

UNIVERZITA KARLOVA
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

Umírání a smrt v nemocnici z pohledu sociální práce

Natálie Chalupová

Katedra sociální a pastorační práce
Vedoucí práce: PhDr. Hana Janečková, Ph.D.
Studijní program: B7508 Sociální práce
Studijní obor: Sociální a pastorační práce

Praha 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci, s názvem *Umírání a smrt v nemocnici z pohledu sociální práce*, napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

V Praze dne 22.6.2023

Natálie Chalupová

Anotace

Bakalářská práce, s názvem *Umírání a smrt v nemocnici z pohledu sociální práce*, se zabývá tím, jak se sociální práce staví k fenoménu umírání a smrti v nemocnici.

V teoretické části uvádím, jakým vývojem prošel náš postoj ke smrti, a jakou roli v tom hraje paliativní medicína. Definuji, co je smyslem sociální práce v nemocnici a uvádím, proč je sociální pracovník při umírání pacientů nepostradatelný. Seznamuji čtenáře s tím, jak funguje paliativní tým a objasňuji, proč má rozvoj nemocniční paliativní péče smysl. V poslední kapitole se snažím detailněji zjistit, v čem spočívá sociální práce s umírajícím a jejich blízkými.

V praktické části se zaměřuji na to, jaký mají zdravotně sociální pracovníci postoj k umírání a smrti v nemocnici. Tato část vychází z kvalitativního šetření a z informací získaných z polostrukturovaných rozhovorů.

Klíčová slova

umírání, smrt, paliativní péče v nemocnici, mezioborová spolupráce, spiritualita

Summary

The bachelor's thesis titled *Dying and death in a hospital from the perspective of social work* examines the approach of social work towards the phenomenon of dying and death in a hospital setting.

In the theoretical part, I discuss the evolution of our attitudes towards death and the role of palliative medicine in this process. I define for the purpose of social work in the hospital and highlight the indispensable role of social workers in end-of-life care. I introduce readers to the functioning of the palliative care team and clarify the significance of developing hospital-based palliative care. In the final chapter, I aim to explore in more details the nature of social work with dying patients and their families.

In the practical part, I focus on the attitudes of healthcare social workers towards dying and death in the hospital. This section is based on qualitative research and information gathered from semi-structured interviews.

Keywords

dying, death, palliative care in hospital, interdisciplinary cooperation, spirituality

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, PhDr. Haně Janečkové, Ph.D., za odborné vedení, vstřícný přístup, cenné rady a možnost osobních konzultací.

Dále bych chtěla poděkovat respondentům za jejich ochotu a přínos pro výzkumnou část této bakalářské práce. V neposlední řadě patří velké poděkování mé rodině, která mě celou dobu mého studia podporovala.

Obsah

Úvod	9
1. Umírání a smrt	11
1.1 Definice smrti	11
1.2 Definice umírání.....	12
1.3 Historie	14
1.4 Současnost.....	15
1.5 Obavy.....	16
2. Sociální práce v nemocnici	18
2.1 Náplň sociálního pracovníka ve zdravotnictví	18
2.2 Týmová spolupráce ve zdravotnictví.....	21
2.3 Paliativní medicína.....	21
2.3.1 Paliativní péče.....	22
2.3.2 Multidisciplinární paliativní tým.....	23
2.3.3 Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním paliativním týmu.....	23
2.3.4 Typy paliativní péče	23
2.3.5 Nemocniční paliativní péče	24
2.4 Dobrá smrt	26
3. Sociální práce s umírajícími a jejich rodinou	30
3.1 Sociální práce s umírajícími.....	30
3.1.1 Principy sociální práce s umírajícími	30
3.1.2 Spirituální potřeby umírajícího	32
3.2 Sociální práce s pozůstalými	35
4. Praktická část.....	38
4.1 Stanovení výzkumného cíle a dílčích výzkumných otázek.....	39
4.2 Metoda a technika sběru dat	39
4.3 Zkoumaná oblast a výběr výzkumného souboru	40
4.4 Organizace výzkumu	42
4.5 Analýza sběru dat	42
4.5.1 Dílčí výzkumná otázka č. 1.....	43
4.5.2 Dílčí výzkumná otázka č. 2.....	47
4.5.3 Dílčí výzkumná otázka č. 3.....	49
4.5.4 Dílčí výzkumná otázka č. 4.....	52
4.6 Shrnutí.....	55
Závěr	57
Seznam literatury	59
Přílohy.....	64

Úvod

K tématu umírání a smrti mě přivedla má zkušenosti z praxe, kterou jsem strávila v jedné pražské nemocnici. Až v rámci ní jsem si uvědomila, že o daném tématu vím až žalostně málo informací. I já jsem se nechala ovlivnit současnou dobou, která se snaží smrt vytěsnit a dělat, jako by nebyla.

Většina z nás si přeje umírat doma v obklopení našich blízkých, přesto ne všem to může být umožněno. V rámci mé praxe v nemocnici jsem se setkávala s lidmi, kteří umírali smířením. Proto mě začalo zajímat, za jakých podmínek lze zajistit, aby pacient zemřel důstojně i v nemocnici. Rozhodla jsem se tedy zjistit, čím toho my, jakožto sociální pracovníci, můžeme dosáhnout. Cílem mé práce je dozvědět se, jak sociální práce nahlíží na umírání a smrt v nemocnici. I vzhledem ke stárnutí populace a k tomu, že jsou nemocnice na prvním místě v počtu úmrtí, si myslím, že je důležité věnovat nemocniční péči pozornost. Proto jsem se rozhodla věnovat jednu kapitolu paliativní medicíně, která zajišťuje komplexní péči nejen o klienty, ale i o jejich blízké.

První kapitola se týká vymezení pojmů umírání a smrti. Mým záměrem je popsat jednotlivé typy smrti. Snažím se přiblížit, jak se měnil přístup ke smrti v průběhu dějin a čeho se dnes lidé nejvíce obávají. Představuji také fáze umírání Elizabeth Kübler-Ross, které zdůrazňují, že je třeba respektovat všechna stádia, jimiž si umírající a jeho rodina prochází.

V druhé kapitole popisují, o co usiluje již zmíněná paliativní medicína. Pro současné zdravotnictví je mnohdy smrt chápána jako nezdar. Paliativní medicína strhává zábrany mezi lékařem a umírajícím pacientem a snaží se, aby se smrt navrátila zpět do lidských konverzacích. Paliativní péče jako taková má u nás už poměrně dlouhou tradici. Nicméně, nemocniční paliativní péče se rozvíjí až v několika posledních letech. Její implementace do nemocnic si vyžádala spolupráci multidisciplinárního týmu, kde má sociální pracovník jasně vymezenou pozici. Paliativní tým tvoří různé profese, které zajišťují, že bude o pacienta postaráno po všech jeho stránkách. Cílem je zachovat kvalitu na konci pacientova života. Vedle toho však paliativní týmy nezapomínají podporovat i rodinu umírajícího. Výzkumná část potvrzuje, že paliativní medicína má značný vliv na sociální pracovníce a na utváření jejich postoje k umírání a smrti.

Třetí kapitola blíže ukazuje, že sociální práce s klientem a jeho rodinou je velmi rozmanitá. Mám za to, že spolupráce s umírajícím a jeho blízkými do velké míry ovlivňuje postoj sociálního pracovníka k umírání a smrti. Mým záměrem je poukázat na to, že sociální pracovník by měl být obeznámen s tím, co umírání obnáší. Jedině tak se může stát plnohodnotnou podporou pro klienta a jeho rodinu.

V této kapitole se také podrobněji věnuji potřebám umírajícího. Zaobírám se tím, zda je sociální pracovník dostatečně kompetentní pro to, aby se věnoval i spirituálním potřebám umírajícího. Ukazuje se, že sociální práce stojí na základech křesťanských hodnot. Nicméně, postupně se spiritualita ze sociální oblasti vytratila. V současnosti se sociální pracovníci setkávají s klienty, kterým se vynořují obavy spjaté s umíráním. Někteří z nich se však se svými problémy odmítají obracet na kaplana či svou rodinu. Vyhledávají pomoc toho, kdo je jim blízký. V takovém případě je na sociálních pracovnících, zda se odváží s klienty hledat odpovědi na jejich otázky. I takové rozhovory však mají svá pravidla, která je nutné dodržovat. Ve výzkumné části se tak snažím zjistit, zda sociální pracovníci nabízejí duchovní podporu, a za jakých podmínek.

V neposlední řadě se ještě věnuji sociální práci s pozůstalými, kde je opět důležité zvolit individuální a empatický přístup. Vysvětluji, kdo všechno může být průvodcem pro pozůstalé, a co taková role obnáší. Blíže popisuji, jakou má komplikované a nekomplikované truchlení podobu. Také upozorňuji na věty, kterým by se měl sociální pracovník při komunikaci s pozůstalými vyvarovat. Ve výzkumné části jsem chtěla od respondentek zjistit, zda se s pozůstalými dostávají do kontaktu, a jak jejich pomoc vypadá.

1. Umírání a smrt

Nejen ve zdravotnické oblasti jsme svědky neustálého vývoje, přesto potřeby lidí zůstávají stále stejné. S narůstajícím pokrokem však roste i strach ze smrti. (Kübler-Ross, 1993) Jako by do světa plného výkonu přestávala patřit. To, že všichni zemřeme, je naše jediná zaručená jistota. Člověk, na rozdíl od jiných živočichů, disponuje vědomím o této skutečnosti. (Šiklová, 2013) Přesto, nebo možná proto, ji odsouváme na okraj, kde nám nebude na očích. A tak se o ni dozvídáme především z médií a z doslechu. Neznáme ji. Neumíme jí pohledět do tváře a připustit si její přítomnost. (Špatenková, 2014)

Téma smrti se objevuje ve všech kulturách a náboženstvích. Vybízí nás k přemýšlení o životě a jeho smyslu. Náš vztah ke smrti je však nejednoznačný a mnohdy podléhá obavám. Odpoutání se od přírody může znamenat jednu z příčin onoho strachu a úzkosti. Kdybychom se pokusili naladit na přírodní cykly, mohli bychom si velmi snadno povšimnout, že „*smrt jako přírodní proces není tragická, život i smrt jsou přírodě lhostejny.*“ (Haškovcová, 1975, s. 19)

Umírání a smrt prostupuje skrze všechny disciplíny zabývající se člověkem. Věda o umírání a smrti, která propojuje poznatky z medicíny, psychologie, sociologie, filozofie, etiky a teologie, se označuje termínem *thanatologie*. (Špatenková, 2014) Její název pochází z řečtiny, přičemž *Thanatos* označuje *boha smrti*. (Feldmann, 2004 in Špatenková, 2014) Problematice *thanatologie* se v ČR od 80. let věnovala Helena Haškovcová a vzápětí vydala stejnojmennou knihu, kde se snaží tabuizované téma více přiblížit. (Kalvach, 2019)

1.1 Definice smrti

Definice smrti není jednoznačná. V soudobé české společnosti má v určení konečné fázi života člověka zásadní slovo *medicína*. Nicméně ani ona nedokáže smrt popsat jednotně. Drábková vymezuje jednotlivé definice následovně.

Jako první jmenuje nejideálnější typ, *smrt přirozenou*, na které se nepodílely žádné vnější vlivy. Opakem je *smrt násilná*, způsobena přičiněním někoho jiného. Dále můžeme hovořit o *smrti očekávané*

a neočekávané. Název *klinická smrt* se dodnes zachoval spíše pro laickou veřejnost, mezi odborníky se hovoří o srdeční zástavě, kterou je však možné pomocí resuscitace zvrátit. Dosažením srdeční zástavy lékař určí tzv. *okamžik smrti*. *Biologická smrt* dle Drábkové „*znamená zánik životních funkcí*“. Tomuto druhu smrti předchází *smrt sociální*. Z psychosociálního hlediska mluvíme o stavu, kdy pacient v důsledku izolovanosti ztrácí kontakt se svým nejbližším okolím. (Drábková, 2013)

Ondřiová (2021) doplňuje, že se může jednat ještě o *smrt psychickou* spjatou s rezignací pacienta. V takovém případě pacient propadá beznaději a zoufalosti a urychluje tak příchod smrti fyzické. *Smrt mozku* má nejasné vymezení. V českém lékařském prostředí je však synonymem pro *smrt člověka*, přestože jeho ostatní životní funkce ještě nesehaly. Smrt mozku je podle Špatenkové (2014, s. 35) „*smrtí individua, protože mozek jako jediný reprezentuje osobnost a identitu člověka.*“

Název *oddálená smrt* se skloňuje zejména v paliativní medicíně. Jedná se o případ, kdy pacient v důsledku změn v průběhu nemoci přechází z intenzivní péče do rukou paliativního týmu. Smrt může být také definována jako *zdánlivá*, a to v případě, že i přes projevy, které značí pacientovu smrt, může nastat obnovení jeho životních funkcí. Vedle toho se vyskytují pojmy jako *náhlá, asistovaná smrt* neboli *eutanázie*, či netradiční druhy smrti, jako *voodoo a zombie smrt*. V současné medicíně se také na lékaře obracejí pacienti se zážitky, kde *pocítili blízkost smrti* (*Near death experiences*) a dojem *opuštění vlastního těla* (*Out-body experience*). (Drábková, 2013, s. 10)

1.2 Definice umírání

Umírání je poslední fází člověka. Nemá jasně vytyčené trvání, jelikož může trvat velmi krátce a zároveň mnoho let. Jedná se o postupné selhávání životních funkcí, kdy organismus přejde ze stádia života k jeho konečné fázi – *smrti*. Dalo by se říci, že jde o proces, kterým procházíme už od našeho narození. (Špatenková, 2014)

Proces umírání lze rozdělit do tří fází – *pre finem, in finem, post finem*.

Období *pre finem* (období před umíráním) začíná v momentě, kdy je pacientovi sdělena vážná diagnóza. V tomto období je cílem zabránit, aby u pacienta došlo k *sociální smrti*, jelikož u něj můžeme pozorovat klesající zájem o mezilidské vztahy. Už zde je nutné zaopatřit péči o další pacientovi

potřeby. Nejen tedy o ty fyzické, ale i sociální, psychické a spirituální. *In finem* (období vlastního umírání) je totožné s terminálním stavem, kdy pacient vyžaduje zvýšenou péči. Zde je vhodné využít možnosti paliativní medicíny. Následuje období *post finem* (období po smrti), které zahrnuje péči o zemřelého, a především péči o pozůstalé. (Haškovcová, 2007)

Poznatky švýcarsko-americké psycholožky Elisabeth Kübler-Ross se v oblasti umírání a smrti staly přelomovými. Své vzácné zkušenosti z rozhovorů s umírajícími shrnula do své knihy *O smrti a umírání*. Popsala v ní následujících *pět fází umírání*, jimiž neprochází pouze pacient, nýbrž i jeho nejbližší okolí.

- **První stádium – popírání a izolace:** Jedná se o fázi, kdy se pacient odmítá ztotožnit se sdělenou diagnózou. Popírání se nemusí týkat bezprostředně první fáze, může se objevovat i v průběhu nemoci. Jedná se o pochopitelnou obrannou reakci, která zároveň napomáhá aktivovat pacientovy síly.
- **Druhé stádium – zlost:** Když dojdou síly vzdorovat pravdě a pacientům nezbyde nic jiného než si připustit realitu, projeví se pocity zlosti. Toto období je náročné nejen pro pacienta, ale zejména pro jeho nejbližší okolí. Pacient ze zoufalosti vysílá svou agresi směrem k rodině, zdravotníkům, ale třeba i k Bohu.
- **Třetí stádium – smlouvání:** Třetí fáze je obdobím, kdy se pacienti rozhodnou vynaložit svou energii k oddálení nevyhnutelné situace. Smlouvají s personálem (či Bohem) a žádají o naplnění přání s příslibem toho, že se jedná o poslední prosbu. Po uskutečnění onoho přání však usilují o další.
- **Čtvrté stádium – deprese:** Předchozí stádia vystřídá deprese, která je odpovědí na minulé i očekávané ztráty.
- **Páté stádium – akceptace:** Poslední fáze smíření se se smrtí může nastat pouze tehdy, pokud pacient zvládl projít předchozími stádii. Přijetí vlastní konečnosti nelze zaměňovat s rezignací.

