

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Sociální práce s pozůstalými v domácí a lůžkové
formě hospicové péče v Královehradeckém kraji**

Bakalářská práce

Autor: Barbara Tauchmanová Omrťová
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností
Forma studia: kombinovaná
Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Hradec Králové, 2019



Zadání bakalářské práce

Autor: Barbara Tauchmanová Omrtová

Studium: U1699

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Název bakalářské práce: **Sociální práce s pozůstalými v domácí a lůžkové formě hospicové péče v Královéhradeckém kraji**

Název bakalářské práce AJ: Social work with bereaved at home and inpatient form of hospice care in Královehradeký region

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce bude zaměřena na sociální práci s pozůstalými v mobilní a lůžkové formě hospicové péče. Teoretická část se soustředí na poslání hospicové péče, její vývoj a dostupnost v dané lokalitě a také na práci sociálních pracovníků obecně a následně také konkrétně na sociální práci s pozůstalými. Praktická část bude provedena kvalitativní výzkumnou strategií, formou polostrukturovaných rozhovorů.

SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1. PARKES, C. M., RELF M., COULDRICK. A. Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-23-7 STUDENT, J., MÜHLUM, A., STUDENT, U. Sociální práce v hospici a paliativní péče. Vyd. 1. Jinočany: H+H, 2006. ISBN 978-807-3190-590. ŠPATENKOVÁ, N. Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3736-2.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Oponent: doc. JUDr. Olga Sovová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 29.6.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 9. 4. 2019

Barbara Tauchmanová Omrtová

Poděkování

Ráda bych podělovala doc. MUDr. Aleně Vosečkové, CSc. za její odborné vedení, laskavý přístup, cenné rady a čas, které mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala.

Děkuji také všem sociálním pracovnícím, které se účastnily výzkumného šetření.

Anotace

TAUCHMANOVÁ OMRTOVÁ, Barbara. *Sociální práce s pozůstalými v domácí a lůžkové formě hospicové péče v Královéhradeckém kraji*. Hradec Králové: Filozofická fakulta, Univerzita Hradec Králové, 2018, 63 s. Bakalářská práce.

Tato bakalářská práce se zabývá tématem sociální práce s pozůstalými v domácí a lůžkové formě hospicové péče. V teoretické části rozebírá téma smrti a podstatu tabuizace smrti. Obsáhlá část je věnována hospicovým zařízením. Je nastíněno jejich poslání a historický vývoj. Pro úplnost daného tématu je dán prostor také službám, které nabízejí, a pracovníkům, kteří jsou s nimi spjati. Práce dále obsahuje výčet a dostupnost konkrétních zařízení v Královéhradeckém kraji. Samostatná kapitola se věnuje sociální práci jako oboru. Poslední část je věnována přímo pozůstalým, na které je takto práce zaměřena. Je rozebrán fenomén truchlení, jeho proces a možné komplikace. Okrajově je zmíněna problematika poradenství pro pozůstalé. Praktická část se pak zaměřuje na zmapování sociální práce s pozůstalými v Královéhradeckém kraji, a to prostřednictvím kvalitativního výzkumu, který byl prováděn formou polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníky v daném kraji. Cílem práce je zmapování sociální práce s pozůstalými v hospicových zařízeních Královéhradeckého kraje a posouzení práce sociálních pracovníků.

Klíčová slova: hospic, pozůstalí, sociální práce, smrt, truchlení

Annotation

TAUCHMANOVÁ OMRTOVÁ, Barbara. *Social work with bereaved at home and inpatient form of hospice care in Královehradecký region*. Hradec Králové: Philosophical Faculty, University of Hradec Králové. 2019, 63 pp. Bachelor Degree Thesis.

The Bachelor thesis is presenting social work with bereaved people at home and inpatient form of hospice care. The theoretical part is dedicated to death and to the death taboo. Comprehensive part is devoted to hospice facilities. There is their mission and historical development outlined. For completeness of the topic there is a space for services, which they offer and their employees too. This thesis contains a specific list and availability of specific facilities in Královehradecký region. Individual chapter explains a meaning of a social work as a field. Last chapter is dedicated to bereaved people, who are the subjects of this thesis. There is a space for bereaving and its process and possibilities of complication. Marginally there is also described Bereavement Counselling. Practical part specialises in a mapping of the social work with bereaved people in Královehradecký region by using qualitative research strategy carried out by semi-structured interview with social workers in the region. Main goal is mapping of social work with bereaved people at hospice care in Královehradecký region and assessment of the work of social workers.

Keywords: hospice, bereaved, social work, death, mourning

Obsah

Úvod	10
1 Hospice.....	13
1.1 Thanatologie	14
1.1.1 Thanatopsychologie.....	14
1.1.2 Thanatosociologie.....	14
1.1.3 Thanatohistorie	14
1.2 Smrt.....	15
1.3 Historický kontext a historie hospiců v zahraničí a u nás.....	16
1.4 Služby a péče v hospicových zařízeních.....	16
1.5 Formy hospicových zařízení	17
1.5.1 Domácí hospice	17
1.5.2 Lůžkové hospice	18
1.6 Poskytované služby a pracovníci v hospici	18
1.6.1 Zdravotní tým	18
1.6.2 Psychologicko-duchovní tým	19
1.6.3 Dobrovolníci.....	19
1.6.4 Supervizor.....	19
1.6.5 Administrativní pracovník a fundraiser	20
1.7 Hospice v Královéhradeckém kraji.....	20
2 Sociální práce v hospicové péči	22
2.1 Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu	22
2.2 Osobnost sociální pracovnice v hospicové péči.....	24
2.3 Multidisciplinární tým a sociální pracovník jako jeho součást.....	25
2.4 Možné přístupy sociální práce v hospicích.....	25
3 Pozůstalí	27
3.1 Truchlení.....	27

3.2	Proces truchlení.....	28
3.3	Nekomplikované a komplikované truchlení	30
3.4	Rituály spojené se ztrátou blízkého člověka	31
3.5	Poradenství pro pozůstalé	32
	Shrnutí teoretické části	34
4	Výzkumné šetření.....	36
4.1	Cíl výzkumného šetření	36
4.2	Transformace dílčích výzkumných cílů do tazatelských otázek.....	36
4.3	Výzkumná strategie	38
4.4	Etická rizika provedení výzkumného šetření	39
4.5	Organizace a průběh výzkumného šetření	39
5	Analýza, interpretace a vyhodnocení získaných dat	41
5.1	DVC 1. Zjistit postoj pozůstalých ke smrti a vnímání úlohy hospiců v této souvislosti.	41
5.1.1	DVC 1.1. Zjistit, kdy a jak se pozůstalí kontaktují na hosp. zařízení.....	41
5.1.2	DVC 1.2. Zjistit, jak jsou hospic a smrt vnímány ze strany pozůstalých.	42
5.2	DVC 2. Zjistit, jak významnou roli hrají v práci s pozůstalými rozdílnosti hospiců (církvní/necírkvní organizace; mobilní/lůžkový hospic)	43
5.2.1	DVC 2.1. Zjistit jaký vliv má na práci s pozůstalými forma hospicové péče (domácí/lůžkový)	43
5.2.2	DVC 2.2. Zjistit jaký vliv má na práci s pozůstalými zřizovatel (církvní/necírkvní organizace).....	44
5.3	DVC 3. Zjistit, jakou roli sehraává sociální pracovník vzhledem k truchlícím.	44
5.3.1	DVC 3.1. Zjistit, jestli sociální pracovnice vnímá sebe samu jako odborníka na práci s pozůstalými.	45
5.3.2	DVC 3.2. Zjistit, jestli je práce sociální pracovnice nahraditelná jinými členy týmu.	45
5.3.3	DVC 3.3. Zjistit, jakým způsobem sociální pracovnice pracuje s pozůstalými klienty.....	46

5.4	DVC 4. Zjistit, jakým způsobem lze vylepšit práci s pozůstalými v hosp.	48
5.4.1	DVC 4.1. Zjistit, jaká je poptávka, jestli by šla služba rozšířit a jakým způsobem zaštitit poradenství po odborné stránce.....	48
6	Diskuze výsledků	50
	Závěr.....	55
	Seznam zdrojů	58
	Seznam tabulek.....	63
	Seznam příloh.....	63

Úvod

V této práci se budu věnovat sociální práci s pozůstalými v hospicové péči. Smrt je jistým ohraničením našeho života. Ať již věříme v posmrtný život, v reinkarnaci nebo jen v temnotu, všichni se se smrtí setkáme. Velmi pravděpodobně se také setkáme se smrtí našich blízkých, a to, jak se s touto životní změnou vyrovnáme, není často předvídatelné i pro nás samé.

Jako budoucí zdravotní sestra jsem se poprvé setkala s umíráním v době letní brigády, když mi bylo kolem 16 let. Utrpení, osamělost a strach z přicházející smrti mě hluboce zasáhly, stejně jako otupělost zdravotníků, kterým na nedůstojném a útrpném umírání nepřišlo již nic zvláštního. Možná největším šokem pak pro mě bylo sdělování informace o smrti milovaného člověka jeho příbuzným. Jako by se soucit a dobro vytratily. Změnilo se tak moje vnímání smrti, a také jsem začala přemýšlet o zdravotnickém personálu, jako o skupině osob, které mohou významně ovlivnit způsob, jakým člověk umírá a přijímá smrt jiných. Také můj náhled na blízké zemřelých se proměnil. Pro ně byla smrt vždy šokem, byť ji čekali. Šokem jak citovým, tak často i sociálním a existenčním. Byli nuceni čelit nejen svému smutku, ale také soucitným pohledům a nutnosti zařizovat praktické věci. Pokud skvěle nefungovala širší rodina, na vše byli sami. Nikdo je neprovázel, ale vlastně ani neposlouchal a neposkytoval jim odpovědi na otázky, které by pro ně v těch chvílích bývaly byly tolik důležité. V hlavě mi uvízla otázka, kterou pozůstalí často opakovali ve vztahu k umírajícímu: „Netrpěl/a?“ Avšak nebyl nikdo, kdo by tam pro ně byl. I když je tato zkušenost stará již 15 let, je pro mne stále natolik hluboká, že mne přivedla ke studiu sociální práce s osobami se sníženou soběstačností. Již několik let zpětně sleduji hospicové hnutí a jeho práci jak ve Vrchlabí, odkud pocházím, tak v přílehlém regionu. Bylo tedy nasnadě prozkoumat téma hospiců z bližšího pohledu, přičemž jsem se vzhledem k předchozím zkušenostem zaměřila na práci s pozůstalými. Má se pozůstalý na koho obrátit, pokud si se svým žalem neví rady? Je dostupnost těchto služeb dostačující? Mohu s někým sdílet svůj smutek, a to i dlouhodobě? Právě tyto otázky mě přivedly k tématu sociální práce s pozůstalými, a proto jsem se rozhodla soustředit se na pomoc pozůstalým v kraji, odkud pocházím.

Hlavním cílem práce bude zmapování práce s pozůstalými v hospicových zařízeních Královehradeckého kraje a posouzení práce sociálních pracovníků, pomocí polostukturovaných rozhovorů v zimě 2019.

Téma hospicové péče je v našich podmínkách stále poněkud tabuizované. Nedávno spuštěná kampaň „DOMA“ upozorňuje na existenci domácích hospiců a také na touhu lidí umírat v domácím prostředí. Česká společnost se již delší dobu pohybuje na vrcholech žebříčku četnosti výskytu karcinomu tlustého střeva; podobně je tomu i u ostatních forem rakovin. Právě pacienti s infaustní¹ nemocí, tedy ti, kterým již moderní medicína nemůže léčebně pomoci, jsou nejčastějšími pacienty (klienty) hospiců. A je jen málo rodin, které nemají konkrétní zkušenost s úmrtím na zhoubný nádor (a jeho komplikace), na nejrůznější choroby, které již nejsou léčitelné nebo prostě jen se smrtí, která přišla v pozdním věku. Proto je problematika pozůstalých velmi společensky aktuální, a právě sociální pracovníci jsou styčným bodem v komunikaci mezi umírajícím, jeho rodinou a okolním světem. Tato komunikace přitom zahrnuje jak formální záležitosti týkající se využívání služeb hospicové péče, tak jsou sociální pracovníci často prvním člověkem, se kterým zájemci o služby hospicové péče mluví. Proto věřím, že téma práce s pozůstalými patří právě do rukou sociálních pracovníků. Tato práce by mohla pomoci hospicům v okolí k rozšíření forem pomoci pozůstalým, k možné otevřenosti k těmto službám a snad i ke zplnomocnění sociálních pracovníků mimo hospicová zařízení, k aktivnímu přístupu na cestě pomoci truchlícím. Myslím, že v České republice je práce s pozůstalými stále málo rozvinutý obor a jako budoucí sociální pracovníci, ale také jako dcera, manželka a matka, cítím potřebu toto odvětví více odkrýt a věnovat mu náležitou pozornost.

Tato bakalářská práce je určena především odborníkům z praxe – pracovníkům hospiců, vedoucím pracovníkům a sociálním pracovníkům v širší komunitě. Mohla by také nalézt čtenáře mezi lékaři a zdravotními sestrami nebo všeobecně mezi pomáhajícími profesemi, které přijdou do styku s pečujícími a pozůstalými osobami.

Téma hospicové péče leží na pomezí mezi zdravotními a sociálními službami (poskytuje obě služby); v této práci na předmětnou problematiku nahlížím především z hlediska sociální práce, nelze však přitom ztrácet ze zřetele, že se nutně prolíná také se zdravotními tématy. Z tohoto důvodu v této práci používám jak označení „pacient“, tak označení „klient“. Tato označení se od sebe liší a pacient je ve většině případů přiřazován ke

¹ „Pojem infaustní znamená „nepříznivý“ a je používán k popisu prognózy daného pacienta. V běžné praxi tento termín chápeme ještě negativněji a překládáme si jej jako „beznadějný“. Jedince s infaustní prognózou považujeme za nevléčitelně nemocného a obvykle umírajícího.“ (Štefánek, 2019)

zdravotnímu diskurzu. Naopak „klient“ je spíše označením využívaným v sociální práci. Sousloví uživatel služby, které je někdy používáno, mi nepříjde v této souvislosti vhodné, proto jej záměrně neužívám.

Kvantitativní výzkum jsem vyloučila z důvodu předpokládaného nedostatku respondentů na krajské úrovni. Jako výzkumnou metodu jsem zvolila kvalitativní formu pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Velkou roli ve výběru metody, hrál také předpoklad, že míra zainteresovanosti jednotlivých sociálních pracovníků může být různá. Navíc se může jednat o téma dosti křehké (kdy není vhodné „odbýt“ ho dotazníkem), například v případě, cítí-li pracovníci potřebu takovéto služby, ale není jí nakloněno vedení nebo například není možná z důvodu financování.

Tato bakalářská práce začíná pohledem na hospicové hnutí. Nastíním krátkou historii hospiců České republiky a také v zahraničí. Budu se věnovat rozdělení hospiců na domácí a lůžkové s přihlédnutím ke specifickým, výhodám a nevýhodám obou forem. Přijde mi logické také v této části zařadit kapitolu o thanatologii, protože téma umírání a smrti úzce souvisí s hospicovou problematikou. Poslední podkapitolu věnuji konkrétním hospicům v Královhradeckém kraji, se zaměřením jednak na jejich historii, jednak na jejich zřizovatele. Předpokládám, že to mohou být podstatné proměnné ve výzkumné části. Dále navážu kapitolou o sociální práci všeobecně a konkrétně také o specifikách sociální práce s pozůstalými. Tuto kapitolu zaměřím na rozdíly mezi klasickou sociální prací tak, jak jí vnímá odborná společnost (konflikt mezi pomocí a kontrolou) a sociální prací s umírajícími a potažmo s pozůstalými. V závěrečné kapitole navážu na předchozí specifika a budu se věnovat péči o pozůstalé a poradenství s tím souvisejícím. Zaměřím se na různé perspektivy vyrovnání se se ztrátou blízkého člověka a budu se také věnovat truchlení, jako nezbytné součásti vyrovnání se se ztrátou blízké osoby. U truchlení cítím jako nutnost nastínit také dělení na nekomplikované a komplikované truchlení a přiblížit, jak jednotlivé typy rozpoznat a jakým způsobem s nimi sociální pracovník může pracovat. Navážu kapitolou o rituálech spojených s úmrtím jedince a krátce nastíním také možnosti poradenství pro pozůstalé. Následuje shrnutí teoretické části. Budu pokračovat metodickou částí, která specifikuje dílčí cíle a výzkumné metody. V podkapitolách se budu věnovat také organizaci a průběhu výzkumu, stejně jako etickým rizikům. Systematicky navážu interpretační částí a závěrem.

1 Hospice

Předně je třeba zabývat se definicí pojmu hospice, a je vhodné začít definicí legální. Ustanovení § 44 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, stanoví, že *„hospicem se rozumí poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby nevyléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Hospic pacientům a jejich osobám blízkým zpravidla poskytuje i další navazující služby podle jiných právních předpisů.“* (Zákony pro lidi, 2018) Zákon o zdravotních službách rovněž stanoví, že hospic může uzavřít smlouvu se zdravotní pojišťovnou a za vykázané úkony pojišťovna proplatí výkon podle úhradové vyhlášky platné od 1. 1. 2018. (Váňová, 2018) Zákon č. 108/2006 Sb. zmiňuje hospice pouze v souvislosti s výplatou příspěvku na péči. Ze sociálních služeb mají hospice zpravidla registrované pouze sociální poradenství. (Zákony pro lidi, 2018) Přípravovaná novela z roku 2017, související se zákonem č. 108/2006 Sb., která by upravovala sociální službu péče o osoby v terminálním stádiu, nebyla schválena. (Váňová, 2018) Dále se právním rámcem spojeným s hospicovou péčí, zabývá Metodický pokyn k poskytování mobilní specializované paliativní péče, který specifikuje pacienta, metody a poskytovatele dané paliativní péče. Ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví sestavil tým odborníků a také zástupců všech mobilních hospiců a jejich organizací Standardy mobilní specializované péče (MSPP). Ty byly schváleny a přijaty 6. 11. 2018 a mohou být podkladem pro definici mobilní hospicové péče jako zdravotní služby. (Váňová, 2018) Hospic, jakožto zařízení nabízející služby jak zdravotní, tak sociální, se tedy dostává do poněkud ambivalentní role, kdy sice obě služby (zdravotní i sociální) de facto poskytuje, avšak odpovídající právní rámec stále chybí.

Na webových stránkách www.hospice.cz je o poslání hospice řečeno následující: *„Hospic je specializované zařízení, poskytující tzv. paliativní péči, tedy péči zaměřenou na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší, na rozdíl od standardní lékařské (kurativní) péče zaměřené na léčbu nemoci. ... Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti, a z jeho potřeb: biologických, psychologických, sociálních a duchovních. V hospicích je akcentován duchovní rozměr péče, který obvykle v nemocnicích chybí. Proto jsou standardně jako součást profesionálních týmů v hospicích navíc přítomni sociální pracovník, psycholog, teolog. Přijímání jsou ovšem všichni nemocní bez ohledu na vyznání.“* (Hospice.cz, 2010)

S ohledem na téma této bakalářské práce se jeví jako pozoruhodnější a zároveň více odpovídající právě citovaná definice z webového zdroje.

