

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Sociální pracovník v hospicové a paliativní péči

Gabriela Filípková

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 2019

Prague College of Psychosocial Studies

The social worker in hospice and paliative care

Gabriela Filípková

The Bachelor Thesis

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

Prague 2019

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala 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

Gabriela Filípková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala doc. PaedDr. Slavomíru Lacovi, Ph.D. za jeho cenné rady, metodickou pomoc a trpělivost při vedení mé bakalářské práce. Za vstřícnost při získávání potřebných informací děkuji zároveň svým participantům.

Anotace

Tato bakalářská práce je zaměřena na téma hospicové a paliativní péče. Zabývá se pohledem sociálního pracovníka na tuto problematiku. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je kladen hlavní důraz především na aspekty sociální práce při péči o klienty vyžadující dlouhodobou profesionální péči, a to nejen o umírající klienty a jejich blízké. V práci objasňuje autorka podstatné myšlenky hospicové a paliativní péče a poukazuje na roli sociálního pracovníka v místech působení. Praktická část se zabývá vyhodnocením výzkumu, respektive kvantitativním šetřením. Stanovené hypotézy jsou zaměřeny na osobu sociálního pracovníka. Tyto jsou ve formě otázek, jako součást standardizovaného dotazníku, předloženy zdravotnickým pracovníkům. Hlavním cílem je zjištění, zda je zde sociální pracovník vnímán jako potřebná a neoddělitelná součást týmu v práci s dlouhodobě nemocnými a umírajícími lidmi.

Klíčová slova: paliativní péče, hospicová péče, umírání, sociální pracovník

Abstract

This bachelor thesis is focused on the topic of hospice and palliative care. It deals with the view of the social worker on this issue. This bachelor thesis is divided into the theoretical and the practical part. In the theoretical part, the main emphasis is put on aspect of social works in the care of clients who require long-term professional care, not only about dying patients and their loved ones. The author clarifies the essential idea of hospice and palliative care in this thesis. She points to the role of a social worker in places of work. The practical part deals with the evaluation of the research or the quantitative investigation. The established hypotheses are aimed at a social worker. These are in the form of questions and they are submitted to healthcare professionals in the form of standardized questionnaire. The main goal is to find out if a social worker is perceived as a necessary and inseparable part of the team during work with long-term ill and dying people.

Key words: Palliative care, hospice care, dying, social worker

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 CHARAKTERISTIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	10
1.1 Sociální práce v paliativní a hospicové péči.....	12
1.2 Sociální pracovník v paliativní a hospicové péči.....	13
1.3 Etické aspekty v sociální práci s umírajícími	18
2 CHARAKTERISTIKA PALIATIVNÍ PÉČE	24
2.1 Historie paliativní péče.....	26
2.2 Formy a rozdělení paliativní péče.....	28
2.3 Význam paliativní péče pro nevléčitelně nemocné.....	32
3 CHARAKTERISTIKA HOSPICE A HOSPICOVÉ PÉČE	34
3.1 Historie hospiců	36
3.2 Formy a rozdělení hospicové péče.....	39
3.3 Hospicový tým.....	44
4 PRAKTICKÁ ČÁST	48
4.1 Cíle výzkumu.....	49
4.2 Hypotézy výzkumu	49
4.3 Dotazník	50
Výzkumný vzorek:.....	51
4.4 Výsledky výzkumu	64
4.5 Návrhy a doporučení pro praxi	67
ZÁVĚR.....	68
SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	69
PŘÍLOHA 1	73

ÚVOD

„O smysluplnosti života rozhodují jeho vrcholné body a jediný okamžik může dát zpětně smysl celému životu.“

V. E. Frankl

V naší moderní společnosti se téměř přestal uctívat symbol rodiny. Tolik důležité rodinné vztahy jdou do pozadí před výkonem a materiální hodnotou. Lidé mají nespočet možností aktivit, prožitků, ale zapomínají na to, co je skutečně důležité a hodnotné. Smrt, která byla odedávna součástí života v rodině, je dnes spíše tabuizovaným tématem. V dnešní době se smrt lidé snaží vytěsnit ze svých životů a žijí tak, jako by nikdy neměli zemřít. Také v medicíně nastala velká změna. Spolu s vývojem moderních technologií a dostupností nových způsobů léčby se posouvá věková hranice lidí, ale zároveň také stoupá množství civilizačních chorob a nevléčitelných nemocí. V systému vítězné medicíny se stala zásadním měřítkem úspěšnost vyléčení nemoci nebo alespoň takzvaná „výhra“ nad smrtí. Pokud se tedy terminálně nemocný člověk dostává do nemocnice, podstupuje množství invazivních vyšetření a výkonů, které ačkoliv slouží k záchraně lidského života, nemají v tomto případě co do činění se skutečnými potřebami a důstojností umírajících lidí. Základní potřebou umírajícího v posledních chvílích života je být v klidu, obklopen láskou svých blízkých. Pokud je v možnostech rodiny, aby o nemocného v posledních chvílích pečovala, určitě bude tato láskyplná péče hodnotná nejen pro umírajícího člena rodiny, ale také pro samotné pečující. V případech, kdy taková péče není možná v domácím prostředí, je možné se obrátit na hospicové zařízení, které se na tuto péči specializuje.

Téma Paliativní a hospicové péče se prolíná celou bakalářskou prací. Tato je rozdělena na teoretickou část a část výzkumnou. Teoretická část práce je dále členěna do třech základních kapitol. První kapitola je věnována sociální práci v paliativní a hospicové péči. Dále se zabývá postavením sociální pracovníka v tomto typu péče. V kapitole také nastíníme etické principy, které hospicová a paliativní péče řeší. Druhá kapitola se věnuje přímé charakteristice paliativní péče. Zde se dotkneme historie péče, rozdělení do forem a také se budeme zabývat významem poskytované paliativní péče pro samotné umírající. Třetí a poslední kapitola bakalářské práce se zaměřuje na

hospice a hospicovou péči. Zde se budeme podrobněji zabývat její historií, která se do jisté míry překrývá s historií péče paliativní. V kapitole se také seznámíme s dělením hospicové péče a nakonec se složením a činností hospicového týmu.

Ve výzkumné části bude stručné seznámení s hospicem Smíření v Chrudimi a oddělení LDN v Chrudimské nemocnici. V rámci výzkumu byli osloveni zdravotničtí pracovníci obou zařízení s cílem zjistit, do jaké míry vnímají přínos sociálního pracovníka pro klienty zařízení a pro ně samotné. Odpovědi respondentů budou vyhodnoceny a převedeny do tabulek a grafů. Následně se výzkumná část bude zaměřovat na potvrzení či vyvrácení hypotéz metodou Chí - kvadrátu.

1 CHARAKTERISTIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE

Obor sociální práce má mnoho definic, se kterými se můžeme setkat v odborných publikacích. Tyto definice vycházejí z praktické činnosti oboru sociální práce, respektive sociálního pracovníka.

Ve Všeobecné encyklopedii je sociální práce definována jako „*Řešení konkrétních sociálních problémů jednotlivců i skupin (rodin, skupin, mládeže, handicapovaných osob atd.) v úzkém kontaktu s nimi. Sociální práce většinou zahrnuje dohodu s klientem, nástupní diagnostiku případu, pořízení informací, přípravu a provedení potřebných intervencí (např. právních, ekonomických), terapeutický proces (výchova, výuka...aj.). Na jedné straně úzce souvisí se sociálním poradenstvím, na druhé straně se sociální politikou*“ (Všeobecná encyklopedie Universum, 2002, s. 164). Naproti tomu velmi obsáhle definuje ve své publikaci výše zmiňovaný pojem Havrdová, která je odborníkem přes tuto problematiku, neboť se do značné míry podílela na rozvoji oboru sociální práce v ČR. Poukazuje na sociální práci ze dvou hledisek:

„Sociální práce jako obor je aplikovaná věda, která zkoumá komplexní souvislosti mezi intrapsychickými, interpersonálními, skupinovými a společenskými procesy a způsoby jejich ovlivnění legislativními, organizačními, komunikačními a vztahovými prostředky, s cílem zlepšit životní pohodu všech lidí.

Sociální práce jako činnost je profesionální aktivita, která vytváří podmínky pro rozvoj a lepší využití zdrojů jednotlivce, skupin, komunit a společnosti využíváním prostředků analýzy a komunikace, profesionálním utvářením a usnadňováním vzájemné interakce (organizováním, vyjednáváním) a realizací a změnou legislativních a společenských podmínek, s cílem ochránit a posílit zejména znevýhodněné a ohrožené skupiny a jednotlivce ve společnosti“ (Havrdová, 1999, s. 154).

V neposlední řadě je vhodné zmínit definici Matouška, který uvádí že, „*sociální práce je společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti aj.). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci*

pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. Sociální práce je hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci“ (Matoušek, 2003, s. 213). S tímto pojetím autora se v literatuře setkáváme nejčastěji.

Velmi důležitá myšlenka vyvstává z textu po doplnění definice stejnojmenným autorem v další z jeho odborných knih. *„U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života“* (Matoušek, Musil, Navrátil, Tomeš, Smutek et al., 2013, s. 11). Sociální práci máme zakotvenou v solidaritě biologicky. Je způsobem chování vyskytujícího se nejen u lidí, ale také u dalších živočišných druhů žijících pospolitě. Je univerzálním principem chování podporující přežití. Náboženská přikázání toto solidární chování posilují. V některých náboženstvích hrají svou roli i představy věřících o odměně, která na člověka čeká s koncem jeho pozemského života. V naší kultuře se solidarita objevuje v souvislosti s křesťanským konceptem bližního. Tím je myšlen jakýkoli člověk (nejen stejné víry). Pokud se tento ocitá v nouzi, je záhodno mu pomoci. Současná sociální práce považuje za další základní zdroj univerzální lidská práva. Tato byla formulována zhruba před 230 lety v návaznosti měšťanských revolucí v Evropě. V současnosti je pro Evropu významným ideálem sociální politiky inkluze neboli začleňování. Lidé vyloučení ze společnosti (ve středověku též označování jako „nepříslušní“), bývali pro společnost hrozbou. Dnes ovšem lze tyto „vyloučené“ lidi považovat také za výzvu pro většinovou společnost. Problémem ovšem zůstává rozsah solidarity, neboť ta přirozená funguje v rodině i mezi přáteli. Naproti tomu širší solidarita je organizována institucemi. Státy a některá náboženství si ji přímo vynucují. V souvislosti s institucionalizovanými formami solidarity hovoříme také o sociální spravedlnosti, řídčeji o sociální vyváženosti. Dalším ideálem sociální práce je kvalita života. Důležitou roli zde společně hrají indikátory zdraví, kvality mezilidských vztahů, materiálních podmínek života, sociálního postavení, způsobu práce atd. V užším pojetí může být chápána tato kvalita jako spokojenost člověka se svým životem.

Dalším důležitým hodnotovým vodítkem sociální práce je lidská důstojnost. Slovo důstojný původně označovalo člověka plně dostačujícího nějakého úkolu. Naproti tomu dnes je důstojnost spojena s lidstvím jako takovým.

V přirozeném systému současné sociální práce stojí ve středu zájmu osoba se svou psychickou výbavou, s jejími vztahy. Náročné sociální situace mohou mít různé zdroje řešení. A to od psychické podpory, přes poskytnutí informací, přeškolení či poskytnutí hmotné podpory. Uplatňují se také např. programy podporující odpovědnost. Pomocí se rozumí také např. hledání finančně dostupného bydlení, pomoc při řešení dluhů aj. (Matoušek et al., 2013).

1.1 Sociální práce v paliativní a hospicové péči

Jak se zmiňuje autor Laca (2013) ve své publikaci *Sociálna práca v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*, zajímaly člověka otázky spojené s koncem lidského života od nepaměti. Již nejstarší společnosti řešili otázky ohledně dobré smrti a životem po ní. Starostí o dobrou smrt vyvstává zároveň i obava dobrého a úspěšného života, hledání životního smyslu, spokojenosti a štěstí. Popisuje, že přestože nemoci, tělesné utrpení, bolest, duševní postižení, smrt a umírání byly v určitém čase vytlačeny z lidského zájmu, přesto se otázky týkající se života a smrti nestaly snadnějšími či méně významnými jako v minulosti.

Naše moderní společnost se zaměřuje především na výkon. V takové společnosti, kde je hodnota člověka přímo úměrná jeho výkonu není už místo pro smysluplnost, pro utrpení, bolest ani umírání. Základem etických principů je ovšem právo každého člověka na důstojnou smrt. V tomto čase potřebuje člověk cítit lásku blízkých lidí, ale také úctu k jeho osobě. Potřebuje ale také, aby ho tímto nelehkým obdobím někdo doprovázel. A v doprovázení, poskytování pomoci a podpory, je spatřována hlavní náplň a poslání sociální práce v paliativní a hospicové péči. Sociální práce je zde uplatňována jako metoda sociální pomoci (Laca, 2013).

Podobně také Svatošová spatřuje v právu člověka na důstojnou smrt jeden ze základních etických principů. Dále však popisuje, že v praxi bývá mnohem složitější toto právo naplňovat. Odborníci, kteří mohou umírajícímu člověku v tomto stavu odcházení ulehčit, velmi často hrubě chybují. Příčiny těchto chyb, které mohou být různé, nespatřuje autorka ve špatném úmyslu, nýbrž v neporozumění procesu umírání a smrti jako takové. Za příklad uvádí např. lékaře, který nevědomky popírá svou smrtelnost či smrtelnost svých pacientů. Ve smrti tedy spatřuje jen své selhání. Poté může snadno podlehnout terapeutické posedlosti a nedůstojnému jednání. Velice důležitým se také jeví pohled rodiny na proces umírání. Pokud v tomto procesu

nespatřuje rodina důležitou a neopakovatelnou část života člověka, pak svého umírajícího rodinného příslušníka vyloučí ze svého společenství a předá ho odborníkům. V tomto případě se umírající, který se stal izolovaným od svých nejbližších, může cítit za bílou plentou jako pouhý „případ“ či „věc“ (Svatošová, 1995).

Jak uvádí Draganová s kolektivem autorů, se sociální práce *„zaměřuje na zvýšení aktivity občana a usiluje se ho motivovat tak, aby překonal hmotnou a sociální nouzi především vlastními silami, případně za pomoci rodiny“* (Draganová et al., 2006, s. 96). Dále pak rozvádí, že k péči o těžce nemocného či nevyléčitelného pacienta lze přistupovat pouze jako ke komplexu poskytované služby. Tato vychází z holistických principů pohledu na člověka a jeho potřeby. Autorka spatřuje v sociální práci čtyři důležité složky. Pro individuální složku je charakteristický pocit jistoty a spokojenosti. Sociální složka může být též synonymem vztahů, patří sem rodina, vztahy s příbuznými. Dále složka zdravotní a složka emocionální, která je určitým stupněm emocionální a duchovní pomoci (Draganová et al., 2006). Autorka Salamonová, která je považovaná za průkopnici v oblasti sociální práce spatřuje v cíli sociální práce maximální rozvoj celé osobnosti vědomým přizpůsobením se člověka jeho okolí anebo naopak přizpůsobení okolí požadavkům a schopnostem postiženého člověka. Úlohu sociální práce vidí v podpoře a rozvíjení schopností člověka, v předcházení a zabraňování v poškození zájmů dotyčného, v obnovování ztracených schopností, v obnově a vyrovnávání poškození a také péči a ochraně bezmocných (Oláh & Schavel, 2006).

V další odborné publikaci Dobříková – Porubčanová v péči o umírající *„sleduje dva základní cíle – a to zmírňování utrpení a zároveň zvyšování kvality života pacienta a jeho příbuzných. Přitom Světová Zdravotnická organizace hodnotí kvalitu života jako vnímání vlastní pozice v kontextu kultury a hodnotových systémů se zřetelem na cíle, očekávání, životní styl a zájmy“* (Dobříková – Porubčanová et al., 2005, s. 87).

1.2 Sociální pracovník v paliativní a hospicové péči

Než se zaměříme na specifika sociálního pracovníka v hospicové a paliativní péči, tak si připomeňme činnost sociálního pracovníka působícího v sociální práci obecně. Matoušek píše: *„Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky“* (Matoušek, 2003, s. 213).

Ve vymezení zaměstnání sociálního pracovníka je velkým přínosem právní úprava z roku 2006 (Tomeš a kolektiv, 2016). Tomeš a kol. píše: „*Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně – právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně – právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb*“ (Tomeš et al., 2016, s. 323).

České hospicové hnutí se vyvinulo především z iniciativy zdravotníků, kteří byli nespokojeni s péčí o umírající. Pokud se ptáme na důvody, proč na rozdíl od zahraničí, roli sociálního pracovníka v ČR přebírají většinou zdravotní sestry, dostává se nám dvojího vysvětlení. Jedním z důvodů je představa zdravotníků o tom, že sociální pracovník je spíše synonymem úředníka. Druhým důvodem je finanční situace. Podle Matouška je důležité zbavit se stigmatu úředníka. Vysvětluje, že pracovník musí být samozřejmě odborníkem na svém místě, ale hlavně člověkem. To znamená, nesnažit se vystupovat za každých okolností jako profesionál, ale dát důraz na upřímnost, dát najevo své pohnutky. Dále umět odhadnout míru přiblížení se k nemocnému, být trpělivým, vytrvalým a věrným. Při setkávání s umírajícím se nesnažit skrývat nejistotu a bolest, ale naopak jednat opravdově, být autentickým. Udělat si na nemocného čas, kdy mu bude trpělivě naslouchat a chápat ho. Jedním z předpokladů dobré péče je také schopnost a ochota pracovat v týmu. Ten má své nesporné výhody. Spolupracovníci se zde navzájem podporují a povzbuzují, ale také navzájem usměrňují, pokud např. neodhadnou hranici (míru odstupu či blízkosti) nebo ho mohou upozornit, když spolupracovník zapomíná na své potřeby (Matoušek, Kodymová a Koláčková (Ed.), 2010).

Autorka Svatošová zastává názor, podle kterého by měl být sociální pracovník působícím členem multidisciplinárního týmu hned od počátku péče a zde také zaujímat adekvátní postavení. Samozřejmostí by mělo být navázání spolupráce se sociálním odborem. Obrátit se tedy hned od počátku péče na příslušný úřad a taktéž na dobrovolnické organizace. Měl by mít dispozici vlastní pracovnu s telefonem. Práce v péči s umírajícími je nejen nárazová, ale také velmi psychicky náročná, tak by mělo být samozřejmostí adekvátní ocenění. Pro výkon profese je důležité mít možnost

dalšího vzdělávání a také například možnost podílet se na případném výzkumu (Laca, 2013).

Při vlastní práci v multidisciplinárním týmu je sociální pracovník zaměřen na konkrétní situaci konkrétního člověka. Nenabízí praktickou a zároveň emoční pomoc jen nemocnému, ale také o něj pečují. V nelehké situaci, kdy jsou potřeby nemocného a osob, které o něj pečují v konfliktu, má za úkol sociální pracovník pomoci tuto situaci řešit. Samozřejmostí je také jeho přehled o vhodnosti a dostupnosti služeb, které slouží k podporování terminálně nemocných a jejich blízkých. Musí vědět, jaké služby nabízí státní a jaké naopak nestátní sektor. Samozřejmostí je také jeho schopnost pracovat s lidmi, kteří se vyrovnávají se ztrátou blízké osoby (Strieženec, 2006).

Mezi úkoly sociálního pracovníka podle autora Matouška patří:

- Seznámení se s potřebami nemocného (jde o zhodnocení potřeb emočních, sociálních, praktických, finančních aj.)
- Posouzení schopnosti pacienta a jeho rodiny zvládnout situaci, v případě potřeby vhodně nabídnout možnosti pomoci
- Vytvořit vhodné prostředí pro možnosti vyjádření svých pocitů jak nemocnému, tak i jeho rodině a ostatním pečujícím
- Rozumět etnickým a náboženským vlivům, které přímo ovlivňují nebo jsou naopak ovlivňovány nemocí umírajícího nebo zármutkem
- Být všímavý k nejzranitelnějším lidem, jako jsou závislí, děti, adolescenti, staří příbuzní nemocného (u školních dětí předpokládat možné zhoršení prospěchu aj.)
- Využít času, který nemocnému zbývá k překonání případných komunikačních obtíží nebo urovnání konfliktů
- Pomáhat všem zúčastněným vyrovnat se s novou situací a průběžně se přizpůsobovat měnícímu se stavu
- V případě potřeby poradit, pomáhat v jednání s dalšími organizacemi v závislosti na potřebách nemocného a pečujících osob, dále např. pomáhat s vyřizováním žádostí o sociální dávky
- Být komunikačním prostředníkem mezi rodinou, zaměstnavatelem, úředníky apod.

- Pomoci zajistit pozůstalým potřebné záležitosti, v případě potřeby zajistit pomoc okolí

Kromě zvládnání těchto úkolů je pracovník plnohodnotným členem hospicového týmu, což znamená, že spolupracuje s ostatními členy týmu při zvládnání psychosociálních problémů, zúčastňuje se pravidelných porad o klientech a jejich rodinách, dále aktivně spolupracuje s dobrovolníky a stážisty, účastní se vzdělávacích programů a eventuálně také výzkumu (Matoušek et al., 2010).

