

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Sociální práce v Hospicové péči

Bc. Eva Vildnerová

Diplomová práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci
a aplikovanou psychoterapii, kombinovaná forma studia

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

Praha 2023

Prague College of Psychosocial Studies



Social work in Hospice care

Bc. Eva Vildnerová

Diploma thesis

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

Prague 2023

Anotace:

Diplomová práce se věnuje tématu sociální pracovník v hospicové péči a zároveň teorii a metodám sociální práce v této oblasti. Autorka diplomové práce se zaměřuje na charakteristiku hospicové péče, historii hospicové péče, formy hospicové péče, pracovníky hospicové péče a vymezení sociální práce v hospicové péči. Dále zde uvádím stěžejní kapitoly, kde se zabývám hlavně sociální prací, sociálním pracovníkem v hospicové péči a také jeho dalším vzděláním, které je pro práci v hospicovém prostředí velmi specifické. V neposlední řadě popisuji doprovázení umírajících a možnosti podpůrných metod práce sociálního pracovníka s klienty hospicové péče. Závěr teoretické části se zabývá etikou hospicové péče, která vyžaduje při práci s umírajícími mimořádnou závažnost v jednání a vnímání člověka s jeho důstojností.

Výzkumná data byla získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké mají studenti či bývalí studenti oboru sociální práce na pražské škole psychosociálních studií povědomí či zkušenosti sociální práce v hospicové péči, jak vnímají práci sociálního pracovníka v zařízení tohoto charakteru a zda by chtěli pracovat s touto cílovou skupinou.

Klíčová slova:

Hospicová péče

Sociální práce

Sociální služba

Doprovázení umírajících

Metody práce s umírajícími

Etika hospicové péče

Abstract:

This thesis is dedicated to the topic `Social worker in hospice care` as well as to the theory and methods of social work in this field. The author of the thesis focuses on hospice care characteristics, its history, forms, workers and definition of hospice care social work. In the crucial chapter, the author describes mainly the aspects of social work, social worker and, for example, her/his education, which is very specific in the hospice care area. She also describes accompanying in the palliative care and other possible supportive methods of social work with hospice clients. The conclusion of the theoretical part deals with hospice care ethics, which requires great sensitivity at work and contact with dying people and their perception based on human dignity.

The goal of the practical part was to identify the awareness and experience of the current and former students of the Prague college of psycho-social studies or their experience with social work in hospice care, their opinion concerning the activity of social workers in palliative care institutions and as well as their interest to work with this target group. The research data were acquired by means of semi-structured dialogues.

Key words:

Hospice care

Social work

Welfare services

Accompanying in the palliative care

Methods of work in the palliative care

Hospice care ethics

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou 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: 31. 7. 2023

Podpis:

Poděkování:

Děkuji vedoucímu mé diplomové práce, panu doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D, za věnovaný čas, vstřícný a kolegiální přístup, vedení, věcné připomínky a rady, které mi poskytoval v průběhu psaní mé diplomové práce.

Děkuji také všem participantům za jejich čas, ochotu a možnost s nimi pořídít rozhovory k mému kvalitativnímu výzkumu.

Obsah

Úvod	1
1 Hospicové péče	3
1.1 Charakteristika hospicové péče	3
1.2 Formy hospicové péče	8
1.3 Pracovníci hospicové péče.....	16
1.4 Doprovázení umírajících.....	23
1.5 Vymezení sociální práce v hospicové péči	33
2 Historie sociální práce	36
2.1 Sociální práce v hospicové péči	36
2.2 Sociální služby a hospicová péče.....	42
2.3 Sociální pracovník v hospicu	48
3 Klienti hospicové péče	56
3.1 Práce sociálního pracovníka s klienty hospicové péče	56
3.2 Práce s pečujícími osobami.....	66
3.3 Etika v hospicové péči	70
4 Praktická část - výzkum	77
4.1 Cíl výzkumu.....	77
4.2 Výzkumná otázka	79
4.3 Metodika výzkumu	79
4.4 Hodnocení sebraných dat.....	85
4.5 Zhodnocení výzkumu	95
Diskuze	97
Závěr.....	100

Úvod

Sociální práce v paliativní péči je nejméně vyhraněnou profesí a její rozvoj a obsah závisí především na přístupu konkrétní služby hospicové péče a jejich pracovníků. Zatím nejde o pevně určenou a podrobně definovanou specializaci v rámci celého oboru sociální práce. Dnes a denně sociální práci v paliativní péči vytvářejí a udržují v činnosti sociální pracovníci, jednotlivých hospicových zařízeních. Snaží se naplňovat principy hospicového přístupu na obecné i specifické profesní úrovni.

Motivací k napsání této diplomové práce byla moje osobní zkušenost během naplňování povinné praxe v rámci mého bakalářského studia na naší škole, kterou jsem vykonávala v pobytové hospicové péči sv. Zdislavy.

Pokaždé když si vzpomenu na prožité dny v dané organizaci, hned se mi vybaví dvě slova – existence a čas. Lidský život je omezený a jeho existence je závislá a přímo zasazena v čase. A ty chvíle, kdy jsem byla s klienty, vedla s nimi rozhovor nebo jen u nich seděla a vyprávěla jim, byli tak úzce spjaté s jejich existencí a časem. A mě doposud fascinuje, jak náš společný čas plynul tak neuvěřitelně přirozeně. Necítila jsem u klientů ani u sebe žádný tlak o to něco včas dokončit, o něco usilovat. Hlavně jsem cítila obrovskou sílu v našem přítomném spolubytí. A i to byl pro mne další důvod, proč jsem si právě zvolila psát svou práci na toto téma.

Diplomová práce obsahuje dvě části, teoretickou a praktickou část. Teoretická část má 3 kapitoly. První kapitola se zabývá celkově hospicovou péčí, formami hospicové péče, pracovníky hospicové péče, doprovázení umírajících a v neposlední řadě vymezením sociální práce v této službě. Druhá kapitola se věnuje historii sociální práce konkrétně od slova hospic až po současnost, zároveň sociální práci v hospicové péči, sociálními službami a hospicové péče a nakonec přímo sociálnímu pracovníkovi v hospicu. Třetí kapitola pojednává o klientech hospicové péče, práci sociálního pracovníka s klienty, práci s pečujícími osobami a etikou v hospicové péči.

Praktická část vychází z uskutečněného výzkumu. Výzkum byl realizován kvalitativní metodou polostrukturovaného rozhovoru. Cílem výzkumu je zjistit, jak stávající studenti a absolventi pražské vysoké školy psychosociálních studií vnímají celkově sociální práci v hospicové péči. Jaké by měl podle jejich pohledu mít osobnostní předpoklady, schopnosti a dovednosti k vykonávání sociální práce v hospicové péči. K tomu se zároveň váže jejich osobnostní nastavení vůči, tak citlivému tématu nejen při umírání bližních, ale také hlavně k vlastní smrtelnosti. Tento cíl výzkumu jsem si zvolila proto, aby se ukázalo, zda jsou budoucí, stávající či vystudovaní sociální pracovníci pracovat se svými odbornými

všeobecnými znalostmi v hospicové péči. Tímto bych chtěla poukázat na stěžejní téma, které se právě týká tohoto povolání ve velmi specifickém typu zařízení, kde se často překrývá více zdravotní péče než sociální práce. Pro mnohé i tento zmíněný fakt může být také překážkou ke zvolení cílové skupině a organizace, kde bude chtít sociální pracovník působit. S čímž je spojena i otázka, zda si myslí, že má sociální pracovník dostatek podpory od vedení hospice. Cílem výzkumu je také zjistit, zda je pro participanty náročnější pracovat s terminálně nemocnými klienty než s jinou cílovou skupinou. V neposlední řadě je i potřebné být si vědom s kým sociální pracovník v rámci hospicové péče spolupracuje. Posledním cílem výzkumu je zjištění, co by každého osobně motivovalo k tomu jít pracovat do hospicové péče.

Výzkumu se zúčastnili studenti a absolventi studia sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii na naší škole. Participanty jsem vybírala tak, aby byla obsažena mladší i starší generace, mužů a žen.

1 Hospicové péče

Tato kapitola se zaměřuje nejen na charakteristiku hospicové péče, formy hospicové péče, ale také na historii sociální práce jako takové a na současné pojetí hospicové péče.

Součástí této kapitoly je velmi stěžejní téma – doprovázení umírajících, které vnímám, jako jednu zcela důležitých součástí práce pomáhajících při poskytování domácí či institucionální péče dané cílové skupině.

Ostatní podkapitoly jsou neméně důležité a zabývají se pracovníky hospicové péče a vymezením sociální práce v hospicové péči.

1.1 Charakteristika hospicové péče

V Zákoně o zdravotních službách je psáno „Hospicem se rozumí poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby nevléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Hospic pacientům a jejich osobám blízkým zpravidla poskytuje i další navazující služby podle jiných právních předpisů.“ (s. 4731) Hospicová péče je také uvedena mezi druhy zdravotní péče podle účelu jejího poskytování „paliativní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.“ (s. 4733)

V Zákoně o sociálních službách není hospicová péče přímo ukotvena. Nepřímo je popsána pod službami sociální péče – sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, kde se uvádí „ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.“ (s. 1271)

„Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) konstatuje, že paliatívna starostlivosť:

1. podporuje život a považuje umieranie za normálny proces,
2. ani neurýchl’uje, ani neodďal’uje smrť,
3. poskytuje úľavu od bolesti a iných s’ťažujúcich symptómov,
4. začleňuje do starostlivosti o pacienta psychické a duchovné aspekty,
5. vytvára podporný systém, ktorý pomáha rodine vyrovnat’ sa s pacientovou chorobou a zármutkom po jeho smrti.“ (Laca, 2013, s. 112)

Dobříková-Porubčanová a kol. (2005) také uvádí, že dle WHO je paliativní péče aktivní a celková péče o klienty v době, kdy už nemocný neodpovídá na kauzální léčbu je kontrola bolesti či jiných symptomů, zároveň psychologických a sociálních problémů vždy na prvním místě. Cílem paliativní péče je zabezpečení co možné nejvyšší kvality života klienta, jeho rodiny a blízkých. Zdůrazňuje potvrzení života jedince a chápe umírání jako přirozený proces. Zaměřuje se na úlevu od bolesti a jiných zatěžujících symptomů, integruje fyzické, psychologické a duchovní hlediska osobnosti. Podporuje klientovi žít tak aktivně, jak je to jen možné až do jeho smrti. Zároveň se dává podpora jeho rodině a blízkým vypořádat se s aktuální situací.

Hospice založily sdružení Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Jak se uvádí přímo na webovém portálu Asociace, cílem je, aby sdružení pomáhalo hájit zájmy všech forem hospicové péče. Dále také nastavuje, podporuje kvalitu poskytované péče a snaží se o proměnu pohledu společnosti na umírání.

„O výměnu zkušeností šlo taky, ale především jsme potřebovali spojit síly v boji za prosazení hospiců do systému. S řediteli se jednotlivých hospiců se například v parlamentu nikdo nebavil, Asociaci sdružující většinu hospiců v republice však už na vědomí vzít museli. (Svatošová, 2019, s. 118)

Jak dále uvádí Svatošová (2008) Asociace je profesní občanské sdružení. Jejími členy je převážná většina poskytovatelů hospicové péče z celé České republiky. Kromě výše zmíněných aktivit z webového portálu, poskytuje také poradenské služby nemocným, jejich rodinám i dalším zájemcům o bližší informace o hospicové péči.

Sláma, Špinka (2004) uvádí, že Česká republika za vývojem paliativní péče ve vyspělých zemích silně zaostává. Neznamená to, že by kvalitní hospicová péče v české republice neexistovala, je však dostupná jen pro minimální počet občanů. A to i navzdory obětavé práci spousty zdravotníků i dalších průkopníků hospicové péče a dlouhodobého programu, kterým Ministerstvo zdravotnictví podporuje výstavbu nových hospicových zařízení.

„Zahraniční zkušenosti ukazují, že zásadní zlepšení péče o terminálně nemocné a umírající je možné a že klíčem k tomuto zlepšení je rozvoj moderní paliativní péče. Tomuto rozvoji však v naší zemi stále brání komplex legislativních, ekonomických, politických a společenských překážek. Na základě provedené studie se zdá, že nejnaléhavější je potřeba změny v následujících oblastech:

- **Vzdělávání zdravotníků a dalších pečujících profesí.** Zařazení tematiky paliativní péče do povinného pregraduálního a postgraduálního kurikula studia lékařství a do studijních plánů zdravotních škol.

- **Působení na odbornou veřejnost především prostřednictvím lékařských společností** tak, aby rozpracovala problematiku péče o umírající a o pacienty v terminálních stadiích jednotlivých chorob do úrovně doporučených postupů v rozsahu svých diagnóz a zařadila ji do předatestačních příprav ve svých oborech.
- **Podpora inovativních pilotních projektů.** Rozvíjení a testování různých forem péče o umírající v odlišných prostředích (modely na zlepšení péče v domovech důchodců a LDN, konziliární týmy v akutních nemocnicích a především různé formy domácí paliativní péče a specializované lůžkové paliativní péče včetně paliativních jednotek ve stávajících lůžkových zařízeních).
- **Sledování a vyhodnocování péče o terminálně nemocné a umírající.** Sledování vlivu výše zmíněných inovativních projektů na kvalitu péče a analýza jejich ekonomické náročnosti.
- **Rozvoj domácí paliativní péče** (včetně zapojení praktických lékařů a stávajících zdravotnických a sociálních služeb).
- **Využití osvědčených postupů ze zahraničí** a navázání užší mezinárodní odborné spolupráce v oblasti péče o terminálně nemocné a umírající.
- **Soustavná popularizace tématu péče o umírající**, podpora veřejné diskuse na toto téma a medializace možností moderní paliativní péče.
- **Podpora a rozvoj dobrovolnické práce** v této oblasti“ (Sláma, Špinková, 2004, s. 15)

Laca (2013) uvádí, že Hospicové zařízení je systém zdravotní a sociální péče zabezpečující koordinovaný program na domácí, ambulantní i hospitalizační bázi – přičemž důraz je kladen na pacienta a rodinu více než na nemoc. Interdisciplinární tým zabezpečuje podpůrnou a paliativní léčbu – fyzikálních, psychologických, duchovních, sociálních a ekonomických následků, které ve finálním stádiu trápí umírajícího i pozůstalé.

Svatošová (2008) popisuje, z čeho by měla vycházet myšlenka hospice. Hlavně z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Hospic má klientovi garantovat, že nebude trpět neúnosnou bolestí, za každé situace bude respektována lidská důstojnost a na sklonku života nezůstane osamocen. Usiluje se také o to, aby umírání bylo zase přirozenou součástí života a navrátilo se zpět do každodenního života. Což je představa někdy obtížně zprostředkovatelná v nynější společnosti, která je postavená hlavně na výkonu a aktivitě lidstva.

Myers (2016) uvádí, že v nynějším technickém světě je polovina úmrtí spojena s osobnostním chováním. Jedná se hlavně o závislosti, jako je kouření, nadměrná konzumace

alkoholu, užívání drog a konzumace škodlivých jídel. Dalšími faktory jsou také stresové situace a reakce na ně, nedostatek pohybu a neuposlechnutí odborných rad lékařů.

„Hospicová zařízení a hospicová sociální činnost se nacházejí v určitých společenských souvislostech. Jsou součástí konkrétního zdravotnického systému. Tzn., že byt' má umírání a smrt nepopíratelný veřejný a sociálně-politický dopad, většinou zde převládají nabídky, struktury a uspořádání zdravotnického sektoru. Moderní hospicová práce se to na jedné straně pokouší využít – v neposlední řadě u organizace a financování, na druhé straně se vzpírá medializaci a přispívá k méně institucionalizovanému umírání. Z toho vyplývá zvláštní vztah mezi hospicovou prací a medicínou, který odborně a pojmově nejspíše překlenuje paliativní péče. Termíny „hospicová práce“ a „paliativní péče“ můžeme občas užít jako synonyma.“ (Student, Mühlum, Student, 2006, s. 42)

Hospice, jak uvádí Matoušek (2007) jsou v našich podmínkách nestátní zdravotnická zařízení fungující na principu paliativní medicíny.

„Paliativní péči se rozumí cílevědomá, ucelená (komplexní) kvalifikovaná podpora lidí se závažným, příčinně neléčitelným a život zkracujícím onemocněním (zdravotním stavem) a podpora jejich rodin.“ (Kalvach a kol., 2019, s. 14)

Kalvach a kol. (2019) dále uvádí, že paliativní péče je hlavně odborným a podpůrným doprovázením umírajících lidí, zachováním jejich možností, usnadňováním realizace jejich přání. Neměla by mít nadvládu nad umírajícím, aby ho pohlcovala a oddělovala prostorově či tlumila od rodiny a zkracovala s jeho utrpením i jeho život.

Svatošová (2019) popisuje svojí víru ve vývoji hospicové služby. Věří, že společnost je ve fázi, kdy hospice do země nikdo nezadupe i přesto, že již několikrát se o to mnozí pokoušeli. Uvádí, že hospicové zařízení nenechá nikoho chladným, protože se smrtelnost týká každého z nás. Bohužel i nadále mají své nepřátele, buď z nežádoucí konkurence, nebo z připomínání vlastní smrtelnosti, která lidi irituje. Naštěstí je více příznivců pro tento typ služby, a proto je důležité, aby lůžkové hospice byly rovnoměrně zřízeny po celé republice.

„Krédem paliativní medicíny by mělo být: umenšit utrpení, ctít život a naději, posílit smysl života a jistotu kontaktu s nejbližšími lidmi.“ (Kalvach a kol., 2019, s. 15)

Jak uvádí Marková a kol. (2021) paliativní péče:

- a) neodvrací se od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života,
- b) dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stádií smrtelných onemocnění,

- c) zakládá si na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na nemocného člověka, proto zahrnuje v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty,
- d) vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnoty a chrání právo pacienta na sebeurčení,
- e) zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb,
- f) nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka,
- g) vychází ze zkušeností, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a také, že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením.

„O hospicové péči obvykle mluvíme tam, kde se prognóza pohybuje v řádu týdnů či měsíců. Tedy tam, kde nemocný vstupuje do poslední fáze svého onemocnění.“ (Marková a kol., 2021, s. 8)

Dobříková-Porubčanová a kol. (2005) uvádí, že v některých definicích hospicové péče je využívání hospicového zařízení nejdéle pod dobu šesti měsíců. V definici Světové zdravotnické organizace se vychází ze specifických podmínek, které jsou ve Spojených státech amerických. V USA existuje vládně daný program, který hradí z veřejných prostředků hospicovou péči klienta s kratší prognózou než je šest měsíců. Přesto je potřeba brát časový horizont do šesti měsíců orientačně kvůli potřebě hospicové péče u lidí s dlouhodobějším odhadem vývoje nemoci.

„Hospicové hnutí, byť je v současné době částí zdravotnického systému, se zpočátku vyvíjelo zcela *nezávisle* na lékařském sektoru. Moderní paliativní medicína je mu sice zavázána, hospicové hnutí však daleko přesahuje „paliativně lékařský horizont“, zaměřuje se na co nejlepší integraci umírajících a umírání ve společnosti.“ (Student, Mühlum, Student, 2006, s. 44)

Jak uvádí Laca (2013) hospicová filozofie vychází přímo ze života. Umožňuje realizovat podporu a starostlivost o pacienty v posledních stádiích nevléčitelných nemocí tak, aby mohli podle možností plnohodnotně a důstojně přežít poslední dny svého života bez utrpení jakéhokoliv charakteru. Každého umírajícího respektujeme jako jedinečnou bytost, dáváme naději a víru, že prostřednictvím vhodné péče a citlivého přístupu budou umírající

i jejich rodina psychicky a duchovně připraveni na smrt, kterou přijmou jako nevyhnutelnou součást života.

„Setkání s utrpením nenechá nikoho lhostejným, s každým to určitým způsobem pohne. Týká se to úplně všech – personálu, dobrovolníků, stážistů, novinářů, návštěv...někdo tváří v tvář smrti radikálně přehodnotí svůj dosavadní žebříček hodnot, jiný si konečně připustí svou smrtelnost a vyvodí z toho důsledky, někdo pocítí vděk za život, začne úplně jinak vnímat krásu a cenit si pravdy. Jsem bytostně přesvědčena o tom, že v hospicích se pomalu, ale jistě, krůček za krůčkem naše nemocná společnost uzdravuje.“ (Svatošová, 2019, s. 126)

1.2 Formy hospicové péče

Laca (2016) dále uvádí, že přesné vymedzení vzniku a datování sociální práce nie je možné. Jej korene však môžeme nájsť v samotných počiatkoch ľudstva. Predpokladá sa, že sebezáchovné pudy a návyky, na základe menili na sociálne city, neskôr na sociálne uvažovanie. Základom etického kódexu sociálnych vzťahov, jako ho poznáme aj dnes se stalo Aristotelovo (384.322 p.n.l.) pravidlo zlatej sjeďnej cesty, ktoré môžeme nájsť aj ve Svätom písme „*Čo nechceš, aby iní robili tebe, nerob ani ty im.*“ (Lk 6, 31).

Dle Matouška (2012) lze vývoj sociální práce jako svébytného oboru je možné v rámci proamerické civilizace sledovat teprve jedno století.

„Když však přijmeme širokou definici sociálního blahobytu jako ideálu, díky němuž jsou ve společnosti organizovány aktivity reagující na sociální problémy doby, pak se ukáže, že většina známých společností si vytvářela instituce, jejichž činnost k tomuto cíli směřovala a jež můžeme z dnešního hlediska označit za zárodečné podoby sociální práce.“ (Matoušek a kol., 2012, s. 83)

Laca (2016) uvádí, že sociální práce patří do skupiny sociálních věd a z vývojového hlediska se řadí k poměrně mladým vědním oborům. Jako interdisciplinární vědní obor vzniká na určitém stupni vývoji sociálního, filozofického, ekonomického a společenského myšlení. Avšak sociální pomoc má svoje kořeny už v počátcích lidstva.

„Na území našeho státu se od středověku postupně vytvářela a organicky rostla soustava institucí zajišťujících to, co dnes označujeme jako sociální práce. Určitého vrcholu dosáhla v období před druhou světovou válkou. Období komunistické vlády tuto dlouho utvářenou soustavu zásadně změnilo centralizací a praktickým zrušením nestátního sektoru. Dnes se tedy můžeme vrátit k předválečné tradici – a zároveň potřebujeme rozumět faktorům, které utvářely podobu sociální práce v posledním půlstoletí a jejichž důsledky trvají až dodnes.“ (Matoušek a kol., 2012, s. 111)

Matoušek a kol. (2012) uvádí, že formování sociální práce jako oboru je nekončící proces, během nějž disciplína dohání měnící se společnost, ve které se objevují nové

problémy a problémy známé mění svůj význam. Tyto problémy je tedy třeba nejen evidovat, analyzovat, ale je nutné hledat i nové metody jejich řešení. Proto sociální práce nebude mít nikdy dlouhodobě stabilní a jednoznačný charakter, nikdy nebude možné tuto disciplínu vyučovat po řadu let stejným způsobem.

„História paliatívnej a hospicovej starostlivosti, ako starostlivosti o človeka počas umierania je tak stará, jako je ľudstvo samé. Na počiatku táto činnosť prebiehala neorganizovane, náhodne a nevedomelo. Starostlivosť o zomierajúcich v tejto dobe úzko súvisela s kresťanstvom, kedy začali vznikať rôzne útulky, spoločenstvá pre chorých, chudobných, opustených alebo deti.“ (Laca, Dancák, Laca, 2011, s. 19)

Laca (2013) uvádí, že název hospic pochází z latinského slova *hospitium* – v překladu to znamená pohostinnost nebo hostinec. V minulosti se takto pojmenovávali místa, které poskytovali útočiště cestujícím, poutníkům, nebo domy pro chudé, opuštěné a umírající.

Kübler-Ross (2015) uvádí, že když se ohledneme do minulosti, na dávné lidi, jejich kultury, tak zjistíme, že smrt byla pro člověka vždy z nějakého důvodu odpuzující. Z pohledu psychiatrie je to snadno pochopitelné - v našem nevědomí je smrt něčím, co prostě ve vztahu k nám samým není možné. Z pohledu našeho nevědomí přichází v úvahu jediná varianta konce, zabitím. Stále je často nepochopitelné, že člověk může zemřít z přirozené příčiny či zestárnutím. Sama smrt je spojována s nějakým zlým činem, událostí co budí strach, něco, co ze své podstaty volá po odplatě a trestu.

„Staří Hebrejci považovali mrtvé tělo za cosi nečistého, čeho je nejlépe se nedotýkat. Američtí indiáni hovořili o zlých duších a vystřelovali do vzduchu šípy, aby tyto duchy zahnali pryč. V řadě dalších kultur nalezneme rituály, jejichž prostřednictvím se lidé vypořádávají se „zlými“ mrtvými, a všechny mají původ právě v pocitu hněvu, který stále zůstává v každém z nás, ačkoli si to odmítáme připustit. Smrt je stále hrozbou a děsivou událostí a strach z ní je obecný a univerzální, jakkoli si myslíme, že jsme jej již na mnoha úrovních zvládli.“ (Kübler-Ross, 2015, s. 13)

Jak uvádí Student, Mühlum, Student (2006) v polovině 20. století se objevily dvě velké ženy obdarované zvláštními schopnostmi, dvě lékařky, které opět navázaly na onu starou léčebnou kulturu. První byla do té doby neznámá psychiatricka Elisabeth Kübler-Rossová, která v roce 1969 uveřejnila knihu s tehdy pohoršujícím názvem „On Death and Dying“ (do českého jazyka přeložena v roce 1992 „Hovory s umírajícími“). Druhá protagonistka Cicely Saundersová byla zdravotní sestra, která se zamilovala do člověka s nevléčitelným onkologickým onemocněním. Cestu k uzdravení oba dva našli v plánech, jak umožnit lepší,

důstojnější a chráněné umírání. Později studovala sociální práci a medicínu, aby mohla konečně založit instituci, která se v celém světě proslavila pod jménem „hospic“ (St. Christopher’s Hospice). V roce 1967 otevřela v londýnském předměstí Sydenham dům, který měl vrátit umírajícím lidem a jejich nejbližším místo v tomto světě. Od té doby začali vznikat podobné zařízení po celém světě.

„Kolébkou hospicového hnutí je Velká Británie. Tam se někdy po druhé světové válce zrodila v hlavě Cecilly Saundersové myšlenka hospice. Vystudovala kvůli tomu medicínu. Později skutečně dr. Cecilly Saundersová založila St. Christopher Hospice, známý dnes po celém světě. Od britské královny dostává za své zásluhy titul „dame“. Nezůstala totiž jen při jednom hospici. Myšlenka obletěla celý civilizovaný svět, kde je v současné době kolem 3000 hospiců! St. Christopher hospic zajišťuje odbornou metodickou službu pro zájemce ze všech světadílů. Za optimální pokládají v průměru pět hospicových lůžek na sto tisíc obyvatel. (Svatošová, 2008, s. 123)

Laca, Dancák, Laca (2011) uvádí, že v roce 1999 bylo v Evropě Parlamentem shromážděním Rady Evropy formalizované právo pacienta na komplexní paliativní péči v dokumentu číslo 1418, které se nazývá „Ochrana lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných“, taktéž nazývaná „Charta práv umírajících“. A později v roce 2003 byla na shromáždění dvaceti čtyř ministrů členských států Rady Evropy založena Organizace paliativní péče.

Student, Mühlum, Student (2006) uvádí, že historicky prvním hospicem v České republice je dnes již legendární Hospic svaté Anežky a postupně je následovala řada dalších hospiců, které poskytovali v první řadě lůžkovou péči nevléčitelně nemocným pacientům.

Jak zmiňuje Laca (2013) za českou „Saundersovou“ se plným právem považuje Mudr. Marie Svatošová. Ta v roce 1995 založila Hospic svaté Anežky v Červeném Kostelci a pomáhala budovat další hospice.

„V uplynulých dvaceti letech vznikala v naší zemi kvalitní hospicová zařízení. Ta jsou ale kapacitně schopna postarat se o pouhých 4 % našich umírajících. Většina z těch, kteří zemřeli, asi 75 %, umírala v nemocnicích, standardních léčebnách dlouhodobě nemocných a v jiných zařízeních dlouhodobé péče, kde často chybí kvalitní péče o umírající.“ (Kalvach a kol., 2019, s. 11)

Dobříková-Porubčanová a kol. (2005) uvádí, že v našich podmínkách je stále paliativní a hospicová péče poměrně novým pojmem. I přes snahy odborníků z řad lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků, občanských sdružení, charitativních organizací je i nadále paliativní péče společností nepřijímaná. Někdy až dokonce chápána jako hrozba pro občany,

kteří jsou v bezprostřední blízkosti hospicového zařízení. Změnu lze dosáhnout jedině osvětou veřejnosti o potřebnosti tohoto typu zařízení.

„Bylo mi jasné, že domácí hospic, který vznikl v březnu 2009, to v poměrech malého města nebude mít jednoduché. Jenže mé rozčarování rostlo z mnoha hlubších faktorů, které poukázaly na to, jak zoufale se potřebujeme zbavit některých zažitých předsudků. Nejednota mezi poskytovateli zdravotně sociálních služeb, vzájemné soupeření, touha po penězích, postavení a moci. Nedoporučování či dokonce rozmlouvání domácí hospicové péče nemocným a jejich rodinám ukazovaly bolestnou tvář naší společnosti.“ (Sieberová, 2016, s. 39)

„V souvislostech s pojmem „hospic“ napadne většinu lidí instituce nebo dokonce dům, a to pravděpodobně z toho důvodu, že lidé spíše uvažují v obrazech než v abstraktních konstrukcích. Ve skutečnosti však tento pojem již déle než 30 let neznamena instituci, nýbrž koncept, holistický koncept podpory umírajících lidí a jejich nejbližších. V podstatě jde o to umřít v klidu a bezpečí. Hospic představuje nabídku znovu objevených tradic lidského přístupu k umírajícím, přizpůsobených jejich požadavkům, konkrétnímu prostředí a době.“ (Student, Mühlum, Student, 2006, s. 93)

Jak uvádí Svatošová (2008) všechny hospicová zařízení mají společné prostory, kde se mohou klienti, jejich návštěvy i dobrovolníci hospice neomezeně setkávat. Prvotní je snaha, aby hospic umírajícímu nepřipomínal nemocnici, ale připomínal mu více domov. Tomuto požadavku jsou přizpůsobené vnitřní prostory a vybavení hospice. Také je třeba zdůraznit, že klienti mají k dispozici nejrůznější pomůcky, které jim usnadňují každodenní život a pečujícím fyzickou námahu. Všechny prostory jsou bezbariérové, aby byli klientům vždy dostupné i nemocným na lůžku.

Sláma, Špinka (2004) uvádí, že k udržení dobré kvality života je účelné dělit paliativní péči na obecnou a specializovanou:

- a) **obecná** – dobrá klinická praxe v pokročilém stavu onemocnění, poskytována zdravotníky v rámci jejich odborností. Základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života (léčba nejčastějších příznaků, respekt k pacientově autonomii, citlivá a empatická komunikace s pacientem, rodinou a blízkými apod.). Obecnou paliativní mají poskytovat všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.
- b) **specializovaná** – aktivní odborná interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků, kteří jsou speciálně vyškoleni pro práci v paliativní péči. Tým je

zastoupen lékaři, zdravotními sestrami, sociálními pracovníky, psychology, fyzioterapeuty, pastoračními pracovníky neboli kaplany, koordinátory dobrovolníků a dalšími odborníky. Hlavní náplní multidisciplinárního týmu je poskytování paliativní péče.

Laca, Dancák, Laca (2011) uvádí **základní formy poskytování hospicové péče:**

- a) Lůžková hospicová péče,
- b) Stacionární hospicová péče,
- c) Hospicová péče v domácím prostředí klienta (mobilní hospic),
- d) Ambulance hospicové péče.

Kalvach (2019) zmiňuje důležitost i osobní asistence, tísňové péče a dobrovolnictví v rámci poskytování paliativní péče.

- **Osobní asistence:** v domácím prostředí může paliativní péče osobní asistence zastoupit či podpořit rodinu. Ideálním cílem osobní asistence je, aby umožnila člověku se závažným zdravotním stavem žít doma životem, který se blíží běžnému standardu, aniž by musel být z důvodu osamělosti a nesoběstačnosti odvezen k umírání do instituce.
- **Tísňová péče:** nejdelší a největší poskytovatel tohoto druhu v české republice je občanské sdružení Život 90. Podle zkušeností této služby jde o dva komunikační body propojené pevnou telefonní sítí nebo sítí mobilních operátorů (dispečink tísňové péče, terminální uživatelská stanice v bytě uživatele). Jde o terénní službu, která poskytuje nepřetržitou distanční hlasovou a elektronickou komunikaci s lidmi vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo v případě akutního zhoršení zdravotního stavu či schopností.
- **Dobrovolnictví:** patří mezi významnou složku paliativní péče. Dobrovolníci posilují lidský pohled, komunikaci, animaci života, ale také odlehčují pečujícím i tím, že vytváří sociální síť kolem klienta, jeho rodiny a blízkých. Mezi hlavní aktivity patří společenství, pečování, respitní podpora, hlavně v nepřítomnosti pečujících. Také pomáhá jako lidská podpora, kdy pečující si potřebují odpočinout a zastává jejich roli společníka a umírající má možnost vyprávět svůj životní příběh, ventilovat emoce a celkově ukázat jaký byl dříve zajímavý člověk.

Matoušek uvádí (2007) uvádí, že význam dobrovolníků roste. Poskytují takové služby, které nevyžadují odbornou kvalifikaci. Musejí být však zaškolení, podporováni a supervidováni. Management organizace se musí s těmito nároky vyrovnat a přizpůsobit se.

„Dobrovolník je každý, kto zo svojej dobrej vôle, vo svojom voľnom čase a bez nároku na finančnú odmenu vykonáva činnosť v prospech iných ľudí. Môže to byť pomoc

konkrétnemu človeku, alebo prostredníctvom organizácie, ktorá takúto pomoc poskytuje, a to zameranej napr. na pomoc sociálnu, zdravotnú, ekologickú, či v oblasti kultúry. Viacerí autori charakterizujú dobrovoľníctvo jako činnosť, ktorá je vykonávaná na základe slobodného rozhodnutia prispieť k riešeniu problémov vo svojom okolí a nečakať, až ich začnú riešiť „zodpovedné inštitúcie“.“ (Dobříková-Porubčanová a kol., 2005, s. 253)

Jak uvádí Svatošová (2008) žádný hospic by se neměl obejít bez dobrovolníků. Díky nim se prostředí hospice více podobá láskyplnému a útulnému domovu než je nemocniční či hospicové prostředí. Dobrovolníci jsou plnohodnotnými členy hospicového týmu a jejich práce by měla být vysoce společensky ceněna.

Studen, Mühlum, Student (2006) rozdělují hospic dle konceptu:

- a) **Ambulantní hospice a hospicová služba** – pod pojmem ambulantní hospic je třeba si představit organizační formu, která nabízí a umožňuje kompletní péči doma a splňuje alespoň následující minimální požadavky (24hodinová pohotovostní služba; tým pomocníků musí být vybaven znalostmi, zkušenostmi a možnostmi pro kontrolu symptomů, tedy zvláště léčbu bolesti; rodina musí mít dostatečnou nabídku k odreagování a úlevě). S tímto konceptem také souvisí, že jsou vyhrazeny pouze pro lidi v posledních týdnech života a nenabízejí žádná opatření k prodloužení života.

