

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce



Bakalářská práce

Iveta Gaudníková

Sociální pracovník v hospicové péči v kontextu náročných situací

Social worker in hospice care in the context of difficult situations

Praha 2021

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová, Ph.D

Na tomto místě bych chtěla poděkovat PhDr. Kateřině Šámalové, Ph.D za odborné vedení mé práce, za její čas, cenné poznámky a připomínky, a také za možnost častých konzultací. Dále bych tímto chtěla vyjádřit poděkování všem respondentkám, za jejich přínos pro výzkumnou část této bakalářské práce. V neposlední řadě patří obrovské poděkování mé rodině, bez které bych tuto práci nemohla dokončit.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či získání jiného nebo stejného studia.

V Praze, dne 19. července 2021

.....
Iveta Gaudníková

Abstrakt (česky):

Bakalářská práce se zabývá sociálním pracovníkem v hospicové péči. Teoretická část práce je zaměřena na vymezení hospicové péče. Druhá část pojednává o sociální práci v hospicové péči. Zaměřuje se zejména na teoretická východiska, metody, multidisciplinární tým a specifika komunikace. Poslední část se zabývá rolemi, činnostmi a předpoklady sociálního pracovníka v hospicové péči. Praktická část je realizována formou kvalitativního výzkumu prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké situace vnímají sociální pracovníci jako náročné, zda a jak se na tyto situace připravují a jaké jsou možné zdroje podpory.

Klíčová slova: hospic, hospicová péče, paliativní péče, sociální práce, sociální pracovník

Abstract (in English):

The bachelor thesis deals with the social worker in hospice care. The theoretical part is focused on the definition of hospice care. The second part deals with social work in hospice care. In particular, it focused on theoretical starting points, methods, multidisciplinary team and specifics of communication. The last section deals with the roles, activities and prerequisites of social worker in hospice care. The practical part is realized in the form of qualitative research through a semi-structured interview. The aim of the bachelor thesis is to find out what situations social workers perceive as challenging and hard, whether and how they prepare for these situations and what possible sources of support are available.

Keywords: hospic, hospice care, palliative care, social work, social worker

Obsah

Úvod.....	8
1. Umírání a hospicová péče.....	9
1.1. Tradiční a moderní pojetí smrti.....	9
1.2. Paliativní a hospicová péče	10
1.3. Počátky hospicové péče	11
1.3.1. Myšlenka a znaky hospicové péče.....	11
1.3.2. Poskytovatelé hospicové péče	12
1.4. Potřeby umírajících	13
1.4.1. Fáze umírání podle Elisabeth Kübler- Rossové.....	14
2. Sociální práce v hospicové péči.....	15
2.1. Teoretická východiska a význam sociální práce v hospicové péči	15
2.2. Metody sociální práce	16
2.3. Multidisciplinární tým.....	18
2.4. Komunikace v hospicové péči	18
2.4.1. Specifika komunikace s umírajícím.....	19
2.4.2. Specifika komunikace s pozůstalými.....	19
3. Sociální pracovník v hospicové péči	21
3.1. Role sociálního pracovníka	21
3.2. Činnosti sociálního pracovníka	21
3.2.1. Kompetence sociálního pracovníka	23
3.3. Předpoklady sociálního pracovníka	24
3.3.1. Kvalifikační předpoklady	24
3.3.2. Osobnostní předpoklady	25
4. Praktická část	27
4.1. Dosavadní výzkumné studie	27
4.2. Cíl výzkumu	28
4.3. Metody výzkumu	28
4.4. Soubor a sběr dat.....	29
4.5. Analýza	30
4.6. Výsledky	31
4.6.1. Pracovní náplň sociálního pracovníka v hospicové péči	31
4.6.2. Náročné situace	32
4.6.3. Příprava na náročné situace	36
4.6.4. Zdroje podpory v náročných situacích.....	37
4.6.5. Další.....	38

5. Diskuse.....	41
Závěr	44
Zdroje.....	45
Seznam obrázků.....	49
Příloha 1 – Profesiogram	50
Příloha 2 – Informovaný souhlas	53
Příloha 3 – Scénář rozhovoru.....	54

Seznam zkratk:

WHO - World Health Organization

APHPP – Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

Úvod

Umírání a smrt patří mezi těžká témata, se kterými se člověk setkává. V minulém století bylo umírání zahrnuto do nemocnic a smrt se stala pro mnohé lidi neviditelnou. V 60. letech se začaly vířit první myšlenky hospicové péče jako možnosti důstojného umírání a v 90. letech vznikl v České republice první hospic založený Marií Svatošovou. Od té doby se v České republice podporuje hospicová péče a vznikají nové lůžkové hospice, kterých je k dnešnímu dni osmnáct. Pojem hospic je v dnešní době opředený několika mýty, což dokazují výzkumy veřejného mínění či přístupné internetové diskuse. Lidé mnohdy ví o hospici jako o zařízení pro umírající, ale málo kdo dokáže správně vysvětlit, co je hospic, jak funguje a jaké jsou specifika oproti jiným zařízením. V rámci lůžkové hospicové péče hraje významnou roli multidisciplinární tým, jehož integrálním členem je i sociální pracovník. Všichni členové týmu jsou se smrtí a jinými náročnými situacemi den co den konfrontováni. Z tohoto důvodu je cílem bakalářské práce zjistit, jakým konkrétním náročným situacím jsou sociální pracovníci vystaveni, zda se na takové situace lze připravit a jaké zdroje podpory využívají k vyrovnávání se s nimi.

Bakalářská práce se v teoretické části věnuje vymezení hospicové péče, sociální práci a především sociálnímu pracovníkovi v rámci hospicové péče. Praktická část je zaměřena na náročné situace z pohledu sociálního pracovníka, možnosti přípravy a zdroje podpory v takových situacích, které byly zjišťovány v rámci polostrukturovaných rozhovorů a otevřeného kódování.

1. Umírání a hospicová péče

Součástí a zároveň podmínkou každého života je narození a smrt. Se smrtí se setká každý tvář v tvář jako umírající, mnohdy také již během života jako doprovázející. Davies (2007) se zabýval tematikou smrti a definoval 4 způsoby setkání se smrtí, kterými jsou osobní ztráta blízkého člověka, smrt jiných, osobní uvědomění se smrtí a naše vlastní smrt.

Umírání lze chápat jako proces, který je smrtí ukončen. S ohledem na časový horizont lze rozdělit umírání na tři fáze: pre finem, in finem a post finem. První fáze začíná ve chvíli, kdy lékař pacientovi oznámí, že diagnóza je vážná, nepříznivá a nevléčitelná. V tuto chvíli je zapotřebí, aby se pacientovi dostalo co nejvíce informací, a také informace, na koho se může v případě potřeby obrátit. Druhá fáze, in finem, označuje samotné umírání. Zde je důležité především zachovat důstojnost člověka, zabezpečit potřeby a poskytnout podporu. Poslední fází je období po smrti zahrnující péči o mrtvé tělo a pozůstalé. (Haškovcová, 2002)

1.1. Tradiční a moderní pojetí smrti

Tradiční umírání a smrt měla jasná „pravidla“. Existoval jakýsi nepsaný návod na rozloučení se zemřelým a na způsob správného truchlení. Všichni věděli, jak vypadá mrtvý člověk (Elias, 1998). Tento model umírání je mnohdy stylizován do podoby domácí, což ale není zcela pravdivé. Ti, kteří měli rodinu, umírali doma a ti, kteří rodinu neměli, umírali na veřejných prostranstvích. Jak umírající, tak doprovázející věděli, co se od nich očekává a jak se mají chovat. Psychickou podporu jim poskytovala víra. Umírající většinou poznal, že přichází smrt, svolal rodinu, vyslovil poslední přání, rozloučil se a čekal na smrt, většinou za přítomnosti kněze. (Haškovcová, 2007)

Ve 20. století byla smrt zahrnuta do nemocnic. Umírajícím nebyla poskytována žádná speciální péče. Později se objevily „bílé plenty“ a samostatné pokoje. Zavládlo přesvědčení, že umírající potřebuje klid. Ten byl zajištěn tak, že veřejnost i příbuzní byli vyloučeni z účasti na péči. A tím vzniklo to, co známe dnes – člověk umírá sám, mezi ostatními pacienty a profesionálním personálem. (Haškovcová, 2013) Dle výzkumu agentury STEM/MARK a hospicového hnutí Cesta domů z roku 2013 vyplývá, že 78 % Čechů by si přálo zemřít doma v přirozeném prostředí. Bohužel je toto přání mnohdy nevyslyšeno. Z výzkumu

vyplývá, že 60 % lidí umírá v nemocnici a 9 % v ústavech dlouhodobé péče. Důvody proč lidé zůstávají v nemocnici, kde pak umírají, mohou být například špatné rodinné vztahy, nedostatek zázemí nebo finanční i psychická náročnost domácí péče. (Cesta domů, 2013)

1.2. Paliativní a hospicová péče

Paliativní péče je součástí komplexní péče o umírajícího. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje paliativní péči jako: „*přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním, kvalifikovaným zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a duchovních problémů se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a jejich rodin.*“ (Vorlíček, 2004, s. 24) Paliativní péče tedy představuje: „*aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá kurativní léčba. Zásadně důležité je mírnění bolesti a dalších příznaků sociálních, psychologických a duchovních. Paliativní péče je ve svém přístupu interdisciplinární a do své působnosti zahrnuje pacienta, rodinu a komunitu. Paliativní péče ctí a chrání život. Umírání a smrt považuje za normální proces.*“ (Radburch, Payne, 2010, s. 14)

Paliativní péči lze rozdělit na obecnou a specializovanou. Obecná paliativní péče je péče poskytovaná v pokročilé fázi onemocnění. Všichni zdravotníci, bez ohledu na odbornost, by měli umět tuto základní formu paliativní péče poskytnout. Specializovaná paliativní péče je péče poskytovaná kvalifikovaným multidisciplinárním týmem a slouží tam, kde již obecná paliativní péče nestačí. Proto by tyto úrovně na sebe měly navazovat.

V České republice poskytují specializovanou paliativní péči lůžkové hospice, oddělení paliativní péče v nemocnicích, ambulantní paliativní péče a mobilní paliativní péče. (Bydžovský, 2015)

Hospicovou péči lze definovat jako: „*péči, která se zabývá člověkem v jeho celistvosti a klade si za cíl naplnit všechny jeho potřeby – fyzické, emocionální, sociální a duchovní. Doma, v rámci denní péče, či v hospici se pečuje o osobu, která se nachází na konci svého života, stejně jako o ty, kdo tuto osobu milují. Zaměstnanci a dobrovolníci pracují v rámci multiprofesního týmu, který poskytuje péči na základě individuálních potřeb pacienta a jeho osobního přání. Hospic se*

snaží nabídnout úlevu od bolesti, důstojnost, klid a pokoj. “ (Radburch, Payne, 2010, s. 16)

Rozdíl mezi hospicovou a paliativní péčí lze vnímat v subjektech, které péči poskytují. Paliativní péči lze poskytovat v nemocnicích, domovech seniorů, LDN, domácím prostředí, lůžkových a domácích hospicích, stacionářích, ambulancích aj. Doba takové péče není vymezena. Hospicová péče je poskytována nemocným, jejichž prognóza délky života je kratší 6 měsíců. V rámci hospicové péče je poskytována zejména péče paliativní, představující především léčba bolesti a dušnosti. (APHPP, 2017)

1.3. Počátky hospicové péče

Počátek moderních myšlenek hospice a hospicové péče souvisí s výzkumem a touze porozumět smrti, který odstartovala americká psycholožka Elisabeth Kübler-Rossová, která se zabývala procesem vyrovnání se se smrtí, popsala tzv. pět fází smutku. V 60. letech se rozvinulo hospicové hnutí v Anglii, které propagovalo odlišný vztah ke smrti a umírání, než tomu bylo doposud. (Student et al., 2006) V roce 1967 byl otevřen první britský hospic St. Christophers v Londýně. Spolu s rozvojem hospiců dochází k rozvoji paliativní medicíny. V České republice se hospicové hnutí rozvinulo až po roce 1989, kdy měla odborná veřejnost možnost navštívit zahraniční pracoviště. V roce 1995 v čele s MUDr. Marií Svatošovou byl založen první hospic v České republice.