Základem činnosti každého sociálního pracovníka je dobře se seznámit s konkrétním případem. Jen v souvislosti s příjmem klienta musí pracovník vykonat určité úkoly. Spolu s týmem paliativní a hospicové péče se podílí na výběru pacientů. Podle Porubčanové je sociální pracovník většinou členem několikačlenné komise, která na základě splnění určených podmínek přijímá pacienty do hospicové péče. Mezi podmínky indikované k přijetí patří: postupně zhoršující se nemoc ohrožující pacienta na životě, potřeba paliativní léčby a péče, v daném okamžiku nepotřebnost akutní nemocniční intervence, péče v domácím prostředí není možná nebo již není dostatečná (Levická & Mrázová, 2004).

Ke své práci s klientem potřebuje sociální pracovník zjistit důležité informace o jeho zdravotním stavu, hlavních příznacích choroby, možných dalších doprovodných symptomech, skutečnosti o rodinných poměrech nemocného i jeho rodiny (Levická & Mrázová, 2004).

Autorka Porubčanová dále upozorňuje na metodický postup práce, kterým by se měl sociální pracovník zabývající se paliativní a hospicovou péčí řídit:

1. První kontakt s pacientem – pracovník se seznamuje s dokumentací pacienta, zjišťuje zdravotní problém, anamnézu, důležitý je též názor lékaře a zdravotních sester na pacienta. Na základě všech informací si vytváří svůj úsudek. Získané informace umožňují najít vhodný přístup k získání pacientovy důvěry. Při prvním setkání se pracovník představí a vysvětlí, s čím by mu mohl pomoci. Ptá se, zda nepotřebuje řešit něco urgentního. Toto první setkání je velmi důležitým momentem k možnému navázání úzkého terapeutického vztahu.
2. Stanovení sociální diagnózy - zjišťování psychosociální anamnézy pomocí strukturovaného rozhovoru. Dále se ptá, jak nemoc změnila život, jak se s ní vyrovnává a o koho se může opřít. Při rozhovoru se zaměřuje na vyhlídky

do budoucnosti, čemu věří a jaký hodnotový žebříček uznával před nemocí a v současnosti. Otázky během hovoru směřují postupně do minulosti, aby si pracovník udělal představu o tom, jakým způsobem řešil klient zátěžové situace a také ho zajímá, jak se s nimi vyrovnával. Podle slov autorky se postupem hovoru vrací zpět do současnosti, aby zjistil jeho názor na léčbu a pobyt v hospici. Dále se ptá na informace ohledně bydlení, financí a sociálních podmínek obecně. Mapuje také rodinné vztahy, kdy ho zajímá vzájemné podporování členů rodiny, ale také jejich případné konflikty. Zachovávání mlčenlivosti o všech získaných informacích je samozřejmostí. Na základě zjištěných skutečností zhodnocuje všechny informace a stanovuje si, jaké potřeby je třeba uspokojit hned a jaké může pomoci řešit později.

3. Návrh řešení a sestavení plánu sociální pomoci – poskytování sociální pomoci se uskutečňuje podle vypracovaného plánu, který pracovník vytvoří. S tímto plánem seznamuje tým a připojuje ho k terapeutickému plánu. Sociální pomoc se dělí na krátkodobou a dlouhodobou. Do krátkodobé pomoci řadíme řešení záležitostí s nemožností odkládání (např. kontaktování se s rodinou, spojení se s úřady), naopak dlouhodobá pomoc zahrnuje např. péči o klienta po propuštění. Pravidlem je, že plán konkrétní pomoci směřuje nejprve k uspokojení naléhavých potřeb k potřebám méně naléhavým.
4. Sociální terapie – v této fázi řeší soc. pracovník problémy, které jsou příčinou pacientova stresu, strachu a nejistoty. Za tímto diskomfortem mohou stát nevyřešené soudní spory nebo třeba nevyřešené úřední záležitosti. Jejich vyřešení může pozitivně ovlivnit jejich subjektivní pocity. Stresovou záležitostí jsou bezesporu také finanční problémy, které by měl sociální pracovník zkusit neodkladně řešit. Podle autorky je další činností psychoterapie, na které se podílejí společně s psychologem.
5. Ověřování výsledků – nakonec pracovník soc. péče ověřuje, zda se mu podařilo splnit stanovený plán a jakým způsobem tento plán přispěl ke zlepšení kvality života klienta podle toho, jak ho nemocný sám hodnotí (Levická & Mrázová, 2004)

Striezenec vysvětluje, že „sociální pracovník hledá ve svém profesionálním přístupu smysl života tak, že lidský život vnímá jako skutečnost, která je ohraničená příchodem a

odchodem z pozemského světa, v nejširším smyslu lidství, urovnávání při a konfliktů s respektem k právům každého jednotlivého člověka...“ (Strieženec, 2006, s. 15).

Péče o umírající je velmi náročná na psychiku pomáhajícího. Všichni, kdo přicházejí do styku se smrtelně nemocnými klienty, se se smrtí setkávají často. Člověk poté uvažuje o vlastní smrtelnosti. Jen člověk, který přemýšlel o smrti a integroval vědomí vlastní smrti do svého života, je schopen starat se o terminálně nemocné. Mezi důležité schopnosti patří akceptace umírajícího, schopnost přijmout umírajícího takového jaký je, tolerovat jeho vlastnosti, hodnoty a způsob komunikace (Laca, 2013).

Setkávání s lidmi, kteří jsou v těžké životní situaci, může způsobit vznik *syndromu vyhoření*. Oláh Schavel říká, že „*syndrom vyhoření představuje soubor typických příznaků, které vznikají u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutelného zatížení*“ (Oláh & Schavel, 2006, s. 33). Jako nespécifická příčina vzniku syndromu vyhoření se udávají zvláštními nároky, které jsou na pracovníka kladeny intenzivním kontaktem s lidmi, kteří využívají sociální pomoc. Předcházení vzniku syndromu vyhoření začíná výběrem personálu. Ten by měl splňovat určitá specifika: odbornost, profesionalitu, zralou osobnost, která je vyrovnaná s vlastní smrtelností, schopnost týmové práce, důvěru, kreativitu a smysl pro humor. Při samotné práci může soc. pracovník předcházet syndromu vyhoření vymýšlením si nových postupů práce, stálým vylepšováním pracovního prostředí, nepodléháním rutině, relaxováním a odpočinkem. K pravidelné prevenci také patří pravidelná supervize, adekvátní finanční ohodnocení a podpora dalšího sebevzdělávání (Oláh & Schavel, 2006).

Sociální pracovník pomáhá cestou poradenství hledat smysl života, jako hlavní kritérium ovšem nevidí ve štěstí ani užitečnosti terminálně nemocného člověka (Laca, 2013)

1.3 Etické aspekty v sociální práci s umírajícími

Abychom se mohli podrobněji zabývat otázkou etických aspektů při práci s terminálně nemocnými, je vhodné nejprve definovat pojem etika. Wikipedie sděluje, že „*etika (z řeckého ethos – mrav), nebo též teorie morálky je filozofická disciplína, která se zabývá zkoumáním mravní dimenze skutečnosti. Etika zkoumá morálku nebo morálně relevantní jednání a jeho normy. Je disciplínou praktické filozofie. Etika se zabývá teoretickým zkoumáním hodnot a principů, které usměrňují lidské jednání*

v situacích, kdy existuje možnost volby prostřednictvím svobodné vůle. Hodnotí činnost člověka z hlediska dobra a zla“ (Wikipedie, získáno 21.7.2019).

Spolu s konečností lidského života se automaticky ptáme po otázkách jeho smyslu. Člověk, který je konfrontován se smrtí, je jedinečnou bytostí, proto mohou být jeho reakce různé. Může procházet fázemi smíření a vyrovnávání se, pasivní rezignace, únikem do fantazie či vzpomínek, únikem do nesmrtelnosti nebo se snaží naopak dokončit rozpracované dílo. Výjimkou ovšem ani nejsou stavy propadnutí alkoholu nebo drogám či myšlenky na sebevraždu. Pojem umírání si můžeme vyložit dvojitým způsobem. V užším slova smyslu jím rozumíme terminální stav, kdy člověk bezprostředně umírá. V širším slova smyslu umíráním rozumíme různě dlouhý časový úsek, ohraničený vyřčenou diagnózou nevléčitelné nemoci a smrtí jedince. Pro nemocného a jeho blízké bývá toto mnohdy dlouhé období trvající někdy i roky velmi náročným a bolestným obdobím. Pokud dojde spontánně či vlivem léčby k zastavení nevléčitelné nemoci, vzbuzuje tato skutečnost u pacienta a jeho blízkých novou naději. Vlivem progresu onemocnění se ale může zdravotní stav zhoršovat, což vede neodvratitelně k smrti nemocného (S. Laca, Dancák, & P. Laca, 2011).

Starost o tzv. dobrou smrt se objevuje od nepaměti se starostí o dobrý a úspěšný život. S tím také souvisí hledání smyslu života, životního naplnění, štěstí a spokojenosti. Být šťastným je hluboce zakotvená potřeba v srdci každého člověka. Hledání štěstí a životní moudrosti bylo podle některých myslitelů příčinou vzniku starověké filozofie a morálky. Otázky života a smrti nejsou v současnosti lehčími či méně významnými než tomu bylo v minulosti (Munzarová, 2005).

Velice vážným sporem, který vyvstává v problematice paliativní medicíny, je diskutování o eutanazii. Eutanazii (z řeckého slova eu - dobrý a thanatos - smrt) má různé definice. Vokurka, Hugo et al. (2008, s. 287) hovoří o eutanázii jako o „*usmrcení pacienta s nevléčitelnou nemocí pro zkrácení jeho utrpení*“. Hanuš v r. 1994 definuje eutanazii jako „*úmyslné usmrcení jiné, zejména nemocné osoby na její žádost nebo ze soucitu*“ (cituji dle Kupky, 2014, s. 134). Hartl a Hartlová v Psychologickém slovníku z r. 2010 přibližují pojem eutanazie následovně: „*jedná se o bezbolestné ukončení života na vlastní žádost nevléčitelně nemocného, který je schopen rozhodování*“.

Munzarová nadále uvádí, že Světová lékařská asociace hovoří o eutanazii jako o „*vědomém a úmyslném provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka*

za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevyлéčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku“ (Cituji dle Kupky, 2014, s. 134).

Eutanázie se často neadekvátně používá a aplikuje v případech, kdy se o eutanazii nejedná. Je tedy potřeba jasné vymezení významu tohoto pojmu. Aby se tedy předešlo nedorozumění v terminologii, sama církev zaujala rozhodný postoj obrany lidské důstojnosti v souvislosti k účtě vůči daru života (Laca, 2013). V pravém slova smyslu je tedy podle Evangelium vitae z r. 1995 č. 65 eutanazie činem nebo zanedbáním, které jak uvedl Jan Pavel II „ze své povahy nebo z úmyslu konajícího způsobuje smrt kvůli odstranění jakéhokoliv utrpení“ (cituji dle Laca, 2013, s. 195).

Jednání, které má charakter obyčejné vraždy, nemůžeme považovat za eutanazii. Nemůže jí být navrhované bezbolestné usmrcování starých lidí, tělesně postižených, duševně nemocných nebo dětí opožděných ve vývoji. Nezáleží ani na tom, zda by se jednání praktikovalo na základě prosby nemocných lidí, rozhodnutí jiných či právního předpisu. Vždy se jedná o vraždu člověka (Laca, 2013).

Ve všech obdobích naší historie nacházíme případy eutanazie. V minulosti byl ukončován život nejen starému a nemocnému člověku, ale také mladým bezradným lidem nebo malým bezmocným dětem. V historii se setkáváme s mnoha příklady absurdních a drastických ukončování životů (odložení postižených novorozenců, starců či nemocných lidí). S původní ideou dobré a důstojné smrti to rozhodně nemělo nic společného (Štefko, 1998).

V souvislosti s tématem látky vzpomeňme **3 základní aspekty eutanazie**, o kterých se zmiňuje autor Laca, zabývající se touto problematikou:

- Společensko-etický aspekt eutanázie
- Medicínsko-bioetický aspekt eutanázie
- Právní aspekt eutanázie

Společensko-etické problémy často souvisí s aspekty právními a medicínskými. Také autor Kořenek se ve své práci zabývá etickými otázkami, které vyvstávají například při často diskutovaném ukončování ventilační podpory. Uplatňují se zde principy autonomie, beneficence (dobročinnosti), nonmaleficencie (neškození) a

respektování zákona (Laca, 2013). Autor Šoltés, který se zaměřuje na lékařskou etiku k tomu dodává: „*Etické postoje, s kterými se setkáváme ve většinové společnosti v souvislosti s problémem eutanázie, vycházejí mimo jiného i z různých názorů na právo člověka nezávisle rozhodovat o svém životě včetně jeho ukončení*“ (Šoltés & Pullman, 1996, s. 66). Lidský život je největším darem, kterého se člověku dostalo, ale nesmí zapomínat na to, že je pouze správcem tohoto daru. Ačkoliv lékař musí dovolit umírajícímu člověku zemřít, v žádném případě ho nesmí úmyslně zabít.

Při vlastním činu eutanázie se zdůrazňují dva aspekty. Prvním je „dopřání“ smrti smrtelně nemocnému jako odezva na jeho žádost a druhým aspektem je spolupráce jiné osoby při zabití nemocného. Pokud rozvedeme ono „dopřání smrti“ nevyléčitelně nemocného člověka, musíme zdůraznit existenci dvou etap nemoci, které nutí člověka k přehodnocení svého života. S pojmem sociální smrt se tedy nezdá setkáváme u pacientů, které vážná nemoc vyloučila z rodinného prostředí, pracovního kolektivu a vzala mu soukromí. Následkem této těžko snesitelné situace bývá ztráta smyslu života a myšlenky na smrt. Společensko-etický aspekt můžeme také vnímat jako humanistický aspekt s všeobecně platnými pravidly chování člověka se zaměřením na jeho život a životní hodnoty (Laca, 2013).

Při zkoumání **Medicínsko-bioetického aspektu eutanázie** je dobré zmínit, že současná medicína objevila nespočet možností zmírňování bolesti trpícího člověka a také že dokáže prodloužit lidský život. Bioetika, která vznikla jako potřeba řešení etických otázek, souvisí s výzkumem biologie a medicíny, má snahu vyhodnocovat dilemata a přezkoumávat důsledky výzkumu. Poněkud zjednodušeně můžeme říci, že bioetika si vzala za úkol řešení praktických morálních problémů, které přímo souvisí se vznikem a zánikem lidského života (Laca, 2013). Jistě se shodneme, že cílem péče o terminálně nemocné je bezpochyby zlepšení kvality života nemocného a prodloužení života. Pokud již ovšem žádná léčba nepomáhá, lékař se má soustředit především na potlačení bolesti, utrpení, úzkosti a osamění. Se zvyšováním životní úrovně a lékařské péče se mění představy o umírání a tzv. „dobré smrti“. Synonymem důstojné smrti je poskytnutí a zajištění bio – psycho – sociálního komfortu. V souvislosti s důstojnou smrtí se dostávají do popředí zájmu otázky eutanázie (Laca, 2013). Pro pochopení pojmu je nutné rozlišovat jeho různé významy dle Špinkové a Špinky:

1. Aktivní a pasivní eutanázie: spatřujeme zásadní rozdíl mezi jednáním, zanecháním jednání a nepřistoupení k němu. Aktivní eutanázií je myšlena ta

činnost, která má za úkol uspišit smrt či přímo usmrtit druhého člověka. Myšleno například usmrcení injekcí rukou lékaře. Tato forma aktivní eutanázie je tedy eutanázií v pravém slova smyslu. Naopak pasivní eutanázie nejednání či zřeknutí se určitého jednání, jehož důsledkem je uspišení úmrtí druhého. Jako příklady si uveďme neposkytnutí chemoterapie z důvodu zdánlivé zbytečnosti nebo přerušení jiné léčby se stejným efektem. Problematika odpojení pacienta od přístrojů, které udržují jeho životní funkce, sem můžeme také zařadit. V jednotlivých případech tedy může být nesnadné rozlišit mezi aktivní a pasivní eutanázií. Odpovědnost ovšem neseme i v případech nejednání, které vychází z našeho rozhodnutí. Rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanázií vnímáme zřetelněji, pokud má člověk na paměti, že konci života necháváme přirozený průběh (pasivní eutanázie), než když by docházelo k aktivnímu usmrcení druhého, byť na jeho vlastní žádost (aktivní eutanázie).

2. Přímá a nepřímá eutanázie: hlavním cílem přímé eutanázie je uspišení či navození smrti jiného člověka. Naproti tomu nepřímá eutanázie způsobuje smrt v důsledku jednání, které má jiné cíle než usmrtit. Základním cílem bývá například zbavit nemocného bolesti a utrpení, kdy příkladem z praxe může být podání tak vysokých dávek léku proti bolesti, které mohou zapříčinit zkrácení života trpícího.
3. Dobrovolná a nedobrovolná eutanázie: termín dobrovolnosti je zde spojován s osobou, která žádá o povolení eutanázie. Dobrovolnost přímo souvisí s osobou pacienta, který si sám žádá na základě žádosti. Nedobrovolná je spojována s nekompetentností nemocných, kdy žádá např. rodina nebo rozhoduje lékař v případě přesvědčení o tom, že život nemocného již není nadále možný.
4. Asistovaná sebevražda: je situace, kdy lékař umožní nemocnému, aby se sám usmrtil. V praxi pacientovi lékař poskytne prostředky (smrtící jed, injekce), jejichž pomocí tento uskuteční sebevraždu.
5. Sociální eutanázie: je označení smrti, ke které by nemuselo dojít, kdyby byla nemocnému umožněna ideální forma péče (léčebný prostředek), která je dostupná jinde na světě. Souvisí tedy s ekonomickou, geografickou a edukační nedostatečností zdravotního systému či zdravotníků dané země. Je potřeba zmínit, že tuto eutanazii lékař nevykonává, ale pouze akceptuje daný stav.
6. Prenatální eutanázie: je rovněž velice diskutabilním pojmem, neboť se jedná o nevhodné spojení eutanázie s interrupcí, neboť mnozí odborníci toto vymezení

odmítají z důvodu toho, že nechtěné dítě není nemocné, případná neblahá prognóza je pouze hypotetická a také není možné hovořit o nesnesitelných bolestech dítěte žádajíc lékaře o milosrdnou smrt (cituji dle Kupky, 2014, s. 140 - 141).

Posledním aspektem, o kterém je vhodné se v souvislosti s problematikou eutanazie zmínit je **Právní aspekt eutanázie**: přirozeností člověka je rozum a svobodná vůle. Život ho nevyhnutelně staví do pozice rozvíjení svých schopností a činností. Zaslouhuje si tedy úctu, právní uznání z hlediska důstojnosti, která mu náleží. Právníci si jsou samozřejmě také vědomi toho, jaké nebezpečí případné povolení eutanazie skýtá. Právní systém tedy musí člověka před eutanázií chránit, neboť ani písemný souhlas nemusí znamenat to, že není vědomě či nevědomě vnucený. Nemocný člověk se může cítit své rodině na obtíž a eutanazie pro něj může být východiskem z toho, aby se o něj rodina musela starat. Právní schválení eutanazie by tedy ve své konečnosti znamenala uzákonění velké diskriminace mezi životem zdravého člověka a životem nemocného. Právo zemřít podle vlastního uvážení by znamenalo popření vlastního cíle na jedné straně a povinnost zabíjet na straně druhé. Lidský život musí být tedy právně chráněn, aby nedošlo k narušení jedné ze základních povinností člověka (Laca, 2103).

Na závěr kapitoly je dobré zdůraznit, že v dnešní době je potřeba často a otevřeně hovořit o možnosti hospicové a paliativní péče. Člověk se totiž bolesti a smrti bojí. Dokonce i tehdy, když je blízkému diagnostikována vážná a nevléčitelná nemoc, se myšlenky na vlastní smrt snaží vytěsnit. Ten, kdo na vlastní kůži zažil pocity samoty, strachu nebo bolest či utrpení, bývá k nemocnému v podobné situaci daleko vnímavější. Pokud hovoříme o sociálním pracovníkovi, tak jeho posláním je bolest a utrpení umírajícího zmírňovat či odstraňovat, ale v žádném případě definitivně ukončovat jeho život (S. Laca, Dancák, & P. Laca, 2011).

2 CHARAKTERISTIKA PALIATIVNÍ PÉČE

„Každý den je malý život – každé probuzení a vstávání je malé narození, Každé čerstvé jitro je malé mládí, každé uléhání a usínání je malá smrt.“

Arthur Schopenhauer

Stejně tak, jako je tomu u definování jiných pojmů, paliativní péče má také nemálo významů. Při definování pojmu paliativní péče ovšem zjišťujeme společné, charakteristické znaky. Společnými znaky jsou: důraz na kvalitu život terminálně nemocného člověka, snaha o řešení symptomů vážné choroby se samozřejmým ohledem na specifické potřeby klientů přijímajících tuto odbornou paliativní péči (Marková, 2010).