Lůžkové hospice – jsou nezávislé domovy nevčleněné do nemocničních zařízení. Jsou vybaveny personálem školeným v paliativní medicíně a vyžadují vysokou úroveň péče. Domácí atmosféra v lůžkovém hospici se projevuje i v prostorovém uspořádání, které spíše připomíná útulný byt než nemocnici nebo dům s pečovatelskou službou. Lékařskou péči zde vykonávají praktičtí nebo místní lékaři, kteří s hospicem spolupracují. K dispozici jsou samozřejmě také sociální pracovníci a duchovní, stejně jako další skupiny odborníků, které napomáhají celostní péči. Práci na oddělení kromě toho intenzivně podporují i dobrovolníci.

„Lůžkové hospice hrály v dosavadním rozvoji paliativní péče klíčovou roli a představují jednu z nejrozvinutějších forem specializované paliativní péče v ČR. Díky dotačnímu programu Ministerstva zdravotnictví mohlo být v ČR v posledních 10 letech vybudováno 8 lůžkových hospiců s celkovou kapacitou cca 220 lůžek. Další lůžkové hospice se budují. Některé z těchto zařízení rozvíjejí kromě lůžkové péče také domácí péči, respitní péči a intenzivní edukační činnost. Vliv a význam současných hospiců tak významně přesahuje pouhý objem poskytnuté lůžkové paliativní péče. (Sláma, Špinka, 2004, s. 33)

- b) **Paliativní oddělení** – odpovídají svou strukturou nejvíce nemocničnímu oddělení. Jsou zde v první řadě ošetřující personál a lékaři, kompetentní k léčení a ošetřování. Oddělení je zpravidla součástí nemocničního zařízení, se všemi vyplývajícími výhodami i nevýhodami. K výhodám patří plné financování prostřednictvím nemocenského pojištění, podobně jako u všech pobytů v nemocnici. Paliativní oddělení mají stále k dispozici lékaře, splňují zvláštní úkoly lékařské krizové intervence a mohou snadněji než samotný hospic počítat s mezioborovou lékařskou spoluprací. Nevýhoda oddělení je s touto výhodou úzce svázána. Pacienti mohou být propuštěni až poté, kdy již nemocniční ošetřování není ve smyslu sociálního zákoníku žádoucí. To znamená, že například psychosociální důvody nepodmiňují přijetí do péče úhradu od pojišťovny. Délka průměrného pobytu je poměřována podle stejného měřítka jako u jiných onemocnění.
- c) **Denní hospice/hospicový stacionář** – jejich úloha spočívá v tom, že přesunují paliativní lékařskou péči daleko před konečnou fází smrtelného onemocnění. Nabízejí určitý způsob setkávání pro ty, které jejich nemoc vytrhla ze sociálních vztahů a všedních aktivit a kteří zde mohou nalézt lidi v podobné situaci. Zároveň zde získají odborné rady a konkrétní pomoc. Cílem je hlavně poskytnout těžce nemocným a umírajícím příležitost k tomu, aby aktivizovali a rozvíjeli své momentální schopnosti. Celkově vzato se zde těžce nemocní můžou cítit jako plnohodnotní a vážení členové skupiny. V neposlední řadě mohou vnímat svou hodnotu, když zažívají jaké „prostředky“ se pro ně vynakládají a také že ostatní považují za důležité být s nimi v kontaktu. Spolupracovníci se pokoušejí vypátrat, co v minulosti přispívala k zábavě, radosti, štěstí a podporují nemocné k tomu, aby tyto kvality znovu objevili.
- d) **Hospicová práce v domě s pečovatelskou službou (pobývání u lůžka nemocného)** – koncept této činnosti spočívá v úkolu angažovaných dobrovolníků, kteří jako pečující osoby svou přítomností usnadňují smrtelně nemocným lidem poslední noci v domě s pečovatelskou službou a především zmírňují trýznivou samotu. Pokud budeme tento pojem definovat, tak se u konceptu prodlévání u lůžka jedná o práci s umírajícími lidmi organizovanou obcí, která se děje podle vlastní organizace a je v první řadě nabízena v institucích (domy s pečovatelskou službou, příležitostně také v nemocnicích). Tento fenomén je znám a nalezl přijatelné řešení v konceptu telefonní služby, kde je principem anonymita a nabídka od neprofesionálních poradců je únosná.

- e) **Práce dětských hospiců** – rodiny s umírajícím dítětem představují pro doprovázení zcela zvláštní přístup. Je proto zřejmé, že pro tento úkol se vytváří vlastní nabídka a případně i specifická zařízení, aby bylo možné nemocným i jejich blízkým přiměřeně pomoci. K tomu také patří zvláštní příprava a podpora pomáhajícím. V dětském věku má smrt jiný význam než v dospělosti. Dětské hospice se věnují celé rodině a ve stacionární oblasti ji nabízejí zotavení, pauzu v péči o nemocné dítě nebo čas, kdy lidé mohou relaxovat, a to v příjemné atmosféře, pokud možno „jako doma.“ Disponují vysoce kvalifikovanou paliativní péčí, první pomocí, praktickým poradenstvím a nabídkou informací. Kromě toho často nabízejí psychosociální péči doma, ambulantní péči a další speciální služby pro celou rodinu. Dětské hospice poskytují své služby rodině s nemocným dítětem bezplatně, navzdory nepatrné státní podpoře pro tento způsob hospicové práce. Další rozšíření činnosti dětských hospiců je ve světě v zájmu takto těžce zkoušených rodin naléhavě žádané.

Laca (2013) uvádí, že paliativní dětská péče je velmi citlivé téma nejen pro rodiče, ale i pro lékaře přijmout realitu, že dítě se nevyлéčí. Bohužel děti nemůžeme před smrtí uchránit, můžeme však s nimi dobře komunikovat o smrti, umírání a ujistit je, že mají naši podporu a blízkost za každých okolností. Je důležité dítěti umožnit se podílet na spolurozhodování o tom, jak a kde umře a respektovat jeho potřeby. Stěžejní je také mu dát najevo, že jeho život, ač je krátký, může být kompletní, že jeho rodina a blízcí ho nikdy nepřestanou milovat a nikdy na něj nezapomenou.

Laca, Dancák, Laca (2011) uvádí, že problematika paliativní a hospicové péče je v mnoha nevyspělých krajinách teprve na počátku, ale stále více si společnost uvědomuje její potřebu ve vztahu k poznatku, že celková světová populace stárne. V současnosti problematika paliativní péče je diametrálně odlišná pokud jde o její uplatnění v krajinách rozvinutých nebo rozvojových. Světové statistické údaje hovoří o tom, že téměř 80% z celkové roční světové úmrtnosti tvoří právě úmrtnost v rozvojových krajinách, kde žije až ¾ světové populace. Jednou z příčin je fakt, že životní úroveň v těchto krajinách je nízká, často je nedostupná zdravotní péče, či nedostatek v technologické sféře nebo v oblasti vzdělávání. Každý člověk je jedinečnou bytostí a zaslouží si důstojné umírání, což je podstatou filozofie paliativní a hospicové péče.

„Změnit smýšlení lidí o smrti a umírání je dlouhodobý proces, makám na něm od začátku a stále nevidím v dohlednu konec. Naopak prosadit hospice do legislativy a zajistit jejich financování by mohl být proces krátkodobý, jenže to bychom museli do zákonodárných orgánů zvolit někoho jiného. Něco už se sice podařilo, avšak zdaleka ne všechno. Jako kdyby

vůbec neviděli ty desetitisíce smrtelně nemocných a jejich rodin, kterým za těch více než dvaadvacet let hospice posloužily.“ (Svatošová, 2019, s. 98)

1.3 Pracovníci hospicové péče

„Tři teorie vysvětlují ochotu pomoci. Teorie společenské směny předpokládá, že pomáhání, stejně jako další typy sociálního chování, je motivováno touhou dosáhnout co největší míry naplnění, které může být vnější a vnitřní. Poté, co lidé udělají něco špatného, často se stávají ochotnější pomoci. Smutní lidé mají rovněž sklony být nápomocní. Nakonec je zde také pozoruhodný efekt „dobrého skutku – dobrého pocitu“: Šťastní lidé jsou lidé ochotní pomáhat. Společenská pravidla také podněcují pomoc. Pravidlo společenské zodpovědnosti nás ponouká potřebným, i v případě, že nám to nemohou nijak vrátit, a to do té míry, do jaké si naši pomoc zaslouží.“ (Myers, 2016, s. 405)

Kalvach a kol. (2019) uvádí, že služby specializované na paliativní péči vyžadují týmový přístup spojující různé profese s multidisciplinárním způsobem práce. Členové týmu musí být vysoce kvalifikovaní a paliativní péče by měla být jejich hlavním profesionálním zaměřením.

„V paliativnej starostlivosti sa zdôrazňuje holistický prístup k pacientovi a riešenie jeho stavu z hľadiska všetkých možných spolupôsobiacich činiteľov. Preto je dôležité, aby takúto komplexnú starostlivosť zabezpečoval tím odborníkov. Okrem toho sú potrební aj dobrovoľníci, ktorí sprevádzajú a svojou prítomnosťou a záujmom pomáhajú ťažko chorým aj ich rodinám.“ (Dobříková-Porubčanová, 2005, s. 80)

Laca, Dancák, Laca (2011) zmiňují, že paliativní péče je zdravotnická péče, která je podporovaná sociální péčí, sociálním poradenstvím a pečovatelskou péčí.

V Zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách jsou uvedeny povinnosti zdravotního pracovníka:

- a) poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou nebo specializovanou způsobilost podle jiných právních předpisů, v rozsahu odpovídajícím jeho způsobilosti, zdravotnímu stavu pacienta, na náležitě odborné úrovni a řídit se etickými principy,
- b) poskytovat neprodleně odbornou první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby poskytnutí zdravotních služeb,
- c) plnit další povinnosti stanovené tímto zákonem nebo jinými právními předpisy.

V Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je uveden okruh pracovníků, kteří v sociálních službách vykonávají odbornou činnost:

- a) sociální pracovníci za podmínek stanovených v paragrafu 109 a 110,
- b) pracovníci v sociálních službách,

Jak uvádí Uzlová (2010) v současné době se vzdělávání pracovníků v sociálních službách řídí výše zmíněným zákonem a také vyhláškou č. 505/2006 Sb., která provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Vyhláška jasně stanovuje požadavky na obsah a rozsah kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách. Rekvalifikační kurz se skládá z obecné a zvláštní části. Instrukce, které organizují kvalifikační kurzy, musí mít akreditaci MPSV.

- c) zdravotničtí pracovníci,
- d) pedagogičtí pracovníci,
- e) manželští a rodinný poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby.

Jako druhý okruh pracovníků jsou v Zákoně uvedeny dobrovolníci, kteří působí v sociálních službách za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem.

„Důležitou součástí vzdělávání v paliativní péči musí být zohlednění jejího interdisciplinárního charakteru včetně důkladného seznámení s etickými a sociálními problémy v oblasti paliativní péče, výcviku v komunikaci a v porozumění hodnotovým prioritám, kulturnímu a duchovnímu zázemí pacientů a jejich rodin a v respektování jejich individuálních přání a potřeb.“ (Sláma, Špinka, 2004, s. 38)

Svatošová (2008) uvádí, že pracovník v hospicové péči by se měl celoživotně vzdělávat. Měl by se zajímat o novinky nejen v léčbě, ale i v ošetrovatelství. Sledovat odbornou literaturu, časopisy, poskytovatel by měl posílat pracovníky na kurzy, školení, výstavy i veletrhy, kde mohou objevit i šikovné pomůcky pro klienty.

„Laická veřejnosť často mylne považuje hospice, za akési zariadenia smrti. Práca v hospicích však nie je jednoduchá, zahrňuje celkovú starostlivosť o človeka z hradiska biologických, psychologických a sociálnych potrieb. Z biologického hradiska ide o uspokojovanie bežných základných potrieb človeka, čiže príjem potravy, základné hygienické potreby, zabezpečenie spánku, snaha o zabránenie fyzickej bolesti. Z hradiska psychologického ide o zabezpečenie úplného rešpektovania osobnosti človeka, udržiavanie komunikácie s okolím, snaha o zabezpečenie dôvery a takisto pocitu bezpečia.“ (Laca, 2016, s. 155)

Kalvach a kol. (2019) uvádí, že jádro týmu poskytujícího paliativní péči by se mělo skládat ze zdravotních sester a lékařů se speciálním výcvikem a mělo by být doplněno především psychology/psychoterapeuty, sociálními pracovníky a fyzioterapeuty, případně duchovními. Ostatní pracovníci mohou být členy základního týmu, ale častěji půjde o „servisní podporu“ (pracovníci v sociálních službách, dobrovolníci) či o spolupráci na základě konsiliárních kontaktů (např. lékaři jiných odborností).

Laca (2013) uvádí, jaké jsou náplně práce jednotlivých členů týmu:

- a) **hospicový lékař** indikuje hospicovou péči nemocným, u kterých se vyčerpali všechny možnosti léčby a další terapeutické úkony, které by jen způsobovali větší utrpení. Prognóza jejich života bývá zhruba 6 – 10 měsíců. Lékař vykonává předběžné kontroly zdravotního stavu pacienta a zabezpečuje kontinuální léčbu bolesti. Je neustále informovaný o aktuálních zdravotních problémech pacienta, které on může zmírnit z důvodu zachování kvality jeho života,
- b) **hospicová zdravotní sestra** řídí celkovou péči a je primárně zodpovědná za kvalifikované zaznamenávání všech změn fyzického stavu pacienta. Má nezastupitelnou funkci, řídí a koordinuje činnost zdravotních asistentů či dobrovolníků, kteří se na ošetřování pacienta podílejí,
- c) **asistent sestry** navštěvuje pacienta a jeho rodinu častěji než ostatní členové týmu. Asistent je pacientovi a rodině k dispozici vždy, když je to nevyhnutelné. Poskytuje pomoc rodině a základní péči pacientovi (např. hygienickou péči, přípravu a podávání jídla apod.),
- d) **duchovní** zabezpečuje duchovní potřeby pacienta. V terminálním stádiu nemoci, kdy už člověk cítí, že smrt je nezvratná, vstupují do popředí spirituální potřeby. Bez ohledu na to, zda je člověk věřící či nevěřící, má obavy ze smrti a umírání. Aby se těchto obav mohl zbavit nebo je zmírnit má pacient možnost si popovídat s představitelem církve, knězem nebo jiným profesionálním poradcem na toto téma,
- e) **psycholog** je odborník, který pomáhá nemocnému a jeho rodině řešit problémy spojené s novou situací v rodinných vztazích, které mohou způsobit těžké trauma, kdyby rodina se svým trápením na to zůstala sama. Často pomáhá řešit komunikační bariéry mezi umírajícím a rodinou, usiluje o vhodný způsob terapie pro všechny, kteří potřebují jeho pomoc,
- f) **dobrovolníci a laici** působí jako psychická a fyzická opora umírajícímu a rodině. Neposkytují však zdravotní péči, ani kdyby byla jejich profese ve zdravotním oboru. Za své služby a péči nejsou finančně ohodnoceny. Jejich činnost je dobrovolná,

charitativní. Někdy pacienti potřebují si jen popovídat, cítit, že tam s nimi někdo je a drží je za ruku v těchto těžkých chvílích. Tam, kde toto nemůže zabezpečit rodina umírajícího je právě prostor pro dobrovolníky.

V Hospicu do kapsy Marková a kol. (2021) popisuje běžné složení týmu mobilního hospice, cíle týmu, zásady ve vztahu k pacientům, zásady ve vztahu k zaměstnavateli a v neposlední řadě zásady ve vztahu ke spolupracovníkům a k sobě.

Členy týmu mobilního hospice zahrnuje – lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník, ošetřovatel, psychoterapeut nebo psycholog, někdy též koordinátor dobrovolníků, terapeut pro pozůstalé a pastorační pracovník.

Cílem práce paliativního týmu je hlavně pomoci pacientovi, aby mohl zůstat v domácím prostředí, kde by měl dostat co nejkvalitnější specializovanou paliativní péči. Zároveň, aby byla naplněna jeho relevantní přání a očekávání v sociální, psychologické a duchovní oblasti. Stěžejní je tedy, aby každý člen týmu zodpovědně plnil vše, co souvisí s jeho odborností, nepřekračoval meze svých kompetencí, měl v úctě své spolupracovníky a zaměřil svojí práci na co nejlepší péči o pacienta tak, jak si ji pacient přeje.

Zásady ve vztahu k pacientům:

- a) jednotliví zaměstnanci v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytují pacientům a rodinám informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu,
- b) zaměstnanci se snaží při poskytování péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta a reagují na jeho aktuální rozpoložení,
- c) zaměstnanci považují informace o pacientech a rodině za důvěrné a jsou si vědomi povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděli v souvislosti s poskytováním péče,
- d) zaměstnanci jsou povinni chránit informace o těch, kterým poskytují své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány,
- e) není přípustné, aby zaměstnanec či dobrovolník vnucoval klientům své politické názory či náboženské přesvědčení,
- f) zaměstnanec a dobrovolník pomáhá stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům,
- g) zaměstnanec a dobrovolník ctí platné zákony České republiky, základní morální a etické normy a v jejich rámci za organizaci v rodině jedná,

- h) zaměstnanci dbají na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv klientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů.

Zásady ve vztahu k zaměstnavateli:

- a) zaměstnanec a dobrovolník vstupuje do rodiny sám, vždy však zastupuje svoji organizaci a řídí se jejími platnými standardy, pečuje o její dobrou pověst a v tomto smyslu také komunikuje s pacientem a jeho rodinou,
- b) podobně zaměstnanec a dobrovolník vystupuje i na veřejnosti,
- c) pokud má zaměstnanec či dobrovolník nějaké výhrady vůči zaměstnavateli, neřeší je před pacientem a rodinou, ale výhradně standardním interním postupem,
- d) pokud pacient či rodina vyžadují po zaměstnanci/dobrovolníkovi úkony, které se neslučují s jeho přesvědčením, má právo je odmítnout vykonat. O tomto kroku musí informovat vždy nadřízeného,
- e) pokud se žádané úkony neslučují se standardy organizace, s platnou legislativou ČR, se základními morálními a etickými normami nebo poškozují jméno hospice, má zaměstnanec či dobrovolník povinnost takové úkony odmítnout vykonat a zároveň o tom informovat nadřízeného.

Zásady ve vztahu ke spolupracovníkovi, k sobě:

- a) zaměstnanci a dobrovolníci respektují znalosti a zkušenosti svých kolegů i dalších spolupracujících odborníků s čímž souvisí i úcta k jejich práci,
- b) spolupracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým,
- c) všichni jsou si vědomi možností i mezí své odbornosti, své možnosti maximálně využívají tak, aby je za ně nikdo jiný nemusel vykonávat, a zároveň nepřekračují své kompetence,
- d) zaměstnanci jsou odpovědní za kvalitu jimi poskytované péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.

Janáčková (2007) uvádí, že pracovník musí mít ke klientům aktivní empatický přístup. U klientů postižených bolestí se setkáváme se zvýšenou agresivitou. Na slovní agresi by pracovník nikdy neměl odpovídat také agresí. Musí si prvotně uvědomit, že není mířena proti němu, ale spíše proti zlému osudu klienta.

Kübler-Ross (2015) zdůrazňuje jako stěžejní postoj pracovníka k vlastní smrti. Pokud v našem osobním životě je konečnost velký problém a vnímáme ji jako něco strašného, děsivého a celkově je pro nás tabu, pak nebudeme nikdy schopni dodat klid a účinnou pomoc našemu klientovi.

Tolan (2006) zmiňuje i důležitost emoční důvěrnosti v přístupu zaměřeném na osobu. S prohlubováním emočního kontaktu je umožněno mezi pracovníkem a klientem stále větších proměn, které nejsou řízené jen myslí, ale hlavně srdcem. Pokud je člověk ochoten otevřít se vlastním pocitům a otevřeně o nich mluvit, emočně vnímat a být vstřícný, dokáže pak lépe vycítit pocity klienta a reagovat na ně citlivě. Zároveň tím pracovník neverbálně sděluje svou ochotu navázat hlubší psychologický kontakt.

Kopřiva (2013) uvádí, že pacient potřebuje věřit svému lékaři, cítit lidský zájem od své ošetrovatelky, důvěřovat sociální pracovníci... tato myšlenka je obsažena v rozšířeném názoru, že v pomáhajících profesích je hlavním nástrojem pracovníka jeho osobnost a celkově záleží na jeho životní filozofii.

Jak uvádí Student, Mühlum, Student (2006) hospice žijí ze své vnitřní kvality. Jsou tedy formovány především osobním postojem spolupracovníků. Jak praví hospicové přesvědčení, účinnou podporu mohou nabídnout pouze ti, kteří se nechají vnitřně proměnit a přijímají svou službu jako možnost a šanci k duševnímu obohacení a vnitřnímu růstu. To však neznamená, že se pracovníci v hospicích odklánějí od života, ale naopak. Setkávání s umírajícími, smrtí a smutkem umožňuje vědomé prožívání vzácnosti a jedinečnosti života a odtud čerpání síly.

Vybíral (2009) zdůrazňuje, že je nutné navázat nejenom profesionální vztah ke klientovi, ale i vztah osobní, lidský, účastný. Pracovník v pomáhajících profesích nemůže dostatečně humánně a léčivě pracovat s „diagnostickou kategorií či případem“, musí mluvit s člověkem.

„Je žádoucí až nezbytné, aby jednotlivé pečující profese dobře chápaly své kompetence, znaly zásady péče ostatních profesí a byly schopny se alespoň v elementární podobě vzájemně zastupovat, což zvyšuje flexibilitu systému i zabezpečení klientů, ale aby také dobře věděly, kdy a proč je možné, či dokonce nezbytné konzultovat či povolát příslušnou další profesi (službu), což zvyšuje kvalitu, bezpečnost a ucelenost paliativní péče.“ (Kalvach a kol., 2019, s. 49)

Jak uvádí Laca (2013) personální obsazení hospicu je důležitý faktor dobré péče o umírajícího. Vzájemná spolupráce jednotlivých členů hospicového týmu je zrcadlem efektivity jejich práce a vynaloženého úsilí v péči o nevléčitelně nemocného člověka. Pokud je hospicový tým laděný harmonicky, mezilidské vztahy jsou na kvalitnější úrovni a taktéž se klade důraz na odbornost, můžeme pak směle konstatovat, že takový tým hospicové péče je dokonalý.

Chen a kolektiv (2022) uvádí, že hospicová péče se vyznačuje multidisciplinárním přístupem, který se zaměřuje hlavně na kvalitu života pacientů. V současné době trpí čínské

instituce hospicové péče zjevným nedostatkem ošetrovatelského personálu. Vzhledem k tomu, že klinické sestry jsou hlavní silou budoucího poskytování hospicové péče, jejich znalosti, postoje a ochota k praxi mohou výrazně podpořit růst hospicové péče, nicméně dostupné údaje o ochotě klinických sester vykonávat hospicovou péči jsou omezené.

Svatošová (2008) uvádí, že princip týmové práce v hospicové péči je velmi významný. A to bez ohledu na to, zda je služba poskytována doma, v hospici či v nemocnici. A to proto, že v konečné fázi bývá pro nemocného ze všeho nejdůležitější přítomnost blízké osoby. Toho nelze z týmu vypustit a je na místě se těmito lidem věnovat, vysvětlovat a povzbuzovat je.

Syndrom vyhoření

Laca, Dancák, Laca (2011) uvádí, že Mezinárodní klasifikace nemocí přiřazuje syndromu vyhoření kód ICD 10, kategorie 73,0 s názvem Problémy spojené s těžkostmi v uspořádání života.

Dobříková-Porubčanová (2005) zmiňuje, že podle zahraničních zkušeností dochází u pracovníků v hospicové péči většinou do dvou let k syndromu vyhoření. Z čehož vyplývá velká fluktuace personálu. Z praxe prvního hospice sv. Anežky nebyl zaznamenán ani jeden případ syndromu vyhoření. A to díky důsledné, systematické prevenci a vhodnému výběru pracovníků.

Jak uvádí Kopřiva (2013) ten, kdo hoří, může vyhořet. Je-li na naše energetická bilance dlouhodobě záporná, dostaneme se do stavu, pro který se ustálil termín syndrom vyhoření. K jeho hlavním projevům patří deprese, lhostejnost, cynismus, stažení se z kontaktu, ztráta sebedůvěry, časté nemoci a tělesné potíže.

„Syndrom vyhoření hrozí každému zdravotníkovi. Jde o jakýsi druh vyčerpání a únavy, kdy už člověk, všechno dělá jako robot, jakoby přes kopírák, bez zájmu a potěšení, už se nedokáže ani radovat a smát, už nemůže druhým nic dát, protože je sám na dně. (Svatošová, 2008, s. 137)

Kopřiva (2013) vyjmenoval oblasti, které při prevenci a zvládnání stresu hrají hlavní roli:

1. **Životní styl** – zde se myslí na pohyb, práci s tělem, výživu, spánek a organizaci času. Je důležité, aby pomáhající pracovníci aktivně mysleli na svůj volný čas a nenechali se pohltit jejich profesionálními zájmy. Mít prostor na koníčky, kulturu a společenský život je pro každého člověka stěžejním faktorem, jak dobít potřebnou pozitivní energii.
2. **Mezilidské vztahy** – sem patří vztah ke klientovi, který je „gró“ pomáhajících profesí, ale také zde hraje významnou roli zázemí pracovníka ve svém osobním životě. Dlouhodobě neřešené konflikty v manželství, partnerství a rodině značně

energii vysávají. Pro většinu lidí je i důležitým energetickým momentem kvalita jejich sexuálního života.

3. **Přijetí sebe samého** – klienti od pracovníků potřebují, aby je v zásadě přijali, respektovali, aby jim věnovali jistou základní náklonnost bez ohledu na to, zda k nám přistupují lépe či hůře. Tentýž postoj potřebuje každý člověk zachovávat i vůči sobě samému a dvojnásobně je tomu zapotřebí právě v pomáhajících profesích. Jinak je snadné se dostat na šikmou plochu narůstajícího vyčerpání, které skončí stavem vyhoření. Pomáhající je tedy v jistém smyslu sobě samému nejdůležitějším klientem. Není to žádný egocentrismus, ale normální podmínka šťastného života pro každého. Člověk, který je na sebe příliš přísný, který se nemá rád, se paradoxně stává tím, čemu se chce vyhnout – egocentrikem. A to tím, že jeho základním životním tématem je on sám, jeho vnitřní konflikt, i když k jeho řešení třeba právě používá pomáhání druhým.

Laca, Dancák, Laca (2011) uvádí, že lidská moudrost říká, že bolest, s kterou se podělíme, se zmenší o polovinu. A proto by se měl člověk dělit se všemi a vyrůstat v sociální skupině, která určitým způsobem vytváří tzv. sociální síť při pomoci se stresem a při zabránění emocionálního vyhoření.

„Hospicová péče je komplexní, týká se celého člověka, nejen jeho tělesné schránky. A naši nemocní tváří v tvář smrti dovedou klást i velmi těžké otázky po smyslu života a naději na věčný život, umí jít až na dřeň. Neuhneš před nimi. Kdo nemá víru, může druhému předávat leda tak naději končící v hrobě nebo v krematoriu. To je dost málo. Nelze to někomu mít za zlé, ale tak to prostě je – nemůžeš druhému dát, co nemáš. Proto mi tolik jde o to, aby u umírajících pacientů pracovali lidé, na kterých je na první pohled patrná poctivě žitá víra, naděje a láska.“ (Svatošová, 2019, s. 106)

1.4 Doprovázení umírajících

Tomeš (2010) uvádí stáří jako samostatnou sociální událost, která je přirozeným, posledním obdobím lidského života. Postupně se degenerují funkce organismu a tím se snižuje schopnost pracovat a aktivně reagovat na vnější svět.

Jak uvádí Svatošová (2008) je nutné si uvědomit, že lékařská věda zmůže hodně, ale není všemocná. Ulpívání na nereálném cíli dříve nebo později končí zklamáním. Pro to je nutné si cíl jasně formulovat. Může jím být:

- a) úplné uzdravení,
- b) snášení bolesti chronického onemocnění,
- c) důstojné a klidné umírání.

Neznamená to, že v průběhu nemoci se cíl nemůže znovu měnit. V určité fázi však pro nemocného uděláme více tím, že mu pomůžeme se vyrovnat s tím, co se prokazatelně ukázalo jako nezměnitelné.

Janáčková (2007) uvádí, že každý člověk vystupuje ve svém životě v několika rolích, jímž lze přiřadit určitý očekávaný způsob chování. Z medicínského pohledu se jedná o roli zdravého, nemocného a umírajícího člověka. Nemocný a umírající jedinec se může chovat způsobem, který odpovídá jeho postižení. A právě na jeho rozsahu je závislá i míra nářků. Takové chování lze považovat za zcela normální chování při nemoci a umírání.

„Všichni dobře víme, že v dnešní společnosti se smrti snažíme vyhnout, snažíme se ji schovat za bílé pleny v nemocnicích a ústavech. Když někdo umírá, odmítáme být tváří v tvář jeho smrti. Tento svět je tedy značně ochuzen o účast v utrpení, o sdílení bolesti, ve které je paradoxně Ježíš Bohem blízkým. Není však dobré, abychom se takovému setkání vyhýbali. Vždyť právě láskou se v okamžicích smrti dotýkáme skutečného života.“ (Sieberová, 2016, s. 92)

Laca, Dancák, Laca (2011) uvádí, že i přes to, že se v současnosti neustále diskutuje o umírání, smrti a hledají se různé způsoby, jak tyto situace zvládnout, můžeme říci, že:

- a) Každý druhý člověk umírá v cizím prostředí, tedy ve zdravotnickém zařízení,
- b) společnost se bojí o těchto tématech otevřeně mluvit, tato téma jsou stále tabuizovaná,
- c) pohřební rituály jsou formální a lidé je ze života vytěsňují.

Svatošová (2008) uvádí, že pro naši generaci je umírání a smrt tabu. Pro naše prarodiče to bylo naprosto normální součástí života. Převážná většina lidí umírala doma, jen výjimečně v nemocničním prostředí.

Jak uvádí Helsing (2017) lidé ze svého života smrt vytlačují, nemocné a postižené odsouvají do nemocnic, starce zase do domova důchodců. Žijeme v blahobytu, a když přijde řeč na smrt, raději rychle změňme téma. I přesto je smrt všudypřítomná.

„Ve středověké a raně novověké křesťanské Evropě bylo zcela obvyklé, že smrt byla pevně spjata s náboženskými rituály, a umírání bylo veřejnou záležitostí. Bylo nutné, aby umírající byl v hodině smrti usmířen s Bohem i s lidmi. K obvyklému rituálu spjatému s posledními věcmi člověk patřilo poslední pomazání, požehnání (umírající žehnal rodině), loučení a závěť. Příbuzní a známí se snažili zajistit umírajícímu klidný a pokud možno snadný odchod z tohoto světa.“ (Laca, Dancák, Laca, 2011, s. 101)

Kübler-Ross (2015) popisuje ve své knize pět stádií, kterými si projde umírající a společně s ním i rodina a pracovníci:

1. Stadium – popírání a izolace

Většina pacientů reaguje na zprávu o terminálním stádiu svého onemocnění slovy, ne to se určitě netýká mne, to nemůže být pravda. Proto i mnoho lidí vyhledá jiného lékaře a snaží se získat naději a nové posouzení jejich zdravotního stavu. Úzkostné popírání stanovené diagnózy je typičtější u pacientů, kterým informace byly řečeny předčasně, ve spěchu nebo stroze a necitlivě někým, kdo nemocného neznal. Přitom nebylo bráno v úvahu, zda už je pacient připraven tuto zprávu přijmout. Popírání reality funguje jako jakýsi nárazník, který tlumí účinky nenadálé šokující zprávy, dovoluje pacientovi, aby se vzchopil a postupem času v sobě zmobilizoval jiné, méně radikální obranné mechanismy. Pacientovi nemusíme vždy výslovně a otevřeně sdělit, že je terminálně nemocen. Nejdříve je dobré se pokusit zjistit, co pacient potřebuje, rozpoznat jeho slabé a silné stránky, snažit se rozluštit zřetelná či skrytá sdělení, jejichž prostřednictvím bychom mohli určit, nakolik chce pacient dané chvíli čelit realitě. Pro některé pacienty je popírání skutečnosti nezbytné pro zachování jejich duševního zdraví.

2. Stadium - zlost

Později, když na pacienta dolehne realita ve vší tíži, zákonitě nastoupí nová reakce. Když je prvotní popírání déle neudržitelné, nastoupí pocity zlosti, vzteku, závisti a rozmrzelosti. Logicky vyvstává otázka, proč zrovna já? Na rozdíl od stádia popírání je stadium hněvu pro rodinu i pracovníky daleko obtížnější. Pacientova zlost se totiž obrací na všechny strany, vybíjí ji takřka na komkoli, kdo se právě naskytne v jeho blízkosti. Problém spočívá v tom, že se jen velmi málo lidí pokouší vcítit do pacientova postavení a položit si otázku, odkud se taková zlost vlastně bere. Nejspíše by každý z nás v sobě cítil zášť, kdyby veškeré životní aktivity byly přerušeny předčasně, kdyby všechno to, co jsme začali budovat a stavět, mělo najednou zůstat nedokončené a byli bychom zčistajasna postaveni před skutečnost, že naše plány a vše, co jsme dokázali, už nemá skoro žádnou hodnotu. Když se umírající člověk v takovou chvíli podívá na cokoli, všechno je jen pro zlost. Pokud lidé v jeho okolí pacienta respektují a chápou, věnují mu pozornost, trochu svého času, nemocný brzy ztiší a zmírní své zlostné nářky a požadavky. Poznává, že je cennou a ceněnou lidskou bytostí, že ostatním není lhostejný, ale že všichni se mu naopak snaží pomoci, aby mohl fungovat, jak nejlépe a nejdéle to půjde.

3. Stadium - smlouvání

Toto stadium je méně známé, ale pro pacienta stejně důležité, užitečné, byť jen na chvíli. V první fázi pacient nedokázal čelit skličujícím faktům, v druhé se hněval na lidi i boha a možná právě v třetí fázi se podaří docílit jakési dohody, jež by nevyhnutelně pomohla alespoň oddálit – snaha se boha požádat pokorně. Je to podobná reakce, jak u dětí, kteří něco chtějí. Nejprve se mohou vztekat, domáhají se a poté o to poprosí. Vážně nemocný pacient se uchyluje ke stejným taktikám. Nejčastější přání je prodloužení života a druhým bývá prožít alespoň několik dnů bez bolesti či tělesných obtíží. Smlouvání je vlastně pokusem o odklad...většinu smluv uzavírají nemocní lidé s Bohem a obvykle je drží v tajnosti. Zmínka o nich se někdy objeví jen mezi řádky nebo zazní v kaplanově soukromé pracovně. Z psychologického hlediska mohou být sliby spojeny se skrytým pocitem viny, proto by bylo dobré, aby zdravotnický personál takové poznámky pacientů nesmetl ze stolu a věnoval se tomu. I z tohoto důvodu je interdisciplinární přístup v péči o pacienta velmi přínosný. Duchovní je často první, kdo zachytí známky znepokojení či obav. Po předané informaci se tomu mohou věnovat i ostatní pracovníci, dokud se pacient nezbaví svých iracionálních strachů či přání přijmout trest za nějaké přehnaně prožívané provinění, jehož tíže může růst s dalším smlouváním.

