

**Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta  
Katedra křesťanské sociální práce**

Bakalářská práce

2021

Anna Ulrichová

**Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta  
Katedra křesťanské sociální práce**

Charitativní a sociální práce

Anna Ulrichová

Role a přínos sociálního pracovníka  
v péči o umírající

Bakalářská práce

vedoucí práce: Mgr. Vlastimil Vohánka, Ph.D.  
2021

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Brně 15. 6. 2021

Anna Ulrichová

## Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé práce Mgr. Vlastimilu Vohánkovi, Ph.D., který mi v průběhu celé práce poskytoval cenné rady a informace. Poděkování patří i mé rodině a přátelům, že vydrželi celou dobu mého studia i psaní této práce.

## Obsah

Úvod .....	6
1 Sociální práce v péči o umírající .....	8
1.1 Definice sociální práce .....	8
1.2 Etické principy .....	9
1.3 Paliativní péče .....	11
1.4 Potřeby umírajících .....	12
1.5 Specifika umírání v různých prostředích .....	15
1.5.1 Umírání v domácím prostředí .....	15
1.5.2 Umírání v lůžkovém hospici .....	17
1.5.3 Umírání v nemocnici .....	18
1.5.4 Umírání v domovech pro seniory .....	20
1.6 Rizika sociální práce v péči o umírající .....	22
2 Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu .....	24
2.1 Sociální pracovník .....	24
2.1.1 Osobnostní předpoklady .....	24
2.1.2 Kompetence .....	25
2.2 Role sociálního pracovníka .....	25
2.3 Multidisciplinární tým .....	27
2.4 Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu .....	28
3 Náplň práce sociálního pracovníka v péči o umírající .....	30
4 Přínos sociálního pracovníka v péči o umírající .....	32
5 Metodika výzkumného šetření .....	33
5.1 Etické zásady .....	34
5.2 Výzkumný cíl .....	34
5.3 Hlavní výzkumná otázka .....	34
5.4 Popis metody sběru dat .....	35
5.5 Soubor výzkumných otázek - dotazníkové šetření .....	37
5.6 Výběr a charakteristika zkoumaného souboru .....	38
5.7 Možná zkreslení výzkumu .....	39
5.8 Analýza dat .....	40
6 Výsledky a interpretace získaných dat .....	42

6.1	Odpovědi respondentů k roli sociálního pracovníka .....	42
6.2	Odpovědi respondentů k náplni práce sociálního pracovníka v péči o umírající .....	43
6.3	Hlavní výzkumná otázka .....	48
6.4	Shrnutí .....	48
<b>Závěr</b>	.....	<b>50</b>
<b>Bibliografie</b>	.....	<b>52</b>
<b>Anotace</b>	.....	<b>57</b>

***„Být tu pro druhého i v situaci, kdy nelze s jeho zdravotním stavem, vírou a rozpoložením nic udělat, je důležitá pomoc.“ Aleš Opatrný***

## **Úvod**

Od počátku hospicového hnutí až do současnosti u nás přetrvává nejasné vymezení náplně práce sociálního pracovníka v paliativní péči. Opakovaně se k tomu vyjadřují různí odborníci z oblasti paliativní péče. Marie Přidalová v úvodu ke knize Sociální práce v hospici a paliativní péče konstatuje: “žádné pevné vymezení role sociálního pracovníka v paliativní péči neexistuje” a je na rozhodnutí hospiců, jak vymezi kompetence svých sociálních pracovníků (Student, 2006, s. 11). Tuto skutečnost potvrzuje i zakladatelka hospicového hnutí v ČR Marie Svatošová (Svatošová 2010, s. 204) nebo ředitel Centra paliativní péče Martin Loučka (2021).

Ani tato práce nemůže zmíněný komplexní problém vyřešit; popisem toho, čím mohou sociální pracovníci umírajícím a jejich rodinám ulehčit těžkou životní situaci, bych však chtěla podpořit význam a důležitost sociální práce v péči o umírající.

Téma této práce volně navazuje na téma mé předchozí absolventské práce, kde jsem se věnovala osobnímu postoji ke smrti u pracovníků doprovázejících umírající. Nyní jsem se zaměřila na roli a přínos sociálního pracovníka v péči o umírající. Sociální práce v oblasti paliativní péče mě začala více zajímat nejen díky studiu oboru Charitativní a sociální práce a absolvovaným praxím, ale i na základě svých zkušeností s úmrtími v mém okolí.

Uvědomila jsem si, že pozice a náplň práce sociálního pracovníka se v různých typech zařízení liší. Proto jsem se rozhodla zkoumat jaké činnosti sociální pracovníci v péči o umírající vykonávají, kolik času jim zabírají administrativní činnosti, jak často jsou v přímém kontaktu s umírajícími, jestli se věnují pozůstalým, či zda jsou členy multidisciplinárního týmu.

Snažila jsem se také popsat přínos sociálního pracovníka v péči o umírající a pozůstalé. Přesto, že se v poslední době stále více mluví o potřebě doprovázení a vnímání biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb umírajících, není tato služba mnoha umírajícím dopřána (bez ohledu na koronavirovou pandemii) třeba právě proto, že umírají v zařízení, kde má sociální pracovník na starosti mnoho desítek klientů. Avšak jak apeluje Kabelka (2017, s. 285) *“umožnění osobního doprovázení, v co nejkomfortnějších podmínkách, je pak zásadním prvkem lidskosti, ale i profesionality v těchto situacích”*.

Cílem této práce je, popsat roli sociálního pracovníka v multidisciplinárních týmech, jeho náplň práce a přínos v doprovázení umírajících a pozůstalých v různých typech zařízení. Hlavní výzkumná otázka zní: *Jak se daří sociálním pracovníkům v péči o umírající skloubit potřebnou administrativu s přímou péčí a doprovázením?*

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a empirické. V první části čerpám především z odborné literatury, zveřejněných výzkumů a tematicky zaměřených internetových stránek. Zaměřuji se nejprve na sociální práci v péči o umírající, potřeby umírajících, specifika umírání v různých prostředích a rizika sociální práce v péči o umírající. V dalších kapitolách se věnuji roli sociálního pracovníka a náplni práce. V závěru teoretické části poukazuji na to, v čem spočívá přínos sociálního pracovníka v péči o umírající.

V druhé části se zabývám metodikou výzkumného šetření a popisuji vlastní výzkum. V jednotlivých podkapitolách se věnuji etickým zásadám, dále představuji cíl, hlavní výzkumnou otázku, soubor výzkumných otázek, sběr dat, charakteristiku respondentů a analýzu dat. V závěru jsou popsány výsledky a vyhodnocena získaná data.

Pro svou práci jsem zvolila kvalitativní metodu výzkumu. Data jsem získala pomocí dotazníku, který obsahoval jak uzavřené, tak polouzavřené a otevřené otázky.

V rámci této práce uvažuji o sociálních pracovnících jako o těch, kdo vykonávají sociální práci jakou svou profesí. Pominu skutečnost, že sociální práce může být také akademický obor či vědecká disciplína (Mátel, 2019, s. 23). Ve své práci označuji umírajícího člověka jak termínem pacient (používáno ve zdravotnictví), tak klient (pojem ze sociální oblasti), protože péče o umírající je multidisciplinární obor a uskutečňuje se jak ve zdravotnických zařízeních, tak v sociálních službách. V obou případech tím však zároveň myslím i ženský rod “pacientka” či “klientka”. Stejně tak když používám obecně zavedený pojem “sociální pracovník”, myslím zároveň i “sociální pracovníci”.

Svou práci bych chtěla popsat činnosti sociálního pracovníka v péči o umírající a přispět tak k jasnějšímu vymezení jejich pozice v rámci paliativní péče.



# 1 Sociální práce v péči o umírající

## 1.1 Definice sociální práce

Pojem sociální práce je velmi široký. Andrej Mátel (2019, s. 7) rozlišuje v úvodu své knihy Sociální práce I (2019) tři základní složky sociální práce:

- profese vykonávaná sociálními pracovníky
- akademická disciplína
- vědní obor

Dále vysvětluje, že se nejedná o tři samostatné oblasti, ale spíš o jeden celek, podobně jako kořeny, kmen a koruna tvoří dohromady jeden strom. V jeho pojetí je korunou profese, která však vyrůstá z kmene (vzdělání) a celý strom má své kořeny (vědu), které jsou nejméně viditelné, ale bez které by kmen a koruna nemohli existovat.

Pavel Mühlpachr (2004) považuje sociální práci za “soubor činností, jejichž účelem je přímé a na člověka, nebo jeho rodinu bezprostředně působící úsilí k zachování celistvosti člověka, tj. úsilí o zachování jeho vztahu ke společnosti, k nejbližšímu prostředí, ke vzdělání, k práci apod.” (Mühlpachr, 2004, s. 28). Dále popisuje sociální práci v užším a širším pojetí. Zatímco v užším slova smyslu jde o přímý kontakt sociálního pracovníka s klientem nebo skupinou s cílem působit na změnu postojů či sociální situace klientů, v širším pojetí jde i o administrativní úkony - zajištění sociálních dávek či spolupráce s dalšími odborníky či institucemi.

Oldřich Matoušek ve své knize Metody a řízení sociální práce (2013) odkazuje ke své dřívější publikaci Základy sociální práce z roku 2001, kde byla sociální práce definována takto: “Sociální práce je společenskovední disciplínou i oblastí praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (...). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života.” (Matoušek, 2013, s. 11) V této definici bych ráda vyzdvihla zejména poslední větu, která se dotýká smyslu činnosti sociálních pracovníků v péči o umírající.

O sociální práci jako umění jednat s lidmi a potřebnosti odborných i praktických zkušeností píše Mühlpachr (2004, s. 30): „*Umění zacházet s člověkem vyžaduje nejen znalost praktických metod, ale i přirozený takt a etický zájem, citlivost, upřímnost, ušlechtilost a lidskost vůbec, neboť jde o umění zacházet s osobností člověka, který je nějak ve společnosti znevýhodněn, handicapován.*” I umírající člověk je znevýhodněn na jedné či více rovinách a je třeba, aby sociální pracovník s tímto vědomím ke klientovi přistupoval.

## 1.2 Etické principy

Etické zásady jsou zcela jednoznačně nedílnou součástí sociální práce, a proto jsou také ukotveny v mezinárodních a národních kodexech. Některé organizace mají vlastní etický kodex.

V Mezinárodním etickém kodexu sociální práce, který byl přijat valným shromážděním IFSW (Mezinárodní federace sociálních pracovníků) v Adelaide (Austrálie 29. 9. - 1. 10. 2004) se v úvodu píše: *“Etické uvědomění je nutnou součástí odborné praxe sociálních pracovníků. Schopnost a oddanost etickému jednání je základním aspektem kvality služby nabízené uživatelům služeb sociální práce.”* (Fischer, Milfait, 2008, s. 196). Z tohoto dokumentu vychází i Etický kodex sociálních pracovníků České republiky, který byl schválen plénem Společnosti sociálních pracovníků a nabyl účinnosti 20. 5. 2006.

V roce 2018 přijala Mezinárodní federace sociálních pracovníků v irském Dublinu Globální prohlášení o etických zásadách sociální práce. Toto prohlášení obsahuje devět bodů a věnuje se například respektu přirozené důstojnosti všech lidí, etickému využívání technologií a sociálních médií či profesionální integritě sociálních pracovníků.

Matoušek předkládá ve své knize *Metody a řízení sociální práce* (2013, s. 36-39) hodnotové principy a předpoklady sociální práce od různých autorů (Biestek, Butrymová, Gordon, Clark). V době, kdy se začala rozvíjet etika sociální práce (50. léta 20. století) se jednalo o principy, jimiž se má sociální pracovník řídit při práci s klientem, který přišel sám od sebe řešit své problémy. Tyto principy vycházely z kategorického imperativu úcty k člověku.

Ráda bych zde vyzdvihla sedm principů efektivní sociální práce amerického katolického kněze Felixe Biesteka z roku 1957. Jsou totiž stále platné a dobře aplikovatelné mimo jiné také v sociální práci zaměřující se na péči o umírající:

1. *“Individualizace - uznání vlastní jedinečné kvality osobnosti klienta a z toho vyplývající individuální přístup bez stereotypů a předsudků.*
2. *Vyjádřování pocitů - uznání klientovy potřeby volně vyjádřit svoje pocity, včetně negativních.*
3. *Empatie - snažit se o vcítění do pocitů a situace klienta.*
4. *Akceptace - vnímat klienta takového, jaký je, včetně jeho slabostí a silných stránek, podporovat u klienta vědomí jeho vnitřní důstojnosti a hodnoty.*
5. *Nehodnotící postoj, nemoralizování - nepřipisovat klientovi vinu. Sociální pracovník však může hodnotit klientovy postoje nebo jeho jednání, pokud to považuje za vhodné z hlediska práce s klientem - tj. nehodnotící osobnost klienta, ale jeho jednání, postoje apod.*
6. *Sebeurčení - respektovat klientovo právo a potřebu svobodně se rozhodovat a vybírat si mezi možnostmi. Biestek zdůrazňuje, že klientovo právo na sebeurčení je limitováno úrovní klientovy schopnosti se pozitivně a konstruktivně rozhodovat, právními předpisy, obecně platnou morálkou (příp. charakterem organizace, která poskytuje služby).*
7. *Diskrétnost (důvěrnost sdělení) - zachování důvěrných informací o klientovi. Diskrétnost je nejen základním právem klienta a etickým závazkem sociálního pracovníka, ale i základem efektivní práce s klientem. Toto klientovo právo však není absolutní. Limitem je odpovědnost sociálního pracovníka k sobě, zaměstnavateli a společnosti a také práva ostatních klientů. Uvolnění diskrétních informací by však měl sociální pracovník s klientem vždy prodiskutovat.” (Matoušek, 2013, s. 37)*

Matoušek (2013, s. 42) upozorňuje i na názory některých autorů, které se týkají přeceňování významu etických kodexů. Jednou z relevantních výtek je například fakt, že některé aspekty sociální práce je obtížné vyjádřit určitým pravidlem (empatii, kultivovanost apod.). Etický kodex také nenabízí jednoduchý návod, jak se má sociální pracovník zachovat v konkrétních eticky sporných situacích ani negarantuje etické chování. Jde spíše o vyjádření základních hodnot sociální práce. Přesto je etika naprosto nepostradatelnou součástí sociální práce (Mátel, 2019, s. 46).