(Kübler-Ross, 1993)

Špatenková (2014) dodává, že s ohledem na individualitu každého z nás je nutné pochopit, že daná stádia nelze brát doslovně, jelikož ne každý pacient si nutně projde každou fází a s přesným pořadím.

1.3 Historie

Philippe Ariès velmi přispěl do oboru *thanatohistorie* popisem historického vývoje smrti v západních zemích Evropy.

- *Smrt ochočená* je typická pro období od 5. až na počátek 18. století, tedy pro společnost tradiční. Smrt a rituály s ní spojené byly v této dějinné etapě chápány jako přirozená součást života. Byl zde příznačný blízky vztah k víře. Úvahy o věčném životě tak běžně doprovázely danou společnost.
- *Smrt sebe sama* je druhým typem, převládajícím v 11. až 17. století. Jednalo se o první vzdálení se od smrti jako takové. Odklon způsobil důraz na individualismus a narůstající strach projevující se zahalováním tváře zemřelého a sepisováním závětí.
- Na to navazuje model, kdy je *smrt vzdálená* a zároveň *blízká*. I tento přístup odmítá přílišnou blízkost smrti, nicméně připouští její přítomnost.
- V 18. a 19. století se smrt znovu dostává do popředí. V důsledku válek se jedná o model *smrti blízkých*. To však vyústilo v lehké přebujelou představu o smrti jako o krásné a vzácné. Tento náhled však netrval příliš dlouho.
- S nastupujícím 20. stoletím se hovoří o *převrácené smrti*. Pro dané období je vystihující, že se umírání přesunulo z domácího prostředí za dveře institucí, kde umírající přestali být na očích veřejnosti, a v některých případech i svým blízkým. Smutek musel být potlačován, jelikož by příliš připomínal hrůzy první světové války. Po druhé světové válce se smrt se zcela skryla do nemocnic pod dozor lékařů.

(Ariès in Špatenková, 2014, s. 24-26)

Obecně se dá říct, že úmrtí bylo dříve považováno za společenskou a veřejnou událost. Poté došlo ke zlomu, kdy společnost zejména vlivem industrializace, urbanizace a s tím spojeného odklonu od náboženství začala smrt přehlížet. V dnešním rychlém shonu žijeme tak, jako bychom nikdy neměli zemřít, a neuvědomujeme si, jak moc nás tento přístup formuje. Ve společnosti rezonují především témata spjata s krásou, mládím a úspěchem. Zaobírat se smrtí se tak může jevit jako morbidní. (Ariès, 2000)

1.4 Současnost

„Vyhnali jsme smrt dveřmi, ale ona se k nám vrací oknem tak rychle, jak zmizela.“ (Ariès, 2000, s. 318)

Současné chápání smrti nejlépe vystihují dva termíny – *institucionalizace* a *medikalizace*. Oba výrazy naznačují, že náš zdravotní stav byl plně svěřen do rukou lékařů. Ve snaze mít smrt pod kontrolou, se umírání přesunulo z domácího prostředí do institucí. *Medikalizace* přispěla k tomu, že smrt dnes není chápána jako něco přirozeného, ale *tragického*. (Špatenková, 2014) Dnes se lidé dožívají daleko vyššího věku, než tomu bylo dříve. Během let došlo i k rapidnímu snížení úmrtnosti dětí, což byl v minulosti ve společnosti zcela běžný jev. Smrt už tedy není tolik přítomná v našich životech, a tak nám zbývají pouze představy o ní, které jsou mnohdy provázeny strachem o nás a naše blízké. (Kübler-Ross, 1993)

Ukazuje se, že míra otevřenosti a ochoty začít mluvit o smrti ovlivňuje naši schopnost vyrovnat se zármutkem. Tuto myšlenku potvrzuje vědní disciplína *thanatopsychologie*, která reflektuje chování a jednání jedince v důsledku konfrontace se smrtí. (Špatenková, 2014) Ani v minulosti nebyla smrt pro lidi příjemnou záležitostí, nicméně zvládali strach překonávat daleko lépe než my dnes. (Ariès, 2000)

Změny v přístupu ke smrti zaznamenala i sociologie (*thanatosociologie*). Výsledkem je, že současná společnost si vyžaduje nové rituály aplikovatelné na dnešní dobu (Špatenková, 2014). Ve spojitosti se smrtí bývají lidé často sužováni ambivalentními pocity. Mohou je pronásledovat pocity viny a zlosti, které k sobě či k umírajícímu cítí. Rituály jsou vhodným nástrojem, jak se s nepříjemnými emocemi vyrovnat. (Kübler-Ross, 1993)

Za hlavní příčinu strachu je považován přesun pacienta z domácího do institucionalizovaného prostředí, které postrádá osobní a empatický přístup. Takové prostředí doprovází pocity osamělosti, izolace a sklíčenosti. Už samotnou přepravu do nemocnice chápe Špatenková (2014) jako stresující faktor. Nárůst strachu ovlivňuje i ztrácení možnosti podílet se na rozhodnutí o svém zdravotním stavu. Ariès (2000, s. 348-349) to popisuje takto:

„Smrt už nepatří ani umírajícímu (nejprve nezodpovědnému, později nevědomému), ani rodině přesvědčené o vlastní neschopnosti. Řídí ji a organizuje byrokracie, které sice nechybí ani kompetentnost, ani lidskost, která se ale přesto chová ke smrti jako k něčemu, co jí patří a co jí – v obecném zájmu – musí překážet co nejméně.“

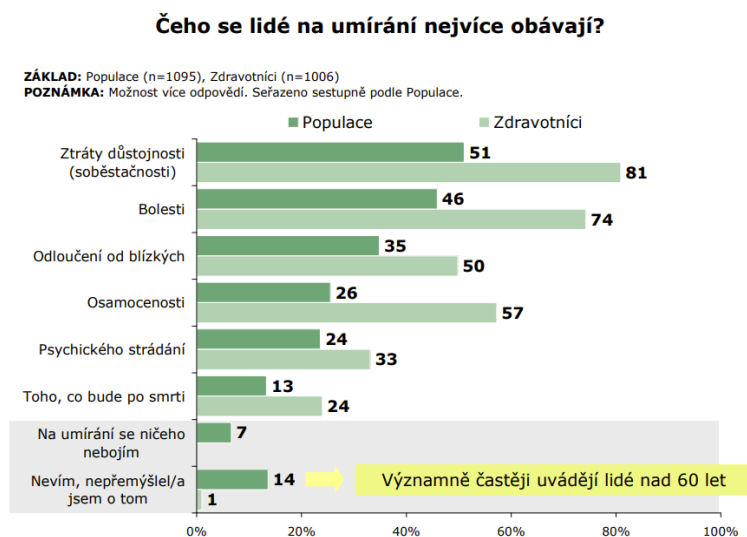
Problém spočívá i v tom, že odborníci mnohdy spíše naslouchají přístrojům než hlasu pacienta. Klade se silný důraz na profesionalitu, avšak opomíjí se hodnota mezilidských vztahů. Jenže dřív nebo později bude potřeba začít o člověku znovu uvažovat jako o individuální a komplexní bytosti. (Špatenková, 2014)

1.5 Obavy

Agentura STEM/MARK v roce 2011 realizovala projekt, kde mimo jiné zjišťovala, čeho se zdravotníci a běžná populace nejvíce na umírání obávají. Data ukázala, že vedle strachu z bolesti, odloučení od blízkých, osamocení, duševního strádání a toho, co bude po smrti, mají obě skupiny největší obavy ze ztráty důstojnosti. (Cesta domů, 2011)

Graf 1

Čeho se lidé na umírání nejvíce obávají



Zdroj: STEM/MARK, 2011, s. 8

Otázkou je, co si představujeme pod pojmem důstojnost. V takovém případě by bylo vhodné ji definovat, ale ani to není tak jednoduché. Pro její vymezení je někdy jednodušší vyjmenovat si situace, kdy o ni přicházíme.

Příčiny ztráty důstojnosti mohou být u každého jiné. Pro některé lidi je důstojnost spjata s vydobytím ekonomického a sociálního postavení. V důsledku nemoci tak mohou pacienti silně pociťovat ztrátu své důstojnosti, jelikož jsou vyčleněni ze své společenské role. Pak jsou zde tací, kteří k pocitu důstojnosti dojdou dodržováním vlastních morálních principů. Snaží se k sobě i k ostatním přistupovat s úctou a zachovat si vlastní autonomii. Důstojnost ztrácí ve chvíli, když začnou dělat rozhodnutí proti své vůli. Sebeúcta souvisí s pocitem uvědomování si vlastní identity.

Vedle pacientova postoje k důstojnosti hraje tedy významnou roli přístup personálu. Pacient může být kvůli svému zdravotnímu stavu velmi křehký a snadno zranitelný. Neempatickým přístupem a nedbalostí lze velmi snadno ochromit jeho sebedůvěru a podílet se tím na ztrátě jeho cti. Pro zachování důstojnosti je tak nezbytné pacienta vnímat jako lidskou bytost se všemi jeho potřebami a přistupovat k němu s laskavým a citlivým přístupem. (Cesta domů, 2004)

Martin Loučka uvádí v publikaci Ptáčka a Bartůňka (2022) že pokud má pacient zajištěnu dostatečnou zdravotní a sociální péči, tak o ztrátě své důstojnosti rozhoduje prakticky sám. K pocitu ztráty důstojnosti většinou dojde v náročné situaci, když se jeho představa o ní neshoduje s realitou.

Kanadský psychiatr Harvey Chochinov, zabývající se paliativní medicínou, prosadil psychoterapeutickou metodu zvanou *dignity therapy* neboli *terapii důstojnosti*. Pro vykonávání této metody není zapotřebí psychologické vzdělání, stačí absolvovat školení. Vyškolený odborník klade pacientovi otázky, jimiž se ho snaží dovést k zajímavým myšlenkám. Ptá se ho například na jeho úspěchy, na to, co považuje v jeho životě za nejdůležitější, co by chtěl ještě stihnout sdělit svým blízkým apod.

Tato metoda snižuje pacientovu úzkost a podporuje ho, aby strávil poslední část svého života smysluplně. (Rosenberg, 2018) Je časově nenáročná, avšak v ČR se konkrétně tato technika objevuje pouze sporadicky. Nicméně, shoduje se základními principy paliativní medicíny, která již v českém zdravotnictví zaujala své místo. (Ptáček a Bartůněk, 2022)

2. Sociální práce v nemocnici

Sociální práce ve zdravotnictví si vlivem historických změn prošla pestrým vývojem stejně tak, jak se měnil postoj v péči o umírající. V tradiční společnosti bylo typické, že o nemocné pečovala rodina a komunita. Současné zdravotnictví by mělo usilovat o to, aby znovu vyzdvihlo dobré aspekty tohoto tradičního modelu a tím zdůraznilo sílu podporujícího a vnímavého přístupu k pacientům. (Kuzníková, 2011)

Na člověka se dle světové zdravotnické organizace nahlíží jako na *bio-psycho-socio-spirituální bytost*. (Kalvach, 2019) Tento postoj se odráží i v sociální práci. Sociální pracovník v rámci komplexního holistického přístupu napomáhá klientovi a jeho okolí zvládat těžkosti determinované vnitřním i vnějším prostředím. Snaží se klientovi zajistit co nejpříznivější sociální prostředí pro zlepšení jeho zdravotního stavu a zároveň nezapomíná klást důraz na prevenci. Tím vším přispívá ke zlepšení kvality klientova života.

Sociální práce ve zdravotnictví je velmi specifická a všestranná. Stále vyvolává diskuze, kde se její zástupci snaží vymezit své postavení ve zdravotnických institucích. Zájemci o tuto profesi potřebují k jejímu výkonu vzdělání v oblasti sociální. Často si však své profesní kompetence doplňují o zdravotnické, čímž získávají označení *zdravotně sociální pracovník*. Rozdíl mezi sociální prací ve zdravotnictví a zdravotně sociální prací se nachází zejména v legislativě. Náplň práce však značně splývá. (Kuzníková, 2011) Vzhledem k názvu mé bakalářské práce budu nadále užívat výraz *sociální práce ve zdravotnictví*.

2.1 Náplň sociálního pracovníka ve zdravotnictví

Nutno říci, že náplň sociálního pracovníka ve zdravotnictví se liší i podle toho, v jakém zařízení pracuje. Jeho činnosti se mohou měnit v závislosti na čase, osobní angažovanosti a spolupráci s jinými odborníky.

Činnosti **zdravotně sociálního pracovníka** v oblasti zdravotně sociální péče jsou:

- a) **Preventivní péče**
- b) **Diagnostická péče**
- c) **Rehabilitační péče**

V sociální sféře se jedná o **ošetřovatelskou službu**. V rámci služeb sociální péče se uplatňují **intervence**, při kterých dochází k odstraňování či redukci negativních dopadů nemoci a nepříjemných okolností s ní spjatých.

Činnosti **sociálního pracovníka** ve zdravotnickém zařízení jsou:

- a) **Řešení situace akutně hospitalizovaných klientů** – podléhá rozhodnutí ošetřujícího lékaře
- b) **Sociální pomoc (nejen) u chronicky nemocných klientů** – do této oblasti spadá sociální poradenství, komunikace s institucemi, plánování péče a sociální rehabilitace, zprostředkování specializovaných služeb a specializované pomoci, řešení finančních záležitostí, spolupráce s blízkým okolím klienta a psychosociální podpora klienta
- c) **Sociální prevence** – jedná se o depistáž neboli aktivní vyhledávání rizikových klientů, poskytnutí zdravotně sociálního poradenství
- d) **Stanovení sociální anamnézy a prognózy** – snaha o opětovné navrácení klienta do jeho přirozeného sociálního prostředí a obnovení jeho původních sociálních rolí
- e) **Aplikace metod sociální práce** – sociální práce s jedincem, skupinou či komunitou

Praktickým činnostem sociálního pracovníka ve zdravotnictví předchází propracovaná sociální anamnéza a výběr vhodných metod aplikovatelných na danou situaci klienta.

Činnosti, které by dle Kuzníkové měly být realizovány, jsou:

- a) **Psychosociální podpora** – hájení potřeb klientů před zdravotnickým zařízením a sociálním okolím, pomoc v oblasti sociálního zabezpečení, poskytování psychické podpory a odhalování nedostatků v emocionální oblasti, zajištění krizové intervence, zaopatření psychologické péče, posílení širších sociálních vazeb, vytváření individuálního plánu, kde je případně zahrnuta i následná péče
- b) **Edukace** – sociální pracovník ve zdravotnictví napomáhá klientovi a jeho blízkým porozumět diagnóze, léčbě a důsledkům nemoci, seznamuje je s nabídkou sociálních služeb a zdravotně sociálně péče, pomáhá jim zorientovat se v administrativních záležitostech,

edukuje i tamní personál a komunity nacházející se mimo zdravotnickou instituci

- c) **Poradenství** – poskytování informací osobám, které řeší nepříznivou sociální situaci, pomoc při adaptaci se na novou životní situaci a novou sociální roli klienta, naplánování propuštění klienta a zajištění vhodné následné péče, pomoc s podáním žádosti do domova pro seniory, přesunutím klienta do jiného zařízení (LDN, hospicová péče, rehabilitační ústav apod.) nebo se zaopatřením domácí péče či pečovatelské služby. Sociální pracovník napomáhá zorientovat se ve finanční oblasti, kde se jedná zejména o žádost o invalidní důchod, dávky sociální péče a dávky státní sociální podpory. Poradenství zahrnuje i pomoc při shánění rehabilitačních a kompenzačních pomůcek klientům s těžkým zdravotním a smyslovým postižením.
- d) **Komunikace** – ta je velmi významnou úlohou sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Klíčová je komunikace s klientem (může se jednat o terapeutické rozhovory) a jeho okolím (rodina, komunity apod.). Stejně důležité jsou i rozhovory s ostatními odborníky v multidisciplinárním týmu. Sociální pracovník v nemocnici mnohdy působí jako prostředník mezi klientem, jeho blízkými a odborníky. Lze sem zahrnout i veškerou komunikaci a korespondenci s dalšími institucemi a státními orgány. Zároveň sem spadá i sociální šetření, podávání zpráv a povinných hlášení Orgánu sociálně právní ochrany dětí či Polici České republiky, spolupráce s praktickými lékaři a pediatry, zdravotními pojišťovnami, soudy, školami a dalšími nezdravotnickými zařízeními. Součástí komunikace je dále spolupráce s městskými úřady při zajištění sociálních pohřbů.

