

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Paliativní a hospicová péče z pohledu sociálního pracovníka

David Voves

Bakalářská práce

Studijní program: Sociální politika a sociální práce, obor Sociální práce
se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

vedoucí práce: doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.

Praha 2018

Prague College of Psychosocial Studies

**Palliative and hospice care from a social worker's point of
view**

David Voves

The Bachelor Thesis

The Bachelor's Thesis Work Supervisor: doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.

Praha 2018

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Podpis

David Voves

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce doc. PaedDr. Slavomír Lacovi, Ph.D. za pomoc a cenné rady při vedení této diplomové práce. Zároveň také děkuji svým participantům pro výzkum, bez nichž by tato diplomová práce nemohla být napsána.

Anotace

Tématem této bakalářské práce je Paliativní a hospicová péče z pohledu sociálního pracovníka. Bakalářská práce se dělí na část teoretickou a část výzkumnou. Teoretická část práce si klade za cíl popsat problematiku paliativní péče, jak je kodifikovaná v odborné literatuře, a jak je nahlížena ze zákona. Paliativní péče je implementovaná do hospicové péče, která je nejpodstatnější profesionální péčí o umírající a jejich rodiny. Podstatná část teoretické části je tedy věnována definování hospicové péče. Ústředním tématem teoretické části je postavení sociální práce v kontextu paliativní a hospicové péče v České republice a role sociálního pracovníka ve vztahu k umírajícímu, jeho rodině a multidisciplinárními pomáhajícímu týmu. Teoretická část se ve svém závěru věnuje riziku syndromu vyhoření u sociálních pracovníků činných v paliativní a hospicové péči, a tím tato kapitola navazuje na výzkumnou část bakalářské práce.

Výzkumná část shrnuje výsledky kvantitativního výzkumného šetření, ve kterém byly stanoveny hypotézy týkající se možného syndromu vyhoření zacíleného na sociální pracovníky paliativní a hospicové péče. Tazatelské otázky ve strukturovaném dotazníku mají zjišťující charakter, jehož cílem, a též hlavním cílem výzkumné šetření, je zjistit, zdali jsou sociální pracovníci v paliativní hospicové péči ohroženi syndromem vyhoření.

Klíčová slova: paliativní péče, hospicová péče, sociální práce, syndrom vyhoření

Abstract

The topic of this bachelor thesis is Palliative and hospice care from a social worker point of view. The bachelor thesis is divided into theoretical part and research part. The theoretical part of the thesis aims at describing the issue of palliative care, as it is codified in the specialized literature, and as viewed by law. Palliative care is implemented into hospice care, which is the most essential pro-seasonal care of the dying and their families. The main part of the theoretical part is devoted to the definition of hospice care. The central theme of the theoretical part is to build social work in the context of palliative and hospice care in the Czech Republic and the role of the social worker in relation to the dying, his family and the multidisciplinary assisting team. The theoretical part focuses on the risk of burnout syndrome in social workers working in palliative and hospice care, and this chapter builds on the research part of the bachelor thesis.

The research part summarizes the results of a quantitative research survey in which the hypotheses regarding possible burnout syndrome aimed at social workers of palliative and hospice care were established. The questionnaire questions in the structured questionnaire are of a discerning nature whose aim, as well as the main objective of the research, is to find out whether the social workers in palliative hospice care are at risk of burnout syndrome.

Keywords: Palliative care, hospice care, social work, burnout syndrome

Obsah

ÚVOD	9
1 Paliativní péče	10
1.1 Historie a vývoj paliativní péče	11
1.1.1 Dělení paliativní péče.....	13
1.1.2 Zásady a principy paliativní péče.....	15
1.2 Právní a etické aspekty v paliativní péči.....	17
2 Hospicová péče	24
2.1 Vývoj hospicové péče v České republice	25
2.2 Formy hospicové péče	27
2.2.1 Lůžková hospicová péče	28
2.2.2 Stacionární hospicová péče	29
2.2.3 Domácí hospicová péče.....	30
2.3 Multidisciplinární tým domácí hospicové péče	31
3 Sociální práce v paliativní a hospicové péči	33
3.1 Sociální práce a její význam v paliativní a hospicové péči	33
3.2 Sociální pracovník v paliativní a hospicové péči.....	35
3.2.1 Sociální práce s rodinou a péče o pozůstalé.....	38
3.3 Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků v paliativní a hospicové péči.....	40
3.3.1 Syndrom vyhoření	40
3.3.2 Psychohygienu jako předcházení syndromu vyhoření	42
4 Vlastní výzkumné šetření	44
4.1 Cíl výzkumu.....	44
4.2 Hypotézy výzkumu	45
4.3 Výzkumný vzorek.....	46
4.4 Vymezení výzkumné metody	48
4.5 Výsledky výzkumu	50
4.6 Diskuse.....	53
ZÁVĚR	57

Seznam použitých informačních zdrojů	60
Seznam grafů	65
Seznam tabulek	66
Seznam příloh.....	67

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

ÚVOD

V teoretické části své bakalářské práce se budu zabývat tematickými okruhy, které nahlédnou a definují paliativní a hospicovou péči ve svém celku v kontextu dostupné odborné literatury věnující se péči o umírající. Zaměřím se také na historii paliativní a hospicové péče a vyzdvihnu tak přínos MUDr. Marie Svatošové, která svými aktivitami zprofesionalizovala hospicovou péči v České republice. Zásadám paliativní péče budu věnovat zvýšenou pozornost, neboť z nich vychází filosofie pomáhajících profesionálů pečujících o umírající. Zásadní kapitolou práce bude charakteristika sociální práce v paliativní a hospicové péči a postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu hospicové péče. Objasním jeho činnosti v sociální práci s umírajícími a jeho rodinou, neopomenu se věnovat také sociální práci s pozůstalými, kteří také patří do cílových skupin paliativní a hospicové péče. Teoretickým východiskem pro návrh výzkumného šetření je syndrom vyhoření, jež je hrozícím rizikem pro všechny pomáhající pracovníky, neméně tak pro sociální pracovníky činné v sociální práci s umírajícími. Pro vysokou psychickou a emocionální náročnost výkonu sociální práce s lidmi umírajícími a s jejich rodinami, následně také s pozůstalými, je sociální pracovník ve svých komplexních činnostech ve prospěch svých klientů ohrožen syndromem vyhoření zcela zásadním způsobem, jež ho může v kritické fázi syndromu vyhoření z jeho profese vyřadit. Aby k tomuto nedocházelo, existují preventivní aktivity, které jsem v teoretické části také zmínil, a kterým by měl věnovat pozornost každý pomáhající profesionál.

Cílem vlastního kvantitativního výzkumného šetření je třemi stanovenými hypotézami zjistit, zdali jsou sociální pracovníci v paliativní a hospicové péči ohroženi syndromem vyhoření. Pro analýzu dat ze strukturovaných dotazníků, které jsou nasměrované šedesáti sociálním pracovníkům v paliativní a hospicové péči, budu aplikovat statistickou testovací metodu dobré shody, nazývanou *Chi-kvadrát*, která v důsledku odpoví na stanovené výzkumné hypotézy, jež budou v závěru práce vyhodnoceny.

Bakalářská práce ve svém celku objasní teoretický koncept paliativní a hospicové péče v České republice a zároveň bude rozšířena o podstatné poznatky týkající se možného hrozícího rizika syndromu vyhoření u sociálních pracovníků při péči o umírající a jejich rodiny.

1 Paliativní péče

Existuje mnoho definic paliativní péče. Definice vymezující paliativní péči však mají jisté společné, neopomíjené charakteristiky. Jedná se o kladení důrazu na kvalitu života umírajícího člověka, na řešení symptomů nemoci, a jak je samozřejmé, na specifika klientů, kteří činnosti paliativní péče přijímají (Marková, 2010, s. 12). Latinské slovo *pallium* překládáme jako maska nebo pokrytí pláštěm. Stáhalová (2010, s. 1) vysvětluje hlavní smysl paliativní péče: „*Hlavním smyslem péče je maskovat účinky choroby, která je nevléčitelná, a zároveň se postarat o člověka, který trpí nesnesitelnými bolestmi (tj. přikrýt ho pláštěm) a umožnit mu i přes jeho nemoc vést život relativně upokojujícím způsobem.*“ Paliativní péči řadí Stáhalová (2010) k moderním celosvětovým typům péče, jenž nabízí lidem nevléčitelně nemocným a jejich blízkým rodinným příslušníkům kvalitní a fungující pomoc. Skála a kol. (2005, s. 1) hovoří o tom, že paliativní péče je: „*...aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu.*“ Širší definici spojenou se Světovou zdravotnickou organizací a nejčastěji citovanou definici nabízí Malkovská (2007, s. 61): „*...paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.*“

Výše uvedené definice paliativní péče uvádí také, že je tato péče tak zvaně utěšující a je poskytovaná po celé období trvání onemocnění, nikoliv jen před samotnou smrtí. Paliativní péče a léčba zdůrazňují kvalitu života člověka a komplexní, celostní přístup nejenom k nemocnému člověku, nýbrž také k jeho blízkým (Marková, 2010, s. 20). Výstižnou definicí postihující všechny pomáhající nástroje paliativní péče je definice Quinnové (2007, s. 21), která paliativní péči rozpracovala jako: „*...specializovanou péči pro umírající, která zahrnuje fyzický, psychologický, sociální a duchovní aspekt a pokračuje i po smrti pacienta, kdy se zaměřuje na jeho rodinu. Péče v době zármutku je proto součástí paliativní péče stejně jako péče při umírání.*“ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách v § 5, odst. 2, v písm. h) definuje paliativní péči jako samostatný druh zdravotní péče s účelem: „*zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.*“

1.1 Historie a vývoj paliativní péče

Ačkoliv Marková (2010), jak jsme uvedli, nazývá paliativní péči moderním oborem, o paliativní péči můžeme hovořit jako o jedné z nejstarších forem péče vůbec. Paliativní péče je dle Markové (2010, s. 13) péče ověřená historií a dějinami. Ačkoliv byla péče o nevléčitelně nemocné hlavním úkolem rodinných lékařů a sester, rodinné vazby, blízké rodinné a přátelské, často i sousedské vztahy, byly centrem péče o umírajícího v prostředí domova, kde byl tento člověk doprovázen na cestu dobré smrti. Tento přirozený způsob o umírajícího člověka byl považovaný za běžný ještě v období před druhou světovou válkou (Marková, 2010, s. 15). Fenomén smrti byl v minulosti přirozenou součástí života. Jak uvádí Haškovcová (2000, s. 23): *„Jednotlivci se v průběhu svého krátkého a nejistého života učili umírat, když pozorovali smrt v okolí, nebo pomáhali těm, jejichž těžká hodinka právě udeřila.“* Jak můžeme z tohoto výroku pozorovat, v minulých dobách bylo samozřejmé neodvracet zrak od smrti, její každodennost znamenala její samozřejmost v kontextu života. Tento domácí model péče o umírající je často idealizovaný, je třeba upozornit, že taková péče byla zajišťována především laickými pečovateli, což se směrem do přítomnosti měnilo (Haškovcová, 2000, s. 33).

Jak popisuje Marková (2010, s. 16), starost o umírající a péče o ně, se ve dvacátém století staly ryze lékařskou, medicínskou záležitostí, což oddělilo umírání od přirozeného chodu života a postavilo ho tak na samostatné místo. Umírání bylo v minulém století objektem léčení, kdy byl sám smrtelně nemocný člověk léčen až do samého unavení organismu. To přineslo důsledek osamělosti umírajících v institucionalizovaných službách péče, především v nemocnicích, odklonila se tak rodina jako důležitá součást doprovázení člověka (Marková, 2010, s. 17). Idealizování domácího modelu péče o umírající ovlivňuje i dnešní paliativní péči. Marková (2010, s. 18) upozorňuje na fakt, že blízké a přívětivé vztahy byly spíše vzácné, rodinné vazby byly nefunkční a značná část umírajících žila i umírala bez rodiny a pocitu jistoty a bezpečí, které domov zabezpečuje. Co se týká přítomnosti lékaře asistujícího umírajícímu, tato role chyběla, neboť počet lékařů byl nedostačující. Lékaře si mohla dovolit pouze rodina, jež na jeho služby měla dostatečné finanční prostředky. Je však znovu důležité zdůraznit, že jakkoliv ambivalentní byl proces umírání v minulosti, pokud umírající rodinu měl, neumíral opuštěný (Haškovcová, 2000, s. 25).

Postupný byl nástup institucionálního modelu umírání, kdy se začaly postupně budovat chorobince, až později špitály transformované do nemocnic. V těchto prvotních institucích existovala předně neodborná pomoc, která měla své východisko v praktických zkušenostech těch, kteří ošetřovali. V kontextu špitálů neexistovala vysoká míra pozornosti umírajícímu, soukromí při umírání bylo synonymem pro lůžko oddělené zástěnou od dalších lůžek (Haškovcová, 2000, s. 26). Jak Haškovcová (2000, s. 26) dále popisuje, teprve ve 20. letech 20. století začaly instituce zařazovat plenty zajišťující umírajícímu soukromí a klid. Tento klid byl vyjádřen také tím, že ošetřovatelé vylučovali rodinné příslušníky z místa umírajícího.

Rok 1970 je revolučním v tom, že se od něj datuje rozvoj organizací, jež se orientují na paliativní přístupy péče o umírajícího a na tišení bolesti u terminálních, tedy konečných, stádiích nemoci umírajícího. Ustanovení samostatného rozvoje paliativní medicíny se váže k rozvoji hospiců (Stáhalová, 2010, s. 35). Haškovcová (2010, s. 30) dále uvádí, že paliativní medicínu (péči) jednotlivých zemí sdružuje Evropská společnost paliativní medicíny. Sekci paliativní medicíny v České republice zastřešuje Společnost pro výzkum a léčbu bolesti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Kabelka, Sláma a Vorlíček a kol. (2011, s. 25 – 26) uvádí, že: „*Od roku 2004 v České republice existuje samostatný specializační obor Paliativní medicína a léčba bolesti.*“ Ačkoliv se například koná Brněnský den paliativní medicíny a její obor je postupně rozvíjen především od roku 1989, Stáhalová (2010, s. 36) říká, že Česká republika za celosvětovým vývojem paliativní péče stále ještě zaostává.

K pojmosloví vztahené k paliativní péči, tedy k péči směřované člověku ke konci jeho života, doplňujeme, že zaznamenalo v čase a historickém vývoji určité proměny. Paynová (2007, s. 22) uvádí, že v 60. a 70. letech 20. století byly nejpoužívanější termíny „terminální“ a „hospicová péče“. Dále se používaly stále přetrvávající termíny „kontinuální péče“ a „péče o umírající“. Mezi lety 1980 – 2000 se ustálil zastřešující pojem „paliativní péče“. Existuje také termín „podpůrná péče“, jenž je užíván v souvislosti s péčí o osoby trpící rakovinou, ale který je, chceme-li definovat paliativní péči, poněkud obecný a zavádějící (Paynová, 2007, s. 23).

Paliativní péče se rozvíjí stále, je poskytována na relativně vysoké profesionální úrovni především v hospicové péči, které je věnována 2. kapitola této práce.

1.1.1 Dělení paliativní péče

Dříve, než přejdeme k dělení paliativní péče, zaměříme se na vymezení cílové skupiny, pro kterou je paliativní péče určena. Cílovou skupinou pro poskytování paliativní péče jsou dle Kalvacha a kol. (2010, s. 15):

- pacienti onkologicky nemocní s relativně dobře odhadnutelnou časovou prognózou a průběhem umírání;
- pacienti v terminálních (konečných) stádiích nenádorových onemocnění jako je například srdeční, respirační nebo jaterní selhání; prognóza nemoci není dobře odhadnutelná;
- pacienti ve zdravotním stavu, který je dlouhodobě nepříznivý a nelepší se a postupně se zhoršuje; jedná se o onemocnění, jako jsou AIDS, terminální geriatrické deteriorace (termín pro zhoršování stavu), myopatie nebo neurodegenerativní poruchy organismu s velmi nejasnou prognózou těchto onemocnění.

Nejčastěji jsou pacienty paliativní péče geriatřičtí pacienti zatížení polymorbiditou (více četností) různých onemocnění. Tito pacienti trpí tak zvaným *syndromem geriatrické deteriorace* (Haškovcová, 2010, s. 365). Tento termín označuje skupinu pacientů, kteří jsou zatíženi kombinací neurologických diagnóz, kde není možné odhadnout prognózu právě pro četnost různých onemocnění. Lidé takto postihnutí různými chorobami se stávají křehčími a hrozí jim rizika komplikací, která jsou v akutní a život ohrožující. Takový stav může trvat až roky. Rozvinutý *syndrom geriatrické deteriorace* je indikací pro paliativní péči a projevuje se celkovou křehkostí, slabostí, unavitelností, nestabilitou, nechutenstvím a nezájmem o okolní dění nebo své zájmy a uzdravení (Skála a kol., 2011, s. 20).

Paliativní péče je **celostní přístup**, na který můžeme pohlížet z filosofického hlediska. Důraz je při jejich činnostech kladen na bio-psycho-socio-spirituální jedinečnost každého jednotlivého člověka (Sláma, 2011, s. 36). Dále Sláma (2011, s. 25) uvádí, že paliativní péče se zaměřuje na prodloužení a stabilizování života člověka tím způsobem, aby byl co nejpříjemnější, a vychází čistě z přání a potřeb umírajícího. Důraz je kladen na respekt jeho hodnot a priorit, a tvoří takové podmínky, aby se mohl člověk cítit v posledním období svého života co nejvíce přijatý nejen pečovateli, ale také společenstvím svých blízkých

osob v pro něj důstojném prostředí. Celostní přístup paliativní péče se na člověka dívá jako na nedotknutelnou jedinečnou bytost, kdy dochází v jejím procesu k interdisciplinární spolupráci a spojuje v sobě lékařské, sociální, existenciální, psychologické a spirituální aspekty života daného člověka (Stáhalová, 2010, s. 12).

Paliativní péče je dělena dle Slámy, Špilka a Vorlíčka (2004, s. 24 – 25) na obecnou a specializovanou. Odborná paliativní péče je označením pro klinickou péči o člověka v pokročilém, terminálním stádiu jeho onemocnění. Tato péče je zajišťována odborníky a jejich jednotlivými specializacemi. Cílem obecné paliativní péče je zaměření se na sledování a ovlivňování života nemocného člověka a jeho kvality spolu s rozpoznáním jeho aktuálních potřeb. S obecnou paliativní péčí souvisí také kvalitní léčba symptomů onemocnění člověka a přímá a jasná komunikace s ním a jeho blízkými, nejčastěji s rodinnými příslušníky. Odborná paliativní péče také úzce spolupracuje s externími specialisty a zajišťuje následnou, především domácí ošetrovatelskou péči (Sláma, Špilka, Vorlíček, 2004, s. 30 – 31).