### 1.3 Paliativní péče

Paliativní péče je komplexní přístup k pacientovi, jehož onemocnění se již nedá vyléčit. „*Paliativní péče ctí a chrání život. Umírání a smrt považuje za normální proces, smrt však ani neurychluje, ani neoddaluje. Usiluje o zachování maximální možné kvality života až do smrti.*” (Radbruch, Paine, 2010, s. 14)

Cílem paliativní péče je zmírnit fyzickou i psychickou bolest, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. Interdisciplinární přístup paliativní péče by měl - podle Evropské asociace pro paliativní péči - zahrnout do své péče nejen pacienta ale i jeho rodinu. A právě zde se otvírá široké pole působnosti pro sociální pracovníky: *“Sociálna práca s umierajúcimi je sprevádzanie klienta, jeho rodiny a blízkých, kde vďaka svojim znalostiam a skúsenostiam ma sociálny pracovník čo ponúknuť a môže prispieť k prechodu z pocitu smútku a depresie k vyrovnaníu sa s danou situáciou, k pokojnému prijatiu toho, čo život dáva i berie, k zlepšeniu rodinných vzťahov, k naplneniu posledných dní života naozajstným životom. To znamená, že paliatívna starostlivosť smeruje k zlepšeniu možnej kvality života chorého až do smrti, k zmierneniu jeho utrpenia a bolesti.”* (Odlerová, 2010, s. 188)

Symbolem paliativní péče jsou lůžkové hospice, přestože v nich dochází jen k necelým 3 % úmrtí v ČR, jak vyplývá ze statistik na webovém portále paliativnidata.cz. K většině úmrtí naopak dochází v nemocnicích či léčebnách dlouhodobě nemocných. Proto je třeba myslet také na potřeby těchto lidí, kteří umírají v různých zdravotnických a sociálních zařízeních, případně doma.

„*Paliativní péče*”

- *chápe umírání jako součást lidského života a vychází z toho, že každý člověk závěrečnou část svého života se všemi jejími fyzickými, psychickými, sociálními, duchovními a kulturními aspekty prožívá individuálně,*
- *vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a jejich rodin a respektuje jejich hodnotové priority,*
- *je založena na multiprofesní spolupráci a integruje v sobě lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální a spirituální aspekty,*
- *nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka”*

(Standardy paliativní medicíny, 2013, s. 5)

Jak již bylo výše zmíněno, důležitá součást paliativní péče je i kvalifikovaná podpora rodinných příslušníků, tak aby se účinně zapojili do péče, aby spolu v rámci možností dokázali otevřeně mluvit a později, aby se dokázali smířit s úmrtím svého blízkého. Sociální pracovník by měl (zejména pokud jde o umírání v domácím prostředí) působit v roli koordinátora jednotlivých složek paliativní péče - ať už jde o odlehčovací služby či domácí zdravotní služby, aktivizaci dobrovolníků, zajištění sociálních dávek apod. (Kalvach, 2013, s. 145).

V souladu s mezinárodními doporučeními se rozlišují dvě úrovně poskytování paliativní péče: obecná a specializovaná. Základem obecné paliativní péče je *“včasné rozpoznání nevyléčitelného charakteru onemocnění a identifikace a ovlivňování oblastí, které jsou významné pro kvalitu pacientova života”*. (Standardy, 2013, s. 6) Měli by ji v rámci svých odborností umět poskytnout všichni zdravotníci. Specializovaná paliativní péče je zaměřená na komplexní multiprofesionální podporu pacienta a jeho rodinu. Provádí ji tým speciálně vzdělaných a zkušených odborníků.

V paliativní medicíně se také můžeme setkat s mnoha etickými dilematy. Mezi nejviditelnější patří tzv. zadržaná smrt neboli dystanazie a na druhé straně tzv. milosrdná smrt neboli eutanazie. Při dystanazii jde o to, že nemocný by už přirozeným způsobem zemřel, nebýt problematických medicínských zásahů. Zdá se, že eutanazie představuje jednoduché řešení, jak zabránit dystanazii, avšak tato problematika je samozřejmě mnohem složitější (Vorlíček, 2004, s. 423-424). Nebudu zde zabíhat do podrobností, ale vzhledem k tomu, že nebezpečí zneužití eutanazie není zrovna malé (i v zemích, kde je uzákoněna - např. Holandsko), souhlasím s názorem, že je u nás spíše potřeba rozvíjet kvalitní a komplexní paliativní péči, která “nejen” tiší bolest, ale věnuje se i psychickým, duševním či duchovním potřebám umírajících.

#### **1.4 Potřeby umírajících**

Potřeby a přání umírajících jsou v konceptu paliativní péče jednoznačně na prvním místě. Angelika Feichtner upozorňuje, že tato přání se mohou rychle měnit a pečující i doprovázející pracovníci by na to měli být připraveni: *“Pacienti a pacientky paliativní péče se nachází v existenčně ohrožující situaci a vzhledem k často velmi omezené době života se můžou jejich potřeby a přání rychle měnit. To vyžaduje nejen vysokou sensibilitu na straně pečujících, nýbrž také hodně flexibility a ochoty klást potřeby nemocných důsledně do středu pozornosti veškerých snah. K důležitým charakteristikám paliativní péče patří respekt před právem*

*pacientů a pacientek na sebeurčení, bezpodmínečný ohled na důstojnost a individualitu toho konkrétního člověka a integrace rodinných příslušníků do procesu péče.*“ (Feichtner, 2018, s. 16)

Doprovázející, ať už se jedná o sociálního pracovníka, psychologa nebo duchovního, by měl reflektovat aktuální situaci umírajícího. Haškovcová (2007, s. 86) píše: *„Každý člověk v každé, tedy i beznadějně situaci doufá a věří, že bude lépe. Někteří i navzdory racionální akceptaci procesu umírání věří v zázrak a v překvapivý příznivý zvrat svého zdravotního stavu, nebo dokonce věří ve vyléčení. Jiní asociují pojem lépe s osvobozením od útrap a přicházející smrt přijímají s úlevou.*“ Doprovázející by si měl být vědom jedinečnosti konce každého lidského života a podle toho k umírajícímu přistupovat. Pacient někdy prožívá strach ze smrti, který může být primárním zdrojem úzkosti. Může také pociťovat strach a obavy z nejasné budoucnosti či osamocení na konci života. Bohužel je právě v dnešní době pandemie mnoho lidí, kteří umírají sami a opuštěni, ať už v nemocnicích nebo v různých typech zařízení pro seniory. A přitom: *„Lidé potřebují, aby neumírali sami, klidná, starostlivá přítomnost jiného člověka může v mnoha případech utišit mučivou úzkost umírajícího.*“ (Byock, 2013, s. 13)

Haškovcová (2007, s. 162-163) uvádí, podle jakých kritérií je možné hodnotit kvalitu života umírajícího. Jde o to, jak vnímá svůj stav pacient:

1. *“Sebepřijetí - kde dominuje srozumění s vlastní minulostí*
2. *Pozitivní vztahy - tedy s těmi, kteří umírajícího s osobní účastí doprovázejí*
3. *Autonomie - právo na názor i v obtížné situaci nemoci*
4. *Zvládání životního prostředí - v redukované formě, tedy mít přehled a cítit se bezpečně v aktuálně sdíleném prostoru*
5. *Smysl života - rekapitulace dosavadního života a hodnocení jeho pozitivních i negativních stránek a naděje, že ještě něco pozitivního přijde*
6. *Osobní rozvoj - završení života nebo jako poslední úsek osobnostního zrání”*

Podle tzv. holistického přístupu, který se dívá na člověka komplexně, patří mezi potřeby každého člověka, i umírajícího, potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální.

## **Biologické potřeby**

Mezi biologické potřeby patří např. přijímání potravy, vyprazdňování, polohování (prevence vzniku proleženin), hygiena, ale také tlumení bolesti. V tomto případě jde především o zajištění zdravotní a ošetrovatelské péče o tělo nemocného nebo umírajícího člověka. Na zajištění biologických potřeb se podílí především ošetrovatelky, zdravotní sestry a lékaři. V případě domácího prostředí také rodinní pečující.

## **Psychologické potřeby**

Umírající je jedinečný člověk se svým vlastním a neopakovatelným posláním. Je vhodné nabídnout umírajícímu možnost rozhovoru, popovídat si o tom, co prožívá, co ho trápí, z čeho má strach. „*Ve světě iluzí, ve světě snů a prázdnoty je láska zdrojem pravdy*” (Kübler-Rossová, 2013, s. 38). V rozhovoru s umírajícím je důležité být autentický a respektovat jeho důstojnost. Tyto zásady otevírají dveře k navázání důvěry a mohou vést k hlubšímu rozhovoru. Podstatné je však také zajištění vhodných podmínek pro rozhovor - např. klidné nerušené prostředí, bez přítomnosti dalších pacientů či personálu apod. Toho však může být složité dosáhnout jak v nemocnici, tak v jiných zařízeních.

## **Sociální potřeby**

Socializace - navazování vztahů - probíhá od raného věku nejprve v rodině, pak ve škole a následně v zaměstnání. Aby se člověk mohl rozvíjet a růst, potřebuje společenství. Společenství lidí je tvořeno vztahy a vazbami. Díky rodině a blízkým lidem se nemocný a umírající nemusí cítit sám a opuštěný. Může se stát, že se umírající i jeho nejbližší, kteří o něj dlouhodobě pečují, dostanou do sociální izolace. Lidé často neví, jak s umírajícím či jeho blízkými mluvit, a tak se jim raději vyhýbají. Pacient většinou nechce ztratit kontakt se svými blízkými, a proto pro něj mohou být důležité návštěvy a udržování vztahů i v této těžké životní situaci. V dnešní složité pandemické době se začaly masivněji využívat nové technologie. Možnosti návštěv jsou velmi omezené, ale prostřednictvím mobilu, tabletu nebo počítače je možné komunikovat i na dálku, bez rizika nákazy. Tato komunikace se však odehrává ve virtuálním světě a má svá specifika a omezení - nemůžeme vzít umírajícího za ruku ani ho pohladit po tváři.

## **Spirituální potřeby**

Touhu po uspokojení duchovních potřeb má každý člověk bez ohledu na náboženské vyznání. Člověk, který je zasažen vážnou nemocí, si v průběhu těžkého období klade otázky po smyslu života obecně i po smyslu života vlastního. „*Každý člověk v takové situaci potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno, a má potřebu i sám odpouštět. Stejně tak potřebuje každý člověk vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl*” (Svatošová, 2008, s. 21). A jak zastával a svým příkladem názorně ukazoval V. E. Frankl, život má smysl v každé situaci. Pokud se doprovázející necítí být dostatečně kompetentní k odpovídání nemocnému na existenciální a duchovní otázky, může nemocnému nabídnout rozhovor s duchovním. „*Být tu pro druhého i v situaci, kdy nelze s jeho zdravotním stavem, vírou a rozpoložením nic udělat, je důležitá pomoc.*” (Opatrný, 2017, s. 117). Ve větších nemocnicích je zpravidla zavedena pozice nemocničních kaplanů, kteří se mohou nemocnému či umírajícímu pacientovi věnovat.

### **1.5 Specifika umírání v různých prostředích**

V této kapitole se budu věnovat problematice umírání podle toho, v jakém prostředí k úmrtí dochází. Existuje velký nepoměr mezi tím, co si lidé přejí (umřít doma) a tím, kde většina nakonec umře (zdravotnické lůžkové zařízení). Všem umírajícím by se nicméně mělo dostat kvalitní paliativní péče. Bez ohledu na to, jestli jsou doma, v domově pro seniory nebo v nemocnici. K tomuto cíli vede ještě poměrně dlouhá cesta, částečně se to však již daří. Různá prostředí však kladou i rozdílné požadavky na činnost sociálních pracovníků.

#### **1.5.1 Umírání v domácím prostředí**

Umírání v domácím prostředí bylo v minulosti naprosto přirozené. Rodina pokládala za svou povinnost se o svého blízkého postarat až do smrti právě doma; jiná možnost většinou ani nebyla. Po úmrtí se se zemřelým rozloučili nejbližší příbuzní, tělo zemřelého bylo umyto a oblečeno a následně se se zemřelým přišli rozloučit sousedé, známí, přátelé a někdy i lidé z celé vesnice. Jak uvádí Vorlíček (2004, s. 438) „*nezanedbatelný význam měl ritualizovaný scénář umírání*”, kdy každý znal svou roli a věděl, co má v danou chvíli dělat. Stejně tak znal umírající možné formy pomoci, protože to sám dříve zažil při umírání jiných členů rodiny. Dnes jsme většinou tváří v tvář umírání našich blízkých zcela bezradní, bez jakýchkoliv předchozích zkušeností. A zřejmě i to je jeden z důvodů, proč péči o umírající tak často přenecháváme institucím.



Avšak i dnes je umírání v domácím prostředí možné. „*Domácí péče musí zajišťovat všemnu potřebnou ošetrovatelskou péči a dát pacientovi a jeho blízkým jistotu, že ani při náhlém zhoršení zdravotního stavu, vzrůstu obtíží či krizi nezůstane osamocen, případně odkázán jen na bezmocné členy rodiny.*“ (Opatrný, 2017, s. 141) Tuto podporu dávají pečujícím především domácí hospice, které zajišťují mobilní specializovanou paliativní péči (dále jen MSPP). Podle adresáře webového portálu umirani.cz je nyní v České republice více než 70 organizací, které tuto péči poskytují. Mezi kritéria pro MSPP patří kromě nepřetržité dostupnosti, také například multidisciplinární tým včetně nezdravotnických profesí.

MSPP v současné době zajišťují už i některé charity (církevní právnické osoby). Centrum paliativní péče například v letech 2018 - 2019 provedlo pilotní projekt se čtyřmi charitními středisky. V rámci tohoto projektu šlo zejména o pomoc při nastavení dobrého systému fungování a také sdílení dobré praxe s ostatními charitními organizacemi tak, aby se charitní domácí hospicová péče mohla dále šířit a rozvíjet.

Na druhou stranu umírat doma nemusí být vždy přáním umírajícího. Kateřina Černá Grofová v rozhovoru s Martinem Veselovským (Černá Grofová, 2019) uvádí, že ve snaze udělat za každou cenu to nejlepší pro svého blízkého, se chytáme svých vlastních představ. Zmiňuje, že ve společnosti panuje rozšířený názor, že všichni chtějí umírat doma, obklopeni rodinou. Ale ono to tak není vždycky. Každý z nás je jiný. Někdy je snaha rodiny léčit umírajícího do poslední chvíle, ale kolikrát to ani není přání toho člověka.

Převažující přání umřít doma je však podloženo mnoha výzkumy, takže se nejedná o nějakou mylnou představu. Např. z výzkumu Cesty domů a agentury STEM/MARK z roku 2013 vyplývá, že by pro většinu populace bylo nejpříjemnější umírat v domácím prostředí (78 %).

Reálně však velká část populace (68 %) umírá ve zdravotnických zařízeních (paliativnidata.cz, Východiska pro analýzu paliativní péče v ČR [online]).

Kateřina Černá Grofová (2019) ale zřejmě chtěla upozornit na to, že při doprovázení umírajících je důležité respektovat jejich přání a potřeby, a nesnažit se je přesvědčit o svém konceptu či představě o umírání.

A právě v tom tkví jeden z důležitých úkolů sociálního pracovníka - vést s umírajícím rozhovor o možnostech a cílech péče na konci života. Sociální práce v mobilním hospici je specifická velmi krátkým časovým horizontem. Klientům zpravidla zbývá už jen několik dní či týdnů. Není zde prostor pro vytváření střednědobých ani dlouhodobých plánů. Je potřeba se

ptát, jak umírající o nemoci uvažuje, co je pro něj důležité, co je už v tuto chvíli nepodstatné, jaké jsou vztahy v rodině, kde by si přál umřít, jestli má nějaká další přání, apod.