(Kuzníková, 2011, s. 47–52)

Mezi kompetence sociálního pracovníka ve zdravotnictví patří:

- Osobní zralost
- Sebevzdělávání, supervize
- Kultivovaný projev
- Empatie
- Citová vyrovnanost
- Přirozený respekt
- Pozitivní nahlížení na svět

(Kutnohorská et al., 2011, s. 239)

2.2 Týmová spolupráce ve zdravotnictví

Aby sociální pracovník ve zdravotnictví mohl vykonávat svou práci kvalitně a předcházet vyhoření, potřebuje znát své místo a cítit podporu od ostatních odborníků v týmu. Své znalosti uplatňuje jak v interdisciplinárním (mezioborovém), tak v multidisciplinárním (víceoborovém) týmu.

Interdisciplinární tým je specifický integrovaným plánem péče orientovaného na člověka. Odborníci v tomto týmu mají vytyčené společné cíle a jsou schopni jednotné koordinace v poskytnutí pomoci. **Multidisciplinární tým** je poskládaný z odborníků se specifickými rolemi. Schopnost společného konsenzu není už tolik samozřejmá, každopádně jejich vzájemná provázanost je nezbytná k naplnění všech pacientových potřeb. (Beránková, 2001 in Kuzníková, 2011)

Sociální pracovník se může v obou týmech projevit jako manažer a organizátor. Jeho role je nenahraditelná, jelikož svým postavením propojuje pacienta s rodinou, lékařskými i nelékařskými odborníky a institucemi nacházejícími se mimo zdravotnická zařízení. Ukazuje se, že jeho pravidelná přítomnost na jednotlivých odděleních posiluje mezioborovou spolupráci mezi jednotlivými profesemi. (Taels, 2021)

2.3 Paliativní medicína

Paliativní medicína je mnohdy uváděna jako jedna z novinek ve zdravotnictví, přesto se jedná o nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínu. V dějinách medicíny šlo totiž vždy primárně o tlumení bolesti a dalších tělesných symptomů. V současné medicíně je však na zdravotníky vyvíjen tlak na výkon a na splnění jasného ideálu – uzdravit pacienta. Jiný přístup je pak chápán jako nezdařený.

Paliativní medicína je tedy návrat ke kořenům s využitím moderních přístupů a znalostí všech odborníků, kteří se věnují péči o potřeby pacienta i jeho rodiny. (Adam et al., 2004)

2.3.1 Paliativní péče

Schopnost spolupráce mezi odborníky se odráží zejména v multidisciplinárním paliativním týmu, který je zaměřen na poskytování paliativní péče. Tu však není jednoduché vyjádřit jednou definicí.

Dle Ministerstva zdravotnictví České republiky (2018) je „*paliativní péče specializovaná zdravotní péče o osoby se závažným a život limitujícím onemocněním. Zaměřuje se na úlevu od symptomů a stresu souvisejících se závažným onemocněním. Jejím cílem je zlepšit kvalitu života jak pro pacienta, tak i pro jeho rodinu. Paliativní péči zajišťuje tým složený ze specializovaných lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků a dalších odborníků, kteří spolu s ostatními ošetřujícími lékaři pacientovi poskytují další úroveň podpory. Tato péče je vhodná v jakémkoli věku a v jakékoli fázi vážného onemocnění a může být poskytována současně s léčbou cílenou na základní onemocnění.*“

Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1990 vymezila definici pro poskytování paliativní péče především pro ty pacienty, kterým nezabírala kurativní léčba, kde je hlavním cílem pacienta vyléčit. Novější definice WHO z roku 2002 objasňuje, že paliativní péče není určena pouze pacientům v **terminální fázi**, tj. v posledních dnech či hodinách pacientova života. Paliativní péče může být zahájena již v **časné fázi** nemoci.

Všechny definice se shodují, že paliativní péče je aktivní a komplexní péče se zájmem o mírnění a prevenci utrpení. Podstatou je kultivace poslední fáze pacientova života se snahou o zachování srozumitelnosti, smysluplnosti a autonomie. Paliativní medicína vnímá umírání a smrt jako součást lidského života, respektuje přání a potřeby klienta a jeho rodiny, a především se snaží **zachovat důstojnost** nemocného i v konečné fázi jeho života. Uplatňuje se zde termín „**totální bolest**“, který zavedla Cicely Saunders. Myslí se tím takové utrpení, které postihuje **tělesnou, psychickou, sociální a spirituální** oblast člověka. (Bužgová, 2015)

Členové paliativního týmu si uvědomují provázanost těchto dimenzí a vědí, že selhávání jedné z nich může vést k selhávání ostatních. (Kalvach, 2019)

2.3.2 Multidisciplinární paliativní tým

Multiprofesní spolupráce je základním východiskem pro úspěšné zajištění paliativní péče. Multidisciplinární paliativní tým tvoří lékař, zdravotní sestry, psycholog, sociální pracovník, duchovní (kaplan, pastorační pracovník), popřípadě fyzioterapeut, farmaceut, ergoterapeut, nutriční terapeut, dobrovolníci apod. V takovém kolektivu odlišných profesí může docházet ke střetu názorů, proto je smysluplné konat **multidisciplinární porady**, v rámci nich se snažit posilovat partnerství mezi členy a utvářet **jednotný individuální léčebný plán** respektující pacientovo právo na sebeurčení. (Kalvach, 2019)

2.3.3 Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním paliativním týmu

Záběr sociálního pracovníka v paliativním týmu v nemocnici je zaměřen na širokou škálu psychosociálních potřeb klienta a blízkého okolí. Napomáhá jim projít náročnou životní situací co nejsnadněji. Psychosociální podpora zahrnuje doprovázení klienta a jeho rodiny v těžké životní situaci, nabádání všech zúčastněných k otevřené komunikaci, přípravu na očekávanou ztrátu, urovnávání vztahů v rodině, utváření prostoru pro projevení emocí a pro kladení existenciálních otázek. Doprovázení může zahrnovat udržování kontaktu s pozůstalými i po pohřbu (zejména s těmi, kteří nemají dostatečné zdroje pomoci) či pořádání vzpomínkových akcí. Sociální pracovník nabízí taktéž poradenství a pomoc při zajištění zdravotně sociálních služeb. V případě pozůstalých napomáhá i s organizací pohřbu, s procesem při dědickém řízení, s žádostí o pohřebné, vdovský, vdovecký či sirotčí důchod. (Sláma et al., 2011)

2.3.4 Typy paliativní péče

Paliativní péče se dělí na **obecnou** a **specializovanou** paliativní péči. **Obecnou paliativní péčí** máme na mysli klinickou péči o pacienta ve fázi pokročilého onemocnění. Jedná se o péči, kterou by měli zvládnout poskytnout všichni zdravotníci všech odborností. Smyslem je včasná diagnostika vážného onemocnění, léčba symptomů, podpůrná komunikace s pacientem a jeho blízkým okolím a pomoc při organizačním zajištění péče a dalších služeb.

Specializovaná paliativní péče je poskytována multidisciplinárním týmem odborníků se specializací v paliativní péči. Je nabízena pacientům, pro které je obecná paliativní péče, z důvodu komplikovanosti jejich nemoci, nedostatečná. (Sláma et al., 2019)

Specializovaná paliativní péče má tyto formy:

- **Mobilní specializovaná paliativní péče**, tzv. domácí paliativní péče – je poskytována skrze návštěvy odborníků v přirozeném nebo náhradním sociálním prostředí pacienta
- **Lůžková hospicová péče** – samostatně stojící pobytové zařízení pro pacienty v terminální či před terminální fází
- **Konziliární tým paliativní péče** – nachází se ve zdravotnickém zařízení, kde poskytuje odborné poradenství a opakované intervence pro všechna oddělení nemocnice. Odborníci jsou vhodným předobrazem fungující mezioborové spolupráce. Zajišťují plynulost péče od identifikace nemoci, až po konečnou etapu pacientova života
- **Ambulance paliativní medicíny** – je součástí konziliárního týmu a je určena pacientům, kterým jejich zdravotní stav a zázemí umožňují na ambulantní vyšetření dojíždět či docházet
- **Oddělení paliativní péče** – může být ve formě akutní paliativní péče, která však v ČR není v současnosti uznána, nebo může mít formu oddělení s lůžky hospicového typu pro pacienty v terminálním stádiu.

Specializovaná paliativní péče **v nemocnicích** má většinou formu konziliárního paliativního týmu, lůžkového oddělení paliativní péče a ambulance paliativní medicíny. (Sláma et al., 2011)

2.3.5 Nemocniční paliativní péče

Britská sociálně zdravotní pracovnice a lékařka, Cicely Sanders, založila v roce 1967 první novodobý hospic v Londýně, Hospic sv. Kryštofa. Jednalo se o první hospic zajišťující komplexní multidisciplinární paliativní péči. U nás začaly vznikat zárodky paliativní péče až po sametové revoluci. U zrodu prvního hospice, zprovozněného roku 1995 v Červeném Kostelci, stála MUDr. Marie Svatošová, která se zároveň stala iniciátorkou hospicového hnutí v ČR. Od té doby došlo k rozvoji lůžkové hospicové péče a mobilních hospiců, přičemž prvním zařízením,

provozujícím multidisciplinární domácí péči, se stalo občanské sdružení *Cesta domů*. (Kalvach, 2019)

Umírání v domácím prostředí by mělo být stále prioritou, nicméně i vzhledem ke stárnoucí populaci je nezbytné péči o umírající pacienty rozvíjet na všech frontách. (Bužgová, 2015) Nelze také opomenout fakt, že v počtu úmrtí se nemocnice stále nacházejí na prvním místě. Z výzkumu, který provedla nezisková organizace *Cesta domů* a společnost STEM/MARK zároveň vyšlo najevo, že po léčebně dlouhodobě nemocných (LDN) je nemocnice druhým místem, kde by si lidé nepřáli umírat. (*Cesta domů*, 2013)

Obě skutečnosti jsou jistě silným podnětem k zamyšlení a je o to více nutné věnovat zvláštní pozornost rozvoji nemocniční paliativní péče, která jedná v souladu s potřebami pacienta a jeho rodiny. Členové paliativního týmu se snaží zajistit, aby i v nemocnici šlo prožít důstojné umírání. Nicméně, paliativní péči v nemocnicích se dostává pozornosti až v několika posledních letech. Jednou z překážek na cestě k jejímu rozvoji je podle Světové zdravotnické organizace úzkostné vyhýbání se smrti. (Clare et al., 2022)

V roce 2014 vzniklo **Centrum paliativní péče**, kde se provádí výzkumy, analýzy, vypracovávají se metodiky, edukuje se, poskytuje se odborný dohled a monitoring. (Centrum paliativní péče) Dále proběhl projekt Ministerstva zdravotnictví realizovaný od roku 2017 do roku 2022, který nesl název **Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti akutní a následné péče**. Projekt zaměřený na rozvoj nemocniční paliativní péče podpořil vznik **Standardů**, které byly v roce 2022 spolu s **Metodickým pokynem** blíže popsány ve Věstníku MZ ČR. Standardy stanovují formu a principy specializované paliativní péče poskytovanou konziliárními týmy paliativní péče, jejich financování a místo v systému. Díky pilotnímu projektu nemocniční paliativní péče MZ ČR dále vznikla **Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení**, která blíže popisuje činnosti konziliárních týmů a předává základní znalosti pro jejich implementaci do nemocnic. Pětiletý program Ministerstva zdravotnictví jednoznačně prokázal, že paliativní péče v nemocnicích má zásluhu na zvýšení kvality života pacientů a jejich rodin. (Ministerstvo zdravotnictví, 2022)

Důležitým mezníkem byl i vznik první **Kliniky paliativní medicíny** v roce 2021. Jedná se o sdílené pracoviště 1. lékařské fakulty a Všeobecné

fakultní nemocnice v Praze. Klinika zajišťuje zázemí pro poskytování specializované paliativní péče a pro vzdělávací a akademické aktivity. (Všeobecná fakultní nemocnice)

Nespokojenost může být hnacím motorem pro zlepšení podmínek při umírání v nemocnicích. Nadační fond Avast v roce 2016 začal podporovat rozvoj nemocniční paliativní péče, a tak zajistil vznik pilotního programu **Spolu až do konce**. Cílem bylo podpořit paliativní týmy nemocnic, které se do programu zapojily. Na základě jejich zkušeností a reflexí pak identifikovat překážky a sepsat doporučení pro vznikající paliativní týmy.

Ukázalo se například, jak je důležité:

- pěstovat vzájemnou propojenost a spolupráci mezi jednotlivými členy
- zvolit vhodnou vůdčí osobnost
- zajistit do vzdělání všech členů v oblasti paliativní medicíny – inspirací mohou být pracoviště s již zavedenou paliativní péčí
- vytyčit si cíle a postupně posuzovat, jak se je daří či nedaří plnit
- mít podporu od vedení nemocnice – zejména v začátcích, kdy je potřeba zajistit vlastní prostory pro fungování týmu, zaopatřit formální zpracování zavedené paliativní péče či získat finanční prostředky
- identifikovat paliativní pacienty a zorganizovat jejich předávání v rámci nemocnice i dalších zdravotních a sociálních zařízení
- mít motivaci a nadšení k tomu být součástí paliativního týmu a poskytovat paliativní péči

(Loučka et al., 2018)

2.4 Dobrá smrt

Pro moderní medicínu je charakteristické, že se za každou cenu snaží vést boj za život každého jedince. I pro dnešního člověka je typické, že chce žít dlouho a šťastně. To vše možná do momentu, než jej zasáhne nevléčitelná nemoc hlásající příchod smrti. V takové situaci dost možná tentýž jedinec začne usilovat o co nejrychlejší a nejméně bolestný konec.

A to je opět chvíle, kdy se projeví ukvapenost dnešní doby. (Kupka, 2014) Jako bychom už ani neměli část umírat. Otázkou tedy je, jak by měla vypadat *dobrá smrt* či *dobré umírání*. Ariès (2000) popisuje, že současné pojetí *krásné smrti* je synonymem pro tehdejší *smrt prokletou*, která proběhla během spánku, bez účasti rodiny. I na mé praxi v nemocnici jsem se setkala s tvrzením, že pacient umřel hezky právě proto, že umřel v noci a tiše.

