

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**Komunikace sociálního pracovníka se zdravotnickým  
personálem na onkologii při plánování následné paliativní  
péče**

Vnímání zdravotnického personálu spolupráce se sociálním  
pracovníkem

**Bc. Jana Křížová**

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Praha, 2012**

# **Prague college of psychosocial studies**



## **Communicating social worker with the medical staff to follow when planning oncology palliative care**

Perception of medical staff cooperation with the social worker

**Bc. Jana Křížová**

The Diploma Thesis Work Supervisor: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Prague, 2012**

Čestně prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Brně, dne 25.8.2012

.....

Zde bych chtěla velmi poděkovat mé vedoucí práce MUDr. Olze Dostálové, CSc., která mi při psaní byla velkou pomocí a poskytovala mi cenné rady při zpracování diplomové práce. Rovněž bych ráda poděkovala také PhDr. Martinu Kuškovi, Ph.D., který mi pomohl se stanovením výzkumné části práce.

Velký dík však také věnuji zdravotnickému personálu Masarykova onkologického ústavu, konkrétně lékařům a zdravotním sestřám kliniky komplexní onkologické péče, kteří se aktivně zapojili do výzkumu a poskytli mi tak cenné informace a svůj náhled na činnost sociálního pracovníka na onkologii.

V Brně, 25.8.2012

## **Anotace**

Diplomová práce se věnuje tématu „Komunikace sociálního pracovníka se zdravotnickým personálem na onkologii při plánování následné paliativní péče - vnímání spolupráce zdravotnického personálu se sociálním pracovníkem“.

Sociální pracovník na onkologii pomáhá ve spolupráci se zdravotnickým personálem zajišťovat další specializovanou paliativní péči. Při své práci na oddělení se setkává s pacientem i rodinou a komunikuje s dalšími poskytovateli paliativní péče.

Cílem diplomové práce je zjistit, jak lékaři a zdravotní sestry vidí spolupráci se sociálním pracovníkem při zajišťování následné paliativní péče.

Diplomová práce obsahuje část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou zpracována témata týkající se paliativní péče a činnosti sociálního pracovníka na onkologii, praktická část poukazuje na samotné vnímání zdravotnického personálu na spolupráci se sociálním pracovníkem.

### Klíčová slova:

paliativní medicína, obecná a specializovaná paliativní péče, filosofie hospicové péče

## **Abstract**

This thesis deals with the theme "Communicating social worker with the medical oncology staff to follow when planning palliative care co -perception of health care workers with a social worker ."

Oncology social worker to assist in collaboration with other medical staff to provide specialist palliative care. In my work in the department meets with the patient and family and communicates with other providers of palliative care.

The aim of the thesis is to determine how physicians and nurses see the social worker collaboration in ensuring follow-up of palliative care.

The thesis contains a theoretical and practical. In the theoretical part is covered topics related to palliative care and activities of the oncology social worker , the practical part refers to the actual perception of the medical staff in cooperation with the social worker.

### Key words:

palliative medicine , general and specialist palliative care , hospice care philosophy

# OBSAH

<b>Úvod.....</b>	<b>9</b>
<b>1 Vymezení důležitých pojmů.....</b>	<b>11</b>
<b>2 Sdělování špatné zprávy pacientovi.....</b>	<b>13</b>
2.1 Sdělování špatných zpráv v minulosti a dnes.....	13
2.2 Výhody sdělení špatné zprávy.....	15
2.3 Reakce pacienta a jeho blízkých na špatnou zprávu.....	17
2.4 Pravidla při sdělování špatných zpráv.....	19
<b>3 Institucionalizace smrti versus paliativní péče.....</b>	<b>24</b>
3.1 Důvody vedoucí k tabuizaci smrti a umírání.....	24
3.2 Rozdíly při umírání v institucích a domácnostech.....	25
3.3 Včasná a kvalitní paliativní péče.....	27
3.4 Zdravotnický personál v paliativní péči .....	31
<b>4 Sociální práce v paliativní péči.....</b>	<b>35</b>
4.1 Dosavadní vnímání sociální práce ve zdravotnictví.....	35
4.2 Realizace sociální práce v paliativní péči.....	36
4.3 Pracovní postupy sociálního pracovníka užívané ve zdravotnictví.....	38
4.4 Přístup sociálního pracovníka k pacientovi.....	40
4.5 Role sociálního pracovníka při plánování domácí hospicové péče.....	42
4.6 Role sociálního pracovníka při plánování lůžkové hospicové péče.....	46
4.7 Spolupráce sociálního pracovníka s rodinou pacienta.....	49
<b>5 Praktická část, vlastní výzkumné šetření.....</b>	<b>52</b>
5.1 Úvod k výzkumu.....	52
5.2 Zkoumaný soubor .....	53
5.3 Metodika výzkumu.....	54
5.4 Hypotézy výzkumu.....	58
5.5 Výsledky výzkumu .....	60
5.6 Hodnocení výzkumu.....	74

5.7 Diskuse k výzkumu.....	75
5.8 Závěr výzkumu.....	77
<b>Závěr.....</b>	<b>80</b>
<b>Literatura.....</b>	<b>82</b>



## ÚVOD

K napsání této diplomové práce mě vedla skutečnost, že již třetím rokem pracuji v Masarykově onkologickém ústavu jako sociální pracovníce a mojí pracovní náplní je především zajišťovat pacientům a jejich rodinám specializovanou paliativní péči.

Protože předpokladem a nutností mé práce je spolupracovat se zdravotnickým personálem na oddělení, rozhodla jsem se, že cílem mé diplomové práce bude zjistit, jak samotní lékaři a zdravotní sestry nahlízejí na spolupráci se sociálním pracovníkem právě při zajišťování následné paliativní péče.

Náplň práce sociálního pracovníka na onkologii je velmi různorodá a sociální pracovník musí umět nejen koordinovat plánování a realizování další následné péče, ale především by měl také umět získat důvěru nemocného a jeho rodiny. Přitom se denně setkává na oddělení se zdravotnickým personálem, komunikuje s lékaři, zdravotními sestrami a ostatními pečujícími profesionály a podle případných změn zdravotního stavu nemocného přiléhavě reaguje na typ a formu následné paliativní péče.

Práce s onkologicky nemocnými, kteří již mají ukončenou aktivní onkologickou léčbu, může být nejen pro pacienta, ale i pro rodinu velmi náročná životní situace. Zvláště v případě, kdy se musí rozhodovat, co dále a jakou další péči si zvolit. Mnohokrát rodina a pacient balancuje mezi rozhodnutím, zda zůstat doma se svými blízkými či naopak zvolit lůžkovou hospicovou péči. Samozřejmě záleží na zdravotním stavu nemocného a možnostech rodiny se o svého blízkého postarat.

Smyslem práce sociálního pracovníka je pomoci nemocnému a rodině vyrovnat se s obtížnými chvílemi a nabídnout zajištění další péče. Někteří pacienti a jejich rodiny po získání dostupných informací o možnostech péče a nabídce pomoci ze strany sociálního pracovníka získají pocit jistoty a mohou tak plánovat další budoucnost.

Skutečnost, že je onkologická léčba ukončena a pacientovi je nabídnuto zajištění paliativní péče, však neznamená, že je konec, i když se tak nemocnému často

může zdát. Sociální pracovník naopak zjišťuje potřeby a přání nemocného, jeho rodiny, při spolupráci se zdravotnickým personálem informuje další poskytovatele specializované paliativní péče (tj. domácí a lůžkové hospice, paliativní oddělení v nemocnicích, atd.).

Diplomová práce obsahuje celkem pět kapitol, přičemž první čtyři jsou věnované teoretické části práce. V první kapitole se zabývám vymezením pojmů. Ve druhé kapitole samotným sdělováním špatné zprávy ze strany lékaře, ve třetí se snažím poukázat na institucionalizaci smrti oproti paliativní péči a čtvrtou kapitolu věnuji sociální práci v paliativní péči. Pátá kapitola se týká výzkumné části práce a analýzy získaných dat, díky kterým se budu snažit odpovědět na výzkumnou otázku: „**Jak zdravotnický personál na onkologii vnímá spolupráci se sociálním pracovníkem při zajišťování specializované paliativní péče?**“

K napsání diplomové práce mě především motivuje získání zpětné vazby a samotného vnímání zdravotnického personálu z pozice sociálního pracovníka na onkologii, dále bych si také přála, aby se povědomí o sociální práci ve zdravotnickém zařízení dostalo do jiných nemocnic a třeba i mezi širší veřejnost, která nemusí mít dostatek znalostí o možnostech specializované paliativní péče.

# 1 VYMEZENÍ DŮLEŽITÝCH POJMŮ

## 1.1 Paliativní medicína

Vorlíček v r.2004 definuje paliativní medicínu takto: *„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin“*. (cit.dle MARKOVÉ, 2010, s. 19).

## 1.2 Obecná paliativní péče

*„Tuto formu paliativní péče by mělo poskytnout každé zdravotnické zařízení v rámci své specializace. Její součástí je včasné vyhodnocení pacientova stavu, zhodnocení smysluplnosti další léčby a péče, jaká je důležitá pro kvalitu pacientova života“* (MARKOVÁ, 2010, s. 20).

Jak říká MUNZAROVÁ (2005, s. 61): *„ Paliativní péče se nedá vztahovat jen k ústavům určitého typu. Jedná se spíše o filosofii, kterou je možno aplikovat nejen v hospicích, nýbrž i v nejrůznějších nemocničních zařízeních a také v prostředí domácím. Nelze na ni pohlížet jako na něco zásadně odlišného od jiných přístupů v oblasti zdravotní péče. Naopak rozvoj paliativní péče by mohl mít pozitivní vliv na její ostatní formy; už jen tím, že upozorňuje na nedocenené a neošetřované problémy, např. pokud jde o bolest rázu duševního a spirituálního.“*

## 1.3 Specializovaná paliativní péče

*„Specializovaná zařízení paliativní péče jsou taková zařízení, která se věnují paliativní péči jako své hlavní činnosti. Požadují vyškolený personál s vyšší úrovní profesionální kvalifikace a větší počet zaměstnanců v poměru k počtu pacientů. Služby v těchto zařízeních by měly být dostupné ve všech formách péče a měly by být schopné*

*poskytnout pacientovi podporu, ať je kdekoli: doma, v nemocnici, v rezidentní péči, v pečovatelském domě, v denním stacionáři, v ambulantní péči nebo na specializovaném oddělení paliativní péče“ (MARKOVÁ, 2010, s. 21).*

## 1.4 Filosofie hospicové péče

Dle Svatošové (2003) je hospic místem, kde se pečující profesionálové snaží klást důraz především na kvalitu života nemocného až do jeho posledních chvil. Při péči o pacienta je nepostradatelná také podpora jeho blízkých, protože i oni jsou nevyhléditelnou nemocí zasaženi a právě vědomí podpory rodiny představuje pro pacienta často nejcennější pomoc.

## 2 SDĚLOVÁNÍ ŠPATNÉ ZPRÁVY PACIENTOVI

Nejen sociální pracovník, ale také celý zdravotnický personál pečující o pacienta, by měl vědět, do jaké míry je pacient informovaný o své nemoci. Zabrání se tak nejen určitým komunikačním nedorozuměním, ale především případnému poškození pacienta. Proto bych se v této kapitole ráda věnovala samotnému sdělení prognózy onemocnění pacientovi, jeho vnímání vůči sdělené informaci a také možnosti zkvalitnění komunikace zdravotnického personálu s pacientem dozvídajícího se pravdu o svém onemocnění a další budoucnosti.

### 2.1 Sdělování špatných zpráv v minulosti a dnes

V posledním století se názory na pravdu u lůžka nemocného velmi lišily. Svoji roli sehrálo určitě období po první a druhé světové válce, společenský systém a stabilita zdravotnictví (KUTNOHORSKÁ, 2007).

To, že by se pacient neměl dozvědět pravdu o své nemoci, se uplatňovalo už před druhou světovou válkou a u nás po ní vrcholilo. Důvodem pro to byl jednak nepřiznaný pocit selhání u lékařů, zvláště u onkologických onemocnění, jednak vůbec tabuizace smrti, která se důsledně oddělovala od života jako věc nepatřičná. V paternalistických státech, kde zvítězil socialismus, pak se považoval občan za neschopného zprávu o smrti přijmout a sám o sobě rozhodovat. Lékař, který by byl u nás v tehdejší době zákaz sdělení nepříznivé diagnózy porušil, se uváděl do nebezpečí, že bude předvolán před disciplinární komisi (DOSTÁLOVÁ, 2010).

Ve druhé polovině 20. století v západních zemích a o dvě desetiletí později i u nás se objevily názory zdravotníků o tom, že o sdělování špatné zprávy nerozhodují bezesporu jen lékaři, ale především samotní pacienti a určitou měrou i společnost. Navíc mnoho pacientů nevyléčitelně nemocných si závažnost své nemoci uvědomovalo i přes nedostatek informací. Sám pacient si tak mohl vytvořit představu,

jaká bude zřejmě jeho budoucnost, když jej aktuálně provází onkologické onemocnění. Ani v této době nebyla u nás pravdivá informace od lékaře tolerována a zodpovědnost tak víceméně spadla na samotnou společnost (KUTNOHORSKÁ, 2007).

Od této doby se však mnoho změnilo, zvláště po roce 1989, a dnes se propaguje především pravdivá informace nejen o zdravotním stavu, ale i o prognóze onemocnění. Rovněž platí pravidlo, že nejprve je informován sám nemocný a poté s jeho souhlasem jeho blízcí. Navíc již v současnosti existují zásady sdělování onkologické diagnózy, které mohou lékařům pomoci při těchto nelehkých rozhovorech (KUTNOHORSKÁ, 2007).

Dalo by se říci, že nyní žijeme v době, kdy se pravda říká rovnou a natvrdo. Přesto se setkáváme s tím, že mnoho lékařů se modelu „natvrdo“ vyhýbají. Abych upřesnila, ona „tvrdo“ se týká především způsobu sdělení, nikoliv pravdivosti zprávy. Bezohledné přímočaré sdělení není známkou profesionality, ale spíše odstupů lékaře od pacienta. Proto by profesionální sdělení pravdy měla doprovázet vlídná a empatická komunikace a především respektování důsledků pro pacienta - ať už fyzických, psychických či sociálních (LINHARTOVÁ, 2007).

Především je důležité, aby pravda byla sdělována všem onkologicky nemocným a to od lékaře. Někdy nestačí jen jednorázový rozhovor s pacientem, ale doporučuje se pravdu pacientovi sdělovat opakovaně. Sám pacient také rozhoduje, kdo z jeho blízkých se o skutečnosti nemoci dozví. Pacient má být rovněž před samotnou léčbou informován o její podstatě a možnostech, lékař také nikdy neslibuje vyléčení, ale pouze zdůrazňuje možnost léčby. Často se pacient či jeho blízcí lékaře ptají na prognózu z hlediska zbývajících času. Nikdo, ani sám lékař nemůže říci, jak dlouho bude pacient žít. Je možné pacientovi nastínit, jaký má obvykle jeho nemoc časový rámec, ovšem nikdy neříkat konkrétní datum, které stejně lékař neví (KUTNOHORSKÁ, 2007).

S Kutnohorskou souhlasí také THEOVÁ (2007), která uvádí, že přesně stanovené datum smrti by pro pacienta mohlo mít ochromující účinek a pacient by tak mohl strávit dobu počítáním dní, které mu ještě zbývají. Navíc stanovení časové

prognózy onemocnění nemusí hrát v životě pacienta velkou roli, protože jsou pacienti, kteří žijí mnohem déle než by se očekávalo a naopak.

## 2.2 Výhody sdělení špatné zprávy

Jak říká PARKES aj. (2007), zdravotníci si často uvědomují nevléčitelnost nemocí a bohužel i přes všechny pokroky dnešní medicíny nakonec může pacient zemřít. I pro lékaře může být velmi těžké povědět pacientovi, že již je nevléčitelně nemocný a nakonec zemře. Pokud však lékař tuto informaci pacientovi zamlčí, vědomě či nevědomě, může nabízet něco, co nakonec nemůže poskytnout.

Podobně se ke sdělování špatné zprávy pacientovi staví také HAŠKOVCOVÁ (1985), která souhlasí s tím, že sdělení pravdy na nemocničním lůžku umožňuje nemocnému získat čas. Bohužel se však stále mnoho zdravotníků řídí heslem, že humánnější je pravdu pacientovi nesdělřit než ji povědět naplno.

Stejně se mohou profesionální zdravotníci chovat i k rodině, kdy zatajují pravdu o zdravotním stavu pacienta, či dokonce rodinu k pacientovi nepouštějí s odůvodněním, že zdravotní stav je vážný. Neuvědomují si však, že takto mohou rodinu snadno uvrhnout v omyl, pokud jde o naději na uzdravení (CALLANANOVÁ a KELLEYOVÁ, 2005).

Z výše uvedeného pak můžeme pochopit, že se lékař a s ním i celý zdravotnický personál může v přístupu k nevléčitelně nemocnému pohybovat na velmi tenkém ledě. Navíc nesdělřit pravdu ve chvílích, kdy se pacient z výrazu tváří a chování zdravotnického personálu ocitá ve zmatku a nejistotě, pro něj také může znamenat nedůvěru a strach z další budoucnosti. Nakonec pacient vnímá nedůvěru zdravotnického personálu a jelikož si například nechce lékaře pohněvat, nezbývá mu nic jiného než předstírat nevědomost a naoko s lékařem souhlasit. Pro zdravotnický personál však tato komunikace s pacientem je oboustranně náročná a pro pacienta se jedná o bolestnou, a ne již milosrdnou lež (HAŠKOVCOVÁ, 1985).

Zdravotník by měl při své práci s nevléčitelně nemocnými pochopit, že sdělení pravdy je sice obtížný okamžik, který ale pro vztah pacienta a lékaře neznamena

konec, ale začátek jejich pravdivé spolupráce. Z tohoto důvodu by setkání lékaře a pacienta mělo být „vnitřním aktem, nikoliv vnějším úkolem“ (HAŠKOVCOVÁ, 1985).

Podobně se na sdělování pravdy dívá i THEOVÁ (2007), která souhlasí s tím, že lékař by měl pacientovi sdělit všechny možnosti léčby. I když už v určité fázi není kurativní onkologická léčba možná, pro pacienta však tato skutečnost neznamená konec, ale lze mu nabídnout paliativní péči. Někdy se pacienti bojí, že když odmítnou chemoterapii, budou trpět velikými bolestmi. Rozhovor, ve kterém ošetřující lékař vysvětlí podstatu paliativní léčby citlivě a pravdivě, umožní, aby se pacient a lékař ve spolupráci dostali dále.

Sami se také můžeme vžít do toho, co se asi pacientovi v těchto chvílích nesdělení pravdy honí hlavou. Může převládat obava, že lékař nesprávně pochopil nemoc pacienta nebo má také strach z těžkého umírání. Jenže kdo potom u nemocného bude stát, když jeho lékař neví, že sám pacient tu leží smrtelně nemocný? (HAŠKOVCOVÁ, 1985)

Pokud pacient ví, jak to s ním je, a ví-li, že jeho ošetřující lékař zná stejně tak jeho omezení jako možnosti, může tak nabídnout další perspektivy života, který ještě pacientovi zbývá. V posledním úseku života se tak pacient může ještě s lékařem radit a volit cíle života, které může reálně zvládnout. Tím, že lékař pacientovi sdělil čistou nezakrývající pravdu, se otevřel prostor pro jejich upřímnou komunikaci a především pacient začne lékaři více důvěřovat. Pacient se tak může učit žít se svojí chorobou a kvalitně naplnit čas, který ještě zbývá (HAŠKOVCOVÁ, 1985).

Na druhé straně poukazuje Haškovcová také na skutečnost, kdy nemocný pochopil závažnost svého onemocnění, ale profesionál stále hovoří o možnosti zázračného uzdravení. V tomto případě se však samotný dialog stává nekonstruktivní a nemocného pouze poškozuje.

Podobně může pacient vnímat také lékařovo mlčení, kdy si pacient všimne jeho neupřímnosti v odpovědích, či mohou dotazy pacienta lékaře znervózňovat. Mlčení lékaře se stává pro pacienta zdrojem nových obav. Navíc si můžeme zcela reálně představit, že málokdo dokáže zajistit, aby všichni členové týmu říkali pacientovi to



samé. Jakmile je však lékař alespoň jednou přistižen při lži, vztah mezi ním a pacientem je zničen. Tento fakt může také způsobit pacientovu nedůvěru všem lékařem bez rozdílu (PARKES aj., 2007).