Za specializovanou paliativní péči je považována taková péče poskytovaná týmem odborníků se vzděláním v paliativní medicíně, kterou můžeme nazývat jako interdisciplinární paliativní péči. Tito odborníci mají specializované vzdělání v paliativní péči, je tedy očekáváno, že tato forma specializované péče pro umírající je poskytována na vysoké úrovni kvality. Specializovaná paliativní péče je poskytována v následujících formách, které jsou definovány ve *Standardech hospicové paliativní péče* (2007):

- a) **mobilitní paliativní péče** je nejčastěji orientována do domovů umírajících nebo je poskytována v jiných zařízeních se specifickým prostředím prostřednictvím pravidelných a časných návštěv lékaře, zdravotních sester a ošetrovatelů, také sociálních pracovníků a dalších odborníků; mobilní paliativní péče garantuje neomezenou dostupnost, je tedy silně nízkoprahová, poskytována 7 dní v týdnu po celých 24 hodin, důležitou roli v mobilní paliativní péči hraje rodina a blízcí pečující o umírajícího;
- b) **hospic** je samostatné zařízení lůžkové paliativní péče, jež je poskytována předně lidem v terminálním a preterminálním stádiu nemoci, která je nevy léčitelná; zde je paliativní péče nejviditelnější, jak plyne i z definic paliativní péče, stejně tak v hospicích je součástí péče monitorování potřeb a přání umírajícího a jejich neodkladné uspokojování; hospic

vytváří takové prostředí, ve kterém je umírající de facto doma, kde se nabízí a je neoddělitelný, kontakt s rodinou a blízkým umírajícího;

- c) **oddělení paliativní péče** existuje samostatně v rámci zdravotnických zařízení; je součástí nemocnic, léčeb a jiných ústavních zařízení; péče v hospicu je určena především těm nemocným, kteří vedle této péče potřebují také pomoc specializovaných lékařů nebo ostatní služby, jenž nemocnice poskytuje; oddělení hospice při nemocnicích existuje jako lůžkové oddělení se specializovaným multidisciplinárním týmem; hospic při takovém zařízení ústavní péče může být však limitován pravidly tohoto zařízení; toto oddělení má návaznost na konziliární tým paliativní péče, který má zde svoji lůžkovou základnu;
- d) **konziliární tým paliativní péče**, jak již bylo zmíněno výše, je součástí zdravotnického zařízení a zajišťuje multidisciplinární paliativní péči; tento tým je pohyblivý, což znamená, že dochází za potřebným pacientem nemocnice na oddělení, kde je právě léčen;
- e) **specializovaná ambulantní paliativní péče** existuje pro ty umírající, kteří jsou v domácím prostředí nebo v některém zařízení sociální péče (například domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, a podobně); silně spolupracují s ošetřujícím lékařem nemocného;
- f) **denní stacionář paliativní péče** nabízí pro své klienty možnost trávit čas právě v tomto stacionáři, pokud nemohou být tito právě ve svém domácím prostředí; stacionář funguje přes den, na noc jezdí klienti domů; denní stacionář, podobně jako hospice, nabízí škálu edukačních a rekreačních aktivit, šitých na míru klientovi;
- g) **zvláštní zařízení specializované paliativní péče** nejsou pobytové, ale fungují ambulantně jako poradny pro umírající a jejich blízké, či fungují telefonickou formou (například tísňové linky), a podobně.

1.1.2 Zásady a principy paliativní péče

Hodnoty, které jsou vyjádřeny dodržováním lidských práv a práv pacientů, dodržováním důstojnosti každého jednotlivého člověka, který si může svobodně zvolit a svobodně

se o sobě rozhodovat a dodržováním společenské solidarity, jsou základem pro vyjádření zásad poskytování paliativní péče. Jak jsme již uvedli na začátku první kapitoly této práce, základní dimenze paliativní péče jsou definovány podle *Doporučení Rec.* (2003, s. 10): „...*mírnění symptomů; ... psychologická, duchovní a citová podpora; ... doprovázení pozůstalých v době zármutku.*“ Světová zdravotnická organizace vymezuje hlavní zásady, dle nichž paliativní péče (*Doporučení Rec.*, 2003, s. 22):

- poskytuje od bolesti a symptomů úlevnou péči;
- podporuje život člověka, ale neusiluje o oddálení smrti;
- na umírání pohlíží jako na přirozenou součást běhu života člověka;
- pečuje o psychologické i duchovní potřeby člověka;
- poskytuje takovou péči, která se soustředí na potřeby pacienta tak, aby mohl žít co možná nejaktivnější, seberealizující život, až do smrti;
- zlepšuje kvalitu života a pozitivně ovlivňuje průběh nemoci;
- je komplexní péčí, což znamená, že je možné ji poskytovat i v raných stádiích nemoci ruku v ruce s vyšetřeními nutnými pro zvládnutí komplikací a poskytováním dalších potřebných služeb s cílem prodloužit život;
- vztažená také k rodinám a blízkým nemocného člověka, kdy nabízí podporu, která je oporou při zvládnutí situace pacientovi nemoci i po smrti, v postnatalním stádiu.

Zásady paliativní péče úzce souvisí s jejími principy. Haškovcová (2000, s. 36) uvádí, že každý obor ve zdravotnictví by měl být připraven na umírání svých pacientů, a měl by mít tak rozpracované strategie paliativní péče. Dále uvádí, že zahájení paliativní péče by mělo nastat tehdy, pokud léčebná (kurativní) terapie nemocného přináší více negativních dopadů na život nemocného, než pozitivních dopadů ve formě zlepšování jeho současného stavu. Je dále nezbytné, aby jednotlivé služby při paliativní péči na sebe navazovaly, a to proto, že nemocní vyjadřují více než kdo jiný saturaci potřeb sociálních, psychologických i spirituálních. Tým odborníků je tedy jedním z předpokladů dobré praxe v paliativní péči. Všechny odborné i laické iniciativy pomoci by měly být řízeny a koordinovány lékařem. (Haškovcová, 2010, s. 42). Kabelka, Sláma, Vorlíček a kol. (2011, s. 45) zahrnují mezi nejpodstatnější zásady paliativní péče rodinu, která je porozumění ochota se podílet na domácí péči o svého blízkého nemocného, souhlas pacienta s tím, že je mu péče poskytována

v domácím prostředí, seznámení pacienta a jeho rodiny s procesem a prognózou péče a onemocnění. Podstatná většina nemocných si přeje prožít závěr života v domácím prostředí, ale bohužel je toto jejich přání naplňováno u menšiny této skupiny.

Kalvach a kol. (2010, s. 29 – 31) poskytuje shrnutí základních principů paliativní péče, mezi které patří mimo výše uvedené také zajištění chráněného prostoru pro umírající, empatickou komunikaci k pacientovi a jeho rodině, zahrnutí léčebných intervencí ve prospěch stavu nemocného, situaci umírání, která není na úkor kvality péče o umírajícího, odmítnutí euthanasie jako trestné a nepřijatelné, poskytnutí péče odborně kvalifikovanými lékaři, ošetřovateli a dalšími subjekty péče, odmítnutí „ghett“, které jsou určené pro umírání a symbolizují samotu, opuštění a stigmatizaci umírajícího, zvažení, zdali je pacient s neoncologickým onemocněním vhodný pro indikaci k paliativní péči, zvláštní pozornost geriatrickým pacientům a dětem, neméně tak u ostatních nemocných, plnění přání pacientů v intenci jeho spokojenosti, setkávání multidisciplinárního týmu alespoň jednou týdně nad případem každého jednotlivého pacienta podpora minimální kvality péče ve všech paliativních zařízeních, kdy je tato potřebná pozornost věnována léčebnám dlouhodobě nemocným a takto nemocným v jiných ústavních zařízeních (nutné zavedení kontrolních mechanismů personálu), nutnost pravidelných a poctivých záznamů lékaře o stavu nevléčitelně nemocného.

1.2 Právní a etické aspekty v paliativní péči

V úvodu této podkapitoly se nejdříve zaměříme na **právní aspekty v paliativní péči**. Mezi základní právní předpisy právního pořádku České republiky související s paliativní péčí a s jejím poskytováním, patří dle hierarchie právní síly Listina základních práv a svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicíně z roku 1997, Etický kodex České lékařské komory a dále Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, Zákon č. 20/1966 Sb., o zdraví lidu, Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k tomuto zákonu úzce vztahovaná Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, dále Vyhláška č. 619/2006 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejné zdravotního pojištění pro rok 2018. Neopominutelným

dokumentem jsou Standardy hospicové paliativní péče, které byly ustanoveny Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče ve spolupráci pracovní skupiny Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Ačkoliv je paliativní péče nedílnou součástí systému zdravotní péče České republiky, v zákonném vymezení není paliativní péči nevěnována dostatečná pozornost, kterou by si pro svůj velký význam, zasloužila. Toto opominutí paliativní péče vidíme na příkladu stacionární paliativní péče ve smyslu financování, kdy platí, že provoz těchto zařízení je pouze do 60 % hrazen finančními prostředky ze zdravotního pojištění, zbylá částka musí být hrazena jinými způsoby, donátory, nebo dotacemi měst a Evropské unie. V tomto kontextu nás již nepřekvapí fakt, že mobilní hospice nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazeny vůbec (Kabelka, Sláma a Vorlíček, 2011, s. 12). Mezi právní normy České republiky, které se zaměřují na paliativní péči, uvádíme zákon č. 2/1993, o vyhlášení Listiny základních práv a svobod. Jako právní předpis nejvyšší právní síly LZPS ukotvuje v *čl. 6, čísl. (1) a (2)*: „Každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením.“ a „Nikdo nesmí být zbaven života.“ Jak uvádí Kabelka, Sláma a Vorlíček (2011, s. 327), a jak je všeobecné známo a i v kontextu zákonů směřujících k paliativní péči, Listina základních práv a svobod a také mezinárodně přijatá Úmluva o lidských právech a biomedicíně z roku 1997, která byla ratifikovaná Českou republikou až v roce 2001, mají aplikační přednost před zákony s nižší právní silou, které tyto dokumenty nesmí ničím popírat, ale z nich vycházet.

Skála a kol. (2005, s. 125) uvádí, že lidé, kteří jsou nevléčitelně nemocní, mají nezcizitelné právo na poskytnutí péče v naprostém souladu s *Etickým kodexem České lékařské komory* a právním řádem České republiky. Stáhalová (2010, s. 2) uvádí, že v rámci jakékoliv péče o pacienta musí být nutně implementován nedirektivní přístup péče, který respektuje svobodnou vůli každého pacienta a zaručuje jeho neovlivňování tak, aby měl pravdivý pocit, že má věci pod svojí kontrolou. Jak je uvedeno v *čl. 7 Etického kodexu ČLK*, lékař je ten, který nevléčitelně nemocným a umírajícím asistuje tím, že tiší jejich bolesti a mírní utrpení, také zajišťuje lidskou důstojnost. Pokud je smrt umírajícího neodvratitelná a očekávaná bezprostředně, není lékařovým cílem prodlužovat život za každou cenu, zároveň je ale zásadně nepřípustná euthanasie a asistovaná sebevražda. V zákoně č. 140/1961 Sb., trestní zákon v § 207 odst. 2 stanoví: „Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné

poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti“. „Kdo jinému z nedbalosti ublíží na zdraví tím, že poruší důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona, bude potrestán odnětím svobody nebo zákazem činnosti.“

Samostatný termín paliativní péče či hospicová péče nebyl do roku 2006 zahrnut do českého právního systému. S příchodem novelizace zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v novele zákona č. 340/2006 Sb., o činnosti institucí zaměstnaneckého penzijního pojištění z členských států Evropské unie na území České republiky, která vešla v platnost v červenci roku 2006, byl také implikován do této novely pojem paliativní péče v §22 v písm. a) „Zvláštní lůžková péče“ konkretizovaná jako: „Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu.“

Požadavky, které jsou kladeny na poskytovatele specializované paliativní péče, jsou vyjádřeny *Standardy hospicové paliativní péče* (2007). Požadují splnění kritérií s odpovídající kvalitou a potřebnou odbornou úrovní. Standardy hospicové paliativní péče jsou závazným dokumentem pro členy APHPP (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče). Ty lůžkové hospice, které jsou členy APHPP, mají jednoznačnou povinnost naplňovat a dodržovat tyto standardy (*Standardy hospicové paliativní péče*, 2007).

Charta práv umírajících jako závazný dokument Rady Evropy z roku 1999 je závazná pro všechny pečující profesionály o umírající, obzvláště pro členy multidisciplinárního hospicového týmu. Je mezinárodním strategickým dokumentem, který požaduje po členských státech Evropské unie, aby paliativní péče byla integrovaná do systému zdravotní péče jednotlivých členských států. Čl. 9 *Charty práv umírajících* shrnuje nejdůležitější práva a rozděluje je do skupin. Můžeme je označovat za principy paliativní péče: právo na celostní paliativní péči, právo na sebeurčení umírajícího a jeho svobodné rozhodování a právo na život a jeho ochranu před usmrcením, které je úmyslné.

Nyní budou představeny **etické principy uplatňované v paliativní péči**. Pojem etika je definován Sýkorovou (2008, s. 65) jako filosofická disciplína, jejíž zájmy směřují ke zkoumání morálky, hodnot a norem chování lidí. Zajímá se o situace v životě jednotlivce,

ve kterých je nezbytné, aby se tento člověk rozhodnul a nesl zodpovědnost za své rozhodnutí. Kabelka, Sláma, Vorlíček a kol. (2011, s. 152) uvádí základní etické principy paliativní péče. Prvním principem je **autonomie**. Za svůj život je každý člověk samostatně odpovědný, i za své zdraví a to, jak se o něm rozhodne. Podmíněnost takové autonomie je plná informovanost o zdravotním stavu a všem, co s ním souvisí. To, co si pacient přeje, by mělo být naprosto respektováno, ačkoliv takové přání může ve svém důsledku vést i ke smrti (uvádíme například odmítnutí léčby). Snížená schopnost kognitivního uvažování může vést ke snížené schopnosti sám za sebe se rozhodovat. České zákonné normy neobsahují strategii, jak v takovém případě postupovat. Doporučení pro ošetřujícího lékaře je však vyhovět přání pacienta s nejlepším vědomím a svědomím. Jak již bylo zmíněno, za etický princip je považováno také plné **právo pacienta být informován** nebo tuto informovanost odmítnout. Dříve, než lékař informuje kohokoliv jiného, měl by nejprve informovat samotného pacienta. Dalším principem je tak zvaná **beneficence**, která vyjadřuje povinnost lékaře činit v maximálním možném zájmu pacienta tak, aby to bylo prospěšné. Pokud dojde v tomto ke střetu zájmů, kdy je pohled lékaře rozdílný od pohledu pacienta, je třeba otevřít toto téma v empatickém dialogu. **Nonmaleficence** je princip, který stanovuje, že prioritním cílem léčby a jejího procesu je neublížovat. Toto se týká především možných a častých vedlejších účinků indikované léčby nebo vedlejších účinků podávaných léků. **Spravedlnost** jako poslední uváděný princip vyjadřuje rovnováhu mezi potřebami pacienta a umem jeho potřeby uspokojovat. Míjí se tím důraz na problematiku a řešení dostupnosti paliativní péči v jednotlivých regionech. Péče by neměla být dostupná pouze v určitých územních celcích, ale tam, kde je tato péče potřebná.

Etické problémy, které se nejčastěji objevují v paliativní péči, můžeme klasifikovat jako takové, které se přímo dotýkají umírání a smrti, k níž je paliativní péče vztahována. Fakt, že je období umírání a smrti stále tabuizováno, odmítání smrti jako takové a její všeobecné nepochopení, vede společnost k úvahám, které se zabývají smysluplností euthanasie, k přemíře léčby, která odmítá fakt smrti, a která ve svém důsledku působí na člověka destruktivně a k osamělosti smrtelně nemocného člověka (Pichaud, 1998, s. 133). Nahlídneme-li výše napsané, nejsme udiveni množstvím otázek hledajících odpověď na to, jak se správně a eticky chovat k člověku, který umírá. Častá a stále diskutovaná otázka je, zdali je v České republice stále trestná forma ukončení života euthanasií, přijatelná nebo nikoliv

(Haškovcová, 2015, s. 150). Pokud se pokusíme shrnout etické problémy vztažené k paliativní péči, docházíme k několika oblastem. Jsou to: otázka prospěšnosti rozdílných typů paliativní péče, nutnost respektu k umírajícímu člověku a k jeho právu na sebeurčení (rozhodovat o sobě samém) a v tomto kontextu úvaha, zda-li je dobré plně informovat pacienta a jeho rodinu o jeho zdravotním stavu, úvahy o vhodnosti konce léčby, jež je již neefektivní, ale přesto „se má“ aplikovat, dilema při rozhodnutí pacienta, kdy odmítá léčbu (a to i takovou, která se týká saturování jeho základních životních potřeb jako je jídlo a pití), správné posouzení schopností a možností, které pacient ještě má k dispozici, otázka spravedlnosti v distribuci péče pro všechny místa, kde mohou umírající být, zjišťování opravdových přání a potřeb u těch nemocných, pro které je velmi složité komunikovat kteroukoliv formou, dilema týkající se oživování a používání sedativ a také řešení pozůstalosti (*Standardy hospicové paliativní péče*, 2007).