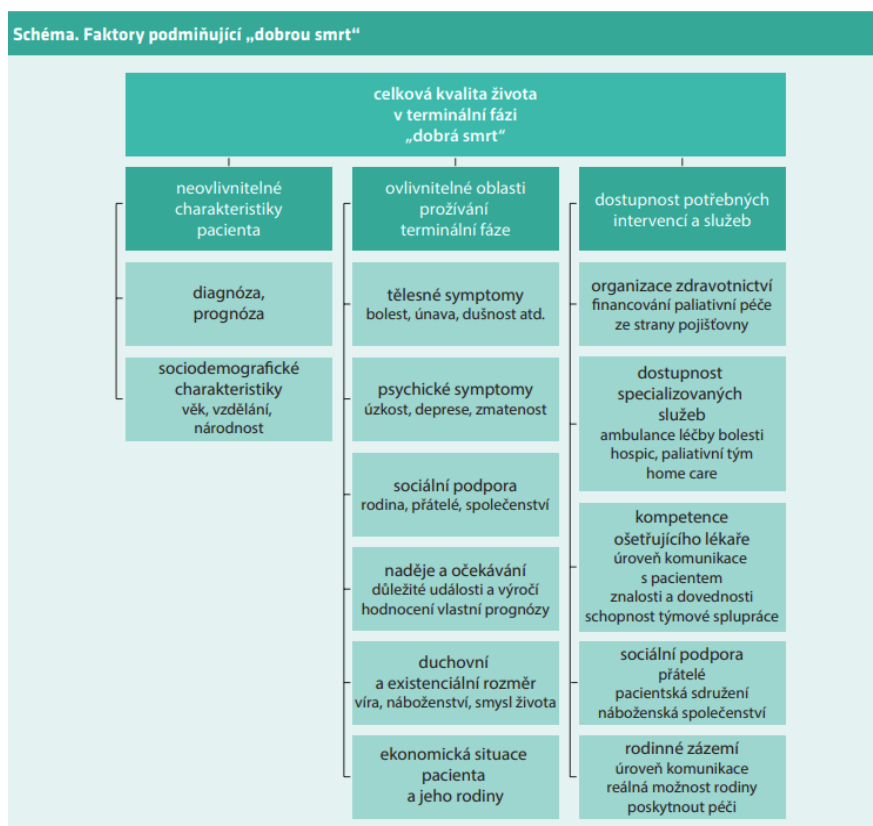
O tom, co je a není dobrá smrt se vedou ostré dialogy. Někdo vidí naději v eutanázii či v asistované sebevraždě, jiní v paliativní péči. Jedno je však jasné, **paliativní medicína** život **nezkracuje** ani **neprodłużuje**. (Šiklová, 2013) Je proto nutné dovysvětlit, že **eutanázií** (v překladu „dobrá smrt“) se myslí aktivní usmrcení pacienta na základě jeho dobrovolného a vědomého souhlasu. **Asistovaná sebevražda** je vědomé a dobrovolné usmrcení, které vykoná sám pacient s pomocí jiné osoby. Obě varianty jsou v České republice nezákonné a trestné. (Kalvach, 2019)

Americký Institute of Medicine popisuje *dobrou smrt* jako „*smrt, při které jsou odstraněny všechny odstranitelné podoby stresu a utrpení pacientů, jejich rodin i těch, kdo o pacienta pečují, jsou respektována přání pacienta a jeho blízkých a péče je poskytována v souladu s klinickými, kulturními a etickými standardy*“. (Sláma, 2014, s. 576)

Schéma uvedené níže potvrzuje, že *dobré umírání* je spojeno s více faktory, než jsou „pouze“ tělesné symptomy. Tento přehled může odborníkům pomoci zorientovat se v potřebách pacienta a zaměřit se na jejich zlepšení. Ukazuje se zde, že umírání není pouze záležitostí medicíny, ale že je zde mnoho faktorů, které jsou navzájem propojeny a ovlivňují kvalitu v konečné fázi pacientova života. (Sláma, 2014)

Obrázek 1

Schéma. Faktory podmiňující „dobrou smrt“



Zdroj: Sláma, 2014, s. 576

Každý člověk má právo na sebeurčení. Znamená to, že může odmítnout prodlužovat svůj život tím, že odstoupí od neúčinné či neúčinné léčby. Tímto rozhodnutím dává najevo, že nechce absolvovat léčebné postupy, které mu již nepřinášejí žádný užitek a jsou pro něj přitěžující. (Adam et al., 2004)

Léčbu může ukončit podepsáním negativního reversu či skrze dokument **dříve vyslovené přání (DVP)**. (Kalvach, 2019) V České republice má každý plnoletý a svéprávný občan od roku 2001 právo sepsat své představy o tom, jak má vypadat jeho léčba v době, kdy nebude schopen toto rozhodnutí učinit. Dokument DVP podléhá určitým opatřením, jež jsou ustanoveny v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Vedle DVP může pacient rozhodnout o své budoucí péči tím, že si vybere osobu (zástupce), která za něj při hospitalizaci udělí **tzv. zástupný souhlas** v momentě, kdy on sám toho nebude schopen. Dále má pacient možnost sepsat **tzv. předběžné prohlášení**, které se však netýká pouze zdravotní péče. Obsahem preventivního prohlášení je sepsaný projev vůle, určení zástupce a opatrovníka. (Krejčíková, 2020)

Paliativní sedace je další z diskutabilních témat, přestože je v českém prostředí více přijatelná než eutanázie a asistovaná sebevražda. Jedná se o stav, kdy se pomocí sedativních léků snižuje vědomí pacienta. Cílem je utlumit refrakterní symptomy neboli klinicky těžce zvladatelné příznaky, způsobující jinak neřešitelné utrpení. Navození sedace může mít různou délku i hloubku a využívá se až v krajní nouzi. Vždy je nutné správně vyhodnotit indikaci k zahájení sedace a rizika s tím spojená. Někdy se v souvislosti s ní hovoří o *pomalé eutanázii*. Nicméně záměrem paliativní sedace není zkrátit pacientův život, naopak skrze ni může dojít k jeho prodloužení. (Heřmanová Jana et al., 2012)

3. Sociální práce s umírajícími a jejich rodinou

3.1 Sociální práce s umírajícími

Sociální pracovník může být ve zdravotnickém zařízení přidělen na různá oddělení, a se smrtí tak nemusí přijít vůbec do styku. Týká se to zejména akutní medicíny, kde je přizván až po rozhodnutí lékaře. Jsou ale pracoviště, kde se umírání a smrti nevyhne, proto by měl být vybaven dostatečnými kompetencemi pro toto setkání. (Adam et al., 2004)

Sociální pracovník, a nejen on, by měl být obeznámen s procesem umírání a smrti. Jedině tak porozumí, že umírání každého člověka je jedinečné a vyžaduje individuální přístup. Všichni totiž potřebují, aby o ně bylo na sklonku života pečováno s láskou a respektem. „*Doprovázet znamená pomáhat druhému žít(!) v období umírání.*“ (Matoušek et al., 2010, s. 196)

Taková cesta nemusí být jednoduchá, přesto má smysl. Umírání pacienta se stává příležitostí pro přijetí vlastní smrtelnosti. Nikdy se totiž nemůžeme stát plnohodnotnou oporou, pokud si smrt nepřipustíme a nezměníme negativní postoj, jaký k ní zaujímáme. (Kübler-Ross, 1993) Uvědomění si vlastní konečnosti může být velmi oživující pro náš dosavadní život. Vědomí smrti vede k hlubšímu prožívání života, které nás nutí odvrátit zrak od povrchních hodnot. (Šiklová, 2013)

3.1.1 Principy sociální práce s umírajícími

Aby mohli pomáhající pracovníci pacientovi pomoci, musí velmi dobře znát jeho potřeby. Ty se mohou v průběhu nemoci měnit, zejména pokud se pacient nachází v terminálním stádiu. Pacient vyžaduje více než péči o tělesnou bolest, proto je nezbytné vnímat všechny dimenze jeho osoby. (Matoušek et al., 2010)

Psychosociální potřeby pacienta v závěru života jsou následující:

- *potřeby související s profesionály poskytujícími péči*
- *potřeba být informován*
- *potřeba podpory*
- *potřeba nalezení vlastní identity a emocionální potřeby*
- *spirituální potřeby*

(Bužgová, 2015)

Sociální pracovník řeší konkrétní problémy s konkrétními lidmi. Mezi jeho úkoly patří zmapování potřeb klienta a jeho blízkých, kdy je cílem předem „podchytit“ případné sociální obtíže. Poté nabízí realizovatelné řešení jejich problémů. Svou pozornost směřuje k obzvláště zranitelným jedincům, jako jsou děti, senioři, osoby se zdravotním postižením, osoby bez domova apod. Sociální pracovník by měl brát v potaz i kulturní a náboženské odlišnosti svých klientů a přizpůsobit jim své jednání.

K vhodnému vyhodnocení potřeb by měl disponovat snad nejdůležitější kompetencí, a tou je **umění aktivně naslouchat**. Obecně platí, že by odborníci měli méně mluvit a více se ptát. Je to důležité i pro zachování autonomie klienta. Kvalitně vedený rozhovor se projevuje tím, že klientovi a jeho rodině je zajištěn dostatečný a bezpečný prostor pro vyjádření jejich obav a přání.

Sociální pracovník by měl být schopen poskytovat kvalitní **sociální oporu**. Ta směřuje k lidem, kteří se nacházejí v náročné životní situaci. Zásadní je navázání kontaktu s klientem, kdy je cílem vytvořit pozitivní – terapeutický vztah. Tento vztah je základem pro budování oboustranné spolupráce. Východiskem je tzv. **prosociální komunikace**, tj. komunikace opřená o morální a etické zásady. Cílem je ulehčit klientovi od zátěže a laskavým přístupem mu projevít přízeň.

Je potřeba vnímat, že klient může být vzhledem ke své situaci zvláště citlivý a zranitelný. Je nutné brát ohled na jeho věk, pohlaví, prostředí, kde žije, vzdělání a motivaci k řešení jeho problémů. Sociální pracovník se může setkat s velmi nedůvěřivým až nepříjemným klientem, což by neměl být důvod k ukončení spolupráce. Nicméně neměla by to ani být k pohotkám k podbízivému jednání. Je zapotřebí přistupovat ke klientovi lidsky a zároveň si udržovat zdravý odstup. Sociální pracovník by si měl rozhovor nejdříve promyslet, aby se měl později o co opřít. Zároveň by měl respektovat osobnost klienta a na strukturu rozhovoru nelpět. Pokud to lze, je vhodné zvolit místo, kde bude možné provést důvěrný rozhovor bez rušení okolních vlivů. (Kutnohorská et al., 2011)

Dále je u sociálního pracovníka důležitá **role konzultanta**, v úředním jednání někdy vystupuje v roli zástupce. Sociální pracovník

prosazuje zájmy klienta a hlídá, aby se dodržoval zákon ve všech směrech. (Adam et al., 2004)

3.1.2 Spirituální potřeby umírajícího

Umírajícímu mohou na mysl vyvěřat různé obavy. Je to chvíle, kdy začne prahnout po něčem, co ho přesahuje a poskytne vnitřní sílu k překonání utrpení. V takovém případě může sociální pracovník zprostředkovat služby nemocničního kaplana nebo může být on sám oporou při hledání odpovědí na existenciální otázky. (Sláma et al., 2011)

Nejprve je nutné rozlišit mezi pojmy **religiozita** a **spiritualita**. **Spiritualitu** lze chápat jako oblast lidské zkušenosti, jako něco, co je nám přirozené. Projevuje se skrze každodenní činnosti při snaze vztahovat se k něčemu, co nás přesahuje a nasycuje radostí. Přináší to s sebou pocity vděčnosti, integrity, smysluplnosti a naplněnosti v osobním životě i ve vztahu k ostatním. „*Spiritualitu tak lze obecně definovat jako cestu „hledání posvátna“, religiozita dává tomuto hledání sociální, institucionální a kulturní kontext.*“

Religiozita jako taková je spjata s konkrétním náboženstvím a s příslušností v konkrétní církvi. (Elichová, 2017, s. 616) Spiritualita je obecnější pojem než religiozita. Také je více komplexnější, jelikož nevyžaduje církevní rámec. (Křížová, 2016) Spiritualita může být *sekulární*, nemusí být tedy podmíněna vztahem k Bohu. Zásadní pro ni je hledání smyslu života. Na opačné straně je posvátná neboli „*sacred*“ *spiritualita*, charakteristická vztahem k Bohu, k Transcendentnu. (Kaňák, 2015)

Spiritualita je mnohdy tabuizovaná a považována za osobní téma, kterému se ve zdravotnickém prostředí nevěnuje pozornost. Chybně se předpokládá, že se snad dá od uzdravování separovat. (Matoušek et al., 2010) Sociální práce bývá spiritualitě či přímo teologii otevřena. Na provázanost sociální práce s teologií odkazuje historie i současné obory studované na vysokých a vyšších odborných školách. Teologie může do sociální práce přispět svým náhledem na utrpení, naději a hledání smyslu života v obtížných situacích. To však lze pouze za podmínky, že teologie připustí, že nemusí mít poslední slovo při hledání odpovědí na otázky spjaté se smyslem života.

Už první sociální organizace vznikaly v duchu křesťanských hodnot (sociální spravedlnost, solidarita, láska k bližnímu apod.) a lásky. Poté vlivem modernizace došlo k přesunu od spirituálního diskurzu k vědeckému. Sociální práce, dříve vnímaná jako „laická charita“ byla později chápána jako „odborná práce profesionální“. Tímto byla pozornost sociálního pracovníka přeměrována na problémy sociální. Kaňák zmiňuje, že od roku 1990 se diskurz spirituality a vědy postupně navrácí do sociální práce. V dnešní postmoderní době jsou sociální pracovníci vystaveni specifické situaci, jelikož lidé stále více touží po tom znát odpovědi na existenciální otázky. (Kaňák, 2015)

Pokud se sociální pracovník rozhodne s klientem hledat na tyto otázky odpovědi, musí splňovat základní podmínky. A to, že má vlastní znalosti v oblasti spirituality či religiozity, dále že nehodnotí a nesnaží se měnit klientovy hodnoty. V neposlední řadě musí zájem vycházet z klientova dobrovolného rozhodnutí. (Křížová, 2016) Špatenková (2013) ještě dodává, že podpora klienta by neměla mít evangelizační charakter. Klient by si neměl sám od sebe všimnout, které náboženství pomáhající pracovník vyznává. Cílem je dovést klienta k vlastnímu nalezení smyslu svého života.

Dle Lechnera (in Gehrig, 2021) mohou kompetence sociálního pracovníka v oblasti *teologie* zahrnovat znalosti **technické** (teologické znalosti v oblasti náboženství, církve a církevních organizací), **osobní** (křesťanské a sociálně-etické hodnoty a postoje, křesťanská spiritualita), **institucionální** (přehled o církevních a náboženských komunitách a roli sociální práce v církvích), **socio-pastorální** (křesťanská motivace k poskytování sociální práce, spojení s pastorační péčí).

Sociální pracovník by měl být vybaven více než praktickými dovednostmi. Gehrig tvrdí, že lidé vyžadují pomoc od člověka s „*intelektuálními a spirituálními schopnostmi a dovednostmi vztahové komunikace*“. Někdy tyto nároky na pomáhajícího pracovníka mohou vést k jeho vyčerpání, nicméně můžou být i zdrojem síly a nástrojem pro prevenci vyhoření. (2021, s. 50) Je nutné, aby odborníci v pomáhajících profesích obohatili své odborné znalosti o oblast umírání, smrti i truchlení v kontextu dalších vědeckých oborů. (Špatenková, 2013)

V praxi se potvrzuje, že se klienti se svými problémy obracejí na toho, ke komu cítí největší blízkost. Nemusí se tedy jednat přímo o nemocničního kaplana či pastora. Může se tak stát, že dojde k prolínání

rolí. To by neměla být příčina konfliktů, jelikož by mělo jít primárně o naplnění klientova požadavku. Pomáhající pracovníci by se neměli bát hovořit s klientem o jejich duchovních potřebách. (Adam et al., 2004) Navíc u některých klientů se nelze duchovním otázkám vyhnout, zejména u seniorů, kteří v náboženském prostředí vyrostli a dodnes k němu mají vztah.

Někteří umírající mohou strádat po spirituální i psychické stránce. Znamená to, že ve zdrojích pomoci chybí víra a podpora od blízkých lidí. Ve vzduchu pak visí otázka, jak těmto lidem pomoci. Sociální pracovník by měl být schopen pracovat se ztrátou. Může si vzít inspiraci z psychoterapeutických metod a snažit se skrze ně hledat odpovědi na otázky, které si klient klade. Jednou z nich je *přístup zaměřený na člověka*. Tento přístup respektuje individualitu každého jedince. Vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem je založen na vzájemné důvěře a opravdovosti.