Latinský termín *Pallium* překládáme jako maska nebo také překrytí pláštěm. Hlavním smyslem paliativní péče je podle autorky Stáhalové: *„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 uspokojujícím způsobem“* (Stáhalová, 2010, s. 1). Autorka dále o paliativní péči píše, že patří celosvětově k moderním typům péče, které nevléčitelně nemocným a jejich blízkým nabízí kvalitní a fungující pomoc. Mimo uvedených definic je dobré zmínit nejčastěji citovanou definici paliativní péče podle Světové zdravotnické organizace, jak ji uvádí Malkovská: *„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“* (Malkovská, 2007, s. 61). Vymezení pojmu, nejvíce vystihujícího samotnou podstatu paliativní péče nám nabízí Quiniová, která charakterizuje onu zmiňovanou péči 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“* (Quiniová, 2007, s. 21).

Podle § 5 zákona č. 372/211 Sb., o zdravotních službách se paliativní péče vymezuje jako specifický druh zdravotní péče, „*jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí*“ (Kabelka, 2017, s. 20).

Jak jsme se mohli přesvědčit, v porozumění definice paliativní péče tedy nepanuje úplná shoda (Payneová, Seymourová, & Ingletonová, 2007). Terminologie paliativní péče se měnila v důsledku historického vývoje a charakteru poskytovaných zdravotnických služeb umírajícím lidem. Tato péče se v různých zemích odlišuje a zároveň se mění i v čase. Například ve Velké Británii se setkáváme s terminologií *péče ke konci života* (end – of – life – care). V souvislosti s ní se setkáváme s proměnami: v raném období hospicového hnutí (ve dvacátém století) se označovala tato péče jako „*hospicová*“ nebo také „*terminální péče*“. Koncem minulého století o ní již hovoříme jako o „*paliativní péči*“ (Payneová, Seymourová, & Ingletonová, 2007).

Termíny, které se vztahují k péči o člověka na konci životní cesty:

- Hospicová péče.
- Terminální péče.
- Kontinuální péče.
- Péče o umírající.
- Paliativní péče.
- Péče na konci života.
- Podpůrná péče.

Výraz „*podpůrná péče*“ je užíván v poslední době v souvislosti s poskytováním služeb u doplňkové léčby pacientů s rakovinou. Naproti tomu v Kanadě a USA se zpočátku uplatňoval termín „*péče na konci života*“. Příčina růstu termínu, které se užívají při popisu zdravotních a sociálních služeb, které jsou poskytovány umírajícím lidem, má několik důvodů. Ve svých počátcích se Hospicové hnutí Velké Británie jednoznačně zabývalo především terminální péčí pacientů s rakovinou. Následně byla tato péče zacílena i na služby pro nemocné netrpící rakovinou. Současným trendem je poskytovat péči již v raných stádiích onemocnění. Ačkoliv se většina diskuzí o poskytování podpůrné péče a definice Národní rady pro hospice a služby specializované paliativní péče redukuje na péči o nemocné s rakovinou, není důvod, proč by tuto podpůrnou péči nemohli využívat i lidé trpící jiným chronickým onemocněním (Payneová, Seymourová, & Ingletonová, 2007).

2.1 Historie paliativní péče

Počátky paliativní péče sahají do dávné minulosti. V roce 238 před Kristem založil vládce Indie ve Varani útulek pro opuštěné lidi, kteří zde prožívali poslední období svého života. Po smrti se pohřbívali do řeky Gangy. Také ze starého Egypta je známý určitý způsob péče o umírající, kde se jako první zajímali o problematiku smrti už za života. Dokazují to poznatky o mumifikování mrtvých a bohatě vyzdobené chrámy a hrobky.

Také Řekové se snažili ulehčit od utrpení umírajícím a pomoci jim od hrůzy ze smrti, a proto ji přezdívali věčným klidem. Organizovaná paliativní péče nemá dlouhou historii. Už v době křižáckých výprav byly jisté druhy hospiců součástí některých klášterů. Sloužily k zabezpečení základních potřeb a ochraně pro lidi nemocné, chudé, pro poutníky, ženy, děti, malomocné, ale i těhotné ženy. Panovalo zde porozumění a přátelství. Jejich hlavním úkolem tedy nebyla pomoc při umírání. Až teprve do roku 1878 se datuje založení kongregace Sestra lásky, kde primárním úkolem bylo provázení umírajících v terminální fázi jejich života. Tato komunita založila poté několik institucí – hospiců. Průkopnice této problematiky - Cicely Saundersová pracovala v jednom z nich a následně stála u založení prvního moderního hospice (St. Christopher's Hospice). Od této doby vznikali podobná zařízení po celém světě (S. Laca, Dancák, & P. Laca, 2011).

Vzhledem ke skutečnosti, že historie paliativní medicíny se do jisté míry prolíná s dějinami hospicové péče, budeme se podrobněji touto problematikou zabývat v kapitole Historie hospicové péče. Na následujících řádcích se zmíníme o novějších dějinách paliativní péče.

Historie moderní paliativní péče je poměrně krátká. Terapeutické úspěchy moderní medicíny druhé poloviny 20. století měly radikální vliv na prodloužení lidského života a zároveň daly impuls ke vzniku a následnému rozvoji paliativní péče, protože v souvislosti s pokrokem medicíny lidé umírají paradoxně často déle a obtížněji. Na tuto situaci zareagovala paliativní medicína celosvětově rychlým rozvojem péče. Jak již bylo v práci zmíněno, prvním historicky uznávaným zařízením paliativní péče byl St. Christopher's Hospice v Anglii, který vznikl v roce 1967. V roce 2002, tedy po 35 letech od jeho založení, bylo ve více než sto zemích zřízeno přes 8000 zařízení paliativní péče. Zejména v posledních dvaceti letech došlo ve vyspělých státech k velmi

rychlému rozšíření již zmiňované péče. V posledních deseti letech bylo celosvětovými, Evropskými a národními institucemi zdůrazňováno, že jednou z prioritních oblastí rozvoje zdravotnické péče musí být péče paliativní. V souvislosti s tím mají mít občané právo na její dostupnost. Rozvoj kvalitní paliativní péče byl v 90. letech 20. století prioritou i pro Světovou zdravotnickou organizaci. Dále také v rozsáhlé studii „Priority Areas for National Action“ vydanou v roce 2003 respektovaným Institute of Medicine of the National Academies v USA, se vytyčuje rozvoj v paliativní medicíně jako jedna z nejdůležitějších šesti okruhů zdravotní péče. Právo pacienta na komplexní paliativní péči bylo kodifikováno také v Evropě V Parlamentním shromáždění Rady Evropy v dokumentu „Ochrana lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných“. Následně bylo v roce 2003 schváleno doporučení Výboru ministrů Rady Evropy členskými státy nazvané „O organizaci paliativní péče“. O paliativní péči se také začíná hovořit jako o právu občana. V rozvinutých státech, včetně zemí Evropské unie stále častěji zaznívá přesvědčení, že je potřeba zajistit kvalitní péči paliativního charakteru každému nemocnému, který ji potřebuje, bez zbytečné časové prodlevy a v optimálním prostředí. Speciální zákon, který zajišťuje přístup k paliativní péči, byl přijat již v roce 1999 ve Francii. Je odrazem přístupu společnosti k důstojnosti lidského života (Matochová, 2009).

V české republice se paliativní péče začala rozvíjet až po roce 1989. V roce 1992 se v Babicích nad Svitavou zřídilo první lůžkové oddělení paliativní péče. Od počátku se u nás rozvíjí specializovaná paliativní péče spíše jako lůžková hospicová péče, a to především pro onkologicky nemocné (Bužgová, 2015). Na podrobnosti hospicového hnutí se podrobněji zaměříme v následujících kapitolách bakalářské práce, které se budou věnovat hospicové péči. Na okraj tedy o hospicovém hnutí můžeme říci, že se na jeho rozvoji podílela významná osobnost paliativní péče u nás - lékařka Marie Svatošová, která byla zároveň i zakladatelkou občanského sdružení pro podporu domácí péče v roce 1993 a také hospicového hnutí *Ecce homo* (Ejhle člověk). Velikým úspěchem sdružení bylo postavení prvního lůžkového hospice Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995 (Bužgová, 2015).

Pokud se zaměříme na výzkum v oblasti péče o umírající, zjistíme, že první výzkum rozsáhlejšího charakteru v České republice byl proveden v letech 2003 – 2004. Byl proveden pod záštitou sdružení Cesta domů a poukazoval na nedostatky v péči o umírající. V roce 2004 byla přijata *Koncepce paliativní péče v ČR*, která měla taktéž

příspěvek k rozvoji, efektivnímu systému organizování a poskytování kvalitní paliativní péče v rámci dostupnosti. V koncepci jsou též zaneseny různé možnosti poskytování péče (nemocnice, zařízení sociálních služeb, léčebny dlouhodobě nemocných). Kromě lůžkových hospiců začaly v poslední době vznikat domácí hospicové jednotky a také ambulance onkologické paliativní péče (Masarykův onkologický ústav Brno, Fakultní nemocnice Hradec Králové). Někteří odborníci poukazují na nutnost rozvíjení paliativní péče v geriatrické a paliativní péče pro neonkologicky nemocné pacienty. Dále můžeme zmínit např. Asociaci poskytovatelů hospicové a paliativní péče. Byla založena v roce 2005 a již v roce 2007 vydala Standardy hospicové paliativní péče, jejímž cílem bylo definování požadavků paliativní péče v ČR pro potřebnou úroveň a odpovídající kvalitu. Dalším důležitým mezníkem v historii péče bylo založení České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP (ČSPM) v roce 2009, jejímž cílem bylo rozvíjení a podpora vzdělávání v této oblasti. Kromě pořádání odborných konferencí se spolupodílela na tvorbě dokumentu *Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015*. Tyto byly vypracovány v souladu s mezinárodními dokumenty, které se zabývají paliativní a hospicovou péčí. Mezi tyto dokumenty patří např. Charta práv umírajících, Doporučení Výboru ministrů členským státům o organizaci paliativní péče, Úmluva o lidských právech a biomedicíně a Evropská sociální charta. Cílem byla strategie odstranit nedostatečnost v péči o umírající a jejich blízké spolu s umožněním důstojného odchodu ze života prostřednictvím nejlepší možné kvality péče. V roce 2013 uveřejnila ČSPM Standardy paliativní péče. Neméně významným krokem pro rozvoj paliativní péče v ČR byl vznik Centra paliativní péče v Praze. Svoji činnost zahájilo pod vedením PhDr. Martina Loučky, Ph.D. na podzim roku 2014. Cílem tohoto centra je rozvíjení výzkumu, vzdělávání a osvěty (Bužgová, 2015).

2.2 Formy a rozdělení paliativní péče

Než přejdeme k podrobnějšímu dělení paliativní péče, připomeňme si, že tato odborná péče je v České republice vnímána spíše jako synonymum péče hospicové. Za zmínku jistě stojí, že na potřebnou péči v hospici dosáhne necelých 5 % všech nemocných. V některých případech se jim této péče dostává až v posledních dnech života. Většina nemocných tedy prožívá své nemoci v domovech se zvláštním režimem, domovech pro seniory, v léčebnách dlouhodobě nemocných, nemocničních zařízeních akutní péče a doma s podporou praktického lékaře, home care a blízké rodiny. Ve

většinou těchto míst bohužel chybí přesně to, co má nemocným možnost paliativní péče nabídnout (Kabelka, 2017).

Podle mezinárodních doporučení se při poskytování paliativní péče rozlišují dvě úrovně: obecná a specializovaná paliativní péče.

- Obecná paliativní péče: je charakterizována dobrou klinickou praxí, která je v rámci odbornosti poskytována zdravotníky. Včasné rozpoznání nevyléčitelného onemocnění, identifikace a ovlivnění oblastí, důležitých pro ovlivnění kvality života nemocného, jsou jejím základním pilířem. Sem můžeme zařadit například rozumné využití postupů kauzální léčby, léčba příznaků, empatická komunikace, zajištění organizace péče a pomoc při využívání služeb dalších specialistů či zajištění domácí zdravotní péče. Tuto péči zajišťují např. ordinace praktického lékaře spolu s agenturami domácí péče, dále odborní lékaři, kteří se o nevyléčitelně nemocné starají v rámci svého odborného zaměření. Nejčastěji spolupracujícími odborníky v paliativní péči jsou onkologové, internisti, geriatři a neurologové. V paliativní péči se uplatňují také služby, které zajišťují i nezdravotnické aspekty paliativní péče. Spadá sem sociální poradenství a služby, psychologické poradenství, pastorační a dobrovolnická péče. Pokud pacienti z různých důvodů přesahují možnosti obecné paliativní péče, je důležité, aby jim byla nabídnuta možnost přístupu k paliativní péči specializované (Kabelka, 2017).
- Specializovaná paliativní péče: je charakterizována aktivní péčí, která je poskytována nemocným a jejich rodinám týmem odborníků paliativní péče. Tito odborníci jsou absolventy formálního vzdělávání v paliativní péči se zkušenostmi a potřebnou erudicí. Je poskytována v zařízeních, jejichž hlavní náplní práce je paliativní péče (Kabelka, 2017).

Autor Laca k paliativní péči dodává, že na ni nemáme hledět jako na zásadně odlišující se péči od jiných přístupů. Naopak si můžeme uvědomit, že rozvoj paliativní péče by mohl pozitivně ovlivňovat její ostatní formy. Upozorňuje totiž na stále nedoceňované problémy, kterými jsou například duševní bolest a také bolest spirituální. Do paliativní péče spadají také určité paliativní intervence, které jsou charakteristické ovlivněním choroby. Mohou to být intervence chirurgické, radioterapeutické nebo chemoterapeutické postupy. Cílem všech těchto invazivních zákroků je rehabilitace nemocného, aby se mu zajistila co nejlepší kvalita života (Laca, 2013). Stejně jako autor

Kabelka, kterého jsme zmiňovaly v předchozím textu této kapitoly, rozděluje Laca paliativní péči na všeobecnou paliativní péči a formu specializované paliativní péče. Podrobněji se zabývá i místem vykonávání paliativní péče.

Ústavní zdravotní péči v paliativní medicíně poskytuje:

- Hospic – je samostatné zdravotnické zařízení, jehož účelem je poskytování paliativní péče. Bývá umístěn v samostatně stojící budově. Paliativní péče, která se zde poskytuje, bývá označována jako péče hospicová.
- Oddělení paliativní medicíny – je součástí nemocnice nebo jiného zdravotnického zařízení.
- Jednotky paliativní medicíny – fungují jako samostatné jednotky v geriatrických, zdravotnických nebo sociálních zařízeních pro nemocné, kteří potřebují paliativní péči (Laca, 2013).

Pokud máme shrnout všeobecné zásady platící v paliativní péči, tak má každý člověk právo žít a zemřít bez bolestí, s důstojností sobě vlastní. Adekvátní podpora by měla být poskytována také rodině klienta. Struktura v paliativní péči by měla být podle Křižanové v tomto složení: nemocniční postele nebo oddělení paliativní péče, lůžka na denní pobyt nemocných. Dále uvádí, že v domácí péči je důležitá přítomnost zdravotních sester a že v týmech paliativní péče jsou zastoupeni: lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci a dobrovolníci (Tavernierová, 1996).

V paliativní péči je oproti minulosti zdůrazňován holistický přístup k nemocnému. Jak již bylo zmiňováno, v poskytování této péče je velmi důležité vzájemné působení týmu odborníků, ale zároveň i poučených lidí z řad dobrovolníků, kteří jsou nápomocni nemocným a jejich blízkým. Paliativní tým je tvořen lékaři, zdravotními sestrami, ošetřovateli, asistenty výživy, fyzioterapeuty, psychologem, sociálním pracovníkem, duchovním a v dětské paliativní péči ještě také speciálním pedagogem. Ochota a schopnost spolupráce všech jednotlivých pracovníků v týmu je nutností (Laca, 2013).

Pro porovnání poskytování paliativní péče můžeme uvést také pohled autorky Dobříkové – Porubčanové (2005, s. 133) podle které je tato odborná péče poskytována:

- *„na odděleních a klinikách paliativní péče,*
- *na paliativních lůžkách v nemocnicích,*
- *v ambulancích paliativní péče a v ambulancích pro léčbu bolesti,*
- *ve stacionáři paliativní péče,*

- *v hospicích, v hospicovém stacionáři a v ambulancích hospicové péče,*
- *v domácím prostředí pacienta.*“

Pokud se budeme zabývat poskytováním paliativní péče z hlediska organizační formy, zjistíme, že jich je několik. Ve své knize popisuje Krišková et al. (2001, s. 376), že se vyskytuje ve dvou základních formách:

- *„ambulantní forma paliativní péče umožňuje lékařům řešit léčbu a s ní související medicínskou péči o pacienta. Současně se řeší ošetrovatelské problémy pacienta,*
- *ústavní forma paliativní péče je zpravidla zabezpečovaná v prostorách nemocnice na oddělení paliativní péče. Pokoje mají zpravidla vyčleněný prostor pro návštěvy rodinných příslušníků.*“

Na závěr kapitoly se seznámíme ještě s realizací paliativní péče z hlediska rozsahu. Zmiňovaná péče se realizuje *ve dvou dimenzích:*

6. Kontinuální paliativní péče – setkáváme se s ní již při diagnostice závažné a nevléčitelné nemoci. Pokud selhává léčba, péče se zaměřuje na ošetření obtěžujících symptomů nemoci a na prodloužení života nemocného (např. chemoterapií, operací). Pokud je ale přáním nemocného, aby se pokračovalo v kauzální léčbě i přes její neúspěšnost, zastává k jeho přání respektující postoj. I když je zřejmé, že záchrana života nemocného není možná, ale on přesto v tuto naději věří, respektuje paliativní péče jeho biologický strach ze smrti. Naopak povzbuzováním, laskavým přístupem a provázením nemocného strach ze smrti potlačuje. Paliativní medicína také vítá nové pokroky v medicíně.
7. Hospicová péče – na rozdíl od péče kontinuální, začíná ve chvíli, kdy již není prodloužení života možné. Je soustředěna na kontrolu příznaků a možného zlepšení kvality zbývajících života. Interdisciplinární tým se zaměřuje na poskytování přiměřeného komfortu, celkovou rehabilitaci, psychologickou a duchovní podporu umírajícímu a jeho blízkým. Po smrti nemocného pak poskytuje podporu i pozůstalým (Hanzlíková et al., 2006).

Na závěr kapitoly o rozdělení paliativní péče je dobré shrnout, že je poskytována v domácím prostředí nemocných, v hospicích nebo v nemocnicích. V paliativní péči spolupracuje tým odborníků, kteří poskytují klientům své služby. Tato práce je pro pracovníky i posláním. Neméně důležitou roli hraje rodina nemocného, která by měla mít vhodné podmínky pro poskytování pomoci svým blízkým (Laca, 2013).

2.3 Význam paliativní péče pro nevléčitelně nemocné

O důležitosti sociálně práce, která má v paliativní péči nezastupitelné místo, hovoří *Student*, který zdůrazňuje význam poskytování sociálně emoční podpory, kterou sociální práce v místech poskytované péče zastává: „*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*“ (Student a 2004, s. 130).

Život ohrožující nemoci, ať srdeční, neurologické či respirační choroby nebo dokonce rakovina, způsobují poruchy biologického, sociálního, psychologického a duchovního zdraví jedince a jeho blízkých. Důležitost paliativní péče je průběžně posuzovat potřeby nemocných v těchto oblastech a dále plánovat a provádět uspokojování těchto potřeb s průběžným vyhodnocováním vhodných intervencí. Záměrem paliativní péče je zlepšení kvality stávajícího života a umožnění nemocnému důstojně zemřít (Payneová, Seymourová, & Ingletonová, 2007).

Pokud budeme hovořit o významu paliativní péče pro nevléčitelně nemocné, bezpochyby můžeme zmínit důležitost **důstojnosti**. Ta je označována za základní hodnotu lidské existence, která bezprostředně souvisí se zdravím a kvalitou života. Důstojnost je dokonce zařazena mezi lidská práva každého člověka. S termínem důstojnosti souvisí pojmy, jako je sebeúcta, hrdost, pohoda, naděje a kvalita života. Představy umírajících pacientů o důstojné smrti či důstojnosti jako takové se značně liší (Kisvetrová, 2018). Jacelon v r. 2004 na s. 81 definuje důstojnost jako: „*inherentní charakteristiku lidského bytí, která může být vnímána jako atribut vlastního Já, a projevuje se prostřednictvím chování, které demonstruje respekt k sobě i druhým*“ (citují dle Kisvetrové, 2018). Pracovníci v paliativní péči vytvářejí svým jednáním situace a prostředí, ve kterém mohou pacienti cítit a uplatňovat svoji důstojnost. Tato poskytovaná péče vychází z respektu k podpoře a zachování zmíněné důstojnosti. Pro umírajícího má zásadní význam, neboť je ochranou před úzkostí ze smrti a umožňuje

nemocným naplnit představu důstojného umírání. K nejdůležitějším aspektům péče o nemocné v závěru života patří: přítomnost u pacienta, naslouchání jeho obavám a v neposlední řadě empatický přístup (Kisvetrová, 2018).