V rámci etických dilemat se hlouběji zaměříme na dilema domácí a institucionální paliativní péče a problematiku euthanasie. Jak již bylo v práci v různých modulacích poukázáno, společnost je omezena, co se týká pevných rituálů, které se váží k realitě smrti. Tento fakt uvádí umírajícího, rodinu a blízké osoby umírajícího do ničivé nejistoty a rozpaků nad situací samotné smrti (Bartůněk, Ptáček a kol., 2014, s. 205). Péče o umírajícího byla přesunuta z domácího prostředí do prostředí ústavních zařízení, především nemocnic, kde je umírajícímu poskytována individualizovaná péče, nicméně v konceptech praktické kurativní léčby a vysoce odborného přístupu. Co v ústavních zařízeních postrádáme, je příjemný lidský kontakt a empatický dialog a chybění rituálů. Můžeme si uvědomovat, že implementace rituálu smrti a v tomto kontextu věnování více prostoru smrti, je v podmínkách nemocnic možné (Haškovcová, 2015, s. 155-157). Adam, Pospíšilová, Vorlíček a kol. (2004, s. 439–440) k možnému propojení domácího a institucionálního modelu péče uvádějí fakt, že: *„Jako perspektivní se jeví každý systém, který kombinuje pozitiva domácího a institucionalizovaného modelu a respektuje moderní způsob života i letitou tabuizaci všeho, co souvisí s lidskou konečností. Bud' tedy zůstane umírající v nemocnici a k participaci na péči bude přizvána rodina, nebo se nemocný vrátí domů, ale rodině pomohou profesionálové.“*

Další, v paliativní péči diskutovanou oblastí etických dilemat, je problematika euthanasie, z latiny překládána jako dobrá smrt. V současné terminologii je euthanasií myšleno usmrcení člověka ne jím samotným, ale jiným člověkem na jeho několikrát zopakovanou žádost (aktivní

euthanasie) (Adam, Pospíšilová, Vorlíček a kol., 2004, s. 390). Munzarová (2000, s. 50) definuje euthanasii jako úmyslné rychlé a bezbolestné ukončení života člověka, který je v zajetí nevléčitelné nemoci se špatnou prognózou, kdy je toto usmrcení motivováno soucitem. Pro zdůraznění etických aspektů euthanasie volíme formy euthanasie: aktivní euthanasie, asistovaná sebevražda a odstoupení od léčby (pasivní euthanasie). Tyto budou níže představeny v kontextu etiky paliativní péče (Kabelka, Sláma, Vorlíček a kol, 2011 s. 320-322).

Aktivní euthanasii je myšleno úmyslné usmrcení člověka na jeho žádost, kterou vyjádří jasně a opakovaně, a toto usmrcení provede někdo jiný, než sám pacient. Tato nejčastější forma euthanasie je zakázaná a trestně postihovaná téměř ve všech státech Evropy, mezi které je zařazena také Česká republika. Například v Belgii a Nizozemsku je aktivní euthanasie povolena zákonem, nicméně je podmíněna skutečně jasným přáním pacienta, kdy toto přání vyjadřuje bez nátlaku, a tento člověk je v rozhodnutí kompetentní, tedy je toto rozhodnutí plně vědomým aktem. V tomto případě je smrt přivozena vždy lékařem a morální rozměr tohoto činu je dán přáním zemřít a smrtí, která nepřišla samovolně. **Asistované suicidium**, česky asistovaná sebevražda, jak již pojem napovídá, je úmyslné usmrcení sebe samotného za asistence, pomoci, druhého člověka. Kritéria asistované sebevraždy jsou totožná jako u aktivní euthanasie s rozdílem v technickém provedení, kdy lékař dopomůže člověku radou a prostředky k tomu, aby se pacient sám usmrtil. Ani v tomto případě však není lékař zbaven morální odpovědnosti za tento čin. **Odstoupením od neúčinné léčby, či od léčby, která je neužitečná**, je myšleno, že se upustí od tak zvané udržovací léčby a od postupů, které pacientovi nic nepřináší a pouze ho psychicky a fyzicky zatěžují. Setkáváme se s tvrzením, které tento způsob euthanasie označuje za přirozenou smrt. Tento přístup je jako jediný přípustný v legislativě České republiky. Je vnímaný nejen jako legislativně, ale i morálně přípustný. Výsledek takového rozhodnutí je stejný jako u přechozích forem euthanasie, kdy dochází k úmrtí pacienta, ale přesto je ospravedlnitelným a přirozeným způsobem ukončení života umírajícího, který respektuje to, jak se nemoc sama přirozeně vyvíjí, a která jednoznačně směřuje ke smrti člověka. V tomto případě nejde o *dystanasii*, a nejedná se ani o aktivní navození smrti (Kabelka, Sláma, Vorlíček a kol, 2011 s. 322).

Zadržení smrti, které je označováno za *dystanasii*, a které je vyjádřeno tak, že umírající by byl přirozeně již po smrti, nebýt přemrštěných snah odborníků o zvrácení této skutečnosti,

je v současnosti hlavním preferovaným, medicínským pohledem na smrt. Jde o to, že lékaři se snaží udržet život za každou cenu, navzdory ničivým dopadům především na psychiku umírajícího (Kabelka, Sláma, Vorlíček a kol, 2011 s. 433).

Ve společnosti časté ambivalentní postoje k euthanasii a úvahy o ní vyplývají především ze strachu z dystanasie. Euthanasie definovaná jako milosrdná smrt je považovaná za snadné řešení takového stavu, a mnozí se tak úsilí o založení euthanasie v právním pořádku České republiky. Upozorňujeme zde na fakt, že leč se tato forma ukončení života nevyléčitelně nemocného člověka jeví jako humánní, je zde skutečné riziko zneužití takového řešení situace. Euthanasii nemůžeme hodnotit jako smrt, která je důstojná člověka. Správnou cestou je podpora a pomoc umírajícímu ke skutečně dobré smrti, nikoliv asistence k smrti samotné a pomoc k zabití. Skutečně smysluplná a důstojná cesta v umírání a smrti vede přes kvalitní a profesionální činnosti paliativní péče (Kabelka, Sláma, Vorlíček a kol, 2011, s. 424). Znovu zdůrazňujeme, jak intenduje Sláma, Špínka a Vorlíček (2004, s. 322), že: *„Paliativní péče bere vážně nevyléčitelný charakter onemocnění. ... Paliativní péče smrt neurychluje, ale za každou cenu neoddaluje.“*

2 Hospicová péče

Jak jsme uváděli v první kapitole této práce, lékařství po druhé polovině 20. století přineslo objevené změny a možnosti péče o nemocné. Díky novým technologiím na poli lékařství dochází současná péče o nemocné k úspěchům na poli diagnostiky i léčby samotné tím způsobem, že životy jsou zachraňovány, a to i v těch případech, kdy by to v minulosti nebylo vůbec možné. Úskalí spásnosného lékařství se projevuje ve snaze uzdravovat nemocné často také proto, neboť jeho nevyлéčení by bylo známkou neúspěchu a selhání lékaře či celého pečujícího týmu. Nevyлéčitelně nemocní ale umřít „musí“. V čase se tak stali tito lidé ostrakizovanými a odsouvanými pro nemožnost vyléčení. Nejenom fyzické, ale především také psychické a spirituální strádání těchto nemocných je výzvou pro paliativní i hospicovou péči.

Hospicové hnutí můžeme považovat za reakci na nekončící, často až marné snahy kurativní medicíny, na rozdíl od kterého se hospicové hnutí orientuje zcela jinak, a to na přijetí faktu blížící se smrti a v tomto kontextu na zkvalitňování poslední fáze života člověka. Hospicová péče má synonymum v péči paliativní a stejně tak synonymicky se snaží člověka respektovat v jeho jedinečnosti a celistvosti a považovat za stejně důležité a hodné zájmu všechny dimenze jeho života (Kabelka, Sláma, Vorlíček a kol, 2011, s. 24).

Jednou z nejvýznamnějších osobností sociální práce je Elisabeth Kübler-Rossová (1992), která definuje hospicovou péči jako staromódní zvyk, což možná vyznívá poněkud pejorativně, ale je tímto myšleno, že hospicovou péčí se pohlíží důstojně na nevyhnutelný konec života, kdy je pomáháno umírajícímu a současně i jeho rodině, jež je nucena se vyrovnat se ztrátou své blízké osoby. Znakem hospicové péče podle Kübler-Rossové (1992, s. 22) je fakt, že člověku je umožněno zemřít ve známém prostředí a za přítomnosti svých blízkých, a nemusí se tak přizpůsobovat novému prostředí, protože rodina je přítomna na každém místě, kde člověk umírá, pokud je tento člověk pod hlavičkou hospicové péče. Hospicová péče není jednou institucí nebo místem. Je definována jako celostní, tedy holistický koncept podpory umírajícímu člověku nacházejícímu se v terminálním stádiu svého onemocnění a jeho rodiny, kdy se jedná o možnost umírat a zemřít v bezpečí a klidu, pokoji. Těžištěm hospicové péče je paliativní medicína spolu s doprovázením ke smrti, a to jak psychosociálním, tak spirituálním. Doprovázení nejenom umírajícího, ale i jeho rodiny po té, co umírající zemře (Student, 2006, s. 15).

Cílovou skupinou hospicové péče jsou, jako u paliativní péče, především lidé s onkologickým onemocněním, ale také s jiným závažným onemocněním v preterminálním a terminálním stádiu. Hospicová péče se nesnaží vyléčit nevyléčitelnou nemoc, ale její snahy se napínají ke zkvalitnění poslední fáze života člověka tak, aby netrpěl nesnesitelnou bolestí, a zároveň nebyl ani omezován ve svých aktivitách, které mu dělají radost. Toto je zastřešeno vysoce kvalitním a kvalifikovaným personálem s řad lékařů, zdravotních sester, ošetřovatelů, sociálních pracovníků, psychologů, ale také duchovních) (Student, 2006, s. 25).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky definuje hospicovou péči jako: „...komplexní multidisciplinární paliativní péči, kterou tvoří souhrn odborných lékařských, ošetřovatelských a rehabilitačních činností, poskytovaných preterminálně a terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány všechny možnosti klasické léčby, u kterých ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny potíže vyplývající se základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující biologické, psychologické a sociální potřeby nemocného“ (Misconiová, 2005, s. 28). Je důležité vyjasnit rozdíl mezi péčí poskytovanou v lůžkových nemocničních zařízeních, a hospicovou péčí. Leč v nemocničních zařízeních figuruje také paliativní péče, která je se svojí snahou zmírňovat bolest a utrpení pacienta a uspokojovat všechny oblasti jeho potřeb, v hospicových zařízeních je krom této péče kladen důraz na vkládání úsilí do co největší kvality života, i když je toto období jeho poslední etapou. Stejně jako paliativní péče, hospicová péče se orientuje jak na fyzickou, tak psychickou, sociální i spirituální oblast života člověka (Svatošová, 2005, s. 8). Hospicová péče je tedy v intenci péče paliativní, úlevné. Paliativní péče je tak neoddělitelnou součástí péče hospicové, protože v hospicových zařízeních pobývají lidé nevyléčitelně nemocní, u kterých klasická kurativní léčba selhává, nebo nemá očekávaný přínos (Haškovcová, 2000, s. 34).

2.1 Vývoj hospicové péče v České republice

Dříve, než se zaměříme na historii hospicového hnutí v České republice, zmíníme, že kolébkou hospicové péče je Velká Británie. Do 18. století se datují domy pro umírající, které byly v té době zřizované v Irsku a v Londýně křesťanskými řády. Za zakladatelku moderního hospicového hnutí je považována Cecilly Saundersová, která v roce 1967 otevřela

v Londýně první britský hospic, který se jmenoval St. Christophers. Saundersonové přínos pro hospicové hnutí tak, jak je vnímáno dnes, byl především v celostním pohledu na člověka integrující komplexní medicínu, kvalifikovanou péči o umírající a sociální práci. Neopomenula ani dobrovolníky, jež byli od založení prvního hospice samozřejmými pečovateli v celém konceptu hospicové péče. Hospicové hnutí a jeho filosofie doprovázení garantovala nemožnost opuštění umírajícímu, pouze, kdyby si to sám přál a zároveň garantem tišení bolesti a dalších ztěžujících obtíží pro umírajícího (Student, 2006, s. 145).

Díváme-li se na vývoj hospicové péče v České republice, nemáme možnost dívat se příliš daleko do minulosti. Historie hospicové péče je v České republice relativně krátká. Jak již bylo uvedeno v kapitole č. 1 *Paliativní péče*, tak současně hospicová péče poněkud zaostává za tímto typem péče ve vyspělých zemích. Důvodem zpoždění rozvoje hospicové péče mohla být několik desítek let trvající komunistická vláda trvající do roku 1989. Počátky rozvoje hospicové péče datujeme právě do devadesátých let minulého století, kdy prvním pokusem o zřízení lůžkového oddělení paliativní péče bylo v roce 1992 při nemocnici v Babicích nad Svitavou. Přelomovým okamžikem v rozvoji a zpřístupnění samostatné hospicové péče se stalo otevření prvního samostatného lůžkového hospice svatě Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995. O založení tohoto hospice se zasloužila průkopnice hospicového hnutí v České republice MUDr. Marie Svatošová (Sláma, Špinka, Vorlíček, 2004, s. 13). MUDr. Marie Svatošová založila také občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicové péče *Ecce homo*. Po otevření hospice svatě Anežky České následovalo otevření hospice Štrasburk v Praze, který najdeme v lokalitě Starých Bohnic, dále Hospic svatého Lazara v Plzni, svatě Alžběty v Rajhradu u Brna a mnoho dalších (Beščecová, 2006, s. 2). V současné době je počet hospiců lůžkových, stacionárních i domácích na území České republiky stanoven na 25 takovýchto hospicových zařízení (*Asociace hospiců*, 2018). Znovu zmiňujeme, že v roce 2005 byla založena Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, díky níž se daří prosazovat legislativní základy pro lůžkovou i mobilní hospicovou péči.

2.2 Formy hospicové péče

Dříve, než přistoupíme k samotnému dělení hospicové péče a jeho formám, zaměříme se na program hospicové péče. Ulrichová (2009, s. 100) uvádí, že se velmi liší režim hospice od režimu v nemocnici, i přes to, že v hospici jsou také denní lékařské i sesterské vizity. Rozdíly jsou ale značné. Pokud budeme mluvit o člověku v hospici, nebudeme ho nazývat pacientem, ale klientem. Klienti ráno nejsou buzení sestrou, je jen na nich, kdy se vzbudí, spát mohou, jak dlouho potřebují. Osobní hygiena je prováděna v dobu, ve kterou byl na ni klient zvyklý z prostředí svého domova. Režim stravování v hospici je volný a je individualizovaný dle potřeb klienta. Klienti hospice se myjí, kdy chtějí, a v rámci možností také jedí, kdy mají potřebu (Svatošová, 2011, s. 122). Klienti hospice nejsou oblékáni od tak zvaných nemocničních „andělů“, ale výběr oblečení je na nich, nosívají to, na co byli zvyklí nosit doma (Ulrichová, 2009, s. 15). Jak můžeme vidět, klientův režim je určován především jím samotným, jde o to, aby klient hospice v co nejvyšší možné míře zažíval pocit vlastní autonomie a rozhodování za sebe sama. Svatošová (2011, s. 123) dále uvádí, že klient, pokud není pro svůj zdravotní stav plně uvázan na lůžko, smí se pohybovat v objektu samotného hospice, tak mimo něj, samozřejmě s vědomím personálu. Sláma, Špinka a Vorlíček (2004, s. 63) uvádí, že velká část klientů hospice není mobilní, což ale není důvodem, aby takto omezení klienti nemohli vyjždět na terasu nebo do zahrady hospice. Svatošová (2011, s. 125) dodává k režimu hospice také ten fakt, že klienti často využívají svůj pokoj pouze pro přespání, nebo pokud chtějí být sami. Zde se ukazuje to, jak silně jsou schopnější klienti aktivizováni v četných aktivitách hospice, a jak často tráví čas se svými rodinnými příslušníky a blízkými. Sláma, Špinka a Vorlíček (2004, s. 65) dodávají, že jediným omezením, které klient hospice zažívá, je jeho zdravotní stav. Ukazuje tak, že režim hospice není překážkou jeho jinak aktivního života.

Svatošová (2011, s. 28) uvádí, že v hospicích je kladen důraz na to, jak kvalitní je a může ještě být, život nemocných. Hospic se snaží, aby působil spíše jako domov, než jako nemocniční zařízení, což je často intendováno i ve vnitřním vybavení hospice. K vybavení hospice patří také polohovací lůžka a zvedáky, pojízdné vany pro osobní hygienu, a podobně. Samozřejmostí je bezbariérovost hospice, především velké místnosti jako je společenská místnost, kaple a zahrada. Hospic je specifický svými četnými prostory pro možnost setkávání se s návštěvami

nemocných a dobrovolníků, kde se mohou společně neomezeně scházet, to znamená, že se mohou scházet i ve večerních nebo nočních hodinách, zkrátka tehdy, vyžaduje-li to klient, jeho blízcí nebo situace, například situace samotného doprovázení při umírání. Z výše popsaného můžeme lehce vytušit, že klienti hospiců nejsou do ničeho nuceni, není jim ani nic zásadního zakazováno. Stejně tak je v každou denní i noční hodinu přítomen takový odborný pracovník, který klienta může na jeho žádost, při jeho potřebě, vyslechnout (Svatošová, 2011, s. 119). Haškovcová (2000, s. 115) společně s Ulrichovou (2009, s. 38) zdůrazňují také velký význam možnosti ubytování jednoho člena rodiny v hospici, aby byl tak bezprostředně blízko klientovi. To, že je blízky, kterého si klient sám vybere, bezprostředně přítomen, má pro něj, ale právě i pro tohoto blízkého, zásadní pozitivní psychologický význam.

Věnovali jsme zde prostor pro to, aby si čtenář udělal obrázek o tom, jak funguje režim v lůžkovém hospici, v lůžkové hospicové péči, které je místem přebývání umírajícího člověka. Nyní přistoupíme k dělení hospicové péče na lůžkovou, stacionární a domácí hospicovou péči. Tyto formy hospicové péče budou definovány.

2.2.1 Lůžková hospicová péče

Lůžková hospicová péče je určena cílové skupině osob, které choroba ohrožuje na životě, ale kteří nepotřebují akutní ošetření personálem nemocnice. Lůžková hospicová péče je vhodná pro ty klienty, kteří z různých důvodů nemohou zůstat v domácím prostředí a je pro ně nejpodstatnější paliativní a symptomatická léčba (Adam, Vorlíček a kol., 2004, s. 512). Nejčastější žádosti o lůžko v hospici, jak je uvádí rodina umírajícího člověka v kontextu následujících důvodů, jsou dle Svatošové (2011, s. 123 – 131):

- 90 % blízkých rodinných příslušníků potenciálního klienta o lůžko v hospici tvrdí, že je pro ně ošetřování nemocného příliš náročné, blízcí v tomto kontextu slábnou pro svoji nízkou odbornost, nestačí jim také fyzické a psychické síly, aby o nemocného pečovali;
- 60 % těchto blízkých uvádí, že je nutné, aby byl jejich nemocný kontrolován, a aby byla mírněna jeho bolest a jiné symptomy odbornými prostředky;

- 30 % těchto blízkých zkrátka chybí, nemocný takové členy rodiny nemá, nebo se tito péči o nemocného zcela vyčerpali. Z různých důvodů tedy rodina nemůže či nezvládá o svého nemocného pečovat sama.