Velmi se osvědčuje psychoterapeutická metoda *logoterapie*, založena Viktorem E. Franklem. Ve svých knihách se zaměřuje na nalézání smyslu života. Krizi chápe jako příležitost, a to může být jedna ze stěžejních myšlenek, kterou můžeme klientům předat. Podobná je metoda *existenciální analýza a reflexe života*, kde je hlavní cílem vést klienta k přijetí svého života, ať už je jakýkoliv. Skrze reflexi se zmapuje životní dráha klienta, což pomáhá pochopit smysl jeho života a dosahovat jeho integrity. Dále může sociální pracovník využít *genogram* neboli zakreslování značek a symbolů zaznamenávajících klientův sociální život. Tento nástroj je vhodnou pomůckou pro pochopení klienta a jeho rodinných vztahů. (Elichová, 2017)

Víra nabízí náhled jak sociálnímu pracovníkovi, tak klientovi, že v obtížných situacích není sám. Spiritualita vybízí sociálního pracovníka, aby byl citlivý vůči podnětům okolo sebe a tím snadněji identifikoval spirituální potřeby klienta, o to více pokud se nachází v terminální fázi života. (Gehrig, 2021)

Duchovní pomoc poskytuje ten, kdo zvládá předat víru v naději a v dobro. (Adam, Vorlíček, Pospíšilová et al., 2004) V neposlední řadě je důležité uvědomit si, že ne na všechny otázky je třeba najít odpověď. Mnohdy se se ukáže, že je vhodnější „pouze“ u klienta být a naslouchat mu, i tak může dojít do *fáze akceptace a smíření se se smrtí*. (Elichová, 2017)

3.2 Sociální práce s pozůstalými

Nejen při umírání klienta je třeba přistupovat k rodině citlivě a autenticky. Součástí odbornosti sociálního pracovníka je umění jednat s lidmi, kteří si prochází ztrátou blízké osoby. Vedle poradenství poskytuje sociální pracovník emoční podporu.

Podpora rodiny by měla probíhat individuální formou. Měla by zahrnovat empatickou komunikaci a utváření bezpečného prostoru pro sdílení (rodinám je vhodné zajistit jednolůžkový pokoj či plentu kvůli soukromí). Velmi pomáhá zapojit rodinu do základní péče o klienta – například podání pití či držení za ruku. (Sláma et al., 2011)

Někteří pozůstalí vyžadují podporu i po smrti příbuzného. V takovém případě s nimi může sociální pracovník nadále udržovat kontakt. Kontakt může mít různou délku, jelikož záleží na citlivosti a rozpoložení truchlících. Pozůstalých, kteří by vyžadovali dlouhodobou péči, není mnoho. Některá zdravotnická a sociální zařízení pořádají tzv. vzpomínkové akce, kam jsou rodinní příslušníci zemřelého klienta zvaní. Může to být jeden z rituálů, pomáhající se vyrovnat se smrtí blízkého. (Matoušek et al., 2010)

Úmrtí zasáhne celou rodinu, proto její členi často hledají pomoc u pracovníků v pomáhajících profesích. Potřebují někoho, kdo jim umožní jejich smutek prožít tak, jak zrovna potřebují a poskytne jim adekvátní podporu. Někoho, kdo je provede jejich bolestí a bude jim k dispozici. To však není samozřejmostí. Neochota pramení z tabuizace smrti jako takové a z přesvědčení, že truchlení patří za zavřené dveře domova.

Poradcem pro pozůstalé může být prakticky každý, ať už odborník v pomáhající profesi, dobrovolník či blízký přítel. Všechny formy pomoci jsou důležité, nicméně neobdobná pomoc může být v jistém slova smyslu problematická. I neprofesionál by měl být obeznámen s poradenskými postupy. V ČR může poradce pro pozůstalé získat akreditaci pro své povolání absolvováním kurzů a vykonáním závěrečné zkoušky. Pomoc od erudovaného poradce má formu *doprovázení, edukace, konzultace, poradenství a terapie*. Na druhou stranu i pomoc od vyškoleného profesionála nemusí být nutně účinná. Vedle získaných odborných a praktických kompetencí je nezbytné, aby disponoval i *osobnostními dovednostmi*.

Poradce se v ideálním případě vyhýbá udělování rad, na místo toho je pro truchlící naslouchajícím průvodcem. Nabízí bezpečný prostor pro sdílení všech emocí a respektuje u pozůstalých jejich fáze truchlení (viz. kapitola Fáze umírání podle Elizabeth Kübler-Ross).

Poradce by měl vědět, že projevy **nekomplikovaného truchlení** jsou v rovině – *fyzické* (bolest břicha, stažené hrdlo apod.), *emocionální* (zlost, smutek, lítost, šok, vyčerpání, úleva apod.), *kognitivní* (poruchy pozornosti a paměti, zmatek, halucinace apod.), *chování* (střežení majetku zemřelého, navštěvování jeho oblíbených míst, vyhýbání se společenskému kontaktu, poruchy spánku apod.).

Projevy **komplikovaného truchlení** se projevují formou deprese, závislosti, projevem duševní poruchy aj.). Komplikace vzniká, když reaktivní příznaky mají nepřiměřenou intenzitu a délku. Poradce má v těchto případech možnost zprostředkovat pomoc jiných odborníků – například kaplana, psychologa, psychiatra apod. Nicméně i zde je třeba chápat, že existují situace, kdy jsou „nenormální“ projevy „normální“ reakcí truchlících. Zejména v situacích, kdy rodiče přijdou o své dítě nebo v souvislosti s okolnostmi, které prožívání pozůstalých determinují (kultura, náboženství, věk atd.). Je nezbytné brát v úvahu, že všichni truchlící jsou individuální bytosti s vlastním prožíváním smutku.

Rodina umírajícího pacienta může být nakloněna spiritualitě i posmrtnému životu. Víra, že o jejich příbuzného bude postaráno i po smrti jim pomáhá uchopit celou situaci s větší lehkostí. Nejen umírající, nýbrž i jeho rodina je vystavěna existenciálním otázkám. Zejména laici by měli být v této oblasti opatrní. Měli by zůstat nohama na zemi a vyhnout se manipulaci truchlících ke svému vlastnímu pojetí víry. Ti jsou ve své nelehké roli zranitelnější a náchylnější uvěřit všemu, co jim přinese útěchu. (Špatenková, 2013)

Náročná životní situace může být příležitostí k přehodnocení svých postojů a názorů. Zážitek z umírání blízké osoby je šancí pro srovnání priorit. Pozůstalí mohou být touto zkušeností velmi posílení. (Baštecká, 2013). V některých případech je však rodina zdrojem obtíží. Sociální pracovník může být vystaven před etické dilema, kdy je nucen volit mezi odlišným přání klienta a jeho blízkých. Je velmi obtížné situaci uchopit tak, aby to nezpůsobilo konflikty. (Kutnohorská et al., 2011)

Špatenková vybízí, aby se průvodci nebáli nazývat situace a lidi pravým jménem. Není jednoduché naučit se používat slova *mrtvý, zemřel, nevrátí se, kremace* apod., ale je to nutné. Stejně tak je nezbytné v rozhovoru s rodinou používat pravé jméno zemřelého, nikoliv ho nazývat pacientem – může to působit velmi neempaticky.

Průvodce by se měl vyhnout poskytování „planých útěch“ a hraní si na „spasitele“. Dále by se měl vyvarovat některým větám tvrdícím, že:

- *Zlomené srdce se nikdy nezahojí*
- *Člověk se nikdy nemůže přenést přes ztrátu dítěte*
- *Čas zhojí všechny rány*
- *Pohřeb je zbytečný, protože jen znovu připomíná a oživuje tu tragédii*
- *Děti musíme chránit před prožitkem ztráty, proto bychom je měli ušetřit všeho kolem pohřbu a truchlení*

(Špatenková, 2013, s. 246–247)

4. Praktická část

Teoretickou část mé bakalářské práce jsem se rozhodla obohatit o tu praktickou hned z několika důvodů. Já osobně jsem se tématu smrti otevřela až v rámci své studentské praxe, která proběhla v jedné pražské nemocnici. Po jejím absolvování jsem získala pocit, že se potřebuji o tomto tabuizovaném tématu dozvědět více. Rozhodla jsem se tedy, že udělám rozhovory s těmi nejpovolanějšími, tj. zdravotně sociálními pracovníci. Chtěla bych tak slyšet zkušenosti někoho, kdo má smrt takřka na dosah.

Z teoretické části vím, že nejvíce lidí umírá právě v nemocnicích, přestože by si převážná většina přála zemřít doma. Zajímá mě, zda i v nemocničním, institucionalizovaném prostředí lze zajistit důstojné umírání a za jakých podmínek. V současné době se klade důraz na rozvíjení nemocniční paliativní péče. Ta má do velké míry zásluhu na bourání předsudků spjatých s umíráním v nemocnicích, kde je smrt ještě mnohdy chápána jako neúspěch. Mým záměrem je tedy zjistit, jaký mají zdravotně sociální pracovníci postoj k umírání, a zda je jejich stanovisko ovlivněno onou paliativní medicínou.

Dále bych se ráda zaměřila na kompetence zdravotně sociálních pracovníků. Konkrétně na to, v čem spočívá sociální práce s klientem a jeho rodinou, a zda se v rámci psychosociální podpory taktéž opírají o duchovní zdroje. Zajímá mě, zda se na ně obracejí klienti se svými duchovními potřebami a pokud ano, zda se odváží s nimi hledat odpovědi na jejich otázky.

Ve výzkumné části bych chtěla zdůraznit nezastupitelnou roli zdravotně sociálních pracovníků, kterou při umírání pacientů mají, ať už jsou či nejsou součástí paliativního týmu.

4.1 Stanovení výzkumného cíle a dílčích výzkumných otázek

Hlavním cílem mé výzkumné části je dozvědět se, *jaký mají sociální (zdravotně sociální) pracovnice postoj k umírání a smrti v nemocnici*. Podrobněji bych chtěla zjistit, jak vnímají své místo v mezioborovém týmu a zda má paliativní medicína vliv na utváření jejich postoje k umírání a smrti. Dále v čem spočívá sociální práce s klienty a jejich rodinou, a zda při tom hraje nějakou roli spiritualita.

HVO: Jaký mají zdravotně sociální pracovnice postoj k umírání a smrti v nemocnici?

DVO1: Jak zdravotně sociální pracovnice v nemocnici prožívají péči o umírající klienty?

DVO2: V čem spočívá práce zdravotně sociálního pracovníka s umírajícími klienty a jejich rodinami?

DVO3: Proč je podle zdravotně sociálních pracovníků v nemocnici důležitá paliativní medicína?

DVO4: Jak zdravotně sociální pracovnice vnímají duchovní doprovázení?

4.2 Metoda a technika sběru dat

Pro mou výzkumnou část jsem si vybrala kvalitativní výzkum. Téma umírání a smrti se jeví jako velmi komplexní, proto vyžaduje širší holistické poznání jedince v jeho přirozeném prostředí (nemocnice). Kvalitativní výzkum se zaměřuje na příběhy respondentů a koresponduje s jejich připomínkami. Počet respondentů je menší než u kvantitativního výzkumu, čímž je umožněno jít v rozhovoru více do hloubky a detailně tak pochopit zkoumaný jev. (Kutnohorská, 2009)

Hendl (Kvalitativní výzkum a aplikace, s. 49) doplňuje, že: *„Někteří metodologové chápou kvalitativní výzkum jako pouhý doplněk tradičních kvantitativních výzkumných strategií, jiní zase jako protipól nebo vyhraněnou výzkumnou pozici ve vztahu k jednotné, na přírodovědných základech postavené vědě. Postupně získal kvalitativní výzkum v sociálních vědách rovnocenné postavení s ostatními formami výzkumu.“*

Před zahájením sběru dat je nezbytné dodržovat určité etické zásady – tzv. *výzkumníkovo desatero*. (Dohnalová, 2011)

Desatero zní následovně:

1. *Zachování soukromí respondenta*
2. *Zachování důvěrnosti*
3. *Předem podepsaný informovaný souhlas*
4. *Vytvoření emočního bezpečí pro sdílení respondentových pocitů*
5. *Zvýšená citlivost a empatie výzkumníka*
6. *Nezatajování důležitých informací – v případě, že to nelze jinak, je nezbytné respondenta informovat hned, co to bude možné*
7. *Správné citování, vyhýbaní se plagiátorství*
8. *Reciprocita – vzájemný vztah*
9. *Zpřístupnění výsledků zrealizovaného výzkumu*
10. *Odpovědnost výzkumníka za prováděný výzkum*

Pro sběr dat jsem zvolila techniku polostrukturovaného rozhovoru. Výhody této metody spatřuji v osobním setkání s respondenty. Dále v tom, že předem daná osnova otázek zaručuje přehlednost rozhovoru. Vedle toho je však možné využít otázky sondážní a tím získat od respondentů podrobnější odpovědi. Rozhovory poskytují větší prostor pro vyjádření se. Díky tomu lze získat nové náhledy na jevy, které jsou prozatím známé pouze z teorie.

Nevýhody této techniky shledávám ve velkém množství nasbíraných informací, v nichž je obtížné nalézt strukturu. Dále v časové náročnosti a v tom, že výsledky nelze zobecnit. (Švaříček a Šed'ová, 2007)

Jak jsem se sama přesvědčila, tak provádět rozhovor v přirozeném prostředí respondenta může být z jedné strany velmi přínosné. Na druhou stranu hrozí riziko, že během hovoru můžeme být rušeni okolními vlivy (hluk, rozptylující kolegové, telefonáty apod.).

Otázky polostrukturovaného rozhovoru, které jsem využila v rozhovorech se svými respondentkami, jsou uvedeny v Příloze č. 1.

4.3 Zkoumaná oblast a výběr výzkumného souboru

Při zahájení výzkumu jsem zvolila záměrný výběr výzkumného souboru. Ten „*spočívá v tom, že bez uplatnění dalších specifických metod či*

strategií vybíráme mezi potencionálními účastníky (tj. účastníky splňující určité kritérium nebo soubor kritérií) toho, který je pro účast ve výzkumu vhodný a současně s ním také souhlasí.“ (Miovský, 2006, s. 136) Výzkumný soubor představují zdravotně sociální pracovníce. Zkoumanou oblastí se pro mne stala nemocnice, tedy přirozené prostředí zdravotně sociálních pracovníků.

Kritéria zkoumaného souboru byla následující:

- Zdravotně sociální pracovníce musí mít zkušenost s umíráním a smrtí v nemocnici
- Zdravotně sociální pracovníce může, ale nemusí být součástí nemocničního paliativního týmu
- Zdravotně sociální pracovníce musí v nemocnici pracovat minimálně tři roky
- Zdravotně sociální pracovníce musí předem podepsat informovaný souhlas k poskytnutí anonymního rozhovoru

Přehled respondentek přináší Tabulka č.1.

Tab. č. 1 Identifikace vzorku informantů

	Počet let strávených na pozici zdravotně sociální pracovníce v nemocnici	Pražská x mimopražská nemocnice	Členka paliativního týmu
Respondentka č. 1	3 roky	pražská nemocnice	ano
Respondentka č. 2	3 roky	pražská nemocnice	ne
Respondentka č. 3	12 let	pražská nemocnice	ne
Respondentka č. 4	3 roky	pražská nemocnice	ne
Respondentka č. 5	25 let	pražská nemocnice	ano
Respondentka	14 let	mimopražská	ano

č. 6		nemocnice	
Respondentka	3 roky	mimopražská	ano
č. 7		nemocnice	

4.4 Organizace výzkumu

Výzkum jsem zahájila v dubnu 2023 a zakončila v červnu téhož roku. Respondentky jsem oslovovala skrze doporučení od vedoucí mé bakalářské práce, dále přes facebookovou skupinu *Pracujeme v sociálních službách* a v neposlední řadě přes mé známé. Překvapilo mě, že všechny respondentky byly přes svou vytíženost ochotny mi rozhovor poskytnout s velkou dávkou nadšení. Velmi jsem oceňovala jejich upřímnost a odhodlanost, s jakou odpovídaly na mé dotazy.

Rozhovory jsem vedla v rámci osobního setkání, až ve dvou případech jsem si se zdravotně sociálními pracovníci volala skrze online platformu *Jitsi meet*. Jednalo se o respondentky pracující mimo Prahu. Dohromady jsem tedy kontaktovala 7 zdravotně sociálních pracovníků, z toho 2 mimopražské.

Před zahájením rozhovoru jsem respondentky seznámila s veškerými informacemi ohledně mého výzkumu. Poté jsem jim nechala podepsat informovaný souhlas, kterým potvrdily, že rozhovory budou nahrávané a později anonymně zveřejněné. Otázky jsem kladla podle připraveného scénáře (viz Příloha č. 1) a pokud bylo potřeba, položila jsem navíc ještě otázky sondážní. Rozhovory trvaly zhruba 30–60 min. Jejich délka se odvíjela od časových možností respondentek.