K tomu, aby pacient porozuměl svému onemocnění, by měl také odpovídat samotný způsob sdělení špatné zprávy. Pokud pacient pochopí, jaká je jeho nemoc, musí se s diagnózou smířit. Většinou to pro něj nebývá lehké, přesto bylo zjištěno, že i když se pacient dozví krutou, ale pravdivou a citlivě sdělenou diagnózu, nezhroutí se. Naopak pokud je mu od lékaře sdělena nepravdivá skutečnost např. typu „*nic zlého se nenašlo, nemusíte mít strach*“ atp., pacient v konečném důsledku klidnější není, naopak si může dělat další starosti (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

### 2.3 Reakce pacienta a jeho blízkých na špatnou zprávu

Samozřejmě že každý pacient může reagovat zcela individuálně. Může to také záviset nejen na obsahu sdělené zprávy, ale také na osobnostním nastavení samotného pacienta. Například racionálně myslící pacient přijme zprávu bez jakýchkoli emocí. Zachová si chladnou hlavu a zcela rozumově se zeptá na možnosti další péče. Tento pacient od zdravotníka přijme všechny odpovědi, které dostane, jenže své pocity neprojeví. Proto je vhodné se ho zeptat na jeho emoce, jaký z toho všeho má pocit, velmi dobře můžeme rovněž zapojit neverbální komunikaci, podporu a dobrý fyzický kontakt (PARKES aj., 2007).

Zcela opačně však mohou reagovat citově založení pacienti, kteří nemusí špatnou zprávu ze samého rozrušení přijmout. Těmto pacientům bychom měli především poskytnout dostatek času, aby novou informaci vstřebali, a především pacientovi poskytnout klid a rozvahu. Emocionálně založený pacient nepotřebuje naši podporu k vyjádření emocí, ale naopak pomoc v tom, aby si vytvořil plán do budoucna a probral důsledky své nemoci v důležitých oblastech jeho života (PARKES aj., 2007).

Většinou pacient ví, že je velmi vážně nemocen a také ví, že diagnostikovaný zhoubný nádor může vést ke smrti, ovšem to, že umírá, nemusí vůbec přijmout (LINHARTOVÁ, 2007).

Proto se mnohokrát můžeme setkat s typem pacientů, kteří se snaží vyhýbat jakýmkoli informacím o sobě a své nemoci. Častokrát nechtějí znát vůbec o svém zdravotním stavu žádné informace, nedostaví se ani na domluvenou schůzku, nebo ji velmi rychle ukončují. Tito pacienti ještě nejsou smířeni se svojí nemocí a nepřestávají doufat, že se uzdraví. Mohou se rovněž obracet na různé léčitele a věřit, že se jim podaří nad svou nemocí zvítězit. V přístupu k takto reagujícím pacientům musíme zvolit takovou komunikaci, aby k nám zaujali postoj důvěry a cítili se bezpečně. Pokud dáme pacientovi najevo svůj klid a trpělivost, může nás pacient svou otevřeností ještě překvapit (PARKES aj., 2007).

V praxi se ovšem také často stává, že si lékař přeje pacientovi s čistým svědomím povědět citlivě a zúčastněně více o jeho zdravotním stavu a prognóze, ovšem rodina pacienta si přeje pravý opak. Nechtějí tak svého blízkého vystavovat kruté pravdě a raději volí jeho nevědomost. I tak by měl mít však lékař na vědomí, že blažená nevědomost pacienta nejenom nechrání, ale ještě ho i poškodí. Navíc po sdělení pravdivé prognózy má tak pacient možnost volby jak naložit nadále se svým životem, který mu ještě zbývá (PARKES aj., 2007).

Jak říká THEOVÁ (2007), lékař, pacient a jeho rodina se spolu setkávají za účelem boje s nemocí. Proto se nemůžeme divit, že rodina i pacient se mohou v posledních chvílích chytat každého stébla naděje k uzdravení. Mohou sice souhlasit s možnostmi paliativní péče, ale vkládají do ní velké naděje ke zlepšení zdravotního stavu. Těmito myšlenkami se pokouší popřít blížící se smrt a vysvětlují si tak lékařova slova podle svého mínění. Pravdivost sdělených informací začne pacient a jeho rodina brát vážně až v okamžiku smíření s prognózou.

Nyní se však podívejme na to, jak samotný pacient může prognózu sdělenou lékařem interpretovat a díky obranným mechanismům si vytvářet mylné závěry. Zde nám zase může pomoci vcítění se do pocitů nevléčitelně nemocného pacienta. Každý z nás, kdyby se ocitl v situaci, kdy nespátřuje delší budoucnost, se rád chytne každého stébla naděje. A někdy to ani nemusí být samotná smrt, které se pacienti děsí, ale spíše vědomí, že brzy zemřou. Najednou se hrouť plány do budoucna a pacient díky svým obranným mechanismům se snaží vyhnout přijetí pravdy o prognóze svého

onemocnění. A představme si navíc, že se jedná o pacienta, který je onkologicky nemocný jen krátce a zprávu o nemožnosti léčby se dozvěděl velmi brzy. Proto zprávám od lékaře naslouchají selektivně a vybírají si z nich pouze to, co je nemusí nijak ohrozit (THEOVÁ, 2007).

Jak říká OPATRŇÁ (2008), mnoho pacientů po rozhovoru se špatnými zprávami od lékaře prožívá šok a prochází existenciální krizí. Nejenže musí zvládnout daný okamžik sdělení pravdy o své nemoci, ale rovněž hledí do nejisté budoucnosti ohraničené smrtelnou jistotou s obavami o sebe a své blízké. Pokud navíc pacient a jeho rodina smrt ze svého vědomí vytěsňují a vytvářejí iluzi nekonečného trvání života, situace je prožívána mnohem hůře.

Někdy se také můžeme v praxi setkat s tím, že si pacient po rozhovoru s lékařem o svém zdravotním stavu dodává naději, že se jeho zdravotní stav zlepší. Právě proto jsou výhodou společná setkávání lékaře, zdravotní sestry či jiného zdravotníka a pacienta. Jelikož má zdravotní sestra nejbližší kontakt s pacientem a tráví s ním většinu času, může mu v klidu vysvětlit, o čem lékař hovořil a opravit tak jeho mylné pochopení. Samotné zdravotní sestry tak mohou pacientovi a jeho rodině poskytovat psychosociální podporu a možná, pokud by byly mohly být při sdělení špatné zprávy přítomny, cítily by se otevřeněji (THEOVÁ, 2007).

## 2.4 Pravidla při sdělování špatných zpráv

Obecně platí pravidlo, že lékaři by při sdělování diagnózy a prognózy měli hovořit pravdivě, srozumitelně, jasně a navíc si ověřovat, zda pacienti jejich sdělení chápou. Jak jsem se již zmínila výše, někdy však je daná zpráva pro pacienta natolik traumatizující, že informaci zcela vytěsňuje. Z opačné strany se tedy musíme rovněž podívat na pacienta a fakt, zda zprávu sdělenou lékařem přijal také na úrovni vědomí (THEOVÁ, 2007).

KÜBLER - ROSSOVÁ (1993) potvrzuje, že pacient velmi často reaguje úzkostně v situacích, kdy byl informován o prognóze svého zdravotního stavu příliš předčasně a necitlivě někým, kdo chtěl mít onen nepříjemný rozhovor rychle za sebou.

Z tohoto tvrzení potom vyplývá, že pacient by měl být informován ve chvíli, kdy je schopen a připraven zprávu přijmout.

Doporučuje se, aby špatná zpráva byla pacientovi sdělována postupně. V praxi to může znamenat, že špatnou zprávu se pacient dozvídá nejprve od svého praktického lékaře, kterého navštíví z důvodu zdravotních potíží. Následně na to se dostává k odborníkovi, který může provedenými vyšetřeními potvrdit, že zdravotní stav pacienta je vážný. Pacient také může specialistu navštívit se zhoršujícími se nevolnostmi a podle výsledků se může potvrdit recidiva nemoci. Pacient může také špatné zprávy pozorovat podle neverbálního chování lékaře, pozvání na další vyšetření a případné plánování hospitalizace na onkologické oddělení. A i když si samotný pacient může uvědomovat závažnost svého zdravotního stavu, zpráva o ukončení onkologické léčby a špatné prognóze ho může zcela pohltil (THEOVÁ, 2007).

Zapomínat bychom rovněž neměli na místo, kde se pacient pravdu dozví. Klidná místnost, kde nebudou lékař s pacientem rušeni telefonickými hovory, příchozími kolegy, místnost, která nepřipomíná vyšetřovnu, kde jsou uloženy nástroje a léky, by měla navodit soukromí, které je při sdělování špatné zprávy nezbytné. Soukromí především pro pacienta, aby si nové informace vstřebal, a mohl být chvíli sám se svými myšlenkami. Proto se rovněž nedoporučuje, aby se nepříjemné zprávy sdělovaly v podvečerních a večerních hodinách, kdy pacientovi v těžké chvíli úzkostných myšlenek mohou chybět příbuzní a zřejmě ani nemá sám klidnou noc (KUTNOHORSKÁ, 2007).

Především se nedoporučuje, aby byla špatná zpráva pacientovi sdělována v přítomnosti více lidí, byť odborníků, jako např. na vizitách oddělení. Nejenom že je tak porušena povinnost mlčenlivosti, ale také právo pacienta na ochranu osobních údajů. Představme si také sami sebe v roli pacienta, kterému jsou špatné zprávy sdělovány na pokoji s více pacienty či odborníky (LINHARTOVÁ, 2007).

Je také vhodné, aby při sdělování špatné zprávy měl u sebe pacient někoho blízkého, který bude zprávu od lékaře sdílet s ním. Samozřejmě zcela záleží na pacientovi, koho si k tomuto okamžiku pozve, nebo zda se rozhodne, že s lékařem zůstane sám (PARKES aj., 2007).

V okamžiku, kdy se pacient dozví pravdu, potřebuje mnohem více než jindy být s blízkým člověkem, pomáhá mu hřejivé slovo a lidské souznění. Pacientovi se mohou hlavou honit otázky jako např. jak dlouho bude žít, jaká nyní bude jeho blízká budoucnost, zvládne vůbec utrpení blížící se smrti a také jak je zvládnou jeho blízcí? Objevuje se strach, úzkost a možná také otázky, jak bude samotné umírání vypadat? Velmi důležité je však pacientovi ukázat, že i s ukončením léčby jeho život nekončí, ale může v rámci paliativní péče získat jiný rozměr. Pacient si tak může v blízkosti své rodiny, přátel a zdravotníků pomoci uvědomit, kam si přeje, aby ještě zbytek jeho života směřoval, jakým směrem se obohatil, co si přeje stihnout, atd. A to je bezesporu součástí paliativní péče (THEOVÁ, 2007).

Rovněž TAVEL (2007) spatřuje konfrontaci se smrtí jako vrcholný okamžik života, kdy si zpětně může člověk uvědomit smysluplnost celého jeho života. Můžeme také říci, že konečnost života člověku dává a ne bere. Díky ní si může nevyлéčitelně nemocný uvědomit, jak si přeje, aby se jeho život odvíjel, co od života ještě očekává a s kým by se například rád smířil.

Najednou nám vědomí našeho blízkého konce umožňuje učinit vše, co jsme si již delší dobu přáli vykonat. Naše jednání tak nemůžeme již odsouvat do nekonečna a pod tímto nátlakem jsme nuceni, abychom využili zbytku času našeho života. Pacient, který tak nepřijme pravdu sdělenou lékařem, se tak může ochuzovat o smysluplné prožití času, který mu ještě v životě zbývá (FRANKL, 1996).

Jak hovoří KELNAROVÁ (2007, s. 13): „ *Otázka života a smrti je jednou z nejstarších a nejtěžších otázek, které si lidstvo klade. V době nemoci, úrazu začne člověk myslet na mnoho věcí, nejen na uzdravení, radost, štěstí, ale i na život i smrt. V druhé polovině života již častěji myslí na vlastní odchod. Smrt patří k životu a nelze ji od života oddělit. Smrt nečiní život nesmyslným. Umožňuje nám najít smysl života, umožňuje nám využít náš omezený čas smysluplně*“.

Z výše uvedených důvodů si může pacient klást hluboké existenciální otázky týkající se smyslu života, utrpení, viny, obavy ze smrti, víry v posmrtný život, atd. Pokud nastane chvíle, kdy pacient sám začne hovořit o pro něj důležitých skutečnostech, zdravotník by tento hovor měl uvítat a být na něj připraven, otázky

pacienta nezlehčovat a neodmítat. V případě, že se necítí kompetentní na daná témata s pacientem hovořit, měl by to přiznat a pacientovi zprostředkovat podle jeho přání psychologa, duchovního, rodinu atd. (VORLÍČEK, ABRAHÁMOVÁ aj., 2006).

Někdy také můžeme hovořit o předvídatelnosti smrti pacientem, kdy sám pacient začíná přemýšlet o budoucnosti a jeho odchodu ze života. Dalo by se říci, že výhoda onkologických onemocnění spočívá na rozdíl akutních onemocnění s následkem smrti v tom, že se pacient může „vnitřně připravit“ a postupně si zařídit život tak, jak si přeje (THEOVÁ, 2007).

Se sdělováním špatné zprávy úzce souvisí také dodávání naděje pacientovi. Ráda bych uvedla, že není nutné pacientovi naději brát. Neznamená to dávat mu falešné naděje typu: „*Uzdravíš se, všechno bude dobré*“, ale upřímně sdílet s pacientem naději na splnění drobných cílů a přání pacienta. Pacient se tak může radovat ze spousty malých drobných krůčků, které se mu ten den podařily, a sdílet tyto radosti se svými blízkými (SVATOŠOVÁ, 2003).

Jak říká KUTNOHORSKÁ (2007 s.79): „*Každý člověk potřebuje ke svému životu naději a potřebuje ji posilovat. Naděje nás provází celý život, každý den a neměl by nás opouštět ani v posledních chvílích života. Měla by nám dát sílu ke zvládnutí našeho posledního životního úkolu, umírání*“.

Sám KŘIVOHLAVÝ (1987) říká, že bychom v přístupu k nevyléčitelně nemocnému neměli spatřovat pouze jedinou naději, a to naději osobního přežití pacienta. Tato naděje se totiž pacientovi nemusí splnit a zdravotník by se tak mohl dostat do situace, kdy poskytuje pouze falešnou naději. Existuje však i naděje nadosobní, kdy se pacient může vracet k důležitým životním okamžikům a ujišťovat se tak, že jeho život měl smysl.

Proto pracovník pacientovi naději nebere, ale doprovází ho v ní. Nehovoří s pacientem, zda naděje reálná je či není, ale doprovází jej a role doprovázeče je pacientovi naději přinášet (KŘIVOHLAVÝ, 1995).

OPATRŇÁ (2008, s. 83) se k vyrovnávání se pacienta s nástupem paliativní péče vyjadřuje takto: „*Pacient hledá pevné základy, o které by se mohl opřít, když na*

*svém zdraví, kariéře, moci, penězích a mnohdy i na rodinných vztazích už nemůže stavět. Proto je pro pacienty vždy velmi náročný přechod z léčby kurativní na léčbu paliativní a dále sdělení informace, že onkologická léčba je vyčerpána. Podávání pravdivých informací bere pacientovi naději na uzdravení, později i naději na zastavení choroby. Jakoukoli další nepříznivou informací se dále z horizontální naděje „ukrajuje“. Lékařům za této situace nezbyvá než dávat naději ve smyslu paliativní léčby a péče a dále, když je onkologická léčba vyčerpána, naději, že pacient nebude opuštěn a že nebude pokud možno trpět“.*

O dodávání naděje pacientovi hovoří Dostálová (VORLÍČEK, ADAM aj., 2004, s. 472) následovně: *„ I když se pacient po podání nepříznivé pravdivé informace nevzdá naděje a očekává zázrak, nebudeme ho sice v jeho představách utvrzovat, ale také ho nebudeme přesvědčovat, že zázrak je zcela vyloučen. Pokud pacient má naději, ponecháme mu ji v míře, kterou si sám určí. Pokud naději ztratí a chceme mu poskytnout paliativní léčbu, musíme v něm umět naději vzbudit“.*

## **3 INSTITUCIONALIZACE SMRTI VERSUS PALIATIVNÍ PÉČE**

V této kapitole bych ráda poukázala na to, že se bohužel téma smrti a umírání ukazuje v české společnosti stále jako tabu. Smrt a vše s ní spojené znamená pro mnoho lidí stále pocit velkého ohrožení jejich současného bezpečí, bolestné události a něco nepřirozeného. Možná je třeba změnit pohled českého zdravotnictví v tom smyslu, aby se na umírání začalo dívat jako na součást života, kterou pacient a jeho rodina mohou ovlivnit především způsobem, jakým si představují.

### **3.1 Důvody vedoucí k tabuizaci smrti a umírání**

Často se v dnešním pojetí „úspěšné medicíny“ vnímá smrt jako prohra a teprve, pokud selhává léčba, nastupuje nedocenená paliativní péče. Bylo by užitečné také hledat přístupy, které se osvědčily v minulosti, kdy hlavní prioritou u nevléčitelně nemocných a umírajících bylo laskavé slovo, povzbuzení a osobní účast. Tento přístup bude platný vždy.

Důvod, proč se smrt tabuizovala, bychom mohli přičítat minulému totalitnímu systému po druhé světové válce, ovšem není tomu tak. Svoje přičinění k tabuizaci smrti měly také ekonomicky vyspělé země, kdy smrt začala být pokládána jako selhání techniky a jednotlivých lékařů. Smrt proto nepatří do světa, kde vše ovládá ekonomika, přístroje a kde se preferuje mládí, hromadění hmotných statků a pracovní úspěchy. Smrt je chápána jako selhání a do moderního světa nepatří. Navíc je vhodné o ní mlčet, protože vyspělá ekonomika do budoucna zvítězí i nad příčinami smrti (HAŠKOVCOVÁ, 2000).

S názorem Haškovcové souhlasí také SVATOŠOVÁ (2006) která říká, že smrt byla pro nás ještě nedávno velké tabu. Vyspělá ekonomika budovala lepší zítřky a nemohla se zabývat smrtí a umíráním. Jenže když se pak podíváme na dnešní



společnost, vidíme betonová sídliště plná lidí na smrt nepřipravených. Přesto však ještě uplyne dlouhá doba, než se vrátíme do období generace našich prababiček, kdy smrt a umírání bylo v lidském životě něco zcela přirozeného.

Také MUNZAROVÁ (2002) říká, že smrt do bytů a běžného života nepatří. Důležitějším aspektem lidského života je úspěch, kariéra, zdraví, peníze a bezstarostný život. Smrt se medicinalizovala, zařadila se do zdravotnických zařízení a nemocnic, kde lékaři manipulují s léky a přístroji ve snaze smrt oddálit. Najednou je ve významu důležitější léčba, než samotná péče o umírajícího.

### 3.2 Rozdíly při umírání v institucích a v domácnostech

Měli bychom si však uvědomit, že pokud nemocný umírá v běžných institucích (pokud se nejedná o hospicovou či jinou paliativní péči), je odsunut hned nadvakrát. Poprvé, když je odvezen do nemocnice a odloučen tak od svých blízkých, a podruhé, když je odsunut někam na okraj přímo ve zdravotnickém zařízení. I když se umírajícímu poskytne patřičná péče profesionálně a zcela prakticky, pacient nemá možnost čekat na smrt v přítomnosti svých blízkých. Umírá sám a bez možnosti sdílet poslední chvíle se svými nejbližšími (KUTNOHORSKÁ, 2007).

Stejný názor zastává také KÜBLER - ROSSOVÁ (1995), která spatřuje nemocnici jako prostředí, kde bezesporu dochází ke snaze zdravotnického personálu plnit lidské potřeby nemocných, ovšem možnosti zdravotníků jsou v této roli omezené. Nemocnice tak představuje neúspěch v podpůrné životní roli pacientů, kdy se zdravotníci mohou snažit o co nejvyšší profesionalitu na úkor lidsky poskytované upřímné péči.

Izolace nemocných se započala zhruba od 30. let 20. století, kdy bílá plenta v nemocnici měla chránit před nadměrným hlukem a zajišťovat tak pacientovi potřebný klid. V 50. letech se názor na bílou plentu mění, tato mechanická přehrada působí jako něco, co násobí pocity osamění. I když se již umírajícímu poskytuje odborná péče, stále zůstává při umírání sám (KUTNOHORSKÁ, 2007).

KŘIVOHLAVÝ (2002) uvádí, že představy o nemocnici se stále mění. Dříve se nemocnice považovala za instituci, kam se víceméně chodilo umírat. Tuto skutečnost můžeme také vysvětlit vysokou zaměstnaností, kdy se blízcí nemohli o nemocného starat v domácnosti, a tak se nemocnice stala posledním místem pobytu člověka. Naštěstí v mnoha nemocnicích vznikají centra pro léčbu bolesti a paliativní ambulance, které mohou nemocnému umožnit zůstat doma co nejdéle nebo poté následnou paliativní péči nahrazují domácí či lůžkové hospice.