4. Stadium – deprese

Když smrtelně nemocný pacient dál nemůže popírat svou nemoc, je nucen podstupovat další operace a hospitalizace, přibývá zjevných příznaků nemoci a zároveň mu ubývá sil, nejde mu už tyto situace odbýt úsměvem. Jeho ochromení či stoicismus brzy vystřídá pocit velké ztráty. Tato ztráta může mít mnoho podob. S pokračující léčbou a dalšími pobyty v nemocnici vzrůstá finanční zátěž apod. Vnímavému pracovníkovi nedá takovou práci zjistit, co je příčinou konkrétní deprese, a dokáže zmírnit některé neopodstatněné pocity viny nebo studu, které depresi často doprovázejí. K dalšímu typu deprese nedochází následkem minulé, už utrpěné ztráty, ale naopak v důsledku ztrát hrozících. Prvotní reakce okolí je smutného člověka rozveselit, povzbudit ho, aby si všímal těch pozitivních věcí kolem sebe. Většinou je to fakt často projev našich vlastních potřeb, naší neschopnosti snášet delší dobu pohled na sklíčenou tvář. Je-li však deprese nástrojem, jehož prostřednictvím se nemocný připravuje na blížící se ztrátu všech milovaných a jenž mu umožňuje snáze dosáhnout stavu smíření, pak nějaké povzbuzování a ujišťování není tak docela na místě. Není dobré pacienta nutit, aby na všem hledal jen to nejlepší, protože to by znamenalo, že nemá cenu přemýšlet

o své nadcházející smrti. Naopak v období přípravného zármutku není třeba mnoho slov, daleko více jde o společně sdílený pocit. Který se často nejlépe projeví dotykem ruky, pohlazením vlasů nebo jen tichým posezením pospolu. Lidé v pomáhajících profesích by měli vědět, že druhý typ deprese je nezbytný a prospěšný, má-li pacient zemřít ve stavu smíření a pokoje.

5. Stadium – akceptace

Pokud měl pacient dostatek času (nešlo o náhlou, neočekávanou smrt) a dostalo se mu určité pomoci při překonávání stádií (výše popsané), dosáhne stavu, kdy v něm jeho „osud“ už neprobouzí ani hněv, ani depresi. V čase, který měl člověk za sebou, směl, dát průchod tomu, co právě cítil. Mohl vyjádřit svou závist vůči lidem, kteří jsou zdraví a budou žít dál, i svůj hněv na ty, kdo svému konci nemusejí čelit v tak brzké době. Už prožil hluboký zármutek nad blížící se ztrátou svých nejbližších a na svůj nadcházející konec pohlíží v jakémsi tichém očekávání. Většinou už bývá unavený a zesláblý. Často podřimuje či spí, nejde však o únik do spánku ani o úlevu od bolesti, je to zvolna sílící potřeba prodlužovat tu část dne, jež je spánku vyhrazena. Akceptace by neměla být považována za šťastné stadium, jde o dobu, jež je jakoby zbavená všech pocitů. Je to, jako kdyby bolest odešla, boj skončil a nastal čas na poslední odpočinek. Jedná se také o období, kdy více pomoci, porozumění a podpory potřebuje rodina než samotný nemocný. Jakmile umírající pacient dosáhne určitého vnitřního klidu a smíření, okruh jeho zájmů se zúží. Dává přednost samotě nebo si nepřeje být zbytečně rušen záležitostmi vnějšího světa. Komunikace začíná být ve stále větší míře omezená na neverbální úrovni, ubývá potřeba slov. Pro pacienta jsou tiché chvíle v přítomnosti osoby tím nejsmysluplnějším způsobem komunikace, stačí jen společně např. poslouchat, jak venku za oknem zpívají ptáci. Svou přítomností umírajícímu člověku dáváme ujištění, že mu budeme nablízku až do konce. Jsou pacienti, kteří bojují až do konce, kteří se okolnostem vzpírají a neustále v sobě živí naději, takže je téměř nemožné, aby dospěli do fáze akceptace. Čím urputněji se pokoušejí uniknout nevyhnutelné smrti, popírají ji, tím obtížněji mohou dosáhnout stadia smíření s pokorou a důstojností.

„Fázi smíření – přijetí je nutno odlišit od rezignace. Naším cílem je pomoci nemocným a jejich blízkým dosáhnout přijetí neodvratitelné skutečnosti. Rezignace je něco úplně jiného a lze ji chápat i jako selhání doprovázejícího, i když neúmyslné.“ (Svatošová, 2008, s. 24)

Potřeby pacienta

„V terminálním štádiu je pacient ovládaný pocitem strachu z fyzických příznaků zomírání jako sú bolest, dusenie sa, strata ovládania telesných funkcií, bezmocnosti, smútku z nadchádzajúcej straty najbližších. V nemocnici trpia izoláciou od rodiny, depresia sa vystupňuje. Ak vychádzame z holistického princípu osobnosti a vnímame ju jako jednotku bio-psychosociospirituálnu, treba uspokojovať potreby pacienta vo vrtkých týchto rovinách.“ (Laca, Dancák, Laca, 2011, s. 234)

Dobříková-Porubčanová a kol. (2005) uvádí potřeby pacienta v terminálním stadiu:

1. Biologické potřeby – jsou to všechny potřeby, které lidské tělo potřebuje. Pokud nemá umírající žádné speciální přání, měl by být zachován jeho obvyklý biologický rytmus. Důležité je dodržování nočního spánku, bez vyrušení např. podáním léků, dostatek tekutin, hygiena a úprava zevnějšku, přísun kyslíku, vylučování.
2. Psychologické potřeby – potřeby, které jsou spojené s respektováním lidské důstojnosti nezávisle na stavu nemocného těla, akceptování i s negativními náladami a potřeba autonomie.
3. Sociální potřeby – vycházejí ze statusu člověka, jako společenské bytosti, žijícího v nějakém sociálním prostředí, který má svou rodinu, práci, problémy, zájmy, závazky, sny a přání. Každý člověk, klient má potřebu sociálního kontaktu a komunikace, ale také má také plné právo své návštěvy usměrňovat a každý by to měl respektovat.
4. Duchovní potřeby – u umírajících lidí jsou často tyto potřeby odsunuté do pozadí. Postupně však přibývá těch, kteří si uvědomují tento stěžejní aspekt potřeb u osob v terminálním stadiu a hledají jeho naplnění. Více než na slovech záleží na lidské blízkosti, spolehlivosti ve vztahu a na společném setrvání ve víře.

Priority pacienta

„Priority umírajících jsou pochopitelně variabilní – liší se podle jednotlivých lidí, jejich osobní situace, adaptace na infaustní prognózu i podle onemocnění. Přesto některé potřeby jsou velmi časté a uvádí je ve výzkumech většina klientů paliativní péče:

- a) nestrádání – tlumení bolesti a utrpení,
- b) neprodlužování bolestné předsmrtné fáze, nezadržování smrti, odmítnutí dystanazie,
- c) neodloučenost, umírání v kontaktu a komunikaci s blízkými lidmi, v domácím prostředí či s neomezenými návštěvami v nemocnici či jiném zařízení,
- d) kontrola nad děním, autonomie,

- e) soběstačnost či alespoň sebeobslužnost,
- f) sebeúcta a důstojnost – „zachovat si tvář“, identitu, kontinuitu životního příběhu, nestat se přítěží, břemenem,
- g) bezpečnost – důvěra v kvalitu, podpůrnou a vstřícnost poskytované péče.“ (Kalvach a kol., 2019, s. 19)

K výše popsanému bodu c), se váže text G. Myers (2016), který uvádí, že blízké vztahy a štěstí jsou pro lidi všeobecně tím nejcennějším darem v životě. Mít se komu svěřit se svými důvěrnými, bolestnými pocity není dobré jen pro tělo, ale hlavně i pro duši. To je závěr studií, že lidé, klienti jsou v životě o mnoho šťastnější, mají-li podporu sítě přátel, rodiny a navázané úzké společenské vazby.

„Odemknout dveře vedoucí k poznání člověka je výzva, která nikdy neskončí. Dokud budeme žít, budeme objevovat nové a překvapující stránky osobnosti, které nám dříve unikaly.“ (Drapela, 2011, s. 159)

Kalvach a kol. (2019) ještě poukazují na důležitost osobní autonomie a respektování vůle klienta. Osobní autonomie je složitý jev zahrnující nezávislost a svobodu. Jinak řečeno, autonomní jedinec by měl řídit a organizovat vlastní aktivity bez cizí pomoci, sám uspokojovat své fyziologické potřeby, stát za vlastními názory, nevynucovat si souhlas, blízkost, emocionální podporu a neměl by být zatížen přílišným strachem z druhých osob ani pocity viny vůči nim.

Duchovní péče

„Člověk jest v přírodě, ale nikdy nesmíme zapomenout na jeho duchovní stránku. Duševní je přítomno ve světě smyslovém, všeobecně v jednotlivinách, myšlenka jest již ve smyslovém vjemu, věčnost jest již nyní. Člověk však není zas jen částí přírody, ježto se svou duchovní částí povznáší nad přírodu. (Kříž, 2013, s. 9)

Jak uvádí Dobříková-Porubčanová a kol. (2005) duchovní svět patří k bohatství každého lidského života. Je daný několika faktory, které vychází z osobnosti každé lidské bytosti.

Marková a kol. (2021) uvádí, že péče o duchovní či spirituální rozměr člověka je přirozenou součástí komplexní péče, kterou hospice a paliativní týmy poskytují. Duchovní život osoby se odehrává v existenciální, hodnotové, etické a náboženské oblasti a jeho stabilita nebo naopak nestálost se odráží ve fyzickém a psychickém stavu člověka a také v jeho sociálních vazbách.

Jak dále uvádí je stěžejní, aby s hospicem spolupracoval odborník, zvaný kaplan (kněz, farář, pastorační asistent; v nejlepším případě školený nemocniční kaplan) na spirituální péči. Kaplan pečuje o pacienty, jeho blízké a o členy hospicového týmu. Duchovní péče musí být poskytována v souladu s mezinárodními úmluvami, standardy a v rámci legislativy České republiky.

Laca, Dancák, Laca (2011) uvádí, že duchovní péče byla dříve mnoho let zanedbávaná. Duchovní podpora a služba v institucích byla v minulosti pacientům odíraná. Dnes stojíme před novou výzvou, která povede k všeobecnému posunu tradičních hodnot a k rostoucí sekularizaci a nebude opomíjet duchovní dimenzi pacienta v těžkých časech spojených s jeho vážnou chorobou.

Přání pacientů a skutečnost

„Člověk 21. století často umírá sám. Leží ve špičkové nemocnici, kde pracují špičkoví odborníci. Umírá obklopen přístroji, které monitorují jeho životní funkce. Každou chvíli někdo neosobně vstoupí na pokoj, doplní léky, zapíše údaje. Vizita bývá rychlá, téměř beze slov. Co se ale odehrává za dramata na pokojích umírajících lidí? Jaké mají touhy a přání? O čem s námi chtějí hovořit?“ (Sieberová, 2016, s. 20)

Jak uvádí Marková a kol. (2021) český právní systém nabízí možnost sepsat svá přání a představy. Jak a kde chceme, nechceme být léčeni v době, kdy se nebudeme moci ze zdravotních důvodů sami rozhodnout. Součástí Dříve vysloveného přání může projasnit situace, kdy je zřejmé, jaký má být další postup v péči o pacienta.

V Zákoně o zdravotních službách je podrobně popsáno Dříve vyslovené přání:

1. „Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit.
2. Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí.
3. Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta.

4. Pacient může učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek.

5. Dříve vyslovené přání

a) není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi,

b) nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti,

c) nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby,

d) nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.

6. Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty s omezenou svéprávností.“ (s. 4752)

Student, Mühlum, Student (2006) uvádí, že umírající, kteří se již se svou smrtelností intenzivně vyrovnali a byli dotázáni na svá přání se zřetelem k vlastnímu umírání, jejich odpovědi byli stejně rozmanité jako odpovědi zaměřené k životu. Můžou se přiřadit ke čtyřem životním rozměrům – sociálnímu, tělesnému, psychickému a spirituálnímu.

Popisují přání, dle výše popsanych životních rozměrů:

1. Nejnaléhavější a nejdůležitější přání umírajícího se dotýká sociálního rozměru. Člověk chce být při umírání obklopen svými nejbližšími. Je to také často spojené s nadějí na možnost zemřít v důvěrně známém prostředí, doma.
2. Druhé nejčastější přání se vztahuje na tělesný rozměr, zemřít bez bolesti, ale též bez znetvoření a duchovních potíží.
3. Třetí skupina přání je spojena s psychickým rozměrem, kdy umírající chce ještě některé věci dotáhnout do konce. Je to přání, které vyžaduje dost času a prostoru k vyřízení posledních záležitostí, vyjasnění vztahů a díky tomu moci odejít a zároveň být propuštěn.

4. Spirituální rozměr přání se dotýká hlavně otázek, kterými umírající chce vysledovat smysl života, smysl umírání a bude se moci ptát i na to, co bude potom. Potřebuje někoho, kdo vydrží všechno jeho zpochybnování, nebude uspěchaně činit závěry a nebude od těchto náročných otázek utíkat.

MPSV (2013) uvádí, že dlouhodobé a průběžné zjišťování toho, co je pro klienta z jeho pohledu důležité, co má rád a co jej motivuje, umožní předejít potížím vzniklým u některých pacientů tím, že svá okamžitá přání často mění. Může to souviset s jejich aktuální náladou, zdravotním stavem, situací, počasím apod. Pracovník, který to může rozpoznat, často hovoří a zaznamenává důležité potřeby a zájmy uživatele služby.

Poslední dny života

„Je to doba, kdy se příbuzní neklidně potloukají po nemocničních chodbách zmučení nekonečným čekáním a nevědí, zda mají odejít a věnovat se těm, kdo na ně čekají venku, nebo zůstat, aby byli nablízku v okamžiku smrti. Je to doba, kdy už je pozdě na všechna slova, a zároveň čas, kdy příbuzní nejhlasitěji volají o pomoc – ať ústy, či ve svém mlčení. Je také příliš pozdě na zásahy lékaře, ale zároveň příliš brzy na definitivní odloučení od toho, kdo umírá.“ (Kübler-Ross, 2015, s. 299)

Marková a kol. (2021) dává příklad doporučených postupů v posledních dnech života:

- a) stanovit diagnózu umírání,
- b) informovat rodinu a blízké, že nemocný umírá - dát prostor otevřené komunikaci a vyjádření emocí,
- c) přehodnotit péči o umírajícího - přestat s léčbou, ošetřováním a monitorováním, které nejsou potřebné pro kontrolu symptomů; provést revizi umělého zavodňování/výživy; pokračovat s častou péčí o dutinu ústní; přesunout nemocného na vhodnou postel, nejlépe elektrickou polohovací postel; zdokumentovat cíl péče, přehodnotit pokaždé, kdy se stav nemocného změní,
- d) dohodnout s pečujícím místo poslední péče - pokud není nemocný doma, může být domů propuštěn a zároveň pečlivě naplánovat zajištění adekvátní podpory pečujícím; komunikovat s rodinou, lékaři, případně dalšími službami či multidisciplinárním týmem,
- e) věnovat pozornost nevyřešeným záležitostem - často právní (sepsání závěti, pokud se již nestalo), vztahové, duchovní nebo finanční záležitosti,
- f) identifikovat osoby, které ztráta blízkého člověka může zasáhnout silněji - vícenásobná ztráta blízké osoby v minulosti či nedávná ztráta; ambivalentní nebo

závislý vztah; nízké sebevědomí, osamělý život, pocit nedostatku opory, děti, psychické onemocnění v minulosti, přítomnosti, uživatelé návykových látek; kontaktovat či odkázat na příslušné následné specializované pracovníky nebo organizace.

„Teprve v opuštěnosti a v samotě, kdy utichne život kolem, je možné si uvědomit pomíjivost vlastního života a skutečnost, že každý umírá sám. Jsme-li v okamžiku smrti vystaveni osamění, považujeme za šťastnou smrt tu, která se odehrává doma ve společnosti našich blízkých. To pomáhá zmírnit fatální opuštěnost tohoto okamžiku.“ (Ed. Kořa, 2009, s. 110)

Laca (2016) uvádí, že smrt přichází mnoha způsoby, ale důležité je věnovat zvláštní pozornost po smrti klienta rozloučení. Je potřeba si připomenout, že samotný akt rozloučení má důležitý význam nejen pro dospělé osoby, ale i pro vývin dětí. Žádné psychické zátěže u dětí nemusí nastat, pokud jim dospělí vysvětlí, že i smrt je přirozenou součástí života.

1.5 Vymezení sociální práce v hospicové péči

„Teprve v 19. Století se zdraví stalo veřejnou hodnotou a zdravotní pojištění veřejným úkolem. Zdravotní péče a opatrování se pak ve 20. Století diferencovaly v sociální práci ve zdravotnictví, která nabývala stále většího významu jako preventivní, kurativní, rehabilitační, doprovázející a opatrovací „zdravotní práce“. O přesné zformulování funkcí podporujících zdraví, vymezení oblasti jejich činnosti a zvýšení jejich sociálně-pracovní kvality se snaží profese a vědní obor sociální práce.“ (Student, Mühlum, Student, 2006, s. 21)

V Zákonu č. 108/2006 Sb. není přímá definice akademického vědního oboru sociální práce. Tento zákon upravuje hlavně podmínky pro poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.

Matoušek (2012) uvádí, že existuje celá řada autorů, kteří se pokusili vymezit obsah, pojetí a cíle sociální práce. Jejich formulace se také liší jak v různých dobách, tak v závislosti na teoretickém, společenském a kulturním kontextu.

„Sociální práce je uměním, které vyžaduje velikou škálu dovedností. Jde především o porozumění pro potřeby druhých a schopnost pomáhat lidem tak, aby se na naší pomoci nestali závislí (aby neztratili schopnost pomáhat si vlastními silami). Sociální práce je ovšem také vědou, neboť disponuje teoriemi a dále vytváří nové teorie vysvětlující vznik a řešení individuálních, skupinových a komunitních problémů.“ (Matoušek, 2012, s. 192)

Laca (2013) zmiňuje několik důležitých faktorů, které je dobré vědět pro výkon sociální práce v paliativní a hospicové péči:

- a) sociální pracovník vystupuje jako profesionál ve více funkcích a rolích,
- b) umírání je proces, který má své fyzické a mnohorozměrná stádia,
- c) bolest má své fyzické, psychologické a spirituální projevy,
- d) etnické a kulturní rozdíly mají dopad na otázky spojené s onemocněním (např. přijímání rozhodnutí, postoj vůči smrti a umírání...),
- e) oblast poskytování paliativní a hospicové péče zahrnuje domácí péči, sanatoria, terénní služby hospice a lůžkového hospice,
- f) je možné využívat komunitní zdroje a vědět, jak k nim přistupovat,
- g) příběh člověka s onemocněním a jeho následnou smrtí může mít dopad na život rodiny,
- h) stále přetrvávají velké kulturní rozdíly v přístupu k paliativní péči,
- i) pro poskytování paliativní a hospicové péče by měli být vytvořené a vládou schválené standardy při poskytování služeb,
- j) je žádoucí uspokojovat potřeby specifických skupin klientů a jejich rodin se speciálními potřebami (např. potřeby lidí, kteří mají fyzické, mentální, emocionální či jiné omezení; lidé, co jsou v institucionální péči, v nezdravotnickém zařízení ...).

„Pro sociální práci je v paliativní péči velký prostor. U pacientů s delší prognózou je třeba např. pomoci zařídit příspěvky na péči, dlouhodobé ošetrovné, podpořit pečující rodinu, podat potřebné informace, nabídnout a rozvrhnout možné sociální služby, přemýšlet o možné další podpoře s dalšími profesemi, pravidelně komunikovat s rodinou a vyhodnocovat, zda využívá nabízených možností podpory v péči o těžce nemocného blízkého.“ (Kalvach a kol., 2019, s. 52)

Jak uvádí Student, Mühlum, Student (2006) hospicová sociální práce zdůrazňuje blaho umírajících lidí, je možné ji považovat za specifickou formu zdravotnické práce. Její profesní zařazení je potřeba vyložit na základě profesního vymezení, jak společenskými podmínkami, tak subjektivním významem umírání, smrti a zármutku. Pouze, tak může být přínosná tvář v tvář zvláštní výzvě v hospicové sociální práci.

Dále autoři (2006) uvádí, že umírající a truchlící sice netvoří žádnou standardní skupinu lidí na okraji společnosti, i přesto jsou však odsouváni stranou, izolováni, a proto představují úkol pro sociální práci. Jejich nejdůležitějším spojencem je hospicové hnutí, které již roky usiluje o navrácení umírání do všedního života v důstojném prostředí. Pochopit

umírání jako část života znamená, navzdory limitujícím faktorům, podporovat zdraví. Tak se veškerá správně pojatá hospicová práce zařazuje mezi prostředky podporující zdraví a sociální práce v hospici a paliativní péče se stává samostatným oborem zdravotnictví.

Laca (2011) popisuje, že oblast paliativní a hospicové péče je v současnosti vnímaná jako vzrůstající se úsek sociální práce. Paliativní a hospicová péče představuje osobitý druh zdravotní a sociální práce. Jejichž cílem je nejen zmírnění bolesti, stabilizace zdravotního stavu, ale stěžejní část je zlepšení kvality života klienta až do jeho smrti, kde velkou roli sehrává humánní etický přístup.

Kübler-Ross (2015) uvádí, že každý pracovník by se měl podílet na tom, aby pacient mohl zakončit život v důvěrně známém a milovaném prostředí, nejlépe s rodinou. Někdy je pro klienta lepší nahradit sedativa skleničkou oblíbeného vína nebo domácí polévka někdy může být snesitelnější než infuze. Nikdo nemluví o zlehčování významu sedativ a infuzí, které zachraňují životy a jsou často nezbytné...jen praxe častěji ukazuje, že je to pro umírajícího člověka příjemnější. A proto by měl sociální pracovník a ostatní pracovníci hospicové péče i na tohle myslet a dát klientovi možné varianty zpříjemnění pobytu v hospici či doma.

„Právo člověka na důstojnou smrt’ je základem etických principů, které nikto nemůže spochybňovat. Smrt’ každého člověka je osobná a jedinečná. V čase umierania každý člověk potrebuje lásku, úctu, potrebuje, aby ho sekte sprevádzal. Sprevádzať’ člověka, poskytovat’ pomoc a podporu je hlavnou náplňou a poslaním sociálnej práce. (Laca, 2013, s. 169)

2 Historie sociální práce

V této kapitole nahlédneme do historie sociální práce v hospicové péči, ale hlavním obsahem první podkapitoly bude sociální práce v hospicové péči. Zde se budu také věnovat metodám sociální práce a zároveň metodám sociální práce v hospicové péči.

Než uvedu, na co mají klienti ze zákona v domácím i institucionalizovaném prostředí nárok, zmíním i velmi důležitý zákonný dokument Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod.

Dále se budu zabývat nabídkou a činností sociálních služeb dle legislativního rámce, což je podstatné i pro poradenskou činnost sociálního pracovníka, ať jsou klienti či občané v jakékoliv životní fázi.

V neposlední řadě zmíním také legislativní rámec pro výkon práce sociálního pracovníka. Zaměřím se na náplň práce sociálního pracovníka v hospicové péči, která se výrazně odlišuje od jiných poskytovaných sociálních služeb. Uvedu zde i podstatnou úlohu sociálního pracovníka, kterou je komunikační dovednost a vztahovost s klientem. Nakonec se věnuji dalšímu vzdělávání sociálního pracovníka v hospicové péči, která je nezbytná pro jeho profesní rozvoj a sebepoznání.

2.1 Sociální práce v hospicové péči

„Myšlienka hospicovej starostlivosti v novoveku vznikla v období, keď sa pokročilo v liečbe malígnych ochorení, keď sa zlepšovali diagnostické možnosti a keď sa začali meniť názory na smrť i zomieranie. Ukázalo sa, že v štandardných zdravotníckych zariadeniach vďaka tabuizovaniu smrti i procesu zomierania vznikol sociálny problém od osobnenej starostlivosti o terminálne chorých, ktorí napokon zomierali izolovaní a opustení.“ (Dobříková-Porubčanová a kol., 2005, s. 39)

„V posledním desetiletí bylo opakovaně mnohými významnými celosvětovými, evropskými i národními institucemi zdůrazněno, že paliativní péče musí být jednou z prioritních oblastí rozvoje zdravotnické péče a že občané mají právo na její všeobecnou dostupnost. Světová zdravotnická organizace považuje rozvoj kvalitní paliativní péče za jednu ze svých priorit již od začátku 90. let 20. století (naposledy ve svém dokumentu „National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines“ z roku 2002). Také rozsáhlá autoritativní studie „Priority Areas for National Action“, kterou v roce 2003 vydal v USA respektovaný Insti- 12 Koncepce paliativní péče v ČR tute of Medicine of the National Academies, klade rozvoj paliativní péče mezi šest nejdůležitějších okruhů zdravotní péče v prvních desetiletích 21. století. V Evropě kodifikovalo právo pacienta na komplexní paliativní péči v roce 1999 Parlamentní shromáždění Rady Evropy ve svém dokumentu

„Ochrana lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných“. V roce 2003 pak bylo schváleno doporučení Výboru ministrů Rady Evropy členským státům *O organizaci paliativní péče*.“ (Sláma, Špinka, 2004, s. 11)

Bhatnagar, Lagnese (2023) také uvádí, že v posledních letech došlo k výraznému nárůstu počtu hospicových programů a využití hospicové péče. V roce 2016 bylo zaznamenáno, že bylo v provozu 4382 hospiců s certifikací Medicare.

Matoušek a kol. (2007) uvádí, že sociální práce v hospicové péči se může soustřeďovat nejen na potřeby umírajícího, ale také na potřeby jeho rodiny, a to i v době po smrti pacienta (v období bezprostřední reakce pozůstalých na smrt blízké osoby, zajištění pohřbu apod.). Takové širší zaměření je však u nás zatím výjimkou.

„Áplikácia sociálnej práce v paliatívnej starostlivosti je prínosným, pomocným a humánnym atribútom pri celkovej starostlivosti chorým jedincom, ktorí ju potrebujú.“ (Laca, Dancák, Laca, 2011, s. 131)

Student, Mühlum, Student (2006) uvádí, že sociální práce se v české hospicové péči prosazovala postupně a stále s mírným rozpačitým přístupem. Hospicové hnutí se rozvinulo prakticky bez sociálních pracovníků, na čemž se nepochybně podepsalo schizofrenní postavení sociální práce vůbec. Na jedné straně se totiž zakládá na vysoké profesionalizaci sociální práce, která po roce 1990 velmi vzrostla, díky akreditovanému vzdělávání. Na druhé straně leží obecná představa veřejnosti o sociálním pracovníkovi, který v České republice nemá příliš moc vysoké profesní sebevědomí.

Sláma, Špinka (2004) uvádí Zákon č. 95/2004 Sb., který připouští existenci samostatného specializačního oboru Paliativní medicína a léčba bolesti. Zatím však není vyjasněn vlastní průběh specializační přípravy. Přesto můžeme vnímat označení tohoto oboru jako dobrý předpoklad k zakotvení paliativní medicíny na akademické půdě a také vedoucí ke zkvalitnění odborné přípravy budoucích specialistů.

„Sociální práce v hospici, aby dostála specifickým požadavkům, se řídí především obecnými základy a východisky odborné sociální práce. Zvláště důležité pro hospicovou práci jsou principy jednání a koncepty sociální práce jako Case-Management, rozvoj organizace, sebeuschopení a vytváření funkčních sítí. „ (Student, Mühlum, Student, 2006, s. 111)

Laca, Dancák, Laca (2011) uvádí, že v novodobé péči o umírající lidi vychází sociální práce z teoreticko-filozofického pozadí, kam patří filozofie, thanatologie, psychologie, existenciální analýza, logoterapie a přístup zaměřený na člověka (kniha *Přístup zaměřený na člověka* od autora Karla Kopřivy, kde je přímo popsáno mnoho užitečných individuálních přístupů z praxe), z legislativy a jejich východisek, a to k úctě k člověku, který se nachází

v nepříznivé životní situaci, zdravotním stavu a věku. Zároveň plní úlohy, které se realizují právě prostřednictvím práce sociálního pracovníka.

„Sociální práce se stala etablovanou disciplínou až ve 20. Století. Dnes má svůj etický kodex, metodiku práce s klientem, formální způsob výuky a je silně finančně a organizačně navázána na státní správu.“ (Matoušek a kol., 2012, s. 189)

Jak uvádí Laca (2016) metodologické východiska a výzkum sociální práce je proces vytváření nových poznatků. Je to systematická a důkladně naplánovaná vědecká činnost, která má za cíl poznat příčiny a podmínky konkrétních sociálních jevů. Důležitou součástí každé vědy je vypracování vlastních metod, kterými se poté řídí. Metody odrážejí povahu předmětu zkoumání a sledují kroky k dosažení cíle.

Laca (2016) uvádí pojmenování metod:

1. Formy práce – základní, hlavní metody sociální práce s jednotlivcem, rodinou, skupinou...
2. Postupy – metody ve smyslu druhu terapie, metody vedení rozhovoru, skupinová dynamika (terapeutický model, postup).
3. Metody – ve smyslu konkrétního konání (interview, nácvik konstruktivní hádky, hry na role...).

„Typickým prvkom pre sociálnu prácu je, že sa nevyužíva vosinou len jedna metóda, ale kombináta vícerých metód v závislosti od konkrétneho sociálneho, psychosociálneho problému apod., s prihliadaním na individualitu klienta a jeho prostredie a situáciu. (Laca, 2016, s. 285)

Laca, Dancák, Laca (2011) uvádí metody hospicové sociální práce, které se využívají při práci s pacienty:

1. One-to-one-meetings – pacient se setkává se sociálním pracovníkem a má možnost povědět to, co za přítomnosti jiných osob nechtěl nebo nemohl sdělit.
2. Groups – sociální pracovník pracuje s jiným profesionálem hospicového týmu, se skupinou pacientů se stejnou nebo odlišnou diagnózou.
3. Family Gross – na skupinové terapii je přítomný pacient a členové jeho rodiny, který si on sám vybere.

Laca, Dancák, Laca (2011) ještě poukazují na nutnost propojení sociální a zdravotní péče, aby tak poskytování péče a služeb umírajícímu bylo na profesionální úrovni. Paliativní

a hospicová péče je integrální součástí sociálně-zdravotní péče a proto je potřeba k ní tak přistupovat, což je cílem naší hospicové sociální práce.

Zrubáková, Bartošovič a kol. (2019) uvádí, že léčebnou péči charakterizuje komplexnost a kontinuita, respektování aktuálních potřeb klienta, aktivní přístup, kombinace více terapeutických postupů, zdravotně-sociální rozměr péče a nutnost interdisciplinární spolupráce.

Je důležité, zde zmínit, že Zákon č.209/1992 Sb. spravuje nejdůležitější lidsko-právní úmluvu sjednanou v rámci Rady Evropy – Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod. V Římě byla podepsána už roku 1950, u nás v tehdejší Československu byla podepsána roku 1992. V tu dobu bylo Československo vůbec prvním státem střední a východní Evropy, který se stal stranou úmluvy.

„Uznání a respektování lidských práv a svobod je neodmyslitelným znakem každé svobodné demokratické společnosti. Jsou dnes natolik zakotvena v povědomí občanů, že dokonce ani totální režimy si netroufají je alespoň formálně neuznávat.“ (Bílý, 2009, s. 124)

Práva zaručená Úmluvou:

1. Povinnost respektovat lidská práva – přiznávají každému, kdo podléhá úřední pravomoci a příslušnosti, práva a svobody uvedené v Úmluvě.
2. Právo na život – nikdo nesmí být úmyslně zbaven života; zbavení života se nebude považovat za způsobené v rozporu, jestliže bude vyplývat z použití síly, které není víc než zcela nezbytné při obraně; při zákonném zatčení nebo zabrání útěku, při zákonně uskutečněné akci za účelem potlačení nepokojů nebo vzpoury.
3. Zákaz mučení – nikdo nesmí být mučen nebo podrobován nelidskému, ponižujícímu zacházení.
4. Zákaz otroctví a nucených prací.
5. Právo na svobodu a osobní bezpečnost – nikdo nesmí být zbaven svobody kromě následujících případů, které jsou v souladu s řízením stanoveným státem.
6. Právo na spravedlivý proces.
7. Zákaz trestu bez zákona.
8. Právo na respektování rodinného a soukromého života.
9. Svoboda myšlení, svědomí a náboženského vyznání – toto právo zahrnuje i svobodu změnit své náboženské vyznání nebo přesvědčení, jakož i svobodu projevat své náboženské vyznání nebo přesvědčení sám nebo se skupinou lidí, ať veřejně, soukromě, bohoslužbou, vyučováním, prováděním náboženských obřadů.

10. Svoboda projevu – zahrnuje svobodu zastávat názory a přijímat informace nebo myšlenky bez zasahování státních orgánů.
11. Svoboda shromažďování a sdružování.
12. Právo uzavřít manželství.
13. Právo na účinné a opravné prostředky.
14. Zákaz diskriminace – užívání práv musí být zajištěno bez diskriminace založené na jakémkoliv důvodu, jako je pohlaví, rasa, barva pleti, jazyk, náboženství, politické nebo jiné smýšlení, národnostní nebo sociální původ, příslušnost k národnostní menšině, majetek rod či jiné postavení.
- Později byla Úmluva doplněna dalšími právy, zaručenými v protokolech k Úmluvě viz 15 – 18.
15. Odstoupení od závazků v případě ohrožení.
16. Omezení politické činnosti cizinců.
17. Zákaz zneužití práv.
18. Ohraničení možnosti omezení práv.

Více jsem rozepsala práva zaručená Úmluvou, která jsou více spjatá s tématem této diplomové práce.

Jak uvádí Bílý (2009) výčet lidských a občanských práv není náhodný, vycházejí z lidské zkušenosti a jsou podmíněny stavem kultury dané společnosti.

„Praxe sociálnej práce ukazuje, že k najdôležitejším cieľom socialnej práce patrí:

1. Pomáhať jednotlivcom, komunitám i skupinám menovať a riešiť, alebo aspoň minimalizovať problémy vznikajúce z poruchy rovnováhy medzi klientom a okolím.
2. Poukazovať na potencionálne oblasti, v ktorých môže prísť k poruchám rovnováhy medzi individúom či skupinou a prostredím, s cieľom predchádzať vzniku nerovnováhy.
3. Objavovať, poukazovať a rozvíjať maximálne možnú mieru potenciálu jednotlivca, skupiny či spoločnosti.“ (Laca, 2016, s. 296)

Stěžejní je zde uvést, na co mají klienti ze zákona nárok, tedy sociální zabezpečení. Dle Tomeše (2010) pojem sociální zabezpečení zahrnuje soustavy povinných veřejnoprávních dávek a služeb, na něž má občan nárok ze zákona.