1.3.1. Myšlenka a znaky hospicové péče

Základní myšlenka hospicové péče vychází z úcty k životu a k člověku jako bytosti. Hospic garantuje, že nemocný nebude trpět nesnesitelnou bolestí, že v každém případě bude respektována jeho lidská důstojnost a že v posledních chvílích života nezůstane osamocen. (Svatošová, 2003) Hospic pomáhá v umírání, ale nepomáhá ke smrti. Hospic nebere naději, ale ani neslibuje uzdravení. (Matoušek, 2005)

Znaky hospicové péče popisují základní myšlenku hospicové péče, jsou pro všechny typy hospicové péče stejné a lze je považovat zároveň za znaky kvality. Prvním znakem je, že umírající a jeho blízcí stojí v centru hospicové péče. Z toho vyplývá, že právě oni rozhodují o tom, jak přesně bude hospicová péče vypadat. To je zásadní rozdíl od nemocniční péče. Druhým znakem je, že umírající mají

k dispozici multidisciplinární tým. Při umírání se zvyšují různé životní potřeby, kterým lze vyhovět díky týmu specialistů. Třetím znakem je zapojení dobrovolníků. Dobrovolníci sehrávají důležitou roli. Mezi jejich hlavní úkoly patří sezení u lůžka, naslouchání, povídání aj. Čtvrtým znakem je schopnost diagnostikovat příznaky a mít znalosti. To se týká především léčby bolesti a dalších potíží. Posledním znakem je kontinuita péče o dotčenou skupinu. Péče by měla být umírajícímu zajištěna v co nejkratším možném čase a dostupná 24/7. Péče o rodinu nekončí smrtí dotyčného, tým zůstává rodině k dispozici, dokud je potřeba. (Student et al., 2006)

1.3.2. Poskytovatelé hospicové péče

Hospicová péče je poskytována třemi typy poskytovatelů hospicové péče: lůžkovými hospici, mobilními hospici a ambulantními hospici.

Lůžkový hospic je nejrozvinutější formou v České republice. Běžný režim v hospici je odlišný od režimu nemocničního. Klienti se mohou rozhodnout, v kolik hodin budou vstávat, kdy vykonávat hygienu atd. Návštěvy jsou povoleny bez časového omezení. Nemocný je přijat do hospice na vlastní žádost, v rámci které musí podepsat informovaný souhlas. (Matoušek, 2005) V lůžkovém hospici přebírá péči o klienty tým lůžkového hospice (multidisciplinární tým), rodina se o péči může podílet, pokud chce, ale není to podmínkou. Je zde poskytována náročnější péče, kterou není možné zajistit v domácím prostředí. Součástí hospicové péče je i paliativní medicína, která tlumí nebo se snaží odstranit bolest. (Lenochová, 2008)

Domácí (mobilní) hospicová péče pomáhá nevléčitelně nemocným prožít důstojným způsobem poslední období života v rodinném kruhu v domácím prostředí. Multidisciplinární tým navštěvuje pacienta doma. Klíčovou roli v péči hraje primárně rodina nebo pečující osoba, která se o umírajícího stará a také zdravotní sestra, která je s klientem a jeho rodinou nejčastěji v kontaktu z multidisciplinárního týmu. Kromě sesterské a zdravotnické péče nabízí mobilní hospice také zapůjčení zdravotních a kompenzačních pomůcek, podporu a pomoc sociálního pracovníka, psychologa, duchovního pro nemocného i jeho blízké. (APHPP, 2010) V ČR existuje organizace Fórum mobilních hospiců, která zastřešuje 40 poskytovatelů domácího hospice a mobilní paliativní péče.

Ambulantní hospic není v České republice rozšířen. Teoreticky se jedná se o paliativní ambulantní kliniky, které jsou zřizovány za účelem konzultace pro

pacienty žijící doma, kteří jsou schopni navštívit kliniku. Tyto ambulance by byly málo vytížené (klienti často ztrácí schopnost tyto kliniky navštěvovat), proto by tyto kliniky měly být začleňovány do regionálních sítí, aby mohly provádět konzultace s lůžkovými službami hospiců a týmem domácí hospicové péče. V České republice lze najít jiný typ, kterými jsou denní stacionáře, které jsou situovány při nemocnicích v Praze a Brně. Stacionáře zamezují sociální izolaci a umožňují smysluplné trávení volného času. (Radbuch, Payne, 2010)

1.4. Potřeby umírajících

Hospicová péče by se měla řídit potřebami klientů. Tyto potřeby lze rozdělit do 4 oblastí - tělesné, psychické, sociální a spirituální. Mezi nejčastější přání umírajících patří přání neumírat osamocen, který souvisí se sociálním rozměrem. Druhé nejčastější přání souvisí s tělesným rozměrem, a to umírat bez bolesti. Další časté přání je mít dostatek času na vyřízení posledních věcí a ujasnění vztahů, které souvisí s psychickým rozměrem. V rámci spirituálního rozměru si umírající přejí najít odpověď na otázku, co bude potom. (Student et al., 2006)

Mezi potřeby tělesné (biologické) patří příjem potravy, vylučování, dýchání, spánek a další. Základem uspokojení biologických potřeb je mírnění či odstranění bolesti. Mezi potřeby psychické patří respektování lidské důstojnosti, pro jejíž zachování je nezbytná znalost fázi prožívání nemoci, které popsala E. Kübler – Rossová. Mezi potřeby sociální patří především nebýt sám, proto jsou důležité časté návštěvy a povídání. Potřeby spirituální byly do nedávna tabu, umírající se ale mnohdy zabývá otázkami po smyslu života a potřebuje pocit odpuštění. (Svatošová, 2003)

Haškovcová (2007) uvádí další psychické a spirituální potřeby umírajících, kterými jsou potřeba soukromí a intimity (vyjádření něžností od nejbližších příbuzných a přátel), potřeba hovořit o své situaci pravdivě, ale s prvky naděje, potřeba vyjádřit se ke svému současnému stavu (smět vyslovit své obavy z umírání a smrti), potřeba vyjádřit svou úzkost, bolest a někdy i beznaděj, potřeba hledání odpovědi na otázku, zda má utrpení nějaký smysl, potřeba ujištění, že příbuzní unesou bolest ze ztráty (v případě, že má umírající nezaopatřené děti, je jeho prioritní potřebou vědět, kdo se o ně postará a být ujištěn, že život půjde dál), potřeba truchlit (zaplakat si), potřeba připravit se na svou vlastní smrt, pokud je čas

a vnitřně jejímu příchodu nebránit, potřeba rituálů (rozloučení, u věřících modlitby a náboženské úkony), potřeba ujištění, že smrt nebude bolet, že všichni udělají vše, aby tomu tak bylo.

Na základě výsledků dotazníku potřeb pacientů v paliativní péči v ČR patřily mezi nejčastěji uvedené tyto potřeby: řešení bolesti, dušnosti, vyrovnání se s nemocí, komunikace se zdravotníky a jejich podpora, respekt a úctu při ošetřování, naděje a smysl života. (Bužgová et al., 2013)

1.4.1. Fáze umírání podle Elisabeth Kübler- Rossové

Americká psychiatricka Kübler-Rossová (2015) se tématu umírání a rozhovorům s umírajícími věnovala mnoho let. Na základě výzkumu a zkušeností popsala ve své knize O smrti a umírání pět fází, kterými si umírající a jejich rodiny procházejí, když se vyrovnávají se smrtí, smutkem a ztrátou. Popsané fáze nemají jasné pořadí, mnohdy se střídají nebo opakují.

První fáze se nazývá popření, negace, šok či izolace. V této fázi umírající odmítá věřit, že je smrtelně nemocný. Typická je myšlenka, že lékaři zaměnili výsledky. V této fázi je důležitá psychologická pomoc pro pacienta i jeho rodinu.

Druhá fáze neboli agrese, hněv, zlost či vzpoura se projevuje především zlostí na zdravotníky či na ostatní „zdravé“ lidi. Často je terčem právě blízké okolí. Mnohdy vzniká frustrace z toho, že se o sebe již nedokáže sám postarat a potřebuje pomoc druhých. Člověk si klade otázku, proč zrovna já.

Třetí fází je smlouvání či jednávání. Tato fáze je náročná také pro okolí, které by se mělo snažit být maximálně trpělivé a obezřetné. Pacient je schopen udělat či zaplatit cokoliv, aby byl zdravý. To je příležitost pro neadekvátně drahé a mnohdy nefungující zázračné léky. Dále se také se snaží napravit chyby, které v životě udělal.

Čtvrtá fáze je obdobím smutku či deprese. Pacient se bojí o sebe i svojí rodinu. V této fázi si již uvědomuje blížící se a nevyhnutelnou smrt a smiřuje se ztrátou. Správné truchlení je zcela v pořádku oproti depresi, která úlevu nepřináší.

Pátou fází je přijetí, akceptace, smíření či souhlas. Pacient je vyrovnaný a pokorný. V této fázi nastává čas loučení, mnohdy je nejlepší přítomnost a kontakt, ani není třeba mluvit. Důležitý je fakt, že tato fáze nemusí nastat.

2. Sociální práce v hospicové péči

Sociální práce patří společně s dalšími obory mezi pomáhající profese. Matoušek (2008) definuje sociální práci jako společenskovední disciplínu. Dále definuje hlavní cíle praktické činnosti, kterými jsou vysvětlování, definování, zmiňování a řešení sociálních problémů. „*Formování sociální práce jako oboru je nekončící proces, během něhož obor dohání měnící se společnost, ve které se objevují nové problémy a známé problémy mění svou váhu.*“ (Šiklová, 2010, s. 2) Proto je důležité hledat nové metody sociální práce, kterými lze vyřešit nově vznikající a měnící se sociální problémy.

Předmětem sociální práce je člověk ohrožený životní událostí. Činnost sociální práce poté spočívá ve sledování a hodnocení postupů sociální pomoci a hledání nejvhodnější alternativy řešení. Na prvním místě je vždy zájem klienta. (Vorlíček et al., 2004)

2.1. Teoretická východiska a význam sociální práce v hospicové péči

V roce 1997 popsal Payne tři přístupy v sociální práci, které pojmenoval jako malá paradigmatata. Tyto paradigmatata se liší filozofickými východisky a důsledky. V českém prostředí se tématu věnuje Navrátil, který definuje paradigmatata sociální práce následovně:

- Terapeutické paradigma - sociální práce jako terapeutická pomoc zajištěná prostřednictvím podpory a usnadňování, která usiluje o duševní zdraví a pohodu klienta.
- Reformní paradigma – sociální práce jako reforma společenského prostředí snažící se o podporu spolupráce a osobního rozvoje.
- Poradenské paradigma – sociální práce jako sociálně právní pomoc zaměřená na schopnost zvládat problémy. (Navrátil, 2001)

Teorie sociální práce od Ernsta Engelkeho (1999) nabízí pro sociální práci v hospicové péči následující úkoly: uspokojovat základní požadavky umírajícího, rekonstruovat subjektivitu, umožnit vydařený všední den, myslet a jednat ekosociálně, spravedlivě se sdílet.

Student, Mühlum a Student (2006) nabízí teoretické principy, které lze využít v hospicové péči. Tyto principy vychází z každodenního života a řeší konkrétní praktické životní situace. Obecně se jedná o zvládnání požadavků života a o udržení a podporu sociální integrace. Konkrétněji se jedná o podporu inkluze (integrace do společnosti), podpora nejvyšší možné míry uschopnění, podpora při problémových životních situacích, zpracování problémů, podpora zdraví a pomoci při organizaci života.

Sociální práce je v kontextu hospicové péče charakteristická svým působením v krizovém poli, kdy krizová situace vzniká jako reakce na přicházející nebo došlou ztrátu. Úkolem sociální práce je vést klienta k překonání ztráty a smutku. (Student et al., 2006) O významu sociální práce v hospicové péči jako o podpoře přijmout ztrátu a zvládnout smutek hovoří také Bajer (2010): *„Často se musí vzdát zaměstnání, a tím pádem přichází i o status, který čerpal ze své profese, sníží se životní úroveň celé rodiny, nemůže se účastnit aktivit, které ho těšily a byly důležitou součástí jeho volného času, omezí se kontakty s lidmi, které pravidelně potkával, promění se dynamika rodinných vztahů, změny utrpí i jeho fyzický vzhled a v konečné fázi vlastně přichází o život. Přijmout tyto ztráty a nějak se adaptovat na novou situaci je strašně náročný proces a sociální pracovník může být jedním z lidí, kteří nemocného v jeho průběhu podpoří.“*

2.2. Metody sociální práce

Mezi základní metody sociální práce v hospicové péči patří případová práce, práce s rodinou, sociální poradenství a krizová intervence a pomoc. Nejužívanější metodou sociální práce je případová studie začínající prvním kontaktem s klientem či rodinou. Kuzníková (2011) doporučuje, aby byl první kontakt spíše kratší, aby měl klient dostatek času zpracovat nové informace. Kopřiva pokládá za důležité respektovat autonomii klienta, nehodnotit, vysvětlit si nejasnosti a oceňovat klienta. (in Kuzníková, 2011) Případovou sociální práci v kontextu hospicové péče lze rozdělit na 4 fáze:

- První fáze je zaměřená na seznámení se zdravotnickou dokumentací a první kontakt s pacientem. V tuto chvíli si sociální pracovník vytvoří obrázek o klientovi. Nejčastěji využívá individuální rozhovor.