Když srovnáme péči o umírající z této minulosti s dnešní dobou, můžeme spatřit, že moderní člověk nemá znalosti o tom, jak pečovat o svého blízkého, který umírá. Tehdy většinou každý věděl, jak smrt a umírání vypadá, někteří pečující mohli dokonce odhadovat jednotlivé fáze umírání. Od doby, kdy se však smrt institucionalizovala, tak se u mnoha lidí vytvořil názor, že péče o umírající patří pouze do rukou zdravotnického personálu. Navíc ke konfrontaci se smrtí v dětství a v mladé dospělosti už dochází jen zcela zřídka, takže setkávání s umírajícími ve stáří může v mnoha blízkých vyvolat strach a nejistotu. Většinou rodiny nemocných nemají ani zkušenosti a znalosti jak o pacienta pečovat, proto - i když je ochota se o něho starat - strach rodiny, že péči nezvládnou, je poté rozhodující v plánování potřebné hospicové péče (HAŠKOVCOVÁ, 2000).

Jak říká MARKOVÁ (2010, s. 16): „... pro naše předky tak byla smrt téměř každodenní realitou, uměli s ní zacházet, společnost měla vytvořené rituály a mechanismy, jak se smrtí nakládat tak, aby nezraňovala a nepřinášela další patologické změny u jednotlivých pozůstalých. Dnes kdy je smrt spíše zdravotnickým problémem než realitou rodinného života, na tyto po staletí osvědčené rituály zapomínáme a působíme si tak řadu psychických problémů“.

V minulosti většina nemocných umírala doma v okruhu svých blízkých. Problémem se spíše stávalo zajištění zdravotní péče v domácnosti a také poskytnutí umírajícímu minimální materiální komfort a zázemí, ale nebylo třeba řešit potřeby pacienta po psychické a sociální stránce. Nemocný věděl, co se od něj očekává, jeho blízcí věděli, jak k němu přistupovat a v rámci sociální péče se o sirotky a vdovy postaral zbytek rodiny. Určitou duševní rovnováhu čerpal nemocný ze svých

zkušeností, kdy se jako mladý kdysi staral o svého staršího příbuzného, rovněž se osvědčovaly a podporovaly rituály při loučení se s nemocným a duchovní péče se brala jako samozřejmost (HAŠKOVCOVÁ, 2000).

### 3.3 Včasná a kvalitní paliativní péče

Bylo by krajně neprofesionální a nelidské nebrat v úvahu konečnost lidského osudu a tato neodpovědnost by se mohla v konečném důsledku vymstít. Především tehdy, když je paliativní péče započata mnohem později a nejsou zohledněny potřeby samotného pacienta, který vstupuje do procesu umírání. Může se tak v praxi stát, že rodiny dozvídající se pravdu na poslední chvíli, jsou rozčarovány faktem, že již není možnost další léčby a mohou mít pocit, že je lékaři zradili. Navíc rodina nemocného se může domnívat, že se jejich blízkému nedostává péče, kterou si v této fázi života zaslouhuje (HAŠKOVCOVÁ, 2000).

Druhou „zradou“ může být právě urputný boj zdravotníků s nemocí. Stále a stále budou bojovat, zkoušet různé možnosti léčby, techniky a metody, které ještě mají k dispozici a nenechají tak nemocného v klidu zemřít. Tento stav, kdy je smrt stále neodvratná, ale přesto stále oddalována můžeme pojmenovat tzv. dystanazií. Možná kdyby někteří lékaři nechali slovo moudré přírodě, udělali by tak v konečném důsledku pro pacienta mnohem více (HAŠKOVCOVÁ, 2000).

MUNZAROVÁ (2005, s. 63) vysvětluje umírání jako přirozený proces: „*Všichni společně sdílíme nevyhnutelnost smrti a tedy i naší vlastní smrti. Všichni jednou zemřeme, ať na tu nebo na onu nemoc. Smrt nelze odsunovat do nekonečna, nejsme přece lidmi nesmrtelnými. Umírání není synonymem selhání medicíny. Naopak paliativní přístup je přístupem aktivním a je třeba vykořenit takové pojetí, které v paliativní péči vidí „JEN“ paliativní péči, když už nic jiného nezbývá*“.

Jak říká Kutnohorská (2007), celá společnost by si především v péči o umírající měla uvědomit, že umírání nemusí být čekání na smrt, ale může se stát pro nemocného a jeho blízké obdobím, v němž se upevňují ty hodnoty a vztahy, které jsou nemocnému drahé. Je to čas příležitostí k usmíření, sdělení důležitých zpráv a čas určený především samotnému pacientovi a jeho rodině.

V praxi můžeme pozorovat, že samotná délka od ukončení aktivní léčby ke smrti pacienta se velmi liší. Z této skutečnosti vyplývá, že nikdo ze zdravotníků nemůže pacientovi sdělit, jak dlouho bude žít. Někteří pacienti po ukončení aktivní léčby žijí ještě několik měsíců, jiní ovšem mohou zemřít např. již v průběhu onkologické léčby. Co však můžeme spatřovat jako výhodu paliativní péče, je především fakt, že zdravotníci mohou pacienta i jeho rodinu připravit na smrt a být jim podporou v okamžiku umírání. Ani tak moc pacientů nemusí mít strach ze smrti, ale pouze ze samotného umírání. Navíc častokrát, když nastoupí paliativní péče, pacienti zjišťují, že to nejhorší mají dávno za sebou (THEOVÁ, 2007).

Každý pacient by měl mít právo rozhodovat o svém zdraví a životě a tedy i o odmítnutí takové léčby, kterou sám hodnotí jako zatěžující. Častěji se však v praxi setkáváme s tím, že pacient ne vždy rozhodne o ukončení např. onkologické léčby. Tuto zprávu mu sděluje sám ošetřující lékař, který je zodpovědný za rozhodnutí v nejlepším lékařském zájmu (MUNZAROVÁ, 2005).

Při rozhodování o paliativní péči by si také zdravotníci měli uvědomit, že vedoucí týmu je sám pacient a ten by měl převzít rozhodování. Sám si určuje priority a potřeby a po dohodě a za pomoci zdravotnického personálu se je snaží naplňovat. To, abychom začali brát pacienta jako vedoucího a rozhodujícího, je však nutné, abychom změnilí svoji předpojatost v myšlení a byli ochotni ke změnám. To se samozřejmě nemůže dít bez využití našich schopností v mezilidské komunikaci (PARKES aj., 2007).

Čtenáře určitě napadá myšlenka: „Jak vlastně sám pacient může převzít zodpovědnost, když sám potřebuje pomoc?“ Někdy se ovšem může starat i sám pacient o svoji rodinu a to i když sám potřebuje pomoci. On sám může být stále hlavou rodiny (zvláště u pacientů mužů) a i v nemoci své rodině pomáhat zvládnout náročné situace. Musíme však počítat s tím, že někdy je již pacient natolik unavený a zesláblý, že převzít zodpovědnost musí rodina. A na zdravotnickém personálu, včetně sociálního pracovníka je potom podpora kompetencí v rodině (PARKES aj., 2007).

Nejen při rozhodování o podobě paliativní péče, ale i při komunikaci se zdravotnickým personálem může být pacient potenciálním „expertem“ na komunikaci.

Je sice pravda, že zdravotník může mít rozsáhlé odborné zkušenosti a znalosti, ale pacient ví zase, co je pro nemocné důležité, jaké má potřeby, pocity atd. Pacient se tak stává při interakci s pečujícím profesionálem rovnocenným partnerem v rozhovoru (PAYNEOVÁ aj., 2007).

Jakmile již u pacienta není možná onkologická léčba a i přes možnou léčbu nádor stále roste, lékař ve spolupráci s ostatními členy týmu zajistí následnou paliativní péči v domácnosti pacienta. Přesto i nadále mohou někteří pacienti docházet do nemocnice na pravidelné kontroly, např. do paliativní ambulance a v případě, že je již cestování do nemocnice pro pacienta a jeho rodinu náročné, přesouvá se větší zodpovědnost péče na praktického lékaře. Většinou lékař v této fázi nemoci doporučuje pacientovi, aby si zařídil vše, co je pro něj důležité (THEOVÁ, 2007).

Mnoho pacientů si přeje nemocnici, kde byli léčeni, i nadále navštěvovat a to proto, že se tu během své léčby seznámili nejenom se zdravotnickým personálem, ale také s ostatními pacienty, na jejichž osudy se mohou ptát právě zdravotníků. Není tedy vyloučené, že pacient tak má v konečném důsledku větší vztahy s lékaři a sestrami v nemocnici než např. se svým praktickým lékařem. A navíc rozloučit se s nemocnicí znamená pro pacienty a jejich rodiny opustit prostředí, ke kterému si vytvořili pouto (THEOVÁ, 2007).

Markové (2010, s. 24 - 25) říká: *„Kvalita paliativní péče závisí na více faktorech a to nejen na počtu personálu. Patří mezi ně především: schopnost týmu identifikovat potřebu paliativního přístupu, tzn. včas rozpoznat, kdy kurativní postupy už nemocnému nemohou prospět a spolu s nemocným se rozhodovat pro postupy paliativní, kvalita vzdělání lékařů a sester v paliativní medicíně a paliativní péči, fungování multidisciplinárního týmu, kvalita vzájemné formální a neformální komunikace uvnitř tohoto týmu, otevřenost oddělení pro „civilní“ personál, tj. pro rodinné příslušníky a dobrovolníky“.*

Protože paliativní péče se netýká jen samotného pacienta, ale i jeho rodiny, je nutné, aby se v nemocnicích posílila sociální práce s rodinou. Nejenom že rodina pacienta navštěvuje u lůžka nemocného, ale má plné právo na podporu pečujícího

personálu a citlivého, profesionálního přístupu všech odborníků i v období truchlení (MARKOVÁ, 2010).

Možností zkvalitnění paliativní péče v nemocnicích je také vytvoření multidisciplinárního týmu, který bude navštěvovat všechna zvolená nemocniční oddělení a poskytovat tak konziliární a faktickou péči o umírající. Členové tohoto multidisciplinárního týmu budou proškoleni v paliativní péči a budou tak moci naplňovat individuální přání a potřeby pacientů a jejich rodin. Výhodou tohoto týmu bude rovněž úleva ostatnímu personálu na oddělení, který by práci s umírajícími mohl vnímat jako příliš vyčerpávající či nesmyslnou (MARKOVÁ, 2010).

Co by ale mohl dělat multidisciplinární tým bez správné komunikace? Aby všichni zúčastnění profesionálové měli pocit, že projednali všechny aspekty péče o pacienta a jeho rodinu, je zapotřebí nejen pravidelné formální komunikace, ale také podpory pracovníků mezi sebou. Mnohokrát se může stát, že pacient se nesvěří ošetřující sestře, ale může o svém trápení povědět sanitáři či duchovnímu (MARKOVÁ, 2010).

Z hlediska péče a podpory nejen pacientů, ale i pracovníků můžeme komunikaci rozdělit na formální a neformální. Formální komunikace může probíhat na pravidelných setkáních multidisciplinárního týmu (např. jednou týdně), kdy mají všichni pečující profesionálové možnost vyjádřit se k pacientovi ze svého úhlu pohledu. Důležité je, že personál týmu věnuje svůj rozhovor nejen potřebám fyzickým, ale i psychickým, sociálním či duchovním (MARKOVÁ, 2010).

Neformální komunikace naopak již zasahuje podporu týmu a pracovníků navzájem. Kolegové tak mohou mít zájem o sebe a vnímají navzájem své potřeby. Pokud například pracovník prožívá nepříjemnou životní situaci, může se jeho trápení odrazit na péči o pacienta a v rodině. Neformální komunikace tak může být při péči o nemocného často opomíjená, ovšem je třeba na ni pohlížet jako nezbytnou složku komunikace (MARKOVÁ, 2010).

Jak poznamenává Kearney v r. 2000 (cit.dle O'CONNORA a ARANDY, 2005, s. 48): „*Musíme si také uvědomit, že jsou společné oblasti péče, kde je nezbytně nutná komunikace a úzká spolupráce, aby se zamezilo plýtvání sil, interdisciplinárnímu*

*teritorializmu a zmatku nebo „přesycení“ pacienta. Proces vzájemného poznávání týmu spočívá ve vzájemném setkávání jednotlivých disciplín a v pravidelných schůzkách celého týmu. Tato schopnost pomáhá povzbuzovat v pacientech důvěru, snižovat jejich strach a posilovat pocit bezpečí“.*

### 3.4 Zdravotnický personál v paliativní péči

Dalo by se říci, že profesionálové pečující o onkologicky nemocné s maligními nádory jsou mnohem více vystaveni psychické zátěži než jiné obory pomáhajících. Mnohokrát se zdravotníci mohou ztotožnit s pacienty stejného věku, vzdělání či sociálního zázemí a realita onkologického onemocnění na ně může doléhat o to více. Navíc se u pečujících ve zdravotnictví mohou objevit bolestivé vzpomínky na někoho blízkého, kdo již zemřel, a znovu si tak připomenout vlastní smrtelnost (DOSTÁLOVÁ, 1986).

Někdy se také lékaři, aby se uchránili psychických traumat, mohou od pacienta a jeho blízkých odtahovat záměrně a vědomě či nevědomě tak v pacientovi vyvolávat pocit, že již nestojí za kvalitní péči. Přitom paliativní péče má za úkol zvýšeně reagovat na přání a potřeby pacientů a mnohem více jim naslouchat než pacientům v kurativní léčbě (DOSTÁLOVÁ, 1986).

Sama se ztotožňují také s názorem DOSTÁLOVÉ (1986), která tvrdí, že je nutná podpora zdravotníků pracujících na onkologii. Protože se právě zdravotnický personál denně setkává s pacienty, jimž může nabídnout již pouze paliativní péči a častokrát se setkává se smrtí, měli by mít zdravotníci podporu nejen zvenčí, ale také právě na pracovišti, kde tráví většinu svého času. Pracovníkům by také měla být poskytována podpora a uznání, každý by měl mít právo vyjádřit svoje pocity a názory a nezavírat se přátelským vztahům na oddělení.

Podle MARKOVÉ (2010) by měl být personál v paliativní péči osobnostně silný. Pracovníci se dostávají do velmi intimního prostoru pacienta a jeho rodiny, přitom rodinu často doprovázejí, prožívají s nimi emoce a nové zprávy. Často se musí sám pracovník rychle a zodpovědně rozhodnout a řešit složité situace doprovázené

smutkem a trápením pacienta a celé rodiny. Smutek pacienta se poté velmi snadno může přenést na pečujícího profesionála, který má rodinu a nemocného podporovat.

Jak se vyjadřuje k osobnosti pracovníka OPATRná (2008, s.70): „*Onkologičtí pacienti potřebují nejen dostávat informace, na které mají právo, ale potřebují komunikovat v širším slova smyslu, potřebují mluvit s profesionálem, který je současně také člověkem*“.

Fisherová v r. 2002 (cit.dle PAYNEOVÉ aj., 2007, s. 155) je přesvědčena, že personál v paliativní péči by měl při komunikaci s nemocným uplatnit následující ze tří oblastí schopností: „*Diagnostické a posuzovací schopnosti; kvalifikovaná reakce na pacientovy potřeby a pocity, jako jsou potřeba reflektující zpětné vazby, napomáhání vyjadřování emocí, potřeba rozpovídat se, schopnost přijetí silných emocí, jako je zlost nebo sklíčenost; umění vyhovět jejich potřebě být informován a mít odpovědi na otázky*“.

K tomu, aby si ošetřující personál v paliativní péči uvědomil, zda pro danou práci má osobní předpoklady a především je vyrovnaný s vlastní smrtelností, by možná pomohlo, aby položil sám sobě pár důležitých otázek. Sám zdravotník si tak může vzpomenout, jak vnímá stresující situace ať už vlastní nebo někoho jiného, jak reaguje na stres. Také jaké jsou jeho přednosti a silné stránky a co může umírajícím nabídnout. Někdy si umírající pacienti přejí hovořit o tom, co bude, až budou umírat, jak bude reagovat jejich tělo, co bude potom? Pokud profesionál pečující o pacienta zatím sám nemá zkušenost se smrtí, může si položit otázku, zda má strach, když se setká nejen se smrtí, ale s něčím, co například ještě nezná? Co je ale ze všeho nejdůležitější, pracovník by si měl uvědomit, co mu kontakt s umírajícími přináší, jaký má motiv s umírajícími pracovat a zda se například chce naučit něčemu, co mu pomůže nahlédnout do tváře vlastní smrtelnosti? (CALLANANOVÁ a KELLEYOVÁ, 2005).

MUNZAROVÁ (2002, s. 62) říká, že: „*Vnímat skutečnost, že přítomnost živého člověka, prodchnutého soucitem, respektem a láskou, spolu s kvalitní paliativní péčí je u lůžka umírajícího mnohem důležitější než všechny vymoženosti moderní medicíny dohromady*“.



Jak říkají PARKES aj. (2007), péče o umírající a truchlící lidi je pro nás velkou příležitostí. I když se může jednat o práci, která je pro mnoho zdravotníků zatěžující a stresující, v konečném důsledku může být obohacující. Nejenom že při rozhovoru s umírajícími můžeme pochopit svůj vlastní smysl života, cestu, kterou se chceme ubírat, ale především si uvědomíme skutečné životní hodnoty. A pokud se pečujícímu o pacienta poskytuje i podpora od ostatních z týmu, může samotná práce pro zdravotníky znamenat velké zadostiučinění.

*„Sebeuvědomění spočívá v tom, že známe své vlastní hodnoty, motivaci, postoje a přesvědčení. Aby mohly paliativní sestry porozumět umírajícím pacientům a jejich rodinám, potřebují si ujasnit svůj vlastní pohled na existenciální otázky smrti a utrpení. S tímto procesem jim může pomoci supervize nebo podpora kolegů“* (O’CONNOR a ARANDA, 2005, s.39).

Někdy je ovšem realita zdravotnického týmu taková, že se vyžaduje, aby naše pracovní činnost byla orientována na požadavky instituce více než na potřeby samotných pacientů. Pracovník pak poté je v rozporu mezi splněním požadavku nezklamat svého nadřízeného a pro chod oddělení činit co nejvíce a svým skutečným posláním tj. věnovat se nemocným. V těchto situacích se také poté může stávat, že si přeje jen zdravotník vybere, že část jeho práce bude spočívat především v péči a v naslouchání pacientům, ale ostatními v týmu nemusí být tato činnost považována za prioritní. V tomto případě je poté nasnadě, aby pracovník o svých představách více hovořil s ostatními v pracovním týmu (PARKES aj., 2007).

Zcela naopak může zdravotník s pacientem komunikovat v situaci, kdy je víceméně atmosféra v nemocnici věcná. Pacient může mít sice vysoce kvalitní péči odpovídající na jeho fyzické potíže, ovšem někteří pracovníci se mohou vyhýbat rozhovorům na témata úzkostí, smrti a zoufalství nemocného, i když tuto potřebu dá pacient v konečném důsledku najevo. Představme si například nemocného, který se může pečující profesionála zeptat na to, zda bude trpět při umírání. Tento pacient nepotřebuje jen jistotu, že jeho bolest bude tlumena, ale především potřebuje naslouchajícího profesionála, kterému se svěří se svými obavami a trápením. Každý pracovník pečující o umírající by se v konečném důsledku měl snažit o odstranění

věcné atmosféry a schováváním se za praktické plnění jednotlivých úkonů péče o pacienta (BLUMENTHAL - BARBY, 1982).

Mnoho lidí má rovněž představu, že práce s umírajícími a truchlícími je velmi náročná a pro personál je pouze jen stresující a deprimující. Proč ale potom v hospicích a jiných zařízeních paliativní péče pozorujeme určitou harmonii a pohodu ve větší míře než v jiných oblastech medicíny? Je to velmi jednoduché vysvětlení. Chápající, vstřícné a lidské prostředí, které zmírňuje obavy pacientů a jejich rodin, působí stejně i na pečující personál (PARKES aj., 2007).

Představme si pečujícího profesionála, který si přeje co nejvíce věnovat svůj pracovní čas nemocnému a jeho potřebám. Právě kontakt s nemocným a jeho rodinou mu činí z jeho pracovní činnosti poslání a samotná práce mu přináší radost a uspokojení. Problém však nastane, když je již personál natolik přetížen prací, že se nestačí věnovat té části práce s pacientem, která je pro něj hodnotnější. Pokud jsou členové týmu dlouhodobě přetěžováni prací a zdravotník tak nemůže dostatek času věnovat pacientovi, mělo by vedení týmu trvat na právu na oddych. Mnohokrát se však stává, že pro zdravotnické zařízení je prioritní mít co největší počet lůžek a pracovníkům se tak nemusí dostávat na „mentální“ rozloučení se s pacientem, někteří jsou navíc kritizováni pro mrhání času s pacientem na úkor kvality, tudíž riziko vyhoření stoupá (PARKES aj. 2007).

