

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta  
Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

Sociální pracovník v mobilním hospici  
(místo sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu)

Vedoucí práce: Mgr. Michal Opatrný, Dr. theol.

Autor práce: Markéta Nováková

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: III.

2009

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

22. dubna 2009

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Michalu Opatrnému, Dr. theol.  
za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>1. HOSPICOVÁ PÉČE A HOSPIC</b> .....	<b>8</b>
1.1 PALIATIVNÍ MEDICÍNA – PALIATIVNÍ PÉČE .....	9
1.2 ETICKÉ PROBLÉMY SPOJENÉ S PALIATIVNÍ PÉČÍ.....	11
1.3 HOSPICOVÁ PÉČE .....	13
1.3.1 <i>Formy hospicové paliativní péče</i> .....	13
1.3.2 <i>Péče o umírající = doprovázení</i> .....	18
1.3.3 <i>Péče o rodinné příslušníky umírajících a zemřelých</i> .....	20
<b>2. SOCIÁLNÍ PRÁCE A PALIATIVNÍ MEDICÍNA</b> .....	<b>22</b>
2.1 VÝVOJ ZAHRANIČNÍ A ČESKÉ SOCIÁLNÍ PRÁCE V HOSPICOVÉ PÉČI .....	23
2.2 HOSPIC A DOBROVOLNICTVÍ .....	25
<b>3. MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM</b> .....	<b>25</b>
3.1 ZNALOSTI, DOVEDNOSTI, KOMPETENCE, NÁPLŇ PRÁCE A ROLE.....	27
<b>4. SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČI</b> .....	<b>29</b>
4.1 MOŽNÉ SPECIFICKÉ A SOCIÁLNÍ PROBLÉMY S TAKTO ZAMĚŘENOU SOCIÁLNÍ PRACÍ.....	32
4.2 PÉČE O SEBE SAMA.....	32
<b>5. VÝZKUM</b> .....	<b>33</b>
5.1 CÍL VÝZKUMU .....	33
5.2 POSTUP A PRŮBĚH VÝZKUMU .....	34
5.2.1 <i>Respondenti</i> .....	34
5.2.2 <i>Struktura rozhovoru</i> .....	34
<b>6. VÝZKUM – VÝPOVĚDI DOTAZOVANÝCH</b> .....	<b>34</b>
6.1 ČLENOVÉ MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU.....	35
6.1.1 <i>Popis práce/činnosti</i> .....	35
6.1.2 <i>Vzájemná spolupráce</i> .....	36
6.1.3 <i>Přínos</i> .....	37
6.1.4 <i>Obtíže</i> .....	38
6.2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK .....	39
6.2.1 <i>Popis práce/činnosti</i> .....	39
6.2.2 <i>Vzájemná spolupráce</i> .....	40
6.2.3 <i>Přínos</i> .....	40
6.2.4 <i>Obtíže</i> .....	41
<b>7. VÝSLEDKY VÝZKUMU</b> .....	<b>42</b>
7.1 SHRNUÍ – ODPOVĚDI JEDNOTLIVÝCH ČLENŮ MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU .....	42
7.2 SHRNUÍ - ODPOVĚDI SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA .....	43
7.3 ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU FORMOU DISKUZE.....	44

<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>45</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>46</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>49</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>50</b>
<b>ABSTRAKT .....</b>	<b>54</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>55</b>

## ÚVOD

Téma bakalářské práce, které jsem se rozhodla zpracovat, se nazývá Sociální pracovník v mobilním hospici (místo sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu). V jednotlivých kapitolách teoretické části se zmiňuji o odlišnostech a podstatě paliativní péče a medicíny, etických problémech souvisejících s tímto tématem, jednotlivých formách hospicové péče, rozvoji hospicového hnutí u nás i ve světě, péči o doprovázející, o umírající a jejich potřeby, provázanost a souvislosti se sociální prací a rolí sociálního pracovníka se zaměřením na domácí péči. Dále pak otázce dobrovolnictví, nutnosti multidisciplinární spolupráce a v neposlední řadě pak i péči o sebe sama. Vše toto považuji za důležité k popsání a bližšímu pochopení problematiky jako celku. Informace jsem čerpala z dostupné literatury, webových stránek a interních materiálů.

Praktickou část jsem zpracovala na základě rozhovorů s jednotlivými členy multidisciplinárního týmu mobilního hospice se zaměřením na jejich vnímání sociálního pracovníka a naopak, jak pracovník vnímá svou pozici vůči ostatním v týmu. Výstup by měl reflektovat a popisovat konkrétní modelovou situaci ve vybraném zařízení.

Důvodů, které mě vedly ke zpracování takto zaměřené práce, bylo hned několik. Za osobně nejdůležitější považuji asi tyto. V dnešní uspěchané době jsme neustále přesvědčovani nejen ze strany médií o tom, že pro vybudování dobrého postavení a úspěchu ve společnosti je důležitá síla, krása, vytrvalost, mládí atd. O tom, že člověk postupně stárne, sil ubývá, přicházejí různé nemoci, obtíže, že i život jedince je omezený a musí jednou skončit, se již tolik nemluví. Smrt je něčím, proti čemu se často vzpínáme, bojujeme, spojujeme ji se stářím, bolestí, utrpením, strachem a nalezli bychom mnoho dalších vlastností, které jí připisujeme. Častokrát jsou naše domněnky mylné a zkreslené, nejen nejrůznějšími každodenními zkušenostmi a prožitky. I kdyby se člověk sebevíc snažil smrt poznat, vždy mu ta podstatná část zůstane skryta. A možná je to dobře. Proč se trápit něčím, co sám, svou silou, vůlí ani mocí nikdy nemohu změnit?

Že život není jen to krásné, ale přináší i chvíle smutku, utrpení, starostí i bolesti, jsem si poprvé více uvědomila v průběhu své praxe v prachatickém hospici. I když většina lidí má tento název spojený především se smutkem a utrpením, z vlastní zkušenosti vím, že tomu tak není. I tady lze pocítit radost například z krásného, teplého počasí, bezbolestné, prospané noci, dokončených keramických svícňů, vyšitého nového prostírání. Znovu a znovu se zde setkáváme s tím, z jakých všech maličností se tito lidé dokáží opravdu radovat a my, ostatní, je považujeme, vnímáme a prožíváme jako každodenní samozřejmost.

## 1. Hospicová péče a hospic

„...spěchejme milovat lidi, protože rychle odcházejí! Až budeme na konci nebudeme trpět tím, co jsme špatného udělali, pokud jsme toho litovali, ale tím, že jsme mohli milovat, ale nemilovali jsme, že jsme mohli pomoci, ale nepomohli, že jsme mohli zavolat, ale nezavolali, že jsme se mohli usmát, ale neusmáli, že jsme mohli podržet za ruku, ale nepodrželi...“

Jan Twardowski

„Smyslem hospicové péče není jen tzv. terminální péče, tedy péče in finem, ale naplnit dny životem a ne život naplnit dny.“<sup>1</sup>

„Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti a z potřeb pacienta: biologických, psychických, sociálních a spirituálních. Ctí autonomii nemocného, jeho individuální právo rozhodnout se. Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost. Pacient v hospici ví, že:

- a) nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- b) za všech okolností bude respektována jeho lidská důstojnost,
- c) v posledních chvílích života nezůstane osamocen.“<sup>2</sup>

Hospic můžeme také charakterizovat jako specializované zařízení, které není domovem důchodců, léčebnou dlouhodobě nemocných, sanatoriem ani nemocnicí poskytující své služby a paliativní péči pacientům v terminální fázi jejich onemocnění. O tomto typu lékařské péče se více zmíním v následující podkapitole.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 146.

<sup>2</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 511.

<sup>3</sup> Srov. Hospicpt.cz [cit. 2008-03-04] Dostupné na WWW: <http://www.hospicpt.cz>

## 1.1 Paliativní medicína – paliativní péče

Na začátku bych chtěla zmínit, že dochází k častému zaměňování obou pojmů. Jsou mezi nimi určité rozdíly, které se pokusím nastínit v následujícím textu.

„Termín pochází z latinského pallium (maska, pokrytí, zakrytí pláštěm, palliare – pokrýt, zakrýt pláštěm).“<sup>4</sup>

„Paliativní medicína bývá popisována jako nová specializace. Jde však o nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínu. Koncept celostní péče o těžce nemocného pacienta, tedy nejen o jeho „tělo“, ale také o „duši“ a sociální prostředí, byl v tradici evropské medicíny přítomen po staletí.“<sup>5</sup> Tato disciplína je spojena s úplnými počátky rozvoje hospicové myšlenky. Do praxe byla zaváděna již od středověku, kdy vznikaly první útulky pro těžce nemocné a zmrzačené.

Od druhé poloviny 20. století dochází v medicíně k mnoha převratným změnám, které naplňují lidstvo nadějí, že je jen otázkou času, kdy dojde k „vítězství“ nad všemi chorobami. Tento názor však odsouvá na okraj zájmu zdravotníků nevyлéčitelně nemocné a umírající, kterým klasická medicína již nemá co nabídnout.<sup>6</sup> Jejich postoj je shrnut v tvrzení, že s pacientem, kterého nemůžeme vyléčit, se již „nic nedá dělat“. Hospicové hnutí naproti tvrzení „nic se nedá dělat“ staví přesvědčení, že bez ohledu na diagnózu, stupeň pokročilosti i nepříznivou prognózu můžeme vždy dělat něco pro zlepšení kvality zbývajícího života. Právě ono „něco“ je náplní a obsahem hospicové a paliativní medicíny.“<sup>7</sup>

Paliativní péči můžeme chápat jako určitou filozofii péče, kde je kladen důraz na bio-psycho-socio-spirituální dimenzi jedince, vzájemnou souvislost somatických a psychosociálních projevů nemoci, ale také jako konkrétní organizaci péče zaměřující se na všechny oblasti potřeb člověka.<sup>8</sup>

Světová zdravotnická organizace ve své definici paliativní péče v roce 1990 uvádí, že se jedná o komplexní péči o nemocné, jejichž onemocnění

---

<sup>4</sup> MUNZAROVÁ, M. *Proč ne eutanazii aneb být či nebýt?*, s. 42.

<sup>5</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 19.

<sup>6</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 19-20.

<sup>7</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 20.

<sup>8</sup> Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 25.

neodpovídá na péči kurativní. V roce 2002 dochází k určitému rozšíření konceptu paliativní péče a opouštění klasické dichotomie (paliativní péče začíná tam, kde končí kurativní), která je nahrazena komplementárním modelem (paliativní je v různé míře slučitelná s kurativní).<sup>9</sup>

„Paliativní péče: usiluje o prodloužení a zachování života, který bude svou kvalitou pro pacienta přijatelný; respektuje a chrání důstojnost nevléčitelně nemocných; vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a respektuje jejich hodnotové priority; snaží se vytvořit podmínky, aby pacient mohl poslední období svého života prožít ve společnosti svých blízkých, v důstojném a vlídném prostředí; chápe umírání jako součást života, kterou každý člověk prožívá jedinečně; nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.”<sup>10</sup> Takto zaměřená péče není určena pouze jedincům s onkologickým onemocněním, ale všem těm, kteří trpí progresivní chronickou nemocí – např. ischemickou chorobou srdeční, demencí atd.<sup>11</sup>

„Cílem paliativní léčby je provádět integrovanou komplexní péči, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného. Utrpení můžeme definovat jako bolest či tíseň související s událostmi, které ohrožují neporušenost a celistvost jedince.“<sup>12</sup>

Rozvoj této péče v jednotlivých evropských zemích závisí především na politické situaci, způsobu financování a začleňování do zdravotnického systému, dále pak na kultuře státu a v neposlední řadě na vztahu celé společnosti k otázce smrti a umírání a vlivu role rodiny v životě nemocného jedince. Dostupnost paliativní péče v rámci jednotlivých zemí je nerovnoměrná.<sup>13</sup>

„Výkon pomáhajících profesí může být spojen s celou řadou obtíží, problémů a zklamání. Všechna tato povolání totiž nelze s úspěchem vykonávat, aniž by při tom nebyly respektovány určité etické zásady.“<sup>14</sup> „Jelikož lidé dnes mají na život

---

<sup>9</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 24-25.

