

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií



Diplomová práce

Ludmila Ondráčková

Osobnost sociálního pracovníka v hospici

Olomouc 2012

vedoucí práce: Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu odborné a použité literatury.

Ve Studnicích, dne 27. 3. 2012

.....

Děkuji Mgr. Dagmar Pitnerové, Ph.D. za vstřícnost, ochotu a odborné vedení mé diplomové práce. Rovněž děkuji sociálním pracovníkům v hospicích za spolupráci při vyplnění dotazníků a za umožnění přístupu ke spisové dokumentaci klientů hospice.

Ve Studnicích, dne 27. 3. 2012



Obrázek č. 1 Stáří¹

Motto

Až budete naslouchat chudým a trpělivě vyslechnete jejich nářky, věnujte největší pozornost právě těm, kteří jsou nejméně milovaní a nežádoucí. Dnes není nejhorší nemocí lepra nebo tuberkulóza – dnes je to pocit, že jsem zbytečný, nemilovaný, pohrdaný, nežádoucí, všemi opuštěný.

Matka Tereza

¹ Fotografie Stáří, autor Ondráčková Ludmila

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Ludmila Ondráčková
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Osobnost sociálního pracovníka v hospici
Název v angličtině:	The personality of social worker in hospice
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá sociálními pracovníky v hospicích v České republice. Cílem práce je poukázat na kompetence a možnosti dalšího vzdělávání, sociálních pracovníků v hospici. Dále prvky motivace, jednotlivá úskalí a možnosti prevence proti syndromu vyhoření.
Klíčová slova:	hospicová péče, hospicové hnutí, hospicová péče v ČR, specializovaná hospicová péče, hospicový tým, kompetence sociálních pracovníků v hospici, metody sociální práce v hospici, úskalí sociální práce v hospici
Anotace v angličtině:	This diploma thesis deals with social workers in the hospice in Czech republic. The aim of this diploma thesis is showing of competence and possibilities of the continuing education for social worker in hospice, further elements of motivation, individual pitfall and possibilities how to resist burnout syndrome.
Klíčová slova v angličtině:	Hospice care, hospice movement in the world, in-patient hospice in Czech republic, specialized hospice care, hospice team, competence, education, personal condition and ability of social worker in hospice, method of social work in hospice, pitfall of the social work in hospice
Přílohy vázané v práci:	5
Rozsah práce:	86 stran
Jazyk práce:	český

Obsah

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 ODBORNÁ TERMINOLOGIE	9
2 HOSPICOVÁ PÉČE	13
2.1 Hospicové hnutí ve světě	13
2.2 Lůžkové hospice v České republice	18
2.3 Organizace hospicové péče v ČR	24
2.4 Druhy specializované hospicové péče	26
2.5 Multidisciplinární hospicový tým	32
3 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK A JEHO KOMPETENCE	36
3.1 Vzdělání sociálního pracovníka	37
3.2 Osobnostní předpoklady a dovednosti	38
3.3 Kompetence sociálního pracovníka v hospici	40
3.4 Metody sociální práce v hospici	42
4 ÚSKALÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE V HOSPICI	46
4.1 Komunikace	46
4.2 Doprovázení	47
4.3 Syndrom vyhoření	48
4.4 Supervize	50
EMPIRICKÁ ČÁST	53
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	54
5.1 Stanovení výzkumných cílů a výzkumných předpokladů	54
5.2 Metodologie, organizace výzkumného šetření a cílové skupiny	55
5.3 Vlastní výzkum	56
5.4 Závěr výzkumného šetření	82
ZÁVĚR	85
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	
SEZNAM OBRÁZKŮ	
SEZNAM TABULEK	
SEZNAM GRAFŮ	
SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Bolest, utrpení, smrt - to jsou témata v dnešní společnosti téměř tabuizována. Dotazování se po příčinách tohoto stavu by vydalo na obsáhlou úvahu. Ovšem zůstává skutečností, že úmrtí je nevyhnutelným vyústěním života. Každý z nás bude dříve či později s touto realitou konfrontován a jednou sám nucen tímto posledním mezníkem života projít.

A stejně jako při každé velké životní zkoušce ani zde nechce člověk zůstat sám, očekává oporu, pomoc, nebo alespoň přítomnost blízkých lidí. Nikdo nechce zůstat ponechán sám sobě, svým obavám, čekání a pozorování postupujícího úbytku sil.

Ale realita blížícího se konce nemusí být jen traumatizující zkušeností pro všechny zúčastněné, nýbrž poskytuje i neopakovatelnou příležitost pro důstojné rozloučení, ohlédnutí se za uplynulým životem, urovnání mezilidských vztah i přípravu pozůstalých na budoucnost.

K tomu ovšem v prostředí běžných zdravotnických zařízení, kde doposud většina lidí umírá, nejsou dostatečné podmínky a ani to není náplní práce těchto zařízení. A tak postupně sílí snahy jednotlivců a posléze i skupin osob o vytvoření instituce, která by takovéto služby mohla umírajícím a jejich rodinám poskytnout a vytvořit prostředí pro důstojné a naplněné prožití posledních chvil. Vyústěním těchto snah je vznik hospiců, které se postupem času začaly zakládat i v České republice.

Sama pracuji již osm let jako sociální pracovnice v domově pro osoby se zdravotním postižením a ve své praxi se často setkávám s umírajícími klienty a jejich rodinami. Problematika hospicové péče je pro mě tedy velice inspirující a rozhodla jsem se jí věnovat ve své diplomové práci. Má pozornost se přirozeně soustředila především na sociální pracovníky v těchto zařízeních, jejich poznatky a zkušenosti, které bych mimo jiné mohla využít i při své praxi v zaměstnání.

Hlavním cílem diplomové práce je charakterizovat úlohu sociálních pracovníků v hospicích a prostřednictvím výzkumu poukázat na individuální přístup sociálních pracovníků ke klientům a zmapovat úskalí sociální práce v hospicích.

Dílčí cíle jsou:

- seznámit s historií lůžkových hospiců v České republice
- přiblížit problematiku sociální práce v hospicích
- prostřednictvím kazuistik poukázat na širokou různorodost práce sociálních pracovníků v hospici

- zmapovat názory a postoje sociálních pracovníků hospiců, to jak sami vnímají práci a požadavky na výkon své profese
- zjistit, zda se sociální pracovníci v hospicích cítí být ohroženi syndromem vyhoření a jaké možnosti prevence využívají.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část, strukturu tvoří 5 kapitol členěných na podkapitoly. V první kapitole jsou vysvětleny základní odborné termíny. Kapitola druhá je věnována vývoji hospicového hnutí ve světě a u nás, dále pak organizací hospicové péče v České republice, druhům specializované hospicové péče a kompetencím pracovníků multidisciplinárního týmu. Ve třetí kapitole se zabývá sociálním pracovníkem, vzděláním, které musí mít pro výkon své profese, osobnostními předpoklady a dovednostmi, které by neměli sociálnímu pracovníkovi chybět, jeho kompetencemi a metodami práce, které využívá. Ve čtvrté je věnována pozornost úskalím sociální práce, problémům v komunikaci, v provádění umírajících a pozůstalých, syndromu vyhoření a supervizi coby prevenci negativních dopadů této náročné činnosti na sociálního pracovníka a nástroji dalšího rozvoje jeho kompetencí.

Empirická část je vypracována pomocí kvalitativního rozboru kazuistik několika klientů hospice s cílem demonstrovat šíři činností sociálních pracovníků v hospicích a kvantitativně orientovaného vyhodnocení dotazníkového šetření realizovaného mezi sociálními pracovníky ze všech hospiců na území České republiky.

Hospicovou péčí se u nás nejvíce zabývají např. autoři Marie Svatošová, Helena Haškovcová, Jiří Vorlíček, Zdeněk Adam, Yvona Pospíšilová, Alžběta Marková, Martina Špinková. Mezi světové autory o hospicové péči řadíme Cecily Saundersovou, Elisabeth Kübler-Rossovou, Sheila Payneovou, Jane Seymourovou, Pam Firthovou, Gill Luffovou aj.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ODBORNÁ TERMINOLOGIE

Nejdříve se seznámíme se základními pojmy.

Analgetika – léky proti bolesti²

Dekubitus – proleženina. Ohraničené odumření tkáně, které je způsobeno dlouhotrvajícím tlakem, který zapříčiňuje poruchu prokrvení.³

Dětský hospic – slouží dětem, kterým byla diagnostikována život ohrožující choroba, poskytuje zejména odlehčovací služby⁴

Domácí péče – péče poskytovaná nemocným a umírajícím lidem v jejich domácím prostředí, péči zajišťují kvalifikovaní pracovníci (zdravotníci, sociální pracovníci, aj.)⁵

Doprovázení – součást paliativní péče, pracovníci týmu poskytují lidskou i odbornou podporu rodinám zemřelých klientů v době zármutku⁶

Hospic – zařízení pro osoby v terminálním stádiu nemoci, které poskytují paliativní péči. Cílem hospice je, aby tyto osoby nebyly nikdy sami, byla zachována jejich důstojnost a netrpěly nesnesitelnou bolestí.⁷

Hospicové hnutí – ucelený systém pomoci umírajícím a jejich rodinám, snaží se o zlepšení kvalita umírajících⁸

Intervence – práce s rodinou v domácím prostředí, služby sociální péče⁹

Klient – subjekt, který využívá sociální služby, může to být osoba, rodina, skupina i komunita¹⁰

Léze – poškození orgánu či tkáně, které způsobuje narušení funkce¹¹

Motivace – proces, který určuje zaměření, energetizaci a setrvávání chování¹²

Odlehčovací služba – je služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost, a o tyto osoby je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí, služba umožňuje odpočinek především pečující osobě¹³

² VOKURKA, M., J. HUGO a kol. *Praktický slovník medicíny*. 4. vyd., Praha: Maxdorf, 1995, s. 32.

³ Tamtéž s. 87.

⁴ MATOUŠEK, O., P. KODYMOVÁ a J. KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd., Praha: Portál, 2010, s. 204.

⁵ MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1. vyd., Praha: Portál, 2003, s. 56.

⁶ ŠPINKOVÁ, Martina a kol. autorů *Cesty domů. Na cestách domů-Paliativní péče a dobré umírání*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2006, s. 42.

⁷ HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1. vyd., Praha: Portál, 2000, s. 195.

⁸ ŠPINKOVÁ, Martina a kol. autorů *Cesty domů. Na cestách domů-Paliativní péče a dobré umírání*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2006, s. 43.

⁹ MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1. vyd., Praha: Portál, 2003, s. 148.

¹⁰ Tamtéž s. 90.

¹¹ VOKURKA, M., J. HUGO a kol. *Praktický slovník medicíny*. 4. vyd., Praha: Maxdorf, 1995, s. 256.

¹² NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. 1. vyd., Praha: Academia, 1998, s. 455.

Onkologie – lékařský obor zabývající se studiem nádorů a nádorových onemocnění¹⁴

Pacient – nemocný člověk, v užším významu znamená člověk, který se léčí ve zdravotnickém zařízení nebo v zařízení poskytujícím sociální služby¹⁵

Paliativní - ulevující, útěšný¹⁶

Paliativní medicína – specifická lékařská péče o klienty v pokročilém stádiu postupující nemoci, jejichž prognóza je omezená, péče je zaměřená na kvalitu života. Jedná se o součást paliativní péče.¹⁷

Paliativní péče – druh lékařské nebo psychosociální péče zaměřené ne na léčbu příznaků, ale pouze na úlovu od bolestí, které přináší postupující choroba; bolest je odstraněna pomocí vysoce účinných analgetik, které utlumují bolest, ale nekalí vědomí nemocného, spolu s pomocí s psychologickou¹⁸

Progredivat - postupovat¹⁹

Psychiatrie – lékařský obor zabývající se příčinami, podstatami, diagnostikou, léčením a prevencí psychiatrických poruch²⁰

Psychologie – věda zabývající se duševními jevy člověka, myšlením, způsobem myšlení, duševním rozpoložením, stavem²¹

Respitní péče – péče poskytovaná lidem, kteří dlouhodobě pečují o své blízké. Nejčastěji bývá nemocný ubytován v pobytovém zařízení, stacionáři, v náhradní rodině nebo je jeho rodině, v níž žije poskytnuta praktická pomoc v domácí péči.²²

Spirituální péče – běžně se používá označení nemocniční kaplan nebo duchovní služba. Duchovní služba může klientovi pomoci rozvinout nový pohled na význam jeho života ve zdraví a také v nemoci.²³

Stacionář – zdravotnické zařízení poskytující na několik hodin denně ústavní péči, dle potřeby i na lůžku²⁴

¹³ ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, § 44. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>. ISSN 1211-1244.

¹⁴ Kol. autorů PETRÁČKOVÉ, V., J. KRAUSE. *Akademický slovník cizích slov*. 1. vyd., Praha: Academia, 2001, s. 543.

¹⁵ MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1. vyd., Praha: Portál, 2003, s. 140.

¹⁶ HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1. vyd., Praha: Portál, 2000, s. 390.

¹⁷ ŠPINKOVÁ, Martina a kol. autorů *Cesty domů. Na cestách domů-Paliativní péče a dobré umírání*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2006, s. 45.

¹⁸ HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1. vyd., Praha: Portál, 2000, s. 402.

¹⁹ VOKURKA, M., J. HUGO a kol. *Praktický slovník medicíny*. 4. vyd., Praha: Maxdorf, 1995, s. 350.

²⁰ PETRÁČKOVÁ, V., J. KRAUS a kol. *Akademický slovník cizích slov*. 1. vyd., Praha: Academia, 2001, s. 633.

²¹ KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. 6. vyd., Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1998, s. 620.

²² MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1. vyd., Praha: Portál, 2003, s. 184.

²³ SLÁMA, O., L. KABELKA, J. VORLÍČEK, et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd., Praha: Galén, 2007, s. 340.

Supervize – je to celoživotní forma učení zaměřená na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí supervidovaných, při níž je kladen důraz na jejich vlastní aktivizaci²⁵

Symptom - příznak²⁶

Terminální stav – období, kdy dochází k selhávání základních životních funkcí (dýchání, krevní oběh), období posledních hodin či dnů života klienta²⁷

Osoby – pracovní profese

Dietolog – odborník v nauce o správné a vhodné výživě²⁸

Dobrovolník – osoba, která poskytuje pomoc a podporu bez nároku na odměnu, někdy po patřičném zaškolení pracují samostatně, nebo ve spolupráci s placenými profesionály²⁹

Lékař – způsobilost ke svému povolání získává absolvováním nejméně šestiletého studia v programu všeobecného lékařství³⁰

Ošetřovatel – vykonává základní ošetřovatelskou a specializovanou ošetřovatelskou péči pod dohledem zdravotní sestry³¹

Pečující osoba – člověk, který pečuje o příbuzného, přítele nebo souseda³²

Pracovník v sociálních službách – vykonává přímou obslužnou péči o osoby v pobytových nebo ambulantních zařízeních sociálních služeb³³

Psychiatr – odborník v psychiatrii³⁴

Psycholog – odborník v psychologii, který dovede poznat myšlení³⁵

Sociální pracovník – vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendu včetně řešení sociálně – právních problémů, poskytuje sociální poradenství, depistážní činnost aj.³⁶

²⁴ KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. 6. vyd., Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1998, s. 733.

²⁵ MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd., Praha: Portál, 2003, s. 11.

²⁶ VOKURKA, M., J. HUGO a kol. *Praktický slovník medicíny*. 4. vyd., Praha: Maxdorf, 1995, s. 417.

²⁷ Tamtéž s. 427.

²⁸ KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. 6. vyd., Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1998, s. 121.

²⁹ MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1. vyd., Praha: Portál, 2003, s. 54.

³⁰ ČESKO. Zákon č. 95 ze dne 29. ledna 2004 o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30, § 4, odst. 1. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb030-04.pdf>.

³¹ ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (zákon o nelékařských zdravotnických povolání). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, §37, odst. 1. Dostupný také z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/krajsky-urad/zdravotnictvi/Vyhlaska-55-2011--cinnost-zdravotnickych-pracovniku.pdf>. ISSN 1211-1244.

³² MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1. vyd., Praha: Portál, 2003, s. 142.

³³ ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, § 116, odst. 1a). Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>. ISSN 1211-1244.

³⁴ PETRÁČKOVÁ, V., J. KRAUS a kol. *Akademický slovník cizích slov*. 1. vyd., Praha: Academia, 2001, s. 633.

³⁵ Tamtéž s. 634.

³⁶ MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. vyd., Praha: Portál, 2008, s. 201.

Všeobecná sestra - zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu³⁷

Během komunikace se sociálními pracovníky hospiců jsem se setkala s termíny klient, pacient a uživatel pro označení osob využívajících jejich služeb. Ve své práci pro přehlednost užívám pouze termín klient. V České republice lůžkové hospice poskytují sociální služby dle Zákona o sociálních službách. Osoby jsou do zařízení přijímány na základě smluvního vztahu a jsou tedy klientem využívající sociální služby.

³⁷ ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (zákon o nelékařských zdravotnických povolání). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, §4, odst. 1. Dostupný také z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/krajsky-urad/zdravotnictvi/Vyhlaska-55-2011--cinnost-zdravotnickych-pracovniku.pdf>. ISSN 1211-1244.

2 HOSPICOVÁ PÉČE

Potřeba pomoci umírajícím a neopustit je v posledních chvílích jejich života se stala příčinou vzniku novodobých hospiců. V dnešní uspěchané době jsou hospice čím dál vyhledávanější a jejich principy uznávanější. Hospicová péče se postupně rozšířila po celém světě. V naší zemi je nejvíce rozšířená domácí hospicová péče a lůžkové hospice.

Pojmem hospicová péče byla původně označována forma péče, která byla reakcí na nespokojenost s běžnou zdravotní péčí. Hospicová péče byla zaměřena především na pohodlí a psychické a spirituální potřeby. Nedílnou součástí hospicových služeb byli i dobrovolníci. V mnoha zemích se dnes termín hospicová péče používá spíše jako synonymum paliativní péče.³⁸

Dle světové organizace WHO (2003) je paliativní péče: *„moderní a celosvětově rychle se rozvíjející typ péče, který nabízí umírajícím a jejich blízkým účinnou pomoc tam, kde prostředky běžných léčebných postupů, ale také síly a schopnosti nejbližšího okolí, velmi často selhávají. Paliativní péče se zabývá utrpením, potřebami a kvalitou života a důstojnosti lidí na konci života.“*³⁹

Mezinárodně uznávaná definice členských států Evropy o organizaci paliativní péče říká, že paliativní péče se věnuje nevléčitelně nemocným, jejichž nemoc je v pokročilém či konečném stádiu. Dbá na kvalitu života klienta, na zachování jeho důstojnosti a nezapomíná ani na jeho rodinu. Úkolem paliativní péče je především zmírnění fyzických, ale i psychických bolestí, kterými klient trpí, ne prodlužování jeho života nebo dokonce uzdravení.⁴⁰

2.1 Hospicové hnutí ve světě

Hospic je původně anglický výraz, jehož význam je útulek nebo útočiště. V dřívějších dobách – ve středověku - byl používán pro tzv. domy odpočinku. Stávaly se cíly zejména poutníkům putujících do Palestiny. V hospici se obvykle zdrželi několik dní, aby si odpočali

³⁸ ŠPINKOVÁ, Martina a kol. autorů Cesty domů. *Na cestách domů-Paliativní péče a dobré umírání*. Praha: Cesta domů, 2006, s. 42.

³⁹ Kol. autorů. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. 1. vyd., Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004, s. 8.

⁴⁰ MARKOVÁ, Alžběta a kol. *Hospic do kapsy – příručka pro domácí paliativní týmy*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2009, s. 8.

a ošetřili rány. Člověk, který obvykle vedl hospic, nebyl pouze hostinským, ale vyznal se i v ranhojičství. Hospice tohoto typu časem přirozeně zanikly.⁴¹

Myšlenka hospice ožila až v **19. století**, kdy v roce 1878 Marie AIKENHEADOVÁ založila kongregaci Sester lásky. Komunita otevřela několik domů v Anglii a Irsku a jejich hlavní náplní bylo doprovázení umírajících v posledních chvílích jejich života. Jedním z domů, který založily, byl St. Joseph's Hospice v Hackney v Londýně (založen v roce 1905). **Po druhé světové válce** začala v tomto hospici pracovat nejprve jako zdravotní sestra a po dokončení studií jako lékařka **Cecily SAUNDERSOVÁ**.⁴² V roce **1967** založila v Londýně **první moderní hospic** s názvem St. Christopher's Hospice. V tomto hospici péči o umírající pacienty poprvé zajišťoval multidisciplinární tým, jehož předmětem zájmu se stala „celková bolest“. Tím je myšleno rozšíření pozornosti i na psychickou, sociální a duchovní oblast života člověka, které se s prožíváním tělesné bolesti vzájemně ovlivňují. Právě tato myšlenka je pokládána za počátek moderního hospicového hnutí.⁴³

St. Christopher's Hospice je dnes považován za **mateřský domov hospicového hnutí**.⁴⁴

Od samého začátku byli důležitým článkem hospiců dobrovolníci. Hospicová péče lidem slibovala, že nikdy nebudou opuštěni, pokud to nebude jejich přání a že udělá vše proto, aby netrpěli bolestí a dalšími obtížemi, které by jim znepríjemňovaly poslední chvíle života. SAUNDERSOVÁ založila v hospici výzkum léčby bolesti. Výzkum měl mnoho úspěchů a vyvinuté metody slouží jako základ činnosti mnohých klinik pro léčbu bolesti. Výzkum přinesl uznání a podporu hospicovému hnutí ze strany státního zdravotnictví.⁴⁵

Hospicové hnutí vzniklo jako určitá reakce na postoj medicíny, který v **2. polovině 20. století** ve světě převládal. Rozvoj medicíny směřoval k přesvědčení, že časem lidstvo zvítězí nad všemi chorobami. Umírající a nevléčitelně nemocní se pak často setkávali s nezájmem zdravotníků, kteří se domnívali, že pokud se pacient nemůže uzdravit, nemá význam o něho dále pečovat. Proti tomuto přesvědčení se postavilo hospicové hnutí tvrzením, že vždy se dá

⁴¹ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie-Nauka o umírání a smrti*. 2. vyd., Praha: Galén, 2007, s. 45.

⁴² Cecily SAUNDERSOVÁ se narodila 22. 6. 1918 a zemřela 14. 7. 2005, byla anglická lékařka, spisovatelka a sociální pracovnice. Ve svých 39 letech se stala lékařkou, založila moderní hospicové hnutí a byla propagátorkou paliativní péče. Přednášela též na vysokých školách na téma umírání, paliativní medicíny a lékařské etiky. Odmítala euthanasii. Za svoji práci získala různá ocenění. Od anglické královny získala titul „dame“. Zemřela na rakovinu v hospici Sv. Kryštofa, který sama založila v roce 1967.

⁴³ VORLÍČEK, J., Z. ADAM, Y. POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína*. 2. vyd., Praha: Grada Publishing, 2004, s. 19-20.

⁴⁴ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie - Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd., Praha: Galén, 2000, s. 40.

⁴⁵ STUDENT, J-CH., A. MÜHLUM a U. STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vyd., Praha: H & H Vyšehradská, 2006, s. 145.

něco udělat pro zlepšení kvality zbývajícího života pacienta, a to i bez ohledu na diagnózu a nepříznivou prognózu.⁴⁶

„Právě ono „něco“ je náplní a obsahem hospicové a paliativní medicíny.“⁴⁷

První hospice v novodobé historii zpočátku neměly příliš dobrý vztah s hlavním proudem medicíny. Aktivisté hospicového hnutí vyčítali nemocnicím agresivní, nepřiměřený a málo citlivý přístup k klientům v terminálním stádiu a nevléčitelně nemocným. Na druhé straně byla hospicům vyčítána neodbornost pracovníků, podceňování výsledků moderní medicíny a kladení velkého významu spirituálním potřebám. Z „*živé ideje*“ SAUNDERSOVÉ se začalo rozvíjet několik forem hospicových služeb. Kromě lůžkové hospicové péče byla provozována také domácí hospicovou péče (nebo též „*mobilní hospic*“). Domácí hospicová péče je nejvíce rozšířena ve Velké Británii a USA. Některé hospice začaly kromě těchto dvou forem péče provozovat i tzv. denní hospicové stacionáře. **První oddělení paliativní péče založil** v roce 1975 v Royal Victoria Hospital v kanadském Montrealu doktor **Balfour MOUNT**.⁴⁸ Podstatné je, že pojetí paliativní péče vychází ze zásad hospicového hnutí. Nyní je snad již zažehnáno nepřátelství mezi hospicovou a paliativní péčí a moderní medicínou. V hospicích probíhají stále klinické výzkumy a pro mírnění symptomů jsou využívány nejmodernější léčebné postupy. Naopak poznatky, které byly získány v hospicích, začaly být prakticky využívány v mnoha nemocnicích a zařízeních následné péče.⁴⁹

V současnosti bývají hospice uznávány o něco více než oddělení nemocnice, např. léčebny dlouhodobě nemocných. KÜBLER-ROSSOVÁ⁵⁰ uvádí, že nemocnice nestačí, neboť: *„myšlenka hospice je velice užitečná, protože můžete vybrat personál, který se dokáže postarat o umírající a který vytvoří ovzduší lásky, uznání, péče a naděje. Zároveň se mohou lékaři a sestry stát v péči o smrtelně nemocné odborníky, kteří jsou schopni udržet pacienty v dobré tělesné i duševní kondici“*.⁵¹

⁴⁶ VORLÍČEK, J., Z. ADAM, Y. POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína*. 2. vyd., Praha: Grada Publishing, 2004, s. 20.

⁴⁷ VORLÍČEK, J., Z. ADAM, Y. POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína*. 2. vyd., Praha: Grada Publishing, 2004, s. 20.

⁴⁸ Balfour MOUNT se narodil 14. 4. 1939 v Ottawě, je to kanadský lékař a chirurg. Je považován za otce paliativní medicíny v Severní Americe. Získal řadu ocenění za přínos v oblasti paliativní péče.

⁴⁹ VORLÍČEK, J., Z. ADAM, Y. POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína*. 2. vyd., Praha: Grada Publishing, 2004, s. 20.

⁵⁰ Elisabeth KÜBLER-ROSSOVÁ se narodila 8. 7. 1926 v Zurichu a zemřela 24. 8. 2004, byla švýcarskou lékařkou, psychiatrickou, spisovatelkou a mezinárodně uznávanou odbornicí v oboru thanatologie. Napsala řadu knih o smrti, umírání a životě po smrti. Kübler-Rossová zavedla model procesu vyrovnání se s umíráním.

⁵¹ VORLÍČEK, J., Z. ADAM, Y. POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína*. 2. vyd., Praha: Grada Publishing, 2004, s. 511.

Odhaduje se, že dnes je na světě více jak 2500 hospiců a další vznikají.⁵²

Ve světě se hospicová péče rozvíjela a rozvíjí dle různých specifik, např. dle financování, způsobu organizace péče. Nemalou roli mají také kulturní vzorce, např. vztah společnosti ke smrti a umírání, role rodiny a nejbližší komunity, politická a mediální kultura.⁵³

V **Americe** byl první hospic otevřen v roce 1974 v New Haven, během několika prvních let ho provázely finanční potíže, a tak spoustu činností vykonávali dobrovolníci. Tato situace pozdržela výstavbu dalších lůžkových hospiců a vedla k poznání, že je nezbytná i ambulantní hospicová péče. Na konci 70. let bylo docíleno toho, že hospice začaly být financovány z nemocenského pojištění. Do té doby hospice za finanční zajištění vděčily sponzorům. V USA je nejvíce rozšířená ambulantní hospicová péče, v roce 2000 bylo v USA registrováno 960 lůžkových hospiců, z nich každý nabízel i ambulantní hospicovou péči, 454 hospicových zařízení je v nemocnicích a 739 hospiců pracuje pouze ambulantně. V **Rakousku** byl v roce 1993 založen nadstranický a nadkonfesní zastřešující svaz pro hospicovou péči, který spojoval přibližně 100 ambulantních a stacionárních (lůžkových) hospiců. Ve **Francii** se myšlenka londýnského hospice objevila v roce 1973. Koncept hospice tehdy přenesli studenti medicíny. O několik let později, koncem 70. let, se začalo diskutovat o přístupu k umírajícím lidem v nemocnicích. Od té doby začaly pracovat na zlepšení situace umírajících lidí a jejich blízkých. Např. v roce 1999 bylo ve Francii uzákoněno, že každý, kdo potřebuje, má mít možnost vyhledat léčbu ve smyslu paliativní péče. Ve Francii se nepoužívá termín hospic, nýbrž se hovoří o zařízeních pro chudé staré lidi. Je používán termín „*soins palliatifs*“, který odpovídá anglosaskému Palliative Care. V **Německu** koncept hospice vzbudil velký odpor, hospice byly považovány za „*nemocnice umírajících*“. Proto byly zpočátku vnímány jako podvratné hnutí, které měli představovat katoličtí kněží. V roce 1983 otevřel nemocniční kaplan ZIELINSKOHE paliativní oddělení na chirurgické univerzitní klinice v Kolíně nad Rýnem. O tři roky později otevřel v Cáchách řádový duchovní PAUL TÜRKS hospic „*Haus Hörn*“. V 80. letech přibylo pouze několik dalších hospiců. První hospice v Německu byly lůžkové, teprve později bylo prosazeno, že hospicová péče by měla sloužit přáním umírajících a jejich blízkým a umírajícím by mělo být umožněno zemřít doma. Teprve po roce 1991, byl dán impuls pro živou hospicovou aktivitu, a to především díky tomu, že se změnil názor katolické církve. Politické reakce se pozitivně přikláněly k tomu,

⁵² MATOUŠEK, O., P. KODYMOVÁ a J. KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd., Praha: Portál, 2010, s. 201.

⁵³ VORLÍČEK, J., Z. ADAM, Y. POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína*. 2. vyd., Praha: Grada Publishing, 2004, s. 20.

aby v Německu byly hlavně podpořeny ambulantní služby. V roce 1997 došlo však spíše k opaku. Velmi dobře jsou financovány lůžkové hospice. Od roku 2001 je uzákoněno financování ambulantních služeb, bohužel dotace od státu jsou téměř zanedbatelné. Hospicové hnutí v Německu mělo několik let problémy s organizováním spolupráce. V polovině 80. let založil v Porýní Paul BECKER Mezinárodní společnost pro doprovázení umírajících a pomoc k životu (dále jen IGSL). Přibližně ve stejnou dobu došlo ke spojení zejména evangelických skupiny a založily svaz „Omega“. IGSL zastávala názor, že je třeba důkladně vzdělávat dobrovolníky. Kdežto Omega tvrdila, že každý člověk je schopen doprovázet umírajícího. V roce 1988 se k těmto institucím přidružila „Německá hospicová pomoc“, jejímž hlavním cílem bylo prostřednictvím médií působit na politiku a obyvatelstvo, aby se zvýšil zájem o toto téma. V roce 1992 se sjednotily hospice a založily Spolkový pracovní společenství hospic (dále jen BAG). Tato organizace zastupovala své členy vůči politice a svazům. Tomu odpovídala v jednotlivých zemích Zemská pracovní společenství (dále jen LAG), která hájila zájmy hospicového hnutí na zemské úrovni. V roce 1995 založili Maltézští rytíři Hospicovou nadaci, která jednak pracuje s veřejností a dále finančně podporuje hospice.⁵⁴



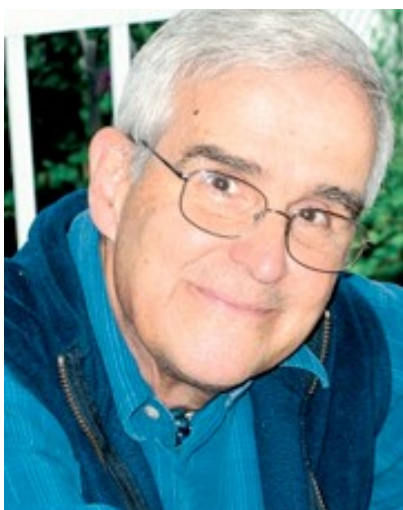
Obrázek č. 2 Cecily Saunders⁵⁵

⁵⁴ STUDENT, J-CH., A. MÜHLUM a U. STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vyd., Praha: H & H Vyšehradská, 2006, s. 145-151.