### 1.5.2 Umírání v lůžkovém hospici

Pokud domácí péče nestačí nebo (už) není možná (např. pečující příbuzný má sám zdravotní problémy, péči nezvládá apod.) je jednou z možností přesun umírajícího do lůžkového hospice (nestátní zdravotnické zařízení). Lůžkový hospic je velmi dobrou alternativou k nemocnici. Umírajícím nabízí léčbu jako v nemocnici, dává jim ale také něco navíc. Myšlenka hospice totiž vychází z úcty k člověku, respektuje jeho priority a přání a snaží se postarat o pacientovy potřeby nejen zdravotního rázu. V hospici je poskytována odborná zdravotní i ošetrovatelská péče, ale i další služby. Je zde kladen velký důraz na komplexní péči o umírající. Znamená to, že jsou plně respektovány nejen biologické, ale i psychické, sociální a spirituální potřeby umírajícího. Pacient zde může strávit jen několik dní, v jiném případě se může jednat o mnoho týdnů či několik měsíců. Rozdíl oproti nemocnici je například i v tom, že u nemocného může být jeho rodina bez ohledu na návštěvní hodiny, případně může být příbuzný s umírajícím v pokoji i ubytovaný. Po smrti umírajícího pak hospic nabízí poradenství pro pozůstalé, a pokud o to projeví zájem, provází je obdobím truchlení. Nezanedbatelný vliv na psychiku pacienta může mít na rozdíl od nemocnice i příjemné prostředí hospice a celková atmosféra, která v hospici díky pečlivě vybraným a školeným pracovníkům panuje.

*„V hospici jde o doprovázení smrtelně nemocného a jeho blízkých těžkým úsekem života. Hospic poskytuje pacientovi paliativní, především symptomatickou léčbu (...). Neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení, ale slibuje léčitelnost.*

*Pacient v hospici ví, že:*

- *nebude trpět nesnesitelnou bolestí,*
- *za všech okolností bude respektována jeho lidská důstojnost,*
- *v posledních chvílích života nezůstane osamocen.*

*V hospici tedy nejde o prodlužování života, ale o jeho slušnou kvalitu až do konce.”*  
(Vorlíček, 2004, s. 511)

Vysokoškolsky vzdělaní, věřící a lidé se zkušeností s péčí o umírajícího by podle výzkumu z roku 2013 (umirani.cz, s. 20 [online]) dali přednost hospicové péči před jinou institucí, jako je například nemocnice nebo léčebna dlouhodobě nemocných.

Sociální práce v hospici se metodicky řídí doporučeními Ministerstva práce a sociální věcí. Sociální pracovník přijímá klienta do péče na základě písemné žádosti, provede vstupní sociální šetření, seznámí klienta s možnostmi péče, může pomoci s žádostí o příspěvek na péči a představí nabídku služeb lůžkového hospice. Sociální pracovník by měl také zjistit klientovy představy o konci života, co upřednostňuje a co už pro něj není tak důležité. Na základě těchto informací sestaví plán péče. Pokud jsou některé potřeby klienta nad rámec kompetencí sociálního pracovníka, zprostředkuje konzultaci s jiným členem multidisciplinárního týmu nebo s externím spolupracujícím odborníkem.

### **1.5.3 Umírání v nemocnici**

Od poloviny 20. století se umírání v nemocnici stalo běžnou záležitostí. Nejprve se předpokládalo, že umírající potřebuje k umírání nerušený klid. Tento předpoklad symbolizovala bílá plenta, která měla klid symbolizovat a do určité míry i zajišťovat. A tak se stalo, že moderní člověk umírá osamocen, obklopen bílou zástěnou a v péči profesionálních zdravotníků, kteří jsou pro něj, stejně jako on pro ně, cizí lidé (Haškovcová, 2007, s. 31). V 60. letech 20. století bylo sice prokázáno, že separace umírajících je neopodstatněná a přináší umírajícím výrazný pocit samoty a opuštění (Vorlíček, 2004, s. 439), v praxi se to však v nemocnicích mění jen pozvolna. A jak ukazuje současná pandemie, v dobách krize se může stát, že pacienti opět umírají zcela osamoceni, jen s velmi omezenou možností návštěv svých blízkých.

I v době pandemie existuje poměrně široká nabídka léčebných možností, jež pomáhají těm, které by v minulosti čekalo utrpení a brzká smrt. Z tohoto pohledu je systém zdravotních služeb u nás velmi dobře nastavený. Avšak v případě, kdy je pacient hospitalizován dlouhodobě a zásahy akutní medicíny (už) nepotřebuje, se stává, že je zdravotníky přehlížen. Z vlastní zkušenosti vím, že je to zejména kvůli přetíženosti zdravotního personálu v nemocnicích. I přes veškerou snahu je těžké najít si pro nemocné a umírající čas a vyslechnout jejich potřeby a přání. Na zajištění duševních a duchovních potřeb pacientů a jejich rodinných příslušníků nejsou naše zdravotnické instituce nastaveny. Také sociální či zdravotně sociální pracovník má v nemocnici zpravidla na starosti několik oddělení; stará se o mnoho desítek pacientů najednou. Prioritou je zdravotní stav pacienta. Pokud se pacientův

stavlepší nebo stabilizuje, měla by být hospitalizace ukončena. Mezi úkoly sociálního pracovníka proto patří kromě administrativních činností komunikace s klienty a jejich rodinami, ale i s úřady a poskytovateli návazných služeb.

V některých nemocnicích již existují nemocniční paliativní týmy, které se zaměřují na celostní přístup k lidem se závažným onemocněním. Centrum paliativní péče zveřejnilo 16. 3. 2021 u příležitosti Světového dne sociální práce na svém facebookovém profilu infografiku k roli sociálních pracovníků v paliativních týmech v nemocnici.



Obrázek č. 1 Infografika Centra paliativní péče

Na základě rozhovorů byl vytvořen model šesti kompetencí sociálního pracovníka. Jde o mapování situace, poradenství, empatický přístup, sdílení informací, zajištění psychosociální situace a poskytování podpory. Ze zmíněných rozhovorů také vyplynulo, že není jasně vymezena role sociálního pracovníka a role psychologa, protože musí sociální pracovník neustále obhajovat svou práci v rámci nemocnice. Martin Loučka, ředitel Centra paliativní péče, k tomu v rozhovoru s Marií Bílkovou z 12. 3. 2021 dodává, že role sociálních

pracovníků v paliativních týmech je důležitá zvláště při rozhovorech s pacienty o cílech péče a jejich představách o konci života (Loučka, 2021 [online])

Institucionální model umírání (nejčastěji v nemocnicích) trvá příliš dlouho (mnoho desetiletí), takže už lidé v současné době neví, jak se mají u lůžka umírajícího člena rodiny chovat a co mají “říkat”. U mnohých z nich převažuje nejistota a úzkost a pro jistotu nechají svého blízkého odvézt do nemocnice, kde však mnohdy pacient během několika dní umírá. Přestože institucionální péče jistě přinesla mnoho dobrého, v péči o umírající by potřebovala reformu či transformaci. Umírání není možné vrátit zpět do rodin. Mnoho rodin k tomu nemá potřebné dovednosti, znalosti, odbornou podporu ani podmínky. Zdá se, že nejlepší by byl systém, který by dokázal zkombinovat pozitiva domácího i institucionálního způsobu umírání. Pokud tedy zůstane umírající v nemocnici, je potřeba přizvat rodinu. V případě, že bude chtít umírající zůstat doma v péči svých nejbližších, měli by naopak rodině pomoci odborníci (Vorlíček, s. 439-440).

#### **1.5.4 Umírání v domovech pro seniory**

Podle Lenky Dražilové (2016, s. 144) je úroveň paliativní péče v pobytovém zařízení určeném pro seniory měřítkem jeho skutečné úrovně služeb.

Do roku 2006 u nás existovaly tři typy pobytových služeb pro seniory: domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou a penzióny pro důchodce. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. zahrnul tyto tři typy služeb do kategorie domov pro seniory (Matoušek, 2007b, s. 89). Tato kategorie je jako sociální služba určena pro osoby, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu pokročilého věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Domovy pro seniory poskytují svým klientům široké spektrum služeb od zajištění ubytování a stravy, přes pomoc se sebeobsluhou a hygienou až po socioterapeutické činnosti nebo zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Důležitou součástí poskytovaných služeb je také zajištění zdravotní péče. Jedná se zejména o ošetřovatelskou a rehabilitační péči podle § 36, zákona 108/2006 Sb. *“Domovy pro seniory mají být koncipovány jako součást systému dlouhodobé zdravotně-sociální péče. Mají přispívat k zachování a rozvíjení kvality života seniorů, k jejich soběstačnosti, autonomii a začlenění do života společnosti”* (Janečková, 2013, s. 434). Kvalitní domov pro seniory by měl být schopen poskytovat i hospicovou péči (Janečková, 2013, s. 436). Zdá se být naprosto logické, že v dlouhodobé péči o seniory s chronickými nemocemi by měly být zdravotní a sociální služby propojeny. Ovšem Hana Janečková uvádí *“ekonomické a funkční propojení*

*(...) obou segmentů dlouhodobé péče však není v ČR dosud systémově řešeno (...). Část potenciálních uživatelů služeb domovů pro seniory se nachází ve zdravotnických zařízeních, tj. v léčebnách dlouhodobě nemocných nebo v nemocnicích na odděleních následné péče” (Janečková, 2013, s. 436).*

V současném vyspělém světě nabývá oblast zdravotně - sociální dlouhodobé péče (LTC - long-term-care) na významu. *„Jde o péči, která se odklání od čistě biomedicínského modelu péče o nemocného člověka a respektuje sociální důsledky chronického onemocnění (...). Dlouhodobá péče se nachází na hranici mezi zdravotní a sociální péčí a je obvykle poskytována osobám s tělesným či duševním postižením, oslabeným (křehkým) starým lidem a dalším skupinám, které potřebují vedle zdravotní péče také pomoc při každodenních činnostech” (Janečková, 2013, s. 372).*

Zdravotní stav seniorů, kteří jsou v současnosti do pobytových zařízení sociální péče přijímáni, bývá obvykle velmi těžký (Dražilová, 2016, s. 144). Jejich pobyt trvá zpravidla jen několik měsíců, než dojde k úmrtí. Zaměstnanci byli zvyklí pomáhat seniorům v dobrém a kvalitním životě, zprostředkovávat jim společenské či kulturní akce, terapie a jiné aktivity. Když se zdravotní stav seniora začne zhoršovat a blíží se smrti, jsou mnohdy zaskočení, protože neví, jak s člověkem na konci života zacházet ani jak mluvit s jeho příbuznými. I to může být důvod, proč většinou nakonec dojde k převozu do nemocnice, kde senior za několik hodin či dní umírá.

Sociální pobytová zařízení pro seniory sice nemají tolik zdravotních sester jako zdravotní zařízení, mají však více pracovníků v přímé péči (pečovatelky), sociální pedagogy a odborné sociální pracovníky.

Janečková (2013, s. 437) uvádí, jaké může mít sociální práce v domovech pro seniory podoby:

- *“sociálně administrativní činnosti (dokumentace, evidence, smlouvy, administrace peněz, statistické vykazování apod.);*
- *přímá práce s klienty, případová SP - proces přijímání klienta, plánování přechodu, adaptační proces, hodnocení spokojenosti a kvality poskytovaných služeb;*
- *metodické vedení pracovníků v přímé péči v průběhu individuálního plánování a při řešení osobních problémů klientů, interní případová a týmová supervize;*

- *plánování a realizace programů aktivit, účast na animaci domova pro seniory, vytváření společenství.*”

O psychosociální podpoře a doprovázení v době umírání či práci s rodinou umírajícího seniora se tu výslovně nepíše. Uživatelé totiž neodcházejí do domovů pro seniory primárně umřít, tak jak je to zpravidla u lůžkových hospiců, kde si je pacient (i jeho rodina) vědom svého závažného stavu.

Pechová a Kosová (2019, s. 175) uvádí, že v domovech pro seniory, kde je více sociálních pracovníků, mohou mít činnosti rozdělené. Někdo se věnuje metodice a administrativním úkonům, jiný tzv. přímé péči. Roli sociálního pracovníka v domově pro seniory, který se věnuje přímé péči s klienty, pak popisují takto: *“Je průvodcem klienta a jeho rodiny od doby před nástupem do zařízení po ukončení pobytu klienta v domově, často jeho činnost pokračuje i po úmrtí klienta, kdy zde je pro rodinu.”*

## **1.6 Rizika sociální práce v péči o umírající**

Andrea Odlerová (2010, s. 189) poukazuje na to, že sociální pracovníky často trápí otázka jejich role v multidisciplinárním týmu; jejich zahlcení administrativou bez pravidelného kontaktu s klienty či nemožnost dalšího vzdělávání. Za rizika spojená se sociální prací s umírajícími považuje tedy:

- *“Význam a postavenie sociálnej práce s umierajúcimi v porovnaní s ďalšími profesiami v zariadení. Každý odborník vykonáva svoju prácu, avšak popri tom sa navzájom dopĺňajú, čím vytvárajú kvalitný odborný tím. Sociálny pracovník vykonáva profesionálnu prácu vo vzťahu k ľuďom, ktorý potrebujú pomoc no často krát narážame na to, že význam a postavenie sociálnej práce v porovnaní s ďalšími profesiami v zariadení je podceňovaný.*
- *Medzi ďalšie riziko môžem zaradiť neujasnenú náplň práce sociálneho pracovníka. Funkcia a postavenie sociálneho pracovníka v tíme nie je vždy jasne vymedzená a ohraničená, niekedy sa sociálny pracovníci/sociálne pracovníčky zaoberajú viac menej administratívou.*
- *V profesnej rovine je to rozvoj ďalšieho vzdelávania a získanie zručností.”* (tamtéž)

Na nejasnou roli a nízkou prestiž sociálních pracovníků v nemocničních paliativních týmech upozorňuje i o 11 let později ředitel Centra paliativní péče Martin Loučka. Ačkoli je sám vystudovaný psycholog, považuje sociální pracovníky v paliativních týmech za důležitější než psychology, protože jsou schopni vést důležité rozhovory o cílech péče. Povzbuzuje sociální pracovníky k tomu, aby upozorňovali na přínos, který mohou v rámci paliativních týmů poskytnout ať už ostatním členům týmu či umírajícímu a jeho blízkým.

Kromě výše uvedených rizik bych ráda zmínila všeobecně známé **riziko syndromu vyhoření**, které může negativně ovlivnit přímou práci sociálního pracovníka s umírajícím. Karel Kopřiva uvádí ve své známé knize Lidský vztah jako součást profese (2006, s. 19) **riziko obětování se pro klienty**, které může být typické pro začínající nadšené pracovníky. Pracovník poskytuje klientovi mnoho péče a pozornosti a nedbá při tom na sebe a své potřeby. Z dlouhodobého hlediska to může vést k výše zmíněnému syndromu vyhoření.