Pečující roli v lůžkové hospicové péči zastává tedy multidisciplinární tým, jenž se snaží motivovat blízké, aby se při péči také aktivně podíleli, není na ně ale vyvíjen žádný nátlak, jejich role pečovatелů je čistě dobrovolná. Rodinným příslušníkům a dalším blízkým osobám je věnována velká pozornost. Jsou motivováni k tomu, aby se do hospicové péče sami zapojili, a to co jim síly dovolí. Z medicínského i ošetrovatelského hlediska je péče o nemocného náročná, proto zde je lůžková hospicová péče, která nabízí prostor pro řešení situací, které by v domácím prostředí nebylo možné, nebo pouze těžce, řešit. V rámci lůžkového hospice je snazší koordinovat multidisciplinární tým, kterému se budeme věnovat v následující podkapitole. Co můžeme považovat za negativum lůžkové paliativní péče, je to, že přes výše popsany neinvazivní režim této formy hospicové péče, je přeci jen člověk vytržen ze svého domácího prostředí, proto je zde náročnější věnovat se psychickým, sociálním i duchovním potřebám klienta, které v prostředí domova zkrátka nevnímá. Ačkoliv se to může jevit, lůžková hospicová péče není a priori zamýšlena jako konečná „štace“ před samotným aktem smrti. Je na klientovi, zda zde bude pobývat opakovaně, krátkodobě, nebo delší dobu. Je jen na něm, a na jeho blízkých, zda zde zemře či nikoliv (Haškovcová, 2000, s. 40–42).

2.2.2 Stacionární hospicová péče

Ulrichová (2009, s. 143) uvádí, že: *„Stacionární hospicová péče znamená, že pacient je do hospice přijat ráno a odpoledne se vrací domů. Doprava je zajišťována rodinou nebo hospicem.“* Tak zvané denní stacionáře zajišťují tedy denní pobyty pro nemocné. Jsou ambulantní formou hospicové péče. Je vhodná pro tu skupinu klientů, kteří se nemohou přes den zdržovat v domácím prostředí, například pro to, že jeho pečující osoby chodí přes den do zaměstnání a nemohou se o něj tak postarat, nejsou schopni zajišťovat 24 hodinovou pečující účast. Stacionář pro rodinu zajišťuje také odlehčovací funkci.

Stacionární hospicová péče je určena pro ty pacienty, kteří nevyjadřují potřebu péče na lůžku, a zároveň také třeba nemohou nebo nechtějí využívat lůžkovou hospicovou péči.

Stacionární hospicová péče plní socializační úlohu, protože nemocný člověk, tak jako v ostatních formách hospicové péče, není sám, ale ve skupině dalších lidí, kteří také využívají pomoci a podpory služeb denního stacionáře (Marková, 2010, s. 23–24).

2.2.3 Domácí hospicová péče

Domácí hospicové péči bude věnováno více prostoru v této práci, abychom ukázali velevýznamnou roli rodiny při péči o nemocného, tato role je nezastupitelná. Tato forma hospicové péče je nazývána také jako mobilní hospicová péče, mobilní hospic. Je poskytována v terénu, v domácím prostředí klientů. Snaží se o vyzdvihnutí důležitosti neformálních pečovateli, jejichž péče je doplněna potřebnou odbornou péčí poskytovanou vyškoleným zdravotnickým personálem (Marková, 2009, s. 10 – 12).

Domácí hospicovou péči poskytuje tým odborníků, jenž jsou pro tento typ hospicové péče speciálně vzděláni. Jako výše pospané formy hospicové péče, zahrnuje domácí hospicová péče odbornou a nezbytnou zdravotnickou, sociální, psychologickou i spirituální péči v prostředí domova nemocného, o kterého je pečováno v okruhu jemu nejbližších osob, především rodinnými příslušníky a stále častěji také blízkými přáteli tohoto člověka. Za hlavní cíl domácí hospicové péče je tedy považována celostní péče umírajícímu a jeho rodině (Svatošová, 2011, 105).

Multidisciplinární tým domácí hospicové péče se stává z lékaře, všeobecné registrované zdravotní sestry, sociální pracovnící, psychologem, fyzioterapeutem, pastoračními pracovníky (duchovními) a dle potřeby umírajícího i dalšími odborníky. Zahrnut do tohoto týmu je také koordinátor dobrovolníků, což dokládá možné a nutné zapojení dobrovolníků (Kalvach a kol., 2004, s. 35). Ideální volbou pro ty nemocné, kteří si přejí zemřít v domácím prostředí, je právě domácí hospicová péče. I tato péče poskytovaná multidisciplinárním hospicovým týmem, má své hranice. Upozorňujeme na to, že rodina umírajícího se může vyčerpat celodenní péčí o něj. Další překážkou může být fakt, že je stále velký počet rodin, které neví nebo nechtějí vědět o terminálním stádiu svého nemocného, bohužel, často ani tento se svým stavem není, nebo nechce být, seznámen (Svatošová, 2011, s. 149).

Jak jsme již uvedli, domácí hospicová péče je nazývána jako mobilní hospic. Jeho cílem je umožnit klientovi pobyt tam, kde je doma, v domácím prostředí. Je velmi náročná na koordinaci typů pomoci oproti lůžkové hospicové péči. Avšak je zcela zřejmé a z výzkumů vyplývající, že klient není vyloučen z rodinného prostředí, které vede k jeho zklidnění, dokonce ke zlepšení jeho zdravotního a psychického stavu a přijetí jeho terminality (smrtnosti) (Blinková a Lenochová, 2008, s. 47). Samostatný pracovník by nemohl tohoto cíle dosáhnout, proto zde plní tento cíl multidisciplinární tým, kterému se budeme věnovat hlouběji v následující kapitole.

2.3 Multidisciplinární tým domácí hospicové péče

Multidisciplinární hospicový tým je tím pečujícím subjektem, který je činný v domácí hospicové péči, jak jsme uvedli výše. Marková (2009, s. 10) definuje, že jeho cílem je: „... aby pacient mohl zůstat v domácím prostředí a dostal v něm co nejkvalitnější specializovanou paliativní péči, a aby byla naplněna jeho relevantní přání a očekávání v oblasti péče sociální, psychologické a duchovní.“ Všichni členové tohoto týmu musí splňovat odbornou kvalifikaci, mít příslušné odborné znalosti a dovednosti, a také musí splňovat osobnostní předpoklady, které ho činí při péči o umírajícího vysoce kompetentním. Jsou kladeny vysoké nároky na personál hospicového týmu a jsou také velmi specifickými, neboť členové týmu vcházejí do nejintimnějšího prostoru nemocného člověka a jeho rodiny. Rychlé rozhodování, zodpovědné zhodnocení nastalé situace a kompetentní zásah do ní, je samozřejmostí každého člena týmu.

Nejenom nárok na profesionální zralost, ale také na osobnostní zralost, je na členy týmu kladen, což se projevuje například v situaci, kdy členové týmu jsou nositeli smutku a bolesti jak umírajícího, tak jeho blízkých a rodiny, a v důsledku častých kontaktů s rodinou a s celou rodinou situací při umírání člověka, nelze nepociťovat smutek, i když je člověk profesionálem. Ačkoliv je rodina z velké části za péči o svého umírajícího zodpovědná, neustálá kontrola nad zdravotním a psychickým stavem nemocného je na zdravotníkovi. Samozřejmostí je pro členy týmu pravidelná supervize (Marková, 2010, s. 10 – 20). Sociálnímu pracovníkovi a jeho specifickým kompetencím pro výkon jeho činnosti v paliativní péči, se budeme věnovat v následující kapitole této práce.

Kalvach a kol. (2004, s. 69) uvádí, že v multidisciplinárním týmu nenajdeme přesné ohraničení jednotlivých činností jeho členů a přesné vymezení jejich činnosti v rámci týmu. I tento fakt klade na jednotlivé členy vysoké nároky. Například všeobecná sestra, jejíž těžiště práce je především v ošetrovatelství, může reagovat na psychosociální potřeby nemocného. Tak i sociální pracovník, do jehož agendy patří především saturace sociálních potřeb umírajícího, může být tím, kdo s ním řeší zároveň emocionální potřeby. Rigidní držení hranic, jak jsme na něj zvyklí v rámci institucionální péče, zde příliš neexistuje z toho důvodu, že členové týmu jsou zvyklí reagovat na stále se měnící, aktuální a stále aktualizované potřeby nemocného, jeho rodiny a blízkých. Samozřejmě je nutností nastavit multidisciplinárnímu týmu určité hranice, a to pro bezpečnost klienta a jeho blízkých. Není však potřeba stanovovat hierarchickou strukturu členů týmu, neboť je spojuje silná jednotná filosofie, v níž nejsilněji zaznívá orientace na zájem a potřebu klienta, a tím uvolňuje prostor pro aktuální a rychlou péči od členů týmu. Výhodou multidisciplinárního týmu je také to, že může reagovat jako jeden organismus, a zároveň svými členy navázat profesionální vztahy důvěry s jednotlivými aktéry jedinečné situace klienta. Za členy multidisciplinárního týmu jsou dle Markové (2010, s. 96) považováni: lékař se specializací v paliativní medicíně, všeobecné zdravotní sestry, zdravotničtí asistenti, sociální pracovník, rehabilitační pracovník, psycholog, fyzioterapeut, nutriční specialista, duchovní a dobrovolníci.

Každý z nemocných má svůj multidisciplinární tým, kde hlavní zodpovědnost za jeho péči provádí lékař, který je specialistou v oboru paliativní medicíny. Každý další pečovatel provádí své činnosti s vědomím lékaře. Zdravotní sestra poskytuje odbornou ošetrovatelskou a psychickou pomoc pro umírajícího i jeho blízké, spolu s klientem a jeho rodinou vytváří individuální rozvrh péče spolu s rozvrhem aktivit, které poté plní profesionálové i laici týmu. Monitoruje a hodnotí charakter bolesti umírajícího a je odpovědná za implikaci analgetik podle pokynů lékaře. Sestra také zajišťuje dietní a pitný režim, zabezpečuje pomůcky pro inkontinenci a polohování nemocného, sleduje změny na těle, provádí masáže a ošetřuje kůži. Její péče je tak intenzivní, jak si jí žádá stav klienta (Misconiová, 2005, s. 86–87). Je důležité vyzdvihnout také roli dobrovolníků, kteří působí v hospicové péči jako psychická a fyzická opora klienta a jeho rodiny. Dobrovolníci nedostávají žádné peníze za své aktivity pro klienta a jeho rodinu, nejčastěji jsou z řad studentů, ale i seniorů (Misconiová, 2005, s. 88 – 89).

3 Sociální práce v paliativní a hospicové péči

Předchozí podkapitola se zaměřila na definování a úlohu multidisciplinárního týmu při hospicové péči. Jeho členem je také sociální pracovník, který je nenahraditelným členem paliativní a hospicové péče. V této kapitole se budeme věnovat významu sociální práce v paliativní a hospicové péči a sociálnímu pracovníku, který aplikuje činnosti sociální práce směrem k umírajícímu a jeho rodině a s nimi komunikuje, zaměříme se i na jeho postavení, roli v kontextu péče o umírající a pozornost věnujeme také činnostem, které přímo poskytuje v rámci své odbornosti. Budeme definovat tyto činnosti směrem ke klientovi, jeho rodině a zaměříme se také na jeho roli při sociální práci s pozůstalými. Poslední podkapitola je věnována syndromu vyhoření, který často ohrožuje profesionály v pomáhajících profesích, a kterému je věnována výzkumná část této práce.

3.1 Sociální práce a její význam v paliativní a hospicové péči

Definice sociální práce podle Matouška (2013, s. 200 – 201) hovoří o sociální práci jako o společenskovední disciplíně a zároveň oblasti praktické činnosti, jejíž cíle jsou v odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení problémů označených jako sociální. Tato odborná disciplína vychází z filosofie společenské solidarity a o naplnění nadindividualizovaného potenciálu každého člověka. Sociální pracovník je ten, který pomáhá a podporuje jednotlivce, rodiny, skupiny a komunity tak, aby se mohli navrátit do svého společenského uplatnění. Hlavním výchozím nástrojem kvalitní sociální práce je dle Kopřivy (2000, s. 14 – 15) osobnost sociálního pracovníka, který přijímá klienta se vším, s čím k němu přistupuje a vytváří s ním dialogický a profesionální vztah bezpečí a důvěry.

Sociální práce u lidí nevyлéčitelně nemocných, stejně tak i u jiných cílových skupin sociální práce, jsou prováděny především pod hlavičkou sociální služby. Dle *zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 2: „Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“* Tato zákonná definice znovu ukazuje, jak důležitá jsou lidská práva, jako je například již zmiňované právo na život, pro činnosti sociální práce.

Definice sociální práce je také a hlavně: „... *profesionální aktivita zaměřená na pomáhání jednotlivcům, skupinám a komunitám zlepšit nebo obnovit schopnost sociálního fungování a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl*“ (Adam, Vorlíček a kol., 2004, s. 485). Důležitý pojem je sociální fungování, které chápeme jako harmonii mezi sociální rolí člověka a očekáváním jeho sociálního prostředí. Sociální pracovník se snaží nastolit tuto rovnováhu mezi tím, co od klienta požaduje prostředí a jeho schopností tyto požadavky zvládat. Při poruše nerovnováhy sociální pracovník zjišťuje a odhaluje její příčinu a snaží se podpořit klienta takovým způsobem, aby uskutečnil změnu, která ho znovu vyváží ve vztahu k jeho prostředí. V kontextu sociálního fungování dále Adam, Vorlíček a kol. (2004, s. 488) uvádějí, pokud je člověk zasažen vážným onemocněním a očekává se, že zemře, tento fakt znesnadňuje, aby mohl plnit svoji stávající roli, nemoc ho velmi omezuje ve všech aktivitách a omezuje zásadně délku jeho života. Zasahuje nejen do jeho vnitřního prostředí, současně ale také do prostředí jeho rodiny, do vztahových vazeb a také do vztahů se širšími horizontálními a vertikálními vztahy mimo prostředí rodiny. Sociální práce v hospici představuje zaměření na sociální fungování klienta v jeho prostředí a na implementování přístupů z příbuzných disciplín (například psychoterapie) pro účely zlepšení jeho sociálního fungování, nebo udržení stávajícího. Sociální práce v paliativní a hospicové péči se dívá celostním pohledem na umírajícího v neoddelitelném spojení k jeho rodině.

Matoušek (2004, s. 184) uvádí, že u vzniku českého hospicového hnutí stáli především zdravotníci nespokojení s péčí o umírající. Účast sociálního pracovníka v 90. letech minulého století téměř nebyla. I dnes velmi často jeho činnosti nahrazují zdravotní sestry. Jakákoliv zahraniční, především britská odborná literatura věnující se paliativní a hospicové péči, nikdy neopomíjí roli sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu, je vnímán jako jeho důležitý členek (Student, 2006, s. 188). Tím, jak do domácí hospicové péče v České republice vchází a stává se jeho přirozenou součástí, multidisciplinární tým, se postavení sociální práce v kontextu paliativní péče, pozitivně, avšak stále pomalu, mění.

Student (2004, s. 130) přímo odkazuje k sociální práci v paliativní péči, kdy hovoří o sociálně emoční podpoře, kterou sociální práce musí zastávat: „*Hospicovou sociální práci charakterizuje vedle prosvětlení a určení života především vypořádání se s životem, neboť je zpochybněna sama existence umírajícího člověka a ten musí tuto etapu osobního života*

prožít a protrpět. To se může dít různým způsobem, zůstává zde však otázka kvality života, která je ovlivněna vnějšími podmínkami, sociálními vztahy a spirituální nabídkou. Načrtáváme zde jakožto strukturu etické stránky čtyři formy základního stavu, které rovněž poskytují pokyny pro doprovázení v poslední etapě života: základní důvěra, základní smysl, základní rozum a základní svoboda.“

3.2 Sociální pracovník v paliativní a hospicové péči

Adam, Vorlíček a kol. (2004, s. 492) uvádí, že nemoc vyděluje člověka z aktivit a vztahů, dokonce i výkonů, které jsou společností uznávané jako přirozené (práce, budování rodinného života, a podobně). Člověk, který onemocní, mění svoji roli, kdy žádá o pomoc a je na ni v poslední fázi svého života plně závislý, jeho role je podřízená. To, co je důsledkem takové proměny je častá sociální izolace nemocných, které se snaží hospicová péče předejít. Sociální pracovník v kontextu pomoci uskutečnit takové změny klientovi, aby byla nastolena rovnováha, si musí být vědom, že onemocnění klienta změnit nelze. Sociální pracovník v první řadě musí přijmout jeho nemoc a následně pomoci klientovi a jeho rodině k tomu samému a vzbudit v něm pravdivé smířené myšlenky o tom, že nemoc je součástí jeho života. Pokud nemocný k tomuto dojde, měl by mu sociální pracovník pomoci k tomu, aby se orientoval na plné a co nejkvalitnější prožívání jeho zbývajících času. Sociální pracovník se snaží ve spolupráci s klientem najít činnosti, které jsou při jeho stavu možné, a činnosti, které mu může nabídnout společnost (Adam, Vorlíček a kol., 2004, s. 495).

Student (2006, s. 201) uvádí, že sociální pracovník v hospici je poradcem, který je orientován na možnosti sociálního fungování klienta v prostředí jeho rodiny a blízkých, a pomáhá mu překonávat, především také psychicky, tuto zásadní konečnou etapu života. Přesto neexistuje žádné pevné vymezení role sociálního pracovníka v paliativní péči. Je na jednotlivých hospicích, jaké kompetence bude sociální pracovník mít, do jaké míry bude administrativním článkem multidisciplinárního týmu, a do jaké míry jej nechají v živé spolupráci s ostatními členy v hlavní činnosti při paliativní péči, tedy v doprovázení umírajících.