<sup>10</sup> SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 25.

<sup>11</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 25.

<sup>12</sup> Srov. tamtéž, s. 25.

<sup>13</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 20-21.

<sup>14</sup> JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 157.

a umírání větší vliv, než kdykoliv dříve, vyplývá z toho i množství etických problémů.“<sup>15</sup>

## 1.2 Etické problémy spojené s paliativní péčí

„Součástí lékařského povolání by neměly být pouze nejnovější vědomosti a kvalitní dovednosti, ale i lidskost a schopnost mravních rozhodnutí.

Pro poskytování paliativní péče platí stejné základní etické principy jako pro jiné oblasti medicíny.“<sup>16</sup> Mezi základní etické principy patří autonomie; informovanost pacienta = tzn. znát pravdivé informace o svém zdravotním stavu; benefice = závazek, že lékař udělá pro pacienta vše pro něj prospěšné; nonmaleficence = vyhnout se takovému jednání, které by poškodilo pacienta; spravedlnost = určitá vyváženost mezi potřebami jedince a nabídkou ze strany společnosti.“<sup>17</sup> I paliativní medicína musí hledat cesty k řešení mnoha etických problémů, se kterými je každodenně konfrontována.

Mezi problematiku otázek spojené s paliativní medicínou v dnešní době patří tišení bolesti a laskavý doprovod umírajícího a to hned z několika důvodů: rozvoj medicíny využívá ve své praxi nejmodernější technologie a postupy, jejíž prvotním cílem je prodloužení života. Smrt je vnímána jako překážka, kterou je nutno se pokusit odstranit. V této souvislosti se hovoří o tzv. dystanazii nebo-li zadržované smrti. Jako další důvod autor v textu uvádí hierarchii hodnot dnešní společnosti, kde na prvním místě stojí mládí, síla, energie, zdraví, výkon, krása. Smrt, ačkoliv jediná jistota, je pro mnoho lidí tabu – něčím, o čem je lepší nepřemýšlet, nemluvit.

A právě tyto postoje mohou být jednou z překážek k laskavému doprovodu umírajícího a důvodem k tomu, že nemocný jedinec často umírá v nemocnici sám

---

<sup>15</sup> STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospicích a paliativní péče*, s. 124.

<sup>16</sup> SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 319.

<sup>17</sup> Srov. tamtéž, s. 319-320.

a mezi cizími lidmi.<sup>18</sup> „Nic na tom nezmění fakt, že to bylo učiněno v dobré víře a z přesvědčení, že umírajícím bude v náručí profesionálů lépe.“<sup>19</sup>

„Odborná i laická shoda panuje v tom, že dystanazie i samota umírajících je nepatřičná, neboť přináší všem zúčastněným nepřiměřené utrpení a nespokojenost.“<sup>20</sup> „Umožnit příchod smrti je někdy nejlepším možným řešením a nejvyšším dobrem. Mohou nastat situace, kdy je každá léčba marná, a proto může být ukončena. Nikdy však nesmí končit péče.“<sup>21</sup> „Proto nic nepomůže, když myšlenku na vlastní smrt odsuneme stranou. Pro šťastný život je mnohem důležitější se s ní vyrovnat.“<sup>22</sup>

Dále Vorlíček, Adam a další autoři zmiňují otázky související s právy pacientů, etickými komisemi, důstojným umíráním a smrtí, kvalitou života, paliativní léčbou a postoji lékařů, umírajících, příbuzných či veřejnosti.<sup>23</sup>

„Ve všech úvahách o paliativních způsobech léčby je třeba mít na zřeteli především potřeby umírajícího, a to jak v rovině somatické, tak i sociální, duševní i duchovní.“<sup>24</sup> Personál, především lékaři, jsou často stavěny před otázku – zda a do jaké míry má jedinec právo se podílet na spolurozhodování o ukončení protinádorové terapie. Nejvhodnějším se jeví užití tzv. smluvního (dohadovacího) modelu založeném na kompromisu mezi nemocným a lékařem.

Postoje příbuzných a veřejnosti lze rozdělit na dvě skupiny:

- a) ti, kteří vyžadují využití všech dostupných lékařských možností, pokračování i v „marné léčbě“ a věří v určité zlepšení zdravotního stavu. Svoje stanovisko často vysvětlují silným osobním vztahem k nemocnému. Jedná se o extrémní, ale pochopitelný postoj
- b) ti, kteří se především ze strachu odmítají se podílet na péči o umírajícího či nemocného. Příbuzní vyžadují ukončení léčby s vysvětlením, že smrt je to nejlepší, co nemocného může potkat. Jedná se opět o extrémní postoj.

---

<sup>18</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 423.

<sup>19</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 423.

<sup>20</sup> Tamtéž, s. 424.

<sup>21</sup> Tamtéž, s. 427.

<sup>22</sup> STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 25.

<sup>23</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 423-432.

<sup>24</sup> Tamtéž, s. 425.

Lékaři se nejčastěji setkávají s příbuznými, kteří názory a postoje mění vzhledem k situaci, ve které se momentálně nacházejí.<sup>25</sup>

Závěrem této kapitoly bych se ještě okrajově zmínila o některých dokumentech a zákonech, které musí poskytovatelé paliativní péče respektovat a řídit se jimi. Jde například o Listinu základních práv a svobod - čl. 6; Úmluvu o lidských právech a biomedicíně z roku 1997; zákon č. 20/1966 Sb. - péče o zdraví lidu a prováděcí předpisy; zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon<sup>26</sup> a další zákony, vyhlášky, vyhlášky ministerstev, nařízení vlády, obecně závazné vyhlášky samosprávných celků.

### **1.3 Hospicová péče**

Existují tři základní formy hospicové péče – stacionární hospicová péče, lůžková hospicová péče a domácí hospicová péče.

#### **1.3.1 Formy hospicové paliativní péče**

##### **a) Stacionární hospicová péče (denní hospic)**

Této formy hospicové péče je nejčastěji využíváno tehdy, kdy se rodina chce o nemocného postarat, ale není schopna mu zajistit péči po celých 24 hodin. Pacient je do stacionáře přijat ráno nebo v průběhu dopoledne a k večeru je opět předán do péče rodiny. Pro některé jedince může být tento typ péče vhodným řešením a to hned z několika důvodů – např. diagnostického (kontrola bolesti, kterou není možné zvládnout v domácím prostředí), léčebného (podání chemoterapie), psychoterapeutického (rodina není schopna s jedincem hovořit o problému, pocit osamocení – pracovníci jsou pro tyto jedince „vrbou“) nebo azylového (odlehčení a dopřání odpočinku rodině, která o nemocného pečuje). Jak z výše jmenovaného vyplývá, tuto péči mohou využít pouze jedinci, kteří žijí

---

<sup>25</sup> Tamtéž, s. 423-432.

<sup>26</sup> Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 327-328.

v místě či blízkém okolí takového zařízení. U nás je zatím málo rozšířená.<sup>27</sup>  
„Důležitým cílem je poskytnout těžce nemocným a umírajícím příležitost k tomu, aby aktivizovali a rozvíjeli své momentální schopnosti.“<sup>28</sup>

#### b) Lůžková hospicová péče

Lůžkové hospice můžeme dnes rozdělit na dvě formy – 1. nezávislé domovy (lůžkový hospic) a 2. zvláštní oddělení při nemocnicích (paliativní oddělení).<sup>29</sup>  
„Paliativní oddělení odpovídají svou strukturou nejvíce nemocničnímu oddělení.“<sup>30</sup>

„Do lůžkového hospice bývají lidé přijímáni, trpí-li nevyлéčitelným onemocněním, jehož postup je nezastavitelný a v dohledné době dnů či týdnů vede ke smrti. Mohou v hospici zůstat tak dlouho, dokud se jejich potíže natolik nezmenší, aby mohli být opět opatrováni doma. Lůžkové hospice nejsou tedy nutně „konečnou stanicí“ pro umírající. Je však velmi dobře možné, že zde lidé naleznou poslední příbytek až do své smrti.“<sup>31</sup>

Hospicové prostředí by mělo nemocnému co nejvíce připomínat domov. Je-li to jen trochu možné, tak většinu věcí si jedinec může rozhodnout sám – doprovod, návštěvy, čas podávání jídla, hygieny... Obvykle jsou zde i společné prostory, kde se jedinci mohou, budou-li chtít, setkávat.

O přijetí do hospice rozhoduje na základě zdravotního stavu pacienta hospicový lékař a měla by být dána přednost vždy těm pacientům, u nichž je předpoklad, že jejich onemocnění v krátké době povede ke smrti.<sup>32</sup>

---

<sup>27</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 128.

<sup>28</sup> STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 98-99.

<sup>29</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 96.

<sup>30</sup> STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 97.

<sup>31</sup> Tamtéž, s. 96.

<sup>32</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 129-130.

### c) Domácí paliativní (hospicová) péče

„Ze zahraničních průzkumů vyplývá, že by si většina vážně nemocných pacientů přála prožít závěr svého života doma. Domov identifikují jako místo, které znají, které je naplněné konkrétními lidmi, emočně bohatými vztahy a současně intimitou. Domov je místem, kde mají možnost sami určovat svůj denní režim a mohou o řadě záležitostí alespoň částečně rozhodovat.“<sup>33</sup> Přesto se jen malé části nemocných toto přání splní. Důvody mohou být různé – obtížné zvládnání některých projevů nemoci (např. dušnost, bolest), náročnost péče, ztížená dostupnost služeb home care, sociodemografické změny rodiny – mobilita, vysoká zaměstnanost žen atd.<sup>34</sup> Jako další možné příčiny uvádí Marie Svatošová absenci rodinného zázemí, celkové vyčerpání rodiny nedostatečná odbornost či prostorové podmínky.<sup>35</sup>

Jedná se o takovou péči, která je poskytována umírajícímu v jeho domácím prostředí a vychází jak z potřeb nemocného, tak i jeho rodiny, která se významným způsobem podílí na sestavení plánu péče. Na poskytování péče se dále podílí interdisciplinární tým odborníků, který pravidelně navštěvuje rodinu. Podle možností a potřeb spolupracuje s dalšími zprostředkovateli zdravotní a sociální péče. Tento tým je umírajícímu a jeho rodině nepřetržitě (7 dní v týdnu, 24 hodin denně) k dispozici. V případě úmrtí je pečujícím ze strany týmu nabídnuta odborná pomoc doprovázení po dobu jednoho roku.<sup>36</sup>

Je zapotřebí rozlišit obecnou paliativní péči a specializovanou domácí paliativní péči.<sup>37</sup> „Obecná paliativní péče je nemocným a jejich rodinám poskytována registrujícími praktickými lékaři, popř. službou domácí ošetrovatelské péče (home care). Specializovaná domácí paliativní péče je poskytována především zařízeními typu „domácí/mobilní hospic“, tj. odborně školeným týmem lékařů a sester a sociálního pracovníka, do něhož je podle

---

<sup>33</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 505.

<sup>34</sup> Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 329.