⁵⁵ Saunders Cecily. Dostupné na <http://www.hospicpt.cz/prachatice/zakladatelka-hospicu> [online] [cit. 2012-03-25]



Obrázek č. 3 Saint Christophers Hospice⁵⁶



Obrázek č. 4 Balfour Mount⁵⁷

2.2 Lůžkové hospice v České republice

Historie hospiců v novodobých dějinách České republiky nesahá v příliš daleko. I přesto se dá říci, že je v naší zemi poskytována kvalitní paliativní péče. Počet poskytovatelů hospicové péče je zatím bohužel nedostačující, a tak je dostupná pouze minimálnímu počtu obyvatel.⁵⁸

⁵⁶ *Saint Christophers Hospice*. Dostupné na http://www.sydenham.org.uk/se26_lawrie_park_road.html [online] [cit. 2012-03-25]

⁵⁷ *Mount Balfour*. Dostupné na http://www.medicine.mcgill.ca/oncology/fac/Emeritus/facandstaff_show_Mount.asp [online] [cit. 2012-03-25]

⁵⁸ ŠPINKOVÁ, Martina a kol. autorů *Cesty domů- Paliativní péče a dobré umírání*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2006, s. 9.

Stojí za zmínku, že **první oddělení paliativní péče** bylo otevřeno dne 2. 11. 1992 v nemocnici TRN v **Babicích nad Svitavou** u Brna. Kapacita oddělení byla 20 lůžek.⁵⁹

Po několika letech se oddělení paliativní péče v Babicích nad Svitavou transformovalo na LDN.⁶⁰

Největší zásluhy na vybudování prvního hospice v novodobých dějinách má MUDr. **Marie SVATOŠOVÁ**.⁶¹ První český hospic byl otevřen **8. 12. 1995 – Hospic Anežky České v Červeném Kostelci**. Ale málo kdo ví, co všechno předcházelo jeho vzniku. Již v roce 1990 začala MUDr. Marie SVATOŠOVÁ s několika zdravotními sestrami, společně s Českou katolickou charitou, řešit špatnou situaci smrtelně nemocných mobilním hospicem. Mobilní hospic se zdál v podstatě nejsnazším řešením. Byl velmi žádaný, ale zároveň byl pro všechny (sestry i lékaře a další členy týmu) velkým dobrodružstvím. Tato činnost byla v podstatě nezákonná a sestry s lékaři mobilní hospic provozovali nelegálně. Tímto způsobem fungoval hospic celý rok, dokud jim ministerstvo zdravotnictví nepovolilo dvouletý experiment a neposkytlo dotaci. Díky poskytnuté dotaci vzniklo během krátké doby na území republiky téměř padesát podobných středisek. Půl roku s nimi v terénu pracovala americká hospicová sestra FLORENCE. Domů odjížděla s tím, že v naší zemi nutně potřebujeme hospicové zařízení. A tak se v roce 1993 s částečnou finanční dotací od státu začal budovat první lůžkový hospic.⁶²

Téhož roku (1993) na jaře založila MUDr. Marie SVATOŠOVÁ **občanské sdružení Ecce homo** – sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí. Slova Ecce homo pronesl Pilát Pontský před zmučeným Ježíšem. Název sdružení poukazuje na podobnost trpících klientů s Ježíšem, nad kterým bylo vyřčeno „*Ejhle člověk*“. Již tehdy si sdružení dalo za cíl vystavět první hospic, chtěli podporovat rozvoj hospicového hnutí a domácí péče u nás. Dalším cílem, jenž si stanovili, bylo neupírat klientům práva a prokazovat jim úctu až do úplného konce (do přirozené smrti).⁶³

Jak jsem již zmiňovala, první český hospic otevřel své dveře veřejnosti 8. prosince 1995 a první klienty přijal v lednu 1996 (Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, ve spolupráci

⁵⁹ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Galén, 2007, s. 47.

⁶⁰ VORLÍČEK, J., Z. ADAM, Y. POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína*. 2. vyd., Praha: Grada Publishing, 2004, s. 22.

⁶¹ Marie SVATOŠOVÁ se narodila v roce 1942, do roku 1990 pracovala jako praktická lékařka v Praze, v tomto roce opustila ordinaci s úmyslem otevřít hospic. V roce 1993 založila Sdružení Ecce homo pro podporu domácí péče a hospicového hnutí. V roce 1995 byl otevřen první hospic v Červeném Kostelci. Svatošová se věnuje vzdělávání laické i zdravotnické veřejnosti, je autorkou několika knih a odobroných článků. V roce 2002 získala řád za zásluhy v rozvoji hospicové péče v ČR.

⁶² SVATOŠOVÁ, Marie. Hospic a jeho místo ve společnosti. In *Sociální služby* 11/2010, s. 26-27.

⁶³ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd., Praha: Galén, 2000, s. 40.

s Diecézní charitou v Hradci Králové). Otevření hospice v Červeném Kostelci se stalo impulsem pro postupné otevření dalších hospiců. Téměř všechny vznikaly za cca 60 až 70 % finanční podpory státu. Zbývajících 30 až 40 % bylo získáno od dárců a sponzorů. Státní dotace byly přidělovány podle několika měřítek, především byl brán ohled na připravenost projektu (personální a věcnou) s přihlédnutím na rovnoměrnost vznikající sítě lůžkových hospiců.⁶⁴



Obrázek č. 5 Marie Svatošová⁶⁵



Obrázek č. 6 Hospic Anežky České v Červeném Kostelci⁶⁶

⁶⁴ SVATOŠOVÁ, Marie. Hospic a jeho místo ve společnosti. *Sociální služby*. 2010, č. 11, s. 27.

⁶⁵ Svatošová Marie. Dostupné na <http://www.vira.cz/Texty/Clanky/Vzkaz-Marie-Svatosove-na-CT-k-shlednuti-i-online.html> [online] [cit. 2012-03-25]

⁶⁶ Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Dostupné na <http://www.cervenykostelec.cz/zdravotnictvi-socialni-pece/hospic-anezky-ceske/2005-11-29.html> [online] [cit. 2012-03-25]

V červnu 1998 bylo založeno **Sdružení poskytovatelů hospicové a paliativní péče v ČR**. V čele sdružení byla Marie ŠAMÁNKOVÁ.⁶⁷

O několik let později, v roce 2005, byla založena **Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče** (dále jen APHPP). Posláním APHPP je prosazovat a podporovat hospicovou a paliativní péči, která vychází z úcty ke každému člověku jako jedinečné bytosti, dále přispívat ke zlepšení vztahu naší společnosti ke smrti a umírání. APHPP sdružuje organizace poskytující lůžkovou a mobilní hospicovou péči v ČR a zaručuje jejich kvalitu. APHPP společně s Ministerstvem zdravotnictví spolupracovala na vytvoření prvních českých Standardů kvality hospicové paliativní péče. Velkým úspěchem bylo, že se podařilo prosadit uzákonění lůžkové i mobilní hospicové péče, a to již před rokem 2007. APHPP je členem Evropské asociace paliativní péče. Od dubna 2010 vydává vlastní zpravodaj Rovnováha a kromě toho pořádá každoročně odbornou konferenci. Společnost si stanovila za cíl informovat odbornou i laickou veřejnost o hospicové péči, zlepšovat kvalitu péče a dále přispívat ke zvyšování odbornosti pracovníků.⁶⁸

Dnes je již zřejmé, že činnost sdružení hospicového hnutí v ČR už dávno není na začátku. Téma umírání a smrti již v naší společnosti není tak velkým tabu jako před lety, ačkoliv pro mnohé jím zůstává. V podvědomí lidí je hospic stále zapsaný jako nemocnice, ve které se umírá a z níž není návratu.

V současné době jsou pouze tři kraje v České republice, a to Liberecký, Karlovarský a Vysočina, kde ještě nebyl vybudován lůžkový hospic. V těchto krajích jsou provozovány rodinné/hospicové pokoje v jiných zdravotnických zařízeních, např. v nemocnicích či léčebnách dlouhodobě nemocných (dále jen LDN). Tato lůžka poskytuje Hospicové hnutí Vysočina v Novém Městě na Moravě a Hospicová péče sv. Zdislavy v Liberci. Paliativní lůžka poskytuje Léčebna dlouhodobě nemocných v Nejdku u Karlových Varů od roku 2010.⁶⁹

Z doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) vyplývá, že na každých 100 tisíc obyvatel by mělo být nejméně 5 lůžkových hospiců. U nás stále chybí zhruba 25 % potřebných lůžek⁷⁰

V České republice je v současné době provozováno 17 lůžkových hospiců. Nejstarším je hospic Anežky České v Červeném Kostelci, který byl otevřen v roce 1995. Hospic Anežky

⁶⁷ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd., Praha: Galén, 2000, s. 41.

⁶⁸ *Poslání asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče*. Dostupné na <http://www.asociacehospicu.cz/o-asociaci/poslani-asociace/> [online] [cit. 2011-07-13]

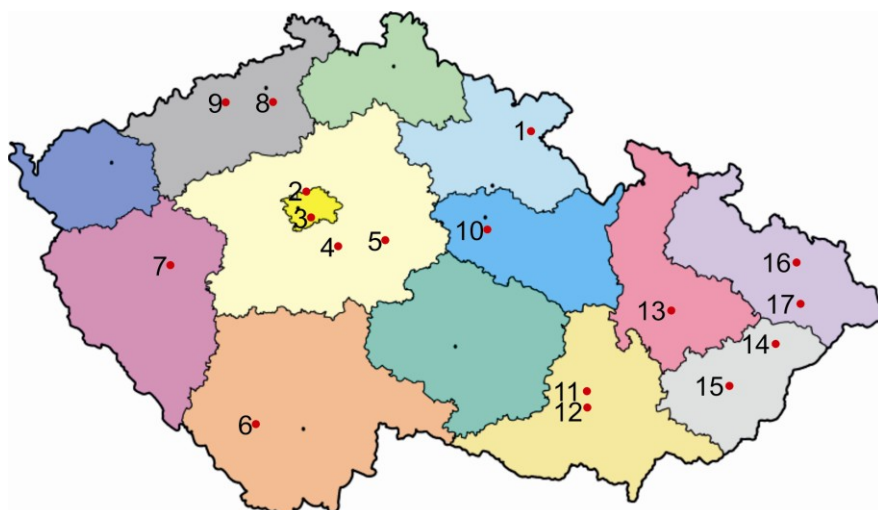
⁶⁹ *Hospicová lůžka v jiných zdravotnických zařízeních*. Dostupné na <http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/formy-hospicove-pece/> [online] [2011-07-13]

⁷⁰ *Hospicové hnutí v ČR*. Dostupné na www.umenidoprovazet.cz/cs/Hospicove-hnuti-v-CR-30.htm [online] [2011-07-13]

České se stal vzorem pro další a během několika let byly vybudovány a otevřeny nové hospice. Otevřen byl cca každý rok jeden nový hospic. V roce 1998 byl otevřen Hospic Štrasburk v Praze Bohnicích, Hospic sv. Lazara v Plzni a v Brně Hospic sv. Alžběty, který ukončil svoji činnost v roce 2001 a po zrekonstruování byl opět otevřen v roce 2004. V lednu roku 1999 byl otevřen Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna. V roce 2001 zahájil provoz Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích, dále v roce 2002 Hospic na sv. Kopečku u Olomouce, v roce 2004 Hospic Hvězda ve Zlíně a Hospic Citadela – dům hospicové péče ve Valašském Meziříčí a Dětský hospic v Malejovicích. V roce 2005 zahájil svoji činnost Hospic v Mostě a Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. V roce 2007 byl otevřen Hospic sv. Lukáše v Ostravě a následující rok, tedy v roce 2008 byl zprovozněn Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech. V roce 2009 zahájil provoz Hospic Smíření v Chrudimi, v roce 2010 založen Hospic Frýdek – Místek a jako zatím poslední byl v roce 2011 otevřen Hospic Malovická, jehož zřizovatelem je Hospic Štrasburk o.s. Hospic Frýdek – Místek jako jediný hospic v České republice není členem Asociace poskytovatelů paliativní péče, tento hospic je příspěvkovou organizací. V Libereckém kraji by měl být otevřen hospic s kapacitou 28 lůžek do konce roku 2013. Pozadu nezůstává ani Karlovarský kraj, ten plánuje výstavbu Hospice Sv. Jiří v Chebu.

Nejvíce lůžek nabízí Dům léčby bolesti s hospicem Sv. Josefa v Rajhradě u Brna. Kapacita hospice je 50 lůžek. Hospic s nejmenším počtem lůžek je Hospic Hvězda ve Zlíně, s kapacitou 14 lůžek. V současné době v ČR existuje jediný dětský hospic a to Nadační fond klíček, se sídlem v Malejovicích ve Středočeském kraji. Dětský hospic nabízí služby nejen dětem v terminálním stádiu nemoci, ale především je určen pro děti v pórůrazových stavech, či v případech, kdy jsou postiženy nemocí život ohrožující nebo omezující. Hospic nabízí především respitní (odlehčovací) služby. Budova hospice je schopná poskytnout ubytování 5 rodinám z toho maximálně 2 rodinám s nepohyblivými dětmi, nebo přibližně 30 osobám.⁷¹

⁷¹ *Dětský hospic*. Dostupné na <http://www.klicek.org/hospic/index.html> [online] [2011-06-05]



Obrázek č. 7 Mapa – lůžkové hospice v České republice⁷²

Kraj	Číslo v mapě	Lůžkový hospic	Adresa	Zřizovatel	Počet lůžek
Královehradecký	1	Hospic Anežky České	5. května 1170, 549 41 Červený Kostelec	Oblastní charita Červený Kostelec	30
Hlavní město Praha	2	Hospic Štrasburk	Bohnická 12, 180 00 Praha 8 - Bohnice	Občanské sdružení Hospic Štrasburk	30
	3	Hospic Štrasburk	Malovická 2, 140 00 Praha 4 - Spořilov	Občanské sdružení Hospic Štrasburk	30
Středočeský	4	Hospic Dobrého Pastýře	Sokolská 584, 257 22 Čerčany	Občanské sdružení TŘI	30
	5	Nadační fond Klíček – dětský hospic	Malejovice 22, 285 04 Uhlířské Janovice	Nadační fond Klíček	30
Jihočeský	6	Hospic sv. Jana Neumanna	Neumannova 144, 383 01 Prachovice	Občanské sdružení Hospic sv. Jana N. Neumanna	30
Plzeňský	7	Hospic sv. Lazara	Sladkovského 66, 326 00 Plzeň	Občanské sdružení Hospic sv. Lazara	28
Ústecký	8	Hospic sv. Štěpána	Rybářské náměstí 662/4, 412 01 Litoměřice	Hospic sv. Štěpána, o.s.	26
	9	Hospic v Mostě	Svážná ul. 1528, 434 00 Most	Obecně prospěšná společnost Hospice v Mostě, o.p.s.	17
Pardubický	10	Hospic Chrudim	K ploché dráze 602, 537 01 Chrudim IV	Občanské sdružení Smíření	27
Jihomoravský	11	Hospic sv. Alžběty	Kamenná 36, 639 00 Brno	Občanské sdružení Gabriela o.s.	20
	12	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Jiráskova 47, 664 61 Rajhrad	Oblastní charita Rajhrad	50
Olomoucký	13	Hospic na Svatém Kopečku	Sadové náměstí 24, 779 00 Olomouc	Arcidiecézní charita	30
Zlínský	14	Hospic Citadela	Žerotínova 1421, 757 52 Valašské Meziříčí	Diakonie Českobratrské církve evangelické	28
	15	Hospic Hvězda	Sokolovská 967, 760 01 Zlín - Malenovice	Občanské sdružení Hvězda	14
Moravskoslezský	16	Hospic sv. Lukáše	Charita Ostrava, Charvátská 700 30 Ostrava - Výškovice	Charita Ostrava	34
	17	Hospic Frýdek - Místek	I.J. Pešiny 3640, 738 01 Frýdek - Místek	Příspěvková organizace města Frýdek - Místek	43

Tabulka č. 1 Lůžkové hospice v ČR⁷³

⁷² HUNEŠ, Robert. Hospic – sociální fenomén moderní společnosti. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2008, str. 42-43. Dostupné na http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/Hunes-HOSPIC-SOCIALNI_FENOMEN_MODERNI_SPOLECNOSTI.pdf

⁷³ Tamtéž

Více než polovinu lůžkových hospiců v České republice zřizují občanská sdružení, čtyři hospice zřizuje charita a to buď Oblastní charita, charita Ostrava nebo Arcidiecézní charita. Dalšími zřizovateli hospiců jsou Českobratrská církev evangelická a Diakonie českobratrské církve evangelické, nadační fond, obecně prospěšná společnost a jeden z hospiců je příspěvkovou organizací.

Financování hospicové péče bylo od počátku komplikované a poměrně problematické zůstává dodnes. Klienti hospicové péče vyžadují jak zdravotní, tak i sociální péči a v České republice je problém v kombinování financování mezi zdravotní a sociální oblastí. Významný posun nastal v lednu roku 2007, kdy zdravotní pojišťovny uznaly hospicovou péči jako samostatnou. Hospicové služby jsou financovány z více zdrojů. Jeden z hlavních příjmů je od zdravotních pojišťoven (50 - 60 %) za poskytnuté zdravotnické služby, léčbu a ošetrovatelskou péči. Dalšími zdroji jsou dotace, granty, dary od fyzických a právnických osob, sbírky a přímé platby od klientů. Úkony péče jsou hrazeny z příspěvku na péči, který je klientovi vyplácen. Dále klient ze svých finančních prostředků hradí ubytování a stravu.⁷⁴

2.3 Organizace hospicové péče v ČR

Hospicová péče má tři základní formy. Nejméně rozšířené jsou zatím v České republice **stacionáře**, které poskytují denní pobyty a jsou součástí hospice. Do stacionáře klient přichází ráno a odpoledne se vrací domů. Dopravu klienta zajišťuje buď rodina, nebo hospic. Tento typ hospicové péče je využíván nemocnými z blízkého okolí zařízení. Klienti vyhledávají stacionáře z různých důvodů. K nejčastějším patří oddálení hospitalizace a ulehčení rodině klienta. Dá se říci, že je to i způsob prevence. Předchází se vyčerpání sil rodiny, a tak i nepříjemným konfliktům. Dalším důvodem bývá, že klient doma nemá s kým probrat své problémy, a tak mu jsou k dispozici pracovníci hospice. Další formou je **lůžková hospicová péče**, kdy klient přichází dobrovolně na krátkodobé pobyty (většinou max. na 3 měsíce). Není pravda, že klient, který vstoupí do hospice, musí zde i zemřít. Naopak, v některých případech dojde ke zlepšení zdravotního stavu a klient se vrátí zpět do domácí péče. Klient může být do hospice přijat opakovaně.⁷⁵

Podat žádost o přijetí do hospice může jednak ošetřující lékař, samotný zájemce, nebo i rodina žadatele za předpokladu, že se s zájemcem dohodne. Rozhodnutí o přijetí je zcela na

⁷⁴ *Financování služby*. Dostupné na <http://www.dlbsh.cz/index.php?page=9&podpage=23&language=cz> [online] [2011-12-13]

⁷⁵ SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 5. vyd., Praha: Ecce homo, 2003, s. 127-130.

hospicovém lékaři. Přednostně jsou přijímáni klienti, u kterých je možné předpokládat, že jejich nemoc povede v blízké době ke smrti a potřebují paliativní péči. V České republice je důvodem pro přijetí do lůžkového hospice stav, kdy návštěvy zdravotní sestry v domácí péči již nejsou dostačující. Podmínkou, bez jejíhož splnění není přijetí možné, je i plný informovaný souhlas nemocného. Pouze za určitých podmínek je možné, aby souhlas podepsala blízká osoba. Obvykle proto, že klient není zcela informován o svém zdravotním stavu, má pozměněné nebo ztracené vědomí, a proto není možné, aby se vyjádřil k navrhovanému paliativnímu programu, popřípadě jeho zdravotní stav neumožňuje využít aktivní hospicový program a je u něj plně indikován ošetrovatelský ústav. Na rozdíl od nemocnice je režim hospice zcela přizpůsoben klientovi a jeho potřebám. Je plně na klientovi, kdy půjde spát či kdy bude vstávat, sám si může říct, kdy chce jíst či provést denní hygienu. Pokud to jeho zdravotní stav umožňuje, může se ráno obléci do civilních šatů. Pokoje v hospici bývají jednolůžkové či dvoulůžkové. Jednolůžkové pokoje mají přistýlku pro jednoho člena rodiny nebo blízkého člověka. Hospic blízké osobě umožňuje zůstat s nemocným po celou dobu hospitalizace. Návštěvy v hospici jsou zcela neomezené. Pokud si to klient přeje, může za ním rodina přicházet kdykoliv během dne. V případě zájmu se rodina může podílet na péči o klienta. Každý pokoj je vybaven telefonem, který umožňuje komunikaci s personálem a klient ho může využít i na hovory mimo zdi hospice. Klienti mohou pobývat na čerstvém vzduchu, protože v každém pokoji mají k dispozici terasu a zahradu. Velká pozornost je věnovaná i ošetrovatelství, každý klient má elektricky ovládané a polohovatelné lůžko, běžně je používána i pojízdná vana apod.⁷⁶

Poslední formou je **domácí (nebo též mobilní) hospicová péče**, která je ideální, pokud má nemocný dobré rodinné zázemí. V České republice se zatím stále nejčastěji umírá ve zdravotnických zařízeních, tzv. „za bílou plentou“. Přesto že dvě třetiny občanů by poslední chvíle svého života chtěly prožít doma se svojí rodinou a pokud možno bez bolestí a důstojně. Pouze asi 2 % obyvatel se poštěstí zemřít doma. Pracovníci domácí hospicové péče poskytují komplexní služby 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Nemocnému mohou nabídnout jednak péči zdravotní, ale i psychologickou, kterou zajišťuje zejména psycholog a duchovní, ale i další specialisté. Domácí hospicová péče zahrnuje i konzultace a návštěvy lékaře a zdravotní sestry, dále pak informace o možnosti požádat o sociální dávky či o zapůjčení zdravotních pomůcek.⁷⁷

⁷⁶ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd., Praha: Galén, 2000, s. 42-44.

⁷⁷ SOVADINOVÁ, Marie. Domácí hospicová péče. *Sociální služby*. 2011, č. 5, s. 14.

Za zmínku nepochybně stojí i to, že některé nemocnice v ČR poskytují hospicovou péči na svých odděleních. Tento způsob zajišťování hospicové péče má své výhody i nevýhody. Nevýhodou často bývají nevyhovující prostory a především nedostatek odborníků. Na druhou stranu výhodou skýtá snadná dostupnost pro klienty, přítomnost lékařů z různých oborů a minimální manipulace.⁷⁸

Nové oddělení paliativní péče bylo například otevřeno dne 23. 11. 2011 v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. První klienty přijalo v lednu 2012. Oddělení nabízí klientům 13 lůžek, 6 lůžek bude poskytovat doprovázejícím.⁷⁹

Hospice většinou nabízejí další návazné služby, a to respitní péči, která patří mezi odlehčovací služby. Tyto jsou určeny pro klienty, o které je dlouhodobě pečováno v domácím prostředí a jejich cílem je, aby si pečující mohli odpočinout a načerpat nové síly. Pobyty v hospici jsou na dobu určitou, zhruba na několik týdnů.⁸⁰

Od sociální pracovnice v Hospici Chrudim jsem zjistila, že s klienty je uzavírána smlouva o poskytování sociálních služeb, která obsahuje druh sociální služby, rozsah poskytování služeb, ubytování, výši úhrady a způsob jejího placení a další nezbytné náležitosti. Smlouva o poskytování sociálních služeb zahrnuje i přílohu – ceník.

2.4 Druhy specializované hospicové péče

Často se lidé domnívají, že hospic je rehabilitační zařízení či domov pro osoby se zdravotním postižením. To je velký omyl. Hospice nejsou určeny pro každého nemocného. Do hospice může být přijat klient, kterého na životě ohrožuje postupující choroba, potřebuje paliativní léčbu a zároveň není nutné, aby byl hospitalizován v nemocnici, avšak rodina není schopna zajistit domácí péči. Nejčastějšími klienty jsou osoby s progredujícím onkologickým onemocněním, osoby, které vyžadují kontrolu, léčbu bolesti nebo jejich zdravotní stav vyžaduje náročnou ošetrovatelkou preterminální péči.⁸¹

⁷⁸ PROKOP, Jiří. *Hospicová péče v praxi: Úvod*. Rajhrad: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, 2010, s. 5.

⁷⁹ *Boromejky otvírají první oddělení paliativní péče v Praze*. Dostupné na <http://www.apha.cz/boromejky-otviraji-prvni-oddeleni-paliativni-pece-v-praze/> [online] [2011-12-13]

⁸⁰ *Odlehčovací služba pobytová*. Dostupné na <http://www.centrum-cercany.cz/hospic-dobreho-pastyre/odlehcovaci-sluzby-pobytove> [online] [2011-12-8]

⁸¹ SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospic Anežky České se představuje*, Praha: Ecce homo, kap. 3.

Klient v hospicové péči je pracovníky hospice **vnímán celostně** se všemi **biologickými, psychologickými, sociálními i spirituálními potřebami**. Služby poskytnuté klientovi by měly být provázané a zaměřené vždy na jeho potřeby.⁸²

Jednou ze součástí multidisciplinárního přístupu hospice je **spirituální péče**. OPATRŇY uvádí: „*Pastorační péči o nemocné a trpící v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry.*“⁸³

Spirituální péče je poskytována nejen klientům, ale i jejich blízkým a personálu. Spirituální potřeby se týkají každého člověka bez rozdílu přesvědčení. Jedná se o potřebu najít smysl života, získat odpuštění a také odpustit. Pokud jsou spirituální představy nenaplněné, nastává stav osobní nouze. Běžně se stává, že až v těžké nemoci začnou lidé přehodnocovat svůj žebříček hodnot a měnit svůj pohled na duchovní život. Proto je zde spirituální služba, která má pomoci klientům hledat cíl, naději a jejich úlohu v těžkých chvílích. Za největší úspěch spirituální péče považuje, když klient začne vnímat svůj život jako vzácný dar a jako něco, co i přes postupující nemoc má smysl. V naší zemi spirituální služby zajišťuje nejčastěji kaplan, nebo asistent pastorační péče (spolupracuje s knězem). Hospic by měl být schopný zajistit na přání klienta či rodiny kaplana jiného vyznání. Klienti mají často problém svěřit se rodině či zdravotníkům, a tak své starosti a obavy sdělí duchovnímu. Ten by se proto měl pravidelně setkávat s hospicovým týmem, neboť všem jde o prospěch nemocného a zachování jeho důstojnosti. V situaci, kdy klient není při vědomí, a nebo není schopen komunikovat, duchovní může kontaktovat jeho blízké a domluvit se, zda pro něho může ve spirituální rovině něco udělat. Kaplan je považován za specialistu na spirituální péči. Jeho hlavním úkolem je pomoci nemocnému vyrovnat se s jeho novou životní situací, zhodnotit dosavadní život. Klient může poděkovat, odprosít a hlavně rozloučit se se svými blízkými a rodinou. A nejen to, mnohdy se stává, že člověk v těžké nemoci se po mnoha letech vrátí k náboženství a může očistit své svědomí (např. v katolické církvi svátost smíření). Duchovní se dále zabývá lidskou spiritualitou obecně, nejenom náboženstvím. V neposlední řadě se zastává těch, kteří

⁸² KABELKA, L., J. KIRSCHOVA, H. KUČEROVÁ, L. ŠOUSTALOVÁ a M. ZACHAŘOVÁ. *Hospicová péče v praxi: Lékařská a ošetrovatelská péče v paliativní medicíně*. Rajhrad: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, 2010, s. 1.

⁸³ HAVLENOVÁ, Zita a Jiří PROKOP. *Hospicová péče v praxi: Spirituální péče*. Rajhrad: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, 2010, s. 3.

se cítí ve zdravotnickém systému ztracení. V žádném případě nesmí duchovní s klienty ani jejich blízkými manipulovat, falešně je utěšovat, citově vydírat nebo využívat jejich situace.⁸⁴

Se spirituální péčí úzce souvisí **psychologická péče**. Málo který zdravý člověk přemýšlí o smrti. Pro člověka je to téma neoblíbené přináší strach, úzkost, smutek. Smrt pro mnohé znamená úplný konec. Ale ať se nám to líbí či ne, smrt se týká i nás. Uvědomíme si to nejčastěji, když jsme nemocní, zvláště jedná-li se o nevléčitelnou nemoc. Každá nevléčitelná nemoc směřuje k tomu jedinému, nezvratitelnému konci. V tomto období života dochází ke změnám v oblasti nejen psychické a tělesné, ale i mentální, sociální, hodnotové a duchovní. Proto by mělo být klientovi v hospici umožněno prožít zbývající část života důstojně a spokojeně, s vědomím své jedinečnosti. Pro některé klienty je při řešení zmíněných existenciálních otázek přijatelnější pomoc spíše od psychologa než od duchovního. V některých případech se jejich péče doplňuje. Každý člověk se se špatnými zprávami vyrovnává jinak, je to zcela individuální záležitost. Je však možné říci, že nevléčitelně nemocný prochází vždy určitým procesem vyrovnávání se s nemocí a blížící se smrtí. Není pravidlem, že jednotlivé fáze smíření se s touto skutečností následují za sebou, mohou se opakovat a střídát. Nejznámější popis vyrovnávání se se smrtí pochází od švýcarské psychiatričky a psychologičky Elizabeth KÜBLER-ROSSOVÉ. **První fáze** je nazvána **šok, popření, negace**. V okamžiku, kdy je klientovi sdělena diagnóza se u něj projevuje to, že ji nepřijme, třeba i na delší dobu ji vytěsňuje a chová se, jako by se tato informace netýkala jeho, ale někoho úplně jiného. V tomto období je důležité navázat kontakt s nemocným a pokusit se získat jeho důvěru. Lékař musí vždy podávat pouze pravdivé informace, jeho projev musí být trpělivý, klidný a podpůrný. Pacient potřebuje čas na zpracování, je třeba mu informace několikrát opakovat a ujišťovat se, že pochopil, co mu bylo sděleno. **Druhou fází** je **agrese, hněv, vzpoura**. V této fázi si nemocný začíná připouštět, že je diagnóza pravdivá, ale tato informace je ve velkém rozporu s jeho sebeprožíváním. To má za následek, že se zlobí a hledá příčiny své nemoci, vyčítá chybu zdravotníkům, osudu i Bohu. K tomu aby klient vyjádřil své emoce a pustil je ven (vztek a pláč střídá smích) potřebuje čas. Agrese se může projevit v různé síle, od afektu až po agresi vůči sobě. Ani pro lékaře není toto období snadné, lékař musí zachovat profesionalitu, neztratit klid a rozvahu, nejít přes hranice svých kompetencí a především neztratit důvěru klienta. Lékař může klienta ujistit, že mu rozumí a jeho emoce jsou zcela normální. Neměl by dát najevo pohoršení, neměl by klienta v takové situaci

⁸⁴ HAVLENOVÁ, Zita a Jiří PROKOP. *Hospicová péče v praxi: Spirituální péče*. Rajhrad: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, 2010, s. 1-15.

hodnotit a nebrat si osobně jeho výlevy. **Třetí fáze** je **smlouvání a vyjednávání**. Klient už přestal obviňovat všechny kolem sebe, ale snaží se nalézt nové možnosti, jak se nemoci postavit, slibuje, nabízí peníze, mění léky i lékaře. Je velice ovlivnitelný a zranitelný, je schopen uvěřit léčitelům, dietám, zázračným lékům i pověrám. Snaží se vyzkoušet vše možné, co by mu mohlo pomoci. Právě v tomto období nejvíce klientů ukončuje nebo přerušuje léčbu. Pokud klient odchází k jinému odborníkovi, lékař by měl projevit porozumění a být vstřícný. **Ve čtvrté fázi**, která se jmenuje **deprese, zoufalství, smutek** klientovi dochází, že před smrtí neuteče a prožívá zoufalství, smutek, strach z budoucnosti, z neznáma, obavy o rodinu, o její zajištění po jeho smrti. V tomto období ustupuje od svých požadavků na život, vzdává boj, může se dostat až do apatie. Pro nemocného je boj s nemocí horší, pokud je na něj sám. Zde mají nezastupitelnou úlohu vztahy. V tuto chvíli klient nejvíce uvítá přítomnost druhých, bude vděčný za čas, který mu věnují, za naslouchání a projev porozumění. Nyní je nejlepší chvíle na urovnání špatných vztahů např. v rodině. Pokud si tak klient přeje, může mu s tím pomoci i lékař. Dobré je i ujistit klienta, že až bude umírat, nebude sám. **Poslední fáze** je období **přítakání, smíření, souhlas**. Klient přijímá fakt smrti, přestává se zlobit, bojovat a se smrtí se smiřuje, odevzdává se. V tomto období má klient potřebu rozloučit se a dořešit či dokončit důležité věci. Někteří klienti této fáze nikdy nedosáhnou, pro ostatní je to vrchol života. Velkou roli hraje doprovázení klienta. Ten uvítá dotyk, citlivý přístup a neverbální podporu více než slova. Dobré je, motivovat rodinu v tom, aby klienta doprovodila, ujišťovat ji, že dělá správnou věc. Dosažení této fáze je cílem celého týmu hospice. Jistě není pochyb o tom, že velmi úzce musí spolupracovat především psycholog s lékařem. Psycholog pomoc nabízí nejen klientům, ale i rodině, zaměstnancům a dobrovolníkům.⁸⁵



Obrázek č. 8 Elisabeth Kübler-Rossová⁸⁶

⁸⁵ ALEXANDROVÁ, Radka. *Hospicová péče v praxi: Psychologická péče v paliativní medicíně*. Rajhrad: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, 2010, s. 1-13.