Podle Špatenkové můžeme důstojné umírání členit do třech dimenzí:

- „První dimenzi představuje kvalitní péče o umírajícího s akcentem na psychosociální a spirituální potřeby
- Do druhé dimenze je začleněna péče o rodinu a nejbližší umírajícího pacienta, a to ve všech fázích procesu umírání (*pre finem, in finem, post finem*)
- Do třetí dimenze důstojného umírání je zahrnuta péče o pečující, která by měla podpořit kultivaci jejich profesních a osobních kompetencí a být prevencí syndromu vyhoření.“ (Špatenková, 2014, s. 315).

Na základě potřeb umírajících, sestavil Karlson 5 kategorií důstojné smrti:

- Smrt bez utrpení – znamená, že utrpení je snižováno na možné minimum. Kontrolují se fyzické a duševní funkce a zároveň se tlumí nepříjemné příznaky nemoci jako bolest, dušnost, horečka, žízeň, křeče, strach a úzkost.
- Smrt s redukcí lékařských zákroků – znamená, že pacient nebude zbytečně podstupovat invazivní vyšetření, která by byla v rozporu s kvalitou jeho života a zbytečně uměle umírání neprodlovat.
- Smrt s pocitem bezpečí – je vnímána jako smrt v místě, které je pro umírajícího bezpečné, necítí tam strach a není v okamžiku smrti sám.
- Smrt s ohledem na autonomii – respektující a ohleduplná péče do poslední chvíle života.
- Smrt se smířením – znamená klidnou smrt, kdy je umírající smířený a měl možnost rozloučit se se svými blízkými (Kisvetrová, 2018).

Na závěr kapitoly můžeme tedy uvést, že pro terminálně nemocné je velmi důležité uznání hodnoty umírajícího ostatními lidmi, možnost rozhodování o průběhu vlastního umírání, péče poskytovaná s úctou a empatií, minimalizace fyzické a emocionální bolesti, intimita, potřeba sociálních kontaktů a duchovní podpora (Kisvetrová, 2018).

3 CHARAKTERISTIKA HOSPICE A HOSPICOVÉ PÉČE

V současnosti můžeme v odborné literatuře objevit mnoho definic termínu hospic. Svým významem jsou si většinou současné definice velmi blízké.

Zaměříme-li se nejprve na etymologii slova, ve starších pramenech slovníku naučného zjišťujeme že, „hospic (z lat. hospitium, noclehárna) sluje malý klášter zřízený k přijímání putujících mnichů. Slovou tak i stavení na vysokých horách (v Alpách na Mont-Cenis, Simplonu, Sv. Bernhardu a.j.), mnichy obývaná, kteří zbloudilým a pocestným pomoci poskytují (Ottův slovník naučný, 1897, s. 656, získáno 21.7.2019)

Další zdroje doplňují například, že v době starého Říma a také ve středověku existovaly v okolí cest přístřešky nebo také útulky, které sloužily jako útočiště poutníků. Ti si zde mohli odpočinout. Těhotné ženy zde měly možnost porodit a nemocní se zde mohli uzdravit, aby mohli pokračovat v cestě nebo zde v klidu zemřít. Můžeme se také setkat s názorem, že existence prvního hospice je zmíněna už v biblickém podobenství o milosrdném Samaritánovi (Wikipedie, získáno 21.7. 2019.)

V současnosti se tímto tématem zabývá např. Matoušek a kol., který v odborných publikacích uvádí, že *„hospic je lůžkové zdravotně sociální zařízení pro paliativní (symptomatickou, úlevnou) péči o pacienty se závažným, kauzálně (příčinně) neléčitelným utrpením (např. bolestí), především při neléčitelném, život ohrožujícím onemocnění, v užším slova smyslu péči o umírající pacienty“* (Matoušek et al., 2013, s. 438).

V poněkud v užším smyslu nazírá na obsah slova *hospic* Špinková s kolektivem autorů, v jejichž pojednání má podobu lůžkového charakteru či domácí péče. Lůžkovým hospicem rozumí samostatně stojící zařízení, které poskytuje specializovanou péči paliativního charakteru. Dále uvádí, že domácí (mobilní) hospic poskytuje zmíněnou péči v domácnostech pacientů, kde je o ně pečováno především rodinou a přáteli (Špinková, et al., 2006).

Již sama myšlenka hospice je východiskem úcty k životu a člověku, který je jedinečnou a neopakovatelnou bytostí. Garantuje nemocnému, že nebude ponechán napospas nesnesitelné bolesti, za každých okolností bude respektována jeho důstojnost a

v neposlední řadě také to, že nezůstane osamocen v posledních chvílích života (Svatošová, 1995). Při splnění určitých podmínek a při dobré vůli můžeme onu myšlenku uplatnit kdekoliv. Slovy představitelky českého hospicového hnutí Marie Svatošové jde o to: „*naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny*“ (Svatošová, 1995, s. 123). V popředí zájmu je především kvalita života nemocného člověka, a to až do samotného konce. Jedná se o doprovázení nemocného, ale současně i jeho blízkých, kteří zde mají významnou a nezastupitelnou roli. Pro rodinu je jistě velkou pomocí možnost využít podporu hospice i po smrti nemocného (Svatošová, 1995).

Názor na to, jakým způsobem má být poskytována a využívána hospicová péče je v jednotlivých zemích odlišná. Na různorodosti se odráží odlišnost kultur, které jsou spojené s péčí o umírajícího. Jak již bylo dříve zmíněno v kapitole o paliativní péči, je v některých zemích hospicová péče jasně odlišena od péče paliativní, zatímco jinde jsou tyto názvy používány jako synonyma. Rozlišení péče poté spíše souvisí s poskytováním péče v určitém typu instituce. V rámci nemocnic jsou zřizovány jednotky paliativní péče. Naproti tomu tvoří lůžkové hospice samostatná zdravotnická zařízení. Dalším rozlišením bývá v některých zemích indikace pro přijetí klienta do péče a možnost nabízených služeb. Pro příklad můžeme uvést německé nemocnice, kde je hlavní náplní péče paliativního oddělení poskytování krizové intervence a stabilizace stavu nevyléčitelně nemocného. Péči v závěru života, kde není možnost zajištění adekvátní péče v domácím prostředí, pak poskytují lůžkové hospice. Jak již dříve uvedli Radbruch a Payne s kolektivem autorů, v některých jiných zemích se termínem hospic rozumí spíše určitá filozofie péče, než konkrétní typ zařízení, které realizuje tuto péči (citují dle Kisvetrové 2018, s. 14).

Podobně jako paliativní péče je i péče hospicová pojímána v rámci všeobecných principů. Rozdíly můžeme pozorovat v komplexnosti vnímání potřeb umírajícího. Tyto potřeby se mohou týkat např. vztahu k prostředí nemocného, sociálních vztahů nebo přímo potřeb jeho blízkých (Laca, 2013).

Podle autorky Hanzlíkové Světová zdravotnická organizace specifikuje hospicovou péči jako „*integrovanou formu zdravotní, sociální a psychologické péče, poskytovanou klientům všech indikačních, diagnostických a věkových skupin, u kterých je prognózou ošetřujícího lékaře předpokládána délka života v rozsahu menším než šest měsíců*“ (Hanzlíková, 2006, s. 266). Toto časové ohraničení ovšem většina definic postrádá, neboť WHO vychází z podmínek poskytování péče ve Spojených státech amerických.

Toto časové omezení odlišuje hospicovou péči od dalších forem následné péče, kterou využívají dlouhodobě nemocní pacienti (Hanzlíková, 2006).

Naproti tomu se Matoušek zaměřuje na české poměry. Tento autor chápe hospicovou péči a výrazy - „péče o umírající“ a „terminální péče“ jako synonyma. Dále uvádí, že je to „*Forma komplexní ústavní péče založená na paliativní medicíně, navíc zohledňující psychické, duchovní i vztahové potřeby pacienta. Klade důraz na kvalitu života pacienta a zahrnuje i péči o jeho blízké*“ (Matoušek, 2003, s. 77).

Dále popisuje, že během životního finále se dostávají do popředí psychické a duchovní potřeby oproti potřebám tělesným, které ustupují do pozadí. Z tělesných potřeb převládá většinou jen potřeba tišení bolesti. Pro umírajícího se stává důležitým rozloučení se „se světem“, svými blízkými, mít možnost se případně usmířit, urovnat konflikty a rozhodnout o svých důležitých záležitostech. Věřící člověk má zvýšenou potřebu komunikovat s Bohem a také ateista se v těchto chvílích nezaobírá myšlenkami běžných starostí. Z toho můžeme usuzovat, že umírající člověk nepotřebuje pomoc akutní medicíny, kdy je cílem zdravotníků vítězný boj s nemocí, neboť smrt berou jako své selhání, ale potřebuje oporu profesionála či dobrovolníka, který disponuje jak časem, tak i značnou psychickou odolností. V České republice je hospicová péče zdravotnickou službou, která je poskytována nestátními zařízeními. Tyto zařízení řadí zdravotní pojišťovny do kategorie ošetrovatelských služeb na lůžku, následkem čehož je proplácení pouze třetiny nákladů na péči. Ostatní náklady zařízení pokrývají z dotací ministerstev nebo event. ze sponzorských darů. Část nákladů za péči si hradí sami pacienti. V českých hospicích pracují kromě zdravotníků také sociální pracovníci. V porovnání se zahraničím zjišťujeme, že péče o umírající a pozůstalé je někdy pojata jako zvláštní druh péče sociálního pracovníka, který je pro tuto činnost vyškolen. Není tedy vždy nutností navázání této péče na ústavní ošetřování umírajícího člověka a jako takové může být tedy součástí péče domácí (Matoušek, 2003).

Souhrnem tedy můžeme o hospicové péči říci, že nezachraňuje pomíjející život, ale má snahu zlepšit a udržovat jeho kvalitu v mezích, které pacientovi choroba dovoluje. (Laca, 2013).

3.1 Historie hospiců

Jak uvádějí zahraniční autoři Laca, Dancák & Laca (2010, s. 19), „*História paliatívnej a hospicovej starostlivosti, ako starostlivosti o človeka počas jeho umierania*

je tak stará, ako je ľudstvo samé. Na počiatku táto činnosť prebiehala neorganizovane, náhodne a neuvedomelo. Starostlivosť o zomierajúcich v tejto dobe úzko súvisela s kresťanstvom, kedy začali vznikať rôzne útulky, spoločenstvá pre chorých, chudobných, opustených alebo detí“.

Podle autorky Hanzlíkové se péče o umírající začala datovat před více než 2000 lety, kdy byl ve staré Indii založený útulek, pro umírající lidi, o kterém by se dalo hovořit jako jednom z prvních hospiců vůbec. Dalším zaznamenaným zařízením, které využívali jak sirotci, tak i poutníci či malomocní, založil v roce 370 Mazil z Cezarea. Toto, ve své době moderní zařízení, bylo velkou inspirací pro zakládání dalších. Ve čtvrtém století vznikali tzv. křesťanské hospice - útulky, které vyhledávali pocestní (Hanzlíková et al., 2004).

Jak již bylo zmíněno, péče v jednotlivých etapách se velmi lišila. Například ve středověku byla tato péče spojována s léčitelstvím. Setkáváme se s takzvaným fenoménem ženského léčitelství a péče. Je reprezentováno významnými ženami, jejichž přednostmi v umění léčit umocňovaly tyto schopnosti:

- Schopnost pozorovat a vnímat to, co mnozí ignorovali (dnes můžeme nazvat stanovením diagnózy).
- Schopnost setrvat v blízkosti nemocného, i když vzbuzoval strach a odpor (dnešní pojem empatie).
- Znalost tradičních způsobů mírnění obtíží a bolesti (v současnosti léčba, ošetrovatelské intervence). (Cituji dle Kisvetrové, 2018, s. 18).

Ve střední Evropě byl zmíněný fenomén ženského léčitelství spojován se jmény Anežky České, Alžběty Durinské a Hedviky Slezské. Všechny patřily ke šlechtickým rodům třináctého století. Pro zajímavost můžeme zmínit, že tyto ženy nespojovala jen péče o potřebné, ale také příbuzenské svazky. Anežka Česká pocházela z rodu Přemyslovců. Je pokládána za zakladatelku péče o nemocné a umírající v českých zemích v období Středověku. V roce 1233 vybuodovala v Praze mj. první špitál a stála za založením laického špitálního bratrstva, které se věnovalo péči nemocných a umírajících. Špitál sloužil zároveň jako nemocnice, útulek pro pocestné a také jako chudobinec. Můžeme hovořit o vytvoření první sítě „sociálních služeb“. Na tehdejší dobu zde byla velmi vysoká úroveň organizace péče, která se velmi záhy stala vodítkem poskytování péče v dalších českých městech, Slezsku a Polsku. Další z důležitých žen

byla již zmíněná Alžběta Durinská, dcera uherského krále Ondřeje II. Pod hradem Wartburg založila s podporou svého manžela špitál, ve kterém pečovala o těžce nemocné. Po ovdovění ji příbuzní vyhnali z Wartburgu a ona s pomocí Konráda z Marburku zakládá chudobinec a špitál sv. Františka. Zde Alžběta pečuje především o nemocné, kterých se ostatní stranily, např. kvůli zápachu (Hanzlíková 2011, citováno dle Kisvetrová 2018, s. 19). Neméně důležitou ženou tohoto období byla Hedvika Slezská, která se narodila na zámku Andechs u Ammerského jezera. Po sňatku s knížetem Jindřichem I. Bradatým věnovala svůj čas péči o chudé, nemocné a umírající, které navštěvovala přímo v jejich domovech. V roce 1241 stála spolu s manželem u zrodu špitálu sv. Ducha ve Wroclawi, což byl zároveň první špitál ve Slezsku (Kisvetrová, 2018).

Než přejdeme k charitativnímu aspektu počátku hospicové péče v 19. století, jen okrajově můžeme vzpomenout předešlé období století šestnáctého až osmnáctého. V této době umírali lidé většinou doma ošetřováni rodinou. Dále se v tomto angažovaly náboženské řády se svými zařízeními lokálního či regionálního charakteru. Již zmíněná Alžběta Durinská byla inspirací pro Apolonii Radermecherovou. Ta, ještě s dalšími ženami, začala pečovat v r. 1622 o nemocné v městě Cáchy v Německu. Zároveň se stala zakladatelkou Řádu sv. Alžběty (tzv. Alžbětinek) Posláním tohoto řádu se stala péče o nemocné ve špitálech (Kisvetrová, 2018).

Ve dvacátém století se zcela změnil pohled na pojetí péče o umírajícího člověka. Nyní se objevují další osobnosti, které navazují na fenomén charitativní péče. Umírání a smrt nevnímají totiž jako neúspěch a prohru, a zároveň vrací do pečování prvek doprovázení. Tento, jak jsme se již zmínili výše zachovává důstojnost, je poskytovatelem lásky a pocitu náležitosti až do poslední chvíle (Kisvetrová, 2018)

Do roku 1878 se datuje založení kongregace Sestra lásky, kde primárním úkolem bylo provázení umírajících v terminální fázi jejich života. Sestra lásky stála u zrodu několika hospiců. V jednom z nich působila průkopnice v tomto oboru Cicely Saundersová. Osobně byla v r. 1967 u vzniku prvního moderního hospice sv. Krištofa (St. Christopher's Hospice) v Anglii (Laca, Dancák & Laca, 2011). Zde došlo k naplnění její idey konceptu instituce, která by poskytovala nemocným odbornou medicínu a sociální práci se zapojením dobrovolníků. Saundersová si uvědomila, jakou péči vlastně umírající a jejich rodiny potřebují. Pochopila, že je potřeba vytvořit *kompletní systém péče o umírající* a neléčit pouze bolest. Zavedla pojem celková bolest

(total pain), kam spadá nejen bolest fyzická, ale také do té doby opomíjená bolest duševní, psychologická a sociální (Kisvetrová, 2018).

Poté začaly vznikat hospice po celém světě. Cicely získala v třiceti devíti letech doktorát medicíny. Byla uznávána na celém světě právě v oblasti paliativní péče. Odmítala eutanázii, jelikož byla velmi věřící křesťankou. Cecilin první hospic se stal metodickým centrem, kde zájemci procházeli výcvikem v hospicové paliativní péči. Za svoji činnost ve zdravotnické, sociální a náboženské oblasti obdržela mnoho prestižních ocenění: 1981 – Templetonova cena, 2001 – Humanitární cena Conrada N. Hiltona (nejprestižnější ocenění humanitního směru). Cecile zemřela v jednom ze svých hospiců na rakovinu. Od roku 1967 se začaly v celém světě zakládat nové moderní hospice, které lidem pomáhaly v době umírání. V roce 2004 bylo na celém světě 7000 hospiců, a to ve více než 90 státech (Laca, Dancák, & Laca, 2011).

V České republice se slovy Kalvacha hospicové hnutí začalo rozvíjet až po roce 1989. Historicky prvním zázemím pro umírající pacienty byl u nás hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Tento začal nabízet své služby v r. 1996. Zásluhy za jeho otevření měla lékařka Marie Svatošová, která je průkopnicí hospicového hnutí u nás. Její katolické vyznání mělo jistě zásadní vliv na její činnost. Po založení prvního českého hospice se začali zakládat další v Červeném Kostelci, Litoměřicích, Praze (dva poskytovatelé lůžkového zařízení), Rajhradu u Brna, Brně, Prachaticích, Plzni, Mostě, Olomouci, Ostravě, Frýdku – Místku, Valašském Meziříčí, Čerčanech u Prahy, Chrudimi a v Liberci (Kalvach, 2010) V současné době v ČR tuto péči poskytuje 16 lůžkových zařízení a 10 zařízení nabízí domácí péči, takzvané mobilní hospice, které jsou zaměřeny na poskytování služeb v domácnostech pacientů (Umění doprovázet. Získáno 21.7. 2019) Jedny z prvních vznikaly v Praze (Cesta domů), Táboře, Liberci, Ostravě a Novém Městě na Moravě (Kalvach, 2010).

3.2 Formy a rozdělení hospicové péče

V úvodu kapitoly je dobré zmínit samotnou myšlenku hospice. Matoušek a kolektiv píše: „*Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Hospic je nepochybně také plnohodnotnou alternativou obávané **dystanazie** (zadržovaná smrt) i tolik diskutované **eutanazie***“ (Matoušek, 2010, s. 202).

V minulém století došlo vlivem rozvoje medicínských technologií k prodlužování lidského života. Tento pokrok ovšem souvisí s nárůstem medikace a takzvanou

institucionalizací smrti. V české republice, stejně jako v dalších evropských i mimoevropských zemích se setkáváme se smrtí převážně v institucionálním prostředí. Lidé umírají převážně v nemocnicích nebo zařízeních dlouhodobé péče (Kisvetrová, 2018). V těchto institucích dochází podle výzkumu k úmrtí až 64 % onkologicky nemocných pacientů a až 80 % chronicky nemocných (Loučka et al., 2014, citováno dle Kisvetrová, 2018). V určité fázi nemoci pobyt v nemocnici ovšem začíná postrádat smysl. Je to tehdy, když terminálně nemocní lidé potřebují spíše jen paliativní léčbu k odstranění nepříjemných symptomů nemoci, která směřuje k odstranění bolesti či dalších doprovodných obtíží. V tuto chvíli se nabízí otázka hospicové péče. Ta umožňuje terminálně nemocným co nejčastější kontakt s rodinou a blízkými, což zásadním způsobem ovlivňuje prožívání v tomto životním úseku a proces umírání. Zachování si důstojnosti a mít někoho, kdo naslouchá, jsou důležité potřeby umírajících. Neuspokojení těchto potřeb se odráží na emocionální a fyzické rovině nemocného a jeho blízkých (Kisvetrová, 2018).

Autorka Svatošová představuje tři formy hospicové péče: domácí hospicovou péči, stacionární hospicovou péči a v poslední řadě hospicovou péči lůžkovou.

1. Domácí hospicová péče bývá z hlediska nemocného ideálním řešením. Ne vždy je ovšem v možnostech rodiny poskytnout nemocnému tuto formu opory. Problém nastává ve chvíli, kdy při případném zhoršení zdravotního stavu není možnost podpory ze strany agentury poskytující domácí péči. Absence odborných znalostí u rodinných příslušníků v této chvíli znamená většinou předání umírajícího do nemocniční péče.
2. Stacionární hospicová péče je synonymem denních pobytů nemocných. Tato péče, kdy je pacient přijat ráno do hospicového stacionáře a odpoledne se navrácí do domácího prostředí, je vhodná pouze pro nemocné žijící v blízkosti stacionáře a to pouze v určité fázi onemocnění (Svatošová, 1995). Naproti tomu Matoušek vnímá tuto formu péče jako kompromis mezi domácí hospicovou péčí a lůžkovou péčí v hospici. Uvádí, že zatímco u nás není příliš rozšířená, v zahraničí je poskytována zvláště u pacientů v preterminálním stadiu onemocnění, kdy jsou s ní dobré zkušenosti. Péče ve stacionáři není tedy tolik o potřebné léčbě a ošetřování, ale spíše jde o poradenství, psychologickou či spirituální podporu, která zde může mít i podobu klubu (Matoušek, Koláčková, & Kodymová, 2010).