1.1 Thanatologie

Thanatologie se jako vědní obor formovala teprve nedávno, avšak o smrti jako takové uvažuje lidstvo již odedávna. Thanatologie je interdisciplinární obor, který se snaží nahlížet na smrt z hlediska různých vědních disciplín a zahrnout tak pohledy na smrt z pohledu biologického, psychického, sociálního, sociologického. Původ samotného slova je v řeckém jméně boha smrti *Thanatos*, *logos* je označení pro slovo, vědu. (Feldman dle Špatenková, 2014)

1.1.1 Thanatopsychologie

Dalším z oborů, které souvisejí s umíráním, ale nahlízejí na něj již z konkrétnějšího úhlu je thanatopsychologie, která se zbývá psychologickým pohledem na smrt, tedy na to, jak člověk smrt vnímá a prožívá, jakým způsobem reaguje nejen na vlastní smrtelnost, ale také na ztrátu blízkého člověka nebo na smrt a umírání všeobecně. Zde je definováno tzv. povědomí o smrti. Za zakladatele thanatopsychologie může být považován Sigmund Freud, a to především díky eseji Truchlení a Melancholie, který je dodnes hojně využíván jako podklad pro mnohé teorie. (Špatenková, 2014)

1.1.2 Thanatosociologie

Jak je z názvu patrné, jedná se o vědní obor, který v sobě zahrnuje thanatologii a sociologii. Jde o disciplínu, která nahlíží na smrt jako na faktor ovlivňující celou společnost, a na to jak a jakým způsobem se společnost vyrovnává se smrtí, jaké z toho plynou důsledky, a co způsob našeho vnímání smrti přináší lidské kultuře. Zajímavé je to především z pohledu sebevraždy a kolektivních hodnot. (Špatenková, 2014)

1.1.3 Thanatohistorie

Specifickou částí thanatologie je thanatohistorie, která se zbývá vývojem přístupu ke smrti (Aries, 2000). Předmětem jejího zkoumání jsou různé modely, které se historicky uplatňovaly. V kontextu prožívání umírání všeobecně je vidět i průběh změny vnímání smrti pozůstalými. Aries nastínil několik modelů smrti: smrt ochočená, smrt sebe sama, smrt vzdálená i blízká (resp. smrt vzdálená a přesto hrozící), smrt blízkého (resp. smrt těch druhých), smrt převrácená (resp. neviditelná). Tyto přístupy k smrti se měnily v průběhu mnoha století. Od období první světové války se smrt převrátila. Smrt postupně opouští komunitu (dříve truchlila například celá vesnice) a stěhuje se spíše do soukromí,

ztráta a truchlení je určeno pro rodinu (ne širší komunitu). Začíná se projevovat její potlačení a vytlačení na okraj společnosti, přichází značná míra institucionalizace. Na našich bližních nám záleží tolik, že pro ně chceme to nejlepší – co nejlepší péči, která se (možná zdánlivě) nabízí v nemocnicích, a tak došlo k přenesení umírání (a tím i zodpovědnosti) za zdi nemocnice, LDN a na nemocniční personál. (Aries, 2000)

1.2 Smrt

Smrt je součástí lidského společenství a kultury, stejně tak jako zrození a život sám. U smrti se rozlišuje několik období, týkající se blízkosti smrti:

- Období *pre finem* (před umíráním), kdy je oznámena diagnóza a toto období může být někdy značně dlouhé. Významnou roli zde hrají stádia procesu umírání.
- Období *in finem* (období vlastního umírání) jde o konkrétní umírání – fyzickou smrt. Jedna u možných definic smrti je: „*Smrt se zjišťuje prokázáním nevratné zástavy krevního oběhu a nevratané ztráty funkce celého mozku, včetně mozkového kmene*“ (Truhlářová, Levická, Vosečková, Mydlíková, 2015, s. 55) Avšak agónie, stav před definitivní smrtí, může trvat i několi dní, či týdnů.
- Období *post finem* (po smrti) charakterizuje thanatopraxi a také prožívání smrti blízkého člověka pozůstalými. (Špatenková et al, 2014)

Pro účely této práce se jeví jako zásadní období *post finem*. V návaznosti na předchozí kapitolu bude rozebrán současný pohled na smrt. V posledním století došlo ke značné institucionalizaci smrti. Znamená to přesun smrti do různých institucí – ať jsou to nemocnice, LDN nebo hospice. S tím souvisí také medikalizace smrti – umírá se pod dohledem lékařů, často s intenzivní dlouhodobou léčbou. Ve studii Awareness of dying (Vědomé umírání) definovali autoři Glasser a Strauss způsoby úmrtí jako „dobrá smrt“ („*Acceptable style of facing dead*“), kdy zemřeme ve spánku, při autonehodě a podobně, takže na strach nebo přemýšlení o smrti nemáme čas. Protikladem k tomu je „špatná smrt“ („*Embarrassingly graceless dying*“), kdy pacient ví, že umírá, trápí se a má bolesti. (Glaser a Strauss, 2017) S medikalizací smrti souvisí také depersonalizace, kdy umíráme osamoceni a osamělí, ačkoliv naše přání mohou být jiná. Podle průzkumu agentury Stem/Mark si 80 % lidí přeje dožít a zemřít v domácím prostředí. Realita je však zcela jiná a naopak 80 % lidí umírá v ústavní péči, bez možnosti být se svými blízkými. (Pergl, 2015) Střední cestou mezi umíráním doma a umíráním v ústavních zařízeních jsou právě hospice.

1.3 Historický kontext a historie hospiců v zahraničí a u nás

Dle výše zmíněného Ariese, který poukazoval na proces vnímání umírání a smrti v průběhu staletí, je nyní lidstvo v etapě převrácené smrti (Aries, 2000), kdy je toto období života značně tabuizované a odsunuté na okraj společnosti. Tak jako u mnoha sociálních a zdravotních služeb, byla u zrodu prvních hospiců církve a kláštery. William Rathbon společně s Florence Nightingale v Anglii spoluzaložili první školu pro zdravotní sestry a podobné organizace vznikaly také od roku 1885 v USA. Tato aktivita položila kořeny domácí péči o chudé a nemocné. Avšak hospic, jak je vnímán dnes, přichází až ve 20. století, kdy v roce 1967 založila Cecily Sandersová první Hospic svatého Kryštofa (St. Christopher Hospice) v Londýně. (Tomeš, Dragomirecká a kolektiv, 2015)

V České republice hospicové hnutí nemělo snadnou cestu. Na počátku 20. století se služby domácí péče ujal Československý červený kříž, avšak po roce 1948 byla domácí péče přesunuta do rukou státního zdravotnictví, a kromě dvouleté výjimky (1950-1952) tak setrvalo až do roku 1989. Po roce 1989 se o prosazení založení hospicové péče snažila MUDr. Marie Opatrná, ale samotná realizace se nepodařila. V roce 1992 bylo zřízeno zařízení poskytující paliativní péči v Babicích nad Svitavou, ale posléze bylo převedeno na LDN (Tomeš, Dragomirecká a kolektiv, 2015). Od roku 1990 se role propagátorky hospicového hnutí zhostila MUDr. Marie Svatošová, která je dodnes nazývána matkou hospicového hnutí v České republice. Tato žena, původním povoláním praktická lékařka, oceněná medailí za zásluhy o Českou republiku, je dodnes tváří Českého hospicového hnutí. Právě jí se podařilo přes mnoho překážek otevřít v roce 1996 úplně první hospic v ČR, a to Hospic svatě Anežky České v Červeném Kostelci. (Tyc, 2017)

1.4 Služby a péče v hospicových zařízeních

Hlavní myšlenkou hospicového hnutí je zajistit umírajícím lidem v terminálním stádiu, důstojnou smrt. Obecně se tato péče nazývá paliativní. Jako paliativní se označuje taková léčba, která nemá za cíl vyléčit onemocnění (nejde tedy o tzv. kurativní léčbu), nýbrž usiluje především o zmírnění utrpení spojené s nevléčitelnou nemocí. (Tomeš, Dragomirecká a kolektiv, 2015) Na rozdíl od léčby kurativní se nevěnuje pouze fyzické stránce člověka, ale spojuje v sobě i péči psychologickou, sociální a spirituální a snaží se tak o holistický přístup. WHO² definovala paliativní péči jako „*přístup zlepšující kvalitu*

² World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zajištění, vyhodnocení a řešení bolestí a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.“ (World Health Organisation, 2018) V paliativních a hospicových týmech jde především o multidisciplinární zapojení odborníků. Paliativní týmy dnes vznikají v rámci nemocnic, léčeben dlouhodobě nemocných a dalších, převážně zdravotních zařízení. Hospicová péče je zpravidla samostatně fungující subjekt.

1.5 Formy hospicových zařízení

Obecně lze rozlišit tři formy hospicových zařízení. Prvním je lůžková (kamenná) forma, druhým mobilní (domácí) forma a v zahraničí také denní stacionáře. (Hospice.cz, 2010) Tato práce se zaměřuje především na první dvě formy, protože jsou v České republice nejrozšířenější. Denní stacionář je v současné době provozován pouze Mobilním hospicem Ondrášek se zaměřením na dětské klienty, pacienty. (Mobilní hospic Ondrášek, 2017)

1.5.1 Domácí hospice

Domácí hospic představuje často nejlepší formu péče o umírající. Zásadním předpokladem pro možnost využití této služby je však primárně fungující rodina. Tento předpoklad je nezbytný, protože jsou to právě členové rodiny, kteří především pečují o umírajícího. Na druhou stranu je právě možnost využití mobilního hospice tím, co pečující rodině uleví a umožní doprovodit umírajícího až do konce. Samozřejmě i tato služba má své limity. Především je třeba říci, že na straně rodiny vyžaduje zvládnání péče o nemocného člověka mnoho jak psychických, tak fyzických sil. Dalším limitem mohou být také zcela pragmatické důvody, jako nemožnost uzpůsobení prostředí (bydlení) k zajištění odpovídající péče nebo chybějící dostupnost mobilního hospice v okolí. (Svatošová, 1999) Evropská unie, resp. Doporučení Rady ministrů Evropské unie pro členské státy týkající se organizace paliativní péče, klade velký důraz na rozšíření hospiců mobilního typu, stejně jako autoři publikace Rozvoj hospicové péče a její bariéry a stejně jako respondenti výzkumu v této publikaci. Podle průzkumu z roku 2013 touží naprostá většina obyvatelstva zemřít v domácím prostředí. (Tomeš, Drgomirecká a kolektiv, 2015) Také pro veřejné rozpočty je péče o pacienty v terminálním stádiu méně nákladná, je-li více využíváno služeb domácích hospiců.– A konečně si lze klást otázku, proč přesouvat péči o umírající do ústavů, existuje-li možnost zajistit vysokou kvalitu jejich života a zmírnit jejich utrpení v domácím, dobře známém a bezpečném prostředí. Přesto anebo

právě proto jsou v ČR konflikty mezi různými poskytovateli služeb. Příčin je hned několik: rivalita o platby za lůžko, nedostatečná specifikace a rozlišení služeb domácího hospice a domácí péče, a také poměrně vysoká neznalost principů a služeb hospicové péče jak laickou veřejností, tak lékaři (Tomeš, Drgomirecká a kolektiv, 2015)

1.5.2 Lůžkové hospice

Na první pohled se může zdát, že lůžkový hospic je jen jinou formou nemocnice. Jedná se totiž, podobně jako v případě nemocnice, o zařízení, kde se zdravotnický personál, v čele s lékaři a zdravotními sestrami, stará o pacienta. Poslání hospice, jak nastiňuje úvod kapitoly, se však značně liší od poslání nemocnice, a i samotné fungování této instituce je jiné. První výrazná rozdílnost se vztahuje k návštěvám, které nejsou nijak časově omezeny, naopak jsou velmi vítány. Dalším rozdílným faktorem je důraz na udržení kvality života: pacient používá své oblečení, není buzen, může zařízení (po domluvě) opouštět. Hospice mají společné prostory, které slouží k setkávání jednotlivých klientů, návštěv a dobrovolníků. Samotné prostředí se snaží být přátelské a navozovat atmosféru domova. Samozřejmostí je personifikovaná výzdoba a zařízení pokoje. (Svatošová, 1999)

1.6 Poskytované služby a pracovníci v hospici

Hospicová péče je střetem zdravotní a sociální služby. Zdravotní hledisko je zohledněno v léčbě bolesti, zmírnění fyzického utrpení. S tím úzce souvisí ošetrovatelská péče. Na druhou stranu právě poslání hospice a celý koncept hospicového hnutí poukazuje na neméně podstatnou část, kterou je právě psyché, sociální otázky umírajícího, a spirituální aspekt, který je často na konci života, kdy nezbývá mnoho času, zásadní. Z toho také vyplývají pracovní pozice, které se v hospicích vyskytují. Požadavky na většinu pracovníků, co se týče jejich odbornosti, jsou převážně dány zákonem, vždy konkrétně k jednotlivým profesím. K multidisciplinárnímu týmu v hospicích patří (nebo by měli patřit) lékaři, zdravotní sestry, ošetrovatelky, fyzioterapeuti, sociální pracovníci, duchovní, dobrovolníci, fundraiser, supervizor a administrativní pracovník.

1.6.1 Zdravotní tým

Zdravotníci se v rámci hospicové služby zaměřují především na fyzickou stránku umírání, respektive fyzickou snesitelnost posledních dnů v životě bez bolesti. Klíčovou postavou v tomto směru jsou lékaři, bez nichž hospic nemůže fungovat. Předepisují léky, píšou poukázky na materiál a jsou jediní oprávnění ke sdělování informací souvisejících

s diagnózou a prognózou. Jsou také často zakladateli (avšak většinou spolu s dalšími budoucími pracovníky). Zdravotní sestry podávají léky tišící bolest, věnují se stomiím, převazům ran, aplikaci léků nezbytných k udržení dobré kvality života. Jsou v nejčastějším kontaktu s pacientem, a proto často suplují práci sociální pracovnice. Ošetřovatelky jsou zpravidla v lůžkových zařízeních a věnují se praktickým věcem, jako je výměna ložního prádla, pomoc se sebeobsluhou aj.

1.6.2 Psychologicko-duchovní tým

Zásadním posláním hospice je předejít tomu, aby člověk umíral osamoceně. Samotné vyrovnání se s vlastní blížící se smrtí je velmi náročné, proto by měl být součástí týmu také psycholog. Otázky směřující k tomu, co následuje po vlastní smrti, mohou klienty děsit a nezřídka na ně nenalézají odpovědi; proto by měl být součástí týmu také duchovní. Evropská kultura vychází z křesťanství a ať již chceme nebo ne, jsem jím obklopeni. Spiritualita ke konci života nabývá na významu.

1.6.3 Dobrovolníci

Téma dobrovolnictví je v hospicové péči velmi aktuální. V zahraničí je tento fenomén mnohem rozšířenější než u nás, přesto i u nás většina hospiců pracuje s dobrovolníky; způsob, jakým jednotlivé hospice dobrovolnictví využívají, se liší. Náplní práce dobrovolníků je zlepšení kvality života umírajících, a to především pomocí „obyčejných“ dovedností – trávením volného času, povídáním, zpříjemněním života klientů jakýmkoliv způsobem, ale také emoční a sociální podporou. To vše samozřejmě po odborné přípravě dobrovolníků. (Tomeš, Drgomirecká a kolektiv, 2015)

1.6.4 Supervizor

Významnou součástí hospicového týmu, s externí působností, by měl být také supervizor jakožto odborník, který provede pečující personál nástrahami syndromu vyhoření a také jim pomůže překonat zvláště osobní nebo těžké případy, jako může být např. péče o umírající dítě. V hospicích však také často funguje intervize, často na bázi „*vnitřního supervizora*“. Důvodem pro odmítání supervize jsou negativní zkušenosti a strach, především zdravotnických pracovníků, oproti sociálním pracovníkům a psychologům. Tým okolo Igora Tomeše má za to, že se jedná o problém ve vzdělávání, kdy sociální pracovníci a psychologové musí pracovat především sami na sobě. (Tomeš, Drgomirecká a kolektiv, 2015)

1.6.5 Administrativní pracovník a fundraiser

Současná administrativní zátěž na veřejné služby vyžaduje mít v hospicovém týmu také administrativního pracovníka, účetní a další důležité profese, které nepracují v přímé péči s klienty. Přesto se tato bakalářská práce zmiňuje i o nich, protože bez kvalitního administrativně-technického zázemí nemůže takové zařízení fungovat. V některých zařízeních se již profiluje pozice fundraisera, který má na starosti získávání finančních prostředků a jejich využití. (Boukal, 2013)

1.7 Hospice v Královéhradeckém kraji

Tato podkapitola podává přehled o klíčových informacích o hospicích (kontakty, aktuálnost, přehlednost) pomocí jejich webových stránek. Je zde krátce zhodnocena dostupnost informací z pohledu zájemce o službu. Kontakty a webové odkazy jsou přílohou této práce.

Hospic Anežky České Červený Kostelec

První, a tedy nejdéle fungující hospic v České republice je Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Byl postaven na „zelené louce“ v roce 1996. Se svými 50 zaměstnanci jej považují za velký hospic. Disponuje kapacitou 30 lůžek. Sociální pracovníce jsou zde k dispozici dvě. Kromě hospicové péče nabízí také odlehčovací službu, půjčovnu pomůcek a nabízí také péči o pozůstalé prostřednictvím setkání pozůstalých, podporou doprovázejících a svépomocnou skupinou. (Hospic Anežky České, 2018) Součástí lůžkového hospice je také domácí hospic, který má 16 zaměstnanců, z toho 1 sociální pracovníci. Kapacita není definována. Zřizovatelem obou hospiců je Diecézní charita Hradec Králové, středisko Oblastní charity Červený Kostelec. Webové stránky jsou velmi přehledné a snadno se v nich orientuje. Aktuality jsou dostupné také na facebookovém profilu hospice.

Hospic Duha Hořice

Jedná se o domácí hospic, který má 13 zaměstnanců, z toho jednu sociální pracovníci. K dispozici je půjčovna kompenzačních pomůcek. Velký prostor je na webu věnován dárčům, což pokládám za logické, neboť prostředky od individuálních dárců jsou hlavním zdrojem příjmů. Zakladatelkou je Jana Sieberová, která je také hlavní postavou reprezentující hospic jak vůči veřejnosti, tak ve vztahu k státním orgánům (je předsedkyní správní rady). Zřizovatelem je obecně prospěšná společnost Duha. (Domácí hospic Duha,

2017) Stránky jsou spíše nepřehledné a orientace v nich je složitější. Zásadní věci, jako např. kontakt, lze však dohledat snadno. Velmi aktivní je hospic na Facebooku.

Hospic Duha Vrchlabí

Byl zprovozněn v listopadu 2016. Čítá 5 zaměstnanců a jde o organizační složku hořického hospice, avšak s vlastním týmem. Hospic nabízí také půjčovnu kompenzačních pomůcek. (Hospic Vrchlabí, 2018). Web působí přehledně a optimisticky. Je pěkně upravený a kontaktní informace jsou rychle k dispozici. Hospic je také aktivní na svém facebookovém profilu.

Domácí hospic Setkání Rychnov nad Kněžnou

Tento domácí hospic má 17 zaměstnanců, z toho 1 sociální pracovníci. Funguje od roku 2014 a nabízí také půjčovnu kompenzačních pomůcek. Zřizovatelem je obecně prospěšná společnost Setkání. (Setkání, o.p.s., 2017). Stránky jsou přehledné. Hospic využívá aktivně facebookový profil.

Domácí hospicová péče Hradec Králové

Tento hospic se nazývá hospicová péče. Tento domácí hospic se také významněji věnuje tématu pozůstalých. Pracuje zde přibližně 14 zaměstnanců, z toho jedna sociální pracovníce, která je zároveň psychoterapeutkou. Zřizovatelem je oblastní charita Hradec Králové. (Charita, 2018) Web je zhuštěný, zásadní informace jsou ale snadno dohledatelné. Zajímavá může být spojitost mezi orientací se na pozůstalé a psychoterapeutickou rolí sociální pracovníce.