<sup>35</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 127.

<sup>36</sup> Srov. SLÁMA, O., ŠPINKA, Š., *Koncepce paliativní péče v ČR. Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*, s.13-16.

<sup>37</sup> Srov. Tamtéž, s. 35.

potřeby zapojen také psycholog, duchovní, odborníci dalších profesí, ošetřovatelé a dobrovolníci.“<sup>38</sup>

Tuto péči ještě B. Misconiová dělí dále na odbornou a laickou. „Domácí hospicová péče odborná je integrovanou formou zdravotní, sociální a laické péče poskytovanou umírajícím v jejich vlastním sociálním prostředí. Doplňuje či nahrazuje domácí hospicovou péči laickou. Je určena umírajícím plně, či částečně závislým na pomoci druhé osoby a jejich blízkým, kteří mají takové sociální podmínky, či zázemí, které dovolují poskytování domácí hospicové péče odborné bez ohrožení, či snížení kvality života umírajícího a jeho blízkých. Domácí hospicová péče odborná je dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Je poskytována multidisciplinárním týmem složeným dle aktuálních potřeb umírajícího, či jeho blízkých. Domácí hospicová péče odborná je ordinována ošetřujícím lékařem klienta, nebo odborným lékařem pro hospitalizaci klienta. Rozsah ordinovaných intervencí je obměňován ošetřujícím lékařem klienta... Domácí hospicová péče laická je poskytována umírajícím všech věkových skupin, u kterých nevyžaduje jejich psychosomatický stav odbornou péči, služby či pomoc. Je určena umírajícím, kteří mají takové sociální podmínky, které dovolují poskytování domácí hospicové péče laické bez ohrožení, či snížení kvality života umírajícího a jeho blízkých. Domácí hospicová péče laická je poskytována tzv. pečovatelem (člen rodiny, příbuzný, popřípadě dobrovolník).“<sup>39</sup>

K poskytování kvalitní domácí paliativní péče musí být splněny určité předpoklady, a to jak ze strany poskytovatele, tak i příjemce. Ze strany příjemce je za nejdůležitější považováno samotné přání umírajícího zůstat doma, dále pak ochota rodiny se podílet na péči o svého člena a nést za ni zodpovědnost. Poskytovatel musí garantovat nepřetržitou a dostupnou pomoc, kvalitu poskytovaných služeb a v případě potřeby musí zapůjčit rodině pomůcky potřebné

---

<sup>38</sup> SLÁMA, O., ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR. Pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi*, s. 35.

<sup>39</sup> MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*, s. 38-39.

ke zlepšení kvality života umírajícího – např. polohovací lůžko, injekční pumpy, chodítka aj.<sup>40</sup>

„Hlavním cílem domácí paliativní péče je umožnit terminálně nemocným důstojné prožití poslední části života v domácím prostředí a pečujícím členům jejich rodin usnadnit obtížnou životní situaci.“<sup>41</sup>

„Mobilní hospice nabízí rodině a blízkým přátelům nemocného podporu lidskou a psychickou, ale také odbornou radu či kvalifikovanou pomoc.

Zaměstnanci a dobrovolníci hospice nabízejí rodinám, které se rozhodly pečovat o své umírající blízké doma, komplexní služby: školení v domácí péči o nemocné, poradenství, půjčování pomůcek, doprovázení pozůstalých a další.“<sup>42</sup>

Více než deset let v ČR lůžkové hospice usilovaly o legislativní zakotvení. Teprve v létě 2006 Poslanecká sněmovna do zákona č.48/1997 Sb. doplnila §22a s názvem Zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková ve znění: Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu. Po následném schválení Senátem a prezidentem republiky tato novela nabyla platnosti. Služby poskytované mobilními hospici nejsou stále integrovány do zdravotního systému – tzn. nehradí je zdravotní pojišťovny. Jejich provoz a činnost je financovaná z grantů, dotací a darů.<sup>43</sup>

Závěrem této podkapitoly bych se ještě okrajově zmínila o institucionálním a domácím modelu umírání. Institucionální model umírání je spojen se zdravotnickými zařízeními, kde se jedincům dostává nejlepší možné profesionální péče. Umírajícím je dopřána komfortní péče, ale na uspokojování psychických a spirituálních potřeb většinou nezbyvá čas. Na model domácího umírání navazuje již výše zmíněná domácí hospicová péče.<sup>44</sup> „Domácí model umírání – po staletí

---

<sup>40</sup> Srov. KOHOUTOVÁ, L. Domácí hospicová péče – bakalářská práce. [online]. [cit. 2009-03-06]. Dostupné na WWW:

[http://stagweb.jcu.cz/apps/stag/diplom/index.php?download\\_this\\_unauthorized=7126](http://stagweb.jcu.cz/apps/stag/diplom/index.php?download_this_unauthorized=7126)

<sup>41</sup> KALVACH, Z., MAREŠ, J., PRUDKÝ, L., a kol. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*, s. 74.

<sup>42</sup> Tamtéž, s. 74.

<sup>43</sup> Hospice.cz [online]. [cit. 2009-03-06]. Dostupné na WWW:

<http://www.hospice.cz/hospice1/leg.ph>.

<sup>44</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 438-439.

umírali lidé především doma, v kruhu své rodiny. Předností, která bývá dnes nostalgicky vzpomínána, byla především určitá jistota „stane se to tak a ne jinak“ a emotivní podpora umírajícího. Nevýhodou domácího modelu byly především značně redukováné možnosti odborné pomoci.<sup>45</sup>

### 1.3.2 Péče o umírající = doprovázení

J. CH. Student, který vychází z Müllera, vnímá doprovázení umírajících jako pojem nejasný, který současně zahrnuje mnoho aspektů - např. ošetřování (např. bolesti), léčbu (např. panického strachu), zastupování (ručit za něco), zprostředkování lidské blízkosti, navazování kontaktů, obnovování či zajištění kvality života, péče o udržení autonomie, ulehčení, přítomnost.<sup>46</sup> „Skutečně doprovázet znamená jít kus cesty společně.“<sup>47</sup> „Cílem doprovázení je pomoci nemocnému a jeho blízkým co nejrychleji a nejšetrněji projít nepříjemnými předchozími fázemi, které popsala Kübler-Rossová, a pomoci jim dozrát do fáze smíření, akceptace.“<sup>48</sup>

Ze základních myšlenek hospice – především z úcty k životu a k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti a snahy dosáhnout co nejkvalitnějšího život a až do samého konce (základní cíle paliativní péče), vychází i podstata samotné péče o nemocné, která zahrnuje např. péči o potřeby klienta, přímou ošetřovatelskou péči atd.

„Při poskytování hospicové péče je třeba se zaměřit nejen na biologické potřeby klientů, ale také na psychické, sociální a často opomíjené duchovní potřeby. Někdy jsou tyto potřeby nazývány jako bolesti.“<sup>49</sup> „Priorita potřeb se

---

<sup>45</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 437.

<sup>46</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 61.

<sup>47</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 19.

<sup>48</sup> SVATOŠOVÁ, M., JIRMANOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem*, s. 22.

<sup>49</sup> ŠPULÁKOVÁ, J. *Limity mobilní hospicové péče v ČR – bakalářská prac.*, [online]. [cit. 2009-03-06]. Dostupné na WWW: <http://hospice.cz/hospice1/data/spulakova-bak.pdf>

v průběhu nemoci mění. Jestliže na začátku byly prvořadě potřeby biologické, v závěrečné fázi velmi často nabývají na důležitosti potřeby spirituální.<sup>50</sup>

- Biologické potřeby

„Sem patří všechno, co potřebuje nemocné tělo. O většinu biologických potřeb, včetně tišení bolesti (viz. kapitola paliativní péče 1.1), bývá dobře a odborně postaráno v nemocnici, ale nemusí tomu být tak vždycky.“<sup>51</sup> „V oblasti biologických potřeb hospicový personál zajišťuje kvalitní péči o tělo. Kromě potřeby dýchání, přijímání stravy, vyprazdňování, hygieny včetně prevence dekubitů a opruzenin, se klade velký důraz na symptomatickou léčbu onemocnění.“<sup>52</sup> „Léčba bolesti je spolu s léčbou dalších specifických symptomů provázející umírání základem paliativní péče, neboť většinou zásadně ovlivňuje kvalitu života pacienta.“<sup>53</sup>

- Potřeby psychologické

„Sem patří především potřeba respektování lidské důstojnosti, a to naprosto nezávisle na stavu tělesné schránky. Člověk není pouze množina orgánů v koženém vaku. Je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním.“<sup>54</sup> Mimo toto hrají v životě člověka důležitou roli také emoce. „Emoce jsou reakce na subjektivně významný podnět.“<sup>55</sup>

- Potřeby sociální

„Člověk je tvor společenský, a tak jako izolovaně nežije, izolovaně ani nestůně a neumírá.“<sup>56</sup> „Bolest nepocítujeme jen tehdy, když je v našem těle něco v nepořádku. Bolest může člověk pocítit i tehdy, když něco nehraje v sociálních vztazích, když např. bolí rozchod milovaných lidí. Zažít smrt znamená prožívání

---

<sup>50</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 21.

<sup>51</sup> Tamtéž, s. 21.

<sup>52</sup> ŠPULÁKOVÁ, J. *Limity mobilní hospicové péče v ČR – bakalářská práce*, [online]. [cit. 2009-03-06]. Dostupné na WWW: <http://hospice.cz/hospice1/data/spulakova-bak.pdf>

<sup>53</sup> ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Standardy domácí paliativní péče. Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*, s. 33.

<sup>54</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 22.

<sup>55</sup> NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*, s. 178-179.

<sup>56</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 23.

takových rozhodů.“<sup>57</sup> Většina lidí, kteří se nacházejí v obtížné životní situaci, obvykle ráda řeší a rozhoduje důležité otázky svého života či osobní problémy za přítomnosti příbuzných, přátel, ošetřujícího personálu či dobrovolníků. Návštěvu druhých si jedinec sám může naplánovat, korigovat a kdykoliv zrušit.<sup>58</sup>

- Potřeby spirituální

„Potřeba navazovat vztah k transcendentálním skutečnostem je zakotvena v lidské přirozenosti... Mnoho vážně nemocných nalézá ve spirituální dimenzi zdroj vnitřní síly a spojuje ji s potřebou smíření, odpuštění, uznání nároků absolutního bytí.“<sup>59</sup> „Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl.“<sup>60</sup> „Péče o duchovní stránku je v paliativní medicíně chápána jako součást multidisciplinárního přístupu k pacientům a jejich utrpení. Duchovní oblast může být zdrojem utrpení.“<sup>61</sup>

Tato celková péče zahrnuje i doprovázení nemocného a pečujících na poslední „cestě“ životem, což vyplývá z další základní myšlenky hospice, kdy je umírajícímu garantováno, že v posledních chvílích života nezůstane osamocen

### 1.3.3 Péče o rodinné příslušníky umírajících a zemřelých

Dle Studenta, který čerpá z Kerneye, mají pracovníci hospice často takovou zkušenost, že umírající člověk představuje menší problém než jeho rodinní příslušníci. Příbuzní, mající před očima blízkou smrt milovaného člověka, trpí zvláště čtyřmi druhy strachu podobné obavám umírajících: strach z nejistoty, strach z utrpení, strach ze ztráty a strach ze selhání.<sup>62</sup>

Je nutné si uvědomit, že se skutečností nevyléčitelného onemocnění, s utrpením, s umíráním včetně jednotlivých fází (negace, agrese, smlouvání, deprese, rezignace), které popsala E. Kübler-Rossová, není konfrontován jen

---

<sup>57</sup> STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 50.