- Druhou fází je sociální diagnóza. Ta je často zjišťována řízeným rozhovorem. Nejdříve se zabývá vztahem klienta k nemoci, ptá se na dětství, bydlení či finance. Poté se táže na rodinné zázemí a vztahy.
- Ve třetí fázi se navrhuje řešení a sestavuje plán sociální pomoci. Sociální pracovník spolu s klientem stanoví plán krátkodobé a dlouhodobé pomoci, které poté interpretuje na poradě v rámci multidisciplinárního týmu.
- Čtvrtou fází je samotná sociální terapie.
- Závěrečnou fází je samotné ukončení a ověřování výsledků. (Vorlíček, 2004)

Sedlářová (2020) uvádí jako možnou metodu sociální práce v kontextu hospicové péče case- management. Tato metoda funguje v Severní Americe jako součást deinstitucionalizace zdravotní a sociální péče. V České republice se tato metoda využívá u seniorů či u osob s duševním onemocněním. Jedná se o koordinovanou činnost, za kterou zodpovídá sociální pracovník, která směřuje k podpoře klienta za účasti všech možných zdrojů (rodina, odborníci, služby). Case management vyžaduje organizační podmínky a připravenost sociálních pracovníků. V České republice prozatím není v oblasti hospicové péče tento model realizován z důvodu systémových překážek, především kvůli absenci návaznosti mezi léčebnými a paliativními zařízeními. Jedná se o komplexní a systematický přístup, který má následující fáze - Assessment, Planning, Intervention, Monitoring a Evaluation, které pro hospicovou péči znamenají:

- Vyjasnění problémů a návrh institucí, které mohou pomoci.
- Zhodnocení a upřesnění situace.
- Sjednocení cílů a plánování pomoci.
- Kontrola provádění.
- Zhodnocení a ukončení spolupráce. (Reilly in Sedlářová, 2020)

Kuzníková (2011) uvádí jako vhodný přístup sociální práce, který je nutné volit podle individuálních potřeb a situaci klienta, je přístup orientovaný na klienta podle Carla Rogerse. Tento přístup je vhodný tehdy, kdy klient vnímá svojí situaci jako neřešitelnou a bezvýhodnou. Nejdříve klient nechá zodpovědnost na druhých a postupně získává zodpovědnost do svých rukou.

Další inspirativní přístup, který lze využít v hospicové péči, je logoterapie. „Z logoterapie převzala sociální práce pojetí vlastního života jako úkolu a hodnoty postoje k životním událostem.“ (Lukasová in Vorlíček, 2004, s. 499) Úkolem tohoto přístupu je tedy pomoci pacientovi najít smysl v životě a v nemoci, kterou je svírán.

2.3. Multidisciplinární tým

Kvalitní tým je v hospicové péči základní podmínkou úspěchu. Pokud má být poskytována kvalitní paliativní péči, je nutné najít kvalitní a motivovaný personál. (Vorlíček, 2004) Takový tým složený z profesionálů a dobrovolníků pracuje tak, aby vyhověl potřebám nemocného. Každý člen uplatňuje nejen specifické znalosti vyplývající ze své profese, ale také zkušenosti se zacházením s umírajícími pacienty a jejich rodinami. Proto je velice klíčové průběžné vzdělávání a doškolování členů týmu. (Student et al., 2006)

Běžně se tým skládá z lékařů, zdravotních sester, ošetřovatelů, sociálních pracovníků, psychologů, rehabilitačních pracovníků, duchovního a dobrovolníků. Náplň práce některých členů jasně vymezuje například americký dokument, který vydává Národní koalice pro poskytování hospicové a paliativní péče, následovně. Lékař se věnuje především vývoji, prognóze a léčebným možnostem, navštěvuje pacienty. Sestry poskytují a koordinují přímou péči o pacienty a také mapují pacientovy potřeby. Ošetřovatelé rozšiřují kapacitu komplexní přímé péče o pacienty. Sociální pracovník se zabývá dynamikou rodiny, identifikuje a zpřístupňuje pacientovy zdroje a využívá mediaci v případě konfliktů. Duchovní se zabývají spirituálními potřebami. (National Coalition for Hospice and Palliative Care, 2018)

2.4. Komunikace v hospicové péči

Podle Kutnohorské (2011) je základní a rozhodující metodou sociální práce v hospicové péči komunikace s klientem a jeho blízkými. Při sdělování nepříjemných a těžkých skutečností či špatné diagnózy je vhodné se na rozhovor připravit a zvolit některý z osvědčených postupů. Jeden takový popsal Robert Buckaman v knize *How to Break Bad News*, který pojmenoval S-P-I-K-E-S:

- S – Setting (prostředí) – volba vhodného místa, kde nebudete rušeni
- P – Perception (vnímání situace) – je důležité zjistit, co klient ví

- I – Invitation (výzva) – je vhodné se ujistit, co všechno klient vědět chce
- K – Knowledge (poznání) – je podstatné zvolit přiměřený jazyk
- E – Empathy (empatie) – pochopení, že je klient v těžké situaci
- S – Strategy (strategie) – shrnutí rozhovoru a plán do budoucna (Vaňková Dvořáková, 2015)

2.4.1. Specifika komunikace s umírajícím

Správná komunikace s umírajícím a získání klientovy důvěry je podstatnou součástí multidisciplinární péče. Je podstatné naslouchat, dbát na zachování důstojnosti do poslední chvíle a vyslyšet klientovo poslední přání. Umírající mnohdy nemůže verbálně komunikovat, komunikuje gesty nebo se snaží vyjádřit očním kontaktem, proto je nutné být vnímavý na různé druhy komunikace, být poblíž a komunikovat. Při sdělování zdravotního stavu je žádoucí empatie, podpora a citlivost. Pro potlačení strachu ze smrti je možné použít dotyky, držení za ruku a klidná slova. (Pohlová, 2016) Často řečená a důležitá slova na konci života jsou: děkuji, odpouštím ti, mám tě rád. (Kábllová, 2013)

Na otázku, kdy začít mluvit s umírajícím o smrti, odpovídá Kübler-Rossová: *„Neotevírejte před pacientem tento problém sami od sebe. Vyčkejte, až sám nastolí téma smrti a umírání. Bude-li hovořit o bolesti, hovořte o jeho bolesti. Jestliže vyjádří strach ze smrti, usedněte, vyslechněte ho a zeptejte se ho, z čeho konkrétně má obavy. Pokud si chce vyřídit nějaké záležitosti ohledně pohřbu, nebo sepsat poslední vůli ještě dlouho před tím, než se přiblíží smrti, nezkoušejte ho od toho zrazovat, ale sežeňte mu právníka a pomozte uspořádat jeho záležitosti.“* (in Svatošová, 2003, s. 16)

2.4.2. Specifika komunikace s pozůstalými

„Sociální práce v oblasti paliativní péče je nezbytnou součástí péče nejen o konkrétního jednotlivce, ale o celou skupinu lidí kolem něj. V první řadě se tato péče týká rodiny nemocného, a to jak v době jeho života, se snahou vyrovnat se s celou situací, tak i po jeho smrti, v období zármutku.“ (Bajer, 2010) Umírání blízkého zasáhne rodinu a přátele v mnoha ohledech. Prožívají utrpení, očekávají ztrátu a uvědomují si vlastní smrtelnost, se kterou je spojený strach a nejistota. Díky

tomu patří rodina a blízcí mezi cílovou skupinu hospicové péče tak, jako samotný umírající. (Student et al., 2006)

Po sdělení diagnózy se často změní rodinné vztahy. Každý se na novou situaci adaptuje jinak. Mezi umírajícím a rodinou může dojít k vážnoucí komunikaci s mnohými bariérami, které brání otevřenému rozhovoru. (Bydžovský, 2015) V rodině je nutné vytvořit podmínky pro sdělování pocitů a požadavků. Pokud to členové rodiny neumí, je vhodné naučit se říkat ne. Dále je důležité, aby každý člen uměl říct, co potřebuje nebo co si přeje. Dále je vhodné mluvit osobně, oslovovat druhé jménem, přiměřeně se dívat do očí, nebýt direktivní, hovořit přímo a stručně, nebát se použít humor. (Kábllová, 2013)

Úmrtí klienta neznamena konec hospicové péče. Když klient zemře, dá pracovník pozůstalým kartičku s kontaktem, kdyby chtěli pomoc, a podpoří je, že v této těžké situaci nejsou sami. Někdy sociální pracovník volá klientům sám. (Kopřivová, 2010) „*Nechme příbuzné mluvit, plakat nebo i křičet, je-li to nutné. Dovolme jim, aby se nám svěřovali, aby dávali průchod svým pocitům, buďme jim prostě k dispozici.*“ doporučuje Kübler-Rossová (2015, s. 198).

3. Sociální pracovník v hospicové péči

3.1. Role sociálního pracovníka

Sociální pracovník zastupuje mnoho rolí, které se vzájemně prolínají. Jaká role u sociálního pracovníka převládá, záleží na konkrétním zařízení a na osobnostních předpokladech. Průšová (in Bydžovský, 2015) popisuje sociálního pracovníka jako poradce, který pomáhá udržet pravdivý náhled na situaci rodiny a jako zprostředkovatele služeb a pečovatele, který pomáhá rodině v orientaci v dostupných službách a koordinuje spolupráci s úřady.

Svatošová popisuje role sociálního pracovníka v hospici následovně:

- Poradce asistuje při jednání s úřady a institucemi a pomáhá při vyřizování podstatných záležitostí, jako například dávek na péči.
- Facilitátor nabízí potřebnou podporu a pomoc, která je založená na individuálních potřebách klienta a snaží se o udržení kontaktu mezi klientem a rodinou, čímž zamezuje sociální izolaci.
- Manažer kontroluje plnění smlouvy a nastavení podmínek, na základě kterých je péče poskytována.
- Koordinátor se podílí na výběru a školení dobrovolníků.
- V neposlední řadě se stává doprovázejícím, podporuje klientovo autonomii a pomáhá s vyrovnáním. (in Matoušek, 2005)

3.2. Činnosti sociálního pracovníka

Činnosti a úkoly sociálního pracovníka v hospicové péči nejsou jednoznačně definovány, a proto se mohou objevit rozdíly mezi jednotlivými poskytovateli hospicové péče. General Social Care Council v roce 2002 vydal pravidla a zásady pro sociální pracovníky v hospicové péči. Sociální pracovník musí u umírajících a jejich příbuzných chránit a respektovat práva, podporovat zájmy, usilovat o vytvoření a udržování důvěry, podporovat nezávislost a chránit je před poškozením. (Beresford, Adshead, Croft, 2007)

Bajer (2010) uvádí, že „sociální práce v oblasti paliativní péče by měla využívat psychosociální kompetence a zabývat se zejména úkoly spojenými

s aktivováním zdrojů, s koordinací pomoci, se školením a podporou dobrovolníků, sociálně právním poradenstvím. “

Hlavní úkoly sociálního pracovníka stručně popisují Student, Mühlum a Student (2006) jako poradenství, kontakt s pacientem a jeho rodinou, péči o pozůstalé, práci s dobrovolníky, spolupráci se členy týmu, administrativu, podporu a vzdělání veřejnosti.

Dle Standardů hospicové paliativní péče sociální pracovník vyhodnocuje psychosociální situaci pacienta a jeho rodiny, plánuje péči v rámci multidisciplinárního týmu, provádí case management, podporuje a informuje pacienta a jeho blízké, doprovází, vede sociální dokumentaci, poskytuje sociální poradenství, spolupracuje s úřady, zajišťuje respitní péči, poskytuje krizovou intervenci, péči o pozůstalé, účastní se výběru a školení dobrovolníků, koordinuje propuštění pacienta, supervizi. (APPHP, 2016)

Podle Svatošové (2010) patří mezi základní činnosti sociálního pracovníka v hospicové péči:

- Seznámit se s potřebami nemocného i jeho rodiny (emoční, sociální, finanční apod.),
- posoudit schopnosti rodiny zvládnout situaci a nabídnout adekvátní pomoc,
- poskytnout podmínky, aby pacient i rodina zvláště i jednotlivě mohli vyjádřit své pocity,
- chápat etnické a náboženské vlivy, které mohou ovlivnit, nebo být ovlivněny zármutkem či terminální nemocí,
- všimnout si nejzranitelnějších osob a nabízet jim pomoc (děti, adolescenti, starý příbuzní),
- pomoci rodině odstranit komunikační problémy a konflikty, narovnat vztahy a využít čas, který jim zbývá,
- pomoci všem zúčastněným přizpůsobit se nové situaci a vyrovnat se s ní,
- radit a asistovat při jednání s dalšími organizacemi a zohledňovat potřeby nemocného, rodiny, pomáhat při vyřizování žádostí o dávky,
- být spojkou mezi rodinou, učiteli, zaměstnavatelem apod.,
- zajistit potřebné pozůstalým, zajistit pomoc okolí,
- spolupracovat s týmem při zvládání psychosociálních problémů,
- účastnit se porad, sezení s rodinou,

- spolupracovat s dobrovolníky, stážisty, případně je supervidovat,
- vzdělávat se, účastnit se výzkumu.

3.2.1. Kompetence sociálního pracovníka

Z obecného hlediska definuje pojem kompetence v sociální práci Havrdová (1999, s. 42) jako: „*profesionální role sociálního pracovníka, jejíž součástí jsou odborné znalosti, schopnost reflektovat adekvátně kontext a citlivě aplikovat hodnoty profese.*“ Dále uvádí šest kompetencí sociálního pracovníka, které platí plošně bez ohledu na druh služby, kde sociální pracovník pracuje. Jedná se o tyto kompetence - rozvíjet účinnou komunikaci, orientovat se a plánovat postup, podporovat a pomáhat v soběstačnosti, zasahovat a poskytovat služby, přispívat k práci organizace, odborně růst.