2 Sociální práce v hospicové péči

Sociální práce je obor pomáhající zprostředkovat interakci mezi klientem a jeho sociálním prostředím. Sociální práce nemá ostré hrany, a to především proto, že musí pojmut celou komplexnost lidských sociálních vazeb, a zasahuje tak do mnoha oblastí lidského bytí. Je mezičlánkem mezi jednotlivými úrovněmi a stupni péče o člověka, ale stále chybí onen lesk, jaký je očekáván například u psychologa nebo lékaře. (Musil, 2004) Z obecné definice „*Sociální práce zprostředkovává interakci mezi klientem a jeho sociálním prostředím.*“ (Janebová, 2017) a také z Matouškovy definice „... *jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů.*“ (Matoušek, 2012, s. 10) vyplývá, že období umírání a vyrovnání se smrtí je velmi aktuální také pro samotný obor sociální práce. U hospicové péče se však výjimečně sociální práce nezmítá v konfliktu mezi pomocí a kontrolou. Podobor doprovázení umírajících a pozůstalých se ve většině váže k pomoci. Avšak podmínkou pomoci by zde měla být také autonomie a individualita klienta, kdy není slovo „pomoc“ poznamenáno závislostí klienta na sociální pracovníci. (Student, Mühulm a Student, 2004). Úkoly sociální práce v pohledu širší perspektivy jsou dva:

- směrem ke společnosti (např. zhumanizování umírání, návrat pozůstalých k „běžnému“ společenskému chování před ztrátou, inkluze),
- směrem k jednotlivci (např. zvládnout život takový jaký je, nabídnout podporu a pomoci vyrovnat se se ztrátou) (Student, Mühulm, Student, 2004).

2.1 Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu

Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu je z pohledu dostupné literatury nezastupitelná. O to větší se může zdát propast mezi teorií a praxí. Podle Sedlárové by měl mít sociální pracovník tyto tři kompetence:

- „*koordinace – sociální pracovník je mezičlánkem (kontakt s pacientem, s rodinou, poskytování základních informací, spolupráce s ostatními zařízeními, poskytování odborného sociálního poradenství),*
- *zastupování pacientů a jejich rodin v jednání s úřady (pomoc při vyřizování příspěvku na péči v zastoupení klientů),*
- *doprovázení (doprovázení klientů a jejich rodin)“* (Sedlárová in Tomeš, Drgomirecká a kolektiv, 2015, s. 57)

Podle Student, Mühulm, Student by měl sociální pracovník: „využívat svoji psychosociální kompetenci a přebírat zejména úkoly spojené s aktivováním zdrojů, s koordinací pomoci, se školením a podporu dobrovolných pečovateli, vyhledáváním dobrovolníků a sociálně-právním poradenstvím.“ (Student, Mühulm, Student, 2004, s. 54)

Přidalová definuje role sociálního pracovníka v hospici následovně:

- informační a poradenská služba: zprostředkování prvního kontaktu, informace o možnostech v regionu,
- kontakt s přijatým pacientem a s jeho rodinou, s každým zvlášť i společně: sociální šetření, intervence, navázání vztahu, zplnomocnění klienta a rodinných příslušníků, rozklíčování specifických potřeb a problémů rodiny, vyhodnocení finanční situace, zprostředkování kontaktů, zaměření se na kvalitu zbývajících života ve smyslu nápně volného času, vyřízení praktických věcí (závěť, převod majetku),
- péče o pozůstalé: důležitá, ale opomíjená součást sociální práce, především na vztahové, emocionální bázi, praktické věci spojené se smrtí blízkého člověka (pohřeb, dědictví, aj.),
- práce s dobrovolníky: koordinace a hodnocení potřeby,
- spolupráce s ostatními členy týmu,
- administrativa: platby za pobyt, odesílání lékařských zpráv (Přidalová, 2006).

Svatošová uvádí, že úkolem sociálního pracovníka v hospicové péči je:

- „Seznámit se s potřebami pacienta a jeho rodiny: zhodnotit potřeby emoční, sociální, praktické, finanční, apod.
- Posoudit sílu a schopnost pacienta a jeho rodiny situaci zvládnout a v případě potřeby taktně nabídnout způsoby pomoci.
- Vytvořit optimální podmínky nemocnému, jeho rodině o pečujícím, aby mohli vyjádřit své pocity, a to jak jednotlivě, tak společně.
- Chápat etnické a náboženské vlivy, které ovlivňují nebo jsou ovlivňovány terminální nemocí nebo zármutkem.
- Zvláště si všimnout nejzranitelnějších lidí, závislých, dětí, adolescentů, starých příbuzných, předvídat u školáků potíže s učením apod.

- *Pomoci rodině překonat komunikační obtíže, urovnat konflikty a využít dobře času, který zbývá.*
- *Pomoci všem zúčastněným přizpůsobit se nové a změněné situaci a průběžně se vyrovnávat s neustále se měnící situací.*
- *Radit, asistovat v jednání s jinými organizacemi a zohledňovat potřebného i osob pečujících, pomoci s vyřizováním žádostí o dávky.*
- *Být spojkou mezi rodinou a učiteli, zaměstnavateli apod.*
- *Zajistit pozůstalým potřebné, zprostředkovat pomoc okolí.“*

(Svatošová in Matoušek, 2010, s. 206)

Ačkoli většina autorů popisuje nutnost doprovázet truchlící, zpravidla nebývá tato práce s pozůstalými zmíněna v klíčových oblastech, kterými by se měla sociální pracovnice zabývat. V české publikaci Igora Tomeše na to poukázal pouze jeden sociální pracovník. Svatošová chápe hospicovou péči velmi komplexně a v její definici je patné zaměření i na rodinu klienta, avšak problematice pozůstalých se také konkrétněji nevěnuje. Více se touto problematikou zabývá pouze Přidalová. S ohledem na tuto skutečnost se jeví, že sociální práce s pozůstalými v hospici je na okraji zájmu studované odborné literatury a možná i v praxi.

2.2 Osobnost sociální pracovnice v hospicové péči

Vyhnout se klišé a vyhodnotit, jaké osobnostní a povahové vlastnosti by měla mít sociální pracovnice v hospice, není snadné. Pokud jde o obecné vlastnosti, je možné čerpat z mnoha publikací, které popisují, jaké osobností předpoklady by měli mít pracovníci v pomáhajících profesích: často se zmiňuje empatie, trpělivost, umění naslouchat, trpělivost, angažovanost, pochopení. Pracovník by měl být akceptující, flexibilní, neodsuzující, kreativní, otevřený, znát své osobnostní a profesní hranice, nevnucovat víru, být zaměřený na klienta, orientovaný na život. (Špatenková, 2013) Také je důležitá autenticita a schopnost vybudovat vztah založený na důvěře. (Svatošová, 1999) Svatošová dokonce považuje vztah založený na důvěře za základní kámen celé hospicové péče. Měla by to být i jistá oddanost poslání pracovníka v hospicové péči. V zaměstnání, kde se člověk denně střetává se smrtí osob, k nimž si vytvořil vztah, a nutně jej srovnává s vlastní smrtelností, je nutností přesah. Mělo by se jednat o silné a zralé osobnosti, které znají své limity, slabé i silné stránky a umí na nich pracovat. Nabízí se, že na prvním místě by měla být odborná způsobilost a vzdělání. Přesto je v sociální práci celkově (tím

spíše pak v sociální práci v hospici) důležitý lidský vztah mezi sociální pracovníci a klientem. Právě osobnost sociálního pracovníka může být totiž rozhodující v navázání otevřeného a důvěrného vztahu, který je nezbytností. (Kopřiva, 1997) Proto se tyto dvě kompetence (odbornost a lidský přístup) řadí, společně s etickým jednáním, na první místo.

2.3 Multidisciplinární tým a sociální pracovník jako jeho součást

V hospicových zařízeních a službách je pochopitelně kladen velký důraz na multidisciplinaritu týmu. Sociální pracovníci byli při vzniku hospicových zařízení poněkud opomíjeni, a to zřejmě v důsledku obrazu sociálního pracovníka jako úředníka, podpořeného minulým režimem. Dnes se ukazuje, jak důležitá je role sociální pracovnice: odbornice na různé sociální situace lidí, rodin. (Svatošová, 2010). Často jsou do této role pasovány zdravotní sestry, ale lze předpokládat (viz kapitola 2.7), že v každém hospici je již i pozice sociální pracovnice.

2.4 Možné přístupy sociální práce v hospicích

Protože je tato bakalářská práce zaměřená na sociální práci s pozůstalými, obsahem této podkapitoly jsou možné přístupy, které by sociální pracovnice mohla využívat. Jako nejzásadnější se jeví logoterapie, úkolově orientovaný přístup a přístup orientovaný na klienta. Budou zde uvedeny pouze základní myšlenky jednotlivých psychoterapeutických přístupů.

Logoterapii jako psychoanalytický směr založil Viktor Emil Frankl ve Vídni v první polovině 20. století. Logoterapie je někdy nazývána také jako „třetí vídeňská škola psychoterapie“ (Freudova psychoanalýza a Alderova individuální psychologie). Samotný název je odvozen z řeckého slova *logos*, což znamená smysl. Frankl také používá název „duchovnost“. Základní koncept vychází z předpokladu, že každý člověk touží po smyslu života, bytí, existence – o to více člověk trpí. Cílem sociálního pracovníka je provázet klienta na cestě za objevením onoho smyslu. Ale nejde jen o to; cílem je také uvědomění si vlastní hodnoty a toho, že i utrpení může mít smysl a posunout klienta osobnostně dál, poznat své slabé a silné stránky, definovat vlastní hodnoty. Logoterapie se také věnuje pocitům viny, které mohou být často součástí vyrovnání se smrtí blízkého člověka a v době truchlení. (Kosová, 2014).

Úkolově orientovaný přístup je zaměřený (mimo jiné) na problémy vzniklé sociálními změnami, vykrytalizoval se přímo ze sociální práce. Jeho autory jsou W. J. Reid a

L. Epsteinová. Vznikl v 2. polovině 20. století. Základním konceptem je pomoci klientovi sestavit rámec ke zvládnutí praktických problémů. Vychází ze dvou hlavních myšlenek: i malý úspěch podněcuje klienta, zvyšuje jeho sebevědomí a sebehodnocení, a dále to, že lidé mají největší motivaci, pokud si konkrétní cíl vytýčí sami. Sociální pracovník může při rozhodování napomáhat, ale samotné rozhodnutí je vždy na klientovi, protože ten nejlépe dokáže určit, co je pro něho nejlepší. (Špiláčková, Nedomová, 2014)

Posledním zmíněným přístupem je **přístup orientovaný na klienta**, což je model humanistického psychologa Carla R. Rogerse, který se využívá v poradenské činnosti. Primární je vytvoření a sdílení vztahu s poradcem, přijetí, empatie a aktivní naslouchání. Tento přístup, podobně jako úkolově orientovaný přístup a jiné, nechává rozhodování o dalším postupu na klientovi, protože klient je odborníkem na svůj vlastní život, a tak i jeho rozhodnutí, řešení a směr je pro něho tím nejlepším. (Matoušek, 2012)

3 Pozůstali

V hospicové péči je na prvním místě vždy klient a jeho přání. Je ale také třeba brát v úvahu zájmy pečujících, kteří jsou nedílnou součástí života umírajícího. Po smrti klienta práce hospicového týmu nekončí. Po smrti blízkého člověka zůstane ve většině případů několik lidí, kteří zažívají velmi těžkou životní situaci – ztrátu milovaného člověka. Jsou to pozůstali, kteří ztrátu blízkého pocítují jako krizi a příkoří. Tato kapitola bude zaměřena na to, co pozůstali prožívají, jaké fáze a smysl má truchlení a jakými způsoby může sociální pracovnice pomoci truchlícímu v jeho náročné životní situaci.

3.1 Truchlení

„Truchlení je komplexní psychologickou, sociální, somatickou a spirituální reakcí na ztrátu.“ (Kubíčková, 2001) Přírozenou reakcí na ztrátu blízkého člověka je zármutek, smutek, žal a hoře. Parkes píše: *„Zármutek nás natrvalo změní, některé může ochromit, ale mnozí z něj vyjdou silnější a moudřejší.“* (Parkes a Relfová, Coldricková, 2007, s. 23) Nakonečný popisuje smutek jako *„stav jakési rezignace, v níž se prolíná zoufalství s okamžiky vzdoru a dalších pocitů, které jsou určeny předmětem smutku.“* (Nakonečný, 2000, s. 251) Žal je poté stupňovaným smutkem, který je typický pro ztrátu blízké osoby a také v neverbálních projevech, jako např. strnulým pohledem do dálky, slzením, staženými rty aj. Nejvystupňovanější formou smutku je hoře, kdy dochází i ke značné verbalizaci ztráty (naříkání, hlasitý pláč aj.). Po překonání hoře často následuje hluboký smutek, který je charakteristický apatií a uzavřeností. Typické pro žal je také spojení s pocity viny a především touhou, aby se to nikdy nestalo. (Nakonečný, 2000).

Samotné truchlení, jako proces, kterému bude věnována samostatná podkapitola, nemusí začínat až smrtí milované osoby. Zvláště v hospicové péči je pečující blízká osoba často konformována s blížící se smrtí. Pokud tedy pečující truchlí (obávají se smrti blízkého člověka a zároveň doufají, že tomu tak nebude) již před samotnou smrtí, jedná se o anticipované truchlení. Strach nejen o nemocného umírajícího, ale také z vlastní budoucnosti, například ekonomického zajištění a hlavně z toho, jaký bude život bez umírajícího, jsou otázky, které člověka stojí velkou dávkou psychických i fyzických sil. Navíc pro dobro umírajícího je tato úzkost skrývána a není často dlouhodobě řešena. Přesto není anticipované truchlení pravidlem a není totožné se zármutkem po smrti blízkého člověka, který se dostaví vždy. Vhodné je přirovnání Špatenkové, že zármutek je jako výstup na „horu hoře“ – ze slzavého údolí nad mraky, kde svítí slunce a život je

příjemný. Tato paralela se zdá být dobře uchopitelná pozůstalými a vyhýbá se fázím, které mohou člověka na cestě za smířením se se ztrátou mást a možná také prodlužovat jeho zármutek. (Špatenková, 2013) Pro pozůstalé je typické, stejně jako u průběhu krize, že se nejprave obrací na své sociální sítě a až po 3 – 4 měsících vyhledávají odbornou pomoc, například poradnu pro pozůstalé. (Špatenková, 2013) U hospicových pozůstalých je již vztah mezi sociálním pracovníkem a pozůstalým navázán a stejně tak mají truchlíci v době života umírajícího možnost smířit se s jeho blízcí se smrtí. Navíc by měli mít oporu právě v hospicovém týmu a v sociálním pracovníkovi, který může pomoci jak s ryze praktickými věcmi (zařizování pohřbu, dedictví), tak s otázkami duševními a spirituálními.

3.2 Proces truchlení

Proces truchlení bude zmapován několika modely, které, byť jsou si podobné, nazírají na proces truchlení z různých perspektiv. Všechny tyto modely popisují, jakými stádii, fázemi prochází truchlíci a jaká fáze vede v ideálním případě k vyrovnání se se ztrátou blízkého člověka. Tyto modely mohou tvořit základ poznání při práci s pozůstalými.

Prvním modelem je model Elisabeth Kübler-Ross, známým také jako Five stages of grief (Pět fází umírání). V anglickém jazyce se také využívá pojem DABDA, vycházející ze začátečních písmen daných fází. Možná se může jevit jako nelogické zařazení tohoto modelu právě v této kapitole, ale stejně jako umírající člověk se musí se ztrátou života blízkého člověka smířit blízké osoby. Proces umírání se rozděluje na pět fází (viz příloha III. Tabulka Model Kübler-Ross) , které začínají popřením a v ideálním případě končí smířením. Tento model sestavila Elisabeth Kübler-Ross během rozhovorů se smrtelně nemocnými lidmi v 70. letech a vytvořila tak základ moderní práce s umírajícími/truchlícími. Některé fáze mohou zcela chybět, případně mohou jednotlivé fáze nastávat v odlišném pořadí. Někdy se také mohou cyklicky opakovat nebo střídat, a to často i během jediného dne. Je třeba také brát zřetel na to, v jakou chvíli prožívá tyto pochody umírající, a kdy jeho blízcí. Pokud se fáze diametrálně liší, přichází na řadu doprovázející (sociální pracovník, sestra, duchovní, dobrovolník), který by měl rodině pomoci. (Svatošová, 1999) Stejně jako jsou u smutku patrné fyzické projevy, jsou také u fáze smíření patrné známky klidu, míru a přijetí pravdy. Důležité je toto stádium nezaměňovat s rezignací, kde je tvář naopak napjatá, ztrýzněná a odráží pocit marnosti a ukazuje na nenaplnění fáze smíření. (Kübler-Ross, 2015)

Ztrátu milované osoby je možné nahlížet také z pohledu významné životní krize. Ta všobecně trvá až 10 týdnů a jedná se akutní fázi ztráty blízkého člověka. V procesu truchlení hrají zásadní roli také okolnosti, za kterých krize, úmrtí blízké osoby, probíhá. Z nejvýznamějších je možné jmenovat například věk, zdravotní stav, osobnostní faktory, dřívější nevyřešené krize, životní situace, naději a sociální oporu. (Špatenková, 2004)

Pro práci sociálního pracovníka je nezbytné zkoumat také sociální situaci pozůstalého klienta, která má na průběh krize velký vliv. Proto je nutné se zamýšlet nad tím, v jaké rodinné situaci se konkrétní člověk nachází. Pokud selžou prvotní obranné mechanismy a coping³ (Špatenková, 2004), přichází na řadu neformální pomoc (klientova sociální síť) a pokud selže i ta, je na místě vyhledat formalizovanou pomoc. (Klimpl, 1998)

Krizová reakce má také svůj průběh a fáze, které je třeba vzít v úvahu při doprovázení truchlícího. Spouštěčem je v této situaci závažná (nevléčitelná) nemoc blízkého člověka a především jeho smrt. Nejprve se člověk snaží s krizí vyrovnat obvyklými vzorci chováním, které se osvědčily v minulosti. Pokud tento zdroj (svépomoc) selže, obrací se během druhé fáze na blízké sociální prostředí a využívá jej jako sociální oporu. Selže-li i tato strategie, obrací se v ideálním případě klient na formalizovanou pomoc, například na sociálního pracovníka v rámci hospicové péče (terénní i ambulantní forma), poradny pro pozůstalé a jiné. V poslední fázi může pomoci odborná krizová intervence, která také může probíhat v rámci kontaktu se sociálním pracovníkem v hospici nebo kontaktem s odborníkem na krizovou intervenci. (viz Příloha IV. Tabulka Průběh krize) Často je nutné vyhledat psychologickou nebo psychiatrickou pomoc. Tento model může být bližší komplikovanému truchlení.