⁸⁶ *Kübler-Rossová Elisabeth*. Dostupné na <http://www.silberschnur.de/autor/elisabeth-kuebler-ross/36> [online] [cit. 2012-03-25]

Nepostradatelnou součástí hospicového týmu je **lékařská a ošetrovatelská péče**. Paliativní péče zcela odmítá eutanazii. Pomáhá v umírání, ale nepomáhá nemocnému ke smrti. Smrt ničím neuspíšuje ani neoddaluje a bere ji jako normální proces. Pouze mírní bolest a jiné symptomy. Speciálně vyškolené sestry v hospici provádějí a zaznamenávají kontrolu bolesti. Cílem není nic jiného, než aby se mohl klient bezbolestně vyspat, odpočívat, trávit volný čas a v nejlepším případě se bez bolestí i pohybovat.⁸⁷

Ideální situace je, pokud je klient schopen říci si o analgetika a jiné léky tišící bolest jen tehdy, když potřebuje. Výhoda spočívá v tom, že klient víc ví a méně trpí. Zdravotníci by se měli pokusit, stejně jako ostatní z týmu, zabránit či učinit snesitelnějšími pocity osamocení nebo i skutečnou samotu. Od lékařů (a všech členů týmu) se požaduje, aby klientovi nelhali. V opačném případě může dojít k poškození vztahu mezi lékařem a nemocným. Poskytovat klientovi informace o nemocech by měl vždy ošetřující lékař. Pro sdělení takto závažné věci by měl zvolit vhodné prostředí, nejlépe nějaké klidné a nerušené místo. Informaci musí lékař vždy podávat opatrně, může se stát, že ne vždy chce klient vědět vše. I na toto by lékař měl brát ohled. Zároveň by lékař měl při sdělení diagnózy poskytnout klientovi určitou naději terapie.⁸⁸

Lékař by měl být v hospici stále přítomný. V některých hospicích je lékařská pohotovostní služba zajištěna po dobu 24 hodin denně. V odpoledních a nočních hodinách, o víkendech a státních svátcích zajišťují pohotovostní službu interní i externí lékaři. Velká část klientů vyžaduje plnou ošetrovatelskou péči. Jedná se zejména o úkony spojené s hygienou (včetně prevence dekubitů a ošetřování kůže), podávání léků v různých formách, podávání a sledování příjmu stravy a tekutin, sledování fyziologických funkcí, například vyprazdňování. Další ošetrovatelská činnost je přizpůsobena aktuálnímu stavu a potřebám klienta. Neustále jsou sledovány další projevy jako nechutenství, dušnost, únava, úzkost a deprese, agresivita, aj. V některých hospicích je dle potřeby a možnosti klienta prováděna rehabilitační péče fyzioterapeutickými pracovníky se záměrem, aby klient zůstal co nejvíce soběstačný a mobilní. Kromě fyzioterapeutů může ke spolupráci motivovat klienta každý pracovník hospice, např. spolupráce při podávání stravy.⁸⁹

Další součástí hospicového týmu je **sociální práce**. Sociální pracovníci jsou dnes již považováni za plnohodnotné členy týmu, ale i přesto se jejich kompetence pracovníků mohou

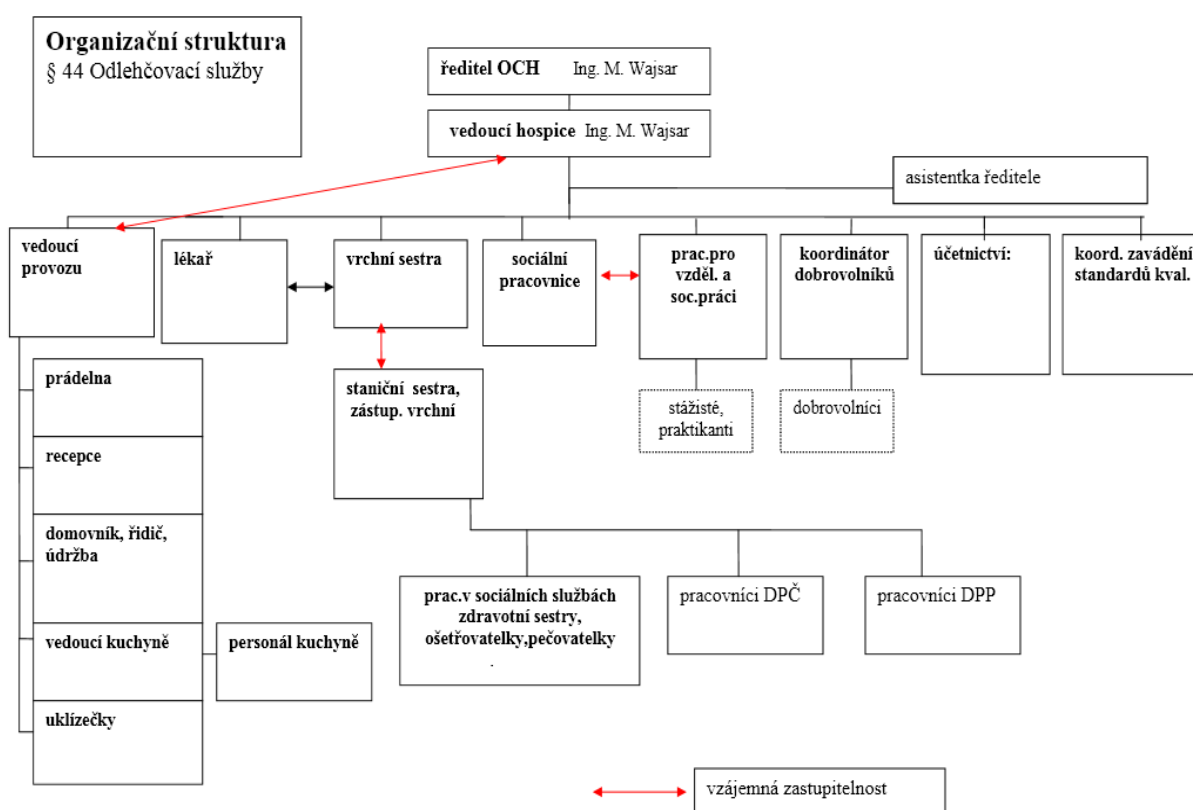
⁸⁷ SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospic Anežky České se představuje*, Praha: Ecce homo, kap. 3

⁸⁸ VORLÍČEK, J., Z. ADAM, Y. POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína*. 2. vyd., Praha: Grada Publishing, 2004, s. 370-371.

⁸⁹ KABELKA, L., J. KIRSCHOVA, H. KUČEROVÁ, L. ŠOUSTALOVÁ a M. ZACHAŘOVÁ. *Hospicová péče v praxi: Lékařská a ošetrovatelská péče v paliativní medicíně*. Rajhrad: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, 2010, s. 1-8.

v jednotlivých zařízeních lišit. Sociální pracovník v hospici je dnes brán jako poradce, který se zabývá sociálním fungováním nemocného v rámci jeho rodiny a dalších blízkých osob. Dle potřeby může nabídnout kompenzační služby, pomoci hledat možnosti řešení situace nebo i doprovázet. Další uplatnění sociálního pracovníka je v komunikaci s okolním světem, což je pro hospic podstatné, např. při zprostředkování služeb.⁹⁰

Dalšími nepostradatelnými členy týmu jsou **dobrovolníci**, jejichž práce je vysoce společensky ceněna. Dobrovolníci jsou vždy pečlivě vybíráni a každý hospic své dobrovolníky proškoluje. Zásadou je, že nesmí být přetěžováni a musí plnit jen takové úkoly, na které stačí. Dále platí, že na ně musí být stoprocentní spolehnutí. Dobrovolníci do hospice nedochází podle toho, kdy mají čas, ale mají závazný rozpis služeb. Jsou považováni za plnohodnotné členy týmu.⁹¹



Obrázek č. 9 Organizační struktura hospice Anežky České v Červeném Kostelci⁹²

⁹⁰ STUDENT, J-CH., A. MÜHLUM a U. STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vyd., Praha: H & H Vyšehradská, 2006, s. 11.

⁹¹ SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 5. vyd., Praha: Ecce homo, 2003, s. 134.

⁹² Organizační struktura hospice Anežky České v Červeném Kostelci

2.5 Multidisciplinární hospicový tým

V hospici zajišťuje péči o klienta multidisciplinární tým, který poskytuje komplexní služby a je složen z odborných lékařů, zdravotních sester, pečovatelky/ošetřovatelky (pracovník v sociálních službách – přímá obslužná péče), psychologů či psychoterapeutů, duchovních, sociálních pracovníků, dobrovolníků, koordinátorů dobrovolníků, administrativních a technicko-hospodářských pracovníků. Dále mohou být v hospici zaměstnání další odborníci jako fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, dietolog, případně i muzikoterapeut či arteterapeut.

Nemocniční kaplani v hospici mohou napomoci při řešení vzniklých sporů mezi členy týmu, mohou vyučovat a především provádět náboženské úkony. Spirituální službou v hospici je buď pověřený profesionál, nebo tuto službu vykonává duchovní správce dané farnosti či sboru, a to vždy dle místa, kde se hospic nachází. Spirituální péči můžeme rozdělit do dvou skupin: na obecnou a speciální. Obecnou spirituální péči může vykonávat každý, ať už se jedná o specialistu, jako je teolog, psycholog, církevně pověřená osoba nebo zdravotník, příbuzný či dobrovolník. Podstatné je, že klientovi naslouchá, snaží se mu pomoci při modlitbě, urovnat konflikty v rodině a osobní záležitosti, pomáhá mu zvládnout životní situaci, která nastala a i v nemoci najít nějaký smysl života. Speciální spirituální péči oproti tomu zajišťují pouze osoby se speciálním vzděláním či církevním pověřením (někdy i svěcením). Poskytují úkony jako např.: příprava k přijetí svátosti, udělení samotných svátostí (křest, eucharistie, svátost nemocných, svátost smíření, atd.). Dále připravují a vedou bohoslužby a mše.⁹³

Všeobecná sestra v hospici nejen že poskytuje odbornou péči, ale je i psychickou oporou pro umírajícího i jeho rodinu. U klienta provádí komplexní vyšetření fyzického, psychického a sociálního stavu z hlediska ošetřovatelského a na základě těchto zjištění připravuje individuální plán péče. Společně s ošetřujícím lékařem sleduje a hodnotí míru intenzity, charakter a místo výskytu bolesti, na základě ordinace ošetřujícího lékaře podává klientovi analgezii. V případě, že je klientovi podáváno nedostatečné množství léků na tlumení bolesti, je povinností sestry tuto skutečnost neprodleně sdělit ošetřujícímu lékaři. Všeobecná sestra kontroluje a zajišťuje dietní a pitný režim klienta, vždy s ohledem na jeho zdravotní stav. Dle potřeby zajišťuje pro klienta pomůcky při inkontinenci. Snaží se o prevenci dekubitů, provádí preventivně masáže a ošetřuje vzniklé kožní léze a poranění,

⁹³ SLÁMA, O., L. KABELKA, J. VORLÍČEK, et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd., Praha: Galén, 2007, s. 341.

dále sleduje kvalitu dýchání umírajícího. Rodině ulehčuje pobyt u klienta tím, že ji seznámí se způsoby, jak mají o klienta pečovat. Zajistí příbuzným vhodné pomůcky, které jim usnadní péči o klienta a informuje, jakým způsobem je mají používat. Rodinné příslušníky a blízké seznamuje s příznaky blížící se smrti a učí je zvládat situace, které postupně s blížícím se koncem nastanou. Péči klientovi poskytuje několikrát denně, vždy podle jeho potřeb. Neustále zůstává v kontaktu s rodinou klienta, blízkými a ošetřujícím lékařem. V případě zájmu poskytuje svoji odbornou pomoc či radu rodině, klientovi či ostatním členům týmu. **Dobrovolníci** jsou pro klienty psychickou i fyzickou oporou. Pro klienta i rodinu vytváří klidné a pohodové prostředí, pomáhají nemocnému s hygienou, ošetřují jej, předčítají mu knihy či pomáhají s psaním dopisů. Často nahrazují osamělým klientům rodinu coby pečovatelé. Klientovi naslouchají, sledují jeho fyzický a psychický stav a změny vždy hlásí sestřám i ošetřujícímu lékaři. Dobrovolníci svoji činnost vykonávají zcela bez nároku na finanční odměnu.⁹⁴

Pracovník v sociálních službách v přímé obslužné péči vykonává nácvič jednoduchých denních činností, pomáhá při osobní hygieně a oblékání, dále provádí manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, dbá na udržování čistoty a osobní hygienu nemocného. Snaží se podporovat soběstačnost klienta, a pokud to umožňuje klientův zdravotní stav, posiluje jeho aktivizaci, vytváří základní sociální a společenské kontakty a napomáhá při uspokojování psychosociálních potřeb.⁹⁵

Ošetřovatel vykonává činnosti pod odborným dohledem všeobecné sestry. Provádí hygienickou péči u klientů, včetně prevence dekubitů, dbá o úpravu lůžka, podává klientům stravu, pečuje o jejich vyprazdňování, měří tělesnou teplotu, provádí úpravu těla zemřelého, aj. Pod přímým vedením všeobecné sestry může asistovat při určených ošetřovatelských, diagnostických a léčebných výkonech.⁹⁶

Rehabilitační pracovníci sestavují a dále průběžně upravují rehabilitační plán dle aktuálního stavu klienta s ohledem na jeho motivaci, sociální a rodinné podmínky, diagnostické výsledky aj. Využívány jsou různé relaxační techniky a přístupy, např. manuální lymfodrenáž, masáže, vodoléčebné procedury, audiovizuální techniky, pomůcky zaměřené na

⁹⁴ MISCONIOVÁ, Blanka. *Péče o umírající–hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky, 1998, s. 86-89.

⁹⁵ ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, § 116, odst. 1a). Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>. ISSN 1211-1244.

⁹⁶ ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (zákon o nelékařských zdravotnických povolání). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, §37, odst. 1-2. Dostupný také z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/krajsky-urad/zdravotnictvi/Vyhlaska-55-2011--cinnost-zdravotnickych-pracovniku.pdf>. ISSN 1211-1244.

nácvik zlepšení samostatnosti. Cílem rehabilitace je zlepšit či udržet současný zdravotní stav klienta. Dále mu za pomoci různých rehabilitačních pomůcek umožnit aktivitu a pobyt mimo lůžko, případně též alespoň krátkodobé pobyty v domácí péči. V neposlední řadě též posílit jeho nezávislost a sebevědomí, a zlepšit celkovou kvalitu života např. návštěvou společenských akcí.⁹⁷

Hospicový lékař odpovídá za klienty po stránce diagnostické, léčebné, ale i ošetrovatelské. Lékař se účastní ranních porad týmu a každé ráno se seznamuje se zápisem sester z noční služby, určuje dietní režim klienta a dle konkrétního stavu ho v průběhu dne upravuje. Lékař sleduje objektivní i subjektivní stav klienta, změnu zdravotního stavu konzultuje s vedoucím lékařem, dohlíží na dodržování diety, podávání léků a hygienickou úroveň, zohledňuje zásady farmakoterapie, přijímá nové klienty a spolu se zdravotními sestrami usiluje o pozitivní duševní rozpoložení klienta. Lékař vede veškerou dokumentaci o klientovi, vyplňuje tiskopisy pro zdravotní pojišťovny, před přijetím klienta telefonicky konzultuje jeho zdravotní stav s rodinnými příslušníky, ošetřujícím lékařem nebo zdravotnickým zařízením, v případě vážného zdravotního stavu zajišťuje doprovod klienta s potřebnou dokumentací. Jestliže, se klientův stav výrazně změní, je lékař povinen oznámit to rodině, v případě zájmu zajistí kněze. Pokud dojde k úmrtí klienta, neodkladně informuje rodinu a sociálního pracovníka a vyplní potřebnou dokumentaci.⁹⁸

Například v Německu je běžnou praxí tzv. „*vyjádření pacienta*“. Jedná se o vyjádření vůle klienta, která se sepisuje pro případ, že se klient vzhledem ke zhoršujícímu zdravotnímu stavu nebude schopný sdělit svá rozhodnutí (např. v případě ztráty vědomí). Do vyjádření je možné zaznamenat mnoho věcí, které se budou týkat dalšího ošetrovatelského a lékařského postupu (např. přání po tišení bolestí nebo jakou blízkou osobu by chtěl mít u sebe aj.). Příprava vyjádření pacienta má své kladné stránky, přispívá k vyrovnání se s vlastní smrtelností. Tento způsob vyjádření pacienta má své zastánce i odpůrce. Odpůrci zejména argumentují tím, že klient vyjádření sepisuje v okamžiku, kdy není vůbec jasné, jak by se klient zachoval v úplně jiné situaci. Vyjádření pacienta má ve světě různé formy.⁹⁹

V České republice by se dalo „*vyjádření pacienta*“ přirovnat individuálnímu plánování průběhu sociální služby nebo také plánu péče, který se v hospicích sepisuje. Plán péče je průběžně upravován tak, aby odpovídal potřebám klienta a jeho rodiny. Do plánu je zaznamenáván zdravotní stav klienta, pohyblivost, psychický stav klienta, zapojení rodiny do

⁹⁷ VORLÍČEK, J., Z. ADAM, Y. POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína*. 2. vyd., Praha: Grada Publishing, 2004, s. 331-332.

⁹⁸ Náplň práce a popis pracovního místa lékaře v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci

⁹⁹ Kol. autorů. *Hospiz von A – Z*. 3. vyd., Münster: Alpha – Westfalen, 2008, s. 13-14.

péče, zvyky, rituály, zájmy, náboženské přesvědčení, kontakty na blízké osoby, přání spojená s úmrtím aj.¹⁰⁰

Dalším členem týmu je **sociální pracovník**, jehož úkolem je podpořit nemocného i jeho blízké v řešení jejich obtížné situace a poskytnout jim praktickou pomoc. V jednotlivých hospicích se může náplň práce sociálních pracovníků lišit, ale nejčastěji spočívá v poskytování informací a sociálním poradenství, v komunikaci s klientem a jeho rodinou, ve spolupráci s ostatními členy týmu, péči o pozůstalé. Sociální pracovník má na starosti administrativu a spolupráci s úřady.¹⁰¹

Podrobněji jsou kompetence sociálního pracovníka popsány v následující kapitole.

SHRNUTÍ

V roce 1967 založila lékařka Cecily SAUNDERSOVÁ první moderní hospic s názvem St. Christopher's Hospice v Londýně, kde o terminálně nemocné klienty pečoval multidisciplinární tým. Hospicová péče slibovala, že klient nebude trpět nesnesitelnou bolestí a nebude sám, až bude umírat. Myšlenka hospice se brzo rozšířila do celého světa a dnes existuje více než 2500 hospiců. Ve světě se hospice rozvíjí v různých formách. U nás je nejvíce rozšířená lůžková a domácí hospicová péče a v některých nemocnicích jsou specializovaná oddělení paliativní péče. V roce 1995 byl otevřen první moderní hospic v ČR, a to hospic Anežky České v Červeném Kostelci. U jeho zrodu stála MUDr. Marie SVATOŠOVÁ. V současné době u nás funguje 17 lůžkových hospiců. Péče o klienta v hospici je poskytována komplexně. Nemocný je vnímán se všemi bio-psycho-sociálními potřebami. Péči o něj zajišťuje multidisciplinární tým, který je složen z odborných lékařů, zdravotních sester, pečovatelky/ošetřovatelky (pracovník v sociálních službách – přímá obslužná péče), psychologů či psychoterapeutů, duchovních, sociálních pracovníků, dobrovolníků, koordinátorů dobrovolníků, administrativních a technicko - hospodářských pracovníků, dále v hospici mohou být zaměstnáni další odborníci, jako je fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, dietolog, případně i muzikoterapeut či arteterapeut.

¹⁰⁰ MZČR ve spolupráci s Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče. *Standardy hospicové paliativní péče*. 1. vyd., 2006, s. 9

¹⁰¹ TOMÁŠKOVÁ, Hana a Radka PAZDERKOVÁ. *Hospicová péče v praxi: Sociální práce v paliativní medicíně*. Rajhrad: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, 2010, s. 1-5

3 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK A JEHO KOMPETENCE

Sociální práce v hospici není považována za snadnou. Většina klientů, kteří do hospice přicházejí, končí svoji životní cestu právě zde. Sociální pracovník nejen že bývá v kontaktu se všemi klienty, ale jedná i s jejich rodinami. Domnívám se, že není možné, aby funkci sociálního pracovníka v hospici vykonával člověk, který nemá ujasněný vztah k vlastní smrtelnosti, bez osobní angažovanosti a tuto práci považuje pouze za zdroj příjmu.

Sociální pracovník je definován jako: „*pracovník pomáhající jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života.*“¹⁰²

Dle §109 Zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů „*sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnosti, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace.*“¹⁰³

Práce sociálního pracovníka v hospici je specifická tím, v jakém prostředí a za jakých okolností probíhá. Sociální pracovník si musí být vědom, že klient, který se před ním nachází, byl kdysi zaměstnaný, živitel rodiny, měl plno zájmů, a přátel. A ne vždy nový klient hospice či jeho rodina jsou vyrovnání s prognózou nemoci, s tím, jak vlivem nemoci ubylo klientovi fyzických sil a celkově se změnil. Přijmout skutečnost ztráty všeho, co měl rád, těšilo ho a nakonec i ztráty vlastního života je pro klienta i pro blízké náročné. Sociální pracovník může být jedním z těch, který jim pomůže vyrovnat se s touto situací.¹⁰⁴

Pro každého sociálního pracovníka v hospici může být zcela odlišný motiv, proč vykonává právě tuto práci. Pro některé může být tato činnost posláním a vidí v ní šanci pomáhat potřebným. Pro jiné může být pouze povoláním a vykonává ji především praktických důvodů, např. finanční zajištění vlastní rodiny nebo neměl jinou práci aj. Podstatné

¹⁰² MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd., Praha: Portál, 2003, s. 11.

¹⁰³ ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Sběrka zákonů České republiky. 2006, částka 37, s. 1257-1289. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>. ISSN 1211-1244.

¹⁰⁴ PŘÍDALOVÁ, Marie. *Sociální práce v paliativní péči*. Dostupné na <http://www.socialniprace.cz/soubory/socprac0210web-100624191331.pdf> [online] [2011-24-11]

však zůstává, jaký přístup ke klientům sociální pracovník zaujme. Nicméně motiv jednotlivých pracovníků se v jejich přístupu ke klientovi nutně projevuje.

„Motivace je proces usměrňování, udržování a energetizace chování, ... v zaměření motivace se uplatňuje osobnost jedince, jeho hierarchie hodnot i dosavadní zkušenosti, schopnosti a naučené dovednosti.“¹⁰⁵

Motivace člověka k výkonu práce sociálního pracovníka může pramenit z různých pohnutek.¹⁰⁶

Jak uvádí FRANKL ve své knize Lékařská péče o duši: *„...pokud člověk koná něco nad své víceméně předepsané povinnosti něco osobního, kde třeba najde osobní slovo pro těžce nemocného – tam teprve začíná šance dát životu povoláním smysl. Tuto šanci však dává každé povolání, pokud je jen práce v něm správně vykonávaná. Nenahraditelnost a nezastupitelnost, jedinečnost a jednorázovost spočívá vždy v člověku, v tom, kdo koná, v tom, jak koná, a ne v tom, co koná.“¹⁰⁷*

3.1 Vzdělání sociálního pracovníka

Požadavky na sociálního pracovníka se stále zvyšují. Není tomu tak dlouho, kdy pro výkon tohoto povolání stačilo středoškolské vzdělání. K zásadní změně došlo 1. 1. 2007, kdy vešel v platnost a nabyl účinnosti nový zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách. Tento zákon upravuje podmínky poskytování sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb aj. Mimo jiné zákon upravuje i předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka i jeho samostatnou činnost. Zákon přesně stanovuje předpoklady, které musí osoba splňovat, aby mohla pracovat jako sociální pracovník. Tyto předpoklady jsou stanovené v §110, který uvádí, že sociálního pracovníka může vykonávat ten, kdo je bezúhonný, zdravotně a odborně způsobilý. Požadavky na odbornou způsobilost sociálního pracovníka podrobně upravuje §110, odst. 4, Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Dle tohoto paragrafu je odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka vyšší odborné vzdělání v oborech zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, aj., vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku aj. Dále se za odbornou způsobilost považuje

¹⁰⁵ HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Psychologický slovník. 1. vyd., Praha: Portál, 2000, s. 390.

¹⁰⁶ HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Psychologický slovník. 1. vyd., Praha: Portál, 2000, s. 327.

¹⁰⁷ FRANKL, Viktor E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 2006, s. 115.

absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů, v celkovém rozsahu 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání. Tento akreditovaný kurz je nutný, pokud sociální pracovník nemá vzdělání v oblasti sociální práce. Rovněž je možné absolvovat akreditovaný vzdělávací kurz v oblastech, které též stanoví Zákon o sociálních službách, v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka nejméně 10 let. V České republice je podmínkou, že sociální pracovník musí mít minimálně středoškolské vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním, ukončeného nejpozději 31. 12. 1998.¹⁰⁸

Sociální pracovník musí splňovat nejen výše uvedené podmínky, ale je povinen dále se vzdělávat a tím zvyšovat svoji kvalifikaci. Rozsah a formu dalšího vzdělávání upravuje § 111 Zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který stanovuje minimálně 24 hodin za kalendářní rok, díky kterému si doplňuje svoji kvalifikaci. Formou dalšího vzdělávání sociálního pracovníka je účast na akreditovaných kurzech a školicích akcích, odborných stážích v zařízeních a dále specializační vzdělávání, které zajišťují vysoké školy a vyšší odborné školy, navazující na získanou odbornou způsobilost.¹⁰⁹

Stejně jako v jiných oborech i v paliativní péči je další vzdělávání velmi důležité. Mělo by být zaměřeno především na rozvoj schopnosti komunikace s klientem, jeho rodinou, ale i na komunikaci v týmu, na zvýšení kvality péče o klienty, vypořádání se s vlastní smrtelností a smutkem a v neposlední řadě na supervizi zaměřenou na zlepšení psychického a sociálního stavu klienta a podporu pečujících.¹¹⁰

3.2 Osobnostní předpoklady a dovednosti

Povolání sociálního pracovníka patří mezi ta, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem. Na rozdíl od jiných profesí hraje důležitou roli i lidský vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem. Klient totiž potřebuje pracovníkovi důvěřovat. Pro nemocného je důležité vědomí,

¹⁰⁸ ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, § 1 a 10. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>. ISSN 1211-1244.

¹⁰⁹ KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010*. 3. vyd., Olomouc: ANAG, 2009, s. 259.

¹¹⁰ STUDENT, J-CH., A. MÜHLUM a U. STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. 1. vyd., Praha: H & H Vyšehradská, 2006, s. 119-120.

že má sociální pracovník o něj zájem a že jej svými přáními neobtěžuje. Proto se za hlavní nástroj sociálního pracovníka považuje jeho osobnost.¹¹¹

MATOUŠEK v knize *Metody a řízení sociální práce* uvádí čtyři obecné předpoklady a dovednosti, které by měl pracovník v pomáhajících profesích mít. Mezi nejdůležitější řadí fyzickou **zdatnost a inteligenci**. Pomáhání druhým není snadná práce a člověk, který pomáhá, musí pečovat o své tělo a udržovat ho v dobré kondici cvičením a správnou stravou. Dalším předpokladem je inteligence. Osoba by neměla ustát v získávání nových znalostí, měl by se dále rozvíjet např. četbou odborné literatury a seznamováním se s novými teoriemi a technikami. Pro klienta je důležitá i pracovníkova přitažlivost a důvěryhodnost. **Přitažlivostí** není myšleno pouze to, jak dobře vypadá a jak se chová. Pracovník může být pro klienta přitažlivý i tím, jak s ním jedná, jakou má pověst mezi lidmi. Důležitá je také odbornost, roli může hrát např. přibližně stejný věk pracovníka a klienta. **Důvěryhodnost** pracovníka klient vnímá jako smysl pro čestnost, srdečnost, otevřenost aj. Důvěryhodnost zvyšuje několik faktorů, jsou to zejména diskrétnost, spolehlivost, využívání moci a porozumění. Na důvěryhodnost stejně jako na přitažlivost má vliv fyzický vzhled pracovníka, jeho pověst a jeho aktuální chování. Dovedností, která je pro sociálního pracovníka naprosto nepostradatelná a kterou využívá každodenně při své práci, je schopnost komunikovat (**komunikační dovednosti**). Základní dovednosti v oblasti komunikace jsou fyzická přítomnost, to že se pracovník s klientem setká nejen fyzicky, ale i psychologicky, dále naslouchání, tedy schopnost rozumět tomu, co klient vyjadřuje verbálně, neverbálně či skrytě. Mezi další dovednosti patří empatie, schopnost vcítit se do uvažování, pocitů a problémů klienta. Dle toho by měl být pracovník schopný citlivě reagovat na chování klienta. Posledně zmiňovanou základní dovedností je analýza klientových prožitků, čímž se rozumí schopnost odhalit zážitky a chování a umožňuje dále s nimi pracovat. Kromě dosud zmíněných dovedností by měl být sociální pracovník schopen zúčastněného naslouchání. Měl by zvládat číst v neverbálním chování klienta (např. jak sedí, jaké dělá pohyby), dále by měl umět naslouchat tomu, co mu klient sděluje verbálně a v neposlední řadě sledovat klienta nejen při rozhovoru, ale i v jeho běžném životě. Další dovedností, která by neměla sociálnímu pracovníkovi chybět, je empatie. Smyslem empatie je pochopení klientova světa pomocí naslouchání a pozorování, umění vcítit se do jeho života, jako by ho žil sám pracovník. Vyšší úroveň empatie znamená, že i když klient nechápe své zážitky, je pracovník schopen porozumět jim. Umožňuje tak objevovat pocity, kterých si klient není vědom. Součástí

¹¹¹ KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 4. vyd., Praha: Portál, 1997, s. 14

empatie je emoční inteligence. Jde o umění vcítit se do situace druhé osoby, porozumět jí, umět pochopit i neverbální projevy, odhalit čeho chce dosáhnout a čemu se chce vyhnout, co před pracovníkem skrývá, apod.¹¹²



Graf č. 1 Předpoklady a dovednosti sociálního pracovníka¹¹³

3.3 Kompetence sociálního pracovníka v hospici

Sociální práce v hospici se vyvíjela postupně, přičemž vzniku hospicového hnutí se sociální pracovníci téměř neúčastnili. Zpočátku nebylo zcela jasné, co budou v hospicové dělat, navíc byli stále považováni za pouhé úředníky. Postupně se jejich kompetence začaly více vyjasňovat, přesto se mohou zařízení od zařízení lišit. V některých hospicích mohou mít sociální pracovníci více administrativní práce, v jiných mohou mít více povinností s provázením umírajících a seznamováním veřejnosti s principy paliativní péče. Postupem času začali být vnímáni spíše jako poradci než jen jako úředníci.¹¹⁴

Náplní práce sociálního pracovníka v hospici je sociální poradenství, jednání s institucemi, kooperace s příbuznými. Sociální pracovník si při práci s klientem musí být vědom především toho, že se jedná o nevléčitelně nemocného, přičemž tento fakt nelze změnit. Měl by se snažit společně s multidisciplinárním hospicovým týmem pomoci klientovi vyrovnat se s těžkou životní situací, přijmout svoji nemoc a prožít zbytek svého života co

¹¹² MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd., Praha: Portál, 2003, s. 52-54.