4.5 Analýza sběru dat

Rozhovory jsem nahrávala na diktafon a během toho jsem se snažila soustředit na neverbální projevy respondentek (pomlky, smích, zvýšení hlasu). To mi umožnilo jim lépe porozumět a případně přeformulovat otázky tak, aby pro ně byly srozumitelnější. Pro získání potřebných dat byla potřeba rozhovory ještě přepsat. Transkript mi posloužil jako finální zdroj dat pro analýzu. Následné kódování a tvoření poznámek mi napomohlo formulovat odpověď na hlavní výzkumnou otázku. (Švaříček a Šed'ová, 2007)

4.5.1 Dílčí výzkumná otázka č. 1

DVO1: Jak zdravotně sociální pracovnice v nemocnici prožívají péči o umírající klienty?

Všechny respondentky měly zkušenost s umíráním a smrtí v nemocnici. Na otázku, *jak nahlíží na smrt*, téměř všechny opověděly, že patří k životu. Uvádějí, že je to naše jediná jistota, která se týká všech, ať už o ni hovoříme nebo nehovoříme. Zároveň jsou si vědomy toho, že je smrt velmi tabuizovaná a vytěsnila se do nemocnic. Zmiňují, že nyní se nahlíží na smrt tragicky, kdežto dříve byla běžnou součástí života. Respondentka č. 6 uvedla, že smrt může být i krásná, v případě, že se člověku na konci jeho cesty splní jeho přání. Pouze jedna respondentka (č. 3) odpověděla, že se se smrtí stále neumí vyrovnat. Umírání klientů se jí velmi dotýká a je pro ni bolestivé. Je nutné dodat, že respondentka v rozhovoru uvedla, že pracuje pro všeobecné interní oddělení, kde se se smrtí tolik neseťkává a zároveň není součástí paliativního týmu. Nelze však říci, zda se jedná o důvody, proč se se smrtí vyrovnává hůře než ostatní. Respondentka pracuje v nemocnici již 12 let jako zdravotně sociální pracovnice, před tím zde pracovala mnoho let jako zdravotní sestra. Zdá se, že ani doba strávená v nemocnici není pro smíření se se smrtí určující.

Například respondentka č. 4 se se smrtí také neseťkává příliš často, a taktéž není součástí paliativního týmu, přesto říká: „*Umírání není ta tíha, která mě trápí.*“ Myslím si tedy, že příčinou neschopnosti smíření se se smrtí je spíše osobnostní nastavení každého jedince.

Takřka u všech lze upozorovat přesvědčení, že smrt je nevyhnutelný jev, který je třeba akceptovat. Respondentka č. 2 doplňuje, že bychom se měli naučit se smrtí počítat. „*Se smrtí se seťkáváme a seťkávat budeme, proto je důležité se s tím vnitřně naučit pracovat,*“ dodala.

Dále mě zajímalo, *jak se respondentky vyrovnávají se smrtí klientů*. Zde nelze podat jednoznačnou odpověď. Samy respondentky zmiňují, že ke každému klientovi přistupují velmi individuálně a od toho se následně odvíjí i jejich prožívání smutku. Respondentka č. 3 uvádí, že se s úmrtím vyrovnává velmi těžko, že mnohdy neudrží pláč. Ostatní respondentky hledají oporu ve vlastních zdrojích, u svých kolegů v týmu nebo skrze odborné supervize. Respondentka č. 7 si našla různé cesty pro vlastní psychohygienu. Zmiňuje, že jí pomáhají očistné rituály. Tvrdí, že díky nim si práci nenosí domů.

Respondentka č. 5 vnímá, že smrt je vždy spjata se ztrátou, která bolí. Nicméně, někdy se dostavuje pocit úlevy, a to zejména tehdy, když ví, že je smrt pro klienta vysvobozením a splněním jeho přání. Nejobtížněji vnímá smrt mladých lidí a dětí. Respondentka č. 6 doplňuje, že ať chce nebo nechce, tak s klientem vždy naváže vztah. Jeho úmrtí prý neprožívá s dostatečným odstupem. Tvrdí, že je pro ni jednodušší, když se klient převezde do domácího prostředí a umře v kruhu své rodiny.

Využití odborné pomoci se jeví jako velmi účinná podpora. Respondentka č. 7 připomíná, jak je důležité mít prostor svěřit se odborníkovi na neutrální půdě. Nejčastěji se tak respondentky obrací na nemocničního psychologa či kaplana.

Má další otázka směřovala k tomu, *jak respondentky vnímají umírání, které probíhá v nemocnici*. Všechny respondentky zastávají názor, že ideálním modelem je umírání v domácím, přirozeném prostředí klienta. Podle respondentky č. 3 je společnost nastavena na výkon a vydělávání peněz. Lidé pak dle ní nemají na umírání v domácím prostředí prostor. Zmiňuje také nedostupnost (kapacitní a finanční) terénních služeb, která neumožňuje, aby se rodiny o své příbuzné staraly doma. Respondentka č. 7 doplňuje, že v jejich okolí je nedostatek kamenných hospiců, a tak nelze všem klientům zajistit služby, které tyto hospice nabízí.

Respondentka č. 6 tvrdí, že v případě přesunu klienta do přirozeného prostředí je nezbytné, aby rodina byla připravena nebo byla ochotna připravit se na domácí péči. Dodává, že dříve lidé běžně umírali doma. I ona má pocit, že dnešní společnost se takovému modelu brání. Dle jejích slov je „*umírání v nemocnici krokem zpět*.“ Nicméně, je si vědoma toho, že existují klienti, kteří chtějí umírat v nemocnici, přestože jsou obklopeni milující a podporující rodinou. I ostatní respondentky upozorňují na fakt, že ne všichni klienti si přejí umírat doma, a že ne všem to může být umožněno.

Všechny respondentky se shodují na tom, že i v nemocnici lze zajistit důstojné umírání. Respondentka č. 2 doplňuje, že umírání v nemocnici může být velkým ulehčením pro rodinu. I pro pacienta může být více komfortní strávit poslední dny svého života v nemocnici, jelikož se mu dostává nepřetržité odborné péče.

Respondentka č. 7 sděluje, že lidé někdy umírají sami, a proto je důležité dbát na rozvoj paliativních týmů v nemocnici, které zajistí komplexní péči o klienta. Tvrdí, že: „*V takový moment se dá umřít hezky i v nemocnici.*“ Respondentka č. 5 uvádí, že pro zavedení paliativní péče u nich v nemocnici bylo zásadní zjištění, že zhruba 75 % pacientů umírá v nemocnici a úplné opačné procento si to přeje. Potvrzuje tak výrok respondentky č. 7, že rozvoj paliativní medicíny je smysluplnou cestou, jak v nemocnicích vylepšit podmínky pro zajištění důstojného konce života.

Názory respondentek korespondují s jejich zkušenostmi s umíráním v nemocnici. Jsou svědky toho, že nemocnice umí zajistit podmínky pro důstojné umírání. Respondentka č. 4 se během své profese častokrát setkala s klienty, kteří byli až neuvěřitelně vyrovnaní se svou životní situací. Někdy byla potřeba jim dát více času. V takových chvílích se obraceli na nemocniční psychology, kteří jim pomohli projít si jejich fázemi umírání.

Respondentky shrnují, že přístup k umírání prošel změnou a je tomu jinak, než tomu bylo dříve. O tento vývoj se mimo jiné zasadila již zmíněná paliativní medicína.

Respondentky často hovořily o hezké smrti a o tom, jak je důležité nastavit v nemocnici vhodné podmínky pro úmrtí klientů. Má další otázka tedy směřovala k tomu, *jaké podmínky je podle nich důležité zaopatřit pro zachování kvality v závěru klientova života.*

Podle respondentek je důležité zajistit takové podmínky, jaké si klient přeje. Někdy může být jeho přáním zdánlivá malichernost, jako například přečíst si oblíbený časopis či si dojít na vycházku. Jeho nejčastějším přáním však bývá, aby s ním jeho rodina trávila poslední dny. Pokud není možné, aby klient zemřel doma, snaží se personál zaopatřit, aby se rodina dostavila za klientem. To je však i jednou z nevýhod umírání v nemocnici, jelikož některé rodiny nestihnou přijet včas a velmi toho poté litují. V takovém případě je potřeba, aby klient nezůstal sám. Aby ho dle slov respondentky č. 3 „*někdo držel za ruku.*“

Klienti obvykle vyžadují přítomnost někoho, kdo jim bude naslouchat a pomůže jim zprostředkovat přání, které si sami nedokážou splnit. Někdy to může znamenat spojení je se členem rodiny, se kterým se dlouho neviděli. Přístup ze strany personálu je tak pro zajištění správných

podmínek zásadní. Klíčové je vedle klienta podporovat i jeho rodinu. A to zejména pro to, aby měla dostatečnou sílu svého blízkého doprovázet.

Vedle psychosociální podpory je nutné klientům poskytovat lékařskou podporu, tzn. tlumit jejich bolesti a další symptomy. Respondentky č. 1 a č. 2 spatřují podstatu kvality v závěru života v zajištění důstojného umírání. Dle nich je nezbytné, aby klient cítil jistotu nejen z rodiny, ale i ze strany personálu. Pro respondentku č. 2 to znamená „vědomí, že jsme tu pro něj, budeme s ním do poslední chvíle a uděláme vše pro to, aby se cítil dobře.“ Respondentka č. 3 dodává, že kromě zachování důstojnosti klienta je nezbytné dohlížet na zachování jeho práv.

Samy respondentky několikrát zmínily, že v postoji k umírání spatřují velký posun. Nicméně objasňují, že je stále na čem pracovat. Často upozorňují na technické nedostatky. Problematický je fakt, že nemocnice obvykle postrádají dostatečný počet lůžkových pokojů. Rodinám někdy chybí soukromí, a to zejména pokud se klient nachází mimo oddělení paliativní péče.

Vedle toho mají respondentky pocit, že by se mohl změnit i přístup některých odborníků. Změna by měla proběhnout zejména uvnitř každého jedince. „Je to celoživotní práce“, říká respondentka č. 4. Odborníci by měli rozvíjet citlivý přístup a komunikační dovednosti. Respondentka č. 7 považuje za důležité, aby rodina byla o všem plně informovaná. To se dle ní ne vždy děje, přestože je situace lepší než před lety.

Kromě toho, co by se dalo změnit, respondentky mluví o tom, co už změnou prošlo. Respondentka č. 6 jednu z proměn vidí v tom, že se na lékařských fakultách začalo mluvit o tom, že lékař není pouze od toho, aby zachraňoval. Že je tu i od toho, aby dokázal pacienta příjemně doprovodit ze světa žití. Dodává: „Mám za to, že nově příchozí lékaři zhodnocují pacientův stav ve všech jeho souvislostech. Myslím, že za to může i rozvoj paliativní medicíny.“ Velkou výhodou je, že se rodina může s umírajícím rozloučit a strávit s ním poslední chvíli. To v minulosti nebylo možné, jelikož byly striktně určené návštěvní hodiny.

Zásadní je tedy respektovat potřeby klienta, ať už si přeje či nepřeje umírat v nemocnici. Důležitým mezníkem je tak rozvoj nemocniční paliativní péče, který napomáhá zajistit důstojné umírání navzdory tomu, že se klient nenachází ve svém přirozeném prostředí. V neposlední řadě hraje podstatou roli přístup personálu a podpora ze strany rodiny.

4.5.2 Dílčí výzkumná otázka č. 2

DVO2: V čem spočívá práce zdravotně sociálního pracovníka s umírajícími klienty a jejich rodinami?

Rozhodla jsem se tuto otázku nerozdělovat do dvou různých, jelikož činnosti zdravotně sociálního pracovníka s klienty a jejich rodinami jsou značně propojené. Ukázalo se, že není nijak výjimečné, že respondentky při umírání klienta pracují spíše s rodinou než s ní samotným.

Mám za to, že náš postoj k jevům a lidem ovlivňuje právě to, jaký k nim zaujímáme vztah. Pokud bude náš přístup ke klientům chladný a nezaujatý, tak se jen stěží naučíme akceptovat skutečnost a příležitosti, které nás potkají. Myslím si, že postoj zdravotně sociálních pracovníků ke smrti se silně odráží v jejich práci s klienty a rodinou, proto dále směřuji k otázce, *jaká je role zdravotně sociálních pracovníků při umírání klientů.*

Respondentky uvádí dvě zásadní náplně jejich práce. Obě činnosti odpovídají individuálním potřebám klientů. První z nich je sociální poradenství, které se týká poskytování informací. Respondentky pomáhají klientům a rodinám zorientovat se v jejich náročné životní situaci. Pokud to okolnosti dovolují, vyhledávají klientům zařízení následné péče. Zprostředkovávají jim kontakt s jinými zařízeními a pomáhají jim s vyřizováním žádostí. Respondentky nabízejí umírajícím a jejich blízkým informace, díky kterým se lépe zorientují v oblasti finanční (příspěvky na péči apod.), a edukují je o tom, jaké služby mohou využít. Plánují převoz domů a připravují rodiny na to, jak to bude vypadat, až péči o klienta převezmou ony. Respondentka č. 3 zmiňuje: *„Jsem takový prostředník mezi klientem a rodinou.“*

Druhou nezbytnou činností zdravotně sociálního pracovníka je poskytování psychosociální podpory. Od ní se poté odvíjí ono sociální poradenství, jelikož až ze samotného rozhovoru vyplyne, co klient a rodina potřebují. Má otázka tedy směřovala k tomu, *v čem podle respondentek spočívá psychosociální podpora.*

Respondentky se shodují, že není jednoduché psychosociální podporu definovat. Uvádějí, že každý si pod ní představuje možná trochu něco jiného. Přesto lze v jejich odpovědích nalézt podobnosti.

Před poskytnutím sociálního poradenství je nezbytné zjistit, jak se klient a rodina orientují v nové situaci. Důležité je ujistit se, zda rozumí všem pojmům a sdělené diagnóze. Jedná se o tzv. *sociální screening*. Po něm je důležité zohlednit, jaké má rodina možnosti (zda chce o svého příbuzného pečovat sama, a co k tomu případně potřebuje).

Psychosociální podpora směřuje za klientem a jeho rodinou a snaží se je posílit v jejich situaci. Za hlavní kompetenci, pro zvládnutí této formy pomoci, respondentky považují aktivní naslouchání (respondentka č. 4 se nazývá „*posluchačkou*“, respondentka č. 7 „*vrbou*“) a empaticky vedený rozhovor. V rámci rozhovoru je tak zásadní nabídnout porozumění a svou přítomnost. Respondentka č. 6 zdůrazňuje, že je nezbytné poskytnout klientovi svou blízkost. To mu pomůže urovnat si své přání a potřeby.

Překvapilo mě, že téměř všechny respondentky (až na respondentku č. 5) zmiňují, že jejich práce většinou končí smrtí klienta. Sociální poradenství totiž většinou probíhá ještě, než zemře. Respondentka č. 6 uvádí, že základní poradenství po smrti klienta poskytuje u nich v nemocnici zdravotní sestra. Je pak na rodině, zda poté ještě vyhledá její pomoc. I zkušenost respondentky č. 7 potvrzuje, že s pozůstalými pracuje zdravotní sestra z paliativního týmu, a že ona jim pomoc poskytuje spíše sporadicky. Pokud se na respondentky rodina obrátí, tak jim nabízejí pozůstalostní intervenci. V rámci ní podávají informace ohledně pozůstalostních důchodů, zařizování pohřbů apod. Vedle toho poskytují podporu telefonickou. Pomoc má formu terapeutického, podpůrného rozhovoru a krizové intervence. Respondentka č. 2 doplňuje, že: „*Není potřeba dávat rady, ale spíše provázet rodiny v jejich situaci.*“ Respondentky dále rodiny odkazují na jiné odborníky, jako je psycholog, kaplan či poradce pro pozůstalé.