K tématu této bakalářské práce se nejvíce váže konkrétní proces truchlení, který se skládá ze čtyř částí. Tento proces ukazuje fáze vyrovnání se se smrtí blízkého člověka. (viz Příloha V. Tabulka Členění procesu truchlení) Je orientována spíše na nekomplikované truchlení, které je také nejčastějším typem truchlení u hospicových klientů. Ztráta milovaného člověka sebou je jistě jednou z nejtěžších životních situací. Truchlení je proces, má tedy svůj začátek a také konec (s výjimkou ztráty dítěte), což dává truchlícím naději, že i jejich bolest se časem otupí. (Špatenková, 2004)

³ Obranné mechanismy jsou osobní falešně působící postupy pro zvládnání krize, ve kterých hraje roli osobnost jedince (Útok, únik, represe, suprese, popírání, racionalizace, aj.). Coping naopak pracuje s realitou, po vyhodnocení rizik je zvolena nejlepší strategie. (Špatenková, 2004, s. 22-24)

Všechny z procesů výše, mají podobné charakteristické znaky, které truchlícího provází. Jednotlivé modely se váží k daným typům truchlení (komplikované × nekomplikované). Ve většině případů se truchlící se smrtí milovaného člověka alespoň částečně smíří a je schopen se dále zapojit do běžného života, navázat nové vztahy a posunout se dál. Doba, po kterou trvá zármutek, je značně individuální. Ze statistik vyplývá, že muži truchlí průměrně 10 měsíců, zatímco ženy tři až čtyři roky. (Špatenková, 2013)

3.3 Nekomplikované a komplikované truchlení

Nekomplikované truchlení v sobě zahrnuje většinu reakcí na ztrátu milované osoby. Jedná se o projevy

- na emocionální úrovni – strach, úzkost, beznaděj, bezmoc, žárlivost, opuštěnost, osvobození, úleva, hněv, vina,
- na tělesné úrovni: – stažené hrdlo, sucho v ústech, svírání na hrudi, nedostatek dechu, únava, pokles energie, bolesti žaludku (Kubíčková, 2001),
- na kognitivní úrovni – depresivní myšlenky, nemožnost soustředit se, poruchy paměti, snížené (až vymizelé) rozhodovací schopnosti, pocit přítomnosti zemřelého (Vymětal, 2003),
- v chování a v jednání – změny ve stravovacích návycích, poruchy spánku, omezení sociálních kontaktů, pláč, projevy touhy po zemřelém (volání, hledání, vzdychání), sny o zemřelém, únikové reakce (drogy, alkohol, mystika, náboženství, sebevražda aj.) (Kubíčková, 2001)

Komplikované truchlení obsahuje stejné nebo podobné projevy. Jejich intenzita, hloubka a časový rozsah se ale jeví jako neúměrně dlouhé, patologické nebo abnormální. (Špatenková, 2013). Toto nevyrovnání se se ztrátou blízkého člověka se objevuje u 9 – 20 % pozůstalých. (Látalová et al., 2013). Složitě může být také odlišit komplikované truchlení od deprese. Jako vodítko může posloužit, že u deprese se člověk přestane zajímat sám o sebe a cítí především prázdnotu. (Šimek, 2018) U komplikovaného truchlení jsou přítomny jisté rizikové faktory, na které je třeba brát zřetel: okolnosti úmrtí (náhlé, předčasné), smrt dítěte, traumatizace (klient byl svědkem tragické smrti blízkého člověka), ústřednost vztahu (byli pro sebe nejdůležitější), pocity viny a výčitky svědomí (truchlící má pocit, že mohl nebo měl udělat více), ambivalence vztahu, příliš prolongované umírání, nedostatek nebo redukce sociálních rolí, nedostatek sociální opory, dříve existující faktory (různé psychologické problémy, závislosti, nezpracovaný

zármutek), souběžné krize (ztráta zaměstnání, rozvod), nedostatek reality (je důležité mít možnost vidět zemřelého, rozloučit se). (Špatenková, 2013) V těchto situacích je komplikované truchlení více očekávatelné. Worden poté rozlišuje několik typů komplikovaného truchlení:

- chronické (dlouhodobé truchlení, které nekončí, úzkost a deprese, neschopnost navazovat nové sociální kontakty) (Kubičková, 2001)
- odložené (reakce na smrt proběhla, ale krátce; příčinou je nedostatečná opora sociální sítě truchlíciho)
- přehnané (excesivní způsob projevu, maladaptivní chování (Kubičková, 2001), deprese, úzkost, rozvoj fobie, abúzus alkoholu)
- larvované (symptomy jsou přítomny, ale truchlící si je nespojuje se smrtí blízké osoby, vede k psychiatrickým nebo psychosomatickým poruchám) (Worden, 2013)

Jako patologická je označována také absence zármutku, kdy se může jednat o obranou reakci, ale také o málo intenzivní nebo chybějící vztah se zemřelým. (Kubičková, 2001)

3.4 Rituály spojené se ztrátou blízkého člověka

Významným prvkem v době truchlení jsou kulturní rituály spojené se smrtí člověka. I v historii byly hlavním mechanismem ke zvládnutí období truchlení. Už od dob paleolitu se lidské společenství snažilo určitými praktikami zajistit zesnulému dobrý posmrtný život. Vzpomenu zde například mince na pod jazykem ve starověkém Řecku (Richtera, 2011), balzamace a mumifikace v egyptské kultuře (Egyptologie.cz, 2010) nebo orientace hlavy k severu v keltské kultuře (Rybová a Drada, 1998). Všechny tyto rituály se ovšem vážou k jednomu ze stěžejních okamžiků na cestě ke smíření se se ztrátou milovaného člověka – k pohřbu. Pohřeb je již od počátku lidstva významná událost a jako taková má mnoho podob. Vše se odvíjí od kulturně historického základu dané oblasti. Nicméně v moderní společnosti má pohřeb větší význam pro pozůstalé, než jaký měl pro zesnulé v tradiční společnosti s ohledem na jejich předpokládaný posmrtný život. Jedná se přeneseně o legitimizaci ztráty, ale také o spojení se s ostatními pozůstalými a společném sdílení zármutku. Pohřeb má také několik specifických funkcí:

- biologickou (péče o tělo zemřelého),
- sociální (nová sociální role, pozůstalý je příjemcem sociální opory),

- psychologická (smrt je „potvrzená“, může se projevit zármutek a sdílí se vzpomínky na zemřelého),
- kulturní a religiozní (smrt dostává význam a smysl a je zařazena do lidského života (Špatenková et al., 2014).

Z výše uvedeného se nabízí, že současný trend pohřbívání bez obřadu – čili bez účasti dalších lidí – má na společnost a především na pozůstalé nepříznivý vliv při prožívání ztráty milovaného člověka. (Nešporová, 2014)

Druhým významným rituálem je pohřební (smuteční) hostina. Má především terapeutickou funkci, kdy po emočně náročném pohřbu přichází chvíle setkání a vzpomínání, kdy může pozůstalý cítit sounáležitost a oporu. (Maiello, 2014)

3.5 Poradenství pro pozůstalé

Díky rozpadu primárních vazeb v rámci širší i užší rodiny může být pozůstalý odkázán na využití jiných zdrojů – na profesionály, například na poradce pro pozůstalé nebo na pracovníky hospicové péče. Proto se (v zahraničí již déle, v České republice v poslední době), formují profesionální poradny pro pozůstalé. Mnoho autorů nabízí jejich zakomponování do hospicové péče, protože právě v hospicích poradenství pro pozůstalé nejčastěji probíhá, byť není takto formálně nazýváno. Národní soustava pro povolání registruje také pozici poradce pro pozůstalé a charakterizuje ji následovně: „*Poradce pro pozůstalé samostatně a systematicky pod dohledem supervizora doprovází klienty v průběhu umírání jim blízké osoby, při přípravě pohřebních obřadů a při jejich práci se smutkem, a to prostřednictvím poradenského vztahu.*“ (Národní soustava povolání, 2018)

Poradenství pro pozůstalé však není jen v rukou odborníků: poskytovat jej může zdravotní personál, duchovní, přátelé, zaměstnanci pohřební služby, dobrovolníci, svépomocné skupiny a nabízí se také lékař, který je často tím, kdo sděluje pozůstalým zprávu o úmrtí jejich blízké osoby. Všichni tito lidé však musí:

- znát – jaké příznaky má nekomplikované a komplikované truchlení a jaké jsou rizikové indikátory komplikovaného truchlení, jaké faktory mohou zármutek ovlivňovat, jaká jsou práva a potřeby pozůstalých, jaké jsou strategie vyrovnání se s truchlením, jak funguje poradenský proces, jaké jsou možnosti pomoci,

- umět – rozvíjet účinnou komunikaci, podporovat a pomáhat v soběstačnosti, poskytovat služby pomoci, ochrany; přispívat k fungování dané organizace, neustále se vzdělávat a pracovat na sobě,
- být (osobnostní kompetence) – podrobněji je rozebrána v kapitole 3.2. (Špatenková, 2013)

Existuje pak několik podob poradenství pro pozůstalé:

- doprovázení (pomoc pozůstalému smířit se se smrtí blízké osoby),
- edukace (předání informací, ověření, ujištění),
- konzultace (porada s jiným odborníkem v rámci společné péče),
- poradenství (nalezení cest k řešení problému, nabízí rady, nápady, volba strategie je však na klientovi),
- terapie (klient chce sám něco změnit a hledá možnosti s terapeutem, u komplikovaného truchlení).

Pro metody poradenství pro pozůstalé jsou charakteristické tři cíle: „*facilitovat (podporovat) ventilaci toho, co pozůstalí prožívají; uvědomit si ztrátu a její dopady, a na základě toho umožnit katarzi.*“ (Špatenková, 2013, s. 122) Konkrétních metod a technik, které je možné využít, je mnoho, a často vycházejí z psychoterapie (s úpravami pro pozůstalé). Pomáhající by měl vždy zvážit, jestli danou techniku dostatečně ovládá a také, jestli je vhodná pro konkrétního klienta v daný okamžik. Z konkrétních zmíním například práci s Biografií, Cirkulární dotazování spolu se Zázračnou otázkou (Úlehla, 1996), Album vzpomínek, různé arteterapeutické techniky (Počasí uvnitř, Kruh pocitů), muzikoterapie, rodinné rituály (setkávání), hry (Prázdná židle, Životní plánování) (Špatenková, 2013)

Další podrobnosti například o průběhu procesu poradenství pro pozůstalé nebo modely poradenství pro pozůstalé skvěle rozebírá publikace Naděždy Špatenkové Poradenství pro pozůstalé.

Shrnutí teoretické části

V předchozích kapitolách byl nastíněn teoretický základ výzkumné části, která bude navazovat. Teoretická část je věnována tématu hospiců a hospicové péče všeobecně. Podává přehled o základních pojmech týkajících se hospicové péče. Zmiňuje pohled na umírání a truchlení a jejich vývoji napříč staletími. Ten se, spolu s vývojem lidské společnosti, značně proměnil. Umírání a smrt jsou součástí lidských životů, stejně jako žal po ztrátě milované osoby, se kterým se dříve či později většina lidí setká. To, jak je vnímána smrt a umírání, je dáno jednak vnitřním nastavením, zkušenostmi, ale také kulturním prostředím, ve kterém žijeme. Vývoj lidstva ovlivnil nejen vnímání smrti, ale také způsob vnímání vlastního a cizího umírání a také proces truchlení. Domnívám se, že je možné učinit závěr, že v současnosti je smrt tabuizována a také práce hospicového týmu přináší úskalí ve formě stereotypů a předsudků ze strany společnosti. Potvrzení nebo vyvrácení tohoto závěru bude předmětem výzkumu. V předchozím textu jsem poukázala na to, že hospicové hnutí přijímá smrt i truchlení jako nezbytnou součást života, čímž pomalu mění zažitá stereotypy týkající se osamělosti a bolesti v době smrti i po ní. Hospic je specifickým typem zařízení, které pomáhá lidem v terminálním stádiu nemoci. Hlavním posláním hospiců je poskytnout pacientovi/klientovi biologickou, psychologickou, sociální a spirituální oporu tak, aby mohl dožít svůj život důstojně, bez bolesti a neosamocen. Kromě péče o nemocné se hospice věnují také práci s pozůstalými. Hospicová péče se orientuje také na pečující rodinu; ovšem ve studované literatuře se v náplni práce sociálního pracovníka práce s pozůstalými profiluje spíše jako okrajová záležitost. Možnosti a způsob práce s pozůstalými budou zahrnuty do výzkumné části. S ohledem na dostupnost obou forem hospicové péče a také různých zřizovatelů v regionu vplyne z výzkumného šetření možná rozdílnost. Předpokladem je, že mobilní hospice mají s rodinnými příslušníky užší vazbu, už jen s přihlédnutím k tomu, že rodinní příslušníci jsou zde ti, kdo jsou hlavními pečujícími o umírajícího. Velký důraz je však na rodinu kladen také v lůžkových hospicích. Pracovníci hospice pracují týmově a všechny složky jsou ke správnému doprovázení umírajícího, pečujícího i pozůstalého nezbytné. Z podstaty multidisciplinarity týmu je možné, že část kompetencí sociálního pracovníka přebírá zdravotnický personál; na to se bude soustředit část výzkumu. Své místo v tomto týmu má i sociální práce, které je věnována samostatná kapitola. Zde jsou rozebrány osobnostní předpoklady sociální pracovnice v hospici na základě zkušeností autorů odborných publikací. Jaké osobnostní kvality považují za důležité samy sociální

pracovnice, bude jedním z témat výzkumného šetření. Kromě osobnostních předpokladů je nutné brát zřetel i na odbornou způsobilost a vhodné užití přístupů v práci s umírajícími, pečujícími a pozůstalými. A právě pozůstalí jsou cílovou skupinou v této práci. Tato práce zmiňuje podstatu truchlení, projevy smutku, žalu a hoře. Za důležitou při práci s truchlícími považuji znalost a porozumění procesu truchlení. Na proces truchlení lze nazírat také jako na krizi, a dokonce se fáze těchto obou částečně kopírují s fázemi vyrovnání se se smrtí. V prožívání truchlení má nezastupitelnou funkci klientova sociální síť, ať již se jedná o rodinu, přátele nebo komunitu, která je pro něho důležitá. To, společně s dalšími okolnostmi může být zásadní v procesu truchlení. Pokud se truchlení a zármutek stanou nepřiměřenými, dlouhotrvajícími, jedná se o komplikované truchlení, které může vést k patologickým reakcím. To, jakým způsobem s touto nepřiměřenou reakcí pracují sociální pracovníci v hospici, bude posouzeno ve výzkumné části. Prvním z kroků vyrovnání se se smrtí blízké osoby jsou pohřební rituály, které jsou v této práci uvedeny dva: pohřeb a pohřební hostinu – obé má význam pro přijetí reality a sžívání se s novou rolí. Na konci teoretické části věnuji prostor poradenství pro pozůstalé, jako formalizované formě pomoci truchlících. Popisuji zde kompetence poradce pro pozůstalé a také typy poradenství. Díky rozpadu našich sociálních sítí a úzkých rodinných vazeb, ať již z jakýchkoli důvodů, předpokládám v budoucnosti větší potřebnost poradenství pro pozůstalé, protože ztráta milovaného člověka je zásadní životní krizí nebo minimálně významnou změnou. Proto i možná budoucí řešení budou součástí výzkumného šetření. Na základě studia literatury budou otázky v praktické části zaměřeny na práci sociálních pracovníků směrem k pozůstalým (délka spolupráce, konkrétní služby, intimita vazby). Důležitá role je spatřována v týmu hospicových zařízení, součástí výzkumu bude také problematika sociálních pracovníků a jejich vnímání sebe sama jako odborníka na problematiku pozůstalých. Metod sociální práce je mnoho, ve výzkumu bych ráda zjistila, jaké konkrétní metody sociální práce sociální pracovníci používají.

4 Výzkumné šetření

Výzkumné šetření se zabývá sociální prací v mobilní a lůžkové formě hospicové péče. Mělo by objasnit, jaká je role sociální pracovnice v práci s pozůstalými.

4.1 Cíl výzkumného šetření

Hlavním výzkumným cílem (HVC) práce je zmapování práce s pozůstalými v hospicových zařízeních Královehradeckého kraje a posouzení práce sociálních pracovníků. Hlavní cíl je rozdělen do čtyř dílčích výzkumných cílů (DVC).

DVC 1. Zjistit postoj pozůstalých ke smrti a vnímání úlohy hospiců v této souvislosti.

DVC 2. Zjistit, jak významnou roli hrají v práci s pozůstalými rozdílnosti hospiců (církevní/necírkevní organizace; mobilní/lůžkový hospic)

DVC 3. Zjistit, jakou roli sehrává sociální pracovník vzhledem k truchlícím.

DVC 4. Zjistit, jakým způsobem lze vylepšit práci s pozůstalými v hospicích.

4.2 Transformace dílčích výzkumných cílů do tazatelských otázek

Pro lepší vedení polostrukturovaného rozhovoru jsem se rozhodla využít transformační tabulku tak, abych mohla dílčí cíle převést do tazatelských otázek, které budou kladeny respondentům při výzkumném šetření v hospicích. Transformaci dílčích cílů na tazatelské otázky uvádím v následující tabulce.

Tabulka 1: Transformační tabulka, Zdroj: vlastní konstrukce

HVC: Zmapování práce s pozůstalými v hospicových zařízeních Královehradeckého kraje a posouzení práce sociálních pracovníků.		
Dílčí výzkumný cíl:	Rozpracovaný DVC:	Tazatelské otázky (TO):
DVC 1. Zjistit postoj pozůstalých ke smrti a vnímání úlohy hospiců v této souvislosti.	DVC 1.1. Zjistit kdy a jak se pozůstalí kontaktují na hospicové zařízení.	TO 1: Co je z vašeho pohledu nejdůležitější při rozhodování, jestli pozůstalí využijí hospicových služeb? TO 2: Jakým způsobem se o vás dozvědí?

	DVC 1.2. Zjistit, jak jsou hospice a smrt vnímány ze strany pozůstalých.	TO 3: Jaká je nejčastější reakce pozůstalých při první návštěvě? TO 4: Jaká jsou klíčová slova v souvislosti s hospicem, na která truchlící reagují nejhůře? TO 5: Co si myslíte o tabuizaci smrti ze strany společnosti? TO 6: Jak reagujete, pokud cítíte nepřijetí ze strany veřejnosti? TO 7: Jak se odráží odmítavé projevy ve vašem vlastním hodnocení vaší práce?
DVC 2. Zjistit, jak významnou roli hrají v práci s pozůstalými rozdílnosti hospiců (církevní/necírkevní organizace; mobilní/lůžkový hospic)	DVC 2.1. Zjistit, jaký vliv má na práci s pozůstalými forma hospicové péče (domácí/lůžkový) DVC 2.2. Zjistit, jaký vliv má na práci s pozůstalými zřizovatel (církevní/necírkevní organizace)	TO 8: Jak intenzivně pracujete s pozůstalými, například ve srovnání s lůžkovým hospicem/s mobilním hospicem? TO 9: Jak myslíte, že by se situace s pozůstalými změnila, kdyby byla vašim zřizovatelem církev/necírkevní organizace? A proč?
DVC 3. Zjistit, jakou roli sehrává sociální pracovník vzhledem k truchlícím.	DVC 3.1. Zjistit, jestli sociální pracovníce vnímá sebe samu jako odborníka na práci s pozůstalými.	TO 10: Jak vnímáte sebe samu jako součást multidisciplinárního týmu? TO 11: Jak myslíte, že by vaši kolegové vnímali tvrzení, že jste odborníci na práci s pozůstalými, a proč?
	DVC 3.2. Zjistit, jestli je práce sociální pracovníce nahraditelná jinými členy týmu.	TO 12: Co odlišuje vaši práci od práce sester, které mluví s pozůstalými/pečujícími o podobných tématech? TO 13: Co je z vašeho pohledu důležité (například specifické osobnostní kvality), pro sociálního pracovníka při práci s pozůstalými?
	DVC 3.3. Zjistit, jakým způsobem sociální pracovníce pracuje s pozůstalými klienty.	TO 14: Jak dlouho jste většinou v kontaktu s pozůstalými? TO 15: Jaké situace a problémy nejčastěji s pozůstalými řešíte? TO 16: Jaký je váš vztah s pozůstalými? TO 17: Jaké konkrétní metody sociální práce používáte při práci s pozůstalými?

		TO 18: Jaké konkrétní služby nabízíte pozůstalým (svépomocná skupina, výroční setkání, kniha živých, pozůstalostní návštěvy)? TO 19: Jaký je váš postup, narazíte-li na komplikované truchlení?
DVC 4. Zjistit, jakým způsobem lze vylepšit práci s pozůstalými v hospicích.	DVC 4.1. Zjistit, jaká je poptávka, jestli by šla služba rozšířit a jakým způsobem zaštitit poradenství odbornostně.	TO 20: Jak ve vašem zařízení vnímáte poptávku po poradenství pro pozůstalé? TO 21: Jakým způsobem byste řešila velkou poptávku po pomoci ze strany pozůstalých (časově, finančně, prostory)? TO 22: Co je z vašeho pohledu dostatečným vzděláním, kvalifikací pro práci s pozůstalými? TO 23: Jakým způsobem by mohlo být doplněno vaše vzdělání?

4.3 Výzkumná strategie

Jako výzkumnou strategii jsem zvolila kvalitativní výzkumné šetření. Kvalitativní výzkum Hendl definuje následovně: „*V typickém případě kvalitativní výzkumník vybírá na začátku téma a určí základní výzkumné otázky. Otázky může modifikovat nebo doplňovat v průběhu výzkumu, během sběru a analýzy dat.*“ (Hendl, 2016, s. 46) Disman definuje kvalitativní výzkum jako: „*nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam pokládany sdělovaným informacím.*“ (Disman, 2002, s. 285) Oproti kvantitativnímu výzkumu se tedy jedná o hlubší a osobnější poznání reality (události, fenoménu), kterou může každý jedinec interpretovat po svém.