„Avšak v evropských státech je občanům zaručeno právo na důstojné životní minimum, tedy na zabezpečení i v případě, kdy nemají právní nárok na veřejnou dávku nebo

službu. Toto právo se realizuje soustavami sociální pomoci a sociální péče, které poskytují potřebným občanům fakultativní dávky, podpory a hradí služby z veřejných fondů. Na tyto dávky vzniká občanovi nárok, jen pokud splní podmínky, jež ověřují kompetentní veřejné orgány, tj. až na základě úředního rozhodnutí (proto fakultativního).“ (Tomeš, 2010, s. 33)

Podle Zákona č. 108/2006 Sb., mají klienti nárok na příspěvek na péči, který je poskytován osobám, které jsou závislé na pomoci jiné osoby. A to při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu, který je stanoven podle stupně závislosti na osobě blízké, sociální službě či jiném typu zařízení, jako je v našem případě speciální lůžkové zdravotní zařízení hospicového typu. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.

V Zákonu jsou uvedeny IV. Stupně příspěvku na péči osobám nad 18 let, která jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. V hospicovém prostředí je nejvíce pobírán čtvrtý stupeň (úplná závislost) příspěvku na péči. Tento stupeň je vyhodnocen podle dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu, kdy osoba není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled a péči jiné fyzické osoby. Při posuzování se stupně závislosti se hodnotí zvládnání těchto základních životních potřeb: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost. Jde-li o čtvrtý stupeň závislosti, má klient nárok na příspěvek na péči v hodnotě 19 200 korun. Příspěvek se vyplácí měsíčně, a to v kalendářním měsíci, za který náleží. Příspěvek vyplácí krajská pobočka Úřadu práce, která je příslušná k rozhodnutí o příspěvku.

„Pro úplnost je třeba ještě dodat, že zákon o sociálních službách zavádí rovněž tzv. *informační systém o příspěvku*. Tento systém spravuje MPSV, jedná se tedy o centrální registr, v němž jsou uvedeny údaje o příjemcích příspěvku a výši příspěvku.“ (Matoušek a kol., 2007, s. 42)

Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění uvádí zdravotní péči, která je hrazená ze zdravotního pojištění. Mezi hrazené služby patří zdravotní péče preventivní, dispenzární, diagnostická, léčebná, lékárenská, klinickofarmaceutická, léčebně rehabilitační, lázeňská léčebně rehabilitační, posudková, ošetrovatelská, paliativní a zdravotní péče o dárce krve, tkání a buněk nebo orgánů související s jejich odběrem, a to ve všech formách jejího poskytování podle zákona o zdravotních službách.

V Zákonu je uvedena Zvláštní ambulantní péče – hrazená služba poskytovaná pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo

mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci a paliativní péče, poskytovaná pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí.

Dále je v Zákonu i Zvláštní lůžková péče - hrazenými službami je i léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu.

Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Tito poskytovatelé tvoří síť smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny.

Student, Mühlum, Student (2006) uvádí, že financování hospiců se děje formou finanční směsi sociálního pojištění, vlastní účastí pacientů a vlastníků prostředků zřizovatele. Hospice mají zajistit paliativně-medicínské ošetření, základní a léčebnou péči včetně paliativní péče, sociální zaopatření, ubytování, stravu a rovněž doprovázení při umírání a smutku. K tomu je nutné personální, prostorové a věcné vybavení a stěžejní je především požadovaná kvalifikace odborných pracovníků pro výkon ošetrování a sociální práce.

2.2 Sociální služby a hospicová péče

„Právní úprava sociálních služeb spadajících do rezortu MPSV ČR se (spolu s celým systémem sociální péče) do nedávné doby právem označovala za popelku českého práva sociálního zabezpečení. Dlouho se totiž nedařilo přijmout novou, moderní úpravu. Pracovníci sociálních služeb i klienti byli posledních sedmnáct let nuceni přizpůsobovat se režimu zastaralého a nevyhovujícího systému sociální péče, právně upraveného ještě před rokem 1989. Ke změně došlo teprve nedávno, nová právní úprava nabyla účinnosti až k 1. 1. 2007.“ (Matoušek a kol., 2007, s. 35)

V Zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb. jsou uvedeny základní druhy a formy sociálních služeb. Mezi 3 základní druhy patří – sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní a terénní. Pobytové služby jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantní služby jsou poskytovány klientům, kteří za službou dochází, jsou doprovázeny nebo dopravovány do zařízení sociálních služeb, není v nich zahrnuto ubytování. Terénní služby jsou poskytovány klientům v jejich přirozeném sociálním prostředí, pracovník za klienty dochází.

Zákon 108/2006 Sb. popisuje síť sociálních služeb, která má být v dostatečné kapacitě, náležité kvalitě a s odpovídající místní dostupností. A tím může napomáhat řešit nepříznivou

sociální situaci osob na území kraje. Jsou v souladu se zjištěnými potřebami osob na území kraje a dostupnými finančními a jinými zdroji. Síť sociálních služeb je součástí střednědobého plánu kraje - rozvoj a přizpůsobení sociálních služeb potřebám obyvatelům a místních komunit.

Zákon uvádí zařízení sociálních služeb, pro poskytování sociálních služeb:

- a) centra denních služeb,
- b) denní stacionáře,
- c) týdenní stacionáře,
- d) domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- e) domovy pro seniory,
- f) domovy se zvláštním režimem,
- g) chráněné bydlení,
- h) azylové domy,
- i) domy na půl cesty,
- j) zařízení pro krizovou pomoc,
- k) nízkoprahová denní centra,
- l) nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- m) noclehárny,
- n) terapeutické komunity,
- o) sociální poradny,
- p) sociálně terapeutické dílny,
- q) centra sociálně rehabilitačních služeb,
- r) pracoviště rané péče,
- s) intervenční centra,
- t) zařízení následné péče,
- u) centra duševního zdraví.“ (s. 1267)

Jak uvádí Matoušek a kol. (2007) každá z výše uvedených sociálních služeb je definovaná v zákoně 108/2006 Sb. Jednotlivá ustanovení však neobsahují nároky klientů či pacientů vůči poskytovatelům sociálních služeb. Konkrétní poskytování jednotlivých typů sociálních služeb je zřejmě obsaženo v prováděcích předpisech. Jedinou výjimku v oblasti nároků tvoří ustanovení ve zmíněném zákoně, které definuje *opatření omezující pohyb osob*. Vzhledem k tomu, že taková opatření výrazným způsobem zasahují do základních lidských práv člověka. Svoboda člověka je zaručena Listinou základních práv a svobod, jedná se tedy o velmi přísné ustanovení, které stanoví přesné podmínky, za nichž lze pohyb osoby omezit.

O použití opatření omezující pohyb je poskytovatel povinen vést evidenci a vyhraněnému okruhu osob umožnit do této dokumentace nahlédnout.

„Nezbytnou podmínkou pro poskytování kvalitních a kvalifikovaných služeb byla potřeba zavedení povinných registrací poskytovatelů sociálních služeb, minimálních standardů kvality sociálních služeb a jejich kontroly ze strany nezávislé inspekce a v neposlední řadě i zpracování a realizace komunitních plánů sociálních služeb na různých úrovních.“ (Pilát, 2015, s. 14)

Zákon 108/2006 Sb. dále stanovuje základní činnosti při poskytování sociálních služeb:

(1) „Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,
- e) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- f) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- g) základní sociální poradenství,
- h) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- i) sociálně terapeutické činnosti,
- j) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- k) telefonická krizová pomoc,
- l) nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- m) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

(2) Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí právní předpis.

(3) Fakultativně mohou být při poskytování sociálních služeb zajišťovány další činnosti.“ (s. 1267)

„Se stárnutím společnosti roste rozpočet nejen práce neschopných osob, ale i těch, kteří ztrácí psychickou a duševní kapacitu. S tím souvisí růst potřeby zdravotních a sociálních služeb různého typu.“ (Tomeš, 2010, s. 230)

Matoušek a kol. (2012) uvádí, že sociální služby zpravidla nepatří k výnosným obchodům, které přinášejí poskytovatelům velký zisk. Motivem k jejich provozování bývá hlavně filantropie.

„Filantropia – ľudomilnosť, dobročinnosť; úsilie alebo inklinácia k zvýšeniu blahobytu a prosperity ľudstva prostredníctvom dobročinnnej pomoci ale poskytovaním darov.“ (Laca, 2016, s. 397)

Zrubáková, Bartošovič a kol. (2019) uvádí, že sociální služby můžeme chápat jako nástroj, způsob, metodu sociální politiky a praktického prosazování zájmů společnosti ve vztahu k lidem závislým na pomoci. V zahraniční literatuře se setkáváme i s pojmem humanitní služby.

Kalvach a kol. (2019) uvádí, že v současné době se věnuje velká pozornost zavádění paliativní péče do pobytových zařízení sociálních služeb – tedy v domovech pro seniory, v domovech se zvláštním režimem (pro osoby s poruchami chování, především pro starší lidi s pokročilým syndromem demence) či v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

„Základní myšlenka je jasná. Pro lidi zde žijící se ústavní prostředí stalo jejich „přirozeným prostředím.“ Proto zde také např. nefunguje „ústavní“ lékař, ale dochází praktický lékař z okolí, respektive uživatelé pobytové služby mají právo na svobodnou volbu kteréhokoliv praktického lékaře. Proto by též měli mít právo na pokojnou smrt ve svém přirozeném prostředí, kde se mnohdy skutečně cítí být doma, aby nedocházelo k dříve častým alibistickým dystanatickým odvozům „k umření“ do nemocnice.“

(Kalvach a kol., 2019, s. 38)

Jak uvádí Matoušek a kol. (2012) v některých nemocnicích se v současnosti zavádějí systémy tzv. návratné péče. Členem týmu je i sociální pracovník, který vyhodnotí do jakých podmínek je klient schopen se vrátit a celkově se snaží jeho situaci komplexně řešit. Tím by se mělo zabránit tomu, aby se pacient musel kvůli zanedbání doléčení, rehabilitace, sebeobsluhy či nevhodným podmínkám života znovu vracet do lůžkového zdravotnického zařízení. Dále se v některých nemocnicích zavádí i tzv. řízené návštěvy, během nichž pracovníci komunikují s členy rodiny, a podává jim návody, jak zvládnout péči o seniora po návratu do jeho přirozeného prostředí (zacvičení i v potřebných rehabilitačních a pečovatelských úkonech, postupech aktivizující psychické funkce).

Kalvach a kol. (2019) formuluje základní principy při poskytování paliativní péče domácích, následných a dlouhodobých zařízení péče o umírající. Je na místě dodržovat základní principy, s nimiž by se měl personál ztotožnit, než si začne osvojovat odborné paliativní dovednosti.

„K těmto principům řadíme především následující:

1. Smyslem paliativní péče je i v zařízeních domácí, následné a dlouhodobé péče zkvalitnit závěr života, nikoliv zkrátit umírání.
2. Umírající lidé potřebují vztahově chráněný prostor, aby byli sami sebou.
3. Vysokou prioritou je empatická komunikace a kontakt s rodinou.
4. Umírání nevylučuje kauzální léčebné intervence komplikací a náhodných zdravotních problémů.
5. Očekávané umírání a paliativní péče nevylučují zanedbání péče.
6. Eutanazie je v ČR nadále nelegální, nepřijatelná a trestná.
7. U kompetentního člověka nesmí být paliativní péče s odstupováním od některých intervencí aplikována bez jeho souhlasu (nutný informovaný souhlas, a to nikoliv paušální, ale konkrétní k danému výkonu).
8. Každý pacient v paliativní péči musí mít svého odborně, eticky a právně zodpovědného ošetřujícího lékaře.
9. V zařízeních dlouhodobé/následné péče ani v ústavech sociální péče, ani při poskytování domácí péče nesmějí vzniknout „bezlékařská ghetta“, kde by umírající pacienti v „paliativním režimu“ byli v primární zodpovědnosti nelékařského personálu, který by určoval strategii přístupu včetně potřeby kontaktu s lékařem a lékařské intervence obtíží. (byla by to nepřijatelná diskriminační demedicinace, která nemá nic společného se žádoucí demedicinací ve smyslu podřízení dlouhodobé zdravotní péče kvalitě života a přirozeným životním rolím i podmínkám).
10. Mimořádnou pozornost a opatrnost vyžaduje indikace paliativní péče u jiných než onkologických pacientů.
11. Zvláště u křehkých geriatrických pacientů péče kolísá mezi paliací a animací.
12. Vysokou prioritou jsou důstojnost a přání umírajícího člověka a jejich plnění i spokojenost s náplní bdělého času.
13. Lidé v bezvědomí, ve vegetativním stavu mají právo na dlouhodobou kvalitní péči.
14. Je nutno rozlišovat mezi dlouhodobým ošetrovatelstvím a paliativní péčí nezadržující přirozený průběh závěrečné fáze neléčitelné choroby.
15. Informace o pacientech v paliativním režimu musejí být alespoň jednou týdně probírány na sezení multidisciplinárního týmu posilujícího advokacii pacienta.
16. O pacientech v paliativním režimu musí být v ústavu či agentuře domácí péče veden samostatný přehled.

17. Program zavádění paliativní péče v LDN, v jiných ústavních zařízeních i v domácí péči musí být konstruován, vysvětlován a „jištěn“ tak, aby byl bezpečný i v nejhorším ještě přijatelném zařízení daného typu s minimálním povědomím personálu o povaze paliativní medicíny (nepodkročitelné minimum kvality péče) – nesmí optimisticky předpokládat obecně optimální znalosti personálu ani optimální provozní a kontrolní mechanismy.
18. Paliativní péče v LDN vyžaduje úhradovou podporu paliativního (hospicového) lůžka s navýšenou režíí a paušálem.
19. Cílevědomá paliativní péče v LDN či home care není totéž, co náhodné umírání v LDN či v home care.
20. Nezbytnou podmínkou paliativní péče je pečlivá paliativní dokumentace s etapovými analiticko-syntetickými epikrízami a s pravidelnými záznamy lékaře. (Kalvach a kol., 2019, s. 36)

Jak uvádí Student, Mühlum, Student (2006) hospice mají za úkol lidem nabídnout pomoc a podporu, kterou v tu dobu nejvíce potřebují. Na druhou stranu si hospice musejí uvědomovat hranice svých možností, aby všeobecně nevzbuzoval nesplnitelná očekávání. Proto je nutné od počátku vytvořit vhodná kritéria pro přijetí do tohoto typu zařízení, či druhu péče. Osvědčila se následující tři pravidla, která jsou věcná i praktická:

1. Člověk trpí jedním ze čtyř druhů nemocí:
 - a) onkologickým onemocněním s metastázami (pokročilými i po léčbě),
 - b) infekčním onemocněním AIDS,
 - c) konečným stavem chronického onemocnění srdce, ledvin, jater nebo plic.
2. Lze už určit konkrétní, individuální příčinu smrti (např. selhávání srdce, ledvin, dýchání či již nevléčitelná otrava krve...)
3. Dotyčný, jeho rodina a ošetřující lékař znají a schvalují princip hospicové péče a terapie. Nepřejí si už další vyšetření a další způsob léčby a souhlasí s tím, že další zacházení s pacientem bude soustředěno na zmírnění doprovodných obtíží (pacientovi nebude podávána výživa proti jeho vůli, umělé dýchání ani trvalá infuzní léčba).

„Kritéria pro přijetí většinou vylučují lidi s dlouhodobým onemocněním, vedoucím ke smrti. Pravidlo, o kterém je třeba vést diskuzi, ovšem ukazuje meze hospice. Odráží se rovněž v ambulantní péči o umírající. Ta je možná v takovém případě, kdy alespoň jedna osoba převezme odpovědnost za péči. Osamoceni lidé jsou většinou odkázáni na stacionární hospic.

To je zapotřebí zdůraznit, jelikož těžiště všech hospiců spočívá v ambulantní práci, umožňující co největšímu počtu lidí zemřít doma.“ (Student, Mühlum, Student, 2006, s. 41)

„První rozsáhlejší pokus o výzkum stavu péče o umírající v České republice byl uskutečněn v letech 2003–2004 občanským sdružením Cesta domů v rámci projektu financovaného Open Society Fund Praha. Tento výzkum na jedné straně ukázal, že kvalitní paliativní péče v České republice existuje a že pro její další rozvoj byly již v některých oblastech vybudovány solidní základy; na druhé straně však potvrdil, že z celkového pohledu je úroveň poskytované péče velmi neuspokojivá až alarmující.“ (Sláma, Špínka, 2004, s. 14)

Svatošová (2019) uvádí kolik je hospiců v české republice. Lůžkových hospiců je zatím osmnáct, schází už jen na Vysočině. Bylo mnoho schopných iniciativ zdola, ale nikdy nezískaly podporu od shora. U domácích hospiců se nedá mluvit o síti, ale o ostrůvkách, které jsou někde četnější, jinde řidší. Naštěstí vznikají další, a další vznikat budou, navzdory všem překážkám.

2.3 Sociální pracovník v hospicu

„Sociálny pracovník, jako persona je prvým krokom v štruktúre sociálnej práce prostredníctvom, ktorého sa sociálna práca dostáva ku klientom v sociálnom prostredí. Je hlavným prostriedkom v sociálnej práci, keďže on je rozhodujúcim faktorom v práci s klientom a od neho závisí intervenčné pôsobenie v rámci klientov. Sociálny pracovník je tým odborníkom, ktorý má pomáhať ľuďom, ktorí sa ocitli v nepriaznivej sociálnej situácii. Môžeme teda konstatovať, že sociálny pracovník uskutečňuje sociálnu prácu v praxi. Tória sociálnej práce uznáva túto skutočnosť a definuje sociálneho pracovníka.“ (Laca, 2016, s. 329)

Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách uvádí, že „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.“ (s. 1285)

Zákon 108/2006 Sb. přesně definuje, jaké vzdělání musí sociální pracovník absolvovat k výkonu povolání sociálního pracovníka:

- a) „vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci

a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,

- b) vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu,
- c) absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena v písmenu b).“ (s. 1285)

Dále je v zákonu uvedeno další vzdělávání sociálního pracovníka a jeho formy vzdělávání.

- 1) „Zaměstnavatel je povinen zabezpečit sociálnímu pracovníku další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci. Pokud pracovní poměr sociálního pracovníka u téhož zaměstnavatele netrvá celý kalendářní rok, činí rozsah dalšího vzdělávání jednu dvanáctinu částky rozsahu uvedeného ve větě první za každý kalendářní měsíc trvání pracovního poměru. V případě nepřítomnosti v práci v rozsahu delším než jeden kalendářní měsíc se rozsah dalšího vzdělávání krátí o jednu dvanáctinu celkové částky rozsahu. Povinnost zabezpečení dalšího vzdělávání se nevztahuje na zaměstnance ve zkušební době.
- 2) Formy dalšího vzdělávání jsou:
 - a) specializační vzdělávání zajišťované vysokými školami a vyššími odbornými školami navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka,
 - b) účast v kurzech s akreditovaným programem,
 - c) odborné stáže,
 - d) účast na školicích akcích,
 - e) účast na konferencích.“ (s. 1285)

Matoušek (2012) poukazuje na sociální práci, jako na vědu i umění. Uvádí, že osobní předpoklady sociálního pracovníka, hlavně jeho talent a tvořivost jsou základem při výkonu svého povolání. Bez vzdělání a kultivace svého talentu však sociální pracovník nevystačí. Dnešní komplikované společenské poměry vyžadují odbornou přípravu, co možné nejvyšší kvality.

Laca (2016) uvádí několik osobnostních předpokladů, kterými by měl sociální pracovník v dnešní době disponovat, aby mohl kvalitně odvádět svou práci.

1. Osobní motivace a zájem pro vykonávání této náročné profese.
2. Znalost nástrojů sociální politiky při konání sociální práce, která je směřovaná k práci s jeho cílovou skupinou. Je nutné znát nástroje legislativy, podle které může pomoci danému klientovi.
3. Znalost metod a forem sociální práce pro optimální a efektivní zvládnutí své práce s klienty. Sociální pracovník musí vědět, jaké jsou metody sociální práce, jak na klienta působit a jaké postupy na něj uplatnit.
4. Znalost průběhu fyziologických procesů, které se odehrávají v biologickém celku osobnosti klienta.

„Pokud jde o pacienta jako o individuum, sociální pracovník zpracovává přehled o jeho potřebách a situaci, participuje na vypracování plánu péče, vedle toho přímo pomáhá pacientovi naplňovat některé psychické a sociální potřeby, případně koordinuje činnost dobrovolníků. Může se angažovat i v zajištění péče o klienta domácí zvířata.“ (Matoušek a kol., 2007, s. 90)

Kopřiva (2013) zmiňuje angažovaného a neangažovaného pomáhajícího pracovníka, kde naráží i na působení práce sociálního pracovníka.

Angažovaný pracovník - pomáhající profese má svou velkou přitažlivost a proto se stává, že pracovník dává přednost menšímu zisku pro pomáhání lidem, které vnímá nepochybně jako smysluplnou činnost. Sociální pracovník se zabývá důležitými životními problémy konkrétních lidí, a pokud se jeho práce daří, má uspokojivý pocit. Proto tato práce patří k těm, které člověka nadchnou, které jsou s to angažovat pracovníka celého.

Neangažovaný pracovník – pojímá svou práci spíše jako výkon svěřených pravomocí bez osobního zájmu o klienta. Leckterý sociální pracovník považuje za svůj úkol kompetentně odpovídat na dotazy předložené občanem či institucí a nestojí o to, aby se případně stal opěrným bodem pro klienta nebo rodinu, kteří si nevědí rady se svými stávajícími problémy.

Je důležité, zde poukázat i na vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem, kterým se ve své knize zabývá autor Kopřiva (2013). Uvádí, že vztah ke klientovi je podstatnou složkou tohoto povolání. Sociální pracovník se často setkává s lidmi v nouzi, v závislém postavení, kteří potřebují více než pouhou slušnost, tedy přijetí, spoluúčast, porozumění a pocit, že nejsou pracovníkovi na obtíž a nemá potřebu je odsuzovat.

Jak uvádí Laca, Dancák, Laca (2011) každé slovo, které se poví budoucímu klientovi sociální služby, ovlivňuje jeho celkové prožívání a jednání. Důležitý je způsob, s jakým se s klientem komunikuje. A to z důvodu respektování individuálních projevů celkového prožívání klienta, je potřebná vhodná sociální komunikace sociálního pracovníka, ale také ošetřujícího a zdravotnického personálu s klientem.

„Sociální pracovník při výkoně svých pracovních úloh v hospici nutně potřebuje vedieť správne kominukovať s klientom. Komunikácia je jedným z najdôležitejších článkov paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Aby sociální pracovník mohol viesť rozhovor s pacientom, musí, mať určité vedomosti a praktické skúsenosti v tejto oblasti. Komunikácia môže byť úspešná a efektívna len vtedy, keď sociální pracovník bude zohľadňovať konkrétne biologické, psychické, duchovné a sociálne potreby klienta.“ (Laca, 2013, s. 186)

„Kdybychom dnešním studentům mohli vštípit úctu k vědeckému poznání a technickému pokroku současně s uměním a vědou mezilidských vztahů, s principy humánní a komplexní péče o pacienta, byl by to výrazný krok správným směrem. Kdyby věda a technika nebyly zneužívány ke stupňování destruktivnosti a k pouhému prodlužování života namísto jeho zlidšťování, kdyby vědecký pokrok poskytoval více času a prostoru pro individuální mezilidský kontakt, a nikoli naopak, dalo by se říct, že žijeme v báječné společnosti.“ (Kübler-Ross, 2015, s. 27)

Dobříková-Porubčanová a kol. (2005) uvádí, že samozřejmostí při prvním kontaktu s umírajícím je, aby se sociální pracovník představil, seznámil ho s jeho funkcí, kterou v hospicovém zařízení zastává. Pokud je klientovi funkce sociálního pracovníka méně známá, je nutné blíže popsat, v čem konkrétně bude jeho pomoc spočívat a sdělit jak často se budou setkávat. Zároveň je důležité říci, kde klient sociálního pracovníka v hospicovém zařízení vyhledá a nakonec vždy nechat nemocnému prostor pro jeho otázky.

Profesoři Student, Mühlum, Student (2006) zmiňují konkrétní rysy sociální práce v paliativní péči v České republice a zaměřují se na pracovní náplň, která vychází především z výkonu této profese v lůžkových hospicích. Do náplně práce sociálního pracovníka v hospicové péči patří nejčastěji tyto úkoly:

1. **„Informační a poradenská služba** – sociální pracovník bývá mnohdy tím, s kým kdokoliv nově přichází či telefonující přijde poprvé do kontaktu, zprostředkovává tedy základní informace a prezentuje hospic vnějšmu okolí. V českém prostředí je zvykem, že sociální pracovník přijímá a eviduje žádosti o přijetí případných zájemců, a proto také poskytuje první informace o nabízené péči. Sociální pracovník je ten,

který informuje žadatele o přijetí či nepřijetí k pobytu v hospici a domlouvá podrobnosti příchodu, případně funguje jako poradce, jaké jiné možnosti v daném regionu nemocný a jeho rodina má.

2. **Kontakt s přijatým pacientem a s jeho rodinou, s každým zvlášť i společně** – tato bezprostřední pomoc pacientům a jejich rodinám by měla tvořit největší díl sociální práce v hospici, přičemž v českém prostředí je často umenšena kvůli administrativním povinnostem spadajícím na hlavu sociálního pracovníka. Začíná vstupním sociálním šetřením, od kterého se pak odvíjí následná intervence. Ve druhé řadě jde sociálnímu pracovníkovi o to identifikovat a posoudit konkrétní problémy a potřeby sociální, finanční a praktické, ve spolupráci s nemocným a jeho rodinou stanovit priority a navrhnout následné varianty řešení. Je-li nemocný a rodina ve fázi, kdy jsou schopni připustit blízkost smrti, mohou se vynořit specifické potřeby spojené s vyřízením praktických věcí, jako např. sepsání závěti, převod majetku, zvláštní přání ohledně pohřbu či hrobu.
3. **Péče o pozůstalé** – domníváme se, že v českém prostředí je ve shonu hospicové práce tento úkol (opět jeden z důležitých součástí sociální práce) lehce opomíjen, anebo poskytován na individuální bázi, podle toho, zda se pozůstalí se svými problémy sami ozvou či ne. V některých českých hospicích se pořádá každoroční setkání pozůstalých rodin, které je příležitostí pro připomenutí si zemřelých a období, kdy jim hospic společně s příbuznými poskytoval péči.
4. **Práce s dobrovolníky** – v českém prostředí bylo dobrovolnictví v polovině 90. let 20. století často vnímáno jako čiré bláznovství. Z literatury o hospicích ve Velké Británii, Spojených státech amerických nebo Rakousku bylo známo, že tito dobrovolníci, kteří zdarma pomáhají pečovat o umírající i jejich příbuzné, tvoří důležitou součást hospiců, ale představa, že by něco takového mohlo fungovat i tady, se zdálo ze začátku poměrně komplikované, ne-li nemožné. Díky propagaci dobrovolnictví neziskovými organizacemi, které se jím zabývaly, se postupně vytvořil systém umožňující zařadit dobrovolníky do práce v hospicích. Sociální pracovník bývá většinou tím, kdo jejich práci koordinuje nebo alespoň spolupracuje s koordinátorem dobrovolníků, vytváří spojkou mezi nimi a hospicem a ve spolupráci s ostatními zdravotnickým personálem navrhuje, kdo z pacientů by přítomnost dobrovolníka nejvíce potřeboval.
5. **Spolupráce s ostatními členy týmu** – sociální pracovníci se účastní pravidelných setkání multidisciplinárního týmu, kde zástupce každé pečující profese přispívá svým pohledem na situaci a problém konkrétního nemocného. Tato setkání, jsou-li dobře

vedena a přijímána, mohou mít velký přínos pro vyjasnění individuálních potřeb nebo důvodů chování nemocných a jejich příbuzných.

6. **Administrativa** – přestože se administrativní práce nevyhne řadě profesí a nepochybně je nezbytnou součástí práce, čeští sociální pracovníci jsou mnohdy postrkováni do úkonů, které jim ubírají čas pro to, co je v hospicové péči podstatné. Za nejvíce omezující povinnost lze považovat administraci plateb za pobyt od pacientů a příbuzných, kompletaci chorobopisů nebo odesílání lékařských zpráv. Tyto úkony udržují v trvání stereotyp sociálního pracovníka jako úředníka. Tato administrativa jednoduše do sociální práce nepatří a je výzvou do budoucna jak pro představitele vedení hospiců, tak pro samotné sociální pracovníky, aby byly podniknuty kroky, které je zbaví této povinnosti.“ (Student, Mühlum, Student, 2006, s. 11)

Jak uvádí Kalvach (2019) sociální pracovník sehrává i významné poslání při aktivizaci rodinného kruhu a přátel nemocného a při zprostředkování respitních služeb tak, aby péče mohla být dlouhodobá a neležela pouze na jednom členu rodiny. V ústavech právě často sociální pracovník podporuje kvalitu stráveného času, kdy je pacient bdělý, zajišťuje drobná přání a animaci i advokacii jeho života.

Podle doktorky Svatošové (2008) je hlavní úlohou sociálního pracovníka v paliativní a hospicové péči:

- a) seznámit s potřebami klienta a jeho rodiny – zhodnocení potřeb sociálních, praktických, finančních a v první řadě emočních,
- b) vytvořit optimální podmínky umírajícímu, jeho rodině, aby mohli vyjádřit své pocity
- c) posoudit sílu a schopnost klienta, jeho rodiny a zvládnout nynější situaci, doporučit vhodný způsob pomoci,
- d) všimnout si nejvíce zranitelných zúčastněných osob – závislých dětí, adolescentů, starších příbuzných apod.,
- e) pomáhat rodině překonávat komunikační bariéru, snažit se urovnat konflikty a hlavně dobře využít čas, který ještě nemocnému zbývá,
- f) pomáhat všem, které nynější stav jejich blízké osoby zasáhl se přizpůsobit nové situaci a průběžně pomáhat se vyrovnávat s neustále se měnící situací umírajícího,
- g) být spojkou mezi rodinou, blízkými a v případě potřeby se zaměstnavateli a učiteli,
- h) spolupracovat s jinými organizacemi a zohledňovat potřeby klienta a osob, které pečují, pomáhat s pobíráním státních dávek, na které ze zákona mají pečující nárok,

- i) zabezpečit potreby pozůstalých a zprostředkovat jim pomoc okolí či doporučit následné služby k vyrovnávání se z jejich ztráty.

Dobříková-Porubčanová a kol. (2005) shrnuje práci sociálního pracovníka slovy – sociální pracovník spolupracuje s lékařem při výběru nemocného do hospicu, zajišťuje psychosociální anamnézu, stanovuje sociální diagnózu a uskutečňuje sociální terapii. Vede sociální dokumentaci klientů, poskytuje poradenství v sociálně-právních záležitostech klienta, jeho rodiny a spolupracuje s úřady a jinými institucemi v zájmu pacienta, jeho rodiny i daného hospicového zařízení. Dále sociální pracovník zprostředkovává kontakt klienta s blízkými, v případě potřeby zařizuje následnou péči či vykonává terénní sociální práci přímo v bydlišti klienta. Koordinuje kulturní aktivity pro klienty a zúčastňuje se vstupního pohovoru s dobrovolníky a je přítomen při jejich supervizích. V období po smrti klienta nadále udržuje s pozůstalými kontakt a poskytuje jim poradenství ohledně pohřbu.

Student, Mühlum, Student (2006) ve své knize také zmiňují vzdělávání sociálních pracovníků v paliativní a hospicové péči. Uvádí, že problematika umírání je ve výuce zařazena jen okrajově. Zásadním problémem proč tomu tak je, je nedostatek pedagogů, kteří by v této oblasti měli dostatek zkušeností a mohli by tak poskytnout i praktické znalosti. Stejně jako neexistují pevně stanovené hranice vymezující sociální práci v paliativní či hospicové péči, tak i specifické vzdělávání v této oblasti záleží hlavně na osobní iniciativě sociálního pracovníka.

„Studium odborné sociální práce splňuje část požadavků, není však pro hospicovou práci dostatečné. Proto je nepostradatelné příslušné další vzdělávání v paliativní péči obsahující:

- a) rozvoj schopnosti jednání a komunikace s umírajícími lidmi a jejich rodinami a rovněž schopnosti komunikace v týmu,
- b) rozvoj péče o klienty hospice a o sebe samého. Kdo se neumí postarat o sebe („péče o sebe“), tomu se bude hůře dařit péče o jiné. Tato starostlivost dovnitř i navenek může zároveň bránit infantilizaci klientů,
- c) supervizi zaměřenou na podporu pečujících samotných a na zlepšení psychosociální péče o nemocné klienty. Ta je doplněna o další opatření k překonání stresů a zabránění syndromu vyhoření,
- d) vypořádávání s vlastním smutkem a smrtelností jako jádro veškeré hospicové práce. Vyrovnávání s vlastními ztrátami je předpokladem doprovázení lidí, kteří právě takovou krizí vyvolanou ztrátou procházejí.“ (Student, Mühlum, Student, 2006, s. 119)

Největším přínosem pro sociálního pracovníka jsou odborné stáže v zahraničních hospicích, knižní tituly věnované smrti a umírání či jednorázové kurzy pořádané vzdělávacími institucemi zaměřenými na komunikaci s umírajícími a jejich rodinami a v neposlední řadě představuje jeden ze zdrojů čerpání a doplňování vědomostí kontakt s výraznými osobnostmi paliativní péče v České republice.

Svatošová (2008) uvádí, že našimi největšími učiteli jsou právě umírající klienti. Každý klient je jedinečný, neopakovatelný a každý jinak umírá. Od každého umírajícího se můžeme něčemu naučit i přesto, že nám může dát pořádnou lekci. Často nás však klient dokáže skutečně obdarovat, jen je třeba si to uvědomit už teď. Nakonec největší zisk z toho budeme mít my sami, až budeme umírat.

3 Klienti hospicové péče

Tato kapitola se nejprve zabývá činností sociálního pracovníka s klienty hospicové péče. Jsou zde popsány významné metody pro sociální práci a vybrané terapeutické směry pro práci s danou cílovou skupinou. Také v první podkapitole uvádím klienta hospicové péče, jeho indikaci pro přijetí do tohoto typu zařízení, první kontakt s klientem a další návaznou práci dle jeho individuálních potřeb. Ke konci se zabývám dalšími konkrétními metodami práce s klientem hospicové péče, které pomáhají od úlevy aktuálního fyzického a psychického stavu.

Dalším důležitým obsahem této kapitoly je práce s pečujícími osobami, ať už jsou to rodinní příslušníci, blízké osoby klienta či pracovníci hospicové péče. Zaměřuji se na podporu rodiny a blízkých, na sebehygieny pečujících a možné formy péče o vlastní osobu. Zmiňuji zde okrajově i syndrom vyhoření, který je při pečování o umírajícího blízkého či klienta častým zdrojem nechtěného selhání péče a podpory v tak zátěžovém prostředí.

Jako poslední téma je Etika, která je naprosto stěžejní v poskytování domácí hospicové péče či institucionální hospicové péče terminálně nemocným lidem. Důstojnost do poslední chvíle života je základem kvalitní poskytované péče a je proto na místě ji neustále vyzdvihovat a nezapomínat na její důležitost. Nastiňuji také myšlenku eutanazie, která je bohužel i doposud pro některé lidi přípustná. Základní myšlenka etiky a její dodržování by měla být přirozenou součástí každé lidské bytosti, je třeba ji neopomíjet a uvést v mé diplomové práci nejen jako pouhá slova, ale uvést ji v život.