V rozhovorech jsem se dále zabírala, *jakým způsobem zdravotně sociální pracovníci komunikují s dětmi, kterým umírá nebo zemřel některý z rodičů*. Odpovědi respondentek byly totožné. Buď s dětmi nepřichází vůbec do styku, nebo je odkážou na dětskou psycholožku. Respondentka č. 3 dodává: „*Je to pro mě tak bolestivé, že ani nevím, jak bych s nimi mluvila.*“

Domnívám se, že komunikace je naprosto klíčovou dovedností. Má další otázka tedy zněla, *jaké kompetence by měl mít zdravotně sociální pracovník pro zvládnutí komunikace*.

Respondentky zmiňují, že komunikační schopnosti patří mezi vrozené kompetence. Vedle toho však zdůrazňují sílu sebevzdělávání.

Zejména pak kurzy komunikace, kde se dozví, jak správně vést rozhovor s paliativním pacientem a s pozůstalými. Dále pak považují za důležité mít znalosti z krizové intervence a psychologie.

Respondentka č. 1 jako jediná tvrdí, že na komunikaci není žádný manuál ani příručka. Zásadní je podle ní životní zkušenost. Říká, že: „Člověk by měl mít něco za sebou a neměl by to mít jen vyčtené z knih.“ Oproti tomu pro respondentku č. 2 hraje vysokoškolské vzdělání poměrně důležitou roli. Zároveň si myslí, že komunikaci lze trénovat každý den skrze rozhovory s klienty.

Dle respondentky č. 7 bývá komunikace s klienty velmi intuitivní. Při vedení rozhovorů je pro ni zásadní naslouchání a empatie. Respondentky č. 3 a č. 6 se jednoznačně vyhýbají útěšné větě „to bude dobré“. Taková fráze by podle nich vůbec neměla být vyřčena. Respondentky č. 4 a č. 2 prosazují, aby komunikace s rodinami byla upřímná. Nebojí se situace nazývat pravým jménem. Respondentka č. 2 říká, že: „Je třeba, abychom byli reální, až možná trochu suroví v tom, že rodině nastíníme, jaká bude péče o jejich blízkého.“ Je potřeba je připravit na vše, co se může stát.

Všechny respondentky si uvědomují, že je nesmírně důležité se v komunikaci neustále zlepšovat a získávat rady od dalších odborníků. K tomu většina z nich využívá kromě akreditovaných kurzů i intervize, supervize a odborné stáže.

4.5.3 Dílčí výzkumná otázka č. 3

DVO3: Proč je podle zdravotně sociálních pracovníků v nemocnici důležitá paliativní medicína?

Z předchozích odpovědí respondentek se potvrdilo, že paliativní týmy hrají v nemocnicích zásadní roli. Ne všechny respondentky jsou součástí týmu, nicméně i u nich mě zajímalo, jak paliativní péči vnímají, a jak se jim spolupracuje se členy paliativního týmu.

Má první otázka mířila na ty respondentky, které jsou součástí paliativního týmu. *Zajímalo mě, zda cítí, že mají v týmu dostatečnou autonomii.*

Respondentka č. 1 se cítí v týmu plnohodnotně. Má dojem, že je jejich tým složen z kvalitních odborníků, kteří znají své místo. Své postavení tak vnímá velmi kladně. Doplnuje, že její role je nezastupitelná. Odpovědi respondentek č. 6 a č. 7 jsou totožné.

Poté jsem se chtěla dozvědět, jak probíhá spolupráce mezi jednotlivými profesemi. Zjistila jsem, že předávání informací o klientech probíhá na každodenní bázi, ať už skrze osobní setkání nebo písemnou dokumentaci. Respondentka č. 7 se nachází v nemocnici, kde většina členů týmů pracuje na částečný úvazek. Informace o klientech si tak sdělují online cestou, v jejich případě skrze mobilní aplikaci WhatsApp. Respondentka č. 6 má zase o klientech neustálý přehled díky počítačovému programu, kde má k dispozici veškeré důležité informace.

Paliativní týmy pravidelně pořádají porady. Respondentka č. 1 uvádí, že týmové setkání probíhá dvakrát týdně. Respondentka č. 7 se s ostatními členy schází jednou týdně v malé kapli, která je součástí nemocnice. *„Říkáme jí místnost ticha,“* dodává. Respondentka č. 6 se účastní týmových porad jednou za tři měsíce. I respondentka č. 5 se účastní týmových schůzek, kde s dalšími členy týmu sdílí své zkušenosti.

Chtěla jsem zjistit, *jak zdravotně sociální pracovnice spolupracují s paliativním týmem, přestože nejsou jeho součástí.* Dozvěděla jsem se, že spolupráce probíhá velmi dobře. Respondentky dostávají aktuální informace o klientech a pravidelně s členy týmu komunikují. Během rozhovorů se potvrdilo, že příliš nezáleží na tom, zda je daná zdravotně sociální pracovnice členem paliativního týmu. I tak může být přizvána ke spolupráci s paliativním týmem a dostane tak klienta na starost ona.

Dále jsem se zaměřila na otázku, *proč je podle respondentek důležité zaměřit se na rozvoj nemocniční paliativní péče.* Respondentka č. 1 vnímá situaci v Praze jako nedostatečnou: *„Fungují zde v podstatě jenom dva mobilní hospice, z toho je jeden z kapacitních důvodů nepoužitelný. Poté tu jsou dva lůžkové hospice, kde je funkční opět jen jeden z nich,“* říká. Z takového důvodu je nezbytné pečovat o klienty v nemocnicích a zaměřit se na to, aby s péčí byly maximálně spokojeni.

Paliativní medicína zajišťuje, že klient je vtažen do řešení své situace. Nic se neodehrává za jeho zády. Dle respondentky č. 5 prožívají umírající konec svého života kvalitněji právě díky paliativní péči.

Rozvoj paliativní medicíny umožňuje, že se téma umírání a smrti dostává k širšímu okolí. Zlepšuje to tak i komunikaci mezi jednotlivými odborníky v nemocnici. Vedle toho však respondentka č. 6 upozorňuje na praktické důvody pro zahájení implementace paliativní medicíny do nemocnic. Dle jejích slov je paliativní pacient levnější pro zdravotní systém. *„Pokud pacient není zařazen do paliativní péče, tak je na něj vynaloženo veškeré úsilí, o které už třeba ani sám nestojí. Zahájením paliativní péče se mu nasadí analgetika, která nemusí být tak nákladná a ještě pacientovi přinesou úlevu od bolesti.“* Přínosy paliativní péče v nemocnicích tak spatřuje v tom, že je uleveno jak zdravotnictví, tak klientovi a jeho rodině. Má za to, že paliativní medicína přináší klientovi větší prostor a čas pro smíření se smrtí a rodinám větší možnost pro rozloučení se se svým blízkým. I respondentka č. 7 vnímá, že paliativní péče umožňuje větší prostor ke komunikaci a ke kladení otázek.

Mou další otázkou jsem se pokusila zjistit, *jaký rozdíl respondentky spatřují mezi klientem, který je v péči paliativního týmu a mezi tím, který není.* Někteří ošetřující lékaři odmítají pomoc paliativního týmu. Přesto je mnoho takových, kteří jeho pomoc vyhledávají. Paliativní týmy poskytují konziliární služby. Ty jim umožňují docházet za pacienty i na jiná oddělení. Zajistí, že bude o pacienta postaráno po všech jeho stránkách.

Nepaliativní pacienti mají zpravidla méně informací. Lékaři nemají takový čas se jich ptát na to, co si přejí a nestíhají zaopatřit všechny jejich potřeby. Paliativní týmy zajistí, že bude postaráno taktéž o rodinné příslušníky.

O zahájení paliativní péče rozhoduje tedy ošetřující lékař. Respondentka č. 1 nikdy sama nenavrhuje paliativní léčbu. Plně respektuje zavedenou hierarchii v nemocnici. Tvrdí, že *„O léčbě rozhoduje lékař – a jenom lékař.“* Respondentka č. 5 někdy v rámci své agendy objeví klienty, kteří by mohli z paliativní péče profitovat. Zmíní se o tom ošetřujícímu lékaři, zároveň připomíná, že následné rozhodnutí je vždy na něm. Respondentka č. 7 vyhledává klienty prostřednictvím depistáže. Následně oslovuje lékaře a navrhuje jim zahájení paliativní péče. *„Musím říci, že mě ještě žádný lékař neodmítl,“* říká.

Velmi mě zajímal názor respondentek, které součástí paliativního týmu nejsou. I ony potvrzují, že informace pro klienty jsou daleko rozsáhlejší, pokud jsou v péči paliativního týmu. Respondentka č. 3 zmiňuje, že: *„Paliativní lékař dokáže daleko lépe vysvětlit, co pacienta čeká.“*

Ošetřující lékař podle ní nemá o pacienta takový zájem. Respondentka někdy sama doporučuje ošetřujícímu lékaři, že by u klientů mohla být zahájena paliativní léčba. Nicméně potvrzuje, že při rozhodování má hlavní slovo lékař.

Respondentka č. 4 taktéž tvrdí, že klient bez péče paliativního týmu není plně informován o všech možnostech, které by mohl využít. Nicméně má dojem, že umírání v nemocnici skoro vždy probíhá s podporou paliativního týmu. Respondentka se sama od sebe na ošetřujícího lékaře neobrací s žádostí o zahájení paliativní péče. Tomu se nevěnuje ani klientka č. 4. Ta ještě dodává, že paliativní medicína rodině usnadňuje péči o jejich blízkého. Podle ní, jsou pacienti bez paliativní péče na své umírání sami. Přicházejí o spoustu benefitů. Říká, že: *„Ne každý odborník je schopen poskytnout dostatečné poradenství a zaopatřit péči o klientovy potřeby.“*

4.5.4 Dílčí výzkumná otázka č. 4

DVO4: Jak zdravotně sociální pracovnice vnímají duchovní doprovázení?

Umírání vnímám jako velmi niterné období, které s sebou přináší mnoho otázek. Proto jsem se snažila zjistit, jakou roli hraje u respondentek, při doprovázení klientů a jejich rodin, spiritualita. Také mě zajímalo, zda i ony samotné hledají oporu v duchovních zdrojích. V této kapitole budu podrobněji rozepisovat jednotlivé odpovědi respondentek, jelikož každá k danému tématu přistupuje velmi individuálně. Nejprve jsem směřovala k otázce, *zda respondentky využívají pomoc nemocničního kaplana.*

Respondentka č. 2 se na kaplana pravidelně obrací. Respondentka č. 3 je s kaplany v každodenním kontaktu. Jeden z nich je zároveň psychoterapeutem, takže se s ním často radí o klientech. *„Dává mi jiný náhled,“* dodává. Oповěď respondentky č. 4 je totožná, jelikož se s kaplany schází každé ráno na kávu, kde spolu diskutují. Jsou pro ni jedni z nejbližších spolupracovníků. Respondentka č. 7 říká, že jí kaplani pomáhají rozkrýt problémy. I ona tvrdí, že jí dávají jiný náhled na situaci.

Respondentka č. 5 taktéž potvrzuje, že kaplan u nich v nemocnici slouží jako podpora nejen pro klienty, nýbrž i pro personál. Jednou měsíčně pro ně tvoří tzv. „zastavení se“. V rámci něho rozjímá nad aktuálními tématy. Respondentka č. 6 vyhledává pomoc nemocničního psychologa, jelikož kaplan není součástí jejich nemocnice a není určen pro

zaměstnance. S duchovními potřebami se však obrací na faráře v církvi, do které dochází. Jediná respondentka č. 1 uvádí, že služby duchovního vůbec nevyužívá, přestože má tu možnost.

Dále mě zajímalo, *co vedle případné duchovní pomoci respondentky vnímají jako zdroj síly pro svou práci.*

Respondentce č. 1 se daří nenosit si problémy z práce domů. K tomu ji pomáhá, že si telefon po skončení pracovní doby nechává v kanceláři. Ani respondentka č. 4 není ze své práce příliš vyčerpaná. To, co ji trápí nejsou klienti, ale nefunkční systém. Jak sama říká: *„To, že v nemocnici máme nemocné a umírající pacienty je něco, s čím se dá počítat a s čím umím pracovat.“* S umíráním klientů se tak dokáže vyrovnat sama bez pomoci ostatních.

Podle respondentky č. 6 je velmi podstatné vědět, jak provádět psychohygienu. *„Je důležité umět se odreagovat a vyčistit od všeho, co na nás pacienti a jejich rodiny nanesli,“* doplňuje. Tomu se podle ní lze naučit na seminářích psychohygieny a na kurzech pro prevenci vyhoření.

Respondentky č. 1, č. 2 a č. 3 nevyužívají supervizi. Mají pocit, že jim to nic nepřináší. Největší podporu vnímají ve svém týmu zdravotně sociálních pracovníků. *„Poradíme si, pobřečíme si a uleví se nám,“* dodává respondentka č. 2. Jsou však respondentky (č. 5, č. 6 a č. 7), pro které má supervize velký smysl.

Pro respondentky č. 2, č. 6 a č. 7 je zdrojem síly jejich rodina a čas, který tráví samy se sebou. Respondentka č. 6 zmiňuje: *„Přijdu domů, dám si kávu a nepřemýšlím nad tím co bylo, a co bude.“* Pro respondentku č. 6 a č. 7 je důležité věnovat čas zálibám. *„Hodně čtu, jezdím na kole do přírody, cvičím pilates a pracuji na zahrádce,“* říká respondentka č. 6. Respondentka č. 7 zase čerpá velkou sílu z loutkového divadla, které ve volném čase hraje pro děti. Důležité je podle ní vědomí toho, že ji její práce naplňuje a baví. Respondentky povětšinou taktéž čerpají sílu z návštěv psychologa a z účasti na odborných konferencích, kongresech a teambuildingů. Stěžejní je pro ně sdílení s lidmi se stejnými zkušenostmi.

Poté jsem chtěla zjistit, zda se na respondentky obrátil některý z klientů a vyžadoval po nich duchovní podporu. Ptala jsem se tedy, *zda hrají při duchovním doprovázení klientů nějakou roli.*

Respondentka č. 1 odpověděla, že se jí nikdy nestalo, aby se na ní klient s takovou žádostí obrátil. Zmiňuje, že to je možná tím, že takového klienta zachytí kaplan. Respondentka č. 4 s klienty duchovní témata neprobírá a rovnou je odkazuje na kaplanskou službu. Nicméně mnohdy zažívá rozhovory s přesahem, které by se daly za duchovní považovat.

Respondentka č. 2 doporučuje klientům služby kaplana, nicméně je ochotna se s nimi ohledně duchovních témat bavit. Někdy se najdou klienti, kteří raději upřednostňují hovor s ní než s kaplanem. „*Nebojím se toho,*“ tvrdí. Klienti se nejčastěji obávají smrti a toho, co bude po ní. Podle ní je potřeba s nimi o jejich strastech hovořit a vybízet je, aby se nebáli své pocity sdělovat rodině. Respondentka mnohdy i rodiny poučuje o tom, aby se se svým příbuzným nebáli o smrti mluvit. Tvrdí jim, že dokonce musí, jelikož si jejich blízký potřebuje svůj odchod naplánovat.

Respondentka č. 3 postupuje stejně. Nejdříve doporučuje služby kaplana, až poté poskytuje duchovní rozhovory ona sama. Je ochotna se s klientem bavit o všem, nicméně musí to být v rámci jejich možností. „*Nemám takové znalosti, abych nahradila kaplana,*“ dodává. Podle ní taková pomoc spadá pod podpůrný, psychologický rozhovor.

I respondentka č. 5 odkazuje klienty v duchovních potřebách na kaplany. Nicméně dodává: „*Já jsem otevřena se s pacienty o duchovních tématech bavit, nesmí po mně však vyžadovat odborné znalosti a úkony. Jinak mi to nedělá potíže.*“

Respondentka č. 2 vnímá, že zejména starší klienti mají pocit, že kaplan dává poslední pomazání. Podle ní je třeba jim vysvětlit, že to tak není. I respondentka č. 3 potvrzuje, že se s tímto předsudkem setkává. „*Měla jsem případ, kdy mi jedna paní řekla, že ty černý fláterníky s kříží rozhodně nechce,*“ tvrdí respondentka č. 4 a tím dosvědčuje, že někteří klienti mají z kaplanů strach. Respondentka č. 5 má taktéž zkušenost, že se klienti někdy neradi svěřují kaplanovi z toho důvodu, že mají všemožné zábrany.