Proto BLUMENTHAL - BARBY (1987) zastává názor, že každý pečující profesionál musí nejprve zaujmout postoj sám k sobě. Mnoho nemocných se ani tak nezajímá o znalosti, vzdělání zdravotníka, nýbrž se spíše soustředí na postoj a chování pečujícího profesionála. Čtenář si jistě dovede představit, že i když pracovník zvládá svoji pracovní roli dobře, tak se přece jen může cítit bezmocně v komunikaci s umírajícím pacientem.

V rozhovorech pracovníka s nemocným a jeho rodinou by se měla odrážet opravdovost. Pracovník nejenom že s pacientem hovoří o svých pocitech nejistoty a úzkosti, ale také dá nemocnému prostor pro sdílení jeho obav, potřeb, starostí. Možná být opravdový znamená nehrát před pacientem jinou roli, než zastávám a nehalit se před ním do závoje neomylnosti (BLUMENTHAL - BARBY, 1987).

## 4 SOCIÁLNÍ PRÁCE V PALIATIVNÍ PÉČI

Sociální práce hraje v paliativní péči o pacienta a jeho blízké nezastupitelnou a bezesporu velmi důležitou roli. Dalo by se říci, že s rozvojem paliativní medicíny v polovině 90. let se rozvíjí nejen symptomatická léčba bolesti, ošetrovatelská péče, ale na potřeby nemocného a jeho rodiny se začíná pohlížet komplexně a sociální pracovníci tak zaujímají důležité místo v týmu pečujícího o nevléčitelně nemocné. Proto bych se v následující kapitole ráda věnovala rozvoji sociální práce v paliativní péči a poukázala a důležité aspekty tohoto oboru.

### 4.1 Dosavadní vnímání sociální práce ve zdravotnictví

S příchodem sociální práce do paliativní medicíny se začíná poukazovat na nutnost vyššího vzdělávání sociálních pracovníků. Více se pohlíží na komunikaci sociálního pracovníka s pacientem a jeho rodinou, do popředí se dostávají rovněž různá odvětví sociální práce, jako např. práce s rodinou, práce s umírajícími, krizová intervence atd. Do určité míry se může zdát, že sociální práce jako obor může částečně nahrazovat psychologii a možná ještě dnes neznáme přesné hranice intervencí mezi těmito obory.

Přesto vše se však i v dnešním českém zdravotnictví nenachází ukotvení paliativní sociální práce ve vzdělávacím systému. Předpokladem pro výkon sociální práce v rámci vzdělání se stává ukončené vyšší odborné vzdělání či vysokoškolské v oboru sociální práce. Velmi málo se však studenti dozvídají o specifických sociální práce s umírajícími a nevléčitelně nemocnými. Většinou bývá problematika umírání zařazena velmi okrajově do zdravotních nauk či sociální práce se starými lidmi. Možná by tak zařazení předmětu thanatologie do výuky pomohlo změnit pohled sociální práce také v samotném zdravotnictví a přístupu k pacientům (STUDENT aj. 2006).

Tuto skutečnost však můžeme odůvodnit nedostatkem pedagogů, kteří by v této problematice měli dostatek zkušeností a byli schopni poskytnout také praktické znalosti. Z výše uvedeného nám tedy vyplývá, že velmi důležitá je samotná angažovanost sociálního pracovníka v oblasti paliativní péče, jeho osobní zájem a ochota účastnit se např. stáže v zahraničních hospicích (STUDENT aj., 2006).

Sociální pracovník se tedy již nevnímá jako kontrolující úředník, ale více jako poradce, který komplexně pohlíží na potřeby nemocného a jeho rodiny. Celkově pomáhá překonat náročnou životní situaci nabídkou služeb, podpory vnitřního potenciálu nemocného nebo „jen“ pacienta a jeho rodinu doprovází. Doposud však neexistuje pevné vymezení sociální práce v paliativní péči a také v českém zdravotnickém systému je pouze na rozhodnutí nemocnic tuto pozici obsadit (STUDENT aj., 2006).

## 4.2 Realizace sociální práce v paliativní péči

Nyní se podívejme na to, jak se sociální pracovník může realizovat v paliativní péči na onkologii. Přestavme si, že je již od zdravotnického personálu informován o povaze onemocnění pacienta a v ten okamžik nastává nejdůležitější složka sociální práce a to seznámení se s pacientem a jeho rodinou, zmapování jejich potřeb a možností, návrh možné sociální intervence a pomoci jejímu zprostředkování. Již na první pohled je jasné, že se vše nemůže odehrát v rámci jednoho rozhovoru, sociální pracovník tak komunikuje nejen s pacientem samotným, ale i s rodinou a domlouvá také společné schůzky rodiny, pacienta a případně dalšího personálu.

Sociální pracovník má v paliativní péči pro realizaci velký prostor. Nejenom že komunikuje s pacientem a jeho rodinou a podílí se na plánování další péče, ale může poskytovat i sociální poradenství ve smyslu finanční pomoci (např. zabezpečení příspěvků pro zdravotně postižené), zapůjčení kompenzačních pomůcek, snaží se reflektovat přání pacienta a rodiny a dle dohody s nimi je i vyplňovat. Neméně důležitá je i aktivizace širšího rodinného okruhu a přátel pacienta k tomu, aby péče o nemocného neležela jen na jednom členu rodiny (KALVACH, 2010).

Setkávání sociálního pracovníka s nemocným a rodinou se orientují dvěma směry: a to nabídnout podpůrnou péči a odborně posoudit konkrétní problémy, ať už sociální, finanční, praktické, aj. Jistě si nyní nedovedeme představit, že tato fáze spolupráce by se obešla bez vřelého, nesoudícího a empatického vztahu sociálního pracovníka s pacientem. Jako první by měl tedy sociální pracovník navázat upřímný vztah s pacientem, pochopit jeho potřeby, přání a samotné prožívání umírajícího (STUDENT aj., 2006).

Velmi hezky popisuje LINHARTOVÁ (2007), že pokud sociální pracovník nebo jakýkoliv jiný pomáhající hovoří s pacientem vlídně, s pomalými a klidnými gesty, nepřerušuje oční kontakt, důkladně vše vysvětluje, přičemž některé věci při vysvětlování opakuje a vyslovuje naději, že s pacientem a rodinou budou hledat další možnosti péče o pacienta a splnění jeho přání, získá si tak mnohem snáze důvěru pacienta a rodiny.

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že sociální pracovník se snaží zprostředkovat komunikaci mezi nemocným a jeho rodinou, podpořit pacienta a jeho blízké v otevření citlivých témat, která doposud byla bolestná a podpořit je v dalších krocích do budoucnosti. Zde také můžeme pochopit, že bez opravdového lidského zájmu sociálního pracovníka o pochopení utrpení pacienta a jeho blízkých by rozhovor neměl velký smysl. Rovněž také sociální pracovník by stejně jako ostatní pečující o nemocného v paliativním týmu měl být vyrovnaný se svojí vlastní smrtelností a strachem ze smrti (STUDENT aj., 2006).

Nesmíme ale ovšem zapomínat na to, že sociální pracovník se kromě podpory pacienta a jeho rodiny orientuje také na identifikaci problémů souvisejících s jeho sociálním fungováním. Prakticky tedy může poskytovat pacientovi a jeho rodině poradenství v oblasti zapůjčení kompenzačních pomůcek, pomoci s vyhledáním a zprostředkováním poskytnutí věcných či finančních dávek, které mohou alespoň částečně vyrovnat životní úroveň nemocného (STUDENT aj., 2006).

Někdy se může pacient obávat svěřit se se svým prožíváním zdravotníkům, kteří mu poskytují fyzickou péči. Sociální pracovník se tak při rozhovoru s nemocným snaží dodat pocit, že se může svěřit se svými emocionálními problémy, plánováním

další péče pomáhá pracovník snížit pacientův strach a umožní mu cítit se dobře v kontaktu se svými blízkými a přáteli (WATSON , LUCAS aj., 2005).

Při spolupráci s pacientem a jeho rodinou však sociální pracovník nesmí opomenout hledět na potřeby a přání nemocného. Společně se tedy s pacientem a jeho rodinou může podílet na vytvoření individuálního plánu pro život, který je omezený neléčitelnou nemocí. Nabízená činnost by nejenom měla nemocného povzbuzovat k přijetí obtížné životní fáze a hledání cesty, která může zbývající část života zkvalitnit, ale také chápat krizi, bezmoc a nechuť pacienta cokoliv měnit (STUDENT aj., 2006).

Stejný pohled mají také Dostálová a Šiklová (VORLÍČEK, ADAM aj., 2004, s. 485 - 504), které se na sociální práci dívají jako na činnost, jež má dvě roviny. Především by mělo být úkolem sociálního pracovníka ve spolupráci s multidisciplinárním týmem nemocnému pomoci, aby svou nevléčitelnou nemoc přijal jako součást života. Sociální pracovník tedy ve spolupráci s pacientem a jeho rodinou hledá možná východiska, co ještě pacient může sám vzhledem ke svému fyzickému stavu zvládnout, a s čím potřebuje pomoci ať už ze strany blízkých či společnosti.

Obě zmíněné autorky upozorňují dále, že druhá rovina sociální práce se může týkat také zmiňovaného vzdělávání v paliativní péči. Seznamování široké veřejnosti s tématem umírání, snaha o zmírnění rozpačitého přístupu lidí k nevléčitelně nemocným a umírajícím. Také sociální pracovník se může podílet na přednáškách, jejichž obsahem je komunikace a porozumění určitému chování pacienta (VORLÍČEK, ADAM aj., 2004, s. 485 – 504).

Důležitou úlohou sociálního pracovníka je rovněž rozpoznání, nakolik nemocný potřebuje skutečnou pomoc či jen asistenci. Někdy se nám také stává, že pod vysloveným přáním pacienta se může skrývat pouze potřeba lidského kontaktu a naslouchání. Ne všechny otázky a odpovědi se mohou odpovědět a vyřešit, pacientovi či jeho rodině však mnohdy postačí jen lidský přístup a zájem pracovníka (VORLÍČEK, ADAM aj., 2004, s. 485 – 504).

### 4.3 Pracovní postupy sociálního pracovníka užívané ve zdravotnictví

Podle Dostálové a Šiklové (VORLÍČEK, ADAM aj., 2004, s. 485 – 504) může sociální pracovník ve zdravotnictví nejvíce využívat postupy práce pomocí tzv. případové studie, kdy se zaměřuje nejen na sociální anamnézu, ale i na stanovení sociální diagnózy, plánu sociální intervence a nakonec provádí sociální terapii.

Nyní si představme, že sociální pracovník přichází na oddělení a seznamuje se více s pacientem. Před samotným rozhovorem se doporučuje, aby si promluvil s lékařem, zjistil více o zdravotním stavu pacienta, jaký názor má celý zdravotnický personál na případnou péči, atd. Přesto je však na samotném sociálním pracovníkovi, aby si svůj názor o pacientovi vytvořil sám a to díky následujícímu rozhovoru. Doporučuje se, aby první kontakt sociálního pracovníka s pacientem byl raději kratší a zaměřoval se především na vytvoření vztahu, důvěry a seznámení se navzájem. Pacient po této návštěvě ví, co mu může sociální pracovník nabídnout a na jakých principech může dále spolu spolupracovat. Pacient se může tak připravit na další setkání se sociálním pracovníkem a nachystat si tak i případné otázky či oblasti, které si přeje řešit (VORLÍČEK, ADAM aj., 2004, s. 485 – 504).

V rámci sociální diagnózy se již sociální pracovník zaměřuje na zjišťování rodinné anamnézy, jaký je život pacienta, kdo mu např. poskytuje oporu, jak se nyní vlivem nemoci mění sociální role a postavení v rodině. Rozhovor se poté může stočit k tématu, jak pacient vnímá svoji nemoc, zda by např. chtěl zůstat doma či v nemocnici, jaký má názor na svoji nemoc. V roli sociálního pracovníka není pouze klást otázky a očekávat ihned odpovědi, většinou pacient v dlouhém rozhovoru poví vše, aniž by se ho pracovník cíleně ptal. Sociální pracovník tak může pouze reagovat na to, co pacient říká, co vnímá jako podstatné a důležité a s čím by potřeboval on nebo jeho rodina po návratu domů případně pomoci. Většinou tento delší úvodní rozhovor (nepočítaje seznámením s pacientem) trvá půl hodiny až hodinu, kdy povídání poskytuje pacientovi větší volnost než rozhovor pacienta s lékařem.

A co je především podstatné pro získání důvěry pacienta, je dodržování mlčenlivosti. Sociální pracovník by měl před důvěrnějším rozhovorem pacienta ujistit o tom, že to, co mu pacient sdělí, bude považováno za důvěrné a zachová mlčenlivost i

před ostatním zdravotnickým personálem. Pokud by měl však sociální pracovník pocit, že informace, kterou mu pacient sdělil, je důležitá i pro ostatní zdravotnický personál, předem se pacienta zeptá, zda by mu nevadilo, aby ji pověděl i ostatním v týmu či sám podporuje pacienta k jeho sdělení.

Dostálová a Šiklová dále upozorňují na to, že sociální pracovník může v rámci hledání plánu sociální intervence seznámit zdravotnický tým s přáními a potřebami pacienta a jeho rodiny - a tak připojuje svůj plán k plánu lékaře. Za každou cenu však sociální pracovník respektuje anonymitu sdělených informací pacientem a bez jeho souhlasu o tom nediskutuje se zdravotnickým personálem. Samozřejmostí je, že každý člen týmu může mít k navrhovanému postupu ať už sociální či lékařské intervence jakékoliv připomínky, které pomohou zkvalitnit následnou péči o pacienta (VORLÍČEK, ADAM aj., 2004, s. 485 - 504).

V rámci sociálního plánu můžeme rozlišovat krátkodobou a dlouhodobou sociální intervenci. Krátkodobou sociální intervencí může být např. sepsání důležité zprávy v rámci neodkladných úředních záležitostí pacienta, dlouhodobou intervencí se může sociální pracovník ve spolupráci s pacientem a rodinou zaměřovat na patřičnou péči v domácím prostředí a vytvoření plánu pomoci ze strany rodiny, příp. dalších poskytovatelů péče.

Sociální intervence se již zaměřuje na splnění kroků plánu, na kterém se sociální pracovník dohodl s pacientem či rodinou. Již samotné vyřešení např. neodkladné úřední záležitosti pomůže ke zmírnění tenze a stresu pacienta, rovněž aktuální řešení bytové či finanční tísně napomůže pacientovi, aby se soustředil více na svůj zdravotní stav a otázky s ním související (VORLÍČEK, ADAM aj., 2004, s. 485 – 504).

#### 4.4 Přístup sociálního pracovníka k pacientovi

Ať už se sociální pracovník s pacientem seznamuje, či se domlouvají na sociální intervenci více, v každém případě by měl přece jen komunikovat klidně, snažit se pacientovi a jeho rodině dodat sílu k řešení aktuálních témat, chovat se neformálně, ale přitom seriózně či dokázat vlídně odmítnout nevhodné názory. Pacient sám či jeho



rodina nakonec pozná, zda má pracovník opravdový lidský zájem o něj či zájem o problémy, které mu sdělují. Bez opravdové lidské účasti a upřímného zájmu se tak sociální pracovník nemusí ve spolupráci dostat nikam (VORLÍČEK, ADAM aj., 2004).

Protože pacienti nemají neklid rádi, oceňují klidný a tichý přístup. V přístupu k pacientům není ani tak důležité vzdělání či profese, ale spíše pracovníkova sebevýchova k udržení klidu, hluboké osobní zakotvení a vnitřní pokoj. Svým postojem a klidným přístupem se může pracovníkovi otevřít široké pole působnosti nejen v samotné komunikaci s pacientem, ale především v navázání důvěry..

Mnohokrát již bylo rovněž zjištěno, že nevléčitelně nemocní pacienti jsou ve chvílích, kdy je jim obzvláště zle, zvýšeně vnímaví k lidem, kteří o ně samotné mají opravdový zájem a ochotu jim pomoci. Pracovník tak svůj zájem zaměřuje nejen na nemoc pacienta, ale především vnímá svého pacienta i v rovině emocionální, sociální, naslouchá jeho obavám, potížím a ve spolupráci se zdravotnickým týmem a rodinou se je snaží na přání pacienta následně řešit

Téměř vždy se nevléčitelně nemocní nejvíce bojí, že budou trpět bolestmi a zůstanou sami. Proto i pečující ve zdravotnických zařízeních mohou zjišťovat, zda pacienta někdo navštěvuje z jeho rodiny či přátel, zda si má pacient s kým pohovořit a v případě, že tomu tak není, mu můžeme nabídnout naši přítomnost. Obecně platí pravidlo, že více než hovořit, je třeba umírajícímu více naslouchat nebo vést v jeho přítomnosti monolog. I když pacient nemůže hovořit, velmi dobře vnímá toho, kdo je s ním v místnosti, kdo s ním hovoří nebo kdo mu pouze naslouchá. K psychické pohodě a klidu rovněž napomáhá jistota, že není sám a může se v jakékoliv chvíli na koho obrátit (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Proto i MARKOVÁ (2010, s. 38) říká, že: *„Kvalita života souvisí s uspokojováním potřeb. A protože každý člověk a každá rodina má potřeby trochu jiné, je i kvalita života velice individuální pojem. Pro zajištění kvality života je nutné dobře rozpoznávat potřeby v rodině s nemocným člověkem a adekvátně na ně reagovat. V žádném případě nelze říci, že pacientovi k prožívání kvalitního života stačí, pokud je bez bolesti a dalších tělesných symptomů“.*

Samozřejmě že přístup k pacientům se liší a to především vzhledem ke vnímání skutečnosti pacientem a jeho reakci na novou životní situaci. Někteří pacienti mohou na různé zprávy reagovat více racionálně, jiní v komunikaci více uplatňují emoce. V přístupu k pacientům nám však může napomoci, když každého pacienta individuálně co nejlépe poznáme. Například racionálně myslící lidé se budou snažit více reagovat rozumově, nebudou chtít nečinně přihlížet, vytvoří si svůj plán a budou jej chtít realizovat. Jenže problém bude spočívat v tom, pokud se bude jejich zdravotní stav zhoršovat i přes jejich plány do budoucna. I když se racionálně založení lidé budou snažit skrývat své emoce, v konečném důsledku se mohou stát „obtížnými pacienty“, jelikož svůj neúspěch při boji s nemocí budou přičítat jako vinu právě pečujícím profesionálům. Proto v přístupu k těmto lidem je vhodná naše podpora k vyjádření jejich pocitů a respekt zdravotníka při projevení emoce (PARKES aj., 2007).

Oproti tomu emocionálně založení lidé jsou snadno přecitlivělí, vřelejší a srdečnější. Spolupráce při vytvoření plánu péče může však být s těmito pacienty obtížnější, jelikož si ve svých činech moc nevěří a zodpovědnost raději přenechají na ostatních. Často jsou nerozhodní a nedokážou si vytvořit svůj plán do budoucna. Svě pocity ovšem dávají otevřeně najevo a tak pečující profesionál může snadno poznat, na čem je. Důležité ovšem je, aby zdravotník tyto vřelé a citlivě založené pacienty dokázal povzbudit k činu a dal najevo, že i oni sám v roli nemocných mohou rozhodovat (PARKES aj., 2007).

#### 4.5 Role sociálního pracovníka při plánování domácí hospicové péče

Při plánování návazné hospicové péče se mi velká část pacientů v nemocnici svěřovala, že si přejí zůstat doma. Jakékoliv ústavní zařízení, příp. hospic již často vnímali jako poslední možnost a konec. Od mnoha pacientů jsem tak při plánování návazné péče slyšela slova: „*Pokud půjdu do hospice, je to už konečná. Tam se chodí zemřít a domů bych se již nedostal*“. Možná je to i povědomím společnosti, která opravdu hospicové zařízení vnímá jako poslední stádium života, ovšem při rozhovoru s pacienty o lůžkových hospicích byli někteří značně překvapeni, jaké

možnosti hospic může nabídnout. Nyní se však v této podkapitole více zaměřím na specifika domácí hospicové péče a co je nutné při jejím zajišťování zvažovat.

Jak jsem se již zmínila, velká většina pacientů si přeje zemřít v domácím známém prostředí. Hakl a Sláma (VORLÍČEK, ADAM aj., 2004, s.505 - 510) se zabývají touto problematikou. Domov pro pacienty představuje místo, kde prožili velkou část svého života, kde se propojují intimní vztahy s členy rodiny, místo, kde se cítí pacienti bezpečně a kde si sami mohou upravovat svůj denní režim. Vзьijme se ale také do pocitů samotného pacienta, který se najednou jako živitel rodiny, vedoucí pracovník firmy, vychovatel dětí ocitá v situaci, kdy je odkázán na pomoc rodiny. Pacient může mít sníženou soběstačnost, může potřebovat pomoci i v těch nejintimnějších úkonech, navíc může prožívat bolest a další nepříjemné symptomy. Proto bychom již v nemocnici při plánování domácí hospicové péče měli pamatovat rovněž na tyto skutečnosti.