¹¹³ Předpoklady a dovednosti sociálního pracovníka, autor Ondráčková Ludmila

¹¹⁴ STUDENT, J-CH., A. MÜHLUM a U. STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vyd., Praha: H & H Vyšehradská, 2006, s. 9-11.

nejlépe. V souvislosti s tím sociální pracovník ve spolupráci s klientem hledá aktivity, které by nemocný vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a prognóze mohl dělat.¹¹⁵

Jak již bylo řečeno, k náplni práce sociálního pracovníka patří informační a poradenská činnost. Obvykle to bývá právě on, kdo jako první přijde do kontaktu se zájemcem o službu, ať už osobně či telefonicky. Sociální pracovník poskytuje základní informace o službě, kterou hospic nabízí. První kontakty se mohou proměnit v terapeutické rozhovory. Tato situace nejčastěji nastává v případech kdy rodině dlouhodobě pečující o nemocného docházejí síly, dále pak když si pečující osoba není jista, zda se o nemocného správně stará a potřebuje slyšet povzbudivá slova a ujištění, že v případě potřeby může využít služby hospice. Sociální pracovník také přijímá a eviduje žádosti o přijetí, zájemce o službu informuje o přijetí či nepřijetí k pobytu, domlouvá podrobnosti nástupu, případně poskytuje poradenství ohledně dalších služeb ve svém okolí, které by mohl nemocný a jeho rodina využít. Obvykle to bývá právě on, kdo prezentuje hospic navenek. K jeho povinnostem rovněž patří kontakt s přijatým klientem a s jeho rodinou, provedení vstupního sociálního šetření. Přínos rozhovorů je v tom, že sociální pracovník pomůže klientovi a jeho rodině mluvit o tématech, která je třeba vyjasnit a dosud byla z různých důvodů zamlčována. Ve spolupráci s klientem a rodinou se snaží zjistit, posoudit a následně rozřešit konkrétní problémy (sociální, finanční a praktické potřeby). Tím se rozumí např. zjištění, zda by bylo možné, uvažovat o domácí péči, vyhledávání vhodných finančních a věcných dávek, případně i pomoc s vyřizováním žádosti a zprostředkování kontaktu s úřady. Důležité je i nalézt vhodnou náplň trávení volného času, aby měl klient nějakou činnost. Vždy by se mělo jednat o činnost, která klienta zajímá, něco mu přináší. Nikdy by jí neměl být zaměstnáván proti své vůli. Nemocný by měl být motivován k tomu, aby svoji situaci přijal a snažil se čas, který mu je určen, prožít co nejplněji. Na druhou stranu by pracovník měl chápat klientovu bezmoc a nechut' cokoli dělat. Je třeba najít mezi těmito dvěma přístupy vhodnou cestu. Služby sociálního pracovníka jsou mnohdy využívány při praktických záležitostech např. sepsání závěti, zvláštní přání ohledně pohřbu či hrobu, vydání úmrtního listu, dědictví. Velkou pomocí pro klienta a rodinu je i předání kontaktů na notáře či právníky. Ve spolupráci se zdravotníky hospice navrhuje, kdo z klientů by dobrovolníka potřeboval. Jelikož je sociální pracovník součástí multidisciplinárního týmu, měl by se pravidelně účastnit porad a k případům jednotlivých klientů vyjádřit svůj názor. V současné době jsou sociální pracovníci nejvíce zaměstnání

¹¹⁵ VORLÍČEK, J., Z. ADAM, Y. POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína*. 2. vyd., Praha: Grada Publishing, 2004, s. 488.

administrativou. Kromě evidence žádostí nových zájemců, přijímání nových klientů, sepisování smluv s klienty mají za úkol i vyřizování úhrad za pobyt. Bohužel kvůli tomu jsou často vnímáni pouze jako ti, kdo „vybírají peníze“. Sociální pracovníci by také měli nabízet pomoc s vyrovnáním se se smrtí blízkého.¹¹⁶

V některých hospicích sociální pracovník pomáhá dobrovolníky pouze koordinovat, v jiných mají za úkol dobrovolníky získávat, vybírat, připravovat, integrovat a odborně doprovázet. Tato práce vyžaduje znalosti práce s veřejností, metody vzdělávání dospělých, vedení rozhovorů, krizového managementu, spolupráce a schopnost vedení.¹¹⁷

3.4 Metody sociální práce v hospici

Každý člověk je originál a i umírání je zcela individuální záležitost. Mnohdy se klient potřebuje jen podělit s někým o příběhy svého života či se pokusit vyřešit záležitosti, které ho tíží a brání mu v klidném odchodu. Může se jednat o rodinné vztahy, přátele, finance, obavy ze smrti, samoty aj. Klient nemá většinou mnoho času, a proto musí rozhodovat, co je důležité. Situace není snadná ani pro příbuzné. Nejen že se musí vyrovnat s tím, že přichází o blízkého člověka, ale zároveň musí řešit otázky posledního rozloučení a čelit obavám, co přijde pak. Některé může ztráta milovaného člověka velmi zasáhnout. Proto je za základní metodu individuální sociální práce považován rozhovor.

Každý **rozhovor** je jiný, specifický. Některé rozhovory jsou krátké, jiné dlouhé, povrchní či hluboké, příjemné i nepříjemné. Každý občas potřebuje „vrbu“, tedy někoho, komu by sdělil své starosti. Takovou pomoc může poskytnout nejen sociální pracovník, ale i jiný člen hospicového týmu. Důležité je umět naslouchat, pochopit a porozumět tomu, co je sdělováno. Naslouchání se člověk musí učit. Klientovi i jeho rodině by měl sociální pracovník popřípadě i jiný člen týmu poskytnout dostatek ze svého času. Kromě času by měl pracovník klientovi věnovat i pozornost, úctu, přátelství, prostor ve svém myšlení a cítění, důvěru a v neposlední řadě možnost sdělit to, co považuje za skutečně důležité. Roli během rozhovoru hrají i neverbální sdělení.¹¹⁸

Další metodou, kterou může sociální práce v hospici využívat, je metoda **Case-management**, která pro jednotlivce či rodiny hledá a plánuje pomoc v jednotlivých případech. Toto plánování bývá časově omezené. Snahou je nalézt pro klienta takové služby,

¹¹⁶ STUDENT, J-CH., A. MÜHLUM a U. STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vyd., Praha: H & H Vyšehradská, 2006, s. 11-15.

¹¹⁷ Kol. autorů. *Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz – und Palliativbereich*. 2. vyd., Münster: Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz – und Palliativeinrichtungen in NRW a ALPHA, 2011, s. 40

¹¹⁸ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Povídej – naslouchám*. 1. vyd., Praha: Návrat, 1993, s. 9-13.

kteřé mu budou vyhovovat. Po navázání kontaktu s klientem, zhodnocení jeho situace (to jaké potřeby má nyní a jaké může mít v budoucnu) následuje snaha nalézt a zprostředkovat pomoc, nabídnout třeba i více druhů služeb. Po té je práce s klientem ukončena a závěrečně zhodnocena.¹¹⁹

Sociální pracovníci dále poskytují **sociální poradenství**, které je stanovené Zákonem o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, v rozsahu základního sociálního poradenství a odborného sociálního poradenství. Základní sociální poradenství musí být vždy součástí poskytování sociální služby. Poskytuje potřebné informace lidem, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci a řeší ji.¹²⁰

„Odborné sociální poradenství je zaměřeno na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob. Jeho součástí je i půjčování kompenzačních pomůcek.“¹²¹

V rámci sociální intervence nabízí hospice pomoc v podobě **půjčovny kompenzačních pomůcek**, které mohou výrazně ovlivnit péči o nemocné v domácím prostředí, dále **odlehčovací služby**, **telefonické poskytnutí podpory** a případně i **rady rodině**, která se o nemocného stará.

Zvláštností hospicové péče je, že nekončí úmrtím klienta, ale pokračuje poradenstvím poskytnutým **pozůstalým**. V českých hospicích je na péči o pozůstalé trochu zapomínáno a funguje spíše individuálně. Často záleží na tom, zda se pozůstalí sám ozve. Také se ukázalo, že pokud se rodina poslední měsíce podílí na péči o umírajícího, většinou po jeho smrti situaci zvládá bez komplikací. Čas s ním strávený totiž poskytl možnost rozloučit se a smířit.¹²²

K rozhodnutí, zda je třeba s pozůstalými dále pracovat, pomáhá zodpovězení určitých otázek. Jsou to např. tyto: Byl někdo na zemřelém citově či existenčně závislý? Přišel někdo úmrtím klienta o bydlení? Byl někdo z blízkých na smrt nepřipraven nebo byl v rodině nějaký konflikt? Je v rodině někdo, kdo není schopen se o sebe postarat? Mluvil někdo o sebevraždě? Sociální pracovník na základně odpovědí rozhodne, zda je třeba s někým z pozůstalých pracovat. Uvádí se, že 2/3 pozůstalých stačí pouze jeden rozhovor po smrti příbuzného. Přibližně 1/3 z nich potřebuje další péči. Další pomoc pozůstalým je poskytována např.

¹¹⁹ MAHROVÁ, G., M. VENGLÁŘOVÁ a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2008, s. 21.

¹²⁰ ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, § 37. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>. ISSN 1211-1244.

¹²¹ ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, § 37. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>. ISSN 1211-1244.

¹²² STUDENT, J-CH., A. MÜHLUM a U. STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vyd., Praha: H & H Vyšehradská, 2006, s. 13-14.

telefonicky, prostřednictvím dopisů či návštěv. V některých hospicích je zvykem pořádat pro pozůstalé „*slavnostní zápis do Knihy živých*“. Slavnost se stává z bohoslužby, vzpomínání a naslouchání.¹²³

Sociální pracovníci v hospicích mi sdělili, že v ČR zájem o každoroční setkávání pozůstalých upadá a v některých hospicích je přestali pořádat.

Poradenství pozůstalým poskytuje například Hospicové občanské sdružení Cesta domů, které sídlí v Praze. Cesta domů nabízí pomoc všem, kterým v nedávné době zemřel někdo blízký. Pořádá Klub Podvečer a poradnu. Poradna je určena těm, kdo dávají přednost individuálnímu přístupu. Naproti tomu Klub Podvečer pořádá pravidelně se opakující svépomocná setkání, která umožňují pozůstalým podělit se o své pocity, radosti i starosti s těmi, které potkal podobný osud. Tato setkání mohou pozůstalé nejen obohatit, ale i povzbudit. Dále Klub Podvečer pořádá jednou do roka vzpomínkové setkání, kdy mohou pozůstalí zavzpomínat na zemřelé. V Klubu Podvečer je možné uctít památku zemřelého výrobou „*vzpomínkového listu*“. Do tohoto listu může pozůstalý vepsat vzpomínky na poslední dny zemřelého, poselství, které zanechal, lze do něj vlepiti fotografii nebo obrázek.¹²⁴

Další poradenské služby pozůstalí naleznou např. na webových stránkách www.umirani.cz. Pomoc rodičům, jimž zemřelo dítě, poskytuje např. občanské sdružení Dlouhá cesta nebo mobilní hospic Ondrášek, o.p.s. v Ostravě.

SHRNUTÍ

Sociální pracovník obecně musí mít pro výkon své profese vzdělání, které je přesně vymezeno v Zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Dále by neměl postrádat 4 základní předpoklady a dovednosti. Jedná se o fyzickou zdatnost a inteligenci, přitažlivost, důvěryhodnost, komunikační dovednosti. Osobnost sociálního pracovníka má významný vliv na spolupráci s klientem. V hospicích zpočátku sociální pracovníci nebyly, nebylo totiž zcela zřejmé, jaká by měla být jejich role. Postupem času si své místo v těchto zařízeních našli a dnes jsou považováni za plnohodnotné členy multidisciplinárního týmu. Stále se však mohou kompetence jednotlivých sociálních pracovníků v hospici výrazně lišit. Někteří se více zabývají administrativou, jiní se naopak ve větší míře věnují umírajícímu a jeho rodině. Sociální pracovník v hospici dále vykonává poradenskou činnost, jedná s institucemi, spolupracuje s rodinou klienta aj. Obvykle to bývá

¹²³ MATOUŠEK, O., P. KODYMOVÁ a J. KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd., Praha: Portál, 2010, s. 206-207.

¹²⁴ *Klub Podvečer*. Dostupné na <http://www.cestadomu.cz/klub-podvecer.html> [online] [2011-10-11]

právě on, kdo se jako první setká se zájemcem o službu. Poskytuje informace, eviduje žádosti, vyřizuje záležitosti ohledně přijetí zájemce, s klienty sepisuje smlouvu, jedná s příslušnými úřady aj. Za základní metodu sociální práce v hospici je považován rozhovor. K dalším užívaným metodám patří metoda Case-management, sociální poradenství, sociální intervence, poradenství pro pozůstalé.

4 ÚSKALÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE V HOSPICI

Sociální práce, má jako každé jiné povolání, mnoho úskalí. Sociální pracovníci jsou natolik zatíženi, že v hospici mnohdy zůstávají i po skončení pracovní doby. V hospici bývá obvykle pouze jeden sociální pracovník, takže většinou není nikdo, kdo by jej mohl zastoupit.

Sociální pracovník v hospici musí navázat vztah s klientem (pokud to umožňuje jeho zdravotní stav) i jeho rodinou. KOPŘIVA uvádí, že nejdůležitějším nástrojem sociálního pracovníka je jeho osobnost. Takže ve chvílích, kdy se setká s klientem či jeho blízkými, kteří mu jsou nesympatičtí, musí zapojit profesionalitu, vůli a překonávat úskalí. To je velmi citově náročné. Vztah mezi hospicovým týmem a klientem s jeho rodinou je ukončen smrtí klienta, přemístěním do jiného zařízení nebo ve vyjimečných případech odchodem zpět do domácí péče. V některých situacích sociální pracovník zůstává nadále v kontaktu s pozůstalými. Sociální pracovníci jsou, jako všechny pomáhající profese, vystaveni mnoha stresujícím situacím.¹²⁵

4.1 Komunikace

Do každého rozhovoru vstupujeme s určitou představou o druhém člověku. Problémy v komunikaci nemusí být vždy jen na straně klienta, ale mohou se vyskytnout i na straně sociálního pracovníka. Nejčastěji se sociální pracovníci obávají s klienty hovořit na téma smrti, umírání a nevyléčitelné nemoci. Další komplikace mohou nastat v případech, kdy má sociální pracovník problém s konkrétním klientem, a nebo nese-li si nepříjemnou zkušenost z dřívějších kontaktů. Samozřejmě rozhovor může komplikovat mnohem více situací. Jedním z největších problémů je nedostatek času. Málo času má umírající, ale i sociální pracovník, jenž je nezřídka zatížen administrativou. Ani klienti v terminální fázi nemoci nemusí být vždy sdílní. Jejich neochota komunikovat může pramenit z nedůvěry k pracovníkovi a obav, jak pracovník s poskytnutými informacemi naloží. Starší lidé navíc nejsou zvyklí mluvit o některých tématech (např. finance, problémy v rodině aj.). Komunikaci velmi výrazně ovlivňuje i zdravotní a psychický stav klienta. Ten kromě únavy, stresu a úzkosti může ovlivňovat i fyzická bolest a další zdravotní komplikace.¹²⁶

¹²⁵ VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1 vyd., Praha: Grada Publishing, 2007, s. 81.

¹²⁶ VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1 vyd., Praha: Grada Publishing, 2007, s. 74-75.

Někteří klienti jsou natolik zasaženi nemocí (např. klienti závislí na dýchacím přístroji, klienti po náhlé mozkové příhodě), že nejsou vůbec schopni mluvit. Sociální pracovník i ostatní členové týmu by měli dbát na to, aby se péče poskytovaná klientům neomezila pouze na úkony spojené s jejich fyzickým stavem. I s nemluvicími klienty by se měl pokusit komunikovat pomocí různých znaků či signálů. Někteří nemluvicí klienti se mohou dorozumět písemně. Děti mohou komunikovat za pomoci obrázků a her. Důležité je, aby se sociální pracovník i ostatní členové týmu snažili porozumět symbolické řeči klientů a v případě zájmu tomu naučili i rodinu nemocného.¹²⁷

4.2 Doprovázení

Doprovázení příbuzných nemusí vždy začínat až po úmrtí klienta. Pomoc mohou vyhledat již v době, kdy klient ještě žije, především ve chvílích, kdy pocítují strach, zoufalství a neví, jak situaci zvládnout. Sociální pracovník nebo i jiný člen hospicového týmu se snaží pozůstalým pomoci přijmout a zvládnout situaci, která nastala úmrtím někoho blízkého. Důležité je, aby byl sociální pracovník vyrovnaný s vlastní smrtelností a současně citlivý vůči potřebám pozůstalých. Může se však objevit několik problémů, kterým je třeba předcházet, nebo je pružně řešit. Sociální pracovník by nikdy neměl zapomínat na vlastní potřeby a na svůj soukromý život. Jednou z chyb, kterých se může dopustit, je, že pozůstalým předá číslo na svůj soukromý telefon nebo dokonce svou adresu. Pracovník by měl vždy nastavit určitá pravidla a být si vědom, že není přítelem rodiny, ale pouze poradce. S pozůstalými se nejčastěji setkává v prostorách hospice. Tím je v podstatě zajištěna i jeho bezpečnost, neboť málo kdy pozná rodinu zemřelého natolik, aby si mohl být jistý, že mu nehrozí žádné nebezpečí. Důležité také je, aby sociální pracovník zachoval klid ve chvílích, kdy na něj za dveřmi již někdo čeká, ale přítomný pozůstalý se nemá k odchodu. Další problém může nastat, pokud se jedná o problémového klienta a práce s ním vyžaduje zvýšené nároky. Jedná se zejména o případy, kdy se pozůstalý buď vůbec nedostaví, a nebo na smlouvané schůzky přichází stále pozdě. Náročnější je práce s intoxikovanými, agresivními a manipulativními osobami, s osobami se sklonem k sebevraždě nebo vraždě, s těmi, kteří jsou mentálně handicapováni, či s lidmi prožívajícími několikanásobnou ztrátu svých blízkých. Ať už sociální pracovník spatřuje problém v čemkoliv, měl by dodržovat několik pravidel. Především je nutné průběžně zvyšovat svoji kompetenci, dodržovat hranice profesního vztahu, počítat s neúspěchy. Naučit se respektovat skutečnost, že některé osoby

¹²⁷ KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha: H&H Jinočany, 1995, s. 49-50.

o pomoc nestojí. Poradenství pro pozůstalé je náročné a vyčerpávající, ale též duchovně obohacující. Sociální pracovník si musí být vědom, že není všemocný, nemůže pozůstalému vnucovat svůj hodnotový systém a musí respektovat jeho rozhodnutí. Nesmí zapomínat na to, že i on je „jenom člověk“ a jeho život může zasáhnout ztráta někoho blízkého. V tomto případě je lepší, když jeho práci po dobu 3 - 6 týdnů vykonává někdo jiný. Cílem poradenství by mělo být pomoci klientovi, aby byl schopen sám se rozhodovat a žít život dál. Sociální pracovník by se měl při komunikaci s pozůstalým vyhýbat fyzickému kontaktu. Pozůstalí by bez vědomí jejich lékaře neměli vysazovat nebo naopak začít užívat jakoukoliv medikaci. Sociální pracovník by měl využívat supervizi.¹²⁸

4.3 Syndrom vyhoření

V hospici je prevenci proti syndromu vyhoření věnována velká pozornost, neboť jsou zaměstnanci tomuto nebezpečí vystaveni více než jinde. Pracovník v hospici by měl být vyrovnaný se svou smrtelností. Kdo není smířen s tím, že hlavním cílem hospice je klidné a důstojné umírání, „vyhoří“ velmi brzy.¹²⁹

Syndrom vyhoření neboli „burnout“ může postihnout v podstatě každého. Bývá definován jako stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků. Syndrom vyhoření negativně ovlivňuje sociální, fyzické, psychické a psychologické zdraví člověka. Mezi příznaky psychické patří např. pocit, že vykonává práce, nepřináší výsledky, pocit celkového, ale především duševního vyčerpání a ztráta motivace. Dochází k utlumení celkové aktivity. Pracovník má pocity smutku, frustrace a beznaděje, v tom, co dělá, nevidí smysl, je negativistický a cynický, depresivně laděný. Je přesvědčen o tom, že je postradatelný a bezcenný. Částečně nebo zcela se přestává zajímat o témata, která souvisí s jeho profesí. Fyzické příznaky syndromu vyhoření jsou především apatie, ochablost, celková únava organismu. Pracovník se rychle unaví, mohou se dostavit pocity bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, zažívací obtíže, dýchací obtíže a poruchy, bolesti hlavy, poruchy krevního tlaku a spánku, bolesti ve svalech, snížená tělesná aktivita. Na úrovni sociálních vztahů se jedná zejména o projevy jako nezájem o hodnocení ze strany druhých lidí, snaha vyhýbat se kontaktu s klienty, ale i kolegy a vůbec všemi, kteří mají vztah

¹²⁸ ŠPATĚNKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé*. 1 vyd., Praha: Grada Publishing, 2008, s. 12-96.

¹²⁹ SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 5. vyd., Praha: Ecce homo, 2003, s. 147.

k práci. Dále sem řadíme nechuť k práci a ke všemu, co s ní souvisí, nízkou empatii, konfliktnost.¹³⁰

Syndrom vyhoření je dlouhodobý proces a má několik fází. První fáze se nazývá **idealistické nadšení**, kdy pracovník pracuje s nadprůměrným nasazením a je dlouhodobě přetěžován, přeceňuje své síly. Druhá fáze syndromu vyhoření je **stagnace**, kdy se dostavuje zklamání. Pracovník se dostatečně seznámil s realitou, práce pro něho přestává být zajímavá a začíná se zabývat otázkami platového ohodnocení a možností kariérního růstu. Třetí fází je **frustrace**. Pracovník začíná pochybovat o smyslu své práce, pociťuje bezmocnost. Roste jeho zklamání. Čtvrtou fází je **apatie**, kdy se pracovník začíná vyhýbat klientům, jejich rodinám i kolegům. V podstatě rezignuje a vyřizuje jen to, co musí. Často se dostavuje zoufalství. Vznik syndromu vyhoření ovlivňují charakterové vlastnosti a vnější podmínky. Každý člověk se však těmito faktory nechá ovlivnit jinou měrou.¹³¹

Nejen sociální pracovník, ale všichni zaměstnanci hospice, musí dbát na prevenci proti syndromu vyhoření. Neměli zanedbávat vztahy k blízkým lidem, ať už je to rodina, přátelé nebo kamarádi. Vždyť jsou to právě oni, kdo je v nouzi podporují, povzbuzují a cítí s nimi. Pracovník by neměl zapomínat ani na to, že musí mít především rád sám sebe, být k sobě pozitivní. Na pracovišti by mělo převládat harmonické ovzduší. Každý by se měl snažit vyhýbat konfliktům a ty, které nastanou, řešit. Měl by pomáhat hledat řešení i svým kolegům, v práci by měl mít pocit bezpečí, důvěryhodnosti. Nesnažit se vytěžit svůj prospěch z neúspěchu ostatních aj. Od nadřízeného pracovníka by měl cítit podporu a pravidelně s ním komunikovat. Nadřízený by měl pracovníka motivovat a měl by umět dát najevo spokojenost, s jeho výkonem. Na pracovišti by mělo převládat příjemné prostředí. Pracovník by měl mít možnost upravit si pracovní prostředí podle sebe. Je dobré dbát na vhodné vybavení kanceláře (dřevěný nábytek, kvalitní osvětlení). Pracovník by měl mít čas na práci a neměl by být neustále rušen. Je třeba dát pozor na to, aby dostával reálné úkoly a nebyl přetěžován. Důležitá je také zpětná vazba. Další prevencí proti syndromu vyhoření je humor a schopnost zasmát se sám sobě. Pracovník se musí naučit odpočívat a načerpat nové síly, a to pomocí relaxace, uvolněním se u hudby, dostatečným spánkem, pohybem. Měl by se naučit nechávat pracovní záležitosti na pracovišti a „*nenosit*“ je s sebou domů.¹³²

¹³⁰ KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření*. 2. vyd., Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, s. 7-10.

¹³¹ STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2010, s. 23-25.

¹³² KRAHULOVÁ, Katarína. Stres a syndrom vyhoření v pomáhajících profesích. *Sociální služby*. 2010, č. 10, s. 22-24.

4.4 Supervize

V posledních letech bývá supervize velmi často využívána jako nástroj proti syndromu vyhoření, při zvládání emočně náročných a stresujících situací. Pomáhá při řešení obtížných situací a slouží také k získávání nových dovedností, její funkce je tedy také vzdělávací. Cílem supervize je rozvíjet schopnosti pracovníka, nalézat nová řešení problémů. Supervizor by měl působit jako profesionál, školitel, rádce či průvodce složitou životní situací nebo náročným případem. Supervizorem nemusí být vždy jen externista. Tuto roli může zastávat i nadřízený, čili interní supervizor. Základní formy supervize se dělí podle počtu supervidovaných na individuální a skupinovou. Zvláštní formou skupinové supervize je týmová a případová supervize. Mezi další formy jsou řazeny autovize (sebereflexe), intervize (setkání bez supervizora) a vzájemné konzultování dvou kolegů. Během individuální supervize dochází k setkávání pouze jednoho pracovníka se supervizorem. Vždy je vymezeno místo, doba sezení a frekvence konání schůzek. Oba zúčastnění se musí dohodnout, jakým způsobem budou nakládat se zjištěnými informacemi. Skupinová supervize se obvykle týká skupinky 8 – 10 pracovníků. Supervidovaní se zabývají pracovními problémy, avšak pozornost je věnována také vzájemným vztahům. Na týmovou supervizi se schází všichni členové pracovního kolektivu. Diskuse jsou zaměřené na vztahy uvnitř týmu, účinnost práce v týmu a také na pozice jednotlivých pracovníků. Supervize se může konat buď pravidelně, příležitostně nebo pouze v akutních případech (krizové setkání).¹³³

Pracovníci by během supervize měli získat jiný pohled na svoji práci a zpětnou vazbu, která jim umožní zkvalitnit svoji práci. Bohužel supervize nemusí být vždy úspěšná a kvalitní. Může ji zkomplikovat hned několik věcí. První z nich je supervizor, který si počíná nekvalifikovaně a svojí činností napáchá spoustu škody. Dalším problémem je, nedobrovolná přítomnost účastníků, kteří jsou po noční směně, mají právě směnu, nebo naopak volno. Tento problém se obvykle netýká sociálních pracovníků, kteří mají pevnou pracovní dobu. Supervizní skupiny mohou být vytvořeny i uměle a v takovém případě se může stát, že se nepodaří vůbec navodit pocit důvěry a příjemné, otevřené atmosféry. Velmi závažný problém může nastat, když je supervizor vedením hospice požádán, aby je pravidelně informoval o tom, co na supervizi dělají a o čem mluvili. Takový přístup ze strany supervizora je neprofesionální a neetický. Nemalá komplikace může nastat i ve chvíli, kdy je v supervizní skupině přítomný vedoucí spolu s „ostatními“ pracovníky. Vedoucí se může začít chovat arogantně a dávat jasně najevo svoji moc. V takovém případě často dochází k tomu, že

¹³³ VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1 vyd., Praha: Grada Publishing, 2007, s. 86-87.

supervize zcela ztrácí význam. Pracovníci se okamžitě „*schovají do ulity*“ a na supervizi řeší pouze taková témata, která je nijak neohrožují. Vedoucí se v některých případech může pokusit manipulovat i supervizorem. V takových případech nemůže nikdo očekávat, že supervize přinese dobré výsledky. Supervize může být velikým přínosem a obohacením, pokud si supervizní skupina vytyčí jasné mantinely, naučí se vzájemně tolerovat, ale i přijímat kritiku od druhých.¹³⁴

SHRNUTÍ

Sociální pracovník v hospici se setkává s různými lidmi, se kterými navazuje určitý vztah. Může však nastat situace, kdy je mu klient nebo jeho blízká osoba nesympatický, odmítá nebo nemůže komunikovat aj. V takovém případě musí zapojit svoji profesionalitu a překonávat mnohá úskalí. Jedním z problémů, s nimiž se setkává, je právě problém v komunikaci. Příčin může být mnoho, např. špatná zkušenost sociálního pracovníka s klientem či jeho rodinou, nedostatek času ze strany pracovníka i klienta. Sociální pracovník může přednostně věnovat svůj čas administrativě, klientovi zdravotní stav neumožňuje komunikovat aj.

Další úskalí, které sociální práce v hospici přináší, souvisí s doprovázením rodinných příslušníků klienta. Blízká osoba klienta může pomoc pracovníka vyhledat již v době, kdy klient ještě žije. Sociální pracovník i ostatní členové týmu se snaží pomoci pozůstalým vyrovnat se se smrtí a zvládnout situaci, která nastala po smrti klienta. Sociální pracovník poskytující poradenství pozůstalým by neměl zapomínat na svůj soukromý život a měl by dodržovat několik zásad, např. nepředávat pozůstalým své soukromé telefonní číslo, adresu aj. Problémy mohou nastat i ve chvíli, kdy je pozůstalý agresivní, se sklony k sebevraždě, mentálně retardovaný aj. Sociální pracovník musí vždy respektovat rozhodnutí pozůstalého a nemůže mu vnucovat svůj hodnotový systém a svoje názory.