Podle autorky Svatošové (1995) existují čtyři možné důvody využívání stacionární péče. Diagnostickým důvodem může být například zvládnání bolesti. Příkladem léčebného důvodu může být poskytování chemoterapie či nejruznější paliativní léčby. Po nastavení a vyladění léčby může být nemocný ošetřován opět v domácí péči. Příkladem psychoterapeutického důvodu navštěvování hospicového stacionáře je psychologická potřeba nemocného. Nemocný potřebuje o svých těžkostech hovořit a rodina tuto potřebu z různých důvodů nemůže poskytnout. Velmi častým důvodem využívání tohoto druhu péče je důvod azylový. Může být příkladem preventivního opatření zbytečné hospitalizace nebo také vyčerpání rodiny, která o nemocného pečuje.

3. Lůžková hospicová péče je důležitým prvkem poskytování péče terminálně nemocným. Indikací můžou být všechny důvody uvedené u stacionární péče, kdy není v silách nebo možnostech rodinného příslušníka každý den do stacionáře dopravovat, nebo to jeho zdravotní stav nedovoluje. Limitujícím faktorem je také dostupná vzdálenost hospice. V povědomí lidí je většinou zakořeněná obava z toho, že pokud člověk ulehne na lůžko v hospici, tak zde i umírá. Vzhledem ke spektru klientů, kteří jsou indikováni k této specializované péči, velká část klientů zde skutečně důstojně umírá, ale není to rozhodně pravidlem. Příkladem mohou být klienti s nádorovým onemocněním, kteří využívají účelně hospic pro krátkodobé a opakované pobyty, kdy sami cítí, jak doplňuje autorka Svatošová, že je to pro ně dobré. Bývá to ve chvíli, kdy domácí péče je přechodně nedostačující či není v silách rodiny ji poskytovat na odborné úrovni a pobyt v nemocnici nebývá nutný (Svatošová, 1995).

Podle Matouška je lůžková forma hospicové péče řešením, pokud domácí forma hospicové péče není možná nebo dostačující. Důležitým znakem je co nejvíce se přiblížit domácí formě například tím, že umožňuje současný pobyt příbuzného v hospici spolu s nemocným nebo téměř neomezené návštěvy. Nemocný se přijímá do hospice na základě vlastní žádosti. Není zde tedy „umístěn“ proti své vůli. Nutností je tedy souhlasné vyjádření pacienta v dokumentaci při přijetí (informovaný souhlas). Pacient je poučen, že lékař v hospici volí takové léčebné postupy, které mohou zlepšit kvalitu života. Hospicové zařízení zpravidla kontaktuje kdokoli od samotného pacienta, další členů rodiny, lékaře, sociální pracovníce nebo například přátel nemocného. Žádost ovšem vyplňuje pouze vždy lékař, který je obeznámen se zdravotním stavem. Nejčastěji

to bývá praktický lékař nebo specialista onkolog. Pro mnohé je překvapující doba pobytu v pobytovém zařízení hospicového typu. Průměrná doba pobytu bývá tři až čtyři týdny. I v této krátké době je možné pro nemocné mnoho vykonat. Až třetina nemocných se po zlepšení zdravotního stavu vrací zpět do domácí péče. Je důležité zmínit, že ačkoliv hospicovou péči vyhledávají spíše starší ročníky, s přibývajícím nárůstem nádorových onemocnění přibývá i nemocných středního věku. Existují dokonce i hospice pro dětské pacienty (Matoušek, Kodymová, & Koláčková, 2010).

Dětský hospic se významně liší od hospicového zařízení pro dospělé pacienty. Je určen pro děti, které jsou ohroženy život ohrožující chorobou a samozřejmě také pro jejich rodiny. Na rozdíl od klasického hospice, kde je v popředí terminální péče, je zde kladem větší důraz na péči respitní (odlehčovací). U některých onemocnění, může být různě dlouhá doba mezi stanovenou diagnózou a případnou smrtí. Např. u onemocnění Cystické fibrózy může malý pacient žít několik let až několik desetiletí. V takových případech využívají děti pobytu v hospici spíše jako zotavovací. Zde se shledávají s bezpečným prostředím, kde se setkávají s potřebným povzbuzením a praktickou pomocí. Dětský hospic pečuje samozřejmě také o nemocné děti v terminální fázi onemocnění, ale tato péče je poskytována v menším měřítku než zmiňovaná péče respitní (Matoušek, Kodymová, & Koláčková, 2010).

Podle slovenské autorky Dobříkové – Porubčanové je vhodné, kromě třech forem uvedených v předchozím textu, zmínit ještě čtvrtou skupinu. Péči rozděluje podobně jako autorka Svatošová na lůžkovou hospicovou péči, stacionární hospicovou péči (hospicový stacionář) a hospicovou péči v domácím prostředí klienta neboli tzv. mobilní hospic. K těmto třem základním formám doplňuje ještě čtvrtou, a to tzv. **ambulanci hospicové péče**. Autorka považuje tuto formu za doplnění domácí hospicové péče. Pacient ji využívá jen v případě, pokud jeho stav nevyžaduje služby domácí hospicové péče nebo jiné formy péče o terminálně nemocné. Ambulantní hospicová péče je tedy závislá na zdravotním stavu nemocného, který do ambulance hospicové péče dochází sám (Dobříková - Porubčanová, 2005).

Další autorkou, která se zabývá rozdělením hospicové péče je Hanzlíková. Zmíněnou péči rozděluje do více forem než uvedené předchozí autorky Svatošová a Dobříková – Porubčanová. V podání autorky Hanzlíkové jde o tyto formy hospicové péče:

- Domácí hospicová laická péče – vzhledem k tomu, že o umírajícího pečuje v jeho sociálním prostředí rodina či blízcí, jde o nejpřirozenější formu péče. Je poskytována terminálně nemocným všech věkových skupin, kde není zapotřebí institucionální péče. Je určena pro ty nemocné, jejichž sociální podmínky umožňují poskytování péče v domácím prostředí, aniž by se jejím poskytováním ohrozil život nemocného nebo se snížila jeho kvalita. Autorka tuto péči označuje přímo za základní pilíř hospicové péče. Je realizována ošetřovatelem, kterým může být člen rodiny, přítel, dobrovolník aj.
- Domácí hospicová odborná péče – poskytuje se ve vlastním sociálním prostředí nemocného. Je integrována do laické, sociální, zdravotní, psychologické a spirituální péče. Může doplňovat nebo nahrazovat předchozí laickou hospicovou formu. Pro nemocného, jehož zdravotní stav již vyžaduje odbornou péči, je dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Je zde uplatňována péče multidisciplinárního týmu.
- Ambulantní hospicová péče - poskytuje péči mobilním nebo alespoň částečně mobilním pacientům, jejichž psychosomatický stav nevyžaduje odbornou péči nebo hospitalizaci. Jejím úkolem jsou odborné intervence, které se poskytují pouze krátkodobě a jsou časově omezené.
- Stacionární hospicová péče – patří k integrované formě zdravotní a sociální péče, která je umírajícímu poskytována ve stacionáři. Ten je náhradou sociálního prostředí nemocného, kdy doplňuje domácí hospicovou laickou péči o odborné intervence. Tyto stacionáře jsou zřizovány zpravidla v rámci hospice lůžkového typu.
- Lůžková hospicová péče – do péče jsou přijímáni terminálně nemocní, jejichž prognóza života je do šesti měsíců od přijetí. Podmínkou přijetí je tedy terminální fáze onemocnění a podepsání informovaného souhlasu. Péče je cílena, jak již bylo zmiňováno, na zmírňování nejen fyzických obtíží, ale také psychického, sociálního a duševního utrpení. O pacienty pečuje multidisciplinární tým. Stejně jako autorka Svatošová, popisuje Hanzlíková důležitost neomezených návštěv a možnost ubytování s členem rodiny. Je vítáno zapojení blízkých do přímé péče o nemocného.
- Samostatná hospicová jednotka – je součástí nemocnice či zdravotnického zařízení, kde se umírajícímu poskytují komplexní služby. Tuto jednotku, která

bývá prakticky částí budovy nebo oddělení nemocnice, lze považovat za oddělení paliativní péče.

- Hanzlíková v r. 2006 zmiňuje mobilní hospicový tým – je to forma realizace hospicového programu poskytovaná v rámci lůžkového oddělení ve zdravotnických zařízeních, kde je poskytována paliativní péče (cituji dle Laca, 2013).

Hospicovou péči můžeme dělit také z hlediska časového:

1. Období (prae finem) – jedná se o péči a doprovázení vážně nemocného a jeho blízkých od chvíle zjištění vážné diagnózy až po nastoupení terminálního stavu.
2. Období (in finem) – jedná se o péči a doprovázení vážně nemocného a jeho blízkých během terminálního stavu. Podle Svatošové jde o umírání v užším slova smyslu.
3. Období (post finem) – zahrnuje péči o tělo zemřelého a doprovázení pozůstalých, která závisí na individuální potřebě. Tato péče o blízké může být i dlouhodobá. Zpravidla bývá poskytována po dobu jednoho roku (Svatošová, 1995).

Nejpřirozenější formou péče o umírajícího člověka se zdá být domácí hospicová péče. Jedná se totiž o péči v jeho přirozeném sociálním prostředí. Umožnění pečovat o pacienta v bezpečném prostředí domova je možné za podmínek, kdy je jeho stav stabilizovaný a je možné pozitivně ovlivňovat příznaky onemocnění. Jako zásadní kritérium pro umožnění péče o nemocného v domácím prostředí je rozhodně kvalitní rodinné zázemí. Při splnění těchto podmínek dochází ke zvyšování kvality života umírajícího člověka a zároveň má zásadní vliv i na jeho blízké (Laca, 2013).

3.3 Hospicový tým

V souvislosti s tématem této bakalářské práce vyvstává otázka: „Kdo má předpoklady pro to, aby mohl pracovat v hospici“? Podle autorky Svatošové nestačí pouze odborná znalost a ochota celoživotního vzdělávání pracovníků (lékaře, zdravotní sestry, ošetrovatelky aj.). Důležitým vodítkem je mít rád lidi, a to bez výhrad. Přímo nutností pro to, aby byl člověk schopen pomáhat druhým, je vyrovnání se s vlastní konečností, se svou smrtelností. Pro poskytování opory umírajícím je potřeba také vydanou energii, sílu a lásku čerpat a doplňovat (Svatošová, 1995).

Hospicová a paliativní péče je poskytována interdisciplinárním týmem, kde má každý člen týmu nepostradatelnou úlohu. Úlohou týmu je zabezpečit nemocnému a jeho blízkým co nejlepší péči. Odborníci pracující v hospici fungují jako neoddělitelná součást týmu. Společně poté poskytují podporu všem zúčastněným. Členové týmu jsou zodpovědní za vstup, plánování a řešení hospicové péče u klienta. Mají přesně vymezené kompetence, kterými se řídí. V týmu je nepsané pravidlo, že žádný člen týmu není nikomu nadřazený. V hospicovém týmu spolupracují většinou: lékař, zdravotní sestra, asistent sestry, sociální pracovník, duchovní, psycholog a dále pak dobrovolníci a laici (Hanzlíková, 2006).

Terminálně nemocný pacient má svůj multidisciplinární tým, který o něj pečuje. *Lékař – specialista* v oboru paliativní medicíny má v týmu za pacienta hlavní zodpovědnost (Misconiová, 2005). Má hlavní slovo v indikaci hospicové péče u nemocného, kde již moderní medicína všechny možnosti léčby a pokračování v léčbě či provádění léčebných úkonů by umírajícímu působilo zbytečné utrpení. Hospicový lékař průběžně kontroluje zdravotní stav pacienta a zajišťuje kontinuální terapii bolesti. Od ostatních členů týmu je neustále informován o zdravotním stavu pacienta. Společně s multidisciplinárním týmem řeší případné zdravotní problémy tak, aby zůstala zachována kvalita života nemocného (Krišková et al., 2001).

Dalším odborníkem v týmu je *zdravotní sestra*, která poskytuje nejen odbornou ošetrovatelskou pomoc, ale také psychickou podporu umírajícímu pacientovi a jeho blízkým. Náplň práce sestry je zároveň i vytváření individuálního rozvrhu péče a rozvrh aktivit, na němž se podílí společně s pacientem a jeho blízkými. Tyto naplánované rozvrhy již plní profesionálové a laičtí pracovníci týmu. Další činností je monitorace a hodnocení bolesti terminálně nemocného. Zodpovídá také samozřejmě za aplikaci léků (např. proti bolesti) podle ordinace lékaře, zajišťování dietního a pitného režimu nemocného. Zajišťování inkontinentních pomůcek a případné pravidelné polohování se sledováním případných změn na kůži, masírování a ošetřování kůže (např. převazy ran), to vše je v kompetenci a zároveň zodpovědností zdravotní sestry (Misconiová, 2005). Autorka Krišková et al. (2001, s. 124) doplňuje, že „*sesterské odborné a specializované pracovní činnosti jsou zaměřené na podporu fyzického pohodlí a psychického uspokojení pacienta v jeho konečné etapě života*“.

Dalším rovnoprávným členem týmu je *asistent sestry*, který nemocného a jeho blízké navštěvuje nejčastěji. Bývá rodině k dispozici vždy, když je potřeba. Jeho

úkolem je být nápomocným rodině, ale hlavně umírajícímu, kde mu zajišťuje základní péči. Stará se o hygienu pacienta, připravuje a podává mu jídlo atd. (Štefko, 2005).

Plnohodnotným členem týmu v hospici je též *sociální pracovník*. Vzhledem k tomu, že jsme tomuto členu týmu věnovali celou první kapitolu, jen na okraj můžeme zopakovat, že hlavním přínosem sociálního pracovníka je zaměřování se na konkrétní sociální situaci konkrétního pacienta. Nemocným i rodině poskytuje praktickou a emoční pomoc. Řeší i situace případného konfliktu mezi potřebami terminálně nemocného a osob, které o něj pečují. Má přehled o dostupnosti služeb pro podporu umírajících a jejich rodinných příslušníků. Po úmrtí nemocného nadále pečuje s pozůstalými (Matoušek, Koláčková, & Kodymová, 2010).

Vzhledem k náročné životní situaci, kterou si umírající a jejich blízcí procházejí je nepostradatelným odborníkem týmu také *psycholog*. Ten je nápomocný nemocnému i jeho rodině v řešení problémů, které jsou spojené s novou životní situací. Pomáhá předcházet duševnímu traumatu všech členů rodiny, pokud by zůstávali na své trápení sami. Pomáhá bořit případné komunikační bariéry mezi umírajícím pacientem a rodinou a snaží se najít pro všechny potřebné vhodné způsoby terapie.

V hospicovém týmu se setkáváme s lidmi - *dobrovolníky*, kteří většinou pochází ze stejné komunity jako nemocný a jeho rodina. Spolu s laiky jsou psychickou i fyzickou oporou umírajícímu a jeho blízkým. Neposkytují zdravotní péči a nejsou finančně odhodnocováni. Jde o dobrovolnou, charitativní činnost (Laca, 2013).

Autorka Dobříková – Porubčanová (2005, s. 255) k tématu dobrovolníků v hospicové péči píše: „*dobrovolník se pro pacienta může stát spojnicí s vnějším zdravým světem, kontaktním mostem pro člověka v těžké životní situaci a možná i nositelem změny v jeho přístupu k životu*“. Pokud je hlavní úlohou medicíny zmírňování bolesti a současně si nemocný uvědomuje svoji smrtelnost a vyrovnává se s ní, úloha dobrovolníků v týmu je nezpochybnitelná. Ke splnění potřeb a přání umírajícího člověka někdy stačí velmi málo. Někdy si potřebuje jen popovídat a jindy zase touží, aby ho v těžké chvíli držel někdo za ruku. A pokud jeho přání nemůže zabezpečit rodina, tak je tu prostor pro dobrovolníky (Dobříková – Porubčanová, 2005).

V terminální fázi onemocnění, kdy už člověk cítí, že jde vstříc smrti, začíná být pro umírajícího důležité uspokojování spirituálních potřeb. Tyto potřeby v hospici zabezpečuje *duchovní*. Existenciální úzkostí ze smrti trpí každý člověk bez rozdílu, zda

je věřící či ateista. Aby se umírající mohl zbavit těchto pochybností a strachu ze smrti, je mu nabídnuta možnost popovídat si s představitelem církve – knězem nebo jiným profesionálním poradcem. Autor Štefko poukazuje na to, že „*mezi nejdůležitější úlohy společnosti církve patří péče o to, aby ani umírající nezůstali bez náboženské pomoci a lidské útechy. Zde mají své místo nejen kněží, ale i laici. Právě laičtí spolupracovníci, vyzbrojení poznatky z geriatrické psychologie, mohou být neocenitelnými pomocníky v pastorační péči starých a umírajících*“ (Štefko, 2005, s. 255).

Doprovázení umírajících a jejich blízkých je v hospici týmovou prací. Naprosto nezbytné je nedirektivní jednání a týmová spolupráce, která zahrnuje i nemocné včetně jeho rodiny. Při každodenním setkávání se se smrtí mizí rozdíl mezi jednotlivými profesemi, které se v hospici uplatňují. Úlohou zdravotníků a ostatních profesionálů je hlavně lidský přístup k nemocnému, což nezpochybňuje jejich odbornost a profesionální kompetence. Pracovníci zde nejsou nastaveni na profesní kariéru, ale naopak vnímají důležitost co nejvíce zkvalitnit život smrtelně nemocných pacientů (Matoušek et. al., 2005, 2010).

V knize od Svatošové se dočteme, že doprovázení umírajících ubere kus sil, ale přidá kus moudrosti a zralosti. Dr. Kübler-Rossová k tomu dodává: „*Právě od našich umírajících pacientů se učíme poznávat pravé hodnoty života. Kdybychom byli schopni dosáhnout stadia přijetí již v mládí, prožili bychom mnohem smysluplnější život, dokázali bychom se radovat z maličkostí a jistě bychom měli i jiný žebříček hodnot*“ (cituji dle Svatošové, 1995, s. 124).

4 PRAKTICKÁ ČÁST

Hlavním přínosem této bakalářské práce je bezpochyby následná výzkumná část, která se zaměřuje na osobu sociálního pracovníka v místech poskytování paliativní a hospicové péče. Jako nejvhodnější typ výzkumné metody byla zvolena dotazníková forma, která měla ráz anonymity z důvodu splnění platného Obecního nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR).

Jak bylo zmíněno v předchozím textu, obrátili jsme se s otázkami na zařízení, která poskytují nevyléčitelně nemocným na Chrudimsku paliativní či hospicovou péči. Byli osloveni zdravotní pracovníci ze zařízení hospice Smíření a zdravotní pracovníci LDN Chrudimské nemocnice. Pro představu tyto poskytovatele paliativní a hospicové péče krátce představíme. Hospic Smíření zahájil provoz v roce 2009 díky podpoře hospicového sdružení pro Pardubický kraj. Je nemocnicí pro pacienty s postupujícím nevyléčitelným, nejčastěji onkologickým onemocněním, s prognózou několika dnů života. Pro pacienty, kteří pro závažnost symptomů nebo chybějícího rodinného zázemí nemohou být léčeni doma. V roce 2018 se zde léčilo 378 nemocných s průměrnou délkou pobytu 26,6 dnů. Druhým zařízením, které poskytuje paliativní péči je Léčebna dlouhodobě nemocných, která je součástí areálu Nemocnice Chrudim. Je rozdělena do 4 stanic, které zajišťují kompletní ošetrovatelskou péči dlouhodobě nemocným pacientům 24 hodin denně. Oddělení DIOP (dlouhodobá intenzivní péče) s deseti lůžky je určena pro poskytování dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské a rehabilitační péče především pro pacienty s chronickými dýchacími potížemi. Na oddělení LDN N je poskytována standardní ošetrovatelská péče s osmi lůžky. Rehabilitační oddělení – LDN R disponuje 20-ti lůžky a je určena pacientům s potřebou intenzivní rehabilitační péče. Poslední dvě oddělení LDN A a LDN B je pro pacienty s potřebou standardní ošetrovatelské péče a čítá dohromady 45 lůžek.

Vzhledem k tomu, že zdravotničtí pracovníci zařízení hospice a Léčebny dlouhodobě nemocných přicházejí nejčastěji do styku s nemocným a jeho rodinou, rozhodli jsme se klást otázky ohledně potřebnosti sociálního pracovníka přímo jim. Mezi zdravotníky, kteří o nemocné pečují, jsou zastoupeny zdravotní sestry, zdravotničtí asistenti a ošetrovatelé.

Pro realizaci výzkumu nás motivovali otázky vyvstávající z poskytování péče nevyлéčitelně nemocným ve zcela odlišných typech zařízení a se zcela odlišnou filosofií. Hospic se snaží vytvořit prostředí podobné domácímu zázemí s neomezenou návštěvní dobou a možností pobytu s někým blízkým, naproti tomu pracoviště LDN je nemocničním oddělením v pravém slova smyslu. V praxi se setkáváme spíše se situací, že nevyлéčitelně nemocní jsou při zhoršení obtíží převezeni na akutní lůžkové oddělení, a odtud jsou k dalšímu doléčení přeloženi na oddělení LDN. Sociální pracovníci, přítomní na odděleních paliativní a hospicové péče, zjišťují sociální situaci všech klientů a spolu s jejich blízkými pomáhají řešit současnou situaci. Vzhledem k tomu, že zdravotničtí pracovníci, stejně jako sociální pracovníci, poskytují klientům péči v zařízeních pro nevyлéčitelně nemocné, měli by při zmíněné péči spolupracovat. Shledáváme tedy názory zdravotnických pracovníků na potřebnost sociálních pracovníků v této bakalářské práci důležitým výzkumným ukazatelem.

