče. Tuto by měl znát průměrný student některého ze společenskovedních disciplín. **Samotnému tématu, které je obsaženo v názvu práce, podle mého názoru věnuje autorka pouhých několik stran textu, vzhledem k rozsahu celé práce.** Informace o historii hospiců a kapitolu „Emoční prožitky“ považuji za doplňující a zajímavé, ale vzhledem k názvu a tématu práce za nadbytečné. Jiná bude úloha sociálního pracovníka v LDN, jiná v hospici, jiná v Cestě domů. A v mnoha věcech budou mít naopak hodně společného. Zajímavý by mohl být i pohled reality (kterou autorka v textu a v použitých kazuistikách zmínila) a toho, jak by to být z etických a profesních hledisek být mělo. Dále jsem se zaměřila na cíl práce, kde si autorka stanovila, cit. z úvodu „...přiblížit tuto tematiku, o které nejen odborná veřejnost příliš nemluví.“ Zde bych ráda oponovala, neboť odborná veřejnost o tématice umírání a smrti v posledních letech mluví, o čemž svědčí několik sborníků z konferencí, odborné články v tisku, mnohé se na poli paliativní péče za posledních 20 let zlepšilo, staví se nové hospice apod. Jen to nejde tak rychle, jak bychom potřebovali. Ale to je jiný problém, než ten, že se o problematice nemluví. Zaostává hlavně legislativní úprava a kompetence jednotlivých státních i nestátních zařízení, které se o umírající starají. Posledně jmenovaný fakt autorka správně v textu zmínila. K samotnému cíli – doporučovala bych cíl více specifikovat, např. charakterizovat roli, úlohu a náplň práce sociálního pracovníka v hospicovém zařízení.

Závěr:

Práce je zdařilým pokusem o odborný text. Struktura, stylistika textu a úprava jsou v naprostém pořádku, citace a čerpaná literatura taktéž – k formální stránce nemám výhrady (až na pár gramatických chyb), mé drobné výhrady se týkají obsahové stránky - autorka zmínila několik podstatných informací, ale dále je již nerozšířila (nakousla a nedojedla), tudíž zůstaly nedokončeny. Viz kapitola 5.2., 5.3., 5.4., 5.5., 5.6. Vzhledem k názvu práce se jednalo o informace podstatné.

Práce splňuje nároky na bakalářskou práci a umím si představit, že v případě rozšíření některých kapitol a kvalitního kvalitativního výzkumu a hlavně specifikací hlavního a dílčích cílů budou velmi kvalitní prací magisterskou.

Otázky k diskusi:

V textu jste zmínila právo na pečovatelskou dovolenou. Jak by vypadal Váš návrh pro poslance sněmovny k této dovolené? Jaké jsou v současnosti názory odborné veřejnosti na tuto problematiku?

V textu jste zmínila termín pomáhající profese – které profese si čtenář má za tímto označení představit?

V Praze, 18. 9. 2008

Mgr. Miluše Baginská