Pracovníci v pomáhajících profesích jsou více ohroženi syndromem vyhoření než pracovníci v jiných profesích. Syndrom vyhoření znamená, že sociální pracovník se cítí zcela emocionálně vyčerpan. Příznaky syndromu vyhoření se projevují na úrovni psychické (pokles výkonnosti, má neustále dojem, že práce, kterou vykonává je bez výsledků, pocity beznaděje, smutku, frustrace aj.), fyzické (vyčerpání, apatie, celková únava organismu, bolesti hlavy aj.) a sociální (odcizení, snaha vyhýbat se kolegům i klientům aj.). Syndrom vyhoření má čtyři

¹³⁴ DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Supervize není „suprová televize“. *Rezidenční péče*. 2010, č. 3, s. 14-15.

fáze vývoje. První z nich je idylické nadšení, druhou fází je stagnace, třetí fází frustrace a čtvrtou fází apatie. Prevenci syndromu vyhoření je v hospici věnována velká pozornost.

Cílem supervize je rozvíjet schopnosti pracovníka a nalézat nové řešení problému. Supervizor by měl působit jako profesionál, školitel, rádce či průvodce obtížnou životní situací nebo případem. Základní formy supervize se liší podle počtu supervidovaných, rozdělují se na individuální a skupinovou supervizi, jejíž zvláštní formou je týmová a případová supervize. Mezi další formy jsou řazeny autovize (sebereflexe), intervize (setkání bez supervizora) a vzájemné konzultování dvou kolegů. Supervize může v některých případech více uškodit než pomoci. Jeden z těchto případů nastává, když supervizor provádí supervizi nekvalifikovaně, jiný, je-li vedením hospice požádán, aby informoval o tom, o čem se při schůzkách mluví. Problém může nastat i ve skupině lidí, kteří jsou supervize účastni (např. supervize se neúčastní dobrovolně, přichází po noční směně nebo naopak ve svém osobním volnu, supervize se účastní vedoucí a chová se povýšeně). Pokud se supervize vydaří, pracovníci mohou získat nové pohledy na svoji práci, což je pro ně obohacující.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

V rámci výzkumného šetření jsem se zaměřila na postoje a názory, zkušenosti a praxi sociálních pracovníků v hospicích v ČR. Zajímaly mě konkrétní příklady z praxe, které jsem do diplomové práce zpracovala ve formě kazuistik. Z mnoha příběhů byly vybrány 4, které poukazují na různorodost práce sociálních pracovníků v hospicích. Pro odpověď na otázky, které mě dále zajímaly, byl vytvořen dotazník, který obsahuje 24 otázek.

5.1 Stanovení výzkumných cílů a výzkumných předpokladů

Hlavním cílem bylo zjistit kompetence a možnosti dalšího vzdělávání sociálního pracovníka. Dále byla pozornost zaměřena na prvky motivace k výkonu této profese, její jednotlivá úskalí a možnosti prevence syndromu vyhoření. Prostřednictvím rozboru kazuistik byl vypracován nástin rozsahu činností sociálního pracovníka v hospici a způsob spolupráce s klienty, jejich rodinami a dalšími institucemi v průběhu poskytování péče.

Dílčí cíle:

1. Prostřednictvím kazuistik poukázat na různorodost práce sociálních pracovníků v hospicích.
2. Zmapovat názory a postoje sociálních pracovníků hospiců na území České republiky, to jak vnímají práci a požadavky na výkon své profese.
3. Zjistit zda se sociální pracovníci v hospicích cítí být ohroženi syndromem vyhoření, a jaké možnosti prevence využívají.

Výzkumné předpoklady:

VP1: Předpokládáme, že většina respondentů, sociálních pracovníků, se vždy cítí součástí hospicového týmu.

VP2: Předpokládáme, že většina respondentů považuje za nejdůležitější osobnostní předpoklad empatii.

VP3: Předpokládáme, že většina respondentů v rámci své náplně práce nejčastěji vykonává administrativní úkony, jedná se zájemci o službu, s klienty hospice a jejich rodinami.

VP4: Předpokládáme, že většina respondentů se účastní dalšího vzdělávání dle Zákona o sociálních službách, a toto vzdělávání je pro ně dostačující.

VP5: Předpokládáme, že většina respondentů využívá při výkonu své profese převážně individuální práci s klientem a rodinou, nikoli skupinovou práci.

VP6: Předpokládáme, že pro většinu respondentů není motivací mzda, ale že vnímají své povolání jako poslání.

VP7: Předpokládáme, že většina respondentů, kteří jsou dostatečně podporováni a informováni ze strany vedení, se cítí také dostatečně ohodnocena.

VP8: Předpokládáme, že většina respondentů považuje syndrom vyhoření za největší úskalí při výkonu profese.

VP9: Předpokládáme, že většina respondentů využívá jako prevenci syndromu vyhoření supervizi.

5.2 Metodologie, organizace výzkumného šetření a cílové skupiny

V rámci metodologie byly zvoleny metody kvalitativní i kvantitativní. Na základě studia spisové dokumentace byly vypracovány kazuistiky, které patří do kvalitativního výzkumu. Jde o detailní studium jednoho či více případů. Cílem kazuistiky je snaha zachytit složitost případu, vztahy v jejich kontextu. Prozkoumání jednotlivých případů nám může pomoci porozumět jiným podobným případům. Osobní případová studie zkoumá minulost, faktory, postoje, které klienty během života ovlivnily.¹³⁵

Dále byla použita kvantitativní metoda dotazníkového šetření. Dotazník byl sestaven z předem pečlivě připravených otázek, které byly promyšleně seřazené, a respondenti na ně odpovídali písemně. Strukturovaný dotazník sestával z 12 uzavřených, 9 polozavřených a 3 uzavřených otázek. Celkem obsahoval 24 otázek. Součástí úvodu dotazníku bylo představení tazatele, pokyny k vyplnění a položky zjišťující data. Následovaly otázky, díky nimž byly zjištěny názory, postoje a zkušenosti respondentů.

Výsledky byly zpracovány pomocí uspořádání dat a sestavení tabulek četností pomocí čárkovací metody a pomocí grafického zobrazení dat.¹³⁶

¹³⁵ HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd., Praha: Portál, 2005, s. 104-105.

¹³⁶ CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd., Praha: Praha: Grada Publishing, 2007, s. 38-39, 163-166.

Cílové skupiny:

První cílovou skupinu tvořili klienti hospice z Pardubického kraje. Studium dokumentace bylo realizováno v hospici v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. Název hospice nebudeme z důvodu ochrany osobních údajů a zachování anonymity uvádět. Druhou cílovou skupinu tvořili sociální pracovníci z hospiců v České republice.

Organizace výzkumného šetření:

V měsíci červnu 2011 bylo v České republice provozováno 16 lůžkových hospiců. V této době byly sociální pracovníci v hospicích telefonicky informováni o dotazníkovém šetření a požádáni o vyplnění dotazníků, které jim byly následně rozeslány elektronickou poštou. Celkem bylo rozesláno 15 dotazníků. Ukázalo se, že jeden z hospiců sociálního pracovníka nemá. V první etapě se vrátilo 12 vyplněných dotazníků. Proto byli ti, kteří na prosbu o vyplnění nereagovali, po čtrnácti denním prodlení osloveni znovu s opakovanou prosbou o vyplnění dotazníku. Na výzvu již nikdo nezareagoval. Celkem se tedy z 15 oslovených sociálních pracovníků do dotazníkového šetření zapojilo 12. V lednu 2012 bylo zjištěno, že ani poslední otevřený hospic nemá ve svém zařízení sociálního pracovníka.

Sběr dat pro zpracování kazuistik proběhl v prosinci 2011, kdy jsem se obrátila na sociální pracovníci v hospici v Pardubickém kraji a byly vypracovány 4 kazuistiky klientů pobývajících v hospici.

5.3 Vlastní výzkum

Výzkum je rozdělen do dvou částí. První část obsahuje kazuistiky vypracované na základě podkladů a rozhovorů v jednom z hospiců v Pardubickém kraji. V druhé části následuje zpracování dotazníkového šetření.

A/ Kazuistiky

V kazuistikách byl v prvním případě popsán příběh mladé ženy, která byla onkologicky nemocná a do hospice byla převezena krátce po porodu druhého syna. V hospici po velmi krátkých přípravách proběhl svatební obřad. Týden po svatbě v tomto zařízení zemřela. V druhém případě byl zpracován příběh ženy, která prožívala nemoc své umírající dcery žijící v Americe ač sama bojovala s vážnou chorobou. Dále byl zachycen případ pana Václava - válečného veterána, který byl z kapacitních důvodů přemístěn z hospice do domova pro

seniory. Jako poslední byl zaznamenán případ manželského páru, kteří spolu v manželství prožili 70 let.

Kazuistika č. 1: paní Marcela

Osobní anamnéza: Paní Marcela narozená v roce 1983 žila s přítelem. První syn se jím narodil v září 2009, druhý v květnu 2011.

Rodinná anamnéza: Rodiče byli rozvedení. Paní Marcela měla dva sourozence, přičemž mladší bratr byl svěřen do péče otce.

Zdravotní anamnéza: Pravděpodobně již během 1. těhotenství onemocněla carcinomem vaječnicků, diagnóza však byla prokázána až v květnu 2010. V měsících červen až srpen 2010 byla léčena chemoterapií. V srpnu 2010 odmítla radikální operaci (odnětí vaječnicků a dělohy) a dala přednost alternativním postupům. V říjnu 2010 neplánovaně otěhotněla, přičemž lékař doporučil ukončení těhotenství, což však paní Marcela odmítla. Těhotenství probíhalo bez komplikací. V 6. měsíci byla nemocná hospitalizována ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové a ve 32. týdnu těhotenství jí byl proveden císařský řez (plánovaný výkon). Dne 19. 5. 2011 se narodil zdravý syn Tomáš, který byl umístěn na oddělení nedonošených dětí ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Při porodu bylo zjištěno, že má paní Marcela dutinu břišní vyplněnou nádorovými cystickými hmotami, proto ihned podstoupila chemoterapii. Snaha o redukci nádorové hmoty byla bez efektu, proto byla chemoterapie ukončena. Došlo ke zhoršování zdravotního stavu (dušnost, bolest stěny hrudní). Žádost do hospice podala ve spolupráci s nemocnou její rodina, jelikož chtěla, aby mohla mít paní Marcela děti u sebe až do konce a bylo o ni dobře postaráno.

Průběh pobytu v hospici: Dne 10. 6. 2011 byla přijata do hospice. Klientka neznala a nejspíš ani netušila závažnost prognózy. O staršího syna se starala matka paní Marcely, přítel a budoucí tchýně. Spolupráce celé rodiny byla velmi dobrá. Partner paní Marcely s dětmi a její matkou paní Marcely byl ubytován v garsoniéře v hospici. Po přijetí podala sociální pracovnice ve spolupráci s klientkou žádost o příspěvek na péči. Dne 16. 6. 2011 byl mladší syn propuštěn z nemocnice do domácí péče. Paní Marcela ho viděla poprvé až v hospici. Dne 14. 6. 2011 požádal přítel paní Marcelu o ruku. Nechápala, proč si ji přítel chce vzít v hospici a nepočká, až budou doma. Sociální pracovnice ve spolupráci s přítelem paní Marcely začala vyřizovat veškeré náležitosti potřebné ke svatebnímu obřadu: povolení ke sňatku, evangelickou oddávající atd. Svatba byla uskutečněna v sobotu 18. 6. 2011 v meditační místnosti hospice. Paní Marcela nebyla schopná chůze, byla oddána na lůžku za přítomnosti obou synů, rodiny, blízkých přátel (asi 16 lidí) a pracovníků hospice. Po obřadu následovala

krátká svatební hostina. Během následujících dnů sociální pracovnice novomanželům zařizovala vydání nových občanských průkazů a zapsání nového příjmení matky do rodných listů synů. Než byly občanské průkazy vyřízeny, paní Marcela dne 26. 6. 2011 v hospici zemřela. Následně sociální pracovnice hospice na městském úřadu zrušila vydání občanských průkazů a zajišťovala vydání dalšího, nového občanského průkazu pro manžela paní Marcely a také vydání úmrtního listu. V den, kdy paní Marcela umírala, byl u jejího lůžka přítomen manžel s její matkou. Několik hodin si vyprávěli o paní Marcele, o krásných chvílích, které s ní prožili, pouštěli hudbu a zůstali s ní až do úplného konce. Ještě asi měsíc po smrti paní Marcely zůstal její manžel se syny ubytován v garsoniére v hospici.

Kazuistika č. 2: paní Anděla

Osobní anamnéza: Paní Anděla se narodila v roce 1935, celý život pracovala jako vedoucí kuchařka nejprve v nemocnici a později ve školní jídelně. Žila v harmonickém manželství.

Rodinná anamnéza: Paní Anděla, měla dvě děti, syna a dceru. Dcera žila v Americe v Sakramentu, měla 2 děti a každý rok jezdila do Čech. Byla vážně onkologicky nemocná. Manžel paní Anděly zemřel půl roku po odchodu dcery do Ameriky. Přibližně před osmi lety zemřela manželka syna na onkologické onemocnění. O paní Andělu pečoval syn s novou přítelkyní. Syn má 3 děti.

Zdravotní anamnéza: Paní Anděla onemocněla v roce 1997 a znovu v roce 2001 rakovinou. Postupně prodělala 10 operací. Po roce 2004 byly při vyšetřeních nalezeny další metastázy. V březnu 2011 klientka odmítla další léčbu. Dne 22. 4. 2011 byla přijata do hospice, jelikož rodina nebyla nadále schopna zajistit péči. Paní Anděla totiž přestala být soběstačná, nemohla chodit.

Průběh pobytu v hospici: Paní Anděla byla přijata do hospice dne 22. 4. 2011. Sociální pracovnice s ní sepsala smlouvu o poskytování sociálních služeb, pomohla jí vyplnit žádost o zvýšení příspěvku na péči a tu předala na městský úřad. Paní Anděla si ráda povídala, společnost však nevyhledávala. Pohybovala se za pomoci chodítka. Její zdravotní stav se rychle měnil, cca 14 dní byl lepší a 14 dní horší. Syn ji navštěvoval dle časových možností. Dcera paní Anděly, též vážně onkologicky nemocná, byla hospitalizována v Americe v sanatoriu. Paní Anděla s dcerou a někdy i vnoučaty komunikovala každou noc pomocí elektronické komunikace – programu Skype. Vedly spolu dlouhé hovory. Paní Anděla v hospici dne 21. 8. 2011 zemřela. Dcera paní Anděly zemřela o týden dříve. Syn se se smrtí matky špatně vyrovnával a trvalo nejméně dva měsíce, než ji přijal. Do té doby byl v kontaktu

se sociální pracovníci v hospici, s kterou probíral své nevyřešené záležitosti týkající se odchodu matky.

Kazuistika č. 3: pan Václav

Osobní anamnéza: Pan Václav se narodil v roce 1923. Byl válečným veteránem (získal několik ocenění). Ve II. světové válce utrpěl úraz hlavy. Celý život prožil v Pardubicích. Vedl svou restauraci, a když ji zavřel, pracoval v důchodu jako recepční.

Rodinná anamnéza: Pan Václav byl vdovec a měl jediného syna, se kterým neměl dobré vztahy. Nestýkali se. Dokonce nechtěl syna uvést jako osobu blízkou. Po letech si našel družku, která v roce 2008 zemřela. Družka měla z dřívějšího vztahu syna, se kterým pan Václav dobře vycházel, proto na něj přepsal pan Václav svůj byt. Syn pana Václava se oženil. Jeho manželka měla z dřívějšího vztahu dceru. Tato nevlastní vnučka se s panem Václavem sblížila, začala se o něho starat a vyřizovat vše potřebné.

Zdravotní anamnéza: onkologické onemocnění, špatně slyší a užívá naslouchadlo.

Průběh pobytu v hospici: Pan Václav byl přijat do hospicové péče 18. 1. 2011. Byl velice komunikativní, veselý, chodil zcela bez problémů, a to i po schodech. Ve spolupráci se sociální pracovníci podal žádost do domova pro seniory. V hospici pana Václava dvakrát týdně navštěvovala nevlastní vnučka. Dne 13. 5. 2011 byl přemístěn z hospice do domova pro seniory, protože byl ze všech hospicových klientů nejvíce soběstačný a hospic potřeboval místo pro ležícího žadatele, který vyžadoval více péče.

Průběh spolupráce po ukončení pobytu v hospici: Začátkem září 2011 utrpěl pan Václav v domově pro seniory úraz. Po vyšetření v nemocnici se vrátil zpět do domova pro seniory. Nevlastní vnučka pana Václava se obrátila na sociální pracovníci v hospici s prosbou o pomoc. Měla totiž o pana Václava velké obavy, neboť po úrazu dostal zápal plic a byl ve velmi špatném zdravotním stavu. Z důvodu plné kapacity hospice však nemohl být přijat. Sociální pracovnice hospice vyhledávala nové možnosti, jak by mohla pomoci. V Ústřední vojenské nemocnici v Praze našla místo na oddělení pro válečné veterány, kde slíbili, že v okamžiku, kdy si pan Václav podá žádost, pokusí se jí co nejrychleji vyhovět. Sociální pracovnice zajistila žádost k přijetí, kterou předala nevlastní vnučce nemocného. Ta sepsala žádost s panem Václavem a společně ji odeslali. V říjnu 2011 byl pan Václav hospitalizován v Ústřední vojenské nemocnici a začátkem listopadu zde zemřel. Po celou dobu byl v kontaktu s nevlastní vnučkou, po které vzkazoval, že je v nemocnici velice spokojený a za poskytnutou pomoc sociální pracovníci děkuje.

Kazuistika č. 4: pan Vladimír a paní Kristýna

Osobní anamnéza:

Pan Vladimír se narodil v roce 1914. Během komunistického režimu byl vězněný, celý život mohl pracovat pouze manuálně. Byl věřící, chodil do kostela.

Paní Kristýna se narodila v roce 1920. Vystudovala obchodní školu a pracovala jako vedoucí dopravy v Pardubicích. Ještě v šedesáti letech pracovala jako pokladní v kadeřnictví. Byla věřící, chodila do kostela.

Rodinná anamnéza:

Pan Vladimír žil celý život v Pardubicích. Přes 70 let byl ženatý s paní Kristýnou. Společně mají dvě dcery, které jsou již v důchodu a žijí také v Pardubicích.

Paní Kristýna pobývala s rodiči v Jugoslávii, otec byl obchodník a zprostředkoval obchod mezi Českou republikou, Jugoslávií a Řeckem. Část roku žili v zahraničí a část roku v Pardubicích. Poté, co se provdala za pana Vladimíra, zůstala paní Kristýna trvale v Pardubicích.

Zdravotní anamnéza:

Pan Vladimír prodělal mozkový infarkt a pro zhoršení pohyblivosti byl 15. 11. 2011 hospitalizován v LDN v nemocnici.

Paní Kristýna měla vaskulární demenci a ischemickou chorobu srdeční. Pro bolesti břicha byla 11. 11. 2011 hospitalizována v nemocnici.

Průběh pobytu v hospici:

Manželé byli přijati k odlehčovací službě do hospice na dobu, než bude možné přemístění do domova pro seniory, kam měli podanou žádost.

Paní Kristýna byla do hospice přijata dne 30. 11. 2011 z nemocnice. S pomocí byla schopná chodit, mluvila. Po přijetí vypadala zmateně, ale manžela poznala.

Pan Vladimír byl do hospice přijat dne 1. 12. 2011 z oddělení LDN. Vyžadoval celodenní péči. Ležel, mohl mluvit, byl zmatený, ovšem manželku poznal. Pro zhoršující se obtíže muselo být dýchání podporováno za pomoci přístrojů.

Pan Vladimír s paní Kristýnou byli ubytováni spolu na pokoji. Ve spolupráci se sociální pracovníci bylo oběma zažádáno o zvýšení příspěvku na péči. V hospici je každé odpoledne navštěvovaly dcery. Manželé se jednou společně zúčastnili bohoslužby, která se konala v kapli hospice. Oběma byla udělena svátost pomazání nemocných. Pan Vladimír zemřel v podvečer dne 3. 12. 2011. Poté se zdravotní stav paní Kristýny začal výrazně zhoršovat. Dcery byly lékařem informovány o náhlém zhoršení stavu matky. Paní Kristýna zemřela dne 7. 12. 2011 rovněž v podvečer. Manželé měli společný pohřeb.

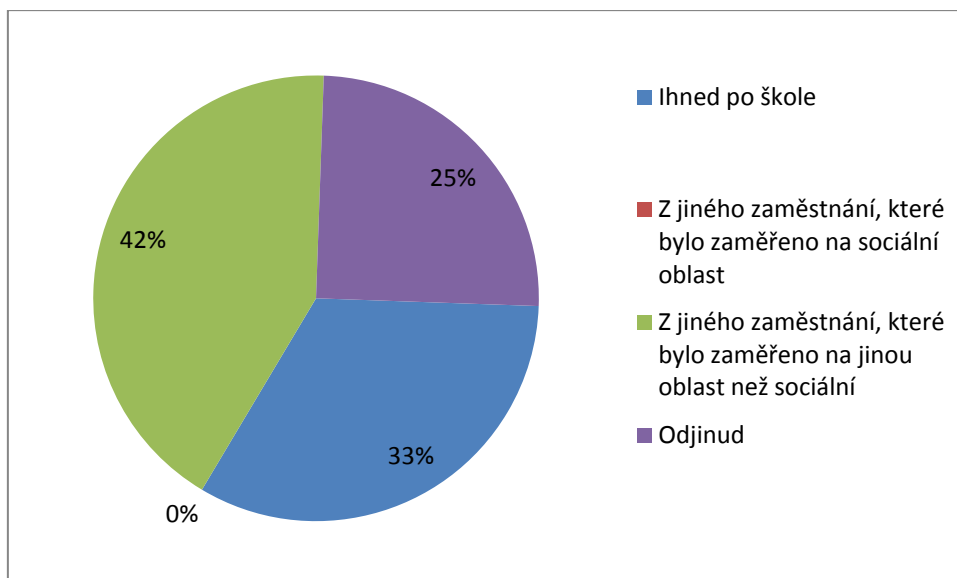
V kazuistikách byla zpracována pouze velmi malá část lidských osudů, které se za zdmi hospiců denně odehrávají. Každý z klientů hospice je zcela jedinečný a neopakovatelný. Na nikoho by se nemělo zapomenout. Sociální pracovníce v hospici musí často bojovat s časem. Musí si umět poradit v každé situaci, být ochotná pomoci i v neobvyklých případech. Vyžaduje se od ní trpělivost a umění naslouchat.

B/ Dotazníkové šetření

Z odpovědí na identifikační otázky vyplývá, že dotazníkového šetření se zúčastnilo 12 žen, tedy 100 % respondentů tvoří ženy. Většina tázaných je mladší 50 let. V době dotazníkového šetření bylo pouze 16 % respondentů ve věku 50 a více let. Bakalářského vzdělání v sociální oblasti dosáhlo 25 % respondentů, 17 % respondentů vystudovalo vyšší odbornou školu, magisterský obor se sociálním zaměřením a magisterský obor jiného zaměření než sociálního. Bakalářský obor jiného zaměření než sociálního vystudovalo 8 % tázaných, střední školu nebo střední školu a odborný kurz 16 %. Délka praxe v sociální oblasti se u respondentů pohybuje od několika měsíců (4 měsíce) po více než 10 let (13,5 let). 42 % dotazovaných má praxi v sociální oblasti kratší než 3 roky. 16 % respondentů má praxi v sociální oblasti delší než 10 let.

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Ihned po škole	4	0,33	33
Z jiného zaměstnání, které bylo zaměřeno na sociální oblast	0	0	0
Z jiného zaměstnání, které bylo zaměřeno na jinou oblast než sociální	5	0,42	42
Odjinud	3	0,25	25

Tabulka č. 2 „Uved'te, prosím, odkud jste nastoupil(a) do hospice?“



Graf č. 2 Odkud sociální pracovník přišel do stávajícího zaměstnání

Z odpovědi na otázku č. 1 jsme zjistili, že na pozici sociálního pracovníka do hospice z jiného zaměstnání, které nebylo zaměřeno na sociální oblast, nastoupilo 42 % dotazovaných. Ihned po dokončení studií začalo v hospici na příslušném postu pracovat 33 % dotazovaných. Od jinud nastoupilo 25 % respondentů, nejčastěji se jednalo o návrat z mateřské dovolené a jeden z respondentů také uvedl, že je v důchodu.

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
0 – 3 roky	6	0,5	50
4 – 6 roky	4	0,34	34
7 – 9 roků	1	0,08	8
10 – 12 roků	1	0,08	8

Tabulka č. 3 „Jak dlouho pracujete na pozici sociálního pracovníka v hospici?“

Z odpovědí na otázku č. 2 jsme zjistili, že 50 % respondentů pracuje v příslušném hospici na pozici sociálního pracovníka kratší dobu než 3 roky, 34 % dotazovaných méně než 6 let, 8 % respondentů méně než 9 let a 8 % respondentů méně než 12 let.

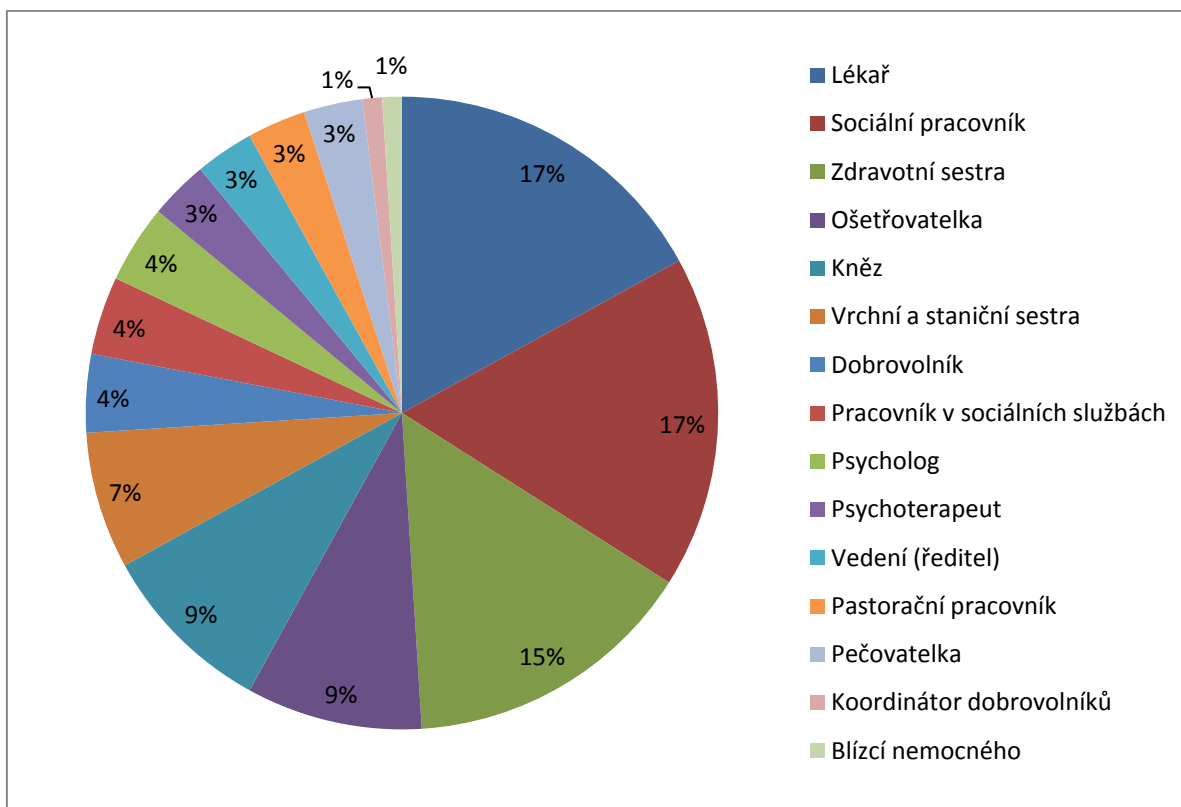
Výzkumný předpoklad 1:

Předpokládáme, že většina respondentů, sociálních pracovníků se vždy cítí součástí hospicového týmu.

Platnost tohoto výzkumného předpokladu jsme ověřovali otázkou č. 3 a 4.

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Lékař	12	0,17	17
Sociální pracovník	12	0,17	17
Zdravotní sestra	10	0,15	15
Ošetřovatelka	6	0,09	9
Kněz	6	0,09	9
Vrchní a staniční sestra	5	0,07	7
Dobrovolník	3	0,04	4
Pracovník v sociálních službách	3	0,04	4
Psycholog	3	0,04	4
Psychoterapeut	2	0,03	3
Vedení (ředitel)	2	0,03	3
Pastorační pracovník	2	0,03	3
Pečovatelka	2	0,03	3
Koordinátor dobrovolníků	1	0,01	1
Blízcí nemocného	1	0,01	1

Tabulka č. 4 „Uvedte, prosím, kdo ve Vašem zařízení tvoří hospicový tým?“



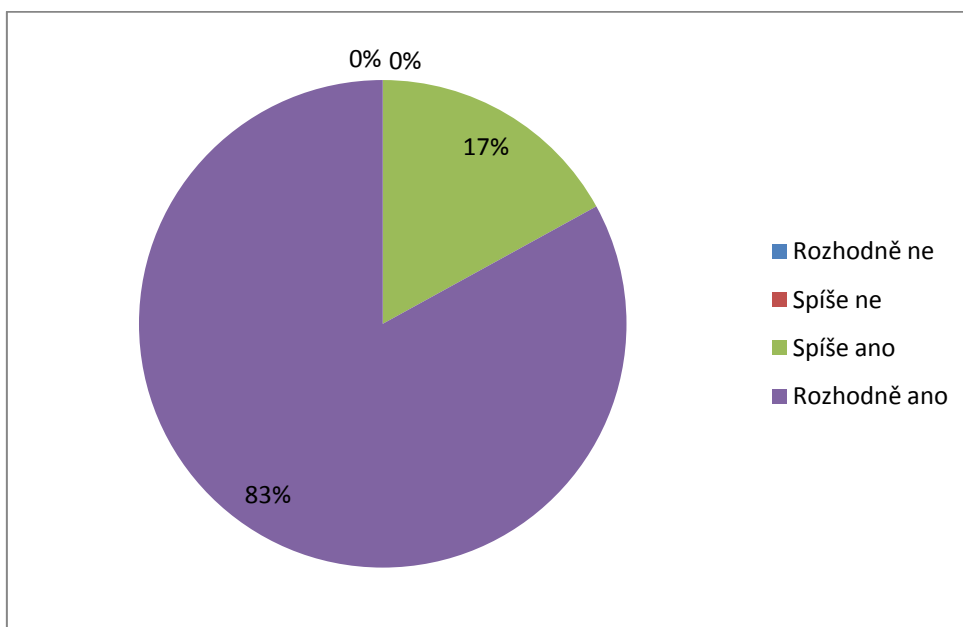
Graf č. 3 Kým je tvořen hospicový tým

Z poskytnutých údajů vyplývá, že všichni sociální pracovníci jsou součástí hospicového týmu na svém pracovišti.

K dalším profesím jmenovaným coby součást hospicového týmu patří lékař (12 respondentů), zdravotní sestra (10), ošetřovatelka (6), kněz (6), vrchní a staniční sestra (5), dobrovolník (3), pracovník v sociálních službách (3) a psycholog (3), dále psychoterapeut (2), vedení (2), pastorační pracovník (2), pečovatelka (2), koordinátor dobrovolníků (1) a blízcí nemocného (1).

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Rozhodně ne	0	0	0
Spíše ne	0	0	0
Spíše ano	2	0,17	17
Rozhodně ano	10	0,83	83

Tabulka č. 5 „Cítíte se součástí tohoto týmu?“



Graf č. 4 Cítíte se součástí hospicového týmu?