<sup>58</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 23.

<sup>59</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 449.

<sup>60</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 24.

<sup>61</sup> SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 340.

<sup>62</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 64-65.

pacient, ale i jeho nejbližší.<sup>63</sup> „Rodina zná nemocného lépe než my a navíc trpí současně s pacientem.“<sup>64</sup>

Vědomí a pocit, že jejich blízký netrpí, je pro příbuzné tím nejdůležitějším a nezbytným k vyrovnání se s nastalou situací, ať je péče poskytována doma v nemocnici či v hospici. To, do jaké míry je rodina schopna poskytnout umírajícímu podporu a kvalitní péči, se odvíjí také od toho, kolik podpory se dostává jim samotným, aby nedošlo k vyčerpání.<sup>65</sup>

K tomu, aby rodina umírajícího byla schopna se zorientovat a pokusit se se situací smířit, jsou nutné pravdivé, srozumitelné informace o diagnóze i prognóze, „proškolení“ v oblasti praktické péče o umírajícího, otevřená komunikace, vyjasnění nejrůznějších obav, v neposlední řadě pak nabídnutí útěchy a podpory. Péče a pozornost je ze strany jednotlivých pracovníků směřována jak k samotnému umírajícímu, tak i k jeho nejbližším.<sup>66</sup>

„Úmrtí blízkého člověka znamená velkou životní ztrátu. Truchlení je reakcí na ztrátu. Projevuje se zármutkem, stavy úzkosti a deprese a doprovodnými somatickými potížemi. Většina pozůstalých je schopna mobilizovat své síly a s nastolenou situací se v průběhu měsíců vyrovnat bez nutnosti zvláštní intervence zdravotnického personálu. U části pozůstalých dochází k tzv. komplikovanému truchlení, které se vyznačuje intenzivní a neobvykle dlouhou dobou smutku, pozdními komplikacemi typu deprese a manifestací některých psychosomatických poruch.“<sup>67</sup> „...truchlení je proces, který má své zákonitosti a směřuje k rozloučení se zemřelým.“<sup>68</sup> Průběh „zdravého“ truchlení můžeme dělit do 3 fází: šok, který trvá minuty, maximálně dny; akutní reakce na ztrátu trvající týdny až měsíce a projevující se opakovaně ve vzpomínkách,

---

<sup>63</sup> Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 27.

<sup>64</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 516.

<sup>65</sup> Srov. Ó CONNON, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, s. 223-225.

<sup>66</sup> Srov. ŠPULÁKOVÁ, J. *Limity mobilní hospicové péče v ČR – bakalářská práce.*, [online]. [cit. 2009-03-06]. Dostupné na WWW: <http://hospice.cz/hospice1/data/spulakova-bak.pdf>

<sup>67</sup> SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 315.

<sup>68</sup> TISOVSKÁ, D., BĚHANOVÁ, J. *Rozluč se, ale neříkej sbohem*, s. 2.

pocitech viny, vzteku či ztrátě motivace; restituce a reorganizace, kdy jedinec dosahuje „rovnováhy“, vstupuje do nových vztahů.<sup>69</sup>

Kniha *Paliativní medicína pro praxi* shrnuje obecné zásady podpory pozůstalých do následujících bodů:

- uvědomit si, že většina pozůstalých je schopna se se vzniklou situací vyrovnat vlastními silami
- v průběhu péče o umírajícího budovat vzájemnou důvěru; nabídka individuální pomoci, neosobní služby jsou málo efektivní
- u jedinců, kde lze předpokládat komplikace v průběhu truchlení, nabízet cílenou pomoc.

Podpora rodiny v průběhu doprovázení v truchlení může mít mnoho forem. Například citlivá komunikace, otevřenost, vstřícnost, předání jasných informací o dalším postupu, nabídka dalšího kontaktu, individuální podpora a poradenství, psychoterapie, setkání pozůstalých, telefonní krizové linky aj.<sup>70</sup>

## 2. Sociální práce a paliativní medicína

*Slovník sociální práce* z roku 2003 definuje obecně sociální práci jako společensko-vědní disciplínu a zároveň jako praktickou činnost, která vychází ze společenské solidarity a individuálního lidského potenciálu. Jejím cílem je odhalit, vysvětlit, zmírnit a řešit sociální problémy.<sup>71</sup>

I. Tomeš pak v knize *Základy sociální práce* dodává, že je jedním z nástrojů sociální politiky a je realizována prostřednictvím sociálních služeb.<sup>72</sup>

„Sociální práce v paliativní medicíně má dvě roviny. První, užší z nich, se týká samotného nemocného a jeho konkrétních problémů. Druhá, širší rovina sociální práce v paliativní péči, se týká působení ve společnosti. Ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím lidem je představována jednak snahou o prosazení

<sup>69</sup> Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 315.

<sup>70</sup> Srov. Tamtéž, s. 317.

<sup>71</sup> Srov. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 213.

<sup>72</sup> TOMEŠ, I. *Sociální politika, sociální služby a sociální práce*, in MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*, s. 155, s. 179.

legislativních změn a zrychlení administrativních úkonů, které mohou přinést zkvalitnění života nemocných, jednak vzdělávacími aktivitami pro odbornou i laickou veřejnost. V zemích západní Evropy a USA příkládá rozvinutá občanská společnost sociální práci v této oblasti daleko větší význam, než je tomu u nás.”<sup>73</sup>

## 2.1 Vývoj zahraniční a české sociální práce v hospicové péči

„Kolébku hospicového hnutí je Velká Británie.”<sup>74</sup> „Změny přístupu moderní společnosti ke smrti a vize mladého člověka umírajícího na rakovinu v nedůstojných podmínkách inspirovaly zakladatelku hospicového hnutí k činu. Začátkem šedesátých let Cecily Saundersová založila v Londýně St. Christopher hospic.”<sup>75</sup> Cecily Saundersová pracovala jako zdravotní sestra, sociální pracovnice a později jako lékařka v hospici sv. Josefa v Londýně, kde se začíná zamýšlet nad nasloucháním a komunikací s nemocnými a vypracovává koncept “celkové bolesti” (total pain, pozdější označení “hospice care”), kde popisuje souvislost tělesné bolesti s bolestí psychickou, sociální a duchovní. Právě myšlenka potřeby péče o celkovou bolest jedince je v praxi realizována prostřednictvím multidisciplinárního týmu již ve výše zmíněném hospici svatého Kryštofa.<sup>76</sup> Přístup péče o celkovou bolest zahrnoval kvalifikovanou lékařskou péči a sociální práci.<sup>77</sup> V Anglii měla hned od počátku sociální práce významný vliv a to nejen díky kvalifikaci Saundersové v sociální práci. Nejdůležitější bylo vnímání sociálního pracovníka jako “odborníka na sociální záležitost” vybaveného schopností integrovat do této práce obec a tím i její občany. V USA a Kanadě byla zase mnohokrát zkoumána role sociální práce a projednávána otázka konkurence mezi sociální prací a péčí. Aktuální šetření ukazují opak - sociální práce přináší celkové pozitivní ovlivňování. V Rakousku

---

<sup>73</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 488-489.

<sup>74</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 133.

<sup>75</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 511.

<sup>76</sup> Srov. Tamtéž, s. 19-20.

<sup>77</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 144.

byla snaha o vymezení postavení sociální práce v hospicích ustanovena v roce 2002 profilem “Sociální práce v rámci hospice a paliativní péče”, který byl následně přenesen mediky do Francie, a role sociálního pracovníka zde představuje určitou prestiž a ocenění. V Německu byla situace vzhledem k výše zmíněným zemím o něco složitější – sociální pracovníci by v těchto organizacích vzhledem ke své kvalifikaci mohli zastávat tuto pozici, ale větší vliv zde mají zdravotní sestry, ošetřovatelé a občasné teologové.<sup>78</sup>

„České hospicové hnutí se rozvinulo prakticky bez účasti sociálních pracovníků z iniciativy silně motivovaných zdravotníků, kteří nebyli spokojeni s úrovní péče o umírající u nás.”<sup>79</sup> Myšlenka hospice je u nás spojena především se jménem lékařky Marie Svatošové a s Hospicem Anežky České, který se stal prvním modelovým zařízením toho typu. Hospic Anežky České je charitní, sociálně-zdravotní zařízení založené v roce 1994; 1.1. 1996 hospic zahajuje provoz.

„Sociální práce jako povolání je (doposud) orientována převážně všeobecně, ovšem bývá požadována odborná specializace. Odborná sociální práce je z více důvodů vhodná pro oblast hospice. Je nutné vyzvednout její celostní, biopsychosociální perspektivu a její univerzální způsob práce, která zásadně zohledňuje celou osobu v jejím životě a životní situaci. K tomu napomáhají specifické metody (jako individuální pomoc, sociální skupinová práce, komunitní práce, systémová práce, Case-Management) a její profesionální kompetence (jako schopnost komunikace, vedení rozhovorů, krizová intervence, ale též schopnost doprovázet umírající podle dané fáze umírání, aktivizovat, uschopňovat a spojovat).”<sup>80</sup> Pro efektivní náplň jednotlivých cílů a dosažení specifických požadavků sociální práce v hospici je třeba vycházet z obecných/teoretických konceptů (např. mobilizace podpory a zdrojů, rozvoj schopností řešit problém) a jednotlivých strategií a konceptů práce (např. Life-Model).<sup>81</sup>

---

<sup>78</sup> Srov. Tamtéž, s. 144-151.

<sup>79</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici*, in MATOUŠEK, O., KOLÁČOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds.), *Sociální práce v praxi*, s. 204.

<sup>80</sup> STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 107-110.

<sup>81</sup> Srov. tamtéž, s. 111-113.

## 2.2 Hospic a dobrovolnictví

„Cecily Saundersová sice vyzdvihla význam činnosti dobrovolníků v hospicové oblasti, přesto dobrovolníkům přiřkla druhořadou pozici.”<sup>82</sup> Postavení dobrovolníků se začíná měnit s přesunem hospicové myšlenky z Anglie do USA, kde bylo nutno řešit otázku nedostatku financí, a tak část úkolů plní dobrovolní pracovníci, z čehož vyplývá i oficiální uznání odborné sociální práce v hospicích.<sup>83</sup>

„Žádný hospic se neobejde bez dobrovolníků. Především oni mají velkou zásluhu na tom, že se prostředí hospice podobá více laskavému a útulnému domovu než nemocnici.”<sup>84</sup> K vykonávání práce dobrovolníka patří zásady stoprocentní spolehlivosti a nepřetěžování.<sup>85</sup>

„Dobrovolníci jsou plnohodnotnými členy hospicového týmu. Zajišťují služby v recepci, starají se o spoustu květin v hospici i mimo něj, navštěvují pacienty, obstarávají jim drobné nákupy, pomáhají připravovat různé akce...”<sup>86</sup> Sociální pracovník nebo koordinátor dobrovolníků bývá většinou tím, kdo ve spolupráci se zdravotnickým personálem jejich činnost řídí.<sup>87</sup>

## 3. Multidisciplinární tým

„Základní jednotkou pro poskytování paliativní péče je multidisciplinární tým. Tvoří ho řada různých profesí, které se vzájemně setkávají a diskutují, jak nejučinněji individuálně řešit problémy nemocného.”<sup>88</sup> Tým je složen z lékařů různých specializací, zdravotních sester, dietní sestry, sociálního pracovníka, rehabilitačního pracovníka, psychologa, psychiatra, duchovního a dalších

---

<sup>82</sup> Tamtéž, s. 145.

<sup>83</sup> Srov. tamtéž, 145-146.

<sup>84</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 134.