Za méně časté riziko sociální práce s umírajícími považují **riziko rutinního přístupu ke klientům**, které způsobuje nedostatečnou ochotou naslouchat konkrétnímu příběhu a vnímat skutečné potřeby umírajícího a jeho blízkých. Může se to projevovat uplatňováním šablonovitých řešení a málo individualizovanou podporou. Nemusí jít nutně o projev syndromu vyhoření; může se jednat o únavu po mnoha odpracovaných letech v rámci této profese.



## 2 Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu

### 2.1 Sociální pracovník

Jak uvádí Matoušek (2013, s. 44) *“sociální pracovník se pohybuje v rámci práv a povinností definovaných právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy. Institucionální rámec je důležitý, protože sociální pracovník zasahuje do života klientů a je potřeba, aby jeho právo zasahovat bylo legitimní. Odhaluje také detaily ze života klientů - proto jsou důležitá pravidla, která zajišťují klientům ochranu.”*

Kvalifikační předpoklady pro povolání sociálního pracovníka upravuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (§ 110 odst. 4). Jde buď o vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání zaměřené na vybrané obory, které jsou v tomto paragrafu vyjmenovány.

V některých zemích nestačí k výkonu povolání sociální práce ukončené studium. Mezi další podmínky může patřit například několik let praxe, bezúhonnost, zdravotní způsobilost nebo supervize.

#### 2.1.1 Osobnostní předpoklady

Povolání sociálního pracovníka je náročné, a podobně jako jiné pomáhající profese, vyžaduje určité osobnostní předpoklady (Mátel, 2019, s. 27):

- komunikační schopnosti
- emocionální vyrovnanost
- empatický přístup a sociální citění
- odolnost vůči zátěži a zvládání krizových situací
- schopnost nadhledu a sebereflexe

Osobnost sociálního pracovníka je důležitým faktorem jak pro navazování vztahů s klienty, tak pro řešení složitých situací, ve kterých se klient nachází. Platí to pro sociální pracovníky obecně, ale pro sociální pracovníky doprovázející umírají v o to větší míře. Navíc bych zde vyzdvihla schopnost být tváří v tvář umírajícímu či pozůstalému autentický a pravdivý, tzv. na nic si nehrát. Platí to i o komunikaci, která by měla být kongruentní. To znamená, že verbální i neverbální složka komunikace je v souladu (Hartl, Hartlová, 2009, s. 265).

### 2.1.2 Kompetence

Kompetentnost představuje smysl pro odpovědnost a profesní samostatnost. Mátel (2019, s. 29) definuje kompetenci jako prokázanou schopnost používat znalosti, dovednosti a další schopnosti v odborném i osobním rozvoji. Od sociálních pracovníků se očekává mnoho sociálních schopností. Patří mezi ně např.:

- komunikační dovednosti - umět naslouchat, vytvářet podmínky pro otevřenou komunikaci, schopnost zahajovat rozhovory na “těžká” témata
- odborná způsobilost - studium, praxe, stáže, další vzdělávání (odborný růst a prevence syndromu vyhoření)
- způsobilost k zachování vlastní integrity
- schopnost přijímat nové poznatky a aplikovat je v praxi (včetně plánování postupů, zlepšování organizace práce)

Jak jsem již uváděla výše, v březnu 2021 zveřejnilo Centrum paliativní péče model šesti nejdůležitějších kompetencí sociálního pracovníka:

- mapování situace (rozhovory o cílech péče)
- poradenství (základní i odborné sociální poradenství)
- empatický přístup
- sdílení informací (v rámci multidisciplinárního týmu)
- zajištění psychosociální situace
- poskytování podpory (lidský vztah jako součást práce s klientem i jeho rodinou)

Stejně důležité jako praktické kompetence jsou i etické kompetence coby “*schopnost jednat v souladu s etickými hodnotami a principy profese*” (Mátel, 2019, s. 30).

## 2.2 Role sociálního pracovníka

V této kapitole se věnuji tomu, co se od sociálního pracovníka očekává; jaké jsou standardy chování, které u sociálních pracovníků předpokládáme. Jedná se především o empatii a autentičnost. Role sociálního pracovníka je utvářena jak očekáváním ostatních, tak i jeho vlastním pojetím role. Jak jsem již zmiňovala, v oblasti paliativní péče je role sociálního

pracovníka z různých důvodů nejasná. V praxi to na jednu stranu znamená velkou volnost pro vymezení pole působnosti konkrétních sociálních pracovníků, na druhou stranu to však často může přinášet napětí v hledání role a pozice, případně i z důvodu nevyjasněných očekávání. (Pechová, Kosová, 2019, s. 174)

Ve Slovníku sociální práce je (Matoušek, 2008, s. 180) role sociálního pracovníka popsána takto: *“Sociální pracovník je (...) konfrontován s komplexními problémy klientů, ve kterých nemůže být emocionálně ani postojově neutrální. Schopnost vcítit se do situace klienta, vnímat skryté stránky klientova problému a podporovat ho v konstruktivních řešeních jsou klíčovými charakteristikami role sociálního pracovníka. Sociální pracovník proto nemůže oddělovat své “civilní” a “profesionální” já. Jeho reakce jsou pro klienta důležitým vodítkem - vždy, když si může být jist, že klientovi neuškodí, měl by být pracovník co nejotevřenější a nejautentičtější. Takové pojetí role sociálního pracovníka je účinným prostředkem toho, aby se klient dokázal orientovat ve svých emocích a postojích.”*

Pavel Mühlpachr (2004, s. 54-55) uvádí sedm možných rolí sociálního pracovníka:

- pečovatel nebo poskytovatel služeb
- zprostředkovatel (sociálních) služeb
- cvičitel (učitel) sociální adaptace
- případový manažer
- manažer pracovní náplně
- personální manažer (personalista)
- administrátor (vedoucí pracovník nebo ředitel)

Také Mátel (2019, s. 31-35) představuje různé role profesionálního sociálního pracovníka. Já zde vybírám ty, které mají souvislost s péčí o umírající:

**Podporovatel** - sociální pracovník pomáhá klientovi k tomu, aby byl schopen zvládat různé zátěžové nebo stresové životní situace. Pomáhá mu najít jeho silné stránky a stanovit cíle, které budou dosažitelné.

**Poradce** - provádí základní nebo odborné sociální poradenství s cílem vyřešit aktuální problém pomocí stávajících zdrojů. Sociální pracovník poskytuje potřebné informace, nabízí pomoc při rozhodování, ale také pomáhá ve formulování budoucích opatření.

**Pečovatel** - do této role zahrnuje Mátel všechny, kdo poskytují druhým nějakou praktickou péči či emocionální podporu; kromě profesionálních sociálních pracovníků dokonce i rodinné (neformální) pečující, kteří pečují o své blízké seniory nebo osoby se zdravotním znevýhodněním. Patří sem tedy i ti, kdo v domácím prostředí pečují o své umírající členy rodiny, kteří jsou závislí na pomoci jiných.

**Terapeut** - je psychosociální pracovník s rozsáhlým výcvikem v některé terapii, který pomáhá klientům překonávat nebo zmírňovat onemocnění nebo jiné problémy.

**Koordinátor** - pomáhá koordinovat různé činnosti, sociální služby, zařízení sociálních služeb apod. ve prospěch klienta. I tuto roli zastává sociální pracovník v péči o umírající.

**Administrativní pracovník** - pomáhá např. při vyplňování formulářů pro zajištění sociálních dávek nebo třeba pro přijetí do lůžkového hospice či jiného zařízení.

Tyto typy rolí jsem také použila v jedné otázce svého dotazníkového šetření. Ptala jsem se sociálních pracovníků, která z vyjmenovaných rolí nejvíce odpovídá jejich náplni práce. Nejspíš se v žádném zařízení nesetkáme s tím, že by sociální pracovník v rámci své profese vykonával jen činnosti odpovídající roli terapeuta nebo třeba administrativního pracovníka. V praxi se tyto role vzájemně prolínají, vždy záleží na typu zařízení a typu klientů, se kterými pracují.

### **2.3 Multidisciplinární tým**

K paliativní péči neodmyslitelně patří mezioborová týmová spolupráce. Jedná se o účinný způsob plánování a poskytování péče (Pechová, Lejsal a kol., 2020, s. 97). Multidisciplinární tým zahrnuje zpravidla tyto profese: lékař, zdravotní sestra, psycholog, sociální pracovník, duchovní. V některých paliativních týmech může být přítomen také např. koordinátor odlehčovacích služeb či koordinátor dobrovolníků, nutriční specialista nebo fyzioterapeut.

Cílem paliativní péče multidisciplinárního týmu je udržení nejlepší možné kvality života pacientů. Dosažení tohoto cíle - navzdory zkušenostem pacientů s obtížemi a utrpením - však vyžaduje velkou míru odborných znalostí a zkušeností, ale také porozumění, empatie a zachování individuálního přístupu ke každému pacientovi i jeho blízkým. „*Přijetí nemoci do*

*každodenního života je zásadním předpokladem smíření, proces je ale individuální a nesamozřejmý. Podpora přijetí je jedním ze zásadních úkolů multidisciplinárního pečujícího týmu, se stejným významem jako například kvalitní symptomová léčba. Rodinný příslušníci jsou klíčovými partnery, ale také objektem péče - sociální pracovník může působit v roli poradce, ale také advokáta nemocného i jeho blízkých.“ (Kabelka, 2017, s. 273)*

## **2.4 Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu**

I když se české hospicové hnutí v 90. letech 20. století rozvinulo z převážně ekonomických důvodů téměř bez účasti sociálních pracovníků, uvědomovala si zakladatelka hospicového hnutí Marie Svatošová důležitost sociálního pracovníka v péči o umírající: *“Ideální by bylo, aby sociální pracovník byl členem týmu již od začátku péče a od počátku v týmu zaujímal odpovídající postavení.”* (Svatošová, 2010, s. 205). Situaci komplikovala přetrvávající představa o sociálním pracovníkovi jako nepřístupném a málo empatickém úředníkovi. Některé činnosti sociálního pracovníka v té době vykonávala zdravotní sestra nebo psycholog. S postupem času se však pozice sociálního pracovníka v lůžkových i domácích hospicích prosadila. V současné době se již různí autoři (např. Odlerová, Loučka) vyjadřují ve smyslu, že role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu je nezastupitelná.

Svatošová apeluje na pečlivý výběr sociálního pracovníka, jeho zácvik na kvalitním pracovišti, ale i potřebu dalšího vzdělávání.

Nejen v zařízeních hospicového typu představuje většinou právě sociální pracovník most mezi zájemcem o službu a poskytovanou službou. Je zpravidla přítomen u prvního kontaktu žadatele (pacient nebo pečující) s danou službou a velmi často také službu ukončuje, případně poskytuje poradenství a podporu pozůstalým. Sociální pracovník posuzuje situaci umírajícího a jeho rodiny celistvě, s ohledem na všechny základní potřeby.

Role i náplň práce sociálního pracovníka se liší jak mezi jednotlivými hospici, tak mezi ostatními zařízeními, kde je paliativní péče poskytována. Někde převažují administrativní činnosti, jinde je těžištěm jeho práce poradenství, doprovázení a psychosociální podpora umírajících a jejich rodin. Sociální pracovník také mnohdy zprostředkovává umírajícímu pomoc či setkání s dalšími odborníky nebo službami. Sociální pracovník by měl být schopen pomoci i v situacích, kdy se potřeby umírajícího a pečujících osob dostanou do konfliktu (Svatošová, 2010, s. 205). Jedním ze specifíků sociální práce s umírajícími je nahlížení pacienta v kontextu celého jeho života (nejen v době nemoci). (Vorlíček, 2004, s. 493). Je

třeba respektovat roli pacienta nejen v rámci rodiny, ale i v rámci širší komunity či sociální skupiny. Seznámení se se sociokulturním kontextem může sociálnímu pracovníkovi pomoci pochopit pacientovy postoje k nemoci, k léčbě i ke smrti.

Sociální pracovník se v rámci multidisciplinárního týmu stará spolu s ostatními odborníky o umírajícího a jeho rodinu. Je třeba, aby byly role jednotlivých členů týmu jednoznačně určeny a členové byli za jejich naplňování zodpovědní. V případě, že se očekávání a představy členů multidisciplinárního týmu o tom, co by měl sociální pracovník dělat, liší, nebo jsou neadekvátní, nepřispívá to k dobrému fungování týmu.

*“Multidisciplinární tým vytváří jedinečnou komunikační strukturu a specifické strategie řešení problémů a konfliktů. U zástupců jednotlivých profesí se může projevit nedostatek kompetencí především v oblasti efektivní komunikace, nalézání a udržování konsenzu, dále pak nedostatek kompetencí v týmové práci založené na sdílené odpovědnosti a dovednosti reflexe vlastních předpokladů a postojů.”* (Pechová, Lejsal a kol., 2020, s. 97-98)

Jak vyplývá z předchozího citátu, je pro dobré fungování týmu zásadní srozumitelná komunikace. Za důležité považuji i dobře nastavený systém předávání informací (tým se schází většinou 1x týdně, průběžně se vede dokumentace o každém pacientovi). V neposlední řadě jde i o společně sdílené hodnoty (představa o tom, jak má vypadat kvalitní péče o umírajícího a jeho rodinu) a týmovou spolupráci všech členů týmu.

### 3 Náplň práce sociálního pracovníka v péči o umírající

Náplň sociálního pracovníka v péči o umírající souvisí s typem zařízením, ve kterém je sociální pracovník zaměstnán. Vorlíček (2004, s. 490-491) dělí náplň práce sociálního pracovníka v péči o umírající do čtyř bodů:

1. Pomoc při vytváření plánu pro život s terminální nemocí (zjišťuje přání a představy umírajícího týkající se konce jeho života, informuje o sociálních dávkách, které mohou pomoci zajistit finanční stabilitu rodiny, pomáhá s vyplňováním formulářů, zprostředkovává podpůrné sociální služby apod.)
2. Doprovázení nemocného a jeho rodiny náročným životním obdobím (podpůrné rozhovory)
3. Pomoc při přípravách na smrt (pomáhá například při zařizování různých právních úkonů, podporuje umírajícího v dokončení některých důležitých věcí, rozloučení se s přáteli)
4. Podpora pozůstalých (pomoc s administrativními záležitostmi, ale i psychosociální podpora v procesu truchlení)

*“Sociálna práca s umierajúcimi je sprevádzanie klienta, jeho rodiny a blízkych, kde vďaka svojim znalostiam a skúsenostiam ma sociálny pracovník čo ponúknuť a môže prispieť k prechodu z pocitu smútku a depresie k vyrovnaníu sa s danou situáciou, k pokojnému prijatiu toho, čo život dáva i berie, k zlepšeniu rodinných vzťahov, k naplneniu posledných dní života naozajstným životom. To znamená, že paliatívna starostlivosť smeruje k zlepšeniu nožnej kvality života chorého až do smrti, k zmierneníu jeho utrpenia a bolesti.”* (Odlerová, 2010, s. 188)

Je dobré připomenout, že sociální pracovník nenahrazuje roli ošetřovatele. Jeho role spočívá spíše v rozpoznávání aktuálních potřeb umírajícího a jeho blízkých. Sociální pracovník se snaží provázet klienta a jeho rodinu kratším či delším obdobím na konci života. Jak uvádí Vávrová (2012, s. 66) proces doprovázení obsahuje nejen poradenství (např. pomoc se zorientováním se v nabídce sociálních a zdravotních služeb), ale také podporu (např. podpůrné rozhovory s umírajícím i jeho blízkými) a nezbytnou pomoc (např. zajištění vhodných zdravotních pomůcek - polohovací postel apod.).