Činnosti sociálního pracovníka v hospici vyžadují znalost legislativy a občansko – právní dovednosti. Pro většinu klientů hospice jsou však nejdůležitější výborné komunikační schopnosti,

kteřé jsou odbornou vřbavou sociálního pracovníka. Silnou posilující složkou pro klienta je totiž vyslechnutí a dialog s klientem o tom, co ho trápí, o bolestech a pocitech, které zažívá v této nelehké situaci. Vyjádření zájmu o něj a o vše, co říká, je známkou jeho přijetí, jakkoliv nemocný je. Nemocný a umírající má velký cit pro rozpoznání skutečného nebo hraného zájmu. Schopnost empatie je tak nezbytnou součástí osobnostní vřbavy sociálního pracovníka (Kalvach a kol., 2004, s. 189). Mezi další osobnostní předpoklady sociálního pracovníka v prostředí hospice patří také schopnost rozpoznat, nakolik klient potřebuje praktickou pomoc a asistenci, a nakolik svými potřebami vyjadřuje touhu po rozhovoru, pochopení a naslouchání jeho nejnítěrnějších věcí. Není nutné vždy odpovídat, není nutné vše vyřešit, vše uzdravit, mnohdy je tou největší pomocí právě jen prožitok přítomnosti těžkého osudu umírajícího. Sociální pracovník by měl toto vědět, chápat, a aplikovat (Adam, Vorlíček a kol., 2004, s. 492). Sociální pracovníci jsou odborníky na spolupřáci, starají se o dobré vztahy mezi různými profesemi, které se angažují v paliativní péči. Jsou koordinátory specialistů, propojují jednotlivé nabídky pomoci nemocnému a aktivizují zdroje klienta ruku v ruce s poskytováním sociálně-právního poradenství (Student, 2006, 9 – 15).

Sociálně-právní poradenství je nutnou a samozřejmou činností sociálního pracovníka. Sociální pracovník může vykonávat sociální práci v případě, že je plně způsobilý k právním úkonům, bezúhonný, zdravotně a odborně způsobilý. Je nutné, aby měl minimálně vyšší odborné vzdělání pro výkon sociální práce. *Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 109* poskytuje sociální pracovník sociální poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost.

Pokud člověk potřebuje služby hospice, je sociální pracovník většinou první osobou, se kterou mluví on, nebo jeho rodina, první kontakt bývá se sociálním pracovníkem, který zprostředkuje základní informace o hospici a prezentuje jeho činnosti tak vnějšímu okolí. Je to on, který přijímá žadatele o služby hospice a tyto žádosti eviduje, zájemce přijímá do služby hospice, proto je prvním profesionálem, který poskytuje informace o nabízené péči a podpoře a o jejich možnostech. Pokud žadatel čeká a uvolní se pro něj volné místo, sociální pracovník ho o tomto informuje a domlouvá podmínky a podrobnosti jeho příchodu nebo poskytuje informace o jiných možnostech paliativní a hospicové péče v regionu (Student, 2006, s. 22).

Stejně jako zdravotní sestra multidisciplinárního týmu, sociální pracovník může být klíčovým pracovníkem klienta, což znamená, že spolupřacuje s klientem a jeho rodinou

na přípravě individuálního plánu sociální péče a pomoci s harmonogramem aktivit. Individuálně s klientem plánuje v oblastech, které vyjádří jako potřebu. Může se jednat o zajišťování náhradního finančního zdroje (například příspěvek na péči, příspěvek na zvláštní pomůcku, a podobně), může zajišťovat odborníky ve vyjádřených oblastech podpory (duchovní péče, muzikoterapie, arteterapie, canisterapie, a podobně), kteří zpříjemňují svými nabízenými činnostmi klientův čas. Sociální pracovník také nabírá dobrovolníky a zajišťuje jim školení. Ze sociálně-právního poradenství uvedeme také jeho roli v pomoci a podpoře rodiny ve chvíli, kdy je třeba zajišťovat pohřeb a náležitosti týkající se vypořádání majetku klienta (Misconiová, 2005, s. 86–88). Poradenství je poskytováno bezplatně, sociální pracovník je nestranný. Není také zbaven ohlašovací povinnosti, kdy má povinnost nahlásit přípravu nebo uskutečnění trestného činu (například usmrcení jiným člověkem) (Parkes, 2008, s. 55).

Psychosociální pomoc a podpora je činnost poskytována také samozřejmě, a to proto, že umírající klienti a jejich rodinu silně vyjadřují psychosociální potřeby, na které sociální pracovník reaguje. Parkes (2008, s. 60) uvádí osobnostní předpoklady sociálního pracovníka, kdy hovoří o nutnosti vedení empatického rozhovoru, úctě a pozitivním vztahu ke klientovi, o jeho upřímnosti v rozhovoru a konkrétnosti jeho slov. Sociální pracovník by měl vědět, jak rozvíjet klientovy dovednosti, měl by být výborným řečníkem, chápat klientovu, i neverbální, komunikaci, měl by umět aktivně naslouchat a parafrázovat jeho výroky a shrnovat obsah řečeného proto, aby mu takto vyjádřil pochopení v tom, co a jak říká. Klientovi říká jasné a srozumitelné informace, měl by vhodně zahajovat a ukončovat rozhovor, věnovat mu určitý omezený čas, který klient dopředu ví. Sociální pracovník by měl umět klienta motivovat a stimulovat ke spolupráci, měl by být odborníkem v paliativní péči a měl by si volit svůj vlastní styl podpory, který kopíruje jeho osobnost.

Boleloucký a Svoboda (1999, s. 100 – 106) definuje potřeby, které vyjadřují dlouhodobě a vážně nemocní, a ve kterých dokáže dobře fungovat sociální pracovník svými kompetencemi. Jedná se o potřebu stimulace a nových zkušeností, potřebu orientovat se ve své tíživé situaci a dobře ji znát a vědět, co se děje, a co přichází, potřebu citové jistoty a bezpečí místa i pečujících, potřebu seberealizace v co nejvyšší možné míře, potřebu otevřené budoucnosti a potřebu respektování důstojnosti nemocného, jakkoliv vážný je jeho stav. Dle Kübler-Rossově (1992, s. 12) prochází umírající jednotlivými fázemi, ve kterých se mění jeho potřeby a jeho

stav, kdy postupně přijímá bezprostřední blízkost své smrtelnosti, na které musí sociální pracovník umět reagovat (Kübler- Rossová, 1992, s. 10-12): „*1. fáze: popření, odmítnutí; 2. fáze: hněv, zloba; 3. fáze: vyjednávání, smlouvání; 4. fáze: deprese, smutek; 5. fáze: akceptace, přijetí.*“ Sociální pracovník významně ovlivňuje svým jednáním klienta i jeho rodinu a celkovou atmosféru spojenou se situací konce života klienta. Na klienta nenahlíží pouze z pohledu chování a vyjadřování klienta, ale z hlediska jeho rodiny, tedy prostředí a místa, kde žije. Je podstatné, aby vnímal umírajícího člověka celostně a neorientoval svou pozornost pouze na nemoc. Měl by zjistit, zda klient netrpí pocity viny, výčitkami, neodpuštěním, osamělostí, strachu nebo starostí o rodinu. Sociální pracovník často řeší vztahy v rodině, pokud si to situace žádá, a je to zakázkou. Vyřešení vztahových situací může ulevit od bolesti, kterou klient zažívá. Předpojatosti by se měl sociální pracovník zbavit tím, že klientovi poskytne plný prostor pro mluvení nebo vyjadřování ihned od začátku spolupráce. Tak bude také vytvořen vztah důvěry mezi ním a klientem. Je důležité, aby sociální pracovník pomohl klientovi najít pro něj přijatelné východisko z toho, co ho niterně tíží (Čípková, 2015, s. 10).

3.2.1 Sociální práce s rodinou a péče o pozůstalé

Student (2006, s. 58) spatřuje za podstatou sociální práce v hospici koncept všedního dne a přirozeného světa ve chvílích velkého oslabení a obtížných momentů u klienta a jeho blízkých, tedy ve stavu mimořádné zátěže nebo krize, která hrozí absolutním ztroskotáním, což dobře ukazuje pozici, kterou sociální pracovník v pečujícím týmu paliativní péče zastává. Mezi metody sociální práce, které dále rozepíše, v kontextu paliativní péče, patří sociální práce s jednotlivcem sociální práce s rodinou (podpora rodiny) a sociální práce s pozůstalými (podpora a pomoc pozůstalým). Abychom nepřekrývali v rámci bakalářské práce vybraná témata, zaměříme se v této podkapitole na sociální práci s rodinou a pozůstalými po klientovi, neboť v doposud napsaném jsme se věnovali, ať už přímo nebo nepřímo, sociální práci s jednotlivcem a čtenář byl s touto metodou sociální práce seznámen důrazně v této kapitole.

Péče o rodinu v rámci paliativní sociální práce je podstatná, a neměla by být zanedbávána z toho důvodu, že vyrovnáváním se s realitou nemoci, umírání a smrtí prochází nejenom klient sám, ale stejně tak jeho blízcí rodinní příslušníci i širší rodina.

Bydžovský (2015) uvádí, že sociální pracovník musí i při komunikaci s rodinnými příslušníky odhadnout, jak s nimi komunikovat, nikdy neztrácet empatii, a stejně tak jako u práce s klientem, musí projevovat upřímný zájem o situaci, která silně touto rodinou otřásá. Sociální pracovník by měl dobře zmapovat vztahové vzorce v rodině a zjistit, jak s jednotlivými členy komunikovat. Svůj postup volí tak, aby si otevřel cestu k rodině i po zemřetí klienta. Jak již bylo zmíněno v práci, pomáhá řešit praktické otázky v rámci sociálního poradenství, po smrti klienta, je-li osloven, může asistovat či sám zajišťovat pohřeb a otázky spojené s dědictvím, včetně finančního zajištění rodiny tím, že nabídne možné sociální dávky, o které je třeba žádat a pomůže je s rodinou vyřídit.

Péče o pozůstalé v rámci sociální práce v paliativní péči vychází z myšlenky, že nejde pouze o vyrovnávání se se životem, který byl smrtí blízké osoby zásadně proměněn, ale také o vyrovnání se se samotnou jeho smrtí, s tím, že bude chybět, na světě ho již nebude. Cílem poradenství pozůstalým se stává dosažení běžného samostatného fungování pozůstalého (Špatenková, 2013, s. 38). Matoušek (2004, s. 206) uvádí, že by sociální pracovník měl u pozůstalých hledat odpověď na tyto otázky: *„Byl někdo na zemřelém zvlášť silně citově závislý? Byl někdo na zemřelém existenčně závislý? Ztratil někdo úmrtím pacienta domov? Je někdo nápadně bezradný a nerozhodný? Cítí se někdo provinile ve vztahu k zemřelému? Byl někdo z blízkých na smrt nepřipraven? Byl v rodině vážný nesoulad? Očekává někoho v brzké době další stres? Je někdo neschopen se o sebe postarat (invalidita)? Byla pro někoho péče mimořádně stresující? Mluvil někdo z pozůstalých o ztrátě smyslu života? Mluvil někdo z pozůstalých o sebevraždě? Je někdo z pozůstalých vážně nemocen?“* Odpověďmi na tyto otázky sociální pracovník může určit, jakou formou s pozůstalým má pracovat (například použít krizovou intervenci) nebo zda je vůbec potřeba udržování kontaktu s pozůstalým/i. Zármutek je naprostou přirozenou reakcí na ztrátu. Jeho prožití by mělo vést ke znovunalezení smyslu života a oprostění se od hlubokých citů k zemřelému (Kubíčková, 2001, s. 25).

3.3 Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků v paliativní a hospicové péči

Profesionálním rizikem sociálního pracovníka je syndrom vyhoření. Je přirozené, že sociální pracovník, který se denně setkává s umíráním a smrtí, před jehož očima člověk odchází z tohoto světa psychicky i fyzicky, nemůže být natolik odolný, aby tím obzvláště jeho psychický stav a vyrovnanost, neutrpěly. Syndrom vyhoření je jedno z možných nejvýraznějších profesionálních deformací, které sociálním pracovníkům v paliativní a hospicové péči, hrozí. Není nemocí, ale spíše psychickým stavem, který pozorujeme v profesích s každodenní a intenzivní komunikací mezi lidmi. Syndrom vyhoření je psychickým stavem a je popisován jako stav naprostého vyhasnutí a vyčerpání, který je spojován s pocity beznaději a bezesmyslnosti, bezmocnosti cokoliv zvládat. Tomu, kdo trpí syndromem vyhoření, chybí radost ze života. Paliativní péče je dynamickou situací, kdy chronicky na pečující působí stres. Jedná se přeci o práci s lidmi, kteří jsou nevléčitelně nemocní, o práci s lidmi, kteří se potýkají s blízkostí smrti. Syndromu vyhoření je v této práci věnován prostor z toho důvodu, že z této problematiky vychází výzkumné šetření této práce.

3.3.1 Syndrom vyhoření

Jak uvádí Boleloucký a Svoboda (1998), pojem syndrom vyhoření, jinak také syndrom vyhaslosti, anglicky burnout syndrom byl poprvé použit H. Freudenbergerem v časopise *Journal of Social Issues* v roce 1974, rozvoj pozornosti věnující se syndromu vyhoření nastal v 80. letech 20. století.

Schmidtbauer (2015, s. 15) uvádí, že syndrom vyhoření je celkovým mentálním i emočním vyčerpáním způsobeným dlouhodobým intenzivním stresem a posiluje pracovníky z oboru školství, zdravotnictví a sociální práce, což jsou disciplíny vyžadující denní mezilidský kontakt. Lisí se od deprese nebo únavy tím, že ve své první plíživé fázi postihuje pouze pracovní náplň, kdy v této fázi zatím nejsou zasaženy další oblasti života běhu. Pokud se syndrom vyhoření nezačne včas řešit, dochází k jeho rozvinutí do deprese nebo permanentní únavy. Varovné signály jsou vyjádřeny postupnou ztrátou zájmu o vykonávanou činnost a její smysl. Syndrom vyhoření nepostihuje malou část profesionálů, zdá se spíše, že počet lidí trpících syndromem vyhoření narůstá, ať jde o muže, nebo ženy. Příčinu tohoto nárůstu spatřujeme

v kladení stále větších požadavků na odbornost, osobnostní zralost a profesionalitu a s množstvím oblastí činností, které musí pracovník zvládat.

Od takto zakořeněného stresu není daleko k samotnému syndromu vyhoření. Nejohroženější skupinou syndromem vyhoření jsou pracovníci pomáhajících profesí, tedy odborníci poskytující denní pomoc a podporu. Z hlediska osobnostního založení pracujícího profesionála je nejohroženější ten, který má velká očekávání a velké ideály, ten, který se vrhá do práce s absolutním nadšením a plným odhodláním. Perfekcionismus a sklony k workoholismu jsou také častým osobnostním předpokladem možného vyhoření (Venglářová, 2011, s. 25).

Maroon (2012, s. 36) uvádí fáze plíživého rozvíjení syndromu vyhoření. V první fázi je nadšení, které pracující vyjadřuje až manickým výdejem energie, kdy je schopen práci věnovat i svůj volný čas a to z toho důvodu, že je jeho elán psychologicky podmíněn tím, jak v činnosti spatřuje vnitřní naplnění a smysl. Tak opomíjí své záliby a trávení volného času jinými aktivitami. Ve fázi stagnace nadšený pracující zjišťuje, že jeho ideály vztažené k práci, nejsou takové, jak si je představoval a snaží se znovuzkřísit své minulé aktivity volného času. V okamžiku nástupu pochybností o smyslu své práce dochází k fázi frustrace. Pochybnosti vychází ze špatných zkušeností s tím, že klienti často nespolupracují, nebo nadřízení neslyší potřeby, které k nim pracující má. Delší doba frustrace zakořeňuje fázi apatie, což je přirozený psychologický důsledek právě dlouhodobé frustrace. V práci vykonává pracovník pouze nutné činnosti a svoji práci předefinována na akt obživy. Poslední fáze je fáze vyhoření, kde jsou vidět četné, níže popsané příznaky takového stavu.

Kupka (2008, s. 3) uvádí, že mezi lékaři v paliativní péči, existuje šestkrát vyšší rozvodovost a mnohonásobně vyšší počet lidí, kteří podleli závislosti na alkoholu či jiných psychoaktivních látkách. Taktéž se tito častěji potýkají s psychiatrickými problémy více, než majoritní populace. Toto se může samozřejmě také týkat i sociálních pracovníků v paliativní péči, kteří jsou v denním kontaktu s umírajícím. Kupka (2008, s. 10) také uvádí faktory zátěže, které, pokud existují dlouhodobě a permanentně, jsou rizikovými pro rozpuštění syndromu vyhoření. Jedná se o rušivé vlivy, které mohou být vyjádřeny neustálým řešením vztahů v týmu na pracovišti, dále nadměrná emoční vnímavost k utrpení, se kterým se pracovník denně setkává, denní styk s umírajícími a s nemocnými v terminálním stádiu nemoci, denní styk s příbuznými

těchto nemocných, přetížení administrativními úkony a přetížení denní rutinou, tedy stereotypní prací.

Paliativní péče s sebou přináší silnou emocionální zátěž pracovníka, který je v kontaktu se smrtelně nemocnými. Záleží na míře odpovědnosti za koordinaci týmu, kterou má v týmu, na typu onemocnění a jeho průběhu u klienta či stupeň odpovědnosti za sdělování nepříznivé diagnózy jak klientovi, tak jeho rodině (dilema, nakolik říci celou pravdu o stavu klienta, a kdy).

3.3.2 Psychohygienu jako předcházení syndromu vyhoření

Jak uvádí Kupka (2008, s. 25), péče o umírajícího pacienta patří z hlediska stupně zátěže k nejméně výraznějším. Pokud člověk umírá, pro ošetřující personál to znamená vysokou náročnost na osobnostní odolnost a na připravenost zvládat mezní, krizové situace. Preventivně psychologickým akceptem zde musí být fakt, že člověk pracující s umírajícím, musí být nutně sám vyrovnán s emocemi týkajícími se jeho vlastní smrtelnosti, musí se orientovat v problematice thanatologie (nauka o smrti a umírání) a být pod supervizí, kdy může vyjadřovat pocity z této problematiky.