V praktické části bude představen cíl práce a 2 hypotézy, které jsme si stanovili. V rámci hypotéz se budeme zabývat tzv. nulovou hypotézou a hypotézou alternativní. Dále popíšeme vzorek respondentů, díky kterým mohl být výzkum realizován. V rámci empirické části si také ozřejmíme metodu sběru dat, následnou analýzu a interpretaci výsledků. Na závěr bakalářské práce shrneme a představíme výsledky výzkumu, a to prostřednictvím diskuze.

4.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumného šetření v této bakalářské práci je zjištění, jak je sociální pracovník vnímán v místech poskytování paliativní péče na Chrudimsku z pohledu zdravotnických pracovníků. **Zda je v očích zdravotnických pracovníků potřebný pro poskytování paliativní a hospicové péče a zda již jeho služeb využili.** Pro možnost dosažení tohoto cíle jsme stanovili hypotézy výzkumu. Tyto poté budeme ověřovat statistickou metodou χ^2 – kvadrátu.

4.2 Hypotézy výzkumu

Hypotéza 1

Hypotéza H_0 : Mezi názory zdravotnických pracovníků hospice a LDN je sociální pracovník v paliativní a hospicové péči potřebný.

Alternativní hypotéza H₁: Mezi názory zdravotnických pracovníků hospice a LDN není sociální pracovník v paliativní a hospicové péči potřebný.

Hypotéza 2

Hypotéza H₀: Mezi názory zdravotnických pracovníků hospice a LDN na již využití služeb sociálního pracovníka je signifikantní rozdíl.

Alternativní hypotéza H₂: Mezi názory zdravotnických pracovníků hospice a LDN na již využití služeb sociálního pracovníka není signifikantní rozdíl.

4.3 Dotazník

Jednou z typických forem pro kvantitativní výzkum je standardizovaný dotazník, který byl vybrán jako vhodnější alternativa pro tuto bakalářskou práci. Jeho výhodou je zaměřenost na širší výběr respondentů. Výzkum byl realizován pomocí kladení otázek písemnou formou. Jako základ dotazování jsme zvolili uzavřené a polootevřené otázky. Uzavřené otázky se vyznačují jasnou možností odpovědi na dotaz (ano x ne). Naopak u polootevřených otázek měl respondent více možností výběru se k položené otázce vyjádřit.

Šetření dotazníkovou formou bylo uskutečněno v období od 10. července 2019 do 19. července 2019. Součástí dotazníku bylo písemné seznámení dotazovaných s účelem dotazníku a ujistění o tom, že odpovědi budou použity pouze pro výzkumný účel této bakalářské práce a je zcela anonymní. Bylo v něm dále předloženo 15 otázek, na které zvolení respondenti odpovídali formou zaškrtování jedné z možností odpovědi. U jedné otázky byla dána možnost volby jedné či více odpovědí. Dotazníky v písemné formě byly doneseny osobně přímo do zařízení, kde respondenti odpovídali na dotazované otázky. Sběr dotazníků proběhl taktéž osobní formou. Odpovědi byly zaznamenány v písemné podobě a poté převedeny pro přehlednější formu do elektronického systému, ve kterém bylo dotazníkové šetření realizováno a vyhodnoceno. Toto šetření, provedené prostřednictvím vytištěného dotazníku, bylo realizováno u 50-ti zdravotnických pracovníků, a to 25-ti zaměstnanců hospice a 25-ti zaměstnanců pracoviště LDN. Získané odpovědi byly opět zaznamenány do elektronického systému.

Při analýze sesbíraných dat a jejich následné interpretaci jsme využili metodu matematického třídění prvního stupně. Získané výsledky výzkumu jsme poté zpracovali za použití matematicko-statistické analýzy prvního stupně. Dalším postupem bylo

statistické ověřování výzkumných hypotéz. Získaná data byla zpracována pomocí programu Windows Excel, pomocí něhož byla převedena do tabulek a názorných grafů. K potvrzení či vyvrácení námi zvolených hypotéz jsme použili Pearsonův Chí – kvadrát, což je základní a nejpoužívanější statistický test nezávislosti v kontingenční tabulce, která je uvedena v praktické části bakalářské práce. Je metodou, sloužící k ověření, zda má náhodná veličina předem dané rozdělení pravděpodobnosti. Využívá se porovnávání pozorované četnosti a četnosti očekávané. Získaná data od klientů představují tzv. pozorované četnosti a teprve výpočtem pomocí vzorce Pearsonova Chí - kvadrátu získáme hodnotu četnosti očekávané.

Hendl dále uvádí: „Při výpočtu χ^2 testu dobré shody vycházíme z předpokladu, že platí nulová hypotéza, a jestliže je vypočítaný χ^2 menší než 0,05, pak nulovou hypotézu zamítáme, a to proto, že rozdíl mezi pozorovanými a očekávanými četnostmi byl způsobem náhodnými činiteli (Hendl, 2004, s. 56).

$$\chi^2 = \sum \frac{(P - O)^2}{O}$$

Wikipedie sděluje, že mezi nejčastěji užívané Chí – kvadrát testy patří také: „Test nezávislosti dvou diskrétních znaků. Vychází se z kontingenční tabulky těchto znaků, tedy obdelníkové nebo čtvercové tabulky četností jednotlivých kombinací výskytu hodnot znaků“ (Wikipedie, získáno 30. 7. 2019)

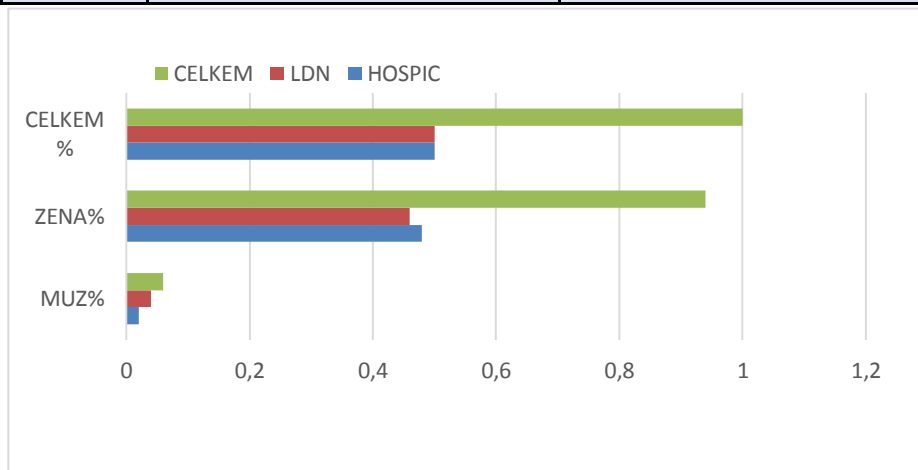
Výzkumný vzorek:

Výzkumné šetření v dotazníkové formě bylo provedeno u zdravotnických pracovníků dvou typů zařízení paliativní péče, a to hospice Smíření a Léčebny dlouhodobě nemocných, která je součástí Chrudimské nemocnice. Vyplnění anonymního dotazníku se účastnilo celkem 50 osob, tedy 25 osob každého ze zařízení. Respondenti odpovídali podle uvážení na uzavřené či polootevřené otázky, které byly sestaveny v návaznosti na cíl výzkumu a 2 výzkumné hypotézy. Vzor dotazníku, který byl v papírové podobě předkládán respondentům k vyplnění, je přiložen v příloze bakalářské práce. Výsledky nasbíraných dat názorně převádíme do tabulek a grafů. Zde jsou porovnávány v závislosti na identifikační otázce zaměřené na pracovní působiště dotazovaných.

Otázka č. 1: Jste žena nebo muž?

Na tuto uzavřenou otázku zaměřenou na pohlaví dotazovaného odpovědělo všech 100% pracovníků v paliativní péči. Podle dostupných dat zjišťujeme, že zařízení hospic i Léčebna dlouhodobě nemocných zaměstnává na pozici středního zdravotního personálu především ženy. V Hospici Smíření je to 24 žen z celkového počtu 25 pracovníků, stejně tak LDN pracoviště disponuje spíše ženským kolektivem. Podle získaných dat je to 23 žen z možných 25 pracovníků. Ze získaných dat zjišťujeme, že v zařízeních paliativní péče je zastoupeno celkem 6 % mužů ze 100%. Může to ukazovat na obecnou situaci převahy žen v pomáhajících profesích.

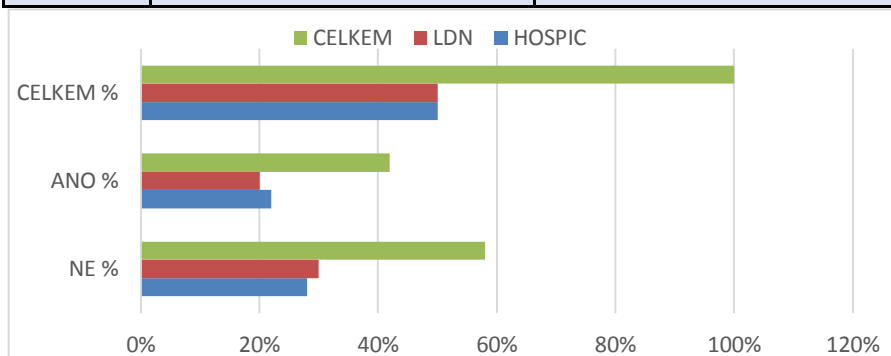
	MUZ%	ZENA%	CELKEM%	MUZ	ZENA	CELKEM
HOSPIC	2%	48%	50%	1	24	25
LDN	4%	46%	50%	2	23	25
CELKEM	6%	94%	100%	3	47	50



Otázka č. 2: Jste věřící?

Na tuto přímou otázku odpovědělo opět všech 100% dotazovaných účastníků výzkumu. Jak je patrné z tabulky pozorovaných četností a z následného grafického vyobrazení, není výrazný rozdíl v zastoupení respondentů s náboženským vyznáním a ateistů. Jak můžeme pozorovat, výrazná odchylka se neprojevuje ani při porovnávání otázky víry v hospici Smíření a nemocničního zařízení LDN. V Hospici je dokonce mírná převaha nevěřících pracovníků, což bysme vzhledem ke křesťanskému původu zařízení spíše nepředpokládali.

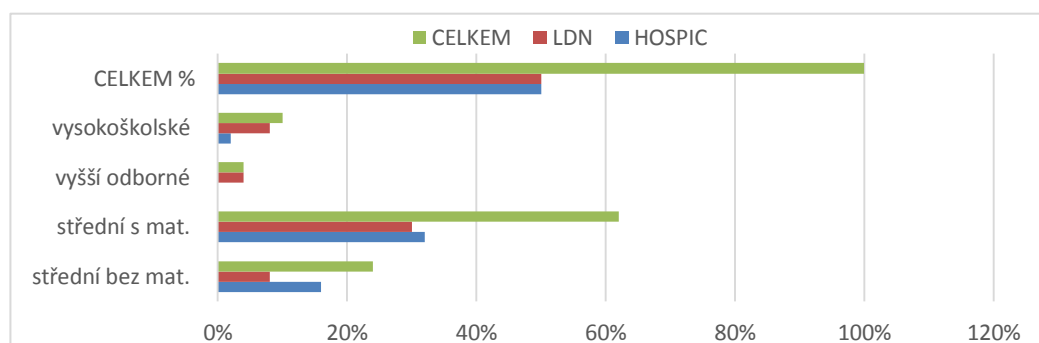
	CELKEM			NE	ANO	CELKEM
	NE %	ANO %	%			
HOSPIC	28%	22%	50%	14	11	25
LDN	30%	20%	50%	15	10	25
CELKEM	58%	42%	100%	29	21	50



Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Na otázku odpovědělo celkem 50 dotazovaných osob. Z šetření vyplývá, že nejvíce zastoupeným vzorkem ve zkoumaných zařízeních paliativní péče jsou středoškolští zdravotní pracovníci s maturitou. Podle získaných dat jsou zastoupeny 32 % v zařízení hospicovém a 30 % v LDN. Dohromady tedy tvoří více než polovinu (62%) z celkové druhu nejvyššího dosaženého vzdělání. Nejnižším procentuálním zastoupením je kategorie s respondenty s vyšší odborností, která v zařízení LDN dosahuje pouze 4 %, tj. 2 zdravotníci z 25 dotazovaných a v zařízení hospic dokonce žádný respondent vyššího odborného vzdělání dosud nedosáhl.

	střední bez mat.	střední s mat.	vyšší odborné	vysokoškolské	CELKEM %	S S	VO M	V Š	CELKE Š	M
HOSPIC	16%	32%	0%	2%	50%	8	16	1	25	
LDN	8%	30%	4%	8%	50%	4	15	2	4	25
CELKEM						1				
M	24%	62%	4%	10%	100%	2	31	2	5	50



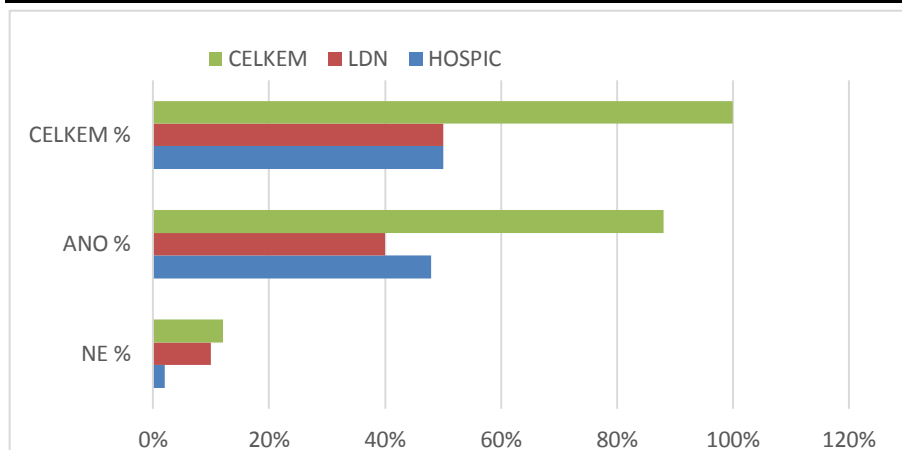
Otázka č. 4: Pracujete v hospicové péči nebo oddělení LDN?

Vzhledem ke skutečnosti, že tato otázka byla zároveň otázkou identifikační, vycházeli jsme z ní při porovnávání rozdílné skutečnosti mezi odlišnými typy paliativního zařízení. Pro výzkumné účely bylo osloveno 25 zdravotnických pracovníků hospice a 25 pracovníků LDN zařízení, z celkového počtu 50 – ti oslovených respondentů. Tato získaná data není třeba převádět do názorné formy tabulky či grafu.

Otázka č. 5: Je podle Vašeho názoru sociální pracovník v hospicové a paliativní péči potřebný?

Z celkového počtu 50- ti dotazovaných se vyjádřili respondenti následovně: V hospicové péči vnímá potřebnost 24 respondentů z 25 a pouze 1 respondent z dotázaných nevnímá sociálního pracovníka v hospicové a paliativní péči jako potřebného. Na LDN pracovišti shledávají zdravotníci sociálního pracovníka potřebným a 6 – ti jako nepotřebným. Vzhledem k tomu, že 88% všech dotázaných vnímá sociálního pracovníka jako potřebného, potvrzuje se tímto i náš předpoklad, že sociální pracovník je v hospicové a paliativní péči z pohledu zdravotníků potřebný.

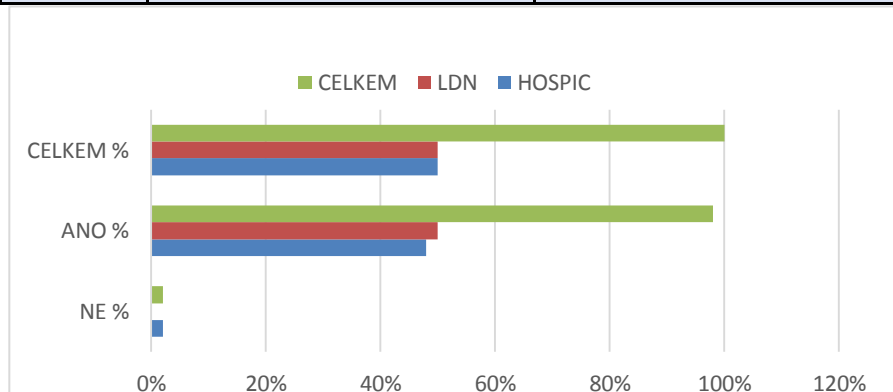
	CELKEM			NE	ANO	CELKEM
	NE %	ANO %	%			
HOSPIC	2%	48%	50%	1	24	25
LDN	10%	40%	50%	5	20	25
CELKEM	12%	88%	100%	6	44	50



Otázka č. 6: Je pro Vaši práci profese sociálního pracovníka v paliativní a hospicové péči přínosem?

Z celkového počtu 50 - ti dotazovaných se vyjádřilo 98% souhlasně, to znamená, že pro svou práci shledávají péči sociálního pracovníka jako přínosnou. Pouze 2 % všech dotazovaných respondentů se vyjádřilo negativně.

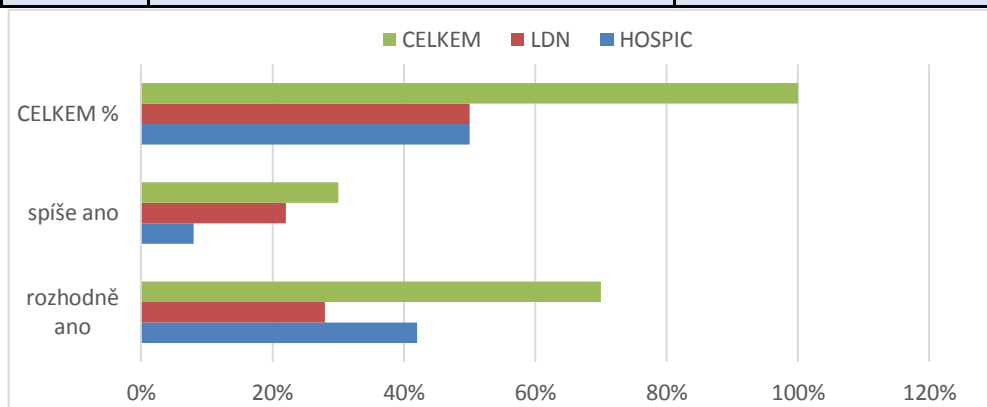
	CELKEM			NE	ANO	CELKEM
	NE %	ANO %	%			
HOSPIC	2%	48%	50%	1	24	25
LDN	0%	50%	50%	0	25	25
CELKEM	2%	98%	100%	1	49	50



Otázka č. 7: Hodnotíte práci sociálního pracovníka jako smysluplnou?

V otázce zaměřené na smysluplnost odpovědělo všech 50 dotazovaných lidí. Negativní odpověď, tedy možnost odpovědi *spíše ne* a *rozhodně ne*, nikdo ze zúčastněných nevyužil. *Rozhodně ano* odpovědělo 42% respondentů z hospice, naproti tomu 28 % z LDN pracoviště. Jako druhá možnost byla zdravotníky využita odpověď *spíše ano*, která byla tentokrát zastoupena v opačném poměru: 22 % odpovědí pocházelo z pracoviště LDN a pouze 8 % z hospice. Na základně dostupných odpovědí předpokládáme, že pro všechny zaměstnance je jejich povolání více či méně smysluplné. Dále můžeme usuzovat, že zaměstnanci hospicového zařízení shledávají své zaměstnání smysluplnějším než zaměstnanci LDN.

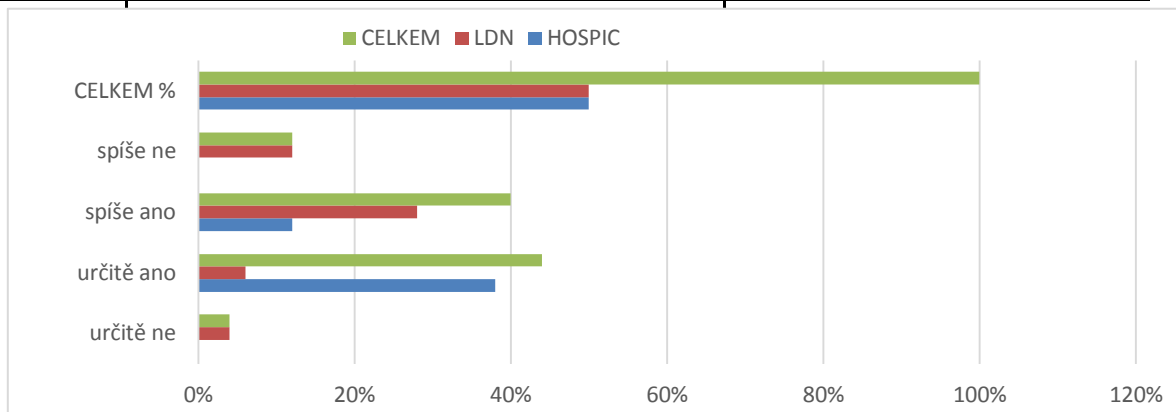
	rozhodně ano	spíše ano	CELKEM %	SP		
				ANO	ANO	CELKEM
HOSPIC	42%	8%	50%	21	4	25
LDN	28%	22%	50%	14	11	25
CELKEM	70%	30%	100%	35	15	50



Otázka č. 8: Je podle Vašeho názoru péče sociálního pracovníka dostatečná?