<sup>85</sup> Srov. tamtéž, s. 134.

<sup>86</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 516.

<sup>87</sup> PŘÍDALOVÁ, M. *Sociální práce v paliativní péči – český kontext*, in STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*, s. 15.

<sup>88</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 27.

pracovníků dle potřeby, členů rodiny, přátel a dobrovolníků.<sup>89</sup> „Členové týmu plní úkoly nejen vůči dotyčné skupině, nýbrž také vzájemně mezi sebou. Mají se vzájemně podporovat tak, aby napomáhali vnitřnímu růstu všech členů týmu a zamezili tzv. syndromu vyhoření.“<sup>90</sup>

Nyní bych se více zaměřila na sociálního pracovníka. „Sociálním pracovníkům zde náleží úkol spojovacího článku, tzv. odborníků na spolupráci, kteří jsou školeni se zřetelem na týmové, komunikační a konflikty zvládající schopnosti.“<sup>91</sup> Jak již bylo výše zmíněno, počátky českého rozvoje hospicové myšlenky a péče jsou téměř bez účasti sociálních pracovníků a to i přes ochotu spolupracovat. Absenci lze vysvětlit například nedostatkem financí nebo i tím, že nebylo jasné, jakou strukturu a náplň by jejich práce měla mít. Podvědomé spojení profese s výkonem úřednického dozoru do tohoto typu zařízení nezapadala.<sup>92</sup> „V jakékoliv anglicky psané knize o hospicích nelze opominout jmenování sociálního pracovníka jako důležitého člena týmu. Díky tomu, že rozvoj hospicového hnutí v České republice se odvíjel od lidí, kteří tuto literaturu četli a viděli, jak fungují zahraniční hospice, ke slovu přišla i tato profese.“<sup>93</sup>

„Někteří sociální pracovníci tak skutečně začínali a někdy byla jejich profese spojována s jinými povinnostmi zabezpečujícími chod hospice (účetnictví, organizace, administrativní práce aj.). S přibývajícými zkušenostmi a s příchodem sociálních pracovníků s odborným vzděláním se náplň práce této profese v hospicích krystalizovala a její povaha má přece jen pevnější obrysy. Není pochybností o tom, že sociální pracovník není kontrolující úředník, ale poradce, který se zabývá sociálním fungováním v rámci bezprostřední rodiny a širšího společenství, pomáhá mu překonat náročnou životní situaci... Přesto žádné pevné vymezení role sociálního pracovníka v paliativní péči neexistuje a je samozřejmě na rozhodnutí jednotlivých hospiců, jakým směrem nechají ubíhat kompetence

---

<sup>89</sup> Srov., tamtéž, s. 27.

<sup>90</sup> Tamtéž, s. 39.

<sup>91</sup> Tamtéž, s. 52.

<sup>92</sup> Srov. PŘIDALOVÁ, M. *Sociální práce v paliativní péči – český kontext*, in STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 9-10.

<sup>93</sup> PŘIDALOVÁ, M. *Sociální práce v paliativní péči – český kontext*, in STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 9-10.

sociálních pracovníků, do jaké míry je sváží administrativními povinnostmi a nakolik je nechají ve spolupráci s ostatními doprovázet umírající a seznamovat veřejnost s principy paliativní péče.“<sup>94</sup>

### 3.1 Znalosti, dovednosti, kompetence, náplň práce a role

„Po sociálních pracovnících v hospicovém prostředí – podobně jako u jiných zaměstnanců zde působících – se především vyžaduje hospicová etika a teprve potom specifická odbornost.“<sup>95</sup> „Sociální pracovníci v hospici musejí mít specifické znalosti pro hospic se zaměřením na (1) klientelu a problémy klientů, (2) organizační strukturu, (3) komunitu a její zdroje, (4) možnosti intervence, (5) nutný výzkum, evaluaci a dokumentaci.“<sup>96</sup> „Profesní kompetenci sociálního pracovníka obecně a „hospicovou kompetenci“ konkrétně nelze kvůli komplexitě úkolů jednoduše stanovit. Pomohou zde tři kroky: *Knowledge* - vědomosti, dovednosti, znalosti, *Skills*, *Attitudes*, které jsou pevnou součástí každého sociálního vzdělání. Studium odborné sociální práce splňuje část požadavků, není však pro hospicovou práci dostatečné. Proto je nepostradatelné příslušné další vzdělání v paliativní péči obsahující rozvoj schopnosti jednání a komunikace s umírajícími lidmi a jejich rodinami a rovněž schopnosti komunikace v týmu, rozvoj péče o klienty hospice a o sebe samého, supervizi, vypořádání s vlastním smutkem a smrtelností.“<sup>97</sup> „Všeobecné vzdělávání v oboru sociální práce je v České republice realizováno na středních sociálně-právních akademiích, na pomaturitních vyšších odborných školách nebo na vysokých školách v bakalářském, magisterském a postgraduálním studiu. Největším přínosem pravděpodobně zůstávají odborné stáže v zahraničních hospicích.“<sup>98</sup>

---

<sup>94</sup> Tamtéž, s. 11.

<sup>95</sup> STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 54.

<sup>96</sup> Tamtéž, s. 111.

<sup>97</sup> Tamtéž, s. 118-120.

<sup>98</sup> PŘÍDALOVÁ, M. *Sociální práce v paliativní péči – český kontext*, in STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 16.

Náplň práce sociálního pracovníka v paliativní péči je často spojována s těmito úkoly:

- 1) Informační a poradenské služby – sociální pracovník reprezentuje hospic veřejnosti a zprostředkovává základní informace. Bývá často prvním, s kým přichází zájemci o nabízené služby do kontaktu. Zpětně také informuje o přijetí či odmítnutí k pobytu.
- 2) Kontakt s přijatým pacientem a jeho rodinou – sociální pracovník se zajímá a spolupracuje nejen s jedincem, ale i jeho sociálním prostředím, především s rodinou, a všímá si problémů či nedostatků, které je nutno řešit. Těžištěm by měla být nabídka podpory a pokud je potřeba i řešení praktických problémů.
- 3) Péče o pozůstalé.
- 4) Práce s dobrovolníky - zde funguje sociální pracovník jako koordinátor a „můstek“ mezi dobrovolníky a hospicem a také navrhuje, pro koho z pacientů jsou návštěvy dobrovolníků vhodné.
- 5) Administrativa – častokrát se stává, že díky „papírování“ nezbývá pracovníkovi moc času na to, co je podstatou hospicové péče.
- 6) Spolupráce s ostatními členy týmu na pravidelných setkáváních, kdy jsou společně prodiskutovávány problémy a možná řešení situací, ve kterých se pacienti nacházejí, z pohledu jednotlivých členů.<sup>99</sup>

„Sociální pracovník se zaměřuje na konkrétní sociální situaci konkrétní osoby. V tom je jeho hlavní přínos pro práci multidisciplinárního týmu.“<sup>100</sup> Často také literatura zmiňuje předpoklady a výčet jednotlivých vlastností sociálního pracovníka, jako je upřímnost, umět se přiblížit k nemocnému, trpělivost, vytrvalost, autentičnost, vřelost, soucit, komunikace atd. Výstižná a shrnující mi přijde věta v publikaci *Sociální práce v praxi* – „být nejen odborníkem, ale především člověkem.“<sup>101</sup>

---

<sup>99</sup> Srov. tamtéž, s. 11-15.

<sup>100</sup> SVATOŠOVÁ M. *Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici*, in M. MATOUŠEK, O., KOLÁČOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds.), *Sociální práce v praxi*, s. 205.

<sup>101</sup> Srov. tamtéž, s. 204-205.

#### 4. Sociální pracovník v domácí hospicové péči

„První kontakt mezi pečující osobou (méně často mezi nemocným) a sociálním pracovníkem nebo jiným členem týmu je zpravidla navázán formou telefonického styku. V rámci domácí paliativní péče funguje telefonická poradenská služba, na základě telefonického styku získá pracovník informace o situaci a potřebách klienta, poskytne informace o možnostech lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální či duchovní pomoci, dále informace o specializovaných pracovištích paliativní medicíny, možnostech paliativní péče v domácím prostředí nebo v lůžkovém hospici. Dále pracovník poskytuje praktické rady týkající se péče o nemocného člena rodiny v domácím prostředí, v případě potřeby domluví osobní kontakt pracovníků domácího hospice (a to buď v nemocnici před propuštěním nebo v domácnosti). Zjištěné informace dokumentuje - jedná se tedy o základní informace o problému klienta, zdravotním stavu, rodinné a sociální situaci. Na základě zjištěných informací sestaví sociální pracovník psychosociální (rodinnou) anamnézu a naplánuje možné intervenční kroky. Sociální pracovník v domácí paliativní péči je v první řadě poradce v psychosociálním kontextu. V druhé řadě je sociální pracovník vnímán jako člen týmu, kdy jeho hlavním zájmem se stává především zmapování vztahů umírajícího, a to se zvláštním zřetelem k osobě či osobám pečujícím o umírajícího.“<sup>102</sup> Student ve své knize *Sociální práce v hospici a paliativní péče* čerpá z poznatků Rachele Dorfmannové. Ta popisuje tyto role sociálního pracovníka uplatnitelné pro sociální práci v hospicové oblasti a převeditelné (v různé míře) i do domácího prostředí jedince. A těmi jsou: jednatel/zprostředkovatel, přímluvce/obhájce, organizátor, rádce/poradce, prostředník v řešení konfliktních situací, pomocník při osobním rozvoji, napomáhá mobilizátor nevyužitých zdrojů a výzkumný pracovník.<sup>103</sup>

---

<sup>102</sup> Umírání.cz [on line]. *Informační a diskuzní portál*. [cit.2009-03-14] Dostupné na WWW: <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=131&lang=cs>

<sup>103</sup> Srov. STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 35.

„...je nutno zdůraznit, že sociální pracovník není pečovatelkou. Nevykonává pomocné práce v domácnosti, ale je jejím úkolem v případě potřeby zajistit osobu, která bude funkci pečovatelky plnit. I v rodině spočívá práce sociálních pracovníků v poradenství, sociální prevenci různých neblahých rodinných událostí a v konkrétním uskutečňování těchto rad, pokud toho není rodina klienta schopna.

Sociální pracovník se dostává do stále blízkého kontaktu nejen s pacientem, ale i s ostatními členy domácnosti. Při domácí péči o nevléčitelně nemocného nastává situace, kdy blízký člověk svůj úkol při trvalé zátěži prostě už fyzicky ani psychicky nezvládá. V této situaci má právo sociální pracovník uvážit, jak ji prakticky vyřešit, např. umístit pacienta na krátkou dobu v nějakém zařízení pro chronické pacienty. Nejde však pouze o praktickou pomoc, ale i o morální podporu – vyjádřením uznání pečujícímu členu rodiny a zároveň vysvětlením, že jeho reakce není morálním selháním, ale přirozenou únavou, která dříve či později potká každého v takové situaci. Sociální pracovník se může také v soukromém rozhovoru pokusit vzbudit u jiného, záměrně se izolujícího člena rodiny, pocit povinnosti.”<sup>104</sup> Pokud rodina nechce nebo není schopna se o jedince dostatečně postarat, je povinností sociálního pracovníka se do situace vložit, stát na straně nemocného, vhodným způsobem mu vysvětlit danou situaci a zajistit náhradní péči (např. umístění v lůžkovém hospici atd.). Pokud je potřeba, sociální pracovník nabízí také pomoc v období po smrti blízkého.<sup>105</sup>

V následujícím odstavci bych zmínila požadavky odborné kvalifikace a osobnostních nároků na sociálního pracovníka v domácí paliativní péči, které uvádí informační a diskuzní portál umírání.cz jako nezbytné a důležité.