- Rozvíjení účinné komunikace je základní stavební kámen dovedností sociálního pracovníka. Účinnou komunikací je myšleno především navázání kontaktu, přizpůsobení komunikace, respektování odlišných názorů, poskytování prostoru či motivování k překonávání překážek.
- Orientací a plánováním postupu se rozumí především získat přehled o potřebách a zdrojích, následně společně plánovat postup a možnosti spolupráce. V rámci této kompetence je sociálními pracovníky často využívaná metoda tzv. SWOT analýzy – silné stránky (strength), slabé stránky (weakness), příležitosti (opportunities) a ohrožení (threats).
- Podporovat a pomáhat v soběstačnosti znamená pomáhat klientovi přebírat zodpovědnost za pomoci vlastních schopností, poskytovat emoční podporu a pomáhat v uplatňování práv. Tato kompetence se řadí mezi etickou zásadu obsaženou v etickém kodexu.
- Zasahovat a poskytovat služby si lze představit jako přiměřenou podporu, péči, ochranu či kontrolu, jejíž předpokladem je znalost sítě služeb, které může sociální pracovník nabídnout.
- Přispíváním k práci organizace je myšleno jako podílení se na hodnocení a zlepšování služeb pro klienty a spolupráce s kolegy. Sociální pracovník by měl rozumět struktuře organizace a reflektovat pravidla.

- Odborný růst je základní kompetence každého dobrého odborníka. Do této kategorie kromě celoživotního vzdělávání patří otevřenost ke spolupráci, angažovanost v oboru či sdílení nejasností s kolegy. (Havrdová, 1999)

Kompetence sociálních pracovníků v hospicích se mohou mírně lišit. V některých hospicích se věnují více doprovázení umírajících, jinde jsou z větší míry zatíženi administrativní činnostmi. Množství úkolů, činností a obecně komplexní péče zamezuje jednoduchému stanovení kompetencí sociálních pracovníků v hospicích. *„Součástí každého sociálního vzdělání jsou vědomosti, dovednosti a postoje, ale pro hospicovou péči mají „soft skills“ a vnitřní postoj zcela zvláštní význam. Pracovníci mnohdy říkají, že jejich činnost spočívá v 90 % z osobního postoje a pouze v 10 % z odborných znalostí.“* (Student at al., 2006, s. 118)

3.3. Předpoklady sociálního pracovníka

Sociální práce patří do skupiny pomáhajících profesí a sociální pracovník je osoba, která splnila požadované vzdělání a má určité osobnostní předpoklady. Matoušek (2013) popisuje čtyři obecné předpoklady sociálního pracovníka:

- být zdatný a inteligentní,
- přitažlivý (upravený a příjemný),
- důvěryhodný (diskrétní, spolehlivý),
- komunikativní (empatický).

Základním předpokladem pro práci v paliativní a hospicové péči je dle Kupky (2014) duševní zdraví. Kromě toho, že by v paliativní péči měla pracovat stabilní osobnost, tak by měla být duševně zralá, tím je myšleno trpělivá a schopna sebeovládání. Důležitým předpokladem, který by měl být rozjivený v rámci celoživotního vzdělávání, je zvládnutí emocí spojených s umíráním.

3.3.1. Kvalifikační předpoklady

Kvalifikační předpoklady sociálního pracovníka definuje zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Jde o plnou svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odbornou způsobilost. Sociální pracovník musí mít podle zákona

ukončené minimálně vyšší odborné vzdělání se zaměřením na sociální oblast, což znamená: sociální práci, sociální pedagogiku, sociální právní činnost, charitní a sociální činnost, sociální a humanitní práci. Dále může mít vysokoškolské bakalářské, magisterské, doktorské vzdělání se zaměřením na sociální oblast v oboru: sociální patologie, sociální nebo speciální pedagogiky, sociální politiky. Zákon dále ukládá povinnost dalšího vzdělávání, jímž jsou myšleny akreditované kurzy, kurzy či výcviky v rámci terapeutických institucí, odborné stáže či školicí akce.

V oblasti vzdělávání pomáhajících profesí v paliativní a hospicové péči bylo uskutečněno Soňou Vávrovou a Renatou Polepilovou (2010) výzkumné šetření, ze kterého vyplývá, že vzdělávání by nemělo být zaměřeno pouze na teoretické poznatky, ale že by se mělo jednat o komplexní formu vzdělávání, ve které budou formovány postoje ke smyslu života, umírání a smrti. Autorky předpokládají, že by pomáhající profese měli procházet odbornou přípravou v rámci paliativní a hospicové péče, i přesto, že na setkání se smrtí se připravit nelze. Podle Markové (2010, s. 32) je „*první setkání se smrtí důležitou událostí v profesním rozvoji.*“ Z jejího výzkumu vyplývá, že většina zdravotních sester si pamatuje detaily úmrtí prvního pacienta.

Student, Mühlum a Student (2006) zdůrazňují, že sociální pracovník v paliativní a hospicové péči by měl využívat další vzdělávání, které obsahuje rozvoj komunikace s umírajícími a jejich rodinami, rozvoj péče o klienty i o sebe sama, supervizi k zabránění syndromu vyhoření a vzdělávání v oblasti vypořádávání s vlastním smutkem a smrtelností.

3.3.2. Osobnostní předpoklady

Na důležitost osobnostních předpokladů sociálního pracovníka upozorňuje Mlčák (2005), který se dlouhodobě zabývá výzkumnou prací v oblasti profese sociálních pracovníků. Zároveň konstatuje, že v některých vlastnostech, jako je například zvládání stresu, sociální pracovníci nemají vyšší hodnoty ve srovnání s jinými profesemi. Mezi základními předpoklady uvádí profesionalitu, empatii, zvládání stresu a znalost profesních hodnot. Haškovcová (1999) dodává, že většina pomáhajících pracovníků je motivována altruistickým chováním, které je definováno jako nesobecká láska podněcující vstřícné a pomáhající chování.

Kopřiva (2006) hovoří o lidském vztahu mezi klientem a sociálním pracovníkem, kdy osobnost sociálního pracovníka hraje významnou roli v utváření důvěry. Gulová (2011, s. 36) ve své knize říká, že: „*sociální pracovník by měl být důvěryhodný, měl by být schopen zúčastněného naslouchání a hluboké empatie. Mezi dalšími vlastnostmi jsou uváděny cílevědomost, iniciativa, samostatnost, smysl pro poznání souvislostí, samostatné rozhodování, abstrakce a předvídavost, nápaditost, sebekritičnost, smysl pro humor, vysoká motivace, odolnost k neúspěchu, schopnost nést riziko, schopnost projevit nedůvěru vůči autoritám, odmítání stereotypu, zájem o informace, odmítání rychlých závěrů, potřeba participace na řízení, potřeba komunikace se spolupracovníky a zájem o další odbornost.*“

Osobnost sociálního pracovníka pracujícího v paliativní hospicové péči by měla být především:

- vyrovnaná a empatické s cítem pro doprovázení,
- schopna naslouchat a vést komunikaci,
- vytrvalá a schopná sebereflexe,

schopna nadhledu. (Dočkal, 2008, s. 7)

4. Praktická část

Praktická část navazuje na teoretickou část bakalářské práce a věnuje se konkrétně sociálnímu pracovníkovi v hospicové lůžkové péči. Částečně vychází z profesiogramu sociálního pracovníka v paliativní a hospicové péči (viz. Příloha 1), který byl vytvořen v rámci projektu Profesionalizace sociální práce v ČR. V rámci faktorů ztěžujících výkon práce jsou v profesiogramu popsány tři náročné situace. První z nich je limitovaná doba pobytu, za kterou mnohdy nelze nabídnout všem možnou podporu. Druhou náročnou situací je propuštění klienta, pokud se vytvořily silné vazby na pečující personál a poslední situací jsou konflikty příbuzných týkající se pozůstalosti. Praktická část se zabývá náročnými situacemi podrobněji a zjišťuje možné zdroje podpory v takových situacích.

4.1. Dosavadní výzkumné studie

Dlouhodobé výzkumné činnosti se věnuje Mary Vachonová, která uskutečnila několik výzkumů na téma zvládání obtížných a náročných situací u zdravotnického personálu v hospicové péči, na základě kterých popsala zátěžové faktory. Mezi zátěžové faktory řadí:

- a) neustálou přítomnost smrti a umírání,
- b) identifikaci s trpícím pacientem,
- c) pocit neschopnosti a bezmoci,
- d) nedostatek kontroly nad situací, pocit selhání – málo času na individuální přístup ke klientovi, málo času zajistit „dobré“ umírání,
- e) problémy v týmu,
- f) osobnostní proměnné – motivace, hodnotový systém, styl zvládání zátěže,
- g) potíže se systémem – neshody s poskytovateli návazných služeb či kurativní léčby, byrokracie, veřejné mínění,
- h) financování – problém se zajištěním zdrojů či nedostatečné finanční ohodnocení (Vachon in O'Connor, Aranda, 2005).

Na téma zvládání stresu a náročných situací v paliativní péči prováděly výzkumy Paynová, Seymourová a Inglitenová (2007), ze kterých vypracovaly strategie, které mohou pomoci čelit stresu z náročných situací. V rámci profese a profesního prostředí jmenují týmovou práci a týmovou soudržnost, vhodný výběr

personálu, profesní rozvoj a supervizi. Z individuálního pohledu se jedná o následující strategie – možnost využít poradenství, účast v podpůrné skupině, supervize, odpočinek od své role, vzdělávání, mimopracovní zájmy, vyvážený pracovní a osobní život, náboženství, chápání osobních hranic, pocit dobře odvedené práce a nalezení smyslu v práci. (Payne et al, 2007, s. 664) Oporu při zvládnutí náročných situací může také poskytnout sociální síť složená z velké míry z rodiny a přátel. Naopak McNamarová a kol. (in Payneová, Seymourová, Inglitenová a kol., 2007, s. 658) uvádějí, že „někteří ošetřovatelé měli pocit, že mimo prostředí paliativní péče nemohou o své práci otevřeně mluvit, protože lidé nechtějí být v sociálních situacích konfrontováni se smrtí.“

4.2. Cíl výzkumu

Sociální pracovník v hospicové lůžkové péči je v každodenním kontaktu se smrtí a umíráním. Náročnost práce, která souvisí právě s kontaktem se smrtí, je zřejmá. Kromě tohoto faktoru existují i další náročné situace, které je potřeba zvládat. Cílem výzkumu je zjistit, jaké situace vnímají sociální pracovníci jako náročné, zda a jak se na tyto situace připravují a jaké jsou možné zdroje podpory.

Pro splnění tohoto cíle byly zvoleny následující výzkumné otázky:

1. Jaká je pracovní náplň sociálního pracovníka v hospicové lůžkové péči?
2. Jaké konkrétní situace vnímá sociální pracovník v hospicové lůžkové péči jako náročné?
3. Jak se sociální pracovník v hospicové lůžkové péči připravuje na náročné situace?
4. Jaké jsou zdroje podpory při řešení náročných situací pro sociálního pracovníka v hospicové lůžkové péči?

4.3. Metody výzkumu

Pro zkoumání náročných situací z pohledu sociálního pracovníka v hospicové lůžkové péči byl zvolen kvalitativní přístup. V České republice je omezené množství zařízení hospicového typu, tudíž i sociálních pracovníků v nich pracujících. Zároveň se jedná o poměrně neprobádané téma, k čemuž je právě kvalitativní přístup vhodný. Kutnohorská (2009) popisuje kvalitativní výzkum jako

nematematický analytický postup, který se může týkat života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů.

Vzhledem k tomu, že se jedná o poměrně úzce vymezené téma, byla využita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly vedeny osobně v hospicovém zařízení po telefonické dohodě. Při telefonickém kontaktu byla představena osoba výzkumníka, téma praktické části bakalářské práce, záměr rozhovoru a odhad potřebného času. Následně bylo nutné dohodnout datum a čas setkání, přičemž ze strany výzkumníka i účastníků výzkumu byla maximální ochota přizpůsobit se časovým možnostem.

Samotný rozhovor začínal pozdravením, představením osoby výzkumníka a záměru rozhovoru. Účastníkům byly poskytnuty informace o nahrávání rozhovoru, zpracování dat, anonymizování dat, možnosti neodpovědět na otázku či ukončit rozhovor. Následně byl podepsán informovaný souhlas (Příloha 2).

Scénář rozhovoru (Příloha 3) byl vytvořen autorkou práce a následně zkontrolován a schválen vedoucí práce. Navržený scénář byl vyzkoušen na prvním účastníkovi výzkumu a ukázalo se, že otázky jsou jasné, srozumitelné a vytvářejí svojí posloupností příjemný rozhovor s otevřeným prostorem pro odpovědi a vlastní vyprávění. Scénář rozhovoru byl pro lepší orientaci rozdělen do pěti tematických okruhů. První okruh obsahoval tzv. „rozehřívací“ otázky, které se zaměřovaly na vzdělání, pracovní zkušenosti a pozici sociálního pracovníka. Druhý okruh se dotazoval na pracovní náplň, činnosti nebo na typický pracovní den. Následoval další okruh, který byl již zaměřen na náročné situace a subjektivní vnímání náročných situací. Následně se rozhovor plynule dostal k přípravě na náročné situace a ke zdrojům podpory, které sociální pracovníci v hospicové lůžkové péči považují za nejdůležitější. V průběhu rozhovoru bylo pokládáno množství doplňkových otázek, které informace doplnili, ujasnili či otevřeli nová témata. Ukázalo se, že doplňkové otázky byly mnohdy klíčové.