Mezi konkrétní činnosti sociálního pracovníka tak může patřit:

- přijímání žádostí o péči a uzavírání smlouvy - první (telefonické nebo osobní) jednání se zájemcem o službu a jeho rodinou
- rozhovory o cílech péče a mapování psychosociální situace - vyjasnění si potřeb klienta a jeho rodiny, možnosti konkrétní zdravotní či sociální služby
- poradenství - např. pomoc při vyřizování žádostí, příspěvku na péči apod.
- poskytování podpory - přímá péče s klienty a jejich rodinami; vychází z aktuálních každodenních potřeb a situací
- komunikace v rámci multidisciplinárního týmu - efektivní předávání informací a dobrá spolupráce je jedním ze zásadních předpokladů kvalitní péče
- koordinace - jak v rámci týmu, tak s případnými dalšími poskytovateli zdravotních či sociálních služeb
- metodické činnosti - vnitřní směrnice, standardy kvality apod.
- vyřizování nezbytné administrativy - např. evidence žádostí, zápisy do dokumentace klienta, jednání s úřady
- doprovázení a psychosociální podpora umírajícímu - být připraven naslouchat, vést rozhovor nebo “jen” nabídnout umírajícímu svou přítomnost v těžké životní situaci
- praktická pomoc a podpora pozůstalým v době truchlení - např. pomoc se zajištěním pohřební služby či rozloučením
- pozůstalostní péče (psychosociální podpora) pro příbuzné, kteří se vyrovnávají se ztrátou svého blízkého

Mezi činnosti sociálního pracovníka tak zdaleka nepatří jen administrativní úkony. *“Sociální pracovník by měl být aktivní v práci s klientem, rodinou, multidisciplinárním týmem i dalšími profesemi a institucemi. (...) Ono “měl” ve stávajících podmínkách sociálních služeb často naráží na kapacitu sociálních pracovníků. Pokud má jeden sociální pracovník v domově pro seniory na starosti 50 i 100 a více klientů (běžná praxe), je jeho pole působnosti značně omezené”* (Pechová, Kosová, 2019, s. 180).



#### 4 Přínos sociálního pracovníka v péči o umírající

Marie Svatošová (2010, s. 205) vidí hlavní přínos sociálního pracovníka v tom, že se zaměřuje na konkrétní sociální situaci konkrétní osoby. Sociální pracovník nabízí praktickou i emoční pomoc a podporu jak umírajícím, tak jejich nejbližším. Přínos sociálního pracovníka spočívá nejen v jeho znalostech v oblasti sociálních dávek, souvisejících sociálních a zdravotních služeb a zařízení (poradenství), ale také v jeho empatickém, citlivém a lidském jednání a doprovázení. Vyjádřením autentického zájmu o potřeby umírajícího vytváří sociální pracovník prostor pro podporu tak, jak to potřebuje umírající. *„Doprovázení je činnost ve prospěch nemocného, při níž je mu nabízena lidská pomáhající blízkost v míře, která je mu příjemná a ve které je plně respektován ve své jedinečnosti.“* (Opatrný, 2017, s. 127). Proto je předpokladem dobrého doprovázení schopnost sociálního pracovníka navázat s umírajícím a jeho blízkými důvěryplný vztah. K tomu je v běžném životě zpravidla potřeba dostatek času, který však umírající již nemá. Tato skutečnost klade na sociálního pracovníka poměrně vysoké nároky.

Jak už bylo zmíněno výše, sociální pracovník je také schopen pomoci v případě, kdy jsou potřeby pacienta a toho, kdo o něj pečuje, v konfliktu (Svatošová, 2010, s. 205). Díky kvalitní nenásilné komunikaci se může sociální pracovník stát mostem propojujícím osoby rozdělené různými životními okolnostmi. I proto musí mít sociální pracovník přehled o dostupnosti vhodných služeb jak pro pacienta (např. domácí zdravotní péče), tak pro pečujícího (např. svépomocná skupina pro pečující). V případě, že dojde před smrtí k usmíření umírajícího a jeho rodiny, jedná se o podstatnou zkušenost pro všechny zúčastněné.

Sociální pracovník může také umírajícímu a jeho blízkým nabídnout rozhovory v rámci psychosociální podpory. Možnost vyjádřit své obavy a starosti, ale i vzpomenout na radostné životní okamžiky v bezpečném prostředí, je mnohdy pro umírajícího, ale i pro doprovázejícího pracovníka důležitým aspektem.

Sociální pracovník nabízí psychosociální podporu umírajícímu i jeho blízkým a samotný projev lidskosti v posledních chvílích života má pro umírajícího velký význam. *„Stačí jen tak být, existovat vedle umírajícího. Přijmout jeho i sebe sama jako bezmocného v této základní existenciální otázce, v otázce smrti.“* (Šiklová, 2013, s. 73)

Přínos sociálního pracovníka pak spočívá i v tom, že umí doprovázet lidi, kteří utrpěli ztrátu - je kompetentní v poradenství pro pozůstalé (Svatošová, 2010, s. 205).

## 5 Metodika výzkumného šetření

V této kapitole se zaměřím na metodiku, průběh a výsledky výzkumného šetření. Patří sem zvolení výzkumné metody, stanovení výzkumného cíle, představení hlavní výzkumné otázky a souboru otázek pro dotazníkové šetření a charakteristika respondentů. Za důležité považuji upozornit i na etické aspekty výzkumu.

Výzkumné šetření představuje snahu výzkumníka porozumět určitému problému nebo ovlivnit realitu. *“Společným rysem všech směrů výzkumu by měla být transparentnost, nezatajování podstatných skutečností, schopnost doložení a zdůvodnění průběhu výzkumu i jeho výsledků”* (Smutek, Načeradský, 2013, s. 525).

V oblasti sociálních věd se zpravidla setkáme s rozlišováním výzkumu podle funkce na základní (též akademický nebo teoretický) a aplikovaný (evaluační, praktický). V základním výzkumu jde o vytváření teorie a obecných myšlenkových postupů. Naproti tomu výsledky aplikovaného výzkumu se vztahují přímo k praxi - mapování konkrétního problému, sledování sociální situace apod. (Mátel, 2019, s. 114).

Pro uskutečnění výzkumu je možné použít kvalitativní, kvantitativní nebo smíšenou (integrovanou) výzkumnou metodu. Kvantitativní metody vytváří především data, která mohou být prezentována v číselné podobě a statisticky dále zpracovávána, zatímco kvalitativní metody produkují většinou údaje, které není možné statisticky vyhodnocovat (Smutek, Načeradský, 2013, s. 527).

Miovský (2006, s. 25-27) i Mátel (2019, s. 110-114) porovnávají kvalitativní a kvantitativní přístup z mnoha různých pohledů – cíl výzkumu, výzkumný proces, zkoumané osoby, postoj výzkumníka k výzkumu apod.

Pro svou práci jsem zvolila kvalitativní přístup, který usiluje o prozkoumání určitého jevu a vytvoření uceleného obrazu, který v sobě zahrnuje různé úhly pohledu. Zaměřila jsem se na náplň práce a roli sociálních pracovníků v péči o umírající. Stanovila jsem hlavní výzkumnou otázku, která zní: *Jak se daří sociálním pracovníkům v péči o umírající skloubit potřebnou administrativu s přímou péčí a doprovázením?* Téma sociálních pracovníků v paliativní péči mě vzhledem k mým předchozím praxím i zaměření mé absolventské práce dlouhodobě zajímá (zaujatý přístup výzkumníka poukazuje na kvalitativní přístup).

Nevýhodu tohoto přístupu je omezená možnost zevšeobecnování výsledků šetření - zkoumaný vzorek je příliš malý. Výsledky vypovídají pouze o zkoumaných zařízeních a jejich sociálních pracovnících. K získání objektivních dat o této skupině (sociální pracovníci v péči o umírající) by bylo vhodné použít přístup kvantitativní. Ten je většinou zaměřen na zobecnění nebo ověření určité teorie a jeho výsledky je možné vyčíslit.

## 5.1 Etické zásady

Etické otázky neodmyslitelně patří ke společenskovědnímu výzkumu. Hendl (2016) uvádí etické zásady, z nichž jsem vybrala ty, které jsou důležité i pro můj typ výzkumu:

**Informovaný souhlas** znamená, že se respondent musí být předem informován o průběhu a okolnostech výzkumu. V mém případě byl respondent o všem informován v úvodu dotazníku a informovaný souhlas projevil jeho vyplněním a odesláním.

**Svoboda odmítnutí.** Účastníci mohou svou účast na výzkumu kdykoli ukončit. V případě mého elektronického dotazníku to mohou udělat nedokončením a neodesláním dotazníku.

**Anonymita** ve výzkumu znamená, že identita respondentů není výzkumníkovi známa nebo není předána třetí straně. Reálné osobní údaje musí být pozměněny a získaná data bezpečně uložena a použita jen pro výzkumné účely.

## 5.2 Výzkumný cíl

Výzkumný cíl je formulace ideálního konečného stavu, který má být zkoumáním dosažen (Mátel, 2019, s. 114). **Cílem této práce je popsat roli sociálního pracovníka v multidisciplinárních týmech, jeho náplň práce a přínos v doprovázení umírajících a pozůstalých v různých typech zařízení.** Jedním z důvodů, proč jsem se rozhodla zkoumat náplň práce sociálního pracovníka v péči o umírající, je nevyjasněná role sociálního pracovníka v paliativní péči. Na tuto problematiku dlouhodobě upozorňují někteří odborníci (např. Svatošová, Přidalová, Loučka).

## 5.3 Hlavní výzkumná otázka

Hlavní výzkumná otázka má přispět k dosažení výzkumného cíle. Zajímalo mě, jestli administrativních činností, které sociální pracovníci musí vykonávat, není příliš a jestli vnímají čas na přímou péči jako dostatečný. Hlavní výzkumnou otázku jsem formulovala

takto: „**Jak se daří sociálním pracovníkům v péči o umírající skloubit potřebnou administrativu s přímou péčí a doprovázením?**“

#### **5.4 Popis metody sběru dat**

Metodu pro sběr dat vybíráme podle typu informací, které chceme získat, ale také podle toho, kdo tvoří skupinu respondentů a jaké jsou vnější okolnosti výzkumu (Hendl, 2016, s. 165). Původně jsem uvažovala o metodě polostrukturovaného rozhovoru, která by více odpovídala kvalitativní výzkumné metodě. Vzhledem k pandemii koronaviru a omezením s ní spojených jsem se nakonec rozhodla ke sběru dat využít dotazníkovou metodu. Rozdíl mezi dotazníkem a polostrukturovaným rozhovorem, který by např. v této situaci probíhal také elektronicky (mailem), není příliš velký. U elektronické formy dotazníku je - na rozdíl od polostrukturovaného rozhovoru s jednotlivými sociálními pracovníky - zajištěna anonymita. Nevýhodu pak představuje skutečnost, že není možné se respondentů blíže doptat nebo upřesnit, jak byla otázka myšlena.

Dotazník je tvořen systémem otázek, přednastavených odpovědí, ze kterých respondenti vybírají jednu nebo více možností, a také otevřenými otázkami, kde respondenti formulují své odpovědi samostatně. Tvorba dotazníku má svá pravidla. Při vytváření dotazníku jsem se inspirovala strukturou, kterou uvádí Mátel (2019, s. 118):

- úvodní text

V úvodu jsem uvedla své jméno i obor, který studuji. Vysvětlila jsem také, čeho se má bakalářská práce týkat a komu je dotazník určen. Připomněla jsem zachování anonymity respondentů i zařízení, ve kterých pracují. Na závěr jsem poděkovala za ochotu a čas, který dotazníku věnují.

- první třetina - cílem je navnadit respondenta na vyplňování

Do první třetiny jsem umístila jednoduše zodpověditelné otázky např. na typ zařízení, kde respondent pracuje nebo název jeho pracovní pozice. Tyto otázky nepředstavovaly pro respondenta velkou zátěž.

- druhá třetina - náročnější otázky

V této části jsem zjišťovala, jaké činnosti respondenti v rámci svého zaměstnání vykonávají. Zajímala mě jak administrativa, tak přímá péče a doprovázení umírajících.

- třetí třetina - citlivé a nepříjemné otázky

Nemyslím si, že by šlo v mém dotazníku přímo o nepříjemné otázky, ale ptala jsem se zde např. na to, zda musí respondenti ve své práci překonávat nějaké překážky. Mohli označit více možností ze sedmi uvedených překážek, ale byl prostor i pro vyjádření jiné překážky.

- osobní údaje

Otázky na pohlaví a věk respondentů jsem umístila na konec dotazníku.

- objem dotazníku

Zda je objem dotazníku pro respondenty únosný jsem ověřila v předvýzkumu.

- anonymita

Zaručení anonymity respondentů i zařízení, kde pracují, jsem zmínila v úvodním textu.

Objem dotazníku, porozumění otázkám a časovou náročnost jeho vyplňování jsem ověřila v předvýzkumu. Dotazník jsem poslala sociální pracovníci, která má blízko k problematice umírajících. Pracuje na pozici koordinátorky terénní odlehčovací služby. Mezi klienty této služby jsou často i pacienti, kteří současně využívají zdravotní službu mobilního hospice (MSPP). Poté, co dotazník vyplnila, jsem se jí ptala na to, zda pro ni bylo vyplňování dotazníku časově únosné, jestli byly všechny otázky srozumitelné a jestli přednastavené odpovědi dávají smysl. Díky tomu jsem zjistila, že zodpovězení 25 otázek je pro respondenty časově zvládnutelné a otázky srozumitelné. Přesto jsem v předvýzkumu neodhalila, že pojmu „doprovázení umírajících“ mohou jednotliví sociální pracovníci rozumět odlišně (např. jako duchovní službu), a že by bylo třeba to v dotazníku vysvětlit.

Samotný sběr dat probíhal elektronickou formou. Dotazník jsem vytvořila v uživatelsky intuitivním Google-formuláři, kde se odpovědi z vyplněných dotazníků zobrazovaly v grafech a procentech. Zároveň tento program umožňuje zobrazení odpovědí od jednotlivých respondentů v tabulce. Odkaz na dotazníkový formulář jsem rozeslala na e-mailové adresy sociálních pracovníků ve vybraných zařízeních (k výběru zařízení viz následující kapitola). V e-mailu s odkazem na dotazník jsem uvedla také termín, do kdy je možné dotazník vyplnit. Na vyplnění dotazníku měli respondenti k dispozici týden. V rámci dotazníku byla plně zachována anonymita respondentů.