3.1 Práce sociálního pracovníka s klienty hospicové péče

„Sociální práce je – jako ostatní společenskovední obory – multiparadigmatická. Nepřevládlo v ní jediné pojetí, ale vedle sebe existují různé, více či méně příbuzné přístupy.“ (Matoušek a kol., 2012, s. 200)

Dle Lacy (2016) originalita sociální práce nespočívá jen v její prvotní teorii, ale ve zvláštním způsobu jejího využití v praxi. Osobitost použití teorií v oboru sociální práce je především v její přímé adaptaci při řešení potíží jednotlivých klientů, skupin a komunit. Pro také v sociální práci dochází v teorii a v přímé práci k dotváření teorií, které umožňují vnímat klienta jako celistvou bytost zakotvenou v sociálním prostředí.

Významné teorie pro sociální práci s klienty

Matoušek (2012) uvádí několik významných teorií pro práci sociálního pracovníka s klienty:

- 1) **Psychoanalýzu** - v sociální práci se díky ní vytváří prostor pro hledání teoretických konceptů, které projasňují praxi v oboru. Psychoanalytická terapie ukazuje význam terapeutického vztahu v sociální práci, přináší tolerantní a otevřené naslouchání oproti tradičnímu direktivnímu a moralizujícímu vedení rozhovoru. Povzbuzuje zájem o vysvětlení osobnostní dynamiky chování klienta.
- 2) **Humanismus a existencialismus** – v rámci teorií sociální práce jsou oba směry nazírány jako humanistické. Tyto směry se soustřeďují na člověka jako na autonomní bytost, která má za všech okolností hodnotu. Zaměřují se na vnitřní svět klienta než na bezprostřední chování. Často je kladena otázka smyslu života či vztahu života k transcendentálním oblastem.

Úkolem takto orientovaného sociálního pracovníka je pomáhat klientům:

- a) v reflexi sebe samých,
 - b) v odhalování významů prožívané či problematické situace může mít,
 - c) v pochopení, jak jejich interpretace světa a zkušeností na ně zpětně působí.
- 3) **Sociálně psychologické a komunikační modely** – klade se zde důraz na vytváření vztahů mezi lidmi a modifikování vztahů v rozmanitých sociálních situacích. Při práci sociálního pracovníka se řeší otázky identity, stigmatizace, skupinového chování, teritoriality, sociální a osobností změny. Sociálně psychologické modely sociální práce mají blízko ke kognitivním, fenomenologickým a existenciálním směrům.
 - 4) **Systematický přístup** – v současnosti jedním z hlavních trendů v humanitních oborech, tedy i v sociální práci s klienty. Přínos spočívá hlavně v tom, že je ucelený a vědecky podložený v pohledu na člověka a společnost. Tento přístup je založený na tezi, že sociální pracovník je vždy součástí procesu pozorování a ovlivňuje jeho výsledky.

Zásadní etické důsledky tohoto pojetí uvádějí, že:

- a) každý člověk je plně zodpovědný za to, jaký svět vytváří a nabízí ostatním (klientům, rodině, přátelům...) ke sdílení,
 - b) každý z nás potřebuje ostatní lidi a jejich světy pro upevnění vlastního světa,
 - c) Nejde-li se opřít o objektivní realitu jako zdroj jistoty, správnému výkladu událostí a jevů, objevuje se naléhavá potřeba přísné reflexe našeho vlastního jednání.
- 5) **Kognitivně-behaviorální terapie** – zaměřuje se na konkrétní chování člověka/klienta v kontextu jeho prostředí. Nezabývá se vnitřními motivy/příčinami chování. Chováním se zde rozumí všechny aktivity organismu, které na sebe berou rozmanité podoby:
 - a) fyziologické projevy - pocení, bušení srdce...,

- b) emocionální projevy - hněv, zlost, strach....,
- c) kognitivní procesy - očekávání, vnímání....,
- d) motorické projevy - gestikulace, chůze, běh....

Hlavní pojem je učení, které probíhá na základě klasického podmiňování. To znamená, že se organismus může na určité stimuly naučit odpovídat reflexními reakcemi. Model klasického podmiňování se rozšířil na model operativního podmiňování, tzn., že si osvojujeme a uchováujeme takové chování, které vede k příjemným následkům. Cílem terapie je změna chování, které brání klientovi v úspěšném a samostatném fungování.

„Je jisté, že sociální práce je dobře vybavená pro administrativní a organizační úkoly. To ji činí nepostradatelnou pro organizaci a provoz, pro otázky nákladů a přechodů pacientů do hospice, pro sociální právo, fundraising a jiné formy administrativních záležitostí. Rovněž důležitá je její psychosociální profesionalita, která nikde jinde nemá centrální postavení. K psychosociální kompetenci v užším smyslu náleží schopnost vytváření sociálních vztahů (sociální kompetence), komunikace ve ztížených podmínkách (kompetence pro vedení rozhovoru), sociální kreativita a různé pracovní formy (metodická kompetence), objevování zdrojů a propojení nabídek pomoci (propojovací kompetence). Nabídka sociální práce, tedy odborný přístup k umírání, smrti a smutku, znamená trojí:

- a) odbornost v teorii, vzdělání a praxi,
- b) být umírajícím a truchlícím lidem blízko, doprovázet je a přímo či nepřímo je podporovat,
- c) zastupovat tento étos na veřejnosti (Student, Mühlum, Student, 2006, s. 156)

Jak dále autoři (2006) uvádějí, silná stránka sociálního pracovníka spočívá hlavně ve spojení pracovních způsobů orientovaných na klienta a prostředí. Jeho potřeba je vnímat a přijímat celého člověka v jeho konkrétní životní situaci. K profesní identitě náleží také sociální práce zaměřená na vztahy, psychosociální kompetence a snaha o sociální spravedlnost.

Marková a kol. (2021) uvádí, že kvalifikovaný sociální pracovník v hospicové péči dává nemocnému, co největší prostor a maximálně respektuje jeho přání a potřeby. Poskytuje sociální, psychickou, duchovní podporu, pravdivou a citlivou komunikaci a poskytuje celostní doprovázení umírajícího i jeho rodiny.

Vybíral (2009) zdůrazňuje, že je nutné navázat nejenom profesionální vztah ke klientovi, ale i vztah osobní, lidský, účastný. Pracovník v pomáhajících profesích nemůže

dostatečně humánně a léčivě pracovat s „diagnostickou kategorií či případem“, musí mluvit s člověkem.

Klient hospicové péče

„Nemoc a bolest představují pro mnoho pacientů ohrožení jejich obvyklého způsobu života a ohrožení základních hodnot, na kterých dosud stavěli svou sebeúctu. Mezi hlavní formy tohoto ohrožení řadíme ohrožení efektivitu, hrozbu izolace, ztráty lásky, tělesných funkcí, částí těla, racionality, hrozbu trvalé bolesti a eventuelně i hrozbu smrti.“ (Janáčková, 2007, s. 71)

Hoff, Trovato, Kitsakos (2023) uvádí, že při přezkoumání kvality poskytované hospicové péče bylo klíčovým zjištěním, že je vyšší úroveň spokojenosti klientů s hospicovou péčí. Ale také jejich rodinami což koreluje s kvalitní komunikací, pohodlím a podporou klientů.

Svatošová (2018) uvádí, že indikace pro přijetí klienta do hospicové péče je daná především charakterem a pokročilostí jeho onemocnění. Léčba, které směřovala k uzdravení či pozastavení nemoci je neúčinná, nemoc pokračuje a pacienta ohrožuje na životě. Další podmínkou je potřeba naordinování paliativní medicíny, která odstraní nebo aspoň zmírní fyzickou, duševní, sociální a duchovní bolest. V neposlední řadě je stejně důležitá podmínka jako ty předchozí. Pro pacienta už není nutná hospitalizace a i přes důkladné vysvětlení ji odmítá na což má samozřejmě právo. Poslední podmínka v případě lůžkového hospice je, že není možná domácí péče.

„Chorý sa dostane do hospicu na základe vlastnej žiadosti, ktorej súčasťou je aj slobodný informovaný súhlas pacienta. Chorý musí vedieť, že v hospici bude pokračovať paliatívna liečba, ale nemôže očakávať liečbu, ktorá sa ukázala jako neefektívna a neúčelne zaťažujúca.“ (Dobříková-Porubčanová a kol., 2005, s. 199)

Dále autorka Dobříková-Porubčanová a kol. (2005) uvádí, že sociální pracovník navrhuje podle sociální situace budoucího klienta případné snížení a ve výjimečných případech zproštění platby pacienta za poskytování hospicové péče. Toto může nastat, pokud je sociální pracovník důkladně seznámen se sociální situací žadatele.

Laca (2016) zmiňuje, že při prvním kontaktu a na začátku vzájemné spolupráce mezi sociálním pracovníkem a klientem je stěžejní pozornost, kterou dává sociální pracovník najevo klientovi, že ho vidí a vnímá. Pozorností během komunikace vytváříme a prohlubujeme vztah s klientem. K neúčinnějším zásadám pro získání pozornosti patří pozorné vnímání klienta i jeho rodiny, oslovení jmény všech zúčastněných a rozmanitý projev. Tyto zásady je třeba mít vždy na paměti po dobu celého vztahu s klientem.

Svatošová (2008) uvádí, že péče sociálního pracovníka o klienta by neměla být jen technikou, odborností, dovedností a rutinou, musí být nutně spojena s láskou. Tedy s laskavou péčí, která obnáší - návštěva klienta i přesto, že umírá; věřit v klienta, i když se už neuzdraví; trávit čas s klientem, který vám nemůže nikdy vrátit; klienta brát jako jedinečnou individuální osobu; vzpomenout si na maličkosti, které jsou klientovi milé; zajímat se o minulost a dokázat mluvit i o budoucnosti; nesoústředit se jen na nálady, které klient zrovna prožívá, ale na jeho osobu; smát se a být šťastný uprostřed své práce a hlavně cítit z pracovníka bezpečí a jistotu, že klient zvládne okamžik smrti, až přijde.

Metody práce s klienty hospicové péče

„Priorita potřeb klienta sa v priebehu choroby mení. Na začátku ochorovania sú v popredí záujmu pacienta potreby telesne, v terminálnom štádiu sú to okrem potreby zvládnuť bolesť, práve potreby duchovné.“ (Laca, Dancák, Laca, 2011, s. 304)

Matoušek a kol. (2007) uvádí, že kvalita života je koncept, který je v současnosti široce využívaný v pomáhajících profesích. Kvalita života směřuje k naplnění potřeb klienta, k realizaci osobních cílů a k naplnění smyslu života. Z tohoto hlediska je kvalita života velmi individuální záležitostí, sociální pracovník musí zohlednit tuto skutečnost a využívat metody práce, které jsou pro klienta v jeho situaci vhodné, přináší mu úlevu a zároveň ho naplňují.

Laca (2016) uvádí, že sociální pracovník s klientem uzavírá kontrakt (dohodu) o spolupráci, kterou se i ujišťuje, že klient souhlasí s plánem práce. Zároveň sociální pracovník volí nejvhodnější metodické postupy při práci s klientem. Při výběru metod a postupů je potřebné zvážit jednotlivé skutečnosti z pohledu nejen sociálního pracovníka, ale hlavně klienta.

Hauke (2011) uvádí rozhovor, jako stěžejní metodu práce sociálního pracovníka s klienty. Rozhovor - rozhovor je způsob komunikace s jednou nebo více osobami. Rozhovorem získáváme informace o názorech, postojích, přáních a obavách, informace o vnitřním životě klienta. Komunikaci rozlišujeme na verbální a neverbální.

- a) verbální komunikace – řeč, má bezprostřední vazbu na myšlení,
- b) neverbální komunikace – projev, ke kterému se nepoužívá řeč. Jedná se o vyjádření emocí, postojů, názorů, a to výrazem v obličejí, pohyby rukou, celého těla apod.

„Sociálny pracovník pri výkone svojich pracovných úloh v hospici nutne potrebuje vedieť správne komunikovať s klientom. Komunikácia je jedným z najdôležitejších článkov

paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Aby sociálny pracovník mohol viesť rozhovor s pacientom, musí, mať určité vedomosti a praktické skúsenosti v tejto oblasti. Komunikácia môže byť úspešná a efektívna len vtedy, keď sociálny pracovník bude zohľadňovať konkrétne biologické, psychické, duchovné a sociálne potreby klienta.“ (Laca, 2013, s. 186)

Jak uvádza Laca, Dancák, Laca (2011) efektívni komunikace s klientem hospicové péče vyžaduje zabezpečení vhodného prostředí, objasnění účelu rozhovoru, navození důvěry, schopnost čerpat informace, aktivně naslouchat a zároveň analyzovat verbální či neverbální projev klienta s empatickým přístupem.

Tolan (2006) uvádí, že empatie zahrnuje vnímání a komunikaci. Prvním krokem při rozvíjení empatické reakce je rozvoj vnímání. To znamená nejen naslouchat příběhu či obsahu sdělení, ale také hlavně pocitům a emocím. Empatie je skutečně účinná, pokud pracovník vnímá celou klientovu zkušenost včetně pocitů a emocí. Pracovník může silně cítit pacientovo utrpení, bolest ale také sám je může cítit v útrokách vlastního nitra.

Kopřiva (2013) zmiňuje zásadní bod při komunikaci s klientem a to je vyladění pracovníka pro rozhovor. Je potřeba se cítit klidný a odpoutat se od toho, co doposud dělal. Jedině tak se může spojit s tím, co se skutečně právě děje teď s klientem. Po ukončení rozhovoru s klientem je dobré nechat v sobě situaci doznít a nechat si proběhnout krátkou zpětnou reflexi.

„Je-li nám dán čas na opakovaná setkání, může se rozvinout opravdové přátelství, někdy až za hrob. Vždycky mi však musí zůstat volná kapacita i pro další pacienty. Mohu a musím své nemocné chápat a doprovázet, ale nemohu za ně žít jejich životy žít. Taky v sobě nemohu skladovat všechny problémy, stačí mi ty svoje. Pozorně je vyslechnu a v modlitbě odevzdám Bohu a spolehnu se, že se jich ujme.“ (Svatošová, 2018, s. 122)

„Psychoterapie je léčebná činnost, léčebné působení, specializovaná metoda, léčení nebo soubor léčebných metod, záměrné ovlivňování, proces sociální interakce.“ (Kratochvíl, 2017, s. 15)

Jak dále uvádí autor Kratochvíl (2017) psychoterapie je:

- a) léčebné působení psychologickými prostředky,
- b) léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii,
- c) působením, které má odstranit nebo zmírnit potíže a podle možností odstranit i jejich příčiny,
- d) v průběhu dochází ke změnám v prožívání a chování klienta
- e) psychoterapii provádí kvalifikovaná osoba.

Jak uvádí Sláma, Špinka (2004) moderní medicína, povzbuzena terapeutickými úspěchy, začala na tento stav efektivně reagovat až se značným zpožděním. Povědomí o potřebě a významu paliativní péče bylo totiž do značné míry zastíněno zaměřením medicíny na léčbu a uzdravení a velkými úspěchy, které toto zaměření přinášelo. Naděje, které tyto v mnohém ohledu slibné výsledky přinesly, totiž často vedly k tomu, že nebyly dostatečně hluboko reflektovány meze terapeutického zaměření, které tento vývoj přinesl.

Laca (2016) uvádí metodu sociální terapie, která rozlišuje více terapeutických přístupů. Sociální terapie je proces, který je založený na dynamické interakci mezi klientem a sociálním pracovníkem. V tomto procesu jde o formování názorů, přesvědčení, postojů, projevení citů a současné konání klienta.

Tolan (2006) upozorňuje na další důležitou metodu při práci s klienty, na terapii zaměřenou na osobu, která je naprostý základ, na němž stojí celý proces psychoterapie. Všichni v sobě máme aktualizací tendenci, onu sílu, která nás posouvá vpřed a směrem k tomu, co je dobré. Vše, co terapeut dělá, se soustředí na osvobození klientů, aby mohla účinněji působit jejich vrozená síla, jejich aktualizací tendence.

Matoušek (2008) zmiňuje, jako vhodnou terapii pro starší populaci logoterapii. Pomocí rozhovoru má klientovi znovu nalézt smysl života. Terapeut během rozhovoru rozebírá způsob, jakým klient svou potřebu smyslu naplňuje, a otevírá mu doposud nevyužité možnosti. Důraz je kladen na klientovu odpovědnost vůči daru života.

Zrubáková, Bartošovič a kol. (2019) uvádí, jako léčebnou intervenci u seniorů pomocí biblioterapie. Pomocí výběru vhodné knihy klient prožívá zážitky z minulosti, zkušenosti a transformuje je do současnosti, což zanechává silný emocionální prožitek. V biblioterapii má své prvořadé místo i bible. Tato kniha dává odpověď na mnohé obtížné otázky života. Bible je jako vzor empatie a sociálního chování nachází v terapii své místo pro vnímání a poznání smyslu prožívané náročné aktuální situace spojenou s nemocí a utrpením.

„Primární cíl biblioterapie se obvykle definuje v kontextu s hlavním záměrem psychoterapie – jak se adekvátně vyrovnat s těžkou životní situací, jak kompenzovat negativní změny v psychickém prožívání, jak zvládnout aktuální životní krizi apod. (Kováčová, 2018, s. 9)

Janáčková (2007) uvádí, že při terapii si neklademe maximalistické cíle, ale učíme pacienta bolest kontrolovat, ovlivňovat a dožít s ní. Cílem psychoterapie je – snížit intenzitu bolesti; dostat ji pod pacientovu kontrolu; naučit ho regulovat bolest; zvýšit toleranci k bolesti a naučit pacienta s bolestí žít.

Jak uvádí Kübler-Ross (2015) při poskytování psychoterapie s nevléčitelně nemocnými pacienty je nezbytná určitá zralost a je nutné mít prozkoumaný svůj postoj k otázce smrti a umírání. Sociální pracovník či jiný pracovník, který se zhostí role, se pokusí dát klientovi svými vlastními slovy či svým jednáním najevo, že neodejde, jakmile zazní zmínka o rakovině nebo umírání.

„V ústavech právě sociální pracovník podporuje kvalitu času, kdy je pacient bdělý, zajišťuje drobná přání a animaci i advokacii jeho života.“ (Kalvach a kol., 2019, s. 52)

Zrubáková, Bartošovic a kol. (2019) uvádějí, že důležitým úkolem pomáhajících pracovníků je podporovat klienty v pokračování aktivit, pokud je to samozřejmě ještě v jejich možnostech. Aktivity dávají pacientům pocit plnohodnotně stráveného dne i pocit smyslu života. Není rozhodující, zda jsou aktivity zájmové (čtení, poslech hudby, trávení času na zahradě zařízení apod.) či aktivity běžného života (hygiena, konzumace jídla, úprava lůžka apod.). Mezi úkoly pracovníků také patří asistence při doprovázení do společenských prostorů ve snaze zajistit kontakt s ostatními klienty za účelem předcházení pocitu opuštěnosti, osamělosti a zbytečnosti.

Jak uvádí Dobříková-Porubčanová a kol. (2005) klient potřebuje sociální kontakt s prostředím a je nutné, aby ho sociální pracovník seznámil se všemi možnostmi, kam se může v rámci zařízení podívat a kde trávit svůj volný čas. Pokud není v jeho silách někam dojet, je důležité zmínit klientovi, že na daná místa ho můžou pracovníci odvést na lůžku, pokud je to možné. V zařízeních jsou často společenské prostory, venkovní, zimní zahrady a také kaple.

Svatošová (2019) uvádí, že s pacienty během své praxe v hospicové péči měla spoustu nápadů na trávení jejich volného času. Chtěla schopnější pacienty vozit na výlety. K rychlému návratu do reality stačil první pokus. Nešlo to, protože hlavním důvodem byl nezájem pacientů. Mnoho z klientů ani nebylo v takovém zdravotním stavu, který by dovolil výlet absolvovat. Ani o stacionář neměli pacienti zájem, raději se později prostor za pomoci místních dobrovolníků využil k vybudování kavárny. Kavárna byla přístupná pacientům, jejich návštěvám i lidem z okolí. Na rozdíl od stacionáře se kavárna osvědčila. Kavárna svým civilním prvkem zpříjemňovala pobyt ve zdravotnickém zařízení, jímž hospic je a vždycky bude.

Dobříková-Porubčanová a kol. (2005) uvádí, že v sociální práci jsou znovu objevované metody psychologické či psychiatrické rehabilitace – ergoterapie, muzikoterapie, arteterapie. Hledají svoje místo nejen v klasické medicíně, ale také ve specifických zařízeních, jako je

i hospicová péče. Rozmanité rehabilitační metody mohou mít velmi příznivý vliv na umírajícího člověka, i když jejich formy a nástroje nejsou přesně vědecky podloženy. Za léčebnou metodu práce můžeme považovat jen tu, která zachovává bio-psycho-sociální a spirituální jednotu klienta a nezhodnocuje ani jednu z těchto částí.

Dobříková-Porubčanová a kol. (2005) popisuje stručný přehled vybraných rehabilitačních metod:

1. **Ergoterapie** – je individuální léčebná činnost předepsaná lékařem pro tělesné, smyslové nebo duševně nemocné klienty v každé věkové kategorii. Přiměřeně se využívá každé tělesné, duševní či jiné pracovní činnosti, které má za cíl směřovat k udržení, zlepšení aktuálního zdravotního stavu, duševní rovnováhy a k soběstačnosti klienta. Ergoterapie má také povzbuzující účinek pro udržení, znovuzískání ztracené síly, sebedůvěry nemocného a také odpoutává pozornost od nemoci a pesimistických myšlenek, které umírající často provázejí. Mezi nejpoužívanější postupy u nevládně nemocných pacientů se používá kondiční ergoterapie a výchova k soběstačnosti. Zbylé dvě oblasti, které jsou zaměřené na postiženou oblast a na pracovní zařazení postrádají u pacientů v terminálním stádiu význam. Důležité je při práci s klientem vytvořit příjemnou atmosféru, být vlídný, mít zájem, a pokud je tato metoda úspěšná, poznáme tehdy, když se klient na terapii hospicové péče těší.
2. **Arteterapie** – léčebná metoda uměním, včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarným uměním. Klient může být aktivní v činnosti (používání konkrétních tvořivých činností, jako je kresba, malba, modelování...) nebo pasivním příjemcem účinku (vnímání uměleckého díla vybraného s určitým terapeutickým záměrem) arteterapie. Cílem je lepší pochopení vlastního nitra, poznávání pocitů a jejich prožívání a v neposlední řadě vcítění do uměleckého díla. Celkové vnímání umění může u pacienta probudit životní sílu, duchovní rozměr, smutek a naději nejen v uměleckém díle, ale také u sebe. Formy arteterapie jsou individuální nebo skupinové. U klientů v terminálním stádiu se využívá spíše individuální a pasivní forma, což je při jejich zdravotním stavu pochopitelné z důvodu ochablých a slábnoucích tělesných i duševních sil.
3. **Muzikoterapie** – léčebná metoda hudbou, která je významná a nezastupitelná jinými metodami. Vyplývá z mnohostranného zaměření jejího obsahu a formy, působí prostřednictvím neohrazené umělecké řeči a svých výrazných prostředků, bez ohledu na věk, vzdělání, povolání, sociální příslušnost, národnost a nevyžaduje speciální přípravu příjemce. Specifickou vlastností hudby také je, že má schopnost

působit širokou paletou jednotlivých žánrů, druhů, volných forem bez zprostředkování, nevtíravě a přitom velmi individuálně. Hudba hluboce ovlivňuje emocionální, estetické percepce, oblast poznávání, etického cítění a konání člověka. Hudba cílevědomě působí na změnu somatických a psychických stavů klienta. Toto léčebné působení základních prvků hudbu proniká díky rytmu, melodii a harmonii až do hlubokých vrstev psychiky nemocného pacienta. Cílem je objektivně pomáhat zlepšit celkový stav terminálně postihnutých pacientů.

Janáčková (2007) uvádí relaxační techniky při práci s umírajícími pacienty:

Relaxace – spolu se správným dýcháním patří k neúčinnějším způsobům neutralizace negativních účinků stresu způsobeného bolestí. Zároveň tím dochází k celé řadě tělesných změn, které jsou zcela opačné oproti tělesným prožitkům, které vyvolávají bolest. Relaxace je psychofyziologický stav intenzivní regenerace organismu. Při práci s umírajícími pacienty využíváme následující způsoby relaxace:

- a) na bázi svalového uvolnění – masáže, akupresura, reflexní terapie,
- b) na bázi dechových cvičení – koncentrace na volný a přirozený průběh dechu, jógový dech,
- c) na bázi koncentrační metody – progresivní relaxace, autogenní trénink, meditace,
- d) na bázi imaginativní metody – tvůrčí představivost,
- e) na bázi vnímání vůní – aromaterapie.

Matoušek (2008) uvádí jako významnou metodu práci s příběhem neboli biografie, která je nezbytná součástí profesionální péče a pomoci. Otevírá nové možnosti, jak rozvíjet způsoby kvality sociální práce. Hlavním cílem této metody je pochopení smyslu prožitého, ze kterého vyplývají další možnosti sociální práce, individuální péče a přístupu ke klientovi s projevem vážné úcty a respektu s důrazem na dávnou minulost.

„Absolutní předností práce s životním příběhem je pocit seniora, že jej pomáhající profesionálové znají, tím se zvyšuje pocit jejich důvěry a lidského zájmu. Zároveň může proces adaptace na institucionální prostředí probíhat přiměřeně k zvyklostem a potřebám člověka, s menšími nebo žádnými negativními dopady.“ (Zrubáková, Bartošovič a kol., 2019, s. 71)

Mezi zásadní metody při práci s klienty hospicové péče také patří, jak uvádí Svatošová (2008) prožitek tělesného kontaktu. Člověku, který se nachází v nesnázích, cítí utrpení, ztrátu a blízkost smrti, může lidský kontakt dodat naději a sílu.

Tolan (2006) uvádí, že fyzický dotek mezi pracovníkem a klientem je velmi blahodárný. Má množství významů a je nezbytné, aby si pracovník toho byl vědom, pokud má mít dotek na pacienta skutečně terapeutický účinek, nikoli oslabující či dokonce urážlivý.

Kübler-Ross (2015) popisuje další významnou metodu při práci s klienty hospicové péče, která se dá shrnout slovy – terapie tichem. V životě umírajícího klienta nastává čas, kdy ustanou bolesti, a vědomí se dostává do zvláštního bezesného stavu. Potřeba jíst se sníží na minimum a vnímání okolního světa se ztrácí v temnotě. Je to období, kdy už je pozdě na všechny slova, je to čas, kdy pacient potřebuje terapii tichem.

V knize Dobro, zlo a řeč těla, kterou editoval Kořa (2009) je psáno, že v tichu se mohou dva lidé setkat důvěrněji než v záplavě slov. Právě v ten čas, když slova odezní, kdy řeč oněmí, kdy převládnu city a emoce, se může stát něco podstatného...

„Lidé, kteří v sobě mají tu sílu a lásku a zůstanou s umírajícím sedět v hlubokém tichu, jež se vymyká slovům, poznají, že ten okamžik ve skutečnosti není ani strašný, ani bolestný; že je to chvíle, kdy se tiše zastaví chod lidského těla. Sledovat klidnou a pokojnou smrt člověka je jako sledovat padající hvězdu: Jednoho z miliónů světél v ohromném prostoru oblohy na krátký okamžik jasně zazáří, a pak se navždy ztratí v nekonečné noci.“ (Kübler-Ross, 2015, s. 300)

Laca, Dancák, Laca (2011) uvádí, že při výkonu sociálního pracovníka je stěžejní nechat trpící klienty o samotě; vědět, kdy je potřeba jim naslouchat; poznat, kdy je důležité mlčet nebo se dotknout např. ruky; nebát se s pacientem smát i plakat; nechat prostor pro vyjádření citů a hlavně je v nich nedusit.

„Láska, naděje, smích a smysl pro humor jsou dobře známým zdrojem sil. Všechny souvisí s pozitivními emocemi, především s radostí.“ (Svatošová, 2008, s. 29)

Laca (2013) uvádí, že sociální pracovník při své profesi, nejen v hospicové péči vykonává mnoho rolí, které se vzájemně prolínají. Plní odborné sociální role v interakci s klienty, rodinou, blízkými jako psychoterapeut, pedagog, manažer, vědec a osobnost.

3.2 Práce s pečujícími osobami

Povahové rysy pečujících pracovníků

G. Myers (2006) uvádí, že sociální psychologové po řadu let nebyli schopni objevit jediný povahový rys, který by stanovil předem ochotu pomáhat ostatním. Určitý vztah byl nalezen mezi snahou pomáhat a jistými osobnostními proměnnými, jako například potřebou pro společenské uznání. Poté výzkumníci sbírali vodítka ke skupině povahových rysů, které

předurčují pracovníky k ochotě pomáhat. Jsou to lidé, kteří mají vysoce vyvinuté emocionální, empatické, soběstačné rysy a bývají často starostliví a nápomocní.

Kopřiva (2013) zase uvádí, že pomáhající pracovník často cítí, jako nezbytné být lidem potřebný. Není to totéž, jako když někdo rád pomáhá lidem. Kdo potřebuje být potřebný, vzdává se uskutečňování svých důležitých osobních potřeb a to více stará o druhé. Právě tím se vyhýbá pocitu samoty a zbytečnosti ve světě.

Drapela (2011) ve své knize zmiňuje, že studenti připravující se na práci v pomáhajících profesích, přitahuje určitá cílová skupina, určité teorie osobnosti, které vyjadřují jejich vlastní hodnoty a s níž se snáze identifikují.

„Tři teorie vysvětlují ochotu pomoci. Teorie společenské směny předpokládá, že pomáhaní, stejně jako další typy sociálního chování, je motivováno touhou dosáhnout co největší míry naplnění, které může být vnější nebo vnitřní. Společenská pravidla také podněcují pomoc. Pravidlo oboustrannosti nás motivuje pomoci těm, kteří pomohli nám. Pravidlo společenské zodpovědnosti nás ponouká pomáhat potřebným, i v případě, že nám to nemohou nijak vrátit, a to do té míry, do jaké si naši pomoc zaslouží.“ (G. Myers, 2016, s. 405)

Podpora rodiny a blízkých klientů hospicové péče

Jak uvádí Svatošová (2008) je potřeba si uvědomit, že fázemi, které detailně ve své knize popsala dr. Elisabeth Kübler-Rossová, neprochází jen klient, ale rodina a jeho nejbližší. Trpí spolu s ním a ještě se od nich očekává až nadlidský výkon. Proto je nutné, aby byla nastavená určitá rozumná hranice. Rodina a ostatní blízcí pacienta jsou v některých oblastech péče a podpory zastupitelní. Musí mít možnost si odpočinout, nabrat dech a věnovat se i svému životu.

Jak uvádí Laca (2013) nejen klient hospicové péče, ale i rodina a blízcí mají své potřeby. Pokud jejich potřeby nejsou uspokojované, tak schopnost se starat o umírajícího je nedostatečná a mohou se u nich projevit fyzické i psychické problémy. K nejdůležitějším potřebám členů rodiny a blízkých patří:

- a) ubezpečení, že umírající člen rodiny nemá velké těžkosti,
- b) mít dostatek informací,
- c) mít praktické dovednosti péče,
- d) dostávat emocionální podporu.

Student, Mühlum, Student (2006) uvádí, že velká bezmoc přichází v sociální práci při praktické podpoře příbuzných, kteří doprovázejí své blízké touto krizovou životní fází

a zároveň o ně pečují. Obava pečujících z nezvládnutí této situace vzbuzuje v pečujících velkou překážku při rozhodování, zda pečovat o člena rodiny. Vytvoření prostoru, v němž lze skloubit péči o těžce nemocného s placeným zaměstnáním je v současné době velmi obtížné. Praktická podpora pečujících je v českém prostředí nedostatečná. Tento sociální problém by měl nabrat na aktuálnosti a tedy i na šanci řešení, nejen kvůli klientům v paliativní péči, pro něž je přítomnost rodiny v posledním období života neocenitelnou podporou.

Kalvach (2019) zmiňuje, že sociální pracovník sehrává důležitou roli při podpoře a aktivizaci rodiny a blízkých klienta. Pomáhá se zprostředkováním respitních služeb, pokud je péče o umírajícího poskytována v domácím prostředí. Díky tomu, pak péče může mít dlouhodobý charakter a neleží pouze na jednom členu rodiny či blízké osoby.

„Myslím, že je kruté chtít po komkoli z rodiny, aby s nemocným pobýval neustále. Naše dýchání sestává jak z nádechu, tak z výdechu – a stejně tak si lidé, kteří o někoho pečují, potřebují „dobít baterie“ někde mimo pokoj nemocného a alespoň čas od času žít normálním životem; v neustálých myšlenkách na nemoc není možné efektivně fungovat.“ (Kübler-Ross, 2015, s. 176)

Jak uvádí dále Svatošová (2008) rodina a blízcí klientů to nemají jednoduché. Na jedné straně se od nich očekává plné nasazení v doprovázení umírajícího, na druhé straně i oni potřebují být doprovázeni v těchto nelehkých životních událostech. Je potřeba jim pomoci postupně se dostat k fázi smíření, k akceptaci, a to pokud možno v co nejbližší době, aby mohli zbývající čas prožít plně s nemocným. Jen tak je možné zmírnit jejich utrpení a navést je na cestu, která vede dál.

Laca (2013) také zdůrazňuje důležitost péče o rodinu, která je považována za nevyhnutelnou v hospicovém prostředí. V souvislosti s onemocněním a smrtí člena rodiny ztrácí rodina schopnost plnit svoje úlohy. V tu dobu je nápomocný sociální pracovník, který přispívá k tomu, aby se rodina se stávající situací dokázala vyrovnat, aby život v rámci rodiny fungoval jejich běžným způsobem.

„V rámci podpory v sociálnej sfére hospicovní pracovníci počas hospicovej starostlivosti starajú nielen o pacienta, ale aj o osoby blízke pacientovi. Sestry, ktoré sú s najbližšími príbuznými v kontakte najčastejšie, by sa mali všímať u nich prejavy telesnej a emočnej vyčerpanosti. Podporné osoby vďačne prijímajú účasti, pochopenia, ale aj usmernenie o potrebe vlastného oddychu či odporúčanie pomoci psychológa v rámci prevencie syndrómu vyhorenia.“ (Dobříková-Porubčanová a kol., 2005, s. 179)

Psychohygienu, péče o sebe

Kopřiva (2013) uvádí, že pomáhající profese mohou energii dávat, ale také ji však značně odebírají. Pracovníci jsou přetížení množstvím lidí, o něž se mají postarat, nemají pro svou práci dobré podmínky, vyčerpává je soucit, nejsou pro kontakt s klienty dobře vycvičení, takže se jim práce nemusí dost dařit.