K výhodám kvalitativního výzkumu patří možnost sběru dat v přirozeném prostředí informanta. (Hendl, 2016) Díky tomu se vytváří prostor pro otevřenost a snadnější naladění se na téma, u něhož předpokládáme informantovu odbornost. Disman upozorňuje na to, že výzkumník je v kvalitativním výzkumu často „cizinec“. (Disman, 2002) V mém výzkumu jsem se snažila využít také výhodu hledání lokálních příčinných souvislostí (Hendl, 2016) – například jestli se vnímání daného problému liší v domácí a lůžkové formě hospicové péče nebo i mezi jednotlivými domácími hospici. Kvalitativní výzkum může také přinést vysokou validitu dat díky nízké standardizaci a volnějším odpovědím. Z nevýhod kvalitativního výzkumu je třeba uvést velké množství dat od

malého počtu informantů a tím danou časovou náročnost jak při sběru, tak při analýze dat. (Disman, 2002) Sběr i analýza dat mohou být ovlivněny výzkumníkovou osobností a jeho vlastním náhledem na danou problematiku a také přítomnost výzkumníka může vést ke zkreslení dat od informanta (Hendl, 2016).

Vzhledem k tématu a cíli bakalářské práce jsem se rozhodla pro polostrukturovaný rozhovor. Ten sice má předem danou strukturu, ale v souladu s Hendlovou definicí je možné některé otázky doplnit nebo jiné zcela vynechat. Umožňuje také informantovi vyjádřit se volně k dané otázce a vnést do sběru dat vlastní zkušenost a vhléd.

4.4 Etická rizika provedení výzkumného šetření

Etických otázek, které souvisejí s výzkumem, je hned několik. Zásadní je získání písemného informovaného souhlasu. Zde se mnoho etických aspektů výzkumu přímo zmiňuje. Především jde o:

- zachování anonymity (z interpretace získaných dat není možné odvodit daného informanta),
- mlčenlivost výzkumnice (s nahrávkami a poznámkami bude pracovat jen konkrétní výzkumník),
- možnost autorizace textu (možnost přečíst si práci a vyjádřit se k ní),
- možnost odstoupení od rozhovoru (kdykoliv v průběhu rozhovoru je možné odstoupit, případně neodpovídat na otázku).

Mimo tyto aspekty je nutné při výzkumu zvážit také emoční bezpečí, protože kvalitativní výzkum jde často do hloubky a žádá vyjádření k citlivým tématům. Samozřejmě by výzkum neměl ohrozit fyzické ani psychické zdraví informanta. (Hendl, 2016)

4.5 Organizace a průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření jsem započala v lednu 2019. Nejprve jsem na internetu našla kontaktní údaje na hospice, kde byl většinou uveden telefonní kontakt přímo na sociální pracovníci. Sociální pracovnice jsem tedy kontaktovala telefonicky a krátce jim představila cíl bakalářské práce a požádala je o spolupráci. Celkem se jednalo o pět zařízení, z nichž bylo jedno primárně lůžkovým zařízením, nicméně nabízí i službu mobilního hospice. Čtyři zařízení jsou čistě domácím, mobilním hospicem. V těchto zařízeních se mi podařilo oslovit a následně domluvit setkání za účelem rozhovoru u všech sociálních pracovníků – celkem byly rozhovory provedeny se šesti sociálními pracovníky. Tři z informantů

požadovali zaslání otázek předem, aby se na ně mohli připravit. Vlastní výzkumné šetření jsem zahájila krátkým představením studovaného oboru a mojí bakalářské práce a jejich cílů. Vysvětlila jsem, jak bude nakládáno se získanými informacemi. Následovala prosba o možnost nahrávání rozhovoru, kterou všichni přijali a s nahráváním souhlasili. Nakonec jsem ještě zdůraznila anonymitu celého výzkumného šetření. Před zahájením dotazování jsem požádala o podepsání informovaného souhlasu, který všichni potvrdili. Rozhovory byly realizovány v lednu v 2019, avšak většina z nich proběhla až v únoru 2019. Po konzultaci s vedoucí práce jsem se rozhodla informovaný získat ještě v písemné formě i od vedení hospice. Všechna zařízení mi vyšla vstříc a informovaný souhlas potvrdila.

Vzhledem k omezenému množství informantů jsem se rozhodla nedělat pilotní výzkum a během prvního rozhovoru jsem několik otázek přidala. Konkrétně se jedná o TO 15,16 a 17.

Všechny informantky byly ženy, sociální pracovnice. Kvůli zachování anonymity jsem vynechala všechny další podrobnosti o informantech, jakými jsou věk, praxe nebo i forma hospicové péče. Vzhledem k úzké provázanosti jednotlivých hospiců, ale také kvůli zaměření na jeden kraj, by byla identifikace informantů snadná a riziko porušení anonymity příliš vysoké. Jednotlivé informantky mají přiřazený číselný kód: I1 – I6.

5 Analýza, interpretace a vyhodnocení získaných dat

V této kapitole popíšu průběh a výsledky vlastní analýzy, interpretace a vyhodnocení rozhovorů. Celý obsah je rozdělen na 4 dílčí výzkumné cíle a ty jsou dále rozpracované na užší výzkumné cíle, které se již vážou ke konkrétním tazatelským otázkám.

5.1 DVC 1. Zjistit postoj pozůstalých ke smrti a vnímání úlohy hospiců v této souvislosti.

První dílčí výzkumný cíl se zabývá poptávkou ze strany pozůstalých a měl by osvětlit, jakým způsobem a kdy nejčastěji pozůstalí navazují kontakt s hospicem. Tento cíl také pracuje s vnímáním smrti a hospice společností, což s tématem úzce souvisí.

5.1.1 DVC 1.1. Zjistit, kdy a jak se pozůstalí kontaktují na hospicové zařízení.

TO 1: Co je z vašeho pohledu nejdůležitější při rozhodování, jestli pozůstalí využijí hospicových služeb?

Cílem této otázky bylo zjistit, co je nejdůležitějšími faktory, které přivedou pozůstalé na myšlenku využití hospicových služeb. Odpovědi informantek se zhruba profilovaly do dvou skupin. První skupina má méně emocionální, spíše pragmatický náhled, kdy nejdůležitější je z jejich pohledu nabídka služeb, pomoci pozůstalým. To sice v rozhovorech zmínily všechny informantky, avšak u části z nich byl tento aspekt akcentován: *„Nabídka. Nabídneme už vlastně při úvodním rozhovoru o péči o nemocného, tak se snažíme předejít celý ten balík služeb, které jsme schopni nabídnout. A vlastně už o tom mluvíme na začátku. Někdy to jde více otevřít ten rozhovor, někdy ne... Nicméně je to většinou na nás, abychom my je kontaktovali sami.“* (I4) Druhá skupina vidí jako nejdůležitější již navázaný vztah s rodinou, potažmo s pozůstalými, a s tím související důvěru: *„Myslím si, že to je určitě důvěra, že nás znají, že jsme s nimi šli kus cesty a že je známe jako rodinu a toho blízkého, který jim zemřel... Odvíjí se nějaký vztah a příběh, který my známe. A potom, když se potřebují na nás obrátit, je to pro ně jednodušší.“* (I2)

TO 2: Jakým způsobem se o vás dozvědí?

Tato otázka měla objasnit, zda pozůstalí, využívající hospicových služeb, se profilují pouze z řad bývalých klientů, kdy například byli pečujícími o umírajícího, nebo zda přicházejí i klienti „z venku“. Zásadní je v tomto případě zkušenost, ať již vlastní, nebo někoho z okolí. *„Hlavně rodina, kde pečujeme o pacienta. Taky na základě osobní zkušenosti s tím hospicem. Třeba se dozvědí, že někde v sousedství, takže nějaká*

návaznost tam stejně je“ (I1). „Jsou to lidi z internetu, z nemocnice, od obvodních lékařů ... anebo potom samozřejmě je to většinou ‚kamarádce tady zemřel‘ nebo ‚sousedí tady měli‘ – takže i na základě zkušeností – to bych řekla, že je možná nejvíc.“ (I3) Překvapila mě i spolupráce s lékaři a úřady a také vlastní depistáž, kterou považují za velmi přínosnou, avšak ojedinělou. „Máme pozůstalé i z řad veřejnosti nejenom z řad pacientů hospice a mohu se dozvědět z webových stránek, na doporučení nebo vlastní depistáží, ... nebo i spoluprací s ostatními službami.“ (I4)“

5.1.2 DVC 1.2. Zjistit, jak jsou hospic a smrt vnímány ze strany pozůstalých

TO 3: Jaká je nejčastější reakce pozůstalých při první návštěvě?

První setkání po smrti blízké osoby bývá velmi emotivní. Spektrum emocí je velmi široké, zpravidla se objevují slzy a smutné projevy. „Smutek. Slzy. Nemůžou tomu věřit. Někdy se chovají úplně normálně... Otupělost...co že jste to říkala?“ (I2), Často je také patrná úleva – z toho, že zvládli péči o blízkého člověka. Zajímavým projevem může být i úsměv. „Ten proces je očistný...slzy, ale i úleva, často se setkáváme s lidmi, kteří sem přijdou a mají úsměv na tváři, tak jako nepatřičně si připadají ..., ale mají dobrý pocit z toho, že to zvládli.“ (I4) „Vzpomínají na poslední chvíle a jsou velmi vděční, že zvládli pečovat o své blízké až do konce.“ (I6) Ale samozřejmě se pozůstalí orientují také na praktické věci a nereagují příliš emocionálně.

TO 4: Jaká jsou klíčová slova v souvislosti s hospicem, na která truchlící reagují nejhůře?

Klíčová slova by měla odhalit zásadní obavy pozůstalých. Klíčová slova, která by byla pro pozůstalé traumatizující nebo špatně snesitelná, sociální pracovníce nevnímají. Jsou to spíše témata, která u truchlících vzbuzují obavy. K těm patří téma osamocení po smrti blízkého: „Myslím, že možná je to samota a stesk jako potom, že jim dotyčný bude chybět a bude tam prázdné“ (I3), bagatelizace smrti a zpochybňování péče: „Jsou věci, kterým je dobrý se vyhýbat, jinak se klient opravdu uzavře – takový ty věty „A to nic“ nebo „to jste měli udělat jinak“ ...“ (I1)

TO 5: Co si myslíte o tabuizaci smrti ze strany společnosti?

Otázka zaměřená na tabuizaci smrti byla velmi jednoznačně odpovězena všemi účastnicemi. Smrt je v české společnosti poměrně hodně tabuizována. Zdroj toho tabu vidí v „Lidé si mimo jiné zbožštili medicínu“ (I6), „Zázračná medicína, kdy smrt je prohra...“ (I1) nebo „Smrt je špatná věc.“ (I2) Všechny informantky ovšem také vnímají jisté zlepšení v posledních letech. Důvody uváděly pestré, například vznik sítě hospiců:

„*Jak se o tom může více hovořit a taky jak vznikají ta zařízení, tak se to tabu vytrácí, zmenšuje...*“ (I4)

TO 6: Jak reagujete, pokud cítíte nepříjetí ze strany veřejnosti?

Sociální pracovnice v Královéhradeckém kraji nevnímají přímo nepříjetí ze strany veřejnosti. Uznávají, že je těžké „*pracovat s předsudky*“ (I1), a snaží se své povolání vysvětlit a „*reagovat tím, co děláme*“ (I4). Překvapilo mně, že cítí nepříjetí i od pomyslných spojenců: „*Stává se nám to, může to být i odborná veřejnost, jsou to lékaři.*“ (I4)

TO 7: Jak se odráží odmítavé projevy ve vašem vlastním hodnocení vaší práce?

Otázka byla původně zaměřená spíše na negativní projevy, ale ukázalo se, že informantky ve větší míře vnímají pozitivní projevy. Pokud se objeví nějaké negativní, spíše je to „*motivuje k normalizaci smrti*“ (I5), „*Utvrdí mě to, že to má smysl...*“ (I2) a celkově vede k zamyšlení. Líbilo se mi, když informantka zmínila, že „*Někdy je to ukázkou, že provokujeme, že třeba vyvoláváme i diskuzi*“ (I4), což je jistě velmi přínosné pro zmírnění tabuizace smrti a zvýšení povědomí o poslání hospiců.

Vyhodnocení DVC 1.: Hospic je místem, na které se pozůstalí obracejí, avšak pokud by nedocházelo k nabídce služeb ze strany sociálních pracovníků v hospici, byl by zájem o službu nízký. Svou roli v tom hraje tabuizace smrti a také truchlení, ze strany společnosti, které jsou stále patrné. Neakceptace služeb nebo celého zařízení sociální pracovníky spíše motivují k osvětě, v čem spočívá jejich práce a také poslání hospiců.

5.2 DVC 2. Zjistit, jak významnou roli hrají v práci s pozůstalými rozdílnosti hospiců (církevní/necírkevní organizace; mobilní/lůžkový hospic)

Tento dílčí výzkumný cíl se zaměřuje na možnou rozdílnost v práci sociálních pracovníků v mobilní a lůžkové formě a zabývá se také možnou rozdílností v přístupu, která by vyplývala z rozdílnosti zřizovatelů.

5.2.1 DVC 2.1. Zjistit jaký vliv má na práci s pozůstalými forma hospicové péče (domácí/lůžkový)

TO 8: Jak intenzivně pracujete s pozůstalými, například ve srovnání s lůžkovým hospicem/s mobilním hospicem?

Pro informantky bylo obtížné srovnávat obě formy hospicové péče, protože většina z nich má zkušenost pouze s jednou formou. Z rozhovorů však vyplývá, že v obou formách hospicové péče se snaží s pozůstalými pracovat. Kontakt sociální pracovnice s pozůstalými je vždy nabídnut. Nejvíce informantek se přiklání k názoru, že intenzivněji se s pozůstalými pracuje v mobilním hospici, díky vazbám s pečujícími: „*Myslím, že nabídka je ze strany zařízení a pracovníků pro obě varianty stejná, ale že v tom mobilním hospici je to takové otevřenější...jsou v domácím prostředí, i kontakt se navazuje jinak...*“ (I3)

5.2.2 DVC 2.2. Zjistit jaký vliv má na práci s pozůstalými zřizovatel (církevní/necírkevní organizace)

TO 9: Jak myslíte, že by se situace s pozůstalými změnila, kdyby byla vaším zřizovatelem církev/necírkevní organizace? A proč?

Informantky odmítli jakoukoliv změnu situace, kdyby byl zřizovatelem církevní nebo necírkevní subjekt. „*Nijak.*“ (I5) Většina informantek jsou věřící a pracují s vírou a nadějí, ale nikomu ji nevnučují a respektují svobodu vyznání: „*My všichni něčemu věříme...všichni věříme, že máme někoho rádi a teď ho ztrácíme a potřebujeme vědět, že to bude ne dobrý, ale že to bude vůbec nějakým způsobem – a tahleta naděje je vlastně stejná pro toho, ať je člověk křesťan nebo není.*“ (I1)

Vyhodnocení DVC 2.: Rozdílnosti hospiců nehrají zásadní roli pro práci s pozůstalými. Domácí hospice se sice profilují, jako zařízení s užšími vztahy, ale péči pozůstalým nabízejí obě formy hospicové péče obdobnou. Navázaný vztah však může mít roli na úspěšnost využití nabídky. Otázka zřizovatele není podstatná. Většina pracovníků, se kterými jsem se setkala, je věřících, ale zároveň všichni respektují svobodu vyznání a jedinečný náhled jedince na svět, život a smrt.

5.3 DVC 3. Zjistit, jakou roli sehrává sociální pracovník vzhledem k truchlícím.

Třetí dílčí výzkumný cíl se věnuje několika tématům. V první řadě jsou to otázky zaměřené na sociální pracovníky jako odborníky pro práci s pozůstalými. Dále se tento dílčí výzkumný cíl věnuje multidisciplinarity týmu, možností náhrady sociálního pracovníka jinými členy týmu a také specifickými vlastnostmi pracovníka pro práci s pozůstalými, Poslední část tohoto dílčího výzkumného cíle je zaměřena na konkrétní sociální práci s pozůstalými, její průběh a metody.

5.3.1 DVC 3.1. Zjistit, jestli sociální pracovnice vnímá sebe samu jako odborníka na práci s pozůstalými.

TO 10: Jak vnímáte sebe samu jako součást multidisciplinárního týmu?

Zdá se, že multidisciplinarita týmu, je pro všechny informantky zásadní. Vnímají jí jako důležitou jak pro dobrý výkon sociální práce, tak pro fungování celého týmu, a především s ohledem na pacienta: „*Je to důležitý, předávat si informace, plynule to navazuje.*“ (I3). Pozitivně také hodnotím hrdost, s jakou prezentují sociální práci jako nezbytnou složku činnosti hospicového týmu: „*Patřím sem, bez sociálního pracovníka by to nešlo.*“ (I2) „*Cítím se být podstatný článek.*“ (I4)

5.3.2 DVC 3.2. Zjistit, jestli je práce sociální pracovnice nahraditelná jinými členy týmu.

TO 11: Jak myslíte, že by vaši kolegové vnímali tvrzení, že jste odborníci na práci s pozůstalými a proč?

V této otázce se informantky převážně nepovažují za odbornice. „*Nemyslím si, že jsem odborník na práci s pozůstalými...*“ (I6). Ne však kvůli nedostatku znalostí, ale především kvůli značným individuálním a osobnostním rozdílům mezi jednotlivými klienty, kdy je stále některé reakce překvapí. Nejcennějším zdrojem jsou jim zkušenosti, ať již vlastní nebo od kolegů. „*...Ale nikdy jsem se nesečkala s tím, že by o sobě sociální pracovnice v hospici řekla, že je odborníci na práci s pozůstalými – to slovo je divný, ale určitá odbornost tam být musí.*“ (I1)

TO 12: Co odlišuje vaši práci od práce sester, které mluví s pozůstalými/pečujícími o podobných tématech?

Kromě jednotlivých osobnostních kvalit, které jsou u každého člověka různé, se práce sociálních pracovníků liší v návaznosti na prohloubení péče o pozůstalé. Často byl zmiňován „*přesah*“. Jednak je to odbornou znalostí problematiky praktických věcí, ale také možnostmi udržet kontakt s pozůstalými: „*Zdravotníci vnímají tu roli sociálního pracovníka jako pozitivní v tom, že když ten člověk, o kterého pečovali, zemře, tak se o tu rodinu někdo postará. Že není ukončen kontakt... vědí, co s těmi pozůstalými bude.*“ (I4) Zdravotní sestry v hospici se věnují především zdravotnímu stavu, ale také psychologii a duchovnímu stránkám. Přesto nebo právě proto je sociální pracovník tím, kdo řeší sociální otázky: „*rozebíráme sociální situaci, vztahy v rodině, je tam nějaká hlubší návaznost*“ (I3).

TO 13: Co je z vašeho pohledu důležité (například specifické osobnostní kvality), pro sociálního pracovníka při práci s pozůstalými?

Ve výčtu osobnostních kvalit dominuje rozhodně empatie a umění naslouchat. Důležité je podle informantek také umění mlčet a být vnitřně klidná. Několikrát také zazněla důležitost vědomí vlastních hranic a umění je udržet. Velmi zajímavé bylo vyjádření informantky: „*Všichni, kdo pracují s pozůstalými, musí být smíření se svou smrtelností.*“ (I5) Věřím, že tato vyrovnanost se smrtí je při práci s umírajícími a pozůstalými velmi důležitá.

5.3.3 DVC 3.3. Zjistit, jakým způsobem sociální pracovnice pracuje s pozůstalými klienty.

TO 14: Jak dlouho jste většinou v kontaktu s pozůstalými?

U jednotlivých informantek se poměrně lišila forma kontaktování jednotlivých pozůstalých, stejně jako délka. Nejčastěji je kontakt intenzivnější brzy po úmrtí blízké osoby a ke kontaktům dochází přibližně rok nebo déle. „*Podle potřeby. Zpravidla 2 roky.*“ (I4) Zajímavé je, že informantky, které se setkávají s pozůstalými individuálně (v domácnostech), jsou s nimi v kontaktu delší dobu. Při hromadných setkáních se poté doba kontaktu omezuje přibližně na rok nebo jen na několik setkání. Všechny informantky však k potřebnosti kontaktů přistupují dle potřeb klienta.