Z odpovědí na otázku č. 4 jsme zjistili, že všichni respondenti považují sociálního pracovníka za součást hospicového týmu.

V otázce č. 4 se dotazovaní vyslovili, že se více (83 %) či méně (17 %) cítí součástí hospicového týmu. Žádný z nich neuvěd, že se za součást týmu nepovažuje.

Výzkumný předpoklad č. 1 se potvrdil.

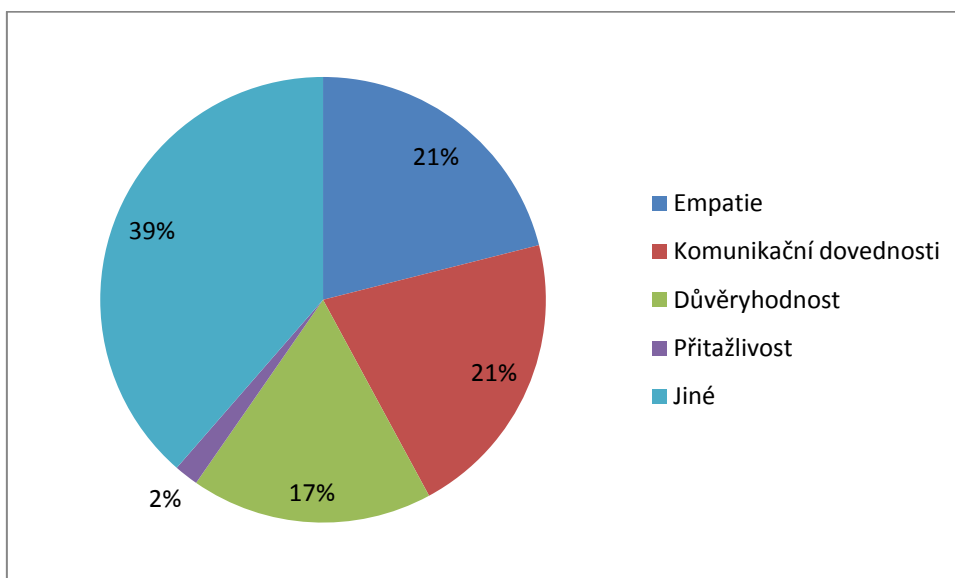
Výzkumný předpoklad 2:

Předpokládáme, že většina respondentů považuje za nejdůležitější osobnostní předpoklad empatii.

Platnost tohoto výzkumného předpokladu jsme ověřovali otázkou č. 5.

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Empatie	12	0,21	21
Komunikační dovednosti	12	0,21	21
Důvěryhodnost	10	0,17	17
Přitažlivost	1	0,02	2
Jiné	22	0,39	39

Tabulka č. 6 „Uveďte, prosím, jaké osobnostní předpoklady by podle Vás měl(a) mít sociální pracovník(ce) v hospici.“



Graf č. 5 Jaké osobnostní předpoklady by měl mít sociální pracovník v hospici?

V otázce č. 5 všichni respondenti shodně uvádí jako hlavní osobnostní předpoklad empatii a komunikační dovednosti. Většina respondentů se také shoduje v tom, že důležitým osobnostním předpokladem je důvěryhodnost. Více než polovina přidává také odpovědi jiné, zejména: spolehlivost (3 respondenti), umění vyrovnat se s umíráním a doprovázením (2), vyrovnanost (2) a osobní zralost (2), ochota (1), obětavost (1), vstřícnost (1), trpělivost (1), aktivní naslouchání (1), odolnost vůči krizovým situacím (1).

Výzkumný předpoklad č. 2 se potvrdil.

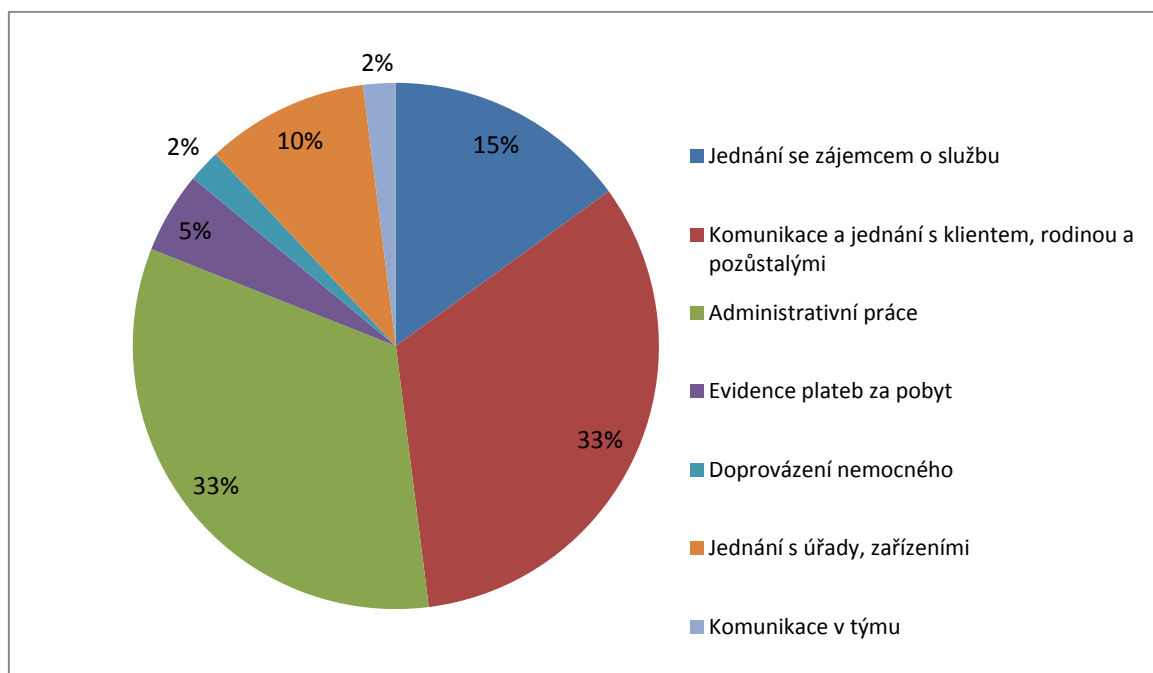
Výzkumný předpoklad 3:

Předpokládáme, že většina respondentů v rámci své náplně práce nejčastěji vykonává administrativní úkony, jedná se zájemci o službu, s klienty hospice a jejich rodinami.

Platnost tohoto výzkumného předpokladu jsme ověřovali otázkou č. 6.

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Jednání se zájemcem o službu	6	0,15	15
Komunikace a jednání s klientem, rodinou a pozůstalými	13	0,33	33
Administrativní práce	13	0,33	33
Evidenze plateb za pobyt	2	0,05	5
Doprovázení nemocného	1	0,02	2
Jednání s úřady, zařízeními	4	0,1	10
Komunikace v týmu	1	0,02	2

Tabulka č. 7 „Vyjmenujte, prosím, 3 nejčastější činnosti, které v rámci náplně práce sociálního pracovníka vykonáváte.“



Graf č. 6 Nejčastěji vykonávaná práce sociálního pracovníka v hospici

Ze zobrazeného grafu vyplývá, že nejvíce času sociální pracovníci v hospicích věnují komunikaci a jednání s klienty, rodinou, pozůstalými a také administrativní práci. Jednání se zájemci o službu, zahrnující osobní jednání a setkání, telefonickou a elektronickou komunikaci činí 15 % náplně práce respondentů. Většina pracovníků věnuje podstatnou část

pracovní doby jednání s úřady a jinými zařízeními. V menší ale nikoli zanedbatelné míře se věnují např. evidenci plateb za pobyt, doprovázení nemocného a komunikaci v týmu.

Výzkumný předpoklad č. 3 se potvrdil.

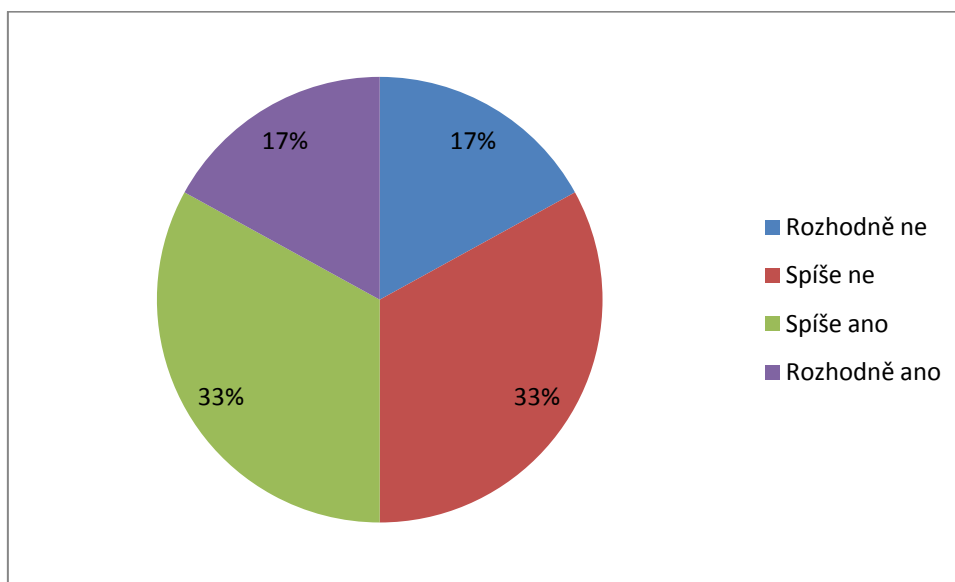
Výzkumný předpoklad 4:

Předpokládáme, že většina respondentů se účastní dalšího vzdělávání dle Zákona o sociálních službách, a toto vzdělávání je pro ně dostačující.

Platnost tohoto výzkumného předpokladu jsme ověřovali otázkou č. 7, 8 a 9.

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Rozhodně ne	2	0,17	17
Spíše ne	4	0,33	33
Spíše ano	4	0,33	33
Rozhodně ano	2	0,17	17

Tabulka č. 8 „Cítíte se dostatečně vzdělávání?“



Graf č. 7 Cítíte se dostatečně vzdělávání?

Z výsledků je patrné, že se přesně polovina respondentů cítí být dostatečně vzdělávána a druhá polovina je se svým dalším vzděláváním nespokojena.

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Ano	12	1	100
Ne	0	0	0

Tabulka č. 9 „*V rámci práce se účastním dalšího vzdělávání dle zákona č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů?*“

Z odpovědí na otázku č. 8 vyplynulo, že se všichni respondenti řádně účastní vzdělávání dle zákona č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů, tedy 24 hodin ročně.

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Akreditované kurzy a semináře	9	0,47	47
Odborné stáže v jiných zařízeních	5	0,26	26
Vnitřní vzdělávání	2	0,11	11
Jiné	3	0,16	16

Tabulka č. 10 „*V rámci dalšího vzdělávání absolvuji:*“

Z poskytnutých údajů, je patrné, že většina (9) respondentů v rámci dalšího vzdělávání absolvuje akreditované kurzy a semináře. Méně než polovina (5) respondentů se účastní odborných stáží v jiných zařízeních. Pouze 2 respondenti se vzdělávají díky možnosti interního vzdělávání a 3 respondenti uvádí jiné možnosti, jako jsou: samostudium, příprava na školení pečovatелů, exkurze a studium na vysoké škole.

Všichni respondenti se účastní dalšího vzdělávání dle zákona č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů, ale pouze 50 % z nich považuje toto vzdělávání za dostačující.

Výzkumný předpoklad č. 4 se nepotvrdil.

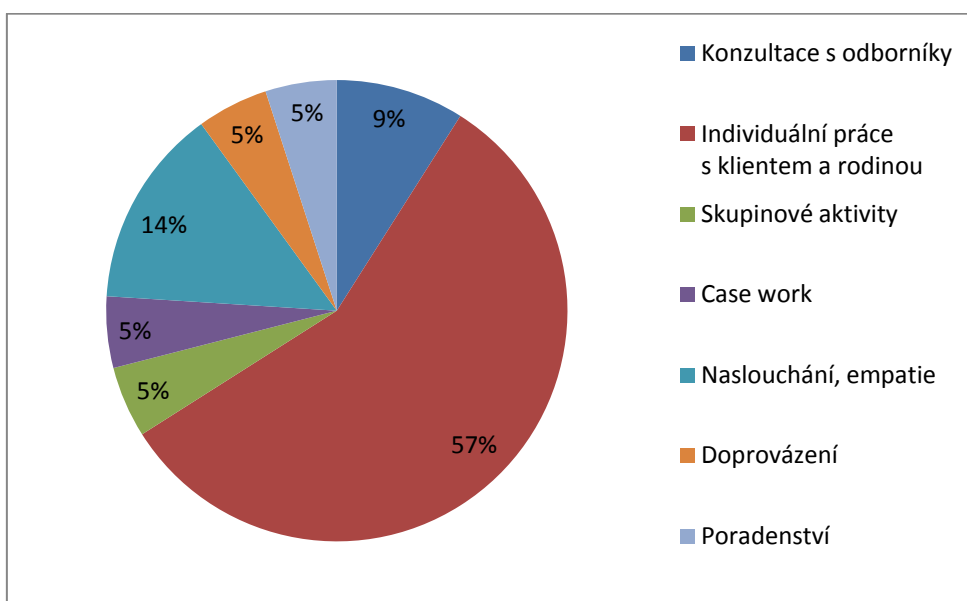
Výzkumný předpoklad 5:

Předpokládáme, že většina respondentů využívá při výkonu své profese převážně individuální práci s klientem a rodinou, nikoli skupinovou práci.

Platnost tohoto výzkumného předpokladu jsme ověřovali otázkou č. 11.

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Konzultace s odborníky	2	0,09	9
Individuální práce s klientem a rodinou	12	0,57	57
Skupinové aktivity	1	0,05	5
Case work	1	0,05	5
Naslouchání, empatie	3	0,14	14
Doprovázení	1	0,05	5
Poradenství	1	0,05	5

Tabulka č. 11 „Uveďte, prosím, jaké metody práce nejčastěji využíváte.“



Graf č. 8 Metody využívané při sociální práci v hospici

Z odpovědi na otázku č. 11 vyplývá, že nejčastější metodou využívanou při sociální práci v hospici je individuální práce s klientem, tedy rozhovor. Dále respondenti uvedli, že provádějí naslouchání a empatii, konzultace s odborníky, poradenství a doprovázení. Case work a skupinové aktivity jsou využívány zřídka.

Výzkumný předpoklad č. 5 se potvrdil.

Výzkumný předpoklad 6:

Předpokládáme, že pro většinu respondentů není motivací mzda, ale že vnímají své povolání jako poslání.

Platnost tohoto výzkumného předpokladu jsme ověřovali otázkou č. 12 a 13.

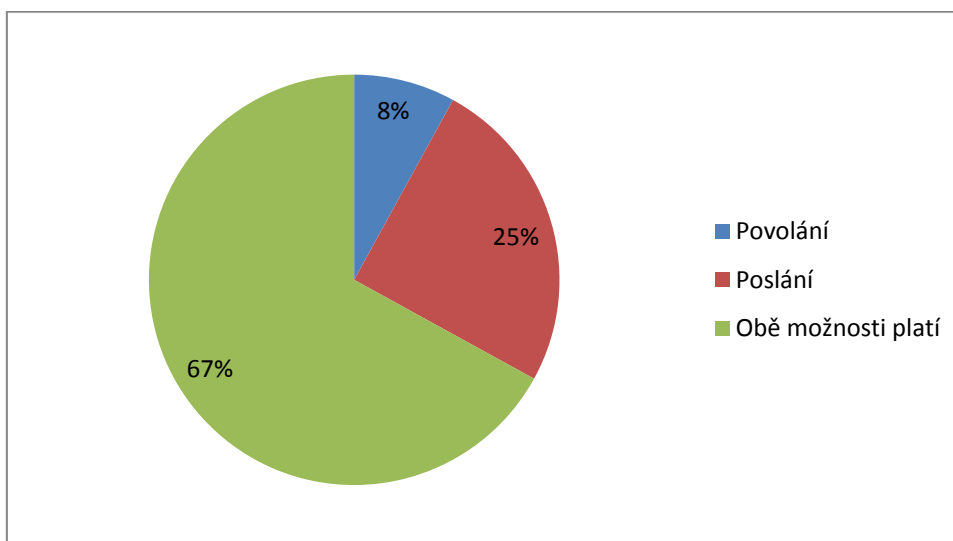
Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Považuji tuto práci za poslání	11	0,92	92
Nenašel/a jsem jiné zaměstnání	0	0	0
Mzda	0	0	0
Mám to blízko do práce	1	0,08	8
Jiné	8		

Tabulka č. 12 „Uveďte, prosím, co Vás motivovalo k vykonávání profese sociální(ho) pracovnice(ka) v hospici?“

Z odpovědí na otázku č. 12 vyplývá, že pro 92 % respondentů bylo motivací to, že považují svoji práci za poslání. Pouze 1 respondenta motivovala skutečnost, že má práci blízko domova. Vzhledem k tomu, že respondentům byla dána možnost uvést i více odpovědí, připojili někteří k těm nabízeným ještě následující: ztotožnění se s principy, na kterých hospicová péče staví, dobrovolnictví, které se rozvinulo v pracovní vztah, smrtelné nemoci v rodině a u přátel, práce v oboru, práce, která se týká lidí, touha pomáhat, dobré pracovní prostředí.

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Povolání	1	0,08	8
Poslání	3	0,25	25
Obě možnosti platí	8	0,67	67

Tabulka č. 13 „Považujete svoje zaměstnání za povolání (zdroj příjmu) nebo spíše za poslání (smysluplná činnost, potřeba pomáhat)?“



Graf č. 9 Je moje práce posláním nebo povoláním?

Z odpovědí na otázku č. 13 je zřejmé, že 67 % respondentů považuje svoji práci za poslání i povolání současně. Pouze 8 % respondentů chápe svou práci pouze za povolání. Zbývajících 25 % respondentů cítí, že výkon jejich profese je pro ně posláním.

Pro žádného z respondentů není motivací pro vykonávání profese sociálního pracovníka v hospici mzda. Zároveň většina respondentů nepovažuje své zaměstnání pouze za povolání.

Výzkumný předpoklad č. 6 se potvrdil.

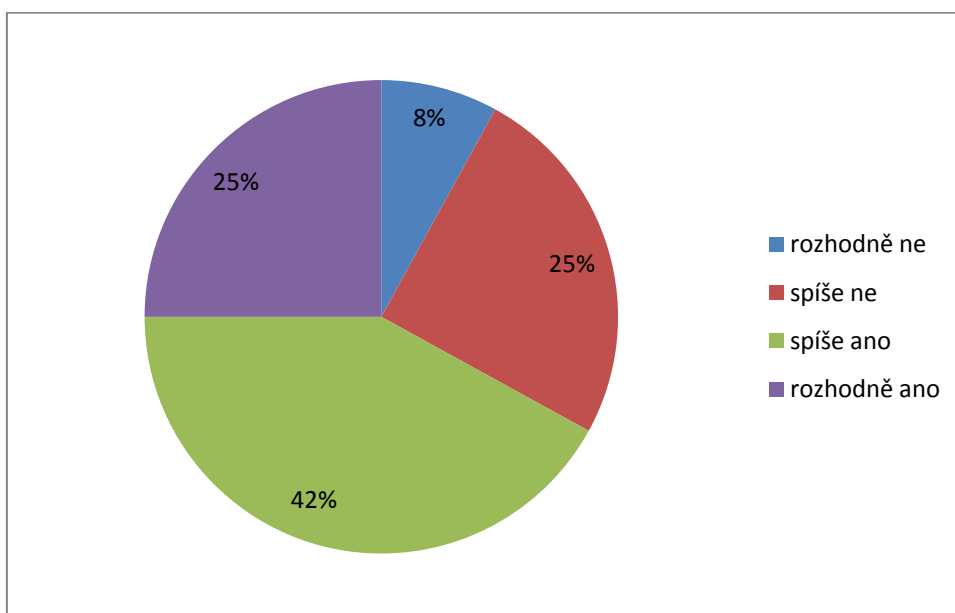
Výzkumný předpoklad 7:

Předpokládáme, že většina respondentů, kteří jsou dostatečně podporováni a informováni ze strany vedení, se cítí také dostatečně ohodnocena.

Platnost tohoto výzkumného předpokladu jsme ověřovali otázkou č. 14, 15 a 16.

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Rozhodně ne	1	0,08	8
Spíše ne	3	0,25	25
Spíše ano	5	0,42	42
Rozhodně ano	3	0,25	25

Tabulka č. 14 „Připadá Vám podpora a informovanost při Vaší práci ze strany vedení dostatečná?“

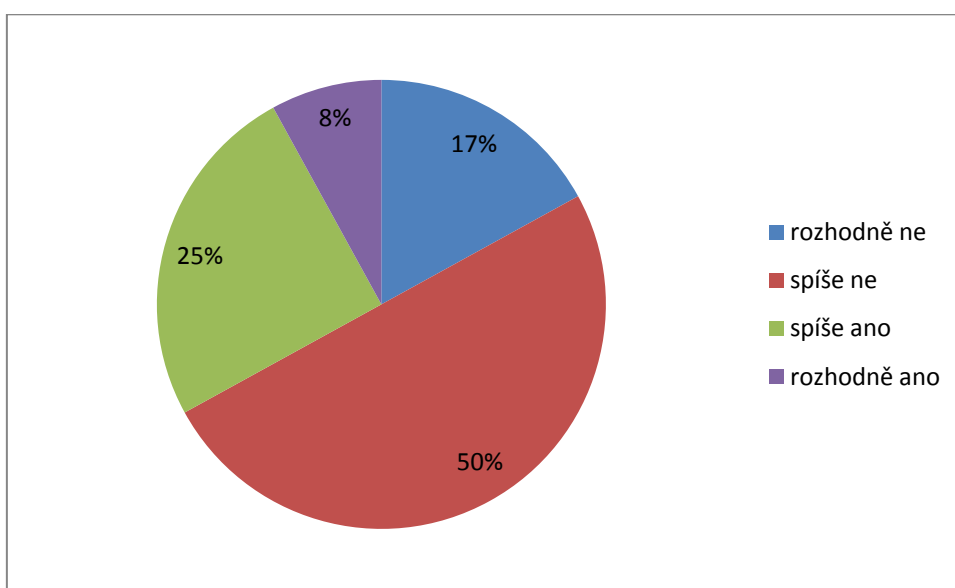


Graf č. 10 Jste spokojeni s podporou a informovaností ze strany vedení?

Z odpovědí na otázku č. 14 vyplývá, že 67 % respondentů se cítí být ze strany vedení dostatečně informováno a podporováno. Pouze 8 % respondentů uvedlo, že nejsou informováni a podporu necítí.

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Rozhodně ne	2	0,17	17
Spíše ne	6	0,5	50
Spíše ano	3	0,25	25
Rozhodně ano	1	0,08	8

Tabulka č. 15 „Cítíte se dostatečně ohodnoceni?“

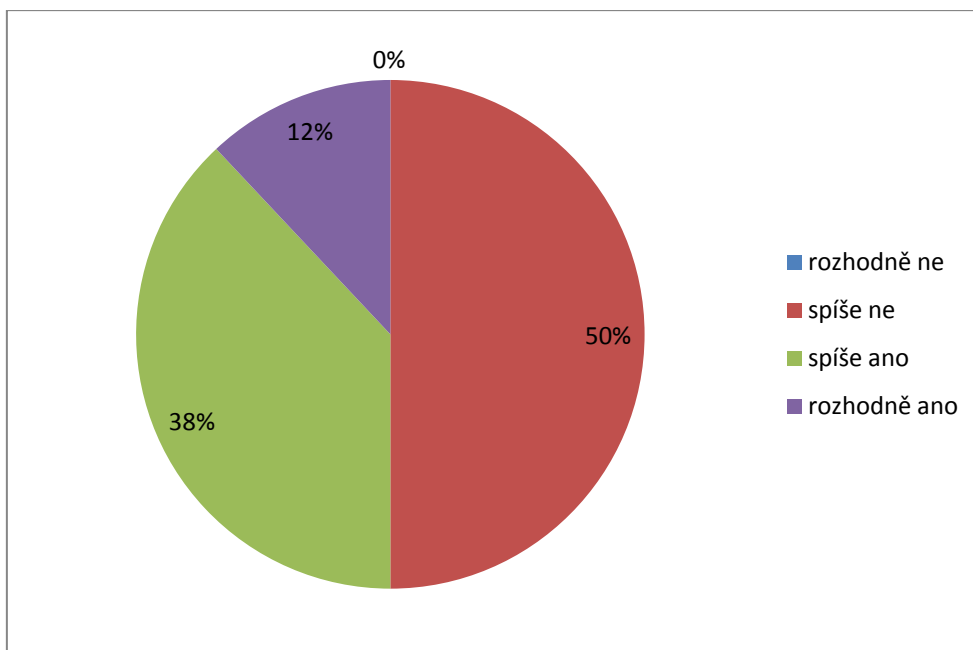


Graf č. 11 Cítíte se dostatečně ohodnoceni?

V otázce č. 15 více než polovina respondentů vyjádřila nespokojenost s ohodnocením za vykonávanou práci. Pouze 8 % dotazovaných se cítí dostatečně ohodnocených a 25 % respondentů se cítí spíše dostatečně ohodnoceno.

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Rozhodně ne	0	0	0
Spíše ne	4	0,5	50
Spíše ano	3	0,38	38
Rozhodně ano	1	0,12	12

Tabulka č. 16 „Cítí se respondenti, kteří jsou dostatečně podporováni a informováni zároveň dostatečně ohodnoceni ze strany zaměstnavatele?“

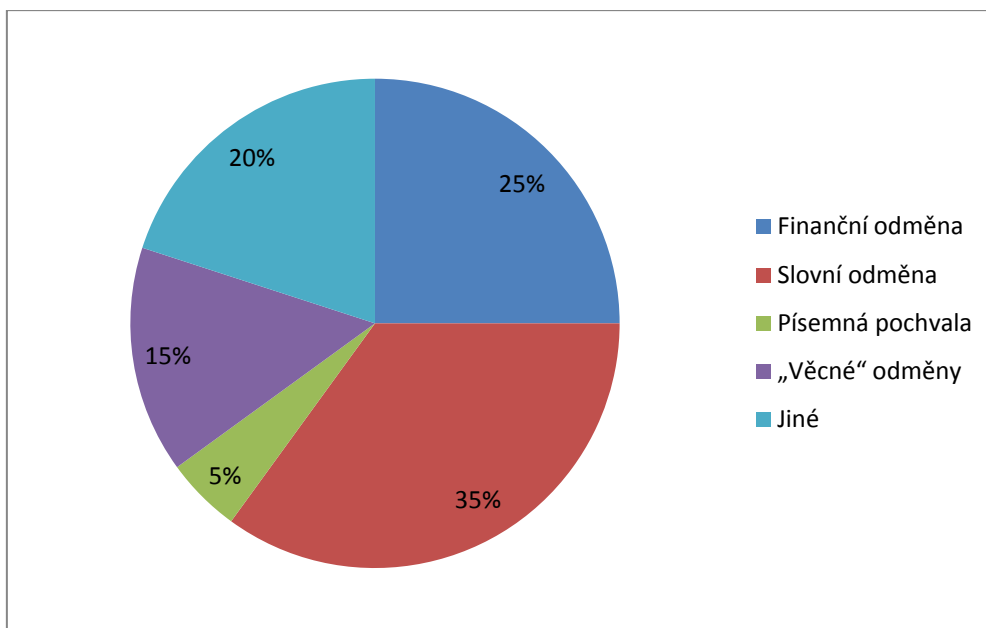


Graf č. 12 Cítí se respondenti, kteří jsou dostatečně informováni a podporováni zároveň i dostatečně ohodnoceni?

Z odpovědí na otázky č. 14 a 15 bylo vyvozeno, že 50 % respondentů, kteří se cítí podporováni a informováni ze strany vedení, se zároveň cítí dostatečně ohodnoceni. Dalších 50 % respondentů však uvádí, že se přes dostatečnou informovanost a podporu ze strany vedení necítí dostatečně ohodnoceni.

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Finanční odměna	5	0,25	25
Slovní odměna	7	0,35	35
Písemná pochvala	1	0,05	5
„Věcné“ odměny	3	0,15	15
Jiné	4	0,2	20

Tabulka č. 17 „Jaké je nejčastější ohodnocení Vaší práce?“



Graf č. 13 Nejčastější ohodnocení práce

Z odpovědí na otázku č. 16 je patrné, že nejčastějším ohodnocením práce je slovní odměna. Dalším nejčastěji používaným ohodnocením je finanční odměna. Uvedeno bylo také několik možností v dotazníku nenabídnutých: osobní příspěvek ve mzdě, kladné doporučení, dovolená, žádné. Věcné odměny a písemné pochvaly nejsou jako ohodnocení práce příliš využívány.

Výzkumný předpoklad č. 7 se nepotvrdil.

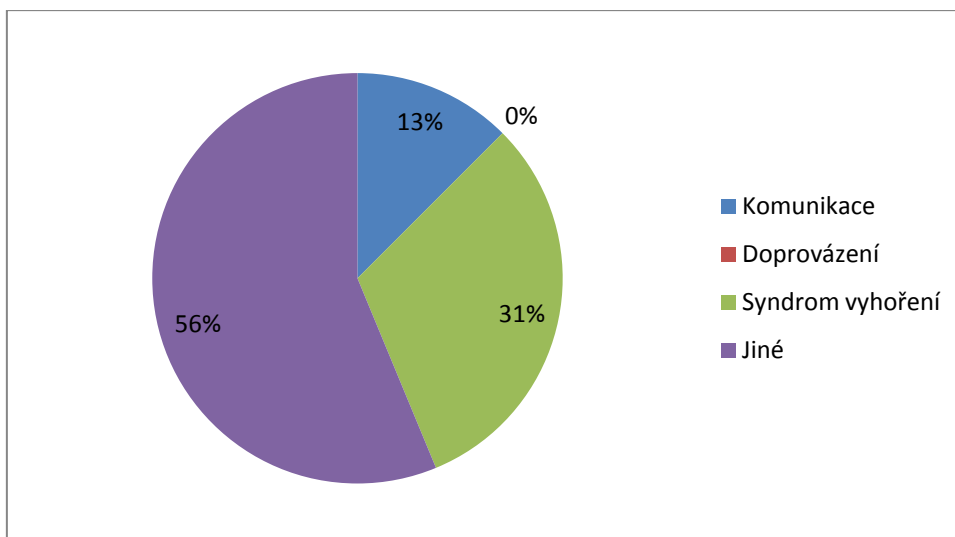
Výzkumný předpoklad 8:

Předpokládáme, že většina respondentů považuje syndrom vyhoření za největší úskalí při výkonu profese.

Platnost tohoto výzkumného předpokladu jsme ověřovali otázkou č. 17, 18 a 19.