Dle Tolana (2006) je potřeba vědět a přiznat si, kdy jsme pracovně vyčerpaní. Abychom měli emoční a tělesnou energii pro práci s klienty, musíme se ujistit, že se skutečně staráme i sami o sebe

Laca, Dancák, Laca (2011) uvádí, že ze zkušenosti odborníků, kteří pomáhají pracovníkům, lidem poskytující péči zvládat zátěž a zároveň předcházet syndromu vyhoření dle následujících doporučení:

- a) ovládat své myšlenky, jednání a pocity,
- b) myslet na užitečné věci,
- c) být rozhodný,
- d) pokud cítíme napětí, vědomě se uvolnit a zhluboka dýchat,
- e) podívat se na svoji situaci očima jiné osoby,
- f) chválit druhé za to, co si na nich vážíme,
- g) mírnit své negativní myšlení,
- h) naučit se říkat ne,
- i) věnovat se nejlépe denně fyzickému vyžití,
- j) jednat s druhými s citem a důstojností,
- k) být optimisticky naladěný a využívat svůj smysl pro humor,
- l) nemyslet na své další pracovní povinnosti, které počkají do druhého dne nenosit si své pracovní problémy do osobního života.

Dobříková-Porubčanová a kol. (2005) uvádí, že z hlediska prevence vzniku syndromu vyhoření je potřebné organizovat semináře a školení zaměřené na prevenci syndromu vyhoření.

Tolan (2006) také uvádí, že je nutné dodržovat své profesní i osobní hranice. Tento termín je vyhrazený pro meze, jenž vytyčuje pečující pro sebe a klienty. Hranice poskytují bezpečí a jistotu vycházející z míry osobní i časové jednoznačnosti.

„Hranice představuje ochrannou bariéru vůči tomu, co je vně. Stejný smysl má i hranice psychická, hranice já, která se uplatňuje v mezilidských vztazích. Kdyby bral člověk životní zájmy všech ostatních lidí stejně vážně jako své osobní životní zájmy, pak by nepřežil. Každý tedy má v první řadě na starosti sám sebe.“ (Kopřiva, 2016, s. 74)

Poněšický (2011) uvádí, že člověk je víceméně neustále ve stresu, neboť nemá žádné vrozené mechanismy jednání v různých situacích. Obrana vůči stresu spočívá v jeho regulaci a té je třeba se naučit. Ve fyzické oblasti je nutné dbát na signály, které nás informují o zhoršení funkcí orgánů v situaci přílišného či trvalého stresu. Je potřeba stres filtrovat, dbát na náš biorytmus – střídání napětí a uvolnění, aktivity a pasivity, práci a aktivní odpočinek, práci a rodinu, naše zájmy a přátelé. To vše působí jako prevence nadbytečného stresu.

„Dobré rodinné zázemí, stejně jako možnost pravidelné relaxace a rekreace jsou taky cennou oporou. Zaměstnavatel nesmí dopustit přetěžování pracovníků, ti musí mít mezi jednotlivými směnami dostatek času na odpočinek. Moderní jsou supervize, které zaměstnancům poskytuje obvykle externí psycholog. Pracovníci při nich mají možnost své problémy ventilovat, což je jistě cenné, ale na rozdíl od zповědi křesťanů jim nemohou zprostředkovat odpuštění. Lepší ale něco než nic.“ (Svatošová, 2019, s. 46)

Uzlová (2010) uvádí, že supervize je výuka, podpora, pomoc a zpětná vazba pod odborným dohledem. Je to organizovaná příležitost k sebereflexi. Nabízí příležitost podívat se na věci s odstupem, nehledat chyby u ostatních, dává možnost pustit se do hledání nových cest, odhalit poučení, získat podporu a uznání.

Student, Mühlum, Student (2006) uvádějí, že psychohygiena je nesmírně důležitá pro doprovázející umírajícího, který během péče může narážet na své osobní limity a hranice. Je tedy na místě, aby se pomohlo pracovníkům hospicového týmu předjímat očekávatelným obtížím a předejít zátěži. Učit se reflektovat své vlastní činy a přiměřeně zacházet s úzkostmi.

Jak uvádějí Laca, Dancák, Laca (2011) práce v hospicovém zařízení patří mezi nejvíce zátěžové povolání v rámci zdravotní profese. Je tedy důležité a potřebné, aby se věnovala pozornost vzdělávání zdravotníkům zaměřená na jejich vlastní psychické i fyzické zdraví.

„Je tedy velmi důležité, aby všichni pracovníci i dobrovolníci, ktorí sa starajú o terminálne chorých pacientov, našli vo svojom povolání svoje poslanie, aby hľadali odpredie na otázky týkajúce sa zmyslu svojho života, ktoré v sebe zahrňajú aj odpredie na zmysel utpenia a smrti. (Dobříková-Porubčanová a kol., 2005, s. 273)

3.3 Etika v hospicové péči

„Lidská práva nespočívají na státním zákonodárství, ale že existují nezávisle na státu a že jsou státem nedotknutelná. Stát má pouze povinnost je chránit a zabezpečovat občanům jejich výkon. Mají zajišťovat důstojnost a svobodu lidské osobnosti a mají tvořit důležitou mez státní moci, za kterou stát nesmí jít a kterou je povinen respektovat. Jsou určena všem členům společnosti. Proto z nich nemůže a nesmí být nikdo vylučován pro svůj původ, barvu pleti, přesvědčení apod.“ (Bílý, 2009, s. 125)

Laca (2013) uvádí Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících (Charta práv umírajících), který je strategickým dokumentem na mezinárodní úrovni v oblasti hospicové péče. Práva umírajících jsou rozděleny do 3 skupin:

1. Právo na komplexní paliativní péči.
2. Právo na sebeurčení a svobodné rozhodování.
3. Právo na život a ochranu proti úmyslnému usmrcení.

V zákoně o zdravotních službách 372/2011 Sb. je uvedeno, že pacient má při poskytování zdravotních služeb právo „na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb.“ (s. 4747)

V zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb. v paragrafu §88 je, že poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni „vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, které umožní osobám, kterým poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská i občanská práva, a které zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby.“ (s. 1279)

Pilát (2015) uvádí, že v oblasti poskytování služeb dochází v posledních desetiletí k významným změnám, a to hlavně v přístupu ke klientům. Cílem celoplošných změn je prevence sociálního vyloučení, podpora života v přirozeném prostředí a zejména ochrana občanských práv zranitelných skupin obyvatelstva.

Matoušek a kol. (2007) zmiňují kritéria kvality péče, které se využívají pro hodnocení poskytovaných služeb starým a nemocným klientům:

- a) respekt k právům klientů,
- b) realizace práva na vlastní volbu,
- c) podpora nezávislosti a osobitosti,
- d) flexibilita v poskytování individuální péče,
- e) aktivizace a stimulace klientů,
- f) respektování individuálních potřeb,
- g) respektování emocionálních potřeb,
- h) respektování duchovních potřeb,
- i) ochrana soukromí a osobních informací,
- j) přístup k rodině a blízkým osobám klienta,
- k) spolupráce s jinými potřebnými organizacemi.

„Aristoteles proklamoval několik stěžejních pravd o člověku a společnosti, které nepozbyly platnosti dodnes. Vyšel z úvahy o mravnosti jednotlivce a společnosti a vnesl několik pevných zásad mravních do vztahů mezi lidmi.“ (Kříž, 2013, s. 9)

Jak dále uvádí překladatel knihy *Etika Níkomanchova* Kříž (2013) podle Aristotela je harmonický, vnitřně vyrovnaný a stálý charakter mravním ideálem. Je tedy úkolem vědy, aby morální normy reflektovala, vyšetřovala, formulovala a nastolila mravní řád ve světě.

„Regulace společenských vztahů jenom mravními normami je nedostatečná, neuskutečnitelná zejména tam, kde se vedle sebe střetává více kultur, z nichž každá má vlastní morální systém hodnot. Proto zásadní společenské vztahy musí být formalizované, jednotné pro všechny zúčastněné subjekty na vymezeném území, jejich dodržování musí být garantováno státem.“ (Bílý, 2009, s. 115)

Sláma, Špinka (2004) uvádí paliativní péči, jako právo občana. V rozvinutých státech a zemích Evropské unie je jednoznačně formulováno přesvědčení, že zajištění kvalitní paliativní péče každému, kdo ji potřebuje, a to bez zbytečné prodlevy a v prostředí, které si pacient zvolí, je konkrétním výrazem respektu k právům a důstojnosti nevyléčitelně nemocných.

Kalvach a kol. (2019) uvádí, že důstojnost patří k základním hodnotám lidské existence. Důstojnost se považuje za nejvyšší cennost související s kvalitou života podmíněnou zdravotním stavem, zdravotním znevýhodněním a poskytováním zdravotních či sociálních služeb. Dle projektu z roku 2003 „Důstojnost a starší Evropané“ je definována čtyřmi formami:

- a) důstojnost zásluh souvisí se sociálním postavením, se zastávanou funkcí,
- b) důstojnost mravní síly je podmíněna mravní integritou, souzněním s mravními zásadami,
- c) důstojnost osobní totožnosti souvisí s dlouhodobou celoživotní identitou člověka, se zodpovědností, se sebeúctou, pevným vědomím vlastního já, se začleněním do společnosti a s naplněním smysluplného života,
- d) důstojnost lidské bytosti je neocenitelná, nepostradatelná důstojnost vážící se k obecné lidskosti a k nadosobním hodnotám – všestranná hodnota lidských bytostí, nesmrtelnost lidské duše, náboženské pojetí, univerzalita základních lidských práv.

„Jedným zo spoločných etických prvkov pre zdravotníckych a sociálnych pracovníkov je etika ich povolání, kde zdravotníci aj sociálni pracovníci dodržiavajú základné ľudské práva jedincov, pacientov a klientov. Zo zásad zdravotnickej etiky vyplýva nikdy neškodiť

pacientovi. Zo zásad etiky sociálneho pracovníka vyplýva jeho zodpovednosť voči svojim klientom.“ (Iaca, Dancák, Laca, 2011, s. 134)

Uzlová (2010) uvádza, že väčšina poskytovateľů sociálných a zdravotných služeb má v súlade se standardy kvality zformulován etický kodex. Tento záväzný dokument slouží jako základní pravidla pracovníků pro vykonávání jejich činnosti ve vztahu ke klientům, zaměstnavateli a spolupracovníkům.

Jak uvádí Laca (2016) profesionální etika vymezuje všeobecné etické normy společnosti, specifické mravní principy, vyplývající ze statusu dané profese. Etický kodex považujeme za standard sociální práce, která obsahuje všeobecné ustanovení etického konání ke každému klientu bez rozdílu.

„Hospicová práce spočívá na zásadách, které jsou kompatibilní s odborně etickými principy sociální práce. Sociální pracovníci – před tím, než se rozhodnou pro tuto činnost – si jich musejí být vědomi. K tomu patří bezpodmínečné zřeknutí se záměrného zkrácení života a namísto toho připravenost k láskyplnému přijetí umírajícího člověka a jeho doprovázení až po přirozenou smrt.“ (Student, Mühlum, Student, 2006, s. 129)

Jak uvádí Tolan (2006) bezpodmínečně kladné, vřelé a láskyplné přijetí klienta je právě tou nejtěžší fází, kterou je třeba dosáhnout. Jinými slovy se jedná o úctu, přijímání všech složek osobnosti klienta a jeho hodnot. Hlavní je nesoudit, nemoralizovat.

Svatošová (2019) pojednává o pojmu „důstojná smrt“, která je označována některými zastánci eutanazie. Uvádí, že slovo eutanazie je složeno ze dvou částí, tedy „Eu“ (v našem překladu – dobrý), „thanatos“ (označuje – smrt).

„Být zabit ve stavu utrpení a beznaděje rukou druhého člověka, ať lékaře či nelékaře, rozhodně není smrt ani dobrá, ani důstojná. Vždy jde o selhání. Buď selhání lékařské nebo ošetrovatelské péče, nebo o selhání pacientova blízkého okolí, případně jeho samotného. Nebo všeho dohromady.“ (Svatošová, 2019, s. 132)

Dle Markové a kol. (2021) se pracovníci a dobrovolníci hospicového zařízení snaží předcházet vzniku obtížných dilemat, usilují o jejich včasnou identifikaci a snaží se je řešit. Jde především o etická dilemata, která jsou spojena se specifickými postupy např. odstoupení od léčby, dodržení dříve vysloveného přání klientů týkajících se třeba resuscitace nebo paliativní sedace.

Dobříková-Porubčanová a kol. (2005) poukazuje na problém, že důstojné umírání a smrt se historicky mění. Dříve bylo vytouženým cílem mít čas na umírání, zemřít smířený se svým životem, odpustit a dosáhnout odpuštění, nebýt opuštěný a mít základní potřebnou

péči. Umírání v domácím prostředí může být pro člověka tou nejlepší možností, ale také nejhorší na umírání. Institucionalizovaná péče se odsuzuje, ale zapomíná se i na její možné výhody. Jako je například na vědomé zmírňování a odstraňování obtěžujících příznaků symptomů léčbou.

Kübler-Ross (2015) vnáší otázku, zda „jsme dnes lidštější než dříve?“ Ať už bude naše odpověď jakákoliv, jedna věc je zřejmá, pacienti trpí více...ne třeba po tělesné stránce, po té emoční však rozhodně ano. Potřeby umírajících lidí se přitom po staletí nemění, mění se jen naše schopnost vycházet jim vstříc.

Jak uvádí Dobříková-Porubčanová a kol. (2005) v dnešním industrializovaném světě se situace dramaticky změnila. Umírající lidé jsou pro společnost přítěží, neproduktivní a nekonzumní. Jsou utajováni, odmítáni a v podstatě jsou opuštěná minorita, která společnost obtěžuje. Terminálně nemocný lidé nemají žádný status a z tohoto důvodu ani důstojnost, jsou vydány na milost a nemilost.

„Pacient může volat po klidu, míru a důstojnosti, ale dostane kapačky, transfuze, kardiostimulátor nebo trachestomii, bude-li to považováno za nutné. Může si přát, aby se u něj jeden jediný člověk zastavil na jednu jedinou minutu, jen aby mu mohl položit jednu jedinou otázku, avšak dostane se mu tuctu lidí, kteří se budou neustále, ve dne v noci, horečně zabývat jeho pulzem, tlakem, EKG nebo funkcí plic, jeho vylučováním a vyměšováním, a nenajde nikoho, koho by zajímal jako lidská bytost. Ti, kdo by se na lidskou stránku soustředili od samého začátku, by mohli ztratit příliš mnoho drahocenného času, jenž je pro záchranu života nezbytný! To vypadá přinejmenším jako logické zdůvodnění a ospravedlnění odlišnosti dnešní zdravotní péče. Je tomu ale opravdu tak? Není třeba pravým důvodem stále techničtějšího a odlidštěnějšího přístupu k pacientům naše potřeba vlastní obrany. Není naše orientace na techniku, na přístroje, na sledování krevního tlaku jen zoufalým pokusem popřít blížící se smrt, tak děsivou a znepokojující, že všechen svůj um a úsilí raději přenášíme na stroje.“ (Kübler-Ross, 2015, s. 18)

Laca, Dancák, Laca (2011) uvádí, že člověk je při umírání a smrti jedinečnou bytostí a je nutné, aby si také zasloužil jedinečnou kvalitní péči a zachování důstojnosti.

- „Človek má svoju inherentnú dôstojnosť pretože je človekom.
- Nemôže ju stratiť kvôli chorobe.
- L'udská bytosť je vždy cieľom a nie prostriedkom k inému cieľu.
- Záujmy a blaho ľudskej bytosti sú nadriadené záujmom spoločnosti a vedy.
- Človeka je potrebné vždy rešpektovať v jeho celosti, vo všetkých vzájomne previazaných dimenziách.“ (Laca, Dancák, Laca, 2011, s. 213)

Jak uvádí Marková a kol. (2021) moderní paliativní péče má vytvářet chráněný prostor, kde jsou lidé sami sebou, jsou v kontaktu s rodinou, nejbližšími a blízkou sociální skupinou a hospicová péče je podpůrně doprovází. Léčí celkovou bolest, zmenšuje utrpení, ctí život, naději, posiluje smysl života a jistotu kontaktu s rodinou a blízkými.

Kalvach a kol. (2019) zdůrazňuje osobní autonomii, která má funkcionální, tělesnou, smyslovou, postojovou, emocionální a konfliktní dimenzi. Se základem osobní autonomie je spojeno soukromí a důstojnost jedinců. Ztráta či ohrožení autonomie patří k častým a závažným problémům nevyléčitelně nemocných lidí. A proto je nutnost se touto oblastí zabývat a vnímat to jako zásadní úkol pro paliativní péči.

Jak uvádí i Student, Mühlum, Student (2006) v hospicové etice má být na prvním místě umírající a jeho rozhodnutí. Práce v hospicu má dbát na důstojnost klienta a bohužel i v posledních etapách života se naráží neustále na problém rozhodování. Tudíž jsou zvláště zatěžující ty konflikty, které skutečně či zdánlivě zpochybňují autonomii klienta.

Schaick a kolektiv (2023) také uvádí, že mohou nastat etické konflikty v rámci spolupracovníků. Paliativní a hospicová péče je považována za „hluboce etickou praxi“, která může mít hluboký dopad na pečující. Je tedy známo, že pečovatelé poskytující hospicovou péči se ve své práci často setkávají s morálními problémy. Alternativně se morální problémy vyskytují, když se ti, kteří jsou zapojeni do situace (například zdravotní sestra a lékař), neshodnou na tom, co je v dané situaci "dobrá péče". Tato situace by mohla být vnímána jako morální výzva, protože to, co je považováno za "dobrou péči", není v souladu s běžnou praxí, zákony nebo pokyny.

„Ústavní pobyty autonomii omezují ze samé podstaty, terénní služby, včetně domácího hospice, by ji měly naopak podporovat. Samotný „pobyt doma“ však pochopitelně není zárukou autonomie – naopak paternalistické ovládnutí a podřízení rodinného příslušníka může být větší než v ústavní péči.“ (Kalvach a kol., 2019, s. 35)

Laca (2013) uvádí, že právě z etického přístupu ke klientovi je naší povinností v jeho poslední fázi života mu umožnit se podílet na rozhodování o jeho vlastním terminálním stádiu.

Jak uvádí Kübler-Ross (2015) často se s nemocným člověkem zachází jako s někým, kdo nemá právo na vlastní názor. Zpravidla někdo cizí rozhodne o tom, zda, kdy a kde bude pacient hospitalizován. Přitom by stačilo pouhé uvědomění zdravotníků, že i nemocný člověk má city, přání a vlastní pohled na věc. A co je ze všeho nejpodstatnější, že má právo být slyšen.

Marková a kol. (2021) uvádí, že když se léčba bolesti nedaří i přes zvyšující se dávky léků je třeba v týmu opakovaně hodnotit další možné zdroje klientova utrpení. Tím je myšleno, že technokratickému zdravotnímu a ošetrovatelskému zvládnutí postupů péče je nadřazena podpora umírajícího klienta s jeho konečností života. Tedy podpora důstojnosti, smysluplnosti a osobnosti člověka.

„V termální fázi života je důstojný konec života stejně důležitý jako terapie a prevence nemoci.“ (Janáčková, 2007, s. 70)

Svatošová (2008) uvádí, že život má smysl i v té nejtěžší životní situaci. Vlastní život lze smysluplně vytvářet jedině uskutečňováním hodnot přítomných okamžiků. Lidé si, ale zcela nejsou dost dobře vědomi, co to hodnota je. Všechny nás nějak poznamenal materialismus, jímž jsme neustále obklopani. Přitom si stačí jen uvědomit, že člověk není stroj a není situace, která by neumožňovala naplňovat život vytvářením vlastních hodnot.

„Správny smer při hľadání dôstojnosti človeka pomáha udržať celostný pohľad na zomierajúceho, a to nielen v somatickom rozmere, ale aj v rozmere psychickom, duchovnom a spoločenskom. Len taký postoj garantuje dôstojné zavŕšenie života, keď ľudia terminálne chorí a zomierajúci sa budú cítiť ako jední z nás. To si vyžaduje hlboko ľudský prístup k životu, bolesti, umieraniu a smrti.“ (Laca, 2013, s. 272)

4 Praktická část - výzkum

Předmětem práce je zjistit, jak vnímají studenti a absolventi naší školy, kteří studují či studovali obor Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii na práci sociálního pracovníka v hospicové péči a celkově jaký sami mají postoj k umírání a smrti. Jak bylo uvedené v teoretické části umírání a smrt je stále tabuizované téma a pro mnohé lidi je tedy i velmi citlivé až děsivé mluvit o své konečnosti. Dále bylo zmíněno, že v dnešní době je neschopnost vyrovnání se, se smrtí klidným a důstojným způsobem omezeno několika skutečnostmi. Jedním z nejhlavnějších faktů je, že samo umírání má dnes strašlivější podobu než v minulých dobách. Je více osamělé, mechanické a odlidštěné. Jen ten, kdo sám něco podobného zažil, si v plné míře uvědomuje diskomfort, bezmoc a odměřenost, ať už v nemocničním či jiném prostředí, které se nezajímá o pacienta, jako o lidskou bytost, která má své přání a potřeby.

V praktické části je provedeno jednak zjištění, jak by měla vypadat práce sociálního pracovníka v hospicové péči z pohledu studentů a absolventů školy, ale také je uveden rozdíl mezi náročností práce sociálního pracovníka, který vykonává svou činnost v jiném typu zařízení. Dále je v praktické části zodpovězeno, zda je dostatečné vzdělání v rámci studijního oboru k poskytování sociální práce v hospicové péči. V neposlední řadě je zmíněno, co by bylo motivací pro práci s umírajícími klienty. Celkově je praktická část zaměřena na zkoumání osobních pohledů a přístupů budoucích či už stávajících sociálních pracovníků k práci v hospicové péči s terminálně nemocnými klienty. Jsou zde popsána pozitiva i negativa z jejich pohledu pro výkon profese sociálního pracovníka tohoto specifického odvětví sociální práce, které je často zastíněno zdravotní péčí.

Jak uvádí Svatošová (2008) na povolání se připravujeme mnohaletým studiem. Na manželství se stejně zodpovědně připravují jen někteří. Když se to napoprvé nezdaří, zkusí se druhý pokus a možná i další. Na smrt bychom se však měli včas a velmi pečlivě připravit, tam totiž žádný opravný termín jako v manželství neexistuje. Jak už kdysi dávno řekl J. A. Komenský „umění zemřít je umění všech umění“.

Praktická část, výzkum, je provedena se studenty a absolventy pražské vysoké školy psychosociálních studií, kteří již pracují v sociálních službách nebo v úplně jiném profesním odvětví.

4.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, jak stávající studenti a absolventi pražské vysoké školy psychosociálních studií vnímají celkově sociální práci v hospicové péči. Jaké by měl podle jejich pohledu mít osobnostní předpoklady, schopnosti a dovednosti k vykonávání sociální

práce v hospicové péči. K tomu se zároveň váže jejich osobnostní nastavení vůči, tak citlivému tématu nejen při umírání bližních, ale také hlavně k vlastní smrtelnosti. Jak sama uvádí Kübler-Ross (2015) kdyby se každý z nás usilovně snažil o smrti přemýšlet, kdybychom se zkusili zabývat našimi strachy, které v nás představa smrti vyvolává, kdybychom i druhým pomohli, aby si takové myšlenky připustili a sžili se s nimi, pak by snad kolem nás nemuselo být tolik destruktivních pocitů, nálad a tendencí k vypouštění smrti z našich životů.

Tento cíl výzkumu jsem si zvolila proto, aby se ukázalo, zda jsou budoucí, stávající či vystudovaní sociální pracovníci pracovat se svými odbornými všeobecnými znalostmi v hospicové péči. Tímto bych chtěla poukázat na stěžejní téma, které se právě týká tohoto povolání ve velmi specifickém typu zařízení, kde se často překrývá více zdravotní péče než sociální práce. Pro mnohé i tento zmíněný fakt může být také překážkou ke zvolení cílové skupině a organizace, kde bude chtít sociální pracovník působit. S čímž je spojena i otázka, zda si myslí, že má sociální pracovník dostatek podpory od vedení hospice.

Cílem výzkumu je také zjistit, zda je pro participanty náročnější pracovat s terminálně nemocnými klienty než s jinou klientelou. Ve všem hraje roli hlavně osobnostní nastavení každého z nás, jelikož všichni přistupujeme k řešení a zvládání zátěžových situací jinak. Pro někoho, co se jemu jeví, jako jednoduché může být pro druhého stresující až nezvladatelné.

V neposlední řadě je i potřebné být si vědom s kým jako sociální pracovník v rámci hospicové péče spolupracuji. Není třeba se obávat, že vše je jen na mne a je dobré vědět, že jsem členem multidisciplinárního týmu. Samozřejmě také nelze opomenout kontakt s rodinou a blízkými klienta hospicové péče.

Posledním cílem výzkumu je zjištění, co by každého osobně motivovalo k tomu jít pracovat do hospicové péče. Motivace každého většinou žene kupředu, je to jeho hnací motor, který má mnoho podob a každý má své individuální možnosti jít si po svém vytyčeném cíli.

Sláma, Špinka (2004) uvádí, že problematika péče o terminálně nemocné klienty a umírající byla a je dlouho dobu odsouvána na okraj veřejného zájmu. Některá zásadní témata spojená s umíráním jsou stále z velké části veřejnosti tabuizována nebo zatížena mnoha mylnými představami a předsudky. Zásadní zlepšení kvality paliativní péče proto předpokládá, že se péče o umírající stane předmětem veřejné diskuse a je třeba hledat způsoby, jak umírání společnosti a budoucím odborníkům více zprostředkovat pomocí přednášek, sdílení zkušeností, informačních publikací, vhodných knih, edukačních materiálů, kulturních akcí a mediálních kampaní. Díky tomu by se mnozí budoucí či stávající sociální

pracovníci a jiní odborníci mohli více specifikovat na práci s umírajícími klienty a jejich doprovázení v posledním úseku jejich života.

4.2 Výzkumná otázka

V rámci výzkumu byla definována hlavní výzkumná otázka zaměřená na především na celkové vnímání sociální práce v hospicové péči a dvě doplňkové otázky. Z nichž jedna se zabývá tím, zda je více náročná sociální práce v tomto typu zařízení než v jiných organizacích poskytujících sociální služby. Druhá zjišťuje, jestli má sociální pracovník, ať už studující tento obor či vystudovaný dostatek vzdělání v rámci své profese pro práci s nevléčitelně nemocnými klienty.

Hlavní výzkumná otázka:

1. Jak vnímáte sociální práci v hospicové péči?

Doplňkové otázky:

2. Myslíte si, že je náročnější sociální práce v hospicové péči než v jiných sociálních službách?

3. Myslíte si, že mají sociální pracovníci dostatečné vzdělání v rámci své profese?

4.3 Metodika výzkumu

Zjištění odpovědí na hlavní výzkumnou otázku a ostatní otázky vychází z polostrukturovaného rozhovoru. V rámci kvalitativního přístupu jsou pořizeny rozhovory se studenty a absolventy pražské vysoké školy psychosociálních studií. Participanti jsou v rámci výzkumu anonymizováni.

Ve výzkumu by mohla být zpochybněna objektivita výzkumníka, který se osobně zná s některými studenty a absolventy pražské vysoké školy psychosociálních studií. Také výzkumník vnímá, že někdy možná zbytečně vstupoval do odpovědí participantům, mohl tedy dát více prostoru a být trpělivější.

Ke zmírnění obav výzkumníkovi objektivity je zde nutné uvést argument, že i přesto byl každý názor, každá odpověď studentů a absolventů zcela respektována. Výzkumník nic nevyvracel ani nepotvrzoval, vždy mu šlo o to, jak to osobně vnímá sám participant a jaký má pohled na danou otázku. Výzkumník jen někdy uvedl svou osobní zkušenost ze stohodinové praxe v hospicu v Libereckém kraji, kde vykonával svou praxi v rámci bakalářského studia na pražské vysoké škole psychosociálních studií.

Metodika sběru dat a způsob hodnocení výzkumu

Sběr dat v rámci výzkumu je proveden kvalitativně. Výzkumník provedl osobní, individuální, polostrukturované rozhovory s pěti studenty oboru sociální práce zaměřené na komunikaci a aplikovanou psychoterapii a se dvěma absolventky vysoké školy psychosociálních studií vystudovaných stejného oboru.

Metoda polostrukturovaného rozhovoru byla zvolena proto, že umožňuje výzkumníkovi měnit pořadí otázek a použít následných otázek pro ověření, zda otázce rozumí či pro podrobnější zodpovězení. Pro fixaci rozhovorů byla pokaždé pořízena audio nahrávka.

Popis sběru dat

Před provedením výzkumu byly zjištěny základní informace o hospicové a paliativní péči, které jsem pak podrobněji popsala v teoretické části diplomové práce. Informace jsem hledala na veřejně dostupných zdrojích, zejména na webových stránkách, které se zabývají paliativní a hospicovou péčí několik let, zejména na stránkách Cesta domů. Tato organizace od roku 2001 poskytuje v nepřetržitém provozu odbornou multidisciplinární péči lidem na konci života, a to i v jejich domácím prostředí. Vstřebávala jsem myšlenky a vize paliativní a hospicové péče, abych pak mohla, jako výzkumník pokládat vhodné otázky, připravila se na případné rozpaky participantů a sama byla s tímto nelehkým tématem v souladu osobně i profesně v roli výzkumníka.

Pro přípravu a realizaci výzkumu jsem měla k dispozici hlavně své zkušenosti ze své praxe, které jsem se snažila maximálně využít při vedení rozhovorů. Tím myslím a doufám, že jsem byla dostatečně způsobilá k pokládání nelehkých otázek při sběru dat osobních zkušeností participantů, kteří již ve svém životě čelili tématu umírání a smrti v jejich rodině či jejich blízkých.

Osnova rozhovorů obsahovala několik otázek zaměřených především na sociální práci, spolupráci v rámci hospicového týmu, nabídce služeb sociálního pracovníka, náročnosti vykonávání sociální práce s nevyléčitelnými klienty, na vnímání tématu umírání a smrti, na dostatek podpory od vedení organizace, na vzdělání sociálního pracovníka a v poslední řadě na motivaci k výkonu sociální práce v hospicové péči.

Všechny otázky měly posloužit k zjištění, zda má budoucí či stávající sociální pracovník povědomí o tomto charakteru služby, zná možnosti hospicové péče a je si vědom, co obnáší sociální práce v paliativní, hospicové péči a zároveň jestli se cítí kompetentní k vykonávání sociální práce s touto cílovou skupinou, která je zatím často veřejnosti opomíjená až zapomenutá.

Sběr dat – osnova okruhu otázek pro studenty a absolventy pražské vysoké školy psychosociálních studií, obor sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

1. Jak vnímáte sociální práci v hospicové péči?

- a) Máte zkušenosti s prací v hospicové péči?
- b) Chtěli byste pracovat v hospicové péči?
- c) S kým vším podle vás spolupracuje sociální pracovník v hospicové péči?
- d) Co vše nabízí pracovník v hospicové péči?

2. Myslíte si, že je náročnější sociální práce v hospicové péči než v jiných sociálních službách?

- a) Myslíte si, že sociální pracovník v hospicové péči vnímá smrt jinak než sociální pracovník v jiných sociálních službách?
- b) Myslíte si, že má sociální pracovník dostatek podpory od vedení?
- c) Co by vás osobně motivovalo k tomu jít pracovat do hospicové péče?

3. Myslíte si, že mají sociální pracovníci dostatečné vzdělání v rámci své profese?

Výběr vzorku

Výzkumník vybíral studenty záměrně v různých ročnících oboru Sociální práce a snažil se, aby byli zastoupené obě dvě pohlaví, tedy ženské a mužské. Zároveň se snažil, aby byla zastoupená i různá věková hranice participantů.

Mnoho mužů tento obor nestuduje, proto jsou tři rozhovory vedeny s ženami. Přesto výzkumník oslovil některé muže a dva z nich byli ochotní přistoupit k zodpovězení mých otázek k praktické části.

Výzkumník oslovil několik bývalých spolužáků, tedy absolventů školy a dvě spolužačky přistoupily k podání rozhovorů. V tomto případě zde hrál roli i čas, který tomu mohli už vystudovaní sociální pracovníci věnovat a proto jsem některými dotázanými byla odmítnuta.

Nelze nepoznamenat, že výzkumník se musel podřídit i své rodinné situaci, která také sehrála svůj dopad na možnost pořízení rozhovorů. To bohužel znemožnilo mít více rozhovorů s absolventy školy.

Důležité je zde také uvést, že ne každý dotázaný k poskytnutí rozhovoru byl přístupný hovořit o tématu umírání a smrti. V tomto ohledu byl výzkumník chápající, respektující

a nenutil nikoho proti své vůli se účastnit diskuzi na toto téma. Tímto byl také výběr vzorku omezen i počtem participantů. Nelze to mít někomu za zlé, každý měl a má právo odmítnout se k tomuto nelehkému tématu vyjádřit.

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen pěti stávajícími studenty vysoké školy psychosociálních studií oboru Sociální práce a absolventy se stejným zaměřením.

Studentka č. 1 je ve středním věku a má vystudovanou střední odbornou školu s maturitou. Pro studování oboru Sociální práce se rozhodla kvůli zvýšení své kvalifikace, protože už pracuje v sociální službě, zatím na pozici asistent přímé péče. V hospicovém typu zařízení byla na stáži, jinou zkušenost s tímto druhem služby nemá.

Studentka č. 2 je v mladším věku. O jejím minulém studiu jsme se nebavily. Je zaměstnána soukromým sektorem v korporaci. Pro studium se rozhodla, protože chtěla mít větší sociální rozhled a zjistit, zda by právě nebylo jejím posláním pomáhat lidem. Během své praxe byla v domově pro seniory, jinou zkušenost s poskytováním služby starým lidem nemá.

Student č. 3 je ve středním věku a má vystudované bakalářské studium Sociální práce. Dříve studoval školy v technickém zaměření. I přes své studium tohoto oboru se nechce věnovat sociální práci, ale spíše terapeutickému zaměření. Zároveň je rád, že má všeobecný přehled o sociální práci a sociální politice. V hospicu nikdy nebyl a nemá žádné zkušenosti s touto cílovou skupinou.

Student č. 4 v mladším věku, dříve se věnoval studiu s obchodním zaměřením. Obor, který zakončil maturitní zkouškou, mu nevyhovoval a cítil, že ho nenaplňuje. Ve škole je spokojený a to díky komunitnímu způsobu výuky. Tento student také nemá žádnou osobní zkušenost s nevléčitelně nemocnými lidmi.

Studentka č. 5 je ve středním věku a pracuje v terénní pečovatelské službě se seniory. Je vystudovaný diplomovaný specialista a sama se rozhodla prohloubit své dosavadní vzdělání nástupem na bakalářské studium. Je nesmírně nadšená způsobem výuky na pražské vysoké škole psychosociálních studií. Zároveň mít možnost ještě sebezkušenostního výcviku jí jen utvrzuje, že je neustále na čem pracovat u sebe. Svůj seberozvoj vnímá jako stěžejní i pro práci s klienty sociálních služeb. S hospicovou péčí má vlastní osobní zkušenost při doprovázení své babičky a také při doprovázení klientů ve službě, v které aktuálně působí jako sociální pracovník a zároveň i jako pečovatelka.

Absolventka č. 1 je ve středním věku a pracuje v soukromém sektoru v korporaci a k tomu zároveň funguje, jako terapeut ve dvou organizacích. Má vystudované magisterské

studium oboru Sociální práce. Sociální práci se neživí z důvodu finančního ohodnocení a sama uvádí, že více inklinuje k přímé terapeutické práci. Přímou zkušenost práce v hospicové péči nemá, ale má zprostředkovanou zkušenost skrze svou blízkou kamarádku, které řešila umístění svého rodinného příslušníka do hospicové péče.