TO 15: Jaké situace a problémy nejčastěji s pozůstalými řešíte?

Nejdůležitější je, z pohledu informantek, naslouchání. Nejčastěji se řeší pocity smutku, truchlení, ztráta. Několikrát byla ve výzkumu zmíněna také „*rekonstrukce životního plánu*“ (I1, I5) nebo „*nové životní směry, nový elán*“ (I4). Podstatné jsou také praktické záležitosti, administrativa a instrumentální zajištění včetně zajištění návazných služeb.

TO 16: Myslíte, že vaše vazba s pozůstalými je intimní?

Tím, že mobilní hospic vykonává svou činnost v domovech klientů, domnívají se i informantky, že vazba mezi pečujícími, potažmo pozůstalými je intimnější v domácím hospici. Avšak přiznávají také, že ona vazba ne vždy musí být právě se sociálním pracovníkem. Důvod navázání vztahu se v domácím hospici vidí ve „*vstupu do rodiny*“ (I1, I2, I3), ale také v jiném počtu personálu, který o klienty pečuje „*i těch sestřiček je málo...*“ (I2). A díky své profesionalitě, ale také díky navázaným vztahům, platí: „*Jsme dost blízko, ale dostatečně daleko*“ (I4).

TO 17: Jaké konkrétní metody sociální práce používáte při práci s pozůstalými?

Z metod sociální práce nejčastěji informantky požívají Rogersovský přístup orientovaný na klienta s aktivním nasloucháním a zplnomocnění. Občas se setkávají i s nutností využít krizovou intervenci. U některých klientů využívají i úkolově orientovaný přístup, případně kognitivně behaviorální terapii. Pro většinu informantek bylo složité pojmenovat jednu konkrétní metodu a shodují se na prolínání více metod s individuálním přístupem.

TO 18: Jaké konkrétní služby nabízíte pozůstalým (svépomocná skupina, výroční setkání, kniha živých, pozůstalostní návštěvy)?

Služby pozůstalým jsou velmi rozmanité a komplexní. Všechny informantky uvedly, že pořádají výroční setkání spojené se mší svatou. Často také organizují podpůrné skupiny, kde se osvědčuje menší počet účastníků (2–4) s velmi dobrými výsledky (vzájemná podpora, vznik přátelství). Takřka nevyužívané jsou svépomocné skupiny. Standardem jsou potom pozůstalostní návštěvy, ať již v domácnostech nebo v hospicích, a knihy živých. Velmi zajímavé se mi jeví „SOS modlitby“: „...rozešleme lidem, kteří nám sami nabídlí, že se budou modlit, a oni prostě vědí třeba rámcovou situaci (komplikovaný zármutek, těžké poslední hodiny), a modlí se tak 40, 60 lidí...“ (I1). Tato možná neobvyklá metoda je pro některé pozůstalé velkou podporou. Ve všech hospicích je kladen důraz na možnost setkání s psychologem, psychiatrem nebo duchovním.

TO 19: Jaký je váš postup narazíte-li na komplikované truchlení?

Zcela dle aktuálních doporučení informantky doporučují, motivují nebo zprostředkovávají další odbornou pomoc, ať již ve formě psychologa, psychiatra nebo duchovního: „Doporučuji dlouhodobou psychoterapii, dávám kontakt na profesionály.“ (I6)

Vyhodnocení DVC 3.: Sociální pracovníci jsou klíčovými pracovníci pro práci s pozůstalými. Jsou důležitou součástí multidisciplinárního týmu. Od práce ostatních pracovníků v hospicích je odlišuje určitý přesah, tj. možnost zůstat s pozůstalými v kontaktu i po smrti blízké osoby. Jejich osobnostní kvality jsou nedílnou podmínkou výkonu jejich profese a jsou klíčové pro účinnou pomoc truchlícím. Stejně jako v DVC 1 je účastnicemi hodnocena vztahová vazba v domácím hospicích jako intimnější. Konkrétní služby se v jednotlivých zařízeních

významně neliší. Stejně tak metody sociální práce jsou velmi podobné, často zaměřené na klienta, úkolově nebo v rámci psychoterapie. Zásadní je však rozhovor s aktivním nasloucháním, a především zaměření se na individuální potřeby klienta, včetně zprostředkování případné odborné pomoci.

5.4 DVC 4. Zjistit, jakým způsobem lze vylepšit práci s pozůstalými v hospicích.

Poslední dílčí výzkumný cíl se věnuje budoucím řešením a vylepšením jak na organizační, tak na osobnostní úrovni.

5.4.1 DVC 4.1. Zjistit, jaká je poptávka, jestli by šla služba rozšířit a jakým způsobem zaštitit poradenství po odborné stránce.

TO 20: Jak ve vašem zařízení vnímáte poptávku po poradenství pro pozůstalé?

Informantky vnímají poptávku jako úměrnou kapacitám jejich zařízení. V zařízeních fungují sociální poradny, jejichž součástí je zpravidla doprovázení pozůstalých, ale konkrétní oblast poradenství pro pozůstalé prakticky není realizována: „... *chodí se do poradny ptát, ale spíš na praktický věci, sociální poradenství. Lidi s cílem poradenství pro pozůstalé, troufám si říct, nechodí.*“ (I3). Některé informantky však plánují rozšíření služeb.

TO 21: Jakým způsobem byste řešila velkou poptávku po pomoci ze strany pozůstalých (časově, finančně, prostory)?

Pro velkou poptávku by se předně musel změnit pohled společnosti na truchlení a smrt všeobecně. Přesto si informantky dokáží představit, jak zrealizovat fungující poradnu pro pozůstalé, včetně praktických věcí, jako jsou čas, finance a prostory.

TO 22: Co je z vašeho pohledu dostatečným vzděláním, kvalifikací pro práci s pozůstalými?

Nejdůležitější kvalifikací pro práci s pozůstalými je osobnost sociálního pracovníka, jeho osobnostní kvality. „*Vzdělání sociálního pracovníka na bakalářské úrovni. Myslím si, že nejdůležitější na té roli je jakoby vztah k tomu člověku, osobnostní kvality...*“ (I4) Podobně důležitou je také praxe nebo zapracování a smíření se s vlastní smrtelností. Co se vzdělání týká, informantky se shodují, že je důležitá odbornost či vzdělání v sociální práci. Mnoho z nich má také kurzy, které doplňují jejich kompetence.

TO 23: Jakým způsobem by mohlo být doplněno vaše vzdělání?

Za nejvíce přínosný kurz považují informantky kurz krizové intervence a psychoterapeutický výcvik. Důraz je kladen také na práci na sobě samé, ať již formou sebezobčasnávacích kurzů nebo seminářů duchovního zaměření. „*Semináře, sebezobčasnávací výcviky, pořádné psychoterapeutické výcviky ... ta psychologie.*“ (I2) Z praktických věcí je třeba neustále doplňovat přehled v právních a administrativních změnách. Okrajově byly zmíněny také kurzy v oblasti akreditovaných poradců pro pozůstalé.

Vyhodnocení DVC 4.: Není třeba zásadně vylepšovat péči o pozůstalé v rámci hospicové péče. Vzdělání je třeba neustále doplňovat a aktualizovat společně s novými trendy. Pokud by byla zvýšená poptávka, je možné navýšit personální kapacitu, a tím zaštitit klienty. V tématu dostatečné kvalifikace dominuje odborné vzdělání a osobnostní kvality – lidský přístup. Doplnění vzdělání by mohlo být realizováno kurzy, které pokrývají oblasti, se kterými sociální pracovníce v daných zařízeních pracují, a také kurzy sebezobčasnávací, což koresponduje s požadavky na sociálního pracovníka, tedy pracovat na sobě samém.

6 Diskuze výsledků

Tato kapitola zodpovídá dílčí výzkumné cíle a slouží jako shrnutí praktické části práce. Hlavní výzkumný cíl je rozdělen na čtyři dílčí výzkumné cíle, které mapují sociální práci s pozůstalými v hospicích.

První dílčí výzkumný cíl se zabývá tím, jací pozůstalí vyhledávají hospicová zařízení. Otázky mají odhalit, zda je služba využívána i klienty, kteří nespolupracovali s hospicem před smrtí blízkého člověka. Součástí jsou také otázky zaměřené na vnímání hospice společností, což s výzkumným cílem úzce souvisí.

Z odpovědí informantek vyplynulo, že nejčastěji se na hospicová zařízení obracují klienti, kteří mají s hospicem vlastní nebo přenesenou zkušenost. Zcela typicky se pokračuje ve spolupráci, která byla s pozůstalými navázána již během péče o nemocného, ať již jako s pečujícími osobami v mobilním hospici nebo jako s doprovázející rodinou v lůžkovém hospici. Nejdůležitějšími faktory při rozhodování, jestli pozůstalí využijí hospicových služeb, jsou především povědomí o tom, že taková služba vůbec existuje. Proto je důležité, aby služba byla klientům nabídnuta v období před úmrtím blízké osoby. Pokud je navázán vztah, ve kterém panuje důvěra, je potom pro truchlící pravděpodobně snazší pomoc vyhledat a přijmout.

Reakce pozůstalých při kontaktu bývají velmi emocionální, ať již jsou to reakce typické pro ztrátu a žal, nebo i reakce paradoxní. To, čeho se pozůstalí nejvíce bojí, a na co nejhůře reagují, je především samota a bezradnost, jak se s danou situací vypořádat. Z těchto reakcí je patrné, že hospic má být bezpečným místem, kde truchlící mohou dát průchod svým pocitům, za něž je nikdo neodsoudí. Společnost stále nepřijímá smrt jako součást života. Informantky potvrdily, že tabuizace smrti je stále značná, i když se situace pomalu zlepšuje, snad i díky práci hospiců. S tímto fenoménem je nutně spojena také možnost nepřijetí ze strany veřejnosti, protože to, čeho se lidé bojí, často odsuzují. Informantky se naslouchajícím lidem snaží vysvětlit poslání doprovázení umírajících a pozůstalých a bojovat tak s předsudky. V jejich práci se však toto hodnocení neprojevuje negativně. Spíše naopak je utvrzuje v tom, že dělají práci, která je nejen potřebná, ale také smysluplná. Byť to konkrétně v rozhovorech nezaznělo, měla jsem pocit, že více či méně nevědomě vykonávají osvětu v detabuizaci smrti a poslání hospicového hnutí.

Dílčí výzkumný cíl 2 byl zaměřen na rozdílnost hospiců. V Královéhradeckém kraji jsou hospice jak domácí, tak mobilní, a zřizovateli jsou jak církevní, tak necírkevní organizace. Proto se nabízelo srovnání jejich přístupu k práci v hospicovém zařízení.

Forma hospicové péče nemá zásadní vliv na práci s pozůstalými. Obě formy zařízení se snaží pozůstalé kontaktovat a zůstat s nimi v kontaktu delší dobu. Přesto v odpovědích informantek zaznívá názor, že domácí hospice umožňují užší vztahy s pečujícími osobami a je v jejich podmínkách také jednodušší spolupráci vůbec navázat. Není třeba, a dost možná to ani není možné, otevřít se ve zranitelné chvíli neznámému člověku. Před výzkumem jsem předpokládala, že rozdíl mezi oběma formami bude větší – že v lůžkovém hospici nebude práce s pozůstalými intenzivní. Tento předpoklad byl výzkumem vyvrácen – přestože informantky označily domácí hospic za více zaměřený na práci s pozůstalými, nebyl rozdíl tak velký, jak jsem očekávala.

Práce jak s umírajícími, tak pozůstalými je nesmírně psychicky náročná. Možná proto není překvapující, že většina informantek jsou věřící osoby. Tento poznatek zmiňuji přesto, že to, zda a jakou víru informantky praktikují, nebylo předmětem výzkumu. Možná jde ale o významnou okolnost, která určuje to, že se odpovědi informantek v mnohém zásadně nelišily. Člověk, který ztratí blízkou osobu, je jistě vystaven vlastním otázkám zabývajícími se smyslem života a smrti a potřebuje tedy i duchovní podporu. V průběhu rozhovorů pak zaznívalo, že informantky tuto duchovní podporu poskytují, je-li toho třeba.

Třetí dílčí výzkumný cíl měl zmapovat a vymežit práci sociálních pracovníků a zároveň porovnat jejich práci s ostatními členy hospicového týmu. Pro lepší uchopení cíle byl rozdělen na další tři rozpracované cíle, které se zabývají jednotlivými tématy: multidisciplinární spoluprací, specifickými a nahraditelností sociálních pracovníků a konkrétní sociální prací s pozůstalými.

Multidisciplinarita je v hospicovém týmu zásadní. Ať se již jedná o méně formálně strukturovaný tým nebo velmi přesnou hierarchii. Všechny informantky se považují za důležitou součást týmu, což z pohledu sociální práce vnímám jako velmi pozitivní zjištění.

Informantky se nevnímají jako odbornice na práci s pozůstalými. Těžko se odhaduje, jestli se nejedná o vlastní skromnost. Z pohledu vzdělání, zkušeností a kontaktu s pozůstalými věřím, že je za odbornice považovat lze. Jistou roli může sehrát několik

faktorů: s pečujícími, příbuznými nejsou v tak častém kontaktu jako například sestry (na denní bázi); definice odbornosti v práci s pozůstalými je těžko stanovitelná a také hospice v Královéhradeckém kraji i v České republice všeobecně nemají dostatečně dlouhou tradici na to, aby se sociální práce s pozůstalými dostatečně profilovala.

Otázka nahraditelnosti sociálních pracovníků ostatními členy týmu je komplexnější, než jsem čekala. Je pravdou, že zdravotníci jsou v častějším kontaktu s umírajícími a také s rodinnými příslušníky. Jistě mají také vztahy na těsnější úrovni. Přesto je právě sociální pracovník ten, kdo udržuje kontakt s pozůstalými. Jednak díky časovým možnostem a také z podstaty věci. U pozůstalých již nejde o zdravotní stav, ale řeší se problémy, které přináší smrt blízkého člověka. Na to se zaměřují následující otázky. Jedná se tedy o přesahující práci, která nemůže být v celém rozsahu suplována jiným členem týmu.

U specifických vlastností a kvalit je důležitá osobnost daného sociálního pracovníka, Všechny informantky působily klidně a vyrovnaně, a i to je jedno ze specifíků, které zmiňovaly. Umění naslouchat, empatie, profesionalita, ale zároveň i lidský přístup, jsou důležitými schopnostmi, které pracovník s pozůstalými musí ovládat. Neméně důležitá je také péče o sebe jako o člověka, jako o „nástroj“, který pomáhá.

Délka kontaktu s pozůstalými je poměrně proměnlivá. Všechna zařízení se snaží o navázání kontaktu a připomenutí služeb, které jsou pozůstalým k dispozici. Jen část pozůstalých však nabídku přijme. Důležité je si uvědomit, že sociální pracovník v hospici nemá a nesmí nahrazovat přirozenou sociální síť pozůstalých. Někteří klienti využijí službu jednou, někteří udržují kontakt až dva roky. Vždy je to podle aktuálních potřeb klientů. Mobilní hospice, právě díky navázaným vztahům, jsou v kontaktu s pozůstalými déle.

Situace a problémy, se kterými se pozůstalí na informantky obracejí, jsou velmi různorodé. Někteří klienti potřebují pouze pomoc s praktickými věcmi, týkajícími se dědictví nebo možných příspěvků. Jiní klienti potřebují vyslechnout a sdílet ztrátu blízkého člověka s někým, kdo prošel umíráním spolu s nimi. Další skupina klientů potřebuje pomoc intenzivnější, například v podobě zaměření se na to, „co bude dál“ a jak dále žít. Každý člověk prožívá ztrátu jinak, a tak i poradenství je značně individuální

Intimnější vazba se přímo nabízí v domácí formě hospicové péče. Jak jsem již uvedla výše, informantky vstupují do domácností, a tak mohou vyzorovat i detaily sociálního prostředí, které mohou pracovníkům v lůžkových hospicích zůstat zastřené. Nejedná se

jenom o vztahy v rodině, ale také o významné drobnosti, jakou jsou zvyky, oblíbené věci a proměna domácnosti po úmrtí. Z mého pohledu je intimní vazba výhodná, ale také náročná. Je o to těžší udržet vlastní hranice, ale o to přínosnější může pomoc být.

Otázka metod sociální práce byla, z mého pohledu, pro informantky náročná. Vymezení konkrétních metod bylo o něco složitější, než jsem očekávala. Přesto otázka ukázala, že metody, které jsem uvedla v praktické části, byly vhodně zvolené a informantky s nimi skutečně pracují.

Sociální práce s pozůstalými nemá konkrétní manuály, a tak informantky, vycházejíc z vlastních zkušeností, často některé služby v průběhu let rozšířily, upravily nebo od nich naopak zcela upustily. Nejdůležitější je z pohledu pozůstalých, že například v knize živých jsou zaneseni jejich milovaní, a že se na ně nezapomene. Také možnost se na hospic kdykoliv obrátit je nepostradatelná, byť ne všichni ji využijí. Z osobních setkání jednoznačně vede výroční setkání. Domácí hospice mají potom výhodu možnosti pozůstalostních návštěv, kde může klient zůstat v přirozeném prostředí. V lůžkových hospicích jde o nutnost přijet na místo, na které pozůstalý nemá příjemné vzpomínky, možná traumatizace může být odrazující.

Komplikované truchlení se u pozůstalých, kteří se rekrutují z pečujících nebo rodin zemřelých, projevuje méně často, než je statistický průměr. Věřím, že je to právě prací s danou skupinou již během péče o umírajícího. Přesto, pokud informantky zaznamenají symptomy, které jsou spjaty s komplikovaným truchlením, směřují klienta k vyhledání odborné pomoci.

Poslední dílčí výzkumný cíl se zabývá konkrétní službou, kterou je poradenství pro pozůstalé, ať již v rámci sociální poradny nebo jako speciálně vyčleněná poradna. Obsahuje jeden rozpracovaný dílčí výzkumný cíl:

Poptávka po doprovázení nebo poradenství není z běžné populace vysoká. Jak jsem již zmiňovala výše, většinou se jedná o klienty, kteří hospicovou službu znají z vlastních zkušeností.

Pokud by poptávka stoupla, a to by se zřejmě musel proměnit pohled na smrt všeobecně, informantky by byly schopné své služby rozšířit. Tako skutečnost mě pozitivně překvapila, a i jejich reálné pojetí otázky hodnotím velmi kladně.

Otázka dostatečné kvalifikace se v rozhovorech často transformovala do otázky osobnostních kvalit. Přesto je odborné vzdělání základním kamenem, který doplňuje jisté osobnostní naladění, obojí je pro sociální práci s pozůstalými nezbytné.

Z odpovědí, které zazněly od informantek, vyplývá, že chuť vzdělávat se, pracovat na sobě a být tak větším odborníkem, lepším pomocníkem a hlubším, zralejším člověkem, je blízká všem informantkám. Bylo by vhodné, kdyby každá z nich mohla absolvovat kurz nebo výcvik, který by je posunul správnou cestou, kterou se chtějí ubírat.

Závěr

Předkládaná bakalářská práce měla za cíl zmapovat sociální práci s pozůstalými v hospicových zařízeních Královéhradeckého kraje a posoudit práci sociálních pracovníků.

Teoretická část se zabývá uvedením do tématu, a to především formou seznámení se s hospicem jako organizací nabízející služby a péči jak umírajícím, tak pečujícím a pozůstalým. V Královéhradeckém kraji je poměrně rozvinutá síť hospicových zařízení. Pět zařízení je rozvrženo v pěti okresech a tuto službu vnímám jako dostupnou. To, jak konkrétním pozůstalým pomoci v době jejich truchlení, je již specifickou kompetencí každé sociální pracovnice. Teoretická část byla nezbytným základem pro sestavení relevantních otázek, kterými jsem mohla zmapovat sociální práci s pozůstalými a posoudit práci sociálních pracovníků.