## 5.5 Soubor výzkumných otázek - dotazníkové šetření

Soubor výzkumných (tazatelských) otázek jsem vytvořila na základě předchozího studia literatury a zároveň s ohledem na hlavní výzkumnou otázku, kterou jsem uvedla výše. Přestože se jedná o soubor 25 otázek, vyplnění dotazníku nepředstavovalo pro respondenty velkou časovou zátěž. Soubor otázek obsahoval uzavřené otázky (např. Jste členem multidisciplinárního týmu? - ano/ne), polouzavřené otázky (Kolik klientů máte na starosti? - a) méně než 20, b) 20 - 40, c) 40 - 60, d) více než 60) i zcela otevřené otázky (Co tvoří náplň vašeho pracovního dne? - vlastní vyjádření respondenta). Snažila jsem se otázky volit tak, abych získala potřebné a důležité informace k uvedenému tématu. Pro hlavní výzkumnou otázku je relevantní především otázka týkající se počtu klientů (č. 4), dále pak otázky č. 7, 9, 11-12, 14 a 19.

1. V jakém zařízení pracujete?
2. Jak se nazývá Vaše pracovní pozice?
3. Jak dlouho na této pozici pracujete?
4. Kolik klientů/pacientů máte na starosti?
5. Co zpravidla tvoří náplň Vašeho běžného pracovního dne?
6. Která role nejvíce odpovídá Vaší náplni práce?
7. Kolik času Vám přibližně zabírají administrativní činnosti?
8. Co konkrétně v rámci administrativních činností děláte? Prosím, vyjmenujte (stačí v bodech).
9. Jak často jste v přímém kontaktu s umírajícími pacienty/ klienty?
10. Vedete s klienty rozhovory o jejich potřebách a představách o péči?
11. Věnujete se doprovázení umírajících?
12. Považujete čas věnovaný doprovázení umírajících ve Vašem zařízení/ v domácím prostředí za dostačující?
13. Uveďte, co považujete ve své práci vzhledem ke klientům/ pacientům za nejdůležitější.

14. Zahrnuje Vaše práce také pomoc a podporu pozůstalým?
15. Máte možnost pravidelných supervizí?
16. Účastníte se dalšího vzdělávání (semináře, kurzy, výcviky)?
17. V jakých oblastech se vzděláváte, případně byste se chtěli v budoucnu vzdělávat?
18. Čeho si na své práci nejvíce ceníte? Můžete označit více možností.
19. Jaké překážky musíte ve své práci překonávat? Můžete označit více možností.
20. Jste členem multidisciplinárního týmu?
21. S jakými dalšími odborníky ve Vašem zařízení spolupracujete?
22. Máte od ostatních členů týmu/ od kolegů dostatek informací o umírajících pacientech a jejich blízkých?
23. Osobní údaje - žena/muž
24. Kolik je Vám let?
25. Chyběla Vám v dotazníku nějaká otázka? Chtěli byste nám ještě něco sdělit?

## **5.6 Výběr a charakteristika zkoumaného souboru**

Výběr jednotlivých výzkumných jednotek by měl odpovídat výzkumné strategii (Žižlavský, 2003, s. 72). Zatímco ke kvantitativní metodě se hodí náhodný výběr, kvalitativní metodě odpovídá spíše výběr záměrný. *“Záměrný výběr nám dovoluje vybrat případ, protože ilustruje nějaký rys nebo proces, který nás zajímá.”* (Žižlavský, 2003, s. 113). Existuje mnoho variant záměrného výběru. Já jsem si pro svůj výzkum vybrala tzv. kritériální výběr, kdy do výzkumného souboru zahrneme případy splňující určité kritérium, které souvisí s výzkumným cílem (Žižlavský, 2003, s. 115). Hlavním kritériem pro můj výzkum bylo oslovit sociální pracovníky v zařízeních, která se starají o lidi na konci života. Dalším kritériem byl typ zařízení. Oslovila jsem sociální pracovníky v zařízeních hospicového a tzv. nehospicového typu (domovy pro seniory, nemocnice). Zařízení se nachází v Olomouckém, Jihomoravském, Moravskoslezském kraji a v Praze.

Mým výzkumným cílem bylo popsat roli a přínos sociálního pracovníka v péči o umírající v různých typech zařízení. Proto jsem poslala svůj dotazník záměrně do předem pečlivě vybraných zařízení - viz předchozí odstavec. Podle stanovených hypotéz jsem je pracovně rozdělila na zařízení hospicového typu (mobilní (3x) a lůžkové hospice (2x)) a ostatní (domovy pro seniory (2x), nemocnice (3x)). Zřizovateli těchto zařízení byly jak státní instituce, tak nestátní - církevní (charitní) a soukromé právnické osoby.

Většinu zařízení jsem oslovila na základě osobního doporučení nebo po předchozí písemné či telefonické domluvě. Výzkumník by měl u respondentů vzbudit důvěru a zájem, aby měli motivaci dotazník vyplnit a odpovědět i na otevřené nebo nepovinné otázky. To se mi zjevně podařilo, protože se z oslovených deseti zařízení vrátilo osm vyplněných dotazníků.

Dotazník byl směřován k sociálním pracovníkům výše uvedených zařízení. Na internetových stránkách jednotlivých zařízení často nebylo možné zjistit, kolik sociálních pracovníků v zařízení pracuje. E-mailové adresy měly v některých případech obecný tvar (bez uvedení jména) typu "socialni@hospic.cz". Rozeslala jsem do deseti zařízení 12 emailů s odkazem na dotazník a vrátilo se mi 8 vyplněných dotazníků.

Respondenti vyplňovali na začátku dotazníku název své pracovní pozice. Většina z nich byli sociální pracovníci (5), ale vyskytla se i pozice zdravotně sociální pracovník a psychosociální pracovník. Na dané pozici pracují tři respondenti více než 15 let, dva respondenti 5 - 10 let a další tři méně než 5 let. Z oslovených respondentů je sedm žen a jeden muž.

## **5.7 Možná zkreslení výzkumu**

I přesto, že jsem v rámci předvýzkumu testovala porozumění otázkám, je možné, že některé pojmy mohly na respondenty působit mnohoznačně. Mám na mysli především pojem „doprovázení“. Ten je možné chápat v širším pojetí, jak uvádí Vávrová (2012, s. 66) a jak jsem uvedla výše, jako poradenství, podporu a nezbytnou pomoc. Může však být chápán „jen“ jako vedení rozhovorů s umírajícím nebo jako podpora spirituálních potřeb klienta.

Určitá nechuť k vyplnění dotazníku (nebo jen rychlého vyplnění) může být způsobena množstvím dotazníků ze strany studentů sociálních oborů, kterými bývají sociální pracovníci zahlceni. Zároveň s délkou praxe a věkem sociálního pracovníka může klesat ochota odpovídat na otázky, které by znejišťovaly zavedené pracovní postupy. Snažila jsem se proto otázky formulovat neutrálně.



Ke zkeslení může dojít také určitým předporozuměním nebo ne zcela přesným vyhodnocením získaných dat ze strany výzkumníka.

## 5.8 Analýza dat

Analýza dat bývá považována za nejobtížnější fázi realizace studie, zejména proto, že existuje velká rozmanitost ve výkladu jednotlivých metod (Miovský, 2006, s. 219). Žižlavský (2003, s. 121) připomíná, že bez ohledu na to, jak probíhal sběr dat, do analýzy vstupují data v textové podobě. Předpokladem pro správnou interpretaci je velmi důkladný popis.

Na tomto místě bych ráda uvedla fáze analýzy dat podle Miovského (2016, 219-220):

- Kódování

Jde především o snadnější orientaci v sesbíraných datech a systematické vytváření větších významových celků. Jednotlivým částem textu jsou přiřazeny symboly nebo klíčová slova. Já jsem kódování využila u otevřených otázek (č. 5, 8, 13 a 17). Jednotlivé odpovědi jsem zaznamenávala do excelové tabulky pod sebe a přiřazovala k nim klíčová slova.

- Archivace kódovaných dat

Uchování získaných dat. V mém případě se jedná uchování dat v elektronické podobě. Je to důležitá záloha pro případ, že je potřeba vrátit se k původním údajům.

- Propojování dat

V této fázi se hledají spojitosti a rozlišují se kategorie. Dochází také ke vzájemnému propojování jednotlivých částí ve větší celky. V této fázi jsem například slučovala významově stejné odpovědi jednotlivých respondentů na otevřené otázky. Poté jsem je uspořádala do tabulky podle četnosti.

- Komentování a doplňování dat

Výzkumník si poznamenává vlastní komentáře a doplňující poznámky, které mohou usnadnit analýzu dat. Odpovědi jednotlivých respondentů jsem si vytiskla, dopisovala k nim poznámky a barevně označovala to, co mě zaujalo.

- Vyzovování závěrů a verifikace

V této fázi se interpretují získaná data a ověřuje se jejich platnost. Jde také o hledání podmínek, za kterých vytvořené interpretace platí anebo naopak neplatí. Zde jsem se zaměřila především na souvislosti mezi jednotlivými otázkami.

- Budování teorie

Zde se jedná o vytvoření homogenního interpretačního rámce, v rámci kterého popisujeme a vysvětlujeme svá získaná data. V mém případě to znamenalo pomocí nastudované literatury zpracované v teoretické části a získaných dat z výzkumného šetření dospět k odpovědi na hlavní výzkumnou otázku.

- Grafické mapování

V závěru se pomocí schémat, grafů apod. graficky vyjadřují nálezy, případně výsledná podoba teorie vytvořené na základě sebraných a vyhodnocených údajů. Získané údaje jsou často mnohem jasnější a přehlednější, pokud jsou uspořádány do tabulek či grafů. Snažila jsem se to ve své práci zohlednit.

## 6 Výsledky a interpretace získaných dat

### 6.1 Odpovědi respondentů k roli sociálního pracovníka

Z odpovědí respondentů vyplývá, že bez ohledu na typ zařízení jsou všichni sociální pracovníci součástí multidisciplinárního týmu ve svých zařízeních. Otázkou však je, jak tým skutečně funguje a jak efektivně probíhá komunikace mezi jednotlivými členy týmu. Na otázku *“Máte od ostatních členů týmu/ od kolegů dostatek informací o umírajících pacientech a jejich blízkých?”* odpověděli dva respondenti “ne”. Jeden z nich byl z mobilního hospice. V polouzavřené otázce *“Jaké překážky musíte ve své práci překonávat?”* si pak odpověď *“Málo informací od ostatních spolupracovníků”* vybrali tři respondenti. Zároveň byla ve dvou případech označena odpověď *“Nedocení mé práce od nadřízených či spolupracovníků”*.

Do dotazníku jsem také vložila nepovinnou otázku (č. 6), která se týkala toho, jak sociální pracovníci vnímají svou roli. V nabídce odpovědí bylo šest možností, které zde byly také vysvětleny:

<b>Která role nejvíce odpovídá Vaší náplni práce?</b>	<b>Četnost</b>
Poradce - provádí základní nebo odborné sociální poradenství s cílem vyřešit aktuální problém pomocí stávajících zdrojů. Sociální pracovník poskytuje potřebné informace, nabízí pomoc při rozhodování, ale také pomáhá ve formulování budoucích opatření.	4
Terapeut - psychosociální pracovník s rozsáhlým výcvikem v některé terapii, který pomáhá klientům překonávat nebo zmírňovat onemocnění nebo jiné problémy.	1
Koordinátor - pomáhá koordinovat různé činnosti, sociální služby, zařízení sociálních služeb apod. ve prospěch klienta.	1
Podporovatel - pomáhá klientovi k tomu, aby byl schopen zvládat různé stresové životní situace. Pomáhá mu najít jeho silné stránky a stanovit cíle, které budou dosažitelné.	0
Pečovatel - poskytuje druhým nějakou praktickou péči či emocionální podporu.	0
Administrativní pracovník - pomáhá např. při vyplňování formulářů pro zajištění sociálních dávek nebo třeba pro přijetí do lůžkového hospice či jiného zařízení.	0

Tabulka č. 1: Odpovědi na otázku č. 6

Jak je vidět z tabulky, nejčastěji se sociální pracovníci ztotožňovali s rolí poradce. Zdravotně sociální pracovník napsal na konci dotazníku poznámku, že na tuto otázku neodpověděl, protože kromě role pečovatele a terapeuta odpovídají jeho pracovní náplni všechny zde uvedené role.

## 6.2 Odpovědi respondentů k náplni práce sociálního pracovníka v péči o umírající

Jak vyplynulo z odpovědí respondentů, agenda sociálních pracovníků se v jednotlivých zařízeních příliš neliší. Mezi odpověďmi na otevřenou otázku č. 5 *“Co zpravidla tvoří náplň Vašeho běžného pracovního dne?”* se nejčastěji vyskytoval pojem administrativa nebo administrativní činnost, ale respondenti také často zmiňovali komunikaci či jednání se zájemci o službu, klienty i rodinnými příslušníky (viz tabulka č. 2). Údaje ve sloupci *“četnost”* jsou zde jen orientační - sociální pracovník z mobilního hospice, který ve výčtu neuvedl přímo *“administrativní činnost”*, ji velmi pravděpodobně vykonává - např. když píše zápisy ze sociálního poradenství.