Odborná kvalifikace:

- vysokoškolské vzdělání (sociální práce, sociální politika, psychologie
- a příbuzné obory)
- nejméně čtyřtýdenní praxe na oddělení paliativní péče v lůžkovém nebo ambulantním hospici

---

<sup>104</sup> VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 493-494.

<sup>105</sup> Srov. tamtéž, s. 494.

- odborný výcvik v telefonické a krizové intervenci
- Osobnostní požadavky:
- schopnost vyrovnávat se s umíráním, smrtí a zármutkem
- schopnost pružně a rozvážně jednat v nečekaných situacích
- psychická stabilita i v krizových situacích
- schopnost pečovat o vlastní duševní hygienu
- schopnost předcházet syndromu vyhoření
- předpoklady pro týmovou práci
- schopnost přebírat odpovědnost
- samostatnost v rozhodování
- schopnost spoluvytvářet efektivní komunikační struktury
- schopnost inspirovat své okolí a získávat pro paliativní péči další spolupracovníky a dobrovolníky
- schopnost komunikovat s pacienty a rodinnými příslušníky tváří v tvář i prostřednictvím telefonu
- schopnost citlivě doprovázet pozůstalé
- schopnost pravidelného dalšího vzdělávání a prohlubování odborných znalostí<sup>106</sup>

---

<sup>106</sup> ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Standardy domácí paliativní péče. Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*, s. 24-25.

## 4.1 Možné specifické a sociální problémy s takto zaměřenou sociální prací

„Terénní sociální práce je samozřejmě vázána na sociálně-politické podmínky, v nichž funguje, protože ty utvářejí nabídku zdrojů a služeb, kterou sociální pracovníci zprostředkovávají.“<sup>107</sup>

Jedním z problémů, se kterým se sociální pracovník potýká, je nedostatek hospiců či možností využít domácí hospicové péče v případě řešení situace nevyлéčitelně nemocných. Další problémy souvisejí s rozšířeností, časovou flexibilitou a dostupností (zejména v menších městech a na venkově) agentur domácí péče, které umožňují jedinci zůstat co nejdéle doma, kde je zároveň postaráno o uspokojování jeho potřeb, tišení bolesti atd.<sup>108</sup>

## 4.2 Péče o sebe sama

„Obecně lze říci, že každý, kdo je či chce být pracovníkem po celou dobu své profesní dráhy, potřebuje tři prameny, z nichž čerpá:

- Učitele, čili někoho, o kom si pracovník může říci: tento člověk ví víc než já a chci se to od něj naučit.
- Kolegu, čili někoho, o kom si pracovník může říci: je na tom stejně jako já a chci si s ním popovídat o naší společné situaci, případu, nápadech či potížích přímo, hned a na pracovišti.
- Supervizora, čili někoho, o kom si může říci: to je člověk, jehož požádám o pomoc, až si sám nebudu vědět rady se svou prací, až se mi nebude dařit, až se zaseknu, až budu mít pocit, že mi vše utíká pod rukama, až mě má práce přestane bavit atd.“<sup>109</sup>

Jednou z možností jak předcházet syndromu vyhoření, který je charakteristický pocitem bezvýchodnosti, beznaděje, zklamání, celkovým útlumem komunikace či postupným uzavíráním sám do sebe, jsou supervizní sezení. Podle zahraničních

---

<sup>107</sup> PŘIDALOVÁ, M. *Sociální práce v paliativní péči – český kontext*, in STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*, s. 16.

<sup>108</sup> Srov. tamtéž, s. 17.

<sup>109</sup> ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*, s. 116-117.

výzkumů se u hospicového personálu projevy syndromu vyhoření objevují průměrně do dvou let. Toto tvrzení se však v prvním fungujícím hospici nepotvrdilo, a to především díky důslednému zaměření na prevenci, která by měla být v každém zařízení tohoto typu. Do koncepce prevence lze zahrnout jak péči zaměstnavatele o personál, tak i jedince o sebe samého. Je tím myšlena např.: zodpovědnost při výběru personálu, vyrovnanost s vlastní smrtelností, definice dosažitelných cílů, nepřetěžovat, zabránit rutinnímu přístupu k práci, smysl pro humor, mimopracovní setkávání, společné akce, dobré mezilidské vztahy, rodinné zázemí, mít rád sám sebe, celoživotní vzdělávání či obohacující stáže.<sup>110</sup>

## 5. Výzkum

Praktická část práce je zpracována formou kvalitativního výzkumu, metodou kvalitativního rozhovoru, zaměřeného na vzájemné vnímání a vztah sociálního pracovníka a ostatních členů multidisciplinárního týmu. V takto zaměřeném rozhovoru jde především o kladení otázek a naslouchání druhému.

Polostrukturovaný rozhovor, jež jsem zvolila k získání informací, má předem stanovený cíl, osnovu a otevřené otázky.

### 5.1 Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu je na základě osobních rozhovorů s jednotlivými členy multidisciplinárního týmu mobilní hospicové péče charakterizovat jejich vnímání a postoj k práci sociálního pracovníka v zařízení.

Mým druhým záměrem je zachytit a popsat i pohled sociálního pracovníka, tzn. jak vnímá sám sebe, své postavení vůči ostatním členům týmu atd.

---

<sup>110</sup> Srov. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*, s. 517.

Výsledkem by měl být konkrétní popis výše zkoumané situace ve vybraném mobilním hospicovém zařízení.

## **5.2 Postup a průběh výzkumu**

Nejprve jsem telefonicky nebo e-mailem kontaktovala několik mobilních hospiců s prosbou, zda by jejich pracovníci byli ochotni poskytnout mi rozhovory týkající se práce sociálního pracovníka v jejich organizaci, ze kterých bych pak vycházela ve svém výzkumu. Nebylo vůbec snadné najít někoho, kdo by byl ochoten věnovat svůj čas a podělit se se mnou o své názory a konkrétní zkušenosti z praxe. Všichni odmítli, pouze v jednom hospici mi vyšlo vstříc 5 z 10 členů multidisciplinárního týmu. Po domluvě jsem jim předem zaslala k prostudování připravené otázky a následně je navštívila přímo na jejich pracovišti. Na místě jsem rozhovory natočila na diktafon a do své práce pak doslovně přepsala. S každým jsem individuálně hovořila přibližně 20 minut.

### **5.2.1 Respondenti**

Hovořila jsem se sociálním pracovníkem, lékařem, vrchní sestrou, zdravotní sestrou a pastoračním asistentem. Všichni respondenti pocházejí z jednoho hospice a na jejich výslovné přání neuvádím konkrétní jména ani pracoviště.

### **5.2.2 Struktura rozhovoru**

Rozhovor pro všechny dotazované byl rozčleřen do jednotlivých, tématicky příbuzných okruhů, které vždy obsahovaly konkrétní otázku/ky (Přílohy II a III).

## **6. Výzkum – výpovědi dotazovaných**

V následujících podkapitolách uvádím závěry vyplývající z odpovědí respondentů na jednotlivé otázky rozhovoru.

## 6.1 Členové multidisciplinárního týmu

Výzkumný vzorek, který představovali jednotliví členové týmu, byl tvořen lékařem, dvěma zdravotními sestrami – A1 (vrchní), A2 a pastoračním asistentem. Všichni z výše jmenovaných jsou zaměstnanci (někteří externí)

### 6.1.1 Popis práce/činnosti

V této části se snažím zjistit obecně přehled o povědomí a informacích, které mají někteří zaměstnanci mobilního hospice o náplni a charakteristice práce vykonávané sociálním pracovníkem v jejich zařízení.

#### 6.1.1.1 Jaká/é z činností vykonávaná sociálním pracovníkem ve vašem zařízení je podle Vašeho názoru převažující a jaká/é nejdůležitější?

Lékař neměl přesný přehled o náplni práce sociálního pracovníka, uvedl administrativu spojenou s veškerou sociální agendou, práci v terénu či poradenství. Za nejdůležitější považoval samotný přímý kontakt s umírajícím a jeho rodinou.<sup>111</sup>

Sestry A1 a A2 se shodují v názoru, že převažující činností sociálního pracovníka v zařízení je komunikace s celou rodinou nemocného v průběhu poskytované péče a následná podpora v období truchlení. A2 navíc ještě zmiňuje komunikaci s lékařem, zdravotnickými zařízeními, zjišťování údajů o pacientovi, jeho sociálních podmínkách, sledování vztahových problémů v rodině a jejich řešení.<sup>112</sup>

Z pohledu A1 je tím nejdůležitějším první setkání s umírajícím a jeho rodinou, vytvoření atmosféry důvěry k získání důležitých informací nejen osobního charakteru a zjištění jejich představ o průběhu péče. Jak vyplývá z rozhovoru s A2, za nejdůležitější považuje např. posouzení vhodnosti péče v domácím

---

<sup>111</sup> Srov. Příloha IV, odpověď 1.1.

<sup>112</sup> Srov. Přílohy V, VI, odpověď 1.1.

prostředí, zjišťování sociálního zázemí, vzájemných vztahů, potřeb jedince, předávání informací a dalších záležitostí.<sup>113</sup>

Pastorační asistent nezná přesnou náplň práce. Za převažující považuje veškerou sociální agendu, za nejdůležitější pak laskavé přijetí, naslouchání a skrze ně navázání kontaktu.<sup>114</sup>

### **6.1.2 Vzájemná spolupráce**

Zde se snažím zachytit především pracovní vztahy a souvislosti mezi jednotlivými pozicemi zaměstnanců v hospicovém týmu a sociálním pracovníkem.

#### **6.1.2.1 V čem spočívá Vaše práce a v jakých záležitostech se na sociálního pracovníka (s přihlédnutím k Vaší profesi) nejčastěji obracíte?**

Těžiště své práce spatřuje lékař především v nastavení a úpravě medikamentózní léčby vzhledem k postupujícímu onemocnění, dále pak ve spolupráci s praktickými lékaři, jednotlivými členy multidisciplinárního týmu, vedení dokumentace či návštěvy jedince v domácím prostředí. Četnost návštěv se odvíjí od vývoje zdravotního stavu. Konkrétní situace, ve kterých se obrací na sociálního pracovníka, nebyly jmenovány.

A1 zastává pozici vrchní sestry, jejíž hlavní náplní práce je celková organizace chodu hospice na sesterské úrovni a koordinace sesterské práce a péče. Záležitosti, ve kterých se obrací na sociálního pracovníka opět nebyly zmíněny. A2 v zařízení pracuje jako zdravotní sestra. Svou práci charakterizuje jako zajišťování potřeb pacienta na různých úrovních v součinnosti s rodinou a lékařem. Sociálnímu pracovníkovi předává podklady pro řešení záležitostí spadajících do jeho kompetence, například otázky z oblasti majetku, financí, vztahů a práva.

---

<sup>113</sup> Srov. tamtéž.

<sup>114</sup> Srov. Příloha VII, odpověď 1.1

Pastorační asistent vidí náplň a smysl práce v doprovázení pacienta na psychické a duchovní úrovni, dále pak v podpoře vytváření zdravého vztahu pacienta k sobě samému a druhým. Za důležitou považuje svobodnou vůli a rozhodnutí umírajícího. Se sociálním pracovníkem konzultuje výše jmenované záležitosti, ptá se na jeho zjištění a pohled v kontextu celé klientovy rodiny.

### **6.1.3 Přínos**

Cílem těchto otázek je zjistit, jak jednotliví členové subjektivně hodnotí a oceňují práci sociálního pracovníka a v čem spatřují/nespatřují její prospěšnost pro celkově správný a plynulý chod mobilního hospice.