Z celkového počtu účastníků výzkumu opět využilo možnost odpovědět na otázku všech 100% dotazovaných. Získaná data nám prozrazují, že zmiňovaní zdravotníci vnímají poskytovanou péči sociálního pracovníka jako dostatečnou. Odpověď určitě ano zvolilo 38% respondentů z řad hospice, přičemž odpověď že určitě není péče potřebná, nezvolil nikdo. Na LDN pracovišti zvolilo odpověď určitě ano pouze 12 % dotázaných. Zde převažovala odpověď typu: péče sociálního pracovníka je spíše dostatečná.

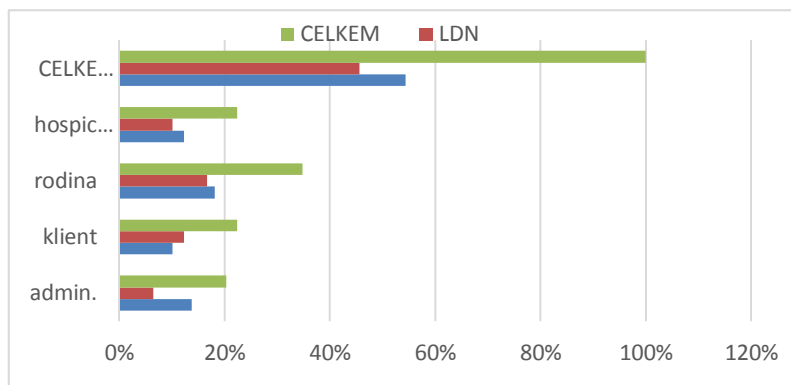
	určitě ne	určitě ano	spíše ano	spíše ne	CELKEM %	u ne	u ano	sp.an o	sp. ne	CELKE M
HOSPIC	0%	38%	12%	0%	50%		19	6		25
LDN	4%	6%	28%	12%	50%	2	3	14	6	25
CELKEM	4%	44%	40%	12%	100%	2	22	20	6	50



Otázka č. 9: Jak si představujete péči sociálního pracovníka v paliativní a hospicové péči?

Položená otázka byla zacílena na znalosti zdravotníků z hlediska sociální péče poskytované v paliativní péči. Tato otázka skýtala více možností výběru. Můžeme zmínit, že všech 25 dotázaných zdravotníků z hospice Smíření si představuje, že by měl spolupracovat s rodinou, administrativní náplň práce zvolilo 19 dotázaných z celkového počtu 25, 17 dotazovaných označilo, že spolupracuje s hospicovým týmem a kupodivu nejméně možných odpovědí, a to 14 z 25 možných, označilo, že sociální pracovník pečuje o samotného klienta. Na LDN pracovišti odpověděli dotazovaní následovně: 23 dotazovaných vnímá jako nejdůležitější kontakt sociálního pracovníka s rodinou klienta, 17 odpovědí koresponduje s tím, že náplní sociálního pracovníka je samotná práce s klientem, 14 odpovědělo, že pracovník má spolupracovat s týmem paliativní péče a pouze 9 respondentů vidí jeho pracovní náplň věnovanou administrativní činnosti.

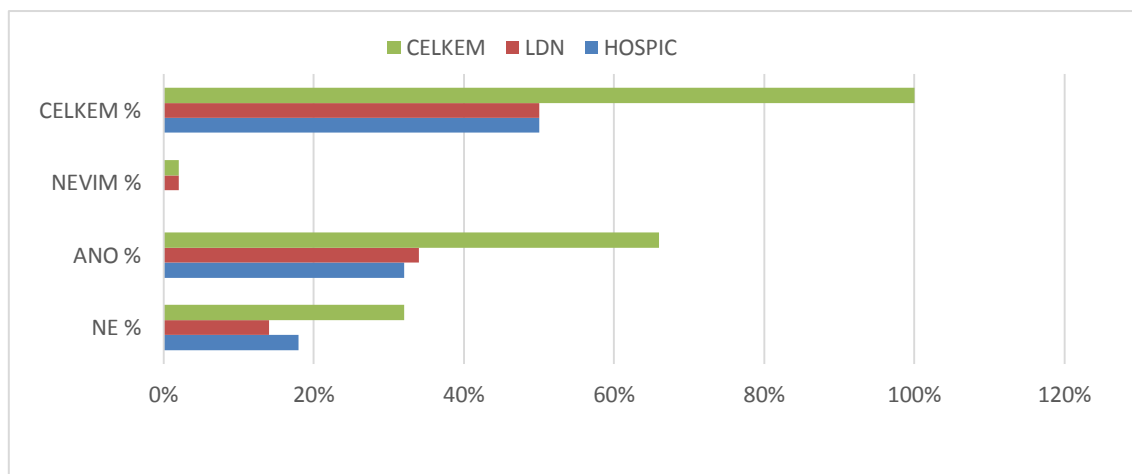
	CELKEM					A	B	C	D	CELKEM
	admin.	klient	rodina	hospic.tým	%					
HOSPIC	14%	10%	18%	12%	54%	19	14	25	17	75
LDN	7%	12%	17%	10%	46%	9	17	23	14	63
CELKEM	20%	22%	35%	22%	100%	28	31	48	31	138



Otázka č. 10: Využili jste již služeb sociálního pracovníka v paliativní a hospicové péči?

Otázka byla původně koncipována jako uzavřená otázka s možností odpovědi ano X ne, ale vzhledem k tomu, že jeden z respondentů neodpověděl, tak jsme tabulku upravili pro možnost volby odpovědi „nevím“. Ze získaných dat zjišťujeme, více osob uvedlo, že již služeb sociálního pracovníka využilo. V hospici již využilo jeho služeb 16 z 25 – ti dotazovaných. V hospici využilo služeb 17 z 25 dotazovaných. Odpovědi pracovníků zmíněných zařízení jsou si tedy velmi podobné.

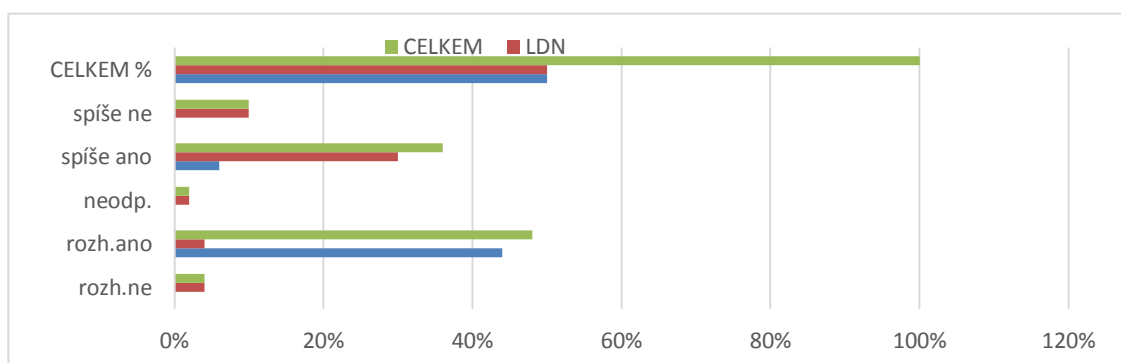
	NEVIM				CELKEM			
	NE %	ANO %	%	%	NE	ANO	NEVIM	CELKEM
HOSPIC	18%	32%	0%	50%	9	16		25
LDN	14%	34%	2%	50%	7	17	1	25
CELKEM	32%	66%	2%	100%	16	33	1	50



Otázka č. 11: Byl (a) jste spokojen (a) s poskytováním péče sociálního pracovníka ve vašem zařízení?

Na otázku neodpověděli dva pracovníci nemocničního zařízení LDN. Z odpovědí respondentů hospice můžeme vidět, že všechny jejich odpovědi patří do souhlasné kategorie. Všichni tedy byli více či méně spokojeni s poskytováním péče sociálního pracovníka. V LDN péči respondenti využili k odpovědím celou škálu možných odpovědí. Úplně spokojení s poskytováním péče sociálního pracovníka bylo 4% dotazovaných, spíše spokojeno 30%. Na rozdíl od zdravotníků z hospicové péče se setkáváme také s nespokojeností. Spíše nespokojeno bylo 10% z celkového počtu dotázaných na LDN a 4 procenta dotázaných dokonce odpovědělo, že nebyli rozhodně spokojeni.

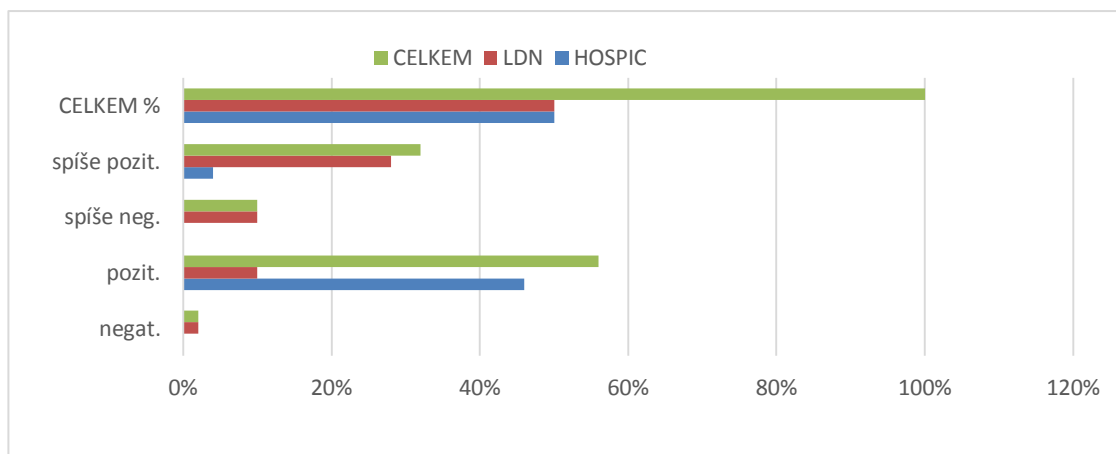
	rozh. ne	rozh.a no	neod p.	spíše ano	spíše ne	CELKE M %	N E	AN O	neod p.	spíše ano	spíše ne	CELKE M
HOSPICI	0%	44%	0%	6%	0%	50%		22		3		25
LDN	4%	4%	2%	30%	10%	50%	2	2	1	15	5	25
CELKEM	4%	48%	2%	36%	10%	100%	2	24	1	18	5	50



Otázka č. 12: Jaký u Vás převládá dojem ze setkání se sociálním pracovníkem?

Zde svůj názor vyjádřilo opět všech 100 % z dotázaných. Podle získaných dat se potvrzuje skutečnost z odpovědí předchozích otázek, a to že sociální pracovníci v chrudimském hospici jsou kladně hodnoceni, na rozdíl od sociálních pracovníků oddělení LDN, kde respondenti využili i záporné možnosti odpovědí. Z těchto výsledků můžeme předpokládat, že pozitivní pohled na osobu sociálního pracovníka, může souviset také s existencí multidisciplinárního týmu, který má v hospici velmi důležité místo. Profese sociálního pracovníka a zdravotnického pracovníka v týmu spolupracují, doplňují se, na rozdíl od zmíněných pracovníků LDN, kde spíše tyto profese existují „vedle sebe“.

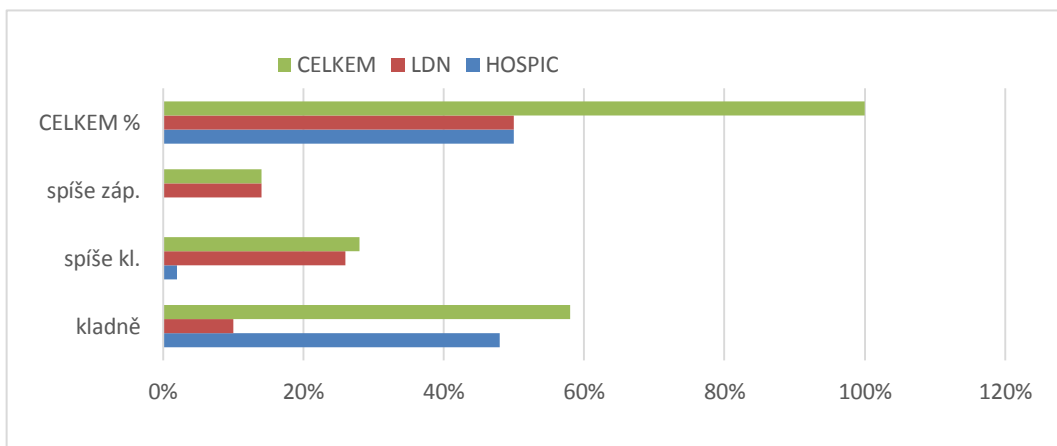
	negat	spíše	spíše	CELKEM		negat	pozit	spíše	spíše	CELKE
	.	pozit.	neg.	pozit.	%	.	.	neg.	pozit.	M
HOSPIC	0%	46%	0%	4%	50%		23		2	25
LDN	2%	10%	10%	28%	50%	1	5	5	14	25
CELKEM	2%	56%	10%	32%	100%	1	28	5	16	50



Otázka č. 13: Jak hodnotíte spolupráci sociálního pracovníka s ostatními členy týmu v hospicové a paliativní péči?

Na otázku mohli respondenti odpovědět opět více možnostmi. Odpověď, která hodnotí spolupráci týmu jako zápornou, jsme nezaznamenali žádnou. Spíše záporné hodnocení vzešlo opět od pracovníků nemocničního zařízení LDN, kde jak jsme již uváděli, nemají pracovníci sociální péče a pracovníci zdravotní péče možnost spolupráce a společného vytváření plánu péče o vážně nemocného klienta.

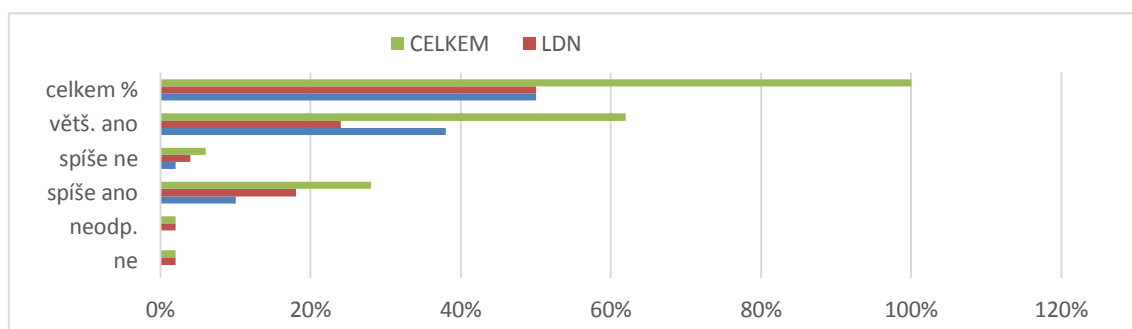
	spíše				CELKEM %	spíše			
	kladně	spíše kl.	záp.			kladně	kl.	záp.	CELKEM
HOSPIC	48%	2%	0%	50%	24	1	25		
LDN	10%	26%	14%	50%	5	13	7	25	
CELKEM	58%	28%	14%	100%	29	14	7	50	



Otázka č. 14: Projevují podle Vašeho názoru klienti zařízení nebo jejich blízcí zájem o službu sociálního pracovníka?

Tato otázka byla uvedena z důvodu zjištění, zda sami klienti paliativní péče či jejich blízcí vyhledávají aktivně služby sociálního pracovníka zařízení. Z celkového počtu na otázku jeden respondent neodpověděl. Ostatní respondenti uváděli jednu z uvedených možností výběru. Z uvedeného grafu vyplývá, že pouze jeden pracovník LDN se domnívá, že sami klienti či rodina *neprojevují o péči sociálního pracovníka zájem*. Dále onačili 2 pracovníci stejného zařízení, že klienti a jejich blízcí *spíše sami neprojevují zájem o spolupráci* se sociálním pracovníkem. Další odpovědi pracovníků LDN jsou spíše pozitivního charakteru. Naproti tomu v hospici, které se specializuje na péči nemocného v závěrečné fázi života byla pouze jedna odpověď, že spíše klienti neprojevují sami zájem. Ostatní kladné odpovědi respondentů hospice naznačují možnou souvislost s tím, že do hospicového zařízení je přijat klient, o kterého rodina projevuje zájem, nenechává zodpovědnost pouze na odbornících, ale na péči se podle možnosti i podílí.

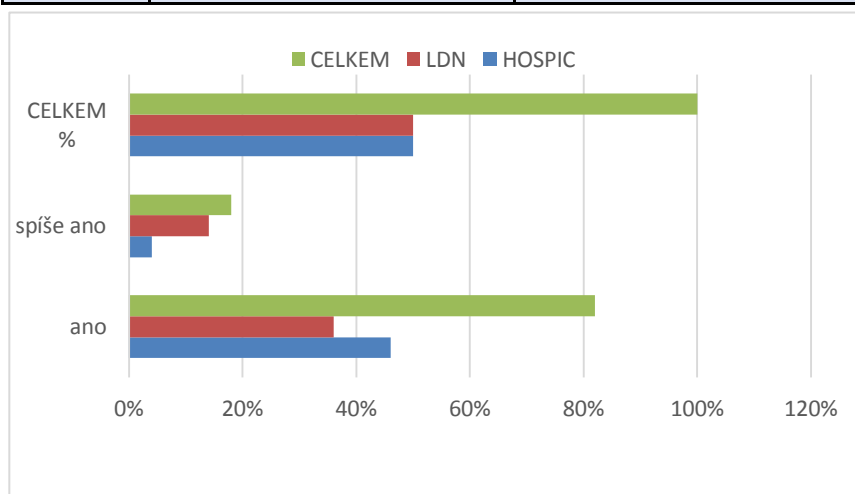
	n	neod	spíše	spíše	větš.	celkem	n	neod	spíše	spíše	větš.a	CELKE	
	e	p.	ano	ne	ano	%	e	p.	ano	ne	no	M	
HOSPIC	0	0%	10%	2%	38%	50%				5	1	19	25
LDN	2	2%	18%	4%	24%	50%	1	1	9	2	12	25	
CELKEM	2	2%	28%	6%	62%	100%	1	1	14	3	31	50	



Otázka č. 15: Doporučil (a) byste služby sociálního pracovníka v hospicové a paliativní péči?

Všichni dotazovaní pracovníci na otázku odpověděli. Z možností odpovědí využili respondenti pouze pozitivní možnosti odpovědí. Nikdo z dotázaných tedy neodpověděl, že by služby sociálního pracovníka nedoporučil. Z názorného grafu je patrné, že většina pracovníků hospice Smíření má s péčí sociálního pracovníka dobré zkušenosti, neboť by jeho služby klientům doporučila. V závislosti na tom se tedy můžeme domnívat, že jeho péči hodnotí jako pozitivní a smysluplnou.

	ano	spíše ano	CELKEM %	ano	spíše ano	CELKEM
HOSPIC	46%	4%	50%	23	2	25
LDN	36%	14%	50%	18	7	25
CELKEM	82%	18%	100%	41	9	50



4.4 Výsledky výzkumu

Výzkum této bakalářské práce je zaměřený na zjištění, zda je sociální pracovník v hospicové a paliativní péči potřebný. Vzhledem k tomu, že se péče o nevléčitelně nemocné poskytuje v zařízeních zdravotního typu, kde odbornou péči o pacienty kromě sociálních pracovníků zajišťují také zdravotničtí pracovníci, rozhodli jsme se je oslovit, abychom získali informace, jak pohlíží na práci sociálních pracovníků.

Otázky v dotazníkovém testu byly tedy zaměřeny na ověřování stanovených hypotéz. Vycházely z konkrétní zkušenosti zdravotníků s poskytováním péče sociálního pracovníka. Záměrně jsme pro účel práce vybrali respondenty rozdílných typů zařízení poskytujících péči nevléčitelně nemocným, neboť nám zároveň dávají možnost nahlédnutí a porovnání odlišně fungujících zařízení

Otázky dotazníkového šetření byly zároveň i otázkami, které měly charakter ověřovacích otázek stanovených hypotéz.

Cílem výzkumu je zjištění, zda sociální pracovník v hospicové a paliativní péči je vnímán jako potřebná, neoddelitelná součást týmu poskytujícího péči a podporu dlouhodobě nemocným a umírajícím lidem. Na základě cíle byly stanoveny 2 hypotézy, které jsme definovali pomocí již zmíněného dotazníku a následně statisticky ověřili podle výsledku výpočtu pravděpodobnosti χ^2 – kvadrát testu.

Hypotéza 1

Hypotéza H_0 : Mezi názory zdravotnických pracovníků hospice a LDN je sociální pracovník v paliativní a hospicové péči potřebný.