4.6 Shrnutí

Na vytyčené dílčí otázky se mi podařilo, díky tematické analýze získaných odpovědí, kterou jsem provedla v předchozích kapitolách, nalézt odpověď. Proto mohu formulovat odpověď i na hlavní výzkumnou otázku.

Zdravotně sociální pracovnice mají k umírání a smrti v nemocnici velmi individuální postoj. Ze získaných dat tedy není možné vytvořit obecný závěr. Jejich postoj je ovlivněn zejména osobním prožíváním smutku a schopnosti vyrovnat se se smrtí klienta. Některé respondentky hledají pomoc ve vlastních zdrojích, jiné se raději obracejí na odborníky. Každopádně velkou roli hraje i osobnostní nastavení každé z nich.

Jsem ráda, že se mi podařilo zdůraznit, že i zdravotně sociální pracovnice upřednostňují umírání v domácím prostředí, které je považováno za ideální model. V rámci rozhovorů se však potvrdilo, že ne vždy je možné touto cestou jít, jelikož ne všichni pacienti si přejí umírat doma, a ne všem to může být umožněno. Pro takové klienty se pak v nemocnici snaží zajistit co nejkompexnější péči. O poskytnutí této formy péče se starají paliativní týmy. Respondentky si jsou vědomy nedostatků, které s sebou umírání v nemocnici přináší. Přesto se shodují, že umírání může být důstojné i v nemocnici, pokud se nastaví vhodné podmínky.

Ukázalo se, že postoj zdravotně sociálních pracovnic k umírání a smrti v nemocnici velmi ovlivňuje zavedená paliativní medicína. Z odpovědí vyšlo najevo, že není velký rozdíl v tom, zda daná respondentka osobně je nebo není součástí fungujícího paliativního týmu v nemocnici. V obou případech respondentky se členy paliativního týmu spolupracují. Principy paliativní péče se jich v každém případě velmi dotýkají a formují jejich postoj k umírajícím a jejich blízkým. Paliativní medicína dále usnadňuje veškerou komunikaci, jelikož skrze ni dochází k bourání předsudků, které jsou s umíráním a smrtí spojené.

Myslím si, že se mi podařilo zdůraznit, že role zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici je nenahraditelná. Zdravotně sociální pracovnice poskytují klientům a rodinám psychosociální podporu a sociální poradenství. Veškerá jejich pomoc je upravena na míru každému, komu pomáhají.

Překvapilo mě, že ve většině případů pro respondentky končí jejich práce úmrtím klienta. Ukázalo se, že se rodiny spíše obracejí na zdravotní sestry a pomoc zdravotně sociálních pracovníků vyžadují výjimečně. Přesto by respondentky měly být vybaveny znalostmi, jak s pozůstalými komunikovat. Komunikace se jeví jako naprosto zásadní dovednost, na které je nutné neustále pracovat, ať už v rámci každodenní komunikace s klienty či skrze nácviky s odborníky.

Dále se ukázalo, že respondentky samy od sebe duchovní rozhovory nevedou. Přednostně doporučují služby kaplana a snaží se uvést na pravou míru, co od nich mohou klienti očekávat. Zároveň se setkávají s klienty, kteří se odmítají kaplanům svěřit, a to je moment, kdy jsou ochotny začít o duchovních tématech hovořit. Vnímám, že jsou si velmi dobře vědomy svých hranic, které nechtějí překračovat. Do rozhovorů se odváží pouze v případě, že si na ně troufají, a že je to v rámci jejich možností. Vyhýbají se předáváním nevyžádaných rad. Spíše klienta vyslechnou a nabídnout mu prostor pro sdílení.

Závěr

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak se sociální práce staví k fenoménu umírání a smrti v nemocnici. Postoj k umírání se měnil stejně tak, jak šly dějiny. Postupně se umírání z domácího prostředí přesunulo do prostředí institucionalizovaného. Mluví se o tom, že dříve umírání bylo dobré, jelikož probíhalo doma v kruhu blízkých lidí. To vše je nepochybně pravda a umírání v domácím prostředí by mělo být stále prioritou. Avšak, jak jsem již v práci několikrát zmínila, je tu mnoho okolností, které umírání v domácím prostředí nedovolují a nepochybně zde hraje roli i fakt, že někteří pacienti si přejí umírat právě v nemocnici.

Věřím, že rozvoj paliativní péče v nemocnicích pomůže k tomu, že se bude na umírání nahlížet s určitou dávkou smířlivosti a ne tragičnosti. Nemocniční paliativní péče usiluje o to, aby byly naplněny pacientovy potřeby. Pokud si pacient přeje zemřít doma a není to nemožné, tak se paliativní týmy snaží pacientovo přání splnit.

V první kapitole tedy blíže popisují, proč a jak se postupně téma smrti začalo tabuizovat. Ve druhé kapitole se již blíže zabírám paliativní medicínou jako takovou a zejména zde zdůrazňuji roli sociálního pracovníka, který je součástí paliativního týmu. Ukázalo se, že jeho práce vyžaduje mnoho kompetencí a znalostí. Dá se říct, že je prostředníkem mezi klientem, rodinou, personálem a dalšími zařízeními. Pro vykonávání jeho činností je důležité, aby zvládal administrativní práci, a taktéž by měl fungovat jako emoční a stabilní podpora pro klienta i jeho rodinu.

V poslední kapitole se více zaměřuji na potřeby umírajícího klienta a jeho blízkých. Snažila jsem se podrobněji popsat, co klient vyžaduje, a co by mu měl sociální pracovník umět nabídnout. Zaobírala jsem se tím, zda může být i sociální pracovník duchovní oporou pro klienta. Ukázalo se, že současní klienti hledají smysl života a odpovědi na existenciální otázky. Umírání je životní fází, kde se taková témata mají tendenci zjevovat více než jindy. Proto si myslím, že sociální pracovník by se neměl bát být oporou pro klienta i v této oblasti. Existují totiž tací klienti, kteří se bojí svěřit kaplanovi i své rodině se svými strastmi. Mám za to, že pokud sociální pracovník dodrží všechna pravidla, tak se může do takové diskuze odvážit. Někdy se však ukazuje, že pro klienty je podstatnější, když s nimi může někdo „pouze“ být, a není tak nutné znát všechny odpovědi na předpokládané dotazy.

Kvalitativní výzkum potvrzuje, že nejen vlastní osobnostní nastavení formuje postoj sociálních pracovníků k umírání a smrti. Je to právě prostředí, spolupráce s paliativním týmem, s rodinou klienta a v neposlední řadě je to samotný klient, který dokáže ovlivnit pracovníkův postoj.

Došla jsem díky této práci k závěru, že mít v sobě téma smrti dokonale zpracované není to nejpodstatnější. Nikdo z nás se smrtí totiž nemá osobní zkušenost, a tak se můžeme jen domnívat, co nás po ní opravdu čeká. Nicméně, jako nezbytné považuji neuzavírat se vůči ní a znovu ji navrátit do našich konverzací. Pokládám za důležité naučit se zvládat svůj strach. I podle respondentek je nezbytné umět s ním pracovat. Cílem je tedy dopracovat se k takovému postoji, který nás přiměje být adekvátní oporou pro umírající a jejich blízké. Takový postoj bude možná plný nejistoty, nicméně bude chápat a nebude ignorovat potřeby klienta a jeho rodiny.

Seznam literatury

Literatura

ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004.

ARIÈS, Philippe. *Dějiny smrti: Díl 2, Zdivočelá smrt. Každodenní život.*: Argo, 2000.

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Psychosociální krizová spolupráce*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada).

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada).

Centrum paliativní péče: *O paliativní péči* [online]. ©2014 [cit. 2023-05-15]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>

Cesta domů. *Respektování lidské důstojnosti: Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně – sociálních oborů* [online]. Praha, 2004 [cit. 2023-05-29]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/1586159-Respektovani-lidske-dustojnosti-prirucka-pro-odbornou-vyuku-vychovu-a-vycvik-studentu-lekarskych-zdravotnickych-a-zdravotne-socialnich-oboru.html>

Cesta domů. *Smrt a péče o umírající: Pohled laické i zdravotnické veřejnosti*. Výzkumná zpráva [online]. STEM/MARK, Září 2011, 1-22 [cit. 2023-05-29]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2011.pdf>

Cesta domů: STEM/MARK. *Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II: Závěrečná zpráva* [online]. Září 2013, 1-81 [cit. 2023-05-15]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>

Clare, E., Elander, J., & Baraniak, A. (2020). *How healthcare providers' own death anxiety influences their communication with patients in end-of-life*

care: a thematic analysis. *Death Studies*. Published online 27th October 2020. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1837297>

DOHNALOVÁ, Zdenka. *Výzkumníkovo desatero etického chování. Sociální práce* [online]. 2011 [cit. 2023-06-18]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/online-clanky/vyzkumnikovo-desatero-etickeho-chovani/>

DRÁBKOVÁ, Jarmila. *Jaké obrazy má smrt – soudobé paradigma: Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. *Medvik: Časopis lékařů českých* [online]. 2013, 60 (2), 8-12 [cit. 2023-05-29]. ISSN 1212-3048; 1805-4005. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=bmc14048415>

ELICHOVÁ, Markéta. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada, 2017.

GEHRIG, Rainer B. *Spiritualita, etika a sociální práce* [online]. České Budějovice: FreiDok plus, 2021 [cit. 2023-05-29]. ISBN 978-3-928969-89-5. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/358502010_Spiritualita_etika_a_socialni_prace

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Rub života – líc smrti*. Praha: Orbis, 1975. Pyramida (Orbis).

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005.

HEŘMANOVÁ, Jana, Jan SLOVÁK, Hana SVOBODOVÁ, Marek VÁCHA a Marie ZVONÍČKOVÁ. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada).

KALVACH, Zdeněk. *Zdraví a nemoc: nárys problematiky pro studenty nezdravotnických programů*. Středokluky: Zdeněk Susa, 2019.

KAŇÁK, Jan. *Postavení diskursu spirituality v sociální práci: Position of Discourse of Spirituality in Social Work* [online]. n Kaňák, Katedra psychosociálních věd a etiky, Červen 2015 [cit. 2023-05-29]. Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/333804846_Position_of_spirituality_discourse_in_social_work_in_Czech_Postaveni_diskursu_spirituality_v_socialni_praci

KREJČÍKOVÁ, Helena. *Dříve vyslovené přání: Manuál nejen pro pacienty* [online]. Praha: Cesta domů, 2020 [cit. 2023-05-29]. Dostupné z: <https://elearning.cestadomu.cz/elearning/pro-verejnost/drive-vyslovene-prani/>

KŘÍŽOVÁ, Eva. *Specific Techniques of Exploring Spirituality as a Part of Holistic Social Work*. Czech and Slovak Social Work: Connecting theory and practice [online]. Czech Association of Educators in Social Work, 31st August, 2016 [cit. 2023-05-29]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2016-4.pdf>

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se měli lékaři, sestry, duchovní a lidé vůbec naučit od umírajících pacientů*. Turnov: Arica, 1993.

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada).

KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada).

KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011.

LOUČKA, Martin, Kovaříková JULIE a tým Centra paliativní péče. *Rozvoj paliativní péče v nemocnicích: zkušenosti z pilotního programu Spolu až do konce Nadační fond Avast* [online]. duben 2018, 1-15 [cit. 2023-05-15]. Dostupné z: <https://files.avast.com/files/marketing/foundation/avast-spolu-az-do-konce-sprava.pdf>

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Ministerstvo zdravotnictví spouští projekt na podporu paliativní péče v nemocnicích*. Tisková zpráva

[online]. 24. 1. 2018 [cit. 2023-05-15]. Dostupné z:
<https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-spousti-projekt-na-podporu-paliativni-pecce-v-nemocnicich/>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Pilotní projekt paliativní péče v nemocnicích přinesl základy pro standardizaci a rozvoj paliativní péče v ČR. Tisková zpráva* [online]. 27. 4. 2022 [cit. 2023-05-15]. Dostupné z:
<https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-spousti-projekt-na-podporu-paliativni-pecce-v-nemocnicich/>

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada).

ONDŘIOVÁ, Iveta. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Přeložil Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2021. Sestra (Grada).

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. *Důstojnost v medicíně*. Praha: Grada, 2022. Edice celoživotního vzdělávání ČLK.

ROSENBERG, Shapir. *Dignity Therapy*. The American Journal of Psychiatry: Resident's Journal [online]. 1st August 2018 [cit. 2023-05-29]. Dostupné z:
<https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp-rj.2018.130803>

SLÁMA, Ondřej, Jiří KREJČÍ a Jana AMBROŽOVÁ. *Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení* [online]. In: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019 [cit. 2023-05-15]. Dostupné z: https://paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/Metodika_implementace_PPP_2019%20FINAL.pdf

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011.

SLÁMA, Ondřej. *Paliativní medicína a dobrá smrt. Vnitřní lékařství*. 2014, 60 (Suppl 2), 75-79. ISSN 0042-773X. Dostupné také z:
<https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2014-suppl-2/paliativni-medicina-a-dobra-smrt-50237>

ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich, 2013.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, c2014.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Ilustroval Jitka ŘENČOVÁ. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada).

ŠVARÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007.

TAELS, Brent. *How can social workers be meaningfully involved in palliative care?: A scoping review on the prerequisites and how they can be realised in practice*. *Palliative Care & Social Practice* [online]. Belgium, 2021, 11/30/2021, 1-16 [cit. 2023-05-29]. ISSN 2632-3524. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/26323524211058895>

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze: *Klinika paliativní medicíny* [online]. [cit. 2023-05-15]. Dostupné z: <https://www.vfn.cz/pacienti/kliniky-ustavy/klinika-paliativni-mediciny/>

Přílohy

Příloha č. 1 - Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

1. Okruh - Úvod

1. Jaká je Vaše role v nemocnici?
2. Na jakém oddělení pracujete?
3. Jak dlouho již tuto práci děláte?
4. Naplňuje Vás Vaše práce?

2. Okruh - Téma umírání a smrti

1. Setkáváte se v rámci Vaší profese se smrtí?
2. Jaký nahlížíte na smrt?
3. Jaká je Vaše role při umírání pacientů?
4. V čem spočívá psychosociální podpora pacientů a jejich blízkých?
5. Jak pohlížíte na umírání v nemocnici?
6. Jaké jsou Vaše zkušenosti se smrtí v nemocnici?
7. Je něco, co by se dalo na přístupu ke smrti v nemocnici změnit?
8. Jak se s umíráním pacientů vyrovnáváte?
9. Jaké podmínky je podle Vás důležité zaopatřit pro zachování kvality v závěru pacientova života?

3. Okruh - Sociální práce s klienty a jejich blízkými

1. V čem spočívá sociální práce s rodinnými příslušníky umírajícího pacienta?
2. V čem spočívá sociální práce s rodinnými příslušníky po smrti pacienta?
3. Jakým způsobem komunikujete s dětmi v situaci, kdy jim umírá některý z rodičů?
4. Jaké kompetence by měl mít zdravotně sociální pracovník pro zvládnutí komunikace?

4. Okruh - Role zdravotně sociálního pracovníka v paliativním týmu

1. Jakou roli máte v paliativním týmu?
2. Jak velkou autonomii máte v paliativním týmu?
3. Jak probíhá spolupráce mezi jednotlivými profesemi paliativního týmu?
4. Proč je podle Vás důležité zaměřit se na rozvoj nemocniční paliativní péči?
5. Jaké jsou Vaše zkušenosti s umíráním pacientů, kteří byli nebo jsou v péči paliativního týmu?
6. V čem se to liší od umírání, které se odehrává mimo paliativní tým?

5. Okruh - Duchovní doprovázení

1. Je součástí paliativního týmu i kaplan, který dochází za umírajícími?
2. Je ve Vašich zdrojích zahrnuta pomoc nemocničního kaplana?
3. Jakou roli hrajete při duchovním doprovázení umírajících pacientů?
4. Co vnímáte jako zdroj své síly pro Vaši práci?