V České republice, je zatím povědomí o možnosti využití hospice stále nízké. Stejně je tomu potom u služeb, které se soustředí na pozůstalé. Z výzkumu vyplynulo, že nejčastějšími pozůstalými klienty jsou právě osoby, jejichž příbuzní a blízcí zemřeli v péči hospice. Hlavní příčinu spatřuji v tom, že je jim nabídnuta konkrétní služba. Věřím, že i část široké veřejnosti by uvítala možnost sdílet svůj žal s odborníkem, zvláště pokud se jedná o osamělé osoby. Oproti mému původnímu předpokladu z výzkumu vyplynulo, že není významný rozdíl mezi jednotlivými formami hospiců (mobilní vs. lůžkové) a také mezi typy hospiců z hlediska jejich zřizovatelů. V rámci výzkumu byla pozornost věnována také významu a důležitosti sociálního pracovníka pro práci s pozůstalými. Ukázalo se, že sociální pracovnice v hospicích v Královéhradeckém kraji jsou důležitými pracovnicemi pro práci s pozůstalými. Nevěnují se samozřejmě pouze jim a spolupráce vždy začíná s umírajícími klienty. Navázaný vztah nicméně umožňuje pokračování sociální práce i v době po úmrtí blízké osoby. V tomto ohledu se lépe profilují domácí hospice, kde je vztah s pozůstalými intenzivnější, vlivem toho, že péče o umírajícího probíhá v domácím prostředí. Výzkum odkrývá pozitivní zjištění, že sociální pracovnice svou práci vnímají jako nenahraditelnou jinými členy týmu, a zároveň se cítí být jeho plnohodnotnou součástí. Jako zásadní pro obor sociální práce vnímám hrdost, se kterou informantky prezentovaly svou práci. To považuji za skvělý posun, který může české společnosti, a především sociálním pracovníkům prospět. Výzkum zodpověděl také otázku, jakým způsobem sociální pracovnice pracují s pozůstalými. Doba kontaktu a volba metod závisí vždy na aktuálním stavu a situaci klienta. Z tazatelských otázek potom

vyplývá, že se konkrétní nabízené služby v jednotlivých hospicích v Královéhradeckém kraji výrazně neliší. I zde mně zjištění překvapilo – očekávala jsem větší rozdílnost ve službách v lůžkovém a v domácím hospici. V této situaci je mobilní hospic v jisté výhodě díky intimitě vazby, která se nabízí. Výzkum potvrdil, že hospicová zařízení nejsou primárně vnímána jako zařízení pro pozůstalé klienty. Věřím, že se tabuizace smrti bude postupně zmenšovat tak, jak naznačily informantky ve výzkumu, a poté i oblast služeb pro pozůstalé v práci sociálních poraden hospice bude významnější. Proto je pozitivní, že se informantky živě zapojily do představ, jak organizačně, finančně a personálně zajistit eventuální větší poptávku ze strany pozůstalých. Kriticky musím shrnout, že samotné studium oboru sociální práce nedává člověku dostatečné kompetence pro práci v hospici. Přesto je to základ, který je nezbytný. Navíc musí být daný člověk naladěný na práci s umírajícími a s truchlícími, což se z mého pohledu nedá naučit – jde o výše zmíněné osobnostní předpoklady, zralost osobnosti, smíření s vlastní smrtelností nebo nezbytné zkušenosti. Výzkum také potvrdil, že je třeba se v sociální práci s pozůstalými neustále vzdělávat a doplňovat kompetence. Mezi klíčové patří krizová intervence nebo psychoterapeutický výcvik. Důležitou roli však hraje také zaměření na vlastní osobnost, tedy sebepoznávací kurzy širokého obsahu.

Domnívám se, že kvalitativní výzkumná strategie s polostrukturovanými rozhovory byla vhodně zvolená. Umožnila mi navázání osobnějšiho vztahu s informantkami, a tím i jejich větší otevřenost k daným tématům. Menší počet účastníků výzkumu a také regionální umístění jednotlivých hospiců mi neumožnilo hlubší srovnání služeb, a především rozdílnost domácích a lůžkových zařízení. To, co vnímám jako omezení výzkumu je především jeho neaplikovatelnost na další regiony. V některých regionech není hospicová síť natolik široká, a tak i poptávka může být výrazně vyšší a čas na práci s pozůstalými omezenější. Z námětů pro další výzkum navrhuji rozebrání jednotlivých rolí hospicových pracovníků v práci s pozůstalými, se zaměřením na sociální práci.

Svou činností hospice napomáhají nejen zlepšení povědomí o paliativní péči, ale také detbauizaci smrti – tedy tomu, abychom umírali důstojně, bez bolesti, v kruhu rodiny. Práce sociálních pracovníků nekončí úmrtím pacienta, ale pokračuje i s pozůstalou rodinou. A právě tento přesah odlišuje sociální pracovníky od ostatních odborníků, které v hospici pracují. Sociální pracovníci v daných zařízeních poskytují služby na vysoké odborné úrovni, ale tato skutečnost sama nestačí k dostatečné kvalifikaci. Právě jejich osobnostní kvality, rysy, zkušenosti, oddanost práci a touha pomáhat je formují

k nejlepším výsledkům. Kvůli ohrožení populace nevyléčitelnými nemocemi a také díky rozpadu primárních sociálních vazeb bude v budoucnu potřeba profesionálů zabývajících se truchlením narůstat. Je skvělé, že právě sociální pracovníci v hospicích v Královéhradeckém kraji jsou oněmi profesionálkami už nyní a truchlící u nich mohou nalézt oporu, soucit a pomoc.

Seznam zdrojů

- ARIÈS, Philippe.** *Dějiny smrti, Díl 1, Doba ležících.* [překl.] Danuše NAVRÁTILOVÁ. Praha : Argo, 2000. ISBN 80-7203-286-0.
- ARIÈS, Phillipe.** *Dějiny smrti, Díl 2, Zdivočelá smrt.* [překl.] Danuše NAVRÁTILOVÁ. Praha : Argo, 2000. ISBN 80-7203-293-3.
- BOUKAL, Petr.** *Fundraising pro neziskové organizace.* Praha : Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4487-2.
- DISMAN, Miroslav.** *Jak se vyrábí sociologická znalost: přípučka pro uživatele.* Praha : Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.
- Domáci hospic Duha, o. p. s. 2017.** Úvod. *www.hospic-horice.cz.* [Online] 2017. [Citace: 17. 10 2018.]. Dostupné z: <http://www.hospic-horice.cz/>.
- Egyptologie.cz.** Mumifikace, balzamování. *Egyptologie.cz.* [Online] 24. 12 2010. [Citace: 15. 12 2018.]. Dostupné z: <http://egyptologie.cz/264/mumifikace-balzamovani/>.
- GLASER, Barney G. a STRAUS, Anslem L.** *Awariness of Dying.* New York : Routledge, 2017. ISBN 978-0-202-30763-3.
- HENDL, Jan.** *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace: čtvrté, přepracované a rozšířené vydání.* Praha : Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- Hospic Anežky České.** Poskytované služby. *Hospic Anežky České.* [Online] 2018. [Citace: 17. 10 2018.]. Dostupné z: <http://www.hospic.cz/poskytovane-sluzby.html>.
- Hospic Vrchlabí.** O nás. *Domáci hospic Duha, o.p.s.* [Online] 2018. [Citace: 17. 10 2018.] Dostupné z: <http://www.hospic-vrchlabi.cz/>.
- Hospice.cz.** Co je hospic? *www.hospice.cz.* [Online] 17. 6 2010. [Citace: 18. 09 2018.]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>.
- Charita.** Domáci hospicová péče Hradec Králové. *www.charitahk.cz.* [Online] 2018. [Citace: 17. 10 2018.]. Dostupné z: <https://www.charitahk.cz/nase-strediska/domaci-hospicova-pece/>.
- JANEBOVÁ, Radka.** *Metody sociální práce I. Přednáška v rámci studia Hradec Králové : 2017.*

KLIMPL, Petr. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci.* Praha : Grada, 1998. ISBN 80-7169-324-3.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese, 2., rozšířené a přepracované vydání.* Praha : Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9..

KOSOVÁ, Martina a kolektiv. *Logoterapie; Existenciální analýza jako hledání cest.* Praha : Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4346-2.

KUBÍČKOVÁ, Naděžda. *Zármutek a pomoc pozůstalým.* Praha : ISV, 2001. ISBN 80-85866-82-X.

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

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *On Death & Dying. What the dying have to teach doctors, nurses, clergy & their own families.* New York: Scribner, 2014. ISBN 978-1-4516-6444-7.

LÁTALOVÁ Klára, KAMARÁDOVÁ Dana a PRAŠKO Ján. Komplikované truchlení a jeho léčba. *Psychiatrie.* 2013, 17 (4). ISSN 1212-6845.

MAIELLO, Giuseppe. Pohřební hostina: její funkce a význam. [autor knihy] Naděžda Špatenková et al. *O posledních věcech člověka; Vybrané kapitoly z thanatologie.* Praha : Galen, 2014. ISBN 978-80-7492-138-4

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Základy sociální práce.* Praha : Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.

Mobilní hospic Ondrášek. Dětský hospicový stacionář. *Mobilní hospic Ondrášek.* [Online] 2017. [Citace: 18. 09 2018.]. Dostupné z: <https://www.mhondrasek.cz/cz/detsky-hospicovy-stacionar>.

MUSIL, Libor. *Ráda bych Vám pomohla, ale--; dilemata práce s klienty v organizacích.* Brno : Marek Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9.

NAKONEČNÝ, Milan. *Lidské emoce.* Praha : Academia, 2000. ISBN 80-200-0763-6.

Národní soustava povolání. Poradce pro pozůstalé. *Národní soustava povolání.* [Online] 2018. [Citace: 08. 11 2018.]. Dostupné z: <https://www.nsp.cz/jednotka-prace/poradce-pro-pozustale>.

NEŠPOROVÁ, Olga. Pohřbívání bez obřadu z perspektivy sociologie. [autor knihy] ŠPATENKOVÁ, Naděžda et al. *O posledních věcech člověka: Vybrané kapitoly z thanatologie.* Praha : Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-138-4.

PARKES, C.M., RELFOVÁ, M. a COULDRICKOVÁ, A. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé, 1. vydání.* Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-90-87029-23-7.

PERGL, Václav. Češi chtějí umírat doma, většina z nich ale opouští svět v nějaké instituci. *Novinky.cz.* [Online] 11. 03 2015. [Citace: 10. 05 2018.]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/domaci/363875-cesi-chteji-umirat-doma-vetsina-z-nich-ale-opousti-svet-v-nejake-instituci.html>.

PŘIDALOVÁ, Marie. Sociální práce v paliativní péči - Český kontext. [autor knihy] STUDENT, Johann-Christoph, MÜHULM, Albert a STUDEN. *Sociální práce v hospici a paliaticní péče.* Jinočany : H & H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.

RICHTERA, Lukáš. 2011. Obol mrtvých jako zdroj historického poznání. *Funeral Quartal.* 2011, Sv. 2, 30-31.

RYBOVÁ, Alena a DRADA, Petr. 1998. *Keltové a Čechy.* Praha : Academia, 1998. 80-200-0732-6.

Setkání, o.p.s. O nás. *Setkání domácí hospic o.p.s.* [Online] 2017. [Citace: 17. 10 2018.]. Dostupné z: <https://www.hospicrychnov.cz/o-nas/>.

STUDENT, J.CH. a MÜHULM, A., STUDENT, U. 2004. *Sociální práce v Hospice a paliativní péče.* Jinočany : H & H, 2004. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet.* Praha : ECCE HOMO, 1999. ISBN 978-80-902049-2-9.

SVATOŠOVÁ, Marie. Sociální práce v praxi. [autor knihy] MATOUŠEK, Oldřich a KOLÁČKOVÁ Jana, KODYMOVÁ Pavla. *Sociální práce v praxi.* Praha : Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

ŠIMEK, Jakub. *Co potřebujete vědět o depresi.* Praha : Galén, 2018. ISBN 978-80-7492-385-2.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kolektiv. *Krize a krizová intervence.* Praha : Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5327-0.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kolektiv. *Krize. Psychologický a sociologický fenomén.* Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0888-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda et al. *O posledních věcech člověka, Vybrané kapitoly z thanatologie.* Praha : Galén, 2014. ISBN 978-90-7492-138-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, procesy, metody, 2., aktualizované a doplněné vydání.* Praha : Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-3736-2.

ŠPILÁČKOVÁ, Marie a NEDOMOVÁ, Eva. *Úkolově orientovaný přístup v sociální práci.* Praha : Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0726-9.

ŠROBÁROVÁ, Soňa. Služby krízovej intervencie na Slovensku. *www.prohuman.sk.* [Online] 16. 11 2014. [Citace: 06. 11 2018.] Dostupné z: <https://www.prohuman.sk/socialna-praca/sluzby-krizovej-intervencie-na-slovensku>.

ŠTEFÁNEK, Jiří. Slovníček odborných pojmů. *Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK.* [Online] 2019. [Citace: 30. 03 2019.] Dostupné z: <https://www.stefajir.cz/?q=infaustni>.

TOMEŠ, Igor a DRAGOMIRECKÁ, Eva a kolektiv. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry.* Praha : Univerzita Karlova v Praze, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana a LEVICKÁ, Jana a kolektiv. *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovateli.* Hradec Králové : Gaudeamus, 2018. ISBN 978-80-7435-570-7.

TYC, Zdeněk. *GEN - Galerie elity národa Marie Svatošová.* Česká televize, 2017.

ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat.* Písek : Renaissance, 1996. ISBN 978-80-86429-36-6.

VÁŇOVÁ, Lenka. Advokacie. *Cesta domů.* [Online] 2018. [Citace: 21. 03 2019.] Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/advokacie>.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie.* Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

WORDEN, William J. *Smútkové poradenstvo a smútková terapia: príručka pre odborníkov z oblasti duševného zdravia.* Trenčín : Vydavateľstvo F, 2013. ISBN 978-80-88952-73-2.

World Health Organisation. WHO Definition of Palliative Care. *World Health Organisation.* [Online] 2018. [Citace: 07. 11 2018.] Dostupné z: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

Zákony pro lidi. Zákon č. 180/2006 Sb. o sociálních službách. *Zákony pro lidi.cz.* [Online] [Citace: 16. 11 2018.] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>.

Zákony pro lidi. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. *Zákony pro lidi.* [Online] [Citace: 16. 11 2018.] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast6>.

Zákony pro lidi. Zákon č. 47/1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. *Zákony pro lidi.* [Online] [Citace: 16. 11 2018.] <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48#cast5>.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Transformační tabulka (Zdroj: vlastní konstrukce)	36
--	----

Seznam příloh

Příloha I: Informovaný souhlas s rozhovorem pro informanta

Příloha II: Informovaný souhlas s rozhovorem pro vedení

Příloha III. Tabulka Model Kübler-Ross

Příloha IV: Tabulka Průběh krize

Příloha V: Členění procesu truchlení

Příloha VI: Kontakty na hospicová zařízení v Královéhradeckém kraji

Příloha VII: Přepis rozhovoru

Příloha I: Informovaný souhlas s rozhovorem pro informanta

Informovaný souhlas s rozhovorem

Já, Barbara Tauchmanová Omrtová, jsem Vás požádala o rozhovor s cílem získání informací pro kvalitativní výzkum k mojí bakalářské práci. Jsem studentkou Univerzity Hradec Králové, Filozofické fakulty, Ústavu sociální práce. Název mojí bakalářské práce a téma výzkumu je *Sociální práce s pozůstalými v domácí a lůžkové formě hospicové péče v Královehradeckém kraji*.

Vaše účast ve výzkumu, resp. rozhovoru je dobrovolná. Jedná se o rozhovor, který bych ráda nahrála na diktafon, kde bude záznam vymazán ihned po zpracování. Vzhledem k relativní citlivosti otázek kladu velký důraz na Vaše bezpečí, a to především na:

- **zachování anonymity** (z interpretace získaných dat není možné odvodit daného informanta)
- **mlčenlivost výzkumnice** (s nahrávkami a poznámkami bude pracovat jen konkrétní výzkumnice – Barbara Tauchmanová Omrtová)
- **možnost autorizace textu** (možnost přečíst si práci a vyjádřit se k ní)
- **možnost odstoupení od rozhovoru** (kdykoliv v průběhu rozhovoru je možné odstoupit, případně neodpovídat na otázku)

Děkuji za váš čas a věnování pozornosti informacím výše. Souhlas s Vaší účastí ve výzkumu – s rozhovorem, prosím potvrďte vaším podpisem níže.

V případě jakýchkoli nejasností mě neváhejte kontaktovat na telefonu 728 266 115 nebo na e-mailu barbara.omrtova@uhk.cz.

.....
Podpis dotazovaného

V

dne

Příloha II: Informovaný souhlas s rozhovorem pro vedení

Informovaný souhlas s rozhovorem

Já, Barbara Tauchmanová Omrtová, jsem požádala vaše kolegyně sociální pracovnice o rozhovor s cílem získání informací pro kvalitativní výzkum k mojí bakalářské práci. Jsem studentkou Univerzity Hradec Králové, Filozofické fakulty, Ústavu sociální práce. Název mojí bakalářské práce a téma výzkumu je *Sociální práce s pozůstalými v domácí a lůžkové formě hospicové péče v Královehradeckém kraji. Cílem je zmapování sociální práce s pozůstalými v hospicích ve vašem kraji.*

Jejich účast ve výzkumu, resp. rozhovoru je dobrovolná. Jedná se o rozhovor, který bych ráda nahrála na diktafon, kde bude záznam vymazán ihned po zpracování. Vzhledem k relativní citlivosti otázek kladu velký důraz na bezpečí vaší organizace, a také na jejich vlastní bezpečí, a to především na:

- **zachování anonymity** (z interpretace získaných dat není možné odvodit daného informanta nebo zařízení)
- **mlčenlivost výzkumnice** (s nahrávkami a poznámkami bude pracovat jen konkrétní výzkumnice – Barbara Tauchmanová Omrtová)
- **možnost autorizace textu** (možnost přečíst si práci a vyjádřit se k ní)
- **možnost odstoupení od rozhovoru** (kdykoliv v průběhu rozhovoru je možné odstoupit, případně neodpovídat na otázku)

Děkuji za váš čas a věnování pozornosti informacím výše. Souhlas s účastí ve výzkumu – s rozhovorem, prosím potvrďte vaším podpisem níže.

V případě jakýchkoli nejasností mě neváhejte kontaktovat na telefonu 728 266 115 nebo na e-mailu barbara.omrtova@uhk.cz.