4.4. Soubor a sběr dat

Účastníci byli vybráni metodou účelového výběru. Pro účely výzkumu bylo osloveno 10 zařízení hospicového typu, na které kladně zareagovalo 7 sociálních pracovníků. Kritérium pro výběr účastníků bylo zastávat pozici sociálního pracovníka v zařízení hospicového typu v České republice. Všechny účastnice byly

ženy. Všechny respondentky vystudovaly sociální práci v rámci bakalářského či magisterského stupně. Čtyři sociální pracovnice mají rodinný stav vdaná, dvě sociální pracovnice žijí s přítelem. Délka odborné praxe v rámci hospicové péče se pohybovala okolo čtyř let, přičemž nejdelší byla deset let a nejkratší jeden rok.

Rozhovory byly realizovány v průběhu června 2021 a trvaly v průměru třicet pět minut, přičemž nejkratší měl dvacet jedna minut a nejdelší osmdesát sedm minut. Délka nejdelšího rozhovoru byla mimořádná, protože žádný jiný rozhovor netrval déle než čtyřicet osm minut. Všechny rozhovory byly nahrávány na telefon a po přepsání byly smazány. Písemný přepis nahrávek je uchován v zaheslovaném počítači a nebude nikde šířen. Z důvodu ochrany osobních údajů a ochrany institucí nejsou použita skutečná jména ani další skutečnosti, které by mohly identifikovat osobu či organizaci.

4.5. Analýza

Volné vedení rozhovoru a množství doplňujících otázek vedlo účastnice k vlastnímu vyprávění. Z tohoto důvodu byla zvolena pro analýzu dat technika otevřeného kódování. Strauss a Corbinová definují otevřené kódování jako: *„část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů, pomocí pečlivého studia údajů...během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány.“* (1999, s. 43) Rozhovory byly kódovány zvlášť a poté byly propojeny. Texty rozhovorů byly rozděleny podle vztahu k tématu a následně jim byly přiděleny kódy. Pracovní náplň sociálního pracovníka byla podkladem pro analýzu náročných situací, které z činností pracovníka vyplývají. Zvýšenou pozornost vyžadovaly ty části rozhovoru, které mohly odpovědět na výzkumné otázky nebo taková témata, která se v rozhovorech často opakovala a mohla být zajímavým vedlejším výstupem výzkumu. Kódy byly rozlišeny barevně pro lepší orientaci v textovém formátu rozhovorů. Po shrnutí analýzy bylo možné přistoupit k interpretaci dat.

4.6. Výsledky

V následujících podkapitolách prezentuji výzkumná zjištění, která vyplynula z analýzy jednotlivých rozhovorů a která poskytují odpověď na jednotlivé výzkumné otázky.

4.6.1. Pracovní náplň sociálního pracovníka v hospicové péči

Poskytování základních informací o službě a příjem žádostí

Sociální pracovník jedná se zájemcem o službu, poskytuje mu základní informace, zjišťuje, zda je cílovou skupinou a zda je pro něj služba vhodná. Toto jednání je možné uskutečnit také s rodinou zájemce, případně se subjektem, ve kterém se zájemce nachází, typicky s nemocničním či sociálním zařízením. Sociální pracovnice dodává, že *„pacient by měl podepsat informovaný souhlas. Vždycky to není možné samozřejmě, takže pak se nějak doptáváme, jaká ta situace je, jestli opravdu je s tím pacient srozuměn, aby se nám nestalo, že tady bude proti jeho vůli.“* Nové žádosti vždy schvaluje lékař na základě dodané zdravotní dokumentace. Posuzování žádostí je individuální a kladné vyřízení žádosti závisí na několika dalších faktorech a okolnostech.

Příjem klienta, vyřizování sociálních záležitostí a poradenství

Pokud je žádost přijata, sociální pracovnice informuje žadatele o službu a *„když už teda je konkrétní termín přijetí, tak vylazujeme věci, co potřebujeme od nemocnice, od rodiny.“* Typicky se jedná o informace ohledně finanční situace a příspěvků na péči.

Dále *„samozřejmě pak komunikace s tím pacientem ohledně vlastního umístění u nás, ohledně sociální situace. Jednání s rodinnými příslušníky toho pacienta, jak se prostě ty všechny věci mají, kdo ho bude chodit navštěvovat, jak často a tak dál.“* V průběhu pobytu sociální pracovnice komunikuje s klientem, podporuje blízké vztahy a *„pokud jsou nefunkční, tak se je snažíme napravit.“* Dále komunikuje s rodinou a řeší, co je potřeba, případně poskytuje sociální poradenství či krizovou intervenci. Komunikace s klienty a rodinou jmenovalo pět ze sedmi sociálních pracovníků jako činnost, které věnují nejvíce času a kterou zároveň považují za nejzásadnější.

Péče o pozůstalé

Sociální pracovnice uvádí, že „v případě, že člověk v hospici zemře, což je ve většině případů, tak tam potom samozřejmě jednání s pozůstalými vysvětlování, co teďka bude dál, kde získají úmrtní list, co je čeká, jak mají zajistit poslední rozloučení, jak bude probíhat dědické řízení, co bude s doklady toho zemřelého, kdo má nárok na vdovský, vdovecký, sirotčí důchod a vlastně to všechny tady ty sociální otázky se snažíme jim potom zodpovědět a nějakým způsobem je to v té dané chvíli ulehčit, aby věděli, na co, na co mají nárok, na co nárok nemají a na co kdyby mají vyčkat.“ Dále je možné využít poradenství pro pozůstalé, které nabízí podporu a pomoc lidem, kteří se vyrovnávají se ztrátou blízkého člověka. V některých hospicích pořádají také setkávání pozůstalých, které je většinou dvakrát ročně a organizace připadá právě sociálním pracovníkům. Sociální pracovnice popisuje, že „je krásné vidět ty rodiny, jak se s tou velkou ztrátou naučili žít a navzájem se na sebe usmívají.“

Další

Sociální pracovník zpracovává interní dokumenty a podílí se na tvorbě metodik. „Papírování je všude, ale není to tak strašný,“ hodnotí míru administrativy sociální pracovnice. Jiná sociální pracovnice dodává: „Já mám pak teda na starosti ještě dobrovolníky. Přijímám nový zájemce, mám s nimi schůzky. Funguje to tak, že si ho proškolíme a nejdříve si ho tady provedeme a otestujeme sami, jestli mu ta práce a prostředí sedí a až potom se obracíme na organizaci, aby nám dobrovolníka pojistila. Většina chodí ke klientům, ale sem tam se objeví někdo, kdo se třeba postará o zahrádku, ostříhá klienty nebo třeba napeče dorty.“ V neposlední řadě byla zmíněna také osvěta: „O osvětu se snažíme tak nějak všichni. Pořádáme různé akce pro veřejnost, je zde možnost exkurzí či stáží. Otázka je, jak moc je to osvěta. Ti, kdo chtějí vědět, ví a mají možnost se kdykoliv doptat na cokoliv.“

4.6.2. Náročné situace

Náročná úmrtí

Samotná přítomnost smrti a umírání nebyla sociálními pracovníky jmenována jako zátěžová situace. Mezi situace, které jsou pro sociální pracovnice náročné, byla řazena konkrétní jednotlivá úmrtí či okolnosti spojené s úmrtím.

Náročná situace může nastat v tu chvíli, kdy je s klientem dlouhodobě navázán blízký vztah. To popisuje sociální pracovnice takto: „*Horší je, když nám tady umírá rodina nebo třeba kolega. To bych řekla, že pak je to fakt jako na psychologickou podporu anebo pak na probrání na supervizi.*“ Pokud se úmrtí jakkoliv dotýká osobního života, je to velmi náročné, to shrnuje sociální pracovnice následovně. „*Zažila jsem situace, které mě zasáhly jako osobně, že se nějak dotkli něčeho z mého osobního života. Ale to bylo spíš třeba dojetí, nebo nějaký uvědomění si něčeho o sobě. Tak to určitě byly situace, že jsem si je musela nějak zpracovávat, ale vždycky z toho vyjdu jako pozitivně.*“

Společným faktorem a možným identifikátorem náročných situací sociálních pracovnic je věk klienta. Sociální pracovnice povídá: „*Když víte, že tady máte někoho, kdo je jakoby jen třeba pár let starší než vy, má malé děti, které chodí třeba ještě do školky a teďka se najednou stane, že je tady u nás, tak to patří asi k nejtěžším situacím.*“ A shodně hovoří i další sociální pracovnice: „*Pro mě je asi pořád nejhorší, když někdo tu smrt nezvládá, když je tu třeba manžel, zemřela mu tady manželka, a mají doma prvňáčka a teď vidíte tu rodinu celou zhroucenou. Tohle je takový obtížný a ty děti, když vtom figurují, tak to je obtížnější. Anebo když je to opravdu hodně mladý člověk, nebo když to je člověk v mém věku a loučí se s těmi svými rodiči a mají tam třeba ještě vnoučátka. To je pro mě takový těžký, že si říkám, tak tohle klidně můžu být jednou já.*“

Rodina klienta

Rodina klienta hraje v rámci poskytované hospicové péče významnou roli, což bezpochyby přináší mnohé složité situace. Z výpovědí lze charakterizovat typy náročných rodin, se kterými je mnohdy velice obtížná komunikace.

a) Rozhádaná rodina

Pokud je rodina rozhádaná, členové mezi sebou neumí či nechtějí komunikovat, jedná se o těžkou situaci pro všechny strany. Časté přání umírajícího je v takové situaci mít klid. Sociální pracovník je v roli mediátora a snaží se o udobření vztahů primárně mezi umírajícím a členy rodiny, následně mezi samotnými členy rodiny. O tom, když je rodina rozhádaná, hovoří sociální pracovnice: „*To je velký problém a je to problém i pro nás, protože nám to hrozně ztěžuje práci, co můžeme říct, co*

nemůžeme říct. Dáme jednu věc sestře, bratr šílí, proč jsme to dali sestře, že to měl mít on, a je to hrozné. To nás jako ovlivňuje a obtěžuje, a hlavně to vidíte na pacientovi, jak on to vnímá, a to je hrozný pro něj. Nebo když ta rodina nefunguje a hádají se u pacienta, který ještě neumřel, o jeho majetek. Z toho se vám chce brečet.“

b) Příliš starostlivá rodina

Pokud rodině na umírajícím záleží a zajímají se o něj, je to zcela v pořádku a dá se říci, že taková je ideální situace. Nicméně čeho je moc, toho je příliš, a pokud je rodina neadekvátně starostlivá, může to být náročné především na komunikaci. Takovou situaci popisuje sociální pracovnice: *„Rodina, která prostě sem neustále volá, jestli ten člověk dostal hrnek, a jestli byl napolohovanej každou půl hodinu, a jestli jsme ho vzali ven a vlastně jakoby prudí kvůli maličkostem. Dokonce se jednou stalo, že tu byla rodina, která nám i jako přepisovala jídelák, aby se tomu člověku individuálně vařilo, kdy opravdu bych řekla, že to už prostě ani nejsou běžný požadavky, který ta služba nějakým způsobem v rámci individuálního plánu a v rámci individuální péče může vůbec udělat, protože tohle už byly nereálný požadavky.“*

c) Neodbytná rodina

Když nastane situace, že rodina potřebuje svého blízkého co nejdříve umístit do lůžkového hospice, může se stát, že je neodbytná, nepřiměřeně naléhá a při nevyhovění je nepřijemná či arogantní. Taková situace je náročná na komunikaci, jak říká sociální pracovnice: *„Když někdo volá, že potřebuje službu nebo pobyt hned a my nemáme volnou kapacitu. Tak vysvětlit té rodině, aby se obrátili někam jinam a hledali jinou službu. Tak vlastně pro nás je nejhorší ta beznaděj že nemůžeme pomoc anebo pak ten fakt že prostě lidi strašně tlačej, že nutně to potřebujou hned.“*

d) Nesmířená rodina

Každý z nás se vyrovnává s tím, že blízká osoba umírá, jinak. Někomu stačí kratší doba, někomu delší, někdo se zasekne v jedné z fází smíření, jiný si je prošel