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Komunikace	2	0,13	13
Doprovázení	0	0	0
Syndrom vyhoření	5	0,31	31
Jiné	9	0,56	56

Tabulka č. 18 „Uveďte, prosím, co je pro Vás největším úskalím při výkonu Vaší profese?“



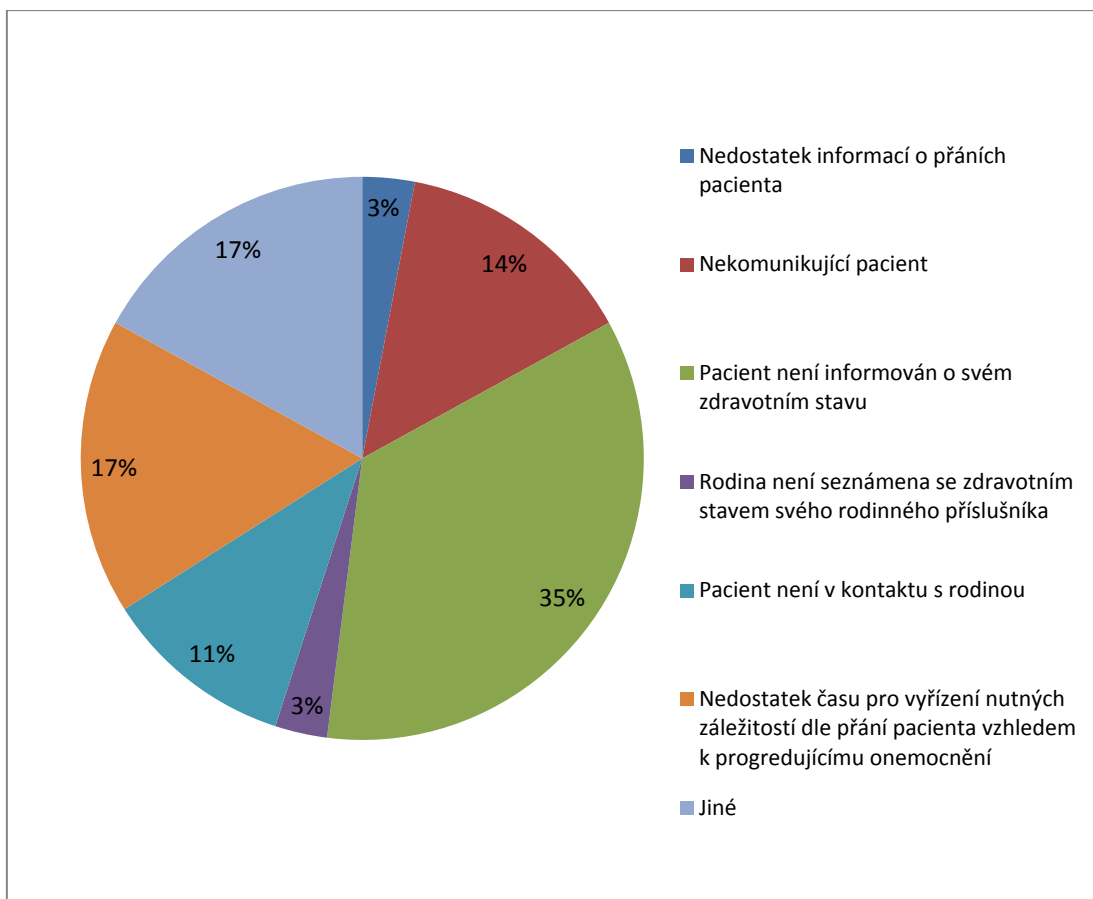
Graf č. 14 Úskalí při výkonu profese

Ve více než 50 % odpovědí na otázku č. 17 bylo uvedeno, že za největší úskalí při výkonu profese respondenti považují jiné problémy než byly uvedeny v nabídce. Syndrom vyhoření však uvedlo 5 respondentů, což je téměř polovina zkoumaného vzorku.

Z jiných problémů při výkonu profese jmenují respondenti nejčastěji: nedostatek času, rostoucí administrativu a dále nedostatečnou podporu až nezájem ze strany vedení, příliš mnoho pracovních úkolů současně, úmrtí ve vlastní rodině, odmítnutí nemocného z důvodu plné kapacity a problematickou rodinu.

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Nedostatek informací o přáních klienta	1	0,03	3
Nekomunikující klient	4	0,14	14
Klient není informován o svém zdravotním stavu	10	0,35	35
Rodina není seznámena se zdravotním stavem svého rodinného příslušníka	1	0,03	3
Klient není v kontaktu s rodinou	3	0,11	11
Nedostatek času pro vyřízení nutných záležitostí dle přání klienta vzhledem k progredujícímu onemocnění	5	0,17	17
Jiné	5	0,17	17

Tabulka č. 19 „Vyberte, prosím, s jakými problémy v komunikaci a doprovázení se během Vaší práce nejčastěji setkáváte?“



Graf č. 15 Nejčastější problémy v komunikaci a doprovázení

V otázce č. 18 respondenti uvedli, že největším úskalím při práci sociálního pracovníka je především to, že klient není informován o svém zdravotním stavu. Dále připomínali: nedostatek času pro vyřízení nutných záležitostí dle přání klienta vzhledem k progredujícímu onemocnění. Jmenovali i jiné potíže komplikující komunikaci a provázení: rodina nedostatečně informovaná o hospicové péči, komunikace s rodinou, která není smířená s konečností stavu klienta a z toho plynoucí problémové požadavky, nedostatek času pro přímou práci s klientem, nedostatek času způsobený vyčerpáním pracovníka a tím, že rodina tají před klientem prognózu onemocnění. Za menší problém dotazovaní považují: nekomunikujícího klienta, klienta, který není v kontaktu s rodinou. Nepatrné procento je způsobeno tím, že rodina nezná zdravotní stav klienta a není informována o jeho přáních.

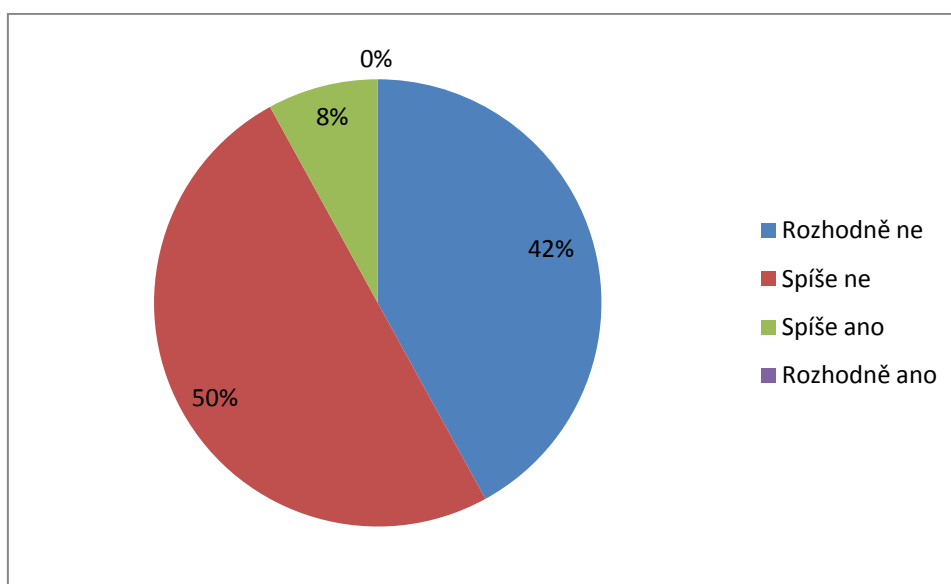
Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Ano	12	1	100
Ne	0	0	0

Tabulka č. 20 „Víte co je syndrom vyhoření?“

Všichni respondenti v otázce č. 20 shodně uvedli, že vědí co je to syndrom vyhoření.

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Rozhodně ne	5	0,42	42
Spíše ne	6	0,5	50
Spíše ano	1	0,08	8
Rozhodně ano	0	0	0

Tabulka č. 21 „Cítíte se „vyhořeli“?“

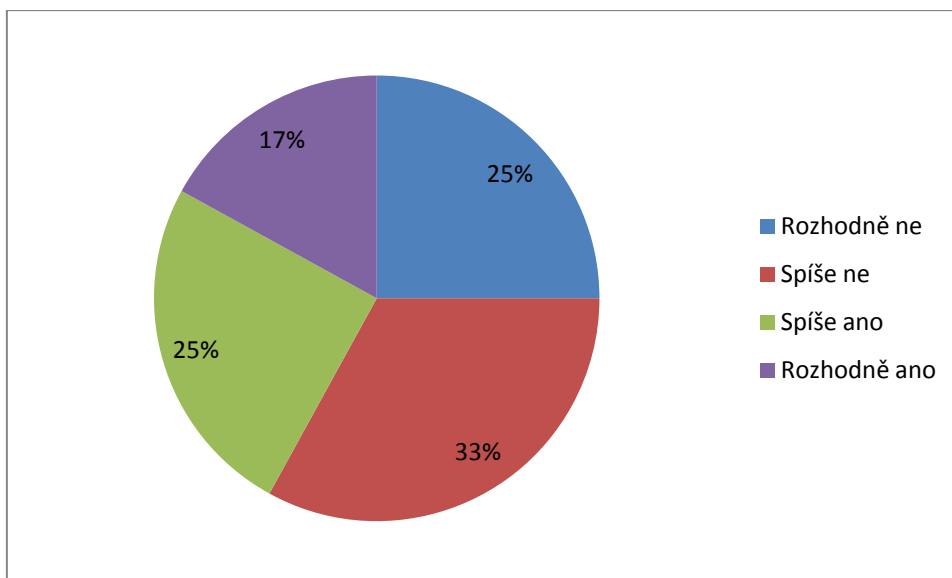


Graf č. 16 Cítíte se vyhořeli?

92 % respondentů se necítí zasažena syndromem vyhoření. Pouze 8 % pociťuje náznaky syndromu vyhoření. Žádný z tázaných se necítí zcela vyhořelý.

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Rozhodně ne	3	0,25	25
Spíše ne	4	0,33	33
Spíše ano	3	0,25	25
Rozhodně ano	2	0,17	17

Tabulka č. 22 „Cítíte se více ohroženi syndromem vyhoření (jako sociální pracovník v hospici), než sociální pracovníci např. v domovech pro seniory apod.?“



Graf č. 17 Je u Vás větší riziko syndromu vyhoření než u jiných sociálních pracovníků pracujících mimo hospicová zařízení?

Z odpovědí na otázku č. 21 vyplynulo, že 58 % respondentů neshledává svou práci z hlediska syndromu vyhoření rizikovější než v případě sociálních pracovníků z jiných oblastí. 17 % dotazovaných tvrdí, že u sociálních pracovníků v hospici je rozhodně větší riziko syndromu vyhoření než u jiných sociálních pracovníků.

Z provedeného šetření vyplynulo, že všichni respondenti vědí, co je syndrom vyhoření, ale pouze 5 z nich považuje své povolání za rizikovější.

Výzkumný předpoklad č. 8 se nepotvrdil.

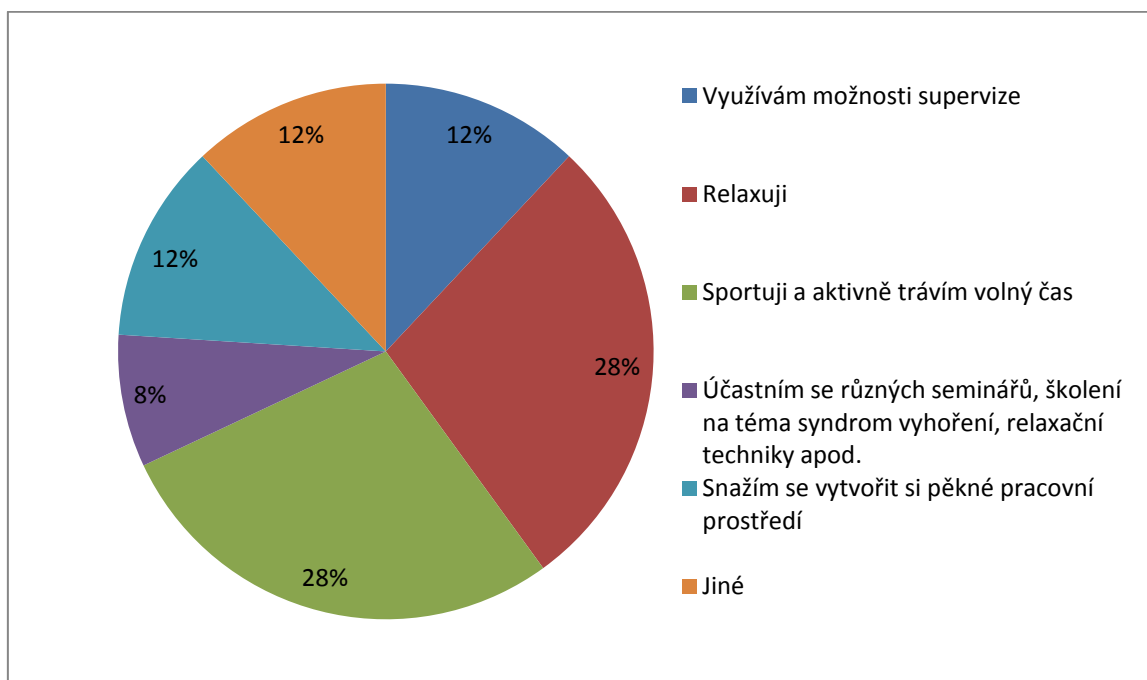
Výzkumný předpoklad 9:

Předpokládáme, že většina respondentů využívá jako prevenci syndromu vyhoření supervizi.

Platnost tohoto výzkumného předpokladu jsme ověřovali otázkou č. 22.

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Využívám možnosti supervize	3	0,12	12
Relaxuji	7	0,28	28
Sportuji a aktivně trávím volný čas	7	0,28	28
Účastním se různých seminářů, školení na téma syndrom vyhoření, relaxační techniky apod.	2	0,08	8
Snažím se vytvořit si pěkné pracovní prostředí	3	0,12	12
Jiné	3	0,12	12

Tabulka č. 23 „Jaká je Vaše prevence proti syndromu vyhoření?“



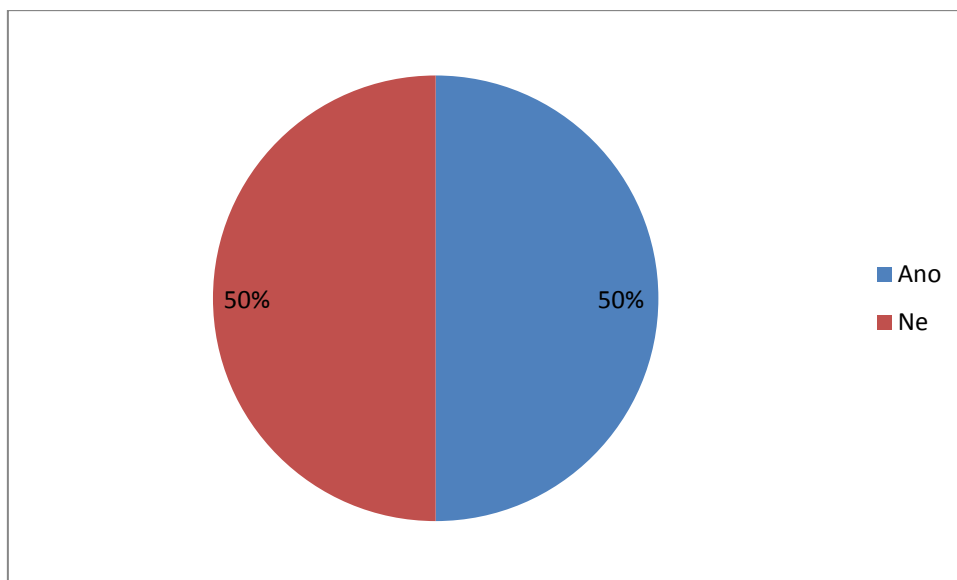
Graf č. 18 Prevence respondentů proti syndromu vyhoření

Nejčtenější odpovědí na otázku č. 22 byla odpověď relaxuji a sportuji a aktivně trávím volný čas. Pouze 12% respondentů využívá jako nástroj prevence syndromu vyhoření možnost supervize.

Jako další možnosti prevence syndromu vyhoření respondenti využívají pěkného pracovního prostředí a také jiných možností, jako např.: dlouhodobá dovolená (3 týdny najednou), péče o vztahy v rodině a s přáteli, pobyt v přírodě. Pouze 8% respondentů se syndromu vyhoření brání účastní na různých seminářích, školení apod.

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Ano	6	0,5	50
Ne	6	0,5	50

Tabulka č. 24 „Využíváte během své práce supervizi?“

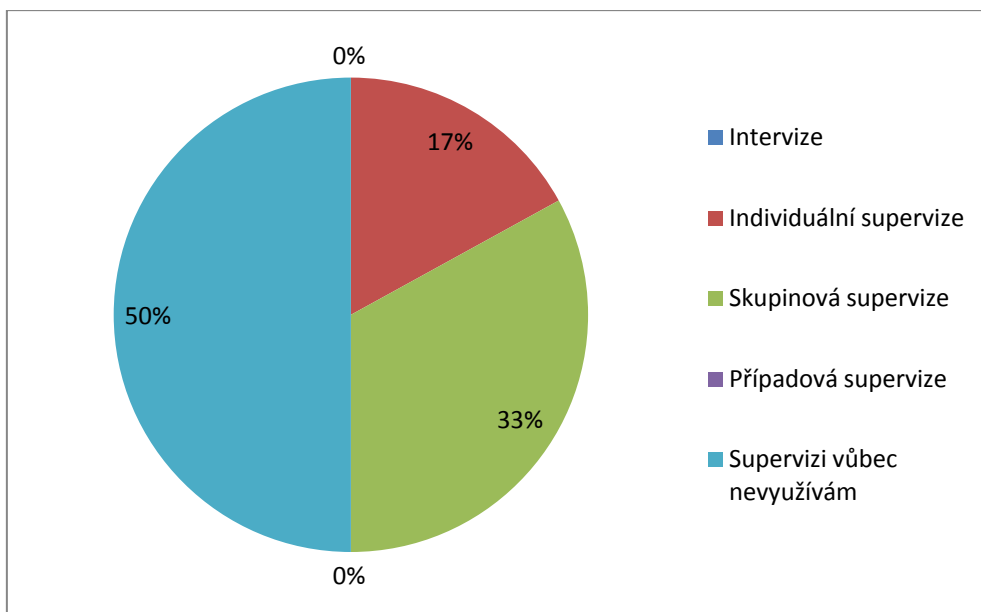


Graf č. 19 Využíváte během své práce supervizi?

Z uvedených odpovědí na otázku č. 23 vyplývá, že přesně polovina respondentů využívá během své práce supervizi.

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Intervizi	0	0	0
Individuální supervizi	2	0,17	17
Skupinovou supervizi	4	0,33	33
Případovou supervizi	0	0	0
Supervizi vůbec nevyužívám	6	0,5	50

Tabulka č. 25 „Jakou nejčastější formu supervize využíváte?“



Graf č. 20 Nejčastější forma využívané supervize

Odpověďmi na otázku č. 24 bylo potvrzeno, že 50 % respondentů vůbec nevyžívá supervizi. Dále 33 % z nich uvedlo, že nejčastěji využívá skupinovou supervizi a 17 % individuální supervizi. Intervizi ani případovou supervizi nevyžívá žádný z respondentů.

Nejčastěji využívanou prevencí proti syndromu vyhoření je relaxace a sport. Není to tedy supervize. Supervizi využívá během své práce přesně polovina respondentů.

Výzkumný předpoklad č. 9 se nepotvrdil.

5.4 Závěr výzkumného šetření

Výzkumné šetření přineslo zajímavé poznatky o sociální práci v hospicích v České republice. Na základě zpracovaných kazuistik bylo zjištěno, že hospicová péče má své nezastupitelné místo a sociální pracovníci v hospicích se stali důležitými členy hospicového týmu.

Naše tvrzení jasně dokládá případ paní Marcely, která byla do hospice převezena hned po porodu druhého syna. V hospici bylo jejímu příteli umožněno ubytovat se v garsoniéře nejprve se starším synem a později po propuštění mladšího syna z nemocnice i s ním. V hospici paní Marcele umožnili uzavřít sňatek, za velké pomoci sociální pracovnice se podařilo zajistit veškeré formality a náležitosti k němu potřebné. Rovněž po smrti klientky vyřizovala sociální pracovnice rodině různé dokumenty.

Paní Anděla, která byla onkologicky nemocná, zároveň prožívala nemoc se svojí dcerou, jež v té době pobývala v sanatoriu v Americe. Hospic paní Anděle umožnil dlouhé noční hovory s dcerou. Za paní Andělou do hospice docházel i její syn. Po matčině smrti měl problémy vyrovnat se s její ztrátou. Ještě nějaký čas byl proto v kontaktu se sociální pracovníci, probíral s ní nedořešené věci a postupně se s nastalou životní situací vyrovnával.

Válečný veterán pan Václav byl do hospice přijat s onkologickým onemocněním. S pomocí byl schopen se o sebe postarat. Z kapacitních důvodů (potřeba přijmout klienty vyžadující celodenní péči) byl přemístěn do domova pro seniory. V domově utrpěl úraz a jeho zdravotní stav se začal zhoršovat. Pana Václava navštěvovala nevlastní vnučka. Ta se s prosbou o pomoc obrátila na sociální pracovníci v hospici. Hospic měl však plnou kapacitu, a proto nebylo možné pana Václava opět přijmout. Sociální pracovnice začala hledat možnosti, jak mu pomoci. Podařilo se jí vyjednat místo na oddělení pro válečné veterány ve Vojenské nemocnici v Praze. Pan Václav několikrát po vnučce sociální pracovníci vzkazoval, že je moc spokojený a že děkuje.

Pan Vladimír s paní Kristýnou žili spolu jako manželé více než 70 let. Ve stáří je rozdělila až nemoc, kdy byli oba hospitalizováni v nemocnici. Do doby, než bylo možné přijetí manželů do domova pro seniory, byli umístěni na odlehčovací službu do hospice. Zde se znovu setkali po několika týdnech odloučení a byli ubytováni na společném pokoji. Sociální pracovnice oběma zajistila žádost o zvýšení příspěvku na péči. Manželé se dokonce společně zúčastnili mše svaté a byla jim i udělena svátost pomazání nemocných. V krátké době oba zemřeli. Dcery jim zajistily společný pohřeb.

Z rozboru kazuistik je patrné, jak široké pole činností sociální pracovník řeší. Sociální pracovníci reagují na individuální potřeby klientů i za rámec standardních úkonů v souladu s principy hospicové péče – kontakt s rodinou, smysluplné naplnění posledních dní. Na toto odkazuje případ paní Marcely, která byla v hospici oddána a případ paní Anděly, které byla umožněna komunikace s dcerou za pomoci elektronické komunikace – programu Skype. Činnost sociálního pracovníka a ostatního personálu spojená s konkrétním případem, ale nekončí smrtí klienta. Významná je i jeho práce s pozůstalými, což dokládají případy paní Marcely a Anděly. Příklad pana Václava ukazuje, že pomoc sociálního pracovníka není vázána na aktuální smluvní vztah mezi zařízením a klientem – sociální pracovník se angažoval v hledání vhodného zařízení pro klienta poté, co pan Václav přestal využívat služby hospice. Ve všech zmíněných kazuistikách je dobře patrné, že práce sociálního pracovníka v hospici není omezena pouze na vyřizování formálních činností, ale veliký důraz je kladen na komunikaci a terapeutické působení. Stává se pro klienta blízkou osobou, což však také přináší velké duševní zatížení v souvislosti se zdravotní prognózou klienta. Zde se také ukazuje důležitost péče o osobní kondici, relaxaci a prevenci proti syndromu vyhoření. Sociální pracovník stojí před těžkým úkolem najítí příslovečné „zlaté střední cesty“ mezi neosobním a chladným přístupem a přemírou osobní angažovanosti, na úkor jeho soukromého života a duševního zdraví.

Prostřednictvím dotazníkového šetření byly zjišťovány postoje, stanoviska a názory sociálních pracovníků hospiců v České republice na práci a požadavky spojené s výkonem své profese. Všichni respondenti jsou ženy. Každý respondent se považuje za součást hospicového týmu, ale i přesto čtyřem z nich nepřipadá podpora a informovanost ze strany vedení dostačující.

Co se týká ohodnocení, více než polovina dotazovaných pocituje, že bývá hodnocena nedostatečně. Nejčastějším ohodnocením je slovní odměna. Ukázalo se, že polovina dotazovaných se necítí být dostatečně vzdělávána i navzdory tomu, že se účastní povinného dalšího vzdělávání dle Zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Více než polovina tázaných považuje své zaměstnání nejen za povolání, ale také za poslání. Malá část respondentů odpověděla, že svou práci považuje za poslání, a pouze jeden z nich uvedl, že pro něj funkce sociálního pracovníka pouze povoláním.

Respondenti měli zvolit či uvést, jaké osobnostní předpoklady by měl mít sociální pracovník v hospici. Většina zvolila komunikační dovednosti a empatii, dále pak důvěryhodnost. Pouze jeden respondent uvedl přitažlivost. Respondenti však zmiňovali další

předpoklady: spolehlivost, umění vyrovnat se s umíráním a doprovázením, vyrovnanost, osobní zralost, ochota aj.

K činnostem, které respondenti nejčastěji vykonávají, patří zejména administrativní práce, komunikace a jednání s klientem, rodinou a pozůstalými, dále pak jednání se zájemcem o službu, evidence plateb za pobyt, jednání s úřady a dalšími zařízeními. Nejméně času tráví doprovázením klientů a komunikací v týmu, na což poukázal vždy 1 respondent.

Polovina dotazovaných uvedla, že nejčastěji využívá metodu rozhovoru a individuální práce s klientem.

Ani jednou se nevyskytl názor, že by úskalím při výkonu profese bylo doprovázení. K nejčastěji zmiňovaným problémům patří syndrom vyhoření a komunikace. Respondenti uvedli i další úskalí práce, zejména nedostatek času a rostoucí administrativu. S dalšími potížemi se setkávají v oblasti komunikace a doprovázení. Pouze jeden respondent zvolil možnost, že problémem je nedostatek informací o přáních klienta. Naopak za nejčastější problém označili situaci, kdy klient není informován o svém zdravotním stavu, dále pak pokud není dostatek času pro vyřízení nutných záležitostí dle přání klienta vzhledem k progredujícímu onemocnění aj. Většina respondentů uvedla, že se necítí být „vyhořelá“, pouze jeden z dotazovaných odpověděl, že se cítí být spíše vyhořelý. Ze způsobů prevence proti syndromu vyhoření tázání nejčastěji uvedli relaxaci, sport a aktivně trávený volný čas, využívání supervize, vytvoření si pěkného pracovního prostředí. Pouze ve dvou případech se v rámci prevence účastní různých seminářů a školení. Dále pak respondenti jmenovali další způsoby prevence, a to dlouhodobou dovolenou, péči o vztahy v rodině a s přáteli, pobyt v přírodě. Pouze polovina respondentů během své práce využívá supervizi, nejčastější je individuální a skupinová supervize. Intervizi a případovou supervizi nevyužívá žádný z respondentů.

Doporučení pro zkvalitnění sociální práce v hospici, která uvádím, vyplynula z výzkumného šetření. Prvním z nich je, aby sociální pracovníci nevykonávali veškeré činnosti spojené s péčí o klienty. Bylo by vhodné, kdyby hospic např. přijal pracovníka na evidování a kontrolování úhrad za poskytnuté služby. Dalším možným řešením by bylo zaměstnání dalších sociálních pracovníků, což by jim umožnilo více se věnovat jednotlivým klientům a jejich rodinám. Takto by se dalo předejít i přetěžování sociálních pracovníků, a tak i syndromu vyhoření a konfliktním situacím. Dalším doporučením je, aby měli sociální pracovníci možnost více se vzdělávat. Sociální pracovníci v hospici by jistě uvítali, kdyby ze strany vedení pocítili více podpory a byli lépe hodnoceni.

ZÁVĚR

Význam hospiců ve světě i u nás nelze zpochybňovat. Ke zlepšení bio-psycho-sociálního stavu klientů v hospicích, během jejich poslední etapy života, pozitivně přispívá nejen odborný zdravotnický personál, ale i další členové týmu, kněz, psycholog, dobrovolníci, sociální pracovník aj.

V jednotlivých hospicích se náplň práce sociálních pracovníků může dosti lišit. Na sociální pracovníky v hospici jsou často kladeny vysoké nároky a ne každý by mohl tuto činnost vykonávat. Jedním z požadavků je, aby byli sami vyrovnaní s vlastní smrtelností.

Hlavní cíle diplomové práce byly naplněny. Podařilo se na základě provedeného výzkumného šetření zjistit zajímavé údaje o sociálních pracovnících v hospicích v České republice. Na zpracovaných kazuistikách byly demonstrovány případy, kdy sociální pracovníce v hospici plnila běžné, ale i nestandardní úkoly.

Sociální pracovníci jsou pro hospic a především pro klienty a jejich rodiny přínosem. Bohužel jsou zahlceni narůstající administrativou a na přímý kontakt s klientem jim nezbývá dostatek času. Podstatným faktorem je i to, že samotným klientům obvykle příliš času nezbývá.

Sociální pracovníci jako hlavní osobnostní předpoklad pro výkon funkce sociálního pracovníka v hospici uvedli kromě empatie, komunikačních dovedností a důvěryhodnosti také spolehlivost, umění vyrovnat se s umíráním a doprovázením, vyrovnanost a osobní zralost.

Zajímavým zjištěním bylo, že většina sociálních pracovníků v hospici svoji práci považuje nejen za povolání, ale také za poslání. Jak již bylo zmíněno, sociální pracovníci nejčastěji vykonávají administrativní činnosti, komunikují a jednají s klienty, rodinou a pozůstalými. Prezentované výsledky poukazují na fakt, že využívají především metodu rozhovoru a individuálního jednání s klientem.

Sociální pracovníce v hospici spatřovaly největší úskalí své práce především v syndromu vyhoření, dále uváděly nedostatek času, rostoucí administrativu, nedostatečnou podporu až nezáměr ze strany vedení, příliš mnoho pracovních úkolů současně, aktuální úmrtí v blízké rodině, odmítnutí nemocného z důvodu plné kapacity a problematickou rodinu klienta. Alarmující zjištění bylo, že více než polovina sociálních pracovníků nepovažuje ohodnocení své práce za dostačující a polovina pracovníků by uvítala kromě povinného dalšího vzdělávání ještě jiné možnosti vzdělávání.

Studium dostupných pramenů, odborné literatury a řada uskutečněných setkání s konkrétními lidmi v hospicích, byla pro mě nejen profesně, ale i osobně velice přínosná a to především v oblasti komunikace s rodinou klienta. Stejně tak prohloubila můj obdiv a úctu k pracovníkům v hospicovém zařízení.

Jak jsem již na začátku závěru zmínila, význam hospiců v České republice je velký. Za několik let by bylo vhodné provést nové šetření, aby se ukázalo, jak se změnila sociální práce, názory a postoje sociálních pracovníků v hospici.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

FRANKL, Viktor E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 2006, 240 s. ISBN 80-7295-085-1.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, 1. vydání. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie - Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000, 1. vydání. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie-Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007, 2. vydání. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, 1. vydání. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007, 1. vydání. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 2. vydání. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.

KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1998, 6. vydání. 862 s. ISBN 80-04-26710-6.

Kol. autorů. *Hospicová péče v praxi*. Rajhrad: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, 2010, 1. vydání. ISBN 978-80-254-6594-3.

Kol. autorů. *Hospiz von A – Z*. Münster: ALPHA – Westfalen, 2008, 3. vyd. 24 s.

Kol. autorů. *Maßstäte für die Soziale Arbeit im Hospiz – und Palliativbereich*. Münster: Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz – und Palliativeinrichtungen in NRW a ALPHA, 2011, 2. vydání. 56 s.

Kol. autorů. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004, 1. vydání. 103 s. ISBN 80-239-2832-5.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Praha: Portál, 1997, 4. vydání. 147 s. ISBN 80-7178-429-X.

KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010*. Olomouc: ANAG, 2009, 3. vydání. 424 s. ISBN 978-80-7263-559-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Povídej – naslouchám*. Praha: Návrat, 1993, 1. vydání. 105 s. ISBN 80-85495-18-X.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha: H&H Jinočany, 1995, 288 s.

MAHROVÁ, G., M. VENGLÁŘOVÁ a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008, 1. vydání. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

MARKOVÁ, Alžběta a kol. *Hospic do kapsy – příručka pro domácí paliativní týmy*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2009, 1. vydání. 100 s. ISBN 978-80-254-4552-5.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003, 1. vydání. 384 s. ISBN 80-7178-584-2.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, 1. vydání. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O., P. KODYMOVÁ a J. KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010, 2. vydání. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.