.....
Podpis vedoucího zřízení

V dne

Příloha III. Tabulka Model Kübler-Ross

Tabulka 1: Model Kübler-Ross (Pět fází umírání) (Kübler-Ross, 2014, s.37 – 132, vlastní konstrukce)

Název fáze	Projevy (co umírající / truchlíci říkají)	Poznámky
1. Denial (Popírání)	„Cítím se dobře“, „Tohle se nemůže stát, ne mě.“	Dočasná obrana, umírající se nechce smířit s nevyléčitelnou nemocí, pozůstalý odmítá přijmout smrt jako fakt
2. Anger (Zlost)	„Proč já? To není fér!“, „Jak se mi toto může stát?“, „Kdo je na vině?“	Přidává se vztek a zlost na zdravotníky, ale i rodinu, i na zemřelého, obtížná péče a komunikace
3. Bargaining (Smlouvání)	„Nechte mě naživu, abych viděl děti promovat.“, „Udělám cokoli pro pár let navíc.“	Naděje o oddálení či odložení smrti, akceptace umírání, ale snaha o prodloužení života
4. Depression (Deprese)	„Umřu, tak o co jde?“, „Ztratila jsem milovaného, tak proč žít dál?“, „Co se mnou bude?“	Fáze smutku, uzavření do sebe, beznaděj, pocit ztráty, stach z budoucnosti
5. Acceptance (Smíření)	„To bude v pořádku.“, „Nemohu bojovat, ale mohu se na to připravit.“	Smíření se se svou smrtí, se smrtí milovaného, spolupráce

Příloha IV. Tabulka Průběh krize

Tabulka 2: Průběh krize (Šrobárová, 2014, Špatenková, 2004, s.16 – 17, vlastní konstrukce)

Fáze	Jak se projevuje	Subjektivní řešení	Kdo pomáhá	Při neúspěchu
První fáze	Ohrožení, napětí neklid	Aktivizace adaptačních mechanismů, osvědčené zdroje pomoci	Svépomoc	Prohloubení krize
Druhá fáze	Ztráta kontroly nad situací, neúspěch, zranitelnost, snížení sebevědomí	Náhodné a nepromyšlené postupy	Užší a širší sociální prostředí (sociální opora)	Prohloubení krize
Třetí fáze	Aktivace rezerv jedince	Hledání nových způsobů řešení – nejlepší začít s pomocí	Formalizovaná pomoc	Riziko chronicity, prohloubení krize
Čtvrtá fáze	Panika, chaos, vyhýbání se kontaktům s okolím, narušené normální fungování, změny osobnosti	Řešením je odborná krizová intervence	Formalizovaná pomoc – krizová intervence	Suicidální tendence, alkoholismus, užívání drog, předrážděnost

Příloha V. Tabulka Členění procesu truchlení

Tabulka 3: Členění procesu truchlení (Kubičková, 2001, s. 34 - 36)

Fáze truchlení	Doba trvání	Projevy
Šok a otřes	Bezprostředně po ztrátě, několik hodin (až dva dny)	Pozůstali si připadají zmatení, otupělí, omráčení, často reagují zautomatizovaně, nevěřicně („Ne, to nemůže být pravda! Ne, to ne!“).
Fáze sebekontroly	Trvá zpravidla do večera dne pohřbu	Příprava a organizace pohřbu znemožňuje pozostalým, aby zcela podlehli svému zármutku. Teprve až odejdou smuteční hosté, plně na ně dolehne bolestnost ztráty.
Regrese	Jeden až tři měsíce	Truchlíci pláčou, ve svém chování vykazují prvky regrese (chovají se jako děti), jsou apatičtí, uzavření, úzkostní, zoufalí. Dostavuje dezorganizace chování, nezvládají nároky běžného fungování, nejsou schopni se zařadit zpět do pracovního procesu, stahují se ze sociálních kontaktů, mohou trpět poruchami spánku, nechutenstvím.
Adaptace	Obvykle až jeden rok (u vdov běžně tři až čtyři roky)	Pozůstali získávají ztracenou sebekontrolu nad sebou samými, nad svým životem, zvládají nároky běžného života. Smiřují se s tím, co se stalo, přesto nezapomínají – „zůstává jizva, která bude příležitostně bolet“.

Příloha VI: Kontakty na hospicová zařízení v Královéhradeckém kraji

Hospic Anežky České

6.května 1170

549 41 Červený Kostelec

Tel: 491 467 030

Fax: 491 467 054

Web: www.hospic.cz

E-mail: sekretariat@hospic.cz

Facebook: <https://www.facebook.com/HospicAnezkyCeske/>

Hospic Duha Hořice

Riegrova 655 (areál Městské nemocnice)

508 01 Hořice

Tel: 493 586 363

Tel: 773 652 844

Web: www.hospic-horice.cz

E-mail: hospic-horice@seznam.cz

Facebook: <https://www.facebook.com/hospicHorice/>

Hospic Duha Vrchlabí

Náměstí Míru 287

534 01 Vrchlabí

Tel: 731 608 403

Web: <http://www.hospic-vrchlabi.cz/>

E-mail: hospice@hospic-vrchlabi.cz

Facebook: <https://www.facebook.com/hospicVrchlabi/>

Domácí hospicová péče Hradec Králové

Na Kropáčce 30/3

500 03 Hradec Králové

Tel: 775 442 405

Web: <http://www.charitahk.cz/nase-strediska/domaci-hospicova-pece/>

E-mail: domacihospic@charitahk.cz

Hospic Setkání

Javornická 1501

516 01 Rychnov nad Kněžnou

Tel: 733 694 160

E-mail: vrbova.setkani@seznam.cz

Web: <https://www.hospicrychnov.cz/>

Facebook: <https://www.facebook.com/MobilniHospicRychnovNadKneznou/>

Příloha VII: Přepis rozhovoru s informantkou

T: Co je z vašeho pohledu nejdůležitější při rozhodování, jestli pozůstalí využijí hospicových služeb

I: Nabídka. Nabídneme už vlastně při tom úvodním rozhovoru o péči o nemocného, tak se snažíme předejít celý ten balík služeb, které jsme schopni nabídnout. Vlastně o tom už mluvíme od začátku. Někdy to jde více otevřít ten rozhovor, někdy ne. Někdy musíme skutečně zůstat jen u té přítomnosti, někdy můžeme předejít, co všechno nás čeká a otevřeněji se bavit i o tom, že to truchlení může probíhat již za života toho nemocného a často to tak vnímáme nebo vidáme, že ten pečující, potencionální pozůstalý si klade otázky typu: co budu dělat, až tedy nebude, jak to zvládnou? Takže to jsou otázky, kterými už teď vyjadřuje obavu, co nastane, už teď vlastně se připravuje na ten odchod. Takže nabízíme hned při úvodním setkání s tou rodinou, pokud to jde. Pokud ne, tak samozřejmě v průběhu té péče můžeme a jinak sestřičky při úmrtí pacienta vlastně informují rodinu, že je budu kontaktovat jako sociální pracovník. Je to všechno na bázi jako dobrovolné, není to nic povinného pro tu rodinu. Nicméně je to většinou na nás, abychom my je kontaktovali sami. Sami se neozvou, jakože aktivně. Někdo ano, ale je to spíš menšina, ale mám osobně zkušenost, že když se ozvu těm pozůstalým, tak jsou vždycky velmi rádi za ten kontakt a velmi rádi za návštěvu, za rozhovor. A byť třeba se nemůžeme sejt, z nějakých zdravotních důvodů časně po tom úmrtí nebo že nemají oni čas, tak ten rozhovor, když si zavoláme tak je hodinový z čehož vyplývá, že mají o čem hovořit, že potřebují.

T: Jakým způsobem se o vás pozůstalí dozvědí? Je to vždycky, že to jsou klienti původně pečující?

I: Ne, máme vlastně pozůstalé i z řad veřejnosti, nejen z řad pacientů hospice a mohou se dozvědět z webových stránek, na doporučení to taky bývá nebo vlastní depistáží. Víme o lidech, kteří tedy ztratili někoho, ať je to třeba z nějakého okruhu známých nebo ze společenství, z farnosti nebo i spoluprací s ostatními službami. Takže třeba tady na městě vědí nebo i ty ostatní organizace vědí o té naší službě a u doporučí.

T: Jaká je nejčastější reakce pozůstalých při první návštěvě? Ve smyslu, když se s nimi vidíte poprvé po smrti toho blízkého člověka.

I: Ehm, tak vyjadřují nejčastěji ty své pocity, které prožívali při úmrtí toho blízkého, Ten proces je takový jako očistný, protože to mohu všechno vlastně sdělit to, co prožívají teď, a to na co si vzpomínají. A často jsou to slzy a ...ale i úleva. Často se setkáváme s lidmi, kteří přijdou sem mezi dveře a mají jako úsměv na tváři, a vlastně tak jako nepatřičně si připadají, že se jim stalo něco tak závažného, že jim zemřel někdo blízký a oni z toho mají dobrý pocit, ale mají dobrý pocit z toho, že to zvládli, z té péče. Třeba i tohle rozebíráme: Já jsem nevěděl, že ta smrt může být tak hezká nebo že ten odchod může být tak pěkný.

T: Jaká jsou klíčová slova v souvislosti s hospicem, na která truchlíci reagují nejhůře.

I: To je předtím. Předtím než vstupujeme do péče, tak nás rodiny prosí, třeba abychom nemluvili před nemocným o hospici. Tato forma péče pro ně znamená konečnou. Ale oni tím, jak projdou, jak se setkají s tou péčí, mají zážitek osobní z těch vztahů navázaných s pečujícími nebo s námi všemi, protože já také se snažím jet do rodin, abych ten vztah s nimi navázala, s těmi pečujícími, tak to vlastně pochopí, co to je za službu a už pro ně není takové tabu nebo není to něco negativního. Ale nevím, no.

T: Co si myslíte o tabuizaci smrti ze strany společnosti?

I: Za těch několik let, co pracuju v hospici, mám vlastně možnost získávat přehled o té situaci v paliativní péči, tak si myslím, že to tabu jako se zmenšuje, že se tak jakoby vytrácí. Že to bylo, ještě při studiu si pamatuju, že jsme o tom i tak hovořili, že jsme se s tím setkávali i na praxi v nemocnicích nebo v zařízeních různě i doma v rodině, musím říct. Ale postupně asi i tím, jak se o tom může více hovořit a jak také vznikají ta zařízení, tak si myslím, že to tabu se jakoby vytrácí nebo zmenšuje.

T: Jak reagujete, když cítíte nepříjetí ze strany veřejnosti.

I: Nepříjetí té služby?

T: Nepříjetí hospice.

I: Já bych řekla, že nereagujeme. Protože stává se nám to: může to být odborná veřejnost, jsou to lékaři. Od některých jsme slyšeli, že, a to je teda smutné, že pan doktor nebude pacientům říkat pravdu o jejich zdravotním stavu, že je přeci nebude tím trápit a hospic nedoporučí. Raději bude léčit až do konce. Tak to je. Odborná veřejnost, někteří praktičtí lékaři třeba odmítají spolupracovat s našimi zdravotníky. I můžeme říct i laická veřejnost může mít odmítavý postoj. Ale tak snažíme se reagovat tou činností, tím, co děláme. Už třeba to, že přijedeme naším autem před dům pacienta, o kterého pečujeme, pokud to rodině nevadí, můžeme jezdit i tím naším označeným autem. I když teda se ptáme, protože někdo to nechce. Někdo prostě řekne, zaparkujte si o dva bloky dál nebo přijed'te autem, ze kterého není poznat co je to za službu, Tak to respektujeme, to je jasné. Ale už to že takové auto se třeba objeví v ulici, tak to vyvolá rozruch a ti lidé okolo mají možnost reagovat a někdy nás i tu rodinu pečující pozitivně překvapí, že se třeba přijdou zeptat, jestli něco nepotřebují nebo nabídnou pomoc.

T: To je hezké. Jakým způsobem, se takové projevy, myslím ve smyslu hlavně těch negativních, třeba té odborné veřejnosti, odráží ve vlastním hodnocení vaší práce. Jestli Vás to spíš posiluje nebo demotivuje?

I: No, nedemotivuje mě to, to ne. Musím říct, že někdy je to i takovou ukázkou že provokujeme, že třeba vyvoláváme diskuzi, že to je dobře, že ti lidé k tomu nezůstávají lhostejní a že v té diskuzi je můžeme o něčem přesvědčit. Ale ne druhou stranu nevyčerpáváme se, nevyčerpáváme své síly nějakým marným bojem, protože to nemá smysl.

T: Potom tu mám otázku srovnání mobilního a lůžkového hospice, ale jde spíše o váš vnitřní pocit, třeba ze stáže a podobně. Jak intenzivně pracujete s pozůstalými ve srovnání s lůžkovým hospicem?

I: No, já myslím, že s pozůstalými asi intenzivněji. Na druhou stranu, co se týká sociálního pracovníka, nevím nebo nemám takové srovnání, jestli třeba v těch lůžkových hospicích nepracují oni s těmi potenciálně pozůstalými, to znamená s rodinnými příslušníky nepracují během té péče, nepracují víc než já. Tady vím že s nimi pracují kolegyně, sestřičky, tak mi z toho předávají výstupy, a někdy je potřeba abych zasáhla do té situace. Ale to nevím, to nemůžu říct. Ale myslím, že intenzivněji máme možnost pracovat s pozůstalými v tom domácím hospici.

T: Jak dlouho jste v kontaktu s pozůstalými?

I: Podle potřeby, zpravidla dva roky.

T: Jaké situace a problémy nejčastěji s pozůstalými řešíte?

I: Nejčastěji řešíme pocity smutku, které vyplývají z toho truchlení nebo z té ztráty, takže truchlení plynoucí ze ztráty, pak řešíme takové administrativní záležitosti, co, jak, kdy řešit – praktické. No a potom řešíme, právě proto, že máme třeba možnost se vidat častěji, řešíme návazné služby. Často bývá u seniorů pozůstalých, že zprostředkováváme i další služby. Když člověk zůstane sám, ale pak řešíme i takové jako novou životní cestu, nové životní směry nebo nový elán.

T: Pak tu mám otázku na intimitu toho vztahu. Jestli vnímáte tu vazbu jako intimní. Jestli třeba znáte maličkosti o tom klientovi nebo zemřelém, které jsou pro ně důležité?

I: Ten vztah náš je opravdu založen na tom vztahu lidském, který je součástí té profese. Je to jednak to co si vytvoříme společně po úmrtí toho zemřelého a on nám k tomu vlastně svým životem dopomáhá, protože my máme, o kom se bavít my můžeme sdílet ten společný okamžik, při kterém došlo ke ztrátě, který byl velice jako emocionálně silný a jestli to můžu i popsat, jak v tom tady žijeme, zabýváme se tím, tak kolegyně, která je jako z povzdálí, protože je administrativní pracovník, tak to ale krásně popsala, protože řekla, že my můžeme tu službu pozůstalým poskytovat také proto, že jsme dost blízko, ale zároveň dostatečně daleko. Dost blízko, protože jsme prožili spolu něco, co nás spojuje, takový ten intimní okamžik odchodu nejbližšího člověka, můžeme se k němu společně vracet, ale zároveň jsem dost daleko, nejsme rodina, jsme profesionálové a ten pozůstalý se nebojí, že nás něčím zraní, takže nám může říct i to co by rodinným příslušníkům neřekl, protože je by zasáhl.

T: To je moc hezké srovnání. Jak myslíte, že by se situace s pozůstalými změnila, kdyby byla vaším zřizovatelem církevní organizace?

I: No v našem případě si myslím, že ne, protože mi tady jako máme víru, takže i s tou vírou službu poskytujeme, pomáhá nám to v tom, že můžeme lidem nabízet pohled naděje. Naděje, víry – no nevnučujeme jim našeho Boha, ale každý v něco věří, máme nějaký přesah.

T: Jak vnímáte sebe sama jako součást multidisciplinárního týmu?

I: Tak vnímám se jako podstatný článek toho týmu, protože spolupracujeme už od přijetí nebo už od úvodního rozhovoru, při kterém jsem přítomná se zdravotníkem, abychom dokázali posoudit, zda jsem schopni tu péči vykonávat. A já vlastně tam dělám takovou formu sociálního šetření pro nás, ale takovou distanční, Zjišťujeme kdo bude pečovat, jaké jsou podmínky, co lze doma zajistit nebo jestli je potřeba zajistit ještě jinou službu, třeba pečovatelskou, pokud je ten pečující sám nebo nemá dostatečné možnosti k té péči, takže to je taková jedna součást a potom vlastně se radíme i v průběhu toho doprovázení, To doprovázení je pro nás důležité, není to jenom o ošetřování příznaků, ale skutečně doprovázení během té nemoci, doprovázení pacienta, ale i doprovázení té pečující rodiny.

T: Jak myslíte, že by vaši kolegové vnímali tvrzení, že jste odborníci na práci s pozůstalými? A proč?

I: Možná ty zkušenosti, které během několika let s pozůstalými už máme. Myslím si, že je to nejdůležitější, že vycházíme ze zkušeností. Já jsem si samozřejmě už něco mohla nastudovat, ale myslím si, že vycházím tak jako intuitivně, jak lidé reagují a z toho co jim můžu nabídnout.

T: Co odlišuje vaši práci od práce sester, které mluví s pozůstalými nebo pečujícími o podobných tématech?

I: Myslím, že je to ten přesah, že já s nimi mohu jít kus cesty ještě dál. Že můžu nabídnout tu blízkost a pomoc v těch oblastech, kterou potřebují dál. Vlastně můžu říct zdravotníci, pokud jsme se o tom bavili v týmu, vnímají roli sociálního pracovníka jako pozitivní v tom, že vědí, že když ten člověk zemře, o kterého pečovali, že se o tu rodinu někdo postará. Jednak že není úplně ukončen ten kontakt a že pro jejich dobrý pocit nebo pro jejich duši, těch zdravotníků, je dobré, že vědí, co s těmi pozůstalými v jejich náhlé těžké situaci bude. Nebo že mají možnost ještě zpětné vazby, že mají možnost to slyšet.

T: Krásné. Co je z vašeho pohledu důležité, například osobnostní kvality, pro sociálního pracovníka při práci s pozůstalými?

I: Myslím, že je to schopnost naslouchat, schopnost třeba právě nacházet nějaké nové cesty pro toho, který je zasažen ztrátou. Schopnost třeba uchovat si i ty detaily, jako vědět, že ten člověk je pro mě důležitý, proto si pamatuju nebo si zaznamenám ty věci, na kterých pak můžeme stavět dál rozhovor.

T: Jaké konkrétní metody sociální práce používáte při práci s pozůstalými. Jestli vás napadá něco, že z toho vycházíte?

I: Já myslím, že je to ten rozhovor, a to především rozhovor s nasloucháním. V některých případech, ale to velmi málo, jsou to metody krizové intervence, kdy musím používat termínování, abychom se s tím člověkem se domluvili, že za týden se sejdem, nebo že zavolám nebo úkoly, že dostane nějaký úkol, aby měl na co myslet, na co se těšit.

T: Jaké konkrétní služby nabízíte pozůstalým? Například svépomocná skupina, kniha živých, výroční setkání, pozůstalostní návštěvy.

I: Pozůstalostní návštěvy, zapsání zemřelého do knihy živých, setkání pozůstalých s Bohoslužbou, se mší svatou, pokud chtějí, pokud ne, tak je rozdělené to setkání. Buďto se mohou se zúčastnit té bohoslužby s hospicovým kaplanem, se kterým třeba se i setkali během péče. Nebo mohou přijít jen na posezení u kávy s ostatními pozůstalými. Ta skupina je malá, po zkušenostech vytváříme malé skupinky dvou, třech, čtyřech pozůstalých a osvědčilo se nám to, že je to přínosné. Že si ti lidé, kteří jsou velmi zahleděni do sebe do toho svého truchlení, trápí se, tak najednou vidí, že také někdo jiný má ten stejný problém a vytváří se dokonce i vztahy mezi těmi pozůstalými, že si třeba vymění adresy, že si dopisují nebo že se i setkali. Vytvářejí se přátelství.

T: Jaký je váš postup, narazíte-li na komplikované truchlení?

I: Zvolím pomoc dalších odborníků, to znamená psychologa, psychiatra, duchovního.

T: Jak ve vašem zařízení vnímáte poptávku po poradenství pro pozůstalé?

I: No, vnímám to z té pozitivní odezvy, tak si myslím, že ta poptávka je.

T: Jakým způsobem byste řešila velkou poptávku po pomoci ze strany pozůstalých? Časově, finančně, prostorově? Asi by se musela změnit celá společnost.

I: Navýšením pracovního místa v poradně. Což by zase šlo, když by ta poptávka byla, tak by to jistě šlo i přes kraj, přes ministerstvo, navýšit pracovníka ve službě, to si myslím, že by nebyl problém.

T: Co se z vašeho pohledu dostatečným vzděláním, kvalifikací pro práci s pozůstalými:

I: Tak myslím, že to je vzdělání sociálního pracovníka, bakalář, na bakalářské úrovni. Myslím, že nejdůležitější v té roli je jakoby vztah k tomu člověku, empatie, osobnostní kvality.

T: Jakým způsobem by mohlo být doplněno vaše vzdělání? Je třeba nějaký kurz, trénink, který víte, že by Vám třeba pomohl?

I: Jako rozšířit si obzory, třeba doprovázení v jiných kulturách. To by mě zajímalo, ale nevím, jestli bych to jako celek využila, možná některé prvky. Potom je neustále potřeba vzdělávat se v oblasti administrativy, alespoň pro mě je to takové slabé místo.