rychle a je víceméně smířen. To může mít za následek rozpory mezi umírajícím a rodinným příslušníkem. Pro sociálního pracovníka je důležité identifikovat, ve které fázi smíření se dotyční nachází, a přizpůsobit tomu správnou komunikaci. Z těchto rozporů vznikají náročné situace, se kterými se sociální pracovník v hospicové péči setkává poměrně často. Sociální pracovnice vypráví: *„Když je rodina a pacient v jiném stádiu smíření, tak je to náročné pro obě strany i pro nás. Například pacienti by rádi odešli, už jsou s tím smíření, a ta rodina prostě trvá na věcech a nenechají ho v klidu, jsou urputný v rehabilitaci a ve všem, a ten pacient chce mít akorát klid a maximálně by si třeba přál, aby mu věnovali více času. Anebo zase naopak, že pacient se se smrtí i za maximální možné podpory a pomoci nemůže smířit, ale rodina už ví a je smířená. Potom ta komunikace je hodně těžká a chce to trpělivost a empatii.“*

e) Neinformovaná rodina

Sociální služby jsou poměrně složitý systém, který zahrnuje několik typů služeb. Pokud rodina žádá o službu, je k tomu potřeba vyřídit mnoho dokumentů. Často se stává, že rodina není nikterak informovaná o tom, kam se mají obrátit, co bude potřeba zařídit aj. Mnohdy je rodina zmatená a potřebuje především uklidnit, popisuje sociální pracovnice: *„Rodina se dozví nebo si připustí, že jejich blízký umírá, vůbec se s tím nedokážou srovnat a v nemocnici jim řeknou, shánějte si hospic, tak oni vlastně volají a vůbec nevědí, která bije. Řeší, že z nemocnice je chtějí vyhnat, že vlastně jim nikdo nic neřekl, tak člověk poskytne krizovou intervenci, uklidní je, nasměruje, rozebereme situaci a většinou je to hovor tak na třicet, pětatřicet minut.“*

f) Rozpačitá rodina

Rozpačitost a strach z neznáma je způsoben tabuizací smrti. V některých rodinách se o smrti nemluví a na pohřeb se nechodí, protože smrt se jich netýká. Z toho může plynout pocit, že je třeba umírajícího ochránit před tím, že umírá. S tím má hospicová péče dlouhodobou zkušenost a zastává jasné stanovisko, o kterém hovoří sociální pracovnice: *„A samozřejmě, že se setkávám s tím, že třeba nám řeknou, to mu neříkejte, ale oni hned na začátku se dozví, že nikdy nebudeme lhát ani tomu nemocnému člověku, ani jim, že vždycky s nimi budeme jednat pravdivě.“*

Někdy to způsobí to, že třeba se ten příjem do péče odloží, že oni řeknou ne, tak to když mu to chcete dát podepsat. Někde je ta hranice toho, co pro ty lidi můžete udělat. Můžete doprovázet jenom do té míry, do které oni vás pustí.“

Konflikty v týmu

I přestože paliativní a hospicová péče je založena na týmu a týmové spolupráci a klade se na ni obrovský důraz, konfliktům na pracovišti se nelze zcela vyhnout. Sociální pracovnice popisuje situaci, kdy konflikty na pracovišti mohou vznikat z emočních výkyvů a nejasných hranic: *„My tady máme jako hodně osobní vztahy, hodně úzký. Tato práce je sama o sobě náročná a křehká. A myslím si, že my všichni, jsme tady prostě z nějakýho důvodu, z nějakého důvodu nás oslovila. A tohle to vytváří křehkost toho domu a tý práce, ty opravdu úzké vztahy, ale ty někdy nesou i právě takový jako snadný emoční výkyvy. Asi to, že jako my tady máme prostě velký přátelství, můžeme se navzájem hodně sdílet a zároveň si umíme i navzájem někdy trochu ublížit. Prostě to má tendenci jakoby zasahovat do osobní roviny, že to není jenom práce. Jo, jako je to prostě pro nás poslání a ty hranice se stávají nejasný a to je největší riziko.“*

Dalším spouštěčem konfliktů v týmu může být časová tíseň, kterou nastiňuje sociální pracovnice takto. *„Když se toho nahrnulo hodně do jednoho času, tak určit důležitost těch úkonů to by jako ještě šlo, ale byla jsem nerada, když jsem něco musela přesouvat na další den, tak jsem chtěla stihnout co nejvíce. A většinou se v takové situaci objeví kolega a potřebuje řešit věc, která nehoří, ale mě v tu chvíli hoří deset jiných věcí.“*

4.6.3. Příprava na náročné situace

„Některé situace v hospici se typově opakují, tak na ty se lze částečně připravit v rámci školení či supervize, ale jednou za čas přijde úplně nová situace,“ odpovídá sociální pracovnice. Častěji ale sociální pracovnice odpovídaly, že se na náročné situace připravit nelze. I přesto lze z výpovědí identifikovat dva druhy přípravy, které sociální pracovnice využívají.

Vzdělávání

Sociální pracovník má povinnost absolvovat další vzdělávání v rozsahu 24h za rok, kterým si doplňuje či upevňuje znalosti. *„Jak říkám, štěstí přeje připraveným, mám takovou zkušenost, že třeba prošla jsem výcvikem krizový intervence a pak najednou přišly situace, kdy jsem prostě využila něco z toho výcviku, jak se to prostě stalo součástí té práce a říkala jsem si, jo, co bych asi dělala, kdybych tohle všechno nevěděla. Myslím si, že úplně na všechny situace se připravit nedá. Dá se připravit vzděláváním a podobně získávat informace, zkušenosti od jiných lidí nebo organizací.“* Některé informace se neustále mění a je důležité znát aktuální informace, aby je mohl sociální pracovník předávat.

Komunikace v týmu

Týmová komunikace a sdílení umožňuje předejít konfliktům, ale také může být přípravou na náročnější situace. *„Nejzásadnější je ta komunikace na pracovišti, to sdílení těch věcí mezi kolegy, takže taková jakoby prevence toho vytváření nějakých nedorozumění.“* Sdílení je možné realizovat řízeně v rámci supervize či neřízeně náhodně mezi kolegy. Náhodné sdílení zkušeností je oblíbenější variantou.

4.6.4. Zdroje podpory v náročných situacích

Tým

Všechny sociální pracovnice, které se výzkumu účastnily, zmínily tým jako nejzásadnější zdroj podpory v náročných situacích. Možnost sdílení a podpory v týmu je zásadní a hovoří o tom i sociální pracovnice: *„Určitě tady zázemí hospice, můžu všechno s kýmkoliv sdílet a máme v sobě podporu. Bez podpory tady v práci by se to nedalo zvládat.“* O pocitu, že dotyčný patří k týmu, mluví sociální pracovnice: *„To, že jsem jedna z nich, je skvělý. K tomu všichni vědí své kompetence, každý ví, co má dělat a když neví, tak mu někdo poradí.“*

Rodina

Rodinné zázemí bylo jmenováno jako další důležitý zdroj podpory. Sociální pracovnice to objasnila: *„Zázemí doma taky samozřejmě, ono to souvisí všechno se vším, pohoda doma se rovná pohoda v práci a naopak. Když má člověk nepohodu doma, tak sice zvládne udržet profesionalitu u emocí a klientů, ale prudí v rámci*

týmu. “ Je zřejmé, že bez rodinného zázemí by byla práce mnohem náročnější: „*Bez toho, aniž by manžel respektoval moji práci, by to nešlo. Někdy se stane, že se o děti musí postarat, protože já nutně potřebuji v práci něco dokončit nebo mě chytne smutek.*“

Psychohygienu

V rámci pomáhajících profesí je psychohygienu jednou ze základních metod proti syndromu vyhoření a může být zároveň zdrojem podpory. „*Důležitá je taky přiměřená psychohygienu, abych věděla, co mi pomáhá a jak vypnout.*“ Určitý doplňkový zdroj podpory lze mít sám v sobě, což podporuje výpověď sociální pracovnice: „*Je to o té práci na sobě. Myslím si, že tím sebezpoznáním, tím, že já vím, co mě umí jako zklidnit, sytit a umět si dát ten čas prostě tady, který zajistí stabilitu.*“

Trávení volného času

Trávit volný čas dle svých představ je účinné odreagování a zdroj pro zvládnutí zátěže. Ať se jedná o sport, četbu, filmy, muziku, zahraničení či luštění křížovek, je to čas, nad kterým má dotyčný absolutní kontrolu a může se rozhodnout, co, jak a kdy bude dělat. To například popisuje sociální pracovnice: „*Když mám volno, jsem sama v přírodě. To potřebuju tím, že pracuju s lidma a tak se potřebuju stáhnout do té samoty.*“, nebo: „*...co fakt potřebuju, alespoň jednou týdně si dát do těla, přestat myslet hlavou a jenom dělat. Takže kolo, brusle nebo běh.*“

4.6.5. Další

Rozhovory byly plné informací, které se mnohdy nevztahovaly k položeným otázkám. Témata, o kterých sociální pracovnice mluvily, byla silná a k zamyšlení. Sociální pracovnice například hovořily o tom, jak to mají se smrtí a vlastní smrtelností. Nejčastější názor byl takový, že se jedná o nevyhnutelnou a přirozenou součást života, stejně jako lidé přicházejí, tak i odcházejí. Jedna ze sociálních pracovnic vypověděla: „*Umírání a smrt přináší hodně těžkých emocí a je velkou učitelkou.*“

Otázka víry byla zmíněna pouze jednou respondentkou, a to v souvislosti se zdroji podpory, kdy sociální pracovnice hovořila: *„Když by se dělo něco, co souvisí s vírou, není problém dojít za naším knězem, který si udělá vždycky čas.“*

O nejlepší zpětné vazbě vyprávěla sociální pracovnice: *„Asi nejlepší zpětná vazba, kterou jsem dostala, byla od mého syna, který říkal, u tebe v práci se, maminko, mají všichni skvěle, a já jsem říkala, jak to myslíš a on, no přeci vy se o ně postaráte, nic je tam nebolí a mají jasný plán, a já říkám, jaký plán, a on, no přeci jít do nebička.“*

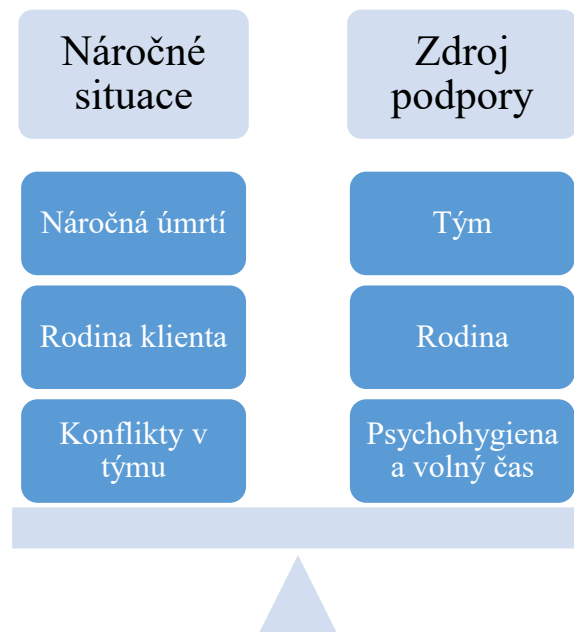
O reakci okolí a černém humoru povídala sociální pracovnice: *„Potom, co jsem rodinu seznámila s tím, co je hospic, tak mi řekli, že jsem se zbláznila, že dobrovolně budu pracovat s lidma, kteří umírají. Ale myslím si, že za ty roky si zvykli. Jediný, co jsme jako zhodnotili tady v rámci hospice, tak bohužel přece jenom člověk, jak pracuje převážně s umírajícími, tak občas máme černej humor, takže když jde hospic někam do hospody, tak je lepší nechodit.“*

O vzpomínkách na konkrétní klienty či rodiny hovořila sociální pracovnice: *„Byl tu pán, který chtěl, aby mu dcera každý den nosila jedno točené pivo a jednu cigaretu. A takových podobných bizarních příběhů je nespočet.“*

Některé sociální pracovnice vyprávěly, co je do hospice přivedlo. *„Já jsem pracovala v léčebně dlouhodobě nemocných, a to bylo strašný, vidět, jak tam ti lidé sami a ve strachu umírají. A tak, když se objevila nabídka v hospici, neváhala jsem ani minutu, chtěla jsem být součástí dobrého umírání.“* Nebo například: *„Hospic mě provází asi tak od devatenácti let, kdy jsem se stala dobrovolníkem tady v hospici. Což je úplně jiná role, a já si to uvědomovala, a potom, co jsem vystudovala sociální práci, šla jsem pracovat do administrativy. A hospic, to byl takový koníček. Až po asi deseti letech jsem kývla na nabídku dělat sociální pracovníci, v tu chvíli jsem tak nějak cítila, že je ten správný čas.“*

Co by měl mít člověk, který pracuje v hospici, shrnula sociální pracovnice: *„Rozhodně mít vyjasněnou svoji roli a vztah se smrtí, a pak empatii, radost z práce a týmovost. Když sem má nastoupit někdo nový, čekáme na odezvu z první směny, ta vždycky prokáže, jestli to půjde dál nebo ne. Někteří lidé si myslí, že to dají, a pak se po první směně skoro zhrouť. To platí především pro ošetřovatele.“*

Obrázek 1 – Zjednodušené grafické znázornění náročných situací a zdrojů podpory



5. Diskuse

Na základě výsledků z praktické části této práce vyplývají kategorie náročných situací, možnosti přípravy a zdrojů podpory z pohledu sociálních pracovníků pracujících v hospicové lůžkové péči. Popsané výzkumy, které jsou uvedeny na začátku praktické části, se kterými lze komparovat získané výsledky, se zabývaly zátěžovými faktory a strategiemi podpory v rámci zdravotnického a ošetrovatelského personálu. A přestože se jedná o výzkumy v rámci širokého personálu hospicové lůžkové péče, lze očekávat určitou podobnost, ale zároveň i jistá specifika, která jsou charakteristická pouze pro sociální pracovníky.