Alternativní hypotéza H_1 : Mezi názory zdravotnických pracovníků hospice a LDN není sociální pracovník v paliativní a hospicové péči potřebný.

Kontingenční tabulka č. 1 pro výpočet signifikance χ^2 – kvadrát testu pro hypotézu 1

Pozorovaná četnost	Ano	Ne	Celkově
Hospic	24	1	25
LDN	20	5	25
Celkově	44	6	50

Očekávaná četnost	Ano	Ne	Celkově
Hospic	22	3	25
LDN	22	3	25
Celkově	44	6	50

A:	0,181818
B:	1,333333
C:	0,181818
D:	1,333333
CHI kvadrát	3,030303

Signifikance Chí – kvadrát testu: **3,03**

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že z celkového počtu padesáti respondentů, kteří se vyjádřili k otázce potřebnosti sociálního pracovníka v hospicové a paliativní péči, jich kladně odpovědělo 44 z celkového počtu 50 –ti dotázaných. 24 kladných odpovědí pocházelo od respondentů hospicové péče a 20 kladných odpovědí bylo od respondentů pracujících v LDN. Negativně se vyjádřilo 6 respondentů z celkového počtu 50 – ti dotázaných. 5 respondentů z oddělení LDN a 1 respondent hospicové péče.

Dostupná data byla dále zpracována pomocí Chí – kvadrát testu, který vyšel 3,03. Vzhledem k tomu, že očekávaná četnost u negativních odpovědí pracovníků hospice a LDN vyšla 3, což je hodnota nižší než 5, výsledek Chí – kvadrát testu je neprůkazný. Není tedy možné statistickou metodou potvrdit ani vyvrátit stanovenou hypotézu, že mezi názory pracovníků hospice a pracovníků LDN je sociální pracovník v paliativní a hospicové péči potřebný.

Pozorovaná četnost, kterou máme zaznamenanou v kontingenční tabulce nám názorně ukazuje, že 24 zdravotnických pracovníků hospice a 20 zdravotnických pracovníků LDN mají názor, že sociální pracovník v hospicové a paliativní péči je potřebný. Pouze 1 zdravotnický pracovník hospicové péče a 5 pracovníků LDN mají názor, že sociální pracovník v paliativní a hospicové péči potřebný není.

Porovnáváním dat pozorované četnosti jsme dospěli k závěru, že nejspíše platí právě hypotéza H₀ - mezi názory zdravotnických pracovníků hospice a LDN je sociální pracovník v paliativní a hospicové péči potřebný, ačkoliv toto tvrzení Pearsonův test Chí kvadrátu neprokázal.

Hypotéza 2

Hypotéza H₀: Mezi názory zdravotnických pracovníků hospice a LDN na již využití služeb sociálního pracovníka je signifikantní rozdíl.

Alternativní hypotéza H₂: Mezi názory zdravotnických pracovníků hospice a LDN na již využití služeb sociálního pracovníka není signifikantní rozdíl.

Kontingenční tabulka č. 2 pro výpočet signifikance Chí – kvadrát testu pro hypotézu 3

Pozorované četnosti O	souhlas	nesouhlas	spolu
hospic	16	9	25
LDN	17	7	24
spolu	33	16	49

Očekávané četnosti E	souhlas	nesouhlas	spolu
hospic	16,84	8,15	24,99
LDN	16,15	7,84	23,99
spolu	32,99	15,99	48,98

Signifikance Chí – kvadrát testu: **0.28**

Z výsledku výzkumného šetření vyplývá, že z celkového počtu 49 respondentů, kteří již využili služeb sociálního pracovníka v paliativní a hospicové péči, jich kladně odpovědělo 33. 16 participantů z celkového počtu 49 dosud služeb sociálního pracovníka v hospicové a paliativní péči podle získaných dat nevyužila. Dostupná data byla následně vyhodnocena metodou Chí – kvadrát testu, který vyšel 0,28. Na základě tohoto výsledku jsme zamítnuli nulovou H₀ a současně přijímáme alternativní hypotézu H₂: Mezi názory zdravotnických pracovníků hospice a LDN na již využití služeb sociálního pracovníka není signifikantní rozdíl.

Na základě výpočtu Personova Chí – kvadrát testu jsme došli k závěrům, které předkládáme v kontingenční tabulce. **Pozorovaná četnost** názorně zobrazuje, že 16 zdravotnických pracovníků hospice a 17 zdravotnických pracovníků zařízení LDN již využilo služeb sociálního pracovníka v paliativní a hospicové péči. Opačnou zkušenost,

tedy že dosud nevyužilo služeb sociálního pracovníka v paliativní a hospicové péči, má 9 zdravotnických pracovníků zařízení hospice a 7 zdravotnických pracovníků působících v Léčebně dlouhodobě nemocných.

Výpočtem statistické metody pomocí χ^2 – kvadrátu jsme získali hodnotu 0,28. Signifikace 0,28 znamená, že nulovou hypotézu je možno zamítnout. Potvrzujeme tedy alternativní hypotézu: Mezi názory pracovníků hospice a pracovníků LDN není signifikantní rozdíl.

4.5 Návrhy a doporučení pro praxi

Na základě zjištění, že sociální pracovník v hospicové a paliativní péči je potřebný a svými zdravotnickými kolegy je kladně hodnocen, můžeme jen doporučit, aby se v praxi prohlubovala spolupráce mezi sociálními pracovníky a zdravotníky. Spolupráce, resp. společná řeč obou týmů je nezbytná a projeví se synergickým efektem při co nekvalitnější péči nejen o terminálně nemocné nebo osoby, které momentálně potřebují hospicovou nebo paliativní péči. Jen tam, kde panuje shoda, může dojít k těm nejlepším výsledkům. A oběma týmům jde přece o člověka, který je hendikepován svou nemocí, trpí strachem ze smrti a dalším utrpením. Péče o tyto nemocné není jen prací, ale znamená také naplňovat vznešené a nelehké poslání.

K tomu, aby bylo možno tyto vznešené cíle realizovat, je třeba splnit určité podmínky, např. je důležité dostatečné vzdělání a praxe sociálního pracovníka. Neustálé vzdělávání je tedy samozřejmostí.

Tato bakalářská práce může sloužit jako podklad k podrobnějšímu zkoumání dané problematiky.

ZÁVĚR

Nahlédnutím do světa umírajících se nám otevírají nové obzory. Najednou jsme vnímavými ke zdánlivým samozřejmostem, které ačkoliv jsou součástí oné podstaty života, v našich očích by jinak mohly zůstat nepovšimnuty.

Hlavním tématem, které nás oslovovalo v celé bakalářské práci, byla paliativní péče. Pokud se vážně nemocný dostane do stavu, kdy již jeho nemoc na kurativní léčbu nereaguje, je potřeba mu zbývající část života co nejvíce zkvalitnit. Důležitým úkolem paliativní péče je péče o člověka v jeho celistvosti. Není tedy možné se zaměřit pouze na uspokojování biologických potřeb, ačkoli kontrola a následné tlumení bolesti patří bezpochyby pro trpícího člověka k důležitým intervencím pro zkvalitnění jeho posledních dní. V sociální práci s terminálně nemocnými je nutné být nejen odborníkem na slovo vzatým, ale hlavně být člověkem. Ceněnou vlastností, která se odborným studiem získat nedá, je být autentickým. Naslouchat druhému člověku a snažit se mu porozumět, je pro umírajícího člověka velmi cenné. Při každodenním setkávání se smrtí a utrpením se setkáváme s etickými principy. Do popředí zájmu veřejnosti se dostává tolik diskutované téma eutanazie. Její zastánci hovoří o právu člověka svobodně rozhodovat o svém životě a také smrti. Pro každého člověka je těžké vidět svého bližního trpět bolestí nebo jinými nepříjemnými symptomy. Tváří tvář smrti se člověk stává zranitelným a také najednou „smrtným“. Vzhledem k možnostem hospicové a paliativní péče je ale možné nepříjemné projevy u nemocných potlačovat a zmírňovat natolik, že umírajícímu člověku umožní prožívat závěrečnou část života kvalitně a smysluplně. Pokud máme možnost zahlédnout v praxi doprovázení umírajících v hospicovém zařízení, dostává se nám pochopení toho, proč terminálně nemocní, kteří zde prožívají své poslední dny a dokonce ani jejich blízcí, po vysvobození z utrpení pomocí eutanazie nevolají. V těchto chvílích života je totiž kromě již zmíněného potlačení nepříjemných symptomů nemoci potřeba nebýt izolován od svých blízkých a smysluplně s nimi prožívat každý okamžik.

Nejdůležitější úlohou sociálního pracovníka, ale také ostatních členů hospicového týmu, je pomoci kvalitně žít - i v této finální fázi života člověka.

SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

- Bužgová, R. (2015). *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada.
- Dobříková – Porubčanová, P. et al. (2005). *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti: Význam paliatívnej starostlivosti*. Trnava: Spolok svätého Vojtecha.
- Draganová, H. (2006). *Sociálna starostlivosť*. Martin: Osveta.
- Etika. *Wikipedie – Otvorená encyklopédia*. Dostupné z internetového zdroje <https://cs.wikipedia.org/wiki/Etika>
- Hanzlíková, A. et al. (2006). *Komunitné ošetrovatel'stvo*. Martin : Osveta.
- Hanzlíková, A. et al. (2007). *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osvěta.
- Havrdová, Z. (1999). *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium.
- Hendl, J (2004). *Přehled statistických metod: Zpracování dat*. Praha: Portál.
- Hospic. *Wikipedie – Otvorená encyklopédia*. Dostupné z internetového zdroje: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Hospic>
- Chí – kvadrát test. *Wikipedie – Otvorená encyklopédia*. Dostupné z internetového zdroje: https://cs.wikipedia.org/wiki/Ch%C3%AD-kvadr%C3%A1t_test
- Kabelka, L. (2017). *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta.
- Kalvach, Z. (2010). *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů.
- Kisvetrová, H. (2018). *Péče v závěru života*. Praha – Maxdorf.
- Křišková, A. et al. (2001). *Ošetrovatel'ské techniky*. Martin: Osveta.
- Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Pardubice: Grada.
- Laca, S. (2013). *Sociálna práca v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Bratislava: VŠZ a SP sv. Alžbety.
- Laca, S., Dancák, P., & Laca, P. (2011). *Zborník z mezinárodnej vedeckej konferencie: Spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Bratislava: VŠZ a SP sv. Alžbety.

- Levická, J. & Mrázová, A. (2004). *Úvod do sociální práce*. Trnava: Fakulta zdravotnictva a sociální práce TU.
- Malkovská, N. (2007). *Sociálně ekonomické aspekty typologie hospicových domů*. Praha: ČVUT.
- Marková, M. (2010). *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada.
- Matochová, S. (2009). *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. Brno: Masarykova universita.
- Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce*. (2.přeprac.vyd.) Praha: Portál.
- Matoušek, O., Kodymová, P. , & Koláčková, J. (2010). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál.
- Matoušek, O., Musil, L., Navrátil, P., Tomeš, I, Smutek, M. et al. (2013). *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál.
- Matoušek, O. et al. (2013). *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál.
- Misconiová, B. (2005). *Péče o umírající – hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče.
- Munzarová, M. (2005). *Eutanazie nebo paliativní péče?* Praha: Grada.
- Oláh, M. & Schavel, M. (2006). *Sociálne poradenstvo a komunikácia*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Pravoslávna bohoslovecká fakulta.
- Ottův slovník naučný: Ilustrovaná encyklopedie obecných vědomostí*. Dostupné z internetového zdroje:
<http://archive.org/stream/ottvslovnknauni10ottogoog#page/n672/mode/2up>
- Hospicová zařízení v ČR (aktuální situace). *Umění doprovázet*. dostupné z internetových stránek: <http://www.umenidoprovazet.cz/cs/Kde-najdete-hospice-31.htm>
- Payneová, S., Seymourová, J., & Ingletonová, Ch. (2007). *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
- Quinnová, A. (2007). *Kontext ztráty, změny a zármutku v paliativní péči*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
- Stáhalová, V. (2010). *Paliativní medicína*. Praha: Liga proti rakovině.

- Strieženec, Š. (2006). *Teória a metodológia sociálnej práce*. Trnava: Tripsoft.
- Student, J. Ch. & Mühlum, A. (2006). *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H + H
- Svatošová, M. (1995). *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo.
- Šoltés, S. et al. (1996). *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Bratislava: Slovac Academic Press.
- Špatenková, N. et al. (2014). *O posledních věcech člověka: Vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén.
- Špinková, M. (2006). *Na cestách domů*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů.
- Štefko, A. (1998). *Eutanázia z pohľ'adu katolíckej morálky*. Trnava: Dobrá kniha.
- Štefko, A. (2005). *Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a zomieraní*. Bratislava: Teologická fakulta Trnavskej univerzity.
- Tavernierová, M. (1996). *Paliatívna starostlivosť*. Bratislava: Sofa.
- Tomeš, I. et al. (2016). *Sociální právo České republiky*. Praha: Wolters Kluwer ČR.
- Vokurka, M., Hugo, J. et al. (2008). *Velký lékařský slovník*. 8. aktualiz.vyd. Praha: Maxdorf, s. 287. Edice Jessenius
- Všeobecná encyklopedie Universum*. (2002). Díl 4. Praha: Euromedia Group, Odeon.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Gabriela Filípková

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

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

Název práce: Sociální pracovník v hospicové a paliativní péči

Počet stran (bez příloh): 71

Celkový počet stran příloh: 5

Počet titulů české literatury a pramenů: 40

Počet internetových odkazů: 5

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

Rok dokončení práce: 2019

PŘÍLOHA 1



Dotazník:

Míra potřebnosti sociálního pracovníka v místech poskytování paliativní péče z pohledu zdravotnických pracovníků

Vážený respondente/respondentko,

jsem studentkou třetího ročníku oboru Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii na PVŠPS v Praze. Tímto si Vás dovoluji požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce s názvem „Sociální pracovník v hospicové a paliativní péči“. Veškeré získané informace se zavazuji použít pouze pro účely výzkumné části této bakalářské práce.

Děkuji Vám za spolupráci.

Gabriela Filípková

1. Jste žena nebo muž?

- žena
- muž

2. Jste věřící?

- ano
- ne

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní
- střední bez maturity
- střední s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

4. Pracujete v hospicové péči nebo oddělení LDN?

- v hospici
- v LDN

5. Je podle Vašeho názoru sociální pracovník v hospicové a paliativní péči potřebný?

- ano
- ne

6. Je pro Vaši práci profese sociálního pracovníka v paliativní a hospicové péči přínosem?

- ano
- ne

7. Hodnotíte práci sociálního pracovníka ve vašem zařízení jako smysluplnou?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

8. Je podle Vašeho názoru péče sociálního pracovníka dostatečná?

- určitě ano
- spíše ano
- spíše ne
- určitě ne

9. Jak si představujete péči sociálního pracovníka v paliativní a hospicové péči?

(Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- administrativní činnost
- samotná práce s klientem
- spolupráce s rodinou klienta
- spolupráce s hospicovým týmem (spolupracovníky na LDN)

10. Využili jste již služeb sociálního pracovníka v hospicové a paliativní péči?

- ano
- ne

11. Byl (a) jste spokojen (a) s poskytováním péče sociálního pracovníka ve vašem zařízení?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

12. Jaký u Vás převládá dojem ze setkání se sociálním pracovníkem?

- pozitivní
- spíše pozitivní
- spíše negativní
- negativní

13. Jak hodnotíte spolupráci sociálního pracovníka s ostatními členy týmu v hospicové a paliativní péči?

- kladně
- spíše kladně
- spíše záporně
- záporně

14. Projevují podle Vašeho názoru klienti zařízení nebo jejich blízcí zájem o služby sociálního pracovníka?

- většinou ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

15. Doporučil (a) byste služby sociálního pracovníka v hospicové a paliativní péči?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: Gabriela Filípková

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

Název práce: Sociální pracovník v hospicové a paliativní péči

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

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 96

Počet stránek příloh: 4

Počet titulů v seznamu literatury: 73

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

	•			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	•			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	•			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

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

		•		
--	--	---	--	--

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

		•		
--	--	---	--	--

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

		•		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	•			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	•			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

		•		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

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

	•			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

		•		
--	--	---	--	--

*

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

Vyváženost teoretické a praktické časti
v daném tématu

	•			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	•			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

		•		
--	--	---	--	--

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

		•		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Nemám otázky do diskusie.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Diplomantka Markéta Krajíčková sa zaoberá vo svojej práci s **Sociální pracovník v hospicové a paliativní péči**. Predložená diplomová je v rámci odbornej problematiky správne spracovaná a súvisí so študovaným odborom teda so sociálnou prácou.

Predkladaná diplomová práca sa člení na teoretickú a empirickú časť. Celá štruktúra práce je dobrá a je vyvážená v jednotlivých troch hlavných kapitolách a jednotlivých podkapitolách. V abstrakte autorka charakterizuje cieľ svojej práce, celú problematiku, ktorú rozoberá v jednotlivých kapitolách. Autorka pri písaní použila adekvátnu odbornú literatúru, ktorú uvádza v zozname bibliografických odkazov (autorka použila nielen domácu literatúru ale aj zahraničné publikácie, k tejto problematike). Záver práce je ukončený prílohou, v ktorej sa nachádza štandardizovaný dotazník. V práci sa nájdu ešte menšie formálne nedostatky.

V rámci **teoretickej časti práce** diplomantka opisuje pohľad na zvolenú problematiku v troch kapitolách 1 kapitola je zameraná na sociálnu prácu a sociálnu prácu v paliatívnej a hospicovej starostlivosti, 2 kapitola opisuje paliatívnu starostlivosť jednotlivé formy a typy; a 3 kap. je zameraná na hospicovú starostlivosť.

Praktickú časť práce tvorí posledná kapitola. Autorka použila metódu štruktúrovaného dotazníka a zvolila si hypotézu k nej alternatívnu, kde na overovanie svojich výsledkov použila štatistickú metódu „Chí-kvadrát test“.

Musím pochváliť autorku, a jej praktické skúsenosti z danou problematikou s ktorou sa stretla vo svojej praxi, taktiež chválím jej prístup k písaniu práce a spoluprácu, hodnotím kladne. Na základe stanoveného cieľa sa autorke podarilo splniť cieľ práce a došla k zaujímavým výsledkom, ktoré zhrnula do záverečnej kapitoly. Domnievame sa, že predložená práca je zaujímavá spracovaná a spĺňa požiadavky kladené na bakalársku prácu.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

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

Navrhovaná klasifikace:

- klasifikujem ju stupňom – 1 až 2 (výborne až veľmi dobre po obhajobe).

* nehodící se, škrtněte

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: Filípková Gabriela

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

Název práce: **Sociální pracovník v hospicové a paliativní péči**

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 přiléhavost 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			
--	---	--	--	--

x

Využití praktických zkušeností

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

Obsahová kritéria a přínos práce

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

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

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

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

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

Návaznost kapitol a subkapitol

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

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 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:

Vidíte na základě Vašeho výzkumu nějaké rezervy ve spolupráci mezi sociálními pracovníky a zdravotníky?

V čem spatřujete specifika sociální práce v hospicové a paliativní péči. Může zdravotnický pracovník tuto práci v plné míře zastoupit?

V čem vidíte největší pracovní rozdíly sociálních a zdravotnických pracovníků v této oblasti?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka předkládá práci s názvem Sociální pracovník v hospicové a paliativní péči. Struktura práce je rozdělena tradičně na teoretickou a praktickou část. V úvodu práce autorka charakterizuje cíl své práce, který si stanovila a rozebírá jednotlivé kapitoly.

V teoretické části práce nás pak seznamuje s tématem sociální práce, její charakteristikou v hospicové a paliativní péči a s jejími etickými aspekty při práci s umírajícími. Zmiňuje se též o roli sociálního pracovníka. V druhé kapitole práce charakterizuje paliativní péči, konkrétně se zmiňuje o její historii, formách rozdělení paliativní péče a jejím významu. Třetí kapitola teoretické části je věnována hospicům a hospicové péči, její historii, formám rozdělení a jejímu týmu. Teoretická část práce je velmi rozsáhle a kvalitně zpracována, autorka jí věnovala významnou část práce.

Praktická část práce, nás seznamuje s cílem výzkumu, jak je sociální pracovník vnímán v místech poskytování paliativní péče, zda je v očích zdravotnických pracovníků potřebný a zda již jeho služeb využili. Výzkum je veden kvantitativní metodou, pomocí dotazníku a autorka si stanovila dvě výzkumné hypotézy. Výsledkem výzkumu je, že sociální pracovník je v hospicové a paliativní péči potřebný, a proto lze doporučit, aby spolupráce mezi sociálními pracovníky a zdravotníky pokračovala. Autorka dospěla na základě výsledků výzkumu k závěrům, které bohužel pro práci samotnou málo zhodnotila, vyhodnotila, shrnula, rozebrala, zamyslela se nad nimi, apod.

Po formální stránce lze pouze vytknout to, že přímé citace se dle APA nepíší kurzivou. Použitá literatura odpovídá obsahem i rozsahem nárokům na bakalářskou práci.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**

Navrhovaná klasifikace: **2 - velmi dobře**

1. 9. 2019


Mgr. Iveta Jelínková