Stejný názor mají rovněž CALLANANOVÁ a KELLEYOVÁ (2005), které jsou toho názoru, že nejen si většina pacientů přeje zůstat doma, ale také většina rodin si přeje pravdivé informace o zdravotním stavu svého blízkého. Případně, že má rodina profesionální podporu a naučí se o nemocného pečovat, tak nejen že pacienti pociťují méně strachu a nepřipadají si tak sami, ale i rodina má dobrý pocit z toho, že byla přítomna při umírání člověka, kterého měla ráda.

Podívejme se však také s oběma uvedenými autory na prožívání samotné pečující rodiny. Rodina se snaží nejen obstarat nemocnému základní ošetrovatelskou a pečovatelskou pomoc, ale také poskytuje pacientovi psychickou podporu a pocit bezpečí v náročné situaci. Proto se nedivme, že se rodina může po určité době pečování o svého blízkého unavit. Navíc bychom měli v úvahu brát hledisko, do jaké míry se mohou jednotliví členové rodiny prostřídat a vzájemně si dodávat síly. Při plánování domácí hospicové péče berme také v potaz to, že pro rodinu nemocného může být velmi náročné skloubit pracovní roli s roli pečovatele a přitom se snažit co nejvíce odpočívat. Naštěstí již mnoho domácích hospiců nabízí rodině také odlehčovací služby, kdy po dobu odpočinku pečujícího může být u nemocného

asistent, který na patřičnou dobu zastane úlohu pečujícího (VORLÍČEK, ADAM aj., 2004, s. 505 – 510).

THEOVÁ (2007) říká, že chorobou trpí nejen sám pacient, ale celá jeho rodina. Někdy tak můžeme pozorovat obavy a strach blízkých, zda péči o pacienta zvládnou, zvláště v případě, kdy nemají žádné zkušenosti s pečováním a očekává se od nich dodržení pracovní a společenské role.

Hakl a Sláma dále upozorňují, že při zvažování domácí péče bychom si měli již v nemocnici odpovědět na určité otázky a to ve spolupráci nejen s pacientem samotným, ale především i s jeho rodinou a lékařem. Sociální pracovník poté zjišťuje, zda jsou v místě bydliště pacienta možnosti domácí péče na takové úrovni, jakou pacient aktuálně potřebuje. Především si pracovník během několika rozhovorů s pacientem a jeho rodinou ujasní, zda si nejen pacient, ale i rodina přejí zůstat v domácím prostředí. Jak jsem se již zmínila, sociální pracovník po dohodě s lékařem a ostatními zúčastněnými z týmu pečujícího o pacienta seznámí jeho a rodinu s možnostmi, které se nabízejí. Vysvětlí především, jak domácí péče bude probíhat v domácnosti pacienta, jak reagovat v krizových situacích, s čím vším je možné počítat a jak zajistit bezpečnost při řešení očekávaných komplikací (VORLÍČEK, ADAM aj., 2004, s. 505 - 510).

Především je možné se ptát, zda selepší kvalita života nemocného v domácím prostředí. Při tomto hledisku je nutné vzít v úvahu, zda např. budou dostupné veškeré možnosti léčby bolesti, zda bude moci zdravotní sestra navštívit pacienta i vícekrát denně a zda také bude pacient subjektivně spokojen v domácím prostředí více než v nemocnici.

Vezmeme - li také v úvahu možnosti pečujících, musíme se také podívat na fakt, zda blízcí pacienta mohou opustit svoje pracovní a společenské role a jsou ochotni převzít zodpovědnost za péči o něj. Sociální pracovník by se ale také měl podívat nejen na tyto společenské a pracovní pozice pečujících, ale brát v úvahu i to, že mnohdy nemohou sami blízcí pečovat o nikoho dalšího pro svůj nepříznivý zdravotní stav, péči někoho jiného z rodiny, sociální, ekonomické či pouhé bytové podmínky (VORLÍČEK, ADAM aj., 2004, s. 505 - 510).

Kristianson a White (cit.dle O'CONNORA a ARANDY, 2005) zdůrazňují, že sociální pracovník také nesmí zapomínat na finanční zátěž, kterou s sebou přináší péče o těžce nemocného. Často musí rodina přerušit nebo dokonce opustit své zaměstnání, aby se mohli o svého blízkého postarat. S poskytovanou péčí však vznikají další finanční náklady a mohou tak zvyšovat nejen obavy nemocného, ale také stres rodiny.

A podívejme se nyní na skutečnost, zda daná domácí péče je schopná dodržet naše požadavky v předepsaném charakteru a intenzitě. Bohužel ne na všech místech ČR fungují domácí hospice. Domácí hospic se nejen snaží maximálně pomoci pacientovi a jeho rodině a velmi často má i v týmu svého paliativního lékaře, který může zhodnotit aktuálně zdravotní stav pacienta a intervenovat při akutních komplikacích. Domácí hospic navíc disponuje dalšími pracovníky, kteří se v týmu starají o pacienta. O pacienta se tedy nemusí starat pouze zdravotní sestry specializované na paliativní péči, ale rovněž také pečovatelé, sociální pracovník, psycholog, duchovní či dobrovolníci. Samozřejmostí je podpora nejen nemocného, ale především rodiny, jak jsem se již výše zmínila, např. formou odlehčovacích služeb.

Od roku 1990 vzrostl velký počet organizací poskytujících nejen ošetrovatelské zdravotní služby, ale rovněž pečovatelské, půjčovny pomůcek a sociálního poradenství. Díky těmto domácím péčím, které se v této době snaží poskytovat i hospicovou péči, se mnoha pacientům umožnilo, aby do posledních chvil mohli zůstat doma se svými blízkými. Hakl a Sláma uvádějí, že možnou potíží se může stát spolupráce domácí péče s praktickými lékaři, kteří při jakémkoliv zhoršení zdravotního stavu pacienta mohou doporučovat hospitalizaci, zatímco lékař v domácím hospici by se mohl snažit o pravý opak. Proto i ze zahraničních zkušeností vyplývá, že pokud má být zajištěna kontinuita návazné domácí hospicové péče, je nutné, aby v týmu byl přítomen rovněž lékař znalý paliativní léčby, který je schopen kvalifikovaně a nepřetržitě řešit v domácnosti pacienta vzniklé komplikace (VORLÍČEK, ADAM aj., 2004, s. 505 -510).

Naštěstí se za posledních 15 let domácí péče velmi rychle rozvíjí, přesto však je nutné do budoucna se zabývat důležitými úkoly tak, aby byly splněny předpoklady domácí hospicové péče. Především je potřebné se zaměřit na stálou dostupnost

lékařské a ošetrovatelské paliativní péče pro nemocné v domácím prostředí, zvyšovat kvalifikaci praktických lékařů v oblasti paliativní péče, hledat možnosti zvyšování kvalifikace také pečujícího týmu domácí péče a v neposlední řadě hledat možnosti sociální a ekonomické podpory rodin, které o své blízké doma pečují. Někdy však i nastavený systém zdravotních pojišťoven zabraňuje kvalitní domácí hospicové péči, proto nyní můžeme velmi vysoce ocenit ty, které vysoce kvalifikovanou paliativní péči již v domácím prostředí pacienta poskytují i přes fakt nejistoty, zda bude péče patřičně financována (VORLÍČEK, ADAM aj., 2004, s. 505 - 510).

Na závěr této podkapitoly bych však ráda uvedla jen to, že možných změn v paliativní péči se nedosáhne bez snahy široké veřejnosti zabývat se tématem umírání a o paliativní péče diskutovat, bez snahy znovu umírání vysvobodit z institucí a snažit se, aby se stejně jako narození, tak i smrt stala přirozenou součástí lidského života.

#### 4.6 Role sociálního pracovníka při plánování lůžkové hospicové péče

V předchozí podkapitole jsem více hovořila o domácí hospicové péči a o důležitých předpokladech, kdy je možno u pacienta zajistit domácí hospic. Někdy však zdravotní stav je již tak pokročilý a nejsou vytvořené podmínky k tomu, aby pacient mohl zemřít doma, proto je v těchto chvílích možné doporučit lůžkový hospic. Jsem přesvědčena, že právě při zajišťování lůžkové hospicové péče je nutná o to více komunikace se zdravotnickým personálem, kdy sociální pracovník zjišťuje především nejen fakt, do jaké míry bylo pacientovi sděleno ukončení onkologické léčby, ale také, zda byla pacientovi a jeho rodině nabídnuta možnost lůžkové hospicové péče. Toto první seznámení sociálního pracovníka se skutečností mu poté umožní připravit se na případný rozhovor s pacientem a jeho rodinou a především vědět, jak pacient může nabídku lůžkového hospice vnímat.

Sociální pracovník především pacientovi nabídne možnosti hospicové péče. Pokud však nejsou splněny podmínky pro to, aby mohla rodina o svého blízkého pečovat doma, nabídne se pacientovi a jeho rodině možnost lůžkového hospice. Jenže jak pacientovi povědět více o lůžkovém hospici a zároveň mu a rodině poskytnout podporu v náročných chvílích?

Sama filosofie hospice zastává názor, že pacient má být řádně informovaný nejen, co je to hospic a jaké možnosti mu může nabídnout, ale především sám pacient je součástí týmu. Sám si rozhoduje, do jaké míry si přeje být informován o změnách zdravotního stavu a léčbě a péči o sebe si určuje ne podle lékařské terminologie, ale podle svých potřeb a přání. Hospice rovněž doporučují pacientům, aby si sami zvolili, pokud je to možné, způsob dávkování léků a dokonce i místo, kde chtějí vydechnout naposledy. Tak je alespoň co nejvíce pacientovi zachována autonomie a možnost rozhodování (CALLANANOVÁ A KELLEYOVÁ, 2005).

Jak jsem se již zmínila na začátku, *mnoho pacientů vnímá hospicovou péči jako konečnou* a bojí se, že *se stanou závislími* na ošetřujícím personálu. Proto se velmi vyplácí zjistit nejprve pacientovy potřeby, ať už od pacienta samotného, či jeho rodiny. Co má pacient rád, čeho si ještě přeje dosáhnout, jaké má zvyklosti denního režimu, co by mu zvýšilo pocit jistoty a bezpečí. Pacienta poté můžeme s hospicovou péčí seznámit na základě jeho potřeb a přání. Je mu tak ponechána svoboda rozhodování a úzkost z hospicové péče se tak snižuje, pokud je pacient se svojí rodinou řádně o možnostech lůžkového hospice informován.

Při zajišťování hospicové péče je také důležité, aby pacient věděl, že někteří nemocní lůžkový hospic volí často účelně, např. na kratší dobu. To znamená, že ten, kdo přichází na hospicové lůžko, na něm nemusí vždy zemřít. Někteří pacienti jsou do hospice přijímáni z důvodu úpravy léčby bolesti, přicházejí, když sami cítí, že doma je to nyní pro ně a jejich blízké náročné. Sami si mohou vybrat, zda jejich blízký s nimi bude v hospici bydlet a jaký bude jejich den strávený v hospici (SVATOŠOVÁ, 2003).

Jak jsem se již zmínila, pacientovi hodně pomáhá svoboda rozhodování, např. co se týče i režimu dne. V lůžkovém hospici nebude nikdo pacientovi bránit vídat se svými blízkými po celý den, nikdo jej z důvodu vizity nebude budit předčasně, nikdo mu neupře možnost popovídat si se zdravotní sestřičkou i v nočních hodinách. Důraz je především kladen na kvalitu života, proto si sám pacient rozhoduje, kdy bude jíst, kdy vstávat, kdy pojedje ven a zda den stráví ve společenské místnosti s ostatními pacienty či raději v soukromí svého pokoje.

Především mnoho pacientům pomáhá vědomí, že i v hospici mohou prožít svůj plnohodnotný den. Dochází tu k integraci zdravých a nemocných, kdy do hospice docházejí dobrovolníci, lidé zvenčí, kteří nemocným pomáhají alespoň chvíli zapomenout na jejich trápení. Formou různých kulturních akcí a bohoslužeb se tak pacient může ocitnout na chvíli mimo svoji nemoc, kde vidíme radost ze samotného prožitku hudebního představení, kde se mohou smát malé děti ostatních pacientů a do toho vesele běhat některá zvířátka. Laskavý přístup personálu v hospici navíc pomáhá pacientovi radostně a smysluplně prožít každý den (SVATOŠOVÁ, 2003).

Přesto vše však panuje o hospicích mnoho mýtů. Jak jsem se již zmínila na začátku, mnoho pacientů vnímá hospic jako dům smrti, kam vlastně půjde zemřít. Proto je snahou hospicové péče ukázat nevyлéčitelně nemocným a jejich blízkým, že i v přítomnosti smrti mohou prožít v hospici důstojný a plnohodnotný život (HAŠKOVCOVÁ, 2000).

Bohužel ne všichni pacienti mohou být přijati do hospice. Podmínkou je sice plný informovaný souhlas nemocného a přání být přijat do hospice, ovšem existují indikační kritéria, kdy choroba nemocného ohrožuje pacienta na životě, nemocnice nemá pacientovi již co nabídnout, nemocný potřebuje paliativní léčbu a péči a jak jsem se již zmiňovala v rámci domácí péče, tak ta již není možná, či nestačí.

Mnoho nemocných či starých lidí si může plést hospic s léčebnou dlouhodobě nemocných. A například i luxusní léčebnou dlouhodobě nemocných, kde se jim dostane patřičné péče a vlídného slova. Nutno však chápat, že léčebny dlouhodobě nemocných jsou postavené na zcela jiném principu péče a některým nemocným tak může být poskytována ošetrovatelská péče s jiným nutným přístupem než péče paliativní (HAŠKOVCOVÁ, 2000).

Někteří nemocní a jejich rodiny si mohou hospic plést se zařízením, které je určeno jen pro věřící. Ano, je pravda, že církve jsou často zakladateli nebo částečnými provozovateli hospiců, ale neznamená to fakt, že kritérium víry je podmínkou při přijetí do hospice. Mnoha pacientům se sice v hospicích nabízí duchovní péče, návštěvy bohoslužeb a modliteben, ale i odmítnutí spirituální pomoci pacientem se respektuje a víra se žádnému nemocnému nevnucuje (HAŠKOVCOVÁ, 2000).



## 4.7 Spolupráce sociálního pracovníka s rodinou pacienta

Při plánování specializované paliativní péče je bezesporu nutná spolupráce sociálního pracovníka nejen se zdravotnickým personálem a samotným pacientem, ale především s jeho rodinou, která se stává nedílnou součástí péče o pacienta.

Kristianson aj. deklarují: *„Podle Světové zdravotnické organizace (1990) je právě rodina základní jednotkou paliativní péče. Zdravotníci, kteří s tím souhlasí a snaží se poskytovat péči, v jejímž středu je rodina, však cítí, že nedokáží poskytnout rodině dostatečnou podporu. Pozornost věnována rodinné paliativní péči je poměrně nový koncept a mnozí zdravotníci nejsou na práci s rodinou připraveni“* (cit.dle O'CONNORA a ARANDY, 2005, s. 221).

Kdy v podstatě začíná spolupráce s rodinou? Představme si, že se již sociální pracovník seznámil se zdravotním stavem pacienta, se samotným pacientem a nyní je na něm domluvit si schůzku s rodinou. Než započne schůzka s rodinou, sociální pracovník musí být od ošetřujícího lékaře nejprve informován, do jaké míry je rodina nemocného seznámena se zdravotním stavem a případnou prognózou a zda jim například byla nabídnuta schůzka se sociálním pracovníkem. Mnohokrát se také rodina po rozhovoru s lékařem obrací na sociálního pracovníka sama.

První schůzka sociálního pracovníka s rodinou, příp. společně s pacientem by měla probíhat v důvěrném rozhovoru a klidné atmosféře. Sociální pracovník se snaží rodinu uklidnit a ujistit ji, že našla vstřícnou, kvalifikovanou a důvěryhodnou pomoc. Kromě podpory rodiny a ocenění za jejich přístup k těžké životní situaci, je vhodné, aby se rodině předaly veškeré důležité informace týkající se možností poskytující péče (např. brožurek o hospicové péči). Po ujasnění všech kroků spolupráce si sociální pracovník dohodne s rodinou další spolupráci a možnosti vzájemného kontaktování (KALVACH, 2010).

Jak jsem již poukázala dříve, sociální síť nemocného hraje především v paliativní péči nezastupitelnou roli. Do sociální sítě nemusí spadat jen rodina, ale naopak i přátelé či kolegové pacienta. Pacient si tak může přát, aby se mohl ještě s někým určitým setkat, rozloučit se, napsat poděkování atd. Mnohdy se ovšem mohou

přátelé pacienta ostýchat jej navštívit a aktivně vstupovat do rodiny, přičemž mohou být i rodinou pacienta nevědomě blokováni (KALVACH, 2010).

Kristianson aj. dále hovoří o tom, že by si pečující profesionál měl uvědomit, že každá rodina je jedinečná a nemusí se vždy jednat o rodiče a jejich děti, ale nemocný může do své rodiny zahrnout i svoji tetu, homosexuálního přítele, bývalou manželku atd. Především sám pacient má právo určit si, kdo je jeho rodina - a s kým může zdravotnický personál spolupracovat (cit. dle O'CONNORA a ARANDY, 2005, s. 221).

Haškovcová upozorňuje na to, že někdy se můžeme setkat s co největší snahou rodiny zachránit pacienta stůj co stůj a jejím nepřijetím špatné zprávy. Druhým extrémem však může být postoj rodiny bez zájmu o pečování o nemocného. Za příčinou tohoto chování rodiny se však může skrývat obyčejný strach z nezvládnutí situace, neochota či neschopnost. Proto se může i stát, že rodina bude lékaře prosit o ukončení veškeré léčby. Vyslovením přání, obav a strachů rodiny v otevřeném a upřímném rozhovoru může tak napomoci nejenom samotné rodině, ale i pacientovi (VORLÍČEK, ADAM aj., 2004, s. 435 – 456).

Ne vždy však vidí zdravotník jako prioritu péči o rodinu. Rodina je i dnešní době stále považována jako zdroj podpory pro pacienta, ale cílená péče o ni je zaměřena velmi málo. Leis aj. jsou toho názoru, že by proto zdravotník a celý multidisciplinární tým neměl v péči o nemocného zapomínat také na jeho rodinu, které by se mělo dostat také podpory a péče jako nemocnému (cit. dle O'CONNORA a ARANDY, 2005).

Jensen a Given, stejně jako Yang a Kirsching v téže publikaci doporučují, že sociální pracovník a ostatní pečující profesionálové se má vžít do situace nemocného a rodiny natolik, aby mohli rodině sdělit nejenom patřičné informace, ale především poskytnout emocionální podporu a připravit je na to, jak může být následná péče o nemocného fyzicky i psychicky náročná. Proto při zapojení rodiny do péče o nemocného musíme brát v potaz nejenom fyzické možnosti jednotlivých členů rodiny, kteří velmi často chtějí zvládnout vše a sami. Pokud však má být blízký pečující v pohotovosti 24h denně a 7 dní v týdnu, velmi často může dojít k nadměrnému

vyčerpání. Úlohou sociálního pracovníka a ostatních pečujících profesionálů není tedy jen rodinu a nemocného připravit na novou situaci, ale především zjistit skutečnost, zda bude více členů rodiny zaangażovaných do péče o nemocného a nabídnout péči také rodině.

Podobné stanovisko zaujímá KÜBLER - ROSSOVÁ (1993, s. 140), která říká: „*Myslím, že pro nemocného i jeho rodinu je lepší, když nemoc chod rodiny úplně nerozvrátí a nepřipraví všechny její členy o hezké a příjemné věci. Nemoc by naopak mohla rodině pomoci zvolna a postupně se smiřovat se situací, kdy tu už nemocný nebude. Stejně jako pacient nemůže být stále konfrontován s myšlenkou na smrt, není ani možné, aby celá rodina byla zbavena všech kontaktů s vnějším světem, aby její členové byli neustále výhradně s nemocným. On také někdy potřebuje smutnou realitu popírat, nebo se vyhýbat myšlenkám na ni, aby jí později mohl lépe čelit, až na něj nevyhnutelně dolehne*“.

## 5 PRAKTICKÁ ČÁST. VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.

### 5.1 Úvod k výzkumu

Když jsem se rozhodovala k výzkumné části své diplomové práce, byla jsem přesvědčena, že udělám několik rozhovorů se zdravotnickým personálem přímo v Masarykově onkologickém ústavu, kde pracuji. Nejprve jsem se domnívala, že provedu kvalitativní výzkum a přála si jej zaměřit na oblast sdělení špatné zprávy, hodnocení sociální práce a spolupráce ze strany zdravotnického personálu a také jsem si přála zjistit různé názory lékařů na paliativní péči v ČR všeobecně.