Supervize působí psychohygienicky a je povinností každého zaměstnavatele pomáhajících profesionálů individuální, nebo skupinovou supervizi, implementovat do pracovní náplně každého z nich právě z důvodu, aby byla zajištěna prevence před syndromem vyhoření. Supervizi rozumí Matoušek (2013, s. 493) systematickou reflexi profesního jednání, kdy jsou jejími tématy problematické oblasti i konflikty, s nimiž se pracovník při své práci s klientem setkává. Toto je případová supervize, vedle které existuje také supervize zaměřená na problémy v pracovním kolektivu nebo na těžkosti spojené s institucí, kde je sociální práce vykonávána. Supervizor nabízí neangažovaný pohled zvenčí, přináší zkušenosti nezatížené vnitřní strukturou řešeného problému, kazuistiky, krize v týmu, a podobně. Supervizor by měl přesvědčit pracovníky, že pracují dobře, a ve prospěch klienta. Komunikace se supervizorem vytváří prostor k reflexi pracovní činnosti v prostředí bezpečného supervizního vztahu, kde jsou podporovány pozitivní změny v chování pracovníka, a kde se může o sobě a svém čínění ve prospěch klienta, hodně naučit. Supervizor dává prostor supervidovanému tým, že sám do supervize témata nepřináší, pokud to není v kontextu potřebné, ale nechává, aby témata

přicházela od supervidovaného. Podporuje mimo to také dobrou spolupráci na pracovišti, a celkově tak pomáhá k prevenci syndromu vyhoření (Křivohlavý, 1998, s. 56).

Aktivity péče o sebe fungují jako psychohygienu a je výsostně důležité věnovat se jim. Kopřiva (2000, s. 22) uvádí, že podmínkou výkonu sociální práce a práce v pomáhajících profesích obecně, musí být pozitivní vztah k sobě samému a vědět, co tento vztah posiluje, co dělá radost. Kdo zanedbává péči o sebe, ten nedokáže svůj velký výdej energie ničím vyrovnat, nedovede pozitivní energii přijímat zpátky pro sebe samého. Stejně tak, kdo nedovede přijímat své skutečné, často i nepříjemné vlastnosti, nedovede je přijmout ani u těch, které podporu, kterým pomáhá.

Kupka (2008, s. 31) uvádí protektivní faktory ve vztahu k vyhaslosti, tedy ochranné faktory směrem od syndromu vyhoření: „...dostatečná asertivita, ...umět relaxovat a znát jak, ...umění nedostat se pod časový tlak, vhodná organizace času, ...pracovní autonomie, pestrost a proměnlivost práce, ...odolnost jakožto osobnostní nastavení ve smyslu – hardiness a resilience, ...pocit dostatku vlastních schopností zvládat situace, ...víra ve vlastní schopnosti a sebeuplatnění, ...interní lokalizace kontroly, ...příjemný tok či proud zážitků, ...sociální opora, ...pocit adekvátnosti společenského a ekonomického uznání a hodnocení, ...pocit osobní pohody, životní spokojenost, pozitivní emoce a štěstí.“ K ochranným faktorům prevence vyhaslosti uvádí Kupka (2008, s. 32) také nalezení činnosti, která bude pro pracovníka skutečně smysluplná, nabytí profesní samostatnosti a opory a postupné vytváření přirozeného vztahu k práci, kdy pracovník rozeznává přínos, který mu práce přináší a svůj přínos, který tento dává práci a stejně tak reciproční přínos dalším aktivitám v životě.

Maroon (2012, s. 38) uvádí, že pro pracovníky začínající v paliativní péči, by měl existovat stávající zaměstnanec (psycholog nebo sociální pracovník), služebně starší kolega nového pracovníka, kterému se může nově příchozí svěřovat se svými pocity a problémy, jež vyplývají z jeho nové práce. Tento intervizor by měl dopomoci k pochopení skutečné motivace ke zvolené práci a pochopit mu jeho vlastní postoje k umírání a smrti samotné.

4 Vlastní výzkumné šetření

Cílem výzkumného šetření práce je **zjistit, zdali jsou sociální pracovníci v paliativní a hospicové péči ohroženi syndromem vyhoření**. Pro naplnění tohoto hlavního cíle jsme stanovili tři vedlejší výzkumné cíle, k nimž jsou stanoveny hypotézy výzkumu. V této kapitole představíme hlavní cíl a vedlejší cíle výzkumu, přidružené hypotézy výzkumu, výzkumný vzorek a vymezení aplikované výzkumné metody sběru dat a jejich vyhodnocení. V závěru výzkumné části jsou uvedeny výsledky výzkumného šetření a diskuse.

4.1 Cíl výzkumu

Prvním stanoveným vedlejším výzkumným cílem bylo zjistit, zdali je **rozdíl mezi počtem sociálních pracovníc žen**, které jsou ohroženy syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, **a počtem sociálních pracovníků mužů**, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče.

Druhým stanoveným vedlejším výzkumným cílem bylo zjistit, zdali je **rozdíl mezi počtem sociálních pracovníků**, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, **kterí absolvovali** sebezkušenostní psychoterapeutický **výcvik**, **a počtem sociálních pracovníků**, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, **kterí tento sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik neabsolvovali**.

Třetím stanoveným vedlejším výzkumným cílem bylo zjistit, zdali je **rozdíl mezi počtem sociálních pracovníků**, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, **kterí působí v praxi paliativní a hospicové péče méně než dva roky**, **a počtem sociálních pracovníků** ohroženými syndromem vyhoření, kteří působí v praxi paliativní a hospicové péče **více než dva roky**.

4.2 Hypotézy výzkumu

Vedlejší výzkumný cíl č. 1 - Zjistit, zdali je signifikantní rozdíl mezi počtem sociálních pracovníc žen, které jsou ohroženy syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, a počtem sociálních pracovníků mužů, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče.

Hypotéza $H_{(1)0}$ - Mezi počtem sociálních pracovníc žen a sociálních pracovníků mužů, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní, a hospicové péče, **není** signifikantní rozdíl.

Alternativní hypotéza $H_{(1)1}$ - Mezi počtem sociálních pracovníc žen a sociálních pracovníků mužů, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, **je** signifikantní rozdíl.

Vedlejší výzkumný cíl č. 2 - Zjistit, zdali je signifikantní rozdíl mezi počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří absolvovali sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik, a počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří tento sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik neabsolvovali.

Hypotéza $H_{(2)0}$ - Mezi počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří absolvovali sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik, a počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří tento sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik neabsolvovali, **není** signifikantní rozdíl.

Alternativní hypotéza $H_{(2)1}$ - Mezi počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří absolvovali sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik, a počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří tento sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik neabsolvovali, **je** signifikantní rozdíl.

Vedlejší výzkumný cíl č. 3 - Zjistit, zdali je signifikantní rozdíl mezi počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří působí v praxi paliativní a hospicové péče méně než dva roky, a počtem sociálních

pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří působí v praxi paliativní a hospicové péče více než dva roky.

Hypotéza $H_{(3)0}$ – Mezi počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří působí v praxi paliativní a hospicové péče méně než dva roky, a počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří působí v praxi paliativní a hospicové péče více než dva roky, **není** signifikantní rozdíl.

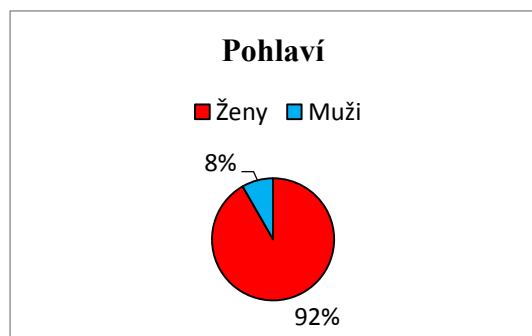
Alternativní hypotéza $H_{(3)1}$ - Mezi počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří působí v praxi paliativní a hospicové péče méně než dva roky, a počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří působí v praxi paliativní a hospicové péče více než dva roky, **je** signifikantní rozdíl.

4.3 Výzkumný vzorek

Respondenti pro výzkum byli sociální pracovníci a sociální pracovnice, kteří působí v paliativní a hospicové péči v zařízeních poskytující paliativní a hospicovou péči v České republice a na Slovensku. Celkově bylo osloveno 60 respondentů., návratnost byla stoprocentní.

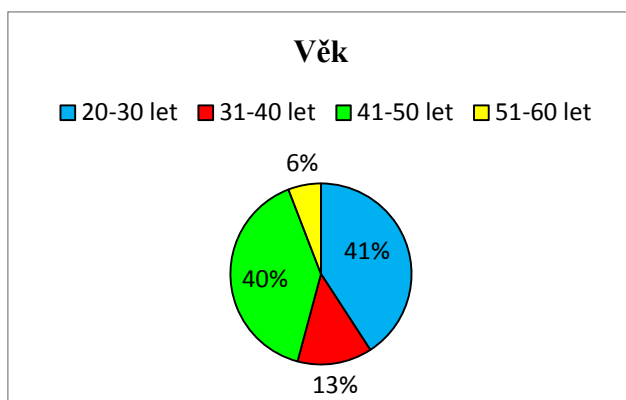
Pro přehlednost v nasbíraných datech jsou v práci zobrazeny tabulky a grafy, které rozdělují respondenty podle pohlaví, věku, délky praxe v paliativní a hospicové péči a rozdělení podle absolvovaného psychoterapeutického výzkum. Pro veškeré uvedené grafy a tabulky této práce, i ty dále uvedené, uvádíme zdroj: [autor práce; vlastní výzkumné šetření].

Graf č. 1; tabulka č. 1: Rozdělení respondentů podle pohlaví



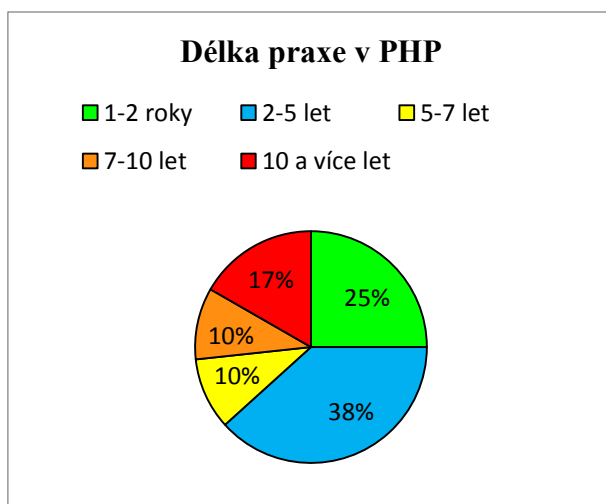
Pohlaví	Počet
Ženy	55
Muži	5
Celkem	60

Graf č. 2; tabulka č. 2: Rozdělení respondentů podle věku



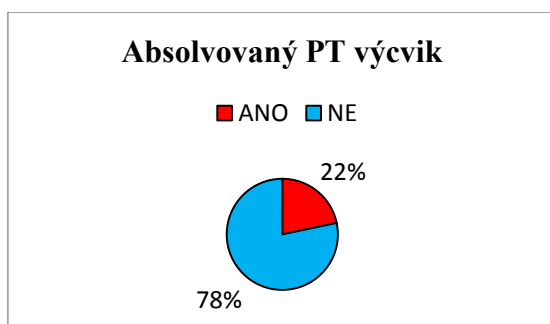
Věk	Počet
20-30 let	19
31-40 let	16
41-50 let	18
51-60 let	7
Celkem	60

Graf č. 3; tabulka č. 3: Rozdělení respondentů podle délky praxe v paliativní a hospicové péči (PHP)



Délka praxe v PHP	Počet
1-2 roky	15
2-5 let	23
5-7 let	6
7-10 let	6
10 a více let	10
Celkem	60

Graf č. 4; tabulka č. 4: Rozdělení respondentů podle absolvovaného/neabsolvovaného sebezkušenostního psychoterapeutického (PT) výcviku



Absolvovaný PT výcvik	13
Neabsolvovaný PT výcvik	47
Celkem	60

4.4 Vymezení výzkumné metody

V rámci vlastního výzkumného šetření byl použit **kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření**. Dotazníkové šetření je výhodné při sběru dat, neboť za krátkou dobu získáme vysoký počet respondentů (Chráska, 2007, s. 164).

Disman (2011, s. 77) definuje kvantitativní výzkumné metody jako takové, které řeší problémy, které můžeme popsat vztahem mezi pozorovatelnými proměnnými. Tento problém překládáme jako hypotézu. Hypotézy navrhují, co bychom měli mezi proměnnými najít, jaké spojení, pokud je stanovená hypotéza pravdivá. Mezi sesbíranými daty vzorci předpovězenému v hypotézách, odpovíme na stanovenou hypotézu tak, že je platná. Pokud ne, hypotézu zamítáme.

Chráska (2007, s. 166) dále uvádí, že dotazníková forma sběru dat je nejčastější formou sběru dat v kvantitativním výzkumu v sociálních vědách. Výhody dotazníku jsou: malé náklady, úspora času, nízký náročnost na počet zkoumajících, kvalitní dotazník lze používat opakovaně, zaručení anonymity pro respondenty, vypovídající výsledky a vysoká standardizace, jež umožňuje statistickou datovou analýzu. Nevýhodou dotazníkové formy sběru dat je, že se lidé mohou nějak chovat, ale něco jiného uvádět v dotazníku. Skutečné chování respondentů dotazníkem nezjistíme, měřit lze postoje a názory.

Pro výzkumné šetření této bakalářské práce jsme zvolili standardizovaný dotazník se 17 uzavřenými otázkami, kde byly pro respondenty předem připraveny odpovědi bez možnosti odpovědět na otázku vlastními slovy. Dotazník je přílohou této práce č. 1. *Dotazník*. V hlavičce dotazníku je uvedeno seznámení s výzkumným šetřením, seznámení s autorem práce. Výzkumník zprvu e-mailem a telefonicky kontaktoval vedoucí pracovníky zařízení paliativní hospicové péče v České republice, ale i na Slovensku, aby byl výzkumný vzorek co největší. Bylo kontaktováno celkem 40 zařízení paliativní a hospicové péče, komunikace s vedoucími pracovníky byla velmi dobrá, téměř ve všech případech byli velmi ochotní dotazník postoupit svým sociálním pracovníkům. Dotazník byl vytvořen jak v písemné podobě, tak v elektronické za použití aplikace Survio.com. Přímý webový odkaz na dotazník byl zacílen pouze na sociální pracovníky daných zařízení. Webová forma dotazníku zajistila velmi rychlou návratnost dotazníku a zajišťovala stoprocentní anonymitu respondenta.

Výzkum proběhl v měsíci březnu roku 2018. Pro vyplnění dotazníku nebyl stanoven časový limit. Vyplnění jednoho dotazníku se pohybovalo v časovém intervalu 10 minut. Vybraná dotazníková forma sběru dat byla kvalitní, jelikož návratnost vyplněných dotazníků byla 100%. Každý z oslovených sociálních pracovníků se mohl rozhodnout o nevyplnění dotazníku, což se nestalo a dotazník vyplnili všichni oslovení. Zároveň žádný dotazník nebyl vyřazen, všechny dotazníky byly vyplněny správně.

Test dobré shody, jinak také **Chí-kvadrát test**, byl aplikován jako vyhodnocovací statistická metoda nasbíraných dat. Ferjenčík (2000, s. 234) uvádí, že pozorování vztahu mezi pozorovanými a očekávanými četnostmi je základem testu dobré shody, který předpokládá tak zvanou nulovou hypotézu, jejímž předpokladem je fakt, že zvolené charakteristiky zkoumaných souborů se od sebe v zásadě neliší, tedy rozdíly mezi těmito soubory jsou nesignifikantní (nevýznamné). Vzorec Chí-kvadrát testu:

$$\chi^2 = \sum \frac{(\text{pozorovaná četnost} - \text{očekávaná četnost})^2}{\text{očekávaná četnost}}$$

Bedáňová (2016) říká, že pokud má testovaná veličina rozdělení, které předpokládáme, potom má náhodná veličina přibližně rozdělení Chí-kvadrát. Porovnáváme hodnotu veličiny s kritickou hodnotou rozdělení Chí-kvadrátu na požadované hladině významnosti. Vychází se z předpokladu, že platí výše zmíněná nulová hypotéza, a pokud je vypočítaný χ^2 menší než 0,05, pak nulovou hypotézu zamítneme, protože rozdíl mezi pozorovanými a očekávanými četnostmi byl způsobem náhodnými činiteli.

Nasbíraná výzkumná data byla vyhodnocena statistickou funkcí CHISQ.TEST. pomocí Microsoft Office Excel.

4.5 Výsledky výzkumu

Prvním stanoveným vedlejším výzkumným cílem bylo zjistit, zdali je signifikantní rozdíl mezi počtem sociálních pracovníc žen, které jsou ohroženy syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, a počtem sociálních pracovníků mužů, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče. Z výsledku dotazníkové analýzy dat vyplývá, po zpracování těchto dat Chí-kvadrát testem, že nulová hypotéza byla zamítnuta, a zároveň tak potvrzena hypotéza alternativní, která tvrdí: mezi počtem sociálních pracovníc žen a sociálních pracovníků mužů, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, **je signifikantní rozdíl**. Z celkového počtu 60 respondentů odpovědělo 29 žen a 3 muži, že se cítí být ohroženi syndromem vyhoření.

Po tento cíl je nutné zprvu uvést, že do dotazníkového šetření **se zapojilo pouze pět respondentů mužů**. Tento výsledek, kdy byla potvrzena alternativní hypotéza, je tedy zkreslený, a ukazuje na chybu v rozložení dotazníků respondentům. Pokud bychom zprůměrovali počet a žen a mužů, můžeme odhadnout, že by počet žen ohrožených syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče nebyl tak silně signifikantně rozdílný, jak nám ve výzkumu vyšlo. K tomuto se vyjádříme v diskusi.