Co zpravidla tvoří náplň Vašeho běžného pracovního dne?	Četnost
Administrativní činnost	7
Jednání s klienty (komunikace, poradenství)	6
Jednání s rodinnými příslušníky (komunikace, podpora)	5
Jednání s úřady a s poskytovateli sociálních služeb	4
Jednání se zájemcem o službu (klient, rodina, nemocnice)	3
Evidence žádostí (uzavírání i ukončování smluv)	3
Přijímání nových klientů (po stránce organizační i administrativní)	3
Mapování sociální situace a potřeb v domácnosti klientů	3
Odborné sociální poradenství	3
Podpora pozůstalých	2
Spolupráce s kolegy z multidisciplinárního týmu	2
Vyřizování příspěvku na péči	2
Sociální intervence pro pacienty všech lůžkových oddělení nemocnice	1
Zajišťování následné péče pro pacienty ošetrovatelského úseku i dalších lůžkových oddělení nemocnice	1
Návštěvy v rodinách - psychosociální podpora	1

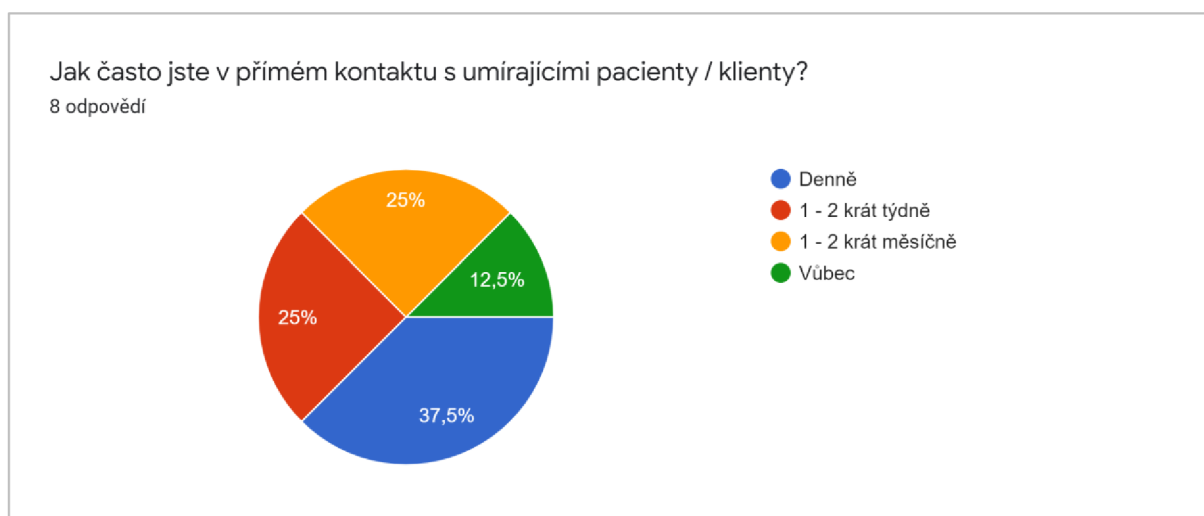
Tabulka č. 2: Odpovědi na otázku č. 5

Administrativa tvoří podle odpovědí na otázku č. 7 *“Kolik času vám přibližně zabírají administrativní činnosti?”* u většiny respondentů polovinu jejich pracovního času. Jeden respondent uvedl 25 % a jeden 75 %. Na otevřenou otázku č. 8 *“Co v rámci administrativních činností děláte?”* respondenti odpovídali takto:

Co konkrétně v rámci administrativních činností děláte?	Četnost
Vyplňování žádostí (návazné služby) a jednání s úřady, soudy a ostatními poskytovateli sociálních služeb	8
Administrativa spojená s přijímání nových klientů, ukončováním pobytu, s úmrtím (evidence žádostí, smlouvy)	6
Příspěvek na péči (sociální dávky), poukaz na domácí péči (zdravotní služby)	6
Individuální plán (IP) nebo plán péče	4
Zápisy z komunikací s klienty, se zájemci o službu	3
Vyúčtování	2
Korespondence s rodinami klientů/ pacientů	2
Statistiky, dotazníky	1
Agenda pořadníků na ošetřovatelská a sociální lůžka	1
Příprava na konzultace a návštěvy v rodinách	1
Předávání informací v týmu	1

Tabulka č. 3: Odpovědi na otázku č. 8

V otázkách 9, 11 a 12 jsem se ptala na přímý kontakt s pacientem či klientem a doprovázení umírajících. Zde byl znát rozdíl mezi zařízeními hospicového typu a ostatními. Denně nebo 1-2x týdně jsou v kontaktu s umírajícími sociální pracovníci z mobilních i z lůžkového hospice a také zdravotně sociální pracovník z nemocnice (sociální lůžka). Zatímco 1-2x měsíčně je s umírajícími v přímém kontaktu sociální pracovník z domova pro seniory a z nemocnice (ošetřovatelský úsek). Vůbec nepřijde do kontaktu s umírajícími sociální pracovník z domova pro seniory (graf č. 1).

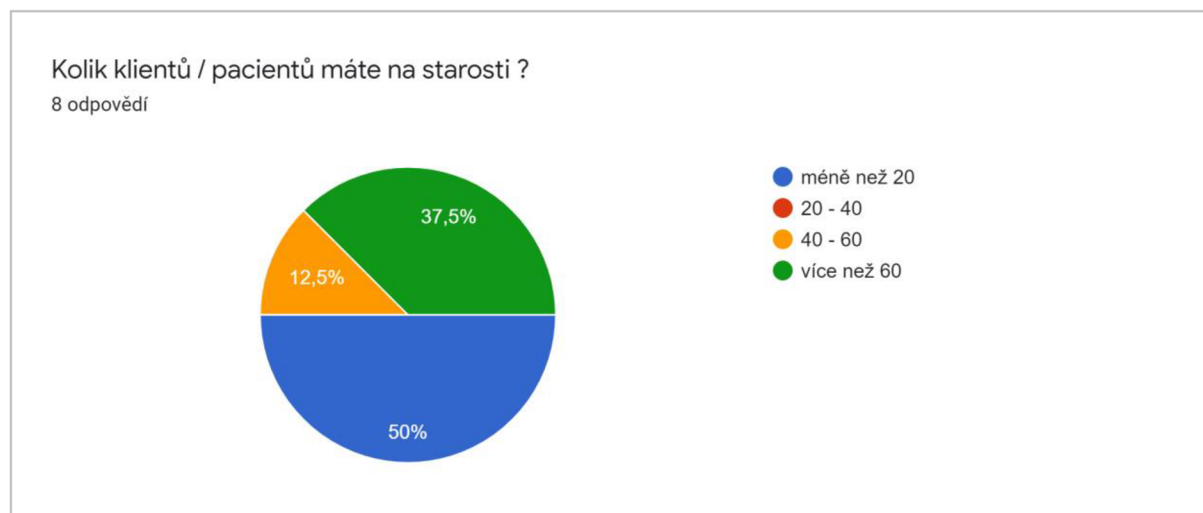


Graf č. 1: Odpovědi na otázku č. 9

Na otázku č. 11 *“Věmujete se doprovázení umírajících?”* odpověděli “ano” tři pracovníci mobilních hospiců a lůžkového hospice. Jeden pracovník mobilního hospice zvolil odpověď “nevím”. Sociální pracovníci z domovů pro seniory a z nemocnic uvedli, že se doprovázení umírajících nevěnují. Přesto většina (7) respondentů na následující otázku č. 12 *“Považujete čas věnovaný doprovázení umírajících ve Vašem zařízení/ v domácím prostředí za dostačující?”* odpověděla “určitě ano” nebo “spíše ano”. Odpověď “určitě ne” vybral i sociální pracovník z domova pro seniory. Nedokáží zodpovědět otázku, co pracovníky v nemocnici a v domově pro seniory k tomuto přesvědčení vedlo. Zpětně si uvědomuji, že by bylo na místě, v dotazníku pojem “doprovázení umírajících” objasnit, aby se předešlo nedorozumění. Ve 3. kapitole jsem uváděla pojetí doprovázení podle Vávrové (2012, s. 66), které zahrnuje jak poradenství, tak podpůrné rozhovory i nezbytnou pomoc. Je také možné, že tito sociální pracovníci považují doprovázení umírajících za kompetenci duchovních či nemocničních kaplanů.

Na otázku č. 14 *“Zahrnuje Vaše práce také pomoc a podporu pozůstalým?”* odpovědělo šest respondentů “ano”. Zdravotně sociální pracovníci v nemocnicích zvolili odpověď “ne”. Zaujalo mne, že činnost sociálních pracovníků domovů pro seniory zahrnuje pomoc a podporu pozůstalým, přestože v otázce č. 11 uvedli, že se doprovázení umírajících nevěnují.

I když jsem výše uvedla, že z odpovědí respondentů vyplynulo, že administrativa tvoří velkou část (přibližně polovinu) náplně práce všech sociálních pracovníků, bez ohledu na typ zařízení, výrazný rozdíl je v počtu klientů/ pacientů, které mají na starosti. Zatímco sociální pracovníci ze zařízení hospicového typu bez výjimky uvedli, že se starají o méně než 20 klientů, jeden pracovník z domova pro seniory uvedl, že se stará o 40 - 60 klientů, ostatní pracovníci z nemocnic a domova pro seniory dokonce o více než 60 klientů. V těchto zařízeních již těžko může být řeč o individuálním přístupu k jednotlivým klientům či pacientům a dostatku času na jejich doprovázení v době umírání. Na tuto skutečnost upozorňují i mnozí odborníci (např. Holmerová). Pechová a Kosová (2019) pak uvádějí, že *„při nejasném vymezení úlohy sociálního pracovníka se těžko argumentuje pro personální navýšení jejich počtu v konkrétní službě.“*



Graf č. 2: Odpovědi na otázku č. 4

Z vlastní zkušenosti však vím, že nižší počet klientů nemusí nutně znamenat větší angažovanost a častější kontakt sociálního pracovníka s klientem. Během praxe v jednom lůžkovém hospici jsem tamější sociální pracovníci na oddělení u umírajících klientů nepotkala. Pracovní čas trávila ve své kanceláři, kde se věnovala administrativním činnostem. Je možné, že tím naplňovala představu svých nadřízených o náplni práce sociálního pracovníka. Zřejmě však záleží na typu vzdělání sociálních pracovníků a také podpory k dalšímu vzdělávání (např. komunikace, krizová intervence apod.) ze strany vedení.

Otázka č. 13 “Uvedte, co považujete ve své práci vzhledem ke klientům/ pacientům za nejdůležitější?” patřila k otevřeným otázkám. Dva respondenti zmínili *empatický přístup*, další uváděli *úctu (respekt) a zachování důstojnosti*. V dalších odpovědích zazněl *individuální přístup, podpora vztahů a schopnost v krátkém čase vzbudit důvěru klienta a pečujících*. Respondent z mobilního hospice svou odpověď formuloval takto: “že [klienti] mají možnost ventilovat své příběhy, prožitky a emoce v bezpečném prostředí a kotvicím vztahu; zároveň získávání nových pohledů a možností, jak zvládnout náročnou situaci kolem umírání”. Jeho odpověď se od ostatních liší, což může souviset s tím, že se jeho pracovní pozice nazývá “psychosociální pracovník”. Pojmenovává zde svými slovy důležité aspekty kvalitní sociální práce platné nejen v péči o umírající a pozůstalé - naslouchání, bezpečné prostředí, lidský vztah, ale i nadhled a pomoc v náročné životní situaci. Svou roli tento respondent přirovnal k roli “terapeuta”, definovanou v dotazníku (otázka č. 6) jako “psychosociální pracovník s rozsáhlým výcvikem v některé terapii, který pomáhá klientům překonávat nebo zmírňovat onemocnění nebo jiné problémy”.

Náplň práce sociálního pracovníka v péči o umírající je tvořena jak nezbytnými administrativními úkony, tak komunikací s klienty a jejich blízkými. Skloubení těchto činností je v některých zařízeních nastaveno lépe, v jiných se pracovníci potýkají s nedostatkem času na klienta či s nadměrným množstvím administrativních úkonů. Předpokladem pro vyváženost těchto činností a prevenci syndromu vyhoření je nezbytná vnímavost k vlastním potřebám. Profesionální i osobní péče o sebe patří k právům i povinnostem sociálního pracovníka vyplývajícím z etického kodexu. Do oblasti profesionální odpovědnosti vůči sobě patří např. pravidelná sebereflexe (kritické nahlížení vlastní činnosti), konzultování s kolegy (nebo i jinými odborníky), supervize, ale i samostudium, odborné stáže nebo účast na seminářích, konferencích a jiných vzdělávacích akcích. (Mátel, 2019, s. 39-41)

Jak však vyplývá i z odpovědí na otázku č. 15 *“Máte možnost pravidelných supervizí?”* (tři z osmi respondentů odpověděli záporně), supervize stále nepatří mezi samozřejmou součást sociálních služeb. Jeden z respondentů pak také označil chybějící možnost supervize jako překážku, kterou musí ve své práci překonávat (otázka č. 19)

Dokonce i v otázce *“Účastníte se dalšího vzdělávání?”* (č. 16), označil sociální pracovník z lůžkového hospice odpověď “ne”. To je poněkud překvapivé, protože další vzdělávání pro sociální pracovníky musí podle § 111 zákona č. 108/2006 Sb. zaměstnavatel zabezpečit v rozsahu minimálně 24 hodin za kalendářní rok.

Z navazující otevřené otázky č. 17 *“V jakých oblastech se vzděláváte, případně byste se chtěli v budoucnu vzdělávat?”* vyplynulo, že sociální pracovníci vnímají potřebnost kvalitní a efektivní komunikace. V “komunikaci” se vzdělává nebo by se chtělo vzdělávat 7 z 8 respondentů.

Odpovědi na otázku *“Jaké překážky musíte ve své práci překonávat?”* byly předem dané a respondenti mohli zaškrtnout více odpovědí nebo zvolit jinou možnost. Tuto možnost zvolil jeden respondent, který uvedl, že nemusí v práci překonávat žádné překážky.

<b>Jaké překážky musíte ve své práci překonávat?</b>	<b>Četnost</b>
Příliš administrativních úkonů	3
Nedostatek času na klienta/ pacienta	3
Málo informací od ostatních spolupracovníků	3



Nedostatek dalšího vzdělávání (kurzy, semináře, stáže, apod.)	3
Nedocení mé práce od nadřízených či spolupracovníků	2
Chybí možnost pravidelné supervize	2
Kompetence sociálního pracovníka nejsou jasně vymezené	1
Žádné překážky nemusím překonávat	1

Tabulka č. 4: Odpovědi na otázku č. 19

### 6.3 Hlavní výzkumná otázka

Ve svém výzkumu jsem hledala odpověď na otázku, jak se sociálním pracovníkům v péči o umírající daří skloubit potřebnou administrativu s přímou péčí a doprovázením.

Co se týče administrativních činností, šest respondentů uvedlo, že jim administrativa zabírá přibližně polovinu jejich pracovního času. Tři si stěžovali na nadměrný rozsah administrativních úkonů. Zároveň pět respondentů uvedlo, že jsou denně nebo 1-2x týdně v přímém kontaktu s umírajícími klienty či pacienty. Na otázku, jestli se věnují doprovázení umírajících, odpověděli "ano" tři respondenti. Jeden respondent odpověděl, že neví, další čtyři zvolili odpověď "ne". Přesto sedm z osmi respondentů uvádí, že považuje čas věnovaný doprovázení umírajících v jejich zařízení nebo v domácím prostředí za dostatečný (určitě ano 3x, spíše ano 4x). Je možné, že se doprovázení věnují i jejich kolegové (psycholog, duchovní, nemocniční kaplan apod.).

Z celkového vyznění odpovědí jednotlivých respondentů usuzuji, že se o skloubení administrativy s přímou péčí snaží. Z výzkumu vyplývá, že ačkoli musí většina z nich překonávat různé překážky (viz tabulka č. 4), tak si uvědomují, že jejich práce má smysl, protože pomáhají lidem žít důstojný život až do konce. Tuto možnost zvolilo 7 z 8 respondentů. Jsem si vědoma toho, že by bylo potřeba se zeptat i jejich nadřízených - jakou mají oni představu o činnostech, které by měl sociální pracovník vykonávat. Umožňují sociálním pracovníkům, aby se vzdělávali i v dovednostech týkajících se vedení rozhovorů s umírajícími a jejich blízkými, komunikace obecně, krizové intervence, komplikovaného truchlení apod.?