#### **6.1.3.1 Jakou důležitost přikládáte práci sociálního pracovníka a proč?**

Lékař považuje práci každého člena týmu za důležitou, nezbytnou a nezastupitelnou.

Sestra A1 hodnotí práci sociálního pracovníka jako klíčovou v komplexním přístupu k léčbě nemocného. A2 vidí důležitost práce v napomáhání, urovnávání a uzdravování vztahů pacienta k sobě samému a ke svým blízkým.

Pastorační asistent vyzdvihuje důležitost prvního kontaktu s pacientem, ale blíže nespecifikuje přínos sociálního pracovníka na základě jeho kompetencí.

#### **6.1.3.2 V čem je podle Vašeho názoru jeho práce užitečná/obohacující pro bezproblémové fungování organizace?**

Podle lékaře přispívá společně s ostatními ke schopnosti poskytování péče o umírající na profesionální úrovni.

A1 vnímá sociálního pracovníka jako průvodce pacienta a jeho blízkých v nejtěžším úseku životní cesty. A2 spatřuje důležitost práce sociálního

pracovníka pro bezproblémový chod hospice v zohledňování a naplňování potřeb umírajícího ve všech sférách, oblastech a souvislostech.

Pastorační asistent vidí přínos pro celkové fungování organizace v laskavém a přívětivém přístupu k nemocnému.

#### **6.1.4 Obtíže**

Tento okruh se zaměřuje na možné problémy, překážky a těžkosti, se kterými se dle názoru dotazovaných může sociální pracovník při své práci v takovémto zařízení setkat.

##### **6.1.4.1 Který/é úkol/y (povinnost/ti) považujete v práci sociálního pracovníka za nejobtížněji splnitelné?**

Lékař se odvolává na svou neznalost náplně práce sociálního pracovníka, pro kterou není schopen pojmenovat obtíže. Z vlastních zkušeností odvozuje nadbytečné administrativní zatěžování a obtížnost osobního vyrovnání se se svou smrtelností.

A1 zmiňuje obtíže spojené s administrativní sférou a dále často značné množství nemocných toužících po naplnění sociálních potřeb v různé intenzitě. A2 považuje za nejnáročnější narovnání pokřivených vztahů, zvládnutí neúměrných nároků a požadavků v oblasti péče a opakovaně prováděné změny v důsledku nejasnosti vlastních životních postojů nemocného.

Asistent vidí jako nejtěžší zhodnocování kritérií pro splnění podmínek poskytování domácí hospicové péče.

#### **6.1.4.2 V čem vnímáte obtížnost práce sociálního pracovníka oproti práci sociálního pracovníka v jiných typech zařízení?**

Lékař spatřuje hlavní rozdíl v četnosti setkávání se s bolestí, utrpením a smrtí a v rozhodování o vhodnosti a způsobu komunikace s pacientem a jeho rodinou.

A1 považuje za rozdílný zejména čas, který má sociální pracovník na poznání nemocného. Za odlišné pak také považuje časté střídání pacientů a nutnost alespoň částečného vniknutí do zdravotnické problematiky a péči o pozůstalé.

A2 vidí rozdílnost především v nutnosti vnímat potřeby pacienta v širších a hlubších souvislostech, v častějších vystavení stresovým situacím souvisejících s komunikací s umírajícími a jejich rodinami, s doprovázením pozůstalých, s účastí na spolurozhodování o tom, zda jedince přijmout či odmítnout.

Pastorační asistent cítí velkou rozdílnost v samotné podstatě práce. Způsoby, kterými se pracuje se zdravými nebo lehce nemocnými jedinci, vidí jako nedostatečné pro použití v praxi s umírajícími.

## **6.2 Sociální pracovník**

V této části výzkumu jsou jednotlivé otázky položeny sociálnímu pracovníkovi. Má možnost vyjádřit se ke své práci, k tomu, jak vnímá své postavení a místo v multidisciplinárním týmu.

### **6.2.1 Popis práce/činnosti**

Touto otázkou se ptám na převládající druh činnosti, náplň práce a na to, co pracovník subjektivně hodnotí a pokládá za nejdůležitější a nejpotřebnější.

### **6.2.1.1 Jaká/é z Vašich činností je podle Vás převažující a jakou/é považujete za nejdůležitější?**

Prioritní činnosti nebyl pracovník objektivně schopen jednoznačně pojmenovat a definovat z toho důvodu, že v jeho práci dochází k častým změnám a vývoji.

Ze subjektivního pohledu je na 1. místě přímý kontakt s klientem, jeho blízkými a v nejtěžších chvílích pak být potřebným ku pomoci a nablízku. Mnohé náležitosti, které k sociální práci jako takové neodmyslitelně patří, jsou pracovníkem považovány za důležité a potřebné, ale ne nejdůležitější. Vše ostatní, co se týká sociální oblasti a je v kompetenci sociálního pracovníka jako například vyřízení žádosti příspěvku na péči, zajištění pečovatelské služby, hlídání včasného placení za poskytované služby, orientace v sociální síti atd., bylo uváděno jako další příklad náplně práce v zařízení.

### **6.2.2 Vzájemná spolupráce**

Zde se sociálního pracovníka ptám na situace a případy, ve kterých se jej kolegové ptají na radu nebo žádají pomoc.

#### **6.2.2.1 V jakých záležitostech se na Vás, jako na sociálního pracovníka, ostatní členové týmu nejčastěji obracejí?**

V současnosti se svými spolupracovníky nejčastěji řeší návštěvy lékařů, otázky spojené s půjčováním pomůcek do domácího prostředí či vyřizování příspěvku na péči.

### **6.2.3 Přínos**

V této části se ptám, jak pracovník ze svého subjektivního pohledu hodnotí svou pozici v týmu spolupracovníků a přínos své práce pro dobré fungování organizace.

### **6.2.3.1 Jak velkou důležitost přikládáte Vaší pozici v rámci multidisciplinárního týmu?**

*„Své pozici přikládám význam menší než-li pozici zdravotníků, ale ne méně důležitý“.<sup>115</sup>*

Jako velmi důležité vnímá být tu jako člověk pro druhé.

### **6.2.3.2 Včem vnímáte prospěšnost/důležitost Vaší práce?**

Sociální pracovník se domnívá, že jeho práce je významnou součástí komplexní péče o umírajícího pacienta.

## **6.2.4 Obtíže**

Závěrečné otázky se zaměřují na překážky, problémy, těžko řešitelné požadavky a úkoly, se kterými se sociální pracovník mobilního hospice setkává častěji, než je tomu v jiné sféře sociální práce.

### **6.2.4.1 V čem vnímáte obtížnost Vaší práce oproti práci sociálního pracovníka v jiných typech zařízeních?**

Sociální pracovník žádné obtíže nevnímá. S prací je maximálně spokojený, pociťuje z ní naplnění a smysluplnost.

---

<sup>115</sup> Cit. Příloha VIII, odpověď 3.1

#### **6.2.4.2 Které z úkolů Vaší práce vnímáte osobně jako obtížně splnitelné?**

Zde pracovník uvádí vysvětlování pečujícím rodinám, že otázky týkající se zdravotní péče o jejich nejbližšího není schopen ze své pozice (svými znalostmi, zkušenostmi, kompetencemi,...) zodpovědět.

## **7. Výsledky výzkumu**

Na základě shrnutí výpovědí jednotlivých dotazovaných popisují v této části převažující činnost, spolupráci, přínos a obtíže sociálního pracovníka v domácí hospicové péči jak z pohledu jednotlivých členů multidisciplinárního týmu, tak i jeho samotného.

### **7.1 Shrnutí – Odpovědi jednotlivých členů multidisciplinárního týmu**

Dotazovaní jsou zaměstnanci mobilního hospice, kde zastávají pozici lékaře, zdravotní sestry (A1 vrchní sestra) a pastoračního asistenta.

Někteří z respondentů neměli zcela jasnou představu o náplni práce sociálního pracovníka. Nejčastěji byly uváděny oblasti:

- administrativa
- práce v terénu – kontakt s umírajícím a jeho rodinou, podpora, doprovázení, uzdravování vztahů...
- komunikace a vzájemné naslouchání
- podpora v období truchlení
- poradenství.

Jako nejdůležitější z práce sociálního pracovníka byly zmiňovány:

- posouzení vhodnosti péče
- navázání prvního kontaktu a vytvoření atmosféry důvěry
- zajištění potřeb jak umírajícího, tak jeho nejbližších.

Všichni z dotázaných vnímají sociálního pracovníka jako důležitého a nezastupitelného člena týmu, který se podílí na komplexní péči o umírajícího a v rámci svých kompetencí se zabývá veškerou sociální agendou.

Obtížnost sociální práce je spatřována (obecně i v porovnání s jinými typy zařízení) především:

- ve vyrovnání se se smrtelností
- v řešení problémů v mezilidských vztazích ve stresujících situacích
- v častém setkávání se se smrtí, bolestí, utrpením
- v základních metodách a postupech sociální práce
- ve spolurozhodování o přijetí či odmítnutí pacienta
- ve složitosti administrativního systému.

## **7.2 Shrnutí - Odpovědi sociálního pracovníka**

Ze strany sociálního pracovníka nebyla převažující činnost objektivně popsána. Ze subjektivního pohledu je u pracovníka na prvním místě přímý kontakt, potřeba být nápomocný a dále následují jednotlivé náležitosti spojené se sociální prací.

V kontaktu se svými kolegy nejčastěji řeší otázky týkající se:

- návštěvy lékaře u pacienta
- půjčování pomůcek
- sociální agenda.

Pozici sociálního pracovníka staví v porovnání s ostatními členy týmu na stejnou úroveň. Svou práci hodnotí jako smysluplnou, bez jakýchkoliv obtíží, kde přínos a prospěšnost vidí ve fungování a neustálém rozvoji organizace poskytující kvalitní péči.

### **7.3 Zhodnocení výsledků výzkumu formou diskuze**

Dotazovaní se shodují, že podstatnou část práce sociálního pracovníka tvoří administrativní činnost spojená se sociální agendou. Jde často o první kontakt ve vztahu pacient, nejbližší rodina, lékař nebo zdravotnické zařízení dosud poskytující péči a nyní nově hospic. Vše se odehrává ve vysoce psychicky náročné situaci, kdy dochází k náhlým změnám a je potřeba pružných rozhodnutí na mnoha úrovních.

Vedle materiálního a hmotného zabezpečení nabývá na důležitosti zejména celkové pochopení a přímý kontakt s umírajícím a jeho nejbližšími, což zahrnuje mnoho dílčích aspektů - např. komunikaci, naslouchání, blízkost a vzájemnou důvěru. Podpora a pomoc směřovaná k blízkým pokračuje i v případě úmrtí doprovázeného. Potřebné je též správné posouzení vhodnosti péče v domácím prostředí s přihlédnutím k aktuální rodinné situaci a zdravotnímu stavu nemocného.

Domnívám se, že z výše zmíněného je zřetelné, jak je pozice sociálního pracovníka v týmu nezastupitelná a nepostradatelná. A tak ji také vnímali všichni oslovení.

Obtíže byly jednotlivými členy spatřovány především v nadměrné administrativě a v každodenním náročném setkávání se s bolestí, utrpením a požadavkem na vyrovnání se s vlastní konečností. V této souvislosti mě velmi překvapil názor sociální pracovníce, která nevnímá absolutně žádné těžkosti spojené s takto orientovanou prací. Osobně si neumím plnou míru spokojenosti a celkové vyrovnanosti představit.