Kontingenční tabulka č. 5: Výpočet signifikance Chí-kvadrát testu pro Vedlejší výzkumný cíl č. 1

Kontingenční tabulka č. 1	Ohrožení syndromem vyhoření		
	ANO	NE	Celkem
Pozorovaná četnost			
Ženy	29	26	55
Muži	3	2	5
Celkem	32	28	
Očekávaná četnost	ANO	NE	
Ženy	16	14	
Muži	16	14	
Celkem	32	28	

Signifikace Chí-kvadrát testu = **0,000000001 < 0,05; NULOVOU HYPOTÉZU ZAMÍTÁME**

Druhým stanoveným vedlejším výzkumným cílem bylo zjistit, zdali je signifikantní rozdíl mezi počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří absolvovali sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik, a počtem

sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří tento sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik neabsolvovali. Z výsledku dotazníkové analýzy dat vyplývá, po zpracování těchto dat Chí-kvadrát testem, že nulová hypotéza byla zamítnuta, a zároveň tak potvrzena hypotéza alternativní, která tvrdí: mezi počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří absolvovali sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik, a počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří tento sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik neabsolvovali, **je signifikantní rozdíl**. Z celkového počtu 13 respondentů, kteří absolvovali PT výcvik odpovědělo 5 respondentů, že se cítí být ohroženi syndromem vyhoření, 8 z nich pak, že se ohrožení být necítí. Z celkového počtu 47 respondentů, kteří neabsolvovali PT výcvik odpovědělo 27, že se cítí být ohroženi syndromem vyhoření a 20 z nich pak, že se ohrožení být necítí. I v tomto výsledku je třeba poukázat na možnou chybu v rozložení dotazníku respondentům. I k tomuto se vyjádříme v diskusi.

Kontingenční tabulka č. 6: Výpočet signifikance Chí-kvadrát testu pro Vedlejší výzkumný cíl č. 2

Kontingenční tabulka č. 2	Ohrožení syndromem vyhoření		
	ANO	NE	Celkem
Absolvovaný PT výcvik	5	8	13
Neabsolvovaný PT výcvik	27	20	47
Celkem	32	28	
Očekávaná četnost	ANO	NE	
Absolvovaný PT výcvik	16	14	
Neabsolvovaný PT výcvik	16	14	
Celkem	32	28	

Signifikace Chí-kvadrát testu = **0,00000673 < 0,05; NULOVOU HYPOTÉZU ZAMÍTÁME**

*PT výcvik = psychoterapeutický výcvik

Třetím stanoveným vedlejším výzkumným cílem bylo zjistit, zdali je signifikantní rozdíl mezi počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří působí v praxi paliativní a hospicové péče méně než dva roky, a počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří působí v praxi paliativní a hospicové péče více než dva roky. Z výsledku dotazníkové

analýzy dat vyplývá, po zpracování těchto dat Chí-kvadrát testem, že nulová hypotéza byla zamítnuta, a zároveň tak potvrzena hypotéza alternativní, která tvrdí: mezi počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří působí v praxi paliativní a hospicové péče méně než dva roky, a počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří působí v praxi paliativní a hospicové péče více než dva roky, **je signifikantní rozdíl**. Respondenti z 15 členné skupiny působící v praxi paliativní a hospicové péče méně než dva roky, uvedli, že se jich 7 cítí být ohroženo syndromem vyhoření a 8 respondentů se necítí být ohroženo syndromem vyhoření. 45 respondentů působí v praxi paliativní a hospicové péče více než dva roky. Z nich 25 uvádí, že se cítí být ohroženi syndromem vyhoření a 20 uvádí, že se necítí být ohroženi. Zde je třeba opět pozastavit se nad možnou chybou vyplývající z rozložení dotazníků mezi respondenty, ačkoliv jsou obě pozorované skupiny početně vyváženější, než jak to bylo u skupin zkoumaných ve vedlejších výzkumných cílech č. 1 a č. 2.

Kontingenční tabulka č. 7: Výpočet signifikance Chí-kvadrát testu pro Vedlejší výzkumný cíl č. 3

Kontingenční tabulka č. 3	Ohrožení syndromem vyhoření		
	ANO	NE	Celkem
Pozorovaná četnost			
Méně než dva roky v praxi PHP	7	8	15
Více než dva roky v praxi PHP	25	20	45
Celkem	32	28	
Očekávaná četnost	ANO	NE	
Méně než dva roky v praxi PHP	16	14	
Více než dva roky v praxi PHP	16	14	
Celkem	32	28	

Signifikace Chí-kvadrát testu = **0,00009329 < 0,05; NULOVOU HYPOTÉZU ZAMÍTÁME**

*PHP = paliativní a hospicová péče

Z celkového zkoumaného vzorku 60 respondentů ve všech třech zkoumaných vedlejších výzkumných cílech, a zkoumaných vztazích uvedených v jednotlivých hypotézách, uvádí 32 respondentů, že se cítí být ohroženo syndromem vyhoření a 28 z nich, že se syndromem vyhoření necítí být ohroženo. Toto je relevantní vypovídající výzkumný výsledek, pomocí kterého můžeme odpovědět na hlavní výzkumný cíl, kdy bylo uloženo zjistit, zdali jsou sociální pracovníci v paliativní a hospicové péči ohroženi syndromem vyhoření. Z výše uvedeného,

a jak vyplývá z kontingenčních tabulek č. 5, č. 6 a č. 7 odpovídáme: **Sociální pracovníci v paliativní a hospicové péči jsou ohroženi syndromem vyhoření.** Jak se čtenář může přesvědčit v *Příloze č. 1 Dotazník*, otázky byly postaveny tak, abychom mohli zjistit, jak vnímají sociální pracovníci zkoumanou oblast možného syndromu vyhoření v jednotlivých aspektech v rámci jejich praxe v paliativní a hospicové péči:

- pocit smysluplnosti,
- pocit užitečnosti,
- působení pracovního stresu,
- působení nároků na kvalitu odváděné práce,
- míra pocitu odpovědnosti,
- působení vyžadovaného vysokého pracovního nasazení,
- autonomie v rozvrhu práce,
- pestrost v činnostech při práci,
- pozitivní zpětná vazba od nadřízeného,
- prožívání možného syndromu vyhoření: ztráta energie, pocit vyčerpání, pokles motivace a ztráty zájmu o druhé a
- aspekt péče o sebe.

4.6 Diskuse

Cílem vlastního výzkumného šetření bylo zjistit, zdali jsou sociální pracovníci v paliativní a hospicové péči ohroženi syndromem vyhoření. Abychom naplnili tento záměr, stanovili jsme tři vedlejší výzkumné cíle, k nimž jsme definovali výzkumné hypotézy (nulovou a alternativní hypotézu ke každému vedlejšímu výzkumnému cíli). V rámci metodologie zvoleného kvantitativního výzkumného šetření byl představen výzkumný vzorek respondentů, dotazníková metoda sběru dat a statistické vyhodnocení těchto dat testem dobré shody, Chí-kvadrát testem, kdy jsme mohli jednu ze stanovených hypotéz vyloučit, a potvrdit tak hypotézu druhou.

V prvním stanoveném vedleším výzkumném cíli jsme zjišťovali, zdali je signifikantní **rozdíl mezi počtem sociálních pracovníc žen**, které jsou ohroženy syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, **a počtem sociálních pracovníků mužů**, kteří jsou **ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče**. Na základě odpovědí respondentů

ověřených Chí-kvadrát testem, byla přijata alternativní hypotéza $H_{(1)}$ - **Mezi počtem sociálních pracovníc žen a sociálních pracovníků mužů, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, je signifikantní rozdíl.**

Z výsledku tedy vyplývá, že ohroženější syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče jsou ženy, než muži. Výsledek je ale zkreslený malým počtem respondentů mužů, kteří se účastnili dotazníkového šetření, tedy nemůžeme říci, že je výsledek zcela relevantní. Máme za to, že zkoumaná zařízení paliativní a hospicové péče, která se účastnila výzkumu, zaměstnávají více sociálních pracovníc žen, než mužů. Takové tvrzení vychází z faktu, že obecně platí, že je vyšší procento sociálních pracovníc žen. Této genderové problematice se věnují Janebová, Navrátil a Smutek (2008, 90 – 105), kteří vnímají, že existuje genderová nevyváženost v zastoupení mužů a žen na pozicích sociálních pracovníc a sociálních pracovníků. Dále uvádí, že genderu v sociální práci není věnována pozornost, kterou by si tato problematika zasloužila. ČSÚ (2015) poskytuje statistická data z roku 2015, kdy bylo zjištěno, že v rámci sociální práce, v sociálních službách pracuje 12,9% žen a 2,6 % mužů. Pro tuto problematiku oblast navrhujeme výzkum, který by zkoumal motivaci sociálních pracovníc žen, a sociálních pracovníků mužů pro vstup do této profese.

Druhým stanoveným vedlejším výzkumným cílem jsme zjišťovali, zdali je signifikantní rozdíl mezi počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří absolvovali sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik, a počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří tento sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik neabsolvovali. Na základě odpovědí respondentů ověřených Chí-kvadrát testem, byla přijata alternativní hypotéza $H_{2(1)}$ - **Mezi počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří absolvovali sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik, a počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří tento sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik neabsolvovali, je signifikantní rozdíl.**

Z výsledku tedy vyplývá, že ohroženější syndromem vyhoření jsou ti sociální pracovníci, kteří neabsolvovali sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik. Opět zde můžeme mluvit o zkreslení výsledku, kdy se do výzkumu zapojilo pouze 13 respondentů, kteří absolvovali

tento sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik. Jak je známo, sociální pracovníci nepotřebují k výkonu své profese tento výcvik, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, jej nestanovují v kvalifikačních požadavcích pro výkon sociální práce. Jak se domníváme, právě z tohoto důvodu ve výzkumu figuruje větší počet respondentů, kteří tento výcvik neabsolvovali.

Yalom (2003, s. 156) k významnosti sebezkušenostního psychoterapeutického výcviku hovoří tak, že nejenom terapeuti, ale i další pomáhající pracovníci, by měli klientům ukázat cestu, mimo jiné, svým osobním vzorem. Sociální pracovník si ve výcviku může zažít to, s čím se setkávají jeho klienti (touha po závislosti, vděčnost za empatické naslouchání, a podobně) a díky těmto nabytým osobním prožitkům pak může lépe porozumět, co klient prožívá a reagovat na něj adekvátně. Kopřiva (2000, s. 35) dodává, že výcvik má smysl i pro dotknutí se svých vlastních citlivých míst, pro odžití svých hlubokých emočních traumat, které jsou tímto zmírněny a v budoucnu se sníží pravděpodobnost, že by je člověk odreagoval na svých klientech. Jsme za jedno s uvedenými autory, sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik bezpochyby zkvalitňuje připravenost sociálního pracovníka pro setkání s klientem, který zažívá své vlastní osobní trauma.

O Paliativní a hospicové péči Laca (2012, s. 221) hovoří jako o komplexní péči akceptující uspokojování všech potřeb klienta. Není možné paliativní péči poskytovat bez uplatnění holistického přístupu, který zahrnuje celostní pohled na umírajícího jako na bio-psycho-sociální bytost. Nedívá se pouze na člověka v celé jeho komplexnosti, ale je vztahována k člověku a jeho prostředí, tedy saturuje potřeby těla, myslí i duše, zároveň také na potřeby rodiny, jejich vzájemné vztahy a vztahové problémy. Jak z této definice pozorujeme, sociální práce je u těchto klientů možná náročnější, než u klientů jiných, po sociálním pracovníkovi je vyžadováno obrovské nasazení. Aby nebyly jeho síly vyčerpány, je třeba, aby o sebe pečoval ve svém volném čase. Za velevýznamnou a nenahraditelnou péči o sebe považujeme právě sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik.

V třetím stanoveném vedlejších výzkumných cíli jsme zjišťovali, zdali je signifikantní rozdíl mezi počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří působí v praxi paliativní a hospicové péče méně než dva roky,

a počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří působí v praxi paliativní a hospicové péče více než dva roky. Na základě odpovědí respondentů ověřených Chí-kvadrát testem, byla přijata alternativní hypotéza $H_{3(1)}$ - **Mezi počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří působí v praxi paliativní a hospicové péče méně než dva roky, a počtem sociálních pracovníků, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření v praxi paliativní a hospicové péče, kteří působí v praxi paliativní a hospicové péče více než dva roky, je signifikantní rozdíl.**

Z výsledku tedy vyplývá, že ohroženější syndromem vyhoření jsou ti sociální pracovníci, kteří působí v praxi paliativní a hospicové péče více než dva roky. I v hodnocení tohoto výsledku upozorňujeme na fakt, že 45 respondentů z jejich celkového počtu uvedlo, že pracují v praxi paliativní a hospicové péče déle, než dva roky. Mohlo tedy opět dojít ke zkreslení výsledku. Považujeme za podstatné vyzdvihnout tento fakt i z jiného úhlu pohledu. To, že je relativně vysoký počet respondentů v praxi paliativní a hospicové péče více než dva roky ukazuje důležitý aspekt vztažený k možnému syndromu vyhoření. Výkon sociální práce v hospici je extrémně náročný, na což jsme poukázali v teoretické části této práce, především v kapitole č. 3 *Sociální práce v paliativní a hospicové péči*. Fakt, že je celých 45 respondentů výzkumu u klientů umírajících a jejich rodin poukazuje na silnou stabilitu těchto sociálních pracovníků, kteří o sebe zřejmě dobře pečují a zvládají dlouhodobý stres plynoucí z výkonu jejich nelehké profese velmi dobře. Tito sociální pracovníci nutně disponují efektivními zvládacími strategiemi, které nutně aplikují, aby tak přirozený tlak a stres způsobený přítomností v těžkých traumatech klientů, stejně tak přirozeně odbourávaly. Leč v otázkách stanovených v dotazníku (Příloha č. 1 *Dotazník*) nebyla položena otázka týkající se povinné supervize, můžeme tušit, že kvalitní zařízení poskytující paliativní a hospicovou péči svým zaměstnancům kvalitní supervizi indikuje. Jednak je to dle MPSV (2008) zavedeno do závazných Standardů kvality v sociálních službách jako povinnost poskytovatele služeb, zároveň supervize, jak znovu zdůrazňujeme: „... vede pracovníka k samostatnému vykonávání profese, chrání klienta a současně chrání status profese nebo profesní skupiny“ (Gabura a Pružinská, 1995, s. 145). K této definici a závěrem diskuse doplníme, že supervize chrání také samotné sociální pracovníky před syndromem vyhoření.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zdali jsou sociální pracovníci v paliativní a hospicové péči ohroženi syndromem vyhoření. Postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu paliativní hospicové péče je nezastupitelné. Jeho role spočívá vedle sociálního poradenství, hlavně v komunikaci s umírajícím a jeho rodinou. Klientem paliativní a hospicové péče není umírající sám, ale i jeho rodina, tento mikrosvět, se kterým sociální pracovník spolupracuje tak, aby především dobrými komunikačními schopnostmi v empatickém rozhovoru a bezpodmínečným přijetím, doprovázel umírajícího a jeho blízké na cestě v procesu přijetí umírání. Jak vidíme, paliativní péče je dynamickou situací, kdy na sociálního pracovníka chronicky působí stres. Jedná se přeci o práci s lidmi, kteří jsou nevléčitelně nemocní, o práci s lidmi, kteří se potýkají s blízkostí smrti. Syndrom vyhoření je velkým profesionálním rizikem sociálního pracovníka. Je přirozené, že sociální pracovník, který se denně setkává s umíráním a smrtí, nemůže být natolik odolný, aby tím obzvláště jeho psychický stav a vyrovnanost, neutrpěly.

V první kapitole jsme se zaměřili na teoretické vymezení paliativní péče. Představili jsme historii a vývoj paliativní péče, její dělení a podstatnou část této kapitoly jsme věnovali zásadám a principům paliativní péče, které tvoří východisko pro o nemocného člověka pečující odborníky i laiky, tyto principy vymezují filosofický pohled na umírání a smrt v kontextu pomoci klientovi. Právním a etickým aspektům paliativní péče jsme se věnovali především v otázce euthanasie. Zde zdůrazníme, že paliativní péče se na smrt dívá přirozeně tak, že smrt rozhodně neurychluje, ale za každou cenu ji také neoddaluje.

Ve druhé kapitole jsme čtenáře seznámili s hospicovou péčí, která ve svých činnostech přímo aplikuje péči paliativní. Zabývali jsme se vývoje paliativní péče v České republice, kde jsme vyzdvihli přínos MUDr. Marie Svatošové, která paliativní hospicovou péči zprofesionalizovala. Rozpracovali jsme dále formy hospicové péče, kde jsme se zaměřili především na domácí hospicovou péči a multidisciplinární tým, který je tím nenahraditelným článkem v péči o umírajícího a jeho rodinu v domácím, přirozeném prostředí.

Třetí kapitolu jsme věnovali sociální práci v paliativní a hospicové péči a jejímu významu. Zaměřili jsme se na postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu paliativní

hospicové péče a na jeho vykonávané široké spektrum činností ve prospěch klienta a jeho rodiny. Jeho role je sama o sobě multidimenzionální. Sociální pracovník spolupracuje jak s umírajícím klientem, tak s jeho rodinou ve velmi blízkém profesionálním vztahu, a následně je také tím, kdo pečuje o pozůstalé v procesu jejich přijetí smrti blízkého člověka. Celková situace umírajícího a jeho rodiny zahrnuje širokou škálu bio-psycho-socio-spirituálních potřeb, které tito vyjadřují, a které se snaží sociální pracovník reflektovat, a kam sahají jeho profesní možnosti, také saturovat. Vysoké nároky na jeho multidimenzionalitu v profesních dovednostech a schopnostech mohou zakořenit syndrom vyhoření, kterému jsme věnovali, spolu s aspekty prevence syndromu vyhoření, poslední kapitulu teoretické části bakalářské práce, a na níž jsme navázali ve vlastním výzkumném šetření.

Ve vlastním výzkumném šetření jsme stanovili cíl výzkumu. Cílem vlastního výzkumného šetření bylo zjistit, zdali jsou sociální pracovníci v paliativní a hospicové péči ohrožení syndromem vyhoření. Abychom naplnili tento záměr, stanovili jsme tři vedlejší výzkumné cíle, k nimž jsme definovali výzkumné hypotézy. V rámci metodologie zvoleného kvantitativního výzkumného šetření byl představen výzkumný vzorek respondentů, dotazníková metoda sběru dat a statistické vyhodnocení těchto dat testem dobré shody, Chí-kvadrát testem, kdy jsme mohli jednu ze stanovených hypotéz (nulová a alternativní hypotéza) vyloučit, a potvrdit tak hypotézu druhou. Po vyhodnocení výsledků výzkumu jsme v diskusi rozvedli možné chyby a zkreslení, které výzkum přinesl, a na základě analýzy těchto chyb jsme došli k dalším závěrům a námětům pro další výzkum. Diskusi vnímáme za stěžejní podkapitolu celé bakalářské práce a čtenáři je doporučeno, aby se na ni důsledně zaměřil.