Po dlouhém přemýšlení se však moje myšlenka zaměřila trochu jiným směrem. Uvědomila jsem si, že vyhodnocení rozhovorů od zdravotnického personálu a následná analýza získaných odpovědí by mi zabrala až několik měsíců. Proto jsem se rozhodla původní otázky určené pro rozhovory zaměřit víceméně na samotné vnímání spolupráce zdravotnického personálu se sociálním pracovníkem a zahrnout je do dotazníků v rámci kvantitativního výzkumu. Dotazník subjektivního hodnocení jsem nakonec zaměřila na zdravotnický personál, konkrétně na lékaře a zdravotní sestry klinických oddělení Masarykova onkologického ústavu.

Je zřejmé, že na těchto klinických odděleních se léčí mnoho pacientů, kteří docházejí pravidelně na onkologickou léčbu, přesto však se také jedná o oddělení, kde se po ukončení onkologické léčby nemocného zajišťuje specializovaná paliativní péče. Sociální pracovník tak přímo spolupracuje nejen se zdravotnickým personálem, ale také s pacienty a jejich rodinami. Bez vzájemné komunikace a podpory celého týmu v péči o nemocného a jeho rodinu by nelehké období pacienta a jeho rodiny mohlo být ztíženo ještě větším stresem, než přináší sama nemoc. V konečné fázi jsem tedy dotazník nabídla lékařům a zdravotním sestrám pečujícím právě o pacienty s ukončenou aktivní onkologickou léčbou a nastupující paliativní péči.

Ve výzkumu jsem se snažila zahrnout nejen vzájemnou spolupráci se zdravotnickým personálem, ale více jsem se snažila zdůraznit, jak vnímá zdravotnický personál obor sociální práce. Jaké kompetence má sociální pracovník při zajišťování následné paliativní péče, do jaké míry rozhoduje a informuje rodinu a nemocného o možnostech péče, nebo jaký je poměr délky času tráveného času s pacientem a rodinou oproti administrativním úkolům.

Výzkumná otázka v kvantitativním výzkumu zní: „**Jak zdravotnický personál na onkologii vnímá spolupráci se sociálním pracovníkem při zajišťování specializované paliativní péče?**“

Z uvedeného výzkumu bych ráda zjistila nejen názory a pohledy zdravotnického personálu na spolupráci sociálního pracovníka s pacienty a rodinami, ale především také možnosti zlepšení vzájemné spolupráce a komunikace.

Získaná data a závěry výzkumu bych ráda využila nejen ke zkvalitnění spolupráce sociálního pracovníka se zdravotnickým personálem, nýbrž také ke zjištění názorů zdravotníků na kompetence sociálního pracovníka a možnosti jeho uplatnění na onkologii.

## 5.2 Zkoumaný soubor

Původní záměr byl zařadit do souboru všechny lékaře a zdravotní sestry v Masarykově onkologickém ústavu, tj. kromě nechirurgických klinických oddělení také jiná oddělení, jako např. samotné chirurgické, radiologické atd. Jelikož se však na těchto odděleních návazná specializovaná paliativní péče nezajišťuje a sociální pracovník zde nemá takové uplatnění jako na klinických odděleních, tyto pracovníky jsem nezařadila. Chirurgické oddělení je klinické také, ale je rozdíl v tom, že se nezabývá delší péčí o pacienta.

Ve výzkumu se nerozlišoval stupeň vzdělání zdravotníků klinických oddělení (kromě vyčlenění zdravotníků - sanitářů), zdravotní sestry tedy mohly mít vzdělání střední zdravotnické, vyšší či vysokoškolské v oboru ošetrovatelství, rovněž se nebralo v úvahu, zda lékaři měli nebo neměli atestaci. Podmínkou pro volbu osob do souboru byla práce na oddělení poskytujícího paliativní léčbu, tedy tam, kde zdravotníci

přicházejí úzce do kontaktu se sociálním pracovníkem. Do výzkumu nebyl zahrnut nižší zdravotnický personál, tj. sanitáři.

Zkoumaní lékaři a sestry byli pracovníky 4 oddělení, celkem tvořil soubor 49 osob.

### 5.3 Metodika výzkumu

Jedná se o kvantitativní výzkum, pro který se použily odpovědi z připraveného dotazníku. Rozdávání a sběr dotazníků byl realizován během dvou týdnů měsíce června 2012. Dotazník byl nabídnut na 4 oddělení kliniky komplexní onkologické péče: odd. A, B, C, D, přičemž patřičný počet dle počtu zdravotníků převzala buď staniční sestra, nebo přímo jednotliví pracovníci.

Na oddělení A bylo poskytnuto k předání 21 dotazníků (pro 7 lékařů a 14 zdravotních sester), vrátilo se zpět vyplněných 16 dotazníků. Na oddělení B bylo rozdáno 12 dotazníků (4 lékaři a 8 zdravotních sester), vyplněných se vrátilo plný počet. Na oddělení C bylo rozdáno 15 dotazníků (5 lékařů a 10 zdravotních sester), vyplněných dotazníků se vrátilo 11. Na oddělení D bylo rozdáno 12 dotazníků (4 lékaři a 8 zdravotních sester), dotazníků, vyplněných se vrátilo 10.

Sníženou návratnost z oddělení A, C a D lze vysvětlit počínajícím obdobím dovolených a pracovní neschopností jedné lékařky a zdravotní sestry.

Celkem tedy byl dotazník předán 60 zdravotníkům, z toho 20 lékařům a 40 zdravotním sestřím, přičemž vyplněných přišlo zpět celkem 49 dotazníků. Jedná se tedy o 82 % návratnost z počtu rozdaných dotazníků, což lze považovat z obecného pohledu na obvyklou udávanou návratnost úspěšné.

Dotazník obsahoval 10 otázek. Každý respondent vybíral ze tří odpovědí na položenou otázku.

#### 5.3.1 Dotazník výzkumu

Níže je uveden text dotazníku. Tedy znění dotazníku je následující:

Dobrý den,

jako zdravotně - sociální pracovnice se na Vás obracím s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, jehož výsledky budu více rozebírat ve své diplomové práci. Získaná data jsou anonymní a nebudou použita pro jiné účely než pro diplomovou práci. Dotazník je určen ošetřujícím lékařům a zdravotním sestřám kliniky komplexní onkologické péče v Masarykově onkologickém ústavu, kde je následná paliativní péče komplexně zajišťována.

Cílem této práce je zjistit vnímání zdravotnického personálu vzhledem k činnosti a kompetenci sociálního pracovníka při zajišťování paliativní péče. V každé otázce prosím zatrhněte jednu odpověď.

Předem děkuji za spolupráci při vyplnění dotazníku, jehož získaná data mi velmi pomohou při dopsání mé diplomové práce, ale i ke zjištění současného stavu problematiky.

Bc. Jana Křížová

---

1. Zdravotnický personál vnímá sociálního pracovníka jako někoho, kdo **koordinuje** spolupráci pacienta, rodiny a zdravotnického personálu při zajišťování následné paliativní péče.

- a) ano
- b) jen částečně
- c) ne

2. Zdravotnický personál vnímá sociálního pracovníka jako někoho, kdo **informuje pacienty a rodinu** o možnostech sociálního poradenství a následné paliativní péče.

- a) ano

- b) jen částečně
- c) ne

3. Zdravotnický personál vnímá sociálního pracovníka jako někoho, kdo **informuje zdravotnický personál** o potřebách nemocného a rodiny a snaží se ve spolupráci se zdravotnickým týmem tyto potřeby nemocného uspokojit.

- a) ano
- b) jen částečně
- c) ne

4. Zdravotnický personál vnímá sociálního pracovníka jako někoho, kdo pacientovi a jeho rodině **nabízí** spolupráci při zajišťování následné paliativní péče.

- a) ano
- b) jen částečně
- c) ne

5. Zdravotnický personál vnímá sociálního pracovníka jako někoho, kdo svůj **čas věnuje** ve větší míře rozhovoru s nemocným a jeho rodinou oproti administrativní činnosti při zajišťování následné paliativní péče.

- a) ano
- b) jen částečně
- c) ne



6. Zdravotnický personál vnímá sociálního pracovníka jako někoho, kdo se **stará o praktickou organizaci** a započítí následné paliativní péče při propuštění pacienta z nemocnice.

- a) ano
- b) jen částečně
- c) ne

7. Zdravotnický personál vnímá sociálního pracovníka jako někoho, kdo **má odborné znalosti** v oblasti specializované paliativní péče a dále se v tomto oboru vzdělává.

- a) ano
- b) jen částečně
- c) ne

8. Zdravotnický personál vnímá sociálního pracovníka jako někoho, kdo se snaží pacientovi a jeho rodině **dodat emocionální podporu a praktickou oporu** při zajišťování následné paliativní péče.

- a) ano
- b) jen částečně
- c) ne

9. Zdravotnický personál vnímá sociálního pracovníka jako někoho, kdo by měl být **sám vyrovnaný** se svým životem a vlastní smrtelností do té míry, aby dokázal porozumět potřebám nemocných.

- a) ano

- b) jen částečně
- c) ne

10. Zdravotnický personál vnímá sociálního pracovníka jako někoho, kdo *v multidisciplinárním týmu* pečující o nemocného *má* rovněž své *nezastupitelné místo*.

- a) ano
- b) jen částečně
- c) ne

## 5.4 Hypotézy výzkumu

### 5.4.1 Hlavní hypotéza

Pokud zdravotnický personál a sociální pracovník nebudou spolupracovat, paliativní péče nebude komplexní v rámci bio-psycho-sociálních potřeb nemocného.

#### ***Operacionalizace hypotézy:***

Hypotéza se snaží poukázat na nutnost spolupráce sociálního pracovníka se zdravotnickým personálem, bez níž by nebylo možné nejen identifikovat potřeby nemocného, ale rovněž by zabránilo možnosti jej uspokojivě naplňovat. Zdravotní sestry a lékaři se zaměřují především na tlumení fyzických potíží pacienta, psycholog sleduje více psychické problémy nemocného a sociální pracovník se orientuje na samotné sociální fungování pacienta a rodiny. Bez vzájemné komunikace a sdělování důležitých informací může dojít k situaci, kdy se nemohou naplnit některé potřeby nemocného.

### **5.4.2 Vedlejší hypotéza**

Pokud by zdravotnický personál vnímal spolupráci se sociálním pracovníkem při zajišťování specializované paliativní péče jako zbytečnou, dá se předpokládat, že nezná možnosti a kompetence sociálního pracovníka v paliativní péči.

#### ***Operacionalizace hypotézy:***

K tomu, aby sociální pracovník mohl uspokojivě fungovat v rámci zajišťování paliativní péče pro nemocného, je nezbytné, aby zdravotnický personál věděl, kdy je možno se na sociálního pracovníka obrátit a také kam může být jeho pomoc směřována.

### **5.4.3 Pracovní hypotézy**

**PH1:** Dá se předpokládat, že vnímání sociálního pracovníka jako úředníka ve zdravotnictví oproti minulosti ustupuje a sociální pracovník je nezbytnou součástí návštěv nemocného a jeho rodiny.

#### ***Operacionalizace hypotézy:***

Tato hypotéza poukazuje na fakt, kdy se již sociální pracovník nevnímá jako úřednická osoba zcela bez kontaktu s nemocným, ale naopak se aktivně účastní rozhovoru s pacientem a jeho rodinou a v této roli jej spatřuje rovněž zdravotnický personál na oddělení.

**PH2:** Dá se předpokládat, že zdravotnický personál vnímá sociálního pracovníka v paliativní péči jako někoho, kdo koordinuje tým pečujících o nemocného a zajišťuje praktické činnosti při propuštění pacienta z nemocničního zařízení.

#### ***Operacionalizace hypotézy:***

Hypotéza naznačuje roli sociálního pracovníka, který se spolupodílí se zdravotnickým personálem na propuštění pacienta. V podstatě závisí na úzké spolupráci lékaře, sestry a sociálního pracovníka, kdy sociální pracovník informuje zdravotnický

personál, jak je např. rodina přichystána na propuštění nemocného (např. přichystané kompenzační pomůcky v domácnosti), kdy mohou zdravotní sestry z domácího hospice pacienta v domácnosti navštívit, kdy je schopen lůžkový hospic pacienta přijmout.

## 5.5 Výsledky výzkumu

### **Otázka č. 1: Vnímání koordinace spolupráce sociálního pracovníka se zdravotnickým personálem**

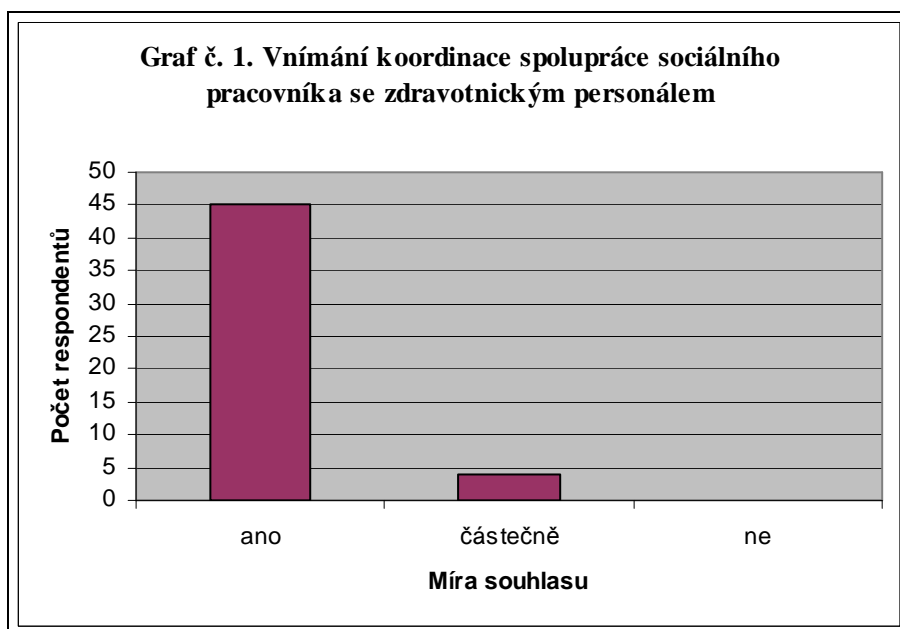
Tato otázka sleduje, jak zdravotnický personál vnímá koordinaci spolupráce se sociálním pracovníkem při zajišťování následné paliativní péče. Sociální pracovník víceméně koordinuje setkávání pacientů a rodin na oddělení, ve své roli rovněž může domlouvat společné schůzky nemocného s ošetřujícím personálem a celkově má přehled o ostatních pečujících, kteří nemocného u lůžka navštěvují.

**Tabulka č. 1. Vnímání koordinace spolupráce soc.pracovníka (SP) se zdrav. personálem**

VNÍMÁNÍ KOORDINACE SPOLUPRÁCE SP SE ZDRAV.PERSONÁLEM	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
Počet respondentů	45	4	0

Na tabulce č.1 je znázorněn počet respondentů, kteří koordinaci spolupráce sociálního pracovníka se zdravotnickým personálem vnímají kladně a označili tedy odpovědi ano (celkem 45 respondentů) a další 4 respondenti, kteří vnímají úlohu koordinace sociálního pracovníka jako částečnou. Nulová míra záporných odpovědí svědčí o skutečnosti, že zdravotnický personál vnímá koordinaci jako vhodnou a užitečnou při plánování další péče.

Odpovědi respondentů tedy svědčí o tom, že zdravotnický personál z velké části vnímá sociálního pracovníka jako někoho, kdo koordinuje spolupráci pacienta, rodiny a zdravotnického personálu při zajišťování následné paliativní péče.



**Otázka č. 2: Vnímání informovanosti pacienta a rodiny o možnostech paliativní péče a poradenství**

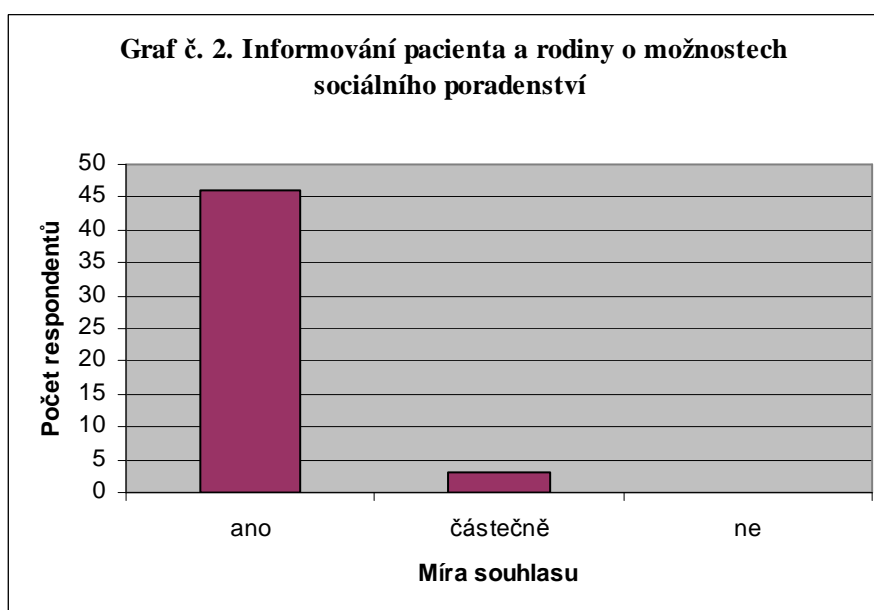
Zde se výzkumník snaží zjistit, do jaké míry zdravotnický personál vnímá roli sociálního pracovníka při informování rodiny a nemocného o možnostech další následné péče a poradenství.

**Tabulka č. 2. Názor na roli soc.pracovníka při informování pacienta a rodiny**

VNÍMÁNÍ INFORMOVANOSTI PACIENTA A RODINY	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
Počet respondentů	46	3	0

Tabulka č.2 ukazuje, že 46 respondentů vnímá roli sociálního pracovníka při informování pacienta a rodiny jako důležitou a souhlasí s touto jeho rolí, 3 respondenti souhlasí pouze částečně. Opět nejsou vyznačené záporné odpovědi respondentů, zdravotnický personál souhlasí s účastí sociálního pracovníka na podávání informací pacienta a rodiny.

Odpovědi respondentů na danou otázku tedy ukazují skutečnost, že mnoho z nich vnímá sociálního pracovníka jako někoho, kdo informuje pacienty a rodinu o možnostech sociálního poradenství a následné paliativní péče.



### **Otázka č. 3: Vnímání informování zdravotnického personálu o potřebách nemocného a rodiny**

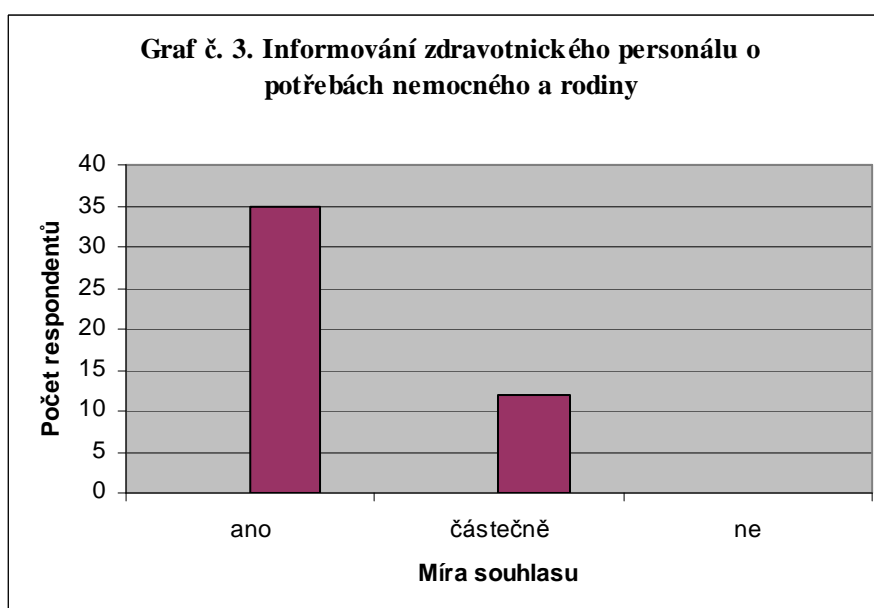
Otázka se zaměřuje na zjištění vnímání zdravotnického personálu ohledně úlohy sociálního pracovníka, který je účasten přenosu informací, ne směrem k pacientovi a jeho rodině, ale směrem k pečujícímu týmu, který se snaží naplnit potřeby nemocného a rodiny.