Náročné situace zahrnují tři základní kategorie a několik podkategorií. Mezi základní kategorie lze zařadit situace, které souvisí s náročným úmrtím, náročnou rodinou či konfliktním týmem. Mezi náročnými úmrtími byla identifikována taková úmrtí, kdy je s klientem navázán blízký vztah, případně se příběh klienta dotýká osobního života nebo se jedná o klienta podobného věku se sociálním pracovníkem. O identifikaci s trpícím pacientem hovoří také Vachonová (in O'Connor, Aranda, 2005), kdy může pacient pečujícímu připomínat někoho blízkého, a v tu chvíli se jedná o velmi náročnou situaci.

Z výzkumu vyplývá, že sociální prostředí (rodina, blízcí a přátelé) se mnohdy stává zátěžovým faktorem. Náročné situace, které vyplývají právě z komunikace s rodinou, jsou specifické pro sociální pracovníky, kteří v rámci svých kompetencí primárně řeší záležitosti s rodinou. Sociální pracovnice popisovaly obtížné rodiny jako nejčastější zdroj náročných situací. V rámci výsledků bylo popsáno několik typů rodin, které jsou pro sociální pracovníky náročné a se kterými se pravidelně setkávají. Jedná se například o rodiny, které jsou rozhádané, a sociální pracovník se snaží být nestranným mediátorem. Tento případ je také popsán jako zátěžový faktor v „*profesiogramu sociálního pracovníka v paliativní a hospicové péči*“ (Sociální práce, 2020). Dále to jsou rodiny, které nejsou nijak informované a je potřeba krizové intervence, příliš starostlivé rodiny, které mají nemožné nároky na péči, neodbytné rodiny, které velmi naléhají, nesmířené rodiny, které by chtěli svého blízkého uzdravit a rozpačité rodiny, které chtějí svého blízkého nepřiměřeně chránit pravdě.

Konflikty v týmu jsou bezesporu náročnou situací nejen v rámci hospicové péče. Je důležité poznamenat, že v rámci hospicové péče je tým a týmová

spolupráce základem uspokojivé péče, což také deklarují uskutečněné rozhovory. Důvodů, proč týmové konflikty vznikají, je mnoho. V rámci výzkumu byly častěji zmiňovány emoční výkyvy a nejasné hranice mezi profesním a osobním životem a také časová tíseň, která může vést k podrážděnosti pracovníka. Na problémy v týmu naráží i Vachonová (in O'Connor, Aranda, 2005).

Pavelková a Bužgová (2015) zjišťují ve svém výzkumu „Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků v hospicové péči“, že největším zdrojem stresu je administrativa. Toto by mohlo být téma k další diskuzi, proč v rámci výzkumu se sociálními pracovníky, kteří jsou mnohdy silně zaneprázdněny administrativou, nebyla administrativa zmíněna. Neustálou přítomnost smrti a umírání jako nejpodstatnější zátěžový faktor popisuje Vachonová (in O'Connor, Aranda, 2005). Tento faktor nebyl v rámci výzkumu vyhodnocen a ani nebyly zaznamenány žádné podobné výpovědi. Důvodem může být fakt, že Vachonová své výzkumy realizovala u zdravotnického a ošetrovatelského hospicového personálu, který má odlišné kompetence a je mnohdy přítomen v momentu samotné smrti.

Z výsledků, které souvisí s přípravou na náročné situace, vyplývá, že příprava není možná anebo je možná pouze částečně, a to v rámci průběžného vzdělávání či sdílením zkušeností mezi pracovníky. Sociální pracovníce se shodly, že jednou za čas nastane situace, na kterou nebyly připravené. V rámci svého výzkumu Vávrová a Polepilová (2010) řeší přípravu budoucích pomáhajících profesí v oboru thanatologie, kde vyzdvihují, že je zásadní formovat postoj pracovníků ke smrti a umírání.

V rámci zdrojů podpory se jeví jako nejpodstatnější tým a pracovní prostředí. Je možné, že se jedná o specifikum hospicové péče, kde je tým klíčový a je podstatné udržovat dobré vztahy na pracovišti. Paradoxně výzkum „Zvládání zátěžových situací ošetrovatelským personálem v nemocnicích a hospicích“ Marešové a Třešlové (2017) hovoří, že i přestože organizace svým zaměstnancům poskytuje školení, pravidelné supervize a další benefity, respondenti pocítují velice nízkou podporu od managementu při zvládání náročných situací. To se v rámci tohoto výzkumu nepotvrdilo. Dalším důležitým zdrojem podpory je rodinné zázemí, které jednoznačně poskytuje životní pohodu a možnost otevřené komunikace. To dokládá Bužgová a Pavelková (2015) ve svém výzkumu, ze kterého plyne, že nejčastěji se se stresem vyrovnává personál hospicové péče právě časem tráveným s rodinou. K méně zmiňovaným zdrojům podpory patřila

psychohygienu či trávení volného času. Z výzkumu Pižlové (2017) vyplývá, že: „*Supervize jako účinný nástroj podpory si pravděpodobně dosud nenašla v českých hospicích své místo. Pracovníci mají účast v supervizi spíše povinnou, nejčastěji se jí účastní zdravotní sestry a management organizací.*“ Toto tvrzení potvrzuje i uskutečněný výzkum, kdy supervize v rámci zdrojů podpory byla zmíněna pouze jednou a velmi okrajově.

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala sociálním pracovníkem v hospicové lůžkové péči. Teoretická část se věnuje vymezení hospicové péče, kdo ji poskytuje a jaká je cílová skupina této péče. Následuje kapitola, která se věnuje sociální práci, metodám a komunikaci, která je v rámci hospicové péče klíčová. Poslední kapitola se věnuje samotnému sociálnímu pracovníkovi, jeho rolím, činnostem, kompetencím a předpokladům. Teoretická část ukázala, že sociální práce hraje nezastupitelnou roli v rámci hospicové péče, neboť se snaží naplňovat především sociální potřeby prostřednictvím sociálních pracovníků působících v multidisciplinárním hospicovém týmu.

Praktická část se zaměřila především na náročné situace a zdroje podpory z pohledu sociálních pracovníků, protože se jedná o téma, které není dostatečně probádáno a mnohdy je zjednodušeno na fakt, že nejtěžší je přítomnost smrti, což uskutečněný výzkum nepotvrzuje.

Cílem praktické části bylo zjistit, jaké situace považuje sociální pracovník za náročné, zda se dá na náročné situace připravit a jaké využívá zdroje podpory. Tento cíl byl splněn, neboť na základě analýzy polostrukturovaných rozhovorů vznikly kategorie náročných situací a možných zdrojů podpory.

V rámci náročných situací byla popsána typologie rodin, které mohou být pro sociální pracovníky náročné. Bylo zjištěno, že prevence a příprava na náročné situace není dostatečná, sociální pracovníce využívají výhradně vzdělání a sdílení. Co se týká zdrojů podpory, jako nejzásadnější zdroj byl uveden tým, což je příznivé pro hospicovou péči, která má na týmové spolupráci a multidisciplinaritě založenou péči. Při srovnání dat s ostatními výzkumy byla zjištěna některá specifika, která jsou pravděpodobně způsobena tím, že výzkum byl zaměřen pouze na sociální pracovníky nikoliv na celý hospicový tým.

Výsledky výzkumu by bylo možné aplikovat jako součást širší diskuse o náročných situacích a zdrojích podpory sociálních pracovníků v hospici, případně jako základ k hlubšímu studiu náročných situací a možnostech jejich prevence. Konkrétně typologie náročných rodin by mohla být zajímavým bodem odborné diskuse. V neposlední řadě je možné využít poznatky k seznámení veřejnosti s hospicovou péčí případně k vyvrácení mýtů, které se s hospicem a hospicovou péčí pojí.

Zdroje

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. [online]. *Formy hospicové péče*. 2010. . [cit. 25. 5. 2021] Dostupné z: <https://www.asociacehospicu.cz/formy-hospicove-pece>

Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče. [online]. *Standardy hospicové paliativní péče*. [online] 2016. [cit. 23. 5. 2021]. Dostupné z: <https://www.asociacehospicu.cz/standardy-hospicove-paliativni-pece>

BAJER, P. Sociální práce v paliativní péči. *Sociální práce - časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2010, č.2, s. 12-16. ISSN 1213-6204.

BAJER, P. Role sociálního pracovníka v procesu hospicové péče je nezastupitelná. *Sociální práce - časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2010, č.2, s. 16-18. ISSN 1213-6204.

BERESFORD, Peter, ADSHEAD, Lesley a CROFT Suzy. *Palliative Care, Social Work, and Service Users: Making Life Possible*. Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia: 2007. ISBN-13: 978-1-84310-465-0 (Pbk).

BUŽGOVÁ, Radka, HAJNOVÁ, Erika, SIKOROVÁ, Lucie a KOZÁKOVÁ, Radka. Pilotní testování dotazníku PNAP "hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči" na onkologickém oddělení. *Ošetrovatelství a porodní asistence: Recenzovaný vědecký časopis* [online]. 2013, 4(3), 628-633 [cit. 2. 5. 2021]. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviapordniasistence/dok/2013-03/5_buzgova_kol.pdf

BUŽGOVÁ, Radka, PAVELKOVÁ, Helena. *Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků v hospicové péči*. Cent Eur J Nurs Midw, 2015, vol. 6, iss. 1, s. 218-223. Dostupné z: https://cejnm.osu.cz/cz/artkey/cjn-201501-0006_syndrom-vyhoreni-u-zdravotnickych-pracovniku-v-hospicove-peci.php

BYDŽOVSKÝ, Jan a KABÁT, Jiří. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*. 1. vydání. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú, 2015. ISBN: 978-80-905867-0-3.

Cesta domů [online]. *Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II. Závěrečná zpráva*, 2013. [cit. 1. 5. 2021] Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>

DAVIES, Douglas James. *Stručné dějiny smrti*. Volvox Globator, 2007. ISBN 80-7207-628-4.

DOČKAL, Jan. *Člověk v současném světě*. 1. vyd. SUSA, 2008. ISBN 978-80-86057-53-8.

ELIAS, Norbert. *O osamělosti umírajících*. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998. ISBN 80-85844-39-7.

Fórum mobilních hospiců. [online]. *Mobilní hospice*. Dostupné z: <https://www.mobilnihospice.cz/co-delame/o-nas/>

GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3379-1.

HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3.vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN: 80-726-2132-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*. 2.vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

KÁBLOVÁ, Martina. *Rady pro komunikaci*. [online] 1. vyd. Diakonie ČCE, 2013. [cit. 1. 5. 2021]. Dostupné z: <https://elearning.cestadomu.cz/elearning/pro-psyhosocialni-pracovniky/komunikace-s-umirajicim-a-blizkymi/>

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6.

KOPŘIVOVÁ, J. To hlavní z mé práce spočívá v provázení danou situací. *Časopis Sociální práce*, 2010, roč. 10, č. 2, s. 8–10. ISSN 1213-6204.

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché. ISBN 978-80-247-4650-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana; CICHÁ, Martina; GOLDMANN, Radoslav. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.

KUZNÍKOVÁ, Iva a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *O smrti a umírání*. Praha: Portál, 2015. ISBN: 978-80-262-0911-9.

LENOCHOVÁ, Eva a BLINKOVÁ, Milada. Hospicová a paliativní péče. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 12, s. 47. ISSN 1212-4117.

MAREŠOVÁ, Lucie a TŘEŠLOVÁ, Marie. *Zvládání zátěžových situací ošetrovatelským personálem v nemocnicích a hospicích*. Psychologie a její kontexty 8 (1), 2017, s. 55 – 65. Dostupné z: https://psychkont.osu.cz/fulltext/2017/2017_1_5_Maresova-V.pdf

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2.vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla, KOLÁČOVÁ, Jana. *Sociální práce v praxi – specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-818-0.

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. *Standardy kvality sociálních služeb*. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/standardy-kvality-socialnich-sluzeb>

Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. *Akreditovaný kvalifikační kurz – Zdravotně sociální pracovník*. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/8860/35359/P%C5%99%C3%ADloha_28_-_AKK_28_Zdravotn%C4%9B_-_soci%C3%A1ln%C3%AD_pracovn%C3%ADk.pdf

MLČÁK, Zdeněk. *Profesní kompetence sociálních pracovníků a jejich hodnocení klienty*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005. ISBN 80-7368-129-3.

MONROE, Barbara, OLIVIERE, Daniel. *Death, dying and social differences*. 1. vyd. New York: Oxford University Press, 2007. ISBN: 0 19 85 27756 (Pbk).

NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: MZ, 2001. ISBN 80-903070-0-0.