Z výsledku výzkumů vyplývá, že sociální pracovníci v paliativní a hospicové péči jsou ohrožení syndromem vyhoření. Z vedlejších výzkumných cílů vyplývá, že jsou syndromem vyhoření více ohroženy ženy v praxi paliativní a hospicové péče, než muži. Bylo také odhaleno, že sociální pracovníci v praxi paliativní hospicové péče, kteří absolvovali sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik, jsou méně ohrožení syndromem vyhoření, než ti sociální pracovníci, kteří tento výcvik neabsolvovali. Posledním zjištěním bylo, že riziko syndromu vyhoření u sociálních pracovníků v praxi paliativní a hospicové péče je vyšší u těch sociálních pracovníků, kteří v této praxi působí více než dva roky.

Participantů výzkumu, sociální pracovníci paliativní a hospicové péče, mají velmi náročnou profesi. I přes silné riziko syndromu vyhoření jsme ale též zjistili, že o sebe ve velké míře tito sociální pracovníci dobře pečují, čímž tomuto riziku přímo předcházejí. Jak nám teoretický vhled do problematiky paliativní a hospicové péče ukázal, náročnost pomáhající profese u umírajícího člověka a jeho rodiny je neoddiskutovatelná a daná. Výsledky výzkumu potvrdily tento teoretický fakt, a ukázaly silně profesionální sociální pracovníky, kteří o riziku syndromu vyhoření přemýšlejí a snaží se mu předcházet.

Seznam použitých informačních zdrojů

Literatura

- ADAM, Zdeněk, POSPÍŠILOVÁ, Kateřina a VORLÍČEK, Jiří a kol. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 80-0279-7.
- BARTŮŇEK, Petr a PTÁČEK, Radek a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024754710.
- BEŠČICOVÁ, Jana a ŠŤASTNÁ, Irena. Neumírat smutný a opuštěný. *Katolický týdeník*. 2006, **17**(41), 2. ISSN 0862-5557.
- BLINKOVÁ, Kateřina a LENOCHOVÁ, Jana. Hospicová a paliativní péče. *Sestra*. 2008, **18**(12), 47. ISSN 1210-0404.
- BOLELOUCKÝ, Zdeněk a SVOBODA, Mojmír. Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní medicíně. *Universitas*. 1998, **1**(1), 12 – 25. ISSN 1211-3387.
- BYDŽOVSKÝ, Jan. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Příbram: Most k domovu, z.ú.; Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna Vysoké školy zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., 2015. ISBN 978-80-905867-0-3.
- ČÍPKOVÁ, Iveta. Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče. *Sociální práce*. 2015, **12**(4), 45-48. ISSN 1213-6204.
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 9788024619668.
- FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, 2000. ISBN 8071783676.
- GABURA, Ján a PRUŽINSKÁ, Jana. *Poradenský proces*. Praha: Slon, 1995. ISBN 80 85850 10 9.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2015. ISBN 8072621327.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007. ISBN 9788072624713.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 8024713691.

- JANEBOVÁ, Radka, NAVRÁTIL, Pavel a SMUTEK, Martin. *Reflexivita v posuzování životní situace klientek a klientů sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN:978-80-7435-038-2.
- KABELKA, Ladislav, SLÁMA, Ondřej a VORLÍČEK, Jiří a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 9788072628490.
- KALVACH, Zdeněk a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978 80 247-4026-3.
- KALVACH, Zdeněk a kol. *Umírání a paliativní péče v ČR: situace, reflexe, vyhlídky*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 8023928325.
- KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2000. ISBN 978 80 262 1147-1.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-551-3.
- KUBÍČKOVÁ, Naděžda. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV, 2001. ISBN 80-85866-82-X.
- KUBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. Praha: Signum Unitatis, 1992. ISBN 80 85439-04-2.
- LACA, Slavomír. *Sociální práce v paliativnej a hospicovej starostlivosti*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžběty v Bratislave, 2012. ISBN 978-80-8132-051-4.
- MALKOVSKÁ, Naděžda. *Sociálně ekonomické aspekty typologie hospicových domů*. Praha: České vysoké učení technické, 2007. ISBN 978-80-01-03800-0.
- MARKOVÁ a kol. *Hospic do kapsy: Příručka pro domácí paliativní týmy*. Praha: Cesta domů, 2009. ISBN 978-80-254-4552-5.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-7.
- MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978 80-262-0180-9.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 3. aktual. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 978 80 7367 818-0.

- MISCONIOVÁ, Blanka. *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče, 2005. ISBN 80-239-1915-6.
- MPSV. *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele*. Praha: MPSV, 2008. ISBN neuvedeno.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2000. ISBN 8021024178.
- PAYNOVÁ, Sheila. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-808-7029-251.
- PARKES a kol. *Poradství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2008. ISBN 80-87029-23-2.
- PICHAUD, Clément. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-4.
- QUINNOVÁ, Ann. *Kontext ztráty, změny a zármutku v paliativní péči*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-21-3.
- SCHMIDTBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978 80 262 0865-5.
- SKÁLA, Bohumil a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011. ISBN 978-80-86998-51-0.
- SLÁMA, Ondřej, ŠPINKA, Štěpán a VORLÍČEK, Jiří. *Koncept paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8.
- STÁHALOVÁ, Vladimíra. *Paliativní medicína*. Praha: Liga proti rakovině, 2010. ISBN OLA001 1-227.372.
- STUDENT, Johann-Christoph. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H+H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Také pozůstalí potřebují péči*. *Katolický týdeník*. 2005, **16**(42), 88. ISSN 0862-5557.
- SÝKOROVÁ, Kateřina. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. ISBN 978-80-7372-323-1.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978 80 247 1740-1.

ULRICHOVÁ, Monika. *Různé tváře smrti*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978 80 7041-743-0.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024731742.

YALOM, Irvin David. *Chvála psychoterapie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-761-2.

Legislativní dokumenty

ČESKO. Usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 16. 12. 1992. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Ústavní zákon České národní rady č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 16. 12. 1992. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1. 7. 2009. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Vyhláška č. 619/2017 Sb., kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2018. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1. 7. 2017. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1. 7. 2009. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 7. 3. 1997. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon 340/2006 Sb., o činnosti institucí zaměstnaneckého penzijního pojištění z členských států Evropské unie na území České republiky a o změně zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1. 10. 2015. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon č. 372/2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1. 4. 2012. ISSN 1211-1244.

Internetové prameny

Asociace hospiců. Hospice v ČR [online]. 2018, 22. 1. 2018, [cit. 10-04-2018]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/hospice-v-cr/>

BEDÁŇOVÁ Iveta. *Biostatistika. chí2-test.cz* [online]. ©2018, poslední revize 13. 2. 2016 [cit. 17-04-2018]. Dostupné z: <http://cit.vfu.cz/statpotr/potr/teorie/predn3/chi2test.htm>

ČSÚ. *Zaostřeno na ženy a muže – 2015* [online]. 2015, [cit. 15-04-2018]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/1413-11-r_2011-14

Doporučení rec. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům [online]. 2003, [cit. 10-04-2018]. Dostupné z: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=AqG4xhuJVec%3D&tabid=1709>

Etický kodex české lékařské komory. Stavovský předpis č. 10 Lékařské komory [online]. 2007, 22. 7. 2007, [cit. 10-04-2018]. Dostupné z: <http://www.nemho.cz/eticky-kodex-lekaru-ceske-lekarske-komory>

Charta práv umírajících. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“ [online]. 1999, 25. 6. 1999, [cit. 11-04-2018]. Dostupné z:

<https://www.google.cz/search?q=kdy+byla+p%C5%99ijata+charta+pr%C3%A1v+um%C3%ADraj%C3%ADc%C3%ADch&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b>
[ab&gfe_rd=cr&dcr=0&ei=BkbTWSpQL-yA8QeKwo1g](https://www.google.cz/search?q=kdy+byla+p%C5%99ijata+charta+pr%C3%A1v+um%C3%ADraj%C3%ADc%C3%ADch&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b)

KUPKA, Martin. Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření. *E-psychologie: elektronický časopis ČMPS* [online]. 2008, 2(1), [cit. 10-04-2018]. ISSN 1805-9023. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps.pdf>

Standardy hospicové paliativní péče. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče [online]. 2007, [cit. 10-04-2018]. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/wp-content/uploads/2017/01/STANDARDY%202016.pdf>

Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně [online]. 1997, 4. 4. 1996, [cit. 10-04-2018]. Dostupné z: <http://www.ferovanemocnice.cz/data/Umluva%20o%20biomedicine.pdf>

Seznam grafů

Graf č. 1: Rozdělení respondentů podle pohlaví

Graf č. 2: Rozdělení respondentů podle věku

Graf č. 3: Rozdělení respondentů podle délky praxe v paliativní a hospicové péči (PHP)

Graf č. 4: Rozdělení respondentů podle absolvovaného/neabsolvovaného sebezkušnostního psychoterapeutického (PT) výcviku

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Rozdělení respondentů podle pohlaví

Tabulka č. 2: Rozdělení respondentů podle věku

Tabulka č. 3: Rozdělení respondentů podle délky praxe v paliativní a hospicové péči (PHP)

Tabulka č. 4: Rozdělení respondentů podle absolvovaného/neabsolvovaného sebezkušenostního psychoterapeutického (PT) výcviku

Kontingenční tabulka č. 5: Výpočet signifikance Chí-kvadrát testu pro Vedlejší výzkumný cíl č. 1

Kontingenční tabulka č. 6: Výpočet signifikance Chí-kvadrát testu pro Vedlejší výzkumný cíl č. 2

Kontingenční tabulka č. 7: Výpočet signifikance Chí-kvadrát testu pro Vedlejší výzkumný cíl č. 3

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 1: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se David Voves a jsem studentem 3. ročníku oboru Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii na Pražské vysoké škole psychosociálních studií. Rád bych Vás požádal o vyplnění dotazníku, jehož výsledky budou sloužit jako podklady k vypracování mé bakalářské práce na téma „*Paliativní a hospicová péče z pohledu sociálního pracovníka*“. Zajímám se o to, **zdali sociální pracovníci v paliativní a hospicové péči jsou ohroženi syndromem vyhoření**. Dotazník je zcela anonymní, všechny informace týkající se Vaší osoby budou důvěrné. V závěrech výzkumu se objeví jen ve formě souhrnných údajů, které vylučují jakoukoli identifikaci jednotlivce.

Vybrané odpovědi, prosím, označte křížkem.

1. Pohlaví

žena muž

2. Věk

20-30 31-40 41 – 50 51 - 60

3. Absolvovaný terapeutický výcvik

ANO NE

4. Délka praxe v hospicové/paliativní péči

1-2 roky 2-5 let 5-7 let 7-10 let 10 a více let

5. Cítíte při výkonu Vaší profese pocit smysluplnosti?

ANO NE

6. Jste přesvědčen/a, že Váš způsob výkonu profese je pro klienty užitečný?

ANO NE

- 7. Cítíte v práci stres, který nedokážete zpracovat?**
- ANO NE
- 8. Cítíte, že jsou na kvalitu Vaší práce kladeny vysoké nároky?**
- ANO NE
- 9. Cítíte při výkonu Vaší profese v paliativní/hospicové péči vysoký stupeň odpovědnosti?**
- ANO NE
- 10. Cítíte, že je po Vás vyžadováno vysoké pracovní nasazení?**
- ANO NE
- 11. Můžete si výkon svých pracovních činností rozvrhnout dle svého uvážení?**
- ANO NE
- 12. Považujete náplň Vaší práce za pestrou?**
- ANO NE
- 13. Dostáváte pozitivní zpětnou vazbu od nadřízených při výkonu profese sociálního pracovníka v paliativní/hospicové péči?**
- ANO NE
- 14. Pociťujete ztrátu energie, vyčerpání, zmar, pokles motivace a ztrátu zájmu o druhé, které plynou z výkonu Vaší práce?**
- ANO NE
- 15. Cítíte se po příchodu z práce vyčerpán/a?**
- ANO NE
- 16. Umíte relaxovat, a víte jak?**
- ANO NE
- 17. Máte pocit, že jste ohrožen/a syndromem vyhoření?**
- ANO NE

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: David Voves

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

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

Název práce: Paliativní a hospicová péče z pohledu sociálního pracovníka

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2018

Počet stran (bez příloh): 67

Celkový počet stran příloh: 2

Počet titulů české literatury a pramenů: 46

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 2

Počet internetových odkazů: 10

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 4 849

Ostatní text: 119 127

Celkový počet znaků: 123 976

Názvy souborů umístěných na doprovodném CD

Text práce ve formátu PDF: Paliativní a hospicová péče z pohledu sociálního pracovníka_BP_Voves_David_pdf.

Text práce ve formátu DOC: Paliativní a hospicová péče z pohledu sociálního pracovníka_BP_Voves_David_word.

Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studenta/-tky: David Voves

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Paliativní a hospicová péče z pohledu sociálního pracovníka

Vedoucí/oponent* práce: doc. PaedDr. Slavomír LACA, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 67

Počet stránek příloh: 2

Počet titulů v seznamu literatury: 58

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	X			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	X			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	X			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	X			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	X			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznosť kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použiteľnosť výsledkov v praxi

	X			
--	---	--	--	--

Vhodnosť prezentácie záverov práce (publikácie, referáty, apod.)

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a námety k diskusii pri obhajobe:

Nemám otázky do diskusie, všetky boli vydiskutované v rámci konzultácií.

Celkové hodnotenie práce (klady, nedostatky):

Autor David Voves sa zaoberá vo svojej práci sociálnou problematikou, ktorou je Paliatívna a hospicová péče z pohľadu sociálneho pracovníka.

Štruktúra predkladanej bakalárskej práce je dobrá a je vyvážená v troch teoretických kapitolách a v jednotlivých podkapitolách. Posledná štvrtá kapitola je venovaná empirickému šetreniu. V úvode autor charakterizuje celú problematiku, ktorú rozoberá v jednotlivých hlavných kapitolách a podkapitolách, taktiež si vytýčil cieľ svojej práce v teoretickej a empirickej časti ktorou sa zaoberá v posledných kapitolách svojej bakalárskej práce. Autor pri písaní použil adekvátnu odbornú literatúru, ktorú rozdelil na monografie a internetové zdroje, legislatívne normy a uvádza ju v zozname bibliografických odkazov (autor použil nielen domácu odbornú literatúru ale aj zahraničné publikácie, k tejto problematike, za čo mu patrí pochvala).

Predkladaná bakalárska práca sa člení na teoretickú a empirickú časť. V rámci teoretickej časti práce autor opisuje pohľad na zvolenú problematiku (venuje sa paliatívnej a hospicovej starostlivosti, jej vývinu v ČR, ďalej charakterizuje multidisciplinárny tím v rámci paliatívnej a hospicovej starostlivosti, kde svoje miesto má sociálny pracovník...). Praktickú časť tvorí posledná štvrtá kapitola, ktorá sa zaoberá, či sociálni pracovníci v paliatívnej a hospicovej starostlivosti sú ohrození syndrómom vyhorenia. Autor použil metódu štruktúrovaného dotazníka a zvolil si hypotézy, kde na overovanie svojich výsledkov použil štatistickú metódu „Chi-kvadrát test“. Musím pochváliť autora, že sa pustil do náročnej problematiky, kde využil svoje praktické skúsenosti z praxe v hospici, ktorú absolvoval v rámci štúdia na PVŠPS. Prístup k písaniu práce a spoluprácu, hodnotím veľmi kladne a záujem autora o problematiku. Na základe stanoveného cieľa sa autorovi podarilo splniť cieľ práce a došiel k zaujímavým výsledkom, ktoré zhrnul do záverečnej kapitoly. Domnievame sa, že predložená práca je zaujímavou spracovaná a spĺňa požiadavky kladené na bakalársku prácu.

Doporučení k obhajobe: doporučuji/nedoporučuji*

- práca spĺňa požiadavky kladené na bakalársku prácu, preto ju doporučujem k obhajobe.

Navrhovaná klasifikácia:

- klasifikujem ju stupňom – 1 (výborne).

Datum, podpis: 05.05.2018



**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta: David Voves

Obor studia: Sociální práce zaměřená na komunikaci a psychoterapii

Název práce: Paliativní a hospicová péče z pohledu sociálního pracovníka

Oponent práce: Mgr. Iveta Jelínková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh):

Počet stránek příloh:

Počet titulů v seznamu literatury:

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

		x		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		x		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výběrně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		x		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké jsou Vaše pracovní zkušenosti s danou problematikou.

Jakým tématům v oblasti paliativní a hospicové péče je podle Vašeho názoru v budoucnu nutno věnovat pozornost?

V čem vidíte největší pozitiva a negativa paliativní a hospicové péče.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Diplomová práce má charakter teoreticko-empirické práce a popisuje problematiku paliativní a hospicové péče z pohledu sociálního pracovníka.

Teoretická část se zabývá teoretickými podklady, které jsou v praxi maximálně reflektovány, tj. paliativní péčí, její historie a vývoj; hospicovou péčí, konkrétně jejím vývojem a formami. Dále autor uvádí, jaká je funkce sociální práce v paliativní a hospicové péči. Názvy kapitol odpovídají tématu práce a logicky na sebe navazují. Text je obsahově pestrý, všem tématům se věnuje podrobně, je psán srozumitelným jazykem.

Výzkumná část práce nás seznamuje s cíli výzkumu, hypotézou výzkumu, výzkumným vzorkem, vymezuje výzkum a v neposlední řadě výsledky shrnuje a hodnotí. Jde o zdařilé zpracování výzkumu kvantitativní metodou, kde autor zjišťuje, do jaké míry jsou sociální pracovníci v paliativní a hospicové péči ohroženi syndromem vyhoření a to v souvislosti s pohlavím, věkem, absolvováním či neabsolvováním psychoterapeutického výcviku a délkou výkonu zaměstnání. Jak autor v závěru práce píše, výsledky výzkumu potvrdily fakt, že náročnost pomáhající profese u umírajícího člověka je neoddiskutovatelná a sociální pracovníci o riziku syndromu přemýšlejí a snaží se mu předcházet.


Práci musím vytknout to, že je zde nevyváženost teoretické části (43 s.) a části výzkumné (15 s.). Dále mi v práci chybí osobní reflexe autora na problematiku a zmínka o tom, jaké on sám má pracovní zkušenosti z touto problematikou.

K formální úpravě diplomové práce nejsou výhrady a použitá literatura odpovídá tématu práce. Práce splňuje nároky na daný typ závěrečné práce.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: 1 - výborně

20. 5. 2018


Mgr. Iveta Jelínková