MZČR ve spolupráci s Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče. *Standardy hospicové paliativní péče*. 1. vyd., 2006, 25 s.

MISCONIOVÁ, Blanka. *Péče o umírající–hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky, 1998, 96 s. ISBN 8023919156.

NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. Praha: Academia, 1998, 1. vydání. 592 s. ISBN 80-200-0689-3.

Náplň práce a popis pracovního místa lékaře v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci.

Kol. autorů PETRÁČKOVÉ, V., J. KRAUSE a kol. *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia, 2001, 1. vydání. 836 s. ISBN 80-200-0607-9.

Organizační struktura Hospice Anežky České v Červeném Kostelci

SLÁMA, O., L. KABELKA, J. VORLÍČEK, et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007, 1. vydání. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, 2010, 1. vydání. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.

STUDENT, J-CH., A. MÜHLUM a U. STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H & H Vyšehradská, 2006, 1. vydání. 161 s. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospic Anežky České se představuje*, Praha: Ecce homo, kapitola 3.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 2003, 5. vydání. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.

ŠPATÉNKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada Publishing, 2008, 1 vydání. 144 s. ISBN 978-80-247-1740-1.

ŠPINKOVÁ, Martina a kol. autorů Cesty domů. *Na cestách domů-Paliativní péče a dobré umírání*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2006, 48 s.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2007, 1 vydání. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VOKURKA, M., J. HUGO a kol. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 1995, 4. vyd. 409 s. ISBN 80-85800-28-4.

VORLÍČEK, J., Z. ADAM, Y. POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing, 2004, 2. vydání. 540 s. ISBN 80-247-0279-7.

Odborný časopis:

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Supervize není „suprová televize“. *Rezidenční péče*. 2010, č. 3, Marcom: Praha, 6. Ročník, ISSN 1801-8718.

KRAHULOVÁ, Katarína. Stres a syndrom vyhoření v pomáhajících profesích. *Sociální služby*. 2010, č. 10, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR: Tábor, 12. ročník, ISSN 1803-7348.

SOVADINOVÁ, Marie. Domácí hospicová péče. *Sociální služby*. 2011, č. 5, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR: Tábor, 13. ročník, ISSN 1803-7348.

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospic a jeho místo ve společnosti. *Sociální služby*. 2010, č. 11, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR: Tábor, 12. ročník, ISSN 1803-7348.

Legislativa:

ČESKO. Zákon č. 95 ze dne 29. ledna 2004 o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. In: *Sbírka zákonů České republiky*.

2004, částka 30, s. 1434-1451. Dostupný také z:

<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb030-04.pdf>.

ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289. Dostupný také z:

<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (zákon o nelékařských zdravotnických povolání). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 482-544. Dostupný také z:

<http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/krajsky-urad/zdravotnictvi/Vyhlaska-55-2011--cinnost-zdravotnickych-pracovniku.pdf>. ISSN 1211-1244.

Internetové zdroje:

Boromejky otevírají první oddělení paliativní péče v Praze. Dostupné na

<http://www.apha.cz/boromejky-oteviraji-prvni-oddeleni-paliativni-pece-v-praze/>

[online] [2011-12-13]

Dětský hospic. Dostupné na <http://www.klicek.org/hospic/index.html> [online] [2011-06-05]

Financování služby. Dostupné na

<http://www.dlbsh.cz/index.php?page=9&podpage=23&language=cz> [online] [2011-

12-13]

Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Dostupné na

<http://www.cervenykostelec.cz/zdravotnictvi-socialni-pece/hospic-anezky-ceske/2005-11-29.html> [online] [cit. 2012-03-25]

Hospicové hnutí v ČR. Dostupné na www.umenidoprovazet.cz/cs/Hospicove-hnuti-v-CR-30.htm [online] [2011-07-13]

Hospicová lůžka v jiných zdravotnických zařízeních. Dostupné na <http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/formy-hospicove-pece/> [online] [2011-07-13]

HUNEŠ, Robert. *Hospic – sociální fenomén moderní společnosti.* Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2008, str. 42-43. Dostupné na http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/Hunes-HOSPIC-SOCIALNI_FENOMEN_MODERNI_SPOLECNOSTI.pdf

Klub Podvečer. Dostupné na <http://www.cestadomu.cz/klub-podvecer.html> [online] [2011-10-11]

Kübler-Rossová Elisabeth. Dostupné na <http://www.silberschnur.de/autor/elisabeth-kuebler-ross/36> [online] [cit. 2012-03-25]

Mount Balfour. Dostupné na http://www.medicine.mcgill.ca/oncology/fac/Emeritus/facandstaff_show_Mount.asp [online] [cit. 2012-03-25]

Odlehčovací služba pobytová. Dostupné na <http://www.centrum-cercany.cz/hospic-dobrego-pastyre/odlehcovaci-sluzby-pobytove> [online] [2011-12-8]

Poslání asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Dostupné na <http://www.asociacehospicu.cz/o-asociaci/poslani-asociace/> [online] [cit. 2011-07-13]

PŘIDALOVÁ, Marie. *Sociální práce v paliativní péči.* Dostupné na <http://www.socialniprace.cz/soubory/socprac0210web-100624191331.pdf> [online] [2011-24-11]

Saint Christophers Hospice. Dostupné na http://www.sydenham.org.uk/se26_lawrie_park_road.html [online] [cit. 2012-03-25]

Saunders Cecily. Dostupné na <http://www.hospicpt.cz/prachatice/zakladatelka-hospicu> [online] [cit. 2012-03-25]

Svatošová Marie. Dostupné na <http://www.vira.cz/Texty/Clanky/Vzkaz-Marie-Svatosove-na-CT-k-shlednuti-i-online.html> [online] [cit. 2012-03-25]

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 Stáří

Obrázek č. 2 Cecily Sounders

Obrázek č. 3 Saint Christophers Hospice

Obrázek č. 4 Balfour Mount

Obrázek č. 5 Marie Svatošová

Obrázek č. 6 Hospic Anežky České v Červeném Kostelci

Obrázek č. 7 Mapa – lůžkové hospice v České republice

Obrázek č. 8 Elisabeth Kübler-Rossová

Obrázek č. 9 Organizační struktura hospice Anežky České v Červeném Kostelci

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Lůžkové hospice v ČR

Tabulka č. 2 „Uvedte, prosím, odkud jste nastoupil(a) do hospice?“

Tabulka č. 3 „Jak dlouho pracujete na pozici sociálního pracovníka v hospici?“

Tabulka č. 4 „Uvedte, prosím, kdo ve Vašem zařízení tvoří hospicový tým?“

Tabulka č. 5 „Cítíte se součástí tohoto týmu?“

Tabulka č. 6 „Uvedte, prosím, jaké osobnostní předpoklady by podle Vás měl(a) mít sociální pracovník(ce) v hospici.“

Tabulka č. 7 „Vyjmenujte, prosím, 3 nejčastější činnosti, které v rámci náplně práce sociálního pracovníka vykonáváte.“

Tabulka č. 8 „Cítíte se dostatečně vzdělávání?“

Tabulka č. 9 „V rámci práce se účastním dalšího vzdělávání dle zákona č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů?“

Tabulka č. 10 „V rámci dalšího vzdělávání absolvuji.“

Tabulka č. 11 „Uvedte prosím, jaké metody práce nejčastěji využíváte.“

Tabulka č. 12 „Uvedte, prosím, co Vás motivovalo k vykonávání profese sociální(ho) pracovnice(ka) v hospici?“

Tabulka č. 13 „Považujete svoje zaměstnání za povolání (zdroj příjmu) nebo spíše za poslání (smysluplná činnost, potřeba pomáhat)?“

Tabulka č. 14 „Připadá Vám podpora a informovanost při vaší práci ze strany vedení dostatečná?“

Tabulka č. 15 „Cítíte se dostatečně ohodnoceni?“

Tabulka č. 16 „Cítí se respondenti, kteří jsou dostatečně podporováni a informováni zároveň dostatečně ohodnoceni ze strany zaměstnavatele?“

Tabulka č. 17 „Jaké je nejčastější ohodnocení vaší práce?“

Tabulka č. 18 „Uvedte, prosím, co je pro Vás největším úskalím při výkonu Vaší profese?“

Tabulka č. 19 „Vyberte, prosím, s jakými problémy v komunikaci a doprovázení se během Vaší práce nejčastěji setkáváte?“

Tabulka č. 20 „Víte co je syndrom vyhoření?“

Tabulka č. 21 „Cítíte se „vyhořelí“?“

Tabulka č. 22 „Cítíte se více ohroženi syndromem vyhoření (jako sociální pracovník v hospici), než sociální pracovníci např. v domovech pro seniory apod.“

Tabulka č. 23 „*Jaká je Vaše prevence proti syndromu vyhoření?*“

Tabulka č. 24 „*Využíváte během své práce supervizi?*“

Tabulka č. 25 „*Jakou nejčastější formu supervize využíváte?*“

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Předpoklady a dovednosti sociálního pracovníka

Graf č. 2 Odkud sociální pracovník přišel do stávajícího zaměstnání

Graf č. 3 Kým je tvořen hospicový tým

Graf č. 4 Cítíte se součástí hospicového týmu?

Graf č. 5 Jaké osobnostní předpoklady by měl mít sociální pracovník v hospici?

Graf č. 6 Nejčastěji vykonávaná práce sociálního pracovníka v hospici

Graf č. 7 Cítíte se dostatečně vzdělávání?

Graf č. 8 Metody využívané při sociální práci v hospici

Graf č. 9 Je moje práce posláním nebo povoláním?

Graf č. 10 Jste spokojeni s podporou a informovaností ze strany vedení?

Graf č. 11 Cítíte se dostatečně ohodnoceni?

Graf č. 12 Cítí se respondenti, kteří jsou dostatečně informováni a podporováni zároveň i dostatečně ohodnoceni?

Graf č. 13 Nejčastější ohodnocení práce

Graf č. 14 Úskalí při výkonu profese

Graf č. 15 Nejčastější problémy v komunikaci a doprovázení

Graf č. 16 Cítíte se vyhořelí?

Graf č. 17 Je u Vás větší riziko syndromu vyhoření než u jiných sociálních pracovníků pracujících mimo hospicová zařízení?

Graf č. 18 Prevence respondentů proti syndromu vyhoření

Graf č. 19 Využíváte během své práce supervizi?

Graf č. 20 Nejčastější forma využívané supervize

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Náplň práce a popis pracovního místa - sociální pracovníce
- Příloha č. 2 Náplň práce a popis pracovního místa - lékař
- Příloha č. 3 Náplň práce a popis pracovního místa – všeobecná sestra
- Příloha č. 4 Dotazník pro sociální pracovníky v hospicích
- Příloha č. 5 Identifikační údaje respondentů

Náplň práce a popis pracovního místa

Název pracovního místa:	sociální pracovnice
Popis pracovního místa:	kvalifikovaný pracovník, který koordinuje a vykonává odborné činnosti v oblasti sociální péče, řeší sociálně právní a sociálně zdravotní problémy klientů v zařízeních zdravotnických a sociální péče, vede příslušnou dokumentaci
Spolupracuje s :	vrchní sestrou, staniční sestrou a lékaři, edukační pracovníci
Kvalifikační předpoklady:	střední odborné s maturitou v oblasti sociální péče
Požadovaná praxe:	v oboru sociální péče
Další vzdělání :	dle požadavku organizace a v souvislosti vykonávaným zaměstnáním

Hlavní činnosti, odpovědnost a úkoly:

- příprava podkladů pro příjem a propuštění klientů, depistážní činnost
- zabezpečují sociální agendu
- sociálně právní poradenství (pomoc klientům při pro propuštění z hospicové péče s vyhledáváním agentur domácí péče, pečovatelské služby apod.)
- analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti
- komunikace s rodinnými příslušníky klientů, poradenství ohledně dávek
- péče o pozůstalé
- úschova peněz klientů do trezoru, přejímání důchodů a evidence s tím spojená-zastupování v nepřítomnosti edukační pracovnice
- pomoc klientům při vyřizování jejich osobních záležitostí, dávek, finančních transakcí
- vyúčtování plateb za pobyt klientů
- vedení pokladny a její vyúčtování
- zodpovídá za tvorbu a realizaci standardů kvality sociálních služeb

Pracovní náplň (podrobný rozpis):

1. Jednání se zájemcem o službu:

- podávání informací zájemcům o službu (telefonicky, písemně, e-mailem, při osobní návštěvě)
- vedení evidence zájemců o službu a doručených žádostí

- spoluúčast při rozhodování o poskytnutí služby

2. Uživatel:

- podání informací v rozsahu uvedeném ve Smlouvě, nabídka dalších služeb, seznámení s provozem hospice, zjištění potřebných údajů v rozsahu

- sepsání Smlouvy o poskytování služeb

- zjištění osobních cílů uživatele a zapsání do Individuálního plánování

- vybírání poplatků za ZNSP, za noclehy a stravu doprovodů a telefonáty z pevné linky na pokoje

- v případě potřeby uživatele přehlášení důchodu

- řešení osobních problémů souvisejících a nemocí uživatele

- zprostředkování kontaktu s rodinou, známými, společenským prostředím

- pomoc při uplatňování práv a zájmů uživatele (vyřizování různých žádostí, zprostředkování kontaktu s odborníky - notář, advokát, pomoc při vypořádání majetkových a osobních vztahů)

- odborné sociální poradenství

3. Ukončení služby uživatele:

- finanční vyrovnání

- při propuštění v případě zájmu pomoc s vyhledáváním navazující sociální péče, poradenství, atd.

- v případě úmrtí pomoc pozůstalým, nabídka další pomoci, odeslání podkladů na matriku

- odeslání propouštěcí zprávy praktickému lékaři, při onkologické diagnóze i do onkologického registru

4. Ostatní:

- spolupráce se sociálními zařízeními, agenturami domácí péče, sociálními odbory MěÚ, matrikou, notáři, úřadem práce, pohřebními službami, poštou apod.

- v nepřítomnosti edukační pracovnice přijímání darů, vyplácení záloh na mzdu zaměstnanců, péče o trezor uživatelů, výdej pozůstalostí, půjčování a vracení kompenzačních pomůcek, vybírání poplatku PPÚOP, sepisování Smluv o zapůjčení kompenzačních pomůcek

- hmotná zodpovědnost, zaúčtování příjmových a výdajových dokladů do účetnictví

- vypsání podkladů pro zaslání potvrzení o přijetí finančních darů

- vypsání podkladů do Knihy živých

- evidence přijatých, propuštěných a zemřelých uživatelů

5. Péče o pozůstalé:

- poradenství osobně, telefonicky, písemně
- 1x za měsíc organizace a účast ve svépomocné skupině
- 4x v roce organizace a účast na Slavnostním zápisu do Knihy živých

Náplň práce a popis pracovního místa

Název pracovního místa:	lékař
Popis pracovního místa:	vysoce kvalifikovaný pracovník, který získal způsobilost vykonávat práci lékaře. Svoji činnost vykonává pod vedením lékaře se specializovanou způsobilostí. Provádí prevenci, diagnostiku a léčení chorob a chorobných stavů, spolupracuje s ošetřujícím personálem, zajišťuje příslušnou dokumentaci
Podřízené pracovní místo:	vrchní sestra, staniční sestra
Metodicky je řízeno (kým):	vedoucím lékařem
Metodicky řídí (koho):	vrchní sestru, staniční sestru, zdravotnický personál
Spolupracuje s :	ředitelem OCH, vrchní sestrou, staniční sestrou a zdravotnickým personálem
Kvalifikační předpoklady:	vysokoškolské – lékařská fakulta
Požadovaná praxe:	3 roky
Další vzdělání :	dle potřeby organizace a v souvislosti s vykonávaným zaměstnáním

Hlavní činnosti, odpovědnost a úkoly:

- Odpovídá po všech stránkách za svěřené pacienty, a to nejen po stránce diagnostické a léčebné, ale i po stránce ošetrovatelské, ve spolupráci se staniční sestrou
- Vždy ráno se seznámí se zápisem noční sesterské služby
- Účastní se ranní porady pracovního týmu
- Návštěvu u lůžka klienta provádí s pečlivým záznamem subjektivního a objektivního stavu.
- Odpovídá za určení a popis kategorie dietního režimu klienta a jeho denní aktualizaci podle stavu klienta
- Vizitu vykonává s písemným záznamem, eventuálně i s aktualizovaným diagnostickým závěrem u složitých stavů. Pokud to situace vyžaduje, provádí kontrolu zdravotního stavu svěřených pacientů častěji
- Dbá na racionálnost požadovaných pomocných vyšetření, v návaznosti na rozbor klinického stavu, účelnost opakování, předchází provádění duplicitních, diagnostických a terapeutických výkonů, a to i s ohledem na

vyšetření provedená v rámci ambulantního režimu nebo předchozích hospitalizací

- Závažnější změnu zdravotního stavu konzultuje s vedoucím lékařem
- Kontroluje podávání léků, dodržování diety a hygienickou úroveň i úroveň OP na svěřených pokojích
- V případě záchytu infekčního onemocnění zajišťuje odeslání pacienta na infekční oddělení, vyplnění hlášení a zajištění karanténních a protiepidemických opatření podle doporučení hygienické služby
- Zohledňuje zásady farmakoterapie, zohledňuje i ekonomické aspekty léčby
- Ve spolupráci se zdravotními sestrami se podílí i na psychologickém vedení pacientů
- Provádí příjem pacienta
- Provádí telefonickou konzultaci před přijetím klienta se zdravotnickým zařízením, příbuznými, všeobecným lékařem
- Provádí telefonickou konzultaci poskytovanou pacientům v domácí péči
- Vyplňuje tiskopisy pro zdravotní pojišťovny ve spolupráci se staniční sestrou
- Konzultuje se sociální pracovníci zabezpečení další péče po odchodu klienta z HAČ
- Zpracovává a průběžně vede veškerou dokumentaci související s hospitalizací klientů. Obzvláštní pozornost věnuje formální úrovni záznamu i reskripci opiátů (včetně razítka a podpisu)
- V případě závažného stavu zajišťuje doprovod při převozu pacienta s potřebnou dokumentací
- U pacientů, u nichž lze důvodně předpokládat, že by pro svůj zdravotní stav mohli ohrozit vlastní bezpečnost nebo své okolí, zajišťuje opatření k zábraně tohoto nebezpečí
- U umírajících pacientů je povinen oznámit zhoršení stavu příbuzným, v případě požádání zajistit návštěvu kněze.
- Úmrtí pacienta oznamuje bez odkladu příbuzným, informuje sociální pracovníci
- Úmrtí pacienta vždy zřetelně vyznačí v denním dekurzu s uvedením bezprostřední příčiny smrti a časového údaje, následně vyplní i předepsanou dokumentaci o úmrtí („List o prohlídce mrtvého“ a „Prohlížecký list mrtvého“).
- Při propuštění a úmrtí pacientů vypracuje závěrečnou zprávu a kompletně zkontroluje a uzavře veškerou dokumentaci (chorobopis, rekurz).
- V době pracovní pohotovosti na telefonu (dle rozpisu pracovní pohotovosti) je povinen se dostavit do HAČ
- Zpracovává rozpisy služeb lékařů

Náplň práce a popis pracovního místa

Název pracovního místa:	všeobecná sestra
Popis pracovního místa:	kvalifikovaná pracovnice, která poskytuje celostně zaměřenou ošetrovatelskou péči dospělým i dětem ve zdravotnickém zařízení, poskytuje informace o stavu pacientů z hlediska ošetrovatelské péče, zajišťuje podávání léků, asistenci lékařům, provádí odběr biologického materiálu, vede ošetrovatelkou dokumentaci
Nadřízené pracovní místo:	staniční sestra, vrchní sestra, lékaři
Podřízené pracovní místo:	ošetrovatel(ka),
Metodicky je řízeno (kým):	staniční sestrou, vrchní sestrou, lékaři
Metodicky řídí (koho):	ošetrovatelky(-e),
Spolupracuje s :	staniční sestrou, vrchní sestrou a lékaři, sociální pracovníci, psychologem, duchovním
Kvalifikační předpoklady:	středoškolské odborné vzdělání, nebo vysokoškolské
Požadovaná praxe:	hospicová péče
Další vzdělání :	kurz paliativní ošetrovatelské péče, dle potřeby organizace a vykonávaného zaměstnání

Hlavní činnosti, odpovědnost a úkoly:

Bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou

lékařem:

- 1) Vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti klientů, vyhodnocuje riziko proleženin, stav výživy, případně měří intenzitu bolesti
- 2) Pracuje v multidisciplinárním týmu a aktivně zjišťuje potřeby pacientů z oblasti biopsychosociální a spirituální
- 3) Vypracovává ošetrovatelský plán, pozorování, hodnotí a zaznamenává stav klienta, orientačně hodnotí fyziologické funkce
- 4) Poskytuje klientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně s pokyny lékaře

- 5) dbá na prevenci a vyhodnocuje riziko dekubitů, stav výživy, dle potřeby monitoruje intenzitu bolesti
- 6) Hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány
- 7) Sleduje a ošetřuje periferní žilní vstupy, subklávie, porty, subcutální zavedení kontinuálních dávkovačů
- 8) Provádí odsávání sekretů z horních dýchacích cest a zajišťuje průchodnost dýchacích cest
- 9) Ošetřuje veškeré stomie
- 10) Provádí polohování, posazování, provádí prevenci poruch z mobility
Zodpovídá za hygienickou a estetickou manipulaci se stravou, zodpovídá za rozdělování stravy podle diety klienta
- 11) Provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti klienta
- 12) Zajišťuje činnosti spojené s přijetím klientů a případným přemístováním
- 13) Provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťuje péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím klienta
- 14) Zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení léčivých přípravků, včetně návykových látek na oddělení, pravidelně kontroluje a zapisuje další potřebu na odd.
- 15) Zajišťuje přejímání, kontrolu, funkčnost a uložení zdravotnických přístrojů, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci
- 16) Dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu-pracuje podle desinfekčních a sterilizačních postupů a vede k tomuto i ostatní personál, preventivně se podílí na zamezení šíření nosokomiálních nákaz
- 17) Provádí odborný dohled při poskytování ošetrovatelské péče ošetrovatelkami a sanitáři
- 18) Podílí se na přípravě ošetrovatelských standardů
- 19) Řídí se platnými směrnici a týdenními rozpisy práce na den a noc
- 20) Řídí se směrnici zařízení

Na základě indikace lékaře:

- 21) Podává léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí
- 22) Zavádí a udržuje kyslíkovou terapii
- 23) Odebírá biologický materiál a zajišťuje jeho doručení do laboratoře
- 24) Provádí katetrizaci močového měchýře žen, pečuje o močový katétr
- 25) Aplikuje výživu sondou, případně žaludeční stomií

Příloha č. 4

DOTAZNÍK PRO SOCIÁLNÍ PRACOVNÍKY

Vážené sociální pracovnice/pracovníci,

jsem studentka Univerzity Palackého v Olomouci, kde studuji obor Pedagogika - sociální práce. Dovoluji se na Vás obrátit s dotazníkem, který je pro mě zdrojem informací pro výzkumnou část mé diplomové práce, která se týká osobnosti sociálního pracovníka v hospici. Dotazník je určen pro sociální pracovníky v hospicích.

Dotazování je anonymní a získaná data budou sloužit pro studijní účely. Pokud není u kladené otázky uvedeno jinak, zakroužkujte jednu z odpovědí.

Za vyplnění dotazníku Vám předem děkuji.

Ludmila Ondráčková

Identifikační údaje respondentů:

Pohlaví

- a) žena
- b) muž

Věk

.....

Nejvyšší dosažené vzdělání (zakroužkujte jednu z odpovědí)

- a) středoškolské
- b) středoškolské a odborný kurz
- c) VOŠ
- d) VŠ bakalářské – obor sociální práce
- e) VŠ bakalářské – jiný obor než sociální práce, vypište jaký

.....

- f) VŠ magisterské – obor sociální práce
- g) VŠ magisterské – jiný obor než sociální práce, vypište jaký

.....

- h) jiné uveďte.....

Délka pracovní praxe v sociální oblasti

.....

1. Uveďte, prosím, odkud jste nastoupil(a) do hospice? (zakroužkujte jednu z odpovědí)

- a) ihned po škole
- b) z jiného zaměstnání, které bylo zaměřeno na sociální oblast
- c) z jiného zaměstnání, které bylo zaměřeno na jinou oblast než sociální
- d) odjinud, vypište prosím

2. Jak dlouho pracujete na pozici sociálního pracovníka v hospici?

.....

3. Uved'te, prosím, kdo ve Vašem zařízení tvoří hospicový tým (např. sociální pracovník, psycholog, zdravotní sestra a další)?

.....
.....
.....

4. Cítíte se součástí tohoto týmu? (zakroužkujte, prosím, jednu z odpovědí)

- a) rozhodně ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) rozhodně ano

5. Uved'te, prosím, jaké osobnostní předpoklady by podle Vás měl(a) mít sociální pracovník(ce) v hospici? (zakroužkujte i více odpovědí)

- a) empatie
- b) komunikační dovednosti
- c) důvěryhodnost
- d) přitažlivost
- e) jiné, vypište prosím.....

6. Vyjmenujte, prosím, 3 nejčastější činnosti, které v rámci náplně práce sociálního pracovníka vykonáváte.

.....
.....
.....

7. Cítíte se dostatečně vzdělávání? (zakroužkujte, prosím, jednu z odpovědí)

- a) rozhodně ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) rozhodně ano

8. V rámci práce se účastním dalšího vzdělávání dle zákona č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů (zakroužkujte, prosím, jednu z odpovědí)

- a) ano
- b) ne

Pokud jste zakroužkovali ano u otázky č. 8, vyplňte prosím otázku č. 9

9. V rámci dalšího vzdělávání absolvuji (zakroužkujte i více odpovědí)

- a) akreditované kurzy a semináře
- b) odborné stáže v jiných zařízeních
- c) vnitřní vzdělávání
- d) jiné, uveďte prosím.....

Pokud jste zakroužkovali ne u otázky č. 8, vyplňte prosím otázku č. 10

10. Dalšího vzdělávání se neúčastním z důvodů: (zakroužkujte i více odpovědí)

- a) nedostatek času
- b) zaměstnavatel mi neumožňuje účastnit se akreditovaných kurzů nebo seminářů
- c) nemám zájem o další vzdělávání, jsem dostatečně vzdělán/vzdělaná
- d) jiný důvod, uveďte.....

11. Uveďte, prosím, jaké metody práce nejčastěji využíváte.

.....
.....
.....

12. Uveďte, prosím, co Vás motivovalo k vykonávání profese sociální(ho) pracovníce(ka) v hospici? (zakroužkujte i více odpovědí)

- a) považuji tuto práci za poslání
- b) nenašel/a jsem jiné zaměstnání
- c) mzda
- d) mám to blízko do práce
- e) jiné, vypište prosím

13. Považujete svoje zaměstnání za povolání (zdroj příjmu) nebo spíše za poslání (smysluplná činnost, potřeba pomáhat)? (zakroužkujte, prosím, jednu z odpovědí)

- a) povolání
- b) poslání
- c) obě možnosti platí

14. Připadá Vám podpora a informovanost při Vaší práci ze strany vedení dostatečná? (zakroužkujte, prosím, jednu z odpovědí)

- a) rozhodně ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) rozhodně ano

15. Cítíte se dostatečně ohodnoceni? (zakroužkujte, prosím, jednu z odpovědí)

- a) rozhodně ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) rozhodně ano

16. Jaké je nejčastější ohodnocení Vaší práce? (zakroužkujete, prosím, i více možností)

- a) finanční odměna
- b) slovní pochvala
- c) písemná pochvala
- d) „věcné“ odměny
- e) jiné, vypište.....

17. Uved'te, prosím, co je podle Vás největším úskalím při výkonu Vaší profese? (zakroužkujte i více možností)

- a) komunikace
- b) provázení
- c) syndrom vyhoření
- d) jiné, vypište prosím.....

18. Vyberte, prosím, s jakými problémy v komunikaci a doprovázení se během Vaší práce nejčastěji setkáváte? (zakroužkujte i více možností)

- a) nedostatek informací o přáních klienta
- b) nekomunikující klient
- c) klient není informován o svém zdravotním stavu
- d) rodina není seznámena se zdravotním stavem svého rodinného příslušníka
- e) klient není v kontaktu s rodinou
- f) nedostatek času pro vyřízení nutných záležitostí dle přání klienta vzhledem k progradujícímu onemocnění
- g) jiné, vypište prosím.....

19. Víte co je to syndrom vyhoření? (zakroužkujte, prosím, jednu z možností)

- a) ano
- b) ne

Stručná informace o syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se projevuje vyčerpáním, odcizením a poklesem výkonnosti. Syndrom vyhoření neboli Burnout syndrom se nejčastěji vyskytuje u lidí, kteří pracují v tzv. pomáhajících profesích. „Je to proces, který vzniká u některých osob dlouhodobě angažovaně a intenzivně pracujících s lidmi. Projevuje se na úrovni fyzické, psychické i sociální.“ Dochází k naprostému vyčerpání sil pracovníka, cítí se neodměněný, a to nejen finančně, podrážděný, doprovází ho pocity beznaděje a ztráty energie, velká emoční únava, která může být doprovázena úzkostmi či depresivními stavy. Syndromem vyhoření může být postižen každý, bez ohledu na dosažené vzdělání, inteligenci, věk, délku praxe nebo pohlaví

Prevenčí proti syndromu vyhoření je např. relaxace, pozitivní vztah člověka k sobě samému, dobrý kolektiv pracovníků, nepostradatelný je humor, aj.

20. Cítíte se „vyhořelí“? (zakroužkujte, prosím, jednu z možností)

- a) rozhodně ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) rozhodně ano

21. Cítíte se více ohroženi syndromem vyhoření (jako sociální pracovník v hospici), než sociální pracovníci např. v domovech pro seniory apod.?

- a) rozhodně ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) rozhodně ano

22. Jaká je Vaše prevence proti syndromu vyhoření? (zakroužkujte, prosím, i více odpovědí)

- a) využívám možnosti supervize
- b) relaxuji
- c) sportuji a aktivně trávím volný čas
- d) účastním se různých seminářů, školení na témata syndrom vyhoření, relaxační techniky apod.
- e) snažím se vytvořit si pěkné pracovní prostředí
- f) jiné, vypište prosím.....

23. Využíváte během své práce supervizi?

- a) ano
- b) ne

24. Jakou nejčastější formu supervize využíváte? (zakroužkujte, prosím, i více odpovědí)

- a) intervizi
- b) individuální supervizi
- c) skupinovou supervizi
- d) případovou supervizi
- e) supervizi vůbec nevyžívám

Identifikační údaje respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Muž	0	0	0
Žena	12	1	100

Tabulka Rozdělení respondentů podle pohlaví

Věk	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
20 – 29	5	0,42	42
30 – 49	5	0,42	42
50 – 59	1	0,08	8
60 a více	1	0,08	8

Tabulka Rozdělení respondentů podle věku

Dosažené vzdělání	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
Středoškolské	1	0,08	8
Středoškolské a odborný kurz	1	0,08	8
VOŠ	2	0,17	17
VŠ bakalářské obor sociální práce	3	0,25	25
VŠ bakalářské jiný obor	1	0,08	8
VŠ magisterské obor sociální práce	2	0,17	17
VŠ magisterské jiný obor	2	0,17	17

Tabulka Rozdělení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání

Délka praxe	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i	Relativní četnost v (%)
0 – 3 rok	5	0,42	42
4 – 6 roky	3	0,25	25
7 – 9 roků	2	0,17	17
10 – 12 roků	1	0,08	8
13 – 15 roků	1	0,08	8

Tabulka Délka pracovní praxe v sociální oblasti