Myslím, že výsledek výzkumu je částečně zkreslený neúčastí ostatních členů multidisciplinárního týmu – např. psychologa, koordinátora dobrovolníků aj., kteří by jistě svým pohledem poukázali na další aspekty práce sociálního pracovníka.

## ZÁVĚR

Práce sociálního pracovníka v mobilním hospici hraje důležitou a nezastupitelnou roli. Sociální pracovník jako člen multidisciplinárního týmu se podílí na zajišťování komplexní péče o umírajícího pacienta v poslední fázi jeho života, spolurozhoduje o zařazení pacienta do hospicové péče, zhodnocuje kritéria pro jeho přijetí, zajišťuje další věci týkající se právních předpisů a sociální agendy. K tomu, aby byla tato péče kvalitně poskytována, je nutný i aktivní přístup ze strany rodiny. Vždy, pokud je to možné, je upřednostňována péče v domácím prostředí. Sociální pracovník je s rodinou v pravidelném kontaktu, pomáhá s řešením konkrétních, odborných i lidských záležitostí, které vyvstávají v souvislosti s náhlou změnou v životě nemocného a jeho blízkých. Snaží se napomáhat co nejdůstojnějšimu a nejkvalitnějšimu životu umírajícího a jeho blízkých.

Při psaní bakalářské práce jsem se hlouběji seznámila s problematikou domácí hospicové péče a prostřednictvím kvalitativního rozhovoru osobně poznala i některé členy týmu.

Tuto práci bych doporučila všem, kteří mají zájem dozvědět se více o komplexním zajištění záležitostí týkajících se těžce nemocných a umírajících, které bude stále do určité míry spojeno s obtížemi a zahaleno tajemstvím.

## Seznam použitých zdrojů

### Monografické publikace:

JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha : Triton, 2003.  
ISBN 80-7254-329-6.

KLAVACH, Z., PRUDKÝ, L., a kol. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha : Cesta domů 2004. ISBN 80-239-2832-5.

MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha : Portál, s. r. o., 2001.  
ISBN 80-7178-473-7.

MATOUŠEK, O. *Slovní sociální práce*. Praha : Portál, 2003.  
ISBN 80-7178-549-0.

MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. Praha : Národní centrum domácí péče České republiky, 1998. ISBN 80-239-1915-6.

NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. Praha : Academia, 2003.  
ISBN 80-200-0993-0.

Ó CANNON, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*.  
Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.

SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*.  
Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.

SLÁMA, O., ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR. Pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi*. Praha : Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8.

STUDENT, CH. J., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha : H&H Vyšehradská, s. r. o., 2006. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, M., JIRMANOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem*. Praha : Ecco homo, 1998. ISBN 80-902049-1-0.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha : Ecco homo, 1995. ISBN 80-902049-0-2.

ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Standardy domácí paliativní péče. Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. Praha : Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4329-4.

TISOVSKÁ, D., BĚHANOVÁ, J. *Rozluč se, ale neříkej sbohem*. Tábor : Hospicové hnutí, 2006.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha : SLON, 1999. ISBN 80-85850-69-9.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. et al. *Paliativní medicína*. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

#### **Jiné zdroje:**

Hospice [online]. *Co je hospic?* [cit. 2008-03-04]. Dostupné na WWW: <http://hospice.cz/hospice1/hospic.html>

KOHOUTOVÁ, L. *Domácí hospicová péče – bakalářská práce*. [online]. [cit. 2009-03-06]. Dostupné na WWW: [http://stagweb.jcu.cz/apps/stag/diplom/index.php?download\\_this\\_unauthorized=71](http://stagweb.jcu.cz/apps/stag/diplom/index.php?download_this_unauthorized=71)

ŠPULÁKOVÁ, J. *Limity mobilní hospicové péče v ČR – bakalářská práce.* [online]. [cit. 2009-03-06]. Dostupné na WWW: <http://hospice.cz/hospice1/data/spulakova-bak.pdf>

Umírání.cz [online]. *Informační a diskusní portál.* [cit. 2007-03-14] Dostupné na WWW: <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=209>

Hospice Anežky České [online]. *Souhrné informace o zařízení.* [cit. 2007-04-24]. Dostupné na WWW: <[http://www.hospic.cz/souhrn\\_info\\_o\\_hac.doc](http://www.hospic.cz/souhrn_info_o_hac.doc) >

## **Seznam příloh**

**Příloha I** – Seznam Domácí hospicové péče

**Příloha II** – Struktura rozhovoru pro členy multidisciplinárního týmu

**Příloha III** – Struktura rozhovoru pro sociálního pracovníka

**Příloha IV** – Rozhovor s lékařem (přiložen na CD)

**Příloha V** – Rozhovor s vrchní sestrou (přiložen na CD)

**Příloha VI** – Rozhovor se sestrou (přiložen na CD)

**Příloha VII** – Rozhovor s pastoračním asistentem (přiložen na CD)

**Příloha VIII** – Rozhovor se sociálním pracovníkem (přiložen na CD)

## Přílohy

### Příloha I – Seznam Domácí hospicové péče

název	adresa, telefon
<b>Benešov</b> Terénní služby Benešov	Jana Nohy 1352, 256 01 Benešov 605 276 114, 317 722 046
<b>Brno</b> Domácí hospic, poradna a půjčovna pomůcek	Kamenná 36, 639 00 Brno 543 214 761, 773 499 943
<b>Jihlava</b> Hospicové hnutí Vysočina	Žižkova 89, 586 01 Jihlava 731 604 301, 567 210 997
<b>Kyjov</b> Domácí hospic David	Palackého 194, 697 01 Jihlava 518 323 766, 777 805 001
<b>Malejovice</b> Dětský hospic Klíček	Malejovice 22, 285 04 Uhlířské Janovice 327 544 044, 775 204 109
<b>Nové Město na Moravě</b> Hospicové hnutí Vysočina	Žďárská 610, Nové Město na Moravě 592 31 566 615 198
<b>Opava</b> Charitní hospicová péče Pokojný přístav	Kylešovská 10, 746 01 Opava 737 999 979
<b>Ostrava</b> Mobilní hospic Ondrášek	Horní 288/67, 700 30 Ostrava – Dubina 724 975 275, 596 910 196
<b>Ostrava</b> Dětský hospic Klíček - poradna	Kostelní náměstí 2, 702 00 Opava 595 136 098, 773 204 109
<b>Ostrava</b> Mobilní hospicová jednotka, Charita Ostrava	Charvátská 8, 700 30 Ostrava 599 508 504
<b>Praha</b> Hospicové občanské sdružení Cesta domů	Bubenská 3, 170 00 Praha 7 283 850 949, 775 166 863
<b>Rajhrad</b> Mobilní hospic sv. Jana	Jiráskova 47, 664 61 Rajhrad 737 220 084
<b>Žďár nad Sázavou</b> Domácí hospicová péče	Strojírenská 4, Žďár n. Sázavou 591 01 739 389 244

## **Příloha II – Struktura rozhovoru pro členy multidisciplinárního týmu**

### 1. Popis práce/činnosti:

1.1 Jaká/é z činností vykonávaná sociálním pracovníkem ve vašem zařízení je podle Vašeho názoru převažující a jaká/é nejdůležitější?

### 2. Vzájemná spolupráce:

2.1 V čem spočívá Vaše práce a v jakých záležitostech se na sociálního pracovníka (s přihlédnutím k Vaší profesi) nejčastěji obracíte?

### 3. Přínos:

3.1 Jakou důležitost přikládáte práci sociálního pracovníka a proč?

3.2 V čem je podle Vašeho názoru jeho práce užitečná/obohacující pro celkové fungování organizace?

### 4. Obtíže:

4.1 Který úkol/y (povinnost/ti) považujete v práci sociálního pracovníka za nejobtížněji splnitelné?

4.2 V čem vnímáte obtížnost práce sociálního pracovníka oproti práci sociálního pracovníka v jiných typech zařízení?

### **Příloha III – Struktura rozhovoru pro sociálního pracovníka**

#### 1. Popis práce/činnosti:

1.1 Jaká/é z Vašich činností je podle Vás převažující a jakou/é považujete za nejdůležitější?

#### 2. Vzájemná spolupráce:

2.1 V jakých záležitostech se na Vás, jako na sociálního pracovníka, ostatní členové týmu nejčastěji obracejí?

#### 3. Přínos:

3.1 Jak velkou důležitost přikládáte Vaší pozici v rámci multidisciplinárního týmu?

3.2 V čem vnímáte prospěšnost/důležitost Vaší práce?

#### 4. Obtíže:

4.1 V čem vnímáte obtížnost Vaší práce oproti práci sociálního pracovníka v jiných typech zařízeních?

4.2 Které z úkolů Vaší práce vnímáte osobně jako obtížně splnitelné?

## **Přílohy IV – VIII**

Obsahují doslovné přepisy rozhovorů s jednotlivými členy multidisciplinárního týmu mobilního hospice.

## ABSTRAKT

NOVÁKOVÁ, M. Sociální pracovník v mobilním hospici, (místo sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu). České Budějovice 2009. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie.

Vedoucí práce Mgr. Michal Opatrný, Dr. theol.

**Klíčové pojmy:** smrt, umírání, doprovázení, paliativní péče, domácí hospicová péče, multidisciplinární tým, sociální pracovník

Práce se zabývá okrajově otázkou umírání, doprovázení a péčí o nevléčitelně nemocné ve všech formách hospicové péče. Více se zaměřuji na domácí péči a také na roli sociálního pracovníka v ní.

První kapitola se snaží vystihnout podstatu hospice, doprovázení a paliativní péče, popisuje jednotlivé formy hospicové péče, okrajově zmiňuje i etické problémy.

Následující kapitola zachycuje počátky vývoje sociální práce v paliativní medicíně a popisuje vzájemnou souvislost mezi těmito dvěma obory. Je zde zmíněna i otázka dobrovolnictví.

Třetí kapitola pojednává o multidisciplinárním týmu a vzájemné spolupráci mezi jednotlivými profesemi včetně práce sociálního pracovníka a jeho role, postavení v týmu, činnostmi, kompetencemi, znalostmi, dovednostmi atd.

Čtvrtá kapitola se zabývá sociální prací v mobilním hospici a důležitostí péče o sebe sama nejen jako prevence syndromu vyhoření. Poslední tři kapitoly (pátá, šestá, sedmá) představují praktickou část, kde se snažím interpretovat informace získané prostřednictvím kvalitativního rozhovoru s jednotlivými členy multidisciplinárního týmu a sociálním pracovníkem konkrétního mobilního hospice.

## **ABSTRACT**

### **A Social Worker in a Mobile Hospice (A Position of a Social Worker in a Multispecialty Team)**

**Key words:** death, dying, accompanying, palliative medicine, homecare hospice service, multispecialty team, social worker

This dissertation deals with a question of dying, accompanying and a service of incurable patients in all forms of hospice treatment only marginally. I am mainly focusing on a homecare service as well as on the role of a social worker there.

The first part is about a principle of hospice, accompanying and palliative care. It is describing several forms of hospice service including ethic problems.

The next part is telling about beginning of social work as a part of paliative medicine and describing a contexture between these two branches A question of voluntary work is also mentioned there.

The third part is dealing about multispecialty team and a contexture among particular professional occupations, including social worker and his role, his position in the team, activities, competences, knowledge and abilities etc.

The fourth part of this essay is about social work in a mobile hospice and about the importace of taking care of oneself as a burn-out prevention.

The last, (fifth, sixth, seventh) parts introduce operative part , where I am trying to introduce information achieved through descriptive metod of interwiev with particular members of the multispecialty team and with the concrete mobile hospice social worker.