Absolventka č. 2 je v mladším věku a nyní pracuje v centru pro rodinu s dětmi. Má vystudované magisterské studium oboru Sociální práce. Více než sociální práci se věnuje terapiím v dané službě. Občas vykonává práci za svou spolupracovnici, která je v organizaci na pozici sociálního pracovníka. Zkušenost s přímou prací v hospicové péči nemá, ale účastnila se jednodenní stáže v tomto typu zařízení. Uvádí, že má hlavně rodinnou zkušenost, kde byla spíše pozorovatelem při umírání svého otce v nemocničním prostředí a tety v domácím prostředí, kde už byla zajištěná hospicová péče.

Průběh rozhovorů

Rozhovory byly pořízeny během dvou měsíců, května a června v roce 2023. Se všemi studenty byly rozhovory pořízeny na neutrálním místě, tedy v kavárnách či venku v přírodě. S absolventy probíhaly rozhovory přes google meeting na počítači a to z důvodu nemožného osobního setkání kvůli pracovnímu a rodinnému vytížení participantek. I přes online komunikaci nebyly shledány žádné významné rozdíly, pouze jen hlasitost rozhovorů byla na nižší úrovni kvůli technice. Tyto dvě nahrávky rozhovorů se tedy hůře přepisovaly. Většina rozhovorů trvala nejdéle 30 minut, dva rozhovory trvaly 60 minut.

Před začátkem rozhovoru byl každému participantovi vysvětlen účel pořízení rozhovoru. Každý participant byl seznámen s tím, že rozhovor bude zaznamenán na zvukové nahrávací zařízení. Byla také vysvětlena pravidla nakládání s nahrávkou, přepisem a údaji, které z rozhovoru vyplynou. Participanté před pořízením rozhovoru podepsaly informovaný souhlas (viz příloha č. 1), jehož součástí je i právo odvolat souhlas s pořízením rozhovoru v jeho průběhu či při jeho skončení.

Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon. Rozhovory byly vedeny podle připravené osnovy sepsaných otázek výzkumníkem. V průběhu rozhovorů bylo někdy potřebné se od osnovy odchýlit a reagovat na aktuální vývoj rozhovoru.

Přepisy rozhovorů jsou uvedeny v části přílohy II., které nejsou určeny ke zveřejnění, a proto jsou zařazeny do samostatné části diplomové práce.

Omezení výzkumu

Výzkum byl ovlivněn třemi negativními faktory. První z nich vyplývá z náročnosti tématu diplomové práci, tedy ze smrti a umírání. Nešlo tedy o to studenty či absolventy školy

do setkání a zodpovídání otázek nijak nutit. Každý měl svobodnou volbu se vyjádřit, zda bude součástí rozhovorů k diplomové práci či nikoliv.

Druhé omezení vyplývá ze skutečnosti, že v období měsíců květen a červen jsou studenti často ve zkouškovém období a nechtějí se rozptylovat od svých studijních povinností. A tak chtějí svůj zbylý volný čas trávit s rodinou, blízkými a kamarády. Nebo mají také nějaké závazky vůči svému zaměstnání. Absolventi mají také plno pracovních povinností, rodinu a mnohdy jsou přehlceny pětiletým studijním programem, kterým si prošli. Proto také už chtějí hlavně věnovat svůj volný čas své rodině, kterou po dobu studia museli více upozadit.

Třetí omezení je dané tím, že některé participanty výzkumník zná osobně z dob svého studia v bakalářském a magisterském programu. Proto mohli mít i obavy, že přede mnou nepodají kvalitní informace a zkušenosti, které během studia získali. Výzkumník je před rozhovorem upozornil, že cokoliv řeknou je v pořádku. Zároveň sám výzkumník se občas nachytil, že má tendenci předávat své zkušenosti místo toho, aby poskytl v co největší míře prostor zodpovídajícím. Setkání se známými studenty a absolventy proběhl v přátelském duchu, který byl snad pro druhou stranu také příjemně stráveným časem.

Reflexe pře výzkumem – předporozumění

Předpokladem přípravy výzkumu byl fakt, že bude volný, otevřený, neomezený výběr participantů, tedy studentů a absolventů školy pro rozhovor. Ve skutečnosti bylo ochotných pět studentů a dva absolventi školy, kteří si na setkání udělali čas, a neděsila je myšlenka, že budeme hovořit i o smrti a umírání.

Způsob sběru dat byl očekávaný v rámci tak choulostivého tématu. Výzkumník měl také pocit, že bude ze strany participantů více odměřených a neosobních odpovědí. Co bylo neočekávané je, že se participaci pustí až do svých hlubších myšlenek ohledně tématu umírání a konečnosti. Zároveň také neměli zábrany mluvit o svých osobních zkušenostech, které jsou pro ně nebo byli velmi bolestivé a citlivé. Výzkumník byl až překvapen kolik emocí a energie někteří do rozhovoru vložili. Nelze opomenout, že sám výzkumník měl někdy až mrazivé pocity z poslechu odpovědí, které byly naprosto upřímné, láskyplné a stejně tak bolestné. Naopak se očekávalo, že toto téma bude spíše vzbuzovat pocity strachu a vytěsnění tématu smrti ze svého života, jak je tomu zatím v dnešní společnosti zažité. Výzkumník se tedy před provedením rozhovoru zamýšlel nad tím, jak vhodnými způsoby přejít opět k tématu, které může být pro mnohé velmi zraňující a citlivé. Z toho také pramenila menší obava výzkumníka, že povídání se studenty a absolventy zmenší časový rámec rozhovoru. V praxi nastal, ale zcela opačný jev.

Další obava výzkumníka pramenila z představy, že klíčové asistentky neuvedou nic, co by mohlo poškodit jméno školy, studijního oboru či vyznít negativně. Výzkumník jim při provedení rozhovoru vysvětlil, že poskytnuté rozhovory mají zejména učební charakter, jsou anonymizované a není důvod se obávat, že by bylo cokoliv použito proti jejich osobě či jejich pracovní roli.

4.4 Hodnocení sebraných dat

Zjištění odpovědi na hlavní výzkumnou otázku a doplňkové otázky je provedeno z výpovědí studentů a absolventů pražské vysoké školy psychosociálních studií.

Hlavní výzkumná otázka

Jak vnímáte sociální práci v hospicové péči?

Rozhovory se studenty a absolventy školy

O hospicové péči je známo, že je to obtížné pracovní prostředí, kde se právě kvůli tomu potýkají s častou fluktuací pracovníků. Většina studentů a absolventů tuto skutečnost potvrdili jejich odpovědí na hlavní výzkumnou otázku. Studentka č. 1 uvedla: „Musí to být hodně náročná, poskytovat péči na konci života, je to určitě hodně psychicky náročná práce.“ (příloha A tohoto textu, s. 1, §1). Studentka č. 2 také potvrzuje náročnost této specifické služby „Vnímám to tak asi jakožé je to práce hodně náročná, jak po fyzické stránce, tak po psychický a asi jde hlavně o uspokojování osob v tom terminálním stádiu.“ (příloha A tohoto textu, s. 7, §1). Absolventka č. 2 uvedla k této otázce, že jí vnímá „jako velmi náročnou z toho důvodu, že má pocit, že těch sociálních pracovníků v týhle oblasti je málo, že jsou hodně vyhořelí. Prostě nemaj takový platový podmínky, nejsou tak jako společensky uznávaný, není to tak jakoby společensky jako oceňovaná práce, což mne přijde jako důležitý bod pro, pro nějakou jako, pro nevyhoření zkrátka.“ (příloha A tohoto textu, s. 68, § 1).

Jeden ze studentů nehovoří o náročnosti dané profese, ale spíše o rozvoji spirituálního rozměru. Student č. 4 uvádí, že „Já nemám jako zkušenost osobní vlastně s tou sociální prací v hospicové péči, takže jediný informace, co mám, tak jsou z různých článků, který jsem třeba četl. Vnímám to jako, že se to třeba za poslední roky za mě docela posunulo, že se tam vnímám, že se začalo počítat i s nějakým spirituálním rozměrem té práce, že se tam zapojujou rodinní příslušníci tam, kde to jako dělaj, jako dobře.“ (příloha A tohoto textu, s. 27, §1).

Ostatní dva studenti spíše popisují, jak vnímají celkově hospicovou péči z jejich pohledu, hlavně k čemu by měla hospicová péče směřovat. Student č. 3 uvádí „Představuji si, že se ta sociální práce se nějak...asi bude zaměřená, jak jim usnadnit těm lidem odchod a nějak vlastně zprostředkovat ten odchod s rodinou, nějak to zmoderovat vlastně nebo

umožnit to prostředí...nastavit to prostředí, aby se mohli rozloučit a uzavřít svůj život.“ (příloha A tohoto textu, s. 17, §1).

Studentka č. 5, které má nejvíce profesních zkušeností s touto cílovou skupinou, vnímá obecně celkový růst a povědomí veřejnosti ohledně paliativní péče v české republice. Uvádí, že „Už se jako odklání takový jako klasický léčby, že už se jako ví, že se nemusej ty lidi jako, že jsou starý, neznamená, že se musej jako zachraňovat. Takhle systém zdravotnickej byl založenej tak, že staří vnímaný v podstatě jako nemoc a starej člověk...starýho člověka jakoby se snažej zachraňovat a uzdravovat a rozchodit a rehabilitovat a táák. Je potřeba udělat jakoby povědomí u těch lidí, že už je jako nezachraňujeme, ale přepojit je do tý paliativní péče a to je vlastně o tom, že se jakoby pracuje s tím, že se už přizná, že ty lidi umíraj a ono je to vlastně uvolní i k tomu, že si můžou ty poslední měsíce, roky a táák...jako užít v klidu. Dokonce bylo zjištěný, že se prodlužuje s tímhle vlastně i ta doba jako života, dokonce tím, jak dostanou do toho klidu a jak už nebojujou o ten život ale, že jsou jakoby v tý paliativní péči takže se jakoby zklidněj.“ (příloha A tohoto textu, s. 39, §1).

Absolventka č. 1 uvádí, že téma paliativní a hospicové péče je u nás zatím v pozadí oproti jiným službám. Říká, že „Hospic není úplně téma, který je ještě u nás...nechci říct populární, nebo zavedený, respektive vnímám, to téma by potřebovalo mnohem větší osvětu mezi lidma i profesionálka, kteří vlastně mnohdy nechápou úplně funkci hospicu, že to není vlastně úplně zcela zavedený, není ta služba úplně užívaná na takhle to vnímám.“ (příloha A tohoto textu, s. 60, §1).

Z rozhovorů vyplynulo, že studentka č. 5 má přímé prožitky s doprovázením nevléčitelných klientů v rámci působení na svém pracovišti v terénní pečovatelské službě pro seniory. Zároveň uvádí i velmi citlivou osobní zkušenost s doprovázením nevléčitelné nemocné babičky kvůli, které v té době opustila i zaměstnání, aby se o ni mohla starat. Vypráví svůj příběh „když jsem měla babičku, která měla vlastně Alzheimeru a o kterou jsem se tři roky starala intenzivně, nebo možná i vlastně dýl...došlo to už pak tak daleko, že jsem odešla z práce a byla jsem vlastně fakt s ní, vzala jsem si ji pak i domů...no ááá babička pro mě byla hrozně blízký člověk, protože mi nahrazovala maminku, byl to člověk, o kterého jsem se mohla opřít...díky ní jsem se měla o co opřít, byla to moje skála...začala najednou odcházet mentálně, kognitivně. Vidět, jak se proměňuje díky tomu Alzheimeru ta osobnost...začínala jsem si uvědomovat, že člověka vlastně netvoří jenom vědomí, že ho tvoří více oblastí a je potřeba učit se žít život tady a teď. Pak už jsem to nedávala, byla to nesmírně zátěžová situace pro naši celou rodinu. Bylo i těžký být najednou v roli pečovatele, babička

měla i rakovinu tlustého střeva...to znamenalo neustálé přebalování, zápach a takový ty věci, se kterými jsem se musela vyrovnávat, a dost mě to ničilo, byla jsem furt v roli starajícího se, pečujícího se...do toho měla babička tu demenci, tak se s ní už pak pořádně nedalo dorozumět a ona mne furt potřebovala mít u sebe nebo stále volala moje jméno. Myslela jsem si, jak ukážu dětem, že je normální se postarat o svou babičku a vzít jí domů a pak jsem zjistila, že je to dost těžký a vůbec jsem nebyla tím příkladem, co jsem si myslela...už jsem byla na konci sil, křičela jsem i na ní...v noci byla často vzhůru a neustále mne volala, dcera měla naproti pokoj a plakala, že nemůže už několik nocí spát a to byl pro mne moment, kdy mi došlo, že musím zachránit svoje dítě, takže jsem ji tenkrát dala do LDN do vedlejší vesnice, kam jsem za ní chodila dvakrát denně. Od té doby se umírání a smrti věnuji a uvědomila jsem si, jak mě to hrozně baví díky tomu, že pracuji v tý terénní pečovatelské službě, jak já to vidím celý jako komplex.“ (příloha A tohoto textu, s. 41, §2).

Studentka č. 1 a absolventka č. 2 byly v hospicovém zařízení na jednodenní stáži. Studentka mluvila o tom, že jí to hodně ovlivnilo, protože viděla, jak to jde vlastně hezky, to umírání. „Vlastně jsem si sama představovala, že takhle by se to líbilo mně. Jak je vlastně o toho člověka postaráno a nezatěžuje vůbec jakoby tu rodinu, děti a byla jsem mile překvapena tou péčí.“ (příloha A tohoto textu, s. 1, §2). Absolventka hovořila o tom, že díky stáži mohla nahlédnout pod povrch hospicové práce, jak organizace funguje a jakou poskytuje péči. Ještě uvádí, že v rámci předmětu ve škole měli spíše nějakou debatu o paliativní a hospicové péči. Zároveň mluví o své osobní zkušenosti, kdy potkávala sociální pracovníci a pečovatelku v jednom u své příbuzné, která umírala. Další osobní zkušenost uvádí s otcem, který byl v nemocničním prostředí na paliativním oddělení.

Absolventka č. 1 mluví o tom, že přímou zkušenost nemá, jen zprostředkovanou. Její blízká kamarádka nedávno řešila umístění svého rodinného příslušníka do hospicové péče, protože v nemocnici nedostala žádné pořádné informace o aktuálnosti doby, kterou její blízký ještě před sebou má. Jak uvádí „Bylo hrozně náročný zjišťovat, na co všechno jako je nárok nebo není nárok, jak se k tomu postavit a hlavně tam chybělo...za první obecné povědomí, jako informovanost...jako tady máte leták...hospic něco, něco, ale vlastně tam nebylo ani to odborný...jako tohle si ten člověk může dovolit, tohle si nemůže dovolit, je to riziko v tomhle případě a táák.“ (příloha A tohoto textu, s. 61, §2).

Ostatní tři studenti nemají s hospicovou péčí žádné osobní zkušenosti. Jedna studenta uvedla, že by ani na praxi do takového typu zařízení jít nechtěla kvůli své nevyřešené otázce smrti a umírání.

Na otázku, zda by chtěli pracovat v hospicové péči, byli podané různé odpovědi. Dva studenti řekli jednoznačně, že ne. U studentky č. 2 hraje roli nevyřešená otázka smrti a umírání. U studenta č. 4 byla odpověď ne spojena s tím, že se obává hospicového prostředí, které by na něj mohlo působit depresivně.

Student a absolventky se zcela této práci nezříkají, ale zatím nejsou buď vnitřně připraveni, nebo se tou otázkou právě zabývají. Student č. 3 se té možnosti úplně nevyhýbá, říká „Jeden čas mě to lákalo...že tam tu praxi zkusím, ale myslím, že by to bylo nad moje možnosti, takže jsem si to pak nevybral, myslím, že je to hodně emočně zatěžující, takže bych se toho bál asi vlastně, abych to ustál. (příloha A tohoto textu, s. 17, §3). Absolventka č. 1 uvádí „to je dobrá otázka...musím se zamyslet. Myslím, že teď ne, v tuhle chvíli, jak to mám teď ne, ale nevylučuju to.“ (příloha A tohoto textu, s. 62, §3). Absolventka č. 2 si zatím tuto možnost nepřipouští a to hlavně z důvodu jejího věku. Uvádí „Noo to je těžká otázka, já si jako říkám, že v mém věku momentálně asi ne, ale dokážu si představit, jakoby později, že s těmito lidmi jako bych pracovala. Si jako říkám, že to musí být zajímavý, nebo je to...tak jako možná...ted' to vyzní jako blbě, ale že mně někdy přijde že ty lidi jakoby nesou na tom konci toho života jako inspiraci, že jako povídaj ty svoje životní příběhy, ty moudra...ať je to mladej člověk nebo starší člověk, tak jakoby dospěje do nějakýho bodu, kdy si jako uvědomí některý věci, který jakoby v tom životě prožil a teď jakoby kouká ještě jinak je to takový, jako nějaký prozření.“ (příloha A tohoto textu, s. 73, §3).

Dvě studentky uvažovaly, uvažují o možnosti pracovat v hospicové péči. Studentka č. 1 uvádí, že pokud by byla organizace stejná v jaké byla na stáži „Tak by se mi ta práce hodně líbila.“ (příloha A tohoto textu, s. 2, §3). Studentka č. 2 si vzpomíná na momenty při doprovázení umírajících, uvádí „asi jóó...určitě...vždycky bych řekla, že jo, vždycky jsem potom toužila už od dvaceti let a bylo mi v týhle oblasti vždycky dobře...prostě momenty kdy jsem byla s lidma, který jakoby umírali, nebo už to měli hodně blízko táák to byla strašně hezká jako situace.“ (příloha A tohoto textu, s. 46, §3).

K otázce s kým vším spolupracuje sociální pracovník v hospicové péči, byly odpovědi všech participantů velmi podobné. Nejčastěji první zmínili rodinu, poté lékaře a ostatní zdravotníky a v neposlední řadě s klienty. Někdo zmínil i poradenské služby a absolventka školy č. 1 uvedla i pojem multidisciplinární tým. Ve všech odpovědích byl zmíněn hlavně lékařský personál. Jen u jedné ze studentek č. 2 a absolventek č. 1 a č. 2 se objevilo v odpovědi i terapeut či psycholog. Studentka č. 2 uvádí „Tak v první řadě asi s klientem bych řekla, pak s jeho rodinou a vlastně se spolupracovníkama, s tou organizací a popřípadě vlastně i s dalšíma organizacemi, pokud by klient vyžadoval, tak třeba s psychologem, s pastorem,

s vyjednáváním nějakých dávek...na bydlení, nebo sociálních příspěvků a s doktorem určitě, musí řešit otázku, zdali je vhodné na to...na tu hospicovou péči...asi mě už nic dalšího nenapadá.“ (příloha A tohoto textu, s. 8, 9, §4). Absolventka č. 1 také zmínila i duchovní péči. U ostatních participantů se rozměr spirituální roviny v odpovědích neobjevil.

Většina participantů hned na otázku, co vše nabízí sociální pracovník v hospicové péči, zmiňují kontakt s klientem a rodinou. Studentka č. 1 uvádí „Určitě kontakt s klientem, kontakt s rodinou. Kontakt jakože třeba...přijetí žádosti toho klienta, pokud je teda schopný o tom rozhodovat.“ (příloha A tohoto textu, s. 3, §5). Studentka č. 2 hovoří i o respektování lidské důstojnosti a etice, jejími slovy „Tak asi by rozhodně měl respektovat nějakou lidskou důstojnost, potom by se měl... dodržovat asi nějakou...nějakou Etiketu v organizaci, uspokojovat potřeby toho klienta po té ekonomické, psychologické a lidský stránce a finanční...tak to už jsem říkala, spirituální, měl by asi ...měl by být taky spojovacím článkem vlastně mezi klientem a rodinou to určitě, protože by měl asi pomoci i tý rodině, protože ne každý to zvládá dobře...měl by vést nějakou dokumentaci o klientovi, vést s ním rozhovor že jo, dohledat jeho potřeby... toho klienta, jeho přání...ááá vlastně asi mu nabízet eee...prostě spolupráci s nějakým tím psychologem, pastorem, pokud by teda jako měl zájem.“ (příloha A tohoto textu, s. 9, §5). U studenta č. 3 hrála nejspíše roli nervozita a na tuto otázku nebyl moc schopný konkrétně odpovědět. Student č. 4 uvádí „No tak myslím asi v první řadě nějak zajišťuje...žéé nabízí nějakou tu možnost konzultace, nebo nějaký ty schůzky pro ty rodinné příslušníky, potom asi nějak ... jako na poradách ...s tím...s těma pečovateli, že domlouvají třeba individuální plán.“ (příloha A tohoto textu, s. 30, §5). Studentka č. 5 popisuje sociálního pracovníka jako jakéhosi prostředníka „Prostředník mezi tím...zajistit vlastně co si přeje ten člověk, který umírá, který ho se to týká, jaký jsou přání rodiny, jaký jsou přání opravdu toho člověka, který ho se to týká, aby to tak jako odpovídalo asi může, může zrovna být sociální pracovník, který s ním udělá nějakou tu věc ten jako plán co, jak to bude pokračovat jeho zdravotní péče a takhle, takže komunikuje i s lékaři... jim to předává, zprostředkovává no nebo v případě to může být ten, co bude domluvat, jak bude často v hospici, jak bude často doma a takovýdle věci.“ (příloha A tohoto textu, s. 53, §5). Absolventka č. 1 uvádí „Napadá mě poradenství, jak vlastně se třeba chovat k takovému člověku, vypořádání se s tím, jak ta rodina se k tomu může postavit, co ten člověk by potřeboval, jako takový... teď mě napadá takový ty faktický věci ve smyslu takový to...já nechci mluvit o nějaký smrti...ukončení, ale i ten právní aspekt toho vlastně jak to bude i ty duchovní věci, takový zprostředkování hodně, na co má ten člověk třeba ještě nárok v rámci příspěvků třeba, protože nevíme jak dlouho bude v hospicu či nebude, to spíš toleto

...vnímám ho jako vztyčnýho, takovýho trošku takovou osobu pro další zprostředkování dalších těch služeb, který tam měli úplně bejt.“ (příloha A tohoto textu, s. 63, §5). Absolventka č. 2 zmiňuje podobný výčet pracovní náplně s tím rozdílem, že vnímá sociálního pracovníka spíše, jako sekretářku „dělá něco jako sekretářku, jak jsem už říkala, že prostě vede nějaký spis, kterej něco obsahuje, zprávy lékařský a že tak jako překládá mezi doktorama jako by konverzaci mezi doktorem a rodinou no a ostatními pracovníky jako by ty služby...to je jako by představa moje.“ (příloha A tohoto textu, s. 77, §5).

První doplňková otázka

1. Myslíte si, že je náročnější sociální práce v hospicové péči než v jiných sociálních službách?

Tři studenti vnímají větší náročnost pozice sociálního pracovníka než v jiných službách a to hlavně z důvodu tématu smrtelnosti a psychické zátěže. Studentka č. 2 uvádí „Já si myslím, že jako každá sociální práce, když se nad tím člověk zamyslí, je docela náročná. Ať už teďáá děláte s drogově závislejma, z týranejma ženama, nebo s bezdomovcema a s těma dalšíma je to teda náročný, ale tady pro mě třeba je ten Hospic náročnej právě v tom umírání a v tý otázce zase tý smrti.“ (příloha A tohoto textu, s. 10, §6). Student č. 4 uvádí „asi bych na to odpověděl, že to je jak v čem...že si myslím. Že třeba v jiných sociálních službách je třebaá podle mě jako větší nárok kladenej třeba na nějakou jako aktivizaci a vymýšlení různých programů pro ty klienty, nebo třeba jako výjezdů nějakých, to si myslím, že v tom hospici úplně není, že by byli tak hodně aktivní, ale zas jako psychicky si myslím, že to je určitě náročnější, než prostě práce s dětma nebo ze seniorama obecně...jak je to zaměřené...jak je to zaměřené na tu poslední fázi života, že psychicky je to určitě náročnější.“ (příloha A tohoto textu, s. 31, §6). Student č. 3 a absolventky se shodují v názoru, že každému sedí něco jiného, že každý vnímá danou službu podle svého osobnostního nastavení. Absolventa č. 2 uvádí „já si jako říkám, nebo já si myslím, že záleží asi na osobnosti toho člověka, že každej to má nastavený trochu jinak, že pro někoho je hrozně těžký pracovat se závislýma jako by s ééé...kde, se může jako třeba bát, nebo tak a myslím si, že tak to stejně funguje jakoby vlastně s paliativníma pacientama, prostě v hospicu. Ééé, že vlastně jako by buď tu cestu má otevřenou, nebo se mu otevře jako postupem času, že je mu to nějak blízky, nevím, může to být nějaká zkušenost třeba s rodinou, taky ta osobní zkušenost může být překážkou což si myslím, že je.“ (příloha A tohoto textu, s. 77, §6). Student č. 3 stručně uvádí „To asi mi přijde... takhle to říct asi nejde, to si myslím že ...záleží na tom, co komu sedí, pro někoho to může být v tom Hospici snazší, protože tam...tíhne k tý cíloví skupině a cítí tam, že to je smysl jeho života.“ (příloha A tohoto textu, s. 21, §6). Studentka č. 5 vnímá umírání

jako něco, co ji připomíná právě posvátnost každého prožitého okamžiku našeho života. „Pro mě smrt představuje jakoo nějakou připomínku toho úžasného života, kterýho mi můžeme žít a měli bysme ho fakt jako prožívat a vopravdu si jako vážit toho...že jo, jenom prostě jenom jedu na kole a když jsem třeba jela od klienta o kterýho jsem pečovala, kterej vlastně odcházel, který umíral a tak, a já...byl ještě při vědomí a já jsem mu vyprávěla kde jsem byla, že jsem byla na Petříně a teď jsem mu pouštěla video jak jsem byla na Petříně, jak to tam teďka vlastně vypadá, jak to kvete, ty stromy a že zrovna tam bimbalo dvanáct hodin, bimbaly tam zvony a on to úplně...říkal já bych tam chtěl bejt...a já tam bejt můžu a když jsem pak od něj jela, jela a teď jsem zmokla na kole a bylo docela nevlídné počasí, tak jsem si uvědomila, ale já tady prostě cejtím, jakoo ty kapky na sobě a tohle takžée...takže mě to prostě jako probouzí k životu ta smrt.“ (příloha A tohoto textu, s. 54, §6).

Všichni participanti se shodli na tom, že sociální pracovník v hospicové péči přichází do styku s tématem umírání a smrti každý den, proto asi musí vnímat jinak své životní poslání, které v sobě nese víru, spirituální rozměr či řešení své smrtelnosti skrze vykonávání právě práce v tomto typu zařízení. Student č. 4 uvádí „Tím asi že je s tím v každodenním, tak už si musí vybudovat asi k tomu nějaký jako vztah jinej, jako už jenom tím, že on nemůže to nějak tabuizovat to téma, když s ním přichází každodenně do styku, a právě myslím si jako že ten kontakt jako s těma umírajícíma, že může třeba zažít u některých jako klientů ten spirituální rozměr toho umírání což třeba ti ostatní...v ostatních službách jako nemusej...se k tomu jako dostat. Takže si myslím, že jako obecně to umírání může vnímat jako spirituální rozměr a možná jak to i vidí dennodenně, nebo jakože je s těma lidma, co umíraj v kontaktu, že možná to může vnímat jako víc jako součást života než jako v těch běžných službách.“ (příloha A tohoto textu, s. 33, §7). Studentka č. 2 popisuje obecněji to samé, jako student č. 4, jen to více nerozvádí, není tato otázka příliš příjemná. Studentka č. 1 hlavně zmiňuje, že ta sociální práce je nesrovnatelná oproti jiným službám, kde lidi neumírají. Zdůrazňuje náročnost vykonávání sociální práce v hospicové péči. Studentka č. 5 upozorňuje na to, že nad tímto tématem musí sociální pracovník neustále přemýšlet, zabývat se jím a být klientům a rodině na blízku. Student č. 3 uvádí, že „Nějak se chce se s ní porvat nebo ji chce ustávat, naučit se ji ustát vlastně...nevědomě nebo vědomě... nevím. Nebo v tom vidí smysl, nebo tam má nějakou zkušenost z rodiny kde ti rodinní příslušníci neměli tu péči a má potřebu to jinejm zprostředkovat...z velký části bych odhad, že tam tíhnou jít pracovat lidi, které to téma nějak oslovuje, tím pádem maj k němu nějaký jinej vztah než ostatní, kteří nad tím nepřemýšlej,zatím...protože nebo jsou dost mladí takže je to pro ně dost vzdálený.“ (příloha A tohoto textu, s. 22, §7). Absolventka č. 2 zase uvádí, že „To maj nějakým způsobem

vyřešenou tuhle otázku, jako svého bytí, nebo nějaké víry, ať je to jakákoliv víra křesťanská, buddhistická nebo hinduistická, nebo jakákoliv prostě ééé no. Jestli je to třeba Islám nebo tak ááá...že jako v něco věří, je to nějaký jejich zdroj jejich práce a něco jim to dává no a...nebo je to otázka, nebo si říkám, že to je otázka jako naplňování.“ (příloha A tohoto textu, s. 79, §7).

K otázce, zda má sociální pracovník dostatek podpory od vedení, byly odlišné odpovědi. Absolventka č. 2 zmiňovala hlavně finanční ohodnocení, jako podprůměrné k příslušné profesi. Uvádí „Vnímám tu finanční složku, protože nemám pocit, že by naše společnost byla nastavená ještě k jiný péči o své zaměstnance, i když teď mám pocit, že se to víc jako objevuje, že jim třeba zajistí nějakou supervizi týmovou i individuální pro zaměstnance, když třeba pro něho je to nějakým způsobem těžký, když odchází nějaký člověk, se kterým si udělal nějaký vztah, nebo když je nějaký, prostě celkově, když někoho něco trápí, nebo zasáhne tak si myslím, že už je nějaká jako péče zajištěná...jako by od vedení, ale nemyslím si, že, že by to bylo pořád ještě doceněný dostatečně.“ (příloha A tohoto textu, s. 81, §8). Student č. 3 nedokázal zcela konkrétně odpovědět, protože se k tomu necítil příliš kompetentní z důvodu toho, že nemá žádnou zkušenost s prací v hospicové péči. Student č. 4 si představuje, že „V tom Hospicu jak, jako už jenom to téma umírajících, jako ty služby, že mám pocit, že ti lidi jsou vstřícnější a víc jako komunikují mezi sebou a maj tam větší dávku zodpovědnosti než v běžných službách, protože v běžných službách mi nepříjde, že má vždycky sociální pracovník podporu od vedení, ale jak říkám nemám osobní zkušenosti, tak si to myslím.“ (příloha A tohoto textu, s. 34, §8). Studentka č. 2 zmiňuje, že asi záleží, kdo je ředitel organizace a jaký je, ale že by rozhodně podporu mít měli. Studentka č. 1 uvádí podobné stanovisko, jako studentka č. 2, jen nemluví přímo o řediteli organizace, ale o celé organizaci. Studentka č. 5 obecně zmiňuje, že sociální pracovník je hodně důležitým členem v hospicové péči, takže by měl mít také hodně podpory od vedení. Absolventka č. 1 si myslí, že „Záleží na organizaci, kdo to vede, jaký je tam kolektiv, že to nejde takhle říct obecně, že hodně v těch organizacích funguje kolektiv a záleží opravdu na podpoře toho týmu celého a je to zase multidisciplinarita, kterou jsme procházeli, a je fakt potřeba kor v tady těch pomáhajících profesích fungovat v týmu.“ (příloha A tohoto textu, s. 65, §8).

Motivace pro výkon svého povolání v hospicovém typu zařízení byla z řad participantů spíše minimální nebo by v ní hlavně sehrálo roli, kdyby se v této životní etapě ocitla jejich rodina či blízký člověk. Jen u dvou studentek se objevila chuť zpříjemnit terminálně nemocným klientům jejich odchod na onen svět. Studentka č. 1 uvádí, že „Určitě asi těm lidem pomáhat odejít...asi být, prostě...dávat tu podporu. Přejde mi to takové... jako,

že to je strašně důležité, aby ten člověk neodešel...tak jako špatně, aby to bylo hezké, a i to poslední, aby stálo za to, aby to bylo hezké, aby prostě ten člověk tu poslední cestu měl i to období aby stálo za to.“ (příloha A tohoto textu, s. 6, §10). Studentka č. 5 popisuje svůj přístup k této cílové skupině slovy „Mám prostě k těm lidem obrovské jako soucit i v tom smyslu, že já sama jsem si několik dlouhých let svého života často pracovala s otázkou být či nebýt, že jsem přemýšlela o tom, že bych se zabila a tak, takže s tímhle tím tématem jsem u sebe takhle pracovala ááá přijde mi to jako že, jako by...to je úplně to nejdůležitější jako.“ (příloha A tohoto textu, s. 57, §10). Absolventka č. 2 uvádí, že „Dobřej kolektiv v tom hospicu, musely by mi ty lidi bejt nějak blízky...asi prostředí...jak ten hospic vypadá, muselo by mi to bejt i mně samotný příjemný. Mluvily jsme o penězích, tak si myslím, že by to muselo být docela i dobrý finanční ohodnocení, abych s tím aspoň vyžila...uživila se, uživila rodinu...aspoň částečně a což už je taková jako věc proč to nedělat.“ (příloha A tohoto textu, s. 83, §10). Absolventka č. 6 nevidí v tuhle chvíli nic, co by ji motivovalo k práci v hospicové péči. „V tuhle chvíli to pro mě není jako vůbec na pořadu dne, vůbec není to moje ani jako cílová skupina zatím, neumím ti na to relevantně odpovědět v tom, co by byla ta motivace.“ (příloha A tohoto textu, s. 66, §10). Zbylí studenti zmiňují, že by je motivovalo, kdyby se do této situace dostal někdo z rodiny či blízkých, jinou motivaci zatím v práci v hospicové péči nemají. Student č. 3 uvádí „To si vůbec neumím představit, co by to bylo. Možná bych musel mít nějaký vlastní zážitek s někým, koho bych potřebovat doprovázet, a to by mě asi oslovilo, že bych pak k tomu šel, ale jinej motiv si vůbec neumím představit. To si neumím představit ani finanční motivaci.“ (příloha A tohoto textu, s. 24, §10). Student č. 4 pracuje s dětmi a tato cílová skupina je pro něj úplný opak. „Tak asi buď nějaký osobní zážitek, který by mě na to nasměroval...a nebo že třeba bych zahlídl v tom nějaký jako najednou smysl, čímž neříkám, že v tom jako není, ale myslím si že třeba mě to táhne do jiný cílovky... možná třeba, že si myslím že představa toho hospicu...že se tam procházím po chodbě a slyším to různý kašláni není tak hrozný jak...není tak hrozný jak si to nějací lidé představují a že třeba ti pracovníci by třeba... kdy by sdíleli, že tam jsou třeba jako posilující chvíle jako při tý práci, takže třeba k tý motivaci může přispět i to sdílení z tý praxe, jak to vnímají ti pracovníci, že tam třeba je nějaký ten spirituální rozměr, nebo že ta blízkost, kterou si jako vybudují s tím klientem, že tam je jinej rozměr než jenom to umírání, které si myslím, že většina z nás...i já si představuji jako takový depresivní.“ (příloha A tohoto textu, s. 36, §10). Studentka č. 2 uvádí, že „No tak zatím osobně asi nic, ale jediné, že bych tam měla někoho blízkého? A chtěla vlastně s ním trávit poslední dny...jinak si to neumím představit co by mě mohlo motivovat.“ (příloha A tohoto textu, s. 14, §10).