**Tabulka č. 3. Názor na účast soc. pracovníka při informování zdravotnického týmu o potřebách pacienta**

VNÍMÁNÍ INFORMOVANOSTI ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU O POTŘEBÁCH PACIENTA	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
Počet respondentů	35	12	0

Tabulka č.3 nám vyznačuje počet respondentů, kteří považují roli sociálního pracovníka jako informujícího o potřebách nemocných a jejich rodin za vhodnou. Kladně odpovědělo celkem 35 respondentů, 12 respondentů nespátřuje informování o potřebách nemocného jako prioritní úlohu sociálního pracovníka, pouze jako částečnou k výkonu jeho pracovní činnosti. Tabulka opět neukazuje zastoupení záporných odpovědí.

Dvě třetiny respondentů tedy vnímají sociálního pracovníka jako někoho, kdo informuje zdravotnický personál o potřebách nemocného a rodiny a snaží se ve spolupráci se zdravotnickým týmem potřeby nemocného uspokojit.



#### **Otázka č. 4 Vnímání nabídky spolupráce pacientovi a rodině ze strany sociálního pracovníka**

Položená otázka má za úkol zjistit skutečnost, zda zdravotnický personál spatřuje sociálního pracovníka jako někoho, kdo nabízí pacientovi a jeho rodině spolupráci a pomoc při zajišťování další paliativní péče.

Nabídka spolupráce se může orientovat již na okamžik, kdy pacient i jeho rodina ví, že do budoucna budou potřebovat následnou paliativní péči, nebo také ve chvíli, kdy se pacient zajímá o další možnosti paliativní a hospicové péče, i když zatím sám tuto pomoc nepotřebuje.

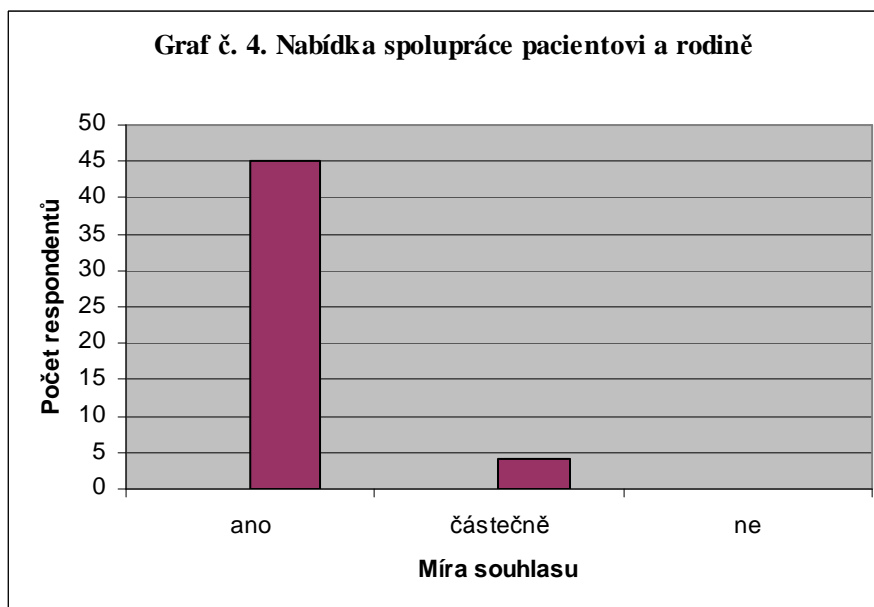
**Tabulka č. 4. Vnímání nabídky spolupráce pacientovi a rodině ze strany sociálního pracovníka**

VNÍMÁNÍ NABÍDKY SPOLUPRÁCE PACIENTOVI A RODINĚ	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
Počet respondentů	45	4	0

Výzkumem bylo zjištěno, že 45 respondentů souhlasí s rolí sociálního pracovníka jako někoho, kdo nabízí pacientovi a jeho rodině spolupráci, 4 respondenti tuto roli vidí jen jako částečnou. Ani jeden z respondentů nevyznačil zápornou odpověď, což svědčí o pozitivně převažujícím hodnocení zdravotnického personálu.

Z velké části odpovědí respondentů může být tedy potvrzena skutečnost, že zdravotnický personál vnímá sociálního pracovníka jako někoho, kdo pacientovi a jeho rodině nabízí spolupráci při zajišťování následné paliativní péče.





**Otázka č. 5: Vnímání míry péče o nemocného vs. administrativní zajištění následné paliativní péče**

Položená otázka se snaží odhalit fakt, zda zdravotnický personál vnímá roli sociálního pracovníka spíše jako někoho, kdo ve větší míře zajišťuje další paliativní péči s větším důrazem na telefonování a nezbytnou administrativní činnost nebo se naopak snaží najít více časových možností si s nemocným a rodinou pohovořit a zjišťovat tak jejich potřeby.

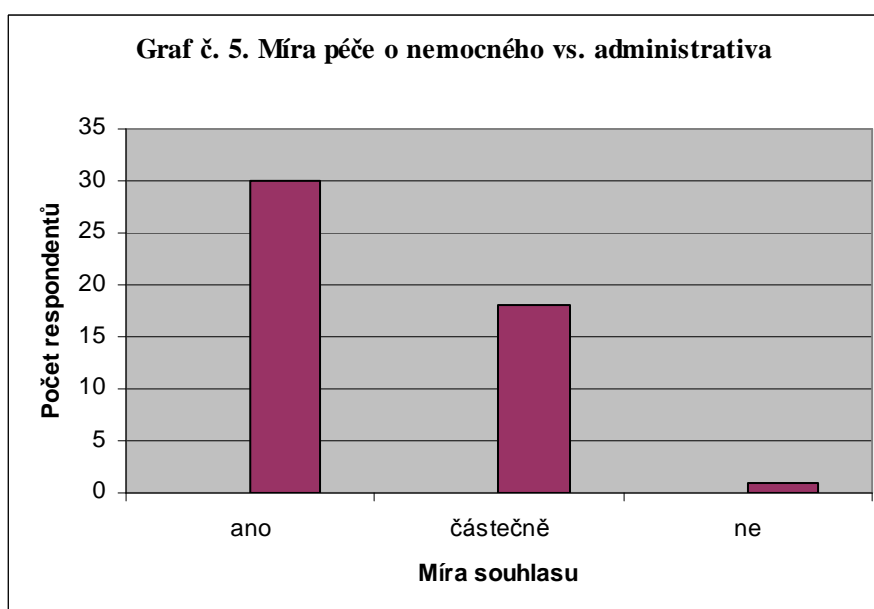
Kladné odpovědi znázorňují fakt, že zdravotnický personál vidí sociálního pracovníka jako někoho, kdo se při své pracovní činnosti více věnuje rozhovorům s nemocnými a jejich rodinami.

**Tabulka č. 5. Názor zdravotnického personálu na míru péče o nemocného oproti administrativním úkonům ze strany sociálního pracovníka**

VNÍMÁNÍ MÍRY PÉČE O NEMOCNÉHO OPROTI ADMINISTRATIVNÍM ÚKONŮM	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
Počet respondentů	30	18	1

Tabulka nám ukazuje, že z daných odpovědí respondentů bylo zjištěno, že 30 zdravotníků se přiklání k odpovědi ano na danou otázku, tzn. že vidí roli sociálního pracovníka více u lůžka nemocného než u pracovního stolu, 18 respondentů se přiklání k odpovědím částečným a 1 respondent naopak usuzuje na pozici sociálního pracovníka jako někoho, kdo se více věnuje telefonování a administrativní činnosti zajišťování péče.

Téměř dvě třetiny respondentů tedy vnímají sociálního pracovníka jako někoho, kdo svůj čas věnuje ve větší míře rozhovoru s nemocným a jeho rodinou oproti administrativní činnosti při zajišťování následné paliativní péče.



#### **Otázka č. 6: Vnímání praktické organizace zajišťování následné paliativní péče**

Otázka má za cíl zjistit, jak zdravotnický personál pohlíží na sociálního pracovníka při praktické organizaci zajišťování následné paliativní péče, zda se sociální pracovník snaží skloubit možnosti péče o rodiny nemocného a možnosti péče ze strany dalších poskytovatelů služeb. Výzkumník se v této otázce snaží zjistit, zda také lékaři a zdravotní sestry pohlížejí na sociálního pracovníka jako na někoho, kdo se snaží s rodinou i nemocným zajistit praktické činnosti při další péči.

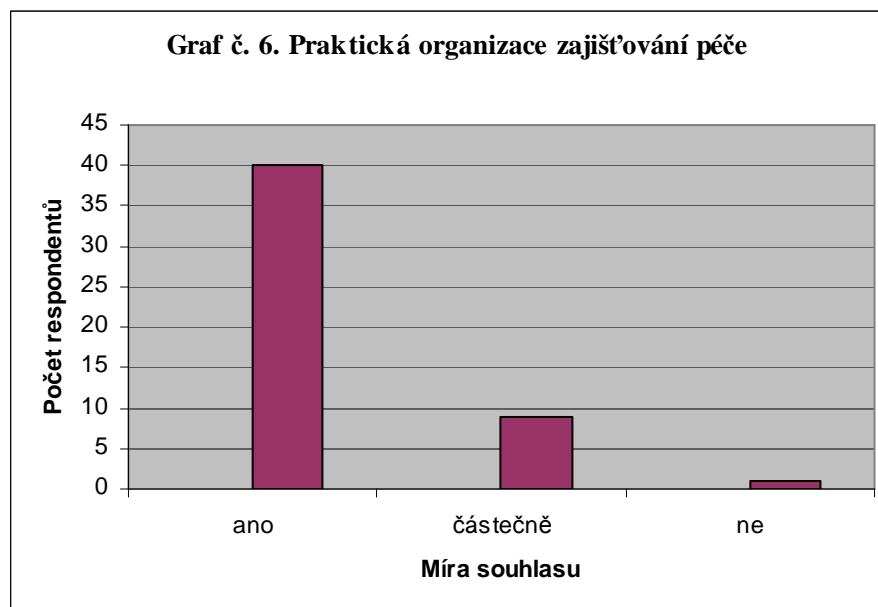
*Př.: Sociální pracovník při rozhovoru s rodinou zjistí, že manželka, která se o nemocného bude starat, by ráda kromě návštěvy zdravotníků z domácího hospice umožnila také, aby mohla denně dvě hodiny trávit se svým malým synem a doprovodit jej do mateřské školy. Sociální pracovník tedy zjišťuje možnosti domácího hospice a odlehčovacích služeb, kdy by kromě zdravotníků domácí péče docházela do rodiny také pečovatelka, která bude denně dvě hodiny trávit s nemocným.*

**Tabulka č. 6. Názor zdravotnického personálu na praktickou organizaci sociálního pracovníka při zajišťování následné paliativní péče**

VNÍMÁNÍ PRAKT. ORG. ZAJIŠŤ. PÉČE	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
Počet respondentů	40	9	1

Tabulka nám ukazuje, že 40 respondentů vnímá sociálního pracovníka jako někoho, kdo se stará při zajišťování další péče o praktickou stránku a skloubení možností všech zúčastněných. Částečný souhlas vyjadřuje 9 respondentů, oproti tomu odpověď jednoho respondenta ukazuje zápornou odpověď, dle jeho tvrzení tak sociální pracovník nehledí na praktickou organizaci zajišťování péče.

Dalo by se tedy shrnout, že většina respondentů vnímá sociálního pracovníka jako někoho, kdo se stará o praktickou organizaci a započítí následné paliativní péče při propouštění pacienta z nemocnice.



**Otázka č. 7: Vnímání odborné znalosti sociálního pracovníka v oblasti specializované paliativní péče**

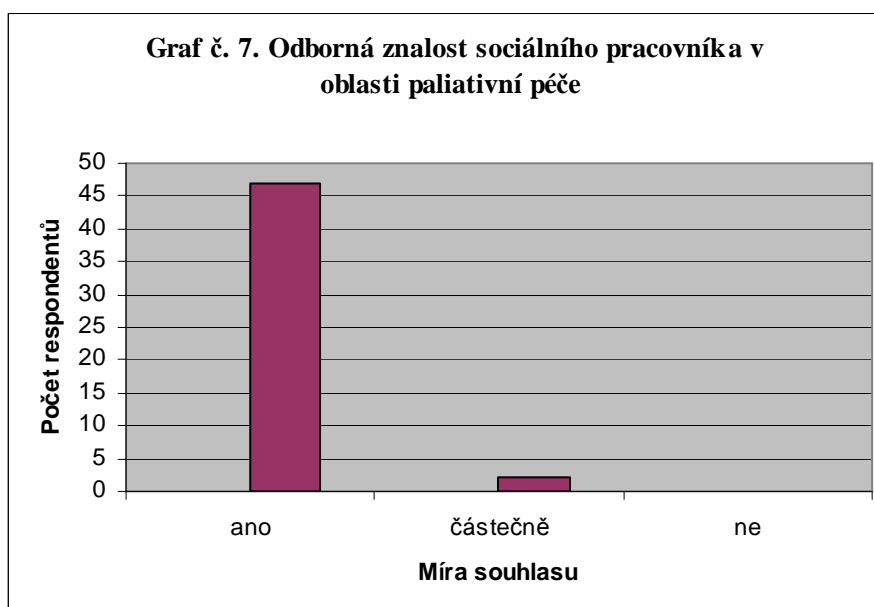
Tato otázka je ve výzkumu pokládána spíše jako doplňující, ovšem rovněž pro výzkumníka v oblasti potřeby dalšího vzdělávání nepostradatelná. Má za cíl zodpovědět, jak zdravotnický tým vnímá odborné znalosti sociálního pracovníka v oblasti paliativní péče. Odborná znalost specializované paliativní péče a dalších možnosti souvisí úzce nejen s předáváním informací nemocnému a jeho rodině, ale také s pozdější nabídkou pomoci ze strany sociálního pracovníka.

**Tabulka č. 7. Názory zdravotnického personálu na odborné znalosti sociálního pracovníka (SP) v oblasti specializované paliativní péče**

VNÍMÁNÍ ODBORNÉ ZNALOSTI SP	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
Počet respondentů	47	2	0

Tabulka čtenáři ukazuje převahu kladných odpovědí, tj. celkem 47 respondentů spatřuje nutnost vzdělávání sociálního pracovníka v oblasti paliativní péče, 2 respondenti se přiklání k částečné odpovědi. Díky nulovému zastoupení záporných odpovědí tak vyplývá, že zdravotnický personál vnímá sociálního pracovníka jako někoho, kdo se dále v oblasti paliativní péče vzdělává.

Odpovědi respondentů potvrzují tedy skutečnost, že téměř všichni vnímají sociálního pracovníka jako někoho, kdo má odborné znalosti v oblasti specializované paliativní péče, sociálního poradenství a dále se v tomto oboru vzdělává.



#### **Otázka č. 8: Vnímání emocionální podpory a praktická opory pacientovi a rodině**

Otázka se snaží zjistit fakt, zda zdravotnický personál vnímá sociálního pracovníka jako někoho, kdo se snaží nemocnému a rodině dodat při zajišťování další péče emocionální podporu a praktickou oporu.

Bez emocionální podpory a praktické opory nemocného a jeho rodiny by nebylo možné, aby se zajišťovala další paliativní péče. Sám pacient a jeho rodina se ocitá v situaci, kdy se dozví od lékaře špatné zprávy a najednou nevědí, co mohou do budoucna očekávat. Sociální pracovník se snaží kromě poskytování informací,

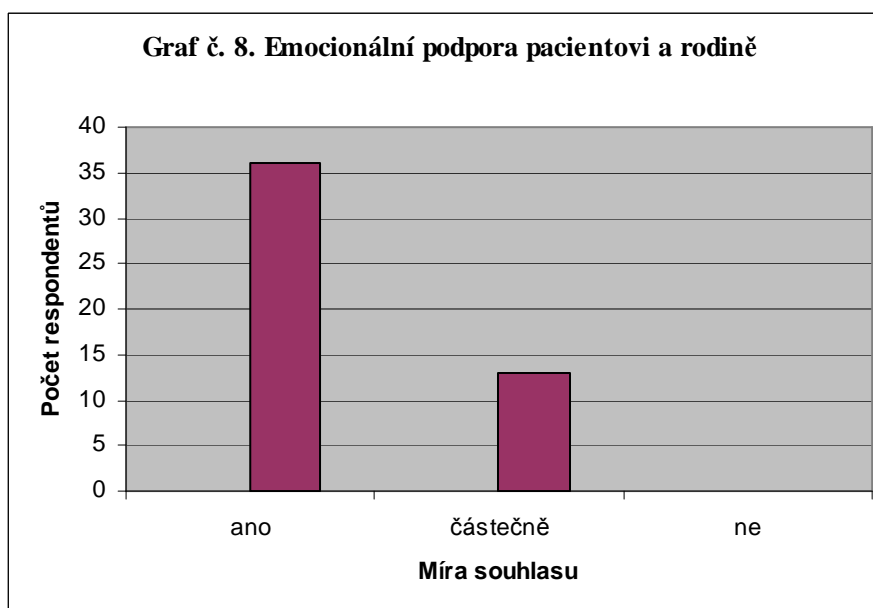
nabízení pomoci a zajišťování péče dodat rodině a pacientovi emocionální a praktickou podporu, povzbudit je k dalšímu pečování o nemocného.

**Tabulka č. 8. Názor zdravotnického personálu na poskytování emocionální podpory a praktické opory pacientovi a rodině sociálním pracovníkem**

NÁZOR NA EMOCIONÁLNÍ PODPORU PACIENTOVI A RODINĚ OD SP	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
Počet respondentů	36	13	0

Během výzkumu bylo zjištěno, že 36 respondentů s danou otázkou souhlasí, 13 respondentů se přiklání k částečným odpovědím vnímání podpory pacientovi a rodině ze strany sociálního pracovníka. Žádný respondent nenaznačil, že tuto roli vnímá jako součást činnosti sociálního pracovníka.

Výzkum tedy potvrzuje, že téměř dvě třetiny respondentů vnímají sociálního pracovníka jako někoho, kdo se snaží pacientovi a jeho rodině dodat emocionální podporu a praktickou oporu při zajišťování následné paliativní péče.



### **Otázka č. 9: Vnímání vyrovnanosti sociálního pracovníka se svým životem a smrtelností**

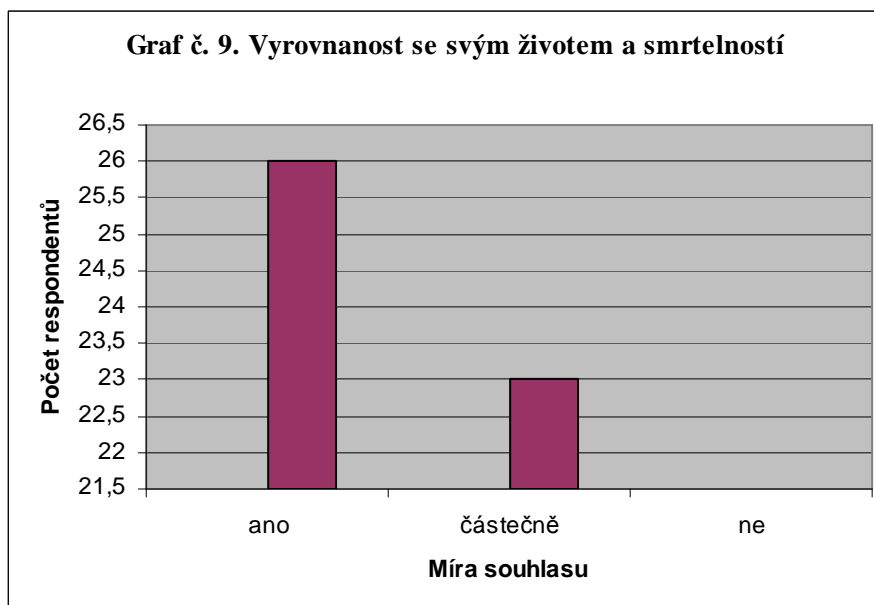
Touto otázkou se snaží výzkumník zjistit, jak sami zdravotníci vnímají umírání nemocných, nemožnost další kurativní léčby, zda se domnívají, že i sociální pracovník by měl být se svým životem a vlastní smrtelností vyrovnaný. Jedná se spíše o otázku ve výzkumu doplňující, přesto pro výzkumníka důležitou.

**Tabulka č. 9. Názor zdravotnického personálu na otázku vyrovnanosti sociálního pracovníka se svým životem a smrtelností**

VNÍMÁNÍ VYROVNANOSTI SP SE SVÝM ŽIVOTEM A SMRTELNOSTÍ	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
Počet respondentů	26	23	0

Tabulka nám ukazuje, že 26 respondentů vnímá sociálního pracovníka jako někoho, kdo by měl se svým životem a vlastní smrtelností být smířený, 23 respondentů se přiklání k odpovědi částečného smíření se. Z daných odpovědí je však zřejmé, že ani jeden respondent nenaznačil zápornou odpověď a víceméně se přiklání k souhlasným odpovědím.