### 6.4 Shrnutí

V souladu s vytyčeným cílem práce jsem se v teoretické části zabývala rolí sociálního pracovníka v paliativní péči, činnostmi, které vykonává, i přínosem v péči o umírající pacienty/klienty a jejich blízké v různých typech zařízení. Z realizovaného výzkumného

šetření vyplynulo, že rozdíl mezi jednotlivými zařízeními není ani tak v množství administrativy, ale v počtu pacientů/klientů, které mají sociální pracovníci v péči. Zatímco v zařízeních hospicového typu mají sociální pracovníci na starosti maximálně 20 klientů, v domovech pro seniory a v nemocnicích je to 40 - 60 a víc. Abych mohla posoudit, nakolik se jim daří skloubit administrativu s přímou péčí, tak bych se příště ptala také jejich nadřízených, jak o náplni práce sociálních pracovníků uvažují oni. Většina respondentů uvedla, že jim administrativa zabírá polovinu jejich pracovního dne. Z toho usuzuji, že druhou část dne jsou v přímém kontaktu s klienty, se kterými vedou rozhovory např. o jejich potřebách a představách o péči. V odpovědích na otázku k náplni běžného pracovního dne (č. 5) se také u většiny respondentů objevovala „komunikace s rodinnými příslušníky“ nebo „podpora pozůstalým“.

## Závěr

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila téma “role a přínos sociálního pracovníka v péči o umírající”. Cílem této práce bylo popsat roli sociálního pracovníka v multidisciplinárních týmech, jeho náplň práce a přínos v doprovázení umírajících a pozůstalých v různých typech zařízení. Práce se skládá ze dvou částí - teoretické a empirické.

V teoretické části jsem se zabývala popisem a zkoumáním tématu na základě odborné literatury a tematicky zaměřených webových portálů. Nejprve jsem představila sociální práci v péči o umírající. Popsala jsem, jak se k umírání přistupuje v různých typech zařízení, jaká jsou rizika sociální práce v této oblasti. Dále jsem se zabývala rolí sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu. Na tuto kapitolu jsem navázala popisem činností, které může sociální pracovník v péči o umírající vykonávat. Z této kapitoly vyplývá, že škála činností sociálního pracovníka v péči o umírající je velmi rozmanitá. Začíná často žádostí klienta nebo jeho rodiny o péči a mapováním sociální situace, pokračuje poradenstvím a koordinací služeb, přes komunikaci v rámci multidisciplinárního týmu až po psychosociální podporu a doprovázení umírajícího a pozůstalostní péči pro příbuzné.

Teoretickou část jsem uzavřela shrnutím přínosu sociálního pracovníka v péči o umírající. Přínos sociálního pracovníka spočívá nejen v jeho znalostech o sociálních dávkách a službách, ale také v jeho empatickém a citlivém přístupu k umírajícímu, v zachovávání úcty a respektování důstojnosti umírajícího člověka.

V empirické části jsem představila metodiku výzkumu a následně i data, která jsem získala v rámci svého výzkumu. Zvolila jsem kvalitativní výzkumnou metodu a ke sběru dat jsem použila dotazník s uzavřenými, polouzavřenými a otevřenými otázkami. Mezi respondenty byli sociální pracovníci z hospiců (mobilních i lůžkového), z domovů pro seniory a z nemocnic. V dotazníku jsem se respondentů ptala na náplň jejich pracovního dne, na rozsah administrativních činností i čas věnovaný přímému kontaktu s umírajícími. Ukázalo se, že administrativním činnostem (evidence žádostí, zápisy z jednání a rozhovorů, uzavírání a ukončování smluv, apod.) věnují sociální pracovníci přibližně polovinu svého času. Z toho usuzuji, že druhou polovinu času věnují přímému kontaktu s umírajícími a jejich rodinami (např. rozhovory o jejich potřebách a cílech péče).

Zajímalo mne také, jak respondenti vnímají svou roli a co považují ve své práci vzhledem ke klientům za nejdůležitější. Většina respondentů uvedla, že jejich náplní práce nejvíce

odpovídá role poradce (sociální poradenství). Vzhledem ke klientům považují za nejdůležitější zejména empatický přístup, úctu a respekt.

Největší rozdíly mezi zařízeními (hospice/ domovy pro seniory a nemocnice) byly v počtu klientů a v četnosti kontaktu s umírajícími. Zatímco pracovníci v hospicových organizacích pečují v jednu chvíli o maximálně 20 klientů a s umírajícími jsou v kontaktu denně, pracovníci v ostatních zařízeních mají na starosti 40 - 60 či více než 60 klientů a pokud se s umírajícími setkají, tak to zpravidla není častěji než jednou až dvakrát za měsíc. V tomto ohledu vnímám velký potenciál pro změnu k lepšímu - o co méně klientů má sociální pracovník na starost, o to intenzivněji se jim může věnovat. Tento aspekt by rozhodně mohl přispět ke zkvalitnění sociální práce v oblasti péče o umírající.

Svou prací a zejména popisem široké škály možných činností jsem chtěla přispět k vyjasnění role sociálního pracovníka v péči o umírající.

Zároveň jsem v předložené práci vyzdvihla skutečnost, že ačkoli si většina lidí přeje umřít doma, reálně umírá většina lidí v nemocnicích či dalších zařízeních dlouhodobé péče. Proto zdůrazňuji potřebu rozšířit multidisciplinární paliativní péči respektující biologické, psychologické, sociální a spirituální potřeby umírajících v institucionalizovaných zařízeních, kde lidé ve skutečnosti umírají. Naštěstí se principy paliativní péče postupně skutečně začínají dostávat i do podvědomí a praxe nemocnic a domovů pro seniory.

## Bibliografie

BYOCK, Ira. 2013. Dobré umírání/ Možnosti pokojného konce života. 2. vydání. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-807429-374-0.

DRAŽILOVÁ, Lenka. 2016. Paliativní péče v podmínkách pobytového zařízení sociální péče. In: Sociální služby I. Užitečné informace pro manažery. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN: 978-80-906320-4-2.

DVOŘÁČKOVÁ, Lenka. 2010. Role sociálního pracovníka v procesu doprovázení je nezastupitelná. Sociální práce/Sociálna práca. 2/2010: s. 16-17. Dostupné z: [http://www.socialniprace.cz/soubory/socprac0210komplet\\_web-100624191633-140219132801.pdf](http://www.socialniprace.cz/soubory/socprac0210komplet_web-100624191633-140219132801.pdf) [on-line] <http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=2> [cit. 21.5.2021].

FEICHTNER, Angelika. 2018. Paliativpflege in der Praxis: Wissen und Anwendung (Paliativní péče v praxi: vědomosti a užití). 2. vydání. Vídeň: Facultas. ISBN: 978-3-7089-1595-1.

FISCHER, Ondřej a MILFAIT, René. 2008. Etika pro sociální práci. Praha: Jabok, 2008. ISBN 978-80-904137-3-3.

FRANKL, Viktor E. 2006. A přesto říci životu ano: psycholog prožívá koncentrační tábor. 2. opravené vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 80-7192-848-8.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2007. Thanatologie: Nauka o umírání a smrti. 2. přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.

HOLMEROVÁ, Iva a kol. 2013. Dlouhodobá péče: Geriatrické aspekty a kvalita péče. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5439-0.

JANEČKOVÁ, Hana. 2013. Domovy pro seniory. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál. s. 434-437. ISBN 978-80-262-0366-7.

KABELKA, Ladislav. Geriatrická paliativní péče. 2017. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4225-3.

- KALVACH, Zdeněk. 2013. Paliativní péče. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál. s. 144-145. ISBN 978-80-247-5439-0.
- KOPŘIVA, Karel. 2006. Lidský vztah jako součást profese. 5. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7367-181-6.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2007a. Základy sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-331-4.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2007b. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2008. Slovník sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2013. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.
- MÁTEL, Andrej. 2019. Teorie sociální práce I. Sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2220-2.
- MÜHLPACHR, Pavel. 2004. Sociální práce. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3323-1.
- ODLEROVÁ, Andrea. 2010. Riziká sociálnej práce s umierajúcimi. In: SMUTEK, Martin et al. Rizika sociální práce: sborník z konference VII. Hradecké dny sociální práce, Hradec Králové 1. až 2. října 2010. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-086-3.
- OPATRNÝ, Aleš. 2017. Spirituální péče o nemocné a umírající. Červený Kostelec: Pavel Mervart. ISBN 978-80-7465-269-1.
- PECHOVÁ, Karolína, KOSOVÁ, Magdaléna. 2019. Sociální práce v domovech pro seniory. In: ONDRUŠOVÁ, Jiřina, KRAHULCOVÁ, Beáta a kol. Gerontologie pro sociální práci. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-246-4383-0.
- PECHOVÁ, Karolína, LEJSAL, Matěj a kol. 2020. Paliativní péče v rezidenčních službách se zaměřením na uživatele seniorského věku. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-88361-01-5.
- PŘIDALOVÁ, Marie. 2010. Vnímám sociální práci v paliativě především jako práci se ztrátami. In: Sociální práce/Sociálna práca. 2/2010: s. 14-15. ISSN 1213-6204.

RADBRUCH, Lukas, PAINE, Sheila a kolektiv. 2010. Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči. Praha: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny. ISBN 978-80-904516-1-2.

SLÁMA, Ondřej, ŠPINKOVÁ, Martina, KABELKA Ladislav. Standardy paliativní péče 2013. In: Česká společnost paliativní medicíny, ČLS JEP [online]. [cit. 2021-03-14].

SMUTEK, Martin a Ondřej NAČERADSKÝ. 2013. Metody a techniky výzkumu. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál. s. 525-530. ISBN 978-80-262-0366-7.

STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. 2006. Sociální práce v hospici a paliativní péče. Jinočany: H & H. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. 2010. Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici. In: MATOUŠEK, O., P. KODYMOVÁ a J. KOLÁČKOVÁ. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál. s. 195-210. ISBN 978-80-7367-818-0.

ŠIKLOVÁ, Jiřina. 2013. Vyhoštěná smrt. Praha: Kalich. 978-80-7017-197-4.

ŠVANCARA, Jan, SLÁMA Ondřej, KABELKA, Ladislav, DUŠEK, Ladislav. Hospitalizace v LDN a nemocnicích následné péče. Národní datová základna paliativní péče [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací ČR, 2016 [cit. 2021-3-16].

VÁVROVÁ Soňa. 2012. Doprovázení v pomáhajících profesích. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0087-1.

VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, POSPÍŠILOVÁ, Yvona a kolektiv. 2008. Paliativní medicína. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 80-247-0279-7.

ŽIŽLAVSKÝ, Martin a Fakulta sociálních studií. 2003. Metodologie pro Sociální politiku a sociální práci. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3110-7.

## **Webové odkazy:**

Centrum paliativní péče:

<https://paliativnicentrum.cz/>

Časopis sociální práce/ sociální práca [online]. [cit. 2021-06-12]

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

Česká společnost paliativní medicíny:

<https://www.paliativnimedicina.cz/>

Etický kodex sociální pracovníků České republiky

[https://is.jabok.cz/el/JA10/zima2016/TE3372/um/5\\_Eticke\\_kodexy\\_-\\_principy\\_text.pdf](https://is.jabok.cz/el/JA10/zima2016/TE3372/um/5_Eticke_kodexy_-_principy_text.pdf)

Facebookový profil Centra paliativní péče (infografika):

<https://www.facebook.com/paliativnicentrum/photos/a.719398214782451/3667199450002298/>

Globální prohlášení o etických zásadách sociální práce. 2018. Dublin. [online]. [cit. 2021-03-24] <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles>

Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé:

<https://www.umirani.cz/>

Mezinárodní federace sociálních pracovníků:

<https://www.ifsw.org/>

Národní datová základna paliativní péče

<https://www.paliativnidata.cz/>

Standardy mobilní specializované paliativní péče. 2018. Česká společnost paliativní medicíny, ČLS JEP [online]. [cit. 2021-03-14]. Dostupné z:

[https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2019/02/2018-standardy\\_mobilni\\_paliativni\\_pece\\_a4\\_final.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2019/02/2018-standardy_mobilni_paliativni_pece_a4_final.pdf)



Standardy paliativní péče. 2013. Česká společnost paliativní medicíny, ČLS JEP [online]. [cit. 2021-03-30]. Dostupné z: [https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp\\_cspm\\_2013\\_def.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf)

Výzkumná zpráva: Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II. [online]. [cit. 2021-06-04] <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>

### **Audiovizuální rozhovory:**

ČERNÁ GROFOVÁ, Kateřina. 2019. Doprovází umírající: Jednám v jejich zájmu, smrt si mě vybrala, není dobrá ani špatná. In: DVTV [online]. 24. listopadu 2019 [cit. 2021-06-05]. Dostupné z: <https://video.aktualne.cz/dvtv/cerna-smrt-si-me-vybrala-hlavni-jsou-potreby-umirajicich-nen/r~990f6756ff6311e984c6ac1f6b220ee8/>

LOUČKA, Martin. 2021. Jakmile se naučíte, jak umírat, naučíte se, jak žít. In: Sociální pracovnice vysílá s Martinem Loučkou. [online]. 12. března 2021 [cit. 2021-03-24]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=sxyub9cgtzM>.

## **Anotace**

**Klíčová slova:** sociální pracovník, paliativní péče, doprovázení umírajících, multidisciplinární tým

### **Abstrakt:**

Předložená bakalářská práce se věnuje tématu role a přínosu sociálního pracovníka v oblasti péče o umírající. Jako cíl práce si autorka vytyčila popis sociálního pracovníka v multidisciplinárních týmech, jeho náplň a přínos v doprovázení umírajících a pozůstalých v různých typech zařízení. První část představuje teoretický rámec a je zde kladen důraz jednak na sociální práci v péči o umírající stejně jako na funkce sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu. Druhá část má empirický charakter a pojednává o samotném výzkumu postaveném na smíšené výzkumné metodě. Ke sběru dat byl použit dotazník určen sociálním pracovníkům z různých zařízení. V závěru práce autorka vyhodnocuje výsledky obou částí výzkumu, z nichž vyplývá rozmanitý charakter činností a škála přínosů sociálního pracovníka v paliativní péči.

**Key words:** social worker, palliative care, support of dying, multidisciplinary team

### **Abstract:**

The presented bachelor thesis deals with the role and contribution of the social worker the End-of-Life-Care. The aim of the work set by its author was to describe the role of a social worker in multidisciplinary teams, work content and contribution to accompanying the dying and their survivors in various types of facilities. The first part presents a theoretical framework and emphasizes the specifics of dying in various settings as well as the competencies of the social worker in End-of-Life-Care. The second part has an empirical character and elaborates on the research itself which is based on a qualitative research method. A questionnaire for social workers from various facilities was used for a data collection. For the data collection a questionnaire designated for social workers from different institutions has been used. At the end of the thesis, the author evaluates the results of both research parts, that show the diverse nature of activities and a broad range of contributions of a social worker in End-of-Life-Care.