Druhá doplňková otázka

1. Myslíte si, že mají sociální pracovníci dostatečné vzdělání v rámci své profese?

Participantů se shodli na tom, že obecné vzdělání a přehled sociálního pracovníka získá studiem na vysoké škole. K přípravě práce v hospicové péči, ale moc informací v rámci studia zatím nemají či nezískali. Uvádí, že spíše jen okrajově. Pouze absolventka č. 1 odpověděla velmi razantně, že ano. Ostatní zmiňují hlavně důležitost praxe, pokud se chce někdo profilovat k této cílové skupině. Také se u dvou studentů objevilo jako stěžejní téma chybějící sebezkušenost, tedy výcvik u jiných sociálních pracovníků, se kterými se setkali. Považují ho, jako nezbytný k poskytování kvalitního přístupu ke klientům. Přičemž zmínili, že v tomto je pražská vysoká škola psychosociálních studií jedinečná. Studentka č. 2 uvádí „Rozhodně by měli mít všichni vysokoškolské vzdělání a určitě si myslím, že je dobrý pro každého sociálního pracovníka mít sebezkušenostní výcvik. Když jsem byla praxi, tak teda jsem měla možnost vidět, že spouště sociálním pracovnícím ten výcvik chyběl. Takže si myslím, že to je opravdu jako třešnička na dortu.“ (příloha A tohoto textu, s. 13, §9). Student č. 3 také zmiňuje důležitost výcviku „K tomu Hospicu nevím, jestli nemusí mít nějaké speciální jiné vzdělání, ale pokud bych vzal sociálního pracovníka obecně, kdekoliv tak si myslím že...co jsem se setkal já...často chybí jakýkoliv nějaký výcvik a myslím si, že by to bylo užitečné. Jinak teoreticky si myslím, že to vzdělání je dostatečné.“ (příloha A tohoto textu, s. 23, §9). Studentka č. 1 mluví hlavně o důležitosti praxe v rámci oboru „Určitě by to vzdělání měl mít, ale myslím si, že tak trošku ta praxe je u toho sociálního pracovníka...jakó ještě možná důležitější.“ (příloha A tohoto textu, s. 5, §9). Absolventka č. 2 poukazuje na zdokonalování specializace k dané cílové skupině během studia v rámci praxe. Uvádí „Já si jako říkám, že sociální práce je tak hrozně široká, že se to nedá obsáhnout jako v pěti letech studia, zároveň si myslím, že sociální práce, není nějaký vědecký obor, což bych tedy jakoo asi rozporovala s různěma učitelma na škole...myslím si že sociální pracovník, když chce tak od prvního ročníku se specializovat na tu danou oblast, že chodí na praxe a tam už se jako by v tom může zdokonalovat během toho studia. Studium jim nabízí jako obecné znalosti o těch věcech, nějaký jako souvislosti ááá jak ten člověk k tomu přistupuje, jakoby vlastně co chce dělat, pak jako nabírá ty zkušenosti.“ (příloha A tohoto textu, s. 82, §9). Studentka č. 3 mluví o všeobecné neznalosti paliativní a hospicové péče. „Já co jsem dělala i rozhovory, co si pamatuju tak některý lidi ani nevěděli ani...neměli pořádné povědomí o tom, že hospic existuje a co je hospic, možná věděli k tomu tak jednu větu.“ (příloha A tohoto textu, s. 57, §9). Student č. 4 uvádí „Doufám, že asi jo, že tak aspoň minimálně ze zákona ty požadavky na vzdělání si myslím, že plněj, s tím, že asi nejspíš asi nevím, jestli to je přímo požadavek, ale myslím si, že maj jako třeba...jako ještě nějaký kurz vyloženě zaměřenej na tu

Hospicovou péči na nějaký jako program provázení umírajících a táák. Mám jako taky představu, že na tom v tom hospicu nejspíš trvaj, že mi to přijde hodně důležitý pro tu práci. (příloha A tohoto textu, s. 35, §9).

4.5 Zhodnocení výzkumu

Hospicová péče by měla směřovat ke kvalitnímu, respektujícímu, empatickému, lidskému přístupu při doprovázení nevyлéčitelných klientů. Sociální pracovník by měl být profesionálem, který zajišťuje sociální agendu, požadavky klientů a působí jako vztyčný bod mezi komunikací s klienty, rodinou, organizací a jinými veřejnými zdroji či služby vedoucí k naplňování aktuálních potřeb nemocného. Sociální práce v hospicové péči je z pohledu participantů náročná, hlavně po psychické stránce s čímž je spojeno téma umírání a smrti. Také je uvedena i fyzická zátěž, kterou sociální pracovník může také poskytovat při konkrétní činnosti s klienty. Hospic spadá pod zdravotní sféru, ale zároveň v něm působí i sociální sféra, což bylo a je pro mnohé sociální pracovníky matoucí. Vnímají, že zdravotníci jsou oproti jejich pozici vysoce postavení v rámci organizace. Podle některých výpovědí se paliativní a hospicové péče se dostává více do povědomí společnosti a participaci zaznamenávají i větší osvětu vývoje spirituální roviny, tedy duchovní péče v tomto typu zařízení. Je zde také zdůrazněna skutečnost, která upozorňuje na velkou fluktuaci pracovníků.

Zkušenosti většina sociálních pracovníků postrádá, a proto se člověk ve své praxi mnohdy nesetká s lidmi pracující v hospicové péči, pokud sám se tímto tématem nezabývá a neprofiluje se na vykonávání sociální práce s touto cílovou skupinou. Častější jsou osobní zkušenosti, spíše v roli pozorovatele při poskytování péče nemocnicí a terénní hospicovou péčí u rodinných příslušníků.

O vykonávání své profese v hospicové péči není moc zájem. Zátěžové prostředí a téma konečnosti působí převážně depresivně až děsivě. Práce je podhodnocená, nedoceněná veřejností i finančním ohodnocením. U mladších sociálních pracovníků je jejich energie směřována spíše k aktivizaci klientů, tedy u jiných cílových skupin, kde vnímají prozatím větší přínos jejich práce a osobního naplnění.

Práce v hospicovém prostředí se vyznačuje hlavně svou multidisciplinaritou. Sociální pracovník spolupracuje se všemi pracovníky v organizaci, tedy se zdravotníky, pečovateli, psychology, terapeuty, kaplany, jinými organizacemi, veřejnou správou a s jinými potřebnými osobami či orgány dle potřeb klienta.

Sociální pracovník je vnímán hlavně jako zprostředkovatel kontaktu mezi klientem, rodinou a jinými organizacemi. Vede sociální agendu, přijímá žádosti, vyřizuje je a případně provozuje poradenskou činnost. Uvedena byla hlavně schopnost a umění komunikace, jako důležitý nástroj práce sociálního pracovníka. Duchovní péče byla upozaděna, participaci ji

neuváděli. Přičemž právě spirituální doprovázení, víra a smysl života je stěžejní téma pro všechny klienty k přijmutí a uzavření svého života.

Náročnost sociální práce v hospicové péči byla viděna z různých pohledů. Pro některé sociální pracovníky může být jejich práce stejně náročná s jinou cílovou skupinou, záleží hlavně na osobnostním nastavení. Umírání a smrt je vnímána určitě jiným způsobem než v jiných sociálních službách, kde se toto téma objevuje zřídka. Zároveň nelze uniknout konečnosti, protože se týká každého z nás. Sociální pracovník v hospicové péči je v každodenním kontaktu s umíráním a smrtí. Ke kvalitnímu a odbornému odvádění své práce musí být s tímto tématem u sebe v souladu nebo naopak je uvedeno, že se snaží si pomocí této práce téma vyjasnit, zpracovat, ať už vědomě či nevědomě.

Podpora od vedení by měla být základ pro vytvoření příjemného pracovního prostředí a měla by vést k osobnímu rozvoji, ke vzdělávání a ocenění oboru sociální práce v hospicové péči. Sociální pracovník by měl mít možnost docházet na supervize či osobní intervize. Syndrom vyhoření je častý jev v tomto zátěžovém prostředí, a pokud je dobře řízená podpora od vedení nemusí pracovník brzy vyhořet.

Motivace k práci v hospicové péči je spojena hlavně s nastávající situací, kdy by musel být doprovázen terminálně nemocný z rodiny či blízká osoba. U participantů převládala hlavně tato motivace a to především z důvodu těžkosti a nevyřešenosti vlastní smrtelnosti. Spíše se ukazovaly demotivující faktory, mezi nimiž bylo právě finanční ohodnocení, postavení organizace a věková nevyzrálость.

Sociální pracovník má dostatečné obecné vzdělání v rámci své profese, ale ohledně poskytování sociální práce v hospicové péči je nedostatečné. O paliativní a hospicové péči se mluví jen okrajově a studenti možnost praxe v tomto typu zařízení moc nevyužívají. Umírání a smrt je tedy zatím stále tabuizované téma, které by se mělo dostat více do povědomí budoucích či stávajících sociálních pracovníků. Dokonce se někde mluví o tom, že by bylo prospěšné se tímto tématem zabývat už na základních školách, aby se umírání a smrt znovu stala přirozenou součástí života.

Sebezkušenostní výcvik byl uveden jako výborný nástroj k poskytování kvalitní sociální práce s klienty. Bylo zřejmé, že sociální pracovník s výcvikem může lépe zvládat zátěžové vzniklé situace a může mít větší porozumění pro potřeby klientů, rodiny a ostatních spolupracujících v rámci své profese.

Diskuze

Vazba teoretické části na výzkum

V teoretické části je popsána charakteristika paliativní a hospicové péče zdravotním Zákonem č. 372/2011 Sb., kde je uveden cíl poskytované zdravotní péče, zároveň komu je hospicová péče poskytována a v jakém prostředí. Také je uveden Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v němž není hospicová péče přímo ukotvena i přesto, že hospic je zdravotně-sociální zařízení. Pro výzkum byl tento fakt významný, protože pro sociální pracovníky je to nejasné v tom, že vnímají lékaře v hospicové péči vysoce postavené oproti své pozici. Uvedený Zákon č. 95/2004 Sb. už připouští existenci samostatného specializačního oboru Paliativní medicína a léčba bolesti. Není však vyjasněn vlastní průběh specializační přípravy. Přesto lze očekávat, že označením tohoto oboru, by mohlo konečně dojít k zakotvení na akademické půdě. A to by mohlo vést k vyšší přípravě budoucích specialistů, tedy i sociálních pracovníků a také dostát vyšší pozornosti a informovanosti cílené na veřejné mínění. Čímž by se také mohlo docílit ke zvýšení motivace pracovat v hospicové péči, která trpí velkou fluktuací pracovníků.

Teorie je převážně zaměřená na velmi citlivé téma - umírání a smrti, vyrovnávání se smrtí u sebe, jak v profesionální, tak v osobní rovině. Zvládání těchto těžkostí a zároveň být oporou pro klienta, jeho rodinu a blízké. V této oblasti hraje podstatnou roli umění komunikovat, což je při poskytování tohoto druhu služby nezbytné. Komunikace s klientem, rodinou, organizací a jinými potřebnými službami je specifické hlavně svou cílenou podporou při doprovázení nevléčitelně nemocných klientů a jeho rodiny.

V teorii je popsána podstatná součást při vykonávání své profese, a to doprovázení umírajícího i jeho rodiny, kdy je nutné brát zcela vážně potřeby, přání klienta a snaha je pomoci plnit před blížkým koncem života. Zde se objevuje i duchovní péče, která má významnou roli před sklonkem života, při hledání smyslu, smíření se s aktuální životní situací a přijetím vlastního konce.

V teoretické části je popsána pracovní role sociálního pracovníka v hospicové péči, jeho osobnostní předpoklady, kompetencemi, povinnostmi vůči klientovi, rodině a organizaci. Zároveň také musí dodržovat etické principy a respektovat každého klienta i s jeho těžkými stádii procesu umírání.

Dále se teorie zabývá metodami sociální práce metodami, které jsou významné při poskytování hospicové péče. Sociální pracovník zastává v tomto typu zařízení mnoho rolí, což také vyžaduje mnoho odborných schopností, dovedností a chuti se dále vzdělávat ve své specializaci. K tomu se také váže dostatečná podpora od vedení formou supervizí, intervencí,

sdílení praxe a posíláním na stáže do hospiců, které jsou proslulé svou kvalitní péčí, svým přístupem a vývojem poskytované zdravotní i sociální péče.

Teoretická část hodně zmiňuje význam a nutnost spolupráce v rámci týmu. Tým hospicové péče je specifický svou multidisciplinaritou, kde se objevuje mnoho profesních rolí. To na sociálního pracovníka také klade velkou schopnost spolupráce v týmu s různými druhy odborností a profesí.

V teorii je také zmíněna sebestpěče, která je podstatná pro každého pečujícího než dojde do fáze syndromu vyhoření či nechtěného selhání v oblasti poskytované péče umírajícímu člověku.

Zkušenost z výzkumu ukazuje, že nelze každý může pracovat v hospicové péči, záleží hlavně na osobním nastavení k umírání a smrti. Většinou každý musí mít u sebe srovnanou a vyřešenou otázku vlastní smrtelnosti. Pro někoho je to velmi citlivé téma, které v něm vzbuzuje strach, bolest, trápení a děsí se okamžiku, kdy bude on sám umírat.

Bohužel i teď se setkáváme s tím, že o hospicové péči se stále moc nemluví, veřejnost před ní zavírá oči, přitom už je načase, aby se sociální politika zabývala stárnoucí populací a dostatečným zabezpečením kvalitních služeb pro tuto cílovou skupinu. Pokud člověk sám nezažije skutečnost, že přichází o někoho blízkého, nenutí ho to ani nad tímto typem služby přemýšlet. Proto i motivace pracovat v hospicové péči je nepoměrná, tedy skoro žádná vůči jiným službám.

Studenti a absolventi sami vnímají, že je to velmi zátěžové prostředí na psychickou stránku jejich osobnosti. Až na jednu studentku nikdo z nich neprojevil zájem pracovat v hospicové péči. To stále ukazuje, že hospicová péče je upozaděná, opomíjená až zapomenutá. Snad se sami dočkáme dne, kdy budeme mít na výběr z mnoha kvalitních poskytovatelů na sklonku našeho života a budeme tak moci odejít z tohoto světa v klidu, v okruhu našich blízkých s pocitem naplněnosti našeho bytí.

Velký význam pro studenty a absolventy také hraje nedocenená profese sociálního pracovníka a finančního ohodnocení. Což také snižuje motivaci k tomu být součástí hospicové péče. Mnoho pozitiv k výkonu sociální práce v hospicové péči se ve výzkumu neobjevilo, co ale výzkum ukázal, že každého se téma bytostně dotýkalo a otevřelo v něm staré bolestné či radostné zážitky, o které se rád podělil. Možná i díky tak sdílnému rozhovoru se mnohým zakusilo poprvé více přemýšlet o umírání a smrti a zároveň vnímat důležitost působení sociálního pracovníka v hospicové péči.

Provedení vlastního výzkumu

Výzkum byl ovlivněn tím, že studenti a absolventi nechtěli, aby byl zmíněn jejich věk či ročník studia, ve kterém se nachází. A to z důvodu, aby na jejich osobu nebylo pohlíženo jinak nebo měli obavy z toho, že nebudou správně zodpovídat výzkumné otázky. Tento fakt zvýraznili participanti na samém začátku při oslovení jejich osoby k pořízení výzkumu.

Díky odosobnění participantů bylo možné získat představu, jak vnímají sociální práci v hospicové péči, jak vnímají téma umírání, smrti a zda cítí, že mají dostatečné vzdělání k výkonu své profese. Naopak rozhovory probíhali v otevřeném a příjemném prostředí.

Také mohl být výzkum ovlivněn tím, že výzkumník některé participanti znal osobně. Z čehož mohli pramenit také obavy, že nebudou chtít zodpovídat, tak citlivé otázky a budou více uzavřeni. To se, ale nepotvrdilo. Všechny rozhovory proběhly naprosto přirozeně bez přetvářek či jiných negativních faktorů, které by mohli výzkum znehodnotit.

Na vlastní osobě si výzkumník vyzkoušel, jak působí na participanti, zda si je sám jistý položením daných otázek a jak se v nich sám cítí. Výzkumník si zažil několik bolestivých okamžiků během rozhovorů, kdy se přistihl, jak participanta lituje nebo naopak s ním velmi souzní a nejraději by mu v tu chvíli poskytnul vřelé objetí. V rámci profesionality se tomu, tak nestalo, ač možná by to v tu chvíli bylo vhodné, potřebné a lidské.

Vše zmíněné jen dokládá, že se všemi úskalími musí výzkumník počítat a vyrovnávat se s bolestným tématem, s možnými pocity i svého strachu a také s omezeným časem. Zároveň by úskalí podobného druhu neměla bránit v zjištění potřebných dat a objektivního přístupu k participantům.

Závěr

Tato práce byla zaměřena na sociální práci v hospicové péči. Teoretická část stavěla na popisu legislativního zdravotního i sociálního rámce, z kterého vyplívá popis hospicového zařízení, jeho možní zájemci o službu, klienti a druh poskytované sociální a zdravotní péče. Charakteristika hospicové péče byla uvedena autory, kteří působí, působili jako zdravotníci, sociální pracovníci, psychologové a zdravotní a sociální pedagogové. Legislativa totiž přímo neuvádí charakteristické rysy hospicové péče, ale spíše možnosti zdravotní péče a pobírání veřejných příspěvků.

Práce se nejdříve zabývala formami hospicové péče, které již existují na území české republiky. V práci se objevilo několik možností využívání paliativní a hospicové péče v lůžkovém či domácím prostředí. Dále jsem se v první kapitole věnovala pracovníkům hospicové péče, jejich legislativním ukotvením a všemi dalšími pracovníky, kteří působí v tomto typu zařízení a jsou nezbytnou součástí pro kvalitní poskytování dané péče. Dalším stěžejním tématem bylo doprovázení nevléčitelně nemocných klientů. Popsala jsem stádia umírání a možné přístupy práce s přijmutí konečnosti pomocí duchovní péče, která je naprosto nezbytná součást celého procesu doprovázení. Jsou zde uvedeny i potřeby a přání klientů, které by pracovník neměl upozadovat a naopak jim dát velkou důležitost a možnost naplnění. V poslední řadě se v této kapitole objevilo konkrétní vymezení sociální práce v hospicové péči, která je naprosto specifická oproti jiným službám, které se věnují spíše aktivizaci či zachování stávajících dovedností klienta.

Další kapitola se věnovala historii sociální práce hospicové péče obecně a poté byli konkrétně zmíněni průkopnice a významné osoby v zakládání a vývoji paliativní a hospicové péče ve světě a u nás v české republice. Dále jsem uvedla metody sociální práce pro práci s klienty hospicové péče a zároveň na, co mají klienty ze zákona nárok v rámci využívání tohoto typu zařízení. Zmínila jsem i možnosti sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb. a druhu činností, které poskytují. Nakonec jsem se zabývala kompetencemi, povinnostmi, podporou, pomocí a celkově rolí sociálního pracovníka v hospicové péči. Zde jsem se hodně zaměřila na schopnosti komunikace s klientem, rodinou a také na respektování klientů v jejich jedinečnosti.

Poslední teoretická kapitola se zabývala klienty hospicové péče. Uvádím zde přímou práci sociálního pracovníka s klienty, využití specifických metod s klienty, jako je psychoterapie, biblioterapie, muzikoterapie, arteterapie, relaxace, volnočasové aktivity a také podstatnou metodu, kterou uvádím jako práce s tichem. Dále se zde objevuje práce s pečujícími osobami, hlavně ve formě podpory a pomoci rodině, blízkým a i sebeběče všech pečujících osob včetně sociálního pracovníka. Kapitulu uzavírám zásadním tématem, tedy

etikou v hospicové péči. Dodržování etických přístupů je nutné a nezbytné ve všech organizacích, ale v hospicovém zařízení je naprosto stěžejní a nelze ji nějak zpochybnit či upozadit. V tomto období jsou klienti nejvíce zranitelní a my nesmíme v žádném případě dopustit, aby se nedodržovala základní lidská práva a etický kodex. Etika je už od dob významných řeckých myslitelů formulována a definována jako norma soužití každé lidské kultury.

V praktické části, výzkumu, bylo provedeno kvalitativní získání informací, jak vnímají studenti a absolventi pražské vysoké školy psychosociálních studií sociální práci v hospicové péči. Významné také bylo, zda vůbec některý z participantů má zkušenost s prací v tomto typu zařízení. Výzkumník měl také možnost zjistit, zda budoucí či stávající sociální pracovníci mají povědomí o hospicové péči, zda ví, jakou práci sociální pracovník vykonává v hospicové péči a co vše může nabídnout v rámci své profese. Zásadní bylo také zjištění, jestli mají sociální pracovníci hospicové péče náročnější práci než v jiných zařízeních a jak vnímají téma umírání a smrti. Součástí výzkumu bylo také zkoumání, s kým vším podle nich sociální pracovník spolupracuje a zda má dostatečnou podporu od vedení organizace. V neposlední řadě byla i položena podstatná otázka motivace pro zvolení práce s touto cílovou skupinou. Nakonec jsem se zabývala, zda je dostačující vzdělání, které sociální pracovníci v rámci studia či vystudovaného oboru Sociální práce mají pro práci v hospicové péči. Výzkumník byl velmi mile překvapen otevřeností všech zúčastněných participantů, jejich upřímností, opravdovostí a i za nahlédnutí do jejich zranitelnosti. Téma umírání a smrti není lehké, trůfám si říci, že pro nikoho z nás. A i přesto se každého z nás týká a je v podstatě s námi vždy přítomno.

Seznam bibliografických údajů

1. Bílý, J. (2009). *Základy společenských věd IV., Základy státovědy, politologie a sociologie*, Ostrava: KEY Publishing.
2. Bhatnagar, M., Lagnese, K. (2023). *Hospice Care*. Získáno 26. 7. 2023 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537296/>
3. Drapela, J, V. (2011). *Přehled teorií osobností*. Praha: Portál.
4. Hauke, M. (2011). *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada.
5. Helsing, V, J. (2017). *Kdo se bojí smrti?* Praha: Amadeus Verlafig.
6. Hoff, T., Trovato, K., Kitsakos, A. (2023). *Hospice Satisfaction Among Patients, Family, and Caregivers: A Systematic Review of the Literature*. Získáno 27. 7. 2023 z <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10499091231190778>
7. Chen, L., Hong Li, X., Pan, X., Pan, Q., Huang, H., Tao, P., Li, G., Ma, J., Huang, J. (2022). *Nurses' knowledge, attitudes, and willingness to practice hospice care: An analysis of influencing factors*. Získáno 27. 7. 2023 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537296/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259647>
8. Janáčková, L. (2007). *Bolest a její zvládání*. Praha: Portál.
9. Kopřiva, K. (2013). *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál.
10. Kalvach, Z., a kolektiv. (2019). *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů.
11. Kořa, J. (ed.). (2009). *Dobro, zlo a řeč v psychoterapii*. Praha: Triton.
12. Kováčová, B. (2018). *Biblioterapia v ranom a predškolskom veku*. Bratislava: UK v Bratislave.
13. Kübler-Ross, E. (2015). *O smrti a umírání, co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál.
14. Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
15. Kříž, A. (2013). *Etika Níkomachova*. Praha: Rezek.
16. Laca, S. (2016). *Sociálna pedagogika verzus sociálná práca*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií.
17. Laca, S. (2013). *Sociálna práca v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžběty.

18. Laca, S., Dancák, P., Laca, P. (2011). *Zborník z mezinárodnej vedeckej konferencie, Spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Bratislava: Bardejov.
19. Marková, A., a kolektiv. (2021). *Hospic do kapsy*. Praha: Cesta domů.
20. Matoušek, O., Koldinská, K., & Průša, L. (2007). *Sociální služby*. Praha: Portál.
21. Matoušek, O. (2008). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
22. Matoušek, O. (2012). *Základy sociální práce*. Praha: Portál.
23. Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2013). *Manuál transformace ústavů*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.
24. Myers, G, D. (2016). *Sociální psychologie*. Brno: Edika.
25. Pilát, M. (2015). *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi*. Praha: Portál.
26. Poněšický, J. (2011). *Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění*. Praha: Triton.
27. Porubčanová-Dobříková, P., a kolektiv. (2005). *Nevyléčitelne chorí v súčasnosti*. Trnava: Spolok Svätého Vojtecha.
28. Sieberová, J. (2016). *Hospic příběh naplněné naděje*. Praha: Triton.
29. Schaik, M., Pasman, H., Widdershoven, G., Molewijk, B., Metselaar, S. (2023). *CURA An Ethics Support Instrument for Nurses in Palliative Care. Feasibility and First Perceived Outcomes*. Získáno 27. 7. 2023 z <https://link.springer.com/article/10.1007/s10730-021-09456-6>
30. Sláma, O., Špinka, Š. (2004). *Koncepce paliativní péče v ČR, pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi*. Praha: Cesta domů.
31. Student, J-Ch., Mühlum, A., Student U. (2006). *Sociální práce v hospici a Paliativní péče*. Vyšehradská: H & H.
32. Svatošová, M. (2008). *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
33. Svatošová, M. (2019). *Neboj se vrátit domů*. České Budějovice: Protisk.
34. Tolan, J. (2006). *Na osobu zaměřený přístup*. Praha: Portál.
35. Tomeš, I. (2010). *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál.
36. Uzlová, I. (2010). *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál.
37. Vybíral, Z. (2009). *Psychologie komunikace*. Praha: Portál.
38. Zrubáková, K., Bartošovič, I. A kolektiv. (2019). *Nefarmologická léčba v geriatrii*. Praha: Grada.

1. Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče (n.d.). O nás. Získáno 27. 7. 2023 z <https://asociacehospicu.cz/o-nas/>
2. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. (2011). In Sběrka zákonů (s. 4731 – 4752). Praha: Ministerstvo zdravotnictví.
3. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (2006). In Sběrka zákonů (s. 1257-1289). Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.
4. Zákon č. 209/1992 Sb., sdělení o Úmluvě a ochraně lidských práv a základních svobod. (1992). Praha: Federální ministerstvo zahraničních věcí.
5. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. (1997). Praha: Ministerstvo zdravotnictví.

Přílohy

Příloha č.1 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu k Diplomové práci

Účel: Jste zván k účasti ve výzkumu, který je součástí diplomové práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií. Cílem tohoto výzkumu je zjištění, jak student a absolvent oboru Sociální práce vnímá sociální práci v hospicové péči.

Podmínky účasti: Seznámení se s informovaným souhlasem a stvrzení souhlasu s účastí ve výzkumu podpisem, souhlas s pořízením audiozáznamu rozhovoru. Rozhovor trvá cca 30-60 minut.

Osoba, která realizuje výzkum: Eva Vildnerová, e-mail: dozska@seznam.cz. Probíhá pod odborným vedením doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.

Možná rizika: I když nejsou známa žádná konkrétní rizika spojená s výzkumem, některé informace mohou být citlivé. Také otázky spojené s popisem vlastních sociálních potřeb mohou být pro některé účastníky stresující. Kdykoliv tedy můžete odstoupit v průběhu natáčení rozhovoru nebo neodpovědět na položenou otázku, která je pro Vás nepřijemná.

Možný zisk: Z účasti na výzkumu neplyne žádný přímý zisk. Výsledky výzkumu budou mít vědecký význam a budou z nich pravděpodobně profitovat i lidé, nacházející se v podobné životní situaci jako účastníci.

Anonymita: Data získaná v této studii jsou přísně anonymní. Všechna data jsou vedena pod kódem, ve výsledné publikaci pak pod jiným jménem. Audiozáznam bude vymazán po obhajobě práce před komisí, nejpozději však 18 měsíců od jeho pořízení. Přepisy jsou vedeny a archivovány pod číselným kódem.

Právo vystoupit z účasti na výzkumu: Účastník má právo ukončit účast na výzkumu v jakékoliv fázi výzkumu do doby než je výzkum ukončen (publikace odborného textu, odevzdání dizertační práce). V případě jakýchkoliv dalších otázek spojených s účastí ve výzkumu je možné získat informace u osoby, realizující výzkum.

Děkuji, Eva Vildnerová (výzkumník).

Souhlasím s účastí ve výzkumu. Přečetl/a jsem si výše uvedené podmínky.

Datum:

Jméno a příjmení:

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: Eva Vildnerová
Studijní program: Sociální práce se zaměřením na komunikaci
a aplikovanou psychoterapii,
kombinovaná forma studia

Název práce: Sociální práce v Hospicové péči
Vedoucí práce: doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2023

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

Přímé citace: 42 395
Ostatní text: 167 941
Celkový počet znaků: 210 336

Text práce ve formátu PDF:

2023 DP Vildnerová Eva Sociální práce v Hospicové péči

Další soubory

Nejsou

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Eva Vildnerová

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

Název práce: Sociální práce v hospicové péči

Vedoucí/opravitel práce: doc. PaedDr. Slavomír LACA, PhD., Dr.h.c.

Technické parametry práce:

Přímé citace: 42 395

Ostatní text: 167 941

Celkový počet znaků: 210 336

Počet pramenů a literatury: 43

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

	●			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost 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 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Vyváženost teoretickej a praktickej časti
Dosažené výsledky, odborný vklad, použiteľnosť
výsledkov v praxi

	•			
--	---	--	--	--

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

		•		
--	--	---	--	--

Otázky a námety k diskusi pri obhajobe:

Nemám otázky do diskusie.

Celkové hodnotenie práce (klady, nedostatky):

Autorka predkladanej diplomovej práce Eva Vildnerová, sa zaoberá vo svojej práci sociálnou problematikou a to vidíme už v samotnom názve Sociálna práca v hospicovej péči. Štruktúra práce obsahuje v jednotlivých kapitolách a podkapitolách skúmanú problematiku. Autorka má praktické skúsenosti s touto problematikou, čo sa týka praxe, a preto jej patrí pochvala, výberu témy. Autorka sa pustila do náročnej problematiky v rámci sociálnej práce a hospicovej starostlivosti.

V úvode autorka charakterizuje celú problematiku, ktorú rozoberá v jednotlivých kapitolách, taktiež si v úvode vytýčila cieľ teoretickej a empirickej časti svojej celej diplomovej práce. 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, za čo jej patrí pochvala). V práci sa nájdu menšie formálne nedostatky v rámci predpisanej normy. Predkladaná diplomová práca sa člení na teoretickú a empirickú časť.

Teoretickej časť práce opisuje pohľad na zvolenú problematiku v troch hlavných kapitolách a podkapitolách. Prvá kapitola sa venuje hospicovej starostlivosti, charakteristika formy hospicovej starostlivosti, a multidisciplinárny tím v hospicovej starostlivosti. V druhej kapitole nájdeme charakteristiku sociálnej práce v hospicovej starostlivosti, sociálne služby v hospicovej starostlivosti, sociálny pracovník v hospicu. Tretia kapitola je venovaná klientom v hospicovej starostlivosti, etika a hospicová starostlivosť atd..

Praktickú časť tvorí posledná štvrtá kapitola. Autorka použila kvalitatívnu metódu a to pološtruktúrovaný rozhovor, kde si zvolila výskumne otázky. Empirická časť je veľmi dobre a prehľadne spracovaná, (kde je potreba pochváliť autorku, že sa pustila do takého výskumu a jeho spracovania), kde bola využitá vhodná metóda – metóda rozhovoru a metóda kódovania rozhovoru bola použitá interpretatívna fenomenologická analýza u 5 respondentov (studenti sociálnej práce). Na základe stanoveného cieľa sa autorke podarilo splniť cieľ práce a došla k zaujímavým záverom, ktoré zhrnula do záverečnej kapitoly. Práca obsahuje prílohy res. Prepis rozhovorov. Domnievame sa, že predložená práca je zaujímavou spracovaná a spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu a hodnotím ju veľmi kladne.

Doporučení k obhajobe: doporučuji/nedoporučuji*

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

Navrhovaná klasifikácia:

- klasifikujem ju stupňom – 1 - 2 dle obhajoby

Datum, podpis: 01.08.2023

* nehodící se, škrtněte

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

Jméno a příjmení studenta: **Bc. Eva Vildnerová**

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

Název práce: Sociální práce v hospicové péči

Oponent práce: PhDr. Hana Hejrná

Technické parametry práce:

Počet znaků (s mezerami) textu (bez příloh): 210 336

Počet stránek příloh: 84

Počet titulů v seznamu literatury: 43

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová příslušnost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

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

Formální zpracování

Soutěž¹ ano?

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

Soutěž¹ ano?

Vhodnost a úroveň použitých metod

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

Využití výzkumných empirických metod

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

Využití praktických zkušeností

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

Obsahová kritéria a přínos práce

Soutěž¹ ano?

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

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

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

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

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

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

¹ Soutěž o nejlepší diplomovou práci. Zaškrtněte, pokud práci doporučujete na základě kvalit v dané oblasti hodnocení.

Návaznost kapitol a subkapitol

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké téma doporučujete, na základě výsledků Vašeho výzkumného šetření, dalšímu zkoumání?

Celkové hodnocení práce (*klady, nedostatky; v případě doporučení do soutěže o nejlepší DP uveďte nadprůměrné charakteristiky práce v souladu s Vámi výše označeným kritériem formální úrovně, obsahové reprezentativnosti, metodologie a přínosnosti práce pro teorii či praxi*):

Autorka ve své DP představuje téma, které je velice aktuální nejen v teoretické rovině, ale především v praxi. Rozvoj paliativní péče ve zdravotnických zařízeních a hospicové péče nejen v tzv. hospicích, ale i v domácím prostředí klientů, je živé téma.

Autorka čerpá z vlastní praktické zkušenosti, kterou získala na stáži a tento svůj zájem o problematiku hospicové péče přenesla i do své DP.

DP má dvě části. Teoretickou a praktickou. Teoretická část splňuje nároky na věcný obsah, použitou literaturu. Kapitoly mají logickou strukturu a obsahově na sebe navazují.

Výzkumná část již není tak zdařilá. Přestože autorka k tématu vhodně zvolila kvalitativní metodu a způsob získání a zpracování dat, lze najít určitý nesoulad mezi cílem výzkumu, výzkumnými otázkami a zvoleným výzkumným vzorkem. Autorka tento problém částečně reflektuje, ale výsledky, které prezentuje jsou tímto metodologickým přístupem poznamenány. Některé zvolené otázky by byly vhodnější pro pracovníky v hospicové péči, jelikož vyhodnocení výsledků naráží na závěry, které bývalí i současní studenti nemají možnost nahlížet nebo jen omezeném rozsahu. Pro kvalitativní šetření jsou některé otázky kladené vybraným participantům proto v daném výzkumném designu nevhodné.

Formální stránka DP odpovídá požadavkům. Oponentovi není ale jasné, z jakého důvodu je termín hospicová péče v názvu DP opatřena Velkým písmenem.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis: 22.8.2023

PhDr. Hana Hejná