Částečně může být tedy potvrzeno, že zdravotnický personál vnímá sociálního pracovníka jako někoho, kdo by měl být sám vyrovnaný se svým životem a vlastní smrtelností do té míry, aby dokázal porozumět potřebám nemocných.



**Otázka č. 10: Vnímání nezastupitelného místa sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu**

V poslední otázce kvantitativního výzkumu se snaží výzkumník zjistit skutečnost, jak zdravotnický personál vnímá sociálního pracovníka jako člena multidisciplinárního týmu.

**Tabulka č. 10. Názory zdravotnického personálu na nezastupitelnost místa sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu**

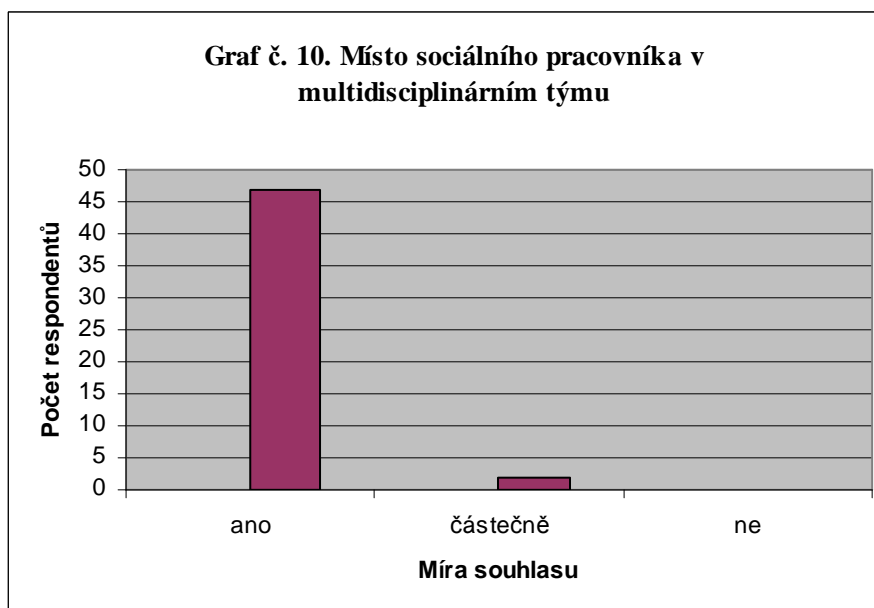
VNÍMÁNÍ MÍSTA SP V MULTIDISCIPLINÁRNÍM TÝMU	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
Počet respondentů	47	2	0

Odpovědi respondentů na poslední otázku ukazují fakt, že jich celkem 47 vnímá sociálního pracovníka jako někoho, kdo patří do multidisciplinárního týmu a má v něm nezastupitelné místo, 2 respondenti se přiklání k částečnému souhlasu. Nulová míra



záporných odpovědí tak značí, že zdravotnický personál je při své pracovní činnosti v úzkém kontaktu se sociálním pracovníkem a ten patří do týmu pečujícího o pacienta.

V poslední otázce výzkumu je potvrzeno ve většině odpovědí, že zdravotnický personál vnímá sociálního pracovníka jako někoho, kdo v multidisciplinárním týmu pečujícího o nemocného má rovněž své nezastupitelné místo.



## 5.6 Hodnocení výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo během dvou týdnů v červnu 2012, kdy dotazníky obdrželi lékaři a zdravotní sestry klinických oddělení Masarykova onkologického ústavu. Výzkumný projekt získal celkem 49 navrácených dotazníků, z těchto výsledků byly vytvořeny názorné grafy. Dodatečně lze konstatovat, že otázky dotazníku poskytovaly možnost více rovin chápání, nejen rovinu původního záměru. Otázky měly všeobecnější ráz, takže poskytovaly možnost respondentům chápat je v rovině celkového vnímání sociálního pracovníka zdravotním systémem bez projevení vlastního názoru, nebo v úzké rovině vnímání sociálního pracovníka pouze na svém pracovišti. Navíc volba odpovědí mohla být zatížena vztahem zdravotníka ke konkrétní sociální pracovníci, s čímž se však do jisté míry předem počítalo. Výsledky výzkumu mohou být zkresleny i přístupem vykonavatelky tohoto výzkumu.

Nelze však popřít ani z takto nedokonale koncipovaných otázek tu příznivou skutečnost, že se při plánování další péče považuje sociální pracovník za účastníka týmu pečujícího o pacienta a jeho rodinu a tento jev již patří do povědomí zdravotnického personálu. Z uvedených odpovědí tak může být potvrzena hypotéza *„pokud zdravotnický personál a sociální pracovník nebudou spolupracovat, paliativní péče nebude komplexní v rámci bio-psycho-sociálních potřeb nemocného“*.

Zdravotnický personál na oddělení od sociálního pracovníka očekává především spolupráci a zajištění další paliativní péče, díky nynějšímu zaměření zdravotnictví se větší důraz přikládá rozhovorům s nemocnými a jejich blízkými, přesto však zdravotnický tým vnímá roli sociálního pracovníka i jako nutnou k započetí následné péče, což s sebou přináší také hledisko administrativní práce a telefonických hovorů s dalšími poskytovateli péče.

Z daných odpovědí respondentů autorka provádějící výzkum usuzuje, že hypotéza *„dá se předpokládat, že vnímání sociálního pracovníka jako úředníka ve zdravotnictví oproti minulosti ustupuje, a sociální pracovník je nezbytnou součástí návštěv nemocného a jeho rodiny“*, může být potvrzena pouze částečně, i když z větší míry kladně, protože součástí zajišťování další péče budou vždy nezbytné administrativní úkony.

Výsledky vnímání role sociálního pracovníka v praktické organizaci další péče hodnotí z větší části zdravotnický personálem kladně, částečné odpovědi je možno vysvětlit tím, že propuštění pacienta a praktická organizace spočívá nejen na samotném sociálním pracovníkovi, ale především také na ošetřujícím lékaři a ostatním personálu.

Proto také hypotéza *„dá se předpokládat, že zdravotnický personál vnímá sociálního pracovníka v paliativní péči jako někoho, kdo koordinuje tým pečujícího o nemocného a zajišťuje praktické činnosti při propuštění pacienta z nemocničního zařízení“* může být potvrzena pouze částečně.

Výzkum rovněž pomohl potvrdit hypotézu *„pokud by zdravotnický personál vnímal spolupráci se sociálním pracovníkem při zajišťování specializované paliativní péče jako zbytečnou, dá se předpokládat, že nezná možnosti a kompetence sociálního*

*pracovníka v paliativní péči*“. Zdravotnický personál tedy ví, kdy se může na sociálního pracovníka obrátit, a co on může pacientovi a jeho rodině nabídnout.

## 5.7 Diskuse k výzkumu

Blumenthal-Barby (1987) zastává názor, že každý pečující profesionál musí nejprve zaujmout vhodný postoj sám k sobě. Mnoho nemocných se ani tak nezajímá o znalosti a vzdělání zdravotníka, nýbrž se spíše soustředí na postoj a chování pečujícího profesionála. Čtenář si jistě dovede představit, že, i když pracovník zvládá svoji pracovní roli dobře, tak se přece jen může cítit bezmocně v komunikaci s umírajícím pacientem.

Z tohoto důvodu jsem se ve výzkumu zaměřila také na to, jak se zdravotnickému personálu jeví smíření sociálního pracovníka se svým životem a smrtelností. Samozřejmě že laskavý a vstřícný přístup zdravotnického personálu by měl být ke všem pacientům, tj. i ke kurativně se léčícím, ale především v terminálním stádiu nemoci potřebují pacienti mít u sebe někoho, kdo je vyslechne, s kým mohou otevřeně hovořit a kdo před nimi neutíká. Často právě nemocní na sklonku života bilancují, hledají sami sebe, hodnotí svůj život a potřebují někoho, kdo si s nimi o těchto skutečnostech může promluvit.

Proto ve výzkumu je rovněž položena otázka týkající se míry naslouchání a komunikace s nemocným ve vztahu k přímému zajišťování péče a administrativním úkonům. Bohužel však v nynější uspěchané době a s nutností stále podávat požadované výkony se může velmi snadno stát, že právě naslouchání a samotný čas strávený u pacienta se bude omezovat na nezbytně nutnou dobu a poskytovaná péče se tak posune do formální roviny.

Předpokladem pro výkon sociální práce v rámci vzdělání se stává ukončené vyšší odborné vzdělání či vysokoškolské v oboru sociální práce. Velmi málo se však studenti dozvídají o specificích sociální práce s umírajícími a nevléčitelně nemocnými. Většinou bývá problematika umírání zařazena velmi okrajově do zdravotních nauk či sociální práce se starými lidmi. Možná by tak zařazení předmětu

tanatologie do výuky pomohlo změnit pohled sociální práce také v samotném zdravotnictví a přístupu k pacientům (STUDENT aj., 2006).

Téměř všichni respondenti ve výzkumu považovali za nutnost vzdělávání sociálního pracovníka v paliativní péči. Víceméně ovšem sociální pracovník ve zdravotnictví má podle zdravotnického systému a rozšíření celoživotního vzdělání sám na výběr, v jakém oboru péče se bude dále vzdělávat. Proto je samotnou odpovědností sociálního pracovníka, zda si právě vybere větší zaměřenost na paliativní péči či nikoliv.

Sociální pracovník se již nevnímá pouze jako kontrolující úředník, ale více jako poradce, který komplexně pohlíží na potřeby nemocného a jeho rodiny. Celkově pomáhá překonat náročnou životní situaci nabídkou služeb, podpory vnitřního potenciálu nemocného, nebo „jen“ pacienta a jeho rodinu doprovází. Doposud však neexistuje pevné vymezení sociální práce v paliativní péči a také v českém zdravotnickém systému je pouze na rozhodnutí nemocnic tuto pozici obsadit (STUDENT aj., 2006).

Díky této skutečnosti se tak mohou sociální pracovníci dostat do role, kdy jich nebude na oddělení zapotřebí, a zajišťování další péče převezme na starost ošetřující personál. A realita je taková, že je stále mnoho zdravotnických zařízení, kde sociální pracovník přítomen není, a péči o nemocné tak obstarává personál na oddělení. Někde se stále vnímá sociální práce jako záměna s činností pracovníka v sociálních službách, který se orientuje pouze na fyzickou péči o nemocné. Jsem proto velmi ráda, že mi zpětné odpovědi zdravotnického personálu pomohly určit a potvrdit samotnou pozici a roli sociálního pracovníka, který je součástí multidisciplinárního týmu, a snaží se stejně jako zdravotní sestry a lékaři věnovat nemocným.

## 5.8 Závěr výzkumu

Hlavním cílem kvantitativního výzkumu bylo zjištění toho, jak zdravotnický personál na onkologii vnímá spolupráci se sociálním pracovníkem při zajišťování

specializované paliativní péče. Otázky se týkaly především samotné spolupráce zdravotnického personálu se sociálním pracovníkem.

Jelikož hlavní úloha sociálního pracovníka spočívá v koordinaci následné péče, zjištění potřeb nemocného a rodiny, přímé zajištění péče, podporu pacienta a jeho blízkých a to se neobejde bez vzájemné komunikace se zdravotnickým personálem, zaměřila jsem se proto na vnímání pečujícího týmu u těchto oblastí.

Výsledky výzkumu mě samotnou příjemně překvapily, je znát, že role sociálního pracovníka ve zdravotnictví se stále zvyšuje, a sociální pracovník tak zastává více pracovních kompetencí než doposud. Samozřejmě si uvědomuji, že odpovědi mohou být zkreslené vnímáním mé osoby zdravotnickým personálem, což mi i někteří respondenti naznačovali. Zcela jiné výsledky by měl výzkum v případě, že zdravotnický personál se se sociálním pracovníkem na oddělení vídá sporadicky a spolupráce mezi nimi je zdravotnickým zařízením jinak nastavena. Proto pokud probíhá na daných klinických odděleních spolupráce tak, že sociální pracovník je na oddělení přítomen společným rozhovorům s nemocnými, jejich rodinami a celým zdravotnickým personálem, a tato spolupráce se z větší části daří, je patrné, že tomu budou rovněž odpovídat výsledky výzkumu. Nesporně také záleží na vzájemné komunikaci sociálního pracovníka se zdravotnickým personálem, na důvěře, spolehlivosti a otevřenosti.

Mohu také konstatovat, že kvalita komunikace mezi pečujícími profesionály a jejich vzájemná spolupráce dodávají pacientům pocit jistoty a klidu v jejich nelehké situaci. I když jsem toto hledisko mezi pacienty blíže nezkoumala a jistě by také stálo za další výzkum, mohu přirovnat tuto skutečnost výroku jednoho pacienta: „*Když vidím, jak tu všechno koordinujete, tak jsem klidnější*“.

Jsem potěšena, že zdravotnický personál vidí úlohu sociálního pracovníka v samotné koordinaci následné péče, vzájemné informovanosti nejen mezi personálem, ale také nemocného a rodinou, v nabídce péče pacientovi a zároveň také zpětné vazbě. O každé změně při zajišťování další péče tak musí každý člen týmu vědět a sociální pracovník tak podle toho přiléhavě reaguje na případnou změnu.

Oproti minulosti je také pokrok ve vnímání sociální práce jako administrativní činnosti. Ve zdravotnictví se pomalu dostává do vědomí, že sociálnímu pracovníkovi náleží také role při rozhovoru s nemocným a jeho rodinou, proto musí rovněž disponovat určitými vlastnostmi a přístupem podporujícím nemocného, jeho rodinu a dodávající pocit jistoty a bezpečí. Proto jsem také do výzkumu zahrnula otázku vyrovnanosti sociálního pracovníka s vlastním životem a smrtelností. I když odpovědi na tuto otázku byly víceméně rozpačité, přece jen se dá usuzovat, že určitá vyrovnanost pracovníka by zde měla být a to především pro situace, kdy nemocný a jeho rodina budou chtít hovořit o samotném umírání a nebudou si přát, aby pracovník od hovoru utekl, jak se často stává.

Samotná realizace a vyhodnocování kvantitativního výzkumu mě zaujala, mohu se tak díky získaným odpovědím zamyslet také nad svou pracovní činností a možnostmi zlepšení vzájemné spolupráce se zdravotnickým personálem.

Proto mohu potvrdit hlavní hypotézu výzkumné části práce *„Pokud zdravotnický personál a sociální pracovník nebudou spolupracovat, paliativní péče nebude komplexní v rámci bio-psycho-sociálních potřeb nemocného“* a poukázat tak na nutnost komplexní péče o pacienta a jeho rodinu.

K závěru výzkumné části mohu jen dodat, že bez komplexního přístupu k pacientovi, rodině a jednotlivým pečujícím profesionálům se tak může stát, že péče o nemocné nebude plnohodnotná a zapomene se na lidskost a profesionalitu každého pracovníka.

## ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá činností sociálních pracovníků při zajišťování specializované paliativní péče, přičemž se úžeji věnuje samotné spolupráci s ostatními pečujícími profesionály. Práce se skládá z části teoretické, kde je blíže vysvětlena samotná podstata sociální práce v paliativní péči a souvisejících témat, jako je sdělování špatné zprávy ze strany lékaře a institucionalizace smrti.

Právě sdělením špatné zprávy často začíná spolupráce sociálního pracovníka s nemocným a jeho rodinou. Sociální pracovník se tak dostává do situace, kdy se nemocnému sdělí nemožnost další onkologické léčby a zbývá mu nabídnout zajišťování specializované paliativní péče.

I v dnešní době nelze opominout téma institucionalizace smrti, kdy je snaha společnosti smrt a umírání odsunout do nemocnic, za zdi a bílé pleny a neumožnit nemocným a rodině zajistit kvalitní paliativní péči. Díky hospicovému hnutí se však paliativní péče dostává do stále většího povědomí nemocnic a pacientovi a jejich rodinám se může nabídnout různá forma domácí či lůžkové hospicové péče.

Jak se také autorka v práci zmiňuje, stoupá rovněž význam sociální práce ve zdravotnictví a především v paliativní péči. Sociální pracovníci se tak stávají součástí multidisciplinárního týmu na oddělení a považují se za nepostradatelnou součást při zajišťování následné hospicové péče. Z tohoto důvodu se rovněž klade důraz na jejich vzdělávání a rozvíjení znalostí a zkušeností v paliativní péči.

Mnoho teorií sociální práce naznačuje, že tento obor se stále mění a kompetence sociálních pracovníků ve zdravotnictví mohou být různé. Autorka se proto ve výzkumné části zaměřila na zjištění skutečnosti, jak zdravotnický personál na onkologii vnímá spolupráci se sociálním pracovníkem při zajišťování specializované

paliativní péče a realizací výzkumu poznala, že náhled zdravotníků na činnost sociálního pracovníka na onkologii je z velké části pozitivní.

Povědomí o sociální práci na onkologii se zvyšuje a personál na sociálního pracovníka nahlíží jako na někoho, kdo kromě zdravotníků také navštěvuje nemocné u jejich lůžka a komunikuje s rodinou. Samozřejmě že práce na onkologii není statická, ale situace při zajišťování hospicové péče nemocnému se může měnit především při změně zdravotního stavu pacienta a posunu v rozhodování rodiny. Sociální pracovník by tak měl být kdykoliv připraven změnit plán další péče a zjišťovat v mezích možnosti potřeby a přání nemocných, rodin či dalších pečujících profesionálů.

Také skutečnost, že sociální pracovník úžeji spolupracuje se zdravotnickým personálem, a ten jej v této roli rovněž vnímá, bude druhotně přinášet jistotu nemocným a jejich blízkým právě v paliativní péči.

Provedením kvantitativního výzkumu si tak autorka mohla ověřit, že zdravotnický personál vnímá činnost sociálního pracovníka jako vhodnou a užitečnou. Díky pozitivnímu vnímání se tak může rovněž uskutečňovat provázanost zdravotní a sociální péče a tyto obory nebudou kontroverzní nebo vůči sobě indiferentní, ale vzájemně se ovlivňující a spolupracující.



## LITERATURA

- BLUMENTHAL - BARBY, K. *Kapitoly z thanatologie*. Praha: Avicenum, 1987. ISBN 08-052-87.
- CALLANANOVÁ, M., KELLEYOVÁ, P. *Poslední dary*. Praha: Vyšehrad, 2005. ISBN 80-7021-819-3.
- DOSTÁLOVÁ, O. *Psychoterapeutické přístupy k onkologicky nemocným*. Praha: Avicenum, 1986.
- FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 1996. ISBN 80-85319-50-0.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. Praha: Panorama, 1985.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 978-80-7262-471-3.
- KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
- KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum, 1989.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání..* Turnov: Acira, 1993. ISBN 80-900134-6-5.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Reif werden zum Tode*. Stuttgart: Kreuz, 1995. ISBN 3-579-00980-X.
- LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.

- MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
- MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I. Smrt a umírání*. Brno: Lékařská fakulta Masarykovy university, 2002. ISBN 80-210-3017-8 (I.díl).
- O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
- OPATRŇÁ, M. *Etické problémy v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2008. ISBN 978-80-204-1876-0.
- PARKES, C.M., RELFOVÁ, M., COULDRICKOVÁ, A. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-23-7.
- PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.
- STUDENT, J.-CH., MÚHLUM, A., STUDENT U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: Nakladatelství H a. H Vyšehradská, s.r.o., 2006. ISBN 80-7319-059-1.
- SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění provázet*. Praha: Ecce homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5.
- SVATOŠOVÁ, M.: *O naději*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2003. ISBN 978-80-7195-049-3.
- TAVEL, P. *Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla*. Praha: Triton, 2007. ISBN 80-7254-915-4.
- THEOVÁ, A-M. *Paliativní péče a komunikace*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-24-4.

VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J. a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1716-6.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

WATSON, M., LUCAS, C. a kol. *Oxford Handbook of Palliative care*. New York: Oxford University Press, 2005. ISBN 0-19-850897-2.

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

<b>Jméno a příjmení autora/ky:</b>	Bc. Jana Křížová
<b>Studijní program:</b>	Navazující magisterské studium
<b>Studijní obor:</b>	Sociální práce zaměřena na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
<b>Název práce:</b>	Komunikace sociálního pracovníka se zdravotnickým personálem na onkologii při plánování následné paliativní péče- vnímání zdravotnického personálu spolupráce se sociálním pracovníkem
<b>Počet stran (bez příloh):</b>	83
<b>Celkový počet stran příloh:</b>	0
<b>Počet titulů české literatury a pramenů:</b>	27
<b>Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:</b>	2
<b>Počet internetových odkazů:</b>	0
<b>Vedoucí práce:</b>	MUDr. Olga Dostálová, CSc.
<b>Rok dokončení práce:</b>	2012

## Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má bakalářská/ diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:.....

.....

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou/diplomovou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

<b>Jméno, příjmení</b>	<b>Adresa</b>	<b>Datum</b>	<b>Podpis</b>