National Consensus Project for Quality Palliative Care. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. 4th edition. Richmond, VA: National Coalition for Hospice and Palliative Care; 2018. Dostupné z: <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp>.

O'CONNOR, Margaret, ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Přeloženo z anglického originálu „Palliative Care Nursing – A Guide to Practice“ (2003). 2. vydání. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

PAYNE, Sheila, SEYMOUR, Jane a INGLETON, Christine. *Paliativní péče: principy a praxe*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-25-1.

PÍŽLOVÁ, Martina. *Supervize jako jedna z možných podpor pracovníků v hospicích České republiky*. Paliativna medicína a liečba bolesti, 2017; 10(1-2e): s.45–48. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/1a1cf2aab457be860b5dadfcaaa7915c.pdf>

POHLOVÁ, L. Péče o klienty v terminálním stádiu v Novém domově, p. o., Karviná. *Časopis Sociální služby*, 2016, roč. XVIII. č. 6–7, s. 28. ISSN 1803-7348.

RADBRUCH, Lukas, PAYNE, Sheila. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-1-2.

SEDLÁROVÁ, Katarína. Case management a sociální práce v paliativní péči. *Sociální noviny* [online], 2020. [cit. 23. 4. 2021]. Dostupné z: <http://socialninovinky.cz/novinky-v-socialni-oblasti/581-case-management-a-socialni-prace-v-paliativni-peci-mgr-katarina-sedlarova-phd>

Sociální práce [online]. *Sociální pracovník v paliativní a hospicové péči*. 2020. [cit. 19. 7. 2021]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/socialni-pracovnik-v-paliativni-a-hospicove-peci/>

STRAUSS, Anselm L., CORBIN, Juliet M. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Translated by Stanislav Ježek. 1. vyd. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. ISBN 808583460X.

STUDENT, Johann- Christoph, MÜHLUM, Albert, STUDENT, Ute. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Nakladatelství H&H Vyšehradská, 2006. ISBN 80-7319-059-1.

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

ŠIKLOVÁ, J. Medailón Jiřiny Šiklové. *Časopis Sociální práce*, 2010, roč. 10, č. 2. ISSN 1213-6204.

VAŇKOVÁ DVOŘÁKOVÁ, Martina. *Jak dobře mluvit o smrti a umírání* [online], 2015. [cit. 10. 4. 2021]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/clanky/jak-dobre-mluvit-o-smrti-a-umirani>

VÁVROVÁ, Soňa, POPLEPILOVÁ, Renata. Výzkumné šetření o vzdělávání studentů pomáhajících profesí v oblasti thanatologie. *Časopis Sociální práce*. Vydavatelství Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2010, ročník 10, č. 2, str. 71-80. ISSN 1213-6204.

VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk a POSPÍŠILOVÁ, Yvona. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN: 80-247-0279-7.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách [online], 2006. [cit. 24. 5. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

Zákon č. 108/ 2006 Sb. o sociálních službách. [online], 2006. [cit. 24. 5. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Seznam obrázků

Obrázek 1 – Zjednodušené grafické znázornění náročných situací a zdrojů podpory.....	43
--	----

Příloha 1 – Profesiogram

Sociální pracovník v paliativní a hospicové péči

Smysl existence pracovní pozice

Podpora umírajících lidí a jejich rodin.

Sociální situace cílové skupiny a její hlavní potřeby

Paliativní péči potřebují onkologicky nemocní v terminální fázi života. Dále pacienti v konečné fázi závažného nenádorového onemocnění (typicky jde o orgánová selhání: respirační, srdeční, ledvinné, jaterní). A také pacienti v dlouhodobě nepříznivém a nezlepšitelném zdravotním stavu, který se zhoršuje (pokročilá stádia myopatií, syndromu demence, neurodegenerativních onemocnění, AIDS, pokročilá stádia imobilizačního syndromu, zvláště s poruchou vědomí a rozvojem proleženin, například po cévních mozkových příhodách, či terminální geriatrické deteriorace).

Systémový kontext (legislativa, standardy)

- Zákon o nestátních zdravotnických zařízeních (Z 106/1999).
- Zákon o sociálních službách (Z 108/2006).
- Zákon o sociálně právní ochraně dětí (Z 359/1999).
- Zákon 329/2011, o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.

Organizační rámce

Zřizovatelem hospiců jsou nestátní neziskové organizace nebo církevní právnické osoby. Hospic je nestátním zdravotnickým zařízením. Péče o pacienty je hrazena ze zdravotního pojištění, z příspěvku na péči a z platby pacientů. Sociální práci v hospici metodicky usměrňuje MPSV. Péče/pobyt trvá od několika dnů po mnoho měsíců.

Způsob definování cílů pro pracovníky

Cíle paliativní péče jsou obecně: Neprodłużování předsmrtné fáze, která je bolestná, nezadržování smrti, tlumení utrpení a bolesti. Podpora autonomie umírajícího, kontroly nad dnem. Umírání v kontaktu s blízkými lidmi, s neomezenými návštěvami v zařízení nebo v domácím prostředí, neodloučenost. Podpora možné soběstačnosti pacienta. Podpora jeho důstojnosti a sebeúcty. Zachování vlastní identity pacienta, kontinuity životního příběhu. Bránit tomu, aby se pacient cítil břemenem, přítěží. Péče má být bezpečná, důvěryhodná, vstřícná.

Popis jednotlivých pracovních činností

Klienti jsou přijímáni do péče na základě písemné žádosti, kterou potvrdí praktický lékař, ošetřující lékař při hospitalizaci nebo jiný lékař-specialista. V případě domácí hospicové péče lékař DHP společně se sociálním pracovníkem DHP navštíví klienta v jeho domácím prostředí. Sociální pracovník provede vstupní sociální šetření, lékař nastaví paliativní léčbu. Klient je seznámen s

možnostmi, limity, právy a nabídkou služeb. Je sestaven plán péče, frekvence a rozsah návštěv. Jednotlivé návštěvy, včetně telefonických konzultací, jsou zaznamenávány do písemné dokumentace, kterou společně s klientem sepíše sociální pracovník. Sociální pracovník je také svolavatelem a zároveň facilitátorem multidisciplinárního týmu, který se schází na společných konzultacích jedenkrát týdně. Vedle zdravotní nebo sociální péče, může klient potřebovat edukační, psychologickou, duchovní podporu. Zjistí-li sociální pracovník, že některé potřeby klienta jsou nad rámec jeho kompetencí, obrátí se na ostatní členy týmu. Sociální pracovník se podílí na péči o pozůstalé – vedle kontaktu s nimi po smrti klienta jsou pořádána setkání pro pozůstalé, kteří mají možnost konzultovat svoje problémy či získat důležité informace.

U pobytové hospicové péče sociální pracovník přijímá žádosti, předkládá je k projednání, jedná se zájemcem o službu i s jeho rodinou. Pokud je přijetí klienta zamítnuto, poskytuje klientovi poradenství. Když je klient přijat, sociální pracovník připravuje smlouvu o péči. Pomáhá vyřizovat dávky, důchody, korespondenci. Zprostředkovává kontakty s notářem, s úřady, s majiteli bytů. Přípravuje podklady pro pravidelná hlášení pro tým pečujících profesionálů. Poskytuje podporu rodině, někdy i formou krizové intervence. Někdy zprostředkovává řešení konfliktů mezi klientem a rodinou. Někdy dohledává příbuzné, které chce klient před smrtí vidět. Zprostředkovává kontakt s duchovními, kteří do hospice docházejí. V případě překlada klienta do jiného zařízení vyjedná sociální pracovník tento překlad. Po smrti klienta se účastní vystavení úmrtního listu a vyřizování pozůstalosti. Pokud je zemřelý rodičem nezletilých dětí, jedná z OSPODem o péči o děti. V některých případech organizuje „poslední rozloučení“ se zesnulým v hospici. Vyřizuje ukončení výplaty dávek. Poskytuje poradenství a podporu rodině. Projednává případné nedoplatky za péči s rodinou a řeší jejich zaplacení. Odesílá zprávy lékařům. Organizuje setkání pozůstalých v hospici dvakrát do roka.

Okruh spolupracujících subjektů

Matrika, obecní a městské úřady (sociální odbor, OSPOD), úřad práce, OSSZ, zdravotnická zařízení, církve, notáři, majitelé bytů.

Typy výsledků

Formalizované: Počet přijatých klientů (uzavřených smluv o péči) za jednotku času. Počet pacientů předaných do péče jiného zařízení.

Faktické: Kvalita pacientova života.

Předpoklady k výkonu profese

Nutná formální kvalifikace: VOŠ, VŠ.

Potřebné znalosti: Legislativa. Geriatrické minimum včetně problematiky demence.

Potřebné specifické dovednosti: Komunikace s umírajícími a jejich blízkými. Mediační dovednosti potřebné při řešení konfliktu mezi klientem a rodinou.

Měkké dovednosti: Týmová spolupráce.

Žádoucí postoje, hodnotová orientace: Preference pacientových potřeb. Empatie. Tolerance.

Využívané teorie, přístupy a metody: Koncept paliativní péče. Gerontologie. Thanatologie. Teorie traumatu. Krizová intervence. Poradenství.

Kritéria úspěchu v profesi

Kvantitativní kritéria: Počty přijatých do péče.

Kvalitativní kritéria: Smrt bez bolesti, přičemž klient své umírání akceptoval a vyřešil vše, co si vyřešit potřeboval (jak v oblasti vztahů, tak v oblasti financí a majetku), tzv. „dobrá smrt“.

Faktory ztěžující výkon práce

Zdroje stresu/vyhoření: Reakce málo informovaného klienta na to, že čelí závěru života. Zásahy příbuzných do péče a medikace. Konflikt potřeb klienta a rodiny týkající se pozůstalosti.

Kritické a velmi náročné situace: Limitovaná doba pobytu, někteří klienti jsou propouštěni, když se vytvořily vazby na pečující personál – hledání možností pro jejich umístění. Konflikty příbuzných týkající se pozůstalosti po jeho úmrtí.

Zdroje:

Čípková, I. (2015): Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče. Sociální práce/Sociálna práca. č. 4.

Němcová, V. (2016): Paliativní a hospicová péče z pohledu sociálního pracovníka. Diplomová práce. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií.

Dostupné z: <https://socialniprace.cz/socialni-pracovnik-v-paliativni-a-hospicove-peci/>

Příloha 2 – Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s rozhovorem a jeho využitím

Vážený kolego/ Vážená kolegyně,

jsem studentkou bakalářského programu Katedry sociální práce FF UK. V rámci mé bakalářské práce s předběžným názvem *Profil sociálního pracovníka v hospicové péči* jsem Vás požádala o poskytnutí rozhovoru, který je součástí výzkumu, vztahujícímu se k mé bakalářské práci. Rozhovor je částečně strukturovaný a je zaměřen na náročné situace sociálního pracovníka v hospicové péči a na možnou podporu v těchto situacích. Vaše účast je zcela dobrovolná. Není Vaší povinností odpovědět na všechny otázky a máte právo rozhovor kdykoliv ukončit. Pro potřeby analýzy budu rozhovor nahrávat. Rozhovor budu následně přepisovat do textové podoby. Vámi poskytnuté informace a Vaše názory budu považovat za maximálně důvěrné a budou použity pouze pro potřeby bakalářské práce, přičemž zápis a případné citace budou plně anonymizovány.

Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkum ve formě audio nahrávky rozhovoru.

Iveta Gaudníková

Svým podpisem uděluji souhlas s poskytnutím rozhovoru a jeho využitím jako výzkumného materiál v rámci bakalářské práce.

V..... dne

Jméno a příjmení:

.....

Podpis

Příloha 3 – Scénář rozhovoru

Scénář rozhovoru:

- I. Úvod: představení sebe a výzkumu, prosba o pořízení nahrávky, informovaný souhlas
- II. Rozehřívací otázky: jak dlouho na pozici pracujete, jaké jsou vaše předchozí pracovní zkušenosti, jaké je vaše vzdělání
- III. Otázky v rozhovoru

Výzkumné otázky	Otázky v rozhovoru
Jaká je pracovní náplň sociálního pracovníka v hospicové lůžkové péči?	Co všechno je Vaší pracovní náplní? Které činnosti věnujete nejvíce času? Jak vypadá Váš typický pracovní den?
Jaké konkrétní situace vnímá sociální pracovník v hospicové péči jako náročné?	Co je podle vás nejobtížnější na práci v hospici? Jaká byla nejnáročnější situace, co jste zažila? Jaké další situace je možné považovat za zátěžové a proč? Existuje situace, kterou jste nemusela řešit ale obáváte se ji?
Jak se sociální pracovník v hospicové lůžkové péči připravuje na náročné situace?	Je možné se na náročné situace připravit? Jak konkrétně? Máte možnost/povinnost využít speciální kurzy či školení na téma zvládnání náročných situací?
Jaké jsou zdroje podpory při řešení náročné situace pro sociálního pracovníka v hospicové lůžkové péči?	Co Vám pomáhá náročné situace zvládnout? Jaký zdroj podpory považujete za nejdůležitější? Proč? Využila jste někdy odbornou pomoc, jakou?

- IV. Závěr: prostor na doplnění informací, poděkování